

s-a plasat pe locul III ($z=3,67$). Capacitatea empatică a subiectului ocupă locul IV ($z=2,67$) (Fig.4).

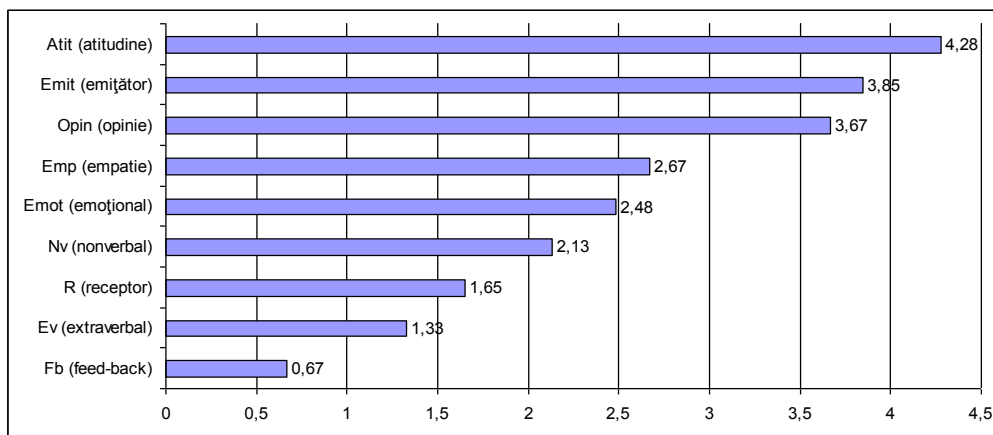


Fig.4. Ierarhia factorilor ce determină comunicarea dintre medici și pacienți (scorul z)

Concluzii

1. În cazul aprecierii „atitudinii” medicilor față de pacienți s-a obținut că medicii de profil terapeutic în primul grup de vârstă (26-40 ani) manifestă o atitudine mai deschisă ($27,64 \pm 1,32\%$) față de pacienți comparativ cu chirurgii din aceeași grupă de vârstă ($24,64 \pm 1,09\%$).
2. Interniștii în al doua grupă de vârstă (41-62 ani) sunt mai atenți la compartimentul non-verbal cu pacientul comparativ cu chirurgii din același grup de vârstă (20,82% și 18,0%, $\chi^2=5,4$, gr.l.=1, $p<0,05$). La interniști și chirurgi în prima grupă de vârstă nu au fost stabilite diferențe semnificative statistice.
3. În structura factorilor analizați a fost făcută ierarhia lor: pe locul I s-a plasat factorul atitudinea cadrului medical față de pacient ($z=4,28$). Pe locul II – factorul pentru calitatea de emițător de mesaje verbale ($z=3,85$). Opinia față de dialogul medicului cu pacientul s-a plasat pe locul III ($z=3,67$). Capacitatea empatică a subiectului ocupă locul IV ($z=2,67$).

Bibliografie

1. Dudley White P. Cheile diagnosticului și tratamentul bolilor de inimă. Iași: Junimea, 1972.
2. Enătescu V. Dialog medic – bolnav. Cluj Napoca: Dacia, 1981.
3. Morariu–Nicolae L. Personalitatea nurselor medicale. în: Jurnal de nursing, 1996, nr. 1.
4. Rudica T. Relația medic – bolnav. Aspecte și caracteristici psihologice. în: Curs de psihopedagogie, Psihologie medicală. Iași: ed. Universității Al.I.Cuza, 1981

ABORDĂRI CONCEPTUALE ALE DIZABILITĂȚII (REVISTA LITERATURII)

Vitalie Bivol

Școala de Management în Sănătatea Publică

Summary

Conceptual approach of disability (literature review)

This article describes different models of disability used in international practice. General considerations are summarized on disability (definition, interpretation, approach). Approach is highlighted features disabled by medical and social system.

Rezumat

În acest articol sunt descrise diferite modele ale dizabilității, utilizate în practica internațională. Sunt rezumate considerațiunile generale asupra dizabilității (definiții, interpretări, abordări). Sunt evidențiate particularitățile abordării persoanelor cu dizabilități de către sistemul medical și social.

Actualitatea

Dizabilitatea este o oarecare abatere de la normă pe care noi o înțelegem ca pe o stare deosebită. Dar persoanele sănătoase nu știu cu adevărat ce este de fapt această stare în realitate. Un singur lucru este evident pentru cei sănătoși din punct de vedere fizic - persoanele cu dizabilități au nevoie de o atitudine specială și un suport. Maturitatea societății, nivelul moralității ei, în mare parte, poate fi constatată prin măsura în care oamenii știu să ofere un ajutor celor cu dizabilități — prin ajutorarea acestora din copilărie până la moarte.

