



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

## **Βαθμός Ικανοποίησης Ατόμων με Αναπηρία με Παρεχόμενες Υπηρεσίες και Δομές**

### **Degree of Satisfaction of Persons with Disabilities with Services and Infrastructures**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Αρβανίτη Ελένη

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Γεωργοπούλου Σταυρούλα

ΠΑΤΡΑ - 2019

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου κα Γεωργοπούλου, η οποία με βοήθησε στην εκπόνηση αυτής της εργασίας κι ήταν εκεί κάθε φορά που τη χρειαζόμουν και την κα Γερονίκου, η οποία μου προσέφερε τη βοήθειά της, όταν τη χρειάστηκα.

Θέλω, επίσης, να ευχαριστήσω όσους συμμετείχαν στην έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, ευχαριστώ τα ιδιωτικά κέντρα, τους συλλόγους και κάθε άτομο με αναπηρία ή φροντιστή ατόμων με αναπηρία, που βοήθησε στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Κυριάκο, τον Βασίλη, την Φαίη και τον Χρόνη.

«Υπάρχει ένας άλλος και ίσως μεγαλύτερος κίνδυνος σε σχέση με την αποδοχή των αδυναμιών των άλλων. Μερικές φορές, τείνουμε να θεωρούμε αδυναμίες στοιχεία τα οποία στην πραγματικότητα, αποτελούν τη δύναμη του άλλου. Ίσως τα αποκρούουμε γιατί δεν είναι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που θα θέλαμε να έχει. Ο κίνδυνος βρίσκεται στην πιθανότητα να μην αποδεχτούμε τον άνθρωπο όπως είναι, αλλά να προσπαθήσουμε να τον αλλάξουμε σύμφωνα με τις δικές μας απόψεις.»

ΕΛΕΛΜΟΡ ΡΟΥΣΒΕΛΤ, Μαθαίνεις Με Το Να Ζεις

# Πρόλογος

Η πτυχιακή αυτή εργασία έχει δομηθεί σε 7 κεφάλαια. Αρχικά, γίνεται μία εισαγωγή όπου αναφέρεται η σημαντικότητα τις εξάσκησης των θεμελιωδών δικαιωμάτων από κάθε άνθρωπο κι η βαρύνουσα σημασία που έχει η ισότιμη και καθολική προσβασιμότητα σε όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Επίσης, υπογραμμίζεται η σημασία της συμβολής του κράτους στην υπεράσπιση των ευπαθών ομάδων, όπως τα άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ).

Ακολουθεί το πρώτο κεφάλαιο, στο οποίο γίνεται μία αναφορά στα δικαιώματα που έχει κάθε άνθρωπος από τη στιγμή της γέννησής του. Στη συνέχεια του κεφαλαίου αναφέρονται συγκεκριμένα δικαιώματα, τα οποία κρίθηκαν σκόπιμο να θεσπιστούν, για να διασφαλιστεί πως τα άτομα με αναπηρία θα έχουν την ικανότητα να εξασκούν τα δικαιώματά τους. Έπειτα, γίνεται μία σύντομη αναφορά στα χαρακτηριστικά που έχει ένα ΑμεΑ, ώστε να γίνει κατανοητό, γιατί είναι αναγκαίο να υπάρξουν οι συγκεκριμένοι αυτοί θεσμοί και να αποσαφηνιστεί ο όρος «αναπηρία».

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μία περιγραφή των αναγκών που έχει ένα άτομο με αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται οι βασικές τους ανάγκες, οι οποίες είναι η εκπαίδευση, η κοινωνική ένταξη, η πρώιμη παρέμβαση, τα κέντρα αποκατάστασης, η υγειονομική περίθαλψη, τα έργα υποδομής, η οικονομική ενίσχυση κι οι υποστηρικτικές τεχνολογίες.

Εν συνεχεία, στο τρίτο κεφάλαιο, καταγράφεται η νομοθεσία που αφορά τους βασικούς τομείς της καθημερινότητας των ατόμων με αναπηρία, όπως αυτή ισχύει στο ελληνικό κράτος.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον τρόπο που λειτουργούν χώρες τις Ευρωπαϊκής Ένωσης, με σκοπό να διαθέτουν, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, τις παροχές που εξυπηρετούν άτομα με αναπηρία.

Στο επόμενο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφονται οι στόχοι, ο σχεδιασμός της έρευνας κι ο τρόπος διεξαγωγής της.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, που διεξήχθησαν από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, που διανεμήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας. Αρχικά, σχολιάζονται οι ερωτήσεις κλειστού τύπου κι έπειτα αναλύονται οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που υπήρχαν, επίσης, στο ερωτηματολόγιο.

Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που ανακύπτουν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας κι ύστερα, γίνονται κάποιες προτάσεις με στόχο την κατεύθυνση μίας περαιτέρω μελέτης που θα μπορούσε να διεξαχθεί μελλοντικά.

## Περίληψη

Η εξάσκηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων από τα άτομα με αναπηρία είναι κάτι που φαίνεται να μην θεωρείται ως δεδομένο των ημερών μας. Το κράτος υποχρεούται να μεριμνά θεσπίζοντας νόμους που εξασφαλίζουν έναν αξιοπρεπή βίο για κάθε πολίτη του. Στόχος αυτής της μελέτης είναι να γίνει αντιληπτό αν τελικά τα άτομα που έχουν κάποιου είδους αναπηρία, είναι ικανοποιημένα από τις παροχές που διαθέτει το κράτος γι' αυτά. Για τη διεκπεραίωση της μελέτης, κρίθηκε σκόπιμο να γίνει μία αναφορά, στη νομοθεσία που ισχύει στην Ελλάδα σήμερα, όσον αφορά την προστασία αυτών των ατόμων κι εν συνεχεία, να γίνει μία περιγραφή των παροχών που προσφέρουν άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) για τα ΑμεΑ. Για την πραγματοποίηση της έρευνας, δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο διανεμήθηκε σε άτομα με αναπηρία και σε φροντιστές ατόμων με αναπηρία. Έπειτα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων που διεξήχθησαν, διαπιστώθηκε πως τα ΑμεΑ δεν είναι ικανοποιημένα από τις κρατικές παροχές που αφορούν την κοινωνική ένταξη, την υγειονομική περίθαλψη, την εκπαίδευση, τα έργα υποδομής, τα κέντρα αποκατάστασης, το προσωπικό που απασχολείται στις δημόσιες αυτές δομές και την οικονομική ενίσχυση που παρέχεται όταν αυτό θεωρηθεί απαραίτητο. Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να επισημανθεί πως οι απαντήσεις των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, αξιολόγησαν, όλες τις δομές, κατά κύριο λόγο, με μέτριο ή αρνητικό τρόπο και μόνο ένα μικρό ποσοστό εξ' αυτών τις αξιολόγησε θετικά. Συμπερασματικά, λοιπόν προκύπτει πως η πλειοψηφία των ατόμων με αναπηρία δεν είναι ευχαριστημένα από τις παροχές που προσφέρει η κυβέρνηση, οπότε υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης. Κλείνοντας, κρίνεται σκόπιμο να πραγματοποιηθούν νέες έρευνες, με στόχο την διερεύνηση της καταλληλότητας κι επάρκειας των κρατικών παροχών. Προτείνεται, οι έρευνες αυτές να διεξαχθούν σε διάφορους νομούς της χώρας και να γίνει ένας διαχωρισμός των ερωτηματολογίων ανάλογα με τον τύπο αναπηρίας, ώστε να γίνει σαφέστερο αν οι κρατικές παροχές είναι η αρμόζουσες σε όλη την Ελλάδα και σε όλους τους ανθρώπους, ανεξάρτητα από τη βλάβη ή δυσλειτουργία που παρουσιάζουν.

**Λέξεις κλειδιά:** ΑμεΑ, κρατικές παροχές

## Abstract

The human rights of people with disabilities is something that should not to be taken for granted today. The state is obliged to ensure that laws are in place to guarantee a decent life for every citizen. The aim of this study is to examine if people who have some kind of disability are satisfied with the benefits and services that the state offers. In order to carry out the study, it was considered appropriate to make reference to the legislation currently in force in Greece regarding the protection of these individuals and then to describe the benefits offered by other Member States of European Union (EU). for people with disabilities. In order to carry out the survey, a questionnaire was created and distributed to people with disabilities and to caregivers of people with disabilities. After analyzing the results, it was found that people with disabilities are not satisfied with state benefits related to social inclusion, health care, education, infrastructure projects, rehabilitation centers, personnel employed in these public structures, and the financial support provided when this is deemed necessary. At this point, it is worth pointing out that the replies of respondents who answered the questionnaire evaluated all the structures in the medium range or the negative, and only a small percentage of them evaluated them positively. In conclusion, it follows that the majority of people with disabilities are not happy with what the government offers, so there is room for improvement. In closing, new inquiries are needed to investigate the appropriateness and adequacy of state benefits. It is suggested that these surveys be conducted in different counties of the country and that a questionnaire should be divided according to the type of disability so as to make it clearer whether the state benefits are the right one for all Greece and for all people regardless of the disability or limitation they present.

**Keywords:** disabled, State benefits

# Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	iv
Περίληψη .....	v
Abstract .....	vi
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων .....	ix
Κατάλογος Γραφημάτων .....	x
Κατάλογος Πινάκων .....	xii
Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Ανθρώπινα δικαιώματα και χαρακτηριστικά των ΑμεΑ.....	2
1.1 Ανθρώπινα δικαιώματα .....	2
1.2 Δικαιώματα ΑμεΑ.....	3
1.3 Χαρακτηριστικά των ΑμεΑ .....	3
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Οι ανάγκες των ΑμεΑ.....	6
2.1 Εκπαίδευση .....	6
2.2 Κοινωνική ένταξη .....	6
2.2.1 Αυτόνομη διαβίωση.....	6
2.2.2 Επαγγελματική αποκατάσταση.....	7
2.3 Πρώιμη παρέμβαση .....	8
2.4 Κέντρα αποκατάστασης .....	9
2.5 Υγειονομική περίθαλψη.....	9
2.6 Έργα υποδομής .....	10
2.7 Οικονομική ενίσχυση .....	11
2.8 Υποστηρικτική τεχνολογία .....	11
Κεφάλαιο 3ο: Νομικό πλαίσιο για τα ΑμεΑ.....	12
3.1 Εκπαίδευση .....	12
3.2 Αυτόνομη διαβίωση.....	13
3.3 Επαγγελματική αποκατάσταση.....	14
3.5 Κέντρα αποκατάστασης .....	15
3.6 Υγειονομική περίθαλψη.....	15
3.7 Έργα υποδομής .....	17
3.9 Υποστηρικτική τεχνολογία .....	22
Κεφάλαιο 4ο: Κρατικές παροχές χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) για τα ΑμεΑ.....	23
4.1 Εκπαίδευση .....	23
4.2 Αυτόνομη διαβίωση.....	23
4.3 Επαγγελματική αποκατάσταση.....	24

4.4 Πρώιμη παρέμβαση .....	25
4.5 Κέντρα αποκατάστασης .....	25
4.6 Υγειονομική περίθαλψη .....	26
4.7 Έργα υποδομής .....	28
4.8 Οικονομική ενίσχυση .....	29
4.9 Υποστηρικτική τεχνολογία .....	30
Κεφάλαιο 5ο: Μεθοδολογία της έρευνας .....	32
5.1 Ερευνητικοί στόχοι.....	32
5.2 Σχεδιασμός έρευνας.....	32
5.2.1 Δειγματοληψία έρευνας .....	32
5.2.2 Διαδικαστικά .....	33
5.2.3 Συλλογή δεδομένων.....	33
5.3 Περιορισμοί έρευνας .....	34
Κεφάλαιο 6ο: Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	35
6.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου .....	35
6.2 Αποτελέσματα ερωτήσεων ανοιχτού τύπου .....	54
Κεφάλαιο 7ο: Συμπεράσματα και προτάσεις .....	566
7.1 Συμπεράσματα .....	566
7.2 Περιορισμοί-Προτάσεις .....	566
Βιβλιογραφία .....	588
Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο .....	644



## Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων

Εικόνα 1 Σύμβολο ανθρωπίνων δικαιωμάτων.....	2
Εικόνα 2 Διεθνές σύμβολο αναπηρίας .....	3
Εικόνα 3 Προστατευμένο Διαμέρισμα ΑΤΤΙΚΗ .....	13
Εικόνα 4 Προδιαγραφές ανελκυστήρων για ΑμεΑ .....	18
Εικόνα 5 (Α) Κάτοψη WC, (Β) Κάτοψη λουτρού, (Γ) Κάτοψη υπνοδωματίου, (Δ) Κάτοψη κουζίνας...	18
Εικόνα 6 Ράμπες για την προσβασιμότητα των ΑμεΑ σε δημόσια κτίρια.....	19
Εικόνα 7 Το εσωτερικό των δημόσιων χώρων υγιεινής με ντους, για εμποδιζόμενα άτομα .....	20
Εικόνα 8 Χώρος στάθμευσης για ΑμεΑ.....	20
Εικόνα 9 Προδιαγραφές δημόσιων δρόμων για την διευκόλυνση των ΑμεΑ.....	21
Εικόνα 10 Σήμανση για τα ΑμεΑ .....	21
Εικόνα 11 Ποντίκι με χειρισμό κεφαλής (Head-controlled mouse).....	22
Εικόνα 12 Λαβή σταθεροποίησης άκρου.....	22
Εικόνα 13 Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ασφάλισης Αναπηρίας του Βελγίου.....	28

## Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1 Ποσοστά απαντήσεων των φροντιστών ΑμεΑ για το σύνολο των ερωτήσεων .....	40
Γράφημα 2 Ποσοστά απαντήσεων των ΑμεΑ για το σύνολο των ερωτήσεων.....	40
Γράφημα 3 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με την κοινωνική ένταξη.....	41
Γράφημα 4 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με την κοινωνική ένταξη .....	41
Γράφημα 5 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με την κοινωνική ένταξη .....	42
Γράφημα 6 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με την κοινωνική ένταξη...	42
Γράφημα 7 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με τις ιατρικές δομές .....	43
Γράφημα 8 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με τις ιατρικές δομές ....	43
Γράφημα 9 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με τις ιατρικές δομές ...	44
Γράφημα 10 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με τις ιατρικές δομές .....	44
Γράφημα 11 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με τις εκπαιδευτικές δομές .....	45
Γράφημα 12 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με τις εκπαιδευτικές δομές .....	45
Γράφημα 13 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με τις εκπαιδευτικές δομές .....	46
Γράφημα 14 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με τις εκπαιδευτικές δομές .....	46
Γράφημα 15 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με τα έργα υποδομής .....	47
Γράφημα 16 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με τα έργα υποδομής .	47
Γράφημα 17 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με τα έργα υποδομής	48
Γράφημα 18 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με τα έργα υποδομής .....	48
Γράφημα 19 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με τα κέντρα αποκατάστασης.....	49
Γράφημα 20 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με τα κέντρα αποκατάστασης.....	49
Γράφημα 21 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με τα κέντρα αποκατάστασης.....	50
Γράφημα 22 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με τα κέντρα αποκατάστασης.....	50
Γράφημα 23 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται από το κράτος .....	51
Γράφημα 24 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται από το κράτος .....	51
Γράφημα 25 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται από το κράτος .....	52
Γράφημα 26 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται από το κράτος.....	52
Γράφημα 27 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με την οικονομική ενίσχυση.....	53

Γράφημα 28 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με την οικονομική ενίσχυση.....	53
Γράφημα 29 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με την οικονομική ενίσχυση.....	54
Γράφημα 30 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με την οικονομική ενίσχυση.....	54

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά την κοινωνική ένταξη.....	35
Πίνακας 2 Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά την υγειονομική περίθαλψη .....	36
Πίνακας 3 Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά την εκπαίδευση..	37
Πίνακας 4 Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά τα έργα υποδομής .....	37
Πίνακας 5 Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά τα κέντρα αποκατάστασης.....	38
Πίνακας 6 Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά το ανθρώπινο δυναμικό .....	39
Πίνακας 7 Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για την ερώτηση που αφορά την οικονομική ενίσχυση.....	39

## Εισαγωγή

Τα ανθρώπινα δικαιώματα στη σημερινή εποχή έχουν κατοχυρωθεί σε πολλές χώρες του κόσμου κι υπάρχουν οργανώσεις που έχουν δημιουργηθεί για να διασφαλίζουν την τήρηση αυτών. Παρ' όλα αυτά, πολύ συχνά, οι άνθρωποι βρίσκονται στη δύσκολη θέση να μην μπορούν να τα εξασκήσουν. Συνήθως, τα άτομα αυτά ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, οι οποίες χωρίς τη βοήθεια του κράτους, μία βοήθεια που υποχρεούται να τους προσφέρει, δεν δύναται να διεκδικήσουν όσα δικαιούνται να έχουν ως άνθρωποι. Σε αυτές τις ευπαθείς ομάδες ανήκουν και τα άτομα με αναπηρία. Πολύ βασικά δικαιώματα που έχουμε στη ζωή μας, όπως το δικαίωμα να παίρνουμε ελεύθερα αποφάσεις στην καθημερινότητά μας (π.χ. πότε θα κάνουμε μπάνιο ή ποιο μέρος θα επιλέξουμε να επισκεφθούμε), δυστυχώς, δεν είναι δεδομένα για όλους. Το να έχει κανείς πρόσβαση σε κάθε υπηρεσία ή υλικό αγαθό είναι μία ανάγκη που έχουμε όλοι, αλλά συνήθως δεν την αναλογιζόμαστε παρά μόνο όταν κάτι ή κάποιος μας τη στερήσει. Τα άτομα με αναπηρία είναι άνθρωποι που ακόμα και σήμερα ορισμένες φορές στερούνται το δικαίωμα ισότιμης μεταχείρισης, διότι ένα χαρακτηριστικό του εαυτού τους έτυχε να θεωρείται από κάποιους «πρόβλημα» κι ως τέτοιο να μην γίνεται αποδεκτό.

Είναι γνωστό, πως τα άτομα με αναπηρία αποτελούν παγκοσμίως μία μειονότητα, η οποία δεν λαμβάνει από το κράτος τις παροχές που απαιτούνται, ώστε να διασφαλίζεται ένας τρόπος ζωής ίσος με αυτόν, που έχουν τα άτομα χωρίς αναπηρία. Σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο, η αναπηρία είναι ένας όρος που χαρακτηρίζει όχι τον άνθρωπο, αλλά την αποτυχία της κοινωνίας να πετύχει την ενσωμάτωσή του συγκεκριμένου ατόμου σε αυτήν. Είναι, λοιπόν σαφές, πως το κράτος έχει το σημαντικότερο ρόλο στην κοινωνική ένταξη των ατόμων αυτών. Κάθε χώρα οφείλει, μέσω των εγκαταστάσεων και γενικά των παροχών του, να διασφαλίζει πως τα άτομα με αναπηρία θα έχουν πάντα ισότητα ως προς την προσβασιμότητα σε όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες.

Ένας σημαντικός λόγος, που τα άτομα με αναπηρία, δεν εξασκούν πάντα τα δικαιώματά τους, είναι ότι δεν τα γνωρίζουν. Η ενημέρωση παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην αξιοποίηση των δικαιωμάτων του κάθε ανθρώπου, ιδιαίτερα όσων δεν έχουν τόσο εύκολη πρόσβαση στα μέσα ενημέρωσης. Ένας ακόμα λόγος είναι ότι ο κρατικός έλεγχος δεν είναι αρκετός, ώστε, τουλάχιστον, να μειωθούν οι παραβάσεις του νόμου. Πολύ συχνά βλέπουμε, για παράδειγμα, οχήματα να σταθμεύουν μπροστά σε μπάρες πεζοδρομίων ή περίπτερα να τοποθετούνται με τέτοιο τρόπο, ώστε να διακόπτονται οι οδηγοί όδευσης τυφλών.

Σε αυτήν την εργασία γίνεται μία προσπάθεια να δοθεί η ευκαιρία στα ίδια τα άτομα με αναπηρία να πουν τη γνώμη τους για το πως λαμβάνουν τα όσα το κράτος τους παρέχει, ώστε να αποκτήσουν έναν αξιοπρεπή τρόπο διαβίωσης. Οι παροχές που θεωρήθηκαν ιδιαίτερα σημαντικές και τέθηκαν προς διερεύνηση είναι οι ιατρικές, οι θεραπευτικές, οι εκπαιδευτικές, οι κοινωνικές, οι δομές πρόωμης παρέμβασης, τα έργα υποδομής και η οικονομική ενίσχυση.

# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Ανθρώπινα δικαιώματα και χαρακτηριστικά των ΑμεΑ

## 1.1 Ανθρώπινα δικαιώματα



Εικόνα 1 Σύμβολο ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Κάθε άνθρωπος από τη στιγμή της γέννησής του έχει κάποια δικαιώματα, απλά και μόνο επειδή είναι ένα ανθρώπινο ον. Ως δικαίωμα ορίζεται η εξουσία που παρέχεται από το σύστημα του δικαίου σε έναν άνθρωπο, σε μία κατηγορία ανθρώπων ή σε μία ένωση ανθρώπων, έχοντας ως στόχο να ικανοποιήσει τα συμφέροντά του. Τα συμφέροντα που εκπληρώνονται έχουν πλέον νομική διάσταση (Τσάτσος, 1987). Η αντίληψη που κυριαρχεί στον διεθνή χώρο, είναι πως όλα τα δικαιώματα που έχει ο άνθρωπος αντλούνται από την αξία που αυτός διαθέτει, καθώς πρόκειται για ένα έλλογο και συνειδητό ον (Habermas, 2004).

Τα ανθρώπινα δικαιώματα θεσπίστηκαν με το «Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα», από τα 193 κράτη μέλη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), αναγνωρίζοντας την αξιοπρέπεια που πηγάζει από κάθε άνθρωπο και συμφωνώντας πως είναι βασικό κομμάτι για την ύπαρξη ειρήνης, ελευθερίας και δικαιοσύνης στον κόσμο.

Σύμφωνα με τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως αυτά αναφέρονται στον Καταστατικό Χάρτη Ηνωμένων Εθνών, ορισμένα βασικά ατομικά και πολιτικά δικαιώματα των ανθρώπων είναι αυτά της ελευθερίας, της ισότητας ενώπιον του νόμου, της ελευθερίας της σκέψης και της έκφρασης και το δικαίωμα της ζωής. Στα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα περιλαμβάνονται το δικαίωμα στην εργασία, στην υγεία, στην τροφή, στην κατοικία, στην ιατρική περίθαλψη, στην εκπαίδευση και το δικαίωμα στην συμμετοχή στον πολιτισμό. Στην Ελλάδα τα θεμελιώδη αυτά ανθρώπινα δικαιώματα είναι κατοχυρωμένα σύμφωνα με το Σύνταγμα, αλλά και το Αστικό Δίκαιο.

Ο άνθρωπος νοείται ως ελεύθερο ον από τη φύση του, εφόσον έχει τη δυνατότητα να μιλά ελεύθερα, να κινείται ελεύθερα και πρωτίστως να σκέφτεται ελεύθερα. Έχοντας, λοιπόν ως δεδομένο ότι οι άνθρωποι είναι εκ φύσεως ελεύθεροι θεωρούνται κι εκ φύσεως ίσοι (Δαγτόγλου, 1991). Η ισότητα είναι μία έννοια πολύ στενά συνδεδεμένη με την ελευθερία. Οι δύο αυτές βαρυσήμαντες έννοιες θεμελιώνουν τη δημοκρατία (Κάραλη κ.α., 2015).

## 1.2 Δικαιώματα ΑμεΑ

Κλείνοντας το προηγούμενο κεφάλαιο με τον όρο «ισότητα», κρίνεται σκόπιμο να υπογραμμιστεί πως κάθε άνθρωπος, όπως προαναφέρθηκε, έχει δικαιώματα απλά και μόνο επειδή γεννήθηκε. Σε αυτούς τους ανθρώπους συγκαταλέγονται, όλες οι ομάδες ανθρώπων, όπως αυτές συνηθίζουν να διαχωρίζονται στις περισσότερες κοινωνίες, όπως για παράδειγμα οι μετανάστες, τα άτομα που έχουν εκτίσει ποινή φυλάκισης και τα άτομα με αναπηρία.

Στην περίπτωση των ατόμων με αναπηρία, που είναι και το θέμα που αφορά τη συγκεκριμένη έρευνα, τα θεμελιώδη δικαιώματα που έχουν κατοχυρωθεί για κάθε άνθρωπο, καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες, την ευκαιρία, δηλαδή, να έχουν μία αξιοπρεπή ζωή, ισότιμη με κάθε συνάνθρωπό τους. Για να έχουν, όμως, τη δυνατότητα να εξασκήσουν τα δικαιώματά τους πρέπει το κράτος να μεριμνήσει, ώστε να παρέχονται οι κατάλληλοι μηχανισμοί και να λαμβάνονται υπόψη οποιεσδήποτε προϋποθέσεις είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν για να είναι πρακτικά δυνατό να υλοποιηθεί κάθε τους δικαίωμα (Rioux, & Carbert, 2003).

Για να διασφαλιστεί ότι θα ληφθούν τα απαραίτητα μέσα, ώστε να μπορούν να εξασκούν τα δικαιώματά τους τα ΑμεΑ, ο ΟΗΕ άρχισε να πραγματοποιεί διασκέψεις και συναντήσεις σε παγκόσμια κλίμακα, με σκοπό να γίνουν συμφωνίες, οι οποίες είχαν ως επίκεντρο την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων αυτών. Τα κράτη μέλη του ΟΗΕ προχώρησαν προς την κατεύθυνση της προάσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και 39 κράτη έχουν θεσπίσει ήδη νόμους για την ισότητα και τις ίσες ευκαιρίες των ατόμων με αναπηρία (Quinn & Degener, 2002).

Μάλιστα, το 1982 ο ΟΗΕ, κατά τη διάρκεια του Διεθνούς Έτους για τα άτομα με αναπηρία, πραγματοποίησε μία γενική συνέλευση, στην οποία εγκρίθηκε το Παγκόσμιο Πρόγραμμα Δράσης για τα άτομα με αναπηρία. Στο πρόγραμμα αυτό δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο δικαίωμα ίσων ευκαιριών και φυσικά στην ισότιμη πρόσβαση σε συνθήκες διαβίωσης, η οποίες είναι βελτιωμένες εφόσον υπάρχει οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη. Για να έχει αποτέλεσμα αυτή η Δράση, κρίθηκε απαραίτητο να θεσπιστούν νέα μέτρα που θα διευκολύνουν την ανάπτυξη οργανώσεων για τα άτομα με αναπηρία. Σημαντικό θεωρήθηκε να υπάρξει και κυβερνητική δράση, ώστε να εξασφαλιστούν ίσες ευκαιρίες σε διάφορους τομείς, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, ο αθλητισμός κι ο πολιτισμός (Rioux, & Carbert, 2003).

## 1.3 Χαρακτηριστικά των ΑμεΑ



Εικόνα 2 Διεθνές σύμβολο αναπηρίας

Η αναπηρία είναι ένας όρος που, για διάφορους λόγους, θεωρείται ιδιαίτερα αμφισβητήσιμος. Αρχικά η έννοια «αναπηρία» χρησιμοποιήθηκε μόλις τον προηγούμενο αιώνα ως όρος για να αναφερθεί σε μία ξεχωριστή ομάδα ανθρώπων. Ιστορικά η λέξη «αναπηρία» ήταν μία έννοια που χρησιμοποιούνταν είτε για να χαρακτηριστεί ένας άνθρωπος ως «άνικανος» είτε για να είναι ευκολότερο να γίνει μία αναφορά στον περιορισμό των δικαιωμάτων και των εξουσιών που είχαν αυτοί οι άνθρωποι. Μάλιστα, μέχρι το 2006, το αγγλικό λεξικό της Οξφόρδης αναγνώριζε τον όρο «αναπηρία» μόνο με τις δύο αυτές σημασίες που προαναφέρθηκαν (Boorse, 2010). Ένας δεύτερος λόγος είναι πως η «αναπηρία» είναι μία έννοια που χρησιμοποιείται για να περιγράψει χαρακτηριστικά που διαφέρουν μεταξύ τους κατά πολύ. Για παράδειγμα, ως αναπηρία χαρακτηρίζονται οι προοδευτικές νευρολογικές παθήσεις (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας), οι ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. σχιζοφρένεια), οι χρόνιες ασθένειες (π.χ. αρτηριοσκλήρωση), η απώλεια άκρου κι η περιορισμένη ικανότητα εκτέλεσης γνωστικών λειτουργιών (Beaudry, 2016).

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν δύο χαρακτηριστικά που φαίνεται να είναι κοινά στους επίσημους ορισμούς της «αναπηρίας», όπως αυτός της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας που στηρίχτηκε στους κανόνες του ΟΗΕ για την δυνατότητα ίσων ευκαιριών για τα ΑμεΑ και το νόμο περί διακρίσεων λόγω αναπηρίας (World Health Organization, 1980) κι αυτός του νόμου των Αμερικανών (Americans with Disabilities Act) (*Americans with Disabilities Act*, 1990). Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής (Sanghavi, 2009):

- Η ύπαρξη ενός χαρακτηριστικού το οποίο λογίζεται ως βλάβη ή δυσλειτουργία.
- Ο περιορισμός που βιώνουν τα άτομα αυτά είτε σε προσωπικό είτε σε κοινωνικό επίπεδο εξαιτίας αυτής της βλάβης ή της δυσλειτουργίας.

Ο λέξη «περιορισμός» η οποία αναφέρθηκε ως βασικό χαρακτηριστικό της αναπηρίας, είναι μία ευρεία κι όχι ιδιαίτερα σταθερής σημασίας έννοια. Θα μπορούσε κανείς, χρησιμοποιώντας αυτών τον όρο, να αναφέρεται σε βασικές ενέργειες όπως η μείωση της ικανότητας να άρει κανείς τον βραχίονά του, σε πιο σύνθετες ενέργειες όπως το να φορέσει κανείς τα ενδύματά του ή να πάει στην τουαλέτα και σε κοινωνικές δραστηριότητες όπως διαδικασία της ψηφοφορίας και της εργασίας (Wasserman, 2001).

Εξαιτίας της δυσκολίας να κατανοήσει κανείς τη σχέση ανάμεσα στον «περιορισμό» και της βλάβης ή δυσλειτουργίας, δημιουργήθηκαν δύο προσεγγίσεις του ορισμού της αναπηρίας, οι οποίες εκφράστηκαν μέσω δύο μοντέλων, το ιατρικό και το κοινωνικό.

