



Universitatea
Ștefan cel Mare
Suceava



Erasmus+



Universitat
de Lleida



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BRAGANÇA



University of Zagreb
Faculty of Education and
Rehabilitation Sciences



KLAIPĖDOS
UNIVERSITETAS



PSI WELL

Project no. 2016-1-RO01-KA204-024504

Building Bridges: Promoting
Social Inclusion and Wellbeing for Families
of Children with Special Needs

**INCLUZIUNE SOCIALĂ ȘI STARE DE BINE
PENTRU FAMILIILE COPIILOR
CU NEVOI SPECIALE
RAPORT DE CERCETARE TRANSNATIONALĂ**

Aurora Adina Colomeischi- Romania- coordinator

Gemma Fillella Gui- Spain

Maria Augusta Romão da Veiga Branco- Portugal

Sonja Alimović- Croatia

Ingrida Baranauskiene- Lithuania

Mine Gol-Guven - Turkey

www.psiwell.eu



Funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

CUPRINS

CONSTRUIND PODURI: PROMOVAREA INCLUZIUNII SOCIALE ȘI STAREA DE BINE PENTRU FAMILII CU COPII CU NEVOI SPECIALE – PSI-WELL.....	3
I. INFORMAȚII GENERALE PENTRU EUROPA.....	7
I.1. Descrierea situației părinților care au copii cu nevoi speciale.....	7
I.2. Statistici Europene.....	7
I.3. Politicile incluzive.....	8
I.4. Programe pentru familii sau pentru copiii cu nevoi speciale.....	9
Referințe.....	12
II. INFORMAȚII GENERALE DESPRE ROMÂNIA.....	14
II.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale.....	14
II.2. Statistici naționale.....	17
II.3. Politici de incluziune în România.....	19
II.4. Programe de sprijin pentru părinți în România.....	23
Referințe.....	28
III. INFORMAȚII GENERALE PENTRU SPANIA.....	32
III.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale.....	32
III.2. Statistici naționale.....	34
III.3. Politici de incluziune în Spania.....	34
III.4. Politici de incluziune în Catalunya.....	35
References.....	36
IV. INFORMAȚII GENERALE PENTRU PORTUGALIA.....	37
IV.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale.....	39
IV.2. Statistici naționale.....	40
IV.3. Politici de incluziune în Portugalia.....	42

IV.4. Programe de sprijin pentru părinți în Portugalia.....	45
Referințe.....	47
V. INFORMAȚII GENERALE DESPRE CROAȚIA.....	52
V.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale.....	52
V.2. Statisticvi naționale.....	54
V.3. Politici incluzive în Croația.....	56
V.4. Programe de sprijin pentru părinții din Croația.....	59
Referințe.....	60
VI. INFORMAȚII GENERALE DESPRE LITUANIA.....	62
VI.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale.....	62
VI.2. Statistici naționale.....	64
VI.3. Politici de incluziune.....	68
Referințe.....	74
VII. INFORMAȚII GENERALE PENTRU TURCIA.....	76
VII.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale.....	76
VII.2. Statistici naționale.....	77
VII.3. Politici de incluziune în Turcia.....	79
VII.4. Programe de sprijin pentru părinți în Turcia.....	80
Referințe.....	81
STRES, CONȘTIENȚIZARE (COPING) ȘI STARE DE BINE PENTRU PĂRINȚII COPILOR CU NEVOI SPECIALE:.....	82
UN STUDIU DE CERCETARE INTERCULTURALĂ.....	82
Introducere.....	82
Metodă.....	84
Procedură.....	85
Instrumente de măsurare.....	86
Rezultate.....	88
Discuție.....	103
Referințe.....	106

INTRODUCERE

CONSTRUIND PODURI: PROMOVAREA INCLUZIUNII SOCIALE ȘI STAREA DE BINE PENTRU FAMILII CU COPII CU NEVOI SPECIALE – PSI-WELL

Proiectul intitulat **Construind poduri: promovarea includerea socială și stării de bine pentru familiile copiilor cu nevoi speciale (PSI-WELL)** propune o abordare inovatoare cu scopul de a facilita incluziunea socială și stare de bine pentru familiile care se confruntă cu copiii cu dizabilități prin cursuri de educarea adulților pentru părinți. Proiectul se adresează nevoilor specifice ale familiilor copiilor cu nevoi speciale (NS) și este proiectat pentru a ajuta părinții să-și îmbunătățească strategiile de a face față și de a-și îmbunătăți abilitățile lor de părinți cu scopul de a promova incluziunea socială și stare de binea copiilor lor. Primul scop al proiectului nostru este de a evalua stare de bine, factorii legați de stres și relația de cuplu a părinților cu copii cu nevoi speciale. Al doilea scop este de a spori resursele personale (cum ar fi să facă față individual, regularea emoțiilor), resursele familiei (cum ar fi să facă față din punct de vedere didactic) și asistența socială pentru părinții unui copil cu nevoi speciale prin dezvoltarea, implementarea și validare unui program de intervenție psiho-educational și social. Scopul general al proiectului este promovarea incluziunii sociale, echitatea și stare de binea familiilor cu risc crescut în Europa printr-un program de intervenție pentru părinții copiilor cu nevoi speciale. Acest lucru va fi atins prin obiective:

(1) Diagnosticarea nivelului de incluziune socială, de stres și de stare de bine pentru familiile a 1500 de copii cu nevoi speciale printr-o cercetare transversală și transnațională;

(2) Dezvoltarea unui program de intervenție socială pentru promovarea bunăstării pentru familiile copiilor cu NS;

(3) Validarea programului de intervenție psihopedagogică și socială pentru familiile cu risc prin punerea sa în aplicare cu 360 de părinți din țările europene partenere;

(4) Creșterea gradului de conștientizare a comunităților cu privire la nevoile specifice pentru incluziunea socială a riscului familiile și dezavantajate părinții copiilor cu nevoi speciale prin desfășurarea unei campanii de informare;

(5) Dezvoltarea unui kit psiho-pedagogic care să cuprindă două instrumente de lucru pentru formatorii specializați în lucrul cu părinții defavorizate până la sfârșitul proiectului;

(6) Îmbunătățirea abilități de parenting și relațiile părinte-copil prin dezvoltarea unui manual integrator pentru părinți până la sfârșitul proiectului.

Grupul țintă cuprinde 360 de părinți din șase țări europene, care vor fi implicați în activități de instruire și rețele sociale în scopul de a îmbunătăți abilitățile lor personale și părintești pentru o mai bună incluziune socială. Activitățile descriu intervenții specifice, cum ar fi o cercetare transnațională asupra incluziunii sociale, a nivelului de stres și a bunăstării familiilor cu copii cu NS pentru a diagnostica nivelul de stres și stare de bine a părinților și implicațiile pentru educația adulților; proiectarea și validarea unui Program de intervenție psiho-educational și socială (PESI) pentru creșterea incluziunii sociale și stare de binea familiilor cu copii cu nevoi speciale; dezvoltarea de instrumente specifice și cuprinzătoare pentru a susține Programul de intervenție (cum ar fi: un manual pentru părinții copiilor cu nevoi speciale; un kit psiho-educational pentru învățare social-emoțională de instruire pentru părinții copiilor cu SN, care cuprinde Manualul trainerului și stagiului registru de lucru), dezvoltarea și implementarea unui curs de formare pentru Formatori; livrarea programul de training pentru părinți; crearea unei rețele de grupuri de suport pentru părinții copiilor cu nevoi speciale pentru a facilita cunoștințe și experiențe de partajare, precum și promovarea incluziunii sociale; diseminarea activităților și rezultatelor

proiectului; distribuirea rezultatelor proiectului prin site, workshop-uri, simpozioane, conferințe.

Impactul așteptat asupra grupurilor țintă este dublu: pe de o parte este de așteptat un proces de dezvoltare personală și pe de altă parte este de așteptat dobândirea de competențe specifice părinților (rezultatele vor consta în 360 părinți ai copiilor cu NS mai rezistenți și activați să practice diferite strategii de parentaj pentru a răspunde exact nevoilor copiilor lor în creștere și dezvoltare; ei vor depăși excluderea socială și vor deveni implicați activ în procesul de creștere și sprijinire a copiilor cu SN).

Prin acest Proiect se așteaptă ca o comunitate mai inclusivă și mai sensibilă la nevoile specifice ale familiilor cu copii cu NS și Universitatea vor fi recunoscute ca o resursă importantă pentru calitatea cunoștințelor și experiențelor (furnizorul unui program bazat pe dovezi). La nivel național și internațional se anticipează creșterea gradului de conștientizare de turneu politice cu privire la nevoile specifice ale familiile persoanelor cu SN. Cercetările efectuate în cadrul proiectului atrage unele implicații pentru familie de viață în mediul social și va propune câteva soluții de intervenție pentru a îmbunătăți calitatea vieții acestor familii și incluziunii lor sociale, astfel încât rezultatele Proiectului ar putea servi ca o bază pentru dezvoltarea unei politici educaționale pentru părinți și familiile copiilor cu SN.

Parteneriat strategic KA2

Universitatea Ștefan cel Mare din Suceava, România - coordonator

Universitatea Lleida, Spania

Institutul Politehnic Braganca, Portugalia

Universitatea din Zagreb, Facultatea de Științe Educaționale și Reabilitare,
Croatia

Universitatea Klaipeda, Lituania

Universitatea Bogazici, Turcia

I. INFORMAȚII GENERALE PENTRU EUROPA

1.1. Descrierea situației părinților care au copii cu nevoi speciale

Un studiu realizat pe un eșantion din 11 țări, din Europa, a găsit că părinții care au copii cu nevoi special se luptă cu dificultăți mai mari comparative cu părinții care au copii fără nevoi special. Părinții care au copii cu nevoi speciale sunt adesea instabili, au un statut economic scăzut, demonstrează mai frecvent un rol de gen tradițional, au o condiție de sănătate mai scăzută, starea lor de bine este cu siguranță mai scăzută, mamele au o rată mai diminuată a contactului social, iar tații au semnificativ mai puține schimburi emoționale. Per ansamblu, acești părinți se confruntă mai frecvent cu solitudine, izolare și marginalizare social. (Paola Di Giulio, Dimiter Philipov, & Ina Jaschinski, 2014)

În plus, starea socială și mentală a acestor părinți este modelată de sistemul de sănătate precar, de programele insuficiente finanțate, care trebuie să ajute la inventarierea cazurilor, de modalitățile de prevenire și îngrijire a copiilor cu nevoi special, de tăierile frecvente în bugetul de sănătate național, de instabilitatea din climatul legislative politic, sau de crizele dramatice, locale, regionale sau Europene.

1.2. Statistici Europene

Se estimează că aproximativ 15% din populația lumii suferă de o formă de dizabilitate, fie ca este severă sau ușoară și probabil 5,1% dintre copii trăiesc cu o formă severă sau moderată de dizabilitate (EFA Global Monitoring Report 2013/4).

În Europa, se estimează că aproape 15 milioane de copii au nevoi educaționale speciale (European Commission). Potrivit Raportului Mondial privind Dizabilitatea, în Europa au fost înregistrate următoarele procente privind nivelul dizabilității:

- 0,9 procente dintre băieți între 0 și 14 ani, suferă de dizabilitate severă și 0,8% dintre fete
- Un nivel al severității moderată a fost înregistrată în cazul a 4,4% din băieți între 0 și 14 ani, și 4,0% în cazul fetelor.

O cercetare realizată pe un eșantion de 40620 familii din Europa, între 18 și 84 ani, a găsit că media eșantionului, pentru familiile care au copii cu nevoi speciale, este de 1,80%. Alte studii arată că rata media procentuală a copiilor cu dizabilități în Europa este de 2,5%. Același studiu a găsit că în țările din Europa de Est, unele țări, cum ar fi Bulgaria, Rusia, Georgia, Ungaria, România și Polonia au înregistrat o rată mai mare privind rata dizabilității copiilor, decât alte țări din eșantion.

1.3. Politicile incluzive

Unul din cele mai citate documente privind educarea copiilor cu nevoi special este “The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education”. Documentul a luat ființă la “Conferința mondială privind educația copiilor cu nevoi speciale: includere și calitate” (UNESCO), în 1994, în Salamanca, Spain. Documentul subliniază importanța adoptării a câtorva direcții de acțiune, privind copiii cu nevoi speciale.

Educația ar trebui să fie pentru fiecare, iar copiii cu nevoi special ar trebui să aibă acces la școlile obișnuite, iar discriminarea în cazul copiilor cu nevoi special poate fi redusă cel mai bine prin includerea copiilor în școlile normale.

Declarația de la Salamanca este de asemenea o chemare la acțiune adresată guvernelor, care sunt sfătuite să adopte “politicile cele mai bune și să

acorde prioritate bugetară” pentru “a adopta din punct de vedere legislative sau politic, principiul includerii educative”, să dezvolte strategii vocaționale și preșcolare, să dezvolte proiecte și parteneriate între țări, sau să implice parteneri diferiți în educație, pentru a-i ajuta pe cei cu nevoi speciale.

Alt aspect important al Declarației îl reprezintă inițiativa de a dezvolta educația incluzivă și de a stimula crearea de programe educaționale pentru copiii cu nevoi speciale, de a pregăti profesorii în domeniu, de a dezvolta proiecte de cercetare pe această tematică, de a finanța diferite inițiative în domeniul educației.

În plus, egalizarea oportunităților trebuie să devină o oportunitate. Țările ar trebui să creeze școli inclusive și nu școli speciale, și metode bazeze pe rezultatele științifice ar trebui încorporate în programele educative (The Salamanca Statement, 1994).

În Declarația de la Salamanca, care conține 50 de pagini, cuvântul „părinte” sau „părinți” sunt menționate doar de 22 de ori, iar în cele mai multe cazuri menționările se referă la a fi parteneri împreună cu alți agenți educaționali. În plus, afirmația menționează faptul că părinții au drepturi și că relația lor, cu copiii lor este un aspect important, sau că părinții ar trebui să fie sprijiniți și ajutați să fie eficienți. Dacă primim la această declarație și la politica ei, este evident de ce astăzi avem așa de puține programe care ținesc să dezvolte sănătatea socio-emoțională și să ofere cursuri de educație parentală.

1.4. Programe pentru familii sau pentru copiii cu nevoi speciale

Când ne referim la copiii cu nevoi speciale, există două tipuri principale de intervenții: fie copiii sunt ținta unor intervenții din partea unor instituții sau părinții sunt țintiți de programele de intervenție, în calitatea lor de furnizori de îngrijire și iubire pentru copiii lor cu nevoi speciale. Este evident, că atunci când ambele perspective sunt dezvoltate, familia poate beneficia mult mai mult,

deoarece intervenția devine holistică. Din nefericire, părinții copiilor cu nevoi speciale sunt adesea trecuți cu vederea, privind intervențiile psiho-educative. De exemplu, pagina web, denumită European Agency for Special Needs and Inclusive Education (European Agency), nu prezintă aproape deloc informații, privind programele de intervenție pentru părinți. Aceeași situație poate fi găsită și în cazul altor rapoarte sau documente, care menționează părinții în contextual incluziunii copiilor, sau al cooperării dintre școală, părinți și specialiști.

Fondurile europene cum ar fi PHARE sau PETI, sau fondurile norvegiene (EEA), au creat un context pentru alte publicații. Strategia principală a fost să influențeze oamenii cheie care ar putea influența la rândul lor copiii cu nevoi speciale cel mai mult, și aceștia sunt decidenți, cum ar fi profesorii, directorii, specialiștii în științele sociale, profesorii universitari sau oricine altcineva care ar putea în mod virtual să furnizeze îngrijire specializată acestor copii. Cu toate că au existat puține intervenții care au ținut direct să educe părinții, cele mai multe eforturi au fost destinate copiilor, iar părinții au fost considerați în continuare parteneri sau colaboratori.

Toate aceste eforturi au ținut în special copiii și educatorii iar tutorii sau părinții sunt de fapt beneficiari secundari ai educației și ai îngrijirii. Cei mai mulți părinți învață despre dizabilitatea copiilor de pe internet sau plătesc singuri cursuri pentru a afla informații sau pentru a învăța tehnici care ar putea să-i ajute pe copii lor. Satisfacere nevoilor acestor copii vine cel mai adesea din partea domeniului universitar sau expert și doar părinții care au participat la asemenea cursuri, au acces la calificări pentru a-și ajuta copiii.

Există câteva încercări în Europa, de a-i ajuta pe părinți, prin programe cum ar fi:

- „Vaimupuudega Laste Vanemate Ühing8”, din Estonia, care are ca scop motivarea părinților și a copiilor cu dizabilitate intelectuală (Association of Parents of Children with Intellectual Disabilities),

- „Parent Know How”, curs online, din UK, care este un program pentru părinți, lansat în 2008, și care oferă suport și sfat părinților care au nevoie, printr-o varietate de mijloace pe diferite teme de interes,
- Side by Side, EU, un program care furnizează părinților training online, în Portugalia (World Health Organization, 2010),
- Early Bird Programme, UK, un program care ajută părinții să-i integreze pe copiii mici în școli, să controleze comportamentul copiilor, să comunice și să folosească bunele practici din domeniu (National Autistic Society).

Educația joacă un rol important în dezvoltarea copilului și în interacțiunea părinte-copil. Copiii cu nevoi speciale și părinții lor adesea sunt lăsați în urmă, copiii pierd ore la școală, ratează vaccinări, ajung de nenumărate ori la specialiștii medicali, au relații de o calitate mai scăzută, nu dețin oportunități suficiente pentru a învăța eficient, toate aceste greutăți fiind mai degrabă simțite de părinți în egală măsură (Filmer, 2008).

Decidenții politici ar trebui să ia în calcul nevoia acestor părinți de a deține resurse personale și abilități pentru a face față cu succes unor asemenea probleme și, de asemenea, să țină cont de nevoie unui context pozitiv, în care să se simtă în siguranță și protejați. În plus, părinții copiilor cu nevoi speciale nu au acces, deloc, la cursuri și training-uri la un preț scăzut sau chiar gratuit, ceea ce pune o presiune psihologică adițională asupra lor. O cercetare finanțată de Uniunea Europeană, studiind, „Familiile cu copii cu dizabilități, în diferite țări din Europa” afirmă în concluzii următoarele: „Promovarea programelor dedicate susținerii psihologice a părinților și îmbunătățirii și managementului resurselor emoționale pare să fie un punct crucial” (Paola Di Giulio, Dimiter Philipov, & Ina Jaschinski, 2014). Cele mai multe țări europene nu dețin programe de intervenție eficiente și specializate pentru părinți, toată responsabilitatea fiind în mâinile părinților neajutorați. Pe de altă parte, copiii cu nevoi speciale dețin probleme care sunt adesea văzute ca fiind foarte grave și orice intervenție ar trebui

coordonată de specialiștii instruiți. Pe de altă parte, programele de intervenție pentru părinți ar trebui să vizeze îmbunătățirea resurselor parentale și consolidarea abilităților potrivite, necesare soluționării situațiilor speciale și dificile prezentate de copii.

Referințe

1. Paola Di Giulio, Dimiter Philipov, and Ina Jaschinski, (2014) Families with disabled children in different European countries, <http://www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2014/12/WP23GiulioEtAl.pdf>
2. EFA Global Monitoring Report 2013/4: Teaching and Learning: achieving quality for all.
3. European Commission, http://europa.eu/rapid/press-release_IP-12-761_en.htm
4. World Report on Disability, World Health Organization, (2011) https://www.unicef.org/protection/World_report_on_disability_eng.pdf
5. The UNICEF Innocenti Research Centre. (2005). Children and disability in transition in CEE/CIS and Baltic states. Retrieved from <http://www.unicef.org/ceecis/Disabilityeng.pdf>.
6. THE SALAMANCA STATEMENT AND FRAMEWORK FOR ACTION ON SPECIAL NEEDS EDUCATION, 1994, <http://unesdoc.unesco.org/images/0009/000984/098427eo.pdf>
7. European Agency, <https://www.european-agency.org/>
8. Association of Parents of Children with Intellectual Disabilities
9. World Health Organization (2010).
10. National Autistic Society, Early Interventions training: Early Bird. As of 30 March 2013: <http://www.autism.org.uk/our-services/residential->

community-and-social-support/parent-and-familytraining-and-support/early-intervention-training/earlybird.aspx

11. Filmer, D. (2008). Disability, poverty, and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. *The World Bank Economic Review*, 22:141-163.
12. Paola Di Giulio, Dimiter Philipov, and Ina Jaschinski, (2014) Families with disabled children in different European countries, <http://www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2014/12/WP23GiulioEtAl.pdf>

II. INFORMAȚII GENERALE DESPRE ROMÂNIA

România este un stat suveran situat în sud-estul Europei. Are o suprafață de 238 397 de kilometri pătrați și aproape 20 de milioane de locuitori. Țara este al șaptelea stat membru cu cea mai mare populație a Uniunii Europene.

În octombrie 2011, românii au reprezentat 88.9% din populația țării. Cele mai numeroase minorități etnice sunt maghiarii, 6.1% din populație și romii, reprezentând 3.0% din populație. Maghiarii constituie majoritatea locuitorilor din județele Harghita și Covasna. Alte minorități sunt: ucranieni, germani, turci, lipoveni, aromâni, tătari sau sârbi.

După Revoluția Română din 1989, un număr important de români au emigrat în alte țări europene, în America de Nord sau Australia. De exemplu, în 1990, 96 919 de români s-au stabilit permanent în străinătate.

II.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale

Cercetătorii au afirmat că familiile copiilor diagnosticați cu un handicap sunt afectate negativ și, prin urmare, se confruntă cu o mai mare instabilitate și disfuncție decât familiile "tipice" (Watson, Hayes & Radford-Paz, 2011; Hayes & Watson, 2013). Când părinții învață că un copil are o dizabilitate sau o boală cronică, încep o călătorie care ce duce într-o viață plină de emoții puternice, alegeri dificile, interacțiuni cu mulți profesioniști și specialiști și nevoia continuă de informare și servicii. Inițial, părinții se pot simți izolați și singuri și nu știu unde să înceapă căutarea de informații, asistență, înțelegere și sprijin (ND20, Ediția a treia, 2003).

A avea grijă de un copil cu dizabilități este provocator atât din punct de vedere fizic, cât și din punct de vedere psihosocial, deoarece acest aspect se prelungește pe tot parcursul vieții copilului, depășind nevoile tipice de

dezvoltare ale acestuia, iar părinții și familiile nu sunt deloc pregătite pentru a face față (Ceylan & Aral, 2007; McCubbin & McCubbin, 1987). Ca parte a responsabilității de îngrijire, părinții se confruntă cu o varietate de provocări, cum ar fi depășirea dezamăgirilor care vin în legătură cu diagnosticul inițial și necesitatea de a coordona intervențiile medicale, educaționale și de dezvoltare ale copilului, echilibrând totodată și alte nevoi ale familiei (Silver, Westbrook & Stein, 1998). În plus, îngrijirea unui copil cu dizabilități necesită adesea resurse fizice, emoționale, sociale și financiare suplimentare (Murphy, Christian, Caplin & Young, 2007). Părinții se tem de stigmatul social, de multe ori au o lipsă de înțelegere a nevoilor copilului lor, iar unii trăiesc în sărăcie. Aceștia primesc foarte puțin sau deloc sprijin în educarea copiilor cu dizabilități. În consecință, copiii cu nevoi speciale sunt vulnerabili și cu risc ridicat de a fi abandonați în instituții de stat. Statul acționează cu întârziere în gestionarea problemelor copiilor cu nevoi speciale și de multe ori aceștia dezvoltă dizabilități asociate. Copiii care se cresc în instituțiile statului nu sunt integrați eficient în societate. Acești copii vor necesita adesea îngrijire medicală pe termen lung, ceea ce duce, ironic, la eforturi și costuri sociale mult mai mari (<http://www.childrenontheedge.org/România-early-intervention-for-children-with-special-needs.html>). De asemenea, se remarcă faptul că un copil cu dizabilități afectează nu numai părinții, ci și frații și relațiile dintre membrii familiei (Harris, 1994).

Părinții copiilor cu dizabilități trăiesc mai intens experiența inițierii școlare, deoarece informația insuficientă sau sprijinul inconsecvent din partea instituțiilor statului le face să se simtă neajutorați. Cei mai mulți dintre acești părinți doresc integrarea școlară și sprijinul pentru ei ca părinți, dar și ca primi educatori (Gliga & Popa, 2010). Lipsa accesului la educație a fost considerată una dintre cele mai semnificative încălcări ale drepturilor copiilor cu dizabilități. Un raport despre România pentru privind politicile statelor membre pentru copiii cu dizabilități (2013) arată că acești copii se confruntă cu mai multe impedimente în

accesarea sistemului educațional: (1) refuzul școlilor de a înregistra un copil cu dizabilități, dizabilități intelectuale; (2) expulzarea copiilor cu dizabilități din școli în cursul anului școlar (în acest caz copiii cu dizabilități intelectuale reprezintă și un segment mai vulnerabil); (3) dificultatea participării formale la sistemul educațional. Chiar dacă copiii cu dizabilități sunt incluși într-o clasă de masă, nu se acordă o atenție deosebită acestora (Deteseanu, Ballesteros & Meurens, 2013).

