

Suportul social și instituțional pentru familiile copiilor cu dizabilități. Influența asupra bunăstării subiective a aparținătorilor

Claudia Oșvat*

Sergiu Bălătescu**

Universitatea din Oradea, România

Abstract: *Having a disabled child brings strong hardships for the families, with major implications in all spheres of family life. The emotional and financial burden on caregivers may be lightened by support from authorities, family and friends. In this paper we will focus on the effect of received support on the subjective well-being of the caregivers. Parents from 172 families living in Bihor County, Romania, have been interviewed, using a questionnaire that measures subjective well-being (life satisfaction), social support from friends, relatives, specialized services in the area, and perceived respect from the community. While income is positively related to life satisfaction, mothers reported lower subjective well-being than males, controlling for other demographics, which seems to show that they are more affected by their child disability. The amount of support received from friends in activities related to child and respect from the communities have a positive influence on subjective well-being of the caregiver, when controlling for socio-demographics and other types of support. On the other hand, emotional support from friends is negatively correlated with subjective well-being. We suppose this was a spurious correlation, this kind of support being regularly associated with dissolution of the family under the pressure of hardships generated by child disability.*

Keywords: family; children with disabilities; social support; subjective well-being.

Cuvinte-cheie: familie; copii cu dizabilități; suport social; bunăstare subiectivă.

Introducere

Problematika dizabilității a fost și este în continuare în centrul preocupărilor cercetătorilor în domeniu, al reprezentanților factorilor de decizie de la nivel local și central, al reprezentanților comunităților ș.a.m.d. Datele statistice (European

Disability Forum, 2011) evidențiază faptul că un european din patru are în familie un membru cu dizabilități. Este știut faptul că nevoile acestor persoane și, implicit, ale membrilor familiilor lor sunt complexe. În acest context, o atenție deosebită este acordată problematicei dizabilității copilului și a implicațiilor acesteia asupra membrilor

* Universitatea din Oradea, Departamentul de Sociologie, Asistență Socială și Filozofie, Str. Universității nr. 1. E-mail: claudioosvat@gmail.com.

** Universitatea din Oradea, Departamentul de Sociologie, Asistență Socială și Filozofie, Str. Universității nr. 1. E-mail: bsergiu@uoradea.ro.

familiei. Dizabilitatea copilului este o experiență de triadă, implicând co-interacțiunile dintre copil, care trăiește disfuncția, familia care este afectată de problema copilului și mediul extern în care se manifestă dizabilitatea (Falik, 1995, *apud* Heiman, 2002). Criza generată de diagnosticul care arată că ceva nu este în regulă cu copilul lor este probabil experiența cea mai dificilă pentru părinți. În cele mai multe cazuri, reacțiile părinților sunt negative, similare reacțiilor în urma unei pierderi ireparabile. Familiile fie se adaptează în mod flexibil și se mobilizează într-o acțiune eficientă, fie se blochează în reacții de diferite grade de rigiditate și ineficiență.

Politicile și strategiile naționale adresate persoanelor cu dizabilități au la bază o serie de principii care vizează protecția, integrarea și incluziunea socială în vederea eliminării barierelor care ar putea exista între acestea și ceilalți membri ai comunității (Guvernul României, 2005; Parlamentul României, 2006). Astfel, la nivelul țării noastre, au fost propuse o serie de măsuri de natură socială, psihologică și psihopedagogică care vizează intervenția timpurie, facilitarea accesului la servicii educaționale, medicale și sociale, integrarea profesională și socială a persoanelor cu dizabilități. Toate aceste măsuri iau în calcul și implicarea membrilor familiei persoanelor cu dizabilități în acest proces, familia jucând un rol extrem de important în viața acestor persoane. Preocupările care vizează strategia în domeniu și punerea în aplicare a măsurilor de protecție se regăsesc la nivelul comunităților locale, unde, prin serviciile medicale, educaționale și sociale oferite de către instituțiile existente, prin derularea de activități de conștientizare a opiniei publice cu privire la problematica/nevoile familiilor care au un membru cu dizabilități, pot contribui la îmbunătățirea calității vieții acestora. De asemenea, în acest context, pe lângă sprijinul oferit familiilor care au un membru cu dizabilități prin intermediul serviciilor, un

alt tip de sprijin, de o mare importanță, vine din partea membrilor familiei lărgite, a prietenilor și a membrilor comunităților locale.

Lucrarea de față își propune să abordeze tocmai efectul sprijinului pe care îl primește familia pentru a se adapta la situația impusă, măsurat prin prisma bunăstării subiective a părinților. 172 de părinți ai copiilor cu dizabilități neuromotorii din Bihor au fost intervievați în cadrul acestui studiu, instrumentul cuprinzând mai multe scale de măsurare a suportului social și a bunăstării subiective. Rezultatele vor arăta că între cele două variabile există asocieri empirice.

Vom proceda în felul următor: mai întâi vom face o trecere în revistă a literaturii de specialitate pe tema suportului social în familiile copiilor cu dizabilități, văzut ca un mediator al relației dintre stresul acestei familii și bunăstarea părinților. După aceea vom defini și explica bunăstarea subiectivă a aparținătorilor în cazul familiilor care au copii cu dizabilități, prezentând un model causal pentru relația dintre suportul social și bunăstarea subiectivă în cadrul acestor familii. Mai apoi vom prezenta metodologia studiului asupra părinților persoanelor cu dizabilități și vom discuta rezultatele obținute, oferind și concluziile potrivite.

Contextul general al situației familiei copiilor cu dizabilități

Familia reprezintă pentru copil mediul în care acesta se dezvoltă, parcurgând etapele firești în pregătirea pentru viața independentă. Prezența unui copil cu dizabilități în familie poate să conducă la apariția de modificări la nivelul relațiilor din cadrul familiei, lezând echilibrul intern și extern, generând o situație de criză (Gherguț, 2007). Înțelegerea și acceptarea de către membrii familiei a noii situații, mobilizarea și identificarea de modalități de *coping*

eficiente, depășirea momentului de criză, refacerea climatului familial constituie doar câteva dintre prioritățile familiilor care se confruntă cu problema de a avea un copil cu dizabilități. Dată fiind complexitatea acesteia, este important ca membrii familiei să fie susținuți în demersurile întreprinse de către profesioniștii din domeniu (prin serviciile existente), de către membrii comunităților din care aceștia fac parte, cât și de către societate în general. De contribuția fiecăruia dintre acești factori depinde în mare măsură funcționarea optimă a familiei, care devine astfel capabilă să își gestioneze problemele – complex numit în literatura de specialitate *împunernicirea* familiei (Adelizzi și Goss, 2001; Cannan și Warren, 1997; McLaughlin, 2008).