Στο ιατρικό μοντέλο η αναπηρία νοείται ως σωματική ή ψυχική βλάβη που μπορεί να έχει ένας άνθρωπος κι οι προσωπικές ή κοινωνικές συνέπειες που ενδεχομένως θα προκύψουν από αυτές. Σε αυτήν την προσέγγιση, ο περιορισμός θεωρείται, αποκλειστικά ή, τουλάχιστον, κατά κύριο λόγο, απόρροια της βλάβης ή των δυσλειτουργιών (Wasserman, 2011).

Από την άλλη μεριά, στο κοινωνικό μοντέλο η αναπηρία αναγνωρίζεται ως η σχέση που υπάρχει μεταξύ ενός ατόμου και του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται, ο αποκλεισμός, δηλαδή, ανθρώπων που εμφανίζουν ιδιαίτερα φυσικά και πνευματικά χαρακτηριστικά, από την κοινωνία στην οποία διαμένουν. Ο αποκλεισμός αυτός ορισμένες φορές συμβαίνει σκόπιμα ενώ σε άλλες περιπτώσεις λαμβάνει χώρα σε μία δομημένη κοινωνία όπου αποκλείεται ή περιορίζεται η συμμετοχή τους σε αυτήν ή στιγματίζονται ως άτομα που έχουν μία μορφή αναπηρίας (Wasserman, 2011).

Στην Ελλάδα μέχρι το 2001 ο επίσημος όρος των ατόμων που εμφάνιζαν κάποια βλάβη ή δυσλειτουργία ήταν ΑμεΑ, δηλαδή, Άτομα με Ειδικές Ανάγκες. Πλέον ο όρος αυτός έχει αναδιατυπωθεί ως ΑμεΑ, που σημαίνει Άτομα με Αναπηρία. Η αλλαγή αυτή έχει πλέον κατοχυρωθεί κι επίσημα στη Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες το 2006, στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 2001 και στο Σύνταγμα της Ελλάδας



1975/1986/2001/2008 (παράγραφο 6, του άρθρου 21) το οποίο αναθεωρήθηκε, επίσης, το 2001 (KLIK Magazin, 2018).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Οι ανάγκες των ΑμεΑ

Ο επίσημος όρος των ατόμων με αναπηρία, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, ήταν «Άτομα με Ειδικές Ανάγκες». Οι ανάγκες των ατόμων αυτών όμως, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τα δικαιώματά τους, δεν θα μπορούσε να είναι άλλες από αυτές που έχει κάθε άνθρωπος. Ο όρος, λοιπόν «ειδικές ανάγκες» φαίνεται να μην ευσταθεί. Αυτό που συμβαίνει στην περίπτωση των ΑμεΑ, είναι πως για να έχουν τη δυνατότητα να εκπληρώσουν τις βασικές τους ανάγκες χρειάζεται, σύμφωνα με τον νόμο 3699/2008, να υπάρξουν ορισμένες παράμετροι τις οποίες κάθε κράτος οφείλει να λάβει υπόψη του για να μπορέσει να παρέχει έναν αξιοπρεπή τρόπο ζωής στους πολίτες του.

### 2.1 Εκπαίδευση

Μία βασική ανάγκη των ΑμεΑ είναι η εκπαίδευση. Η δωρεάν δημόσια παιδεία, όπως αναφέρει ο νόμος 3699/2008, είναι ένα αναπόσπαστο δικαίωμα για κάθε Έλληνα πολίτη. Για να γίνει κάτι τέτοιο εφικτό, το κράτος υποχρεούται να μεριμνήσει, ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες υποδομές, να διοριστεί ένα καταρτισμένο προσωπικό, να δοθούν τα απαραίτητα εργαλεία και να γίνει μία σωστή κι έγκαιρη διάγνωση, ώστε να μπορεί να γίνει η τοποθέτηση του παιδιού στο σωστό σχολικό περιβάλλον

Η αναφορά σε ένα σωστό σχολικό περιβάλλον δεν σημαίνει απαραίτητα το πλαίσιο του Ειδικού Σχολείου. Σε πολλές χώρες, ένας βασικός τρόπος, για να θεωρηθεί η εκπαίδευση ισότιμη προς όλα τα παιδιά, είναι απαραίτητο να γίνει ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρία σε τυπικά σχολεία. (Clark, et al., 1999 & Haug, 1999 & Winter, 2006). Με τον όρο «ενσωμάτωση» ή αλλιώς «ένταξη» ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία τα παιδιά με διαφορετικές ατομικές ανάγκες συνυπάρχουν σε μία αίθουσα, με σκοπό να δεχτούν το προγραμματισμένο γι' αυτά μάθημα (Forlin et al., 2009).

Ένας τρόπος διδασκαλίας που φαίνεται να αποδίδει, είναι ο διαχωρισμός των μαθητών σε μικρές ομάδες. Με αυτόν τον τρόπο, ο δάσκαλος έχει το χρόνο να γνωρίσει πραγματικά τους μαθητές του. Μαθαίνοντας, λοιπόν τις αδυναμίες τους και τα προτερήματά τους, έχει την δυνατότητα και τον χρόνο να διαμορφώσει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα με τέτοιον τρόπο, ώστε να επωφεληθούν από αυτό στο έπακρο όλοι οι μαθητές της ομάδας. Ένας από τους σημαντικότερους, φυσικά, λόγους που φαίνεται να λειτουργεί θετικά αυτό το πρόγραμμα, είναι ότι τα παιδιά δεν νιώθουν πως μόνο αυτά χρήζουν ειδικής μεταχείρισης, όπως συμβαίνει, για παράδειγμα, με τη μέθοδο της παράλληλης στήριξης, που είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στην Ελλάδα (Takala et al., 2009).

### 2.2 Κοινωνική ένταξη

Ιδιαίτερα σημαντικό για τα άτομα με αναπηρία, όπως και για κάθε άνθρωπο, είναι η κι ομαλή ένταξή τους στην κοινωνία στην οποία διαμένουν. Η κοινωνική ένταξη μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους. Η αυτόνομη διαβίωση, κι η επαγγελματική απασχόληση μπορούν να συμβάλουν στην ενσωμάτωση των ατόμων στο περιβάλλον τους.

#### 2.2.1 Αυτόνομη διαβίωση

Όσον αφορά την αυτόνομη διαβίωση, θα πρέπει να σημειωθεί πως ως αυτονομία ορίζεται η ικανότητα να παίρνει κανείς ελεύθερα αποφάσεις και να κάνει επιλογές σύμφωνα με τη δική του βούληση. Είναι πολύ σημαντικό, σε άτομα που έχουν για παράδειγμα νοητική αναπηρία να μπορούν να αποκτήσουν ανεξαρτησία στο επίπεδο που είναι αυτό εφικτό ανάλογα με τη σοβαρότητα της διαταραχής τους (Heller, et al., 1999).

Για να προσδιοριστεί η ποιότητα της ζωής ενός ανθρώπου λαμβάνεται υπόψη η συναισθηματική ικανοποίηση, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η πληρότητα ως προς τα υλικά αγαθά, η φυσική ευεξία, η ένταξη στην κοινωνία, η εξάσκηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η προσωπική εξέλιξη κι ο αυτοπροσδιορισμός (Wehmeyer, & Schalock, 2001). Ο όρος ποιότητα, σε αυτήν την περίπτωση, ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένας άνθρωπος μπορεί να απολαύσει τις δυνατότητες, τις ευκαιρίες, δηλαδή, αλλά και τους περιορισμούς που εμφανίζονται στη ζωή του. Ο αυτοπροσδιορισμός είναι το μέσο που θα χρησιμοποιήσει για να αξιοποιήσει αυτές τις δυνατότητες κι απαρτίζεται από τις αξίες που έχει ο κάθε άνθρωπος, από τις προτιμήσεις του κι από τις ανάγκες του. Ο αυτοπροσδιορισμός, λοιπόν φαίνεται να αποτελεί απαραίτητο χαρακτηριστικό για την ποιότητα της ζωή ενός ανθρώπου (Turnbull & Turnbull 2001). Για να βιώσει κάποιος τον αυτοπροσδιορισμό είναι αναγκαίο να αναγνωρίζει τις αδυναμίες και τα προτερήματά του. Είναι, επίσης, σημαντικό να κατανοήσει το ίδιο το άτομο με αναπηρία ότι είναι ικανό κι αποτελεσματικό. Εάν συμβούν όλα αυτά, θα είναι μακράν ευκολότερο να λειτουργήσει κανείς σύμφωνα με τις δυνατότητές του, αλλά και τους περιορισμούς του και κατ' επέκταση αυτό θα οδηγήσει τα άτομα με αναπηρία να έχουν τον έλεγχο της δικής τους ζωής (Karvonen, et al., 2004).

Για την επίτευξη του στόχου να ζουν, τα άτομα με αναπηρία, αυτόνομα, είναι απαραίτητη προϋπόθεση η δια βίου μάθηση. Σε τέτοιου είδους προγράμματα είναι ιδιαίτερος σημαντικό να γίνονται διαρκώς αλλαγές στον τρόπο εκτέλεσής τους, καθώς με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν κι οι ανάγκες των ατόμων που εκπαιδεύονται (McLeod, 1999). Στην δια βίου μάθηση, θεωρείται καταλυτικής σημασίας η συμμετοχή των φροντιστών του ατόμου, εφόσον οι ίδιοι είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη ενός μεγάλου ποσοστού των δεξιοτήτων που αποκτούν τα ΑμεΑ κι είναι αυτές που θα τους βοηθήσουν μετέπειτα να επιβιώσουν ως αυτόνομοι πολίτες στην κοινωνία (Mesibon, et al., 2005). Αντί γι' αυτό, έχει παρατηρηθεί ότι αρκετά συχνά τα άτομα με νοητική αναπηρία συνεχίζουν να διαμένουν με τους γονείς τους και μετά την ενηλικίωσή τους. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι οι γονείς φαίνεται να δυσκολεύονται ιδιαίτερα να αποχωριστούν τα παιδιά τους και να τους επιτρέψουν να μεταβούν στο επόμενο στάδιο, αυτό της ανεξαρτησίας (Emerson & Hatton, 1998, Fujiura & Braddock, 1992 Haring & Lovett, 1990, Todd & Shearn, 1996).

Καθοριστικής σημασίας κρίνεται κι η δημιουργία κτιρίων, τα οποία θα στοχεύουν στην αυτόνομη διαβίωση των ατόμων με αναπηρία. Τα κτίρια αυτά σε συνδυασμό με τη παροχή υπηρεσιών από το κράτος, θα είναι σε θέση ευνοήσουν τον στόχο της ολοκλήρωσης των ατόμων με αναπηρία (Blanch, et al., 1988, Carling, 1992).

## **2.2.2 Επαγγελματική αποκατάσταση**

Η ανάγκη για επαγγελματική αποκατάσταση είναι, επίσης, ένα μείζον θέμα που απασχολεί τα άτομα με αναπηρία. Κάθε άνθρωπος, όπως έχει προαναφερθεί, έχει το δικαίωμα να εργάζεται. Παρ' όλα αυτά η εύρεση μίας θέσης εργασίας πρόκειται για μία δύσκολη διαδικασία που είναι πολύπλευρη και χρειάζεται υπομονή (McCahill, 1971). Κάτι που κρίνεται σκόπιμο να υπογραμμιστεί είναι πως όταν ένας άνθρωπος έχει μία μορφή αναπηρίας ενδέχεται να παρουσιάζει δυσκολία εκτέλεσης ορισμένων επαγγελματικών εργασιών. Αυτό, φυσικά, δεν σημαίνει πως δεν έχει τη δυνατότητα να εργαστεί, καθώς οι ικανότητες που διαθέτει μπορούν να τον βοηθήσουν στη διεκπεραίωση άλλων εργασιών (SCIELUNA, 1975).

Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει γίνει αντιληπτό πως τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια κατά στην προσπάθειά τους να εργαστούν, γεγονός που οφείλεται στους σωματικούς ή πνευματικούς περιορισμούς που εμφανίζουν. Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα με αναπηρία, τα οποία έχουν προϋπηρεσία, δυσκολεύονται περισσότερο να βρουν δουλειά από τα άτομα που δεν έχουν εργαστεί ποτέ άλλοτε (Ireys, et al., 1996 & Fiedler, et al., 2002).

Αυτό είναι κάτι που πρέπει να αλλάξει σύντομα, καθώς σύμφωνα με τον Novak (2015) το να πραγματοποιηθεί εργασιακή ένταξη των ατόμων με αναπηρία μπορεί να προσφέρει πολλά οφέλη. Ένα εκ των οφελών αυτών είναι ότι δίνεται στον εργαζόμενο με αναπηρία η δυνατότητα να αντιληφθεί την σημασία του χρηματικού κέρδους κι έτσι να συνεισφέρει κι αυτός με τη σειρά του σε οικονομικές συναλλαγές. Σημαντικό όφελος αποτελεί κι η ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου, γεγονός που θα επιφέρει την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του και θα του δοθεί με αυτόν τον τρόπο η δυνατότητα να αναλάβει των κοινωνικό του ρόλο ως πολίτης μίας κοινωνίας. Ένα τελευταίο θετικό στοιχείο είναι πως μέσω του εργασιακού χώρου και των επαγγελματικών συναναστροφών υπάρχει η δυνατότητα δημιουργίας διαπροσωπικών σχέσεων.

Για να καταφέρει ένα άτομο να βρει τελικά μία θέση εργασίας, χρειάζεται, βέβαια, να είναι κατάλληλα καταρτισμένο. Έπειτα από έρευνες που έγιναν το έτος του 2003 από τους Baer, Flexer και τους συνεργάτες τους παρατηρήθηκε πως με το να λάβει κανείς μία επαγγελματική κατάρτιση διπλασιάζει τις πιθανότητες που έχει να βρει μία δουλειά. Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2002 από τον Harvey, διαπιστώθηκε πως ένα άτομο με αναπηρία που έχει καταρτιστεί επαγγελματικά είναι πιθανότερο να αποκατασταθεί επαγγελματικά και μάλιστα να λαμβάνει μεγαλύτερο μισθό.

Σε περίπτωση που το άτομο με αναπηρία δεν έχει γνώσεις για κανένα επάγγελμα ή δεν έχει τη δυνατότητα να επιστρέψει σε προηγούμενη δουλειά, θα πρέπει πριν την κατάρτιση του κι εν συνεχεία την επαγγελματική του αποκατάσταση να γίνει ένας επαγγελματικός προσανατολισμός, ώστε να βρεθεί η μία θέση εργασίας ιδανική γι' αυτόν (Taylor, 1965).

### 2.3 Πρώιμη παρέμβαση

Μία ακόμη σημαντική ανάγκη των ΑμεΑ είναι η έγκαιρη πρόβλεψη των δυσκολιών τους κι εν συνεχεία η πρώιμη παρέμβαση που θα επιφέρει τη βελτίωση αυτών των δυσκολιών. Ως «πρώιμη παρέμβαση» ορίζεται οποιαδήποτε παιδοκεντρική δραστηριότητα στοχεύει στην εκπαίδευση κι οποιαδήποτε μορφή καθοδήγησης λαμβάνει ένας φροντιστής από κάποιον ειδικό, έπειτα από τη διάγνωση της διαταραχής του παιδιού (De Moor, Τζουριάδου κ.α., 1998). Πρόκειται, λοιπόν για ένα σύνολο δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται από διάφορους ειδικούς με σκοπό την ανάπτυξη ενός παιδιού (Ramey, & Ramey, 1998). Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί πως περίπου το 50% της πνευματικής ανάπτυξης συμβαίνει από τη στιγμή της σύλληψης έως και την ηλικία των 4 ετών (Bloom, 1964).

Η παρέμβαση ξεκινά από την αξιολόγηση του παιδιού, ώστε να εκτιμηθούν τόσο τα ελλείματα όσο και τα προτερήματα που αυτό διαθέτει. Είναι εξίσου σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες του παιδιού, αλλά και της οικογένειάς του. Για να επιτευχθεί αυτό είναι απαραίτητο να παρέχονται υπηρεσίες για την υποστήριξη της οικογένειας και για την συχνή παρακολούθηση του παιδιού, ώστε να γίνονται τακτικές αξιολογήσεις κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής του (Ramey, & Ramey, 1998). Σε ένα τέτοιο πρόγραμμα μπορούν να συμμετέχουν είτε παιδιά που θεωρείται ότι είναι υψηλής επικινδυνότητας, είναι δηλαδή πιθανό να μην αναπτύξουν τυπικά όλες τις δεξιότητές τους, είτε παιδιά που έχει ήδη διαγνωστεί πως έχουν κάποια αναπτυξιακή καθυστέρηση ή αναπηρία (Ramey, & Ramey, 1998).

Σε ένα πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης έχει βαρύνουσα σημασία η συμμετοχή των γονιών ή γενικότερα των φροντιστών του παιδιού (Bailey, et al, 1992). Ακόμα πιο ωφέλιμο, είναι όταν στην πρώιμη αυτήν παρέμβαση συμμετέχει και το γενικότερο περιβάλλον του παιδιού, όπως οι συγγενείς του, το φιλικό περιβάλλον και το σχολείο (Jung, et al., 2004).

## 2.4 Κέντρα αποκατάστασης

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί πως μία αναπηρία δεν αφορά μόνο το άτομο που παρουσιάζει μία δυσλειτουργία ή μία βλάβη, αλλά και την οικογένειά του, το στενό του περιβάλλον και κατά κάποιον τρόπο την κοινωνία μέσα στην οποία ζει (Turk & Kerus, 1985). Συμπερασματικά προκύπτει, λοιπόν πως όλη η κοινωνία οφείλει να συνεισφέρει στην αποκατάσταση αυτών των ατόμων. Ο Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) δίνοντας έμφαση στο σημαντικό ρόλο που παίζει η συμμετοχή της κοινωνίας στην αποκατάσταση των ατόμων με αναπηρία, αναφέρει πως η ίδια οφείλει να λάβει μέτρα και μάλιστα με πόρους της κοινωνίας. Η προσέγγιση αυτού του τρόπου αποκατάστασης αναφέρεται όχι μόνο στα άτομα με αναπηρία, αλλά και στις οικογένειες αυτών και σε όλο το σύνολο της κοινωνίας (Σούλης κ.α., 2016).

Ακολούθως αναφέρονται ορισμένες από τις ανάγκες/δικαιώματα των ΑμεΑ, όσον αφορά την αποκατάστασή τους (ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ - ΚΡΕΠΙΑ, 1997):

- Επαρκής κατάρτιση του προσωπικού, ώστε να υπάρχει λεπτομερής ενημέρωση του ΑμεΑ για τη βλάβη ή δυσλειτουργία που έχει, αλλά και τη θεραπεία που χρειάζεται.
- Δικαίωμα συμμετοχής του ΑμεΑ στις αποφάσεις που παίρνονται με στόχο την αποκατάστασή του και στον τρόπο με τον οποίο αυτή σχεδιάζεται.
- Ενίσχυση της ελπίδας των ατόμων με αναπηρία κι επιβράβευση αυτών.
- Ίση αντιμετώπιση των ΑμεΑ κι αποδοχή αυτών από την ομάδα που φροντίζει για την αποκατάστασή του, αλλά και από το στενό του περιβάλλον και την κοινωνία στην οποία διαμένει.
- Προσπάθεια ανάπτυξης της αυτονομίας και της φροντίδας του εαυτού.
- Ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων.
- Συζήτηση με την οικογένεια του ΑμεΑ, με στόχο να κατανοήσουν κι οι ίδιοι τις ικανότητες που το μέλος αυτό διαθέτει.
- Ενημέρωση των ΑμεΑ για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες και μπορεί να επισκεφθεί.
- Παροχή αγωγής υγείας η οποία θα του προσφέρει τις γνώσεις που πρέπει να έχει για τη βλάβη ή δυσλειτουργία που παρουσιάζει, καθώς και πληροφόρηση των τρόπων με τον οποίο πρέπει να γίνει η παρέμβαση.
- Παροχή ευκαιριών να έρθει το άτομο με αναπηρία κι η οικογένειά του σε επαφή με άλλες οικογένειες που απαρτίζονται από άτομα με παρόμοιες δυσκολίες.
- Σεβασμός ως προς τα δικαιώματα που έχουν τα ΑμεΑ, αλλά κι οι οικογένειες αυτών.
- Παροχή της ευκαιρίας να έχουν τα ΑμεΑ τη δυνατότητα να εκπληρώνουν τα καθήκοντά τους ως πολίτες.
- Σεβασμός των δικαιωμάτων που έχει η οικογένεια ενός ΑμεΑ καθ' όλη τη διάρκεια της αποκατάστασης.
- Επαρκής γνώση σε ό,τι αφορά την αναπηρία.
- Πληροφόρηση για τη σημαντικότητα της συμμετοχής του οικογενειακού περιβάλλοντος στην αποκατάσταση των ΑμεΑ και ενημέρωση για τους τρόπους με τον οποίο μπορεί να επιτευχθεί αυτό.

## 2.5 Υγειονομική περίθαλψη

Από τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία δεν θα μπορούσε να παραληφθεί η ιατρική περίθαλψη. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε πως ο Οργανισμός Παγκόσμιας Υγείας το 1946

διακήρυξε ως ένα από τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα το να απολαμβάνει κανείς την υγεία στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο.

Ως σύστημα υγείας ορίζεται ο συνδυασμός του ανθρώπινου δυναμικού, των θεσμών και των πόρων τα οποία στο σύνολό τους στοχεύουν στην βελτίωση της υγείας των ανθρώπων (Murray et al 2000). Το να έχει ένας άνθρωπος την δυνατότητα να δέχεται τις υπηρεσίες ενός τέτοιου συστήματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ένας από τους παράγοντες αυτούς αφορά τη γεωγραφική θέση. Τα άτομα με αναπηρία, λοιπόν πρέπει να διασφαλιστεί πως θα έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε κάθε μέρος στο οποίο βρίσκονται, όπως για παράδειγμα σε αγροτικές περιοχές. Οι οικονομικοί παράγοντες παίζουν, επίσης έναν σημαντικό ρόλο. Κάθε κράτος οφείλει να παρέχει κοινωνική ασφάλιση σε άτομα που δεν έχουν τη δυνατότητα να εργάζονται. Οι φυσικοί παράγοντες επηρεάζουν με τη σειρά τους την προσβασιμότητα σε ένα σύστημα υγείας. Ένα παράδειγμα είναι τα άτομα που εξαιτίας της αναπηρίας τους δεν έχουν τη δυνατότητα να ταξιδέψουν, ώστε να επισκεφθούν μέρη ιδανικά για την αντιμετώπιση των δυσκολιών τους. Συνεχίζοντας, πρέπει να γίνει αναφορά στο γλωσσικό παράγοντα. Σε αυτήν την περίπτωση εμφανίζονται περιορισμοί ως προς την επικοινωνία των ασθενών με τους γιατρούς τους. Το ίδιο ανασταλτικά λειτουργεί το οργανωτικό κομμάτι, εξαιτίας της γραφειοκρατίας κι η δυνατότητα πρόσβασης σε ό, τι αφορά τον τομέα της πληροφορίας (Φωκιανού, 2015).

## 2.6 Έργα υποδομής

Τα έργα υποδομής είναι ένα μέσο που μπορεί να συμβάλει στην ανάγκη των ΑμεΑ να έχουν πρόσβαση ίση με κάθε συμπολίτη τους. Η προσβασιμότητα μπορεί να θεωρηθεί μία «φιλοσοφία», σύμφωνα με την οποία τόσο η στάση των ανθρώπων, όσο και τα έργα υποδομής μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία ενός λειτουργικού περιβάλλοντος για κάθε πολίτη (Bérubé, 1981 & Jones, Tamari, 1997).

Η προσβασιμότητα, λοιπόν θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για τα ΑμεΑ, καθώς έτσι διασφαλίζεται η ικανότητα να ενταχθούν στην κοινωνία, τους δίνεται η δυνατότητα να νιώθουν ανεξάρτητοι σε μεγαλύτερο βαθμό, έχουν την ευκαιρία να γίνονται περισσότερο αυτόνομοι και να έχουν ενεργή συμμετοχή σε ό, τι επιθυμούν (ALACD, 2008).

Ακολουθως αναφέρονται ενδεικτικά ορισμένοι τύποι αναπηριών κι οι περιορισμοί που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους (Χριστοφή, 2016):

- Στις κινητικές αναπηρίες εντοπίζονται κατά κύριο λόγο φυσικά, αρχιτεκτονικά και τεχνολογικά εμπόδια (π.χ. η ολισθηρότητα και τα σκαλοπάτια).
- Στις αναπηρίες που έχουν ως αίτιο προβλήματα αντίληψης γίνονται αντιληπτοί και σε αυτήν την περίπτωση, περιορισμοί που αφορούν φυσικά, αρχιτεκτονικά και τεχνολογικά εμπόδια (π.χ. περίπλοκη σήμανση και πολύπλοκη διαρρύθμιση χώρων).
- Στις αναπηρίες που αφορούν προβλήματα όρασης οι δυσκολίες εμφανίζονται κυρίως ό, τι αφορά την ενημέρωση, την επικοινωνία, τη χρήση συσκευών (π.χ. οπτική σήμανση κι έντυπα έγγραφα) και το χωρικό προσανατολισμό (π.χ. σήμανση)
- Στις αναπηρίες σχετικές με δυσκολίες της ακοής παρατηρούνται, επίσης, περιορισμοί στη ενημέρωση (π.χ. χρήση μόνο ηχητικών συστημάτων) και στην επικοινωνία (π.χ. ενισχυτές ήχου).

- Στις ψυχικές ή νοητικές αναπηρίες απαντώνται εμπόδια που σχετίζονται με την έλλειψη εξειδικευμένης εξυπηρέτησης (π.χ. η αστική συγκοινωνία για τα άτομα με κλειστοφοβία).
- Στις περιπτώσεις όπου τα άτομα με αναπηρία έχουν μεγάλη επικινδυνότητα στις λοιμώξεις, παρατηρούνται εμπόδια σχετικά με την καθαριότητα των δημόσιων χώρων.

## 2.7 Οικονομική ενίσχυση

Τα άτομα με αναπηρία, είναι σημαντικό να ενισχύονται οικονομικά από το κράτος, για το χρονικό διάστημα που δεν έχουν τη δυνατότητα να εργάζονται ή αν δεν έχουν τη δυνατότητα πλήρους απασχόλησης. Αυτό που είναι σημαντικό, όμως, να υπογραμμισθεί, είναι πως οι παροχές οικονομικής στήριξης που δίνονται από το κράτος δεν θα πρέπει να έχουν τη μορφή φιλανθρωπίας, αλλά να επιδιώκει την διευκόλυνση των ατόμων με αναπηρία να έχουν ίση προσβασιμότητα και συμμετοχή με συμπολίτες τους. Τέλος, στις περιπτώσεις που η κρατική βοήθεια δίνεται, λοιπόν με τον τρόπο που προαναφέρθηκε, λειτουργεί, επίσης, ως αντικίνητρο, καθώς το άτομο με αναπηρία δεν χρειάζεται να εργασθεί (Mitra, 2005).

## 2.8 Υποστηρικτική τεχνολογία

Ως «υποστηρικτική τεχνολογία» νοείται, κάθε στοιχείο ή μέρος κάποιου εξοπλισμού ή συστήματος προϊόντων, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί αυτούσιο ή έχει τροποποιηθεί για τις εκάστοτε ανάγκες, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την βελτίωση των λειτουργικών δυνατοτήτων ενός ατόμου με αναπηρίες ή για την αύξηση ή διατήρηση αυτών. Πρέπει να σημειωθεί πως οι τεχνολογίες αυτές είναι διαθέσιμες για κάθε περιβάλλον, όπως για παράδειγμα το σχολείο, ο χώρος εργασίας κι η κοινότητα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου με αναπηρία (Congressional Report; 1998).

Για να γίνει πιο εύκολα κατανοητό το εύρος των σημείων της ζωής του ατόμου κατά τη διάρκεια των οποίων μπορούν η υποστηρικτικές συσκευές να χρησιμοποιηθούν και να υπογραμμιστεί με αυτόν τον τρόπο κι η μεγάλη σημασία της χρήσης τους, ακολούθως αναφέρονται οι κατηγορίες στις οποίες θα μπορούσαν αυτές να διαχωριστούν (Μπαμπατσάνης, 2015):

- Συσκευές που υποβοηθούν τη γνώση και την εκπαίδευση.
- Συσκευές που στοχεύουν στη βελτίωση της κινητικότητας.
- Συσκευές που βοηθούν την επικοινωνία και συσκευές εναλλακτικής επικοινωνίας
- Συσκευές που ρυθμίζουν το περιβάλλον.

Η αναγκαιότητα της χρήσης υποστηρικτικών συσκευών μπορεί εύκολα να γίνει αντιληπτή από μέσω της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από Hammel και τους συνεργάτες του (2002), όπου διαπιστώθηκε πως τα άτομα που χρησιμοποιούσαν αυτές τις συσκευές κατάφεραν να βελτιώσουν ή να διατηρήσουν τη λειτουργικότητά τους και να συνεχίσουν να έχουν αυτά τα αποτελέσματα με το πέρασμα του χρόνου. Σημαντικός λόγος χρήσης υποστηρικτικών συσκευών είναι κι το γεγονός ότι προσφέρουν στο άτομο που τα χρησιμοποιεί τη δυνατότητα όχι μόνο να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες, αλλά και να παίρνει μέρος σε δραστηριότητες της κοινότητας, όπως για παράδειγμα τα ψώνια.

## Κεφάλαιο 3ο: Νομικό πλαίσιο για τα ΑμεΑ

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ελλάδας, όπως αναφέρει το άρθρο 4, όλοι οι πολίτες θεωρούνται ίσοι απέναντι στο νόμο κι όλοι έχουν τα ίδια δικαιώματα και τις ίδιες υποχρεώσεις. Με αυτόν τον τρόπο, το Σύνταγμα καθιερώνει την αρχή της ισότητας ενώπιον του νόμου. Στο άρθρο 21 παρ. 6 γίνεται, μάλιστα, μία αναφορά ειδικά για τα ΑμεΑ, η οποία αναφέρει:

«Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας.».

Ακολούθως αναφέρεται η νομοθεσία που ισχύει για ορισμένα από τα βασικά δικαιώματα των ΑμεΑ (Ν. 3699, ΦΕΚ 199/2-10-2008)

### 3.1 Εκπαίδευση

Σύμφωνα με το νόμο 3699, ΦΕΚ 199/2-10-2008, το κράτος οφείλει να χαρακτηρίζει ως υποχρεωτική και να αναβαθμίζει διαρκώς την ειδική αγωγή κι εκπαίδευση, ως αναπόσπαστο κομμάτι της υποχρεωτικής, δημόσιας και δωρεάν παιδείας. Υποχρεούται, επίσης, να διασφαλίζει πως αυτό θα ισχύει για όλα τα ΑμεΑ σε κάθε βαθμίδα της εκπαίδευσης.