Autoritățile școlare justifică neînregistrarea sau expulzarea argumentând că managementul educațional devine deosebit de dificil dacă un copil cu dizabilități este inclus în comunitatea educațională din cauza lipsei de curriculum adaptat, a reticenței altor copii sau părinți și a lipsei de informații. În principiu, excluziunea abuzivă a unui copil de la școală poate fi atacată în fața instanțelor judecătorești, dar procedurile sunt de obicei lungi, prin urmare eficiența practică a unui astfel de pas poate fi foarte scăzută (Deteseanu, Ballesteros & Meurens, 2013). Autoritatea ministerială a relatat, într-un raport de monitorizare privind drepturile copiilor cu dizabilități intelectuale efectuat în cadrul unui proiect al "Inclusion Europe" în 2011 (chestionare adresate familiilor), că aproape jumătate dintre copiii cu dizabilități nu au frecventat o grădiniță. Din cei care au participat, majoritatea au frecventat o grădiniță pentru copiii cu nevoi speciale. Accesul la grădinițele obișnuite este refuzat în mod regulat din cauza dizabilității (<http://www.disability-europe.net/>). Prin urmare, părinții copiilor cu nevoi speciale tind să se confrunte cu un baraj continuu al provocărilor cauzate de izolarea societății, dificultatea financiară, dificultatea de a găsi resurse, epuizarea absolută sau sentimente de confuzie sau "burn out".

Studiile arată că unele țări dezvoltă planuri de intervenție timpurie pentru servicii sociale pentru familiile cu copii cu dizabilități, pentru a crește șansele ca acești copii să fie integrați din punct de vedere educațional și social. Rolul familiei în promovarea atitudinilor sociale și emoționale timpurii și comportamentul adecvat este crucial pentru stimularea potențialului copiilor cu dizabilități (Baily

& Bruder, 2005). În acest sens, unele cercetări (Guimond, Wilcox & Lamorey, 2008) au ținut seama de convingerile părinților cu privire la eficacitatea intervențiilor de protecție și educație, în raport cu rolul mediului în dezvoltarea copilului.

II.2. Statistici naționale

La 31 martie 2017, numărul total al persoanelor cu dizabilități comunicat Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități din cadrul Ministerului Muncii și Justiției Sociale, prin intermediul direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului din județe, respectiv din București, a fost 784 527 persoane. Dintre acestea, au fost înregistrate în România 61 504 de copii cu dizabilități. Majoritatea nu locuiesc în instituții (ANPD, 2017). Deci, ei sunt îngrijiți de membrii familiei. Având un membru de familie cu handicap poate avea un efect asupra întregii familii; părinții, frații și membrii familiei extinse. Este o experiență unică împărtășită pentru familii și poate afecta toate aspectele legate de funcționarea familiei. Importanța evaluării familiilor acestor tineri, pe baza punctelor forte și a disponibilității unei game de suporturi sociale, a fost larg acceptată în domeniul sănătății mintale a copiilor (Cheney & Osher, 1997, Karp, 1993, Koroloff, Friesen, Reilly & Rinkin, 1996).

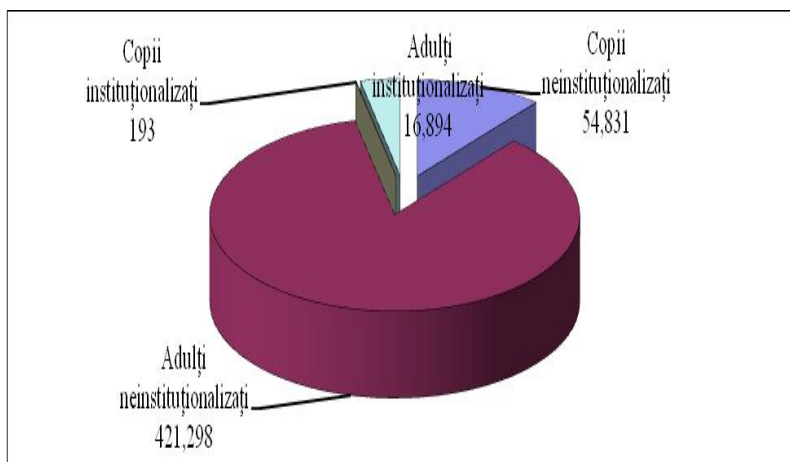


Figura 1. Persoanele cu dizabilități instituționalizate și neinstituționalizate (adulți și copii), la 31 martie 2017 (ANPD, 2017)

Pe de altă parte, conform legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități, republicată, tipurile de dizabilități sunt: fizice, mentale vizuale, auditive, surditate, somatice, psihice, HIV/ SIDA, asociate, boli rare.

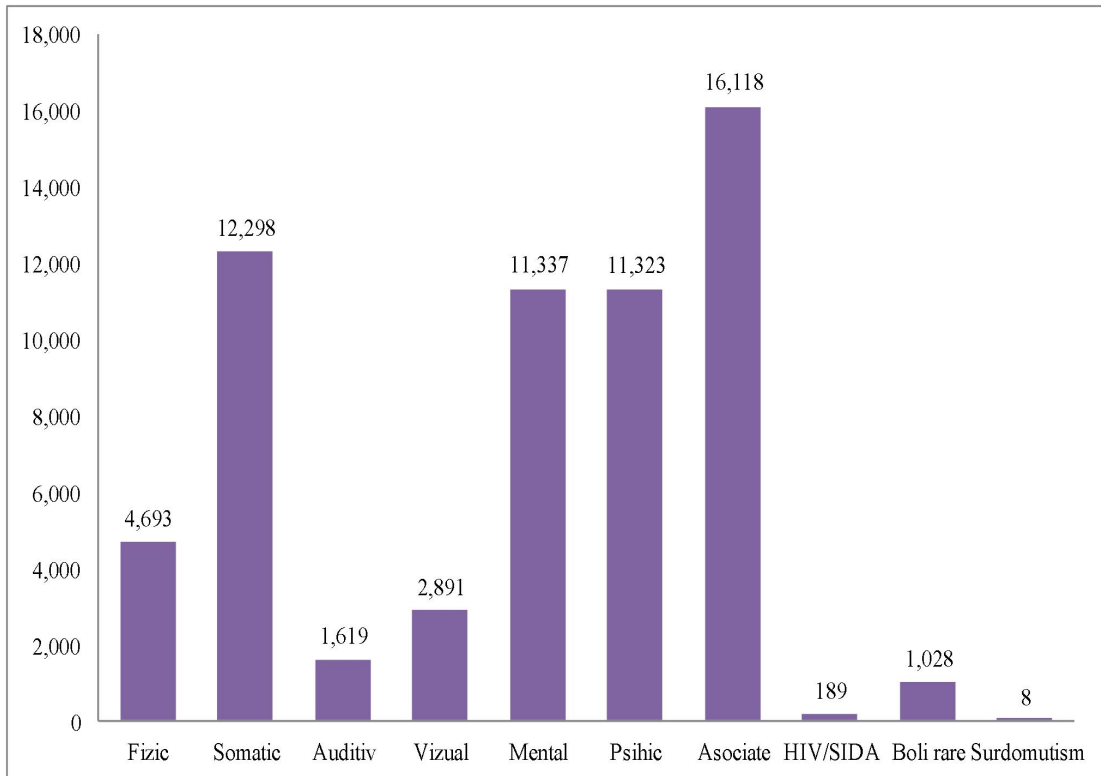


Figura 2. Numărul de copii cu dizabilități pe tipuri de handicap, la 31 martie 2017 (ANPD, 2017)

De asemenea, conform legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, gradele de invaliditate sunt: sever, accentuat, mediu și ușor. Numărul persoanelor cu dizabilități severe reprezintă 36,91% din total, persoanele cu dizabilități accentuate reprezintă 51,66%, iar persoanele cu dizabilități medii și ușoare reprezintă 11,43% (ANPD, 2017).

Cu toate acestea, rapoartele indică faptul că această cifră nu ia în considerare toți copiii cu dizabilități din România, deoarece include doar copiii cu dizabilități înregistrați în baza de date oficială. Astfel de înregistrări se fac doar în

mod voluntar de către părinți sau tutori ai unui copil. În plus, aceste date nu reflectă numărul real al copiilor cu dizabilități intelectuale, deoarece legislația și politicile publice nu definesc în mod clar ce intră sub incidența disabilităților intelectuale și psihosociale și a bolilor mintale, ceea ce generează confuzie în furnizarea de servicii specializate și înregistrare.

II.3. Politici de incluziune în România

În ultimii 27 de ani în România au avut loc schimbări majore la nivel politic, social, economic și educațional. Tranziția economică și socială în România, după regimul comunist, a avut implicații mixte pentru educația copiilor văzuți ca având nevoi speciale. Politica, cercetarea și practica educației speciale și incluziunea copiilor cu dizabilități în sistemul școlar și în viața socială sunt una dintre cele mai importante priorități în politicile educaționale din România. Premisa de bază a mișcării de integrare / incluziune este aceea că principiile antidiscriminării, echității, justiției sociale și drepturilor fundamentale ale omului impun ca elevii cu dizabilități și nevoi speciale să aibă același acces ca toți ceilalți într-un mediu școlar obișnuit și la un curriculum larg, echilibrat și relevant (Gherguț, 2011).

România ia în considerare recomandările organismelor internaționale și a creat legislația privind educația persoanelor cu nevoi educaționale speciale, în conformitate cu documentele internaționale la care s-a alăturat: Convenția Națiunilor Unite privind Drepturile Copilului (1990), Declarația Jomtien privind educația pentru toți (1990), Regulile standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu handicap (1993) și Declarația de la Salamanca (1994) (Vrașmas & Daunt, 1997; Gherguț, 2011).

Gherguț (2011) a făcut o scurtă prezentare a principalelor momente și evenimente care au marcat procesul de reformă a incluziunii în sistemul educațional românesc după regimul comunist:

- Din 1993, Ministerul Educației din România, cu sprijinul UNICEF, a desfășurat o serie de inițiative pentru a explora modalități de încurajare a dezvoltării unor practici mai cuprinzătoare. Inițiativa românească a inclus un program de sensibilizare care implică profesori, inspectori și formatori de profesori din întreaga țară;

- Conferința de la Salamanca privind educația cu nevoi speciale din 1994 a venit într-un moment de cotitură pentru România - la un an după ce au început cele două proiecte-pilot - concentrându-se pe integrare. În cadrul celor două proiecte pilot și în cadrul rețelei RENINCO (Rețeaua națională de informare și cooperare pentru integrarea în comunitatea copiilor cu nevoi speciale), începând cu toamna anului 1994, a fost lansat conceptul de educație incluzivă;

- Alte inițiative de formare a cadrelor didactice, cum ar fi programele Tempus, din 1995, care finanțează parteneriate de colaborare între universitățile occidentale și profesorii din Europa de Est și formatorii acestora, au făcut pași în direcția dezvoltării înțelegerii liderilor din acest domeniu cu privire la modul de gestionare și susținere a procesului de schimbare;

- Legea învățământului din 1995 a inclus o abordare incluzivă implicită: toți cetățenii români au dreptul egal la educație, la toate nivelurile și în toate formele, indiferent de sex, rasă, naționalitate, religie sau apartenență politică și statutul social sau economic; de asemenea, statul asigură principiile educației democratice și garantează dreptul la educație diferențiată pe baza pluralismului educațional;

- După 1997 s-a extins dezvoltarea parteneriatelor între școli și organizațiile internaționale și naționale relevante în domeniu (RENINCO, UNICEF, UNESCO etc.), elaborând programe de instruire privind integrarea cadrelor didactice în școlile obișnuite și școli speciale, elaborând proiecte locale pentru incluziune, dezvoltarea de parteneriate între profesioniști, părinți și voluntari;

- Izolarea în școli speciale a fost diminuată ușor din 2001, când 18 000 de copii cu dizabilități din școli speciale au fost transferați în școli obișnuite. Din

păcate, această decizie a generat multe nemulțumiri și rezistențe pentru schimbare din partea școlilor și părinților, deoarece condițiile necesare aici nu au fost suficient dezvoltate (de exemplu, curriculum adaptat, formarea cadrelor didactice și dezvoltarea unei atitudini de susținere în școli);

- În perioada iunie 2002 - decembrie 2003 a fost elaborat Programul național "O școală pentru toți" lansat de MEC în parteneriat cu UNICEF România, Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului și Adopție (ANPC) și RENINCO, care a căutat informarea, comunității să integreze copiii și tinerii cu cerințe educaționale speciale;

- Între anii 2004-2007 a fost elaborat Planul național de acțiune privind educația pentru copiii cu cerințe educaționale speciale cu 3 direcții: elaborarea și implementarea programelor de formare continuă pentru cadrele didactice din școli; școli, familii și comunități cu privire la importanța și efectele pozitive ale procesului de socializare și integrare socială a copiilor cu dizabilități; acceptarea diversității umane ca fiind un fapt natural necesar în societate.

- Decretul guvernamental, nr. 1251 din 2005, a introdus un nou concept - educație specială integrată - care nu este clar definit. Termenul de includere, educație incluzivă și școală incluzivă au fost introduse și în această legislație recentă, dar sub umbrela educației speciale integrate. Definiția includerii în Decretul din 2005 este următoarea: "Educația incluzivă înseamnă un proces continuu de modernizare a instituției școlare, în scopul exploatării (evaluării) resurselor existente, în special a resurselor umane, pentru a sprijini participarea la învățare a tuturor elevilor din interiorul unei comunități ". Au trecut mai bine de 10 ani de la includerea conceptului de incluziune deja lansat în activitatea științifică și practică din România la nivel de legislație;

- Legislația a fost completată de norme, metodologii și reglementări elaborate și aprobate prin ordin al ministrului de către Ministerul Educației (MEC): Ordinul ministrului sănătății nr. 4378 / 7.09.1999 privind aprobarea programului: "Măsuri de organizare a învățământului special", Ordinul

ministrului muncii nr.3634 / 12.04.2000 pentru menținerea aprobării programului național: Integrarea și reabilitarea copiilor cu dizabilități în / 5379 / 25.11.2004 privind metodologia de organizare și funcționare a serviciilor educaționale de către cadrele didactice / cadrele didactice de sprijin pentru copii cu nevoi educaționale speciale în integrarea învățământului; Ordinul MEC nr.3662 / 27.03. 2003 privind aprobarea Metodologiei de constituire și funcționare a Comisiei de evaluare internă continuă a copiilor cu nevoi speciale, Hotărârea Guvernului nr. 1251/2005, care are structura, organizarea, formele și tipurile de instituții și personal în școli speciale și în special Hotărârea Guvernului nr. nr.1251 / 2005 privind organizarea învățământului special; Ordinul Ministerului Educației, Cercetării și Tineretului, nr.1529 / 18.07.2007 diversitatea în problemele de dezvoltare din curriculumul național; Ordinul Ministerului Educației, Cercetării și Inovării, nr. 3414 din 16.03.2009 privind aprobarea Planului-cadru pentru învățământul special.

În prezent există dezbateri frecvente despre rolul factorilor de mediu și de atitudine, pentru a sublinia faptul că dizabilitatea nu este un atribut al persoanei, ci mai degrabă o relație între o persoană cu un anumit handicap și / sau mediu. Mediul neajustat este acela care "dezactivează" persoana, în special din cauza obstacolelor arhitecturale, dar nu numai, iar în această relație asumarea responsabilității de a elimina barierele și de a facilita participarea activă la viața socială a persoanelor cu handicap devine o obligație pentru fiecare dintre noi (UNICEF, 2013).

Cel mai actual și puternic instrument internațional pentru persoanele cu dizabilități este Convenția Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu handicap, adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 13 decembrie 2006, împreună cu protocolul opțional și deschis pentru sediul Organizației Națiunilor Unite din New York, cu data de 30 martie 2007. Convenția este cel mai înalt document juridic care asigură exercitarea deplină a tuturor drepturilor și libertăților omului de către toate

persoanele cu handicap. România a semnat Convenția la 26 septembrie 2007 și a ratificat-o prin Legea nr. 221/2010, publicată în Monitorul Oficial nr. 792 din 26 noiembrie 2010, dar nu a ratificat încă Protocolul opțional. Pentru a asigura punerea în aplicare efectivă a Convenției, Comisia Europeană a adoptat, la 15 noiembrie 2010, Strategia europeană pentru persoanele cu handicap 2010-2020: un angajament reînnoit pentru o Europă fără obstacole, care stabilește prioritățile și planul de lucru pentru viitor. Obiectivul general al acestei strategii este acela de a oferi persoanelor cu handicap capacitatea de a se bucura de drepturi depline și de a beneficia pe deplin de participarea la viața socială și economică europeană. Strategia se concentrează pe eliminarea barierelor în opt domenii principale de acțiune: accesibilitate, participare, egalitate, ocuparea forței de muncă, educație și formare profesională, protecție socială, sănătate și acțiune externă (UNICEF, 2013).

II.4. Programe de sprijin pentru părinți în România

Sprijinul și îngrijirea persoanelor cu dizabilități este în centrul atenției educatorilor, medicilor pediatri, kinetoterapeuților, logopezilor, dar și a părinților / tutorelor legali ai copiilor cu dizabilități. Declarația de la Salamanca (UNESCO, 1994) subliniază rolul pe care părinții trebuie să îl joace în educație: "... scopul unei educații reușite a copiilor cu cerințe educaționale speciale nu este numai datoria Ministerului Educației și a școlilor. O educație reușită necesită colaborarea familiilor, a comunității, a organizațiilor de voluntari, precum și a publicului larg", iar mai târziu "Părinții [...] cât mai mult posibil, trebuie să li se acorde alegerea tipului de educație pe care o doresc pentru copiii lor."

Astfel, modelul acceptat în prezent pentru educația incluzivă este acela al unui parteneriat între psihologul educațional și părinte. Acest parteneriat implică o repartizare a responsabilităților (O'Connor, 2003; Gliga & Popa, 2010), în care părintele își depășește rolul de "client" și își asumă un rol activ în educația copiilor lor. Dacă acest parteneriat are succes, depinde de interacțiunea dintre

valorile tradiționale și cele moderne din societate. În multe societăți, profesorii sunt în mod tradițional considerați a fi singurii actori în luarea deciziilor educaționale, iar părinții copiilor fără dizabilități sunt reticenți la orice schimbare în mediul educațional al copiilor lor (Mitchell, 2005). Glica și Popa (2010) se concentrează asupra părerilor părinților despre educația incluzivă datorită rolurilor cruciale pe care le au ca "profesori", "parteneri" și "avocați", mai ales în momentul în care copiii termină grădinița și încep școala. Rolul lor de profesori este necesar să consolideze și să generalizeze abilitățile necesare școlarizării formale. În calitate de parteneri, aceștia colaborează cu psihologii educaționali pentru a ajuta copilul să se familiarizeze cu noul mediu și să solicite și să rezolve orice dificultăți întâmpinate. De asemenea, de multe ori trebuie să navigheze prin proceduri legislative pentru a obține beneficiile financiare și educaționale pe care copilul le cere. Credința că educația incluzivă poate și va lucra pentru copilul său este, prin urmare, un element crucial, iar fără acest aspect mulți nu vor avea puterea să pornească pe această cale (Gliga & Popa, 2010).

Pentru a spori accesul copiilor cu dizabilități la viața comunității, centrele de îngrijire de zi și de recuperare sunt de o importanță vitală. Numărul, diversitatea și disponibilitatea acestor servicii sunt limitate și, pe de altă parte, asigurarea de transport este un element-cheie. În luna iunie 2013, filiala din București a ASCHF-R a organizat 4 focus grupuri pentru a investiga obstacolele cu care se confruntă părinții și nevoile acestora. Raportul arată cât de greu este pentru părinți să găsească soluții pentru serviciile complexe, educaționale, de reabilitare și socializare pe care le au copiii lor (UNICEF, 2013; www.czaurora.ro). Pentru a preveni și / sau a depăși situațiile care ar putea conduce la separarea copilului cu dizabilități de familia sa și la agravarea deficiențelor copilului, serviciile de zi ar trebui să fie prezente în toate comunitățile sub diferite forme, cum ar fi centrele de zi, consiliere și sprijin pentru părinți, centre de recuperare, centre de terapie ocupațională, asistență și sprijin etc. Consiliile locale și consiliile județene ar trebui să intervină oferind asistență și sprijin părinților și

dezvoltând servicii diversificate, la prețuri accesibile și de calitate, adaptate nevoilor copilului pentru a crește și a se dezvolta (UNICEF, 2013).

Legea asistenței sociale nr. 292/2011 menționează posibilitatea organizării serviciilor sociale într-un sistem integrat, împreună cu cele din domeniul ocupării forței de muncă, sănătății, educației sau altor servicii sociale din comunitate. Acest mod de furnizare a serviciilor presupune o foarte bună coordonare a activităților în diferite domenii de intervenție, precum și o colaborare strânsă și eficientă între profesioniștii din aceste domenii. Scopul furnizării serviciilor integrate este de a satisface mai bine necesitățile complexe ale utilizatorilor, precum și de a utiliza mai bine resursele existente la nivel local (Legea asistenței sociale nr.292 / 2011).

Și totuși, chiar dacă există un cadru legislativ încurajator, nevoile diverse ale copiilor îi fac pe părinți să caute persistent tipul de centru în care copilul are acces la mai multe servicii și să fie îngrijit, încurajat și sprijinit în tot ceea ce face. Uneori părinții au inițiativa de a înființa un astfel de centru, așa cum s-a procedat în 1995, când părinții copiilor cu dizabilități neuromotorii severe și asociate au decis să înființeze Centrul de zi Aurora (www.czaurora.ro) sau în februarie 2000, când părinții Asociației Sf. Ana au înființat un centru de zi cu îngrijire, recuperare, socializare și sprijin pentru educația școlară pentru copiii cu dizabilități mentale și asociate (www.sf-ana.ro), iar exemplele pot continua. Caritas România (www.caritasromania.ro) a înființat în 1992 un centru pentru copii cu sindromul Langdon-Down, care din 2008 a devenit un centru de sprijinire a copiilor preșcolari și școlari cu dizabilități și familiilor acestora și care, pe lângă serviciile specifice de recuperare , terapie ocupațională, logopedie, psihomotricitate, oferă părinților informații și îndrumare, sprijin emoțional, consiliere psihologică, consiliere și programe de support pentru părinți (UNICEF, 2013).

Multe servicii au fost înființate și / sau dezvoltate de organizațiile nonguvernamentale în zona de intervenție timpurie, tocmai datorită importanței acordată, dar, în același timp, au o sferă limitată de acțiune. Fundația Inocenti din

Bistrița a inițiat un program de intervenție timpurie pentru copiii cu deficiențe de dezvoltare și neuro-psiho-motorie în județ și oferă servicii de reabilitare terapeutică psihologică și kineto la domiciliu, consiliere și informare, grupuri de sprijin pentru părinți, dar și sprijin în luarea de măsuri legate de recuperarea medicală a copilului (www.inocenti.ro). Un alt tip de intervenție timpurie are loc la Centrul de Prevenire și Intervenție Timpurie a Neuropsihomotorilor din Târgu Mureș, organizat de Fundația Alpha Transilvana. Centrul Impuls a dezvoltat în timp un mod eficient de colaborare și parteneriat cu autoritățile locale, Clinica de Neonatologie și Clinica Prematură a Spitalului Clinic Județean Mureș, cu medici de familie, unde peste 1000 de copii au beneficiat până acum de servicii specializate menite să reducă sau să elimine întârzierile neuro-psiho-motorii ale copiilor de vârste între 0 și 3 ani, precum și consilierea și asistența părinților (www.alphatransilvana.ro).

Oportunitățile de dezvoltare a serviciilor specializate au fost create în ultimii ani prin liniile de finanțare active prin intermediul fondurilor structurale. Prin proiectul "Și ei trebuie să aibă o șansă - program de sprijin pentru integrarea socială și profesională a persoanelor cu tulburări ale spectrului autist", de exemplu, au fost înființate și dotate 40 de centre de consiliere și asistență pentru copii / tineri cu TSA și dependenți (UNICEF, 2013). În același context, Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice a implementat proiectul "Creșterea capacității autorităților publice locale din România de a sprijini copiii cu dizabilități în cadrul propriei familii". Au fost create douăzeci de echipe mobile multidisciplinare, constând într-un logoped, fizioterapeut, terapeut ocupațional, pediatru, educator specializat, asistent social, pentru a oferi sprijin copiilor cu dizabilități, părinților lor și specialiștilor din comunitate unde copiii pot duce al îndeplinire obiective stabilite în planul de redresare și formare a membrilor săi în județele Arad, Argeș, Bihor, Bistrița Năsăud, Braila, Brașov, Dâmbovița, Dolj, Galați, Giurgiu, Gorj, Mehedinți, Vaslui, sectorul 4 și sectorul 6 -

București. Echipile mobile create de proiect au devenit ulterior parte integrantă a serviciilor furnizate de DGASPC în județele implicate (www.mmuncii.ro).

Funcționarea familiei nu poate fi separată de contextul societății. Indiferent cât de puternic poate fi, oricât de mare ar fi coeziunea între membrii săi, familia are nevoie și de sprijin din partea altor membri ai societății. În plus, percepția socială a dizabilității nu este adesea favorabilă, incluziunea socială este în mod inevitabil afectată de barierele societale și culturale (Gherguț, 2007, Roth & Rebeleanu, 2007). După cum vedem aici, intervine rolul societății, al valorilor pe care le promovează, care contribuie și la integrarea acestei populații în comunitate.

Sintetizând datele obținute din analizele calitative și analiza cantitativă, Chercheș (2011) a raportat cele mai importante probleme / nevoi întâlnite în familiile cu un copil cu handicap: dificultăți în accesarea serviciilor medicale specializate, probleme cu integrarea copiilor într-o structură educațională, resurse insuficiente, dificultăți financiare, dificultăți ale copiilor și familiilor din mediul rural în accesarea serviciilor (terapii specifice, servicii de recuperare medicală etc.), faptul că nu au informații despre serviciile de care le pot beneficia, au dificultăți în înțelegerea informațiilor furnizate de către specialiști, cu privire la viitorul copiilor, având în vedere că nu există servicii precum: atelierele protejate, centrele de terapie ocupațională, centrele rezidențiale, centrele de tip respiro etc. Luând în considerare aceste nevoi specifice ale copiilor cu dizabilități și familiilor acestora, pentru a îmbunătățirea calității vieții individuale și familiale, se propun o serie de măsuri: accesarea fondurilor nerambursabile pentru dezvoltarea de noi servicii ce sunt menționate ca inexistente; campanii de sensibilizare a opiniei publice cu privire la implicațiile individului, familiei, comunității și dizabilității sociale și rolul implicării active a fiecărui membru al societății în sprijinirea celor care se confruntă cu astfel de probleme; inițierea și dezvoltarea cercetării în domeniu pentru a evalua fenomenul și pentru a propune măsuri de intervenție adecvate; dezvoltarea de parteneriate între instituțiile

publice, private și cele ale societății civile; compatibilitatea legislației în domeniu cu necesitățile reale ale acestei categorii (Chercheș, 2011).

