

UNIVERSITATEA „BABEȘ – BOLYAI” CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ
SECȚIA DOCTORAT SOCIOLOGIE

**PERCEPȚIA SOCIALĂ ASUPRA
PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI ÎN
ROMÂNIA**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Coordonator:

Prof. Univ. Dr. Maria ROTH SZAMOSKOZI

Doctorand:

Vasilica STAMATIN

CLUJ-NAPOCA

2010

CUPRINS

SINTEZĂ.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCERE.....	8
CAPITOLUL I. OBIECTIVELE CERCETĂRII.....	11
CAPITOLUL II. SCURTĂ ISTORIE A DIZABILITĂȚII.....	12
CAPITOLUL III. ACTE NORMATIVE CE REGLEMENTEAZĂ DREPTURILE PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI ȘI IMPLEMENTAREA LOR ÎN ROMÂNIA.....	16
CAPITOLUL IV. CONCEPTE ȘI MODELELE EXPLICATIVE ALE DIZABILITĂȚII.....	32
4.1. Definirea conceptelor utilizate în cercetare.....	32
4.2. Modelele explicative ale dizabilității.....	40
CAPITOLUL V. PERCEPȚIA SOCIALĂ ȘI ATITUDINEA ASUPRA DIZABILITĂȚII ÎN LITERATURA DE SPECIALITATE.....	44
5.1. Problematika dizabilității în cercetarea internațională.....	44
5.2. Analiza detaliată a unor studii selectate despre percepții și atitudini asupra persoanelor cu dizabilități.....	53
CAPITOLUL VI. PERSPECTIVELE TEORETICE ȘI EPISTEMOLOGICE ALE CERCETĂRII.....	66
6.1. Perspectiva sociologică și conceptul de „habitus”.....	66
6.2. Perspectiva psihologică și teoria disonanței cognitive.....	67
CAPITOLUL VII. DESIGNUL DE CERCETARE ȘI METODOLOGIA CERCETĂRII.....	70
7.1. Abordarea calitativă. Argumentare.....	70
7.2. Designul fenomenologic.....	73
7.2.1 Fenomenologia	74
7.2.2. Paradigma de cercetare fenomenologică.....	76
7.3. Eșantionarea.....	81

7.3.1. Caracteristicile demografice ale eșantionului.....	84
7.3.2. Mărimea eșantionului.....	85
7.4. Metodele de colectare a datelor.....	87
7.4.1. Metoda mind mapping sau metoda hărților mintale.....	89
7.4.2. Interviuurile individuale semistructurate de tip fenomenologic.....	90
7.4.3. Metoda interviurilor de tip focus grup.....	91
7.4.4. Metoda empatiei ghidată în dizabilitate.....	93
7.4.5. Memoing sau notele de teren ale cercetătorului.....	93
7.5. Metodele de stocare a datelor.....	94
7.6. Explicarea și interpretarea datelor.....	96
7.6.1. Braketing-ul și reducția fenomenologică.....	97
7.6.2. Delimitarea unităților de semnificație.....	99
7.6.3. Alcătuirea clusterilor și identificarea temelor.....	100
7.6.4. Extragerea temelor generale și a temelor unice.....	101
7.7. Validitate și credibilitate.....	109
7.8. Explicarea și interpretarea datelor colectate prin fiecare metodă utilizată în cercetare.....	111
7.8.1. Explicarea datelor obținute prin metoda hărților mintale.....	111
7.8.2. Explicarea datelor obținute cu ajutorul interviurilor individuale de tip fenomenologic.....	119
7.8.3. Efectul Hawthorne.....	126
7.8.4. Explicarea datelor obținute prin metoda empatiei ghidată în dizabilitate.....	129
7.8.5. Explicarea datelor obținute prin metoda focus grup.....	132
CAPITOLUL VIII. REZULTATE.....	134
8.1. Detalierea temelor centrale ale cercetării.....	138
8.2. Detalierea temelor unice ale cercetării.....	142
CAPITOLUL IX. CONCLUZII.....	145
BIBLIOGRAFIE.....	147
ANEXE.....	169

Cuvinte cheie: persoane cu dizabilități, percepție socială, modelul medical, modelul social.

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Lucrarea de față și-a propus ca temă de cercetare explorarea percepției sociale asupra persoanelor cu dizabilități în România.

Pentru aderarea la Uniunea Europeană, țara noastră a trebuit să adopte toate măsurile legislative europene în ce privește drepturile omului, implicit pe cele care reglementează drepturile persoanelor cu dizabilități. Societatea românească s-a văzut nevoită ca într-un timp scurt să facă față unor schimbări majore, să se adapteze din mers unei legislații noi și riguroase și să o implementeze la nivel social.

Percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități a suferit schimbări importante, astfel încât cercetarea acestui subiect a căpătat o relevanță semnificativă, iar explorarea fenomenului social ca atare, a devenit o necesitate stringentă.

Deși după 1989, și în România, s-a luat atitudine față de modul în care persoanele cu dizabilități erau tratate și etichetate de către societate, față de izolarea, discriminarea și excluderea acestora din viața comunităților, o problemă acută cu care se confruntă societatea românească la momentul actual, o reprezintă discrepanța dintre politicile sociale care promovează drepturile persoanelor cu dizabilități și implementarea lor la nivel societal.

Pe lângă asta, o barieră majoră în integrarea deplină a persoanelor cu dizabilități în viața comunităților este reprezentată de inerția socială și de mentalitatea retrogradă a oamenilor în ceea ce privește dizabilitatea.

Capitolul I cuprinde obiectivele cercetării precum și întrebările de cercetare propuse în urma studierii literaturii de specialitate apărută în ultimele decade, și a legislației internaționale, europene și românești în ce privește drepturile persoanelor cu dizabilități.

Obiectivul acestei cercetări a fost să exploreze percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în societatea românească, atât la nivel explicit cât și la nivel implicit, precum și corespondența acestora cu modelul medical sau social al dizabilității.

Întrebarea de cercetare principală a fost:

- Care este percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în societatea românească de azi?

Întrebările de cercetare secundare care au apărut din obiectivul cercetării, din întrebarea principală de cercetare, din observațiile și prospecțiile făcute în prealabil în teren și din studiul literaturii de specialitate au fost:

- Este percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în societatea românească de azi corespondentă modelului medical sau modelului social al dizabilității?
- Există o diferență între percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în societatea românească de azi, la nivel explicit și la nivel implicit?

Capitolul II prezintă o scurtă istorie a dizabilității din cele mai vechi timpuri și până astăzi, aducând în atenție faptul că frumusețea și ideea de perfecțiune corporală a influențat încă din cele mai vechi timpuri viața socială a indivizilor, a constituit avantaj sau dezavantaj în adaptarea acestora la cerințele societăților respective, a stat la baza multor povești de dragoste care au schimbat în repetate rânduri mersul istoriei. Gândirea societăților occidentale a fost dominată de arta grecilor antici și a romanilor, care au reprezentat frumusețea corpului uman în sculpturile clasice, înfățișând perfecțiunea trupească, idolatrizată mai ales de către clasele dominante. Astfel s-a născut credința că cei frumoși sunt “buni” și cei diformi sau cu dizabilități sunt “răi”. După secole de opresiune, stigmă, luptă cu prejudecățile și discriminarea, abia pe la sfârșitul secolului al XIX-lea, persoanele cu dizabilități au început să lupte pentru drepturile lor, pentru demnitate umană și pentru incluziune socială, iar în ultimii 35 de ani, mișcarea pentru drepturile persoanelor cu dizabilități a luat o amploare fără precedent (Barnes, 1996).

Capitolul III prezintă actele normative internaționale și europene ce reglementează drepturile persoanelor cu dizabilități și implementarea lor la nivel social în România.

„La 31 decembrie 2008 numărul total de persoane cu dizabilități comunicat Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, prin Direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale, ale sectoarelor municipiului București, a fost de 631.199 persoane. Dintre acestea, 97,3 % (613.924 persoane) se află în îngrijirea

famiilor și/sau trăiesc independent (neinstituționalizate) și 2,7 % (17.275 persoane) se află în instituțiile rezidențiale de asistență socială pentru persoanele adulte cu dizabilități coordonate de Autoritatea Națională pentru Persoanele cu dizabilități.

Totuși, aceste cifre sunt contestate de către organizațiile care reprezintă interesele persoanelor cu dizabilități, în special datorită faptului că principala sursă de informații a acestor statistici sunt situațiile întocmite de autoritățile în drept, privind numărul de certificate de persoană cu handicap emise, în fiecare unitate teritorială. Statisticile ar reflecta realitatea, doar în măsura în care, fiecare persoană cu dizabilități ar avea un astfel de certificat.

Există mai multe categorii de persoane cu dizabilități ignorate în statistici cum ar fi persoanele care nu cunosc ce drepturi ar avea prin legea în baza căreia primesc certificatul, persoane care refuză certificatul, care au depășit vârsta de pensionare, cele care au căpătat dizabilitatea ca rezultat al unui accident, sau trăiesc în spitale și pe străzi.

Deși s-a început utilizarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF, 2001) care aduce cu sine și o îmbunătățire a procesului de evaluare a nevoilor și aici, ne confruntăm cu dificultăți.

În România, CIF este deja utilizat în modul de expertizare a copiilor cu dizabilități, dar, din păcate, specialiștii nu sunt încă familiarizați cu instrumentele de lucru specifice, ceea ce face ca utilizarea CIF să nu aibă încă rezultatele preconizate. CIF propune un model bio-psiho-social de abordare a persoanei cu dizabilități astfel încât înțelegerea situației persoanei să fie globală, iar abordarea nevoilor să aibă ca rezultat o inserție socială cât mai completă.

În procesul eliberării certificatului de încadrare în grad de handicap apar probleme, care se reflectă și în numărul oficial redus de persoane cu dizabilități din România, comparativ cu țările europene:

Acordarea certificatului (la adulți) se face în comisii preponderent medicale, informațiile pe baza cărora se iau deciziile fiind oferite mai ales de dosarele, fișele și recomandările cadrelor medicale.

Certificatul nu ține cont de condițiile de viață ale persoanei, de nevoile pe care le are în diverse medii sociale. Accesul la expertizare este adesea redus sau blocat, prin lipsa

accesibilității fizice la clădirile în care se află comisia de expertiză, prin distanța mare dintre domiciliu și comisie sau prin obligația reînnoirii anuale a certificatului.

Existența certificatului nu reprezintă și asigurarea accesului la drepturile stipulate de lege – persoanele cu handicap mediu și ușor nu se bucură de aceste prevederi legale. Primirea certificatului nu înseamnă și accesul la servicii de sprijin în comunitate, care sunt foarte puține (în comparație cu necesitățile). În general, cu excepția nevăzătorilor, nu se eliberează certificat de persoană cu handicap celor care au suferit un accident.

Datorită confuziei dintre instituțiile rezidențiale (în care persoanele asistate trăiesc permanent) și internatele școlilor speciale, confuzie perpetuată și în prezent, rapoartele de țară ale guvernului cu privire la copiii instituționalizați nu reflectă decât parțial realitatea. Elevii din școlile speciale, găzduiți în internatele acestora, etichetate drept “centre de plasament” (asemenea orfelinatelor), stau aici numai pe durata anului de studiu, 170 (una sută șaptezeci) de zile pe an, deoarece în vacanță și chiar la finalurile de săptămână ei pleacă în familie.

În legislație, măsurile de protecție specială: prevenirea, tratamentul, readaptarea, învățământul, instruirea și integrarea socială sunt doar enunțate și nu se creează mecanismele necesare pentru ca acestea să devină funcționale. Politica în domeniul dizabilității nu este coerentă, fiind bazată încă pe un model medical al handicapului și nu este concentrată pe egalizarea șanselor, prin crearea independenței și autodeterminării persoanelor cu handicap.

Nu există încă o legislație antidiscriminatorie puternică, care să prevadă sancțiuni pentru cei ce nu respectă legea și care să se și aplice.”(CNDR,2004)

România este membră a Uniunii Europene doar de la 1 ianuarie 2007 și a fost obligată să adopte cadrul legislativ european cu privire la drepturile, libertățile și direcțiile de dezvoltare a serviciilor către persoanele cu dizabilități. Venind însă după o lungă perioadă de regim comunist, prin urmare după o perioadă în care experiența unui sistem de asistență socială a lipsit cu desăvârșire, societatea românească se confruntă cu dificultăți practice în aplicarea cu succes a acestor măsuri.

Itată ce se spune în Manifestul dizabilității din România, din 2003, editat sub egida Consiliului Național al Dizabilității: „în prezent, în România persoanele cu dizabilități beneficiază în principal de anumite drepturi și facilități, în conformitate cu Legea

519/2002. Această lege are multe omisiuni, face diferențe între persoanele cu handicap în funcție de vârstă și deficiența cauzatoare de handicap, nu elimină barierele existente și nu previne apariția altor bariere, cu care se pot confrunta persoanele cu dizabilități: educaționale, acces la bunuri și servicii, locuri de muncă, viață independentă.”(CNDR,2003)

Din păcate, România încă nu a ratificat Convenția ONU pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități. Această convenție conține o schimbare reală pentru societate. Obligația și responsabilitatea statelor membre care au ratificat Convenția este să implice în mod activ mișcarea dizabilității în întregul proces. Principiul care trebuie pus în practică în acest caz este unul foarte simplu, care este foarte bine exprimat și redat de textul Convenției, “nimic pentru persoanele cu dizabilități, fără persoanele cu dizabilități”. Există însă promisiuni din partea guvernului că acest lucru se va finaliza până la sfârșitul anului 2010.

Capitolul IV definește conceptele utilizate în cercetare și descrie modelele explicative ale dizabilității.

Conceptul de dizabilitate, cel de percepție, conceptul de percepție socială, precum și diferența dintre percepția socială implicită și cea explicită, sunt explicate în detaliu, pentru o urmărire facilă și comprehensivă a demersului de cercetare și o bună înțelegere a operaționalizării lor în procesul de investigație.

Dintre cele cinci modele principale ale dizabilității, modelul religios, medical sau individual, social, medical-social și modelul feminist-postmodernist, în acest capitol se pune accentul pe contrastul dintre modelul medical și cel social, deoarece acestea constituie referința teoretică și epistemologică a cercetării, iar analiza datelor colectate se va face prin raportarea percepției sociale a respondenților la aceste modele.

În acest sens se arată că modelul medical a apărut odată cu epoca iluminării și cu industrializarea, atunci când multe valori religioase au fost înlocuite în spiritul rațiunii, și odată cu progresul științei, medicii și oamenii de știință au luat locul preoților, ca responsabili sociali ai valorilor și vindecării acestor oameni. În acea vreme, valoarea umană era determinată de puterea de muncă și de profit, astfel încât cei ce nu se înscriau în “normalitate”, adică nu erau apti de muncă, erau considerați inferiori. Aceasta este

perioada în care au dispărut ”schilozii”, și a apărut conceptul de “dizabilitate”(Oliver, 1990).