Ως «ειδική αγωγή κι εκπαίδευση» ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών που σκοπό έχουν την εκπαίδευση και παρέχονται σε κάθε άτομο που έχει διαγνωστεί με κάποιον τύπο αναπηρίας ή παρουσιάζει ειδικές μαθησιακές ανάγκες. Ένα τέτοιο σύστημα περιλαμβάνει:

- σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής, η οποίες πρέπει να διαθέτουν τις κατάλληλες υποδομές
- προγράμματα συνεκπαίδευσης
- προγράμματα για την διδασκαλία στο σπίτι
- υπηρεσίες αξιολόγησης κι υποστήριξης

Οι κύριοι στόχοι της ειδικής αγωγής κι εκπαίδευσης είναι:

- η αρμονική ανάπτυξη κάθε πλευράς της προσωπικότητας των μαθητών
- εστίαση των ικανοτήτων των μαθητών και βελτίωση αυτών, ώστε να γίνει δυνατή η επανένταξή τους στο γενικό σχολείο
- η επανένταξη των μαθητών στην κοινωνία και στην αγορά εργασίας
- η αποδοχή των ΑμεΑ από το κοινωνικό σύνολο και η εξέλιξη αυτών ως ισότιμοι πολίτες, με σκοπό τη διασφάλιση της ίσης προσβασιμότητας σε όλες τις υποδομές, τις υπηρεσίες και τα αγαθά

Οι προϋποθέσεις για την επίτευξη αυτών των στόχων είναι:

- η έγκαιρη διάγνωση
- η αξιολόγηση των μαθητών, ώστε να εξακριβωθεί ποιες είναι οι εκπαιδευτικές τους ανάγκες, από τα Κέντρα Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης (ΚΕΔΔΥ) και τα Ιατρο-παιδαγωγικά Κέντρα (ΙΠΔ)
- η παρέμβαση που γίνεται συστηματικά από την προσχολική ηλικία στις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής κι Εκπαίδευσης (ΣΜΕΑΕ), με το σύστημα της πρώιμης παρέμβασης
- η κάθε είδους προσαρμογή του εκπαιδευτικού υλικού, η χρήση ειδικού εξοπλισμού κι η εργονομικές διευθετήσεις από τις ΣΜΕΑΕ και τα ΚΕΔΔΥ



Όσον αφορά τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, οι απόφοιτοι του δημοτικού, φοιτούν στα ειδικά γυμνάσια, τα οποία διαρκούν 5 χρόνια. Με αυτόν τον τρόπο έχουν τη δυνατότητα να ολοκληρώσουν τα 9 υποχρεωτικά έτη εκπαίδευσης.

Για την τριτοβάθμια εκπαίδευση ισχύει πως έχουν το δικαίωμα να εισαχθούν σε αυτήν μαθητές που πάσχουν από σοβαρές παθήσεις σε ποσοστό 5% του συνόλου των εισακτέων. Κρίνεται σημαντικό να επισημανθεί πως σε περίπτωση αδυναμίας του ΑμεΑ να παρακολουθεί τα μαθήματα της σχολής, λόγω της φύσης των δυσκολιών του, δεν μπορεί να εισαχθεί στο συγκεκριμένο τμήμα, ύστερα από απόφαση που θα πρέπει να αιτιολογηθεί από τη σύγκλητο. Επίσης, από τη στιγμή της έναρξης της φοίτησης του ΑμεΑ σε οποιοδήποτε ΑΕΙ, πρέπει να του παρέχεται υπηρεσία στήριξης.

### 3.2 Αυτόνομη διαβίωση

Η ελληνική νομοθεσία με το Νόμο 3106/2003 προβλέπει πως τα Περιφερειακά συστήματα Υγείας είναι υπεύθυνα για την κοινωνική στήριξη των ΑμεΑ, καθώς και για την εφαρμογή μέτρων αποϊδρυματοποίησης, αποκατάστασης κι ένταξης αυτών στην κοινωνία. Μάλιστα, σύμφωνα με το Νόμο 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α/04-04-2005) «Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» εξασφαλίζεται το δικαίωμα να δημιουργήσει κανείς υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα προστατευόμενα διαμερίσματα, οικοτροφεία και ξενώνες. Ο τρόπος με τον οποίο πρέπει αυτά να οργανωθούν, ορίζεται με υπουργικές αποφάσεις (άρθρο 21).



Εικόνα 3 Προστατευμένο Διαμέρισμα ΑΤΤΙΚΗ (Εταιρία παραγωγής ψυχοκοινωνικής υγείας παιδιών κι ενηλίκων, 2012)

Εκτός από τα κέντρα διαβίωσης, που προαναφέρθηκαν, προβλέπεται κι η δημιουργία δομών κι υπηρεσιών που στοχεύουν κατά κύριο λόγο στην ένταξη των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία και στη δημιουργία ευκαιριών συμμετοχής αυτών των ατόμων στο βίο της κοινότητας. Μερικά παραδείγματα των δομών και των υπηρεσιών αυτών είναι τα Κέντρα δημιουργικής απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρία, Προστατευόμενα Παραγωγικά

Εργαστήρια, κι άλλες υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας π.χ. τα Κέντρα Φυσικής κι Ιατρική Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) (ν.4025/2011).

### **3.3 Επαγγελματική αποκατάσταση**

Το Σύνταγμα, με το άρθρο 22, θεμελιώνει το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία στην εργασία, αλλά κι τις συνθήκες εργασίας, την αμοιβή που θα λάβουν, τις προαγωγές που θα πάρουν, την εκπαίδευση κατά την εργασία και γενικότερα ό, τι αφορά την παροχή εργασίας, ώστε να προληφθούν οι διακρίσεις εξαιτίας της βλάβης ή δυσλειτουργίας του ατόμου.

Στο άρθρο 7, του Συντάγματος, αναφέρεται πως κάθε πολίτης, όταν η υγεία του δεν αποτελεί εμπόδιο, έχει το δικαίωμα να διοριστεί σε κάποια θέση. Μία βλάβη ή δυσλειτουργία δεν μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για την πρόσληψη ενός ατόμου με αναπηρία, εφόσον αυτός έχει την κατάλληλη τεχνική υποστήριξη, οι οποίες μπορεί να τον καταστήσει ικανό να εκτελεί τα καθήκοντά του. Για τον σκοπό αυτό, υπάρχουν υγειονομικές επιτροπές, οι οποίες είναι αρμόδιες για την πιστοποίηση των ικανοτήτων των υποψήφιων εργαζομένων. Σύμφωνα, λοιπόν με την πιστοποίηση αυτή, ο εκάστοτε εργοδότης μπορεί να γνωρίζει που κυμαίνονται οι δυνατότητες του ατόμου με αναπηρία κι αν μπορεί τελικά να ανταπεξέλθει στα καθήκοντα που έχει σκοπό να του αναθέσει.

Σε αντικατάσταση του νόμου 1648/1986, ο νόμος 2643/1998 δημιουργήθηκε με σκοπό να διασφαλίσει την αντικειμενικότητα και την διαφάνεια σε ό, τι αφορά την υποχρεωτική απασχόληση των προστατευόμενων ατόμων, όπως τα άτομα με αναπηρία, στον επαγγελματικό χώρο. Θεσπίστηκαν, λοιπόν κριτήρια, τα οποία μετρούνται με ένα σύστημα μορίων λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την οικονομική ευχέρεια, των τυπικών προσόντων και το ποσοστό αναπηρίας, εάν υφίσταται. Ορίζεται, επίσης, πως οι υπόχρεοι φορείς πρέπει να προσλαμβάνουν το 8% των συνόλου των εργαζόμενων τους.

Το 2005, με τη θέσπιση του νόμου 3304/2005, έγινε μία προσπάθεια να εξασφαλιστεί ακόμη περισσότερο ότι τα άτομα με αναπηρία θα έχουν τη δυνατότητα εξάσκησης των δικαιωμάτων τους. Πιο συγκεκριμένα, στο ελληνικό δίκαιο, που ενείχε πια και την Οδηγία της Ευρώπης 2000/43/ΕΚ του Συμβουλίου της 29ης Ιουνίου 2000 και της Οδηγίας 2000/78/ΕΚ του Συμβουλίου της 27ης Νοεμβρίου 2000 θεσπίστηκε η καταπολέμηση κάθε είδους διακρίσεων λόγω θρησκείας, ηλικίας, γενετήσιου προσανατολισμού κι αναπηρίας, στον επαγγελματικό χώρο.

Από άλλες υπουργικές διατάξεις που έχουν εκδοθεί διασφαλίζεται, επίσης, η δημιουργία προγραμμάτων που αφορούν την απασχόληση, όπως επιχορήγησης εργοδοτών με σκοπό να απασχολήσουν ΑμεΑ, επιχορήγησης ΑμεΑ με στόχο να γίνουν οι ίδιοι ελεύθεροι επαγγελματίες κι άλλα προγράμματα που επιδιώκουν την καταπολέμηση του αποκλεισμού των ατόμων αυτών από το δικαίωμά τους να εργάζονται. Σε αυτήν την προσπάθεια, υπεύθυνος φορέας είναι ο Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ).

Πρέπει, τέλος, να σημειωθεί πως με βάση το νόμο 2643/1998, ο ΟΑΕΔ οργανώνει προγράμματα με σκοπό την επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με αναπηρία, τα οποία λαμβάνουν χώρα κάθε χρόνο.

### **3.4 Πρώιμη παρέμβαση**

Το ελληνικό κράτος, κατοχυρώνει συνταγματικά τη δυνατότητα παροχής πρώιμης παρέμβασης για τα άτομα με αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα με το νόμο 3699/2008, στο άρθρο 2 με τίτλο «Οργάνωση και στόχοι της ΕΑΕ Συμμετοχή του αναπηρικού κινήματος»,

κατοχυρώνει ότι στην προσχολική ηλικία θα πραγματοποιείται συστηματική παρέμβαση από τις κατά τόπους ΣΜΕΑΕ. Την παρέμβαση αυτήν θα αναλαμβάνουν τμήματα που θα δημιουργούνται γι' αυτόν τον σκοπό.

Στο Άρθρο 4 με τίτλο «Διαγνωστικοί, αξιολογικοί και υποστηρικτικοί φορείς», του ίδιου νόμου, διασφαλίζεται η δημιουργία προγραμμάτων προσχολικής πρώιμης παρέμβασης. Τα προγράμματα αυτά θα αναλαμβάνουν οι κατά τόπους παιδιατρικές υπηρεσίες ή ΙΠΔ. Επιπροσθέτως, από τις ίδιες υπηρεσίες και με τη βοήθεια του εκάστοτε Δήμου, θα οργανώνονται και επιμορφωτικά που θα αφορούν τόσο παιδιά μέχρι και το έκτο έτος της ηλικίας τους όσο και τους γονείς αυτών των παιδιών.

Με το άρθρο 8 με τίτλο «Σχολικές μονάδες», τα νηπιαγωγεία ειδικής εκπαίδευση, υποχρεούνται να διαθέτουν τμήματα πρώιμης παρέμβασης, τα οποία, μάλιστα, θα λειτουργούν μέσα στο χώρο του νηπιαγωγείου. Τα τμήματα αυτά, θα αφορούν παιδιά ηλικίας έως 7 ετών. Επίσης, στα δημοτικά σχολεία ειδικής εκπαίδευσης, πρέπει να περιλαμβάνονται δραστηριότητες προεπαγγελματικής εκπαίδευσης, ενώ στο γυμνάσιο και το λύκειο μπορούν να περιλαμβάνονται μαθήματα που αφορούν την τεχνική επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτισης.

Τέλος, στο άρθρο 32 με τίτλο «Πρόγραμμα Πρώιμης Παρέμβασης της Ελληνικής Εταιρίας Προστασίας και Αποκαταστάσεως Αναπήρων Παιδιών», ορίζεται πως η φοίτηση των παιδιών με αναπηρία ηλικίας 4 έως 7 χρόνων, σε προγράμματα πρώιμης παρέμβασης, της Ελληνικής Εταιρίας Προστασίας και Αποκαταστάσεως Αναπήρων Παιδιών (ΕΛΕΠΑΠ) είναι ισότιμη με κάθε άλλη μονάδα ειδικής προσχολικής αγωγής. Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί πως οι ΣΜΕΑΕ που λειτουργούν στις εγκαταστάσεις της ΕΛΕΠΑΠ Αθηνών και Παραρτημάτων εντάσσονται στην κατηγορία της παραγράφου 4β του άρθρου 6 του συγκεκριμένου νόμου.

### **3.5 Κέντρα αποκατάστασης**

Σύμφωνα με το Σύνταγμα, όπως αυτό αναθεωρήθηκε το 2001, το κράτος οφείλει να συμπεριλάβει ειδικές αναφορές, ώστε να προστατεύονται τα ΑμεΑ σε κοινωνικό επίπεδο. Στο άρθρο 21 παρ. 2 οι ανάπηροι πολέμου και τα άτομα που έχουν κάποια ανίατη νόσο, είτε σωματική είτε πνευματική, έχουν δικαίωμα ειδικής μεταχείρισης. Στην παράγραφο 3 του ίδιου άρθρου, το κράτος υποχρεούται να μεριμνήσει για την υγεία όλων των πολιτών, παίρνοντας μέτρα προστασία για τις πιο αδύναμες ομάδες, όπως τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, οι άποροι και τα άτομα με αναπηρία. Στην παρ. 6 αναφέρονται ως δικαίωμα των ΑμεΑ να ορίζονται μέτρα με σκοπό την κοινωνική τους ένταξη, τη συμμετοχή τους στον επαγγελματικό κλάδο, τη δυνατότητα να συμμετέχουν ενεργά στην οικονομική και πολιτική ζωή της κοινωνίας και να έχουν αυτονομία.

Η αποκατάσταση των ΑμεΑ είναι, επίσης, κάτι για το οποίο υποχρεούται να μεριμνά το κράτος. Ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας, του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), εξασφαλίζει κι οργανώνει τον τρόπο πρόσβασης των ατόμων αυτών σε ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, προβλέπεται η αποκατάσταση σε νοσοκομεία, κέντρα αποθεραπείας, υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας, η παραμονή σε Κέντρα Δημέρευσης & Ημερήσιας Φροντίδας και κέντρα Δημέρευσης. Περιλαμβάνονται, ακόμη κι η θεραπείες σε κέντρα φυσικοθεραπείας, λογοθεραπείας, εργοθεραπείας και ψυχοθεραπείας.

### **3.6 Υγειονομική περίθαλψη**

Σύμφωνα με το νόμο 2619/1998 με Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης στον τομέα των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Βιοϊατρικής, κάθε διενέργεια που γίνεται σε έναν ασθενή, προαπαιτεί την πλήρη ενημέρωσή του. Εκτός αυτού, σύμφωνα με το άρθρο 5, κρίνεται απαραίτητο να έχει προηγηθεί συναίνεση του ασθενή πριν από κάθε ιατρική παρέμβαση, ώστε να διασφαλίζεται η σωματική και ψυχική του ακεραιότητα, καθώς και το δικαίωμα στη ζωή και την επιβίωση. Μόνο εάν το άτομο αυτό δεν δύναται να συναινέσει, λόγω αδυναμίας, τότε το άρθρο 6 ορίζει ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί ιατρική παρέμβαση. Το ίδιο ισχύει στην περίπτωση διανοητικής διαταραχής, όπως αυτό ορίζεται στο άρθρο 7, στην περίπτωση επείγουσας κατάστασης, σύμφωνα με το άρθρο 8 και κατά τη διάρκεια μίας παρέμβασης, όπου το άτομο δεν είναι σε θέση να συναινέσει, σύμφωνα με το άρθρο 12. Τέλος, ο νόμος 3418/2005 αναφέρει πως εάν ο ασθενής διαθέτει έναν δικαστικό συμπαραστάτη, τότε αυτός κρίνεται υπεύθυνος να προβεί σε συναίνεση. Εάν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, τότε τα οικία του πρόσωπα αναλαμβάνουν αυτήν την αρμοδιότητα. Σε κάθε περίπτωση, ο εκάστοτε γιατρός οφείλει να προσπαθήσει να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με ό, τι αφορά την υγεία του, όπως αναφέρεται στο άρθρο 12.

Η πρώτος θεσμός που αποτέλεσε έναν σταθμό για την εφαρμογή της κοινωνικής ασφάλισης, πραγματοποιήθηκε το 1934 με το νόμο 6298 με τίτλο «περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων». Για την πραγματοποίησή του σκοπού, δημιουργήθηκε το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι αρμοδιότητες του εν λόγω ιδρύματος, ήταν η ασφάλιση των εργαζομένων από περιπτώσεις κατά τις οποίες κινδύνευαν ασθένεια αναπηρία, γήρας και θάνατο. Από την λίστα αυτή δεν παρελήφθησαν κι η εργαζόμενες σε περιπτώσεις μητρότητας.

Όσον αφορά την πρόσβαση των μη εχόντων ασφάλεια, στην φαρμακευτική φροντίδα, με απόφαση που πραγματοποιήθηκε από το ελληνικό κράτος στις 28/06/2014, κατοχυρώθηκε πως κάθε Έλληνας πολίτης, κάθε άτομο που μένει νόμιμα στην χώρα αυτή, κάθε υπήκοος που κατάγεται από κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι υπήκοοι τρίτων χωρών που διαμένουν στην χώρα νόμιμα κι όσοι μένουν μόνιμα στην Ελλάδα, αλλά δεν πληρούν τις προϋποθέσεις έκδοσης βιβλιαρίου και δεν έχουν ασφαλιστεί σε κάποιο δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα κι όσοι ήταν ασφαλισμένοι, αλλά λόγω οφειλών στα οικεία Ασφαλιστικά Ταμεία δεν έχουν πια ασφαλιστική κάλυψη, όπως και τα μέλη των οικογενειών τους που εξαρτώνται από αυτούς, έχουν πλέον δικαίωμα στην δωρεάν φαρμακευτική φροντίδα.

Στον νόμο Β' 908/04-04-2016, όπως αυτός ορίστηκε από την κυβέρνηση της Ελλάδας, αναφέρονται στα κριτήρια και τα διαδικαστικά που απαιτούνται για να αποκτήσει κανείς πρόσβαση στη δημόσια ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη. Στην παράγραφο 2 κι 8-10 του άρθρου 6 του ίδιου νόμου, διευκρινίστηκαν ποιες είναι οι κατηγορίες των ομάδων αυτών που δεν δικαιούνται να συμμετέχουν σε δαπάνες που αφορούν φαρμακευτική περίθαλψη.

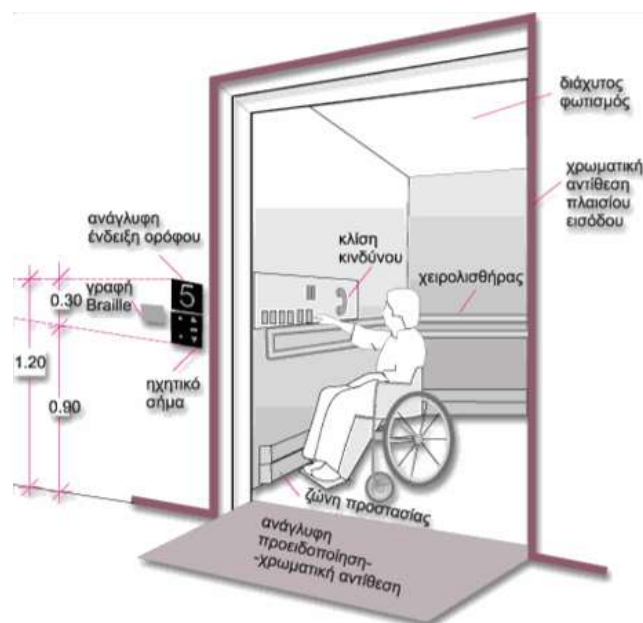
Τον Ιούλιο του 2016, με την Εγκύκλιο που εκδόθηκε από το Υπουργείο Υγείας (αρ. πρωτ. Α3γ/Γ.Π.οικ.39364/15-7-2016), δόθηκαν περαιτέρω εξηγήσεις για την πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας, φαρμακευτικής αγωγής κι ιατρικής περίθαλψης. Την ίδια ημέρα, με την Εγκύκλιο αρ. πρωτ. Α3γ/Γ.Π.οικ.53790/15-7-2016 έγινε σαφέστερο το ποιοι δικαιούνται χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και ποια ακριβώς είναι η διαδικασία που πρέπει να ακολουθηθεί, ώστε να κάνουν οι δικαιούχοι χρήση αυτού του δικαιώματος.

11 μέρες αργότερα, οι Δήμοι, έλαβαν κατευθυντήριες οδηγίες, από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι οποίες αφορούσαν τις αποφάσεις που προαναφέρθηκαν σχετικά με την φαρμακευτική κάλυψη των ευπαθών ομάδων. Η κάλυψη αυτή παρέχεται εφόσον ο δικαιούχος δώσει έγγραφη αίτηση στον αρμόδιο Δήμο σύμφωνα με την Εγκύκλιο αρ. πρωτ. Δ23/οικ.34484/2655/26-7-2016.

Τον Αύγουστο του 2016 δημιουργήθηκε ένα νέο σύστημα φαρμακευτικής φροντίδας για τους ανασφάλιστους πολίτες και των ευάλωτων ομάδων, όπως αυτοί αναφέρονται στο άρθρο 33 και συγκεκριμένα στην παράγραφο 2 του νόμου 4368/2016. Συγκεκριμένα, η παράγραφος 1 ανέφερε, πως δικαιούνται ελεύθερη πρόσβαση στις Δημόσιες Δομές Υγείας και δικαιούνται νοσηλευτική κι ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ορισμένες από τις ομάδες που περιλαμβάνονται στο νόμο αυτόν είναι τα άτομα που ήταν εγγεγραμμένα στα μητρώα των κρατικών ασφαλιστικών ταμείων, αλλά έχασαν την κάλυψη παροχών υγείας εξαιτίας οφειλών, τα άτομα έως 18 χρόνων που θεωρούνται ανήλικα, οι γυναίκες που εγκυμονούν, τα άτομα που εκτίουν ποινή φυλάκισης, οι ανήλικη που στεγάζονται σε ιδρύματα, οι φιλοξενούμενοι σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας, όσοι δικαιούνται διεθνή προστασία, οι πρόσφυγες και τα άτομα με αναπηρία.

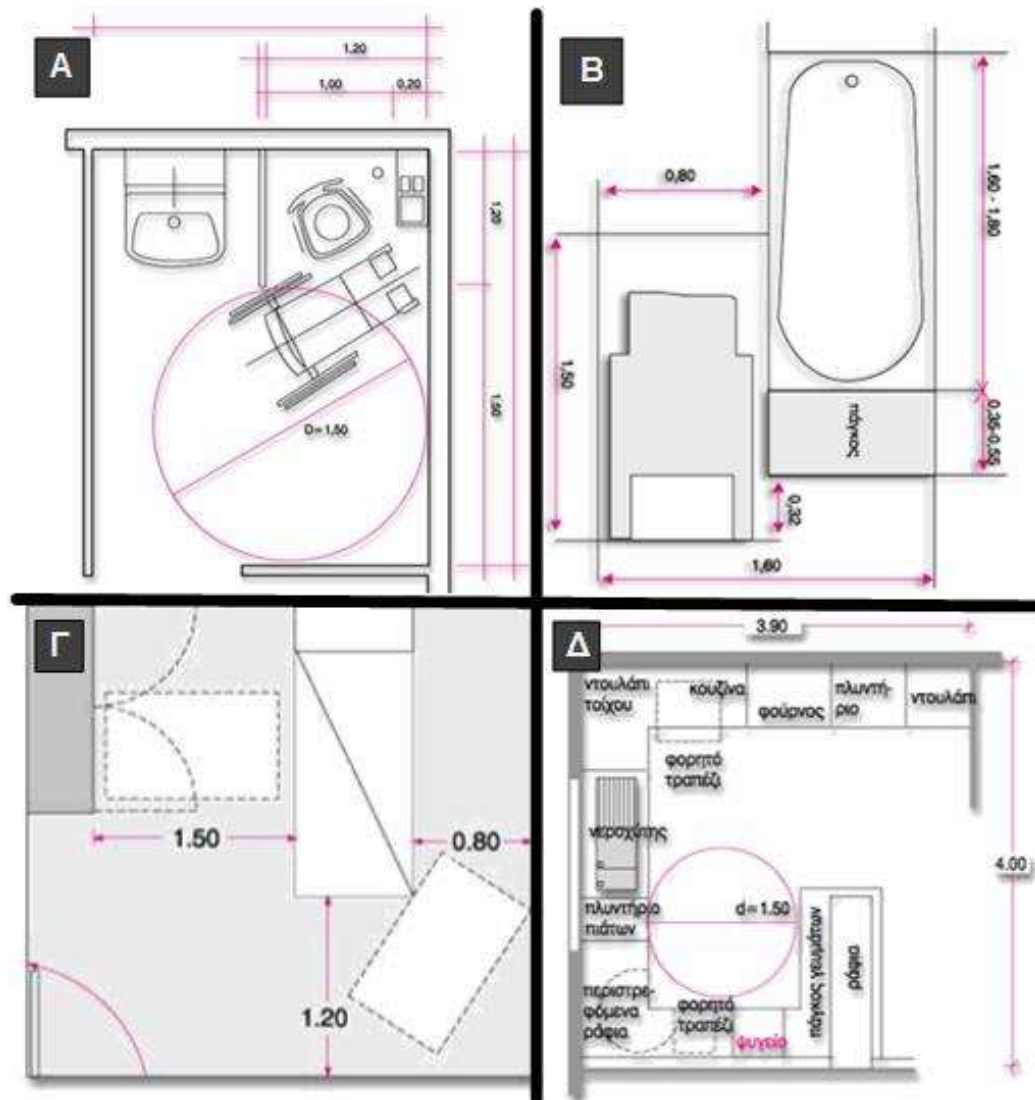
### 3.7 Έργα υποδομής

Από το 1999 στα άρθρα 246, 260,346, 357, 359, 362, 364, 367, 369, 372, 375, 444, στον Κώδικα Βασικής Πολεοδομικής Νομοθεσίας (ΦΕΚ 580/Δ/27-07-1999), θεσπίστηκαν κανόνες, οι οποίοι έπρεπε να εφαρμόζονται στα κτίρια, με σκοπό την διευκόλυνση των ατόμων με αναπηρία. Σε οδηγίες, μάλιστα, «Σχεδιάζοντας για όλους», αναφέρεται πως τα κτίρια που προορίζονται για κατοικίες, πρέπει να διαμορφώνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε η μετακίνηση κι η πρόσβαση στον χώρο να μπορεί να γίνει με αυτονομία κι ασφάλεια από ένα ΑμεΑ. Ορίζονται, λοιπόν σαφείς προδιαγραφές της οριζόντιας και κάθετης προσπέλασης και επισημαίνεται πως κάθε κατοικία πρέπει να είναι εύκολα μετατρέψιμη σε κατοικίες που ενδεχομένως θα χρησιμοποιηθούν από ΑμεΑ. Οι προδιαγραφές αυτές ισχύουν για εσωτερικούς, εξωτερικούς και κοινόχρηστους χώρους. Ένα παράδειγμα προδιαγραφών που πρέπει να ληφθούν υπόψη, είναι η διαρρύθμιση του ανελκυστήρα ενός κτιρίου. Η απόσταση αυτού και του απέναντι τοίχου πρέπει να είναι τουλάχιστον 1,50 μέτρα. Ακόμη, η πόρτα του ανελκυστήρα και το πλαίσιο αυτής πρέπει να έχουν έντονη χρωματική διαφορά με τον τοίχο του κτιρίου και το δάπεδο ακριβώς μπροστά από αυτόν πρέπει να έχει, επίσης, χρωματική αντίθεση καθώς και να είναι ανάγλυφο ούτως ώστε να γίνεται αντιληπτό από τα άτομα με προβλήματα όρασης. Ο φωτισμός του χώρου πρέπει να είναι άπλετος, οι όροφοι πρέπει να είναι εμφανείς στον χώρο κι οι διακόπτες πρέπει να είναι ανάγλυφοι. Στην Εικόνα 4 παρουσιάζονται οι οδηγίες, όπως προαναφέρθηκαν.



Εικόνα 4 Προδιαγραφές ανελκυστήρων για ΑμεΑ (Υπουργείο περιβάλλοντος κι ενέργειας, 2018)

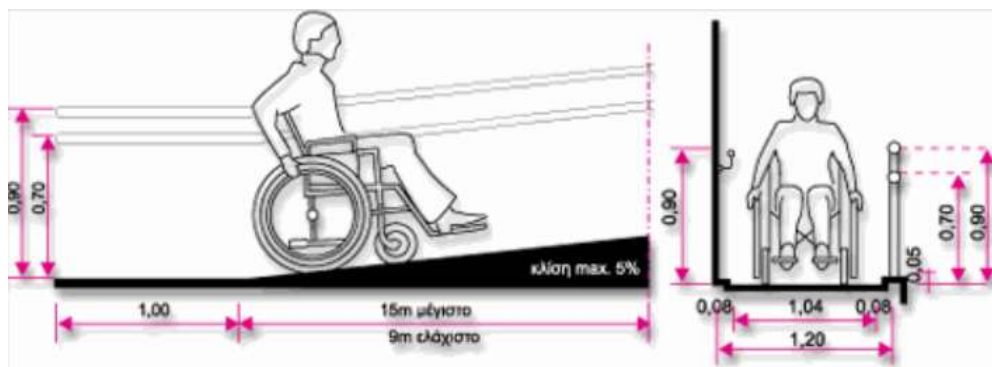
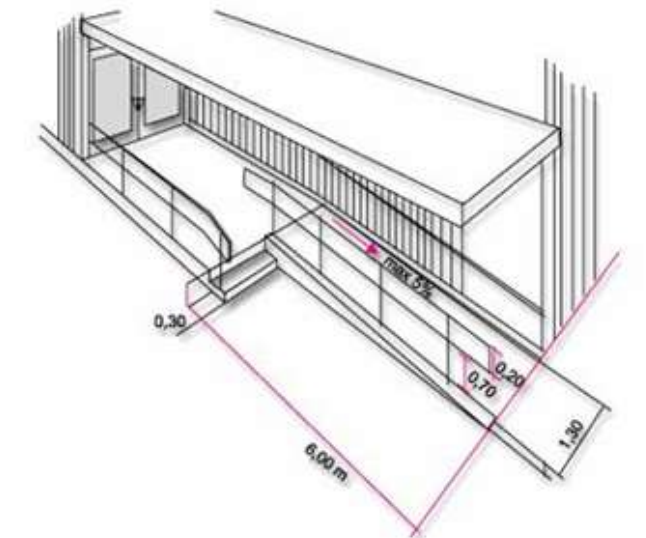
Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες για τον αρχιτεκτονικό σχεδιασμό κατοικιών, οι οποίες, όμως, δεν κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν λεπτομερώς, καθώς αποτελούν διαφορετικό αντικείμενο μελέτης από αυτό της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Ενδεικτικά παρουσιάζονται στις επόμενες εικόνες οι εσωτερικοί χώροι μίας κατοικίας, όπως αυτή πρέπει να είναι σύμφωνα με τον Κώδικα Βασικής Πολεοδομικής Νομοθεσίας.