Referințe

1. Bailey, D. B. & Bruder, M. B. (2005). Family outcomes of early intervention and early childhood special education: Issues and considerations. Washington, D.C.: Office of Special Education Programs, Early Childhood Outcomes Center.
2. Ceylan, R. & Aral, N. (2007). An examination of the correlation between depression and hopelessness levels in mothers of disabled children. *Soc Behav Pers* 35: 903–908.
3. Cheney, D., & Osher, T. (1997). Collaborate with families. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5, 36–44.
4. Chercheș, C. (2011). Calitatea vieții în familiile copiilor cu dizabilități neuro-motorii. Doctoral Thesis, Babeș-Bolyai University, Cluj-Napoca.
5. Deteseanu, D.-A., Ballesteros M. & Meurens, N. (2013). Country Report on România for the Study on Member States' Policies for Children with Disabilities. European Parliament, Brussels.
6. Gherguț, A. (2011). Education of Children with Special Needs in România; Attitudes and Experiences. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 12, 426–435.
7. Gherguț, A., (2007). Sinteze de psihopedagogie specială. Ghid pentru concursuri și examene de obținere a gradelor didactice, Editura Polirom, Iași;
8. Gliga, F. & Popa, M. (2010). In România, parents of children with and without disabilities are in favor of inclusive education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2, 2, 4468-4474.

9. Guimond, A. B., Wilcox, M.J. & Lamorey, S.G. (2008). The early Intervention Parenting Self-Efficacy Scale (EIPSES). *Journal of Early Intervention*, 30, 4, 295-320.
10. Harris, S.L. (1994). *Topics in Autism: Siblings of Children with Autism: A Guide for Families*. Bethesda, MD: Woodbine House.
11. Hayes, S. A. & Watson, S. L. (2013). The Impact of Parenting Stress: A Meta-analysis of Studies Comparing the Experience of Parenting Stress in Parents of Children With and Without Autism Spectrum Disorder *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43:629 - 642.
12. Karp, N. (1993). Collaboration with families: From myth to reality. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 21-23.
13. Koroloff, N. M., Friesen, B. J., Reilly, L., & Rinkin, J. (1996). The role of family members in systems of care. In B. A. Stroul (Ed.), *Children's mental health: Creating systems of care in a changing society* (pp. 409-426). Baltimore, MD: Paul H. Brooks Publishing Company.
14. Law no. 292/2011 of the social assistance, published in the Official Gazette of România, Part I, no. 905 of December 20, 2011, art. 28.
15. McCubbin, M.A. & McCubbin, H.I. (1987). *Family stress theory and assessment: the T-double ABCX model of family adjustment and adaptation*. Madison, WI, USA: University of Wisconsin-Madison.
16. Mitchell, D. (2005). *Contextualizing Inclusive Education. Evaluating old and new international perspectives*, Routledge David & Francis Group, USA, 1-37.
17. Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D.A. & Young, P.C. (2007) The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child Care Health Dev* 33: 180-187.
18. National Authority for Disabled Person (NADP). (2017). *Statistic Data*, Ministry of Labor and Social Justice
19. <http://anpd.gov.ro/web/transparenta/statistici/trimestriale/>

20. ND20, 3rd Edition. (2003). Parenting a Child with Special Needs. National Information Center for Children and Youth with Disabilities.
21. O'Connor,U.(2003). Parental Views on Inclusive Education for Children with Special Educational Needs , National Disability Authority, Ireland.
22. Pinkerton,D. (1991). Preparing Children with Disabilities for School, ERIC Clearinghouse on Handicapped and Gifted Children,Reston,VA
23. Roth, M. & Rebeleanu, A. (2007). Asistența socială. Cadru conceptual și aplicații practice, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.
24. Silver, E.J., Westbrook, L.E. & Stein, R.E. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. J Pediatr Psychol 23: 5–15.
25. UNICEF. (2013). Children with disabilities. Raport, București
26. United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (1994). The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Need Education, Spain.
27. Vrasmas, T. and P. Daunt (1997). The Education and Social Integration of Children and Young People with Special Needs in România: A National Programme. European Journal of Special Needs Education, Vol. 12, No. 2, pages 137-147.
28. Watson, S. L., Hayes, S. A., & Radford-Paz, E. (2011). 'Diagnose me please!': A review of research about the journey and initial impact of parents seeking a diagnosis of developmental disability for their child. International Review of Research in Developmental Disabilities, 41, 31
29. <http://www.disability-europe.net/>
30. www.sf-ana.ro
31. www.czaurora.ro
32. <http://caritasRomânia.ro/>
33. www.inocenti.ro
34. www.alphatransilvana.ro

35. www.mmuncii.ro
36. <http://www.childrenontheedge.org/România-early-intervention-for-children-with-special-needs.html>

III. INFORMAȚII GENERALE PENTRU SPANIA

Spania este un stat situat pe Peninsula Iberică din sud-vestul Europei și are două arhipelaguri mari, Insulele Baleare din Marea Mediterană și Insulele Canare, în coasta Atlanticului de Nord. De asemenea, are două orașe, Ceuta și Melilla, în continentul nord-african și câteva insule mici din Marea Alboran, în apropierea coastei marocane. Are o suprafață totală de 505.990 km² și este considerată cea mai mare țară din Europa de Sud.

Spania are o democrație parlamentară și monarhie constituțională. Actualul rege spaniol este Felipe VI. Este o putere mijlocie și o țară majoră dezvoltată. Economia mixtă capitalistă a Spaniei este a 14-ea cea mai mare din lume și a 5-ea din Uniunea Europeană, precum și cea de-a 4-a cea mai mare din zona euro.

În 2008, populația Spaniei a atins în mod oficial 46 de milioane de persoane. 88% din populație sunt spanioli nativi. Alți 12% sunt reprezentați de imigranți, în special din America Latină și Africa de Nord. Capitala este Madrid, cu 3.165.235 de cetățeni. Spania este, de asemenea, considerată o țară plurală, cu identități tradiționale distincte, cu limbi diferite. Aceste populații includ basci, catalani, galicieni, andaluzieni și valencieni.

Educația de stat în Spania este gratuită și obligatorie de la vârsta de șase la șaisprezece ani. Actualul sistem educațional este reglementat de legea educativă din 2006, LOE (Ley Orgánica de Educación) sau Legea fundamentală pentru educație.

III.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale

Conform regulamentelor curente, atât elevul cât și familia fac parte din comunitate și participă proactiv, deoarece sunt principalii protagoniști. Familiile

și școala au un obiectiv comun: succesul educațional al studenților. Familia și școala sunt două lumi care trebuie să fie recunoscute pentru a fi în favoarea elevilor.

Deși părinții consideră uneori că sistemul de suport nu este ideal, potrivit Departamentului Educației, familiile constituie o parte centrală a comunității educaționale, iar școlile trebuie să fie concepute ca o entitate esențială pentru dezvoltarea proiectelor. Părinții copiilor cu nevoi speciale sunt luați în considerare în orice moment al procesului. De fapt, relațiile dintre familie și școală se bazează pe respect reciproc, încredere și acceptare a particularităților fiecăruia. Nu există doi profesori identici, nici două familii la fel. Contactul și relația cu familiile trebuie să permită îmbogățirea modelelor de intervenție și a relațiilor cu copiii. Este necesar ca familiile să se simtă înțelese, să aibă spații de participare în cadrul proiectului educațional și să se bazeze pe acestea pentru dezvoltarea asistenței educaționale a copiilor lor.

Politicile educaționale sporesc tendința spre o școală incluzivă, ceea ce înseamnă lăsarea în urmă a participării simple a familiei în programe specifice educative în favoarea creării de noi căi de implicare a părinților în luarea deciziilor și în procesul educațional al copiilor lor. Aceasta presupune o implicare cu un model de colaborare între profesioniști și familii, în care unul și celălalt recunosc cunoștințele și expertiza reciproc necesare, care se concentrează pe dezvoltare și pe oportunitățile care sunt generate dincolo de nevoi.

Acest fapt este și mai relevant atunci când vine vorba de studenții cu nevoi educaționale speciale, având în vedere condițiile de vulnerabilitate care se întâmplă adesea cu procesul lor de dezvoltare și învățare. Prin urmare, colaborarea familiilor este o cheie centrală pentru detectarea nevoilor studenților și pentru a putea efectua evaluarea psihopedagogică atunci când este necesar.

III.2. Statistici naționale

Potrivit Estadística de las Enseñanzas no Universitarias, realizat de Subdirectoratul general al statisticilor și studiilor Ministerului Educației, Culturii și Sportului, Spania are un total de 2,9% din studenți (173,797 dintr-un total de 8,101,473) cu nevoi speciale (a se vedea tabelul 1).

		Procentaj
Sex	Băieți	66.84
	Fete	33.16
Tip de dizabilitate	Deficiență de auz	4.33
	Deficiență locomotorie	7.71
	Deficiență de intelect	37.39
	Afecțiuni vizuale	1.84
	Tulburări de dezvoltare	17.45
	Tulburări de comportament	22.35
	Dizabilitate multiplă	6.01
	Altele	2.91

Potrivit ultimelor rapoarte, Spania împreună cu țări precum Luxemburg, Italia și Regatul Unit, este una dintre țările cu un procent mai mic de studenți cu nevoi speciale.

III.3. Politici de incluziune în Spania

Sistemul educațional din Spania organizează resursele necesare pentru elevii cu nevoi educaționale speciale temporare sau permanente pentru a atinge obiectivele stabilite în cadrul programului general pentru toți elevii.

Administrațiile publice oferă tuturor studenților sprijinul necesar de la începutul școlarizării lor sau de îndată ce sunt diagnosticați ca având nevoi educaționale speciale. Prin urmare, este important să se țină seama de faptul că predarea în școli este în toate cazurile adaptată nevoilor acestor elevi. Planurile de învățământ conduc la programe care trebuie să țină cont de nevoile și caracteristicile elevilor. În plus, există un proiect educațional, în care sunt

stabilite obiectivele și prioritățile educaționale, împreună cu procedurile de implementare.

Legea privind îmbunătățirea calității educației (LOMCE, 2013) ia în considerare patru tipuri de nevoi specifice de sprijin educațional:

1. Studenții cu nevoi educaționale speciale
2. Studenți supradotați
3. Studenți înscriși târziu în sistemul de învățământ spaniol
4. Dificultăți specifice de învățare.

Printre măsurile obișnuite pe care sistemul educațional spaniol le oferă pentru aderarea la diversitate există: nivele succesive de programe curriculare, care implică adaptarea progresivă a curriculum-ului oficial și a domeniilor și subiectelor opționale, organizarea activităților de întărire și susținere în instituțiile de învățământ și grupare specifică. Odată ce au fost aplicate inițiative comune de atenție la diversitate și s-au dovedit a fi insuficiente pentru a răspunde nevoilor educaționale ale unui singur elev, sistemul educațional consideră o serie de măsuri extraordinare. Acestea includ repetarea unui ciclu sau a unui an școlar, adaptări curriculare semnificative, măsuri de sprijin pentru elevii cu nevoi educaționale speciale, diversificarea curriculară și, în ultimă instanță, programe de susținere socială.

III.4. Politici de incluziune în Catalunya

Booth (2002) subliniază faptul că educația incluzivă este constituită dintr-un corp de valori care impregnează atât cultura, cum ar fi politicile educaționale, cât și practicile de predare-învățare, care permit să se asigure că toți oamenii, indiferent de originea lor socio-economică și culturală și capacitățile lor înnăscute sau dobândite, au aceleași oportunități de învățare în orice context educațional. Acest lucru, în același timp, ajută la crearea unor societăți mai echitabile și mai corecte.

Pentru a crea culturi incluzive, Departamentul de Educație înțelege că este foarte necesar un dialog permanent și reînnoit cu familiile și mediul. Dezvoltarea politicilor incluzive în centre se bazează pe dezvoltarea unei școli pentru toți studenții. Școlile trebuie să-și organizeze resursele în mod corespunzător pentru a asigura atenția asupra diversității în cadrul programelor lor educaționale, care, în același timp, iau în considerare participarea elevilor și a familiilor acestora ca o parte centrală a dezvoltării programului. În aceste planuri, există măsurile și suporturile care minimalizează barierele de acces pe care orice student cu nevoi speciale le poate găsi. Practicile incluzive sunt reflectarea culturii și a politicilor incluzive. Dezvoltarea acestor practici se concentrează pe două aspecte:

- Furnizarea de resurse pentru procesul de învățare și mobilizarea resurselor pentru promovarea unor proiecte educaționale flexibile, care au responsabilitatea comună a tuturor echipelor didactice.

- Organizarea activităților de clasă care promovează autonomia și învățarea colaborativă în rândul studenților.

References

1. Booth, T. & M. Ainscow (2002). Index for inclusion. Developing learning and participation in schools. Centre for Studies on Inclusive Education (CSIE). <http://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20English.pdf>
2. LOMCE, L. G. E. LLEI GENERAL DE L'EDUCACIÓ (1970).
3. Fernández-González, N. (2015). PISA como instrumento de legitimación de la reforma de la LOMCE. *Bordón. Revista de Pedagogía*.
4. González Fernández, Y. (2016). Discapacidad y educación en la enseñanza obligatoria: percepciones docentes sobre el alumnado. ODISMET.

IV. INFORMAȚII GENERALE PENTRU PORTUGALIA

Din punct de vedere etic și juridic, Constituția Republicii Portugheze (articolele 67, 69 și 70) atribuie societății și statului obligația de a proteja familia, copiii și tinerii, în vederea dezvoltării sale integrale, și acordă un drept special pentru protecția copiilor orfani, abandonati sau privați de un mediu familial normal.

În cadrul aspectelor esențiale pentru punerea în aplicare a programelor de intervenție, lucrăm pe considerentul că „...”, familia este primul context de dezvoltare și de învățare al copilului, fiind astfel de interes central în domeniul intervenției timpurii în copilărie ... » (Sanguinho, 2011), motiv pentru care sunt implementate tot mai multe programe naționale de intervenție timpurie (IP). Orice entitate națională sau regională care promovează sau participă la programe de intervenție care includ copii sau tineri trebuie să se supună celor 9 principii care stau la baza oricărei inițiative, după cum urmează:

1. Interesul superior al copilului și tânărului, ca primă referire la acțiune, fără a aduce atingere luării în considerare a altor interese legitime; 2. confidențialitatea, legată de respectarea intimității și drepturilor de imagine ale copilului sau tânărului; 3. intervenția, cât mai curând posibil, care ar trebui pusă în aplicare de îndată ce situația riscului devine cunoscută;

4. Intervenția minimă, care să garanteze că sunt implicați numai agenții necesari pentru promovarea drepturilor și protecția copilului sau a tinerilor expuși riscului; 5. Intervenția proporțională și actuală, asigurându-se că implementarea sa are loc în conformitate cu principiile rezonabilității și în momentul imediat al procesului decizional, producând un impact minim asupra vieții copilului, a tânărului și a familiei acestuia; 6. Exercițarea răspunderii părintești, fiind intervenția declanșată pentru ca părinții să-și asume îndatoririle

față de copil sau tineri; 7. Informațiile obligatorii, având în vedere faptul că copilul, tânărul, părinții, reprezentantul legal sau persoana care are custodia respectivă trebuie să fie informați cu privire la drepturile lor, motivele care determină intervenția și modul în care are loc;

8. Sunt asigurate participarea la acțiuni și la definirea măsurilor și audierea obligatorie pentru copilul sau tânărul de la vârsta de 12 ani, părinții, reprezentanții legali sau cei aflați în custodie; 9. Subsidiaritatea în intervenție, care ar trebui să se desfășoare, în primul rând, cu entitățile competente în materie de copilărie și tineret, în al doilea rând la Comitetele Naționale pentru Promovarea Drepturilor și Protecției Copiilor și Tinerilor (CPCJ) și, în al treilea rând, instanțelor.

Acesta este setul de îngrijiri esențiale și globale pe care le respectă măsurile de detectare și susținere, fiind considerate a fi de o importanță crucială de către toate instituțiile din acest domeniu.

Portugalia este oficial Republica Portugheză și este o țară suverană unitară situată în sud-vestul Europei, al cărei teritoriu se află în partea de vest a Peninsulei Iberice și în arhipelagurile din Atlanticul de Nord. Teritoriul portughez este delimitat la nord și est de Spania, iar la sud și vest de Oceanul Atlantic, care cuprinde o parte continentală și două regiuni autonome: arhipelagurile Azore și Madeira. Portugalia este cea mai vestică națiune de pe continentul european. Numele țării vine din al doilea oraș ca mărime, Porto, al cărui nume latino-celtic era Portus Cale. Portugalia este o țară dezvoltată, cu un indice de dezvoltare umană (HDI) considerat ca fiind foarte ridicat. Țara s-a clasat pe locul 19 la calitatea vieții (în 2005), are unul dintre cele mai bune sisteme de sănătate din lume și este, de asemenea, una dintre națiunile cele mai globalizate și mai pașnice din lume. Este membru al Organizației Națiunilor Unite (ONU), al Uniunii Europene (inclusiv zona euro și spațiul Schengen), Organizației Tratatului Atlanticului de Nord (NATO), Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) a țărilor vorbitoare de limbă spaniolă (CTLP).

Portugalia participă, de asemenea, la mai multe misiuni ale ONU de menținere a păcii. Limba oficială a Republicii Portugheze este portugheza, adoptată în 1290 prin decretul dat de regele D. Dinis. Cu peste 210 de milioane de vorbitori nativi, este a cincea limbă vorbită în lume și a treia cea mai vorbită în lumea occidentală. Este limba oficială a următoarelor țări: Angola, Brazilia, Capul Verde, Guineea-Bissau, Mozambic și São Tomé și Príncipe și limbă oficială, împreună cu alte limbi oficiale în Timorul de Est, Macao și Guineea Ecuatorială. De asemenea, are statut oficial în Uniunea Europeană, Uniunea Națiunilor din America de Sud (UNASUR), Piața Comună a Mării Sudului (Mercosur) și Piața Comună a Mării Sudului (Mercosur) și Uniunea Africană. La nivelul religiei, Constituția portugheză garantează libertatea religioasă și egalitatea între religii, în ciuda Concordatului care privilegiază Biserica Catolică în diferite dimensiuni ale vieții sociale.

Vorbind despre orașe, Lisabona (aproximativ 500.000 de locuitori - 3 milioane de locuitori din regiunea Lisabona) este capitală din secolul al XIII-lea (locul Coimbra), cel mai mare oraș al țării, principalul punct economic, care deține portul principal și aeroportul portughez. Alte orașe importante sunt cele din Porto (aproximativ 240.000 de locuitori - 1,5 milioane în Greater Porto), al doilea cel mai mare oraș și centru economic, Aveiro (uneori numit "Veneția portugheză"), Braga ("Arhiepiscopia" și orașul mileniar), Coimbra (cu cea mai veche universitate din țară), Guimarães ("Grădina orasului"), Évora ("Muzeul orasului"), Setúbal (cel de-al treilea port ca marime), Portimão AIA), Faro și Viseu.

IV.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale

Familia nu este un obiectiv esențial al atenției, diagnosticului și intervenției. De fapt, în Portugalia, acțiunile la nivelul familiilor, în special a copiilor cu NE, pornesc de la - în toate instituțiile care în mod izolat sau în echipe multidisciplinare - acțiuni care semnalează, urmăresc, protejează și intervin în familiile acestor copii.

Acest proces este dezvoltat așa cum este prezentat în următoarele capitole.

IV.2. Statistici naționale

Din cauza metodologiei adoptate și a ușurării înțelegerii, statisticile prezentate aici sunt recente și se bazează pe instituțiile portugheze care au responsabilitatea de a proteja copiii și tinerii aflați în situații de risc, și anume CPCJ.

Dacă am arunca o scurtă privire asupra gospodăriei tinerilor monitorizați, putem observa două lucruri:

- Procentajul mare al tinerilor care aparțin familiilor monoparentale (36,5%) sau reconstituite (13,4%) a fost cu mult peste procentul existent pe populația rezidentă la nivel național;
- Deși acest număr a fost în scădere, procentul persoanelor care îi îngrijesc (parinti / familii) ale caror venituri depind de alocația de ajutor de venit (14%) sau de indemnizația de somaj sau de pensie (12,8%) a fost foarte mare în comparație cu populația generală.

Numărul copiilor monitorizați a crescut sistematic din 2007, înregistrându-se doar o ușoară scădere între 2010 și 2011. În anul analizat au fost monitorizați mai puțin de 2339 de copii decât în 2015, ceea ce corespunde unei scăderi de 3,2%.

Comunicații / sesizări făcute către CPCJ - care sunt nevoile speciale care apar?

În 2016 au fost comunicate către CPCJ 39 194 situații de copii și tineri în situație de risc. Semnalarea a fost făcută de entități publice și private și de cetățeni. Trebuie remarcat faptul că a existat o scădere cu 148 de cazuri de abuz fizic și 101 de abuzuri sexuale comparativ cu 2015.

Comparând evoluția principalelor situații de risc semnalate în ultimii șase ani (2011-2016), subliniem următoarele:

- Cea mai des întâlnită situație de risc din 2012 a fost ECPCBEDC (expunerea la comportamente care pot compromite starea de bine și dezvoltarea

copilului), care a înregistrat o mărire exponențială, în creștere cu 12 puncte procentuale în ultimii șase ani; Neglijența, care până în 2012 a fost cea mai identificată situație de risc, a scăzut în proporție, dar în cifre absolute a crescut ușor din 2014; SPDE (Situațiile de risc privind dreptul la educație) a scăzut semnificativ în procente din 2014; Situația riscului CJACABED a crescut în procent și în valori absolute. Cu toate acestea, există două aspecte care merită menționate:

2) În cea de-a patra categorie cea mai identificată, CJACABED (Copil / Tânăr care a avut comportamente care le afectează stare de bine și dezvoltarea), subcategoria "comportamente antisociale și / sau indiscipline grave" corespundea 1492 dosare (25,1% total) și au fost identificate 440 de cazuri de bullying. (7,4% din total).

Protecția copiilor: diagnostice și măsuri implementate - În 2016, după evaluarea CPCJ, au fost diagnosticate 35.950 de situații de risc care susțin implementarea unei măsuri de promovare și protecție.

Situația de invaliditate sau deficiență

În ceea ce privește profilarea copiilor, există două grupuri specifice care sunt deosebit de vulnerabile, copii cu dizabilități sau handicap și copiii cu probleme de sănătate mintală. Această atenție specială este conformă cu recomandările Comitetului pentru drepturile copilului al Consiliului Europei privind cel de-al treilea și al patrulea raport periodic din Portugalia privind importanța sprijinirii nediscriminării și a incluziunii sociale a copiilor cu dizabilități și copii cu probleme de sănătate mintală, în final, 980 (1,4%) din fiecare 71 016 copii monitorizați au fost identificați ca având un handicap sau o afecțiune.

Tabelul 1 * - Copii și tineri studiați după tipul de handicap

Tipul dizabilității	Total	%
---------------------	-------	---

Mental/Intelectual	345	35,2
Altele	128	13,1
Probleme de vorbire	110	11,2
Alte tulburări psihologice	65	6,6
Paralizie cerebrală	56	5,7
Dizabilități multiple	55	5,6
Audierea cu deficiențe	48	4,9
Insuficiență fizică	41	4,2
Deteriorarea vizuală	40	4,1
Funcții generale, senzoriale și alte funcții depreciate	29	3,0
Tulburări musculo-scheletice	27	2,8
Fără informații	19	1,9
Alte deficiențe ale organelor	14	1,4
Dizabilitatea estetică	3	0,3
	980	100,0

In CPCJ. (2017). Relatório de Avaliação da Atividade das CPCJ - 2016. Maio 2017

IV.3. Politici de incluziune în Portugalia

În Portugalia, în anul 1999 Adunarea Republicii a adoptat două noi legi privind copilăria și tineretul, care nu exclud părinții și familia:

- Legea privind protecția copiilor și a tinerilor aflați în situații de risc (Legea nr. 147/99, din 1 septembrie, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, astfel cum a fost modificată prin Legea nr. 31/2003, din 22 august) și

- Legea privind tutorele educaționale (Legea nr. 166/99, din 14 septembrie, Ministrul Justiției).

Aceste două instrumente juridice au intrat în vigoare la 1 ianuarie 2001. În aceste două legi apar noțiunile de "creștere a copilului și tânărului", reprezentând o nouă abordare în domeniul dreptului, deoarece această lege prevede că un copil sau o persoană tânără este "o persoană sub vârsta de 18 ani sau persoana sub 21 de ani care solicită continuarea intervenției inițiate înainte de împlinirea vârstei de 18 ani "(articolul 5 din LPCJP). Pe baza acestor legi - și în special a LPCJP - măsurile de promovare și protecție în Portugalia sunt:

a) sprijinul ferm al părinților; b) sprijinul apropiat al celuilalt membru al familiei; c) încredere într-o persoană de încredere; d) sprijin pentru autonomia vieții; e) plasamentul; f) instituția gazdă; g) încredere într-o persoană aleasă spre adopție sau instituție în vederea adopției viitoare (cea din urmă, așa cum este definită în Legea nr. 31/2003 din 22 august). În ceea ce privește implementarea practică și având în vedere Legea privind protecția copiilor și a tinerilor aflați în situații de risc, este esențial ca protecția copiilor și a tinerilor și promovarea drepturilor lor să fie responsabilitatea juridică a 3 entități: 1. Entitățile cu competențe în domeniul copilăriei și tineretului (ECMIJ); 2. Comitete pentru protecția copiilor și tinerilor (CPCJ); 3. Instanțele.

