



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΓΗΡΑΤΟΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΓΓΑΣΙΑ

**ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ
ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΚΟΜΟΤΗΝΗ**

Του

Σεβδυνίδα Μάριου

Με την επίβλεψη της Καθηγήτριας κας Τσέτουρας Άννας

ΚΟΜΟΤΗΝΗ, ΙΟΥΛΙΟΣ 2022

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο 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 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 συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΜΟΤΗΝΗ

ΜΑΡΙΟΣ ΣΕΒΔΥΝΙΔΗΣ

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Τσέτουρα Άννα

Δικηγόρος ΔΝ, ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-επιβλέπων Καθηγητής

Τζαγκαράκης Στυλιανός Ι.

Κομοτηνή, Ιούλιος 2022

Ευχαριστίες

Θέλω να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου κα Τσέτουρα Άννα για την αμέριστη καθοδήγηση της στην διαδικασία της διπλωματικής εργασίας.

Τον Πρόεδρο ΣΑμεΑ ΠΕ Ροδόπης κο Καρούντζο Τρύφωνα για την πολύ φιλική και ουσιαστική συνεργασία του.

Τον Πρόεδρο του «Συλλόγου Περπατών» κο. Ταξιλδάρη Αλέξανδρο για την άψογη συνεργασία της υπηρεσίας στον προγραμματισμό των συνεντεύξεων.

Και κυρίως τους πρωταγωνιστές αυτής της προσπάθειας, τα Άτομα με Αναπηρίες, για την ανιδιοτελή προσφορά τους στην ολοκλήρωση της έρευνας.

Περίληψη

Το 15% του πληθυσμού παρουσιάζει κάποια μορφή αναπηρίας, καθιστώντας τα ΑμεΑ την πιο πολυπληθή μειονότητα παγκοσμίως. Μετά από αιώνες πολιτισμικής προκατάληψης και καταστρατήγησης των θεμελιωδών τους δικαιωμάτων, οι αγώνες των αναπηρικών κινημάτων οδήγησαν στα τέλη του 20^{ου} αιώνα, για πρώτη φορά, στην εφαρμογή διεθνών συμβάσεων του ΟΗΕ και της ΕΕ για την «μη διάκριση» και την κοινωνική μέριμνα, με θετικά μέτρα σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, όπως η εκπαίδευση, η εργασία και η υγειονομική περίθαλψη. Έτσι επιτεύχθηκε σε μεγάλο βαθμό η αντιμετώπιση του κοινωνικού και εργασιακού αποκλεισμού των ΑμεΑ, ο σεβασμός των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης τους στην καθημερινή αλληλεπίδραση με την κοινωνία και το περιβάλλον. Η παρούσα εργασία, με την ποιοτική μέθοδο ερευνητικής προσέγγισης και την διαδικασία της προσωπικής συνέντευξης, θεωρεί ότι το νομοθετικό πλαίσιο υποστήριξης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ΑμεΑ με κινητικά προβλήματα στην Ελλάδα, λειτούργησε κυρίως με την μορφή απαγορεύσεων και πολιτικής ρητορικής, χωρίς να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες για την πλήρη εφαρμογή τους, με σημαντικούς κινδύνους να ελλοχεύουν στην κατάσταση της ψυχοσωματικής τους υγείας και στην απόλαυση των ίσων ευκαιριών. Ωστόσο οι ευνοϊκές συνθήκες προσβασιμότητας της Κομοτηνής λειτούργησε ως καταλυτικός παράγοντας για την αποτελεσματικότερη παρέμβαση της αποκατάστασης από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς του τόπου, που δρουν αποτρεπτικά στην ιδρυματοποίηση, τον κοινωνικό στιγματισμό και απομόνωση των ΑμεΑ με κινητικές δυσχέρειες, βελτιώνοντας δραματικά την λειτουργικότητά τους και τις κατάλληλες εκείνες γνωστικές και επικοινωνιακές τους δεξιότητες που τους ωθούν με επιτυχία προς την κοινωνική ένταξη και επανένταξη.

Λέξεις – Κλειδιά

Άτομα με αναπηρίες, κοινωνικός αποκλεισμός, αποκατάσταση, ανθρώπινα δικαιώματα.

Abstract

15% of the population has some form of disability, making people with disabilities the largest minority in the world. After centuries of cultural prejudice and abuse of their fundamental rights, the struggles of the disability movement led to the implementation of international UN and EU conventions on "non-discrimination" and social welfare for the first time in the late 20th century, with positive measures in all aspects of their lives, such as education, work and healthcare. Thus, the social and labor exclusion of people with disabilities, the respect for their fundamental human rights and the improvement of their living conditions in their daily interaction with society and the environment have been achieved to a large extent. The present work with the qualitative method of research approach and the process of personal interview (one – to - one interview) considers that the legal framework for the support of the human rights of persons with disabilities in Greece, worked mainly in the form of bans and political rhetoric, without create the appropriate conditions for their full implementation, with significant risks lurking in their state of psychosomatic health and the enjoyment of equal opportunities. However, the favorable accessibility conditions of Komotini city acted as a catalyst for more effective intervention of rehabilitation by private and public structures, which act as a deterrent to the institutionalization, social stigma and isolation of the disabled people with mobility difficulties, dramatically improving their cognitive and communication skills that successfully push them towards social inclusion and reintegration.

Keywords

people with disabilities, social exclusion, rehabilitation, human rights.

Περιεχόμενα

Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων.....	viii
Κατάλογος Πινάκων.....	ix
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	x
1. ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΜΟΤΗΝΗ.....	1
1.1. Σημασία και σκοπός της έρευνας.....	2
1.2. Περιορισμοί της έρευνας.....	3
2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	4
2.1. Ιστορική εξέλιξη του ορισμού της αναπηρίας.....	4
2.2. Ατομικό μοντέλο	5
2.3. Κοινωνικό μοντέλο.....	6
2.4. Πολυδιάστατο μοντέλο	8
2.5. Μορφές και κατηγορίες αναπηρίας.....	9
2.6. Επιδημιολογική προσέγγιση της αναπηρίας.....	11
2.6.1. Παγκόσμια κλίμακα	11
2.6.2. Εθνική κλίμακα	12
2.7. Κοινωνικά δικαιώματα των ΑμεΑ	13
2.7.1. Προβληματισμοί και διαπιστώσεις.....	15
2.8. Ο κοινωνικός αποκλεισμός και απομόνωση των ατόμων με αναπηρίες.....	16
2.8.2. Αίτια κοινωνικού αποκλεισμού.....	17
2.8.3. Συνέπειες στην αυτοεικόνα	18
2.8.4. Συνέπειες στην υγεία	20
2.9. Η εκπαιδευτική ένταξη των αναπήρων ως ακρογωνιαίος λίθος κοινωνικής ένταξης.....	21
2.9.1. Ένταξη: ορισμοί, πλαίσιο, σημασία.....	22
2.9.2. Μορφές ένταξης	22
2.9.3. Παράγοντες ένταξης	23
2.9.4. Η συνεκπαίδευση ως εργαλείο κατά του αποκλεισμού	24
2.10. Προβληματισμοί για τον βαθμό ένταξης των ΑμεΑ στην σύγχρονη κοινωνία	25
2.11. Πολιτικές καταπολέμησης του αποκλεισμού των ΑμεΑ: η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του ΟΗΕ.....	26
2.11.1. Πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	27
2.11.2. Πολιτικές των Ηνωμένων Εθνών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021).....	29
2.12.1. Εννοιολογική προσέγγιση της αποκατάστασης	30
2.12.2. Ανάγκη για αποκατάσταση	31

2.12.3. Παγκόσμια στατιστικά δεδομένα για την αποκατάσταση.....	32
2.12.4. Η στρατηγική της αποκατάστασης.....	34
2.12.5. Στόχοι της αποκατάστασης.....	34
2.12.6. Τα «δευτερογενή» αποτελέσματα της αποκατάστασης.....	36
2.12.7. Παγκόσμια ανεκπλήρωτη ανάγκη για αποκατάσταση.....	38
2.13. Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης: ρόλος, δομή και λειτουργία.....	40
2.14. Η περίπτωση της Κομοτηνής, «Σύλλογος Περιπατών», Σωματείο ΑμεΑ, ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.	43
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	46
3.1. Δείγμα της έρευνας.....	46
3.2. Περιγραφή της μεθόδου έρευνας.....	46
3.2.1. Η επιλογή της ποιοτικής μεθόδου.....	46
3.2.2. Διαδικασία συνέντευξης.....	46
3.2.3. Ανάλυση του ερωτηματολογίου.....	47
3.3. Παρουσίαση αποτελεσμάτων της έρευνας.....	48
3.3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	48
3.3.2. Λειτουργικότητα και αυτοεξυπηρέτηση.....	52
3.3.3. Κοινωνική ένταξη.....	55
3.3.4. Κοινωνικές παροχές.....	57
3.3.5. Η σημασία της αποκατάστασης.....	59
3.3.6. Υπηρεσίες αποκατάστασης.....	59
3.3.7. Ανοιχτή ερώτηση.....	60
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	62
4.1. Ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	62
4.2. Δυνατά σημεία και απειλές της έρευνας.....	68
4.2.1. Δυνατά σημεία.....	68
4.2.2. Απειλές έρευνας.....	69
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	71
5.1. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	81

Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων

Σχήμα 1 Στην εργασία σας, έχουν / είχαν γίνει οι αναγκαίες προσαρμογές λόγω της αναπηρίας σας;.....	13
Σχήμα 2 Κατηγορίες ασθενειών επικρατούντων καταστάσεων, που θα ωφελούνταν από την αποκατάσταση παγκοσμίως, ανά τρεις ηλικιακές ομάδες το 2019.....	32
Σχήμα 3 Κυκλικό διάγραμμα για την μεταβλητή «φύλο».....	48
Σχήμα 4 Κυκλικό διάγραμμα για την μεταβλητή «εκπαιδευτικό επίπεδο».....	49
Σχήμα 5 Κυκλικό διάγραμμα για την μεταβλητή «επαγγελματική κατάσταση».....	49
Σχήμα 6 Διάγραμμα στηλών για την σχέση των μεταβλητών επαγγελματική απασχόληση και «επίπεδο σπουδών».....	50
Σχήμα 7 Κυκλικό διάγραμμα για την μεταβλητή «είδος αναπηρίας».....	50

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Το ιατρικό μοντέλο σε σχέση με το κοινωνικό μοντέλο.....	7
Πίνακας 2 Το ατομικό μοντέλο σε σχέση με το κοινωνικό μοντέλο.....	8
Πίνακας 3 Κατάσταση περιορισμού / αναπηρίας πληθυσμού 20-64 ετών ανά φύλο και κατάσταση απασχόλησης.....	12
Πίνακας 4 Κύριες αιτίες για τα προβλήματα Κοινωνικού Αποκλεισμού (ποσοστό % των συνολικά δηλωθέντων αιτιών).....	17
Πίνακας 5 Facilitator Model.....	23
Πίνακας 6 Τα οφέλη της αποκατάστασης όπως παρουσιάζονται από την Physio-pedia.....	36,37
Πίνακας 7 Περιγραφικός πίνακας των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.....	51
Πίνακας 8 Αιτίες για τα προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού σύμφωνα με την έρευνα.....	63

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΑμεΑ	Άτομα με Αναπηρία
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΚΑ	Κέντρο Αποκατάστασης
ΕΣΑμεΑ	Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία
GALI	Global Activity Limitation Index
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
A.A.I.D.D	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
WHS	World Health Survey
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
Unesco	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
Eurostat	European Statistics
ΤΠΕ	Τεχνολογία της Πληροφορίας και των Επικοινωνιών
ΣΗΕΔΑΑ	Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία
WRD	World Report of Disability
YLD	Years of Life lived with Disability
IMPACT-S	Measure of Participation and Activities Screener
ADL	Activities of Daily Living
APTA	American Physical Therapy Association
AOTA	American Occupational Therapy Association
ΚΕΦΙΑΠ	Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης
ΣΑμεΑ ΠΕ	Σωματείο ΑμεΑ της Περιφερειακής Ενότητας Ροδόπης
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
ΝΠΔΔ	Νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΚΕΠΑ	Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας
ΕΟΠΠΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΣΚΠ	Σκλήρυνση Κατά Πλάκας

1. ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΜΟΤΗΝΗ.

Τα άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ) αποτελούν την πιο πολυπληθή μειονότητα παγκοσμίως με το 15% του πληθυσμού στον πλανήτη να παρουσιάζει κάποια μορφή αναπηρίας (ΠΟΥ). Τα ΑμεΑ υπέστησαν ιστορικά τις συνέπειες της πολιτισμικής προκατάληψης (Κουτάντος 2000, Κουρουμπλής 2000) με την καταστρατήγηση θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Μόλις στα τέλη του 20^{ου} αιώνα και μετά από αγώνες των αναπηρικών κινημάτων (Oliver 1996), διασφαλίστηκαν τα δικαιώματα των ΑμεΑ με διεθνείς συμβάσεις, όπως του ΟΗΕ και της ΕΕ, τόσο με την άμεση εφαρμογή θεμελιωδών αρχών της “μη διάκρισης” όσο και με την έμμεση μορφή της μέριμνας και των θετικών μέτρων σε όλες τις πτυχές της ζωής, όπως η εκπαίδευση, η εργασία και η υγειονομική περίθαλψη (<https://www.lawspot.gr/>). Στόχος της νομικής αυτής ομπρέλας και των πολιτικών στρατηγικών ήταν η αντιμετώπιση του κοινωνικού και εργασιακού αποκλεισμού των ΑμεΑ, ο σεβασμός των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης τους στην καθημερινή αλληλεπίδραση με την κοινωνία και το περιβάλλον (Οργανισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα Θεμελιώδη Δικαιώματα). Ωστόσο η έλλειψη πολιτικής βούλησης (Bethge et al 2014), ο κοινωνικός αποκλεισμός (Sen 2000) και η λανθασμένη αυτοεικόνα των ατόμων με αναπηρία (Fox 2000), προκαλούν δυσμενείς συνθήκες στην ένταξη και την ποιοτική διαβίωση τους, με σημαντικές αρνητικές προεκτάσεις στην ψυχοσωματική υγεία τους (Liu et al 2021, Eraso et al 2018). Η αποκατάσταση λειτουργώντας ανεξάρτητα από τις πολιτικές και κοινωνικές τάσεις αποκλεισμού των ΑμεΑ και σε απόλυτη εναρμόνιση με τις επιταγές της επιστήμης συμβάλλει στην βέλτιστη υγεία, λειτουργικότητα και ευεξία του ατόμου, προωθώντας την ανεξαρτησία του και την βελτίωση της ποιότητας ζωής του (Amoah & Charan 2015).

Η παρούσα εργασία μέσω της ποιοτικής έρευνας, με την μορφή της προσωπικής συνέντευξης (one – to – one interview) (Ιωσηφίδης 2008) , προσπαθεί να αντλήσει πληροφορίες και δεδομένα από άτομα με κινητική αναπηρία, με σκοπό να αποσαφηνιστεί ο τρόπος που οι ίδιοι βλέπουν σημαντικά ζητήματα της ζωής τους (Κεδράκα 2005), όπως η λειτουργικότητα και η αυτοεξυπηρέτηση, η κοινωνική ένταξη, οι κοινωνικές παροχές και η σημασία και η επάρκεια των δομών της αποκατάστασης με έμφαση στην περιοχή της Κομοτηνής (Παράρτημα 1). Η συνέντευξη εκτιμάται ότι είναι σε ποσοστό 90% ο προτιμώμενος τρόπος μεθοδολογικής προσέγγισης των κοινωνικών ερευνών. Παρουσιάζει το πλεονέκτημα, έναντι της ποσοτικής

μεθόδου, της βαθύτερης ερμηνείας και ανάλυσης γεγονότων, εμπειριών, καταστάσεων και συμπεριφορών (Κεδράκα 2005). Επομένως η ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση της παρούσας μελέτης θα παράσχει μια σημαντική πληροφόρηση σχετικά με την απόλαυση των δικαιωμάτων των ΑμεΑ και την συνεισφορά της αποκατάστασης στην βελτίωση της λειτουργικότητας, της αυτοεξυπηρέτησης και της κοινωνικής ένταξης, όπως βιώνεται στην καθημερινότητα από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων με κινητική δυσχέρεια. Κοινωνικά θέματα που αφορούν μειονότητες, μπορούν να γίνουν αντικείμενα παραπληροφόρησης εξαιτίας πολιτικών σκοπιμοτήτων, κοινωνικής προκατάληψης ή άγνοιας του συγγραφέα, ενώ άλλες φορές ακόμα και η υπερπληροφόρηση που παρέχεται από το διαδίκτυο οδηγεί σε σύγχυση και αποπροσανατολισμό του κοινού («Αρνητικές επιδράσεις του διαδικτύου στους νέους» 2021), καθιστώντας περισσότερο επιτακτική την ανάγκη εμπειριστατωμένων ερευνών που να αποκαλύπτουν με σαφήνεια την πραγματική διάσταση των κοινωνικών ζητημάτων.

1.1. Σημασία και σκοπός της έρευνας

Η αναπηρία αφορά την πιο πολυπληθή μειονότητα με αντιπροσωπευτικότητα στο 15% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού. Ο εκπολιτισμός της κοινωνίας, η υιοθέτηση διεθνών συμβάσεων για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ΑμεΑ και οι πολιτικές στρατηγικές του ΟΗΕ και της ΕΕ έθεσαν στην πλειονότητα των κρατών της γης τις βάσεις για την κοινωνική αποδοχή και ένταξη των ΑμεΑ και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ωστόσο τα άτομα με αναπηρία εξακολουθούν να γίνονται αποδέκτες ρατσισμού, κοινωνικού αποκλεισμού, επαγγελματικών και κοινωνικών διακρίσεων και ελλειπών παροχών από το κράτος. Από την άλλη πλευρά η αποκατάσταση με γνώμονα την επιστήμη και στα πλαίσια των δυνατοτήτων που παρέχονται από τις παρούσες υποδομές, τείνει να αναιρέσει τις επιδράσεις του κοινωνικού αποκλεισμού, βελτιώνοντας την λειτουργικότητα των ατόμων με αναπηρία και θέτοντας τα θεμέλια για την κοινωνική και επαγγελματική τους ένταξη.

Η παρούσα εργασία με την ποιοτική μέθοδο ερευνητικής προσέγγισης και την διαδικασία της προσωπικής συνέντευξης, προσπαθεί να αντλήσει πληροφορίες στην τοπική κοινωνία της Κομοτηνής από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων με κινητική αναπηρία, για την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης τους, τον βαθμό κοινωνικής τους ένταξης, της επάρκειας των παροχών του κράτους και την σημασία και τις δυνατότητες της αποκατάστασης τοπικών υπηρεσιών, κάνοντας συγκρίσεις και με άλλες περιοχές της χώρας.

1.2. Περιορισμοί της έρευνας

1. Το δείγμα της έρευνας περιλαμβάνει άτομα, ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου, με κινητικό πρόβλημα σε βαθμό βαρύτητας που να τα υποχρεώνει να μετακινούνται με την βοήθεια αναπηρικού αμαξιδίου.
2. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 12 άτομα.
3. Δεν συμπεριλαμβάνονται στο δείγμα άτομα με νοητική στέρηση.
4. Το δείγμα έχει πολύ καλή γνώση της Ελληνικής γλώσσας.
5. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε δια ζώσης.
6. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε από τον ίδιο εξεταστή, προκειμένου να μην υπάρξει διαφοροποίηση στα χαρακτηριστικά της μεθόδου της συνέντευξης.
7. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε με το ίδιο ερωτηματολόγιο, για όλα τα άτομα του δείγματος.

2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ



2.1. Ιστορική εξέλιξη του ορισμού της αναπηρίας

Το ρήμα «πηρώ» από το οποίο προέρχεται ο όρος «αναπηρία» έχει την έννοια του «καθιστώ κάποιον ανίκανο». Στα Άτομα με Αναπηρία (ΑμεΑ) συνήθως αυτή η «έλλειψη ικανότητας» ερμηνεύεται αποκλειστικά με ιατρικούς όρους. Η κοινωνική «εθελotuφλία» οδηγεί στην απάλειψη βασικών στοιχείων της αναπηρίας καθώς ο βαθμός της συγκεκριμένης βιολογικής δυσχέρειας φαίνεται να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Λαμβάνοντας υπόψη το παραπάνω τρίπτυχο του όρου αναπηρία, γίνεται κατανοητό ότι ένα συγκεκριμένο άτομο με μια συγκεκριμένη βιολογική δυσχέρεια, αν ζήσει σε δύο διαφορετικούς τόπους με διαφορετικές κοινωνικές παροχές και αντιλήψεις θα έχει και διαφορετικό βαθμό αναπηρίας (<https://www.lawspot.gr/>) .

Τα ΑμεΑ αποτελούν την πλέον πολυπληθή μειονότητα σε παγκόσμιο επίπεδο αφού το 15% του πληθυσμού στον πλανήτη παρουσιάζει κάποια μορφή αναπηρίας (ΠΟΥ). Τα στατιστικά στοιχεία της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ), σύμφωνα με τον δείκτη GALI (Global Activity Limitation Index), προσδίδουν ένα ποσοστό 24,7% του πληθυσμού στην Ελλάδα με σοβαρούς ή μέτριους περιορισμούς δραστηριότητας και αναπηρίας, με τα μισά περίπου από αυτά (11,2%) να αντιμετωπίζουν σοβαρή αναπηρία.

Η πολυπλοκότητα του όρου «αναπηρία» και η χρήση διαφορετικών τύπων προσέγγισης και διατύπωσης είναι η αιτία για μεγάλες επιδημιολογικές αποκλίσεις (Schneider 2009), οι οποίες ωστόσο δεν αναιρούν το γεγονός ότι αφορά ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Η πολυσύνθετη διάσταση του ορισμού οφείλεται στο γεγονός ότι προσδιορίζεται βάσει των ιδιαίτερων θεωρητικών προσεγγίσεων, όπως αυτές διαμορφώνονται από τα διάφορα πολιτικά και κοινωνικά στρώματα (Κουτάντος 2000). Αν και η κοινωνική προσέγγιση της αναπηρίας αποτελεί μια σύγχρονη θεώρηση, που αντικατέστησε την παραδοσιακή και μονόπλευρη ιατρική ερμηνεία της, ωστόσο οι άνθρωποι με ανεπάρκειες υπέστησαν τις συνέπειες της πολιτισμικής προκατάληψης από την προβιομηχανική εποχή, στις κοινωνίες των Αρχαίων Ελλήνων και Ρωμαίων (Κουτάντος 2000). Στην Ομηρική εποχή η σωματική αρτιμέλεια και υπεροχή προσδίδει το ηρωικό πνεύμα και την τελειότητα. Αντίθετα, η αναπηρία συνιστούσε αρνητικό μήνυμα από τους Ολύμπιους θεούς και στην Αρχαία Σπάρτη τα ανάπηρα παιδιά πετιούνταν στην χαράδρα του Καιάδα. Ωστόσο στην Αθηναϊκή Πολιτεία παρουσιάζονται στοιχεία κοινωνικής ευαισθησίας απέναντι στους ανάπηρους, όπως με την χορήγηση επιδόματος που όριζε ο Νόμος του Σόλωνα «περί αδυνάτων» και με την επιστημονική πλέον

προσέγγιση της αναπηρίας από τον «πατέρα της Ιατρικής» τον Ιπποκράτη, που κατεύνασε τις τάσεις των διακρίσεων που προκαλούσαν οι δεισιδαιμονίες και οι προκαταλήψεις της εποχής προς τους ανάπηρους (Κουρουμπλής 2000).

2.2. Ατομικό μοντέλο

Η πρόοδος του πολιτισμού συνοδεύτηκε με ευνοϊκότερη αντιμετώπιση της αναπηρίας. Στην εποχή της Αναγέννησης οργανώνεται η υγειονομική περίθαλψη και η εκπαίδευση των αναπήρων. Έτσι στην αντίληψη των ανθρώπων αναπτύσσεται το ατομικό ή ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας, που τονίζει την βιολογική φύση της αναπηρίας, ως παθολογικό χαρακτηριστικό, προσωπική τραγωδία, ανωμαλία και αποτέλεσμα ανεπάρκειας (Κουτάντος 2000). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, μια δίκαιη κοινωνία είναι υποχρεωμένη με τις κατάλληλες δομές και το εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό να προσδιορίσει την αιτία της δυσλειτουργίας και να την θεραπεύσει ή να την διαχειριστεί κατάλληλα, ώστε τα άτομα με την αναπηρία να επιστρέφουν στις συνθήκες μιας «κανονικής» ζωής (Καραγιάννη & Ζώνιου 2006). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), δεν διαχωρίζει την θέση του από την παρωχημένη ερμηνεία της αναπηρίας (handicap) σύμφωνα με το ατομικό μοντέλο, παρά μόνο την διαφοροποιεί από τους ορισμούς της ανεπάρκειας (impairment) και της μειονεξίας (handicap).

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για τις Ειδικές Ανάγκες και τη Συνεκπαίδευση, η *ανεπάρκεια* αφορά την κάθε «απώλεια ή ανωμαλία ψυχολογικής, φυσιολογικής και ανατομικής δομής ή λειτουργίας», ενώ ως *μειονεξία* ορίζεται «το πρόβλημα ενός ατόμου, προερχόμενο από την ανεπάρκεια ή την αναπηρία, το οποίο περιορίζει ή εμποδίζει την ολοκλήρωση ενός ρόλου εξαρτώμενου από την ηλικία, το φύλο και των ιδιαίτερων κοινωνικο-πολιτισμικών παραγόντων του ατόμου».

Στην βάση των παραπάνω ορισμών ο ΠΟΥ θεωρεί ως αναπηρία τους περιορισμούς και τις στερήσεις που προκαλεί η ανεπάρκεια σε ένα άτομο για να συμπεριφερθεί ή να εκτελέσει μια κίνηση στα πλαίσια της κανονικότητας για τις ανθρώπινες δυνατότητες. Η ιατρική αυτή προσέγγιση του ΠΟΥ συνδέει την αναπηρία με την ανεπάρκεια και αγνοεί όμως την στενή σύνδεσή της με βασικούς κοινωνικούς οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, όπως η εθνικότητα, η κοινωνική τάξη, ο υποσιτισμός και η φτώχεια (Κουτάντος 2000, Μουτσινάς 2019). Το ατομικό μοντέλο επομένως στοχεύει στον εντοπισμό της ανεπάρκειας των αναπήρων, για να προσδιορίσει την κατάλληλη θεραπευτική και εκπαιδευτική παρέμβαση, χωρίς να υπολογίσει την εμπλοκή ολόκληρης της κοινωνίας και την δημιουργία των

κατάλληλων συνθηκών για την ενεργή συμμετοχή τους σε αυτή (Κουτάντος 2000). Αποτέλεσμα της υιοθέτησης του ατομικού μοντέλου ήταν η δημιουργία ιδρυμάτων για την περίθαλψη των αναπήρων, που τους οδήγησε σε κοινωνική απομόνωση και στις παιδαγωγικά εκπωχευμένες προσεγγίσεις της εκπαίδευσης, οι οποίες εντοπίζοντας την παθολογία στον εκάστοτε μαθητή, παρέβλεπαν τα ενδιαφέροντα και τις κλίσεις του και τον οδήγησαν σε κοινωνικο-πολιτισμική αποξένωση (Μουτσινάς κα 2019).

2.3. Κοινωνικό μοντέλο

Παρά το γεγονός ότι το ατομικό μοντέλο βρίσκει εφαρμογή στην ιατρική αντιμετώπιση της αναπηρίας μέχρι και σήμερα, στα τέλη του 20^{ου} αιώνα η διεκδίκηση του δικαιώματος στην διαφορετικότητα και των ατομικών δικαιωμάτων που απορρέουν από αυτή, οδήγησε στην ανάπτυξη του κοινωνικού μοντέλου, το οποίο συγκροτήθηκε στη βάση των ανεπαρκειών του αρχικού μοντέλου. Το αναπηρικό κίνημα, με πρωτεργάτη τον Oliver (Oliver 1996), διαμόρφωσε το κοινωνικό μοντέλο σκέψης που επεσήμανε την υπαιτιότητα της κοινωνίας και όχι της βιολογικής δυσλειτουργίας για την συρρίκνωση της δραστηριότητας των αναπήρων στα κοινωνικά και πολιτισμικά δρώμενα.

Στα πλαίσια της *κοινωνικής προσέγγισης*, η ανεπάρκεια αποτελεί μια σωματική, αισθητηριακή ή νοητική δυσλειτουργία και η αναπηρία είναι το αποτέλεσμα περιορισμών και περιθωριοποίησης που προκαλεί η δυσλειτουργία, μέσα από την κοινωνική επιβολή και τον αποκλεισμό των αναπήρων από την συμμετοχή στο κοινωνικο-πολιτισμικό γίγνεσθαι.

Η *φεμινιστική προσέγγιση* του ορισμού είναι πιο εξατομικευμένη και αναγνωρίζει διαφορετικά βιώματα αναπηρίας από ανθρώπους με διαφορετικά είδη αναπηρίας που ζούνε σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Επίσης διακρίνει μεγαλύτερα τείχη αποκλεισμού και ισχυρότερες διακρίσεις σε βάρος του γυναικείου φύλου που θεωρείται ακατάλληλο στο ρόλο της μητέρας και του εργαζόμενου, οδηγώντας τους σε ένα τέλμα κοινωνικό και οικονομικό (Thomas 1999).

Στην *υλιστική προσέγγιση* και τα δύο φύλα των αναπήρων απομονώνονται από την παραγωγική διαδικασία, η οποία αποτελεί θεμέλιο λίθο κοινωνικού κύρους και ενσωμάτωσης (Finkelstein 1980).

Αν και υπάρχουν και άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις του κοινωνικού μοντέλου, στο σύνολό τους αξιοποιούν τους όρους ικανότητα, δικαιώματα, προσαρμογή και διαφορετικότητα σε αντίθεση με το ιατρικό μοντέλο που τονίζει την αδυναμία και την ανικανότητα, συντηρώντας προκαταλήψεις και κοινωνικούς αποκλεισμούς (Μουτσινάς κα 2019).

Στους παρακάτω πίνακες (πίνακας 1 και 2) παρουσιάζονται επιγραμματικά οι διαφορές στην προσέγγιση της αναπηρίας μεταξύ του ιατρικού και του κοινωνικού μοντέλου και του ατομικού με το κοινωνικό σύμφωνα με τους ETTAD (2007) και Κουτάντο (2010).

Ιατρικό μοντέλο	Κοινωνικό μοντέλο
Η αναπηρία είναι μια «προσωπική τραγωδία»	Η αναπηρία είναι η εμπειρία της κοινωνικής κατοχής
Η αναπηρία είναι ένα προσωπικό πρόβλημα	Η αναπηρία είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα
Το Ιατρική φροντίδα είναι η «θεραπεία»	Οι ομάδες και τα συστήματα αυτοβοήθειας ωφελούν τα άτομα με αναπηρίες πάρα πολύ
Κυριαρχία των ειδημόνων	Προσωπική και συλλογική ευθύνη
Η εμπειρία υπάρχει σε (καταρτισμένους) επαγγελματίες	Η εμπειρία είναι η πείρα των ατόμων με αναπηρίες
Το άτομο με αναπηρίες πρέπει να προσαρμοστεί	Το άτομο με αναπηρίες πρέπει να επιβεβαιωθεί
Τα άτομα με αναπηρίες έχουν μια μεμονωμένη ταυτότητα	Τα άτομα με αναπηρίες έχουν μια συλλογική ταυτότητα
Τα άτομα με αναπηρίες χρειάζονται φροντίδα	Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαιώματα
Οι επαγγελματίες έχουν τον έλεγχο	Τα άτομα με αναπηρίες πρέπει να κάνουν τις επιλογές τους
Μεμονωμένες προσαρμογές	Κοινωνική αλλαγή

Πίνακας 1 Το ιατρικό μοντέλο σε σχέση με το κοινωνικό μοντέλο (ETTAD 2007)

Ατομικό μοντέλο	Κοινωνικό μοντέλο
Θεωρία προσωπικής τραγωδίας	Θεωρία κοινωνικής καταπίεσης
Προσωπικό πρόβλημα	Κοινωνικό πρόβλημα
Ατομική θεραπεία	Κοινωνική δράση
Ιατροποίηση	Αυτό-βοήθεια
Επαγγελματική κυριαρχία	Ατομική και συλλογική ευθύνη
Ειδικότητα - εξειδίκευση	Βίωμα
Προσαρμογή	Επιβεβαίωση

Ατομική ταυτότητα	Συλλογική ταυτότητα
Προκατάληψη	Διάκριση
Στάσεις	Συμπεριφορά
Φροντίδα	Δικαιώματα
Έλεγχος	Επιλογή
Πολιτική πρακτική	Πολιτικές
Ατομική προσαρμογή	Κοινωνική αλλαγή

Πίνακας 2 Το ατομικό μοντέλο σε σχέση με το κοινωνικό μοντέλο (Κουτάντος 2010)

2.4. Πολυδιάστατο μοντέλο

Τα τελευταία χρόνια η επιστημονική κοινότητα υιοθέτησε ένα μεικτό μοντέλο μεταξύ του ατομικού και του κοινωνικού. Απέρριψε την αποκλειστική ευθύνη του ατόμου ή της κοινωνίας και θεώρησε ότι η επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν από την αναπηρία βρίσκεται στην εφαρμογή πολιτικών σε κοινωνικό επίπεδο, σε συνδυασμό με εξατομικευμένες παρεμβάσεις.