Εικόνα 5 (Α) Κάτοψη WC, (Β) Κάτοψη λουτρού, (Γ) Κάτοψη υπνοδωματίου, (Δ) Κάτοψη κουζίνας (Υπουργείο περιβάλλοντος κι ενέργειας, 2018)

Το 2004 το άρθρο 12, παρ. 10 του Νόμου 3230/2004 (ΦΕΚ 44/11-02-2004) αναφέρει πως οι δημόσιες υπηρεσίες, το Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και οι Οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), έχουν με τη σειρά τους την υποχρέωση να λαμβάνουν μέτρα με σκοπό την προσβασιμότητα των ατόμων με αναπηρία στους χώρους αυτούς. Στην Εικόνα 6, που ακολουθεί, υποδεικνύεται, για παράδειγμα, ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να συνδέεται η είσοδος κι έξοδος ενός κτιρίου με το πεζοδρόμιο. Εάν η είσοδος/έξοδος δεν είναι στο ίδιο επίπεδο με το πεζοδρόμιο, τότε πρέπει να εγκατασταθεί ή

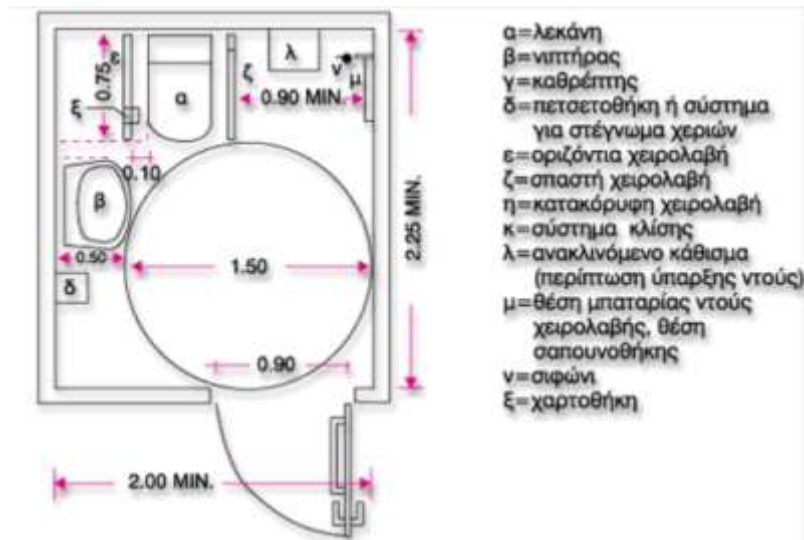
ένα κεκλιμένο επίπεδο (ράμπα), η οποία θα έχει κλίση 5% ή ένα αναβατήριο και θα είναι υποχρεωτικά στεγασμένο.



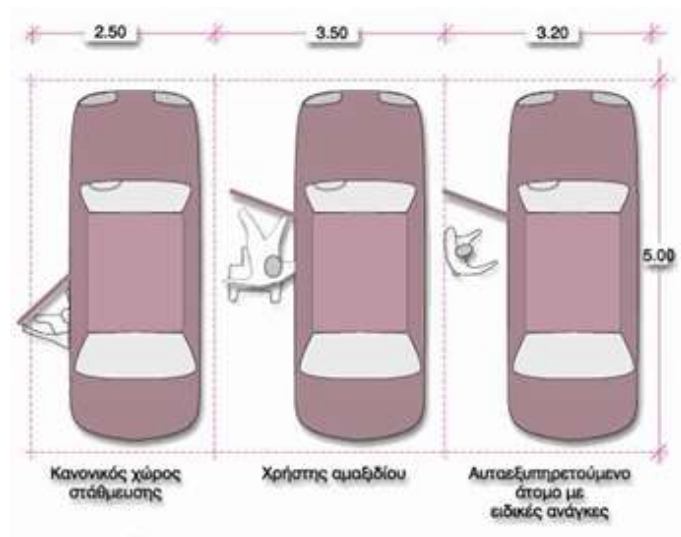
Εικόνα 6 Ράμπες για την προσβασιμότητα των ΑμεΑ σε δημόσια κτίρια (Υπουργείο περιβάλλοντος κι ενέργειας, 2018)

Τέλος, το 2012 με το νόμο 4067/2012 θεσπίστηκε ο Γενικός Οικοδομικός Κανονισμός, ο οποίος ρυθμίζει ό, τι αφορά την προσβασιμότητα τόσο σε φυσικό όσο και σε δομημένο περιβάλλον. Ο νόμος αυτός αναφέρει, επίσης, τις προϋποθέσεις που πρέπει να τηρούνται στα νέα κτήρια που είναι δημόσια, σε χώρους συνάθροισης, προσωρινής διαμονής, σε εκπαιδευτικά κτίρια, σε εγκαταστάσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος και κοινωνικής πρόνοιας, σε σωφρονιστικά ιδρύματα, σε κτίρια που αφορούν τη δικαιοσύνη, σε γραφεία που σχετίζονται με το εμπόριο, τη βιομηχανία και τη βιοτεχνία, σε χώρους στάθμευσης και πρατήρια καυσίμων, αλλά και σε χώρους που ήδη έχουν κτιστεί. Ακολουθώντας, στην Εικόνα 7 και στην Εικόνα 8 παρουσιάζονται 2 παραδείγματα προδιαγραφών που πρέπει να πληρούνται για την διευκόλυνση των ατόμων με αναπηρία.





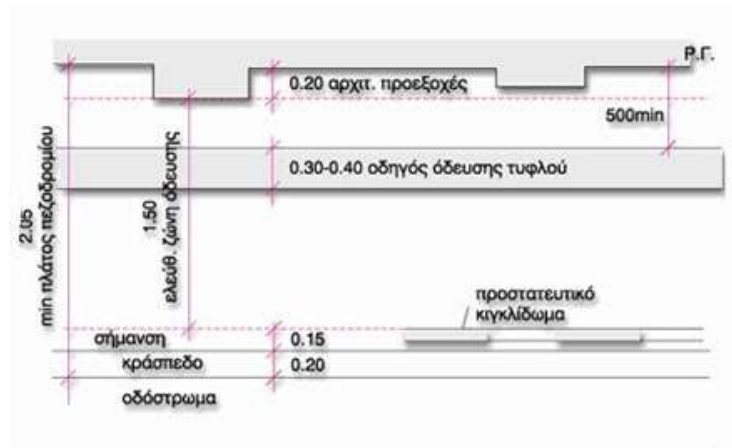
Εικόνα 7 Το εσωτερικό των δημόσιων χώρων υγιεινής με ντους, για εμποδιζόμενα άτομα (Υπουργείο περιβάλλοντος κι ενέργειας, 2018)



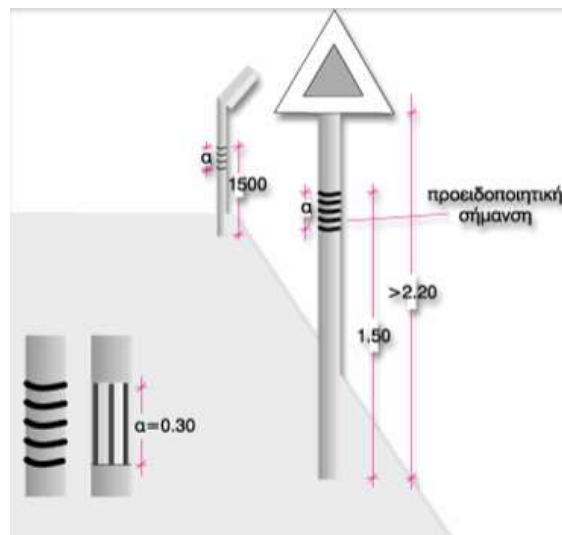
Εικόνα 8 Χώρος στάθμευσης για ΑμεΑ (Υπουργείο περιβάλλοντος κι ενέργειας, 2018)

Στον κανονισμό αυτόν δεν παραλείπονται κι οι κοινόχρηστοι χώροι, όπως πεζοδρόμια και πλατείες. Έχουν δημιουργηθεί, λοιπόν συγκεκριμένες οδηγίες που αποσκοπούν στην εύκολη κι ασφαλή μετακίνηση των ατόμων με αναπηρία στους κοινόχρηστους αυτούς χώρους όπως φαίνεται και στο παράδειγμα της Εικόνα 9.





Εικόνα 9 Προδιαγραφές δημόσιων δρόμων για την διευκόλυνση των ΑμεΑ (Υπουργείο περιβάλλοντος και ενέργειας, 2018)



Εικόνα 10 Σήμανση για τα ΑμεΑ (Υπουργείο περιβάλλοντος και ενέργειας, 2018)

### 3.8 Οικονομική ενίσχυση

Το 2018, ψηφίστηκε από το ελληνικό κράτος ο νόμος 4512/2018, ο οποίος στόχευε στην αναδιοργάνωση της Κοινωνικής αλληλεγγύης. Με το άρθρο 215 από το Φεβρουάριο του 2018, η κυβέρνηση της χώρας ξεκινά ένα πρόγραμμα παροχής προνοιακών χρημάτων, που αφορούν τα άτομα με αναπηρία. Την ολοκλήρωση των διεργασιών που απαιτούνται για την ολοκλήρωση αυτού του προγράμματος ανέλαβε ο Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ) από κοινού με τα Κέντρα Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.ΠΑ). Η όλη διαδικασία πραγματοποιείται μέσω ηλεκτρονικής αξιολόγησης της αναπηρίας κι αφορά μόνο άτομα που αιτούνται για πρώτη φορά την παροχή αυτή και είναι κάτοικοι της περιφέρειας της Αττικής.

Στις 23 Ιουλίου του 2018, η διαδικασία αυτή άρχισε να πραγματοποιείται και στην περιφερειακή ενότητα Θεσσαλονίκης. Σε αυτήν την περίπτωση, όπως ακριβώς συνέβη και στην περιφέρεια Αττικής, στο πρόγραμμα υπάγονται υποχρεωτικά, μόνο τα άτομα με αναπηρία που καταθέτουν για πρώτη φορά αίτηση για την διεκδίκηση των προνοιακών παροχών με χρήμα. Το Σεπτέμβριο του ίδιου έτους, το συγκεκριμένο πολιτικό πρόγραμμα, επεκτάθηκε για τα ΑμεΑ που είναι μόνιμοι κάτοικοι της περιφερειακής ενότητας της Αχαΐας.

Με το άρθρο 17 του νόμου 4549/2018, του ίδιου έτους, η διαδικασία χορήγησης των προνοιακών παροχών σε χρήμα, για τα άτομα με αναπηρία, που για πρώτη φορά καταθέτουν αίτηση διεκδικώντας, από τον ΟΠΕΚΑ, τις παροχές που προαναφέρθηκαν, αρχίζει σταδιακά να δίνει την ευκαιρία να πραγματοποιήσουν την ηλεκτρονική υποβολή αίτησης σε όλη την επικράτεια. Οι όροι κι οι προϋποθέσεις, που ελήφθησαν υπόψη κατά τη διάρκεια επιτέλεσης του προγράμματος στην περιφέρεια Αττικής και Θεσσαλονίκης παραμένουν ίδιοι με βάση το των παραγράφου 9 και 14-16, του άρθρου 215, του νόμου 4512/2018 (Α' 5).

Ο στόχος της ελληνικής κυβέρνησης με το ψήφισμα του νέου αυτού νόμου είναι να εξυπηρετηθούν τα άτομα με αναπηρία, χωρίς να χρειαστεί να προβούν σε γραφειοκρατικές διαδικασίες. Πιο συγκεκριμένα, τους δόθηκε η ευκαιρία να διεκδικήσουν τις προνοιακές αυτές παροχές με ηλεκτρονικά μέσα. Με αυτόν τον τρόπο, ο χρόνος που χρειάζεται να αφιερώσει κανείς για την καταβολή της αίτησης περιορίζεται σημαντικά κι υπάρχει τέλος, απόλυτη διαφάνεια.

### 3.9 Υποστηρικτική τεχνολογία

Σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 6, που αναφέρθηκε νωρίτερα, τα άτομα με αναπηρία έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρα που εξασφαλίζουν την αυτονομία τους και την επαγγελματική και κοινωνική τους ένταξη. Σαφώς, λοιπόν το κράτος οφείλει να παρέχει και υποστηρικτική τεχνολογία, ώστε να διασφαλίζεται η ίση ευκαιρία στην προσβασιμότητα.

Η διάταξη 5 Α παρ. 2 αναφέρει ως δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία, να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες που υπάρχουν στο διαδίκτυο, όπως, επίσης, και να παράγουν, να ανταλλάσσουν και να διακινούν αυτές. Με το άρθρο που προαναφέρθηκε, λοιπόν διασφαλίζεται πως το κράτος υποχρεούται να πάρει τα κατάλληλα μέτρα, ώστε να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος.

Στο Άρθρο 2, παρ. 5, εδάφιο δ, αναφέρεται πως στην ειδική αγωγή, είναι υποχρεωτική η παροχή πάσης φύσεως εξοπλισμού, στον τομέα της εκπαίδευσης, ώστε να γίνει δυνατή η ισότιμη πρόσβαση των ΑμεΑ σε κάθε σχολικό πλαίσιο. Μερικά παραδείγματα υποστηρικτικών συσκευών φαίνονται στις εικόνες που ακολουθούν.



Εικόνα 11 Ποντίκι με χειρισμό κεφαλής (Head-controlled mouse) (Σωτηρία Καρολίδο, 2017)



Εικόνα 12 Λαβή σταθεροποίησης άκρου (Σωτηρία Καρολίδο, 2017)

# Κεφάλαιο 4ο: Κρατικές παροχές χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) για τα ΑμεΑ

## 4.1 Εκπαίδευση

Στη Φινλανδία η ένταξη ατόμων με αναπηρία σε τυπικά σχολεία είναι η βασική πολιτική του εκπαιδευτικού τους συστήματος (Naukkarinen, 2003 & Saloviita, 1999 & Ministry of Education, 2007). Τα παιδιά ξεκινούν το σχολείο στα 7 τους έτη. Όσοι γονείς το επιθυμούν έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν και την προσχολική αγωγή, η οποία διαρκεί ένα έτος και ξεκινά από την ηλικία των 6 χρόνων. Εν συνεχεία, ξεκινά η βασική εκπαίδευση, η οποία διαρκεί 6 έτη κι έπειτα ακολουθεί το δεύτερο επίπεδο το οποίο ολοκληρώνεται σε 3 χρόνια. Τα παιδιά μπορούν έπειτα να επιλέξουν αν θα συνεχίσουν τις σπουδές τους σε σχολές επαγγελματιών ή θα συνεχίσουν στην ανώτερη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Πολύ σημαντικό για τα παιδιά που παρουσιάζουν δυσκολίες στη μάθηση, είναι να γίνει μία πρώιμη παρέμβαση από τους εκπαιδευτικούς (Finnish National Board of Education, 2004 & Ministry of Education, 2007). Η παρέμβαση κι η υποστήριξη δίνεται αμέσως μόλις παρατηρηθεί κάποιου είδους δυσκολία σε κάποιον από τους μαθητές. Αρχικά τον ρόλο αυτό αναλαμβάνει η δασκάλα της τάξης στην οποία φοιτά το παιδί που παρουσιάζει μαθησιακές δυσκολίες. Εάν θεωρηθεί απαραίτητο, παρεμβαίνει η ειδική παιδαγωγός την οποία οφείλει να παρέχει κάθε σχολείο. Αξίζει να σημειωθεί πως οι ειδικοί παιδαγωγοί απασχολούνται κατά κύριο λόγο σε τυπικά σχολεία κι το μοντέλο που ακολουθείται σε αυτά είναι να αποσπάται το παιδί, που χρήζει περεταίρω βοήθειας, από την αίθουσα κατά τη διάρκεια του μαθήματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, που θα κριθεί απαραίτητο, το παιδί μπορεί να παρακολουθεί κι εβδομαδιαίες συνεδρίες, ώστε να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις του σχολείου του (Kllinger, et al., 1998 & Ström, 1996 & Huhtanen, 2000).

Πρέπει να σημειωθεί ότι σε κάθε παιδί που αρχίζει την ακαδημαϊκή του σταδιοδρομία, δίνεται, από το Υπουργείο Παιδείας, ένα χρηματικό ποσό για να διατεθεί γι' αυτόν τον σκοπό. Στις περιπτώσεις των παιδιών που θεωρούνται άτομα με αναπηρία που θεωρούνται άτομα με αναπηρία έχουν την κατά 1,5 περισσότερο από τα τυπικά παιδιά. Βαρύνουσας σημασίας για το Φινλανδικό κράτος είναι οι ειδικοί παιδαγωγοί όχι μόνο να διδάσκουν τους μαθητές που χρειάζονται περεταίρω υποστήριξη, αλλά κατά κύριο λόγο να λειτουργήσουν συμβουλευτικά προς τους δασκάλους των τυπικών σχολείων (Huhtanen, 2000 & Ström, 1996 & Buysse Wesley, 2004).

## 4.2 Αυτόνομη διαβίωση

Η αυτόνομη διαβίωση των ΑμεΑ, είναι κάτι που έχει απασχολήσει πολλές χώρες της Ευρώπης. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, πολλά κράτη παρέχουν, σε όποιον το χρειάζεται, προσωπική βοήθεια. Ο τρόπος, όμως, με τον οποίο παρέχεται τελικά, φαίνεται να διαφέρει ανάλογα με την εκάστοτε περιοχή. Μία από τις χώρες αυτές είναι η Σουηδία, η οποία έχει καταφέρει να επιτρέψει την πλήρη επιλογή κι έλεγχο των ίδιων των ατόμων με αναπηρία στον τρόπο ζωής τους. Πιο συγκεκριμένα, παρέχει στους πολίτες της προσωπική βοήθεια, την οποία μπορούν να λάβουν όποτε και για όποιον λόγο οι ίδιοι το θελήσουν. Κατ' αυτόν τον τρόπο, κάθε άτομο με αναπηρία επιτυγχάνει να έχει την ανεξαρτησία που δικαιούται κι επιπλέον του δίνεται η ευκαιρία ισότιμης πρόσβασης με κάθε πολίτη του σουηδικού κράτους (Pinto, 2011).

Η προσέγγιση αυτή φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντική, σύμφωνα με τον Rendal, ο οποίος υποστηρίζει πως οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τα ΑμεΑ μετρούν το επίπεδο ανεξαρτησίας ανάλογα με το κατά πόσο μπορεί να ανταπεξέλθει κανείς στις καθημερινές του δραστηριότητες, ενώ τα ίδια τα άτομα με αναπηρία την μετρούν με το ποσοστό ελέγχου που έχουν στο πότε και πως θα δεχτούν τη βοήθεια που τους παρέχεται (Rendal, 1999).

Για την ενίσχυση αυτού του σκοπού η κυβέρνηση της Σουηδίας χρηματοδοτεί τα άτομα με βλάβη ή δυσλειτουργία, με σκοπό να διατεθεί το ποσό αυτό σε προσωπικούς βοηθούς, που θα τους επιτρέψουν να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Τα χρήματα που παρέχονται στους δικαιούχους δίνονται σε μορφή άμεσων πληρωμών, καθώς η κυβέρνηση της Σουηδίας έχει εμπνευστεί από τη φιλοσοφία του ανεξάρτητου ζωντανού κινήματος, σύμφωνα με το οποίο είναι βαρύνουσας σημασίας να έχει κανείς την επιλογή και τον έλεγχο της ζωής του (Ratzka, 1986, 2003, Shea, 2003). Σύμφωνα με το νόμο που κατοχυρώθηκε το 1994, τα χρήματα διανέμονται από το κράτος σε όσους χρειάζονται προσωπικούς βοηθούς για την εκτέλεση πολύ βασικών αναγκών, όπως η προσωπική υγιεινή, το φαγητό, η ένδυση κι η επικοινωνία, για 20 ή και περισσότερες ώρες εβδομαδιαίως. Μάλιστα περίπου 7.400 άτομα με αναπηρία έλαβαν αυτό το χρηματικό ποσό το Δεκέμβριο του 2004 (Anderberg, 2007). Πρέπει ακόμη να επισημανθεί πως τα χρήματα που παρέχονται από το κράτος είναι ισόποσα σε κάθε άτομο με αναπηρία, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή την περιουσιακή κατάσταση του καθενός. Τέλος, κάθε δικαιούχος μπορεί να επιλέξει ελεύθερα το άτομο που θα του παρέχει τελικά τη βοήθεια (Anderberg, 2007).

#### **4.3 Επαγγελματική αποκατάσταση**

Στη Ιταλία ψηφίστηκε το 1968 ο νόμος 482, ο οποίος απαιτούσε από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις, αλλά και τους δημόσιους φορείς να προσλαμβάνουν άτομα με αναπηρία. Οι οργανισμοί, στους οποίους αναφερόταν αυτός ο νόμος, ήταν όσοι από αυτούς απασχολούσαν τουλάχιστον 35 άτομα. Σε αυτήν την περίπτωση, το 15% του συνολικού εργατικού δυναμικού έπρεπε να έχει έναν βαθμό αναπηρίας. Μετέπειτα, ο νόμος αυτός τροποποιήθηκε απαιτώντας πλέον στις επιχειρήσεις, που απασχολούν περισσότερους από 50 εργαζόμενους, να προσλαμβάνουν 7 έως 15% από το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού, άτομα με αναπηρία (Borzaga, & Loss, 2002).

Η πολιτική η οποία θα χρησιμοποιηθεί από το ιταλικό κράτος για να ενσωματώσει τα άτομα με αναπηρία στην αγορά εργασίας μπορεί να διακριθεί στους εξής τέσσερις τρόπους:

- Υποχρεωτική πρόσληψη ορισμένου αριθμού ατόμων με αναπηρία από τις επιχειρήσεις.
- Προσπάθεια να αντισταθμιστεί η χαμηλότερη επίδοση των ατόμων με αναπηρία που εργάζονται στις επιχειρήσεις.
- Άμεση ένταξη των ατόμων με αναπηρία σε εργασιακούς χώρους δημόσιων φορέων.
- Υποστήριξη της στοχοκατευθυνόμενης απασχόλησης και κατάρτιση των ατόμων με αναπηρία

Αξίζει να σημειωθεί πως στο ιταλικό κράτος, η ενέργειες των κοινωνικών συνεταιρισμών αποτέλεσαν σημαντικό παράγοντα για την επίτευξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με αναπηρία (Thomas, 2004). Οι ομάδες αυτές δίνουν στα ΑμεΑ θέσεις εργασίας, τα οποία εκπαιδεύουν έχοντας ως στόχο την κατάρτιση αυτών είτε για να τους προετοιμάσουν για την αγορά εργασίας είτε για να τους απασχολήσουν πλέον οι ίδιοι.

Αυτός ο καινοτόμος τρόπος λειτουργίας των συνεταιρισμών, που προαναφέρθηκαν, έχουν δύο πολύ βασικά πλεονεκτήματα (Borzaga, & Loss, 2002):

- Η εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία είναι χαμηλότερη συγκριτικά σε άλλες επιχειρήσεις. Επίσης, οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί μπορούν να πιστοποιήσουν τις πραγματικές δυνατότητες που έχουν τα άτομα με αναπηρία που απασχολούνται σε αυτούς.
- οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί για την ένταξη στην εργασία χαρακτηρίζονται από τον περιορισμό της μη διανομής και από τη συμμετοχική διαχείριση. Χάρη σε αυτά τα χαρακτηριστικά, φαίνεται πιο αξιόπιστη και αξιόπιστη, τόσο για τη δημόσια διοίκηση όσο και για τα συνδικάτα.

#### 4.4 Πρώιμη παρέμβαση

Στην Πορτογαλία άρχισε να ισχύει μία μέθοδος πρώιμης παρέμβασης από το 2009. Στον νόμο που δημιουργήθηκε, για να καθιερωθεί η μέθοδος της «πρώιμης παρέμβασης», έγινε σαφές ότι το πρόγραμμα αυτό θα πρέπει να έχει ως επίκεντρο όχι μόνο το παιδί, αλλά όλη την οικογένεια (Pereira, A. P. D. S., & Serrano, 2014). Πιο συγκεκριμένα, με την καινούρια νομοθεσία ορίστηκε το πρόγραμμα «Πρώιμης παρέμβασης» ως ένα πρόγραμμα υποστήριξης που εστιάζει στην οικογένεια και σε αυτό περιλαμβάνονται δράσεις πρόληψης που αφορούν την αποκατάσταση, την εκπαίδευση, την υγεία και την κοινωνική ασφάλιση. Η κρατική αυτή παροχή στοχεύει στα παιδιά και στις οικογένειες αυτών που έχουν διαγνωστεί με κάποια διαταραχή ή έχουν μεγάλη επικινδυνότητα και λαμβάνει χώρα από τη στιγμή της γέννησής τους και μέχρι την ηλικία των 6 ετών.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί πως η μέθοδος πρώιμης παρέμβασης, εφόσον αφορά όλη την οικογένεια, δεν μπορεί να είναι ίδια για κάθε περιστατικό (Dunst, et al., 1994). Κάθε οικογένεια λειτουργεί με διαφορετικό τρόπο κι αυτό είναι κάτι που πρέπει να σέβεται κάθε ειδικός. Είναι σημαντικό, λοιπόν πριν από κάθε δραστηριότητα που πραγματοποιείται και πριν από κάθε καθοδήγηση που δίνεται να λαμβάνονται υπόψη οι πεποιθήσεις κι οι αξίες των μελών μίας οικογένειας κι ο τρόπος αλληλεπίδρασης που έχουν μεταξύ τους.

Παρ' όλα αυτά, θεωρήθηκε σημαντική η ύπαρξη κάποιων θεμελιωδών κανόνων που πρέπει να τηρούνται κι είναι οι εξής:

- Η συμμετοχή της οικογένειας σε όλη τη διαδικασία της πρώιμης παρέμβασης
- Η που θα συμβάλει στο σκοπό αυτόν.
- Η ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου για κάθε περίπτωση σχέδιο παρέμβασης.

Ύστερα από μελέτες διάφορων ερευνητών που στόχο είχαν την αξιολόγηση του προγράμματος πρώιμης παρέμβασης, έγινε αντιληπτή η σπουδαιότητα της συμμετοχής και της στήριξης του φυσικού περιβάλλοντος για την καλύτερη δυνατή επίδραση αυτού στο παιδί. Όταν δηλαδή συμβάλει στην παρέμβαση η οικογένεια και το νηπιαγωγείο στο οποίο ενδεχομένως να φοιτά το παιδί, εάν είναι στην κατάλληλη ηλικία, τα αποτελέσματα του προγράμματος ευνοούν περισσότερο την ανάπτυξη των δεξιοτήτων του, συγκριτικά με τα αποτελέσματα που θα υπήρχαν εάν το παιδί έκανε ατομικές συνεδρίες σε εξειδικευμένες κλινικές (Bonvin, & Rosenstein, 2008).

#### 4.5 Κέντρα αποκατάστασης

Το ολλανδικό κράτος, μεριμνώντας για την αποκατάσταση των ατόμων με αναπηρία έχει προσλάβει εξειδικευμένο προσωπικό σε νοσοκομεία, αλλά και σε κέντρα αποκατάστασης. Ο αριθμός του προσωπικού αυτού είναι περίπου 350 άτομα και τα κέντρα που εξειδικεύονται στην αποκατάσταση είναι 24. Τόσο η αποκατάσταση που παρέχεται στα νοσοκομεία όσο κι η αντίστοιχη φροντίδα στα κέντρα αποκατάστασης, καλύπτονται από το ολλανδικό κράτος. Ο τομέας αποκατάστασης απασχολεί συνολικά 8.700 άτομα, εκ των οποίων τα 120 είναι απόφοιτοι της ιατρικής που κάνουν την εξειδίκευσή τους, τα 2.000 είναι νοσηλευτές με ειδίκευση στην αποκατάσταση, τα 265 πρόκειται για κοινωνικούς λειτουργούς, τα 250 για ψυχολόγους, τα 900 είναι φυσικοθεραπευτές, τα 385 πρόκειται για λογοθεραπευτές και τα 700 είναι εργοθεραπευτές. Το ολλανδικό κράτος παρέχει χρήματα για να διασφαλίσει την καλύτερη δυνατή σωστή λειτουργία των τμημάτων αποκατάστασης. Ο ετήσιος προϋπολογισμός, συγκεκριμένα, ανέρχεται στα 369.000 εκατομμύρια ευρώ. Οι ασθενείς που εξυπηρετούνται σε τμήματα αποκατάστασης είναι περίπου 52.800 το έτος. Πιο συγκεκριμένα, τα 45.000 άτομα είναι εξωτερικοί ασθενείς, από τους οποίους οι 9.000 είναι άτομα κάτω των 17 χρόνων κι οι υπόλοιποι 7.800 είναι ασθενείς που χρειάζεται να νοσηλευτούν, από τους οποίους οι 350 πρόκειται για άτομα, επίσης, κάτω των 17 χρόνων. Έχει υπολογιστεί πως ο μέσος όρος θεραπείας για ένα ενήλικο άτομο, που του παρέχεται εξωτερική θεραπεία, ολοκληρώνεται σε περίπου 6 μήνες, ενώ η χρονική περίοδος που χρειάζεται να νοσηλευτεί κυμαίνεται στις 13 εβδομάδες. Πρέπει σε αυτό το σημείο να επισημανθεί πως η απόκλιση ανάμεσα στο χρόνο ανάρρωσης των ασθενών είναι σημαντική, καθώς αυτή εξαρτάται από τον τύπο της βλάβης ή δυσλειτουργίας που εμφανίζεται κι από τη σοβαρότητα της κατάστασης. Η αποκατάσταση των ασθενών λαμβάνει χώρα, κατά κύριο λόγο, στα 24 κέντρα αποκατάστασης της Ολλανδίας. Αναλυτικότερα, το 90% της θεραπείας γίνεται στα κέντρα αυτά, ενώ το 10% παρέχεται σε τμήματα αποκατάστασης των νοσοκομείων (Ribbers, 2007).

Ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας που παρέχεται στα κέντρα αποκατάστασης των Κάτω Χωρών και φαίνεται να συνεχίζει να αυξάνεται είναι η νευροαποκατάσταση. Αυτού του είδους της θεραπείας χρειάζεται να παρέχεται κατά 67% της συνολικής θεραπείας των παιδιών που χρήζουν αποκατάστασης, κατά 31% της θεραπείας των ενήλικων εξωτερικών ασθενών και το 50% της αποκατάστασης όλων των ασθενών που νοσηλεύονται. Στα ολλανδικά κέντρα αποκατάστασης συμπεριλαμβάνονται διαγνώσεις για εγκεφαλικές κακώσεις, εγκεφαλικά επεισόδια, τραυματισμούς του νωτιαίου μυελού, τραυματισμούς της σπονδυλικής στήλης, εγκεφαλική παράλυση και νευροεκφυλιστικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα η σκλήρυνση κατά πλάκας και το Parkinson (Ribbers, 2007).

#### **4.6 Υγειονομική περιθαλψη**

Στο βελγικό κράτος, την πολιτική που ακολουθείται για τα ζητήματα που αφορούν την ασφάλιση υγείας και τον προϋπολογισμό που απαιτείται για τη δημόσια υγεία την αποφασίζουν από κοινού οι εκπρόσωποι της κυβέρνησης και των ταμείων ασθενείας, οι εκπρόσωποι εργοδοτών, οι εκπρόσωποι μισθωτών κι οι εκπρόσωποι αυτοαπασχολούμενων. Ένας σημαντικός παράγοντας που λαμβάνεται, επίσης, υπόψη είναι οι εθνικές συμβάσεις κι οι διάφορες συμφωνίες μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ταμείων ασθενείας. Στη δεκαετία του 1980, του 1990 και του 2000, έγιναν σημαντικές μεταρρυθμίσεις με στόχο την έλεγχο των παροχών υγειονομικής περιθαλψης και την αύξηση της οικονομικής ευθύνης των βασικών παραγόντων του συστήματος (Gerkens, et al, 2010).

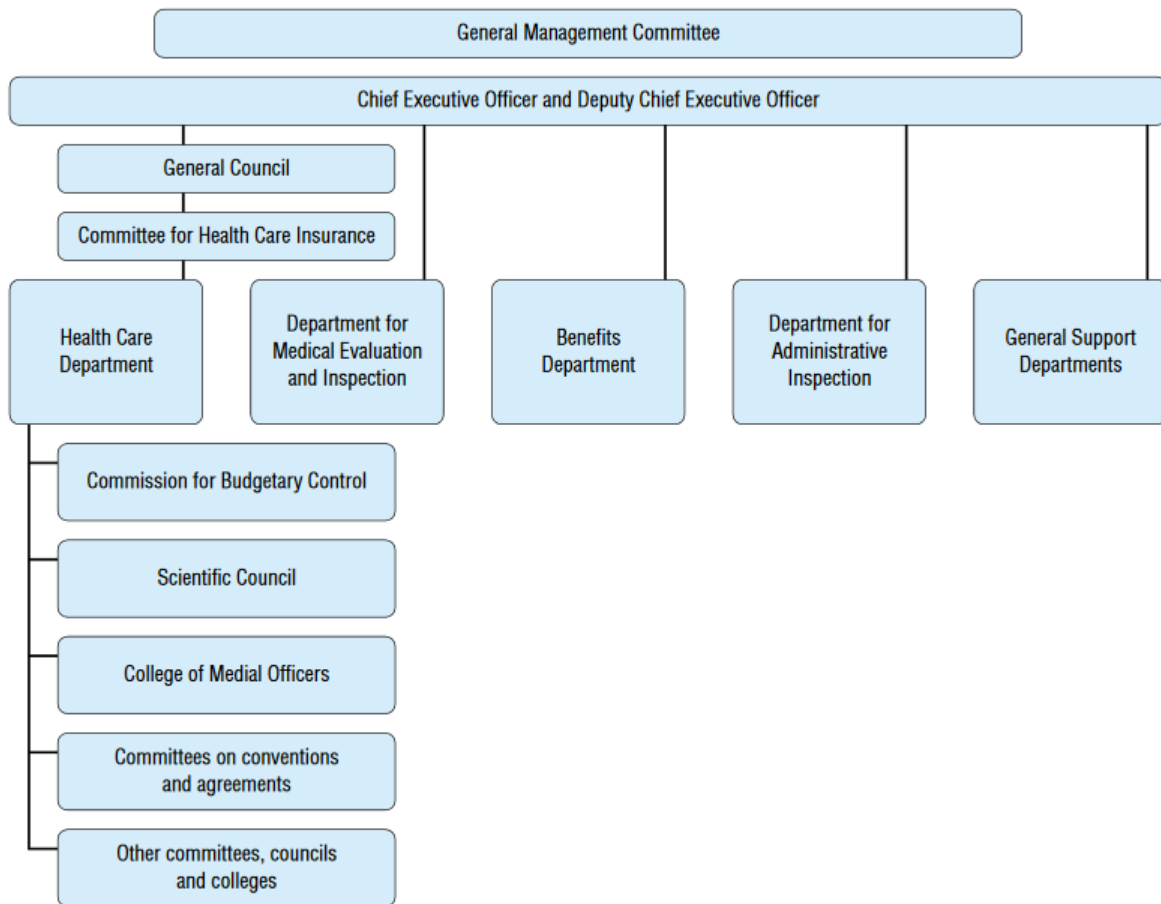
Η υποχρεωτική ασφάλιση καθιερώθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ασφάλισης Αναπηρίας, το οποίο έχει την αρμοδιότητα να χορηγεί το ταμείο ασθενείας με έναν προϋπολογισμό, ώστε να είναι εφικτή η χρηματοδότηση που απαιτείται για τις δαπάνες που

αφορούν την υγειονομική περίθαλψη και τα μέλη αυτού. Οι δικαιούχοι της ασφάλισης ασθενείας για να μπορέσουν να διεκδικήσουν αυτές τις παροχές, υποχρεούνται να λάβουν μέρος ή να προβούν σε εγγραφή στο ταμείο ασθενείας. Το μικρό μέρος του πληθυσμού που δεν δικαιούται ασφάλιση ασθενείας, εξυπηρετούνται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες παρέχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Gerkens, et al, 2010).

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ασφάλισης Αναπηρίας πρόκειται για ένα ίδρυμα, το οποίο είναι δημοσίου ενδιαφέροντος κι αφορά την κοινωνική ασφάλιση. Το ίδρυμα αυτό λογοδοτεί στο Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Δημόσιας Υγείας. Οι αρμοδιότητές του ιδρύματος είναι η γενική οργάνωση της υποχρεωτικής ασφάλισης της υγείας και των παροχών του συστήματος υγείας κι η δημοσιονομική διαχείριση αυτών. Ακολούθως αναφέρονται ορισμένες βασικές διαδικασίες τις οποίες υποχρεούται να διασφαλίζει το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ασφάλισης Αναπηρίας (Gerkens, et al, 2010):

- οργάνωση των εξόδων που σχετίζονται με την υγεία κι επιστροφή αυτών από το κράτος
- εξασφάλιση ενός εισοδήματος, το οποίο θα δίνεται σε περίπτωση αδυναμίας του ατόμου να το διαθέτει
- επεξεργασία και ρύθμιση του νομοθετικού πλαισίου και των ρυθμίσεων που αφορούν το σύστημα υγείας
- οργάνωση του τρόπου διαχείρισης του προϋπολογισμού που παρέχεται για την υποχρεωτική ασφάλιση και διασφάλιση της κατάλληλης χρηματοδότησης των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ταμείων ασθενείας
- έλεγχος και συνεχής επίγνωση των εξόδων που πραγματοποιούνται με σκοπό την υγειονομική περίθαλψη
- ενημέρωση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των ταμείων ασθενείας και των ατόμων που δικαιούνται υποχρεωτική ασφάλιση ασθενείας για τις εξελίξεις της νομοθεσίας και των μεταρρυθμίσεων αυτής, ώστε να διασφαλίζεται με αυτόν τον τρόπο η σωστή εφαρμογή της
- οργάνωση των διαπραγματεύσεων που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των διαφόρων φορέων που σχετίζονται με την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας

Για να μπορέσουν να επιτευχθούν όλοι αυτοί οι στόχοι, το ίδρυμα διασπάστηκε σε 5 τμήματα καθένα από τα οποία αναλαμβάνει την διεκπεραίωση συγκεκριμένων αρμοδιοτήτων. Πιο συγκεκριμένα, τα 5 αυτά τμήματα είναι το Τμήμα Υγείας, το Τμήμα Ιατρικής Αξιολόγησης και Επιθεώρησης, το τμήμα παροχών το Τμήμα Διοικητικής Επιθεώρησης και τα τμήματα Γενικής Υποστήριξης (De Cock (2007). L'INAMI sous la loupe. Brussels, National Institute for Health and Disability Insurance). Ακολούθως, στην εικόνα Εικόνα 13, παρουσιάζεται ένα σχήμα που απεικονίζει την δομή του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Ασφάλισης Αναπηρίας [National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI)]:



Εικόνα 13 Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ασφάλισης Αναπηρίας του Βελγίου (Gerken, et al, 2010)

#### 4.7 Έργα υποδομής

Το Ηνωμένο Βασίλειο, με αρχή τη νομοθετική πράξη του 1995 περί διακρίσεων λόγω αναπηρίας, κατοχύρωσε το δικαίωμα κάθε ανθρώπου με αναπηρία να έχει ισότιμη, με κάθε πολίτη, πρόσβαση στην επαγγελματική απασχόληση, στην τομέα της εκπαίδευσης, στην μετακίνηση, στα αγαθά και τις υπηρεσίες και στις εγκαταστάσεις.

Όσον αφορά τα μέσα μαζικής μεταφοράς, το 5<sup>ο</sup> μέρος του ίδιου νόμου έδωσε την εξουσία στην κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου να δημιουργήσει κανονισμούς, που στοχεύουν στην προσβασιμότητα των ΑμεΑ σε λεωφορεία, πούλμαν, τρένα και ταξί. Το 1998 άρχισαν να ισχύουν οι Κανονισμοί Προσβασιμότητας Σιδηροδρομικών Οχημάτων, τους οποίους διαδέχτηκαν το 2000 οι Κανονισμοί Προσβασιμότητας των Οχημάτων Δημόσιας Υπηρεσίας. Την δεύτερη ομάδα κανονισμών αφορούσαν οχήματα, τα οποία μπορούσαν να εξυπηρετήσουν τουλάχιστον 22 επιβάτες. Ακόμη, στα λεωφορεία με χαμηλό δάπεδο, χρησιμοποιείται ένας μηχανισμός που χαμηλώνει την ανάρτηση του οχήματος, ώστε να μειώνεται το ύψος του οχήματος και κατ' επέκταση να μειώνεται και το ύψος των βημάτων που αναγκάζονται να κάνουν τα άτομα με αναπηρία κατά την επιβίβαση κι αποβίβασή τους. Εναλλακτικά, για την λύση του ίδιου προβλήματος, χρησιμοποιείται ειδική ράμπα ή ανεγκυστήρας (Elliott, and Savill 2001).

Επίσης, κρίθηκε σκόπιμο να εκπαιδευτεί το προσωπικό, αλλά και τα διευθυντικά στελέχη των δημόσιων συγκοινωνιών, ώστε οι υπηρεσίες που παρέχονται να μπορούν να θεωρηθούν προσβάσιμες από κάθε οπτική. Για τον λόγο αυτό, άρχισαν να διεξάγονται



μαθήματα κατάρτισης και εκπαιδευτικά προγράμματα για λεωφορεία, ταξί και μικρότερης χωρητικότητας λεωφορεία, ώστε να υπάρξει ευαισθητοποίηση.

Για την προσβασιμότητα που σχετίζεται με την ασφάλεια των πεζών στο δρόμο και συγκεκριμένα με τα έργα οδοποιίας, το 1991, ψηφίστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, νόμος που περιγράφει τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν. Ο νόμος αυτός διασφάλισε τις κατευθυντήριες οδηγίες, που πρέπει να εφαρμοστούν, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος των πεζών ατόμων με αναπηρία, ιδιαίτερα των ατόμων με προβλήματα όρασης.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει προβλεφθεί, επίσης η παροχή απτικών κι ακουστικών σημάτων, που στόχο έχουν την ομαλή κι ασφαλή πορεία των πεζών στους δρόμους. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει διαφοροποίηση του εδάφους, η οποία προειδοποιεί τους πεζούς για την ύπαρξη διαβάσεων. Στα πεζοδρόμια, τοποθετούνται συνολικά 6 διαφορετικοί τύποι επιφανειών και το καθένα, από αυτά ερμηνεύεται από τα άτομα με προβλήματα όρασης, με διαφορετικό τρόπο, όπως για παράδειγμα προειδοποίηση για το τέλος το τμήματος του πεζοδρομίου. Υπάρχουν, επίσης, συνεχόμενες κατευθυντήριες γραμμές όδευσης τυφλών, κατά μήκος των πεζοδρομίων, για την καθοδήγηση αυτών μέσα στην πόλη. Για την περαιτέρω διευκόλυνσή τους, έχουν εξασφαλιστεί ακόμη ηχητικά σήματα, που προειδοποιούν τα άτομα με προβλήματα όρασης τότε είναι ασφαλές να διασχίσουν το δρόμο (Venter, et al, 2002).

#### 4.8 Οικονομική ενίσχυση

Για την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς βίου, το γερμανικό κράτος έχει μεριμνήσει, ώστε οι πολίτες του, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, να λαμβάνουν μία οικονομική ενίσχυση, ένα επίδομα, εωσότου έχουν ξανά τη δυνατότητα να κερδίζουν, από μόνοι τους, ένα χρηματικό ποσό που θα τους εξασφαλίζει τα προς το ζην. Στην περίπτωση, λοιπόν αναπηρίας, δίνεται μία σύνταξη, της οποίας το ποσό εξαρτάται από τη σοβαρότητα της βλάβης ή της δυσλειτουργίας, από το πόσο αυτή ενδέχεται να διαρκέσει κι από το κατά πόσο λειτουργεί ως εμπόδιο στην εκτέλεση μιας εργασίας. Η σύνταξη αυτή δίνεται, συγκεκριμένα, όταν πρόκειται για πλήρη αδυναμία εργασίας, όταν δηλαδή το άτομο με αναπηρία δεν μπορεί να εργαστεί για παραπάνω από 3 ώρες ημερησίως. Η δεύτερη περίπτωση στην οποία η γερμανική κυβέρνηση διαθέτη αυτήν την οικονομική ενίσχυση, είναι όταν ένας πολίτης έχει μερική αδυναμία εργασία, δηλαδή, όταν μπορεί να εργασθεί από 3 έως κι 6 ώρες την ημέρα. Για να δοθεί σε ένα άτομο αυτό το προνόμιο, θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση να διαθέτει αυτός ασφαλιστικές εισφορές για τουλάχιστον 5 έτη κι υποχρεωτική ασφάλιση για το λιγότερο 36 μήνες κι όλα αυτά να έχουν συμβεί τα τελευταία 5 χρόνια (Social Security Administration, 2010).

Στην περίπτωση που η αναπηρία ενός ατόμου είναι προσωρινή, ο εργοδότης υποχρεούται να συνεχίσει, για ένα χρονικό διάστημα, το οποίο είναι συνήθως 6 μήνες, την πληρωμή του υπαλλήλου του. Με το πέρας αυτής της περιόδου, το γερμανικό κράτος αναλαμβάνει να του χορηγεί επιδόματα μέσω του ταμείου κάλυψης από ατύχημα. Τα επιδόματα αυτά παρέχονται στο δικαιούχο από τη στιγμή που θα διαγνωσθεί με προσωρινή αναπηρία και στην περίπτωση που η βλάβη ή η δυσλειτουργία οφείλεται στην εργασία του ατόμου, χορηγείται έως να επέλθει η πλήρης ανάρρωσή του. Όσον αφορά τις περιπτώσεις όπου το άτομο με αναπηρία αναμένεται να μην έχει τη δυνατότητα να επανενταχθεί στον χώρο εργασίας του, τα επιδόματα αυτά του διανέμονται για 78 εβδομάδες. Το ποσό που τους παρέχει η γερμανική κυβέρνηση είναι το 80% του τελευταίου ασφαλιζόμενου μισθού, χωρίς αυτό να ξεπερνά το τελευταίο του καθαρό εισόδημα. Επίδομα δίνεται, επίσης, και κατά την περίοδο ανάρρωσης του ατόμου κι εωσότου επιτευχθεί η πλήρης επάνοδός του στην εργασία (Social Security Administration, 2010).

Όταν πρόκειται για μόνιμη αναπηρία, το κράτος παρέχει ετήσια σύνταξη ή οποία ανέρχεται στο 66.1% των αποδοχών που είχε ο εργαζόμενος κατά το έτος, πριν αποκτήσει τη βλάβη ή δυσλειτουργία. Σε περιπτώσεις που η μόνιμη αναπηρία είναι μερική σε ποσοστό από 20% έως 99% δίνεται το αντίστοιχο ποσοστό της σύνταξης αυτής. Ένα ποσοστό της σύνταξης παρέχεται, επίσης, κι όταν το άτομο με αναπηρία έχει χάσει την ικανότητα να εργάζεται σε ποσοστό πάνω από 50% κι αν το άτομο αυτό δεν εργάζεται και δεν δικαιούται άλλου είδους σύνταξης. Πρέπει, ακόμη να σημειωθεί πως όταν το άτομο με μόνιμη αναπηρία χρήζει συνεχής φροντίδας για τη διαβίωσή του, η γερμανική κυβέρνηση του παρέχει επιπρόσθετο επίδομα. Η χρηματική αυτή ενίσχυση κυμαίνεται από 307€ έως 1.228€ το μήνα, ανάλογα με τις καθημερινές ανάγκες του εκάστοτε ατόμου (Social Security Administration, 2010).

Τέλος, κάθε άτομο που λαμβάνει κάθε τύπου οικονομικής ενίσχυσης από το κράτος, σταματά να έχει αυτήν την παροχή, μόλις συμπληρώσει τα 65 έτη της ηλικίας του. Από εκείνη τη στιγμή κι έπειτα, το άτομο με αναπηρία λαμβάνει μόνο τη σύνταξη γήρατος, η οποία πρέπει να είναι υποχρεωτικά τουλάχιστον το ίδιο ποσό με αυτό της σύνταξης αναπηρίας (Social Security Administration, 2010).

#### 4.9 Υποστηρικτική τεχνολογία

Η πολιτική του σουηδικού κράτους, όσον αφορά τα άτομα με αναπηρία, είναι η πλήρης ισότητα και συμμετοχή αυτών στην κοινωνία (Hugman, 1996 & Swedish Institute, 1999). Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας της Σουηδίας, διαθέτει ένα σύστημα γενικής υποστήριξης της κοινωνίας, με εξατομικευμένη υποστήριξη για τα ΑμεΑ. Μάλιστα, το 2000 το κοινοβούλιο υιοθέτησε μία εθνική πολιτική για τα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα με αναπηρία (Ministry of Health and Social Affairs, 2000). Σύμφωνα με αυτήν την πολιτική τα ΑμεΑ πρέπει να έχουν ίσες ευκαιρίες με αυτές των υπόλοιπων πολιτών, ισότιμη παροχή πόρων, αλλά κι ίδιες υποχρεώσεις ανεξάρτητα με τον τόπο στον οποίο κατοικούν (Lilja et. al., 2003).

Στη Σουηδία, ιδιαίτερα σημαντικό για την ανάπτυξη της πολιτικής για την αναπηρία, υπήρξε το κίνημα για τα άτομα με αναπηρίες. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν πάνω από 70 οργανώσεις στο σουηδικό κράτος και περίπου 2.000 τοπικές ενώσεις. Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα που διευθύνουν ή εκπροσωπούν αυτές τις οργανώσεις είναι άτομα με αναπηρία. Σημαντικό γεγονός αποτελεί το ότι πολλές από αυτές τις οργανώσεις στηρίζονται οικονομικά από το κράτος για τις δραστηριότητές τους (Swedish Institute, 2000).

Όσον αφορά την υποστηρικτική τεχνολογία, το σουηδικό κράτος θεωρεί πως πρόκειται για έναν σημαντικό πόρο για τα άτομα με αναπηρία. Ιδιαίτερα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η υποστηρικτική τεχνολογία αναγνωρίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι κι γι' αυτόν τον λόγο συνταγογραφείται, διανέμεται και χρηματοδοτείται σε κάθε ασθενή που χρήζει μία τέτοιου είδους ενίσχυση. Η υποστηρικτική τεχνολογία που μπορεί να δοθεί μέσω του εθνικού συστήματος υγείας μπορεί να είναι είτε κάτι απλό, όπως ένα ειδικό κουτάλι είτε κάτι πολυπλοκότερο, όπως ένας ειδικά σχεδιασμένος υπολογιστής για επικοινωνία (Smith, et al., 2000).

Το Σουηδικό Ινστιτούτο Χάντικαπ είναι αυτό που αναλαμβάνει ό, τι αφορά τις υποστηρικτικές τεχνολογίες και την προσβασιμότητα των ατόμων με αναπηρία. Οι αρχές από τις οποίες διοικείται το Ινστιτούτο αυτό είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, η Ομοσπονδία Σουηδικών Κομητειακών Συμβουλίων και η Σουηδική Ένωση Τοπικών Αρχών. Οι αρμοδιότητες του Ινστιτούτου Χάντικαπ είναι η διεξαγωγή ερευνών, η ανάπτυξη των υποστηρικτικών τεχνολογιών, η αξιολόγηση κι η προμήθεια με νέες

υποστηρικτικές τεχνολογίες, η παροχή ποιοτικών προϊόντων, η συμβολή στη γνώση κι η εκπαίδευση (Swedish Handicap Institute, 2000b).

Τη βασική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος έχουν, όμως, τα συμβούλια των κομητειών. Κατ' επέκταση, κι η παροχή υποστηρικτικών τεχνολογιών είναι καταρχήν δική τους ευθύνη. Οι περισσότερες κομητείες απαρτίζονται από συμβούλια βοηθητικών συσκευών, στα οποία λαμβάνουν μέρος εκλεγμένοι αξιωματούχοι, καταναλωτές κι δημόσιοι υπάλληλοι. Ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι υποστηρικτικές συσκευές γίνονται αποκλειστικά με γνώμονα την ανάγκη που έχει κάποιος γι' αυτές, χωρίς να παίζει ρόλο η ηλικία, η οικονομική άνεση ή το μέρος διαμονής του καθενός (Ministry of Health and Social Affairs, 2000 & Swedish Institute, 2000).

Τη δυνατότητα συνταγογράφησης διαθέτουν κι οι εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές και νοσηλεύτες. Οι περισσότερες συνταγογραφήσεις λαμβάνουν χώρα στα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς θεωρούνται μέρος των υπηρεσιών αποκατάστασης. Για την παροχή υποστηρικτικών συσκευών, συνήθως χρειάζεται μία κοινή απόφαση, αφού προηγηθεί μία συζήτηση μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή. Υπάρχουν, επίσης, βοηθητικά κέντρα, τα οποία έχουν την δυνατότητα να παρέχουν κατά κύριο λόγο συγκεκριμένες υποστηρικτικές συσκευές, όπως για παράδειγμα ανελκυστήρες, αναπηρικά αμαξίδια, και τεχνολογία υποστηριζόμενη από υπολογιστές. Τα άτομα με αναπηρία, που αντιμετωπίζουν προβλήματα όρασης, εξυπηρετούνται κυρίως σε οφθαλμολογικά κέντρα, ενώ αυτά με δυσλειτουργίες της ακοής σε κέντρα ακοολογίας. Τα κέντρα που παρέχουν ορθοπεδικές υπηρεσίες είναι, από την άλλη μεριά, κυρίως ιδιωτικά. Κάθε τοπική αρχή διαθέτει τις δικές του οδηγίες σχετικά με το πως να διαχειρίζεται τις υπηρεσίες αυτές, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο θα παράσχει τα προϊόντα υποστηρικτικής τεχνολογίας (Swedish Handicap Institute, 2000a).

# Κεφάλαιο 5ο: Μεθοδολογία της έρευνας

## 5.1 Ερευνητικοί στόχοι

Στόχος της έρευνας ήταν να γίνει αντιληπτό εάν τα άτομα με αναπηρία κι οι φροντιστές αυτών των ατόμων είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο που έχει μεριμνήσει το κράτος γι' αυτά. Είναι σημαντικό, λοιπόν να διερευνηθεί εάν τα άτομα με αναπηρία πιστεύουν πως οι κρατικές παροχές επαρκούν, ώστε να εξασφαλιστούν τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματά τους, όπως αυτά των ίσων ευκαιριών, σύμφωνα και με τους Πρότυπους κανόνες για εξίσωση των ευκαιριών για τα ΑμεΑ (ΟΗΕ, 1993). Για να επιτευχθεί αυτή η έρευνα, κρίθηκε σημαντικό να ερωτηθούν τα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, εάν επαρκούν οι δομές του κράτους, αλλά κι κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από αυτές.

Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα που διεξήχθη είχε ως στόχο να διερευνηθούν τα ακόλουθα:

- Οι παροχές που βοηθούν στην κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία, όπως αυτές της αυτόνομης διαβίωσης, η παροχή εργασίας κι η επαγγελματική κατάρτιση που θα συνεισφέρει στην επαγγελματική αποκατάσταση.
- Οι ιατρικές παροχές κι η επαρκής ενημέρωση των κηδεμόνων, καθώς κι η έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών των ατόμων με αναπηρία.
- Οι εκπαιδευτικές παροχές, η ένταξη των ατόμων με αναπηρία σε τυπικά σχολεία κι η στήριξη αυτών σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης.
- Τα έργα υποδομής, όπως οι ράμπες κι οι ειδικοί χώροι στάθμευσης.
- Τα κέντρα αποκατάστασης κι οι δομές πρώιμης παρέμβασης
- Το ανθρώπινο δυναμικό όσον αφορά τον τρόπο εξυπηρέτησης, την κατάρτισή του, τον τρόπο με τον οποίο απευθύνεται στα άτομα με αναπηρία και στους φροντιστές ατόμων με αναπηρία και την επικοινωνία αυτών όταν είναι απαραίτητο να συνεργαστούν για να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση.
- Η οικονομική ενίσχυση που προσφέρεται από το κράτος ανάλογα με το ποσοστό αναπηρίας.

## 5.2 Σχεδιασμός έρευνας

Για την παρούσα ερευνητική εργασία επιλέχθηκε η ποσοτική έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε με την χορήγηση ενός ερωτηματολογίου. Με αυτόν τον τρόπο υπήρχε η δυνατότητα συλλογής ποσοτικών δεδομένων, τα οποία ήταν εύκολο να συλλεχθούν και να γίνει μία στατιστική ανάλυση αυτών. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία των δεδομένων ήταν το Microsoft Excel και το IBM SPSS Statistics. Ένας από τους λόγους που επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί η ποσοτική έρευνα είναι ότι αποτελεί έναν εύκολο και γρήγορο τρόπο να συλλεχθούν δεδομένα. Μία ακόμη αιτία είναι ότι ο πληθυσμός που μπορεί να χρησιμοποιηθεί είναι μεγαλύτερος από αυτόν που θα μπορούσε να συμμετάσχει σε μία ποιοτική ή μικτή (ποιοτική και ποσοτική) έρευνα, καθώς η διαδικασία που απαιτείται να γίνει είναι λιγότερο χρονοβόρα. Πρέπει, επίσης, να σημειωθεί πως έχοντας την ευκαιρία να συμπεριληφθεί στην έρευνα ένας μεγάλος αριθμός πληθυσμού, υπάρχει κατ'επέκταση μεγαλύτερη αξιοπιστία στα αποτελέσματα που θα διεξαχθούν.

### 5.2.1 Δειγματοληψία έρευνας

Θεωρήθηκε σημαντικό να απαντηθεί το ερωτηματολόγιο από άτομα που πραγματικά χρησιμοποιούν και χρειάζονται τις εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες που παρέχει το κράτος

στα άτομα με αναπηρία. Τέτοια άτομα έχουν εκ των πραγμάτων μία πιο ολοκληρωμένη άποψη για το αν οι παροχές του κράτους επαρκούν, εάν είναι αξιόλογες και το σημαντικότερο είναι πως τα άτομα αυτά μπορούν να αναφέρουν εάν καλύπτονται τελικά όλες οι ανάγκες που μπορεί να έχουν στην καθημερινότητά τους. Ο πληθυσμός στον οποίο δόθηκε, λοιπόν το ερωτηματολόγιο, ήταν είτε σε ΑμεΑ, με την προϋπόθεση ότι είχαν την δυνατότητα να έχουν την κηδεμονία του εαυτού τους, είτε σε ενήλικες που ήταν φροντιστές ατόμων με αναπηρία. Κρίθηκε σημαντικό, επίσης, να δοθεί το ερωτηματολόγιο σε όσο το δυνατό περισσότερα άτομα, ώστε να είναι η έρευνα αξιόπιστη. Τέλος, έγινε μία προσπάθεια να βρεθεί πληθυσμός με διαφορετικούς τύπους αναπηρίας (κινητικές, νοητικής υστέρησης, βαρηκοΐας κ.λπ.), με σκοπό να είναι δυνατό μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας να διεξαχθεί ένα συμπέρασμα που θα αφορά όλες τις κρατικές δομές για όλους τους τύπους αναπηρίας και να γίνει κατανοητό εάν υπάρχει κάποια διαφοροποίηση στο πόσο ικανοποιημένοι είναι οι άνθρωποι ανάλογα με τις ανάγκες τους. Ο πληθυσμός που απάντησε τελικά ήταν 36 άτομα, από τα οποία τα 18 ήταν άτομα με αναπηρία και τα υπόλοιπα 18 φροντιστές ατόμων με αναπηρία.

