

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ : ΟΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΚΑΙ Η  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ**

**ΜΕΤΕΧΟΥΣΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ  
ΔΑΣΚΑΛΟΥ ΕΛΕΝΗ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ**



Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας :

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

Ευχαριστώ την **Κ. Νομικού** η οποία μου συμπαραστάθηκε όλο αυτό το διάστημα για να εκπονήσω την πτυχιακή μου εργασία .  
Αφιερώνω την πτυχιακή μου **στους γονείς μου** και ιδιαίτερα στην **μητέρα μου** , η οποία δεν ζει . Επίσης, στις 4 ανιψιές μου : **Μαρία, Μανθούλα, Κατερίνα και Φρειδερίκη.**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ****ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄**

<b>I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>1</b>
<b>II. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ</b>	<b>2</b>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄**

<b>1. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ</b>	<b>7</b>
Παραλυτικές Παραμορφώσεις	11
Συνήθη Ορθοπαιδικά προβλήματα των παιδιών	17
Μεταβολικά νοσήματα	24
Ανωμαλίες του χόνδρου	27
Νευρομυϊκές διαταραχές	28
Φλεγμονώδεις παθήσεις οστών και αρθρώσεων μη μικροβιακές	31
<b>2. Άλλες παθήσεις</b>	<b>42</b>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄****Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

<b>1<sup>α</sup>. Η στάση του ατόμου προς την αναπηρία του</b>	<b>46</b>
<b>1β. Στρατηγικές αντιμετώπισης της κρίσης από το άτομο</b>	<b>54</b>
<b>2<sup>α</sup>. Η στάση των γονέων προς το ανάπηρο μέλος της οικογένειας</b>	<b>55</b>
<b>2β. Στρατηγικές / Μέθοδοι αντίδρασης των οικογενειών ως προς την αναπηρία ή μια χρόνια ασθένεια</b>	<b>69</b>
<b>2γ. Τα αδέρφια των παιδιών με αναπηρία</b>	<b>70</b>
<b>3<sup>α</sup>. Η αντιμετώπιση από τον κοινωνικό περίγυρο</b>	<b>74</b>
<b>3β. Ιστορική αναδρομή</b>	<b>78</b>
<b>4. Μέσα Μαζικής ενημέρωσης</b>	<b>86</b>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄****Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΦΟΡΕΙΣ**

<b>1. Εκπαίδευση</b>	<b>88</b>
<b>2. Εκκλησία</b>	<b>102</b>
<b>2<sup>α</sup>. Ιδρύματα για αναπήρους της Εκκλησίας της Ελλάδος</b>	<b>107</b>
<b>3. Κράτος- Τοπική αυτοδιοίκηση</b>	<b>108</b>

3 <sup>α</sup> . Τοπικά προγράμματα – Πρωτοβουλίες Νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων και Δήμων για άτομα με αναπηρίες	116
3β. Ευρωπαϊκά προγράμματα για άτομα με αναπηρίες	122
4. Υπηρεσίες Υγείας	131

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	137
----------------	-----

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	143
----------------	-----

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄

ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ	151
Οι παραολυμπιακοί αγώνες	154

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η΄

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	
Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με άτομα	156
Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με οικογένειες	157
Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με ομάδες	158
Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ιδρύματα	158
Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με κοινότητα	159

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ΄

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	161
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	165

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι΄

#### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να ερευνηθούν οι δυσκολίες που έχουν τα άτομα με αναπηρίες στους τομείς της εκπαίδευσης, εκκλησίας, προσβασιμότητας, αγοράς εργασίας, υγείας, αθλητισμού, κράτους και μέσων μαζικής ενημέρωσης και η αντιμετώπισή τους στην Ελλάδα σήμερα.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η εισαγωγή, ορισμοί καθώς και μία μικρή ανάλυση των όρων κοινωνικός αποκλεισμός, σωματικής αναπηρίας, ένταξης- ενσωμάτωσης, προκατάληψης και ψυχολογικής κρίσης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι μορφές και οι κατηγορίες αναπηρίας γενικά και ακολουθεί ανάλυση ορισμένων παθήσεων. Συγκεκριμένα αναλύονται, οι παραλυτικές παραμορφώσεις (πχ εγκεφαλική παράλυση), συνήθη ορθοπεδικά προβλήματα των παιδιών (πχ κοιλοποδία, κύφωση), νευρομυικές διαταραχές (πχ μυϊκές δυστροφίες), φλεγμονώδεις παθήσεις οστών και αρθρώσεων μη μικροβιακές (πχ ρευματοειδής αρθρίτιδα) καθώς και άλλες παθήσεις (πχ σκλήρυνση κατά πλάκας).

Στο τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η αντιμετώπιση της αναπηρίας από το ίδιο το άτομο, οι στρατηγικές τις οποίες χρησιμοποιεί όταν βρίσκεται σε κρίση, μία εκ των οποίων είναι και η αναπηρία, αναλύεται η στάση των γονέων προς το ανάπηρο μέλος της οικογένειας καθώς και στρατηγικές αντιμετώπισης της αναπηρίας που χρησιμοποιούν οι οικογένειες για την αντιμετώπιση της αναπηρίας, η στάση των αδερφών των αναπήρων παιδιών και η αντιμετώπιση από τον κοινωνικό περίγυρο, περιλαμβάνεται ιστορική αναδρομή που δίνει μια εικόνα της θέσης γενικά της αναπηρίας στη διάρκεια των αιώνων και η αντιμετώπιση των αναπήρων από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης,

Στο τέταρτο, πέμπτο, έκτο και έβδομο κεφάλαιο αναλύονται οι δυσκολίες και ο κοινωνικός αποκλεισμός, των ατόμων με αναπηρία στην εκπαίδευση, στην εκκλησία, υπηρεσίες υγείας, στο κράτος –και την τοπική αυτοδιοίκηση, προσβασιμότητα, αγορά εργασίας και στον αθλητισμό. Αναφέρονται διάφοροι νόμοι ευνοϊκοί ως προς τη μεταχείριση των ατόμων αυτών, αλλά και ορισμένα βασικά προβλήματα που εμποδίζουν την ένταξη τους στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και αποδεικνύουν πως πράγματι υπάρχουν δυσκολίες που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό σήμερα στην Ελλάδα. Επίσης περιέχονται τα υφιστάμενα ιδρύματα για σωματικά αναπήρους καθώς και Ευρωπαϊκά, Νομαρχιακά και Δημοτικά προγράμματα για αναπήρους.

Στο όγδοο κεφάλαιο αναφέρεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με άτομα, με οικογένεια, με ομάδες, σε ιδρύματα και σε κοινότητα.

Στο ένατο κεφάλαιο, αναφέρονται ορισμένα γενικά συμπεράσματα για την μελέτη, αλλά και προτάσεις για την προώθηση της ένταξης και την διευκόλυνση των ατόμων με αναπηρίες όσον αφορά τη διαβίωση τους.

Στο δέκατο κεφάλαιο τέλος, περιλαμβάνεται παράρτημα με τους νόμους που περιλαμβάνονται στη μελέτη και μαρτυρίες. Οι εικόνες που χρησιμοποιούνται στη μελέτη αποτελούν δημιουργίες ζωγραφισμένες με το στόμα. Εκτός από την εικόνα που βρίσκεται στην εκκλησία η οποία δημιουργήθηκε από τον Ηλία Ραυτόπουλο, οι υπόλοιπες είναι έργα του Τριαντάφυλλου Ηλιάδη

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

### Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάγκη που έχουν τα άτομα με αναπηρίες για ένταξη και ενσωμάτωση στον κόσμο των "υγιών" και "κανονικών" ατόμων, μέρος του οποίου αποτελούν η αγορά εργασίας, το "κανονικό" σχολείο, η προσπελασιμότητα των πόλεων και κτιρίων κα., αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν διαφαίνονται οι συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού και της περιθωριοποίησης που τα άτομα αυτά υφίστανται.

Ο διαχωρισμός αυτός σε "κανονικά" και "ειδικά" άτομα δηλαδή οφείλεται στην άγνοια και την έλλειψη πληροφόρησης της κοινής γνώμης για τη ζωή, τα εμπόδια, και τον τρόπο ζωής, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και γενικά τα προβλήματα των ατόμων αυτών. Όπως φαίνεται στην ενότητα του τέταρτου κεφαλαίου η άγνοια, η έλλειψη πληροφόρησης και παιδείας, γεννά συνήθως προκατάληψη, αρνητικές στάσεις και διαθέσεις που έχουν ως συνέπεια τη διάκριση, η οποία πολλές φορές φτάνει και σε "στιγματισμό".

Οι διακρίσεις αυτές καλλιεργούνται μέσα από το κοινωνικοπολιτικό σύστημα που κυριαρχεί σε κάθε κοινωνία και συνήθως περιλαμβάνει φορείς, που κατέχουν κατά κάποιο τρόπο εξουσία είτε στην αναπαραγωγή των στερεότυπων για τα άτομα με αναπηρίες είτε στη διαμόρφωση της ιδεολογίας και της αντίληψης γι' αυτά. Οι φορείς αυτοί είναι η εκπαίδευση, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η εκκλησία, το κράτος, η αγορά εργασίας, οι μονάδες υγείας. Σημαντικό ρόλο επίσης κατέχει και ο αθλητισμός ο οποίος είναι μια ευκαιρία για άμεση ανάδειξη και επιτυχία ενός ατόμου με αναπηρία.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία επιδιώκεται να εξετασθεί το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων με σωματικές αναπηρίες στην Ελλάδα και συγκεκριμένα να αναλυθούν:

- ✓ Οι αναπηρίες και οι παθήσεις που τις προκαλούν.
- ✓ Η στάση του ίδιου του ατόμου προς την αναπηρία του.
- ✓ Η ψυχολογική κατάσταση των γονέων και των αδερφών του ατόμου με την αναπηρία.
- ✓ Η στάση του κοινωνικού περιγύρου απέναντι στο πάσχον άτομο.



- ✓ Οι δυσκολίες και η έκταση του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα σήμερα, που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρίες .

## II. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

### Κοινωνικός Αποκλεισμός

Η παρεμπόδιση των μελών ορισμένων ομάδων (μεταναστών ,προσφύγων), να συμμετάσχουν ισότιμα στις κοινωνικές δραστηριότητες και να ενταχθούν ομαλά στην κοινωνία ωθώντας τα στο κοινωνικό περιθώριο (Μπαμπινιώτης , Β΄,2002 σελ243).

Ο αποκλεισμός δεν είναι μια κατάσταση αλλά μια διαδικασία που επαναλαμβάνεται και αναπαράγεται μέσα από κάποιους μηχανισμούς .Η αντίληψη του αποκλεισμού ως διαδικασίας σημαίνει , πως αυτός δεν εκλαμβάνεται ως απόλυτο γεγονός αλλά σχετικό, το οποίο έχει διαβαθμίσεις, οι οποίες είναι :

**1.Ο βαθμός του κινδύνου :** Συνήθως αφορά της κατηγορίες του πληθυσμού, οι οποίες έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν κοινωνικές μειονεξίες και τους καθιστούν ευάλωτους : Δύσκολη οικογενειακή ζωή κακές συνθήκες στέγασης κτλ. Αυτές οι μειονεξίες δεν είναι ικανές να οδηγήσουν από μόνες τους σε αποκλεισμό αλλά, όταν υπάρχουν, αρκεί ένα ξαφνικό γεγονός για να αποκαλύψει πόσο ευάλωτο είναι, στην πραγματικότητα, το άτομο στην απειλή του αποκλεισμού (Μουσούρου,1998, σελ.70) .

**2. Ο βαθμός της απειλής :** Αφορά μια μεγάλη ποικιλία καταστάσεων. π.χ. Μια γυναίκα που ύστερα από ένα διαζύγιο βρίσκεται αρχηγός μιας μονογονεϊκής οικογένειας, μια οικογένεια που ένα μέλος της αρρωσταίνει με νόσο ανίατη ή καθίσταται ανάπηρο μετά από ατύχημα ή γεννιέται με αναπηρία. Αυτές οι καταστάσεις, δεν είναι καταστάσεις αποκλεισμού τον φέρνουν όμως πλησιέστερα. Αυτό γίνεται διότι η απειλή πιθανόν να αποσταθεροποιήσει το άτομο και να το οδηγήσει στον αποκλεισμό (Μουσούρου,1998, σελ.71) .

**3.Ο βαθμός της αποσταθεροποίησης:** Είναι αποτέλεσμα των τρόπων με τους οποίους τα άτομα αντιμετωπίζουν την απειλή και αντιδρούν σε ένα πρόβλημα ή σε μια κρίση (διαζύγιο, απόλυση, προβλήματα υγείας). Όμως αυτοί οι τρόποι εξαρτώνται από τους δεσμούς, τους οποίους τα άτομα έχουν και διατηρούν: δεσμούς κοινοτικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς. Υπάρχει περίπτωση αυτοί οι δεσμοί να αποτρέψουν την αποσταθεροποίηση ή έστω να περιορίσουν τη διάρκεια της. Αν όμως οι αποσταθεροποίηση τελικά

συμβεί και διαρκέσει πολύ, τότε οδηγεί στην έκπτωση, δηλαδή σε μια κατάσταση αποκλεισμού (Μουσούρου, 1998, σελ.71) .

**4.Ο βαθμός της έκπτωσης :** Οφείλεται στη ρήξη των κοινωνικών δεσμών και στην αδυναμία της επαναδημιουργίας τους. Αυτή η αδυναμία είναι αποτέλεσμα συσσώρευσης πολλών αρνητικών παραγόντων, ύστερα από μακροχρόνιο διάστημα – μακροχρόνια ανεργία, μακροχρόνια στέρηση από αγαθά και υπηρεσίες, μακροχρόνια εξάρτηση από επιδόματα ( τα οποία τις περισσότερες φορές είναι ανεπαρκή για μια αξιοπρεπή διαβίωση). Αφού αυτή η έκπτωση διαιωνίζεται, παγιώνεται και υπάρχει περίπτωση να οδηγήσει στον πραγματικό αποκλεισμό. (Μουσούρου, 1998, σελ.72).

**5.Ο βαθμός του πραγματικού αποκλεισμού :** Συνίσταται στην πλήρη και οριστική ρήξη των κοινωνικών δεσμών- δεσμών μάλιστα που συνδέονται με την απασχόληση, την οικογένεια και την κατοικία. Τα άτομα που βρίσκονται σε αυτή τη κατάσταση έχουν ως χαρακτηριστικά " την απάθεια, την παντελή έλλειψη ενδιαφέροντος για την κοινωνία που τα περιβάλλει και την αδιαφορία (όχι την άρνηση: την αδιαφορία) για οποιαδήποτε προσπάθεια (επάν)ένταξης τους στην κοινωνία αυτή. Είναι αυτοί που δεν μετέχουν στα κοινωνικά πράγματα και τη διαμόρφωση της προοπτικής τους που αδιαφορούν, που δε διαθέτουν αντοχές, που δεν ελπίζουν σε τίποτε, αλλά φοβούνται τα πάντα .(Μουσούρου, 1998 σελ.72).

## **Σωματική Αναπηρία**

Η σωματική αναπηρία αποτελεί μια πρόσκαιρη ή μόνιμη διαταραχή της ορθοπεδικής και κινητικής ικανότητας ή οργάνων του σώματος με σοβαρές επιπτώσεις στο γνωστικό, θυμικό και κοινωνικό τομέα του ατόμου (Κυπριωτάκης, ,2000, σελ.42).

### **Αίτια και χαρακτηριστικά των σωματικών αναπηριών.**

Η αιτιολογία των σωματικών αναπηριών χωρίζεται σε δυο μεγάλες κατηγορίες .Αυτές είναι :

I. Εκ γενετής ή κληρονομική, (υπάρχει δηλαδή από την εμβρυακή ζωή) .

II. Επίκτητη (αποκτάται κατά τη διάρκεια της ζωής ) (Δορζιώτου – Κουκλογιάννου, 1992, σελ.280).

Όσον αφορά την πρώτη περίπτωση , η αναπηρία κληρονομείται όταν υπάρχει γενετική προδιάθεση από τους γονείς

ή από το υπόλοιπο οικογενειακό περιβάλλον, όπως συνήθως συμβαίνει στην περίπτωση της μεσογειακής αναιμίας ή του σακχαρώδους διαβήτη ( που μπορεί να προκαλέσει παράλυση ή τύφλωση ). Υπεύθυνες είναι διάφορες άλλες ασθένειες που δεν προσβάλλουν απ' ευθείας το έμβρυο αλλά τη μητέρα όπως η ερυθρά, σύφιλη, τοξοπλάσμωση και άλλες μολυσματικές νόσοι ή η έκθεση της μητέρας σε ραδιενεργές ακτινοβολίες ή λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, που μπορεί να έχουν τερατογόνες επιδράσεις στο έμβρυο ( ναρκωτικά κ.α) με αποτέλεσμα την ατροφική ανάπτυξη του, τραύματα στην κοιλιακή χώρα κατά τη διάρκεια της κύησης, η ψυχολογική της κατάσταση της και διατροφή (Παρασκευόπουλος, 1996,σελ.102). Ακόμη η κακή στάση του εμβρύου στην μήτρα μπορεί να του προκαλέσει σωματική ανωμαλία (Thompson,1999,σελ.892).

Όσον αφορά την δεύτερη περίπτωση, η αναπηρία αποκτάται κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου είτε σε πολύ μικρή ηλικία (ακόμη και βρεφική) είτε στην εξέλιξη της ζωής του και οφείλεται σε περιγεννητικούς ή μεταγεννητικούς παράγοντες. Στους περιγεννητικούς παράγοντες ενδεικτικά αναφέρονται η ασφυξία του εγκεφάλου (ο ομφάλιος λώρος τυλίγεται γύρω από το λαιμό κατά τη διάρκεια του τοκετού με αποτέλεσμα να μην οξυγονωθεί έγκαιρα ο εγκέφαλος, γεγονός που προκαλεί ανεπανόρθωτες βλάβες στο νεογνό), τον πρόωρο ή καθυστερημένο τοκετό και την χρήση μηχανημάτων κατά τον τοκετό (εμβρυουλκός).

Στους μεταγεννητικούς παράγοντες περιλαμβάνονται ο πρόωρος τοκετός, η κακή διατροφή στη βρεφική ηλικία , λοιμώδεις νόσοι (όπως η μηνιγγίτιδα) , το ατύχημα , οι ακρωτηριασμοί, η κακοποίηση από το οικογενειακό περιβάλλον ( που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές κακώσεις στο άτομο) και η βία . Επίσης νόσοι (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας ) μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές κινητικές βλάβες (Παρασκευόπουλος,1996,σελ.111) .

## **Ένταξη – Ενσωμάτωση**

Σύμφωνα με τον Κόμπο (1992,σελ.16) ως " ενσωμάτωση " ορίζεται " η πλήρης εκπαιδευτική και κοινωνική ένταξη των παιδιών με ειδικές ανάγκες (εκπαιδευτικές και άλλες ), μέσα σε μια συνηθισμένη τάξη των συνομηλίκων τους .Η δε ένταξη ορίζεται ως "εγγραφή και η κανονική φοίτηση των παιδιών με ειδικές ανάγκες

(παιδιών με νοητική καθυστέρηση ή με σωματικές αναπηρίες ή με προβλήματα συμπεριφοράς) , μέσα στις τάξεις του συνηθισμένου δημοτικού σχολείου (Κόμπος, 1992, σελ.15) βλέπει δηλαδή και τις δύο έννοιες από τη σκοπιά της ειδικής Αγωγής.

Σε αντίθεση με τον Κόμπο, ο Τσιναρέλης διαχωρίζει τους δυο όρους εννοιολογικά και χρονικά, αφού απαραίτητη προϋπόθεση της ένταξης είναι η ενσωμάτωση και ορίζει ως εξής τις δύο έννοιες :

“ Ένταξη (integration ) σημαίνει την αποδοχή , μέσα σε μια είδη λειτουργούσα – με τις δικές της φυσικές και κοινωνικές δυναμικές – ομάδα, μιας θέσης , από ένα άτομο ή μια κατηγορία ατόμων, που έχουν διαφορετικά κοινωνικά, βιολογικά, ψυχολογικά ή οικονομικά χαρακτηριστικά και την παροχή κάθε είδους βοήθειας μέσα και έξω από την ομάδα για τη διατήρηση της θέσης αυτής, καθώς και την απόκτηση ρόλου ή ρόλων στα πλαίσια αυτής της ομάδας” ( Τσιναρέλης ,Θεσσαλονίκη ,1993, σελ. 19).

“ Ενσωμάτωση (incorporation) σημαίνει την αλληλοαποδοχή , από ένα σύνολο ή μια ομάδα , ενός ατόμου ή μιας ομάδας . Την ανάπτυξη κοινωνιοδυναμικών σχέσεων , χωρίς την παροχή καμίας ιδιαίτερης βοήθειας, είτε από την ομάδα , είτε από οποιονδήποτε εξωτερικό παράγοντα , με αποτέλεσμα την πλήρη απορρόφηση του ατόμου ή της ομάδας στις διαμορφούμενες σχέσεις αλλά και την διατήρηση της προσωπικότητας αμφίπλευρα ” ( Τσιναρέλης ,Θεσσαλονίκη ,1993, σελ. 24).

## **Προκατάληψη**

Η Jhonson δίνει το τον εξής ορισμό για την προκατάληψη “Η προκατάληψη αποτελεί μια πρόωρη κρίση, που βασίζεται στην αντίληψη του “διαφορετικού”, δηλαδή εκείνων των χαρακτηριστικών που διαφοροποιούν ανθρώπους ή καταστάσεις (Αμαλία Ιωαννίδη – Jhonson , “ Προκατάληψη , ποιος , Εγώ, Αθήνα ,1998,σελ.13 ) , ενώ η Βοσνιάδου αναφέρει πως “ είναι η στάση απέναντι σε μια ομάδα και στηρίζεται στο στερεότυπο που έχουμε για τη συγκεκριμένη ομάδα ” (Στέλλα Βοσνιάδου , “Κοινωνική ψυχολογία ”, Αθήνα 2002, σελ.104) .

**Ψυχολογική κρίση:** Η Παπαδάτου ορίζει την ψυχολογική κρίση ως: “ μια μεταβατική περίοδο κατά τη διάρκεια της οποίας, η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου , απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό

γεγονός αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό , τραγικό ή εξαιρετικά απειλητικό ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει για να το αντιμετωπίσει . (Παπαδάτου Δανάη , Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας , β' έκδοση ,Αθήνα ,1999 σελ.57).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

### 1. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Τα άτομα με οποιαδήποτε μορφή αναπηρίας εντάσσονται σε μια γενικότερη κατηγορία ατόμων, τα οποία λόγω της ιδιαιτερότητας τους ονομάζονται Άτομα με Αναπηρίες (μέχρι πρόσφατα χρησιμοποιούνταν ο όρος Άτομα με ειδικές ανάγκες ). Προτού αναλυθούν εκτενώς οι αναπηρίες , χρήσιμη είναι μια σύντομη περιγραφή όλων των αναπηριών.

Σύμφωνα με τον Κολιάδη οι κατηγορίες της αναπηρίας , είναι :

1. Τα νοητικά καθυστερημένα άτομα.
2. Τα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες.
3. Τα με συναισθηματικές δυσκολίες.
4. Τα έχοντα προβλήματα λόγου και ομιλίας .
5. Τα τυφλά ή τα εμφανίζονται διαταραχές στην όραση .
6. Τα κωφά ή βαρήκοα.
7. Τα έχοντα κινητικές διαταραχές .
8. Τα εμφανίζονται άλλα προβλήματα υγείας που απαιτούν μακροχρόνια θεραπεία τα οποία (προβλήματα) παρεμποδίζουν σοβαρά την ένταξη τους στο χώρο του κοινωνικού περιγύρου του σχολείου και της παραγωγικής εργασίας ( Κολιάδης, , 1989 , σελ. 820-821)

#### ι. Χαρακτηριστικά Ατόμων με Αναπηρίες :

□ **Νοητικά καθυστερημένα άτομα:** Είναι εκείνα τα οποία η γενική νοητική λειτουργία βρίσκεται στο δείκτη κάτω από το μέσο όρο, συνοδεύεται από ανικανότητα προσαρμογής , εμφανίζεται κατά τη φάση της ανάπτυξης και επηρεάζει αρνητικά τη σχολική τους επίδοση καθώς και την ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και στην παραγωγική διαδικασία.

□ **Άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες :** Είναι αυτά που παρουσιάζουν διαταραχή σε μια ή περισσότερες από τις βασικές ψυχολογικές διαδικασίες που περιλαμβάνονται στην κατανόηση ή στη χρησιμοποίηση της γλώσσας είτε προφορικής είτε γραπτής και η οποία μπορεί να εκδηλωθεί ως μειωμένη ικανότητα του ατόμου.: α) να κατανοεί όσα ακούει β) να διαβάσει γ) να σκέπτεται δ) να μιλά ε) να κάνει μαθηματικούς υπολογισμούς ζ) να γράφει.

□ **Άτομα με συναισθηματικές διαταραχές :** Είναι αυτά που εμφανίζουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά : 1. Ανικανότητα για μάθηση που δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί σε νοητικούς και αισθητηριακούς παράγοντες ή σε κακή υγεία . 2. Ανικανότητα να δημιουργούν ή να διατηρούν ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις . 3 . Ακατάλληλη συμπεριφορά ή συναισθήματα κάτω από ομαλές συνθήκες .5. Μια γενική διάχυτη διάθεση αθυμίας και δυστυχίας 6. Τάση να αναπτύσσουν ψυχοσωματικά συμπτώματα και φόβους που σχετίζονται με σχολικά ή προσωπικά τους προβλήματα.

□ **Τυφλά ή με διαταραχές στην όραση :** Είναι εκείνα που έχουν προβλήματα όρασης που επηρεάζουν δυσμενώς τη σχολική και επαγγελματική τους εκπαίδευση αλλά και την πλήρη ένταξη τους στο χώρο της παραγωγικής εργασίας.

□ **Κωφά ή βαρήκοα:** Είναι όσα άτομα έχουν προβλήματα ακοής τόσο σοβαρά , που να εμποδίζουν την επεξεργασία των γλωσσικών πληροφοριών μέσω της ακοής και επηρεάζουν αρνητικά την εκπαιδευτική τους επίδοση , τη συναισθηματικής τους ανάπτυξη και την κοινωνική τους προσαρμογή .

□ **Άτομα με διαταραχές του λόγου και της ομιλίας:** Είναι όσα εμφανίζουν διαταραχές της επικοινωνίας , που επηρεάζουν δυσμενώς την εκπαιδευτική τους επίδοση αλλά και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

□ **Άτομα με σωματικές μειονεξίες :** Είναι αυτά που παρουσιάζουν σοβαρές ορθοπεδικές βλάβες οι οποίες παρεμποδίζουν την σχολική επιτυχία και την πλήρη ένταξη τους στο χώρο της παραγωγικής διαδικασίας. Ο όρος περιλαμβάνει μειονεξίες που προέρχονται από σύμφυτες βλάβες (πχ. ραιβοϊπποδία, πλατυποδία, απουσία κάποιου μέλους του σώματος κα.) , μειονεξίες που δημιουργούνται από αρρώστιες (πχ. πολιομυελίτιδα, φυματίωση των οστών, σακχαρώδη διαβήτη κα.) και μειονεξίες από άλλες αιτίες (πχ. ακρωτηριασμός , εγκεφαλική παράλυση κα.)

□ **Άτομα με άλλα προβλήματα υγείας :** Είναι αυτά που εμφανίζουν περιορισμένη ζωτικότητα και ευστροφία, η οποία οφείλεται σε χρόνια ή βαρέα προβλήματα υγείας , όπως είναι ο ρευματικός πυρετός , η φυματίωση η νεφρίτιδα , η επιληψία , ο διαβήτης .

Ο Σταθόπουλος, διακρίνει τα εξής είδη, μορφές και κατηγορίες αναπηρίας :

## Είδη :

I. Κινητικές ή σωματικές.

II. Αισθητηριακές .

III. Νοητικές – Γνωστικές.

IV. Συναισθηματικές (Σταθόπουλος ,1996 ,σελ.323).

Αναλυτικότερα αναφέρει τις εξής μορφές και κατηγορίες αναπηρίας :

- **Άτομα με προβλήματα κώφωσης ή βαρηκοΐας**

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα κώφωσης δεν είναι απαραίτητο να έχουν και ανικανότητα στην ομιλία. Γι' αυτό το λόγο σήμερα δεν χρησιμοποιείται ο όρος " κωφάλαλοι" γενικά και αόριστα. Με κατάλληλη εκπαίδευση άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ακοής μπορούν να μιλούν (Σταθόπουλος, 1996, σελ. 330)

- **Άτομα με προβλήματα όρασης**

Άτομα το οποία έχουν οπτική οξύτητα μικρότερη από 1/20 της φυσιολογικής , θεωρούνται τυφλά και τυγχάνουν διαφόρων ευεργετημάτων και παροχών από το κράτος. Τα κύρια αίτια της τύφλωσης σε βρέφη και μικρά παιδιά, είναι κληρονομικές, μολυσματικές και λοιμώδεις ασθένειες. Σε ενήλικες η συνήθης αιτία τύφλωσης είναι τα διάφορα ατυχήματα, ενώ σε υπερήλικες οι εκφυλιστικές οπτικές αλλοιώσεις (όπως ο διαβήτης) ,ευθύνονται για την απώλεια της όρασης (Σταθόπουλος,1996 ,σελ. 332)

- **Άτομα με κινητικά προβλήματα**

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν , όσοι έχουν κάποια αναπηρία η οποία εμποδίζει σε μικρό ή μεγάλο βαθμό την κινητικότητα τους . Τέτοιοι είναι η ημιπληγικοί, οι τετραπληγικοί και παραπληγικοί. Οι παραπληγικοί και οι τετραπληγικοί πάσχουν από ολική παράλυση των κάτω άκρων και άνω και κάτω άκρων αντίστοιχα ή ακόμη έχουν ακρωτηριασμένα και τα δυο άκρα (Σταθόπουλος ,1996 ,σελ..334) .

- **Άτομα με εγκεφαλική παράλυση (σπαστικά άτομα )**

Η εγκεφαλική παράλυση είναι μια βλάβη του εγκεφάλου. Η κύρια αιτία της είναι πρόωρος τοκετός. Άλλες αιτίες είναι ο παρατεταμένος και δύσκολος τοκετός , η ασφυξία , η τραυματική βλάβη του εγκεφάλου στη διάρκεια του τοκετού. Η πιο συχνή μορφή εγκεφαλικής παράλυσης , είναι η σπαστική (65%) (Σταθόπουλος ,1996 ,σελ.335) .



- **Άτομα με νοητική καθυστέρηση**

Η νοητική καθυστέρηση μπορεί να οφείλεται σε κάποιες ανωμαλίες κατά το στάδιο της εμβρυϊκής ανάπτυξης ή σε εξωγενείς βλάβες , με αποτέλεσμα και στις δύο περιπτώσεις να μην ακολουθεί η ανάπτυξη των νοητικών του ικανοτήτων τους ρυθμούς ενός φυσιολογικού αναπτυσσόμενου ατόμου. Οργανικές βλάβες στον εγκέφαλο ή ορμονικές ανωμαλίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα νοητική αναπηρία. Επίσης πρόωρη γέννηση ή καθυστέρηση της περισσότερο από επτά ημέρες μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον εγκέφαλο με συνέπεια νοητική υστέρηση. Άλλοι εξωγενείς παράγοντες είναι : οι ασθένειες της εγκύου όπως ερυθρά , σύφιλη, διαβήτη ή λήψη ναρκωτικών , η κακή διατροφή και η έλλειψη βιταμινών . Τα νοητικά υστερούντα παιδιά ταξινομούνται με βάση τη βαθμολογία τους σε ψυχολογικές δοκιμασίες (τεστ) νοημοσύνης . Ο δείκτης νοημοσύνης προκύπτει από το ειδικό τεστ ευφυΐας (Stanford – Binet) το οποίο ερμηνεύουν ψυχολόγοι ειδικά εκπαιδευμένοι σε θέματα ψυχολογικών μετρήσεων . Ανάλογα με το δείκτη νοημοσύνης τα νοητικά υστερούντα άτομα χαρακτηρίζονται ως :

- **Ιδιώτες :** Δείκτης νοημοσύνης 19 και κάτω. Δεν υπάρχει ικανότητα ούτε στοιχειώδους αυτοεξυπηρέτησης .Χρειάζονται διαρκή φροντίδα.

- **Βαρεία καθυστέρηση :** Δείκτης νοημοσύνης 35-20. Πολύ περιορισμένες δυνατότητες αυτοεξυπηρέτησης . Ανάγκη διαρκούς σχεδόν φροντίδας.

- **Μέτρια καθυστέρηση :** Δείκτης νοημοσύνης 51-36. Ικανά να μάθουν να αυτοεξυπηρετούνται μετά από ειδική διαδικασία.

- **Άτομα με βαθμό νοημοσύνης 68-52** .Είναι μέτρια καθυστερημένα και μπορούν να μάθουν ανάγνωση και γραφή ή να εργάζονται σε προστατευμένα εργαστήρια, σε απλές εργασίες.

- Τέλος άτομα με βαθμό νοημοσύνης μεταξύ 83-69 παρουσιάζουν οριακή καθυστέρηση και ασφαλώς έχουν την ικανότητα να εκπαιδευτούν και να απασχολούνται σε εργαστήρια, εκτελώντας εργασίες για τις οποίες δεν απαιτούνται πολύπλοκες διαδικασίες (Σταθόπουλος ,1996 ,σελ.337 - 338) .

- **Άλλες αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις :**

- \* Επιληπτικοί .
- \* Χανσενικοί .

- \* Άτομα πάσχοντα από νεφρική ανεπάρκεια.
  - \* Πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία ή συγγενή αιμορραγική διάθεση (αιμορροφιλία).
  - \* Άτομα με χρόνιες παθήσεις – σωματικές βλάβες – κατάκοιτοι.
  - \* Άτομα πάσχοντα από ψυχικές ασθένειες αναπηρίες .
- Στις επόμενες ενότητες αναλύονται οι παθήσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν μία σωματική αναπηρία (Σταθόπουλος ,1996 ,σελ.341) .

## **ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΕΙΣ**

### **α. Εγκεφαλική Παράλυση**

#### **(Σπαστική Παράλυση – Νόσος του Little)**

Η εγκεφαλική παράλυση είναι ένα σύνολο από διαταραχές, που επηρεάζουν κυρίως τη μυϊκή λειτουργία του ατόμου και προέρχονται από μια εξελισσόμενη βλάβη του εγκεφάλου. Η συχνότητα εμφάνισης στα παιδιά είναι 1%-2%, γεγονός που σημαίνει πως, 10.000 άτομα τουλάχιστον πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση στην Ελλάδα.

**Αιτιολογία :**Αρκετές αιτίες μπορεί να προκαλέσουν την πάθηση. Μερικές από αυτές ενεργούν πριν από τη γέννηση (προγεννητικοί παράγοντες), άλλες κατά τη γέννηση και ορισμένες μετά τη γέννηση (μεταγεννητικοί παράγοντες) . Κατά πάσα πιθανότητα οι πιο συχνές είναι η ανοξία και η βλάβη του εγκεφάλου, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Άλλες αιτίες είναι η ασυμβατότητα Rhesus, ο βαρύς νεογνικός ίκτερος και διάφορες παθήσεις της μητέρας κατά τη κύηση καθώς και των παιδιών τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση (εγκεφαλίτιδα). Τα παιδιά που γεννιούνται πρόωρα έχουν μεγάλες πιθανότητες να πάθουν εγκεφαλική παράλυση (Συμεωνίδης,1996,σελ.283) .

**Μορφές Εγκεφαλικής Παράλυσης:** Υπάρχουν τρεις κύριες μορφές εκδήλωσης της πάθησης, οι οποίες είναι παραδεκτές σε παγκόσμιο επίπεδο και καλύπτουν το 90% των περιπτώσεων . Αυτές είναι :

1. Η σπαστική 65%.
2. Η αθетωσική 20%.

### 3. Η αταξική 5%.

Επίσης, υπάρχουν και άλλες μορφές, όχι τόσο συχνές όμως, όπως η δυσκαμπτική και η ατονική που μαζί με τις μικτές καλύπτουν το υπόλοιπο 10% (Συμεωνίδης, 1996,σελ.283) .

#### **Γενικά χαρακτηριστικά όλων των μορφών:**

Η πάθηση για να διαγνωσθεί είναι πολύ δύσκολο, αν και όχι και αδύνατο, ειδικά τους πρώτους μήνες ύστερα από τη γέννηση. Τα πρώτα συμπτώματα, τα οποία έλκουν την προσοχή της μητέρας είναι η αδυναμία στην κατάποση ή αναρρόφηση , η δυσκαμψία σ' ένα από τα άκρα και η καθυστέρηση του παιδιού να συγκρατεί το κεφάλι του και ν' αρχίσει να βαδίζει (σε φυσιολογικά πλαίσια το παιδί συγκρατεί το κεφάλι του στους 3 μήνες, κάθεται στους 6 και αρχίζει να βαδίζει στους 12). Η νοημοσύνη του παιδιού συνήθως υπολείπεται, χωρίς να είναι αυτό πάντα απαραίτητο για όλα τα παιδιά με την πάθηση (Συμεωνίδης, 1996,σελ.283) . .

#### **Ειδικά χαρακτηριστικά ανάλογα με τη μορφή:**

**Σπαστική Μορφή :** Σ' αυτή τη μορφή η βλάβη εντοπίζεται στην κινητική πλευρά του εγκεφάλου και είναι η μοναδική που παρουσιάζει προβλήματα, που χρειάζονται αντιμετώπιση από ορθοπαιδικό. Χαρακτηριστικά που παρατηρούνται όσον αφορά την κλινική εικόνα, είναι η σπαστικότητα των μυών και η αδυναμία ελέγχου των κινήσεων. Παρ' όλα αυτά, μερικοί μύς μπορεί να είναι χαλαροί και με μειωμένη δύναμη. Τα τένοντα αντανεκλαστικά είναι αυξημένα, υπάρχει συνήθως, αλλά όχι αναγκαία, κλώνος στο πόδι και την επιγονατίδα και πάντα θετικό σημείο Babinski .Σε μερικές περιπτώσεις επηρεάζονται η όραση και η ακοή . Η σπαστικότητα παρεμποδίζει την ελεύθερη ενεργητική αλλά και παθητική κίνηση των αρθρώσεων. Οι μύς αρχικά αντιστέκονται στην παθητική κίνηση, αφού όμως συνεχιστεί, σταδιακά χαλαρώνουν και επιτρέπουν την κίνηση της άρθρωσης. Όταν η παθητική διάσταση σταματά, η σπαστικότητα στους μύς επανέρχεται αμέσως (Συμεωνίδης, 1996,σελ.283) .

Η προσβολή σε 30%, περίπου των περιπτώσεων έχει τη μορφή ημιπληγίας (προσβάλλονται τα άνω και κάτω άκρα από τη μια πλευρά), σε 30% έχει τη μορφή παραπληγίας (προσβολή των δυο κάτω άκρων) και σε 30% στα τέσσερα μέλη (τετραπληγία).

Σπάνια είναι (10%) η μεμονωμένη προσβολή ενός μόνο σημείου (μονοπληγία).

Στα προσβεβλημένα μέλη, δημιουργούνται συνήθως παραμορφώσεις εξαιτίας της σπαστικότητας και της διαταραχής της μυϊκής ισορροπίας, οι οποίες είναι τυπικές για τα άνω και κάτω άκρα. Στα άνω άκρα ο αντίχειρας βρίσκεται σε κάμψη και προσαγωγή, η πηχεοκαρπική σε κάμψη, το αντιβράχιο σε πρηνισμό, ο αγκώνας σε κάμψη, ενώ ο ώμος προσβάλλεται ελαφρότερα και παίρνει συνήθως θέση προσαγωγής και εσωτερικής κλίσης. Στα κάτω άκρα παρατηρούνται ιπποποδία, κάμψη του γόνατος και κάμψη και προσαγωγή του ισχίου (Συμεωνίδης, 1996,σελ.283).

**Αθετωσική μορφή :** Είναι δεύτερη σε συχνότητα ύστερα από τη σπαστική, έχει όμως αρκετές διαφορές από αυτή. Η βλάβη στη συγκεκριμένη μορφή εντοπίζεται στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι οι γενικευμένες, αργές και άσκοπες κινήσεις των άκρων και της κεφαλής. Αυξάνονται κατά την προσπάθεια εκούσιων κινήσεων και εξαφανίζονται κατά τον ύπνο. Σε μερικές περιπτώσεις ύστερα από κατάλληλη διδασκαλία ο ασθενής μπορεί με τη θέληση του να κρατήσει ένα μέλος ακίνητο συσπώντας όλους τους μυς ή να επιτύχει γενική χάλαση των μυών.

**Αταξική μορφή :** Στη συγκεκριμένη μορφή η βλάβη εντοπίζεται στην παρεγκεφαλίδα με όλες τις γνωστές εκδηλώσεις της διαταραχής της ισορροπίας, της ασυνεργίας των κινήσεων, της αδυναμίας ταχείας ρυθμικής εκτέλεσης μιας κίνησης, (του νυσταγμού) κ.λπ.

**Δυσκαμπτική μορφή :** Η βλάβη εκτείνεται σε όλο τον εγκέφαλο και διαφέρει από την σπαστική μορφή στο ότι ο αυξημένος τόνος αφορά το ίδιο τους καμπτήρες και τους ακτείνοντες μυς του μέλους, ενώ η σπαστική υπερισχύει η μια ομάδα από την άλλη. Ακόμη οι σπαστικοί μυς αντιστέκονται αρχικά στην παθητική κίνηση, ιδιαίτερα όταν είναι απότομη., ενώ στην συνέχεια η κίνηση γίνεται σχετικά ελεύθερη. Αντίθετα στη δυσκαμπτική μορφή η αντίσταση είναι συνεχής σε όλο το πλάτος της κίνησης.

**Ατονική μορφή :** Όπως φαίνεται και από τον όρο, κύριο χαρακτηριστικό της είναι η γενική ατονία των μυών που είναι διαφόρου βαθμού σε κάθε περίπτωση (Συμεωνίδης, 1996,σελ.284).

## β. ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ

Η πολιομυελίτιδα είναι μια πάθηση της οποίας κύρια αιτία είναι η βλάβη των κυττάρων των πρόσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού από διηθητό ιό. Η αρχική της εκδήλωση είναι, οξεία συμπτώματα λοιμώδους νοσήματος, τα οποία ακολουθούνται από προσωρινές και τελικά μόνιμες παραλύσεις. Η ετυμολογία του όρου "πολιομυελίτιδα" προέρχεται από τις λέξεις "πόλιος"(φαιός) και "μυελός", ακριβώς γιατί η βλάβη εντοπίζεται στα πρόσθια κέρατα της φαιάς ουσίας του νωτιαίου μυελού.

**Αιτιοπαθογένεια- Παθολογική ανατομική :** Υπάρχουν τρεις τύποι διηθητού ιού οι οποίοι προκαλούν την πάθηση : οι τύποι I,II, και III. Δεν υπάρχει ανοσία ανάμεσα σ' αυτούς τους τύπους πράγμα που σημαίνει , πως ένα άτομο υπάρχει περίπτωση να προσβληθεί και δεύτερη φορά από την πάθηση. Ο ρινοφάρυγγας , το γαστρεντερικό ή και το αναπνευστικό σύστημα είναι συνήθως τα όργανα που προσβάλλονται (δηλ. οι πύλες εισόδου) από διηθητικούς ιούς. Αφού οι ιοί εισβάλλουν στον οργανισμό μεταφέρονται με την κυκλοφορία στα πρόσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού και μερικές φορές στους κινητικούς πυρήνες του εγκεφαλικού μέρους . Οι βλάβες που προκαλούνται στις θέσεις προσβολής των ιών , μπορεί να είναι προσωρινές ή μόνιμες εξαιτίας της πλήρους νέκρωσης των κυττάρων . Στην πρώτη περίπτωση προκαλείται παράλυση, η οποία όμως μπορεί και να βελτιωθεί ή να αποκατασταθεί, ενώ η δεύτερη περίπτωση η παράλυση είναι μόνιμη. Η αποκατάσταση των μυών με προσωρινή παράλυση γίνεται κυρίως στους πρώτους τρεις μήνες μετά την προσβολή από τον ιό και μπορεί να εξακολουθεί μέχρι και τον 18<sup>ο</sup> μήνα (Συμεωνίδης,1996,σελ.286).

**Κλινική εικόνα:** Ο ασθενής συνήθως παιδί κάτω των 10 ετών - γι' αυτό η πάθηση ονομάζεται "παιδική παράλυση" - όχι σπάνια προσβάλλονται και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Ο χρόνος από τη μόλυνση ως την αρχική εκδήλωση των συμπτωμάτων είναι περίπου δύο εβδομάδες: Η πάθηση εξελίσσεται σε 4 στάδια τα οποία είναι:

1. Στάδιο έναρξης.
2. Στάδιο αρχικών παραλύσεων.

3. Στάδιο μερικής αποκατάστασης.
4. Στάδιο μόνιμων παραλύσεων.

Τα στάδια διαρκούν περίπου : 2 εβδομάδες ο χρόνος επώασης (αρχική εκδήλωση – ως έναρξη συμπτωμάτων ), 2 ημέρες το στάδιο έναρξης, 2 μήνες τα στάδια αρχικών παραλύσεων και 2 χρόνια το στάδιο μερικής αποκατάστασης .

- **Στάδιο Έναρξης :** Διαρκεί 2-8 ημέρες και μοιάζει αρκετά με έναρξη οξέος λοιμώδους νοσήματος π.χ. γρίπης. Χαρακτηρίζεται από πονοκέφαλο, πυρετό, πόνο στην κοιλιά, τάση προς έμετο ή έμετο με διάρροια ή επίμονη δυσκοιλιότητα.

Συχνά η πάθηση σταματά στο στάδιο αυτό και ο ασθενής αποκαθίσταται χωρίς να μεταβεί στο στάδιο των παραλύσεων. Σύμφωνα με στατιστικές-μελέτες, το 50% περίπου των ασθενών με πολιομυελίτιδα, δεν εμφανίζει παράλυση.

- **Στάδιο Αρχικών Παραλύσεων:** Διαρκεί συνήθως 2 μήνες και το κύριο χαρακτηριστικό του είναι η εκδήλωση των παραλύσεων. Εάν η παράλυση αφορά και τους αναπνευστικούς μύς τότε ο ασθενής κινδυνεύει από αναπνευστική ανεπάρκεια. Οι παραλύσεις στην πολιομυελίτιδα είναι ασύμμετρες και δεν συνοδεύονται από αισθητικές διαταραχές. Σε περίπτωση που υπάρχει συμμετρική παράλυση μυών, τότε απομακρύνεται η διάγνωση της πολιομυελίτιδας.

- **Στάδιο Μερικής Αποκατάστασης :** Διαρκεί δύο χρόνια περίπου. Σε αυτό το διάστημα, γίνεται μερική ή ολική αποκατάσταση σε μερικούς από τους μύς που τ' αντίστοιχα κύτταρά τους στα πρόσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού δεν έχουν νεκρωθεί.

- **Στάδιο Μόνιμων Παραλύσεων :** Αρχίζει περίπου, ύστερα από δύο χρόνια αφού εκδηλωθεί η πάθηση οπότε η παράλυση των μυών θεωρείται μόνιμη (Συμεωνίδης, 1996,σελ.286).

## **γ. ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ**

Κατά τη διάρκεια δύσκολου τοκετού, υπάρχει πιθανότητα να προκληθεί βλάβη από διάταση του βραχιόνιου πλέγματος, η οποία ονομάζεται μαιευτική παράλυση. Η παράλυση εκδηλώνεται με τις ακόλουθες μορφές.

1. Παράλυση ανώτερου τύπου (παράλυση του Erb) : Με βλάβη των A<sub>5</sub>, A<sub>6</sub> και μερικές φορές A7 ριζών (νευροφυτικές ίνες της σπονδυλικής στήλης).
2. Παράλυση κατώτερου τύπου (παράλυση του Klumpke) : Βλάβη A8 και Θ1 ριζών.
3. Ολική παράλυση : Αφορά όλες τις ρίζες του βραχιόνιου πλέγματος.

Η πιο συχνή απ' όλες, είναι η πρώτη και αφορά α) στους μύς του ώμου και εξωστροφείς, β) στους μύς που ελέγχουν την λειτουργία του αγκώνα. Εξαιτίας των παραλύσεων το χέρι βρίσκεται κρεμασμένο στα πλάγια του θώρακα με εσωτερική κλίση, με τον αγκώνα σε μικρή κάμψη και το αντιβράχιο σε πρηνισμό. Οι κινήσεις του καρπού και των δακτύλων είναι φυσιολογικές, ενώ υπάρχουν ελάχιστες αισθητικές διαταραχές (Συμεωνίδης, 1996, σελ.288).

Στην παράλυση κατώτερου τύπου προσβάλλονται οι καμπτήρες του καρπού, οι καμπτήρες των δακτύλων και οι μεσόστεοι, ενώ οι μύς του ώμου και του αγκώνα λειτουργούν φυσιολογικά. Δεν υπάρχουν αισθητικές διαταραχές. Επί πλέον ο τύπος αυτός είναι ο πιο σπάνιος.

Η ολική παράλυση περιλαμβάνει όλους τους μύς του άνω άκρου και συχνά συνδυάζεται με εκτεταμένες αισθητικές διαταραχές.

Στην παράλυση ανώτερου τύπου το 75% των περιπτώσεων αποκαθίσταται χωρίς θεραπεία. Στην παράλυση κατώτερου τύπου ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει και σύνδρομο Horner (βλάβη του συμπαθητικού που σημαίνει προγαγγλιακή βλάβη), η πρόγνωση είναι κακή σε αντίθεση με την ολική που έχει καλύτερη πρόγνωση. Το σύνδρομο Horner χαρακτηρίζεται από ενόφθαλμο, μύση και βλεφαρόπτωση. Ο χρόνος που μπορεί κανείς να αναμένει αποκατάσταση κυμαίνεται ανάλογα με τη βαρύτητα και την έκταση της βλάβης από, 1 έως 18 μήνες αν και συνήθως ύστερα από 3 έως 6 μήνες οι πιθανότητες αποκατάστασης είναι ελάχιστες (Συμεωνίδης, 1996, σελ.288).

## **δ. ΜΗΝΙΓΓΟΜΥΕΛΟΚΗΛΗ ( Μυελοδυσπλασία)**

Η μηνιγγομυελοκήλη είναι μια σπάνια αιτία αισθητικοκινητικής παράλυσης των κάτω άκρων. Η αιτιολογία της έγκειται σε συγγενή ανωμαλία της οσφυϊκής πλευράς της σπονδυλικής στήλης, που οφείλεται σε μη σύγκλιση του σπονδυλικού τόξου, παραμονή μεγάλου οστικού ελλείμματος και προβολή μέσα από αυτό υπό μορφή κήλης, κάτω από το δέρμα μόνο των μηνίγγων ή μαζί με νωτιαίο μυελό ή μαζί με νωτιαία νεύρα. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η εικόνα τους ασθενούς ποικίλλει, από μερική ή ολική αισθητικοκινητική παράλυση από το επίπεδο της βλάβης και κάτω (Συμεωνίδης, 1996,σελ.289).

## **ΣΥΝΗΘΗ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ**

### **Η ΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ**

#### **α. Η ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ LEGG CLAVE- PERTHES**

Η νόσος των Legg Calve – Perthes , είναι μια ιδιοπαθής ισχαιμική (χωρίς σήψη) νέκρωση της άνω μηριαίους επίφυσης με όλες τις συνοδές επιπλοκές που χρησιμοποιεί στο αναπτυσσόμενο παιδί. Αιτία αυτής της διαταραχής είναι η διακοπή της αιμάτωσης της επίφυσης της κεφαλής του μηριαίου. Είναι συχνότερη στα αγόρια (4-5:1) και στο 20% των περιπτώσεων παρατηρείται και στις δύο πλευρές (αμφοτερόπλευρη). Τα παιδιά που πάσχουν από την πάθηση έχουν καθυστερημένη ηλικία στον οστικό τομέα (στην αύξηση των οστών) , δυσανάλογη αύξηση των κάτω άκρων και ελαφρά βραχυσωμία (Thompson, 1999,σελ.881).

**Κλινικές Εκδηλώσεις:** Η νόσος προσβάλλει παιδιά ηλικίας , 2 έως 12 ετών (κατά μέσο όρο 7 ετών). Ο πόνος είναι ήπιος ή περιοδικός και εντοπίζεται στην ανώτερη πλευρά του ενός ή και των δύο μηρών. Κλασικά η πάθηση έχει περιγράψει ως εμφάνιση "ανώδυνης χωλότητας". Τα χαρακτηριστικά στα αρχικά στάδια της νόσου είναι βάδιση σε ανταλγική θέση, μυϊκός σπασμός, , ελαφρύς περιορισμός των κινήσεων του ισχίου κυρίως της απαγωγής και της



έσω στροφής – ατροφία της κεντρικής πλευράς του μηρού και ελαφρά βραχυσωμία (Thompson, 1999, σελ. 881)

## **ΟΞΕΙΑ ΕΠΙΦΥΣΙΟΛΙΣΘΗΣΗ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ**

Σε αυτή την πάθηση η επίφυση μεταβαίνει απότομα σε έδαφος προϋπάρχουσας παρεκτόπισης. Οι έφηβοι με αυτή την πάθηση παρουσιάζουν τα εξής συμπτώματα πόνο, χωλότητα, βάδιση με έξω στροφή του άκρου ποδός για αρκετούς μήνες ενώ υπάρχει περίπτωση να προκληθεί μετά από τραυματισμό (Thompson, 1999, σελ. 883).

### **ΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ**

#### **α. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΡΑΙΒΟΓΟΝΙΑ - ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ BLOUNT**

Η ιδιοπαθής παθολογική ραιβογονία ή νόσος του Blount είναι η συχνότερη διαταραχή που προκαλεί επιδεινούμενη ραιβογονία. Χαρακτηρίζεται κυρίως από ανώμαλη ανάπτυξη του έσω τμήματος της άνω επίφυσης της κνήμης και έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση σταδιακά επιδεινούμενης γωνίωσης κάτω από το γόνατο. Η εκδήλωσή της μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης. Η ταξινόμησή της γίνεται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού κατά την εκδήλωση της πάθησης, σε βρεφική (1-3 ετών), παιδική (4-10 ετών) και εφηβική (άνω των 11 ετών). Η συχνότερη από τις τρεις μορφές είναι η βρεφική. Η παιδική με την εφηβική ονομάζονται "παθολογική ραιβογονία όψιμης έναρξης" και συναντώνται σπανιότερα. Η ακριβής αιτιολογία της νόσου παραμένει ασαφής, εν τούτοις όμως πιθανόν να είναι δευτεροπαθής λόγω μειωμένης ανάπτυξης εξαιτίας αυξημένων συμπιεστικών δυνάμεων που ασκούνται στο μέσα τμήμα του γόνατος.

**Κλινικές Εκδηλώσεις :** Η βρεφική μορφή αυτής της πάθησης, προσβάλλει κυρίως της μαύρης φυλής, κορίτσια, παχύσαρκα. Στο 80% των περιπτώσεων είναι αμφοτερόπλευρη (και από τις δύο πλευρές), παρουσιάζει εμφανή προσεκβολή του έσω τμήματος της κνημιαίας μεταφύσης, έσω κνημιαία στροφή και

ασυμμετρία του μήκους των κάτω άκρων. Οι μορφές της όψιμης έναρξης (παιδική, εφηβική) προσβάλλουν επίσης άτομα της μαύρης φυλής, αγόρια και παχύσαρκα κανονικού ή άνω του κανονικού ύψους. Οι μορφές αυτές χαρακτηρίζονται από αμφοτερόπλευρη προσβολή στο 50% των περιπτώσεων, αργά επιδεινούμενη ραιβογονία, πόνο και όχι παραμόρφωση ως κύριο χαρακτηριστικό, ελάχιστη έστω στροφή της κνήμης, ήπια χαλάρωση του έσω πλαγίου συνδέσμου και ελαφρά συμμετρία του μήκους των κάτω άκρων. Η μορφή είναι πιθανότερο να παρουσιάσει τη μεγαλύτερη παραμόρφωση ενώ η εφηβική τη μικρότερη (Tomson, 1999, σελ. 886).

## **ΤΟ ΠΟΔΙ**

### **α. ΡΑΙΒΟΪΠΠΟΠΟΔΙΑ**

Η ραιβοϊπποποδία αποτελεί ανωμαλία ολόκληρου του κάτω άκρου και όχι μόνο του άκρου ποδός. Μπορεί να είναι συγγενής, δευτεροπαθής ή να είναι αποτέλεσμα κακής θέσης κατά την ενδομήτρια ζωή. Η συγγενής ραιβοϊπποποδία δεν συνοδεύεται συνήθως από άλλες ανωμαλίες, η δευτεροπαθής συνδυάζεται με νευρομυϊκές παθήσεις, όπως η μυελοδυσπλασία και η συγγενής με πολλαπλή αρθρογρύπωση ή παρατηρείται στα πλαίσια κάποιου συνδρόμου, ενώ η ραιβοϊπποποδία που είναι αποτέλεσμα θέσης, είναι ένα φυσιολογικό πόδι που παρέμεινε σε ανώμαλη θέση κατά την ενδομήτρια ζωή.

**Αιτιολογία :** Η αιτιολογία της πάθησης είναι άγνωστη. Υπάρχει κληρονομική προδιάθεση η οποία είναι πιθανόν πολυπαραγοντική, σε συνδυασμό με την επίδραση ενός αυτόσωμου επικρατούντος γονιδίου. Επίσης ύστερα από πρόσφατα ευρήματα, αποδείχθηκε πως υπάρχει η πιθανότητα ύπαρξης μιας μη εξελικτικής νευρομυϊκής διαταραχής.

**Κλινικές εκδηλώσεις :** Η συγγενής ραιβοϊπποποδία αποτελεί το 75% των περιπτώσεων και χαρακτηρίζεται από την απουσία άλλων συγγενών διαμαρτιών και ποικίλου βαθμού ακαμψία του άκρου ποδός και υποπλασία των οστών της κνήμης, της περόνης και του άκρου ποδός. Παρατηρείται συχνότερα στα αγόρια (2:1) και στο 50% των περιπτώσεων είναι αμφοτερόπλευρη. Η συχνότητα τυχαίας εμφάνισης της διαμαρτίας είναι 0:1%, αλλά σε οικογένειες οι

οποίες έχουν πάσχοντα μέλη, αυτή η συχνότητα ανέρχεται σε 3% για τα αδέρφια και 20%-30% για τα παιδιά ατόμων που πάσχουν .

Στο μεγαλύτερο παιδί είναι περισσότερο εμφανής η ατροφία της κνήμης και του άκρου ποδός απ' ότι στο βρέφος ανεξάρτητα από το βαθμό αποκατάστασης της διαμαρτίας και το βαθμό λειτουργικότητας του άκρου ποδός (Thompson, 1999,σελ.892).

## **β.ΚΟΙΛΟΠΟΔΙΑ**

Κύριο χαρακτηριστικό της κοιλοραιοποδίας είναι η ύπαρξη υψηλής ποδικής καμάρας σε συνδυασμό με ραιβότητα της πτέρνας. Εμφανίζεται συχνά στη μέση ηλικία.

Υπάρχει ιδιοπαθής και νευρομυϊκή μορφή. Και στις δύο περιπτώσεις η κοιλοραιοποδία επιδεινώνεται σταδιακά και τελικά προκαλεί σημαντικό περιορισμό της λειτουργικότητας του άκρου ποδός. Στη χαλαρή πλατυποδία το πόδι παρουσιάζει κλίση προς τα έξω (έξω στροφή), ενώ στην κοιλοραιοποδία παρατηρείται κλίση προς τα μέσα (έσω στροφή) του άκρου ποδός. Η κοιλοραιοποδία τείνει να είναι σκληρή παραμόρφωση (Thompson, 1999,σελ.895).

## **Η ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΗΛΗ**

### **α. ΣΚΟΛΙΩΣΗ**

Η πάθηση αυτή χαρακτηρίζεται από πλάγια απόκλιση της σπονδυλικής στήλης, στο κατά μέτωπο επίπεδο. Οι περισσότερες περιπτώσεις σκολίωσης είναι άγνωστης αιτιολογίας (ιδιοπαθείς) , ενώ άλλες μπορεί να είναι συγγενείς , δευτεροπαθείς λόγω υποκειμενικής νευρομυϊκής διαταραχής ή αντιρροπιστικές λόγω διαφοράς μήκους μεταξύ των δυο κάτω άκρων (από αυτές θα αναλυθούν η συγγενής σκολίωση και η νευρομυϊκή σκολίωση (Thompson, 1999,σελ.900).

## ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Οι ανωμαλίες των σπονδύλων κατά το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο κύησης καταλήγουν σε παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης, οι οποίες μπορεί να είναι εμφανείς από τη γέννηση ή να γίνουν αντιληπτές αργότερα στη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Η πάθηση μπορεί να οφείλεται σε μερική ή ολική αποτυχία του σχηματισμού των σπονδύλων (σφηνοειδής σπόνδυλος ή ημισπόνδυλος, μερική ή πλήρη αποτυχία διαχωρισμού των σπονδύλων (οστική γέφυρα) ή να είναι μικτής αιτιολογίας . Η συγγενής σκολίωση μπορεί να παρατηρηθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες οστικές και νευρολογικές ανωμαλίες ή ανωμαλίες των μαλακών μορίων του σκελετού του κορμού ή των άκρων. Το 20% των παιδιών με την πάθηση, παρουσιάζει επίσης συγγενείς ανωμαλίες του ουρογεννητικού σωλήνα. Η πιο συχνή ανωμαλία είναι η ετερόπλευρη νεφρική αγενεσία, ενώ το 6% των παιδιών πάσχει από αποφρακτική ουροπάθεια. Το 10%-15% των παιδιών παρουσιάζει συγγενή καρδιοπάθεια , ενώ το 20% εκτός της σκολίωσης διαπιστώνονται δυσραφισμός (δισχιδής ράχη υποσκληρίδια λιπώματα, διαστηματομυελία). Τις ανωμαλίες αυτές συνοδεύουν συχνά δερματικές αλλοιώσεις της ράχης, όπως περιοχές με αυξημένη τρίχωση, δερματικά βοθρία και αιμαγγειώματα, ανωμαλίες των κάτω άκρων όπως κοιλοποδία, ατροφία των κνημών, διαφορά μεγέθους μεταξύ των δυο άκρων ποδών και νευρολογικές διαταραχές . Επίσης συνδυάζεται με σύνδρομο το Klippel-Feil και το Vater και με δευτερογενείς ανωμαλίες του δυσραφισμού όπως η μυελοδυσπλασία.

Ο κίνδυνος επιδείνωσης της πάθησης ποικίλλει και εξαρτάται από το είδος της ανωμαλίας των σπονδύλων και από το αν οι ανώμαλοι σπόνδυλοι αυξηθούν σε μέγεθος ή όχι. Στο 75% των ασθενών παρουσιάζεται ποικίλου βαθμούς επιδείνωση μέχρι την ολοκλήρωση της σκελετικής αύξησης , ενώ περίπου το 50% των ασθενών απαιτείται θεραπεία. Η ταχεία επιδείνωση είναι αναμενόμενη στις περιόδους ταχείας σκελετικής αύξησης, δηλαδή πριν την ηλικία των 2 ετών και έπειτα από την ηλικία των 10 ετών (Thompson,1999,σελ.900).

## **ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗ**

Η ανωμαλία της σπονδυλικής στήλης η οποία επιδεινώνεται είναι μια συχνή και δυνητικά επικίνδυνη κατάσταση που παρατηρείται σε συνδυασμό με πολλές νευρομυϊκές διαταραχές, όπως η εγκεφαλική παράλυση, η μυϊκή δυστροφία Duchenne η νωτιαία μυϊκή ατροφία και η μυελοδυσπλασία .

Σε περίπτωση που εμφανιστεί σκολίωση συχνά παρουσιάζει συνεχή επιδείνωση . Η βαρύτητα της ανωμαλίας εξαρτάται από τη βαρύτητα, την μορφή και την εξελικτική ή όχι φύση του νευρομυϊκού νοσήματος. Οι ασθενείς που δεν είναι περιπατητικοί εμφανίζουν συνήθως μεγάλους μήκους κυρτώματα, τα οποία προκαλούν λοξή θέση της πύελου, εκτείνονται μέχρι και την αυχενική πλευρά και επηρεάζουν την πνευμονική λειτουργία προκαλώντας περιορισμένη πνευμονοπάθεια. Με την επιδείνωση αυτών των συμπτωμάτων, το άτομο που πάσχει χάνει την ισορροπία του στην καθιστή θέση και πρέπει να χρησιμοποιεί τα άνω άκρα για να τη διατηρεί. Σε περιπατητικούς ασθενείς οι ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης παρατηρούνται σε μικρότερη συχνότητα (Thompson, 1999,σελ.901).

## **δ. ΚΥΦΩΣΗ**

Κύφωση ονομάζεται η παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης κατά την οποία παρουσιάζεται γωνίωση της θωρακικής ή θωρακικής-οσφυϊκής πλευράς. Η κύφωση μπορεί να προκληθεί από κακή στάση (μη οργανικής αιτιολογίας) ή να οφείλεται σε οργανική αιτιολογία. Η κύφωση οργανικής αιτιολογίας ονομάζεται νόσος των "Scheuermann" . Η κύφωση τέλος μπορεί να είναι συγγενούς αιτιολογίας (μόνο αυτή αναλύεται στην παρούσα μελέτη διότι μόνο η συγκεκριμένη προκαλεί αναπηρία) (Thompson, 1999,σελ.902).

## **ε. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΚΥΦΩΣΗ**

Η κυρία αιτία της συγγενούς κύφωσης, είναι η αποτυχία σχηματισμού τμήματος ή και ολόκληρου του σπονδυλικού σώματος με διατήρηση των οπίσθιων τμημάτων των σπονδύλων ή αποτυχία

διαχωρισμού του πρόσθιου τμήματος της σπονδυλικής στήλης (πρόσθια γέφυρα των οστών) . Οι βαριές παραμορφώσεις είναι εμφανείς από τη γέννηση και επιδεινώνονται με ταχύ ρυθμό ενώ οι λιγότερο βαριές παραμορφώσεις μπορεί να εκδηλωθούν ύστερα από αρκετά έτη. Αν η παραμόρφωση αρχίσει να επιδεινώνεται η επιδείνωση συνεχίζεται μέχρι την ολοκλήρωση της σκελετικής αύξησης . Το πιο σημαντικό σ' αυτή την πάθηση είναι πως μια παραμόρφωση που επιδεινώνεται στη θωρακική πλευρά είναι πιθανόν να προκαλέσει παραπληγία. Αυτό συνήθως παρατηρείται σε αποτυχία σχηματισμού των σπονδυλικών σωμάτων (Thompson,1999,σελ.902).

## **στ. ΔΙΣΧΙΔΗΣ ΡΑΧΗ**

Είναι μια συνήθης συγγενής ασθένεια στην οποία το οστεΐνο περικάλυμμα της σπονδυλικής στήλης δεν καλύπτει πλήρως το νευρικό σωλήνα. Συνοδό σύμπτωμα της δισχιδούς ράχης , είναι συνήθως η υδροκεφαλία η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που προξενεί διεύρυνση της κρανιακής κοιλότητας (Κρουσταλάκης, 2000, σελ.209). Η εκδήλωση της πάθησης γίνεται με τις ακόλουθες τρεις μορφές:

1. Ως λανθάνουσα δισχιδής ράχη : Παρουσιάζει μια τούφα με τρίχες στο άνοιγμα της οσφυϊκής ζώνης. Αποτελεί την πιο ελαφρά μορφή νευρολογικής πάθησης .

2. Ως Μηνιγγοκήλη : Αναπτύσσεται μια κύστη που περιέχει υγρό στο σημείο της οσφυϊκής ζώνης . Συνήθως δεν παρατηρείται νευρολογική ανικανότητα.

3. Ως Μυελομηνιγγοκήλη : Είναι διαμορφωμένο το μηνιγγικό σακίδιο το οποίο περιέχει υγρό και νευρικές απολήξεις. Είναι η συνηθέστερη μορφή με την οποία εκδηλώνεται η πάθηση. Συνοδεύεται συνήθως από παράλυση των κάτω άκρων , ακράτεια και έλλειψη ελέγχου των σφιγκτήρων . (Κρουσταλάκης 2000,σελ.209)

## ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

### α. ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Η οστεοπόρωση είναι μια πάθηση που αποτελεί ένα από το μεγαλύτερα σύγχρονα ιατροκοινωνικά προβλήματα παγκοσμίως, κυρίως όμως στις χώρες της Δύσης . Είναι μια παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ελάττωση της μάζας των οστών, διαταραχή της μικροαρχιτεκτονικής του οστού και αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων. Η οστεοπόρωση μπορεί να διαιρεθεί σε δυο κατηγορίες:

- Τι γενικευμένη μορφή.
- Την τοπική μορφή.

Η γενικευμένη μορφή υποδιαιρείται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Στην πρωτοπαθή οστεοπόρωση ανήκουν : α) Η μεταεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση β) η γεροντική οστεοπόρωση και γ) η ιδιοπαθής οστεοπόρωση που εμφανίζεται σε αγόρια και κορίτσια κατά την εφηβική ηλικία, αλλά και σε νεαρούς ενήλικες άνδρες και γυναίκες με σχετικά περιορισμένη χρονική διάρκεια (Συμεωνίδης, 1996.σελ.292).

Η δευτεροπαθής οστεοπόρωση προκαλείται πάντα από συγκεκριμένη πάθηση όπως η νόσος του Cushing, ο διαβήτης, ο υπερπαραθυροειδισμός, η χρήση κορτικοειδών, η δρεπανοκυτταρική αναιμία , το πολλαπλούν μυέλωμα κ.α.

Τοπική μορφή οστεοπόρωσης : Σε αυτήν ανήκουν η οστεοπόρωση μετά από ακινητοποίηση καταγμάτων, η οστεοπόρωση ή οστική ατροφία Sudeck (αλγοδυστροφία) , η ιδιοπαθής παροδική οστεοπόρωση μιας άρθρωσης κυρίως του ισχίου(Συμεωνίδης, 1996.σελ.292).

#### **Παράγοντες Κινδύνου (Risk Factors )**

Διακρίνονται σε : α) Κύριους και β) Δευτερεύοντες . Κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι : 1) Η ελαττωμένη κορυφαία οστική μάζα 2) Ο αυξημένος ρυθμός οστικής απώλειας.

**Δευτερεύοντες παράγοντες κινδύνου είναι :**

1. Εμμηνόπαυση στις γυναίκες.

2. Χρόνια ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου .
3. Αυξημένη κατανάλωση πρωτεϊνών (κρεατοφαγία).
4. Κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
5. Το κάπνισμα .
6. Κατάχρηση καφέ- τσαγιού.
7. Το φύλο
8. Ο περιορισμός της φυσιολογικής κίνησης .
9. Οικογενής προδιάθεση.
10. Ιδιοσυστασία. ( Είναι συχνότερη σε μικρόσωμες γυναίκες με ξανθά μαλλιά και λεπτή επιδερμίδα )
11. Η φυλή.

**Κλινική εικόνα:** Η οστεοπόρωση (όπως και η υπέρταση ) εξελίσσεται προοδευτικά για μικρή χρονικό διάστημα χωρίς εκδήλωση συμπτωμάτων. Διάχυτοι πόνοι επίμονοι ήπιας έντασης στην πλάτη (ραχιαλγία), ιδιαίτερα σε γυναίκες άνω των 45 ετών ή στην οσφυϊκή χώρα (οσφυαλγία) αποτελούν τα πρώτα συμπτώματα. Μερικές φορές μεσολαβούν οξεία επώδυνα επεισόδια που οφείλονται σε μικροδοκιδικά κατάγματα. Ο πόνος σε αυτές τις περιπτώσεις επεκτείνεται ζωστηροειδώς κατά μήκος των πλευρών, δεν βελτιώνεται με την κατάκλιση και υποχωρεί ύστερα από 3-4 εβδομάδες. Έρευνες στις Η.Π.Α απέδειξαν πως η οστεοπόρωση ευθύνεται για οσφυαλγία στο 15% των περιπτώσεων ατόμων άνω των 50 ετών και σε 50% άνω των 75 ετών. Καθώς η πάθηση εξελίσσεται οι κινήσεις της σπονδυλικής στήλης περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό και είναι επώδυνες. Αρκετά συχνά σε άτομα μεγάλης ηλικίας κυρίως παρατηρείται σταδιακή παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης σε κάμψη (χαρακτηριστική κύφωση). Πολλές φορές ξαφνικός πόνος στη θωρακική ή οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης κατά τη διάρκεια μιας φυσιολογικής κίνησης ή άρσης μικρού βάρους , αποτελεί το πρώτο κλινικό σύμπτωμα, που οδηγεί σε έλεγχο και διάγνωση της πάθησης με την αποκάλυψη ενός συμπιεστικού κατάγματος . Το κάταγμα αυτό μπορεί να αφορά έναν ή περισσότερους σπονδύλους οπότε: α) Οδηγεί σε ελάττωση του ύψους του ατόμου, που μπορεί προοδευτικά να φθάσει τα 10 ή 20 εκατοστά β) εφόσον η εντόπιση είναι στη θωρακική πλευρά της σπονδυλικής στήλης προκαλεί μόνιμη παραμόρφωση σε πρόσθια κάμψη (κύφωση). Η κύφωση σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να



φέρει σε επαφή το θώρακα με τις λαγόνιες ακρολοφίες. γ) Δημιουργεί παραλυτικό ειλεό σε σπάνιες περιπτώσεις αν το κάταγμα εντοπίζεται στη οσφυϊκή πλευρά της σπονδυλικής στήλης λόγω ερεθισμού από οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα (Συμεωνίδης, 1996.σελ.293).

## **β. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PAGET**

Η νόσος του Paget είναι μια πάθηση του σκελετού που χαρακτηρίζεται από υπέρμετρη οστική αποδόμηση και επακόλουθη παραγωγή νέου οστού με διαφορετική από το φυσιολογικό μορφολογία και μηχανικές ιδιότητες που προδιαθέτουν σε παραμόρφωση και κατάγματα (παραμορφωτική οστεΐτιδα). Προσβάλλει στην ίδια περίπτωση αναλογία άνδρες και γυναίκες, άνω των 40 ετών. Η συχνότητα διαφέρει ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή. Σύμφωνα με πρόσφατες ακτινολογικές μελέτες, η συχνότητα στις Η.Π.Α. – Αγγλία, σε άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών, κυμαίνεται μεταξύ 3%-4%. Γενετική προδιάθεση δεν φαίνεται να υπάρχει (Συμεωνίδης, 1996,σελ.298).

**Αιτιολογία :** Δεν είναι ακριβώς γνωστή. Είναι πολύ πιθανό να οφείλεται σε ιό βραδείας εξέλιξης. Η άποψη αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι βρέθηκαν σωματίδια, που μοιάζουν μ' εκείνα των ιών μέσα στους οστεοκλάστες αρρώστων με τη συγκεκριμένη πάθηση. Παθογενετικά προηγείται η οστική δόμηση λόγω οστεοκλαστικής δραστηριότητας και ακολουθεί η οστεοβλαστική που οδηγεί σε δημιουργία νέου οστού. Ο αυξημένος αυτός παθολογικός μεταβολισμός του οστού στη νόσο Paget μπορεί να φθάσει στο 20 πλάσιο του κανονικού.

**Κλινική εικόνα :** Σε ένα πολύ σημαντικό ποσοστό ασθενών, η νόσος παραμένει χωρίς συμπτώματα για πολλά χρόνια παρά τις εκτεταμένες οστικές αλλοιώσεις. Σ' ένα μικρότερο ποσοστό εκδηλώνεται με οσφυαλγία που είναι αρκετά ενοχλητική και συχνά συνοδεύεται από φαινόμενα σπονδυλικής στένωσης. Συχνότερα οι βλάβες εντοπίζονται στα οστά της λεκάνης, στη σπονδυλική στήλη, στο μηριαίο, στην κνήμη και στο κρανίο. Η πάχυνση των οστών του κρανίου γίνεται αντιληπτή από ασθενή όταν φοράει καπέλο, γιατί αρχίζει και δεν του χωράει. Η ωτοσκλήρυνση δεν είναι σπάνια συνέπεια της πάθησης και οδηγεί σε κώφωση. Επίσης, αρκετά

συχνά οι ασθενείς παρουσιάζουν καρδιακή ανεπάρκεια από υπερκινητική κυκλοφορία (αύξηση των ενδοστικών αγγείων) (Συμεωνίδης, 1996,σελ.298).

## **γ.ΡΑΙΒΟΚΡΑΝΟ**

### **(ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΡΑΙΒΟΚΡΑΝΟ Η' ΜΥΪΚΟ ΡΑΙΒΟΚΡΑΝΟ )**

Η πάθηση χαρακτηρίζεται από παραμόρφωση με κλίση της κεφαλής προς τη μία πλευρά και στροφή προς την αντίθετη ή σύσπαση τους ενός στερνοκλειδομαστοειδή μυ. Η αιτιολογία δεν είναι εξακριβωμένη σε όλη της την έκταση, πιθανόν όμως να οφείλεται σε ισχαιμία του μυός από κακή θέση κατά την ενδομήτρια ζωή ή από κάκωση στη διάρκεια του τοκετού. Στη συνέχεια ο μύς παθαίνει προοδευτική ίνωση, συρρικνώνεται και τελικά δημιουργεί την παραμόρφωση. Ένα τελευταίο χαρακτηριστικό είναι πως η διόρθωση της κεφαλής δεν είναι δυνατή ενώ σταδιακά παρουσιάζεται και ασυμμετρία του προσώπου (Συμεωνίδης ,1996 ,σελ.307).

## **ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΤΟΥ ΧΟΝΔΡΟΥ**

### **ΒΛΕΝΝΟΠΟΛΥΣΑΚΧΑΡΙΔΩΣΕΙΣ**

Οι βλεννοπολυσακχαριδώσεις είναι συμπαγείς ανωμαλίες του συμπλέγματος του χόνδρου. Νόσος του Hurler ή " γαργουλισμός" , συμπεριλαμβάνει παραμόρφωση του προσώπου, θολερότητα κερατοειδούς , επιφυσιακή και σπονδυλική παραμόρφωση και πνευματική καθυστέρηση. Η πάθηση είναι κληρονομική δια μέσου ενός αυτόσωμου υπολειπόμενου γονιδίου. Νόσος του Morquio είναι παρόμοια με την νόσο του Hurler αλλά δεν συμπεριλαμβάνει παραμόρφωση προσώπου , θολερότητα κερατοειδούς ή πνευματική καθυστέρηση. Επίσης εδώ είναι κληρονομική δια μέσου ενός αυτόσωμου υπολειπόμενου γονιδίου (Dandy, 1995,σελ.319).

## **ΑΧΟΝΔΡΟΠΛΑΣΙΑ**

Η αχονδροπλασία ή αλλιώς δυσχονδροπλασία έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την μη ανάπτυξη των μακρών οστών , όσο τα φυσιολογικά με αποτέλεσμα οι ασθενείς να είναι πολύ βραχύσωμοι. Η πάθηση είναι κληρονομική διαμέσου αυτόσωμων επικρατούντων γονιδίων. Ένα παράδειγμα ατόμων πασχόντων από αχονδροπλασία είναι οι νάνοι. Τα αχονδροπλαστικά οστά έχουν φυσιολογική ισχύ και οι ασθενείς είναι φυσιολογικής νοημοσύνης. Εκτός της βραχυσωμίας, άλλα προβλήματα είναι: τα πέταλα των σπονδύλων είναι βραχύτερα από το φυσιολογικό και εξαιτίας αυτού ο σπονδυλικός σωλήνας είναι ανώμαλα στενούς, οδηγώντας σε σπονδυλική στένωση και νευρολογικές διαταραχές (Dandy, 1995 ,σελ.320).

## **ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΕΠΙΦΥΣΙΑΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ**

Είναι μια κληρονομική διαταραχή που επηρεάζει τις επιφυσιακές πλάκες. Παρατηρούνται ανωμαλίες στην ανάπτυξη, ενώ οι παραμορφώσεις συμπεριλαμβάνουν πολλά οστά. Υπάρχουν αρκετοί τύποι επιφυσιακής δυσπλασίας που επηρεάζουν τη συμπεριφορά της αναπτυξιακής πλάκας με πολλούς τρόπους (Dandy, 1995 ,σελ.321).

## **ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

### **ΜΥΪΚΕΣ ΔΥΣΤΡΟΦΙΕΣ:**

#### **α. ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ ΤΥΠΟΥ DUCHENNE / BECKER**

Η μυϊκή δυστροφία Duchenne , είναι η πιο συχνή κληρονομική νόσος των νευρομυϊκού συστήματος . Μεταβιβάζεται σε φυλοσύνδετο υπολειπόμενο τρόπο προσβάλλοντας έτσι 1500 άτομα ανδρικού φύλλου. Στην ίδια γενετική ανωμαλία οφείλεται και η μυϊκή δυστροφία τύπου Becker , όμως κλινικά ακολουθεί ηπιότερη

και πιο μακριά πορεία. Και οι δύο τύποι οφείλονται σε μεταλλάξεις του γονιδίου της δυστροφίνης (δυστροφινοπάθειας).

Η μυϊκή δυστροφία Duchenne , εκδηλώνεται με δυο κύριες μορφές :

1. **Ως παιδική μυϊκή δυστροφία** : Εμφανίζεται κατά την ηλικία 3-5 ετών της παιδικής ηλικίας κυρίως σε αγόρια. Η κατάσταση στην αρχική φάση παρουσιάζεται με τη μορφή κάποιας γενικής αδεξιότητας, αστάθειας και μειωμένης κινητικότητας . Προοδευτικά επιδεινώνεται και εξελίσσεται σε μια προϊούσα μυϊκή δυστροφία με κατάληξη συνήθως την αναπηρική καρέκλα στην ηλικία των 9-11 ετών .Σπάνια αυτά τα παιδιά φτάνουν μέχρι την ενηλικίωση ([www.iatriki.genetiki.med.uoa.gr](http://www.iatriki.genetiki.med.uoa.gr) ).

2. **Ως νεανική μυϊκή δυστροφία** : Πιθανότητα η πάθηση εκδηλώνεται κατά το 15<sup>ο</sup> ως το 20<sup>ο</sup> έτος. Είναι ηπιότερης μορφής από την πρώτη και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό. Η μόνη μέθοδος θεραπείας η οποία μπορεί να συντηρεί κάπως το μυϊκό σύστημα του νέου ανθρώπου, είναι η φυσικοθεραπεία ([www.iatriki.genetiki.med.uoa.gr](http://www.iatriki.genetiki.med.uoa.gr) ).

## **β. ΠΡΟΣΩΠΟΜΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΣ ΜΥΪΚΗ ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ**

Είναι η τρίτη κατά σειρά πιο συχνή κληρονομούμενη αυτοσωματική και επικρατής πάθηση του νευρομυϊκού συστήματος με συχνότητα 1:2000. Η εμφάνιση της προκύπτει κατά την πρώτη ή δεύτερη δεκαετία και εμφανίζει αξιοσημείωτη ετερογένεια . Το πάσχον άτομο εμφανίζει εξελικτική αδυναμία και ατροφία των μυών του προσώπου , της περιοχής των μυών , των άνω άκρων και σε μερικές περιπτώσεις των κοιλιακών , των εκτεινόντων των κάτω άκρων και της πνευλικής ζώνης ([www.iatriki.genetiki.med.uoa.gr](http://www.iatriki.genetiki.med.uoa.gr) , 2004).

## **γ. ΝΩΤΙΑΙΑ ΜΥΪΚΗ ΑΤΡΟΦΙΑ**

Είναι η πιο αντιπροσωπευτική νόσος των κινητικών νευρώνων αποτελώντας από τις πιο συχνές γενετικές αιτίες βρεφικής θνησιμότητας τους με συχνότητα 1:1000 και συχνότητα φορέων 1:50 . Παρουσιάζεται με τις ακόλουθες μορφές :

1. Νωτιαία μυϊκή ατροφία τύπου I (SMA I, Werdnig Hoffman ).
2. Νωτιαία μυϊκή ατροφία τύπου II (SMA II, ενδιάμεσος τύπος ).

3. Νωτιαία μυϊκή ατροφία τύπου I (SMA III, Kugelberg –Welander ).

Και οι τρεις μορφές συνδέονται με την ίδια γενετική θέση και συγκεκριμένα στην πλειονότητα των περιπτώσεων με την ομόζυγη έλλειψη των εξωνίων 7 και 8 του γονιδίου SMN 1 ([www.iatriki.genetiki.med.uoa.gr](http://www.iatriki.genetiki.med.uoa.gr) ).

## ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΑ - ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑ

Η παραπληγία και τετραπληγία είναι παθήσεις στις οποίες πάσχουν τα κάτω άκρα (παραπληγία) και άνω και κάτω άκρα (τετραπληγία) , ύστερα από κάποια κάκωση της σπονδυλικής στήλης , η οποία μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο νωτιαίο μυελό και στις ρίζες (νευροφυτικές ίνες της σπονδυλικής στήλης ) ([www.care.gr](http://www.care.gr) , 14/04/2005)

Η νευρολογική εικόνα του τραυματία δεν είναι πάντα ανάλογη της βλάβης που έχουν υποστεί τα οστά. Έτσι κακώσεις με μεγάλη οστική μετατόπιση είναι πιθανόν να μην προκαλούν νευρολογικές διαταραχές , ενώ είναι δυνατόν να υπάρχει παραπληγία η τετραπληγία χωρίς να παρουσιάζεται κάποια οστική αλλοίωση στον ακτινολογικό έλεγχο ([www.care.gr](http://www.care.gr), 14/04/2005)

Οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού ανάλογα με τις παθολογοανατομίες διακρίνονται σε διάσειση του νωτιαίου μυελού , θλάση, σχάση , συμπίεση , αιματομυελία και διατομή η οποία δίνει την εικόνα της παραπληγίας και της τετραπληγίας .

Στην περίπτωση της πλήρους διατομής παρατηρείται χαλαρή αισθητικοκινητική τετραπληγία ή παραπληγία από το σημείο της βλάβης και κάτω (ο ασθενής είναι χαλαρός δηλαδή δεν κάνει και τα τέσσερα ή τα κάτω άκρα αντίστοιχα ) . Στη συνέχεια η παράλυση μετατρέπεται σε σπαστική με χαρακτηριστική αύξηση των τενοντίων αντανακλαστικών (μη συνειδητοποιημένες κινήσεις ) .

Ανάλογα με την ένταση της βλάβης στο νωτιαίο μυελό ο ασθενής εμφανίζει διαφορετική εικόνα ([www.care.gr](http://www.care.gr) , 14/04/2005)

**Αιτιολογία :** Το πιο συνηθισμένο αίτιο είναι οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού και των νωτιαίων ριζών κυρίως αφού έχει προηγηθεί ατύχημα . Άλλα αίτια είναι : οι όγκοι καθώς και οι διάφορες νευρολογικές παθήσεις. Όταν η βλάβη εντοπίζεται στην θωρακική και οσφυϊκή πλευρά της σπονδυλικής στήλης, ονομάζεται παραπληγία . Όταν η βλάβη εντοπίζεται στην αυχενική πλευρά της σπονδυλικής στήλης ονομάζεται τετραπληγία ([www.care.gr](http://www.care.gr) , 14/04 / 2005) .

## ΗΜΙΠΛΗΓΙΑ

Ημιπληγία είναι η πάθηση κατά την οποία ο ασθενής παρουσιάζει παράλυση του ενός ημιμορίου του σώματος (άνω και κάτω άκρου). Αποτελεί την περιφερική εκδήλωση της βλάβης του εγκεφάλου που εντοπίζεται στην αντίθετη πλευρά η οποία έχει υποστεί παράλυση . Η ημιπληγία είναι κοινώς γνωστή ως εγκεφαλικό επεισόδιο ή αποπληξία και παρουσιάζεται συνηθώς στη μέση και τρίτη ηλικία (Δορζιώτου – Κουκλογιάννου, 1992, σελ.175) .

### Αίτια:

Τα κυριότερα αίτια της ημιπληγίας είναι:

- Θρόμβωση
- Εγκεφαλική αιμορραγία
- Εμβολή
- Όγκος
- Τραύματα (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις)
- Αγγειοσπασμοί ή αγγειοσπασμός(Δορζιώτου – Κουκλογιάννου, 1992, σελ.175)

## ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ (ΜΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΕΣ)

### α.ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΡΑ)

Αποτελεί χρόνια, φλεγμονώδη πάθηση του αρθρικού υμένα άγνωστης αιτιολογίας. Συνήθως προσβάλλει συμμετρικά τις αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών, αλλά και οποιαδήποτε άλλη άρθρωση. Συχνά όμως έχει και εντοπίσεις και σε άλλα όργανα (καρδιαγγειακό σύστημα, δέρμα, οφθαλμός κ.α.)

**Παθογένεια :** Η νόσος κατατάσσεται στην ομάδα των "αυτοάνοσων" παθήσεων στις οποίες ο άρρωστος έχει ευαισθητοποιηθεί σε συστατικά των ιστών του οργανισμού του και έχει αναπτύξει ανοσολογικές αντιδράσεις προς αυτά.

Η πάθηση αρχίζει από τον αρθρικό υμένα σαν οξεία μη σηπτική φλεγμονώδης μόλυνση (υμενίτιδα) και στη συνέχεια επεκτείνεται στον αρθρικό χόνδρο και στα μαλακά μόρια γύρω από την άρθρωση (έλυτρα, τένοντες κ.α.) (Συμεωνίδης, 1996, σελ.267).

Αφού η φλεγμονή έχει μολύνει τον χόνδρο δημιουργείται κοκκιοματώδης ιστός, που είναι γνωστός ως πάννος (pannus) , ο

οποίος εισχωρεί στο χόνδρο και στο υποχόνδριο οστό και το καταστρέφει είτε με άμεση δράση είτε με τη δράση ένζυμων κολαγενασών. Με τον τρόπο αυτό προκαλούνται οι οστικές διαβρώσεις και δημιουργούνται οι υποχόνδριες οστικές κύστες. Στο πρώτο στάδιο ο υμένας της φλεγμονής, παράγει μεγάλη ποσότητα αρθρικού υγρού που πρήζει την άρθρωση και προκαλεί της πρώτες βλάβες στον αρθρικό χόνδρο.

Οι παραπάνω αλλοιώσεις προκαλούν σιγά- σιγά περιορισμό της κινητικότητας των αρθρώσεων που μπορεί να οδηγήσει σε ινώδη και πιο σπάνια, οστική αγκύλωση.

**Κλινική εικόνα :** Από την ΡΑ προσβάλλονται συνήθως ηλικίες 25-50 ετών και πιο συχνά γυναίκες, σε αναλογία 3:1. Η πάθηση αρχίζει σχεδόν πάντα συμμετρικά από τις περιφερειακές αρθρώσεις (χέρια, πόδια, γόνατα), ενώ πιο σπάνια προσβάλλονται τα ισχία, οι ώμοι και οι αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης. Στο χέρι προσβάλλει τις μετακαρπιοφαλαγγικές και τις πρώτες φαλαγγοφαλαγγικές αρθρώσεις.

Τα συμπτώματα στο 75% των περιπτώσεων είναι πόνος, δυσκαμψία και η διόγκωση μιας ή περισσότερων αρθρώσεων, συνήθως συμμετρική. Πολύ συχνά υπάρχει η πιθανότητα να προηγηθούν ελαφρά γενικά συμπτώματα (αδυναμία, εύκολη κόπωση, ανορεξία κλ.π). Χαρακτηριστική είναι η πρωινή δυσκολία του πάσχοντος να σηκωθεί από το κρεβάτι και πόνος στην αρχή των κινήσεων που ελαττώνεται όσο περνά η μέρα. Στο 25% των περιπτώσεων η έναρξη της πάθησης είναι οξεία με έντονο πόνο, με συνοδεία πυρετού και γενική καταβολή των δυνάμεων. Άλλα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται είναι : λέπτυνση και στιλπνότητα δέρματος (γυαλιστερότητα), χαρακτηριστικά υποδόρια ογκώματα (όζοι), ατροφία μυών και έναρξη παραμορφώσεων ανάλογα με την πάσχουσα άρθρωση. Αρκετά χαρακτηριστική είναι η παραμόρφωση των χεριών : κάμψη με ωλένια απόκλιση στις μετακαρπιοφαλαγγικές αρθρώσεις και έκταση στις πρώτες φαλαγγοφαλαγγικές. Τα ισχία, τα γόνατα και οι αγκώνες παρουσιάζουν μόνιμες συγκάμψεις. Η εξέλιξη της νόσου είναι χρόνια με εξάρσεις και υφέσεις. Καταλήγει σε καταστροφή και ινώδη αγκύλωση των αρθρώσεων (Συμεωνίδης, 1996, σελ.268).

## **β. ΝΕΑΝΙΚΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΝΕΑΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ)**

Παλαιότερα η πάθηση αυτή ονομαζόταν νόσος του Still. Μπορεί να εμφανιστεί με μια από τις τρεις ακόλουθες μορφές :

1. Οξεία συστηματική μορφή (Systemic on set-20%): Πρόκειται για τη νόσο του Still, η οποία χαρακτηρίζεται από οξεία εισβολή (δηλ. άμεση προσβολή) στον οργανισμό με τα ακόλουθα κλινικά χαρακτηριστικά : πυρετός, βαριά γενικά συμπτώματα, πολυαρθρίτιδα, μεγαλοσπληνία, δερματικό εξάνθημα, λεμφαδενοπάθεια , περικαρδίτιδα κ.α.

2. Μονοαρθρική μορφή (monoarticular on-set-40%) : Σ' αυτή τη μορφή παρουσιάζεται συχνά ιεροκυκλίτιδα γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και συχνή παρακολούθηση από οφθαλμίατρο (Συμεωνίδης, 1996, σελ. 271) .

3. Πολυαρθρική μορφή (Polyarticular on- set 40%): Η προσβολή των αρθρώσεων στην μορφή αυτή συνοδεύεται συχνά από γενικά συμπτώματα και οδηγεί μερικές φορές σε πρώιμη σύγκλιση των γειτονικών συζευκτικών χόνδρων η οποία προκαλεί αναστολή στην αύξηση των οστών. Μερικές φορές προκαλείται παραμόρφωση του προσώπου (πιηνοειδές προσωπείο), εξαιτίας της προσβολής των κροταφογναθικών αρθρώσεων ή οποία προκαλεί αναστολή της αύξησης της κάτω γνάθου (Συμεωνίδης, 1996, σελ. 272) .

## **γ. ΑΓΚΥΛΩΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ MARRIE – STRUMBELL – BECHTEREW )**

Αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη πάθηση (όχι μικροβιακή) των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης, η οποία αρχίζει από τις ιερολαγονίες και προχωρεί προς τα πάνω, προκαλώντας οστεοποίηση των παρασπονδυλικών συνδέσμων καταλήγοντας σε αγκύλωση της σπονδυλικής στήλης .

**Αιτιολογία** : Η αιτιολογία της αγκυλωτικής σπονδυλοαρθρίτιδας , βασικά είναι άγνωστη . Υπάρχει όμως η πιθανότητα κληρονομικής προδιάθεσης .

4. **Παθολογική ανατομία** : Οι πρώτες βλάβες εμφανίζονται στις ιερολαγονίες αρθρώσεις απ' όπου αρχίζει και η πάθηση . Ύστερα προσβάλλονται οι μικρές αρθρώσεις της



σπονδυλικής στήλης, της οσφυϊκής θωρακικής και καμιά φορά της αυχενικής πλευράς. Ο αρθρικός χόνδρος καταστρέφεται με αποτέλεσμα αγκύλωση των αρθρώσεων . Αλλοιώσεις επίσης παρατηρούνται και στους μεσοσπονδύλιους δίσκους καθώς και στους συνδέσμους της σπονδυλικής στήλης οι οποίοι παθαίνουν οστεοποίηση. Σπάνια η πάθηση προσβάλλει και τις μεγάλες αρθρώσεις, όπως τα ισχία και τους ώμους (Συμεωνίδης, 1996 ,σελ. 273) .

**Κλινική εικόνα:** Από την πάθηση προσβάλλονται συνήθως άνδρες ηλικίας 15-30 ετών . Συχνότερα εμφανίζεται στην Καυκάσια Φυλή (1% του γενικού πληθυσμού ). Αρχίζει σταδιακά με ελαφρύ πόνο χαμηλά στη μέση και στους γλουτούς και δυσκαμψία η οποία γίνεται περισσότερο αισθητή, όταν ο άρρωστος σηκώνεται από το κρεβάτι. Σπάνια ο πόνος αντανακλάται και σε άλλα σημεία του σώματος (κνήμη, θώρακας , πλευρά, στέρνο).

5. **Εξέλιξη :** Η πάθηση εξελίσσεται για 10-15 χρόνια και οδηγεί βαθμιαία σε αγκύλωση της σπονδυλικής στήλης, η οποία όμως διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση. Ένα σημαντικό ποσοστό πασχόντων όμως, παραμορφώνεται σε τέτοιο βαθμό με αποτέλεσμα να καθίσταται ανάπηρο, ιδιαίτερα στην περίπτωση που η σπονδυλική στήλη έχει αγκυλωθεί σε μεγάλη κάμψη και η πάθηση επεκταθεί και στις περιφερειακές αρθρώσεις. Λόγω της έκπτυξης του θώρακα, παρουσιάζονται αρκετά συχνά φλεγμονές στο αναπνευστικό σύστημα (Συμεωνίδης, 1996 ,σελ. 273) .

## **δ.ΚΡΥΣΤΑΛΛΟΓΕΝΕΙΣ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΕΣ**

Κρύσταλλοι μπορεί να συσσωρεύονται σε αρθρώσεις ή μαλακά μόρια εξαιτίας κάποιας μεταβολικής ανωμαλίας. Πιθανολογείται πως η συσσώρευση των κρυστάλλων, αρχίζει στην νηπιακή ηλικία, όμως συνήθως δεν είναι εμφανείς ως την τρίτη ή τέταρτη δεκαετία. Οι εναποθέσεις των κρυστάλλων μέσα και γύρω από τις αρθρώσεις συχνά δεν έχουν συμπτώματα, αλλά είναι δυνατόν επίσης να προκληθούν εξαιτίας τους δύο τύποι αρθρίτιδας:

1. Οξείες κρίσης φλεγμονής οι οποίες υποχωρούν μόνες τους.
2. Μακροχρόνια διαβρωτική αρθρική πάθηση (Dandy, 1995,σελ.298).

## **ε .ΟΥΡΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΠΟΔΑΓΡΑ)**

Η πιο συχνή και περισσότερο γνωστή κρυσταλλογενής αρθροπάθεια είναι η ουρική αρθρίτιδα. Στην πάθηση αυτή εναποτίθενται ουρικοί κρύσταλλοι. Κατά κανόνα, η κατάσταση επηρεάζει την περιοχή ανάμεσα στην κνήμη και το μετατόρσιο στο πρόσθιο μέρος του ποδιού και επιδεινώνεται με την κατάχρηση κόκκινους κρέατος και κρασιού. Αυτό όμως δεν είναι σωστό , διότι η κατάσταση υπάρχει περίπτωση να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία και σπάνια δικαιολογείται η δίαιτα.

3. Οι συχνότεροι παράγοντες έξαρσης της κατάστασης είναι η αφυδάτωση ύστερα από μεγάλο τραυματισμό ή εγχείρηση, η καταστροφή μαλακών μορίων η οποία έχει προκληθεί από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία για κακοήθη νεόπλασμα (καρκίνο) , η χρήση διουρητικών από γηραιότερους και η κατάχρηση αλκοόλ (Dandy, 1995,σελ.298).

## **στ. ΑΙΜΟΡΡΟΦΙΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ**

4. Η κύρια αιτία της πάθησης είναι , οι διαταραχές της πήξης οποιουδήποτε τύπου οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν υποτροπιάζουσα αιμορραγία εντός της άρθρωσης( σε οποιαδήποτε άρθρωση) , το γόνατο όμως επηρεάζεται συχνότερα. Εξαιτίας του αίματος προκαλείται υμενίτιδα η οποία οδηγεί σε μελαγχρωματική στίξη του υμένα. Ένοχος επίσης, είναι ο αρθρικός χόνδρος, καθώς συμμετέχει και δημιουργεί κρατήρες, οι οποίοι γεμίζουν με σκούρα καφεοειδή σαρκία. Με την πάροδο του χρόνου τα συρώματα κάτω από τον υμένα μετατρέπονται σε ινώση, ο θύλακας χάνει την ευελιξία του και οι αρθρικές επιφάνειες υφίστανται εκφυλιστικές αλλοιώσεις. (Dandy, 1995,σελ.298).

## **ζ.ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ**

Αιτίες πρόκλησης της οστικής νέκρωσης είναι οι εξής :

1. Λήψη κορτικοστεροειδών.
2. Αιματολογικές διαταραχές (π.χ. δρεπανοκυτταρική αναιμία και μεσογειακή αναιμία).

3. Νόσος του Gaucher.
4. Αλκοολισμός .
5. Αυτόματη οστεονέκρωση.
6. Νόσος Caisson.

1. Οστεονέκρωση από στεροειδή : Η λήψη κορτικοστεροειδών , σε μεγάλες δόσεις είναι απαραίτητη, ειδικά ύστερα από μεταμοσχεύσεις ή σε περιπτώσεις που χρειάζεται να καταστείλουν την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού για άλλους λόγους και υπάρχει περίπτωση να συνοδεύονται από διαχωρισμό μεγάλων οστικών τμημάτων. Τα οστά τα οποία έχουν διαχωριστεί δεν έχουν αγγεία , όμως η ακριβής παθογένεια δεν είναι καθορισμένη. Από το γεγονός αυτό προκαλείται μόνιμη βλάβη στον ασθενή και είναι πού πιθανόν να χρειαστεί αντικατάσταση .

2. Αιματολογικές διαταραχές : Οι ασθενείς που πάσχουν από δρεπανοκυτταρική ή μεσογειακή αναιμία , είναι περισσότερο ευάλωτοι στην προσβολή από την πάθηση. Υπάρχει περίπτωση αυτό να ακολουθείται από περιόδους ανοξίας αλλά μπορεί και να συμβεί χωρίς τα αίτια να εμφανισθούν.

3. Νόσος του Gaucher : Σπάνια προκαλεί την πάθηση.

4. Αλκοολισμός : Οδηγεί σε νέκρωση συνήθως των μηριαίων κεφαλών και σπάνια άλλων αρθρώσεων , ύστερα από χρόνια χρήση αλκοόλ.

5. Αυτόματη οστεονέκρωση : Είναι δυνατόν να συμβεί από άγνωστη αιτία , ειδικά στο γόνατο.

6. Νόσος του καταδυτικού θαλάμου (Caisson) : Ουσιαστικά είναι η πάθηση που δημιουργείται από την αποπίεση κυρίως σε εργάτες, που διανοίγουν ενδοθαλάσσιες σήραγγες. " Caisson " είναι ο μεταλλικός θάλαμος που βυθίζεται στο νερό και γεμίζει με αέρα υπό πίεση , για να μπορέσουν οι εργάτες να εργαστούν. Όταν οι εργάτες φτάνουν στην επιφάνεια εμφανίζεται η νόσος της αποπίεσης , κατά την οποία προκαλούνται φυσαλίδες αέρος στα οστά με αποτέλεσμα οστική νέκρωση. (Dandy, 1995,σελ.301).

## η. ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Προκαλείται από διαχωρισμό σε πολλά τεμάχια αρθρικής επιφάνειας και έχει ως συνοδό σύμπτωμα οποιαδήποτε κακοποίηση, οποιασδήποτε άρθρωσης. Αιτίες της οστεοαρθρίτιδας

είναι όλα τα αρθρικά νοσήματα, ο άμεσος ή έμμεσος τραυματισμός του αρθρικού χόνδρου και η φλεγμονή. Από την πάθηση επηρεάζονται ιδιαίτερα οι μεγάλες φορτιζόμενες αρθρώσεις (διαφέρει από την ρευματοειδή αρθρίτιδα που προσβάλλει τον υμένα πολλών αρθρώσεων και παρουσιάζεται συχνότερα στις μικρές αρθρώσεις των άκρων χεριών και ποδιών) (Dandy, 1995,σελ.287).

Στην πρωτοπαθή οστεοαρθρίτιδα περιλαμβάνονται αρκετές διαφορετικές καταστάσεις και πιο συχνά εντοπίζεται η γενικευμένη οστεοαρθρίτιδα. Συχνότερα επηρεάζονται οι λευκές γυναίκες κατά τη διάρκεια της πέμπτης και έκτης δεκαετίας της ζωής με συμμετοχή πολλών αρθρώσεων. Η προσβολή μπορεί να είναι ξαφνική με φλεγμονώδεις τελικοφαλαγγικές αρθρώσεις στα χέρια. Η πάθηση του ισχίου είναι διαφορετική. Παρουσιάζεται συχνότερα σε άνδρες, είναι συνήθως ετερόπλευρη χωρίς να συμμετέχουν άλλες αρθρώσεις και είναι πιθανόν η έναρξη της να μην έχει εμφανή αίτια.

Αρκετές αιτίες ευθύνονται για την δευτεροπαθή οστεοαρθρίτιδα, εκ των οποίων οι συχνότερες είναι :

1. Παχυσαρκία.
2. Μη ομαλή παρυφή των αρθρικών επιφανειών, ιδιαίτερα στα κατάγματα που δεν έχουν φροντιστεί επιμελώς.
3. Ελαττωματική ευθυγράμμιση των αρθρώσεων ύστερα από παραμόρφωση , κάταγμα ή διαταραχή της ανατομίας , από επέμβαση που έχει προηγηθεί, ειδικά μηνισκεκτομή στο γόνατο.
4. Αστάθεια των αρθρώσεων ύστερα από τραυματισμό ή γενικευμένη συνδεσμική χάλαση.
5. Γενετικές ή αναπτυξιακές ανωμαλίες (π.χ. επιφυσιακή δυσπλασία, νόσος του Perthes , επιφυσιολίσθηση).
6. Μεταβολική ή ενδοκρινική πάθηση. Περιλαμβάνεται η ωχρονοσία (αλκαπτονουρία), μεγαλακρία και βλεννοπαλυσσακχαριδώσεις .
7. Φλεγμονώδη νοσήματα . (π.χ. ρευματοειδή αρθρίτιδα , ουρική αρθρίτιδα και φλεγμονή ).
8. Οστεονέκρωση.
9. Οι νευροπάθειες , κυρίως οι απονευρωμένες αρθρώσεις και η νόσος του Charcot.

Επεξηγώντας , οποιαδήποτε πάθηση των αρθρώσεων μπορεί να προκαλέσει οστεοαρθρίτιδα, ενώ η ανάπτυξη της μελετάται σε πέντε στάδια:

1. Κατακερματισμός της επιφάνειας των αρθρώσεων .

2. Υμενική ευπάθεια .
3. Ανακατασκευή.
4. Σκλήρυνση των οστών και δημιουργία κυστικών αλλοιώσεων.
5. Αποδιοργάνωση. (Dandy, 1995,σελ.287).
6. **Κλινική εικόνα:**

Τα συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας είναι διαφορετικά από άρθρωση σε άρθρωση , υπάρχουν όμως τρία βασικά χαρακτηριστικά :

1. **Πόνος** . Είναι χειρότερος όταν η άρθρωση βρίσκεται σε φόρτιση και είναι μεγαλύτερος στις φορτιζόμενες επιφάνειες των κάτω άκρων. Εξαιτίας της φθοράς της τριβής των διαχωρισθέντων τμημάτων , προκαλείται υμενίτιδα, μετά το τέλος της άσκησης .
2. **Απώλεια κινήσεων** . Λόγω της δημιουργίας οστεοφύτων , οι κινήσεις περιορίζονται και παρατηρείται αλλαγή στο σχήμα της άρθρωσης . Αυτή η εξέλιξη παρουσιάζεται αρκετά αργά, ώστε μόνο λίγοι πάσχοντες σημειώνουν οποιαδήποτε ξαφνική αλλαγή.
3. **Αλλαγή λειτουργίας** . Συμβαίνουν αλλαγές στη λειτουργία της άρθρωσης δεν γίνονται όμως αντιληπτές από τον ασθενή. Χωρίς να το καταλάβει το άτομο μπορεί να περιορίσει τις κινήσεις του στο βαθμό που του επιτρέπουν οι αρθρώσεις του (π.χ. βαδίζει μικρότερες αποστάσεις από ότι βαδίζε , εργάζεται λιγότερο απ' ότι εργαζόταν ). Οι περιορισμοί αυτοί σταδιακά αυξάνονται . (Dandy, 1995,σελ.288).

## **ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΤΩΝ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ.**

Η πρόοδος της πάθησης διαφέρει στις φορτιζόμενες απ' ότι στη μη φορτιζόμενες αρθρώσεις. Οι αρθρώσεις των κάτω άκρων υφίστανται μεγαλύτερες φορτίσεις απ' ότι αυτές των άνω άκρων . Οι παραμορφώσεις είναι αρκετά εμφανείς και ο περιορισμός στον τομέα της λειτουργίας αρκετά σοβαρός. Αντίθετα τα άνω άκρα παραμορφώνονται σπάνια, γιατί οι αρθρώσεις δεν φορτίζονται συχνά. Η παραμόρφωση όμως των αρθρώσεων είναι έντονη και η απώλεια στον κινητικό τομέα , μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία (Dandy, 1995,σελ.288).

## Ι. ΟΞΕΙΑ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ

Η φλεγμονή που δημιουργείται στα οστά περιλαμβάνει τον μυελό εξαιτίας αυτού ονομάζεται οστεομυελίτιδα .Η πάθηση μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Εμφανίζεται συνήθως στα παιδιά. Στο παρελθόν αποτελούσε αιτία νόσου ή και θανάτου ακόμη, αλλά τα τελευταία 50 χρόνια έχει περιοριστεί σημαντικά ως προς τη συχνότητα και την επικινδυνότητα .

**Παθολογία:**Η πάθηση αρχίζει με φλεγμονή στην παραεπιφυσιακή περιοχή του οστού . Τα συμπτώματα συχνά αρχίζουν από ένα μικρό τραύμα και αυτό συμβαίνει κατά πάσα πιθανότητα , επειδή το τραύμα δημιουργεί ένα μικρό αιμάτωμα από ρήξη των υπερπληθών αιμοφόρων αγγείων κοντά στην επιφυσιακή πλάκα. Το αιμάτωμα εξασφαλίζει πρόσφορο έδαφος για να εκκολαφθούν τα βακτήρια τα οποία φθάνουν στο σημείο αυτό με την κυκλοφορία του αίματος.

**Κλινικά χαρακτηριστικά :**Τα χαρακτηριστικά ενός πάσχοντα από οστεομυελίτιδα , καθώς η πάθηση προχωρεί, είναι :βαθμιαία νοσηρότητα με πυρετό που συνοδεύεται από ανυπόφορο πόνο εξαιτίας της ιστικής τάσης μέσα στο οστό. Σε περίπτωση που μείνει χωρίς θεραπεία , η φλεγμονή μπορεί να επεκταθεί , το γύρω οστό και ο φλοιός (σε τελική φάση) διορθώνονται εξαιτίας της με αποτέλεσμα το πύον να αποκολλήσει το περιόστεο από το οστό και να δημιουργήσει ένα υποπεριοστικό απόστημα. Το πύον τέλος παροχετεύεται από το δέρμα αφήνοντας το οστικό απόστημα να ρέει μέσα του συριγγίου . Στο συγκεκριμένο στάδιο ο ασθενής πάσχει από χρόνια οστεομυελίτιδα . Αν η επιφυσιακή πλάκα βρίσκεται εντός της άρθρωσης το πύον παροχετεύεται , μέσα στην άρθρωση και όχι από το δέρμα , προκαλώντας σηπτική αρθρίτιδα.

Οι αρθρώσεις , οι οποίες μπορεί να επηρεαστούν με αυτόν τον τρόπο είναι :

1. Ισχίο.
2. Γόνατο.
3. Ωμοί.
4. Αγκώνας.
5. Πηχεοκαρπική (Danay, 1995,σελ.306).

## κ. ΧΡΟΝΙΑ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ

Η χρόνια οστεομυελίτιδα, είναι επιπλοκή της οξείας οστεομυελίτιδα, στην οποία η φλεγμονή επιμένει. Αποτελεί μια από τις παλαιότερες νόσους της ορθοπεδικής χειρουργικής και ήταν μεγάλη αιτία ανικανότητας και αναπηρίας του περασμένου αιώνα.

**Παθολογία :** Το πύον περιορίζεται κάτω από το περίοστεο γύρω από το φλοιό, ο οποίος νεκρώνεται. Το περίοστεο τότε δημιουργεί ένα "νέο" οστό γύρω από το απόστημα, αφήνοντας μια μάζα νεκρωμένου οστού σε μια θήκη πύου η οποία περιβάλλεται από ζωντανό οστό. Το νεκρωμένο οστό το οποίο ονομάζεται απόλυμα, είναι διαχωρισμένο από το ζωντανό και δεν μπορεί να αποβληθεί από το σώμα γιατί είναι πολύ μεγάλο για να περάσει από το συρίγγιο. Το ζωντανό οστό στη συγκεκριμένη περίπτωση ονομάζεται νεκροθήκη.

**Κλινικά χαρακτηριστικά :** Σε περίπτωση που δεν υπάρξει θεραπεία, αφήνεται στον ασθενή μεγάλη οστική κοιλότητα που περιέχει πύον και νεκρό οστό. Η κοιλότητα επικοινωνεί με τον έξω κόσμο μέσω ενός συριγγίου που διαρρέει πύον δύσοσμο και σε ορισμένες περιπτώσεις τεμάχια νεκρωμένου οστού. Εξαιτίας αυτής της κατάστασης προκαλούνται οι εξής επιπλοκές :

1. Αλλοιώσεις στην ανάπτυξη που ακολουθούνται από βλάβη της επιφυσιακής αναπτυξιακής πλάκας.
2. Χρόνια φλεγμονή η οποία οδηγεί σε δευτεροπαθή αμυλοειδική νόσο.
3. Υπάρχει περίπτωση μετάλλαξη των χειλιών σε κακοήθεια (έλκος Marjolin) (Danay, 1995, σελ.306).

## κα.ΣΗΠΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η πάθηση μπορεί να αναπτυχθεί με τους εξής τρόπους :

1. Επέκταση από ένα οστό που έχει φλεγμονή.
2. Απ' ευθείας φλεγμονή που δημιουργείται από διαμπερές τραύμα.
3. Μικροβιαιμία.
4. **Κλινικά χαρακτηριστικά :** Ο ασθενής νοσεί συστηματικά, ενώ συχνά εμφανίζεται σε διογκωμένες αρθρώσεις οι οποίες είναι φλεγμονώδεις και ιδιαίτερα επώδυνες. Αν μείνει χωρίς θεραπεία

η πάθηση καταστρέφει τον αρθρικό χόνδρο και οδηγεί σε οστική αγκύλωση (Danay, 1995,σελ.308).

## **κβ.ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ**

Η νόσος αλλιώς, ονομάζεται , νόσος του Rott και η συχνότερη από τις οστεοαρθρικές φυματιώσεις. Παρουσιάζεται σε όλες τις πλευρές της σπονδυλικής στήλης, ιδιαίτερα στην κατώτερη θωρακική και οσφυϊκή μοίρα.

**Παθολογία:** Ο Βάκιλλος του Κώκ εντοπίζεται αρχικά στο πρόσθιο άνω μέρος του σπονδύλου κοντά στο μεσοσπονδύλιο δίσκο. Στη συνέχεια επεκτείνεται και στους άλλους σπονδύλους , ώσπου στο Τέλος ο ένας σπόνδυλος επικάθεται πάνω στον άλλον , και επειδή τα τόξα της Σπονδυλικής στήλης και οι αποφύσεις των σπονδύλων είναι άθικτα, η Σπονδυλική Στήλη αναγκαστικά κάμπτεται προς τα εμπρός και επομένως σχηματίζεται ο χαρακτηριστικός ύβος . Ο ύβος φαίνεται περισσότερο στην θωρακική πλευρά στην οποία παρουσιάζεται κύφωση φυσιολογικά και λιγότερο στην οσφυϊκή στην οποία υπάρχει λόρδωση . Παράλληλα με την καθίζηση των σπονδύλων σπρώχνονται προς τα 'έξω τα νεκρωμένα τμήματα του οστού μαζί με τυροειδείς φυματιώδεις μάζες και σχηματίζουν ένα ψυχρό απόστημα . Αυτό παραμένει κοντά στην αρχική εστία η εξαιτίας της βαρύτητας αναγκάζεται να μεταναστεύσει σε διάφορες θέσεις κάτω από τις περοτονίες των μυών ή μέσα από τα μεσομύια τμήματα. Αποστήματα παρατηρούνται πίσω από το φάρυγγα , στον υπερκλείδιο χώρο από την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης , αποστήματα στη θωρακική μοίρα . (τα οποία είναι σπάνια δυνατόν να μπουν στον σπονδυλικό σωλήνα και να προκαλέσουν παραπληγία από πίεση ειδικά όταν η κύφωση υπερβαίνει το 70% - 80%.

**Κλινικά χαρακτηριστικά :**Η νόσος αρχίζει με ελαφρά συμπτώματα όπως πόνο στη μέση , καταβολή των δυνάμεων, ανορεξία και απογευματινό πυρετό, τα οποία βαθμιαία γίνονται εντονότερα . Χαρακτηριστικό της δυσκαμψίας στην πάθηση είναι ότι οι πάσχοντες προτιμούν να λυγίσουν τα ισχία και τα γόνατα παρά την σπονδυλική στήλη, προκειμένου να πάρουν κάτι από το έδαφος.

**Παραπληγία από φυματιώδη σπονδυλίτιδα :**Είναι η πιο σοβαρή επιπλοκή της πάθησης . Αρχικά εκδηλώνεται με αιματωδίες



και δυσχέρεια στη βάδιση και εξελίσσεται προοδευτικά σε πλήρη σπαστική παράλυση , η οποία συνοδεύεται και από ορθοκυστικές διαταραχές (Συμεωνίδης, 1996,σελ.311).

## 2. ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

### α. ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η συγκεκριμένη πάθηση περιλαμβάνει πολλές μεταβολές. Η απομυελίνωση μπορεί να προσβάλλει τόσο τα κινητήρια, όσο και τα αισθητήρια νεύρα του κεντρικού νευρικού συστήματος και επομένως μπορεί να επιδράσει στην κίνηση στην αφή ή στις άλλες αισθήσεις . Η διαφορά στα συμπτώματα εξαρτάται από τα ποια νεύρα έχουν πρόβλημα. Μερικά από τα συμπτώματα είναι εμφανή, ενώ άλλα όπως η κούραση, η εναλλαγή διάθεσης, η απώλεια πρόσφατης μνήμης και η δυσκολία συγκέντρωσης , είναι συνήθως συμπτώματα ακαθόριστα τα οποία είναι δύσκολο, ο ασθενής να τα περιγράψει σε άλλους.

**Ανίχνευση Συμπτωμάτων :** Τα πιο κοινά συμπτώματα τα οποία είναι κοινά σε πολλούς πάσχοντες είναι τα εξής :

- Διπλωπία ή θάμπωμα στα μάτια.
- Αδυναμία ή ανικανότητα ενός ή και των δυο άκρων.
- Αλλαγή στην αίσθηση των χεριών ή των ποδιών όπως π.χ. μούδιασμα που συχνά περιγράφεται από τον ασθενή "σα να περπατά πάνω σε βαμβάκι" .
- Ζάλη ή αστάθεια .
- Κούραση δυσανάλογη προς τις δραστηριότητες ή απρόσμενη κούραση.
- Ανάγκη για συχνή ή επιτακτική ούρηση ή δυσκολία ούρησης .

Δεν υπάρχει ένας, μοναδικός τύπος σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ο κάθε ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα, που ο άλλος μπορεί να μην έχει . Αλλά και τα συμπτώματα του ιδίου του ατόμου είναι πιθανόν να ποικίλλουν από καιρό σε καιρό. Δεν υπάρχει δηλαδή, ένας "τύπος" σκλήρυνσης κατά πλάκας (homepages.pathfinder.gr,01/1998 ) .

Το 90% των ατόμων που πάσχουν από την πάθηση έχουν την υποτροπιάζουσα μορφή, αυτή δηλαδή με εξάρσεις και υφέσεις. Αναπτύσσουν κάποια συμπτώματα, τα οποία ύστερα από την πάροδο κάποιων ημερών εβδομάδων ή μηνών βελτιώνονται ή υποχωρούν πλήρως. Κατά τη διάρκεια των εξάρσεων ή ωσεων

εμφανίζονται νέα συμπτώματα τα οποία παλαιότερα είχαν υποχωρήσει. Κατά πάσα πιθανότητα , αυτό οφείλεται σε φλεγμονή των νεύρων ,σε απομυελίνωση σε μια περιοχή που έχει ήδη προσβληθεί (homepages.pathfinder.gr,01/1998 ) .

Σε περίπτωση που τα συμπτώματα της ώσης, υποχωρήσουν ολοκληρωτικά ή μερικά, περίοδο που μπορεί να κρατήσει εβδομάδες , μήνες ή χρόνια.

Η συχνότητα των εξάρσεων σε κάθε ασθενή δεν είναι καθορισμένη, ούτε ακολουθεί κάποιο ρυθμό. Ξεκινούν χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος όμως υπάρχει πιθανότητα να αρχίσουν από κάποια ίωση ή πιθανόν από ψυχολογική ένταση. Η περίοδος της ώσης είναι δυσάρεστη βεβαίως, ενώ σε πολλά άτομα τα συμπτώματα υποχωρούν και ακολουθεί κατόπιν μια περίοδος ύφεσης.

Το υπόλοιπο 10% των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκες έχει την πρωτοπαθή περιοδική μορφή της νόσου. Αυτό σημαίνει πως οι πάσχοντες έχουν μια αργή εξέλιξη κάποιων συμπτωμάτων που δεν υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές είναι δυνατόν να ξεκινήσουν ήπια και βαθμιαία και να εξελίσσονται έτσι ώστε να δημιουργείται μια σταθερή μείωση των φυσικών ή νοητικών ικανοτήτων. Μπορεί τότε να είναι πιο δύσκολο να καταλάβουν τις "καλύτερες" από τις "χειρότερες" περιόδους. Οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από τη νόσο έχουν κάποια ήπια μορφή της και δεν φτάνουν ποτέ σε βαριές αναπηρίες. Υπάρχουν όμως και μερικοί που χρειάζονται να αντιμετωπίσουν κάποιο βαθμό ανικανότητας από καιρό σε καιρό. Άλλοι μπορεί να παρουσιάσουν τη μορφή της νόσου που εξελίσσεται γρήγορα και προοδευτικά και να καταλήξουν σε μεγάλο βαθμό αναπηρίας. Το ποσοστό των βαριά ασθενών είναι πολύ μικρό (homepages.pathfinder.gr,01/1998 ) .

## **Β.ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΙ**

Ακρωτηριασμός είναι η έλλειψη κάποιου μέλους του σώματος.

### **Αίτια και σκοπός των ακρωτηριασμών:**

Οι κυριότερες αιτίες των ακρωτηριασμών συνήθως είναι οι κακοήθεις νεοπλασίες (καρκίνος), οι καλοήθεις νεοπλασίες που προκαλούν εκτεταμένες βλάβες, διαταραχές στο κυκλοφορικό σύστημα (σακχαρώδης διαβήτης , δυσμορφίες, εκτεταμένες

φλεγμονές, εγκαύματα, εκτεταμένες και ανεπαισθητοποιημένες βλάβες των οστών, των αγγείων, και των νεύρων).

Ο κύριος σκοπός του ακρωτηριασμού είναι να σωθεί η ζωή τους ασθενούς και να καλυτερεύσει η λειτουργία ενός μέλους με την αντικατάστασή του από ένα τεχνητό, ενώ γίνεται σπάνια για να διορθωθεί αισθητικά μια παραμόρφωση. Στατιστικά, ο μεγαλύτερος αριθμός ακρωτηριασμών, παρουσιάζεται στις ηλικίες των 50-70 ετών εξαιτίας κυκλοφορικών διαταραχών, ενώ στην παιδική ηλικία αφορούν συγγενείς ανωμαλίες, όγκους και σε μικρότερες ηλικίες τραυματισμούς. Είναι συχνότεροι στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Το 85% των ακρωτηριασμών αφορούν τα κάτω άκρα, ενώ οι ακρωτηριασμοί των δεξιών μελών είναι περίπου ίδιοι με των αριστερών ([www.care.gr](http://www.care.gr) ,16/08/2005).

Οι ασθενείς με τα κολοβώματα (ακρωτηριασμούς) αναλαμβάνονται από μια ομάδα αποκατάστασης η οποία καθορίζει το πρόγραμμα, λαμβάνοντας υπόψη την πάθηση, την ηλικία , το φύλο, την γενική κατάσταση του ασθενούς, το επάγγελμα τις καθημερινές δραστηριότητες, το πνευματικό επίπεδο κλ.π. Δεν πρέπει να παραληφθεί πως οι συγκεκριμένοι ασθενείς χρειάζονται ιδιαίτερη ψυχολογική υποστήριξη, διότι ο ακρωτηριασμός τους προκαλεί μεγάλες ψυχικές διαταραχές ([www.care.gr](http://www.care.gr) ,16/08/2005).

### **γ.Αμελία**

Καλείται η έλλειψη και οι παραμορφώσεις μελών του σώματος . Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα παιδιών που γεννήθηκαν με διάφορες παθήσεις εξαιτίας της χορήγησης θαλιδομιδής σε εγκύους γυναίκες κατά το διάστημα 1959-1962 (Κρουσταλάκης , 2000 , σελ. 210).

### **δ.Φωκομελία**

Είναι μια συγγενής σωματική δυσμορφία κατά την οποία τα χέρια στερούνται βραχίων και αντιβραχίων , τα πόδια κνημών και μηρών , ενώ είναι άμεσα προσκολλημένα πάνω στο σώμα σαν τα πτερύγια της φώκιας (Κρουσταλάκης 2000,σελ.210)

### **ε.Συνδακτυλία**

Χαρακτηριστικό της πάθησης είναι η σύμφυση δύο ή περισσότερων δακτυλίων των χεριών ή των ποδιών (Κρουσταλάκης 2000,σελ.210).

### **στ.Βλαιοποδία**

Κατά την πάθηση αυτή τα πόδια παρεκκλίνουν στο σημείο της ποδοκνημικής άρθρωσης προς τα έξω . Αυτή η ορθοπεδική ατέλεια συνοδεύεται συχνά και από πλατυποδία (Βλαιοσπ-λατυποδία) (Κρουσταλάκης , 2000 , σελ. 210).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ '

### Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

#### 1α. Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ

Η ψυχολογία αλλά και η θέση του ατόμου με αναπηρία είναι εξαιρετικά λεπτή και δύσκολη . Το ανάπηρο άτομο , είναι κατ' εξοχήν το άτομο το οποίο πρωτίστως και απευθείας γίνεται δέκτης της προκατάληψης του κοινωνικού περιγύρου , υφίσταται όλες τις ταλαιπωρίες (εγχειρήσεις , θεραπείες), έχει αρκετά περιορισμένη ζωή και συνήθως είναι εξαρτημένο από την υπόλοιπη οικογένεια .

Το ανάπηρο άτομο είναι εκείνο το οποίο εξαιτίας της αναπηρίας του πολλές φορές αντιμετωπίζεται σα να μην έχει δικαίωμα στην εργασία , στην εκπαίδευση, στην ψυχαγωγία και το πιο βασικό ακόμα και στην ίδια τη ζωή. Δεν δέχεται βολές ή απόρριψη από τον κοινωνικό περίγυρο επειδή έκανε ένα εξαιρετικά μεμπτό έγκλημα π.χ. να βάλει βόμβα σε ένα σχολείο και να σκοτωθούν εξαιτίας του πολλά αθώα παιδιά, αλλά δέχεται την απόρριψη για κάτι το οποίο δεν φταίει , την αναπηρία είτε είναι κληρονομική είτε είναι επίκτητη .Ακούει λόγια η βλέπει πράγματα που τον πληγώνουν (ανθρώπους που σατιρίζουν αναπήρους ) και γενικά αντιμετωπίζεται ως άνθρωπος δεύτερης κατηγορίας ή παιδί ενός κατώτερου θεού.

Όπως έχει διαπιστωθεί λίγες έρευνες έχουν γίνει για την προσωπικότητα ή την ψυχολογία του αναπήρου ατόμου .αναλυτικότερα :

Το είδος και ο βαθμός της αναπηρίας δεν είναι τόσο σημαντικοί παράγοντες στη διαμόρφωση της στάσης των αναπήρων προς την ίδια την αναπηρία τους. μεγαλύτερη επιρροή ως προς αυτό ασκεί η δομή της προσωπικότητας τους, η στάση του περιβάλλοντος και ιδιαίτερα της οικογένειας τους καθώς επίσης και η σημασία που έχει η αναπηρία για το ίδιο το άτομο που τη φέρει . Από αυτή την αντίληψη δηλαδή της στάσης που έχει το ανάπηρο άτομο για την αναπηρία του είναι πιθανόν να διαμορφωθεί και η περαιτέρω κοινωνική συμπεριφορά. Εκτός από το είδος και το βαθμό της αναπηρίας σημαντικό ρόλο ασκεί επίσης και η ηλικία η

οποία εμφανίζεται .Ως προς αυτό η Ζώνιου – Σιδέρη αναφέρει τις εξής στάσεις /σχέσεις του αναπήρου προς την αναπηρία του :

α) τη σταθερή και αυξανόμενη ενταγμένη σχέση .

β) Τη σταθερή αμφιθυμική σχέση .

γ) Τη σταθερή και αυξανόμενη μη ενταγμένη σχέση ” ( Ζώνιου – Σιδέρη Αθήνα , Οι ανάπηροι και οι εκπαίδευσή τους , γ ’,1998 , σελ.50).

Σύμφωνα με τους περισσότερους επιστήμονες η προσπάθεια εκ μέρους του ανάπηρου , απόκρυψης της αναπηρίας του , είναι πιθανόν να επιφέρει σύμπλεγμα κατωτερότητας και αποστέρησης , γι’ αυτό το λόγω απαιτούν να την αποδεχθεί . Η άρνηση της αποδοχής της αναπηρίας , από τον ίδιο τον ανάπηρο περιλαμβάνει και την απόρριψη της (συν) ταύτισης του με τους υπόλοιπους αναπήρους . Υπάρχει περίπτωση να οδηγήσει και στην αποφυγή της συναναστροφής του με άλλα ανάπηρα άτομα (Ζώνιου – Σιδέρη , 1998, σελ. 51). Ακόμη , υπάρχει και η άποψη πως η επιθετικότητα των οποίων δείχνουν να έχουν οι ανάπηροι δημιουργείται εξαιτίας της αποστέρησης , ενώ η δράση τους για να επιτύχουν τους στόχους που έχουν θέσει δυσκολεύεται εξαιτίας της αναπηρίας . Σύμφωνα όμως με άλλες απόψεις , η αποστέρηση και η επιθετικότητα χρησιμοποιείται ως μέσο από τους ανάπηρους για επιθετικές συμπεριφορές και για κατασκευασμένη ερμηνεία τέτοιων συμπεριφορών . (Ζώνιου – Σιδέρη , 1998 ,σελ. 51) .Επίσης , θεωρείται πως οι ανάπηροι αντιμετωπίζουν συχνά την αναπηρία τους , ως αιτία για οποιαδήποτε αποτυχία. Οι παραπάνω απόψεις και ιδιαίτερα η τελευταία βρήκαν αντίθετες πολλές οργανώσεις αναπήρων σύμφωνα , με τις οποίες αιτία για όλες τις αποστερήσεις δεν είναι μόνο η αναπηρία αλλά και άλλα προβλήματα που παρουσιάζονται στην κοινωνία και την εκπαίδευση και τους δημιουργούν επιπλέον στερήσεις (Ζώνιου- Σιδέρη , 1998,σελ. 51).

Σε περίπτωση που ληφθεί υπ’ όψιν ο περίγυρος του αναπήρου για την ερμηνεία της συμπεριφοράς του, τότε η αντίληψη αυτού για τον εαυτό του, επηρεάζεται από τη στάση , αλλά και τη συμπεριφορά των ανθρώπων που τον περιβάλλουν . Σημαντικοί παράγοντες επίσης που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της προσωπικότητας είναι ο χρόνος εμφάνισης , το είδος και ο βαθμός της αναπηρίας (Ζώνιου – Σιδέρη , 1998, σελ. 52).

Ιδιαίτερα κατατοπιστική όσον αφορά το ζήτημα της επιρροής ορισμένων παραγόντων στην ψυχολογία και στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς είναι η Δορζιώτου - Κουκλογιάννου η οποία αναλύει

την αντίδραση των παραπληγικών, τετραπληγικών και γενικά των ατόμων με βαριές αναπηρίες , προς την ίδια την αναπηρία τους και γενικά περιγράφει και τα ψυχολογικά στάδια που περνάει ο ασθενής , από την ανακοίνωση ως τελική αποδοχή της κατάστασης του .Συγκεκριμένα σύμφωνα με την Δορζιώτου , ο ασθενής περνάει 5 ψυχολογικά στάδια: σοκ, άρνηση, θυμό, κατάθλιψη, αντίδραση έναντι ανεξαρτητοποίησης , αποδοχή .

Κατά το πρώτο στάδιο ασθενής διακατέχεται από ένα πλήθος συγκεχυμένων συναισθημάτων . Δεν έχει συνειδητοποιήσει τι ακριβώς συμβαίνει (συνήθως μετά από ατύχημα) . Βρίσκεται δηλαδή σε κατάσταση σοκ , το οποίο μπορεί να διαρκέσει από λίγες στιγμές έως ημέρες και εβδομάδες (Δορζιώτου – Κουκλογιάννου, 1992, σελ.154).

Στο στάδιο της άρνησης ο ασθενής αρνείται να δεχθεί αυτό που έχει συμβεί και πιστεύει πως έχει γίνει κάποιο ιατρικό λάθος . Φοβάται αν θα επιζήσει, ανησυχεί για την αισθητικότητα που έχει χάσει και ελπίζει πως θα ξαναποκτήσει την κινητικότητα του .(Δορζιώτου – Κουκλογιάννου, 1992, σελ. 154).

Στο στάδιο του θυμού , ο ασθενής έχει βεβαιωθεί πως θα επιζήσει από την κατάσταση αυτή και αρχίζει να φαντάζεται τον εαυτό του πως θα είναι έχοντας τη συγκεκριμένη αναπηρία .Έτσι καταλαμβάνεται από θυμό, επειδή η ζωή του έχει αλλάξει ριζικά εξαιτίας της αναπηρίας και ορισμένα πράγματα το οποία έκανε μόνος του , πλέον δεν μπορεί να τα κάνει (να ντυθεί , να πλυθεί κτλ.) (Δορζιώτου – Κουκλογιάννου , 1992, σελ. 154).

Το στάδιο της κατάθλιψης , είναι μια ψυχολογική κατάσταση που όλοι οι ασθενείς με βαριά αναπηρία έχουν βιώσει . Ορισμένοι υιοθετούν μια ανέμελη συμπεριφορά , προκειμένου να καλύψουν το άγχος και την κατάθλιψή τους. Άλλοι θυμούνται πως ήταν η ζωή τους πριν το ατύχημα , ενώ μερικοί είναι πιθανόν να εκφράσουν ευχές θανάτου ή να διερωτώνται αν αξίζει κανείς να ζει με τέτοια αναπηρία (Δορζιώτου - Κουκλογιάννου , 1998, σελ. 156).

Το στάδιο της αντίδρασης έναντι ανεξαρτητοποίησης αναφέρεται κυρίως σε ασθενή ο οποίος υφίσταται , θεραπεία σε κάποιο κέντρο Αποκατάστασης και καθώς πλησιάζει η ημέρα εξόδου αντιδρά και αρνείται να πάει σπίτι του . Δύο λόγοι ευθύνονται γι' αυτό , η ανασφάλεια πρώτον που αισθάνεται ο ανάπηρος εγκαταλείποντας το ίδρυμα και το stress που έχει προκαλέσει η αναπηρία θίγοντας την αξιοπρέπεια του (σωματική και συναισθηματική) (Δορζιώτου- Κουκλογιάννου , 1992, σελ.156).

Στο στάδιο της αποδοχής ο ασθενής μπορεί να θρηνεί την απώλεια των ικανοτήτων του , αλλά αρχίζει να σχεδιάζει το μέλλον ύστερα από την αναπηρία . Βέβαια απαιτείται σκληρή προσπάθεια για να φτάσει το άτομο στο στάδιο της αποδοχής όπως και όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Δορζιώτου, το άτομο " βρίσκεται κάτω από την επίδραση εσωτερικών και εξωτερικών πιέσεων. Οι εσωτερικές πιέσεις έχουν σχέση με τη διεργασία που αφορά τον ανασχηματισμό της εικόνας του σώματος . Οι εξωτερικές πιέσεις , είναι κοινωνικές, οικογενειακές , οικονομικές και επαγγελματικές . Το άτομο διακατέχεται από αγωνία για το αν θα επιτύχει στους παραπάνω τομείς και τα ενδιαφέροντα του είναι ρεαλιστικά . Για να φθάσει στο σημείο να δεχτεί ότι είναι "Άτομο με ειδικές ανάγκες " χρειάζεται χρόνος, ενώ αξιοσημείωτο είναι πως το κάθε άτομο βιώνει διαφορετικά την κατάστασή του . (Δορζιώτου – Κουκλογιάννου ,1992, σελ. 157).

Σύμφωνα με την Parry, η αναπηρία είναι μια μορφή " ψυχολογικής κρίσης " , η οποία προκαλείται από τρεις αιτίες που είναι :

1. Ένα σπουδαίο για εμάς πρόσωπο δεν αντιδρά με τον τρόπο που θα περιμέναμε .
2. Ο οργανισμός μας , μας «προδίδει» , λόγω μιας αρρώστιας ή ενός τραυματισμού .
3. Προκύπτει μια μαζική ανατροπή των συνηθισμένων προγνωστικών , όπως συμβαίνει σε μια μεγάλη καταστροφή .(Parry , , 1996, σελ.3 ) . Η αντίδραση και τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου , το οποίο βρίσκεται σε κρίση , είναι για την συγγραφέα τα εξής : αγωνία , δυσκολία στην ξεκάθαρη σκέψη , αλλαγή συμπεριφοράς , κατάθλιψη , θυμός , ντροπή, ενοχή .

Η αγωνία είναι ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά μιας ψυχολογικής κρίσης . Επειδή η κρίση ενέχει το στοιχείο της απώλειας το άτομο καταλαμβάνεται από αγωνία , η οποία επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο σκέπτεται και έτσι επηρεάζονται και τα συναισθήματα του . Αυτό συμβαίνει γενικά με όλες τις συναισθηματικές αντιδράσεις . Σε περίοδο που η αγωνία βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο η κριτική ικανότητα του ατόμου μειώνεται και εύκολα δίνει βάση σε τρομακτικές σκέψεις που σε φυσιολογικά πλαίσια θα τις απέρριπτε με μεγάλη ευκολία. Αυτή η διεργασία περίπου μπορεί να συμβεί και όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση θυμού ή θλίψης . Οι σκέψεις που ταιριάζουν στα συναισθήματα του , αποκτούν βαρύτητα και τις παίρνει στα σοβαρά



. Εξαιτίας αυτού μπορεί να δημιουργηθεί ένας φαύλος κύκλος . Παρόλα αυτά όμως η αληθινή κρίση συμβαίνει στην πραγματικότητα επειδή η αντίδραση του ατόμου σ' αυτό το γεγονός το κάνει να χάσει τον έλεγχο της κατάστασης (Parry, 1996 , σελ. 51).

Ακόμη όμως και αν το άτομο δεν αφηθεί στο φαύλο κύκλο της αγωνίας, παρουσιάζει δυσκολίες στην ξεκάθαρη σκέψη. Η ψυχολογική κρίση δηλαδή έχει επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των νοητικών του διεργασιών. Δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις για οτιδήποτε , η ικανότητα του για καθαρή σκέψη μειώνεται εξαιτίας των ισχυρών συναισθημάτων και της νοητικής ενασχόλησης με τα τρέχοντα ζητήματα .(Parry , 1996 σελ. 52).

Η αλλαγή συμπεριφοράς συμβαίνει αρκετά συχνά σε μια ψυχολογική κρίση και παρατηρείται συνήθως κοινωνική απομάκρυνση και άρνηση ευχάριστων δραστηριοτήτων . Αρκετά συχνή είναι και η χρήση ηρεμιστικών χαπιών, όπως το Valium (diazepam) παυσίπονων όπως η ασπιρίνη και το αλκοόλ .( Parry , 1996, σελ. 58).

Η κατάθλιψη είναι ακόμα μια συναισθηματική αντίδραση σε μια ψυχολογική κρίση , ιδιαίτερα αν σε αυτή υπάρχουν στοιχεία απώλειας ή υποτίμησης . Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι : πεσμένη διάθεση, κακοδιαθεσία η οποία μπορεί να συνοδεύεται από κλάμα ή παράπονο και απώλεια ενδιαφέροντος .(Parry , 1996, σελ. 59).

Το συναίσθημα του θυμού το οποίο αναφέρεται και από τον Δορζιώτου, πηγάζει κατά την Parry από το αίσθημα της αδικίας . Σημαντικό για το περίγυρο είναι να καταλάβει πως το αίσθημα της αδικίας που νιώθει ο θυμωμένος άνθρωπος δεν δημιουργείται από την ίδια την κατάσταση , αλλά από το πώς ο άνθρωπος βλέπει την κατάσταση .(Parry , 1996, σελ.61).

Ο θυμός είναι ακόμη ένα συστατικό στοιχείο για πολλά είδη κρίσεων. Όπως αναφέρθηκε υπάρχει σε οποιαδήποτε ψυχολογική κρίση που μπορεί να περιέχει το στοιχείο της απώλειας , της υποτίμησης ή της προσβολής . Σ' αυτή την περίπτωση το άτομο βιώνει το θυμό σαν υποκατάστατο συναισθημάτων όπως είναι ο φόβος, η ντροπή ή η ενοχή . ( Parry , 1996, σελ. 63).

Το συναίσθημα της ντροπής δεν πρέπει να συγχέεται με αυτό της ενοχής . Πρόκειται για μια αρνητική μορφή αυτογνωσίας , όταν κάποιος έχει τη διάθεση να κρυφτεί . Το άτομο νιώθει στη συγκεκριμένη περίπτωση πως το παρακολουθεί κάποιος κριτής ο οποίος το βρίσκει ανεπαρκές , αξιόμημπο ή και απωθητικό. Το

πρόβλημα όμως είναι πως ο κριτής , είναι το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του . (Parry ,1996,σελ. 63).

Η ενοχή από την άλλη πλευρά αποτελεί ένα αίσθημα ηθικής ευθύνης για μια κακή πράξη , η οποία βλάπτει κάποιον άλλον . Σε όποιο άτομο βρίσκεται έξω από την κρίση, το συναίσθημα της ενοχής φαίνεται εξωπραγματικό Σ' ένα βαθύτερο επίπεδο , όμως , οι ρίζες της ενοχής βρίσκονται σε μια εγωιστική παρόρμηση θυμού, η οποία θα μπορούσε να βλάψει τους άλλους αν το άτομο την ενεργοποιούσε ( Parry ,1996, σελ. 165).

Εκτός από τα προαναφερθέντα συναισθήματα – χαρακτηριστικά μια ψυχολογική κρίση κατά την Parry , έχει και άλλα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Αυτά είναι , βραχυπρόθεσμη εξωπραγματική αδιαφορία, ενοχλήσεις στον ύπνο , δυσλειτουργία της όρεξης και της πέψης , μυϊκή ένταση , πόννοι ελαφριάς και βαριάς μορφής , εξανθήματα , μολύνσεις , αποφυγή του προβλήματος με σκέψεις και πράξεις , διανοητική υπερενασχόληση με το πρόβλημα. (Parry , 1996, σελ. 66).

Η Δανάη Παπαδάτου , είναι πιο σαφής στο ζήτημα της ψυχολογικής κρίσης , όπως η Parry αναφέρει τα χαρακτηριστικά του ατόμου που βρίσκεται σε κρίση και περιγράφει στρατηγικές αντιμετώπισης , που χρησιμοποιεί ένα άτομο το οποίο βρίσκεται σε κρίση. Κυρίαρχο συναίσθημα μιας κρίσης είναι το στρες .Οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας , προκαλεί σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στρες στο πάσχον άτομο. Υπάρχουν μερικές περιπτώσεις στις οποίες το στρες είναι τόσο έντονο που ο πάσχοντας δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις των καταστάσεων . Το άτομο τότε βιώνει μια τόσο έντονη ψυχική αναστάτωση που συμβάλλει στην εμφάνιση μιας ψυχολογικής κρίσης . Συνειδητοποιεί ξαφνικά, πως ο κόσμος στον οποίο ζει δεν είναι ασφαλής και κλονίζεται . Η ιδέα που συνήθως έχει ότι μια αναπηρία ή ένας θάνατος , συμβαίνει μόνο στους άλλους , τείνει να εξαφανίζεται. Σχεδόν βίαια προσαρμόζεται σε μια καινούργια πραγματικότητα . Στο σημείο αυτό εμφανίζεται και το στρες .Εξαιτίας του η νέα αυτή πραγματικότητα περιλαμβάνει και τον περίγυρο του ατόμου (το στρες συνήθως προκύπτει και από την αλληλεπίδραση του με τον περιβάλλον του ). Όταν το άτομο αντιληφθεί πως βρίσκεται σε μια αντίφαση (πραγματική ή φανταστική ) ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μια κατάσταση και στα αποθέματα που έχει για να την αντιμετωπίσει (βιολογικά , κοινωνικά, ψυχολογικά ), τότε βιώνει στρες .(Παπαδάτου ,1999,σελ.92).

Κάποια από τα χαρακτηριστικά του ατόμου , που βρίσκεται σε κρίση , ενέχουν αρχικά την εμφάνιση ενός απροσδόκητου άγνωστου γεγονότος το οποίο απαιτεί δραστηριοποίηση από την πλευρά του . Αυτό το γεγονός ερμηνεύεται ως καταστροφικό και απειλητικό , επειδή επιφέρει ένα σοβαρό ρήγμα στο σύστημα αξιών του ατόμου, ανατρέποντας κυριολεκτικά τη ζωή του . Κατακλύζεται από άγχος και χάνει την ικανότητα να σκεφτεί ψύχραιμα ή να αφομοιώσει οποιαδήποτε πληροφορία που του παρέχεται. Αισθάνεται παγιδευμένος σε μια κατάσταση χωρίς διέξοδο , αδυνατεί να θέσει στόχους ή να επεξεργασθεί πιθανές εναλλακτικές λύσεις στο πρόβλημα του, ενώ νιώθει πως τίποτα δεν έχει νόημα . Εξιδανικεύει το παρελθόν, ενώ το μέλλον φαντάζει ανύπαρκτο ή απειλητικό. Το παρόν είναι αφόρητο και δεν υπάρχουν επιλογές , λύσεις ή τρόποι διαφυγής από την κατάσταση. Υπάρχει, όπως αναφέρθηκε δυσκολία προγραμματισμού , σχεδιασμού και προσδιορισμού στόχων για το μέλλον (Παπαδάτου, 1999, σελ.98-99).

Επιπλέον , εκτός από το άγχος , το άτομο βιώνει έντονα το αίσθημα της μοναξιάς, ενώ δεν είναι σε θέση να ζητήσει βοήθεια ή να ωφεληθεί από την υποστήριξη που πιθανόν να παρέχεται από το περιβάλλον του . Πολλοί από τους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίση δεν θυμούνται την παρουσία άλλων δίπλα τους. Αυτό το αίσθημα της μοναξιάς είναι υποκειμενικό και ωθεί τα άτομα που το βιώνουν στη σκέψη , πως κανείς δεν μπορεί να τα βοηθήσει. Συχνή είναι η απόσυρση και η αποξένωση , οι οποίες γίνονται αιτία να διαταραχθούν οι κοινωνικές τους σχέσεις . (Παπαδάτου ,1999, σελ. 98-99).

Τα άτομα που βρίσκονται σε κρίση παρουσιάζουν σύμφωνα με την Παπαδάτου (όπως και κατά την Parry) ορισμένα ψυχοσωματικά συμπτώματα, τα οποία είναι άμεσα συνδεδεμένα με το υπερβολικό στρές που βιώνει, όπως απώλεια όρεξης, ύπνου , στηθαγχικού άγχους , ημικρανίες, ταχυκαρδίες, γαστρεντερικά προβλήματα , προβλήματα αυτοσυγκέντρωσης κλπ. Ενώ επανεμφανίζονται ορισμένες οργανικές διαταραχές από τις οποίες ταλαιπωρούνταν στο παρελθόν , πχ. άσθμα , έλκος στομάχου κ.α. (Παπαδάτου 1999, σελ.98-99).

Το στρές που βιώνει το άτομο συνοδεύεται εκτός από τα προαναφερθέντα ψυχοσωματικά συμπτώματα , και από άλλα συναισθήματα που είναι η οργή,η ζήλια , το μίσος για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχές επειδή αρρώστησε και φόβο για την εξέλιξη της υγείας του. Συχνά βρίσκεται σε απόγνωση και θέλει να

αυτοκτονήσει ή νομίζει πως θα τρελαθεί . Βέβαια πρέπει να τονιστεί πως το άτομο αντιδρά με το δικό του μοναδικό τρόπο , στην γνωστοποίηση της νόσου . Και οι αντιδράσεις ποικίλλουν ως προς την έκφραση και την ένταση τους . Μερικές φορές έχουν αρνητικές και άλλοτε θετικές επιπτώσεις όχι μόνο στην ψυχική υγεία του ατόμου , αλλά και στις σχέσεις του με τους άλλους ( πχ.η επανειλημμένη άρνηση των δυσάρεστων γι' αυτό συναισθημάτων (θυμό, κατάθλιψη) με αποτέλεσμα να αποξενώνεται από τον ίδιο του τον εαυτό και να βιώνει μια εσωτερική υπερένταση η οποία μπορεί να επηρεάσει το αμυντικό του σύστημα και την γενικότερη ομαλή προσαρμογή του στην πραγματικότητα . Άλλοτε ενώ βρίσκεται σε επαφή με τα συναισθήματα του ή τις ανησυχίες του , διστάζει να τις εκφράσει είτε γιατί δεν θέλει να στεναχωρήσει τα αγαπημένα του πρόσωπα είτε γιατί το περιβάλλον αρνείται να το αποδεχτεί αυτά που ο ασθενής μοιράζεται μαζί τους . Όλες αυτές οι αντιδράσεις είναι απόλυτα φυσιολογικές, και είναι παρόμοιες με εκείνες που βιώνουν και άλλοι ασθενείς οι οποίοι έρχονται αντιμέτωπη σε μια χρόνια ή απειλητική νόσο) (Παπαδάτου , 1999, σελ.118).

Στον οδηγό γονέων του υπουργείου παιδείας περιγράφονται ορισμένα χαρακτηριστικά ενός παιδιού με αναπηρία .Συγκεκριμένα:

Το παιδί που αντιμετωπίζει κάποια αναπηρία αισθάνεται διαφορετικά. Όσα περισσότερα έξυπνο είναι τόσο περισσότερο αντιλαμβάνεται την διαφορετικότητά του .Αισθάνεται απογοήτευση και ανεπάρκεια, επειδή δεν μπορεί να κάνει πράγματα που για τα άλλα τα παιδιά είναι πολύ απλά. Και αυτό είναι το πιο σημαντικό και πρέπει να γίνει κατανοητό, πόσο επίπνο είναι το γεγονός πως απλές καθημερινές δραστηριότητες οι οποίες θεωρούνται δεδομένες, αποτελούν για ένα παιδί με αναπηρία απραγματοποίητο όνειρο. Για το λόγο αυτό πρέπει να ενθαρρύνεται η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας , ώστε να μπορέσει το παιδί να εκφράσει τα συναισθήματα απογοήτευσης και ανεπάρκειας που έχει (Οδηγός γονέων,2000,σελ.111).

Τέλος στην Παπαϊωάννου – Σταυροπούλου , αναφέρεται πως οι ίδιοι οι άνθρωποι , με αναπηρία εξηγούν ότι,ως παιδιά δεν είχαν μια σαφή εικόνα της κατάστασής τους ενώ η εντύπωση που είχαν για τον εαυτό τους απείχε πολύ από την πραγματικότητα . Η συνειδητοποίηση της κατάστασης έρχεται καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου, 2003,σελ.165).

## 1β. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΤΟΜΟ

Το άτομο χρησιμοποιεί ορισμένες μεθόδους στρατηγικές (Coping) για να αντιμετωπίσει τις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης και να μειώσει το στρές. Οι στρατηγικές αυτές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες : Στις στρατηγικές , οι οποίες επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος (problem – Focused coping) και β) στις στρατηγικές που αποβλέπουν στην ρύθμιση των συναισθημάτων (emotion – Focused problem ). Συνήθως η πρώτη κατηγορία χρησιμοποιείται από το άτομο , όταν αυτό πιστεύει πως έχει κάποια επίδραση στις στρεσογόνες συνθήκες , είτε μειώνοντας της απαιτήσεις που προβάλλει η πραγματικότητα είτε αυξάνοντας τα αποθέματα που έχει για να τις αντιμετωπίσει (Παπαδάτου , 1999, σελ. 93). Η δεύτερη κατηγορία χρησιμοποιείται , όταν το άτομο αισθάνεται πως δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να αλλάξει την κατάσταση, με αποτέλεσμα να επιδιώκει να ελέγξει την συναισθηματική του αντίδραση σ' αυτή (Παπαδάτου , 1999, σελ.94). Μερικές φορές χρησιμοποιεί γνωστικές μεθόδους οι οποίες αποσκοπούν στην τροποποίηση της αντίληψης του σε σχέση με την ψυχοπιεστική κατάσταση που αντιμετωπίζει. Συνήθως ένα άτομο που βιώνει στρές χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό των προαναφερθέντων στρατηγικών διαχείρισης που αποβλέπουν τόσο στη επίλυση του προβλήματος , όσο και στη ρύθμιση των συναισθημάτων (Παπαδάτου ,1999,σελ. 94).

Οι συνηθέστερες στρατηγικές αντιμετώπισης είναι :

- ✓ Η λήψη άμεσων μέτρων, η οποία περιλαμβάνει τις ενέργειες του ατόμου για την αντιμετώπιση της κατάστασης που του προκαλεί το στρές.
- ✓ Η αναζήτηση πληροφοριών , η οποία επιτρέπει στο άτομο να αυξήσει τις γνώσεις του σχετικά με την ψυχοπιεστική κατάσταση που αντιμετωπίζει .Η συγκεκριμένη στρατηγική , άλλοτε αποβλέπει στην επίλυση του προβλήματος και άλλοτε στη ρύθμιση των συναισθημάτων .
- ✓ Η αναζήτηση υποστήριξης αντίστοιχα , μπορεί να χρησιμεύσει στη ρύθμιση των συναισθημάτων, όταν π.χ. μια ασθενής η οποία βιώνει στρές αναζητά υποστήριξη και ηθική συμπαράσταση από μια φίλη της. Μπορεί όμως και να χρησιμεύσει και στην επίλυση

του προβλήματος , όταν λόγου χάρη , η ίδια γυναίκα ζητά από κάποιο πρόσωπο του συγγενικού της περιβάλλοντος να αναλάβει τις μητρικές της υποχρεώσεις , για όσο διάστημα θα λείπει, λόγω νοσηλείας (Παπαδάτου, 1999, σελ. 94-95).

- ✓ Η συναισθηματική εκτόνωση αποσκοπεί ιδιαίτερα στη ρύθμιση των συναισθημάτων και περιλαμβάνει ενέργειες όπως το κλάμα, οι φωνές, το κάπνισμα, η άθληση κτλ.
- ✓ Στις ενδοψυχικές διεργασίες περιλαμβάνονται διάφοροι μηχανισμοί άμυνας οι οποίοι αποτελούν το μέσο που χρησιμοποιεί το άτομο για να τροποποιήσει την αντίληψη του σχετικά με την κατάσταση που αντιμετωπίζει και με αυτό τον τρόπο μειώνει το στρές που του προκαλεί.

Ορισμένες από τις προαναφερθείσες στρατηγικές εστιάζουν στο πρόβλημα και άλλες ενθαρρύνουν την αποφυγή του .(Παπαδάτου, 1999, σελ.95-96).

## **2α. Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΠΡΟΣ ΤΟ ΑΝΑΠΗΡΟ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Για να κατανοηθεί καλύτερα η ψυχολογία των ατόμων με αναπηρία, χρήσιμη έως απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εξέταση του ιδιαίτερου περιβάλλοντος που ζουν και μεγαλώνουν. Η οικογένεια συνιστά το πρώτο περιβάλλον που δημιουργεί τις συνθήκες όχι μόνο της ανάπτυξης και της διαβίωσης αλλά και της συναίσθησης του εαυτού , της συνειδητοποίησης της διαφορετικότητας του από τους άλλους και βοηθά το άτομο στην αποδοχή της αναπηρίας του .

Για να αποδεχθεί όμως το άτομο την αναπηρία του , πρέπει πρώτα να την έχει αποδεχθεί το οικογενειακό του περιβάλλον . Η αναπηρία επηρεάζει όλη την οικογένεια (και ιδιαίτερα τους γονείς ) γι' αυτό χρήσιμο είναι να αναλυθεί ο συναισθηματικός αντίκτυπος που έχει στα μέλη της .

Οι γονείς ευθύς μόλις μάθουν ότι πρόκειται να αποκτήσουν ένα παιδί το οποίο ενδέχεται να μην είναι αρτιμελές ή αποκτάει μια αναπηρία στην διάρκεια της ζωής του , κατακλύζονται από ένα πλήθος συγκεχυμένων συναισθημάτων που συνήθως χαρακτηρίζουν αυτές τις καταστάσεις .

Στις επόμενες παραγράφους αναλύεται η ψυχοσωματική κατάσταση γονέων, αναπήρων παιδιών .

Η Ζώνιου – Σιδέρη αναφέρει πως ο ερχομός ενός αναπήρου παιδιού ή μια επίκτητη αναπηρία βρίσκει τους γονείς απροετοίμαστους και ο τρόπος ζωής της οικογένειας αλλάζει σε πολλά επίπεδα .(Ζώνιου – Σιδέρη ,1998, σελ.52) . Η αναπηρία ενός παιδιού είναι κρίσιμο γεγονός ζωής (Ζώνιου – Σιδέρη , 1998, σελ.52). Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει ως τώρα συμφωνούν ότι η διάγνωση της αναπηρίας ενός παιδιού – από τη γέννηση ή κατά το διάστημα των πρώτων χρόνων της ζωής του- επιφέρει πλείστα προβλήματα στην οικογένεια, για τη λύση των οποίων απαιτείται σημαντική προσπάθεια από όλους τους συμμετέχοντες . Τα μέλη της οικογένειας αντιμετωπίζουν μια κατάσταση η οποία επηρεάζει την περαιτέρω ζωή τους . Το γεγονός αυτό αντιμετωπίζεται ως καταστροφή και το σοκ που δημιουργείται καθορίζει την παραπέρα ζωή των περισσότερων γονιών , ειδικότερα των μητέρων (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998,σελ.54).

Η Ζώνιου – Σιδέρη διακρίνει δύο φάσεις όσον αφορά τις αντιδράσεις των μητέρων :

- ✘ Την διαμεριστική (διαιρετική )φάση αντίδρασης ή αλλιώς κατάσταση σοκ.
- ✘ Τη διαφορετική φάση προσαρμογής ή αλλιώς φάση αποκατάστασης (Ζώνιου– Σιδέρη ,1998,σελ.55).

Αναλυτικότερα ,όσον αφορά την πρώτη φάση, αυτή συνοδεύεται (υποσυνείδητα) από επιθυμία της μητέρας για τον θάνατο του παιδιού της ή ακόμη και του δικού της. Το ανάπηρο παιδί είναι προσβολή για το ναρκισσισμό της και συχνά γίνεται προσπάθεια για απόκτηση δεύτερου παιδιού είτε για μείωση των τύψεων που αισθάνεται είτε για ανόρθωση της κλονισμένης της αυτοπεποίθησης (Ζώνιου – Σιδέρη , 1998, σελ.55) .

Η δεύτερη φάση , ονομάζεται φάση αποκατάστασης της σχέσης. Ενώ η αρχική φάση περνάει μονότονα συνήθως , η δεύτερη χαρακτηρίζεται από πολυμορφία αντιδράσεων. Οι δυο πιο συνηθισμένες μορφές αντίδρασης, είναι ο υπερβολικός σύνδεσμος με το παιδί και η συνειδητή σύγκρουση με την αναπηρία του . Στη συγκεκριμένη φάση η μορφές προσαρμογής μπορούν να χωριστούν σύμφωνα με τις τεχνικές των μηχανισμών άμυνας οι οποίες είναι :

- Ο άτυπος σύνδεσμος.
- Η κατά μέρος σύγκρουση με την αναπηρία.
- Η μετατόπιση των τεχνικών των μηχανισμών άμυνας .
- Απώθηση , μεταβολή, άρνηση (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998,σελ. 55 ) .

Αυτές οι μορφές προσαρμογής εμφανίζονται μεικτές , αλλά συνήθως υπερισχύει μία εξ' αυτών και είναι αυτή της συμπεριφοράς της μητέρας .

Η μοναδική από τις τεχνικές επεξεργασίας , η οποία μπορεί να φέρει μια σχετική προσαρμοστικότητα της αναπηρίας , είναι η συνειδητή σύγκρουση με την αναπηρία του παιδιού , ενώ οποιαδήποτε άλλη μορφή άμυνας καθυστερεί αισθητά την προσαρμογή και διατηρεί μια υποκειμενική θλίψη (αδικία) (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998.σελ.56) .

Διαφορές όμως δεν παρατηρούνται μόνο στους τρόπους αντίδρασης, αλλά και στις διαπαιδαγωγικές συμπεριφορές , γιατί οι γονείς προσπαθούν να προστατέψουν το παιδί από κινδύνους είτε αυτοί είναι πραγματικοί είτε φανταστικοί . Ακόμη μια άλλη μορφή αντίδρασης είναι η προτεραιότητα που δίνεται πάντα στις επιθυμίες του ανάπηρου παιδιού. Η πιο σωστή αγωγή για ένα ανάπηρο παιδί είναι η κανονιστική , διότι οι γονείς προσπαθούν να καταλάβουν το παιδί καθώς εξελίσσεται και μέσω αυτής της παρατήρησης το βοηθούν να γίνει ανεξάρτητο και αυτόνομο (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998.σελ. 56).

Η διαπαιδαγωγική συμπεριφορά όμως δεν μπορεί να ειπωθεί ξεχωριστά από τη μορφή προσαρμογής της μητέρας γιατί κάθε επιρροή επιδρά στην αγωγή και στην εξέλιξη του παιδιού. Όπως αναφέρει η Ζώνιου- Σιδέρη σ' αυτό το σημείο «πολλοί γονείς αποσύρονται από τις διαπαιδαγωγικές τους υποχρεώσεις με το να στέλνουν το ανάπηρο παιδί σ' ένα ίδρυμα , παρόλο που δεν το επιτρέπει η οικογενειακή τους κατάσταση» (Ζώνιου – Σιδέρη ,οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους,γ' έκδοση, 1998, σελ.56).

Σύμφωνα με έρευνες για το ψυχολογικό κόσμο των γονέων λαμβάνοντας υπόψη την προσωπικότητα και την συμπεριφορά τους, αποδείχτηκε πως τα κυριότερα συναισθήματα που αναφέρθηκαν ήταν , εχθρότητα, αποστέρηση και απογοήτευση , ενώ ως επίπτωση αυτά τα συναισθήματα έχουν επιθετικότητα, αυτοκατηγορίες ή κατηγορίες ενάντια στο σύζυγο, δηλαδή μια σειρά οικογενειακών συγκρούσεων . Ανασφάλεια δημιουργείται στην συζυγική ζωή , επειδή συνήθως υπεύθυνος θεωρείται ο ένας από τους δυο συζύγους γεγονός που οδηγεί και σε αποτυχία της συμβίωσης . Πολλές μητέρες υποφέρουν από έλλειψη κατανόησης από τους συζύγους , ενώ οι σύζυγοι (άνδρες) εκλαμβάνουν την αναπηρία ως αμφισβήτηση του ανδρικού τους ρόλου επειδή αισθάνονται την ανάγκη προστασίας οι ίδιοι. Άλλα ευρήματα



ερευνών δείχνουν ότι υπάρχει και η αντίθετη περίπτωση , δηλαδή μια αναπηρία υπάρχει δυνατότητα να δέσει περισσότερο του γονείς ή να μην μπορεί να κλονίσει ένα στεριωμένο γάμο. Οι έρευνες οι οποίες ασχολούνται μόνο με την στάση της μητέρας , είναι εν μέρει δικαιολογημένες εφόσον κατά κύριο λόγο η μητέρα είναι εκείνη που ασχολείται με το παιδί . Όμως αφήνουν εκτός ερευνητικού πεδίου το ενδοοικογενειακό σύστημα και ως αποτέλεσμα αυτού είναι λανθασμένες ερμηνείες . (Ζώνιου – Σιδέρη , 1998, σελ.58).

Σύμφωνα με τον Κρουσταλάκη , ο οποίος αναλύει περισσότερο τα συναισθήματα καθαυτά των γονέων , η ψυχολογική τους κατάσταση έχει ως εξής : «από πολύ νωρίς , όταν γεννηθεί κάποιο παιδί με πρόβλημα ή δυσλειτουργία , οι γονείς του περιπίπτουν σε μια κατάσταση αδημονίας , επιδιώκουν να πληροφορηθούν όσο το δυνατό πιο γρήγορα και υπεύθυνα τα πορίσματα των διάφορων διαγνωστικών διαδικασιών» (Κρουσταλάκης , Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες, 2000, σελ.421).

Ποικίλα συναισθήματα δημιουργούνται τότε , τα οποία πολλές φορές είναι συγκρουόμενα μεταξύ τους , αλλά πάντα εξατομικευμένα και κυριαρχούν στον ψυχικό τους κόσμο. « Η προσωπικότητα των γονέων , η κατάσταση του παιδιού, η στάση του κοινωνικού περιβάλλοντος απέναντι στο παιδί και στην οικογένεια η σχεσιοδυναμική της οικογένειας και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την ένταση και την έκταση των συναισθηματικών αυτών καταστάσεων (Κρουσταλάκης , Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες, 2000, σελ.421). Οι γονείς μπορεί να δοκιμάσουν μια σειρά από συναισθήματα , συνήθως τον πρώτο καιρό αποκάλυψης της δυσλειτουργίας» . Κατά τον Κρουσταλάκη " Η συναισθηματική αυτή συνέχεια μπορεί να περιλαμβάνει :

1) Τη βίωση ενός εσωτερικού απόκρυφου πένθους , συναισθήματα θλίψης , ανάμεικτα μερικές φορές με οργή γιατί δεν ήλθε το παιδί που προσδοκούσαν .

2) Συναισθήματα ενοχής γιατί νιώθουν υπεύθυνοι για την κατάσταση του παιδιού ή διότι απορρίπτουν – μερικές φορές - με αγανάκτηση ή υπερπροστατεύουν το παιδί . Συναισθήματα απόγνωσης με ενοχή μαζί, γιατί αισθάνονται ανίκανοι να αναθρέψουν , να εκπαιδεύσουν και να προστατέψουν το παιδί.

3) Συναισθηματικές καταστάσεις δυσφορίας και δυσανασχέτησης , ιδιαίτερα όταν συνοδεύουν το παιδί σε ευρύτερους κοινωνικούς κύκλους και δέχονται και εσωτερικεύουν τον οίκτο με τον οποίο τους συμπεριφέρονται οι άλλοι.

4) Συναισθήματα φόβου, αβεβαιότητας ή απόγνωσης για το ακαθόριστο μέλλον του παιδιού . (Κρουσταλάκης ,2000, σελ. 422).

Ως επίκεντρο αυτού του συναισθηματικού κλονισμού των γονέων κυρίως αναφέρεται ο γονεϊκός τραυματισμός, ο οποίος προέρχεται από το σοκ της ασθένειας του παιδιού και τους αντίστοιχους μηχανισμούς άμυνας και προσαρμογής των γονιών στην οδυνηρή αυτή πραγματικότητα . Αυτός ο γονεϊκός τραυματισμός, είναι μια κατάσταση , η οποία διαρκεί πάντοτε , με διακυμάνσεις , δηλαδή πότε παρουσιάζει έξαρση και πότε ύφεση, τόσο στην καθημερινή όσο και στην ψυχική ζωή της οικογένειας . Η κατάσταση αυτή προέρχεται εξαιτίας της απόστασης που υπάρχει μεταξύ του πραγματικού και του φανταστικού και στην συγκεκριμένη περίπτωση προέρχεται από μία αναπηρία που υπήρχε ή αποκαλύπτεται εκ των υστέρων και μια αυταπάτη που συνειδητά ή ασυνείδητα έχουν οι γονείς . Η αυταπάτη αυτή τρέφεται από την επιθυμία για ένα παιδί υγιές το οποίο δεν ήρθε ποτέ . Η αναπηρία συνήθως συμβαίνει σε μια στιγμή, που ο ναρκισσισμός των γονέων βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα και σε αυτή την ευαίσθητη συγκινησιακή στιγμή διεγείρει και πιέζει πολλές φορές , έχοντας ως αποτέλεσμα να βιώνουν παροδικά μια εσωτερική επανάσταση εναντίον όλων .(του θεού , του κόσμου της κοινωνίας)(Κρουσταλάκης , 2000, σελ..423).