Στο πνεύμα του πολυδιάστατου μοντέλου βρίσκεται πλέον ο ορισμός του ΠΟΥ του 2001, ο οποίος θέλοντας να δημιουργήσει μια κοινή γλώσσα για την λειτουργικότητα και την αναπηρία, όρισε την Διεθνή Ταξινόμηση Λειτουργικότητας Αναπηρίας και Υγείας (World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). Το ICF παρέχει τυποποιημένα στοιχεία περιγραφής της υγείας, βοηθώντας στην συλλογή και σύγκριση δεδομένων και την προώθηση της έρευνας. Θεωρεί ότι η λειτουργικότητα ενός ανθρώπου επηρεάζεται από την λειτουργία και τις δομές του σώματος, από τις δραστηριότητες και την συμμετοχικότητα και την αλληλεπίδραση των στοιχείων αυτών με ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το ICF αμφισβητεί παλαιότερες και αναχρονιστικές έννοιες της υγείας και της αναπηρίας και αναγνωρίζει ότι όλοι οι άνθρωποι μπορεί να εμφανίσουν κάποια μορφή αναπηρίας σε κάποιο στάδιο της ζωής τους. Σε αντίθεση με προηγούμενα μοντέλα αξιολόγησης της αναπηρίας, το ICF συμπεριλαμβάνοντας την σημασία του περιβαλλοντικού παράγοντα, επιτρέπει την καταγραφή της επίδρασης του φυσικού, κοινωνικού και συμπεριφορικού περιβάλλοντος στην λειτουργικότητα του ανθρώπου (Madden et al 2014).

Το 2010, η Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα των ατόμων με Αναπηρία, αναπτύσσει έναν νέο ορισμό με πολυδιάστατη επίσης προσέγγιση, που δίνει βαρύτητα στις ικανότητες του ανθρώπου, αλλά και στις απαιτήσεις της κοινωνίας, συνδυάζοντας βιολογικούς, ψυχολογικούς

και κοινωνικούς παράγοντες (Barnes & Mercer 2004). Στο άρθρο 1 αναφέρει ότι «στα ΑμεΑ συμπεριλαμβάνονται άτομα με μακροχρόνιες σωματικές, νοητικές, πνευματικές ή αισθητηριακές βλάβες, που σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια δύνανται να παρεμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία, σε ίση βάση με τους άλλους» (Κέντρα Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών) .

Το πολυδιάστατο μοντέλο προσβλέπει στην δημιουργία μιας κοινής επιστημονικής γλώσσας, που επιτρέπει την αναγνώριση των αιτιών της αναπηρίας και μπορεί να παρέμβει σε ατομικό επίπεδο με την κατάλληλη αποκατάσταση και ταυτόχρονα σε κοινωνικό επίπεδο με την διαφύλαξη θεμελιωδών δικαιωμάτων, που να εξαλείψουν φαινόμενα κοινωνικών διακρίσεων και απομόνωσης.

2.5. Μορφές και κατηγορίες αναπηρίας



Η κατηγοριοποίηση των μορφών αναπηρίας στηρίζεται στα φυσικά και τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά του ατόμου και βοηθά στην πιο εξατομικευμένη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση στο πεδίο της αποκατάστασης (Gold & Richard 2012). Μια μορφή ταξινόμησης γίνεται ανάλογα με την ηλικία εκδήλωσης. Οι «εκ γενετής» αναπηρίες είναι αυτές που εμφανίζονται στην βρεφική ηλικία, ενώ οι επίκτητες είναι αυτές που εμφανίζονται ή προκαλούνται στην μεταγενέστερη ζωή λόγω κληρονομικότητας, ασθένειας ή ατυχήματος (Σταθόπουλος 1999). Η ταξινόμηση, ανάλογα με την βιολογική μειονεξία, διαχωρίζει τέσσερις κατηγορίες αναπηρίας. Κινητικές ή σωματικές, αισθητηριακές, νοητικές-γνωστικές και συναισθηματικές.

1. *Κινητική*: Η κίνηση είναι μια λειτουργία που προϋποθέτει την αρμονική συνεργασία του νευρικού, του μυϊκού και του οστικού συστήματος, για να επιτρέψει στο άτομο να εκφράσει την παρουσία του στον κόσμο και να χρησιμοποιήσει το σώμα του για να μετακινηθεί, να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του και να απολαύσει την ζωή του (Σπετσιώτης & Σταθόπουλος 2003). Η κινητική αναπηρία πρόκειται για σωματική δυσλειτουργία, με ολική ή μερική απώλεια των λειτουργιών, που οδηγεί στον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων (Ellsum & Pedersen 2005). Οι κινητικές αναπηρίες έχουν συνέπειες σε δραστηριότητες της καθημερινότητας, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η μάθηση, η ψυχαγωγία, η επαγγελματική απασχόληση και η κοινωνική ενσωμάτωση (Ντόνας κα 2015).

2. *Αισθητηριακή*: Ο άνθρωπος μέσω των αισθήσεων γνωρίζει και αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον του. Μάλιστα Το 90% των πληροφοριών που δεχόμαστε είναι οπτικής φύσης (Σπουργίτη 2015)

α. *Αισθητηριακή αναπηρία της όρασης*: Στην περίπτωση αυτή υπάρχει μερική ή ολική απώλεια της ευκρίνειας του οπτικού σήματος, του εύρους του οπτικού πεδίου, της ευαισθησίας στο φως, της δυνατότητας διάκρισης των χρωμάτων και της δυνατότητας της αντίληψης του περιγράμματος και της μορφής των αντικειμένων από το ένα ή και τα δύο μάτια. Η σοβαρότητα της οπτικής απώλειας αξιολογείται βάσει της οπτικής οξύτητας. Οι διαταραχές της όρασης είναι εγγενείς ή επίκτητες και μπορεί να οφείλονται σε περιβαλλοντικούς ή οργανικούς παράγοντες.

β. *Αισθητηριακή αναπηρία ακοής*: Όταν κάποιο τμήμα του ακουστικού μηχανισμού (έξω, μέσο και έσω αυτί, ακουστικό νεύρο και ακουστικό κέντρο) δεν λειτουργεί, ομαλά προκαλείται μείωση της ακουστικής οξύτητας.

Η τελευταία, ανάλογα με το βαθμό απώλειάς της, χαρακτηρίζεται ως:

- i) *Κώφωση*, όταν το άτομο αδυνατεί να ακούσει με ή χωρίς την χρήση ακουστικών και χρησιμοποιεί οπτικές πληροφορίες (νοηματική γλώσσα, γραπτή γλώσσα, ανάγνωση χειλών) για να επικοινωνήσει με τους άλλους.
- ii) *Βαρηκοΐα*, όταν το άτομο ανεξάρτητα από την χρήση ακουστικών, δυσκολεύεται να ακούσει τους ήχους. Στην περίπτωση αυτή, οι ηχητικές πληροφορίες που αντιλαμβάνεται δεν είναι επαρκείς για να επικοινωνήσει.

Τα άτομα με προβλήματα ακοής μπορεί να εμφανίσουν μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα στην ανάπτυξη του λόγου και στην συμπεριφορά και διαταραχές συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Τέτοιες είναι οι νοητικές-γνωστικές λειτουργίες.

Ο ορισμός της Αμερικανικής Ένωσης για Διανοητικές και Αναπτυξιακές Αναπηρίες (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities/A.A.I.D.D), τις χαρακτηρίζει ως σημαντικό περιορισμό στην διανοητική λειτουργία και την προσαρμοστική συμπεριφορά, η οποία καλύπτει πολλές καθημερινές πρακτικές και κοινωνικές δεξιότητες και εκδηλώνεται κατά την αναπτυξιακή περίοδο (<22 ετών).

- 3 *Η διανοητική λειτουργία* αναφέρεται σε γενικές νοητικές ικανότητες, όπως η συλλογιστική, η επίλυση προβλημάτων, η μάθηση κα. και μπορεί να αξιολογηθεί με το τεστ IQ, το οποίο σε τιμές μικρότερες του 75, δηλώνει σημαντικούς περιορισμούς στη διανοητική λειτουργία .

- 4 Η προσαρμοστική συμπεριφορά αφορά την ικανότητα ανάπτυξης εννοιολογικών, πρακτικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, που αξιολογείται επίσης με τυποποιημένα τεστ (Ινστιτούτο Ψυχοθεραπείας και Ψυχανάλυσης του Ντίσελντοφ).

Πέρα από την αμιγώς ιατροκεντρική προσέγγιση της νοητικής αναπηρίας, υπάρχουν περιβαλλοντικοί παράμετροι, που επηρεάζουν αρνητικά την βαρύτητα της δυσλειτουργίας. Τέτοιοι, μπορούν να είναι κατά τον Sidney Bijou οι φτωχές κοινωνικο-πολιτισμικές συνθήκες, που περιορίζουν το ρεπερτόριο συμπεριφοράς του ατόμου και κατά τον Gold η αποτυχία της σύγχρονης κοινωνίας να παράσχει τα κατάλληλα εκπαιδευτικά εργαλεία και υποστήριξη (Πολυχρονοπούλου 2001).

2.6. Επιδημιολογική προσέγγιση της αναπηρίας.

Η πολυπλοκότητα του όρου της αναπηρίας και η χρήση διαφορετικών μεθόδων θεωρητικής προσέγγισης, αποτέλεσαν τον πιο σημαντικό παράγοντα στατιστικών αποκλίσεων στην συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων (Schneider et al 2007). Ωστόσο είναι βέβαιο ότι η αναπηρία αφορά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, με ιδιαίτερα κρίσιμες ατομικές και κοινωνικές προεκτάσεις.

2.6.1. Παγκόσμια κλίμακα

Το 2010, είχε υπολογιστεί ότι περισσότεροι από 1 δις άνθρωποι ζούνε με αναπηρίες, με τον αριθμό να αυξάνεται λόγω της αύξησης του πληθυσμού, της αύξησης της τρίτης ηλικίας στις προηγμένες χώρες και της φτώχειας στις υπό ανάπτυξη χώρες (Ortiz et al 2016). Επιδημιολογικά στοιχεία της Παγκόσμιας Έρευνας Υγείας (World Health Survey/WHs) του 2002-2004, με την συμμετοχή 59 χωρών, ανέδειξαν τέσσερα σημαντικά προβλήματα:



1. Οι ηλικιωμένοι έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για αναπηρία. Επιδημιολογικά στοιχεία έχουν δείξει ότι η γήρανση είναι ο ισχυρότερος μη τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για την πρόκληση εγκεφαλικού και αναπηρίας (Liu et al 2021). Το ποσοστό αναπηρίας είναι 38,1% για άτομα 60 ετών και άνω, σε σύγκριση με 8,9% για άτομα ηλικίας 18-49 ετών. Λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, ο αριθμός των ατόμων 60 ετών και άνω αναμένεται να αυξηθεί από 605 εκατομμύρια το 2000 σε 2 δισεκατομμύρια έως το 2050. Έτσι το ποσοστό επικράτησης της αναπηρίας πιθανότατα θα αυξηθεί γρήγορα τα επόμενα χρόνια.

2. Η Παγκόσμια Έρευνα Υγείας έδειξε ότι οι γυναίκες (19,2%) είναι πιο ευάλωτες από τους άνδρες (12,0%) στην αναπηρία και χρειάζονται πιο εντατική υποστήριξη για να επιτύχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες αποκατάστασης.
3. Τα ποσοστά επικράτησης της αναπηρίας συνδέονται σαφώς με τον προσωπικό πλούτο. Το 20,7% των ατόμων με αναπηρία βρίσκονταν στο χαμηλότερο πεμπτημόριο πλούτου, έναντι 11,0% που βρίσκονταν στο υψηλότερο πεμπτημόριο πλούτου.
4. Τα αποτελέσματα της Παγκόσμιας Έρευνας για την Υγεία υποδηλώνουν ότι η ανάπτυξη πρέπει να αποτελεί μείζον θέμα της αναπτυξιακής πολιτικής, επειδή τα ποσοστά επικράτησης της αναπηρίας διέφεραν έντονα μεταξύ των χωρών με υψηλότερο εισόδημα (11,8%), έναντι αυτών με χαμηλότερο (18,0%) (Bethge et al 2014).

2.6.2. Εθνική κλίμακα

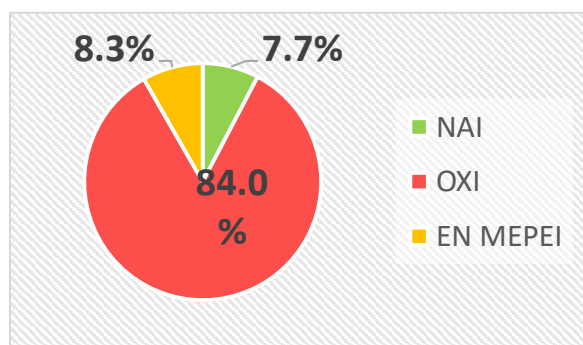
Όσον αφορά την Ελλάδα, η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία προσφέρει σημαντικά ευρήματα για τον δείκτη απασχόλησης και την οικονομικο-κοινωνική περιθωριοποίηση των αναπήρων. Συγκεκριμένα, άτομα με σοβαρές αναπηρίες στις ηλικίες 20-64 ετών έχουν δείκτη απασχόλησης 24,2%, έναντι του 57,6% των μη αναπήρων (Πίνακας 3).



ΦΥΛΟ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΣΟΒΑΡΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ	ΜΕΤΡΙΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ	ΚΑΝΕΝΑΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΝΔΡΕΣ	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ	44.838 (26,5%)	124.331 (51,2%)	1.839.015 (67,8%)	2.008.184 (64,3%)
ΑΝΔΡΕΣ	ΑΝΕΡΓΟΙ	27.334 (16,2%)	47.323 (19,5%)	494.221 (18,2%)	568.878 (18,2%)
ΑΝΔΡΕΣ	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ	53.369 (31,6%)	56.684 (23,4%)	214.214 (7,9%)	324.267 (10,4%)
ΑΝΔΡΕΣ	ΜΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΕΝΕΡΓΟΙ	43.585 (25,8%)	14.332 (5,9%)	166.080 (6,1%)	223.997 (7,2%)
ΑΝΔΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	169.126 (100%)	242.670 (100%)	2.713.530 (100%)	3.125.326 (100%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ	42.233 (22,2%)	103.758 (36,1%)	1.309.331 (47,5%)	1.455.322 (45%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΕΡΓΟΙ	27.854 (14,7%)	47.089 (16,4%)	532.562 (19,3%)	607.505 (18,8%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ	38.869 (20,4%)	49.924 (17,4%)	198.782 (7,2%)	287.575 (8,9%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΜΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΕΝΕΡΓΟΙ	81.162 (42,7%)	86.703 (30,2%)	714.330 (25,9%)	882.195 (27,3%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	190.118 (100%)	287.474 (100%)	2.755.005 (100%)	3.232.597 (100%)

Πίνακας 3 Κατάσταση περιορισμού-αναπηρίας πληθυσμού 20-64 ετών ανά φύλο και κατάσταση απασχόλησης, ΕΛΣΤΑΤ

Είναι αξιοσημείωτο, ότι σε σύγκριση με τον εθνικό στόχο της Στρατηγικής «Ευρώπη 2020» για την απασχόληση, η απασχόληση των ΑμεΑ υστερεί κατά 46 μονάδες. Η ανάλυση των δεδομένων ανά φύλο ανέδειξε ότι οι γυναίκες με αναπηρία βρίσκονται σε δυσμενέστερη σχέση, αφού ο δείκτης απασχόλησης σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είναι ανάπηρες, απέχει κατά 25,3 μονάδες. Εκτός από τον εργασιακό και κατ' επέκταση κοινωνικό αποκλεισμό, οι ανάπηροι στην χώρα μας αντιμετωπίζουν και τα «εχθρικά» προς την αναπηρία εργασιακά περιβάλλοντα, καθώς το 84% (Σχήμα 1) αναφέρει ότι στον εργασιακό τους χώρο δεν τους έχουν παρασχεθεί οι κατάλληλες προσαρμογές (2^ο Δελτίο Στατιστικής Πληροφόρησης).



Σχήμα 1 Στην εργασία σας, υπάρχουν οι αναγκαίες προσαρμογές λόγω της αναπηρίας σας; ΕΛΣΤΑΤ

2.7. Κοινωνικά δικαιώματα των ΑμεΑ



Τα ΑμεΑ είναι μια πολυπληθής κοινότητα στον κόσμο. Απαραίτητη προϋπόθεση για τον μέγιστο περιορισμό της αναπηρίας τους είναι η πλήρης απόλαυση των δικαιωμάτων τους. Άλλωστε σ' αυτό συνηγείται και η θεμελιώδης αρχή της «μη διάκρισης», η οποία βρίσκει εφαρμογή όχι μόνο στην άμεση μορφή της (πχ. μη άρνηση πρόσληψης λόγω αναπηρίας), αλλά και στην έμμεση, με την μορφή της μέριμνας και των θετικών μέτρων (πχ. η πρόσληψη να προϋποθέτει τα κατάλληλα μέσα πρόσβασης, όπως πληκτρολόγιο με σύστημα Braille για ανάπηρους με οπτικές δυσχέρειες). Έτσι το κράτος δεν φτάνει να κατοχυρώνει τα δικαιώματα των ΑμεΑ, αλλά και να δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για την πλήρη εφαρμογής τους. Στην Ελλάδα το θεμελιώδες δικαίωμα της ισότητας απέναντι στον νόμο και η ισότητα σε

δικαιώματα και υποχρεώσεις όλων των πολιτών, χωρίς διακρίσεις, κατοχυρώνεται από το άρθρο 4 του Συντάγματος. Αυτή η συνταγματική κατοχύρωση της αρχής της ισότητας έναντι του νόμου, στην ουσία αποτελεί τον θεμέλιο λίθο κάθε νομικής ρύθμισης για τα ΑμεΑ και την αρχή της αντιμετώπισής τους από το Κράτος. Επίσης η αρχή της ισότητας των δύο φύλων, εξασφαλίζει την αντιμετώπιση ανδρών και γυναικών ΑμεΑ ως ισότιμα μέλη και με ίσες ευκαιρίες στην κοινωνία. Το άρθρο 21παρ6 του Συντάγματος, αναφέρεται αποκλειστικά στα θεμελιώδη δικαιώματα των ΑμεΑ για απασχόληση, αυτονομία, συμμετοχή στην πολιτική και κοινωνική ζωή, αλλά και στην υποχρέωση της πολιτείας να εφαρμόσει κάθε δυνατό μέτρο για την διασφάλιση των παραπάνω δικαιωμάτων (<https://www.lawspot.gr/>).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ΑμεΑ, υποστηρίζεται από την πιο επικαιροποιημένη σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες των Ηνωμένων Εθνών του 2010 (νόμος 4074/2012). Στην Σύμβαση αυτή αναγνωρίζεται ότι η έννοια της αναπηρίας είναι συνεχώς εξελισσόμενη και προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ των εμποδιζόμενων ανθρώπων και των κοινωνικών και περιβαλλοντικών εμποδίων. Επίσης αναγνωρίζεται η κοινωνική διάκριση και περιθωριοποίηση των ατόμων με αναπηρίες, ο εργασιακός τους αποκλεισμός και η φτώχεια, ο περιορισμός στην προσβασιμότητα και η συχνότερη καταπάτηση των θεμελιωδών ανθρώπινων δικαιωμάτων τους και με ένα ολοκληρωμένο νομικό πλαίσιο διασφαλίζει την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων, όχι μόνο με απαγορεύσεις, αλλά και με παρεμβάσεις στο κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των ΑμεΑ υπογραμμίζει την σπουδαιότητα της ένταξης. Δηλαδή υποχρεώνει πλέον τις κυβερνήσεις να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες τους, σε όλα τα προγράμματα και τις πολιτικές δράσης. Για παράδειγμα στην χάραξη νέων πολιτικών για την παιδεία, πρέπει να υπολογίζονται οι επιπτώσεις στους νέους με αναπηρία και να εξυπηρετούνται οι ιδιαίτερες ανάγκες τους. Επίσης να μεριμνούν και στην άρση των αποκλεισμών από την υφιστάμενη νομοθεσία (Οργανισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα Θεμελιώδη Δικαιώματα).

Οι γενικές αρχές της Σύμβασης, είναι οι ακόλουθες:

- α. *«Ο σεβασμός της εγγενούς αξιοπρέπειας, της ατομικής αυτονομίας, συμπεριλαμβανομένης και της ελευθερίας ατομικών επιλογών και της ανεξαρτησίας των ατόμων.*
- β. *Η μη διάκριση.*
- γ. *Η πλήρης και αποτελεσματική συμμετοχή και ένταξη στην κοινωνία.*
- δ. *Ο σεβασμός της διαφοράς και η αποδοχή των ατόμων με αναπηρίες, ως τμήματος της ανθρώπινης ποικιλομορφίας και της ανθρωπότητας.*

- ε. *Η ισότητα ευκαιριών.*
- στ. *Η προσβασιμότητα.*
- ζ. *Η ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών.*
- η. *Ο σεβασμός των εξελισσόμενων ικανοτήτων των παιδιών με αναπηρίες και ο σεβασμός του δικαιώματος των παιδιών με αναπηρίες να διατηρήσουν την ταυτότητά τους» (Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών).*

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την θεματική της αποκατάστασης παρουσιάζει το άρθρο 26, με τίτλο «αποκατάσταση και επαναποκατάσταση». Στο άρθρο αυτό τα Συμβαλλόμενα Κράτη υποχρεούνται, με την βοήθεια άλλων ατόμων με αναπηρία, να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα για να καταστήσουν ικανά τα ΑμεΑ, να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους και πλήρη πνευματική, σωματική, κοινωνική και επαγγελματική ικανότητα, για να ενταχθούν πλήρως με συμμετοχή σε όλες τις πτυχές της ζωής. Με το στόχο αυτό σχηματίζονται ολοκληρωμένες υπηρεσίες και προγράμματα αποκατάστασης, κυρίως σε τομείς της υγείας, της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και των κοινωνικών υπηρεσιών, με συνεχιζόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτές και την χρήση και εκπαίδευση των ΑμεΑ σε υποβοηθητικές συσκευές και τεχνολογίες (Νόμος 4074/2012).

2.7.1. Προβληματισμοί και διαπιστώσεις



Ωστόσο ένα ολοκληρωμένο νομικό πλαίσιο απαιτεί και την πολιτική βούληση για την πλήρη εφαρμογή του. Σε μια παγκόσμια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2005, συνολικά το 42% των χωρών δήλωσαν ότι δεν είχαν πολιτικές αποκατάστασης. Οι χώρες με καλή νομοθεσία συχνά στερούνται συνεπούς εφαρμογής, με αποτέλεσμα την άνιση κατανομή των υπηρεσιών και των υποδομών, όπως παρατηρείται σε ορισμένες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Η χρήση των απαραίτητων υπηρεσιών αποκατάστασης εξαρτάται από τη διαθεσιμότητά τους και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα σε πολλές χώρες. Μείζον ζήτημα φαίνεται να είναι ο καταμερισμός των ευθυνών (division of responsibility), που δυσχεραίνει τον συντονισμό της φροντίδας σε εθνικό επίπεδο. Αυτό παρατηρείται όχι μόνο στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως αναφέρεται σε μια πρόσφατη έκθεση 29 αφρικανικών χωρών, αλλά και σε πολύ ανεπτυγμένες χώρες, όπως η Γερμανία, της οποίας το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από ισχυρό κατακερματισμό (Bethge et al 2014).



2.8. Ο κοινωνικός αποκλεισμός και απομόνωση των ατόμων με αναπηρίες

Παρά την νομική θωράκιση, από τις διεθνείς συμβάσεις και το εθνικό νομικό πλαίσιο, της απόλαυσης του θεμελιώδους δικαιώματος της ισότητας έναντι του νόμου και της απαγόρευσης των διακρίσεων, τα άτομα με αναπηρίες συχνά γίνονται θύματα μιας διάκρισης ιθύνουσας σημασίας για την αξιοπρέπεια και την υγεία τους. Αυτής του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μια πολυδιάστατη έννοια, που ερμηνεύεται ανάλογα με την θεωρητική προσέγγισή της. Στην σύγχρονη αντίληψή της ξεφεύγει από τα όρια του κοινωνικού χαρακτήρα και της φτώχειας. Αναφέρεται στην κοινωνική και ηθική διάλυση των ομάδων ή προσώπων, που δεν συμμετέχουν στις οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές διαδικασίες των σύγχρονων κοινωνιών (Μπέλλας 2013).

2.8.1. Σχολές προσέγγισης του κοινωνικού αποκλεισμού

Διαφορετικές σχολές σκέψης προσεγγίζουν την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού, προσδίδοντας σε αυτόν αντίστοιχα χαρακτηριστικά.

Στο οικονομικό πεδίο, ο κοινωνικός αποκλεισμός αφορά την αγορά εργασίας και την συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία. Επίσης τις υλικές συνθήκες που θα ευνοήσουν την ανάπτυξη των ανθρώπινων ικανοτήτων.

Στο κοινωνικό πεδίο ο κοινωνικός αποκλεισμός σχετίζεται με την αδυναμία πρόσβασης σε δημόσια αγαθά και κοινωνικές υποδομές.

Στο πολιτικό πεδίο συνδέεται με την απουσία των κατάλληλων προϋποθέσεων για την άσκηση των πολιτικών δικαιωμάτων και την συμμετοχή στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων.

Στην αναπτυξιακή διάσταση της έννοιας συνδέεται με τα προβλήματα που προκύπτουν από την αδυναμία εξασφάλισης βασικών αναγκών, πρόσβασης στον τομέα της εργασίας και τις σημαντικές κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές επιπτώσεις που προκαλούν (Μπέλλας 2013).

2.8.2. Αίτια κοινωνικού αποκλεισμού

Ο A.Sen (2000) υποστηρίζει ότι οι ρίζες του κοινωνικού αποκλεισμού εντοπίζονται στις θεωρητικές προσεγγίσεις του Adam Smith και του Αριστοτέλη, που διακρίνουν την αρνητική επίδραση της αδυναμίας και της στέρησης στην δυνατότητα των ελεύθερων επιλογών και της κοινωνικής συμμετοχής. Επίσης διαχωρίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό σε ενεργητικό και παθητικό. Ο πρώτος συνδέεται με την εφαρμογή μέτρων πολιτικής, που αποκλείουν συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες από τις διαθέσιμες ευκαιρίες και ο δεύτερος με το αποτέλεσμα δυσμενών συνθηκών (πχ. οικονομικών). Ωστόσο ο κοινωνικός αποκλεισμός, σύμφωνα με ένα μέρος των σύγχρονων μελετητών, μπορεί να μην συνδέεται απαραίτητα με την φτώχεια και την στέρηση, αλλά να είναι μια δομική, παραγωγική και θεσμική διαδικασία της παρεμπόδισης και της περιθωριοποίησης της ανθρώπινης κινητικότητας (Fischer 2011). Ωστόσο η αναπηρία με την ένδεια φαίνεται να έχουν μια αμφίδρομη σχέση ετεροενίσχυσης. Η αναπηρία αυξάνει την φτώχεια, καθώς συχνά είναι παράγοντας ανεργίας αλλά και απώλειας εισοδήματος, λόγω αυξημένων δαπανών για υπηρεσίες υγείας, κοινωνικές υπηρεσίες και τεχνολογικό εξοπλισμό. Επίσης οι άνθρωποι που ζούνε σε ένδεια, τείνουν να αποκτούν αναπηρίες λόγω επικίνδυνων επαγγελμάτων, κακής διατροφής και αυξημένης έκθεσης στη βία. Η ολοκλήρωση του κοινωνικού αποκλεισμού επέρχεται από τις δομές κοινωνικής πρόνοιας και την υποβάθμισή τους από την επιδοματική πολιτική και την κρατική φροντίδα. Έτσι «οι αποκλεισμένοι των σύγχρονων κοινωνιών αδυνατούν να συμμετάσχουν στα ευρύτερα καταναλωτικά πρότυπα, ως απόρροια της έλλειψης δεξιοτήτων ή της παρεμπόδισης τους από την πρόσβαση σε δημόσια αγαθά» (Τσιρώνη 1999).

Τα αίτια του κοινωνικού αποκλεισμού σύμφωνα με την βαρύτητά τους συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2002) (Πίνακας 4). Τα υψηλότερα ποσοστά καταγράφονται στην ανεπάρκεια των επιδομάτων, στην ανεπάρκεια των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών προς τα άτομα με αναπηρία και στον κοινωνικό στιγματισμό τους.

Αιτίες για τα προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού	Ποσοστό επί των συνολικά δηλωθέντων αιτιών*
Ανεπαρκή επιδόματα	21,2
Ανεργία	18,3
Ανεπαρκείς κοινωνικές υπηρεσίες	17,7
Κοινωνικός στιγματισμός	17,2

Ανεπαρκής εκπαίδευση	8,6
Έλλειψη ή περιορισμένη πρόσβαση σε κτίρια και υπηρεσίες	6,6
Έλλειψη προγραμμάτων κατάρτισης	5,6
Η διαμονή σε ιδρύματα	4,7
Άλλη	0,2
ΣΥΝΟΛΟ	100

*Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων

Πίνακας 4 Κύριες αιτίες για τα προβλήματα Κοινωνικού Αποκλεισμού (ποσοστό % των συνολικά δηλωθέντων αιτιών) (ΕΛΣΤΑΤ)

2.8.3. Συνέπειες στην αυτοεικόνα



Το φαινόμενο του αποκλεισμού έχει σημαντικές ψυχολογικές συνέπειες στους αποκλεισμένους. Τέτοιες είναι:

- Τα αισθήματα άγχους και φόβου, λόγω αβεβαιότητας και ανασφάλειας.
- Τα αισθήματα ματαιώσης, λόγω περιορισμένων προσδοκιών, που μπορεί να εξελιχθούν σε απελπισία και απόγνωση.
- Της ενοχής και ντροπής, όταν αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες της οικογένειας και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος και τέλος
- Της απομόνωσης και αποξένωσης όταν γίνονται δέκτες αισθημάτων οίκτου, που μπορούν να οδηγήσουν σε αυτοαπομόνωση και αυτοαποκλεισμό, μέσα από την προσπάθεια αποφυγής της απόρριψης (Κουρτέση 2013).

Όλο αυτό το συναισθηματικό πλαίσιο που μπορούν να βιώσουν τα άτομα με αναπηρία, τους οδηγεί σε μια διαδικασία αποκοινωνικοποίησης και αρνητικής εικόνας για την διαφορετικότητα. Η ετερότητα αυτή αυτόματα γίνεται αιτία «ευπάθειας» και αδυναμίας του ατόμου στο κοινωνικό πεδίο. Τα άτομα αυτά υπόκεινται σε μια αντίζωση καθημερινότητα με εμπόδια στην άσκηση των ατομικών τους δικαιωμάτων, όπως της ελευθερίας και της αυτοπραγμάτωσης στην κοινωνία που ζούνε. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την ανάπτυξη μιας λανθασμένης *αυτοεικόνας* και τον κλονισμό της αυτοπεποίθησης για να ανταπεξέλθουν με αποτελεσματικότητα στην αλληλεπίδρασή τους με την κοινωνία και κατ' επέκταση στους περιορισμούς και την βαρύτητα της αναπηρίας. Η εικόνα που διαμορφώνει ένας άνθρωπος για τον εαυτό του θα καθορίσει σε τι βαθμό θα αποδεχθεί τις αδυναμίες του, τις δυνατότητές του και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του. Δύο συνιστώσες της εικόνας που έχει κάποιος για τον

εαυτό του, είναι η αυτοεκτίμηση και η αυτοαντίληψη, που επηρεάζουν σημαντικά την αντιμετώπιση των λειτουργικών περιορισμών των ΑμεΑ και των ατόμων με χρόνιες παθήσεις (Taal 1997).

- *Η αυτοεκτίμηση* είναι ένα είδος αυτοαξιολόγησης, που κάνει το άτομο για τον εαυτό του. Η αξιολόγηση αυτή που διατηρείται από συνήθεια, μπορεί να είναι μια στάση επιδοκιμασίας ή αποδοκιμασίας και δηλώνει τον βαθμό που κάποιος θεωρεί τον εαυτό του ικανό, επιτυχημένο, σημαντικό και άξιο. Συνοπτικά πρόκειται για μια προσωπική κρίση αξίας που εκφράζει τις στάσεις του ατόμου (Coopersmith 1967). Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται από τις υποκειμενικές αξιολογήσεις και τις προσωπικές φιλοδοξίες του ατόμου, σχετικά με την δυνατότητα επίτευξης των επιδιωκόμενων στόχων του (Μπότσαρη 2001) και εξισώνεται με την αίσθηση επάρκειας, αξίας και αυτοσεβασμού του (Marsh 2003).
- *Η αυτοαντίληψη* είναι μια παρεμφερής έννοια, καθώς δηλώνει επίσης μια μορφή αξιολόγησης που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, αλλά φανερώνει και τον βαθμό στον οποίο πιστεύει ότι είναι ικανό σε κάποιους τομείς. Παρουσιάζει τρεις όψεις:
 - Την *προσωπική αυτοαντίληψη* που σχετίζεται με την γνώμη που έχει το άτομο για τον εαυτό του.
 - Την *κοινωνική αυτοαντίληψη* που αφορά την εντύπωση που έχει το άτομο για το πώς τον βλέπει η κοινωνία.
 - Την *ιδανική αυτοαντίληψη* που περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά που θα επιθυμούσε το άτομο για τον εαυτό του. Διαμορφώνεται κατά την συναλλαγή του ατόμου με το περιβάλλον και την κοινωνική σύγκριση με άλλους ανθρώπους.

