

**UNIVERSITATEA “BABEȘ – BOLYAI”
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚELE EDUCAȚIEI
CATEDRA DE PSHOLOGIE**

Teză de doctorat

Starea de bine la persoanele cu dizabilități

REZUMAT

**CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC:
Prof. Univ. Dr. NICOLAE JURCĂU**

**DOCTORAND:
MARIA CURPAȘ (SALLOUM)**

**CLUJ NAPOCA
-2011-**

CUPRINS

INTRODUCERE

CAPITOLUL 1 – FERICIREA

- 1.1. Fericirea ca scop
- 1.2. Perspectivă istorică
- 1.3. Psihologia pozitivă
- 1.4. Conceptul de fericire
- 1.5. Ingredientele fericirii
- 1.6. Căile fericirii
- 1.7. Măsurarea fericirii
- 1.8. Dreptul la fericire

CAPITOLUL 2 – PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI

- 2.1. Delimitări conceptuale: deficiență, dizabilitate, handicap, persoană cu cerințe speciale
- 2.2. Definițiile adoptate de Organizația Mondială a Sănătății
 - 2.2.1. Clasificarea Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății
 - 2.2.2. Necesitatea Clasificării Internaționale a Funcționalității
 - 2.2.3. Principiile de bază ale CIF
 - 2.2.4. Avantajele CIF
 - 2.2.5. Dezavantajele CIF
- 2.3. Dimensiunile dizabilității și handicapului
 - 2.3.1. Numărul și prevalența persoanelor cu dizabilități
- 2.4. Evaluarea și expertiza persoanelor cu cerințe speciale
- 2.5. Evaluarea copiilor cu dizabilități în vederea intervenției educațional-recuperatorii
- 2.6. Particularități ale dezvoltării persoanei cu dizabilitate
 - 2.6.1. Particularități ale dezvoltării proceselor psihice la persoanele cu dizabilități
 - 2.6.2. Profilul persoanei cu dizabilitate
 - 2.6.3. Modele de abordare a dizabilității

2.7. Segregarea – atitudinea „normalilor” față de persoanele cu dizabilități de-a lungul timpului

2.7.1. Aspecte ale evoluției preocupărilor față de persoanele cu dizabilitate de auz
– Scurt istoric

CAPITOLUL 3 – NORMAL ȘI „ANORMAL”

3.1. Personalitatea între certitudine și presupuneri, între științific și empiric – Normalitate

3.2. Trăirile afective ale persoanelor cu dizabilități

3.3.1. Rolul auzului în dezvoltarea copilului

3.3.2. Personalitatea surdului

CAPITOLUL 4 – CUNOAȘTEREA DE SINE

4.1. Autocunoașterea

4.2. Stima de sine

4.3. Dezvoltarea umană, între general și particular

4.4. Stima de sine la copiii surzi – Perspectiva cercetătorilor auzitori

4.5. Stima de sine la copiii surzi – Perspectiva cercetătorilor surzi

4.6. Concluzii

CAPITOLUL 5 – O SOCIETATE PENTRU TOȚI – RELAȚIA DINTRE HANDICAP ȘI EXCLUZIUNEA SOCIALĂ

5.1. Dizabilitatea ca stigmat

5.2. Integrare

5.3. Învățământ integrat

5.4. Incluziunea

5.5. Modele și forme de realizare a educației integrate

5.6. Concluzii

CAPITOLUL 6 – ATITUDINEA

6.1. Delimitare conceptuală

6.2. Structura orizontală și verticală a atitudinilor

6.3. Formarea atitudinilor

6.4. Funcțiile atitudinilor

6.5. Structura atitudinilor

6.6. Schimbarea atitudinii

- 6.6.1. Factorii schimbării
- 6.6.2. Rezistența la persuasiune
- 6.6.3. Atitudinile ferme de rezistență la persuasiune
- 6.6.4. Schimbările atitudinale spontane, disonanțe și restructurări cognitive
- 6.7. Stereotipul, prejudecata, discriminarea
- 6.8. Out-sider-ii

CAPITOLUL 7 – METODOLOGIA CERCETĂRII

- 7.1. Obiectiv și ipoteze
- 7.2. Subiecți și design
- 7.3. Instrumente și procedură

CAPITOLUL 8 – PREZENTAREA ȘI INTERPRETAREA DATELOR

- 8.1. Studiul 1
 - 8.1.1. Satisfacția în viață
 - 8.1.2. Gradul fericirii momentane
 - 8.1.3. Limite ale cercetării din primul studiu
- 8.2. Al doilea studiu – Programul de intervenție cu privire la atitudinea cadrelor didactice față de acceptarea copiilor cu CES
 - 8.2.1. Eficiența programului de intervenție
 - 8.2.2. Rezultatele observate la cadrele didactice din mediul urban: 459 de cadre didactice
 - 8.2.3. Rezultatele observate la cadrele didactice din mediul rural: 296 de cadre didactice
 - 8.2.4. Reprezentativitatea subiecților cadre didactice (educatori, învățători, profesori), în funcție de mediul de proveniență
- 8.3. Al treilea studiu – Experimentul cu un singur subiect

CONCLUZII

BIBLIOGRAFIE

ANEXELE 1 - 26

Concepte cheie: fericire/stare de bine; persoane cu dizabilități; excluziune socială, integrare; incluziune; normalitate/anormalitate; personalitate; cunoaștere de sine; autocunoaștere; stimă de sine; atitudine; out-sideri

INTRODUCERE

Obiectivul lucrării de față este acela de a sublinia faptul că fericirea/starea de bine sunt esențiale pentru o viață normală, persoanele cu dizabilitate sunt persoane cărora trebuie să li se ofere șanse egale la o viață împlinită iar atitudinea noastră față de acestea contribuie la imaginea pe care o percep în „oglinnda lor socială”.

A trăi înseamnă a alege. În fiecare moment al vieții noastre suntem confrunțați cu dileme, trebuie să o luăm la stânga sau la dreapta, să plecăm sau să rămânem, viața este un joc în care suntem mereu obligați să apreciem cartea pe care vom miza. A ne plânge de diferențele noastre de potențial înseamnă a nega o evidență: viața este variată, este ca o piesă de teatru în care rolurile sunt distribuite diferit, în așa fel încât fiecare dintre noi să poată avea un rol (Jalenques, 2008, p.51).

Starea de bine pe care o numim fericire nu este apanajul oamenilor bogați, frumoși și sănătoși. Dreptul la viață, la șanse egale, principiul normalizării, promovate de toate organizațiile internaționale și adoptate apoi în constituția fiecărei națiuni, stipulează și dreptul la o viață de o calitate superioară, de autorealizare personală.

Oamenii fericiți sunt mai sociabili și energici, mai dispuși să facă acte de caritate, mai cooperanți și mai plăcuți de cei din jur. Fericirea are numeroase efecte secundare pozitive, duce la experiențe bazate pe bucurie, mulțumire, iubire, mândrie și, în același timp, ne oferă disponibilitatea de a ne îmbunătăți anumite aspecte din viața noastră: nivelul de energie, sistemul imunitar, angajamentul față de muncă și față de semenii noștri, starea de sănătate mentală și fizică. Când devenim mai fericiți, crește respectul de sine, încrederea în propria persoană iar beneficiul nu va fi numai al nostru ci și al familiilor noastre, al comunității, al societății în general (Lyubomirsky, 2010, p.42).

Atitudinea celor din jurul nostru contribuie la starea noastră de bine. „Oglinda socială”, în care ne reflectăm zilnic, ne arată felul în care suntem percepuți de ceilalți, ne hrănește starea de bine sau, dimpotrivă, ne împinge în prăpastia singurătății și a suferinței.

CAPITOLUL 1 FERICIREA

Primul capitol al lucrării de față cuprinde 8 subcapitole: **Fericirea ca scop; Perspectivă istorică; Psihologia pozitivă; Conceptul de fericire; Ingredientele fericirii; Căile fericirii; Măsurarea fericirii și Dreptul la fericire.**

Demersul pornește de la importanța cuvântului *fericire*, care apare foarte des în limbajul comun. Psihologii s-au ocupat decenii după decenii de emoțiile neplăcute. Împreună cu neurologii s-au străduit să afle cum apar furia, frica, stările depresive (Klein, 2006, p. 6). În ultima jumătate de secol, preocuparea psihologiei s-a îndreptat cu precădere către bolile mintale. Au fost clarificate și au fost alcătuite instrumente de măsurare a schizofreniei, depresiei, alcoolismului. Din păcate, acest progres a fost plătit foarte scump, deoarece interesul pentru ameliorarea stărilor care cauzează nefericirea în viață a determinat scăderea interesului pentru consolidarea celor care fac mai mult decât simpla corectare a slăbiciunilor lor. Psihologia a neglijat, din păcate, latura pozitivă a vieții. La fiecare o sută de articole despre tristețe, există numai unul despre fericire (idem, p. 25). Apariția psihologiei pozitive, condusă de Martin Seligman și numită de acesta astfel, aduce câteva concepte noi, aplicabile tuturor oamenilor, indiferent cât de fericiți sau nefericiți se consideră aceștia. Ideea centrală a psihologiei pozitive este aceea că trebuie să ne concentrăm asupra surselor fericirii autentice, care dau un înțeles vieții noastre, ar trebui să ne ocupăm în special de acele laturi ale vieții în care putem cu adevărat să excelăm, adică asupra punctelor noastre forte, deoarece, pentru a merge înainte, e mai important să ne cultivăm capacitățile, decât să ne luptăm cu slăbiciunile noastre.

Majoritatea articolelor și tratatelor despre fericire, numesc fericirea „stare de bine subiectivă” (Diener), bunăstare subiectivă (termen apărut în anii 50 ca indicator social), „calitate a vieții”, „experiență optimală” sau „flux” (Csikszentmihalyi, 2008), cu toate acestea, din titlurile lor nu lipsește cuvântul *fericire*. Probabil aceste sinonime sunt variante moderne ale termenului de fericire, născute din dorința cercetătorilor de a distinge o denumire științifică de un termen prea folosit în uzul comun, fiind astfel un câștig analitic prin diferențierea de conotațiile pe care le are un termen din vocabularul comun (Băltățescu, 2009, p. 36). În ceea ce ne privește, preferăm termenul de fericire, considerând că acesta este cel mai cuprinzător și mai reprezentativ pentru scopul nostru și că, luând în considerare faptul că instrumentele utilizate pentru a măsura

satisfacția în viață, fericirea într-un anumit moment sau fericirea globală, are la bază autoevaluarea conștientă a subiecților.

Chu Kim-Prieto, Ed Diener, Maya Tamir, Christie Scollon și Marissa Diener (2005), au identificat trei posibile abordări ale *stării de bine subiective* (SWB), fiecare dintre ele oferind o conceptualizare proprie și o modalitate specifică de măsurare: *evaluarea globală a vieții și a aspectelor sale, perceperea stării de bine subiective și experimentarea unor emoții de mai multe ori, într-o anumită perioadă de timp*. În cercetarea lor, au ajuns la concluzia că există o corelație între starea de bine subiectivă și diferitele măsurători utilizate, însă aceasta corelație, fiind moderată, pentru eliminarea unor potențiale erori, se recomandă utilizarea unor instrumente diferite. Au considerat starea de bine un concept alcătuit din patru componente, care se desfășoară în timp influențându-se reciproc: *evenimentele și circumstanțele de viață; reacțiile afective la aceste evenimente; evocarea acestor reacții; evaluarea globală a vieții*. Evaluarea corectă a stării de bine înseamnă măsurarea tuturor acestor patru componente, neglijarea vreunui ducând la rezultate greșite.

La rândul său Seligman (2007), fondând psihologia pozitivă la sfârșitul anilor 90, a adunat în jurul lui mai mulți experți, care și-au unit forțele în studiul fericirii, printre care Sonja Lyubomirsky, Ken Sheldon și David Schkade. Ei ne propun o „formulă a fericirii” (Seligman, 2007, p. 77):

$$F = T + C + V$$

În această formulă **F** reprezintă gradul fericirii de durată, **T** – intervalul tendințelor genetice, **C** – circumstanțele de viață, iar **V** – factorii aflați sub controlul voluntar.

Autorul subliniază faptul că trebuie să se facă distincție între *fericirea de moment* și *fericirea de durată*. În ceea ce privește conceptul: *intervalul tendințelor genetice*, acesta este introdus în ecuație cu precizarea că moștenim un fel de „ghid” care ne îndrumă spre un anumit nivel de fericire sau de tristețe, fiecare dintre noi are un interval prestabilit al tendințelor genetice, un nivel fix de fericire, moștenit, la care revenim. *Circumstanțele de viață* pot schimba în bine starea de fericire, dar e o schimbare dificilă și costisitoare.

În cartea sa, *Teoria fericirii*, Jonathan Haidt (2008, p. 128), preia formula pozitivistilor cu mici modificări:

$$F = PF + C + V$$

Nivelul de fericire pe care îl simțim, spune autorul, este suma alcătuită din punctul fix biologic, la care se adaugă condițiile de viață și activitățile voluntare.