Αργότερα η συναισθηματική τους κατάσταση παραμένει σταθερή , αλλά όταν παραμένουν σιωπηλοί , τότε η φόρτιση που αισθάνονται γίνεται δυσβάσταχτη και παρατείνεται . Παράλληλα μπορεί να αισθάνονται και ένοχοι . Θεωρούν τους εαυτούς τους υπεύθυνους και αναζητούν ακόμη και συνενόχους .Έτσι συχνά υπάρχει ένας κύκλος συναισθημάτων, που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί παθολογικός , περιλαμβάνει μια διαδοχή συναισθημάτων αντιδράσεων : ψυχικό πόνο – πένθος- φόβο- αγωνία- οργή – επανάσταση – ενοχή ηρεμία (Κρουσταλάκης ,2000, σελ.423).

Τα προαναφερθέντα συναισθήματα ,είναι τόσο έντονα που σε ένα πρώτο στάδιο φαίνονται πως προστατεύουν τους γονείς οι οποίοι σιωπούν . Στην συνέχεια όμως η σιωπή αυτή φαίνεται πως δεν υπάρχει . Είναι μια κατάσταση άρνησης που παρεμποδίζει τη συνειδητοποίηση της πραγματικότητας , ενώ παράλληλα οι άλλοι μηχανισμοί άμυνας και προσαρμογής όπως ο πόνος , ο φόβος , η

δυστυχία κ.α. παραμένουν οι ίδιοι σε όλα τα επίπεδα το προσωπικό, το οικογενειακό, το κοινωνικό (Κρουσταλάκης ,2000, σελ.423).

Κατά τον Κρουσταλάκη οι αμυντικές αντιδράσεις των γονέων είναι ;

1. Συναισθηματικός πόνος, φόβος και σιωπή (Κρουσταλάκης , 2000, σελ..423).
2. Ενοχή και κοινωνική απομόνωση (Κρουσταλάκης, 2000, σελ. 425).
3. Η άρνηση της ασθένειας ή της αναπηρίας του παιδιού (Κρουσταλάκης ,2000,σελ. 426).
4. Η εξιδανίκευση του τραύματος (Κρουσταλάκης , 2000, σελ. 427).

Όσον αφορά την πρώτη αμυντική αντίδραση , ο φόβος προέρχεται από την άγνοια της αναπηρίας . Η άγνοια γεννά τον φόβο , ο φόβος συντηρεί την άγνοια . Ο φόβος εκφράζεται με σιωπή και φυγή. Έτσι η δυσλειτουργία και η αναπηρία προκαλούν αλυσιδωτές , αντιδράσεις σε όλο το σύνολο της κοινωνικής ζωής .

Η κοινωνική απομόνωση και υποχώρηση είναι μια συνηθισμένη μορφή αντίδρασης των γονέων και όλης της οικογένειας . Σχετίζεται με το συναίσθημα της ενοχής που έχουν για την αναπηρία του παιδιού τους . Αρχικά, η απομόνωση και η υποχώρηση τους, τους προστατεύει επιφανειακά από τις γενικότερες πιέσεις μιας σιωπηρής επιθετικότητας που βιώνουν (Κρουσταλάκης ,2000, σελ. 425).

Αυτή όμως η κοινωνική απομόνωση μπορεί να επηρεάσει όλη την οικογένεια . υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης αλλοιώσεων στις συζυγικές σχέσεις , στις στάσεις των γονέων , απέναντι στα άλλα παιδιά καθώς και στις σχέσεις της οικογένειας με τον κοινωνικό περίγυρο. Ορισμένες φορές παρατηρείται σε κάποιες οικογένειες που έχουν άτομα με μειονεξία ή αναπηρία , εξαιτίας των ενοχικών τους πιέσεων , μια συλλογική απόδραση ψυχοπαθολογικού τύπου, από τον κοινωνικό χώρο που καταλήγει σε μια πραγματική κοινωνική απομόνωση αυτή η απομόνωση ευνοείται και από την σύγχρονη εποχή που οι κοινωνικοπολιτιστικές της τάσεις δημιουργούν απόσταση ανάμεσα στους ανθρώπους .(Κρουσταλάκης , 2000, σελ.425).

Υπάρχει βέβαια και το ενδεχόμενο οι παραπάνω διεργασίες να επηρεάσουν και την εσωτερική δομή της οικογένειας ιδιαίτερα τα πιο ευαίσθητα μέλη της πχ. Μητέρα , ανάπηρο παιδί, με αποτέλεσμα να υπάρξει ο κίνδυνος να δημιουργηθεί μια " κλίκα"

ανάμεσά τους και να απομονωθούν οι δυο τους από την υπόλοιπη οικογένεια με συνέπεια την ρήξη στις σχέσεις του ζευγαριού ή την παραμέληση των άλλων παιδιών (Κρουσταλάκης , 2000, σελ. 426).

Η άρνηση της αναπηρίας του παιδιού είναι μια φυσιολογική κατάσταση για τους γονείς. Γι' αυτούς η οποιαδήποτε μειονεξία λαμβάνεται σαν μια οριστική " καταδίκη " , σαν μια πραγματικότητα απaráδεκτη. Η άποψη αυτή ωθεί τους γονείς , σ' αυτή την πρώτη φάση, σε πλήρη άρνηση της πραγματικότητας . Η απορριπτική αυτή στάση των γονέων λαμβάνεται συνήθως , κυρίως από ειδικούς (ψυχολόγους κοινωνικούς λειτουργούς ) , ως ασυνειδησία ή κακία , σωστό όμως είναι να δίδεται η απαραίτητη προσοχή σ' αυτή τη συμπεριφορά για να κατανοείται σε βάθος , ώστε να παρέχεται και η κατάλληλη συμβουλευτική στήριξη (Κρουσταλάκης , 2000,σελ.426).

Η εξιδανίκευση του τραύματος είναι ένας μηχανισμός άμυνας λιγότερα χρησιμοποιούμενος από τους άλλους . Οι γονείς προσπαθούν να ερμηνεύσουν ορθολογικά την κατάσταση ίσως για να καταπνίξουν τις ενοχές που τους βασανίζουν προσπαθώντας να επινοήσουν τρόπους διαφυγής από το αδιέξοδο που βρίσκονται. Αυτή τη συνειδητή και ασυνειδητή διεργασία την χρησιμοποιούν συνήθως άνθρωποι με πνευματικές και θρησκευτικές αντιλήψεις (Κρουσταλάκης , 2000, σελ. 427)

Η Παπαδάτου κάνει μια ψυχολογική προσέγγιση του θέματος και δεν διαφοροποιείται των προαναφερθέντων .

Σύμφωνα με την συγγραφέα, η διάγνωση μιας χρόνιας ή σοβαρής αρρώστιας σε ένα παιδί αποτελεί βαρύ ναρκισσιστικό πλήγμα για τους γονείς . Οι αντιδράσεις του χαρακτηρίζονται από ποικιλία συναισθημάτων κατά την περίοδο της διάγνωσης και περιλαμβάνουν συνήθως σοκ, άρνηση, θυμό, ενοχές ,άγχος και απόγνωση . Σε περίπτωση που η ασθένεια είναι συγγενής ή κληρονομική βιώνουν αυξημένες ενοχές επειδή έφεραν στον κόσμο ένα παιδί με αναπηρία (Παπαδάτου , 1999, σελ. 225).

Συνεχίζοντας αναφέρει, πως ορισμένοι γονείς σε μια απελπισμένη προσπάθεια να ελέγξουν ή να εξουδετερώσουν τον " εχθρό " (δηλαδή την αναπηρία) τροποποιούν την αντίληψη που έχουν για το χρόνο . Δηλαδή επιδιώκουν να σταματήσουν το χρόνο και ταυτόχρονα την εξέλιξη των γεγονότων που απειλούν την οικογένειά τους. Το παρελθόν μοιάζει απόμακρο ή αποκομμένο από το παρόν και μερικές φορές εξιδανικευμένο ή ξεχασμένο , ενώ το μέλλον που φαίνεται απειλητικό απωθείται καθώς αποφεύγουν να προγραμματίσουν και να θέσουν μακροπρόθεσμους στόχους . Αυτή

η στασιμότητα συνήθως είναι παροδική . Όταν όμως παρατείνεται έχει αρνητικές επιπτώσεις στην προσαρμογή της οικογένειας , η οποία σταματά να ζει και να εξελίσσεται και προβληματίζεται μόνο για το πώς θα " επιβιώσει " μπροστά στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει (Παπαδάτου, 1999, σελ. 225-229).

Ο ρόλος των γονέων είναι καταλυτικός όταν η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση (όπως πχ. Μια αναπηρία) . Λειτουργούν αποτελεσματικά όταν επιδιώκουν την εξασφάλιση της συνοχής της οικογένειας και το συντονισμό των ενεργειών ,ανάλογα με τις απαιτήσεις που προβάλλει η πραγματικότητα. Όταν έχουν σαφείς διαφοροποιημένους ρόλους μεταξύ τους και συνεργάζονται στα πλαίσια μιας συμπληρωματικής και υποστηρικτικής σχέσης , παρέχουν ένα πρότυπο συναλλαγή που βοηθάει το άρρωστο παιδί και τα αδέρφια του, να αντιμετωπίσουν ωριμότερα τις δυσκολίες (Παπαδάτου, 1999, σελ.229).

Ακόμη έχει παρατηρηθεί πως ορισμένοι γονείς υιοθετούν προστατευτική στάση αποφεύγοντας να ενημερώσουν το παιδί τους για την ασθένεια , την πρόγνωση και τη θεραπεία , ενώ άλλοι προωθούν μια ανοιχτή επικοινωνία παρ' όλες τις δυσκολίες που μια παρόμοια τακτική ενδεχόμενα παρουσιάζει .(Παπαδάτου , 1999, σελ.429).

Συνήθως το παιδί που πάσχει από χρόνια ασθένεια και η μητέρα του διαμορφώνουν μια στενή σχέση μέσα από την οποία αλληλοπροστατεύονται .Σε μεγάλο βαθμό η μητέρα μονοπωλεί την παροχή υποστήριξης προς το παιδί στις κρίσιμες φάσεις της αρρώστιας . Δημιουργεί ένα μικρόκοσμο στον οποίο αποσύρεται με το παιδί της , γεγονός που διαταράσσει τη δυναμική των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας , με αποτέλεσμα να αλλάζουν ακόμα και οι ρόλοι .( Παπαδάτου ,1999, σελ.230).

Στον οδηγό γονέων, αναφέρονται τα εξής σχετικά με το ζήτημα . « Η μητέρα συνήθως επιφορτίζεται με την ανατροφή και την εκπαίδευση του παιδιού με αποτέλεσμα να γίνεται ευερέθιστη και έντονα συναισθηματική» .(οδηγός γονέων ,Υπουργείου Παιδείας,2000, σελ.109).

Ποικίλα είναι τα συναισθήματα που χαρακτηρίζουν ένα γονέα όταν οι ειδικοί του ανακοινώνουν , ότι έχει ένα παιδί με αναπηρία . Σοκάρεται νιώθει έκπληξη , ανησυχία , θυμό, απογοήτευση , απελπισία. Οι πρώτες αντιδράσεις είναι συνήθως άρνηση και δυσπιστία ( οδηγός γονέων ,Υπουργείου Παιδείας,2000, σελ.109)

Καθώς περνά ο χρόνος, ο θυμός δίνει τη θέση του στην εγκαρτέρηση και την αποδοχή . Η συγκεκριμένη στιγμή είναι η πλέον κατάλληλη για συμβουλές και βοήθεια και επιβάλλεται η συνεργασία με κάποιον ειδικό , που θα βοηθήσει όχι μόνο το παιδί αλλά και όλη την οικογένεια , επειδή ένα παιδί με αναπηρία είναι οικογενειακή υπόθεση και όχι μόνο ενός από τα μέλη μόνο (πχ. Του πατέρα ή της μητέρας ) είτε η οικογένεια απομονώνεται είτε συζητά το πρόβλημα ανοιχτά, όλα τα μέλη της κατά κάποιο τρόπο αντιδρούν στις δυσκολίες του παιδιού με αναπηρία ( οδηγός γονέων ,Υπουργείου Παιδείας,2000, σελ.110)

Ένα άλλο ζήτημα εξίσου σημαντικό , είναι η συμμετοχή και των δυο γονιών στην ανατροφή του παιδιού. Όπως προαναφέρθηκε , συχνά η φροντίδα του παιδιού βαρύνει περισσότερο τη μητέρα , αλλά οι έρευνες δείχνουν ότι η συμμετοχή του πατέρα, είναι απαραίτητη για την υγιή ανάπτυξη του παιδιού. Το ενδιαφέρον , η προσοχή , ο χρόνος που αφιερώνει ο πατέρας στο παιδί του διευκολύνουν την ανάπτυξη του , το ενθαρρύνουν , το κάνουν να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και πίστη στους ανθρώπους γύρω του. Ωστόσο και οι δυο γονείς χρειάζονται βοήθεια, κατανόηση και υποστήριξη από τον περίγυρό τους .( οδηγός γονέων ,Υπουργείου Παιδείας,2000, σελ.111).

Η Parry , αναφέρει πως η γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία ενέχει το στοιχείο της απώλειας για τους γονείς (Parry ,1996, σελ.191).

Τέλος , η Παπαϊωάννου – Σταυροπούλου διακρίνει έξι ψυχολογικά στάδια , που περνούν οι γονείς πριν δεχθούν το τραυματικό γεγονός . Αυτά εν συντομία είναι : άρνηση της πραγματικότητας , συγκλονισμός, πανικός, ντροπή, εχθρότητα, και αγανάκτηση , προσφυγή, απόγνωση , κάθαρση με τα δάκρυα , αποδοχή της πραγματικότητας και κοινωνία με το θεό .

Αναλυτικότερα , συχνά, η πρώτη αντίδραση των γονέων όταν αρχικά ακούσουν την διάγνωση για την αναπηρία του παιδιού τους είναι να την απορρίψουν . Ευθύς επισκέπτονται κάποιον άλλο γιατρό, ελπίζοντας στην διάψευση της έστω και αν είναι σχεδόν βέβαιοι πως κάτι σοβαρό συμβαίνει στο παιδί τους. Στην ουσία αρνούνται την συγκλονιστική πραγματικότητα που ενδέχεται να πορευθούν και η οποία περιλαμβάνει κυρίως την αναθεώρηση των προτεραιοτήτων που είχαν θέσει στη ζωή τους, την εμπλοκή σε μια μακρόχρονη θεραπευτική αγωγή, τη σύγκρουση των συναισθημάτων τους, αλλά και την αντιμετώπιση της κοινωνικής

προκατάληψης και της κρατικής αναποτελεσματικότητας. Ακόμη, είναι πιθανόν πως με αυτόν τον τρόπο προσπαθούν να προστατέψουν τον εαυτό τους από το " στίγμα" και το παιδί τους από τη διάγνωση (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου, 2003, σελ 45).

Ο πόνος που νιώθουν οι γονείς τους ωθεί να αρνούνται τη μονιμότητα της κατάστασης του παιδιού τους για να μην πονάνε (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου, 2003, σελ.45).

Υστερα από το στάδιο της άρνησης ακολουθεί το στάδιο του συγκλονισμού. Οι γονείς αφού αναγκασθούν, από την πραγματικότητα να δεχθούν τη διάγνωση βιώνουν ένα οδυνηρό ξάφνιασμα.. Αυτό δείχνει πώς ήδη έχουν κάνει ένα σημαντικό βήμα προόδου. Η ξαφνική αυτή συνειδητοποίηση (συγκεκριμένα και αόριστα φυσικά), της ισόβιας κατάστασης του παιδιού τους, τους δημιουργεί, συχνά ψυχολογική κατάρρευση με επακόλουθο να μην μπορούν να δραστηριοποιηθούν και να σκεφθούν (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου, 2003, σελ 45).

Το συγκεκριμένο στάδιο είναι σύντομο, διότι οι ανάγκες του παιδιού αναγκάζουν τους γονείς και ιδιαίτερα την μητέρα να συνέλθουν. Σημαντική βοήθεια σ' αυτή τη δύσκολη στιγμή μπορεί να τους προσφέρει το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον του οποίου την συμπαράσταση έχουν απόλυτη ανάγκη. Συμβουλές για το πώς θα αντιμετωπίσουν την κατάσταση, δεν έχουν κανένα νόημα στην παρούσα φάση, ενώ αντίθετα οδηγούν τους γονείς να κλειστούν στον εαυτό τους. Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου, 2003, σελ 47).

Το επόμενο συναίσθημα που μπορεί να καταλάβει τους γονείς είναι ο πανικός. Στο στάδιο αυτό οι γονείς αρχίζουν να βλέπουν το πρόβλημα διανοητικά και συναισθηματικά και έτσι χάνονται σε ένα πλήθος συναισθημάτων. Τα κυρίαρχα συναισθήματα μπορεί να είναι (έστω και ασυνείδητα) ενοχή και θυμός, τα οποία προκαλούνται από την επιθυμία. Ο πόθος που δεν μπόρεσε να πραγματοποιηθεί – δηλαδή η γέννηση ενός φυσιολογικού παιδιού – δημιουργεί εσωτερική ένταση. Το άγχος εμφανίζεται με παθητική (δηλαδή με ενοχή, ανησυχία) ή με ενεργητική μορφή (δηλαδή με θυμό και οργή). Συχνά είναι και τα ερωτηματικά για πολλούς λόγους έστω και αν έχουν ήδη απαντηθεί. (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου, 2003, σελ 48-49).

Όχι σπάνια παρατηρείται οι γονείς προκειμένου να ξεφύγουν από την πιεστική κατάσταση, να θεωρούν υπεύθυνους εξωτερικούς παράγοντες για την κατάστασή τους. (πχ. Τους γιατρούς κατηγορώντας τους για αδιαφορία και έλλειψη ουσιαστικής

βοήθειας) , ενώ στην πραγματικότητα είναι οργισμένοι με τον εαυτό τους και το παιδί τους. Υπάρχουν βέβαια και οι εξαιρέσεις , σε ορισμένες περιπτώσεις που ο θυμός είναι δικαιολογημένος , όταν δε δίδονται οι απαραίτητες πληροφορίες και καθοδήγηση από τους ειδικούς στους γονείς. Ο θυμός είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα , που εκτονώνεται όταν κάποιος μπορεί να το εκφράσει. Σε περίπτωση όμως που μείνει ανεκδήλωτος για μεγάλο χρονικό διάστημα , μπορεί να εξελιχθεί σε μνησικακία και μίσος . Υπάρχει όμως περίπτωση ο θυμός να μην είναι ούτε ενεργητική έκφραση της έντασης των γονέων, ούτε ανακούφιση από την ενοχή. Μπορεί να είναι και φόβος για αυτό που αρχίζει να συμβαίνει . Άλλωστε οι αντιδράσεις θυμού και φόβου λέγεται πως είναι αλληλένδετες (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 45).

Αρκετά συχνά στο επίκεντρο του πανικού των γονέων βρίσκεται ο φόβος για το άγνωστο μέλλον σε περίπτωση θανάτου των ιδίων. Σ' αυτό το στάδιο (Πανικού) μπορεί να συνυπάρχει το συναίσθημα της απογοήτευσης , της ανασφάλειας , της ταπείνωσης αλλά και της αποτυχίας , ενώ ιδιαίτερα συχνή είναι και η έντονη επιθυμία για φυγή . (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου 2003, σελ 45).

Το συναίσθημα της ντροπής, το οποίο μπορεί να ταλανίζει τους γονείς για αρκετό χρονικό διάστημα και υπάρχει περίπτωση να συνυπάρχει και σε επόμενα στάδια, προκαλείται εξαιτίας της αβεβαιότητας που έχει το κάθε άτομο για την αξία του. Σ' αυτό συμβάλλει και το γεγονός πως η κοινωνία είναι ανταγωνιστική και δημιουργεί αισθήματα κατωτερότητας και έλλειψης αυτοπεποίθησης, με αποτέλεσμα το κάθε άτομο να προσπαθεί να ανυψώνει τον εαυτό του πάνω από τους άλλους από επιτακτική ανάγκη. Γενικά η νοοτροπία που υπάρχει καλλιεργεί την άποψη πως ο καθένας πρέπει να έχει πάντα την πλήρη έλεγχο των καταστάσεων και να μην αποτυγχάνει ποτέ γιατί αυτό μειώνει . Στην περίπτωση της χρόνιας αναπηρίας οι γονείς αισθάνονται ντροπή, ακριβώς για την ανατροπή όλων των παραπάνω. Διότι εκλαμβάνεται από τους ίδιους ή από τους άλλους (όπως πιστεύουν), ως ανικανότητα να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότητα (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 53).

Επίσης ένας λόγος ακόμη που ντρέπονται οι γονείς είναι γιατί πιστεύουν πως αιτία για την αναπηρία του παιδιού τους είναι η κληρονομικότητα. Συχνά το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον θεωρεί υπεύθυνη τη μητέρα ,με αποτέλεσμα αυτή να δέχεται άδικες



επιθέσεις πολλές φορές και του συζύγου της . Επομένως , έχει έναν αρκετά σκληρό διπλό αγώνα , την πάλη με τις δικές της ενοχές και την αντιμετώπιση των επιθέσεων που υφίσταται .( Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 54).

Το συναίσθημα της ντροπής συνήθως δημιουργεί ενοχή στους γονείς για την αναξιότητα τους ως προς το να είναι τέλειοι με αποτέλεσμα την εχθρότητα ( η οποία είναι το επόμενο στάδιο ) , που είναι το ξέσπασμα της κρυμμένης οργής εναντίον του εαυτού τους. Η γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία μπορεί να θρυσματίσει την ιδεατή εικόνα της μεγαλοσύνης που έχουν για τον εαυτό τους και να τους οδηγήσει στην αυτοπεριφρόνηση ή και στο αυτομίσος καθώς νιώθουν ταπεινωμένοι και περιφρονημένοι. Υπάρχει περίπτωση να απορρίψουν ακόμα και το παιδί ή να νιώσουν προσωρινή έχθρα και αγανάκτηση γι' αυτό θεωρώντας το υπεύθυνο για την κατάστασή τους (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 55).

Ένα μέσο για να προστατεύθουν οι γονείς από το μίσος είναι η καλλιέργεια του αισθήματος της αδικίας . Το να αισθάνονται αδικημένοι μπορεί να τους κάνει να αισθάνονται και ανώτεροι των άλλων, εφόσον υπομένουν μια αδικία και δικαιολογεί και την εχθρότητα εναντίον των άλλων ανθρώπων. Όχι σπάνια οι γονείς αισθάνονται πως είναι θύματα και εμποδίζουν αυτούς που θέλουν να τους βοηθήσουν πραγματικά. Πολλές φορές όμως μπορεί δικαιολογημένα εξαιτίας της στάσης της κοινωνίας και της πολιτείας να νιώσουν ότι αδικούνται. Προκαλούν αρκετό πόνο οι άστοχες πράξεις ή τα λόγια ορισμένων ανθρώπων για την αποτροπή του κακού και αυτό προξενεί την οργή και την αγανάκτηση των γονέων δικαιολογημένα βέβαια .( Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 56).

Η εχθρότητα προς τους άλλους πιθανόν να περιέχει και το συναίσθημα της ζήλιας , το οποίο παραμένει ασυνείδητο , γι' αυτό και δύσκολα οι γονείς αποδέχονται ότι υπάρχει .( Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 56).

Τέλος , η αγανάκτηση μπορεί να αυξηθεί προοδευτικά και να στραφεί και εναντίον του Θεού. Υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να μετατραπεί και σε μίσος. Αυτό συμβαίνει συνήθως γιατί οι γονείς πιστεύουν πως ενώ ο Θεός προνοεί για όλα τα πλάσματα του επάνω στη γη εκείνους τους έχει ξεχάσει ή έχει αποστρέψει το πρόσωπο του από αυτούς. (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 57).

Αμέσως μετά την αγανάκτηση και την εχθρότητα ακολουθεί το στάδιο της προσφυγής. Είναι γεγονός πως όταν ένα άτομο πιέζεται από κάτι, συνήθως μια οδυνηρή κατάσταση, αναζητά ένα στήριγμα κάτι πιο δυνατό, για να ξεπεράσει τη συναισθηματική κατάσταση, αναζητά ένα στήριγμα κάτι πιο δυνατό, για να ξεπεράσει τη συναισθηματική φόρτιση. Έτσι και στην περίπτωση των γονέων εξαιτίας, της πνευματικής και συναισθηματικής τους σύγχυσης, μπορεί να οδηγηθούν ταυτόχρονα στην εκκλησία στον αστρολόγο και στην αναζήτηση μαγικών μεταφυσικών λύσεων όσον αφορά το πρόβλημα τους. ( Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου, 2003, σελ 57).

Όταν οι γονείς απομείνουν χωρίς ελπίδα, ύστερα από την εγκατάλειψη του θεού, όπως πιστεύουν περιέρχονται σε απροκάλυπτη απελπισία. Η απελπισία προκαλείται εξαιτίας της μακρόχρονης παραμονής, του νου στην οδύνη. Εκτός αυτού η απελπισία έχει ως συνέπειες την απόσυρση από τη ζωή, διότι οι γονείς πιστεύουν πως οι χαρές της είναι απαγορευμένες γι' αυτούς, η δημιουργική της πορεία βιώνεται ως δρόμος απόγνωσης, και εγκαταλείπεται κάθε προσπάθεια και πρωτοβουλία από το φόβο της γελοιοποίησης, επειδή αισθάνονται εντελώς ασήμαντοι. Υπάρχει πιθανότητα να αισθάνονται αξιολύπητοι και να πιστεύουν πως πρέπει να είναι υπερβολικά εξυπηρετικοί και χωρίς άποψη, ενώ σχεδόν πάντα νιώθουν υπεύθυνοι και αποτυχημένοι. Πολλές φορές παραμελούν και την εμφανισή τους. (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου, 2003, σελ 58-59).

Η απόγνωση μπορεί να οδηγήσει στα δάκρυα επειδή οι απελπισμένοι γονείς αισθάνονται πως δεν ορίζουν την ζωή τους. Συνήθως οι περισσότεροι αγνοούν την συμβολή αυτής της εσωτερικής παραδόσεως στην εκτόνωση του πόνου ή απαγορεύουν στον εαυτό τους να ζήσει τη θλίψη και να την ξεπεράσει με τα δάκρυα, ακριβώς επειδή φοβούνται την εκτόνωση του πόνου. (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου, 2003, σελ 61). Το στάδιο της κάθαρσης δεν είναι μια μεμψίμοιρη κατάσταση γκρίνιας, κατήφειας και απόγνωσης, αλλά το χρονικό διάστημα που χρειάζεται να ζήσει ο κάθε άνθρωπος προκειμένου να την αποδεχθεί. (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου, 2003, σελ 64).

Έπειτα από την απόγνωση ακολουθεί η αποδοχή η οποία δεν είναι στάδιο σαν τα προηγούμενα. Είναι ένας αγώνας κατά τον οποίο θα χρειαστεί να συγχωρήσουν τις συνθήκες, τους ανθρώπους, το θεό και ιδιαίτερα τον εαυτό τους, ενώ παράλληλα θα πρέπει να αγωνιστούν και ενάντια στη φιλαυτία και το

ναρκισσισμό τους . Η αποδοχή της πραγματικότητας σημαίνει την ενοποίηση του εσωτερικού κόσμου των γονέων και την παραδοχή της ιερότητας της ύπαρξης του παιδιού τους ( Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 64).

Στο στάδιο αυτό ελάχιστοι γονείς καταλήγουν. Αυτό που συμβαίνει αρκετές φορές είναι εξοικείωση με την πραγματικότητα στην οποία οι γονείς μπορεί να φθάσουν συντομότερα αν βοηθηθούν κατάλληλα. Η εξοικείωση με την πραγματικότητα δεν είναι η φαινομενική αποδοχή της κατάστασης που περιέχει συναισθήματα ντροπής , αγανάκτησης ή απόγνωσης ούτε και συμβιβασμό , γιατί κάθε συμβιβασμός μαζί της έχει αρνητικό περιεχόμενο. Είναι η αρχή του τέλους της συναισθηματικής πορείας και περιλαμβάνει, την διανοητική και της συναισθηματικής πορεία και περιλαμβάνει , την διανοητική και συναισθηματική προσαρμογή των γονέων στην κατάσταση (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 66).

Συχνά, στο στάδιο αυτό , είναι τα συναισθήματα της ανεπάρκειας που κατακλύζουν τους γονείς επειδή αισθάνονται πως δεν γνωρίζουν όλα όσα θα έπρεπε για να βοηθήσουν ουσιαστικά το παιδί τους και αναζητούν νέες πληροφορίες και ιδιαίτερα πρακτικές οδηγίες. Αρκετές φορές αρχίζουν αγώνα για τα δικαιώματα του παιδιού τους και τα δικά τους και αναζητούν τρόπους ευαισθητοποίησης της κοινωνίας (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 68-69).

Το αποτέλεσμα της εξοικείωσης με την πραγματικότητα είναι η καταπολέμηση από τους ίδιους τους γονείς της διάθεσης τους για απομόνωση , η οποία δεν συντελεί στην κοινωνικοποίηση του παιδιού .( Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 69). Πρέπει βέβαια να τονιστεί πως οι γονείς εμποδίζονται να εξοικειωθούν με την πραγματικότητα και από τις αναρίθμητες συχνά απάνθρωπες καθημερινές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 71).

Η κοινωνία με το θεό η οποία αποτελεί και το τελευταίο στάδιο της συναισθηματικής πορείας βιώνεται από ορισμένους γονείς αφού άλλοι θα ζήσουν έντονα την " αδικία " του και θα απομακρυνθούν από εκείνον προσωρινά ή για πάντα. Δεν είναι δηλαδή υποχρεωτική κατάληξη των συναισθημάτων τους. (Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 71).

Η κοινωνία με το θεό είναι μια νέα αρχή πνευματικής ζωής , η οποία βιώνεται κυρίως με τα μυστήρια , με την προσευχή και γενικά

με τη θρησκευτική ζωή. Δεν είναι αφηρημένη έννοια, αλλά προσωπική σχέση, είναι η συνάντηση του ανθρώπου με το θεό που συμβαίνει μέσα τον βαθύτερο εαυτό του γι' αυτό δεν μπορεί να αποδοθεί αντικειμενικά. Μόνο μέσα από τη σχέση με το θεό ο άνθρωπος βρίσκει δύναμη και κουράγιο να αντιμετωπίζει τις οδυνηρές καταστάσεις της ζωής του .( Σταυροπούλου – Παπαϊωάννου , 2003, σελ 73).

## **2β. Στρατηγικές / Μέθοδοι αντίδρασης των οικογενειών ως προς την αναπηρία ή μια χρόνια ασθένεια.**

Η Παπαδάτου διακρίνει πέντε υποκειμενικούς τρόπους εκτίμησης της ασθένειας με αντίστοιχες στρατηγικές (μεθόδους αντιμετώπισης της θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και στην περίπτωση μιας σωματικής αναπηρίας ) οι οποίες είναι:

1. Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αναπηρία και τις επιπτώσεις που αυτή έχει , ως πρόκληση και κινητοποιούνται , προκειμένου να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες , έχοντας αυτοπεποίθηση στις δυνάμεις τους.(Παπαδάτου ,199 σελ.217).

2. Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται ως δοκιμασία την αναπηρία, επηρεαζόμενες και από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις. Αρκετά συχνά πιστεύουν πως δοκιμάζεται η πίστη , η αντοχή ή οι σχέσεις τους.( Παπαδάτου ,199 σελ.217).

3. Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται ως " κακοτυχία" την αναπηρία και συχνά βιώνουν παράλληλα με διάγνωση και άλλες στρεσογόνες εμπειρίες όπως θάνατο, ανεργία κτλ. Η θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και ισορροπία του οικογενειακού συστήματος .( Παπαδάτου ,199 σελ.217).

4. Οι οικογένειες εκλαμβάνουν την αναπηρία ως " θέλημα της μοίρας " και δέχονται τις ιατρικές συμβουλές χωρίς αμφισβήτηση ή αναζήτηση πληροφοριών. Πιστεύουν πως ότι συμβαίνει βρίσκεται έξω από τον έλεγχό τους και πρέπει να τα υπομείνουν παθητικά και καρτερικά .( Παπαδάτου ,199 σελ.217).

5. Οι οικογένειες εκλαμβάνουν την αναπηρία και τις επιπτώσεις της ως " τιμωρία" . και έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή. Όταν βιώνουν ενοχές δέχονται τη θεραπεία είτε γιατί πιστεύουν πως την "αξίζουν" είτε για να εξιλεωθούν .Άλλες εξοργίζονται με την αδικία που " σημαδεύει" τη ζωή τους και εκδηλώνουν την επιθετικότητά τους στον περιβάλλον τους . Το

ανάπηρο παιδί και παρουσιάζουν τις περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής .( Παπαδάτου ,199 σελ.217).

## **2γ.ΤΑ ΑΔΕΡΦΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

Όπως φάνηκε από τα προαναφερθέντα ο συναισθηματικός αντίκτυπος που έχει η αναπηρία ενός εκ των παιδιών στους γονείς , είναι αφόρητος και δυσβάσταχτος. Το γεγονός αυτό γίνεται πολλές φορές αφορμή για την παραμέληση των υπολοίπων παιδιών της οικογένειας (αν υπάρχουν) είτε συνειδητά είτε ασυνείδητα από τους γονείς.

Τα αδέρφια των παιδιών με αναπηρία βιώνουν πολλές τραυματικές εμπειρίες , δεδομένου ότι αναπτύσσονται συνήθως παράλληλα (ηλικιακά ) με τον/την αδερφό.η τους και στερούνται πολλών προνομίων της παιδικής και εφηβικής ηλικίας , λόγω υποχρεώσεων προς την οικογένεια και τον/την αδερφό/ή με αναπηρία (βοήθεια στη μετακίνηση ,στην ένδυση κτλ.) , αλλά και λόγω δυσκολίας της αναπηρίας . Η αποδοχή της αναπηρίας επίσης, επηρεάζεται αρκετά και από τους συνομηλικούς τους και τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονται στα αδέρφια των αναπήρων απιδιών.

Σύμφωνα με τη Ζώνιου – Σιδέρη , στις έρευνες που έχουν γίνει έως τώρα ο ρόλος των αδερφών των παιδιών με αναπηρία είναι ιδιαίτερα παραμελημένος ενώ όχι σπάνια αναφέρονται μόνο στο περιθώριο μιας έρευνας (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998, σελ.55)

Παρ' όλα αυτά οι περισσότερες απόψεις συγκλίνουν στο συμπέρασμα πως τα αδέρφια των παιδιών με αναπηρία είναι και χαρακτηρίζονται " ομάδα κινδύνου " ευάλωτη σε ψυχικές διαταραχές. Η επιβάρυνση που αντιμετωπίζει η οικογένεια με το ανάπηρο παιδί επηρεάζει και τα μη ανάπηρα τα οποία βρίσκονται σε μια ιδιαίτερη απαιτητική κατάσταση, εξαιτίας του ότι οι γονείς τους ασχολούνται περισσότερο με τα ανάπηρα αδέρφια τους και δεν υπάρχει χρόνος να ασχοληθούν και με αυτά. Ως συνέπεια αυτού τα μη ανάπηρα αδέρφια από πολύ νωρίς επωμίζονται ευθύνες για τον/την αδερφό/ή και στις πιο πολλές περιπτώσεις υποχρεώνονται να συμμετάσχουν στην όλη προστατευτική διαδικασία. Συχνά πρέπει να καταπιέζουν τις δικές τους επιθυμίες και ανάγκες και να μειώνουν τις εξωοικογενειακές δραστηριότητες .(Ζώνιου- Σιδέρη ,1998, σελ.58).

Επίσης συχνά έρχονται σε σύγκρουση με τις αντιδράσεις του περιγύρου , για την αναπηρία. Οι επιπτώσεις αυτής της καθημερινής φόρτισης μπορεί να προκαλέσουν ψυχολογικά προβλήματα. Πολλά από τα παιδιά νιώθουν παραμελημένα και επιβαρημένα από τις υπερβολικές απαιτήσεις των γονιών τους. Συνήθως αντιδρούν με προβλήματα συμπεριφοράς με κατάθλιψη ή επιθετικότητα , που συχνά συνοδεύονται και με σχολικά προβλήματα .Ο θυμός και η ζήλια είναι τα κυρίαρχα συναισθήματα για τον ανάπηρο αδερφό , αλλά ταυτόχρονα συνυπάρχουν και ενοχές γι' αυτή τη συμπεριφορά τους .( Ζώνιου- Σιδέρη ,1998, σελ.59).

Υπάρχουν όμως και έρευνες που έδειξαν ακριβώς τα αντίθετα αποτελέσματα , δηλαδή ότι τα συναισθήματα των μη ανάπηρων παιδιών δεν είναι πάντα αρνητικά για τα αδέρφια τους, ενώ η συμβίωση μαζί τους δεν δημιουργεί καμία διαταραχή . Δεν υπάρχει αίσθημα παραμέλησης ή επιβάρυνσης ενώ οι εμπειρίες από το κοινωνικό περίγυρο χαρακτηρίστηκαν θετικές. Από τους γονείς υπήρξε σωστή ενημέρωση για την αναπηρία του/της αδερφού/ης τους ενώ η επίδοση στο σχολείο δεν παρουσίασε κάποιο πρόβλημα. .( Ζώνιου- Σιδέρη ,1998, σελ.60).

Κατά την Ζώνιου – Σιδέρη οι αντιδράσεις των μη ανάπηρων παιδιών στην γέννηση του ανάπηρου αδερφούς τους ποικίλλουν , όμως είναι πολύ βασικό το γεγονός πως δεν είναι τόσο έντονες όσο των γονιών τους. Αντιμετωπίζουν τα δικά τους προβλήματα και δεν νιώθουν υπεύθυνα για την αναπηρία .Αυτό που τους πειράζει είναι η συμπεριφορά των γονιών τους. Αν οι γονείς καταφέρουν και κρατήσουν μια ισορροπημένη στάση τότε για τα μη ανάπηρα αδέρφια δεν αλλάζει τίποτα και όλα φαίνονται φυσιολογικά . Αποδέχονται την αναπηρία και δείχνουν ιδιαίτερη συμπάθεια στον/στην αδερφό/ή τους. Το πρόβλημα είναι όταν αρχίζουν οι γονείς να τα παραμελούν προς όφελος των αναπήρων αδερφών τους . ( Ζώνιου- Σιδέρη ,1998, σελ.60).

Σύμφωνα με τον Βάρβογλη , τα σχεδόν συνομήλικα αδέρφια ενός ανάπηρου παιδιού , συνήθως αφήνονται να μεγαλώσουν αυτοσυντήρητα χωρίς την ιδιαίτερη έγνοια και φροντίδα των γονιών. Συχνά εξυπηρετούν τον αδερφό ή την αδερφή που τυγχάνει ανάπηρος/η και μερικές φορές δρουν αναπόσπαστα από αυτόν. Αυτή η κατάσταση η οποία δημιουργείται από ανάγκη έχει

επιπτώσεις σε όλα τα μέλη .([www.specialeducation.gr](http://www.specialeducation.gr) Βάρβογλη , 11/1/2005).

Κατά την εφηβεία , το μη ανάπηρο παιδί, περνάει μια συναισθηματική επανάσταση που σχετίζεται άμεσα με την ύπαρξη του συγκεκριμένου αδερφού. Η επανάσταση αυτή ξεκινάει από το γεγονός πως από πολύ νωρίς εμπλέκονται με την φροντίδα του. Συχνά αυτή η εμπλοκή είναι τόσο σημαντική που ο έφηβος γίνεται γονεϊκό υποκατάστατο για τον ανάπηρο αδερφό και να μην έχει την ξενοιασιά και την ανεμελιά παρά να φορτώνεται με ευθύνες και υποχρεώσεις οι οποίες υπερβαίνουν την συναισθηματική και χρονική του ηλικία. Σε μερικές περιπτώσεις φτάνουν και στο αντίθετο άκρο , θέλοντας να μην έχουν καμία συμμετοχή στην ανατροφή δεν επιτελούν ούτε τα απλά πράγματα που κανείς θα περίμενε από αυτά ([www.specialeducation.gr](http://www.specialeducation.gr) Βάρβογλη ,11/1/2005).

Επίσης ο υγιής έφηβος αποκρύπτει την ύπαρξη του αδερφού του, ενώ επαναστατεί στις γονεϊκές προτροπές να το συμπεριλάβει σε κάποιες εκδηλώσεις . Συχνά κατακλύζουν το μυαλό του ορισμένες υπαρξιακές- λογικές απορίες (πχ. Τι θα γίνει το ανάπηρο παιδί όταν οι γονείς πεθάνουν , αν η αναπηρία είναι κληρονομική ή αν θα στιγματιστούν κοινωνικά εξαιτίας της κα)([www.specialeducation.gr](http://www.specialeducation.gr) Βάρβογλη ,11/1 2005).

Αιτία όλων των παραπάνω είναι η έλλειψη σωστής πληροφόρησης και αντικειμενικής γνώσης, που αποτελεί και εμπόδιο στην σχέση των υγιών αδερφών με τον/την αδερφό/ή τους .([www.specialeducation.gr](http://www.specialeducation.gr) Βάρβογλη , 11/1/2005).

Η Βάρβογλη εντοπίζει δυο επίπεδα συμπεριφοράς του υγιή εφήβου: το ενδοπροσωπικό και αυτό σε σχέση με τον/την αδερφό/ή με αναπηρία. Στο πρώτο επίπεδο περιλαμβάνονται αρνητισμός, πειραματισμός, χρήσης ουσιών, ξεσπάσματα , απομόνωση από την οικογένεια . Στο δεύτερο επίπεδο περιλαμβάνονται η απόρριψη από τον ανάπηρο αδερφό , η αποφυγή της παρέας τους και η άρνηση οποιαδήποτε εμπλοκής- συναισθηματικής ή πρακτικής – με το άτομο με αναπηρία ([www.specialeducation.gr](http://www.specialeducation.gr) Βάρβογλη ,11/1 2005).

Ορισμένα ευρήματα επιστημονικών ερευνών απέδειξαν πως υπάρχει πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων όπως η ζήλια, η απόρριψη , πίκρα και ψυχική κούραση. Υπάρχει ανοιχτή έκφραση παραπόνου από τους εφήβους στους γονείς τους επειδή δεν τους συμπαράσταθηκαν αρκετά. Η ζήλια επικεντρώνεται κυρίως στο

γεγονός , πως οι γονείς αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στο ανάπηρο παιδί , χωρίς να υπάρχει συνειδητοποίηση από την μεριά των υγιών αδερφών, ότι χωρίς αυτήν την προσοχή το άτομο με αναπηρία δε θα ζούσε. Επίσης, το αίσθημα της μοναξιάς και της απομόνωσης είναι ιδιαίτερα έντονο και χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή σε περιόδους έντασης και στρες . ([www.specialeducation.gr](http://www.specialeducation.gr) Βάρβογλη , 11/1/2005).

Όμως κατά την Βάρβογλη υπάρχουν και ψυχικά οφέλη για τα υγιή αδέρφια , από την εμπειρία της αναπηρίας. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος μπορεί να ωθήσουν να γίνουν μοναδικά σε κάτι, ωριμάζουν γρηγορότερα , δείχνουν περισσότερη ανεκτικότητα απέναντι στους άλλους και ιδιαίτερα ανοχή στην διαφορετικότητα .Επίσης, τα διακρίνει συμπόνια για τους άλλους ανθρώπους , ενώ αντιλαμβάνονται τότε γίνονται διακρίσεις στους πιο αδύναμους και προσπαθούν να τις διορθώσουν ([www.specialeducation.gr](http://www.specialeducation.gr) Βάρβογλη , 11/1/2005).

Σε άλλο άρθρο , σε ιστοσελίδα του medlook, αναφέρεται πως τα αδέρφια των παιδιών που πάσχουν από νόσημα ή κάποια αναπηρία , έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν προβλήματα συμπεριφοράς και ψυχικές υγείας . Χρειάζονται προσοχή και φροντίδα για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στην εμπειρία της νόσου του αδερφού τους , χωρίς ψυχικούς τραυματισμούς .([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) ,22/11/2003).

Σύμφωνα με έρευνες , αποδεικνύεται πως πολύ λίγη εκπαίδευση παρέχεται στα αδέρφια των παιδιών με αναπηρία , αναφορικά με την ασθένεια που βασανίζει τον/την αδερφό/αδερφή τους . Η απουσία γνώσεων και κατανόησης , που προκύπτει από τη σχέση με τη νόσο του αδερφού τους δημιουργεί αρκετά αρνητικά συναισθήματα στα παιδιά. Θυμός , φόβος, ζήλια , αλλαγές της ψυχικής διάθεσης και συμπεριφοράς είναι ορισμένα από αυτά . ([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) ,22/11/2003).

Κατά την Παπαδάτου , εξαιτίας του στενού δεσμού που αναπτύσσεται μεταξύ μητέρας - άρρωστου παιδιού , επέρχονται πολλές αλλαγές στην οικογενειακή ζωή. Αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν περισσότερο τα αδέρφια του άρρωστου παιδιού . Επειδή είναι αγνοημένα και στερημένα από την φροντίδα των γονιών είναι πιθανόν να παρουσιάσουν οργανικά ή προβλήματα συμπεριφοράς , που εκδηλώνονται στο σχολείο ή στο σπίτι. Η παρατεταμένη παραμέληση των αναγκών τους, κατά πάσα πιθανότητα μπορεί να έχει σοβαρές και μακροχρόνιες αρνητικές



επιπτώσεις στη γενικότερη ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη , και αυτό υπογραμμίζει από την στιγμή που θα διαγνωστεί (Παπαδάτου , σελ.230-231).

Σύμφωνα , με τον οδηγό γονέων του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων τα υγιή αδέρφια χαρακτηρίζονται από ποικίλα συναισθήματα όπως θυμό γιατί οι γονείς ασχολούνται με το ανάπηρο αδερφό/ή , φόβο ότι τα προβλήματα του άρρωστου αδερφού θα μεταδοθούν και σ' αυτά , ενώ άλλοτε νιώθουν και συναισθηματική φόρτιση , καθώς συχνά οι γονείς επενδύουν σ' αυτά προκειμένου να αναπληρώσουν το κενό και να μετριάσουν το αίσθημα ανεπάρκειας και απογοήτευσης από την ύπαρξη ενός ανάπηρου παιδιού (οδηγός γονέων του Υπουργείου Παιδείας,2000,σελ.111).

### **3α. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΓΥΡΟ**

«Νους υγιής εν σώματι υγιή» έλεγαν οι αρχαίοι Έλληνες . Η καλή σωματική κατάσταση , η αρτιμέλεια , η ρώμη , είναι για τους ανθρώπους ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά σήμερα.

Στην ερώτηση που τίθεται στους νέους γονείς , αν θέλουν το παιδί που θα γεννηθεί να είναι αγόρι ή κορίτσι , συνήθως δίδεται η απάντηση " γερό να ναι και ότι να ναι" . Όλα αυτά οδήγησαν σε μια θεοποίηση θα μπορούσε να ειπωθεί, του σωματικά αρτιμελούς ανθρώπου , του πνευματικά υγιούς και οποιαδήποτε απόκλιση από αυτό το ιδεατό πρότυπο που έχει δημιουργήσει η κοινωνία οδηγεί σε περιθωριοποίηση των μη αρτιμελών , είτε πνευματικά είτε σωματικά ανθρώπους .

Η παραπάνω αντίληψη βέβαια συνδέεται άμεσα και με τη σκέψη πως το κάθε άτομο θα παραμείνει υγιές και αρτιμελές για πάντα. Η αναπηρία και ο θάνατος συμβαίνουν μόνο στους " άλλους" , η οποία είναι επίσης μια κυρίαρχη αντίληψη , γι'αυτό όταν το άτομο και το περιβάλλον του διαψεύδονται ως προς αυτό (πχ. συμβεί ένα ατύχημα μα αποτέλεσμα την απώλεια ενός μέλους ή καθήλωση σε αναπηρικό καροτσάκι ) , δεν υπάρχουν οι κατάλληλες ψυχικές δυνάμεις από την πλευρά τους, για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση .

Η αδυναμία αυτή ( της αντιμετώπισης της αναπηρίας ) σε συνδυασμό με την καχύποπτη , πολλές φορές στάση της κοινωνίας η οποία κατεξοχήν θέτει στο περιθώριο τα άτομα με αναπηρίες , δημιουργούν ένα είδος αποκλεισμού. Οι απόψεις βέβαια δίστανται

και σήμερα για τα άτομα αυτά. Υπάρχουν άτομα που τα αποστρέφονται τα χλευάζουν και γενικά έχουν άσχημη συμπεριφορά απέναντί τους . Υπάρχουν όμως και άτομα τα οποία είναι ευαίσθητοποιημένα και αντιμετωπίζουν τους ανάπηρους ως ισάξιους ανθρώπους και πολίτες με δικαιώματα αλλά και υποχρεώσεις .

Αναφορικά με το ζήτημα ο Δαραής λέει πως σχετικά με το ζήτημα της «ενόχλησης» που αρκετοί άνθρωποι αισθάνονται αντικρίζοντας άτομα με αναπηρίες , πιστεύεται καθαρά πως είναι θέμα Παιδείας και Καλλιέργειας. Χρειάζεται μια αναθεώρηση του ιδεώδους προτύπου της «Μορφής». Δηλαδή πως θα αντιμετωπιστεί ένα άτομο με αναπηρία που έχει για πρότυπα του τα μοντέλα της φωτογραφίες των περιοδικών ή τους τύπους ανθρώπων που προσβάλλονται οι οποίοι είναι πανέξυπνοι και τα καταφέρνουν καλά σε πολλές διαφορετικές ρόλους ([www.auth.gr](http://www.auth.gr) , Δαραής , 03/2001).

Η θέα ενός ανάπηρου ατόμου και τα συναισθήματα που αυτή προκαλεί , εξαρτάται και από το είδος της αναπηρίας . Η θέα ενός ακρωτηριασμένου προκαλεί περισσότερο από μια παράλυση , αλλά μια παράλυση μπορεί να αντιμετωπιστεί με καχυποψία , Σα να ήταν ένα είδος απάτης , η τύφλωση κινητοποιεί περισσότερο τον οίκτο και η κώφωση περισσότερο την κοροϊδία ([www.auth.gr](http://www.auth.gr) , Δαραής , 03/2001).

Υπάρχουν όμως και νόμιμες κλίμακες υποτίμησης , δηλαδή η ίδια περίπτωση αναπηρίας , μπορεί να " παραχωρήσει " λίγα ή περισσότερα δικαιώματα στη δημόσια βοήθεια σε συνδυασμό με τις συνθήκες πχ. Αλλιώς αντιμετωπίζεται η παράλυση από ένα τροχαίο που το άτομο έτρεχε υπερβολικά και αλλιώς αν προκλήθηκε από ένα ιατρικό λάθος ([www.auth.gr](http://www.auth.gr) , Δαραής , 03/2001).

Μια άλλη σημαντική παράμετρος του ζητήματος σύμφωνα με τον Δαραή, είναι και η λειτουργία ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας . Ο φόβος του πόνου, ο φόβος να γίνει ένα άτομο το ίδιο ανάπηρο προκαλεί αντιδράσεις όταν βλέπει ένα άτομο με αναπηρία οι οποίες δύσκολα ελέγχονται .άρνηση να δει, επιθετικότητα , απόρριψη , μίσος ([www.auth.gr](http://www.auth.gr) , Δαραής , 03/2001).

Ο Δαραής τελειώνοντας αναφέρει την αντιφατική στάση που έχει σήμερα η κοινωνία , δηλαδή από τη μια κατασκευάζει την εικόνα του " τέρατος" το οποίο πρέπει να εξοντωθεί πριν ή κατά τη γέννησή του και στην εικόνα του ανάπηρου παιδιού που οφείλει να υπερπροστατεύσει .([www.auth.gr](http://www.auth.gr) , Δαραής , 03/ 2001).

Η Ζώνιου – Σιδέρη αναφέρει σχετικά, πως συνήθως η συνάντηση των μη ανάπηρων με έναν ανάπηρο δημιουργεί φόβο. Το γεγονός πως μια ενστικτώδης απόρριψη της αναπηρίας δεν κοινωνικά αποδεκτή οδηγεί σε ένα φόβο ενοχής από το εσωτερικό υπέρ – εγώ ( uber-ieh ). Ο φόβος ενοχής για το απαγορευμένο επιδρά τόσο έντονα στα συναισθήματα για τους ανάπηρους , ώστε το ένστικτο δεν προχωράει στη συνείδηση αλλά εκτοπίζεται πριν προχωρήσει τόσο ( Ζώνιου – Σιδέρη , 1998, σελ. 26).

Όμως εκτός από την απώθηση και άλλοι μηχανισμοί άμυνας προκαλούν φόβους ενοχής όπως :

- Η μετατόπιση από το μη ανάπηρο άτομο των δικών του απορριπτέων συγκινήσεων στους αναπήρους και .
- Η εσωτερική δικαιολογία του μη αναπήρου με τη βοήθεια επιφανειακών επιχειρημάτων (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998, σελ. 26).

Βάσει των παραπάνω οι αντιδράσεις , οι στάσεις και οι προκαταλήψεις απέναντι στους αναπήρους , είναι οι προβολές της επιθετικότητας των μη αναπήρων οι οποίες συνδέονται με το σύμπλεγμα του ευνουχισμού, ενώ η συμπόνια εξηγείται ως η συνισταμένη όλων των αισθημάτων (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998, σελ. 26-27).

Εκτός των προαναφερθέντων όμως , είναι βασικό το στοιχείο "αναπηρία " - " ατομική συμπεριφορά " να εξετάζεται ως μια ολότητα κοινωνικής αλληλουχίας. Η επίδραση που έχει μια μειονεξία στην ψυχή πρέπει να παρατηρείται σε συνδυασμό με τις αντιδράσεις του περιβάλλοντος . Αυτό σημαίνει πως η συμπεριφορά του αναπήρου ατόμου εξελίσσεται αφ' ενός μεν σε σχέση με την αναπηρία του και αφ' ετέρου σε σχέση με τις εκάστοτε αντιδράσεις του περιβάλλοντος του , τόσο σ' αυτό το ίδιο όσο και στην αναπηρία του . Δηλαδή η κοινωνική αλληλεπίδραση παίζει σημαντικό ρόλο στον τομέα αυτό (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998, σελ. 31).

Όσον αφορά τα προαναφερθέντα ο μη ανάπηρος θα κρίνει την ελκυστικότητα του αναπήρου ανάλογα με το είδος των προκαταλήψεων και των στερεότυπων που έχει (είτε είναι θετικά είτε αρνητικά ) . Επειδή η διαπροσωπική έλξη είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες της κοινωνικής αλληλεπίδρασης , ο μη ανάπηρος που έχει στερεότυπα και αρνητικές προκαταλήψεις σχετικά με την αναπηρία δεν θα προσπαθήσει σχεδόν ποτέ να συνάψει σχέσεις με έναν ανάπηρο. Και επειδή η εξωτερική εικόνα

του αναπήρου συνήθως δεν ανταποκρίνεται στα ιδανικά ομορφιάς της κοινωνίας (συχνά υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις από αυτά ), τα άτομα τα οποία δίνουν μεγάλη σημασία και αξία στην εξωτερική εμφάνιση τείνουν και στη μη αποδοχή των αναπήρων (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998, σελ. 43).

Η μεγαλύτερη δυσκολία της αλληλεπίδρασης με τους σωματικά αναπήρους κυρίως, είναι η εμφανής αναπηρία. Βέβαια του κανόνα του ασήμαντου το κάθε άτομο θέλει να έχει μια ολοκληρωμένη αίσθηση του συνομιλητή η οποία είναι και απαραίτητη για την αλληλεπίδραση . Οι βαριές αναπηρίες έλκουν την απόλυτη προσοχή του μη αναπήρου .( Ζώνιου – Σιδέρη ,1998, σελ. 44).

Άλλες εκδηλώσεις συμπεριφοράς είναι η σκληρότητα με την οποία φέρονται οι μη ανάπηροι στους ανάπηρους εξαιτίας επειδή αισθάνονται " ενοχλημένοι " από την παρουσία τους , η αποφυγή με την πιο ακραία εκδήλωσή της την άρνηση προσφοράς βοήθειας σε αναπήρους ή οποία μπορεί να έχει καταστροφικά αποτελέσματα (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998, σελ. 46).

Συμπερασματικά μπορεί να υποστηριχτεί πως οι μη ανάπηροι δείχνουν ισχυρή τάση αποφυγής της αλληλεπίδρασης με άτομα που έχουν εμφανή αναπηρία γεγονός που μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για τον ίδιο τον ανάπηρο (για παράδειγμα μεγάλη απομόνωση από τη μια πλευρά και από την άλλη δυσκολίες στο σχηματισμό της ταυτότητας του που είναι απαραίτητη για την αλληλεπίδραση ) (Ζώνιου – Σιδέρη ,1998, σελ. 46-47).

Κατά την Νικολαΐδου η απουσία της σωματικής και πνευματικής υγείας , θεωρείται απόλυτη αποτυχία και για την οικογένεια του μειονεκτούντος ατόμου αλλά και για το ίδιο το άτομο (αυτοενοχή ). Το πλαίσιο αυτό οδηγεί στη διαμόρφωση προκαταλήψεων που επηρεάζουν αρνητικά τη συμβίωση των σωματικά αρτιμελών με τους κινητικά αναπήρους και τα υπόλοιπα ΑμεΑ και διαμορφώνει μια κοινωνία που στηρίζεται στην αρχή της απόρριψης στη διαφορά .(Νικολαΐδου , 1992, σελ.432).

Παρά την πρόοδο των κοινωνικών αντιλήψεων οι προκαταλήψεις για τα άτομα με αναπηρίες συντηρούνται σε μεγάλο βαθμό μέσα στα παλαιότερα πλαίσια αντιμετώπισης τους που είναι

□ Τα άτομα με αναπηρίες , είναι τα άτομα που χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων (κυρίως ) της οικογένειας και των φίλων τους .

Χρειάζονται όμως και τη βοήθεια του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος το οποίο " πρέπει " να την προσφέρουν ωθούμενοι συνήθως από συναισθήματα συμπόνιας, και αλληλεγγύης προς τους σωματικά μειονεκτούντες συνανθρώπους τους .

□ Εξαιτίας της αναπηρίας και της εξάρτησης που απορρέει από αυτή, τα ΑμεΑ είναι υποχρεωμένα να υποτάσσονται στο οικογενειακό φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον.

□ Η μειωμένη προσφορά των ΑμεΑ ως μελών μιας κοινωνίας η οποία στηρίζεται στην παραγωγική / καταναλωτική δυνατότητα των μελών της, τα περιθωριοποιεί εξ' ορισμού , αφού είναι δύσκολο σ' αυτά να διεκδικήσουν επί ίσοις όροις τα δικαιωμά τους μη έχοντας την ανάλογη κοινωνικοοικονομική δύναμη . (Νικολαΐδου , 1992, σελ.427).

Ο βαθμός της συμμετοχής των ατόμων με αναπηρία στην ενεργό κοινωνική δραστηριότητα κατά την Νικολαΐδου αντανακλά το βαθμό της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης κάθε κοινωνίας στο σύνολο της . Όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό αποκλεισμού διαφόρων ομάδων του πληθυσμού τόσο η κοινωνία αυτή είναι ουσιαστικά μια κοινωνία που στερείται ηθικών αξιών (Νικολαΐδου , 1992, σελ.428).

Ο πάτερ Ιωάννης Χρυσαιγής όσον αφορά αυτό το ζήτημα λέει πως , εκείνο που πληγώνει περισσότερο τους ανθρώπους δεν είναι η αναπηρία που φέρουν, αλλά η απόρριψη, η αίσθηση ότι κανένας δεν τους δίνει αξία, η απουσία αγάπης εμπιστοσύνης και αγγίγματος . Επίσης, αναφέρει την ύπαρξη της απόστασης που κρατούν σήμερα οι άνθρωποι ιδιαίτερα από τα άτομα με αναπηρίες ως βασικό στοιχείο του αποκλεισμού και της απορριπτικής στάσης της κοινωνίας (Σύναξη ,01/ 2004 , σελ. 8).

### **3β. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Η στάση των ανθρώπων απέναντι στα άτομα που παρουσίαζαν κάποια ιδιαιτερότητα, υπήρξε διαφορετική από εποχή σε εποχή και από κοινωνία σε κοινωνία. Άλλοτε το θεωρούσαν τρέλα ή ηλίθια, παιδιά του θεού ή πνεύματα του κακού και άλλοτε μάγους και μάγισσες. Η προκατάληψη υπήρχε έντονη και οι άνθρωποι πολλές φορές οδηγούνταν σε υπερβολές που είχαν δέκτες ασφαλώς τα ανάπηρα άτομα (π.χ. θανάτωση επειδή θεωρούνταν δαιμονισμένοι ).

Γεγονός είναι πως, η προκατάληψη και ο ρατσισμός του κοινωνικού περιγύρου, δεν περιοριζόταν μόνο στα άτομα με μια συγκεκριμένη μορφή αναπηρίας π.χ. σωματική . Οποιοδήποτε άτομα παρουσίαζε κάποια διαφορετικότητα είτε στην συμπεριφορά είτε στην εμφάνιση θέτονταν στο περιθώριο, αποκλεισμένα από την κοινωνική ζωή . Δηλαδή η προκατάληψη δεν στρεφόταν μόνο στα άτομα με εμφανείς αναπηρίες , αλλά και στα άτομα με μη εμφανείς, που δημιουργούσαν δυσλειτουργίες σε άλλους τομείς του σώματος (όπως π.χ. η ψυχική ασθένεια στη συμπεριφορά, η επιληψία που προκαλεί αιφνίδιους σπασμούς κτλ. ) , γι' αυτό σωστό είναι για να υπάρχει μια σαφής εικόνα της θέσης των ατόμων αυτών στη διάρκεια των αιώνων, να συμπεριληφθούν στην παρούσα μελέτη πολλών ειδών αναπηρίες (από ψυχικές έως σωματικές ) .

Ξεκινώντας από την αρχαιότητα πρώτα αναφέρεται η γνωστή τακτική του Καιάδα (μια πλαγιά του όρους Ταυγέτου στη Σπάρτη ) , που οποιοδήποτε βρέφος δύσμορφο ή καχεκτικό γκρεμιζόταν από εκεί, αφού θεωρούνταν άχρηστο ή επικίνδυνο για τον εαυτό του και την Πολιτεία. Στην αρχαία Ρώμη τα καχεκτικά βρέφη τα έπνιγαν στους υπονόμους του Τίβερη ([www.specialeducation.gr](http://www.specialeducation.gr), Τρικκαλιώτης , 25/02/2004). Ο Πλάτωνας αναφέρει πως το ανάπηρο παιδί πρέπει να το κρύψουν μακριά από κάθε μάτι (Πλάτωνας , Πολιτεία ) . Η αντιμετώπιση δεν άλλαζε ούτε όταν το παιδί, άνηκε σε ανώτερη ιεραρχικά, τάξη . Συγκεκριμένα ο Ηρόδοτος λέει πως ο βασιλιάς Κροίσος δεν υπολογίζει ως παιδί του τον κωφό γιο του και ούτε τον θεωρεί διάδοχο ικανό ν' αναλάβει τις ευθύνες του θρόνου . Οι κωφοί στην Ελληνική και Ρωμαϊκή αρχαιότητα θεωρούνταν άτομα άχρηστα στη ζωή, μια αντίληψη που επικράτησε μέχρι τις αρχές του Μεσαίωνα, ενώ το Ιουδαϊκό Ταλμούδ τους κατέτασσε μεταξύ των παιδιών και των τρελλών ([www.specialeducation.gr](http://www.specialeducation.gr), Τρικκαλιώτης , 25/02/2004).. Η φυλή των Μασαΐ θανάτωνε τα παιδιά που γεννιόνταν μειονεκτικά, οι Γιουκούν στο Σουδάν πίστευαν ότι κάποιο κακό πνεύμα βρίσκεται μέσα στα άτομα με αναπηρία και τα εγκατέλειπαν, οι κάτοικοι του Μπαλί προσπαθούσαν να τα αγνοήσουν, ενώ οι αρχαίοι Εβραίοι τα θεωρούσαν καταραμένα από το θεό ([www.dotteam.gr](http://www.dotteam.gr) , 20/04/2005).

Ως θεραπευτικό μέσο της επιληψίας στην αρχαία Ρώμη, χρησιμοποιούνταν η πόση αίματος σκοτωμένου μονομάχου . Ο Πλίνιος, στο έργο του Φυσική Ιστορία έγραψε ότι μερικοί επιληπτικοί πίστευαν ότι θα είχε καλύτερα αποτελέσματα, αν πήγαιναν κι έπιναν το αίμα του μονομάχου τη στιγμή που πέθαινε . Επίσης υπήρχε η

πεποίθηση ότι το αίμα ενός εγκληματία, παρέχει προστασία από ασθένειες και κακουχίες ([www.members.fortunecity.gr](http://www.members.fortunecity.gr)).

Τα άτομα που παρουσίαζαν ασυνήθιστη ή εκκεντρική συμπεριφορά θεωρούνταν από τους αρχαίους Αιγυπτίους, Έλληνες, Εβραίους και Ινδούς ότι βρισκόταν υπό την επήρεια καλών ή κακών πνευμάτων (ανάλογα με την περίπτωση). Αν τα σημάδια στη συμπεριφορά είχαν ένα χαρακτήρα μυστικιστικό ή εσωστρέφειας και ερμηνεύονταν ως θεϊκά, τότε υπέθεταν ότι το άτομο είχε δεχτεί την επίσκεψη καλού πνεύματος και είχε το δικαίωμα γενικού σεβασμού. Αν όμως οι εκδηλώσεις της συμπεριφοράς, αντίκεινταν στα λεγόμενα ή τους κανόνες της διδασκαλίας των ιερέων, τότε αυτό ερμηνευόταν ως εισβολή κακού πνεύματος και το άτομο υποβαλλόταν σε απάνθρωπα βασανιστήρια. Τα πιο συνηθισμένα ήταν η στέρση τροφής και το μαστίγωμα, ενώ σύμφωνα με άλλες απόψεις το κακό πνεύμα θα εκδιώκονταν από το σώμα, μόνο αν το κεφάλι του "δαιμονισμένου" τοποθετούνταν σ' έναν κλίβανο. Η πιο φρικτή μέθοδος είναι ο τρυπανισμός του κρανίου για το σκοπό αυτό. Δηλαδή το τρύπημα του κρανίου, με αιχμηρά αντικείμενα (τεχνικά μέσα), για την αποτομπή του πνεύματος (τεκμήριο αυτού είναι κρανία, ευρήματα ερευνών τα οποία βρέθηκαν να έχουν οπές στη βάση τους τέτοιες που να επιτρέπουν αυτή την υπόθεση (Βοσνιάδου, 2002, σελ. 189-190).

Προτού να αναφερθεί η αντιμετώπιση των αναπήρων κατά των Μεσαίων, κρίθηκε σωστό να αναφερθούν και οι θετικές στάσεις ορισμένων ανθρώπων κρατών ή φυλών, απέναντι στα άτομα με αναπηρίες.

Πρώτος ο Ιπποκράτης, ο επονομαζόμενος "πατέρας της Ιατρικής", ο οποίος υπήρξε καινοτόμος σε πολλούς τομείς στην επιστήμη του, εισήγαγε όρους όπως, η "υστερία", "μανία", "μελαγχολία", "άνοια", "παράνοια" και τόνισε πως οι ψυχικές διαταραχές, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε δαιμονικές επιδράσεις (Μάνος, 1997, σελ.18). Μέχρι τότε οι ψυχικές διαταραχές ονομαζόταν "μανίες", ενώ η επιληψία χαρακτηριζόταν ή "ιερή νόσος" της ανθρωπότητας. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα που κλήθηκε για να θεραπεύσει το Δημόκριτο (πατέρα της ατομικής Φυσικής), ο οποίος ξεσπούσε ξαφνικά σε ασυγκράτητα γέλια, προκαλώντας την απορία των ανθρώπων γύρω του ([www.dotteam.gr](http://www.dotteam.gr), 20/04/ 2005). Μια άλλη καινοτομία του Ιπποκράτη υπήρξε στον τομέα της ίασης των κινητικά αναπήρων.

Μίλησε πρώτος για την αποκατάσταση των κακώσεων του ερειστικού συστήματος και τα ευεργετικά αποτελέσματα που έχουν στο υγιές ή στο πάσχον ερειστικό σύστημα οι μαλάξεις, η γυμναστική, η υδροθεραπεία ([www.disabled.gr/portal,23/12/2004](http://www.disabled.gr/portal,23/12/2004)) . Ένας άλλος γιατρός ο Γαληνός ( πατέρας και της φαρμακολογίας ), εφάρμοσε αργότερα τις πρακτικές του Ιπποκράτη, ενώ ο Κικέρων ( στην Ρώμη) ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο Libido (έντονος πόθος ) για να αιτιολογήσει μια ψυχική ασθένεια (Μάνος,1997,σελ.19). Για τον εκτός Ευρώπης χώρο, οι Κινέζοι και οι Ινδοί πριν από 2.500 και πλέον χρόνια ανέπτυξαν μεθόδους μάλαξης για αντιμετώπιση παθήσεων του ερειστικού συστήματος και καταγμάτων ([www.disabled.gr / portal 23/12/2004](http://www.disabled.gr / portal 23/12/2004)).

Στην φυλή Αζάντ τα άτομα με αναπηρίες προστατεύονταν ιδιαίτερα το ίδιο και στην Κίνα που όλη η κοινότητα πρόσεχε και βοηθούσε αυτά τα άτομα ενώ στη φυλή Τσάγκα ( Ανατολική Αφρική), τα χρησιμοποιούσαν σαν αποτροπή του κακού. Στην Μαλαισία οι Σεμ Ανγκ θεωρούσαν τους ανάπηρους σοφούς και τους χρησιμοποιούσαν για την επίλυση διαφορών μέχρι και ανάμεσα σε φυλές, ενώ οι Σκανδιναβοί θεοποιούσαν αυτά τα ιδιαίτερα άτομα ([www.dotteam.gr,20/04/ 2005](http://www.dotteam.gr,20/04/ 2005)) . Στην Βίβλο πάλι αναφέρεται με ευαισθησία, συμπάθεια αλλά και φανερά επιτακτική διάθεση "πως δεν θα κοροϊδέψεις τον κωφό " (Λευιτικό 19,14). Τέτοιες ενθαρρυντικές καταγραφές παρατηρούνται και σε άλλους πολιτισμούς απέχουν όμως από την πραγματικότητα που ήταν οδυνηρά σκληρή για τα αδύναμα άτομα ([www.specialeducation.gr, Τρικκαλιώτης, 25/02/2005](http://www.specialeducation.gr, Τρικκαλιώτης, 25/02/2005)) .

Καταλυτικό ρόλο στη μεταστροφή του κλίματος , διαδραμάτισε η θέση του Ιησού Χριστού που διαχώρισε την αιτία της αναπηρίας από την αμαρτία. Συγκεκριμένα στην ερώτηση των μαθητών του, που αφορά το λόγο της αναπηρίας , " Διδάσκαλε ποιος αμάρτησε, αυτός ο ίδιος ή γονείς του ..."( Ιωάννης 9.2), κάνει μια ριζική διαφοροποίηση για την εποχή του απαντώντας πως δεν είναι απαραίτητο για κάποιο σωματικό μειονέκτημα να ευθύνεται το ίδιο το άτομο ή γονείς του . Το "αγαπάτε αλλήλους " , αλλά και η πρακτική του Χριστού να συμπεριφέρεται και να συνομιλεί με σεβασμό και ισοτιμία στο πρόσωπο του αναπήρου, καθώς και το Ευαγγέλιο το οποίο διδάσκει πως " ο Χριστός μοιάζει με σώμα που ενώ είναι ένα έχει πολλά μέλη " (εξαίρεση του οποίου δεν αποτελούν οι ανάπηροι), αλλά και τόσες άλλες περιπτώσεις ίασης αναπήρων που υπάρχουν στην Καινή Διαθήκη ( " Θεραπεία



παραλύτου " (κατά Ματθαίον 9,2-8) " θεραπεία κωφαλάλου"(κατά Μάρκον 7,31-37), "Η θεραπεία των δύο τυφλών στην Ιεριχώ "(κατά Ματθαίον 29-33)κ.α.), δεν αφήνει περιθώρια να αμφισβητηθεί η νέα κατάσταση αποδοχής που γεννιέται. Η διδασκαλία του Χριστού ήταν όλη βασισμένη στην αγάπη και μια από τις πιο σημαντικές εντολές που έδωσε ήταν " Ν' αγαπάς το πλησίον σου όπως τον εαυτό σου " ( κατά Ματθαίον 22,34-40). Δεν έκανε διακρίσεις σε οποιονδήποτε άνθρωπο είτε ήταν ανάπηρος είτε όχι. Η αντιμετώπιση ήταν η ίδια προς όλους . Το παράδειγμα του ακολούθησαν και οι μαθητές του συμβάλλοντας έτσι σημαντικά στην αλλαγή της θέσης των αναπήρων, αν όχι τότε, τουλάχιστον με το πέρασμα των αιώνων .

Δυστυχώς όμως μεσολαβεί ο Μεσαίωνας, στη διάρκεια του οποίου η δαιμονολογία κυριαρχεί και πολλά εγκλήματα γίνονται σε βάρος των αναπήρων. Εκτελεστής η φοβερά Ιερά Εξέταση (εκπρόσωπος του τότε καθολικού κόσμου), η οποία ψάχνοντας για μάγους, μάγισσες και δαιμονισμένους, θανάτωσε στην πυρά αρκετά άτομα χωρίς λόγο (Βοσνιάδου, 2002 , σελ. 191). Κωφοί, ψυχικά ασθενείς, επιληπτικοί καιγόταν ζωντανοί. Ακόμη όμως και αν γλίτωναν το θάνατο, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνταν για τη θεραπεία της πάθησης τους ήταν απαρχαιωμένες και ακραίες. Η πύση αίματος από τους επιληπτικούς συνεχίζεται με τη διαφορά, πως τώρα αντί για αίμα μονομάχου δίδεται το αίμα απαγχονισμένων "αμαρτωλών " γιατί πίστευαν πως το ζεστό αίμα που περιείχε την αγωνία του θανάτου θα πάλευε με το άρρωστο αίμα της επιληψίας και θα νικούσε. Αυτή η αντίληψη επικράτησε στην Κεντρική Ευρώπη ως το 19ο αιώνα (Ζώνιου –Σιδέρη , 1998, σελ.23). Ο ξυλοδαρμός ήταν μια προσφιλής μέθοδος για τη θεραπεία της στείρωσης, της νοητικής καθυστέρησης και κάθε είδους αναπηρίας, ενώ είναι γνωστός αυτή την εποχή ο ρόλος των μικρόσωμων ατόμων ως γελωτοποιών στις αυτοκρατορικές αυλές (τακτική που επίσης επικράτησε μέχρι το 19ο αιώνα ) (Ζώνιου –Σιδέρη , 1998, σελ.23). Οι δομές πρόνοιας εγκαταλείπονται και οι ανάπηροι αφήνονταν στην τύχη τους, ενώ κάποιου είδους πρόνοια γι' αυτούς εξασφαλιζόταν μέσω της ελεημοσύνης και της φιλανθρωπίας .

Συστηματικά κάποιες προσπάθειες για ουσιαστική βοήθεια προς τα μειονεκτούντα άτομα, άρχισαν να εκδηλώνονται σιγά-σιγά από τον 16ο αιώνα με την αρχή της Αναγέννησης (Βοσνιάδου, 2002 , σελ. 191) . Εμφανίζεται η έννοια της ψυχικής νόσου και στα μέσα του 16ου αιώνα ιδρύονται τα πρώτα άσυλα για την εκπαίδευση και επαγγελματική αποκατάσταση αναπήρων με την ίδρυση

αντίστοιχων σχολείων (1178 Μέμμιγκεν, Σουηδίας ) , πρώτα άσυλα για τυφλούς 18ο αιώνα (1784), ίδρυση πρώτου συστηματικού ειδικού σχολείου στο Παρίσι από τον Valentin Hauy, Louis Braille(1825) επινόησε ανάγλυφο αλφάβητο για τυφλούς όντας και ο ίδιος τυφλός, 16ο-17ο αιώνας αγωγή κωφών και κωφαλάλων από την Ισπανία με τους Pedro Ponce de Leon, Juan Pablo Bonet, Jacob Rodrigues Pereire,ο Bonet επινόησε ένα αλφάβητο για τους κωφούς με τις κινήσεις των χεριών (νοηματικής) ο Pereire την τελειοποίησε, από τον 18<sup>ο</sup> αιώνα ιδρύονται ειδικά σχολεία για την συστηματική εκπαίδευση κωφών και κωφαλάλων, για παιδιά με ορθοπεδικές μειονεξίες που ήταν αναγκασμένα να είναι κλινήρη ιδρύθηκε το 1816 ειδικό σχολείο, το 1823 ιδρύθηκε στο Βερολίνο το θεραπευτήριο για φτωχά ανάπηρα παιδιά, και στο Μόναχο το 1832 το θεραπευτήριο αγωγής και μόρφωσης για ανάπηρα αγόρια, για άτομα με διαταραχές του λόγου και ειδικά παιδιά αρχίζει γύρω στα 1880 η λειτουργία ενόθρ τμήματος γλωσσοθεραπείας για τραυλούς στο Βερολίνο, τέλος για παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς άρχισε να λειτουργεί από το 1877 και ύστερα από σχετική εργασία του Bosco ιδρύονται στην Ιταλία σχολεία – εργαστήρια για την μόρφωση των παιδιών αυτών (Κυπριωτάκης 2000, σελ. 24 –25 , 34 ,47- 48 αντίστοιχα).

Παρόλες τις φιλότιμες προσπάθειες ορισμένων ανθρώπων, για ισότητα και βοήθεια στους αναπήρους, το προσωπικό των ασύλων ή των σχολείων αυτών, φερόταν με ειδικά σκληρό τρόπο στους τροφίμους. Ειδικά στα ψυχιατρεία της τότε εποχής συνηθέστερη τακτική ήταν η καθήλωση των πιο διεγερτικών ασθενών με αλυσίδες (Βοσνιάδου,2002,σελ.191 )

Όσο σκληρή όμως και αν ήταν η στάση των ανθρώπων κατά την αρχαιότητα ή το Μεσαίωνα απέναντι στους αναπήρους, με τίποτα δεν μπορεί να συγκριθεί με τις θηριωδίες που διαπράχθηκαν σε βάρος τους στην διάρκεια του Β΄ παγκοσμίου πολέμου και δη στη Χιτλερική Γερμανία. Υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 250.000 άνθρωποι με αναπηρία θανατώθηκαν από τους Ναζί (www.poesi.gr,Κουτουμάνος,15/01/2005) .

Η Ναζιστική ιδεολογία υιοθετώντας την θεωρία του Δαρβίνου για την φυσική επιλογή των ειδών και ιδιαίτερω την ιδέα της επιβίωσης του ισχυρότερου είδους στο ζωικό βασίλειο, θέλησε να την εφαρμόσει και στο ανθρώπινο είδος σε παγκόσμια κλίμακα ( το βιβλίο του Δαρβίνου η " Προέλευση των ειδών" δημοσιεύτηκε το 1859) . Οι Ναζί πίστευαν πως αν δεν απαγόρευαν την τεκνοποίηση

των αναπήρων θα υπήρχαν συνέπειες από τους "ανίκανους" σε βάρος των "ικανών". Επίσης απέδιδαν τα οικονομικά προβλήματα της Γερμανίας στο διάστημα 1920-1930 κατά ένα μέρος και στους αναπήρους . Η προπαγάνδα τους εναντίον των αναπήρων ενισχύονταν με αφίσες, ειδήσεις και κινηματογραφικές ταινίες, η οποία τους παρουσίαζε ως "άχρηστα παράσιτα" και άτομα με "ζωή που δεν αξίζει να ζει". Μέσα από την προπαγάνδα δόθηκε έμφαση και στο κόστος συντήρησης των αναπήρων. Μια ταινία ακριβώς βασισμένη στην προπαγάνδα των Ναζί είναι το "Ich Klage (κατηγορώ)" και αφηγείται την ιστορία ενός γιατρού που σκότωσε την γυναίκα του . Με αυτή την ταινία εισήχθη και το επιχείρημα του "θανάτου από οίκτο". Ύστερα από την προπαγάνδα ξεκίνησε η δράση. Με τη σκέψη ότι οι ανάπηροι έχουν μικρότερη αξία και αποτελούν βάρος για την κοινωνία, άρχισε ένα πρόγραμμα υποχρεωτικής στείρωσης τους ( αυτή η πρακτική άρχισε ύστερα από την ανάληψη της εξουσίας από τους Ναζί το 1933) ([www.noesi.gr](http://www.noesi.gr),Κουτουμάνος,15/01/2005) .

Αξιοσημείωτο πάντως είναι το γεγονός ότι η Γερμανία δεν είναι η πρώτη χώρα στον κόσμο που εφάρμοσε την υποχρεωτική στείρωση των αναπήρων. Ήδη από το 1907 σε διάφορες αμερικανικές πολιτείες είχαν θεσπιστεί νόμοι για την στείρωση των ατόμων που πιστεύονταν ότι έπασχαν από κάποια γενετική πάθηση ή διαταραχή .Άλλες χώρες στο Ευρωπαϊκό χώρο με παρόμοιου τύπου πολιτική μεταξύ 1920-1930 ήταν :Δανία, Νορβηγία, Σουηδία ,Φιλανδία, Εσθονία, Τσεχοσλοβακία, Γιουγκοσλαβία, Λιθουανία Λετονία ,Ουγγαρία ,Τουρκία.

Το πρόγραμμα στείρωσης στη Ναζιστική Γερμανία συνδυάστηκε με ένα πρόγραμμα θανατώσεων που ξεκίνησε το 1939. Το απόρρητο αυτό πρόγραμμα έλαβε την κωδική ονομασία " T4 (Tiergartenstrabe 4) " και στα πλαίσια του οι άνθρωποι με αναπηρία θανατώνονταν με θανατηφόρα ένεση ή δηλητηριώδη αέρια. Έξι καταυλισμοί θανάτου οι οποίοι ήταν διασκορπισμένοι στην Αυστρία και στην Γερμανία ονομαζόμενοι " Κέντρα Ευθανασίας " πλαισιώθηκαν από το πρόγραμμα " T4". Τα κέντρα αυτά από έξω έδιναν την εντύπωση λουτρών .Τα χειρότερα ήταν το κάστρο Χαρτχάϊμ ( Hartheim Castle ) στην Αυστρία και το Χάνταμαρ (Hadamar) στη Γερμανία. Τα άλλα 4 ήταν : το Μπέρνμπεργκ (Bernberg), Μπραιντενμπεργκ (Brandenburgh) , Γκράφενεκ (Grafeneck) και το Σονεσταϊν (Sonnestein) ([www.noesi.gr](http://www.noesi.gr),Κουτουμάνος,15/01/2005) .

Το οξύμωρο πάντως στην υπόθεση ,πως ενώ οι Ναζί θανάτωναν κατά συρροή τους ανάπηρους από τη μία, παρασημοφορούσαν και προσέφεραν προστατευμένη εργασία , από την άλλη (ένα είδος κοινωνικής πρόνοιας αρκετά ριζοσπαστικό για την εποχή), στους ανάπηρους πολέμου.

Το πρόγραμμα "T4" και τα "Κέντρα Ευθανασίας αποτελούσαν πρόδρομο για την εφαρμογή μεγαλύτερων προγραμμάτων εξόντωσης καθώς και για τα στρατόπεδα συγκέντρωσης.

