

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε άτομα με
αναπηρίες (κινητικές)»

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΚΛΕΙΔΕΡΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗ: ΑΛΕΞΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Πάτρα, Ιούνιος, 2023

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας ΚΛΕΙΔΕΡΗ ΓΕΩΡΓΙΑΣ που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

**«Στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε άτομα με
αναπηρίες (κινητικές)»**

ΚΛΕΙΔΕΡΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

Επιτροπή Κρίσης

Επιβλέπων Καθηγητής:
ΑΛΕΞΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ

Πάτρα, Ιούνιος, 2023

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την εργασία αυτή και παράλληλα το ταξίδι των μεταπτυχιακών μου σπουδών, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους τους ανθρώπους χωρίς την στήριξη των οποίων δε θα είχα καταφέρει να φτάσω εώς εδώ.

Ευχαριστώ πολύ, λοιπόν, τους καθηγητές και τις καθηγήτριες που στελεχώνουν το μεταπτυχιακό αυτό πρόγραμμα και οι οποίοι με στήριζαν σε κάθε βήμα. Ιδιαίτερα οφείλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Αλεξιά Γεώργιο, χωρίς την καθοδήγηση και την πολύτιμη στήριξη του οποίου δε θα είχα καταφέρει να ολοκληρώσω την εργασία αυτή. Ευχαριστώ θερμά και την συνεπιβλέπουσα καθηγήτρια, κα Τριανταφυλλίδου, για τις συμβουλές της.

Θερμές ευχαριστίες οφείλω και σε όλους τους συναδέλφους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δέχτηκαν να αφιερώσουν λίγο από τον πολύτιμο χρόνο τους ώστε να συμμετάσχουν στην έρευνα αυτή.

Φυσικά, όλη αυτή η προσπάθεια δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την στήριξη της οικογένειάς μου. Ένα μεγάλο ευχαριστώ, λοιπόν, μέσα από την καρδιά μου στον σύζυγό μου και στα παιδιά μου.

Περίληψη

Οι στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού συνδέονται στενά αφενός με την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας που προσφέρεται στα άτομα με αναπηρίες και αφετέρου με την ενίσχυση της ικανότητας των ατόμων αυτών να προσαρμόζονται στην κοινωνία και να αναπτύσσουν μια θετική εικόνα για τον εαυτό τους. Για τους παραπάνω λόγους είναι ανάγκη να διερευνηθούν οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρίες. Πρόκειται για ένα ζήτημα για το οποίο τα ελληνικά ερευνητικά δεδομένα είναι ιδιαίτερα περιορισμένα, γεγονός που καθιστά αναγκαία την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας. Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία, κυρίως με κινητική. Ειδικότερα, στόχο αποτέλεσε η σύγκριση των αντιλήψεων αυτών, ώστε να αναδειχθούν τυχόν διαφοροποιήσεις μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Τέλος, αποτέλεσε αποτελεί η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης κτλ) μπορούν να διαφοροποιήσουν τις αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Για το σκοπό αυτό σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική ποσοτική μελέτη σε επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τα δύο μεγάλα νοσοκομεία της περιοχής των Πατρών. Το δείγμα αποτέλεσαν 158 επαγγελματίες υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) και ως ερευνητικά εργαλεία επιλέχθηκαν η Κλίμακα Στάσεων σε Σχέση με τα άτομα με Αναπηρία - B Τύπος / Attitudes Toward Disabled Persons Scale – Form B (ATDP - B), όπως αυτή μεταφράστηκε στα ελληνικά, σταθμιστήκε, συμπληρώθηκε και χρησιμοποιήθηκε από τον Κριτσωτάκη (2017), καθώς και η κλίμακα DAHC («Disability Attitudes in Health Care») την οποία δημιούργησαν οι ερευνητές Chadd και Pangilinan (2011). Τα αποτελέσματα της έρευνας ότι ακόμα και σήμερα οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν αναπτύξει θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία, τουλάχιστον όχι στον βαθμό που θα περίμενε κανείς. Η ανάλυση της κλίμακας ATDP-B, έδειξε ότι ο μέσος όρος των απαντήσεών τους είναι $M.O.=83,75\pm 17,63$. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την ανάλυση της κλίμακας DAHC, όπου φάνηκε πως ο μέσος όρος των απαντήσεων των επαγγελματιών του δείγματος ήταν $M.O.=42,30\pm 6,716$. Το γενικό συμπέρασμα είναι πως οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα δεν έχουν αναπτύξει ακόμα στο βαθμό που θα ανέμενε κανείς θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με κινητικές κυρίως αναπηρίες, καθώς οι βαθμολογίες τους είναι χαμηλότερες συγκριτικά με αυτές άλλων χωρών, χωρίς όμως να μπορούν να θεωρηθούν πλήρως αρνητικές. Το δεύτερο ενδιαφέρον εύρημα στο οποίο καταλήγει η παρούσα έρευνα είναι πως οι στάσεις που έχουν αναπτύξει οι επαγγελματίες υγείας δεν επηρεάζονται ούτε από το φύλο τους, ούτε από το επάγγελμά τους ούτε από κάποιον άλλο κοινωνικο-δημογραφικό ή άλλο παράγοντα. Μικρή συσχέτιση φάνηκε να υπάρχει μεταξύ των γνώσεων που έχουν αποκτήσει οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος για την αναπηρία και για τις στάσεις που αναπτύσσουν απέναντι στα άτομα με αναπηρία, καθώς και ανάμεσα στη συχνότητα της επαφής που έχουν οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος με τα άτομα με αναπηρία και στις στάσεις που αναπτύσσουν, όπως αυτές προκύπτουν βάσει της κλίμακας DAHC.

Λέξεις κλειδιά: στάσεις, αναπηρία, επαγγελματίες υγείας, ATDP-B, DAHC

"Attitudes of medical and nursing staff towards people with (motor) disabilities"

KLEIDERI GEORGIA

Abstract

The attitudes of medical and nursing staff are closely related on the one hand to the quality of medical care offered to people with disabilities and on the other hand to strengthening the ability of these people to adapt to society and develop a positive self-image. For the above reasons, it is necessary to investigate the attitudes of health professionals towards people with disabilities. This is an issue for which the Greek research data is particularly limited, which makes it necessary to carry out the present research. The purpose of this work was to investigate the perceptions of medical and nursing staff towards people with disabilities, mainly with mobility. In particular, the aim was to compare these perceptions, in order to highlight any differences between the medical and nursing staff towards people with disabilities. Finally, the result is the investigation of the degree to which social and demographic factors (gender, age, level of education, etc.) can differentiate the perceptions of medical and nursing staff towards people with disabilities. For this purpose, a cross-sectional quantitative study was designed and carried out among health professionals who staff the two major hospitals of the Patras area. The sample consisted of 158 health professionals (medical and nursing staff) and the Attitudes Toward Disabled Persons Scale – Form B (ATDP - B), as it was translated into Greek, was chosen as research tools, was weighted, completed and used by Kritsotakis (2017), as well as the DAHC ("Disability Attitudes in Health Care") scale created by researchers Chadd and Pangilinan (2011). The results of the research show that even today health professionals have not developed positive attitudes towards disability, at least not to the extent that one would expect. The analysis of the ATDP-B scale showed that the average of their answers is $M.O.=83.75\pm 17.63$. This finding is also confirmed by the analysis of the DAHC scale, where it was seen that the average of the responses of the professionals in the sample was $M.O.=42.30\pm 6.716$. The general conclusion is that the health professionals who participated in the research have not yet developed to the extent that one would expect positive attitudes towards people with mainly motor disabilities, as their scores are lower compared to those of other countries, but without being able to be considered completely negative. The second interesting finding reached by this research is that the attitudes developed by health professionals are not influenced by their gender, their profession or any other socio-demographic or other factor. There appeared to be little correlation between the knowledge the health professionals of the sample have acquired about disability and the attitudes they develop towards people with disabilities, as well as between the frequency of contact the health professionals of the sample have with people with disabilities. disability and the attitudes they develop, as they emerge based on the DAHC scale.

Keywords: *attitudes, disability, health professionals, ATDP-B, DAHC*

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....	16
1.1 Ορισμός της αναπηρίας.....	16
1.2 Μοντέλα της αναπηρίας.....	17
1.2.1 Ιατρικό μοντέλο αναπηρίας.....	17
1.2.2 Κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας.....	18
1.2.3 Ηθικό/θρησκευτικό μοντέλο αναπηρίας.....	20
1.2.4 Το μοντέλο της ταυτότητας (identity model).....	21
1.2.5 Το μοντέλο των ανθρώπινων δικαιωμάτων (human rights model).....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΙΔΗ/ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	32
3.1 Στάσεις απέναντι στην αναπηρία.....	32
3.2 Στάσεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στην αναπηρία.....	34
3.3 Συνέπειες των στάσεων των επαγγελματιών υγείας.....	39
3.4 Κλίμακες μέτρησης των στάσεων απέναντι στην αναπηρία.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	52
5.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι.....	52
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	52
5.3 Προσδοκώμενα αποτελέσματα.....	53
5.4 Ερευνητική μέθοδος.....	53
5.4.1 Είδος έρευνας.....	53
5.4.2 Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	53
5.4.3 Το δείγμα της έρευνας.....	57
5.4.4 Διαδικασία έρευνας.....	57
5.4.5 Ζητήματα δεοντολογίας (αδειοδότηση της έρευνας).....	57
5.4.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	59
6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	59
6.2 Κλίμακες στάσεων απέναντι στην αναπηρία	66
6.3 Κλίμακα στάσεων ATPD-B	70
6.3 Κλίμακα στάσεων DAHC	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	88
7.1 Συζήτηση	88
7.2 Περιορισμοί	92
7.3 Προτάσεις	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΑ	93
Ελληνόγλωσση	93
Ξενόγλωσση	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. ΑΔΕΙΕΣ	111

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Συγκεντρωτική παρουσίαση δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	65
Πίνακας 2: Πηγές γνώσεων για την αναπηρία.....	67
Πίνακας 3: Συχνότητα επαφής με άτομα με αναπηρία.....	68
Πίνακας 4: Περιβάλλον επαφής με άτομα με αναπηρία.....	69
Πίνακας 5: Δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής.....	70
Πίνακας 6: Θετικές και αρνητικές στάσεις επαγγελματιών υγείας.....	71
Πίνακας 7: Σκορ ATPD-B ανδρών και γυναικών του δείγματος.....	72
Πίνακας 8: Σκορ ATPD-B ανά ηλικιακές ομάδες.....	72
Πίνακας 9: Μ.Ο. Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.....	73
Πίνακας 10: Σκορ ATPD-B ανά έτη προϋπηρεσίας.....	73
Πίνακας 11: Σκορ ATPD-B ανά οικογενειακή κατάσταση.....	74
Πίνακας 12: Έλεγχος κανονικότητας.....	74
Πίνακας 13: Συσχέτιση φύλου και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B.....	75
Πίνακας 14: Συσχέτιση ηλικίας και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B.....	75
Πίνακας 15: Συσχέτιση επαγγέλματος στον τομέα της υγείας και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B.....	75
Πίνακας 16: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ γνώσεων και στάσεων.....	76
Πίνακας 17: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης γνώσεων-στάσεων.....	76
Πίνακας 18: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ συχνότητας επαφής και στάσεων.....	77
Πίνακας 19: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης συχνότητας επαφής-στάσεων.....	77
Πίνακας 20: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ επαφής και στάσεων.....	77
Πίνακας 21: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης επαφής-στάσεων.....	78
Πίνακας 22: Δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής.....	78
Πίνακας 23: Μ.Ο. ανδρών και γυναικών στην κλίμακα DAHC.....	79
Πίνακας 24: Μ.Ο. επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα DAHC βάσει της ηλικίας.....	80
Πίνακας 25: Μ.Ο. Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.....	80
Πίνακας 26: Μ.Ο. επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα DAHC βάσει των ετών προϋπηρεσίας.....	81
Πίνακας 27: Μ.Ο. επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα DAHC βάσει της οικογενειακής κατάστασης.....	81
Πίνακας 28: Έλεγχος κανονικότητας μεταβλητών φύλου- DAHC.....	81
Πίνακας 29: Συσχέτιση φύλου και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B.....	82
Πίνακας 30: Έλεγχος κανονικότητας μεταβλητών ηλικίας- DAHC.....	82
Πίνακας 31: Συσχέτιση ηλικίας και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B.....	83
Πίνακας 32: Συσχέτιση επαγγέλματος στον τομέα της υγείας και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B.....	83
Πίνακας 33: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ γνώσεων και DAHC.....	84
Πίνακας 34: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης γνώσεων- DAHC.....	84
Πίνακας 35: Σχέση παλινδρόμησης μεταξύ γνώσεων και στάσεων.....	85
Πίνακας 36: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ συχνότητας επαφής και DAHC.....	85
Πίνακας 37: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης συχνότητας επαφής- DAHC.....	85
Πίνακας 38: Σχέση παλινδρόμησης μεταξύ συχνότητας επαφής και DAHC.....	86
Πίνακας 39: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ επαφής και DAHC.....	86
Πίνακας 40: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης επαφής- DAHC.....	86

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Ποσοστό αναπηρία στις χώρες της ΕΕ [πηγή: https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/disability-eu-facts-figures/].....	30
Σχήμα 2: Κατανομή ως προς το φύλο.....	59
Σχήμα 3: Κατανομή ως προς την ηλικία.....	60
Σχήμα 4: Επάγγελμα.....	60
Σχήμα 5: Κατανομή ως προς τα έτη προϋπηρεσίας.....	61
Σχήμα 6:Κατανομή ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	62
Σχήμα 7: Κατανομή ως προς το επίπεδο σπουδών.....	62
Σχήμα 8: Επάγγελμα ανά φύλο.....	63
Σχήμα 9: Έτη επαγγελματικής απασχόλησης ανά επάγγελμα.....	64
Σχήμα 10: Βαθμός γνώσεων για την αναπηρία.....	66
Σχήμα 11: Επαφή με άτομα με κινητική αναπηρία.....	69
Σχήμα 12: Συνολικό σκορ στην κλίμακα ATPD-B.....	71
Σχήμα 13: Συνολικό σκορ στην κλίμακα DAHC.....	79

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα με αναπηρίες αποτελούν μια ετερογενή πληθυσμιακή ομάδα, η οποία περιλαμβάνει φυσικές/σωματικές, αισθητηριακές ή και νοητικές (WHO, 2011). Λόγω των ελλειμμάτων τους τα άτομα με αναπηρίες βιώνουν ποικίλους περιορισμούς στην καθημερινότητά τους, στη λειτουργικότητά τους και γενικά στη συμμετοχή τους στην κοινωνία ως ενεργά και ισότιμα μέλη αυτής. Συχνά, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν είναι τέτοιας έκτασης και έντασης, που απαιτούν τη στήριξη των ατόμων αυτών από το περιβάλλον τους. Σύμφωνα με τους ερευνητές, δύο φαίνεται πως είναι οι βασικές κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ατομικοί (WHO, 2011). Πρόκειται για παράγοντες που είτε μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων είτε να την πλήξουν. Στην πρώτη κατηγορία, αυτή των περιβαλλοντικών παραγόντων, περιλαμβάνονται ζητήματα όπως αυτό της πρόσβασης σε αγαθά, υπηρεσίες και τεχνολογία, σε υποδομές, στα συστήματα, σε πολιτικές που αναπτύσσουν οι κυβερνήσεις, αλλά και στις σχέσεις, στις στάσεις και συμπεριφορές. Αντίθετα, οι ατομικοί παράγοντες αφορούν στην ενεργοποίηση του ατόμου και στην αυτοεκτίμηση, που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο τελικά συμμετέχει στην κοινωνία (Perry, 2008).

Τα τελευταία χρόνια φαίνεται πως έχει ενισχυθεί το ενδιαφέρον των ερευνητών αναφορικά με τις στάσεις και τον τρόπο με τον οποίο οι στάσεις αυτές επηρεάζουν τη ζωή και την καθημερινότητα των ατόμων. Ως στάσεις ορίζονται οι πεποιθήσεις που δύνανται να οδηγήσουν σε αρνητικές ή θετικές αντιδράσεις (Perry, 2008). Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα άτομα με αναπηρίες καθημερινά έρχονται αντιμέτωπα με ποικίλες προκλήσεις, πολλές από τις οποίες προκύπτουν από τις στάσεις που αναπτύσσει το κοινωνικό σύνολο απέναντί τους. Οι στάσεις, άλλωστε, αποτυπώνουν τον τρόπο σκέψης ή τα συναισθήματα των ατόμων όσον αφορά σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή και σε συγκεκριμένα άτομα (Aiden & McCarthy, 2014). Απορρέουν, με άλλα λόγια, από τις πεποιθήσεις του ατόμου, από τα συναισθήματα, από τις αξίες, ακόμα και από το σύνολο των εμπειριών στις οποίες στηρίζεται και η δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων. Στο πλαίσιο αυτό, για παράδειγμα, φαίνεται πως η εξοικείωση με την αναπηρία λόγω της ύπαρξης αυτής εντός του οικογενειακού, φιλικού ή του στενού κοινωνικού περιβάλλοντος, επηρεάζει θετικά τις στάσεις που αναπτύσσουμε απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Χαρακτηριστικό είναι πως ακόμα και σήμερα ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων με αναπηρία (περίπου της τάξης του 29%) αναφέρει πως θα ήθελε να

δει μια αλλαγή στη στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντι στην αναπηρία, ενώ ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό (το 23%) θα επιθυμούσε την αλλαγή των φορέων εξουσίας ή και μια αλλαγή στο προσωπικό των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας (Aiden & McCarthy, 2014).

Το τελευταίο ζήτημα, αυτό της υποστήριξης που δέχονται τα άτομα με αναπηρία από τους επαγγελματίες υγείας, αποτελεί και την προβληματική που συνέστησε την αφορμή της παρούσας εργασίας. Και τούτο διότι τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα καταγράφουν την έλλειψη ικανοποίησης των ατόμων με αναπηρία αναφορικά με τη στήριξη που λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας (Krahn, Walker & Correa-De-Araujo, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, καταγράφονται εμπόδια και δυσκολίες, όπως κακή συμπεριφορά, ανεπαρκής ή και ελλιπής φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας προς τα άτομα με αναπηρία, η οποία πηγάζει από την ανεπάρκεια των γνώσεών τους, που αφενός τους οδηγεί στην ανάπτυξη αρνητικών στάσεων απέναντι στην αναπηρία και αφετέρου σε μειωμένες δεξιότητες απέναντι στη διαχείριση των αναγκών των ατόμων με αναπηρία (Disability Rights Education and Defense Fund, 2007). Φαίνεται, λοιπόν, πως οι στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού συνδέονται στενά αφενός με την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας που προσφέρεται στα άτομα αυτά και αφετέρου με την ενίσχυση της ικανότητας των ατόμων με αναπηρία να προσαρμόζονται στην κοινωνία και να αναπτύσσουν μια θετική εικόνα για τον εαυτό τους (Byron & Dieppe 2000; Seccombe 2007; Tervo et al. 2002).

Για τους παραπάνω λόγους, είναι ανάγκη να διερευνηθούν οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρίες. Μόνον μέσω της σχετικής διερεύνησης, θα καταστεί εφικτή η αλλαγή των στάσεων αυτών προς μια θετικότερη κατεύθυνση και συνακόλουθα θα βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που σήμερα δέχονται τα άτομα με αναπηρίες. Πρόκειται για ένα ζήτημα για το οποίο τα ελληνικά ερευνητικά δεδομένα είναι ιδιαίτερα περιορισμένα, γεγονός που καθιστά αναγκαία την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας.

Σκοπός της εργασίας αυτής, λοιπόν, είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία, κυρίως με κινητική. Ειδικότερα, στόχο αποτελεί η σύγκριση των αντιλήψεων αυτών, ώστε να αναδειχθούν τυχόν διαφοροποιήσεις μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Τέλος, στόχο αποτελεί η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης κτλ) μπορούν να

διαφοροποιήσουν τις αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Για το σκοπό αυτό σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική ποσοτική μελέτη σε επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τα δύο μεγάλα νοσοκομεία της περιοχής των Πατρών, ώστε να καταγραφούν και να αξιολογηθούν οι στάσεις τους απέναντι στην αναπηρία και κυρίως τη σωματική/φυσική αναπηρία. Ως ερευνητικά εργαλεία επιλέχθηκαν η Κλίμακα Στάσεων σε Σχέση με τα άτομα με Αναπηρία - Β Τύπος / Attitudes Toward Disabled Persons Scale – Form B (ATDP - B), όπως αυτή μεταφράστηκε στα ελληνικά, σταθμίστηκε, συμπληρώθηκε και χρησιμοποιήθηκε από τον Κριτσωτάκη (2017), καθώς και η κλίμακα DAHC («Disability Attitudes in Health Care») την οποία δημιούργησαν οι ερευνητές Chadd και Pangilinan (2011) και αποτελεί μια κλίμακα η οποία αποσκοπεί στο να διερευνήσει και να εκτιμήσει τις στάσεις που αναπτύσσουν και διατηρούν τα άτομα, κυρίως οι επαγγελματίες υγείας, απέναντι στα άτομα με αναπηρία όσον αφορά σε ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης (Τζώρτζη, 2023)

Αναφορικά με τη δομή της εργασίας, αυτή χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελεί το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο βασίστηκε η παρούσα έρευνα. Το μέρος αυτό αποτελείται από 4 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο (*Κεφάλαιο 1*) επιχειρείται ο προσδιορισμός της έννοιας της αναπηρίας. Συγκεκριμένα, στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στον ορισμό της αναπηρίας και στα μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί ώστε να προσεγγισθεί το περιεχόμενο της αναπηρίας και τα βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων που έχουν κάποιας μορφής αναπηρία. Στο δεύτερο κεφάλαιο (*Κεφάλαιο 2*) γίνεται αναφορά στα είδη και στις μορφές της αναπηρίας, όπως αυτές έχουν κατηγοριοποιηθεί και ταξινομηθεί από τους ερευνητές. Στο επόμενο κεφάλαιο (*Κεφάλαιο 3*) γίνεται αναφορά στις στάσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία, όπως αυτές καταγράφονται στην τρέχουσα βιβλιογραφία. Το τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους (*Κεφάλαιο 4*) παρουσιάζει τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών, όπου έχουν διερευνηθεί οι στάσεις των ατόμων που εργάζονται στον τομέα της υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας αφορά στο εμπειρικό μέρος. Αρχικά παρουσιάζονται ο σκοπός και οι στόχοι της παρούσας έρευνας καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία επιχειρεί να απαντήσει η έρευνα αυτή. Στο ίδιο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία που επιλέχθηκε για τους σκοπούς της έρευνας αυτής, το ερευνητικό εργαλείο, το δείγμα και η μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων (*Κεφάλαιο 5*). Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως αυτά προέκυψαν μετά τη στατιστική επεξεργασία των

δεδομένων (Κεφάλαιο 6) και τέλος επιχειρείται μια σύνδεση των αποτελεσμάτων στα οποία κατέληξε η παρούσα έρευνα τόσο με τα ερευνητικά ερωτήματα όσο και με τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών (Κεφάλαιο 7). Ακολουθούν τα Συμπεράσματα και η Βιβλιογραφία.

Α΄ ΜΕΡΟΣ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

1.1 Ορισμός της αναπηρίας

Οι πιο πρόσφατοι ορισμοί της αναπηρίας φαίνεται πως απομακρύνονται από το ιατρικό μοντέλο. Το τελευταίο, όπως θα φανεί στη συνέχεια του κεφαλαίου αυτού, εστιάζει στο άτομο και στους περιορισμούς της λειτουργικότητας που προκύπτουν ως το αποτέλεσμα της κατάστασης της υγείας του (Tøssebro, 2004). Σταδιακά, οι μελετητές ανέδειξαν την ανάγκη προάσπισης των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία, γεγονός που οδήγησε στη σύνταξη ορισμών και κειμένων, που δεν επιτρέπουν τον διαχωρισμό και τις διακρίσεις των ατόμων με αναπηρία σε κάθε πτυχή της δημόσιας ζωής τους (Schriner & Scotch, 2003). Η αναπηρία, λοιπόν, ορίζεται ως εκείνη η σωματική ή η ψυχική βλάβη, η οποία περιορίζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και δυσχεραίνει την καθημερινότητά του, όπως είναι η περίπτωση της απώλειας όρασης ή ακοής, η περίπτωση της νοητικής στέρησης, η περίπτωση της εγκεφαλικής παράλυσης, κ.ά. (Hill & Goldstein, 2015).

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφερθεί πως σύμφωνα με όσα όριζε η διεθνής ταξινόμηση της αναπηρίας, όπως αυτή διατυπώθηκε το 1980, η αναπηρία συνδεόταν περισσότερο με τις μειονεξίες του ατόμου (WHO, 1980). Με άλλα λόγια, σύμφωνα με την αρχική αυτή ταξινόμηση, η αναπηρία συνδεόταν περισσότερο με μειονεκτήματα που αναπτύσσει το άτομο και που θέτουν περιορισμούς στην επιτέλεση των ρόλων τους οποίους καλούνται να εκπληρώσουν στην κοινωνία. Σταδιακά, η προσέγγιση αυτή άρχισε να διαφοροποιείται, γεγονός που οδήγησε σε μια διαφορετική προσέγγιση του βαθμού στον οποίο το άτομο με αναπηρίες μπορεί να καθίσταται λειτουργικό. Πλέον, άρχισε να αναδεικνύεται η αλληλεπίδραση ανάμεσα στη βλάβη που υφίσταται το άτομο, στην επίδραση του περιβάλλοντος και σε ατομικούς/προσωπικούς παράγοντες. Αποτέλεσμα αυτού είναι η αναπηρία να μην αποτελεί πλέον μια αμιγώς ιατρική κατάσταση (Hogan, Kyaw-Myint, Harris, & Denronden, 2012). Με άλλα λόγια, η έμφαση δίνεται ολοένα και περισσότερο σε εκείνο το πλήθος των περιορισμών που θέτει ο κοινωνικός περίγυρος στα άτομα με αναπηρία, με αποτέλεσμα να πλήττεται η λειτουργικότητά τους (Raghavendra, Bornman, Granlund, & Björck-Åkesson, 2007). Ως εκ τούτου, η προσέγγιση της αναπηρίας δε μπορεί παρά να λαμβάνει υπόψη της και περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αλληλεπιδρά με το κοινωνικό σύνολο και με το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται (Raghavendra et al., 2007). Τελικά, όπως υποστηρίζουν οι σύγχρονοι μελετητές, η κοινωνία είναι αυτή που διαμορφώνει την αναπηρία (Tøssebro, 2004). Και τούτο διότι

φαίνεται πως η κοινωνία δεν είναι έτοιμη να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες και να τους εντάξει με ισότιμο τρόπο στους κόλπους της, με αποτέλεσμα να τους δημιουργεί εμπόδια και να εγείρει ζητήματα αποκλεισμού και περιθωριοποίησης των ατόμων αυτών.

1.2 Μοντέλα της αναπηρίας

Στην προσπάθεια προσέγγισης της αναπηρίας έχουν διατυπωθεί διάφορα μοντέλα, διάφορες θεωρίες, μέσω των οποίων οι ειδικοί προσπαθούν να εξηγήσουν και να κατανοήσουν το πολυσύνθετο αυτό ζήτημα της αναπηρίας. Στο πλαίσιο αυτό, γίνεται λόγος για δύο «κυρίαρχα» μοντέλα, το ιατρικό και το κοινωνικό, τα οποία διαφέρουν κυρίως ως προς τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν και ορίζουν την έννοια της αναπηρίας.

1.2.1 Ιατρικό μοντέλο αναπηρίας

Το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας κυριαρχούσε, θα λέγαμε, στην προσπάθεια των ειδικών να προσεγγίσουν την αναπηρία μέχρι και τη δεκαετία του 1980, περίπου. Πρόκειται για ένα μοντέλο, για μια θεωρία, η οποία βλέπει την αναπηρία περισσότερο ως πρόβλημα του ίδιου του ατόμου, θεωρώντας πως ο μοναδικός τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού δεν είναι άλλος από την ιατρική θεραπεία. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας, το άτομο τίθεται στο επίκεντρο της αναπηρίας, υπό την έννοια πως το άτομο έχει το «πρόβλημα».

Όπως αναφέρει ο Olkin (1999), οι υποστηρικτικές του ιατρικού μοντέλου της αναπηρίας την αντιμετωπίζουν ως ένα αμιγώς ιατρικό ζήτημα, το οποίο αφορά αποκλειστικά στο άτομο, καθώς αποτελεί ελάττωμα ή «αποτυχία» του σώματος με εγγενή ή παθολογική αιτία. Ως εκ τούτου, ο βασικός σκοπός της εκάστοτε παρέμβασης δε μπορεί να είναι άλλος από τη θεραπεία, τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης στο μέγιστο δυνατό βαθμό και την αποκατάσταση, δηλαδή την προσαρμογή του ατόμου με αναπηρία στις συνθήκες του περιβάλλοντος. Τα άτομα με αναπηρίες, συνακόλουθα, αναμένονται να επωφεληθούν από την ποικιλία των υπηρεσιών που τους προσφέρονται και να επιτελούν το ρόλο τους ως ασθενείς ή εκπαιδευόμενοι που δέχονται τη βοήθεια εκπαιδευμένων επαγγελματιών (Olkin, 1999).

Στη διεθνή βιβλιογραφία, το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας απαντά και ως το μοντέλο της «προσωπικής τραγωδίας» («personal tragedy») (Thomas & Woods, 2003), καθώς προσεγγίζει και ορίζει την αναπηρία μόνο με αρνητικούς όρους. Και τούτου διότι η αναπηρία αντιμετωπίζεται ως μια κατάσταση αντικειμενικά κακή, ως μια κατάσταση που επιφέρει τον οίκτο και τη λύπη, ως μια «προσωπική τραγωδία» που πλήττει τόσο το ίδιο το

άτομο όσο και την οικογένειά του, και που μπορεί, κάποιες φορές, να θεραπευτεί ή και να προληφθεί (Carlson, 2010).

Σύμφωνα με το ιατρικό αυτό μοντέλο, λοιπόν, η αναπηρία αποτελεί μια απόκλιση από το φυσιολογικό. Αποτέλεσμα αυτού είναι να αναπτυχθεί ένα λεξιλόγιο, το οποίο να ανταποκρίνεται σε αυτή την απόκλιση, όπως «σακάτης», «σπαστικό», «καθυστερημένος» (Creamer, 2009). Συνακόλουθα, έχει αναπτυχθεί μια κατηγοριοποίηση των ατόμων στους «υγιείς» (επομένως και ανώτερους) και στα άτομα με αναπηρία. Οι επαγγελματίες υγείας, που υιοθετούν το μοντέλο αυτό, τείνουν να αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρίες ως προβλήματα που πρέπει να λυθούν, παραβλέποντας, συχνά, να αξιολογήσουν άλλα ζητήματα τα οποία σχετίζονται με τη ζωή και την καθημερινότητα του ατόμου (Thomas & Woods, 2003). Με άλλα λόγια, το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας εστιάζει αποκλειστικά στους περιορισμούς που επιβάλλει η αναπηρία στο άτομο, αγνοώντας την πιθανή επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων (Kasser & Lytle, 2005). Τελικά, το άτομο με αναπηρία είναι αυτό το οποίο θα πρέπει να αλλάξει ή να «φτιάξει», κι όχι οι συνθήκες, οι οποίες θα μπορούσαν να συμβάλουν/ να επιτείνουν την αναπηρία του ατόμου (Kasser & Lytle, 2005).

Σε κάθε περίπτωση, το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας επικεντρώνεται στην προσπάθεια να βρεθεί η κατάλληλη εκείνη μέθοδος που θα βοηθήσει το άτομο να ξεπεράσει τη βιολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται και η οποία συνιστά αναπηρία. Στοσημείοαυτό θα πρέπει να αναφερθεί πως το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας ασκεί πιέσεις στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αναλαμβάνουν τη διάγνωση ατόμων με αναπηρία. Και τούτο διότι τα κριτήρια για τη διάγνωση έχουν αναπτυχθεί βάσει αυτού που θεωρείται στην κοινωνία ως φυσιολογικό (Thomas & Woods, 2003). Παρόλα αυτά, το γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρία δεν πρόκειται ποτέ να «θεραπευτούν» πλήρως για την ασθένειά τους, έχει σαν αποτέλεσμα να εξακολουθούν να θεωρούνται από πολλούς ως «αποτυχίες» ή ακόμα και «ντροπή» (Pfeiffer 2003). Από την άλλη μεριά, το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας, σύμφωνα με τους Llewellyn, Agu & Mercer (2008), ενέχει τον κίνδυνο διαιώνισης του «ρόλου του αρρώστου» από τα άτομα με αναπηρία, έναν ρόλο, όμως, που δεν αποδέχονται τα άτομα με αναπηρία, καθώς δε θεωρούν τον εαυτό τους άρρωστο. Κλείνοντας, θα πρέπει να τονιστεί πως το μοντέλο αυτό δε λαμβάνει υπόψη του τη διάκριση μεταξύ της αναπηρίας και της ασθένειας. Αυτό σημαίνει, όπως υποστηρίζουν οι Llewellyn, Agu & Mercer (2008), πως τα άτομα με αναπηρίες δεν είναι άρρωστα, αλλά εμφανίζουν συνεχή ελλείμματα, τα οποία δεν παρουσιάζονται ως καθημερινά προβλήματα υγείας.