Anxietatea permanentă și tristețea sunt factori de risc pentru sănătate datorită stresului la care supun organismul, acesta la rândul lui măbind riscul infarctului sau al comoției cerebrale. Spre deosebire de stres, sentimentele plăcute stimulează sistemul imunitar, randamentul intelectual, oamenii fericiți sunt mai creativi, mai simpatici și mai dispuși să vadă părțile bune din ceilalți, se implică mai mult în viața comunității, sunt mai buni negociatori.

Fiecare autor sau carte scrisă pe tema fericirii încearcă să ne ofere cele mai importante „chei” sau „pași” de atingere a gradului său maxim. Dacă Seligman (2007) sugerează existența a trei căi pentru obținerea fericirii: viața plăcută, viața bună și viața plină de înțeles, Csikszentmihalyi (2008) consideră *fluxul* - „experiență optimală” - o stare care ajută la construirea capitalului psihologic ce poate fi folosit ulterior. Lykken (André, 2003, p. 119) a propus ca etalon **un HAP** (abrevierea cuvântului happiness) sugerând să măsurăm fiecare activitate și fiecare clipă: câți Hap socotim pentru o plimbare în natură, pentru o masă cu prietenii, o muncă dusă la bun sfârșit. Două dintre dimensiunile fericirii pot fi măsurate, însă: una pur psihologică, sentimentul subiectiv de satisfacție față de propria existență („sunt mulțumit de viața mea”) și dimensiunea de natură emoțională, care depinde de frecvența stărilor de spirit pozitive („mă simt bine adesea”) (André, 2003, p.123).

Având în vedere faptul că, în jurul nostru întâlnim deseori persoane cu dizabilități, ni se par justificate întrebările: Fericirea este un drept al tuturor? Și dacă da, persoanele care s-au născut cu o infirmitate sau au dobândit-o la un moment dat, pot să fie fericite? Există diferențe între șansele la fericire ale indivizilor care au dizabilități și ale celor „normali”? Care este granița dintre dizabil și „normal”? Persoanele cu dizabilități sunt sau nu persoane „normale”? Ce presupune normalitatea?

CAPITOLUL 2 PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI

Capitolul doi cuprinde 7 subcapitole: **Delimitări conceptuale: deficiență, dizabilitate, handicap, persoană cu cerințe speciale; Definiții adoptate de Organizația Mondială a Sănătății; Dimensiunile dizabilității și handicapului; Evaluarea și expertiza persoanelor cu cerințe speciale; Evaluarea copiilor cu dizabilități în vederea intervenției educativ-recuperatorii; Particularități ale dezvoltării persoanei cu dizabilitate; Segregarea – atitudinea „normalilor” față de persoanele cu dizabilitate de-a lungul timpului.**

Problematica persoanelor cu cerințe speciale formează un câmp semantic complex, aflat într-o continuă schimbare și, în același timp, se recomandă o atenție sporită modului în care sunt folosiți termenii respectivi, deoarece nu întotdeauna reprezintă realitatea și pot aduce prejudicii demnității umane. În literatura psihopedagogică se folosesc mai mulți termeni care, în funcție de modul de abordare a problematicii persoanelor cu cerințe speciale, pot clarifica o serie de delimitări semantice utile în înțelegerea corectă și nuanțată a fenomenelor avute în vedere (Gherguț, 2001, p. 12): aspectul medical – deficiența, aspectul funcțional – incapacitatea sau dizabilitatea, aspectul social – handicapul. Căutarea unei definiții unitare, care să fie în același timp riguroasă și să nu stigmatizeze, a constituit obiectul preocupărilor ultimilor ani. Organizația Mondială a Sănătății a propus utilizarea a trei concepte distincte, utilizate și până atunci însă nu într-un mod unitar (Manea, 2008, p. 8): infirmitatea sau deficiența („impairment”), incapacitatea sau dizabilitatea („disability”), handicapul („handicap”). Pe baza acestor delimitări s-a elaborat Clasificarea Internațională a Deficiențelor, Dizabilităților și Handicapurilor (ICIDH-1), care a fost adoptată ca document de lucru de către O.M.S. în anul 1980. CIF este și un instrument de realizare a drepturilor persoanelor cu dizabilități, dar și o metodă valoroasă în standardizarea stărilor de sănătate, unificarea abordărilor de diagnostic și de evaluare a stărilor de sănătate și a funcționalității.

O „măsurare” a dizabilității este dependentă de doi factori: fidelitatea și validitatea baremelor, pe de o parte, și calitatea actului medical (privind diagnosticul stării prezente și prognosticul, estimarea tendinței de evoluție), pe de altă parte. Evaluarea și expertiza persoanelor cu cerințe speciale este foarte importantă, este un proces continuu și indispensabil, fundamentat pe o serie de elemente importante: o anumită filozofie a evaluării, coerență și construcție unitară a conținutului evaluării, legislație modernă și flexibilă. Atunci când este evaluat un copil cu

posibile dizabilități, sunt evaluate următoarele domenii, care se corelează: evaluarea medicală, evaluarea psihologică, evaluarea educațională, evaluarea socială. În cazul copiilor scopul evaluării este acela de a stabili calitatea și nivelul funcționării structurilor anatomice, funcțiilor organice, activităților și participării copilului cu dizabilitate la viața socială, ținând cont de mediul în care el trăiește și măsura în care beneficiază sau nu de servicii și intervenții adecvate, respectiv: protezare, mijloace tehnice, îngrijire, recuperare, educație etc. Evaluarea copiilor cu dizabilități este un proces complex care estimează cantitativ și calitativ particularitățile dezvoltării și capacității de învățare a copilului, are în vedere planificarea și programarea planului de servicii personalizat și programele de intervenție personalizate.

Conceptul de dezvoltare semnifică modificările secvențiale ale unui organism de la naștere până la moarte, modificări determinate de ereditate sau de interacțiunea cu mediul și factorii educogeni, care se desfășoară pe mai multe paliere (Gherguț, 2005, p. 52): dezvoltarea fizică, dezvoltarea cognitivă, dezvoltarea psihosocială. „Arhitectura cognitivă” a psihicului uman permite individului să învețe din raporturile sale cu mediul sau din experiența personală.

Tulburările specifice ale procesului dezvoltării la persoanele cu dizabilități au loc în diferite paliere ale structurii personalității, orice deficiență prezentând și o serie de tulburări derivate, mai mult sau mai puțin accentuate, care afectează în special funcțiile și procesele psihice complexe: psihomotricitatea, limbajul, mecanismele reglatorii conștiente, autocontrolul etc. (Gherguț, 2005, p. 129).

De-a lungul timpului, problema persoanelor cu dizabilitate a fost abordată diferit de la epocă la epocă. Deschamps (apud Vărășmaș, 2001, p. 9), analizând atitudinea societății față de copiii cu handicap, evidențiază patru tipuri de reacții: exterminarea; segregarea; acordarea cetățeniei reduse; recunoașterea drepturilor egale.

CAPITOLUL 3 NORMAL ȘI “ANORMAL”

Cel de al treilea capitol cuprinde 3 subcapitole: **Personalitatea între certitudine și presupuneri, între științific și empiric - Normalitate; Trăiri afective ale persoanelor cu dizabilități; Personalitatea persoanei cu dizabilități - Surzi și hipoacuzici.**

Caracteristici comune ale definițiilor date personalității sunt evidențiate de către Perron (apud Dafinoiu, 2002, p. 31): **globalitatea, coerența, permanența.** Cele trei caracteristici

subliniază faptul că personalitatea este o structură, lucru subliniat de către Allport (1981): *Personalitatea este organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihofizice care determină gândirea și comportamentul său caracteristic.*

Psihologia aplică atributul de personalitate ființei umane ajunsă în procesul devenirii sale socio-culturale la sinteza unor determinanți:

- *Autonomie relativă în relațiile cu mediul de viață (capacitate de autoîngrijire, autoadministrare, menținere a echilibrului și identității);*
- *Capacitate de anticipare și autocontrol;*
- *Integrare activă în comunitate, atingerea unui sistem propriu de valori;*
- *Prestarea unor activități în folosul societății;*
- *Nivelul intelectual suficient de înalt pentru a avea o autonomie personală;*
- *Conștientizarea propriei existențe, elaborarea Eului și a Lumii.*

Conceptul de personalitate nu se poate reduce la o simplă definiție, ci mai degrabă la o inventariere a numeroaselor încercări de elaborare a unei definiții cât mai complexe și cuprinzătoare. Se poate vorbi, mai degrabă despre teorii ale personalității, adică de un ansamblu structurat de concepte care fac posibilă înțelegerea comportamentului și elaborarea predicțiilor, de ipoteze testabile. Din cele amintite mai sus, se poate ajunge la concluzia următoare: personalitatea umană reprezintă *îmbinarea unitară nonrepetitivă a însușirilor psihologice care caracterizează mai pregnant și cu un mai mare grad de stabilitate omul concret și modalitățile sale de conduită* (Jurcău și Megieșan, 2001, p. 66).

Nu se pot trage niște linii clare și precise între ceea ce societatea în care trăim distinge normalul de anormal. Conformitatea cu normele unei colectivități, *într-o societate dată, la data cutare* poate fi în contradicție cu diversitatea, în speță este vorba despre persoanele cu dizabilități, care au făcut parte întotdeauna din experiența umană, dizabilitatea rezultând din interacțiunea complexă dintre individ și societate. Persoana subnormală, respectiv persoana cu dizabilitate, nu este altceva decât o dimensiune reală a diversității, fără de care umanitatea nu poate exista, dizabilitatea fiind o puternică provocare la diversitate. În conștiința persoanei cu dizabilitate coexistă aspirația de a deveni un individ normal alături de evidența dureroasă a unui eșec raportat la performanțele modelului „normal”. Conștientizarea dizabilității face ca balanța să fie înclinată permanent către eșec. În sufletul persoanei cu dizabilitate se naște un conflict interior între

dorința de realizare, de atingere a „normalității” și obstacolele impuse de dizabilitatea sa (Grigore, 2002, p. 13).

Descoperirea de către dizabil a propriei „unicități” în sens negativ, conduce adesea la trăiri contrarii și tensionate. De timpuriu este nevoit să ia contact cu deficiența sa, să o considere ca pe ceva deosebit, rușinos, iar mai târziu dizabilitatea devine „biciul” cu care ceilalți copii îl lovesc și umilesc (Grigore, 2002, p. 14).

Persoanele cu dizabilități, conștientizând handicapul propriu, se revoltă și încearcă să scape de eticheta care le urmărește existența. Până la acceptarea condiției de persoană cu dizabilitate, drumul este mult mai lung decât la restul persoanelor. În ceea ce îl privește pe surd, ca orice persoană cu dizabilitate trece prin aceleași etape dificile ca orice alt dizabil. În articolul său „Dealing with the Feelings”, Mitch Turbin (2004) identifică *cinci etape* prin care trece surdul până în momentul în care își acceptă identitatea de surd: negarea, furia, împăcarea, depresia, acceptarea.

Maria Anca, în lucrarea sa *Psihologia deficiențelor de auz* (2001), oferă o perspectivă asupra felului în care lipsa auzului afectează dezvoltarea normală, armonioasă, a copilului, așa cum se poate deduce din cele ce urmează. Dizabilitatea auditivă duce la limitarea limbajului, influențând negativ prin acesta asimilarea de informații din mediu precum organizarea memoriei și flexibilitatea adaptivă. Privarea senzorială alterează toate construcțiile psihofiziologice ale lumii copilului. Printre cele mai importante funcții ale auzului se numără: funcția de fond, funcția de avertizare, funcția euristică. Se mai poate vorbi despre o *funcție simbolică* a auzului, care este legată de achiziția și dezvoltarea limbajului și de comunicarea interpersonală.

CAPITOLUL 4 CUNOAȘTEREA DE SINE

Capitolul 4 cuprinde 6 subcapitole: **Autocunoașterea; Stima de sine; Dezvoltarea umană între general și particular; Stima de sine la copiii surzi - Perspectiva cercetătorilor auzitori; Stima de sine la copiii surzi - Perspectiva cercetătorilor auzitori; Concluzii.**

Funcționarea eficientă în mediul socio-profesional este datorată autocunoașterii și autoreglării corecte a persoanei. Cunoașterea și acceptarea de sine sunt variabile fundamentale în funcționarea și adaptarea optimă la mediul social, în menținerea sănătății mintale și emoționale.

Sinele este o componentă esențială a personalității, care este o entitate foarte complexă. La baza sinelui stă experiența noastră, stocată în memoria de lungă durată, care menține relativ stabilă schema sa, care implică *organizarea informațiilor pe care oamenii le au despre ei înșiși, caracteristici, atribute, principii, statut social, statul familial, sex*, într-un cuvânt *cine și ce sunt ?* (cf. Ross, 1992, apud Bonchiș și Secui, 2004, p.261). Stima de sine este una dintre nevoile psihice de bază ale omului. Nivelul sau lipsa acesteia are impact asupra tuturor aspectelor majore ale vieții: gândire, emoții, speranțe, valori, alegeri, scopuri. Abaterile de la o stimă de sine echilibrată pot duce la probleme psihice, care la rândul lor pot afecta nivelul acesteia, dovedind faptul că între ele există o relație reciprocă. Este o dimensiune fundamentală pentru orice ființă umană. Ea se referă la modul în care ne evaluăm pe noi înșine, cât de buni ne considerăm în comparație cu propriile expectanțe sau cu alții. Este de fapt o dimensiune evaluativă și afectivă a imaginii de sine (Băban, 2003, p. 72).