Οι πρώιμες εμπειρίες είναι καθοριστικές για τον τρόπο που αξιολογεί ένα άτομο τον εαυτό του στο παρόν, αλλά και μακροπρόθεσμα. Γι' αυτό ο αποκλεισμός στην εκπαίδευση των παιδιών, φαίνεται να παίζει ουσιαστικό ρόλο στην αρνητική διαμόρφωση της αυτοεικόνας τους, εμποδίζοντας την αποδοχή των αδυναμιών και την συνειδητή ανάπτυξη των δυνατοτήτων τους. Άλλη μορφή κοινωνικού αποκλεισμού, που επηρεάζει την αυτοεικόνα, σχετίζεται με την περιορισμένη φυσική δραστηριότητα. Η άσκηση πέρα από την βελτίωση της λειτουργικότητας, της αυτοεξυπηρέτησης και της σωματικής δύναμης, συντελεί στην ψυχολογική ανάπτυξη και την διαμόρφωση μιας πολύπλευρης και αρμονικής προσωπικότητας (Fox 2000). Επίσης ενισχύει την αυτοπεποίθηση και τη συντροφικότητα και ταυτόχρονα βελτιώνει την εικόνα του εαυτού του με την βίωση του σώματος με νέους τρόπους. Συγκεκριμένα με την βελτίωση της αντίληψης για τα σωματικά χαρακτηριστικά τους, τον

επαναπροσδιορισμό των σωματικών ικανοτήτων και της αυτοπεποίθησης μέσω της συμμετοχής σε νέες δραστηριότητες (Blinde 1997). Επίσης η σωματική διάπλαση και η εμφάνιση, παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωσή της αυτοαντίληψης από την πρώιμη παιδική ηλικία μέχρι και την εφηβική (Φλουρή 1989).

2.8.4. Συνέπειες στην υγεία



Ο κοινωνικός αποκλεισμός ως πρωτεύουσα μορφή διάκρισης κατά των ανθρώπων με αναπηρίες, φαίνεται να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία τους για πολλούς λόγους, όπως ο περιορισμός της πρόσβασης στους κοινωνικούς και υλικούς πόρους που απαιτούνται για την υγεία, το στρες και τα αρνητικά συναισθήματα που έχουν επιβλαβείς ψυχολογικές και φυσιολογικές επιπτώσεις. Η συμπεριφορά αποφυγής, που προκαλείται από την προσπάθεια μείωσης της έκθεσης σε διακρίσεις, ως αποτέλεσμα του κοινωνικού αποκλεισμού, θεωρείται ότι επηρεάζει την υγεία μέσω της μείωσης της πρόσβασης σε πόρους και υπηρεσίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί η ίδια η αποφυγή ή η διάκριση, να μην συμβάλλει άμεσα στην κακή υγεία, αλλά να λειτουργήσει έμμεσα. Για παράδειγμα εάν ένα άτομο βιώσει διακρίσεις που το εμποδίζουν να βρει επαρκή απασχόληση, η προκύπτουσα ανεργία ή υποαπασχόληση μπορεί στη συνέχεια να συμβάλει αρνητικά στην υγεία.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό του κοινωνικού αποκλεισμού, που προκάλεσε το ενδιαφέρον πολλών εμπειρικών ερευνών, είναι ο ρατσισμός ο οποίος ορίζει την εναντίωση προς κάθε είδος και μορφή ιδιαιτερότητας. Παραβλέπει την ομοιότητα για να δώσει έμφαση στις διαφορές. «Διακρίνει τους ανθρώπους σε αντιδιαστολή με ότι αποκλίνει από την δεδομένη ταυτότητα, την κατεστημένη πλειονότητα, την κρατούσα κανονικότητα, δηλαδή όποιον είναι διαφορετικός και αποτελεί μειονότητα» (Κουρουμπλής 2000). Η επίδραση του ρατσισμού στην υγεία διαπιστώνεται σε μια πληθώρα ερευνών. Οι Paradies et al, διεξήγαγαν μια μεταανάλυση 293 μελετών, που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1983 και 2013. Βρήκαν ότι ο ρατσισμός συσχετίστηκε με χειρότερη ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, του άγχους και του ψυχολογικού στρες. Άλλοι συσχετισμοί διακρίσεων και υγείας αφορούν την τρίτη ηλικία, με σημαντική αρνητική επίδραση στην νοητική υγεία (Liu et al 2021).

Επίσης περισσότερο από το 40% του γηριατρικού πληθυσμού υποφέρει από μια σημαντική μορφή κοινωνικού αποκλεισμού, που είναι η *κοινωνική απομόνωση*. Η κοινωνική απομόνωση ορίζεται ως «μια κατάσταση στην οποία το άτομο στερείται την αίσθηση ότι ανήκει κοινωνικά, στερείται δέσμευσης με τους άλλους, έχει ελάχιστο αριθμό κοινωνικών επαφών και είναι

ανεπαρκές σε ικανοποιητικές και ποιοτικές σχέσεις» (Liu et al 2021). Η κοινωνική απομόνωση έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε πολυάριθμες επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία των ηλικιωμένων ενήλικων, συμπεριλαμβανομένων της χρονίωσης πολλών ασθενειών (Eraso et al 2018), του αυξημένου κινδύνου θνησιμότητας, επανεισαγωγής στο νοσοκομείο και πτώσεων (Nicholson 2012). Για παράδειγμα, μια αμερικανική μελέτη δείχνει ότι περίπου ένα στα πέντε άτομα ηλικίας άνω των 50, βίωσε κάποια μορφή διάκρισης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και ότι η συχνή έκθεση σε διακρίσεις συσχετίστηκε έντονα με νέες ή επιδεινούμενες αναπηρίες σε μια χρονική περίοδο 4 ετών. Μια σουηδική μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε διαφορετικές μορφές διακρίσεων και της ψυχολογικής δυσφορίας. Διαπίστωσαν ότι τα άτομα που εκτέθηκαν σε διακρίσεις αναπηρίας, είχαν 1,5 έως 1,65 φορές περισσότερες πιθανότητες να βρεθούν σε ψυχολογική δυσφορία, σε σχέση με εκείνα που δεν είχαν αναφορές για διακρίσεις. Επίσης υπάρχει ισχυρή σύνδεση της έκθεσης στην διάκριση και τα χαμηλά επίπεδα αποδοχής της αναπηρίας, που από μόνα τους οδηγούν σε αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και ευημερία (Temple & Kehaler 2018).

Επιπλέον η έκθεση σε περιβάλλοντα διακρίσεων μειώνει την εμπιστοσύνη προς το υγειονομικό προσωπικό, εντείνει την «συμπεριφορά αποφυγής» και περιορίζει την αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης, καθυστερώντας ή ματαιώνοντας τις απαραίτητες θεραπείες. Οι επιπτώσεις των διακρίσεων παρατηρούνται ακόμα πιο έντονες σε άτομα με διανοητική αναπηρία. Η «συμπεριφορά αποφυγής» είναι η χειρότερη συνέπεια του αποκλεισμού, καθώς μπορεί να συνεπάγεται με φυσικά και πρακτικά εμπόδια του ατόμου με αναπηρία, για την συμμετοχή του σε κοινωνικές, οικονομικές ή άλλες δραστηριότητες (Temple & Kehaler 2018).



2.9. Η εκπαιδευτική ένταξη των αναπήρων ως ακρογωνιαίος λίθος κοινωνικής ένταξης

Ο κοινωνικός αποκλεισμός προκάλεσε την αντίδραση των σύγχρονων κοινωνιών, που πλέον προσπαθούν με την υποστήριξη διεθνών οργανισμών και κινημάτων για την αναπηρία και με εργαλεία την εκπαίδευση και την υιοθέτηση νέων κοινωνικών πολιτικών, να επιτύχουν την

ένταξη των ατόμων με αναπηρίες και την ενεργητική τους συμμετοχή στην κοινωνική πολιτιστική και οικονομική ζωή (Σιδέρη & Ντέρου 2012).

2.9.1. Ένταξη: ορισμοί, πλαίσιο, σημασία.

Σύμφωνα με την Διεθνή Οργάνωση για την Ένταξη (International Inclusion Organization), η ένταξη των ΑμεΑ ορίζεται ως *«η ευκαιρία για τα άτομα με αναπηρία να συμμετέχουν πλήρως σε όλες τις εκπαιδευτικές, εργασιακές, καταναλωτικές, κοινοτικές, οικιακές δραστηριότητες και δραστηριότητες αναψυχής, που χαρακτηρίζουν μια κοινωνία»* (Σιδέρη & Ντέρου 2012).

Ο όρος ένταξη είναι η ελεύθερη απόδοση του αγγλικού όρου «integration», που δηλώνει την συστηματική τοποθέτηση ενός στοιχείου σε ένα άλλο και την ολοκλήρωσή του ως αυτοτελούς και ακέραιου μέρους ενός ευρύτερου συνόλου. Αντίθετα η «ενσωμάτωση» (mainstreaming, incorporation), δηλώνει την μονόδρομη προσκόλληση ενός στοιχείου σε ένα άλλο, από το οποίο αφομοιώνει τα χαρακτηριστικά του, χάνοντας όμως την προσωπική του ταυτότητα (Κουμπιάς & Κατσούγκρη 2022).

Στο πλαίσιο της εκπαίδευσης, η ένταξη είναι η διαδικασία που οδηγεί στην ουσιαστική συμμετοχή του συνόλου των μαθητών, στις δραστηριότητες της γενικής τάξης (Σιδέρη & Ντέρου 2012). Κατά την Σιδέρη (2000) «ένταξη» είναι η φοίτηση παιδιών με αναπηρίες, ανεξάρτητα από το είδος σωματικής, νοητικής ή συμπεριφορικής αναπηρίας, στις κανονικές τάξεις του δημοτικού σχολείου. Η συμμετοχή των παιδιών αυτών γίνεται στον βαθμό που το επιτρέπουν οι δυνατότητές τους, με εξατομικευμένη εργασία και την συνδρομή δασκάλου ειδικής αγωγής. Αντίθετα στην περίπτωση της «ενσωμάτωσης» γίνεται πλήρη κοινωνική και εκπαιδευτική ένταξη των παιδιών με αναπηρίες σε μια κανονική τάξη συνομηλίκων και με συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες της τάξης, ανάλογα με τις δυνατότητές τους, αλλά χωρίς την εξατομικευμένη βοήθεια από άλλο δάσκαλο. Η ένταξη μπορεί να γίνει με την μορφή εντασσόμενης ομάδας με αναπηρίες σε τάξη με άτομα χωρίς αναπηρίες με την αναλογία 1 προς 4, όπου τα άτομα με αναπηρίες θα έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά δυσλειτουργιών και θα είναι διασπαρμένα στην τάξη. Εναλλακτικός τρόπος είναι μορφή ατομικής ένταξης ενός παιδιού με αναπηρία σε μια τάξη.

2.9.2. Μορφές ένταξης

Η ένταξη μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις μορφές, ανάλογα με κοινά χαρακτηριστικά εκπαίδευσης που έχουν τα παιδιά με αναπηρία με αυτά χωρίς αναπηρία. Συγκεκριμένα:

- Στην *χωρική ένταξη* όπου τα παιδιά με αναπηρία εκπαιδεύονται σε διαφορετικό χώρο και έχουν περιορισμένη επαφή με τα άλλα παιδιά.
- Την *κοινωνική ένταξη* όπου οι χώροι εκπαίδευσης παραμένουν χωριστοί, αλλά με συμμετοχή όλων των παιδιών σε κάποιες κοινές δραστηριότητες, όπως οι γιορτές, το διάλειμμα, οι εκδρομές κα.
- Την *λειτουργική ένταξη*, με κοινή παρουσία όλων των παιδιών στην ίδια τάξη και τις ίδιες δραστηριότητες, αλλά με την παρακολούθηση ειδικού προγράμματος για τα παιδιά με αναπηρίες.

2.9.3. Παράγοντες ένταξης

Στην προσπάθεια να εντοπιστούν τα τρωτά σημεία της ένταξης, έγιναν μια σειρά ερευνών που οδήγησαν στην δημιουργία ενός μοντέλου παραγόντων (facilitator model), που επηρεάζουν την διαδικασία της ένταξης και διαχωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες. Τους *πρωτογενείς* παράγοντες που επηρεάζουν την ένταξη πριν την εκκίνησή της, τους *δευτερογενείς* που σχετίζονται με την συμμετοχή του παιδιού στο πρόγραμμα και τους *τριτογενείς* που επηρεάζουν έμμεσα, σε συνδυασμό με τους δύο πρώτους (Meek 1991), όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ	ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ	ΤΡΙΤΟΓΕΝΕΙΣ
Προσωπικότητα του παιδιού που εντάσσεται	Στάσεις των διδασκόντων	Επιμόρφωση διδασκόντων
Σχολικές εγκαταστάσεις	Οργάνωση της τάξης	Συμμετοχή του μαθητή σε εξωσχολικές και κοινές δραστηριότητες
Συμμετοχή των γονέων	Επικοινωνία μεταξύ των διδασκόντων	Επίπεδο διοικητικής υποστήριξης
Διδακτικά μοντέλα και τεχνικές παρουσίασης	Επικοινωνία διδάσκοντα με μαθητή	
Το είδος της αναπηρίας	Άμιλλα μεταξύ των μαθητών με και χωρίς αναπηρία	
Νομοθετικό πλαίσιο	Είδος και μέγεθος σχολείου	

Προετοιμασία του μαθητή που εντάσσεται	Αίσθημα των διδασκόντων για την επιτυχία της ένταξης	
Δυνατότητα του σχολείου να επιτρέπει προσαρμογές	Αναλυτικά προγράμματα	
	Ηλικία μαθητή και σχολικό επίπεδο	
	Ύπαρξη βοηθητικού διδακτικού προσωπικού	

Πίνακας 5 Facilitator Model (Meek 1991)

2.9.4. Η συνεκπαίδευση ως εργαλείο κατά του αποκλεισμού

Ωστόσο η κυρίαρχη τάση της σύγχρονης εκπαίδευσης είναι να περιθωριοποιεί μαθητές λόγω διαφορετικής εθνικότητας, φυλής και κοινωνικοοικονομικής τάξης ή λόγω αναπηρίας (Σιδέρη & Ντέρου 2012). Έτσι με την Διακήρυξη της Σαλαμάνκα (1994), υιοθετήθηκε μια νέα προσέγγιση της εκπαίδευσης, γνωστή με τον όρο συνεκπαίδευση “inclusive education”. Ο καινούργιος αυτός όρος στην παιδαγωγική ορολογία αντικαθιστά πλέον την «ένταξη» και «ενσωμάτωση» και δημιουργεί «ένα σχολείο για όλους», όπως αναφέρεται στην Χάρτα του Λουξεμβούργου (Bauer et al 2009). Στην Ελλάδα η πολιτική της ένταξης άργησε να καταργηθεί και μόλις το 2016, με το πρόγραμμα «Καθορισμός Διαδικασίας Σχεδιασμού, Υλοποίησης και Αξιολόγησης Προγραμμάτων Συνεκπαίδευσης», η συνεκπαίδευση θεσμοθετήθηκε για πρώτη φορά επίσημα στην Ελληνική Εκπαίδευση (ΦΕΚ 3561/τΒ/2016). Ο όρος «inclusive education», περιφραστικά μπορεί να αποδοθεί στα ελληνικά ως «η εκπαίδευση που συμπεριλαμβάνει όλους». Η νέα αυτή προσέγγιση της εκπαίδευσης σέβεται την διαφορετικότητα και λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του κάθε μαθητή, προσαρμόζοντας ανάλογα την διδασκαλία. Αυτή η τάση της συνεκπαίδευσης, σύμφωνα με τον Mitchell (Κουμπιάς & Κατσούγκρη 2022), στηρίζεται σε δύο αρχές:

- Η πρώτη, η οποία βασίζεται και σε ερευνητικά δεδομένα, θεωρεί ότι η στενή συνεργασία και η συμβίωση των μαθητών, με και χωρίς αναπηρία, στα πλαίσια της συνεκπαίδευσης αποδίδει σημαντικά οφέλη και για τις δύο κατηγορίες μαθητών.
- Η δεύτερη αρχή, στηρίζεται στην Διεθνή Συνθήκη για τα ανθρώπινα δικαιώματα και αναγνωρίζει το δικαίωμα της συνεκπαίδευσης.

Σύμφωνα με την Unesco (Εκπαιδευτικός, Επιστημονικός και Πολιτιστικός Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών), η συνεκπαίδευση αποτελεί έναν αδιάκοπο αγώνα για την δημιουργία ενός

καλύτερου σχολείου και για τον Warnock την «έκφραση της απόλυτης πια πίστης μας ότι όσο είναι ανθρώπινα δυνατό, όλα τα άτομα πρέπει να έχουν το μερίδιο τους στις ευκαιρίες για ολοκλήρωση και αυτοπραγμάτωση» (Σιδέρη 2000). Με την συνεκπαίδευση τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες βγαίνουν από το περιθώριο, αποβάλουν τους φόβους τους, ενισχύουν την αυτοεικόνα τους και γίνονται ενεργά μέλη της σχολικής κοινότητας και της κοινωνίας γενικότερα. Η εκπαίδευση ουσιαστικά γίνεται ο θεμέλιος λίθος για την καταπολέμηση της φτώχειας και την κατάρρευση των κοινωνικών αποκλεισμών.

2.10. Προβληματισμοί για τον βαθμό ένταξης των ΑμεΑ στην σύγχρονη κοινωνία

Στις σύγχρονες κοινωνίες παρατηρείται επέκταση των δικαιωμάτων, των προνομίων και των ευθυνών στο σύνολο της κοινότητας των ΑμεΑ, ως αποτέλεσμα υψηλής προτεραιότητας για τις κοινωνικές πολιτικές διεθνώς. Παράλληλα ωστόσο εκδηλώνονται και φαινόμενα περιθωριοποίησης και αποκλεισμού των αναπήρων σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια. Στην πραγματικότητα μέσα από την προβολή των ίσων δικαιωμάτων και των ευκαιριών, από τις κυβερνητικές πολιτικές και νομοθεσίες, αποκρύπτονται οι πραγματικές ανισότητες, που βιώνουν περιθωριοποιημένες ομάδες και ΑμεΑ στην πρόσβαση τους στις ίσες ευκαιρίες και στις λήψεις αποφάσεων. Γενικότερα τα άτομα με αναπηρίες βιώνουν μια δυσμενή για την ένταξή τους καθημερινότητα, αφού τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, η σύγχρονη κοινωνία δεν είναι έτοιμη να την υποστηρίξει (Σιδέρη & Ντέρου 2012).

Σε ερευνητικό πλαίσιο υπάρχουν ελάχιστες μελέτες στον τομέα της παιδαγωγικής υπέρ της ένταξης που να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη την ακαδημαϊκή επίδοση και τα κοινωνικο-πολιτισμικά στοιχεία και όχι απλά κάποια ατομικά χαρακτηριστικά των μαθητών (Σιδέρη & Ντέρου 2012).

Παρομοίως, στον χώρο της κοινωνιολογίας της εκπαίδευσης επισημαίνονται η διαφορετικότητα και ο αποκλεισμός, αλλά δεν αναλύονται οι κοινωνικές και εκπαιδευτικές ανισότητες που βιώνουν οι μαθητές με αναπηρίες (Σιδέρη & Ντέρου 2012).

Σε ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, ακόμα και στην σύγχρονη εποχή, οι αντιλήψεις περί αναπηρίας διαμορφώνονται με γνώμονα την ιατρική και ατομική προσέγγιση και επηρεάζονται από τον ηθικό κώδικα των προκαταλήψεων, της ανοχής, του οίκτου και της άγνοιας, που προκαλείται από τις κοινωνικές τάσεις «ομαλοποίησης» και «προστασίας» (Σιδέρη & Ντέρου 2012).

Σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών, η βοήθεια εστιάζεται στην ιατρική προσέγγιση της αναπηρίας και στην αντιμετώπιση της ασθένειας και η κοινωνική ερμηνεία της υποστήριξης ερμηνεύεται ως επιδοματική πολιτική και πρόνοια. Ο ρόλος των ειδικών εκδηλώνεται ως είδος κοινωνικής εξουσίας στα ατομικά προβλήματα των «ασθενών» με στόχο την διάγνωση, υποδαυλίζοντας την ευκαιρία των αναπήρων να κρίνουν επιπτώσεις αυτών των υπηρεσιών στην ζωή τους, να ασκήσουν έλεγχο στην ζωή τους και στην διαμόρφωση της κοινωνικής τους ταυτότητας (Σιδέρη & Ντέρου 2012).

Στον χώρο της εργασίας, σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 2002, το 40% των αναπήρων σε ηλικία εργασίας είναι απασχολούμενο, σε αντίθεση με το 64,2% των μη αναπήρων. Διακρίσεις παρατηρούνται και στην απασχόληση ανάλογα με το φύλο, αφού οι εργαζόμενες ανάπηρες γυναίκες είναι 49% έναντι του 64% των μη ανάπηρων και 61% των ανάπηρων ανδρών έναντι του 89% των μη ανάπηρων (Eurostat 2002).

Τα παραπάνω παραδείγματα αποκαλύπτουν με σαφήνεια το μεγάλο χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στις δηλωθείσες κοινωνικές πολιτικές και νομοθεσίες και τις ισχύουσες πολιτικές και την κοινωνική πραγματικότητα, παρουσιάζοντας με αυτόν τον τρόπο τις έννοιες των ανθρώπινων δικαιωμάτων και των ίσων ευκαιριών περισσότερο ως αφηρημένες αρχές, παρά ως ισχύουσα πολιτική πρακτική. Η επιμονή στον περιορισμό μιας απλά ηθικής κριτικής του αποκλεισμού, χωρίς την χάραξη συγκεκριμένων στρατηγικών για αλλαγή, επιτείνει τον κίνδυνο οι εκθέσεις των πολιτικών δικαιωμάτων και των ίσων ευκαιριών να παραμείνουν στο επίπεδο μιας πολιτικής ρητορικής (Σιδέρη & Ντέρου 2012).

2.11. Πολιτικές καταπολέμησης του αποκλεισμού των ΑμεΑ: η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του ΟΗΕ.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, με την Συνθήκη για την λειτουργία της ΕΕ και τον Χάρτη των Θεμελιωδών δικαιωμάτων, έχει αποδείξει ότι θεμελιώνεται στις αξίες της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ισότητας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της καταπολέμησης κάθε μορφής διακρίσεων. Η Σύμβαση του ΟΗΕ του 2006 για τα δικαιώματα των ανθρώπων με αναπηρία, ο Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων του 2017, που στήριξε την εργασιακή και κοινωνική ενσωμάτωση των ΑμεΑ και στην συνέχεια η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για την Αναπηρία 2010-2020, αποτέλεσαν ένα τρίπτυχο σημαντικών παρεμβάσεων της ΕΕ για την βελτίωση της ποιότητας ζωής στους 87εκ. κατοίκους της με κάποια μορφή αναπηρίας. Μάλιστα η αξιολόγηση της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για την αναπηρία 2010-2020,

υποστηρίζει ότι βελτιώθηκε σημαντικά η προσβασιμότητα των αναπήρων και η προώθηση των δικαιωμάτων τους (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021).

Ωστόσο το «Ειδικό Ευρωβαρόμετρο 493» διαπιστώνει ότι τα άτομα με αναπηρία εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα πρόσβασης στην εκπαίδευση, στην υγειονομική περίθαλψη, στην απασχόληση, στην πολιτική ζωή και στις ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Στατιστικά τα άτομα με αναπηρία παρουσιάζονται να κινδυνεύουν με εργασιακό και κοινωνικό αποκλεισμό σε ποσοστό 28,4% έναντι του 18,4% των ατόμων χωρίς αναπηρία και οι μισοί (50%) αναφέρουν ότι υπέστησαν διακρίσεις το 2019. Επιπλέον η πανδημία του Covid-19, που συνετέλεσε στην επιδείνωση του κοινωνικού αποκλεισμού και της οικονομικής κρίσης, όξυνε ακόμα περισσότερο τα εμπόδια και τις ανισότητες για τα άτομα με αναπηρία. Όσοι ζουν σε κλειστές δομές φροντίδας, παρουσιάστηκαν περισσότερο ευάλωτοι στις μολύνσεις από τον ιό και περισσότερο περιθωριοποιημένοι λόγω των επιβαλλόμενων μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης. Αλλά και αυτοί που ζούνε στην κατοικία τους αντιμετώπισαν σημαντικά προβλήματα στην προσωπική τους φροντίδα, με συχνό αποτέλεσμα τον περιορισμό της ανεξάρτητης διαβίωσής τους. Επίσης η κοινωνική αποστασιοποίηση, που προκάλεσε η πανδημία του Covid-19, αναβάθμισε τον ρόλο των ψηφιακών εργαλείων της Τεχνολογίας της Πληροφορίας και των Επικοινωνιών («Ειδικό Ευρωβαρόμετρο 493») υποκαθιστώντας πολλές φορές την δια ζώσης εκπαίδευση και εργασία. Αυτό είχε σαν συνέπεια η κοινωνική ομάδα των ΑμεΑ, που είχε λιγότερη πρόσβαση στα ΤΠΕ, να απομονωθεί και να αντιμετωπίσει μεγαλύτερα προβλήματα πρόσβασης στην εκπαίδευση και την εργασία (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021).

2.11.1. Πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Προκειμένου η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) να ενισχύσει την πλήρη και ισότιμη συμμετοχή των ΑμεΑ στην κοινωνία, σύνταξε την Στρατηγική για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία 2021-2030, η οποία συνοπτικά παρουσιάζεται στα παρακάτω βασικά προγράμματα δράσης:

- *Προσβασιμότητα.* Στις προτεραιότητες της στρατηγικής βρίσκεται η προσβασιμότητα για να διευκολυνθεί η άσκηση των δικαιωμάτων, η ισότητα και η αυτονομία. Συγκεκριμένες πτυχές αυτής της δράσης είναι η προσβασιμότητα σε εικονικά περιβάλλοντα ΤΠΕ, όπως σε ψηφιακές δημόσιες υπηρεσίες και στην ψηφιακή αγορά. Επίσης η διευκόλυνση μετακίνησης στην πόλη, για την προώθηση της οποίας καθιερώθηκε το Βραβείο Προσβάσιμης Πόλης, καθώς και πρόσβασης σε όλα τα μέσα μεταφορών και υποδομών.

- *Απόλαυση των δικαιωμάτων της ΕΕ.* Αυτή αποσκοπεί στην απόλαυση ίσων δικαιωμάτων με τα άλλα άτομα σε δύο τομείς. Την αναγνώριση της κατάστασης της αναπηρίας, σε όλες τις χώρες της ΕΕ, για την παροχή των προβλεπόμενων διευκολύνσεων από υπηρεσίες και την ενίσχυση της συμμετοχής στις δημοκρατικές διαδικασίες. Τα άτομα με αναπηρία δυσκολεύονται συχνά στην άσκηση των πολιτικών τους δικαιωμάτων λόγω περιορισμένης πληροφόρησης, προσβασιμότητας και ικανότητας για δικαιοπραξία και κάποιες φορές λόγω αδυναμίας επικοινωνίας. Τώρα πλέον νομιμοποιείται και διευκολύνεται η πλήρης συμμετοχή με ίσα δικαιώματα στις εκλογές, στις πολιτικές διαδικασίες και στην λήψη αποφάσεων.
- *Αξιοπρεπής ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη διαβίωση.* Η δύσκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης, η ιδρυματοποίηση των ατόμων με αναπηρία και κυρίως των παιδιών και των ηλικιωμένων, οι ανεπαρκείς παροχές υπηρεσιών σε απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές, οι ελλείψεις σε στέγαση και τεχνολογικό εξοπλισμό και η ανεπάρκεια προσωπικής φροντίδας στον τομέα της ψυχικής υγείας, έχουν στερήσει το δικαίωμα της ανεξάρτητης διαβίωσης σε πολλά άτομα με αναπηρία. Επιπλέον η πανδημία του Covid-19 έχει οξύνει τα προβλήματα των ΑμεΑ που ζούνε σε ιδρύματα (Cieza et al 2020).

Στόχοι της ΕΕ για την αντιμετώπιση των δυσμενών συνθηκών, στις οποίες διαβιούν τα άτομα τρίτης ηλικίας με αναπηρία, είναι να εφαρμοστούν οι οδηγίες της «πράσινης βίβλου για την γήρανση» (European Commission 2021), σχετικά με την πρόσβαση σε κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες και η περεταίρω χρηματοδότηση για αποϊδρυματοποίηση και ανεξάρτητη διαβίωση των ΑμεΑ. Προς την κατεύθυνση αυτή θα οργανωθούν ποιοτικές, προσωποκεντρικές, προσβάσιμες και οικονομικά προσιτές υπηρεσίες, σε επίπεδο οικογένειας και τοπικής κοινότητας, ενίοτε και με την αξιοποίηση της ΤΠΕ και της ρομποτικής.

Προαπαιτούμενο της ανεξάρτητης διαβίωσης είναι και η επαγγελματική απασχόληση. Η άνιση πρόσβαση στην αγορά εργασίας, η ανεπαρκής κοινωνική προστασία και οι αυξημένες δαπάνες της μακροχρόνιας φροντίδας, είναι σημαντικοί παράγοντες που συνδέουν την αναπηρία με την ένδεια. Η ΕΕ προκειμένου να αυξήσει το ποσοστό συμμετοχής στην αγορά εργασίας των ανθρώπων με αναπηρίες, σπεύδει να βρει λύσεις στην βελτίωση των δεξιοτήτων και των επαγγελματικών προσόντων τους. Θα εξασφαλίσει ισότιμη πρόσβαση στην επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση και την ανάπτυξη δεξιοτήτων που θα καλύπτουν τις ειδικές ανάγκες των ατόμων με αναπηρία. Προς την κατεύθυνση αυτή θα χρηματοδοτηθούν προγράμματα τεχνολογικής υποστήριξης, προσβάσιμου περιβάλλοντος και ψηφιακής μάθησης. Η ανάπτυξη επαγγελματικών δεξιοτήτων θα συμπληρωθεί από την ίση πρόσβαση σε ποιοτικές και βιώσιμες

θέσεις εργασίας, για την εξασφάλιση της οικονομικής αυτονομίας και της κοινωνικής ένταξης των ΑμεΑ. Άλλωστε, η ανάδειξη των δυνατοτήτων και των ταλέντων των ατόμων με αναπηρία, θα ευνοήσει εκτός από τους ίδιους τους απασχολούμενους, την οικονομία της χώρας και την συνοχή της κοινωνίας στο σύνολό της. Αν και είναι αναγνωρισμένο το δικαίωμα για ίση συμμετοχή στην απασχόληση, χρειάζονται επιπλέον «εύλογες προσαρμογές»¹ στον χώρο εργασίας, ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες προσβασιμότητας σε αυτόν. Συμπληρωματικά της επαγγελματικής απασχόλησης, για την εξασφάλιση επαρκούς εισοδήματος, λειτουργεί η κοινωνική προστασία (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021).

2.11.2. Πολιτικές των Ηνωμένων Εθνών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021)



Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (ΣΗΕΔΑΑ), προκειμένου να προστατέψει οικονομικά τα άτομα με αναπηρία, θα εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις στο σύστημα κοινωνικής προστασίας από τα συμβαλλόμενα κράτη, όπως στην αξιολόγηση της αναπηρίας και των σχετικών παροχών και στην επιδοματική πολιτική τους. Επίσης αναπτύσσει ένα πεδίο δράσης για την ίση πρόσβαση χωρίς διακρίσεις. Μια παράμετρος αυτού του πεδίου δράσης της ΣΗΕΔΑΑ αφορά την δικαιοσύνη και την ασφάλεια, αφού τα άτομα με αναπηρία έχουν πρακτικά και νομικά κωλύματα για να συμμετέχουν ως μάρτυρες σε αστικές και ποινικές διαδικασίες, να προασπίζονται οι ίδιοι τα δικαιώματά τους στις δικαστικές αίθουσες ή να ασκήσουν την επαγγελματική τους ιδιότητα ως δικηγόροι ή δικαστές. Νομικά εμπόδια ισχύουν κυρίως στις περιπτώσεις νοητικής ή ψυχικής αναπηρίας, που τους στερεί την ικανότητα δικαιοπραξίας. Η ψηφιοποίηση των συστημάτων απονομής δικαιοσύνης, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της αναπηρίας, θα βελτιώσει την πρόσβαση στην δικαιοσύνη.

Επίσης θα δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στην ασφάλεια και την προστασία των ατόμων με αναπηρία, γιατί βιώνουν την βία σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (17% έναντι του 8% των ατόμων χωρίς αναπηρία) και γίνονται δέκτες ρητορικής μίσους και εκφοβισμού ακόμα και σε εκπαιδευτικά περιβάλλοντα. Ιδιαίτερη προσοχή λόγω της ευαλωτότητας θα δοθεί σε ΑμεΑ που ζούνε σε ιδρύματα, καθώς και στις γυναίκες με αναπηρία που γίνονται θύματα βίας 2 έως 5 φορές συχνότερα από γυναίκες χωρίς αναπηρία.

Στο πλαίσιο της Στρατηγικής για ίση πρόσβαση χωρίς διακρίσεις πρωτεύοντα ρόλο έχει η εκπαίδευση, γιατί είναι ο θεμέλιος λίθος για την καταπολέμηση της ένδειας και την εξάλειψη

¹ Ως «εύλογες προσαρμογές» νοούνται «οι απαραίτητες και κατάλληλες τροποποιήσεις και προσαρμογές που δεν επιφέρουν δυσανάλογο ή περιττό φόρτο εργασίας, όταν αυτό είναι απαραίτητο σε μια συγκεκριμένη περίπτωση» (άρθρο 2 ΣΗΕΔΑΑ)

των κοινωνικών αποκλεισμών. Η νομοθεσία και τα εκπαιδευτικά ιδρύματα πρέπει να επιτρέψουν την ανάπτυξη ίσων ευκαιριών πρόσβασης σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης. Επίσης η πανδημία της νόσου Covid-19 επέτεινε την ανάγκη για την ψηφιοποίηση της εκπαίδευσης και την ηλεκτρονική πρόσβαση από όλους. Η επιτροπή της ΣΗΕΔΑΑ έχει εγκρίνει ένα σχέδιο δράσης για την ενταξιακή εκπαίδευση και την αντιμετώπιση των εκπαιδευτικών ανισοτήτων.