Studiile de specialitate asupra problemelor și nevoilor acestei categorii de familii trag concluzii asemănătoare. Pe de o parte, sunt evidențiate implicațiile asupra copiilor, fiind studiate modificările ce pot apărea în privința funcționării, dezvoltării cognitive, comportamentale și sociale a acestora ca rezultat al distresului parental și al modificărilor la nivelul funcționării familiei (Richman *et al.*, 1982; Wallander și Varni, 1998, *apud* Sloper, 1998), pe de altă parte sunt evidențiate implicațiile dizabilității copilului asupra membrilor familiei. Astfel, situația de a avea un copil cu dizabilități generează stres la nivelul familiei (Burke, 2008). De asemenea, membrii familiilor care se confruntă cu o astfel de problemă sunt mai susceptibili a dezvolta sentimente de vinovăție, anxietate și depresie (Schaffer, 2005). În plus, părinții copiilor cu dizabilități au un venit semnificativ mai redus decât al acelor copii sănătoși (Brehaut *et al.*, 2004). În concluzie, experiența creșterii și îngrijirii unui copil cu dizabilități generează stres continuu. Acesta are efecte negative pe termen lung, cu impact atât asupra părinților, cât și asupra grupurilor din care fac parte. În acest context, „un factor cu mare încărcătură stresantă, dar furnizor și de o

bucurie a solidarității familiale este îngrijirea persoanelor din familie ajunse în neputință fizică, slăbite, bolnave” (Iluț, 2005, 239).

Nu toți membrii familiei suportă însă în mod egal consecințele unei astfel de situații. Cercetările arată că mamele sunt supuse mai mult decât tații stresului inerent (Holroyd, 1974; Kazak și Marvin, 1984, *apud* Kazak, 1987). Pe lângă faptul că se confruntă, ca și tații, cu efectele psihice ale bolii copilului, ele sunt nevoite să se ocupe de îngrijirea fizică a acestuia, trebuind în plus să facă față și nevoilor celorlalți membri ai familiei (Florian și Findler, 2001). Diferența rezidă din disproporția dintre responsabilitățile în cuplu. Familiile în care există un copil cu boli cronice sunt mai tradiționaliste în ceea ce privește rolurile parentale (Horton și Wallander, 2001). Astfel, mamele sunt responsabile pentru creșterea copiilor și problemele gospodărești, în timp ce tații sunt cei care se ocupă de obținerea resurselor financiare necesare familiei (Krauss, 1993).

După Weiss, Marvin și Pianta (1997), repertoriul strategiilor de *coping* al familiei care are un copil bolnav poate fi încadrat în patru categorii. Prima este categoria familiei tradiționale, în care mama își asumă întreaga responsabilitate a îngrijirii copilului, iar tatăl este cel care asigură mijloacele financiare. La aceste familii, problemele emoționale ale mamei sunt mai evidente decât cele ale tatălui, tocmai din cauza gradului diferit de implicare. Cea de-a doua categorie este aceea a familiei de tip echipă, în care responsabilitățile sunt împărțite între cei doi părinți. A treia categorie este aceea a familiei extinse, în care părinții se folosesc de suportul celorlalți membri ai familiei și care utilizează o gamă largă de suport social și resurse pentru a face față stresului. O a patra categorie este aceea a suportului formal, în care părinții fac apel la resurse formale de sprijin cum ar fi profesioniștii, grupurile de suport, grădinițele și școlile speciale. Prima

categorie se pare că este cea mai vulnerabilă în fața stresului.

Suportul social pentru părinții copiilor cu dizabilități

În mod obișnuit, părinții copiilor cu dizabilități recurg la mecanisme de *coping* pentru a face față situației dificile cu care se confruntă. În literatura de specialitate identificăm o serie de factori care mediază reacția psihologică a părinților în raport cu situația de a avea un copil cu dizabilități. Cercetările au investigat o serie dintre acești factori, de la rolul gradului de acceptare al diagnosticului (Sheeran *et al.*, 1997) și până la calitatea vieții maritale. Astfel, există mai multe tipuri majore de resurse de *coping*, iar suportul social este unul dintre acestea (Schwarzer și Buchwald, 2004).

Suportul social este definit ca fiind „numărul contactelor sociale menținute de către o persoană sau rețeaua socială extensivă” a acesteia (Kaplan *et al.*, 1993, 132-133). În acest context se vorbește și despre apartenența la o rețea socială de comunicare și obligații reciproce (Cobb, 1976, *apud* Kaplan, Sallis și Patterson, 1993).

Manuel, Naughton și Balkrishnan (2003), într-un studiu care a vizat 270 de mame cu copii cu afecțiuni neuro-motorii, au constatat că suportul social și factorii economici mediază reacția la stres. Unul dintre factorii care influențează abilitatea familiei de a face față situației este disponibilitatea și accesibilitatea la comunitate și la ajutorul din partea acesteia. Suportul social poate îmbrăca forma sprijinului reciproc între persoane sau a transferului de resurse economice de la o persoană la alta, ori a sprijinului mai mult formal al comunității și instituțiilor (Gelles, 1995). În acest context pot fi identificate trei componente ale suportului social: suportul emoțional, care presupune empatie și indică persoanei în cauză că este sprijinită; stima, care face

persoana să simtă că este valorizată și respectată; rețeaua de suport, ce-i oferă celui alt sentimentul că face parte dintr-un grup, ceea ce aduce după sine comunicarea cu ceilalți, producând o schimbare de responsabilități și obligații (Cobb, 1976, *apud* Kaplan, Sallis și Patterson, 1993).

Astfel, suportul social poate fi văzut ca o formă de interacțiune socială, resursă psihologică oferită de rețeaua socială (prieteni, membrii familiei și/sau colegi). Pe lângă acest suport informal, familiile în dificultate pot beneficia și de suport formal, oferit prin intermediul serviciilor sociale (Schwarzer și Buchwald, 2004).

Suportul social ca mediator al relației dintre stresul generat de dizabilitatea copilului și bunăstarea familiei

Suferința cronică generată de dizabilitatea copilului are implicații asupra funcționării familiei în general. Ca sistem, familia poate experimenta perioade intense de stres, dar poate învăța din aceste experiențe, devenind mai puternică (Singer și Powers, 1993). În acest context, suportul social, alături de modul în care indivizii se raportează la propria persoană, la cei din jur și de modul în care interacționează în anumite situații constituie factori mediatori ai reacției părinților la stresul generat de problemele copilului. Acești factori pot contribui la creșterea autoeficacității familiei, la adoptarea unor strategii de *coping* eficiente, conducând la creșterea gradului de adaptabilitate și funcționare a acesteia.