1. În cadrul misiunii sale, entitățile cu competențe în domeniul copilăriei și tineretului (ECMIJ) trebuie să promoveze acțiunile primare și secundare de prevenire, în special prin definirea planurilor locale de acțiune pentru copii și tineri, vizând promovarea, apărarea și punerea în aplicare a drepturilor copiilor și tinerilor (articolul 6 din LPCJ). Cum intervin? Ei evaluează, diagnostichează și intervin în situații de risc și pericol; Implementarea strategiilor de intervenție necesare și adecvate pentru reducerea sau eliminarea factorilor de risc; Însoțirea copilului, a tânărului și a familiei acestuia în cadrul executării planului de intervenție definit (articolul 7 al LPCJ). În plus, aceștia efectuează, de asemenea, actele materiale inerente măsurilor de promovare și protecție aplicate de Comitetul de protecție sau de Curte și întocmesc și actualizează un registru care ar trebui să conțină descrierea sumară a procedurilor efectuate și a rezultatelor respective.

Planul național de intervenție timpurie se înființează în acest context al entităților cu competențe în domeniul copilăriei și tineretului (ECMIJ): cu alte cuvinte, Legea nr. 281/2009 introduce în Portugalia Sistemul național de intervenție timpurie în copilărie (SNIPI) privind un "set organizat de entități instituționale de natură familială, în vederea asigurării condițiilor de dezvoltare a copiilor cu funcții corporale sau structuri care limitează creșterea lor personală și

socială și participarea lor la activități tipice de vârstă, precum și copiii cu risc grav de întârziere în dezvoltare. "Aceasta este o măsură de sprijin integrată care se axează pe copil și pe familie prin implementarea acțiunilor preventive în cadrul educației, sănătății și acțiunii sociale.

Care este de fapt acest plan național?

- Este un set de acțiuni, care constă în echipe multiprofesionale și site-uri de intervenție (ELI) și care vizează familiile cu copii de la zero la șase ani, care are ca scop asigurarea condițiilor pentru o dezvoltare corespunzătoare. Programul de intervenție timpurie a copilului (IPI) are ca scop crearea condițiilor care să faciliteze dezvoltarea generală a copilului; crearea condițiilor pentru interacțiunea dintre copil / familie, consolidarea abilităților și aptitudinilor acestora; sprijinirea în mod sistematic a copiilor și familiilor, optimizând resursele existente în comunitate și să creând rețele de sprijin formale și informale. Trebuie menționat faptul că implicarea părinților este cheia dezvoltării copilului, dat fiind că familia trebuie să participe la toate etapele procesului de intervenție, concentrându-se pe abilitățile copiilor lor și creând perspective pentru viitor.

2. Comitetele pentru protecția copiilor și tinerilor (CPCJ); CPCJ sunt instituții oficiale non-judiciare cu autonomie funcțională care promovează drepturile copilului și a tinerilor sau pun capăt situațiilor care pot afecta siguranța, sănătatea, formarea, educația sau dezvoltarea completă a acestora. Funcționarea CPCJ este reglementată de Legea nr. 147/99 din 1 septembrie. Prin urmare, și conform legii, CPCJ a avut responsabilitatea - ori de câte ori nu este posibil pentru ECMIJ - să intervină pentru a evita pericolul, pentru a preveni sau a pune capăt situațiilor care ar putea afecta securitatea, sănătatea, formarea, educația și dezvoltarea integrală a copiilor (Legea nr. 147/99, din 1 septembrie, articolele 8 și 12). În Portugalia, 309 de comitete pentru protecția copiilor și a tinerilor sunt deja în funcțiune, iar mai multe șase comisii vor deveni

operaționale în curând, pentru a asigura o acoperire completă a teritoriului național.

Sistemul național de îngrijire a copiilor și tinerilor aflați în situație de risc este organizat într-o structură care include, conform legii, trei nivele distincte: 1) îngrijire de urgență; 2) îngrijire temporară și 3) îngrijire extinsă.

Planul Național de Acțiune pentru Incluziune Socială (PNAI) a fost definit în cadrul Procesului European de Incluziune Socială, document de referință pentru îndrumarea intervenției necesare în procesul național de incluziune socială. În acest context, eliminarea situațiilor de excluziune socială care afectează copii a fost inițial stabilită ca un scop, devenind promovarea și protejarea drepturilor lor una dintre prioritățile care trebuie îndeplinite. Pentru a transforma copilăria într-o prioritate națională, al XVII-lea guvern portughez a înființat Inițiativa pentru Copilărie și Adolescență (INIA), prin care se urmărea definirea unui plan de acțiune pentru protejarea universalității drepturilor copilului.

Printre măsurile care vizează în mod specific sistemul de îngrijiri instituționale în ultimul deceniu, trebuie remarcat:

- Manual de bune practici - Ghid pentru îngrijirea rezidențială a copiilor și tinerilor către lideri, profesioniști, copii, tineri și familia lor, CID (2005).
- Planul DOM - Provocări oportunități și schimbări (2007)
- Plan SERE + (pentru a sensibiliza, a angaja, a reînnoi, a avea speranță, mai mult) (2012)

IV.4. Programe de sprijin pentru părinți în Portugalia

Fundația Calouste Gulbenkian a pus copiii și tinerii aflați în situație de risc în fruntea priorităților. Pe o perioadă de patru ani (2008/2011), prioritatea a fost acordată sprijinului pentru familiile cu copii și tineri aflați în situație de risc sau în pericol, prin executarea proiectelor de educație parentală, înțeleasă ca o măsură preventivă de instituționalizare.

În prezent, Portugalia "desfășoară acțiuni de sensibilizare și de prevenire", ca de exemplu acțiunile din cadrul Proiectului Tecer a Prevenção sau MPMTI (Luna pentru prevenirea maltratării copilului).

Pentru a crea la nivel național momente și site-uri practice care să servească la informare, sensibilizare și reflectare - în mod cuprinzător și cu mare impact - toți cei implicați în educație, de la instituții la părinți și educatori, în cursul acestui an s-au desfășurat mai multe activități cu participarea a 1263 de entități / instituții la nivel național, punându-se accent pe participarea ridicată a municipalităților, a școlilor, a IPSS și a serviciilor de sănătate.

Promovarea drepturilor și prevenirea riscurilor

Activitățile din domeniul promovării drepturilor și prevenirii riscurilor, dezvoltate de toate CPCJ ale țării în exercitarea competențelor care le sunt conferite în articolul 18 din LPCJP, sunt în mare măsură implementarea Proiectului Tecer a Prevenção (PTP) și Luna pentru prevenirea maltratării copiilor (MPMTI), începând cu 2008 și, respectiv, 2010, cu o acceptare crescândă din partea CPCJ. În 2016, CPCJ a monitorizat 34 497 de copii și tineri în cadrul măsurilor de promovare și protecție, care corespunde unui procentaj de 47,8% din numărul total al copiilor și tinerilor monitorizați.

Măsura "sprijinul strâns al părinților" a fost cea mai aplicată, cu 27 060 cazuri (78,4% din totalul măsurilor). Măsurile de "sprijin strâns al altui membru al familiei", urmat de 3427 (9,9%), iar măsurile "locuință rezidențială" au fost aplicate pe 3242 de cazuri (9,4%).

Analiza măsurilor implementate la nivel național, așa cum este prezentată în tabelul 2, arată că măsura de susținere a părinților (78,4%) a fost cea mai aplicată. Următoarele sunt, în ordine descrescătoare, sprijinul pentru alți membri ai familiei (9,9%), îngrijirea rezidențială (9,4%), încrederea într-o persoană de încredere (1,4%), sprijinul pentru autonomia vieții (0,6% 0,3%).

Table 2* - Measures implemented and/or running by age group

Suport	N/R	0 5 ani	6-10 ani	11-14 ani	15-21 anni	Total	%
sprijinul apropiat al părinților	274	4942	5588	6308	9948	27060	78,4
sprijinul apropiat al altor membri din familie	22	760	696	769	1180	3427	9,9
Încrederea într-o persoană demnă de încredere	3	71	78	122	193	467	1,4
Sprijin pentru autonomia vieții	4			1	202	207	0,6
Plasament	1	12	17	26	38	94	0,3
Locuință rezidențială	19	483	377	682	1681	3242	9,4
	323	6268	6756	7908	13242	34497	100

În CPCJ. (2017). Relatório de Avaliação da Atividade la CPCJ - 2016. Mai 2017

Analiza celor 27060 de măsurilor de susținere strânsă a părinților, în funcție de grupa de vârstă, arată că numărul măsurilor aplicate crește în proporție directă cu creșterea vârstei copiilor și a tinerilor. Grupul de vârstă de 15 până la 21 de ani - 36,8% din totalul acestei măsuri - se deosebește de grupa de vârstă de la 0 la 5 ani, ceea ce corespunde cu 18,3%. În distribuția pe sexe predomină copiii și tinerii de sex masculin (56,3%, 15 225).

În ansamblu, aceasta este imaginea proiectelor de diagnostic și intervenție, în ceea ce privește părinții și copiii cu nevoi speciale.

Referințe

1. Ager, A. (2013). Revizuirea anuală a cercetării: Reziliența și stare de bine a copilului - implicații în materie de politici publice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (4), 488-500. doi: 10.1111 / jcpp.12030
2. Blacher J, McIntyre LL. (2006). Sindromul specific și tulburările comportamentale la adulții tineri cu dizabilități intelectuale: Diferențe culturale în impactul familial. *Oficial al cercetării privind dizabilitatea intelectuală*. 50 (Pt3): 184-198

3. Choi, E.K., & Yoo, I.Y. (2015). Rezistența în familiile copiilor cu sindrom Down în Coreea. *Jurnalul Internațional de Practică Nursing*, 21 (5), 532-541. doi: 10.1111 / ijn.12321
4. Comisia Națională pentru Promovarea Drepturilor și Protecția Copiilor și Tinerilor. (2017). Raportul de activitate al CPCJ - 2016. Comisiile pentru protecția copiilor și tinerilor (CPCJ). Mai 2017.
5. Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., Dias, P. (2010). Versiunea portugheză a Scalei dificultăților de reglementare emoțională și relația acesteia cu simptomele psihopatologice. *Rev Psiq Clin*. 2010; 37 (4): 145-51.
6. Decretul-lege nr. 332-B / 2000 din 30 decembrie. Reglementarea Legii privind protecția copiilor și a tinerilor aflați în situații de risc. DUMINEA REPUBLICII - I SERIA A 300 - 30 decembrie 2000.
7. DeLambo D., Chung W, Huang W. (2011). Stresul și vârsta: o comparație a părinților asiatici americani și non-asiatici americani cu copii cu dizabilități de dezvoltare. *J Dev Dev Disabilitate*. 23: 129-141. doi: 10.1007 / s10882-010-9211-3.
8. Diener, E. și Suh, E. (2003). Diferențele naționale în ceea ce privește stare de binea subiectivă. În Kahneman, Diener & Schwarz (Eds.), *Stare de binea: Bazele psihologiei hedonice* (pp. 434-450). New York: Fundația Russell Sage.
9. Diener, E., Oishi, S. și Lucas, E. (2003). Personalitate, cultură și stare de bine subiectivă: evaluări emoționale și cognitive ale vieții. *Annual Psychology Review*, 54, 403-425. doi: 10.1146 / anurev.psych.54.101601.145056.
10. Diener, E., Scollon, C. și Lucas, R. (2003). Conceptul enunțant al bunăstării subiective: natura multiplă a fericirii. *Avansuri în îmbătrânirea celulară și gerontologie*, 15, 187-219, doi: 10.1007 / 978-90-481-2354-4_4.
11. Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Constatări recente despre stare de binea subiectivă. *Jurnalul indian al psihologiei clinice*, 24 (1), 25-41.
12. Galinha, I. (2008). Stare de binea subiectivă: factori cognitivi, afectivi și contextuali. *Cvartetul: Coimbra*.

13. Huang, C.-Y., Yen, H.-C., Tseng, M.-H., Tung, L.-C., Chen, Y.-D. și Chen, K.-L. 2014. Impactul comportamentului autist, problemele emoționale și comportamentale asupra stresului parental în îngrijitorii copiilor cu autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1383-1390
14. Isus, N. (2006). Stare de bine în psihologia sănătății În Leal, I. (cord.), *Perspective în psihologia sănătății* (pp. 81-87). Coimbra: Cvartetul.
15. Lecavalier L, Leone S, Wiltz J. (2006). Impactul problemelor comportamentale asupra stresului îngrijitorului la tinerii cu tulburări ale spectrului de autism. *Oficial al cercetării privind dizabilitatea intelectuală*. 2006; 50 (Pt3): 172-183
16. Legea nr.23 / 2017 din 23 mai. A treia modificare a Legii privind protecția copiilor și a tinerilor în pericol, aprobată prin Legea nr.147 / 99, din 1 septembrie, prelungind perioada de protecție până la 25 de ani. *Diário da República*, prima serie - N.º 99 - 23 mai 2017.
17. Lee, J. K. & Chiang, H. (2017): Stresul parental la mamele sud-coreene ale copiilor adolescenți cu tulburări de spectru autism, *Jurnalul Internațional al Persoanelor cu Dizabilități de Dezvoltare*, DOI: 10.1080 / 20473869.2017.1279843
18. Legea nr. 4/2015. Continuăți cu prima modificare a Legii tutelare educaționale, *Diário da República* 10/2015, Seria I din 2015-01-15, Ministerul Justiției.
19. Legea nr. 142/2015 din 8 septembrie. A doua modificare a Legii privind protecția copiilor și a tinerilor în pericol, aprobată prin Legea nr.147 / 99, din 1 septembrie. *Diário da República*, prima serie - N. 175 - 8 septembrie 2015.
20. Legea nr. 31/2003, din 22 august. Măsuri de promovare și protecție. Ministerul Muncii și Solidarității.
21. Legea nr.147 / 99, din 1 septembrie. Legea privind protecția copiilor și a tinerilor în pericol.

22. Legea nr. 166/99, din 14 septembrie. Legea tutelei educaționale a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2001, Ministerul Justiției.
23. Legea nr. 98/98 din 18 aprilie. Crearea Comisiei Naționale pentru Protecția Copiilor și Tinerilor aflați în Risc, Diário da República - I Série - A, nº 91, 18-4-1998. Ministerul Muncii și Solidarității.
24. Lucas, R., Diener, E. și Suh, E. (1996). Valabilitatea discriminatorie a măsurilor de stare de bine. Jurnalul de personalitate și psihologie socială, 71, 616-628. doi: 10.1037 / 0022-3514.71.3.616
25. Mixão, M., Leal, I. și Maroco, J. (2007). Scala parentală de stres. În I. Leal (Ed.). Evaluarea în sexualitate și parențialitate, 199-210. Porto: Livips
26. Ng Deep, C.A. & Leal, I. (2012). Adaptarea Scalei de Reziliență pentru populația adultă din Portugalia. Psicologia, 23 (2), 417-433. doi: 10.1590 / S0103-65642012005000008.
27. Simões, A. (1992). Validarea ulterioară a Scalei de satisfacție a vieții (SWLS). Revista Portuguesa de Pedagogia, 26 (3), 503-515.
28. Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2003). Stare de binea subiectivă a adulților: un studiu transversal. Revista Portuguesa de Pedagogia, 37 (1), 5-30.
29. Smith, A.M., & Grzywacz, J.G. (2014). Sănătate și stare de bine în părinții de vârstă mijlocie a copiilor cu nevoi speciale de sănătate. Familii, sisteme și sănătate: Jurnalul de colaborare în domeniul sănătății în familie, 32 (3), 303-312. <http://doi.org/10.1037/fsh0000049>
30. Su R., Tay L, Diener E. (2014). Appl Psychol Health Well Being. 2014 Nov; 6 (3): 251-79. doi: 10.1111 / aphw.12027. Epub 2014 Jun 12.
31. UNICEF (1989). Convenția privind drepturile copilului din 20 noiembrie 1989 și ratificată de Portugalia la 21 septembrie 1990.
32. Veiga-Branco, A. (2007). Competența emoțională în profesori. In A. A. Candeias, & L.S. Almeida (Coord), Inteligența umană: Cercetare și aplicații (pp. 361-379). Coimbra: Cvartetul.

33. Walsh, F. (2012). Consolidarea rezistenței familiale (a treia ediție). New York: Guilford.
34. Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T. și Herbert, M. 2016. Stresul parental al părinților adolescenților cu tulburare de hiperactivitate cu deficit de atenție. Jurnalul de Psihologie Anormală a Copilului, 44, 561-574. doi: 10.1007 / s10802-015-0050-7

V. INFORMAȚII GENERALE DESPRE CROAȚIA

Croația este republică parlamentar-constituțională unitară și o țară frumoasă („țara celor o mie de insule”), situată în partea sud-estică a Europei pe o întindere de 56.594 Km² (21,851 mile pătrate). Are un frumos cadru natural și o bogată cultură și tradiție. Croația are 4.224 milioane de locuitori, membri ai diferitelor grupuri etnice: 90,4% croați, 4,4% sârbi, și 5,2% alte etnii (bosniaci, unguri, italieni, sloveni, germani, cehi, romani și alții). Copiii și adolescenții reprezintă 21,1% din totalul populației estimate – o proporție relativ scăzută a copiilor din totalul populației. Natalitatea și rata naturală a creșterii indică faptul că societatea croată se află într-un proces de îmbătrânire, și că populația descrește constant.

Există diferențe mari între regiunile Croației în ce privește densitatea și evoluția populației, cea mai mare parte a populației fiind concentrată în patru centre regionale: Zagreb, Split, Rijeka și Osijek.

Capitala țării este Zagreb și limba oficială este limba croată. PIB-ul total al Croației este de 59.911 bilioane \$ (2015.), iar PIB-ul pe cap de locuitori: 13,994 \$. Moneda curentă este Kuna (HRK).

V.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale

Procentul copiilor cu dizabilități în cadrul general al populației este de 4.4% (Benjak, 2017).

Aceasta înseamnă și că aproximativ 4% din populația totală a părinților din Croația o reprezintă părinții copiilor cu nevoi speciale. Acești părinți constituie de fapt un grup vulnerabil cu unele nevoi specifice.

Există diferențe de situație între părinții care au copii cu nevoi speciale, diferențe legate de vârsta copiilor. Familiile „tinere” având copii mici cu

dizabilități au adesea mult mai multe așteptări, sunt mai activi și se interesează pentru a beneficia de cele mai bune servicii de sprijin posibile pentru copiii lor.

Legea din 2012 reglementează intervenția timpurie, deși serviciile și educația pentru intervenție timpurie au luat start cu șase ani mai devreme. Totuși, există o mare diferență în ce privește numărul, varietatea, calitatea sau disponibilitatea serviciilor de sprijin existente în Zagreb și în orașele mari comparativ cu micile orașe sau regiunile rurale și/sau îndepărtate ale Croației. De aceea părinții comunică frustrare și nemulțumire legat de lipsa informațiilor precum și de incompatibilitatea sau slaba coordonare dintre servicii (Pećnik et al, 2013).

Mai mult, câteva studii au arătat că părinții au semnalat lipsă de suport legat nu numai de copiii lor, cât și de ei înșiși, în termeni de suport psihologic și emoțional, în special în perioada în care s-a pus diagnosticul copilului sau imediat după. (Leutar & Štambuk 2007; Milić Babić & Leutar 2014; Pećnik et al, 2013).

Părinții s-au arătat de asemenea nesatisfăcuți de atitudinile neprofesionale ale experților față de ei. (Milić Babić & Leutar 2014).

Rezultatele unui studiu au arătat că părinții copiilor cu dizabilități primesc suportul în special din partea membrilor familiei, apoi din partea colegilor de muncă, a bisericii, ONG-urilor și în final din partea asistenților sociali ai Centrului de Asistență Socială (Leutar & Štambuk 2007).

În timpul perioadei de școlarizare, părinții raportează lipsa de sprijin din partea școlii și în special lipsă de înțelegere și o slabă comunicare cu profesorii.

Mamele menționează drept motiv pentru ruperea relațiilor maritale lipsa rolului și a figurii paterne precum și transferul responsabilităților de la tată la mamă. Mamele declară că tații se preocupă insuficient de copiii lor cu dizabilități. În ciuda faptului că marea majoritate a mamelor au declarat că beneficiază de suport din partea soților lor, totuși mamele cară în cea mai mare parte povara.

Nu doar că mamele își sprijină copiii în procesul de învățare și reabilitare dar sunt și avocate ale drepturilor acestora (Veldić 2012. După Igrić et al. 2014)

Pe de altă parte părinții din familii „bătrâne” având copii mai în vârstă cu dizabilități, sunt deseori izolați, epuizați, obosiți și uneori bolnavi. Există o serioasă lipsă a serviciilor în ce privește oamenii în vârstă cu dizabilități și familiile acestora. Aceștia se bazează doar pe propriile puteri. Primesc suport din partea rudelor apropiate sau a vecinilor. Cu cât îmbătrânesc au din ce în ce mai puțină energie pentru a-și putea duce copiii la Centrele de îngrijire de zi sau la ONG-uri, dacă au această oportunitate măcar. Cea mai mare îngrijorare pentru ei o constituie asigurarea grijii copiilor lor în momentul în care nu vor mai putea ei înșiși să le-o acorde sau din momentul în care nu vor mai fi. (Wagner Jakab et al., 2016).

Conștientizarea importanței sprijinirii părinților cu copii cu dizabilități este în creștere în Croația. Există din ce în ce mai multe servicii aflate în sprijinul acestora, dar încă nu destule. Încă există o lipsă a serviciilor adresate fraților și bunicilor copiilor cu dizabilități. Este foarte important ca familiile copiilor cu dizabilități să beneficieze de un sprijin emoțional continuu și sistematic.

V.2. Statisticvi naționale

Statistici din 2017. (Benjak, 2017) arată că populația Croației este de 4.224 milioane de locuitori. Există 511 850 copii și adulți cu dizabilități, 307 934 fiind de sex masculin (60%) și 203 916 de sex feminin. Sunt 24 278 băieți cu dizabilități și 14 777 fete. În relație cu populația totală a copiilor din Croația, procentul copiilor cu dizabilități e de 4.4%.

Cei mai mulți copii cu dizabilități, 29%, locuiesc în orașul Zagreb și în cantonul Split-Dalmația. Comparând proporția copiilor cu dizabilități în relație cu populația totală tragem concluzia că cea mai mare proporție a copiilor cu dizabilități se află în cantonul Koprivnica-Križevci.

Mulți dintre copiii cu dizabilități din Croația prezintă multiple dizabilități (43.1%), după cum arată tabelul 1. Marea majoritate a copiilor cu dizabilități

multiple prezintă dizabilități intelectuale. Dizabilitatea intelectuală (ID) este în procent de 16.3% iar 49% dintre aceștia au dizabilitate intelectuală moderată.

Tabel 1. Tipuri de dizabilități la copii

Tipul dizabilității	Număr	Proporția (%) în cadrul copiilor cu dizabilități
Acuitate vizuală scăzută (deficiență)	969	3.0
Deficiență de auz	1069	3.3
Probleme (deficiențe) specifice de limbaj	12078	37.6
Deficiență a sistemului locomotor	1746	5.4
Deficiență a sistemului nervos central	6035	18.8
Deficiență a sistemului nervos periferic	363	1.1
Altă deficiență de organ	2847	8.9
Dizabilitate intelectuală	5246	16.3
Tulburare mintală și de comportament	3221	10
Tulburare profundă de dezvoltare	1257	3.9
Anomalii congenitale cromozomiale	2662	14.6
Dizabilități multiple	8673	43.1

Cel mai comun diagnostic legat de deficiența de Sistem Nervos Central îl reprezintă distonia – 2161 copii; paralizia cerebrală infantilă – 1627 copii și epilepsia – 1510. Cea mai comună afecțiune cromozomială o reprezintă sindromul Down – 675 copii.

Conform datelor statistice, cinci copii cu dizabilități au încercat suicidul, iar 36 au fost abuzați. Copiii cu dizabilități în Croația sunt incluși în procesul educațional, 21555 dintre ei, după cum arată înregistrările.

Programul educațional de bază este unul incluziv, cuprinzând planuri individualizate, în special pentru copiii cu deficiențe specifice de limbaj, deficiențe de învățare, dizabilități multiple și dizabilități intelectuale.

Majoritatea copiilor cu dizabilități trăiesc în mijlocul familiilor (97.5%), doar câțiva se află în grija asistenților maternali (0.6%), iar 275 de copii cu dizabilități sunt instituționalizați.

V.3. Politici incluzive în Croația

Incluziune înseamnă a răspunde diversității nevoilor tuturor elevilor, prin creșterea implicării acestora în învățare, cultură și comunitate, și reducerea excluderii de la educație sau excluderii în cadrul procesului educațional.

Implică schimbări de conținut, de abordări, structuri și strategii, conduse de o viziune comună asupra tuturor copiilor și de convingerea că este responsabilitatea sistemului de învățământ de bază să asigure educația tuturor (UNGEI, 2010).

Incluziunea implică adaptarea și deschiderea sistemului de învățământ către toți elevii, indiferent de tipul sau gradul de deficiență, cultura căreia îi aparțin, limba sau alte posibile diferențe.

Educația incluzivă în Croația se află într-un proces de dezvoltare privind capacitatea școlilor de a se adapta tuturor elevilor.

Sistemul de educație în Republica Croația acordă incluziune tuturor copiilor, elevilor și tinerilor, la toate nivelurile, inclusiv copiilor cu handicap de dezvoltare, copiilor care sunt membri ai minorităților naționale, elevilor supradotați și copiilor sau tinerilor dezavantajați (EASNIE, 2017).