Modelul individual sau medical al dizabilității tinde să definească dizabilitatea ca pe o tragedie care are loc la nivel individual și din acest motiv se caută o vindecare (Oliver, 1990, Oliver, 1996). „Acesta plasează individul cu deficiențe într-o poziție de “bolnav”, în timp ce alții iau decizii în ceea ce privește calitatea vieții acestuia” (Pfeiffer, 1998, p. 503).

Modelul medical al dizabilității consideră că problema aparține individului, că numai un tratament medical o poate rezolva, neagă valoarea indivizilor, neagă utilitatea socială și individualitatea, consideră că aceste persoane nu corespund normelor general acceptate ale societății, consideră problema individului o tragedie personală, promovează caritatea ca pe o atitudine pozitivă (Oliver, 1990).

Modelul social al dizabilității, în opoziție cu natura “opresivă” a modelului medical, a fost dezvoltat pe la mijlocul anilor 1970. Acesta a fost elaborat de către un grup academic de persoane cu dizabilități care a reușit să „evadeze” din sistemul de îngrijire instituțional în 1976. Modelul social vede dizabilitatea ca pe o consecință a felului în care este organizată societatea, promovează egalitatea de șansă pentru toți cetățenii, încurajează viața independentă a persoanelor cu dizabilități, încurajează luarea deciziilor în ce privește viața personală de către persoana cu dizabilități în cauză, promovează dezinstituționalizarea, promovează incluziunea în educație și la locul de muncă, consideră dizabilitatea ca fiind creată de barierele pe care societatea le pune persoanelor cu dizabilități în participarea deplină la viața comunității, promovează ideea de diversitate și condamnă disablismul (ableismul), tokenismul, etichetarea, prejudecățile negative și filantropia (Oliver, 1990).

“Modelul social al dizabilității aduce în discuție, dar nu neagă problemele barierelor întâmpinate de persoanele cu dizabilități, însă plasează responsabilitatea acestor probleme la nivelul societății, mai degrabă decât la nivel individual. Astfel, se sugerează că modelul social al dizabilității este o formă de opresiune socială. (Tregaskis, 2002, p. 457), „...în maniera homofobiei, rasismului, vârstei, sexismului și așa mai departe” (Reeve, 2004, p. 83).

“Dizabilitatea este condiția de limitare sau obstrucționare a persoanelor care au deficiențe, de a lua parte la viața normală a comunității la un nivel de egalitate cu ceilalți, datorită barierelor fizice și sociale” (Finkelstein și colab, 1993, p 92).

Marks (1999), sumarizează limitele modelului social arătând că acesta tinde să ignore experiențele individuale legate de gen, sexualitate, cultură.

Modelul social a fost deasemenea aspru criticat fiind considerat sexist, deoarece aduce cu precădere în discuție portretul bărbatului alb în cărucior, ignorând adesea rolurile jucate de femeile cu dizabilități, bărbații gay, femeile lesbiene și populația de culoare. Deasemenea, ”modelul se concentrează cu precădere asupra barierelor structurale, în primul rând în ceea ce privește munca, ignorând adesea alți factori sociali importanți, cum ar fi familia” (O'Toole, 2002, p.85).

Capitolul V face o amplă incursiune în cercetarea asupra problematicilor dizabilității în ultimii douăzeci de ani, axată în principal pe studiile care au avut ca obiect de cercetare percepția socială și atitudinile asupra dizabilității.

Datorită faptului că “Persoanele cu dizabilități identifică cu regularitate atitudinile societale ca fiind stressorul cel mai puternic și negativ al vieții lor” (Voh,1993), studierea percepției sociale și a atitudinilor asupra dizabilității a devenit o necesitate stringentă. “Atâta timp cât atitudinile negative persistă, acceptanța deplină a persoanelor cu dizabilități stă sub semnul îndoielii” (Antonak, 2000, după Nowicki, 2006).

“Recunoașterea faptului că persoanele cu dizabilități sunt încă expuse prejudecăților și discriminării și se află sub opresiunea acestora, ar putea fi primul pas în reducerea prejudecăților (Marks, 1997, după Genesi).

În plus, “Atitudinile față de dizabilitate reprezintă barierele majore în integrarea persoanelor cu dizabilități. De la milă, disconfort și teamă, până la expectanțele reduse în legătură cu potențialul lor, stereotipurile și atitudinile negative fac ca oamenii să păstreze distanța” (Massie, 2006).

Recenzia subliniază și că atitudinile publice negative pot constitui o importantă barieră în succesul unor anumite politici sociale, deoarece populația influențează semnificativ nivelul importanței acordate unei probleme sociale.

Deși a devenit uzual, din punct de vedere social, atât pentru oamenii de rând, cât și pentru profesori, angajatori, politicieni, etc., să expună o atitudine global pozitivă față de dizabilitate, totuși, atitudinile specifice, dacă sunt investigate, se pot dovedi chiar mai negative decât în trecut (Hernandez și colab., 2000).

Atitudinile negative pot fi instituționalizate: ”Vedem adesea impactul atitudinilor negative în felul în care o persoană o tratează pe alta. Dar atitudinile negative sunt deasemenea piatra de temelie pe care politicile dizabilității și ale serviciilor către dizabilitate sunt construite. Atitudinile care afectează, care limitează și restricționează sunt instituționalizate în politici și servicii și astfel se mențin dezavantajele cu care, persoanele cu dizabilități s-au confruntat de-a lungul istoriei” (Massie, 2006,p 68).

Construcția socială a dizabilității reprezintă baza de pornire a barierelor create în calea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități (Olkin și colab.,1994, după Devine, 1997). Ca rezultat al construcției sociale a dizabilității, persoanele cu dizabilități trăiesc expectanțe scăzute din partea persoanelor fără dizabilități și limitări în incluziunea socială (Bogdan și colab., 1992; Rotschild, 1976, după Devine, 1997).

Van Der Klift și colab. (1994), după Genesi (2007,p.339), arată că “Atunci când dizabilitatea este văzută ca fiind componenta principală a unei persoane, mult din ceea ce are unic și uman acea persoană va fi în diminuat. Atunci când nevoile și deficiențele sunt tot ceea ce vedem, vedem de fapt doar ceea ce acea persoana nu poate face”.

În partea a doua a acestui capitol sunt analizate în detaliu șase studii selectate din multitudinea de cercetări apărute în ultimii ani, care au fost luate ca model pentru cercetarea de față și care au avut o influență majoră în alegerea designului de cercetare și a metodologiei utilizate.

Capitolul de față sintetizează de fapt prin toate cercetările studiate, faptul că dizabilitatea este, așa cum am mai spus, o stare socială și nu o condiție medicală.

Capitolul VI prezintă perspectivele teoretice și epistemologice ale cercetării, respectiv perspectiva sociologică și cea psihologică, prin care va avea loc abordarea percepției sociale asupra persoanelor cu dizabilități.

În cadrul perspectivei sociologice este prezentat conceptul de habitus a lui Pierre Bourdieu și influența lui în formarea percepției sociale.

“Produs al istoriei, habitusul produce practici individuale și colective, deci istorie, conform schemelor generate de istorie; el asigură prezența activă a experiențelor trecute care, depuse în fiecare organism sub forma unor scheme de percepție, de gândire și de acțiune, tind mai sigur decât toate regulile formale și decât toate normele explicite, să garanteze conformitatea practicilor și constanța lor în timp” (Bourdieu, 2000, p. 85). Cu alte cuvinte, habitusul reprezintă totalitatea schemelor de gândire, de comportament, totalitatea schemelor afective, de acțiune, evaluative, totalitatea modelelor comportamentale sau a programelor de comportament. Orice individ acumulează acest capital, îl încorporează, și conștient sau inconștient, devine “sclavul” acestuia pe tot parcursul vieții sale.

Habitusul este format atât dintr-o componentă filogenetică, cât și din una ontogenetică. Așadar, individul, poartă atât moștenirea habitusului cristalizat filogenetic, cât și pe cel format pe parcursul evoluției sale ontogenetice, și anume habitusul primar (încorporat în familie), cel secundar (în școală), precum și multe alte habitusuri, în funcție de accesul acestuia în diferite contexte sociale și situaționale.

Percepția socială reprezintă rezultatul, produsul habitusului istoric și individual al unui actor social. După milenii de opresiune și stigmatizare a persoanelor cu dizabilități de către cei care corespund normelor sociale ale normalității, pare aproape imposibil să convertim habitusul istoric, și să schimbăm în profunzime percepțiile sociale asupra dizabilității.

În cadrul perspectivei psihologice, sunt prezentate conceptele de schemă cognitivă și scenariu cognitiv, precum și Teoria disonanței cognitive a lui Leon Festinger.

Comportamentul social este mai bine înțeles dacă este privit în funcție de percepția pe care o are individul asupra contextului obiectiv, decât în funcție de context în sine.

Cogniția socială abordează nu numai cauzele, ci și rezultatele percepției și interacțiunii sociale în termeni cognitivi.

„Schema cognitivă este o structură generală de cunoștințe, activate simultan, ce corespund unor situații complexe din realitate” (Miclea, M., 2003, Psihologie cognitivă, p. 249).

„Scenariul cognitiv este un caz special de schemă cognitivă, particularizat la o mulțime de evenimente organizate serial, o secvență tipică de evenimente, corespunzătoare unui anumit context. Acesta are un nucleu tare, adică scene (macroacțiuni), relativ invariabile în raport cu situațiile particulare” (Miclea, 2003, p. 254).

Acestea au o corespondență directă cu habitusul, singura diferență este că, privite din perspectiva psihologică, improprierea (încorporarea) și funcționarea lor este descrisă prin prisma sistemului cognitiv.

La nivel psihologic, percepțiile sociale sunt exprimate atitudinal, adică prin acele predispoziții psihice sau propensiuni de a acționa într-un chip caracteristic față de datele realității.

Reprezentările sociale și atitudinile transpar în opinii, sentimente, moduri de comportare față de situații, evenimente, persoane, idei, valori, etc. (Radu, 1994).

Din punct de vedere psihologic, atitudinea are trei componente și anume componenta afectivă (formată din stări emoționale și preferințe evaluative), componenta cognitivă (opinii și convingeri) și componenta comportamentală (comportamente și intenții comportamentale)(Allport, 1935).

Teoriei disonanței cognitive, elaborată de Leon Festinger (1957), consideră că o persoană care are în universul său cognitiv două elemente ce nu sunt în acord, nu va putea menține acest dezacord (disonanța), ci va încerca să-l reducă, modificând unul dintre aceste elemente pentru a-l face să se potrivească cu celelalte. Așadar, dacă două din cele trei componente ale atitudinii nu sunt în consonanță, se va produce o tensiune psihică la nivel cognitiv, care va conduce fie la schimbarea comportamentelor în acord cu credințele, fie la schimbarea credințelor și convingerilor, în acord cu comportamentele, producându-se așa-numita dizolvare cognitivă.

Teoria disonanței cognitive se referă la mijloacele de schimbare a atitudinilor. Acestea au loc ca o consecință a faptului că un individ determinat să realizeze un comportament contrar convingerilor lui, își transformă opiniile în direcția acestui comportament.

Dacă interpretăm Teoria disonanței cognitive a lui Festinger în sensul percepției sociale implicite și a percepției sociale explicite, vom descoperi că dacă există o diferență

între aceste percepții, avem de-a face cu o disonanță cognitivă. Percepția explicită reprezintă în cazul nostru comportamentele manifeste, în acord cu normele sociale, iar percepția implicită, posibilele credințe și evaluările cognitive și/sau emoționale de tip negativ.

Pentru a se produce dizolvarea cognitivă, ar trebui operate modificări fie la nivel comportamental, respectiv la nivel de percepție explicită, fie la nivel cognitiv/emoțional, adică la percepția implicită.

Schimbarea cognițiilor este foarte greu de realizat, deoarece, exact ca în cazul habitusului, (de fapt vorbim de același lucru, însă din perspective disciplinare diferite), cognițiile, schemele cognitive, scenariile cognitive, sunt produsul acumulării filogenetice și ontogenetice. Totuși, pentru un individ, a-și schimba comportamentele într-un sens negativ, pentru a fi în consonanță cu cognițiile nefavorabile (percepțiile implicite) la adresa persoanelor cu dizabilități, este împotriva tuturor normelor sociale și morale. Așadar, singura direcție de dizolvare cognitivă rămâne aceea de-a schimba cognițiile negative în legătură cu persoanele cu dizabilități. Acest lucru este posibil doar printr-o practicare consecventă a comportamentelor pozitive relativ la persoanele cu dizabilități.

Capitolul VII prezintă în detaliu design-ul de cercetare al lucrării.

În prima parte este argumentată opțiunea pentru o cercetare calitativă în vederea studiului percepției sociale asupra persoanelor cu dizabilități.

Astfel, se arată că studiul percepției sociale asupra dizabilității, mai mult, a percepției implicite și explicite, implică metode de investigare subtile, proprii cercetării de tip calitativ. Studiul de față a fost un studiu exploratoriu, investigând o temă mai puțin abordată în România, dar ar putea constitui oricând un preambul pentru un studiu mai amplu, folosind metodele cantitative.

În alegerea metodei de cercetare, ne-am ghidat după spusele lui Silverman: ”Țelul ar trebui să fie acela de a spune multe despre puțin. Aceasta înseamnă evitarea tentației de a spune puțin despre mult” (Silverman, 2000, p. 61).

Dominația modelului medical, și cercetarea aproape exclusiv cantitativă asupra dizabilității, a dus în trecut la o ignorare a aspectelor sociale, culturale și individuale ale problematicii dizabilității.

Odată cu apariția modelului social, și a introducerii legislației privind drepturile persoanelor cu dizabilități la nivel internațional, s-a impus necesitatea cercetării dizabilității în detaliu, la nivel de cultură, comunitate și individ.

„Cercetarea anumitor probleme ale dizabilității este încă la începuturi în multe țări ale lumii. O multitudine de aspecte particulare ale acestei probleme încă nu au fost abordate în cercetarea științifică. Când o tematică este prea puțin cunoscută sau studiată, sau chiar nu se știe nimic despre un fenomen social, metodele calitative dețin tehnicile necesare investigării unei asemenea situații, deoarece nu necesită o bază predictivă, ci explorează noul prin întrebări deschise. Într-o atare situație, întrebările închise, proprii metodologiei cantitative, trebuie să aibă ca suport cunoștințe despre normele culturale, credințele, tradițiile și tot ce ține de specificul comunității și societății respective. Fără această bază, oricât de riguroasă ar fi o cercetare cantitativă, nu poate conduce la concluzii valide, deoarece aplicarea unor reguli validate în alt context social poate fi total inadecvat într-o altă cultură” (Pope, 1995, pp. 42-45).

Odată cu politicile de dezinstituționalizare, incluziune și integrare socio-profesională a persoanelor cu dizabilități, cercetarea calitativă a devenit o dată în plus mai valoroasă în studiul dizabilității, deoarece oferă posibilitatea creionării unei imagini comprehensive asupra acesteia, tehnicile ei constituindu-se în instrumente subtile adecvate pentru a investiga acest subiect incitant și controversat.