1.2.2 Κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας

Τις ανεπάρκειες του ιατρικού μοντέλου αναπηρίας κλήθηκε να καλύψει το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, το οποίο άρχισε να αναπτύσσεται τη δεκαετία του 1960. Στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος άρχισε πλέον να τίθεται και το κοινωνικό περιβάλλον και ο τρόπος με τον οποίο αυτό επηρεάζει την προσέγγιση και την εξέλιξη της αναπηρίας. Με άλλα λόγια, οι υποστηρικτές του μοντέλου αυτού τονίζουν πως δεν είναι μόνο η αναπηρία, η οποία περιορίζει το άτομο. Αντίθετα, το κοινωνικό περιβάλλον, η στάση της κοινωνίας απέναντι στην αναπηρία και στα άτομα με αναπηρίες φαίνεται πως θέτουν επιπλέον περιορισμούς στο άτομο. Για παράδειγμα, η καθημερινότητα των ατόμων με κινητική αναπηρία δεν περιορίζεται μόνο από την ίδια αναπηρία και από την ανάγκη τους να χρησιμοποιούν αμαξίδιο, αλλά και από τις ανεπαρκείς υποδομές, που δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο τη μετακίνηση των ατόμων αυτών και την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες και αγαθά, που απολαμβάνουν τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας (Kimberlin, 2009).

Με άλλα λόγια, σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, η ευθύνη πλέον μετατίθεται στην κοινωνία. Σε αντίθεση με το ιατρικό μοντέλο, δεν είναι το άτομο που αποτυγχάνει, αλλά η κοινωνία, η οποία δε μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία. Αποτέλεσμα αυτού, είναι το άτομο με αναπηρία να οδηγείται σταδιακά στην κοινωνική περιθωριοποίηση και να υφίσταται ολοένα και περισσότερες διακρίσεις και δυσκολίες, για τις οποίες, όμως, δε φέρει ευθύνη το ίδιο το άτομο, αλλά η κοινωνία. Η ίδια η κοινωνία είναι αυτή που φαίνεται να διαιωνίζει διακρίσεις, στερεότυπα και αρνητικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία και στα άτομα με αναπηρίες (Kimberlin, 2009). Για το λόγο αυτό, το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας εστιάζει στη διερεύνηση της επίδρασης που έχουν τα εμπόδια που θέτει η κοινωνία στα άτομα με αναπηρίες, γεγονός που επηρεάζει τη δυνατότητα πρόσβασής τους στην εκπαίδευση, στην εργασία, στον πολιτισμό, στη διασκέδαση και γενικά σε κοινωνικές υπηρεσίες και κοινωνικά αγαθά (Barnes & Mercer, 2005).

Στο πλαίσιο αυτό, ερευνητές έχουν εντοπίσει ομοιότητες μεταξύ του κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας και στην οικονομική και κοινωνική θεωρία, όπως αυτή διατυπώθηκε από τον Μαρξ. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων με αναπηρία δημιουργήθηκε και διατηρήθηκε στους κόλπους του καπιταλισμού. Και τούτο διότι τα άτομα με αναπηρία δε διέθεταν τα απαιτούμενα «προσόντα», ώστε να αποτελέσουν μέρος του εργατικού δυναμικού, που έχει ανάγκη η οικονομία. Η απόκλιση, λοιπόν, από το

εργατικό δυναμικό επέφερε τη σταδιακή μείωση της ικανότητας των ατόμων με αναπηρία να διεκδικούν την ανεξαρτησία και την αυτονομία τους (Kimberlin, 2009).

Τελικά, το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας στηρίζεται σε μια σαφή διάκριση μεταξύ της αναπηρίας και της «βλάβης» (impairment) (Oliver, 1996). Συγκεκριμένα, η «βλάβη» γίνεται αντιληπτή ως μια σωματική κατάσταση, η οποία δεν πληροί τα κριτήρια του «φυσιολογικού», καθώς συνίσταται στην απώλεια κάποιου μέλους ή σε ένα «ελαττωματικό» μέρος του σώματος ή του οργανισμού (Oliver, 1996). Ως εκ τούτου, έγκειται στο άτομο αν θα αξιολογήσει ως αρνητική αυτή τη «βλάβη», αυτό το έλλειμμα (Silvers, 2003). Στο πλαίσιο αυτό, για παράδειγμα, άτομα που έχουν απώλεια όρασης εκ γενετής, συχνά αντιλαμβάνονται το πρόβλημα όρασης τους περισσότερο ως τρόπο ζωής και λιγότερο ως έλλειμμα ή ως πρόβλημα. Ως εκ τούτου, το έλλειμμα αυτό δεν είναι παρά μια περιγραφή της κατάστασης του σώματος/ της υγείας (Oliver, 1996). Αντίθετα, η αναπηρία συνίσταται σε ένα μειονέκτημα ή σε έναν περιορισμό που τίθεται στο άτομο από έναν κοινωνικό φορέα, που δε λαμβάνει υπόψη του τις ανάγκες των ατόμων με φυσικά ελλείμματα και έτσι τα αποκλείει από τη συμμετοχή τους σε ποικίλες κοινωνικές δραστηριότητες (Kent, 2000). Σύμφωνα με τους υποστηρικτές του μοντέλου αυτού, είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτός ο διαχωρισμός μεταξύ των δύο αυτών εννοιών, ώστε να φανεί ότι η αναπηρία σχετίζεται και με κοινωνικές συμβάσεις και νόρμες, που και οι ίδιες είναι μεταβλητές (για παράδειγμα, χρήση σκάλας έναντι της χρήσης ράμπας). Τα άτομα με ελλείμματα, λοιπόν, μπορεί να αποτελούν μειονότητα, αλλά, στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν καθίσταται ανεπαρκείς και μη ικανοί να εργαστούν ή να αναπτύξουν κοινωνικές σχέσεις. Για το λόγο αυτό, το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας προτάσσει ένα πιο συμπεριληπτικό πλαίσιο συμμετοχής των ατόμων αυτών στην κοινωνία (Wendell, 2001).

Το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, λοιπόν, εστιάζει στα περιβαλλοντικά εμπόδια που δυσχεραίνουν την καθημερινότητα των ατόμων με αναπηρία. Και τούτο διότι, η αντίληψη που έχει το κοινωνικό σύνολο για την αναπηρία, οι προσδοκίες που αναπτύσσει το κοινωνικό σύνολο την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία, για την ικανότητά τους να εργαστούν κτλ, δεν επηρεάζει μόνο την καθημερινότητά των ατόμων αυτών. Αντίθετα, δημιουργεί περαιτέρω εμπόδια στα άτομα με αναπηρίες, καθώς μειώνει την αυτοεικόνα τους (Wendell, 2001). Τελικά, το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας έχει συμβάλει στην προώθηση και διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία, έχει βελτιώσει την εικόνα που

σχηματίζουν τα άτομα αυτά για τον εαυτό τους και τις ικανότητές τους, οδηγώντας, τελικά, στην κοινωνική αλλαγή.

1.2.3 Ηθικό/θρησκευτικό μοντέλο αναπηρίας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, δύο είναι τα κυρίαρχα μοντέλα της αναπηρία, το ιατρικό και το κοινωνικό. Πέραν των δύο αυτών μοντέλων, όμως, έχουν διατυπωθεί και άλλα μοντέλα, άλλες θεωρίες, που αποσκοπούν στην προσέγγιση και κυρίως στην κατανόηση της αναπηρίας. Στο πλαίσιο αυτό, για παράδειγμα, έχει διατυπωθεί το ηθικό/ θρησκευτικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η αναπηρία μπορεί να θεωρηθεί ως μια τιμωρία από τον Θεό για κάποια αμαρτία ή για αμαρτήματα που έχει διαπράξει το άτομο με αναπηρία (Pardeck & Murphy, 2012).

Με άλλα λόγια, σύμφωνα με το ηθικό/θρησκευτικό μοντέλο της αναπηρίας, κάποιες αναπηρίες προκύπτουν ως το αποτέλεσμα της έλλειψης συνέπειας απέναντι στην κοινωνική ηθική και στις επιταγές της θρησκείας, αποτελεί μια προειδοποίηση απέναντι σε μια ηθικά και θρησκευτικά μη κοινωνική συμπεριφορά (Henderson & Bryan, 2011). Πρόκειται, δηλαδή, για μια θεωρία η οποία έχει αναπτυχθεί στη βάση της υπόθεσης ότι κάποιες αναπηρίες δεν αποτελούν παρά έκφραση της τιμωρίας μια ανώτερης δύναμης για μια πράξη ή για παραβάσεις των κυρίαρχων ηθικών και θρησκευτικών κανόνων. Πρόκειται για άλλο ένα μοντέλο, το οποίο επιβάλλει την περιθωριοποίηση των ατόμων με αναπηρία, καθώς εξισώνει κάποιες μορφές αυτής με την ανθρώπινη αμαρτία, με το «κακό». Χαρακτηριστικό είναι πως πιθανή αιτία της αναπηρίας δεν αποτελεί μόνο η αμαρτία που έχει διαπράξει το άτομο, αλλά και οι αμαρτίες που μπορεί να έχει διαπράξει η οικογένεια του ατόμου, ακόμα και οι πρόγονοί του (Henderson & Bryan 2011).

1.2.4 Το μοντέλο της ταυτότητας (identity model)

Στη βιβλιογραφία γίνεται αναφορά και στο μοντέλο της ταυτότητας, το οποίο στηρίζεται στην πεποίθηση ότι η αναπηρία δεν αποτελεί παρά μια ταυτότητα. Πολύ συνοπτικά, θα λέγαμε πως πρόκειται για ένα μοντέλο, το οποίο εμφανίζει κοινά σημεία με το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας στο οποίο έγινε ήδη αναφορά. Έτσι, και το μοντέλο αυτό προσεγγίζει την αναπηρία ως μια κοινωνική κατασκευή. Η διαφορά του από το κοινωνικό μοντέλο, όμως, έγκειται στο βαθμό στον οποίο η αναπηρία μπορεί να θεωρηθεί ως μια «θετική ταυτότητα» (positive identity) (Brewer et al. 2012).

Πιο αναλυτικά, στο πλαίσιο του μοντέλου της ταυτότητας, η αναπηρία αποτελεί ένδειξη (ενδεικτη) της συμμετοχής του ατόμου σε μια μειονοτική ταυτότητα, η οποία εμφανίζει κοινά σημεία με το γένος ή τη φυλή (Brewer et al. 2012). Υπό το πρίσμα αυτό, η

αναπηρία γίνεται αντιληπτή πρωτίστως ως ένας τρόπος βίωσης του κόσμου, ως μια κοινωνική ή πολιτική εμπειρία βίωσης του τρόπου με τον οποίο το κοινωνικό σύστημα δεν έχει σχεδιασθεί για να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία. Το μοντέλο της ταυτότητας, λοιπόν, σε αντίθεση με το κοινωνικό μοντέλο δεν εστιάζει τόσο στους τρόπους με τους οποίους το περιβάλλον, οι εκάστοτε πολιτικές, τα δημόσια ιδρύματα, επιβάλλουν την αναπηρία. Αντίθετα, η έμφαση φαίνεται να δίνεται περισσότερο στη σύνθεση ενός θετικού ορισμού της ταυτότητας της αναπηρίας, η οποία εδράζεται στις εμπειρίες και στις συνθήκες, που έχουν δημιουργήσει μια αναγνωρίσιμη μειονοτική ομάδα, την ομάδα των ατόμων με αναπηρία (Brewer et al. 2012).

Σύμφωνα με τους Swain and French (2000), υπάρχουν ποικίλοι τρόποι με τους οποίους δημιουργείται η ταυτότητα των ατόμων με αναπηρία, βάσει του συγκεκριμένου μοντέλου. Για παράδειγμα, αναγνωρίζεται η κοινωνικά κατασκευασμένη διάσταση της αναπηρίας. Στη συνέχεια, τα άτομα με αναπηρία κινητοποιούνται να ενταχθούν σε μια ομάδα, η οποία αναπτύσσει το αίσθημα της συλλογικής ταυτότητας εντός της οποίας δύνανται να εκφράσουν το συλλογικό αίσθημα του θυμού και της απόγνωσης. Το σημαντικό είναι πως σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, δεν είναι αρνητικό για τα άτομα με αναπηρία να αποδεχθούν την ταυτότητά τους ως «ξένοι» (outsiders), αλλά την ίδια στιγμή θα πρέπει να δύνανται να αποτελέσουν μέλη των «μυημένων» (insiders), εφόσον το επιθυμούν (Swain & French, 2000).

Κλείνοντας, αξίζει να αναφερθεί πως το μοντέλο της ταυτότητας έχει εμπνεύσει την ανάδειξη ενός οράματος αλλαγής, κοινωνικών δικαιωμάτων και ίσων ευκαιριών. Αντίστοιχα, φαίνεται πως έχει εμπνεύσει έναν μεγάλο αριθμό ατόμων με αναπηρίες να αποκτήσουν θετική αυτοεικόνα (Darling & Heckert, 2010). Φυσικά, όπως για όλα τα μοντέλα, έτσι και για το μοντέλο της ταυτότητας έχει διατυπωθεί κριτική, η οποία συνίσταται κυρίως στο ότι ωθεί τα άτομα με αναπηρία να ταυτιστούν με μια συγκεκριμένη ομάδα και κουλτούρα, ενώ φαίνεται να αγνοεί άλλα ζητήματα, όπως η οικονομική ανισότητα που τυχόν βιώνουν τα άτομα με αναπηρία (Fraser 2003).

1.2.5 Το μοντέλο των ανθρώπινων δικαιωμάτων (human rights model)

Ένα ακόμη μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας, το οποίο συχνά συγχέεται με το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, είναι αυτό των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Η βασική του διαφορά από το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας είναι πως το τελευταίο βοηθά τον άνθρωπο να κατανοήσει ποιοι είναι εκείνοι οι κοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι διαμορφώνουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις μας απέναντι στην αναπηρία. Αντίθετα, το

μοντέλο των ανθρώπινων δικαιωμάτων προχωρά ένα πέραν της κατανόησης της αναπηρίας, καθώς προσφέρει ένα θεωρητικό μοντέλο για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη πολιτικών που έχουν στη βάση της το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας των ατόμων με αναπηρία (Degener, 2017).

Αντίστοιχα, το μοντέλο των ανθρώπινων δικαιωμάτων εστιάζει τόσο τα 1^{ης} όσο και 2^{ης} γενιάς δικαιώματα υπο την έννοια ότι περιλαμβάνει τόσο τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα όσο και τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα (Degener, 2017). Μια ακόμη διαφορά μεταξύ του κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας και του μοντέλου των ανθρώπινων δικαιωμάτων είναι πως το πρώτο φαίνεται πως δε μπορεί να περιγράψει και να εκτιμήσει επαρκώς το βαθμό στον οποίο επηρεάζεται η ζωή των ατόμων με αναπηρία. Το μοντέλο των ανθρώπινων δικαιωμάτων, από την άλλη μεριά, αντιλαμβάνεται τον πόνο που υφίστανται στη ζωή τους τα άτομα με αναπηρίες λόγω των ποικίλων καταστάσεων με τις οποίες έρχονται καθημερινά αντιμέτωπα. Για τον λόγο αυτό, το συγκεκριμένο μοντέλο προτείνει πως κάθε θεωρία κοινωνικής δικαιοσύνης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους παράγοντες αυτούς. Στο ίδιο πλαίσιο και ενώ το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας φαίνεται πως παραγνωρίζει (τουλάχιστον σε έναν βαθμό) τη σημασία της πολιτικής ταυτότητας, το μοντέλο των ανθρώπινων δικαιωμάτων προσφέρει τον απαιτούμενο χώρο για τη μειονοτική και την πολιτισμική αναγνώριση (Degener, 2017). Τέλος, ενώ το κοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας στέκεται κριτικά απέναντι στις πολιτικές δημόσιας υγείας που ενισχύουν την έννοια του ελλείμματος και της αναπηρίας, το μοντέλο των ανθρώπινων δικαιωμάτων αναγνωρίζει πως η ανάπτυξη ορισμένων πολιτικών πρόληψης μπορεί να αποτελέσει παράδειγμα προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία. Έτσι, ενώ το κοινωνικό μοντέλο δύναται να παράσχει μια επαρκή ερμηνεία του λόγου για τον οποίο ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων με αναπηρία ζει υπό δυσχερείς οικονομικές συνθήκες, το μοντέλο των ανθρώπινων δικαιωμάτων παρέχει προτάσεις βελτίωσης της κατάστασης και της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία (Degener, 2017).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί πως κανένα από τα παραπάνω μοντέλα δε μπορεί να αποδώσει επακριβώς το περιεχόμενο και τις διαστάσεις της αναπηρίας (WHO, 2002). Και τούτο διότι η αναπηρία προσδιορίζεται από ποικίλες παραμέτρους, οι οποίες αφορούν τόσο στην κατάσταση της υγείας του ατόμου όσο και στις κοινωνικές συνθήκες που δύναται να επιτείνουν τις υφιστάμενες δυσκολίες ή αντίθετα να βοηθήσουν το άτομο να διαχειριστεί τις δυσκολίες αυτές (WHO, 2002).

Στο πλαίσιο αυτό, κυριαρχεί πλέον η αντίληψη πως για την αναπηρία δε μπορεί να αποδοθεί αποκλειστική ευθύνη στο άτομο. Αντίστοιχα, δε μπορεί να θεωρείται πως η κοινωνία είναι αυτή που αποκλειστικά προκαλεί την αναπηρία. Αντίθετα, προωθείται πλέον ένα περισσότερο «βιοψυχοκοινωνικό» μοντέλο, το οποίο στην ουσία αποτελεί έναν συγκερασμό των βασικών στοιχείων του ιατρικού μοντέλου της αναπηρίας και του κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας, προσεγγίζοντας, δηλαδή, την αναπηρία τόσο ιατρικά-βιολογικά όσο και κοινωνικά-ατομικά (WHO, 2002). Έτσι, θεωρείται πλέον πως η αναπηρία προκύπτει ως αλληλεπίδραση της κατάστασης υγείας στην οποία βρίσκεται το άτομο και του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο εκτίθεται. Στους τελευταίους περιλαμβάνονται τόσο οι νόρμες της κοινωνίας, όσο και το περιβάλλον (π.χ. κτιριακές υποδομές) ή το νομικό πλαίσιο, το εργασιακό περιβάλλον, ακόμα και ο χαρακτήρας του ατόμου, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και γενικά η στάση που έχει αναπτύξει το ίδιο απέναντι στην αναπηρία του (WHO, 2002).

Η τελευταία αυτή προσέγγιση ίσως αποτελεί και την πιο πλήρη προσέγγιση της αναπηρίας (βάσει, τουλάχιστον, των υπαρχουσών θεωριών και δεδομένων). Μάλιστα, φαίνεται πως αυτή τη θεωρητική προσέγγιση ακολουθεί και η Διεθνής Σύμβαση που αφορά στα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία. Συγκεκριμένα, στο κείμενο της εν λόγω σύμβασης αναφέρεται πως *«τα άτομα με αναπηρίες περιλαμβάνουν εκείνα τα άτομα με μακροχρόνιες σωματικές, διανοητικές, πνευματικές ή αισθητηριακές βλάβες, που σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια μπορούν να παρεμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία, σε ίση βάση με τους άλλους»* (CRPD, 2006). Αυτό σημαίνει πως η αναπηρία αντιμετωπίζεται και σε επίσημα διεθνή κείμενα ως το αποτέλεσμα μιας σχέσης αλληλεπίδρασης μεταξύ της κατάστασης υγείας του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Arnardottir, 2009).

Αντιλαμβάνεται κανείς πως για να καταπολεμηθούν ή και να εξαλειφθούν οι ανισότητες που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρίες στην υγεία, θα πρέπει να μεριμνήσει το κράτος ώστε τα άτομα με αναπηρία να συμμετέχουν ισότιμα στην κοινωνία και στα αγαθά αυτής. Δε θα πρέπει να ξεχνάμε, άλλωστε, πως οι ανισότητες αυτές προκύπτουν ως απόρροια του κρατικού σχεδιασμού, ο οποίος σε πολλές περιπτώσεις φαντάζει ανεπαρκής να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων αυτών στον τομέα πρωτίστως της υγείας και στη συνέχεια της κοινωνικής και επαγγελματικής τους πορείας. Ο σχεδιασμός

αυτός θα πρέπει να στηρίζεται στις αρχές της ισότητας και του σεβασμού της αξιοπρέπειας του ατόμου, επομένως και του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Lawson, 2007).

Συμπερασματικά, τα άτομα με αναπηρίες αποτελούν μια ομάδα του πληθυσμού της οποίας η πρόσβαση σε δομές, υπηρεσίες και αγαθά υγείας δυσχεραίνεται. Τα εμπόδια αυτά συνίστανται, για παράδειγμα, στην έλλειψη των κατάλληλων κτιριακών δομών, στην ανεπάρκεια των μέσων μεταφοράς των ατόμων αυτών σε δομές και μονάδες υγείας, στην ανάπτυξη στερεότυπων και αρνητικών στάσεων από τους επαγγελματίες υγείας προς τα άτομα με αναπηρίες, αλλά και αδυναμία των τελευταίων πρόσβασης στη γνώση, την πληροφόρηση και την ενημέρωση (ΕΣΑΜΕΑ, 2008). Με λίγα λόγια, οι ανισότητες που ακόμα και σήμερα μπορούν να υφίστανται τα άτομα με αναπηρίες και αφορούν στην πρόσβαση στην υγεία, συνδέονται στενά με τον τρόπο με τον οποίο σχεδιάζεται, οργανώνεται και λειτουργεί το εκάστοτε σύστημα υγείας (Αλεξιάδου, 2020).

Στην παρούσα εργασία, λοιπόν, υιοθετείται περισσότερο η τελευταία προσέγγιση, η «βιοψυχοκοινωνική», η οποία συνδυάζει τα δύο κυρίαρχα μοντέλα, το ιατρικό και το κοινωνικό. Συγκεκριμένα, θεωρούμε πως τα εμπόδια που καλούνται να υπερκεράσουν τα άτομα με αναπηρία, ώστε να αρθούν οι ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη, αφορούν μεταξύ άλλων και στην ανεπάρκεια των δομών, καθώς και στα στερεότυπα και στις αρνητικές στάσεις που ακόμα και σήμερα αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στην αναπηρία. Το τελευταίο ζήτημα (αυτό δηλαδή των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία) αποτελεί και το ερευνητικό αντικείμενο της έρευνάς μας, το οποίο και θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε μέσω του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας. Πρώτα, όμως, κρίνεται απαραίτητη μια αναφορά στα είδη και τις μορφές της αναπηρίας, όπως αυτά καταγράφονται από τους ερευνητές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΙΔΗ/ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο έγινε αναφορά στον ορισμό της αναπηρίας και στα διάφορα μοντέλα, τα οποία έχουν αναπτυχθεί για την προσέγγιση αυτής. Στο κεφάλαιο αυτό θα επιχειρήσουμε μια σύντομη αναφορά στα είδη και τις μορφές της αναπηρίας. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονιστεί πως η κάθε μορφή/ το κάθε είδος αναπηρίας ποικίλλει αναφορικά με τον επιπολασμό του. Και τούτο διότι ο τελευταίος φαίνεται πως συνδέεται με την ηλικία του ατόμου, με την εθνικότητά του, ακόμα και με την περιοχή στην οποία μένει (Wasserman et al., 2011).

Αναφορικά με τα είδη και τις μορφές της αναπηρίας, αυτές δύνανται να επηρεάσουν συνολικά τη λειτουργικότητα του ατόμου, καθώς μπορούν να εκδηλώνονται σε επίπεδο όρασης, κίνησης, ακοής, επικοινωνίας, μνήμης και ψυχικής υγείας. Μάλιστα, η εμφάνισή τους δεν πραγματοποιείται σε όλες τις περιπτώσεις κατά την ίδια ηλικία, καθώς άλλες αναπηρίες προκύπτουν με τη γέννηση του ατόμου, ενώ άλλες μπορούν να εκδηλωθούν σε κάποιο άλλο στάδιο της ζωής του (Wasserman et al., 2011). Η ταξινόμηση, λοιπόν, των μορφών με τις οποίες εκδηλώνονται οι αναπηρίες δεν αποτελεί παρά μια προσπάθεια εστιασμένης μελέτης των χαρακτηριστικών που φέρει το άτομο με αναπηρία, ώστε να σχεδιασθεί, σε κάθε περίπτωση, η κατάλληλη προσέγγιση διαχείρισης της αναπηρίας (Gold & Richard, 2012). Στο πλαίσιο αυτό, για παράδειγμα, οι αναπηρίες ταξινομούνται βάσει της ηλικίας εκδήλωσής τους, με αποτέλεσμα να γίνεται λόγος για «εκ γενετής» και για επίκτητες αναπηρίες (Σταθόπουλος, 1999).

Πολύ συνοπτικά, η πρώτη κατηγορία, αυτή των *σωματικών/κινητικών αναπηριών*, είναι και η πιο γνωστή. Και τούτο διότι αποτελεί την πιο «ορατή» μορφή αναπηρίας, επομένως είναι αυτή που έρχεται στο μυαλό μας στο άκουσμα της λέξης αναπηρία (Gold & Richard, 2012). Πρόκειται για μια μορφή αναπηρίας που επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και την ικανότητά του να επιτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, ενώ επιδρά καταλυτικά και στην ικανότητα του ατόμου να αυτοεξυπηρετείται, να μαθαίνει, να ψυχαγωγείται, να εργάζεται και γενικά να αποτελεί ισότιμο μέλος της κοινωνίας (Ellsum & Pedersen, 2005). Τα άτομα, λοιπόν, που έχουν κινητικές/σωματικές αναπηρίες αντιμετωπίζουν, πρωταρχικά, δυσκολία να κινηθούν, να διαβούν από εμπόδια (για παράδειγμα, μια σκάλα), καθώς δυσκολεύονται στη χρήση των άκρων. Αποτέλεσμα αυτού είναι συχνά να αναπτύσσουν το αίσθημα της απογοήτευσης ή ακόμα και της ματαίωσης (Jun, 2014).

Πέραν, όμως, των αμιγώς κινητικών προβλημάτων, τα άτομα με αυτού του είδους την αναπηρία δυσκολεύονται, πολλές φορές, να μιλήσουν και ως εκ τούτου να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά (Jun, 2014). Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφερθούν και κάποιες άλλες μορφές κινητικής/σωματικής αναπηρίας, οι οποίες δεν είναι τόσο εμφανείς όσο αυτές χωρίς αυτό να σημαίνει πως δε δυσχεραίνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου. Στην κατηγορία αυτή, για παράδειγμα, οι Jun and Hong (2014) συγκαταλέγουν προβλήματα στην πλάτη ή στις αρθρώσεις, όπως είναι οι πόνοι στην πλάτη, στα γόνατα ή στους γοφούς, που μπορούν να οφείλονται σε κάποιον τραυματισμό ή ακόμα και στη γήρανση. Αποτέλεσμα των προβλημάτων αυτών είναι η δυσκολία των ατόμων αυτών να καθίσουν ή ακόμα και να περπατήσουν. Αντίστοιχα, στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγεται και ο χρόνιος πόνος ο οποίος μπορεί να προκαλείται από κάποιον τραυματισμό ή από κάποια ασθένεια και επηρεάζει καταλυτικά τη ζωή του ατόμου (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011).

Η δεύτερη μεγάλη κατηγορία αναπηρίας είναι αυτή των *αισθητηριακών αναπηριών*. Πρόκειται για αναπηρίες που αφορούν στην ακοή και οι οποίες μπορούν να είναι εκ γενετής ή να προκύπτουν μετά από κάποιον τραυματισμό ή έκθεση σε επικίνδυνες για την υγεία καταστάσεις (μόλυνση, δυνατοί θόρυβοι) (Jun, 2014). Τα άτομα που εμφανίζουν αυτού του είδους την αναπηρία μπορεί να είναι κωφά, δηλαδή να αδυνατούν να προσλάβουν ένα ακουστικό ερέθισμα, με αποτέλεσμα να πρέπει να αξιοποιήσουν οπτικές πληροφορίες (για παράδειγμα, χειλεανάγνωση ή νοηματική γλώσσα), ώστε να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους γύρω τους. Αντίστοιχα, γίνεται λόγος για βαρήκοα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν δυσκολία ακρόασης και αναγνώρισης των ήχων και των ηχητικών πληροφοριών, ακόμα και με τη χρήση ακουστικών βοηθημάτων. Ανεξάρτητα, όμως, από το βαθμό απώλειας της ακοής, είναι πιθανόν τα άτομα αυτά να καθυστερήσουν να αναπτύξουν λόγο και στη συνέχεια να αναπτύξουν δυσκολίες στη μάθηση, καθώς και συναισθηματικού και κοινωνικού είδους δυσκολίες (Σπουργίτη, 2015).

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και οι σημαντικές δυσκολίες όρασης, που, όπως και οι δυσκολίες ακοής, μπορεί να εμφανίζονται εκ γενετής ή να προκύπτουν σε κάποια άλλη αναπτυξιακή φάση του ατόμου. Το άτομο μπορεί να πάσχει από μερική ή από ολική απώλεια της ικανότητας να διακρίνει το οπτικό σήμα, να έχει χάσει μερικώς ή ολικώς το εύρος οπτικού πεδίου, να έχει χάσει μερικώς ή ολικώς την ικανότητα να διακρίνει τα χρώματα ή ακόμα και το περίγραμμα και τη μορφή των αντικειμένων. Τα προβλήματα αυτά είναι δυνατά να αφορούν στο ένα ή και στα δύο μάτια. Σε πολλές από αυτές τις περιπτώσεις, το άτομο έχει

ανάγκη βοήθειας ώστε να δύναται να μετακινηθεί (μπαστούνι, σκύλο-βοηθό) (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται και οι *νευρολογικής αιτιολογίας* αναπηρίες που προκύπτουν ως το αποτέλεσμα βλάβης στο νευρικό σύστημα. Τέτοιες είναι, για παράδειγμα, οι ημικρανίες που μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και σε διαταραχή της όρασης ή στην ανάπτυξη του αισθήματος της αδυναμίας ή της ναυτίας (Jun & Hong, 2014), η επιληψία, που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στην απώλεια του ελέγχου των κινήσεων ή και στην απώλεια της συνείδησης (Jun, 2014) ή το σύνδρομο Tourette που αφορά στην αδυναμία του ατόμου να ελέγξει τις συσπάσεις του σώματος και της φωνής, γεγονός που προκαλεί πολλά προβλήματα στο άτομο σε επίπεδο εργασίας και κοινωνικής συναναστροφής (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011).