Η ίση πρόσβαση βρίσκει εμπόδια και στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας, όπως είναι η αποκατάσταση και η πρόληψη στο πεδίο της υγείας. Τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία, είναι η ανάγκη για συχνότερες εξετάσεις, που φτάνουν τις τετραπλάσιες σε σχέση με άτομα χωρίς αναπηρία, η δυσκολία πρόσβασης από απομακρυσμένες περιοχές και οι λίστες αναμονής, που για όσους αναζητούν συχνές εξετάσεις, τους οδηγούν σε μεγαλύτερους αδιεξόδους. Επιπλέον η κρίση της νόσου Covid-19 περιόρισε ακόμα περισσότερο την πρόσβαση σε επείγουσα και εντατική θεραπεία. Στα μέτρα αντιμετώπισης προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνεται η ενίσχυση της ανθεκτικότητας των υγειονομικών συστημάτων των συμβαλλόμενων κρατών, ο ψηφιακός μετασχηματισμός στην υγεία, η ενίσχυση της μάχης κατά του καρκίνου και η αποζημίωση των επιπλέον δαπανών που απαιτούνται για την διασυννοριακή υγειονομική περίθαλψη.

Δεν θα μπορούσε να παραληφθεί η αξία της συμμετοχής σε δραστηριότητες τέχνης και πολιτισμού, ελεύθερου χρόνου, αναψυχής, αθλητισμού και τουρισμού ως παράγοντα πλήρους συμμετοχής στην κοινωνία και ενίσχυσης της ψυχοσωματικής υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021) .

2.12. Αποκατάσταση

2.12.1. Εννοιολογική προσέγγιση της αποκατάστασης

Ως αποκατάσταση ορίζουμε τις διαδικασίες που βοηθούν ένα άτομο να επιτύχει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας, ανεξαρτησίας και ποιότητας ζωής. Η αποκατάσταση δεν αναστρέφει ή αναιρεί τη βλάβη που προκαλείται από ασθένεια ή τραύμα, αλλά βοηθά στην αποκατάσταση του ατόμου στη βέλτιστη υγεία, λειτουργικότητα και ευεξία (Amoah & Charan 2015). Το 2014, το νοσοκομείο αποκατάστασης *Marianjoy*, διατύπωσε ότι η πρακτική της ιατρικής της αποκατάστασης βασίζεται σε μια ολιστική και ολοκληρωμένη προσέγγιση της



ιατρικής περίθαλψης για άτομα που έχουν παρουσιάσει βλάβη ως αποτέλεσμα τραυματισμού, ασθένειας ή αναπτυξιακής διαταραχής (Amoah & Charan 2015).

Η αποκατάσταση σε σχέση με την αναπηρία ορίζεται από την Παγκόσμια Αναφορά για την Αναπηρία (World Report of Disability/WRD) με τρόπο που να τονίζεται και η αξία της προληπτικής αγωγής. Συγκεκριμένα την χαρακτηρίζει ως το σύνολο των μέτρων, που βοηθά τα άτομα που βιώνουν ή είναι πιθανό να εμφανίσουν αναπηρία, για να επιτύχουν και να διατηρήσουν την βέλτιστη λειτουργία σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον τους. Διαχωρίζει επίσης την αποκατάσταση από στρατηγικές και πολιτικές σε κοινωνικό επίπεδο για την προώθηση της ένταξης των ατόμων με αναπηρία (Bethge et al 2014). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξειδικεύοντας τους τομείς παρέμβασης της αποκατάστασης σε άτομα με αναπηρία, την ορίζει ως μια διαδικασία που στοχεύει στο να τους επιτρέψει να φτάσουν και να διατηρήσουν τα βέλτιστα σωματικά, αισθητηριακά, διανοητικά, ψυχολογικά και κοινωνικά λειτουργικά τους επίπεδα. Επίσης παρέχει στα άτομα με αναπηρία τα εργαλεία που χρειάζονται για να αποκτήσουν ανεξαρτησία και αυτοπροσδιορισμό (ΠΟΥ).

2.12.2. Ανάγκη για αποκατάσταση

Η αποκατάσταση, έχει συχνά θεωρηθεί, ως μια εξειδικευμένη θεραπευτική παρέμβαση στην αναπηρία που έχουν ανάγκη ελάχιστοι άνθρωποι. Παρά τα ατομικά και κοινωνικά της οφέλη, η αποκατάσταση δεν βρίσκεται στις προτεραιότητες της πολιτικής για την υγεία στις υπό ανάπτυξη χώρες. Την ίδια στιγμή παρατηρείται η γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες που συνδέεται με την ραγδαία αύξηση αναπηριών, η αύξηση των ανθρώπων που ζούνε με χρόνιες ασθένειες (όπως διαβήτης, εγκεφαλικό, καρκίνος) και η αύξηση της συχνότητας τραυματισμών και εργατικών ατυχημάτων (Cieza et al 2020). Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2019, 2,41 δισεκατομμύρια άτομα βιώνουν καταστάσεις υγείας που θα ωφελούνταν από την αποκατάσταση, συμβάλλοντας σε 310 εκατομμύρια «χρόνια ζωής με αναπηρία» (years of life lived with disability- YLD). Ο αριθμός YLD έχει αυξηθεί κατά 63% από το 1990 έως το 2019. Το πεδίο των παθήσεων που συνέβαλαν περισσότερο στον επιπολασμό των ατόμων που έχουν ανάγκη από αποκατάσταση, είναι οι μυοσκελετικές διαταραχές (1,71 δισεκατομμύρια άτομα), με τον πόνο στην μέση να είναι η πιο διαδεδομένη πάθηση σε 134 χώρες σύμφωνα με την έρευνα που τιτλοφορείται «Παγκόσμια Επιβάρυνση Νόσων 2019» (Global Burden of Disease study 2019).

Σε επείγουσες συνθήκες η συνδρομή της αποκατάστασης μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας. Φυσικοί κίνδυνοι, όπως οι σεισμοί και οι πανδημίες (πχ Covid-19), αλλά και ανθρωπογενείς παράγοντες, όπως οι πόλεμοι, οι τρομοκρατικές ενέργειες και τα βιομηχανικά ατυχήματα,

μπορούν να προκαλέσουν μαζικούς τραυματισμούς και ασθένειες, αυξάνοντας εξαιρετικά τις ανάγκες για αποκατάσταση (ΠΟΥ).

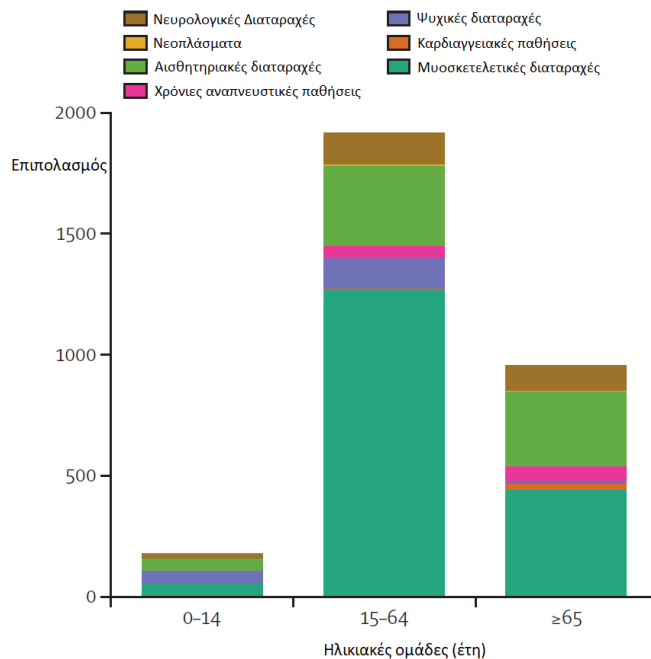
2.12.3. Παγκόσμια στατιστικά δεδομένα για την αποκατάσταση



Ο παγκόσμιος πληθυσμός γεννάει και ο αριθμός των ατόμων που ζούνε με χρόνιες ασθένειες και τραυματισμούς αυξάνεται. Οι τρέχουσες δημογραφικές αλλαγές και η εξέλιξη της επιστήμης της αποκατάστασης συμβάλλουν στην ραγδαία αύξηση των αναγκών για αποκατάσταση. Το κόστος παρέμβασης της αποκατάστασης σε κάποιες περιπτώσεις είναι ιδιαίτερα αυξημένο. Για παράδειγμα στις ΗΠΑ το Περιφερειακό Κέντρο Τραυμάτων Νωτιαίου Μυελού «Jefferson & Magee», βάσει στατιστικών στοιχείων των ετών 2000-2004, εκτίμησε ότι η συνολική διάρκεια παραμονής των ασθενών είναι μεταξύ 68 και 85 ημέρες, με ελάχιστο κόστος νοσηλείας 120.000 ευρώ, που πολλές φορές φτάνει και τα 400.000 ευρώ ανάλογα με την έκταση του τραυματισμού (Chandra et al 2014). Ωστόσο υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι πολλές παρεμβάσεις αποκατάστασης είναι οικονομικά αποδοτικές. Οι χαμηλού κόστους παρεμβάσεις αποκατάστασης, που απαιτούν ελάχιστους πόρους, φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στη βελτίωση των λειτουργικών αποτελεσμάτων σε διάφορες καταστάσεις υγείας, σε χώρες χαμηλού μεσαίου εισοδήματος και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε αυτά τα περιβάλλοντα ως επιτυχημένα μοντέλα υγειονομικής φροντίδας. Ένας τρόπος είναι ο περιορισμός του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και του κόστους νοσηλείας. Επίσης με την βελτίωση της λειτουργικότητας ευνοείται η ένταξη στην εκπαίδευση και την επικερδή απασχόληση. Η προηγμένη τεχνολογία και η ψηφιοποίηση με εκτενείς εφαρμογές στην αποκατάσταση, γίνονται όλο και πιο οικονομικά προσιτές στον περισσότερο κόσμο, περιορίζοντας πολλές μορφές αναπηρίας (Cieza et al 2020).

Παγκοσμίως πάνω από 1,6 δισεκατομμύρια «ενήλικες», ηλικίας 15-64 ετών, έχουν μια πάθηση που θα ωφεληθεί από την αποκατάσταση το 2019. Οι μυοσκελετικές διαταραχές συμβάλλουν περίπου στα δύο τρίτα αυτού του αριθμού. Σε παιδιά κάτω των 15 ετών, οι αισθητηριακές διαταραχές (κυρίως λόγω αύξησης επιπολασμού της μυωπίας), οι ψυχικές και οι μυοσκελετικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν το 91% των 162,3 εκατομμυρίων περιπτώσεων. Για άτομα άνω των 65 ετών, οι μυοσκελετικές, νευρολογικές και αισθητηριακές διαταραχές και οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις συνέβαλαν περισσότερο στην ανάγκη αποκατάστασης, ενώ οι ψυχικές και μυοσκελετικές διαταραχές αντιπροσώπευαν μικρότερο ποσοστό απ' ότι στους ενήλικες κάτω των 65 ετών (Cieza et al 2020) (Σχήμα 2).

Η πιο συχνή μυοσκελετική διαταραχή είναι ο πόνος στην μέση, που αποτελεί και τον βασικότερο παράγοντα πρόωρης εξόδου από την αγορά εργασίας. Ο κοινωνικός αντίκτυπος της πρόωρης συνταξιοδότησης, όσον αφορά το άμεσο κόστος υγειονομικής περίθαλψης και το έμμεσο κόστος (πχ, απώλεια εργατοωρών και παραγωγικότητας), είναι τεράστιο. Ανάλογα μεγάλο είναι και το ατομικό, οικονομικό και κοινωνικό κόστος που προκύπτει από τους καταγματίες παγκοσμίως που αριθμούν περίπου 1 δις και χρίζουν αποκατάστασης.



Σχήμα 2 Κατηγορίες ασθενειών επικρατούντων καταστάσεων, που θα ωφελούνταν από την αποκατάσταση παγκοσμίως, ανά τρεις ηλικιακές ομάδες το 2019

Οι αισθητηριακές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας ακοής και όρασης, είναι ο δεύτερος συχνότερος παράγοντας ανάγκης σε αποκατάσταση και κυρίως σε παιδιά κάτω των 15 ετών και σε ενήλικες άνω των 65 ετών. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να αποδοθεί σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση του επιπολασμού παθήσεων σχετικών με την ηλικία, όπως της μυωπίας για τα παιδιά και της πρεσβυωπίας, της απώλειας ακοής κα. για τους ηλικιωμένους. Περισσότεροι από 730 εκατομμύρια άνθρωποι χρειάζονται αποκατάσταση, η οποία μπορεί να είναι με την μορφή παροχής βοηθητικών συσκευών (πχ. γυαλιά μυωπίας και ακουστικά βαρηκοΐας). Μάλιστα όσον αφορά την απώλεια ακοής, η προμήθεια ακουστικών σε όσους πάσχουν από βαρηκοΐα, θα μείωνε την αναπηρία που σχετίζεται με την πάθηση της απώλειας της ακοής κατά 59%. Επίσης ο αριθμός των ετών ζωής με αναπηρία (years living with disability) έχει αυξηθεί χάρη στην αποκατάσταση κατά 69% από το 1990 (Cieza et al 2020).

2.12.4. Η στρατηγική της αποκατάστασης



Η αποκατάσταση αποτελεί μια σύνθετη κυκλική διαδικασία αξιολόγησης και θεραπευτικής παρέμβασης, προσωποκεντρικής και εξατομικευμένης, με στόχο την αντιμετώπιση των περίπλοκων βιοψυχοκοινωνικών προκλήσεων της αναπηρίας και εκτελείται τόσο

με την παρέμβαση εξειδικευμένου προσωπικού, όσο και από τους φροντιστές αλλά και από τον ίδιο τον ασθενή. Ξεκινά με τον εντοπισμό των προβλημάτων υγείας του ασθενούς, την διερεύνηση της σύνδεσής τους με τις ατομικές ανάγκες και το περιβάλλον, τον καθορισμό των στόχων της θεραπείας, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των κατάλληλων παρεμβάσεων και την αξιολόγηση των επιπτώσεων. Στην συνέχεια επαναλαμβάνονται οι αξιολογήσεις των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων, που μπορεί να αποκαλύψουν άλλα προβλήματα και ανεκπλήρωτες ανάγκες, οδηγώντας στην εξέλιξη ενός αποδοτικότερου προγράμματος αποκατάστασης (Bethge et al 2014).

Κάθε προσπάθεια ερμηνείας της λειτουργικότητας με καθαρά ιατρική προσέγγιση θα περιόριζε τις δυνατότητες της αποκατάστασης στην ενταξιακή διαδικασία του ατόμου με αναπηρία. Προς την κατεύθυνση αποφυγής μιας τέτοιας δυστοπίας, βοήθησε αποτελεσματικά η εφαρμογή της Διεθνούς Ταξινόμησης Λειτουργίας, Αναπηρίας και Υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health ή ICF) (World Health Organization 2001), που διευρύνει όλο και περισσότερο τους στόχους της αποκατάστασης στο πεδίο των δραστηριοτήτων και της συμμετοχικότητας των αναπήρων τα τελευταία χρόνια. Έτσι η επιτυχία της αποκατάστασης αξιολογείται όχι μόνο ανάλογα με την λειτουργική βελτίωση που επιτυγχάνει, αλλά και τον βαθμό κοινωνικής ένταξης. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα κοινωνικής ένταξης είναι η επαγγελματική ένταξη, που στις ανασκοπήσεις της *Cochrane* αναφέρεται ως βασικός παράγοντας αποτελεσματικότητας της αποκατάστασης. Άλλες σημαντικές μέθοδοι αξιολόγησης της δραστηριότητας και της συμμετοχικότητας των ατόμων με αναπηρία είναι το Πρόγραμμα Αξιολόγησης της Αναπηρίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας 2 (World Health Organization Disability Assessment Schedule II) και η ICF μέτρηση της συμμετοχικότητας και δραστηριότητας (ICF – Measure of Participation and Activities Screener/ IMPACT-S) (Marcel et al 2008), που αποτελούν ισχυρά εργαλεία στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της αποκατάστασης.

2.12.5. Στόχοι της αποκατάστασης

Σε επίπεδο λειτουργικότητας, η αποκατάσταση επιδιώκει:



1. Την πρόληψη της απώλειας λειτουργικότητας (πχ. άσκηση σε ηλικιωμένα άτομα για την πρόληψη της σαρκοπενίας).
2. Την επιβράδυνση του ρυθμού απώλειας της λειτουργικότητας (πχ. γνωστική αποκατάσταση σε άτομα με νόσο Alzheimer σε πρώιμο στάδιο).
3. Την βελτίωση ή αποκατάσταση λειτουργίας (πχ τραυματισμοί στον χώρο εργασίας, προγράμματα λειτουργικής αποκατάστασης σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία),
4. Την αντιστάθμιση της απώλειας λειτουργίας (πχ προπόνηση βάδισης μετά από ακρωτηριασμό άκρου).
5. Την διατήρηση της τρέχουσας λειτουργίας (πχ. γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία ή χαλάρωση σε ασθενείς με ημικρανία) (Bethge et al 2014).

Σε επίπεδο κοινωνικής ένταξης και επανένταξης τα προγράμματα αποκατάστασης στοχεύουν στα παρακάτω:

1. Την βελτίωση των δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, συμπεριλαμβανομένων των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (activities of daily living/ ADL), όπως η σίτιση, η προσωπική περιποίηση, η χρήση τουαλέτας και η σεξουαλική λειτουργία.
2. Την σωματική φροντίδα, όπως οι διατροφικές ανάγκες, η φαρμακευτική αγωγή και η φροντίδα της επιδερμίδας.
3. Την οικογενειακή υποστήριξη, που περιλαμβάνει υποστήριξη σε προσαρμογές σε δραστηριότητες της καθημερινότητας, σε οικονομικές δυσχέρειες και στην αυτόνομη διαβίωση.
4. Την ψυχολογική συμβουλευτική, που περιλαμβάνει τον εντοπισμό προβλημάτων και λύσεων σε θέματα σκέψης, συμπεριφοράς και συναισθηματικών αδιεξόδων.
5. Την διαχείριση του πόνου με φαρμακευτική αγωγή ή εναλλακτικές μεθόδους.
6. Την επαγγελματική κατάρτιση και ανάπτυξη επαγγελματικών δεξιοτήτων.
7. Την βελτίωση δεξιοτήτων κοινωνικοποίησης, που αφορούν την αλληλεπίδραση με την οικογένεια και την ευρύτερη κοινωνία.
8. Την βελτίωση γνωστικών δεξιοτήτων, όπως μνήμης, συγκέντρωσης, κρίσης, επίλυσης προβλημάτων και οργανωτικών δεξιοτήτων.
9. Την βελτίωση δεξιοτήτων επικοινωνίας, όπως η ομιλία, η γραφή και άλλες εναλλακτικές μέθοδοι επικοινωνίας.
10. Την αναπνευστική φροντίδα με την χρήση αναπνευστήρα και την εφαρμογή αναπνευστικών θεραπειών και ασκήσεων για την βελτίωση της λειτουργίας των πνευμόνων.

11. Την βελτίωση δεξιοτήτων κινητικότητας, όπως βάδιση, μετακίνηση και χρήση αναπηρικού αμαξιδίου.
12. Την εκπαίδευση ή ενημέρωση, σχετικά με την ασθένεια, του ασθενή (πχ. με στρατηγικές αυτοδιαχείρισης (ΠΟΥ)) και της οικογένειας, την ιατρική φροντίδα και τις τεχνικές προσαρμογής (Amoah & Charan 2015).

2.12.6. Τα «δευτερογενή» αποτελέσματα της αποκατάστασης

Στα δευτερογενή αποτελέσματα της βελτίωσης της λειτουργικότητας, σε ηλικιωμένα άτομα, αναφέρθηκε η μείωση των πτώσεων και η μείωση των εισαγωγών σε γηροκομεία και νοσοκομεία (Beswick et al 2008). Όπως είναι κατανοητό, η αποκατάσταση εξοικονομεί σημαντικούς πόρους στο σύστημα υγείας, μειώνοντας την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, προλαμβάνοντας επιπλοκές και μειώνοντας τα ποσοστά επανεισαγωγών και ιδρυματοποίησης (Ministry of Health of Jordan). Επίσης συμβάλει ουσιαστικά στα αποτελέσματα των ιατρικών και χειρουργικών παρεμβάσεων (Χλέτσος 2017). Δίνει την δυνατότητα στα άτομα να συμμετέχουν στην εκπαίδευση και την επικερδή απασχόληση, να παραμένουν ανεξάρτητα στο σπίτι και να ελαχιστοποιούν την ανάγκη για οικονομική υποστήριξη και μακροχρόνια φροντίδα. Επίσης αποτελεί σημαντικό μέρος της παγκόσμιας υγειονομικής κάλυψης και βασική στρατηγική² για την επίτευξη του 3^{ου} Στόχου της Βιώσιμης Ανάπτυξης (Sustainable Development Goal 3), με το πρόγραμμα «Διασφάλιση υγιούς ζωής και προώθησης της ευημερίας για όλους και όλες τις ηλικίες» (“Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages” - ΠΟΥ). Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακα 6) συνοψίζονται τα οφέλη της αποκατάστασης, όπως αυτά περιγράφονται στην εξειδικευμένη σελίδα του διαδικτύου για την αποκατάσταση «Physiopedia».

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑΣ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ
Βελτίωση λειτουργικής ικανότητας	Ενισχύει την αυτοπεποίθηση και την ικανότητα της ψυχολογικής αντιμετώπισης της ασθένειας ή του τραυματισμού.	Βελτιώνει την συμμετοχικότητα	Ευνοεί την επιστροφή στην εργασία.

² Στρατηγική = «η τέχνη της επινόησης ή της εφαρμογής σχεδίων προς ένα στόχο», «σχέδιο δράσης διαμορφωμένο για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου», «ένα επεξεργασμένο και συστηματικό σχέδιο δράσης». Merriam Wester Online Dictionary

Μείωση του πόνου	Βελτιώνει την ανεξαρτησία - και επαναφέρει την ψυχική ευεξία στο στάδιο πριν του τραυματισμού.	Μειώνει την εξάρτηση	μειώνει τον κίνδυνο πτώσεων
Μυϊκή ενδυνάμωση		Βελτιώνει την ποιότητα ζωής	Μειώνει το κόστος των συνδεόμενων ψυχικών νοσημάτων
Βελτίωση της ισορροπίας		Επιταχύνει την επιστροφή στην εργασία προστατεύοντας από την ένδεια και τον αποκλεισμό	μειώνει το κόστος που σχετίζεται με τη διαβητική φροντίδα
Μείωση του κινδύνου πτώσεων		Υποστηρίζει την επιστροφή στον αθλητισμό ή την άσκηση , ωφελώντας την υγεία και την αίσθηση ευεξίας.	Μειώνει το κόστος παραμονής στο νοσοκομείο
Βελτίωση του συντονισμού			Βοηθά στην συνειδητοποίηση των δυνατοτήτων των παιδιών και των νέων
Βελτίωσης του εύρους και της κινητικότητας των αρθρώσεων			μειώνει το κόστος της νοσηλευτικής, οικιακής και κοινωνικής φροντίδας
Μείωση του οιδήματος σε προσβεβλημένες αρθρώσεις και μύες			Μια πρόσφατη έκθεση δείχνει ότι από κάθε δολάριο που επενδύεται στην υποστηρικτική τεχνολογία, η απόδοση της επένδυσης είναι 9 δολάρια. (atscalepartnership.org)
Αποτρέπει τις παραμορφώσεις και τα προβλήματα των άκρων			
Βελτιώνει την βάδιση			
Βελτιώνει τη στάση του σώματος			
Μείωση περιττών επιπλοκών			

Πίνακας 6 Τα οφέλη της αποκατάστασης όπως παρουσιάζονται από την *Physio-pedia*.

Η αποκατάσταση συνοπτικά θα λέγαμε ότι υποστηρίζει την πραγμάτωση του δικαιώματος στην υγεία και την εργασία, την εκπαίδευση και την προσβασιμότητα. Είναι μια επένδυση

στον ανθρωπισμό και ένα κοινωνικό αγαθό που συμβάλλει στην προώθηση της υγείας και την κοινωνικο - οικονομική ανάπτυξη και ευημερία (ΠΟΥ, Ministry of Health of Jordan).

2.12.7. Παγκόσμια ανεκπλήρωτη ανάγκη για αποκατάσταση

Σε πολλά μέρη του κόσμου η αυξανόμενη ανάγκη για αποκατάσταση παραμένει σε μεγάλο βαθμό ανεκπλήρωτη. Ο μεγαλύτερος επιπολασμός της αναπηρίας φαίνεται να συνδέεται με την μεγαλύτερη ηλικία, την φτώχεια και την ανεργία. Συχνά η αναπηρία συνδέεται με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τα άτομα με αναπηρία συγκεντρώνονται κυρίως σε φτωχότερες περιοχές, όπου έχουν και λιγότερες ευκαιρίες απασχόλησης. Η οικονομική ένδεια, λόγω περιορισμένης επαγγελματικής απασχόλησης, επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο από τα αυξημένα έξοδα που απαιτούνται για μεταφορές, μακροχρόνια φροντίδα, υγειονομική περίθαλψη, βοηθητικές συσκευές και απαιτούμενες προσαρμογές στην κατοικία. Η οικονομικός αυτός στραγγαλισμός των ατόμων με αναπηρία δεν καλύπτεται από τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας και ως συνέπεια περιορίζεται η προσβασιμότητα σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και αποκατάστασης, στην πληροφόρηση και χρήση βοηθητικών συσκευών (Ortiz et al 2016). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ λιγότεροι από το 15% των ατόμων που έχουν ανάγκη από βοηθητικές συσκευές, έχουν πρόσβαση σε αυτές. Επίσης περισσότεροι από τους μισούς ανθρώπους που ζούνε σε ορισμένες χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και χρειάζονται υπηρεσίες αποκατάστασης, δεν τις λαμβάνουν. Συχνά σε χώρες με ανεπαρκή συστήματα υγείας, υποχρηματοδοτούνται και υποτιμώνται οι υπηρεσίες αποκατάστασης.

Οι παγκόσμιες ανάγκες για αποκατάσταση εξακολουθούν να μην ικανοποιούνται επιπλέον λόγω των παρακάτω παραγόντων:

1. Μη προτεραιοποίηση, χρηματοδότηση και εφαρμογή πολιτικών και στρατηγικών αποκατάστασης σε εθνικό επίπεδο.
2. Έλλειψη διαθέσιμων υπηρεσιών αποκατάστασης εκτός αστικών ζωνών και μεγάλες λίστες αναμονής.
3. Υψηλά ατομικά έξοδα, από την τσέπη (out of pocket) και ανύπαρκτα ή ανεπαρκή μέτρα χρηματοδότησης.
4. Έλλειψη εξειδικευμένων επαγγελματιών αποκατάστασης, με λιγότερους από 10 επαγγελματίες αποκατάστασης να αναλογούν σε 1 εκατομμύριο πληθυσμού σε κοινωνίες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

5. Έλλειψη πόρων, συμπεριλαμβανομένης της υποστηρικτικής τεχνολογίας, εξοπλισμού και αναλώσιμων.
6. Η ανάγκη για περισσότερη έρευνα και συλλογή δεδομένων για την αποκατάσταση.
7. Αναποτελεσματικοί τρόποι παραπομπής στην αποκατάσταση (ΠΟΥ).

2.12.8. Πρωτοβουλία Rehabilitation 2030



Η πρωτοβουλία Rehabilitation 2030 εφιστά την προσοχή στη βαθιά ανεκπλήρωτη ανάγκη για αποκατάσταση παγκοσμίως και υπογραμμίζει τη σημασία της ενίσχυσης των συστημάτων υγείας για την παροχή αποκατάστασης. Η πρωτοβουλία σηματοδοτεί μια νέα στρατηγική προσέγγιση για την παγκόσμια κοινότητα αποκατάστασης, τονίζοντας ότι:

- Η αποκατάσταση πρέπει να είναι διαθέσιμη για όλο τον πληθυσμό και σε όλα τα στάδια της ζωής.
- Οι προσπάθειες για την ενίσχυση της αποκατάστασης θα πρέπει να κατευθύνονται προς την υποστήριξη του συστήματος υγείας στο σύνολό του και την ενσωμάτωση της αποκατάστασης σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης.
- Η αποκατάσταση είναι μια βασική υπηρεσία υγείας και ζωτικής σημασίας για την επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας.

Με τη γήρανση του πληθυσμού και την αύξηση του αριθμού των ατόμων που ζουν με χρόνιες παθήσεις, η αποκατάσταση αποτελεί στρατηγική προτεραιότητας για την υγεία, για τον 21ο αιώνα, που συμβάλλει μοναδικά στη βελτιστοποίηση της λειτουργίας του πληθυσμού. Η πρωτοβουλία Rehabilitation 2030 ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 2017 και εισήγαγε μια «πρόσκληση για δράση», συσπειρώνοντας τα ενδιαφερόμενα μέρη προς μια συντονισμένη και συμπεφωνημένη παγκόσμια δράση για την προώθηση της αποκατάστασης.

Για να επιτευχθεί αυτό, προσδιορίστηκαν 10 τομείς προτεραιότητας για δράση:

1. Δημιουργία ισχυρής ηγεσίας και πολιτικής υποστήριξης για την αποκατάσταση σε υποεθνικό, εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο.
2. Ενίσχυση του σχεδιασμού και της εφαρμογής της αποκατάστασης σε εθνικό και υποεθνικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένης της ετοιμότητας και αντιμετώπισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης.
3. Βελτίωση της ενσωμάτωσης της αποκατάστασης στον τομέα της υγείας και ενίσχυση των διατομεακών δεσμών για την αποτελεσματική και αποδοτική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.
4. Ενσωμάτωση της αποκατάστασης στην Καθολική Υγειονομική Κάλυψη.

5. Δημιουργία ολοκληρωμένων μοντέλων παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης για την προοδευτική επίτευξη δίκαιης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των υποστηρικτικών προϊόντων, για όλο τον πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένων εκείνων σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές.
6. Ανάπτυξη ενός ισχυρού πολυεπιστημονικού εργατικού δυναμικού αποκατάστασης, που είναι κατάλληλο για τα δεδομένα της κάθε χώρας και προώθηση των εννοιών της αποκατάστασης στην εκπαίδευση όλου του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας.
7. Διεύρυνση της χρηματοδότησης για αποκατάσταση μέσω κατάλληλων μηχανισμών.
8. Συλλογή πληροφοριών σχετικών με την αποκατάσταση και προώθηση των σύγχρονων μεθόδων αξιολόγησης και έρευνας στον τομέα της αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένης της πληροφόρησης για την χρήση της Διεθνούς Ταξινόμησης Λειτουργίας, Αναπηρίας και Υγείας (ICF).
9. Θεμελίωση ερευνητικής ικανότητας και διεύρυνση της διαθεσιμότητας αξιόπιστων στοιχείων για αποκατάσταση.
10. Ίδρυση και ενδυνάμωση δικτύων και συνεργασιών για την αποκατάσταση, ιδίως μεταξύ χωρών χαμηλού, μεσαίου και υψηλού εισοδήματος (Rehabilitation 2030 Initiative / <https://www.who.int/>).

2.13. Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης: ρόλος, δομή και λειτουργία.



Η αποκατάσταση παρέχεται με την συνδρομή της Φυσικής Ιατρικής, η οποία ξεκίνησε να αναπτύσσεται ως αυτόνομος θεραπευτικός κλάδος μετά τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο, αλλά υλοποιήθηκε μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, εξαιτίας των αυξημένων αναγκών για αποκατάσταση των αναπήρων πολέμου (Χλέτσος 2017). Η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση απευθύνεται σε ασθενείς που πάσχουν από παθήσεις του νευρικού, μυϊκού, ερυστικού, κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος και σε άτομα όλων των ηλικιών με κινητικές ή νοητικές αναπηρίες. Συμβάλει στην πρώιμη διάγνωση, αξιολόγηση και θεραπευτική αντιμετώπιση, την κοινωνική, ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη, την πληροφόρηση Ατόμων με Αναπηρίες και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, στην λειτουργική αποκατάσταση και την κοινωνική ένταξη σε συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας (Νόμος 3209/2003). Η ομάδα

αποκατάστασης περιλαμβάνει γιατρό και νοσηλεύτρια αποκατάστασης, φυσικοθεραπευτή, ψυχολόγο, διαιτολόγο, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή και κοινωνικό λειτουργό.

Η αποκατάσταση, ανάλογα με τον τρόπο που προσεγγίζεται από την ομάδα, μπορεί να ανήκει σε μια από τις ακόλουθες τρεις κατηγορίες.