### 5.2.2 Διαδικαστικά

Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε με τρεις τρόπους. Ένας από αυτούς ήταν ο άμεσος τρόπος όπου ο ερευνητής το παρέδωσε απευθείας, σε έντυπη μορφή στα άτομα με αναπηρία και στους φροντιστές ατόμων με αναπηρία. Στην περίπτωση αυτή, γινόταν μία σύντομη αναφορά στο σκοπό της έρευνας κι ύστερα δινόταν το ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση. Ένας ακόμη τρόπος ήταν η παράδοση ερωτηματολογίων σε έντυπη μορφή σε συλλόγους ατόμων με αναπηρία ή ιδιωτικά κέντρα αποκατάστασης. Σε αυτήν την περίπτωση, μαζί με το ερωτηματολόγιο δινόταν μία υπεύθυνη δήλωση, όπου εξηγούνταν οι ερευνητικοί στόχοι. Ένας τελευταίος τρόπος διανομής των ερωτηματολογίων, ήταν η παράδοση αυτών σε ηλεκτρονική μορφή, μέσω mail. Με την ίδια λογική, όπως ακριβώς στις δύο πρώτες περιπτώσεις, δίνονταν ως εξήγηση οι λόγοι για τους οποίους διεξαγόταν η έρευνα.

### 5.2.3 Συλλογή δεδομένων

Για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκαν, ως επί τω πλείστων, ερωτήσεις κλειστού τύπου και μόνο τρεις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Η κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε ονομάζεται Likert. Με την κλίμακα αυτή μπορεί κανείς να δει την «κατεύθυνση», αλλά και την «ένταση» της γνώμης των ερωτηθέντων (Matell, & Jacoby, 1971). Πιο συγκεκριμένα, στην κλίμακα Likert γίνεται μία δήλωση ή ερώτηση κι αυτός που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο καλείται όχι μόνο να πει αν συμφωνεί ή όχι με αυτήν, αλλά και να αναφέρει κατά πόσο συμφωνεί ή διαφωνεί. Αναλυτικότερα, το άτομο που θα συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο καλείται να επιλέξει ανάμεσα στις απαντήσεις «Διαφωνώ, Μάλλον διαφωνώ, Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, Μάλλον συμφωνώ, Συμφωνώ» ή «Καθόλου, Ελάχιστα, Μέτρια, Πολύ, Απόλυτα» (Albaum, 1997).

Μέσω αυτού του ερωτηματολογίου, λοιπόν έγινε η αξιολόγηση του εκάστοτε ατόμου που το συμπλήρωσε. Ορισμένα από τα στοιχεία του ερωτηματολογίου προέρχονται από το AttrakDiff (Hassenzahl & Monk, 2010) και το Flow State Scale (Jackson & Marsh, 1996) και συνθέτουν τις μεταβλητές που αναφέρονται παρακάτω:

- Οι κοινωνικές δομές
- Οι ιατρικές δομές
- Οι εκπαιδευτικές δομές
- Τα έργα υποδομής
- Τα κέντρα αποκατάστασης
- Το ανθρώπινο δυναμικό
- Η οικονομική ενίσχυση

### 5.3 Περιορισμοί έρευνας

Αναφερόμενοι στους περιορισμούς που υπήρξαν κατά τη διάρκεια της έρευνας, τη μεγαλύτερη δυσκολία αποτέλεσε η διαδικασία της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, η χορήγηση του ερωτηματολογίου, αποτέλεσε, σε ορισμένες περιπτώσεις, μία χρονοβόρα διαδικασία, καθώς δόθηκε προς απάντηση και σε άτομα με προβλήματα όρασης και βαρηκοΐας. Στην πρώτη περίπτωση χρειάστηκε να γίνει ανάγνωση των ερωτήσεων, ώστε τα άτομα με προβλήματα όρασης να δώσουν τις απαντήσεις κι ο αναγνώστης να τις συμπληρώσει στο ερωτηματολόγιο. Η δεύτερη περίπτωση ήταν ακόμα πιο χρονοβόρα, καθώς έπρεπε να δίνεται μία περαιτέρω εξήγηση των ερωτήσεων, επειδή ορισμένα άτομα με βαρηκοΐα είχαν δυσκολία κατανόησης των προτάσεων λόγω του απλοϊκού λεξιλογίου που χρησιμοποιούν.

# Κεφάλαιο 6ο: Παρουσίαση αποτελεσμάτων

## 6.1 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου

Από τα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ζητήθηκε να απαντήσουν εάν είναι σύμφωνοι με τις δηλώσεις κι ερωτήσεις που τους παρουσιάστηκαν και σε ποιο βαθμό συμφωνούν με αυτές. Πιο συγκεκριμένα, η διερεύνηση που πραγματοποιήθηκε αφορούσε τις ιατρικές, τις θεραπευτικές, τις εκπαιδευτικές, τις κοινωνικές δομές, τις δομές πρώιμης παρέμβασης, τα έργα υποδομής και την οικονομική ενίσχυση

Έπειτα, πραγματοποιήθηκε επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν, ώστε να υπολογιστεί το ποσοστό των συμμετεχόντων όπως αυτοί αξιολόγησαν την κάθε ερώτηση ξεχωριστά. Αναλυτικότερα, υπολογίστηκε πόσοι ερωτηθέντες έδωσαν την απάντηση «καθόλου/διαφωνώ», πόσοι «ελάχιστα/μάλλον διαφωνώ» κ.ο.κ.. Από τα αποτελέσματα, λοιπόν προκύπτει πως τα άτομα με αναπηρία κι οι φροντιστές ατόμων με αναπηρία δεν είναι πλήρως ικανοποιημένοι από τις παροχές που τους διαθέτει το κράτος. Όπως φαίνεται και στους πίνακες που ακολουθούν, οι αρνητικές απαντήσεις υπερिशύουν των θετικών, δηλώνοντας μία γενικότερη δυσαρέσκεια των συμμετεχόντων.

Στον Πίνακα 1 παρατηρείται ότι οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες έχουν την άποψη πως οι κρατικές παροχές, που σχετίζονται με την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία, δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτών. Συγκεκριμένα, βλέπουμε ότι οι περισσότεροι συμπλήρωσαν τη χειρίστη ή την αμέσως επόμενη απάντηση.

<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΝΤΑΞΗ</b>	Καθόλου/ Διαφωνώ	Ελάχιστα/ Μάλλον διαφωνώ	Μέτρια/ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Πολύ/ Μάλλον συμφωνώ	Απόλυτα/ Συμφωνώ
<b>Ερώτηση 1</b> (βαθμός ικανοποίησης)	10	14	6	5	1
<b>Ερώτηση 2</b> (επάρκεια κρατικής συμβολής)	13	14	7	0	2
<b>Ερώτηση 3</b> (αυτόνομη διαβίωση)	19	6	7	3	1
<b>Ερώτηση 4</b> (επαγγελματική κατάρτιση)	11	11	9	2	3
<b>Ερώτηση 5</b> (εύρεση εργασίας)	12	13	6	2	3

Πίνακας 1 Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά την κοινωνική ένταξη

Στον Πίνακα 2 τα αποτελέσματα δείχνουν, πως το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι μετρίως ικανοποιημένοι από τις ιατρικές κρατικές παροχές για τα άτομα με αναπηρία. Αρκετοί από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν μία αρνητική εικόνα των εθνικών δομών ενώ ελάχιστοι είναι αυτοί που έχουν αξιολογήσει θετικά αυτές τις υπηρεσίες.

<b>ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ</b>	Καθόλου/ Διαφωνώ	Ελάχιστα/ Μάλλον διαφωνώ	Μέτρια/ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Πολύ/ Μάλλον συμφωνώ	Απόλυτα/ Συμφωνώ
<b>Ερώτηση 1</b> (βαθμός ικανοποίησης)	6	7	17	4	2
<b>Ερώτηση 2</b> (επάρκεια κρατικής συμβολής)	7	13	11	4	1
<b>Ερώτηση 3</b> (ενημέρωση κηδεμόνων)	3	10	11	7	5
<b>Ερώτηση 4</b> (έγκυρη διάγνωση)	3	5	15	8	5

Πίνακας 2 Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά την υγειονομική περίθαλψη

Στον Πίνακα 3 οι ερωτηθέντες παρατηρείται, ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τις παροχές που διαθέτει το κράτος για την εκπαίδευση. Σε αυτήν την περίπτωση, όπως και στις δύο προηγούμενες, είναι φανερό, πως οι περισσότεροι άνθρωποι απάντησαν αρνητικά σε σχέση με αυτούς που απάντησαν θετικά.

<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</b>	Καθόλου/ Διαφωνώ	Ελάχιστα/ Μάλλον διαφωνώ	Μέτρια/ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Πολύ/ Μάλλον συμφωνώ	Απόλυτα/ Συμφωνώ
<b>Ερώτηση 1</b> (βαθμός ικανοποίησης)	3	14	11	6	2
<b>Ερώτηση 2</b> (επάρκεια κρατικής συμβολής)	9	15	11	0	1



<b>Ερώτηση 3</b> (ένταξη ΑμεΑ σε τυπικά σχολεία)	8	10	14	4	0
<b>Ερώτηση 4</b> (στήριξη σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης)	7	9	12	6	2

**Πίνακας 3** Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά την εκπαίδευση

Στον **Πίνακα 4**, όπου απεικονίζεται το ποσοστό των απαντήσεων για τα έργα υποδομής, υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με αναπηρία ή φροντιστών αυτών των ατόμων, που είναι λιγότερο του μετρίου ευχαριστημένοι από τον τρόπο που μεριμνά το κράτος για τη διευκόλυνσή τους, καθώς η αξιολόγηση αυτών εντοπίζεται κατά κύριο λόγο στο «Ελάχιστα/Μάλλον διαφωνώ».

<b>ΈΡΓΑ ΥΠΟΔΟΜΗΣ</b>	<b>Καθόλου/ Διαφωνώ</b>	<b>Ελάχιστα/ Μάλλον διαφωνώ</b>	<b>Μέτρια/ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ</b>	<b>Πολύ/ Μάλλον συμφωνώ</b>	<b>Απόλυτα/ Συμφωνώ</b>
<b>Ερώτηση 1</b> (βαθμός ικανοποίησης)	6	15	12	1	2
<b>Ερώτηση 2</b> (επάρκεια κρατικής συμβολής)	9	17	7	2	1
<b>Ερώτηση 3</b> (χώροι στάθμευσης)	5	5	7	15	4

**Πίνακας 4** Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά τα έργα υποδομής

Στον **Πίνακα 5**, το οποίο απεικονίζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων ως προς τα εθνικά κέντρα αποκατάστασης, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών παρατηρείται ότι έχει απαντήσει «Καθόλου/Διαφωνώ» ή «Ελάχιστα/Μάλλον διαφωνώ».

<b>ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</b>	Καθόλου/ Διαφωνώ	Ελάχιστα/ Μάλλον διαφωνώ	Μέτρια/ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Πολύ/ Μάλλον συμφωνώ	Απόλυτα/ Συμφωνώ
<b>Ερώτηση 1</b> (βαθμός ικανοποίησης)	5	11	14	3	2
<b>Ερώτηση 2</b> (επάρκεια κρατικής συμβολής)	13	12	7	2	1
<b>Ερώτηση 3</b> (πρώιμη παρέμβαση)	7	17	5	4	2

**Πίνακας 5** Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά τα κέντρα αποκατάστασης

Στον Πίνακα 6 παρατηρείται, πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ΑμεΑ κι των φροντιστών αυτών έχουν δηλώσει πως είναι μετρίως ευχαριστημένα από το προσωπικό που εργάζεται σε δημόσιες παροχές κι εξυπηρετεί άτομα με αναπηρία. Οι αξιολογήσεις τοποθετούνται κατά κύριο λόγο στο «Μέτρια/Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ», ενώ ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων έχουν απαντήσει «Καθόλου/Διαφωνώ» ή «Ελάχιστα/Μάλλον διαφωνώ» κι ελάχιστοι έχουν επιλέξει τις θετικές απαντήσεις.

<b>ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ</b>	Καθόλου/ Διαφωνώ	Ελάχιστα/ Μάλλον διαφωνώ	Μέτρια/ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Πολύ/ Μάλλον συμφωνώ	Απόλυτα/ Συμφωνώ
<b>Ερώτηση 1</b> (βαθμός ικανοποίησης)	2	6	19	7	1
<b>Ερώτηση 2</b> (εξυπηρέτηση των ΑμεΑ σε δημόσιες υπηρεσίες)	14	11	8	1	1
<b>Ερώτηση 3</b> (επάρκεια προσωπικού)	14	12	7	1	1
<b>Ερώτηση 4</b> (κατάρτιση προσωπικού)	7	9	10	7	2

<b>Ερώτηση 5</b> (συνεργασία προσωπικού)	4	10	12	5	4
<b>Ερώτηση 6</b> (αντιληπτός τρόπος επικοινωνίας του προσωπικού προς τα ΑμεΑ)	2	5	14	11	3

**Πίνακας 6** Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για κάθε ερώτηση που αφορά το ανθρώπινο δυναμικό

Τέλος, στον **Πίνακα 7** παρουσιάζεται μία ξεκάθαρη δυσaréσκεια των περισσότερων ερωτηθέντων, όσον αφορά την οικονομική ενίσχυση των ΑμεΑ από το κράτος, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών έχουν επιλέξει τη χειρίστη απάντηση.

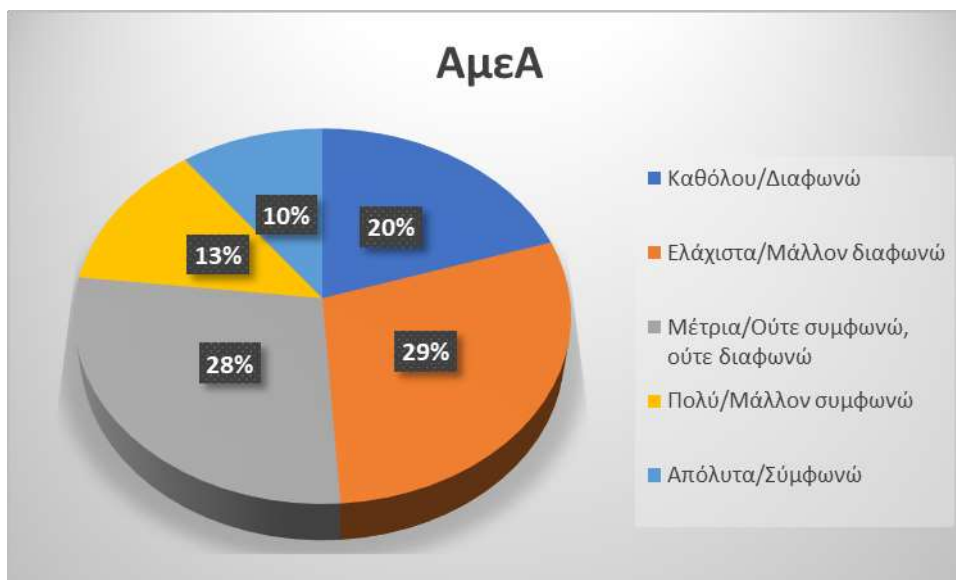
<b>ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ</b>	Καθόλου/ Διαφωνώ	Ελάχιστα/ Μάλλον διαφωνώ	Μέτρια/ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Πολύ/ Μάλλον συμφωνώ	Απόλυτα/ Συμφωνώ
<b>Ερώτηση 1</b> (επάρκεια οικονομικής ενίσχυσης)	19	6	8	1	2

**Πίνακας 7** Σύνολο απαντήσεων των ερωτηθέντων για την ερώτηση που αφορά την οικονομική ενίσχυση

Μία περαιτέρω παρατήρηση, που έγινε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, είναι πως από τα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, οι φροντιστές ατόμων με αναπηρία κρίνουν αυστηρότερα τις κρατικές παροχές από τα ίδια τα άτομα με αναπηρία. Στα παρακάτω γραφήματα παρουσιάζεται αναλυτικά το ποσοστό των απαντήσεων των φροντιστών των ΑμεΑ (Γράφημα 1) και των ΑμεΑ (Γράφημα 2) που συμπλήρωσαν την εκάστοτε επιλογή. Παρατηρείται, λοιπόν πως το 27% των φροντιστών έχουν αξιολογήσει με τον χειρίστο τρόπο τις κρατικές παροχές, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα ΑμεΑ είναι 20%. Επίσης, μόλις το 1% της πρώτης ομάδας έχει απαντήσει «Απόλυτα/Συμφωνώ», αλλά στην περίπτωση των ΑμεΑ το ποσοστό φτάνει το 10%. Τέλος, σαν γενικότερη εικόνα, παρατηρείται πως το 59% των φροντιστών δεν είναι ικανοποιημένοι από τις κρατικές παροχές, το 29% είναι μετρίως ικανοποιημένοι και μόλις το 12% είναι ευχαριστημένοι από αυτές. Αντίστοιχα, τα ΑμεΑ είναι σε ποσοστό 49% δυσαρεστημένοι 28% μετρίως ικανοποιημένοι και 23% ευχαριστημένοι.



**Γράφημα 1 Ποσοστά απαντήσεων των φροντιστών ΑμεΑ για το σύνολο των ερωτήσεων**



**Γράφημα 2 Ποσοστά απαντήσεων των ΑμεΑ για το σύνολο των ερωτήσεων**

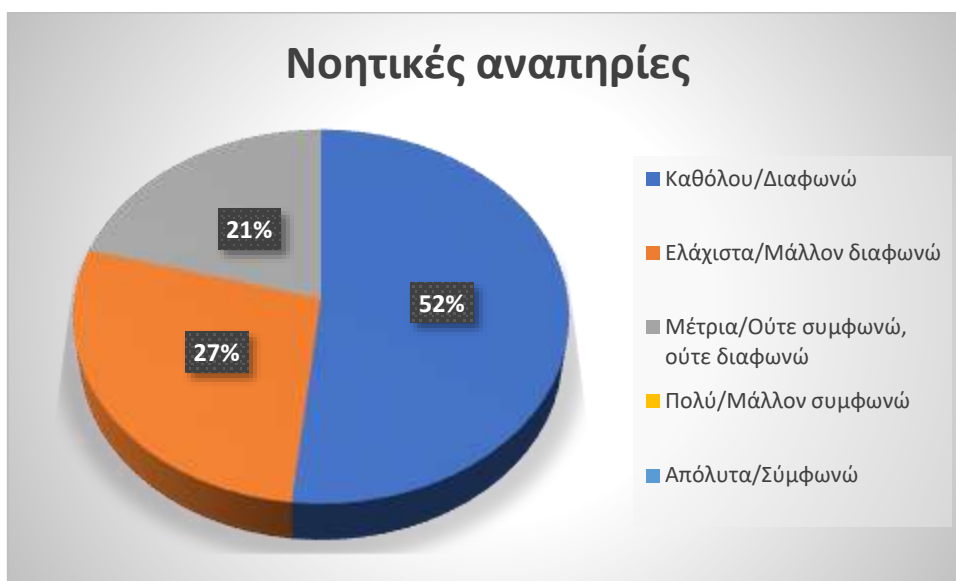
Πρέπει ακόμα να επισημανθεί πως οι κατηγορίες των αναπηριών των ΑμεΑ που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν αισθητηριακές, νοητικές, κινητικές κι άλλες αναπηρίες (όπως αυτές διαχωρίζονται από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία). Στα παρακάτω γραφήματα παρουσιάζονται τα ποσοστά των ερωτηθέντων που απάντησαν σε κάθε ομάδα ερωτήσεων ανάλογα με την εκάστοτε κατηγορία αναπηρίας.

Στο Γράφημα 3, Γράφημα 4, Γράφημα 5 και Γράφημα 6 απεικονίζονται τα ποσοστά που υπολογίστηκαν από την ομάδα των ερωτήσεων που αφορούν την κοινωνική ένταξη των ΑμεΑ. Παρατηρείται πως η κατηγορίες των αισθητηριακών και των νοητικών αναπηριών είναι περισσότερο δυσαρεστημένες από αυτές των κινητικών κι άλλων αναπηριών. Ποιο συγκεκριμένα, οι δύο πρώτες ομάδες έχουν αξιολογήσει με «Καθόλου/Διαφωνώ» σε ποσοστό 52%, ενώ οι υπόλοιπες δύο με ποσοστό 33%. Επίσης, στις νοητικές αναπηρίες, παρατηρείται πως κανένας από τους συμμετέχοντες δεν έχει αξιολογήσει άνω του μετρίου,

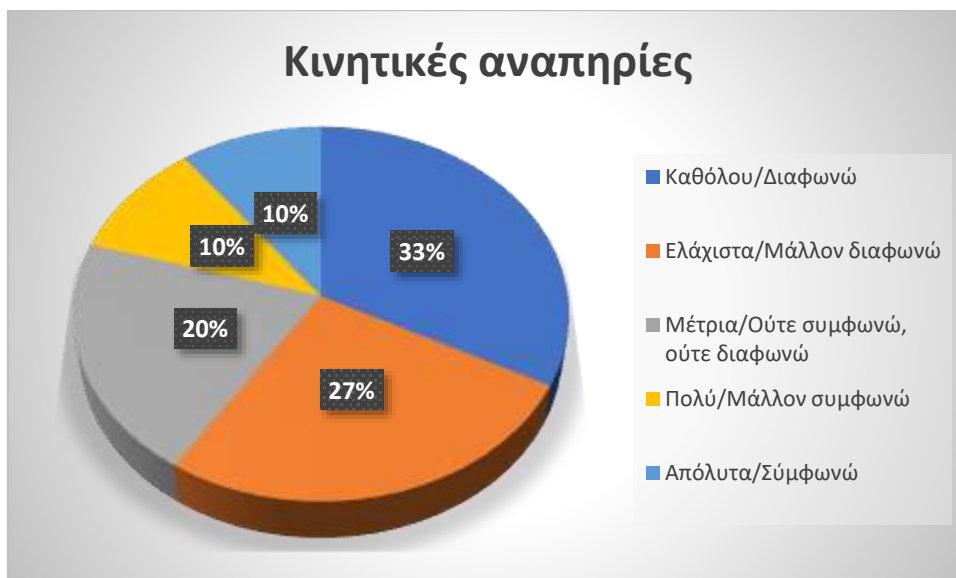
ενώ στην περίπτωση των αισθητηριακών αναπηριών το αντίστοιχο ποσοστό φτάνει μόλις το 6%.



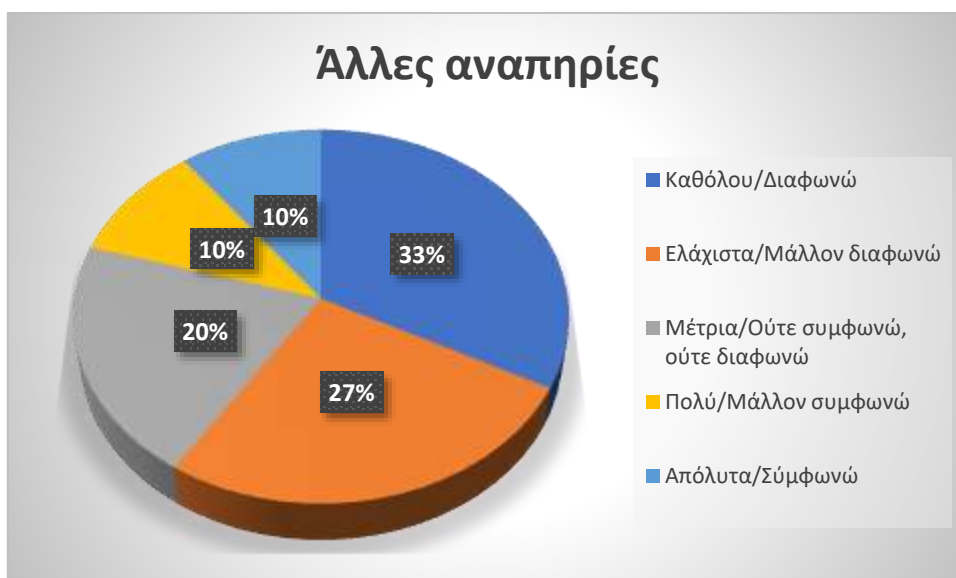
Γράφημα 3 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με την κοινωνική ένταξη



Γράφημα 4 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με την κοινωνική ένταξη



**Γράφημα 5 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με την κοινωνική ένταξη**

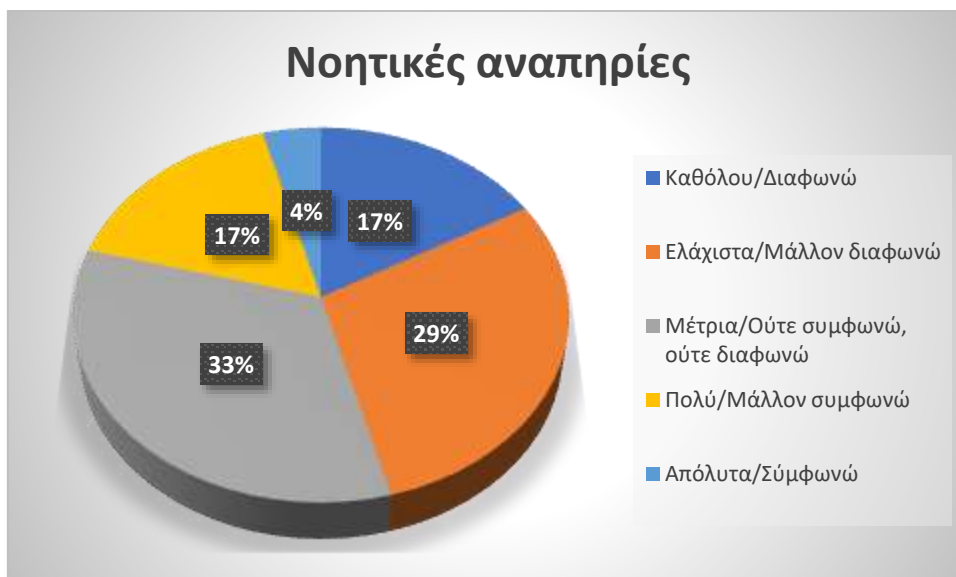


**Γράφημα 6 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με την κοινωνική ένταξη**

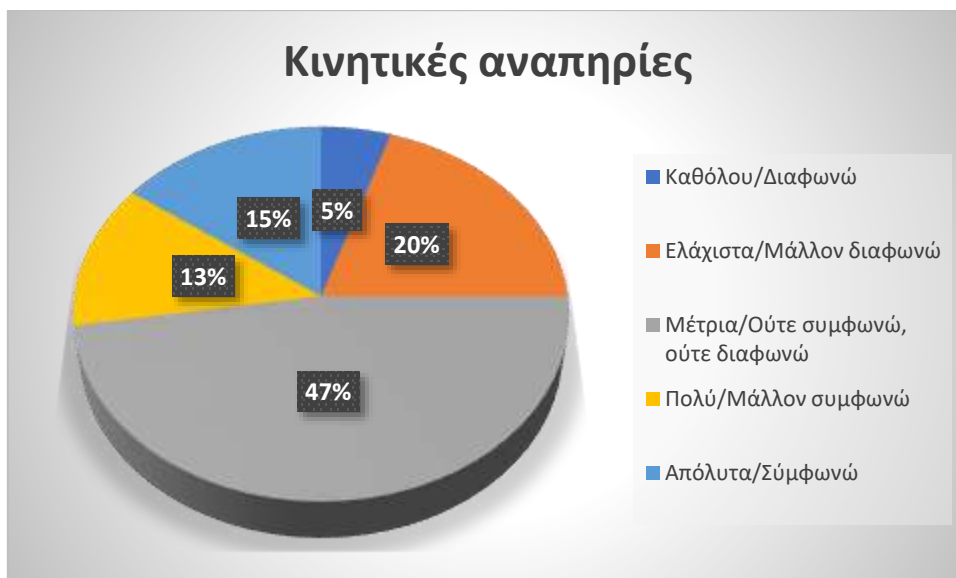
Όσον αφορά την ομάδα των ιατρικών δομών, στο Γράφημα 7, Γράφημα 8, Γράφημα 9 και Γράφημα 10, παρατηρείται πως οι ομάδες των αισθητηριακών και κινητικών αναπηριών, έχουν αξιολογήσει, ως επί τω πλείστο με «Μέτρια/Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ». Παρ' όλα αυτά στην πρώτη ομάδα το 47% των συμμετεχόντων έχει αξιολογήσει κάτω του μετρίου τις συγκεκριμένες δομές, ενώ στη δεύτερη ομάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται μόλις στο 25%. Στην περίπτωση των νοητικών αναπηριών οι απαντήσεις κάτω του μετρίου είναι 46%, ενώ στις άλλες αναπηρίες το ποσοστό άνω του μετρίου φτάνει το 43%.



Γράφημα 7 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με τις ιατρικές δομές



Γράφημα 8 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με τις ιατρικές δομές



Γράφημα 9 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με τις ιατρικές δομές



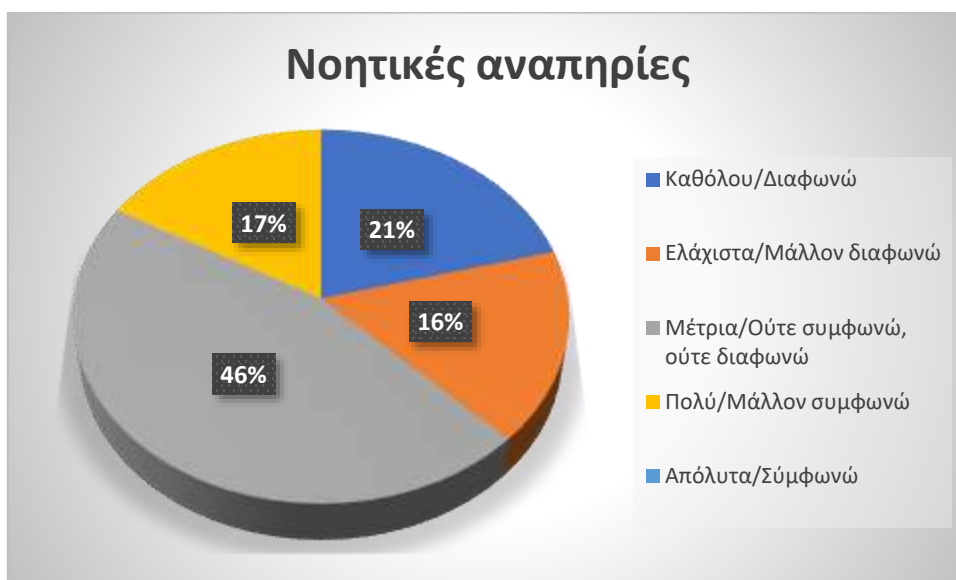
Γράφημα 10 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με τις ιατρικές δομές

Τα ποσοστά των ερωτήσεων των εκπαιδευτικών παροχών, απεικονίζονται στο Γράφημα 11, Γράφημα 12, Γράφημα 13 και Γράφημα 14. Παρατηρείται, λοιπόν πως στις νοητικές, κινητικές κι άλλες αναπηρίες οι απαντήσεις των ερωτηθέντων συμπίπτουν αρκετά. Το μεγαλύτερο ποσοστό, είναι 46%, 40% και 33% αντίστοιχα κι εντοπίζεται στην απάντηση «Μέτρια/Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ». Επιπροσθέτως, στις τρεις αυτές περιπτώσεις το ποσοστό κάτω του μετρίου φτάνει το 37%, 47% και 49% αντίστοιχα. Από την άλλη μεριά, στις αισθητηριακές αναπηρίες, το μεγαλύτερο ποσοστό, 45%, έχει απαντήσει «Ελάχιστα/Μάλλον διαφωνώ» κι το ποσοστό των απαντήσεων κάτω του μετρίου είναι 67%.

