

Universitatea Babeș-Bolyai

Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației

Departamentul de Psihologie

Rezumatul Tezei de Doctorat:

Limitări Motrice și Dizabilitate în Mediul Social și Amenajat Românesc

Student doctorand: Ana Pașcalău-Vrabete

Coordonator științific: Profesor Dr. Adriana Băban

Cluj Napoca

2020

Cuprins

CAPITOLUL 1. Introducere

1.1. Evoluția abordărilor dizabilității	4
1.2. Barierele și dezavantajele experimentate de persoanele cu dizabilități	6
1.3. Contextul românesc	7
1.4. Obiective principale	9

CAPITOLUL 2. Studiul 1: Mobilitate limitată și voci neuzite: percepții privind accesibilitatea și incluziunea exprimate pe blogurile și forumurile specifice dizabilității din România

2.1. Introducere	10
2.2. Metode	10
2.3. Rezultate	11
2.4. Concluzii	12

CAPITOLUL 3. Studiul 2: Este „diferit” încă inacceptabil? Explorarea experienței dizabilității motrice în mediul social și construit din România

3.1. Introducere	13
3.2. Metode	14
3.3. Rezultate	14
3.4. Concluzii	16

CAPITOLUL 4. Studiul 3: Atitudini privind dizabilitatea motrică și percepții privind accesibilitatea într-un eșantion românesc

4.1. Introducere	17
4.2. Metode	18
4.3. Rezultate	19
4.4. Concluzii	22

CAPITOLUL 5.

5.1. Studiul 4.1.: Structura chestionarului COPE pe un eșantion românesc de persoane cu dizabilitate motrică

5.1.1. <i>Introducere</i>	23
5.1.2. <i>Metode</i>	24
5.1.3. <i>Rezultate</i>	25
5.1.4. <i>Concluzii</i>	27

5.2. Studiul 4.2.: Factori personali, percepții ale mediului social și amenajat și adaptarea psihosocială într-un eșantion de persoane cu dizabilitate motrică din România

5.2.1. <i>Introducere</i>	27
5.2.2. <i>Metode</i>	29
5.2.3. <i>Rezultate</i>	30
5.2.4. <i>Concluzii</i>	30

CAPITOLUL 6. Discuții generale și concluzii31

6.1. Limite și direcții viitoare de cercetare	33
6.2. Contribuții originale ale cercetării	33
6.3. Implicații ale cercetării	34

Referințe.....36

Cuvinte cheie: dizabilitate motrică; atitudini sociale; incluziune; accesibilitate; România.

CAPITOLUL 1.

Introducere

1.1. Evoluția abordărilor dizabilității

Modul în care dizabilitatea este înțeleasă din punct de vedere psihosocial a evoluat în timp, pe măsură ce persoanele cu dizabilități și-au făcut vocile auzite în stabilirea unor identități colective, în afirmarea nevoilor și în apărarea drepturilor lor, inspirând noi direcții de cercetare și implicându-se în crearea politicilor sociale.

Abordarea medicală definește dizabilitatea ca fiind rezultatul bolii și al deficienței. Conform acestei abordări, boala este o abatere de la starea de sănătate și funcționare „normală” pe care o persoană ar trebui să o experimenteze, în timp ce scopul medicinei este de a controla boala și de a restabili sănătatea. Deși acest obiectiv a fost inițial trasat în raport cu patologia acută, în timp acesta a influențat și înțelegerea și gestionarea afecțiunilor cronice, cu un impact profund invalidant și limitativ (Barnes, 2012). Această abordare a conturat reprezentări ale persoanelor cu dizabilități ca fiind „*non-persoane cu non-abilități*” (Brisenden, 1986, p.4), mai degrabă decât persoane cu abilități diferite pe care le pot utiliza pentru a construi și a trăi o viață împlinită. De asemenea, abordarea medicală a încurajat percepții sociale privind persoanele cu dizabilități ca fiind bolnave, inferioare, sau obiecte ale carității - dependente de alții, de resurse sociale și de îngrijiri medicale ca aspecte centrale ale vieții lor (Barnes, 2012). Evaluarea și gestionarea strict medicală a dizabilității au modelat, totodată, așteptările sociale privind prezența în societate a persoanelor cu dizabilități și spațiile pe care acestea le-ar ocupa. În consecință, persoanele cu dizabilități au ajuns să fie excluse de spațiile proiectate de și pentru majoritatea persoanelor fără dizabilități (Kitchin, 1998; Imrie, 2000).

Abordarea medicală a fost puternic criticată, deoarece urmărește să înțeleagă dizabilitatea și să determine evoluția vieții persoanelor cu dizabilități prin perspectiva îngustă oferită de diagnosticul clinic și expertiza medicală (Brisenden, 1986; Roush & Sharby, 2011; Barnes, 2012). Pe lângă ignorarea factorilor psihologici, sociali și de mediu care modelează experiența dizabilității, modelul medical a primit, de asemenea, critici deoarece trece cu vederea autonomia individului în a face alegeri privind asistența și propria bunăstare (Brisenden, 1986; Barnes, 2012).

Mișcarea pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități a început în Statele Unite ale Americii în cursul anilor 1960, răspândindu-și ulterior influența la nivel internațional (Scotch, 1989). Aceasta a fost prima mișcare socială care a atras atenția asupra faptului că limitările experimentate de persoanele cu dizabilități nu sunt aduse de deficiențele funcționale, ci în primul rând de inegalitatea și barierele sociale și arhitecturale. Viața independentă a fost promovată alături de mișcarea Pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, ca reprezentând „capacitatea persoanelor cu dizabilități de a participa activ în societate: de a munci, de a avea o locuință, de a-și întemeia o familie dacă doresc, în concluzie, de a-și decide propriul viitor în funcție de contextul cultural în care trăiesc” (Heumann, & Wilkie, 1987, citat în Scotch, 1989, p.393).

Prin activismul privind drepturile persoanelor cu dizabilități și creșterea interesului pentru cercetare în domeniul dizabilității, modelul social al dizabilității (Oliver, 1981) s-a conturat ca o reacție la reduționismul perceput al modelului medical. Modelul social face distincție între *deficiențele* fizice care sunt individuale, și *dizabilitatea*, care poate apărea numai în anumite contexte sociale și arhitecturale. Modelul social afirmă faptul că limitările cu care se confruntă persoanele cu deficiențe ca urmare a barierelor sociale și structurale provin din construcții și reprezentări sociale negative referitoare la dizabilitate (Verbrugge & Jette, 1994; Kitchin, 1998). Modelul social subliniază, de asemenea, că sănătatea imperfectă

face parte din experiența și diversitatea umană și că orice persoană ar putea avea un anumit grad de dizabilitate rezultat dintr-o nepotrivire între mediile externe și abilitățile sale (Daruwalla & Darcy, 2005). Prin urmare, definirea dizabilității ca o deviere de la o stare ideală de sănătate, și stabilirea sănătății „perfecte” ca „normă” se arată a fi atât necorespunzătoare și cât și nepractică. În schimb, în cadrul modelului social și prin activismul privind drepturile persoanelor cu dizabilități, dizabilitatea este prezentată ca fiind o problemă a drepturilor omului și o experiență construită spațial și social (Kitchin, 1998; Barnes, 2012).

1.2. Barierele și dezavantajele experimentate de persoanele cu dizabilități

Recunoașterea rolului factorilor de mediu în crearea dizabilității a condus la o înțelegere mai largă a barierelor cu care se confruntă persoanele cu dizabilități și care trebuie eliminate pentru a facilita incluziunea acestora. La nivel internațional, persoanele cu dizabilități se confruntă cu atitudini sociale negative care decurg din abordarea medicală a dizabilității, atitudini care le izolează și conduc la discriminarea lor într-o mare varietate de domenii ale vieții (Imrie, 2000; Reeve, 2004). Reprezentările sociale negative ale dizabilității conduc la excluderea spațială a persoanelor cu handicap, deoarece convingerile și normele culturale ale unei societăți sunt reflectate în planificarea, proiectarea și organizarea sa spațială (Imrie, 2000; Dune, 2012; Hartblay, 2015). În consecință, persoanele cu dizabilități întâmpină bariere importante în domeniul sănătății, al activității fizice, al activităților recreative, al ocupării forței de muncă, al participării relaționale și generale ca urmare a atitudinilor negative și a barierelor structurale (Basson, 1998; Unger, 2002; Williams, Vogelsong, Green, & Cordell, 2004; Schur, Kruse, & Blanck, 2005; Horner-Johnson, Dobbertin, Lee, & Andresen, 2014). Mai mult, aceste bariere au un impact psihoemoțional important, transmițând în mod implicit persoanelor cu dizabilități că sunt diferite, inferioare, deplasate,

incapabile să facă lucrurile în același mod ca și alți membrii ai societății, și percepute ca fiind dependente de ajutorul altora (Reeve, 2002; 2004; 2006).

1.3. Contextul Românesc

România traversează în continuare o perioadă de tranziție privind adaptarea infrastructurii sale la nevoile persoanelor cu dizabilități. Regimul socialist a promovat o înțelegere strict medical-productivistă a dizabilității. Persoanele cu dizabilități erau văzute ca fiind incompatibile cu idealul sănătos, muncitor și multifuncțional al „omului nou” promovat de comunism. Acestea erau considerate ca fiind „defecte” și „irecuperabile”, incapabile să fie de folos societății socialiste, și ca atare erau excluse din societate. În plus, dizabilitatea era privită ca o patologie socială, respectiv un indicator al eșecului și imperfecțiunilor unei societăți, deci un element care se cerea a fi îndepărtat de ochii publicului (Ciot & Van Hove, 2010; Mladenov, 2017b). Majoritatea persoanelor cu dizabilități erau fie instituționalizate, fie îngrijite acasă de către aparținători. În ambele cazuri, persoanele cu dizabilități erau forțate în roluri dependente, în care beneficiau în mod pasiv de o formă de îngrijire și/sau asistență socială. Mediul amenajat nu era proiectat cu abilități diverse în minte, deoarece nu era de așteptat sau dorit ca persoanele cu dizabilități să participe activ în viața comunității.