Cercetătorii calitativiști însă, trebuie să stăpânească extrem de bine tehnicile, să conducă cercetări riguroase, în așa fel ca munca lor să fie apreciată în comunitatea științifică, studiile lor să ajute cercetarea cantitativă în completarea imaginilor holistice asupra fenomenelor sociale, iar studiile exploratorii să poată sta la baza unor studii cantitative ulterioare de amploare.

În continuare, capitolul descrie design-ul de tip fenomenologic utilizat în cercetare și argumentează această opțiune, arătând că având nevoie de un design de cercetare potrivit unui studiu exploratoriu, care să obtureze și să restricționeze propriile mele biasări legate de dizabilitate, precum și totalul meu angajament științific față de modelul social al dizabilității, după mai multe investigații am ales design-ul fenomenologic. Capitolul continuă cu o succintă incursiune în istoria fenomenologiei și cu descrierea paradigmei de cercetare fenomenologice.

Denzin și Lincoln (2000, p. 157) descriu paradigma de cercetare ca pe “un set de idei de bază care ghidează acțiunea și care sunt conforme cu principiile, viziunile și perspectivele cercetătorului.”

Epistemologia unui cercetător, după Holloway (1997), Mason (1996) și Creswell (1994) reprezintă teoria lui despre cunoaștere, care îl ajută să decidă cum anume va studia fenomenul respectiv. Poziția mea epistemologică în acest studiu poate fi formulată astfel:

- Datele sunt conținute în perspectivele participanților la studiu, respectiv persoanele care au zilnic contact cu persoane cu dizabilități în România.
- Deoarece în perspectiva mea o percepție pozitivă asupra dizabilității este doar o perspectivă congruentă cu modelul social al dizabilității, datele colectate au fost analizate din aceasta perspectivă.
- Fiind conștientă de totalul meu angajament științific față de modelul social al dizabilității, dar dorind să efectuez un studiu cu un grad mare de validitate, respectiv credibilitate și replicabilitate, am aplicat “bracketing-ul” sau neutralitatea în toate fazele cercetării, pentru a evita influențarea respondenților, sau orice altă distorsiune în colectarea și analiza datelor.

După Davidson (2000) și Jones (2001), am identificat metodologia fenomenologică ca fiind cea mai bună opțiune pentru studiul de față. Fenomenologii, în contrast cu pozitiviștii, cred că cercetătorul nu se poate detașa de propriile sale convingeri și că cercetătorul ar trebui să nu susțină contrariul. (Hammersley, 2000). În această privință, Mouton și Marais (1990, p. 12) spun că fiecare cercetător “posedă convingeri explicite”.

Capitolul continuă cu eșantionarea, arătând că am ales eșantionarea de tip “purposive sampling”, sau altfel spus orientată de scopul cercetării, considerată de Welman și Kruger (1999) ca cel mai potrivit tip de eșantionare non-probabilitate. Am selectat eșantionul în funcție de criteriile mele ca cercetător și în funcție de scopul cercetării (Babbie, 1995; Greig și Taylor, 1999; Schwandt, 1997), căutând acel tip de respondenți care “au avut experiențe semnificative în legătură cu fenomenul de cercetat”, adică acel tip de persoane care au zilnic tangență cu persoanele cu dizabilități și care pot descrie experiențe de viață grăitoare” (Kruger, 1988 p. 150), care să ne ajute să

descoperim care este percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în România de azi.

Deoarece în metodologia calitativă nu există proceduri standard de eșantionare, am recurs la elaborarea unei strategii de eșantionare, parcurgând un demers succesiv de decizii, care să servească scopului cercetării. Efectuând un studiu exploratoriu, nu am avut de lucrat cu reprezentativitatea statistică a eșantionului, dar putem vorbi de o reprezentativitate în raport cu scopul cercetării.

În acest sens, pentru a crește reprezentativitatea eșantionului, am intervievat un număr de 26 de persoane cu dizabilități, instituționalizate și neinstituționalizate, cu vârsta cuprinsă între 14 și 76 de ani, având diferite profesii, niveluri de educație, atât cu dizabilități fizice, cât și psihice.

Acestea au fost rugate să răspundă la următoarea întrebare:

➤ Care sunt persoanele pe care le întâlniți cel mai des în viața dumneavoastră de zi cu zi, și de a căror părere și atitudine în legătură cu dizabilitatea dumneavoastră sunteți interesați?

Răspunsurile persoanelor cu dizabilități m-au ghidat în alegerea primului grup de participanți. Peste 50% dintre răspunsuri au indicat persoane între vârsta școlară și pensionari foarte în vârstă, având următoarele profesii: elevi, studenți, doctori, asistente medicale, asistenți sociali, pensionari, preoți, avocați, judecători, procurori, notari, vânzători, șoferi de taxi și autobuz, polițiști, chelneri, profesori, învățători, educatori, contabili, instalatori, oameni de serviciu, persoane din alte servicii publice (funcționare la poștă, la primărie, la gaz, la electricitate, etc).

Am decis să acopăr toate profesiile revelate de interviu, încercând să includ în eșantion cel puțin doi reprezentanți din fiecare categorie profesională.

În continuarea eșantionării sunt prezentate tabelele cu caracteristicile demografice și mărimea eșantionului.

Caracteristicile demografice ale participantilor in functie de regiunea geografica

	Total general = 85 participant	Interviuri individuale = 55 participant	Focus grup = 30 participant
Moldova	20	13	7
Ardeal	23	16	7
Dobrogea	12	7	5
Regat	16	10	6
Banat	14	9	5

Caracteristicile demografice ale participantilor in functie de sex si varsta

	Total general = 85 participant	16-25 ani	25-45 ani	45-76 ani
Femei	50	19	32	34
Barbati	35			

Caracteristicile demografice ale participantilor la interviul de profunzime semistrukturat si metoda mind mapping

	Total general = 55 participant	16-25 ani	25-45 ani	45-76 ani
Femei	32	11	20	24
Barbati	23			

Caracteristicile demografice ale participantilor la focus grup (5 focus grupuri a cate 6 participant)

	Total general = 30 participant	16-25 ani	25-45 ani	45-76 ani
Femei	18	8	12	10
Barbati	12			

Capitolul continuă cu descrierea celor cinci metode de colectare a datelor, și cu prezentarea ghidului de interviu, împreună cu operaționalizarea conceptelor pe fiecare item al acestuia.

Pentru colectarea datelor, am utilizat cinci metode și anume: Metoda interviului fenomenologic de profunzime semi-structurat, Metoda interviurilor de tip focus grup, Metoda hărților mintale, Metoda empatiei ghidată în dizabilitate, Metoda memoing sau a notelor de teren.

Ghidul de interviu utilizat atât în colectarea datelor prin metoda interviurilor individuale cât și prin metoda interviurilor de tip focus grup, a inclus următoarele întrebări:

1. Descrieți ce înseamnă pentru dumneavoastră “DIZABILITATE”
2. Ați trăit vreodată situații deosebite legate de o persoană cu dizabilități? Descrieți situația și ce-ați simțit cu acea ocazie.
3. Descrieți cum vedeți dumneavoastră viața unei persoane cu dizabilități în societatea românească de azi.
4. Dacă ați avea puterea să schimbați unele lucruri în legătură cu viața persoanelor cu dizabilități în societatea românească de azi, care ar fi acelea?
5. Ce părere aveți despre percepția și atitudinea românilor în general asupra persoanelor cu dizabilități, în societatea românească de azi?

Metoda „mind mapping” sau metoda harților mintale a avut ca scop operaționalizarea percepției implicite asupra dizabilității și a persoanelor cu dizabilități, precum și corespondența acesteia cu modelul medical sau social al dizabilității. Ulterior, datele colectate au fost corelate cu datele despre percepția explicită, obținute prin itemii specifici din ghidul de interviu.

După ce consimțământul informat a fost semnat, fiecare interviuat a fost rugat să scrie în centrul unei foi de hârtie de format A4 cuvântul DIZABILITATE. Apoi, au fost rugați să scrie pe foaia de hârtie tot ceea ce le vine în minte legat de această noțiune, și au fost îndrumați să scrie cuvinte semnificative sau idei scurte și nu fraze elaborate.

La interviurile individuale semistructurate de tip fenomenologic, întrebările s-au adresat “direct experienței participanților, sentimentelor lor, credințelor și convingerilor acestora în legătură cu tema de cercetare” (Welman și Kruger, 1999, p. 196), adică în

legătura cu persoanele cu dizabilități și percepția socială asupra lor, în societatea românească de azi.

Interviul individual semistructurat de tip fenomenologic se bazează pe un ghid general, care constă într-o listă de aspecte relevante ale subiectului cercetat. În cazul nostru, el a conținut întrebări deschise cu privire la experiențe și comportamente legate de persoanele cu dizabilități, opinii, valori, scopuri, dorințe, așteptări, legate de același subiect, trăiri, emoții, cunoștințe despre tipurile de dizabilități și problematica dizabilității, precum și cu privire la datele demografice ale respondenților.

Focus-grupul este un interviu semistructurat care ne-a permis să aflăm percepțiile, motivațiile, sentimentele, și atitudinile oamenilor față de persoanele cu dizabilități.

Avantajele utilizării focus-grupului în cercetarea percepției sociale implicite și explicite asupra persoanelor cu dizabilități a constat în faptul că grupurile au fost constituite pe criteriile relevate de interviul inițial de eșantionare, discuțiile au fost focalizate pe tema problematicii persoanelor cu dizabilități, a existat o interacțiune a respondenților, subiectul a fost moderat de către intervievator cu grijă ca discuțiile să nu devieze de la subiectul cercetării, timpul a fost utilizat eficient.

Dezavantajele utilizării focus-grupului au constat în faptul că numărul de aspecte discutate a fost limitat, timpul disponibil al fiecărui respondent a fost limitat, nu am abordat teme foarte sensibile, intime, și nu am putut asigura confidențialitatea opiniilor.

De aceea, pentru a crește gradul de fidelitate și validitate al datelor colectate, am utilizat și alte metode calitative. Triangularea metodologică ne-a ajutat să obținem date de profunzime, de subtilitate, precum și obținerea unei perspective holistice a fiecărui respondent în ce privește subiectul cercetat.

La metoda empatiei ghidată în dizabilitate, participanții au fost rugați la finalul interviului să se gândească la o persoană cu dizabilități pe care o cunosc sau pe care au văzut-o și să-și imagineze că s-ar afla în situația ei. Au fost rugați să descrie cum cred că s-ar desfășura viața lor în aceste circumstanțe.

Li s-a spus că este un exercițiu de imaginație și au fost lăsați să se gândească câteva minute la acest lucru. Această descriere a fost deasemenea înregistrată audio.

Metoda a fost inspirată de tehnica imageriei dirijate din hipnoterapie, coroborată cu tehnica experienței vicariante.

Această metodă a fost special creată pentru a explora în adâncime percepția implicită asupra persoanelor cu dizabilități, apartenența emoțională la un model sau altul al dizabilității, și pentru a evidenția gradul de empatie al respondenților în legătură cu dizabilitatea. Metoda a avut deasemenea ca scop scoaterea la iveală, acolo unde a fost cazul, a diferenței dintre percepția explicită și implicită asupra persoanelor cu dizabilități. Acest instrument de investigare a fost unul dintre cele mai eficiente, datele colectate prin această metodă fiind extrem de utile și relevante. Folosirea acestui nou instrument a crescut simțitor validitatea internă a cercetării.

Metoda memoing sau notele de teren ale cercetătorului constă în totalitatea notițelor pe care cercetătorul le face pe teren, în legătură cu ceea ce aude, ceea ce vede, experiențe și gânduri din timpul procesului de colectare a datelor, reflecțiile sale legate de acest proces. Cercetătorii sunt foarte ușor de absorbit în procesul de colectare a datelor și reflectarea obiectivă a ceea ce se întâmplă de fapt ar putea devia foarte ușor.

Astfel este foarte important ca cercetătorul să mențină un echilibru între notițele despre ceea ce vede și aude la modul obiectiv și notițele reflexive, interpretările subiective, cum ar fi impresiile și considerațiile personale.

Luarea de notițe mi-a oferit o permanentă activitate de acoperire, și m-a ajutat să evit influențarea participanților prin exprimarea implicită a propriei mele perspective. Misiunea mea permanentă a fost să "citesc" și să notez permanent amănunte oferite de limbajul trupului celor intervievați și în același timp să afixez o atitudine perfect neutră, care să nu dea indicii într-un sens sau altul.

Apoi, aceste notițe s-au dovedit extrem de utile la analiza datelor. M-au ajutat să-mi amintesc multe detalii în legătură cu fiecare participant la cercetare.

După o scurtă descriere a metodei de stocare a datelor, în acest capitol se trece la descrierea procedurii utilizat în explicitarea și interpretarea datelor. În această cercetare, am utilizat o versiune simplificată a procedurii de explicitare a datelor a lui Hycner (1999). Acest proces cuprinde cinci stadii sau pași și anume bracketing-ul și reducția fenomenologică, delimitarea unităților de semnificație, alcătuirea clusterilor și identificarea temelor, sumarizarea, validarea și operarea de modificări și extragerea temelor generale și a temelor unice ale cercetării.

Temele centrale ale acestei cercetări, identificate în urma analizei clusterilor, au fost:

- Evaluarea în mod diferit a dizabilității dobândite față de dizabilitatea din naștere
- Familia ca suport vital în supraviețuirea unei persoane cu dizabilități în România
- Sărăcia persoanelor cu dizabilități din România, accentuată de criza economică
- Cerșetorii cu dizabilități din România și enorma lor influență negativă asupra percepției sociale asupra dizabilității:
 - fenomenul cerșetoriei practicat la metroul bucureștean, în mijloacele de transport în comun și în gări
 - fenomenul emigrației cerșetorilor cu dizabilități în Europa
 - fenomenul actoriei în cerșetorie- interpretarea unui personaj cu dizabilități
 - Izolarea sau instituționalizarea persoanelor cu dizabilități severe, ca o măsură de protecție împotriva sărăciei, a comportamentelor abuzive sau a obținerii de beneficii financiare din partea familiilor sărace
- Media ca factor major de influență a percepției sociale asupra dizabilității

Temele unice ale cercetării în urma analizei clusterilor au fost:

- Comportamentul violent al unui interviuat față de o persoană cu dizabilități
- Atitudinea eugenistică față de dizabilitate a unei interviuate
- Încercarea eutanasierii unei persoane cu dizabilități prin practicarea de ritualuri religioase

Capitolul continuă cu o scurtă descriere a hermeneuticii și a hermeneuticii fenomenologice și necesitatea aplicării ei în analiza percepției sociale explicite și implicite asupra persoanelor cu dizabilități, cu teoria imaginației sociologice și necesitatea aplicării ei în analiza percepției sociale explicite și implicite asupra persoanelor cu dizabilități, cu teoria atribuției și necesitatea aplicării ei în analiza percepției sociale explicite și implicite asupra persoanelor cu dizabilități precum și cu “Spread phenomenon” sau fenomenul de „împrăștiere” și necesitatea aplicării lui în analiza percepției sociale explicite și implicite asupra persoanelor cu dizabilități.