Conceptul de dezvoltare se referă la modificările care apar în organism din momentul nașterii până la moarte, modificări datorate fie unor procese biologice, fie interacțiunii cu mediul. Cercetătorii au încercat să stabilească o scală de dezvoltare etalon care să cuprindă ceea ce este caracteristic fiecărei vârste. Raportându-se la aceasta, au observat că există copii care nu pot urma fiecare etapă la standardele stabilite și acest lucru se datorează unui deficit sau unei deprivări de ordin familial sau cultural (Băban, 2003, p. 38). Copiii cu dizabilități au o dezvoltare atipică, foarte greu de raportat la o anumită „schemă”. Ei sunt diferiți și „unici” în același timp. Dezvoltarea lor normală este îngreunată datorită unei „rămâneri în urmă” , datorită unui alt ritm de evoluție, propriu și inconfundabil. O dizabilitate odată apărută, duce la un handicap, care, la rândul lui, provoacă o altă dizabilitate și lanțul continuă adâncind diferențele dintre copil și colegii săi, recuperarea lui fiind și mai dificilă. Capcanele care îi așteaptă sunt depresia, izolarea, lipsa de motivație.

CAPITOLUL 5

O SOCIETATE PENTRU TOȚI – RELAȚIA DINTRE HANDICAP ȘI EXCLUZIUNE SOCIALĂ

Capitolul 5 are 6 subcapitole: **Dizabilitatea ca stigmat; Integrare; Învățământ integrat; Incluziunea; Modele și forme de realizare a educației integrate; Concluzii.**

Excluziunea socială a persoanelor cu handicap nu înseamnă doar mai puține resurse materiale, ci mai ales dificultățile sau imposibilitatea lor de a participa în mod efectiv la viața economică, socială, politică și culturală sau chiar alienare și distanțare față de societatea obișnuită. Educația persoanelor cu dizabilități s-a realizat o lungă perioadă de timp cu precădere în forme segregate, ca educație specială, separată de cea obișnuită.

Goffman, (1990, p.13) folosește termenul stigmat pentru a se referi *la un atribut care discreditează profund*, cu referire la un limbaj al relațiilor și nu cea a unui limbaj al atributelor. Analiza lui Goffman a vizat trei tipuri sau categorii de stigmat: anomaliile corporale (deficiențele fizice), defecte ale caracterului individului, trăsăturile negative asociate cu rasa, națiunea, religia. După Goffman, efectul fundamental al stigmatului constă în reducerea șanselor vieții persoanei stigmatizate prin intermediul acțiunilor discriminatorii.

Experiența respingerii este foarte dureroasă. Să fii respins din cauza a ceea ce ești, să ai sentimentul că oamenii te evită fiindcă ai o anumită rasă, naționalitate, religie, clasă socială sau infirmitate, reprezintă o mare suferință distructivă. Până și respingerea de către niște persoane necunoscute și nevăzute, sau în situații fără miză concretă, faptul de a fi ignorat într-o discuție oarecare, pot provoca perturbări ale stimei de sine (André, 2010, p. 235).

Considerat la început un deziderat al normalizării, mai apoi ca integrare și recent ca incluziune, efortul comun de punere în practică a șansei de educație pentru toți copiii, de a le oferi condiții normale de viață, este aplicabil și util în cadrul oricărei societăți, deoarece poate fi adaptat oricăror schimbări sociale. **Integrarea** semnifică faptul că relațiile dintre indivizi sunt bazate pe o recunoaștere a integrității lor, a valorilor și drepturilor comune ce le posedă. Relația care se instaurează între individ și societate stă la baza integrării, care se realizează pe mai multe niveluri, de la simplu la complex (Popovici, 1999, p. 19): integrarea fizică, integrarea funcțională,

integrarea socială, integrarea personală, integrarea în societate, integrarea organizatorică. Obiectivul final al oricărei activități de integrare îl reprezintă, de fapt, o incluziune totală a persoanelor cu handicap. Pentru atingerea acestui obiectiv, este necesară rezolvarea respingerii sociale, pe care aceste persoane o întâmpină din partea societății. În scopul unei reușite depline a integrării a copiilor cu cerințe educative speciale este nevoie să se parcurgă câteva etape distincte, prin care se urmărește asigurarea condițiilor optime pentru o nouă formă de organizare a școlii (Gherguț, 2005, p. 273): *sensibilizarea, trainingul luarea deciziei, tranziția, evaluarea procesului*. Revenind la sensibilizare, experiența noastră ne îndreptățește să apreciem că primii reprezentanți ai școlilor, care ar trebui să fie convinși de necesitatea integrării copiilor cu cerințe educative speciale, ar trebui să fie managerii școlilor respective, deoarece ei au puterea de a decide, a controla și a sprijini, după caz, activitatea unității școlare. Un rol esențial îl au și cadrele didactice din grădinițe și școli, locul în care pentru prima dată copilul se apropie de persoane obiective, străine, intră în contact cu copii de vârstă apropiată. Atitudinea acestora este extrem de importantă pentru copil, felul în care acceptat, privit, încurajat sau dimpotrivă, respins, etichetat, brutalizat, pot afecta întreaga viață a micului candidat fericire, îi pot trasa drumul vieții într-o direcție dorită sau dimpotrivă, îl pot condamna la singurătate și suferință.

CAPITOLUL 6 ATITUDIUNEA

Capitolul 6 cuprinde 8 subcapitole: **Delimitare conceptuală; Structura orizontală și verticală a atitudinilor; Formarea atitudinilor; Funcțiile atitudinilor; Structura atitudinilor; Schimbarea atitudinii; Stereotipul, prejudecata, discriminarea; Out-sider-ii.**

Nevoia de a fi împreună cu alții denotă fundamentul socio-cultural al personalității. Felul în care ne privesc cei din jurul nostru, ne obligă permanent să ne reevaluăm personalitatea. Căutăm aprobarea în jurul nostru și, de multe ori, sfârșim prin a fi așa cum ne văd ceilalți. Vrem să fim iubiți și îi iubim pe care ne iubesc sau îi urâm dacă ne resping. Opiniile, credințele și convingerile noastre sunt mereu dependente de alții, care sunt pentru noi un etalon, pentru că ne oferă posibilitatea de a ne construi o imagine de sine cât mai aproape de adevăr (Chelcea, 1994, p. 57). Relațiile pe care le stabilim cu cei din jurul nostru sunt dublate de atitudini, atitudinile și

relațiile fiind două laturi solidare ale aceleiași realități, deoarece atitudinile se dezvoltă în sistemul de relații ale individului, dar se și formează grație acestora.

Conceptul de atitudine a fost introdus prima dată în psihologia experimentală germană la începutul secolului al XX-lea, cu un sens diferit de cel comun, cel de postură, cu referire la rolul atitudinii de a explica relațiile care există între stimuli și răspunsul subiectului (Neculau, 2004, p. 127).

Majoritatea psihologilor promovează ideea celor trei componente sau surse ale atitudinilor, creionate pentru prima dată de către Rosenberg și Hovland (Radu, Iluț și Matei, 1994, p. 65): componenta afectivă, componenta cognitivă, componenta comportamentală sau conativă. Atitudinile operează la fel ca și schemele și scenariile, ele reprezintă răspunsuri memorate și stocate la oameni, evenimente și situații, fiind cea mai scurtă cale de a ne elabora modul în care răspundem.

Katz (1960, apud Boza, 2010, p. 20) amintește patru funcții esențiale ale atitudinii: funcția de cunoaștere, funcția de adaptare/utilitară sau instrumentală, funcția expresivă, funcția de apărare a eului. În ceea ce privește structura atitudinilor, în literatura de specialitate sunt recunoscute câteva modele: modelul unidimensional, modelul tridimensional, modelul sociocognitiv, modelul schematic, modelul reprezentării atitudinilor, modelul asociativ, modelul asociativ-integrator al atitudinilor și variabila sinelui.

Persuasiunea se referă la schimbarea unei atitudini sau a unei credințe personale produsă de primirea unui mesaj (Cochinescu, 2008, p. 109), este procesul de schimbare a atitudinii unei alte persoane prin argumente, mijloace înrudite cu acestea (Leahey, 2003, apud Cochinescu, 2008, p. 109), actul de comunicare având ca scop modificarea setului mental al individului (Corneille, 1992, apud Necolau, 2004, p.136).

Studiile asupra stereotipurilor, prejudecăților și discriminării pot fi considerate o continuare a discuțiilor despre atitudini, ele fiind fațete diferite ale atitudinilor intergrupuri (Neculau, 2004, p. 262). Atitudinile intergrupale le putem clasifica în: stereotipuri – care se referă la dimensiunea cognitivă sau raportarea preponderent cognitivă la un grup sau la reprezentanți ai acestuia; prejudecata – reprezintă dimensiunea afectivă; discriminarea – se referă la componenta comportamentală sau la consecințele comportamentale determinate de stereotipuri și prejudecăți.

De cele mai multe ori conotația celor trei concepte este negativă. În cercetările din ultimii ani, s-a ținut mai mult cont de faptul că, de fapt, stereotipul, prejudecata și discriminarea pot fi

atât negative, cât și pozitive, uneori sunt chiar complementare, deoarece a discrimina negativ membrii outgrupului presupune a discrimina pozitiv pe cei din propriul grup (Neculau, 2004, p. 263). Apartenența la o anumită rasă, naționalitate, religie sau la un alt tip de astfel de grup, se poate dovedi, în mod negativ, un stigmat sau o caracteristică atribuită la nivel social pe baza acestei apartenențe. Statutul de „out-sider/deviant” născut din etichetare, ocupă de multe ori o poziție centrală în sistemul personalității, mai precis în cadrul identității. Din această cauză apare perseverența în devianță, după principiul profeției autorealizatoare, când eticheta devine parte a imaginii de sine (Cochinescu, 2008, p. 197).

CAPITOLUL 7 METODOLOGIA CERCETĂRII

Obiectiv și ipoteze

Cercetarea noastră a pornit de la ideea că persoanele cu dizabilități au o satisfacție în viață mai scăzută decât persoanele fără dizabilități, starea lor subiectivă de bine este afectată de sănătate, de circumstanțele de viață. Atitudinea celor din jur, în special a apropiaților: membri familiilor, cadre didactice, colegi, prejudecățile la care sunt supuși, segregarea și în cele din urmă autosegregarea, nu fac decât să scadă și mai mult șansele persoanelor cu dizabilități la o viață împlinită.

Ne-am propus o cercetare acțiune care are în vedere următoarele obiective:

Obiectiv general: Creșterea calității vieții persoanelor cu dizabilități.

Obiective specifice:

- Schimbarea atitudinii cadrelor didactice în ceea ce privește acceptarea copiilor cu dizabilități în școlile de masă, prin sensibilizare și perfecționare.
- Identificarea barierelor existente în activitatea cadrelor didactice cu privire la integrarea copiilor cu CES și valorificarea experienței acestora.
- Însușirea unor strategii specifice de abordare a elevilor cu diferite dizabilități de către cadrele didactice care lucrează cu copii integrați în școli de masă.

Dorind să intervenim și să îmbunătățim circumstanțele de viață a copiilor care, prin schimbarea atitudinii celor din jur, au posibilitatea să crească într-o lume cu mai puține prejudecăți, o lume a șanselor egale la o viață normală, am pornit cercetarea cu **un prim studiu**

în care am investigat satisfacția în viață a persoanelor adulte cu dizabilități - unii dintre aceștia fiind imobilizați în scaun cu rotile, alții surzi - pe care am comparat-o cu aceea a persoanelor valide (fără probleme de sănătate).

Deoarece considerăm că cea mai importantă intervenție, pentru copiii cu dizabilități integrați în școli de masă, poate fi făcută cu ajutorul cadrelor didactice, am făcut un **al doilea studiu**, o investigație amplă în cadrul investigării nevoii de formare a cadrelor didactice la nivelul întregului județ (Bihor), atât în școlile din orașe cât și în cele de la sate, implicând educatori, învățători și profesori și măsurând disponibilitatea lor de a accepta și lucra cu copii cu dizabilități. S-a propus, în cadrul unui program de formare continuă, acreditat în sistem de credite de către Ministerul Educației și Cercetării, un curs de *Integrare a copiilor cu cerințe educative speciale în învățământul de masă*. Cursul a urmărit, în principal, sensibilizarea cadrelor didactice din învățământul de masă în vederea pregătirii acestora pentru integrarea reușită a copiilor cu dizabilități, evitarea unor greșeli fundamentale pe care le fac aceștia din cauza necunoașterii metodelor de abordare a copiilor, a strategiilor specifice fiecărei dizabilități în parte, care toate pot duce la adevărate tragedii.