Croația este participantă la majoritatea convențiilor internaționale ce țin de drepturile omului, cum ar fi Convenția UNESCO privind Drepturile Copilului (1989). Croația a ratificat Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (2007) și a adoptat Protocolul Facultativ pentru Implementarea Convenției.

Înființarea Ombudsmanului pentru Persoanele cu Dizabilități a fost un prim pas înainte spre reprimarea discriminării pe această bază, dar și legat de alte temeuri în general.

Extinderea practicilor școlare incluzive în educația primară și secundară din Croația a evoluat prin Legea Educației în Școli la Nivel Elementar și Secundar (Official Gazette 87/08, 86/09, 92/10 și 105/10) și prin Standardele Pedagogice (2008).

Cadrul legislativ constituie o premisă importantă în ce privește educația incluzivă, dar pe lângă aceasta, este important ca părțile interesate din cadrul procesului educațional să fie informate, să crească conștientizarea și sensibilizarea în ce privește drepturile copilului și împuternicirile profesorilor, informând și responsabilizând părinții și copiii (Žic Ralić, 2012).

Copiii cu dizabilități ușoare sunt înscriși în învățământul de masă, pe când copiii cu deficiențe considerabile sunt înscriși în instituțiile de învățământ special. Procesul de înscriere constă într-o procedură reglementată legal de evaluare a stării psiho-fizice a copilului pentru a determina cel mai potrivit program educațional și sprijinul de care are nevoie, metodele și mijloacele de învățământ necesare de-a lungul perioadei obligatorii de învățământ (Official Gazette, 102/06). Scopul este de a asigura fiecărui copil oportunitatea de a învăța în mediul natural și prin urmare există tendința de a integra copilul în învățământul de masă.

Educația incluzivă este implementată în funcție de două modele educaționale, incluziune totală și parțială. Incluziunea totală implică includerea elevilor cu dizabilități în învățământul de masă unde învață după curriculumul obișnuit adaptat stilurilor individuale de învățare sau după curricula adaptată propriilor capacități. Incluziunea parțială presupune ca elevii cu dizabilități (majoritatea dizabilități intelectuale moderate) să dobândească o parte din educație (matematică, comunicare, științe) într-o clasă separată cu un profesor pentru învățământ special, iar celelalte obiecte (arte și sport) să se desfășoare în clasa de învățământ de masă cu profesor obișnuit.

Programul de integrare parțială nu este implementat în fiecare școală.

Incluziunea necesită sprijin profesional și unele ajustări de natură spațială, pedagogică și didactică ce trebuie făcute pentru a asigura educația potrivită și socializarea copiilor cu deficiențe de dezvoltare.

Profesioniștii din domeniul educației, care lucrează cu copii având deficiențe de dezvoltare, asigură sprijin profesorilor și părinților; aici sunt incluși reabilitatorii educaționali, terapeuții de vorbire și limbaj și pedagogii sociali care constituie membri ai echipei de experți școlari. De obicei există unul dintre experții mai sus menționați care să asigure sprijin copiilor cu dizabilități în fiecare școală, dar încă sunt școli fără nici un expert responsabil de copiii cu dizabilități. Educația incluzivă în Croația încă nu s-a dezvoltat la nivelul de a oferi aceeași calitate tuturor elevilor croați.

Croația a urmat tendințelor internaționale și a adus prevederi în ce privește planurile naționale de educație, strategiile și legislația legată de profesorul de sprijin. Profesorul de sprijin și echipa itinerantă de experți ce sprijină copiii cu dizabilități, implementată în Croația din 2007, este unul dintre modelele de suport oferit pentru a facilita accesul la învățământul de masă.

Copiii cu nevoi speciale care termină nivelul primar pot să-și continue educația la nivelul secundar. Elevii cu cerințe speciale care vor să participe la evaluarea națională pot să o facă folosind o tehnologie adaptată pentru examinare. Aceasta se face prin colaborarea cu Centrul Național pentru Evaluare Externă în Educație.

Regulamentele și legislația instituțiilor de învățământ superior din Republica Croația includ principiile constituționale legate de interzicerea oricărei forme de discriminare și egalitatea drepturilor pentru toți studenții și programe de studiu de bună calitate. Patru din șapte universități din Republica Croația (Universitățile din Zagreb, Zadar, Rijeka și Osijek) au ca țintă facilitarea accesului la educația superioară și oferirea de sprijin studenților cu dizabilități.

V.4. Programe de sprijin pentru părinții din Croația

Există o lipsă de bibliografie privind programele de suport pentru părinții din Croația. Deși se înțelege că asigurarea de sprijin familiilor constituie o parte vitală a oricărui sistem de protecție a copiilor cu dizabilități, acest principiu de obicei nu este vădit în practică.

Sprijinul și educația specifică a părinților cu copiii ce au dizabilități se oferă în cadrul programelor educaționale și în instituțiile sociale. De obicei, părinții primesc suportul individual sau în grupuri mici. Acesta include de obicei subiecte precum îmbunătățirea abilităților parentale și educarea părintelui în vederea sprijinirii copilului în achiziția unei noi deprinderi sau abordarea comportamentului problematic. Suportul este de obicei mai mult informal iar calitatea acestuia depinde de motivația și efortul singur al profesorului specializat sau a altor cadre și nu este oferit în mod sistematic într-un cadru instituționalizat. De asemenea, nu este planificat sau evaluat în multe dintre instituții.

Există niște pachete educaționale care se livrează familiilor ce au copii cu dizabilități. Atelierele „Let's go together plus” s-au dezvoltat cu sprijinul oficiului UNICEF din Croația pentru părinții având copii cu dizabilități. Scopul programului este de a oferi părinților informații, cunoștințe și abilități care să îi ajute în îndeplinirea responsabilităților parentale și de a încuraja dezvoltarea personală și a competențelor parentale precum și a competențelor copilului. Aceste ateliere sunt conduse de către profesioniști instruiți în cadrul diverselor instituții pentru copii cu dizabilități și în ONG-uri, iar programul este evaluat (Starc, 2014).

Programul adresat familiilor cu copii având tulburări de spectru autist (ASD) „Positive approaches to autism” se desfășoară în cadrul proiectului ESIPP ERASMUS+ pe baza unui studiu asupra părinților (Preece et al, 2017). Scopul programului este de a oferi părinților cunoștințe despre ASD precum și strategii și abilități de parenting specifice autismului (Preece et al, 2017a).

Grupuri de sprijin destinate fraților și surorilor sunt organizate în diverse instituții și ONG-uri de către diverși profesioniști. Modelele Wagner Jakab, Cvitković și Hojanić (2006) sunt folosite în unele ONG-uri și instituții.

În concluzie, există anumite inițiative și activități în sprijinul părinților dar sunt și multe provocări:

- Suportul oferit este adesea pe bază de proiect, nefiind durabil ;
- Programele educaționale sunt variate dar nu sistematice și consistente ;
- Nu există o educație sistematică a părinților dintr-un capăt în altul al țării, educația nefiind accesibilă tuturor părinților ;
- Există programe educaționale care sunt adesea neevaluate;
- Părinții educați în folosirea unui anumit program specific nu sunt urmăriți apoi îndeaproape, supervizați și nu primesc nici un suport când încep să aplice acele programe pe copiii lor.

Referințe

1. Benjak, T. Report about people with disabilities in Republic of Croatia, Croatian Institute for Public Health, 2017. Available at: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/04/Invalidi_2017.pdf
2. European Agency for Special Needs and Inclusive Education, Croatia - Special needs education within the education system, visited on July 10th 2017 <https://www.european-agency.org/country-information/croatia/national-overview/special-needs-education-within-the-education-system>
3. Igrić, Lj., Fulgosi-Masnjak, R. & Wagner Jakab, A. Roditelji i djeca s teškoćama, Centar inkluzivne potpore IDEM. 2014 <https://bib.irb.hr/prikazirad?&rad=763032>

4. Leutar, Z. & Štambuk, A. Invaliditet u obitelji i izvori podrške, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 43(1):2007 pp 47 - 61
<http://hrcak.srce.hr/22099>
5. Milić Babić, M. & Leutar Z. Iskustva s ranom intervencijom roditelja djece s teškoćama u razvoju, Ljetopis socijalnog rada, 20(3):2014 pp 453-480
<http://hrcak.srce.hr/118484>
6. Pećnik et al. Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlade dobi, Printera Grupa d.o.o. 2013, available at: http://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2015/09/Kako_roditelji_i_zajednice_brinu_o_djeci_najmlade_dobi.pdf
7. Preece, D., Symeou, L., Stošić, J., Troshanska, J., Mavrou, K., Theodorou, E. & Frey Škrinjar, J. Accessing parental perspectives to inform the development of parent training in autism in south-eastern Europe. European Journal of Special Needs Education, 32 (2):2017, pp 252-269.
8. Preece, D., Stošić, J., Frey Škrinjar, J., Troshanska, J., Symeou, L., Mavrou, K., Theodorou, E. & Trajkowski, V. (a) Education for Families of Children with ASD. 9th International Conference of the Faculty of Education and Rehabilitation Sciences University of Zagreb. 17-19 May 2017, Zagreb

VI. INFORMAȚII GENERALE DESPRE LITUANIA

VI.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale

Asistența pentru părinții copiilor cu nevoi speciale este acordată de instituții guvernamentale și neguvernamentale. Scopul instituțiilor guvernamentale și neguvernamentale este de a ajuta familiile să-și îndeplinească funcțiile lor prin adaptarea la noile condiții, fără a-și pierde identitatea.

Suportul este strâns legat de serviciile de sănătate, educație și securitate socială.

Legea privind integrarea socială a persoanelor cu handicap din Republica Lituania (2000) stabilește dreptul persoanelor cu handicap la un complex de măsuri de reabilitare medicale, profesionale și sociale.

Reabilitare medicală se realizează în spitale multi-profil, clinici ambulatorii, la domiciliu, în departamentele sanatoriilor. Reabilitarea socială și profesională se realizează prin instituții de îngrijire și asistență municipale, instituții sociale de îngrijire și asistență, instituții de formare profesională, organizațiile sociale pentru persoanele cu handicap, instituțiile speciale profesionale și sociale de reabilitare a persoanelor cu handicap.

Deosebit de important este începutul serviciilor de reabilitare, care determină succesul lucrului în continuare cu familia. Ele oferă asistență complexă timpurie copiilor de la naștere până la 3 ani. Și în cazuri speciale până la 7 ani. Ele ajuta pentru a asigura detectarea timpurie a handicapului la copil și să ofere asistență complexă în timp util atât copiilor cu dizabilități cât și părinților lor. Serviciile de reabilitare precoce sunt furnizate cât mai aproape posibil de locul de reședință al copilului, de serviciile sanitare primare pentru copii și de serviciile de spitalizare din unitățile sanitare pentru copii.

Departamentul de reabilitare rapidă oferă asistență pentru părinții copiilor cu handicap sau copii cu un factor de risc pentru întreruperea dezvoltării. Scopul Departamentului este reabilitarea medicală, psihologică și socială a copiilor și familiilor lor, îmbunătățirea adaptării lor sociale și funcționale. La evaluarea dezvoltării copilului, după diagnosticul de tulburare de dezvoltare, toate informațiile sunt furnizate părinților. Este organizat un program de reabilitare a copilului, cuprinzând informații privind metodele cele mai adecvate de reabilitare și educație a copilului, iar părinții sunt învățați cum să le aplice acasă. Se formează grupuri de autoajutorare pentru părinți, cu lucru în echipa de sprijin. Informația este partajată cu părinții și organizațiile specializate.

Fiecare primărie de oraș (municipalitate) a stabilit centre de asistență socială al căror scop este de a oferi servicii sociale și beneficii rezidenților care nu-și poate permite să aibă grijă independent de viața lor personală (de familie) și care au nevoie de asistență în îndeplinirea nevoilor și problemelor sociale esențiale.

Serviciul de asistență familială este constituit la centrul de asistență socială. Scopul său este de a oferi asistență în rezolvarea situației de criză într-o familie. Funcția principală a familiei de asistență este de a informa și consilia individual membrii familiei asupra problemelor sociale și psihologice, să medieze între client și alte agenții de asistență socială. Aceste servicii sunt create pentru familiile în care cresc copii sub vârsta de 18 ani care sunt într-o situație de criză din cauza uneia sau a mai multor probleme sociale (dependențe diferite, handicap, sărăcie, lipsă de abilități sociale, etc.) și care, din cauza circumstanțelor, nu sunt capabili să facă față crizei individual. Acesta oferă informații individuale și sfaturi pe o gamă largă de probleme sociale și psihologice prin telefon, la client acasă și la birou, mediază prin cooperare între specialiștii din diferite instituții în scopul rezolvării unor probleme comune de suport social pentru clienți.

Multe organizații non-guvernamentale care operează în Lituania, sunt considerate parteneri echivalenți în dezvoltarea de servicii sociale, în special în

contextul părinților cu copii cu dizabilități. În acest domeniu, ONG-urile sunt inițiatorii de forme de organizare a serviciilor noi și eficiente și reprezentanții lor sunt invitați în calitate de consultanți în modelarea politicilor sociale.

Serviciile sociale sunt furnizate de ONG-uri în două forme: stabilirea de noi ONG-urilor care furnizează servicii sau asistență și sprijin direct prin programe de ONG.

VI.2. Statistici naționale

Tabel 1. Number of children recognised as disabled for the first time

Anul	2011	2012	2013	2014	2015
Profund	157	147	143	138	156
Moderat	718	850	818	1 015	949
Minor	1 165	1 110	762	767	655

Notă. Cifre luate de la Departamentul de statistică <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=06a08946-fb13-41ed-a85e-edf57950ea82#/>

Tabel 2. General school pupils with special educational needs

	Anul	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Cursuri speciale și de dezvoltare (integrare parțială)	Total	959	986	1 023
	Elevi cu dizabilități	915	929	909
	Elevi cu dificultăți de învățare	43	53	112
	Elevi cu dezavantaje de învățare	1	4	2
Cursuri generale (integrare deplină)	Total	34 596	34 032	34 143
	Elevi cu dizabilități	4 407	4 284	4 145
	Elevi cu dificultăți de învățare	29 785	29 388	29 567
	Elevi cu dezavantaje de învățare	404	360	431
Școlile speciale și centre	Total	3 663	3 638	3 680
	Elevi cu dizabilități	3 390	3 433	3 446

educaționale speciale	Elevi cu dificultăți de învățare	271	205	231
	Elevi cu dezavantaje de învățare	2	-	3

Notă. Cifre luate de la Departamentul de statistică <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=06a08946-fb13-41ed-a85e-edf57950ea82#/>

În 2015-2016 aproximativ 2.600 de copii cu dizabilități au primit servicii sociale în centre de îngrijire de zi.

Au existat 29 școli speciale și centre de educație specială cu copii 1 062; 4 case de asistență socială pentru copii și tineri cu dizabilități cu copii 460 din Lituania în 2016.

Au existat 67 unitățile preșcolare cu grupuri speciale din Lituaniei în 2016. Conform tabelului 3 1 555 copii au participat la aceste unități în zonele urbane și rurale.

Tabel 3. Numărul copiilor în unitățile preșcolare cu grupuri speciale

Anul	2014	2015	2016
Total	1 801	1 737	1 555
Dizabilitate intelectuală	69	56	60
Tulburări de vorbire și limbaj	836	832	694
Deficiențe vizuale	18	18	8
Probleme auditive	74	57	66
Handicap fizic și tulburări neurologice	35	52	18
Tulburări complexe	589	561	504
Alte cazuri	180	161	205

Notă. Cifre luate de la Departamentul de statistică <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=08e0868a-7428-4bdc-8a04-3554398f7747#/>

În 2016-2017 aproximativ 16 976 copiilor cu nevoi educaționale speciale au fost integrați în grupuri de uz general din instituțiile preșcolare. În 2016-2017 aproximativ 37760 copii cu nevoi speciale au fost integrați în școli generale (tabelul 4).

Tabel 4. Elevi de școală generală cu nevoi educaționale special

		2014-2015	2015-2016	2016-2017
Cursuri speciale și dezvoltare (integrare parțială)	Total	959	986	1 023
	Dezavantaje de învățare	1	4	2
	Dizabilitate intelectuală	495	504	479
	Dificultăți de învățare	-	-	-
	Tulburări de vorbire și limbaj	11	18	40
	Deficiențe vizuale	1	3	1
	Probleme auditive	17	8	-
	Handicap fizic și tulburări neurologice	7	6	14
	Tulburări de comportament și / sau emoționale	-	-	1
	Tulburări de dezvoltare multilaterale	13	13	40
	Tulburări complexe și alte handicapuri	382	395	375
	Tulburări complexe	31	33	69
	Alte cazuri	1	2	2
Cursuri generale (integrarea deplină)	Total	34 546	33978	34 090
	Dezavantaje de învățare	404	360	431
	Dizabilitate intelectuală	2 553	2 413	2 326
	Dificultăți de învățare	6 482	6 110	5 952
	Tulburări de vorbire și limbaj	17 228	16 837	16 723
	Deficiențe vizuale	85	86	90
	Probleme auditive	177	185	199
	Handicap fizic și tulburări neurologice	551	550	536

	Tulburări de comportament și / sau emoționale	451	460	446
	Tulburări de dezvoltare multilaterale	232	312	332
	Tulburări complexe și alte handicapuri	759	684	609
	Tulburări complexe	5 624	5 981	6 446
	Alte cazuri	-	-	-
Școlile speciale și centre educaționale speciale	Total	3 639	3 606	3 647
	Dezavantaje de învățare	2	-	3
	Dizabilitate intelectuală	1 650	1 660	1 643
	Dificultăți de învățare	-	-	-
	Tulburări de vorbire și limbaj	1	-	-
	Deficiențe vizuale	68	67	59
	Probleme auditive	202	178	172
	Handicap fizic și tulburări neurologice	92	112	105
	Tulburări de comportament și / sau emoționale	71	15	14
	Tulburări de dezvoltare multilaterale	31	43	41
	Tulburări complexe și alte handicapuri	1 319	1 339	1 393
	Tulburări complexe	2	5	16
	Alte cazuri	197	185	201

Notă. Cifre luate de la Departamentul de statistică

<https://osp.stat.gov.it/web/guest/statistiniu-rodikliu->

analize?portletFormName=visualization&hash=2de1e301-befe-441b-af67-ed7d04779452#/

VI.3. Politici de incluziune

În 1991 a fost aprobată prima Lege a Educației a Republicii Lituania cu independența restaurată (1991), și a fost stabilit dreptul fiecărei persoane cu nevoi educaționale speciale să dezvolte și să aleagă instituția de învățământ cea mai apropiată de casa. Această prevedere a devenit începutul educația formală și educația integrată pentru persoane cu nevoi educaționale speciale.

La acel moment, a existat o mare varietate de sisteme de educație și modelele lor de finanțare în Europa: țări cu o pistă de finanțare, țări cu două piste, țări mai multe piste. S-a decis pentru a alege modelul "țări mai multe piste", în speranța de a oferi posibilitatea de a alege gama de servicii care să asigure atât funcționarea coerentă atât sistemului de învățământ general, cât și a sistemului de învățământ special (Aidukienė, Labiniene, 2003). Educația copiilor cu nevoi educaționale speciale este furnizată de școli pentru învățământul obligatoriu și școli pentru învățământul universal, în cazuri speciale, școli (clase) pentru elevii cu nevoi educaționale speciale.

Conform legii speciale de educație (1998), persoanele cu nevoi educaționale speciale sunt "copii și adulți care, din cauza afecțiunilor congenitale sau dobândite, au oportunități limitate de participare la procesul educațional și viață socială". Potrivit legii, nevoia educațională specială poate fi ușoară, moderată, profundă sau severă. Grupurile de elevi cu nevoi educative speciale sunt stabilite și nevoile lor educaționale speciale se împart în minore, moderate, profunde și grave, în conformitate cu procedura stabilită de Ministrul Educației și Științei, Ministrul Sănătății și Ministrul Securității Sociale și Muncii.

Articolul 14 din noua lege de modificare a Legii învățământului (2011) definește nevoi educaționale speciale ca nevoie de asistență și servicii în procesul de învățământ, care apar datorită fie a fi extrem de talentat, tulburări congenitale

sau dobândite, sau dezavantaje din mediul de proveniență a unei persoane. Ministrul Educației și Științei, Ministrul Sănătății și Ministrul Securității Sociale și Muncii din Republica Lituania au promulgat Actul legislativ pe declarații/ de identificare a persoanelor cu nevoile speciale educaționale și nivelurile speciale educaționale pe 13 iulie 2011. Acest act legislativ a stabilit o declarație de identificare a elevilor cu dizabilități, cu dificultăți de învățare, cu dezavantaje și niveluri de nevoi educaționale speciale în conformitate cu A, B și C (pe baza Organizației pentru Cooperare Economică și Dezvoltare Tripartită a sistemului de clasificare transnațională: elevi cu dizabilități, dificultăți de învățare, dezavantaje).

Articolul 14 din noua lege de modificare a Legii învățământului (2011) spune: scopul educației pentru elevii cu nevoi educaționale speciale trebuie să fie pentru a ajuta elevii să învețe și să fie instruiți în funcție de abilitățile lor, să atingă un nivel de educație și de a dobândi o calificare prin recunoașterea și dezvoltarea abilităților și capacităților lor. Educația elevilor cu nevoi educaționale speciale sunt organizate în conformitate cu procedura stabilită de Ministerul Educației și Științei.

Sistemul actual de învățământ în Lituania, școlile din învățământul general sunt împărțite în școli universale și școli pentru elevii cu nevoi educaționale speciale (școli speciale).

Indiferent de ce școală va fi ales, un elev cu CES ar trebui să aibă posibilitatea de a învăța în funcție de abilitățile sale și de a dobândi educație și calificare, recunoașterea și dezvoltarea capacităților și competențelor. Accesul la învățământ trebuie să fie asigurat de adaptarea mediului școlar, asistenței psihologice și pedagogice speciale, să ofere măsuri de sprijin tehnic pentru educație la școală și materiale didactice specifice. În școala generală este acceptată educația pentru elevii cu nevoi educaționale speciale "... persoane care au nevoi educaționale speciale profunde și grave".

Educația elevilor cu nevoi educaționale speciale este pusă în aplicare de către toate școlile furnizoare de educație obligatorie și universală, de alți furnizori de educație și, în alte cazuri, - școli (clase) concepute pentru elevii cu nevoi educaționale speciale.

Educație în școală pentru elevii cu nevoi educaționale speciale pot fi oferite doar pentru elevii cu dizabilități inerente sau dobândite cu nevoi educaționale speciale profunde sau severe. Elevii cu nevoi educaționale profunde sau severe pot fi educați în școlile generale pentru elevii cu nevoi educaționale speciale până la 21 de ani.

Tipurile de școli de cultură generală pentru elevii cu nevoie educaționale speciale sunt: școli speciale, centre educaționale speciale, centre multifuncționale educaționale speciale etc.

Școlile speciale sunt concepute pentru elevii cu vârsta de la 7 (6) până la 20 de ani pentru a studia în conformitate cu programele de educație primară, de bază și programe de dezvoltare a abilităților sociale adaptate lor.

Centrele educaționale speciale sunt concepute pentru elevii cu vârsta de la 7 (6) până la 20 de ani pentru a studia în conformitate cu programele de educație primară, de bază și secundare adaptate și programele de dezvoltare a abilităților sociale, pentru obținerea de unei asistențe educaționale necesare și asigurarea asistenței metodologice pentru profesorii altor școli, asigurarea asistenței specialiștilor în adaptarea de programe de învățământ general, mediul educațional, selectarea materialelor speciale de formare, consilierea părinților (sau a îngrijitorilor), care permite îmbunătățirea calificării cadrelor didactice și specialiștilor în asistență educațională. Școală specială - Centrele multifuncționale educaționale speciale sunt concepute pentru elevii cu vârsta de la 7 (6) până la 16 ani vechi, care au nevoi educaționale profunde sau severe pentru a studia în funcție de programele de educație primară și de bază adaptate și programe de dezvoltare de abilități sociale; alte programe de educație non-formală pentru copii și (sau) educație non-formală pentru adulți sunt puse în

aplicare, de asemenea, în aceste centre, oferind oportunități pentru serviciile culturale, sociale și alte servicii necesare pentru comunitatea locală.

Organizarea educației în școlile speciale. Școlile, pentru satisfacerea nevoilor educaționale speciale ale elevilor, trebuie să asigure educația într-un mediu educativ adaptat, furnizând suport educațional, materiale speciale de predare și învățare și suport tehnic.

Cursuri speciale și clase de dezvoltare sunt concepute în școlile speciale. Clasele speciale - sunt clase pentru elevii cu dizabilități inerente sau dobândite cu nevoie educaționale speciale profunde sau severă. Clase de dezvoltare - clase pentru elevii cu "dizabilități intelectuale ușoare, moderate sau severe, mai multe tulburări sau alte tulburări de dezvoltare".

Programele educative sunt adaptate și individualizate ținând cont de nevoile educaționale speciale ale elevilor, ale părinților (îngrijitorilor), precum și de recomandările serviciilor pedagogice psihologice sau ale specialiștilor de sprijin educațional. Elevii cu nevoi educaționale speciale din cauza dizabilității intelectuale sunt educați în funcție de programe de educație individualizată primare, de bază, care poate duce în formarea profesională continuă sau de educație în conformitate cu programul de dezvoltarea abilități sociale.

Plan de educație individualizată a elevului – este un plan de învățare adaptat la abilitățile lor și la nevoile acestora de învățare; acesta este conceput pentru a ajuta elevul să ajungă la cele mai înalte realizări educaționale în conformitate cu puterile lor, pentru a-și dezvolta responsabilitatea personală, competențe și să îndeplinească obiectivele stabilite.