Misiunea unui cercetător care aplică hermeneutica este de a se angaja în interpretarea textelor pe baza epistemologiei conținută de filozofia hermeneuticii. Aceste trăsături specifice constau în a citi printre rânduri și în a deconota subtextul unui text.

Această metodă particulară este utilă în studiile de caz, atunci când cercetătorul investighează orice tip de document textual, pentru o înțelegere mai profundă a comportamentului uman, a acțiunilor unui individ, a culturii organizaționale, și a comunicării. În sociologie, hermeneutica înseamnă interpretarea și înțelegerea evenimentelor sociale prin analiza însemnătății lor pentru participanți în contextual lor cultural.

Imaginația sociologică este capacitatea de a discerne relația dintre forțele sociale la scară largă și acțiunile la nivel individual. Include atât capacitatea de a vedea relațiile dintre biografiile individuale și schimbările istorice, precum și capacitatea de a vedea felul în care cauzalitatea socială operează în cadrul societăților.

Termenul de “imaginație sociologică” aparține sociologului american C. Wright Mills, care l-a folosit prima dată în 1959 pentru a descrie perspectiva disciplinară a sociologiei.

C. Wright Mills credea că o persoană are nevoie de o înțelegere a societății în care trăiește pentru a se înțelege pe sine în cadrul acelei societăți, și în felul acesta să își determine propriile valori morale. Cu o asemenea înțelegere, individul poate apoi să se angajeze în problematica publică a societății sale și să nu trăiască izolat. Printr-un asemenea angajament social, el poate apoi să-și identifice problemele sale de viață cauzate de acea societate.

Imaginația sociologică este necesară pentru a putea înțelege societatea prin prisma vieții individuale, și forțele istorice care au creat-o. Fără această înțelegere, oamenii nu se pot înțelege nici pe ei înșiși ca individualități, și nici rolul și locul lor în societate.

Imaginația sociologică oferă celui care o posedă abilitatea de-a vedea dincolo de spațialitatea lui temporară și îl proiectează în structuri sociale mai largi, oferindu-i totodată coerență între relația istorică, biografică și structura socială.

Este imposibil să faci cercetare calitativă fără a uza de imaginația sociologică. Pentru a analiza experiențele individuale ale participanților a trebuit ca permanent să plasez informațiile în context social, cultural, biografic și istoric.

Heider (1958) a fost primul cercetător care a propus o teorie psihologică a atribuției, dar Weiner și colaboratorii (e.g., Jones și colab., 1972; Weiner, 1974, 1986) au

dezvoltat cadrul teoretic care a devenit una dintre cele mai importante paradigme de cercetare în psihologia socială.

Teoria atribuției este preocupată de felul în care oamenii interpretează evenimentele și de felul în care acest lucru este reflectat în gândirea și comportamentul lor. Teoria atribuției presupune că indivizii încearcă să determine de ce oamenii acționează într-un fel sau altul. O persoană care încearcă să înțeleagă de ce o altă persoană acționează într-un anumit fel poate atribui acestui fapt diverse cauze.

“Fenomenul de “răspândire “sau de “împrăștiere” este bazat pe ideea că percepția asupra unei caracteristici unice a unui individ poate genera inferențe generalizate asupra acelei persoane” (Dembo,T. și colab.,1956, p.23).

Dembo afirmă că percepțiile negative asupra bolilor cronice și asupra dizabilității conduc la stereotipuri distorsionate ce sunt proiectate asupra indivizilor suferind de o boală cronică sau de o dizabilitate.

Wright (1983) promovează ideea că efectul primei impresii asupra unei persoane situează o caracteristică ca și dizabilitatea pe o poziție determinantă în evaluarea generală a acelei persoane, în opoziție cu caracteristicile definitorii ale identității acelei persoane. Prima impresie așadar, tinde să reducă evaluarea caracteristicilor unui individ la o etichetă, ignorând întregul, care conține atât aspecte pozitive cât și limite.

Un număr impresionant de respondenți au confirmat această teorie, asumând, de exemplu, limitări cognitive persoanelor suferind de o dizabilitate fizică.

Capitolul în care este descris design-ul de cercetare continuă cu câteva aprecieri la adresa validității și credibilității cercetării, specificându-se că s-a folosit triangularea de date și triangularea metodologică, după care se trece la explicitarea datelor prin fiecare metodă de colectare.

La metoda hărților mintale, deși nu toți subiecții intervievați au alcătuit hărți sau scheme complexe, unii dintre ei scriind doar câteva cuvinte, dintre care cele mai frecvente au fost **“suferință”, “persoană aflată în nevoie”, “handicap fizic sau mintal”, “milă”, “lipsă”, “fără o mână” sau “fără un picior”**, cei mai mulți au răspuns foarte bine la această sarcină, reușind să ilustreze într-un mod inedit percepția proprie asupra dizabilității.

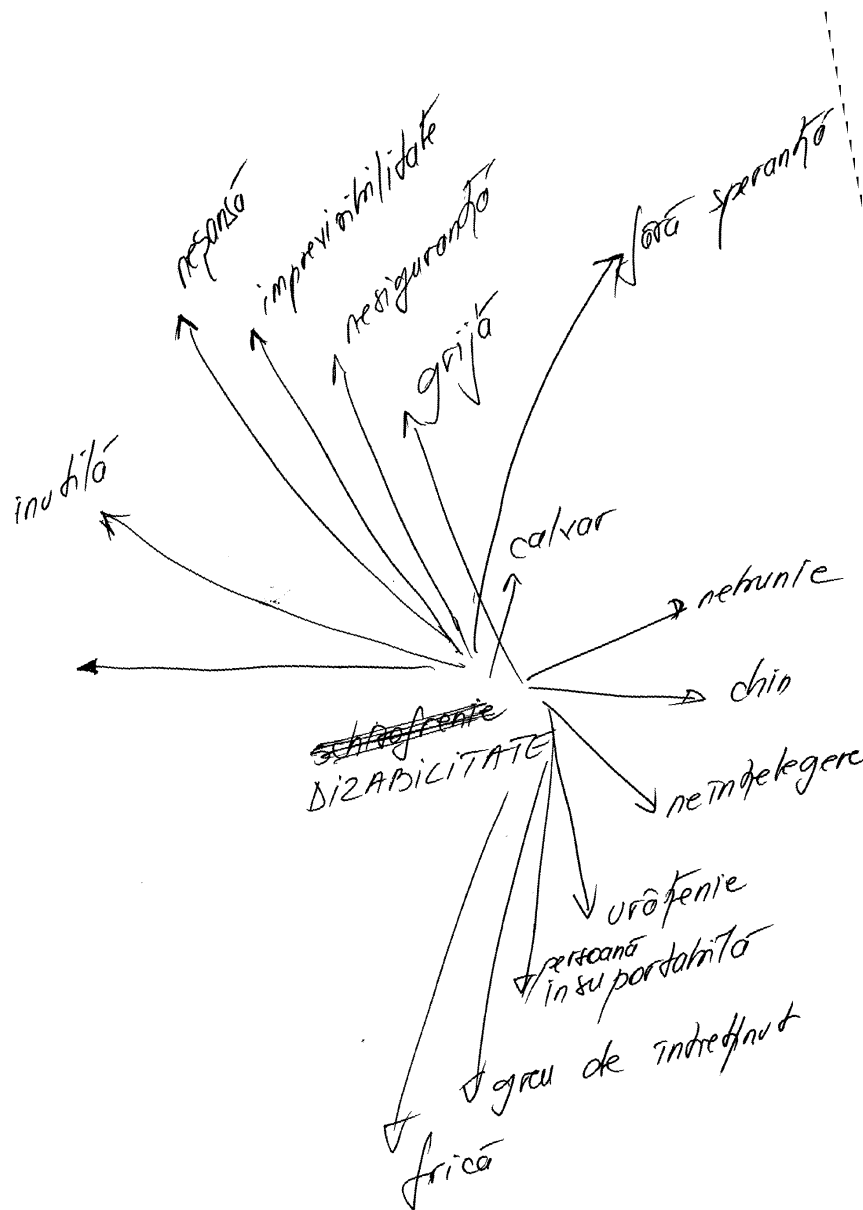
S-a analizat fiecare hartă în parte și s-a tras la fiecare concluzia emergentă din datele furnizate.

La această metodă nu s-au evidențiat diferențe semnificative în ceea ce privește percepția respondenților referitor la aria geografică de proveniență.

În figura de mai jos avem prezentată harta mintală a unei respondente a cărei percepție am găsit-o ca fiind cea mai negativă dintre toți participanții la studiu. Desigur că nu am ajuns la această concluzie doar datorită hărții mintale, ci în urma analizei tuturor datelor colectate, precum și a completării lor cu notele luate pe teren, dar harta mintală a fost un bun instrument de investigare a percepției respondentei, atât cea implicită cât și cea explicită, descoperind și în acest caz, o diferență semnificativă.

Schema conține termeni ce conduc la concluzia că persoana are o percepție profund negativă, la modul explicit. La nivel cognitiv, termeni ca ”inutilă, nebunie, urâtenie, persoană insuportabilă” exprimă cum percepe respondenta o persoană cu dizabilități, și deconspiră chiar nivelul ei emoțional legat de acest subiect. Cuvinte ca “neșansă, grijă, calvar, chin”, au scopul de-a o situa pe respondentă pe o poziție dezirabilă, în timp ce “imprevizibilitate”, “frică”, sau “fără speranță”, ne arată percepția ei implicită, respectiv teama, desconsiderarea și implicit dorința de evitare a oricărui contact cu dizabilitatea. Percepția socială a acestei respondente asupra persoanelor cu dizabilități este un predictor evident al unei atitudini preponderent negativă la nivel comportamental.

Figura nr 1. Harta mintală, R.M.S., 43 ani, jurist.



La interviurile individuale, explicitarea datelor s-a făcut pe fiecare item al ghidului de interviu. Răspunsurile au oferit o paletă largă de opinii, experiențe, gânduri, credințe și sentimente, relevând atât valențe ale percepției implicite cât și ale celei explicite ale participanților la cercetare, precum și corespondențele acestora cu modelul medical sau social al dizabilității.

Analiza s-a făcut pe cele trei nivele, cognitiv, emoțional și comportamental, interpretarea datelor făcându-se utilizând hermeneutica fenomenologică, imaginația sociologică, teoria fenomenului de răspândire, precum și teoria disonanței cognitive, a atribuției și teoria habitusului. Tot aici a fost descris și Efectul Hawthorne, utilizat și el în analiza și interpretarea datelor colectate.

Efectul Hawthorne este o formă de reacție a subiecților unui experiment, în sensul modificării unui aspect al comportamentului lor datorită simplului fapt că se află sub observație și nu ca răspuns al unei manipulări experimentale (Mc.Carney, 2007). Termenul a fost folosit prima dată de către Henry A. Landsberger în 1955 când a analizat experimentele efectuate între 1924-1932 la Fabricile Hawthorne, o uzină ce producea electricitate în vestul Americii, în afara orașului Chicago. Uzinele Hawthorne au comandat un studiu pentru a aprecia dacă muncitorii lor ar deveni mai productivi lucrând într-o lumină mai puternică sau mai slabă. Productivitatea muncitorilor a crescut în timpul experimentului și a revenit la cotele inițiale când studiul a luat sfârșit. S-a sugerat atunci că efectul de creștere a productivității s-a datorat efectului avut de experiment asupra muncitorilor, care au fost motivați de faptul că li s-a acordat atenție. Termenul a devenit în timp un concept care descrie orice formă de creștere a unei așa zise „productivități”, pe o perioadă scurtă de timp.

Parsons atrage atenția asupra Efectului Hawthorne și anume că pot apărea confuzii dacă experimentatorii nu sesizează consecințele comportamentale ale subiecților studiați datorate faptului că se află sub observație (Parsons, după Mc.Carney, 2007).

La metoda așa numită empatie ghidată în dizabilitate, participanții la interviurile individuale au fost rugați la final să se gândească la o persoană cu dizabilități pe care o cunosc sau pe care au văzut-o și să-și imagineze că s-ar afla în situația lor. Au fost rugați să descrie cum cred că s-ar desfășura viața lor în aceste circumstanțe.

Li s-a spus că este un exercițiu de imaginație și au fost lăsați să se gândească câteva minute la acest lucru. Această sarcină s-a dovedit a fi cea mai dificilă pentru participanții la acest studiu. Datele colectate prin această metodă au fost analizate întâi separat, iar apoi analiza a fost corelată cu analizele obținute la celelalte metode de colectare a datelor, în vederea obținerii unei perspective coerente asupra percepției sociale asupra persoanelor cu dizabilități pentru fiecare participant.

Interviurile de tip focus grup au avut loc după cele 55 de interviuri individuale. Deși focus-grupurile au avut o atmosferă mult mai animată și mai „vie”, nu s-au evidențiat aspecte noi. Am remarcat însă un nivel crescut de dezirabilitate, datorat unui efect Hawthorne mai ridicat. Respondenții s-au dovedit mult mai comunicativi în ce privește experiențele personale dar mai ales în ce privește exemplele de atitudine personală pozitivă față de dizabilitate. Datorită efectului Hawthorne, am suspectat un grad de distorsiune a datelor obținute prin această metodă, de aceea am analizat și interpretat răspunsurile cu o atenție sporită, pentru a nu fi indusă în eroare și a evita erorile.

Capitolul VIII al lucrării de față cuprinde rezultatele cercetării și răspunsurile la întrebarea principală de cercetare, precum și la întrebările secundare.

Obiectivul acestei cercetări a fost explorarea percepției sociale asupra persoanelor cu dizabilități în societatea românească de azi. Întrebarea centrală a cercetării a fost:

- Care este percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în societatea românească de azi?

Întrebările de cercetare secundare care au apărut din obiectivul cercetării, din întrebarea principală de cercetare, din observațiile și prospecțiile făcute în teren în prealabil și din studiul literaturii de specialitate au fost:

- Este percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în societatea românească de azi corespondentă modelului medical sau modelului social al dizabilității?
- Există o diferență între percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în societatea românească de azi, la nivel explicit și la nivel implicit?

Rezultatele nu au relevat o diferență semnificativă în ce privește aria geografică de proveniență a participanților, prin urmare am tras concluzia că percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în România este o percepție omogenă pe tot teritoriul țării.

Nu s-au înregistrat diferențe semnificative nici în ceea ce privește vârsta participanților, și nici în ceea ce privește profesia, cu excepția respondenților care lucrează în domeniul social și au tangență directă cu persoanele cu dizabilități, și care s-au dovedit a avea cea mai pozitivă percepție asupra acestora, direct corespondentă modelului social al dizabilității.