Material și metode

Este realizat un studiu secundar - reviu narativ al surselor bibliografice științifice dedicate problemei dizabilității. Analiza este bazată pe 42 surse literare a autorilor din Republica Moldova, Franța, Marea Britanie, SUA etc.

Rezultatele

Organizația Mondială a Sănătății propune următoarea definiție a dizabilității: “Dizabilitatea este reprezentată de orice restricție sau lipsă (rezultată în urma unei infirmități) a capacității (abilității) de a îndeplini o activitate în maniera sau la nivelul considerate normale pentru o ființă umană”.

Dizabilitatea este o stare socială și nu o condiție medicală, dar, totodată ea este la fel de strâns legată de sistemul ocrotirii sănătății, ca și de cel al ocrotirii sociale [22].

Potrivit Organizației Internaționale a Persoanelor cu Dizabilități (DPI), dizabilitatea este definită ca fiind “rezultatul interacțiunii dintre o persoana care are o infirmitate și barierele ce țin de mediul social și atitudinal de care ea se poate lovi”.

La momentul de față, noile tendințe pe plan mondial impun termenul de “persoana dizabilitată” (de către societate) în locul celei de “persoana cu dizabilități”, tocmai pentru a sublinia faptul ca dizabilitatea nu este un atribut al persoanei ci este un atribut al relației persoană – mediu.

Dizabilitatea este văzută ca o problema a întregii societăți. Aceasta presupune pregătirea și adaptarea continua în toate sferele vieții, pentru primirea și menținerea acestor persoane în curentul principal al vieții sociale [24].

Studiile efectuate la nivel european au arătat[6, 7]:

- numărul persoanelor cu dizabilități este de 65 de milioane în Uniunea Europeana, aproximativ 10% din populația UE.
- Unul din patru europeni are un membru de familie care suferă de o dizabilitate.
- Persoanele cu mobilitate redusă reprezintă mai mult de 40% din populație.
- Comparativ cu numărul persoanelor care nu suferă de nici o dizabilitate și care nu au un loc de munca, numărul persoanelor cu dizabilități fără un loc de muncă este de 2 pana la 3 ori mai mare.
- Doar 16% dintre cei care au nevoie de asistența la locul de muncă beneficiază de această asistență.
- Multe persoane cu dizabilități sunt muncitori descurajați și nici măcar nu îndrăznesc sa intre pe piața muncii. De aceea intră în categoria persoanelor inactive.
- Cu cat este mai sever gradul de handicap, cu atât participarea pe piața forței de muncă este mai redusă. Aceasta participare reprezintă un procent de 20% în cazul persoanelor cu dizabilități severe comparativ cu 68% în cazul persoanelor care nu suferă de nici o dizabilitate.

- În comparație cu persoanele fără dizabilități, persoanele cu dizabilități au cu 50% mai puține șanse să urmeze alte studii după cele secundare.
- 38% dintre persoanele cu dizabilități cuprinse cu vârste între 16-34 de ani au un venit câștigat în Europa, comparativ cu un procentul de 64% al persoanelor fără dizabilități. Venitul persoanelor cu dizabilități este în mod dramatic mult mai mic decât cel al persoanelor fără dizabilități.
- Una din două persoane cu dizabilități nu a luat parte niciodată la activități sportive sau de petrecere a timpului liber.
- 1/ 3 dintre persoanele cu dizabilități nu a călătorit niciodată în străinătate sau nu a participat în excursii turistice din cauza condițiilor și a serviciilor inaccesibile.
- Oamenii cu dizabilități suferă de izolare. Comparativ cu numărul persoanelor fără dizabilități, de două ori mai multe persoane cu dizabilități își întâlnesc prietenii și rudele mai puțin de o dată sau de două ori pe lună.
- 88% dintre europeni consideră că accesul la transportul public pentru persoanele cu handicap fizic și vizual este dificil.
- 97% dintre europeni considera că trebuie luate măsuri pentru a asigura o mai bună integrare în societate a persoanelor cu dizabilități.
- 93% exprimă dorința lor de a aloca mai mulți bani pentru a înlătura barierele fizice care complică viața persoanelor cu dizabilități.

În Republica Moldova dizabilitatea la adulți este puțin studiată atât în aspect medical, cât și în aspect social (Serbin V., Grejdianu T. 2006, Israfilova M, 2011). Problema dizabilității la copii a fost cercetată de Spinei L. (1996-2000, 2005-2011).