Στον Ελλαδικό χώρο η αντιμετώπιση δεν ήταν καλύτερη. Αρκεί να αναφερθεί η Σπιναλόγκα ( χώρος απομόνωσης των Χανσενικών)(Αλεξίου,1999, σελ.219), αλλά και παροιμίες που είτε έβγαζαν είτε υπήρχαν στην Ελλάδα (π.χ. "Πιο καλά πιάνεται ο ψεύτης από τον κουτσό", "Πήρε ο κουτσός κατήφορο", " Στου κουφού την πόρτα, όσο θέλεις βρόντα", " Της κουφής το παιδί ποτέ δεν κλαίει", " Ο στραβός βελόνα γύρευε μέσα στον αχυρώνα και ο κουφός απάντησε : την άκουγα που βροντά" (Παπαδημητρακόπουλος , 1997, σελ.24) ή ακόμη και έθιμα (γνωστό είναι το έθιμο που τα παιδιά χτυπούσαν μεταλλικά αντικείμενα κατσαρόλες, τηγάνια κτλ., έξω από τα σπίτια χωλών την τελευταία μέρα του "κουτσό" - Φλέβαρου, δείχνοντας τους έτσι ότι είναι ανεπιθύμητοι), εκφράζοντας κατά κάποιο τρόπο την νοοτροπία και σκέψη της εποχής εκείνης (Σταθόπουλος, 1996 ,σελ.324) . Ένα άλλο χαρακτηριστικό της εποχής, ήταν η χρησιμοποίηση του όρου " σακάτης". Ο χαρακτηρισμός αυτός χρησιμοποιούνταν σε ευρεία κλίμακα (ως ένα βαθμό και στη σημερινή εποχή) και εμπεριέχει τόσο το σωματικό μειονέκτημα όσο και την απορριπτική στάση της κοινωνίας, απέναντι στα άτομα με εμφανείς αναπηρίες.

Το πρώτο μισό του αιώνα, κανένα είδος πρόνοιας δεν παρατηρήθηκε στον ελληνικό χώρο, εκτός από ορισμένες πρωτοβουλίες ιδιωτών, για τους ανάπηρους. Κάποιες συστηματικές προσπάθειες άρχισαν να γίνονται από το 1950 και μετά, που θεσπίστηκαν νόμοι για την εκπαίδευση, την προστασία, επαγγελματική αποκατάσταση και γενικά για την πρόνοια των ανάπηρων ατόμων. Σιγά-σιγά διαφαίνεται μια πιο θετική στάση, όσον αφορά αυτόν τον τομέα. Υπάρχουν όμως και οι αρνητικές απόψεις. Ακόμη και σήμερα, η αντιμετώπιση των αναπήρων είναι και παραμένει διιστάμενη. Υπάρχουν άνθρωποι που αντιμετωπίζουν τα σωματικής ανάπηρα άτομα ως ισότιμα, ισάξια και δημιουργικά μέλη της κοινωνίας και υπάρχουν και τα άτομα εκείνα, τα οποία απορρίπτουν άμεσα ή έμμεσα την αξία και το δικαίωμα

στη ζωή των ατόμων αυτών. Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί η στάση του αυστραλού επιστήμονα Singer σύμφωνα με το ζήτημα αυτό, ο οποίος σχετικά πρόσφατα (το 1981 σε σχετικό συνέδριο), υποστήριξε τη διακοπή της κύησης μέσω της ευθανασίας ή της άμβλωσης ή ακόμη και την άρνηση παροχής θεραπείας και βοήθειας στα νεογέννητα με αναπηρίες. Ακόμη υποστήριξε ότι με τη θανάτωση αυτών των όντων τα οποία δεν είχαν συνείδηση και αξία θα επέρχονταν ελάττωση του πόνου και αύξηση της ευτυχίας ([www.auth.gr](http://www.auth.gr), Δαραής, 03/2001). Οι απόψεις αυτές του Singer ασφαλώς θυμίζουν απαρχαιωμένες και μεσαιωνικές αντιλήψεις, ενώ λίγο παραλλαγμένα μοιάζουν και με το επιχείρημα του "θανάτου από οίκτο" των Ναζί.

Ακόμη και σήμερα όμως υπάρχουν άνθρωποι που υποστηρίζουν την ευθανασία ή τη διακοπή της κύησης (άμβλωση), σε ένα άτομο που καθίσταται ανάπηρο ή σε ένα έμβρυο που θα γεννηθεί με κάποια σωματική ή άλλη ανωμαλία με την πρόφαση "να μην βασανίζεται το ίδιο ή οι γονείς του". Άρα δεν διαφοροποιούνται καθόλου από τις απόψεις του Singer. Όμως όπως αναφέρθηκε, υπάρχουν και άνθρωποι, οργανώσεις (unesco με τη συμμετοχή της στη Διακήρυξη Sunberg το 1981) που υπερμάχονται τα δικαιώματα των αναπήρων. Οι θετικές αυτές στάσεις περιλαμβάνονται στο δεύτερο μέρος της μελέτης ενώ στις ακόλουθες ενότητες αναλύονται οι κατηγορίες των ατόμων με αναπηρίες καθώς και οι σωματικές αναπηρίες.

#### 4.ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ



Είναι γεγονός πως τα Μ.Μ.Ε. συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό, στην διαμόρφωση στάσεων αντιλήψεων και εντυπώσεων θετικών ή αρνητικών. Επομένως και στην περίπτωση των ατόμων με αναπηρίες μπορούν σε μεγάλο βαθμό να επιτύχουν τη διαμόρφωση μιας θετικής εικόνας, για τα άτομα αυτά από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Δυστυχώς όπως φαίνεται πολύ λίγες ενέργειες γίνονται από την πλευρά τους για να προβληθούν τα προβλήματα, ο τρόπος διαβίωσης και γενικά οι αρνητικές συμπεριφορές, που εκδηλώνονται σε βάρος των αναπήρων ενώ θα μπορούσε τους να

προβληθεί η μεγάλη ψυχική δύναμη που τους χαρακτηρίζει και του ωθεί πολλές φορές να ξεπεράσουν ακόμη και τον εαυτό τους τους πχ. Να ζωγραφίζουν με το στόμα ή το πόδι , να κολυμπούν με ένα χέρι , να λαμβάνουν μέρος σε παγκόσμια πρωταθλήματα ή παραολυμπιάδες και να κατακτούν μετάλλια κα.

Τις περισσότερες φορές η ενασχόληση των Μ.Μ.Ε. σε ότι αφορά τους αναπήρους χαρακτηρίζεται από μελοδραματισμό και διάθεση οίκτου , ενώ περιορίζεται μερικές φορές το χρόνο (Πάσχα , Χριστούγεννα) , για να απαθανατίσει στιγμές ανθρώπων "μίζερων" που " τυχαίνει" να υπάρχουν απλά στην ελληνική κοινωνία.

Το γεγονός πως δεν προβάλλονται συχνά θέματα με ανάπηρους, ειδικά στην τηλεόραση που είναι ένα από τα δημοφιλέστερα μέσα μαζικής ενημέρωσης, είναι το πιο μεγάλο πρόβλημα σε αυτό τον τομέα. Από εδώ προκύπτουν και άλλα προβλήματα , όπως είναι η ελλιπής ενημέρωση και έλλειψη ευαισθητοποίησης τους ευρύτερης κοινής γνώμης. Η προβολή ενημερωτικών εκπομπών με θέματα τις αναπηρίες , αλλά και των έργων (θέατρα, πίνακες, ταινίες ) που αυτά τα άτομα κάνουν, θα βοηθούσε πολύ στην αποδοχή τους από το κοινωνικό περίγυρο. Τέλος η ανάθεση δημοσιογραφικών εργασιών (παρουσίαση δελτίων ειδήσεων, ρεπορτάζ (όπου είναι εφικτό) ή άλλων εκπομπών) σε ανάπηρους θα ήταν ένα πολύ θετικό βήμα. Όπως φαίνεται ειδικά στην τηλεόραση η μοναδική κατηγορία ατόμων με αναπηρίες για τους οποίους υπάρχει ευαισθητοποίηση , είναι οι κωφοί για τους οποίους προβάλλονται τα δελτία ειδήσεων στην ελληνική νοηματική γλώσσα. Κατά τα άλλα σπάνια θα γίνει κάποια αναφορά σε αυτά ή θα γραφεί κάποιο άρθρο, στις εφημερίδες που να αναφέρει τους ανάπηρους, τα προβλήματα και τα επιτεύγματά τους .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

### Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΑΠΟ ΦΟΡΕΙΣ

Στο παρόν κεφάλαιο εξετάζονται οι δυσκολίες και ο αποκλεισμός των ατόμων με αναπηρίες στην εκπαίδευση, στην εκκλησία, στην αγορά εργασίας αλλά και το ρόλο τους μαζί με το ρόλο του αθλητισμού, του κράτους και της τοπικής αυτοδιοίκησης για την εξάλειψη των διακρίσεων που υφίστανται τα άτομα αυτά. Τέλος προτείνονται τρόποι προαγωγής της ένταξης – ενσωμάτωσης, ώστε να μπορέσουν τα άτομα με σωματικές αναπηρίες να αντιμετωπίζονται ως ισότιμοι πολίτες από το κοινωνικό περιβάλλον έμπρακτα και ουσιαστικά και όχι μόνο λεκτικά αν και εδώ και δυο τουλάχιστον δεκαετίες έχουν αρχίσει να γίνονται σημαντικές ενέργειες για την προώθηση ενός καλύτερου τρόπου ζωής ( από όλες τις πλευρές) των σωματικά ανάπηρων ατόμων. Όμως παρά τις φιλότιμες προσπάθειες ορισμένων, οι διακρίσεις δεν παύουν να υπάρχουν, αφού όπως είδη έχει αναφερθεί οι απόψεις για τους ανάπηρους δίστανται ακόμη και σήμερα. Υπάρχουν βέβαια νόμοι που κατοχυρώνουν τα δικαιώματα τους στην εκπαίδευση την υγεία και σε άλλους τομείς, εν τούτοις όμως, χρειάζεται η θέσπιση και άλλων για να καλυφθούν ορισμένα κενά στους τομείς αυτούς και να μπορούν οι σωματικώς ανάπηροι να διαβιούν ως ισότιμοι πολίτες.

#### 1. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



Σημαντική επιρροή στη διαμόρφωση της αντίληψης για τα άτομα με αναπηρία, ασκεί η εκπαίδευση. Ο ρόλος της θα μπορούσε να λεχθεί πως είναι καταλυτικός, εφόσον τα πιο σημαντικά χρόνια για τη διαμόρφωση και ολοκλήρωση της προσωπικότητας, το κάθε άτομο, τα περνά παράλληλα με τη διάρκεια της φοίτησης του στο σχολείο. Στο σχολείο κοινωνικοποιείται, αλληλεπιδρά με συνομηλίκους του, βιώνει διάφορες ψυχοσωματικές αλλαγές κατά την εφηβεία ως τελικό τα στάδιο της

απόκτησης της ταυτότητας και επομένως μέσα από την διαδικασία κοινωνικοποίησης που συντελείται στο σχολείο μαθαίνει να αντιλαμβάνεται και να σέβεται τη διαφορετικότητα οποιουδήποτε ατόμου . Ο σεβασμός είναι όπως λέει και ο Δαραής θέμα " καλλιέργειας " και " παιδείας " , η οποία παιδεία αποκτάται και με τη συμβολή της εκπαίδευσης (άλλοι παράγοντες είναι η οικογένεια , το φιλικό περιβάλλον κτ).

Όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο μέρος μία εμφανής σωματική απόκλιση λειτουργεί αποτρεπτικά στην προσέγγιση από έναν συνομήλικο . Αν αναλογιστεί ο καθένας πόσο ευαίσθητη είναι η ψυχή ενός παιδιού – εφήβου και πόσο ευάλωτη στα μηνύματα που δέχεται από το έξω κόσμο, θα καταλάβει , γιατί είναι σημαντική η εκπαίδευση στη δημιουργία της εικόνας που έχουν για τα ανάπηρα άτομα.

Πως όμως τα παιδιά θα καταφέρουν να μάθουν να σέβονται τη διαφορετικότητα τη στιγμή που το ίδιο το σχολείο ευνοεί την αναπαραγωγή ανισοτήτων και των προκαταλήψεων ; Λέγοντας το ίδιο το σχολείο εννοείται πως ο διαχωρισμός που ακόμα υπάρχει σήμερα στην Ελλάδα " ειδικού " και " κανονικού " σχολείου συνεχίζει να καλλιεργεί αυτό το κλίμα; Τα παιδιά με " αναπηρίες " η " ειδικές ανάγκες " ζουν απομονωμένα στο δικό τους κόσμο μακριά από την τελειότητα των " κανονικών " .Από ότι φαίνεται το " ειδικό " παιδί, στο " ειδικό " σχολείο δείχνει μια μορφή ρατσισμού .Η εκπαίδευση των σωματικά ανάπηρων και όλων γενικά των ατόμων με αναπηρίες έχει καταχωρηθεί με το νόμο 1566/85, ενώ με το νόμο 2817/2000, που αποτελεί αναθεώρηση του προηγούμενου , αναφέρονται τα εξής για την εκπαίδευση των ατόμων αυτών: « Στα άτομα που έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες παρέχεται ειδική εκπαίδευση , η οποία στο πλαίσιο των σκοπών της πρωτοβάθμιας , δευτεροβάθμιας και τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης επιδιώκει ιδιαίτερα :

1. Την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους.
2. Την βελτίωση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων , ώστε να καταστεί δυνατή η ένταξη ή επανένταξη τους στο κοινό εκπαιδευτικό σύστημα και η συμβίωση με το κοινωνικό σύνολο.
3. Την επαγγελματική του κατάρτιση και τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία .
4. Την αλληλοαποδοχή τους με το κοινωνικό σύνολο και την ισότιμη κοινωνική τους εξέλιξη .



Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων λαμβάνονται μέτρα και παρέχονται υπηρεσίες στα παραπάνω άτομα ηλικίας έως 22 ετών σε όλες τις τάξεις των σχολείων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνονται ιδίως η κατάρτιση και εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων και μεθόδων διδασκαλίας , η χρησιμοποίηση διδακτικού υλικού και η χορήγηση οργάνων και λοιπού ειδικού εξοπλισμού και γενικά κάθε είδους διευκολύνσεις και εργονομικές διευθετήσεις. Στις υπηρεσίες περιλαμβάνονται ιδίως η διάγνωση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών των ατόμων με ειδικές ανάγκες, η αξιολόγηση , η παιδαγωγική και ψυχολογική υποστήριξη , η φυσικοθεραπεία , η εργοθεραπεία , η αγωγή λόγου η κοινωνική και συμβουλευτική εργασία, η μεταφορά και η μετακίνηση και κάθε άλλο μέτρο ή υπηρεσία που υποστηρίζουν την ισότιμη μεταχείριση των ατόμων με ειδικές ανάγκες . Όπου στις διατάξεις του παρόντος αναφέρεται διάγνωση, είναι η διάγνωση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών (<http://gspa.gr>, N.2817/2000 ΦΕΚ. 78 , β, 14-03-2000, παράρτημα σελ.19).»

Άλλες ενέργειες ευνοϊκές ως προς την διευκόλυνση της εκπαίδευσης των ατόμων με σωματικές αναπηρίες είναι :

N.2527/97 Υ.Α. Φ. 151/270/14-02-2000 και φ 152/66/ 198/4-04-2000 ο οποίος συνοπτικά αναφέρει ;

« Η εισαγωγή των υποψήφιων με σοβαρές παθήσεις στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση γίνεται κατόπιν ειδικών εξετάσεων και σε ορισμένες περιπτώσεις χωρίς εξετάσεις σε ποσοστό 3% επί του αριθμού εισακτέων καθ' υπέρβαση». Επίσης στις μελέτες κατασκευής όλων αυτών των νέων σχολικών κτιρίων ( ΤΕΙ –ΑΕΙ ) είναι προϋπόθεση η πρόβλεψη της προσβασιμότητας των μαθητών με αναπηρία» (<http://gspa.gr>, παράρτημα σελ.13 ).

Ακόμη στις δομές της ειδικής αγωγής περιλαμβάνονται σχολεία και τμήματα ένταξης που λειτουργούν σε νοσοκομεία προκειμένου να στηρίξουν μαθητές με αναπηρίες που νοσηλεύονται σε αυτά . Τα τμήματα αυτά λειτουργούν στα εξής νοσοκομεία :

Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης 2 ειδικά νηπιαγωγεία και 1 τριθέσιο ειδικό δημοτικό σχολείο .Νοσοκομείο Γεννηματας , 1 τριθέσιο ειδικό σχολείο και τμήμα ένταξης για μαθητές γυμνασίου – λυκείου .

Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ: 1 διθέσιο ειδικό δημοτικό σχολείο .

Νοσοκομείο Ν.Γ. Παπανικολάου: 1 τριθέσιο ειδικό δημοτικό σχολείο.

Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηράκλειο Κρήτης: Τμήμα ένταξης για μαθητές δημοτικού σχολείου .

Νοσοκομείο Παιδων Αγίας Σοφίας και Αγλαΐα Κυριακού :2 εξαθέσια δημοτικά σχολεία .

Οι μαθητές που νοσηλεύονται για ορισμένο χρονικό διάστημα στηρίζονται εκπαιδευτικά στα βασικά μαθήματα (γλώσσα , μαθηματικά ) είτε στη σχολική τάξη στο κρεβάτι νοσηλείας για εκείνους οι οποίοι αδυνατούν να μετακινηθούν (.gspsa.gr).

Επίσης, προτάθηκε στο Ε.Π. «ΠΟΛΙΤΕΙΑ» μελέτη που αφορά την ηλεκτρονική προσβασιμότητα του Web Site του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων των σχολικών internets και της Γενικής Γραμματείας Νέας Γενιάς για άτομα με αναπηρίες (<http://.aspa.gr>, παράρτημα σελ.13)..

Παρά τους ισχύοντες νόμους τα άτομα με σωματικές αναπηρίες , αντιμετωπίζουν ορισμένα προβλήματα στο χώρο της εκπαίδευσης τα οποία προκύπτουν από διάφορους λόγους όπως φαίνεται παρακάτω.

Το πιο σημαντικό πρόβλημα των ατόμων με εμφανείς αποκλίσεις ,είναι πως ξαφνικά από το "ειδικό" σχολείο εισάγονται κατευθείαν και απότομα στο " κανονικό " πανεπιστήμιο (αν αποφασίσουν να φοιτήσουν σε κάποια σχολή ) διότι "ειδικό" πανεπιστήμιο δεν υπάρχει. Εισάγονται σε ένα πρωτόγνωρο περιβάλλον πολλές φορές εχθρικό και με πολλά άλλα προβλήματα (θα αναλυθούν πιο κάτω).

Για να ενταχθεί το άτομο ομαλά από το ειδικό σχολείο στο πανεπιστήμιο , χρειάζεται αρκετή προσπάθεια . Διότι η αντίφαση όπου έχει δημιουργηθεί και της οποίας δέκτες είναι τα ανάπηρα παιδιά , αφ' ενός μεν πηγαίνουν σε σχολεία ειδικά διαμορφωμένα με κατάλληλα εκπαιδευμένους δασκάλους , με άτομα τις ίδιες κατάστασης και αφ' ετέρου να εισάγονται σε μια πανεπιστημιακή σχολή χωρίς κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο (απουσία ασανσέρ , καθίσματα μη αναπαυτικά και συμφοιτητές ως επί το πλείστον "κανονικά " άτομα ) εμποδίζει την ένταξη τους ως ένα σημείο , στον ευρύτερο κοινωνικό τομέα .

Όταν ένα παιδί βρίσκεται σε μια αμιγή τάξη παιδιών με την ίδια ή παρεμφερή ή άλλες αναπηρίες φυσικό και επόμενο είναι να υιοθετήσει τρόπους συμπεριφοράς μη κανονικούς . Το κάθε άτομο το οποίο είναι μέλος μια ομάδας μιμείται και τείνει να προσαρμόζεται στον τρόπο συμπεριφοράς των υπολοίπων μελών της ομάδας .

Η ομάδα προσφέρει πρότυπα αλλά και είναι η πηγή διαμόρφωσης του κοινωνικού εαυτού . Επομένως, αν τα ανάπηρα παιδιά συναναστρέφονται μόνο με άτομα της ίδιας κατάστασης, όπως λέχθηκε , δεν λαμβάνουν κάτι διαφορετικό . Η συναναστροφή όμως , με μη ανάπηρα παιδιά ευνοεί την δημιουργία κλίματος αλληλοαποδοχής (κυρίως στα υγιή παιδιά) επικοινωνίας, σεβασμού και αλληλοβοήθειας . Η συνύπαρξη μεταξύ αναπήρων – μη αναπήρων παιδιών βοηθάει στην απολαβή ωφελειών και για τα μεν και για τα δε. Στα παιδιά που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα βοηθάει ώστε να μην υφίστανται την αλλαγή , που δημιουργεί η αντίφαση " ειδικού "σχολείου – πανεπιστήμιο , ενώ στα μη ανάπηρα βοηθά, ώστε να μην εκπλήσσονται , να φοβούνται ή να ενοχλούνται από την παρουσία ενός ανάπηρου ατόμου κοντά τους . Όσο υπάρχει αυτός διαχωρισμός τόσο τα άτομα αυτά θα ζουν στο περιθώριο και θα χάνουν ευκαιρίες να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους. Και έχουν πολλές ικανότητες αφού μια αναπηρία δεν συνοδεύεται πάντα από νοητική υστέρηση , όπως λόγω χάρη η εγκεφαλική παράλυση όπου το 50% των παιδιών με την πάθηση είναι φυσιολογικής ή ανώτερης νοημοσύνης όπως αναφέρει σχετικά η Σταυροπούλου- Παπαϊωάννου (2003,σελ.90).

Αλλα εξίσου βασικά προβλήματα είναι :

1. Ο ελλιπής αριθμός μονάδων ειδικής αγωγής (Μπάρδης ,1997, σελ.746). Οι μονάδες ειδικής αγωγής που λειτουργούν στην επαρχία είναι εξαιρετικά λίγες και δεν επαρκούν να καλύψουν τις ειδικές ανάγκες που έχουν τα παιδιά με αναπηρίες. Σε πανελλαδική κλίμακα λειτουργούν 1047 τμήματα ένταξης Προσχολικής Εκπαίδευσης και Δημοτικής Εκπαίδευσης , 283 Μονάδες ειδικής Αγωγής Προσχολικής και Δημοτικής Εκπαίδευσης , και 50 εργαστήρια επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης (<http://aspa.gr>, παράρτημα,σελ.12) ( αναλυτικότερα θα αναφερθούν σε επόμενη παράγραφο τα κέντρα για άτομα με σωματικές αναπηρίες ). Η συνέπεια αυτής της έλλειψης είναι η βοήθεια σε ελάχιστα από τα παιδιά αυτά αφού δεν δέχονται και κάποια ιδιαίτερη

βοήθεια και εγκαταλείπουν το σχολείο χωρίς να υπάρχει μέριμνα για την κοινωνική τους ένταξη (Μπάρδης ,1997,σελ.746).

- i. Ακατάλληλη Κτιριακή Υποδομή : Πολλά από τα ειδικά σχολεία στεγάζονται σε ακατάλληλα κτίρια με περιορισμένο αριθμό αιθουσών ή σε άλλες μικρές αίθουσες που δεν είναι προσαρμοσμένες γι' αυτό το σκοπό , χωρίς να διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα (οπτικοακουστικά, τεχνικά) και το κατάλληλο εκπαιδευτικό υλικό για τις εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών αυτών . Σύμφωνα με την τροποποίηση των διατάξεων του Ν.1577/1985 το 2000 (Ν. 2831/2000 ΦΕΚ.13-06-2000 140 τ.α.) για την κτιριακή υποδομή επιβάλλεται να εξασφαλίζεται η οριζόντια και κάθετη προσπέλαση από άτομα με αναπηρίες στους χώρους που στεγάζονται μονάδες εκπαίδευσης (εκτός των άλλων υπηρεσιών) (άρθρο 28 παρ.1,<http://gsra.gr>,παράρτημα,σελ.17). Παρά την εξασφάλιση της προσβασιμότητας των κτιρίων που στεγάζουν εκπαιδευτικές μονάδες δεν λύνεται ένα άλλο πρόβλημα, ότι τα παιδιά με διαφορετικές αναπηρίες φοιτούν στην ίδια τάξη με συνέπεια, ο δάσκαλος να μην έχει πολλές δυνατότητες για διαφοροποιημένη και εξατομικευμένη διδασκαλία (Μπάρδης ,1997,σελ.746).
- ii. Ανυπαρξία ειδικής επαγγελματικής εκπαίδευσης:Ο ελλαδικός χώρος χαρακτηρίζεται από ανυπαρξία ειδικής επαγγελματικής εκπαίδευσης που θα προετοίμαζε τα άτομα με αναπηρίες να ασκήσουν κάποιο επάγγελμα, να περάσουν από το σχολείο στην ενεργό ζωή και να αποκατασταθούν στην αγορά εργασίας. Τα άτομα αυτά βέβαια σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να φοιτήσουν και στο πανεπιστήμιο , αλλά δυσκολεύονται εξαιτίας της ασυμβατότητας των κτιρίων. Παρόλο που με το νόμο 2831/2000 όπως προαναφέρθηκε πρέπει να εξασφαλίζεται η κατακόρυφη και οριζόντια προσπέλαση στα δημόσια κτίρια στα οποία περιλαμβάνονται και τα πανεπιστήμια μόλις τα 10 από αυτά έχουν καταστεί προσβάσιμα (<http://gsra.gr>,παράρτημα,σελ .2) Η αδυναμία μετακίνησης σωματικά αναπήρων φοιτητών στις πανεπιστημιακές σχολές αποτελεί βασικό πρόβλημα διότι ,για παράδειγμα πως ένα άτομο το οποίο είναι καθηλωμένο σε αναπηρικό αμαξίδιο θα ανέβει στον τρίτο όροφο του κτιρίου εφόσον δεν υπάρχει ανελκυστήρας ; (υπάρχουν ακόμα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα που δεν διαθέτουν ούτε ένα ανελκυστήρα ούτε ράμπες ) (Μπάρδης , 1997,σελ.746).

iii. Έλλειψη αριθμού δασκάλων ειδικής αγωγής :Στην Ελλάδα σήμερα διδάσκει ένας πολύ μικρός αριθμός δασκάλων ειδικής αγωγής. Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού είναι σημαντικό κανό στην ελληνική ειδική αγωγή. Απλοί δάσκαλοι χωρίς εξειδίκευση διδάσκουν σε ειδικά σχολεία με αποτέλεσμα να μην δίδεται η απαραίτητη προσοχή στα παιδιά με σωματικές αναπηρίες, διότι, όπως έχει ήδη αναφερθεί στις τάξεις των ειδικών σχολείων φοιτούν παιδιά με διαφορετικές σωματικές αναπηρίες , επομένως ο εκάστοτε δάσκαλος δεν μπορεί να αντεπεξέλθει και στις διαφορετικές ανάγκες που έχουν τα παιδιά αυτά.

Σε μερικές περιπτώσεις τα άτομα με νευρολογικά ή ορθοπαιδικά προβλήματα (όπως αθετισμο, τετραπληγία ) μπορούν να φοιτήσουν και σε τάξεις κανονικού σχολείου με υποστήριξη . Όμως προκύπτει το πρόβλημα της εξειδίκευσης (που αναφέρθηκε πριν) , του απλού δασκάλου και η άγνοια του ως προς τον τρόπο διδασκαλίας και συμπεριφοράς απέναντι του (Μπάρδης , 1997,σελ.746). Ένα θετικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή έγινε από το Γ.Κ.Π.Σ. μέσα από το οποίο προβλέπεται η εξειδίκευση και η επιμόρφωση χιλιάδων εκπαιδευτικών Προσχολικής και Δημοτικής Εκπαίδευσης (δόθηκε έμφαση στην πολυαναπηρία και το πρόγραμμα περιλαμβάνει την εξειδίκευση 80 εκπαιδευτών )(http://gspe.gr, παράρτημα,σελ.12) .

iv. Άγνοια προκατάληψη περίγυρος και απροετοιμασία δασκάλων για ενσωμάτωση :Σήμερα δυστυχώς δεν υπάρχει ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τα άτομα με αναπηρίες . Οι άνθρωποι " ενοχλούνται" από την παρουσία των ατόμων αυτών, συμπεριλαμβανομένων και ορισμένων δασκάλων , οι οποίοι στη συντριπτική τους πλειοψηφία κρατούν αρνητική στάση όχι μόνο απέναντι στα παιδιά με αναπηρίες αλλά και στους δασκάλους ειδικής αγωγής. Δεν είναι ενημερωμένοι γύρω από τα προβλήματα των παιδιών αυτών και δεν γνωρίζουν πώς να τα αντιμετωπίσουν. Επίσης γονείς κανονικών παιδιών πολλές φορές αρνούνται τη δημιουργία ειδικών σχολείων ή ειδικών τάξεων στη γειτονιά ή το κανονικό σχολείο των παιδιών τους (Μπάρδης , 1997,σελ.747).

Στη δημιουργία αυτού του κλίματος προκατάληψης και άγνοιας συμβάλει σε αρκετά μεγάλο βαθμό στις επαρχιακές πόλεις Συλλόγων και Σωματείων για άτομα με αναπηρίες ή γενικώς για άτομα με αναπηρίες καθώς και η έλλειψη διοργάνωση σεμιναρίων , συνεδρίων

και ημερίδων με σκοπό τη διαφώτιση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας .

v. Οι γονείς των παιδιών που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα δεν είναι συνεργάσιμοι :Όπως φάνηκε και στο πρώτο μέρος στη σελ.56 οι γονείς δεν αποδέχονται το πρόβλημα του παιδιού τους. Αυτό ανθρωπίνως είναι δικαιολογημένο . Υπάρχει ελπίδα για λάθος διάγνωση για ίαση κτλ. Με αποτέλεσμα να μην συγκαταθέτουν στην ένταξη του παιδιού σε κάποια μονάδα ειδικής αγωγής. Η άσχημη ψυχολογική κατάσταση που συνοδεύει συνήθως τη συνειδητοποίηση της πραγματικότητας (τύψεις, ενοχές, άγχος, απογοήτευση) , σε συνδυασμό με την άγνοια που κατέχει τους γονείς (εφόσον πολλές φορές δίδονται ελλιπής πληροφορίες από τους γιατρούς και αυτές είναι δυσνόητες , αφού λέγονται στην ιατρική ορολογία με αποτέλεσμα ένας γονέας απόφοιτος δημοτικού ή ακόμα και πανεπιστημίου να μην καταλαβαίνει τι του λένε) τους καθιστά τις περισσότερες φορές αρνητικούς και απρόθυμους να συν εργαστούν (Μπάρδης , 1997,σελ.747).

vi. Έλλειψη οικονομικής ανεξαρτησίας μονάδων ειδικής αγωγής: Οι περισσότερες από αυτές της μονάδες εξαρτώνται οικονομικά από άλλους φορείς . Η έλλειψη χρημάτων ειδικά στις επαρχιακές πόλεις οδηγεί σε αδυναμία αντιμετώπισης των λειτουργικών αναγκών των ειδικών μονάδων που δεν διαθέτουν κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή και παιδαγωγικό υλικό εξαιτίας της έλλειψης χρημάτων .

vii. Στασιμότητα στην ίδια μονάδα ειδικής αγωγής .Μέχρι τα 18 τους χρόνια (μερικές φορές έως και 22) τα παιδιά φιλοξενούνται στο ειδικό σχολείο. Στη συνέχεια (αν δεν φοιτήσουν στο πανεπιστήμιο) αναγκάζονται να επιστρέψουν στο σπίτι τους (το χώρο από όπου ξεκίνησαν )ή υποβάλλουν αιτήσεις για συνεχίσουν στο ίδιο σχολείο , επειδή οι γονείς αδυνατούν να ανταποκριθούν μόνοι τους στις ανάγκες του παιδιού τους χωρίς την κατάλληλη βοήθεια από το σχολείο .

## **α.ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΗΡΩΝ ΑΤΟΜΩΝ**

Ο Κρουσταλάκης δίνει το εξής ορισμό για την ειδική αγωγή "με το όρο ειδική αγωγή εννοούμε τους ιδιαίτερους τρόπους μεταχείρισης και εκπαίδευσης των ατόμων που παρουσιάζουν

κάποια απόκλιση από το φυσιολογικό. Η ειδική αυτή παιδαγωγική αντιμετώπιση πρέπει να είναι ανάλογη με την ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει τα άτομα αυτά” (Κρουσταλάκης ,2002,σελ.28).

Σύμφωνα με τον ίδιο , ο σκοπός της είναι « η υποβοήθηση , η υποστήριξη και η βελτίωση της σωματικής της πνευματικής της συναισθηματικής και κοινωνικής κατάστασης των παιδιών και των εφήβων που αναφέρθηκαν» (εξήγηση : που παρουσιάζουν κάποια απόκλιση είτε σωματική είτε πνευματική κα). Βασικές ακόμα επιδιώξεις της αποτελούν: η επαγγελματική τους αποκατάσταση και μέσω αυτής η κοινωνική τους ενσωμάτωση»(Κρουσταλάκης ,2002,σελ12).

Όσον αφορά την ειδική αγωγή των αναπήρων παιδιών, πρέπει να αναφερθεί πως η πρόνοια και η εκπαίδευση τους άρχισε από μορφή φιλανθρωπίας με πρωτοβουλίες ιδιωτών στις αρχές του προηγούμενου αιώνα στο εξωτερικό .

Το 1816 ιδρύθηκε στο Wurzburg της Γερμανίας ειδικό σχολείο για παιδιά με ορθοπεδικές παθήσεις τα οποία λόγω της κατάστασή τους ήταν αναγκασμένα να βρίσκονται σε κλίνες.

Παρόμοια σχολεία ιδρύθηκαν στο Βερολίνο (Θεραπευτήριο για φτωχά ανάπηρα παιδιά 1823) και Μόναχο (θεραπευτήριο αγωγής και μόρφωσης για ανάπηρα αγόρια 1832). Στις Η.Π.Α. και συγκεκριμένα στο Σικάγο άρχισε να λειτουργεί το 1900 το πρώτο ειδικό δημοτικό σχολείο για σωματικά ανάπηρα παιδιά. Παρόμοια σχολεία ιδρύθηκαν συνέχεια στις πόλεις Ν.Υόρκη (1906) Νητρίϊστ και Κλήβελαντ(1910) , Φιλαδέλφεια και Βαλτιμόρη (1913) . Τέλος στη Βιέννη ιδρύθηκε το 1926 για σωματικώς ανάπηρα παιδιά το οποίο περιλάμβανε πρόγραμμα ημερήσιας εκπαίδευσης (Κυπριωτάκης ,2000,σελ.47).

Αναφορικά με τον Ελληνικό χώρο το πρώτο μισό του 2<sup>ου</sup> αιώνα δεν υπήρξε εκ μέρους της Ελληνικής Πολιτείας μέριμνα για τα άτομα με αναπηρία. Οι όποιες προσπάθειες ξεκίνησαν μετά το τέλος του πρώτου μισού του αιώνα και είχαν όπως και στο εξωτερικό αφετηρία ιδιώτες με τελικό αποτέλεσμα την ίδρυση ιδρυμάτων . Αυτά τα ιδρύματα παρείχαν στο άτομο με υστέρηση προστασία εκπαίδευση και περίθαλψη ενώ μετέπειτα και επαγγελματική κατάρτιση. Και εδώ η μεταχείριση των αναπήρων είχε χαρακτήρα ιδρυματικό δηλ. κλειστή προστασία , περίθαλψη και προσπάθεια προαγωγής τους μέσα από την παροχή βασικών

γνώσεων. Όλες αυτές οι προσπάθειες βέβαια ήταν αποτέλεσμα επιρροής από το εξωτερικό με συνέπεια τη διαμόρφωση ενός ιδεολογικού πλαισίου , που είχε ως άξονα την ίση μεταχείριση των ατόμων αυτών, σε συνάρτηση με τον χωρίς ειδικές ανάγκες ή αναπηρίες πληθυσμό ([www.auth.gr](http://www.auth.gr) , Δαραής , 03/2001 ).

Συγκεκριμένα το 1920 ιδρύθηκε το « Ασκληπιείο Βούλας» το οποίο περιλάμβανε ιδιαίτερους χώρους για σωματικά ανάπηρα παιδιά , το 1937 η Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Ανάπηρων Παιδιών Βούλας, το 1952 το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων και το 1972 η « Εταιρεία Προστασίας Σπαστικών» . Μετά το β΄ Παγκόσμιο πόλεμο και ιδιαίτερα μετά το 1950 αρχίζει να προσφέρεται στα σωματικός ανάπηρα παιδιά μια πιο συστηματική και ολοκληρωμένη εκπαίδευση , λειτουργούν σχολές ειδικές για την μόρφωση διδακτικού προσωπικού ιδρύονται σχολεία και χρησιμοποιούνται σύγχρονα μέσα και οπιοθεραπευτικά όργανα. Στην επόμενη παράγραφο αναφέρονται ορισμένα κέντρα στην Ελλάδα σήμερα για ανάπηρα παιδιά στις πόλεις που λειτουργούν :

### **1. Νομός Αττικής.**

Εθνικό Ίδρυμα αποκατάστασης Αναπήρων (Ίλιον), Ειδικό Κέντρο Παιδιού Δυτικής Αττικής – Μονάδα Σπαστικών Παιδιών – Ψυχοκινητικής Καθυστερήσεως (Περιστέρι) ,Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Σπαστικών Πρότυπο Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης , «Πόρτα Ανοιχτή» (Αργυρούπολη), Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας (Ι.Κ.Ε.) - Χατζηπατέρειο Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων Παιδιών Βούλας (Κ.Α.Α.Π.Β.) , Κέντρο Προστασίας Παιδιών «Μιχαλήνιο»(Πρώην ΠΙΚΠΑ , Πειραιάς ) , Σύλλογος Γονέων και Φίλων ΑμεΑ Σαλαμίνας – Μεικτό Δημέρευσης –Ημερήσιας Φροντίδας "Ο Άγιος Συμεών" (Σαλαμίνα) (ΕΚΚΕ. 2003 σελ,30,32,34,38,42,46,47,51,53,60 αντίστοιχα ).

### **2. Νομός Αιτωλοακαρνανίας**

Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Ανάπηρων Παιδιών (ΕΛΕΠΑΠ παράρτημα Αγρινίου ) , Κέντρο Δημέρευσης – Ημερησίας Φροντίδας –ΑμεΑ, « Η Ελπίδα΄΄ (Αγρίνιο) , Σύλλογος ΑμεΑ , Γονέων και Φίλων "Ηλιαχτίδα" (Αγρίνιο), (ΕΚΚΕ , 2003 , σελ. 66,68,69 αντίστοιχα ).



### **3. Νομός Αχαΐας**

Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης αναπήρων (Παράρτημα Πατρών ),Μονάδα Αποκατάστασης Σπαστικών Παιδιών (Πρώην ΠΙΚΠΑ Πατρών)( ΕΚΚΕ , 2003 , σελ.71,74 αντίστοιχα ).

### **4. Νομός Γρεβενών**

Νομαρχιακός Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες Νομού Γρεβενών (Γρεβενά) (ΕΚΚΕ,2003, σελ. 76).

### **5.Νομός Δωδεκανήσων**

Θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων παιδων " Ο Άγιος Ανδρέας" (Δήμος Πεταλούδων, Ρόδος) ,Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης και Επαγγελματικής Κατάρτισης " Άγιος Παντελεήμων"(Κάλυμνος) (ΕΚΚΕ,2003, σελ. 77,78 αντίστοιχα ).

### **6.Νομός Ζακύνθου**

Τμήμα Επαγγελματικής Κατάρτισης και Φυσικής Αποκατάστασης ΑμεΑ του Οργανισμού Δημόσιας Αντίληψης Ζακύνθου (Ο.Δ.Α.Ζ) (ΕΚΚΕ, 2003, σελ. 81 αντίστοιχα ).

### **7. Νομός Ημαθίας**

Κέντρο Απασχόλησης Κατάρτισης και Δημέρευσης Ατόμων με Αναπηρία " Τα παιδιά της Άνοιξης " (Αλεξάνδρεια )

Κέντρο Περίθαλψης Παιδιών (ΚΕ,ΠΕ.Π.)(ΕΚΚΕ, 2003 , σελ. 83αντίστοιχα ).

### **8. Νομός Ηρακλείου**

Κέντρο ειδικών παιδιών, « Η Ζωοδόχος Πηγή» ,ένωση γονέων και κηδεμόνων και φίλων απροσάρμοστων ατόμων (Ηράκλειο ) , κέντρο περίθαλψης παιδιών(ΚΕ.ΠΕ. Π) (ΕΚΚΕ, 2003 , σελ. 84,86 αντίστοιχα ).

### **9.Νομός Θεσπρωτίας**

Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρία (Ηγουμενίτσα )(ΕΚΚΕ, 2003 σελ .87)

### **10.Νομός Θεσσαλονίκης**

Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Παιδιών (ΕΛ.Ε.Π.Α.Π. , Παράρτημα Θεσσαλονίκης , Πυλαία), Εταιρεία Σπαστικών Βορείου Ελλάδος (Σ.Β.Ε. Θεσσαλονίκη )(ΕΚΚΕ 2003,σελ. 89,90 αντίστοιχα ).

### **11. Νομός Ιωαννίνων**

Εταιρεία Προστασίας και Αποκαταστάσεως Αναπήρων Παιδιών (ΕΛ.Ε.Π.Α.Π. , Παράρτημα Ιωαννίνων)(ΕΚΚΕ. 2003 σελ.97 αντίστοιχα ).

### **12. Νομός Καρδίτσας**

Κέντρο Περίθαλψης παιδιών Καρδίτσας " Ο Άγιος Κύρριλος" (Καρδίτσα ) , "Ορίζοντες" Κέντρο Υποστήριξης και Παροχής Συμβουλών για ΑμεΑ (Καρδίτσα ) (ΕΚΚΕ. 2003 σελ.99,100 αντίστοιχα ).

### **13. Νομός Καστοριάς**

Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης και Κοινωνικής Υποστήριξης ΑμεΑ Καστοριάς (Κ.Α.Α.Κ.Υ. Άργος , Ορεστικό)(ΕΚΚΕ. 2003 σελ.101 αντίστοιχα ).

### **14.Νομός Κέρκυρας**

Κέντρο δημιουργίας Απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρία (Κέρκυρα ) (ΕΚΚΕ. 2003 σελ.102αντίστοιχα ).

### **15.Νομός Κοζάνης**

Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης και Αποκατάστασης ΑμεΑ (Κοζάνης ).

«Κιβωτός» Κέντρο αποθεραπείας – αποκατάστασης –διημέρευσης – ημερήσιας – φροντίδας ΑμεΑ (Κοζάνη ) (ΕΚΚΕ. 2003 σελ.104,106 αντίστοιχα ).

### **16.Νόμος Κορινθίας**

Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων και Φίλων , παιδιών και ατόμων με ειδικές ανάγκες Νομού Κορινθίας (Ευθύμιο Κέντρο ,Αρχαία Κόρινθος)(ΕΚΚΕ. 2003 σελ.107) .

### **17. Νομός Κυκλάδων**

Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης παιδιών και εφήβων με αναπηρία (Ερμούπολη , Σύρου ) (ΕΚΚΕ. 2003 σελ.108).

### **18. Νομός Λάρισας**

Κέντρο Αποκατάστασης ατόμων με Αναπηρίες Θεσσαλίας « Ο Αριστεύς» (Γιάννουλη) )(ΕΚΚΕ. 2003 σελ.110 ).

### **19. Νομός Λασιθίου**

Σύλλογος Ατόμων με Αναπηρίες, Γονέων και φίλων Ιεράπετρας (ΕΚΚΕ. 2003 σελ.111 ).

### **20.Νομός Μαγνησίας**

Ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Παιδιών (ΕΛΕΠΑΠ, Παράρτημα Βόλου)(ΕΚΚΕ. 2003 σελ.115 ).

### **20.Νομός Πιερίας**

Εξειδικευμένο κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κατερίνη) , Κέντρο Αποθεραπείας – Αποκατάστασης –Μεικτό κέντρο Δημέρευσης –Ημερήσιας Φροντίδας ΑμεΑ Φ.Σ. «Μέριμνα Παιδιού» Κατερίνης (ΕΚΚΕ. 2003 σελ.119 ).

### **21. Νομός Ροδόπης**

Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Παιδιών Κομοτηνής (ΕΚΚΕ. 2003 σελ.122 ).

### **22. Νομός Σερρών**

Κέντρο Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Σερρών (Κ.Α. ΑμεΑ), Κέντρο Περίθαλψης Παιδιών (ΚΕ.ΠΕ.Π.) Σιδηρόκαστρο. (ΕΚΚΕ. 2003 σελ.124,125 αντίστοιχα ).

### **23.Νόμος Χανίων**

ελληνική Εταιρεία Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων παιδιών (ΕΛΕΠΑΠ ,Παράρτημα Χανίων), Κέντρο Ημερησίας Φροντίδας και Απασχόλησης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Κ.Η.Φ.ΑΜ.Ε.Α.) )(ΕΚΚΕ. 2003 σελ.128,130 αντίστοιχα ).

### **24. Νομός Χίου**

Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης ΑμεΑ Νομού Χίου (ΕΚΚΕ, 2003, Σελ.132).

## **ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

Σήμερα υπάρχουν συγκεκριμένοι χώροι που ασκείται η ειδική αγωγή .

Ως μονάδες τμήματα ειδικής αγωγής θεωρούνται :

- Τα αυτόνομα ειδικά σχολεία , οποιασδήποτε βαθμίδων, δημοσίων και ιδιωτικά .

- Οι ειδικές τάξεις ή τμήματα ειδικής αγωγής οι οποίες είναι μέρος και λειτουργούν σε όλα τα σχολεία της γενικής και επαγγελματικής Εκπαίδευσης.

Τα τμήματα αυτά είναι δυνατό να διαφοροποιούνται ανάλογα με κάποιο βασικό χαρακτηριστικό : Έτσι διακρίνονται :

1) Σύμφωνα με το είδος της απόκλισης που τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν: ειδικά σχολεία κουφών , τυφλών, νοητικά καθυστερημένων κτλ.

2) Σύμφωνα με την ηλικία τμήματα προσχολικής , σχολικής και μετασχολικής αγωγής.

3) Ανάλογα με το είδος της αγωγής και το χώρο όπου και αυτή περιέχεται : κατασκηνώσεις , εργαστήρια , θετές οικογένειες , νεανικές οργανώσεις, εθελοντικές οργανώσεις κ.α. (Κρουσταλάκης , 2000 , σελ. 96) .

#### **α. Προσχολικά ιδρύματα ειδικού τύπου**

I. Ειδικό νηπιαγωγείο :καθαρά ειδικό παιδαγωγικό τμήμα .

II. Ειδικός νηπιακός σταθμός: μικτός τύπος με προστατευτικό χαρακτήρα για παιδιά εργαζομένων μητέρων.

#### **Ανάλυση τμημάτων ειδικής αγωγής**

Αυτόνομα ειδικά σχολεία χωρίζονται ως εξής:

- Ειδικά σχολεία για νοητικά υστερούντα παιδιά . Στα σχολεία αυτά γίνονται δεκτά παιδιά το οποία έχουν δείκτη νοημοσύνης κάτω του 75. Τα παιδιά αυτά είναι εκπαιδεύσιμα ή ασκήσιμα .
- Ειδικά σχολεία για τυφλά παιδιά.
- Ειδικά σχολεία για βαρήκοα και κωφά παιδιά.
- Ειδικά σχολεία για σωματικώς ανάπηρα παιδιά.
- Ειδικά σχολεία για συναισθηματικά αποκλίνοντα και κοινωνικά δυσπροσάρμοστα παιδιά.
- Ειδικά σχολεία για ψυχικώς ασθενή παιδιά .
- Πολυδύναμα κέντρα ειδικής αγωγής (Κρουσταλάκης , 2000 , σελ. 96).

#### **β. Ειδικές τάξεις ή τμήματα ειδικής αγωγής**

Είναι ειδικές σχολικές τάξεις ή τμήματα κανονικών εκπαιδευτικών μονάδων , εντός των οποίων ασκείται η ειδική αγωγή

. Σε αυτά τα τμήματα φοιτούν αποκλίνοντες μαθητές , οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι , στο κανονικό σχολείο , όπου και ανήκει η τάξη αυτή.

### **Ειδικές μονάδες επαγγελματικής εκπαίδευσης**

1. Τμήματα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης ή πρόσθετες πολυτεχνικές τάξεις εντός ειδικών σχολείων ή εργασιοθεραπείας που λειτουργούν και ειδικά σχολεία

2. Προστατευτικό εργαστήριο το οποίο υπάγεται στο ειδικό σχολείο των ασκήσιμων παιδιών .

3. Ειδικό εργαστήριο επαγγελματικής μαθητείας , για αποφοίτους ειδικών σχολείων εκπαιδευτικών παιδιών, αυτόνομα ή υπαγόμενο σε ειδικό σχολείο (Κρουσταλάκης , 2000 , σελ. 97).

## **2. ΕΚΚΛΗΣΙΑ**



Οι Έλληνες είναι ένας λαός που είτε λίγο είτε πολύ διακατέχεται από θρησκευτική συνείδηση . Επομένως και τα άτομα με αναπηρία , έχουν πίστη στο θεό αλλά λιγότερο και άλλα περισσότερο. Για να είναι βέβαια κανείς πιστός στο Θεό και να ζει σύμφωνα με το νόμο του Ευαγγελίου, πρέπει πρώτα να έχει ενημερωθεί κατάλληλα για τον τρόπο συμμετοχής στη ζωή της Εκκλησίας , που περιλαμβάνει τις σχέσεις του με το Θεό, τα μυστήρια (εξομολόγηση, βάπτιση , γάμος κτλ.) τις σχέσεις με του εαυτό του και τους άλλους ανθρώπους . Οι σχέσεις αυτές δεν μπορούν να καλλιεργηθούν αν ο πιστός κάθεται προσηλωμένος στο σπίτι του και παρακολουθεί τη θεία Λειτουργία από την τηλεόραση , αφού δεν μπορεί

να βιώσει εκείνη τη στιγμή με όλη του την ύπαρξη αυτό το οποίο βλέπει ή τη στιγμή που το θέλει δεν μπορεί να πάει σε μια εκκλησία

για να προσκυνήσει, είτε επειδή η αναπηρία του δεν του το επιτρέπει είτε επειδή η δομή των υφιστάμενων ναών είναι τέτοια (χωρίς ράμπες μόνο μα σκαλιά) , που το άτομο δεν μπορεί να εισέλθει στο χώρο. Στην ενότητα αυτή αναφέρονται τα αντικειμενικά εμπόδια που συναντούν τα άτομα με αναπηρίες στην προσέλευσή τους στην εκκλησία τα οποία παρεμποδίζουν την ικανοποίηση των θρησκευτικών αναγκών τους. Αναφέρονται επίσης και ορισμένα άλλα προβλήματα – ελλείψεις που υπάρχουν στα ιδρύματα της Εκκλησίας , τα οποία αν εξαλείφονταν θα διευκολύνονταν αρκετά οι ανάπηροι άνθρωποι.

Θέμα αποκλεισμού από τη θρησκευτική ζωή της εκκλησίας εξαιτίας της εμφανής αναπηρίας δεν τίθεται, δεδομένου ότι όλη η διδασκαλία του Ιησού στην αγάπη προς των συνάνθρωπο και το ευαγγέλιο έχει πλήθος παραδείγματα για την θετική αντιμετώπιση των σωματικά αναπήρων από τον Ιησού .Μια σύντομη αναφορά έγινε και στην ιστορική ανασκόπηση . Για να συγκεκριμενοποιηθεί το προαναφερθέν, εκτός της αναπηρίας ούτε καν η θρησκεία δεν αποτελεί κριτήριο για να γίνει αποδεκτό ένα άτομο σε κάποιο από τα ιδρύματα της εκκλησίας , όπως τουλάχιστον φαίνεται από σχετική έρευνα. Σε ερώτηση για τον αν υπάρχουν θρησκευτικά κριτήρια εισαγωγής σε μονάδα πρόνοιας της εκκλησίας το 71,3% απάντησε όχι ενώ το 28,7% ναι πρέπει να είναι χριστιανοί ορθόδοξοι (Δρούμπαλης,Καλαμάτα, 2001 , Διάγραμμα 81, Παράρτημα σελ.23) . Το πιο σημαντικό πρόβλημα είναι αυτό της αδυναμίας πρόσβασης των ατόμων σε χώρους λατρείας λόγω της ανυπαρξίας ειδικών κεκλιμένων διαδρόμων (ράμπες), ειδικών καθισμάτων ,ανεγκυστήρων κτλ.

Ο Δελλασούδας αναφέρει πως το σημαντικότερο πρόβλημα είναι αυτό ενώ στον πίνακα 19.1 του βιβλίου του «εκκλησία και κοινωνική ένταξη ατόμων με ειδικές ανάγκες» για τις ενέργειες που διευκολύνουν την ικανοποίηση των θρησκευτικών αναγκών .αναφέρονται οι εξής προτάσεις με τον αντίστοιχο αριθμό απαντήσεων :

1. Ράμπες (σε ναούς, αίθουσες ομιλιών 47,83 κατηχητικά , εργαστήρια).
2. Ειδικά καθίσματα 4,34.
3. Ανεγκυστήρες 4,34.
4. Προμήθεια αμαξιδίων 4,34.
5. Χειρολαβές 4,34.
6. Επισκέψεις κατ' οίκον 4,34 (Δελλασούδας ,1997, σελ.107).

Πρέπει να σημειωθεί εδώ πως τα άτομα με κινητικά προβλήματα υπέρ των οποίων μεριμνούν οι Ιερές Μητροπόλεις ανέρχεται στο 47,82% (Δελλασούδας , 1997,σελ. 56).

Το ποσοστό που αφορά τον πίνακα 19.1 είναι συντριπτικό και διαφαίνεται πόσο μεγάλο είναι το πρόβλημα της προσβασιμότητας κυρίως των ατόμων με κινητικά προβλήματα στους χώρους της εκκλησίας και σαφώς η προσέλευση στην εκκλησία και στις άλλες ευκαιρίες που αυτή προσφέρει (κατηχητικά, ομιλίες), είναι ένα σημαντικό βήμα για την κοινωνική ένταξη των ατόμων αυτών .

Άλλο σημαντικό πρόβλημα επίσης, είναι η απουσία οργανωμένης κοινωνικής υπηρεσίας από τα ιδρύματα της εκκλησίας , στα οποία υπάγονται και τα ιδρύματα - οικοτροφεία για ΑμεΑ. Στην έρευνα του Δρούμπαλη (Υφιστάμενη Υποδομή Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και Προστασίας (κλειστού και ανοιχτού τύπου) της εκκλησίας της Ελλάδος , στην σχετική ερώτηση, αν η μονάδα έχει οργανωμένη Κοινωνική Υπηρεσία , το 79,1% απάντησαν «όχι» και μόλις το 20,9% απάντησαν «ναι» ( Δρούμπαλης ,2001 , σελ 52 ,διάγραμμα 104 παράρτημα σελ.24) , ενώ στην επόμενη ερώτηση αν η κοινωνική υπηρεσία λειτουργεί το 80,8% απάντησαν σε μόνιμη βάση με έμμισθα εξειδικευμένο προσωπικό , το 15,4% σε μόνιμη βάση με εθελοντές κοινωνικούς λειτουργούς και το 3,8% λειτούργησε κάποτε (Δρούμπαλης ,2001 , σελ 53 ,Διάγραμμα 105 παράρτημα σελ25).

Η διαφορά των δύο αυτών αντιφάσεων έγκειται στο γεγονός πως η οργανωμένη κοινωνική υπηρεσία αποτελείται από τη διεπιστημονική ομάδα (γιατρό, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, κοινωνιολόγο, νοσηλεύτρια) πλήρη ώστε να μπορεί ο κοινωνικός λειτουργός (στην προκειμένη περίπτωση ο ρόλος του οποίου ενδιαφέρει τη μελέτη) να βοηθήσει αποτελεσματικά το άτομο και την οικογένεια του. Όμως όπως φαίνεται από την προαναφερθείσα έρευνα στην ερώτηση ποιες ειδικότητες συμμετέχουν στην ομάδα της κοινωνικής υπηρεσίας δόθηκαν οι εξής απαντήσεις : κοινωνιολόγος 7,1, κοινωνικός λειτουργός 39,4, ψυχολόγος 12,5, ιατρός 21,4, νοσηλεύτρια 17,4 άλλο 1,8 . Παρόλο που το ποσοστό συμμετοχής του κοινωνικού λειτουργού είναι κάπως υψηλό , αρκετά χαμηλό είναι το ποσοστό συμμετοχής του ψυχολόγου (πολύ σημαντικό και χρήσιμο συνεργάτη για τον κοινωνικό λειτουργό ) , ενώ τέλος ούτε το επάγγελμα του γιατρού (το πλέον απαραίτητο) και της νοσηλεύτριας έχουν υψηλά ποσοστά συμμετοχής (Δρούμπαλης ,2001 , σελ 53 ,Διάγραμμα 106 , παράρτημα σελ25).

Χρειάζεται μια οργανωμένη κοινωνική υπηρεσία η οποία θα βρίσκεται σε διαρκή συνεργασία , όχι μόνο μεταξύ της αλλά και με το άτομο και την οικογένειά του ( μια ευθύνη που αναλαμβάνεται κυρίως από τον κοινωνικό λειτουργό) και με φορείς που μπορούν να βοηθήσουν το έργο της διεπιστημονικής ομάδας για αποτελεσματικότερη και πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων με αναπηρία πάντα με απώτερο στόχο της κοινωνικής τους ένταξη.

Η απουσία οργανωμένης κοινωνικής υπηρεσίας από τα ιδρύματα της εκκλησίας οφείλεται είτε στην αδυναμία της να προσλάβει τόσο μεγάλο όγκο προσωπικού είτε στην απροθυμία των επιστημόνων να εργαστούν στα κέντρα αυτά.

Στην προηγούμενη παράγραφο αναφέρθηκε η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας με φορείς που μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των δυσκολιών των αναπήρων . Εδώ τονίζεται ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που προκύπτει. Η έλλειψη συνεργασίας εκκλησίας και φορέων όπως η τοπική αυτοδιοίκηση το κράτος, οι οργανώσεις , οι σύλλογοι που θα μπορούσαν να τη βοηθήσουν με πολλούς τρόπους να διεκπεραιώσει το έργο της . Ένας σημαντικός τρόπος βοήθεια είναι η οικονομική ενίσχυση από το κράτος και συγκεκριμένα από το υπουργείο υγείας και πρόνοιας προς τα ιδρύματα της εκκλησίας . Επίσης η συμμετοχή της ίδιας σε κάποιο πρόγραμμα χρηματοδότησης μέσω της Ευρωπαϊκής Ένωσης , είναι ένα σημαντικό βήμα για την προώθηση της βοήθειας προς τους αναπήρους διαμέσω της εκκλησίας . Όμως όπως αποδεικνύεται από την έρευνα του Δρούμπαλη μόνο το 14,8 των ιδρυμάτων της εκκλησίας έχουν επιχειρήσει να συμμετάσχουν σε κάποιο πρόγραμμα χρηματοδότησης μέσω του υπουργείου υγείας και πρόνοιας, ενώ το 72,2 δεν έχουν επιχειρήσει να συμμετάσχουν και μόλις το 2,8 προβλέπεται άμεσα να συμμετάσχουν . Όσον αφορά για τη συμμετοχή της μονάδας (που υπάγεται στην εκκλησία ) σε κάποιο πρόγραμμα χρηματοδότησης μέσω προγραμμάτων της Ε.Ε το 3,7 απάντησε ναι (έχουν συμμετάσχει )το 81,7 όχι (δεν έχουν συμμετάσχει )και το 2,8 προβλέπεται άμεσα (να συμμετάσχουν) (Δρούμπαλης 2001, Διαγράμματα 101, 102 παράρτημα σελ. 26 ).

Στο διάγραμμα 71 σε μια αναλυτική σκοπιά των οικονομικών πηγών, από τις οποίες ενισχύονται τα ιδρύματα της εκκλησίας , προκύπτουν τα εξής στοιχεία (επί τοις εκατό): χρηματοδότηση από δωρεές , εισφορές, κληροδοτήματα 66,9% χρηματοδότηση από κρατική επιχορήγηση 23,4% χρηματοδότηση από την Τοπική



Αυτοδιοίκηση (Δήμου, Νομαρχίες) 12,9% χρηματοδότηση από υποχρεωτική εισφορά των φιλοξενούμενων 37,2% χρηματοδότηση από άλλες πηγές 59,9% (Δρούμπαλης,2001,διάγραμμα 71, παράρτημα,σελ.27 ). Όπως διαπιστώνεται οι χρηματοδοτήσεις που έχουν σχέση με το κράτος , έχουν χαμηλό ποσοστό και επομένως χάνονται πολύτιμοι πόροι , που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν, όχι μόνο για την βελτίωση των είδη υπαρχόντων ιδρυμάτων αλλά και για την δημιουργία καινούργιων , αποκλειστικά για άτομα με αναπηρία, αφού ο αριθμός των υφισταμένων κτιρίων αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα , για τα άτομα αυτά, είναι πολύ μικρός (ανέρχεται στο 47,82 των εκκλησιαστικών ιδρυμάτων , Δελλασούδας , 1997, σελ. 56).

Όλα αυτά συμβαίνουν την στιγμή που ο ετήσιος προϋπολογισμός ως κόστος συντήρησης στο 38% των εκκλησιαστικών μονάδων ανέρχεται πάνω από 60.000.000 Δρχ. (Δρούμπαλης 2001 διάγραμμα 70 παράρτημα σελ.46) , το 22,2% κάτω και 20.000.000 , το 15,7% μεταξύ 20.000.000 –40.000.000 , το 11,1% μεταξύ 40.000.000-60.000.000 , το 0,9% μεταξύ 60.000.000-100.000.000 ένα άλλο 0,9% μεταξύ 150.000.000 – 200.000.000 και τέλος το 2,8 %από 200.000.000 και πάνω (Δρούμπαλης, 2001,διάγραμμα70 παράρτημα, σελ.28). Αρκετά μεγάλα ποσά από τη στιγμή που η εκκλησία έχει να καλύψει και άλλες ανάγκες πλην τη συντήρηση των ιδρυμάτων (συντήρηση ναών , συντήρηση πνευματικών κέντρων , άλλου είδους φιλανθρωπίες κτλ.) που τις ανήκουν.

Από την έλλειψη οικονομικής ενίσχυσης των κρατικών φορέων δεν χάνονται μόνο πόροι, αλλά δεν αναπτύσσεται και θετικό κλίμα συνεργασίας μεταξύ κράτους και εκκλησίας , που είναι τόσο σημαντικό για περαιτέρω συνεργασία και για ενιαία αποτελεσματική βοήθεια προς τους αναπήρους .

Όσον αφορά το κοινωνικά κριτήρια εισαγωγής στα ιδρύματα , μόνο το 16% , έχουν ως κριτήριο τη διαταραγμένη υγεία (ψυχική ή σωματική (Δρούμπαλης , 2001 , σελ. 40, διάγραμμα 80 παράρτημα σελ.47 ) , ενώ το 48,8 % έχουν ως κριτήριο την απορία .(όπως προαναφέρθηκε για την έρευνα του Δελλασούδα το 47,82% των ιδρυμάτων εξυπηρετεί άτομα με κινητικά προβλήματα ).

Ένα τελευταίο πρόβλημα , είναι και η άγνοια της κοινής γνώμης για το έργο της εκκλησίας λόγω έλλειψης πληροφόρησης για τα υφιστάμενα κτίρια, από την ίδια την εκκλησία . Δεν υπάρχουν πινακίδες που να αναγράφουν την ονομασία των εκκλησιαστικών

ιδρυμάτων ή φυλλάδια σχετικά με την λειτουργία τους . Όσον αφορά τις πινακίδες από την έρευνα του Δρούμπαλη προκύπτει πως οι περισσότερες μονάδες δεν έχουν πινακίδες για την ενημέρωση των επισκεπτών . Στη σχετική ερώτηση το 56,7% απάντησαν αρνητικά , ενώ το 43,3% θετικά ( Δρούμπαλης, 2001, σελ.34 , Διάγραμμα 68 παράρτημα σελ.29). Δεύτερον όσον αφορά την έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων , ύπαρξη σελίδας στο διαδίκτυο κτλ. Τα ποσοστά είναι τα εξής : 97,2% απάντησαν πως δεν εκδίδουν οργανωμένο έντυπο (εφημερίδα, μηνιαίο φυλλάδιο ) και μόλις το 2,8% απάντησε θετικά ως προς αυτό . Επίσης το 97,2% απάντησαν πως δεν διαθέτουν ιστοσελίδα στο internet και το 2,8% αντίστοιχα απάντησε πως διαθέτει, το 84,3% απάντησαν πως εκδίδουν ενημερωτικά έντυπα (φυλλάδια κα. )και το 15,7% απάντησαν θετικά , το 67,3% απάντησαν πως δεν προβαίνουν σε αναγγελία δραστηριοτήτων μέσω τοπικών Μ.Μ.Ε. και το 32,7% θετικά , τέλος το 92,6% απάντησαν πως δεν συμμετέχουν στην έκδοση πανελληνίων εντύπων κοινού ενδιαφέροντος ενώ το 7,4% απάντησε θετικά ως προς αυτό ( Δρούμπαλης, 2001, σελ.52 Διάγραμμα 103 παράρτημα σελ.29).

Το γεγονός αυτό ίσως να οφείλεται και στην τακτική που έχει η εκκλησία η οποία ακολουθώντας πιστά το Ευαγγέλιο , κάνει ενέργειες αλλά προτιμά να μένει στην αφάνεια , να εφαρμόζει δηλαδή τη γνωστή ρήση του Ιησού «να μην γνωρίζει η δεξιά τι ποιεί η αριστερά». Ένας άλλος λόγος είναι η ταπεινοφροσύνη που πρέπει να έχουν όλοι οι χριστιανοί την οποία διδασκε ανελλιπώς ο Ιησούς .

Τελειώνοντας πρέπει να τονιστεί πως στην παρούσα μελέτη δεν τίθεται θέμα κατηγορίας της εκκλησίας και του πολύτιμου έργου που αυτή προσφέρει , απλά επισημαίνονται ορισμένες αδυναμίες οι οποίες αν καλυφθούν θα διευκολυνθεί σημαντικά η θρησκευτική ζωή των αναπήρων .

Στην επόμενη παράγραφο αναφέρονται τα ιδρύματα που λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα και ανήκουν στην Εκκλησία.

## **2α. ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΝΑΠΗΡΟΥΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Ιδρύματα περίθαλψης σωματικός αναπήρων λειτουργούν στις κάτωθι Μητροπόλεις με τις εξής ονομασίες :

Στέγη κατάκοιτων γερόντων (Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών) , Σταυρίδειο Εκκλησιαστικό Ίδρυμα χρονίως πασχόντων ο Άγιος

Κυπριανός (Ι.Μ Αλεξανδρουπόλεως ) Ορθοπαιδική κλινική για ανάπηρα παιδιά του Σταυρίδειου ιδρύματος του Αγίου Νεκταρίου (Ιερά Μητρόπολη Αλεξανδρουπόλεως ) , Πνευματική Συμπαραστάση ΑμεΑ (Ι.Μ.Δημητριάδος και Αλμυρού ) , Μέριμνα υπέρ των ατόμων με αναπηρίες (Ι.Μ Καλαβρύτων και Αιγιαλείας ) , γραφείο συμπαραστάσης ατόμων με αναπηρίες (Ι.Μ. Καστοριάς ) . Ίδρυμα χρονίως πασχόντων και Γηροκομείο «η Πλατυτέρα» (Ι.Μ. Κέρκυρας ) , Κέντρο Εκπαίδευσης ειδικών παιδιών (Ι.Μ. Κέρκυρας ) , Άσυλο ανιάτων « Η στέγη της Εκκλησίας» (Ι.Μ. Μεσσηνίας ) , Άσυλο ανιάτων στην Σπάρτη , Ίδρυμα περιθάλψεως ατόμων με αναπηρίες, Κέντρο αποθεραπείας και αποκαταστάσεως στη Σπάρτη (Ι.Μ. Μονεμβασίας ) , Άσυλο ανιάτων « η Θεομήτωρ» (Ι.Μ. Μυτιλήνης ) , « ο καλός Σαμαρείτης» Γηροκομείο για κατάκοιτους και μη (Ι.Μ. Νέας Ιωνίας ) , Ίδρυμα χρόνιων παθήσεων Ηγουμενίσσας (Ι.Μ. Παραμυθίας ) , μέριμνα υπέρ των ατόμων με αναπηρίες (Ι.Μ. Πατρών ) , Θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων ο Άγιος Ιωάννης Χρυσόστομος (υπό ανέγερση από την Ι.Μ. Περιστερίου), «Αγ. Βησσαρίων» ίδρυμα για παιδιά με αναπηρίες (Ι.Μ. Τρίκης και Σταγών), στέγη κατάκοιτων γερόντων (Ι.Μ. Φθιώτιδος ) , κέντρο χρονίως πασχόντων Καβάλας (Ι.Μ. Φιλίππων ) " «εκκλησιαστική στέγη» (Ι.Μ. Χίου ) όπου φιλοξενούνται παιδιά με ειδικές δυνατότητες (Δίπτυχα της εκκλησίας της Ελλάδος , 2003 σελ. 415,436,494,597,615,617,625,699,710,715,730,758,770,786,837, 862,869,897 αντίστοιχα).

### 3. ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



Το κράτος έχει θεσπίσει διάφορους νόμους και έχει προβεί σε ενέργειες για την προώθηση της ένταξης και ενσωμάτωσης των ατόμων που αντιμετωπίζουν αναπηρίες.

Σύμφωνα με στοιχεία , εκτός από τους τομείς της εκπαίδευσης , υγείας άθλησης προσβασιμότητας , τοπικής αυτοδιοίκησης, το κράτος προσφέρει διευκολύνσεις στους ανάπηρους όσον αφορά την οικονομική τους ζωή, την ψυχαγωγία , τις μεταφορές κα. Αναλυτικότερα από το υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης έχουν προβλεφθεί τα εξής :  
 "Εξυπηρέτηση των ΑμεΑ κατά προτεραιότητα  
 Εγκύκλιος ΔΙΑΔΠ /4291/17.2.97.

“ Έχουν αναρτηθεί σε όλα τα κτίρια του Δημοσίου , του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα και των Ο.Τ.Α. πινακίδες με την ένδειξη “ τα άτομα με ειδικές ανάγκες εξυπηρετούνται κατά προτεραιότητα” .Οι υπάλληλοι υποχρεούνται να βοηθήσουν τα άτομα αυτά , να αναλάβουν την εσωτερική τους διακίνηση και διεκπεραίωση των εγγράφων , να αποστέλλουν ταχυδρομικά βεβαιώσεις , πιστοποιητικά κ.α. Προβλέπεται επίσης, ειδικό κεφάλαιο για τις ρυθμίσεις που αφορούν τους καταναλωτές (<http://gspra.gr>, παράρτημα σελ.. 1).

“ Πληροφόρηση”

αρχές του 2001 εκδόθηκε ο οδηγός του Πολίτη με Ειδικές Ανάγκες από τη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης , ο οποίος επικαιροποιείται .Οι ιστοσελίδες των συναρμοδίων υπουργείων παρέχουν πληροφόρηση για θέματα που ενδιαφέρουν τα άτομα με αναπηρία και διασύνδεση με άλλους κόμβους πληροφόρησης (<http://gspra.gr>, παράρτημα σελ.. 1)().

Από τις παροχές ασφαλισμένων του Δημοσίου , αναγνωρίζεται το δικαίωμα δαπάνης για την προμήθεια ειδικού τύπου αναπηρικού αμαξιδίου (χειροκίνητου πτυσσόμενου) , η οποία δεν υπερβαίνει τις 300.000 Δρχ (900 €) , ο ασφαλισμένος θα πρέπει να έχει κινητική αναπηρία άνω των 80% η οποία θα πιστοποιείται ύστερα από σχετική γνωμάτευση του αρμοδίου γιατρού.

Όσον αφορά για δικαιώματα σύνταξης (ξανά στους ασφαλισμένους του Δημοσίου) , προκειμένου για υπαλλήλους οι οποίοι είναι παραπληγικοί ή τετραπληγικοί , αρκεί δεκαπενταετής πλήρης πραγματική συντάξιμη υπηρεσία ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), παράρτημα σελ.45)..

Όσον αφορά την οικονομική ενίσχυση , από τις Διευθύνσεις κοινωνικής πρόνοιας των Νομαρχιών, στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εντάσσονται όσοι δεν είναι ασφαλισμένοι ή είναι έμμεσα ασφαλισμένοι ανεξαρτήτου ηλικίας αλλά δεν επιδοτούνται από το φορέα έμμεσης ασφάλισης και περιλαμβάνει:

■ Επίδομα σε πάσχοντες από εγκεφαλική παράλυση, ανασφάλιστους τετραπληγικούς – παραπληγικούς και ακρωτηριασμένους στους οποίους παρέχεται το ποσό 45.000Δρχ. (περίπου 140€) μηνιαίως (εκτός από τους ασφαλισμένους στο Ν.Α.Τ.). Το επίδομα αυτό χορηγείται και σε αυτούς, που είναι ασφαλισμένοι άμεσα σε ασφαλιστικό ταμείο αλλά δεν δικαιούνται επίδομα ή άλλη οικονομική ενίσχυση , γιατί δεν πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις.

■ **Επιδόματα τετραπληγικών – παραπληγικών ασφαλισμένων δημοσίου και ανασφάλιστων** (εξαίρεση αποτελούν οι ασφαλισμένοι των Ο.Τ.Α., ΔΕΚ, ο πρώην ΟΣΕ). Το επίδομα χορηγείται σε άτομα ανεξαρτήτου ηλικίας μηνιαίως και ανέρχεται στο ποσό των 130.000 Δρχ. (περίπου 390€) , το οποίο αναπροσαρμόζεται. ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), παράρτημα σελ.45).

■ **Επίδομα καυσίμων:** Σε άτομα που έχουν πλήρη παράλυση των κάτω άκρων ή ακρωτηριασμό των κάτω άκρων , με ποσοστό αναπηρίας άνω το 80% χορηγείται επίδομα των 40.000Δρχ. (120€) , μηνιαίως σε όσους έχουν παραλάβει ή θα παραλάβουν ατελής επιβατικό αυτοκίνητο ανεξαρτήτου ηλικίας .

■ **Για έκτακτα γεγονότα** (σεισμοί, πυρκαγιές, εγκατάλειψη , διαζυγίου κα.) , τα οποί ανατρέπουν την οικονομική κατάσταση των παραπάνω ατόμων καθιστώντας τα ανίσχυρα να καλύψουν τις ανάγκες που προκύπτουν χορηγείται το ποσό των 50.000- 100.000 (150-300€) για συνήθη περιστατικά ενώ για μεγάλες καταστροφές χορηγείται το ποσό των 200.000 (600€) . Το επίδομα καλύπτει τις ανάγκες των πρώτων ημερών ενώ χορηγείται μια φορά το χρόνο για τους ίδιους λόγους . Σε περίπτωση που προκύψει διαφορετική αιτία μπορεί να χορηγηθεί νέο επίδομα. Για τη χορήγηση οποιουδήποτε ποσού χρειάζεται επιτόπια έρευνα κοινωνικού λειτουργού , καθώς και απαραίτητα δικαιολογητικά ανάλογα με το γεγονός .

■ **Πιστοποιητικά Κοινωνικής Προστασίας** (βιβλιάριο απορίας) .Το συγκεκριμένο βιβλιάριο ασθενείας χορηγείται σε όσους είναι ανασφάλιστοι ώστε να έχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ισχύει για όλα τα ιδρύματα του ΕΣΥ και ο κάτοχός του έχει δικαίωμα δωρεάν περίθαλψη σε ότι προσφέρει ένα κρατικό νοσοκομείο .

■ **Τέλος η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας δεν καλύπτει έξοδα για τεχνικά βοηθήματα** (αμαξίδια κτλ.) . Σε αυτή την περίπτωση ο ανασφάλιστος λαμβάνει ένα πιστοποιητικό κοινωνικής προστασίας από την πρόνοια και το προσκομίζει σε κρατικό φορέα ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), παράρτημα σελ.45).

Οι πάσχοντες από πλήρη παράλυση των κάτω και άνω άκρων, αμφοτερόπλευρο ακρωτηριασμό αυτών, οι εμφανίζοντες κινητική αναπηρία με συνολικό ποσοστό ανικανότητας 67% και άνω το οποίο το 40% τουλάχιστον θα είναι σε ένα από τα παρακάτω άκρα , έχουν δικαίωμα αδασμολόγητης εισαγωγής επιβατικού αυτοκινήτου ηλικίας 4-70 ετών σύμφωνα με τους νόμους 1789/88 και 1882/90 ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), παράρτημα σελ.46).

.Παρέχεται επίσης αποκλειστική χρήση χώρου στάθμευσης αναπηρικού αυτοκινήτου, που ο ενδιαφερόμενος θα μπορέσει να απολαύσει αν καταθέσει τα δικαιολογητικά του στο Δημαρχείο (Λιοσίων 22,2<sup>ος</sup> όροφος ,Πρωτόκολλο) ή στο Δημαρχείο της περιοχής τους αν διαμένουν σε άλλες περιοχές ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), παράρτημα σελ.47). .

.Όσο αφορά τους ασφαλισμένους στο ΤΕΒΕ σύνταξη αναπηρίας δικαιούνται αν είναι ανίκανοι για άσκηση του επαγγέλματός τους εξαιτίας σωματικής πάθησης . Η σύνταξη έχει διάρκεια 6 μήνες, αν διακόψουν την εργασία τους επειδή προέκυψε αναπηρία και έχουν 10 χρόνια ασφάλισης , αν διακόψουν την εργασία τους εξαιτίας ενός βίαιου συμβάντος το οποίο επήλθε κατά την άσκηση του επαγγέλματος ανεξάρτητα από το χρόνο ασφάλισης τους σε περίπτωση που το βίαιο συμβάν προέκυψε εκτός εργασιακού χώρου απαιτείται χρόνος ασφάλισης 5 έτη. ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), παράρτημα σελ.48). .

Τα επιδόματα που παρέχονται στους ασφαλισμένους από το ΤΕΒΕ είναι : επίδομα συμπάρστασης ετέρου προσώπου και εξωϊδρυματικού επιδόματος (χορηγείται στους πάσχοντες από παραπληγία , τετραπληγία, πάρεση τετραπάρεση).

Για τους ασφαλισμένους στον ΟΓΑ προσφέρονται: εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη στο εσωτερικό , πρόσθετες παροχές , νοσοκομειακή περίθαλψη στο εξωτερικό , παροχές μητρότητας , φαρμακευτική περίθαλψη , επίσης παρέχει ασφαλισμένους χωρίς συμμετοχή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των αγροτικών ιατρείων , των κέντρων υγείας και των εξωτερικών ιατρείων των κρατικών νοσοκομείων και των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ θεραπευτηρίων κοινωφελούς χαρακτήρα. Ακόμη, χορηγούνται βοηθητικά θεραπευτικά μέσα(ζώνες κλπ) θεραπευτικά μέσα και όργανα παροδικής χρήσης , προθέσεις , ορθοπεδικά είδη , μηχανήματα και τεχνικά μέλη. Ιδιαίτερα για αναπηρικό αμαξίδιο χορηγούνται μέχρι και 100.000 (300€) ,ενώ προκειμένου για παραπληγικούς – τετραπληγικούς παρέχεται η δυνατότητα προμήθειας χειροκίνητου πτυσσόμενου αναπηρικού αμαξιδίου και για το λόγο αυτό χορηγείται το ποσό των 540.000 (1640€ περίπου). Τέλος παρέχεται εξωϊδρυματικό επίδομα παραπληγίας – τετραπληγίας , μηνιαίως εφόσον η αναπηρία υπερβαίνει το 67% έστω και προσωρινά ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), παράρτημα σελ.49). .

.Από το ΙΚΑ προσφέρονται τα εξής : δεν πληρώνουν συμμετοχή στα φάρμακα οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και οι παραπληγικοί και τετραπληγικοί , για όλα ανεξαιρέτως. Επίσης απαλλάσσονται του ποσοστού 25% συμμετοχής για την προμήθεια αναπηρικών αμαξιδίων , τεχνητών μέσων και ορθοπεδικών βοηθημάτων οι δικαιούχοι που πάσχουν από τετραπληγία ή παραπληγία .Για την απόκτηση αναπηρικού αμαξιδίου , οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να το προμηθεύονται από την αγορά και τους επιστρέφεται το αντίτιμο ( οι τιμές των αμαξιδίων κυμαίνονται από 70.000 Δρχ(206 € περίπου) το πιο απλό ως 1.900.000 Δρχ.(5.700€). Άλλα τεχνικά βοηθήματα είναι : ποδήλατο παθητικής κινησιοθεραπείας άνω και κάτω άκρων (3.300€) 1.300.000 δρχ. Walk About (τύπος ορθοστάτη , περιπατητήρα (300€) 100.000 δρχ. Παρέχεται επίδομα λουτροθεραπείας σε άμεσα ασφαλισμένους , καθώς και σε συνεργασία κάθε χρόνο με τον ΕΟΤ εφαρμόζει το πρόγραμμα Θεραπευτικού Τουρισμού που απευθύνεται σε οικονομικά ασθενέστερες τάξεις με στόχο 15.000 άτομα που έχουν ανάγκη λουτροθεραπείας να μεταβούν σε ξενοδοχεία Α΄,Β΄,Γ΄ κατηγορίας για 16 ημέρες σε πέντε λουτροπόλεις.

Επίσης μέσω ΙΚΑ καλύπτονται έξοδα για νοσηλεία στο εξωτερικό του ασθενούς. Ακόμη καλύπτονται τα εισιτήρια, και ένα ποσοστό για έξοδα διαμονής και διατροφής του ασθενή και του συνοδού του.

Χορηγείται ακόμη επίδομα σε παραπληγικούς και τετραπληγικούς σύμφωνα με το Ν.1140/81, σε όσους έχουν αναπηρία με ποσοστό 67%. Το επίδομα αυτό ύστερα από την αναπροσαρμογή του 1999 ανέρχεται στις 127.000 δρχ. (380€). Τέλος στις συντάξεις αναπηρίας διακρίνονται 3 είδη : Βαριά (80% και άνω), αναπηρία (67% - 79,9% ) και μερική (50% - 66,9%) ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), παράρτημα σελ.50).

.Διευκολύνσεις παρέχονται και για στέγη (στεγαστικά) από τον Οργανισμό εργατικής κατοικίας .

Σύμφωνα με το άρθρο 31 παράγραφος 2:

“ Οι βαριά κινητικά ανάπηροι – παραπληγικοί και ανεξάρτητα από την οικογενειακή τους κατάσταση θεμελιώνουν δικαίωμα, στεγαστικής συνδρομής εφόσον υποβάλλουν σχετική αίτηση σε οποιαδήποτε πρόγραμμα του οργανισμού , εάν έχουν συμπληρώσει τις απαιτούμενες ημέρες εργασίας , όπως αυτές ορίζονται ανεξάρτητα από το χρόνο συμπλήρωσης τους ” .

Ασφαλιστικές προϋποθέσεις:

Οι βαριά κινητικά ανάπηροι τετραπληγικοί και ανεξάρτητα από την οικογενειακή τους κατάσταση, οι οποίοι έχουν πραγματοποιήσει 750 ημέρες εργασίας, εάν είναι κάτοικοι της τέως διοικήσεως πρωτεύουσας και του πολεοδομικού συγκροτήματος Θεσσαλονίκης και όσοι έχουν πραγματοποιήσει 500 ημέρες εργασίας εάν είναι κάτοικοι των λοιπών περιοχών της χώρας, ανεξάρτητα από το χρόνο της πραγματοποίησής τους.

Στα άτομα που έχουν παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας άνω των 67%, επίσης χορηγείται κάρτα διακίνησης με τα μέσα συγκοινωνίας (ΟΣΕ, ΟΑΣΑ, ΟΑΣΘ κτλ.), εφόσον το ετήσιο ατομικό τους εισόδημα τους είναι οποιαδήποτε πηγή δεν είναι μεγαλύτερη των 3.500.000 εκ. δραχ.(10.300€) ή το οικογενειακό τους εισόδημα δεν είναι ανώτερο των 5.500.000 εκ. δραχ.(15.500€) ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), παράρτημα σελ.51).

Ακόμη απαλλάσσονται της φορολογίας, το εξωϊδρυματικό επίδομα, οι μισθοί και οι συντάξεις που χορηγούνται σε πρόσωπα τα οποία εμφανίζουν κινητική αναπηρία 80% και άνω([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), παράρτημα σελ.52).

Το κράτος με τους προαναφερθέντες νόμους (αλλά και τους νόμους που αναφέρθηκαν στους τομείς της προσβασιμότητας, της εκπαίδευσης, του αθλητισμού, της αγοράς εργασίας) και η τοπική αυτοδιοίκηση προσπαθούν να προωθήσουν την ένταξη των αναπήρων στο κοινωνικό σύνολο.