Datorită faptului că, apelând la un experiment cu un singur subiect, am putut stabili mai clar relația cauzală dintre atitudinea cadrelor didactice și randamentul școlar, am efectuat un **al treilea studiu**, care arată importanța însușirii unor strategii de abordare a elevilor, în funcție de specificul dizabilității lor.

Având în vedere cele de mai sus, am postulat următoarele **ipoteze**:

- 1. Există diferențe semnificative între satisfacția în viață a persoanelor cu dizabilitate față de cea al persoanelor valide.*
- 2. Există diferențe semnificative între gradul de fericire autopercepută a persoanelor cu dizabilitate față de cel al persoanelor valide.*
- 3. Există diferențe semnificative în ceea ce privește acceptarea copiilor cu cerințe educative speciale de către cadrele didactice care au participat la programul de intervenție, în funcție momentul testării.*
- 4. Există diferențe semnificative în ceea ce privește interesul față de desenul crochiurilor în nivelurile de bază și etapele de intervenție terapeutică, în sensul creșterii acestuia în fazele de intervenție terapeutică cu ajutorul consilierii individuale și întăriri pozitive reflectate prin note.*

Participanți și design

În cele trei studii ale cercetării au fost cuprinși următorii participanți:

- În cadrul **primului studiu**: 30 de persoane adulte cu dizabilități, 12 dintre aceștia fiind imobilizați în scaun cu roțile (9 femei și 3 bărbați) și 18 surzi (8 femei și 10 bărbați), pe care am comparat-o cu aceea a 30 de persoane “normale” (fără probleme de sănătate): 19 femei și 11 bărbați;
- În **studiul al doilea**: 755 cadre didactice, 459 din mediu urban și 296 din mediu rural, dintre care 205 educatori, 188 învățători și 362 profesori, din orașele Oradea (GPP¹ nr. 42, GPP nr. 53, GPN nr. 1, GPP nr. 22, S08 “Avram Iancu”, S08 nr. 16, S08 “Al. Roman”), Beiuș (patru grupe formate din cadre didactice din Beiuș și împrejurimi), Salonta (Grădinița nr.1); Aleșd (S08 Aleșd), Ștei (S08 “Miron Pompiliu, LIT “Avram Iancu”), precum și din școlile din mediul rural: S08 Ceica, S08 Cociuba Mare, S08 Dobrești, S08 Balc, GRI Suplacu de Barcău, GRI Popești, LIT Bratca);
- Subiectul celui de **al treilea studiu** este o adolescentă, în vârstă de 17 ani, elevă în clasa a X a la Liceul de Artă.

Tipul de design:

Pentru primul studiu designul este cvasiexperimental intergrup, pentru studiul doi, avem un design unifactorial intragrup. În cel de al treilea studiu am utilizat un experiment cu un singur subiect, modelul reversibil ABAB. În prima fază (A) a designului, am măsurat obiectiv și repetat comportamentul anxios care face obiectul intervenției terapeutice, stabilind astfel nivelul de bază a comportamentului supus atenției. În cea de a doua fază a fost introdusă intervenția terapeutică (B), care a constat în consiliere individuală după ore și asistare în timpul orelor, urmând ca în faza a treia (A) să fie eliminată intervenția terapeutică și să se revină la nivelul de bază. În ultima fază a designului (B) a fost aplicată din nou intervenția terapeutică.

Instrumente și procedură

În primul studiu, am utilizat două instrumente de măsurare a satisfacției în viață, respectiv a fericirii momentane.

¹ GPP- Grădiniță cu program prelungit; GPN – Grădiniță cu program normal; S08 – Școală cu 8 clase; GRI – Grup Industrial; Lit – Liceu Teoretic.

1. **Scala de satisfacție în viață (SSV)**, care evaluează global satisfacția față de propria viață. Scala cuprinde 5 itemi, formulați în propoziții scurte, sarcina subiecților este de a răspunde la fiecare enunț alegând una dintre variantele prezentate pe o scală de la 1 la 7, unde 1 înseamnă *Puternic împotriva* și 7 înseamnă *Puternic de acord*.

2. Chestionarul Fordyce al emoțiilor

Chestionarul cuprinde o listă de 10 itemi, dintre care participantul trebuie să aleagă **unul singur**, care descrie cel mai bine nivelul autoperceput de fericire.

3. Pentru al doilea studiu. La începutul cursului a fost măsurată disponibilitatea cadrelor didactice de a accepta și lucra cu copiii cu dizabilități. Acest lucru s-a făcut cu ajutorul unui scurt chestionar la care participanții au fost rugați să răspundă prin *da*, *nu* sau *nu știu*, la următoarea întrebare: *Sunteți educatoare/învățătoare/profesor/conducătorul unei unități școlare. La dumneavoastră se prezintă o mamă cu rugămintea ca fiul/fiica sa, care are o dizabilitate (de auz, de văz, locomotorie...), să fie acceptat(ă) în grupa/clasa /școala dumneavoastră. Acceptați sau nu?*

Participanții au mai fost rugați să enumere *cel puțin trei motive* pentru care au făcut respectiva alegere.

După terminarea cursului, s-a aplicat din nou același scurt chestionar, pentru a vedea dacă programul de intervenție a fost eficient.

4. Studiul 3, experimentul cu un singur subiect.

Perioada de intervenție a durat 56 de zile, respectiv câte 14 zile pentru fiecare dintre cele patru faze. Zilnic au fost numărate desenele făcute de către subiect din proprie inițiativă, rezultatele au fost contabilizate într-o grilă de observație, care ne-a ajutat să organizăm intervenția și să sistematizăm rezultatele pe parcursul celor 56 de zile:

Tabelul nr. 3. *Grilă de observație. Numărul desenelor executate de către subiect în fiecare dintre cele patru faze ale experimentului.*

Ziua	Faza A	Faza B	Faza A	Faza B
1	2	4	4	3
2	0	3	2	4
3	0	4	2	4
4	0	5	3	5
5	1	5	2	4
6	2	6	1	4
7	1	7	4	6
8	2	7	3	4

9	0	5	3	5
10	0	5	1	5
11	0	5	5	5
12	1	5	5	4
13	1	6	2	6
14	1	8	1	6
Total	11	75	38	65

În același timp am urmărit comportamentul anxios din timpul executării desenelor, calitatea desenelor, notele obținute la școală, respectiv calificativele obținute în consultațiile individuale.

Pentru faza de intervenție (B), am colaborat cu un profesor de specialitate care a efectuat consilierea individuală, intervenția a durat 14 zile, subiectul a fost monitorizat zilnic, în această perioadă. În următoarea fază a experimentului, nivelul de bază 2 (A), toate mijloacele de intervenție au fost retrase și s-a revenit la observarea comportamentului subiectului. Ultima fază a experimentului, intervenția 2 (B), a însemnat reintroducerea intervenției terapeutice pe care am utilizat-o în prima intervenție. A fost păstrată aceeași structură a intervenției.

CAPITOLUL 8 PREZENTAREA ȘI INTERPRETAREA DATELOR

Primul studiu

A) Satisfacția în viață

Pornind de la ipoteza care postulează: *Există diferențe semnificative între satisfacția în viață a persoanelor cu dizabilitate față de cea al persoanelor valide*, s-au efectuat comparații statistice între scorurile obținute de persoanele cu dizabilități și cele obținute persoanelor valide. În prealabil a fost testată normalitatea distribuției datelor pentru variabila dependentă - satisfacția în viață – pe baza testului Kolmogorov-Smirnov:

Tabelul 4. *Testarea normalității distribuției datelor pentru satisfacția în viață, utilizând testul Kolmogorov-Smirnov*

Variabila:	Satisfacția în viață
Numărul subiecților:	60
Testul Kolmogorov-Smirnov:	1.266
Prag de semnificație	.081

Distribuția datelor pentru variabila satisfacția în viață este normală la nivelul populației pentru că p calculat .081 este mai mare decât p critic .05.

Pentru compararea rezultatelor celor două grupe de subiecți – persoane cu dizabilități, persoane valid – s-a folosit **testul t pentru eșantioane independente**.

Tabelul 5. *Mediile și abaterea standard pentru variabila satisfacția în viață la grupurile de dizabili și valizi*

Condiția		N	Media	Abaterea standard	Dispersia
Satisfacția în viață	Dizabil	30	22.7667	3.39049	.61902
	Valid	30	31.0333	1.88430	.34402

Se poate observa că, pentru condiția de dizabil, media scorurilor este mai mică: 22.76 67 decât media scorurilor pentru condiția de valid: 31.0333.

Tabelul 6: *Testul t pentru compararea scorurilor la satisfacția în viață a persoanelor cu dizabilitate cu cele ale persoanelor valide.*

T	Df gradul de libertate	p
-11.673	45.354	.000

Pentru $t(45.354) = -11.673$ s-a obținut un prag de semnificație de .000 mai mic decât p critic .01, deci respingem ipoteza nulă și acceptăm ipoteza specifică cu un risc de a greși mai mic de 1%. Ipoteza cercetării este sprijinită, între cele două categorii de persoane există diferențe ale gradului de satisfacție în viață, respectiv persoanele cu dizabilități sunt mai puțin satisfăcute de viața lor.

În concluzie, putem afirma că satisfacția în viață a persoanelor cu dizabilități este mai scăzută decât a persoanelor valide. Acest lucru se datorează dizabilității, deoarece aceasta implică, în cazul persoanelor surde, respectiv cu handicap locomotor, o restricție a autonomiei, o conștientizare a limitelor, prezența compasiunii semenilor, dificultăți în relaționare și comunicare,

respingere, etichetare, dificultatea de a găsi un loc de muncă, un partener de viață, dificultatea de a avea copii sau a-i crește.

B) Gradul fericirii momentane

Al doilea pas al cercetării dorește să vadă dacă cei 30 de participanți, persoane cu dizabilități, se consideră mai puțin fericiți decât participanți „sănătoși” și pornește de la următoarea ipoteză: *Există o diferență semnificativă între gradul de fericire autoperceput al persoanelor de cel cu dizabilitate față al persoanelor valide.* A fost utilizat *Chestionarul Fordyce al emoțiilor*, care măsoară gradul fericirii momentane. Fiecare participant a ales un singur item din cei 10 ai chestionarului, pe acela care descrie cel mai bine nivelul său mediu de fericire. Pentru a analiza diferențele dintre gradul de fericire autoperceput al celor două categorii de participanți, a fost utilizat **testul statistic χ^2** .

Tabelul 7. Frecvențele observate, cele așteptate și reziduurile standardizate ajustate privind subiecții dizabili și normali care au ales unul dintre cei 10 itemi ai chestionarului Fordyce.

			Gradul fericirii								
			destul de nefericit	oarecum nefericit	ușor nefericit	neutru	Ușor fericit	oarecum fericit	Destul de fericit	Fericit	Total
Condiția	Valid	Frecvența observată	.0	0	0	0	4	8	15	3	30
		Frecvența așteptată	.5	1.5	1.5	3.5	5.5	6.5	9.5	1.5	30.0
		Total procente	0%	0%	0%	0%	6.7%	13.3%	25.0%	5.0%	50%
		Reziduurile standardizate ajustate	-1.0	-1.8	-1.8	-2.8	-1.0	.9	3.1	1.8	
	Dizabil	Frecvența observată	1	3	3	7	7	5	4	0	30
		Frecvența așteptată	.5	1.5	1.5	3.5	5.5	6.5	9.5	1.5	30.0
		Total procente	1.7%	5.0%	5.0%	11.7%	11.7%	8.3%	6.7%	0%	50%
		Reziduurile standardizate ajustate	1.0	1.8	1.8	2.8	1.0	-9	-3.1	-1.8	
	Total	Frecvența observată	1	3	3	7	11	13	19	3	60

		Total procente	1.7%	5.0%	5.0%	11.7%	18.3%	21.7%	31.7%	5.0%	100%
--	--	-------------------	------	------	------	--------------	-------	-------	--------------	------	------

În tabelul de mai sus putem urmări frecvențele observate, cele așteptate, procentele și reziduurile standardizate ajustate, pentru fiecare dintre cei 8 itemi ai chestionarului, luați în calcul, (menționăm că primul și ultimul item al chestionarului, respectiv: *extrem de nefericit* și *extrem de fericit*, nu au fost selectați în tabel deoarece nu au fost aleși de către nicio persoană), în urma opțiunilor exprimate de participanții la cercetare, normali și cu dizabilități.

Pentru a observa diferențele semnificative, se urmăresc reziduurile standardizate ajustate pentru fiecare celulă în parte. Valorile cuprinse în afara intervalului (-2, 2) vor fi considerate indicatori ai unor diferențe semnificative între frecvențele observate și cele așteptate (Sava, 2004, p. 67):

Tabelul 8. *Valoarea reziduurilor standardizate ajustate semnificative pentru Chestionarul Fordyce*

Tipul de răspuns: Condiția :	Valoarea reziduurilor standardizate ajustate	
	Neutru	Destul de fericit
Valid	- 2.8	3.1
Dizabil	2.8	- 3.1

În tabelul 8 se pot observa cele două diferențe semnificative pentru răspunsurile subiecților la Chestionarul Fordyce. Pentru itemul *Neutru* (nici fericit, nici nefericit) avem intervalul (-2.8 – 2.8), valoarea pozitivă o atribuim persoanelor cu dizabilități, putem afirma există o diferență semnificativă între numărul persoanelor cu dizabilitate care au optat pentru acest răspuns, față de numărul persoanelor valide, care nu l-au ales ca fiind reprezentativ pentru ele. Prin urmare, spre deosebire de persoanele normale, cele cu dizabilități au tendința de a se autopercepe ca fiind nici fericite, nici nefericite.