Statistica medicală oficială din Republica Moldova oferă datele doar cu privire la invaliditatea primară, neglijând persoanele reexpertizate și cele cu grad de invaliditate stabilită fără termen. Chiar și în acest context se atestă o majorarea cu 16,5% a nivelului invalidității primare de la 372,7 cazuri în a. 2004 la 319,8 cazuri la 100 mii populație [1].

De-a lungul timpului, definiția handicapului sau a dizabilității a fost dificilă și a trecut prin modificări importante. Termenul de handicap, aplicabil realităților umane, a glisat de la sensul medical, de limitare fizică a capacității oamenilor, la cel de dezavantaj social, rezultat al unor deficiențe.

Căutarea unei definiții a persoanelor cu dizabilități care să fie în același timp riguroasă și să nu stigmatizeze a constituit obiectul preocupărilor unui număr mare de cercetători. Printre aceștia s-a remarcat P. Wood care a formulat propuneri de reconceptualizare acceptate ulterior prin consens de Organizația Mondială a Sănătății în anul 1980; inovația sa a constat în utilizarea a trei concepte distincte [21]:

- **infirmitatea sau deficiența** (*eng. "impairment"*) care desemnează orice pierdere, anomalie sau dereglare a unei structuri sau a unei funcții anatomice, fiziologice ori psihice. Prin acest termen se descrie perturbarea la nivelul unor membre, organe sau a altor structuri ale organismului, ca și la nivelul funcțiilor psihice. Conceptul este operațional la nivelul sistemului „organism”. Iată câteva exemple de formulări care au fost utilizate pentru realizarea unor cercetări și recensăminte: „lipsa vederii”, „ambliopia”, „surzenia”, „mutismul”, „paralizii ale membrelor”, „amputații ale membrelor”, „întârzierea mintală”, „deficiența de vorbire” ș.a.;
- **incapacitatea sau dizabilitatea** (*eng. „disability”*), care desemnează orice reducere, lipsă ori pierdere (rezultând dintr-o deficiență) a aptitudinii de a desfășura o activitate în condițiile considerate normale pentru o ființă umană. Dizabilitățile sunt descrieri ale perturbărilor la nivelul persoanei, al personalității; ele ilustrează limitarea funcțională sau restricția în activitate (de durată) cauzate de o deficiență. În cadrul studiilor și recensămintelor au fost urmărite diferite tipuri de dizabilități, formulate ca dificultăți, cum ar fi: „de vedere”, „de auz”, „de deplasare”, „de autoservire” etc.;
- **handicapul** (*eng. „handicap”*), definit ca orice dezavantaj de care suferă o anumită persoană ca urmare a unei deficiențe sau a unei dizabilități care o împiedică să satisfacă

total ori parțial sarcinile considerate normale pentru ea (în raport cu vârsta, genul și cu diferiți factori sociali și culturali). Noțiunea de handicap descrie rolul social atribuit persoanei cu deficiență sau dizabilitate, rol care o plasează ca dezavantajată comparativ cu alte persoane. Dezavantajele apar și se manifestă în cadrul interacțiunii persoanei cu mediul ei social și cultural specific. În recensămintele și studiile realizate în diferite țări au fost utilizate formulări de tipul „imobilizat la pat”, „limitat la domiciliu”, „inapt de a utiliza transportul comun”, „inapt de muncă”, „izolat social” ș.a.

În acest mod, dizabilitatea tinde să capete accepțiunea unei probleme sociale, aceea a respingerii sau excluderii persoanei cu deficiență sau cu dizabilitate.

Pe baza acestor delimitări s-a elaborat Clasificarea Internațională a Deficiențelor, Dizabilităților și Handicapurilor (ICIDH-1) care a fost adoptată ca document de lucru de către O.M.S. în anul 1980. Ea a fost revăzută în 1993. Acest proces de revizuire a dus la o mai sofisticată și mai cuprinzătoare ICIDH-2 în 2001. ICIDH este bazată pe modelul biopsihosocial bolii, descrie consecințele bolii în trei dimensiuni: deficiente structurale și funcționale ale corpului, dizabilitățile (ICIDH-1) sau restricțiile în activitate (ICIDH-2) sunt analizate în raport cu activitățile de zi cu zi, handicapul (ICIDH-1) sau limitarea în participare (ICIDH-2) - în funcție de integrarea socială [13].