Regimul comunist s-a prăbușit în 1989, iar în 2007, România a devenit țară membră a Uniunii Europene. Atât în timpul, cât și după aderarea la Uniunea Europeană, legislația și reglementările românești privind incluziunea persoanelor cu dizabilități au fost actualizate progresiv pentru a îndeplini cerințele europene. Legea nr.488 din 2006, republicată în 2008 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap este în vigoare în prezent și a fost actualizată constant de la prima sa publicare. Normativul privind adaptarea clădirilor civile și a spațiilor publice la nevoile individuale ale persoanelor cu handicap (NP051-2012) oferă orientări clare și detaliate pentru adaptarea aleilor pietonale, a rampelor de acces pe

trotuare, a stațiilor de transport public, a zonelor de parcare, a echipamentelor și mobilierului urban, a circulației verticale și orizontale și a standardelor de echipamente aferente în cadrul tuturor tipurilor de clădiri civile și publice. Deși termenul de „handicap” este încă utilizat pe scară largă atât în limbajul oficial, cât și în cel colocvial, termenul de „dizabilitate” a fost introdus oficial ca: *„afectări și deficiențe, limitări ale activității și restricții de participare, așa cum sunt definite de Clasificarea internațională a funcționării, a dizabilității și a sănătății, aprobată și adoptată de Organizația Mondială a Sănătății, și care dezvoltă aspectul negativ al interacțiunii om-mediul”* la intrarea în vigoare a legii nr. 292/2011 privind asistența socială.

Deși modificările legislative și mass-media au contribuit la dispersia unor reprezentări mai pozitive ale dizabilității, studiile arată că reprezentările mass-media și percepțiile sociale ale dizabilității ca o condiție tragică sau dezumanizantă și ca o patologie socială continuă să supraviețuiască (Ciot & Van Hove, 2010; Stamatina, 2010). O mare parte din evaluarea dizabilității în România este, de asemenea, încă puternic ancorată în aspecte medicale și productiviste, concentrându-se pe un „grad de handicap” și un „certificat de handicap” care determină, de asemenea, capacitatea individului de a lucra. În ceea ce privește ocuparea forței de muncă, persoanele cu dizabilități din România se confruntă cu bariere structurale, educaționale, financiare și informaționale semnificative, majoritatea neavând un loc de muncă, iar multe dintre acestea fiind respinse de angajatori (Ionescu, 2012; Tudorache et al., 2013; Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, 2017). Mai mult, cercetări recente sugerează că punerea în aplicare a reglementărilor privind accesibilitatea este adesea lacunară sau superficială, conturând numeroase bariere în calea accesului persoanelor cu dizabilități în spațiile publice (Ionescu, 2012; Alexandru et al., 2013).

Cu toate acestea, componenta de activism social a comunităților și organizațiilor persoanelor cu dizabilități este încă subdezvoltată. Totodată, vocile persoanelor cu dizabilități

nu constituie o prezență puternică în oferirea unei mai bune înțelegeri sociale a dizabilității, respectiv în dezvoltarea și implementarea politicilor de incluziune. În același timp, în limitele cunoștințelor autorilor, nu există studii care să exploreze experiența de a trăi cu o dizabilitate în România. Informațiile cu privire la barierele sociale și fizice cu care se confruntă persoanele cu dizabilități și la rolul perceput al acestor bariere în crearea dizabilității și excluderea acestora de la participarea în cadrul societății sunt încă limitate.

1.4. Obiective principale

Obiectivul principal al acestei teze este de a extinde înțelegerea dizabilității și incluziunii sociale în contextul românesc. În timp ce experiența dizabilității poate implica aspecte comune în prezența a diferite deficiențe, specificul corpului fiecărui individ și interacțiunea acestuia cu mediul fizic și social conturează traiectorii unice în a trăi cu o dizabilitate (Garland-Thomson, 2011). Prin urmare, această teză se concentrează asupra percepțiilor și experiențelor persoanelor cu deficiențe de mobilitate, precum și asupra atitudinilor sociale față de dizabilitatea motrică. Mai exact, prezenta teză vizează:

1. Investigarea percepțiilor și experiențelor persoanelor cu dizabilități motrice referitoare la mediul fizic și social românesc, așa cum sunt acestea împărtășite în mediul online. (Studiul 1)
2. Explorarea experienței dizabilității, a incluziunii și a excluderii, așa cum este ea trăită și exprimată de persoane cu deficiențe motrice din România. (Studiul 2)
3. Studiul atitudinilor sociale privind dizabilitatea motrică și a percepțiilor sociale privind accesibilitatea mediului fizic. (Studiul 3)
4. Investigarea relațiilor dintre diferiți factori personali, factori de mediu, dizabilitatea percepută, și adaptarea psihosocială la dizabilitate în contextul românesc. (Studiile 4.1. și 4.2.)

CAPITOLUL 2

Studiul 1: Mobilitate limitată și voci neauzite: percepții privind accesibilitatea și incluziunea exprimate pe blogurile și forumurile specifice dizabilității din România

2.1. Introducere

Persoanele cu dizabilități utilizează comunicarea online pentru suport social, pentru a accesa informații și pentru a-și susține drepturile (Fullmer & Walls, 1994; Furr, Carreiro, & McArthur, 2016). România reprezintă un studiu de caz fascinant privind modul în care persoanele cu dizabilități utilizează mediul online, deoarece legislația care protejează drepturile persoanelor cu dizabilități este destul de nouă, în timp ce stereotipurile negative și discriminarea cu privire la dizabilitate au fost mult timp încorporate în societate și puternic accentuate în timpul regimului comunist. Explorarea modului în care persoanele cu dizabilități din România se reprezintă pe ele însele și a modului în care acestea își reprezintă incluziunea lor socială în comunicarea online poate contribui atât la informarea societății, cât și a autorităților relevante cu privire la barierele cu care se confruntă persoanele cu dizabilități și la domeniile pe care trebuie să se concentreze eforturile viitoare de incluziune. Acest studiu abordează primul obiectiv al tezei, cu scopul de *a investiga percepțiile și experiențele împărtășite de persoanele cu dizabilități din comunitățile online cu privire la contextul social și structural românesc.*

2.2. Metode

Datele au fost colectate prin intermediul a patru bloguri ale unor persoane cu deficiențe motrice, și trei forumuri de discuții pe tema dizabilității motrice și a problemelor experimentate de persoanele cu dizabilități. După eliminarea postărilor non-originale, cu caracter informativ (știri) și comerciale, 364 de comentarii din 2007 până în 2016 au fost

incluse în analiza finală a datelor. Comentariile selectate sunt fie scrise la persoana I de către autorii blogurilor personale, fie sunt sugerate a fi scrise de către utilizatori de forumuri cu dizabilități, prin context și / sau utilizarea persoanei I. Am utilizat comentariile ca unitate de analiză, deoarece în timp ce postările tipice forumurilor tind să fie mai scurte și axate pe un singur subiect, o singură postare tipică unui blog poate conține mai multe comentarii cu privire la diferite subiecte relevante pentru prezenta cercetare.

Conținutul preluat de pe forumuri de discuții și bloguri a fost supus unei analize tematice de tip inductiv, așa cum a fost aceasta descrisă de Braun și Clarke (2006), aceasta fiind utilă „*pentru a identifica pattern-uri în interiorul datelor în raport cu experiența trăită a participanților, cu opiniile și cu perspectivele acestora*” (Clarke & Braun, 2017).

2.3. Rezultate

Analiza tematică a conturat patru teme complexe. Prima temă se referă la *mediul amenajat restrictiv*, și aduce în prim plan sentimente de izolare și limitare datorate lipsei și/sau inadecvării percepute a elementelor de accesibilitate cum sunt rampele și lifturile. În plus, bloggerii și utilizatorii de forumuri au împărtășit percepția că nevoile persoanelor cu dizabilități sunt adesea ignorate, în timp ce interesul principal rămâne acela de a crea o impresie superficială cum că reglementările de accesibilitate sunt respectate. În cadrul *mediului socio-cultural izolant*, persoanele cu dizabilități s-au simțit discriminate și respinse datorită deficiențelor lor fizice, rămânând în același timp invizibile în ceea ce privește nevoile lor, respectiv capacitățile lor de a lucra și de a fi membri activi ai societății. Încercările lor de a-și exprima nevoile și de a contesta încălcarea drepturilor lor au fost percepute ca o lipsă de recunoștință față de „binefacerea” pe care o primesc. Cea de-a treia temă, *blamarea celorlalți și a trecutului*, sugerează percepții ale segregării între persoanele fără și cele cu dizabilități, prima categorie fiind considerată ca fiind responsabilă pentru promovarea excluderii celei din

urmă. Discriminarea persoanelor cu dizabilități și lipsa de interes față de acomodarea nevoilor lor în mediul fizic sunt, de asemenea, atribuite de unii bloggeri și utilizatori ai forumurilor unei „mentalități românești” despre care se sugerează ca ar origina în ideologia comunistă. Cu toate acestea, este de asemenea subliniat faptul că blamarea altor persoane sau a trecutului pentru tratamentul nefavorabil al persoanelor cu dizabilități, indiferent dacă este justificată sau nu, este contraproductivă atunci când vine vorba de a încuraja schimbări reale. În schimb, discursurile online aduc în prim plan utilitatea elementelor promovate la nivel internațional în mișcarea pentru drepturile persoanelor cu dizabilități - respingerea construcțiilor sociale negative și medicalizate excesiv ale dizabilității, adoptarea unor discursuri alternative privind dizabilitatea pentru a le contracara pe cele vechi, și apărarea drepturilor persoanelor cu dizabilități într-o manieră vocală și practică.