Al doilea item care este relevant pentru cercetarea noastră este *Destul de fericit (sunt bine dispus, mă simt bine)*. Intervalul care ne prezintă valoarea reziduurilor standardizate ajustate este de (3.1 - -3.1), tendința pozitivă fiind, de această dată, în favoarea persoanelor valide. Rezultatele arată că există o diferență semnificativă între persoanele normale și cele cu dizabilități în ceea ce privește autopercepția *fericiți*.

Tabelul 9. Valoarea testului χ^2 .

	Valoare de a fi de destul de fericit	Gradele de libertate	Pragul de semnificație
Coefficientul (Pearson) χ^2 .	24.879(a)	7	.001
Numărul cazurilor valide	60		

a 10 celule (62.5%) au frecvența anticipată mai mică de 5.

Frecvența așteptată minimă este de .50

Valorile din tabel confirmă cele menționate mai sus, astfel analizând situația opțiunilor participanților normali și dizabili la *Chestionarul Fordyce al emoțiilor*, deținem un χ^2 cu gradul de libertate 7 de 22.259 cu un prag de semnificație .000 mai mic decât pragul critic de .01, deci putem afirma, fără un risc de a greși mai mic de 1%, că există diferențe semnificative între gradul de fericire autoperceput al persoanelor valide față de cele cu dizabilitate.

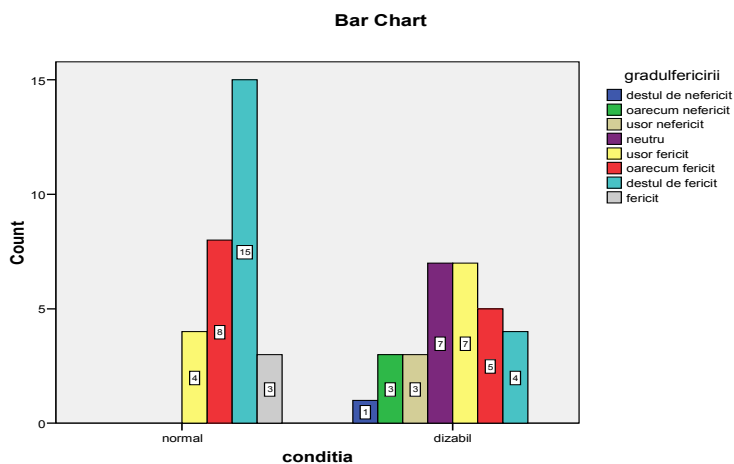


Figura 3. Reprezentarea grafică a gradului de fericire autoperceput de către persoanele normale și cele cu dizabilitate în urma răspunsurilor la *Chestionarul Fordyce al emoțiilor*.

Limite ale cercetării din primul studiu

Deoarece primele două ipoteze ale cercetării au fost verificate pe aceeași subiecți, care au completat ambele chestionare, ne vom referi la ambele momente ale cercetării în ceea ce privește limitele pe care le-am întâmpinat.

Având în vedere condiția de persoană cu dizabilitate a participanților la cercetare, nu s-au putut utiliza mai multe instrumente, iar cele utilizate au fost selectate deoarece cuprind doar 5 itemi, respectiv selectarea unui singur item și am dorit să fie ușor de aplicat.

Persoanele în cauză au fost greu convinse să completeze scala și chestionarul, sunt rezistente și nu au încredere în utilitatea cercetărilor, o consideră o invadare a spațiului intim. În ceea ce privește persoanele surde, au fost întâmpinate o serie de obstacole datorate faptului că, în percepția lor, itemii sunt identici și nu înțelegeau de ce răspund de mai multe ori la aceeași întrebare. În majoritatea cazurilor a fost nevoie de interpret și pentru fiecare participant a fost nevoie de aproximativ două ore de muncă. Interpretii au fost aleși în așa fel încât să fie persoane de încredere pentru surzi.

O altă limită o putem considera numărul relativ mic de participanți. Dacă am fi putut aplica instrumentele la un număr foarte mare de persoane valide, nu același lucru putem spune și în cazul persoanelor cu dizabilități. Având în vedere cercurile restrânse pe care ei le frecventează, neîncrederea pe care o au în persoanele necunoscute, precum și numărul mic raportat la populația normală, a fost dificil să înțurim numărul minim de subiecți pentru demararea cercetării.

Al doilea studiu - Programul de intervenție cu privire la atitudinea cadrelor didactice față de acceptarea copiilor cu CES

Pentru început am dorit să verificăm eficiența programului de intervenție. Cele 755 de cadre didactice participante la program au răspuns prin **Da**, **Nu**, **Nu știu** înainte de participarea la curs precum și la absolvirea cursului. Pentru cercetare a fost utilizat programul SPSS, **testul Chi-Square**.

Tabelul 10. *Datele brute :*

Răspunsuri	Inainte de intervenție	După intervenție
Da	306	583
Nu știu	164	75
Nu	285	142
Total	755	755

Eficiența programului de intervenție

Tabelul 11. Frecvențele observate, cele așteptate, procentele și reziduurile standardizate ajustate privind răspunsurile cadrelor didactice înainte și după intervenție.

		Raspunsurile				Total
			Da	nu	Nu știu	
Momentul	Pretest	Frecvența observată	306	285	164	755
		Frecvența așteptată	422,0	213,5	119,5	755,0
		Total procente	20,35	18,9%	10,9%	50,0%
		Reziduurile standardizate ajustate	- 12	8,2	6,3	
	Post test	Frecvența observată	538	142	75	755
		Frecvența așteptată	422,0	213,5	119,5	755,5
		Total procente	35,6%	9,4%	5,0%	50,0%
		Reziduurile standardizate ajustate	12,0	- 8,2	- 6,3	
Total		Frecvența observată	844	427	239	1510
		Total procente	55,9%	28,3%	15,8%	100%

În tabelul 11 putem urmări frecvențele observate, cele așteptate, procentele și reziduurile standardizate ajustate, pentru răspunsurile celor 755 de cadre didactice participante la intervenția noastră, operaționalizate prin *da, nu, nu știu*:

Tabelul 12. *Valoarea reziduurilor standardizate ajustate semnificative*

Tipul de răspuns:	Valoarea reziduurilor standardizate ajustate		
Momentul	Da	Nu	Nu știu
Pretest	-12	8.2	6.3
Post test	12	-8.2	-6.3

După cum se poate observa, rezultatele intervenției sunt semnificative, diferențele dintre pretest și post test sunt foarte mari. Cea mai mare diferență a fost obținută în cazul răspunsurilor de acceptare, lucru care ne dă posibilitatea să afirmăm că numărul cadrelor didactice care acceptă copiii cu dizabilitate a crescut semnificativ după participarea la intervenție. Această afirmație este sprijinită și de diferențele semnificative obținute la răspunsurile de tip *nu* și *nu știu*, în care situația s-a inversat, mergând dinspre valori pozitive spre valori negative, numărul celor care refuză sau sunt nehotărâți în situația de post test este semnificativ mai mic.

Tabelul 13. *Valoarea testului χ^2 .*

	Valoare	Gradele de libertate	Pragul de semnificație
Coefficientul (Pearson) χ^2	144.805(a)	2	.000
Nr. cazurilor valide	1510		

a 0 celule (.0%) au frecvența anticipată mai mică de 5. Frecvența așteptată minimă este de 119,50.

Valorile din tabel confirmă cele menționate mai sus, astfel analizând situația opțiunilor participanților la intervenție în situațiile pretest și post test, deținem un χ^2 cu gradul de libertate 2 de 144.805 cu un prag de semnificație .000 mai mic decât pragul critic de .01, deci putem afirma, fără un risc de a greși mai mic de 1%, că există diferențe semnificative între numărul cadrelor didactice care acceptă să lucreze cu copiii cu dizabilitate înainte și după programul de intervenție, programul fiind considerat eficient.

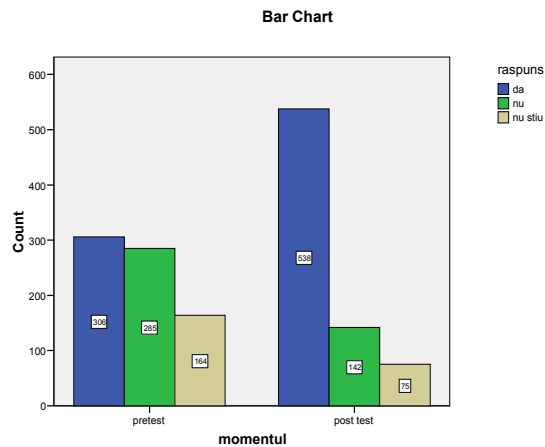


Figura 4. *Reprezentarea grafică a situației răspunsurilor cadrelor didactice care au participat la intervenție înainte și după aceasta.*

Rezultatele obținute ne îndreptățesc să afirmăm că această intervenție a fost eficientă, în urma programului de intervenție o mare parte dintre cadrele didactice participante și-au reconsiderat poziția față de copiii cu dizabilități, au devenit interesate în a se documenta și informa, au înțeles situația dramatică a acestor copii integrați în școli în care cadrele didactice sunt nepregătite, nu cunosc strategii de abordare a lor.

Deoarece am observa o diferență între atitudinea cadrelor didactice, care au participat la programul de intervenție, în funcție de mediul de proveniență (urban sau rural), am considerat utilă aprofundarea cercetării și în ceea ce privește mediul de proveniență a cadrelor didactice. Astfel am pornit de la ipoteza colaterală care postula că ***există o diferență semnificativă în ceea ce privește răspunsul cadrelor didactice participante la intervenție în funcție de mediul de proveniență.*** Pentru verificarea ipotezei am utilizat din nou testul **statistic χ^2 .**

Pentru început am comparat diferențele dintre răspunsurile pretest și post test a celor 459 de cadre didactice din mediul urban.

Tabelul nr. 14. *Frecvențele observate, cele așteptate și reziduurile standardizate ajustate privind subiecții cadre didactice din mediul urban, răspunsurile acestora la pretest și post test.*

		Răspunsul cadrelor didactice din mediul urban			Total	
		Da	Nu	Nu știu		
Momentul	Pretest	Frecvența observată	45	281	133	459
		Frecvența așteptată	148.0	210.0	101.0	459.0
		Total procente	4.9%	30.6%	14.5%	50.0%
		Reziduurile standardizate ajustate	-14.5	9.4	5.1	
	Post test	Frecvența observată	251	139	69	459
		Frecvența așteptată	148.0	210.0	101.0	459.0
		Total procente	27.3%	15.1%	7.5%	50.0%
		Reziduurile standardizate ajustate	14.5	-9.4	5.1	
Total		Frecvența observată	296	420	202	918
		Total procente	32.2%	45.8%	22.0%	100%

Din tabelul 14 putem observa frecvențele observate și cele așteptate în cazul celor trei categorii de răspunsuri ale cadrelor didactice din mediul urban, înainte și după intervenție.

Tabelul 15. *Reziduurile standardizate ajustate semnificative.*

momentul tipul de răspuns	Valoarea reziduurilor standardizate ajustate		
	Da	nu	Nu știu
Pretest	- 14.5	9.4	5.1
Post test	14.5	- 9.4	- 5.1

În tabelul 15 se poate observa că în toate cele trei categorii de răspunsuri se confirmă utilitatea programului de intervenție. Astfel în cazul acceptărilor, dacă înainte de curs numărul cadrelor didactice din mediul urban care răspund *Da* este destul de mic față de așteptări,

confirmat și de valoarea mare negativă a rezidului (- 14.5), în post test situația se schimbă semnificativ, numărul cadrelor didactice dispuse să lucreze cu copii cu dizabilități a crescut mult, inversând raportul (14.5).

Și situația refuzurilor sprijină utilitatea intervenției. Dacă la început multe cadre didactice (281) recunosc că nu doresc să lucreze cu copii cu CES, după intervenție situația se ameliorează considerabil, fenomenul refuzului descrește considerabil, lucru atestat și în celula *Nu* a reziduurilor standardizate ajustate, intervalul arătând o descreștere semnificativă de la 9.4 până la -9.4.

O descreștere asemănătoare observăm și în cazul nehotărâților (de la 133 la 69), reziduurilor standardizate ajustate descresc de această dată de la 5.1 la -5.1.

Tabelul 16. Valorile lui χ^2

	Valoare	Gradele de libertate	Pragul de semnificație
Coeficientul (Pearson) χ^2	211.652 (a)	2	.000
Nr. cazurilor valide	918		

a 0 celule (0%) au frecvența anticipată mai mică de 5. Frecvența așteptată minimă este de 101,00.