O perspectivă a relației dintre rețeaua socială și funcționarea familiei oferă Elisabeth Bott, care combină analiza segregării rolurilor cu cea a densității rețelelor pe care membrii adulți ai familiei le au cu cei din afara gospodăriei (Segalen, 1981). Cuplurile au legături mai mult sau mai puțin strânse cu rețeaua de rude, prieteni și

vecini. Când rețeaua este mai densă, membrii acesteia au tendința de a crea consensul în privința standardelor, exercitând presiuni sociale informale. Ei au legături numeroase cu ceilalți, se respectă și se ajută reciproc. Când rețeaua este mai laxă, este probabil că vom vedea o variabilitate mai mare a standardelor în cadrul ei. Persoanele care intră în componența unei rețele sunt acelea percepute ca fiind interesate să-i ajute pe ceilalți când aceștia se confruntă cu probleme, împărțind totodată aceleași valori etc.

Dizabilitatea copilului și implicațiile acesteia la nivel individual și de grup au un puternic caracter social. De aceea, suportul social are un rol important pentru starea de sănătate. Au fost propuse trei modele cauzale care să explice corelația dintre suportul social și boală. În modelul cauzal direct, persoanele care beneficiază de suport adecvat sunt mai protejate împotriva bolilor. Cauzalitatea inversă presupune că persoanele bolnave se retrag din sistemul social de suport. În sfârșit, putem avea de-a face cu o relație de cauzalitate aparentă: variabilele clasa socială și personalitatea pot fi cauzele atât ale slabei susțineri sociale, cât și ale unei sănătăți precare (Kaplan *et al.*, 1993, 139).

În munca de asistare a familiilor aflate în situație de criză, un accent deosebit se pune pe terapia de rețea, abordare dezvoltată de Speck și Attneave (1971). Ideea de bază este identificarea rețelelor de sprijin ale fiecărei familii (membrii familiei, prieteni, vecini etc.) și realizarea intervenției raportat la toți actorii implicați cu scopul identificării problemelor și a soluțiilor optime pentru rezolvarea acestora (Nichols și Schwartz, 2004). Suportul social influențează în mod categoric bunăstarea. Facilitarea conexiunilor persoanei asistate cu membrii rețelei de suport, implicarea aparținătorilor, faptul că persoanele/famiiliile se simt parte componentă a unei structuri, constituie aspecte-cheie ale integrării în grup sau în comunitate a celor

aflați în situații de risc. Pornind de la aceste considerente, teoria facilitează intervenția specifică raportată la resursele identificate în rețelele din care persoanele vulnerabile fac parte (Miftode, 2003, *apud* Ponea, 2009, 32). O distincție importantă s-a făcut între *rețeaua primară*, ce cuprinde persoane unite prin legături de rudenie, prietenie, vecinătate sau muncă și *rețeaua secundară*, care este reprezentată de serviciile sociale: rețea de ajutor, care acționează în diferite forme la cererile lansate de clienți sau reprezentanții formali sau informali ai acestora. Toate aceste tipuri de rețele își aduc contribuția la ameliorarea situațiilor problematice cu care se confruntă persoanele aflate în situații de risc, contribuind totodată la facilitarea integrării acestora în comunitățile locale. Indivizii fac parte din rețele sociale care au rolul de a le influența viața socială, de a le oferi sprijin, acces la informații și resurse sociale. Dacă ne gândim la familie, aceasta deține la rândul ei un rol foarte important, deoarece se află în apropierea individului (fiind cel mai important pilon de sprijin al individului), dar nu trebuie să excludem din acest cadru rețele care se construiesc în jurul locului de muncă, prietenilor etc. (Miftode, 2003, *apud* Ponea, 2009, 32).

Bunăstarea subiectivă a părinților copiilor cu dizabilități

Bunăstarea subiectivă este definită ca modul cum se raportează individul la viața sa ca întreg (Andrews și Robinson, 1991), implicând atât raportări afective (afect pozitiv și negativ), cât și cognitive (satisfacția cu viața). Ea este o măsură a efectelor condițiilor pentru o viață bună generate de societăți, dar și a abilității de viață a individului (Veenhoven, 2000), în cazul particular al studiului nostru, abilitatea de *coping*. Dubla determinare a acestei măsuri

(individuală și socială) o face foarte nimerită pentru a cerceta efectele suportului social asupra stării de bine a membrilor familiilor unde există un membru cu dizabilități.

Efectele suportului social asupra bunăstării subiective sunt recunoscute în literatura de specialitate, fiind cercetate pe eșantioane generale, dar și la populații speciale precum persoanele cu dizabilități sau familiile cu copii. Astfel, controlând pentru variabilele socio-demografice, a fost găsită o relație pozitivă între nivelul suportului social primit de mamele cu copii mici și fericirea lor personală (Crnic *et al.*, 1984; Levitt *et al.*, 1986; Wong, 1986). În mod interesant, suportul din partea prietenilor corelează negativ cu bunăstarea

subiectivă, autorii punând acest rezultat pe seama faptului că, în căsniciile deficitare, suportul prietenilor este mai ridicat (Levitt *et al.*, 1986). Wong (1986), pe de altă parte, găsește că ajutorul din partea vecinilor și prietenilor corelează mai puternic cu bunăstarea subiectivă a mamelor care lucrează decât a taților în aceeași situație. Deși până acum, după știința noastră, în literatura de specialitate nu au fost prezentate corelații între bunăstarea părinților copiilor cu dizabilități și suportul social primit, este de așteptat ca aceste relații să existe, toate efectele suportului social fiind pozitive. Pentru a detalia aceste efecte am prezentat schema causală care este înfățișată în figura următoare:

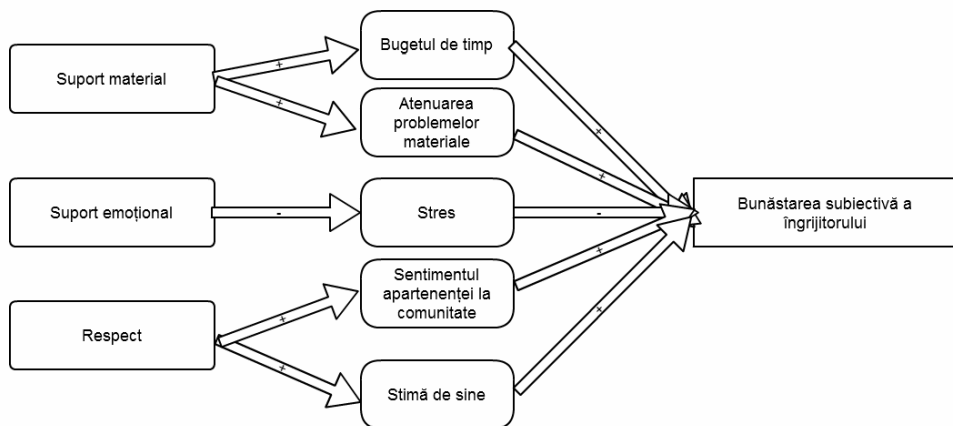


Figura 1: Schema conceptuală a relației dintre tipurile de suport și bunăstarea subiectivă

Astfel, suportul poate atenua stresul parental, ceea ce evident corelează cu bunăstarea subiectivă. Pe de altă parte, suportul contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a aparținătorului. De asemenea, suportul concret (mai ales din partea instituțiilor) ajută la eliberarea bugetului de timp, dar și la atenuarea problemelor materiale. Suportul emoțional conduce la atenuarea stresului și îmbunătățește starea de sănătate, stima de sine a indivizilor și sentimentul lor de apartenență.