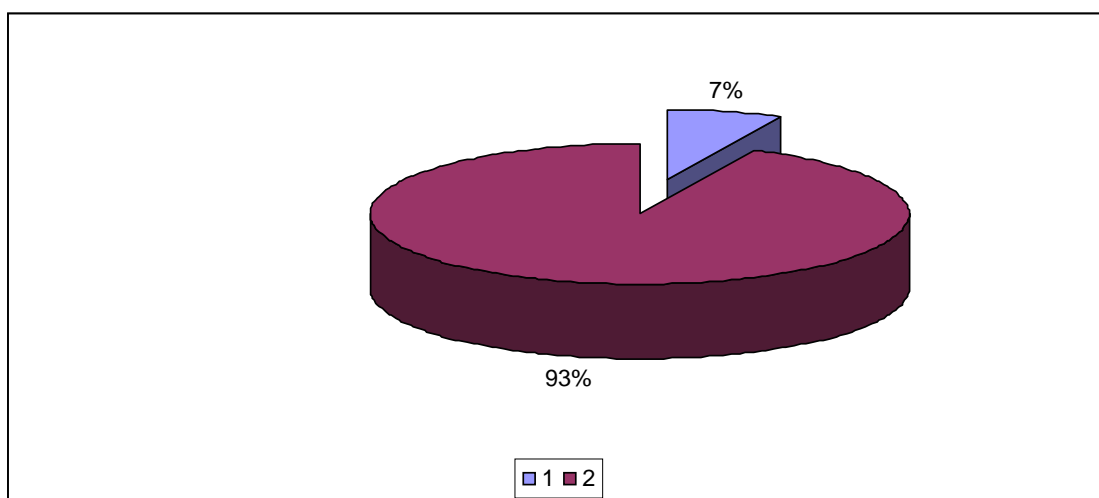


Figura 6. Percepția socială explicită și implicită. Diferență și omogenitate

1 – 7% - diferența dintre percepția socială explicită și cea implicită

2 – 93% - omogenitate între percepția socială explicită și cea implicită

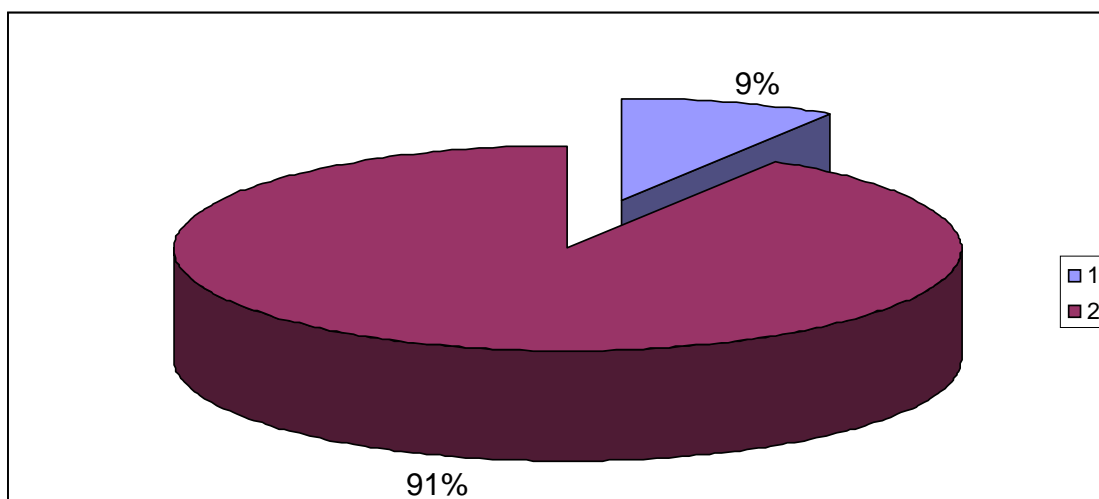


Figura 7. Percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități. Corespondența cu modelul medical și cu modelul social al dizabilității.

1 – 9% - percepția socială corespondentă modelului social

2 – 91% - percepția socială corespondentă modelului medical

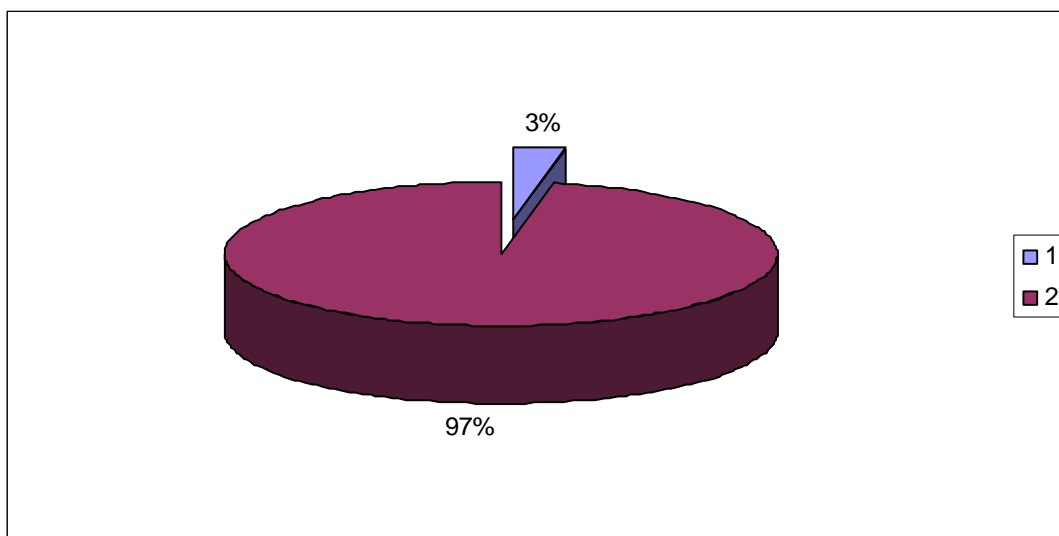


Figura 8. Opinia respondenților despre percepția societății românești asupra persoanelor cu dizabilități. Percepție pozitivă vs percepție negativă.

1 – 3% - opinia despre o percepție pozitivă asupra persoanelor cu dizabilități

2 – 97% - opinia despre o percepție negativă asupra persoanelor cu dizabilități

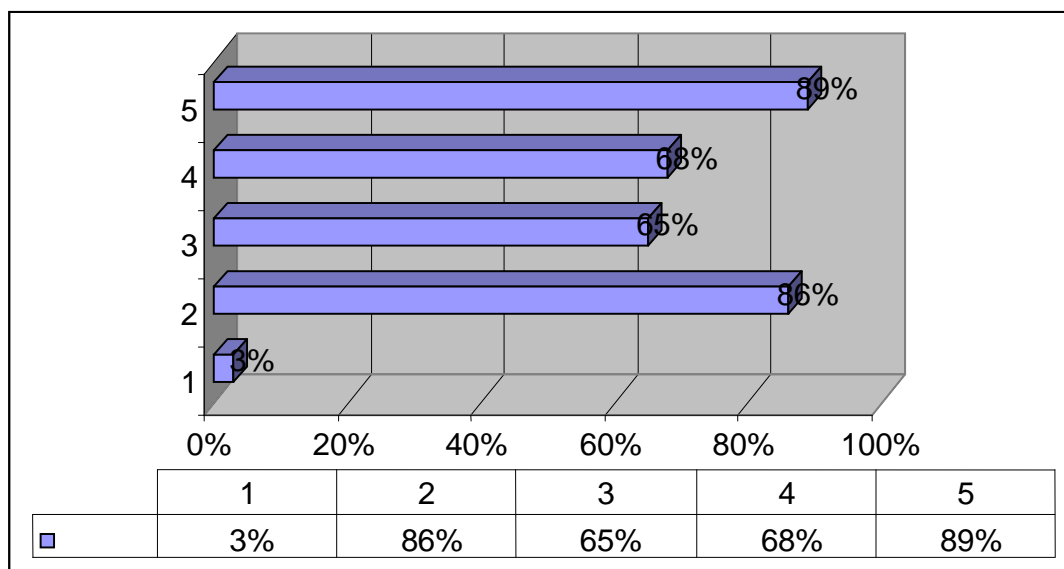


Figura 9.

- 89% dintre respondenți ar comite suicid dacă ar dobândi o dizabilitate.
- 68% dintre respondenți au rostit “Doamne-fereste!” sau au făcut semnul crucii la ipoteza că ar dobândi o dizabilitate
- 65% dintre respondenți au afirmat că românii “își bat joc” de persoanele cu dizabilități
- 86% dintre respondenți au afirmat că românii se poartă “urât” cu persoanele cu dizabilități
- 3% dintre respondenți au propus măsuri ipotetice pentru ridicarea calității vieții persoanelor cu dizabilități corespundente modelului social

Analiza datelor a evidențiat faptul că percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități este congruentă cu modelul medical al dizabilității într-un procent de 91%, iar procentul de 9% corespundente modelului social, așa cum am arătat și mai sus, aparține aproape în exclusivitate ariilor profesionale direct conectate cu dizabilitatea, și anume asistenților sociali, psihologilor, precum și unui număr redus de studenți și profesori (Figura 7).

Rezultatele au relevat deasemenea, că nu există o diferență semnificativă în ceea ce privește percepția implicită și percepția explicită a participanților, procentul celor la care s-a evidențiat o diferență substanțială între cele două tipuri de percepție situându-se

sub 7%. (Figura 6). Trebuie însă subliniat că nu la toți specialiștii la care ne-am referit, percepția socială asupra dizabilității s-a dovedit corespondentă modelului social.

Rezultatele au dovedit și că toți respondenții participanți la cercetare, cu o singură excepție, au exprimat în timpul investigației un nivel foarte ridicat de milă și compasiune la adresa persoanelor cu dizabilități, acest lucru arătând o foarte puternică conexiune cu modelul medical al dizabilității.

“Mă doare inima când văd că așa o fată frumoasă are parte de o asemenea viață. E o luptătoare, o adevărată luptătoare, a terminat chiar o facultate, așa, handicapată, și chiar s-a măritat cu un băiat normal!” (interviu, I.M., 72 ani, pensionară).

Deci, chiar dacă un număr de persoane au o percepție congruentă modelului social al dizabilității, această percepție este încă biasată de o gândire și o atitudine compătimitoare. Aceste persoane încă consideră persoanele cu dizabilități ca fiind victime neajutorate ale unui destin nefericit.

În proporție de aproape 100%, respondenții au considerat că atitudinea generală a românilor față de persoanele cu dizabilități este una preponderent negativă, arătând interes doar în scopuri mercantile sau ca să facă impresie bună în societate (Figura 8). Părerile generale au fost că e nevoie de o perioadă foarte lungă de timp ca în societatea românească să aibă loc schimbări reale în această privință, majoritatea respondenților afirmând că deși situația economică în România lasă de dorit, bariera majoră în integrarea persoanelor cu dizabilități în viața comunităților o reprezintă mentalitatea retrogradă a oamenilor.

Analiza datelor a scos la iveală faptul că modelul social al dizabilității este aproape necunoscut în România, și că oamenii gândesc și acționează negativ în problema dizabilității, chiar dacă intențiile lor sunt pozitive.

Nici un respondent nu a adus în discuție tematici specifice modelului social cum ar fi viața independentă a persoanelor cu dizabilități, relațiile intime interpersonale ale acestora cu ceilalți membri ai societății, sau ideea de diversitate în loc de cea de anormalitate.

Datorită nivelului foarte scăzut în ce privește cunoștințele despre dizabilitate, percepția respondenților suferă constant biasări datorită efectului fenomenului de răspândire, existând convingerea că datorită unei dizabilități, persoana respectivă are

competențe scăzute la toate nivelurile. De exemplu dacă dizabilitatea e fizică, se presupune că există și retard mintal, sau inabilități emoționale, dacă dizabilitatea e de ordin cognitiv se asumă credința că persoana nu este integră fizic sau suferă de labilitate emoțională.

“Au o viața foarte grea [persoanele cu dizabilități], pentru că ei nu sunt în stare să câștige bani muncind, și au nevoie de specialiști care să-i supravegheze tot timpul ...Uneori ești surprins să vezi ce bine se descurcă o persoană cu dizabilități. În orice caz, eu dacă aș avea o dizabilitate și as lucra undeva, aș simți nevoia să muncesc de zece ori mai mult ca ceilalți, ca să le arăt tuturor că nu sunt cu nimic mai prejos decât ei...”(interviu, P.G., 58, contabilă)

Abordarea este greșită, mai ales din cauza unui nivel de cunoștințe, în ce privește dizabilitatea, extrem de scăzut. Chiar dacă termenii ca “persoană cu dizabilități” în loc de “handicapat” au fost absorbiți în vocabularul uzual, lumea încă gândește și acționează, tratând dizabilitatea ca pe o problemă individuală, medicală, crezând că persoanele cu dizabilități au nevoie de mai multe spitale, centre sau cluburi doar pentru cei cu dizabilități.

“Singurul mod în care o persoană cu dizabilități poate duce o viață decentă în România este să fie instituționalizată într-un centru modern, și să i se ofere tot ajutorul medical de care are nevoie, la cel mai înalt nivel. Orizontul lor în România este foarte limitat, n-au nici un fel de viitor.” (interviu, M.A., 18 ani, elev)

Această atitudine negativă vine și din faptul că gradul de empatie cu dizabilitatea în țara noastră este unul foarte scăzut. Marea majoritate a respondenților din acest studiu a considerat o sarcină extrem de dificilă aceea de a se imagina trăind o viață în situația în care ar avea o dizabilitate(Figura 9).

“Nu...Îmi pare rău, dar nu pot să-mi imaginez așa ceva...sau cred că nu vreau...îmi pare rău...Nici măcar nu mă pot gândi la așa ceva...Dacă mâine aș căpăta o dizabilitate, viața mea s-ar termina. Cine dracu’ ar vrea să trăiască lângă un handicapat în cărucior?” (interviu, V.A., 29 ani, chelner)

Cunoașterea și implementarea modelului social este o necesitate stringentă, în vederea respectării drepturilor persoanelor cu dizabilități și în țara noastră precum și a incluziunii

lor depline în cadrul comunităților. Dizabilitatea este, așa cum am afirmat de multe ori pe parcursul acestei lucrări, o construcție socială.

“Pe la patru ani, când am început să gândesc, am observat că tata era ca mine, iar mama era îngrozitor de mare. Am început să-mi fac probleme, gândindu-mă că trebuia să stricăm casa pe care-o aveam, și să facem una mai mare, că mama tot creștea...Măsuram din ochi în fiecare zi distanța până la gardul vecinilor, calculând cât loc aveam. Începusem chiar să mă uit urât la mama, învinuind-o în mintea mea de copil, că din cauza ei trebuia să stricăm frumusețe de casă...De fapt tata avusese un accident de tren și rămăsese fără picioare, iar mama era într-adevăr o femeie înaltă, avea cam 1,80. Tata mergea în mâini, își făcea singur un fel de apărătoare din piele de vită și așa se târa prin casă și prin curte. Asta nu-l împiedica să facă curățenia în casă, să gătească și să lucreze în grădină. A fost un tată extraordinar!...”(interviu, J.D., 57 ani, profesoară)

Capitolul conține și descrierea temelor cercetării, rezultate în urma analizei clusterilor.