Așa cum este de așteptat, din observațiile de mai sus, precum și din observarea tabelului cu valorile testului χ^2 , putem concluziona că răspunsurile cadrelor didactice din mediul urban, implicate în programul de intervenție, implementat în scopul sensibilizării acestora față de copiii cu cerințe educative speciale, înainte și după programul de intervenție, deținem un χ^2 cu gradul de libertate 2 de 211.652, cu un prag de semnificație .000 mai mic decât pragul critic de .01, deci putem afirma cu un risc de a greși mai mic de 1% ca programul de intervenție la care au participat cadrele didactice din mediul urban, a fost eficient.

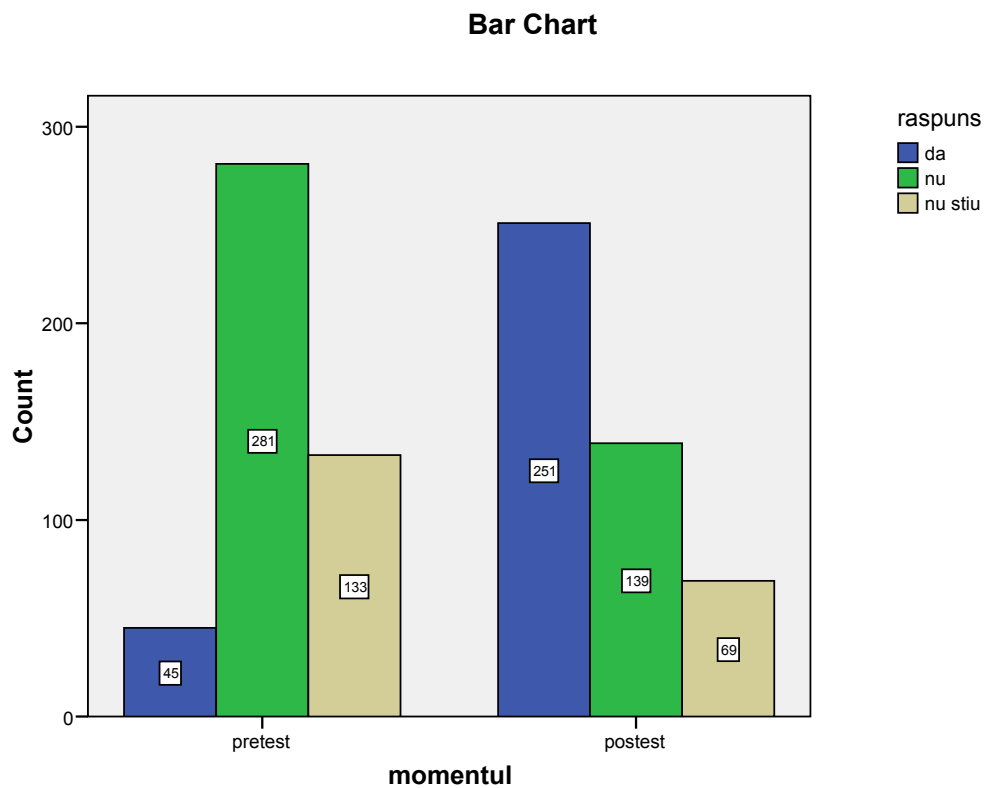


Figura nr. 5. Răspunsurile cadrelor didactice din mediul urban participante la programul de intervenție în fazele de pretest și post test.

Tabelul 17. Frecvențele observate, cele așteptate, procentele și reziduurile standardizate ajustate privind subiecții cadre didactice din mediul **rural**, răspunsurile acestora la pretest și post test.

		Răspunsul cadrelor didactice din mediul rural			Total	
		Da	Nu	Nu știu		
Momentul	Pretest	Frecvența observată	261	4	31	296
		Frecvența așteptată	274.0	3.5	18.5	296.0
		Total procente	44.1%	0.7%	5.2%	50.0%
		Reziduurile standardizate ajustate	-4.1	.4	4.2	
	Post test	Frecvența observată	287	3	6	296
		Frecvența așteptată	274.0	3.5	18.5	296.0
		Total procente	48.5%	0.5%	1.0%	50.0%
		Reziduurile standardizate ajustate	4.1	-.4	-4.2	
Total		Frecvența observată	548	7	37	592
		Total procente	92.6%	1.2%	6.3%	100.0%

Din tabelul 17 putem observa frecvențele observate și cele așteptate în cazul celor trei categorii de răspunsuri ale cadrelor didactice din mediul rural, înainte și după intervenție.

Tabelul 18. Frecvențere semnificative ale reziduurilor dtandardizate ajustate.

momentul / tipul de răspuns	Valoarea reziduurilor standardizate ajustate		
	Da	Nu	Nu știu
Pretest	- 4.1	.4	4.2
Post test	4.1	-.4	- 4.2

În tabelul 18 se poate constata faptul că doar în două dintre cele trei situații se confirmă utilitatea programului de intervenție. Astfel în cazul acceptărilor, dacă înainte de curs numărul cadrelor didactice din mediul rural care răspund da este destul de mare față de așteptări, confirmat și de valoarea negativă a reziduuului (- 4.1), în post test situația se schimbă semnificativ, numărul cadrelor didactice dispuse să lucreze cu copii cu dizabilități a crescut și mai mult, inversând raportul (4.1).

În cazul nehotărâților observăm de asemenea o schimbare semnificativă, numărul acestora descrește în favoarea celor care acceptă. Reziduurile standardizate ajustate descresc de această dată de la 4.2 la - 4.2.

În situația cadrelor didactice care au răspuns *nu*, diferența nu este semnificativă statistic datorită numărului foarte mic de participanți. Totuși având în vedere că numărul acestora a scăzut de la 4 persoane la 3, putem afirma că procentual a avut loc o scădere a răspunsurilor negative de 25%.

Tabelul 19. Valorile lui χ^2

	Valoare	Gradele de libertate	Pragul de semnificație
Coeficientul (Pearson) χ^2	18.268 (a)	2	.000
Nr. cazurilor valide	592		

a 2 celule (33,3%) au frecvența anticipată mai mică de 5. frecvența așteptată minimă este de 3,50.

Observând tabelul cu valorile testului χ^2 , putem concluziona faptul că răspunsurile cadrelor didactice din mediul rural, implicate în programul de intervenție implementat în scopul sensibilizării acestora față de copiii cu cerințe educative speciale, înainte și după programul de intervenție, deținem un χ^2 cu gradul de libertate 2 de 18.268, cu un prag de semnificație .000 mai mic decât pragul critic de .01, deci putem afirma cu un risc de a greși mai mic de 1% ca programul de intervenție la care au participat cadrele didactice din mediul rural a fost eficient.

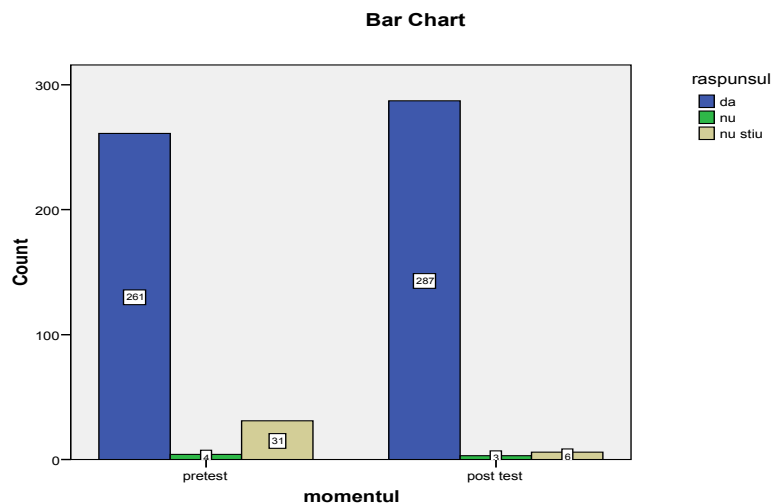


Figura nr. 6. Răspunsurile cadrelor didactice din mediul rural care au participat la programul de intervenție, în fazele de pretest și post test.

După cum putem observa în figura 6, în mediul rural, există o mai mare disponibilitate de acceptare a copiilor cu CES încă de la început. Putem aprecia că acest lucru se datorează faptului că, în școlile rurale, există o sensibilizare mai accentuată, astfel că aici cerințele programului de intervenție au fost mai mari la nivel de documentare și informare.

Comparând diferențele răspunsurilor cadrelor didactice din mediul rural cu cele ale cadrelor didactice din mediul urban, putem constata o mai mare disponibilitate a celor din mediul rural în acceptarea copiilor cu dizabilități. Motivele care duc la această deschidere sunt evidente:

- *Pretențiile precum și ambițiile copiilor, ale părinților și chiar ale cadrelor didactice din mediul urban, sunt mult mai mari;*
- *În comunitățile mici, cadrele didactice au o relație mult mai apropiată cu părinții, respectiv rudele copiilor, unii dintre aceștia le-au fost și ei elevi cândva, le sunt prieteni sau cel puțin cunoștințe;*
- *Majoritatea cadrelor didactice din mediul rural sunt persoane de peste 45 de ani, cu o bogată experiență la catedră;*
- *Efectivele de elevi care alcătuiesc clasele din mediul rural sunt mai mici, deci și timpul, alocat fiecărui copil în parte, este mai mare;*

- Orașul, prin aglomerația sa, lipsa locurilor de muncă etc. prezintă un grad de stres mult mai ridicat, prin urmare răbdarea este pe cale de a deveni un „ideal” greu de atins;
- Empatia este mult mai evidentă și mai mare la cadrele didactice din mediul rural.

Pentru acuratețea cercetării am considerat că este utilă o perspectivă a **reprezentării cadrelor didactice pe categorii profesionale**. În acest scop am efectuat, statistic, cu ajutorul testului **chi pătrat**, următoarea evaluare:

Tabelul 20. Frecvențele observate, cele așteptate și reziduurile standardizate ajustate privind reprezentativitatea subiecților cadre didactice (educatori, învățători, profesori), în funcție de mediul de proveniență.

		Cadre didactice				Total
			Educatori	Învățători	profesori	
Proveniența	Urban	Frecvența observată	157	112	190	459
		Frecvența așteptată	124,6	114,3	220,1	459,0
		Total procente	20.8%	14.8%	25.2%	60.8%
		Reziduurile standardizate ajustate	5.4	-.4	-4.5	
	Rural	Frecvența observată	48	76	172	296
		Frecvența așteptată	80.4	73.7	141.9	296.0
		Total procente	6.4%	10.1%	22.8%	39.2%
		Reziduurile standardizate ajustate	-5.4	.4	4.5	
Total		Frecvența observată	205	188	362	755
		Total procente	27.2%	24.9%	47.9%	100%

Din tabelul 20 putem observa frecvențele observate și cele așteptate în cazul celor trei categorii de cadre didactice (educatori, învățători, profesori) în funcție de proveniența acestora. Pe baza frecvențelor constatate (reziduurile standardizate ajustate) putem observa unde se situează diferențele semnificative:

Tabelul 21. *Valoarea reziduurilor standardizate ajustate*

Frecvența răspunsurilor	Valoarea reziduurilor standardizate ajustate	
	Educatori	Profesori
Mediul		
Mediul urban	5.4	- 4.5
Mediul rural	- 5.4	4.5

În tabelul 21 atrag atenția două dintre cele trei celule. În primul caz, observăm că educatorii din mediul urban sunt mai bine reprezentați ca eșantion decât cei din mediul rural (157 față de 48). Astfel pentru educatorii din mediul urban vom avea o valoare pozitivă a reziduurilor (5.4), iar pentru cei din mediul rural o valoare negativă (-5.4). A doua casetă în care întâlnim valori semnificative este cea a profesorilor (-4.5 , 4.5).

Tabelul 22. *Valorile testului χ^2 :*

	Valoare	Gradele de libertate	Pragul de semnificație
Coeficientul (Pearson) χ^2	32,048(a)	2	.000
Nr. cazurilor valide	755		

a 0 celule (0%) au frecvența anticipată mai mică de 5. Frecvența așteptată minimă este de 73,71.

Din tabelul 22, putem concluziona:

Analizând situația reprezentativității cadrelor didactice (educatori, învățători, profesori), implicate în programul de intervenție implementat în scopul sensibilizării acestora față de copiii cu cerințe educative speciale, în mediul urban, respectiv rural, deținem un χ^2 cu gradul de libertate 2 de 32.048, cu un prag de semnificație .000 mai mic decât pragul critic de .01, deci putem afirma cu un risc de a greși mai mic de 1% ca reprezentativitatea cadrelor didactice în funcție de categoria profesională a fost echilibrată.

Numărul mai mare al cadrelor didactice din mediul urban se datorează și faptului că în aici numărul elevilor este mult mai mare, prin urmare și numărul școlilor este mai mare ca

pondere urban/rural, implicit și numărul cadrelor didactice. Acest lucru se regăsește în reprezentativitatea fiecăreia dintre cele trei categorii de cadre didactice:

- a) În lotul de participanți sunt implicați 157 de educatori din mediul urban față de 48 din mediul rural;
- b) 112 învățători din mediul urban față de 76 din mediul rural;
- c) 190 de profesori din mediul urban față de 172 din mediul rural.