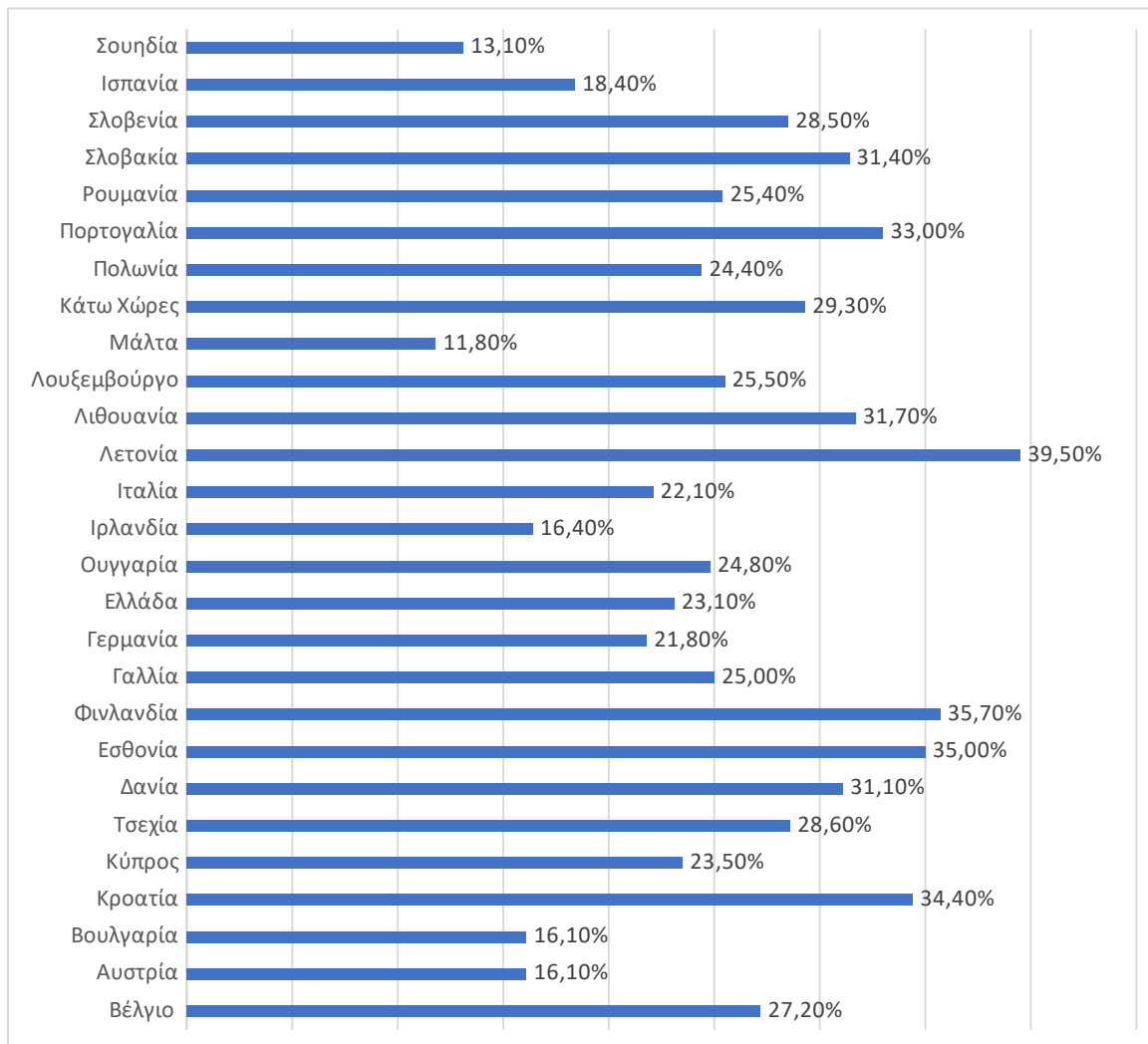
Αναφορά θα πρέπει να γίνει και στις *γνωστικές αναπηρίες* οι οποίες ποικίλουν τόσο ως προς το είδος τους όσο και ως προς τη σοβαρότητα με την οποία εκδηλώνονται (Coughlan, et al., 2017). Στις αναπηρίες αυτές συγκαταλέγεται η διαταραχή αυτιστικού φάσματος, που επηρεάζει συνολικά την ανάπτυξη του ατόμου, το σύνδρομο Down και γενικά κάθε είδους εγκεφαλική βλάβη, η οποία μειώνει την ικανότητα του ατόμου να προσλαμβάνει και να κατανοεί τις πληροφορίες, να προβαίνει σε λογικές συσχετίσεις και συλλογισμούς, να επικοινωνεί και γενικά να λειτουργεί αυτόνομα (Jun, 2014). Αντίστοιχα, γίνεται λόγος για *ψυχιατρικές αναπηρίες*, δηλαδή για ψυχικές ασθένειες οι οποίες επηρεάζουν το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου. Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγεται η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή ή χρόνια κατάθλιψη (Danso et al., 2011).

Παρά το γεγονός, όμως, πως έχει υπάρξει σημαντική πρόοδος στον τρόπο με τον οποίο οι σύγχρονες κοινωνίες «βλέπουν» την αναπηρία, εντούτοις ακόμα και σήμερα ένα ποσοστό της κοινωνίας βιώνει προκλήσεις και ανισότητες στην πρόσβαση στην υγεία, στην εκπαίδευση και γενικά στην κοινωνία και στις υπηρεσίες αυτής (Satchidanand et al, 2012). Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι απόψεις και οι στάσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρίες, καθώς διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη ζωή και την καθημερινότητα των ατόμων με αναπηρία. Με το ζήτημα αυτό θα ασχοληθούμε στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο αυτό αξίζει να γίνει αναφορά και σε κάποια στατιστικά στοιχεία, τα οποία ίσως θα αναδείξουν περισσότερο την ανάγκη ενίσχυσης της κρατικής και κοινωνικής μέριμνας απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Δε θα πρέπει να

ξεχνάμε πως η αναπηρία αποτελεί κομμάτι της ανθρώπινης εμπειρίας, η οποία, όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, προκύπτει ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της κατάστασης υγείας του ατόμου και περιβαλλοντικών και προσωπικών/ατομικών παραγόντων. Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα, περίπου 1.3 δισεκατομμύρια κάτοικοι, δηλαδή το 16% του παγκόσμιου πληθυσμού, έχει κάποιας μορφής αναπηρία. Πρόκειται για έναν αριθμό ο οποίος αναμένεται να αυξηθεί λόγω αφενός της αύξησης του προσδόκιμου ζωής των ανθρώπων όσο και της αύξησης των ασθενειών. Σε κάθε περίπτωση, τα άτομα με αναπηρίες αποτελούν μια ετερογενή πληθυσμιακή ομάδα, η οποία, όμως, έρχεται αντιμέτωπη με συνθήκες όπως χαμηλότερες συνθήκες υγειονομικής περίθαλψης, μεγαλύτερο βαθμό θνησιμότητας και γενικά με ένα πλήθος περιορισμών και εμποδίων που επηρεάζουν τη λειτουργικότητά τους (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health,2023>). Χαρακτηριστικό είναι πως σε ένα σημαντικό ποσοστό τους, τα άτομα με αναπηρία πεθαίνουν ακόμα και 20 χρόνια νωρίτερα από τα άτομα που δεν έχουν κάποιας μορφής αναπηρία. Αντίστοιχα, τα άτομα με αναπηρία διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν και δευτερεύοντα ιατρικά προβλήματα, όπως είναι κατάθλιψη, άσθμα, εγκεφαλικό κτλ, ενώ την ίδια στιγμή αντιμετωπίζουν και πολλά προβλήματα υγείας, δυσκολίες πρόσβασης στα μέσα μαζικής μεταφοράς, διακρίσεις, αποκλεισμό από την εκπαίδευση ή και την εργασία (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health, 2023>).

Αντίστοιχη είναι και η εικόνα από έρευνες και καταγραφές που έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γεγονός που επιτάσσει τη λήψη και άλλων μέτρων και τον σχεδιασμό εκείνων των πολιτικών που θα άρουν τα εμπόδια και τις ανισότητες για τις οποίες έγινε ήδη λόγος. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα υπάρχοντα στατιστικά δεδομένα περίπου 87.000.000 ευρωπαίοι πολίτες έχουν κάποιας μορφής αναπηρία. Στο διάγραμμα που ακολουθεί (*Διάγραμμα 1*) απεικονίζεται το ποσοστό των αναπήρων σε κάθε μια από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που συμμετείχαν στην έρευνα:



Σχήμα 1: Ποσοστό αναπηρία στις χώρες της ΕΕ [πηγή:<https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/disability-eu-facts-figures/>]

Όπως μπορεί να δει κανείς στο παραπάνω διάγραμμα, το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων με αναπηρία κατέχει η Λετονία (39,5%), ενώ το μικρότερο ποσοστό ατόμων με αναπηρία βρίσκεται στη Μάλτα (11,8%). Τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν, ακόμα, πως οι γυναίκες με αναπηρία συνθέτουν το 26.1% του συνολικού γυναικείου πληθυσμού των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (<https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/disability-eu-facts-figures>).

Σημαντικό να αναφερθεί είναι πως σε σχετικές έρευνες καταγράφεται η άποψη των ατόμων με αναπηρία πως οι ανάγκες τους όσον αφορά στην υγειονομική τους περίθαλψη παραμένουν ακόμα και σήμερα σε σημαντικό ποσοστό ακάλυπτες. Την ίδια στιγμή, τα άτομα με αναπηρία φαίνεται πως βιώνουν σημαντικές προκλήσεις και εμπόδια στην εργασία, δεδομένου ότι καταγράφεται ένα ποσοστό της τάξης του 50% των ατόμων με αναπηρία, τα οποία βρίσκονται μεν σε παραγωγική ηλικία, αλλά αδυνατούν να βρουν εργασία. Οι ίδιες

έρευνες δείχνουν πως τα άτομα αυτά διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο σχολικής διαρροής, ενώ χαρακτηριστικό είναι πως 1 στα 2 άτομα με αναπηρία νιώθει ότι δέχεται διακρίσεις. Περίπου οι μισοί από τους ευρωπαίους πολίτες με αναπηρία αντιμετωπίζει τον κίνδυνο έκθεσης σε συνθήκες φτώχειας, που με τη σειρά της θα επιφέρει τον αποκλεισμό τους από την κοινωνία, ενώ σημαντικός είναι και ο κίνδυνος που υφίστανται και αφορά στην έκθεσή τους σε καταστάσεις ενδοοικογενειακής βίας. Τα παραπάνω έχουν οδηγήσει τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης να δαπανούν το 7.6% των συνολικών δαπανών σε παροχές κοινωνικής προστασίας των ατόμων με αναπηρία (<https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/disability-eu-facts-figures>).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η εργασία αυτή εστιάζει στα εμπόδια που μπορεί να δυσχεραίνουν την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία σε αγαθά, δομές και υπηρεσίες υγείας, με έμφαση στις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρίες. Το ζήτημα αυτό αναπτύσσεται εκτενώς στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Οι στάσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία φαίνεται πως επηρεάζουν καταλυτικά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που δέχονται τα άτομα αυτά. Με άλλα λόγια, οι στάσεις του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού συσχετίζεται με την ποιότητα της φροντίδας υγείας που προσφέρεται στα άτομα με αναπηρία, αλλά και με το βαθμό που τα άτομα αυτά προσαρμόζονται στην αναπηρία τους, σχηματίζουν την αυτοεικόνα τους και αξιολογούν, τελικά, τον εαυτό τους (Byron & Dieppe 2000; Seccombe 2007; Tervo et al. 2002). Έρευνες δείχνουν πως ακόμα και σήμερα τα άτομα με αναπηρία και το περιβάλλον τους υφίστανται διακρίσεις από άλλα άτομα, από ιδρύματα ακόμα και από την ίδια την κοινωνία, γεγονός που δυσχεραίνει την προσπάθειά τους να ζήσουν όσο το δυνατόν πιο ισότιμα μέσα στους κόλπους της κοινωνίας (Brown & Kalaitzidis 2013; Seccombe 2007).

Πριν την αναφορά, όμως, στις στάσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στην αναπηρία, κρίνεται σημαντικό να αποσαφηνιστεί η έννοια της στάσης και της διαμόρφωσης αυτής απέναντι στην αναπηρία.

3.1 Στάσεις απέναντι στην αναπηρία

Επιχειρώντας κανείς να ορίσει την έννοια της στάσης, θα έλεγε ότι περιγράφει την τάση ή την επιθυμία ενός προσώπου να αξιολογήσει με έναν συγκεκριμένο τρόπο ένα αντικείμενο, μια κατάσταση, ένα σύμβολο και να διαμορφώσει μια αντίστοιχη συμπεριφορά βάσει της αξιολόγησης αυτής (Brown & Kalaitzidis 2013). Σύμφωνα με τον Braza (2000), η στάση αφορά στη θέση από την οποία το άτομο παρατηρεί ένα κοινωνικό φαινόμενο βάσει των απόψεων ή των συναισθημάτων του, γεγονός που οδηγεί το άτομο στο να συμπεριφερθεί με έναν συγκεκριμένο τρόπο. Αυτό σημαίνει ότι οι στάσεις αποτελούν συστατικό στοιχείο της συμπεριφοράς. Με άλλα λόγια, η συμπεριφορά που αναπτύσσουμε σε διαπροσωπικό και ευρύτερα κοινωνικό πλαίσιο επηρεάζεται σημαντικά από τις στάσεις μας (Oliva Ruiz, et al., 2020). Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι στάσεις μπορούν να διαμορφώνονται βάσει των πρόσφατων ή και των προγενέστερων εμπειριών τους, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι στάσεις (στην προκειμένη περίπτωση οι στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία) επηρεάζονται από μια ποικιλία παραγόντων (Scior, 2011), οι οποίοι και θα πρέπει να αναγνωρισθούν και να μελετηθούν, ώστε να αλλάξει η αρνητική στάση της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με αναπηρίες.

Η σχέση αυτή που υπάρχει μεταξύ των στάσεων και της συμπεριφοράς καθιστά αναγκαία τη μελέτη των πρώτων, εν προκειμένω αναφορικά με την αναπηρία. Συνοπτικά, θα πρέπει να αναφερθεί πως οι στάσεις που αναπτύσσονται απέναντι στην αναπηρία περιλαμβάνουν μια πολυδιάστατη αξιολόγηση των ατόμων με αναπηρία, η οποία μπορεί να είναι είτε αρνητική είτε θετική ή και τα δύο (Verdonschot, de Witte, Reichrath, Buntinx, & Curfs, 2009). Στο πλαίσιο αυτό, έρευνες έχουν αναδείξει τον τρόπο με τον οποίο οι στάσεις αυτές επιδρούν και καθορίζουν την καθημερινότητα των ατόμων με αναπηρία. Για παράδειγμα, η ανάπτυξη θετικών στάσεων από το κοινωνικό σύνολο μπορεί να προωθήσει την συμπερίληψη των ατόμων με αναπηρία, να διευκολύνει την αποδοχή τους από τον οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό τους κύκλο (Scior, 2011). Αντίθετα, η ανάπτυξη αρνητικών συμπεριφορών μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλές προσδοκίες αναφορικά με τις δυνατότητες και τις ικανότητες των ατόμων αυτών, σε διακρίσεις ακόμα και στην περιθωριοποίησή τους (Burge, & Ouellette-KuntzHln, 2009). Στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας, όπως θα φανεί στη συνέχεια του κεφαλαίου αυτού, η ανάπτυξη αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρία μπορεί να λειτουργήσει ως εμπόδιο στη συμμετοχή των ατόμων αυτών σε αγαθά και υπηρεσίες υγείας (Zheng, et al., 2016).

Δε θα πρέπει, άλλωστε, να ξεχνάμε πως η κοινωνική αποδοχή και ενσωμάτωση, η συμμετοχή στην κοινότητα και η ενδυνάμωση των ατόμων με αναπηρίες αποτελούν κεντρικά σημεία τα οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει η ατζέντα της πολιτικής όλων των χωρών (Dunn, 2015). Και τούτο διότι, όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι στάσεις αυτές που αναπτύσσει το κοινωνικό σύνολο (ή μέρος αυτού) απέναντι στα άτομα με αναπηρία δεν επηρεάζει μόνο την κοινωνική συμμετοχή των τελευταίων και την πρόσβασή τους σε δομές και αγαθά υγείας (Findler, Vilchinsky, & Werner, 2007), αλλά επηρεάζει καταλυτικά την καθημερινότητά τους, ακόμα και την εργασιακή τους κατάσταση (Kleintjes, Lund, & Swartz, 2013).

Σημαντικό να αναφερθεί είναι πως περίπου του 15% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει κάποιας μορφής αναπηρία και το 2-4% εξ αυτών βιώνει καθημερινές προκλήσεις στην επιτέλεση των καθημερινών λειτουργιών, ενώ το 2.9% έχει κάποιας σοβαρής μορφής αναπηρία (WHO, 2011). Οι έρευνες καταγράφουν πως ακόμα και σήμερα τα άτομα με αναπηρίες ή ελλείμματα μπορεί να στιγματίζονται από την κοινωνία (Bedini, 2000). Όμως δεν είναι μόνο τα ίδια τα άτομα τα οποία επηρεάζονται από τέτοιες στάσεις και συμπεριφορές. Αντίθετα, δυσκολίες φαίνεται πως βιώνουν και τα μέλη του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος, που αναλαμβάνουν συχνά και τη φροντίδα τους. Τα

άτομα με αναπηρίες, λοιπόν, έρχονται συχνά αντιμέτωπα με την εχθρική στάση της κοινωνίας, με καταστάσεις διάκρισης και αποκλεισμού, ενώ εξακολουθούν (αν και σε μικρό ποσοστό) να υπάρχουν κάποιοι που θεωρούν πως η αναπηρία προκύπτει ως τιμωρία για τις αμαρτίες του ατόμου. Ως εκ τούτου, κάποια θεωρούν πως η αναπηρία είναι ευθύνη του ίδιου του ατόμου, το οποίο είναι υπαίτιο για την πρόκληση αυτής. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι να μεγαλώνει το χάσμα μεταξύ ανάπηρων και «τυπικά αναπτυσσόμενων» ατόμων και οι διακρίσεις εις βάρος των πρώτων (Tervo, Palmer, & Redinius, 2004).

3.2 Στάσεις επαγγελματιών υγείας απέναντι στην αναπηρία

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι στάσεις που αναπτύσσει η κοινωνία απέναντι στην αναπηρία επηρεάζουν πιθανόν και τη συμπεριφορά που επιδεικνύουν τα μέλη της απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Αναφορικά με τον τομέα της υγείας, η πρόσβαση των ατόμων σε δομές και υπηρεσίες υγείας καθώς και η ποιότητα της φροντίδας που δέχονται επηρεάζονται τόσο από τις γνώσεις, όσο και από τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας (Drainoni, Lee-Hood, Tobias, Bachman, & Andrew, 2006). Στην περίπτωση που οι τελευταίοι εστιάζουν αποκλειστικά στην αναπηρία και όχι στο πρόσωπο, τότε είναι πιθανόν να παραγνωρισθεί η ανάγκη μιας περισσότερο προληπτικής και ολιστικής φροντίδας και να παρασχθεί στο άτομο με αναπηρία μια πιο «φτωχή» αντιμετώπιση (Martin, Rowell, Reid, Marks, & Reddihough, 2005). Για να αποφευχθούν τα παραπάνω είναι ανάγκη να μελετηθούν επαρκώς και σε μεγάλη έκταση οι στάσεις και οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην αναπηρία και στα άτομα με αναπηρίες, ώστε να αναγνωριστούν οι παράγοντες που τις δημιουργούν και τελικά να επέλθει η επιθυμητή αλλαγή των στάσεων αυτών (Kirschner, Breslin, & Iezzoni LI, 2007).

Έρευνες δείχνουν πως οι υφιστάμενες αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια που δυσχεραίνει την πρόσβασή τους σε δομές και υπηρεσίες υγείας (Yorke, Ruediger, & Voltenburg, 2017). Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητη μια σύντομη αναφορά στα εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία κατά την πρόσβασή τους στην υγεία. Και τούτο διότι τα άτομα με αναπηρία καλούνται να υπερκεράσουν το στίγμα και τις υφιστάμενες διακρίσεις, που έχουν σαν αποτέλεσμα την παροχή υπηρεσιών υγείας χαμηλότερης ποιότητας (Soltani et al., 2017). Μεταξύ των εμποδίων αυτών, ιδιαίτερη σημασία για την παρούσα έρευνα έχουν αυτά που αφορούν στη συμπεριφορά. Πρόκειται, όπως ήδη έχει αναφερθεί, για τον σχηματισμό και την ανάδειξη αρνητικών στάσεων οι

οποίες καταλήγουν στον στιγματισμό των ατόμων με αναπηρίες και τελικά στην αποθάρρυνση των τελευταίων από τη λήψη της απαραίτητης υγειονομικής περίθαλψης (Lathers et al., 2003). Στην περίπτωση, μάλιστα, που το άτομο με αναπηρία προέρχεται από κάποια μειονοτική πληθυσμιακή ομάδα, τότε φαίνεται πως οι διακρίσεις αυτές ενδέχεται να είναι πιο έντονες (Schneider, 2006).

Στα εμπόδια αυτά που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία σε δομές και υπηρεσίες υγείας, οι ερευνητές συγκαταλέγουν το περιορισμένο εύρος γνώσεων που έχουν οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας αναφορικά με τα χαρακτηριστικά και τις διαστάσεις της αναπηρίας και των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία, λόγω της ανεπαρκούς εκπαίδευσης που έχουν λάβει σχετικά με τα ζητήματα αυτά (Shakespeare, Lezzoni & Groce, 2009). Αντίστοιχα, ακόμα και σήμερα φαίνεται πως δεν έχουν θεσπιστεί οι πολιτικές εκείνες οι οποίες είναι αναγκαίες για την κάλυψη των ποικίλων και ιδιαίτερων αναγκών των ατόμων με αναπηρίες, όπως είναι η ευελιξία ως προς τα ραντεβού για ιατρική επίσκεψη ή και η μείωση του κόστους που πρέπει να αποδώσουν τα άτομα με αναπηρίες για τις παροχές υγείας που δέχονται (Bulk et al., 2020).

Ο στιγματισμός των ατόμων με αναπηρία μπορεί να επιφέρει τον αποκλεισμό τους όχι μόνο από τις δομές και τις υπηρεσίες υγείας αλλά και από την ανάληψη πρωτοβουλιών που αφορούν στην υγειονομική τους περίθαλψη. Στο πλαίσιο αυτό, για παράδειγμα, έρευνες αναφέρουν πως τα άτομα με αναπηρία δεν εκπαιδεύονται επαρκώς σε ζητήματα που αφορούν στην κάλυψη αναγκών, όπως είναι οι σεξουαλικές, καθώς θεωρείται λανθασμένα πως δεν αναπτύσσουν τέτοιου είδους ανάγκες (Esmail et al., 2010). Το θέμα αυτό είναι πολύ σημαντικό για τις γυναίκες με αναπηρία, οι οποίες δεν έχουν ισότιμη πρόσβαση σε δομές και υπηρεσίες αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας, δεν ενημερώνονται επαρκώς και δε λαμβάνεται υπόψη η γνώμη τους, καθώς δε θεωρούνται ικανές και κατάλληλες να έχουν άποψη (Horner-Johnson & Bailey, 2013).

Επανερχόμενοι στο ζήτημα των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία, θα πρέπει να τονιστεί εκ νέου πως η έλλειψη επαρκούς γνώσης για την αναπηρία, οι παρανοήσεις τους σχετικά με την αναπηρία, ακόμα και το αίσθημα δυσφορίας όταν καλούνται να δουλέψουν με άτομα με αναπηρία, επιφέρει αρνητικά αποτέλεσμα στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν τελικά στα άτομα αυτά (Shah, et al, 2005). Αντίθετα, η ανάπτυξη θετικών στάσεων από τους επαγγελματίες υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία αφορά στην αναγνώριση της ικανότητας των τελευταίων να ζουν όσο το δυνατόν πιο

ανεξάρτητα, να είναι παραγωγικά μέλη της κοινωνίας και να διαβιούν μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή, λαμβάνοντας οι ίδιοι αποφάσεις για ζητήματα που τους αφορούν (Tervo, Palmer, & Redinius, 2004).

Σύμφωνα με τους ερευνητές, καταγράφονται ακόμα και σήμερα περιπτώσεις ατόμων με αναπηρία τα οποία υφίστανται διακρίσεις, γεγονός που περιορίζει την ικανότητά τους να ζήσουν με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη πληρότητα (Brown & Kalaitzidis 2013). Στο πλαίσιο αυτό, για παράδειγμα, γονείς παιδιών με αναπηρία αναφέρουν εμπόδια, όπως αρνητικές συμπεριφορές, κοινωνικά και φυσικά εμπόδια, ελλιπή στήριξη, καθοδήγηση και πληροφόρηση, καθώς και προβλήματα επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας (Loukisas & Papoudi 2016).

Σύμφωνα με τους ερευνητές, πέντε είναι τα βασικά ζητήματα τα οποία προκύπτουν αναφορικά με τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Πρόκειται για την έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων, οι οποίες απαιτούνται για την παροχή των εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας που έχουν ανάγκη οι ασθενείς με αναπηρία, οι περιορισμένες ικανότητές τους να ανταποκριθούν στις αυξημένες και πολύπλοκες ανάγκες των ασθενών αυτών, το αίσθημα δυσφορίας που τους προκαλεί η φροντίδα των ασθενών με αναπηρία, οι προκλήσεις που αφορούν σε επίπεδο επικοινωνίας και οι αρνητικές τους στάσεις και οι παρανοήσεις τους σχετικά με την αναπηρία (Cleary & Doody 2017).

Μεταξύ των προβλημάτων αυτών ξεχωρίζει αυτό των στάσεων συμπεριφοράς (attitudinal barrier) που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας, όταν αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία ως άρρωστα, «ελατωματικά» ή μη φυσιολογικά, που έχουν ανάγκη από «διόρθωση» (Marks 2007). Πρόκειται για αρνητικές συμπεριφορές οι οποίες μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικά εμπόδια στην προσπάθεια των ατόμων με αναπηρία να αποκτήσουν πρόσβαση σε δομές και υπηρεσίες υγείας και να τους ωθήσουν στην ανάπτυξη του αισθήματος της ανικανότητας, της απόγνωσης, ακόμα και της ταπείνωσης. Παράλληλα, τέτοιες στάσεις και συμπεριφορές οξύνουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας (Peters & Cotton 2015).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί πως ποικίλοι είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρίες. Στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το είδος της επαγγελματικής απασχόλησης, το επίπεδο σπουδών και ο βαθμός εξοικείωσης, οι γνώσεις και οι πρότερες εμπειρίες, αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της

προσωπικότητάς τους (Benomir et al. 2016· Matziou et al. 2009· Velonaki et al. 2015). Βέβαια, τα δεδομένα από αντίστοιχες ελληνικές έρευνες είναι ιδιαίτερα περιορισμένα, γεγονός το οποίο αποτέλεσε τη βάση για τον σχεδιασμό και την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας. Στις λιγοστές αυτές ελληνικές έρευνες, όμως, φάνηκε πως οι στάσεις κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία, κυρίως με φυσική αναπηρία, είναι αρνητικές και «φτωχές» (Matziou et al., 2009), που αντικατοπτρίζουν τις στάσεις του γενικού πληθυσμού απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Και τούτο διότι παλαιότερες έρευνες έχουν δείξει πως ο ελληνικός πληθυσμός κατά μέσο όρο τείνει να έχει πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία συγκρινόμενος με άλλες εθνικότητες (Zaromatidis et al., 1999). Στο ίδιο πλαίσιο, φαίνεται πως παρά τις κατακτήσεις και τις προόδους που έχουν συντελεστεί σε επίπεδο δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία, στην Ελλάδα εξακολουθεί να παρατηρείται έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας παράλληλα με την έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων αναφορικά με τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία (Velonaki et al., 2015).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην αναπηρία αφορούν στην ηλικία, στο γένος, στην επαφή τους με την αναπηρία ή ακόμα και με το αν οι ίδιοι έχουν κάποιας μορφής αναπηρία (VanPuymbrouck et al., 2020). Μεταξύ αυτών των παραγόντων, φαίνεται πως ο πιο «ισχυρός» είναι το *είδος της αναπηρίας* με το οποίο έρχονται σε επαφή οι επαγγελματίες υγείας (Shiloh et al., 2011). Στο πλαίσιο αυτό, για παράδειγμα, οι έρευνες δείχνουν πως οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν και να επιδείξουν αρνητική στάση απέναντι σε άτομα που έχουν πιο «εμφανείς» αναπηρίες παρά σε άτομα που έχουν λιγότερο εμφανείς αναπηρίες (Shiloh et al., 2011). Σε σχετικές έρευνες καταγράφονται θετικότερες στάσεις απέναντι σε άτομα που έχουν γνωστικές αναπηρίες παρά σε άτομα που έχουν κινητικές αναπηρίες (Lewis & Stenfert-Kroese, 2010). Αντίστοιχα, οι έρευνες δείχνουν πως οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να αναπτύσσουν θετικότερες στάσεις απέναντι στην αναπηρία που έχει προέλθει ως αποτέλεσμα κάποιου ατυχήματος παρά σε άλλες μορφές αναπηρίες που έχουν προέλθει λόγω κάποιας ασθένειας.

Διαφοροποίηση στις στάσεις αυτές απέναντι στην αναπηρία φαίνεται να προκύπτουν και σε σχέση με το *επάγγελμα*. Μάλιστα, φαίνεται να καταγράφεται μια ποικιλία μεταξύ των στάσεων που αναπτύσσει το νοσηλευτικό προσωπικό¹. Και τούτο διότι αρκετές έρευνες

¹Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί πως οι διαθέσιμες έρευνες σε επαγγελματίες υγείας αφορούν κατά κύριο λόγο σε νοσηλευτικό προσωπικό. Αντίθετα, οι έρευνες που επιχειρούν την καταγραφή των στάσεων του

έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως οι νοσηλευτές/-τριες τείνουν να αναπτύσσουν αρνητικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία σε μεγαλύτερο βαθμό από άλλους επαγγελματίες υγείας (Au & Man, 2006; Tervo & Palmer, 2004). Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και έρευνες που αφορούν στις στάσεις φοιτητών/-τριών νοσηλευτικής απέναντι στα άτομα με αναπηρία και στην αναπηρία γενικότερα (White & Olson, 2012).

Σε γενικές γραμμές, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται πως αναπτύσσουν θετικότερες στάσεις απέναντι στην αναπηρία συγκριτικά με άλλες ειδικότητες που εργάζονται σε δομές υγείας και καλούνται να εργαστούν με άτομα με αναπηρία, όπως είναι οι φυσιοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές κτλ (Au & Man, 2006; Tervo & Palmer, 2004). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως οι εργοθεραπευτές σημειώνουν τα υψηλότερα ποσοστά αρνητικών στάσεων συγκριτικά με τις άλλες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας (White & Olson, 2012). Αντίθετα, παλαιότερες έρευνες είχαν δείξει πως οι φυσιοθεραπευτές έχουν θετικότερες στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία συγκριτικά με τους φυσιοθεραπευτές, τους/ τις νοσηλευτές/-τριες ή τους/ τις κοινωνικούς λειτουργούς (White & Olson, 1999, όπ. αναφ. στους Yorke, Ruediger, & Voltenburg, 2016). Μάλιστα, οι σχετικές αυτές έρευνες δείχνουν πως οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία δείχνει να βελτιώνεται καθόλη τη διάρκεια των σπουδών τους (Brown, et al, 2009). Από την άλλη μεριά, υπάρχουν και έρευνες στις οποίες δεν καταγράφεται κάποια εξέλιξη/βελτίωση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην αναπηρία κατά τη διάρκεια των σπουδών τους (Sahin & Akyol, 2010). Αντίθετα, σε κάποιες ειδικότητες, όπως είναι οι φοιτητές οδοντιατρικής ή και ιατρικής προκύπτει μια μείωση των θετικών τους στάσεων όσο προχωρούν στις σπουδές τους (Davis, et al., 2001).

Αντίστοιχα, ενδιαφέρονσα είναι και η έρευνα των VanPuymbrouck et al. (2020) στην οποία φάνηκε πως οι ασυνείδητες στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην αναπηρία δε συνάδουν απόλυτα με τις έμπρακτες στάσεις τους. Και τούτο διότι ενώ οι ίδιοι αναφέρουν πως δεν είναι προκατειλημμένοι απέναντι στα άτομα με αναπηρία, εντούτοις οι στάσεις τους αποδεικνύουν πως είναι στην πραγματικότητα προκατειλημμένοι αρνητικά απέναντι στα άτομα με αναπηρία (VanPuymbrouck et al., 2020). Σε κάθε περίπτωση, τόσο η ποιότητα όσο και η συχνότητα της επαφής που έχει ο επαγγελματίας υγείας με το άτομο με αναπηρία, κατά κύριο λόγο σωματική/κινητική (Sahin & Akyol, 2010), επηρεάζει την ποιότητα των στάσεων που αναπτύσσουν (Barr JJ, Bracchitta, 2012).

ιατρικού προσωπικού είναι ιδιαίτερα περιορισμένες και για το λόγο αυτό το κεφάλαιο αυτό εστιάζει στην περιγραφή των ερευνητικών δεδομένων που αφορούν κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Αναφορικά με το φύλο και τον βαθμό στον οποίο επηρεάζει τις στάσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στην αναπηρία, φαίνεται πως οι γυναίκες αναπτύσσουν θετικότερες στάσεις συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους (Chadd & Pangilinan, 2011). Μάλιστα, φαίνεται πως οι στάσεις τους αυτές είναι ακόμα πιο θετικές στην περίπτωση που καλούνται να παράσχουν τις υπηρεσίες τους σε άτομα με κάποιες μορφές σωματική/κινητική αναπηρία (· Sahin & Akyol, 2010; Tervo et al., 2004). Αντίθετα, δε φαίνεται να υπάρχει παρά μικρή επίδραση της ηλικίας των επαγγελματιών υγείας στις στάσεις που αναπτύσσουν απέναντι στην αναπηρία με τους νεώτερους σε ηλικία επαγγελματίες να έχουν θετικότερες στάσεις συγκριτικά με τους μεγαλύτερης ηλικίας συναδέλφους τους (Matziou et al., 2009).

3.3 Συνέπειες των στάσεων των επαγγελματιών υγείας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια τα οποία καλούνται να υπερπηδήσουν κατά την προσπάθεια πρόσβασης σε δομές και υπηρεσίες υγείας (Tervo & Palmer, 2004). Οι αρνητικές αυτές στάσεις, οι παρανοήσεις και οι προκαταλήψεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία, με άλλα λόγια, οδηγούν σε χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίας υγείας απέναντι στα άτομα αυτά.