2.4. Concluzii

Deși România nu reprezintă un caz unic în acest sens, percepțiile și experiențele descrise de persoanele cu dizabilități în comunitățile online sugerează că reprezentările medicale ale dizabilității au supraviețuit regimului comunist și continuă să fie accentuate de presiunile de tip productivist preluate în capitalism sub egida necesității autonomiei și autosuficienței, precum și prin stigmatizarea beneficiilor sociale (Mladenov, 2017b). Percepțiile sociale ale persoanelor cu dizabilități ca fiind „bolnave”, inferioare, sau „poveri” sociale creează reticență în ceea ce privește incluziunea lor. Persoanele cu dizabilități sunt văzute ca membri neproductivi ai societății care trăiesc din ajutorul altor persoane sau al statului, iar rezistența lor la această percepție este percepută ca o lipsă de recunoștință. Percepțiile utilizatorilor de forumuri și ale bloggerilor sugerează că persoanele cu dizabilități sunt abordate printr-o perspectivă „oamenii ca resurse” (Mladenov, 2017a). Atunci când o societate nu reușește să recunoască o diversitate mai largă de resurse umane în afara a ceea ce este acceptat social ca

fiind „normativ” util, perspectiva „oamenilor ca resurse” rezultă în invalidarea persoanelor cu dizabilități ca membri productivi ai societății, și în descurajarea eforturilor de incluziune prin întărirea stereotipurilor negative. Cu toate acestea, schimbarea propriilor atitudini față de dizabilitate, un accent reinnoit pe a trăi independent, apărarea propriilor drepturi într-o manieră mai vocală sunt prezentate ca mijloace pentru persoanele cu dizabilități de a deveni mai vizibile și de a contesta construcțiile sociale negative în ceea ce privește dizabilitatea.

CAPITOLUL 3

Studiul 2. Este „diferit” încă inacceptabil? Explorarea experienței dizabilității motrice în mediul social și construit din România

3.1. Introducere

Reprezentările sociale ale dizabilității ancorate în ideologia fostului regim socialist par să reprezinte unele dintre cele mai semnificative bariere în calea incluziunii persoanelor cu dizabilități în România. Probleme similare au fost observate și în alte țări anterior socialiste (Mladenov 2011, 2015, 2017a), în care abordarea medical-productivistă încă domină înțelegerile sociale ale dizabilității, împiedicând discursuri alternative precum cele stabilite de modelul social al dizabilității (Oliver, 1999) și mișcarea pentru o viață independentă să penetreze atitudinile sociale. În consecință, transformările instituționale și practice neolibérale sunt deformatate și superficiale, accentuând, în loc să minimalizeze dezavantajele experimentate de persoanele cu dizabilități (Mladenov, 2011, 2015, 2017a). Cu toate acestea, cele mai multe informații despre barierele cu care se confruntă persoanele cu dizabilități din România provin din observații și cercetări care nu implică direct aceste persoane. În același timp, percepțiile persoanelor cu dizabilități și implicațiile dezavantajelor experimentate de acestea asupra experienței dizabilității sunt omise.

Fără a pretinde a fi reprezentativă, colectarea experiențelor și narațiunilor personale este un instrument deosebit de util în a face auzite vocile grupurilor vulnerabile și în cercetarea proceselor care necesită ca vocile celor care le trăiesc să fie ascultate pentru a fi înțelese. În acest context, prezentul studiu abordează cel de-al doilea obiectiv al acestei teze: *explorarea experienței dizabilității, incluziunii și excluderii, așa cum este aceasta trăită și exprimată de persoane cu deficiențe motrice din România.*

3.2. Metode

11 persoane cu deficiențe motrice (8 femei, 3 bărbați, cu vârste cuprinse între 19 și 45 de ani, $M_{\text{vârsta}} = 28,27$) au fost contactate prin intermediul Biroului pentru Studenți cu Dizabilități al Universității Babeș-Bolyai și prin eșantionarea de tip bulgăre de zăpadă. Interviuurile au fost înregistrate cu ajutorul unui aparat de înregistrare vocală, cu acordul exprimat verbal al participanților. Transcrierile intervuirilor au fost ulterior supuse unei analize interpretativ-fenomenologice (Smith, 1996, 2004).

3.3. Rezultate

Din analiza datelor s-au conturat cinci teme principale. Prima temă, *simțindu-mă diferi(ă)*, indică faptul că, în perioada de acomodare în raport cu deficiențele lor motrice, discursurile participanților erau infuzate cu reprezentări sociale ale dizabilității ca o problemă medicală și o tragedie personală. În acest timp, propriile lor corpuri au fost percepute ca oferindu-le participanților statuturile de „inadaptați” și „inacceptabili”. În lipsa unor discursuri sociale alternative și a unor modele de independență, persoanele cu deficiențe motrice pe care le-am intervievat au fost nevoite să descopere singure că individualitățile lor nu pot fi reduse la o deficiență. În cadrul *redefinirii normalității*, pe măsură ce s-au familiarizat cu propriile capacități, participanții au ajuns să înțeleagă faptul că rolurile de „bolnavi” care li se atribuie

adesea trec cu vederea calitățile lor umane, nevoia lor de a căuta și de a îndeplini obiective semnificative în viață, respectiv nevoia lor de a funcționa în lume. Cu toate acestea, într-un context mai larg în care se confruntă în mod constant cu nevoia de a elimina decalajele dintre corpurile lor și mediile sociale și fizice neprimitoare, participanții au descris procesul de a-și crea propriile traiectorii în societate ca fiind o luptă solitară.

Cea de-a treia temă, *percepți ca un „alt regn”* sugerează că, pe lângă faptul că atrag atenția vizuală a celorlalți, corpurile participanților au fost percepute social ca fiind motive pentru izolarea lor forțată în roluri de boală și inferioritate. Faptul că persoanele cu dizabilități intervievate au fost în mod repetat abordate cu sentimente de milă, lăudate pentru realizări ne semnificative, confruntate cu așteptări scăzute, și abordate indirect prin însoțitorii lor fără dizabilități, reflectă de asemenea reprezentări ale dizabilității ca o boală tragică și percepții ale persoanelor cu dizabilități ca fiind entități infantile sau inferioare (Brisenden, 1989). Mai mult, faptul că unii participanți au fost confundați cu cerșetori sugerează reprezentarea persoanelor cu dizabilități ca „obiecte ale carității” (Oliver, 1999). Participanții intervievați s-au simțit totodată limitați de bariere structurale, într-un mediu fizic în care corpurile și dispozitivele lor de mobilitate nu sunt acomodate, forțându-le să depindă de ceilalți pentru ajutor în diverse activități. În același timp, autoritățile și instituțiile responsabile au fost percepute ca fiind indiferente în practică, contrar preocupării lor exprimate privind implementarea regulamentelor de accesibilitate.

Multe dintre atitudinile negative care reduc persoanele cu dizabilități la deficiențele lor au fost atribuite de participanți ideologiei socialiste, în cadrul temei *fantome ale trecutului și dorințe pentru viitor*. Cu toate acestea, discursurile lor au conturat și direcții pentru schimbări viitoare privind incluziunea persoanelor cu dizabilități. Prin invocarea reprezentării dizabilității ca parte a existenței și diversității umane, și prin atragerea atenției asupra barierelor sociale și structurale pe care le întâmpină în încercarea de a trăi vieți „normale” în

mod independent, participanții contestă înțelegerile medicale ale dizabilității și aduc în prim plan discursuri similare cu cele promovate prin modelul social și prin mișcarea pentru o viață independentă (Scotch, 1989). În plus, din nou, narațiunile persoanelor cu dizabilități subliniază importanța rolurilor proprii în confruntarea atitudinilor și practicilor discriminatorii din cadrul societății.

3.4. Concluzii

În timp ce legislația în vigoare promite protecție împotriva discriminării și acces neîngrădit la educație, la ocuparea forței de muncă și la participare, persoanele cu deficiențe motrice intervievate au descris o realitate în care individualitățile lor sunt reduse la corpurile lor „defecte”, în care persoanele cu dizabilități sunt neînțelese și izolate prin atitudini sociale negative și bariere structurale. În timp ce participanții au reușit să accepte propriile limitări ca parte a diversității umane, barierele sociale și arhitecturale par să accentueze și să ofere valențe negative asupra „diferențelor” dintre persoanele cu și cele fără dizabilități. Acest studiu evidențiază necesitatea ca discursurile stabilite de modelul social al dizabilității și de mișcarea pentru o viață independentă, și nu numai acestea, să fie studiate, înțelese și adoptate în continuare în cadrul societății și instituțiilor românești. În plus, sugerează că punerea în aplicare a reglementărilor de incluziune trebuie să fie mult mai riguroasă. În cele din urmă, este subliniat faptul că persoanele cu dizabilități au roluri importante în contracararea atitudinilor și practicilor negative privind dizabilitatea și incluziunea în societate.

CAPITOLUL 4

Studiul 3. Atitudini privind dizabilitatea motrică și percepții privind accesibilitatea într-un eșantion românesc

4.1. Introducere

Atitudinile negative rezultate din abordarea medicală a dizabilității și a presiunilor privind productivitatea împiedică implementarea politicilor de incluziune și a reglementărilor de accesibilitate în fostele țări socialiste precum România și nu numai (Phillips, 2012a, 2012b; Mladenov, 2015, 2017a; McLean et al., 2017). Mai mult, persoanele cu dizabilități împărtășesc percepții conform cărora, ca urmare a atitudinilor sociale negative, preocuparea reală în ceea ce privește incluziunea și nevoile lor de accesibilitate este scăzută.

Măsurarea atitudinilor este un proces cheie în înțelegerea construcțiilor sociale privind dizabilitatea și identificarea obiectivelor privind îmbunătățirea acestora (Palad et al., 2016). Cognițiile evaluative, reacțiile afective și răspunsurile comportamentale sunt interrelaționate și implicate atât în formarea, cât și în exprimarea atitudinilor (Eagly & Chaiken, 2007). Astfel, se încurajează utilizarea și perfecționarea instrumentelor multidimensionale care includ toate cele trei componente, precum și investigarea relațiilor dintre diferite elemente ale atitudinilor și variabilele socio-demografice, individuale și situaționale (Antonak & Livneh, 2000).