O altă explicație a numărului mai mare al cadrelor didactice din mediul urban este faptul ca accesul acestor cadre didactice, respectiv al formatorului la cursuri este mult mai ușor. Cadrele didactice din mediul rural au avut posibilitatea, fie să se deplaseze din localitățile în care locuiesc sau lucrează în localitatea reședință de județ, fie să formeze grupe de 20 – 25 de persoane pentru a justifica solicitarea deplasării formatorului în școlile lor, lucru mai dificil pentru școlile mici.

De asemenea condițiile de desfășurare a cursurilor sunt superioare atunci când acestea au loc în cabinete special amenajate și dotate cu materiale și mijloace moderne, care facilitează transmiterea informațiilor și, de cele mai multe ori, face ca solicitarea formatorului să fie în sensul deplasării cadrelor didactice, lucru dificil pentru cei care locuiesc la distanțe foarte mari.

Cu toate acestea s-a putut constata o mai mare implicare și seriozitate a cadrelor didactice din mediul rural care, prezente la cursuri, s-au implicat cu dăruire și au apreciat accesul la informație și mijloace noi de comunicare și relaționare. Cadrele didactice din mediul urban au tendința de a pleca mai repede, au avut ocazia să participe la mai multe cursuri de formare pe diferite domenii și nu mai sunt la fel de impresionate de noutatea și diversitatea acestor cursuri.

Al treilea studiu - Experimentul cu un singur subiect.

Gradul de stabilitate al nivelului de bază din experiment a fost calculat cu ajutorul testului punctelor de întoarcere (turning point test), iar rezultatele sunt prezentate în tabelul următor:

Tabelul nr. 23. *Gradul de stabilitate al nivelului de bază A*

T calculat	T expectat	P calculat
3	14	.21<.66

În șirul celor 14 date înregistrate în prima fază: 2, 0, 0, 0, 1, **2, 1, 2**, 0, 0, 0, 1, 1, 1, există două puncte de vârf și un punct jos, respectiv 3 puncte de întoarcere. Numărul punctelor de întoarcere expectate este mai mare decât cele calculate, lucru care ne indică faptul că punctele succesive sunt corelate și există o anumită tendință a datelor în media de varianță. Acest fapt este

confirmat și de valoarea p calculat (.21) mai mare decât p critic (.66), care reprezintă probabilitatea de a găsi un punct de turnură din trei observații succesive, respectiv 2/3 (.66). Putem afirma astfel că în experimentul nostru caracteristicile nivelului de bază întrunesc cerințele gradului de stabilitate.

În urma finalizării programului de intervenție, am comparat rezultatele celor patru faze ale experimentului, respectiv fazele de bază alternative cu fazele de intervenție. Pentru prelucrarea statistică a datelor am utilizat **ANOVA simplă pentru eșantioane independente**, considerând măsurătorile repetate din cadrul nivelurilor de bază și ale intervențiilor ca fiind date provenite de la grupuri de subiecți independente. Decizia de a utiliza ANOVA pentru eșantioane independente a fost luată după ce, în prealabil, am verificat normalitatea distribuției datelor ($K-S = 1.138$, $p_{calc} = .150 > .05$).

Tabelul nr. 24. *Indici statistici de start pentru variabilele implicate*

	M	Σ
Nivel de bază 1	.78	.80
Intervenție 1	5.35	1.33
Nivel de bază 2	2.71	1.38
Intervenție 2	4.64	.92

Din tabelul de mai sus, putem observa că media comportamentului observat (interesul pentru desenul crochiurilor concretizat în numărul desenelor făcute din propria inițiativă), în fazele 2 și 4, respectiv în timpul intervențiilor, este mai mare decât în fazele de bază, 1 și 3, când subiectul a fost monitorizat fără intervenție.

Tabelul nr. 25. *Comparație între numărul de comportamente observate manifestate în cele patru faze experimentale*

	SP	Df	PM	F	P calc.
Intergrup	177.48	3	59.16	45.47	.000
Intragrup	67.64	52	1.30		

Datele prezentate în tabelul 25 confirmă așteptările noastre și pun în evidență existența unor diferențe semnificative $\{F(3,52) = 45.47, p_{calc} = .000 < p_{critic} .01\}$, ceea ce pune în

evidență o creștere a interesului pentru desen în fazele de intervenție comparativ cu fazele de bază.

Creșterea interesului pentru desen se poate observa și din calitatea desenelor executate (Anexlele 5 - 26). Desenele din prima fază a experimentului sunt stângace, nu respectă nicio regulă de execuție, cele din faza de intervenție 1, arată un progres remarcabil și înțelegerea sarcinilor de lucru. În faza a treia se observă o ușoară stăpânire a tehnicii fixate în timpul intervenției, însă fără sprijin individual, detaliile noi de execuție ale contrapostului sunt deficitare. În ultima fază, introducând a doua intervenție, subiectul reușește să-și perfecționeze tehnica, acest lucru îi creează un confort psihic, este mai puțin anxios, lucrează mult mai relaxat și cu plăcere. Anxietatea din timpul observațiilor și din prima fază a experimentului era provocată, pe de o parte, de nesiguranța dată de imposibilitatea de a înțelege sarcinile de lucru în momentele în care profesorul se adresa global, întregii clase, de la o distanță prea mare pentru a înțelege ceea ce spune acesta, iar pe de altă parte, de faptul că nu exista un manual sau un alt suport scris din care să afle informațiile necesare, iar disciplina este tehnică, execuția crochiurilor făcându-se după niște reguli foarte precise, care o dată însușite, oferă siguranță și dă posibilitatea elevului să își perfecționeze execuția și să poată, ulterior, face pasul către detalii, execuții de finețe și calitate.

În timpul observației și al fazei de bază (A) adolescența era tensionată, o deranja faptul că nu putea să facă tema singură, încerca de mai multe ori să facă crochiuri, nereușind ștergerea foarte mult din ceea ce desena, rupea foile, apoi devenea agitată, le spunea părinților că îi e teamă să meargă la ora de crochiu, că profesoara „iar nu mă crede că nu știu”, că nu înțelege cum să facă, nu dorea să mai meargă la școală și, cu o zi înainte de a avea ora respectivă, nu-și găsea locul, nu putea să doarmă, repeta că îi este frică de profesoară.

În timpul orelor era inhibată, nu reușea să facă aproape nimic iar profesoara, la rândul ei, o amenința și îi spunea că nu are ce căuta la un liceu de artă, că „o încurcă” și o pedepsea să facă 10 crochiuri pentru ora viitoare, fără a-i explica tehnica individual.

Pentru faza de intervenție a fost ales un alt profesor, de la același liceu, cu care subiectul avea altă disciplină, mai puțin tehnică (culoare) și cu care avea o relație mult mai apropiată. În timpul orelor de consultație, adolescența asculta cu mare atenție, avea posibilitatea să poarte un dialog cu profesorul, să solicite explicarea unor termeni de specialitate. Înțelegea sarcinile mult mai ușor, era cooperantă, relaxată. Primele desene au fost executate cu mici greșeli însă, de la

început, se putea observa faptul că a înțeles tehnica de lucru, respecta regulile și proporțiile. Treptat desenele au devenit tot mai clare și chiar frumoase. Acasă era mai liniștită, făcea desene din propria inițiativă, din dorința de a-și perfecționa tehnica și a reduce timpul de lucru. Dacă la început avea nevoie de o oră pentru un crochiu, la sfârșitul celor 14 zile de intervenție putea să facă un crochiu în aproximativ 5 minute.

În faza a treia, după retragerea intervenției, profesorul de specialitate, titular al disciplinei, a trecut la predarea crochiurilor contrapost, care presupun desenarea unui corp uman într-o poziție relaxată, sau așezat și, totodată, introducerea unor alte reguli tehnice. Eleva a reușit să deseneze proporțiile corpului fixate în timpul intervenției însă nu reușea să înțeleagă, fără sprijin individual, noile reguli de redare a schimbării centrului de greutate și relaxare a organismului. Începe să fie din nou tensionată, agitată, să îi fie teamă să meargă la școală și solicită părinților ajutorul, rugându-i să găsească un profesor cu care să facă ore în particular, deoarece și-a dat seama cât de mult a fost ajutată în timpul intervenției.

Ultima fază a experimentului, a doua de intervenție, a fost așteptată cu nerăbdare de către elevă și de către părinții acesteia, rezultatele au fost din nou spectaculoase.

Un alt reper al reușitei intervenției a fost concretizat în notele școlare. În faza 1, a primit două note de 5, în faza a doua a primit un 7 și un 10, în faza a treia a primit din nou un 5 și un 6, iar în ultima fază notele au crescut din nou: un 9 și un 10.

Reușita experimentului ne îndreptățește să afirmăm că și pentru elevii cu dizabilități, integrați în învățământul de masă din licee, este nevoie să existe profesor de sprijin, care să le ofere, cu adevărat, șanse egale la educație. De asemenea considerăm că atitudinea cadrelor didactice este extrem de importantă. De foarte multe ori profesorii, chiar dacă știu că elevul are o dizabilitate, nu știu cum să îi abordeze și îi etichetează de la început ca incapabili, deși acești copii pot să fie foarte inteligenți și, cu sprijin de specialitate, să atingă chiar performanțe.

CONCLUZII

Cercetarea a pornit de la ideea că persoanele cu dizabilități au o satisfacție în viață mai scăzută decât persoanele fără dizabilități, starea lor subiectivă de bine este afectată de sănătate, de circumstanțele de viață. Atitudinea celor din jur, în special a apropiaților: membrii familiilor, cadre didactice, colegi, prejudecățile la care sunt supuși, segregarea și în cele din urmă autosegregarea, nu fac decât să scadă și mai mult șansele la o viață împlinită.

Dorind să intervenim și să îmbunătățim circumstanțele de viață a copiilor care, prin schimbarea atitudinii celor din jur, au posibilitatea să crească într-o lume cu mai puține prejudecăți, o lume a șanselor egale la o viață normală, am pornit cercetarea investigând satisfacția în viață a persoanelor adulte cu dizabilități, unii dintre aceștia fiind imobilizați în scaun cu roțile, alții surzi, pe care am comparat-o cu aceea a persoanelor valide (fără probleme de sănătate).

Rezultatele cercetării din primul studiu sprijină ipotezele postulate, respectiv satisfacția în viață și gradul de fericire a persoanelor cu dizabilități sunt mai scăzute decât cele ale persoanelor valide.

Programul de intervenție, pe care l-am propus și implementat, s-a dovedit a fi eficient și urmează a fi replicat. Cadrele didactice, fie ele din mediul urban, fie din mediul rural, au obligația profesională și morală de a accepta și educa copiii cu dizabilități. Atitudinea lor este deosebit de importantă pentru aceștia dar, în același timp și pentru ceilalți copii ai clasei, pentru părinții copiilor cu dizabilități și pentru părinții celorlalți copii. Pentru a atinge un asemenea deziderat este necesar ca dascălii să privească integrarea copiilor cu dizabilitate ca pe o provocare profesională și o oportunitate de a se autoperfecționa. Fără a fi sensibilizați și familiarizați cu toate problemele cu care se confruntă copilul cu dizabilitate și familia sa încă de la naștere, fără a cunoaște toate implicațiile dizabilității, limitele reale ale posibilei recuperări, capacitățile și efortul necesar pe care le poate accesa copilul, dascălul nu are o perspectivă corectă asupra sarcinii deosebit de grele și generoase în care se implică.

În urma cercetării am observat că, sensibilizarea și o bună informare scad rezistența la schimbare a cadrelor didactice, dezvoltă empatia și disponibilitatea acestora. Rezultatele semnificative datorate creșterii numărului cadrelor didactice, care acceptă să lucreze cu copiii cu CES, ne îndreptățesc să credem că asemenea programe de intervenție sunt utile, importante și mai

ales, necesare în acest moment în care se militează tot mai mult pentru integrarea masivă a copiilor cu dizabilități în școlile de masă.

Cel de al treilea studiu, experimentul cu subiect unic, a pornit din dorința noastră de a vedea măsura în care un copil cu dizabilitate poate fi ajutat, în procesul de învățare, atunci când beneficiază de un profesor de sprijin, precum și importanța cunoașterii unor strategii de abordare a copilului cu o anumită dizabilitate, de către profesorul de la clasă, în scopul de a oferi cu adevărat șanse egale la educație, pe de o parte, iar pe de altă parte pentru a valorifica potențialul fizic și psihic al copilului la adevărata sa valoare. Experimentul este o dovadă clară a faptului că, atunci când predarea se face în conformitate cu cerințele educative ale copilului, rezultatele muncii acestuia pot fi surprinzătoare și atunci, când copilul înțelege ceea ce face și se simte acceptat și încurajat, el este mult mai interesat de sarcinile școlare și mult mai motivat.

