

ASPECTE PSIHOLOGICE ALE FAMILIILOR COPIILOR CU NEVOI SPECIALE

Margareta Cărăruș, asist. univ.

Globa Nina, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF FAMILIES WITH CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

The families of children with disabilities are faced with a lot of specific problems and main challenges. Sometimes they also need professional help. This article try to contribute to the parents psychological learning, viewing suitable education for children with special requirements, focused on quality education. The classification seeks to improve parents understanding and change their attitude toward disability.

Apariția unui copil pe lume este o experiență față de care nu suntem întotdeauna suficient de pregătiți, nu avem claritate în ceea ce privește acțiunile noastre, nu avem așa-zisul manual de utilizare. Și cu atât mai mare este provocarea în cazul unui copil cu nevoi speciale, părinții se trezesc față în față cu dileme și mai accentuate, disperați și debusolați de neașteptata ”lovitură de fulger”.

În familiile copiilor cu nevoi speciale zilnic apar provocări ce riscă să deterioreze relațiile dintre membrii familiei, fie că e vorba de atenția specială pe care o necesită copilul cu dizabilități sau de costurile financiare necesare tratamentului/recuperării copilului. Aspectele cauzatoare de stres sunt: aflarea diagnosticului, îngrijorarea cu privire la evoluția copilului, integrarea în comunitate etc. Frații copiilor cu nevoi speciale pot simți ca stresante anumite situații: momentul nașterii fratelui/surorii; particularitățile bolii (modurile de manifestare), plasamentul viitor (această responsabilitate revine fraților în cazul în care părinții se îmbolnăvesc sau intervine decesul acestora) și decesul fratelui/surorii bolnav (e). Dificultăți apar și din cauza spitalizărilor frecvente, rutina familiei fiind astfel perturbată, părinții petrecând mai mult timp cu copilul bolnav, în detrimentul fraților/surorilor acestuia. Prin urmare pot apărea gelozia și unele sentimente contradictorii.

Indiferent de tipul de afecțiune sau dizabilitate pe care o prezintă copilul se observă că în cele mai multe cazuri părinții se culpabilizează într-o măsură extrem de ridicată pentru tulburarea de care „suferă” copilul. Astfel

primii care au nevoie de ajutor sunt părinții, însă adesea se întâmplă ca aceștia să-și nege stările, nevoile, temerile sale. Nevoile părinților vorbesc despre efectele declanșate de vești care destramă, care demontează, vești care duc la separare sau la divorț, vești care îi dezarmează pe părinți în fața necunoscutului.

A fi părintele unui copil cu nevoi speciale înseamnă a da dovadă uneori de capacități supraomenești, de a învăța continuu, de a iubi, de a rezista, de a spera.

Specialiștii indică următoarele stadii de adaptare a familiei copilului cu dizabilități:

Șocul inițial - părinții trăiesc o stare de confuzie, mâhnire și îngrijorare. Când informația despre diagnostic este oferită sporește furia și dezorganizarea familiei.

Negarea, refuzul - se caracterizează prin încercări de negare a stării copilului, părinții își insuflă și enunță precum că copilul nu este chiar atât de afectat cum li s-a spus. La această etapă membrii familiei pot surprinde specialiștii prin așteptări irealiste vizavi de viitorul copilului. Dar aceste expectații optimiste nu înseamnă că părinții nu înțeleg diagnosticul, ci mai degrabă reflectă nevoia familiei de a păstra speranța.

Eforturile de depășire - părinții realizează că copilul lor nu va fi ca ceilalți și încearcă să întreprindă anumite acțiuni care ar facilita dezvoltarea copilului. Este perioada în care părinții renunță la imaginea copilului sănătos sau „așa ca toți” și dezvoltă o altă imagine despre abilitățile de viitor ale copilului.

Acceptarea sau „Trăiește-ți viața!” - faza finală a procesului de adaptare este cea de acceptare a copilului, așa cum este („așa cum l-a dat Dumnezeu”), adaptarea la probleme adăugătoare, continuarea vieții [6].