Temele centrale ale acestei cercetări, identificate în urma analizei clusterilor, au fost:

▪ **Evaluarea în mod diferit a dizabilității dobândite față de dizabilitatea din naștere**

Convingerea românilor atât la nivel cognitiv cât și la nivel emoțional este că a fi născut cu o dizabilitate este o condiție psihică mai ușor de suportat decât a dobândi ulterior o dizabilitate, în urma unui accident sau a unei boli, presupunând că dacă cineva se maturizează făcând față zilnic prejudecăților, stereotipurilor și discriminărilor, devine mai puțin vulnerabil în fața atitudinilor negative ale societății. Pe de altă parte, convingerea că dacă capeți o dizabilitate pe parcursul vieții, nu te vei putea adapta acelei condiții decât cu foarte mare dificultate, gândindu-te mereu la cum ai fost și cum ești acum, este determinată și de atitudinea negativă generală a societății asupra persoanelor cu dizabilități în țara noastră.

Majoritatea respondenților cred că dacă ar dobândi o dizabilitate, ar lua în considerare ipoteza sinuciderii, crezând că n-ar face față psihic și social la noua lor condiție (Figura 9).

Această ipoteză a fost frecvent întâlnită mai ales în rândurile tinerilor respondenți care au afirmat că dacă ar avea o dizabilitate n-ar mai avea un cerc de prieteni și n-ar mai putea presta activitățile pe care le performează în prezent.

▪ **Familia ca suport vital în supraviețuirea unei persoane cu dizabilități în România**

Singurul suport viabil pe care românii îl iau în considerare în cazul dizabilității este suportul familial, deși respondenții au adus foarte des în discuție copiii cu dizabilități exploatați de familiile sărace și dezorganizate. Obligația de-a cerși pentru a aduce un ajutor financiar familiei, abuzul fizic și răul tratament suportat de acești copii care devin la rândul lor abuzatori de îndată ce cresc, duc la concluzia în rândul respondenților că în aceste cazuri instituționalizarea acestor copii în centre moderne ar putea constitui o măsură de protecție.

▪ **Sărăcia persoanelor cu dizabilități din România, accentuată de criza economică**

Participanții la studiu cred că situația economică dezastruoasă din România se reflectă cu precădere și în domeniul dizabilității. Pe lângă faptul că indemnizația de handicap are o valoare mică, un număr mare de persoane cu dizabilități provin din familii sărace, numeroase, și care de multe ori trăiesc doar din alocațiile copiilor și din pensia de handicap a celor cu probleme. Cerșetoria devine astfel aproape o condiție *sine qua non* a existenței lor, pentru unii părinți dizabilitatea unor copii fiind o bună oportunitate de-a exploata mila publică.

▪ **Cerșetorii cu dizabilități din România și enorma lor influență negativă asupra percepției sociale asupra dizabilității:**

- fenomenul cerșetoriei practicat la metroul bucureștean, în mijloacele de transport în comun și în gări
- fenomenul emigrației cerșetorilor cu dizabilități în Europa
- fenomenul actoriei în cerșetorie- interpretarea unui personaj cu dizabilități
- Datorită puținelor cunoștințe despre dizabilitate posedate de majoritatea respondenților, pentru mulți dintre ei singura raportare la dizabilitate este cea la cerșetorii cu dizabilități. Aceștia erau aproape fără excepție singurele persoane cu dizabilități văzute în societate înainte de anii 90, iar numărul lor a explodat după revoluție. Fenomenul cerșetoriei, mai ales printre copiii cu dizabilități, alături de fenomenul

denumit “copiii străzii” au atins cote îngrijorătoare în România. Mai mult decât atât, după intrarea României în UE, a avut loc un exod al cerșetorilor către vest, iar cerșetorii cu dizabilități sunt cei care obțin veniturile cele mai însemnate. Astfel că atât în țară cât și în Europa, cerșetorii români care nu suferă de vreo dizabilitate, au început să interpreteze personaje cu dizabilități, în scopul de-a stârni și mai multă compasiune în rândul trecătorilor, care în felul acesta ar putea deveni mai generoși.

Un număr de 3 respondenți au adus în discuție cazuri de familii dezorganizate pe care vecinii îi suspectează că și-ar fi mutilat copiii de mici, pentru a deveni cerșetori cu dizabilități. Aceste povești îngrozitoare m-au dus cu gândul la romanul lui Victor Hugo, “Omul care râde”, în care personajul central, Gwynplaine, de sorginte aristocrată, este răpit de mic de tâlhari și mutilat la față pentru a afișa un zâmbet permanent. Poreclit “omul care râde” de mulțimea care se aduna în jurul său ca la circ, este personajul romantic prin excelență.

Interpretarea unui personaj cu dizabilități în scopul cerșetoriei, m-a dus cu gândul la un alt roman, a lui Sir Arthur Conan Doyle, “Omul cu buza strâmbă”, în care domnul Neville St.Clair, un respectabil om de afaceri, se dovedește a fi un actor desăvârșit, care duce o viață dublă, una de persoană respectabilă, plină de succes, și alta de cerșetor la Londra, aceasta fiind de fapt ocupația care-i asigură venituri substanțiale.

▪ **Media ca un factor major de influență a percepției sociale asupra dizabilității.**

Pe lângă faptul că românii, în general, posedă foarte sumare cunoștințe despre dizabilitate, acest lucru ducând la severe distorsiuni atitudinale, atât la nivel cognitiv, emoțional cât și la nivel comportamental, un factor major de influență negativă în formarea unei percepții corecte asupra dizabilității îl constituie media. Numeroasele emisiuni gen “Surprize, surprize”, sau “Dansez pentru tine”, prezintă dizabilitatea și cazurile de persoane cu dizabilități aflate în situații limită, într-un mod total inadecvat, inducând la nivel subliminal mesaje greșite în rândul populației.

Din răspunsurile participanților am tras concluzia că percepția multora despre dizabilitate este mult influențată de modelele prezentate în acest tip de emisiuni care se bucură de o largă audiență în rândul românilor. Atât timp cât cazurile selectate de producători vor fi prezentate dintr-o perspectivă “umanitară” greșit înțeleasă, greșit direcționată, (chiar dacă scopul este de a-i ajuta financiar), românii vor persista în a

considera persoanele cu dizabilități victime, bolnavi, persoane aflate mereu în suferință, în nevoie de ajutor financiar, persoane dependente de altele și incapabile de-a trăi o viață independentă.

În orice cercetare calitativă, temele singulare dau culoare, aruncând asupra subiectului de cercetat reflexii unice. În acest studiu am identificat un număr de trei teme unice pe care am considerat că ar trebui să le menționăm, și anume:

▪ **Comportamentul violent al unui interviuat față de o persoană cu dizabilități**

Poate nu întâmplător, acest respondent a obținut și un scor semnificativ la diferența dintre percepția explicită și cea implicită. Atât la harta mintală, cât și pe parcursul întregului interviu, subiectul a dovedit o mare disonanță cognitivă, răspunsurile lui contrazicându-se constant. Deși la nivel declarativ participantul a dorit să expună și să demonstreze o atitudine pozitivă, percepția sa implicită precum și experiențele declarate explicit au dovedit o profundă percepție negativă asupra dizabilității. Ieșit din tiparele celorlalte interviuri a fost faptul că acesta a povestit cum a agresat fizic un coleg cu dizabilități, pentru că acesta obișnuia să înjure.

“Eu i-am tot spus: Popescule, nu mai înjura, că odată tot îți trag o palmă. Eu nu mă uit că ești în cărucior. Nu mai înjura, că mă enervezi. Crezi că dacă ești în cărucior îți e permis orice?...Și data viitoare când l-am auzit înjurând i-am tras o palmă de i-au țiuit urechile. Mi-a părut rău după aia...Dar i-am dat o lecție. Nu cred c-a mai înjurat în viața lui.” (interviu focus grup, I.T., 68 ani, profesor)

Din continuarea interviului, am tras concluzia că respondentul obișnuia și el să înjure, și nu era deranjat de excesele verbale ale celorlalți colegi, ci doar de cele ale acestui coleg cu dizabilități. Comportamentul discriminator, abuziv și violent, îl situeaza pe respondent printre subiecții cu cea mai negativă percepție asupra dizabilității participanți la studiu.

▪ **Atitudinea eugenistică față de dizabilitate a unei intervievate**

O altă respondentă a arătat o vădită atitudine eugenistică, clasându-se pe locul I în ce privește percepția și atitudinea negativă față de persoanele cu dizabilități. Interesant este faptul că persoana nici măcar nu a dorit să se înscrie în dezirabilul social, atitudinea negativă fiind vădit explicită, iar limbajul folosit în descrierea persoanelor cu dizabilități abundând de cuvinte ca **“legume”, “ratați”, “oribili”** sau **“scârboși”**. Această persoană

și-a exprimat părerea că ar trebui ca toate persoanele cu dizabilități să fie sterilizate pentru a nu perpetua dizabilitatea în societate.

“Dacă mă duc într-un parc într-o zi în care vreau să mă relaxez, și văd tot felul de persoane cu dizabilități care se plimbă lejer, mă simt agresată. N-am nimic cu ei, dar nu sunt de acord să-mi invadeze viața. S-au născut pentru ca alții să se sacrifice pentru ei, să muncească în locul lor. Țștia trebuie toți instituționalizați, și sterilizați, să nu mai nască alte legume ca și ei. Nu le-aș da voie nici la cei care au familii să stea acasă, e doar dorința prostească a familiilor să-i aibă printre ei.”
(interviu, R.M.S., 43 ani, jurist)

Aceasta este o atitudine șocant negativă, corespondentă epocii eugenistice și regimului totalitar comunist.

▪ **Încercarea eutanasierii unei persoane cu dizabilități prin practicarea de ritualuri religioase**

Dorința expresă a unei respondente de a ajuta la a pune capăt zilelor unei persoane în vârstă cu dizabilități a fost un alt caz unic, de această dată însă, acest lucru fiind izvorât dintr-o adâncă compasiune și nu dintr-o percepție negativă. ”Mercy killing” (uciderea din milă) sau “hastened death” (moarte grăbită), s-au practicat din cele mai vechi timpuri. Respondenta noastră a adus preotul și l-a plătit să practice ritualuri (masluri) religioase în scopul de-a grăbi sfârșitul bătrânei sale vecine. Persoana cu dizabilități suferă de Alzheimer, și locuind singură, familia o încuie pentru a nu-și părăsi domiciliul și a se rătăci. Respondenta noastră arată încă o dată la ce distorsiuni atitudinale și comportamentale poate duce lipsa cunoștințelor despre dizabilitate în general, și despre un anumit tip de dizabilitate în special. Din nou corespondența cu modelul medical evidențiază la modul practic o abordare total greșită a unei situații relativ simple.

Dacă persoana vârstnică se află într-un stadiu avansat al bolii Alzheimer, ea trebuie supravegheată de o persoană specializată sau internată într-o instituție specializată și ținută sub medicație. Practicarea terapiilor paleative este de asemenea foarte recomandată în aceste cazuri.

În continuarea capitolului, sunt prezentate limitele prezentei cercetări, subliniindu-se că dezirabilitatea socială, combinată cu efectul Hawthorne constituie principala limită a acestui studiu. Participanții au răspuns la unele sarcini sub efectul dezirabilității sociale și a efectului datorat faptului că s-au constituit ca obiectul unui studiu, de aceea am aplicat triangularea metodologică și am ținut cont la analiza datelor de toate notele luate pe teren și în care am semnalat de fiecare dată suspiciunea unui răspuns distorsionat.

O altă limită a cercetării o constituie timpul limitat afectat fiecărui interviu, individual sau de tip focus grup. Cu siguranță dacă am fi luat interviurile în mai multe etape, datele ar fi fost mai bogate în detalii, însă timpul și resursele limitate ne-au obligat să obținem maximum posibil într-o singură întâlnire cu respondenții.

O altă limită o constituie faptul că după analiza datelor, n-am avut posibilitatea de-a mă întoarce la fiecare interviuat pentru o validare finală, totuși am încercat la sfârșitul fiecărui interviu o sumarizare pentru care am cerut respondentului validarea, iar acolo unde acestuia i s-a părut că sinteza nu corespundea pe deplin opiniei sale, am operat modificările cerute.

Ultimul capitol al lucrării conține concluziile cercetării de față, care a avut ca subiect de cercetare percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în România. În urma acestui studiu, putem spune că în societatea noastră, percepțiile negative față de dizabilitate au fost adâncite de regimul comunist iar experiența post revoluție, chiar și cea post aderare, n-a fost pentru români suficient de sistematică pentru a produce schimbări majore în conștiința și atitudinea lor față de dizabilitate.

Schimbarea mentalității oamenilor necesită un proces îndelungat, în care psihicul și toate structurile procedurale opun rezistență. Pentru a converti un habitus cu un altul, pentru a-l înlocui cu unul nou, un individ are nevoie de modele noi, și de o practică îndelungată a acestora pentru ca psihicul și corpul său să-l transforme într-un automatism, pe parcursul acestui proces având loc atât schimbarea la nivel cognitiv, cât și la nivel emoțional și comportamental.

Chiar dacă cetățenii români au avut dorința de a-și schimba percepția și atitudinile, față de persoanele cu dizabilități, acest lucru nu s-a putut face în câțiva ani. După o atât

de lungă istorie națională plină de prejudecăți, amplificate de regimul comunist disablist, acest proces nu putea avea loc decât într-o perioadă rezonabilă de timp, în care noile structuri morale și emoționale să le înlocuiască pe cele vechi într-un mod natural și ireversibil.

Rezultatele acestei cercetări au pus în evidență cât de necesară este o mai bună informare a românilor despre problematica dizabilității. În situația politică și economică în care se află țara noastră, singurii promotori ai modelului social, se dovedesc a fi specialiștii din sistemul social, cu precădere asistenții sociali și psihologii. Dacă ne gândim că specializarea psihologie a fost reintrodusă în sistemul de educație abia după 1990, și că profesia de asistent social este o profesie nouă în România, apărută tot după revoluție, înțelegem poate de ce lucrurile evoluează atât de lent în ce privește popularizarea și adoptarea modelului social al dizabilității.

Percepția socială asupra persoanelor cu dizabilități în România, este încă o percepție bazată pe modelul medical al dizabilității. Cercetarea a demonstrat că membrii societății românești nu posedă suficiente cunoștințe despre dizabilitate și despre modelul social al dizabilității, ceea ce îi conduce la o abordare eronată a problematicilor dizabilității și la o direcționare greșită a comportamentelor practice față de persoanele cu dizabilități, acest lucru având ca rezultat eșecul integrării lor depline în societate.

BIBLIOGRAFIE:

Ajzen, I. (1988), *Attitudes, Personality and Behaviour*, Open University Press, Milton Keynes.

Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision processes*, p 179

Allen, B., Allen, S. (1995) *The process of a social construction of mental retardation: Toward value-based interaction* *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 20, 158-160

Allport,G.(1935), *Attitudes*, in *A Handbook of Social Psychology*, pp 798-844,Worchester,MA,Clark University Press

Altrichter, H., Feldman, A., Posch, P. & Somekh, B. (2008). *Teachers investigate their work; An introduction to action research across the professions*. Routledge. p. 147. (2nd edition).