Originea cuvântului de handicap se regăsește în traducerea termenilor care compun acest cuvânt. *Hand* (în engleză) înseamnă *mana* în = în, *cap* = cascheta sau căciula. Aceasta sintagmă provine de la un joc de origine engleză, în care participanții la joc își disputau anumite obiecte, iar prin intermediul unui arbitru se extrăgeau obiectele la întâmplare. În evoluția termenului, consoana „n” a dispărut, iar astfel a luat forma cuvântul handicap. Evoluția cuvântului de la o semnificație primară la una secundară s-a realizat prin atribuirea acestui termen în cursele de cai. Ulterior, în decursul anilor, acest termen a trecut și în sfera umană, desemnând acele persoane care erau dezavantajate social; termen care a suferit mai multe modificări la nivel de semnificație. Ideea de dezavantaj și dificultate pe care îl implică acest termen la nivel social a fost derivat mai apoi spre o semnificație accentuat medicalizată în care dezavantajul se traducea în cel bio-psihic [18].

Termenul dizabilitate se referă la dezavantajul social, la pierderea și limitarea șanselor unei persoane de a lua parte la viața comunității la un nivel echivalent cu ceilalți membri. El descrie interacțiunea dintre persoana cu dizabilități și mediu. Din perspectiva acestui concept, conform legislației în vigoare în acest domeniu, persoanele cu dizabilități sunt acele persoane pe care mediul social, neadaptat deficiențelor lor fizice, senzoriale, psihice, mentale, le împiedică total sau le limitează accesul cu șanse egale la viața socială, potrivit vârstei, sexului, factorilor materiali, sociali și culturali proprii, necesitând măsuri de protecție specială în sprijinul integrării lor sociale și profesionale [19].

Termenul de „handicap” se referă la un dezavantaj social, prin limitele sau pierderea pe care o poate avea o persoană la participarea în viața comunității într-un mod egal cu celelalte persoane. Handicapul este o resultantă a construcției dintre relațiile dintre o persoană cu dizabilități și mediul înconjurător în care acesta trăiește, mai ales în unele activități organizate de către societate, cum ar fi accesul la informații, la comunicații și la mediul fizic, acestea putând împiedica participarea lor activă în cadrul societății în condiții de egalitate. Prin concluzie, handicapul apare în momentul în care, „persoanele cu dizabilități întâlnesc bariere sociale, culturale sau arhitecturale, împiedicându-le accesul la diferite sisteme la care, în condiții de normalitate”, au acces persoanele fără dizabilități [20].

Prin documentele oficiale ONU, persoana cu dizabilitate se poate defini drept o persoană care se afla în situația în care nu își poate asigura prin ea însăși „toate sau o parte din nevoile vieții individuale sau sociale normale”. În această situație, autonomia existențială personală este principala condiționare prin care este determinată prezența sau absența dizabilității [25].

Marianne Schulze, avocată pentru drepturile omului, care a fost negociatoare a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități afirmă că din perspectiva drepturilor omului, dizabilitatea nu este o afecțiune, ci doar o percepție a manifestării sale fizice.

Este vorba, mai degrabă, despre felul în care stigmatizarea, stereotipurile și alte prejudecăți creează bariere sociale, care exclud persoanele cu dizabilități [4]. Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități a fost adoptată la sfârșitul anului 2006. Parlamentul Republicii Moldova a aprobat, la mijlocul anului 2010, proiectul de lege pentru ratificarea respectivei Convenții ONU [26].

Ph. Hood (2000), definește dizabilitatea ca fiind un dezavantaj care este rezultanta unei incapacități sau a unei deficiențe, împiedicându-l pe individ să își îndeplinească rolurile sociale raportate la vârsta, factori culturali sau sociali. Programul mondial de acțiune privind problemele dizabilității, indică faptul că, dizabilitatea este pierderea egalității de șanse la participarea activă socială în raport cu comunitatea din care acesta face parte [11].

Aria de acoperire a conceptului de dizabilitate este relativ largă, cuprinzând deficiențele de ordin mental, senzorial, fizic, dar în ultima perioadă acest concept și-a lărgit aria de acoperire cuprinzând și disfuncționalități de integrare, de ordin social, economic etc. [2]

Datorită faptului că, termenul de handicap a dobândit o conotație negativă la nivel de percepție a limbajului, există o tendință din ce în ce mai accentuată de a nu mai fi folosit. Astfel se încearcă în loc de „handicap”, folosirea termenului de persoană cu deficiențe (mentală, senzorială, fizică, etc.) sau persoana cu nevoi speciale. Spre exemplu în Anglia s-a introdus un nou termen pentru a defini această categorie de concepte, și anume „physically challenged” [8].