Limitele stadiilor de adaptare:

- Etapele descrise mai sus se bazează doar pe observații clinice, adică nu sunt confirmate prin cercetări științifice;

- Nu toate familiile trec prin toate etapele de adaptare, iar unele se adaptează mai bine decât altele;

- Stadiile sunt reversibile, deoarece anumite evenimente pot cauza returnarea familiei la una din etapele precedente;

- Fiecare membru al familiei se poate afla în același timp la diferite etape.

În general, părinții reacționează prin supraprotecție, acceptare, negare sau respingere. Aceste reacții au determinat gruparea părinților în următoarele categorii:

1) Părinți echilibrați

Caracteristica acestei familii constă în realismul cu care membrii ei privesc situația. Ei ajung rapid în stadiul de acceptare, se maturizează și pornesc la acțiune. După ce cunosc situația reală a copilului, ei își organizează viața în așa fel încât să acorde atenție copilului cu nevoi speciale.

În funcție de diagnostic și de prognostic, părinții vor găsi resursele necesare pentru a acționa singuri sau cu ajutorul celorlalți membri ai familiei pentru a-l ajuta "pe cel mic". Parinții știu: "ce este necesar", "când și cum trebuie oferit", "ce, cum și cât de mult" poate cere copilului cu nevoi speciale. Aceste reguli constituie un adevărat ghid al comportamentului față de copil. Părinții unui copil cu deficiențe îndeplinesc teoretic aceeași funcție ca și părinții unui copil sănătos. Ei trebuie să rămână în primul rând părinți. Părinții unui copil surd, paralizat nu au nimic de făcut pentru a-l ajuta. Această atitudine aparține părinților echilibrați care privesc toate problemele cu calm. Acești părinți joacă un rol important în medierea relației dintre copil și mediul exterior. Ei mențin un climat de toleranță și de egalitate în sânul familiei și în societate.

Un copil cu deficiență, chiar dacă este susținut are probleme legate de comportamentul natural în fața unei persoane străine. În acest caz, părinții joacă un rol de tampon sau de mediator între două persoane. Aceasta intervenție va permite depășirea jenei și tensiunilor ce pot apărea în cadrul relațiilor interpersonale. Rolul de mediator este ușor de îndeplinit de către părinții echilibrați, care abordează totul cu calm.

În cadrul unei familii echilibrate copilul cu deficiență are drepturi și obligații egale. Ei trebuie să aibă relații de reciprocitate și de egalitate cu frații și cu surorile sale, să se simtă "ca toată lumea". Dacă se simte egal în familie, el va ajunge să se simtă egal și în societate. Practic, familia joacă rolul unui laborator în care copilului cu deficiență i se oferă oportunitatea de a-și găsi locul și de a se obișnui cu situația în care se află. În acest context copilul se dezvoltă în armonie cu cei din anturajul său, care-i acceptă dificultățile.

Familia impune copilului unele restricții, încurajează activitățile gospodărești și mai ales pe cele de autoîngrijire, stimulează abilitățile fizice și sociale ale copilului. O persoană cu deficiență are nevoie de a fi recunoscută pentru ceea ce este și așa cum este. Atmosfera familială va fi caldă doar atunci când fiecare membru își ocupă locul care îi aparține.

Părinții echilibrați sunt calmi, deschiși și își manifestă frecvent dra-

gostea. Căldura implică deschidere către cei din jur, plăcere, atenție, tandrețe, atașament. Acești părinți zâmbesc des, își încurajează copiii fără a folosi critici permanente, pedepse, amenințări. Copiii acestor părinți vor fi atenți, prietenoși, cooperanți și stabili emoțional.

2) Părinții indiferenți

Acești părinți reacționează printr-o hipoprotecție, prin nepăsări, lipsă de interes. La o astfel de situație se poate ajunge prin: lipsă de afecțiune, suprasolicitară copilului, respingere.

Lipsa de afecțiune - părinții demonstrează copiilor o lipsă de interes, de afecțiune, de îngrijire. Frecvent, acești părinți, sunt reci, ostili, își ceartă copilul pentru nimic, îl pedepsec sau îl ignoră. În aceste familii au loc certuri frecvente, iar copilul este antrenat în disputele dintre părinți.

O altă categorie de părinți lipsiți de afecțiune sunt cei care nu pot accepta sacrificarea vieții profesionale.