Metodologia studiului

În acest studiu am fost interesați de identificarea unor relații empirice între suportul social acordat părinților care au copii cu dizabilități și bunăstarea acestora. Am pornit de la constatarea că familiile care se confruntă cu probleme au și cea mai mare nevoie de sprijin din partea comunității. Prin urmare, bunăstarea subiectivă a părinților este corelată cu sprijinul și respectul primit din partea prietenilor, rudelor

și, în general, a comunităților din care fac parte. Pentru a testa această ipoteză am folosit datele unei cercetări asupra calității vieții în familiile copiilor cu dizabilități¹.

Cercetarea a urmărit crearea unei imagini de ansamblu a calității vieții în familiile care au copii cu dizabilități neuro-motorii la nivelul județului Bihor, prin descrierea următoarelor dimensiuni: sănătate și acces la servicii medicale/de recuperare, sociale, educaționale și de terapii specifice, venituri și locuire, viață de familie, viață socială, timp liber.

Studiul empiric a fost realizat în perioada iunie 2010-ianuarie 2011. Populația vizată pentru studiu a cuprins familii din

județul Bihor (mediul de rezidență urban și rural) care au copii cu dizabilități, cu vârste cuprinse între 0 și 14 ani. Eșantionul este de conveniență, respondenții fiind recrutați, în cea mai mare parte, în mod voluntar în cadrul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Bihor, la vizita de evaluare pentru încadrarea copilului în grad de handicap.

Descrierea eșantionului

Respondenții au fost asigurați de confidențialitatea informațiilor oferite. Au fost aplicate în total 172 de chestionare. Caracteristicile socio-demografice ale respondenților sunt înfățișate în tabelul 1.

Tabel 1: Caracteristici socio-demografice ale respondenților

		%
Sexul	Masculin	18,5
	Feminin	81,5
Categoría de vârstă	18-27 ani	11,5
	28-40 ani	71,2
	Peste 40 ani	17,3
Educația	Până la 8 clase	28,8
	9-12 clase, inclusiv bacalaureat și școală profesională	44,5
	Școală tehnică, postliceală, colegiu	11,0
	Studii universitare	15,8
Starea civilă	Căsătorit(ă) legal	78,4
	În concubinaj	6,8
	Divorțat(ă)	5,4
	Separat(ă)	2,7
	Necăsătorit(ă)	4,7
	Văduv(ă)	2,0
Mediul de rezidență	Rural	60,1
	Urban	39,9

Distribuția pe medii de rezidență este oarecum dezechilibrată. Aproape 40% din respondenți locuiesc în zonele urbane, mai ales în municipiul reședință de județ, Oradea. Cei mai mulți dintre participanții la studiu au fost de gen feminin (81,5%), iar media de vârstă a respondenților a fost de

34,9 ani. În ceea ce privește media de vârstă a copiilor subiecților, aceasta a fost de aproximativ 6,9 ani. Situația maritală a respondenților s-a prezentat astfel: 78,4% dintre respondenți sunt căsătoriți și doar 8,1% sunt divorțați sau separați, ceea ce vine oarecum în contradicție cu cercetările

din literatura de specialitate, potrivit cărora o proporție importantă a familiilor cu copii cu dizabilități este deja separată sau în pro-

ces de dizolvare. Considerăm că această discrepanță a influențat în mod semnificativ rezultatele obținute.

Tabel 2: *Caracteristicile socio-demografice ale copiilor cu dizabilități ai căror părinți au fost intervievați în studiu*

		%
Sexul copilului	Masculin	58,1
	Feminin	41,9
Categoría de vârstă	0-3 ani	24,3
	4-7 ani	36,5
	8-14 ani	39,2
Copilul urmează o formă de învățământ?	Da	47,6
	Nu	52,4

Copiii din familiile incluse în studiu sunt într-o mai mare măsură de sex masculin decât feminin, ceea ce corespunde datelor statistice, la nivelul județului fiind înregistrați mai mulți copii de gen masculin cu dizabilități, conform rapoartelor Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului (Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap, 2010).

Descrierea instrumentului utilizat pentru culegerea datelor

La baza alcătuirii chestionarului au stat informațiile obținute în cadrul unui studiu inițial, realizat prin interviuri individuale semistructurate și focus-grupuri. Participanții la studiul inițial au fost părinți care au copii cu dizabilități neuro-motorii din mediul urban și rural, din județul Bihor, dar și specialiști care își desfășoară activitatea în domeniul protecției copiilor cu dizabilități. Chestionarul a cuprins, alături de principalele variabile socio-demografice, întrebări privind satisfacția cu relațiile intra- și extra-familiale, suportul social și bunăstarea subiectivă.

Suportul social a fost măsurat prin mai multe întrebări:

- sprijinul în ceea ce privește activitățile practice primit din partea rudelor și prietenilor;

- sprijinul emoțional dat de rude și prieteni;
- sprijinul din partea furnizorilor de servicii sociale (publice și private), servicii medicale (publice și private), servicii educaționale și servicii de consiliere și intervenție. Sprijinul fiecăruia dintre acești furnizori de servicii a fost măsurat prin patru întrebări dihotomice: sprijin material, în activitățile legate de copii, financiar și emoțional;
- sentimentul că este tratat cu respect din partea celorlalți membri ai comunității.

Bunăstarea subiectivă a fost măsurată cu o întrebare simplă de satisfacție cu viața (*Luând în considerare întreaga situație, cât de mulțumit sunteți de viața dvs. luată ca întreg?*), scalată de la 0 la 10.

Rezultate și discuții

În general, respondenții evaluează pozitiv sprijinul de care beneficiază din partea celorlalți membri ai familiei, rudelor și comunităților din care fac parte. Astfel, în ceea ce privește sprijinul acordat de către rude în privința activităților zilnice și suportul emoțional oferit de acestea, majo-

ritatea subiecților, indiferent de mediul de rezidență, au răspuns afirmativ. În acest sens, 59% dintre respondenții din mediul rural și 65,4% dintre respondenții din me-

diul urban au afirmat că familia este sprijinită în activitățile zilnice de către rude (tabelul 3).

Tabel 3: Familia dvs. este sprijinită în realizarea activităților zilnice/suport emoțional de către rude?