Un plan de educație individuală este dezvoltat pentru elevii a căror nevoi educaționale specifice nu pot fi satisfăcute de o programă școlară generală. Planul de învățământ individual este proiectat conform dizabilității intelectuale ale elevilor (ușoară, moderată sau severă), formei de învățare, modului în care este organizată predarea și scopul punerii în aplicare a educației de către școală.

Programele de dezvoltare a aptitudinilor sociale pot fi implementate în școli/ clase pentru elevii cu nevoi educaționale speciale, în conformitate cu recomandările serviciilor psihologice pedagogice.

Școlile care pun în aplicare programul pentru dezvoltarea abilităților sociale pot alege forma de organizare, conținutul educațional este livrat prin discipline și alte activități, ținând cont de competențele elevilor, de specialiștii din școli și de profesorii pe discipline. Pentru a asigura eficiența educației elevilor cu CES, toate școlile ar trebui să ofere suportul educațional necesar.

Suportul educațional – este un suport furnizate de specialiștii educaționali pentru elevi, părinții lor (îngrijitorii lor), profesorii lor și furnizorii de educație. Acesta include ghidare vocațională, informații educaționale, psihologice, pedagogice sociale, orientare pedagogică specială (logoped, profesor special, tiflo-pedagog, surdo pedagog) sprijin și asistență specială (interpret limbajul semnelor, profesor asistent), îngrijirea sănătății în școală, consiliere, îmbunătățirea calificării profesorilor și alte tipuri de sprijin.

Conform Legii educației (2011) finalizarea programelor de educație formală, pentru scopurile educației speciale, poate dura mai mult decât termenul stabilit. Un elev care studiază la intervale poate finaliza programele prin module separate. Persoanele cu nevoi speciale, care studiază în funcție de programele care îndeplinesc standardele naționale pentru atingerea unui nivel de educație poate atinge un astfel de nivel și/ sau o calificare. În anumite cazuri o calificare este dobândită fără au atins un nivel de educație. Elevii cu nevoi educaționale speciale poate finaliza programe de educație formală la intervale mai scurte sau mai lungi decât un timp stabilit, poate studia intermitent, puteți completa aceste programe cu module separate. Elevii cu nevoi educaționale speciale moderate, profunde sau severe pot fi educați până la 21 de ani în școlile generale concepute pentru elevii cu nevoi educaționale speciale.

În prezent, este implementat în Lituania de către aceste instituții educaționale speciale la nivelul pedagogic trei de asistență psihologică pentru

copii cu nevoi speciale după modelul (educației incluzive și echipa de suport a elevului, 2011):

- Comisia pentru stare de bine a copilului școlar,
- Servicii pedagogice-psihologice locale,
- Centrul Național pentru copiii cu nevoi educaționale speciale și psihologie.

Fiecare instituție efectuează funcțiile proprii. Primul nivel – Comisia pentru stare de bine a copilului școlar. Funcțiile acestei comisii sunt:

1. Oferirea asistenței speciale pedagogice, psihologice, social-pedagogice, asistenței sociale primare pentru elevii în mediul lor imediat;
2. Oferirea asistenței metodice pentru profesori, părinți;
3. Efectuarea unei evaluări preliminare a copiilor cu nevoi educaționale speciale;
4. Analizarea eficienței asistenței educaționale oferite elevului.

Al doilea nivel – serviciul pedagogic-psihologic. Zona lor principal de activitate este de a oferi asistență pentru elev, profesor și școală:

1. Asistență psihologică, social-pedagogică, asistență informațională educațională pentru elevi;
2. Asistență pedagogică specială pentru persoane cu nevoi educaționale speciale;
3. Asistență informațională, expertă și consiliere asistență părinților și școlilor;
4. Asistență psihologică, social-pedagogică, asistență socială pentru școli fără specialiști în asistență educațională.

În conformitate cu legea educației (2011) Comisia pentru stare de bine a copilului numește asistența educațională, în timp ce Serviciul pedagogico-psihologic desemnează furnizarea de educație specială. Comisia pentru stare de bine a copilului efectuează evaluarea inițială nevoi educaționale speciale

studenților. Serviciul pedagogico-psihologic evaluează nevoile educaționale speciale ale unui cursant (cu excepția celor care apar din cauza talentelor excepționale) din punct de vedere pedagogic, psihologic, medical și socio-pedagogic. Învățământul special se alocă de către șeful serviciului pedagogico-psihologic și, în anumite cazuri – de directorul școlii, cu acordul părinților sau tutorilor, în conformitate cu procedura stabilită de Ministerul Educației și Științei.

Al treilea nivel – Centrul Național pentru Educație Specială și Psihologie este instituția responsabilă subordonată Ministerului Educației și Științei pentru dezvoltarea sistemului de sprijin special pedagogic și psihologic, în Lituania. Funcțiile principale ale centrului sunt:

1. Coordonează primul și al doilea nivel al sistemului de sprijin pedagogice și psihologice speciale;
2. Organizează programe de formare pentru specialiști ai serviciilor psihologice-pedagogice municipale;
3. Oferirea de consultanță pentru evaluare sau supravegherea cazurilor dificile sau problematice pentru psihologi, logopezi și învățători speciali care lucrează în serviciile municipale;
4. Construirea sau adaptarea și realizarea testelor psihologice și face recomandări pentru utilizarea lor în serviciile psihologico-pedagogice municipale;
5. Dezvoltarea și adaptarea actelor legislative care urmează punerea în aplicare a Legii privind învățământului special;
6. Cooperarea cu serviciile psihologico-pedagogice municipale;
7. Oferirea de suport metodic pentru serviciile psihologico-pedagogice municipale.

Referințe

1. Aidukienė, T., Lapinienė, R. (2003). Copii cu nevoi speciale, tendințe în educație, de revizuire în contextul reformei educației internaționale și lituaniene (1990–2002 m.). Elementele de bază pentru educația specială (Sud. J. Ambrukaitis, A. Ališauskas, R. Labinienė, J. Ruškus). Šiauliai: editura universității Šiaulių.
2. Centre de educație și ajutor pentru elevii cu nevoi educaționale speciale. Recomandări metodice pentru profesori, educație donatori, 2011
3. Legea învățământului în Republica Lituania (2011).
4. Legea învățământul special în Republica Lituania (1998).
5. Ordinul Ministrului Sănătății din 14 decembrie 2000. Ordinul nr. 728 "pentru copiii cu tulburări de dezvoltare, pentru reabilitarea precoce la nivel secundar și terțiar de organizare a serviciului; descrieri și cerințe.
6. Elevii cu nevoi educaționale speciale, o descriere a procedurilor de organizare a învățământului (2011). Monitorul de stat, 2011-10-11, Nr. 122-5771
7. 2015-2016 și 2016-2017 Programe de educație elementară și secundară în școala generală - planuri pe ani academici. Gudron, 2015-05-08, Nr. 6951.
8. Școlile speciale în programe educaționale formale, reguli de proiectare, 2011, 2016-04-20.

VII. INFORMAȚII GENERALE PENTRU TURCIA

Turcia este o republică democratică, seculară, unitară, parlamentară. Este situată la intersecția dintre Balcani, Anatolia, Orientul Mijlociu și estul Mediteranei. Turcia este, de asemenea, înconjurată de Marea Neagră în nord, Marea Egee la vest și Marea Mediterană în sud. Țara are și o Mare Marmara interioară care leagă Marea Neagră de Marea Egee.

Capitala Turciei este Ankara, iar limba oficială este turca care este scrisă cu caractere latine. Populația Turciei este de 80477718 milioane de locuitori, conform recensământului din 2017. Orașele mari sunt Istanbul, Ankara (capitala), Izmir, Bursa și Adana.

VII.1. Descrierea situației părinților copiilor cu nevoi speciale

Părinții cu copii cu dizabilități sunt cel mai vulnerabil grup de persoane din Turcia, deoarece nevoile lor nu sunt recunoscute și identificate de politicieni, de profesioniștii din domeniul educației și al medicinei și de alți membri ai familiei.

Implicarea părinților în întregul proces de educație specială este foarte importantă pentru beneficiile copiilor. Calitatea interacțiunii dintre părinți și sistemul școlilor depinde de caracteristicile socio-culturale ale familiilor și de înțelegerea de către părinți a dizabilității, care poate avea efecte asupra dezvoltării educaționale și sociale a copilului (Diken, 2006). Importanța acestei implicări a fost recent evaluată, înțeleasă și recunoscută de guvern. Prin urmare, profesioniștii care sunt competenți, sensibili din punct de vedere cultural și bine instruiți în ceea ce privește modul de a ajunge la și a comunica cu părinții pot juca roluri importante în satisfacerea nevoilor părinților și a realizărilor educaționale ale copiilor lor. Un studiu realizat de Diken (2006) a arătat că părinții nu au

acceptat că copiii lor au un handicap și că nu este o situație temporară. Cei mai mulți au căutat sprijin religios pentru a face față dificultăților cu care se confruntă. Din păcate, majoritatea profesioniștilor din acest domeniu nu par a fi adecvați și pregătiți atunci când lucrează cu copiii și familiile lor. Diken (2006) indică, de asemenea, că implicarea părinților ar trebui încurajată ai ca ei ar trebui să fie incluși în procesul de luare al deciziilor privind serviciile educaționale speciale și planurile educaționale viitoare pentru copiii lor.

Sprijinirea părinților copiilor cu dizabilități este momentan mult mai apreciată, iar importanța acesteia este din ce în ce mai recunoscută în Turcia. Chiar dacă există multe servicii de sprijin diferite pentru familiile cu copii cu dizabilități, este departe de a fi suficient. Atâta timp cât nevoile din mediul apropiat al familiilor și al copiilor lor nu sunt bine știute, recunoscute și abordate, vor exista legături neglijate și lipsă (de exemplu, frați, alte rude apropiate), care vor afecta negativ relațiile din familie. Prin urmare, sprijinul emoțional continuu și sistematic pentru familiile copiilor cu dizabilități joacă un rol-cheie în vindecarea cicatricilor membrilor familiei.

Diken (2006) afirmă că multe mame sunt lăsate singure de către membrii familiei și nu primesc niciun sprijin din partea acestora. Mamele au raportat că sunt foarte preocupate de viitorul copiilor lor dacă se întâmplă ceva rău cu ele.. În afară de depresie, panică și anxietate, multe mame se confruntă și cu conflicte maritale, uneori chiar cu divorțuri. Distrugerile economice, lipsa suportului și a resurselor tatălui, responsabilitatea pentru prea multe sarcini, pot afecta negativ mama dacă nu primește niciun sprijin emoțional și social. Prin urmare, este foarte important să se dezvolte suficiente programe de sprijin emoțional și social pentru a da putere mamelor și familiilor acestora.

VII.2. Statistici naționale

Cercetările Naționale privind persoanele cu handicap din Turcia (DIE, 2005) au raportat 9 milioane de persoane cu dizabilități în Turcia, care

reprezintă 12,3% din populația generală (Tufan, Yaman, Arun, 2007). Din această populație, aproape 2 milioane de copii au dizabilități în Turcia (Eres, 2010) (vezi tabelele 1 și 2).

Învățământul de bază este garantat de legea constituțională din Turcia. Este obligatorie, gratuită și sub controlul Ministerului Educației Naționale (MoNE). În ciuda oportunității accesului liber și gratuit la educație, din păcate, persoanele cu dizabilități nu pot beneficia de educație în modul în care indivizii sănătoși au acces și oportunități de a obține alfabetizarea (educația) (Arun, 2014).

Persoanele cu dizabilități sunt adesea neglijate în sistemul educațional, iar scolile nu sunt suficient de bine echipate pentru a le servi pe aceste persoane, vorbind aici de spații educaționale, de cadre didactice, de alți profesioniști din domeniul educației speciale, de resurse și materiale educaționale.

Tabel 1. Profilul persoanelor cu dizabilități din Turcia (date din Studiul asupra Dizabilității în Turcia, 2002).

Tipuri de afecțiune								
Genul		Afecțiune ortopedică	Afecțiune vizuală	Afecțiune de auz	Afecțiune de vorbire și de limbă	Retard mental	Dizabilități multiple	Total
Masculin	Nr.	416.338	194.816	73.083	57.683	139.845	158.172	1.039.937
	%	40,0	18,7	7,0	5,5	13,4	15,2	100,00
Feminin	Nr.	301.490	139.996	62.493	26.279	92.821	109.288	732.367
	%	41,2	19,1	8,5	3,6	12,7	14,9	100,00
Total	Nr.	717.828	334.812	135.576	83.962	232.666	267.460	1.772.304
	%	40,5	18,9	7,6	4,7	13,1	15,1	100,00

Datele sunt luate de la Arun (2014).

Tabel 2. Numărul studenților cu vârste de la zero la 18 în învățământul special, 2004-05

Tipul dizabilității	%	Numărul studenților
Afecțiuni vizuale	0.2	49.920
Scăderea auzului	0.6	149.760
Deficiențe fizice	1.4	349.440
Tulburări mintale	2.3	574 080
Deficiențe de vorbire și de limbă	1	873.600
Deficiențe de sănătate	1	249.600
Dizabilități emoționale și comportamentale	2	249.600

Înzestrat și talentat	2	499.200
Total	14	3.494.400

Datele compilate sunt disponibile disponibile la

<http://orgm.meb.gov.tr/Istatistikler/2007%20yılı%20genel%20sonuç.doc>

VII.3. Politici de incluziune în Turcia

Persoanele cu dizabilități sunt protejate de legea privind educația specială 573 (Cavkaytar, 2006). Cu toate acestea, ideea de incluziune este relativ nouă în sistemul educațional din Turcia, care este folosit de aproape 25 de ani (Rakap & Kaczmarek, 2010). MoNE este responsabil pentru organizarea atât a educației generale, cât și a celei speciale. MoNE descrie conceptul de educație incluzivă după cum urmează: "Educația incluzivă este o practică specială de educație bazată pe principiul că educația persoanelor cu nevoi educaționale speciale (SEN) continuă educația cu colegii lor fără dizabilități în școlile oficiale și private din învățământul preșcolar, primar, învățământul secundar și nivelul de educație a adulților, oferindu-le servicii de sprijin pentru educație "(MoNE, 2006).

Chiar dacă există multe pași pozitivi care au fost făcuți în ceea ce privește educația incluzivă în Turcia, se știe acum că unele dintre familiile cu copii cu dizabilități nu sunt conștiente de drepturile și de serviciile oferite pentru ei. Un alt punct important este atitudinea și percepția negativă față de educația incluzivă și copiii cu dizabilități. Copiii cu dizabilități și familiile lor sunt serios discriminați și izolați în sistemul școlar de către profesorii de clasă și administratorii școlilor. O altă problemă cu care se confruntă elevii cu dizabilități în clasă este competența profesorilor (cunoștințe și abilități) și lipsa implementării unor servicii educaționale eficiente și suficiente. În cele din urmă, condițiile fizice ale școlilor și sălilor de clasă nu sunt potrivite pentru educarea elevilor cu dizabilități în sălile de clasă inclusive.

Deși numărul studenților care beneficiază de educație incluzivă în anii primari pare să crească, este dificil de observat acești elevi în anii de învățământ

secundar datorită nevoilor tot mai mari și nesatisfăcute în mediul educațional (vezi Tabelul 3).

Tabel 3. Number of students in inclusive classrooms, 2010-13

Educație incluzivă	Numărul studenților	
	2010-2011	2012-2013
Școala primară	84.580	147.048
Școala gimnazială	7.775	14.247
Total	92.355	161.295

VII.4. Programe de sprijin pentru părinți în Turcia

Copiii cu dizabilități și familiile acestora beneficiază de un anumit sprijin în cadrul sistemului școlar și al centrelor naționale de reabilitare. De obicei, părinții beneficiază de sprijin individual sau în grupuri mici, dar aceste încercări nu sunt suficiente pentru a ajuta familiile. Predarea unor abilități parentale atunci când a-i de a face cu copilului sau învățarea noilor sale abilități ar putea fi oferită în cadrul sistemului școlar cu ajutorul specialiștilor în educație specială, totuși aceasta este foarte limitată și nu este suficientă pentru a sprijini familiile. Unele asociații și organizații non-profit (ONG-uri) organizează seminarii, desfășoară ateliere de lucru și îi învață pe părinți cum să supraviețuiască; din nou, aceste programe ar putea să nu ajungă la o populație mai mare, deoarece nu este uneori ușor pentru ei să ia legătura cu familiile. O altă problemă este că familiile nu pot fi urmărite pentru a determina dacă există o sustenabilitate în ceea ce privește modul în care pun în aplicare ceea ce au învățat în timpul educației. De asemenea, nu există niciun program de sprijin elaborat de MoNE sau alte organizații.

Referințe

1. Arun, O. (2014). Disability in Turkey: The risks in being disabled for accessing educational opportunities. *Mediterranean Journal of Humanities*, IV/1, 53-62.
2. Cavkaytar, A (2006). Teacher training on special education in Turkey. *The Turkish Online Journal of Educational Technology (TOJET)*, 5 (3), 1-5.
3. DIE (Turkish Republic Government Statistical Institute) (2005). *Research on the Disabled in Turkey, Report for 2005*. Ankara: DIE Publishing House
4. Diken, I. (2006). Turkish mothers' interpretations of the disability of their children with mental retardation. *International Journal of Special Education*, 21 (2), 8-17.
5. Eres, F. (2010). Special education in Turkey. *US-China Education Review*, 7(4), 94-100.
6. Rakap, S., & Kaczmarek, L. (2010). Teachers' attitudes towards inclusion in Turkey. *European Journal of Special Needs Education*, 25 (1), 59-75.
7. Tufan, I, Yaman, H., & Arun, O. (2007). Disability in Turkey: Suggestions for overcoming current problems. *International Social Work*, 50(6), 839-846.

STRES, CONȘTIENTIZARE (COPING) ȘI STARE DE BINE PENTRU PĂRINȚII COPILOR CU NEVOI SPECIALE:

UN STUDIU DE CERCETARE INTERCULTURALĂ

Petruța Rusu¹, PhD

Adina Colomeischi², PhD

^{1,2}Departamentul de Științe ale Educației,
Universitatea “Ștefan cel Mare” Suceava, România

Introducere

Importanța stresului parental în viața de familie a fost demonstrată în diferite studii. În general, cercetările arată că rolul de părinte este asociat cu schimbări semnificative în viața părinților, iar rolul de părinte în sine poate fi stresant. În contextul familial, stresul influențează negativ starea de bine părinților, calitatea relației lor și calitatea interacțiunii părinte-copil. Studiile din psihologia familială au analizat influența diferitelor tipuri de factori de stres asupra cuplului și asupra interacțiunii părinte-copil (adică factorii minori, majori, acuti, cronici, externi și interni, Bodenmann, 2005). În general, factorii de stres majori și cronici (cum ar fi un copil cu nevoi speciale - NS) determină mai multă instabilitate și disfuncție în familie decât celelalte tipuri de factori de stres. Stresul asociat cu a fi părinte al unui copil cu nevoi speciale afectează starea de bine și calitatea părinților. Această categorie de părinți reprezintă un grup vulnerabil de indivizi în fiecare societate. Studiile au arătat că familiile care au un copil cu nevoi speciale au o rată mai mare de stres în comparație cu familiile cu copii cu o dezvoltare tipică (Delambo, Chung, & Huang, 2011; Lee, 2013). Având un copil cu nevoi speciale necesită mai mult efort și implicare din partea părinților (adică terapii psihologice pe termen lung, tratamente medicale). Stresul cu care se confruntă familiile care cresc copii cu nevoi speciale poate

continua în timpul adolescenței și al vieții adulte a copiilor lor, influențând calitatea relațiilor de familie pe termen lung.

Părinții copiilor cu nevoi speciale prezintă niveluri mai ridicate de suferință emoțională (Lecavalier, 2006), depresie (Benson, 2006), anxietate (Pakenham, Sofronoff, & Samios, 2004) și izolare socială. Această categorie de părinți se poate simți copleșită de problemele asociate handicapului copiilor lor. Prin urmare, sunt necesare intervenții pentru a ajuta părinții care cresc copiii cu dizabilități să reducă stresul și să sporească starea de bine.

Scopul proiectului „Construirea de poduri: Promovarea integrării sociale și stare de bine pentru familiile copiilor cu nevoi speciale” este de a ajuta părinții copiilor cu nevoi speciale să-și îmbunătățească strategiile de acceptare și abilitățile de părinți pentru a promova integrarea și starea de bine socială. Pentru părinții copiilor cu nevoi speciale este important să știe că nu sunt singuri și că se pot baza pe surse sociale pozitive, cum ar fi consilierii și grupurile de părinți care se confruntă cu aceeași problemă. Sprijinul social este un factor de rezistență important pentru familiile de copii cu nevoi speciale.

Scopul prezentei cercetări este de a spori înțelegerea stresului, a acceptării și a stării de bine în rândul părinților copiilor cu nevoi speciale prin urmărirea unei cercetări pentru a defini influența stresului asupra rezultatelor individuale și familiale în cadrul părinților copiilor cu nevoi speciale. Obiectivele principale ale acestei cercetări sunt:

- 1) analiza legăturilor dintre stresul parental, acceptarea, emoțiile negative, reglarea emoțională, sprijinul social, comunicarea familială și starea de bine psihologică a părinților;

- 2) evaluarea influenței variabilelor individuale (strategii de acceptare, emoții negative, reglare emoțională) asupra rezultatelor familiale (comunicarea familială și starea de bine psihologică a părinților);

3) investigarea rolului de moderare a competenței socio-emoționale a părinților și a suportului social în legătura dintre stres și starea de bine psihologică a părinților.

Ipotezele se bazează pe: modelele teoretice ale stresului familial și acceptării (Bodenmann, 2000), literatura despre stres, acceptare, emoții, comunicare familială și stare de bine psihologică.

Metodă

Eșantion

Eșantion total:

Datele pentru prezentul studiu au fost colectate dintr-un eșantion de 1259 părinți (un total de 796 de mame și 400 de tați, 63 de participanți nu au furnizat informații despre sex). Din eșantionul total, 321 de părinți au fost din România, 255 din Portugalia, 245 părinți din Lituania, 195 din Turcia, 130 din Spania și 113 din Croația. Distribuția părinților în țări este prezentată în figura 1. Majoritatea părinților (43,6%) erau între 35 și 44 de ani, 25,5% între 45 și 54 de ani, 20,7% dintre participanți erau între 25 și 34 de ani, 6% între 18 și 24 de ani și 0,6 % participanți peste 65 de ani. În medie, familiile aveau 2 copii (SD = 0,86, interval = 1-8 copii). În funcție de statutul socio-economic al eșantionului, măsurat prin venitul familiei, 37,7% dintre părinți au raportat venituri familiale mai mici de 500 EUR, 19,9%, venituri raportate între 500 și 1000 EUR, 14,3% venituri familiale între 1000 și 1500 EUR și doar 18,9% dintre părinți aveau un venit de gospodărie mai mare de 1500 EUR pe lună. În ceea ce privește statutul marital al părinților implicați în acest studiu, 74,4% dintre aceștia erau căsătoriți, 12,1% divorțați, 2,8% văduvi, 4,3% părinți singuri și 5,6% au o relație de cuplu.

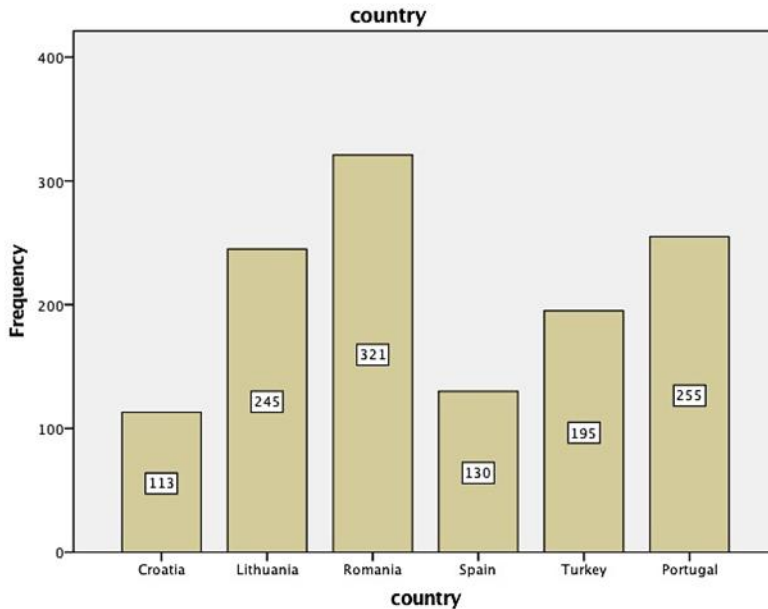


Figura 1. Distribuția părinților care participă la studiu în funcție de țară

Procedură

Părinții din fiecare țară participantă au fost recrutați prin intermediul Centrelor de educație specială locale pentru copii și organizațiile locale care oferă servicii de asistență parentală. În procesul de colectare a datelor au fost implicați profesori de educație specială, directori școlari, consilieri, psihologi și studenți; ei au fost instruiți cu privire la scopul studiului, confidențialitatea datelor și au fost rugați să distribuie chestionarele părinților copiilor cu diferite nevoi speciale (autism, ADHD, sindrom Down, deficiență mentală, dizabilități fizice). Părinții au fost de acord să participe la studiu în mod voluntar. Comisia de etică a cercetării din USV din România a aprobat studiul. Toți părinții au semnat un consimțământ informat pentru a participa la studiu. Versiunile în limba engleză a chestionarelor au fost traduse mai întâi în fiecare limbă (română, croată, spaniolă, portugheză, turcă și lituaniană) și apoi traduse din nou în limba engleză de traducători independenți. Versiunile rezultate au fost analizate, iar discrepanțele în traducere au fost soluționate prin acord.