Το πρόβλημα όμως είναι ότι δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών των ατόμων αυτών και την εξασφάλιση της ένταξής τους στην κοινωνία.

Το κυριότερο πρόβλημα είναι το οικονομικό. Τα επιδόματα ή οι συντάξεις είναι αρκετά χαμηλά ενώ σε αντίθεση η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη πολλές φορές, υπερβαίνει το ποσό των επιδομάτων – συντάξεων ή τα ταμεία δεν καλύπτουν οικονομικά την χορήγηση ορισμένων φαρμάκων ή την καλύπτουν με μια μικρή οικονομική συμμετοχή των ασθενών. Αυτή είναι μεγάλη επιβάρυνση τη στιγμή που το άτομο δεν έχει άλλες οικονομικές πηγές. Ακόμη όμως και αν υπάρχει και άλλο οικονομικό εισόδημα στην οικογένεια, είναι δύσκολη η διευκόλυνση εφόσον η σύγχρονη ζωή είναι αρκετά πολυέξοδη (ενοίκια, εξασφάλιση ειδών πρώτης ανάγκης, ανάγκες υπολοίπων μελών οικογένειας κτλ.). Ειδικά στην περιφέρεια το πρόβλημα, είναι ακόμη πιο δύσκολο και



εντονότερο διότι οι μονάδες αποκατάστασης , ειδικής αγωγής και άλλοι φορείς , που μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες στους ανάπηρους, βρίσκονται στις επαρχιακές πόλεις συνήθως και επομένως , ένα άτομο που αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα αλλά διαμένει σε χωριό , πρέπει να μεταβεί στην πόλη είτε για φυσικοθεραπεία ή εκπαίδευση κα. Αυτό συνεπάγεται πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση , διότι αν η οικογένεια δεν διαθέτει αμάξι αναγκάζεται να μετακινηθεί με άλλο μεταφορικό μέσο, που συνήθως είναι το ταξί (σε περίπτωση πχ.βαριών σωματικά αναπήρων το λεωφορείο δεν βολεύει ).

Επίσης συναντάται το πρόβλημα της προσβασιμότητας των κτιρίων της τοπικής αυτοδιοίκησης (Νομαρχιών και Δήμων ) αφού από σε άρθρο της εφημερίδας " ο κόσμος του επενδυτή" αναφέρεται τα εξής στατιστικά στοιχεία για την προσβασιμότητα των συγκεκριμένων υπηρεσιών:το 42% των Νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων και το 37% των Δήμων και Κοινοτήτων διαθέτουν ράμπες , το 69% αντίστοιχα χώρους στάθμευσης το 46% των πρώτων καθώς και το 16% των δεύτερων διαθέτουν ανελκυστήρα , το 10% των Νομαρχιών και το 16% Δήμων και Κοινοτήτων , και τέλος γκισέ το 3% των Νομαρχιών και το 7% των Δήμων και Κοινοτήτων αντίστοιχα .( Κόσμος του Επενδυτή , Κυριακή 24-07-2005 ,σελ.45).

Ένα άλλο πρόβλημα που συναντάται , ειδικά στην περιφέρεια , είναι η έλλιπής εκπαίδευση που πιθανόν προσφέρεται στα άτομα αυτά. Η έλλειψη οικονομικών πόρων για την ενίσχυση της ειδικής εκπαίδευσης στις επαρχιακές πόλεις, καθιστούν τις μονάδες αδύνατες να προσφέρουν μια σωστή εκπαίδευση στους σωματικά ανάπηρους. Επίσης, όμως προαναφέρθηκε οι ειδικές μονάδες βρίσκονται στις μεγάλες πόλεις , άρα το παιδί που βρίσκεται σε απομακρυσμένο μέρος συναντά δυσκολίες φοίτησης (λόγω συγκοινωνίας ή καιρικών συνθηκών) , γεγονός που σημαίνει ότι θα πρέπει να μετακομίσει στην πλησιέστερη πόλη ή να μην παρακολουθήσει καθόλου το σχολείο.

Κάτι άλλο πολύ βασικό που θα πρέπει να τονιστεί, είναι πως οι υπηρεσίες υγείας αλλά και τα υφιστάμενα νοσοκομεία στην περιφέρεια αδυνατούν να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στους ασθενείς είτε λόγω έλλειψης προσωπικού , είτε έλλειψη θαλάμων ή κλινών είτε έλλειψης κατάλληλου εξοπλισμού , διότι συσσωρεύονται όλα (και προσωπικό και εξοπλισμοί) στις μεγάλες πληθυσμιακά πόλεις (πρωτεύουσα , συμπρωτεύουσα) με αποτέλεσμα αν θέλει

κάποιος να εγχειριστεί , να πρέπει να πηγαίνει εκεί διότι στις επαρχιακές πόλεις μπορεί να μη υπάρχει π.χ. ένας πολύ καλός γιατρός αλλά να μην έχει τα; κατάλληλα μέσα ή το αντίστροφο. , Ακόμη τίθεται πάλι το θέμα της απόστασης , γι' αυτό οι υπηρεσίες υγείας σε κάθε δήμο (τα λεγόμενα κέντρα υγείας δηλαδή) πρέπει να είναι πολύ καλά οργανωμένες , ώστε να είναι προετοιμασμένες να αντιμετωπίσουν μια επείγουσα περίπτωση . αγορά ή να προσφέρουν βασικές υπηρεσίες σε ένα σωματικά ανάπηρο.

Επίσης , οι νόμοι για άλλους τομείς (πχ. Αγορά εργασίας) δεν είναι αρκετοί και ούτε εξασφαλίζουν πλήρη άνετη διαβίωση των σωματικά αναπήρων, αφού τις περισσότερες φορές ή παραβιάζονται ή δεν εφαρμόζονται καθόλου (πχ. Προσβασιμότητα).

## **α. ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ**

Το ζητούμενο για την τοπική αυτοδιοίκηση , είναι να λειτουργήσει κυρίως ως προωθητική δύναμη του νέου ρεύματος που συνδέει την αναπηρία με τις πολιτικές που αφορούν τη δημιουργία κλίματος κοινωνικής ασφάλειας και προστασίας, μέσω του σχεδιασμού και της εφαρμογής συγκεκριμένων θετικών δράσεων, όσο και την ανάδειξη των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των αναπήρων.

Η αυτοδιοίκηση πρέπει να μπορεί να δώσει στην τοπική κοινή γνώμη μια νέα θεώρηση για την αναπηρία και να εφαρμόσει στρατηγικές που θα καταπολεμήσουν την παραγωγή των διακρίσεων και θα εξαλείψουν τα κοινωνικά και τα άλλα εμπόδια που δεν επιτρέπουν στα άτομα με εμφανή αναπηρία (παραπληγία , τετραπληγία κα) να ζήσουν ισότιμα και με αξιοπρέπεια στην τοπική κοινωνία.

Ακόμη μπορεί να διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο, ώστε να αναβαθμιστεί ποιοτικά η ζωή των αναπήρων και στην υποστήριξη τους (με οποιοδήποτε τρόπο οικονομικό, ψυχοκοινωνικό) σε τοπικό επίπεδο. Είναι πολύ σημαντικό η τοπική αυτοδιοίκηση να εντάξει στην πολιτική της σχέδια πρόνοιας οικονομικά και κοινωνικά για τις ανάγκες των ατόμων αυτών , με στόχους εφικτούς , συγκεκριμένα μέτρα και συνεργασία με άλλους φορείς (εκκλησία, σχολεία,

συλλόγους) προκριμένου να επιτευχθεί η ομαλή ένταξη των ατόμων με αναπηρία στην τοπική κοινωνία.

Στις επόμενες παραγράφους αναλύονται τοπικές πρωτοβουλίες Νομαρχιών και Δήμων για την προώθηση στην αγορά εργασίας ατόμων με αναπηρία (ΑΜΕΑ) στα οποία συγκαταλέγονται και οι ανάπηροι, καθώς και ευρωπαϊκά προγράμματα με στόχο την ένταξη των αναπήρων σε πολλούς τομείς (πχ. Αγορά εργασίας , αθλητισμός κτλ.).

### **3α. ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ – ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΩΝ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΩΝ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

#### **β.1.ΔΗΜΟΙ:**

##### **1. Δήμος Αθηναίων : Τοπική πρωτοβουλία απασχόληση**

Πεντακόσιοι άνεργοι και περισσότερες από 100 επιχειρήσεις είναι ωφελημένοι από την τοπική πρωτοβουλία απασχόλησης , η οποία προκηρύχθηκε από το Δήμο Αθηναίων . Ο προϋπολογισμός του προγράμματος ανέρχεται σε 2.014.000 € και στοχεύει στην αύξηση της απασχόλησης του Δήμου Αθηναίων , αλλά και στην καταπολέμηση του κοινωνικού και εργασιακού αποκλεισμού ειδικών πληθυσμιακών ομάδων και ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ). Στο πρόγραμμα περιλαμβάνεται ένας συνδυασμός δράσεων ορισμένων κατηγοριών . Μια εξ' αυτών είναι και : « Οι Δράσεις παροχής Συνοδευτικών Υπηρεσιών για τη συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη 20 ατόμων ευπαθών κοινωνικά , ομάδων πληθυσμού». Συμπεριλαμβάνεται ακόμη και η οικονομική ενίσχυση προς τις επιχειρήσεις που θα απασχολήσουν άτομα με αναπηρίες Συγκεκριμένα:

- 18μήνη ή 24μήνη επιχορήγηση επιχειρήσεων (ανάλογα με το μέγεθος της επιχείρησης 18 μήνη αν είναι μικρομεσαία , 24 μήνη αν είναι μεγάλη) για την απασχόληση σε νέες θέσεις εργασίας , με το ποσό των 24€ την ημέρα για κάθε μισθωτό άτομο με αναπηρία .
- Επιχορήγηση νέων ελευθέρων επαγγελματιών . Δηλαδή επιχορηγείται η αυτοαπασχόλησης των ανέργων που υπάγονται στο πρόγραμμα και δημιουργούν τη δική τους

μικρή επιχείρηση , με το ποσό των 12.000 € για τα άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ) ([www..disabled.gr](http://www.disabled.gr),1/4/2005)

## **2. Πολυδύναμο Κέντρο Πολιτών με Αναπηρία του Δήμου Πατρέων.**

Το Πολυδύναμο Κέντρο Πολιτών με Αναπηρία είναι μια σύγχρονη υπηρεσία του Δήμου , που αφορά τους πολίτες με αναπηρία. Η υπηρεσία ενισχύθηκε κυρίως με την υλοποίηση του προγράμματος ΚΔΑΠΜΕΑ η οποία λειτουργεί από την ΑΔΕΠ σε συνεργασία με τον κοινωνικό τομέα . Τη δομή αποτελούν δυο υπηρεσίες :

- Το κέντρο στήριξης Πολιτών με ειδικές ανάγκες.
- Το κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης παιδιών με αναπηρία.

Με τις υπηρεσίες αυτές το κέντρο παρεμβαίνει πολλαπλά στην εξυπηρέτηση των πολιτών με ιδιαίτερες ανάγκες και των οικογενειών τους .

### **Στόχοι**

- α Η στήριξη των ατόμων με αναπηρία κάθε ηλικίας και κατηγορίας και των οικογενειών τους , ώστε να ξεπεραστούν προσωπικές και κοινωνικές δυσκολίες.
- α Η ενίσχυση και η ανάπτυξη των προσωπικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων , που έχουν τα άτομα με αναπηρία.
- α Η εφαρμογή προγραμμάτων , που αφορά στην κοινωνική ένταξη και ίση μεταχείριση των ατόμων αυτών .
- α Η εκπαίδευση και η προετοιμασία για εργασία.
- α Η ανάπτυξη δράσεων για την επαγγελματική ένταξη των νέων που φέρουν κάποια αναπηρία.
- α Η δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

### **Υπηρεσίες :**

- α Τράπεζα πληροφοριών όσον αφορά θέματα ειδικών αναγκών.
- α Ομάδες δημιουργικής απασχόληση , οι οποίες περιλαμβάνουν δραστηριότητες όπως , θέατρο, μουσικοκινητική αγωγή, θεατρικό παιχνίδι και χορό .
- α Εργαστήρια για την ανάπτυξη των προσωπικών ικανοτήτων και των επαγγελματικών δεξιοτήτων .

- α Ατομική και ομαδική εργοθεραπεία .
- α Ατομική και συμβουλευτική σε άτομα με αναπηρία και σε οικογένειες .
- α Δράσεις για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας .
- α Προγράμματα κοινωνικής ένταξης για τους πολίτες με αναπηρία.

### **3. Δήμος Ηρακλείου (Κρήτης )**

Σχέδιο ολοκληρωμένης παρέμβασης , για την ύπαρξη της απασχόλησης και του εργασιακού και κοινωνικού αποκλεισμού , στο Ηράκλειο , προϋπολογισμού 1.472.164 € . Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ένα συνδυασμό δράσεων (όπως και στο Δήμο Αθηναίων) σε ορισμένες κατηγορίες , μια εκ των οποίων είναι και οι Δράσεις για την Παροχή Συνοδευτικών Υπηρεσιών και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης 28 ανέργων ατόμων ευπαθών κοινωνικά ομάδων πληθυσμού ([www..disabled.gr](http://www.disabled.gr),1/4/2005).

Χρηματοδοτείται (εκτός των άλλων ) η δημιουργία νέων θέσεων εργασίας για ανέργους και τα άτομα ευπαθών κοινωνικά ομάδων (πχ. Τα άτομα με αναπηρία).

### **4. Δήμος Πύργου (Ηλείας )**

Πρόγραμμα για την αύξηση της απασχόλησης και την καταπολέμηση του κοινωνικού και εργασιακού αποκλεισμού που υφίστανται οι ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.

- Επιχορηγούνται επιχειρήσεις (όπως και στο Δήμο Αθηναίων ) για 18 ή 24 μήνες (μικρομεσαίες ή μεγάλες αντίστοιχα ) με το ποσό των 24€ για κάθε μισθωτό άτομο με Αναπηρία (ΑμεΑ).
- Επιχορηγούνται οι νέοι ελεύθεροι επαγγελματίες (δηλ. αυτοαπασχόληση των ανέργων ) που υπάγονται στο πρόγραμμα και δημιουργούν την δική τους μικρή επιχείρηση με το ποσό των 12.000€ για τα άτομα με αναπηρία ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr))6/5/2005).

## **β.2.ΝΟΜΑΡΧΙΕΣ**

### **1. Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση της Θεσσαλονίκης :**

Τρεις δράσης για την αύξηση της απασχόλησης μέσω επιδότησης επιχειρήσεων για την πρόσληψη προσωπικού , δημιουργίας νέων μικρών επιχειρήσεων αλλά και κατάρτισης ανέργων , προκηρύσσονται στο πλαίσιο των ΠΕΠ Κεντρικής Μακεδονίας και αφορούν τους νομούς Θεσσαλονίκης και Κιλκίς . Ο προϋπολογισμός τους προγράμματος ανέρχεται στα 2.5 εκατομμύρια € .

Εκτός των άλλων από τη δράση χρηματοδοτείται :

- Η δημιουργία νέων θέσεων εργασίας για άνεργους και άτομα ευπαθών κοινωνικών ομάδων.
- Επίσης επιχορηγούνται οι επιχειρήσεις για την απασχόληση σε νέες θέσεις εργασίας για 18 μήνες οι μικρομεσαίες και 24 μήνες οι μεγάλες με ποσό των 24€ την ημέρα για κάθε εργαζόμενο που είναι άτομο με αναπηρία (ΑμεΑ).
- Επιχορήγηση νέων ελεύθερων επαγγελματιών δηλαδή η αυτοαπασχόληση των ανέργων , που περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα και δημιουργούν την δική τους μικρή επιχείρηση , με το ποσό των 12.000€ για τα άτομα με αναπηρία.
- Καταβολή εκπαιδευτικού επιδόματος στους μετέχοντες στα προγράμματα κατάρτισης με το ποσό των 5€ (μικτό) ανά ώρα κατάρτισης στους καταρτιζόμενους οι οποίοι ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού .
- Δράσεις παροχής Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών για την συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη 75 ατόμων που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες πληθυσμού.

Ο προϋπολογισμός που διατίθεται για τη δράση ανέρχεται σε 1.419.136€ ([www.disabled.gr.6/5/2005](http://www.disabled.gr.6/5/2005)).

### **2. Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Κιλκίς**

Η δράση περιλαμβάνει :

- Δράσεις για την παροχή Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών για την συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη ευπαθών κοινωνικά ομάδων πληθυσμού.

Ο διαθέσιμος προϋπολογισμός για τη δράση είναι 602.654€ ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr),6/5/2005).

### **3. Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ημαθίας .**

Ο προϋπολογισμός που διαθέτει το πρόγραμμα ανέρχεται στο ποσό των 1.561.371 εκ. € , εκ των οποίων 390.340 € δηλαδή το ποσοστό 25% θα καλυφθούν από τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων επιχειρήσεων για απασχόληση ανέργων , Το πρόγραμμα απευθύνεται σε 110 δικαιούχους ανέργους από την κλωστοϋφαντουργική βιομηχανία , υποαπασχόλησης από την αγροτική βιομηχανία και άτομα με αναπηρίες , με σκοπό την επιδότηση απασχόλησης για 90 δικαιούχους και την απασχόληση για 20 δικαιούχους ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)).

### **4. Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ροδόπης**

Σχέδιο ολοκληρωμένης παρέμβασης , με στόχο την αύξηση της απασχόλησης και την καταπολέμηση του εργασιακού και κοινωνικού αποκλεισμού ειδικών πληθυσμιακών ομάδων στο Νομό Ροδόπης , που περιλαμβάνει ένα συνδυασμό δράσεων , μια εκ των οποίων είναι και «Οι δράσεις για την παροχή Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών για την συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη 120 ατόμων ευπαθών κοινωνικών ομάδων πληθυσμού ([www.pbs.gr](http://www.pbs.gr),19/04/2005).

### **5. Σχέδιο Απασχόλησης Νομού Έβρου 2003-2006**

Σχέδιο ολοκληρωμένης παρέμβασης για την αύξηση της απασχόλησης του Νομού Έβρου και την καταπολέμηση του κοινωνικού και εργασιακού αποκλεισμού ειδικών πληθυσμιακών ομάδων και ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ), το οποίο περιλαμβάνει έναν συνδυασμό δράσεων των παρακάτω κατηγοριών .

Δράσεις Συμβουλευτικής για την προετοιμασία ένταξης στην αγορά 500 ατόμων καθώς και την υποστήριξη τους καθ' όλη τη διάρκεια παρέμβασης, αλλά και δράσεις δημοσιότητας και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης. Η συμμετοχή στη Συμβουλευτική είναι υποχρεωτική για όλους , ανεξάρτητα από την

κατηγορία δράσεων που ενδέχεται να συμμετέχουν στη συνέχεια και οι οποίες μπορούν να είναι :

- A. Δράσεις προώθησης στην απασχόληση μέσω :
- ✓ Επιχορήγηση επιχειρήσεων για τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας , για 280 άτομα .
  - ✓ Επιδοτήσεις της αυτοαπασχόλησης 120 ατόμων για δημιουργία δικής τους επιχείρησης .
  - ✓ Επιδοτήσεις 70 ατόμων , για την απόκτηση εργασιακή εμπειρίας (Stage) .
  - ✓ Επιδότησης νέων μορφών απασχόλησης 30 ατόμων σε δημοτικές επιχειρήσεις .

B. Υλοποίηση από πιστοποιημένα ΚΕΚ προγραμμάτων προκατάρτισης για 150 άτομα .

Γ. Υλοποίηση από πιστοποιημένα ΚΕΚ 6 προγραμμάτων κατάρτισης για 400 άτομα διάρκειας 200 ωρών το καθένα(www.pbs.gr,19/04/2005)..

## **6. Α. Δύο παρεμβάσεις για την ενίσχυση της απασχόλησης στην Δυτική Ελλάδα .**

### **6.Νομός Αχαΐας**

Δίκτυο για ενίσχυση της απασχόλησης στο Νομό Αχαΐας (Δίκτυο Ε.Ν.Α Αχαΐας ). Είναι ένα σχέδιο ολοκληρωμένης παρέμβασης για την αύξηση της απασχόλησης και την καταπολέμηση του κοινωνικού και εργασιακού αποκλεισμού ειδικών πληθυσμιακών ομάδων στην Νομαρχία Αχαΐας . Ο διαθέσιμος προϋπολογισμός για το πρόγραμμα ανέρχεται στα 3,2 εκ. ευρώ Χρηματοδοτείται

- i. Η διοργάνωση συνεδρίων παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών , δράσεων πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης τις κοινής γνώμης.
- ii. Η δημιουργία νέων θέσεων εργασίας για ανέργους και για τα άτομα ευπαθών κοινωνικών ομάδων (πχ. Άτομα με αναπηρίες).
- iii. Επιχορήγηση επιχειρήσεων . Δηλαδή η αυτοαπασχόληση ανέργων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα και δημιουργούν της δικής τους μικρή επιχείρηση με το ποσό των 12.000 € στα άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ).



iv. Καταβολή εκπαιδευτικού επιδόματος στους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα κατάρτισης με το ποσό των 5 € (μικτό) ανά ώρα κατάρτισης – στους καταρτιζόμενους που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες πληθυσμού .

5.β Ανάλογα είναι και το πρόγραμμα συνολικού προϋπολογισμού 1.832.361 € στη Λευκάδα . Το συγκεκριμένο πρόγραμμα περιλαμβάνει έναν συνδυασμό δράσεων των παρακάτω κατηγοριών ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr),20/05/2005) :

- i. Δράσεις για την προετοιμασία ένταξης στην αγορά εργασίας 170 ατόμων και την υποστήριξη τους σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης καθώς και δράσης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης και δικτύωσης των ωφελουμένων. Η συμμετοχή στην συμβουλευτική είναι υποχρεωτική για όλους ανεξάρτητα από την κατηγορία δράσεως που ενδέχεται να συμμετέχουν και οι οποίοι μπορούν να είναι :
- ii. Δράσεις προώθησης στην απασχόληση μέσω :
  - Επιχορήγησης επιχειρήσεων για την δημιουργία νέων θέσεων εργασίας πλήρους απασχόλησης για 60 ανέργους (εκ των οποίων 38 άνεργοι σε μειονεκτική θέση και 4 αμέα), και νέων θέσεων εργασίας μερικής απασχόλησης για 10 ανέργους (από τους οποίους 5 άνεργοι σε μειονεκτική θέση).
  - Επιδότηση της αυτοαπασχόλησης 40 ανέργων (30 από τους οποίους είναι άνεργοι σε μειονεκτική θέση και 4 αμέα ) για τη δημιουργία δικής τους μικρής επιχείρησης ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr),20/05/2005) : .

### **3β.ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ**

Η Ευρωπαϊκή ένωση έχει δημιουργήσει προγράμματα για διάφορους τομείς (αγορά εργασίας , ένταξη κα.) , προκειμένου να προωθήσει την ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρίες . Ακολουθεί πλήρης ανάλυση όλων των υφισταμένων ευρωπαϊκών προγραμμάτων .

#### **Κοινοτική Πρωτοβουλία Horizon**

Η πρωτοβουλία Horizon στόχο έχει να χρησιμοποιήσει την εφαρμογή διεθνικών δράσεων ως μέσο για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης , για την απόκτηση κατηγοριών ατόμων (όπως είναι τα άτομα με αναπηρίες)

και των όρων που πρέπει να οριστούν για την πρόσβασή τους στην αγορά εργασίας . Ειδικά μέσω της επαγγελματικής κατάρτισης στις νέες τεχνολογίες κάνοντας χρήση της μάθησης εξ αποστάσεως και της προσαρμογής των υφισταμένων υποδομών, έτσι ώστε να λαμβάνουν υπόψιν τους τις ανάγκες για διευκόλυνση των ατόμων με αναπηρία .

Εν συντομία οι αρχές – στόχοι της πρωτοβουλίας Horizon είναι οι ακόλουθοι :

1. Τα άτομα με αναπηρίες έχουν τα ίδια δικαιώματα όσον αφορά τη συμμετοχής τους στην κοινωνική και οικονομική και πολιτιστική ζωή της χώρας .
2. Το κράτος , οι οργανισμοί τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α) , η εκκλησία, οι κοινωνικοί φορείς , αλλά και ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο μπορούν να βοηθήσουν , ώστε τα άτομα αυτά να αναπτύξουν και να αξιοποιήσουν τις σωματικές και πνευματικές του ικανότητες.
3. Στα συγκεκριμένα άτομα ενδέχεται να παρασχεθούν ίσες ευκαιρίες και ειδική αγωγή, ειδική επαγγελματική εκπαίδευση , επαγγελματική κατάρτιση και εκπαίδευση .
4. Κάθε άτομο με ειδικές ανάγκες μπορεί να ασχοληθεί με το είδος της εργασίας , εφόσον ταιριάζει στην αναπηρία του και το άτομο ανάλογα με τις ικανότητες του μπορεί να ανταποκριθεί σ' αυτή .
5. Θα διευκολυνθεί η ένταξη των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο και να ζήσει στο μέτρο που είναι δυνατό, ανεξάρτητο .
6. Η διαβίωση και περίθαλψη στα ιδρύματα πρέπει να περιορισθεί μόνο σε εκείνες τις περιπτώσεις των βαρέων και ανίατων αναπήρων που χρήζουν φροντίδας και δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν στο οικογενειακό περιβάλλον .
7. Η προστασία τους δεν είναι μόνο υποχρέωση της πολιτείας .
8. Η προστασίας τους βασίζεται όχι στην έννοια της φιλανθρωπίας , όπως παλαιότερα αλλά στην αντίληψη της κοινωνικής αλληλεγγύης .
9. Οι οικονομικές ενισχύσεις (επιδόματα) που δίδονται , δεν θα πρέπει να αποτελούν μέσο εφησυχασμού για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, ώστε να αποφεύγουν έτσι την επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση .(Μιχαηλ Μ. , 1997, σελ. 864).

#### 1.α) Οι εθνικές Προτεραιότητες

Εντός πλαισίου υλοποίησης της πρωτοβουλίας Horizon στην Ελλάδα τάχθηκαν ορισμένες προτεραιότητες στρατηγικής σημασίας

, οι οποίες πρέπει να αποτελούν τη βάση για κάθε πρόταση και πρόγραμμα δράσης . Οι προτεραιότητες αυτές υπήρξαν αποτέλεσμα συσκέψεων , οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στο Υπουργείο Εργασίας και συμμετείχαν φορείς του Δημοσίου (ΚΕΔΚΕ Διεύθυνση ατόμων με ειδικές ανάγκες και Ηλικιωμένων του υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας , ΟΑΕΔ, ΥΠΕΞ κα.)

Οι προτεραιότητες αυτές μπορούν να ενταχθούν στις πιο κάτω κατηγορίες :

- I. Επαγγελματική κατάρτιση σε ειδικότητες και δεξιότητες , οι οποίες βασίζονται στη μεταφορά νέας και σύγχρονης τεχνολογίας σε ενέργειες που αφορούν άτομα με ειδικές ανάγκες ή άλλες μειονεκτούντες ομάδες πληθυσμού .πχ. χρήση της πληροφορικής για τη διευκόλυνση των Αμεα στην εκπαίδευση απασχόληση κα.
- II. Εκπαίδευση εκπαιδευτών : Εκπαίδευση ατόμων η οποία να είναι προσανατολισμένη στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των ατόμων με αναπηρία πχ. Κινητική , νοητική κα.
- III. Ενίσχυση στη δημιουργία μικρομεσαίων επιχειρήσεων , βιοτεχνικών και συνεταιρισμών για άτομα με αναπηρίες όπως και βοήθεια στο ξεκίνημα υπηρεσιών για την υποστήριξη των μικρομεσαίων επιχειρήσεων , βιοτεχνιών και επιχειρήσεων
- IV. Προσαρμογή των υποδομών συλλογικού ενδιαφέροντος και βελτίωση των υφισταμένων δομών. Πχ. Μπορεί να αναφερθεί η κατασκευή κεκλιμένων επιπέδων πρόσβασης (ράμπες ) σε δημόσιους χώρους , ηχητική σήμανση κα. Η προσπέλαση είναι ένας πολύ βασικός παράγοντας οσοθν αφορά την περιθωριοποίηση των ατόμων με αναπηρίες και επίσης αποτελεί φραγμό στην κοινωνική ένταξη και αλληλοαποδοχή (Μιχαηλ Μ. ´ 1997, σελ. 865) .
- V. Δημιουργία και ανάπτυξη δικτύου πληροφόρησης σχετικά με την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρίες στην επαγγελματική κατάρτιση και απασχόληση .
- VI. Ανάπτυξη παράλληλων διεθνικών συνεργασιών ώστε το πρόγραμμα να αξιοποιηθεί ποιοτικά και να υλοποιηθεί αποτελεσματικά ( Μιχαηλ Μ. β´ , 1997, σελ866).

## Πρόγραμμα HELIOS

Το πρόγραμμα HELIOS (Handicapped people in the European community Living Independently in the Open Society ) ψηφίστηκε με απόφαση της ΕΟΚ τον Απρίλιο 1988. Σκοπό είχε την προώθηση της ενσωμάτωσης όλων των ατόμων με αναπηρίες (δηλ. άτομα με ψυχικές ή σωματικές παθήσεις ), στην κοινωνία την οποία ζούν , στον τομέα του σχολείου . στην εργασία και του ευρύτερο κοινωνικό τομέα να διαμορφωθεί μια ενιαία πολιτική για την ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρίες . Στόχος ήταν επίσης να φτάσουν οι 12 χώρες ( οι οποίες αποτελούσαν τότε την Ευρωπαϊκή Ένωση ) σε μια συμφωνία και συντονισμό των δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που παρέχουν στα άτομα αυτά.

Για λόγους μεθοδολογίας το πρόγραμμα χωρίστηκε σε δίκτυο 50 κέντρων επαναπροσαρμογής και τρία δίκτυα (networks) για την ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρίες και σχολική , οικονομική και κοινωνική τους ένταξη. Στο κάθε δίκτυο συμμετείχαν δύο-τρία διαφορετικά τοπικά προγράμματα από κάθε κράτος – μέλος . Υπήρχαν 21 τοπικά προγράμματα στο δίκτυο της σχολικής ένταξης ενώ στα δίκτυα οικονομικής και κοινωνικής ένταξης συμμετείχαν 27 και 32 τοπικά προγράμματα αντίστοιχα. Ο συντονισμός των προγραμμάτων στο κάθε δίκτυο γινόταν από ομάδα ειδικών που βρίσκονταν στις Βρυξέλλες.

Το δίκτυο οικονομικής ένταξης ασχολήθηκε με την επαγγελματική αξιολόγηση , εκπαίδευση και αποκατάσταση . Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα συμμετείχαν δυο ελληνικά τοπικά , το Τ.Π. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί) και το Τ.Π. Νομού Αχαΐας (Μολβερ Γ. – Λαμπροπούλου Π, ΑμεΑ , 1997, σελ. 871-872).  
2.Α . Το Πρόγραμμα HELIOS Νομού Αχαΐας

Στο πρώτο πρόγραμμα δράσης της ΕΟΚ για τα άτομα με αναπηρίες συμμετείχε το Παράρτημα Πατρών του Ε.Ι.Α.Α . Συγκεκριμένα συμμετείχε στο δίκτυο οικονομικής ένταξης HELIOS τοπικό προγράμματος (Τ.Π.) στην Πάτρα . Σ' αυτό το τοπικό πρόγραμμα συμμετείχαν όλοι οι φορείς οι οποίοι ασχολούνται με την επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση των ατόμων με αναπηρίες στο Νομό Αχαΐας. Συμμετείχαν με μια εκπρόσωπο τους στο Τ.Π. Αχαΐας οι εξής φορείς : η Νομαρχία , ΟΑΕΔ, το Κ.Ψ.Υ, το Ε.Ι.Α.Α. και το ίδρυμα Μέριμνα . Στόχος του προγράμματος ήταν συντονισμός και η βελτίωση όλων των ενεργειών που λαμβάνουν

χώρα στο Νομό Αχαΐας σχετικά με την επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση των ατόμων με αναπηρίες . Οι δραστηριότητες των τοπικών προγραμμάτων στο πλαίσιο του προγράμματος HELIOS δεν χρηματοδοτούνταν από την ευρωπαϊκή ένωση . Οι ενέργειες επομένως των εκπροσωπών ήταν εξαρτημένες από την ηθική και οικονομική υποστήριξη των φορέων που συμμετείχαν σ' αυτό. Η έλλειψη χρημάτων ήταν βασικό πρόβλημα για τα τοπικά προγράμματα (Μόλβερ Γ.- Λαμπροπούλου Π. , 1997 , σελ. 872).

### **Το σύστημα Handunet**

Είναι ένα ευρωπαϊκό πληροφορικό σύστημα το οποίο έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να απαντάει σε ερωτήσεις ατόμων με αναπηρίες τα οποία επιδιώκουν να βελτιώσουν την ποιότητα της καθημερινής τους ζωής και να κερδίσουν μεγαλύτερη ανεξαρτησία . Το Handunet προορίζεται να καλύψει τους ακόλουθους τομείς όσον αφορά την πληροφόρηση :

- Τεχνική βοήθεια .
- Κατάρτιση στον επαγγελματικό τομέα και εργοδότη.
- Διευκόλυνση στην πρόσβαση και στην μεταφορά.
- Τουρισμός, δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, τέχνες , αθλητισμός κα.

Το Handunet διαθέτει τρία διαφορετικά μέσα διάδοσης των πληροφοριών :

- Μια τράπεζα δεδομένων.
- Ηλεκτρονικό ενημερωτικό δελτίο.
- Ένα ηλεκτρονικό ταχυδρομείο .

Στην πραγματικότητα το σύστημα Handunet είναι λειτουργικό ειδικά όσον αφορά άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα .(Μιχαηλ Μ. , 1997, σελ. 864).

### **Η Κοινοτική Πρωτοβουλία EQUAL**

Η έγκριση της κοινοτικής Πρωτοβουλίας EQUAL έγινε τον Απρίλιο του 2000 από την ευρωπαϊκή επιτροπή για την περίοδο Προγραμματισμού 2000-2006 του ευρωπαϊκού Ταμείου. Αποτελεί καινούργια πρωτοβουλία η οποία είναι συνέχεια των προηγούμενων κοινοτικών πρωτοβουλιών ADAPT και EMPLOYNET με την έννοια

ότι επενδύει σε εμπειρίες οι οποίες αποκτήθηκαν στο πλαίσιο αυτών των πρωτοβουλιών.

Όμως η EQUAL διαφοροποιείται από τις προηγούμενες πρωτοβουλίες , επειδή σχεδιάστηκε για να λειτουργήσει ως ένα πεδίο Πειραματισμού και Δοκιμής νέων μεθόδων με σκοπό την καταπολέμηση των διακρίσεων και των ανισοτήτων στην αγορά εργασίας και να ενισχύει την ευρωπαϊκή στρατηγική για την απασχόληση . Η EQUAL απευθύνεται ιδιαίτερα σε ομάδες του πληθυσμού που αντιμετωπίζουν δυσκολίες και εμπόδια στην επαγγελματική και κατ' επέκταση κοινωνική ένταξη ή επανένταξη .

Για την εφαρμογή της πρωτοβουλίας αυτής σε εθνικό επίπεδο, ύστερα από πρόσκληση της ευρωπαϊκής Επιτροπής , κάθε χώρα μέλος ετοίμασε το δικό του πρόγραμμα EQUAL επιλέγοντας τα θεματικά πεδία της πρωτοβουλίας στα οποία επιθυμεί να στηρίξει οικονομικά , έργα ανάλογα με τις εθνικές προτεραιότητες που έχει θέσει.

Για την διαχείριση την παρακολούθηση και τον έλεγχο της εφαρμογής της EQUAL σε εθνικό επίπεδο έχει συσταθεί σε κάθε κράτος- μέλος ειδική υπηρεσία διαχείρισης .

Ύστερα από την ολοκλήρωση του πρώτου κύκλου πρόσκλησης εκδήλωσης ενδιαφέροντος για την υποβολή των προτάσεων στο πλαίσιο της EQUAL και την αξιολόγηση του από την ειδική υπηρεσία διαχείρισης , μεταξύ των προτάσεων που , τελικά εγκρίθηκαν ήταν και η πρόταση της Αναπτυξιακή Σύμπραξης (ΑΣ) " Πρόκληση " .

Οι ομάδες – στόχος της " Πρόκλησης " είναι :

- ❖ Άτομα με αναπηρίες τα οποία βιώνουν απλές διακρίσεις .  
Δηλαδή διακρίσεις οι οποίες προκαλούνται εξαιτίας της ύπαρξης κάποιας αναπηρίας που δημιουργεί και πρόσθετες δυσκολίες ένταξης ή επανένταξης στην αγορά εργασίας .
- ❖ Άτομα με αναπηρίες τα οποία υφίστανται πολλαπλές διακρίσεις :  
Δηλαδή διακρίσεις εξαιτίας αναπηρίας αλλά που συνδυάζονται και με άλλους παράγοντες διάκρισης όπως το φύλλο, η μετανάστευση , η απεξάρτηση από χρήση ναρκωτικών ουσιών κα. Το ζητούμενο της πολλαπλής διάκρισης είναι μια από τις βασικότερες προκλήσεις και ταυτόχρονα καινοτομίες του έργου " ΠΡΟΚΛΗΣΗ " δεδομένου ότι πρόκειται για ένα ζήτημα το οποίο είναι η πρώτη η φορά που γίνεται απόπειρα να αναδειχτεί και να ερευνηθεί.

- ❖ Μητέρες οι οποίες έχουν παιδιά με αναπηρίες. Η ενίσχυση σ' αυτό τον τομέα μέσα από την " ΠΡΟΚΛΗΣΗ" δεν απευθύνεται μόνο σε γυναίκες με αναπηρίες αλλά και σ' εκείνους που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός παιδιού με αναπηρίες, η οποία , αρκετές φορές αποτελεί εμπόδιο στην ένταξη των γυναικών αυτών στην αγορά εργασίας .

Οι στόχοι της " ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ" είναι :

- ❖ Ανάδειξη , μελέτη διακρίσεων (σε οποιαδήποτε μορφή) και των προβλημάτων που βιώνουν οι ομάδες – στόχος , του συγκεκριμένου έργου όσον αφορά την αγορά εργασίας.
- ❖ Ευαισθητοποίηση και ενημέρωση , των εργοδοτών και των επαγγελματιών φορέων , για τις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που περιλαμβάνονται στις ομάδες – στόχους και εξάλειψη στερεότυπων και προκαταλήψεων τα οποία αναπαράγουν και ενισχύουν τις διακρίσεις ιδιαίτερα τις πολλαπλές και τις διακρίσεις που υφίστανται οι ανάπηρες γυναίκες και οι γυναίκες που είναι μητέρες ανάπηρων παιδιών .
- ❖ Η βελτίωση όσον αφορά στις συνθήκες πρόσβασης στην πληροφόρηση – επικοινωνία , κατάρτιση και απασχόληση μέσω της αξιοποίησης των νέων τεχνολογιών.
- ❖ Η προώθηση της συνεργασίας και δικτύωσης δομών και φορέων οι οποίοι εκπροσωπούν και στηρίζουν τις ομάδες – στόχο της " ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ " με σκοπό την επίτευξη αποτελεσματικής και ολοκληρωμένης στήριξης τους με τρόπο εξατομικευμένο .
- ❖ Η κατάρτιση και προώθηση στον εργασιακό χώρο ατόμων από τις ομάδες – στόχο του έργου .

### **ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΔΙΚΤΥΟ Workable centre network**

**(Ένα πρόγραμμα μετάβασης φοιτητών και πτυχιούχων με αναπηρίες στην αγορά εργασίας).**

Το δίκτυο Workable δημιουργήθηκε στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος Leonardo Da Vinci και έχει ως σκοπό να δώσει σε φοιτητές και πτυχιούχους που αντιμετωπίζουν κάποια αναπηρία τη δυνατότητα πρόσβασης στην αγορά εργασίας καθώς και την ευκαιρία να δοκιμάσουν τις ικανότητες τους μέσα από τις

επαγγελματικές τους εμπειρίες και να αναπτύξουν τα προσόντα τους για αναζήτηση εργασίας.

Το Workable λειτουργεί για τρίτο χρόνο φέτος στη Μεγάλη Βρετανία, στην Αυστρία, την Ιταλία, την Ολλανδία, τη Γερμανία και την Ελλάδα. Σε κάθε χώρα το δίκτυο συντονίζεται από έναν ειδικό σύμβουλο για άτομα με αναπηρίες και έχει ως υποστηρικτική επταμελή επιτροπή από τρεις εκπροσώπους εργοδοτικών φορέων τρεις εκπροσώπους του φορέα που αναλαμβάνει το δίκτυο και έναν εκπρόσωπο των πτυχιούχων με αναπηρίες. Η Ελλάδα εντάχθηκε στο δίκτυο αυτό μετά από το Συμβουλευτικό Κέντρο φοιτητών με αναπηρίες (Σ.Κ.Φ) του τομέα Ψυχαγωγίας του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το Σ.Κ.Φ. ιδρύθηκε το 1990 και είχε ως σκοπό να παρέχει υποστήριξη και βοήθεια στους φοιτητές οι οποίοι αντιμετωπίζουν ψυχολογικά κοινωνικά προβλήματα. Ο αριθμός των φοιτητών που πρέπει να εξυπηρετηθούν είναι 84.000, από τους οποίους 386 είναι φοιτητές με αναπηρίες (<http://egi.di.uoa>).

Επιπλέον οι επί μέρους στόχοι του δικτύου είναι :

1. Διδασκαλία στους φοιτητές/ πτυχιούχους που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα αναπηρίας, δεξιοτήτων μετάβασης στην αγορά εργασίας κ.α.
2. Εύρεση θέσεων δοκιμαστικής απασχόλησης για διάστημα ενός ή δυο μηνών, κατά προτίμηση την θερινή περίοδο.
3. Στήριξη φοιτητών και εργοδοτών αλλά και των υπολοίπων εργαζομένων κατά τη διάρκεια της απασχόλησης, για καλύτερη προσαρμογή του εργαζόμενου και την αποφυγή πιθανών προβλημάτων από οποιαδήποτε πλευρά.
4. Οργάνωση ημερίδων εργοδοτών καθώς και δημιουργία δικτύου εργοδοτών οι οποίοι θα είναι ευαισθητοποιημένοι και πρόθυμοι να προσλαμβάνουν στις επιχειρήσεις τους πτυχιούχους με αναπηρίες (<http://egi.di.uoa>).

### **Αναπτυξιακή Σύμπραξη «Πρωτέας»**

Η Σύμπραξη Πρωτέας είναι ένα δίκτυο 16 οργανισμών και φορέων που σκοπό έχει να προβάλλει ένα καινοτόμο σχέδιο παρέμβασης για την εξασφάλιση και διατήρηση τους εργασιακής σχέσης κινητικά ανάπηρων μέσα από ουσιαστικές και προαγωγικές λύσεις προσαρμογής σε συγκεκριμένους εργασιακούς φορείς.



Το βασικό πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει με ουσιαστικές και ποιοτικά και ποσοτικά παραγωγικές λύσεις είναι η προσαρμογή των κινητικά αναπήρων σε εργασιακούς χώρους , μέσα από ένα καινούργιο μοντέλο προσέγγισης των αναγκών προσαρμοστικότητας εργαζομένων και ανέργων ατόμων με κινητική αναπηρία σχετικά με τους ανάγκες αγοράς εργασίας , τους αυτές εξελίσσονται κυρίως με την χρήση νέων τεχνολογιών . Το έργο αποτελείται από 7 άξονες οι οποίοι περιλαμβάνουν 26 Εθνικά Υπέρτερα και 10 Διακρατικές δράσεις ( που αντιστοιχούν σε ανάλογα Εθνικά Υπέρτερα ).

Στόχοι :

✧ Να διερευνήσει τις συνθήκες και προϋποθέσεις προσαρμοστικότητας των κινητικά Ανάπηρων (Κ.Α.) και συγκεκριμένων εργασιακών χώρων .

✧ Να χαρτογραφήσει και αξιολογήσει τους ανάγκες των δύο βασικών ομάδων στόχου:

- Κινητικά ανάπηρων (Κ.Α.).

- Συγκεκριμένων εργασιακών χώρων.

✧ Να συνθέσει ένα μοντέλο χρήσης υποστηρικτικής τεχνολογίας και εργονομικών διευθετήσεων για την προσαρμογή των εργασιακών χώρων στις ανάγκες των εργαζομένων και ανέργων Κ.Α.

✧ Να δημιουργήσει ένα νέο μοντέλο κατάρτισης και εκπαίδευσης Κ.Α. που να είναι προσαρμοσμένο στις ανάγκες συγκεκριμένων εργασιακών χώρων .

✧ Να προωθήσει την απασχόληση και να στηρίξει κινητικά ανάπηρους που εργάζονται με πιλοτικές εφαρμογές ευέλικτων μορφών εργασίας.

✧ Να μελετήσει και αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα τον μοντέλου που προτείνει και να γενικεύσει τις εφαρμογές του με προτάσεις ευρύτερης κοινωνικής πολιτικής .

✧ Να ευαισθητοποιήσει εργοδότες αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο , να ενημερώσει τον πληθυσμό των κινητικά αναπήρων και φορέων και να διαδώσει τις καινοτόμες εξωστρεφείς στρατηγικές που περιλαμβάνονται στο έργο του δικτύου της Α.Σ. ΠΡΩΤΕΑΣ .

Ωφελούμενοι από το έργο αυτό είναι 300 άτομα με Κινητικές Αναπηρίες (άνεργοι και εργαζόμενοι) και 150 εργοδότες εργασιακών θέσεων

Οι φορείς που συγκροτούν τον «Πρωτέα» είναι :

1. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας.
2. Η ΕΛΕΠΑΠ (Ελληνική Εταιρεία Προστασίας Αναπήρων Παιδιών).
3. Η Εταιρεία Προστασίας Σπαστικών .
4. Ο Πανελλαδικός Σύνδεσμος Παραπληγικών Και Κινητικά Αναπήρων .
5. Το Δίκτυο Για Την Κοινωνική Συνοχή Και Την Εταιρική Ευθύνη .
6. Το Ίδρυμα Μελετών Λαμπράκη .
7. Ο Δήμος Αιγάλεω Και Το Κατ
8. Οι Εταιρείες Interamerican , VPRC, Tecmor , Νοήμων Clarte.
9. Το Περιοδικό Αναπηρία Τώρα ([Www.Disabled.Gr](http://www.Disabled.Gr)).

#### 4.Υπηρεσίες Υγείας



Είναι γεγονός πως στο ελληνικό χώρο απουσιάζει ένα οργανωμένο δίκτυο υγειονομικών υπηρεσιών . Λέγοντας οργανωμένες υγειονομικές υπηρεσίες ασφαλώς δεν εννοούνται ιατρικές υπηρεσίες που απλά προσφέρουν οι υφιστάμενες μονάδες πρόνοιας , αλλά ένα συνολικό πλέγμα υπηρεσιών που θα παρέχουν πλήρη υποστήριξη ( σωματική και ψυχολογική) στον ασθενή και στο περιβάλλον του.

Η ενέργεια αυτή θα συνέβαλλε ασφαλώς στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του ατόμου και του περιβάλλοντός τους της καλύτερης ενημέρωσης για την κατάστασή του, τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να την αντιμετωπίσει καλύτερα και το πιο σημαντικό την εξασφάλιση της διαμονής του στο γνώριμο για αυτόν περιβάλλον που ασφαλώς είναι το σπίτι του. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει θεσπίσει τους εξής νόμους:

« Στα πλαίσια της υλοποίησης του Ν.2646/98 , όπως ισχύει με το Ν.3106/2003 , συστάθηκε το εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας (Ν.Π.Δ.Δ.) , Στα πλαίσια λειτουργίας του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας δημιουργήθηκαν επιτροπές για την εκπόνηση ειδικών προγραμμάτων για ηλικιωμένα άτομα , ανάπηρα άτομα οικογένεια και παιδιά και άλλες ευπαθείς ομάδες» (<http://gsra.gr,παράρτημα> σελ.5) .

«Συστάθηκε το Εθνικό Παρατηρητήριο ΑΜΕΑ (Ν.Π.Ι.Δ.) (άρθρο 10 Ν. 3106/2003 )» (<http://gsra.gr,παράρτημα> σελ.5) .

«Συστάθηκε το σώμα επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας – Σ.Ε.Υ.Υ.Π.(Ν. 2920/2002) το οποίο παρεμβαίνει σε όλες τις κεντρικές περιφερειακές υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας καθώς και στις αντίστοιχες υπηρεσίες της Αυτοδιοίκησης σε Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ.» (<http://gspra.gr.παράρτημα> σελ.5) . .

« Θεσπίστηκε η περιφερειακή συγκρότηση του εθνικού Συστήματος κοινωνικής Φροντίδας , η αποκέντρωση των υπηρεσιών , η ένταξη τους στα Πε.Σ.Υ. και η διασύνδεσή τους με τις υπηρεσίες υγείας με στόχο την παροχή αποτελεσματικότερων υπηρεσιών στον πολίτη (Ν.3106/2003)» (<http://gspra.gr.παράρτημα> σελ.5) .

«Δημιουργήθηκε ο προνοιακός χάρτης που περιλαμβάνει όλες τις υφιστάμενες δομές – κρατικές και μη- που παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με αναπηρίες ανά Περιφέρεια Νομαρχία και Δήμος , με στόχο όχι μόνο την ενημέρωση αλλά και την διασύνδεση – συνεργασία διαφόρων φορέων κοινωνικής φροντίδας (δίκτυα κοινωνικής φροντίδας )» (<http://gspra.gr.παράρτημα> σελ.5)

#### **Κάρτα αναπηρίας**

« Σε εφαρμογή του άρθρου 4 του Ν.2430/96(φεκ.156/10.796) και του άρθρου 23 του Ν. 2556/97(Φεκ270/Α/24/12/97), εκδόθηκε το Π.Δ. 210/98 (Φεκ. 169/Α/15/07/98) για τη χορήγηση της Κάρτας Αναπηρίας .καθιερώθηκαν ενιαία κριτήρια πιστοποίησης της αναπηρίας από τις επιτροπές πιστοποίησης αναπηρίας (ΠΕΠΑ/ΔΕΠΑ) στα νοσοκομεία της χώρας και της έκδοσης προσωρινής ή ισόβια κάρτας αναπηρίας . Η πιλοτική εφαρμογή ξεκίνησε από τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Λάρισας .Εγκ. ΥΠ.ΥΓ.ΠΡ.Π39/Φ80/ΟΙΚ 4348/3-10-2000 . Η εφαρμογή του προγράμματος έδειξε ότι το 10% των επιδοτούμενων δεν είχαν κανένα πρόβλημα υγείας» (<http://gspra.gr.παράρτημα> σελ.5)

#### **Επιδόματα**

«Υ.Α.Γ. 4 α/ φ224/ΟΙΚ 1434184 για άτομα με σπαστική εγκεφαλοπάθεια η εγκεφαλική παράλυση»

« Υ.Α. Π3α /Φ27/Γ.Π. οικ.124095 (Φεκ 1594 τβ /23-12-2002 ) για την επέκταση του επιδόματος παραπληγίας σε ασφαλισμένους του δημοσίου και ανασφάλιστους με παθήσεις που επιφέρουν το ίδιο αποτέλεσμα (μυοπάθειες κτλ) » (<http://gspra.gr.παράρτημα> σελ.6)

«Επεκτάθηκε το πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ανασφάλιστων τετραπληγικών – παραπληγικών σε ασφαλισμένους του Δημοσίου (αρθ.16Ν.3106/2003)»

«Αυξήθηκαν από το 1/1/2003 τα επιδόματα κατά 5% γίνεται προσπάθεια για τον εξορθολογισμό των επιδομάτων και την

σύμπτυξη των κατηγοριών των δικαιούχων». (<http://gspra.gr> .  
παράρτημα σελ.6)

### **Δείκτες Ποιότητας των Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας**

«Έγινε καταγραφή των οικονομικών στοιχείων των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες σε ΑΜΕΑ και αξιολογήθηκαν τα στοιχεία προκειμένου να εφαρμοστούν δείκτες ποιότητας . Το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας συγκρότησε επιτροπή με έργο την κατάρτιση κριτηρίων . Σε εξέλιξη η πιστοποίηση των φορέων Υ.Α.Γ.Π. οικ.9287 και 28522(Φεκ 391/4-4-2003) – 5Ν.2646/98)(<http://gspra.gr> .  
παράρτημα σελ.7)

### **Προστατευμένα Παραγωγικά Εργαστήρια**

«Σε εφαρμογή άρθρ. 17 του Ν.2646/98 για το εθνικό σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας , προωθήθηκε Π.Δ. για τις προϋποθέσεις και τους όρους λειτουργίας των Προστατευμένων Παραγωγικών Εργαστηρίων .Στόχος των Π.Π.Ε. είναι η ανάπτυξη εναλλακτικών αλλά και βιώσιμων μορφών απασχόλησης» (<http://gspra.gr> .  
παράρτημα σελ.7)

### **Δείκτες Ποιότητας των Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας**

. « Το Γ΄Κ.Π.Σ> έχει προβλέψει μέσα από τα Π.Ε.Π. Τη δημιουργία 17 νέων Κέντρων Υποστήριξης Ατόμων με Αναπηρία .σε ισάριθμους νομούς της χώρας (Δράμα, Κιλκίς , Σταυρού, Θεσσαλονίκης, Κοζάνη, Γρεβενά, Ιωάννινα, Φωκίδα, Θεσπρωτία, Αρκαδία, Κόρινθος, Κάλυμνος, Ηράκλειο , Λασιθί , Χανιά , Κέρκυρα ) (<http://gspra.gr> .  
παράρτημα σελ.7) .

### **Ανέγερση , επέκταση και εξοπλισμός κέντρων Ανοιχτής Περίθαλψης**

«Ολοκληρώθηκαν τα έργα ΚΑΦΚΑ Αιγίου, Αμύνταιου, Αμφιλοχίας, Φιλιατρών, Νιγρίτας, Σερρών, Ρόδου, Κορίνθου, Άργος Ορεστικού, ΚΕΑ Θεσσαλονίκης , ΚΕΕΑΤ Αννουςάκειο Χανίων, Μαργαρίτα ΕΙΑΑ , ΕΙΚ Πατρών , Εταιρεία Σπαστικών . Από τα ΚΑΦΚΑ δε λειτουργούν 3 (Αμύνταιο , Αμφιλοχίας, κόρινθος). Προγραμματίζεται – μέσα από τα ΠΕΠ. Του Γ΄ΚΠΣ. Η δημιουργία τεσσάρων νέων Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αγωγής» .( Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (<http://gspra.gr> .  
παράρτημα σελ.8) .

«Το πρόγραμμα περιλαμβάνει τη δημιουργία δικτύου επείγουσας κοινωνικής φροντίδας σε άτομα, οικογένειες ή ομάδες που κινδυνεύουν με κοινωνικό αποκλεισμό (περιλαμβάνονται και τα ΑΜΕΑ ως ομάδα στόχος ). Το δίκτυο περιλαμβάνει 23 έργα στην Αττική και Θεσσαλονίκη .Προσλήφθηκε προσωπικό και λειτουργεί

τηλεφωνική γραμμή βοήθειας (197) σε 24ώρη βάση» ( <http://gsra.gr> . παράρτημα σελ.8) .

### **Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων Και Κέντρα Αποκατάστασης**

« Παρέχουν υπηρεσίες αποθεραπείας , φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης σε άτομα με χρόνιες παθήσεις κινητικές ή πνευματικές μειονεξίες. Λειτουργούν στην Αττική , Αιτωλοακαρνανία, Άρτα , Αχαΐα , Δωδεκάνησα, Θεσπρωτία, Καβάλα, Καστοριά, Κέρκυρα, Λάρισα, Λασιθί, Ροδόπη, Σερρές, Τρίκαλα, Φθιώτιδα, Χανιά. Μ το Β'Κ.Π.Σ. πραγματοποιήθηκαν έργα για τη βελτίωση του κτιριολογικού των Ο.Χ.Π. Αιτωλίας και Καστοριάς» ( <http://gsra.gr> . παράρτημα σελ.9) .

### **Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι**

« Διευρύνεται το υφιστάμενο πρόγραμμα ώστε να παρέχει υπηρεσίες και σε ΑΜΕΑ. Με την προμήθεια 500 κινητών μονάδων επεκτάθηκε το πρόγραμμα και σήμερα λειτουργούν 800 συνεργεία. Σε εξέλιξη οι διαδικασίες για να λειτουργήσουν αλλά 100 συνεργεία . Στόχος η υλοποίηση του προγράμματος σε όλους τους Καποδιστριακούς δήμους (1.183 συνεργεία). Σε εξέλιξη η δημιουργία κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας σε αστικές και ημιαστικές περιοχές , μέσα από τα Π.Ε.Π του Γ' Κ.Π.Σ. Έχουν συσταθεί 65 ΚΗΦΗ από τα οποία λειτουργούν ήδη τα 22» ( <http://gsra.gr> . παράρτημα σελ.9) ..

### **ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΤΟΠΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

«Στο πλαίσιο του Ε.Π. «Υγεία- Πρόνοια» , αναπτύσσονται κοινωνικές υποστηρικτικές υπηρεσίες στους Δήμους . Δημιουργείται ο Μηχανισμός Στήριξης που θα συντονίζει και θα παρέχει τεχνογνωσία και προχωρά η ανάπτυξη των υπηρεσιών» ( <http://gsra.gr> . παράρτημα σελ.9) ..

Ν. 2071/1992(Φεκ. 123 Α' / 15-07-1992)

«Ιατροί πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία (πλην ετεροζυγωτών) , κληρονομική σφαιροκυττάρωση και δρεπανοκυτταρική ή μικροδρεπανοκυτταρική νόσο απαλλάσσονται της ίδιας υποχρέωσης ιατροί, που πάσχουν από παραπληγία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια , μόνο εάν υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκαθάρσεως και ιατροί που έχουν κριθεί από τις αντίστοιχες υγειονομικές επιτροπές και παρουσιάζουν αναπηρία άνω των 67%» (άρθρο 23 παρ.6 , <http://gsra.gr> . παράρτημα σελ.43) ..

Στη Διακήρυξη Sunberg στο άρθρο 2 αναφέρονται τα εξής για την υγεία : « Οι κυβερνήσεις και οι εθνικές και Διεθνείς οργανώσεις θα πρέπει να εξασφαλίζουν μια συμμετοχή όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη των αναπήρων ατόμων. Θα πρέπει να παρέχεται μια οικονομική και πρακτική βοήθεια στις δράσεις που προορίζονται να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ανάπηρων ατόμων στους τομείς της εκπαίδευσης και της υγείας , όπως και στη ίδρυση και λειτουργία Συνδέσμων που αποτελούνται από τα ίδια τα ανάπηρα άτομα είτε τις οικογένειές τους. Αυτές οι οργανώσεις θα πρέπει να συμμετέχουν στον προγραμματισμό και τις αποφάσεις στον τομέα που ενδιαφέρει τα ανάπηρα άτομα».( Διακήρυξη Sunberg ,1981,[www.disabled.gr](http://www.disabled.gr))

Από το υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης προκύπτει , ότι όλα τα νοσηλευτικά κτίρια είναι σχεδόν προσβάσιμα όπως αναφέρθηκε όμως σύμφωνα με άρθρο της εφημερίδας " Τα Νέα" οι δημόσιες υπηρεσίες αδιαφορούν να καταστήσουν τα κτίρια τους προσβάσιμα για τα άτομα με αναπηρίες .(Τα νέα,[www.disabled.gr](http://www.disabled.gr),22/06//2005).

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στις υπηρεσίες υγείας είναι η έλλειψη μονάδων που προσφέρουν πρώτες βοήθειες (τα λεγόμενα κέντρα Υγείας ). Τα κέντρα υγείας που υπάρχουν σήμερα στην Ελλάδα δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών των αναπήρων καθώς και ο αριθμός είναι μικρός ( 1 κέντρο υγείας για 10-15 χωριά) αλλά και ο εξοπλισμός και το προσωπικό ( ο αγροτικός γιατρός που επισκέπτεται συνήθως τα χωριά εκτός του ότι δεν έχει μεγάλη συχνότητα επισκέψεων (μια φορά την εβδομάδα ) είναι γιατρός ο οποίος δεν έχει την κατάλληλη εξειδίκευση για την αντιμετώπιση μιας σωματικής αναπηρίας) που έχουν για την αντιμετώπιση κάποιου επείγοντος περιστατικού ή για προσφοράς βοήθειας στο σπίτι αν χρειαστεί είναι ελλιπής . Εκτός αυτού να νοσοκομειακά αυτοκίνητα στην επαρχία δεν είναι επανδρωμένα κατάλληλα για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών .

Τέλος η απόσταση είναι ένας βασικός παράγοντας αποκλεισμού των ατόμων με αναπηρίες από τον τομέα της υγείας , αφού στην επαρχία οι μονάδες υγείας , βρίσκονται στις κωμοπόλεις και οι ασθενείς αναγκάζονται να μετακινούνται για να επισκεφτούν το γιατρό για εξετάσεις .Το πρόβλημα μεγαλώνει όταν ο ασθενής διαμένει σε χωριό που βρίσκεται σε μεγάλη απόσταση από την κωμόπολη. Επειδή όμως , όπως αναφέρθηκε οι μονάδες υγείας δεν είναι πλήρως επανδρωμένες με τον κατάλληλο εξοπλισμό , οι

ασθενείς αναγκάζονται για ολοκληρωμένες εξετάσεις να μεταβούν σε κάποια από τα μεγάλα νοσοκομεία που βρίσκονται στην κοντινότερη πόλη (πχ. Αν ο ασθενής διαμένει στην περιφέρεια των Ιωαννίνων θα αναγκαστεί να μεταβεί στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της πόλης ή στο Γενικό περιφερειακό νοσοκομείο Χατζηκώστα), μια ενέργεια που απαιτεί πολύ χρόνο και κόπο και χρήματα ενώ πολλές φορές μπορεί να δημιουργήσει περισσότερες επιπλοκές στην υγεία του ανάπηρου ή να του κοστίσει μέχρι και την ζωή του . Η κατάσταση δυσχεραίνεται αρκετά το χειμώνα που συνήθως λόγω δυσμενών καιρικών συνθηκών χωριά αποκλείονται ή είναι πολύ δύσκολη η μετακίνηση του αναπήρου σε κάποιο νοσοκομείο ή ακόμη είναι δύσκολη και η επίσκεψη κάποιο γιατρού (αγροτικών στο σπίτι) για προσφορά των απαραίτητων βοηθειών .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

### ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ



Η προσβασιμότητα είναι ένα από τα βασικά και πιο κύρια δικαιώματα όλων των πολιτών και είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με το δικαίωμα για τη συμμετοχή τους στην οικονομική και κοινωνική ζωή της χώρας . Όλοι οι πολίτες έχουν το δικαίωμα και επομένως, ευνόητο είναι πως πρέπει να τους παρέχεται η δυνατότητα να εισέρχονται στα κτίρια (υπηρεσίες, χώρους εργασίας κτλ.) , στα μέσα μαζικής μεταφοράς να έχουν πρόσβαση σε αγαθά και οτιδήποτε άλλο τους εξασφαλίζει μια αξιοπρεπή διαβίωση .

Όλοι οι πολίτες έχουν τις ίδιες απαιτήσεις όσον αφορά την ίση μεταχείριση , ως κριτήριο για να συμμετέχουν σε δραστηριότητες όπως η εκπαίδευση , η απασχόληση , ο αθλητισμός, ο πολιτισμός , η ψυχολογία , η θρησκευτική ζωή , η προσέλευση στις μονάδες υγείας και τις άλλες κρατικές υπηρεσίες .

Τα άτομα με αναπηρία όμως αποτελούν μια κατηγορία ανθρώπων για την οποία δεν έχει διασφαλιστεί η ανεμπόδιστη και η ισότιμη πρόσβαση στην κοινωνία και γενικά στις δραστηριότητες που προαναφέρθηκαν. Υπαίτια γι' αυτό τον αποκλεισμό δεν είναι βέβαια τα ίδια τα άτομα αυτά, αλλά ο σχεδιασμός της κοινωνίας και ειδικότερα αυτοί που σχεδίασαν στην κοινωνία οι οποίοι δεν έλαβαν υπόψη τους τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες .

Είναι γεγονός πως ο υπάρχων σχεδιασμός του περιβάλλοντος και των υπηρεσιών, εξασφαλίζει τις ανάγκες του " μέσου " ατόμου, δηλαδή του " κανονικού " απλού πολίτη , συμβάλλοντας έτσι στη δημιουργία διακρίσεων σε βάρος των ατόμων με αναπηρία. Η υφιστάμενη δομή των κτιρίων δεν αποκλείει τα άτομα με κινητικά ή άλλα σωματικά προβλήματα, από ένα συγκεκριμένο τομέα δραστηριότητας όπως πχ. τον πολιτισμό, αλλά από κάθε τομέα που αποτελεί βέβαια και μια ευκαιρία για κοινωνικοποίηση και ένταξη (εκπαίδευση , υγεία κτλ.).

Στα άρθρα 1 και 12 της Διακήρυξης Sunberg αναγνωρίζεται το δικαίωμα της πρόσβασης στους αναπήρους . Συγκεκριμένα στο άρθρο 1 αναφέρονται τα εξής : " κάθε ανάπηρο άτομο πρέπει να μπορεί να εξασκεί το βασικό του δικαίωμα πρόσβασης στην εκπαίδευση , την επαγγελματική επιμόρφωση , την κουλτούρα και



την πληροφόρηση” , και στο άρθρο 12 : “ όλα τα προγράμματα πολεοδομίας και περιβάλλοντος θα πρέπει να σχεδιάζονται με τρόπο , ώστε να διευκολύνουν την ένταξη και τη συμμετοχή των αναπήρων ατόμων σ’ όλες τις δραστηριότητες της κοινότητας και ειδικά στους τομείς της εκπαίδευσης και της κουλτούρας ” . (Διακήρυξη Sunberg,1981) . Στη χώρα μας η μέριμνα για την πρόσβαση και τη δημιουργία δομών κατάλληλων , για τους σωματικά αναπήρους άρχισαν από τη δεκαετία του ’80 και μετά . Οι ράμπες ή αλλιώς τα κεκλιμένα επίπεδα κυκλοφορίας πεζών θεσπίστηκαν με την απόφαση 311 3046/304/1988 , για τον κτιριοδομικό κανονισμό , ενώ το 1985 με το νόμο 1577 καθιερώθηκαν κάποια βασικά δικαιώματα , όσον αφορά τον τομέα της προσβασιμότητας των σωματικά αναπήρων , ενώ το 2000 τροποποιήθηκε με τον αριθμό 2831. Στο νόμο αυτό δεν αναφέρεται η διευκόλυνση προς μια κατηγορία ατόμων με αναπηρία ειδικά (πχ. Κωφών) , αλλά η πρόληψη που γίνεται για όλα τα άτομα που έχουν κάποια σωματική αδυναμία . Περιέχονται όμως και στοιχεία που αφορούν την παρούσα μελέτη .σύμφωνα με το Ν. 2831/2000 άρθρο 28 παρ. 1 και 5 είναι υποχρεωτική η εξασφάλιση άνεσης για την πρόσβαση στα άτομα με σωματικές αναπηρίες σε όλα τα κτίρια . Ειδικότερα οι παράγραφοι αναφέρουν : “ Στους χώρους των νέων κτιρίων για τα οποία η οικοδομική άδεια εκδίδεται μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου επιβάλλεται να εξασφαλίζεται η οριζόντια και κατακόρυφη προσπέλαση από άτομα με ειδικές ανάγκες στους χώρους αυτών στους οποίους στεγάζονται υπηρεσίες του Δημοσίου , νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του ευρύτερου δημόσιου τομέα, κοινωφελείς οργανισμοί , οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτης και δεύτερης βαθμίδας ή έχουν χώρους συνάθροισης κοινού , εκπαίδευσης, υγείας και κοινωνικής πρόνοιας , γραφείων και εμπορίου καθώς επίσης και στους χώρους στάθμευσης αυτοκινήτων των κτιρίων αυτών. Η υποχρέωση αυτή επιβάλλεται και στα κτίρια με χρήση κατοικίας στα οποία είναι υποχρεωτικός ο ανελκυστήρας σύμφωνα με τις διατάξεις του κτιριοδομικού κανονισμού ” . ( άρθρο 28 ,παράγραφος 1) (<http://gspsa.gr>, Ν.2831 /2000,παράρτημα,σελ.17.). Αυτά ισχύουν για τα νεοσύστατα κτίρια . Όσον αφορά τα υπάρχοντα η παράγραφος 5 του ίδιου άρθρου στον παρόντα νόμο αναφέρει : “ Στα υφιστάμενα πριν από την ισχύ του παρόντος νόμου κτίρια που στεγάζονται υπηρεσίες του Δημοσίου , νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου , νομικά πρόσωπα ιδιωτικού

δικαίου ευρύτερου δημόσιου τομέα, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτης και δεύτερης βαθμίδας κοινωφελείς οργανισμοί, τράπεζες και ανταλλακτήρια τραπεζών , επιβάλλεται να γίνουν οι απαραίτητες διαμορφώσεις, ώστε οι λειτουργικοί τους χώροι να είναι προσπελάσιμοι από άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι διαμορφώσεις που αναφέρονται στην παράγραφο αυτή γίνεται σύμφωνα με τις σχετικές προδιαγραφές που εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργείου Περιβάλλοντος Χωροταξίας και Δημόσιων Έργων . ( άρθρο 28, παρ. 5, Ν.2831/2000, παράρτημα , σελ.17) .

Παρ' όλα αυτά , προβλήματα εξακολουθούν να υπάρχουν σ' αυτό τον τομέα . Η πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες είναι χαμηλή , όπως δείχνει η Τελική Έκθεση Μελέτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών για την αξιολόγηση στους τομείς της πρόσβασης α) Σε νοσοκομεία (διάγραμμα 25,2000,παράρτημα,σελ.30) β) Σε ιατρικά κέντρα (διάγραμμα 26,2000,παράρτημα,σελ.30) γ) σε υπηρεσίες απασχόλησης (διάγραμμα 28,2000,παράρτημα,σελ.31) δ) σε υπηρεσίες επαγγελματικής κατάρτισης (διάγραμμα 29, 2000,παράρτημα, σελ.31) σε κοινωνικές υπηρεσίες (διάγραμμα 30,2000, παράρτημα, σελ.32) βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα στην Ελλάδα , σχετικά με αυτούς τους τομείς : α) 6,0 , β) 5,71, γ)7,14 , δ) 2,43.

Συγκριτικά αναφέρονται και οι υπόλοιπες χώρες που περιλήφθηκαν στην έρευνα : α) σε νοσοκομεία : Σουηδία : 4,83, Ισπανία :5,25 Ιταλία:5,75 Φιλανδία : 7,67 Γαλλία : 7,81 Αυστρία : 10. β)Σε ιατρικά κέντρα : Σουηδία: 4,5 Ισπανία : 5,25 Ιταλία : 5,33 Γαλλία : 7,29 Φιλανδία: 7,67 Αυστρία : 9 γ) Σε υπηρεσίες απασχόλησης : Ισπανία: 2.75 Σουηδία: 4,0 Ιταλία : 5,0 Γαλλία: 5,28 Φιλανδία : 6,0 Αυστρία: 6,0 δ) Σε υπηρεσίες επαγγελματικής κατάρτισης : Σουηδία ; 2,75 Ισπανία: 3,25 Αυστρία : 5,0 Γαλλία : 5,12 Ιταλία :5,24 Φιλανδία : 6,67 . ε) Σουηδία: 3,0 Ισπανία: 5,25 Φιλανδία: 6,33 Ιταλία :6,33 Αυστρία: 6,5 Γαλλία: 7,25 (Τελική Έκθεση Μελέτης ,2000,σελ 36,37,38 αντίστοιχα).

Όπως φαίνεται η Ελλάδα στην πρώτη κατηγορία , έρχεται 4<sup>η</sup> στον τομέα της προσβασιμότητας στα νοσοκομεία και στα ιατρικά κέντρα , 3<sup>η</sup> στην προσβασιμότητα σε υπηρεσίες απασχόλησης , 1<sup>η</sup> στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες επαγγελματικής κατάρτισης και τελευταία στην προσβασιμότητα στις κοινωνικές υπηρεσίες.

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται μια μεγαλύτερη, πρόνοια της Αυστρίας και της Φιλανδίας στον τομέα για την μέριμνα των αναπήρων , ενώ στη Σουηδία και στην Ισπανία βλέπουμε χαμηλά ποσοστά (όπως αναφέρει η μελέτη η Σουηδία έχει υψηλό επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης και πολιτικών για την αναπηρία , αλλά έλαβε χαμηλή βαθμολογία στην αξιολόγηση και την πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες .)

Αφού παρατηρήθηκε τι συμβαίνει στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες, σωστό είναι να επισημανθούν τα προβλήματα που υπάρχουν , στο θέμα της προσβασιμότητας , παρ' όλες τις ρυθμίσεις, τους νόμους , τις διακηρύξεις που έχουν καθιερώσει τα δικαιώματα των αναπήρων στον τομέα αυτό.

Ένα από τα βασικότερα είναι ασφαλώς η μη εφαρμογή του νόμου 2831/2000. Όπως αναφέρεται σε άρθρο της εφημερίδας τα Νέα (22/06/2005) το οποίο περιέχεται στην ιστοσελίδα του disabled.gr, υπάρχει αδιαφορία από τις δημόσιες υπηρεσίες για την δημιουργία υποδομών για την διευκόλυνση των πολιτών αυτών. Ειδικότερα , παρόλο που προβλέπονται πρόστιμα για τις υπηρεσίες που δεν συμμορφώνονται με τις διατάξεις του νόμου , μέχρι σήμερα δεν έχει επιβληθεί κανένα , ενώ στο 30,2% των κτιρίων των δήμων τις Αττικής δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη , ενώ στις υπηρεσίες των δήμων οι οποίες είναι πρωτεύουσες νομών επίσης είναι απογοητευτική καθώς το 25% δεν έχει λάβει μέτρα προς την κατεύθυνση αυτή .Από τα καταστήματα μόλις το 1,2% από τα 130.000 των Ολυμπιακών πόλεων τοποθέτησαν ράμπες(www.disabled.gr). Αξίζει να σημειωθεί ότι η Νομαρχία Αθηνών έχει αρχίσει πρόγραμμα κατασκευής ραμπών και ήδη έχουν κατασκευαστεί 1311 ράμπες στα όρια των εξής δήμων : Φιλαδέλφειας , Μελισσίων, Αμαρουσίου, Αγ. Παρασκευής , Χαλανδρίου, Φιλοθέης , Ν. Ιωνίας, Αγ. Αναργύρων, Ιλίου, Πετρούπολης , Αιγάλεω και Καματερού , αναμένεται επίσης να δημιουργηθούν άλλες 614 ράμπες(www.disabled.gr,21/07/2005 , παράρτημα, σελ.33 ).Για να καλυφθούν όμως τα κενά που υπάρχουν πρέπει να δημιουργηθούν οι τετραπλάσιες ράμπες (www.disabled.gr )

Κάτι τελευταίο και αρκετά σοβαρό που πρέπει να αναφερθεί σ' αυτό το σημείο , είναι η καταγγελία του Νομάρχη Αθηνών , στην οποία αναφέρει το εξής δυσάρεστο γεγονός : πως οι ράμπες που έχουν δημιουργηθεί στα πεζοδρόμια της Αθήνας μετατρέπονται , σε θέσεις παρκαρίσματος (να σημειωθεί πως ύστερα από αυτή την

καταγγελία του νομάρχη , ο ίδιος ξεκίνησε το πρόγραμμα για την κατασκευή ραμπών που προαναφέρθηκε ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) , 21/07/2005 , παράρτημα, σελ. 34) .

Ένα δεύτερο εξίσου σημαντικό πρόβλημα , είναι η απότομη κλίση που έχουν πολλές από τις υφιστάμενες ράμπες. Ναι μεν υπάρχουν σε ορισμένα κτίρια , αλλά ουσιαστικά είναι «Δώρον – Άδωρον » , εφόσον για να ανέβει ένα αναπηρικό αμαξίδιο , χρειάζεται κάποιον συνοδό με μυϊκή δύναμη, εξαιτίας των ύψους των . Δηλαδή και που υπάρχουν οι περισσότερες δεν είναι βατές , τόσο εύκολα και πάντα υπάρχει ο κίνδυνος ανατροπής των αναπηρικών αμαξιδίων , με πλείστες ασφαλώς συνέπειες , για το άτομο (επιπλέον τραυματισμός ή ακόμα και θάνατος εάν προκληθεί τραύμα στο κεφάλι ) ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), 21/07/2005,παράρτημα, σελ.35).

Τρίτον, η αδιαφορία η αναισθησία ορισμένων μη ανάπηρων πολιτών οι οποίοι παραβαίνουν τους κανονισμούς και σταθμεύουν σε θέσεις για ανάπηρους , χωρίς να υπολογίζουν τους ανάπηρους συμπολίτες τους. Σύμφωνα με στοιχεία , μόνο τον μήνα Σεπτέμβριο του προηγούμενου έτους (2004) σημειώθηκαν από Υπηρεσίες της Τροχαίας σε ολόκληρη την επικράτεια 7.969 παραβάσεις σε ράμπες , πεζοδρόμια και πεζόδρομους που παρεμπόδιζαν την άνετη κίνηση ατόμων με αναπηρία , καθώς και 597 παραβάσεις για παράνομη στάθμευση οχημάτων , σε χώρους που προορίζονται αποκλειστικά για στάθμευση οχημάτων ατόμων με μειωμένη κινητικότητα. Εντυπωσιακό είναι πάντως το γεγονός πως οι οφειλές από παράνομες σταθμεύσεις στο Δήμο Αθηναίων ,αγγίζουν το 50.000.000- 60.000.000€ από το 1986 έως σήμερα ( [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), 30/05/2005,παράρτημα,σελ. 36). Το πρόβλημα γενικά της στάθμευσης αυτοκινήτων σε θέσεις προορισμένες για άτομα με κινητική αναπηρία , οφείλεται ασφαλώς στην έλλειψη αγωγής και παιδείας και ίσως ενημέρωσης που έχουν οι σημερινοί Έλληνες μη ανάπηροι πολίτες . Όπως, διαπιστώνεται από μαρτυρία η οποία περιλαμβάνεται στο παράρτημα ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr).30/05/2005, παράρτημα ,σελ. 37 ) στο Λονδίνο η προσπελασιμότητα των κινητικά αναπήρων είναι πολύ πιο εύκολη απ' ότι στη χώρα μας .

Τέλος , αφού οι υπηρεσίες δεν είναι προσβάσιμες ,τα άτομα με αναπηρίες αναγκάζονται να ζουν πάντα εξαρτημένα χωρίς κάποιον υποτυπώδη βαθμό αυτονομίας και αποκλεισμένα από την κοινωνική ζωή εφόσον δεν μπορούν να μεταβούν την ώρα που θέλουν στην εκκλησία ή σε κάποια υπηρεσία ή να

παρακολουθήσουν μαθήματα (Πανεπιστήμιο ,Λύκειο κ.α.) , αλλά ακόμα και αν γίνεται να συμμετέχουν κάποια φορά σε κάποια δραστηριότητα, συμβαίνει σπάνια εξαιτίας της δυσκολίας μετακίνησης .

Τέλος το πιο σημαντικό απ' όλα δεν είναι να καταστούν τα κτίρια προσβάσιμα ως προς την είσοδο και έξοδο για τα άτομα με αναπηρίες αλλά και ως προς την μετακίνηση στους μέσα στους χώρους αυτών (τουαλέτα, γραφεία, εστιατόρια κτλ) .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄

### ΑΓΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ομάδων ή ατόμων που κρίνονται αποκλεισμένα από τον κοινωνικό τρόπο ζωής, είναι η απομόνωση τους από εκείνους τους βασικούς κοινωνικούς μηχανισμούς που παράγουν ή διανέμουν τους κοινωνικούς πόρους οι οποίοι εξασφαλίζουν άνετη και αυτόνομη διαβίωση. Ένας από αυτούς τους

κοινωνικούς μηχανισμούς είναι η αγορά εργασίας, η οποία αποτελεί βασικό παράγοντα οικονομικής αυτονομίας των ατόμων με αναπηρία, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης τους, ενεργής συμμετοχής στο μέρος που ζουν και κυρίως ένταξης στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Για να επιτευχθεί όμως αυτό, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εξίσωση ευκαιριών, η καταπολέμηση των διακρίσεων που υφίστανται καθημερινά τα άτομα αυτά, η νομοθεσία ίσης μεταχείρισης και ανάπτυξης θετικών μέτρων πολιτικής. Προς αυτήν την κατεύθυνση τα τελευταία χρόνια άρχισαν να γίνονται, από την πλευρά τους κράτους θετικά βήματα, όπως λόγου χάρη η κατάργηση της "αρτιμέλειας", διάφορα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης, επιδοτούμενα προγράμματα απασχόλησης από τον ΟΑΕΔ και γενικά έχουν γίνει ενέργειες για την προώθηση των αναπήρων στον τομέα της απασχόλησης.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά την "αρτιμέλεια" με το νόμο 2839/2000 διαγράφεται ως προϋπόθεση διορισμού από τον υπαλληλικό κώδικα και πλέον δεν εμποδίζεται η πρόσληψη των ΑμέΑ στο Δημόσιο τομέα. Συγκεκριμένα στην παράγραφο 1 του άρθρου 7 του Υπαλληλικού κώδικα ύστερα από την τροποποίηση του, με την παράγραφο 1 του άρθρου 3 του Ν. 2839/2000 αναφέρεται ότι: «Υπάλληλοι διορίζονται όσοι έχουν την υγεία που τους επιτρέπει την εκτέλεση καθηκόντων της αντίστοιχης θέσης. Η έλλειψη φυσικών σωματικών δεξιοτήτων δεν εμποδίζει την πρόσληψη, εφόσον ο υπάλληλος με την κατάλληλη και δικαιολογημένη τεχνική υποστήριξη μπορεί να ασκήσει τα

καθήκοντα της αντίστοιχης θέσης. Ειδικές διατάξεις για τον διορισμό ατόμων με ειδικές ανάγκες δεν τίγονται. Επίσης στην παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου, ύστερα από την τροποποίηση του με την παράγραφο 2 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου, ορίζεται πώς « η υγεία και η φυσική καταλληλότητα των υποψηφίων υπαλλήλων για να ασκήσουν τα καθήκοντα της αντίστοιχης θέσης, πιστοποιούνται από τις αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές, με βάση παραπεμπτικό έγγραφο, στο οποίο περιγράφονται από την υπηρεσία σε γενικές γραμμές τα καθήκοντα της θέσης που πρόκειται να καταληφθεί». ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), Ν.2839/2000, παράρτημα, σελ.38).

Άλλες ρυθμίσεις ευνοϊκές ως προς το ζήτημα της απασχόλησης των ατόμων με σωματικές αναπηρίες είναι οι εξής : Το υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης έχει θεσπίσει τους εξής νόμους :

Ν.2527/1997

«Προβλέπεται η μείωση του ωραρίου εργασίας Τυφλών και Παραπληγικών –Τετραπληγικών στο Δημόσιο, ΝΠΔΔ και ΟΤΑ κατά 1-2 ώρες ημερησίως» (<http://gspa.gr>, παράρτημα, σελ.3 )

Ν.2683/1999.

« Οι δημόσιοι υπάλληλοι με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω δικαιούνται 6 εργάσιμες ημέρες επιπλέον της κανονικής άδειας». (<http://gspa.gr>, παράρτημα, σελ.3 )

Ν. 2190/97

«Καθορίζεται ειδικός τρόπος εξέτασης ατόμων με έλλειψη φυσικών και σωματικών δεξιοτήτων που συμμετέχουν σε γραπτή διαδικασία πλήρωσης θέσης στο δημόσιο τομέα » (<http://gspa.gr>, παράρτημα, σελ.3 )

Άρθρο 54 παρ.4 Υπαλληλικού κώδικα.

« Οι υπάλληλοι που πάσχουν από δυσίατα νοσήματα δικαιούνται αναρρωτικές άδειες διπλάσιας διάρκειας των υπολοίπων» (<http://gspa.gr>, παράρτημα, σελ.3 ).

Άρθρο 50 παρ. 4 Υπ.Κ.