Semnificația termenului de deficiență este pierderea, alterarea sau absența unei structuri sau a unei funcții din punct de vedere anatomic, fiziologic sau psihic. Aceasta poate să fie rezultanta unei boli, a unui accident etc. dar și rezultatul unor factori negativi de dezvoltare a mediului, în special carențele afective [9].

Conceptul de deficiență nu trebuie confundat cu conceptul de boala deoarece, are o altă semnificație. Boala implică alterarea funcțională și/sau structurală a organismului din punct de vedere somatic, psihic sau psihosomatic și are ca și caracteristică suferința sau durerea. Deficiența implică invaliditatea, dar care are un element comun cu boala, și anume starea de anomalie. Deficiența este caracterizată prin prezența invalidității prin pierderea sau absența unei anumite aptitudini a persoanei, aptitudine prezentă la celelalte persoane [5].

Handicapul social este rezultatul unei inadaptări la mediu, implicând consecințe pe plan economic, social și chiar pe planul sănătății. Astfel, termenul de inadaptare provine de la cuvântul adaptare. Astfel pentru determinarea conceptului de inadaptare este nevoie trecerea în revistă a câtorva aspecte ale „adaptării”. Ea se poate realiza prin 3 modalități: adaptarea prin asimilare, cea mai dezirabilă, se produce atunci când conexiunile sunt suficient de puternice pentru a putea învinge rezistențele exterioare; adaptarea prin acomodare - datorită dificultăților exterioare, individul renunță la dorințele afirmare inițială și adoptă o poziție de conformare și adaptarea prin deplasare producându-se în momentul în care individul nu reușește să treacă peste obstacolele din calea sa, deturnând calea normală pentru satisfacerea nevoilor. Astfel când nici una dintre cele 3 ipostaze menționate mai sus nu sunt posibile, intervine inadaptarea. În acest sens se pot considera inadaptați, acei indivizi care datorită unor deficiențe senzoriale, fizice psihice, etc. nu reușesc să se adapteze la mediul în care aceștia trăiesc putând fi divizată în: inadaptări preponderent sociale, psihologice și/sau organice [10].

În final pentru depășirea interpretării bilaterale a termenului de handicap unii autori propun revenirea la semnificația inițială a termenului de handicap, adică la acel dezavantaj social care este determinat de un lanț cauzal, pornind de la boală, apoi deficiența, trecând prin incapacitate și ajungând la handicap. În concluzie se poate afirma că acest model este semnificativ pentru descrierea noțiunii de handicap și a implicațiilor acestuia, dar și a etapelor ce îl determină [3, 14].

Nu orice persoană care prezintă deficiență este în mod automat și persoană cu dizabilitate sau persoană cu handicap. Atunci când se stabilește gradul și durata dizabilității se au în vedere aspecte complexe ce țin de natura acesteia, de starea generală, de vârsta și de restanțul morfo-funcțional. În definirea handicapului intervin întotdeauna anumite variabile sociale [15].

Dizabilitatea apare atunci când persoanele se confruntă cu bariere culturale, fizice sau sociale care le împiedică accesul la diferitele sisteme ale societății, sisteme care sunt disponibile altor cetățeni. Astfel dizabilitatea are accepțiunea pierderii sau limitării șanselor de a lua parte la viața comunității la un nivel egal cu al celorlalți. De aici rezultă că definirea dizabilității unei anumite persoane presupune identificarea dificultăților cu care aceasta se confruntă, în condiții specifice ale mediului fizic, social, cultural, familial etc. [15]

Până de curând în Republica Moldova pentru persoanele cu dizabilități s-a folosit cuvântul „invalid”, care însă nu corespunde statutului acestor persoane, deoarece în limba română *invalid* (din lat. *invalidus*) este o persoană care are o infirmitate (din cauza căreia este inaptă de muncă), infirm, mutilat, schilod. Acest termen este preluat din practica medicală sovietică, care folosea cuvântul „инвалид” pentru a determina o persoană cu dizabilități. Totodată același termen continuă să fie utilizat și în sintagma *grad de invaliditate*, utilizat în practica expertizei medicale a vitalității din Republica Moldova. Persoanele cu dizabilități la noi în țară au fost privite prin prisma modelului medical, care îl vom descrie în continuare.