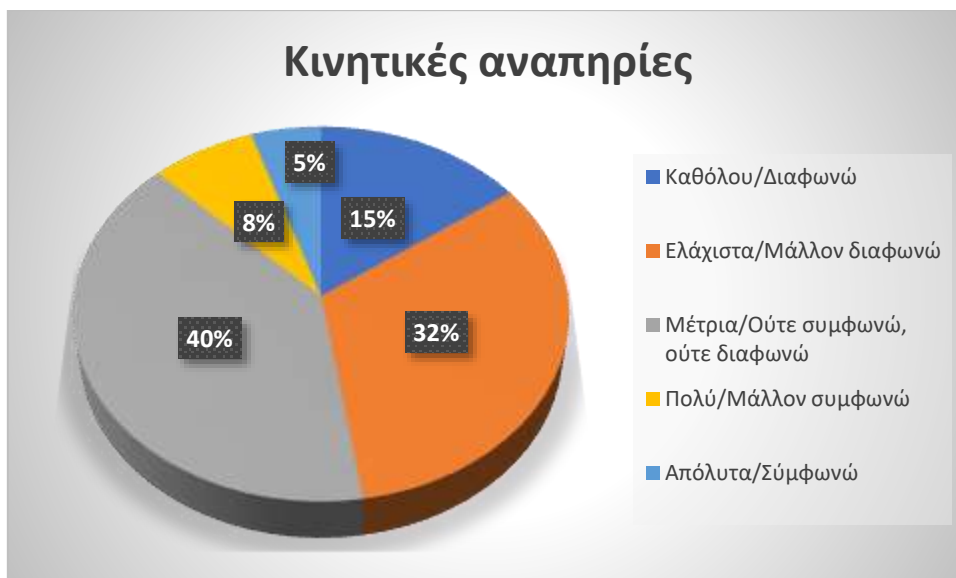




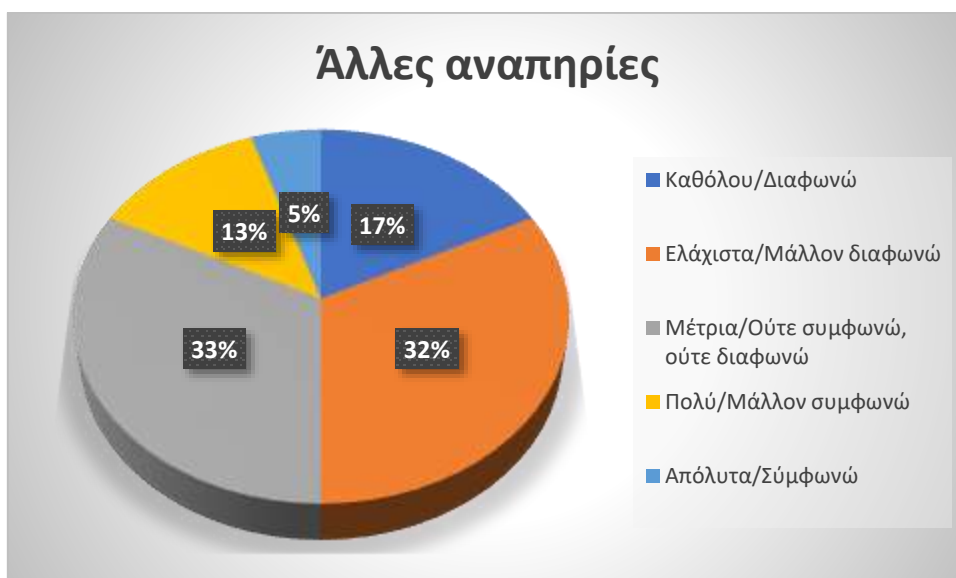
Γράφημα 11 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με τις εκπαιδευτικές δομές



Γράφημα 12 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με τις εκπαιδευτικές δομές



**Γράφημα 13 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με τις εκπαιδευτικές δομές**

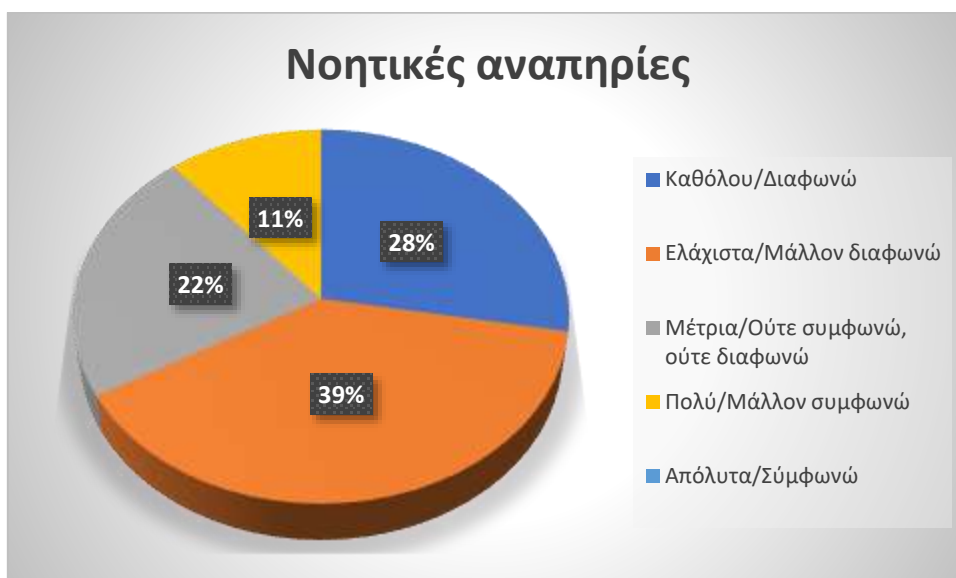


**Γράφημα 14 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με τις εκπαιδευτικές δομές**

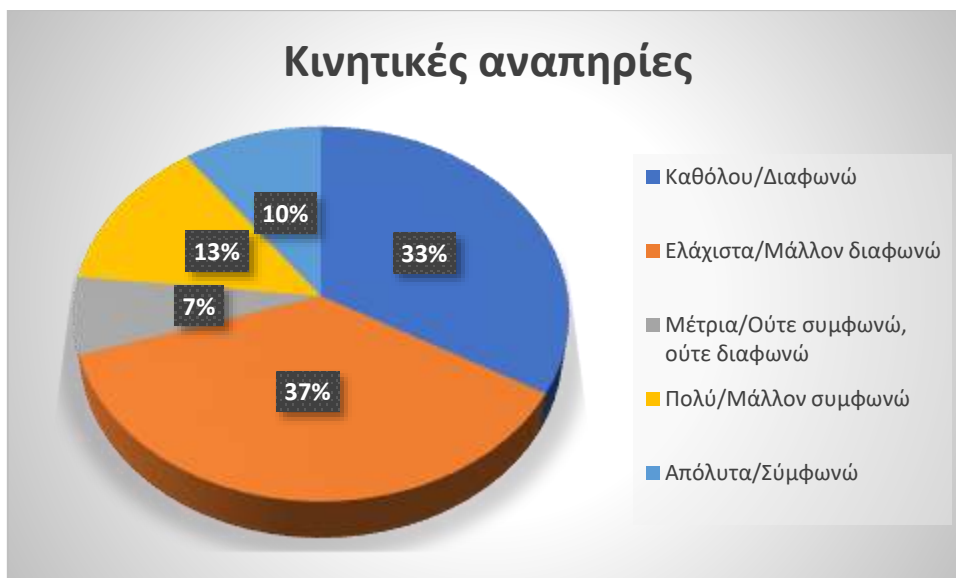
Όσον αφορά τα έργα υποδομής, λιγότερο ικανοποιημένοι φαίνεται να είναι οι συμμετέχοντες με νοητικές και κινητικές αναπηρίες. Οι κατηγορίες αυτές έχουν αξιολογήσει κάτω του μετρίου σε ποσοστό 67% και 70% αντίστοιχα. Στην περίπτωση των άλλων αναπηριών οι συμμετέχοντες φαίνονται περισσότερο ικανοποιημένοι, συγκριτικά με τις προηγούμενες δύο ομάδες, αλλά παρ' όλα αυτά το μεγαλύτερο ποσοστό εξ' αυτών εντοπίζεται στην απάντηση «Ελάχιστα/Μάλλον διαφωνώ» κι ανέρχεται στο 30%. Τέλος, στις αισθητηριακές αναπηρίες οι περισσότεροι φαίνεται να είναι μετρίως ικανοποιημένοι από τα έργα υποδομής, εφόσον το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται σε αυτήν την απάντηση και φτάνει το 43%.



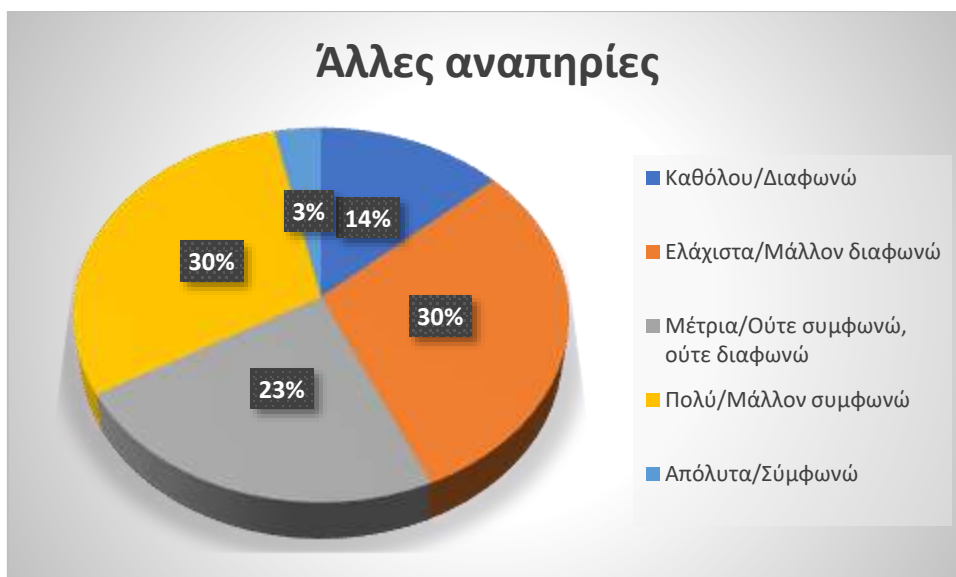
Γράφημα 15 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με τα έργα υποδομής



Γράφημα 16 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με τα έργα υποδομής



**Γράφημα 17 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με τα έργα υποδομής**

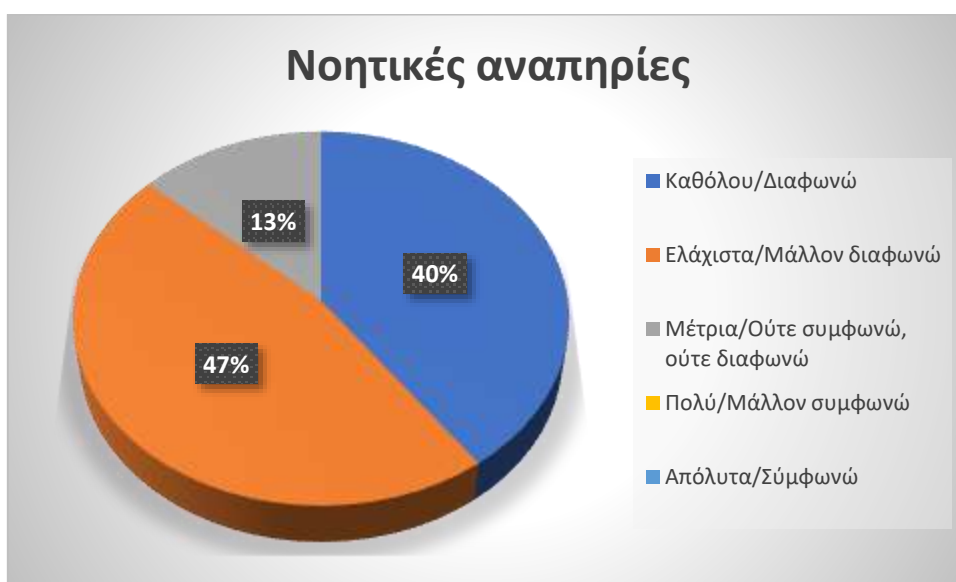


**Γράφημα 18 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με τα έργα υποδομής**

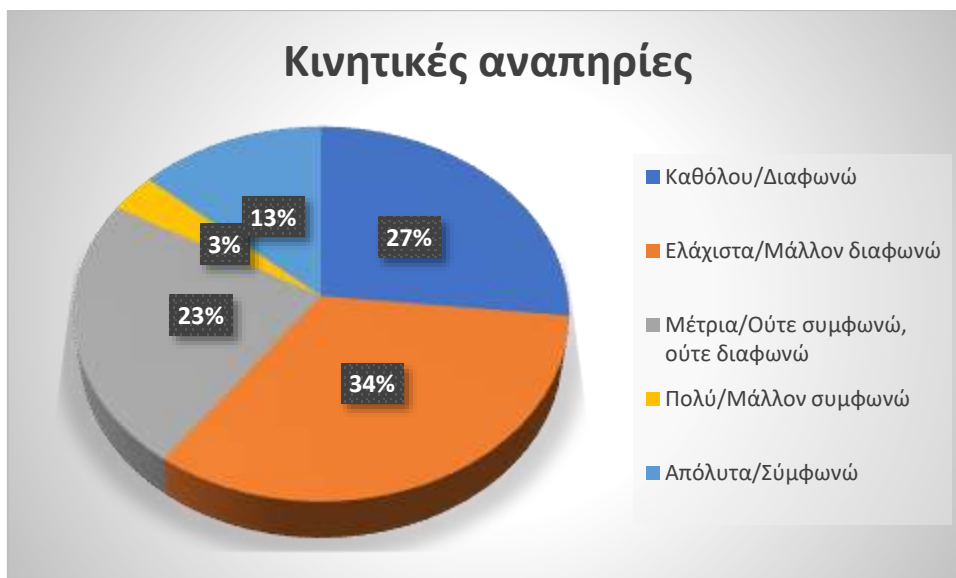
Στο Γράφημα 19, Γράφημα 20, Γράφημα 21 και Γράφημα 22, που αφορούν τα κέντρα αποκατάστασης, παρατηρείται πως όλες οι ομάδες είναι ανικανοποίητες από την κρατική παρέμβαση. Ιδιαίτερα μεγάλο φαίνεται να είναι το ποσοστό της κατηγορίας με τις νοητικές αναπηρίες που φτάνει το 87%. Στην περίπτωση των αισθητηριακών αναπηριών, το ποσοστό των δυσαρεστημένων πολιτών ανέρχεται στο 46% ενώ τα άτομα που είναι μετρίως ικανοποιημένα στο 47%.



Γράφημα 19 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με τα κέντρα αποκατάστασης



Γράφημα 20 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με τα κέντρα αποκατάστασης

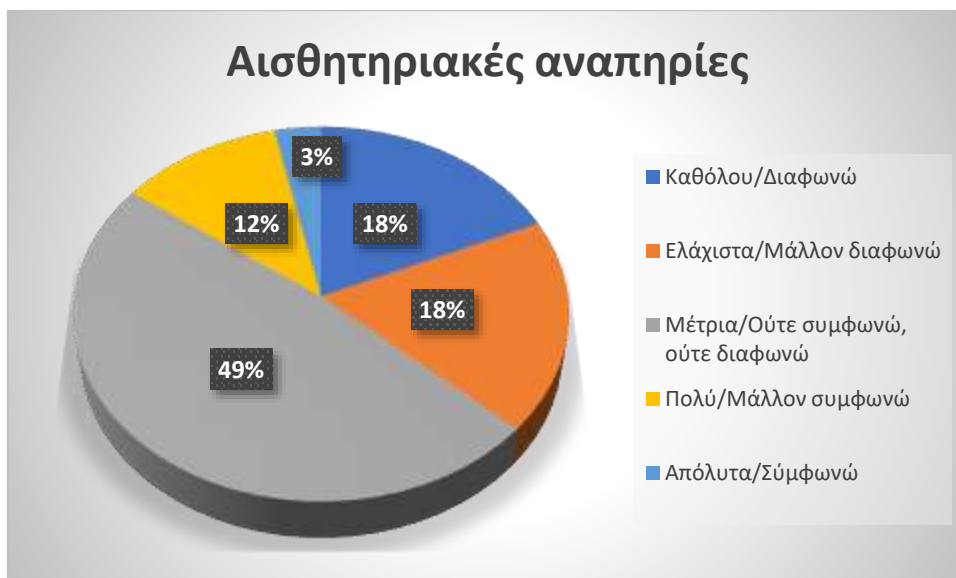


Γράφημα 21 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με τα κέντρα αποκατάστασης

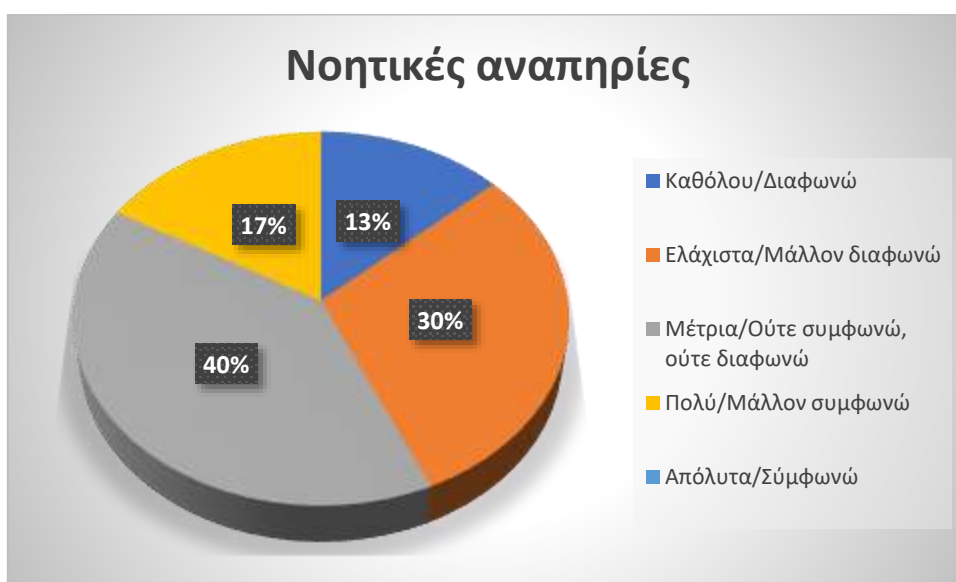


Γράφημα 22 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με τα κέντρα αποκατάστασης

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό που εργάζεται στις κρατικές δομές, στο Γράφημα 23, Γράφημα 24, Γράφημα 25 και Γράφημα 26 παρατηρείται πως τα άτομα με αισθητηριακές αναπηρίες είναι μετρίως ικανοποιημένοι από αυτό, με το ποσοστό να ανέρχεται στο 49%. Ένα μεγάλο ποσοστό, όμως, 35%, έχει αξιολογήσει με αρνητικό τρόπο τους υπαλλήλους των εθνικών δομών. Στην περίπτωση των νοητικών αναπηριών, το 43% είναι δυσαρεστημένοι, ενώ το 40% μετρίως ικανοποιημένοι. Από την άλλη μεριά, τα άτομα με κινητικές κι άλλες αναπηρίες είναι αισθητά πιο δυσαρεστημένοι, καθώς το ποσοστό που έχει αξιολογήσει αρνητικά φτάνει το 47% και 55% αντίστοιχα.

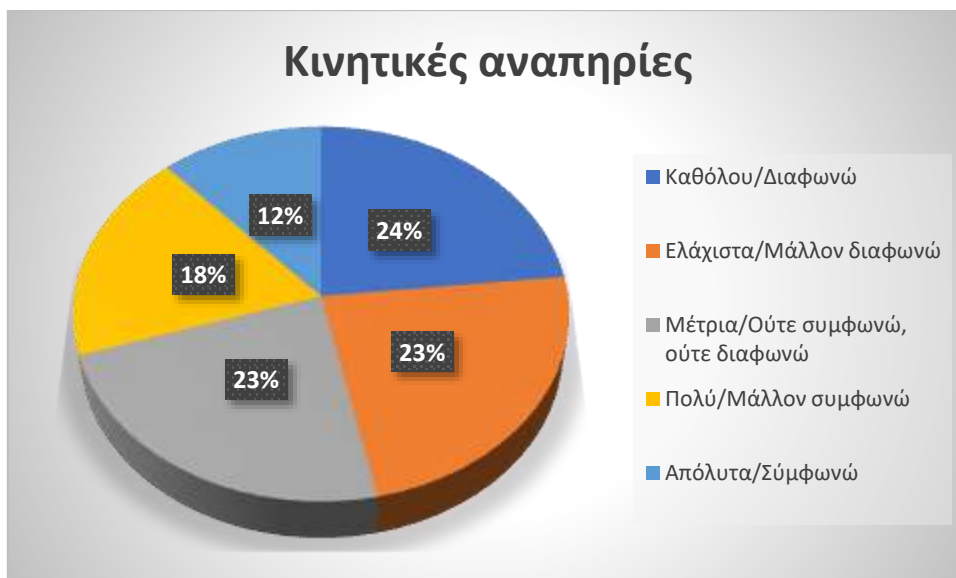


**Γράφημα 23 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται από το κράτος**

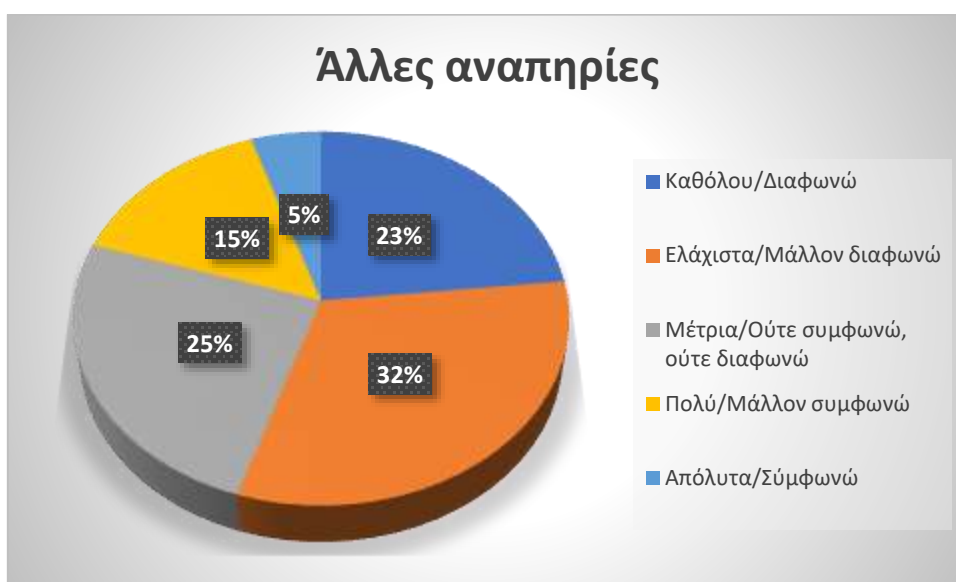


**Γράφημα 24 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται από το κράτος**





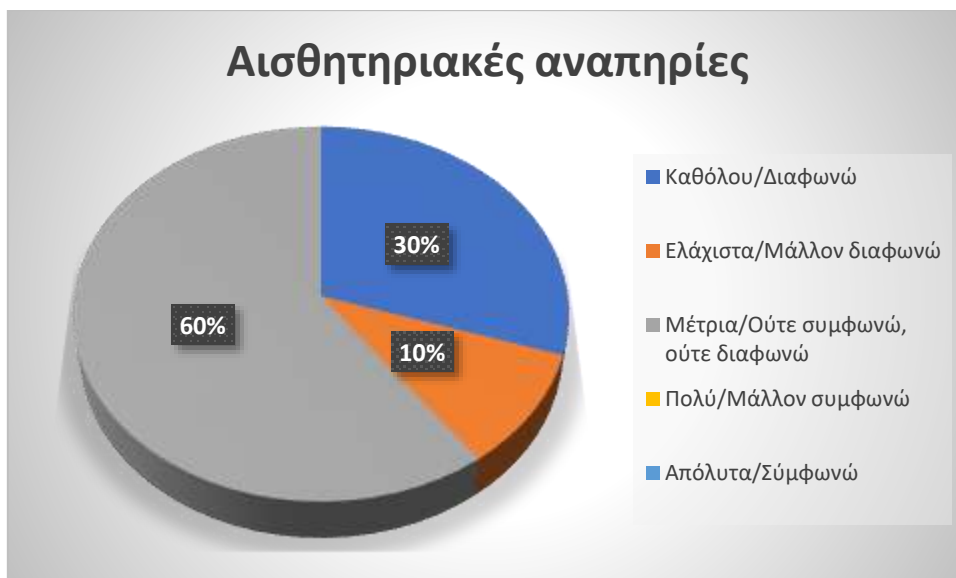
**Γράφημα 25 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται από το κράτος**



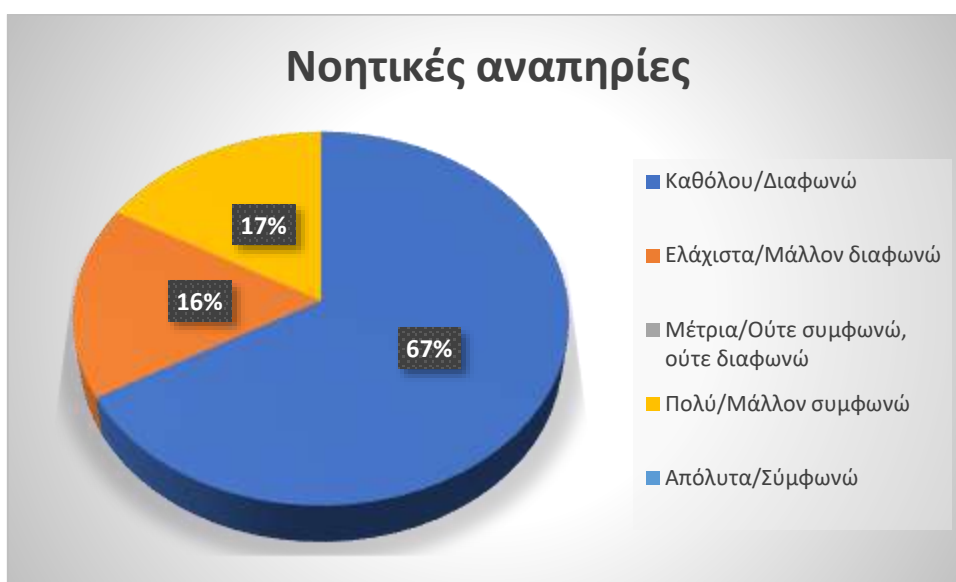
**Γράφημα 26 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται από το κράτος**

Η τελευταία ομάδα ερωτήσεων αφορά την οικονομική ενίσχυση που παρέχει το κράτος στα άτομα με αναπηρία κι αναλύεται στο Γράφημα 27, Γράφημα 28, Γράφημα 29 και Γράφημα 30. Συγκεκριμένα, τα άτομα με αισθητηριακές αναπηρίες, είναι σε ποσοστό 60% μετρίως ικανοποιημένοι από τα επιδόματα που προσφέρει το κράτος. Στην ίδια κατηγορία φαίνεται, επίσης, ότι το υπόλοιπο 40% είναι δυσαρεστημένοι από αυτά, ενώ κανείς δεν είναι ικανοποιημένος. Από την άλλη μεριά, τα άτομα που ανήκουν στις υπόλοιπες κατηγορίες αναπηριών, είναι εμφανώς δυσαρεστημένα με το ποσοστό των αρνητικών αξιολογήσεων να ανέρχεται στο 70% για τα άτομα με κινητικές αναπηρίες, στο 83% για όσους έχουν νοητικές αναπηρίες και στο 90% για τα άτομα με κινητικές αναπηρίες.

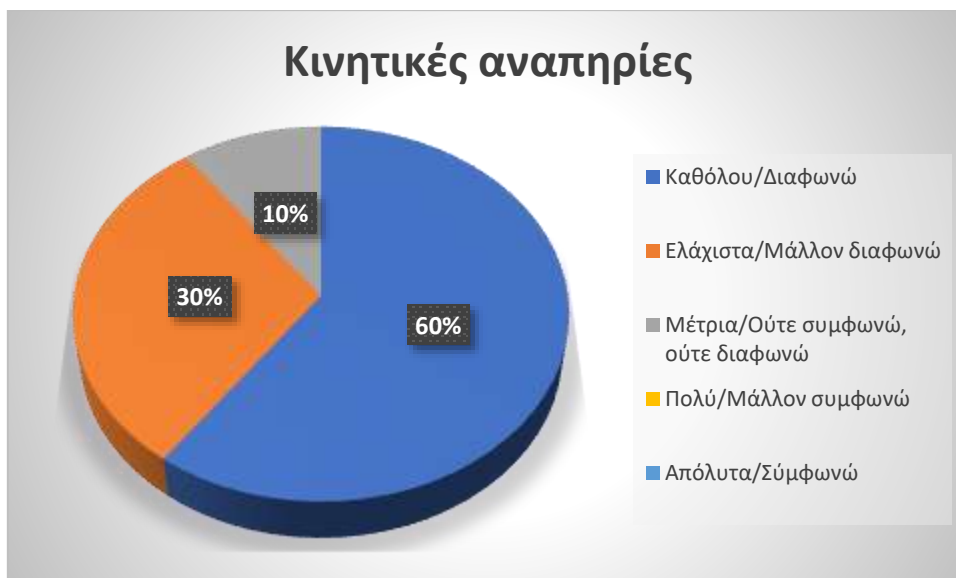




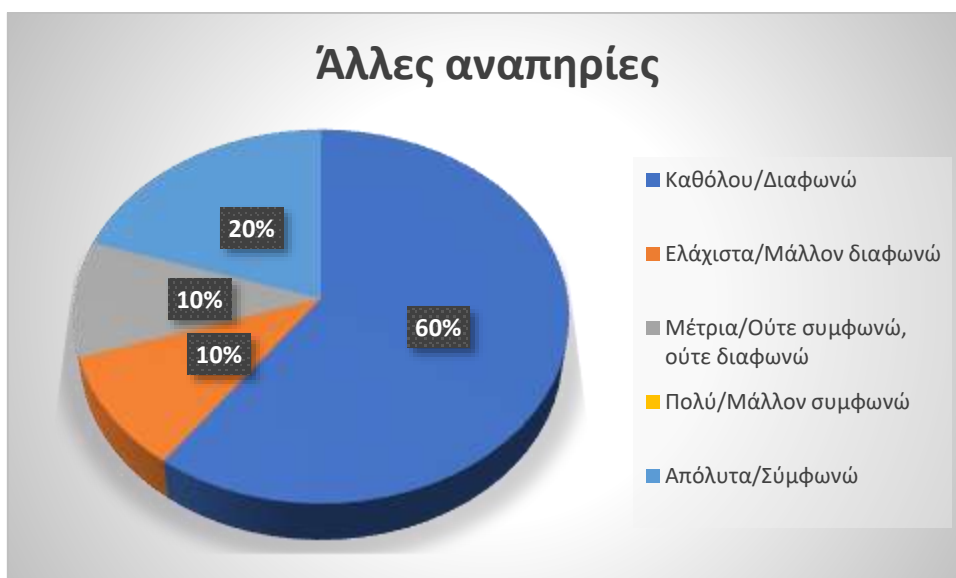
**Γράφημα 27 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες σχετικά με την οικονομική ενίσχυση**



**Γράφημα 28 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με νοητικές αναπηρίες σχετικά με την οικονομική ενίσχυση**



Γράφημα 29 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με κινητικές αναπηρίες σχετικά με την οικονομική ενίσχυση



Γράφημα 30 Ποσοστά απαντήσεων ατόμων με άλλες αναπηρίες σχετικά με την οικονομική ενίσχυση

## 6.2 Αποτελέσματα ερωτήσεων ανοιχτού τύπου

Στο τέλος του ερωτηματολογίου, όπως επισημάνθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, δόθηκαν προς απάντηση 2 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και έγινε μία έκκληση προς τους ερωτηθέντες να προσθέσουν οποιοδήποτε σχόλιο αυτοί επιθυμούν. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν στους συμμετέχοντες, έχουν διεξαχθεί διάφορα συμπεράσματα, αναφορικά με τις κρατικές παροχές για τα ΑμεΑ στην Ελλάδα.