« Οι πάσχοντες από νοσήματα που απαιτούν τακτικές μεταγγίσεις αίματος ή χρήζουν περιοδικής νοσηλείας, καθώς και όσοι έχουν παιδιά που έχουν τέτοιες ανάγκες δικαιούνται ειδικής άδειας έως 22 ημερών το χρόνο» (<http://gspa.gr>, παράρτημα, σελ.3 )..

Άρθρο 67 παρ.2 Υπ.Κ.

«Οι αιτήσεις υπαλλήλων που πάσχουν από δυσίατα νοσήματα προηγούνται άλλων» (<http://gspa.gr>, παράρτημα, σελ.3 ).

N. 1191/90

“ Οπλίτες ή έφεδροι αξιωματικοί που καθίστανται ανάπηροι σε ποσοστό άνω του 67% κατά την εκτέλεση διατεταγμένης υπηρεσίας με ΚΥΑ Υπουργών εθνικής Άμυνας και ΕΣΔΔΑ διορίζονται σε θέσεις πολιτικού προσωπικού του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας”( <http://gspsa.gr> , παράρτημα, σελ.3 ).

Ο Νόμος για την εφαρμογή της ίσης μεταχείρισης 3304/2005 στο άρθρο 10 “ Εύλογες προσαρμογές για τα άτομα με αναπηρία ” αναφέρει : “ Για την τήρηση της αρχής της ίσης μεταχείρισης έναντι ατόμων με αναπηρία , ο εργοδότης υποχρεώνεται στη λήψη όλων των ενδεδειγμένων κατά περίπτωση μέτρων, προκειμένου τα άτομα αυτά να έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε θέση εργασίας να ασκούν αυτήν και να εξελίσσονται , καθώς και δυνατότητα συμμετοχής στην επαγγελματική κατάρτιση , εφόσον τα μέτρα αυτά δεν συνεπάγονται δυσανάλογη επιβάρυνση , όταν αντισταθμίζεται από μέτρα προστασίας που λαμβάνονται στο πλαίσιο άσκησης της πολιτικής υπέρ των ατόμων με αναπηρία” ( [www.disabled .gr](http://www.disabled.gr). N.27/01/2005.παράρτημα, σελ.22)

Στην οδηγία 2000/78/ΕΚ της 27<sup>ης</sup> Νοεμβρίου 2000 για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία , το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθιέρωσε τα εξής δικαιώματα:

Άρθρο 8: « Οι κατευθυντήριες γραμμές του 2000 για την απασχόληση, οι οποίες εγκρίθηκαν από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Ελσίνκι στις 10 και 11 Δεκεμβρίου 1999, τονίζουν ότι πρέπει να προωθηθεί η δημιουργία προϋποθέσεων για μια αγορά εργασίας που θα ευνοεί την κοινωνική ένταξη , με τη διαμόρφωση ενός συνεκτικού συνόλου πολιτικών που θα στοχεύουν στην καταπολέμηση των διακρίσεων σε βάρος ομάδων , όπως είναι τα άτομα με ειδικές ανάγκες» (Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 27/11/2000 παράρτημα, σελ.39).

Άρθρο 16 : « Η θέσπιση μέτρων για την αντιμετώπιση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στον εργασιακό χώρο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο , στην καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω ειδικών αναγκών» (Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων,27/11/2000,παράρτημα, σελ.40).

Άρθρο 17: « Η παρούσα οδηγία δεν απαιτεί την πρόσληψη , προαγωγή ή διατήρηση στη θέση απασχόλησης ή την παροχή εκπαίδευσης σε άτομο που δεν είναι κατάλληλο , ικανό και πρόθυμο να εκτελεί τα βασικά καθήκοντα της εν λόγω θέσης απασχόλησης ή



να παρακολουθήσει ένα δεδομένο κύκλο εκπαίδευσης , με την επιφύλαξη της υποχρέωσης να προβλέπονται εύλογες προσαρμογές για τα πρόσωπα με ειδικές ανάγκες» (Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων,27/11/2000,παράρτημα, σελ.41).

Τέλος στα άρθρα 6 και 14 της Διακήρυξης Sunberg προβλέπονται : « Τα στα προγράμματα της εκπαίδευσης της επαγγελματικής κατάρτισης, της κουλτούρας και της πληροφόρησης πρέπει να στοχεύουν στην ένταξη των ανάπηρων ατόμων στο κοινωνικό περιβάλλον ζωής και εργασίας . Αυτή η ένταξη πρέπει να αρχίζει όσο πιο νωρίτερα γίνεται στη ζωή του ατόμου. Για να προετοιμαστεί η ένταξη αυτή θα πρέπει τα ανάπηρα άτομα , ανεξάρτητα από την προσωπικής τους κατάσταση να τύχουν της σχετικής εκπαίδευσης και κατάρτισης». ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr))

Άρθρο 14 : " Οι κυβερνήσεις, οι επιχειρήσεις, οι επαγγελματικές οργανώσεις και τα συνδικάτα έχουν την ευθύνη να ενεργήσουν δυναμικά, ώστε να δημιουργήσουν στον τομέα της απασχόλησης προγράμματα που περιέχουν, ειδικά σχέδια προσανατολισμού και εργοδότησης επαγγελματικής κατάρτισης και προώθησης με στόχο να αυξηθούν , οι πιθανότητες εργοδότησης των αναπήρων ατόμων". ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)).

Από τον ΟΑΕΔ υλοποιούνται προγράμματα κατάρτισης-απασχόλησης για νέες θέσεις εργασίας ΑΜΕΑ, νέων ελευθέρων επαγγελματιών μέσα από τις 6 Ειδικές Υπηρεσίες Απασχόλησης για τις Ειδικές Κοινωνικές Ομάδες που βρίσκονται στις εξής πόλεις:Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Βόλο, Πάτρα και Ηράκλειο Κρήτης.,τις 3 Εκπαιδευτικές Μονάδες Κατάρτισης για ΑΜΕΑ σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Λάρισα, καθώς και τα Γραφεία Απασχόλησης του Οργανισμού που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα υλοποιούνται:

• Προγράμματα για την ετεροαπασχόληση και νέες θέσεις εργασίας μερικής ή ολικής απασχόλησης 3 χρόνια επιδοτούμενα και 10 μήνες άνευ επιδοτήσεως.

• Προγράμματα για την επιχορήγηση επιχειρήσεων «Σύμβασης Ορισμένου Χρόνου» για επιχειρήσεις οι οποίες λειτουργούν εποχιακά και Δημοτικές Επιχειρήσεις (κατώτατο διάστημα απασχόλησης 5 μήνες).

• Προγράμματα για την επιδότηση νέων ελευθέρων επαγγελματιών ΑΜΕΑ για 2 χρόνια.

· Προγράμματα εργονομικής διευθέτησης του εργασιακού χώρου προς διευκόλυνση των ΑΜΕΑ ( χρηματοδότηση ως 90% του συνολικού κόστους) .

· Προγράμματα τα οποία επιδοτούνται από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο.

· Υπηρεσίες που περιλαμβάνουν υποστηρικτικές ενέργειες και ψυχοκοινωνική υποστήριξη (<http://gsra.gr>, παράρτημα ,σελ.14)

Κλείνοντας στα άρθρα 1,2 και 12 του Ν.2643/98 ο οποίος αφορά την μέριμνα για την απασχόληση των ατόμων ειδικών κατηγοριών αναφέρονται:

Άρθρο 1: “ προστατευμένα πρόσωπα” . Προστατεύονται τα άτομα με ποσοστό αναπηρίας 50% τουλάχιστον , που έχουν περιορισμένες δυνατότητες για επαγγελματική απασχόληση εξαιτίας οποιασδήποτε χρόνιας σωματικής ή πνευματικής ή ψυχικής πάθησης ή βλάβης (άτομα με ειδικές ανάγκες) , εφόσον είναι γραμμένα στα μητρώα αναπήρων του Ο.Α.Ε.Δ. Επίσης, προστατεύονται όσοι έχουν τέκνο ή αδερφό ή σύζυγο με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω εξαιτίας βαριών ψυχικών και σωματικών προβλημάτων” . ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), οδηγός παροχών για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, Ν.2643/98, παράρτημα σελ.42)

Άρθρο 2: “ Προστασία σε φορείς του ιδιωτικού και του ευρύτερου δημόσιου τομέα” . Επιχειρήσεις ή εκμετάλλευσης ελληνικές ή ξένες , που λειτουργούν στην Ελλάδα με οποιαδήποτε μορφή και οι φορείς του δημοσίου τομέα, καθώς και οι θυγατρικές τους εταιρίες , εφόσον απασχολούν προσωπικού πάνω από πενήντα (50) άτομα , υποχρεούνται να προσλαμβάνουν προστατευόμενα άτομα του προηγούμενου άρθρου σε ποσοστό 8% επί του συνόλου του προσωπικού της επιχείρησης , της εκμετάλλευσης ή του φορέα . ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), οδηγός παροχών για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, Ν.2643/98, παράρτημα σελ.42)

Άρθρο 12: “ Διοικητικές κυρώσεις” . Σε βάρος του εργοδότη που παραβαίνει τις διατάξεις του νόμου αυτού επιβάλλονται οι ακόλουθες κυρώσεις :

1 Πρόστιμο ίσο με έξι (6) κατώτατους μηνιαίους μισθούς , ιδιωτικού υπαλλήλου , σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις των εθνικών γενικών συλλογικών συμβάσεων εργασίας για άρνηση πρόσληψης των προσώπων της παραγράφου 1 του άρθρου 1.

2. Πρόστιμο με τις αποδοχές που δικαιούται ο τοποθετούμενος για κάθε ημέρα καθυστέρησης της πρόσληψης του εφόσον εμφανίστηκε

στον υπόχρεο εργοδότη” . ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) οδηγός παροχών για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, Ν.2643/98, παράρτημα σελ.42)

Όπως διαπιστώθηκε έχουν γίνει σημαντικά βήματα την τελευταία εικοσαετία , για την ευνοϊκότερη μεταχείριση των αναπήρων , όσον αφορά την αγορά εργασίας εν τούτοις όπως η πραγματικότητα απέχει πολύ από τη θεωρία. Σύμφωνα με έρευνες , εννέα στις δέκα επιχειρήσεις στη χώρα μας δεν απασχολούν εργαζόμενους με αναπηρίες , ενώ επίσης η πλειονότητα των επιχειρήσεων δεν διαθέτει υποδομή κατάλληλη και υποστηρικτική τεχνολογία (γραφεία, ειδικές καρέκλες κτλ.) , για την απασχόληση αναπήρων πολιτών. Συγκεκριμένα , μόνο 3 στις 10 επιχειρήσεις (28,1%) διαθέτουν υποδομή τέτοια , ώστε να διευκολύνεται η άνετη πρόσβαση των πολιτών με ειδικές κινητικές δυσκολίες στους χώρους τους ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), 19/04/2005, παράρτημα,σελ. 20) .

Ως προς την αντιμετώπιση των με των εργαζομένων με αναπηρία από τις εταιρίες , ένα δείγμα είναι πως , στην εταιρεία που έκανε τη δημοσκόπηση , από τις 66 επιχειρήσεις στις οποίες είχαν αποσταλεί ερωτηματολόγια, ανταποκρίθηκαν μόνο οι 12. Ειδικότερα το 38,6% απάντησαν ότι “μάλλον δύσκολα” θα προσελάμβανε άτομο με κινητική αναπηρία , ενώ το 69,71% δήλωσαν ότι δεν προσλαμβάνουν ανάπηρους , εξαιτίας των “ προβλημάτων αποτελεσματικότητας” που παρουσιάζουν ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), 19/04/2005, παράρτημα,σελ. 20) .

Τα ίδια περίπου εμπόδια, αναφέρει και η επιτροπή των ευρωπαϊκών κοινοτήτων . Σύμφωνα λοιπόν με την επιτροπή , τα εμπόδια από την πλευρά του εργοδότη είναι τα εξής: η προσαρμογή του χώρου εργασίας, η χαμηλή παραγωγικότητα και η ευελιξία του εργαζόμενου με αναπηρία , η πιθανότητα φόβου συχνής απουσίας του εργαζόμενου για λόγους υγείας και σε μερικές χώρες υπήρξε η διαπίστωση πως το κόστος ασθένειας λόγω της κοινωνικής ασφάλισης (δηλ. οι παροχές ασθένειας σε χρήμα), που επιβαρύνει τους εργοδότες, μπορεί να αυξήσει την διστακτικότητα τους για την πρόσληψη αναπήρων εργαζομένων (<http://europa.eu.int/>. Βρυξέλλες 30/12/2003) ενώ σύμφωνα με μελέτη του Ινστιτούτου εργασίας της ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ παρότι επιδοτείται όχι μόνο η επιχείρηση που απασχολεί ΑΜΕΑ αλλά και η μετατροπή του χώρου ώστε να καταστεί λειτουργικός ως προς την διευκόλυνση των ατόμων αυτών από τον ΟΑΕΔ ,εν τούτοις καμία επιχείρηση δεν προβαίνει σε τέτοιου είδους προσλήψεις με εξαίρεση κάποιους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης (Παπαδοπούλου,2002, σελ 293).

Οι δυσκολίες και ο αποκλεισμός των ατόμων με αναπηρία συνδέεται άμεσα με την ανεργία η οποία οδηγεί σε φτώχεια και την οικογένεια και το άτομο που έχει την αναπηρία. Στην τελική έκθεση μελέτης αναφέρεται πως το 57% των εργαζομένων με αναπηρία (γενικά) ανήκει στο χαμηλόμισθο προσωπικό το 30,5 % του εργατικού δυναμικού απασχολείται ενώ το 20,8% είναι άνεργοι και το 42% άεργοι. Το 42% επίσης είναι εξαρτημένοι από επιδόματα αναπηρίας τα οποία όπως λένε οι Κογκίδου - Πανταζής "είναι ανεπαρκή, δεν αναπροσαρμόζονται τιμαριθμικά, στις δαπάνες που συνεπάγεται η αναπηρία" (Κογκίδου – Πανταζής, 1997, σελ.888).

Εφόσον λοιπόν τα επιδόματα είναι ανεπαρκή και δεν αναπροσαρμόζονται, λογικό είναι τα άτομα με αναπηρίες να αντιμετωπίζουν μεγάλο ποσοστό ένδειας, το ίδιο και οι οικογένειες τους, οι οποίες επιβαρυνμένες καθώς είναι από το κόστος της αναπηρίας (συχνές επισκέψεις στο γιατρό που πολλές φορές μπορεί να είναι εκτός πόλης που διαμένει η οικογένεια, φάρμακα, υποστηρικτικά μέσα αμαξίδια, ποδοκινητήρες). Εξουθενώνονται περισσότερο από την ανεργία, δεδομένου ότι το πάσχον μέλος αποκλείεται από την αγορά εργασίας και οδηγούνται σε οικονομικά δυσχερέστερη κατάσταση απ' ό τι ήταν προηγουμένως. Άρα λοιπόν το άτομο με την αναπηρία αποκλείεται και από την κοινωνική ζωή καθώς, λόγω της χαμηλής οικονομικής του κατάστασης δεν μπορεί να συμμετάσχει σε πολιτιστικές εκδηλώσεις (θέατρο, κινηματογράφος) ή σε άλλες δραστηριότητες, όπως πιο άνετα θα έκανε ένας πολίτης που αμείβεται με μέσο μισθό. Αποκλείεται δηλαδή από την ενεργό κοινωνική ζωή.

Τελειώνοντας, αναφέρονται δυο καταγγελίες που δείχνουν μια ρατσιστική αντιμετώπιση στα άτομα που έχουν κάποια αναπηρία. Σε άρθρο της εφημερίδας "Τα Νέα" καταγγέλλεται πως ελληνίδα εκπαιδευτικός κινητικά ανάπηρη, η οποία είναι διορισμένη σε ειδικό σχολείο επιθυμεί να αποσπαστεί σε σχολείου του εξωτερικού αλλά δεν της επιτρέπεται επειδή όπως της είπαν οι εκπαιδευτικοί που είναι διορισμένοι σε ειδικά σχολεία δεν έχουν δικαίωμα να κάνουν αίτηση. Και πιο συγκεκριμένα "οι εκπαιδευτικοί με ειδικές ανάγκες που έχουν διοριστεί αποκλειστικά σε ειδικά σχολεία δεν έχουν δικαίωμα για αίτηση απόσπασης" ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), 06/12/2004)

Η δεύτερη καταγγελία είναι πως, ενώ η "αρτιμέλεια" καταργήθηκε ως προϋπόθεση πρόσληψης στο Δημόσιο με το νόμο

2839/2000 , ορισμένα ελληνικά πανεπιστήμια ζητούν πιστοποιητικό αρτιμέλειας από καθηγητές , ερευνητικό και άλλο εργαστηριακό προσωπικό , προκειμένου να τους προσλάβουν ([www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)).

Η πράξη αυτή δεν αντιτίθεται μόνο στο Ν.2839, αλλά και στο άρθρο 21 του Συντάγματος , σύμφωνα με το οποίο “Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία , την επαγγελματική ένταξη και την συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτικής ζωή της χώρας” (άρθρο 21, παρ. 6 , Σύνταγμα της Ελλάδος , 06/ 2001 ).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄

### ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ



Ο αθλητισμός αποτελεί μέρος της ενιαίας εξέλιξης του κινήματος ατόμων με αναπηρίες, τόσο σε ελληνικό όσο και σε διεθνή επίπεδο. Ο αθλητισμός εμφανίστηκε κυρίως ως μέσο για την αποθεραπεία και την αποκατάσταση, μετά το 2<sup>ο</sup> παγκόσμιο

πόλεμο, λόγω της αύξησης των αναπήρων. Η μορφή αυτή του αθλητισμού εμφανίστηκε κυρίως σε νοσοκομεία της Γερμανίας, της Αγγλίας και της Αμερικής. Από το 1952 και ύστερα αρχίζουν να ιδρύονται διεθνείς Αθλητικές Ομοσπονδίες.

- ♦ Το 1952 ιδρύεται η Διεθνής Αθλητική Οργάνωση για αθλητές με κακώσεις νωτιαίου μυελού – η Διεθνής Ομοσπονδία Αγώνων του Stoke Mandeville.
- ♦ Το 1964 ιδρύεται η Διεθνής αθλητική Ομοσπονδία Αθλητών με Αναπηρίες όπως ακρωτηριασμό, προβλήματα όρασης και άλλες αναπηρίες. Σήμερα η Ομοσπονδία αφορά μόνο αθλητές με ακρωτηριασμό και λοιπές αναπηρίες.
- ♦ Το 1978 ιδρύθηκε η Διεθνής Αθλητική Ένωση Αθλητών με Εγκεφαλική Παράλυση (Ε.Σ.Α.Ε.Α., 3/12/2001, σελ. 7).

Στην Ελλάδα οι πρώτες συλλογικές προσπάθειες ξεκινούν στις αρχές της δεκαετίας του 80 με την ίδρυση των πρώτων αθλητικών σωματείων ή αθλητικών τμημάτων στα συνδικαλιστικά σωματεία των ατόμων με αναπηρία. Το 1983 δημιουργήθηκαν τα πρώτα συγκροτημένα προγράμματα για τα άτομα με αναπηρίες. Η πρώτη Αθλητική ομοσπονδία, Η Πανελλήνια Αθλητική Ομοσπονδία ατόμων με Αναπηρίες (ΠΑΟΜ- ΑΜΕΑ) ιδρύθηκε το 1993, ενώ παράλληλα αρχίζει η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια ανάπτυξης παραολυμπιακών αθλημάτων. Το 1996, η ΠΑΟΜ-ΑΜΕΑ έγινε μέλος της Διεθνούς Παραολυμπιακής επιτροπής και έκτοτε συμμετέχει σε όλες τις διαδικασίες εκπροσωπώντας την Ελλάδα. Η εκπροσώπηση όμως της Ελλάδας σε διεθνείς αθλητικές ομοσπονδίες γίνεται έως και σήμερα μέσω αθλητικών σωματείων, αλλά κυρίως μέσω των κοινωνικοσυνδικαλιστικών οργανώσεων των ατόμων με αναπηρίες. Η βασική αιτία αυτού του προβλήματος,

είναι το γεγονός πως το ελληνικό κράτος δεν αναγνώρισε άμεσα την ΠΑΟΜ-ΑΜΕΑ ως εθνική αθλητική Ομοσπονδία και σε συνδυασμό με την ίδρυση της Πανελλήνιας Αθλητικής Ομοσπονδίας Κινητικά Αναπήρων (ΠΑΟΚΑ) δημιούργησε μια κατάσταση η οποία έπληξε αρνητικά το αθλητικό κίνημα (Ε.Σ.Α.Ε.Α.,3/12/2001, σελ.8).

Σύμφωνα με τον Αθλητικό νόμο 2725/1999 δόθηκε η δυνατότητα για να συγκροτιστούν 5 Αθλητικές Ομοσπονδίες Ατόμων με Αναπηρίες που θα αποτελούσαν τις πέντε κατηγορίες αναπηριών που καλύπτει η Διεθνής Παραολυμπιακή Επιτροπή. Συγκεκριμένα ο νόμος 2725/1999 Παρ. 4 αναφέρει : « Ειδικά για τις κατηγορίες αναπηριών που καλύπτει η Διεθνής Παραολυμπιακή Επιτροπή (IPC) αναγνωρίζονται πέντε (5) αθλητικές ομοσπονδίες ΑΜΕΑ . Οι ομοσπονδίες αυτές συνιστούν συνομοσπονδία με την επωνυμία " Εθνική Παραολυμπιακή Επιτροπή " , με έδρα την Αθήνα η οποία εκπροσωπεί την χώρα μας στην (IPC). Στην ομοσπονδία εκπροσωπούνται ισότιμα οι πιο πάνω ομοσπονδίες . Χρονικό διάστημα για την ίδρυση των ομοσπονδιών και της συνομοσπονδίας ορίζεται οκτάμηνη από τη δημοσίευση του νόμου αυτού Για το διάστημα από την δημοσίευση του παρόντος μέχρι την λήξη του οκτάμηνου, με απόφαση του αρμόδιου για τον αθλητισμό Υπουργού, συγκροτείται ενδεκαμελής προσωρινή επιτροπή που εκπροσωπεί τη χώρα μας στην IPC.Σ την επιτροπή αυτή συμμετέχουν πέντε (5) μέλη από την Πανελλήνια Αθλητική Ομοσπονδία ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΠΑΟΜ- ΑΜΕΑ) τέσσερα (4) μέλη από την Πανελλήνια Ομοσπονδία Κινητικά Αναπήρων και (ΠΑΟΚΑ) και δυο (2) μέλη από την Ομοσπονδία Σωματείων Ελλήνων Καλαθοσφαιριστών με Καρότσι (ΟΣΕΚΚ). Τα μέλη της Επιτροπής υποδεικνύονται από τις ομοσπονδίες του προηγούμενου εδαφίου. Αν παρέλθει το ως άνω οκτάμηνο , χωρία σαν συσταθούν οι πέντε (5) ομοσπονδίες του πρώτου εδαφίου και η συνομοσπονδία , με απόφαση του αρμόδιου για τον αθλητισμό Υπουργού , αίρεται η αθλητική αναγνώριση των ομοσπονδιών του πέμπτου εδαφίου και συγκροτείται η επιτροπή από έντεκα (11) μέλη για την εκπροσώπηση της χώρας μας στην IPC (ΥΠ.ΕΣ.Δ.Δ.Α., άρθρο 29 παρ. 4, φεκ. 121 Α´ ) (<http://aspa.gr>, παράρτημα σελ.44).

Άλλοι νόμοι ευνοϊκοί ως προς την καθιέρωση του αθλητισμού ως δικαιώματος των αναπήρων είναι :  
Ν.3057/2002.

“ Ειδική μέριμνα λαμβάνεται για την εξασφάλιση της προσβασιμότητας ΑμεΑ στις ευρύτερες περιοχές των Ολυμπιακών

και Παραολυμπιακών πόλεων σε επιλεγμένες περιοχές συνάθροισης κοινού και σε επιλεγμένους οδικούς άξονες ” ([www.gspa.gr](http://www.gspa.gr) ,παράρτημα,σελ.16).

#### ΜΑΖΙΚΟΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ

“ Στα πλαίσια του προγράμματος παρέχεται η δυνατότητα άσκησης ΑμεΑ σε σχολεία ιδρύματα και Πρότυπα Κέντρα Άθλησης . Επίσης , υλοποιούνται προγράμματα κολύμβησης για παιδιά με νοητική υστέρηση , μαθησιακά προβλήματα , προβλήματα αισθητήριων οργάνων και κινητικά προβλήματα ” ([www.gspa.gr](http://www.gspa.gr) ,παράρτημα,σελ.16).

Ν.2725/99

“ Καθορίζεται το πλαίσιο ενίσχυσης του αθλητισμού ΑμεΑ, της οργάνωσης των ειδικών αθλητικών σωματείων και των παροχών – ενισχύσεις , άδεια πρακτορείου Προπό , Λόττο κλπ. ” ([www.gspa.gr](http://www.gspa.gr) ,παράρτημα,σελ.16).

#### Αθλητικοί και προπονητικοί χώροι

“ Δημιουργείται δίκτυο προπονητικών χωρών για τα παραολυμπιακά αθλήματα, προπονητικό κέντρο ειδικού αθλητισμού (στο δήμο Θερμαϊκού ) ( [www.gspa.gr](http://www.gspa.gr) ,παράρτημα ,σελ.16).

#### Παραολυμπιακό Αθλητικό Κίνημα Ν. 2947/2001

“ Δημιουργήθηκε η Νέα αθλητική Ομοσπονδία ΑμεΑ. Συστάθηκε Ν.Π.Δ.Δ. ελληνική Παραολυμπιακή Επιτροπή . Ενισχύεται και υποστηρίζεται η προετοιμασία των αθλητών ΑμεΑ για την Παραολυμπιάδα. Προωθείται πρόγραμμα αθλητισμού στις Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής ) ”( [www.gspa.gr](http://www.gspa.gr) ,παράρτημα ,σελ.16).

Όπως διαπιστώνεται δεν υπάρχει αρκετή ευαισθησία στον τομέα του αθλητισμού , διότι οι νόμοι είναι λιγστοί ενώ δεν επαρκούν για να καλύψουν τα κενά που υπάρχουν ειδικά για τους ανάπηρους .Ακόμη φαίνεται ότι είναι γενικοί και δεν προβλέπονται νόμοι για την κάθε κατηγορία αναπήρων ξεχωριστά. Επίσης δεν δίδεται αρκετή σημασία από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης , ώστε



να προβληθούν κατάλληλα, οι επιτυχίες των ατόμων αυτών σ' αυτό τον τομέα , ο οποίος αποτελεί κύριο μέσο ανάδειξης της ψυχικής δύναμης που έχουν .

## **α.ΟΙ ΠΑΡΑΟΛΥΜΠΙΑΚΟΙ ΑΓΩΝΕΣ**

Οι αθλητές που αντιμετωπίζουν κάποια αναπηρία διεκδικούν την αθλητική αναγνώριση και ταυτότητα τους στον κόσμο του αθλητισμού . Η πρώτη διοργάνωση των Παραολυμπιακών αγώνων που πραγματοποιήθηκε το 1960 στη Ρώμη αποτελεί κορύφωση μιας ενιαίας ανάπτυξης του αθλητισμού των ατόμων με αναπηρίες , αλλά και της αναγνώρισης τους στην κοινωνία . Οι Παραολυμπιακοί Αγώνες της Ρώμης αφορούσαν αποκλειστικά μόνο άτομα με τραυματισμούς στο νωτιαίο μυελό , που ήταν χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου . Τα επόμενα χρόνια συμπεριλήφθηκαν και άλλα αγωνίσματα για περισσότερες κατηγορίες αθλητών με αναπηρίες. Οι παραολυμπιακοί Αγώνες εξελίχθηκαν όσο αναφορά το μέγεθος και τη σημασία τους σε ένα μεγάλο αθλητικό γεγονός σε παγκόσμιο επίπεδο , στο οποίο λαμβάνουν μέρος κορυφαίοι αθλητές με αναπηρίες (Ε.Σ.Α.Ε.Α,3/12/2001,σελ.8).

Από το 1960 ως το 1984 οι Παραολυμπιακοί Αγώνες διοργανώθηκαν σε διαφορετικές πόλεις απ' ότι διοργανώνονται οι Ολυμπιακοί Αγώνες . Η κοινωνική όμως ανάγκη για παγκόσμια αναγνώριση οδηγεί στην καθιέρωση αλλά και την ενσωμάτωση των αθλητών με αναπηρίες υψηλού επιπέδου στον παγκόσμιο αθλητικό χώρο. Έτσι αποφασίστηκε να διοργανώνονται τα δυο αυτά σημαντικά αθλητικά γεγονότα , από την ίδια πόλη.

Το 1989 ιδρύθηκε η Διεθνής Παραολυμπιακή Επιτροπή (ΔΠΕ) η οποία οργανώνει , εποπτεύει και συντονίζει του Παραολυμπιακούς Αγώνες καθώς και τα μεγαλύτερα αθλητικά γεγονότα , όπως είναι τα παγκόσμια πρωταθλήματα αθλητών με αναπηρία . Στην ΔΠΕ υπάγονται περίπου 160 Εθνικές Παραολυμπιακές Επιτροπές από αντίστοιχα κράτη καθώς και οι πέντε Διεθνείς Ομοσπονδίες ανα κατηγορία αναπηρίας και οι Διεθνείς Αθλητικές Ομοσπονδίες ανά Παραολυμπιακό Άθλημα (Ε.Σ.Α.Ε.Α,3/12/2001,σελ.8).

Τα αθλήματα τα οποία αγωνίζονται οι αθλητές με αναπηρίες είναι περίπου παρόμοια με αυτά των ολυμπιακών Αγώνων (διαγωνισμός στο τρέξιμο με καρότσι , μπάσκετ , κολύμβηση κτλ).

Η Ελλάδα από το 1988 που έλαβε μέρος στη Σεούλ κατέκτησε 4 ,μετάλλια , το 1992 στη Βαρκελώνη 3, το 1996 στην Ατλάντα 5, το 2000 στο Σίδνεϊ 11 και το 2004 που ανέλαβε η ίδια τη διοργάνωση 20 μετάλλια (Ε.Σ.Α.Ε.Α,3/12/2001,σελ.10)..

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η΄

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο και το περιβάλλον του αποτελεσματικά, απαραίτητη είναι η θεραπευτική παρέμβαση από τον κοινωνικό λειτουργό. Οι μέθοδοι της κοινωνικής εργασίας που χρησιμοποιούνται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι, ,κοινωνική εργασία με άτομα, με οικογένεια, με ομάδες σε ιδρύματα και σε κοινότητα .

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με άτομα εξαρτάται από τη φύση και το χρόνο εμφάνισης της αναπηρίας . Σε περίπτωση που η αναπηρία είναι επίκτητη ασφαλώς ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να στηρίξει το άτομο ψυχολογικά ώστε να συνειδητοποιήσει τι του συμβαίνει να εκφράσει τα συναισθηματά του και στην συνέχεια να αποδεχτεί την νέα εικόνα του σωματός του, αλλά και το γεγονός ότι πλέον θα έχει περιορισμένο βαθμό αυτονομίας και πιθανόν να εξαρτάται από τους άλλους πράγμα που σημαίνει πως μπορεί να έχει επιπτώσεις στην οικονομική , οικογενειακή και επαγγελματική του ζωή .

Στις περιπτώσεις παιδιών με κληρονομικές ή σωματικές αναπηρίες ο κοινωνικός λειτουργός , όχι μόνο θα πρέπει να στηρίξει ψυχολογικά τα παιδιά αλλά και να τα βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τα πιθανά πειράγματα και την απόρριψη των συνομηλίκων του που είναι τόσο τραυματική στην ευαίσθητη παιδική και εφηβική ηλικία.

Για τις περιπτώσεις ενηλίκων εκ γενετής αναπήρων, ισχύει περίπου ότι και για τους ενήλικες με επίκτητες αναπηρίες, με τη διαφορά πως το εκ γενετής ανάπηρο άτομο έχει μάθει να ζει ημιαυτόνομο (όσο μπορεί) και δεν υφίσταται μια οδυνηρή ξαφνική αλλαγή, που του ανατρέπει κάθε τι στην ζωή του , όπως συμβαίνει στην περίπτωση των επίκτητων αναπήριών . Κατά κάποιο , τρόπο, δηλαδή θα μπορούσε να λεχθεί πως το εκ γενετής ανάπηρο άτομο είναι περισσότερο συμβιβασμένο με την κατάστασή του , απ' ότι το άτομο που αποκτά μια αναπηρία στην διάρκεια της ζωής του. Συμπεραίνοντας θα μπορούσε να ειπωθεί πως ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με άτομα είναι περισσότερο υποστηρικτικός .

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Στόχος του κοινωνικού λειτουργού , όσον αφορά την θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια, είναι η προσπάθεια αποδοχής από τους γονείς της αναπηρίας του παιδιού (είτε εκ γενετής είτε επίκτητης) . Όπως ήδη έχει αναφερθεί ο συναισθηματικός αντίκτυπος της αναπηρίας είναι αρκετά μεγάλος και οι γονείς διακατέχονται από αλληπάλληλα και συγκεχυμένα συναισθήματα. Γι'αυτό το λόγο ίσως χρειαστεί μακροχρόνια θεραπευτική συνεργασία , ώστε όχι μόνο να αποδεχτούν το γεγονός της αναπηρίας , αλλά και της έκφρασης των δικών τους συναισθημάτων , της προσπάθειας άρσης των τύψεων και των ενοχών που πιθανόν αισθάνονται για την κατάσταση αυτή, καθώς και για την ψυχολογική ανάκαμψη διαμέσου της στήριξης που θα τους παρέχει ο κοινωνικός λειτουργός . Επίσης θα χρειαστεί να τους ενημερώσει για οτιδήποτε αφορά την πάθηση και ασφαλώς να τους κατατοπίσει που θα απευθυνθούν για παροχές τύπου ασφάλισης , επιδομάτων κτλ.

Είναι αρκετά σημαντικό να τονιστεί πως πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να μην περιοριστεί μόνο στην αντιμετώπιση του προβλήματος από την πλευρά των γονιών. Πρέπει να συζητήσει και με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που είναι τα αδέρφια , τα οποία συνήθως παραμελούνται (είτε ακούσια , είτε εκούσια) από τους γονείς και περνούν μόνα τους την ψυχολογική φόρτιση που τους προκαλεί η αναπηρία ή αναλαμβάνουν ρόλους πολλές φορές δυσανάλογους για την ηλικία τους (φροντίδα του/της αδερφού/ης) ή αντιμετωπίζουν τα πειράγματα των συνομηλίκων χωρίς στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον. Με την συγκεκριμένη μέθοδο ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να προσπαθήσει να ενδυναμώσει τους δεσμούς της οικογένειας ώστε να αντιμετωπίσει ενωμένη το πρόβλημα, αλλά και να ζήσει μια φυσιολογική ζωή με τη συμμετοχή όλων των μελών της, χωρίς να παραμελείται ή να υποτιμάται κανένα από αυτά .

## **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ**

Στην θεραπευτική παρέμβαση με ομάδες ο κοινωνικός λειτουργός κύριο στόχο θα πρέπει να έχει, την αλληλοαποδοχή των μελών και την ενημέρωση του καθενός και της κοινής γνώμης για την αναπηρία (το μοντέλο αυτό εφαρμόστηκε στην Ιρλανδία , από ομάδα αναπήρων που θέλησαν να διαφωτίσουν την τοπική αναπηρία με το θέμα της αναπηρίας (ΙΑΚΕ ,1997, σελ. 63)). Η αλληλοαποδοχή μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την ενημέρωση γι' αυτό και οι δυο έννοιες είναι αλληλένδετες. Η διαφώτιση της κοινής γνώμης θα μπορούσε να επιτευχθεί , με τη διοργάνωση σχετικών με την αναπηρία σεμιναρίων ή εκδηλώσεων ή ημερίδων ή ακόμη και με τη δημιουργία μεικτών ομάδων (πχ. παρατηρητές μη ανάπηροι, ενεργά μέλη ομάδας ανάπηροι κλπ. ). Η δημιουργία μεικτών ομάδων θα βοηθήσει περισσότερο στην αποδοχή των αναπήρων από τους μη ανάπηρους και στην ανάπτυξη ενός θετικού κλίματος αλληλεγγύης και κατανόησης .

Ο κοινωνικός λειτουργός στην ομάδα , πρέπει να χειρίζεται πιθανές διαμάχες μεταξύ των μελών , να προσπαθεί ώστε το κάθε μέλος να μιλά τον ίδιο χρόνο με τα άλλα , να μην μονοπωλεί το ενδιαφέρον της ομάδας και να ενθαρρύνει την έκφραση συναισθημάτων και απόψεων.

## **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ**

Τα άτομα με αναπηρίες που διαβιούν στα ιδρύματα είναι , όπως αναφέρθηκε, η πλέον κοινωνικά αποκλεισμένη κατηγορία ατόμων. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα με αναπηρίες, τα οποία αποτελούν μερικές φορές μέρος του πληθυσμού αυτού.

Βασικός σκοπός επομένως του κοινωνικού λειτουργού εντός των ιδρυμάτων πρέπει να είναι η αποασυλοποίηση – αποϊδρυματοποίηση ( όπου αυτό είναι εφικτό , δεδομένου ότι υπάρχουν και περιπτώσεις ατόμων που χρειάζονται οπωσδήποτε ιδρυματική περίθαλψη ) .

Όσον αφορά την αποϊδρυματοποίηση, το πιο βασικό μέλημα του κοινωνικού λειτουργού πρέπει να είναι η ομαλή έξοδος του ατόμου από το ίδρυμα και η προσπάθεια σταδιακής του ένταξης στο κοινωνικό σύνολο. Τα άτομα θα πρέπει να έχει προετοιμαστεί κατάλληλα ψυχολογικά για πιθανές ρατσιστικές εκδηλώσεις συμπεριφοράς και προκαταλήψεις σε βάρος του .

Ακόμη ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να προετοιμάσει και την κοινωνία , ξεκινώντας προσπάθεια ενημέρωσης του κοινού σε τοπικό επίπεδο πρώτα σε τοπικό επίπεδο και ύστερα σε πανελλαδική κλίμακα ,σε συνεργασία με συναδέλφους πανελληνίως

και με φορείς που μπορούν να βοηθήσουν στην επίτευξη του σκοπού αυτού ( τοπική αυτοδιοίκηση , εκκλησία κλπ.). Με αυτό τον τρόπο θα πετύχει ευκολότερα την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης διότι είναι μικρότερη σε πληθυσμό και μπορεί ευκολότερα να προσεγγίσει τους κατοίκους και να διαδώσει τα μηνύματα που θέλει .

## **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού με κοινότητα , στην περίπτωση των αναπήρων, έγκειται στην προσπάθεια δημιουργίας συνδέσμων, και συνεργασίας του ατόμου και της οικογένειας με τους τοπικούς φορείς και στην διαφώτιση – ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας . , για την κατάσταση του ατόμου και της οικογένειας .

Ειδικά σε κλειστές κοινωνίες , όπως είναι μικροί σε πληθυσμό Δήμοι, ίσως ο κοινωνικός λειτουργός δυσκολευτεί περισσότερο λόγω της άγνοιας και του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου των περισσότερων κατοίκων. Δυσκολία επίσης μπορεί να εμφανιστεί εξαιτίας του φόβου των τοπικών αρχών να δεχτούν ή να προβούν σε καινοτομίες, μήπως αυτό επιφέρει διαταραχή στις ισορροπίες του υπάρχοντος τοπικού συστήματος ή συμφερόντων. Σε αυτήν την περίπτωση πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να ξέρει να διατηρεί τις ισορροπίες , ώστε να μην θιχτούν συμφέροντα ή πρόσωπα, αλλά να υπάρχει και όφελος για τα άτομα που εργάζεται (τους σωματικά αναπήρους ).

Στους μεγάλους πληθυσμιακά Δήμους , η προσέγγιση ίσως είναι ευκολότερη , διότι ο κοινωνικός λειτουργός έχει περισσότερες ευκαιρίες να ασκήσει την μέθοδο (οικονομικές, υλικές, τεχνικές, διευκολύνσεις, περισσότεροι φορείς για συνεργασία , μεγαλύτερες ευκαιρίες για διοργάνωση σεμιναρίων ). Και στις δυο περιπτώσεις πάντως , η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση της κοινωνίας , μπορεί να επιτευχθεί με τη διοργάνωση τακτικών ενημερωτικών

ημερίδων , σχετικών με το θέμα με προσκεκλημένους επιστήμονες , με την καλύτερη εκπαίδευση για το ζήτημα (η διοργάνωση ειδικά στους μικρούς δήμους σωστό είναι να γίνεται στο χώρο των σχολείων ), να επιτύχει σωστή συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και τους άλλους φορείς , ώστε να υπάρχει καλύτερη εξυπηρέτηση των ατόμων με αναπηρίες, να βοηθήσει την απλή τοπική κοινωνία να αποδεχτεί την αναπηρία και να βοηθήσει τέλος, το άτομο και την οικογένεια του να αναπτύξουν θετικές σχέσεις με τον κοινωνικό περίγυρο και να μην αναγκάζονται να απομονώνονται ηθελήμένα (σε μερικές περιπτώσεις οι οικογένειες επιλέγουν να ζουν απομονωμένες από φόβο ή ντροπή για την κατάστασή τους ). Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο στις μικρές κοινωνίες είναι πιο εύκολη η διάδοση των μηνυμάτων που ο κοινωνικός λειτουργός επιθυμεί.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ´

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως αναφέρθηκε σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις δυσκολίες και το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων με αναπηρίες στην Ελλάδα και συγκεκριμένα να αναλύσει :

- ✓ Τις αναπηρίες και τις παθήσεις που τις προκαλούν.
- ✓ Τη στάση του ίδιου του ατόμου προς την αναπηρία του.
- ✓ Την ψυχολογική κατάσταση των γονέων και των αδερφών του ατόμου με την αναπηρία.
- ✓ Τη στάση του κοινωνικού περίγυρου απέναντι στο πάσχον άτομο.
- ✓ Τις δυσκολίες και την έκταση του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα σήμερα.

Υστερα από τη μελέτη του θέματος συμπερασματικά διαπιστώθηκαν :

Μια αναπηρία μπορεί να προκληθεί είτε από βλάβη των αρθρώσεων (πχ. γόνατα) είτε από μικροβιακές (πολιομυελίτιδα) ή μη παθήσεις είτε από χρόνια, εξελισσόμενες παθήσεις των αρθρώσεων (οστεοαρθρίτιδα) ή από ατύχημα (παραπληγία-τετραπληγία) ή από νόσο (σακχαρώδη διαβήτη , ακρωτηριασμό από κακοήγη όγκο ) ή τέλος μπορεί να έχει κληρονομική προδιάθεση (δισχιδής ράχη). Μπορεί να είναι επίκτητη ή εκ γενετής και ακόμη να οφείλεται σε προγεννητικούς, περιγεννητικούς ή μεταγεννητικούς παράγοντες.

Όσον αφορά την στάση του ίδιου του ατόμου προς την αναπηρία του, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως πολύ λίγες έρευνες έχουν γίνει για το σκοπό αυτό. Διαπιστώνεται όμως πως ο βαθμός και το είδος της αναπηρίας δεν παίζει τόσο σημαντικό ρόλο στον ψυχικό κόσμο των αναπήρων, όσο η οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον. Ως κυρίαρχο συναίσθημα , αναφέρονται σοκ , άρνηση, για την κατάστασή του , θυμό, κατάθλιψη , αντίδραση , αγωνία, απόγνωση ντροπή ενοχή, μοναξιά απομόνωση, οργή, ζήλια, και τελικά αποδοχή στο οποίο χρειάζεται αρκετός χρόνος για να μεταβεί.

Εκτός των συναισθημάτων συνέπειες υπάρχουν και σε άλλους τομείς όπως η μείωση της κριτικής ικανότητας , δυσκολίες στην ξεκάθαρη σκέψη , αλλαγή συμπεριφοράς , ψυχοσωματικά συμπτώματα (ενοχλήσεις στον ύπνο , δυσλειτουργία της όρεξης



κτλ.) Διαπιστώνεται επίσης πως ορισμένα άτομα χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος , η αναπηρία για μερικούς είναι μια ψυχολογική κρίση και δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός πως το κάθε άτομο βιώνει την αναπηρία του με διαφορετικό τρόπο , δεδομένου ότι είναι μια ξεχωριστή και μοναδική προσωπικότητα.

Οι γονείς ενός ατόμου με αναπηρία βιώνουν ποικίλα συναισθήματα ως προς την αναπηρία του παιδιού τους. Κατ' αρχάς το γεγονός αυτό είτε είναι κληρονομικό είτε είναι επίκτητο, βρίσκει κατά γενική ομολογία τους γονείς απροετοίμαστους , ο τρόπος ζωής της οικογένειας αλλάζει σε αρκετούς τομείς ενώ απαιτείται προσπάθεια απ' όλα τα μέλη της για την αντιμετώπιση του προβλήματος . Η αναπηρία αντιμετωπίζεται σαν κατάσταση σοκ.

Ακόμη παρατηρήθηκαν τα εξής συναισθήματα : εχθρότητα, αποστέρηση, απόγνωση, αλληλοκατηγορίες μεταξύ των συζύγων , πένθος, θλίψη, οργή, ενοχές, απόγνωση, δυσφορία, δυσανασχέτηση, αβεβαιότητα, ψυχικός τραυματισμός, εσωτερική επανάσταση – αγανάκτηση , άρνηση πόνος , κοινωνική απομόνωση μερικές φορές εξιδανίκευση του τραύματος , ντροπή, μνησικακία, φόβος, θυμός , ανησυχία άγχος.

Αξιοσημείωτο είναι πάντως το γεγονός πως η κάθε οικογένεια μπορεί να βιώσει με διαφορετικό τρόπο την αναπηρία ενός μελούς της. Άλλη την εκλαμβάνει ως πρόκληση για κινητοποίηση και αντιμετώπιση του προβλήματος άλλη ως δοκιμασία από το θεό, άλλη ως κακοτυχία, άλλη ως θέλημα της μοίρας και άλλη ως τιμωρία.

Πρέπει να αναφερθεί και η εξής διαπίστωση , ίσως η πιο σημαντική , πως και οι δυο γονείς χρειάζονται κατανόηση και ψυχολογική στήριξη . , ιδιαίτερα η μητέρα που επωμίζεται όλο το βάρος της φροντίδας . Παρατηρήθηκε όμως και η αντίθετη άποψη , όπου , μια αναπηρία μπορεί να δέσει περισσότερο την οικογένεια παρά να την κλονίσει.

Τα αδέρφια των παιδιών με αναπηρία όπως παρατηρήθηκε συνήθως παραμελούνται διότι οι γονείς φροντίζουν περισσότερο τα ανάπηρα παιδιά τους. Είναι αρκετά ευάλωτα σε ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς, ενώ αντιμετωπίζουν και πρόβλημα στο σχολείο . Αφήνονται να μεγαλώσουν αυτοσυντήρητα , ενώ πολλές φορές αναλαμβάνουν τον ρόλο του γονέα φροντίζοντας τον, την αδερφό/ή τους αναγκασμένα να απαρνούνται τις δικές τους επιθυμίες και τη δική τους ζωή. Διακατέχονται από

συναισθήματα ντροπής, ενοχής, ζήλιας, απόρριψης, πίκρας, ψυχικής κούρασης, ψυχικής φόρτισης . Συχνά δεν ενημερώνονται από τους γονείς σωστά για την ασθένεια του/ της αδερφού/ή τους με αποτέλεσμα να έχουν λανθασμένη εικόνα γι' αυτή την αναπηρία. Διακατέχονται επίσης από διάφορες απορίες (πχ. Όσον αφορά την κληρονομικότητα της αναπηρίας ), οι οποίες όμως δύσκολα μπορούν να απαντηθούν.

Σ' ένα μικρό ποσοστό όμως, παρατηρήθηκε πως τα αδέρφια ανάπηρων αδερφών δεν παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα συμπεριφοράς ή στο σχολείο , υπάρχει αναλυτική πληροφόρηση από τους γονείς για την αναπηρία και γενικά υπάρχει ένα κλίμα στην οικογένεια , το οποίο δεν ωθεί στην παραμέληση των υπόλοιπων παιδιών , αλλά στην αύξηση των δεσμών της οικογένειας .

Η στάση του κοινωνικού περίγυρου στηρίζεται στην ιδανική εικόνα που έχει πλάσει η κοινωνία , στην εικόνα της ομορφιάς και στα στερεότυπα που κυριαρχούν. Το είδος της αναπηρίας συνήθως προκαλεί διάφορα συναισθήματα στους μη ανάπηρους. Όπως διαπιστώθηκε κατά γενική ομολογία , η εμφανής απόκλιση δηλ. οι σωματικές αναπηρίες είναι αυτές οι οποίες προκαλούν περισσότερο αρνητικά συναισθήματα .Όσον αφορά την κοινωνική αλληλεπίδραση διαπιστώθηκε πως εξαρτάται από τις προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και το είδος της αναπηρίας όσον αφορά τους μη ανάπηρους και από την στάση των ανάπηρων για την αναπηρία τους. Άλλα συναισθήματα και συμπεριφορές που διαπιστώθηκαν για τους μη ανάπηρους ως προς τη στάση τους στους ανάπηρους είναι ενόχληση στη θέα ενός ανάπηρου , ανοιχτή απόρριψη , φόβος, μηχανισμός της απώθησης , αδιακρισία , περιθωριοποίηση , απομόνωση , αδιαφορία , περιφρόνηση , εχθρικότητα.

Συμπεραίνεται επίσης πως οι ανάπηροι θα πρέπει κατά κάποιο τρόπο να είναι ευγνώμονες για τη φροντίδα που διαθέτουν οι άλλοι για χάρη τους ενώ υπάρχει ομοφωνία ως προς την άποψη πως η σημερινή κοινωνία είναι αντιφατική, διότι από τη μια δείχνει να αποδέχεται τα άτομα με αναπηρίες ενώ από την άλλη τα απορρίπτει έμμεσα.

Η απορριπτική στάση της κοινωνίας και οτι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν φαίνεται σε πολλούς τομείς όπως είναι η εκπαίδευση, η πρόσβαση σε δημόσιους χώρους , ο αθλητισμός , το κράτος., οι μονάδες υγείας. Φορείς που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην καλύτερευση της θέσης των ατόμων με

αναπηρίες είναι οι προαναφερθέντες , αλλά και η εκκλησία και τα Μ.Μ.Ε.

Συγκεκριμένα , το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού παρατηρείται αρκετά έντονα στον τομέα της προσβασιμότητας η οποία αποκλείει άμεσα τα άτομα σωματικές και ιδιαίτερα με κινητικές αναπηρίες από τους υπόλοιπους τομείς αφού συνδέεται κατ' εξοχήν με την δόμηση των κτιρίων στα οποία στεγάζονται φορείς που μπορούν να βοηθήσουν στην ένταξη τους στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (π.χ. εκπαίδευση , υγεία κλπ).

Η αγορά εργασίας επίσης είναι ένας τομέας στον οποίο τα άτομα αυτά υφίστανται πολλαπλές διακρίσεις , λόγω της φυσικής τους αδυναμίας ,η οποία τίθεται ως κριτήριο παραγωγικότητας και αποτελεσματικής εργασίας κυρίως από τους εργοδότες , οι οποίοι δε προσλαμβάνουν άτομα με εμφανείς αποκλίσεις.

Αρκετά έντονο παρατηρείται το πρόβλημα και στον τομέα της υγείας ,ιδιαίτερα στην περιφέρεια,η οποία είτε λόγω έλλειψης πόρων είτε λόγω κρατικής αδιαφορίας δεν παρέχει συστηματική και ολοκληρωμένη βοήθεια στους ανάπηρους με όλες τις προσθετές συνέπειες (μετακίνηση κάθε μέρα στην πόλη που έχει τον ειδικό γιατρό, μετακόμιση στην πρωτεύουσα κα).

Εκ μέρους του κράτους μπορεί να γίνονται κάποιες προσπάθειες προώθησης της ένταξης, μέσα από διάφορους τομείς, η με την θέσπιση νόμων για την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των αναπήρων .Εν τούτοις όμως δεν επαρκούν για να καλύψουν τα κενά σε πολλούς τομείς και εκτός αυτού δεν υπάρχει και η στοιχειώδης αυστηρότητα από την πολιτεία, σε παραβάσεις νόμων, που αφορούν τα δικαιώματα των συγκεκριμένων ατόμων , από τους υπόλοιπους πολίτες οι οποίοι δείχνουν να μην σέβονται τα δικαιώματα των ανάπηρων συμπολιτών τους. Στον τομέα της εκπαίδευσης η υπάρχουσα κατάσταση είναι αντιφατική.Από τη μία ευνοείται η πανεπιστημιακή εκπαίδευση των αναπήρων όπου συνυπάρχουν με «κανονικά » άτομα ενώ από την άλλη η προπανεπιστημιακή εκπαίδευση ευνοεί την συντήρηση των αρνητικών προκαταλήψεων και στάσεων

που υπάρχουν και τεκμήριο αυτού είναι ο διαχωρισμός των σχολείων σε ειδικά και κανονικά. Ακόμη όμως και στην πανεπιστημιακή εκπαίδευση προκύπτουν προβλήματα εξαιτίας της δυσκολίας μετακίνησης των ατόμων αυτών στους χώρους πολλών πανεπιστημίων (όπως αναφέρθηκε μόνο 10 εξ αυτών είναι προσβάσιμα).

Ο αθλητισμός ο οποίος αποτελεί έναν από τους κυριότερους τρόπους ανάδειξης και προβολής των ατόμων με αναπηρίες ως ένα βαθμό παραμελείται και αυτό φαίνεται από τους λιγοστούς νόμους, που υπάρχουν όσον αφορά την άθληση των ατόμων αυτών ,αλλά κυρίως από την γενικότητα που τους διακρίνει διότι δεν υπάρχει ξεχωριστά νόμος που να καλύπτει τις διαφορετικές ανάγκες της κάθε κατηγορίας αναπήρων. Δυσκολίες και αποκλεισμός επίσης παρατηρείται και από την αδιαφορία εκ μέρους ορισμένων φορέων που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην προβολή των επιτυχιών των ατόμων αυτών (πχ Μ.Μ.Ε) σ' αυτό τον τομέα.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ,περιορίζονται να παρουσιάσουν θέματα που αφορούν αναπήρους, εξαιρετικά σπάνια και όταν προβούν σε μία τέτοια ενέργεια, η παρουσίαση γίνεται με τρόπο μελοδραματικό ,με διάθεση να προκαλέσει τον οίκτο των υπόλοιπων πολιτών ή ακόμη για να εκμεταλλευθεί την κατάσταση των ιδίων των αναπήρων με σκοπό την τηλεθέαση ή την πώληση φυλλαδίων ή την ακροαματικότητα

Πιο θετική στάση φαίνεται να κρατά η εκκλησία, η οποία παρ' όλες τις δυσκολίες προσπαθεί να βοηθά με οποιονδήποτε τρόπο τα άτομα αυτά (χρηματική βοήθεια , παροχή στέγης κα).

Απ' ότι φαίνεται στην Ελλάδα σήμερα υπάρχουν αρκετές δυσκολίες σε σημείο να μιλούμε για κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων με αναπηρίες και για το λόγο αυτό προτείνονται ορισμένοι τρόποι προώθησης της ένταξης -ενσωμάτωσής τους στο κοινωνικό σύνολο

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Όσον αφορά τον τομέα της εκπαίδευσης :

- ❖ Διαφώτιση και ενημέρωση των " υγιών " παιδιών και των γονέων τους για το θεσμό της ένταξης .
- ❖ Ενημέρωση όλων των εκπαιδευτικών για το θεσμό της ένταξης .

- ❖ Εξειδίκευση του προσωπικού όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης για να καταστεί ικανό να εφαρμόσει το θεσμό.
- ❖ Γενική ενημέρωση πλατιά διαφώτιση της ευρύτερης κοινής γνώμης μέσω εκδηλώσεων – διαλέξεων σε σχολεία και πανεπιστήμια.
- ❖ Ενίσχυση των εκπαιδευτικών μονάδων όλων των βαθμίδων με κατάλληλο εξοπλισμό για να είναι προσιτή η συνεκπαίδευση αναπήρων και μη παιδιών.
- ❖ Ενίσχυση και των ειδικών σχολείων με κατάλληλο εξοπλισμό ανάλογα με την αναπηρία του κάθε παιδιού .
- ❖ Δημιουργία μικτών σχολείων , ώστε να μπορέσουν τα υγιή παιδιά να αποδεχθούν την αναπηρία από μικρή κιόλας ηλικίας.
- ❖ Διορισμός ειδικών επιστημόνων (κοινωνικών λειτουργών , ψυχολόγων) σε σχολεία , ώστε να καθίστανται δυνατή η προσέγγιση της οικογένειας των ειδικών παιδιών.
- ❖ Ίδρυση συλλόγων και συμβουλευτικών σταθμών που θα εξυπηρετούν άτομα με αναπηρίες σε κάθε κωμόπολη και νομό .
- ❖ Διορισμός αναπήρων εκπαιδευτικών σε εκπαιδευτικά ιδρύματα όλης της χώρας.
- ❖ Αντιμετώπιση εκ μέρους του κράτους του οικονομικού κόστους όλων αυτών για να καταστήσει δυνατή η εφαρμογή της ένταξης , με διάφορους τρόπους (τηλεμαραθώνιος , εκδηλώσεις με έργα αναπήρων κ.α.).

Όσον αφορά τον τομέα την εκκλησίας .

- ❖ Δημιουργία ειδικά κεκλιμένων επιπέδων στις υφιστάμενες εκκλησίες , πνευματικά κέντρα και στα άλλα κτίρια της . Επίσης , τοποθέτηση ανελκυστήρων , ειδικών καθισμάτων κτλ. Όστε να διευκολύνεται η θρησκευτική ζωή των αναπήρων ατόμων.
- ❖ Αυστηρή τήρηση στην προτεραιότητα των αναπήρων , όσον αφορά τα προσκυνήματα (εικόνες) , τη θεία κοινωνία , το άναμμα των κεριών κλπ.
- ❖ Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης μέσω των καναλιών , εντύπων, ραδιοφωνικών σταθμών και οποιωνδήποτε άλλων μέσων που κατέχει η εκκλησία (έστω και λιγοστών). Επίσης ένας άλλος τρόπος για να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση θα μπορούσε να είναι και η επ' άμβωνος ομιλία (το κήρυγμα) ,τα κατηχητικά οι ομιλίες που γίνονται κάθε τόσο στα πνευματικά κέντρα κάθε ενορίας , με περιεχόμενο σχετικό με τη ζωή των ατόμων αυτών.

- ❖ Διαμέσω των προαναφερθέντων τρόπων θα μπορούσε να τονιστεί και η αξία της σημασίας που έχει η εθελοντική εργασία στα ιδρύματα της εκκλησίας ιδιαίτερα της ημέρες των εορτών που οι κοινωνικοί λειτουργοί απουσιάζουν, και κυρίως στα ιδρύματα που στερούνται εντελώς την συγκεκριμένη ειδικότητα ..
- ❖ Δημιουργία εκκλησιαστικών ιδρυμάτων αποκλειστικά για ανάπηρους σε κάθε νόμο της χώρας .
- ❖ Προσπάθεια για την επίτευξη στενότερης και θερμότερης συνεργασίας εκκλησίας – κράτους- τοπική αυτοδιοίκηση.
- ❖ Επαγγελματική αποκατάσταση των σωματικά αναπήρων στα ιδρύματα της εκκλησίας. Ο Δελλασούδας αναφέρει πως το 26% έχουν τοποθετήσει σε θέσεις εργασίας τόσο σε τομείς αρμοδιότητας της εκκλησίας , όσο και σε άλλους τομείς άτομα με σωματικές αναπηρίες (Δελλασούδας,1997,σελ.74) (στη συγκεκριμένη έρευνα το προαναφερθέν ποσοστό αντιστοιχεί γενικά στην παρεχόμενη βοήθεια για την επαγγελματική αποκατάσταση όλων των ΑΜΕΑ και δεν διευκρινίζεται τι ποσοστό αντιστοιχεί στους αναπήρους ). Άλλες ενέργειες προς αυτή την κατεύθυνση , σύμφωνα με την έρευνα του Δελλασούδα είναι η πληρωμή διδάκτρων 6,7% , συμβουλευτική σχολικού και επαγγελματικού προσανατολισμού 17,4% , προστατευμένη εργασία 4,34% , προεπαγγελματική εκπαίδευση ή επαγγελματική κατάρτιση 8,70% , ηθική στήριξη ή αναζήτηση απασχόλησης 8,70% φιλοξενία (διαμονή σε ιδρύματα 4,34% , αποκατάστασης (έγγαμη ζωή ) 4,34 (Δελλασούδας , 1997, σελ. 74).
- ❖ Προβολή από τα Μ.Μ.Ε. της εκκλησίας των ειδικών ικανοτήτων που έχουν οι ανάπηροι (ζωγραφική με το στόμα και το πόδι, εκθέσεις ζωγραφικής στα πνευματικά κέντρα).
- ❖ Προσπάθεια από τις Ιερές Μητροπόλεις , ώστε το κάθε ίδρυμα που βρίσκεται από την προστασία της να ενισχυθεί με οργανωμένη κοινωνική υπηρεσία η οποία θα προσφέρει συστηματική βοήθεια στα άτομα με αναπηρία (αναφέρονται τα ιδρύματα τα οποία δεν έχουν κοινωνική υπηρεσία με κοινωνικό λειτουργό ,αλλά και εκείνα που ενώ έχουν δεν είναι κατάλληλα οργανωμένα , ιδιαίτερα τις επαρχιακές πόλεις.
- ❖ Οι μεικτές κατασκηνώσεις επίσης θα μπορούσαν να βοηθήσουν ως προς την αποδοχή και την ένταξη των αναπήρων παιδιών και εφήβων, από τους συνομηλικούς τους (πχ. Να υπάρχει κάποιος χώρος που να παίζουν όλα τα παιδιά μαζί και ύστερα να υπάρχει και ένα χρονικό περιθώριο να είναι ελεύθερα να παίξουν

όπως θέλουν. Όμως για να γίνουν μεικτές οι κατασκευασίες , χρειάζεται προηγουμένως κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή για να φιλοξενήσουν τα άτομα αυτά, δεδομένου ότι έχουν διαφορετικές ανάγκες από αυτές των μη αναπήρων παιδιών.

❖ Το μάθημα των θρησκευτικών θα μπορούσε να αποτελέσει μέσο για τη διάδοση θετικών μηνυμάτων , που να αποσκοπούν στον σεβασμό της διαφορετικότητας και της προσωπικότητας. Η διδασκαλία του μαθήματος πρέπει να εστιάζει περισσότερο στην πρακτική του Ιησού και στο Ευαγγέλιο, το οποίο είναι γεμάτο παραδείγματα από τη ζωή του, με παραδείγματα προς μίμηση για ευνοϊκή και ίση μεταχείριση των αναπήρων .

Όσον αφορά τον τομέα της πρόσβασης:

❖ Τα κτίρια πρέπει να καταστούν προσβάσιμα όχι μόνο κατά την είσοδο ή την έξοδο , ενός ανάπηρου από αυτά, αλλά και ως προς την άνετη μετακίνηση του μέσα στους χώρους (τουαλέτες γραφεία ) αυτού.

❖ Θέσπιση αυστηρού ελέγχου εφαρμογής του Ν.2831/ 2000 παρ. 1) οποίος στο άρθρο 28 (που αφορά την τροποποίηση του ΓΟΚ) αναφέρεται σε ειδικές ρυθμίσεις για τη καλύτερη εξυπηρέτηση και διευκόλυνση των πολιτών με αναπηρία και επιβάλλει την οριζόντια και κάθετη πρόσβαση σε όλα τα νέα κτίρια (εννοείται για τα κτίρια των οποίων η άδεια έχει εκδοθεί μετά τη δημοσίευση του νόμου.) όπως πχ, εκκλησίες , σχολεία , υπηρεσίες κοινωφελείς οργανισμοί κτλ.

❖ Εφαρμογή της παρ. Ν2831/2000 για την δημιουργία ειδικά κεκλιμένων δαπέδων στα ήδη υπάρχοντα κτίρια καθώς και οποιοδήποτε άλλο μέσο θα διευκόλυνε την πρόσβαση των αναπήρων σε αυτά (ανελκυστήρες , τεχνολογία , ειδικά γραφεία κα.).

❖ Επιβολή αυστηρών ποινών λόγω των προβλημάτων που δημιουργούνται εξαιτίας της συμπεριφοράς ορισμένων πολιτών σε σχέση με τις ράμπες και τις ειδικές θέσεις στάθμευσης , οι οποίοι σταθμεύουν σε αυτές ή με τα οχήματα τους εμποδίζοντας την διέλευση στις ράμπες. Μια από τις προτεινόμενες ποινές είναι η επιβολή προστίμων (πχ. 10 € για κάθε στάθμευση ) στα άτομα που δεν σέβονται τους πολίτες με αναπηρία ή ακόμη, ένα πιο δραστικό μέτρο είναι η αφαίρεσης των πινακίδων , άδειας και οχήματος για

ορισμένο χρονικό διάστημα με σκοπό την αλλαγή συμπεριφοράς και σωφρονισμού .

Όσον αφορά τον τομέα της εργασίας:

❖ Λήψη μέτρων για την προστασία από διάκριση που υφίστανται κάθε τόσο τα άτομα με αναπηρίες , εξαιτίας της πάθησης τους (απόλυση , μη προτίμηση για πρόσληψη).

❖ Κατάλληλη δόμηση στα γραφεία ώστε να είναι άνετη η μετακίνηση των εργαζομένων σωματικά αναπήρων.

❖ Δημιουργία περισσότερων επιδοτούμενων προγραμμάτων ειδικά για ανάπηρους .

❖ Προβολή της πολύτιμης εργασίας που μπορούν να προσφέρουν τα ανάπηρα άτομα.

❖ Ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των εργοδοτών , ώστε να μην φοβούνται να προσλάβουν άτομα με αναπηρίες. Η ενημέρωση πρέπει να επεκταθεί και στους υπόλοιπους εργαζομένους για διευκόλυνση της συνεργασίας με τους ανάπηρους συναδέλφους .

Στον τομέα της υγείας πρέπει :

❖ Να καταστεί ένα πρόγραμμα σε πανελλήνια κλίμακα που σκοπό θα έχει την αποϊδρυματοποίηση (τα άτομα με αναπηρία που διαβιούν στα κλειστά ιδρύματα , είναι η πλέον αποκλεισμένη ομάδα του πληθυσμού) , αλλά και την ένταξη . Το πρόγραμμα να έχει τρεις βασικούς στόχους :

❖ Την αναδιοργάνωση , τον περιορισμό και την τελική εξαφάνιση των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης που υπάρχουν. Άλλοι στόχοι της ενέργειας μπορούν να είναι :

❖ Η ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού συστήματος, το οποίο θα βοηθάει τα άτομα με βαριές αναπηρίες να διαβιούν τόπο κατοικίας τους .

❖ Η οργάνωση ενός γενικού συστήματος κοινωνικής υποστήριξης το οποίο θα προσφέρει μια ολοκληρωμένη ασφαλή και προστατευμένη διαβίωση, στα άτομα με αναπηρίες (βαριές ή μη) , τα οποία ως ένα σημείο έχουν περιορισμένο βαθμό αυτονομίας .

❖ Η αναβάθμιση όλων των μονάδων υγείας καθώς και των υπηρεσιών που αυτές προσφέρουν και την κάλυψη κάθε ελλείμματος που έχουν (απουσία κοινωνικών λειτουργών στα περισσότερα κέντρα υγείας ).



❖ Η αναδιοργάνωση και σαφώς η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τα άτομα με χρόνιες παθήσεις , οι οποίες οδηγούν πολλές φορές και σε άλλες αναπηρίες (πχ. Διαβήτη , σκλήρυνση κατά πλάκας ) ή περιορισμό κίνησης (μεσογειακή αναιμία, αιμορροφιλία), με τον εκσυγχρονισμό των ήδη υπαρχόντων μονάδων και τη δημιουργία καινούργιων (κινητά διαβητολογικά ιατρεία και γενικής κινητά ιατρεία για τα άτομα που δεν τους είναι εύκολη η μετακίνηση ) για τη διευκόλυνση των ατόμων αυτών.

❖ Η προώθηση της πρόληψης εργατικών ατυχημάτων και γενικά ατυχημάτων , γενετικών και κληρονομικών παθήσεων μέσω της ιατρικής (ήδη στο εξωτερικό έχει αρχίσει να μελετάται και έχουν ήδη γίνει κάποιες επεμβάσεις με επιτυχία σε προβληματικά έμβρυα ) την κατάχρηση φαρμάκων και εξαρτησιογόνων ουσιών που πολλές φορές οδηγούν το άτομο σε αυτοκαταστροφικότητα με αποτέλεσμα αναπηρία (αυτοακρωτηριασμός).

❖ Η ευαισθητοποίηση του προσωπικού μέσα από διάφορες διαλέξεις και εκπαιδευτικά σεμινάρια .

❖ Η προώθηση του εθελοντισμού για την βοήθεια προς τα άτομα με αναπηρία.

❖ Η καθιέρωση επίσκεψης τακτικά, αν όχι σε καθημερινή βάση τουλάχιστον ανά δύο ημέρες , ιατρικής ομάδας (ιατρού, νοσηλεύτριας και λοιπών επιστημόνων ) στο σπίτι με σκοπό την παρακολούθηση στο οικείο περιβάλλον (μια πιο εξελιγμένη μορφή δηλαδή του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» . Ειδικά στη επαρχία θα πρέπει να υπάρχει μια ιατρική ομάδα για κάθε ένα ή δυο χωριά τουλάχιστον, διότι οι ανάγκες είναι μεγάλες και δεν καλύπτονται μόνο από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» επισκέπτεται τους ασθενείς πολύ αραιά (μια φορά την εβδομάδα ή μια φορά κάθε δυο εβδομάδες).

Όσον αφορά τον τομέα του αθλητισμού.

❖ Προβολή και ενίσχυση του ελληνικού αθλητικού κινήματος ατόμων με αναπηρίες. Προβολή των διακρίσεων που επιτυγχάνουν οι αθλητές με αναπηρίες (πχ, άνδρας με εγκεφαλική παράλυση είναι πρωταθλητής στο Bodu Bildihg ).

❖ Μετονομασία των παραολυμπιακών αγώνων σε Αγώνες πχ. Για άτομα με αναπηρίες (ή οτιδήποτε άλλο κριθεί κατάλληλο). Η πρόθεση " παρά " στην Παραολυμπιάδα παραπέμπει ακουστικά σε κάτι δευτερεύον μη έχοντας μεγάλη σημασία .

❖ Αναγνώριση και του αθλητικού δικαιώματος των αναπήρων καθιέρωση (αθλητικές εγκαταστάσεις σε κάθε πόλη , κατάλληλοι εξοπλισμοί για άνετη άθληση των ατόμων με αναπηρίες κλπ.).

Όσον αφορά τον τομέα του κράτους

❖ Αυστηρή εφαρμογή των υφιστάμενων νόμων για τους ανάπηρους.

❖ Θέσπιση καινούργιων νόμων ώστε να καλυφθούν τα κενά που υπάρχουν σε διάφορους τομείς .

❖ Ενιαία και συστηματική προσπάθεια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την ένταξη των ατόμων αυτών στο κοινωνικό σύνολο και ενδυνάμωση οποιαδήποτε τοπικής πρωτοβουλίας .

❖ Προσπάθεια για την ανάπτυξη συνεργασίας και με άλλους φορείς που θα μπορούσαν να βοηθήσουν , στην ένταξη των αναπήρων (εκκλησία, οργανώσεις κα) με οποιοδήποτε τρόπο( οικονομική ενίσχυση , διορισμό προσωπικού, παροχή κατάλληλων εξοπλισμών κα.).

❖ Ενισχύει και ενδυνάμωση της περιφέρειας με την σύσταση νέων προγραμμάτων βοήθειας και ένταξης αναπήρους (όσον αφορά την υγεία , την εκπαίδευση , τον αθλητισμό ), αλλά και την στήριξη αυτών που ήδη υπάρχουν (ειδικά σχολεία, μονάδες υγείας , αθλητικά κέντρα κα.).

❖ Προώθηση της ένταξης μέσα από ομιλίες συνέδρια, συμπόσια κα. Επίσης η προβολή των προβλημάτων και του τρόπου διαβίωσης των ατόμων αυτών και άλλων τομέων (πχ. Αθλητισμού) από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης .

❖ Κατάρτιση ενός εθνικού σχεδίου δράσης που στόχο θα έχει την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού.

❖ Προώθηση της ένταξης , κυρίως από την εκπαίδευση δεδομένου ότι τα πρότυπα και οι προκαταλήψεις πολλές φορές ανασκευάζονται και αναπαράγονται στο χώρο του σχολείου , το οποίο αποτελεί μια μικρογραφία της κοινωνίας και επομένως με την ενσωμάτωση των αναπήρων παιδιών στα κανονικά σχολεία θα επιτευχθεί ευκολότερα η αποδοχή της διαφορετικότητας.

Όσον αφορά των τομέα Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης :

❖ Να προωθήσει τη θετική εικόνα των ατόμων με αναπηρίες , αποφεύγοντας τα στερεότυπα, τις υπερβολές και τους μελοδραματισμούς.

- ❖ Αύξηση των θεμάτων (ειδικά στην τηλεόραση ) που αφορούν τους αναπήρους (τα προβλήματά τους τον τρόπο που ζουν κτλ.) με στόχο την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης .
- ❖ Συνεργασία με τις οργανώσεις των ατόμων με αναπηρίες.
- ❖ Πρόσληψη περισσότερων ατόμων με αναπηρίες, στους χώρους τους (κανάλια, εφημερίδες κτλ) .
- ❖ Κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή και κτιριακή δομή τέτοια ώστε να διευκολύνεται η πρόσβαση των ατόμων με αναπηρίες στα κτίρια αυτά (των Μ.Μ.Ε).
- ❖ Με την οργάνωση φιλανθρωπικών εράνων στην τηλεόραση (όπως πχ. Έγινε για τα θύματα από τον πόλεμο του Ιρακ), ώστε τα χρήματα που θα μαζευτούν να δίδονται για έρευνες και αγορές κατάλληλων ιατρικών εξοπλισμών με σκοπό των αποθεραπεία και αποκατάσταση των ατόμων με αναπηρίες .
- ❖ Την συχνή αναφορά σε ανάπηρους και όχι μόνο κατά τη διάρκεια των γιορτών ή διεθνών ημερών για ανάπηρους και άλλες ημέρες που έχουν καθιερωθεί διεθνώς ως επέτειοι (πχ. 3 Δεκέμβρη έχει οριστεί παγκόσμια ημέρα των ατόμων με αναπηρίες).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξίου Θανάσης , Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση , εκδόσεις Παπαζήση ,Αθήνα ,1999.
2. Βοσνιάδου Στέλλα , Εισαγωγή στην ψυχολογία , τόμος β΄ , εκδόσεις Gutenberg ,Αθήνα ,2002.
3. Δελλασούδας Γ. Λαυρέντιος, Εκκλησία και ένταξη Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, εκδόσεις Λυχνία, Αθήνα . 1997.
4. Δίπτυχα της Εκκλησίας της Ελλάδος , εκδόσεις Αποστολικής Διακονίας της Εκκλησίας της Ελλάδος ,Αθήνα, 01/2003.
5. Δρούμπαλη Φώτιου, Αγιογραφική μελέτη: Υφιστάμενη υποδομή μονάδων κοινωνικής φροντίδας και προστασίας (κλειστού και ανοικτού τύπου) της Εκκλησίας της Ελλάδος,Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας , Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα ,2001.
6. Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες, « Παραολυμπιακοί αγώνες 2004 και η σημασία τους – Μία ευκαιρία για κοινωνική αλλαγή που δεν πρέπει να χαθεί»,Αθήνα ,3/12/2001.
7. Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών, Ειδικά Κέντρα για παιδιά και εφήβους με κινητικά ,νοητικά και αισθητικά προβλήματα,επιμέλεια : Κοτταρίδη Γίτσα – Αδάμ – Βαλάσση Ελένη , εκδόσεις ΕΚΚΕ, Αθήνα , 2003 .
8. Ευρωπαϊκής Ένωσης ,Αναπηρία και κοινωνικός αποκλεισμός στην Ευρωπαϊκή Ένωση,Τελική Εκθεση Μελέτης (υπο την αιγίδα του Ευρωπαϊκού Φόρουμ Ατόμων με Αναπηρία),2000
9. Ζώνιου – Σιδέρη Αθηνά , Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους : Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης , έκδοση γ΄ , εκδόσεις ελληνικά γράμματα ,Αθήνα, 1998.
10. Ιεράς Μητροπόλεως Νικοπόλεως και Πρεβέζης , Η Καινή Διαθήκη , εκδόσεις Ελληνική Βιβλική Εταιρεία , Αθήνα ,2003.
11. Ιδρύματος Κοινωνικής Εργασίας (ΙΑΚΕ),Δυναμική ομάδα και αλλαγή,Επιμέλεια :Γραμματεία ΙΑΚΕ, Αθήνα , 1997
12. Κουκλογιάννου – Δορζιώτου Εσθήρ, Αποκατάσταση Ατόμων με ειδικές ανάγκες ( φυσική - κοινωνική - επαγγελματική), δεύτερη έκδοση , Αθήνα , 1992 .
13. Κογκίδου Δ. – Πανταζής Π. ,Μία βιογραφική προσέγγιση της φτώχειας των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, ανακοίνωση στο Διεπιστημονικό Ευρωπαϊκό Συμπόσιο, Ρόδος , Μάιος, 1992, Επιμέλεια: Καίλα Μ. - Πολεμικός Ν.- Φιλίππου Γ. , Άτομα

με ειδικές ανάγκες , β' τόμος , γ' έκδοση , ελληνικά γράμματα , Αθήνα,1997.

14. Κολιάδης Εμμανουήλ, «Άτομα με Ειδικές Ανάγκες» , λήμμα στην Ελληνική Ψυχολογική και Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια, τόμος 1<sup>ος</sup>,Αθήνα , 1989 .

15. Κόμπου Χρήστου, Ο θεσμός της ένταξης παιδιών με ειδικές ανάγκες στα δημοτικά σχολεία και οι υποχρεώσεις της κοινωνίας και του κράτους ,Διδακτορική διατριβή, εκδόσεις βιβλία για όλους , Αθήνα 1992.

16. Κρουσταλάκη Γεώργιου ,Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες , εκδόση δ' , Αθήνα ,2000.

17. Κυπριώτικη Αντώνη , Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους , εκδόσεις Γρηγόρη ,Αθήνα, 2000.

18. Μάνος Νίκος, Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής , εκδόσεις university stydio press, Θεσσαλονίκη , 1997.

19. Μιχαήλ Μ. , Η κοινοτική Πρωτοβουλία HORIZON στην Ελλάδα, ανακοίνωση στο Διεπιστημονικό Ευρωπαϊκό Συμπόσιο, Ρόδος , Μάιος, 1992, Επιμέλεια: Καίλα Μ. - Πολεμικός Ν.- Φιλίππου Γ. , Άτομα με ειδικές ανάγκες , β' τόμος , γ' έκδοση , ελληνικά γράμματα , Αθήνα, 1997.

20. Μόλβερ Γ. – Λαμπροπούλου Π., Επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες. Εμπειρίες από το τοπικό πρόγραμμα HELIOS νομού Αχαΐας, ανακοίνωση στο Διεπιστημονικό Ευρωπαϊκό Συμπόσιο, Ρόδος , Μάιος, 1992, Επιμέλεια: Καίλα Μ. - Πολεμικός Ν.- Φιλίππου Γ. , Άτομα με ειδικές ανάγκες , β' τόμος , γ' έκδοση , ελληνικά γράμματα , Αθήνα,1997.

21. Μουσούρου Μ. Λουκία, Κοινωνικός αποκλεισμός και κοινωνική προστασία, ανακοίνωση σε έρευνα του ΚΕΚΜΟΚΟΠ ,Επιμέλεια: Κασιμάτη Κούλα , Κοινωνικός Αποκλεισμός : Η Ελληνική εμπειρία, εκδόσεις Gutenberg , Αθήνα ,1998

22. Μπαμπινιώτης Γεώργιος, Λεξικό της Νέας Ελληνικής γλώσσας , β' έκδοση , εκδόσεις κέντρου λεξικολογίας ,Αθήνα 2002.

23. Μπάρδης Π. , Η ενσωμάτωση των παιδιών με ειδικές ανάγκες: Περιεχόμενο και φιλοσοφία της ενσωμάτωσης , ανακοίνωση στο Διεπιστημονικό Ευρωπαϊκό Συμπόσιο, Ρόδος , Μάιος, 1992, Επιμέλεια: Καίλα Μ. - Πολεμικός Ν.- Φιλίππου Γ. , Άτομα με ειδικές ανάγκες , β' τόμος , γ' έκδοση , ελληνικά γράμματα -τα , Αθήνα, 1997.

24. Νικολαΐδου Σήλια –Βασιλική,Ο αποκλεισμός των Ατόμων με ειδικές ανάγκες,ανακοίνωση στην έρευνα του

Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών ,Επιμέλεια: Κατσούλης Ηλίας , Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα , τόμος α΄, Εκδόσεις ΕΚΚΕ , Αθήνα , 1999.

25. Πανάγου Μαρία, « Παιδιά ενός κατώτερου θεού », "Ο Κόσμος του Επενδυτή " ,24/07/2005,σελ.45

26. Παπαδάτου Δανάη – Αναγνωστόπουλος Φώτιος , Η ψυχολογία στο χώρο υγείας , β΄έκδοση , εκδόσεις ελληνικά γράμματα ,Αθήνα , 1999.

27. Παπαδημητρακόπουλος Κ.Γ., Λόγια Σοφά , συλλογή 5<sup>η</sup> , εκδόσεις φωτοδότες , Θεσσαλονίκη , 1997.

28. Παπαδοπούλου Δέσποινα ,Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό , Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ , Αθήνα , 2002.

29. Σταθόπουλος Α.Πέτρος , Κοινωνική Πρόνοια , εκδόσεις Ελλην, Αθήνα , 1996.

30. Σταυροπούλου –Παπαϊωάννου Ντέμη, Στου πόνου τη γυάλινη πίστα , γ΄έκδοση , εκδόσεις ακρίτας ,Αθήνα , 1996.

31. Συμεωνίδης Παναγιώτη ,Ορθοπαιδική , δεύτερη έκδοση , εκδόσεις university studio press, Θεσσαλονίκη,1998.

32. Σύνταγμα της Ελλάδος Ζ΄ Αναθεωρητική Βουλή των Ελλήνων , 6 Απριλίου 2001(έκδοση 6 Ιουνίου 2001).

33.

34. Τσιναρέλης Γ., « Η ένταξη των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες. Διαφορά», τεύχος 46 – 47 (Νοέμβριος), Θεσσαλονίκη, 1993, Εταιρεία Σπαστικών Βορείου Ελλάδος, σελ.19,24 .

35. Dandy J. David, Βασική ορθοπαιδική και τραυματολογία επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου ,Αθήνα ,1995.

36. Jhonson – Ιωαννίδη Αμαλία , Προκατάληψη Ποιος ,εγώ; Ελληνικά γράμματα , Αθήνα 1998.

37. Kliegman Behrman , Nelson, Βασική Παιδιατρική II, ( μετάφραση – επιμέλεια ,Ελληνική Εταιρεία Επιστημόνων Ιατρών ) , ιατρικές εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα ,1999.

38. Parry Glennys, Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους, (μετάφραση : Δέγλερης Νίκος) , γ΄έκδοση , ελληνικά γράμματα , Αθήνα 1998.

39. Vanderhaeghen Β. Ευρωπαϊκά Προγράμματα και Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, ανακοίνωση στο Διεπιστημονικό Ευρωπαϊκό Συμπόσιο, Ρόδος , 1992, (μετάφραση : Φιλίππου Γ.), Επιμέλεια: Καίλα Μ. - Πολεμικός Ν.- Φιλίππου Γ. , Άτομα με ειδικές ανάγκες , β΄ τόμος , γ΄έκδοση , ελληνικά γράμματα , Αθήνα, 1997.

40. Υπουργείου Παιδείας Οδηγός Γονέων (συμβουλευτική-προσανατολισμός) , Αθήνα ,2000.

41. π. Χρυσαιγής Ιωάννης(John Cryssavgis) , " Το σώμα του Χριστού", ( μετάφραση: Παλούδης Δημήτρης) "Σύναξη", Ιανουάριος 2005 , τεύχος κγ'.σελ.4 – 9.

## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. [http://egi.di.uoa.gr/~gdldoe/wor\\_kable.html](http://egi.di.uoa.gr/~gdldoe/wor_kable.html), Ευρωπαϊκό δίκτυο workf.
2. [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr). Αδέρφια παιδιών με χρόνια νόσημα; Ποια φροντίδα χρειάζονται; 22-11-2003.
3. [www.iatriki.genetiki.med.uoa.gr](http://www.iatriki.genetiki.med.uoa.gr) . Εθνικό και καποδιστριακό πανεπιστήμιο Αθηνών ιατρική σχολή , εργαστήριο ιατρικής γενετικής , νοσοκομείο παιδών « Αγία Σοφία» ,Μοριακός έλεγχος κληρονομικών νοσημάτων .
4. <http://members.Fortunecity.com/metafysiko> .
5. [www.dotteam.gr](http://www.dotteam.gr) Υγεία :Αφιέρωμα :Ιατρική ,-
6. [www.noesi.gr](http://www.noesi.gr) , Το " ολοκάυτωμα " : Παράσημα , προνόμια αλλά και .....θάνατο στους αναπήρους !.
7. [www.specialducation.gr](http://www.specialducation.gr) : κοινωνική και εκπαιδευτική ένταξη των ατόμων με κώφωση . /.
8. [www.specialducation.gr](http://www.specialducation.gr): Και τα αδέρφια των παιδιών με αναπηρίες έχουν ....ανάγκες , 11/01/2005 , Λίζα Βάρβογλη.
9. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Χορήγηση καρτών διακίνησης αμέ.
10. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Φοροαπαλλαγές.
11. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Διακίνηση με πλοία .
12. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) :Πρόγραμμα κοινωνικού τουρισμού οργανισμού εργατικής εστίας ..
13. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) :Στεγαστικά δάνεια –οργανισμός εργατικής εστίας.
14. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) :Επαγγελματική αποκατάσταση αμέα .
15. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) :Παροχές ασφαλισμένων στο ΙΚΑ.
16. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Παροχές ασφαλισμένων στο ΟΓΑ.
17. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Παροχές ασφαλισμένων στο ΤΕΒΕ.
18. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) :Ατελής εισαγωγή αυτοκινήτου για αμέα, Ν. 1798/88 και Ν. 1882/90.
19. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Αποκλειστική χρήση χώρου parking αναπηρικού αυτοκινήτου.
20. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Οδηγός παροχών ατόμων με ειδικές ανάγκες .
21. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) :Οικονομική ενίσχυση από τις διευθύνσεις κοινωνικής πρόνοιας νομαρχιακών.
22. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Παροχές ασφαλισμένων του Δημοσίου.
23. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Απασχόληση : Δράση για την αύξηση της απασχόλησης στο Ηράκλειο , 01/04/2005.



24. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Απασχόληση : Δράσεις για την αύξηση της απασχόλησης από το Δήμο Αθηναίων, 01/04/2005.
25. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Απασχόληση : Τρεις δράσεις για την αύξηση της απασχόλησης στο ΠΕΠ Κεντρικής Μακεδονίας (Θεσσαλονίκη ,Κιλκίς), 06/05/2005.
26. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : Απασχόληση : Δράσεις για την αύξηση της απασχόλησης στο νομό Ηλείας
27. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr), Απασχόληση : Δράσεις για την αύξηση της απασχόλησης στο νομό Αχαΐας
28. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) : ΡΗPSNUKE : κινητική αποκατάσταση δια μέσου των αιώνων 23/12/2003.
29. <http://europa.eu.int/eur-lex> : Επιτροπή των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων 30/12/2003 σε μορφή HTML .
30. [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) :
31. [www.pds.gr](http://www.pds.gr) : ΠΕΠ Αν Μακεδονίας Θράκης Πρωτοβουλία απασχόλησης στο Νομό Ροδόπης .19/04/2005
32. [www.triantafillos-il.com/da-ta/art](http://www.triantafillos-il.com/da-ta/art) : Τριαντάφυλλος Ηλιάδης.
33. [www.auth.gr](http://www.auth.gr) : Τα άτομα με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία. 03/2001.
34. [homepages.pathfinder.gr/mssociety/-15K](http://homepages.pathfinder.gr/mssociety/-15K).: Ελληνική εταιρεία για την σκλήρυνση κατά πλάκας 01/1998.
35. [www.care.gr](http://www.care.gr), Ακρωτηριασμοί , 16/08/2005.
32. [www.care.gr](http://www.care.gr), Παραπληγία –Τετραπληγία 14/04/2005
33. [www.disabled.gr/προσπελασιμότητα](http://www.disabled.gr/προσπελασιμότητα)
34. [www.disabled.gr/διακρίσεις](http://www.disabled.gr/διακρίσεις)
35. [www.disabled.gr/εκπαίδευση](http://www.disabled.gr/εκπαίδευση)
36. [www.disabled.gr/](http://www.disabled.gr/) αγορά εργασίας
37. [www.disabled.gr/οδηγός](http://www.disabled.gr/οδηγός) παροχών ατόμων με ειδικές ανάγκες
38. [www.kep.gr](http://www.kep.gr) (<http://gspra.gr>), Νόμοι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ  
ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ**

**Διυπουργική Επιτροπή**

Με απόφαση του Πρωθυπουργού συστάθηκε το 1998 Διυπουργική Επιτροπή για τα άτομα με αναπηρίες.

Σκοπό είχε τη χάραξη πολιτικής και το συντονισμό της εφαρμογής μέτρων για την προσβασιμότητα και προσπελασιμότητα των ατόμων με ειδικές ανάγκες, καθώς και την παροχή σε αυτά διοικητικών διευκολύνσεων.

**Εξυπηρέτηση των ΑΜΕΑ κατά προτεραιότητα**

Εγκύκλιος ΔΙΑΔΠ/4291/17.2.97

Έχουν αναρτηθεί σε όλα τα κτίρια του Δημοσίου, του ευρύτερου Δημοσίου Τομέα και των Ο.Τ.Α. πινακίδες με την ένδειξη «Τα άτομα με ειδικές ανάγκες εξυπηρετούνται κατά προτεραιότητα». Οι υπάλληλοι υποχρεούνται να βοηθούν τα άτομα αυτά, να αναλαμβάνουν την εσωτερική διακίνηση και διεκπεραίωση των εγγράφων, να αποστέλλουν ταχυδρομικά βεβαιώσεις, πιστοποιητικά κ.ά.

Προβλέπεται, επίσης, ειδικό κεφάλαιο για τις ρυθμίσεις που αφορούν ΑΜΕΑ στους Χάρτες Υποχρεώσεων προς τους Καταναλωτές.

**Προσβασιμότητα σε κτίρια του Δημοσίου**

Με την Εγκύκλιο ΔΙΑΔΠ/26534/2.12.96 υποχρεώθηκαν οι φορείς του Δημοσίου να εφαρμόσουν τις οδηγίες του Γραφείου Μελετών για ΑΜΕΑ του ΥΠΕΧΩΔΕ για την προσβασιμότητα στα κτίρια του Δημοσίου.

Με την Εγκύκλιο ΔΙΑΔΠ/Γ2γ/6750/29.3.99 και ΔΙΑΔΠ/Γ2γ/589/9.1.2001 κλήθηκαν όλες οι δημόσιες υπηρεσίες να καταρτίσουν και να υλοποιήσουν πρόγραμμα εξασφάλισης της πρόσβασης των πολιτών με αναπηρίες στα κτίριά τους σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο.

Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης του ΥΠΕΣΔΔΑ συντονίζει την προσπάθεια να καταστούν προσβάσιμα σε άτομα με αναπηρίες τα κτίρια που στεγάζουν δημόσιες υπηρεσίες.

Έχουν οριστεί σύνδεσμοι από όλα τα Υπουργεία και τις Περιφέρειες για την απευθείας επικοινωνία με τη συντονιστική Επιτροπή που εδρεύει στο ΥΠΕΣΔΔΑ.

πηγή: [www.kep.gr](http://www.kep.gr) (<http://gspa.gr>)

Στα πλαίσια της προσπάθειας, κατασκευάζονται -σταδιακά- ράμπες, τοποθετούνται ειδικά ασανσέρ, εξασφαλίζονται θέσεις στάθμευσης αναπηρικών αυτοκινήτων κ.ά

Προσβάσιμα στα ΑΜΕΑ είτε με κεκλιμένο επίπεδο είτε με ειδικό ασανσέρ είναι :

- Το σύνολο των κτιρίων των κεντρικών υπηρεσιών όλων σχεδόν των Υπουργείων (18 από 19),
- Τα κτίρια 8 Γενικών Γραμματειών,
- Τα κτίρια Περιφερειών (8 από 13),
- Τα κτίρια 44 Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων,
- Κτίρια 5 ανεξάρτητων διοικητικών αρχών και αυτοτελών δημοσίων υπηρεσιών (Βουλής, Σώματος Ελεγκτών - Επιθεωρητών Δ.Δ. κ.ά),
- Σχεδόν όλα τα κτίρια νοσηλευτικών ιδρυμάτων,
- Κτίρια 34 Ν.Π.Δ.Δ.(ΤΣΜΕΔΕ, ΟΕΚ, ΟΑΕΔ, ΤΣΑ, κ.ά),
- Κτίρια 10 ΑΕΙ -ΤΕΙ (ΕΜΠ, Παν/μιο Μακεδονίας, Αιγαίου κ.ά)
- Κτίρια 8 ΝΠΔ (ΔΕΗ, ΗΣΑΠ κ.ά)
- Κτίρια 41 ΟΤΑ
- Ορισμένα Μουσεία και Αρχαιολογικοί χώροι,
- Κτίρια ορισμένων άλλων φορέων (32).

Προσβάσιμα στα ΑΜΕΑ είναι όλα τα Κέντρα Εξυπηρέτησης Πολιτών , στα οποία διεκπεραιώνεται σημαντικός αριθμός διοικητικών διαδικασιών με αποτέλεσμα τον περιορισμό των μετακινήσεων των πολιτών.

Η υποχρέωση των Κ.Ε.Π. να είναι προσβάσιμα προκύπτει από τον ιδρυτικό τους νόμο (3013/2002 αρθρ.31 παρ.6) και το Γ.Ο.Κ.

### **Συνήγορος του Πολίτη**

Το κτίριο που στεγάζεται ο θεσμός είναι πλήρως προσβάσιμο από την αρχή της λειτουργίας του.

Στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού έτους για τα Άτομα με Αναπηρία διατυπώθηκε από την ΕΣΑΕΑ πρόταση για θεσμοθέτηση του Συνήγορου του Πολίτη με Αναπηρίες.

### **Πληροφόρηση**

Αρχές του 2001 εκδόθηκε ο Οδηγός του Πολίτη με Ειδικές Ανάγκες από τη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης, ο οποίος επικαιροποιείται .

Οι ιστοσελίδες των συναρμόδιων υπουργείων παρέχουν πληροφόρηση για θέματα που ενδιαφέρουν τα άτομα με αναπηρία και διασύνδεση με άλλους κόμβους πληροφόρησης.

[www.gspa.gr](http://www.gspa.gr)

[www.kep.gr](http://www.kep.gr)

πηγή: [www.kep.gr](http://www.kep.gr) (<http://gsra.gr>)

**Θεσμικό πλαίσιο παροχής διευκολύνσεων σε ΑΜΕΑ που εργάζονται στο Δημόσιο**

Ν.2527/1997

Προβλέπεται η μείωση του ωραρίου εργασίας Τυφλών και Παραπληγικών-Τετραπληγικών στο Δημόσιο, ΝΠΔΔ και ΟΤΑ κατά 1-2 ώρες ημερησίως .

Εξετάζεται η επέκταση του μέτρου και σε άλλες κατηγορίες ΑΜΕΑ.

Ν.2683/1999

Οι δημόσιοι υπάλληλοι με ποσοστό αναπηρίας 50% και άνω δικαιούνται 6 εργάσιμες ημέρες επιπλέον της κανονικής άδεια.

Ν.2738/1999

Η σύζυγος ή ένα από τα τέκνα Ελλήνων που φονεύονται ή καθίστανται πλήρως ανίκανοι για εργασία συνεπεία τρομοκρατικής πράξης προσλαμβάνονται στο δημόσιο ή ευρύτερο δημόσιο τομέα.

Ν.2839/2000

Η έλλειψη φυσικών σωματικών δεξιοτήτων δεν εμποδίζει την πρόσληψη ΑΜΕΑ στο Δημόσιο.

Ν.2190/97

Καθορίζεται ειδικός τρόπος εξέτασης ατόμων με έλλειψη φυσικών σωματικών δεξιοτήτων που συμμετέχουν σε γραπτή διαδικασία πλήρωσης θέσης στο δημόσιο και ευρύτερο δημόσιο τομέας.

Αρθρ.54 παρ.4 του Υ.Κ.

Οι υπάλληλοι που πάσχουν από δυσίατα νοσήματα δικαιούνται αναρρωτικές άδειες διπλάσιας διάρκειας των υπολοίπων.

Αρθρ.50 παρ.2 Υ.Κ.

Οι πάσχοντες από νοσήματα που απαιτούν τακτικές μεταγγίσεις αίματος ή χρήζουν περιοδικής νοσηλείας , καθώς και όσοι έχουν παιδιά που έχουν τέτοιες ανάγκες δικαιούνται ειδικής άδειας ως 22 ημερών το χρόνο.

Αρθρ.67 Υ.Κ.

Οι αιτήσεις υπαλλήλων που πάσχουν από δυσίατα νοσήματα προηγούνται άλλων.

Ν.2643/98

Τα ΑΜΕΑ με ποσοστό αναπηρίας 50% τουλάχιστον και οι έχοντες τέκνο, αδελφό ή σύζυγο με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω έχουν τη δυνατότητα να καταλάβουν θέση σε δημόσια υπηρεσία , ΝΠΔΔ ή ΟΤΑ α΄ και β΄ βαθμού.

πηγή : [www.kep.gr](http://www.kep.gr) (<http://gsra.gr>)

Τα ως άνω προστατευόμενα πρόσωπα καταλαμβάνουν το 3% και 1% του ποσοστού 8% επί του συνόλου του προσωπικού των ΔΕΚΟ, κρατικών ΝΠΔ, Ν.Π. που ανήκουν σε ΟΤΑ κ.λ.π.

Οι φορείς του δημοσίου και ευρύτερου δημοσίου τομέα καλύπτουν το 80% των κενών θέσεων τηλεφωνητών από τυφλούς πτυχιούχους σχολών που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Υγείας-Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Ν.1191/90

Οπλίτες ή έφεδροι αξιωματικοί που καθίστανται ανάπηροι σε ποσοστό άνω του 67% κατά την εκτέλεση διατεταγμένης υπηρεσίας με ΚΥΑ Υπουργών Εθνικής Άμυνας και ΕΣΔΔΑ διορίζονται σε θέσεις πολιτικού προσωπικού του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας.

## ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

### **Νέοι Θεσμοί**

Στα πλαίσια της υλοποίησης του Ν.2646/98, όπως ισχύει με το Ν.3106/2003, συστάθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας (Ν.Π.Δ.Δ.). Στα πλαίσια λειτουργίας του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας δημιουργήθηκαν επιτροπές για την εκπόνηση ειδικών προγραμμάτων για ηλικιωμένα άτομα, ανάπηρα άτομα, οικογένειά και παιδιά και άλλες ευπαθείς ομάδες.

Συστάθηκε το Εθνικό Παρατηρητήριο ΑΜΕΑ (Ν.Π.Ι.Δ.) (αρθρ.10 Ν.3106/2003).

Συστάθηκε ειδική επιτροπή για την κατάρτιση κριτηρίων πιστοποίησης των φορέων παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Συστάθηκε το σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας – Σ.Ε.Υ.Υ.Π. (Ν.2920/2002) το οποίο παρεμβαίνει σε όλες τις κεντρικές, περιφερειακές υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, καθώς και στις αντίστοιχες υπηρεσίες της Αυτοδιοίκησης, σε Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ.

Θεσπίσθηκε η περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, η αποκέντρωση των υπηρεσιών, η ένταξή τους στα Πε.Σ.Υ. και η διασύνδεσή τους με τις υπηρεσίες υγείας με στόχο την παροχή αποτελεσματικότερων υπηρεσιών στον πολίτη.(Ν.3106/2003)

Δημιουργήθηκε ο προνοιακός χάρτης που περιλαμβάνει όλες τις υφιστάμενες δομές – κρατικές και μη- που παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με αναπηρίες ανά Περιφέρεια, Νομαρχία και Δήμο, με στόχο όχι μόνο την ενημέρωση αλλά και τη διασύνδεση – συνεργασία διαφόρων φορέων κοινωνικής φροντίδας (δίκτυα κοινωνικής φροντίδας).

### **Κάρτα Αναπηρίας**

Σε εφαρμογή του άρθρου 4 του Ν.2430/96 (ΦΕΚ 156 /Α/10.7.96) και του άρθρου 23 του Ν.2556/97 (ΦΕΚ 270/Α/24.12.97) εκδόθηκε το Π.Δ. 210/98 (ΦΕΚ 169 /Α/15.7.98) για τη χορήγηση της Κάρτας Αναπηρίας. Καθιερώθηκαν ενιαία κριτήρια πιστοποίησης της αναπηρίας από τις Επιτροπές Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΠΕΠΑ/ΔΕΠΑ) στα νοσοκομεία της χώρας και της έκδοσης προσωρινής ή ισόβιας Κάρτας αναπηρίας.

Η πιλοτική εφαρμογή ξεκίνησε από τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Λάρισας.Εγκ.ΥΠ.ΥΓ.ΠΡ.Π39/Φ80/οικ.4348/3.10.2000

Η εφαρμογή του προγράμματος έδειξε ότι το 10% των επιδοτούμενων δεν είχαν κανένα πρόβλημα υγείας.

### **Επιδόματα**

Υπουργική Απόφαση για την ανάθεση Μηχανογραφικής επεξεργασίας επιδοτούμενων Α.Μ.Ε.Α. και της αλλαγής του τρόπου καταβολής των επιδομάτων στους δικαιούχους με αποδείξεις πληρωμής τύπου ΟΓΑ (κατόικον), προκειμένου να γίνει πιλοτική εφαρμογή για τις Νομ.Αυτ/σεις που έχουν απογράψει τους επιδοτούμενους.

Πραγματοποιήθηκε μελέτη για την αναμόρφωση των κριτηρίων για την επιδοματική πολιτική. Προωθείται η σύνταξη ολοκληρωμένης πρότασης.

Καλύπτονται περισσότερες κατηγορίες (πάσχοντες από AIDS, αιμορροφιλικοί, ισουλινιοεξαρτώμενοι, νεφροπαθείς τελικού σταδίου).

Σχετικές είναι οι υπουργικές αποφάσεις:

Υ.Α.Γ4α/Φ225/161/89 για άτομα με βαριά αναπηρία άνω του 67%

Υ.Α.Γ4α/φ224/ΟΙΚ 1434/84 για άτομα με σπαστική εγκεφαλοπάθεια ή εγκεφαλική παράλυση

Υ.Α.Γ4/Φ167/2073/82 και Γ4/Φ167/2369/83 για άτομα με Μεσογειακή Αναιμία

Π48/Φ222,225/οικ 4711/94 για πάσχοντες από AIDS

Υ.Α. Α2γ/5014/82 για νεφροπαθείς.

Κ.Υ.Α. Γ4γ/Φ229/3285 (ΦΕΚ 1859/99) "Πρόγραμμα εισοδηματικής ενίσχυσης ασθενών και αποθεραπευθέντων Χανσενικών και μελών των οικογενειών τους".

Υ.Α. Π3α/Φ27/Γ.Π.οικ..124095 (ΦΕΚ 1594 τΒ/23.12.2002) για την επέκταση του επιδόματος παραπληγίας σε ασφαλισμένους του δημοσίου και ανασφάλιστους με παθήσεις που επιφέρουν το ίδιο αποτέλεσμα (μυοπαθείς κ.λ.π).

Επεκτάθηκε το πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ανασφάλιστων τετραπληγικών- παραπληγικών σε ασφαλισμένους του Δημοσίου (αρθρ.16 Ν.3106/2003).

Αυξήθηκαν από 1.1.2003 τα επιδόματα κατά 5% . Γίνεται προσπάθεια για τον εξορθολογισμό των επιδομάτων και τη σύμπτυξη των κατηγοριών των δικαιούχων.

Επεκτάθηκε το επίδομα καυσίμων στα άτομα με ακρωτηριασμό και των δυο κάτω άκρων ή παράλυση και των δυο κάτω άκρων με ποσοστό αναπηρίας 80% και άνω, ανεξάρτητα αν απέκτησαν ή όχι Ι.Χ. αυτοκίνητο με απαλλαγή τελών ταξινόμησης.

Η μετακίνηση των ατόμων με αναπηρίες με τα μέσα μαζικής μεταφοράς είναι δωρεάν κατά ποσοστό 50%.



### **Δείκτες Ποιότητας των Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας**

Έγινε καταγραφή των οικονομικών στοιχείων των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες σε ΑΜΕΑ και αξιολογήθηκαν τα στοιχεία προκειμένου να εφαρμοσθούν δείκτες ποιότητας. Το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας συγκρότησε επιτροπή με έργο την κατάρτιση κριτηρίων. Σε εξέλιξη η πιστοποίηση των φορέων.

Υ.Α. Γ.Π.οικ.9287 και 28522 (ΦΕΚ 391/4.4.2003)- αρθρ.5 Ν.2646/98.

### **Προστατευμένα Παραγωγικά Εργαστήρια**

Σε εφαρμογή του άρθρ.17 του Ν.2646/98 για το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας, προωθήθηκε Π.Δ. για τις προϋποθέσεις και τους όρους λειτουργίας των Προστατευμένων Παραγωγικών Εργαστηρίων. Στόχος των Π.Π.Ε. είναι η ανάπτυξη εναλλακτικών αλλά και βιώσιμων μορφών απασχόλησης.

### **Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης ΑΜΕΑ**

Αναπτύσσονται-μέσα από τα Π.Ε.Π.- 30 Κέντρα (μικρές δομές ανοικτής φροντίδας με λειτουργία σε δωρη βάση) με σκοπό την ένταξη παιδιών και εφήβων με νοητική υστέρηση σε προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, την ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, την προεπαγγελματική εκπαίδευση και την προετοιμασία ένταξης σε ολοκληρωμένα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης.

### **Αυτόνομη Διαβίωση**

Εκδόθηκε υπουργική απόφαση για τις προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Στέγης Αυτόνομης Διαβίωσης ΑΜΕΑ.

(Γ4α/Φ201/1791/ΦΕΚ 517/1998)

Η άδεια ίδρυσης στέγης ημιαυτόνομης διαβίωσης (ΣΗΔ-ΑΜΕΑ) χορηγείται από τη Δ/ση ή το Τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης σε Ν.Π.Ι.Δ., Ο.Τ.Α. ή την εκκλησία.

Στο πλαίσιο του Ε.Π. "Υγεία-Πρόνοια" του Γ'Κ.Π.Σ. προγραμματίζεται η εφαρμογή προγράμματος αποασυλοποίησης με παράλληλη ανάπτυξη δομών ημιαυτόνομης διαβίωσης.

Με το πρόγραμμα αυτό άτομα με αναπηρία που ζουν σε ιδρύματα εντάσσονται σταδιακά σε πρόγραμμα αυτόνομης ή ημιαυτόνομης διαβίωσης (προστατευμένα διαμερίσματα, ξενώνες, οικοτροφεία). Συμμετέχουν παράλληλα σε προγράμματα κατάρτισης ή ημερήσιας απασχόλησης.

(Αρθρ.11 Ν.3106/2003) Επιτρέπεται να συνάπτονται προγραμματικές συμβάσεις μεταξύ του Υπουργείου, των ΠΕΣΥΠ, του ΕΚΑΚΒ, των Ο.Τ.Α., των Μ.Κ.Ο. για παροχή υπηρεσιών υπέρ των ΑΜΕΑ.

Για την αποασυλοποίηση θα αναπτυχθούν σε πρώτη φάση 5 ενδιάμεσες δομές (προστατευμένα διαμερίσματα και ξενώνες) για τη φιλοξενία

ΑΜΕΑ, στον Άγιο Δημήτριο, Σκαραμαγκά, Αγιάσο και στη συνέχεια στη Δάφνη και Καλλιθέα.

### **Κατασκηνώσεις**

Συμμετέχουν ετησίως περίπου 2.200 άτομα από 100 και πλέον φορείς. Με χρηματοδότηση από το ΕΤΠΑ υλοποιήθηκαν έργα σχετικά με την προσβασιμότητα και τη βελτίωση των εγκαταστάσεων. (Αρθρ.14 Ν.3106/2003) Η οργάνωση και λειτουργία των παιδικών εξοχών του Κρατικού Προγράμματος (αρμοδιότητας ΠΙΚΠΑ) ανατίθεται από το 2003 στις οικείες Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ή σε Ν.Π. εποπτευόμενα από το Υπ.Υγ.Πρ.

### **Πρόγραμμα ψυχαγωγίας- αθλητισμού ΑΜΕΑ σε κλειστές προνοιακές δομές**

Προσλήφθηκαν ήδη 101 γυμναστές που διατέθηκαν σε ιδρύματα ΑΜΕΑ για την υλοποίηση προγράμματος ψυχαγωγίας και αθλητισμού. Προγραμματική σύμβαση Υπουργείων Υγείας Πρόνοιας και Πολιτισμού με την ΕΣΑΕΑ.

### **Κέντρα Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης ΑΜΕΑ**

(Ν.2648/98 αρθρ.13 παρ.1 β)

Τα ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ είναι υπηρεσίες του Ε.Ο.Κ.Φ. που έχουν ως σκοπούς τη διάγνωση των αναγκών, την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης και την προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των ΑΜΕΑ. Ολοκληρώθηκε η κατασκευή 24 κέντρων, παρελήφθη ο εξοπλισμός και μετά την πρόσληψη προσωπικού ξεκίνησε σταδιακά η λειτουργία τους. Δε λειτουργούν 7 ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ (Δωδεκανήσου, Εύβοιας, Ηλείας, Μεσσηνίας, Ρεθύμνου, Χίου και Λέσβου).

Στο Γ'Κ.Π.Σ. έχει προβλεφθεί-μέσα από τα Π.Ε.Π.- η δημιουργία 17 νέων Κέντρων Υποστήριξης Ατόμων με Αναπηρίες σε ισάριθμους νομούς της χώρας (Δράμα, Κιλκίς, Σταυρού Θεσσαλονίκης, Κοζάνη, Γρεβενά, Φωκίδα, Ιωάννινα, Θεσπρωτία, Αρκαδία, Κόρινθος, Κάλυμνος, Ηράκλειο, Λασιθί, Χανιά, Κέρκυρα).

### **Ανέγερση, επέκταση και εξοπλισμός Κέντρων ανοικτής περίθαλψης.**

Ολοκληρώθηκαν τα έργα ΚΑΦΚΑ Αιγίου, Αμυνταίου, Αμφιλοχίας, Φιλιατρών, Νιγρίτας Σερρών, Ρόδου, Κορίνθου, Άργους Ορεστικού, ΚΕΑ Θεσσαλονίκης, ΚΕΑΤ, Αννυσάκειο Χανίων, Μαργαρίτα, ΕΙΑΑ, Ε.Ι.Κ. Πατρών, Εταιρία Σπαστικών.

Από τα ΚΑΦΚΑ δε λειτουργούν 3 (Αμύνταιο, Αμφιλοχία, Κόρινθος).

Προγραμματίζεται – μέσα από τα Π.Ε.Π. του Γ'Κ.Π.Σ.- η δημιουργία 4 νέων Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αγωγής.

### **Κέντρα Αυτιστικών Ατόμων**

Ολοκληρώθηκε το έργο της Μαγνησίας. Ορίστηκε διοικούσα επιτροπή. Προωθούνται άλλα τρία (Θρακομακεδόνες, Καλύβια Αττικής και Ν.Ραιδεστός Θεσ/κης) μέσω του Ε.Τ.Π.Α. των Π.Ε.Π. του Γ'Κ.Π.Σ.

### **Εθνικό Κέντρο Αμεσης Κοινωνικής Βοήθειας**

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει τη δημιουργία δικτύου επείγουσας κοινωνικής φροντίδας σε άτομα, οικογένειες ή ομάδες που κινδυνεύουν με κοινωνικό αποκλεισμό (περιλαμβάνονται και τα ΑΜΕΑ ως ομάδα στόχος). Το δίκτυο περιλαμβάνει 23 έργα στην Αττική και Θεσσαλονίκη. Προσλήφθηκε προσωπικό και λειτουργεί τηλεφωνική γραμμή βοήθεια (197) σε 24ωρη βάση.

### **Κέντρα Δημέρευσης**

Έχει προγραμματισθεί η λειτουργία σε πιλοτικό στάδιο 2 κέντρων δημέρευσης ΑΜΕΑ (1 Αθήνα, 1 Θεσ/κη) από Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που θα εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

### **Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων και Κέντρα Αποκατάστασης**

Παρέχουν υπηρεσίες αποθεραπείας, φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης σε άτομα με χρόνιες παθήσεις, κινητικές ή πνευματικές μειονεξίες.

Λειτουργούν στην Αττική, Αιτωλοακαρνανία, Άρτα, Αχαΐα, Δράμα, Δωδεκάνησα, Θεσπρωτία, Καβάλα, Καστοριά, Κέρκυρα, Λάρισα, Λασιθί, Ροδόπη, Σέρρες, Τρίκαλα, Φθιώτιδα, Χανιά.

Με το Β'Κ.Π.Σ. πραγματοποιήθηκαν έργα για τη βελτίωση του κτιριολογικού των Θ.Χ.Π. Αιτωλ/νίας και Καστοριάς.

Με πρωτοβουλία της ΕΣΑΕΑ τον 12/2000 εκπονήθηκε μελέτη των συνθηκών λειτουργίας αυτών των δομών.

Όπου διαπιστώθηκε ακαταλληλότητα κτιριακών εγκαταστάσεων ως προς την ασφάλεια και τις συνθήκες προσπέλασης, προχωρούν σταδιακά οι εργασίες προσαρμογής και βελτίωσης των εγκαταστάσεων.

Προχωρά η ανέγερση νέων κτιρίων των Ιδρυμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας στα Ιωάννινα και Λέσβο.

### **Πρόγραμμα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Διευρύνεται το υφιστάμενο πρόγραμμα ώστε να παρέχει υπηρεσίες και σε ΑΜΕΑ. Με την προμήθεια 500 κινήτων μονάδων επεκτάθηκε το πρόγραμμα και σήμερα λειτουργούν 800 συνεργεία. Σε εξέλιξη οι διαδικασίες για να λειτουργήσουν άλλα 100 συνεργεία.

Στόχος η υλοποίηση του προγράμματος σε όλους τους Καποδιστριακούς Δήμους (1.183 συνεργεία).

Σε εξέλιξη η δημιουργία Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας σε αστικές και ημιαστικές περιοχές, μέσα από τα Π.Ε.Π. του Γ'Κ.Π.Σ. Έχουν συσταθεί 65 ΚΗΦΗ από τα οποία λειτουργούν ήδη τα 22.

### **Παιδική Μέριμνα**

Στους Κρατικούς Παιδικούς-Βρεφονηπιακούς Σταθμούς προτιμώνται τα παιδιά γονιών ΑΜΕΑ (Γ2α/οικ.4108/88).

Το ίδιο και στα Κέντρα Παιδικής Μέριμνας (Γ2β/οικ/8291/84).

Προγραμματίζεται η δημιουργία 400 νέων παιδικών βρεφονηπιακών σταθμών από τους οποίους οι 50 θα φιλοξενούν παιδιά με ειδικές ανάγκες.

Υ.Α.4036/2001 (ΦΕΚ1128/Β/30.8.01). Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης εφαρμογής της δράσης «Λειτουργία νέων τμημάτων σε υφιστάμενες δομές βρεφονηπιακών ή /και ολοκληρωμένης φροντίδας ή/και Παιδικών Σταθμών ή/και Κ.Δ.Α.Π. ή/και Κ.Δ.Α.Π.Μ.Ε.Α. συγχρηματοδοτούμενα απ'τοΕΚΤ στο πλαίσιο των ΠΕΠ του Γ'Κ.Π.Σ.

### **Ανάπτυξη Κοινωνικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών σε Τοπικό Επίπεδο**

Στο πλαίσιο του Ε.Π.«Υγεία-Πρόνοια» αναπτύσσονται κοινωνικές υποστηρικτικές υπηρεσίες στους Δήμους. Δημιουργείται ο Μηχανισμός Στήριξης που θα συντονίζει και θα παρέχει τεχνογνωσία και προχωρά η ανάπτυξη των υπηρεσιών.

### **Προγράμματα Διερμηνείας στη Νοηματική Γλώσσα**

(Αρθρ.15 Ν.3106/2003)

Με Κ.Υ.Α Υπουργών Οικονομικών και Υγείας μπορεί να ανατίθεται στην Ομοσπονδία Κωφών Ελλάδος η εκπόνηση και εφαρμογή προγραμμάτων για την παροχή διερμηνείας στη νοηματική γλώσσα σε κωφά άτομα, για την κάλυψη αναγκών επικοινωνίας τους με δημόσιες, δικαστικές και άλλες αρχές.

## ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

### Ειδική Αγωγή

(Ν. 2817/00 -ΦΕΚ 78/Α).

Στόχος η ποιοτική αναβάθμιση της παρεχόμενης ειδικής εκπαίδευσης, η επέκτασή της σε όλα τα παιδιά με αναπηρίες, η δημιουργία προϋποθέσεων για την πλήρη ένταξη των μαθητών στα σχολεία της γειτονιάς του αλλά και της Ειδικής Αγωγής στο ενιαίο εκπαιδευτικό σύστημα της χώρας.

Έχει εκδοθεί ένας αριθμός κανονιστικών αποφάσεων και Π.Δ. που αφορούν θέματα προσωπικού Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής, ωρολόγια προγράμματα, κανονισμό λειτουργίας Κέντρων Διάγνωσης Αξιολόγησης Υποστήριξης μαθητών με ιδιαιτερότητες, ένταξη και φοίτηση μαθητών σε Σ.Μ.Ε.Α., πρόσληψη Ειδικού και Βοηθητικού Προσωπικού, κατάρτιση αξιολογικού πίνακα για πρόσληψη αναπληρωτών ΕΕΠ και ΣΜΕΑ, δημιουργία ΠΥΣΕΕΠ, διατάξεις για θέματα μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες, για κατ'οίκον διδασκαλίες κ.ά.

### Ε.Π. εκπαίδευσης και αρχικής κατάρτισης εκπαιδευτικών ειδικής αγωγής.

Προχώρησε η ηλεκτρονική διασύνδεση του ΥΠΕΠΘ με σχολικές μονάδες Ειδικής Αγωγής, η λειτουργία προστατευμένων προεπαγγελματικών εργαστηρίων σε ειδικά δημοτικά σχολεία του Ν.Αττικής και η επιμόρφωση εκπαιδευτικών.

Δημιουργήθηκε Τράπεζα Πληροφοριών Ειδικής Αγωγής (με την επιστημονική ευθύνη του Ε.Μ.Π.) για την υποστήριξη της δικτυακής σύνδεσης των σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής και των ειδικών τάξεων.

Μέσα από το Πρόγραμμα έγινε για πρώτη φορά προσέγγιση σε τομείς αναπηριών ή ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών που μέχρι τώρα δεν είχαν ενταχθεί στην εκπαιδευτική μέριμνα του ΥΠΕΠΘ (αυτισμός, πολυαναπηρία, συναισθηματικές διαταραχές εφήβων, παιδιά που αντιμετωπίζουν το φάσμα του θανάτου κ.ά).

Οι σχολικοί σύμβουλοι της Γενικής και της Ειδικής Αγωγής υποστηρίζουν το έργο των εκπαιδευτικών στα κοινά σχολεία.

### Ειδικά σχολεία, ειδικές τάξεις

Το σύνολο των τμημάτων ένταξης ΠΕ και ΔΕ είναι 1.074, των Σχολικών Μονάδων Ειδικής Αγωγής ΠΕ και ΔΕ 283, των Εργαστηρίων Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΕΕΕΕΚ) 50.

Αναλυτικά :

ειδικά νηπιαγωγεία 107

πηγή: [www.ker.gr](http://www.ker.gr) (<http://gsra.gr>)

ειδικά δημοτικά σχολεία 155

τμήματα ένταξης σε νηπιαγωγεία 74

τμήματα ένταξης σε δημ.σχ.920

ειδικά γυμνάσια 9

ειδικά λύκεια 4

ΤΕΕ ειδ.αγωγής8

ΕΕΕΕΚ 50 (είναι σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής Β/θμιας εκπαίδευσης στις οποίες φοιτούν μαθητές με νοητική υστέρηση, αυτισμό κ.λ.π., ηλικίας 14-22 ετών, οι οποίοι δεν μπορούν να παρακολουθήσουν άλλο εκπαιδευτικό πλαίσιο )

Τμήματα ένταξης σε γυμνάσια 68

Τμήματα ένταξης σε λύκεια 10

Τμήματα ένταξης σε ΤΕΕ 2

Οι μαθητές που φοιτούν σε ΣΜΕΑ , Τμήματα Ένταξης και Ε.Ε.Ε.Ε.Κ. ανέρχονται σε 18.580.

Για το επόμενο σχολικό έτος προωθείται Υ.Α. ίδρυσης 206 νέων Τμημάτων Ένταξης στην Π.Ε. και Δ.Ε., 12 νέων Ε.Ε.Ε.Ε.Κ., 11 νέων Σ.Μ.Ε.Α. Π.Ε. και Δ.Ε. και 6 ολοήμερων Ειδικών Δημοτικών Σχολείων.

Μέσα από το Γ΄Κ.Π.Σ. προβλέπεται η εξειδίκευση και επιμόρφωση χιλιάδων εκπαιδευτικών ΠΕ και ΔΕ. Δόθηκε έμφαση στην πολυαναπηρία (πρόγραμμα εξειδίκευσης 80 εκπαιδευτικών) και τον αυτισμό (πρόταση επιμόρφωσης 1000 εκπαιδευτικών).

Θεσμοθετήθηκε αποκεντρωμένη διαδικασία έγκρισης και πραγματοποίησης προγραμμάτων εκπαίδευσης στο σπίτι. Το σχολικό έτος 2002-2003 δόθηκαν 100 κατ'οίκον διδασκαλίες.

Ιδρύθηκαν, στελεχώθηκαν και λειτουργούν σε όλη τη χώρα 54 ΚΔΑΥ (1 για κάθε νομό εκτός από Ν.Αττικής όπου λειτουργούν 4). Κάθε ΚΔΑΥ προβλέπεται να έχει 3 εκπαιδευτικούς από κάθε βαθμίδα (προσχ.αγωγή,Π.Ε.και Δ.Ε.) 3 Ψυχολόγους 3 κοιν.λειτουργούς 1 φυσικοθεραπευτής 1 λογοθεραπευτής και μόνο στα 13 ΚΔΑΥ που εδρεύουν στις έδρες των Περιφερειών προβλέπεται επιπλέον 1 παιδοψυχίατρος. Τα ΚΔΑΥ Αθηνών και Θεσ/κης έχουν επιπλέον εξειδικευμένο προσωπικό για τυφλούς, κωφούς και βαρήκοους.

#### **Πρόγραμμα άθλησης μαθητών με αναπηρία**

Στις ΣΜΕΑ Ειδικής Αγωγής υπηρετούν εκπαιδευτικοί Φυσικής Αγωγής που εφαρμόζουν προγράμματα άθλησης κατάλληλα για μαθητές με αναπηρία.

πηγή: [www.kep.gr](http://www.kep.gr) (<http://www.kep.gr>)

### **Προσβασιμότητα σχολικών κτιρίων**

Στις μελέτες κατασκευής όλων των νέων σχολικών κτιρίων, των ΤΕΙ, ΑΕΙ είναι προϋπόθεση η πρόβλεψη της προσβασιμότητας των μαθητών με αναπηρία.

### **Νοσοκομειακά σχολεία**

Στις δομές της Ειδικής Αγωγής περιλαμβάνονται Σχολεία και Τμήματα ένταξης που λειτουργούν σε νοσοκομεία προκειμένου να στηρίξουν μαθητές με αναπηρίες που νοσηλεύονται σε αυτά:

2 Ειδικά Νηπιαγωγεία και 1 τριθέσιο Ειδικό Δημοτικό Σχολείο στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

3/Θ Ε.Δημ.Σχ. και Τμήμα ένταξης για μαθητές γυμνασίου- λυκείου στο Ν.Γ.Γεννηματάς

2/Θ » στο Ν.ΑΧΕΠΑ

3/Θ » στο Ν.Γ Παπανικολάου

Τμήμα Ένταξης για μαθητές Δημοτικού Σχολείου στο Πανεπιστημιακό Νοσ.Ηρακλείου Κρήτης

2 6/Θ Δημ.Σχολ. στα Ν.Παιδων Αγ.Σοφία και Αγλαΐα Κυριακού.

Οι μαθητές που νοσηλεύονται για ορισμένο χρονικό διάστημα στηρίζονται εκπαιδευτικά στα βασικά μαθήματα (γλώσσα, μαθηματικά) είτε στη σχολική τάξη είτε στο κρεβάτι νοσηλείας για εκείνους που δεν μπορούν να μετακινηθούν.

### **Τριτοβάθμια Εκπαίδευση**

Η εισαγωγή των υποψηφίων με σοβαρές παθήσεις στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση γίνεται κατόπιν ειδικών εξετάσεων και σε ορισμένες περιπτώσεις χωρίς εξετάσεις σε ποσοστό 3% επί του αριθμού εισακτέων καθ' υπέρβαση

(Ν.2527/97 Υ.Α.Φ151/Β6/270/14.2.2000 και Φ152/β6/198/4.4.2000)

**Ηλεκτρονική προσβασιμότητα του WEB Site του ΥΠΕΠΘ, των σχολικών intranets και της Γ.Γ.Ν.Γενιάς**

Προτάθηκε για ένταξη στο Ε.Π. «ΠΟΛΙΤΕΙΑ» μελέτη που αφορά την Ηλεκτρονική Προσβασιμότητα του WEB Site του ΥΠΕΠΘ, των σχολικών intranets και της Γ.Γ.Ν.Γενιάς για ΑΜΕΑ.

### **Γ.Γ. ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ**

**Ελεύθερος χρόνος**

Η Γ.Γ.Νέας Γενιάς υλοποιεί κάθε χρόνο θεατρικά μαθήματα για κωφά άτομα (στο κτίριο της Γ.Γ.Ν.Γενιάς επί της Πλ.Κουμουνδούρου), και στηρίζει καλλιτεχνικά εργαστήρια μιμικής, ζωγραφικής, θεάτρου, χορού, μουσικής σε συνεργασία με τη Μ.Κ.Ο. Very Special! Arts (στο κτίριο της Πλ.Αμερικής).

## ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Θεσπίστηκε σειρά μέτρων με βάση την εξατομικευμένη προσέγγιση. Τα μέτρα στοχεύουν στην αύξηση της απασχολησιμότητας των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, την ένταξή τους στα προγράμματα απασχόλησης, εργασιακής εμπειρίας και επαγγελματικής κατάρτισης που απευθύνονται στο συνολικό πληθυσμό και να εφαρμοσθεί η αρχή του mainstreaming. Μέσα από τα Κέντρα Προώθησης της Απασχόλησης δημιουργείται ένα πλαίσιο συνεργασίας με τον κάθε άνεργο για τη διάγνωση των αναγκών του και θα παρέχονται τρεις δυνατότητες:

1. ένταξη σε πρόγραμμα κατάρτισης κοινών ανέργων.
2. ένταξη σε πρόγραμμα προετοιμασίας (προκατάρτιση)
3. εφόσον το άτομο αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής σε εργασιακό περιβάλλον, προωθείται σε ολοκληρωμένο πρόγραμμα που περιλαμβάνει ενέργειες προετοιμασίας, συγκεκριμένης κατάρτισης, ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης, προώθησης στην απασχόληση. Η διάρκεια μπορεί να είναι από 200-600 ώρες με παράλληλες δράσεις στήριξης διάρκειας 7 μηνών. Το σύνολο των ενεργειών για τις ευπαθείς ομάδες (στις οποίες περιλαμβάνεται και η κατηγορία των ανέργων ηλικίας 45-64 ετών που ζουν σε περιοχές υψηλής ανεργίας) στο Γ' Κ.Π.Σ. ανέρχεται σε 70 δις.δρχ. Το Υπ.Εργασίας προχώρησε στην πιστοποίηση μόνιμων δομών Κέντρων Παροχής Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών και τη διασύνδεσή τους με τα Κέντρα Προώθησης Απασχόλησης σε Περιφέρειες με οξυμένες ανάγκες (Δυτ. Και Ανατ. Μακεδονία, Θράκη, Βόρειο και Νότιο Αιγαίο).

### **Προγράμματα Ο.Α.Ε.Δ.**

Υλοποιούνται προγράμματα κατάρτισης - απασχόλησης/νέων θέσεων εργασίας, νέων ελεύθερων επαγγελματιών μέσα από τις 6 Ειδικές Υπηρεσίες Απασχόλησης Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Λάρισας, Βόλου, Πάτρας και Ηρακλείου Κρήτης, τις 3 Εκπαιδευτικές Μονάδες Κατάρτισης για ΑΜΕΑ σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Λάρισα, καθώς και τα Γραφεία Απασχόλησης του Οργανισμού που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό.

Ειδικότερα υλοποιούνται:

- Προγράμματα Ετεροαπασχόλησης - νέων θέσεων εργασίας ΑΜΕΑ - μερική ή ολική απασχόλησης-(3 χρόνια επιδοτούμενα + 10 μήνες χωρίς επιδότηση),
- Προγράμματα επιχορήγησης επιχειρήσεων «Σύμβασης Ορισμένου Χρόνου» για επιχειρήσεις που λειτουργούν εποχιακά και Δημοτικές Επιχειρήσεις (ελάχιστο διάστημα απασχόλησης 5 μήνες),



- Προγράμματα επιχορήγησης εργοδοτών «ορισμένου χρόνου» μερικής απασχόλησης ατόμων με νοητική υστέρηση (για 9 μήνες),
- Προγράμματα επιδότησης Νέων Ελεύθερων Επαγγελματιών ΑΜΕΑ (2 χρόνια).
- Προγράμματα εργονομικής διευθέτησης του εργασιακού χώρου για τη διευκόλυνση των ΑΜΕΑ (χρηματοδότηση ως 90% του συνολικού κόστους),
- Προγράμματα απασχόλησης χρηματοδοτούμενα από το Ε.Κ.Τ. ,
- Υπηρεσίες συνοδευτικών υποστηρικτικών ενεργειών και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

**Υποχρεωτική κάλυψη ποσοστού θέσεων απασχόλησης, σε επιχειρήσεις με προσωπικό άνω των 50 ατόμων, με ΑΜΕΑ.**

Ο Ν.1648/86 αναμορφώθηκε (Ν.2643/98) με στόχο τη διαφάνεια στις προσλήψεις ειδικών κατηγοριών προστατευόμενων ατόμων.

Ο Ν.2190/94 αναμορφώθηκε με το Ν.2839/00 «Μέριμνα για την απασχόληση προσώπων ειδικών κατηγοριών και άλλες διατάξεις». Με το άρθρ.3 επιτρέπεται η διενέργεια ειδικών διαγωνισμών για άτομα των οποίων οι φυσικές δεξιότητες δεν επιτρέπουν συμμετοχή σε γραπτή διαδικασία.

#### **Μειωμένο ωράριο**

άρθρο 16 παρ. 4 και 5 του Ν. 2527/1997 (ΦΕΚ 206/Α/8.10.97)

Μειώθηκε το ωράριο εργασίας των τυφλών, των τετραπληγικών- παραπληγικών, των γονέων με παιδιά που έχουν αναπηρία άνω του 67%, και των ατόμων με σύζυγο που έχει αναπηρία 100%. Αφορά υπαλλήλους του Δημοσίου, των Ν.Π.Δ.Δ. και των Ο.Τ.Α.

#### **ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

Δικαίωμα στεγαστικής συνδρομής θεμελιώνουν οι βαριά κινητικά ανάπηροι - παραπληγικοί, ανεξάρτητα από την οικογενειακή τους κατάσταση, εφόσον έχουν συμπληρώσει 750 ημέρες εργασίας (αν είναι κάτοικοι τώως Διοικήσεων Πρωτεύουσας ή Θεσσαλονίκης) ή 500 ημέρες εργασίας (αν είναι κάτοικοι στις υπόλοιπες περιοχές της χώρας) ή 1300 ημέρες αν είναι τυφλοί. Επίσης, όσοι προστατεύουν 3 παιδιά και έχουν οι ίδιοι ή ένα τους παιδί αναπηρίας με ποσοστό 67% και άνω.

Ο ΟΕΚ έχει προχωρήσει στην εκπόνηση μελέτης «προσαρμοσμένων» διαμερισμάτων 3 και 4 δωματίων, ώστε να εξυπηρετούνται ΑΜΕΑ.

#### **ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΤΙΚΗΣ ΕΣΤΙΑΣ :**

Χορηγούνται θεατρικά εισιτήρια, εισιτήρια για κινηματογράφο, δελτία αγοράς βιβλίων και υλοποιούνται εκδρομικά προγράμματα για ΑΜΕΑ με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67% και συνοδούς.

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ – ΥΦ. ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ**

**Ευρωπαϊκό έτος ΑΜΕΑ 2003**

Προωθήθηκε προς το Συμβούλιο Υπουργών Πολιτισμού της Ε.Ε. ψήφισμα με θέμα «Προσβασιμότητα των ΑΜΕΑ στις Πολιτιστικές Υποδομές» το οποίο και ψηφίστηκε.

**Προσβασιμότητα ΑΜΕΑ**

N.3057/2002

Ειδική μέριμνα λαμβάνεται για την εξασφάλιση της προσβασιμότητας ΑΜΕΑ στις ευρύτερες περιοχές των Ολυμπιακών και Παραολυμπιακών πόλεων, σε επιλεγμένες περιοχές συνάθροισης κοινού και σε επιλεγμένους οδικούς άξονες.

Έχουν καταγραφεί και υλοποιούνται σταδιακά οι αναγκαίες παρεμβάσεις για τη βελτίωση της προσβασιμότητας πολιτιστικών – αρχαιολογικών χώρων και μουσείων (εντός Αττικής, στις Ολυμπιακές πόλεις και σε συγκεκριμένους προορισμού όπως Ολυμπία, Δελφοί, Επίδαυρος)

**Μαζικός Αθλητισμός**

Στα πλαίσια του προγράμματος παρέχεται η δυνατότητα άσκησης ΑΜΕΑ σε σχολεία, ιδρύματα και Πρότυπα Κέντρα Αθλησης. Επίσης, υλοποιούνται προγράμματα κολύμβησης για παιδιά με νοητική υστέρηση, μαθησιακά προβλήματα, προβλήματα αισθητηρίων οργάνων και κινητικά προβλήματα.

N.2725/99.

Καθορίζεται το πλαίσιο ενίσχυσης του αθλητισμού ΑΜΕΑ , της οργάνωσης των ειδικών αθλητικών σωματείων και των παροχών-ενισχύσεις, άδεια πρακτορείου ΠΡΟΠΟ ΛΟΤΤΟ κ.λ.π.

**Αθλητικοί και προπονητικοί χώροι**

Δημιουργείται δίκτυο προπονητικών χώρων για τα Παραολυμπιακά αθλήματα, Προπονητικό Κέντρο Ειδικού Αθλητισμού (στο Δήμο Θερμαϊκού).

**Παραολυμπιακό αθλητικό κίνημα**

N.2947/2001

Δημιουργήθηκε η νέα ενιαία Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία ΑΜΕΑ.

Συστάθηκε Ν.Π.Δ.Δ. Ελληνική Παραολυμπιακή Επιτροπή.

Ενισχύεται και υποστηρίζεται η προετοιμασία των αθλητών ΑΜΕΑ για την Παραολυμπιάδα.

Άρθρο 28

Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές ανάγκες.

1. Στους χώρους των νέων κτιρίων για τα οποία η οικοδομική άδεια εκδίδεται μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου επιβάλλεται να εξασφαλίζεται η οριζόντια και κατακόρυφη προσπέλαση από άτομα με ειδικές ανάγκες στους χώρους αυτών στους οποίους στεγάζονται υπηρεσίες του Δημοσίου, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του ευρύτερου δημόσιου τομέα, κοινωφελείς οργανισμοί, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτης και δεύτερης βαθμίδας ή έχουν χρήσεις συνάθροισης κοινού, εκπαίδευσης, υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, γραφείων και εμπορίου, καθώς επίσης και στους χώρους στάθμευσης αυτακινήτων των κτιρίων αυτών. Η υποχρέωση αυτή επιβάλλεται και στα κτίρια με χρήση κατοικίας στα οποία είναι υποχρεωτικός ο ανελκυστήρας, σύμφωνα με τις διατάξεις του κτιριοδομικού κανονισμού.
2. Η δυνατότητα προσπέλασης των κτιρίων που αναφέρονται στην προηγούμενη παράγραφο εξασφαλίζεται με οδούσεις που αρχίζουν από τη στάθμη του πεζοδρομίου και φτάνουν μέχρι την πόρτα του ανελκυστήρα και απατελούνται: α) από διαδρόμους που έχουν ελάχιστο πλάτος 1,30 μ. και δάπεδα ομοιά, χωρίς αναβαθμούς, με κλίση μέχρι 5% και β) από ανελκυστήρες με ελάχιστες εσωτερικές διαστάσεις πλάτους 1,10 μ. και μήκους 1,40 μ. και ελεύθερο άνοιγμα πόρτας στη μικρότερη από τις ποραπάνω διαστάσεις 0,85 μ. Η απόσταση μεταξύ της πόρτας του ανελκυστήρα και του απέναντι τοίχου ή σκάλας ή άλλου εμποδίου πρέπει να είναι τουλάχιστον 1,50 μ. Στους ανελκυστήρες αυτούς επιβάλλεται η τοποθέτηση οπτικοακουστικών και οπτικών μέσων για την εξυπηρέτηση των τυφλών ή κωφών ατόμων, με εξαίρεση τους ανελκυστήρες που εξυπηρετούν χώρους κατοικίας.
3. Οι κοινής χρήσης υπαίθριοι χώροι των οικοπέδων, στα οποία κατασκευάζονται τα κτίρια που αναφέρονται στην παράγραφο 1 επιβάλλεται να διαμορφώνονται κατάλληλα, εφόσον το επιτρέπει η μορφολογία του εδάφους, με διαδρόμους με ομαλό δάπεδο, κατασκευασμένο από συμπαγές μη ολισθηρό υλικό, χωρίς αναβαθμούς πλότους τουλάχιστον 1,30 μ. και κλίσης μέχρι και 5% ώστε να χρησιμοποιούνται και από άτομα με ειδικές ανάγκες.
4. Στα κτίρια που αναφέρονται στην παράγραφο 1 και στους κοινόχρηστους χώρους των οικισμών ποσοστό 5% των χώρων υγιεινής για χρήση κοινού ή σε κάθε περίπτωση ο ένας ανά όροφο από αυτούς πρέπει να είναι προσπελάσιμοι και εξοπλισμένοι κατάλληλα για χρήση από άτομα που χρησιμοποιούν αναπηρικό αμαξίδιο.
5. Στα υφιστάμενα πριν από την ισχύ του παρόντος νόμου κτίρια που στεγάζονται υπηρεσίες του Δημοσίου, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου ευρύτερου δημόσιου τομέα, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτης και δεύτερης βαθμίδας, κοινωφελείς οργανισμοί, τράπεζες και ανταλλακτήριο τραπεζών, επιβάλλεται να γίνουν οι απαραίτητες διαμορφώσεις, ώστε οι λειτουργικοί χώροι τους να είναι προσπελάσιμοι από άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι διαμορφώσεις που αναφέρονται στην παράγραφο αυτή γίνονται σύμφωνα με τις σχετικές προδιαγραφές που εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργού Περιβάλλοντος Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων. Με απόφαση του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας εγκρίνονται οι διαμορφώσεις για κάθε κτίριο, ύστερα από γνώμη του αρμόδιου για το κτίριο φορέα, εισήγηση της περιφερειακής υπηρεσίας και γνώμοδότηση του Περιφερειακού Σ.Χ.Ο.Π.
6. Από τις διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων εξαιρούνται τα κτίρια που έχουν μοναδική πρόσβαση σε δρόμο με βαθμίδες ή βρίσκονται σε οικόπεδα στα οποία η ελάχιστη διαφορά στάθμης του φυσικού εδάφους στην οικοδομική γραμμή από την επιφάνεια του πεζοδρομίου είναι μεγαλύτερη από 2,50 μ. Επίσης εξαιρούνται από την υποχρέωση διαμόρφωσης πρόσβασης στους πάνω από το ισόγειο ορόφους ή τους εσωτερικούς εξώστες ή αναβαθμούς τα κτίρια που αναφέρονται στην παράγραφο 1, εφόσον :
  - α) Το εμβαδόν των εσωτερικών εξωστών ή αναβαθμών αποτελεί ποσοστό μέχρι 50% του εμβαδού της κυρίως αίθουσας και όχι περισσότερο των 100,0 τ.μ. και η χρήση του είναι ίδια με αυτή της κυρίως αίθουσας ή οι εσωτερικοί εξώστες ή αναβαθμοί έχουν βοηθητική χρήση.
  - β) Το συνολικό μικτό εμβαδόν των πάνω από το ισόγειο ορόφων είναι μικρότερο των 200, 0 τ.μ. και
  - γ) το μικτό εμβαδόν κάθε ορόφου είναι μικρότερο των 70,0 τ.μ. Οι εξαιρέσεις που αναφέρονται στις περιπτώσεις β και γ της παραγράφου αυτής δεν ισχύουν, αν η χρήση του κτιρίου είναι η μοναδική στον οικισμό και ταυτόχρονα στους πάνω από το ισόγειο ορόφους υπάρχουν χρήσεις για εξυπηρέτηση κοινού διαφορετικές από αυτές που υπάρχουν στον ισόγειο όροφο.
7. Στα κτίρια στα οποία δεν έχουν υποχρεωτική εφαρμογή οι διατάξεις του παρόντος άρθρου, επιτρέπεται κατά παρέκκλιση κάθε γενικής ή ειδικής διάταξης, εκτός από αυτές που αναφέρονται στην ασφάλεια του κοινού, η εγκατάσταση ή κατασκευή στοιχείων για τη διευκόλυνση

Πηγή:

17

πρόσβασης στους κοινόχρηστους χώρους αυτών ατόμων με ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τις προδιαγραφές που εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργού Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων και ύστερα από έγκριση της ΕΠΑΕ. Η δαπάνη για την εγκατάσταση ή κατασκευή των παραπάνω στοιχείων βαρύνει τον ή τους συνιδιοκτήτες που ενδιαφέρονται για την εκτέλεση των σχετικών εργασιών.

8. Κατά τη διαμόρφωση ή ανακατασκευή των κοινόχρηστων χώρων των οικισμών, που προορίζονται για την κυκλοφορία των πεζών, όπως των πλατειών, των πεζοδρομών, των πεζοδρομίων, εφόσον το επιτρέπει η μορφολογία του εδάφους, επιβάλλεται να εξασφαλίζεται η δυνατότητα πρόσβασης ατόμων με ειδικές ανάγκες με οδεύσεις πεζών, οδεύσεις τυφλών, κεκλιμένα επίπεδα (ράμπες) χωρίς αναβαθμούς με κλίση μέχρι 5%, κατάλληλη τοποθέτηση αστικού εξοπλισμού, όπως στεγάστρων, καθιστικών στύλων φωτισμού, κάδων απορριμμάτων και να διαμορφώνεται ποσοστό 5% των χώρων στάθμευσης ή τουλάχιστον ένας για χρήση αναπηρικών αυτοκινήτων, σύμφωνα με τις προδιαγραφές που εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργού Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων.

9. Με απόφαση του Υπουργού Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων συνιστάται «Επιτροπή προσβασιμότητας», που θα εδρεύει στο Υπουργείο Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων και εισηγείται στον Υπουργό για θέματα που έχουν σχέση με την εφαρμογή των πιο πάνω διατάξεων. Με όμοια απόφαση καθορίζονται οι φορείς που θα εκπροσωπούνται σε αυτήν, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οπωσδήποτε εκπρόσωποι της Εθνικής Συνομοσπονδίας των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΕΣΑΕΑ), οι ιδιότητες των μελών, ο τρόπος συγκρότησης και λειτουργίας της και κάθε άλλη λεπτομέρεια.

1

Φεβ 78 Α' / 14/3/2000

Άρθρο 1,

Έννοια, σκοπός και καθεστώς

Άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, κατά την έννοια του πορόντος, θεωρούνται τα άτομα που έχουν σημαντική δυσκολία μάθησης και προσαρμογής εξαιτίας σωματικών, διανοητικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών ιδιοτεροτήτων.

Στα άτομα αυτά περιλαμβάνονται όσοι:

α) Έχουν νοητική ανεπάρκεια ή ανωριμότητα.

β) Έχουν ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες) ή ακοής (κωφοί, βαρήκοοι).

γ) Έχουν σοβαρά νευρολογικά ή ορθοπεδικά ελαττώματα ή προβλήματα υγείας.

δ) Έχουν προβλήματα λόγου και ομιλίας.

ε) Έχουν ειδικές δυσκολίες στη μάθηση, όπως δυσλεξία, δυσαριθμηση, δυσαναγνωσία.

στ) Έχουν σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες και όσοι παρουσιάζουν αυτισμό και άλλες διαταραχές ανάπτυξης.

Στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες περιλαμβάνονται επίσης πρόσωπα νηπιακής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας που δεν ανήκουν σε μια από τις προηγούμενες περιπτώσεις, αλλά έχουν ανάγκη από ειδική εκπαιδευτική προσέγγιση και φροντίδα για ορισμένη περίοδο ή για ολόκληρη την περίοδο της σχολικής ζωής τους.

Οι μαθητές για τους οποίους δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις των παραγράφων 2 και 3, καθώς και οι μαθητές που για μόνο το λόγο ότι η μητρική τους γλώσσα δεν είναι ελληνική, εμφανίζουν μειωμένη σχολική επίδοση, δεν θεωρούνται άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.]

α) Γλώσσα των κωφών και βαρήκων μαθητών είναι η ελληνική νοηματική.

β) Κατά την διδασκαλία μπορεί να χρησιμοποιούνται κατ' εξαίρεση και άλλα επιβοηθητικά μέσα που είναι εφικτά και επιστημονικά αποδεκτά, όπως αυτά καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από εισήγηση του Τμήματος Ειδικής Αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου. Απαραίτητο πράσόν για την τοποθέτηση εκπαιδευτικού και ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού στις ΣΜΕΑ κωφών και βαρηκόων είναι η γνώση της νοηματικής γλώσσας.

Οι ειδικές περιπτώσεις των προηγούμενων παραγράφων διαπιστώνονται από τα Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (Κ.Δ.Α.Υ.).

Στα άτομα που έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες παρέχεται ειδική εκπαίδευση, η οποία στα πλαίσια των σκοπών της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης επιδιώκει ιδιαίτερα:

α) Την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους.

β) Τη βελτίωση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων, ώστε να καταστεί δυνατή η έντοξη ή επανένταξη τους στο κοινό εκπαιδευτικό σύστημα και η συμβίωση με το κοινωνικό σύνολο.

γ) Την επαγγελματική τους κατάρτιση και τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία.

δ) Την αλληλοαποδοχή τους με το κοινωνικό σύνολο και την ισότιμη κοινωνική τους εξέλιξη.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων λαμβάνονται μέτρα και παρέχονται υπηρεσίες στα παραπάνω άτομα ηλικίας έως 22 ετών σε όλες τις τάξεις των σχολείων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνονται ιδίως η κατάρτιση και εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων και μεθόδων διδασκαλίας, η χρησιμοποίηση διδακτικού υλικού και η χορήγηση οργάνων και λοιπού ειδικού εξοπλισμού και γενικά κάθε είδους διευκολύνσεις και εργονομικές διευθετήσεις. Στις υπηρεσίες περιλαμβάνονται ιδίως η διάγνωση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών των ατόμων με ειδικές ανάγκες, η αξιολόγηση, η παιδαγωγική και ψυχολογική υποστήριξη, η φυσικοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η αγωγή λόγου, η κοινωνική και συμβουλευτική εργασία, η μεταφορά και η μετακίνηση και κάθε άλλο μέτρο ή υπηρεσία που υποστηρίζουν την ισότιμη μεταχείριση των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Όπου στις διατάξεις του παρόντος αναφέρεται διάγνωση νοείται η διάγνωση των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών

Πηγή: [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)

Θέμα: Άπασχόληση

Εννέα στις δέκα επιχειρήσεις δεν απασχολούν εργαζομένους με αναπηρίες. Κλειστές βρίσκουν τις «πόρτες» της απασχόλησης οι πολίτες με αναπηρίες στην Ελλάδα. Η πλειονότητα των επιχειρήσεων δεν διαθέτει τις κατάλληλες υποδομές στους εργασιακούς χώρους, προκειμένου να διευκολύνεται η εργασία πολιτών με αναπηρίες.

ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΥΝ δύσκολα εργαζομένους με προβλήματα αναπηρίας, με αποτέλεσμα, σήμερα, τα άτομα που αντιμετωπίζουν ανάλογες δυσκολίες και απασχολούνται σε επιχειρήσεις να είναι ελάχιστα! Τα συμπεράσματα αυτά προκύπτουν από δύο έρευνες για την απασχόληση, που πραγματοποίησαν (στο πλαίσιο της Αναπτυξιακής Σύμπραξης «Πρωτεύας») οι εταιρείες VPRC και Manpower.

Εννέα στις δέκα επιχειρήσεις στην Ελλάδα δεν διαθέτουν την υποδομή και την υποστηρικτική τεχνολογία (γραφείο, ειδικές καρέκλες κ.λπ.) για την απασχόληση αναπήρων πολιτών, όπως καταδεικνύει η πανελλαδική έρευνα της VPRC, που διενεργήθηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 360 επιχειρήσεων. Παρόμοια αποτελέσματα προκύπτουν και από την έρευνα που πραγματοποίησε η εταιρεία Manpower: οι μισές επιχειρήσεις απάντησαν ότι δεν διαθέτουν την υποδομή προκειμένου να εργασθούν στις εγκαταστάσεις τους άτομα με προβλήματα αναπηρίας.

Ακόμα και η κυκλοφορία των εργαζομένων με τέτοια προβλήματα στους χώρους εργασίας είναι εξαιρετικά δύσκολη. Συγκεκριμένα, μόλις 3 στις 10 επιχειρήσεις (28,1%) διαθέτουν τις απαραίτητες υποδομές για την κυκλοφορία πολιτών με κινητικές δυσκολίες σε τουαλέτες, εστιατόρια και άλλους χώρους τους.

Τέτοιες δυσκολίες συνάντησε η κ. Ειρήνη Ζαχαρά, η οποία αντιμετωπίζει κινητική δυσκολία στα πόδια και πριν από 1½ χρόνο ξεκίνησε να εργάζεται σε ιδιωτική επιχείρηση ως υπάλληλος γραφείου. «Αρχικά, αντιμετωπίσα προβλήματα στις υποδομές πρόσβασης. Στην είσοδο προς τον χώρο εργασίας υπήρχαν κάποια σκαλοπάτια, όπως και στον εσωτερικό χώρο, ενώ η τουαλέτα δεν ήταν προσβάσιμη με κανέναν τρόπο! Σήμερα, κάποιες από αυτές τις δυσκολίες έχουν ξεπεραστεί με διάφορες παρεμβάσεις στον χώρο. Γενικότερα όμως, οι εργοδότες δεν έχουν συνειδητοποιήσει ότι πρέπει να διαθέτουν υποδομές για όλους...».

Απάντησαν ελάχιστα

Χαρακτηριστικό της στάσης που τηρούν οι εταιρείες απέναντι στους εργαζομένους με αναπηρίες είναι ότι, αν και η Manpower είχε αποστείλει ερωτηματολόγια σε 66 εταιρείες, ανταποκρίθηκαν μόλις 12!

Πολύ μικρός είναι ο αριθμός των πολιτών με κινητικές δυσκολίες που εργάζεται σε επιχειρήσεις, όπως κατέγραψαν οι δύο έρευνες. Ενδεικτικό άλλωστε της κατάστασης που επικρατεί είναι και το ότι εννέα στις δέκα επιχειρήσεις δεν απασχολούν εργαζομένους με αναπηρίες.

Από τις απαντήσεις μάλιστα που δίνουν οι επιχειρήσεις, προκύπτει πως εμπιστεύονται ελάχιστα τις ικανότητες των εργαζομένων με αναπηρίες. Πιο συγκεκριμένα, μεγάλη μερίδα εξ αυτών (38,6%) απαντούν ότι... «μάλλον δύσκολα» θα προσελάμβαναν άτομο με κινητική αναπηρία. Οι περισσότερες μάλιστα αναφέρουν (69,71%) ότι δεν προσλαμβάνουν αναπήρους, λόγω των «προβλημάτων αποτελεσματικότητας» που παρουσιάζουν τα συγκεκριμένα άτομα!

«κλειδί» για την ένταξη

«ΑΥΤΗΝ την κατάσταση αντιμετωπίζουν πολλοί εργαζόμενοι με αναπηρίες στην Ελλάδα. Επιτέλους, οι επιχειρήσεις πρέπει να κατανοήσουν ότι το θέμα της εργασίας είναι το «κλειδί» για την ένταξη των πολιτών με αναπηρίες στην κοινωνία και να αλλάξουν στάση», τονίζει ο πρόεδρος του Πανελληνίου Συλλόγου Παραπληγικών, κ. Θανάσης Βιγλας.

Αρκετές επιχειρήσεις πάντως - όπως καταδεικνύουν οι έρευνες - απαντούν ότι δεν είναι επαρκώς ενημερωμένες για τα προγράμματα ενίσχυσης της απασχόλησης που αφορούν τους πολίτες με αναπηρίες.

ΜΑΝΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗΣ  
ΤΑ ΝΕΑ , 19/04/2005 ,

Πηγή : www.disabled.gr

Θέμα : Άναξιάση:

Ζητήματα που άπτονται της υγείας και φυσικής κατάστασης των πολιτών, οι οποίοι επιθυμούν να διοριστούν σε δημόσιες υπηρεσίες και Ν.Π.Δ.Δ., διευκρινίζει εγκύκλιος που αποστέλλει ο υπουργός Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης Προκόπης Παυλόπουλος, προς όλα τα Υπουργεία, τις Περιφέρειες, τους Ο.Τ.Α. πρώτου και δεύτερου βαθμού, τον ΑΣΕΠ και τις ανεξάρτητες αρχές και δι' αυτών προς κάθε ενδιαφερόμενο.

Στην εγκύκλιο διευκρινίζεται ότι στην παράγραφο 1 του άρθρου 7 Υπαλληλικού Κώδικα, όπως έχει τροποποιηθεί με την παρ. 1 του άρθρου 3 του ν.2839/2000, αναφέρεται ότι «υπάλληλοι διορίζονται όσοι έχουν την υγεία που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της αντίστοιχης θέσης. Η έλλειψη φυσικών σωματικών δεξιοτήτων δεν εμποδίζει την πρόσληψη, εφόσον ο υπάλληλος με την κατάλληλη και δικαιολογημένη τεχνική υποστήριξη, μπορεί να ασκήσει τα καθήκοντα της αντίστοιχης θέσης. Ειδικές διατάξεις για το διορισμό ατόμων με ειδικές ανάγκες δεν θίγονται».

Ομοίως, στην παρ. 2 του ίδιου άρθρου, όπως έχει τροποποιηθεί με την παρ.2 του άρθρου 3 του ν.2839/2000 ορίζεται ότι «η υγεία και η φυσική καταλληλότητα των υποψηφίων υπαλλήλων για να ασκήσουν τα καθήκοντα της αντίστοιχης θέσης, πιστοποιούνται από τις αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές, με βάση παραπεμπτικό έγγραφο, στο οποίο περιγράφονται από την υπηρεσία σε γενικές γραμμές τα καθήκοντα της θέσης που πρόκειται να καταληφθεί».

Όπως προκύπτει από τα ανωτέρω, η υγεία και η φυσική καταλληλότητα των υποψηφίων προς διορισμό στις δημόσιες υπηρεσίες και τα Ν.Π.Δ.Δ. αναφέρονται συγκεκριμένα στην ικανότητά τους να εκτελέσουν τα καθήκοντα της θέσης στην οποία πρόκειται να διορισθούν. Για τον λόγο αυτόν διαγράφηκε από τον Υπαλληλικό Κώδικα η «αρτιμέλεια» ως προϋπόθεση διορισμού.

Αρμόδιες δε να πιστοποιήσουν τα ανωτέρω είναι αποκλειστικά οι υγειονομικές επιτροπές οι οποίες κρίνουν με βάση το παραπεμπτικό έγγραφο στο οποίο περιγράφονται από την υπηρεσία σε γενικές γραμμές τα καθήκοντα της θέσης στην οποία πρόκειται να προσληφθεί ο υποψήφιος.

Επομένως στις προκηρύξεις για πλήρωση θέσεων προσωπικού που υπάγεται στον Υ.Κ. δεν θα πρέπει να αναφέρεται ότι η έλλειψη υγείας αποτελεί κώλυμα διορισμού των υποψηφίων, αλλά ότι πρέπει να έχουν την υγεία και την φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει να ασκήσουν τα καθήκοντα της συγκεκριμένης θέσης στην οποία θα διορισθούν.

Αλλά και για το προσωπικό που δεν υπάγεται στον Υ.Κ. πρέπει στις προκηρύξεις να ακολουθείται η ίδια διατύπωση δεδομένου ότι και όπου προβλέπεται γενικώς από τις διατάξεις των οικείων φορέων του δημόσιου τομέα ως προϋπόθεση διορισμού η υγεία και η αρτιμέλεια αυτή δεν νοείται ότι εισάγει γενικό και απόλυτο κώλυμα διορισμού, αλλά εξατομικευμένο κώλυμα που κρίνεται σε συνάρτηση της συγκεκριμένης πάθησης ή βλάβης και της φύσεως των καθηκόντων της συγκεκριμένης θέσης.

Συνεπώς και στις προκηρύξεις αυτές θα πρέπει να μη χρησιμοποιείται ο όρος «αρτιμέλεια» αλλά ο όρος «φυσική καταλληλότητα» των υποψηφίων να ασκήσουν τα καθήκοντα της αντίστοιχης θέσης. Τα Υπουργεία παρακαλούνται να κοινοποιήσουν την παρούσα σε όλους τους φορείς του δημόσιου τομέα που εποπτεύουν.

Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων, 11-1-2005

## Άρθρο 8

### Πεδίο εφαρμογής

1. Με την επιφύλαξη των επόμενων παραγράφων του άρθρου τούτου και του άρθρου 9, η κατά τον παρόντα νόμο αρχή της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού στον τομέα της εργασίας και της απασχόλησης εφαρμόζεται σε όλα τα πρόσωπα, στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, όσον αφορά:

α) τους όρους πρόσβασης στην εργασία και την απασχόληση εν γένει, συμπεριλαμβανομένων των κριτηρίων επιλογής και των όρων πρόσληψης, ανεξάρτητα από τον κλάδο δραστηριότητας και σε όλα τα επίπεδα της επαγγελματικής ιεραρχίας, καθώς και τους όρους υπηρεσιακής και επαγγελματικής εξέλιξης,

β) την πρόσβαση σε όλα τα είδη και όλα τα επίπεδα επαγγελματικού προσανατολισμού, επαγγελματικής κατάρτισης, επιμόρφωσης και επαγγελματικού αναπροσανατολισμού, συμπεριλαμβανομένης της απόκτησης πρακτικής επαγγελματικής εμπειρίας,

γ) τους όρους και τις συνθήκες εργασίας και απασχόλησης, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που οφορούν τις απολύσεις και τις αμοιβές,

δ) την ιδιότητα του μέλους και τη συμμετοχή σε οργάνωση εργαζομένων ή εργοδοτών ή σε οποιαδήποτε επαγγελματική οργάνωση, συμπεριλαμβανομένων των πλεονεκτημάτων που απορρέουν από τη συμμετοχή σε αυτές.

2. Οι διατάξεις του παρόντος κεφαλαίου δεν εφαρμόζονται στις περιπτώσεις που προβλέπεται διαφορετική μεταχείριση λόγω ιθαγένειας και δεν θίγουν τις διατάξεις που ρυθμίζουν την είσοδο και την παραμονή ιθαγενών τρίτων χωρών ή ατόμων άνευ ιθαγένειας στην επικράτεια, ούτε τη μεταχείριση που συνδέεται με τη νομική κατάστασή τους ως ιθαγενών τρίτων χωρών ή ατόμων άνευ ιθαγένειας.

3. Η κατά τον παρόντα νόμο αρχή της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού δεν εφαρμόζεται στις πάσης φύσεως παροχές που προσφέρουν τα δημόσια συστήματα ή τα εξομοιούμενα προς τα δημόσια, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης ή πρόνοιας.

4. Οι διατάξεις του παρόντος κεφαλαίου δεν εφαρμόζονται στις ένοπλες δυνάμεις και τα σώματα ασφαλείας, καθόσον αφορά σε διαφορετική μεταχείριση λόγω ηλικίας ή αναπηρίας σχετικής με την Υπηρεσία.

## Άρθρο 9

### Επαγγελματικές απαιτήσεις

1. Κατά παρέκκλιση των άρθρων 2 παράγραφος 1 και 7 παράγραφος 1, δεν συνιστά ανεπίτρεπτη διάκριση η διαφορετική μεταχείριση που βασίζεται σε χαρακτηριστικό σχετικό με τις θρησκευτικές ή άλλες πεποιθήσεις, την ηλικία, αναπηρία ή το γενετήσιο προσανατολισμό, το οποίο, λόγω της φύσης των συγκεκριμένων επαγγελματικών δραστηριοτήτων ή του πλαισίου εντός του οποίου αυτές ασκούνται, αποτελεί ουσιαστική και καθοριστική επαγγελματική προϋπόθεση και εφόσον ο οικείος σκοπός είναι θεμιτός και η προϋπόθεση ανάλογη.

2. Η διαφορετική μεταχείριση που εδράζεται στις θρησκευτικές ή άλλες πεποιθήσεις ενός προσώπου δεν συνιστά διάκριση, όταν, λόγω της φύσης των εν λόγω δραστηριοτήτων ή του πλαισίου εντός του οποίου ασκούνται, οι πεποιθήσεις αυτές αποτελούν ουσιώδη, θεμιτή και δικαιολογημένη επαγγελματική απαίτηση. Ο παρών νόμος δεν θίγει υφιστάμενες διατάξεις και πρακτικές που αφορούν σε επαγγελματικές δραστηριότητες στο πλαίσιο των εκκλησιών, καθώς και οργανώσεων ή ενώσεων, η δεοντολογία των οποίων εδράζεται σε θρησκευτικές ή άλλες πεποιθήσεις. Αυτή η διαφορετική μεταχείριση ασκείται τηρουμένων των γενικών αρχών του κοινοτικού δικαίου και δεν μπορεί να αιτιολογεί διάκριση η οποία βασίζεται σε άλλους λόγους. Δεν θίγεται επίσης το δικαίωμα των εκκλησιών ή άλλων δημόσιων ή ιδιωτικών οργανισμών, των οποίων η δεοντολογία εδράζεται σε θρησκευτικές ή άλλες πεποιθήσεις, να απαιτούν από τα πρόσωπα που εργάζονται για λογαριασμό τους συμπεριφορά καλής πίστης και συμμόρφωσης προς τη δεοντολογία τους.