Από την άλλη μεριά, οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας φαίνεται πως επηρεάζει ή και διαμορφώνει τις στάσεις που αναπτύσσουν τα ίδια τα άτομα απέναντι στην αναπηρία τους, την αυτοεικόνα τους, ακόμα και τη διαδικασία της θεραπείας και αποκατάστασής τους (White & Olson, 2012). Επηρεάζουν ακόμα και τη λήψη των αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία των ατόμων με αναπηρία ή και τη συχνότητα με την οποία τα άτομα αυτά επισκέπτονται κάποια δομή υγείας ή κάποιον επαγγελματία υγείας (VanPuymbrouck et al., 2020). Συνακόλουθα, οξύνονται οι ανισότητες που αφορούν τόσο στην πρόσβαση στις δομές και τις υπηρεσίες αυτές όσο και στον σχεδιασμό των στρατηγικών παροχής υγείας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Miller et al (2009) σύμφωνα με την οποία οι φοιτητές επαγγελμάτων υγείας, οι οποίοι πάσχουν από κάποια μορφή αναπηρία, διστάζουν να την αποκαλύψουν στους συμφοιτητές τους υπό το φόβο του στίγματος ή αρνητικών στάσεων από αυτούς. Αντίστοιχα, φοβούνται να αποκαλύψουν την αναπηρία τους λόγω των αρνητικών σχολίων που νομίζουν πως θα δεχθούν από τους συμφοιτητές τους για την αναπηρία τους (Bulk et al., 2020).

3.4 Κλίμακες μέτρησης των στάσεων απέναντι στην αναπηρία

Τα τελευταία χρόνια εντείνεται η έρευνα που αφορά στην καταγραφή και μελέτη των στάσεων της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με αναπηρίες. Στο πλαίσιο αυτό, έχουν σχεδιασθεί και χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία, ώστε να αποτυπωθεί η στάση του πληθυσμού απέναντι στην αναπηρία και στα άτομα που φέρουν τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά, ώστε αν αναδειχθούν τα εμπόδια και οι προκλήσεις που τα τελευταία καλούνται να υπερκεράσουν στην προσπάθειά τους να αποτελέσουν ενεργά και ισότιμα μέλη της κοινωνίας. Στο κεφάλαιο αυτό, θα γίνει μια ενδεικτικά αναφορά σε κάποιες από αυτές τις κλίμακες κάποιες από τις οποίες έχουν αξιοποιηθεί και για την καταγραφή των στάσεων των επαγγελματιών υγείας (σπουδαστών ή και εργαζόμενων).

Παράδειγμα αποτελεί η Κλίμακα Αλληλεπίδρασης με Άτομα με Αναπηρία (ΚΑΑΑ), μια κλίμακα με ποικίλες διαστάσεις, η οποία κατασκευάστηκε κατά τη δεκαετία του 1990 από την αυστραλή ερευνήτρια Gething. Στόχος της κατασκευής και χρήσης της συγκεκριμένης κλίμακας ήταν να διερευνηθούν με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια οι συμπεριφορές που αναπτύσσουν τα άτομα απέναντι στο διαφορετικό και ξένο, εν προκειμένω την αναπηρία. Στόχος, με άλλα λόγια, ήταν να αναδείξει την τάση που έχει το κοινωνικό σύνολο να διαφοροποιεί τα άτομα με αναπηρία από τα «φυσιολογικά» άτομα, γεγονός που οδηγεί το κοινωνικό σύνολο στην ανάπτυξη αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα αυτά. Πιο αναλυτικά, το συγκεκριμένο εργαλείο χρησιμοποιείται για να μετρήσει συμπεριφορές που αναπτύσσει το άτομο όταν καλείται να συνυπάρξει και να αλληλεπιδράσει με κάποιο άτομο με αναπηρία. Οι συμπεριφορές αυτές εκφράζονται συνήθως ως δυσφορία και σχετίζονται με το βαθμό εξοικείωσης που έχει το άτομο με την αναπηρία και τα άτομα που έχουν κάποιας μορφής αναπηρία.

Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει μεταφραστεί στα νέα ελληνικά μέσω της διαδικασίας που προβλέπεται από τη βιβλιογραφία (από τα αγγλικά στα ελληνικά και από τα ελληνικά στα αγγλικά), ενώ για τη χρήση του στην έρευνα σε επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιήθηκε και ένα τρίτος μεταφραστής, ο οποίος ήταν επαγγελματίας υγείας, ώστε να έχει γνώση της σχετικής ορολογίας (Banía et al., 2019). Και τούτο διότι ήταν ανάγκη ο μεταφραστής να γνωρίζει τόσο την κουλτούρα στην οποία στηρίζεται η αγγλική γλώσσα όσο και την κουλτούρα της γλώσσας στην οποία μεταφράζεται το εργαλείο (στην προκειμένη περίπτωση, πρόκειται για την ελληνική γλώσσα) (WHO, 2001). Για την ελληνική μετάφραση, σύμφωνα με όσα αναφέρουν οι μεταφραστές του, δόθηκε μέριμνα ώστε να αποδοθεί περισσότερο το εννοιολογικό περιεχόμενο των δηλώσεων και λιγότερο η κατά λέξη μετάφραση. Το γεγονός

αυτό οδήγησε στη χρήση ελληνικών εκφράσεων που ίσως δεν αντιστοιχίζονται πλήρως στις αγγλικές πρωτότυπες εκφράσεις. Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας της συγκεκριμένης μεταφρασμένης κλίμακας, οι μεταφραστές ζήτησαν από επαγγελματίες υγείας να απαντήσουν στις μεταφρασμένες στα ελληνικά δηλώσεις και στη συνέχεια να καταγράψουν τη γνώμη τους σχετικά με τον βαθμό στον οποίο η κάθε μια από τις δηλώσεις/ερωτήσεις είναι κατανοητή και σχετική με το υπό εξέταση ζητούμενο. Μέσα από τη διαδικασία αυτή προέκυψαν ορισμένες αλλαγές και τροποποιήσεις, ώστε η κλίμακα να προσιδιάζει στα ελληνικά δεδομένα και να δύναται να αξιοποιηθεί σε ελληνικές έρευνες (Bania et al., 2019).

Το τελικό εργαλείο, λοιπόν, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε ελληνικές έρευνες (για τις οποίες θα γίνει λόγος στο κεφάλαιο που ακολουθεί) περιλαμβάνει συνολικά 20 ερωτήσεις, οι οποίες αναπτύσσονται σε μια ββάθμια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από τη δήλωση «Συμφωνώ πάρα πολύ» μέχρι τη δήλωση «Διαφωνώ πάρα πολύ». Μάλιστα, υπάρχει μέριμνα ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος να προκύψουν μεροληπτικές απαντήσεις. Για το λόγο αυτό, σε 3 ερωτήσεις (ερώτηση 10, ερώτηση 14 και ερώτηση 15) υπάρχει αντιστροφή της βαθμολογίας. Για να υπολογισθεί το τελικό σκορ κάθε συμμετέχοντα, ο/η ερευνητής/-τρια προσθέτει όλες τις απαντήσεις που έχουν δοθεί, με εξαίρεση την απάντηση στην ερώτηση 19. Το συνολικό σκορ εκτείνεται από τον βαθμό 20 έως τον βαθμό 114. Όσο πιο χαμηλό είναι το σκορ, τόσο μικρότερη είναι η δυσφορία και ενόχληση που αισθάνεται το άτομο όταν καλείται να αλληλεπιδράσει με κάποιο άτομο με αναπηρία. Οι ερωτήσεις που έχει η κλίμακα αυτή εστιάζουν στο κομμάτι της αλληλεπίδρασης των ατόμων (εν προκειμένω των επαγγελματιών υγείας) με τα ανάπηρα άτομα, με αποτέλεσμα να δίνεται έμφαση στο αίσθημα δυσφορίας που τυχόν αισθάνεται το άλλο κατά την κοινωνική του συμπεριφορά (για παράδειγμα η δήλωση «νιώθω άβολα και δυσκολεύομαι να χαλαρώσω μαζί τους») και στη δυσκολία του να διαχειριστεί την επαφή και αλληλεπίδραση με τα άτομα με αναπηρία (για παράδειγμα η δήλωση «νιώθω απογοητευμένος επειδή δεν ξέρω πώς να βοηθήσω»). Ακόμα, οι ερωτήσεις αφορούν στο εύρος των γνώσεων και πληροφοριών που έχει το άτομο σχετικά με την αναπηρία (για παράδειγμα η δήλωση «νιώθω ότι έχω άγνοια για τα άτομα με αναπηρία») ή και στο βαθμό ευαισθησίας που έχει αναπτύξει το άτομο απέναντι στην αναπηρία (για παράδειγμα η δήλωση «τρέμω στη σκέψη ότι θα μπορούσα να καταλήξω έτσι») (Bania et al., 2019).

Πέραν των γενικών εργαλείων, όπως αυτά που αναφέρθηκαν, έχουν σχεδιασθεί και εργαλεία τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση των στάσεων του πληθυσμού

απέναντι σε συγκεκριμένες αναπηρίες. Παράδειγμα αποτελεί το ερωτηματολόγιο CLAS-ID το οποίο διατίθεται σε 3 μορφές, θεωρείται ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση και αξιολόγηση στάσεων, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί και σε φοιτητικό πληθυσμό (Schwartz & Armony-Sivan 2001; Yazbeck et al. 2004). Πρόκειται για ένα εργαλείο, το οποίο χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των στάσεων που αναπτύσσουν οι συμμετέχοντες απέναντι στα άτομα με νοητική στέρωση. Στην πιο απλή του μορφή, το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει τέσσερις υποκλίμακες οι οποίες αξιολογούν τις στάσεις που έχουν αναπτύξει αναφορικά με τη δυνατότητα που έχουν τα άτομα με την συγκεκριμένη μορφή αναπηρίας να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικές με τη ζωή τους, τις στάσεις τους αναφορικά με τον αποκλεισμό των ατόμων αυτό από την κοινότητα, τις στάσεις αναφορικά με το ζήτημα της στέγασης των ατόμων με νοητική αναπηρία (αν δηλαδή θα πρέπει να διαμένουν σε προστατευόμενες δομές) και τέλος τις στάσεις τους αναφορικά με τις ομοιότητες που μπορεί να έχουν τα άτομα με αναπηρία με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας (Henry et al. 1996). Συνολικά, το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις/δηλώσεις, οι οποίες αναπτύσσονται σε μια 6βάθμια κλίμακα Likert ξεκινώντας από την τιμή 1=Διαφωνώ πάρα πολύ έως την τιμή 6=Συμφωνώ πάρα πολύ. Όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία που συγκεντρώνει ο συμμετέχων στην πρώτη και τέταρτη υποκλίμακα τόσο πιο θετική είναι η στάση που φαίνεται να έχει αναπτύξει απέναντι στα άτομα με νοητική αναπηρία. Αντίστοιχα, και οι χαμηλές βαθμολογίες στη δεύτερη και τρίτη υποκλίμακα είναι ενδεικτικές της θετικής στάσης που έχει αναπτύξει ο συμμετέχων απέναντι στα άτομα με αναπηρία (Henry et al. 1996).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται μια ενδεικτική αναφορά σε κάποιες από τις κλίμακες που έχουν σχεδιασθεί για να αξιολογηθούν οι στάσεις του πληθυσμού απέναντι στα άτομα με αναπηρίες. Φυσικά υπάρχουν και άλλα εργαλεία, όπως είναι η Scale of Attitudes Toward Disabled Persons (SADP), η οποία αναπτύχθηκε το 1892 από τον Antonak και αποτελεί μια πολυδιάστατη κλίμακα, η οποία περιλαμβάνει τρεις υποκατηγορίες: τον οπτιμισμό-ανθρώπινα δικαιώματα, τις συμπεριφορικές παρανοήσεις και τον πεσιμισμό-απόγνωση. Συνολικά αποτελείται από 24 ερωτήσεις/δηλώσεις, που μετρούν τη στάση που αναπτύσσει το άτομο απέναντι στην αναπηρία. Οι ερωτήσεις αυτές παίρνουν τις τιμές -3=Διαφωνώ πάρα πολύ έως και την τιμή +3=Συμφωνώ πάρα πολύ. Άλλη κλίμακα είναι η IDP (Interaction with Disabled Persons Scale), η οποία αποτελεί μια πολυδιάστατη κλίμακα 20 ερωτήσεων/δηλώσεων που αναπτύσσεται σε μια 6βάθμια

κλίμακα Likert με τιμές από 1=Διαφωνώ πάρα πολύ έως την τιμή 6=Συμφωνώ πάρα πολύ. Η κλίμακα αυτή μετρά και αξιολογεί τις στάσεις των ατόμων απέναντι στα άτομα με αναπηρία εστιάζοντας στα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να αναπτυχθούν μέσω της επαφής με κάποιο άτομο με αναπηρία. Συνολικά, η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 6 υποθέματα, που εντάσσονται σε 3 κατηγορίες, αυτή της ευαισθησίας, της διαχείρισης και του επιπέδου ενημέρωσης.

Στην εργασία αυτή επιλέχθηκαν η Κλίμακα των Στάσεων σε Σχέση με τα Άτομα με Αναπηρία (Attitude Toward Disabled Persons Scale (ATDP), η οποία αναπτύχθηκε από τους το 1996. Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει συνολικά 30 ερωτήσεις/δηλώσεις που παίρνουν τιμές από +3=Διαφωνώ πάρα πολύ έως το -3=Συμφωνώ πάρα πολύ και μετρά τις στάσεις των ατόμων απέναντι στη σωματική αναπηρία. Παράλληλαμ χρησιμοποιήθηκε η εξίσου διαδεδομένη κλίμακα DAHC («Disability Attitudes in Health Care») την οποία δημιούργησαν οι ερευνητές Chadd και Pangilinan (2011) και, όπως «μαρτυρά» το όνομά της, αποτελεί μια κλίμακα η οποία αποσκοπεί στο να διερευνήσει και να εκτιμήσει τις στάσεις που αναπτύσσουν και διατηρούν τα άτομα, κυρίως οι επαγγελματίες υγείας, απέναντι στα άτομα με αναπηρία όσον αφορά σε ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης (Τζώρτζη, 2023). Για το συγκεκριμένα εργαλεία, όμως, θα γίνεται εκτενέστερη αναφορά στο αντίστοιχο κεφάλαιο της μεθοδολογίας της έρευνας (Κεφάλαιο 5).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ4. ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, τα τελευταία χρόνια έχει ενταθεί το ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με τις στάσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στην αναπηρία γενικότερα και στους ασθενείς με αναπηρία ειδικότερα. Υπάρχει ακόμα και σήμερα, όμως, ερευνητικό κενό αναφορικά με το ζήτημα αυτό, ιδιαίτερα στην περίπτωση της ελληνικής πραγματικότητας. Στο κεφάλαιο αυτό, θα παρουσιαστούν ενδεικτικά ορισμένες από τις έρευνες αυτές, ώστε να καταστεί ακόμα πιο σαφής αφενός ο προβληματισμός της ερευνήτριας, που οδήγησε στον σχεδιασμό και την υλοποίηση της έρευνας αυτής, όσο και η ανάγκη να διενεργηθούν και άλλες τέτοιες έρευνες, ώστε να αρθούν τα εμπόδια με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα με αναπηρία κατά την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες και μονάδες υγείας.

Μια τέτοια έρευνα, για παράδειγμα, είναι η έρευνα των Au&Mang (2006), η οποία αποσκοπούσε στη διερεύνηση των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών αντίστοιχων σχολών απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Πρόκειται για μια έρευνα που διεξήχθη το 2006 στο Χονγκ Κονγκ και στην οποία έλαβαν μέρος 489 εν ενεργεία επαγγελματίες υγείας (φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές/-τριες) καθώς και 511 φοιτητές αντίστοιχων σχολών. Για τους σκοπούς και τις ανάγκες της έρευνας αυτής χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα «Attitude Toward Disabled Persons» ενώ η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν πως οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σαφώς χαμηλότερες βαθμολογίες συγκρινόμενοι με επαγγελματίες υγείας από άλλες χώρες. Σημαντικό είναι πως οι επαγγελματίες υγείας σημείωσαν μεγαλύτερες βαθμολογίες από τους φοιτητές. Οι νοσηλευτές/-τριες ήταν ο κλάδος εκείνος που σημείωσε τις χαμηλότερες βαθμολογίες, επομένως και τις λιγότερο θετικές στάσεις, απέναντι στα άτομα με αναπηρίες και μάλιστα ακόμα χαμηλότερες συγκριτικά με τις στάσεις των φοιτητών/-τριων νοσηλευτικής σχολής. Αντίθετα, οι φοιτητές των σχολών Κοινωνικής Εργασίας φάνηκε να έχουν λιγότερο θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία τόσο συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας όσο και συγκριτικά με φοιτητές άλλων τμημάτων υγείας. Στην περίπτωση των εργοθεραπευτών του δείγματος, η ανάλυση των δεδομένων έδειξε πως τόσο οι επαγγελματίες εργοθεραπευτές όσο και οι φοιτητές Εργοθεραπείας συγκεντρώνουν υψηλή βαθμολογία (επομένως και θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία). Στην περίπτωση των φυσιοθεραπευτών, η έρευνα έδειξε

πως οι φοιτητές Φυσιοθεραπείας συγκεντρώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες από τον μέσο όρο του δείγματος. Ακόμα, η έρευνα έδειξε πως δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, επίπεδο γνώσεων, επαφή με άτομα με αναπηρίες) επηρεάζουν τις στάσεις τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των φοιτητών των αντίστοιχων σχολών. Μεταξύ των παραγόντων αυτών, η ποιότητα της επαφής με τα άτομα με αναπηρία είναι αυτή που φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο το «πρόσημο» των αναπτυσσόμενων στάσεων απέναντι στην αναπηρία. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα πως απαιτείται τροποποίηση του αναλυτικού προγράμματος σπουδών των αντίστοιχων τμημάτων/σχολών ώστε να αναπτυχθούν στους φοιτητές θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία, ώστε να βελτιωθεί και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που θα προσφέρουν ως επαγγελματίες πλέον στους ασθενείς με αναπηρία (Au&Mang, 2006).

Αναφορά αξίζει να γίνει και στην έρευνα των Satchidanand, et al. (2012), η οποία πραγματοποιήθηκε το 2011 και αφορούσε σε μια συστηματική ανασκόπηση των ερευνών σχετικά με τις στάσεις που αναπτύσσουν επαγγελματίες υγείας καθώς και οι φοιτητές αντίστοιχων σχολών απέναντι σε άτομα με αναπηρίες. Η έρευνα αυτή στηρίχθηκε στην υπόθεση πως όσο πιο αρνητικές είναι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους ασθενείς με αναπηρία, συγκεκριμένα με φυσική/σωματική αναπηρία, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος που υπάρχει για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν στους ασθενείς αυτούς. Για το σκοπό της έρευνας αυτής, λοιπόν, οι ερευνητές αξιοποίησαν ως εργαλεία τέσσερις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων χρησιμοποιώντας την πλατφόρμα OVID. Βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων που τέθηκαν από τους ερευνητές, στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν άρθρα τα οποία πραγματεύονταν το ζήτημα των στάσεων των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών αντίστοιχων σχολών απέναντι στα άτομα με φυσική/σωματική αναπηρία και τα ανέλυσαν χρησιμοποιώντας την ποιοτική μέθοδο ανάλυσης των δεδομένων. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν πως τόσο οι φοιτητές σχολών σχετικών με την υγεία όσο και οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να αναπτύσσουν θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με σωματική/φυσική αναπηρία. Στην κατεύθυνση αυτή φαίνεται πως συμβάλει η επαφή με τα άτομα με σωματική/φυσική αναπηρία τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Ακόμα, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας (εν ενεργεία και φοιτητές) αναπτύσσουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα σωματική αναπηρία συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους. Αντίθετα, άλλοι δημογραφικοί παράγοντες, όπως είναι η ηλικία ή η εθνικότητα δε

φαίνεται να έχουν τόσο μεγάλη συσχέτιση με τις στάσεις που αναπτύσσουν απέναντι στην αναπηρία. Σημαντικό είναι, σύμφωνα με τους ερευνητές, πως οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να αναπτύσσουν περισσότερο θετικές στάσεις απέναντι στη σωματική/φυσική αναπηρία από τον γενικό πληθυσμό. Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει η έρευνα αυτή είναι πως σε γενικές γραμμές οι στάσεις που αναπτύσσουν φοιτητές σχολών υγείας και επαγγελματίες υγείας απέναντι στα άτομα με σωματική/φυσική αναπηρία είναι θετικές. Αυτό, όμως, δε σημαίνει πως δεν υπάρχει και ο κίνδυνος να εμφανίσουν άγχος ή και φόβο κατά την επαφή τους με άτομα με σωματική αναπηρία. Η επαφή και η εξοικείωση με την αναπηρία φαίνεται και στην περίπτωση αυτή ικανή να τροποποιήσει τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας προς όφελος των ατόμων με αναπηρία (Satchidanand, et al., 2012).

Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα στα οποία καταλήγει η έρευνα των Iftikhar, et al. (2021). Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν τα καταγράψει τις γνώσεις και τις στάσεις που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρίες. Η έρευνα διεξήχθη στο 2016 και το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 85 επαγγελματίες υγείας στους οποίους περιλαμβάνονταν ιατροί, νοσηλευτές/-τριες και άλλοι επαγγελματίες υγείας από διαφορετικά νοσοκομεία του Lahore στο Πακιστάν. Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δύο ερευνητικά εργαλεία, το ερωτηματολόγιο SAQ-K, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθούν οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας και η κλίμακα ATDP-O για να διερευνηθούν οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας. Τα δεδομένα που προέκυψαν από τη συλλογή των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 21. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτή έδειξαν πως οι επαγγελματίες υγείας του Πακιστάν, που αποτέλεσαν και το δείγμα της εργασίας, δεν είχαν πολλές γνώσεις αναφορικά με τις ανάγκες των ασθενών με αναπηρία. Αντίστοιχα, οι στάσεις τους απέναντι στα άτομα με αναπηρίες δεν ήταν τόσο θετικές. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τους ερευνητές, οφείλεται στο γεγονός πως οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας δεν είχαν το απαιτούμενο γνωστικό υπόβαθρο σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, τα χαρακτηριστικά τους, τις ανάγκες τους, τις υπηρεσίες που θα πρέπει να αναπτυχθούν ώστε να καλύψουν τις ανάγκες τους. Χαρακτηριστικό είναι πως δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις στάσεις αυτές βάσει των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, έτη επαγγελματικής εμπειρίας). Αντίθετα, φάνηκε διαφορά αναφορικά με το επάγγελμα των συμμετεχόντων δεδομένου ότι οι ιατροί φάνηκαν να έχουν αναπτύξει πιο θετικές στάσεις

απέναντι στα άτομα με αναπηρία συγκριτικά με τις άλλες ειδικότητες υγείας (Iftikhar, et al., 2021).

Στο ίδιο πλαίσιο κινείται και η έρευνα του Yakut (2021) σκοπός της οποίας ήταν να ερευνησει τις απόψεις των φοιτητών ιατρικών σχολών απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Το δείγμα της έρευνας αυτής αποτέλεσαν 153 φοιτητές ιατρικών σχολών της Τουρκίας, ενώ για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Medical Students' Attitudes toward People with Disabilities Instrument (Symons et al., 2012) και η τουρκική έκδοση της κλίμακας Multidimensional Attitudes toward Persons with Disabilities (Yelpaze & Türküm, 2018). Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν πως οι φοιτητές ιατρικής τείνουν να αναπτύσσουν πιο υψηλά επίπεδα άνεσης απέναντι στους ασθενείς τους χωρίς αναπηρία συγκριτικά με τους ασθενείς με αναπηρία. Αντίστοιχα φάνηκε μια σχέση μεταξύ των στάσεων και των επιπέδων άνεσης, καθώς στην περίπτωση της επαφής με ασθενή χωρίς αναπηρία, οι φοιτητές του δείγματος είχαν αναπτύξει πιο υψηλό επίπεδο άνεσης, επομένως και πιο θετικές στάσεις, συγκριτικά με τους ασθενείς με αναπηρία. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τον ερευνητή, επιτάσσει την ενίσχυση της εκπαίδευσης των φοιτητών ιατρικής σε ζητήματα σχετικά με την αναπηρία.

Θα πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθεί πως οι σχετικές έρευνες στην ελληνική πραγματικότητα είναι ιδιαίτερες περιορισμένες. Σε αυτό ακριβώς το ερευνητικό κενό, άλλωστε στηρίχθηκε ο σχεδιασμός και η υλοποίηση της παρούσας εργασίας. Από τις λιγοστές αυτές έρευνες αξίζει να αναφέρουμε την έρευνα των Matziou, et al. (2009) σκοπός της οποίας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις των νοσηλευτών/τριών, που εργάζονται σε παιδιατρικές δομές, και των φοιτητών/-τριών νοσηλευτικών σχολών απέναντι στα παιδιά με αναπηρίες. Η έρευνα αυτή στηρίχθηκε στην υπόθεση πως ένα μεγάλο μέρος των επαγγελματιών υγείας, εν προκειμένω των νοσηλευτών/-τριών, που ασχολούνται με την παροχή φροντίδας σε παιδιά με αναπηρίες, δεν έχουν αναπτύξει την απαιτούμενη ευαισθησία και συνακόλουθα τις ενδεδειγμένες θετικές στάσεις απέναντι στα παιδιά αυτά, γεγονός που έχει σαν αποτέλεσμα την παροχή χαμηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν συνολικά 228 πρωτοετείς φοιτητές νοσηλευτικών τμημάτων, 90 μεταπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής και 123 νοσηλευτές/-τριες που εργάζονταν σε παιδιατρικά νοσοκομεία. Για τους σκοπούς της έρευνας αυτής χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Attitude Towards Disabled Person Scale (ATDP). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν σε γενικές γραμμές χαμηλές βαθμολογίες. Παρόλα αυτά, φάνηκε πως οι μεταπτυχιακοί φοιτητές

είχαν υψηλότερες βαθμολογίες συγκριτικά με τους πρωτοετείς φοιτητές νοσηλευτικών σχολών. Αντίστοιχα, οι πρωτοετείς φοιτητές είχαν υψηλότερες βαθμολογίες συγκριτικά με τις βαθμολογίες που σημείωσαν το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος που στελεχώνει παιδιατρικές δομές. Μάλιστα, φαίνεται πως οι γυναίκες είναι αυτές που αναπτύσσουν πιο θετικές στάσεις συγκριτικά με τους άνδρες νοσηλευτές/-τριες απέναντι στη φροντίδα παιδιών με αναπηρίες. Το γενικό συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει η έρευνα αυτή είναι πως υπάρχει ανάγκη πιο προσεκτικού σχεδιασμού του αναλυτικού προγράμματος σπουδών των νοσηλευτικών σχολών ώστε να παρέχουν στους φοιτητές πληρέστερες γνώσεις σχετικά με την αναπηρία. Μάλιστα, οι ερευνητές τονίζουν πως είναι ανάγκη σχεδιασμού και υλοποίησης εξειδικευμένων μαθημάτων που θα έχουν ως αντικείμενο τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των παιδιών με αναπηρίες. Αντίστοιχα, οι ερευνητές τονίζουν την ανάγκη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των νοσηλευτών/τριών σε ζητήματα σχετικά με την αναπηρία, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στα παιδιά με αναπηρίες (Matziou, etal., 2009).

Αναφοράξίζει να γίνει και στην έρευνα των Kritsotakis, etal. (2017) σκοπός της οποίας ήταν να εξετασθούν οι στάσεις που έχουν οι φοιτητές τμημάτων που σχετίζονται με την υγεία απέναντι στα άτομα με σωματική/φυσική αναπηρία και με νοητική αναπηρία, ώστε στη συνέχεια να πραγματοποιηθεί σύγκριση μεταξύ αυτών. Η έρευνα στηρίχθηκε στην υπόθεση πως τα άτομα με αναπηρία βιώνουν μια σύνθετη κατάσταση υγείας, η οποία προκύπτει ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της αμιγώς ιατρικής τους κατάστασης και του φυσικού τους περιβάλλοντος. Στο πλαίσιο αυτό, οι στάσεις που αναπτύσσει το νοσηλευτικό προσωπικό και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν καταλυτικά την ποιότητα της φροντίδας υγείας που τους παρέχεται καθώς και τη ικανότητα των ατόμων με αναπηρία να προσαρμοστούν στην αναπηρία τους, να αναπτύξουν αυτοεκτίμηση και να έχουν καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στη διαχείριση και εξέλιξη της αναπηρίας τους. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 1007 φοιτητές Νοσηλευτικής, Κοινωνικής Εργασίας και Ιατρικής οι οποίοι φοιτούσαν στα αντίστοιχα Πανεπιστήμια της Αθήνας και της Κρήτης κατά τα έτη 2014-2016. Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία, η κλίμακα ATDP – B, που αφορούσε στις στάσεις απέναντι στη σωματική/φυσική αναπηρία, και η κλίμακα CLAS – ID, που αφορούσε στις στάσεις απέναντι στη νοητική αναπηρία. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι στάσεις των

φοιτητών απέναντι στα άτομα με σωματική/φυσική αναπηρία ήταν χαμηλές, καθώς οι βαθμολογίες που συγκεντρώθηκαν ήταν λίγο πάνω από τον μέσο όρο. Φάνηκε, ακόμα, πως οι ιατρικές σπουδές σε συνδυασμό με περισσότερες γνώσεις και επαφή με άτομα με σωματική αναπηρία μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη πιο θετικών στάσεων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει πως δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο ή η ηλικία δε φάνηκαν να επηρεάζουν τις στάσεις των συμμετεχόντων. Αναφορικά με τις στάσεις απέναντι στη νοητική αναπηρία, τα δεδομένα της έρευνας έδειξαν πως οι φοιτητές/τριες νοσηλευτικής σχολής έχουν λιγότερο θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία, γεγονός που σχετίζεται αφενός με το φύλο τους και αφετέρου με την πρότερη επαφή και εξοικείωση με τέτοιου είδους ασθενείς. Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι ερευνητές είναι πως σε γενικές γραμμές οι φοιτητές σχολών υγείας και κοινωνικής εργασίας δε δείχνουν πολύ θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με φυσικές/σωματικές και νοητικές αναπηρίες (Kritsotakis, et al., 2017).

Αντίστοιχα ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Polikandrioti, et al (2020), σκοπός της οποίας ήταν να διερευνήσει και να καταγράψει τις στάσεις των φοιτητών νοσηλευτικών απέναντι στην αναπηρία. Η έρευνα στηρίχθηκε στην υπόθεση ότι η αναπηρία αποτελεί ένα από τις συχνότερες καταστάσεις υγείας με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι επαγγελματίες υγείας και για το λόγο αυτό καθίσταται καταλυτικής σημασίας η καταγραφή των στάσεών τους απέναντι στην αναπηρία. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 368 φοιτητές νοσηλευτικής του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Για τον σκοπό της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Multidimensional Attitudes Scale toward Persons with Disabilities (MAS) καθώς και η κλίμακα Attitudes Towards Disabled Person Scale (ATDPS). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι φοιτητές των τελευταίων εξαμήνων είχαν πιο υψηλές βαθμολογίες, επομένως και περισσότερο θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία, συγκριτικά με τους φοιτητές που βρίσκονταν στο πρώτο εξάμηνο των σπουδών τους. Το γεγονός αυτό, σύμφωνα με τους ερευνητές, είναι ενδεικτικό του ρόλου που διαδραματίζει στην ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στην αναπηρία η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και οι γνώσεις που αποκτούν κατά τη διάρκεια των σπουδών τους.

Από τα παραπάνω, αντιλαμβάνεται κανείς πως στην πλειονότητά τους οι έρευνες, τουλάχιστον όσον αφορά στα ελληνικά δεδομένα, περιορίζονται κατά κύριο λόγο στη μελέτη και αξιολόγηση των απόψεων φοιτητών που σπουδάζουν σε τμήματα και σχολές υγείας. Αντίθετα, οι σχετικές έρευνες σε εν ενεργεία επαγγελματίες υγείας δεν είναι παρά ελάχιστες.

Παράδειγμα αποτελεί η έρευνα της Τζώρτζη (2022), η οποία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής της εργασίας και αποσκοπούσε στη διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 206 επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν δομές υγείας της Κρήτης, ενώ το εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε η κλίμακα DAHC. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν πως σε γενικές γραμμές οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος τείνουν να έχουν θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρίες. Το φύλο φάνηκε να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των στάσεων αυτών, καθώς οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας είναι αυτές που έχουν πιο θετικές στάσεις συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους. Ακόμα, φάνηκε πως την πιο αρνητική στάση απέναντι στην αναπηρία έχει το διοικητικό προσωπικό που στελεχώνει μονάδες υγείας, ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως οι ιατροί έχουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό και με άλλες ειδικότητες υγείας. Φάνηκε ακόμα πως οι μικρότερης ηλικίας επαγγελματίες υγείας είναι αυτοί που έχουν πιο αρνητικές στάσεις συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας άλλων ειδικοτήτων.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί περιγράφεται αναλυτικά η παρούσα έρευνα (μεθοδολογία, στάδια, δείγμα, εργαλείο).