În acest context, prezentul studiu abordează cel de-al treilea obiectiv al tezei, care urmărește *investigarea atitudinilor sociale față de dizabilitatea motrică și percepțiile sociale privind accesibilitatea mediului fizic*. Mai precis, ne propunem (1) să validăm un instrument de măsurare a atitudinilor față de dizabilitate într-un eșantion românesc, (2) să investigăm atitudinile față de dizabilitatea motrică într-un eșantion de persoane fără dizabilități, și (3) să

explorăm relația dintre atitudinile față de dizabilitatea motrică și percepțiile privind accesibilitatea mediului construit.

4.2. Metode

Participanții (200 de femei, 39 de bărbați) cu vârste cuprinse între 18 și 87 de ani ($M_{\text{vârstă}} = 27,50$) din diferite locații din România au fost recrutați prin e-mail și prin social media, folosind eșantionarea de tip bulgăre de zăpadă.

Atitudinile față de dizabilitate au fost măsurate folosind Scala de Atitudini Multidimensionale față de Persoanele cu Dizabilități (MAS, Findler, Vilchinsky, & Werner, 2007) revizuită de Vilchinsky, Werner și Findler (2010). Chestionarul cu 22 de itemi prezintă o vinetă care descrie o interacțiune socială între o persoană fără dizabilitate și o persoană cu dizabilitate (un utilizator de scaun rulant, în studiul de față) și o listă de emoții, cogniții și comportamente pe care persoana fără dizabilitate le poate experimenta în situația ipotetică. Respondenților li se cere să evalueze probabilitatea ca personajul fără dizabilitate să experimenteze fiecare cogniție, emoție și să efectueze fiecare comportament, pe o scară likert de la 1 la 5. Răspunsurile participanților sunt apoi organizate în cinci subscale, distingând între *emoții negative*, *stres interpersonal*, *calm*, *cogniții pozitive* și *comportamente de distanțare*. Scorurile fiecărei subscale sunt obținute prin calcularea mediei itemilor relevanți, scorurile mai mari indicând mai multe *emoții negative*, *stres interpersonal* mai mare, mai multe *comportamente de distanțare*, mai mult *calm* și mai multe *cogniții pozitive*.

În cazul acestui studiu, am adăugat chestionarului MAS trei întrebări opționale cu răspuns deschis, invitând participanții să „sugereze alte gânduri, emoții și comportamente” pe care ei cred că persoana fără dizabilitate le-ar putea experimenta în situația prezentată de vinetă. Acest lucru a fost realizat pentru a suplimenta datele cantitative cu unele calitative,

care ar putea oferi informații adiționale cu privire la reacțiile și reprezentările sociale privind dizabilitatea.

Accesibilitatea percepută a mediului amenajat a fost măsurată prin intermediul unui chestionar cu 81 de itemi (Anexa 4.2.) construit de autori cu ajutorul unui expert în arhitectură și urbanism.

Chestionarul MAS a fost tradus în limba română de către autori (a se vedea Anexa 4.1.), și înapoi în engleză de către un traducător independent. Chestionarul MAS și cel privind accesibilitatea au fost distribuite prin intermediul social media, mesagerie online și e-mail.

În cadrul acestui studiu am utilizat metode mixte pentru a investiga atitudinile față de dizabilitate. După efectuarea unei analize factoriale confirmatorii asupra chestionarului MAS, testele t pentru esantioane pereche au fost utilizate pentru a investiga diferențele dintre dimensiunile atitudinilor și pentru a identifica care reacții la dizabilitate au fost evaluate ca fiind mai susceptibile să apară în interacțiunea ipotetică cu utilizatorul scaunului cu roțile. În același timp, răspunsurile la cele trei întrebări opționale cu răspuns liber privind alte reacții posibile în raport cu dizabilitatea au fost supuse unei analize de conținut. Testele t pentru eşantioane pereche au fost de asemenea utilizate pentru a investiga diferențele privind accesibilitatea percepută a diferitelor categorii de mediu. Analiza corelațională a fost utilizată pentru a investiga relațiile dintre atitudinile față de dizabilitate și percepțiile generale ale accesibilității mediului fizic.

4.3. Rezultate

O analiză factorială confirmatorie (CFA) a fost efectuată utilizând AMOS 20.0 (Arbuckle, 2011) pentru a valida structura cu cinci factori a chestionarului MAS. După înlăturarea a trei itemi care nu au încărcat pe niciunul dintre factorii propuși în model, valorile χ^2 , χ^2/df și

indicii de potrivire ($\chi^2(142) = 266.700$; CFI = .93, TLI = .92; IFI = .93; RMSEA = .061) au indicat că modelul format din cinci factori, respectiv 19 itemi, cuprinzând *emoții negative*, *stres interpersonal*, *calm*, *cogniții pozitive* și *comportamente de distanțare*, manifestă o potrivire satisfăcătoare (Byrne, 2010).

Rezultatele testelor t pentru eșantioane pereche au sugerat că, într-o interacțiune cu un utilizator de scaun cu rotile, o persoană fără dizabilități ar manifesta, cel mai probabil, cogniții pozitive. Calmul a fost estimat ca fiind mai puțin probabil să fie experimentat decât cognițiile pozitive, iar emoțiile negative au fost evaluate ca fiind mai puțin susceptibile să apară decât calmul, dar mai probabile decât stresul interpersonal. Comportamentele de distanțare au fost considerate ca fiind cel mai puțin susceptibile să apară în interacțiune.

30 de participanți (27 de femei, 3 bărbați, $M_{\text{vârstă}} = 30,23$) au răspuns întrebărilor opționale cu răspuns liber adăugate chestionarului MAS. Unele răspunsuri au constat în fraze scurte care detaliază și fuzionează cogniții, emoții și intenții comportamentale, iar altele au prezentat enumerări simple de reacții emoționale, precum „empatie” sau „curiozitate”. Ulterior efectuării analizei de conținut, răspunsurile au fost grupate în jurul a trei categorii dezvoltate inductiv, fiecare evidențiind diferite reprezentări ale dizabilității și intenții comportamentale pe un continuum între abordare și distanțare. Categoria referitoare la *abordare și tratament egal* include convingeri conform cărora persoanele cu dizabilități ar trebui privite ca egali, și intenții comportamentale de a aborda și interacționa cu utilizatorul scaunului rulant ca atare. Reprezentările interacțiunii ca *o oportunitate de „dezvoltare personală”* au rezultat din răspunsurile participanților prin curiozitatea față de diferențele percepute între cei doi interlocutori, prin compasiunea față de suferința percepută a persoanei cu dizabilități, și prin înțelegerea autentică. Unii participanți au perceput utilizatorul scaunului cu rotile ca fiind „suferind” sau ca având nevoie de încurajare, în timp ce alții au fost interesați de povestea persoanei cu dizabilitate, presupunând că aceasta se va axa în jurul

dizabilității și a adaptării. În același timp, unii participanți au împărtășit faptul că întâlnirea unor persoane cu dizabilități în viața reală le-a făcut să vadă dizabilitatea într-o lumină mai pozitivă, mai firească. Categoria *disconfort față de diferențe* include răspunsuri axate pe diferențele dintre cei doi interlocutori și reacții proiectate de teamă, ambivalență, disconfort și evitare subtilă față de aceste interacțiuni. Unii participanți au anticipat că o persoană fără dizabilitate ar fi „reticentă” sau „inițial temătoare” în a aborda utilizatorul scaunului rulant. Alți participanți au proiectat sentimente de disconfort, pesimism, și descurajare în interacțiune. Unii dintre acești participanți au anticipat, de asemenea, că persoana fără dizabilitate ar depune eforturi pentru a evita să acorde o atenție vizibilă dizabilității interlocutorului și / sau a scaunului cu roțile, pentru a-și regla propriul disconfort, dar și pe cel al interlocutorului.

În ceea ce privește modul în care atitudinile față de dizabilitate au relaționat cu percepțiile asupra accesibilității mediului amenajat, scorurile ridicate privind *cognițiile pozitive*, dar și *emoțiile negative* au fost asociate cu percepțiile mediului fizic ca fiind mai accesibil. Aceste rezultate sugerează două ipoteze interesante în raport cu percepțiile implicite privind dizabilitatea și accesibilitatea. Emoțiile negative precum tristețea, mila și vinovăția, sunt asociate cu percepții ale dizabilității ca o problemă medicală individuală și o tragedie personală (Oliver, 1986; Shapiro, 1993). Aceste reprezentări tind să treacă cu vederea rolul mediului fizic în dizabilitate, prin urmare pot fi asociate cu percepții ale acestuia ca fiind mai puțin problematic. Totodată, există cercetări care sugerează faptul că cognițiile pozitive față de persoanele cu dizabilități sunt uneori utilizate în eforturi de auto-reglare și contracarare ale acelorași stereotipuri negative implicite față de dizabilitate care sunt asociate cu emoțiile negative (Baumeister, Dale & Sommer 1998). Acest lucru ar putea explica de ce atât în prezența cognițiilor pozitive, cât și a emoțiilor negative, mediul amenajat ar fi perceput ca fiind mai puțin problematic. Cu toate acestea, o a doua posibilitate este ca

cognițiile pozitive să fie bazate pe reprezentări ale persoanelor cu dizabilități ca fiind interlocutori probabili, și să reflecte schimbările pozitive percepute în incluziunea persoanelor cu dizabilități.