- Την *πολυεπιστημονική (multidisciplinary)* αποκατάσταση, που περιλαμβάνει μέλη από διαφορετικές ειδικότητες και οι στόχοι της ορίζονται αποκλειστικά από το ένα μέλος της ομάδας.
- Την *διεπιστημονική (interdisciplinary)* αποκατάσταση, που αναφέρεται στις δραστηριότητες μια ομάδας επαγγελματιών αποκατάστασης που εργάζονται με κοινούς στόχους, όπως αυτοί έχουν συμφωνηθεί μετά από ανταλλαγή πληροφοριών και συζητήσεων μεταξύ των μελών της ομάδας του ασθενή και της οικογένειας. Αυτή η προσέγγιση της αποκατάστασης μπορεί να απαιτεί επίσης ομαδική συμμετοχή σε συνεδρίες θεραπείας.
- Στην *διεπιστημονική (transdisciplinary)* αποκατάσταση, όπου ένα μέλος της ομάδας ενεργεί ως κύριος θεραπευτής που θέτει τους στόχους και τα υπόλοιπα μέλη παρέχουν πληροφορίες και συμβουλές (Nair et al 2003).

Ο ρόλος του κάθε μέλους της ομάδας είναι διακριτός και έχει την δική του βαρύτητα στο τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας ανάλογα με τον τρόπο προσέγγισης της αποκατάστασης.

Ο διοικητικός υπεύθυνος της ομάδας είναι ο *Φυσιάτρος*, ο οποίος έχει τον βασικό ρόλο της διάγνωσης της νόσου και του σχεδιασμού της αποκατάστασης και του συντονισμού της ομάδας. Επιλέγει τις εργαστηριακές εξετάσεις και την φαρμακευτική αγωγή του ασθενή (Νόμος 3209/2003).

Οι Νοσηλεύτες είναι υπεύθυνοι για την νοσηλεία του ασθενή. Έχουν τον κρίσιμο ρόλο να παρακολουθούν την πρόοδο της υγείας του ασθενούς, που μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες στον γιατρό και τον θεραπευτή στην διαμόρφωση του κατάλληλου πρωτοκόλλου θεραπείας (Νοσοκομείο John Hopkins).

Οι Ψυχολόγοι διενεργούν ψυχολογικά τεστ για να εφαρμόσουν στην συνέχεια την κατάλληλη θεραπεία. Η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται στα άτομα είναι ζωτικής σημασίας για την αποδοχή της κατάστασης που βιώνει και την συνέχιση της αποκατάστασης (Chandra et al 2014).

Ο ρόλος του Φυσιάτρου στον σχεδιασμό του πλάνου αποκατάστασης συνήθως περιορίζεται στην καθαρά ιατρική προσέγγιση, λόγω περιορισμένης εκπαίδευσης στην αποκατάσταση στην ιατρική του καριέρα (Turk & Mudumbi 2014). Ως εκ τούτου οι *Φυσικοθεραπευτές* θεωρείται

συχνά ότι παίζουν ηγετικό ρόλο στη διαδικασία αποκατάστασης (Chandra et al 2014) έχοντας τον ρόλο να αξιολογήσουν λειτουργικά τον ασθενή και να σχεδιάσουν το πλάνο της φυσικοθεραπείας.

- Με την *καρδιοαναπνευστική* φυσικοθεραπεία βοηθούν στην βελτιστοποίηση της λειτουργίας των πνευμόνων και την μείωση του αναπνευστικού έργου.
- Με την *μυοσκελετική* φυσικοθεραπεία βοηθούν στην βελτίωση της μυϊκής δύναμης, της αντοχής, της ισορροπίας και του συντονισμού των κινήσεων. Επίσης βοηθούν στην ανακούφιση από τον πόνο και την αποκατάσταση τραυματισμών των μαλακών μορίων.
- Με την *νευρολογική* φυσικοθεραπεία αντιμετωπίζονται νευρολογικές παθήσεις με την ανακατασκευή νευρικών οδών, την επανεκπαίδευση κινητικών προτύπων και γενικότερα με την βελτίωση της κινητικότητας (Νόμος 3209/2003, ΑΡΤΑ, <https://www.apta.org/>).

Ο απώτερος στόχος της φυσικοθεραπείας, είναι η εξασφάλιση της δυνατότητας της αυτοεξυπηρέτησης του ασθενή και η επαναφορά της μέγιστης λειτουργικότητάς του, που στην συνέχεια θα τον βοηθήσει καθοριστικά στην κοινωνική του επανένταξη.

Οι *Διαιτολόγοι* φροντίζουν για την σύνταξη και των έλεγχου των διατροφικών αναγκών των ασθενών και την πληροφόρησή τους γύρω από τα ειδικά θέματα διατροφής που έχουν σχέση με την ασθένειά τους (Νόμος 3209/2003).

Οι *Εργοθεραπευτές* είναι ο συνδετικός κρίκος με την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία. Στοχεύουν στην επίτευξη του μέγιστου βαθμού ανεξαρτησίας σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, στην επαγγελματική ένταξη και ουσιαστικά στην μείωση του βαθμού αναπηρίας μέσω της αποτελεσματικότερης προσβασιμότητας (ΑΟΤΑ, <https://www.aota.org/>).

Οι *Λογοθεραπευτές* αξιολογούν και θεραπεύουν ασθενείς που έχουν δυσκολία στην λεκτική επικοινωνία ή έχουν προβλήματα στην κατάποση. Ο στόχος τους είναι να βελτιώσουν τις νοητικές στρατηγικές και την ικανότητα κατάποσης στα μέγιστα λειτουργικά επίπεδα (MedStar Georgetown University Hospital, <https://www.merriam-webster.com/>).

Οι *Κοινωνικοί Λειτουργοί* παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένειά του, για την αποδοχή της κατάστασης που αντιμετωπίζουν και την ομαλή κοινωνική επανένταξη και πληροφόρηση γύρω από τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά τους (Νόμος 3209/2003).

2.14. Η περίπτωση της Κομοτηνής, «Σύλλογος Περπατών», Σωματείο ΑμεΑ, ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ.

Η Κομοτηνή είναι μια πόλη 51 χιλιάδων κατοίκων και πρωτεύουσα της ελληνικής Θράκης. Επίσης εξελίχθηκε και σε «πρωτεύουσα» της προσβασιμότητας στην Ελλάδα με πρωτοβουλίες που ξεκίνησαν από το 1990, με τεχνικά έργα περιορισμένης έκτασης και μέτριας αποτελεσματικότητας. Το 2002 με πρωτοβουλία του παραολυμπιονίκη κου Αλέξανδρου Ταξιλδάρη ιδρύθηκε ο «Σύλλογος Περπατών» για άτομα με κινητικά προβλήματα. Ο Σύλλογος ανέλαβε άμεσα μια σειρά δράσεων για την ένταξη των ατόμων με αναπηρίες και προώθησε με την βοήθεια του Δήμου αξιόλογα έργα προσβασιμότητας, όπως λειτουργικές ράμπες σε μεγάλη έκταση της πόλης και σε δημόσιες υπηρεσίες και κτίρια, σε όλα τα μέσα μαζικής μεταφοράς, στις παραλίες κα. (Εφημερίδα Μακεδονία). Το 2017 με την ίδρυση του Σωματείου ΑμεΑ της Περιφερειακής Ενότητας Ροδόπης (ΣΑμεΑ ΠΕ Ροδόπης) ενισχύεται ακόμα περισσότερο η δράση της τοπικής κοινωνίας και των δημόσιων φορέων για την προσβασιμότητα των ατόμων με αναπηρίες και η προαγωγή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η Κομοτηνή να προσελκύσει άτομα με κινητικά προβλήματα που μετακόμισαν από άλλες πόλεις της χώρας και επίσης να λάβει την διάκριση του Ευρωπαϊκού Βραβείου Προσβάσιμης Πόλης 2021 (Access City Award). Το Access City Award επιβραβεύει την ικανότητα και την προσπάθεια μιας πόλης να γίνει πιο προσβάσιμη, προκειμένου να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των κατοίκων της και να διασφαλίσει ότι όλοι, ανεξάρτητα ηλικίας και κινητικότητας, έχουν ίσες δυνατότητες πρόσβασης στο αστικό περιβάλλον (Υπουργείο Περιβάλλοντος και Ενέργειας).



Στην Κομοτηνή, ιστορικά η πρώτη υπηρεσία που ανέλαβε ουσιαστική δράση για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού ήταν ο «Σύλλογος Περπατών». Ο σύλλογος αυτός ιδρύθηκε το 2002 με σκοπό τα άτομα με αναπηρία να μπορούν να απολαμβάνουν πλήρως τα ανθρώπινα και πολιτικά τους δικαιώματα. Επιτέλεσε σημαντικό έργο στην βελτίωση των αστικών υποδομών πρόσβασης και χάρη στις δράσεις και τις πρωτοβουλίες που ανέπτυξε για τα άτομα με αναπηρίες, έχει κερδίσει την ιδιότητα της ΜΚΟ του Υπουργείου Υγείας, του Φορέα Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας ιδιωτικού δικαίου και πιλοτικά του Κέντρου Εκπαίδευσης και Υποστήριξης αναπήρων ατόμων (<https://perpato.gr/>)



Το ΣΑμεΑ Π.Ε. Ροδόπης, που επίσης εδρεύει στην Κομοτηνή, ιδρύθηκε το 2017 με σκοπό να προστατέψει πέρα από τα άτομα με σωματικές και νοητικές αναπηρίες, όπως αυτές προσδιορίζονται από τον ΠΟΥ και όσους περιορίζονται από σπάνιες αναπηρίες που μέχρι τότε δεν είχαν την δυνατότητα της ίδρυσης κλαδικών συλλόγων. Τα Σωματείο είναι μέλος της Περιφερειακής Ομοσπονδίας της Ε.Σ.Α.μεΑ και της Π.Ο.Μ.ΑμεΑ με πλούσια δράση στην ενίσχυση της προσβασιμότητας, όπως η γνωμοδότηση και τοποθέτηση των sea tracks στις περιοχές του Φαναρίου και της Μαρώνειας και των χώρων πάρκινγκ και ραμπών για άτομα με Αναπηρία στην πόλη της Κομοτηνής. Επίσης έχει συνάψει μνημόνιο συνεργασίας με το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, το Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής και το Νοσοκομείο Ξάνθης, έτσι ώστε τα άτομα με αναπηρία να έχουν άμεση και γρήγορη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους. Είναι σε επαφή σαν Κοινωνικός Εταίρος βάσει του νόμου 2430_96 ΦΕΚ 156 Α_10/07/1996 με όλους τους κοινωνικούς, τοπικούς και κρατικούς θεσμούς (Δήμους, Περιφέρεια, ΕΦΚΑ, Αντιπεριφέρεια κα.) της περιοχής Ροδόπης, έτσι ώστε να γνωμοδοτεί σε θέματα προσβασιμότητας Αναπηρίας. Έχει βασική αποστολή την οργάνωση των ατόμων με αναπηρία, της οικογένειάς τους και των φροντιστών τους, προκειμένου να προαχθούν τα ανθρώπινα και κοινωνικά τους δικαιώματα. Παρέχει πληροφορίες στα μέλη για τα δικαιώματά τους, νομική υποστήριξη και μια σειρά διευκολύνσεων για την υγειονομική τους περίθαλψη (<https://amearodopis.gr/>).



Με την δημοσίευση του Ν.4025/2011 «*Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις*» το ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ Ν.Ροδόπης καταργήθηκε ως Ν.Π.Δ.Δ. και εντάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής με την ονομασία Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ). Η λειτουργία του Κέντρου είναι « η πρόωμη διάγνωση, ενημέρωση των ατόμων με αναπηρία και των φροντιστών τους, η συμβουλευτική στήριξη, η παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας και αποκατάστασης, η λειτουργική αποκατάσταση, η επαγγελματική κατάρτιση και η συνεργασία με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας για την κοινωνική ένταξη». Επίσης προωθεί δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινωνίας προκειμένου να σεβαστούν και να αποδεχτούν τα δικαιώματα των αναπήρων και την διαφορετικότητα (Χλέτσος 2017).

Αναλυτικά οι δράσεις του ΚΕ.Φ.Ι.ΑΠ. είναι οι εξής:

1. Παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης σε επίπεδο νοσηλείας, διάγνωσης και θεραπείας. Εφαρμόζει νέες τεχνολογίες και δραστηριοποιείται στην έρευνα και την εκπαίδευση στον τομέα της Φυσιατρικής και της Αποκατάστασης.

2. Νοσηλεύει ασθενείς με λειτουργικά ή και σωματικά ελλείματα, με παθήσεις συγγενείς ή επίκτητες και διαταραχές του νευρομυϊκού, καρδιοαναπνευστικού, ουρογεννητικού συστήματος και εφαρμόζει την διάγνωση και θεραπεία σε όλες τις φάσεις της ασθένειας μέχρι και την κοινωνική ένταξη.
3. Παρέχει κάθε απαραίτητη ιατρική και κοινωνική υπηρεσία στον ασθενή, με στόχο την ανάρρωσή του, την βελτίωση της λειτουργικότητάς του, την επίτευξη της αυτοεξυπηρέτησης του και την οικογενειακή και επαγγελματική επανένταξη του πολίτη με αναπηρία, παρεμβαίνοντας στην προσβασιμότητα του περιβάλλοντός του.
4. Προωθεί δράσεις εκπαίδευσης του προσωπικού και ανάπτυξης της έρευνας και καινοτόμων εφαρμογών. Επίσης παρέχει στον πληθυσμό της περιοχής την κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση για θέματα πρόληψης νευρολογικών και μυοσκελετικών διαταραχών.
5. Ειδικά σε άτομα με αναπηρία (σωματική, νοητική, αισθητηριακή, αυτισμό) παρέχει προγράμματα κοινωνικής, ψυχολογικής και συμβουλευτικής υποστήριξης, διάγνωσης, αξιολόγησης και ενημέρωσης των ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους. Τους βοηθά στην επαγγελματική κατάρτιση, την λειτουργική αποκατάσταση και στην κοινωνική ένταξη σε συνεργασία με υπηρεσίας κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο (Νόμος 3209/2003).

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε με την στρατηγική της σκόπιμης δειγματοληψίας (purposeful sampling) με σκοπό να εξυπηρετηθούν καλύτερα οι σκοποί και τα ερωτήματα της έρευνας (Ιωσηφίδης, 2008· Proctor, 2005). Αποτελείται από 12 ενήλικα άτομα, ανεξαρτήτου φύλου, με κινητική αναπηρία, τα οποία κινούνται αυτόνομα ή υποβοηθούμενα από φροντιστή, χρησιμοποιώντας αναπηρικό αμαξίδιο. Δεν παρουσιάζουν νοητική στέρση και γνωρίζουν πολύ καλά την Ελληνική γλώσσα, η οποία χρησιμοποιείται στην διαδικασία της προσωπικής συνέντευξης. Ο τρόπος μετακίνησης του δείγματος έχει σημασία για την άντληση ασφαλέστερων συμπερασμάτων σχετικά με την προσβασιμότητα και την αυτοεξυπηρέτηση και η ικανότητα επικοινωνίας τους για τις επικοινωνιακές απαιτήσεις της συνέντευξης.

3.2. Περιγραφή της μεθόδου έρευνας

3.2.1. Η επιλογή της ποιοτικής μεθόδου

Η ποιοτική μέθοδος είναι σε ποσοστό 90% η προτιμώμενη μέθοδος προσέγγισης των κοινωνικών ερευνών. Επιτρέπει να μελετηθεί σε βάθος ένα κοινωνικό θέμα και να αποκαλύψει νέες πτυχές και διαστάσεις του (Τσιώλης 2011). Αναλύει εκτενέστερα, έναντι της ποσοτικής μεθόδου, γεγονότα, εμπειρίες, καταστάσεις και συμπεριφορές. Στην παρούσα μελέτη αποφασίζεται ο τρόπος που τα ίδια τα ΑμεΑ βλέπουν σημαντικά ζητήματα της ζωής τους (Κεδράκα 2005), όπως η λειτουργικότητα και η αυτοεξυπηρέτηση, η κοινωνική ένταξη, οι κοινωνικές παροχές και η σημασία και η επάρκεια των δομών της αποκατάστασης εστιάζοντας περισσότερο στην περιοχή της Κομοτηνής (Παράρτημα 1).

3.2.2. Διαδικασία συνέντευξης

Το δείγμα έδωσε συνέντευξη σε οικείο χώρο (σπίτι διαμονής, κέντρο αποκατάστασης), ώστε να αισθάνεται άνετα και σε περιβάλλον που ήταν απομονωμένο από θορύβους ή άλλες αιτίες που θα μπορούσαν να παρεμβάλουν και να εμποδίσουν την συνέντευξη. Στην περίπτωση διεξαγωγής της συνέντευξης σε δημόσια ή ιδιωτική δομή (σύλλογος, κέντρο αποκατάστασης), προηγήθηκε έγκριση από τους επιστημονικά υπεύθυνους (Παράρτημα 2, 3). Στην συνέχεια το δείγμα ενημερώθηκε για τον σκοπό της έρευνας και πληροφορήθηκε ότι η συμμετοχή του είναι

εθελοντική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, ότι θα τηρηθεί η διαφύλαξη των προσωπικών τους δεδομένων και ότι τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για καθαρά επιστημονικούς σκοπούς (Σεβδυνίδης 2019). Επιδιώχθηκε η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης, στοιχείο που ενίσχυσε και η επαγγελματική ιδιότητα του φυσικοθεραπευτή, που είναι μια γνώριμη ειδικότητα στον τομέα της αποκατάστασης. Η συνέντευξη εξ αιτίας των ευαίσθητων θεμάτων και προσωπικών δεδομένων που διερευνά, έγινε με την μέγιστη διακριτικότητα και σεβασμό προς τους ερωτώμενους. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης υπήρξε η θεμιτή συμμετοχή του ερευνητή και αλληλεπίδραση με τα ερευνητικά υποκείμενα, για την καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων, βάσει παρατηρήσεων και εντυπώσεων, αποφεύγοντας κατά το δυνατό την διαστρέβλωσή τους (Τσιώλης 2011). Η καταγραφή της συνέντευξης έγινε, κατόπιν αδείας του ερωτώμενου, με την μορφή ηχογράφησης για τα 7 άτομα και με καταγραφή σημειώσεων για 5 άτομα που επιθυμούσαν μεγαλύτερη ιδιωτικότητα.

3.2.3. Ανάλυση του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα 1) περιλαμβάνει αρχικά περιγραφικές ερωτήσεις (descriptive questions) για την άντληση πληροφοριών σχετικά με τα χαρακτηριστικά του δείγματος όπως φύλο, ηλικία, είδος αναπηρίας, εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματική κατάσταση. Στην συνέχεια ακολουθούν οι ερωτήσεις γνώμης (opinion questions) που αφορούν την προσωπική άποψη των συνεντευξιζόμενων στο κοινωνικό θέμα που αναλύεται. Το μέρος των ερωτήσεων γνώμης είναι ημιδομημένης μορφής και περιλαμβάνει ανοιχτές ερωτήσεις.

Οι ερωτήσεις της συνέντευξης διαχωρίζονται σε 7 θεματικές ενότητες. Η πρώτη αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως αυτά εξετάζονται από τις ανάλογες περιγραφικές ερωτήσεις και αφορούν το φύλο, την ηλικία, το είδος αναπηρίας, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση. Η δεύτερη θεματική ενότητα αφορά την λειτουργικότητα και την αυτοεξυπηρέτηση του δείγματος, διαχωρίζοντας τα αίτια της οργανικής βλάβης από τους περιορισμούς του περιβάλλοντος και της οικονομικής δυσχέρειας. Επίσης αναζητά την άποψη των ίδιων των ΑμεΑ για την προσβασιμότητα της Κομοτηνής και την γνώμη τους για το «Ευρωπαϊκό βραβείο προσβάσιμης πόλης» που κατέκτησε το 2021. Η τρίτη θεματική πραγματεύεται την κοινωνική ένταξη των ΑμεΑ, ανάλογα με το βαθμό που οι ίδιοι το επιθυμούν και την αποδοχή από την κοινωνία. Επίσης κατά πόσο θεωρούν ότι γίνονται σεβαστά τα ανθρώπινα δικαιώματά τους με ίσες ευκαιρίες για εργασία και εκπαίδευση και πως βίωσαν τους περιορισμούς που προκάλεσε η πανδημία του Covid-19 στην ευπαθή ομάδα της κοινωνίας που ανήκουν. Η τέταρτη θεματική εξετάζει την επάρκεια των κοινωνικών παροχών

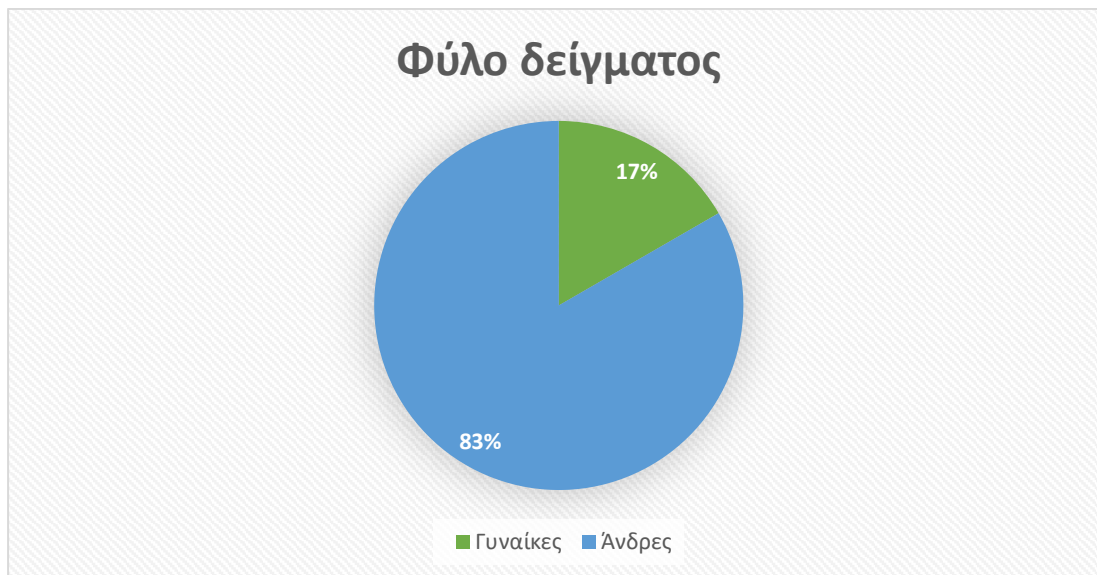
και την προσωπική άποψη για τρόπους βελτίωσης τους. Η πέμπτη και η έκτη θεματική εξετάζει την άποψη των συγκεκριμένων ΑμεΑ για την αξία της αποκατάστασης με απώτερο στόχο να διερευνήσει και την σχέση της με την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει με την μέγιστη λειτουργικότητα και αυτοεξυπηρέτηση στις προκλήσεις της σύγχρονης κοινωνίας για εργασία, εκπαίδευση και κοινωνική ένταξη, την αντιμετώπιση των περιορισμών μιας πανδημίας, την διεκδίκηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους και την αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των κοινωνικών παροχών στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που βιώνουν, σύμφωνα με τις πληροφορίες που παρέχουν οι προηγούμενες ενότητες της συνέντευξης. Στην 5^η και 6^η ενότητα της συνέντευξης διερευνάται η αποτελεσματικότητα της αποκατάστασης των ΑμεΑ στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους σε σχέση με την ποιότητα των υπηρεσιών αποκατάστασης. Συγκεκριμένα στη 5^η ενότητα αντλούνται πληροφορίες σχετικά με την αντίληψη της έννοιας της αποκατάστασης, ώστε να υπάρχει ένας κοινός κώδικας επικοινωνίας με τον ερευνητή. Επιπλέον σε κάθε ερώτηση γνώμης είναι αναγκαίο να ανιχνευτεί και το επίπεδο πληροφόρησης του ερωτώμενου. Εξετάζεται η δυνατότητα πληροφόρησης του ΑμεΑ για την αποκατάσταση και η προσωπική του άποψη για τον βαθμό που τελικά συνέβαλε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Στην 6^η ενότητα εξετάζεται η επάρκεια των δομών και του προσωπικού αποκατάστασης στην Κομοτηνή και η σύγκριση με κέντρα αποκατάστασης άλλων περιοχών της Ελλάδας ή του εξωτερικού, βάσει προσωπικής εμπειρίας. Τέλος ερωτώνται για πιθανές προτάσεις βελτίωσης των υπηρεσιών αποκατάστασης, για να διευκρινιστούν με έμμεσο τρόπο πιθανές ελλείψεις που δεν αναφέρθηκαν σε προηγούμενες ερωτήσεις και να εξεταστούν πλέον με την μέθοδο της ανοιχτής ερώτησης οι πεποιθήσεις και οι ανάγκες του ατόμου για την υπηρεσία της αποκατάστασης. Η τελευταία ενότητα είναι μια ανοιχτή ερώτηση που αφορά την άποψη του συνεντευξιζόμενου σχετικά με το θέμα της εργασίας, ώστε να εξεταστεί κάποια πιθανή πτυχή του θέματος που δεν προβλέφθηκε από τον ερευνητή ή αποτελεί ένα σημαντικό προβληματισμό που η δημοσιοποίησή του μέσα από την συγκεκριμένη έρευνα ίσως αποτελέσει την απαρχή μια λύσης.

3.3. Παρουσίαση αποτελεσμάτων της έρευνας

3.3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

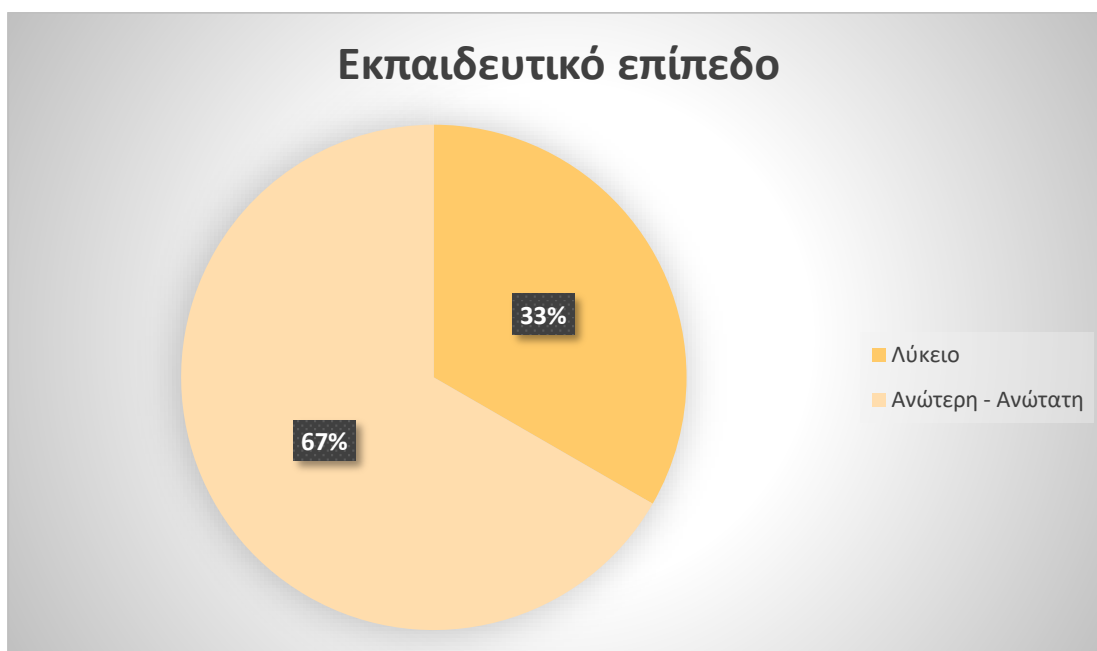
Στην ενότητα αυτή πραγματοποιούνται περιγραφικές αναλύσεις στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Πίνακας 7), που είναι το φύλο, η ηλικία, το είδος αναπηρίας, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατάσταση.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 12 άτομα, 2 γυναίκες και 10 άνδρες (Σχήμα 3), ηλικίας από 36 μέχρι 63 ετών με κινητική αναπηρία, που τους υποχρεώνει την μετακίνηση με αναπηρικό αμαξίδιο, αυτόνομα ή με την βοήθεια φροντιστή.



Σχήμα 3 Κυκλικό διάγραμμα για την μεταβλητή «φύλο»

Όλα τα άτομα του δείγματος έχουν σπουδάσει με τους 4 να έχουν φοιτήσει μέχρι το Λύκειο και οι υπόλοιποι σε Ανώτερα ή Ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα (Σχήμα 4).



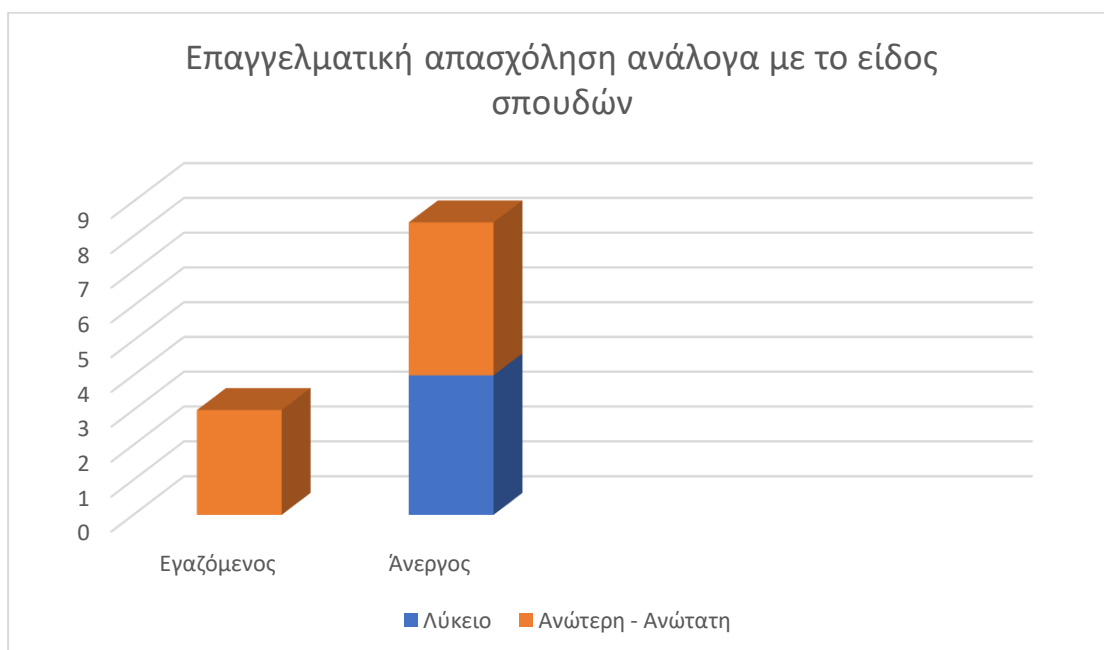
Σχήμα 4 Κυκλικό διάγραμμα για την μεταβλητή «εκπαιδευτικό επίπεδο»

Είναι χαρακτηριστική η υψηλή ανεργία του δείγματος. Συγκεκριμένα εργάζεται το 25% (Σχήμα 5).



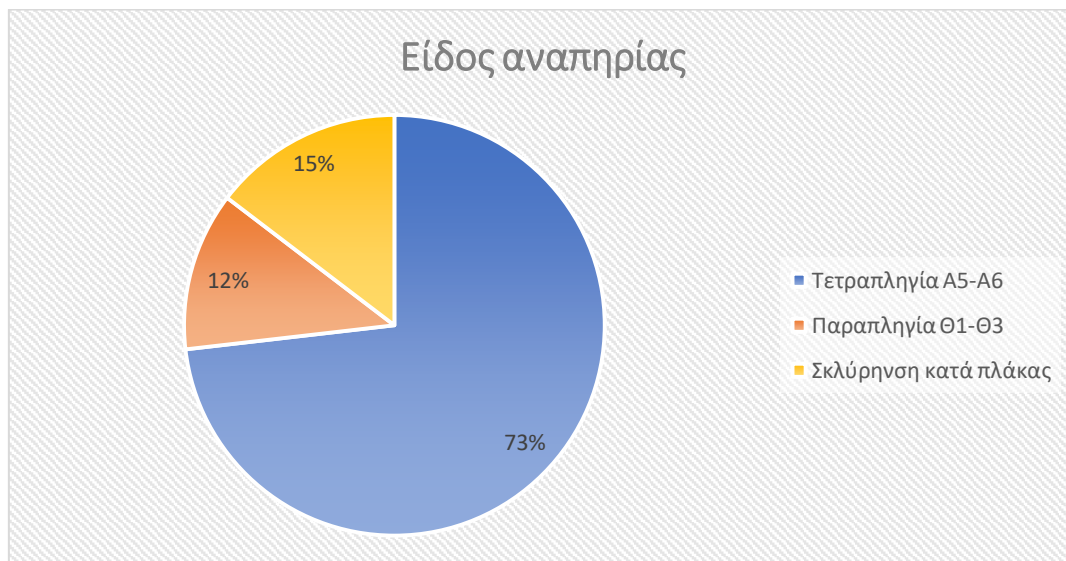
Σχήμα 5 Κυκλικό διάγραμμα για την μεταβλητή «επαγγελματική κατάσταση»

Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει την σχέση της επαγγελματικής απασχόλησης με το επίπεδο των σπουδών, όπου και παρατηρούμε ότι το καλύτερο επίπεδο σπουδών είναι ευνοϊκός παράγοντας για την επαγγελματική αποκατάσταση (Σχήμα 6).



Σχήμα 6 Διάγραμμα στηλών για την σχέση των μεταβλητών επαγγελματική απασχόληση και «επίπεδο σπουδών»

Στο είδος αναπηρίας λόγω των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών αναπηρίας που επιλέχθηκαν για δείγμα, διακρίνονται μόλις τρεις διαφορετικές περιπτώσεις (Σχήμα 7).