Antonak, R.F. (1988) *Methods to measure attitudes toward people who are disabled* in H.E. Yuker (Ed.) *Attitudes toward persons with disabilities* (p 109-126) New York: Springer Publishing Company

Antonak, R.F., Livneh, H. (2000) *Measurement of attitudes towards persons with disabilities* *Disability and Rehabilitation* 22, 211-224

Arksey, H., Knight, P. (1999). *Interviewing for social scientists*. London: Sage.

Arokiasamy, C.M.V., Rubin, S.E., Roessler, R.T. (2001) *Sociological aspects of Rehabilitation*. in S.E. Rubin & R.T. Roessler, *Foundations of the vocational Rehabilitation process* (5th ed., pp 151-183) Austin, Texas: Pro-Ed

Babbie, E. (1995). *The practice of social research* (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth

Bailey, C.A. (1996). *A guide to field research*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge

Bajekal, M., Harries, T., Breman, R., Woodfield, K., 2004, *Estimates and Definitions*, Review of Disability

Barnes,C., (1996) *A legacy of Oppression:A history of Disability in Western Culture*, The disability Press, Leeds, Chapter1, pp3-24.

Barnes, C., (1996), *The social model of disability, Myths and mis-representations*, Coalition August, pp 25-30.

Bentz, V. M., & Shapiro, J. J. (1998). *Mindful enquiry in social research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Berger, P.L., Luckmann, T. (1966) *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*, Garden City, NJ: Doubleday & Co

Berger, J. (1972) *Ways of Seeing* London: British Broadcasting Corporation and Penguin

Biklen, D. (1987) *The culture of policy: Disability images and their analogues in public policy*. Public Policy Journal, 15 (3), 515-535

Biklen, D., Knoll, J. (1987) *The disabled minority* in S. J. Taylor, D. Biklen, & J. Knoll (Eds.), *Community integration for people with severe disabilities* (pp. 324) New York: Teachers College Press.

Black N., 1994, "*Why we need qualitative research*", Editorial Journal of Epidemiology and community health, London, v 48, pp 425-426.

Bless, C., & Higson-Smith, C. (2000). *Fundamentals of social research methods, an African perspective* (3rd ed.). Lansdowne, South Africa: Juta.

Bloor, M. (1997). Techniques of validation in qualitative research: a critical commentary. in G. Millar & R. Dingwall (Eds.). *Context and method in qualitative research* (pp. 37-50). London: Sage.

Bogdan, R., Taylor, S. J. (1992) *The Social Construction of Humanness: Relationships with Severely Disabled People*. în Ferguson, P. M., Ferguson, D. L., & Taylor, S. J. (Eds.) *Interpreting Disability* (pp. 275-294). New York: Teachers College Press.

Bornstein, R.F. (1989). *Exposure and affect: Overview and meta-analysis of research, 1968-1987*. *Psychological Bulletin*, 106, 265-289.

Bourdieu, P, 2000, *Simtul practic*, Institutul European, p 82,85,89.

Boyd, C.O. 2001. Phenomenology the method. în P.L. Munhall (Ed.), *Nursing research: A qualitative perspective* (3rd. ed., pp. 93-122). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Breckler, S.J., & Wiggins, E.C., (1989), *Affect versus evaluation în the structure of attitudes*, *Journal of Experimental Social Psychology*, p 253-271.

Brodwin, M.G., Orange, L.M. (2002) *Attitudes toward disability*. în J.D. Andrew & C.W.Faubion (Eds.), *Rehabilitation services: An introduction for the human services professional* (pp. 145-173). Osage Beach, MO: Aspen Professional Services.

Brostrand, H.L. (2006) *Tilting at Windmills: Changing Attitudes towards People with Disabilities*, *Journal of Rehabilitation* 72 (1), p 4 –9

Bury, M.(1996), *Defining and Researching Disability*, *Illness and Disability*, Leeds, The Disability Press

Byrd, E.K., Elliott, T.R. (1988) *Media and Disability: a discussion of research*. în H.E. Yunker, *Attitudes toward persons with disabilities* (pp82-95) New York: Springer

Byrne, P. (2000) *Stigma of mental illness and ways of diminishing it* Advances in Psychiatric Treatment 6 (1): 65-72

Caelli, K. (2001). *Engaging with phenomenology: Is it more of a challenge than it needs to be?* Quantitative Health Research, 11, 273-282.

Cantor, N. & Kihlstrom, J.F. (1987). *Personality and social intelligence*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Carling, P.J. (1995) *Return to Community: Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York: the Guildford Press

Castañeto, MayLynn V, Willemsen, Eleanor W., 2006, Social Perception of The Personality Of The Disabled ,Social Behavior and Personality

Chen, R.K., Brodwin, M.G., Cardoso, E., Chan, F. (2002) *Attitudes towards people with disabilities in the social context of dating and marriage: A comparison of American, Taiwanese and Singaporean college students*. The Journal of Rehabilitation, 68, 5-11

Chelcea,S.,*Cercetarea sociologica*, Ed.Destin,1998

Chelcea, S.,*Un secol de psihosociologie*,INI,Bucuresti,1999

Christie, I., Batten, L. Knight, J. (2000) *Committed to Inclusion?* The Leonard Cheshire Social Exclusion Report 2000, PLACE: Leonard Cheshire PLACE?

Cohen, L., & Manion, L. (2000). *Research methods in education*. Routledge. p. 254. (5th edition)

Coffey, A., & Atkinson, P. 1996. *Making sense of qualitative data: Complementary research strategies*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cook, B.G., Tankersley, M., Cook, L., Landrum, T (2000) *Abstract of Teachers' Attitudes toward their included students with disabilities* Exceptional Children 67(1) 115-135 Electronic Available: Education Abstracts/ BED1000023345 (2002, January)

Cook, D. (1998) *Psychosocial impact of disability*. In Parker RM, Szymanski EM, editors. *Rehabilitation counseling: Basics and beyond* (3rd ed, Austin, TX: Pro-Ed;pp. 303-326

Corker, M, Shakespeare, T., 2005, *Disability/Postmodernity:Embodying DisabilityTheory*, British Journal of Learning Disabilities, p 153-154

Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R. K., et al. (2000) *Stigmatising attributions about mental illness* Journal of Community Psychology, 28, 91-102

Corrigan, P., Gelb, B. (2006) *Three Programs That Use Mass Approaches to Challenge the Stigma of Mental Illness*, Psychiatric Services, 57, 393-398

Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (Eds.). (1992). *Doing qualitative research: research methods for primary care* (Vol. 3). Newbury Park, CA: Sage.

Creswell, J. W. (1994). *Research design: Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Crocker, J., Major, B., Steele, C. (1998) *Social Stigma* In: D.T. Gilbert, S.T. Fiske & G. Lindzey (Eds) *The Handbook of Social Psychology*, 4th

Edition. Boston: McGraw Hill

Davidson, A., Jaccard, J.J. (1979) *Variables that moderate the attitudebehaviour relation: Results of a longitudinal survey*, Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1364-1376

Davidson, J. (2000). *A phenomenology of fear: Merleau-Ponty and agoraphobic life-worlds*. Sociology of Health & Illness, 22, 640-681.

Davis, F. 1961 *Deviance disavowal: the management of strained interactions by the visibly handicapped*, Social Problems, 9, 120-132

Deal, M. (2006) *Attitudes of Disabled People towards other Disabled People and Impairment Groups*, Doctoral Thesis, City University London (Health Care Research Unity, School of Nursing and Midwifery)

DeLoach, C.P. (1994) *Attitudes toward disability: Impact on sexual development and forging intimate relationships*. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 25, 18-25.

Dembo, T. (1969). *Rehabilitation psychology and its immediate future: A problem of utilization of psychological knowledge*. Rehabilitation Psychology, 16, 63-72.

Derman-Sparks, L. (1993) *Empowering children to create a caring culture in a world of differences* Childhood Education, 70 (2), 66-71

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Devine, M.A. (1997) *Inclusive leisure services and research: A*

consideration of the use of social construction theory Journal of
Leisurability 24 (2), pp 1-9 (accessed on 7/02/2007 at
<http://www.lin.ca>)

Doyle, B. (1996), *Disability Discrimination: The New Law*, Jordan Publishing

Douglas, J.D. (1970) *Understanding everyday life* in J.D. Douglas (Ed.), *Understanding everyday life: Towards the reconstruction of sociological knowledge* (pp 3-43), Chicago: Aldine

Dubrow, A.L. (1965) *Attitudes towards disability* Journal of Rehabilitation, 31(4): 25-26

Eagleton, T. (1983). *Literary theory: An introduction*. Oxford: Basil Blackwell.

Easton, K. L., McComish, J. F., & Greenberg, R. (2000). *Avoid common pitfalls in qualitative data collection and transcription*. *Qualitative Health Research*, 10, 703-708.

Eby, D.W., Molnar, L.J. (1998) *Matching Traffic Safety Strategies to Youth Characteristics: A literature Review of Cognitive Development*, Washington: US Dept of Transportation, (accessed at www.nhtsa.dot.gov)

English, R.W., Oberle, J.B. (1971) *Toward the Development of New Methodology for Examining Attitudes Toward Disabled Persons*, *Rehabilitation Counselling Bulletin*

Evans, J.H. (1976) *Changing attitudes towards disabled person: an experimental study* *Rehabilitation Counselling Bulletin* 19, 572-579

Fazio, R.H., Zanna, M.P., Cooper, J. (1978) *Direct experience and attitudebehaviour consistency: An information processing analysis*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 48-51

Fazio, R.H., Williams, C.J. (1986) *Attitude accessibility as a moderator of the attitude – perception and attitude behavioural relations: An investigation of the 1984 presidential election*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 505-514

Finkelstein, V. (1993) *The commonality of disability*, in: J. Swain, V. Finkelstein, S. French & M. Oliver (Eds) *Disabling Barriers - Enabling Environments*. SAGE Publications.

Florian, V., Kehat, D. (1987) *Changing High School Students' Attitudes towards disabled people* *Health and Social Work*, 1987, 12(1):57-63

Fouche, F. (1993). Phenomenological theory of human science. in J. Snyman (Ed.), *Conceptions of social inquiry* (pp. 87-112). Pretoria, South Africa: Human Science Research Council.

Fossey, E. (1993) *Young children and alcohol. A theory of attitude development* *Alcohol and Alcoholism* 28, 485-498

Fries, K. (1997) Introduction In: Fries, K. (Ed.) *Staring Back: The Disability Experience from the Inside Out*. New York: Plume

Funk, R. (1987) *Disability Rights: From caste to class in the context of civil rights*. in A. Gartner & T. Joe (Eds.), *Images of the disabled, disabling images* (pp 7-30). New York: Preager
Gadamer, Hans-Georg, *Truth and Method*, 1960

Genesi, D. (2000) *Disability Discrimination against students in the classroom* (http://www.cedarville.edu/academics/education/classes/edsp202/examples/literature_review_genesi.htm)

Gething, L., Lacour, J., Wheeler, B. (1994) *Attitudes of nursing home administrators and nurses towards people with disabilities* *Journal of Rehabilitation*, 60, 66-70

Gilbride, D., Stensrud, R. (1992) *Demand-side job development: A model for the 1990s* Journal of Rehabilitation, 58 (4), 34-39

Gilbride, D., Stensrud, R. (1993) *Challenges and opportunities for rehabilitation counselors in the Americans with Disabilities Act era* NARPPS Journal, 8(2), 67-74

Gilbride D, Stensrud, R, Ehlers C, Evans E, Peterson, C. (2000) *Employers' attitudes toward Hiring Persons with Disabilities and vocational rehabilitation services* Journal of Rehabilitation 66 (4) 17-22

Gleason, J. (1991) *Multicultural and exceptional student education Separate but equal* Preventing School Failure 36 (1) 47-49

Gleeson, B. (2006) '*Changing Practices, Changing Minds*' Paper presented in the NDA 5th Annual Conference Civic, Cultural and Social Participation: Building an Inclusive Society (paper available at www.nda.ie) Dublin, Ireland, 16th November

Goffman, E. (1963) *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, Harmondsworth: Pelican

Grewal, L., Joy, S., Lewis, J., Swales, K., Woodfield, K. (2002) *Disabled forLife? Attitudes towards, and experiences of Disability in Britain* Leeds: Department for Work and Pensions: Research Report No. 173, Leeds CDS

Griffin, Em. *A First Look at Communication Theory*. New York: McGraw-Hill Company, 1997.

Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (2000). *Analyzing interpretive practice*. in N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 487-508). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hagger, M.S., Chatzisarantis, N., Griffin, M., & Thatcher, J. (2005). *Injury representations, coping, emotions, and functional outcomes in athletes with sport-related injuries: A test of self-regulation theory*. Journal of Applied Social Psychology, p 35

Hahn, H. (1988) *The politics of physical differences: Disability and discrimination*. in M. Nagler (Ed.), Perspectives on disability (2nd ed., pp 37-42) Palo Alto, CA: Health Markets Research

Heginbotham, C. (1998) *UK Mental Health Policy can alter the Stigma of Mental Illness*. The Lancet 353, p 1052-1053

Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.

Hernandez, B., Keys, C., Balcazar, F. (2000) *Employer attitudes toward workers with disabilities and their ADA employment rights: A Literature Review* Journal of Rehabilitation, Volume 66 (4) 4-16

Hewstone, M. (1996) *Contact and catergoization: Social psychological interventions to change inter-group relations*. in C.N. Macrae, C. Stangor & M. Hewstone (Eds) Stereotypes and Stereotyping (pp 323-368), New York: Guilford Press

Hewstone, M. (2003) *Inter-group contact: Panacea for prejudice?* The Psychologist, 12 (7), 352-355

Hewstone, M., Brown, R. (1986) *Contact is not enough: An inter-group perspective on the contact hypothesis*. in M. Hewstone & R. Brown (Eds.) Contact and Conflict in inter-group encounters (pp3-44), Oxford: Blackwell

Hey, S.C., Willoughby, G. (1984) Emerging trends among rehabilitation workers for the blind. in S.C. Heym, G. Kiger & J. Seidel (Eds) *Social aspects of chronic illness*,

impairment, and disability (pp 4-14) Salem, OR: Society for the Study of Chronic Illness, Impairment and Disability and Willamette University

Holloway, I. (1997). *Basic concepts for qualitative research*. Oxford: Blackwell Science.

Huxley, P., Thornicroft, G. (2003) *Social inclusion, social quality and mental illness* The British Journal of Psychiatry 182: 289-290

Hycner, R. H. (1999). *Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data*. in A. Bryman & R. G. Burgess (Eds.), *Qualitative research* (Vol. 3, pp. 143-164). London: Sage

Ilut, P., 1997, *Abordarea calitativa a socioumanului*, Iasi, Polirom ,pp 40-41.

Ingstad, B., & Whyte, S. R. (Eds.). (1995). *Disability and culture*. Berkeley: University of California Press.

Jones, A. (2001). *Some experiences of professional practice and beneficial changes from clinical supervision by community Macmillan nurses*. European Journal of Cancer Care, 10(1), 21-31.