Instrumente de măsurare

Scopul studiului a fost de a colecta informații despre diverși factori care influențează relațiile de familie pentru părinții care au un copil cu nevoi speciale. Acest sondaj a evaluat aspecte legate de stresul familial, strategiile de acceptare, comunicarea în familie, emoțiile cu care se confruntă părinții, sprijinul social, satisfacția maritală și starea de bine părinților. Variabilele socio-demografice au fost măsurate pe elemente referitoare la vârstă, sex, stare civilă, venit, număr de copii, educație și tipul handicapului copilului. Sondajul conține măsurători ale următoarelor variabile:

Stresul general. O subcomponentă din Chestionarul de stres multidimensional pentru cupluri (MSF-P, Bodenmann, Schär, & Gmelch, 2008) a fost utilizat în scopul măsurării factorilor de stres proveniți din afara familiei (referitor la locul de muncă, contacte sociale, timp liber, situație de viață, venituri). Elementele acestei subcomponente sunt evaluate pe o scară Likert de la 1 (deloc) la 4 (puternic).

Stresul parental. Scala stresului parental (Berry & Johnson, 1995) a fost utilizată în studiul de față pentru a măsura stresul în relația părinte-copil. Scala conține 18 itemi la care s-a răspuns folosindu-se o scară de 5 puncte Likert (1 - nu sunt de acord, 5 - sunt de acord).

Interacțiunea părinte - copil. Subclasa căldurii emoționale din chestionarul comportamentului parental (Jaurisch, 2003) și subclasa de comunicare negativă din chestionarul pentru părinți (Schwarz, Walper, Götter, & Jurasic, 1997) au fost utilizate pentru evaluarea interacțiunii părinte - copil. Elementele din aceste două subclase au fost evaluate pe o scară de 5 puncte Likert (de la 1 - niciodată, până la 5 - foarte des).

Creșterea și educarea copiilor cu partenerul curent a fost măsurată cu versiunea scurtă a listei de verificare a problemelor parentale (Dadds & Powell, 1991). Elementele evaluează cooperarea părinților în problemele lor. Răspunsurile variază de la 1 - niciodată, până la 5 - foarte des.

Conștientizarea copingului diadic. Chestionarul conștientizării diadice (DCI, Bodenmann, 2008) a fost utilizat pentru măsurarea conștientizării copingului diadic oferit partenerului (de către sine) și conștientizării copingului diadic primit de la partener. Participanților li s-a cerut să evalueze pe o scară de 5 puncte Likert (de la 1 = foarte rar, la 5 = foarte des) cât de des îi asigură partenerului său conștientizarea copingului diadic bazat pe emoții (de exemplu, eu manifest empatie și înțelegere față de partenerul meu) și conștientizarea copingului diadic bazat pe probleme (de exemplu, încerc să analizez situația împreună cu partenerul meu într-o manieră obiectivă și să-l/s-o ajut să înțeleagă și să schimbe problema) și cât de des primesc sprijin de la partenerii lor.

Satisfacția relației de cuplu. Scala de evaluare a relației (Hendrick, 1988) a fost utilizată pentru măsurarea satisfacției relațiilor generale. Scara are 7 elemente măsurate pe o scară de 5 puncte Likert, variind de la 1 (satisfacție scăzută) la 5 (satisfacție mare).

Competența emoțională. În acest studiu a fost utilizată versiunea scurtă a Dificultăților în scala reglării emoționale (Gratz & Roemer, 2004). Scala conține 18 elemente și măsoară următoarele dimensiuni: lipsa conștientizării emoționale, lipsa clarității emoționale, neacceptarea răspunsurilor emoționale, dificultăți în strategiile de reglare emoțională, dificultăți în stabilirea scopurilor și dificultăți în controlul impulsurilor. Elementele sunt evaluate pe o scară de 5 puncte, de la 1 - aproape niciodată, la 5 - aproape întotdeauna.

Coping religios. În studiul de față am folosit chestionarul scurt RCOPE (Pargament, Koenig, & Perez, 2000) pentru a evalua copingul religios pozitiv (găsirea sensului într-o situație stresantă, reevaluarea factorului de stres ca o oportunitate pentru dezvoltarea spirituală) și copingul religios negativ (evaluarea evenimentului stresant ca pedeapsă de la Dumnezeu). Elementele sunt evaluate pe o scară Likert de 4 puncte, variind de la 1- deloc, până la 4 - foarte mult.

Starea de bine psihologică / Funcționarea pozitivă a fost măsurată cu ajutorul subscalei de relații din Chestionarul complet al prosperității (CIT, Su, Tay, & Diener, 2014). Scala conține următoarele dimensiuni: sprijin, comunitate, încredere, respect, singurătate și apartenență. Elementele din acest chestionar sunt evaluate pe o scară de 5 puncte Likert, de la 1 - nu sunt deloc de acord, până la 5 - sunt total de acord.

Rezultate

Mediile, abaterile standard și rezultatele testului Mann-Whitney pentru compararea diferențelor de gen sunt prezentate în Tabelul 1. Rezultatele au arătat că tații au raportat niveluri semnificativ mai mari de stres general decât mamele, în timp ce mamele au raportat niveluri semnificativ mai mari de comunicare negativă cu copiii lor și niveluri mai ridicate de sprijin primite de la comunitate în comparație cu tații. Tabelul 2 oferă informații despre corelațiile dintre variabilele de studiu.

Tabel 1. Statistici descriptive și diferențe de gen pentru variabilele de studiu

Variabila	Medii	Abateri standard	Test Mann-Whitney
1. Stresul general			.00
Mame	2,19	0,83	
Tați	2,40	0,94	
2. Stresul parental			.86
Mame	2,23	0,61	
Tați	2,22	0,58	
3. Căldura emoțională			.76
Mame	4,43	0,63	
Tați	4,41	0,70	
4. NC			.01
Mame	2,51	0,81	
Tați	2,39	0,85	
5. PRC			.74
Mame	2,75	1,08	

Tați	2,78	1,04	
6. NRC			.26
Mame	1,97	1,02	
Tați	1,92	1,01	
7. SDCO			.15
Mame	3,94	0,91	
Tați	3,84	0,97	
8. SDCP			.72
Mame	3,68	1,16	
Tați	3,65	1,15	
9. RS			.47
Mame	3,38	0,61	
Tați	3,42	0,84	
10. DER			.39
Mame	2,39	0,64	
Tați	2,42	0,66	
11. Coping			.02
Mame	4,21	0,90	
Tați	4,06	0,92	
12. Comunitate			.08
Mame	3,67	1,30	
Tați	3,61	1,35	
13. Încredere			.90
Mame	3,36	0,78	
Tați	3,42	1,21	
14. Respect			.27
Mame	3,96	0,70	
Tați	4,02	0,72	
15. Singurătate			.20
Mame	2,18	1,13	
Tați	2,24	0,98	
16. Apartenență			.15
Mame	3,48	1,06	
Tați	3,59	1,00	

Notă: n = 295 femei și 295 bărbați, df = 293

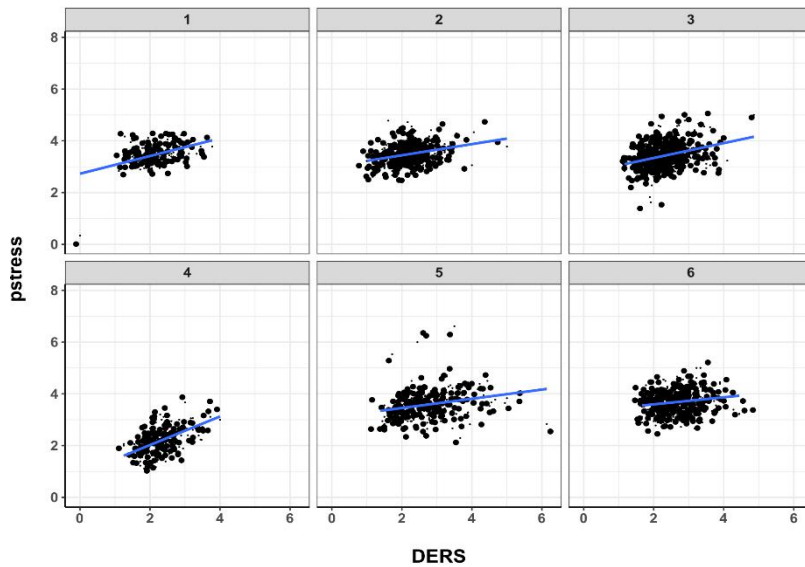


Figura 2. Relația dintre dificultățile de stres parental și de reglare a emoțiilor în diferite țări

Pentru a compara variabilele de studiu între țări, am folosit ANOVA unilateral. Având în vedere că datele noastre nu corespundeau omogenității asumării discrepanțelor și dimensiunilor inegale ale eșantionului, am folosit testul post-hoc Games Howell. Mediile pentru variabilele de studiu pentru fiecare țară participantă la studiu sunt prezentate în tabelul 3.

Tabel 3. Mediile pentru variabilele de studiu între țări

			EW	NC	PRC	NRC	SDCO	SDCP	DERS	WB
Croația	2,13	2,09	4,59	2,62	2,09	1,28	3,84	3,85	2,42	3,82
Lituania	1,92	2,14	4,35	2,58	1,86	1,44	4,04	3,86	2,39	3,79
România	2,09	2,15	4,42	2,40	3,42	2,69	3,97	3,68	2,16	3,71
Spania	1,88	2,20	4,19	2,30	-	-	3,81	3,66	2,31	3,77
Turcia	2,67	2,39	4,31	2,67	3,18	1,73	3,71	3,33	2,85	3,82
Portugalia	2,67	2,33	4,60	2,31	-	-	3,91	3,66	2,37	3,82
Total	2,25	2,22	4,42	2,47	2,76	1,96	3,90	3,67	2,39	3,78

Gstress = stres general; Pstress = stres parental; EW = căldură emoțională; RPC = conștientizare religioasă pozitivă; NRC = conștientizare religioasă negativă; SDCO = conștientizarea coping diadic de sine; SDCP = conștientizarea coping diadic de către partener; DERS = dificultăți în reglarea emoțiilor; WB = stare de bine (relații).

Rezultatele au arătat că părinții care trăiesc în Turcia și Portugalia au raportat cele mai ridicate niveluri de stres general și de stres parental. În plus, nivelul stresului general raportat de părinții din Turcia și Portugalia a fost semnificativ mai mare decât stresul raportat de părinții din celelalte țări (Figura 1, Figura 2), în timp ce nivelul stresului parental raportat de părinții din Turcia și Portugalia a fost semnificativ mai mare decât stresul raportat de părinții din Croația, Lituania și România, dar nu semnificativ mai mare decât stresul părinților spanioli. Constatările nu au arătat diferențe semnificative între Turcia și Portugalia în ceea ce privește stresul general și parental, părinții din ambele țări înregistrând niveluri de stres ridicate, similare.

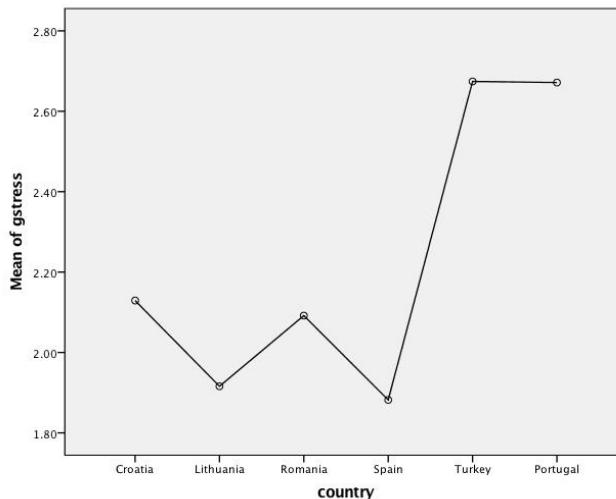


Figura 3. Stresul general în rândul țărilor (stresul la locul de muncă, stresul legat de contactele sociale, timpul liber, situația vieții, veniturile)

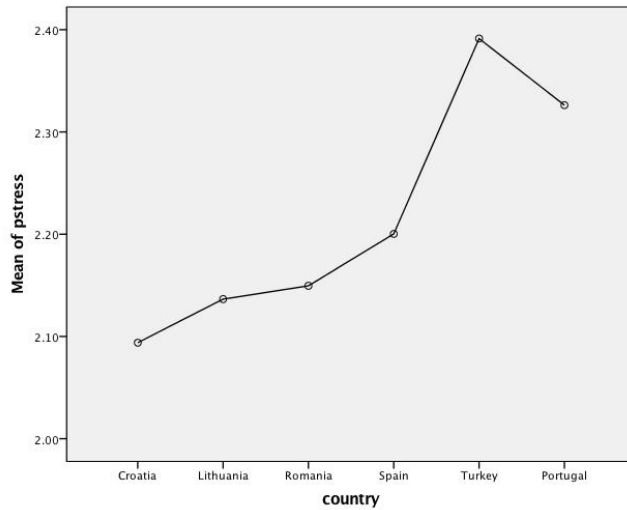


Figura 4. Stresul parental în țări

În ceea ce privește comunicarea negativă în interacțiunea părinte-copil, părinții din Turcia au raportat cel mai înalt nivel de comunicare negativă cu copiii lor, în timp ce părinții din Spania au raportat cel mai scăzut nivel. Nivelul comunicării negative în familiile turcești a fost semnificativ mai mare decât în cazul familiilor românești, spaniole și portugheze. Constatările au indicat, de asemenea, niveluri mai scăzute de comunicare negativă în familiile spaniole decât în familiile croate și lituaniene.

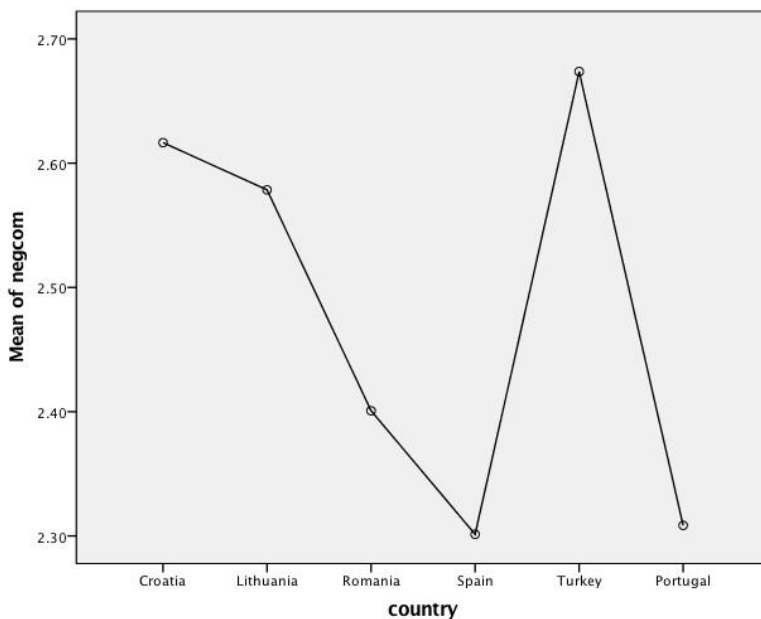


Figura 5. Comunicarea negativă în interacțiunea părinte-copil

În ceea ce privește dificultățile variabile în reglarea emoțiilor, părinții turci au raportat cel mai mare scor (mai multe dificultăți în reglarea emoțiilor), în timp ce părinții români au raportat cel mai mic scor (mai puține dificultăți în reglarea emoțiilor). Comparațiile dintre țări au indicat că părinții copiilor cu nevoi speciale din Turcia au dificultăți mult mai mari în reglarea emoțiilor lor decât părinții din Croația, Lituania, România, Spania și Portugalia. Pe de altă parte, rezultatele au arătat că părinții români își reglează emoțiile în mod semnificativ mai bine decât părinții din Croația, Lituania, Turcia și Portugalia. Părinții spanioli au raportat, de asemenea, strategii bune pentru reglarea emoțiilor; nu au existat diferențe semnificative între părinții spanioli și cei români.

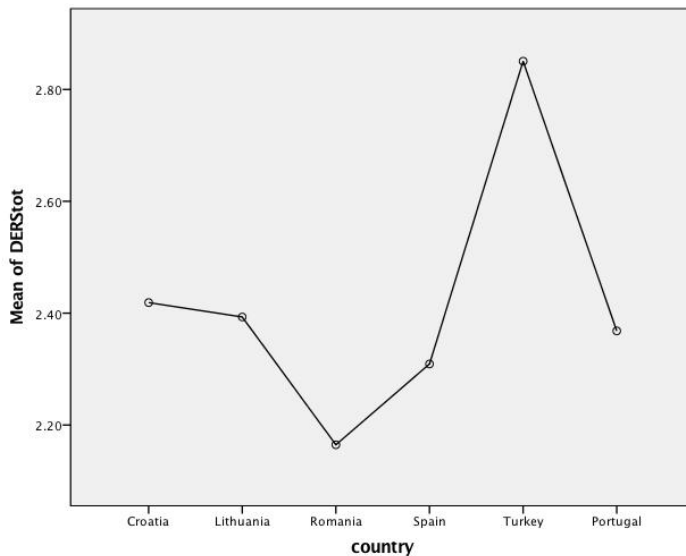


Figura 6. Dificultăți în reglarea emoțiilor în țări

După cum se arată în figură, părinții turci, portughezi și români ai copiilor cu nevoi speciale au raportat sentimente de singurătate la cele mai înalte niveluri în comparație cu părinții din celelalte trei țări. Sentimentele de singurătate raportate de părinții turci, portughezi și români au fost semnificativ mai mari decât cele ale părinților croați, lituanieni și spanioli.

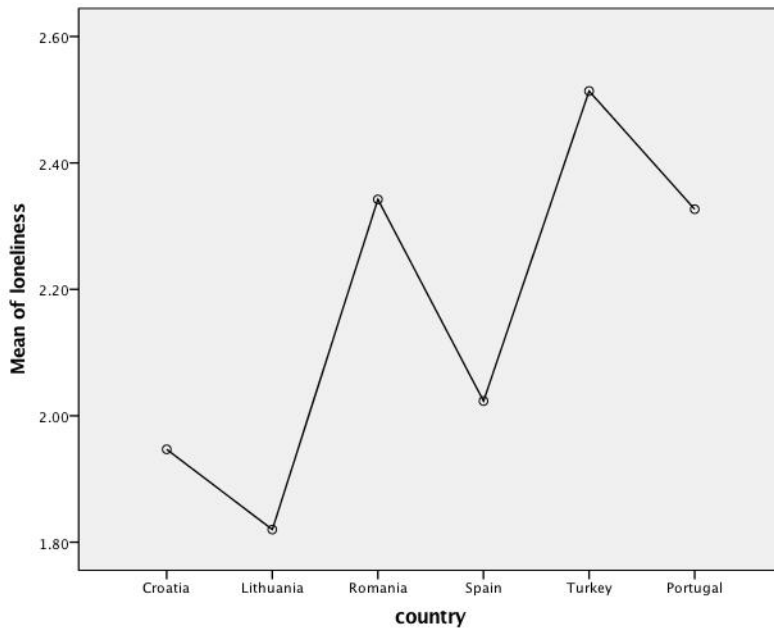


Figura 7. Singuratatea percepută în diferite țări

În ceea ce privește conștientizarea copingului diadic din partea partenerului (sprijin bazat pe emoție și bazat pe probleme, primit în momente de stres de către unul dintre părinți de la celălalt), cele mai înalte niveluri ale SDCP au fost raportate de părinții lituanieni și croați, în timp ce părinții turci au raportat cel mai scăzut nivel. SDCP al părinților turci a fost semnificativ mai mic decât SDCP raportat de părinții din Croația, Lituania, România și Portugalia.

*SDCP (Supportive Dyadic Coping by Partner) = coping diadic suportiv din partea partenerului

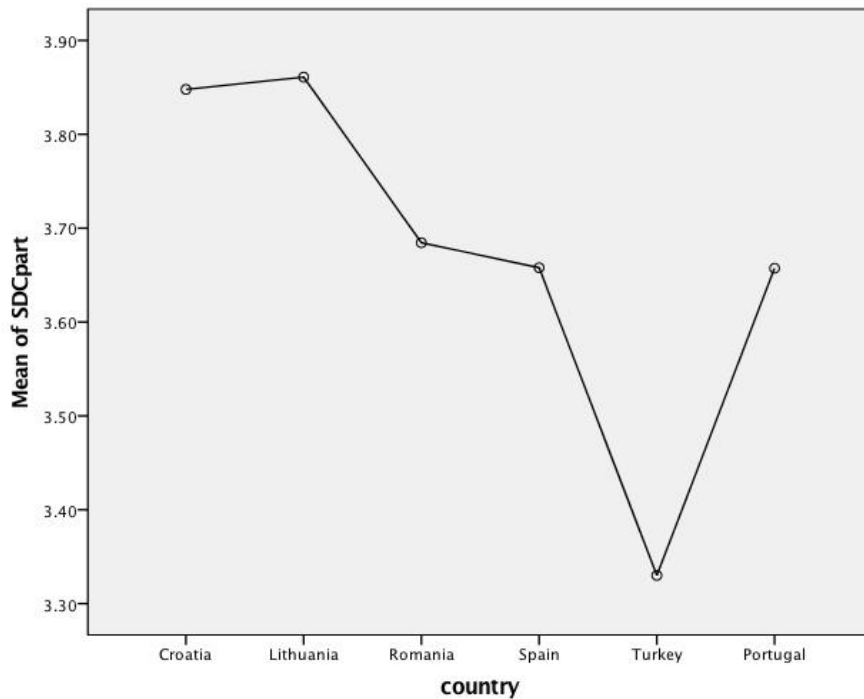


Figura 8. Sprijin primit de la partener

Rezultatele privind sprijinul primit din partea comunității au arătat că părinții lituanieni și croați au raportat niveluri mai înalte de sprijin, în timp ce părinții turci au raportat cel mai scăzut nivel. Părinții lituanieni au raportat niveluri semnificativ mai mari de sprijin din partea comunității decât părinții spanioli, turci și portughezi. În plus, sprijinul raportat de părinții turci a fost semnificativ mai mic decât sprijinul primit de părinții din Croația și România.

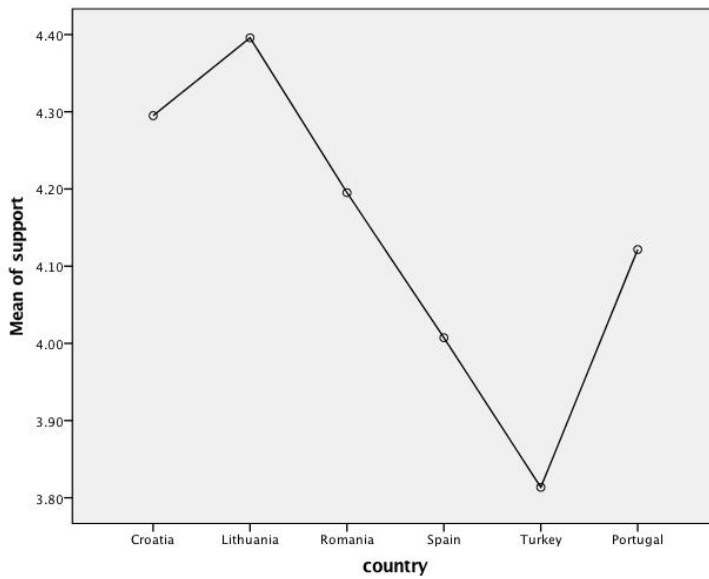


Figura 9. Sprijin din partea comunității

În continuare vom prezenta câteva cifre cu cele mai importante asociații între variabilele de studiu. Toate relațiile descrise în figurile de mai jos sunt statistic semnificative în direcția descrise.