Σχήμα 7 Κυκλικό διάγραμμα για την μεταβλητή «είδος αναπηρίας»

Ο παρακάτω πίνακας είναι περιγραφικός των συνολικών δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος (Πίνακας 7).

α/α συνέντευξης	Φύλο	Ηλικία	Είδος αναπηρίας	Εκπαιδευτικό επίπεδο	Επαγγελματική κατάσταση
1	Αρσενικό	36	Τετραπληγία Α5-Α6	Ανώτερη - ανώτατη	Άνεργος
2	Αρσενικό	38	Παραπληγία Θ1-Θ3	Λύκειο	Άνεργος
3	Αρσενικό	39	Τετραπληγία Α5-Α6	Λύκειο	Άνεργος
4	Θηλυκό	41	Τετραπληγία Α5-Α6	Ανώτερη - ανώτατη	Άνεργος
5	Αρσενικό	47	ΣΚΠ	Λύκειο	Άνεργος
6	Αρσενικό	52	Τετραπληγία Α5-Α6	Ανώτερη - ανώτατη	Δημόσιος υπάλληλος
7	Αρσενικό	58	ΣΚΠ	Ανώτερη - ανώτατη	Άνεργος
8	Αρσενικό	58	Τετραπληγία Α5-Α6	Ανώτερη - ανώτατη	Άνεργος
9	Αρσενικό	59	ΣΚΠ	Ανώτερη - ανώτατη	Ελεύθερος επαγγελματίας
10	Θηλυκό	60	Τετραπληγία Α5-Α6	Ανώτερη - ανώτατη	Δημόσιος υπάλληλος
11	Αρσενικό	63	ΣΚΠ	Ανώτερη - ανώτατη	Συνταξιούχος
12	Αρσενικό	65	ΣΚΠ	Λύκειο	Άνεργος

Πίνακας 7: Περιγραφικός πίνακας των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος

3.3.2. Λειτουργικότητα και αυτοεξυπηρέτηση

Στην θεματική αυτή ενότητα περιγράφεται η λειτουργική ικανότητα και ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησης, αρχικά όπως αυτές επηρεάζονται από την σωματική βλάβη και στην συνέχεια εξαιτίας του περιβάλλοντος που διαβιούν.

7 άτομα απάντησαν ότι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν στην ατομική τους φροντίδα, *«μπορώ να κάνω τα πάντα πλέον»* λέει κάποιος, ενώ οι υπόλοιποι 5 έχουν ανάγκη από την βοήθεια φροντιστή *«στην τουαλέτα έχω ανάγκη από βοήθεια, στον δρόμο μπορώ να μετακινηθώ, αλλά αυτό εξαρτάται από τον δρόμο και που θα πάω επίσης»*. Άλλος είπε *«πρέπει να είναι πολύ ιδανικές οι συνθήκες για να μετακινηθώ με το αμαξίδιο»*. Η μετακίνηση φαίνεται να είναι εύκολη διαδικασία για τους περισσότερους σε σχέση πάντα με την κατάσταση του οδοστρώματος. Ένα άτομο έχει πάντα την ανάγκη φροντιστή για την μετακίνησή του, οι 9 μπορούν να κινηθούν αυτόνομα, με εξαίρεση σε περιπτώσεις που ο δρόμος προκαλεί υψηλές τριβές ολίσθησης (pavé) ή οι ράμπες είναι ακατάλληλα κατασκευασμένες (πχ. κλίση μεγαλύτερη από την προβλεπόμενη του 5%, κατεστραμμένες κλπ.). Δύο άτομα δήλωσαν ότι κάνουν χρήση και μηχανοκίνητου αμαξιδίου με αποτέλεσμα να μην βρίσκουν σημαντικά εμπόδια στην μετακίνησή τους. Ο ένας δήλωσε χαρακτηριστικά *«Έχω μηχανάκι ηλεκτρικό, εκείνο με τις τρεις ρόδες και πάω όπου θέλω»*. Λιγοστές εξαιρέσεις αποτελούν ανυπέρβλητα φυσικά εμπόδια (πχ *«κολώνα στην μέση του πεζοδρομίου»*). Στον τομέα της εκπαίδευσης 9 σπούδασαν πριν εμφανίσουν αναπηρία και 3 πραγματοποίησαν σπουδές κατά την διάρκεια της αναπηρίας, με εξ αποστάσεως εκπαίδευση και πλήρη αυτονομία. *«Έκανα μεταπτυχιακό στο ΕΑΠ»* δηλώνει μία *«και δεν είχα πρόβλημα πρόσβασης, η χρήση του υπολογιστή με βοήθησε πολύ»*. Μία περίπτωση με τετραπληγία, που συνεχίζει τις σπουδές ως υποψήφιος διδάκτωρ, δυσκολεύεται στην χρήση του υπολογιστή και σε μετακινήσεις που απαιτεί η έρευνα, λέγοντας *«πήγα στην Αθήνα να ψάξω κάτι αρχεία και δεν ήταν προσβάσιμα, αν μου πει πάλι ο καθηγητής δεν θα ξαναπάω»*, εκφράζοντας εδώ και στοιχεία «συμπεριφοράς αποφυγής». Αυτοί που εργάζονται, είναι ικανοί στην χρήση υπολογιστή για τις ανάγκες του επαγγέλματος. Στο επαγγελματικό πεδίο όσοι εργάζονται απασχολούνται με δουλειά γραφείου και η λειτουργική τους ικανότητα τους επιτρέπει να είναι αυτόνομοι. *«Στο συγκεκριμένο αντικείμενο ναι, μπορώ να ανταπεξέλθω»*.

Στην δεύτερη και τρίτη ερώτηση της πρώτης θεματικής ενότητας εξετάζεται η επίδραση του περιβάλλοντος στην προσβασιμότητα και ουσιαστικά στον βαθμό αναπηρίας. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι (10) προέρχονται από άλλες περιοχές της χώρας, που επέλεξαν την Κομοτηνή ως μόνιμη κατοικία τους, για τις ευκολίες που παρέχει σε επίπεδο προσβασιμότητας και

μετακίνησης. Κατά την μετακίνησή τους αυτή έκαναν την απαιτούμενη έρευνα για να κατοικήσουν σε σπίτι με τις μεγαλύτερες δυνατές ανέσεις, λαμβάνοντας υπ' όψη και τις οικονομικές τους δυνατότητες. Για τον λόγο αυτό όλοι δηλώνουν ικανοποιημένοι από την διαμόρφωση του σπιτιού που μένουν, στο οποίο λόγω ενοικίου δεν μπορούν να αλλάξουν την διαμόρφωση του, αλλά ταυτόχρονα δεν αισθάνονται και την ιδιαίτερη ανάγκη να το κάνουν. *«Το σπίτι που νοικιάζω δεν είναι κατάλληλα διαμορφωμένο για την βλάβη μου, παρ' όλα αυτά είναι το πιο βολικό που βρήκα». «Η κουζίνα δεν είναι κατάλληλα διαμορφωμένη αλλά μου επιτρέπει να κάνω κάποια πράγματα».* Οι μισοί έκαναν μικρές παρεμβάσεις, όπως κατασκευή ράμπας στην είσοδο της πολυκατοικίας ή προσθήκη κάποιου βοηθήματος (χερούλι) κατά την είσοδο στον ανελκυστήρα, στο μπάνιο κα. Τα δύο άτομα του δείγματος είναι μόνιμοι κάτοικοι της Κομοτηνής και αναγκάστηκαν να κάνουν πολυδάπανες παρεμβάσεις στα σπίτια τους, που αφορούσαν ουσιαστικά την βελτίωση των χώρων για την μετακίνηση με το αναπηρικό αμαξίδιο. Το ένα άτομο είναι εργαζόμενο και δεν αντιμετώπισε οικονομικό πρόβλημα για την πραγματοποίηση των εργασιών, ενώ το δεύτερο βρισκόμενο σε οικονομική δυσχέρεια λόγω ανεργίας, έκανε τις μετατροπές σταδιακά και κατά προτεραιότητα. Σε σχέση με την προσβασιμότητα των κτιρίων της πόλης, υπάρχει ομόφωνη άποψη ότι τα δημόσια κτίρια είναι προσβάσιμα για αναπηρικό αμαξίδιο με εξαίρεση τον χώρο συνεδρίασης του δημοτικού συμβουλίου *«ως δικηγόρος δυσκολεύομαι να μπω στον χώρο συνεδρίασης, πρέπει να με σηκώσουν 4 άτομα».* Αντίθετα συμφωνούν όλοι ότι τα ιδιωτικά κτίρια στην συντριπτική τους πλειοψηφία δεν είναι προσβάσιμα. Στο σημείο αυτό εντοπίζεται ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα στην ποιότητα ζωής των ΑμεΑ που κινούνται με τροχήλατο αμαξίδιο, λόγω ανύπαρκτων υποδομών προσβασιμότητας σε ιδιωτικά κτίρια, καθώς δυσκολεύονται έως και αδυνατούν να προσεγγίσουν ιδιωτικά ιατρεία, μαγαζιά και χώρους αναψυχής. *«Στο κέντρο της πόλης λόγω των καλών υποδομών είναι εύκολο να κυκλοφορήσεις αλλά είναι σημαντικό και που θα καταλήξεις», «τουλάχιστον να έχουν τουαλέτα, είναι αυτό που μας καίει για να μπορώ να κυκλοφορήσω άνετα σχετικά».* Για τον παραπάνω λόγο δύο άτομα δηλώνουν ότι αναβάλλουν συνεχώς την επίσκεψη σε συγκεκριμένα ιατρεία. 8 στους δώδεκα δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι από την ικανότητα μετακίνησης στην πόλη τόσο χάρη στις υποδομές (ράμπες, αστικά με αναβατήρα) όσο και στην επίπεδη διαμόρφωση της πόλης. 4 ωστόσο δηλώνουν δυσαρεστημένοι από την ύπαρξη υποδομών κυρίως στο κέντρο της πόλης και με ελλείψεις περιφερειακά. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι, επειδή έχουν μεταναστεύσει από άλλες περιοχές, έχουν επιλέξει κεντρικά σπίτια και αξιοποιούν κυρίως το κεντρικό μέρος της πόλης, όπου και μετακινούνται με ικανοποιητική ευκολία.

Στην τρίτη ερώτηση είναι χαρακτηριστικό ότι οι εργαζόμενοι δηλώνουν οικονομικά ικανοί να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες μετατροπών στο σπίτι τους και την αγορά βοηθημάτων. Οι άνεργοι, που αποτελούν και την πλειοψηφία (9 στους 12), δηλώνουν όλοι, ότι η αγορά βοηθημάτων (ακριβά αναπηρικά αμαξίδια, μηχανοκίνητα εξαρτήματα αμαξιδίων, όργανα αποκατάστασης για χρήση στο σπίτι) είναι ιδιαίτερα ακριβά και δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά στην αγορά τους γιατί οι επιδοτήσεις του κράτους είναι πολύ μικρές σε σχέση με το συνολικό κόστος. *«Θα ήθελα περισσότερα βοηθήματα (εκτός από το αμαξίδιο) αλλά τα επιδόματα δεν επαρκούν»* δήλωσε ένας. Επίσης ένα αναπηρικό αμαξίδιο που είναι αρκετά ελαφρύ και ανατομικό για χρήση μετακίνησης σε μεγάλη απόσταση κοστίζει γύρω στα 4000 ευρώ και το κρατικό ταμείο επιδοτεί μόνο με 1000. Τα 10 άτομα του δείγματος που μετακινήθηκαν στην Κομοτηνή από άλλες περιοχές δηλώνουν ότι οι μετατροπές στο σπίτι τους δεν είναι στις προτεραιότητές τους και δεν τις θεωρούν αναγκαίες, καθώς στην πλειοψηφία είναι ενοικιαζόμενα με χαρακτηριστικά που επιλέχθηκαν εξ αρχής να είναι συμβατά με την χρήση αναπηρικού αμαξιδίου. Στους λόγους που δυσχεραίνουν την αυτοεξυπηρέτηση τρεις από τους 5, που έχουν ανάγκη από προσωπικό βοηθό, δήλωσαν οικονομική αδυναμία να τον προσλάβουν και αναζητούν βοήθεια από φιλικά ή συγγενικά άτομα.

Στην τέταρτη ερώτηση, που αφορά την προσβασιμότητα της Κομοτηνής, όλοι οι ερωτώμενοι δήλωσαν ικανοποιημένοι, καθώς η πόλη διαθέτει σημαντικές υποδομές για ΑμεΑ. Λίγες ενστάσεις υπήρχαν για τις περιορισμένες υποδομές στην περιφέρεια της πόλης και για την κατάληψη ραμπών και θέσεων πάρκινγκ από ασυνείδητους οδηγούς, ενώ όλοι συμφώνησαν για τις ανύπαρκτες υποδομές σε ιδιωτικά κτίρια. Ένας αναφέρει *«Ψάχνω να βρω έναν δερματολόγο και δεν μπορώ να βρω»* (σημειώνουμε ότι το Νοσοκομείο Κομοτηνής δεν διαθέτει δερματολόγο). Επίσης όλοι συμφώνησαν στο γεγονός ότι η Κομοτηνή είναι μια πόλη πολύ περισσότερο προσβάσιμη από οποιαδήποτε άλλη πόλη επισκέφτηκαν ή έζησαν στην Ελλάδα. *«Υπάρχουν ράμπες σε πολλές πόλεις, εδώ τις κάνανε για να κυκλοφορούνε».* *«Στην Εάνθη θα χρειαστώ βοήθεια για να ανέβω στην ράμπα».* Άλλος δηλώνει *«Μετακόμισα από Αθήνα, βασικότερος λόγος ήταν ότι ήθελα να απαγκιστρωθώ από την οικογένειά μου και να ζήσω ανεξάρτητος».* *«Έτρωγα 40 λεπτά για μια μετακίνηση χωρίς λόγο (Αθήνα), τώρα (στην Κομοτηνή) που ξέρω ότι θέλω 5 λεπτά με χαλαρώνει».* Συγκεκριμένα έγινε αναφορά για πολύ περιορισμένη προσβασιμότητα για τις περιοχές της Αθήνας, Καβάλας, Ξάνθης, Ορεστιάδας, Κεφαλονιάς, Πύργου και Σαπών. Ένας ερωτώμενος, λόγω της αρμοδιότητάς του να ελέγχει τις τεχνικές προδιαγραφές των υποδομών προσβασιμότητας μιας πόλης, επισήμανε ότι *«υπάρχουν κακοτεχνίες σε μερικές από αυτές και η συνεργασία μου με τους αρμόδιους φορείς*

μερικές φορές βρίσκει εμπόδια». Επίσης χαρακτήρισε «εχθρικές» τις πόλεις της Ελλάδας προς τα άτομα με αναπηρία σε «επίπεδο υποδομών και κοινωνικής αποδοχής».

3.3.3. Κοινωνική ένταξη

Η τρίτη θεματική ενότητα πραγματεύεται την κοινωνική ένταξη. Η πρώτη ερώτηση της διερευνά την αυτοεικόνα των ερωτώμενων και την ψυχική τους ικανότητα να ανταπεξέλθουν στους στόχους της ζωής τους και την κοινωνική τους ένταξη. Είναι χαρακτηριστικό ότι όλοι απάντησαν πως έχουν αποδεχτεί την κατάσταση της αναπηρίας και αισθάνονται ψυχικά δυνατοί να ανταπεξέλθουν στους στόχους που έχουν θέσει στην ζωή τους. Χαρακτηριστικές δηλώσεις είναι οι παρακάτω: «*ψυχολογικά καλά είμαι*», «*την θέληση την έχω, αλλά ξέρω ότι λόγω της αναπηρίας υπάρχουν κάποια εμπόδια...*» «*πολλές φορές σκέφτηκα ότι η βλάβη μου αν ήταν άλλη θα μπορούσα να ζήσω περισσότερα πράγματα, αλλά τελικά καταλήγω ότι δεν είναι αυτό που με επηρεάζει*». Επίσης δήλωσαν ότι αναζητούν την κοινωνική ενσωμάτωση και αποφεύγουν την απομόνωση. Ο ένας απάντησε ότι η αποκατάσταση ξεκινά από την ενίσχυση της αυτοεικόνας, γιατί όπως χαρακτηριστικά είπε: «*πρώτα πρέπει να τα βρεις με τον εαυτό σου για να καταφέρεις οτιδήποτε*».

Η δεύτερη ερώτηση εξετάζει την κοινωνική αποδοχή από την οικογένεια και την κοινωνία της Κομοτηνής, με πιθανή σύγκριση με άλλες περιοχές της χώρας. Όλοι δήλωσαν ότι οι οικογένειές τους, τους αποδέχτηκαν και τους στήριξαν από την πρώτη στιγμή, ενώ σε σχέση με την κοινωνία της Κομοτηνής, οι 8 στους 12 θεωρούν ότι είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι από την κοινωνία άλλων περιοχών. Σχετικές δηλώσεις είναι: «*φαίνεται στα μάτια του κόσμου, περνάς απαρατήρητος, όπως περνάει ο καθένας*», «*αν χρειαστώ κάτι τρέχουν να με βοηθήσουν*». Συγκεκριμένα όσοι προέρχονται από άλλες επαρχίες και χωριά απάντησαν θετικά ενώ οι Αθηναίοι βρίσκουν εξίσου ευαισθητοποιημένους τους κατοίκους Αθήνας και Κομοτηνής. Πολλοί ανέφεραν ότι στην Κομοτηνή η ύπαρξη πολλών ατόμων με αναπηρίες και η συστηματική πληροφόρηση των κατοίκων βοήθησε στη μεγαλύτερη εξοικείωση με την διαφορετικότητα και την αποδοχή τους. Η Αθήνα αναφέρθηκε ως «*μία πόλη πολυπολιτισμική, με έντονο το στοιχείο της διαφορετικότητας*», χαρακτηριστικά που την κάνουν προσιτή και φιλική στην αντιμετώπιση της κοινωνίας αλλά με τεράστιες ελλείψεις σε υποδομές. Στο θέμα της κοινωνικής αποδοχής δύο ανέφεραν ότι ακόμα και «*τα έντονα βλέμματα αποτελούν στοιχείο κοινωνικού αποκλεισμού*», το οποίο δεν έχει εξαλειφθεί στον βαθμό που θα έπρεπε. Γενικά στο σύνολο οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι δεν έχουν δεχτεί ρατσιστική συμπεριφορά, με εξαίρεση ένας που θεωρεί ότι γίνεται δέκτης ρατσισμού, «*όχι*

ρατσισμός με την μορφή βίας, αλλά με την μορφή οίκτου». Επίσης όλοι δήλωσαν ότι οι κάτοικοι σε μεγάλο βαθμό είναι ευαισθητοποιημένοι και πρόθυμοι πάντα να βοηθήσουν.

Σχετικά με την πανδημία του Covid-19 και τις πιθανές δυσκολίες που προκάλεσε, 11 στους 12 δήλωσαν ότι δεν αντιμετώπισαν πρόβλημα στις μετακινήσεις τους, οι 3 δήλωσαν ότι όταν χρειάστηκαν ιατρική επίσκεψη στο νοσοκομείο δεν αντιμετώπισαν καμία καθυστέρηση, ο ένας δήλωσε ότι αισθάνθηκε να απειλείται από την ασθένεια επειδή ένιωθε ευάλωτος και απομονώθηκε *«ανήκω στον ευάλωτο πληθυσμό και φοβόμουν πάρα πολύ να μην κολλήσω»* και ένας ότι *«χρειάστηκα να νοσηλευτώ και επιβαρύνθηκα από την επίδραση του long Covid, αυτό μείωσε την λειτουργικότητα μου»*. Πολλοί ανέφεραν ότι η πανδημία μέχρι ένα σημείο διευκόλυνε την ζωή τους, χάρη στην εφαρμογή μιας σειράς μέτρων που δεν απαιτούσαν την φυσική παρουσία και την ανάγκη μετακίνησης. Συγκεκριμένα οι τρεις εργαζόμενοι διευκολύνθηκαν από την τηλεργασία και όλοι διευκολύνθηκαν από την άυλη συνταγογράφηση. Αντίθετα η άρση των μέτρων που αφορούσαν διαδικτυακές υπηρεσίες, μετά την κατάργηση του λοκ ντάουν, δυσκόλεψε την καθημερινότητά τους.

Η τέταρτη ερώτηση που αφορά τις ευκαιρίες για εργασία και εκπαίδευση απαντήθηκε θετικά από όσους εργάζονταν. Οι δημόσιοι υπάλληλοι αντιμετώπισαν την αναπηρία κατά την διάρκεια της εργασίας τους και στην συνέχεια μετακινήθηκαν σε θέσεις που μπορούσαν να ανταπεξέλθουν. Ο ελεύθερος επαγγελματίας, λόγω της ιδιότητας του (δικηγόρος), δεν αντιμετώπισε κάποιο πρόβλημα στην άσκηση των καθηκόντων του, αλλά επισημαίνει ότι *«αν και το κράτος επιδοτεί την ιδιωτική εργασία τα ΑμεΑ δεν βρίσκονται στις προτεραιότητες των επιχειρηματιών»*. Όλοι οι άνεργοι δήλωσαν ότι οι ευκαιρίες δεν είναι ίσες για όλους, καθώς υπάρχει ελάχιστη προσφορά εργασίας στον ιδιωτικό τομέα, ενώ επίσης πολλές φορές ακόμα και αν προσληφθείς, δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές για να τον προσεγγίσεις και να εργαστείς. *«Εργασία όχι ίσες ευκαιρίες γιατί αν δεν σου παρέχουν ένα συνοδό για να πας και να ρθεις», «θα πρέπει να έχει έναν χώρο να παρκάρεις», «θα πρέπει ο χώρος εργασίας να έχει μια τουαλέτα που να σε εξυπηρετεί», «ο νόμος δεν λέει ότι για μια θέση απαγορεύονται οι ανάπηροι, αλλά η θέση αυτή δεν θα έχει τις υποδομές για να εργαστείς»*. Ένας ανειδίκευτος (απόφοιτος Λυκείου) ερωτώμενος θεωρεί ότι οι απολαβές είναι πολύ μικρές με αποτέλεσμα η εργασία, με όλες τις απαιτήσεις σε μετακίνηση και άσκηση του επαγγέλματος χωρίς υποδομές, τελικά όπως δηλώνει *«δεν αξίζει τον κόπο»*. Ένας άλλος που έχει ανάγκη από φροντιστή (φοιτητής) υπολογίζει ότι για να εργαστεί πρέπει να πληρώσει βοηθό *«έχω φροντιστή από δικά μου λεφτά, δεν μου τον παρέχει το κράτος»*, ο οποίος πρέπει να τον προετοιμάσει και να τον μεταφέρει στον χώρο εργασίας. Επιπλέον ο ιδιωτικός χώρος εργασίας είναι απίθανο να είναι κατάλληλα διαμορφωμένος με αποτέλεσμα να χρειάζεται μια σειρά παρεμβάσεων που θα είναι

κοστοβόρες (διαμόρφωση γραφείου) ή και αδύνατες (διαμόρφωση τουαλέτας που είναι προσαρμοσμένη ήδη για άτομα χωρίς αναπηρίες), στοιχεία που καθιστούν οικονομικά ασύμφορη ή αδύνατη την εργασία. Στο τομέα της εκπαίδευσης όσοι θέλησαν να σπουδάσουν (3 άτομα) κατά την διάρκεια της περιόδου που ήταν ανάπηροι, επέλεξαν την εξ αποστάσεως εκπαίδευση χωρίς να αντιμετωπίσουν πρόβλημα τόσο για την εισαγωγή τους στην εκπαίδευση όσο και στην διεκπεραίωση των εκπαιδευτικών τους υποχρεώσεων. Ο ένας που σπουδάζει (υποψήφιος διδάκτωρ) και έχει ανάγκη από φροντιστή δηλώνει ότι «δεν δίνονται υποτροφίες για κοινωνικούς λόγους». Το γεγονός αυτό τον φέρνει σε ιδιαίτερα δεινή οικονομική θέση γιατί ενώ είναι άνεργος και με τα επιδόματα να φτάνουν οριακά για τις προσωπικές του ανάγκες, αναγκάζεται να πληρώνει και βοηθό για τις μετακινήσεις που απαιτεί η έρευνά του, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει στις εκπαιδευτικές του υποχρεώσεις.

3.3.4. Κοινωνικές παροχές

Η τέταρτη θεματική ενότητα των ερωτήσεων εξετάζει τις κοινωνικές παροχές. Είναι χαρακτηριστικό ότι όσοι εργάζονται τις βρίσκουν επαρκείς, ενώ όλοι οι άνεργοι δηλώνουν ότι οριακά επαρκούν για τις καθημερινές τους ανάγκες (έξοδα διαβίωσης, μετακίνηση) και δεν επαρκούν για την προμήθεια του ακριβού εξειδικευμένου εξοπλισμού που χρειάζονται. Τα επιδόματα που λαμβάνουν είναι το εξωδουματικό και το κίνησης που στο σύνολο τους φτάνουν λίγο παραπάνω από 800 ευρώ. Τα βασικά βοηθήματα, όπως ένα αναπηρικό αμαξίδιο, που έχουν τις προδιαγραφές να διευκολύνουν τις καθημερινές μετακινήσεις με άνεση και ασφάλεια, κοστίζουν πολλές χιλιάδες ευρώ και οι επιδοτήσεις δεν επαρκούν. «οι εταιρείες είναι σαν να σου λένε επειδή χρειάζεσαι τα παπούτσια και θα τα πάρεις θα σου τα χρεώσουμε ένα χιλιάριο (αναφέρεται σε οικονομικό αμαξίδιο)», «Τα βοηθήματα είναι όλα πανάκριβα» «θα πάρεις ένα τέτοιο αμαξίδιο όχι γιατί είναι όμορφο, αλλά για να μην σου δημιουργήσει πρόβλημα στο υπάρχον πρόβλημα». Για παράδειγμα ένα αμαξίδιο με τα παραπάνω χαρακτηριστικά, κοστίζει περίπου 4 χιλιάδες και το ταμείο αποζημιώνει με 1000 ευρώ. Επιπλέον στο εμπόριο υπάρχει μια πληθώρα εξοπλισμού, που αφορά την μετακίνηση, την οικιακή διαμόρφωση και την αποκατάσταση, που τα κόστη τους είναι απαγορευτικά για έναν ΑμεΑ που έχει μοναδικό εισόδημα τα επιδόματα που λαμβάνει. Στην ερώτηση που αφορά τον τρόπο πληροφόρησης για τις παροχές βάσει της αναπηρίας, οι 6 απάντησαν από γνωστούς και την κοινωνική λειτουργό, οι τρεις απάντησαν από γνωστούς, την κοινωνική λειτουργό και το ίντερνετ και οι τρεις ότι δεν αναζητούν πληροφορίες γιατί πλέον γνωρίζουν τις παροχές τους και οτιδήποτε νεότερο θα κοινοποιηθεί στους κοινωνικούς τους κύκλους. Σχετικά με την παρούσα φάση που γνωρίζουν

ήδη τις παροχές που δικαιούνται δηλώνουν *«αυτή η ερώτηση θα ταίριαζε σε κάποιον που είναι πρόσφατα ανάπηρος και δεν έχει ακόμα παροχές»* *«Αν τις έχεις ήδη τις παροχές, κάτι νέο θα το μάθεις»*. Σε σχέση με το πόσο είναι ευχαριστημένοι από τις παροχές των ΚΕΠΑ και ΕΟΠΠΥ οι 10 δηλώνουν ευχαριστημένοι από το προσωπικό και τις υπηρεσίες, δίνοντας έμφαση στην άυλη συνταγογράφηση. Ο ένας δηλώνει *«είμαι ευχαριστημένος αλλά υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης»* και ένας ότι *«υπάρχουν καθυστερήσεις στην κρίση της επιτροπής για το ποσοστό αναπηρίας»*, αλλά με *«μεγάλη βελτίωση σε σχέση με το παρελθόν τόσο ως προς τους χρόνους των κρίσεων όσο και ως προς τον αριθμό των υποχρεωτικών επανεξετάσεων»*. Σχετικά με τις αλλαγές που θα μπορούσαν να προτείνουν για τις παροχές, όσοι έχουν ανάγκη από φροντιστή δήλωσαν ότι περιμένουν με μεγάλη ικανοποίηση αλλά και προσμονή την ευρύτερη εφαρμογή του νέου μέτρου του «προσωπικού βοηθού», που ξεκινά πιλοτικά στην περιοχή της Αθήνας για να εφαρμοστεί στην συνέχεια και στην υπόλοιπη χώρα. *«Είναι μια ευτυχής εξέλιξη το πρόγραμμα του προσωπικού βοηθού και πιστεύω θα είναι μια ουσιαστική αναβάθμιση για την ζωή των αναπήρων στην Ελλάδα»*. Ο ένας δήλωσε προβληματισμένος ότι *«η πιλοτική εφαρμογή στην Αθήνα δεν θα οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα του προγράμματος, γιατί η κοινωνία της Αθήνας έχει ένα διαφορετικό οικονομικό και κοινωνικό προφίλ από αυτό της επαρχίας»*. Ως επιπλέον επιχείρημα, ανέφερε ότι *«ο μουσουλμανικός πληθυσμός ΑμεΑ της Κομοτηνής θα έχει πρόβλημα επικοινωνίας με τον «προσωπικό βοηθό»*. Ο ίδιος μαζί με έναν ακόμα πρότειναν η συνταγογράφηση όλων των φαρμάκων να επιστρέψει στην δικαιοδοσία του ιδιώτη γιατρού, γιατί στην παρούσα φάση πολυδάπανες θεραπείες, όπως της ΣΚΠ που απαιτούν υπέρογκα ποσά (πχ. 40 – 50 χιλιάδες ευρώ), εγκρίνονται αποκλειστικά από επιτροπή του υπουργείου υγείας, που είναι απρόσωπη και δεν γνωρίζει όσα ο προσωπικός γιατρός για το ιστορικό του «ασθενούς» ΑμεΑ. Το αποτέλεσμα είναι ενίοτε τα φάρμακα που εγκρίνει ο προσωπικός γιατρός, να μην εγκρίνονται από την επιτροπή και να καλείτε το ΑμεΑ να καλύψει το σύνολο των εξόδων, γεγονός που συχνά είναι αδύνατο. Σχετικά με τα επιδόματα, οι άνεργοι ΑμεΑ επιθυμούν περισσότερες ευκαιρίες απασχόλησης, παρά αύξηση επιδομάτων και ενίσχυση της επιδοματικής πολιτικής. *«η παροχή βοήθειας ανάλογα με τις ανάγκες, αν χρειάζομαι 24 βοήθεια 200 ευρώ αύξησης επιδομάτων πάλι δεν καλύπτει»*, *«Μέχρι τελευταία στιγμή δούλενα, μετά βγήκα αναγκαστικά σε σύνταξη»* δήλωσε ένας ΑμεΑ με ΣΚΠ. *«Θα προτιμούσα να υπήρχαν οι κατάλληλες συνθήκες για να δουλέψω»*. Ο ένας αναφέρει ότι η παροχή των επιδομάτων θα έπρεπε να διαμορφωθεί ανάλογα με την προσωπικές ανάγκες του κάθε ΑμεΑ. Δύο άτομα αναφέρουν ότι δεν θα μπορούσαν να απορροφηθούν από την αγορά εργασίας λόγω ηλικίας (63 και 65 ετών).

3.3.5. Η σημασία της αποκατάστασης

Σχετικά με την έννοια της αποκατάστασης οι ερωτώμενοι δεν μπορούσαν να αποδώσουν έναν ακριβή ορισμό, αλλά με την βοήθεια διευκρινιστικών ερωτήσεων, συμφώνησαν ότι πρόκειται για μια ολιστική προσέγγιση που δεν αφορά μόνο την διόρθωση της βλάβης, αλλά και την μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας στην αλληλεπίδραση της με το περιβάλλον. *«Τα δύο πρώτα χρόνια είναι η βελτίωση της κινητικότητας, μετά αποκατάσταση είναι και κοινωνική».* Ένας μάλιστα ανέφερε χαρακτηριστικά ότι *«αποκατάσταση της ζωής σου και όχι της βλάβης σου»*, άλλος *«αποκατάσταση στα καινούργια δεδομένα, μάθε να ζεις και ζήσε»*. Επίσης δύο επισήμαναν την προτεραιότητα της ψυχολογικής αποκατάστασης ως απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχίας της αποκατάστασης. *«Πρώτα πρέπει να βρεις με τον εαυτό σου για να συνεχίσεις»*

Η πληροφόρηση για την ανάγκη της αποκατάστασης, σε όσους η αναπηρία οφείλετε σε τραυματισμό, προήλθε αρχικά από τον γιατρό και στην συνέχεια από την κοινωνική λειτουργό. Οι περιπτώσεις με ΣΚΠ παρουσιάζουν μεικτές απαντήσεις όπως από γιατρό, κοινωνικό λειτουργό, γνωστούς και ίντερνετ. Όλοι απάντησαν θετικά στην επίγνωση των διαφορετικών ειδικοτήτων στον τομέα της αποκατάστασης. Επίσης όλοι θεωρούν ότι η αποκατάσταση τους βοήθησε πάρα πολύ στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και κατόπιν διευκρινιστικών ερωτήσεων, συμφώνησαν ή διατύπωσαν ότι αυτό συνέβη με την μέγιστη αύξηση της λειτουργικότητας και την βελτίωση των ψυχοσωματικών τους ικανοτήτων που τους επέτρεψε την κοινωνική τους ένταξη και επανένταξη. *«Πάρα πολύ, εκεί που συμμετείχα με δυνατότητες του σώματός μου στο 25% τώρα είμαι στο 100%, είναι χαοτική η διαφορά»*, *«είμαι πολύ ευχαριστημένος (από την αποκατάσταση), κάνω τις φυσικοθεραπείες μου, την γυμναστική μου, τον αθλητισμό μου»*.