Β' ΜΕΡΟΣ. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία (κυρίως την κινητική, η οποία αποτελεί και την πιο συχνή μορφή αναπηρίας). Ειδικότερα, στόχο αποτέλεσε η σύγκριση των αντιλήψεων αυτών, ώστε να αναδειχθούν τυχόν διαφοροποιήσεις μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Τέλος, στόχο αποτέλεσε η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης κτλ) μπορούν να διαφοροποιήσουν τις αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα αρχικά ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, όπως πηγάζουν από την προσωπική προβληματική της ερευνήτριας και από το υπάρχον ερευνητικό κενό σε ζητήματα διερεύνησης και καταγραφής των στάσεων των επαγγελματιών υγείας είναι τα εξής:

- 1) Ποια είναι η στάση του ιατρικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία, κυρίως κινητική;
- 2) Ποια είναι η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία, κυρίως κινητική;
- 3) Σε ποιο βαθμό υπάρχει διαφοροποίηση της στάσης απέναντι στα άτομα με αναπηρία μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού;
- 4) Υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των κοινωνικών – δημογραφικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας και των στάσεων και αντιλήψεων που αναπτύσσουν απέναντι στα άτομα με αναπηρία;

Στην συνέχεια, τα ερευνητικά αυτά ερωτήματα ομαδοποιήθηκαν σε δύο:

- 1) Ποια είναι η στάση των επαγγελματιών υγείας (ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού) απέναντι στα άτομα με αναπηρία, κυρίως κινητική;
- 2) Υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των κοινωνικών – δημογραφικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας και των στάσεων και αντιλήψεων που αναπτύσσουν απέναντι στα άτομα με αναπηρία;

5.3 Προσδοκώμενα αποτελέσματα

Η εργασία αυτή αναμένεται να αναδείξει τις στάσεις που αναπτύσσουν ιατροί και νοσηλευτές/-τριες απέναντι στα άτομα με αναπηρία και την ίδια στιγμή αναμένεται να αναδείξει εκείνους τους παράγοντες (δημογραφικούς και μη), οι οποίοι μπορούν να διαφοροποιήσουν τις στάσεις αυτές.

5.4 Ερευνητική μέθοδος

5.4.1 Είδος έρευνας

Για το σκοπό της παρούσας έρευνας και για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, όπως αυτά διατυπώθηκαν σε προηγούμενο σημείο της εργασίας, επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος συλλογής των δεδομένων. Συγκεκριμένα, πρόκειται για μια συγχρονική ποσοτική έρευνα, υπό την έννοια πως δεν εστιάζει στα αίτια του φαινομένου, αλλά περισσότερο στον προσδιορισμό των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών που καθορίζουν το εκάστοτε κοινωνικό φαινόμενο που επιθυμεί να εξετάσει ο ερευνητής/-τρια. Με άλλα λόγια, η ποσοτική έρευνα αποτελεί εκείνο το είδος έρευνας το οποίο αξιοποιεί κυρίως το ερευνητικό εργαλείο του ερωτηματολογίου, ώστε να προκύψουν απαντήσεις οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν αριθμητικά δεδομένα και, μέσω της στατιστικής τους επεξεργασίας, να οδηγήσουν σε κάποια απόδειξη ή κάποιο συμπέρασμα (Babbie, 2010). Τα οφέλη τα οποία δύναται να προσφέρει στον/στην ερευνητή/τρια είναι ποικίλα και για τον λόγο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως στην κοινωνική έρευνα για να μελετηθούν διάφορες υποθέσεις (Γαλάνης, 2017). Τα οφέλη αυτά συνίσταται στη δυνατότητα που παρέχει στον/στην ερευνητή/-τρια να εξαγάγει αντικειμενικά δεδομένα και, ίσως, να τα γενικεύσει. Ακόμα, παρέχει τη δυνατότητα εξέτασης του φαινομένου, με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια, μέσω της χρήσης αντικειμενικών μεταβλητών, που τελικά θα οδηγήσουν τον/την ερευνητή/τρια στη σύγκριση και στη συνέχεια σε συμπεράσματα. Τέλος, η ποσοτική μέθοδος συλλογής των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει τον/την ερευνητή/-τρια στο να καταφέρει να συσχετίσει τελικά την υπάρχουσα θεωρία με την πράξη (Babbie, 2010).

5.4.2 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Σύμφωνα με όσα ήδη αναφέρθηκαν, η ποσοτική ερευνητική μέθοδος αξιοποιεί κυρίως το ερευνητικό εργαλείο του ερωτηματολογίου. Ο λόγος επιλογής του συγκεκριμένου

ερευνητικού εργαλείου οφείλεται εν πολλοίς στη δυνατότητα που παρέχει στον/στην ερευνητή/-τρια να συλλέξει έναν σημαντικό αριθμό δεδομένων από ένα ευρύ δείγμα του υπό μελέτη πληθυσμού. Ταυτόχρονα, πρόκειται για ένα ερευνητικό εργαλείο το οποίο μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο ταχείας επεξεργασίας και κατ'επέκταση ταχείας ανάλυσης των δεδομένων που θα προκύψουν από τη χρήση του (Ρόντος & Παπάνης, 2007). Σημαντικό να τονιστεί είναι πως η χρήση του ερωτηματολογίου ικανοποιεί την ανάγκη που έχουν οι συμμετέχοντες να μη διαρρεύσουν οι απαντήσεις και τα χαρακτηριστικά τους. Το τελευταίο αυτό χαρακτηριστικό φαίνεται πως ενισχύει και την προθυμία των ατόμων να συμμετάσχουν σε σχετικές έρευνες (Ρόντος & Παπάνης, 2007).

Αναφορικά με το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, αυτά αφορούν στη χρήση της Κλίμακας Στάσεων σε Σχέση με τα άτομα με Αναπηρία - Β Τύπος / Attitudes Toward Disabled Persons Scale – Form B (ATDP - B), όπως αυτή μεταφράστηκε στα ελληνικά, σταθμίστηκε, συμπληρώθηκε και χρησιμοποιήθηκε από τον Κριτσωτάκη (2017). Πρόκειται για ένα εργαλείο, το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως από την ερευνητική κοινότητα για τη διερεύνηση των στάσεων. Και τούτο διότι χαρακτηρίζεται από ευκολία στη χρήση του και από αξιοπιστία, ενώ έχει αξιοποιηθεί και στο πλαίσιο διαπολιτισμικών ερευνών. Η δεύτερη έκδοση του εργαλείου, η οποία χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αυτή, περιλαμβάνει ένα σύνολο 30 ερωτήσεων/ μεταβλητών, οι οποίες αναπτύσσονται σε μια ββάθμια κλίμακα, που κυμαίνεται από το +3 (συμφωνώ πάρα πολύ) μέχρι -3 (διαφωνώ πάρα πολύ) που συνυπολογίζονται με τρόπο που το συνολικό σκορ να αθροίζει από 0-180. Το υψηλό σκορείνει ενδεικτικό της ανάπτυξης θετικών στάσεων των συμμετεχόντων απέναντι στην αναπηρία, ενώ χαμηλότερα σκορ (συγκεκριμένα <90) είναι ενδεικτικά αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρία αποτυπώνοντας την άποψη των συμμετεχόντων ότι τα άτομα με αναπηρία διαφέρουν από τα άτομα που δεν έχουν κάποιας μορφής αναπηρία (TenKlooster et al., 2009). Θα πρέπει να σημειωθεί πως καμία από τις απαντήσεις δε μπορεί να θεωρηθεί ως ουδέτερη.

Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου, όπως ήδη αναφέρθηκε, έγκειται στο γεγονός πως αποτελεί την πιο πρόσφατη εκδοχή του αρχικού εργαλείου, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε προγενέστερες έρευνες και έχει καταγραφή υψηλός δείκτης αξιοπιστίας (Shannon, Schoen&Tansey, 2009; Shiloh, Heruti&Berkovitz, 2011; De, 2015; Devkotaetal., 2017). Στην έκδοση αυτή έχει προστεθεί και η φράση «άτομα με αναπηρίες» χρησιμοποιούμενη πάντα εντός ενός πλαισίου ευαισθησίας απέναντι στα άτομα αυτά (Perry,

Conner&Shelar, 2008). Το εν λόγω εργαλείο, όπως μπορεί να δει κανείς στο *Παράρτημα I*, προσαρμόστηκε από τους Kritsotakis et al (2017), ώστε να αφορά στη διερεύνηση των στάσεων απέναντι σε συγκεκριμένες μορφές αναπηρίας (νοητική και κινητική) κι όχι γενικά την αναπηρία. Ο βαθμός αξιοπιστίας του συγκεκριμένου εργαλείου έχει υπολογισθεί πως κυμαίνεται μεταξύ του 0.83-0.85 (Lam et al., 2010), ενώ παρουσιάζει και εσωτερική εγκυρότητα και αξιοπιστία (ο δείκτης Cronbach's α έχει υπολογισθεί ότι είναι 0.71 (Kritsotakis et al, 2017).

Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα DAHC («Disability Attitudes in Health Care») την οποία δημιούργησαν οι ερευνητές Chadd και Pangilinan (2011) και, όπως «μαρτυρά» το όνομά της, αποτελεί μια κλίμακα η οποία αποσκοπεί στο να διερευνήσει και να εκτιμήσει τις στάσεις που αναπτύσσουν και διατηρούν τα άτομα, κυρίως οι επαγγελματίες υγείας, απέναντι στα άτομα με αναπηρία όσον αφορά σε ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης (Τζώρτζη, 2023).

Πρόκειται για μια κλίμακα για τη δημιουργία της οποίας αξιοποιήθηκαν ήδη υπάρχουσες κλίμακες και συγκεκριμένα η UCLA-GAS (University of California Los Angeles Geriatric Attitudinal Survey) η οποία δημιουργήθηκε από τους Reuben et al. (1998) καθώς και η κλίμακα MSAS (Maxwell Sullivan Attitude Scale), η οποία δημιουργήθηκε από τους Maxwell & Sullivan (1980). Οι Chadd και Pangilinan (2011), λοιπόν, προχώρησαν στις απαιτούμενες τροποποιήσεις των δύο κλιμάκων, ώστε να δημιουργήσουν ένα εργαλείο το οποίο θα μετρούσε και χρησιμοποιούνταν για να αξιολογηθούν οι στάσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στους ασθενείς τους που έχουν κάποιας μορφής αναπηρία. Οι ερευνητές, ακόμα, μερίμνησαν ώστε η διατύπωση των ερωτήσεων να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην υπάρχουν παρανοήσεις εκ μέρους των συμμετεχόντων και να δύνανται να συμπληρώσουν την κλίμακα χωρίς προβλήματα. Συνολικά, η κλίμακα αυτή αποτελείται από 17 ερωτήσεις/δηλώσεις, που αναπτύσσονται σε μια 5βάθμια κλίμακα Likert, η οποία ξεκινά από το 1 (=Διαφωνώ απόλυτα) έως το 5 (=Συμφωνώ απόλυτα). Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, επομένως δεν υπάρχει κάποια ερώτηση, η οποία δεν αξιολογείται. Αποτέλεσμα αυτού είναι να συγκεντρώνονται βαθμολογίες από 17 έως 85. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε θετικότερες στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στα άτομα με αναπηρίες, ενώ όσο πιο χαμηλή είναι η βαθμολογία που συγκεντρώνεται τόσο πιο αρνητικές είναι οι στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Αναφορικά με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του συγκεκριμένου εργαλείου, οι Chadd και

Pangilinan (2011) προέβησαν αρχικά σε μια πιλοτική έρευνα, προτού να διεξαχθεί η κυρίως έρευνα. Από την πιλοτική αυτή έρευνα προέκυψε ένας μεγάλος βαθμός αξιοπιστίας (Cronbach's $\alpha = 0,74$), γεγονός που συνετέλεσε στη χρήση της κλίμακας αυτής σε αντίστοιχες έρευνες στάσεων επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία.

Αναφορικά, λοιπόν, με τα εργαλεία που δόθηκαν στους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, όπως μπορεί να δει κανείς στο *Παράρτημα I*, αρχικά περιλαμβάνει μια ενημερωτική επιστολή στην οποία παρέχονται οι απαραίτητες πληροφορίες στους συμμετέχοντες σχετικά με τους σκοπούς της έρευνας, αλλά και την αναγκαιότητα της δικής τους συμμετοχής. Αντίστοιχα, τους παρέχονται οι απαραίτητες διαβεβαιώσεις αναφορικά με την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους και τη διατήρηση της ανωνυμίας τους, ενώ ενημερώνονται σχετικά με τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους στην έρευνα. Στην συνέχεια, ακολουθεί το *α' μέρος* του ερωτηματολογίου στο οποίο περιλαμβάνονται συνολικά 6 ερωτήσεις που αφορούν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (*φύλο, ηλικία, επαγγελματική απασχόληση στον τομέα της υγείας, έτη επαγγελματικής απασχόλησης στον τομέα της υγείας, οικογενειακή κατάσταση και επίπεδο εκπαίδευσης*).

Το *β' μέρος* του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τις κλίμακες των στάσεων απέναντι στην αναπηρία, κυρίως την κινητική, καθώς, όπως ήδη αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος της εργασίας, αυτή αποτελεί την συχνότερη μορφή αναπηρίας, επομένως αναμένεται να έχουν μεγαλύτερη επαφή με αυτή την αναπηρία οι επαγγελματίες υγείας. Στο μέρος αυτό, που αποτελεί και το κύριο μέρος του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις που έχουν οι επαγγελματίες υγείας αναφορικά με την αναπηρία (ερώτηση 7), σχετικά με τις πηγές από τις οποίες απέκτησαν τις σχετικές έρευνες (ερώτηση 8), σχετικά με την συχνότητα με την οποία έρχονται σε επαφή με την αναπηρία (ερώτηση 9), αλλά και σχετικά με το περιβάλλον με το οποίο έχουν έρθει σε επαφή με την αναπηρία (ερώτηση 10). Ακολουθούν 2 ερωτήσεις (ερωτήσεις 12 και 13), οι οποίες αποτελούνται συνολικά από 30 δηλώσεις, οι οποίες αναπτύσσονται στην 6βάθμια κλίμακα Likert και εκφράζουν τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των συμμετεχόντων με τις δηλώσεις αυτές (και κατ'έπекταση, αποτυπώνουν τις θετικές ή λιγότερο θετικές τους στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία). Πρόκειται για το εργαλείο ATDP – B. Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου υπάρχει η ερώτηση 14, η οποία αποτελείται από 17 δηλώσεις αναπτυγμένες σε 5βάθμια κλίμακα Likert και που συνθέτουν το εργαλείο DAHC (*Παράρτημα I*).

5.4.3 Το δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει δομές υγείας της περιοχής των Πατρών. Συγκεκριμένα, υλικό συλλέχθηκε από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ρίου Πατρών, του Γενικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Ανδρέας» Πατρών, καθώς και της Γενικής Κλινικής Πατρών «Ολύμπιον». Συνολικά, συλλέχθηκαν 158 ερωτηματολόγια τα δεδομένα των οποίων περιγράφονται στο κεφάλαιο που ακολουθεί (*Κεφάλαιο 6*).

5.4.4 Διαδικασία έρευνας

Για τους σκοπούς και στόχους της έρευνας, όπως ήδη αναφέρθηκε, επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος συλλογής των δεδομένων μέσω της χρήσης του ερωτηματολογίου αποτελούμενο από ερωτήσεις κλειστού τύπου. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν εξαρχής ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν προαιρετική και πως είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν από τη διαδικασία της έρευνας, όποια στιγμή το επιθυμούσαν. Για τη διεξαγωγή της έρευνας, πρωτίστως ζητήθηκε άδεια από τα Επιστημονικά Συμβούλια των δύο νοσοκομείων στα οποία απευθύνθηκε η ερευνήτρια. Μετά την εξασφάλιση της γραπτής άδειας (*Παράρτημα II*), η ερευνήτρια ασχολήθηκε με τη διανομή και τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων προσεγγίζοντας η ίδια τους συμμετέχοντες. Στους τελευταίους διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο μαζί με τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα, παράλληλα με ένα έντυπο συγκατάθεσης το οποίο κλήθηκαν να υπογράψουν ώστε να διασφαλιστεί η δεοντολογία της έρευνας. Η διαδικασία αυτή διήρκεσε περίπου 3 μήνες (ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο 2023) και στην συνέχεια ξεκίνησε η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων.

5.4.5 Ζητήματα δεοντολογίας (αδειοδότηση της έρευνας)

Υπήρξε μέριμνα ώστε να τηρηθούν όλα τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, υπήρξε ενημέρωση των συμμετεχόντων για το σκοπό της έρευνας και για τον τρόπο χρήσης και αξιοποίησης των απαντήσεών τους. Παράλληλα, διασφαλίστηκε η διατήρηση της ανωνυμίας τους και διασφαλίστηκε πως η χρήση των απαντήσεων θα γινόταν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας.

Για την χορήγηση του ερωτηματολογίου, όπως ήδη αναφέρθηκε, αρχικά ζητήθηκε και εξασφαλίστηκε η απαραίτητη άδεια από τους δημιουργούς του (*Παράρτημα III*), ώστε να καταστεί δυνατή η χρήση αυτού, και στην συνέχεια ζητήθηκε και εξασφαλίστηκε η άδεια χορήγησης του ερωτηματολογίου από το Διοικητικό και Επιστημονικό Προσωπικό στο οποίο απευθύνθηκε η παρούσα έρευνα (*Παράρτημα III*).

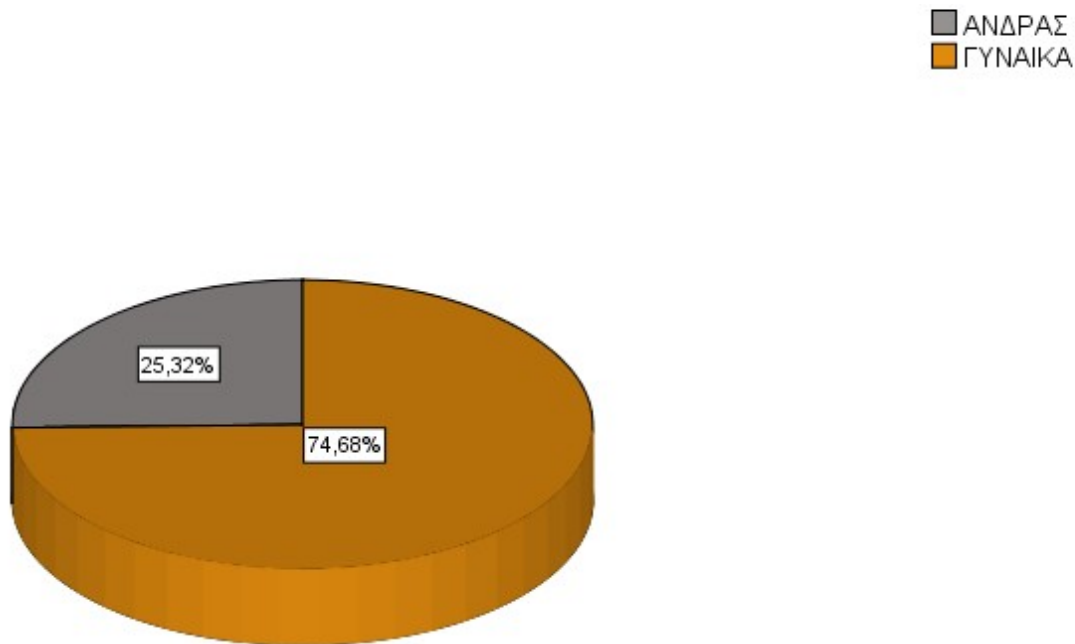
5.4.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα 150 ερωτηματολόγια αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού εργαλείου SPSS 26. Σε ένα πρώτο επίπεδο πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων αυτών και στην συνέχεια, σε ένα δεύτερο επίπεδο ανάλυσης, πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών με τη χρήση των κατάλληλων στατιστικών εργαλείων. Τα στατιστικά δεδομένα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων παρουσιάζονται στο κεφάλαιο που ακολουθεί (*Κεφάλαιο 6*).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

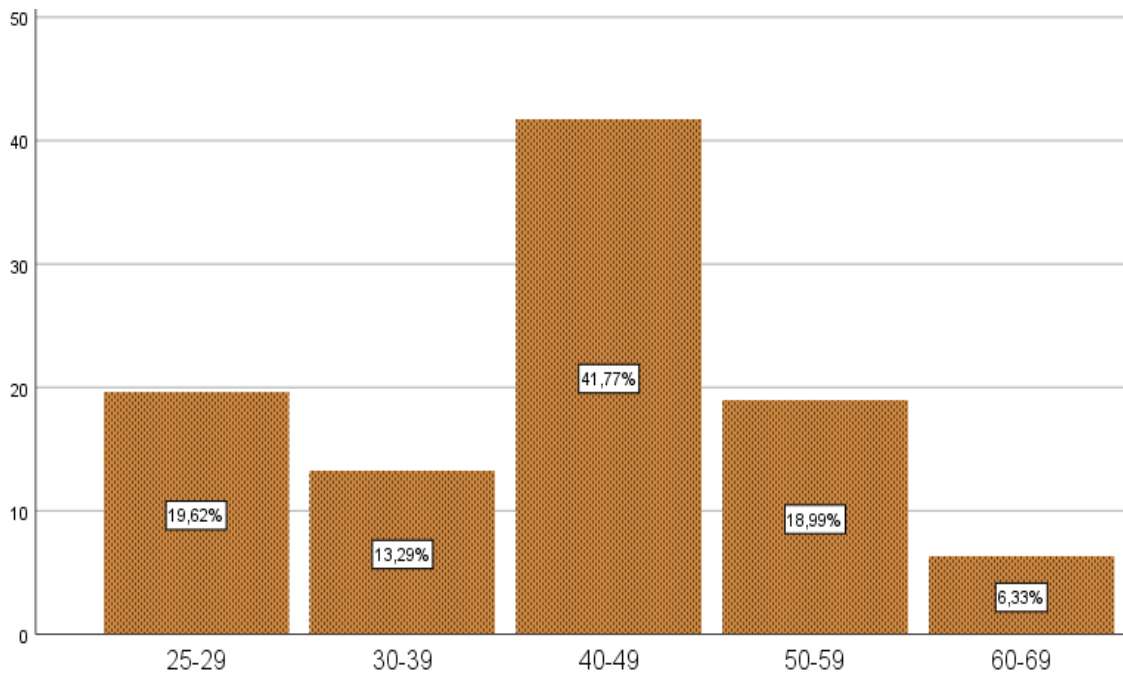
6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Όπως ήδη αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο (Κεφάλαιο 5) στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 158 επαγγελματίες υγείας. Από το σύνολο αυτό, το 74,68% (δηλαδή τα 118 άτομα) ήταν γυναίκες και το 25,32% (δηλαδή τα 40 άτομα) ήταν άνδρες (Σχήμα 2).



Σχήμα 2: Κατανομή ως προς το φύλο

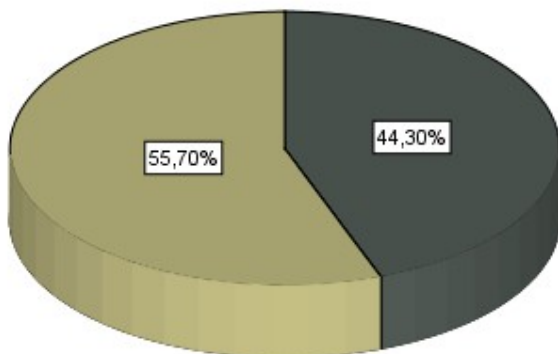
Αναφορικά με την ηλικία των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, στην πλειονότητά τους ήταν ηλικίας 40-49 ετών (το 41,8% του συνόλου, δηλαδή οι 66 από τους 158 συμμετέχοντες). Μικρής ηλικίας (25-29 ετών) ήταν το 19,6% του συνόλου (31 άτομα), ενώ αντίστοιχο ήταν και ποσοστό των επαγγελματιών υγείας ηλικίας 50-59 ετών (το 19%, δηλαδή τα 30 άτομα). Το 13,3% του συνόλου ήταν ηλικίας 30-39 ετών (21 άτομα), ενώ μόνο 10 άτομα (το 6,3% του συνόλου) ήταν ηλικίας 60-69 ετών (Σχήμα 3).



Σχήμα 3: Κατανομή ως προς την ηλικία

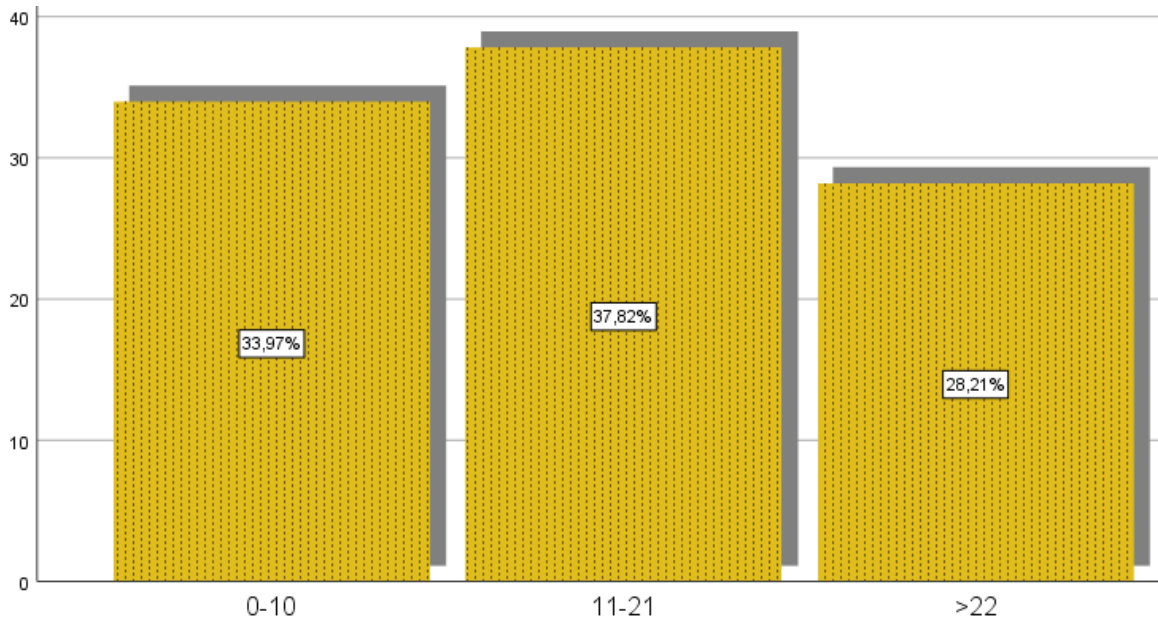
Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε πως υπήρξε προσπάθεια ώστε να υπάρξει στην έρευνα μια όσο το δυνατόν πιο ισομερής αντιπροσώπευση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Συγκεκριμένα, το 55,7% του δείγματος (δηλαδή οι 88 από τους 158 συμμετέχοντες) εργάζονται ως νοσηλεύτριες/-τριες και το υπόλοιπο 44,3% (δηλαδή οι 70 συμμετέχοντες) εργάζονται ως ιατροί (Σχήμα 4).

■ ΙΑΤΡΟΣ
■ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/-ΤΡΙΑ



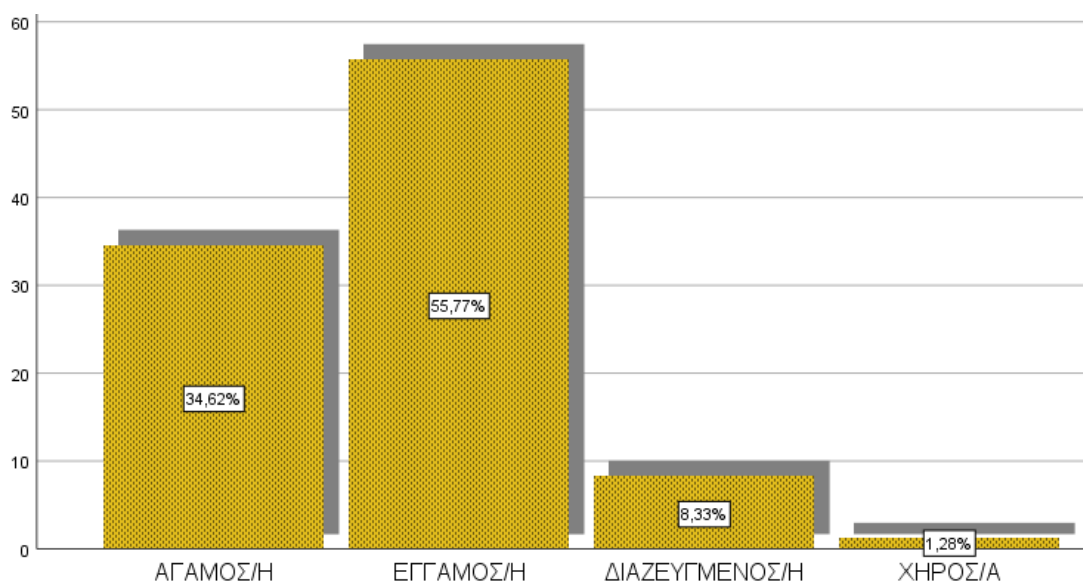
Σχήμα 4: Επάγγελμα

Αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων στον τομέα της υγείας, από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε πως οι περισσότεροι εργάζονται στον τομέα αυτό 11-21 έτη (το 37,8% του δείγματος, δηλαδή οι 59 από τους 158 συμμετέχοντες). Αντίστοιχα, 0-10 έτη προϋπηρεσίας φαίνεται να συγκεντρώνει το 34% του συνόλου (δηλαδή οι 53 συμμετέχοντες). Περισσότερα έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας, πάνω από 22 έτη, έχει το 28,2% του συνόλου (δηλαδή οι 44 συμμετέχοντες) (Σχήμα 5).



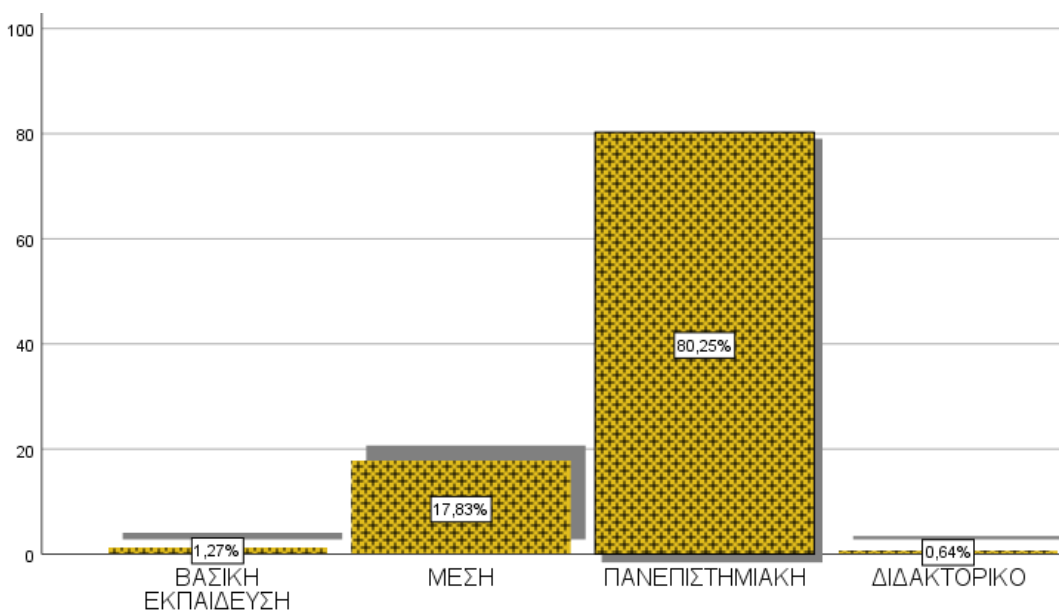
Σχήμα 5: Κατανομή ως προς τα έτη προϋπηρεσίας

Στην πλειονότητά τους οι επαγγελματίες υγείας της έρευνας είναι έγγαμοι/-ες (το 55,8% του συνόλου, δηλαδή οι 87 από τους 158 συμμετέχοντες), ενώ άγαμοι/-ες είναι οι 54 συμμετέχοντες (το 34,2% του συνόλου). Μόνο το 8,3% του συνόλου (δηλαδή οι 13 συμμετέχοντες) είναι διαζευγμένοι/-ες και μόλις το 1,3% (δηλαδή 2 συμμετέχοντες) είναι χήροι/-ες (Σχήμα 6).