Jones, E. E., D. E. Kannouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S. Valins, and B. Weiner, Eds. (1972). *Attribution: Perceiving the Causes of Behavior*. Morristown, NJ: General Learning Press

Kenny, M., McNeela, E., Sevlín, M and Daly, T. (2000) *Hidden Voices: Young People with Disabilities speak about their second level schooling*, Ballincollig, Co. Cork: The South West Regional Authority

Kensit, D. A. (2000). *Rogierian theory: A critique of the effectiveness of pure client-centred therapy*. *Counselling Psychology Quarterly*, 13(4), 345-342.

Kilbury, R.F., Benschoff, J.J., Rubin, S.E. (1992) *The interaction of legislation, public attitudes and access to opportunities for person with disabilities*. *Journal of Rehabilitation*, 58, 6-9

Kihlstrom, J.F., Tataryn, D.J., & Hoyt, I.P. (1991). *Dissociative disorders*. In P.B. Sutker & H.E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (2nd ed., pp. xxx-xxx). New York: Plenum.

Klein, G.S. (1970). *Perception, motives, and personality*. New York: Knopf.

King, N. (1994). *The qualitative research interview*. In C. Cassell & G. Symon (Eds.), *Qualitative methods in organisational research: A practical guide*. London: Sage.

Kruger, D. (1988). *An introduction to phenomenological psychology* (2nd ed.). Cape Town, South Africa: Juta

Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Lauer, Q. (1958). *Phenomenology: Its genesis and prospects*. New York: Harper.

Lebed, H (1985, Oct 28th) *Employing the disabled is good for business*. *Industry Week*, 14-17

Lee, T., Rodda, M. (1994) *Modification of attitudes toward people with disabilities*, *Canadian Journal of Rehabilitation*, 7(4):229-238

Lewis, A., Parsons, S., Robertson, C (2006) *My school my family my life: Telling it like it is*, DRC: London

Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., Pescoldio, B.A. (1999) *Public Conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance* American Journal of Public Health 89 1328 -1333

Link, B., Phelan, J.C. (2001) *Conceptualising Stigma* Annual Review of Sociology 27 (1): 262-285

Livneh, H. (1991) *On the origins of negative attitudes toward people with disabilities.* In R.P. Marinelli & A.E. Dell Orto (Eds.), *The psychological and social impact of disability*, pp.181-196, New York: Springer

Livneh, H., Antonak, R.F. (1997) *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*, Gaithersburg, MD: Aspen

Lodge, A., Lynch, K. (2004) *Diversity at School*, Dublin: Institute of Public Administration

Lodge, A., Lynch, K. (2001) *'The diversity deficit: Difficulties in the recognition of difference in Irish Schools'* Paper presented in the American Educational Research Association Annual Conference, Seattle, Was, 10-14 April 2001

Lofland, J., & Lofland, L. H. (1999). *Data logging in observation: Fieldnotes.* In A. Bryman & R. G. Burgess (Eds.), *Qualitative research* (Vol. 3). London: Sage.

Longoria, L., Marini, I. (2006) *Perceptions of children's attitudes towards peers with a severe physical disability* Journal of Rehabilitation, 72 (3), 19-25

Lown, B. (1996) *The Lost Art of Healing* New York: Baltimore Books

Marks, D (1999), *Dimensions of Oppression: theorising the embodied subject*, Disability and Society, 14 (5), p 611

Mason, J. (1996). *Qualitative researching*. London: Sage.

Massie, B. (2006) '*Participation – have we got an Attitude Problem?*' Paper presented in the NDA 5th Annual Conference Civic, Cultural and Social Participation: Building an Inclusive Society (paper available at www.nda.ie) Dublin, Ireland, 16th November

McCarney R, Warner J, Iliffe S, van Haselen R, Griffin M, Fisher P (2007). "*The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial*". *BMC Med Res Methodol* 7: 30. doi:10.1186/1471-2288-7-30. PMID 17608932. PMC 1936999. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/30>.

McKeever, R (2006) *Rethink Anti-Stigma Campaign in Northern Ireland: Public Information Sheet on what is stigma*

McKonkey, R., McCormack, B (1983) *Breaking Barriers: Educating People about Disability*, London: Souvenir Press

Mercer, *Illness and Disability*, The Disability Press, 1996

Michener, A.K. (1998) *Becoming Anna: The Autobiography of a Sixteen-Year-Old*. Chicago & London: the University of Chicago Press

Miclea, M, 2003, *Psihologie cognitivă*, Ed. Polirom, p 249, 254

Miles, A. (1981) *The mentally ill in Contemporary society*. Oxford. Martin Robertson

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis, a sourcebook of new methods*. Newbury Park, CA: Sage.

Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (1992). *Primary care research: A multimethod typology and qualitative road map*. in B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research. Research methods for primary care* (Vol. 3). Newbury Park, CA: Sage.

Mills, 1959, p.5). C Wright Mills, (1959), *The Sociological Imagination*, 'The Promise', Cap 1.

Molloy, D., Knight, T., Woodfield, K. (2003) *Diversity in Disability: Exploring the interactions between Disability, Ethnicity, Age, Gender and Sexuality*. Leeds: Department for Work and Pensions: Research Report No. 188, Leeds CDS

Moore, C. L., & Feist-Price, S. (1999). *Societal attitudes and the civil rights of persons with disabilities*. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 30, 19-24.

Morgan, D., Smchuk, K., Steward, N. and D'Arcy, C. (2002) *Rural families caring for a relative with dementia: barriers to use of formal services*. *Social Science and Medicine*. 55 (7): pp 1129-1142

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Morris, J. (2005) *Citizenship and disabled People* DRC, UK

Moscovici, S.(1999) *Psihologia sociala*, Polirom, Ed.Univ."Al.I.Cuza", Iasi.

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Mouton, J. & Marais, H.C. (1990). *Basic concepts in the methodology of the social sciences* (Revised ed.). Pretoria, South Africa: Human Sciences Research Council.

Neuman, W. L. (2000). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Nolan, L., McCarron, M., McCallion, P., Murphy-Lawless, J. (2006) *Perceptions of Stigma in Dementia: an Exploratory Study*, Dublin, The Alzheimer Society of Ireland,

Nowicki, E.A. (2006) *A cross-sectional multivariate analysis of children's attitudes towards disability* Journal of Intellectual Disability Research, 50, 335-348

O'Donoghue, T., Punch K. (2003). *Qualitative Educational Research in Action: Doing and Reflecting*. Routledge. p.78.

Oliver, M. (1990) *The Politics of Disablement*, Basingstoke: Macmillan

Oliver, M. (1996), *Understanding Disability: From Theory to Practice*, Macmillan Press

Olkin R & Howson LJ (1994) *Attitudes toward and images of physical disability* Journal of Social Behaviour and Personality 9 (5), 81-96

Olson, J.M., Zanna, M.P. (1993). *Attitudes and attitude change*. Annual Review of Psychology, 44, 117-154

Oppenheim, A. N. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. London, UK: Pinter Publishers

Orange, LM (2002) Sexuality and disability. in MG Brodwin, FA Tellez & S K Brodwin (Eds.), *Medical, psychosocial, and vocational aspects of disability* (2nd ed., pp. 53-61), Athens, GA: Elliott and Fitzpatrick

O'Toole, C. J. (2002) *Report on International Conference on Parents with Disabilities & Their Families*. Disability World, Issue no. 16 November-December

Parsons, T., *The Social System*, p. 25;29

Patton, M.Q., 2002, "*Qualitative research & evaluation methods*", 3rd edition, Sage publications, pp 390-398.

Pettigrew, T.F., Tropp, L.R. (2003) *A meta analytic test and reformulation of intergroup contact theory* Manuscript submitted for publication

Petty, R. E., & Wegener, D. T. (1998). *Attitude change: Multiple roles for persuasion variables*. în D. Gilbert, S. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., pp. 323-390). New York: McGraw-Hill.

Pfeiffer, D., 1998, *Disability and Society*, p 503

Pope C, Mays N, 1995, “*Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods în health and health services research*”, New York, BMJ Vol. 311, 1 July, pp. 42-45.

Radu, I, Iluț, P, Matei, L, 1994, *Psihologie socială*, Ed. Exe, Cluj-Napoca

Reeve, D. (2004) '*Psycho-emotional dimensions of disability and the social model*', în C. Barnes and G. Mercer (eds) *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*, Leeds: The Disability Press, p 8

Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and the human sciences: Essays on action, language, and interpretation*. Cambridge: Cambridge University Press

Rimmerman, A, Raif, R, april-june, 2001, *Involvement with and Role Perception Toward an Adult Sibling With and Without Mental Retardation*, Journal of Rehabilitation, SUA.

Robinson, D., & Reed, V. (Eds.). (1998). *The A – Z of social research jargon*. Aldershot, UK: Ashgate.

Roediger, H.L., Weldon, M.S., & Challis, B.H. (1989b). *Explaining dissociations between implicit and explicit measures of retention: A processing account*. In H.L. Roediger & F.I.M. Craik (Eds.), *Varieties of memory and consciousness: Essays in honour of Endel Tulving* (pp. 3-41). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Rosenthal, D.A., Chan, F., Livenh, H. (2006) *Rehabilitation students' attitudes toward persons with disabilities in high- and low-stakes social contexts: A conjoint analysis*, *Disability and Rehabilitation*, 28 (24), 1517-1527

Rotaru, T. și Iluț, P. 1997, „*Ancheta sociologică și sondajul de opinie*”, Iași: Polirom.

Sadala, M. L. A., & Adorno, R. deC. F. (2001). *Phenomenology as a method to investigate the experiences lived: A perspective from Husserl and Merleau-Ponty's thought*. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 282-293.

Safilios-Rothschild, C. (1976) *Disabled persons' self-definitions and their implications for rehabilitation* în G.L. Albrecht (Ed.) *The sociology of physical disability and rehabilitation* (pp 39-56), Pittsburgh: University of Pittsburgh

Satcher, J. (1992) *Responding to employer concerns about the ADA and job applicants with disabilities*. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 23(3), 37-40.

Schacter, D.L. (1991). *Perceptual representation systems and implicit memory: Toward a resolution of the multiple memory systems debate*. In A. Diamond (Ed.), *Development and neural bases of higher cognition*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 608, 543-571.

Schurink, W. J., Schurink, E. M. & Poggenpoel, M. (1998). *Focus group interviewing and audiovisual methodology in qualitative research*. în A. S. De Vos (Ed.), *Research at grass roots, a primer in care professions*. Pretoria, South Africa: Van Schaik.

Schwandt, T. A. (1997). *Qualitative inquiry: A dictionary of terms*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Scope (2003) *Report reveals employers fearful of recruiting disabled people* *Management Services*, 47 (5), 8-9

Scruggs, T.E., Mastropieri M.A. (1996) *Teacher perceptions of inclusion-mainstreaming, 1958-1995: A research synthesis*. *Exceptional Children*, 63, 59-74

Shapiro, A.H. (2000) *Everybody Belongs*, UK: Routledge

Silverman, D., 2000, „*Doing qualitative research, :a practical handbook*”, London, Sage, p 61.

Smart, J. (2002) *Disability, society and the individual*. Austin, Texas: Pro-Ed

Special Olympics (2004) *A Study of Youth Attitudes about Intellectual Disabilities* (<http://www.specialolympics.org>)

Stanage, S. M. (1987). *Adult education and phenomenological research: New directions for theory, practice and research*. Malabar, FL: Robert E. Krieger.

Stiker, H.J. (1997/1982) *Corps infirmes et sociétés*, Paris: Dunod (First edition published in 1982 in Paris: Aubier Montaigne and revised edition in 1997. The 1997 revised edition translated into English, *A History of Disability*, by William Sayers (2000), Ann Arbor: University of Michigan Press)

Stones, C. R. (1988). *Research: Toward a phenomenological praxis*. in D. Kruger (Ed.), *An introduction to phenomenological psychology* (2nd ed., pp. 141-156). Cape Town, South Africa: Juta.

Street, A. (1998). *In/forming inside nursing: Ethical dilemmas in critical research*. in G. Shacklock & J. Smyth (Eds.), *Being reflective in critical educational and social research*. London: Falmer.

Tregaskis Claire;. *Title: Social model theory: the story so far*. Reference: *Disability and Society*, 17(4), June 2002, p 457-470

Tulving, E., & Schacter, D.L. (1990). *Priming and human memory systems*. *Science*, **247**, 301-305.

Ustun, T.B., Chatterji, S., Bickenbach, J.E., Trotter II, R.T. and Saxena, S. (2001) *Disability and Cultural Variation, Disability and Culture: Universalism and Diversity*.

Vandenberg, D. (1997). *Phenomenological research in the study of education*. in D. Vandenberg (Ed.), *Phenomenology & education discourse* (pp. 3-37). Johannesburg, South Africa: Heinemann.

Van Der Klift, E., Kunc, N. (1994) *Beyond benevolence: Friendship and the politics of help*. in J Thousand, R. Villa & A Neven (Eds.), *Creativity and collaborative learning: A practical guide to empowering students and teachers* (pp391-401) Baltimore: Paul H. Brookes.

Van Manen, M. (1997). *Phenomenological pedagogy and the question of meaning*. in D. Vandenberg (Ed.), *Phenomenology & education discourse* (pp. 41-68). Johannesburg, South Africa: Heinemann.

Voh, J. (1993) *On Belonging: A place to stand, a gift to give*. in A.P. Turnbull, J.A. Patterson, S.K. Behr, D.L. Murphy, J.G. Marquis, MJ Blue-Banning (Eds) *Cognitive Coping, families and disability* (pp. 151-163) Baltimore: Brookes.

Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown, N.J.: General Learning Press.

Weiner, B. (1980). *Human Motivation*. NY: Holt, Rinehart & Winston.

Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.

Welman, J. C., & Kruger, S. J. (1999). *Research methodology for the business and administrative sciences*. Johannesburg, South Africa: International Thompson.

White, M.J., Jackson, V., Gordon, P.J. (2006) *Implicit and Explicit Attitudes toward Athletes with disabilities* Journal of Rehabilitation 72 (3) 33-40

Wiseman, R., Gomez-Mejia, L. (1998) *A behavioural model of managerial risk taking* Academy of Management Review 23, 133-153

Wright, B.A. (1983) *Physical Disability: A psychosocial approach (2nd ed.)* New York: Harper & Row

Wright, B.A. (1988) *Attitudes and the fundamental negative bias: Conditions and corrections*. in H.E.Yuker (Eds.), *Attitudes toward persons with disabilities* (pp.3-21) New York: Springer

Young, I.M. (1990) *Justice and the Politics of Difference*. New Jersey: Princeton University Press

Yuker, H.E., Block, J.R., Campbell, W.L. (1960) *A scale to measure attitudes towards disabled persons* Albertson, New York: Human Resources Foundation

Yuker, H.E. (1994) *Variables that influence attitudes toward people with disabilities*. Journal of Social Behavior and Personality, 9, 3-22.

Yuker, H.E. (1995) Attitudes. in A.E. Dell Orto & R.P. Marinelli (Eds.), *Encyclopedia of disability and rehabilitation* (pp. 94-99). New York: Macmillan.

Yuker, H. E. (ed.). (1988). *Attitudes toward persons with disabilities*. New York: Springer Publishing Company.

Zinker, J. (1978). *Creative process in gestalt therapy*. New York: Vintage.