3.3.6. Υπηρεσίες αποκατάστασης

Η 6η θεματική των ερωτήσεων αφορά τις υπηρεσίες αποκατάστασης της Κομοτηνής. Η πρώτη ερώτηση αφορούσε τον βαθμό ικανοποίησης από τις δομές και το προσωπικό της αποκατάστασης στην Κομοτηνή. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι (10 στους 12) κάνουν αποκλειστική χρήση του «Συλλόγου Περπατώ», που είναι ιδιωτικού τομέα και αισθάνονται απολύτως ικανοποιημένοι, *«όταν λέμε Κομοτηνή θα το ονομάσουμε «Περπατώ», έρχονται ανάπηροι από Ρόδο, Κρήτη, Κέρκυρα κα. για το «Περπατώ»»*, *«οι Κομοτηναίοι νομίζω ότι είναι τυχεροί, άλλοι αναγκάζονται να μεταναστεύσουν για να έχουν αυτές τις υπηρεσίες»*. Τρεις ανέφεραν ως πρόβλημα την μη λειτουργία του δημοτικού κολυμβητηρίου, αλλά το πανεπιστημιακό κολυμβητήριο θεωρούν ότι καλύπτει τις ανάγκες τους. 8 άτομα στα 10 του

«Συλλόγου Περπατών» κάνουν χρήση του πανεπιστημιακού κολυμβητηρίου έχοντας τους κατάλληλους φροντιστές και βοηθήματα. Δύο άτομα που έκαναν χρήση των υπηρεσιών του ΚΕΦΙΑΠ δηλώνουν δυσαρεστημένα με την μη λειτουργία της πισίνας του, αλλά ικανοποιημένοι από τις υπόλοιπες υπηρεσίες και το προσωπικό. *«Είμαι ικανοποιημένη από το ΚΕΦΙΑΠ, όλα τα παιδιά με βοήθησαν πολύ», «η πισίνα όντως δεν λειτουργεί, αλλά υπάρχει η πισίνα του Πανεπιστημίου».* Όσοι απέκτησαν αναπηρία από τραυματισμό (7 στους 12) δηλώνουν ότι έχουν ξεπεράσει την οξεία φάση στην οποία η βασική υπηρεσία ήταν η φυσικοθεραπεία. Τώρα οι 10 κάνουν κυρίως χρήσης της εργοθεραπείας *«έχω αποκατασταθεί στο μαζ, τώρα θα χρειαστώ πλέον κάποια συμβουλή για την καθημερινότητά μου με την βοήθεια του εργοθεραπευτή»* και λιγότερο συστηματική χρήση της φυσικοθεραπείας. Πολλοί επίσης (10) ασκούνται στην πισίνα με την καθοδήγηση του γυμναστή. Τρεις αξιοποιούν την υπηρεσία της ψυχολόγου. Κάποιος που έχει εμπειρία από Κ.Α. της Γερμανίας παρατήρησε ότι *«έβλεπα είχαν λιγότερη σπαστικότητα και δεν είχαν κατακλίσεις όπως άλλοι που έρχονταν από άλλα ΚΑ της Ελλάδας».* Δύο παρατήρησαν ότι το Κ.Α. της Αθήνας εστίαζε στην βλάβη *«η αποκατάσταση στην Ελλάδα είναι στοχευμένη στην αποκατάσταση της βλάβης» «ένας μπορεί να χάσει πχ 5 χρόνια στην προσπάθεια να αποκαταστήσει μια βλάβη, επειδή του είπαν ότι αυτό είναι το πρόβλημα, χάνοντας την ευκαιρία να πάρει μπρος στην ζωή του»* και όχι στην λειτουργικότητα και την κοινωνική ένταξη. Την ίδια παρατήρηση έκανε άλλος για το Κ.Α. της Λάρισας. Ένας για Κ.Α. της Αθήνας ανέφερε *«είχε ελλείψεις σε ξενοδοχειακό εξοπλισμό».* Οι περισσότεροι (7) δεν γνώρισαν Κ.Α. άλλων περιοχών. Δύο άτομα δήλωσαν ότι οι υπηρεσίες του ΚΕΦΙΑΠ δεν είναι επαρκείς, αλλά οι πληροφορίες τους δεν προέρχονται από προσωπική εμπειρία. Στην ερώτηση για κάποια βελτίωση στον τομέα της αποκατάστασης στην Κομοτηνή, όλοι δηλώνουν ικανοποιημένοι, με την συντριπτική πλειοψηφία να κάνει χρήση αποκλειστικά της υπηρεσίας του «Συλλόγου Περπατών». *«Μακάρι σε κάθε πόλη να υπήρχε και ένα «Περπατό».* Τρεις αναφέρονται στην ανάγκη της συνεχόμενης εκπαίδευσης και εξειδίκευσης του προσωπικού και ένας στην καλύτερη στελέχωση και εκσυγχρονισμό των δημόσιων Κ.Α.. Ένας τονίζει την σημασία στην σχέση θεραπευτή και ΑμεΑ να μην υπάρχει η αίσθηση της αυθεντίας από πλευράς του πρώτου και να είναι δεκτικός στην επικοινωνία με τα ΑμεΑ. *«Να ακούει τον ασθενή του, να μην το παίζει αυθεντία».*

3.3.7. Ανοιχτή ερώτηση

Η τελευταία θεματική με την μορφή ανοιχτής ερώτησης αναφέρεται στην έκφραση οποιασδήποτε γνώμης σχετικά με το θέμα. Σε αυτήν ένας σχολίασε ότι *«η προβολή του*

προβλήματος είναι η μισή λύση και η πολιτεία συχνά αποφεύγει να εκθέσει τα προβλήματα των ΑμεΑ». Τρεις δήλωσαν ότι θα ήταν πολύ χρήσιμο να υπάρξει οργανωμένη πληροφόρηση για την προσβασιμότητα σε τουριστικούς προορισμούς, αλλά και η βελτίωση της προσβασιμότητας αυτών (ξενοδοχεία, χώροι επίσκεψης). 5 άτομα ότι αναμένουν αγωνιωδώς να υλοποιηθεί το πρόγραμμα του «Προσωπικού Βοηθού» γιατί θα είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. Ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας

Από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος διαπιστώνουμε ότι το δείγμα είναι αρκετά αντιπροσωπευτικό, σύμφωνα με τους περιορισμούς της έρευνας που τέθηκαν και τους σκοπούς που αυτή εξυπηρετεί. Όλα τα άτομα έχουν καλή γνώση της Ελληνικής γλώσσας και η μετακίνησή τους απαιτεί την χρήση αναπηρικού αμαξιδίου. Το δείγμα λόγω του μικρού μεγέθους και των περιορισμών της έρευνας, όπως ήταν αναμενόμενο, δεν αντικατοπτρίζει τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού των ΑμεΑ στα στοιχεία «φύλο», «είδος αναπηρίας» και «εκπαιδευτικό επίπεδο». Ωστόσο το πολύ μεγάλο ποσοστό ανεργίας που μαστίζει τον πληθυσμό των ΑμεΑ φαίνεται να επηρέασε την αναλογία εργαζόμενων και ανέργων του δείγματος, που συμφωνεί με τα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ για την ανεργία των ΑμεΑ στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα το δείγμα της έρευνας στις ηλικίες 36-65 ετών εργάζεται σε ποσοστό 25%, ποσοστό που συμπίπτει με τον δείκτη απασχόλησης στην Ελλάδα, για άτομα με σοβαρή αναπηρία, σε ποσοστό 24,2% για τις ηλικίες 20-64 ετών (ΕΛΣΤΑΤ).

Η θεματική ενότητα των ερωτήσεων που εξετάζει την λειτουργικότητα και την αυτοεξυπηρέτηση φαίνεται να καταρρίπτει την εγκυρότητα της θεωρίας του ατομικού μοντέλου αναπηρίας, προτού ακόμα εξετάσει στην επόμενη ενότητα τα αποτελέσματα των περιορισμών που θέτει το περιβάλλον στο βαθμό αναπηρίας. Στις ερωτήσεις που αφορούν τους περιορισμούς της λειτουργικότητας λόγω οργανικής βλάβης, οι απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων παρουσιάζουν ως βασικό και ίσως μοναδικό πιθανό λόγο μειονεξίας (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για τις Ειδικές Ανάγκες και τη Συνεκπαίδευση), την ανικανότητα της ατομικής φροντίδας. Στην περίπτωση αυτή 5 στους 12 ερωτώμενους δήλωσαν την ανάγκη φροντιστή λόγω σοβαρής αναπηρίας. Ωστόσο κανένας δεν έχει κάνει ουσιαστικές παρεμβάσεις στην διαμόρφωση του σπιτιού και αγορές οικιακών βοηθημάτων, όπως ειδικού τεχνολογικού εξοπλισμού που βοηθά στην ατομική φροντίδα, λόγω υψηλού κόστους, ελλειπών πληροφόρησης ή αδυναμίας μεγάλων παρεμβάσεων σε ενοικιαζόμενο σπίτι. Αντίθετα η χρήση των βασικών βοηθημάτων (αναπηρικό αμαξίδιο, ηλεκτρονικός υπολογιστής, ράμπα στην είσοδο του σπιτιού) τους επιτρέπει την αυτόνομη και χωρίς προβλήματα μετακίνηση στην πόλη, την εξ αποστάσεως πρόσβαση στην εκπαίδευση (αναβάθμιση των ΤΠΕ, Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021) και την εργασία σε όσους απασχολούνται σε φιλικά περιβάλλοντα εργασίας (2 δημόσιοι υπάλληλοι και ένας ελεύθερος επαγγελματίας), στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η

λειτουργικότητα τους επιτρέπει μια αρκετά αυτόνομη διαβίωση όταν δεν υπάρχουν περιβαλλοντικά εμπόδια.

Σχετικά με την επίδραση του περιβάλλοντος στην αναπηρία, ο χώρος διαμονής παρουσιάζεται αρκετά φιλικός, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις (10 στους 12) τα σπίτια προς ενοικίαση λόγω εσωτερικής μετανάστευσης, επιλέχθηκαν με τις καλύτερες δυνατές προδιαγραφές προσβασιμότητας, χωρίς την ανάγκη μετατροπών. Οι δύο κάτοικοι της Κομοτηνής προέβησαν σε παρεμβάσεις, που αφορούσαν κυρίως την εύκολη μετακίνηση με το αμαξίδιο. Ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό (5 στους 12) δηλώνει αδυναμία ατομικής φροντίδας χωρίς προσωπικό βοηθό, αλλά και έλλειψη ανάλογου τεχνολογικού εξοπλισμού που θα μπορούσε να τους βοηθήσει. Προσωπικό βοηθό διαθέτει μόνο η γυναίκα εργαζόμενη ενώ τεχνολογικό οικιακό εξοπλισμό κανένας λόγω υψηλού κόστους, γεγονός που αυξάνει τον βαθμό αναπηρίας στην ικανότητα ατομικής φροντίδας λόγω περιβαλλοντικών παραγόντων. Το γεγονός αυτό συμφωνεί και με την θεωρία της αμφίδρομης σχέσης της φτώχειας με την αναπηρία, όπου η αναπηρία αυξάνει την απώλεια εισοδήματος και προκαλεί φτώχεια, η οποία με την σειρά της στερεί τις κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες που θα μείωναν την αναπηρία (Τσιρώνη 1999). Το περιβάλλον της πόλης δεν φαίνεται να δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα μετακίνησης λόγω ικανοποιητικών υποδομών (Access City Award), αλλά η αδυναμία πρόσβασης σε ιδιωτικά ιατρεία, καταστήματα και χώρους αναψυχής, που σε κάποιες περιπτώσεις (2) οδήγησαν και σε «συμπεριφορές αποφυγής» (Temple & Kehaler 2018), προσβάλλει θεμελιώδη δικαιώματα των ΑμεΑ, όπως είναι το δικαίωμα της προσβασιμότητας, η «μη διάκριση» και η πλήρης και αποτελεσματική συμμετοχή και ένταξη στην κοινωνία (Γενικές αρχές της Σύμβασης του Οργανισμού της Ε.Ε. για τα Θεμελιώδη Δικαιώματα). Όλοι οι ερωτώμενοι φαίνονται ικανοποιημένοι από την προσβασιμότητα της πόλης, γεγονός που αποδίδεται στις βελτιωμένες υποδομές, στην επίπεδη διαμόρφωση της πόλης αλλά στην διαμονή και χρήση του κέντρου της πόλης, όπου εντοπίζονται και τα περισσότερα έργα για ΑμεΑ. Η εξέταση της σύγκρισης της Κομοτηνής με άλλες περιοχές της Ελλάδας έδωσε πλούσιο υλικό, καθώς οι περισσότεροι ερωτώμενοι (10 στους 12) είναι εσωτερικοί μετανάστες που προτίμησαν την Κομοτηνή για το φιλικότερο περιβάλλον της προς τα ΑμεΑ. Πράγματι όλοι συμφώνησαν στην άποψη ότι η Κομοτηνή είναι περισσότερο προσβάσιμη από τον τόπο που ζούσαν (Αθήνα, Καβάλα, Ξάνθη, Ορεστιάδα, Κεφαλονιά, Πύργος και Σάπες), γεγονός που συμφωνεί με την διάκριση της Κομοτηνής με το «Ευρωπαϊκό Βραβείο Προσβάσιμης Πόλης 2021».

Στο ζήτημα της κοινωνικής ένταξης ζητήθηκε ο σχολιασμός της αυτοεικόνας των ερωτώμενων. Αν και οι ερωτήσεις δεν ακολούθησαν την διαδικασία μιας οργανωμένης

ψυχανάλυσης, έγινε προσπάθεια να αντληθούν πληροφορίες σχετικά με την ψυχολογική τους δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στους στόχους της ζωής τους και την κοινωνική τους ένταξη. Όλοι δήλωσαν ψυχικά δυνατοί να ανταπεξέλθουν στους στόχους τους και ότι αποφεύγουν την κοινωνική απομόνωση. Όμως γνωρίζοντας ότι η συγκεκριμένη ερώτηση αγγίζει ευαίσθητες πληροφορίες, ενδεχομένως υπήρξε κάποια μορφή δυσφορίας στο να εκδηλώσουν αβίαστα τα συναισθήματά τους, στα πλαίσια μιας συνέντευξης που δεν είναι δομημένη στην κατεύθυνση μιας ψυχανάλυσης. Αναγνωρίζοντας την συγκεκριμένη αδυναμία της συνέντευξης, συγκεντρώθηκαν έμμεσα στοιχεία μέσω της παρατήρησης και των ερωτήσεων, που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Συγκεκριμένα όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι, εκτός από δύο, ερωτήθηκαν στον χώρο του «Συλλόγου Περπατών». Εκεί διαπιστώθηκε ένα θερμό κλίμα φιλίας μεταξύ των ΑμεΑ καθώς και των ΑμεΑ με το προσωπικό. Επίσης εκδήλωναν ενδιαφέρον για την από κοινού συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις και αθλητικές δραστηριότητες του συλλόγου. Τα παραπάνω στοιχεία δηλώνουν την προθυμία για κοινωνικοποίηση και την αποφυγή απομόνωσης, ενώ κάθε είδος αθλητικής δραστηριότητας είναι θετική για την ενίσχυση της αυτοεικόνας (Blinde 1997). Επίσης ο μεγάλος αριθμός του δείγματος ανώτερου και ανώτατου εκπαιδευτικού επιπέδου (8 στους 12) πιθανόν έχει ανεπτυγμένη την θετική «αυτοεικόνα», καθώς αυτή ευνοείται από την εκπαίδευση (Fox 2000).

Η κοινωνική αποδοχή των ΑμεΑ, τόσο σε οικογενειακό επίπεδο όσο και στην ευρύτερη κοινωνία της Κομοτηνής, φαίνεται να βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Όλοι δήλωσαν ότι σε οικογενειακό επίπεδο έγιναν άμεσα αποδεχτοί και στηρίχτηκαν με κάθε μέσο και δυνατό τρόπο. Στην ευρύτερη κοινωνία, όπου η έννοια της αποδοχής έχει και ευρύτερη έννοια, εξακολουθεί να ισχύει μια θετική εικόνα για την κοινωνική αποδοχή της Κομοτηνής. Σε αντίθεση με τα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ, ως βασική αιτία κοινωνικής απομόνωσης αναφέρεται η ανεργία, παρά τα ανεπαρκή επιδόματα. Όλοι θεωρούν ότι στον ιδιωτικό τομέα προσφοράς εργασίας επικρατεί κοινωνικός αποκλεισμός και εργασιακός μεσαίωνας με ανεπαρκείς προσαρμογές στο περιβάλλον εργασίας, λόγω αναπηρίας, στοιχείο που συμφωνεί με το ποσοστό της ΕΛΣΤΑΤ (84%) στην άποψη αυτή. Οι εργαζόμενοι ΑμεΑ (3) ανέφεραν ότι τους επαρκούν τα επιδόματα. Επίσης όσοι δεν εργάζονταν (9) παραδέχτηκαν ότι τα επιδόματα δεν είναι επαρκή παρά μόνο για βασικές ανάγκες διαβίωσης. Παρόλα αυτά θεωρούν ότι με την δημιουργική απασχόληση και την εργασιακή ένταξη στην κοινωνία θα περιορίζονταν περισσότερο κάθε μορφή κοινωνικού αποκλεισμού, παρά με την οποιαδήποτε επιδοματική πολιτική, γεγονός που έρχεται σε πλήρη αντίθεση με την επιδοματική πολιτική ως πρωταρχικό λόγο κοινωνικού αποκλεισμού για την ΕΛΣΤΑΤ (21,2%). Είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμα και

ο ΑμεΑ (63 ετών-μηχανικός) συνταξιούχος του δείγματος, δήλωσε ότι θα προτιμούσε να είχε την δυνατότητα να δουλέψει στο αντικείμενο που αγαπά (συνεργείο αυτοκινήτων), από το να λάβει κάποια επιδοματική ενίσχυση. Γίνεται κατανοητό ότι οι ερωτώμενοι αναζητούν συνειδητά την κοινωνική ένταξη και την δημιουργική απασχόληση, στοιχεία που χαρακτηρίζουν προσωπικότητες με ισχυρή αυτοεικόνα και ικανό μορφωτικό υπόβαθρο που να ενισχύει την επιθυμία της «ολοκλήρωσης και αυτοπραγμάτωσης» (Σιδέρη 2000) μέσω της εργασίας. Ως δεύτερη αιτία αποκλεισμού αναφέρθηκε η έλλειψη ή περιορισμένη πρόσβαση σε κτίρια και υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα. Τα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ δεν διαχωρίζουν τον δημόσιο από τον ιδιωτικό τομέα στην συγκεκριμένη κατηγορία κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ την παρουσιάζουν ως ασήμαντη αιτία με ποσοστό μόλις 6,6%. Το αυξημένο ποσοστό που δίνει η έρευνα στην Κομοτηνή, ενδεχομένως να οφείλεται στην αυθόρμητη σύγκριση που προκύπτει λόγω της χαοτικής διαφοράς προσβασιμότητας μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών κτιρίων, προκαλώντας μια μορφή αγανάκτησης για τα δεύτερα. Η ανεπαρκής εκπαίδευση και η έλλειψη προγραμμάτων κατάρτισης συμβαδίζει με τα δεδομένα της ΕΛΣΤΑΤ (8,6% και 5,6%) ως προς τον βαθμό σημαντικότητας. Ο κοινωνικός στιγματισμός όμως στην πόλη της Κομοτηνής θεωρείται ότι είναι σχεδόν ανύπαρκτος και οι πολίτες ιδιαίτερα φιλικόι και προσιτοί στην διαφορετικότητα, σε αντίθεση με την ΕΛΣΤΑΤ (17,2%). Το χαρακτηριστικό αυτό οι ερωτώμενοι το προσάπτουν στην συστηματικότερη πληροφόρηση που γίνεται από τους τοπικούς συλλόγους ΑμεΑ και στην εξοικείωση των πολιτών με την εικόνα των ΑμεΑ με αναπηρικό αμαξίδιο, λόγω και της δυνατότητάς τους να κυκλοφορούν στην πόλη, σε αντίθεση με άλλες περιοχές της Ελλάδας.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται ενδεικτικά τα αίτια κοινωνικού αποκλεισμού βάσει σημαντικότητας για το δείγμα της έρευνας (Πίνακας 8).

Αιτίες για τα προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού	Απόλυτος αριθμός δηλωθέντων αιτιών
Ανεργία	11
Έλλειψη ή περιορισμένη πρόσβαση σε κτίρια και υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα	10
Ανεπαρκή επιδόματα	7
Ανεπαρκής εκπαίδευση	5
Έλλειψη προγραμμάτων κατάρτισης	2
Κοινωνικός στιγματισμός	2

Πίνακας 8 Αιτίες για τα προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού σύμφωνα με την έρευνα

Η πανδημία του Covid-19 μπορεί να προκάλεσε την επιδείνωση του κοινωνικού αποκλεισμού και της οικονομικής κρίσης σε Ευρωπαϊκό επίπεδο με την αύξηση της ανεργίας, την κοινωνική αποστασιοποίηση, την αναβάθμιση των ρόλων των ψηφιακών εργαλείων που αντικατέστησε την φυσική παρουσία και επιδείνωσε την απομόνωση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021), όχι όμως στον ίδιο βαθμό και έκταση και στην κοινωνία των ΑμεΑ της Κομοτηνής. Η Κομοτηνή ως μια επαρχιακή πόλη, με ικανό υγειονομικό σύστημα που ανταπεξήλθε με επιτυχία στο ελεγχόμενο και ενδεχομένως περιορισμένο κύμα της τοπικής πανδημίας Covid-19 (<http://www.komotini-hospital.gr>), σύμφωνα με τις δηλώσεις των συνεντευξιαζόμενων, δεν παρουσίασε κάποια δυσλειτουργία στην αποδοχή των ραντεβού με τα ΑμεΑ. Αντίθετα η ιατρική επίσκεψη των ΑμεΑ γίνονταν άμεσα και χωρίς καθυστερήσεις. Οι εργαζόμενοι ΑμεΑ (2 δημόσιοι υπάλληλοι, 1 ελεύθερος επαγγελματίας) συνέχισαν να δουλεύουν με την μέθοδο της τηλεεργασίας και τηλεδιάσκεψης (ελεύθερος επαγγελματίας-δικηγόρος). Οι άνεργοι εξακολουθούσαν να συντηρούνται με τα επιδόματα που λάμβαναν και δεν υπήρξε αρνητική επίπτωση της πανδημίας στην ποιότητα φροντίδας των υπηρεσιών του «Συλλόγου Περπατών». Όλοι θεώρησαν θετική την αναβάθμιση των ψηφιακών εργαλείων (ΤΠΕ) και κυρίως την δυνατότητα της άυλης συνταγογράφησης, γιατί ξεπέρασαν την δυσκολία της πρόσβασης στα ιατρεία και επωφελήθηκαν σε χρόνο και σε κόπο, απολαμβάνοντας την ισότιμη πρόσβαση και το δικαίωμα στην υγεία (Cieza et al 2020). Το «ειδικό» καθεστώς μετακίνησης των ΑμεΑ κατά την διάρκεια του «lock down», τους επέτρεψε να μην απομονωθούν στο σπίτι τους και να συνεχίσουν τις συνεδρίες αποκατάστασης στο «Σύλλογο Περπατών» τηρώντας τα απαραίτητα μέτρα ατομικής προστασίας, σε αντίθεση με τα 2 άτομα που έκαναν χρήση των υπηρεσιών του ΚΕΦΙΑΠ, το οποίο ανέστειλε την λειτουργία του. Την κατάσταση ελευθερίας του δείγματος ευνόησε και το γεγονός ότι το δείγμα της έρευνας δεν είναι ιδρυματοποιημένο (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021). Μικρό ποσοστό του δείγματος (1 στους 12) προσβλήθηκε από τον Covid-19 και τα συμπτώματα του long Covid μειώνοντας την λειτουργικότητα του και ένας ακόμα λόγω ανασφάλειας απομονώθηκε στο σπίτι του, στοιχεία που επιβεβαιώνουν την δυναμική της πανδημίας στην προσβολή της υγείας των ευάλωτων πληθυσμών και την κοινωνική τους απομόνωση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021). Στην εκπαίδευση δεν αντιμετώπισαν επίσης στοιχεία κοινωνικού αποκλεισμού σε αντίθεση με τα αποτελέσματα του «Ειδικού Ευρωβαρόμετρου 493» και δεν έγιναν δέκτες ρατσισμού ή εκφοβισμού (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2021). Σημαντικό ρόλο στο αποτέλεσμα αυτό φαίνεται να παίζει η εξ αποστάσεως εκπαίδευση με την χρήση της Τεχνολογίας της Πληροφορίας και των Επικοινωνιών, που προσφέρει ισότιμη πρόσβαση στην εκπαίδευση και αναιρεί τους πιθανούς κινδύνους βίας και ρατσισμού που μπορεί να προκύψουν στο δια ζώσης εκπαιδευτικό περιβάλλον. Αντίθετα το «Ειδικό

Ευρωβαρόμετρο 493» συμφωνεί με την πραγματικότητα της Κομοτηνής σε προβλήματα πρόσβασης στην εργασία, με περιορισμένες προσλήψεις στο δημόσιο τομέα και ανύπαρκτες στον ιδιωτικό και στην ελλιπή πρόσβαση σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες (καταστήματα, καφέ κ.α.). Σχετικά με την αποδοχή ρατσισμού αυτή φαίνεται να εντοπίζεται (5 άτομα) κυρίως με την μορφή του οίκτου, των «έντονων βλεμμάτων» και της κατάληψης υποδομών πρόσβασης, στοιχεία που δηλώνουν ότι η κοινωνία ίσως δεν είναι ακόμα έτοιμη να υποστηρίξει την καθημερινότητά τους (Σιδέρη & Ντέρου 2012).

Στην ενότητα των ερωτήσεων που αφορά τις κοινωνικές παροχές, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει ικανοποιητική κάλυψη σε αριθμό επιδοτούμενων ατόμων (12 στους 12) αλλά με ανεπάρκεια στην κάλυψη των ιδιαίτερων οικονομικών αναγκών του κάθε δικαιούχου. Επικρατεί μια οριζόντια πολιτική παροχών που καλύπτουν επαρκώς όσους εργάζονται (3 στους 3), αλλά φαίνεται να είναι ανεπαρκείς ακόμα και για την εξασφάλιση απαραίτητων βοηθημάτων σε όσους δεν δουλεύουν (9 στους 9) ή είναι συνταξιούχοι (1 στους 1), στοιχεία που συμφωνούν με τα στατιστικά του ΠΟΥ που υποστηρίζει ότι λιγότεροι από 15% έχουν πρόσβαση στα απαραίτητα βοηθήματα, ως αποτέλεσμα του οικονομικού στραγγαλισμού των ΑμεΑ (Ortiz et al 2016). Η πληροφόρηση για τις παροχές γίνεται αποτελεσματικά από τους αρμόδιους φορείς και μέσω ίντερνετ, με σημαντικό ρόλο να παίζει και η βοήθεια που παρέχεται από το οικείο και φιλικό περιβάλλον. Οι υπηρεσίες των ΚΕΠΑ και ΕΟΠΠΥ φαίνεται να υπηρετούν τον ρόλο τους αρκετά αποτελεσματικά (συμφωνούν 10 στους 12), με εξαίρεση την απρόσωπη και πιθανόν ανεπαρκή συνταγογράφηση κάποιων φαρμάκων, αποκλειστικά από την επιτροπή του Υπουργείου Υγείας, που αναίρει τον σημαντικό ρόλο του προσωπικού γιατρού (2 άτομα). Επίσης το σύνολο των ΑμεΑ που έχει ανάγκη από φροντιστή (5 άτομα), αναμένει με ικανοποίηση και προσμονή την διευρυμένη εφαρμογή του προγράμματος του «Προσωπικού Βοηθού» (<http://www.prosopikosvoithos.gov.gr/>), το οποίο αρχικά αναμένεται να λειτουργήσει πιλοτικά στην περιοχή της Αθήνας και να καταστεί ένα πολύ αποτελεσματικό μέσο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Στην θεματική ενότητα της αποκατάστασης αποσαφηνίστηκε η κατανόηση του όρου από τους συνεντευξιαζόμενους, οι οποίοι και φάνηκε να τον αντιλαμβάνονται χάρη στην μακρόχρονη εμπειρία τους από την χρήση των ανάλογων υπηρεσιών. Χωρίς να μπορούν να αποδώσουν ένα σαφή ορισμό, απέδειξαν να γνωρίζουν ότι η αποκατάσταση επιτυγχάνεται με την βοήθεια μιας εξειδικευμένης ομάδας και την υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής που στοχεύουν στην μέγιστη αποκατάσταση την λειτουργικής βλάβης και την καλύτερη δυνατή βελτίωση της αυτοεξυπηρέτησης, με απώτερο στόχο την κοινωνική ένταξη και επανένταξη (Χλέτσος 2017, Amoah & Charan 2015). Γνωρίζοντας τον ρόλο της αποκατάστασης αντιλαμβάνονται ότι

συνέβαλε στα μέγιστα στην βελτίωση των κινητικών, γνωστικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, με τρόπο ώστε να «πάρουν την ζωή στα χέρια τους» και να λειτουργήσουν ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας σε κάθε της έκφραση (εργασία, εκπαίδευση, ψυχαγωγία κα) (ΠΟΥ). Σχετικά με τις υπηρεσίες αποκατάστασης οι συνεντευξιαζόμενοι στην οξεία φάση του τραύματος (6 τετραπληγικοί, 1 παραπληγικός στους 7) προτίμησαν κέντρα αποκατάστασης άλλων πόλεων (4 Αθήνα και 2 Λάρισα) ή χωρών (1 Γερμανία) τα οποία θεωρούν περισσότερο εξειδικευμένα στην αποκατάσταση της οργανικής βλάβης. Οι περιπτώσεις αυτές των ΑμεΑ στην χρόνια φάση τους, καθώς και οι περιπτώσεις με ΣΚΠ προτίμησαν σχεδόν στο σύνολό τους (10 στους 12) το Κ.Α. του ιδιωτικού τομέα «Σύλλογος Περπατών», έναντι του ΚΕΦΙΑΠ ή κάποιου άλλου Κ.Α. της Ελλάδας. Ένας λόγος είναι ότι τα ΑμεΑ που έκαναν χρήση των υπηρεσιών του ΚΕΦΙΑΠ (4 άτομα), στην περίοδο του lock down, δεν μπορούσαν να συνεχίσουν την αποκατάσταση λόγω αναστολής της λειτουργίας του. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να συνεχίσουν τις συνεδρίες στον «Σύλλογο Περπατών», όπου και παρέμειναν. Επίσης ο «Σύλλογος Περπατών» φαίνεται να προσφέρει πιο ολοκληρωμένη αποκατάσταση, καθώς σύμφωνα με τις συνεντεύξεις δεν εστιάζει αποκλειστικά στην οργανική βλάβη, αλλά δίνει βαρύτητα και στην κοινωνική ένταξη με ειδικούς χώρους για την κοινωνική συνεύρεση και με την διοργάνωση κοινωνικών και αθλητικών εκδηλώσεων. Επιπλέον συνεργάζεται με το κολυμβητήριο του ΤΕΦΑΑ Κομοτηνής, προσφέροντας ένα σύνολο θεραπειών σημαντικών στην κινητική αποκατάσταση που δεν περιλαμβάνει το ΚΕΦΙΑΠ Κομοτηνής.

4.2. Δυνατά σημεία και απειλές της έρευνας

Η έρευνα παρουσιάζει κάποια δυνατά σημεία που ενισχύουν την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της, αλλά και σειρά απειλών που ο εντοπισμός τους ευνοεί την αξιοπιστία της.

4.2.1. Δυνατά σημεία

- Το δείγμα έχει πολύ καλή γνώση της Ελληνικής γλώσσας, για να ανταπεξέλθει στις επικοινωνιακές απαιτήσεις της συνέντευξης.
- Επιπλέον δεν παρουσιάζει νοητική στέρηση, που θα το εμπόδιζε να ανταπεξέλθει στις επικοινωνιακές απαιτήσεις της συνέντευξης.
- Έχει προσωπική εμπειρία από συνθήκες προσβασιμότητας σε άλλες περιοχές της Ελλάδας και από υπηρεσίες άλλων κέντρων αποκατάστασης.

- Μετακινείται με αναπηρικό αμαξίδιο, που είναι σημαντική προϋπόθεση για την διερεύνηση της προσβασιμότητας και την αντιπροσωπευτικότητα της χαρακτηριστικής εικόνας του ΑμεΑ, η οποία επιτρέπει καλύτερη προσέγγιση στο ζήτημα της κοινωνικής αποδοχής.
- Έχει την διάθεση και την επιθυμία να ολοκληρώσει την διαδικασία της συνέντευξης, απαντώντας σε όλες τις ερωτήσεις.
- Ως απόρροια των παραπάνω συνθηκών το δείγμα θεωρείται ότι αποτελείται από περιπτώσεις πλούσιες σε πληροφορία (information-rich cases), που κατά τον Patton προσφέρονται για μελέτη σε βάθος.
- Η έρευνα πραγματεύεται ένα αμιγώς κοινωνικό θέμα και η χρήση της ποιοτικής μεθόδου κρίνεται η καταλληλότερη στην περίπτωση αυτή.
- Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού ή του κέντρου αποκατάστασης, επιτρέποντας την παρατήρηση στοιχείων της καθημερινότητας του δείγματος, που αφορούσαν την προσβασιμότητα, την αποκατάσταση και την ευκρινέστερη εικόνα του ψυχολογικού προφίλ του συνεντευξιζόμενου.