Modelele sunt influențate de două filosofii fundamentale. Prima vede persoanele cu dizabilități dependente de societate. Acest lucru poate duce la paternalism, segregare și discriminare. Cea de a doua percepe persoanele cu dizabilități drept consumatori a ceea ce societatea are de oferit. Acest lucru duce la libertatea în alegere, abilitare, egalitatea drepturilor omului și integrare.

Modelele dizabilității nu ar trebuie abordate drept o serie de opțiuni exclusive superioare sau inferioare unul altuia. Dezvoltarea și popularitate lor ne oferă o continuitate în raport cu schimbarea atitudinii sociale față de dizabilitate și nivelul ei la momentul actual. Modelele se schimbă odată cu schimbarea societății. Având în vedere acest grad de înțelegere, obiectivul nostru de viitor, ar trebui să fie dezvoltarea și aplicarea unui grup de modele, care va permite persoanelor cu dizabilități accesul la drepturi depline și egale, alături de concetățenii lor.

Studiile au demonstrat că numai diagnosticul nu este suficient pentru a face predicții referitoare la nevoia de servicii, la durata spitalizării, la nivelul îngrijirilor sau la rezultatele funcționale. La fel, prezența unei tulburări sau a unei afecțiuni nu apare ca un predictor adecvat în raport cu beneficiile pentru dizabilitate, cu performanța în munca, cu redobândirea potențialului de muncă sau cu probabilitatea integrării sociale. Aceste aspecte sugerează că dacă este utilizată numai o clasificare medicală bazată pe diagnostic, nu se poate asigura informația necesară pentru scopurile managementului și planificării în domeniul sănătății, întrucât lipsesc datele referitoare la nivelurile funcționalității și dizabilității [15].

Clasificarea Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății - CIF (*The International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF*), propusă de către Organizația Mondială a Sănătății, face distincție între funcțiile corpului (fiziologice sau psihice, ex. vederea) și structuri ale corpului (părți anatomice ex. ochi și structurile aferente). Deprecierea în structura corporală sau funcțională este definită ca implicând o anomalie, defect, pierdere sau altă abatere semnificativă de la anumite standarde general acceptate de populație, care poate varia în timp. Activitatea este definită drept executarea unei sarcini sau acțiuni. ICF enumără 9 domenii generale ale funcționalității, care pot fi afectate:

- ✓ Învățarea și aplicarea cunoștințelor
- ✓ Sarcinile și cerințele generale
- ✓ Comunicarea
- ✓ Mobilitatea fizică de bază,
- ✓ Viața casnică,
- ✓ Auto-îngrijirea
- ✓ Interacțiunile și relațiile interpersonale
- ✓ Viața comunitară, socială și civică, inclusiv angajarea în câmpul muncii
- ✓ Alte arii majore ale vieții [16].

În paralel cu ICF au mai fost propuse o largă varietate de modele conceptuale pentru a înțelege și explica dizabilitatea și funcționalitatea, care urmăresc integrarea.

Modelul medical abordează dizabilitatea drept o problema pur personală, cauzată direct de maladii, traume sau alte afectări ale stării sănătății, care necesită îngrijiri medicale acordate sub formă de tratament individual acordat de către profesioniști. În modelul medical, managementul dizabilității este vizat drept aplicarea tratamentului sau ajustarea individuală prin schimbările de comportament care ar putea duce la vindecare sau ameliorarea stării. În modelul medical, îngrijirile medicale sunt privite ca sarcina principală, iar la nivel global se solicită modificarea sau reformarea politicii de asistență medicală.

Persoanele cu dizabilități resping acest model. Ei spun ca acest model a dus la scăderea respectului propriu, nedezvoltarea abilităților vieții, educație slabă și un grad mare de neangajări. Pe deasupra, toți recunosc că modelul medical duce la ruperea legăturilor naturale cu familiile, comunitatea și societatea în general.

Între 1960 și 1970 grupuri noi formate din persoane cu dizabilități au început să aducă schimbări în modul în care erau tratați sau priviți de societate. Definițiile alternative date dizabilității sau deteriorărilor de sănătate au fost dezvoltate și formează baza a ceea ce este cunoscut ca **modelul social**.

Modelul social al dizabilității vede această problemă drept una socială și o chestiune de integrare deplină a persoanelor în societate. În acest model, dizabilitatea nu este atributul unui individ, ci mai degrabă un complex de condiții, dintre care multe sunt create de mediul social. Prin urmare, gestionarea problemei necesită o acțiune socială și este responsabilitatea colectivă a societății în general pentru a face modificările de mediu necesare pentru participarea deplină a persoanelor cu dizabilități în toate domeniile vieții sociale. Problema este atât culturală cât și ideologică, care implică individul, comunitatea, și pe scară largă întreaga societate. Din această perspectivă, accesul egal pentru cineva cu o dizabilitate este o problema a respectării drepturilor omului la nivel global.