4.4. Concluzii

Acest studiu indică faptul că, într-o interacțiune cu un utilizator de scaun rulant, o persoană fără dizabilități ar manifesta cel mai probabil cogniții pozitive și cel mai puțin probabil comportamente de distanțare. În plus, este sugerat faptul că unele probleme privind accesibilitatea observate de persoanele cu dizabilități sunt, de asemenea, percepute și de către persoanele fără dizabilități. Cu toate acestea, este subliniat faptul că lipsa de familiaritate și reprezentările dizabilității ca boală sau tragedie încurajează în continuare reacții negative implicite la dizabilitate, care pot permea interacțiunile sociale cu persoanele cu dizabilități, în ciuda încercărilor de autoreglare. Deoarece atitudinile negative reprezintă atât predictorii, cât și rezultate ale implementării reglementărilor de incluziune și accesibilitate, aceste constatări subliniază necesitatea schimbărilor atitudinale privind dizabilitatea la nivel social și instituțional. Cel mai important, dizabilitatea trebuie diferențiată de deficiențe, iar rolul mediului în conturarea experienței dizabilității ca și experiență umană trebuie recunoscut, pentru ca o înțelegere mai realistă a dizabilității să pătrundă în societate.

CAPITOLUL 5

5.1. Studiul 4.1: Structura chestionarului COPE pe un eșantion românesc de persoane cu dizabilitate motrică

5.1.1. Introducere

Clasificarea internațională a funcționării (ICF, WHO, 2001) consideră strategiile de coping ca fiind unul dintre factorii personali care modelează experiența dizabilității, și care adesea mediază relația dintre factorii de sănătate și de mediu pe de o parte și adaptarea psihosocială pe de altă parte (Martz, Livneh, & Wright, 2007). Selecția strategiilor de coping poate varia în funcție de anumite resurse și caracteristici personale. Niveluri mai mari de autoeficacitate și simț al coerenței au fost asociate cu alocarea mai multor resurse și eforturi pentru obținerea rezultatelor dorite, respectiv cu tendința mai pronunțată de a apela la strategii active de coping (De Ridder & Schreurs, 1996; Kemp, Morley, Anderson, 1999; Lustig, 2005). Persoanele cu dizabilități din România se confruntă cu numeroase provocări și dezavantaje privind participarea, incluziunea și bunăstarea lor psihosocială, ca și consecință a atitudinilor sociale negative față de dizabilitate. Cu toate acestea, informațiile privind resursele personale și strategiile de coping utilizate în raport cu experiența de a trăi cu o dizabilitate în România și factorii de mediu care o modelează sunt încă limitate.

Chestionarul COPE a fost elaborat de Carver, Scheier și Weintraub (1989). Deși a fost tradus și validat anterior pe eșantioane românești (Băban, 1998, p. 113-119; Crașovan & Sava, 2013), în limitele cunoștințelor autorilor, acesta nu a fost utilizat până în prezent pe un eșantion de români cu dizabilități motrice. Mai mult, structura chestionarului prezintă dificultăți în a fi replicată, rezultatele variind în funcție de eșantion (Eisengart et al., 2006; Kato, 2013; Crașovan & Sava 2013). În acest context, studiul de față își propune să exploreze structura factorială a chestionarului COPE pe un eșantion de adulți români cu deficiențe

motrice și să examineze validitatea raportată la criteriu a acestuia, investigând relația dintre strategiile de coping și timpul în care persoana a trăit cu o dizabilitate, severitatea dizabilității percepute, autoeficacitatea, sentimentul de coerență, barierele fizice / structurale și atitudinale percepute, respectiv adaptarea psihosocială.

Pe baza literaturii relevante privind relația diferitelor stiluri de coping cu resursele personale și adaptarea psihosocială în contextul dizabilității, am elaborat următoarele ipoteze:

(1) O utilizare mai frecventă a strategiilor de coping prin abordarea activă a problemei va corela cu niveluri mai ridicate de autoeficacitate și sentiment de coerență, respectiv cu mai puține dificultăți în adaptarea psihosocială și

(2) O utilizare mai frecventă a strategiilor de coping prin dezangajare va corela cu o autoeficacitate mai mică, un sentiment mai scăzut de coerență, și mai multe dificultăți în adaptarea psihosocială.

Deoarece selecția și utilitatea diferitelor strategii de coping variază foarte mult în funcție de intensitatea, durata și controlabilitatea percepută a unui stresor (dizabilitate, în acest caz), nu au fost formulate ipoteze specifice cu privire la relația dintre strategiile de coping și severitatea dizabilității sau timpul în care persoana a trăit cu o dizabilitate. Mai mult, deoarece atât strategiile de coping focalizate pe abordarea problemei, cât și cele focalizate pe evitare / dezangajare sunt considerate ca fiind răspunsuri plauzibile de coping la barierele de mediu în prezența unor limitări funcționale (Tomey & Sowers, 2009), nu au fost dezvoltate ipoteze specifice cu privire la relația dintre strategiile de coping și barierele sociale și structurale percepute.

5.1.2. Metode

Participanții ($N = 97$, $M_{\text{vârsta}} = 45,6$) au fost recrutați prin intermediul Direcției Generale de Asistență Socială, Protecția Copiilor și a Persoanelor cu Handicap din Cluj-

Napoca, al Centrului Comunitar Cluj-Napoca, al Clinicii Medicale II din Cluj -Napoca, și al Societății pentru Handicapați din Zalău, respectiv prin eșantionare tip bulgăre de zăpadă. Chestionarele au fost distribuite în formă tipărită de către cercetători și de către personalul instituțiilor menționate mai sus. Participanții au completat chestionarele în timpul vizitelor în cadrul acestor instituții.

Strategiile de coping au fost evaluate folosind COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), care a fost tradus în limba română de Băban (1998, p. 113-119) și Crașovan & Sava (2013).

Severitatea dizabilității a fost măsurată folosind WHO Disability Assessment Schedule pentru evaluarea dizabilității, WHODAS 2.0 (WHO, 2010).

Autoeficacitatea a fost măsurată folosind scala de autoeficacitate generalizată (Schwarzer & Jerusalem, 1995), care a fost tradusă anterior în limba română (Băban, 1998, p. 113-119; Vasiliu, Marinescu, Marinescu, & Rizeanu, 2015a).

Sentimentul de coerență a fost măsurat folosind SOC-29 (Antonovsky, 1987), care a fost tradus în peste 20 de limbi, inclusiv limba română (Băban, 1998, p. 113-119; Vasiliu, Marinescu, Marinescu & Rizeanu, 2015b).

Barierile fizice / structurale și de atitudine / suport au fost evaluate folosind Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF, Whiteneck et al, 2004a).

Adaptarea psihosocială la dizabilitate a fost evaluată folosind versiunea pentru auto-raportare a Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR, Derogatis, 1986).

5.1.3. Rezultate

Cei 60 de itemi ai chestionarului COPE au fost supuși unei analize factoriale exploratorii, (principal axis factoring) utilizând metoda de rotație promax. Indicele Kaiser-Meyer-Olkin a avut o valoare de .70, iar Testul Bartlett privind Sfericitatea a fost semnificativ, indicând

adecvarea efectuării unei analize factoriale. S-a ales o rotație oblică, deoarece se aștepta ca factorii să fie intercorelați. Rezultatele analizei au indicat 10 valori proprii > 1 . *Scree plot*-ul și analiza paralelă au sugerat și păstrarea a doar patru factori. În consecință, analiza a fost repetată constrângând extracția la patru factori. În urma recomandărilor lui Floyd și Widaman (1995) și Stevens (2003, așa cum se menționează în Habing, 2003), itemii cu încărcări mai mici de .5 și încărcări încrucișate mai mari de .3 au fost eliminați, rezultând o soluție formată din 35 de itemi care încarcă pe 4 factori, explicând 48,8% din varianță: *coping focalizat pe abordarea problemei, coping prin dezangajare, umor, și consum de substanță*. Scorurile factorilor au fost salvate folosind metoda de regresie. Copingul prin abordarea problemei include itemi alocați inițial de Carver, Scheier și Weintraub (1989) subscalelor de *coping activ, planificare, reținere, suprimarea activităților concurente și reinterpretare pozitivă și dezvoltare*. Copingul prin dezangajare cuprinde elementele incluse original în subscalele *negare, concentrarea asupra și ventilarea emoțiilor și dezangajarea comportamentală*.

Analizele corelaționale utilizate pentru a investiga validitatea raportată la criteriu a chestionarului COPE au indicat că utilizarea mai frecventă a copingului prin abordarea problemei a fost asociată cu niveluri mai mari de autoeficacitate și sentiment de coerență, confirmând parțial prima ipoteză. O corelație mică, dar semnificativă, a indicat că o utilizare mai frecventă a copingului prin abordarea problemei este asociată cu mai puține dificultăți în adaptarea psihosocială. De asemenea, a fost observată o mică corelație negativă între utilizarea copingului prin abordarea problemei și timpul în care persoana a trăit cu o dizabilitate. O utilizare mai frecventă a coping-ului prin dezangajare a fost asociată cu un sentiment mai scăzut de coerență, o ajustare psihosocială mai problematică și mai multe bariere structurale și atitudinale percepute, confirmând parțial și a doua ipoteză. Utilizarea substanțelor a fost asociată cu mai multe bariere de atitudinale percepute. Nu au existat relații semnificative între severitatea dizabilității și utilizarea diferitelor strategii de coping.

5.1.4. Concluzii

Analiza factorială exploratorie a chestionarului COPE a indicat un model de coping cu patru factori, cuprinzând copingul prin abordarea problemei, copingul prin dezangajare, utilizarea substanțelor și umorul. Aceste rezultate reflectă cercetări anterioare care arată că diverși itemi alocați inițial subscalelor *coping-ului activ, planificării, reținerii, suprimării activităților concurente, acceptării și reinterpretării pozitive și dezvoltării* tind să încarce pe un singur factor (Kimemia, Asner-Self, & Daire, 2011; Snell et al, 2011), în timp ce *negarea, concentrarea asupra și ventilarea emoțiilor și dezangajarea comportamentală* au fost identificate inițial ca făcând parte din același grup de strategii axate pe distanțarea de problemă sau de reacțiile emoționale asociate (Carver, Scheier și Weintraub, 1989). Analizele de corelație utilizate în investigarea validității raportate la criteriu a structurii COPE au confirmat parțial ambele ipoteze ale studiului de față, și reflectă cercetările anterioare care sugerează că nivelurile ridicate de autoeficacitate și sentiment de coerență sunt asociate cu utilizarea mai frecventă a strategiilor de coping prin abordarea problemei, în timp ce strategiile de coping prin dezangajare sunt asociate cu o adaptare psihosocială mai problematică. Aceste rezultate invită investigații suplimentare privind structura strategiilor de coping în raport cu dizabilitatea și rolurile acestora în ceea ce privește adaptarea psihosocială și calitatea vieții persoanelor cu dizabilități din România.