4.2.2. Απειλές έρευνας

- Στην ενότητα των δημογραφικών στοιχείων η παράθεση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (όπως είδος αναπηρίας, επαγγελματική κατάσταση για έναν άνεργο) μπορεί να οδηγήσει σε σκόπιμη διαστρέβλωση πληροφοριών από την πλευρά του ερωτώμενου παρά την φαινομενική απλότητα των ερωτήσεων.
- Η ερώτηση που αφορούσε τον σχολιασμό της «αυτοεικόνας» παρουσιάζει απειλή εγκυρότητας ως προς τις απαντήσεις, γιατί δεν αποτελεί στοιχείο μιας αυστηρά δομημένης, στα πλαίσια μιας ψυχανάλυσης, έρευνας.
- Το περιορισμένο δείγμα που έκανε χρήση των υπηρεσιών του ΚΕΦΙΑΠ, ενδεχομένως δεν επέτρεψε την συλλογή ικανοποιητικών πληροφοριών της συγκεκριμένης υπηρεσίας από τις συνεντεύξεις.
- Η προσπάθεια διαχωρισμού της οργανικής βλάβης από τα περιβαλλοντικά αίτια, ως παράγοντες περιορισμού της ανεξαρτησίας και αυτοεξυπηρέτησης ενός ΑμεΑ, μπορεί να οδηγήσει σε ανασφαλή συμπεράσματα όταν τα παραπάνω αίτια βρίσκονται σε ισχυρή αλληλεπίδραση. Για παράδειγμα η ικανότητα αυτόνομης μετακίνησης με αναπηρικό αμαξίδιο εξαρτάται πάντα από την βαρύτητα της οργανικής βλάβης, αλλά

καθορίζεται ταυτόχρονα και από το επίπεδο των τριβών ολίσθησης³ του δαπέδου, ανάλογα με το ανάγλυφο και την κλίση της επιφάνειας στην οποία κινείται το αμαξίδιο την δεδομένη στιγμή.

- Η εγκυρότητα της ποιοτικής έρευνας εξαρτάται από την κατανόηση του ερευνητή (Cohen et al 2007)
- Το περιορισμένο δείγμα της έρευνας δεν αφήνει περιθώρια γενίκευσης και σύγκρισης (Ιωσηφίδης 2008).
- Η υποκειμενικότητα του ερευνητή (Ιωσηφίδης 2008).

Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι οι δύο τελευταίες απειλές, στα πλαίσια μια ποιοτικής έρευνας, αποτελούν στοιχεία αντιλόγου και αμφισβήτησης στην διεθνή βιβλιογραφία και ο βαθμός που επηρεάζουν το αποτέλεσμα μιας έρευνας εξαρτάται από τους στόχους της έρευνας και την υποκειμενικότητα της κρίσης του ερευνητή. Συγκεκριμένα όσον αφορά το απαιτούμενο μέγεθος ενός δείγματος σύμφωνα με τον Marshall (1996:523) *«κατάλληλο μέγεθος θεωρείται αυτό που απαντάει επαρκώς στην ερευνητική ερώτηση»* και ο Patton (2002:244) υποστηρίζει ότι μια *«σε βάθος μελέτη μικρού δείγματος θα μπορούσε να αποφέρει επαρκείς πληροφορίες ακόμα και από λίγα άτομα»*. Επίσης σύμφωνα με τον Morawski (1994) *«η υποκειμενικότητα του ερευνητή θεωρείται δεδομένη και δεν αντιμετωπίζεται ως εμπόδιο»*.

³ Η τριβή ολίσθησης είναι η δύναμη που αντιστέκεται στην σχετική κίνηση των σωμάτων που εφάπτονται και βρίσκονται σε κίνηση. <https://el.wikipedia.org/>

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά την υιοθέτηση διεθνών συμβάσεων για τα ανθρώπινα δικαιώματα των ΑμεΑ στην Ελλάδα, η κοινωνική πολιτική είχε την μορφή κυρίως παθητικών μέτρων και απαγορεύσεων, ενώ η μέριμνα με την εφαρμογή θετικών μέτρων (Οργανισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα Θεμελιώδη Δικαιώματα) που θα ευνοούσαν την πλήρη εφαρμογή τους, έμεινε στο επίπεδο μιας πολιτικής ρητορικής (Σιδέρη & Ντέρου 2012). Τα εχθρικά εργασιακά περιβάλλοντα, η φτώχεια και η ανεργία, ο περιορισμός προσβασιμότητας σε ιδιωτικά κτίρια παροχής υπηρεσιών υγείας και καταστήματα και η επιδοματική πολιτική, είναι οι βασικές δυσμενείς συνθήκες της πόλης της Κομοτηνής για τα ΑμεΑ, που συνθέτουν μια μορφή παθητικού κοινωνικού αποκλεισμού (Fischer 2011). Ως αντίλογος όμως, θα μπορούσαν να αναφερθούν και τα θετικά για την κοινωνική ένταξη, χαρακτηριστικά της πόλης, η οποία δεν διακρίθηκε μόνο με το «Ευρωπαϊκό Βραβείο Προσβάσιμης Πόλης 2021», αλλά και για την αναγνωρισιμότητα που δέχεται από τα ίδια τα ΑμεΑ της χώρας, τα οποία εδώ και μια δεκαετία την επιλέγουν ως το πλέον ευνοϊκό τόπο ζωής, μεταναστεύοντας από τις περιοχές προέλευσής τους. Το δείγμα της έρευνας, στην μετακίνησή του με αναπηρικό αμαξίδιο, διαπιστώνει την πολύ καλή προσβασιμότητα της πόλης, των μαζικών μέσων μεταφοράς και των δημόσιων κτιρίων και αναγνωρίζει την ιδιαίτερη ευαισθητοποίηση των πολιτών της, οι οποίοι έχουν αποβάλει την αντίληψη του κοινωνικού στιγματισμού των ΑμεΑ και έχουν υιοθετήσει συμπεριφορές κοινωνικής αποδοχής και αλληλεγγύης προς αυτούς. Στο θετικό αυτό περιβάλλον της πόλης, βρίσκει πρόσφορο έδαφος και ευνοϊκές συνθήκες εφαρμογής η επιστήμη της αποκατάστασης για να επιτύχει την κοινωνική ένταξη των ΑμεΑ. Στην Ελλάδα όπου η αποκατάσταση χαρακτηρίζεται από κατακερματισμό ευθυνών (division of responsibility), δυσχεραίνεται ο συντονισμός της φροντίδας (Bethge et al 2014), με κάποια Κ.Α. (κυρίως δημόσια) να εστιάζουν περισσότερο στην αποκατάσταση της οργανικής βλάβης και άλλα (κυρίως ιδιωτικά) να υποστηρίζουν επαρκώς την κοινωνική ένταξη. Στην Κομοτηνή σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας ο ιδιωτικός τομέας της αποκατάστασης («Σύλλογος Περπατών») απορρόφησε το μεγαλύτερο μέρος της μερίδας των ΑμεΑ με κινητικά προβλήματα (85%), παρέχοντας υπηρεσίες που δεδομένα απουσιάζουν από το ΚΕΦΙΑΠ. Οι ξεχωριστές υπηρεσίες του «Συλλόγου Περπατών» αφορούν κυρίως την κοινωνική διάσταση της αποκατάστασης, με συμμετοχή σε δραστηριότητες τέχνης και πολιτισμού, ελεύθερου χρόνου, αναψυχής, αθλητισμού και τουρισμού που αποτελούν αναπόσπαστους παράγοντες πλήρους συμμετοχής στην κοινωνία και ενίσχυσης της ψυχοσωματικής υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή

2021). Το ΚΕΦΙΑΠ, θεωρείται ότι λειτουργεί με επάρκεια προσωπικού και εξειδίκευσης και κρίνεται αποτελεσματικό στον προσδιορισμό και την θεραπεία της δυσλειτουργίας, λειτουργώντας περισσότερο στα πλαίσια ενός ατομικού μοντέλου ιατρικής προσέγγισης (Σιδέρη & Ντέρου 2012) των ΑμεΑ, αποστασιοποιώντας τους ταυτόχρονα από το κοινωνικο-πολιτισμικό γίνεσθαι.

Ως γενικό συμπέρασμα τα Κ.Α. της Κομοτηνής έχουν επιτύχει σε μεγάλο ποσοστό τους στόχους τους, παρεμποδίζοντας την ιδρυματοποίηση των ΑμεΑ και βελτιώνοντας δραματικά την λειτουργικότητα τους, ταυτόχρονα με τις κατάλληλες εκείνες δεξιότητες (γνωστικές, επικοινωνιακές και κοινωνικοποίησης) που τους ωθούν προς την κοινωνική τους ένταξη και επανένταξη (Amoah & Charan 2015), με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν με επιτυχία τις περιβαλλοντικές δυσμενείς συνθήκες του κοινωνικού αποκλεισμού, που τείνουν να παρεμποδίσουν και να περιθωριοποιήσουν την ανθρώπινη κινητικότητα των ατόμων με αναπηρίες (Fischer 2011).

5.1. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Θα είχε ενδιαφέρον να αξιολογηθεί σε μελλοντικές έρευνες ο ρόλος των Κ.Α. για ΑμεΑ και με άλλα είδη αναπηρίας, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η υποκειμενικότητα της ποιοτικής έρευνας (Ιωσηφίδης 2008), να μελετηθεί ευρύτερα η επίδραση του παράγοντα «είδος αναπηρίας» στην κοινωνική ένταξη και να επιτευχθεί μια αδιάκοπη παροχή πληροφόρησης για την αναπηρία, καθώς αυτή αποτελεί μια εξελισσόμενη έννοια που εξαρτάται πάντα από την αλληλεπίδρασή της με τις κοινωνικές συνθήκες (2007, ΟΗΕ, Σύμβαση για τα δικαιώματα των ΑμεΑ).

Το ζητούμενο είναι η κοινωνική μέριμνα των ΑμεΑ να περάσει από το στάδιο της πολιτικής ρητορικής στην εφαρμογή των θετικών μέτρων με γνώμονα τις ίσες ευκαιρίες ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός (equity) (Maxwell 1984), ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες για την πλήρη εφαρμογή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Amoah A.D. & Charan A.A. (2015). The relevance of rehabilitation centers in our communities. *International Journal of Science and Research*. 78.96. Volume 6, Issue 7. Pg.1393-1396.

Barnes C. & Mercer G. (2004). In Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research. *The Disability Press*. pp. 1-17.

Bauer L., Kaprova Z., Μιχαηλίδου Μ et al. (2009). Βασικές αρχές για την προαγωγή της ποιότητας στη συνεκπαίδευση. Προτάσεις για τους διαμορφωτές πολιτικής. *Ευρωπαϊκός Φορέας για την Ανάπτυξη στην Ειδική Αγωγή*.

Beswick A.D., Rees K., Dieppe P. et al. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis. *LANCET*. 371:725Y35.

Bethge M., Groote P., Giustini A. et al. (2014). The world report on disability. A challenge for rehabilitation medicine. *American Journal Physical Medicine Rehabilitation*. Vol 93, No1.

Bethge M., von Groote P. Giustini A. et al. (2014). World report on disability. A challenge for rehabilitation medicine. *American Journal Physical Medicine Rehabilitation*. 93:S4-S11.

Blinde E. M., & McClung L. R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: Accounts of individuals with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 14, 327-344.

Chandra A., Stroube W.B. & Willis. W.K. (2014). Rehabilitation Centres: marketing analysis and future challenges. *Health Marketing Quarterly*. 31:326-338.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Cieza A., Causey K. Kamenov K et al. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the global burden study 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *LANCET*.

Coopersmith S. (1967). *The antecedents of self esteem*. San Francisco: W.H. Freeman & Co.

Ellsum W. & Pedersen C. (2005). Impacts of physical disability on an individual's career development. *Refereed Paper Presented at ANZAM Conference*, University of Canberra.

Eraso A.B., Gosalbez I.P., Andreu X.P. et al (2018). Risk of exclusion in people with disabilities in Spain: determinants of health and poverty. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15,2129.

European Commission (2021). Green Paper on Ageing. *Fostering solidarity and responsibility between generations*.

Finkelstein V. (1980). Attitudes and disabled people: issues for discussion. New York: *World Rehabilitation Fund*.

Fischer A. (2011). Reconceiving social exclusion. *BWPI Working Paper 146*. Brooks World Poverty Institute. The University of Manchester.

Fox K.R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*. 31: 228-240.

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.

Liu X., Yu H.J, Gao Y. et al. (2021). Combined association of multiple chronic diseases and social isolation with the functional disability after stroke in elderly patients: a multicenter cross-sectional study in China. *BMC Geriatrics*. 21:495.

Madden R. H., Dune T., Lukersmith S. et al (2014). The relevance of the Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in monitoring and evaluating Community-based Rehabilitation (CBR). *Disability and Rehabilitation*. 36(10): 826-837.

Marcel W. M., Luc P. W., Enid R. et al (2008). Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based questionnaire to measure activities and participation. *Journal Rehabilitation Medicine*. 40:620-627.

Marsh, A.A, Elfenbein, H.A., & Ambady, N. (2003). Nonverbal “accents”: Cultural differences in facial expressions of emotion. *Psychological Science*. 14, 373-376.

Martin N. M. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*. 13: 522-525

Maxwell, R. (1984). Quality assessment in health. *British Medical Journal*, 288, 1470-1472.

Meek, G. A. (1991). Mainstreaming physical education. In N. A. Armstrong & A. C. Sparkes (Eds.), *Issues in Physical Education* (pp. 74-90). London: Cassell.

Ministry of Health of Jordan. *National rehabilitation strategic plan 2020-2024*.

Morawski, J. G. (1994). Practicing feminisms reconstructing psychology: notes on a liminal science. *Ann Arbor: University of Michigan*.

Nair S.K.P., Derick T. & Wade FRCP. (2003). Satisfaction of members of interdisciplinary rehabilitation team with goal planning meetings. *Arch Physical Medicine Rehabilitation*. vol84, pp.1710-1715.

Nicholson N.R. (2012). A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *Journal Primary Prevent*. 33 pp.137-152.

Oliver, M. (1996). Understanding disability: From theory to practice. *St Martin's Press*.

Ortiz A.B., Canseco F.D., Vasquez A. et al. (2016). Inclusion of persons with disabilities in systems of social protection: a population-based survey and case-control study in Peru. *BMJ Open*. 6:e011300.

Patton M.Q. (2002). Two Decades of Developments in Qualitative Inquiry: A Personal, Experiential Perspective. *Union Institute and University, USA*. Volume: 1 issue: 3, page(s): 261-283.

Robert W. Proctor (2005) Methodology is more than research design and technology. Behavior Research Methods. volume 37, pages197–201.

Schneider, H., Barron, P. & Fonn, S., (2007). The promise and the practice of transformation in South Africa's health system. *State of the Nation South Africa*. pp. 289– 311, HSRC Press, Cape Town.

Schneider M. (2009). The difference a word makes: Responding to questions on “disability” and “difficulty” in South Africa. *Disability and Rehabilitation*. 31(1), 42–50.

Sen, A. K. (2000). Social Exclusion: Concept, Application and Scrutiny. Social Development Papers, No. 1, Manila: *Office of Environment and Social Development*, Asian Development Bank.

Stucki G., Cieza A. & Melvin J. (2007). The international classification of functioning, disability and health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal Rehabilitation Medicine*: 39:279-285.

Taal E., Rasker JJ., Wiegman O. (1997). Group education for rheumatoid arthritis patients. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 26 (6), 805-816.

Temple J.B. & Kelaher M. (2018). Is disability exclusion associated with psychological distress? Australian evidence from a national cross-sectional survey. *BMJ Open*. 8:e020829.

Thomas C. (1999). Female Forms. Experiencing and Understanding Disability. Buckingham: *Open University Press*.

Turk M.A. & Mudumbi S.V. (2014). The united states' response to the World report on disability. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 93: S27-S35.

WHO. (2012) Disability Assessment Schedule 2.0 (*WHODAS 2.0*).

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*: ICF short version. Geneva, Switzerland, World Health Organization.

Ελληνική

2^ο Δελτίο Στατιστικής Πληροφόρησης: Δείκτες Απασχόλησης και Πληθυσμός με Αναπηρία – Μέρος Α'. *Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σα.μεΑ)*.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2021). Ανακοίνωση της επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο, την Ευρωπαϊκή οικονομική επιτροπή και την επιτροπή των περιφερειών. *Ένωση ισότητας: στρατηγική για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία 2021-2030*.

Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας (2016). Τεύχος Β' 3561/04.11.2016.

Ιωσηφίδης Θ. (2008). *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.

Καραγιάννη Π. και Ζώνιου-Σιδέρη Α. (2006). Το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας. Θεωρία και ερευνητική πρακτική. Αντιφάσεις και ερωτήματα. *Μακεδόν*. τεύχος 15:223-232.

Κεδράκα Κ. (2005) Μεθοδολογία λήψης συνέντευξης. Εκπαίδευση ενηλίκων στο ΕΑΠ.

Κουμπιάς Ε. & Κατσούγκρη Α. (2022). Από την ένταξη στην συνεκπαίδευση. *Πρόγραμμα υλοποίησης συνεκπαίδευσης ειδικού με τυπικό σχολείο*. Σελ 481-485.

Κουρουμπλής Ε. Π. (2000). *Το δικαίωμα στην διαφορά. Οι επιδράσεις των κοινωνικών προκαταλήψεων και των θεσμικών παρεμβάσεων στην ζωή των ατόμων με ειδικές ανάγκες – διεπιστημονική ανάλυση με έμφαση την ιστορική προσέγγιση*. Αθήνα – Κομοτηνή Σακουλάς, Ν.Α.

Κουρτέση Σ.Θ. (2013). Κοινωνικός αποκλεισμός και άτομα με ειδικές ανάγκες. Κοινωνιολογική θεώρηση. *Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεολογική Σχολή*.

Κουτάντος Δ. (2000). Ανάπηροι άνθρωποι ή ανάπηρη κοινωνία? Μια εναλλακτική, ολιστική, οικολογική προσέγγιση. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*.

Κουτάντος Δ. (2010). Η διερεύνηση των αντιλήψεων και των στάσεων των εργοδοτών για τους ανάπηρους στο Δήμο Ηρακλείου. *Παιδαγωγική Θεώρηση*. Ηράκλειο.

Μακρή-Μπότσαρη Ε. (2001), Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση. *Ελληνικά Γράμματα*.

Μουτσινάς Γ., Ντζιαβίδα Α., Λαμπριανίδου Σ. κα. (2019). Κριτική θεώρηση του κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας: Παρελθόν, τρέχουσες τάσεις και εκπαιδευτικές προοπτικές. *Εκπαιδευτική Επικαιρότητα*. Τόμος Β, τεύχος 5, 15-28.

Μπέλλας Α. (2013). Ανάπτυξη περιφερειακών δεικτών κοινωνικού αποκλεισμού και μεθόδων μέτρησης της κοινωνικής ανισότητας για την Δυτική Ελλάδα, Πελοπόννησο και τα Ιόνια Νησιά. *Τελική Έκθεση*. Τεύχος 2.

Νόμος 3209/2003. *Πρότυπος οργανισμός λειτουργίας κέντρων φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης*. Άρθρα 2-12.

Νόμος 4074/2012 – ΦΕΚ 88/Α/11-4-2012 – *Διεθνείς Συμφωνίες – Συμβάσεις – Συνθήκες*.

Ντόνας Χ., Πάλλας Κ. και Ταγκάλου Α. (2015). Οδηγός διαφοροποιημένης διδασκαλίας για μαθητές με Κινητικά Προβλήματα. *Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής*. Υπουργείο Υγείας και Θρησκευμάτων.

Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001). *Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες* (Τόμ. ΙΙ). Αθήνα: Ατραπός.

Σεβδυνίδης Μ. (2019). Η παχυσαρκία ως παράγοντας κινδύνου για αρθροπλαστική σε γόνατο και ισχίο σε γυναίκες λόγω οστεοαρθρίτιδας. Μεταπτυχιακή διατριβή. ΤΕΦΑΑ Κομοτηνής. Σελ. 38.

Σιδέρη Α.Ζ. & Ντέρου Ε.Ν (2012). Αναζητώντας την Εκπαιδευτική πολιτική της ένταξης. *Αναπηρία και Εκπαιδευτική Πολιτική*. Πεδίο. 213-239.

Σιδέρη –Ζώνου Α, (2000). *Άτομα με ειδικές ανάγκες και η ένταξη τους*. *Ελληνικά Γράμματα*. Αθήνα

Σπετσιώτης Ι. και Σταθόπουλος Σ. (2003). *Παιδαγωγική και Διδακτική των παιδιών με κινητικά προβλήματα*. Αθήνα, Εκδόσεις Ωρίων.

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

Τσιρώνη Ν.Χ. (1999). *Ανθρώπινη αξιοπρέπεια και κοινωνικός αποκλεισμός*. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, σελ.54.

Τσιώλης, Γ. (2011). Οι κοινωνικές επιστήμες στον 21ο αιώνα. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Φλουρής Γ. (1989). *Αυτοαντίληψη, σχολική επίδοση και επίδραση γονέων*. Γρηγόρη.

Χλέτσος Μ. (2017). Κέντρα αποκατάστασης. Ιστορική αναδρομή, ο ρόλος τους και οι στόχοι τους. *Εκπαιδευτικό υλικό για την θεματική ενότητα ΓΧΝ61*.

Πηγές από το διαδίκτυο

American occupational therapy association. (11/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.aota.org/>

American physical therapy association. (11/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.apta.org/>

ΕΤΤΑΔ, «Κατανόηση της αναπηρίας ένας πρακτικός οδηγός», 2007. (9/3/2022). Ανακτήθηκε από <http://gr.ettad.eu/understanding-disability/models-ofdisability>

MedStar Georgetown University Hospital. (11/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.medstarhealth.org/>

Merriam Wester Online Dictionary. (2/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.merriam-webster.com/>

Physio-pedia. (4/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.physio-pedia.com/home/>

Rehabilitation 2030 Initiative. (10/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/>

Unesco / United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.unesco.org/en>

World Health Survey/WHs. (13/3/2022). Ανακτήθηκε από <https://apps.who.int>

Αρνητικές επιδράσεις του διαδικτύου στους νέους. (4/6/2022). Ανακτήθηκε από <https://eclass.ekdd.gr/>

Γενικό Νοσοκομείο Κομοτηνής "Σισμανόγλειο". (7/6/2022). Ανακτήθηκε από <http://www.komotini-hospital.gr/>.

Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (7/3/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.esamea.gr>

ΕΛΣΤΑΤ. (17/3/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/>

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για τις Ειδικές Ανάγκες και τη Συνεκπαίδευση. (9/3/2022). Ανακτήθηκε από www.european-agency.org

Εφημερίδα Μακεδονία. (15/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.makthes.gr/>

Ινστιτούτο Ψυχοθεραπείας και Ψυχανάλυσης του Ντίσελντοφ. (16/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://aaid.org/>

Κέντρα Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών. (12/3/2022). Ανακτήθηκε από <https://unric.org/>

Μαρία Λασσιθιωτάκη, «Ο φαύλος κύκλος των διακρίσεων : άγχος και ματαίωση από τον κοινωνικό αποκλεισμό και το trafficking». (25/3/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.iator.gr/2009/03/18/trafficking-stress/>

Νομικό Blog. (3/3/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.lawspot.gr/>

Νόμος 4074/2012 – ΦΕΚ 88/Α/11-4-2012 – Διεθνείς Συμφωνίες – Συμβάσεις – Συνθήκες. (20/3/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.e-nomothesia.gr/>

Νοσοκομείο John Hopkins. (11/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.hopkinsmedicine.org/>

Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών. (20/3/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.un.org/>

Οργανισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα Θεμελιώδη Δικαιώματα. (20/3/2022). Ανακτήθηκε από <https://fra.europa.eu/en>

ΠΟΥ / Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (4/3/2022). Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/>

Προσωπικός Βοηθός για ΑμεΑ. (15/4/22). Ανακτήθηκε από <http://www.prosopikosvoithos.gov.gr/>

“Σύλλογος Περπατών». (15/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://perpato.gr/>

ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Π.Ε. ΡΟΔΟΠΗΣ. (15/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://amearodopis.gr/>

Υπουργείο Περιβάλλοντος και Ενέργειας. (15/4/2022). Ανακτήθηκε από <https://ypen.gov.gr/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Πρωτόκολλο συνέντευξης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Θα τηρηθεί η διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για καθαρά επιστημονικούς σκοπούς.

A. Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο:
2. Ηλικία:
3. Είδος αναπηρίας:
4. Εκπαιδευτικό επίπεδο:
5. Επαγγελματική κατάσταση:

B. Λειτουργικότητα και αυτοεξυπηρέτηση

1. Με ποιον τρόπο και σε τι βαθμό οι λειτουργικοί περιορισμοί σας περιορίζουν σε καθημερινές δραστηριότητες; (όπως ατομικής φροντίδας, μετακίνησης, εκπαίδευσης, εργασίας, άλλες)
2. Με ποιον τρόπο και σε τι βαθμό νομίζεται ότι το περιβάλλον σας περιορίζει στις παραπάνω δραστηριότητες σας; (λόγω κτιριακών υποδομών και εξοπλισμού (επαρκείς χώροι, ράμπες, κατάλληλα βοηθήματα).
3. Υπάρχουν άλλοι λόγοι που δυσχεραίνουν την αυτοεξυπηρέτηση? (οικονομικές δυσχέρειες (ανεργία, ανεπαρκή επιδόματα), οικονομικά ασύμφορες μετατροπές στο σπίτι σας κα.)
4. Ποια είναι η άποψή σας για την προσβασιμότητα στην πόλη της Κομοτηνής, που πρόσφατα κέρδισε το «Ευρωπαϊκό βραβείο προσβάσιμης πόλης 2021»?

Γ. Κοινωνική ένταξη

1. Σε τι βαθμό σας ενοχλεί η αναπηρία σας και πόσο ικανός αισθάνεστε να ανταπεξέλθετε στους στόχους που έχετε στην ζωή σας και στην κοινωνική σας ένταξη;
2. Θεωρείτε ότι απολαμβάνετε στον βαθμό που θα θέλατε την κοινωνική αποδοχή από την οικογένεια και την ευρύτερη κοινωνία και ειδικά της Κομοτηνής;
3. Θεωρείτε ότι η πανδημία του Covid-19 σας οδήγησε σε μεγαλύτερες δυσκολίες σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό; (μετακινήσεις, υγειονομική περίθαλψη κα)
4. Πιστεύετε ότι γίνονται σεβαστά τα ανθρώπινα δικαιώματά σας;
 - Έχετε ίσες ευκαιρίες σε εργασία και εκπαίδευση;

- Γίνεστε αποδέκτες ρατσισμού και κοινωνικής απομόνωσης;

Δ. Κοινωνικές παροχές

1. Λαμβάνετε κάποια παροχή (επίδομα, βοήθημα, κάλυψη εξόδων μετακίνησης, θεραπειών) και εάν ναι ποια/ες παροχή/ές. Είναι επαρκείς οι παροχές;
2. Πώς πληροφορείστε για τις παροχές που δικαιούστε με βάση την αναπηρία σας;
3. Είστε ευχαριστημένος/η/ από τους αρμόδιους φορείς όπως ΚΕΠΑ, ΕΟΠΥΥ;
4. Τι αλλαγές θα προτείνατε (π.χ. σε σχέση με την εξυπηρέτησή σας και τις παροχές)

Ε. Η σημασία της αποκατάστασης

1. Πως αντιλαμβάνεστε την έννοια της αποκατάστασης;
2. Πως πληροφορηθήκατε για την ανάγκη της αποκατάστασης;
3. Γνωρίζετε ότι/γιατί συμμετέχουν πολλές διαφορετικές ειδικότητες στην διαδικασία της αποκατάστασης;
4. Πιστεύετε ότι σας βοήθησε η αποκατάσταση στην βελτίωση της ποιότητας ζωής σας; Και αν ναι με ποιον τρόπο; (λειτουργικά, ένταξη, άλλοι τρόποι)

ΣΤ. Υπηρεσίες αποκατάστασης

1. Θεωρείτε ότι είναι επαρκείς οι δομές και το προσωπικό της αποκατάστασης στην Κομοτηνή;
2. Ποιες υπηρεσίες αποκατάστασης αξιοποιείτε πιο συχνά;
3. Έχετε πληροφόρηση από υπηρεσίες/κέντρα αποκατάστασης άλλων περιοχών και αν ναι πως θα τα συγκρίνατε σε σχέση με της Κομοτηνής;
4. Τι θα θέλατε να βελτιωθεί στον τομέα της αποκατάστασης στην Κομοτηνή; (δομές, εξειδίκευση προσωπικού, παροχή βοηθημάτων)

Ζ. Υπάρχει κάτι επιπλέον που θα θέλατε να προσθέσετε, σχετικά με τις ερωτήσεις ή γενικότερα με το θέμα της εργασίας;

2. Αίτηση έρευνας

ΑΙΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Επώνυμο: Σεβδυνίδης

Προς: Πρόεδρο Σωματίου ΑμεΑ

Όνομα: Μάριος

Περιφερειακής Ενότητας

Τηλέφωνο: 6936465250

Ροδόπης

Email: mariossev@gmail.com

Ιδιότητα: Φυσικοθεραπευτής Γ.Ν.Κομοτηνής

Πλαίσιο έρευνας: Μεταπτυχιακή Διατριβή

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την διεξαγωγή της έρευνας μεταπτυχιακής μου διατριβής, με τίτλο «Αναπηρία και Αποκατάσταση. Η περίπτωση των υπηρεσιών αποκατάστασης στην Κομοτηνή», στα πλαίσια του διατμηματικού μεταπτυχιακού προγράμματος της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του ΕΑΠ και της Ιατρικής Θεσσαλίας, υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας κας Τσετούρας Άννας, με τίτλο «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων και Γήρατος», σε μέλη του συλλόγου σας, που θα προσφερθούν εθελοντικά να συμμετάσχουν.

Σκοπός έρευνας: Η παρούσα έρευνα θα αντλήσει πληροφορίες, με την μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης, από ένα δείγμα 12 ατόμων της Κομοτηνής με κινητική αναπηρία, για την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης τους, τον βαθμό κοινωνικής τους ένταξης, την επάρκεια των παροχών από το κράτος και την σημασία και τις δυνατότητες των υπηρεσιών αποκατάστασης της πόλης σε σύγκριση και με άλλες περιοχές της Ελλάδας. Η διατριβή σκοπεύει να ενισχύσει τα ερευνητικά δεδομένα που περιγράφουν τον βαθμό στον οποίο τα ΑμεΑ της Κομοτηνής απολαμβάνουν τα θεμελιώδη δικαιώματά τους, καθώς και την συνδρομή της αποκατάστασης προς την κατεύθυνση αυτή.

Προσωπικά δεδομένα: Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Θα τηρηθεί η διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για καθαρά επιστημονικούς σκοπούς.

ΥΓ. Επισυνάπτεται αντίτυπο του Ερωτηματολογίου της συνέντευξης.

Κομοτηνή __/__/2022

Ο Αιτών

3. Έγκριση της αίτησης έρευνας από τον Πρόεδρο του Σωματίου ΑμεΑ Π.Ε. Ροδόπης



Ο Πρόεδρος του Σωματίου Ατόμων με Αναπηρία Περιφερειακής Ενότητας Ροδόπης
βεβαιώνει ότι:

εγκρίνεται η διεξαγωγή της έρευνας του Σεβδυνίδη Μάριου στα πλαίσια της
μεταπτυχιακής του διατριβής με τίτλο «Αναπηρία και Αποκατάσταση. Η περίπτωση
των υπηρεσιών αποκατάστασης στην Κομοτηνή», στα πλαίσια του διατμηματικού
μεταπτυχιακού προγράμματος του ΕΑΠ και της Ιατρικής Θεσσαλίας με τίτλο
«Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων και Γήρατος», σε μέλη του σωματίου μας, που
θα προσφερθούν εθελοντικά να συμμετέχουν.

Κομοτηνή, 04/05/2022

Ο Πρόεδρος,



**4. Φωτογραφία με τον Πρόεδρο του Σωματίου ΑμεΑ Π.Ε. Ροδόπης Τρύφωνα
Καρούντζο.**



**5. Φωτογραφία με προσωπικό του «Συλλόγου Περπατών» και τον διάσημο Ότο
Ρεχάγκελ (Otto Rehhagel), σε στιγμή επίσκεψής του.**



6. Ενδεικτικές φωτογραφίες έργων προσβασιμότητας της Κομοτηνής



Ράμπα για πρόσβαση σε περίπτερο.



Θέσεις παρκαρίσματος για ΑμεΑ.



Κούνια σε παιδική χαρά για αναπηρικό αμαξίδιο.



Προσβάσιμα πεζοδρόμια σε αναπηρικά αμαξίδια.



Ράμπα σε δημόσιο κτίριο.



Ράμπες σε πεζοδρόμια



Εγκαταστάσεις στην παραλία για πρόσβαση σε αναπηρικά αμαξίδια και τυφλούς.



Sea track για πρόσβαση αμαξιδίου στην θάλασσα

7. Συνεντεύξεις

«Οι συνεντεύξεις θίγουν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και η δημόσια προβολή των συνεντεύξεων στο σύνολό τους, θα ήταν μια αθέτηση του όρου της «αποκλειστικής χρήσης για την έρευνα».

Για τους παραπάνω λόγους οι συνεντεύξεις είναι διαθέσιμες αποκλειστικά στην επιτροπή αξιολόγησης της παρούσας εργασίας.

Όποιος ενδιαφέρεται να μελετήσει το υλικό των συνεντεύξεων θα του δοθεί μέρος αυτού κατόπιν συνεννοήσεως με τον συγγραφέα.»

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.