Όσον αφορά την ερώτηση για την προτίμηση των ερωτηθέντων στις δημόσιες ή ιδιωτικές παροχές, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών φαίνεται να προτιμά τις δεύτερες. Οι περισσότεροι από τα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο αναφέρουν πως προτιμούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες και μόνο 4 από αυτούς δήλωσαν ότι επιλέγουν υπηρεσίες του δηmosίου. Αξίζει να σημειωθεί πως τα 4 άτομα που εξυπηρετούνται τελικά από το δημόσιο υπογράμμισαν πως ο λόγος που το επιλέγουν είναι μόνο επειδή δεν έχουν την οικονομική

δυνατότητα να απευθυνθούν σε αντίστοιχες ιδιωτικές υπηρεσίες. Ενδεικτικά, κάποιοι από τους ερωτηθέντες ανέφεραν:

- «Επιλέγω δημόσιες δομές, λόγω κόστους.»
- «Πηγαίνω στο δημόσιο για οικονομικούς λόγους.»

Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι προτιμούν τις ιδιωτικές παροχές, αιτιολόγησαν την άποψή τους με διάφορους τρόπους. Από τους κύριους παράγοντες που συνείσφεραν στην επιλογή αυτή, ήταν η αποτελεσματικότητα, η κατάρτιση, η αίσθηση ασφάλειας, η εξυπηρετικότητα και γενικά διάθεση να βοηθήσουν και τέλος η οργάνωση κι η ευελιξία του ωραρίου των ιδιωτικών δομών. Ορισμένες άλλες από τις αιτίες που αναφέρθηκαν ήταν η αδυναμία εξυπηρέτησης των ΑμεΑ από δημόσιους φορείς λόγω της ανεπάρκειας των κρατικών παροχών. Πολλοί μάλιστα από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην δυσκολία τους να κλείσουν ένα ραντεβού με κάποια από τις δημόσιες υπηρεσίες κι στο ότι το χρονικό διάστημα που χρειάζεται να αναμένουν για τη διαθεσιμότητα μίας υπηρεσίας είναι μεγάλο. Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά σχόλια των ερωτηθέντων παρουσιάζονται ακολούθως:

- «Επιλέγω ιδιωτικές γιατί είναι πιο αποτελεσματικές.»
- «Επιλέγω ιδιωτικές δομές γιατί το προσωπικό είναι περισσότερο καταρτισμένο κι εξυπηρετικό σε σχέση με τις δημόσιες δομές.»
- «Προτιμώ ιδιωτικές δομές γιατί είναι πιο ασφαλείς.»
- «Πηγαίνω σε ιδιωτικές δομές γιατί εκεί έχουν περισσότερη διάθεση να βοηθήσουν.»
- «Ιδιωτικές δομές γιατί το δημόσιο είναι πίσω σε οργάνωση.»
- «Απευθύνομαι σε ιδιωτικές δομές γιατί είναι πιο ευέλικτο το ωράριο, μεγαλύτερες σε χρόνο οι συνεδρίες, πιο καλή οργάνωση.»
- «Η μητέρα μου νοσηλεύθηκε σε ιδιωτική κλινική αποκατάστασης, γιατί στα δημόσια κέντρα ο χρόνος αναμονής φτάνει τους 12 μήνες.»
- «Δυστυχώς ο δήμος δεν έχει αρκετές δομές για την στήριξη των ατόμων με αναπηρία.»
- «Απευθύνομαι μόνο σε ιδιωτικές γιατί στο δημόσιο τα ραντεβού κλείνονται μακροπρόθεσμα.»

Στο δεύτερο ερώτημα, όπου οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν εάν έχει χρειαστεί να χρησιμοποιήσουν ποτέ ιδιωτικές δομές, οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν κατά κύριο λόγο καταφατικές κι η αιτιολογία ήταν στις περισσότερες περιπτώσεις ίδιες με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην πρώτη ερώτηση. Ενδεικτικά, οι ερωτηθέντες απάντησαν τα εξής:

- «Ναι, για περισσότερη ασφάλεια κι εξειδίκευση.»
- «Ναι, για καλύτερη εξυπηρέτηση.»
- «Πήγα σε ιδιώτη, γιατί στο ΙΚΑ δεν δούλευε το μηχάνημα για τον υπέρηχο.»
- «Ναι, γιατί μας οδηγούν περισσότερο σε κατάσταση να γίνουμε καλύτερα.»
- «Απευθύνομαι τα τελευταία χρόνια μόνο σε ιδιώτες γιατί παρέχουν καλύτερη βοήθεια, πιο αποτελεσματική.»

Στην τελευταία ερώτηση απάντησαν μόνο 2 από τους ερωτηθέντες λέγοντας τα εξής:

- «Γίνονται βήματα προς το καλύτερο, αλλά δεν είναι ακόμα αρκετό.»
- «Οι παροχές του κράτους δεν είναι αρκετές ώστε να αποτελέσουν λύση. Επίσης, οι δημόσιοι λειτουργοί δεν είναι πάντα ευσυνείδητοι και το θέμα των ωρομίσθιων, που αλλάζουν κάθε χρόνο, είναι πολύ άσχημο για τα παιδιά.»

## Κεφάλαιο 7ο: Συμπεράσματα και προτάσεις

### 7.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία αποτέλεσε μία έρευνα με στόχο να γίνει αντιληπτό, εάν οι κρατικές παροχές είναι δομημένες με τρόπο που μπορούν να εξυπηρετήσουν άτομα με αναπηρία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ενός ερωτηματολογίου, το οποίο συμπλήρωσαν άτομα με αναπηρία και φροντιστές ατόμων με αναπηρία. Έπειτα από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν, διαπιστώθηκε, πως κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες είναι δυσαρεστημένοι από τις κρατικές παροχές. Ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος φαίνεται να έχει αξιολογήσει αρνητικά τις κρατικές παροχές ενώ ελάχιστοι τις έχουν αξιολογήσει θετικά. Ακόμα στις περιπτώσεις που το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων εμφανίζονται ως μετρίως ικανοποιημένοι, ο υπόλοιπος πληθυσμός έχει αξιολογήσει, ως επί τω πλείστο αρνητικά. Συμπερασματικά, λοιπόν προκύπτει, πως οι κρατικές παροχές επιδέχονται βελτίωση, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις φαίνεται να αξιολογούνται ως χειρότερες του μετρίου. Πρέπει, λοιπόν να ληφθούν μέτρα, με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των ατόμων με αναπηρία, ώστε να αποκτήσουν αυτοί έναν ισότιμο τρόπο διαβίωσης με αυτόν των συνάνθρωπών τους.

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί, πως, όταν οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν ανάλογα με το αν είναι φροντιστές ατόμων με αναπηρία ή ΑμεΑ, παρατηρήθηκε πως η πρώτη ομάδα είναι πιο δυσαρεστημένη από την κρατική παρέμβαση, συγκριτικά με την δεύτερη ομάδα. Αυτό είναι πιθανό να οφείλεται στις αυξημένες απαιτήσεις που έχουν οι φροντιστές για τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Ένας ακόμα διαχωρισμός που έγινε στους ερωτηθέντες, ήταν ανάλογα με τον τύπο αναπηρίας στην οποία ανήκουν. Από τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης προκύπτει ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες είναι μετρίως ικανοποιημένα από τις κρατικές παροχές που αφορούν τα έργα υποδομής, τα κέντρα αποκατάστασης, τα ανθρώπινο δυναμικό και την οικονομική ενίσχυση. Από την άλλη μεριά, τα άτομα με νοητικές και κινητικές αναπηρίες είναι στις περισσότερες περιπτώσεις οι πιο δυσαρεστημένα από τις παροχές του κράτους. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της διαφοροποίησης μεταξύ των τύπων αναπηρίας εντοπίζεται στην οικονομική ενίσχυση, όπου τα άτομα με αισθητηριακές αναπηρίες είναι μετρίως ικανοποιημένοι σε ποσοστό 60%, ενώ τα άτομα με κινητικές αναπηρίες είναι δυσαρεστημένα σε ποσοστό 90%. Ενδεχομένως, λοιπόν ορισμένες κρατικές παροχές να είναι περισσότερο καταρτισμένες ή εξοπλισμένες για άτομα που παρουσιάζουν ένα είδος αναπηρίας σε σχέση με άτομα που παρουσιάζουν άλλο είδος αναπηρίας.

### 7.2 Περιορισμοί-Προτάσεις

Ο λόγος που έγινε η επιλογή του συγκεκριμένου πληθυσμού, που θα συμμετείχε στην έρευνα, ήταν ότι θεωρήθηκε σημαντικό να αποτελούνται αυτοί από τα αμέσως εμπλεκόμενα, με τις συγκεκριμένες παροχές, άτομα. Κλήθηκε, δηλαδή να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο κάθε άτομο με αναπηρία, αλλά και κάθε φροντιστής ατόμων με αναπηρία, που χρησιμοποιούν τις συγκεκριμένες δομές. Κρίνεται σκόπιμο να πραγματοποιηθούν νέες έρευνες, που θα απευθύνονται σε όλους τους νομούς της Ελλάδας, ώστε να γίνει αντιληπτό εάν τα ΑμεΑ είναι το ίδιο ικανοποιημένα από τις κρατικές παροχές που τα εξυπηρετούν. Προτείνεται, επίσης, τα άτομα που θα συμμετέχουν στην έρευνα, να ομαδοποιηθούν ανάλογα με τον τύπο βλάβης ή δυσλειτουργίας που παρουσιάζουν, ώστε να παρατηρηθεί

εάν οι κρατικές δομές είναι το ίδιο επαρκείς για κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την αναπηρία που έχει.

## Βιβλιογραφία

Active Living Alliance for Canadians with a Disability (ALACD). (2008). All abilities welcome toolkit. Retrieved March 24, 2010, from the ALACD

[www.allabilitieswelcome.ca](http://www.allabilitieswelcome.ca).

Albaum, G. (1997). The Likert scale revisited. *Market Research Society. Journal.*, 39(2), 1-21.

Americans with Disabilities Act. (2009, March) Retrieved November 2018, from

<https://www.ada.gov/pubs/ada.htm>

Anderberg, P. (2007). Peer assistance for personal assistance: analysis of online discussions about personal assistance from a Swedish web forum for disabled people. *Disability & Society*, 22(3), 251–265.

Baer, R. M., Flexer, R. W., Beck, S., Amstutz, N., Hoffman, L., Brothers, J., ... Zechman, C. (2003). A Collaborative Followup Study on Transition Service Utilization and Post-school Outcomes. *Career Development for Exceptional Individuals*, 26(1), 7–25.

Bailey, D. B., Buysse, V., Edmondson, R., & Smith, T. M. (1992). Creating family-centered services in early intervention: Perceptions of professionals in four states. *Exceptional Children*, 58 (4), 298–309.

Beaudry, J. S. (2016, February). Beyond (models of) disability?. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* (Vol. 41, No. 2, pp. 210-228). *Journal of Medicine and Philosophy Inc.*.

Berube, B. (1981). Barrier-free design--making the environment accessible to the disabled. *Canadian Medical Association Journal*, 124(1), 68.

Blanch, A. K., Carling, P. J., & Ridgway, P. (1988). Normal housing with specialized supports: A psychiatric rehabilitation approach to living in the community. *Rehabilitation Psychology*, 33(1), 47.

Bloom, B. S. (1964). *Stability and change in human characteristics*. Wiley.

Bonvin, J. M., & Rosenstein, E. (2008, May). Activating unemployed and disabled people: teachings from the Swiss experience. In draft paper for the International Conference 'Activation' Policies on the Fringes of Society: A Challenge for European Welfare States, organised by the Institute for Employment Research (IAB) and the Political Sociology Section of the German Sociological Association, Nuremberg (pp. 15-16).

Boorse, C., 2010, "Disability and Medical Theory," in *Philosophical Reflections on Disability*, D. C. Ralston and J. Ho (eds.), Dordrecht: Springer, pp. 55–90.

Borzaga, C., & Loss, M. (2002). *Work integration social enterprises in Italy. Project: The Socio-Economic Performance of Social Enterprises in the Field of Integration by Work*.

Carling, P. J. (1992). Homes or group homes? Future approaches to housing, support, and integration for people with psychiatric disabilities. *Adult Residential Care Journal*.

Clark, C., Dyson, A., Millward, A. & Robson, S. (1999) 'Theories of inclusion, theories of schools: deconstructing and reconstructing the "inclusive" school', *British Education Research Journal*, 25 (2), 157–177.

Δαγτόγλου, Π. (1991). Ατομικά Δικαιώματα. Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.

De moor, Τζουριάδου, Van Waesberghe, Κοντοπούλου (1998), Πρώιμη παρέμβαση σε παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές. Ένα μανιφέστο της ομάδας εργασίας Eurlyaid. Μέθοδοι πρώιμης Παρέμβασης (Εκπαιδευτικό Υλικό)

Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Mott, D. W. (1994). Strengths-based family-centered intervention practices. *Supporting & strengthening families*, 1, 115-131.

Elliott, M and T Savill (unpublished) Comparison of boarding ramps for access onto large buses. Project report PR/SE/305/2001. Crowthorne: TRL Limited.

Emerson, E. & Hatton, C. (1998). Residential provision for people with intellectual disabilities in England, Wales and Scotland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 11(1), 1-14.

Εταιρία παραγωγής ψυχοκοινωνικής υγείας παιδιών κι ενηλίκων (2012), ανακτήθηκε Ιανουάριος 2019, από:

<https://www.iris-health.gr/frontoffice/portal.asp?cpage=NODE&cnode=31>

Fiedler, I., Indermuehle, D., Drobac, W., & Laud, P. (2002). Perceived barriers to employment in individuals with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 7(3), 73-82.

Forlin, C., Loreman, T., Sharma, U. & Earle, C. (2009) 'Demographic differences in changing pre-service teachers' attitudes, sentiments and concerns about inclusive education', *International Journal of Inclusive Education*, 13 (2), 195–209.

Fujiura, G. T. & Braddock, D. (1992). Fiscal and demographic trends in mental retardation services: The emergence of the family. In L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000. Disorders of Human Learning, Behavior, and Communication*, 316-338. New York: Springer-Verlag.

Φωκιανού, Μ. (2015). Το νομικό πλαίσιο της φροντίδας υγείας και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών κοινωνικών ομάδων στην Ελλάδα (Master's thesis).

Gerken, S., & Merkur, S. (2010). Belgium: Health system review. *Health systems in transition*, 12(5), 1-266.

Habermas J., (2004). Το μέλλον της ανθρώπινης φύσης. Πίστη και γνώση: Προς μια φιλελεύθερη ευγονική; (επιμ. Γιώργος Ξηροπαΐδης, μτφρ. Μαρία Τοπάλη), *Scripta*, Αθήνα.

Hammel, J., Lai, J. S., & Heller, T. (2002). The impact of assistive technology and environmental interventions on function and living situation status with people who are ageing with developmental disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 24(1-3), 93-105. Haring, K. A. & Lovett, D. L. (1990). A follow-up study of special education graduates. *The Journal of Special Education*, 23(4), 463-477.

Hassenzahl, M., & Monk, A. (2010). The inference of perceived usability from beauty. *Human-Computer Interaction*, 25(3), 235-260.

Haug, P. (1999) *Spesialundervisning i grunnskulen. Grunnlag, utvikling og innhold* [Special Education in the Primary School. Basis, Development and Content]. Oslo: Abstrakt forlag.

Hugman, R. (1996). Health and welfare policy and older people in Europe. *Health Care in Later Life*, 1, 211–222.

Ireys, H. T., Salkever, D. S., Kolodner, K. B., & Bijur, P. E. (1996). Schooling, employment, and idleness in young adults with serious physical health conditions: Effects of age, disability status, and parental education. *Journal of Adolescent Health*, 19(1), 25-33.

Jackson, S. A., & Marsh, H. W. (1996). Development and validation of a scale to measure optimal experience: The Flow State Scale. *Journal of sport and exercise psychology*, 18(1), 17-35.

Jones, K.E., & Tamari, I.E. (1997). Making our offices universally accessible: Guidelines for physicians. *Canadian Medical Association Journal*, 156, 647–656.

Jung, L. A., McCormick, K. M., & Jolivette, K. (2004). Early intervention in rural natural environments: Making the most of your time. *Rural Special Education Quarterly*, 24 (3), 30–35.

Κάραλη, Ε., & Τραχανά, Β. (2015). Η συνταγματική προστασία των ατομικών δικαιωμάτων στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Karvonen, H., Test, D., Wood, W., Browder, D. & Algozzine, B., (2004). Putting Self - Determination into Practice *Council for Exceptional Children*, 71(1), 23-41.

KLIK Magazin. (2018, Δεκέμβριος) Retrived Δεκέμβριος 2018, from

<https://www.klik.gr/gr/el/greece/anthropos-me-anapiria-amea-simainei-anapneo-me-axioprepeia/>

Lilja, M., Mansson, I., Jahlenius, L., & Sacco-Peterson, M. (2003). Disability policy in Sweden: policies concerning assistive technology and home modification services. *Journal of Disability Policy Studies*, 14(3), 130-135.

Matell, M. S., & Jacoby, J. (1971). Is there an optimal number of alternatives for Likert scale items? Study I: Reliability and validity. *Educational and psychological measurement*, 31(3), 657-674.

McCAHILL W., The world's handicapped best salesmen: First Athens – International Symposium, “Public Relation and Rehabilitation 1971”.

McLeod, R. (1999). *School to Life, TRANSITION Handbook: Five Steps to Successful Planning*, Saskatchewan Association for Community Living.

Mesibov, G.B., Shea, V., & Schopler, E. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 21, 44-51.

Ministry of Health and Social Affairs. (2000). *Nationell handlingsplan för handikappolitiken*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Mitra, S. (2005). *Disability and social safety nets in developing countries*.

Μπαμπατσάνης, Ε. (2015). Χρήση υπολογιστών από άτομα με ειδικές ανάγκες.



Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization*, 78, 717-731.

Novak, J. (2015). Raising Expectations for U.S. Youth with Disabilities: Federal Disability Policy Advances Integrated Employment. *Ceps Journal*, 5 (1), 91-110.

Οργανισμός Προνομιακών Επιδομάτων & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2018), ανακτήθηκε Δεκέμβριος 2018, από:

<https://opeka.gr/atoma-me-anapiria/nomothetiko-plaisio/>

Pereira, A. P. D. S., & Serrano, A. M. (2014). Early intervention in Portugal: Study of professionals' perceptions. *Journal of Family Social Work*, 17(3), 263-282.

Pinto, P. C. (2011). Family, disability and social policy in Portugal: Where are we at, and where do we want to go?. *Sociologia On Line*, 39-60.

Quinn, G., & Degener, T. (2002). Human rights and disability: The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability. Geneva, Office of the High Commission for Human Rights.

Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American psychologist*, 53(2), 109.

Ratzka, A. D. (1986). Independent Living and Attendant Care in Sweden: A Consumer Perspective. Monograph Number Thirty-Four.

Reindal, S. M. (1999). Independence, dependence, interdependence: Some reflections on the subject and personal autonomy. *Disability & Society*, 14(3), 353-367.

Ribbers, G. M. (2007). Traumatic brain injury rehabilitation in the Netherlands: dilemmas and challenges. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 22(4), 234-238.

Rioux, M., & Carbert, A. (2003). Human rights and disability: The international context.

Sanghavi, S. D. (2009). The welfarist account of disability. *Disability and disadvantage*, 14.

ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ - ΚΡΕΠΙΑ Δ. (1997), Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα - Μια ολιστική Προσέγγιση. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ.

SCIELUNA H.: Principles of public relations in Rehabilitation. A council of Europe View 3rd Athens International Symposium 1975.

Shea, D., Davey, A., Femia, E. E., Zarit, S. H., Sundström, G., Berg, S., & Smyer, M. A. (2003). Exploring assistance in Sweden and the United States. *The Gerontologist*, 43(5), 712-721.

Smith, R. O., Bange, M., & Hall, M. (2000). Using assistive technologies to enable self-care and daily living. In C. Christiansen (Ed.), *Ways of living* (2nd ed., pp. 333–361). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.

Social Security Administration (US) (Ed.). (2010). *Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2010* (No. 13). Government Printing Office.

Σούλης, Σ. Γ., Φωτιάδου, Ε., & Χριστοδούλου, Π. (2016). Εγχειρίδιο εκπαιδευτή ενηλίκων.

Σταθόπουλος, Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια- Ιστορική εξέλιξη-Νέες κατευθύνσεις, Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ.

Swedish Institute. (1999). The health care system in Sweden (Fact sheets on Sweden). Stockholm: Author.

Swedish Institute. (2000). Disability policies in Sweden (Fact sheets on Sweden). Stockholm: Author.

Καρολίδου Σωτηρία (2017), ανακτήθηκε Ιανουάριο 2019, από:

<https://sotiriakarolidou.wordpress.com/>

Takala, M., Pirttimaa, R., & Törmänen, M. (2009). RESEARCH SECTION: Inclusive special education: the role of special education teachers in Finland. *British Journal of Special Education*, 36(3), 162-173.

Taylor, I. (2003). *Limits of market society: European perspectives. Welfare Policy from Below*. Ashgate: Aldershot.

The Assistive Technology Act: PL 105–394. Washington DC: Congressional Report; 1998.

Thomas, A. (2004). The rise of social cooperatives in Italy. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 15(3), 243-263.

Todd, S. & Shearn, J. (1996). Time and the person: The impact of support services on the lives of parents of adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 9(1), 40-60.

Τσάτσος D. (1987), *Συνταγματικό Δίκαιο, Τόμος Γ΄, Θεμελιώδη Δικαιώματα*. Αθήνα–Κομοτηνή, Αντ. Ν. Σακκουλας.

Turk, D. C., & Kerns, R. D. (1985). *Health, illness, and families: a life-span perspective*. Wiley-Interscience.

Venter, C., Savill, T., Rickert, T., Bogopane, H., Venkatesh, A., Camba, J., ... & Maunder, D. (2002). Enhanced accessibility for people with disabilities living in urban areas.

Wasserman, D. (2017). Philosophical issues in the definition and social response to disability. In *Disability and Equality Law* (pp. 19-52). Routledge. Wasserman, D., Asch, A., Blustein, J., & Putnam, D. (2011). *Disability: definitions, models, experience*.

Wehmeyer, L., & Schalock, L. (2001). Self-determination and quality of life: Implications for special services and supports. *Focus on Exceptional Children*, 33(8), 1-20.

Winter, E. C. (2006) 'Preparing new teachers for inclusive schools and classrooms, *Support for Learning*, 21 (2), 85–91.

World Health Organization. (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976.

Υπουργείο περιβάλλοντος κι ενέργειας (2018), ανακτήθηκε Ιανουάριο 2019, από:

<http://www.ypeka.gr/Default.aspx?tabid=380>

Χριστοφή, Μ. (2016). Προσβασιμότητα και αναπηρία

## Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο

1. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τα προγράμματα που διασφαλίζουν την ένταξη των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία;
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 1.1. Επαρκεί η συμβολή του κράτους σε αυτό;
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 1.2. Υπάρχουν δομές για αυτόνομη διαβίωση.
- |                 |                |                           |                |                |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ Συμφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Μάλλον συμφωνώ |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
- 1.3. Υπάρχει πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης.
- |                 |                |                           |                |                |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ Συμφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Μάλλον συμφωνώ |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
- 1.4. Υπάρχουν υπηρεσίες εύρεσης εργασίας.
- |                 |                |                           |                |                |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ Συμφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Μάλλον συμφωνώ |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
2. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις ιατρικές υπηρεσίες;
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 2.1. Επαρκεί η συμβολή του κράτους σε αυτό;
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 2.2. Υπάρχει επαρκής ενημέρωση των κηδεμόνων κατά την διάγνωση των ατόμων με αναπηρία.
- |                 |                |                           |                |                |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ Συμφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Μάλλον συμφωνώ |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
- 2.3. Υπάρχει έγκυρη κι έγκαιρη διάγνωση αυτών.
- |                 |                |                           |                |                |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ Συμφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Μάλλον συμφωνώ |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
3. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις εκπαιδευτικές δομές;
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 3.1. Επαρκεί η συμβολή του κράτους σε αυτό;
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 3.2. Είστε ικανοποιημένος από το πρόγραμμα ένταξης των ατόμων με αναπηρία σε τυπικά σχολεία;
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 3.3. Έχει προβλεφθεί τρόπος για τη στήριξη των ατόμων με αναπηρία στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση.
- |                 |                |                           |                |                |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
| Διαφωνώ Συμφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Μάλλον συμφωνώ |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|

4. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τα έργα υποδομής του κράτους (π.χ. οδηγός όδευσης τυφλών σε πεζοδρόμια, ράμπες πρόσβασης σε παραλία/θάλασσα);
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 4.1. Επαρκούν τα έργα υποδομής;
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 4.2. Υπάρχουν ειδικόι χώροι στάθμευσης για τα αυτοκίνητα που οδηγούν τα άτομα με αναπηρία ή τα αυτοκίνητα που εξυπηρετούν τα άτομα με αναπηρία.
- |         |                |                           |                |         |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
| Διαφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Συμφωνώ |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
5. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τα δημόσια κέντρα αποκατάστασης (π.χ. λογοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία);
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 5.1. Επαρκούν τα κέντρα αποκατάστασης.
- |         |                |                           |                |         |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
| Διαφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Συμφωνώ |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
- 5.2. Είστε ικανοποιημένος από τις δομές πρώιμης παρέμβασης (π.χ. διάγνωση και στήριξη παιδιών ή βρεφών με επικινδυνότητα εμφάνισης διαταραχών).
- |         |                |                           |                |         |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
| Διαφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Συμφωνώ |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
6. Πόσο ικανοποιημένος είστε από το προσωπικό που έχει διοριστεί από το κράτος σε κοινωνικές, ιατρικές κι εκπαιδευτικές δομές, δομές αποκατάστασης και πρώιμης παρέμβασης;
- |         |          |        |      |         |
|---------|----------|--------|------|---------|
| Καθόλου | Ελάχιστα | Μέτρια | Πολύ | Απόλυτα |
|---------|----------|--------|------|---------|
- 6.1. Υπάρχει τρόπος εξυπηρέτησης των ατόμων με αναπηρία στις δημόσιες υπηρεσίες (π.χ. προσωπικό που γνωρίζει νοηματική γλώσσα, έγγραφα γραμμένα σε κώδικα Μπράιγ).
- |         |                |                           |                |         |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
| Διαφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Συμφωνώ |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
- 6.2. Υπάρχει επαρκές προσωπικό στις δομές που αναφέρθηκαν στην ερώτηση 6.
- |         |                |                           |                |         |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
| Διαφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Συμφωνώ |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
- 6.3. Το προσωπικό των δομών που αναφέρθηκαν στην ερώτηση 6 έχει την κατάρτιση που απαιτείται.
- |         |                |                           |                |         |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
| Διαφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Συμφωνώ |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
- 6.4. Υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των ειδικών (π.χ. γιατρών, θεραπευτών, δασκάλων), που απασχολούνται στις δομές που αναφέρθηκαν στην ερώτηση 6, με σκοπό μία πιο ολοκληρωμένη παροχή βοήθειας στα άτομα με αναπηρία.
- |         |                |                           |                |         |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|
| Διαφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Συμφωνώ |
|---------|----------------|---------------------------|----------------|---------|

6.5. Το προσωπικό που εργάζεται στις δομές που αναφέρθηκαν στην ερώτηση 6, μιλά στα άτομα με αναπηρία ή στους φροντιστές αυτών, εάν είναι απαραίτητο, με τρόπο που μπορεί να γίνει κατανοητός.

Διαφωνώ Μάλλον διαφωνώ Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ Μάλλον συμφωνώ Συμφωνώ

7. Η οικονομική βοήθεια που παρέχεται στα άτομα με αναπηρία είναι αρκετή για να καλύψει τις ανάγκες αυτών.

Διαφωνώ Μάλλον διαφωνώ Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ Μάλλον συμφωνώ Συμφωνώ

Προτιμάτε για υποστήριξη δημόσιες ή ιδιωτικές δομές και για ποιο λόγο;

---

---

---

Έχει χρειαστεί να απευθυνθείτε σε ιδιώτες; Για ποιο λόγο και για πόσο χρονικό διάστημα;

---

---

---

---

Αν έχετε οποιαδήποτε επιπλέον πληροφορία ή σχόλιο παρακαλούμε να το προσθέσετε εδώ.

---

---

---

---