Σχήμα 6: Κατανομή ως προς την οικογενειακή κατάσταση

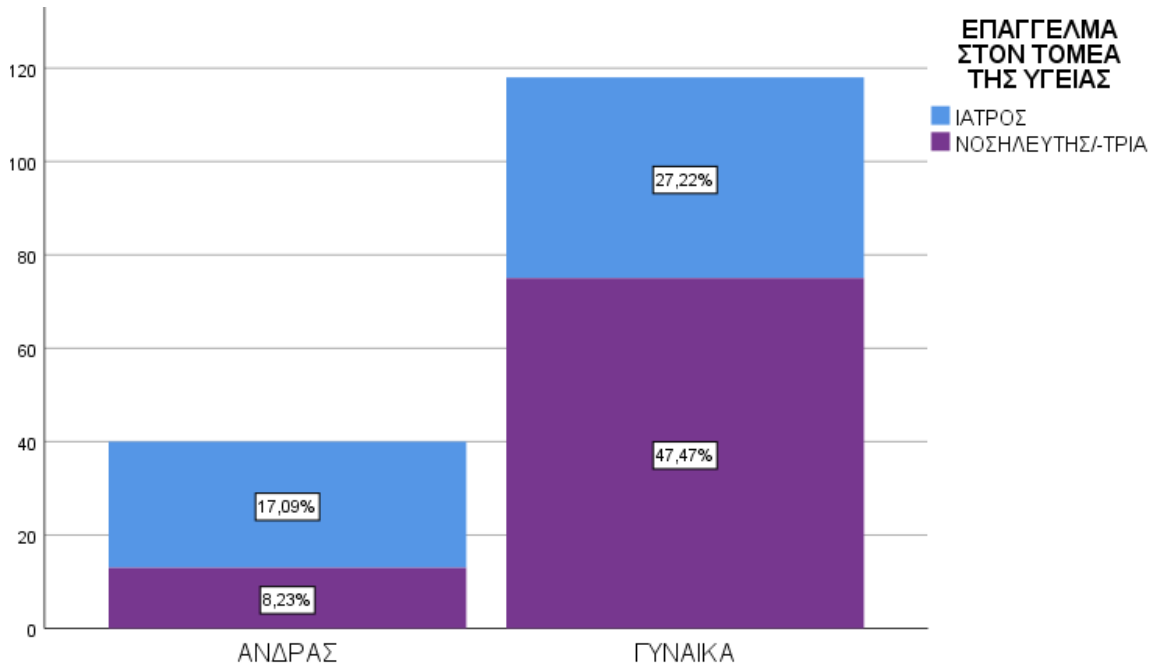
Τέλος, αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων προκύπτει πως στην πλειονότητά τους οι συμμετέχοντες έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (80,3%, δηλαδή οι 126 από τους 158 συμμετέχοντες). Αντίθετα, μόλις 1 συμμετέχων είναι κάτοχος διδακτορικού διπλώματος σπουδών και μόνο 28 συμμετέχοντες (δηλαδή το 17,8% του συνόλου) είναι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης (Σχήμα 7)



Σχήμα 7: Κατανομή ως προς το επίπεδο σπουδών

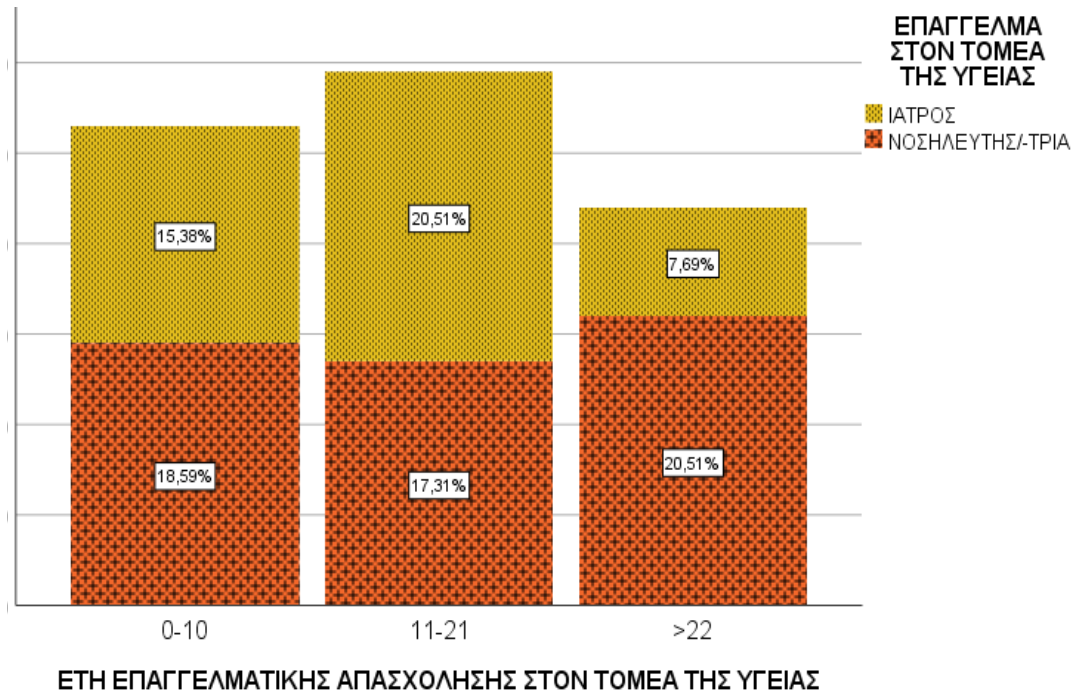
Όπως μπορεί να δει κανείς στο παραπάνω σχήμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών του δείγματος (το 17,09% του συνόλου των ιατρών) ασκεί το επάγγελμα του ιατρού,

ενώ αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών του δείγματος (το 47,47% του συνόλου των γυναικών του δείγματος) ασκεί το επάγγελμα της νοσηλεύτριας (Σχήμα 8).



Σχήμα 8: Επάγγελμα ανά φύλο

Αντίστοιχα, όπως φαίνεται στο Σχήμα 9, το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών του δείγματος (20,51%) εργάζεται στον τομέα της υγείας 11-21 έτη, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος (το 20,51%) εργάζεται στον τομέα της υγείας πάνω από 22 έτη.



Σχήμα 9: Έτη επαγγελματικής απασχόλησης ανά επάγγελμα

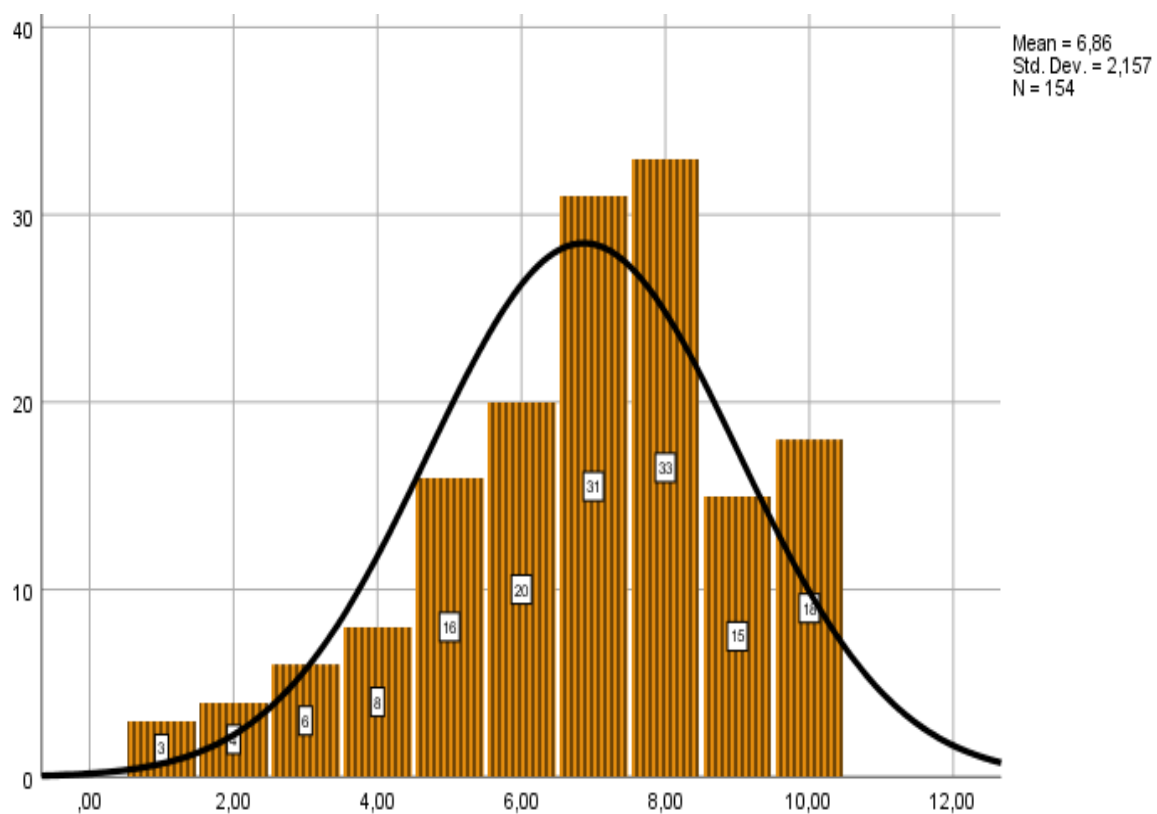
Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 1) παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα.

Πίνακας 1: Συγκεντρωτική παρουσίαση δημογραφικών χαρακτηριστικών

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΠΛΗΘΟΣ	%
ΦΥΛΟ		
Άνδρες	40	25,3
Γυναίκες	118	74,68
Σύνολο	158	
ΗΛΙΚΙΑ		
25-29 ετών	31	15,62
30-39 ετών	21	13,29
40-49 ετών	66	41,77
50-59 ετών	30	18,99
60-69 ετών	10	6,33
Σύνολο	158	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ		
Ιατρός	70	44,3
Νοσηλεύτης/-τρια	88	55,7
Σύνολο	158	
ΕΤΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ		
0-10	53	33,97
11-21	59	37,8
>22	44	28,2
Δεν απάντησαν	2	
Σύνολο	158	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Έγγαμος/-η	87	55,8
Άγαμος/-η	54	34,2
Διαζευγμένος/-η	13	8,3
Χήρος/-α	2	1,3
Δεν απάντησαν	2	
Σύνολο	158	
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ		
Βασική εκπαίδευση	3	1,27
Μέση	28	17,3
Πανεπιστημιακή	126	80,3
Διδακτορικό	1	0,64
Σύνολο	158	

6.2 Κλίμακες στάσεων απέναντι στην αναπηρία

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου τέθηκαν ερωτήσεις στους συμμετέχοντες, οι οποίες αφορούσαν στις στάσεις τους απέναντι στην αναπηρία. Αρχικά, τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν το εύρος των γνώσεων που διαθέτουν γενικά για την αναπηρία επιλέγοντας έναν αριθμό από μια διαβαθμισμένη κλίμακα 10 τιμών (ερώτηση 7). Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προκύπτει πως οι συμμετέχοντες έχουν σε γενικές γραμμές μια σχετικά καλή γνώση για την αναπηρία, καθώς ο μέσος όρος των απαντήσεων ήταν $M.O.=6,86$ ($T.A.=2,157$) (Σχήμα 10).



Σχήμα 10: Βαθμός γνώσεων για την αναπηρία

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σχετικά με τις πηγές από τις οποίες κατά κύριο λόγο αντλούν τις γνώσεις τους για την αναπηρία. Θα πρέπει να σημειωθεί πως στο ερώτημα αυτό τους δόθηκε η δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να επιλέξουν περισσότερες από μια απαντήσεις και για το λόγο αυτό ο αριθμός των απαντήσεων που συγκεντρώθηκαν δεν είναι 158 (ο αριθμός των συμμετεχόντων), αλλά 453 (Πίνακας 2). Από την επεξεργασία των απαντήσεων, λοιπόν, προέκυψε ότι κατά κύριο λόγο οι γνώσεις των συμμετεχόντων αποκτήθηκαν κατά την προπτυχιακή τους εκπαίδευση στο ΤΕΙ ή στο

Πανεπιστήμιο (συγκεντρώθηκαν 80 απαντήσεις που αποτελούν το 17.7% του συνόλου των απαντήσεων), από επιστημονικά βιβλία και περιοδικά (συγκεντρώθηκαν 73 απαντήσεις που αποτελούν το 16,1% του συνόλου των απαντήσεων), από εφημερίδες, περιοδικά, ράδιο ή τηλεόραση (συγκεντρώθηκαν 60 απαντήσεις που αποτελούν το 13,2% του συνόλου των απαντήσεων) ή από το διαδίκτυο (συγκεντρώθηκαν 59 απαντήσεις που αποτελούν το 13% του συνόλου των απαντήσεων) (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Πηγές γνώσεων για την αναπηρία

		Απαντήσεις	
		N	Ποσοστό
ΠΗΓΕΣ_ΓΝΩΣΗΣ ^a	Είμαι άτομο με αναπηρία	2	0,4%
	Από την προπτυχιακή μου εκπαίδευση στο ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	80	17,7%
	Παρακολούθησα ειδικό σεμινάριο	22	4,9%
	Από προσωπική εμπειρία με άτομο/α με αναπηρία κατά την εργασία	56	12,4%
	Από μέλος της οικογένειάς μου	39	8,6%
	Από φίλο/η, γείτονα, κ.λπ.	19	4,2%
	Από Επιστημονικά περιοδικά και βιβλία	73	16,1%
	Από εθελοντικές δράσεις	18	4,0%
	Από εφημερίδες, περιοδικά, ράδιο, τηλεόραση	60	13,2%
	Από το διαδίκτυο	59	13,0%
	Από Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (facebook, twitter, κ.λπ.)	25	5,5%
	Σύνολο	453	100,0%

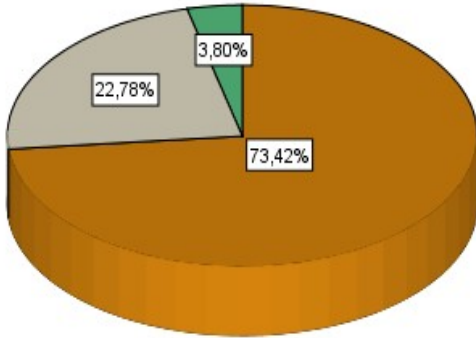
Αναφορικά με τη συχνότητα επαφής των επαγγελματιών υγείας με άτομα με αναπηρία, προκύπτει πως αυτή είναι, σε γενικές γραμμές, συχνή. Συγκεκριμένα, το 17,1% των συμμετεχόντων (οι 27 από τους 158 συμμετέχοντες) απάντησαν πως έχουν πάρα πολύ συχνή χρήση με άτομα με αναπηρία, το 19.6% του συνόλου του δείγματος (οι 31 από τους 158 συμμετέχοντες) έχουν πολύ συχνή επαφή και το 31% του συνόλου (οι 49 από τους 158 συμμετέχοντες) έχουν συχνή επαφή με άτομα με αναπηρία. Αντίθετα, το 23.4% (οι 37 από τους 158 συμμετέχοντες) δηλώνουν ότι έχουν σπάνια επαφή με τα άτομα με αναπηρία και το 8.9% (οι 14 συμμετέχοντες) έχουν πολύ σπάνια επαφή με τα άτομα αυτά (Πίνακας 3).

Πίνακας3: Συχνότητα επαφής με άτομα με αναπηρία

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	27	17,1
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	31	19,6
ΣΥΧΝΑ	49	31,0
ΣΠΑΝΙΑ	37	23,4
ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ	14	8,9
Σύνολο	158	100,0

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως η συχνότητα επαφής των επαγγελματιών υγείας του δείγματος με άτομα με αναπηρία δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με κανέναν από τους δημογραφικούς –κοινωνικούς παράγοντες. Όσον αφορά συγκεκριμένα την επαφή με άτομα με κινητική αναπηρία, από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι στην πλειονότητά τους οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος είχαν επαφή με άτομα με αναπηρία (σύμφωνα με τους 116 από τους 158 συμμετέχοντες, δηλαδή σύμφωνα με το 73,4% του συνόλου του δείγματος). Αντίθετα, το 22,8% του συνόλου (οι 36 από τους 158 συμμετέχοντες) αναφέρουν πως δεν είχαν επαφή με άτομα με κινητική αναπηρία, ενώ μόνο 6 συμμετέχοντες (το 3,8% του συνόλου) απάντησε πως δε θυμάται αν είχε επαφή με άτομο με κινητική αναπηρία (Σχήμα 11).

■ ΝΑΙ
■ ΟΧΙ
■ ΔΕ ΘΥΜΑΜΑΙ



Σχήμα 11: Επαφή με άτομα με κινητική αναπηρία

Πολλαπλές απαντήσεις δόθηκαν και στο ερώτημα σχετικά με το περιβάλλον εντός του οποίου έχει γίνει η επαφή των συμμετεχόντων με άτομα με αναπηρία. Από την ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων προκύπτει πως κατά κύριο λόγο οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος έχουν επαφή με άτομα με αναπηρία κυρίως μέσω της εργασίας τους (συγκεντρώθηκαν 90 απαντήσεις που αποτελούν το 60,8% του συνόλου των απαντήσεων) και στη συνέχεια, αν και σε μικρότερο βαθμό, στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον (συγκεντρώθηκαν 30 απαντήσεις που αποτελούν το 20,3% του συνόλου των απαντήσεων) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Περιβάλλον επαφής με άτομα με αναπηρία

	N	Απαντήσεις	
			Ποσοστό
§ΕΠΑΦΗ ^a	Στο στενό οικογενειακό περιβάλλον	30	20,3%
	Στο φιλικό περιβάλλον	18	12,2%
	Στην εργασία	90	60,8%
	Δεν θυμάμαι / Προτιμώ να μην απαντήσω	10	6,8%
Σύνολο	148		100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

6.3 Κλίμακα στάσεων ATPD-B

Στο επόμενο μέρος του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν τις 30 συνολικά ερωτήσεις της κλίμακας ATPD-B για την οποία έγινε λόγος στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας (πρόκειται για τις ερωτήσεις 12 και 13 του ερωτηματολογίου, όπως μπορεί να δει κανείς στο *Παράρτημα II*).

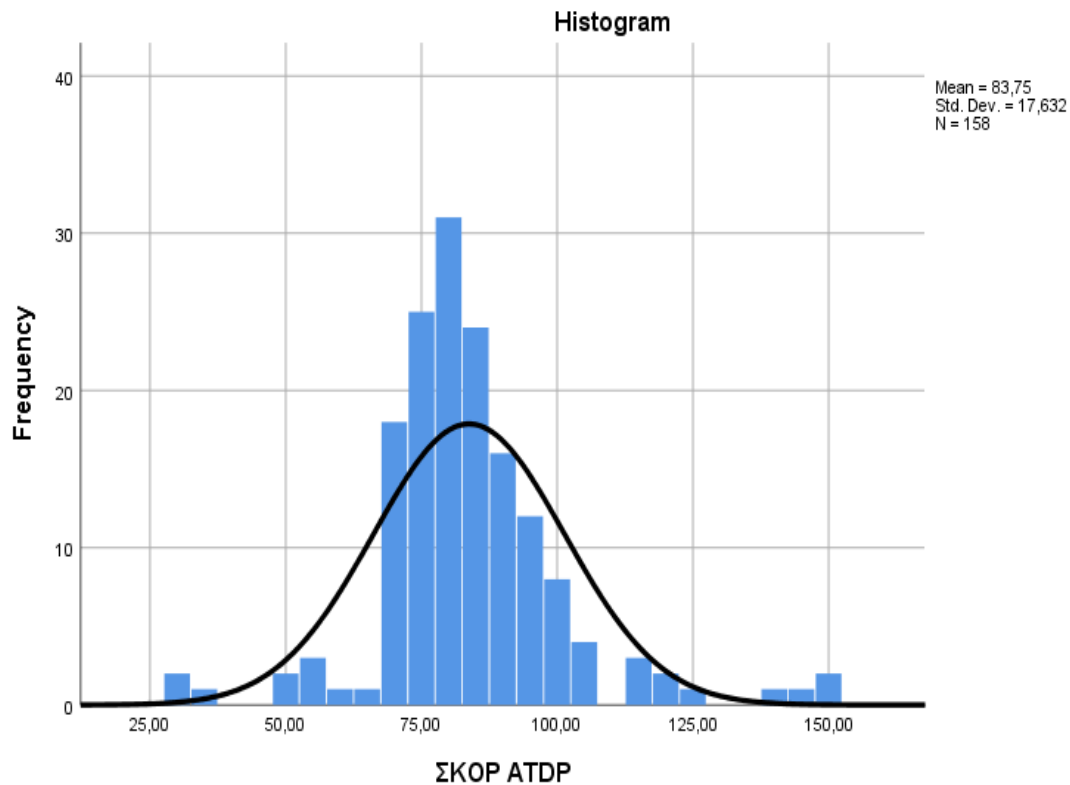
Αρχικά, ελέγχθηκε η αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής χρησιμοποιώντας τον συντελεστή Cronbach's alpha. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, ο δείκτης αυτός είναι 0,822 ($>0,7$), επομένως θεωρούμε πως το συγκεκριμένο εργαλείο έχει υψηλό δείκτη αξιοπιστίας (*Πίνακας 5*).

Πίνακας 5: Δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής

Cronbach's Alpha	N of Items
0,822	30

Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, το εργαλείο αυτό αναπτύσσεται σε μια ββάθμια κλίμακα που κυμαίνεται από το +3 (συμφωνώ πάρα πολύ) μέχρι -3 (διαφωνώ πάρα πολύ) που συνυπολογίζονται με τρόπο που το συνολικό σκορ να αθροίζει από 0-180. Το υψηλό σκορ είναι ενδεικτικό της ανάπτυξης θετικών στάσεων των συμμετεχόντων απέναντι στην αναπηρία, ενώ χαμηλότερα σκορ (συγκεκριμένα <90) είναι ενδεικτικά αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρία αποτυπώνοντας την άποψη των συμμετεχόντων ότι τα άτομα με αναπηρία διαφέρουν από τα άτομα που δεν έχουν κάποιας μορφής αναπηρία (TenKlooster et al., 2009). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί πως το αρχικό εργαλείο καθώς και το μεταφρασμένο εργαλείο για τη χρήση του οποίου εξασφαλίστηκε άδεια (*Παράρτημα II*) δε χωρίζεται σε υποκατηγορίες και για το λόγο αυτό παρουσιάζεται το συνολικό σκορ.

Από την ανάλυση των δεδομένων, προκύπτει πως σε γενικές γραμμές οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος έχουν σχεδόν αρνητικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία, δεδομένου ότι ο μέσος όρος των απαντήσεών τους είναι $M.O.=83,75$ ($T.A. = 17,63$) (*Σχήμα 12*).



Σχήμα 12: Συνολικό σκορ στην κλίμακα ΑΤΡD-B

Πιο συγκεκριμένα, θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία έχουν οι 46 από τους 158 συμμετέχοντες (το 29,49% του συνόλου του δείγματος), καθώς αυτοί συγκέντρωσαν βαθμολογίες από 90 μονάδες και πάνω. Αντίθετα, οι 112 από τους 158 συμμετέχοντες (δηλαδή το 70,89%) έχουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία, καθώς συγκέντρωσαν βαθμολογία μικρότερη από 90 (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Θετικές και αρνητικές στάσεις επαγγελματιών υγείας

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	M.O.	T.A
ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ	46	90,00	151,00	103,2391	16,01969
ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΘΕΤΙΚΕΣ/ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΤΑΣΕΙΣ	112	30,00	89,00	75,7500	10,66315
Valid N (listwise)	0				

Ο μέσος όρος των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος ήταν 83,89 (T.A.=19,84) και των ανδρών ήταν 83,62 (T.A.=8,40), γεγονός ενδεικτικό της ανάπτυξης παρόμοιων

στάσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών επαγγελματιών υγείας απέναντι στην αναπηρία (Πίνακας 7). Πρόκειται για στάσεις οι οποίες δε μπορούν να θεωρηθούν υψηλά θετικές.

Πίνακας 7: Σκορ ATPD-B ανδρών και γυναικών του δείγματος

	N	Mean	Std. Deviation
Γυναίκες	118	83,7966	19,83977
Άνδρες	40	83,6250	8,40539
Valid N (listwise)	0		

Αντίστοιχη είναι και η εικόνα που προκύπτει αναφορικά με τις στάσεις που αναπτύσσουν απέναντι στην αναπηρία οι διάφορες ηλικιακές ομάδες. Όπως μπορεί να δει κανείς στον πίνακα που ακολουθεί, οι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα των 50-59 ετών έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο (M.O.= 85,27, T.A. = 15,55) (άρα και πιο θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία). Αντίστοιχα, οι επαγγελματίες υγείας ηλικίας 40-49 ετών έχουν M.O. =84,64 (M.O.=15,55), οι επαγγελματίες υγείας 30-39 ετών M.O.=83,72 (T.A.=20,49), οι επαγγελματίες υγείας ηλικίας 60-69 ετών έχουν μέσο όρο M.O.=83 (T.A.=12,17) και οι επαγγελματίες υγείας 25-29 ετών έχουν μέσο όρο M.O.=80,68 (T.A.=24,08) (Πίνακας 8). Πρόκειται για μικρές διαφορές στους μέσους όρους, οι οποίοι και στην περίπτωση αυτή είναι ενδεικτικοί στάσεων που δε μπορούν να χαρακτηριστούν ιδιαίτερα θετικές.

Πίνακας 8: Σκορ ATPD-B ανά ηλικιακές ομάδες

	N	Mean	Std. Deviation
25-29	31	80,6774	24,08511
30-39	21	83,7143	20,48693
40-49	66	84,6364	15,54907
50-59	30	85,2667	13,80138
60-69	10	83,0000	12,26558
Valid N (listwise)	0		

Αντίστοιχα, ο μέσος όρος του ιατρικού προσωπικού του δείγματος ήταν 82,48 (T.A.=15,40) και του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν 84,76 (T.A.=19,25), γεγονός είναι ενδεικτικό των όχι και τόσο θετικών στάσεων που διατηρούν ακόμα και σήμερα στο σύνολό τους οι επαγγελματίες υγείας ανεξάρτητα από την ειδικότητά τους (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Μ.Ο. Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

	N	M.O	T.A
ΙΑΤΡΟΙ	70	82,4857	15,39974
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	88	84,7614	19,25151
Valid N (listwise)	0		

Παρόμοια εικόνα παρατηρούμε και στο σκορ που συγκέντρωσαν οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας τους στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος που έχουν προϋπηρεσία 11-21 ετών έχουν αναπτύξει πιο θετικές στάσεις συγκριτικά με τις άλλες ομάδες, καθώς έχουν συγκεντρώσει μεγαλύτερο μέσο όρο (Μ.Ο.=87,54, Τ.Α.=15,31). Οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος με προϋπηρεσία μεγαλύτερη των 22 ετών έχουν συγκεντρώσει μέσο όρο Μ.Ο.=86,61 (Τ.Α.= 15,31) και οι συμμετέχοντες με προϋπηρεσία 0-10 έτη έχουν συγκεντρώσει μέσο όρο Μ.Ο.=77,01 (Τ.Α.=18,67) (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Σκορ ATPD-B ανά έτη προϋπηρεσίας

	N	Mean	Std. Deviation
0-10 έτη	53	77,0566	18,67579
11-21 έτη	59	87,5424	15,31094
>22 έτη	44	86,6136	17,55816
Valid N (listwise)	0		

Παρόμοια εικόνα παρατηρούμε και στο σκορ που συγκέντρωσαν οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος που είναι έγγαμοι έχουν πιο θετικές στάσεις καθώς ο μέσος όρος των απαντήσεών τους είναι (Μ.Ο.=86,72, Τ.Α.=17,45). Οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος που είναι άγαμοι/ες έχουν συγκεντρώσει μέσο όρο Μ.Ο.=79,61 (Τ.Α.= 19,23), που είναι και ο μικρότερος μέσος όρος, ενώ οι συμμετέχοντες που δήλωσαν διαζευγμένοι έχουν συγκεντρώσει μέσο όρο Μ.Ο.=81,46 (Τ.Α.=8,89) και όσοι είναι σε κατάσταση χηρείας έχουν συγκεντρώσει μέσο όρο Μ.Ο.=80 (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Σκορ ATPD-B ανά οικογενειακή κατάσταση

	N	Mean	Std. Deviation
Άγαμος/-η	54	79,6111	19,22794
Έγγαμος/-η	87	86,7241	17,44872
Διαζευγμένος/-η	13	81,4615	8,89396
Χήρος/-α	2	80,0000	0,00000
Valid N (listwise)	0		

Τέλος, θελήσαμε να διαπιστώσουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ που συγκέντρωσαν οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος στην κλίμακα αυτή (άρα, συσχέτιση των στάσεων τους απέναντι στην αναπηρία) με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Πιο αναλυτικά, για την επιλογή του κατάλληλου στατιστικού ελέγχου, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών που θέλουμε να συσχετίσουμε. Όπως βλέπουμε στον πίνακα που ακολουθεί τόσο στο κριτήριο Kolmogorov-Smirnov όσο και στο κριτήριο Shapiro-Wilk η τιμή $\text{sig} < 0,05$, γεγονός που μας οδηγεί στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης και στην αποδοχή της εναλλακτικής υπόθεσης. Με άλλα λόγια, δεχόμαστε ότι δεν υπάρχει κανονικότητα στις μεταβλητές, επομένως θα επιλέξουμε τη χρήση μη παραμετρικών κριτηρίων (Πίνακας 12). Η διαδικασία αυτή πραγματοποιήθηκε και για τις υπόλοιπες συσχετίσεις, όπου δεν προέκυψε κανονικότητα των μεταβλητών, επομένως σε όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ.

Πίνακας 12: Έλεγχος κανονικότητας

ΦΥΛΟ		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
ΣΚΟΡ ATDP	ΑΝΔΡΑΣ	0,142	40	0,041	0,955	40	0,109
	ΓΥΝΑΙΚΑ	0,128	118	0,000	0,917	118	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

Συγκεκριμένα, για τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο το φύλο των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις τους στην κλίμακα ATPD-B, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney U ως το μη παραμετρικό κριτήριο του κριτηρίου Independent Samples T-Test. Από την εφαρμογή του κριτηρίου αυτού δεν προέκυψε

στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών (φύλο και σκορ στην κλίμακα ATPD-B) (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Συσχέτιση φύλου και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B

Sig.	Null Hypothesis	Test	Decision
1	The distribution of ΣΚΟΡΑΤDΡ is the same across categories of ΦΥΛΟ	Independent- Samples Mann-Whitney U Test	0,573 Retain the null hypothesis

Αντίστοιχα, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των επαγγελματιών υγείας του δείγματος και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B), που σημαίνει ότι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία δεν επηρεάζονται από την ηλικία τους (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Συσχέτιση ηλικίας και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B

Sig.	Null Hypothesis	Test	Decision
1	The distribution of ΣΚΟΡΑΤDΡ is the same across categories of ΗΛΙΚΙΑ	Independent- Samples Kruskal Wallis Test	0,954 Retain the null hypothesis

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα πως ούτε το επάγγελμα των συμμετεχόντων δε φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικότες στάσεις τους απέναντι στην αναπηρία, που σημαίνει ότι το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος αναπτύσσει και διατηρεί παρόμοιες στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία, κυρίως κινητική (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Συσχέτιση επαγγέλματος στον τομέα της υγείας και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B

Sig.	Null Hypothesis	Test	Decision
1	The distribution of ΣΚΟΡΑΤDΡ is the same across categories of ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	Independent- Samples Mann-Whitney U Test	0,738 Retain the null hypothesis

Σε γενικές γραμμές, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των επαγγελματιών υγείας του δείγματος και της βαθμολογίας τους στην κλίμακα ATPD-B.

Τέλος, χρησιμοποιήσαμε το κριτήριο της ανάλυσης παλινδρόμησης για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν παράγοντες/μεταβλητές που μπορούν να επηρεάσουν τις τιμές της μεταβλητής ATDP-B. Στο πλαίσιο αυτό ως ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν α) οι γνώσεις που έχουν για την αναπηρία οι συμμετέχοντες (ερώτηση 7), β) η συχνότητα της επαφής με άτομα με κινητική αναπηρία (ερώτηση 9) και γ) η επαφή με άτομα με κινητική αναπηρία (ερώτηση 10). Ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε το συνολικό σκορ που συγκέντρωσαν οι συμμετέχοντες στην κλίμακα ATDP-B. Σε καμία περίπτωση, η ανάλυση παλινδρομικής σχέσης δε βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική.

Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις που έχουν οι συμμετέχοντες για την αναπηρία και τις στάσεις τους ($R=0,037$), αλλά μόνο το 0,1% της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής «σκορ» μπορεί να προβλεφθεί από την ανεξάρτητη μεταβλητή ($RSquare=0,001$). Η παλινδρομική σχέση ($R=0,037$) δεν είναι στατιστικά σημαντική ($F=0,212$, $Sig=0,646>0,05$) (Πίνακας 17).

Πίνακας 16: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ γνώσεων και στάσεων

<i>Model Summary</i>				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,037 ^a	,001	-,005	17,85517

a. Predictors: (Constant), Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 10 πόσες γνώσεις έχετε γενικά για την αναπηρία και για τη ζωή των ατόμων με αναπηρία;

Πίνακας 17: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης γνώσεων-στάσεων

<i>ANOVA^a</i>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	67,432	1	67,432	,212	,646 ^b
	Residual	48458,704	152	318,807		
	Total	48526,136	153			

a. Dependent Variable: ΣΚΟΡ ATDP

b. Predictors: (Constant), Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 10 πόσες γνώσεις έχετε γενικά για την αναπηρία και για τη ζωή των ατόμων με αναπηρία;

Αντίστοιχα, η παλινδρομική σχέση μεταξύ συχνότητας επαφής με άτομα με αναπηρία και στάσεων ($R=0,062$) (Πίνακας 18) δεν είναι στατιστικά σημαντική ($F=0,599$, $Sig=0,440>0,05$) (Πίνακας 19).