	Mediul de rezidență (procente)	
	Rural	Urban
Da	59,0	65,4
Nu	41,0	34,6
Total	100,0	100,0

După cum putem observa din tabelul de mai jos, există diferențe în privința intensității ajutorului primit în mediul rural,

familiiile care au copii cu dizabilități evaluând ca mai puternic atât ajutorul practic, cât și cel emoțional.

Tabel 4: Aprecierea suportului pentru activitățile practice și emoționale din partea rudelor (medii pe scara de la 1 la 4)

		Rudele ajută la activități practice (grijă de ceilalți membri, cumpărături, activități gospodărești)	Rudele sprijină emoțional familia
Mediul de rezidență	Rural	2,57	2,23
	Urban	1,94	1,85

Sprijinul primit din partea prietenilor reprezintă o importantă resursă pentru indivizi în general. Familiile care au copii cu dizabilități apreciază pozitiv sprijinul

din partea prietenilor (tabelul 5) în ceea ce privește realizarea activităților zilnice și suportul emoțional.

Tabel 5: Familia dvs. este sprijinită în realizarea activităților zilnice/suport emoțional de către prieteni?

	Mediul de rezidență (procente)	
	Rural	Urban
Da	53,5	63,2
Nu	46,5	36,8
Total	100,0	100,0

În mediul rural, familiile copiilor cu dizabilități evaluează ca mai intens ajutorul primit din partea prietenilor atât în ceea ce privește activitățile practice, cât și al sprijinului emoțional. O posibilă explicație în acest sens este faptul că relațiile din mediul rural sunt mai strânse, atât în cazul rudelor,

cât și în cazul prietenilor, comparativ cu situația din mediul urban unde relațiile de vecinătate și rudenie sunt uneori inexistente (cu câți dintre vecinii noștri dintr-un bloc de 10 etaje avem relații de vecinătate? Pe cei mai mulți dintre aceștia nici nu îi cunoaștem), chiar dacă spațiul fizic dintre

locuințe este redus. Mediul urban este predispus spre individualism, în timp ce mediul rural are (încă) predispoziție spre colectiv.

Tabel 6: Familia dvs. este sprijinită în realizarea activităților practice/suport emoțional de către prieteni?

		Prietenii ajută la activități practice (grija față de ceilalți membri, cumpărături, activități gospodărești)	Prietenii sprijină emoțional familia
Mediul de rezidență	Rural	2,8	2,5
	Urban	2,7	2,3

Pe lângă sprijinul din partea familiei și prietenilor, un important rol în funcționarea familiei îl are sprijinul din partea comunității. Am solicitat în acest sens respondenților

să aprecieze sprijinul pe care îl primesc din partea comunității în ceea ce privește accesul la diferite servicii publice și private, rezultatele fiind înfățișate în figura 2.

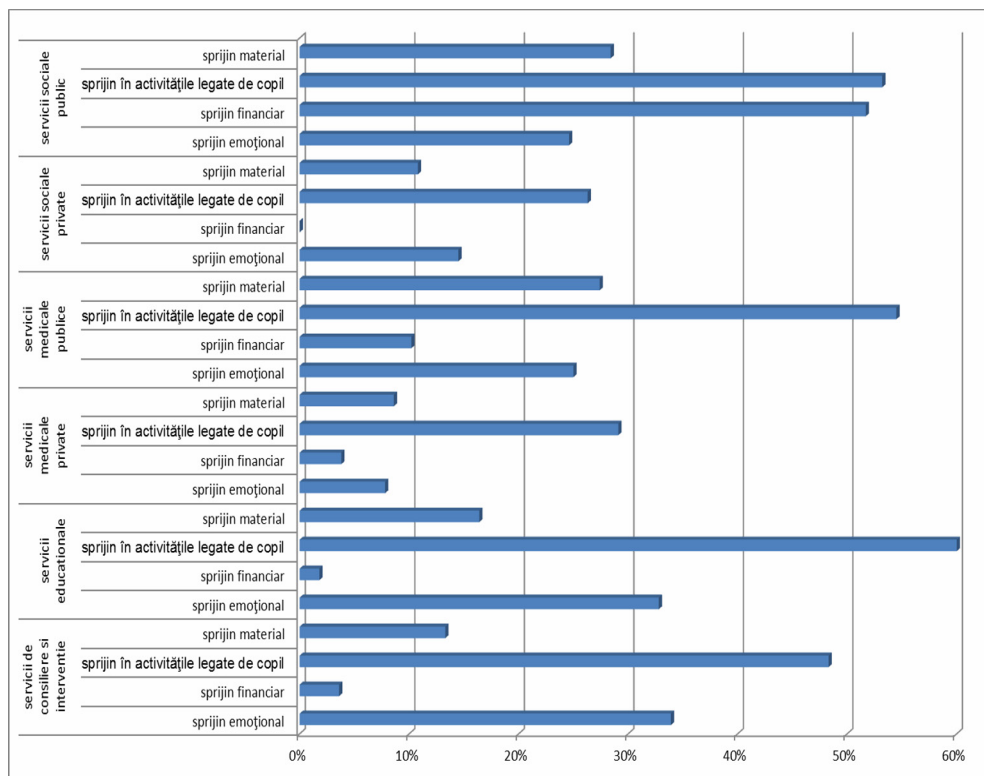


Figura 2: Procentul respondenților care au beneficiat de ajutor, în funcție de tipurile de instituții și tipurile de ajutor

Cele mai semnificative scoruri pozitive s-au înregistrat în cazul sprijinului acordat prin intermediul serviciilor educaționale (60%), al serviciilor medicale publice

(54,5%), al serviciilor de consiliere și intervenție (48,3%), în ceea ce privește activitățile legate de copil, iar cele mai mici scoruri s-au înregistrat în cazul sprijinului financiar oferit

prin intermediul serviciilor sociale private, al serviciilor educaționale și de consiliere.

Supportul din partea serviciilor publice este mai des menționat de respondenți, mai ales când este vorba de sprijinul financiar. Familiile care au copii cu dizabilități, după cum se observă din cele specificate anterior, beneficiază de sprijin din partea serviciilor existente în comunitățile locale.

Sprijinul în cele patru domenii similare primit din partea celor șase categorii de instituții a fost însumat în patru scale diferite (coeficienții de fidelitate Crombach alfa au fost în jurul limitei minime acceptate de 0,7 având valorile de 0,67, 0,66, 0,71, 0,74 pentru cele patru scale).

În urma analizei au rezultat patru scale având variația în intervalul de la 0 la 6. Mediile au fost redată în figura 3.