BIBLIOGRAFIE

- Allport, G. W. (1991). *Structura și dezvoltarea personalității*, București: Editura didactică și pedagogică.
- Allport, Gordon, (1981). *Structura și dezvoltarea personalității*, București: Editura Didactică și Pedagogică.
- Anca, M. (2000). *Intervenții psihopedagogice în antrenarea funcției auditiv verbale*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.
- Anca, M. (2001). *Psihologia deficiențelor de auz*, Cluj- Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.
- André, Cristophe, (2003). *Cum să-ți construiești fericirea - Psihologia fericirii*, București: Editura Trei.
- André, Cristophe, (2009). *Imperfecți, liberi și fericiți - Practici ale stimei de sine*, București: Editura Trei.
- Antonie, Mitropolitul Ardealului, (1993). *Rugăciuni și învățături de credință ortodoxă*, Sibiu.
- Baciuc, C., (2001). *Aparatul locomotor*, București: Editura Medicală.
- Bat-Chava, Yael, (2008). Group Identification and Self Esteem of Deaf Adults, *Personality and Social Psychology Bulletin*/www.sagepublications.com.
- Băban, A. (2003). *Consiliere educațională - Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere*, Cluj Napoca: Editura S.C. PSINET SRL.
- Băltățescu, Sergiu, (2009). *Fericirea în contextul social al tranziției postcomuniste din România*, Oradea: Editura Universității din Oradea.
- Ben-Shahar, Tal, (2009). *Fii fericit! Descoperă tot ceea ce trebuie să știi pentru a avea o viață fericită*, București: Editura Curtea Veche.
- Berger, Gaston, (1997). *Tratat practic de cunoaștere a omului*, București: Editura IRI.
- Biddulph, Steve, (2005). *Secretul copiilor fericiți 2*, București: Grupul editorial Cosmos Viking Penguin.
- Biehl, J. (1992). Parents: Have You Ever Asked Your Children... A Deaf Child's View. From Viewpoints on Deafness. *A Deaf America Monography, volume 42*. Edited by Mervin O. Garretson.

- Bonchiș, E. (1997). *Studierea imaginii de sine în copilărie și preadolescent*, Oradea: Editura Imprimeriei de vest.
- Bonchiș, Elena, Secui, Monica, (2004). *Psihologia vârstelor*, Oradea: Editura Universității din Oradea.
- Boza, Mihaela, (2010). *Atitudinile sociale și schimbarea lor*, Iași: Editura Polirom.
- Branden, Nathaniel, (1994) *Cei șase stâlpi ai respectului de sine*, București: Editura Coloseum,
- Bunescu, Alexandru, (s.a.). *Cunoaște-te pe tine însuși*, București: Editura PACO.
- Buică, Cristian B., (2004). *Bazele defectologiei*, București: Editura Aramis.
- Carrel, Alexis, (s.a.). *Omul, ființă necunoscută*, București: Editura Tedit F.Z.N.
- Chelcea, Septimiu, (1994). *Personalitate și societatea în tranziție*, București: Editura Societatea Știință și tehnică SA.
- Chelemen, Ioan, coordonator, (2010). *Elemente de psihopedagogie specială*, Oradea: Editura Universității din Oradea.
- Chelemen, Ioan, (2006). *Impactul psiho-social asupra familiei ca urmare a dizabilității copilului*, Oradea: Editura Universității din Oradea.
- Chu Kim-Prieto, Ed Diener, Maya Tamir, Christie Scollon și Marissa Diener, (2005). Integrating the Diverse Definitions of Happiness: A Time-sequential Framework of Subjective *Well-Being*. *Journal of Happiness Studies* (2005) 6:261-300. Springer 200.
- Ciot, Gabriela, (2009). Imagini ale dizabilității în presa scrisă românească. *Studii de psihopedagogie specială. Volumul 2. Tendințe psihopedagogice moderne în stimularea abilităților de comunicare*. Coordonator și editor Maria Anca, Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință.
- Cochinescu, Lucian, (2008). *Problemele actuale ale psihologiei sociale*, Pitești: Editura Paralela 45.
- Cosmovici, A., Iacob, L., (1998). *Psihologie școlară*, Iași: Editura Polirom.
- Cracker, Jennifer, Schwartz, Ian, (2008). Prejudice and Ingroup Favoritism in a Minimal Intergroup Situation, *Personality and Social Psychology Bulletin*/www.sagepublications.com.
- Csikszentmihalyi, Mihaly, (2008). *Flux. Psihologia fericirii*, București: Editura Humanitas.
- Dafinoiu, I, (2002). *Personalitatea - Metode calitative de abordare - Observația și interviul*, Iași: Editura Polirom.

- Franklin, Samuel S., (2010). *The Psychology of Happiness – A Good Human Life*, SUA, New York: Cambridge University Press.
- Gherguț, Alois, (2001). *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale - Strategii de educație integrată*, Iași: Editura Polirom.
- Gherguț, Alois, (2005). *Sinteze de psihopedagogie specială - Ghid pentru concursuri și examene de obținerea gradelor didactice*, Iași: Editura Polirom.
- Gherguț, Alois, (2006). *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale – Strategii diferențiate și incluzive în educație*, Iași: Editura Polirom.
- Glasser, William, (2000). *Cum să alegem fericirea*, București: Editura Curtea veche.
- Goffman, E. (1990). *Stigma - Notes on the Management of Spoiled Identity*, Penguin Books, New York.
- Grigore, Marilena, (2002). *Trăiri afective și compensări - Analiză teoretică – Investigație - Intervenție psihologică*, București: Editura: Sapienția.
- Gregory, S., Knight, P., McCracken, W., Powers, S., Watson, L., (s. a.). *Issues in Deaf Education*, London. David Fulton Publishers.
- Guttman, Filip, (2009). *Percepția persoanelor cu deficiență de vedere*, Iași: Editura Lumen.
- Haidt, Jonathan, (2008). *Teoria fericirii - Atinge-ți scopul cu înțelepciune*, București: Editura Amaltea.
- Havârneanu, C., (2002). *Cunoașterea psihologică a persoanei -Posibilități de utilizare a computerului în psihologia aplicată*, Iași: Editura Polirom.
- Iluț, Petru, (2001). *Sinele și cunoaștere lui - Teme actuale de psihiosociologie*, Iași: Editura Polirom.
- Jalenques, Etienne, (2008). *Terapie pentru fericire*, București: Editura Teora.
- Jurcău, Nicolae, (2009). *Psihologia educației*, Cluj-Napoca: Editura U.T. PRESS.
- Jurcău, N, Megieșan, G. M. (2001). *Psihologie generală și a dezvoltării*, Cluj Napoca: Editura U. T. Pres.
- Klein, Stefan, (2006). *Formula fericirii - Minunatele descoperiri ale neuropsihologiei de azi*, București: Editura Humanitas.
- Kulcsar, T. (1980). *Lecții practice de psihodiagnostic - Pentru uzul studenților*, Cluj Napoca: curs litografiat la Universitatea „Babeș –Bolyai”, Facultatea de Istorie-Filozofie, Catedra de Pedagogie-Psihologie.

- Layard, Richard, (2007). *Secretele fericirii - Lecții despre o nouă știință*, USA: Editura Penzeau. (Copyright 2007 for Romanian Edition).
- Lelord, Francois, Andre, Christophe, (2003a). *Cum să ne exprimăm emoțiile și sentimentele*, București: Editura Trei.
- Lelord, Francois, Andre, Christophe, (2003b) *Cum să te iubești pe tine pentru a te înțelege mai bine cu ceilalți*, București: Editura Trei.
- Lemeni, Gabriela, Mircea, Miclea (2004). *Consiliere și orientare - Ghid de educație pentru carieră*, Cluj Napoca: Editura ASCR.
- Lyubomirsky, Sonja, (2010). *Cum să fii fericit - O abordare științifică pentru a avea viața pe care ți-o dorești*, București: Editura Amsta Publishing.
- Malim, Tony, (2003). *Psihologie socială*, București: Editura Tehnică.
- Marcu, Vasile, coordonator, (2007). *Vademecum de psihopedagogie specială*, Oradea: Editura Universității din Oradea.
- Marcu, Vasile., Filimon, Letiția, coordonatori, (2003). *Psihopedagogie pentru formarea profesorilor*, Oradea: Editura Universității din Oradea.
- Manea, Livius, (2008). *Asistența socială a persoanelor cu dizabilități*. www.weebly.com/ 18.01.2010.
- Marian, Mihai, Drugaș, Marius, Roșeanu, Gabriel, (2005). *Persective psihologice asupra sănătății și bolii*, Oradea: Editura Universității din Oradea.
- Marian, Mihai, (2007). Validarea scalei de satisfacție în viață - Caracteristici psihometrice. *Analele Universității din Oradea. Fascicula psihologie, Volumul XI*.
- Marica, Simona, (2008). *Introducere în psihologia socială*, București: Editura Fundației România de Mâine.
- Maslow, A. H., (2007). *Motivație și personalitate*, București: Editura Trei.
- McCracken, W., Sutherland, H. (1996). *Eficient, nu deficient - Un ghid pentru părinții copiilor deficienți de auz*, București: Tipografia Semne 94.
- Moores, D. F. (1987). „*Educating the Deaf - Psychology, Principles, and Practices*”, Houghton Mifflin Company, SUA.
- Moores, D.F., Meadow – Orlans, K.P. (1990). *Educational and Developmental Aspects of Deafness*. Gallaudet University Press, Washington D.C.

- Moscovici, S., (coord.), 1998. *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*, Iași: Editura Polirom.
- Neagoe, Maria, Iordan, Alexandru D., (2002). *Psihopedagogia adaptării și problematica anxietății școlare*, București: Editura Humanitas.
- Neamțu, Cristina, Gherguț, Alois, (2000). *Psihopedagogie specială - Ghid practic pentru învățământul deschis la distanță*, Iași: Editura Polirom.
- Neculau, Adrian, (2004). *Manual de psihologie specială*, Ediția a II-a revăzută, Iași: Editura Polirom.
- Nirje, B., (1980). *Normalisation, social integration, and community services*, Baltimore: Robert Fleyn.
- Nuttin, J., (1965). *La structure de la personalite*, Paris: PUF.
- Padden, C, Ramsey, C. (1991). *Deaf Culture and Literacy*, American Annals of the Deaf, 138.
- Pavelcu, Vasile, (1970). *Invitație la cunoașterea de sine*, București: Editura Științifică.
- Pavot, W., Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, June 5 (2), 164 -172.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., și Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well being measures. *Journal of Personality Assesment*, 57, 149-172.
- Păunescu, C., (1983). *Copilul deficient – cunoașterea și educarea lui*, București: Editura Științifică și Enciclopedică.
- Ponea, Simona, (2009). *O lume diferită, o lume la fel - Integrarea socială a persoanelor cu dizabilități locomotorii*, Iași: Editura Lumen.
- Popovici, D. V., (1999). *Elemente de psihopedagogia integrării*, București: Editura Pro Humanitate.
- Preda, Vasile (1993). *Psihologia deficiențelor vizuali – volumul I*, curs litografiat la Universitatea „Babeș –Bolyai” Cluj-Napoca, Facultatea de Istorie și Filozofie, Catedra de Psihologie și Psihopedagogie Specială.
- Pufan, Constantin, (1982). *Probleme de surdo-psihologie*, Volumul 2, București: Editura Didactică și Pedagogică.

- Radu, Ioan, Iluț, Petru, Matei, Liviu, (1994). *Psihologie socială*, Cluj-Napoca: Editura EXE S.R.L.
- Salloum, Mioara-Maria, (2006). *Nu vor mai exista surzi muți, vor exista doar surzi care vorbesc - Tristețea unui zâmbet*, Cluj-Napoca: Editura NAPOCA STAR.
- Sava, Florin, (2004). *Analiza datelor în cercetarea psihologică - Metode statistice complementare*, Cluj-Napoca: Editura ASCR.
- Schoch, Richard, (2008). *Secretele fericirii - Ce putem învăța din trei milenii de căutări*, București: Editura Humanitas.
- Seligman, Martin E. P, (2007). *Fericirea autentică*, București: Editura Humanitas.
- Sillamy, N., (1996). *Dicționar de psihologie Larousse*, București: Editura Enciclopedică.
- Șuteu, Titus, Fărcaș, Victor, (1982). *Aprecierea persoanei*, București: Editura Albatros.
- Taylor, S., Peplau, L.A., Sears, D.O., (1994). *Social Psychology*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Turbin, M. (2004). *Dealing with the feelings*, 24.12.2004, www.shhhor/ourmembers.htm.
- Voli, Franco, (s.a.). *Autoestima y vida*, Spania, Madrid: PPC, Editorial y Distribuidora, S.A.
- Vršmaș, Traian, (2001). *Învățământul integrat și/sau incluziv*, București: Editura Aramis.
- Ward, Steven, (1996). *Filling the World with Self Esteem: a Social History of Truth Making*, *Canadian Journal of Sociology*, nr. 21.
- Weihs, Thomas J., (1998). *Copilul cu nevoi speciale - Elemente de pedagogie curativă*, Cluj-Napoca: Editura Triade.
- Wolfensberger, W., (1983). *The principals of normalization in human resources*, Toronto: National Institute of Mental Retardation.
- www.intrebare.ro/Profetiile_care_se_auto_implinesc.html/ 15.06.2010
- Zamfir, C. Vlăsceanu, L, (1993). *Dicționar de sociologie*, București: Editura Babel.
- Zörgö, B, Radu, I. , (1979). *Studii de psihologie școlară*, Craiova: Editura Oltenia.