Modelul social se centrează pe ridicarea barierelor sociale, mai degrabă decât pe „tratamentul” persoanelor care au probleme de sănătate.

În afară de modelele de bază ale dizabilității menționate anterior mai există un șir de modele cu diverse abordări ale problemei dizabilității.

Modelul spectral se referă la gama de simțuri văz, auz și sensibilitate care participă în funcționalitate. Acest model afirmă că dizabilitatea nu înseamnă neapărat reducerea spectrului de operații efectuate.

Modelul moral se referă la afirmația conform căreia oamenii sunt responsabili din punct de vedere moral pentru propria dizabilitate. De exemplu, dizabilitatea poate fi văzută drept rezultatul acțiunilor negative ale părinților în cazul afecțiunilor congenitale ale copiilor, sau ca rezultat al practicării unor lucruri agresive etc. Acest model are aspecte religioase fiind un ecou de al doctrina de karma din religiile indiene [12].

Modelul expert/profesional oferă o interpretare tradițională a problemelor legate de dizabilitate și poate fi văzută ca o ramură a modelului medical. În cadrul lui, profesioniști urmează un algoritm de identificare a dizabilității și limitările persoanei (folosind modelul medical), după care se întreprind măsurile necesare pentru a îmbunătăți situația persoanei cu dizabilități. Acest lucru a produs un sistem în care un furnizor de servicii foarte activ și autoritar acționează pentru un client pasiv.

Model de tragedie/caritate descrie persoanele cu dizabilități drept victime ale circumstanță, care sunt demne de milă. Acest model, de rând cu cel medical, sunt modelele cele mai utilizate de către persoanele fără dizabilități pentru a defini și a explica dizabilitatea.

Modelul legitim apreciază dizabilitatea drept o decizie bazată pe dovezi întru atribuirea unei persoane a acestui calificativ. Acest punct de vedere permite mai multe interpretări, deci nu poate fi considerat viabil și finalizat.

Modelul social adaptat al dizabilității menționează că deși o persoană cu dizabilități întâlnește unele limitări într-o societate aptă de muncă, de cele mai multe ori societatea și mediul înconjurătoare sunt mult mai limite decât invalidul însuși [17].

Modelul economic definește dizabilitatea drept incapacitatea unei persoane de a fi antrenată în câmpul muncii. Acesta evaluează, de asemenea, gradul în care dizabilitatea afectează productivitatea unei persoane, precum și consecințele economice pentru individ, angajator și stat. Astfel de consecințe includ scăderea veniturilor și plata pentru asistență de către individ, profituri mai mici pentru angajator, precum și plățile sociale efectuate de către stat. Acest model este direct legat de modelul de **tragedie/caritate**.

Modelul delegării permite persoanei cu dizabilități și familiei sale a decide tratamentul și de care servicii doresc să beneficieze. Acest model transformă profesionaliștii într-un furnizor de servicii al cărui rol este ghidarea și grija față de rezolvarea deciziilor clientului. Acest model permite individului urmarea propriilor obiective [17].

Modelul de piață al dizabilității este modelul aliniat la drepturile minorităților și consumatorilor care recunoaște persoanele cu dizabilități ca reprezentanți ai unui grup mare de consumatori, angajați și alegători. Acest model permite persoanelor să-și identifice dizabilitatea în mod personal care le permite participarea în activitățile de zi cu zi, cu un accent special pe angajarea economică. În baza acestui model, conform datelor recensământului din SUA, există 1,2 miliarde de oameni în lume care se autoconsideră a avea o dizabilitate. Alte două miliarde de oameni sunt considerate cu dizabilități de către persoanele înconjurătoare (familie, prieteni, angajatori), și atunci când este suplimentat la numărul de persoane fără dizabilități, reprezintă 53% din populație [23].

În final putem conchide că modelele dizabilității sunt instrumente pentru definirea, aprecierea și, în cele din urmă, pentru furnizarea unor date către guvern și societate, în baza cărora cele din urmă pot să elaboreze strategii pentru a răspunde nevoilor persoanelor cu dizabilitate. Ele sunt adesea tratate cu scepticism, deoarece se crede că acestea nu reflectă o lume reală, sunt adesea incomplete și încurajează gândirea îngustă, nu oferă direcțiile și căile de soluționare a problemelor. Cu toate acestea, ele sunt un cadru util pentru a înțelege problemele legate de dizabilitate, și, de asemenea, o perspectivă pentru cei care creează și aplică aceste modele.