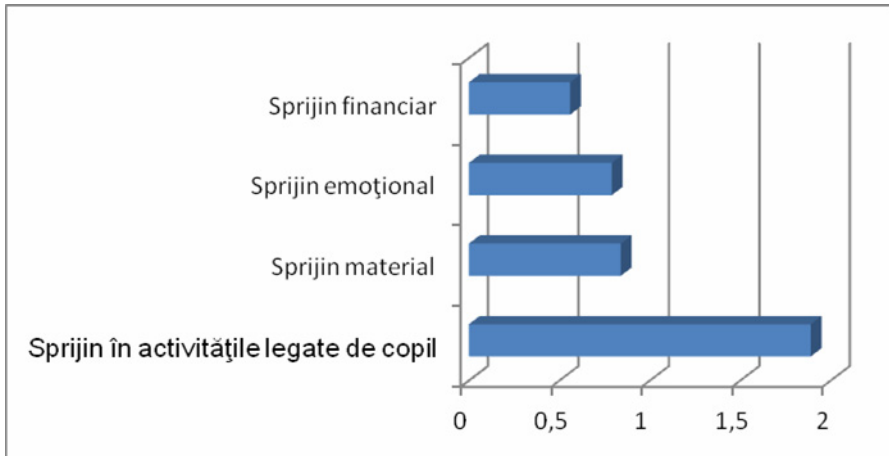


Figura 3: Tipuri de suport primite (mediile pe scara 0-6)

Diferențele dintre tipurile de suport sunt toate semnificative (conform testului diferenței de medie). Nivelurile sunt destul de mici, ceea ce înseamnă că familiile copiilor cu dizabilități nu consideră că primesc un sprijin puternic din partea comunităților. Sprijinul cel mai puternic este în privința activităților legate de copii, în vreme ce sprijinul financiar este considerat ca fiind cel mai scăzut.

În schimb, testele arată că nu există diferențe semnificative de medie între valorile corespunzătoare mediului rural și urban (spri-

jin material – valoarea $t=0,06$, $\text{sig.}=0,948$; sprijin financiar – $t=0,035$, $\text{sig.}=0,972$; sprijin emoțional – $t=-1,50$, $\text{sig.}=0,135$; sprijin activități legate de copil – $t=1,10$, $\text{sig.}=0,271$).

Pe lângă sprijinul primit din partea serviciilor din comunitate este foarte important modul în care se raportează membrii comunității la aceste familii. Astfel, familiile care au copii cu dizabilități din mediul urban se simt în egală măsură tratate cu respect de către ceilalți membri ai comunității ca cele din rural (tabelul 7).

Tabel 8: În ce măsură simțiți că sunteți tratat(ă) cu respect de către ceilalți membri ai comunității?

		Media (1-4)
Mediul de rezidență	Rural	2,7
	Urban	2,6

Deși participanții la studiu au apreciat ca insuficient sprijinul primit din partea comu-

nității din care fac parte, ei declară că primesc un mai mare respect din partea membrilor

comunităților din care fac parte (nivelurile medii fiind puțin peste mediana scalei).

Înainte de a vedea care este influența tuturor acestor variabile asupra satisfacției

cu viața, vom urmări cum variază aceasta în funcție de categoriile socio-demografice.

Tabel 9: *Media satisfacției cu viața a respondenților pe categorii socio-demografice*

		Satisfacția cu viața
Sexul	Masculin	6,0
	Feminin	5,1
Categorია de vârstă	18-27 ani	5,4
	28-40 ani	5,1
	Peste 40 ani	6,2
Educația	Până la 8 clase	4,7
	9-12 clase, inclusiv bacalaureat și școală profesională	5,5
	Școală postliceală sau studii universitare	5,4
Familie monoparentală	Nu	5,3
	Da	4,9
Mediul de rezidență	Rural	5,1
	Urban	5,5

Astfel, bărbații din eșantion au o satisfacție cu viața mai ridicată decât femeile ($t=-1,994$, $\text{sig.}=0,048$), cei de peste 40 de ani, mai mult decât cei de până la această vârstă ($t=2,038$, $\text{sig.}=0,044$). Restul diferențelor nu sunt semnificative statistic, desigur, acest lucru datorându-se în parte și mărimii mai degrabă reduse a eșantionului.

Un model predictiv al bunăstării subiective a aparținătorilor

Pentru a pune în evidență influența independentă a tipurilor de suport asupra bunăstării subiective, am introdus toate variabilele într-un model de regresie liniară având ca variabilă dependentă satisfacția cu viața. Variabilele independente au fost de două tipuri:

- variabile socio-demografice (sexul feminin, vârsta (41+, ca referință fiind luată categoria de vârstă 18-40), nivelul de instrucție, mediul de rezidență urban, venitul lunar al familiei, familie monoparentală);

- sprijinul în ceea ce privește activitățile practice primit din partea rudelor și prietenilor;
- sprijinul emoțional primit din partea rudelor și prietenilor;
- sprijinul din partea furnizorilor de servicii (sprijin material, în activitățile legate de copii, financiar și emoțional);
- sentimentul că este tratat cu respect din partea celorlalți membri ai comunității.

La selectarea variabilelor socio-demografice am pornit cu ipoteza că anumite variabile corelează cu satisfacția cu viața. Astfel, mediile din tabelul 8 par să sugereze că femeile sunt mai afectate de dizabilitatea copilului decât bărbații, iar persoanele de până la 40 de ani sunt mai afectate decât cele de 40 de ani. În plus, se știe că venitul este unul dintre factorii care contribuie cel mai mult, în mod pozitiv, la satisfacția cu viața a adulților (Bălțătescu, 2009).

Modelul are o adecvare satisfăcătoare (R^2 ajustat este de 0,23). Coeficienții beta și semnificațiile lor sunt trecuți în tabelul 9.

Variabilele care țin de sprijinul din partea rudelor (emoțional, în activitățile legate de copil) au fost eliminate din model pentru multicolinearitate.

Table 9: Modelul de regresie cu satisfacția cu viața ca variabilă dependentă. Au fost indicate cu bold variabilele independente cu coeficienți standardizați de regresie semnificativi statistic.

Predictori	Beta	Sig.(t)
Sex feminin	-,222	,009
Vârsta 41+	,017	,844
Venitul lunar al familiei	,287	,001
Mediul de rezidență urban	,050	,544
Familie monoparentală	,013	,874
Sprijin material (din partea furnizorilor de servicii)	,088	,285
Sprijin financiar (din partea furnizorilor de servicii)	,023	,783
Sprijin emoțional (din partea furnizorilor de servicii)	-,151	,114
Sprijin în activitățile legate de copil (din partea furnizorilor de servicii)	,072	,449
Sprijin în activitățile legate de copil din partea prietenilor	,345	,013
Sprijin emoțional din partea prietenilor	-,413	,003
Respectul în comunitate	,291	,001

Cum era de așteptat, venitul lunar are o influență pozitivă ($\beta=0,287$) asupra satisfacției cu viața. Dintre variabilele socio-demografice, sexul feminin este singurul care mai este semnificativ asociat cu variabila dependentă ($\beta=-0,222$). Datele confirmă ipoteza că femeile sunt afectate mai puternic de dizabilitatea copilului. Acest aspect poate fi explicat prin relația mamă-copil pe de o parte, și pe de altă parte de faptul că, de cele mai multe ori, mama este asistentul personal al copilului sau persoana care se ocupă în mod direct de acesta, alocând resurse de timp importante pentru îngrijirea lui.