Stresul general și stresul parental

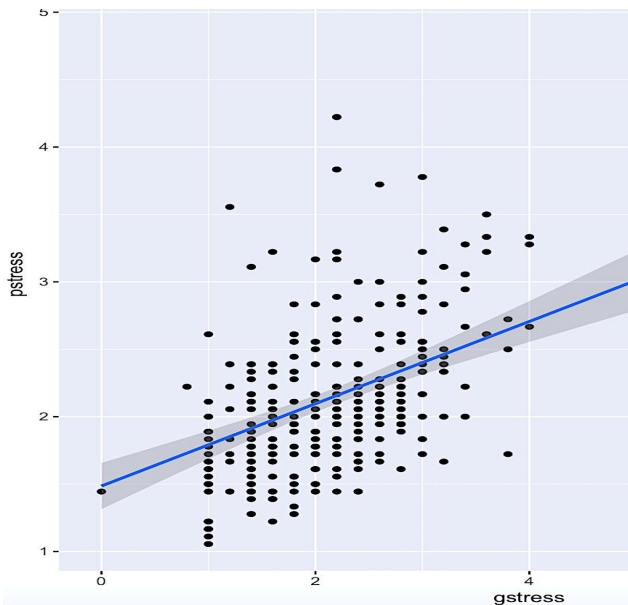


Figura 9. Relația dintre stresul general (stresul de la serviciu, stresul financiar, stresul social) și stresul parental;

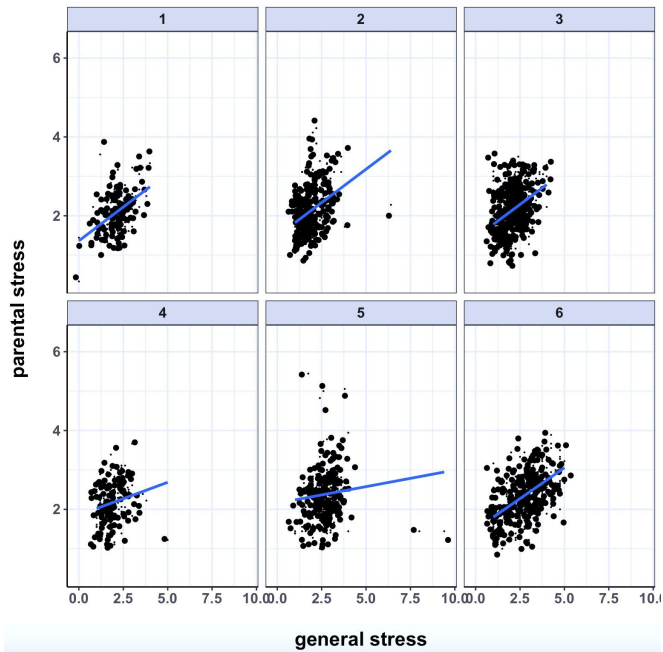


Figura 10. Figura 9. Relația dintre stresul general (stresul de la serviciu, stresul financiar, stresul social) și stresul parental pe țări: 1- Croatia, 2- Lituania, 3 - România, 4 - Spania, 5 - Turcia, 6 – Portugalia

Stresul și interacțiunea părinte - copil

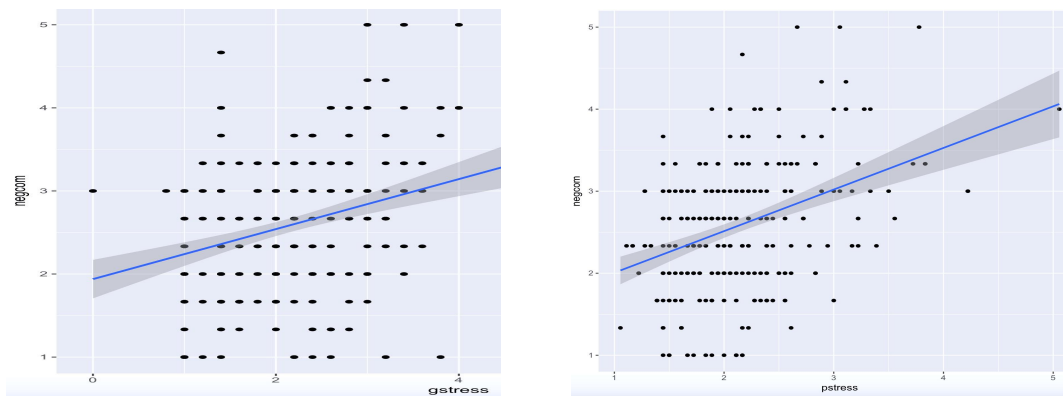


Figura 11. Relația dintre stresul general și stresul parental cu comunicare negativă între părinte și copil

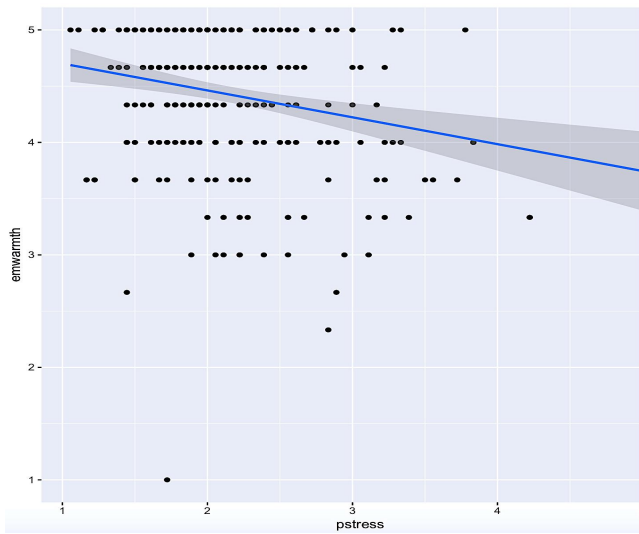


Figura 12. Relația dintre sresul parental și căldura emoțională

Stresul și starea de bine a părintelui

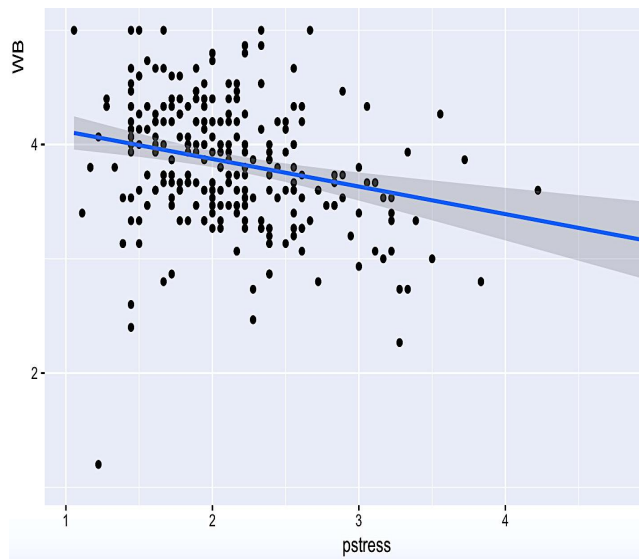


Figura 13. Relația dintre stres și starea de bine a părintelui

Stresul și interacțiunea în cuplu

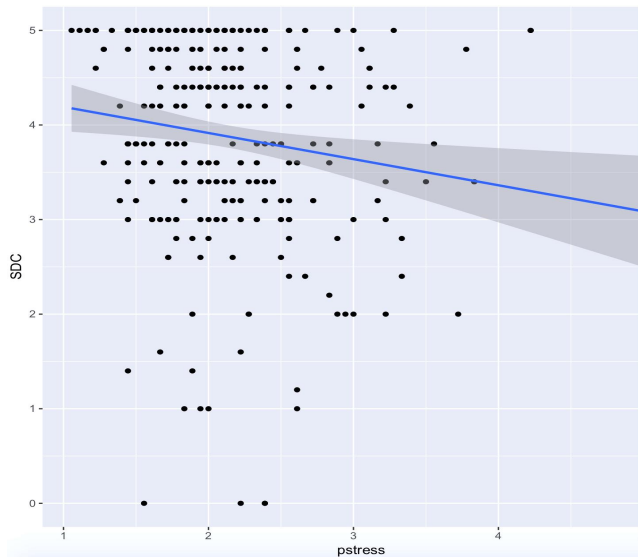


Figura 14. Relația dintre stresul parental și copigul diadic suportiv în cuplu (suportul dat partenerului într-o situație stresantă)

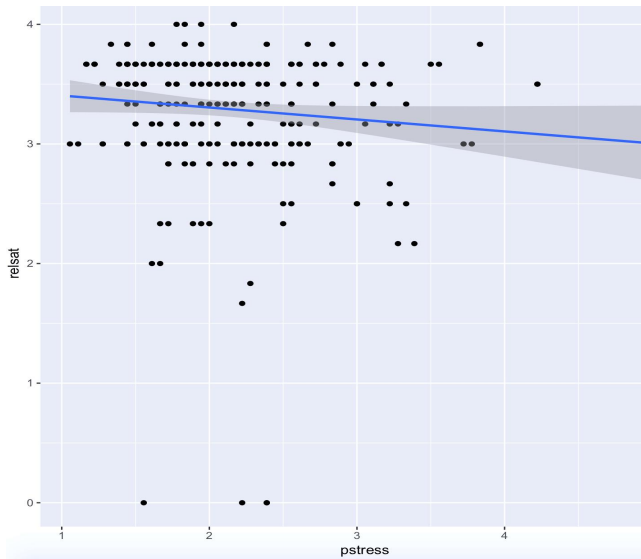


Figura 15. Relația dintre stresul parental și satisfacția relației de cuplu

Dificultățile părinților în reglarea emoțiilor și interacțiunea familială

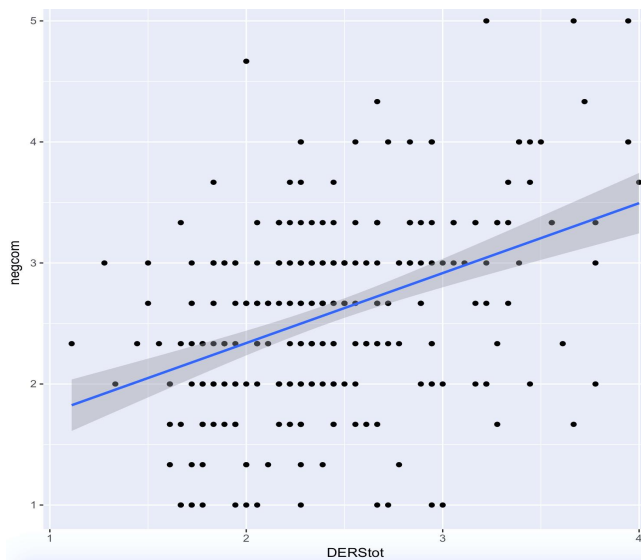


Figura 16. Relația dintre dificultățile părinților în reglarea emoțiilor și comunicarea negativă părinte - copil

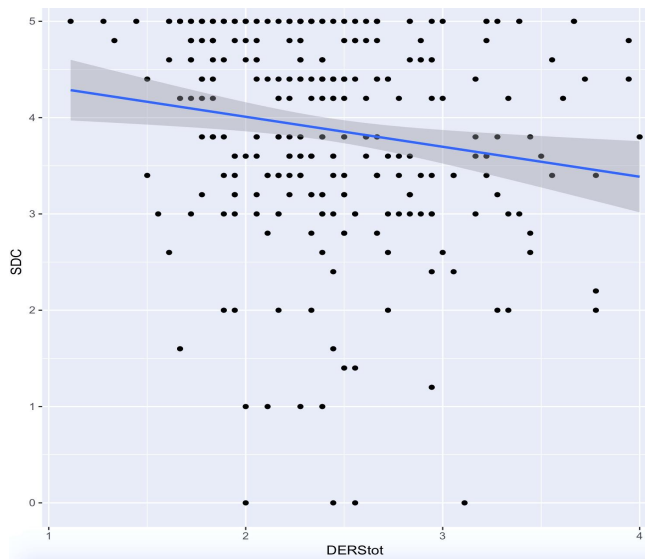


Figura 17. Relația dintre dificultățile părinților în reglarea emoțiilor și sprijinul oferit partenerului

Sprijinul primit și satisfacția relației părinților și starea de bine

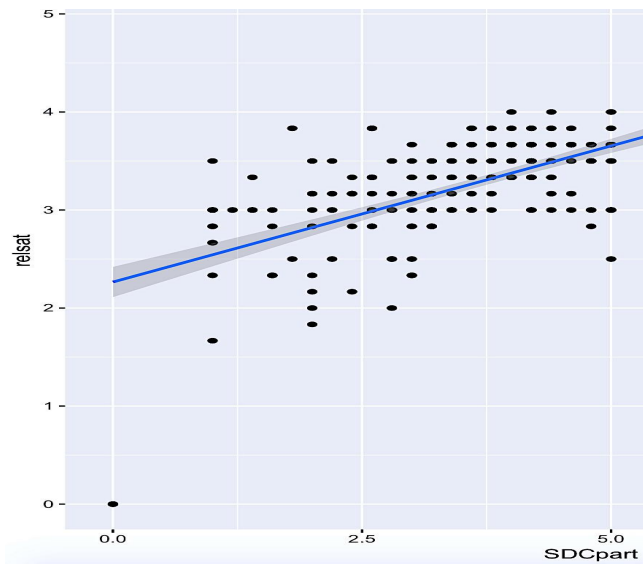


Figura 18. Relația dintre copingul diadic suportiv de către partener și satisfacția relației în cuplu

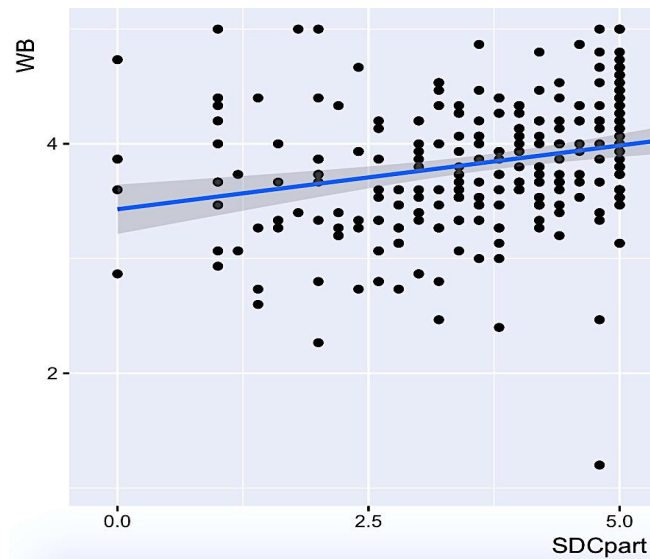


Figura 19. Relația dintre copingul diadic suportiv de către partener și starea de bine a părinților

Efectele moderării

Rezultatele studiului prezent au indicat un efect semnificativ de interacțiune între stresul general și dificultățile în reglarea emoțiilor în estimarea stării de bine a părinților ($b = -.18, p < .001$) CI $[-.29, -.07]$.

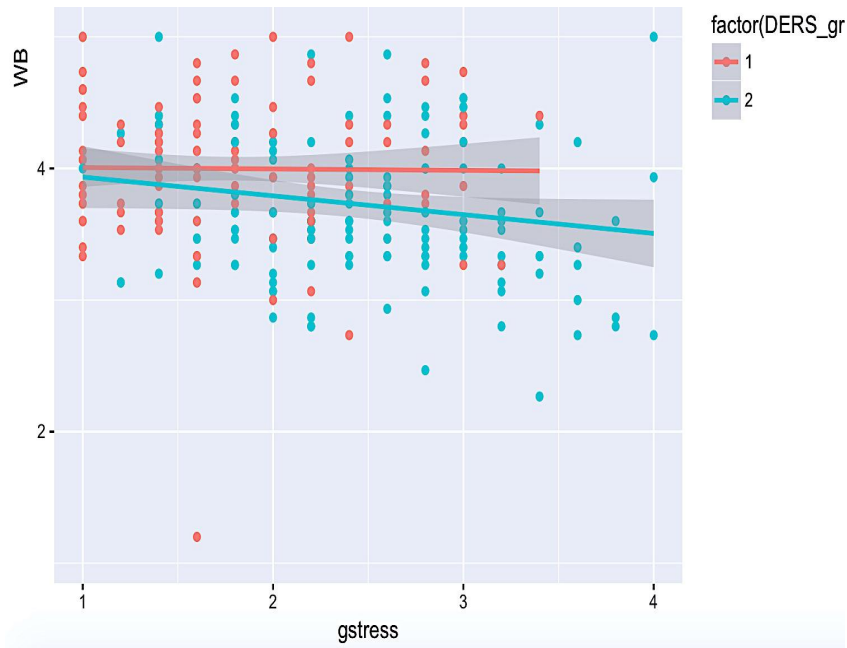


Figura 20. Efectul moderării DER în asociația dintre stresul general și starea de bine a părinților

În plus, am găsit un efect semnificativ de interacțiune între stresul parental și dificultățile în reglarea emoțiilor în estimarea stării de bine a părinților ($b = -.15, p < .05$) CI $[-.31, -.01]$.

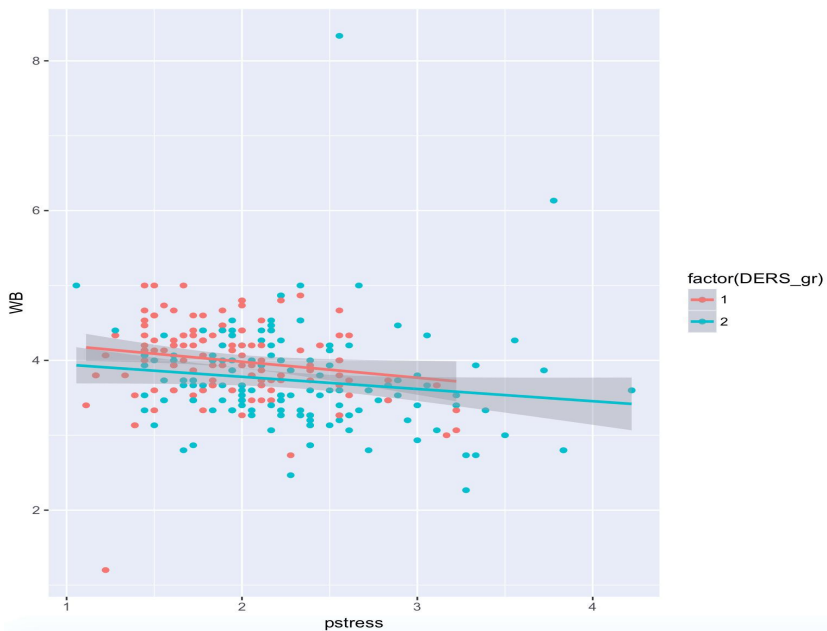


Figura 21. Efectul moderării DER în asociația dintre stresul general și starea de bine a părinților

Discuție

Revărsarea stresului extern în familie

Rezultatele prezentului studiu a arătat că factorii de stres care provin din afara familiei (legați de serviciu, contacte sociale, timp liber, situația nivelului de trai și al finanțe) se revărsă în relațiile de familie și afectează interacțiunile mamă-copil. Fenomenul de deversare a stresului apare atunci când stresul de la o zonă a vieții unei persoane (de exemplu, stresul de la locul de muncă) se transmite la alte zone (de exemplu, interacțiunile familiale dintre părinți și între părinți și copii). În studiul nostru, părinții care se confruntă cu niveluri mai ridicate de stres în afara familiei lor (legate de locul de muncă, stres financiar, stres legat de nivelului de trai, cum ar fi dimensiunea apartamentului și stresul social) au raportat, de asemenea, niveluri mai ridicate de stres parental.

Studii de cercetare asupra stresului familial se adresează frecvent asupra deversării stresului, care arată că funcționarea familiei este afectată negativ de factorii de stres de zi cu zi (Bodenmann, 2005; Karney, Storry & Bradburry, 2005,). Aceste constatări sunt, de asemenea, compatibile cu rezultatele altor studii care arată interacțiunile între diferite tipuri de factori de stres. De exemplu, Karney et al. (2005) au arătat că stresul cronic ar putea modera influența unui factor de stres acut asupra relației, ceea ce înseamnă că un factor de stres acut are o influență negativă mai mare asupra funcționării familiei atunci când un factor de stres cronic este, de asemenea, prezent.

În plus, un alt efect al deversării stresului este indicat prin asocierea negativă semnificativă între stresul general și comunicarea negativă părinte-copil. Odată ce stresului din afara familie crește, comunicare negativă părinte-copil are niveluri mai ridicate.

Acest studiu a arătat, de asemenea, că stresul general a fost asociat semnificativ în mod negativ cu interacțiunile de cuplu dintre părinți (suport oferit și sprijinul primit de la partener) și cu starea de bine a părinților (sentimente de singurătate).

Revărsarea stresului legat de copil în relația părinților

Stresul parental a fost în mod semnificativ negativ legat de comportamentele de susținere în cuplu (SDC de sine și de către partener) și cu satisfacția asupra relației. Aceste asocieri negative ar putea fi interpretat în lumina cercetărilor recente care indică faptul că stresul legat de copil deteriorează calitatea relației părinților și agravează comunicarea în cuplu (Zemp, Nussbeck, Cummings, & Bodenmann, 2017).

Dificultățile părinților în reglarea emoțiilor și a interacțiunilor familiale

Rezultatele au arătat că dificultățile în reglarea emoțiilor raportate de către părinți (non-acceptarea răspunsurilor emoționale, dificultăți în angajarea în comportamente direcționate către scop atunci când se confruntă cu emoții

negative, dificultăți de control a impulsurilor, lipsa de conștientizare a emoțiilor, acces limitat la strategii de reglare și lipsa de claritate emoțională) au fost semnificativ asociate cu stresul parental și comunicarea negativă părinte-copil, în timp ce relația dintre dificultățile în reglarea emoțiilor și căldura emoțională au fost semnificative și negative. Aceste constatări extind rezultatele studiilor anterioare legând dificultățile în reglarea emoțiilor la stres, depresie și anxietate (Bardeen, Fergus, & Orcutt, 2012). În mod similar, studiile existente indică faptul că dereglările emoționale au fost legate de susținerea răspunsurilor maternale în mod negativ. Un alt efect negativ al dificultăților în reglarea emoțiilor este legat de efectul lor negativ în relația părinților. Dificultățile în reglarea emoțiilor au fost în mod negativ semnificativ asociate cu suportul oferit și sprijinul primit de la partener și cu satisfacția în relație. Cu alte cuvinte, dificultățile în reglarea emoțiilor reduc copingul pozitiv în relația părinților și reduce satisfacția lor în cadrul relației. Aceste constatări sunt în concordanță cu cercetările anterioare care arată că dificultățile partenerilor în reglarea emoțiilor determina critica, violența și un nivel scăzut de satisfacție în cadrul relației (Bloch, Haase, & Levenson, 2014; Klein, Renshaw, & Curby, 2016; McNulty & Hellmuth, 2008).

Rolul ipotetic de moderare a reglării emoțiilor în asocierea dintre stres și starea de bine a fost confirmată de rezultatele noastre. Mai exact, dificultățile în reglarea emoțiilor au moderat asocierea dintre stresul general și starea de bine a părinților și între stresul parental și starea de bine a părinților. Astfel, atât stresul general, cât și cel parental vor avea un efect negativ semnificativ mai mare asupra stării de bine pentru acei părinți cu niveluri mai ridicate de dificultate în a-și regla emoțiile. Starea de bine a părinților cu strategii mai bune de a-și regla emoțiile nu va fi afectată de nivelul lor de stres.

Satisfacția și starea de bine privind suportul primit și relația părinților

Alte rezultate importante din studiul nostru sunt legate de efectul pozitiv asupra stării de bine al sprijinului primit de către părinți. Deși ambele tipuri de

sprijin au fost asociat pozitiv în mod semnificativ cu starea de bine a părinților, rezultatele au arătat că sprijinul de la partener a fost mai mult legat de starea de bine decât de sprijinul din partea comunității. Aceste constatări sunt în concordanță cu cele din studiile anterioare, sugerând copingul dyadic este legat în mod pozitiv de starea de bine a partenerilor (Rusu, 2016).

Implicații

Rezultatele studiului curent susțin importanța abordării strategiilor de coping, de reglarea emoțiilor și de comunicarea părinte-copil în cadrul consilierii părinților copiilor cu nevoi speciale. Programele de formare și consiliere pentru această categorie de părinții ar trebui să vizeze dificultățile părinților în reglarea emoțiilor și ar trebui să se concentreze asupra competențelor individuale și de coping diadic ale părinților în confruntarea cu stresul major de a avea un copil cu nevoi speciale. Strategiile de reglare emoțională adaptive ar putea fi foarte benefice atât pentru interacțiunile părinte-copil și și pentru cele părinte-părinte. Potrivit Teoriei Sistemice Tranzacționale (Bodenmann, 2005), atunci când părinții sunt în măsură să facă față stresului și să-și regleze emoțiile individual, nivele reduse de stres se vor vărsa în familie.

Referințe

1. Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2012). An examination of the latent structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(3), 382-392.
2. Benson, P. R. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(5), 685-695.
3. Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 463-472.

4. Bloch, L., Haase, C. M., & Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives' tale. *Emotion, 14*(1), 130–144.
5. Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping, 1*(1), 33-50.
6. Bodenmann, G., Schär, M., & Gmelch, S. (2008). Multidimensional stress questionnaire for couples (MDS-Q). *Unpublished questionnaire, 49-57*.
7. DeLambo, D., Chung, W., & Huang, W. (2011). Stress and age: A comparison of Asian American and non-Asian American parents of children with developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 23*(2), 129-141.
8. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26*(1), 41-54.
9. Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family, 50*, 93–98.
10. Jaurisch, S. (2003). *Erinnertes und aktuelles Erziehungsverhalten von Müttern und Vätern: Intergenerationale Zusammenhänge und kontextuelle Faktoren: Dissertation Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.*
11. Jones, J. D., Brett, B. E., Ehrlich, K. B., Lejuez, C. W., & Cassidy, J. (2014). Maternal attachment style and responses to adolescents' negative emotions: The mediating role of maternal emotion regulation. *Parenting, 14*(3-4), 235-257.
12. Klein, S. R., Renshaw, K. D., & Curby, T. W. (2016). Emotion Regulation and Perceptions of Hostile and Constructive Criticism in Romantic Relationships. *Behavior Therapy, 47*(2), 143–154.

13. Lee, J. (2013). Maternal stress, well-being, and impaired sleep in mothers of children with developmental disabilities: A literature review. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 4255-4273.
14. Lecavalier, L. (2006). Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: Relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(8), 1101-1114.
15. McNulty, J. K., & Hellmuth, J. C. (2008). Emotion regulation and intimate partner violence in newlyweds. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 794-797.
16. Pakenham, K. I., Sofronoff, K., & Samios, C. (2004). Finding meaning in parenting a child with Asperger syndrome: Correlates of sense making and benefit finding. *Research in developmental disabilities*, 25(3), 245-264.
17. Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519-543.
18. Rusu, P.P. (2016). Dyadic coping in Romanian couples. In *Couples coping with stress: A cultural perspective*, edited by M. K. Falconier, A. K. Randall, & G. Bodenmann. New York: Routledge.
19. Schwarz, B., Walper, S., Gödde, M., & Jurasic, S. (1997). Dokumentation der Erhebungsinstrumente der 1. Haupterhebung (überarb. Version). *Berichte aus der Arbeitsgruppe "Familienentwicklung nach der Trennung" # 14/1997*.
20. Su, R., Tay, L., & Diener, E. (2014). The development and validation of the Comprehensive Inventory of Thriving (CIT) and the Brief Inventory of Thriving (BIT). *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 6(3), 251-279.
21. Zemp, M., Nussbeck, F. W., Cummings, E. M., & Bodenmann, G. (2017). The Spillover of Child-Related Stress into Parents' Relationship Mediated by Couple Communication. *Family Relations*.