Pentru copilul cu deficiență situația este foarte dificilă. El se confruntă cu numeroase probleme pe care nu le poate depăși sau compensa. Dacă copilul nu este ajutat să le depășească, se ajunge la situația de eșec. Sentimentul de inferioritate care apare datorită eșecurilor ajunge să fie trăit intens, devenind traumatizant. Frecvent, în această situație, copilul renunță ușor la eforturi, deoarece nu are o satisfacție mobilizatoare și ajunge la soluții ușoare sau la abandon școlar.

Suprasolicitară copilului apare atunci când părinții nu țin cont de posibilitățile reale ale acestuia. Părinții unui copil cu deficiențe au o reacție de negare a problemelor. Ei consideră copilul "ca toată lumea" și-i cer rezultate asemănătoare celor ale fraților și surorilor sănătoase. În acest caz, apare o suprasolicitară, care se soldează cu eșecuri demoralizatoare. În situația eșecului părinții reacționează prin reproșuri și chiar pedepse repetate, care duc la apariția sentimentului de neputință, incapacitate și inutilitatea efortului.

Respingerea este o altă modalitate de hipoprotecție. Copilul cu deficiență este mereu comparat cu frații și surorile sănătoase și ridiculizat.

Părinții se detașează emoțional față de copiii cu deficiență, dar le asigură o îngrijire corespunzătoare. Atitudinea de respingere se manifestă mai mult sau mai puțin deschis, sub forma negării oricărei calități sau valori a copilului, care este permanent ignorat și minimalizat. Aceste situații apar atunci când copilul nu a fost dorit. Părinții consideră că nu au nici un fel de ob-

ligații față de copilul lor. Chiar și în fața legii ei își declină responsabilitatea.

3) Părinții exagerați

Cel mai obișnuit răspuns, mai ales din partea mamei, este supraprotecția, o sursă de dependență. Acest comportament împiedică copilul să-și dezvolte propriul control, independența, inițiativa și respectul de sine.

Supraprotecția este un element negativ, generând neagații atât din partea părinților, cât și din partea copiilor. Părinții care se simt vinovați, devin exagerat de atenți, transformând copilul într-un individ dependent și solicitant pentru familie. Această permanentă solicitare va genera reacții de nemulțumire și ostilitate din partea părinților, reacții care-l vor face pe copil să devină nesigur. Pentru copiii cu deficiențe această situație este foarte dificilă, întrucât ei nu beneficiază de un regim care implică stimularea și antrenarea în activitățile casnice.

Acești părinți vor reuși "marea performanță" de a crește un copil singuratic, lipsit de posibilitatea de a-și manifesta propria personalitate. Copilul se va confrunta cu greutățile vieții, dar nu va fi capabil să le facă față, deoarece nu a căpătat instrumentele cu ajutorul cărora să acționeze și să se apere.

4) Părinții autoritari

Acest tip de reacție este tot o formă de hiperprotecție a părinților cu o voință puternică.

Acești părinți își controlează copiii într-o manieră dictatorială. Ei stabilesc reguli care trebuie respectate fără întrebări. Copilul este transformat într-o marionetă, este dirijat permanent, nu are voie să-și asume răspunderi și inițiative, i se pretinde să facă numai "ce", "cât" și "cum" i se spune. Un astfel de comportament din partea părinților are efecte negative, deoarece copilului i se anulează capacitatea de decizie și acțiune.

Uneori autoritatea pune în evidență atenția acordată copilului și grija pentru o îndrumare corespunzătoare. Acest tip de autoritate este justificat mai ales în situația unui copil cu probleme. În aceste cazuri, tânărul este întrebă, participă la discuții, dar în final tot părinții decid, în funcție de părerile lor.

5) Părinți inconsecvenți

Oscilează de la indiferență la tutelă. Cel mai adesea este vorba despre părinți instabili, nesiguri și incapabili de a opta ferm pentru o anumită atitudine. Alteleori copilul este "pasat" la diferiți membri ai familiei, fiind supus unor metode educative diferite, adesea contradictorii.