Influența prietenilor este demnă de discutat. Sprijinul primit din partea prietenilor are o influență pozitivă atunci când se referă la activitățile legate de copil ($\beta=0,345$). Totuși, un sprijin emoțional mai mare al prietenilor este asociat cu o bunăstare subiectivă mai scăzută a aparținătorului ($\beta=-0,413$). Acest lucru poate fi interpretat ca fiind parțial conform cu constan-

țarea lui Levitt (1986): practic, nu avem de-a face cu o relație cauzală, ci cu o corelație aparentă, suportul emoțional ridicat din partea prietenilor întâlnindu-se în cazul când dizabilitatea copilului pune în pericol relația dintre soți.

O a doua observație este că sprijinul din partea furnizorilor de servicii nu are o influență semnificativă asupra bunăstării subiective. Explicăm acest rezultat prin aceea că paleta serviciilor existente la nivelul comunităților locale, îndeosebi în mediul rural, nu acoperă multitudinea nevoilor cu care se confruntă familiile care se află în astfel de situații, cele mai multe dintre ele fiind de ordin financiar (aici facem referire la alocațiile pentru copiii încadrați în grad de handicap, indemnizația asistentului personal, diferite facilități la plata cu reducere a unor taxe și impozite etc.).

Concluzii

Așa cum am surprins din literatura de specialitate, cei mai mulți dintre cercetătorii care au fost preocupați de această problematică au evidențiat faptul că, atunci când vorbim despre copiii cu dizabilități, nu putem să nu raportăm problemele cu care se confruntă la membrii familiilor acestora. Stresul generat de dizabilitatea copilului are implicații asupra funcționării familiei în general. În acest context, suportul social, modul în care indivizii de raportează la propria persoană, la cei din jur și modul în care interacționează în anumite situații constituie factori care pot media reacția părinților la stresul generat de problemele copilului, factori care pot conduce la creșterea autoeficacității familiei, la adoptarea unor strategii de *coping* eficiente, toate conducând la creșterea gradului de adaptabilitate și funcționare a familiei. Problema dizabilității și a implicațiilor acesteia la nivel individual și de grup are însă un puternic caracter social. Modul activ în care membrii familiei, în particular, și membrii comunităților locale, în general, participă la acordarea de sprijin în situații de criză evidențiază aportul adus de fiecare la bunăstarea generală a familiei. Suportul social constituie astfel cel mai important pilon pe care se sprijină individul (Florian și Findler, 2001; Raina *et al.*, 2005). Oamenii depind unii de alții, de percepția altora despre ei, de calitatea inter-relațiilor, aceste aspecte fiind vitale pentru funcționarea individului și implicit a familiei.

Așa cum s-a specificat în prima parte a lucrării, studiile de specialitate au evidențiat faptul că disponibilitatea rețelei de suport corelează pozitiv cu starea de sănătate. Accesul la informații privind boala copilului, serviciile de specialitate medicale și de recuperare, educaționale și sociale, veniturile familiei constituie de asemenea resurse familiale și comunitare care ajută

familia în gestionarea problemelor. Atunci când resursele sunt neadecvate, familiile sunt mai puțin înclinate să participe activ în activități de intervenție care ar putea promova dezvoltarea copilului (Fraser, 2004).

Cercetarea noastră a găsit că respondenții evaluează pozitiv sprijinul de care beneficiază din partea celorlalți membri ai familiei, rudelor și comunităților din care fac parte. Aproximativ două treimi dintre aceștia au afirmat că familia este sprijinită în activitățile zilnice de rude și aproximativ 60% au fost sprijinite de către prieteni. În privința acestui tip de suport, el este mai intens în mediul rural, unde relațiile de prietenie, rudenie și vecinătate sunt mai intense. Familiile care au copii cu dizabilități beneficiază de sprijin și din partea serviciilor existente în comunitățile locale, apreciindu-le în mod foarte inegal pe categorii de suport. Astfel, sprijinul cel mai ridicat este raportat a fi fost primit în activitățile legate de copil. Urmează la distanță sprijinul material, emoțional și cel financiar. Pe ansamblu, respondenții consideră că sprijinul din partea comunității este insuficient. În schimb, respectul din partea membrilor comunității este ceva mai intens, nivelul fiind peste mediana scalei.

La sfârșit, am introdus toate aceste variabile, împreună cu cele socio-demografice, într-un model de regresie care să prezică satisfacția cu viața a părintelui. Rezultatele au arătat că sexul feminin este asociat negativ cu satisfacția cu viața, acest lucru confirmând că mamele sunt mai afectate decât tații de implicațiile dizabilității copiilor lor. Cum era de așteptat, venitul lunar al familiei este un predictor foarte important al bunăstării subiective.

Variabilele ce țin de suportul din partea furnizorilor de servicii nu au fost găsite ca influențând semnificativ bunăstarea subiectivă a aparținătorilor, acest lucru fiind explicat pe baza subdezvoltării sistemului de sprijin din partea furnizorilor de servicii în țara noastră. În schimb, sprijinul prietenilor este asociat puternic cu satisfacția cu

viața, în mod pozitiv (suportul în activitățile legate de copil), dar și negativ (suportul emoțional). Acest din urmă fapt s-a interpretat deja în literatura de specialitate ca o corelație aparentă, suportul emoțional al prietenilor fiind mai intens în familiile cu mari probleme de coeziune internă, aceste probleme impietând, de asemenea, serios asupra bunăstării subiective a părinților. În sfârșit, respectul în comunitate influențează pozitiv satisfacția cu viața a părinților copiilor cu dizabilități.

Prin concluziile acestei lucrări ne alăturăm celor care susțin că două categorii de factori intervin în conturarea calității vieții: cei endogeni și cei exogeni. Forțele endogene includ răspunsurile mentale, emoționale și fiziologice ale individului la condițiile de viață, acțiunile întreprinse de

către fiecare individ. Forțele exogene includ structurile sociale, culturale și sociale, influențele psihologice ale mediului social care ghidează individul, grupul și comunitatea (Ferriss, 2006). Funcționarea familiei nu poate fi desprinsă de contextul societal. Oricâtă coeziune ar fi între membrii ei, familia are nevoie și de sprijin din partea celorlalți membri ai societății. În plus, percepția socială a dizabilității nefiind de cele mai multe ori favorabilă, incluziunea socială se lovește inevitabil de bariere societale și culturale (Gherguț, 2007; Roth-Szamoskozi, 2007). După cum putem observa, aici intervine rolul societății, al valorilor pe care aceasta le promovează, de asemenea factori care contribuie la integrarea acestei categorii de populație în comunitate.