Πίνακας 18: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ συχνότητας επαφής και στάσεων

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,062 ^a	,004	-,003	17,65454

a. Predictors: (Constant), Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα με αναπηρία;

Πίνακας 19: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης συχνότητας επαφής-στάσεων

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	186,846	1	186,846	,599	,440 ^b
	Residual	48622,528	156	311,683		
	Total	48809,373	157			

a. Dependent Variable: ΣΚΟΡ ATDP

b. Predictors: (Constant), Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα με αναπηρία;

Τέλος, και η παλινδρομική σχέση μεταξύ επαφής με άτομα με αναπηρία και στάσεων ($R=0,014$) (Πίνακας 20) δεν είναι στατιστικά σημαντική ($F=0,031$, $Sig=0,859>0,05$) (Πίνακας 21).

Πίνακας 20: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ επαφής και στάσεων

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,014 ^a	,000	-,006	17,68665

a. Predictors: (Constant), Είχατε, έως τώρα, στη ζωή σας επαφή με άτομα που έχουν κινητική αναπηρία;

Πίνακας 21: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης επαφής-στάσεων

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9,851	1	9,851	,031	,859 ^b
	Residual	48799,523	156	312,817		
	Total	48809,373	157			

a. Dependent Variable: ΣΚΟΡ ΑΤΔΡ

b. Predictors: (Constant), Είχατε, έως τώρα, στη ζωή σας επαφή με άτομα που έχουν κινητική αναπηρία;

6.3 Κλίμακα στάσεων DAHC

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν τις 17 συνολικά ερωτήσεις της κλίμακας DAHC για την οποία έγινε λόγος στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας (πρόκειται για την ερώτηση 14 του ερωτηματολογίου, όπως μπορεί να δει κανείς στο *Παράρτημα Ι*). Όπως ήδη αναφέρθηκε, η κλίμακα αυτή αποτελείται από 17 ερωτήσεις/δηλώσεις, που αναπτύσσονται σε μια 5βάθμια κλίμακα Likert, η οποία ξεκινά από το 1 (=Διαφωνώ απόλυτα) έως το 5 (=Συμφωνώ απόλυτα). Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, επομένως δεν υπάρχει κάποια ερώτηση η οποία δεν αξιολογείται. Αποτέλεσμα αυτού είναι να συγκεντρώνονται βαθμολογίες από 17 έως 85.

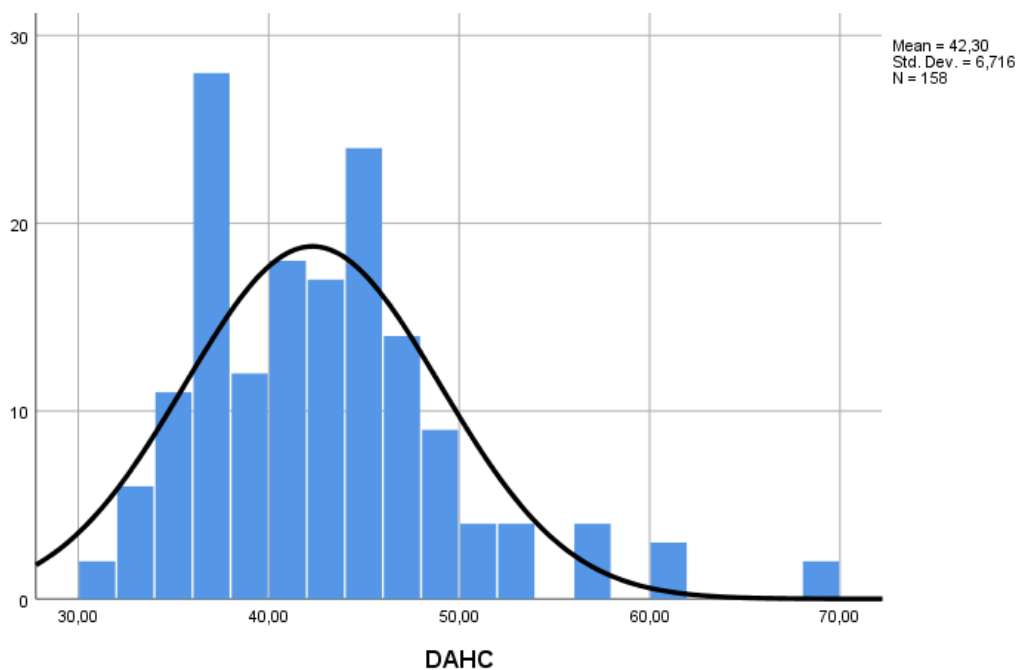
Αρχικά, ελέγχθηκε η αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής χρησιμοποιώντας τον συντελεστή Cronbach's alpha. Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, ο δείκτης αυτός είναι δεν είναι πάνω από την τιμή 0,7 επομένως θεωρούμε πως το συγκεκριμένο εργαλείο δεν έχει υψηλό δείκτη αξιοπιστίας (*Πίνακας 17*).

Πίνακας 22: Δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,614	0,619	17

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το υψηλότερο σκορ που μπορεί να συγκεντρώσει ένας συμμετέχων στις ερωτήσεις αυτές είναι 85, ενώ όσο πιο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο πιο θετική είναι η στάση των συμμετεχόντων απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Από την

ανάλυση των δεδομένων, προκύπτει πως σε γενικές γραμμές οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος έχουν μέτριες στάσεις απέναντι στην αναπηρία, καθώς ο μέσος όρος των απαντήσεών τους ήταν $M.O.=42,30$ ($T.A. = 6,716$) (Σχήμα 13). Με άλλα λόγια, φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος δεν έχουν ούτε πολύ αρνητικές αλλά ούτε και πολύ θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία και στα άτομα με αναπηρία. Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύει τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξε η ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην κλίμακα ATPD-B, όπως αυτά παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα του κεφαλαίου αυτού.



Σχήμα 13: Συνολικό σκορ στην κλίμακα DAHC

Ο μέσος όρος των απαντήσεων των ανδρών του δείγματος στην κλίμακα αυτή ήταν 42,8 ($T.A.=6,63$) και των γυναικών του δείγματος ήταν 42,13 ($T.A.=6,76$) (Πίνακας 23).

Πίνακας 23: Μ.Ο. ανδρών και γυναικών στην κλίμακα DAHC

	N	Mean	Std. Deviation
Άνδρες	40	42,8000	6,62629
Γυναίκες	118	42,1271	6,76535
Valid N (listwise)	0		

Ο μέσος όρος των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα αυτή που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 20-29 ετών ήταν Μ.Ο.=46,22 (Τ.Α.=9,83), των επαγγελματιών υγείας που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30-39 ετών είναι Μ.Ο.=42,85 (Τ.Α.=5,53), όσων ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 40-49 ετών είναι Μ.Ο.=40,62 (Τ.Α.=5,19), όσων ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 50-59 ετών είναι Μ.Ο.=43,17 (Τ.Α.=4,86) και όσων ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 60-69 ετών Μ.Ο.=37,2 (Τ.Α.=4,49) (Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Μ.Ο. επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα DAHC βάσει της ηλικίας

	N	Mean	Std. Deviation
20-29 ετών	31	46,2258	9,82755
30-39 ετών	21	42,9524	5,52699
40-49 ετών	66	40,6212	5,19101
50-59 ετών	30	43,1667	4,85715
60-69 ετών	10	37,2000	4,49197
Valid N (listwise)	0		

Αναφορικά με το επάγγελμα στον τομέα της υγείας, φαίνεται ότι το σκορ του ιατρικού προσωπικού του δείγματος ήταν 82,48 (Τ.Α.=15,40) και του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν 84,76 (Τ.Α.=19,25), γεγονός είναι ενδεικτικό των όχι και τόσο θετικών στάσεων που διατηρούν ακόμα και σήμερα στο σύνολό τους οι επαγγελματίες υγείας ανεξάρτητα από την ειδικότητά τους (Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Μ.Ο. Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

	N	M.O	T.A
ΙΑΤΡΟΙ_DAHC	70	42,7571	7,50543
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ_DAHC	88	41,9318	6,03399
Valid N (listwise)	0		

Αναφορικά με τα ετη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας, φαίνεται ότι το σκορ των επαγγελματιών υγείας που έχουν προϋπηρεσία 0-10 έτη ήταν 43 (Τ.Α.=8,29), των επαγγελματιών υγείας που έχουν προϋπηρεσία 11-21 έτη ήταν 42,27 (Τ.Α.=5,62) και όσων έχουν προϋπηρεσία άνω των 22 ετών ήταν 41,64 (Τ.Α.=5,99) (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Μ.Ο. επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα DAHC βάσει των ετών προϋπηρεσίας

	N	Mean	Std. Deviation
0-10 έτη	53	43,0000	8,29968
11-21 έτη	59	42,2712	5,62577
>22 έτη	44	41,6364	5,99648
Valid N (listwise)	0		

Αναφορικά, τέλος, με την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας, φαίνεται ότι το σκορ των επαγγελματιών υγείας που είναι άγαμοι είναι Μ.Ο.=43,17 (Τ.Α.=8,78), των επαγγελματιών υγείας που είναι έγγαμοι είναι Μ.Ο.=41,68 (Τ.Α.=5,03), των διαζευγμένων είναι Μ.Ο.=41,15 (Τ.Α.=4,01) και όσων βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας είναι Μ.Ο.= 57 (Πίνακας 27).

Πίνακας 27: Μ.Ο. επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα DAHC βάσει της οικογενειακής κατάστασης

	N	Mean	Std. Deviation
Άγαμος/η	54	43,1667	8,77980
Έγγαμος/η	87	41,6782	5,03590
Διαζευγμένος/η	13	41,1538	4,09972
Χήρος/α	2	57,0000	,00000
Valid N (listwise)	0		

Τέλος, θελήσαμε να διαπιστώσουμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ που συγκέντρωσαν οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος στην κλίμακα αυτή (άρα, συσχέτιση των στάσεων τους απέναντι στην αναπηρία) με τα δημογραφικά τους στοιχεία. Για την επιλογή του κατάλληλου στατιστικού ελέγχου, πραγματοποιήθηκε, όπως και στο πρώτο εργαλείο, έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών που θέλουμε να συσχετίσουμε (φύλο-σκορ DAHC). Όπως βλέπουμε στον πίνακα που ακολουθεί τόσο στο κριτήριο Kolmogorov-Smirnov όσο και στο κριτήριο Shapiro-Wilk η τιμή $\text{sig} < 0,05$, γεγονός που μας οδηγεί στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης και στην αποδοχή της εναλλακτικής υπόθεσης. Με άλλα λόγια, δεχόμαστε ότι δεν υπάρχει κανονικότητα στις μεταβλητές, επομένως θα επιλέξουμε τη χρήση μη παραμετρικών κριτηρίων (Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Έλεγχος κανονικότητας μεταβλητών φύλου- DAHC

Tests of Normality							
	ΦΥΛΟ	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DAHC	ΑΝΔΡΑΣ	0,153	40	0,019	0,924	40	0,011
	ΓΥΝΑΙΚΑ	0,106	118	0,002	0,914	118	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

Συγκεκριμένα, για τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο το φύλο των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις τους στην κλίμακα DAHC, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-WhitneyU ως το μη παραμετρικό κριτήριο του κριτηρίου IndependentSamplesT- Test. Από την εφαρμογή του κριτηρίου αυτού δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών (φύλο και σκορ στην κλίμακα DAHC) (Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Συσχέτιση φύλου και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B

	Null Hypothesis Sig.	Test	Decision
1	The distribution of DAHC is the same across categories of ΦΥΛΟ	Independent- Samples Mann-Whitney U Test	0,583 Retain the null hypothesis

Αντίστοιχα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών που θέλουμε να συσχετίσουμε (ηλικία-σκορ DAHC). Όπως βλέπουμε στον πίνακα που ακολουθεί τόσο στο κριτήριο Kolmogorov-Smirnov όσο και στο κριτήριο Shapiro-Wilk οι τιμές sig<0,05, γεγονός που μας οδηγεί στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης και στην αποδοχή της εναλλακτικής υπόθεσης. Με άλλα λόγια, δεχόμαστε ότι δεν υπάρχει κανονικότητα στις μεταβλητές, επομένως θα επιλέξουμε τη χρήση μη παραμετρικών κριτηρίων (Πίνακας 30).

Πίνακας 30: Έλεγχος κανονικότητας μεταβλητών ηλικίας- DAHC

Tests of Normality							
	ΗΛΙΚΙΑ	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DAHC	25-29	,156	31	,052	,898	31	,007
	30-39	,132	21	,200*	,934	21	,169
	40-49	,151	66	,001	,955	66	,017
	50-59	,232	30	,000	,824	30	,000
	60-69	,233	10	,130	,910	10	,282

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Για τη διερεύνηση, λοιπόν, του βαθμού στον οποίο η ηλικία των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις τους στην κλίμακα DAHC, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος KruskalWallistest ως το μη παραμετρικό κριτήριο του κριτηρίου AnovaOne-Way. Από την εφαρμογή του κριτηρίου αυτού προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών (ηλικία και σκορ στην κλίμακα DAHC) (Πίνακας 31).

Πίνακας 31: Συσχέτιση ηλικίας και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B

	Null Hypothesis	Test	Decision
Sig.			
1	The distribution of DAHC is the same across categories of ΗΛΙΚΙΑ	Independent- Samples Kruskal Wallis test	0,004 Reject the null hypothesis

Τέλος, για τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο το επάγγελμα στον τομέα της υγείας επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κλίμακα DAHC, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-WhitneyU ως το μη παραμετρικό κριτήριο του κριτηρίου IndependentSamplesT- Test. Από την εφαρμογή του κριτηρίου αυτού δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών (επάγγελμα στον τομέα της υγείας και σκορ στην κλίμακα DAHC) (Πίνακας 32).

Πίνακας 32: Συσχέτιση επαγγέλματος στον τομέα της υγείας και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of DAHC is the same across categories of ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΣΤΟΝΤΟΜΕΑΤΗΣΥΓΕΙΑΣ	Independent- Samples Mann-Whitney U Test	0,689	Retain the null hypothesis

Τέλος, χρησιμοποιήσαμε το κριτήριο της ανάλυσης παλινδρόμησης για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν παράγοντες/μεταβλητές που μπορούν να επηρεάσουν τις τιμές της μεταβλητής DAHC. Στο πλαίσιο αυτό ως ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν α) οι γνώσεις που έχουν για την αναπηρία οι συμμετέχοντες (ερώτηση 7), β) η συχνότητα της επαφής με άτομα με κινητική αναπηρία (ερώτηση 9) και γ) η επαφή με άτομα με κινητική αναπηρία (ερώτηση 10). Ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε το συνολικό σκορ που συγκέντρωσαν οι συμμετέχοντες στην κλίμακα DAHC. Σε καμία περίπτωση, η ανάλυση παλινδρομικής σχέσης δε βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική.

Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις που έχουν οι συμμετέχοντες για την αναπηρία και τις στάσεις τους βάσει της κλίμακας DAHC ($R=0,234$), και το 5,5 % της διασποράς της εξαρτημένης μεταβλητής μπορεί να προβλεφθεί από την ανεξάρτητη μεταβλητή ($RSquare=0,055$) (Πίνακας 33). Η παλινδρομική σχέση ($R=0,234$) είναι στατιστικά σημαντική ($F=8,778$, $Sig=0,004<0,05$) (Πίνακας 34).

Πίνακας 33: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ γνώσεων και DAHC

<i>Model Summary</i>				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,234 ^a	,055	,048	6,58281

a. Predictors: (Constant), Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 10 πόσες γνώσεις έχετε γενικά για την αναπηρία και για τη ζωή των ατόμων με αναπηρία;

Πίνακας 34: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης γνώσεων- DAHC

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	380,367	1	380,367	8,778	,004 ^b
	Residual	6586,672	152	43,333		
	Total	6967,039	153			

a. Dependent Variable: DAHC

b. Predictors: (Constant), Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 10 πόσες γνώσεις έχετε γενικά για την αναπηρία και για τη ζωή των ατόμων με αναπηρία;

Συγκεκριμένα, φαίνεται πως όσο αυξάνονται οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας, η στάση τους γίνεται θετικότερη κατά 0,731 μονάδες (Πίνακας 35).

Πίνακας 35: Σχέση παλινδρόμησης μεταξύ γνώσεων και στάσεων

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients		
1	(Constant)	37,386	1,774		21,072	,000
	Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 10 πόσες γνώσεις έχετε γενικά για την αναπηρία και για τη ζωή των ατόμων με αναπηρία;	,731	,247	,234	2,963	,004

a. Dependent Variable: DAHC

Αντίστοιχα, και η παλινδρομική σχέση μεταξύ συχνότητας επαφής με άτομα με αναπηρία και στάσεων ($R=0,216$) (Πίνακας 36) είναι στατιστικά σημαντική ($F=7,618$, $Sig=0,006<0,05$) (Πίνακας 37).

Πίνακας 36: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ συχνότητας επαφής και DAHC

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,216 ^a	,047	,040	6,57858

a. Predictors: (Constant), Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα με αναπηρία;

Πίνακας 37: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης συχνότητας επαφής- DAHC

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	329,688	1	329,688	7,618	,006 ^b
	Residual	6751,331	156	43,278		
	Total	7081,019	157			

a. Dependent Variable: DAHC

b. Predictors: (Constant), Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα με αναπηρία;

Συγκεκριμένα, φαίνεται πως όσο πιο συχνή είναι η επαφή των επαγγελματιών υγείας με άτομα με αναπηρία, η στάση τους γίνεται θετικότερη κατά 2 μονάδες περίπου (Πίνακας 38).

Πίνακας 38: Σχέση παλινδρόμησης μεταξύ συχνότητας επαφής και DAHC

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients		
1	(Constant)	45,742	1,353		33,803	,000
	Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα με αναπηρία;	1,199	,434	-,216	-2,760	,006

a. Dependent Variable: DAHC

Τέλος, και η παλινδρομική σχέση μεταξύ επαφής με άτομα με αναπηρία και στάσεων ($R=0,147$) (Πίνακας 39) δεν είναι στατιστικά σημαντική ($F=3,438$, $Sig=0,066>0,05$) (Πίνακας 40).

Πίνακας 39: Παλινδρομική ανάλυση για τη σχέση μεταξύ επαφής και DAHC

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,147 ^a	,022	,015	6,66426

a. Predictors: (Constant), Είχατε, έως τώρα, στη ζωή σας επαφή με άτομα που έχουν κινητική αναπηρία;

Πίνακας 40: Στατιστική σημαντικότητα παλινδρομικής σχέσης επαφής- DAHC

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	152,700	1	152,700	3,438	,066 ^b
	Residual	6928,319	156	44,412		
	Total	7081,019	157			

a. Dependent Variable: DAHC

b. Predictors: (Constant), Είχατε, έως τώρα, στη ζωή σας επαφή με άτομα που έχουν κινητική αναπηρία;

Σε ένα τελευταίο στάδιο ανάλυσης, επιχειρήσαμε μια συσχέτιση μεταξύ των δύο εξαρτημένων μεταβλητών, μεταξύ δηλαδή του μέσου όρου του σκορ που σημειώθηκε στην κλίμακα ATDP-B και του μέσου όρου του σκορ που σημειώθηκε στην κλίμακα DAHC. Για την επιλογή του κατάλληλου δείκτη συσχέτισης πραγματοποιήθηκε αρχικά έλεγχος κανονικότητας. Όπως φαίνεται στον πίνακα 41, καμία από τις δύο μεταβλητές που εξετάζουμε (ATDP-B και DAHC) δε φαίνεται να ακολουθεί κανονική κατανομή. Και τούτο διότι και στις δύο περιπτώσεις ο δείκτης Sig=0,000<0,05. Για το λόγο αυτό επιλέχθηκε η χρήση μη παραμετρικού ελέγχου.

Πίνακας 41: Έλεγχος κανονικότητας εξαρτημένων μεταβλητών

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ΣΚΟΡ ATDP	0,125	158	0,000	0,903	158	0,000
DAHC	0,102	158	0,000	0,926	158	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

Συγκεκριμένα, επιλέχθηκε η χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Spearman. Από τον έλεγχο αυτό βρέθηκε μια ελαφριά θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο εξαρτημένων μεταβλητών ($r=0,319$), γεγονός που σημαίνει πως όσο αυξάνει το σκορ της μεταβλητής

αυξάνει ελαφρώς και το σκορ της δεύτερης. Πρόκειται για μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση, δεδομένου ότι η τιμή του Sig.=0,000<0,01 (Πίνακας 42).

Πίνακας 42: Συσχέτιση μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών ATDP-B και DAHC

			ΣΚΟΡ ATDP	DAHC
Spearman's rho	ΣΚΟΡ ATDP	Correlation Coefficient	1,000	0,319**
		Sig. (2-tailed)	.	0,000
		N	158	158
	DAHC	Correlation Coefficient	0,319**	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,000	.
		N	158	158

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

7.1 Συζήτηση

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία (κυρίως την κινητική, η οποία αποτελεί και την πιο συχνή μορφή αναπηρίας). Ειδικότερα, στόχο αποτέλεσε η σύγκριση των αντιλήψεων αυτών, ώστε να αναδειχθούν τυχόν διαφοροποιήσεις μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Τέλος, στόχο αποτέλεσε η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης κτλ) μπορούν να διαφοροποιήσουν τις αντιλήψεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στα άτομα με αναπηρία.

Πρόκειται για ένα θέμα το οποίο απασχολεί ολοένα και μεγαλύτερο μέρος της επιστημονικής κοινότητας, καθώς σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται στα άτομα με αναπηρία και τελικά με την ποιότητα ζωής τους. Δε θα πρέπει να ξεχνάμε, άλλωστε, πως τα άτομα με αναπηρία αποτελούν ακόμα και σήμερα μια ομάδα του πληθυσμού, η οποία υφίσταται διακρίσεις και εμπόδια. Τα τελευταία σχετίζονται με την έλλειψη των κατάλληλων κτιριακών δομών, στην ανεπάρκεια των μέσων μεταφοράς των ατόμων αυτών σε δομές και μονάδες υγείας, στην ανάπτυξη στερεότυπων και αρνητικών στάσεων από τους επαγγελματίες υγείας προς τα άτομα με αναπηρίες, αλλά και αδυναμία των τελευταίων πρόσβασης στη γνώση, την πληροφόρηση και την ενημέρωση (ΕΣΑΜΕΑ,2008). Πρόκειται για ένα σύνολο ανισοτήτων, οι οποίες αφορούν στην πρόσβαση στην υγεία (Αλεξιάδου, 2020) και για το λόγο αυτό πρέπει να διερευνηθούν.

Μεταξύ των εμποδίων αυτών που δύνανται να δυσχεράνουν την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία στην υγεία ή να μειώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας που λαμβάνουν είναι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα αυτά, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο αξιολογούν οι επαγγελματίες υγείας τα άτομα αυτά, γεγονός που διαμορφώνει και τη συμπεριφορά τους απέναντι στα άτομα με αναπηρία (Gala, Lupiani, & Guillén, 2007). Πρόκειται για ένα ζήτημα που θα πρέπει να μας απασχολήσει περισσότερο, δεδομένου ότι ακόμα και σήμερα ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με αναπηρία αναφέρουν πως υφίστανται διακρίσεις τόσο από την κοινωνία όσο και από το σύστημα υγείας, απόρροια των στάσεων που εξακολουθούν να υπάρχουν στη σύγχρονη κοινωνία απέναντι στην αναπηρία και τις δυνατότητες των ατόμων που φέρουν κάποιας μορφής αναπηρίας (Brown & Kalaitzidis 2013, Seccombe 2007).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η εργασία αυτή επικεντρώθηκε κυρίως στην περίπτωση των ατόμων με κινητική αναπηρία, καθώς πρόκειται για την πιο «ορατή» μορφή αναπηρίας, επομένως είναι αυτή που έρχεται στο μυαλό μας στο άκουσμα της λέξης αναπηρία (Coughlan et al., 2017), η οποία επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και την ικανότητά του να επιτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, ενώ επιδρά καταλυτικά και στην ικανότητα του ατόμου να αυτοεξυπηρετείται, να μαθαίνει, να ψυχαγωγείται, να εργάζεται και γενικά να αποτελεί ισότιμο μέλος της κοινωνίας (Ellsum & Pedersen, 2005).

Τα αποτελέσματα της έρευνας ότι ακόμα και σήμερα οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν αναπτύξει θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία, τουλάχιστον όχι στον βαθμό που θα περίμενε κανείς.

Αρχικά, αναφορικά με την κλίμακα ATDP-B, όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, σκορ ίσα ή μεγαλύτερα του 90 είναι ενδεικτικά της ανάπτυξης θετικών στάσεων των συμμετεχόντων απέναντι στην αναπηρία, ενώ χαμηλότερα σκορ (συγκεκριμένα <90) είναι ενδεικτικά αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρία αποτυπώνοντας την άποψη των συμμετεχόντων ότι τα άτομα με αναπηρία διαφέρουν από τα άτομα που δεν έχουν κάποια μορφή αναπηρία (TenKlooster et al., 2009). Από την ανάλυση των δεδομένων, προκύπτει πως σε γενικές γραμμές οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος δεν έχουν τόσο θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία, δεδομένου ότι ο μέσος όρος των απαντήσεών τους είναι $M.O.=83,75$ ($T.A. = 17,63$). Ο μέσος όρος των απαντήσεων του ιατρικού προσωπικού του δείγματος ήταν $82,48$ ($T.A.=15,40$) και του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν $84,76$ ($T.A.=19,25$), γεγονός είναι ενδεικτικό των όχι και τόσο θετικών στάσεων που διατηρούν ακόμα και σήμερα στο σύνολό τους οι επαγγελματίες υγείας ανεξάρτητα από την ειδικότητά τους.

Πρόκειται για ένα εύρημα, το οποίο επιβεβαιώνεται μερικώς από αντίστοιχες έρευνες. Θα πρέπει να υπενθυμίσουμε στο σημείο αυτό πως οι σχετικές έρευνες που αφορούν στα ελληνικά δεδομένα είναι ιδιαίτερα περιορισμένες, ενώ αφορούν και σε φοιτητές σχολών υγείας. Η παρούσα έρευνα λοιπόν φαίνεται να επιβεβαιώνει τα ευρήματα άλλων ερευνητών, όπου δεν προκύπτουν πολύ θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με φυσικές/σωματικές και νοητικές αναπηρίες (Kritsotakis, et al., 2017; Matziou, et al., 2009; Iftikhar, et al., 2021; Au&Mang, 2006).

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από το δεύτερο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αυτή. Όπως ήδη αναφέρθηκε, πρόκειται για το DAHC, το οποίο αποτελείται

από 17 ερωτήσεις. Το υψηλότερο σκορ που μπορεί να συγκεντρώσει ένας συμμετέχων στις ερωτήσεις αυτές είναι 85, ενώ όσο πιο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο πιο θετική είναι η στάση των συμμετεχόντων απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Από την ανάλυση των δεδομένων, προκύπτει πως σε γενικές γραμμές οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος έχουν μέτριες στάσεις απέναντι στην αναπηρία, καθώς ο μέσος όρος των απαντήσεών τους ήταν $M.O.=42,30$ ($T.A. = 6,716$). Με άλλα λόγια, φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος δεν έχουν ούτε πολύ αρνητικές αλλά ούτε και πολύ θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία και στα άτομα με αναπηρία. Ο μέσος όρος των απαντήσεων του ιατρικού προσωπικού του δείγματος ήταν $82,48$ ($T.A.=15,40$) και του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν $84,76$ ($T.A.=19,25$), γεγονός είναι ενδεικτικό των όχι και τόσο θετικών στάσεων που διατηρούν ακόμα και σήμερα στο σύνολό τους οι επαγγελματίες υγείας ανεξάρτητα από την ειδικότητά τους

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι από την παρούσα έρευνα δεν προκύπτουν αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Αντίθετα, φαίνεται πως οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα δεν έχουν αναπτύξει ακόμα στο βαθμό που θα ανέμενε κανείς θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με κινητικές κυρίως αναπηρίες, καθώς οι βαθμολογίες τους είναι χαμηλότερες συγκριτικά με αυτές άλλων χωρών, χωρίς όμως να μπορούν να θεωρηθούν πλήρως αρνητικές.

Το δεύτερο ενδιαφέρον εύρημα στο οποίο καταλήγει η παρούσα έρευνα είναι πως οι στάσεις που έχουν αναπτύξει οι επαγγελματίες υγείας δεν επηρεάζονται ούτε από το φύλο τους, ούτε από το επάγγελμά τους ούτε από κάποιον άλλο δημογραφικό παράγοντα. Συγκεκριμένα, αναφορικά με την κλίμακα ATPD-B, η στατιστική ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών φύλο και σκορ στην κλίμακα ATPD-B). Αντίστοιχα, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των επαγγελματιών υγείας του δείγματος και του σκορ στην κλίμακα ATPD-B), που σημαίνει ότι οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία δεν επηρεάζονται από την ηλικία τους

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα πως ούτε το επάγγελμα των συμμετεχόντων δε φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις στάσεις τους απέναντι στην αναπηρία, που σημαίνει ότι το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος αναπτύσσει και διατηρεί παρόμοιες στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία, κυρίως κινητική. Σε γενικές γραμμές, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών

στοιχείων των επαγγελματιών υγείας του δείγματος και της βαθμολογίας τους στην κλίμακα ATPD-B.

Τέλος, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο σκορ των επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα ATPD-B (επομένως και στις στάσεις τους απέναντι στην αναπηρία) και σε παράγοντες όπως είναι οι γνώσεις που έχουν για την αναπηρία οι συμμετέχοντες, β) η συχνότητα της επαφής με άτομα με κινητική αναπηρία και γ) η επαφή με άτομα με κινητική αναπηρία. Πρόκειται για ένα εύρημα, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με προγενέστερες έρευνες στις οποίες βρέθηκε ότι οι προαναφερθέντες παράγοντες επηρεάζουν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας.

Αντίστοιχα, από την εφαρμογή των κατάλληλων κριτηρίων δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών φύλο και σκορ στην κλίμακα DAHC. Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος στον τομέα της υγείας και σκορ στην κλίμακα DAHC. Αντίθετα, προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του σκορ στην κλίμακα DAHC, καθώς φάνηκε ότι οι νεώτερης ηλικίας επαγγελματίες υγείας (έως και την ηλικία των 49 ετών) τείνουν να αναπτύσσουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία. Πρόκειται για ένα εύρημα το οποίο δε φαίνεται να επιβεβαιώνει προγενέστερες έρευνες. Και τούτο διότι ερευνητές έχουν δείξει καταρχάς μια διαφοροποίηση των στάσεων μεταξύ του φύλου, καθώς οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας τείνουν να αναπτύσσουν πιο θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία (Τζώρτζη, 2022). Ακόμα, έχει φανεί μια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση και αναφορικά με το επάγγελμα, καθώς το ιατρικό προσωπικό φαίνεται πως αναπτύσσει πιο θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό (Matziou, et al., 2009; Yakut, 2021). Στην παρούσα έρευνα, αντίθετα, κανένας από τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που εξετάστηκαν δε φάνηκε να επιδρά στατιστικά σημαντικά στο είδος και την ποιότητα των στάσεων που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία.

Αντίθετα, φάνηκε να υπάρχει μικρή συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων που έχουν αποκτήσει οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος για την αναπηρία και για τις στάσεις που αναπτύσσουν απέναντι στα άτομα με αναπηρία, όπως αυτές προκύπτουν βάσει της κλίμακας DAHC. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως όσο αυξάνονται οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας τόσο ενισχύεται και η στάση τους απέναντι στην αναπηρία. Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης έδειξαν πως υπάρχει μια συσχέτιση ανάμεσα στη συχνότητα της

επαφής που έχουν οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος με τα άτομα με αναπηρία και στις στάσεις που αναπτύσσουν, καθώς όσο πιο συχνή είναι η επαφή αυτή τόσο πιο θετικές καθίστανται οι στάσεις τους.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί πως βρέθηκε μια ελαφρά θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο εξαρτημένων μεταβλητών, του μέσου όρου του σκορ στην κλίμακα ATDP-B και του μέσου όρου σκορ στην κλίμακα DAHC, η οποία όμως είναι στατιστικά σημαντική. Αυτό σημαίνει πως η αύξηση του μέσου όρου της μιας κλίμακας επιδρά ελαφρώς στην αύξηση του μέσου όρου του σκορ της δεύτερης κλίμακας.