Crescuți într-un mediu inconstant, lipsit de metode stabile, copilul devine nesigur și ușor de influențat de persoane rău intenționate.

Interacțiunea părinte-copil este conceptualizată ca fiind bidimensională (Bel land Harper, 1977). Factorii care au o influență cantitativă și calitativă directă asupra interacțiunii copilului în mediul familial sunt:

- satisfacția maritală a părinților;
- numărul de frați și surori în familie;
- statutul socio-economic și de educație al familiei;
- sistemul de suport;
- competențele copilului.

Factorii indirecti sunt:

- politicile de stat și naționale (Garbarino, 1990).

Deseori, părinții sunt percepuți ca fiind cei mai buni experți în dezvoltarea copilului. Dar părinții, ca și copiii, nu pot fi perfecți, ei au dreptul de a nu cunoaște anumite lucruri, de a greși. Rolul specialistului este de a ajuta părinții să conștientizeze și să accepte copilul așa cum este, precum și să înțeleagă și să accepte propria imperfecțiune (Mahoney et al., 1999). Întrucât familia reprezintă un actor important în adaptarea psiho-socială, părinții sau aparținătorii care au copii cu nevoi speciale au nevoi la rândul lor, nevoi de suport psihologic și social, sprijinire și orientare către consiliere și psihoterapie pentru familiile aflate în dificultate, participarea la cercuri de discuții în care să-și poată împărtăși unii altora din experiențele și dificultățile trăite de-a lungul timpului.

Puși față în față cu o situație de stres major în care e necesar să înfrunte diagnosticul pe care îl are copilul cu nevoi speciale, părinții/aparținătorii reușesc de multe ori să se mobilizeze, să-și folosească toată energia și toate eforturile și resursele de care dispun pentru a depăși astfel de situații.

Bibliografie

1. Gherguț A. Psihopedagogiapersoanelor cu cerințespeciale. București: EdituraPolirom, 2006. 202 p.
2. Goffman E. Stigmat, les usages sociaux des handicaps. Paris: Les Editions de Minuit, 1975. 176 p.
3. Horga I., Jigău M. (coord.). Situația copiilor cu cerințe educative speciale incluși în învățământul de masă. București: EdituraVanemonde, 2009. 144 p.
4. Pediatric occupational therapy and early intervention. Edited by Jane Case-Smith, 1998. 280 p.

5. Vrăsmaș E. Consiliereașieducațiapărinților. București: Aramis, 2002. 176 p.
6. Ianachevici Mariana. Jumătate din copiii din internatele din Republica Moldova au căpătat o familie. În: https://www.unicef.org/moldova/ro/11941_20966.html (accesat: 15.10.2018).
7. Probleme psihologice ale familiei copillului cu dizabilități. În: <http://www.voinicel.md/index.php?pag=news&tid=725&rid=456&l=ro> (accesat: 04.10.2018).

ASPECTE PRIVIND IMPLICAREA SECTORULUI PRIVAT ÎN REFORMA SĂNĂTĂȚII

Ludmila Goma, dr. în șt. econ., conf. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

ASPECTS OF THE PRIVATE SECTOR INVOLVEMENT IN THE HEALTH REFORM

The involvement of the private sector in the health reform, in the conditions that the medical system can not be sustained only by the state, is essential. This will lead to one increase of the competition's degree between doctors and to better control, optimized management of the medical services and their quality.

Actualitate. La ziua de azi Sistemul sănătății include o combinație de instituții medico-sanitare publice și private, cât și agenții și autorități publice implicate în prestarea, finanțarea, reglementarea și administrarea serviciilor de sănătate. Reformele implementate până în prezent au dus la îmbunătățiri semnificative, dar procesul de reformă este mai degrabă unul continuu, decât unul ad hoc. Conform Portalului guvernamental al datelor deschise (17.09.2017), în țară activează: - 244 Instituții medico-sanitare private acreditate, 7 neacreditate și încă 4 condiționat acreditate; - 16 laboratoare clinice; - 453 cabinete stomatologice.

Tabelul 1. Distribuția IMSP acreditate, conform anului de începere a activității

Anul	Numărul de instituții	Anul	Numărul de instituții
2002	1	2010	24
2003	1	2011	26