Notă

¹ Cercetarea a fost realizată de Claudia Oșvat și expusă în teza de doctorat cu titlul *Calitatea vieții în familiile copiilor cu dizabilități neuro-motorii* susținută la Universitatea „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, în 30.09.2011 (coordonator prof. univ. dr. Maria Roth).

Bibliografie

- Adelizzi, J. U. și Goss, D. B. (2001) *Parenting children with learning disabilities*. Westport, CT: Bergin & Garvey.
- Andrews, F. M. și Robinson, J. P. (1991) Measures of Subjective Well-Being, în J. P. Robinson et al. (eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*, San Diego: Academic Press, 62-114.
- Autoritatea Națională pentru Persoane cu Handicap (2010) Evoluția trimestrială a numărului persoanelor cu handicap, la 30 septembrie 2010. Disponibil la <http://www.anph.ro/tematica.php?id=13&idss=41>.
- Bălțătescu, S. (2009) *Fericirea în contextul social al tranziției postcomuniste din România*. Oradea: Universității din Oradea.
- Brehaut, J., Kohen, D. și Raina, P. (2004) The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that of other canadian caregivers? *Pediatrics*, 114, 2, 181-191.
- Burke, P. (2008) *Disability and impairment: working with children and families*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Cannan, C. și Warren, C. (1997) *Social action with children and families: a community development approach to child and family welfare*. London; New York: Routledge.
- Cobb, S. (1976) Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38, 5, 300-314.
- Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Robinson, N. M. și Ragozin, A. S. (1984) Maternal stress and social support: Effects on the mother-infant relationship from birth to eighteen months. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 2, 224-235.
- European Disability Forum (2011) Facts and figures about disability. Disponibil la http://www.edf-feph.org/Page_Generale.asp?DocID=12534.
- Falik, L. H. (1995) Family Patterns of Reaction to a Child with a Learning Disability A Medial Perspective. *Journal of learning disabilities*, 28, 6, 335-341.
- Ferriss, A. (2006) A Theory of Social Structure and the Quality of Life. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 1, 117-123. DOI: 10.1007/s11482-006-9003-1.
- Florian, V. și Findler, L. (2001) Mental health and marital adaptation among mothers of

- children with cerebral palsy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 3, 358-367.
- Fraser, M. W. (2004) *Risk and resilience in childhood: an ecological perspective*. Washington, DC: NASW Press.
- Gelles, R. J. (1995) *Contemporary families: a sociological view*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Gherguț, A. (2007) *Sinteze de psihopedagogie specială. Ghid pentru concursuri și examene de obținere a gradelor didactice*. Iași: Polirom.
- Guvernul României (2005) Hotărâre nr. 1175 din 29 septembrie 2005 privind aprobarea Strategiei naționale pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap în perioada 2006-2013.
- Heiman, T. (2002) Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14, 2, 159-171.
- Holroyd, J. (1974) The Questionnaire on Resources and Stress: An instrument to measure family response to a handicapped family member. *Journal of Community Psychology*, 2, 1, 92-94.
- Horton, T. V. și Wallander, J. L. (2001) Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions. *Rehabilitation Psychology*, 46, 4, 382.
- Iluț, P. (2005) *Sociopsihologia și antropologia familiei*. Iași: Polirom.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F. și Patterson, T. L. (1993) *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Kazak, A. E. (1987) Families with disabled children: Stress and social networks in three samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 1, 137-146.
- Kazak, A. E. și Marvin, R. S. (1984) Differences, difficulties and adaptation: Stress and social networks in families with a handicapped child. *Family Relations*, 33, 1, 67-77.
- Krauss, M. W. (1993) Stability and Change in the Adaptation of Families of Children with Disabilities, Annual Meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, LA.
- Levitt, M. J. et al. (1986) Social Network Relationships as Sources of Maternal Support and Well-Being. *Developmental Psychology*, 22, 3, 310-16.
- Manuel, J., Naughton, M. J., Balkrishnan, R., Smith, B. P. și Koman, L. A. (2003) Stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. *Journal Of Pediatric Psychology*, 28, 3, 197-201.
- McLaughlin, J. (2008) *Families raising disabled children: enabling care and social justice*. Basingstoke [England]; New York: Palgrave Macmillan.
- Miftode, V. (2003) *Tratat de metodologie sociologică*. Iași: Lumen.
- Nichols, P. M. și Schwartz, R. C. (2004) *Family therapy: concepts and methods*. Boston: Allyn & Bacon.
- Parlamentul României (2006) *Legea numărul 448 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap*.
- Ponea, S. (2009) *O lume diferită, o lume la fel. Integrarea socială a persoanelor cu dizabilități locomotorii*. Iași: Lumen.
- Raina, P., O'Donnell, M. și Rosenbaun, P. (2005) The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115, 6, 626-636.
- Richman, N., Stevenson, J. și Graham, P. J. (1982) Pre-school to school: A behavioural study. *Behavioural Development: A Series of Monographs*.
- Roth-Szamoskozi, M. (2007) Dezbateră publică pe tema incluziunii școlare și sociale a copiilor și tinerilor cu dizabilități. *Copiii de azi sunt părinții de mâine*, 9, 19, 3-6.
- Schaffer, H. R. (2005) *Introducere în psihologia copilului*. Cluj-Napoca: ASCR.
- Schwarzer, C. și Buchwald, P. (2004) Social support, în C. D. Spielberger (ed.), *Encyclopedia of applied psychology*, Amsterdam; Boston: Elsevier/Academic Press, 435-441.
- Segalen, M. (1981) *Sociologie de la famille*. Paris: Armand Colin.
- Sheeran, T., Marvin, R. S. și Pianta, R. C. (1997) Mothers' Resolution of Their Child's Diagnosis and Self-Reported Measures of Parenting Stress, Marital Relations, and Social Support. *Journal Of Pediatric Psychology*, 22, 2, 197.
- Singer, G. H. S. și Powers, L. (1993) *Families, disability, and empowerment: active coping*

- skills and strategies for family interventions.* Baltimore: Brooks.
- Sloper, P. (1999) Models of service support for parents of disabled children. What do we know? What do we need to know? *Child: care, health and development*, 25, 2, 85-99.
- Speck, R. V. și Attneave, C. L. (1971) Social network intervention. *Changing families*, 17-34.
- Veenhoven, R. (2000) The four qualities of life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Wallander, J. L. și Varni, J. W. (1998) Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 1, 29-46.
- Weiss, K. L., Marvin, R. S. și Pianta, R. C. (1997) Ethnographic detection and description of family strategies for child care: applications to the study of cerebral palsy. *Journal Of Pediatric Psychology*, 22, 2, 263-278.
- Wong, N. W. (1986) Effects of individual sources of support on well-being in employed parents, U.S.: Dissertation Abstracts International.

Primit la redacție: octombrie, 2011