5.2. Studiul 4.2: Factori personali, percepții ale mediului social și amenajat și adaptarea psihosocială într-un eșantion de persoane cu dizabilitate motrică din România

5.2.1. Introducere

Clasificarea internațională a funcționării (ICF, WHO, 2001) descrie un set de interacțiuni complexe între condițiile de sănătate, factorii personali și de mediu, care la rândul lor

afectează funcționarea și structurile corpului, precum și activitățile și participarea persoanei, ducând la dizabilitate. Factorii personali care conturează dizabilitatea și adaptarea psihosocială pot varia în funcție de variabile culturale și pot cuprinde elemente demografice precum vârsta, sexul și etnia, sau obiceiuri de viață și stiluri de coping (WHO, 2001; Martz, Livneh, & Wright, 2007). Alte resurse personale relaționate cu starea de bine, cu percepția sănătății și performanța comportamentelor de autogestionare și promovare a sănătății la persoanele cu dizabilități sunt autoeficacitatea și sentimentul de coerență (Martz, Livneh, & Wright, 2007; Hampton, 2004; ; Marks & Allegrante, 2005; Eriksson & Lindström, 2006; Middleton, Tran, & Craig, 2007). Autoeficacitatea și sentimentul de coerență pot de asemenea să aibe un rol în orientarea selecției strategiilor de coping și sunt asociate cu o preferință mai puternică pentru strategiile active de abordare a problemelor (Martz, Livneh, & Wright, 2007). Factorii de mediu care conturează dizabilitatea și adaptarea psihosocială în a trăi cu o dizabilitate includ componente sociale cum ar fi atitudinile față de dizabilitate, suportul social, asistența, discriminarea, precum și factori structurali, cum ar fi accesibilitatea.

În contextul unor contraste semnificative între ceea ce prevede legislația privind incluziunea și accesibilitatea pe de o parte, și realitatea și percepțiile documentate ale persoanelor cu dizabilități pe de altă parte, o investigație a modului în care factorii personali și barierele de mediu percepute relaționează cu dizabilitatea și adaptarea psihosocială ar putea fi utilă în promovarea unei mai bune înțelegeri a experienței dizabilității în România, în atragerea atenției asupra barierelor importante cu care se confruntă persoanele cu dizabilități și în informarea eforturilor viitoare de incluziune. Astfel, acest studiu abordează cel de-al patrulea obiectiv al tezei, urmărind să *investigheze modul în care barierele sociale și structurale percepute și factorii personali* (vârsta, timpul în care persoana a trăit cu o dizabilitate, autoeficacitatea, sentimentul de coerență și copingul prin abordarea problemei /

dezangajare) *relaționează cu dizabilitatea percepută și adaptarea psihosocială într-un eșantion românesc de persoane cu deficiențe motrice.*

5.2.2. Metode

Participanții (N = 97, $M_{\text{vârstă}} = 45,6$) au fost recrutați cu ajutorul Direcției Generale de Asistență Socială, Protecția Copiilor și Persoanelor cu Handicap din Cluj-Napoca, al Centrului Comunitar Cluj-Napoca, al Clinicii Medicale II Cluj -Napoca, al Societății pentru Handicapați din Zalău și prin eșantionarea tip bulgăre de zăpadă. Chestionarele au fost distribuite în formă tipărită de către cercetători și de către personal și au fost completate de participanți în timpul vizitelor lor la instituțiile menționate mai sus.

Dizabilitatea a fost evaluată utilizând WHO Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0 (WHO, 2010).

Autoeficacitatea a fost măsurată folosind scala de autoeficacitate generalizată (Schwarzer & Jerusalem, 1995), tradusă în limba română de Băban (1998, p. 113-119) și Vasiliu și colab. (2015a).

Sentimentul de coerență a fost măsurat utilizând SOC-29 (Antonovsky, 1987), care a fost tradus și utilizat în peste 20 de limbi, inclusiv limba română (Băban, 1998, p. 113-119; Vasiliu et al., 2015b).

Strategiile de coping au fost evaluate folosind COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), care a fost tradus în limba română de Băban (1998, p. 113-119) și Crașovan & Sava (2013). Structura COPE a fost examinată în studiul 4.1. (Capitolul 5, secțiunea 5.1.).

Barierile fizice / structurale și de atitudine / suport au fost evaluate folosind Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF, Whiteneck et al, 2004a).

Adaptarea psihosocială a fost evaluată utilizând versiunea pentru auto-raportare a Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR, Derogatis, 1986).

5.2.3. Rezultate

Pentru a investiga modul în care vârsta, timpul în care persoana a trăit cu o dizabilitate, autoeficacitatea, sentimentul de coerență, strategiile de coping prin abordarea problemei / dezangajare și barierele sociale și structurale percepute relaționează cu dizabilitatea și adaptarea psihosocială, am utilizat analiza de cale. Rezultatele au indicat că un sentiment mai scăzut de coerență și mai multe bariere structurale percepute au fost asociate cu o utilizare mai mare a copingului prin dezangajare. Mai multe bariere structurale percepute au fost, de asemenea, asociate cu o severitate mai mare a dizabilității experimentate. Autoeficacitatea mai scăzută, o utilizare mai frecventă a coping-ului prin dezangajare, mai multe bariere sociale percepute, vârsta mai avansată și dizabilitatea mai severă au fost asociate cu o adaptare psihosocială mai problematică și au explicat 60% din variația totală a acesteia. Modelul final a prezentat indici de potrivire adecvați, prin $\chi^2(10) = 14,29$, $N = 97$, $p = .16$; CFI = .97; TLI = .94; IFI = .98; RMSEA = 0,67.

5.2.4. Concluzii

Aceste rezultate reflectă cercetări anterioare care indică faptul că autoeficacitatea este asociată cu indici psihosociali și ai sănătății mai buni în cazul persoanelor cu afecțiuni cronice (Marks & Allegrante, 2005; Martz, Livneh & Wright, 2007). Acestea reflectă, de asemenea, constatările existente cu privire la rolul atitudinilor și al suportului social în calitatea vieții și în adaptarea psihosocială a persoanelor cu dizabilități (Goreczny, Bender, Caruso & Feinstein, 2011). În timp ce o utilizare mai frecventă a coping-ului prin dezangajare a fost asociată cu o adaptare psihosocială mai problematică, nu a existat nicio relație semnificativă între strategiile de coping prin abordarea problemei și dizabilitatea sau adaptarea psihosocială la dizabilitate. Pe de o parte, aceste rezultate reflectă constatări anterioare conform cărora utilizarea strategiilor de coping prin dezangajare este asociată cu

indici psihosociali mai problematici (Chan & Heck, 2000; Kennedy, Lude & Taylor, 2006; Martz, Livneh, & Wright, 2007; Craig, Tran & Middleton, 2009). Pe de altă parte, există studii anterioare care nu au identificat asocieri între utilizarea strategiilor de coping prin abordarea problemei și adaptarea psihosocială în raport cu dizabilitatea sau boală cronică (Shen, McCreary, & Myers, 2004; Wineman, Durand & Steiner, 1994).

Faptul că mai multe bariere fizice / structurale percepute au fost asociate cu o severitate mai mare a dizabilității percepute reflectă literatura de specialitate existentă care documentează rolul limitativ al mediului construit (WHO, 2001; Hammel et al, 2015; Barclay, McDonald & Lentin, 2015). Faptul că mai multe bariere fizice / structurale percepute și un sentiment mai scăzut de coerență au fost asociate cu o utilizare mai frecventă a strategiilor de coping prin dezangajare sugerează că aceste strategii de coping sunt angajate în încercarea de a gestiona distresul emoțional în prezența stresorilor (în acest caz, barierele de mediu) percepuți ca fiind în afara controlului persoanei (Martz, Livneh, & Wright, 2007). Aceste rezultate susțin și dovezile anterioare conform cărora sentimentul de coerență ghidează selectarea strategiilor de coping în a trăi cu o dizabilitate (Martz, Livneh & Wright, 2007; Chevalier, Kennedy, & Sherlock, 2009).

CAPITOLUL 6

Discuții generale și concluzii

În ultimele decenii conceptualizările dizabilității au evoluat înspre a recunoaște importanța mediului social și fizic în crearea dizabilității. După încheierea regimului comunist și prin prisma acestor evoluții, România s-a alăturat eforturilor internaționale privind incluziunea persoanelor cu dizabilități. Cu toate acestea, cercetările disponibile indică unele diferențe semnificative între ceea ce prevede legislația privind incluziunea și reglementările de

accesibilitate pe de-o parte și implementarea acestora în practică, pe de altă parte. În același timp, prezența și vocile persoanelor cu dizabilități în ceea ce privește împărtășirea experiențelor lor, abordarea problemelor de incluziune, participarea în activismul privind drepturile persoanelor cu dizabilități și modelarea înțelegerilor sociale ale dizabilității sunt aproape absente.

Această lucrare a investigat reprezentările sociale și experiența dizabilității și a incluziunii în contextul românesc. Această cercetare sugerează că experiența de a trăi cu o dizabilitate motrică în România este presărată cu contraste între nevoile persoanelor cu dizabilități și realitatea pe care acestea o percep pe de o parte, și între modul în care persoanele cu dizabilități experimentează dizabilitatea și modul în care sunt percepute social, pe de altă parte. De asemenea, este adus în prim plan rolul factorilor de mediu în conturarea dizabilității, subliniind în același timp resurse precum autoeficacitatea și sentimentul de coerență în adaptarea psihosocială la dizabilitate.