Modelele dizabilității sunt în esență modele concepute de oameni despre alte persoane. Ele oferă o imagine de ansamblu de atitudini, concepții și prejudecăți ale celor ce le-au creat și modul în care aceste noțiuni au un impact asupra celor pentru care au fost create. Din aceste aspecte modelele dezvăluie modul în care societatea noastră oferă sau limitează accesul la muncă, bunuri, servicii, influența economică și puterea de decizie pentru persoanele cu dizabilități.

Concluzii

1. Abordarea semantică a noțiunilor utilizate în raport cu persoanele cu dizabilități (handicap, dizabilitate, invalid) duc deseori la stigmatizarea celor din urmă.
2. În literatura de specialitate sunt descrise diferite modele ale dizabilității, care determină relația persoană cu dizabilități – mediu/societate (medical, social, etc.).
3. Modelele dizabilității sunt influențate de două filosofii fundamentale: prima vede persoanele cu dizabilități dependente de societate, cea de a doua percepe persoanele cu dizabilități drept consumatori a ceea ce societatea are de oferit.
4. Modelele dizabilității nu ar trebuie abordate drept o serie de opțiuni exclusive superioare sau inferioare unul altuia. Dezvoltarea și popularitatea lor ne oferă o continuitate în raport cu schimbarea atitudinii sociale față de dizabilitate și nivelul ei la momentul actual. Modelele se schimbă odată cu schimbarea societății.

Bibliografie

1. Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova anul 2010.
2. Barnes C., Oliver M., Barton L. Disability Studies Today. Cambridge: Polity Press. 2002. 288 p.

3. Byron M. et al. What does "disability" mean for medical students? An exploration of the words medical students associate with the term "disability". In: *Med Educ.* 2005, vol. 39, nr. 2, p. 176-183.
4. Dizabilitatea între afecțiune și percepție. In: *SOMATO-Info. Buletin informațional al Asociației SOMATO.* 2012, Aprilie, p. 1-2.
5. Enachescu C. *Tratat de igienă mentală*, Ed. 2-a. Iași: Ed. Polirom, 2004.
6. Eurobarometer 54.2 Attitudes of europeans to disability. Belgium, 2001. 82 p.
7. Eurostat report: Disability and social participation in Europe, 2001 edition. Luxemburg. 94 p.
8. Gleeson B.J. *Geographies of disability.* London: Routledge, 1999.
9. Hahn H. The political implications of disability definitions and data, *Disability Policy Studies.* 1993, vol. 4, nr. 3, p. 41-52.
10. Harris J. One principle and three fallacies of disability studies. In: *J Med Ethics.* 2001, vol. 27, nr. 6, p. 383-387.
11. Hood P.R. Handicapped parking. In: *Am J Nurs.* 2000, vol. 100, nr. 9, p. 11-13.
12. Kaplan D. Disability Model. In: . World Institute on Disability. Retrieved 30 October 2011.
13. Leistner K. Is the ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) suitable for geriatric rehabilitation? In: *Z Gerontol Geriatr.* 2001, vol. 34, suppl 1, p. 30-35.
14. Louhiala P. Philosophy meets disability. In: *J Med Ethics.* 2009, vol. 35, nr. 9, p. 570-572.
15. Manea L. *Asistența socială a persoanelor cu handicap.* București, 2008. 69 p.
16. Mpofo E., Oakland T. *Rehabilitation and health assessment : applying ICF guidelines.* New York: Springer Publishing Company, 2010. 756 p.
17. Nikora L. et al. *Disabled Maori and Disability Support Options.* University of Waikato and the Ministry of Health, 2004.
18. Popescu G., Pleșa O. *Handicap. Readaptare. Integrare.* București: Ed. Pro Humanitate 1998
19. Stoica L. *Asistenta socială a persoanelor cu dizabilități.* Alba-Iulia. 2004.
20. Vărăjmaș T., Daunt P., Musu I., *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale*, Ministerul Învățământului și Reprezentanta UNICEF în România, 1996.
21. Wood P: *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.* Geneva: World Health Organization. 1980
22. Коробов М.В., Помников В.Г. *Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации.* СПб.: Гиппократ, 2005. 856 с.
23. <http://www.returnondisability.com/>
24. <http://www.rtbfb.be/cap48/>
25. <http://www.un.org/ru/youthink/disabilities.shtml>
26. <http://www.un.org/russian/disabilities/countriesconv.asp>