7.2 Περιορισμοί

Η έρευνα αυτή υπόκειται σε περιορισμούς, όπως είναι το δείγμα. Και αυτό γιατί πρόκειται για επαγγελματίες υγείας που προέρχονται από μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (Πάτρα). Περιορισμούς ίσως θέτει και το ίδιο το ερευνητικό εργαλείο, καθώς περιλαμβάνει αποκλειστικά ερωτήσεις κλειστού τύπου, γεγονός που δεν επιτρέπει την βαθύτερη κατανόηση ενός τόσο σύνθετου θέματος όπως αυτό των στάσεων απέναντι στην αναπηρία. Σε κάθε περίπτωση και παρά τους περιορισμούς αυτούς, η συγκεκριμένη έρευνα θέτει τις βάσεις για την επέκτασή της και σε άλλες νοσοκομειακές δομές της χώρας, σε άλλες γεωγραφικές περιοχές, ώστε να συντεθεί μια πληρέστερη εικόνα σχετικά με τις στάσεις που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία καθώς και στους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις στάσεις αυτές.

7.3 Προτάσεις

Βάσει των όσων προαναφέρθηκαν, προτείνεται η επέκταση της έρευνας σε ένα ευρύτερο δείγμα επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι μάλιστα θα προέρχονται από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές. Με τον τρόπο αυτό, θα προκύψουν αποτελέσματα ικανά να συμβάλουν στην ανάδειξη των στάσεων που αναπτύσσουν οι τελευταίοι απέναντι στα άτομα με αναπηρία και στους παράγοντες που τις επηρεάζουν. Ακόμα, προτείνεται η χρήση και άλλων ερευνητικών εργαλείων, όπως είναι η συνέντευξη, ώστε να μελετηθούν σε βάθος οι στάσεις και οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το υπό εξέταση φαινόμενο.

Τέλος, προτείνεται τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας (όσο και των σχετικών ερευνών) να ληφθούν υπόψη κατά τον σχεδιασμό και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Με άλλα λόγια, είναι σημαντικό να υπάρξει βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που σήμερα προσφέρονται στα άτομα με αναπηρίες (εν προκειμένω κινητική), ώστε η πρόσβαση των τελευταίων στην υγεία και στις δομές αυτής να είναι απρόσκοπτη. Στο πλαίσιο αυτό, κρίνεται

αναγκαία η αλλαγή των στάσεων που ακόμα και σήμερα έχουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στην αναπηρία. Για τον σκοπό αυτό, απαιτείται περισσότερο ενημέρωση και επιμόρφωση των τελευταίων, καθώς οι έρευνες δείχνουν πως η ανάπτυξη των στάσεων συνδέεται εν πολλοίς με την επάρκεια των γνώσεων που αποκτά το άτομο αναφορικά με ένα ζήτημα ή μια κατάσταση. Σε κάθε περίπτωση, ευελπιστούμε πως η παρούσα έρευνα θα αποτελέσει το έρεισμα για περαιτέρω προβληματισμό και έρευνα, που θα οδηγήσουν με τη σειρά τους στον σχεδιασμό και την επιλογή εκείνων των πολιτικών, που θα επιτρέψουν στα άτομα με αναπηρία να δέχονται την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας που έχουν πραγματικά ανάγκη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΑ

Ελληνόγλωσση

Αλεξιάδου, Α. (2020). Αναπηρία και ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα υπό την οπτική των ανθρώπινων δικαιωμάτων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 37 (1), 98-105.

Babbie, E. (2010). *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.

Γαλάνης Π. (2017). *Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας*. Αθήνα: Κριτική.

ΕΣΑΜΕΑ (2008). *Έκθεση για την 3η Δεκέμβρη 2008, «Η κοινωνία τοποθετείται για την αναπηρία και απαιτεί τη λήψη μέτρων για την προστασία των ατόμων με αναπηρία από τις διακρίσεις και τον αποκλεισμό»*. Αθήνα.

Ρόντος, Κ. & Παπάνης, Ε. (2007). *Οι τεχνικές του καλού ερωτηματολογίου*. Αθήνα: Σιδέρη.

Σταθόπουλος Π. (1999). *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. 2η Έκδοση. Αθήνα: Ελλην.

Τζώρτζη, Α. (2022). *Στάσεις των Επαγγελματιών Υγείας που Εργάζονται στην Κρήτη προς τα Άτομα με Αναπηρία. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ξενόγλωσση

Aiden, H. S., & McCarthy, A. (2014). *Current attitudes towards disabled people*. Scope. Τελευταία ανάκτηση 10/05/2023 από <http://www.scope.org.uk/About-Us/Media/Press-releases/May-2014/New-research-Majority-of-Brits-uncomfortable-talki>.

Arnardóttir, O. M. (2009). The concept of equality reflected in the UN Disability Convention. In *Conference proceedings - Protecting and promoting the rights of persons with disabilities in Europe: towards full participation, inclusion and empowerment* (pp. 46-49). Council of Europe.

Bania, T.A., Antoniou, A.S., Theodoritsi, M., Theodoritsi, I., Charitaki, G. and Billis, E. (2019) The Interaction with Disabled Persons Scale: Translation and Cross-Cultural Validation into Greek. *Disability and Rehabilitation*, 1-8.

Barnes, C., & Mercer, G. (2005). Disability, work, and welfare: Challenging the social exclusion of disabled people. *Work, Employment and Society*, 19(3), 527–545.

- Barr J. J., Bracchitta K. (2012). Attitudes toward individuals with disabilities: The effects of age, gender, and relationship. *Journal of Relationships Research*, 3, 10–17.
- Blichfeldt, B. S. & Nicolaisen, J. (2011). Disabled travel: not easy, but doable. *Current issues in tourism*, 14(1), 79-102.
- Benomir AM, Nicolson RI & Beail N (2016) Attitudes towards people with intellectual disability in the UK and Libya: A cross -cultural comparison. *Research in Developmental Disabilities* 51 -52, 1 -9
- Brewer, E., Brueggemann, B., Hetrick, N. & Yergeau, M. (2012). Introduction, background, and history. In B. Brueggemann (ed.), *Arts and humanities*, pp. 1–62, Sage, Thousand Oaks, CA
- Brown, T., Mu, K., Peyton, C. G., Rodger, S., Huang, Y-H, Chin-yu, W., Watson, C., Stagnitti, K., Pringle, E., Casey, J., Hong, S. W. (2009). Occupational therapy students' attitudes towards individuals with disabilities: A comparison between Australia, Taiwan, the United Kingdom, and the United States. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1541-1555.
- Brown S & Kalaitzidis E (2013) Barriers preventing high-quality nursing care of people with disabilities within acute care settings: a thematic literature review. *Disability & Society* 28, 937– 954.
- Bulk L. Y., Tikhonova J., Gagnon J. M., Battalova A., Mayer Y., Krupa T., Lee M., Nimmon L., Jarus T. (2020). Disabled healthcare professionals' diverse, embodied, and socially embedded experiences. *Advances in Health Sciences Education*, 25, 111–129.
- Byron M., Dieppe P. (2000). Educating health professionals about disability: “Attitudes, attitudes, attitudes.” *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93(8), 397–398.
- Carlson, L. (2010). *The faces of intellectual disability*, Indiana University Press, Bloomington, IN
- Chadd, E. H. & Pangilinan, P. H. (2011) Disability attitudes in health care: A new scale instrument. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 1, 47–54.
- Cleary, J., & Doody, O. (2017). Nurses' experience of caring for people with intellectual disability and dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (5-6), 620-631

- Creamer, D. (2009). *Disability and Christian theology: Embodied limits and constructive possibilities*. Oxford: Oxford University Press.
- Danso, A. K., Ayarkwa, J., & Dansoh, A. (2011). *State of accessibility for the disabled in selected monumental public buildings in Accra*. Ghana.
- Darling, R.B. & Heckert, D.A. (2010). Orientations toward disability: Differences over the lifecycle. *International Journal of Disability, Development and Education* 57(2), 131–143.
- Davis BE, Nelson DB, Sahler OJ, McCurdy FA, Goldberg R, Greenberg LW. (2001). Do clerkship experiences affect medical students' attitudes toward chronically ill patients? *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 76 (8):815-20.
- Disability Rights Education and Defense Fund* (2007). Διαθέσιμο στο Publications - Disability Rights Education & Defense Fund (dredf.org).
- Degener, T. (2017). A new human rights model of disability, in V. Della Fina, R. Cera & G. Palmisano (eds.), *The United Nations convention on the rights of persons with disabilities: A commentary*, pp. 41–60, Springer, Cham, Switzerland.
- Drainoni, M.-L., Lee-Hood, E., Tobias, C., Bachman, S. S., Andrew, J., & Maisels, L. (2006). Cross-Disability Experiences of Barriers to Health-Care Access. *Journal of Disability Policy Studies*, 17(2), 101–115.
- Ellsum W. & Pedersen C. (2005). *Impacts of physical disability on an individual's career development*. Refereed Paper Presented at ANZAM Conference, University of Canberra.
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A. & Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disabil Rehabil*, 32(14):1148-55.
- Findler, L., Vilchinsky, N., & Werner, S. (2007). The multidimensional Attitudes Scale toward persons with disabilities (MAS): Construction and validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50(3), 166–176.
- Fraser, N. (2003). Rethinking recognition: Overcoming displacements and reification in cultural politics, in B. Hobson (ed.), *Recognition struggles and social movements*, pp. 21–34, Cambridge University Press, Cambridge.

- Gold E. M. & Richard H. (2012). To label or not to label: The special education question for African Americans. *Educational Foundations*. 26 (1-2), 143-156.
- Henderson, G. & Bryan, W. (2011). *Psychosocial aspects of disability*. Springfield, IL
- Hill, E., & Goldstein, D. (2015). The ADA, Disability, and Identity. *JAMA*, 313(22), 2227.
- Hogan, A., Kyaw-Myint, S., Harris, D., & Denronden, H. (2012). Workforce participation barriers for people with disability. *International Journal of Disability Management*, 7, 1-9.
- Horner-Johnson W, Bailey D (2013) Assessing understanding and obtaining consent from adults with intellectual disabilities for a health promotion study. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 10(3): 260–265.
- Iftikhar, K., Alamgir, A., Maqbool, S., Rehan, W., & Akhtar, S. (2019). Knowledge And Attitude Of Health Care Professionals Towards Persons With Disability. *PAFMJ*, 69(1), 147-53.
- Jun, W. (2014). A Study on Development of Improvement Plan of Smart Application Accessibility for the Disabled. In *International Conference On Future Information & Communication Engineering*, 6 (1_ , pp. 575-578).
- Jun, W., & Hong, S. K. (2014). A study on improvement plan of web accessibility for the disabled. *Journal of Internet Computing and Services*, 15(4), 81-89.
- Kasser, S. & Lytle, R. (2005). *Inclusive physical activity, Human Kinetics*. Champaign, IL.
- Kimberlin, S. E. (2009). Political science theory and disability. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19(1), 26-43.
- Kirschner, K. L., M. L. Breslin, & L. I. Iezzoni. (2007). Structural impairments that limit access to health care for patients with disabilities. *Journal of the American Medical Association* 297 (10): 1121–25.
- Kleintjes, S., Lund, C. & Swartz, L. (2013). Barriers to the participation of people with psychosocial disability in mental health policy development in South Africa : a qualitative study of perspectives of policy makers, professionals, religious leaders and academics. *BMC International Health and Human Rights*, 13(1):17.

Krahn, G. L., Walker, D. K., & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *American Journal of Public Health, 105 Suppl 2(4)*, e9.

Kritsotakis, G., Galanis, P., Papastefanakis, E., Meidani, F., Philalithis, A.E., Kalokairinou, A., Sourtzi, P. (2017). Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities among nursing, social work and medical students. *Journal of Clinical Nursing, 26(23-25)*, 4951-4964.

Lewis, S., & Stenfert-Kroese, B. (2010). An investigation of nursing staff attitudes and emotional reactions towards patients with intellectual disability in a general hospital setting. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 23(4)*, 355-365

Llewellyn, A., Agu, L. & Mercer, D. (2008). *Sociology for social workers*. Polity: Cambridge, UK.

Loukisas, TD & Papoudi, D. (2016). Mothers' Experiences of Children in the Autistic Spectrum in Greece: Narratives of Development, Education and Disability Across their Blogs. *International Journal of Disability, Development and Education, 63 (1)*, pp. 64-78.

Marks B (2007). Cultural competence revisited: Nursing students with disabilities. *The Journal of Nursing Education 46*, 70 -74.

Martin, H, Rowell, M, Reid, S, Marks, M, Reddihough, D. (2005). Cerebral palsy: What do medical students know and believe? *Journal of Paediatrics and Child Health 41(1-2)* : 43 - 47.

Matziou V, Galanis P, Tsoumakas C, Gymnopoulou E, Perdikaris P & Brokalaki H. (2009) Attitudes of nurse professionals and nursing students toward children with disabilities. Do nurses really overcome children's physical and mental handicaps? *International Nursing Review 56*, 456 -460.

Oliva Ruiz, P., Gonzalez-Medina, G., Salazar Couso, A., Jiménez Palomares, M., Rodríguez Mansilla, J., Garrido Ardila, E.M., Merchan Vicente, M.N. (2020). attitude towards people with disability of nursing and physiotherapy students. *Children, 7(10)*, 191.

Olkin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability*. Guilford Press.

- Pardeck, J.A. & Murphy, J.W. (eds.) (2012). *Disability issues for social workers and human services professionals in the twenty-first century*. The Haworth Social Work Practice Press, New York.
- Perry, S. (2008). The Effect of Disability Insurance on Health Investment: Evidence from the VA Disability Compensation Program. *Center for Policy Research*. 196.
- Peters K & Cotton A (2015) Barriers to breast cancer screening in Australia: experiences of women with physical disabilities. *Journal of Clinical Nursing* 24, 563–572.
- Pfeiffer, D. (2003) The disability studies paradigm, in P. Devlieger, F. Rusch & D. Pfeiffer (eds.), *Rethinking disability: The emergence of new definitions, concepts and communities*, pp. 95–110, Garant Uitgevers, Antwerpen.
- Polikandrioti M, Govina O, Vasilopoulos G. (2020) Nursing Students' Attitudes towards People with Disabilities. *International Journal of Caring Sciences* 13(1): 480-488.
- Raghavendra, P., Bornman, J., Granlund, M., & Björck-Åkesson, E. (2007). The World Health Organization's international classification of functioning, disability and health: implications for clinical and research practice in the field of augmentative and alternative communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(4), 349–361.
- Sahin, H. & Bekir, H. (2016). Determination of university student attitudes toward disabled people. *Turkish Journal Of Social Research*, 20(3), 765-779.
- Satchidanand, N., Gunukula, S. K., Lam, W. Y., McGuigan, D., New, I., Symons, A. B., ... & Akl, E. A. (2012). Attitudes of healthcare students and professionals toward patients with physical disability: a systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(6), 533-545.
- Schriner, K., & Scotch, R. K. (2003). *Backlash Against the ADA*. US State: University of Michigan Press.
- Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2164-2182.
- Secombe, J.A. (2007). Attitudes towards disability in an undergraduate nursing curriculum: a literature review. *Nurse Educ Today*, 27(5):459-65.

- Shakespeare, T., Iezzoni, L.I. and Groce, N.E. (2009) Disability and the training of health professionals. *The Lancet* 374, 1815–1816.
- Shiloh S, Heruti I, Berkovitz T (2011) Attitudes toward people with disabilities caused by illness or injury: Beyond physical impairment. *International Journal of Rehabilitation Research* 34: 321–329.
- Silvers, A. (2003). On the possibility and desirability of constructing a neutral conception of disability. *Theoretical Medicine* 24: 471–87.
- Soltani S, Khosravi B, Salehiniya H. (2015). Prevalence of intellectual disability in Iran: Toward a new conceptual framework in data collection. *J Res Med Sci*, 20(7):714–5.
- Swain, J. & French, S. (2000). Towards an affirmation model of disability. *Disability & Society* 15(4), 569–582.
- Schwartz, C., & Armony-Sivan, R. (2001). Students' attitudes to the inclusion of people with disabilities in the community. *Disability & Society*, 16(3), 403–413.
- Symons, A. B., Fish, R., McGuigan, D., Fox, J., & Akl, E. A. (2012). Development of an instrument to measure medical students' attitudes toward people with disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(3), 251-260.
- Tervo, R. C., Azuma, S., Fogas, B., & Fiechtner, H. (2002). Children with ADHD and motor dysfunction compared with children with ADHD only. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44(6), 383–390.
- Tervo, R.C., Palmer, G. & Redinius, P. (2004). Health professional student attitudes towards people with disability. *Clin Rehabil.* 2004, 18(8):908-15.
- Thomas, D. and Woods, H. (2003). *Working with people with learning disabilities. Theory and Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley
- Tøssebro, J. (2004). Introduction to the special issue: Understanding disability. *SJDR*, 2(1), 3-7.
- VanPuymbrouck, L., Friedman, C., & Feldner, H. (2020). Explicit and implicit disability attitudes of healthcare providers. *Rehabilitation Psychology*. Advance online publication

Velonaki VS, Kampouroglou G, Velonaki M, Dimakopoulou K, Sourtzi P & Kalokerinou A (2015) Nurses' knowledge, attitudes and behavior toward Deaf patients. *Disability and Health Journal* 8(1), 109 -17.

Verdonschot, M. M. L., de Witte, L. P., Reichrath, E., Buntinx, W. H. E., & Curfs, L. M. G. (2009). Community participation of people with an intellectual disability: A review of empirical findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 303-318.

Wasserman, D., Asch, A., Blustein, J., & Putnam, D. (2011). Disability: definitions, models, experience. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2013 Edition), Edward N. Zalta (Ed.). Ανάκτηση από <http://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=disability>.

Wendell, S. (2001). Unhealthy Disabled: Treating Chronic Illnesses as Disabilities. *Hypatia*, 16(4): 17–33

WHO (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH)*. Geneva, Switzerland.

WHO(2011). *World report on disability*. Geneva.

Yakut, Ayse D (2021). Examining Attitudes of Medical Students toward Individuals with Disabilities." *International Journal of Multidisciplinary Perspectives in Higher Education*, 6 (1).

Yazbeck, M., McVilly, K. & Parmenter, T. (2004). Attitudes toward people with intellectual disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, 15, 97–111.

Yelpaze, I, & Türküm, A. S. (2018). Adaptation and validation of Turkey version of multidimensional attitudes toward persons with disabilities. *OPUS-International Journal of Society Researches*, 8(14), 167-187

Yorke AM, Ruediger T & Voltenburg N (2017) Doctor of physical therapy students' attitudes towards people with disabilities: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation* 39(1), 91 - 97.

Zaromatidis K, Papadaki A & Glide A (1999) A cross -cultural comparison of attitudes toward persons with disabilities: Greeks and Greek -Americans. *Psychological Reports* 84, 1189 - 1196.

Zheng, Qiaolan, Qi Tian, Chun Hao, Jing Gu, Jianting Tao, Zuoyi Liang, Xinlin Chen, et al. 2016. “Comparison of Attitudes toward Disability and People with Disability among Caregivers, the Public, and People with Disability: Findings from a Cross-Sectional Survey.” *BMC Public Health* 16 (1): 1024.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health,2023>.

<https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/disability-eu-facts-figures>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η παρακάτω έρευνα πραγματοποιείται στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ΔΜΥ του Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο με τίτλο «Στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε άτομα με αναπηρίες (κινητικές)».

Σας παρακαλώ να διαθέσετε λίγο από το χρόνο σας με σκοπό την συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και σύμφωνα με τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας. Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υποδηλώνει συγκατάθεση για τη συμμετοχή σας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων,

Γεωργία Κλειδέρη

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο

Ανδρας

Γυναίκα

2. Ηλικία

25-29

30-39

40-49

50-59

60-69

3. Επάγγελμα στον τομέα της υγείας

Ιατρός

Νοσηλεύτης/τρια

4. Έτη επαγγελματικής απασχόλησης στον τομέα της υγείας

0-10

11-21

>22

5. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

6. Επίπεδο εκπαίδευσης

Βασική Εκπαίδευση

Μέση

Πανεπιστημιακή

Διδακτορικό

B. ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΣΤΑΣΕΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

7. Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 10 πόσες γνώσεις έχετε γενικά για την αναπηρία και για τη ζωή των ατόμων με αναπηρία;

Δεν έχω καθόλου γνώσεις Έχω πάρα πολλές γνώσεις

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Εάν σημειώσατε ότι έχετε κάποιες γνώσεις, από που τις αποκτήσατε;

[Σημειώστε όσες απαντήσεις είναι σχετικές με εσάς]

Είμαι άτομο με αναπηρία

Από την προπτυχιακή μου εκπαίδευση στο ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο

Παρακολούθησα ειδικό σεμινάριο

Από προσωπική εμπειρία με άτομο/α με αναπηρία κατά την εργασία

Από μέλος της οικογένειάς μου

Από φίλο/η, γείτονα, κ.λπ.

Από Επιστημονικά περιοδικά και βιβλία

Από εθελοντικές δράσεις

Από εφημερίδες, περιοδικά, ράδιο, τηλεόραση

Από το διαδίκτυο

Από Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (facebook, twitter, κ.λπ.)

Άλλο, παρακαλώ σημειώστε τι: _____

9. Πόσο συχνά έχετε επαφή με άτομα με αναπηρία;

Πάρα πολύ συχνά Πολύ συχνά Συχνά Σπάνια Πολύ σπάνια

10. Είχατε, έως τώρα, στη ζωή σας επαφή με άτομα που έχουν κινητική αναπηρία;

Ναι Όχι Δε θυμάμαι

Αν απαντήσατε Όχι, προχωρήστε στην ερώτηση 12

11. Η επαφή σας με άτομα με αναπηρία έχει γίνει:

Στο στενό οικογενειακό περιβάλλον

Στο φιλικό περιβάλλον

Στην εργασία

Δεν θυμάμαι / Προτιμώ να μην απαντήσω

12. Σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις σε σχέση με τα άτομα που έχουν (κινητική) αναπηρία:

-3=Διαφωνώ πάρα πολύ, -2=Διαφωνώ πολύ, -1=Διαφωνώ, +1=Συμφωνώ, +2=Συμφωνώ πολύ, +3=Συμφωνώ πάρα πολύ. 0=Δεν απαντώ

	Διαφωνώ πάρα πολύ	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ πάρα πολύ	Δεν απαντώ
Τα άτομα με αναπηρία είναι συνήθως φιλικά με τους άλλους.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα άτομα που έχουν κάποια αναπηρία δεν θα έπρεπε να πληρώνουν φόρους.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα άτομα με αναπηρία δεν είναι πιο ευαίσθητα από τους άλλους ανθρώπους.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα άτομα με αναπηρία μπορούν να έχουν μια φυσιολογική κοινωνική ζωή.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα με αναπηρία έχουν να αντιμετωπίσουν κάποιο στίγμα.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Οι εργαζόμενοι που έχουν κάποια αναπηρία μπορούν να είναι το ίδιο επιτυχημένοι επαγγελματικά, όσο είναι και οι υπόλοιποι	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0

εργαζόμενοι.							
Πολύ λίγα άτομα με αναπηρία ντρέπονται για την αναπηρία τους.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Οι περισσότεροι άνθρωποι αισθάνονται άβολα όταν συναναστρέφονται με άτομα με αναπηρία.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα άτομα με αναπηρία δείχνουν λιγότερο ενθουσιασμό από τα άτομα που δεν έχουν αναπηρία.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα άτομα με αναπηρία δεν αναστατώνονται / εκνευρίζονται πιο εύκολα από τα άτομα που δεν έχουν αναπηρία.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα άτομα με αναπηρία είναι συνήθως λιγότερο επιθετικά από άτομα που δεν έχουν αναπηρία.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα με αναπηρία παντρεύονται και κάνουν παιδιά.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα με αναπηρία δεν στενοχωριούνται περισσότερο από όλους τους υπόλοιπους ανθρώπους.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Δεν θα πρέπει να επιτρέπεται στους εργοδότες που έχουν κάποια αναπηρία να απολύουν άτομα με αναπηρία.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα άτομα με αναπηρία	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0

δεν είναι τόσο ευτυχισμένα όσα άτομα που δεν έχουν κάποια αναπηρία.							
---	--	--	--	--	--	--	--

13. Σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις *σε σχέση με τα άτομα που έχουν (κινητική) αναπηρία:*

-3=Διαφωνώ πάρα πολύ, -2=Διαφωνώ πολύ, -1=Διαφωνώ, +1=Συμφωνώ, +2=Συμφωνώ πολύ, +3=Συμφωνώ πάρα πολύ. 0=Δεν απαντώ

	Διαφωνώ πάρα πολύ	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ πάρα πολύ	Δεν απαντώ
Είναι πιο δύσκολο να συνεννοηθείς με άτομα που έχουν κάποια σοβαρή αναπηρία σε σχέση με όσα έχουν λιγότερο σοβαρές αναπηρίες.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα με αναπηρία περιμένουν κάποιο είδος ειδικής μεταχείρισης.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα άτομα με αναπηρία δεν πρέπει να περιμένουν ότι θα έχουν φυσιολογική ζωή.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα με αναπηρία τείνουν να	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0

αποθαρρύνονται εύκολα.							
Το χειρότερο πράγμα που μπορεί να τύχει σε κάποιον είναι να τραυματιστεί σοβαρά.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα παιδιά που έχουν κάποια αναπηρία δεν θα πρέπει να συναγωνίζονται με παιδιά χωρίς αναπηρία.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα με αναπηρία δεν νοιώθουν άσχημα για τον εαυτό τους.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα με αναπηρία προτιμούν να συνεργάζονται με άλλα άτομα με αναπηρία.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα με σοβαρή αναπηρία δεν είναι τόσο φιλόδοξα όσο τα κανονικά άτομα.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα άτομα με αναπηρία δεν έχουν τόση αυτοπεποίθηση όση έχουν τα άτομα που δεν έχουν σωματική αναπηρία.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα με αναπηρία δεν θέλουν περισσότερη στοργή και	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0

έπαινο από τους υπόλοιπους ανθρώπους.							
Θα ήταν καλύτερο εάν κάποιο άτομο που έχει σωματική αναπηρία παντρευόταν με κάποιο άτομο που έχει επίσης σωματική αναπηρία.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα με αναπηρία δεν έχουν ανάγκη κάποιας ειδικής προσοχής-φροντίδας.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα άτομα με αναπηρία επιζητούν περισσότερο τη συμπόνια συγκριτικά με τους άλλους ανθρώπους.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0
Τα περισσότερα άτομα που έχουν σωματική αναπηρία έχουν διαφορετική προσωπικότητα από τους κανονικούς ανθρώπους.	-3	-2	-1	+1	+2	+3	0

14. Σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις:

0=Διαφωνώ πλήρως, 1=Διαφωνώ, 2=Ούτε Διαφωνώ/ούτε Συμφωνώ, 3=Συμφωνώ, 4=Συμφωνώ πλήρως,

	Διαφωνώ πλήρως	Διαφωνώ	Ούτε Διαφωνώ ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πλήρως
Τα άτομα με αναπηρία είναι ευχάριστα όταν έρχεσαι σε επαφή μαζί τους.	0	1	2	3	4
Αν έχω επιλογή, θα προτιμούσα να βλέπω ικανούς σωματικά ασθενείς παρά ασθενείς με αναπηρία.	0	1	2	3	4
Είναι ευθύνη της κοινωνίας να παρέχει φροντίδα για κάθε άτομο με αναπηρία	0	1	2	3	4
Οι ασθενείς με αναπηρία βελτιώνονται με τη θεραπεία	0	1	2	3	4
Η ιατρική περίθαλψη για άτομα με αναπηρία απαιτεί πάρα πολλούς πόρους.	0	1	2	3	4
Η δυνατότητα γνώσης ιατρικού ιστορικού από έναν ασθενή με αναπηρία συχνά είναι μια δοκιμασία	0	1	2	3	4
Τα άτομα με αναπηρία, γενικά, δεν συνεισφέρουν στην κοινωνία	0	1	2	3	4
Τα άτομα με αναπηρία δεν συνεισφέρουν το δίκιο μερίδιό τους στην πληρωμή της υγειονομικής τους περίθαλψης.	0	1	2	3	4
Θα καλοδεχτώ τους ασθενείς με αναπηρία στο χώρο εργασίας μου	0	1	2	3	4
Εάν αντιμετωπιστεί σωστά, ο ασθενής με αναπηρία μπορεί να εξεταστεί τόσο γρήγορα όσο οποιοσδήποτε άλλος ασθενής.	0	1	2	3	4
Η κατανόηση των ασθενών με αναπηρία είναι πολύτιμη για εμένα ως γιατρό ή επαγγελματία υγείας.	0	1	2	3	4
Οι ασθενείς με αναπηρία είναι	0	1	2	3	4

καλύτερα να περιθάλπονται σε κέντρα αποκατάστασης.					
Το σύστημα ασφάλισης προσφέρει επαρκή αποζημίωση για τη φροντίδα ασθενών με αναπηρία.	0	1	2	3	4
Η θεραπεία ασθενών με αναπηρία είναι πολύ χρονοβόρα.	0	1	2	3	4
Απαιτείται περισσότερη κατάρτιση για να προετοιμαστούν οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν φροντίδα στον ασθενή με αναπηρία	0	1	2	3	4
Είμαι εξοικειωμένος με τη φροντίδα ατόμων με αναπηρία.	0	1	2	3	4
Η θεραπεία των ατόμων με αναπηρία είναι δύσκολη/αδιέξοδη	0	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. ΑΔΕΙΕΣ

----- Forwarded message -----

Από: **George Kritsotakis** <gkritis@hmu.gr>

Date: Δευ, 5 Σεπ 2022, 09:50

Subject: Απ: Διπλωματικήεργασία

To: Georgia Kleideri<gkleideri@gmail.com>

Κυρία Κλειδέρη,

Σας καλημερίζω και σας εύχομαι καλή εβδομάδα.

Σας ευχαριστώ πολύ για το ενδιαφέρον σας για τη δουλειά μας.

Με χαρά σας επισυνάπτω το εργαλείο έτσι ώστε να μπορείτε να το προσαρμόσετε την δική σας έρευνα. Η κλίμακα για την αναπηρία είναι η ερώτηση 16. Οι προηγούμενες είναι επικουρικές ερωτήσεις οι οποίες είχαν δημιουργηθεί από εμάς και μπορείτε να τις τροποποιήσετε όπως θέλετε.

Σας εύχομαι κάθε επιτυχία,

Με εκτίμηση,

Γιώργος Κριτωτάκης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ
& ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ « Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ »
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Ταχ Δ/ση : Καλαβρύτων 37
Τηλ: 2613 601849

Πάτρα: 7/12/2022

Πρακτικό
22^η τακτική συνεδρίαση της Επιστημονικής Επιτροπής
9ο θέμα
07-12-2022

Στην Πάτρα σήμερα στις 07 Δεκεμβρίου 2022, ημέρα Τετάρτη και ώρα 11:00, συνήλθε σε Τακτική Συνεδρίαση στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών η Επιστημονική Επιτροπή, η οποία συγκροτήθηκε με την υπ. αριθμ.: 1199/1.8.2019 απόφαση του Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών κ. Θεόδωρου Σερεμέτη, και την υπ. αριθμ. :361/30.07.2021 απόφαση του Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών κ. Ηλία

Θεοδωρόπουλου στην οποία παρέστησαν τα πιο κάτω Μέλη :

ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΜΑΡΓΑΡΙΤΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ: Δ/ντης Τμήματος Γαστρεντερολογίας
ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ
ΤΣΕΛΙΟΥ ΠΑΡΘΕΝΟΠΗ: Δ/ντρια Κ. Αιμοδοσίας
ΜΠΙΚΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ: Δ/ντης Παθολογίας
ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ: Δ/ντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
ΤΣΟΥΓΚΡΑΝΗ ΘΕΟΔΩΡΑ: Π.Ε. Ψυχολόγος

ΘΕΜΑ 9ο: Εκπόνηση διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε άτομα με αναπηρίες (κινητικές)» της κας Γεωργίας Κλειδέρη.

Η Ε.Ε. έλαβε υπόψη της τα σχετικά :

α) Τις διατάξεις του άρθρου 9 παρ.3 εδ. Ε του Ν 3329/05 τεύχος Α'.

β) Το σχετ.(β) με. αρ. οικ. πρωτ.: 213/01.12.2022

- Πλήρη τίτλο της υπό έγκριση έρευνας.
- Βεβαίωση φοίτησης ή ιδιότητας
- Απόφαση της σχολής για ορισμό τριμελούς επιτροπής
- Ονοματεπώνυμο του Επιστημονικά Υπεύθυνου (ή βεβαίωση) ότι φέρει την επιστημονική ευθύνη της έρευνας, που θα πρέπει να έχει υπογραφή ή του Επιστημονικά Υπεύθυνου ή της τριμελούς επιτροπής

ΚΛΕΙΔΕΡΗ ΓΕΩΡΓΙΑ «Στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
απέναντι σε άτομα με αναπηρίες (κινητικές)»

- Ερευνητικό πρωτόκολλο
- Ερωτηματολόγιο

- Έντυπο συγκατάθεσης
- Υπεύθυνη Δήλωση τήρησης απορρήτου Προσωπικών Δεδομένων και τήρησης των κανόνων Ηθικής και Δεοντολογίας
- Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

Η Ε.Ε. γνωμοδοτεί θετικά για την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας.

Η εν λόγω απόφαση κοινοποιείται προς ενημέρωση και περαιτέρω ενέργειες στην κ. Γεωργία Κλειδέρη.

Ακριβές αντίγραφο

Η γραμματέας της Ε.Ε.

Ελένη Κρητικού




Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.