Această cercetare indică faptul că schimbările privind abordarea dizabilității s-au concentrat preponderent pe legislație și reglementări, dar nu au abordat probleme mai profunde cu privire la înțelegerea generală, evaluarea și atitudinile față de dizabilitate în mediul social și instituțional. Abordarea medical-productivistă a dizabilității o definesc în continuare ca fiind o problemă medicală personală, care împiedică individul în a participa activ în societate, minimizând în același timp rolul factorilor de mediu. În consecință, responsabilitatea și interesul în ceea ce privește incluziunea este diminuat în cadrul societății și al instituțiilor, în timp ce responsabilitatea privind „reabilitarea” și „reintegrarea” este atribuită persoanelor cu dizabilități. Acest lucru creează, de asemenea, discrepanțe între ceea ce prevede legislația privind incluziunea și accesibilitatea și realitatea socială și fizică percepută de persoanele cu dizabilități, unde legislația este respectată superficial, iar utilitatea din spatele reglementărilor de accesibilitate nu este înțeleasă. Cu toate acestea, reprezentările

dizabilității împărtășite de persoanele cu deficiențe motrice validează modelul social și mișcarea pentru o viață independentă ca fiind fidele experiențelor trăite de acestea, chiar și în absența unor astfel de discursuri în mass-media și în societate. Mai mult, prin împărtășirea experiențelor proprii, persoanele cu dizabilități recunosc importanța implicării lor în contracararea reprezentărilor sociale negative ale dizabilității și în apărarea propriilor drepturi în ceea ce privește accesibilitatea.

6.1. Limite și direcții viitoare de cercetare

Este posibil ca experiențele prezentate în cadrul acestei cercetări să nu fie reprezentative pentru toate persoanele cu dizabilități motrice din România. Acest lucru deschide oportunități pentru ca cercetările viitoare să se concentreze pe aspecte mai specifice ale modului în care persoanele cu diferite dizabilități interacționează cu diverse domenii precum asistența medicală, educația și ocuparea forței de muncă. De asemenea, mărimea limitată a eșantioanelor utilizate invită la investigații suplimentare pe eșantioane extinse asupra structurii chestionarelor MAS și COPE. Totodată, studiile longitudinale ar putea oferi mai multe informații cu privire la influența diferitelor resurse și bariere în adaptarea psihosocială și calitatea vieții persoanelor cu dizabilități.

6.2. Contribuții originale ale cercetării

Această cercetare aduce în prim plan vocile și discursurile mai puțin auzite ale persoanelor cu dizabilități din România în raport cu aspectele problematice privind incluziunea, accesibilitatea și percepțiile generale ale dizabilității. De asemenea, ea oferă un cadru istoric și teoretic pentru discrepanțele dintre legislația și practica incluziunii, subliniind că înțelegerile medical-productiviste asupra dizabilității încă subminează eforturile de incluziune și împiedică alte abordări să pătrundă în societate și instituții. În același timp, sunt subliniate

discursuri alternative, precum cele propuse în cadrul modelului social, care ar putea fi utile în a oferi o mai bună înțelegere a dizabilității. Mai mult, această teză prezintă o traducere și validare a structurii Scalei de Atitudini Multidimensionale față de Persoanele cu Dizabilități (MAS), și o investigație a structurii inventarului COPE pe un eșantion de persoane cu dizabilități din România. În cele din urmă, această teză prezintă o perspectivă asupra modului în care factorii personali și percepțiile privind mediul social și fizic relaționează cu dizabilitatea și ajustarea psihosocială într-un eșantion de români cu deficiențe motrice.

6.3. Implicații ale cercetării

Teza de față atrage atenția asupra barierelor sociale și structurale specifice pe care le întâmpină persoanele cu dizabilități, subliniind necesitatea îmbunătățirii atitudinilor sociale față de dizabilitate și a unei implementări mai consecvente a legilor și reglementărilor privind incluziunea și accesibilitatea. Este sugerat faptul că înțelegerile sociale restrictive medical-productiviste ale dizabilității necesită să fie depășite, întrucât scad interesul și sentimentul de responsabilitate al societății și al autorităților relevante pentru a face schimbări eficiente în practică. Această cercetare subliniază că, pentru a crea un context social de incluziune și responsabilitate socială, înțelegerea dizabilității ca parte a experienței și a diversității umane care depinde semnificativ de mediul fizic și social, trebuie adoptată în mediul medical, legislativ, educațional, ocupațional și mass-media. De asemenea, este necesar ca această abordare a dizabilității să ghideze dezvoltarea și implementarea serviciilor și a politicilor sociale, a legislației și a reglementărilor privind incluziunea și accesibilitatea. Modelul social, mișcarea pentru o viață independentă și discursurile persoanelor cu dizabilități prezentate în cadrul acestei teze ar putea constitui o bază pentru eforturile de incluziune și programele educaționale viitoare îndreptate înspre schimbarea atitudinilor în diverse domenii, instituții și servicii cu care persoanele cu dizabilități interacționează. În sfârșit, această teză evidențiază

nevoia de auto-împuternicire a persoanelor cu dizabilități, astfel încât acestea să devină părți implicate în mod activ în schimbările de care au nevoie pentru a trăi într-un mod care le validează.

Referințe

Alexandru, V., A. Moraru, L. Ercus, D. Dretcanu, and A. Bunoaica. Accesibilizarea spațiului public pentru persoanele cu dizabilități. Obligații și provocări pentru instituțiile publice. [online PDF article]. (2013). Retrieved from:

https://bns.ro/images/Studiu_accesibilitate_persoane_cu_dizabilitati_2013.pdf

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-bass.

Arbuckle, J. L. (2011). IBM SPSS Amos 20 user's guide. *Amos Development Corporation, SPSS Inc.*

Băban, A. (1998) Stres și personalitate: Cluj-Napoca: *Presa universitară clujeană*.

Barclay, L., McDonald, R., & Lentin, P. (2015). Social and community participation following spinal cord injury: a critical review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 38(1), 1-19. doi: 10.1097/MRR.0000000000000085

Barnes, C. (2012). The social model of disability: Valuable or irrelevant. *The routledge handbook of disability studies*. London: Routledge, 12-29.

Basson, R. (1998). Sexual health of women with disabilities. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 159(4), 359.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Brisenden, S. (1986). Independent living and the medical model of disability. *Disability, Handicap & Society*, 1(2), 173-178.

<https://doi.org/10.1080/02674648666780171>

Brisenden, S. (1989). Young, gifted and disabled: entering the employment market. *Disability, Handicap & Society*, 4(3), 217-220.

<https://doi.org/10.1080/02674648966780251>

Byrne, B. M. (2010). Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming (multivariate applications series). *New York: Taylor & Francis Group*, 396, 7384.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Chan, A., & Heck, C. S. (2000). Mobility in multiple sclerosis: more than just a physical problem. *International Journal of MS Care*, 2(1), 51-61.
<https://doi.org/10.7224/1537-2073-2.1.51>

Chevalier, Z., Kennedy, P., & Sherlock, O. (2009). Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal cord*, 47(11), 778-782.
<https://doi.org/10.1038/sc.2009.60>

Ciot, M. G., & Van Hove, G. (2010). Romanian approach to media portrayals of disability. *Disability & Society*, 25(5), 525-538.
<https://doi.org/10.1080/09687599.2010.489291>

Clarke, V., & Braun, V. (2017). Commentary: Thematic Analysis ‘. *Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298.

Craig, A., Tran, Y., & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal cord*, 47(2), 108-114. <https://doi.org/10.1038/sc.2008.115>

CRAȘOVAN, D. I., & Sava, F. A. (2013). TRANSLATION, ADAPTATION, AND VALIDATION ON ROMANIAN POPULATION OF COPE QUESTIONNAIRE FOR COPING MECHANISMS ANALYSIS. *Cognitie, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*, 17(1).

Daruwalla, P., & Darcy, S. (2005). Personal and societal attitudes to disability. *Annals of Tourism Research*, 32(3), 549-570. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2004.10.008>

Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of psychosomatic research*, 30(1), 77-91. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(86\)90069-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(86)90069-3)

Dune, T. M. (2012). Sexuality and physical disability: Exploring the barriers and solutions in healthcare. *Sexuality and Disability*, 30(2), 247-255. <https://doi.org/10.1007/s11195-012-9262-8>

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social cognition*, 25(5), 582-602. <https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.5.582>

Eisengart, S. P., Singer, L. T., Kirchner, H. L., Min, M. O., Fulton, S., Short, E. J., & Minnes, S. (2006). Factor structure of coping: two studies of mothers with high levels of life stress. *Psychological assessment*, 18(3), 278. doi: [10.1037/1040-3590.18.3.278](https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.3.278)

Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology & community health*, 60(5), 376-381. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.041616>

Findler, L., Vilchinsky, N., & Werner, S. (2007). The multidimensional attitudes scale toward persons with disabilities (MAS) construction and validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50(3), 166-176. <https://doi.org/10.1177/00343552070500030401>

Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological assessment*, 7(3), 286. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.286>

Fullmer, S. L., & Walls, R. T. (1994). Interests and participation on disability-related computer bulletin boards. *Journal of Rehabilitation*, 60(1), 24.

Furr, J. B., Carreiro, A., & McArthur, J. A. (2016). Strategic approaches to disability disclosure on social media. *Disability & Society*, 31(10), 1353-1368. <https://doi.org/10.1080/09687599.2016.1256272>

Garland-Thomson, R. (2011). Misfits: A feminist materialist disability concept. *Hypatia*, 26(3), 591-609. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01206.x>

Goreczny, A. J., Bender, E. E., Caruso, G., & Feinstein, C. S. (2011). Attitudes toward individuals with disabilities: Results of a recent survey and implications of those results. *Research in developmental disabilities*, 32(5), 1596-1609. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.02.005>

Habing, B. (2003). Exploratory Factor Analysis. University of South Carolina.

Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Gray, D. B., Stark, S., Kisala, P., ... & Hahn, E. A. (2015). Environmental barriers and supports to everyday participation: a qualitative insider perspective from people with disabilities. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(4), 578-588. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.12.008>

Hampton, N. Z. (2004). Subjective well-being among people with spinal cord injuries: The role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(1), 31-37. <https://doi.org/10.1177/00343552040480010401>

Hartblay, C. (2015). Disabling structures: perspectives on marginalization in a Russian cityscape. *Landscapes of Violence*, 3(1), 4. <http://dx.doi.org/10.7275/R53X84K3>

Horner-Johnson, W., Dobbertin, K., Lee, J. C., Andresen, E. M., & Expert Panel on Disability and Health Disparities. (2014). Disparities in health care access and receipt of preventive services by disability type: analysis of the medical expenditure panel survey. *Health services research*, 49(6), 1980-1999. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12195>

Imrie, R. (2000). Disability and discourses of mobility and movement. *Environment and planning A*, 32(9), 1641-1656. <https://doi.org/10.1068/a331>

Ionescu, I. (2012). Social Policies of Inclusion of the People with Physical Disabilities in Romania-Social Diagnosis. *Jurnalul Practicilor Comunitare Pozitive*, 12(4), 812-837.

- Kato, T. (2015). Frequently used coping scales: A meta-analysis. *Stress and Health*, 31(4), 315-323. <https://doi.org/10.1002/smi.2557>
- Kemp, S., Morley, S., & Anderson, E. (1999). Coping with epilepsy: do illness representations play a role?. *British journal of clinical psychology*, 38(1), 43-58. <https://doi.org/10.1348/014466599162656>
- Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal cord*, 44(2), 95-105. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101787>
- Kimemia, M., Asner-Self, K. K., & Daire, A. P. (2011). An exploratory factor analysis of the Brief COPE with a sample of Kenyan caregivers. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 33(3), 149-160. <https://doi.org/10.1007/s10447-011-9122-8>
- Kitchin, R. (1998). 'Out of Place', 'Knowing One's Place': Space, power and the exclusion of disabled people. *Disability & Society*, 13(3), 343-356. <https://doi.org/10.1080/09687599826678>
- Law no. 448/2006 Regarding the Protection and Promotion of the Rights of People with Handicap, republished in 2008.
- Law no. 292/2011 of Social Assistance.
- Lustig, D. C. (2005). The adjustment process for individuals with spinal cord injury: The effect of perceived premorbid sense of coherence. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(3), 146-156. <https://doi.org/10.1177/00343552050480030301>
- Marks, R., & Allegrante, J. P. (2005). A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health promotion practice*, 6(2), 148-156. DOI: 10.1177/1524839904266790

Martz, E., Livneh, H., & Wright, B. (2007). *Coping with chronic illness and disability*. Springer Science+ Business Media, LLC.

McLean, K. A., Hardie, S., Paul, A., Paul, G., Savage, I., Shields, P., ... & Harden, J. (2017). Knowledge and attitudes towards disability in Moldova: A qualitative study of young people's views. *Disability and health journal*, 10(4), 632-635.

<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.01.004>

Middleton, J., Tran, Y., & Craig, A. (2007). Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 88(12), 1643-1648. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.09.001>

Mladenov, T. (2011). Deficient bodies and inefficient resources: The case of disability assessment in Bulgaria. *Disability & Society*, 26(4), 477-490.

<https://doi.org/10.1080/09687599.2011.567799>

Mladenov, T. (2015). Neoliberalism, postsocialism, disability. *Disability & Society*, 30(3), 445-459. <https://doi.org/10.1080/09687599.2015.1021758>

Mladenov, T. (2017b). Postsocialist disability matrix. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(2), 104-117. <https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1202860>

Mladenov, T. (2017a). From state socialist to neoliberal productivism: Disability policy and invalidation of disabled people in the postsocialist region. *Critical Sociology*, 43(7-8), 1109-1123. <https://doi.org/10.1177/0896920515595843>

National Employment Agency. (2017). Statistica. [Online document]. (2017). Retrieved from: <http://www.anofm.ro/statistica>

Normativ privind adaptarea cladirilor civile si spatiului urban la nevoile individuale ale persoanelor cu handicap. [Online PDF document]. (2012). Retrieved from:

<https://www.infocons.ro/wp-content/uploads/2014/08/NP-051-normativ-privind-acesibilizarea-spatiului-urban.pdf>

Oliver, M. (1981). A new model of the social work role in relation to disability. *The handicapped person: A new perspective for social workers*, 19-32.

Oliver, M. (1986). Social policy and disability: Some theoretical issues. *Disability, Handicap & Society*, 1(1), 5-17. <https://doi.org/10.1080/02674648666780021>

Oliver, M. J. (1999). The disability movement and the professions. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 6(8), 377-379. <https://doi.org/10.12968/bjtr.1999.6.8.13949>

Palad, Y. Y., Barquia, R. B., Domingo, H. C., Flores, C. K., Padilla, L. I., & Ramel, J. M. D. (2016). Scoping review of instruments measuring attitudes toward disability. *Disability and Health Journal*, 9(3), 354-374. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.01.008>

Phillips, S. D. (2012a). Implications of EU accession for disability rights legislation and housing in Bulgaria, Romania, Croatia, and the Former Yugoslav Republic of Macedonia. *Journal of Disability Policy Studies*, 23(1), 26-38. <https://doi.org/10.1177/1044207311414681>

Phillips, S. D. (2012b). EU disability policy and implications of EU accession for disability rights in education and employment in Bulgaria, Romania, Croatia, and the Former Yugoslav Republic of Macedonia. *Journal of Disability Policy Studies*, 22(4), 208-219. <https://doi.org/10.1177/1044207311414710>

Reeve, D. (2002). Negotiating psycho-emotional dimensions of disability and their influence on identity constructions. *Disability & Society*, 17(5), 493-508. <https://doi.org/10.1080/09687590220148487>

Reeve, D. (2004). Psycho-emotional dimensions of disability and the social model. *Implementing the social model of disability: Theory and research*, 83-100.

Reeve, D. (2006). Towards a psychology of disability: The emotional effects of living in a disabling society. *Disability and psychology: Critical introductions and reflections*, 94, 107.

Ridder, D. D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1(1), 71-82.

<https://doi.org/10.1080/13548509608400007>

Roush, S. E., & Sharby, N. (2011). Disability reconsidered: the paradox of physical therapy. *Physical therapy*, 91(12), 1715-1727. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100389>

Schur, L., Kruse, D., & Blanck, P. (2005). Corporate culture and the employment of persons with disabilities. *Behavioral sciences & the law*, 23(1), 3-20.

<https://doi.org/10.1002/bsl.624>

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Optimistic self-beliefs as a resource factor in coping with stress. In *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (pp. 159-177). Springer, Dordrecht.

Scotch, R. K. (1989). Politics and policy in the history of the disability rights movement. *The Milbank Quarterly*, 380-400. DOI: 10.2307/3350150

Shapiro, J. P. (1993). No pity: People with disabilities forging a new civil rights movement. *The Journal of Rehabilitation*, 59(3), 6.

Shen, B. J., McCreary, C. P., & Myers, H. F. (2004). Independent and mediated contributions of personality, coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of behavioral medicine*, 27(1), 39-62. <https://doi.org/10.1023/B:JOBM.0000013643.36767.22>

Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and health*, 11(2), 261-271. <https://doi.org/10.1080/08870449608400256>

Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 1(1), 39-54.

Snell, D. L., Siegert, R. J., Hay-Smith, E. J. C., & Surgenor, L. J. (2011). Factor structure of the Brief COPE in people with mild traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 26(6), 468-477. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181fc5e1e

Stamatin, V. (2010). "The social perception of disabled people in Romania." PhD diss., Babes-Bolyai University.

Tomey, K. M., & Sowers, M. R. (2009). Assessment of physical functioning: a conceptual model encompassing environmental factors and individual compensation strategies. *Physical therapy*, 89(7), 705. doi: [10.2522/ptj.20080213](https://doi.org/10.2522/ptj.20080213)

Tudorache, L. A., Folostina, R., Tutunea, J., & Sima, H. (2013). Disability as a risk factor on the access to labor market. *Review of Applied Socio-Economic Research*, 5(1), 130-135.

Unger, D. D. (2002). Employers' attitudes toward persons with disabilities in the workforce: myths or realities?. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 17(1), 2-10. <https://doi.org/10.1177/108835760201700101>

Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (Eds.). (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.

Vasiliu, D., Marinescu, D. A., Marinescu, G., & Rizeanu, S. (2015a). Evaluarea autoeficacității. Proprietăți psihometrice pentru Self-Efficacy Scales: SES. *Revista de studii psihologice*, 2.

Vasiliu, D., Marinescu, D. A., Marinescu, G., & Rizeanu, S. (2015b). Evaluarea Sensului Corenței.. Proprietăți psihometrice pentru Sense of Coherence Scale SOC13. *Revista de studii psihologice*, 2, 107-123.

Verbrugge, L. M., and A. M. Jette. 1994. "The Disablement Process." *Social Science & Medicine* 38(1): 1-14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)

Vilchinsky, N., Werner, S., & Findler, L. (2010). Gender and attitudes toward people using wheelchairs: A multidimensional perspective. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 53(3), 163-174. <https://doi.org/10.1177/0034355209361207>

Whiteneck, G. G., Harrison-Felix, C. L., Mellick, D. C., Brooks, C. A., Charlifue, S. B., & Gerhart, K. A. (2004a). Quantifying environmental factors: a measure of physical, attitudinal, service, productivity, and policy barriers. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(8), 1324-1335. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2003.09.027>

Williams, R., Vogelsong, H., Green, G., & Cordell, K. (2004). Outdoor recreation participation of people with mobility disabilities: Selected results of the National Survey of Recreation and the Environment. *Journal of Park and Recreation Administration*, 2004, Volume 22, No. 2, 84-100.

Wineman, N. M., Durand, E. J., & Steiner, R. P. (1994). A comparative analysis of coping behaviors in persons with multiple sclerosis or a spinal cord injury. *Research in Nursing & Health*, 17(3), 185-194. <https://doi.org/10.1002/nur.4770170306>

World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001.