## Άρθρο 10

### Εύλογες προσαρμογές για τα άτομα με αναπηρία

Για την τήρηση της αρχής της ίσης μεταχείρισης έναντι ατόμων με αναπηρία, ο εργοδότης υποχρεώνεται στη λήψη όλων των ενδεδειγμένων κατά περίπτωση μέτρων, προκειμένου το άτομο αυτά να έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε θέση εργασίας, να ασκούν αυτήν και να εξελίσσονται, καθώς και δυνατότητα συμμετοχής στην επαγγελματική κατάρτιση, εφόσον τα μέτρα αυτά δεν συνεπάγονται δυσανάλογη επιβάρυνση για τον εργοδότη. Δεν θεωρείται

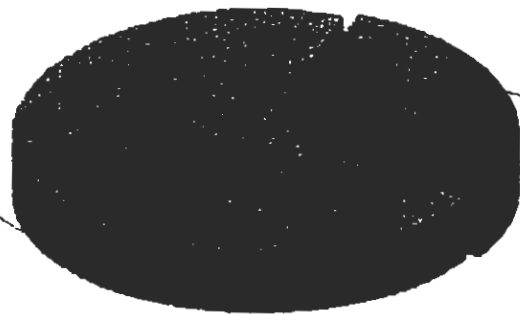
πηγή: [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)

22



Υπάρχουν θρησκευτικά κριτήρια  
εισαγωγής στη μονάδα;

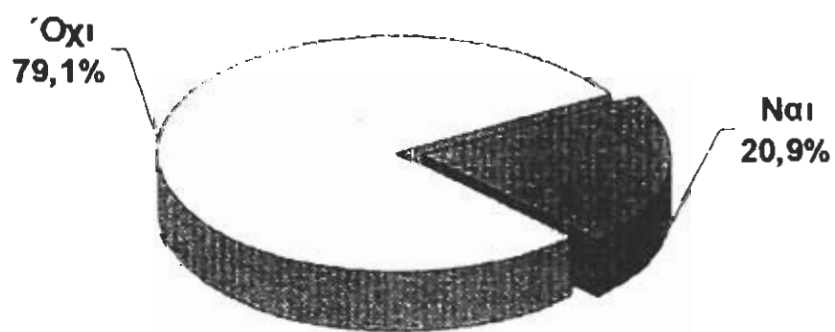
Όχι, δεν  
υπάρχουν  
θρησκευτικά  
κριτήρια  
71,3%



Ναι, πρέπει να  
είναι  
υποχρεωτικά  
Χριστιανοί  
Ορθόδοξοι  
28,7%

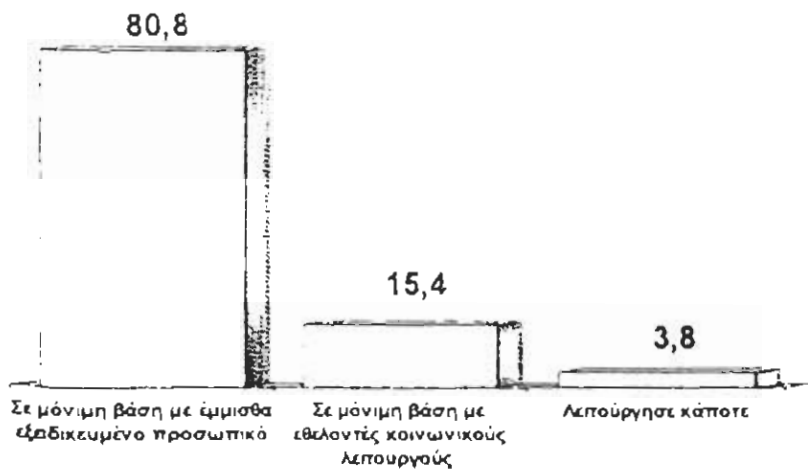
Διάγραμμα 81

Το μονάδα σας έχει οργανωμένη Κοινωνική Υπηρεσία;



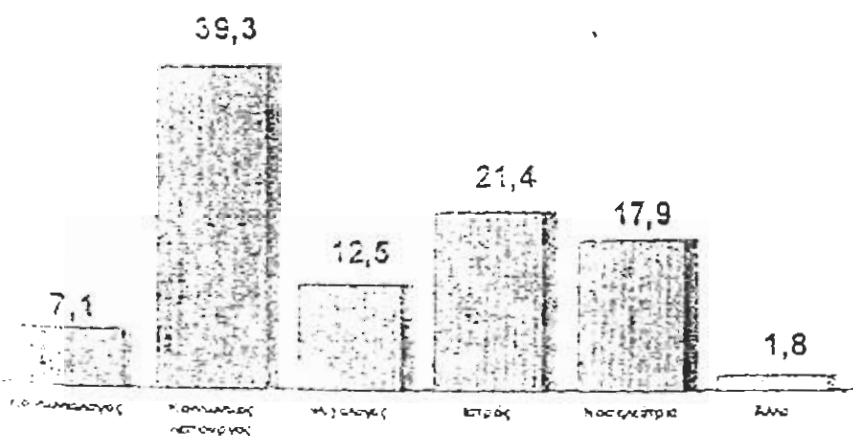
Διάγραμμα 104

## Η Κοινωνική υπηρεσία λειτουργεί



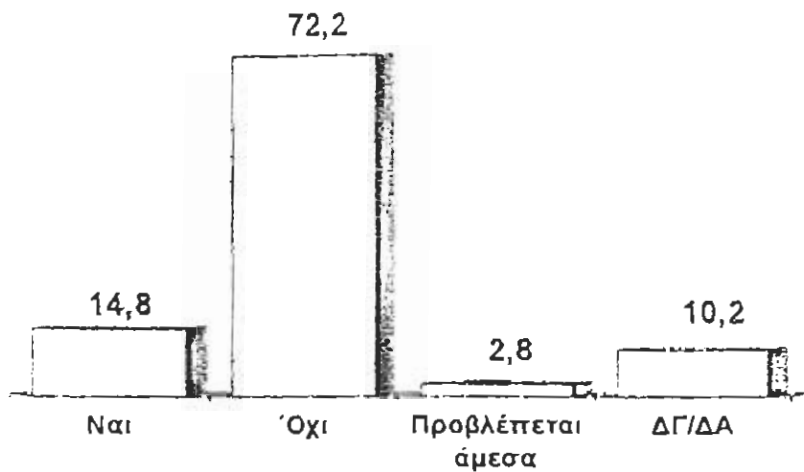
Διάγραμμα 106

## Στην ομάδα Κοινωνικής Υπηρεσίας τι ειδικότητες συμμετέχουν;



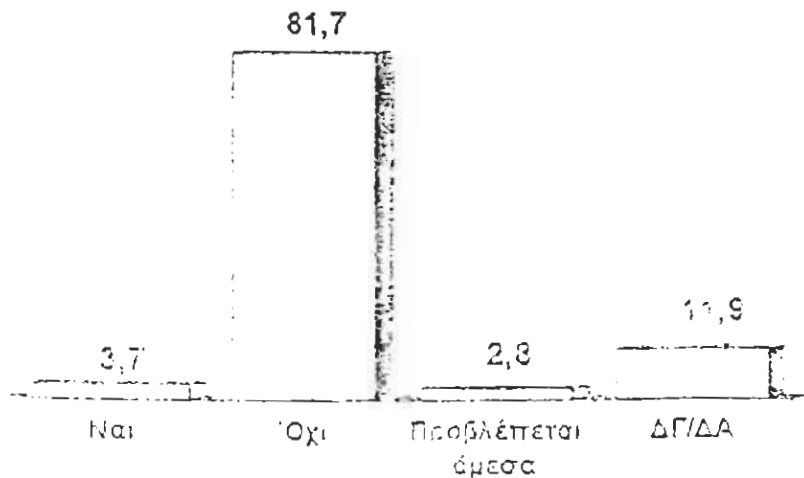
Διάγραμμα 106

Η μονάδα σας έχει καταπορευθεί να συμμετέχει σε κάποιο πρόγραμμα χρηματοδότησης μέσω του υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης;



Διάγραμμα 101

Η μονάδα σας έχει επιχειρήσει στο παρελθόν να συμμετέχει σε κάποιο πρόγραμμα χρηματοδότησης μέσω προγραμμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης;



Διάγραμμα 102

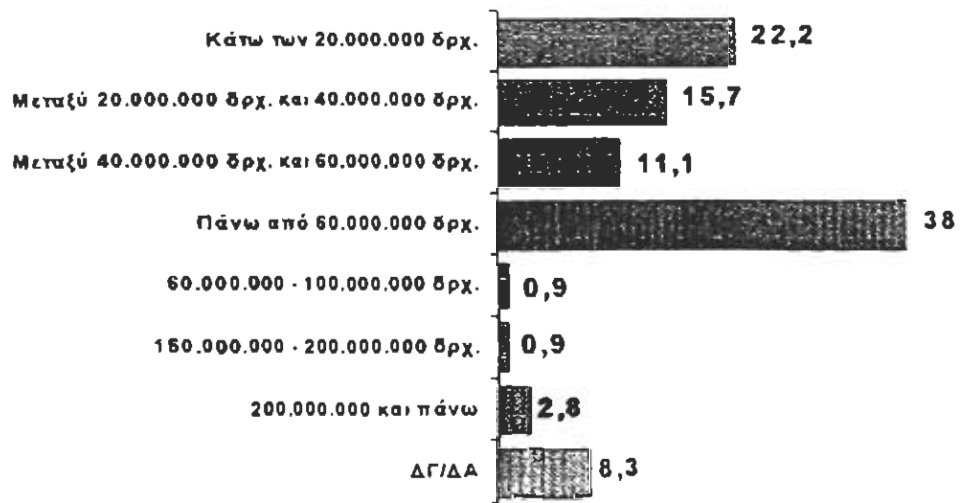
Εταιρεία: Δασύμωσος, 2001

Ποσες διζ. από π. π. π. χρηματοδοτήσεως της μονοδ. σε ποσοστό  
είναι το % επί του συνόλου των πηγών χρηματοδότησης;

Μέσος όρος ποσοστό % χρηματοδότησης από ασφαλείς, ασφαλές, ιδιόκτητα	66,9 %
Μέσος όρος ποσοστό % χρηματοδότησης από κρατική επιχορήγηση	23,4 %
Μέσος όρος ποσοστό % χρηματοδότησης από την Τοπική Αυτοδιοίκηση (Δήμος, Νομαρχία)	12,9 %
Μέσος όρος ποσοστό % χρηματοδότησης από ασφαλή υποχρεωτική των φύλοξενουμένων	37,2 %
Μέσος όρος ποσοστό % χρηματοδότησης από άλλες πηγές	56,9 %

Διάγραμμα 71

Ο ετήσιος προϋπολογισμός του ιδρύματος είναι:



Διάγραμμα 70

Πηγή: Δρομπαλης, 2000 28

Υπάρχει ειδική σήμανση (ειδικές πινακίδες) στον εσωτερικό και εξωτερικό χώρο της μονάδας με στόχο την ενημέρωση των επισκεπτών για την ύπαρξη της μονάδας,  
2. Με στόχο τη διευκόλυνση των επισκεπτών για τον καλύτερο εντοπισμό της μονάδας;



Διάγραμμα G2

## Η μονάδα σας:

Εκδίδει κάποιο οργανωμένο έντυπο  
(εφημερίδα, μηνιαίο φυλλάδιο);

97,2  ΟΧΙ  ΝΑΙ 2,8

Έχει σελίδα στο Internet;

97,2  ΟΧΙ  ΝΑΙ 2,8

Εκδίδει ενημερωτικά έντυπα (φυλλάδια κ.α.);

84,3  ΟΧΙ  ΝΑΙ 15,7

Προβαίνει σε αναγγελία δραστηριοτήτων  
μέσω τοπικών Μ.Μ.Ε.;

67,3  ΟΧΙ  ΝΑΙ 32,7

Συμμετέχει στην έκδοση πανελληνίων  
εντύπων κοινού ενδιαφέροντος;

92,6  ΟΧΙ  ΝΑΙ 7,4

ΟΧΙ

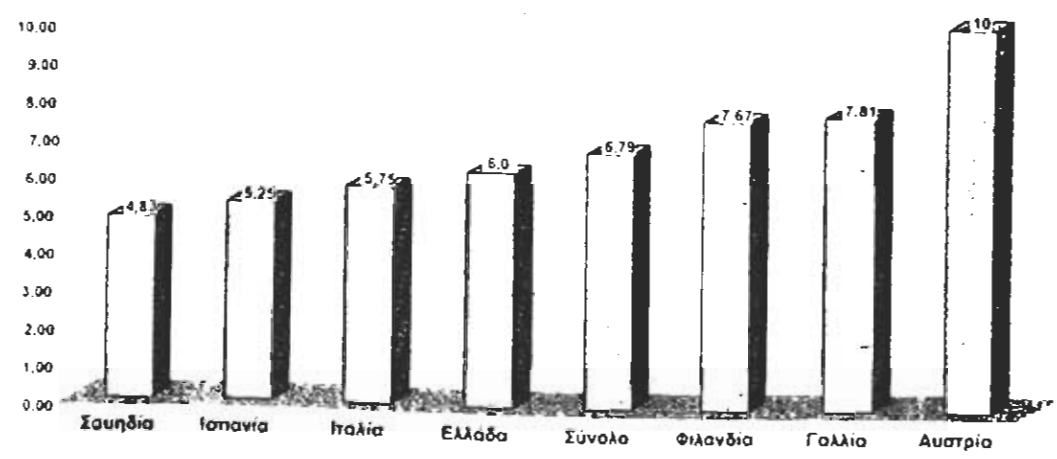
ΝΑΙ

Διάγραμμα 103



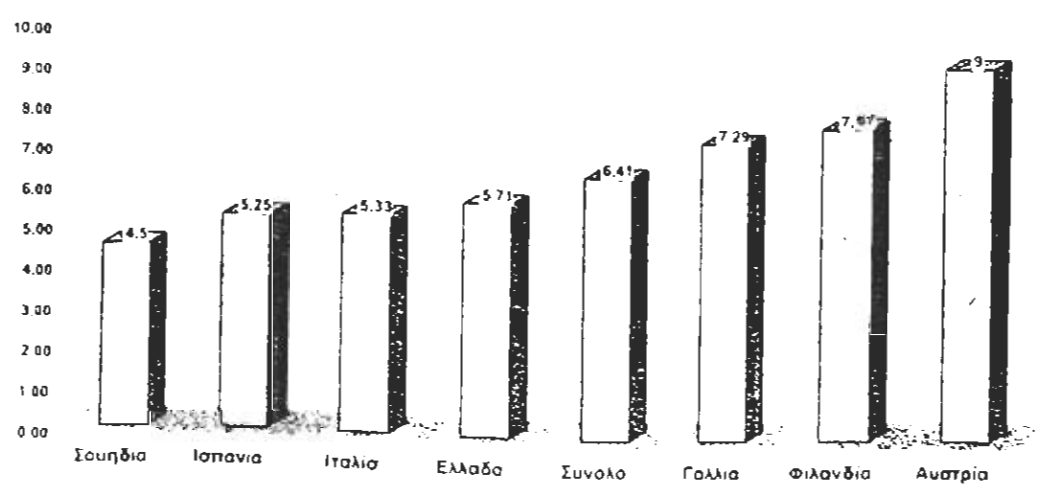
Διάγραμμα 25

Πρόσβαση σε Νοσοκομεία



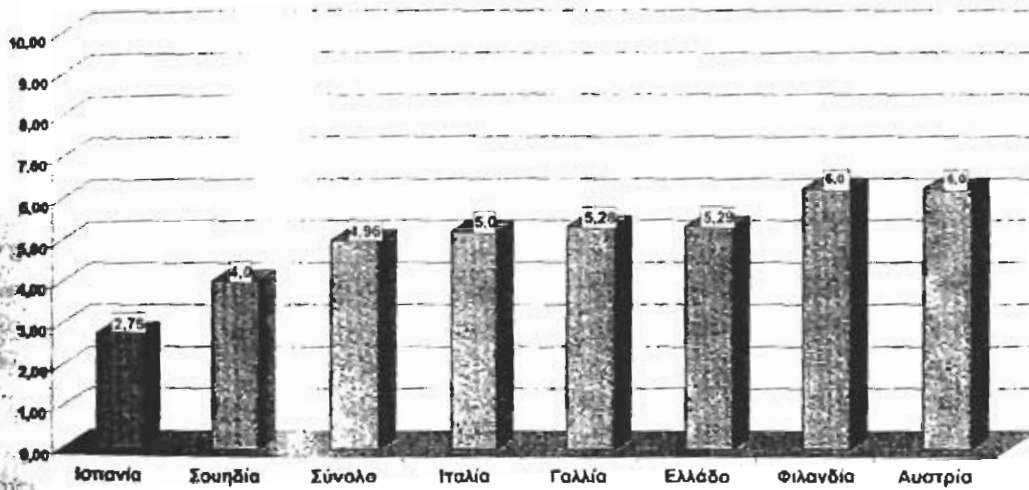
Διάγραμμα 26

Πρόσβαση σε Ιατρικά Κέντρα



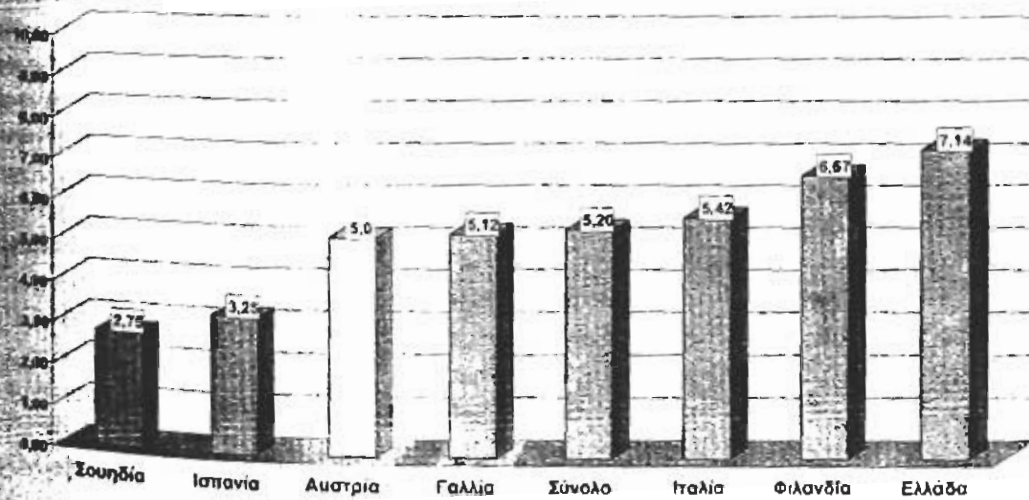
πηγή: τεχνική έρευνα Ε.Ε., 2000 μελέτης

Υπηρεσίες Απασχόλησης



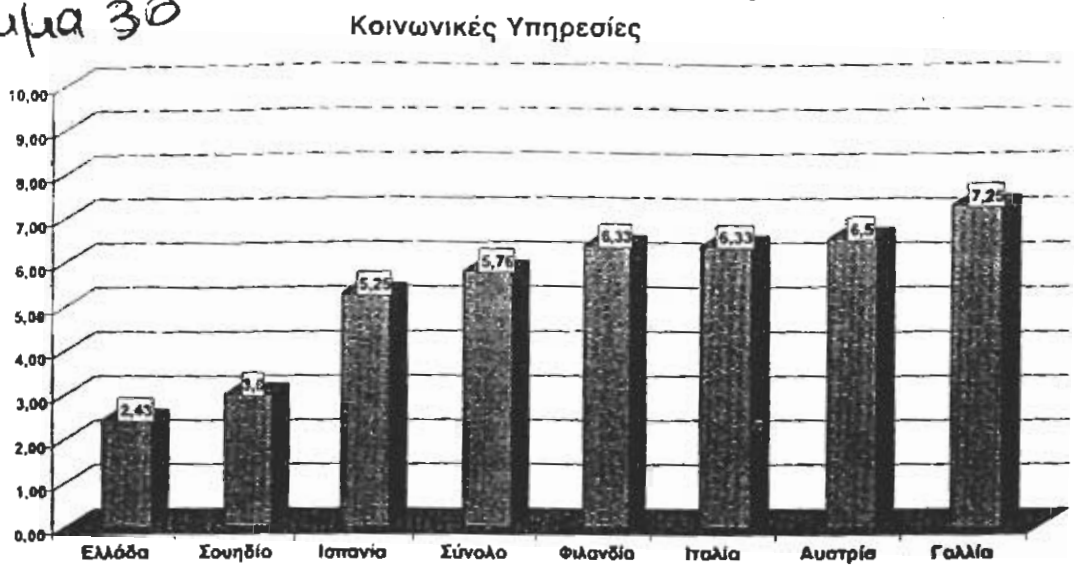
Διαγράμμα 28

Υπηρεσίες Επαγγελματικής Κατάρτισης



Διαγράμμα 29

Γράμμα 30





Εγγραφή

Home | Υποβολή Άρθρου | Ο Λογαριασμός μου | Θέματα

σε Όλα τα Θέματα

19 Αυγούστου 2005

Βιβλιοθήκη από το ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΩΡΑ

DISABLED HELLAS

Χιλιάδες κείμενα για τις αναπηρίες και τις ειδικές ανάγκες...

NEWSLETTER

Γράψτε εδώ το email σας για να ενημερώνεστε πάντα εγκαίρως με email:

To email α

ΕΓΓΡΑΦΗ

ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

- Επικαιρότητα FORUM CHAT ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΕΙΔΗΣΕΙΣ ΜΙΚΡΕΣ ΑΓΓΕΛΙΕΣ ΟΔΗΓΟΣ ΑΓΟΡΑΣ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ Σύνδεσμοι Τα Μέλη Γίνετε Μέλος

ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ

- Πρώτη Σελίδα Ειδήσεις Αρθρογραφία Αγορά ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΩΡΑ Νομοθεσία

Προσπελασιμότητα: Το όνειρο να γίνει η Αθήνα προσβάσιμη σε άτομα με αναπηρίες έσβησε

Ημερομηνία καταχώρησης Πέμπτη, Ιούλιος 21 @ 15:29:21 EEST Θεματική Ενότητα: Ειδήσεις και Επικαιρότητα

Τους ξέχασαν μετά τους Αγώνες. «Στους Ολυμπιακούς και Παραολυμπιακούς Αγώνες είχαν δημιουργηθεί στις καρκίδες ειδικό χώρο για τα αναπηρικό αμαξίδια. Λίγες μέρες μετά οι κατασκευές αυτές ξηλώθηκαν. Σε όσους ποδοσφαιρικούς αγώνες της ΑΕΚ πήγα στο Στάδιο, κινδύνευα. Κι αυτό διότι το καρότσι ήταν στριμωγμένο στα σκαλιά των διαδρόμων», λέει ο κ. Θανάσης Βίνλας που μετακινείται με αναπηρικό αμαξίδια.



Το παραπάνω περιστατικό δεν αποτελεί εξαίρεση, λέει στα «ΝΕΑ» πολίτες με αναπηρίες. Το όνειρο να γίνει η Αθήνα... Βαρκελώνη, πόλη δηλαδή πλήρως προσβάσιμη μετά τους Ολυμπιακούς, δεν έγινε πραγματικότητα. Μετά τους Αγώνες ελάχιστα πράγματα άλλαξαν στην Αθήνα και στις άλλες μεγάλες πόλεις στον τομέα των διευκολύνσεων και των υποδομών για τα άτομα με αναπηρίες.

«Εκτός από κάποια... πασαλείμματα που έγιναν πριν από τους Αγώνες δεν υπάρχει καμία εντυπωσιακή αλλαγή. Αλλά και στα λίγα έγιναν τότε για να διευκολύνουν τους πολίτες με αναπηρίες τώρα ή έχουν καταστραφεί ή ακατώνονται» τονίζει ο κ. Βίγλας, πρόεδρος του Πανελληνίου Συλλόγου Παραπηληγικών.

μόλις λίγο καιρό μετά τους αγώνες αχρηστεύτηκαν οι «οδηγοί» τυφλών που δημιουργήθηκαν σε πολλά πεζοδρόμια

Σύνδεση

Παρωνύμιο

Συνθηματικό

Σύνδεση

Δεν έχετε ακόμα Λογαριασμό; Μπορείτε να ανοίξετε ένα. Ως εγγεγραμμένος έχετε κάποιες επιπλέον δυνατότητες όπως διαχείριση θεμάτων, διαμόρφωση παρατηρήσεων και καταχώρηση παρατηρήσεων με τίτλομα σας.

Συσχετιζόμενοι Σύνδεσμοι

- Περισσότερα για Ειδήσεις και Επικαιρότητα Νέα georgia

Πιο δημοφιλής ειδήση για Ειδήσεις και Επικαιρότητα: Εκπτώσεις στις ADSL για ΑμεΑ

Αξιολόγηση άρθρου

Μέσος όρος Αξιολογήσεων: 0 Αριθμός Ψήφων: 0

Παρακαλώ αφιερώστε λίγο χρόνο στην αξιολόγηση του άρθρου:

- Ευρωπαϊκή Ένωση
- Γυναικεία Θέματα
- Νέες Ειδήσεις
- Αρχείο Ειδήσεων

### News in English

- News
- Articles

### Θεματικές Κατηγορίες

- Όλες οι Κατηγορίες
- Απασχόληση
- Αποκατάσταση
- Αθλητισμός
- Ανεξαρτησία
- Ασφαλιστικά
- Business
- Computing
- ΠΑΡΑΛΥΣΗ
- Παροχές
- Πολιτική
- Πολιτισμός
- Πολυαμμελιτιδα
- Προσπελασιμότητα
- Κακοποίηση
- Κοινωνία
- Οικονομία
- Independent Living
- Μεταφορές
- Lifestyle
- Υγεία
- Σπόρ, Αναψυχή
- Τεχνολογία
- Σχέσεις, Σεξ
- Rehabilitation
- Rights
- Sex & Relationships
- Spinal Injuries
- Technology
- Telework
- Transportation
- Unsarted
- Επιχειρηματικότητα
- Εκπαίδευση
- Διακρίσεις
- Διαδίκτυο

της Αθήνας για να διευκολύνουν τα άτομα με προβλήματα όρασης. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα στο Μοναστηράκι: στο τέρμο της Μητροπόλεως, στις ειδικές λωρίδες τυφλών που είχαν κατασκευαστεί λίγο πριν από τους Αγώνες έχουν ταποθετηθεί τώρα τραπεζάκια και καρτέκλες από τα εστιατόρια της περιοχής. Ο δήμος εισπράττει βέβαια τα τέλη κατάληψης πεζοδρομίου, αλλά μένει η απορία γιατί να δημιουργηθεί πεζοδρόμιο ειδικών προδιαγραφών και να είναι κατειλημμένο από τραπεζοκαθίσματα...

Όσοι περίμεναν ότι μετά τους Αγώνες θα βελτιωθεί η μετακίνηση στα πεζοδρόμια ή θα αλλάξει η νοοτροπία διαψεύστηκαν. Όπως λένε στα «ΝΕΑ» η κ. Αθανασία Τζαμουράνη και ο κ. Κώστας Κωνσταντής που μετακινούνται με αναπηρικά αμαξίδια, τα Ι.Χ. «συνεχίζουν να κλείνουν τις ράμπες και να εμποδίζουν τις μετακινήσεις μας».

Ούτε καν τα δημόσια κτίρια δεν έγιναν προσβάσιμα. Τα παραδείγματα είναι πάρα πολλά αναφέρει ο κ. Κωνσταντής. «Πριν από δύο μήνες έπεσα και χτύπησα στην είσοδο του ΙΚΑ Βύρωνα (διοικητικές υπηρεσίες) διότι η ράμπα είναι εξαιρετικά απότομη. Μόνο εάν έχει κανείς συνοδό μαζί του και με μεγάλη μυϊκή δύναμη μπορεί να την ανέβει...».

Όσο για τα καταστήματα, μόλις ~~4~~ 2% από τα 130.000 των ολυμπιακών πόλεων τοποθέτησαν ράμπες και άλλες υποδομές για την πρόσβαση ατόμων με αναπηρίες. Και μετά τους Αγώνες ελάχιστες επιχειρήσεις προχώρησαν σε πορεμβάσεις.

Οι ράμπες έγιναν πάρκινγκ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ παρκαρίσματος μετατρέπονται οι ράμπες που έχουν διαμορφωθεί στα πεζοδρόμια των δρόμων της Αθήνας.

Το φαινόμενο αυτό καταγγέλλει ο νομάρχης Αθηνών Γ. Σγουρός, ο οποίος ενημέρωσε τους δήμους και την Τροχία.

Σημειώνεται ότι η Νομαρχία Αθηνών έχει αρχίσει πρόγραμμα κατασκευής ραμπών. Ήδη, έχουν κατασκευαστεί 1.511 ράμπες στα όρια 13 δήμων (Αθήνας, Ν.

- ★★★★★
- ★★★★
- ★★★
- ★★
- ★

Αθροιση ψήφου!

### Επιλογές

📄 Εκτύπωση αρχικής σελίδας

• Αικαιώματα  
• Διάφορα

Φιλαδέλφειας, Μελισσίων, Αμαρουσίου,  
Αγ. Παρασκευής, Χαλανδρίου, Φιλοθέης,  
Ν. Ιωνίας, Αγ. Αναργύρων, Ιλίου,  
Πετρούπολης, Αιγάλεω και Καμωτερού),  
ενώ τις επόμενες ημέρες ολοκληρώνεται  
η δημιουργία άλλων 614 ραμπών.

ΜΑΝΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΑΚΗΣ  
ΤΑ ΝΕΑ , 21/07/2005

**"Το όνειρο να γίνει η Αθήνα προσβάσιμη σε άτομα με αναπηρίες  
έσβησε" | Κωδικός Εισόδου / Δημιουργία Λογαριασμού | 0  
Παρατηρήσεις**

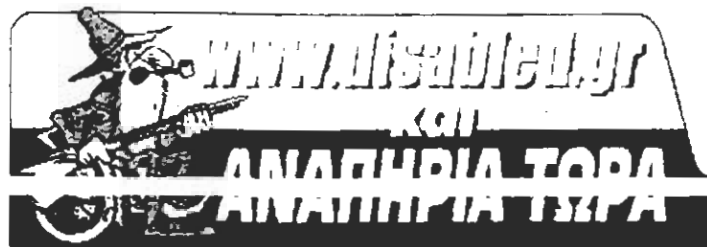
Οι παρατηρήσεις είναι ιδιοκτησία του αποστολέα. Δεν ευθυνόμαστε  
για το περιεχόμενο τους.

Δεν επιτρέπεται η αποστολή σχολίων για τους ανώνυμους χρήστες.  
Παρακαλώ γραφτείτε πρώτα στην υπηρεσία.

© 2005 disabled.GR. All rights reserved. Τηλ: 210 968178. WWW.DISABLED.GR, email:

PHP-Nuke Copyright ©

it under the GPL. PHP-Nuke comes with absolutely no warranty, for details, see the license.



## Υπηρεσίες Ατόμων με Αναγ Συστήματα Οδήγησης & Μετ

Εγγραφή

Home | Υποβολή Άρθρου | Ο Λογαριασμός μου | Θέματα

19 Αυγούστος  
2005

Βιβλιοθήκη από το  
ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΩΡΑ

**DISABLED  
HELLAS**

Χιλιάδες κείμενα για  
τις **αναπηρίες** και  
τις **ειδικές ανάγκες**  
online.

### NEWSLETTER

Γράψτε εδώ το email  
σας για να  
ενημερώνεστε πάντα  
εγκρίτως με email.

Το email ε

ΕΓΓΡΑΦΗ

### ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

- Επικαιρότητα
- FORUM
- CHAT
- ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
- ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ  
ΕΙΔΗΣΕΙΣ
- ΜΙΚΡΕΣ  
ΑΓΓΕΛΙΕΣ
- ΟΔΗΓΟΣ ΑΓΟΡΑΣ
- ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ
- Σύνδεσμοι
- Τα Μέλη
- Γίνετε Μέλος

### ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ

- Πρώτη Σελίδα
- Ειδήσεις
- Άρθρογραφία
- Αγορά
- ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΩΡΑ
- Κοροβερύ

## Προσπελασιμότητα: Η «πληγή» των ατόμων με μειωμένη κινητικότητα

Ημερομηνία καταχώρησης Δευτέρα,  
Μάιος 30 @ 16:05:19 EEST  
Θεματική Ενότητα: Ειδήσεις και  
Επικαιρότητα

ΜΕΓΑΛΗ «πληγή» είναι τα οχήματα που καταλαμβάνουν χώρους καθορισμένους για στάθμευση, κυκλοφορία και πρόσβαση ατόμων με μειωμένη κινητικότητα. Μόνο κατά τον μήνα Σεπτέμβριο του περασμένου έτους από τις Υπηρεσίες Τροχαίας σε ολόκληρη την επικράτεια βεβαιώθηκαν 7.999 παραβάσεις για κυκλοφορία και στάθμευση οχημάτων σε πεζοδρόμια, πεζοδρομους και ειδικές ρομπες τα οποία παρέμφισαν την ελεύθερη κίνηση ατόμων με ειδικές ανάγκες, καθώς και 597 παραβάσεις για παράνομη στάθμευση οχημάτων σε χώρους καθορισμένους αποκλειστικά για τη στάθμευση οχημάτων ατόμων με μειωμένη κινητικότητα.



ΕΙΔΗΣΕΙΣ

εκτενής αναφορά έκανε σε αυτή την πλευρα του ζητήματος ο υφυπουργός Δημόσιας Τάξης κ. Χρήστος Μαρκογιαννάκης απαντώντας εννρήφως στη Βουλή (28 Ιανουαρίου 2005) στην υπ' αριθμ. 4008/12.10.2004 ερώτηση του βουλευτή κ. Σταλιανού Ματίσπετόκη. Μαάλιστα ο κ. Μαρκογιαννάκης, αναφορικά με την επιβολή των κυρώσεων για τις εν λόγω παραβάσεις, επεσήμανε ότι προτάθηκε στη Διαρκή Επιτροπή Αναθεώρησης του ΚΟΚ η τροποποίηση των διατάξεων του άρθρου 4 του Ν. 2696/1999 (ΚΟΚ). Η πρόταση αυτή έγινε ώστε «παράλληλα με την επιβολή των εντά βεθρών ποινής του Συστήματος Ελέγχου Συμπεριφοράς των Οδηγών (ΣΕΣΟ) για την παραβίαση των τεθροτικών πινακίδων Ρ-71 και Ρ-72,

### Σύνδεση

Παρωνύμιο

Συνθηματικό

Σύνδεση

Δεν έχετε ακόμα  
Λογαριασμό;  
Μπορείτε να ανοίξετε  
ένα. Ως  
εγγεγραμμένος έχετε  
κάποιες επιπλέον  
δυνατότητες όπως  
διαχείριση θεμάτων,  
διαμορφωση  
προσπερφών και  
καταχώρηση  
παρατηρήσεων με  
τονομα σας.

### Συσχετιζόμενοι Σύνδεσμοι

- Περισσότερα για  
Ειδήσεις και  
Επικαιρότητα
- Νέα georgia

Πιο δημοφιλής  
είδηση για  
Ειδήσεις και  
Επικαιρότητα:  
Εκπτώσεις στις ADSL  
για ΑμεΑ

### Αξιολόγηση άρθρου

Μέσος όρος  
Αξιολογήσεων: 4  
Αριθμός Ψήφων: 1

Παρακαλώ σφιερώστε  
λίγο χρόνο στην

- Ευρωπαϊκή Ένωση
- Γυναικεία Θέματα
- Νέες Ειδήσεις
- Αρχείο Ειδήσεων

## News in English

- News
- Articles

## Θεματικές Κατηγορίες

- Όλες οι Κατηγορίες
- Απασχόληση
- Αποκατάσταση
- Αθλητισμός
- Ανεξαρτησία
- Ασφολιστικό
- Business
- Computing
- ΠΑΡΑΛΥΣΗ
- Παροχές
- Πολιτική
- Πολιτισμός
- Πολυμομελιτιδα
- Προσπελασιμότητα
- Κακοποίηση
- Κοινωνία
- Οικονομία
- Independent Living
- Μεταφορές
- Lifestyle
- Υγεία
- Σπόρ, Αναψυχή
- Τεχνολογία
- Ζητήσεις, Σεξ
- Rehabilitation
- Rights
- Sex & Relationships
- Spinal Injuries
- Technology
- Telework
- Transportation
- Unsorted
- Επιχειρηματικότητα
- Εκπαίδευση
- Διακρίσεις
- Θεοδίκτες

που αφορούν χώρους προορισμένους αποκλειστικά για τη στάθμευση οχημάτων ατόμων με μειωμένη κινητικότητα, νο επιβάλλεται και η αφαίρεση της άδειας ικανότητας οδήγησης των ποραβατών, καθώς και της άδειας μετά των πινακίδων κυκλοφορίας των οχημάτων τους για 20 ημέρες».

Πάντως τον Νοέμβριο, όπως επισημαίνει στο «Βήμα» ο οντιδήμαρχος Αθηναίων κ. Θεόδωρος Σκυλλακακης, θα Ξεκινήσει το νέο σύστημα οργανωμένης στάθμευσης όπου οι οδηγοί για να παρκάρουν νόμιμα θα πρέπει να έχουν «προαγοράσει» χρόνο στάθμευσης («ξυστή» κάρτα) και να κοινοποιούν τη θέση τους με SMS. Σε πρώτη φάση θα κολύπτει την περιοχή από τον Ευαγγελισμό ως την Ομόνοια με όριο λίγο μετά τη Σόλωνος, από την περιοχή Ομόνοιας και Ψυρρή ως την Πλάκα και από εκεί ως τη Ρηγίλλης. Η δεύτερη φάση θα περιλάβει το Θησείο και την περιοχή του Λυκαβητού.

«Στόχος είναι να οποθαρρύνουμε την πολύωρη στάθμευση, με άλλα λόγια την κακή χρήση των θέσεων πάρκινγκ. Αν το σύστημα λειτουργεί 12 ώρες και ο κάθε οδηγός χρησιμοποιεί μία θέση για 50 λεπτά, τότε μπορεί να εξυπηρετήσει 10.000-12.000 αυτοκίνητα, ενώ στην αντίθετη περίπτωση πολύωρης στάθμευσης εξυπηρετεί περί τα 3.000 αυτοκίνητα».

Η σκέψη που επικρατεί είναι η τιμή της μίας ώρας να είναι 1 ευρώ και να αυξάνεται πολύ μετά τις δύο ώρες ώστε πάνω από τρεις νο καθίσταται απαγορευτική η στάθμευση - ή και να μην επιτρέπεται. Είναι εντυπωσιακό πάντως ότι οι οφειλές από παράνομη στάθμευση στον Δήμο Αθηναίων ογγίζουν τα 50.000.000-60.000.000 ευρώ (από το 1986 ως σήμερα.)

ΤΟ ΒΗΜΑ  
28-5-2005

"Η «πληγή» των ατόμων με μειωμένη κινητικότητα" | Κωδικός Εισόδου /Δημιουργία Λογαριασμού | 2 Παρατηρήσεις | Συζήτηση Αναζήτησης

Οι παρατηρήσεις είναι ιδιοκτησία του αποστολέα. Δεν ευθυνόμαστε για το περιεχόμενό τους.

Δεν επιτρέπεται η αποστολή σχολίων για τους Ανώνυμους Χρήστες.

αξιολόγηση του άρθρου:

Αθροισή ψήφου!

## Επιλογές

Εκτύπωση αρχικής σελίδας



- Δικαιώματα
- Διάφορα

Παρακαλώ γραφτείτε πρώτα στην υπηρεσία.

#### Alexa Stats



#### Re: Η «πληγή» των ατόμων με μειωμένη κινητικότητα

(Βαθμολογία (αποτέλεσμα αξιολόγησης) 1)  
 από the\_roller στις Τετάρτη, Ιούνιος 01 @ 09:45:15 EEST  
 (Πληροφορίες Χρήστη | Αποστολή μηνύματος)  
<http://www.gpolis.org/>

Ποιά άτομα με μειωμένη κινητικότητα; δηλαδή όλοι αυτοί που εμποδίζονται και διακινδυνεύουν τη ζωή τους, αδυνατώντας να κάνουν χρήση του πεζοδρομίου, τι είναι; δεν είναι ΚΑΙ αυτοί πολίτες που τους αφαιρείται το δικαίωμα της ελεύθερης μετακίνησης;

Πήγα στο Λονδίνο, πρόσφατα και ρολλάρισα αρκετά σ' όλη την πόλη, δεν βρήκα ούτε ΕΝΑ εμπόδιο σε χιλιόμετρα πεζοδρομίων και σε ΟΛΑ τα πεζοδρόμια, υπήρχε ρόμπα στο τελείωμά τους. Είναι καθαρά ζήτημα πολιτισμού και αστικής συνείδησης.

Η κατάληψη των πεζοδρομίων και των ραμπών είναι ένα ΕΓΚΛΗΜΑ διαρκείας από την δικτατορία της υποκαυλούρας που είναι η καθημερινότητα της Ελλάδας.

Βέβαια την κύρια ευθύνη πάλι εμείς την έχουμε οι ίδιοι οι ανάπηροι που έπρεπε με δυναμικές κινητοποιήσεις να κάνουμε όποιον πόνταρε πάνω σε ρόμπα, να ..... το θυμότανε για πάντα από τα .... αναμνηστικά που θα τους αφήναμε πάνω στο καπό και τα λάστιχα.... !

#### Re: Η «πληγή» των ατόμων με μειωμένη κινητικότητα

(Βαθμολογία (αποτέλεσμα αξιολόγησης) 1)  
 από ANAMAN στις Πέμπτη, Ιούνιος 02 @ 13:38:24 EEST  
 (Πληροφορίες Χρήστη | Αποστολή μηνύματος)

νομίζω οτι αν οι ραμπες ηταν στις γωνιες των πεζοδρομων το προβλημα θα ηταν πολυ μικροτερο και βεβαια συμφωνω για αυστηρο προσημο

ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΩΡΑ, Μη Κερδοσκοπική Υποστηρικτική Εταιρία, 3ης Σεπτεμβρίου 30, 546 36  
 Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310 211915, fax 2310 968178, WWW.DISABLED.GR, email:  
[info@disabled.gr](mailto:info@disabled.gr)

PHP-Nuke Copyright © 2005 by Francisco Burzi. This is free software, and you may redistribute it under the [GPL](#). PHP-Nuke comes with absolutely no warranty, for details, see the license.

Αναπαραγωγή Σελίδας: 0.33 Δευτερόλεπτα

37

## Disabled.gr

### Αρτιμέλεια ΤΕΛΟΣ

Ο δρόμος για την πρόσληψη όλων των πολιτών στο Δημόσιο, δεν εμποδίζεται πλέον από τον περιοριστικό όρο της «ορτιμέλειας». Στο εξής διορίζονται στο Δημόσιο όσοι έχουν την υγεία που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της συγκεκριμένης θέσης.

Η έλλειψη φυσικών σωματικών δεξιοτήτων δεν εμποδίζει την πρόσληψη, εφόσον ο υπόλληλος με την κατάλληλη και δικαιολογημένη τεχνική υποστήριξη μπορεί να ασκήσει τα καθήκοντα της αντίστοιχης θέσης. Ειδικές διατάξεις για τον διορισμό δεν θίγονται. Ο υπουργός Δημόσιας Διοίκησης απέστειλε εγκύκλιο προς το ΑΣΕΠ, τα υπουργεία και τις δημόσιες υπηρεσίες, με την οποία αίρονται οι περιορισμοί στη διαδικασία προσλήψεων.

### Τι αναφέρει η εγκύκλιος

Στην εγκύκλιο διευκρινίζεται ότι στην παράγραφο 1 του άρθρου 7 του Υπαλληλικού Κώδικα, όπως έχει τροποποιηθεί με την παρ. 1 του άρθρου 3 του ν. 2839/2000, αναφέρεται ότι «υπόλληλοι διορίζονται όσοι έχουν την υγεία που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της αντίστοιχης θέσης».

Η έλλειψη φυσικών σωματικών δεξιοτήτων δεν εμποδίζει την πρόσληψη, εφόσον ο υπόλληλος με την κατάλληλη και δικαιολογημένη τεχνική υποστήριξη μπορεί να ασκήσει τα καθήκοντα της αντίστοιχης θέσης. Ειδικές διατάξεις για τον διορισμό ατόμων με ειδικές ανάγκες δεν θίγονται».

Ομοίως, στην παρ. 2 του ίδιου άρθρου, όπως έχει τροποποιηθεί με την παρ. 2 του άρθρου 3 του ν. 2839/2000, ορίζεται ότι «η υγεία και η φυσική καταλληλότητα των υποψηφίων υπαλλήλων για να ασκήσουν το καθήκοντα της αντίστοιχης θέσης πιστοποιούνται από τις αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές, με βάση παραπεμπτικό έγγραφο, στο οποίο περιγράφονται υπό την υπηρεσία σε γενικές γραμμές τα καθήκοντα της θέσης που πρόκειται να καταληφθεί».

Όπως προκύπτει, η υγεία και η φυσική καταλληλότητα των υποψηφίων προς διορισμό στις δημόσιες υπηρεσίες και τα ΝΠΔΔ αναφέρονται συγκεκριμένα στην ικανότητά τους να εκτελέσουν τα καθήκοντα της θέσης στην οποία πρόκειται να διοριστούν. Για τον λόγο αυτό διαγράφηκε από τον Υπαλληλικό Κώδικα η «ορτιμέλεια» ως προϋπόθεση διορισμού.

Αρμόδιες να πιστοποιήσουν την καταλληλότητα είναι αποκλειστικά οι υγειονομικές επιτροπές, οι οποίες κρίνουν με βάση το παραπεμπτικό έγγραφο στο οποίο περιγράφονται από την υπηρεσία σε γενικές γραμμές τα καθήκοντα της θέσης στην οποία πρόκειται να προσληφθεί ο υποψήφιος. Επομένως, στις προκηρύξεις για πλήρωση θέσεων προσωπικού που υπάγεται στον Υπαλληλικό Κώδικα δεν θα πρέπει να αναφέρεται ότι η έλλειψη υγείας αποτελεί κώλυμα διορισμού των υποψηφίων, αλλά ότι πρέπει να έχουν την υγεία και τη φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει να ασκήσουν τα καθήκοντα της συγκεκριμένης θέσης στην οποία θα διοριστούν.

Σε ό,τι αφορά στο προσωπικό που δεν υπάγεται στον κώδικα πρέπει στις προκηρύξεις να ακολουθείται η ίδια διατύπωση, δεδομένου ότι και όπου προβλέπεται γενικώς από τις διατάξεις των οικείων φορέων του δημόσιου τομέα ως προϋπόθεση διορισμού η υγεία και η αρτιμέλεια, αυτή δεν νοείται ότι εισάγει γενικό και απόλυτο κώλυμα διορισμού, αλλά εξομοιωμένο κώλυμα που κρίνεται σε συνάρτηση της συγκεκριμένης πάθησης ή βλάβης και της φύσεως των καθηκόντων της συγκεκριμένης θέσης.

Μια ελαστική ερμηνεία της εγκύκλιος θα μπορούσε να μας οδηγήσει στο συμπέρασμα ως αποδέκτες το εξής και στις προκηρύξεις αυτές θα πρέπει να μη χρησιμοποιείται ο όρος «αρτιμέλεια», αλλά ο όρος «φυσική καταλληλότητα» των υποψηφίων να ασκήσουν τα καθήκοντα της αντίστοιχης θέσης.

## ΟΔΗΓΙΑ 2000/78/ΕΚ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

της 27ης Νοεμβρίου 2000

για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία

ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Έχοντας υπόψη:

τη συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και ιδίως το άρθρο 13,

την πρόταση της Επιτροπής (1),

τη γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (2),

τη γνώμη της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής (3),

τη γνώμη της Επιτροπής Περιφερειών (4),

Εκτιμώντας τα ακόλουθα:

- (1) Κατά το άρθρο 6 της συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ευρωπαϊκή Ένωση βασίζεται στις αρχές της ελευθερίας, της δημοκρατίας, του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών, καθώς και του κράτους δικαίου, αρχές οι οποίες είναι κοινές για όλα τα κράτη μέλη και σεβεται τα θεμελιώδη δικαιώματα, όπως κατοχυρώνονται με την ευρωπαϊκή σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών και όπως προκύπτουν από τις κοινές συνταγματικές παραδόσεις των κρατών μελών, ως γενικές αρχές του κοινοτικού δικαίου.
- (2) Η αρχή της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φύλου έχει παγιωθεί σε ένα σημαντικό σύνολο κειμένων κοινοτικού δικαίου, ειδικότερα δε στην οδηγία 76/207/ΕΟΚ του Συμβουλίου, της 9ης Φεβρουαρίου 1976, περί της εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών όσον αφορά την πρόσβαση σε απασχόληση, την επαγγελματική εκπαίδευση και προώθηση και τις συνθήκες εργασίας (5).
- (3) Κατά την εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης, η Κοινότητα θα πρέπει, σύμφωνα με το άρθρο 3 παράγραφος 2 της συνθήκης ΕΚ, να επιδιώξει να εξαλείψει τις ανισότητες και να προωθήσει την ισότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών, ιδίως διότι οι γυναίκες είναι συχνά τα θύματα πολλαπλών διακρίσεων.
- (4) Η ισότητα ενώπιον του νόμου και η προστασία όλων των ατόμων έναντι των διακρίσεων αποτελεί οικουμενικό δικαίωμα (αναγνωρισθέν από την οικουμενική διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τη σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για την εξάλειψη κάθε μορφής διάκρισης εις βάρος των γυναικών, τα σύμφωνα των Ηνωμένων Εθνών για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα και για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα και από την ευρωπαϊκή σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών, συμβαλλόμενα μέρη των οποίων είναι όλα τα κράτη μέλη). Η Σύμβαση της Διεθνούς

Οργάνωσης Εργασίας αριθ. 111 απαγορεύει τις διακρίσεις στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας.

- (5) Είναι σημαντικό να γίνονται σεβαστά τα εν λόγω θεμελιώδη δικαιώματα και ελευθερίες. Η οδηγία αυτή δεν θίγει το δικαίωμα του συνεταιρίζεσθαι στο οποίο συμπεριλαμβάνεται και το δικαίωμα παντός να ιδρύσει, μαζί με άλλους, συνδικάτα και να εγγραφεί ως μέλος σε συνδικάτα για την προάσπιση των ιδίων συμφερόντων.
- (6) Ο Κοινοτικός χάρτης των θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων των εργαζομένων, αναγνωρίζει την σημασία της καταπολέμησης κάθε είδους διακρίσεων, συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης να λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα για την κοινωνική και οικονομική ένταξη των ηλικιωμένων και των προσώπων με ειδικές ανάγκες.
- (7) Η συνθήκη ΕΚ περιλαμβάνει μεταξύ των στόχων της τον καλύτερο συντονισμό των πολιτικών των κρατών μελών για την απασχόληση. Για το σκοπό αυτό, στη συνθήκη ΕΚ ενσωματώθηκε ένα νέο κεφάλαιο για την απασχόληση, με σκοπό τη χάραξη συντονισμένης στρατηγικής στον τομέα της απασχόλησης και ιδιαίτερα την προώθηση ειδικευμένου, καταρτισμένου και ευπροσάρμοστου εργατικού δυναμικού.
- (8) Οι κατευθυντήριες γραμμές του 2000 για την απασχόληση, οι οποίες εγκρίθηκαν από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Ελσίνκι στις 10 και 11 Δεκεμβρίου 1999, τονίζουν ότι πρέπει να προωθηθεί η δημιουργία προοπτικές για μια αγορά εργασίας που θα ευνοεί την κοινωνική ένταξη, με τη διαμόρφωση ενός συνεκτικού συνόλου πολιτικών που θα στοχεύουν στην καταπολέμηση των διακρίσεων εις βάρος ομάδων, όπως είναι τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Επίσης, υπογραμμίζουν την ανάγκη να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην υποστήριξη των ηλικιωμένων εργαζομένων, ούτως ώστε να αυξηθεί η συμμετοχή τους στην επαγγελματική ζωή.
- (9) Η απασχόληση και η εργασία αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία για τη διασφάλιση των ίσων ευκαιριών για όλους και συντελούν σε μεγάλο βαθμό στην πλήρη συμμετοχή των πολιτών στην οικονομική, πολιτιστική και κοινωνική ζωή καθώς και στην προσωπική ανέλιξη.
- (10) Το Συμβούλιο θέσπισε στις 29 Ιουνίου 2000 την οδηγία 2000/43/ΕΚ (6) περί εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης προσώπων ασχέτως φυλετικής ή εθνοτικής τους καταγωγής, με την οποία διασφαλίζεται ήδη η προστασία κατά των διακρίσεων αυτών στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας.
- (11) Οι διακρίσεις λόγω θρησκείας ή πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προανατολισμού μπορούν να υπονομεύσουν την επίτευξη των στόχων της συνθήκης ΕΚ, ειδικότερα δε την επίτευξη υψηλού επιπέδου απασχόλησης και

(1) ΕΕ C 177 E της 27.6.2000, σ. 42

(2) Έγκριση από το Κοινοβούλιο στις 12 Οκτωβρίου 2000 (δεν δημοσιεύθηκε ακόμη στην Επίσημη Εφημερίδα).

(3) ΕΕ C 204 της 18.7.2000, σ. 52

(4) ΕΕ C 226 της 8.8.2000, σ. 1.

(5) ΕΕ L 59 της 14.2.1976, σ. 40

(6) ΕΕ L 180 της 19.7.2000, σ. 22.

ηγή:

- κοινωνικής προστασίας, την άνοδο του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής, την οικονομική και κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη.
- (12) Προς τούτο, πρέπει να απαγορεύεται σε όλη την Κοινότητα κάθε άμεση ή έμμεση διάκριση λόγω θρησκείας ή πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού στους τομείς που καλύπτονται από την παρούσα οδηγία. Η απαγόρευση των διακρίσεων πρέπει να εφαρμόζεται και σε υπηκόους τρίτων χωρών, αλλά δεν καλύπτει τη διαφορετική μεταχείριση λόγω ιθαγένειας και δεν θίγει τις διατάξεις που ρυθμίζουν την είσοδο και την παραμονή υπηκόων τρίτων χωρών και την πρόσβασή τους στην απασχόληση και την επαγγελματική δραστηριότητα.
- (13) Η παρούσα οδηγία δεν εφαρμόζεται στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας οι παροχές των οποίων δεν εξομοιούνται προς αμοιβή κατά την έννοια που δίδεται στον όρο αυτόν από την εφαρμογή του άρθρου 141 της συνθήκης ΕΚ, ούτε προς τις πάσης φύσεως αμοιβές που καταβάλλει το κράτος με στόχο την πρόσβαση στην απασχόληση ή την παραμονή σε αυτήν.
- (14) Η παρούσα οδηγία δεν θίγει τις εθνικές διατάξεις σχετικά με τον καθορισμό της ηλικίας συνταξιοδότησης.
- (15) Αρμόδια για την εκτίμηση των γεγονότων, από τα οποία μπορεί να συναχθεί άμεση ή έμμεση διάκριση, είναι τα εθνικά δικαστήρια ή άλλοι αρμόδιοι φορείς. Σύμφωνα με τους κανόνες του εθνικού δικαίου ή την πρακτική, οι κανόνες αυτοί μπορούν να προβλέπουν παν αποδεικτικό μέσο για την έμμεση διάκριση συμπεριλαμβανομένων και των στατιστικών στοιχείων.
- (16) Η θέσπιση μέτρων για την αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων με ειδικές ανάγκες στον εργασιακό χώρο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω ειδικών αναγκών.
- (17) Η παρούσα οδηγία δεν απαιτεί την πρόσληψη, προαγωγή ή διατήρηση στη θέση απασχόλησης ή την παροχή εκπαίδευσης σε άτομο που δεν είναι κατάλληλο, ικανό και πρόθυμο να εκτελεί τα βασικά καθήκοντα της εν λόγω θέσης απασχόλησης, ή να παρακολουθήσει έναν δεδομένο κύκλο εκπαίδευσης, με την επιφύλαξη της υποχρέωσης να προβλέπονται εύλογες προσαρμογές για τα πρόσωπα με ειδικές ανάγκες.
- (18) Η οδηγία αυτή, ιδίως, δεν έχει ως αποτέλεσμα να επιβάλλει στις ένοπλες δυνάμεις καθώς και στις αστυνομικές και σωφρονιστικές υπηρεσίες ή τις υπηρεσίες εκτάκτων αναγκών να προσλαμβάνουν ή να διατηρούν σε θέση απασχόλησης, πρόσωπα χωρίς την απαιτούμενη επαγγελματική επάρκεια, για την άσκηση όλων των καθηκόντων στα οποία ενδέχεται να κληθούν, λαμβάνοντας υπόψη το θεμιτό στόχο να διατηρηθεί η επιχειρησιακή ετοιμότητα των υπηρεσιών αυτών.
- (19) Επιπλέον τα κράτη μέλη έχουν την ευχέρεια να μην εφαρμόσουν τις διατάξεις της παρούσας οδηγίας τις σχετικές με τις ειδικές ανάγκες ή την ηλικία στο σύνολο ή σε μέρος των ενύπλων δυνάμεών τους, προκειμένου να διατηρήσουν τις ικανότητες αυτών των δυνάμεων τα κράτη μέλη που κάνουν χρήση αυτής της ευχερείας οφείλουν να καθορίσουν το πεδίο εφαρμογής της παρέκκλισης.
- (20) Πρέπει να προβλέπονται κατάλληλα μέτρα, δηλαδή μέτρα αποτελεσματικά και πρακτικά για τη διαμόρφωση της θέσης εργασίας ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες, παραδείγματος χάριν με τη διαμόρφωση του χώρου ή με προσαρμογή του εξοπλισμού, του ρυθμού εργασίας, της κατανομής καθηκόντων ή της παροχής μέσων κατάρτισης ή πλαισίωσης.
- (21) Για να διαπιστώνεται αν τα εν λόγω μέτρα συνεπάγονται δυσανάλογη επιβάρυνση, πρέπει να λαμβάνεται ιδίως υπόψη το οικονομικό και άλλο κόστος που επιφέρουν, το μέγεθος και οι οικονομικοί πόροι του οργανισμού ή της επιχείρησης και η διαθεσιμότητα δημοσίων πόρων ή οιασδήποτε άλλης ενίσχυσης.
- (22) Η παρούσα οδηγία δεν θίγει τις εθνικές νομοθεσίες περί την οικογενειακή κατάσταση και τις παροχές που εξαρτώνται από αυτήν.
- (23) Σε πολύ περιορισμένες περιπτώσεις, η διαφορετική μεταχείριση μπορεί να δικαιολογείται όταν ένα γνώρισμα που συνδέεται με το θρήσκευμα ή τις πεποιθήσεις, με μια ειδική ανάγκη, την ηλικία ή το γενετήσιο προσανατολισμό, συνιστά ουσιαστική και καθοριστική επαγγελματική τρουπόθεση, εφόσον ο σκοπός είναι νόμιμος και η επαγγελματική προϋπόθεση ανάλογη. Οι περιπτώσεις αυτές πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις πληροφορίες που παρέχουν τα κράτη μέλη στην Επιτροπή.
- (24) Η Ευρωπαϊκή Ένωση με τη δήλωσή της αριθ. 11 σχετικά με το καθεστώς των εκκλησιών και των μη ομολογιακών ενώσεων, η οποία επισυνάπτεται στην τελική πράξη της Συνθήκης του Άμστερνταμ, αναγνώρισε ρητώς ότι σέβεται και δεν θίγει το καθεστώς που απολαμβάνουν στα κράτη μέλη εκκλησίες και θρησκευτικές ενώσεις ή κοινότητες δυνάμει της εθνικής νομοθεσίας και ότι σέβεται ωσαύτως το καθεστώς των φιλοσοφικών και μη ομολογιακών ενώσεων. Με αυτή την προοπτική, τα κράτη μέλη μπορούν να διατηρούν ή να θεσπίζουν ειδικές διατάξεις σχετικά με τις ουσιώδεις, θεμιτές και δικαιολογημένες επαγγελματικές απαιτήσεις που ενδέχεται να απαιτούνται για την άσκηση σχετικής επαγγελματικής δραστηριότητας.
- (25) Η απαγόρευση των διακρίσεων λόγω ηλικίας αποτελεί ουσιώδες στοιχείο για την πραγματοποίηση των στόχων που καθορίζονται στις κατευθυντήριες γραμμές για την απασχόληση και για την ενθάρρυνση της ποικιλομορφίας στην απασχόληση εντούτοις, η διαφορετική μεταχείριση λόγω ηλικίας μπορεί να δικαιολογείται υπό ορισμένες περιστάσεις και, συνεπώς, απαιτούνται ειδικές διατάξεις οι οποίες μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την κατάσταση των κρατών μελών. Συνεπώς, ο διαχωρισμός μεταξύ της διαφορετικής μεταχείρισης που δικαιολογείται με βάση θεμιτούς στόχους των πολιτικών απασχόλησης αγοράς εργασίας και επαγγελματικής κατάρτισης και των απαγορευμένων διακρίσεων είναι ουσιαστικής σημασίας.
- (26) Η απαγόρευση της διακριτικής μεταχείρισης δεν πρέπει να θίγει τη διατήρηση ή θέσπιση μέτρων που αποσκοπούν στην πρόληψη ή αντιστάθμιση της μειονεκτικής θέσης στην οποία περιέρχονται ομάδες προσώπων ενός δεδομένου θρησκευόμενου ή πεποιθήσεων, ειδικών αναγκών, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού, και τα μέτρα αυτά μπορούν να επιτρέπουν τις οργανώσεις ατόμων ενός δεδομένου θρησκευόμενου ή πεποιθήσεων, ειδικών αναγκών, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού, όταν ο κύριος σκοπός τους είναι η προαγωγή των ειδικών αναγκών των εν λόγω ατόμων.

# ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΜΕΑ

Ν.2643/98 «Μέριμνα για την απασχόληση προσώπων ειδικών κατηγοριών και άλλες διατάξεις»

## Άρθρο 1:

«Προστατευόμενα πρόσωπα»

1β. Προστατεύονται τα άτομα με ποσοστό αναπηρίας 50% τουλάχιστον, που έχουν περιορισμένες δυνατότητες για επαγγελματική απασχόληση εξαιτίας οποιασδήποτε χρόνιας σωματικής ή πνευματικής ή νοσικής παθήσης ή βλάβης (άτομα με ειδικές ανάγκες), εφόσον είναι γραμμένα στα μητρώα αναπήρων του Ο.Α.Ε.Δ.  
Επίσης, προστατεύονται όσοι έχουν τέκνο ή αδελφό ή συζύγο με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω εξαιτίας βαριών νοσικών και σωματικών προβλημάτων.

## Άρθρο 2:

«Προστασία σε φορείς του ιδιωτικού και του ευρύτερου δημόσιου τομέα»

1. Επιχειρήσεις ή εκμεταλλεύσεις, ελληνικές ή ξένες, που λειτουργούν στην Ελλάδα με οποιαδήποτε μορφή και οι φορείς του δημόσιου τομέα, καθώς και οι θυγατρικές τους εταιρίες, εφόσον απασχολούν προσωπικό πάνω από πενήντα (50) άτομα, υποχρεούνται να προσλαμβάνουν προστατευόμενα άτομα του προηγούμενου άρθρου, σε ποσοστό 8% επί του συνόλου του προσωπικού της επιχείρησης, της εκμεταλλεύσης ή του φορέα.

## Άρθρο 3:

«Διορισμός ή πρόσληψη προστατευόμενων σε δημοσίες υπηρεσίες, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α.»

1. Οι δημοσίες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), κάθε βαθμίδας, υποχρεούνται να διορίζουν ή να προσλαμβάνουν πρόσωπα προστατευόμενα από το άρθρο 1, χωρίς διαγωνισμό ή επίλογό, με σειρά προτεριότητας και σε θέσεις που αντιστοιχούν στο 5% των θέσεων που προκηρύσσονται κάθε φορά.

Οι διοριζόμενοι ή προσλαμβανόμενοι σύμφωνα με το άρθρο αυτό πρέπει:

1. Να έχουν τα τυπικά προσόντα που απαιτούνται με το διορισμό ή την πρόσληψη τους στις συγκεκριμένες επιχειρήσεις
  2. Να κριθούν από την πρωτοβάθμια υγειονομική επιτροπή του άρθρου 11 του Υπαλληλικού Κώδικα ότι είναι ικανοί να προσφέρουν υπηρεσίες στις συγκεκριμένες θέσεις.
  3. Να είναι γραμμένοι στα μητρώα άνεργων του Ο.Α.Ε.Δ.
- Ως κατώτατο όριο ηλικίας διορισμού ή πρόσληψης, σύμφωνα με το άρθρο αυτό ορίζεται το εικοστό πρώτο (21ο) έτος και ως ανώτατο το τεσσαρακοστό πέμπτο (45ο) έτος.

## Άρθρο 8:

«Επιχορήγηση εργοδοτών, εργονομική διευθέτηση, επαύξηση χρόνου αδείας, ηθικές αμοιβές».

1. Σε επιχειρήσεις ή εκμεταλλεύσεις ή φορείς της παραγράφου 8 του άρθρου 2 μπορεί να καταβάλλεται από τον Ο.Α.Ε.Δ. μέρος της δαπάνης για την εργονομική διευθέτηση του χώρου εργασίας των ατόμων αυτών.
2. Η ετήσια κανονική άδεια με αποδοχές των μισθοετών, που προβλέπεται από τις κείμενες διατάξεις, επαύξανετα κατά έξι (6) εργάσιμες ημέρες για άτομα με ειδικές ανάγκες, καθώς και για ανάπηρους μονιμούς υπάλληλους του Δημοσίου, των Ο.Τ.Α. και των λοιπών Ν.Π.Δ.Δ., εφόσον συντρέχουν και γι' αυτούς οι ουσιαστικές προϋποθέσεις της παραπάνω διάταξης.

## Άρθρο 12:

«Διοικητικές κυρώσεις»

1. Σε βάρος του εργοδότη που παραβαίνει τις διατάξεις του νόμου αυτού επιβάλλονται οι ακόλουθες κυρώσεις:

- 1) Πρόστιμο ίσο με έξι (6) κατώτατους μηνιαίους μισθούς ιδιωτικού υπάλληλου, σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις των εθνικών γενικών συλλογικών συμβάσεων εργασίας για άρνηση πρόσληψης των προσώπων της παραγράφου 1 του άρθρου 1.
- 2) Πρόστιμο ίσο με τις αποδοχές που δικαιούται ο τοποθετούμενος για κάθε ημέρα καθυστέρησης της πρόσληψης του, εφόσον εμφανίστηκε στον υποχρέο εργοδότη.





ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΩΝ ΚΑΙ  
 ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ  
 ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ



Εκτύπωση

Κλείσιμο

☑ ΟΛΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ

☑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΑΡΧΗΡΗΣΗΣ

☑ «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 128 Α / 15.7.1992)

**Άρθρο 23**

Άλλες διατάξεις για τους ιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου.

6. Ιατροί πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία (πλην ετεροζυγωτών), κληρονομική σφαιροκυττάρωση και δρεπανοκυτταρική ή μικροδρεπανοκυτταρική νόσο, απαλλάσσονται της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968. Επίσης απαλλάσσονται της ίδιας υποχρέωσης ιατροί, που πάσχουν από παραπληγία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μόνο εάν υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκαθάρσεως και ιατροί, που έχουν κριθεί από τις αντίστοιχες υγειονομικές επιτροπές και παρουσιάζουν αναπηρία άνω του 67%.



Οδηγός του Πολίτη με ειδικές ανάγκες

ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ

Αθλητισμός ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Ν.2725/1999, άρθρο 29 (ΦΕΚ 121Α))

1. Ο Αθλητισμός των ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ) είναι ένας ιδιαίτερος τομέας άθλησης, που τελεί υπό την προστασία του Κράτους.
2. Για την ανάπτυξη του αθλητισμού των ΑΜΕΑ ιδρύονται σωματεία και ομοσπονδίες, που αναγνωρίζονται ως αθλητικές, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στα άρθρα 8 και 28 του παρόντος νόμου και, με την επιφύλαξη των παραγράφων 3 και 4 του παρόντος, διέπονται από τις διατάξεις του τμήματος Α' του παρόντος νόμου.
3. Ειδικότερα, για να αναγνωρισθεί ως αθλητικό ένα σωματείο ΑΜΕΑ, ο συνολικός αριθμός των αθλητών του δεν επιτρέπεται να είναι μικρότερος από δεκαπέντε (15). Αν το αθλητικό σωματείο διατηρεί τμήμα ομαδικού αθλήματος, ο αριθμός των αθλητών του πρέπει να είναι τουλάχιστον ίσος με τον αναγκαίο αριθμό τακτικών και αναπληρωματικών που απαιτούνται από τους κανονισμούς του αθλήματος για συμμετοχή σε αγώνες. Ο αριθμός των μελών του Δ.Σ. του σωματείου δεν επιτρέπεται να είναι μικρότερος από πέντε (5) και μεγαλύτερος από εννέα (9).
4. Για τη σύσταση αθλητικής ομοσπονδίας ΑΜΕΑ, απαιτούνται αποφάσεις των γενικών συνελεύσεων ή των διοικητικών συμβουλίων πέντε (5) τουλάχιστον ειδικά αναγνωρισμένων αθλητικών σωματείων ΑΜΕΑ. Ο αριθμός των μελών του Δ.Σ. της ομοσπονδίας δεν επιτρέπεται να είναι μικρότερος από επτά (7) και μεγαλύτερος από έντεκα (11). Ειδικότερα, για να αναγνωρισθεί ως άθλητική μία ομοσπονδία αθλητικών σωματείων ΑΜΕΑ, πρέπει να υποβληθεί αρμοδίως από τη διοίκησή της η σχετική αίτηση και να υπάρχει αντίστοιχη παγκόσμια αθλητική ομοσπονδία. Με αιτιολογημένη απόφαση του αρμόδιου για τον αθλητισμό Υπουργού επιτρέπεται η ανάκληση της παροχής ειδικής αθλητικής αναγνώρισης.  
Ειδικά για τις κατηγορίες αναπηριών που καλύπτει η διεθνής Παραολυμπιακή Επιτροπή (IPC) αναγνωρίζονται πέντε (5) αθλητικές ομοσπονδίες ΑΜΕΑ. Οι ομοσπονδίες αυτές συνιστούν συνομοσπονδία με την επωνυμία «Εθνική Παραολυμπιακή Επιτροπή», με έδρα την Αθήνα, η οποία εκπροσωπεί τη Χώρα μας στην IPC. Στη συνομοσπονδία εκπροσωπούνται ισότιμα οι πιο πάνω ομοσπονδίες. Χρονικό διάστημα για την ίδρυση των ομοσπονδιών και της συνομοσπονδίας ορίζεται οκτάμηνο από τη δημοσίευση του νόμου αυτού.  
Για το διάστημα από τη δημοσίευση του παρόντος μέχρι τη λήξη του οκταμήνου, με απόφαση του αρμόδιου για τον αθλητισμό Υπουργού, συγκροτείται ενδεκαμελής προσωρινή Επιτροπή που εκπροσωπεί τη Χώρα μας στην IPC. Στην επιτροπή αυτή συμμετέχουν πέντε (5) μέλη από την Πανελλήνια Αθλητική Ομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΠΑΟΜ - ΑΜΕΑ) τέσσερα (4) μέλη από την Πανελλήνια Ομοσπονδία Κινητικά Αναπήρων (ΠΑΟΚΑ) και δύο (2) μέλη από την Ομοσπονδία Σωματείων Ελλήνων Καλαθοσφαιριστών με Καρότσι (ΟΣΕΚΚ). Τα μέλη της Επιτροπής υποδεικνύονται από τις ομοσπονδίες του προηγούμενου εδαφίου. Αν παρέλθει το ως άνω οκτάμηνο, χωρίς να συσταθούν οι πέντε (5) ομοσπονδίες του πρώτου εδαφίου και η συνομοσπονδία, με απόφαση του αρμόδιου για τον αθλητισμό Υπουργού, αίρεται η αθλητική αναγνώριση των ομοσπονδιών του πέμπτου εδαφίου και συγκροτείται Επιτροπή από έντεκα (11) μέλη για την εκπροσώπηση της Χώρας μας στην IPC.
5. Πρόσωπα με αναπηρίες μπορούν να ενταχθούν στη δύναμη αθλητών αθλητικού σωματείου ΑΜΕΑ. Ο χαρακτηρισμός προσώπου με αναπηρία ως αθλητή ενός ή περισσότερων αθλημάτων γίνεται από ειδική επιτροπή, που συγκροτείται από την οικεία αθλητική ομοσπονδία.
6. Επιτρέπεται εξαιρετικώς σε άτομα με ειδικές ανάγκες που είναι εν ενεργεία αθλητές:
  - α) να γίνονται μέλη των αθλητικών σωματείων τους και να εκλέγονται στη διοίκησή τους
  - β) να αντιπροσωπεύουν το αθλητικό σωματείο τους στις γενικές συνελεύσεις αθλητικής ένωσης και ομοσπονδίας
 Δεν επιτρέπεται αθλητές να θέτουν υποψηφιότητα ή να εκλέγονται σε διοικητικά όργανα της ένωσης ή της ομοσπονδίας, καθώς και σε οποιοδήποτε άλλο όργανο ή επιτροπή που εκλέγεται από τη Γενική Συνέλευση στην οποία συμμετέχουν. Αθλητές που έχουν εκλεγεί στο Δ.Σ. αθλητικής ομοσπονδίας ΑΜΕΑ εκπίπτουν από μέλη της διοίκησής της από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου και τη θέση τους καταλαμβάνει το αναπληρωματικό μέλος.

την η:

<http://gsa.hol.gr/amea/html/od/001010001.htm>

44

12/7/2005

## ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

### Αναγνώριση δαπάνης για την προμήθεια ειδικού τύπου αναπηρικού αμαξιδίου

Αναγνωρίζεται σε ειδικές περιπτώσεις παραπληγικών ασφαλισμένων του Δημοσίου δαπάνη προμήθειας ειδικού ελαφρού τύπου πτυσσόμενου χειροκίνητου αναπηρικού αμαξιδίου, εάν το ποσό που θα βαρύνει το Δημόσιο δεν θα υπερβεί τις 300.000 δρχ. Ο ασφαλισμένος θα πρέπει να έχει κινητική αναπηρία άνω του 80%, η οποία θα πιστοποιείται από γνωμάτευση του αρμόδιου γιατρού.

Σε απόλυτα εξειδικευμένες παθήσεις που συνιστούν οξεία παραπληγία και απαιτείται από πλήρως αιτιολογημένη γνωμοδότηση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας μπορεί να αναγνωριστεί από το Δημόσιο δαπάνη για ειδικό ηλεκτροκίνητο αμαξίδιο με την εξής διαδικασία:

- αιτηση στη Διεύθυνση Υγειονομικής Περιβάσεως Δημοσίου μαζί με ιατρική γνωμάτευση διεύθυνη γιατρού κλινικής κρατικού νοσοκομείου αναλόγου με την πάθηση του ειδικότητας, στην οποία θα αιτιολογείται πλήρως η ανάγκη χρήσης ηλεκτροκίνητου αμαξιδίου.
- έκδοση σχετικής γνωμοδότησης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.
- σε θετική αυτής απάντηση παρνία έγκριση από τους ειδικούς γιατρούς του δημοσίου.

Η εκ νέου προμήθεια ηλεκτροκίνητου αμαξιδίου θα γίνεται μετά την παροχή 5 ετών από την προηγούμενη αγορά για σφαλόμενας κάτω των 18 ετών. Για τους άνω των 18 ετών το δημόσιο καλύπτει δαπάνη μόνο για μια φορά. Η δαπάνη για την αγορά ανταλλακτικών ή την επιδιόρθωση των αμαξιδίων δεν αναγνωρίζεται σε βάρος του Δημοσίου.

### Δικαίωμα σύνταξης

Προκειμένου για υπαλλήλους, οι οποίοι είναι παντελώς τυφλοί, παραπληγικοί ή τετραπληγικοί, καθώς και για όσους πάσχουν από μεσογειακή αναιμία με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, αρκεί δεκαπενταετής πλήρης πραγματική συντάξιμη υπηρεσία.

Η μηνιαία σύνταξη των παραπάνω ορίζεται στο 80% των αποδοχών που λαμβάνουν κατά το χρόνο της εξόδου τους από την υπηρεσία, ποσοστόν εξέρχονται μετά τη συμπλήρωση 15ετούς πλήρους πραγματικής συντάξιμης υπηρεσίας, ανεξαρτήτως αιτίας εξόδου.

ΠΙΣΩ

Πηγή: [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) 45



# ΑΤΕΛΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ ΓΙΑ ΑΜΕΑ - Ν. 1798/88 & Ν. 1882/90

Αυτοκίνητο ποσότητα/ετήσια εισαγωγή: 2 επιβατικά αυτοκίνητα / ετήσια ανά κατηγορία Αρ. Α. ηλ. κλάσης 4-70 κλάση:

- Αίτηση εισαγωγής από πλήρη παρτίδα του αυτοκινήτου κλάσης 4-70 από μη μόνιμο κάτοικο της χώρας, αρτηριοσκληρωτικού
- Αίτηση εισαγωγής από πλήρη παρτίδα του αυτοκινήτου με συνολικό ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, από το οποίο το 40% είναι οριστικό λόγω της κατοικίας

Άσκηση αίτησης το αίτημα με νοσηρική καθυστέρηση, με ποσοστό αναπηρίας άνω της 67%, υποτίθεται συνολικά αναπηρίας 67% και άνω

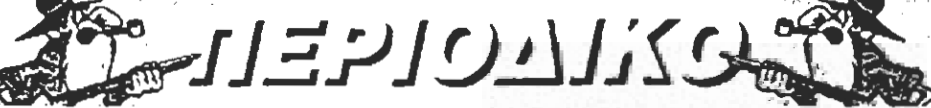
Ανάγκες:

- Γέτευση από δημόσια ή ιδιωτική υπηρεσία που λειτουργεί στην Νομαρχία όπου διαμένει κατοίκος ο ενδιαφερόμενος μετά από αίτηση του και αυτοαποδοτική αξιολόγηση του. Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται για τις περιπτώσεις 1,2 από:
- Γνωμάτευση γιατρού Νευρολόγου Ανοητικού ή Γεννητικού Κρατικού Νοσοκομείου ή ΙΚΑ
- Γνωμάτευση γιατρού Ορθοπαιδικού ή Οφθαλμολόγου Ανοητικού ή Γεννητικού Κρατικού νοσοκομείου ή ΙΚΑ. Στις περιπτώσεις 1,2 πρέπει να αναφερθεί λεπτομερώς η ουσία της αναπηρίας

ΠΡΟΣ:

 **ΟΔΗΓΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**  
ΟΔΗΓΟΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ, ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ

**ΑΡΧΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**  
ARCHIVE FOR DISABILITY AND REHABILITATION

 **ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ**

ΤΑ ΠΑΝΤΑ ΕΠΙ ΠΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ  
**DISABLED & SEXUALITY** ΛΙΣΤΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ  
ΓΡΑΦΕΤΕ ΤΩΡΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΕΣ

**Λεβδά** ΕΥΦΥΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ

**DISABILITY RENEGADE** by Nikos Voulgaropoulos

4/6

πηγή: [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)

# ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΧΩΡΟΥ PARKING ΑΝΑΠΗΡΙΚΟΥ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ

Ο παρών οδηγός ρυθμίζεται, σύμφωνα με τον κώδικα περί διακίνησης των οχημάτων, Αρμόδια Αρχή: Αθήνα, η κατοχή και τον αποκλειστικό χώρο του στο Δήμο της Αθήνας (22.2ος ορόφος, Γραφείο 2001) των υπαλλήλων που είναι υπεύθυνοι για κοινότητες, για τον Πόλεμο Αθήνας και της Περιφέρειας τους.

Χρησιμοποιείται αποκλειστικά:

1) Αθήνη

2) Απώλεια όρασης

3) Εθνικό αναπηρικό σήμα

4) Υποκατάσταση στο Υπουργείο ή επιτροπή όπου θα αναγράφεται ποσοστό αναπηρίας από 67% και άνω. Τα περιλαμβανόμενα είναι πλέον του ημερησίου μηχανικού της περιοχής καθώς και του Δημοτικού Συμβουλίου από όπου δίνεται και η τελική έγκριση.

Σημείωση:

Το εθνικό αναπηρικό σήμα (υαλίνου χρώματος, ασημένιο που κινείται σε αναπηρικό αμαξίδιο) για όσους διαμένουν μόνιμα στις περιοχές της Αττικής χορηγείται από το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων Η.Π.Α. (Λεωφ. Νέσος 8η Σταση, Αγ. Αναργών) ή από τις οποίες διακρίνουν στις άλλες Νομαρχίες χορηγείται από τις Διοικήσεις και τα τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας των οικείων Νομαρχιών. Για τη χορήγηση του αναπηρικού σήματος, οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλουν στις αρμόδιες υπηρεσίες σχετική αίτηση με συνυποβλημένο της αίτησης κώδικα ασφαριών του αυτοκινήτου, το οποίο έχει αποκτηθεί από τον ενδιαφερόμενο.

ΠΙΣΩ



**ΟΔΗΓΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**  
ΟΔΗΓΟΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ, ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ

**ΑΡΧΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**  
**ARCHIVE FOR DISABILITY AND REHABILITATION**



**ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ**  
**ΤΑ ΠΑΝΤΑ ΕΠΙ ΠΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ**  
**DISABLED & SEXUALITY** ΜΕΤΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ  
ΓΡΑΦΤΕΤΕ ΤΩΡΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΕΣ

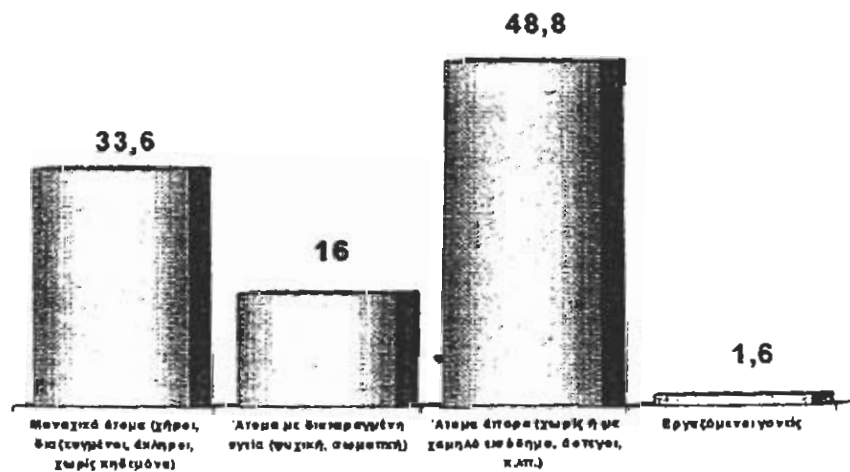
**ΑΓΒΟΑ** ΕΥΘΥΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ

**DISABILITY RENEGADE** by Nikos Voulgaropoulos

Πηγή: [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)

47

### Κοινωνικά κριτήρια εισαγωγής στη μονάδα:



Διάγραμμα 80

Πηγή: Δραΐμναχης, 2001

# ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΒΕ

## A. Σύνταξη αναπηρίας

Σε περίπτωση ασφάλισης δικαιούται οι ασφαλισμένοι του ΤΕΒΕ

1) Εάν είναι ανίκανοι για άσκηση του επαγγέλματός τους, εξαιτίας σοβαρής ή αντιστάσιμης πάθησης. Η συνταγή έχει διάρκεια τουλάχιστον 6 μήνες

2) Εάν άσκωσαν την άσκηση του επαγγέλματός τους επί του προκείμενου αναπηρία κατά τον χρόνο ασφάλισής 10 χρόνια.

3) Εάν άσκωσαν την άσκηση του επαγγέλματός τους, εξαιτίας ενός βίσιου συμβάντος το οποίο επήρθε κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, ανεξάρτητα από το χρόνο της ασφάλισής τους. Σε περίπτωση που το βίσιον συμβάν επήρθε εκτός εργασιακού χρόνου, τότε απαιτείται χρόνος ασφάλισής 5 ετών.

4) Εάν κριθεί από τις αρμόδιες Υπηρεσιακές Υπηρεσίες του Υπουργείου ότι η ανικανότητα για εργασία αναγκάζεται σε ποσοστό τουλάχιστον 66,6%.

5) Όσοι από τους ασφαλισμένους έχουν κριθεί από τις αρμόδιες Υπηρεσιακές Υπηρεσίες με ποσοστό αναπηρίας λιγότερο από 66,6% δεν δικαιούνται να χρησιμοποιήσουν την επανεκτίμησή τους για την ίδια πάθηση, εάν δεν παρήχθη ένα απόσπασμα από την τελεσίδικη κρίση της Υπηρεσίας Επιτροπής, εκτός εάν παρακινήσεται επανεκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους.

## B. Επίδομα

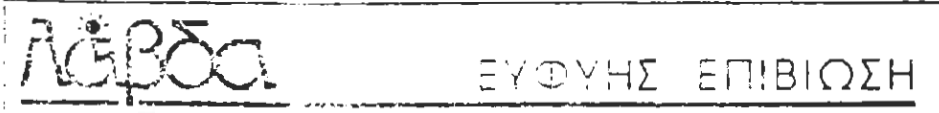
• Επίδομα συμπαράστασης υπέρου προσώπου: το παραπάνω επίδομα χορηγείται στους ασφαλισμένους λόγω αναπηρίας, οι οποίοι χρειάζονται συμπαράσταση εξαιτίας ανικανότητας. Το ποσό της συντάξεως με το αν λόγω επίδομα προσοφείονται κατά 50% και για όσο χρόνο κρίθηκε ο συνταξιοδότης από την Υγειονομική Επιτροπή του Ι.Κ.Α. Για το επίδομα αυτό ζητείται μια αίτηση και μια ιατρική γνωμάτευση σχετικά με τη νόσο από την οποία πάσχει ο ενδιαφερόμενος συνταξιοδότης, τα οποία καταθέτει στα γραφεία του ΤΕΒΕ.

• Επίδομα οικογενειακό: χορηγείται στους ασφαλισμένους και τους συνταξιοδότες, καθώς επίσης και στα μέλη της οικογένειάς τους, που στον ποσοστό από περιουσία ή περιουσία, η οποία έχει διαπιστωθεί από Υγειονομική Επιτροπή, καθώς και σε όσους πασχούν από παρήση ή περιπαρησία. Το επίδομα αυτό καταβάλλεται από μια μόνο πηγή. Πρόβλεψη για την απονομή του επιδοματός στους ασφαλισμένους είναι να έχουν 40 μήνες στην ασφάλιση του ΤΕΒΕ. Η χορήγηση του επιδοματός διευκολύνεται (και για όσο διάστημα είναι στο Ιόρδιο) όταν νοσηλεύεται ο ασθενής σε Ιόρδιο ασύλακής μορφής πάνω από 30 ημέρες αδοφωρη (βελτίωση από το Ιόρδιο).

## C. Άλλες παροχές

Στα τεχνικά βοηθήματα ισχύει ότι ισχύει και για το Ι.Κ.Α. Οι νοσοκομειακοί εξοπλισμοί υπό την επιτροπή του Ι.Κ.Α.

Π.Σ.Ε.



Πηγή: [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)

48







# ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΑ ΔΑΝΕΙΑ - ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

«Προσθήκη επί παραρτηρ. κατοικίας και δανείων από τον Ο.Ε.Κ.»

Άρθρο 31 παρ. 2:

Ο οικουχός του προσπίπτου 4 ποσού και υπεκατασκευάζοντος προσπίπτου 5 ποσού και ο ιδιοκτήτης του προσπίπτου αν πληροί τους 2 γων. αναπήριμ 6<sup>7</sup> και αναμ. καθώσ. ππση, και εκτελεί τον απαιτούμενο αναμ. προσπίπτου με αξ. των 2 ποσών ποσοστ. αναπήριμ 6<sup>7</sup> και αναμ. προσπίπτου με αξ. των 2 γων. ποσοστ. αναπήριμ 6<sup>7</sup> και αναμ. δικασών του ημεσί. στατιστική παραγωγή εφόσον πληροί τις υποχρεώσεις και λοιπ. προϋποθέσει του δανείου κατανάλου με μη από τη στατιστική παραγωγή εφόσον πληροί τις υποχρεώσεις και λοιπ. προϋποθέσει.

1) Παραχώρηση κατοικίας εφόσον υπάρχει διαθέσιμη από τον Ο.Ε.Κ.

2) Χρηρήση στατιστικού δικαιώματος εφόσον δεν υπάρχει διαθέσιμη κατοικία. Στην περίπτωση αυτή ο οικουχός βρίσκεται το σπίτι, το αγοράζει ο Ο.Ε.Κ και του το παραχωρεί.

3) Ατοκό δάνειο για αναπήριμη κατοικία σε οικοκτήτο οικοδόμο. Το ποσό του χρηρησμένου δανείου κριμονεται από 11.000.000 δρχ. ως 20.000.000 δρχ.

4) Ατοκό δάνειο για υγιή κατοικία. Το ποσό του δανείου κριμονεται από 9.000.000 δρχ. ως 8.000.000 δρχ.

Οι δικαιούχοι της κατηγορίας αυτής δικαιούνται για επιβολή του σχετικού φόρου στην Οργάνισμο αποτέλειται και κατα παράκληση του θεσπισμένων αναμετλητών προέβιου.

Άρθρο 31 παρ. 3:

Οι βίρια κινητικά αναπήριμ - παραρτηρ. και αναμ. από την οικογενειακή τους κατάσταση θεμελιώνουν δικαιοτητα στατιστικής συνδρομής εφόσον υποβάζουν σχετική αίτηση σε ολοκλήρωτο προέβιου του οργανισμου, παν έχουν συμπληρώσει τις απαιτούμενες ημερ. εργασία, όπως αυτές ορίζονται αναμ. από το γωνο συμπλήρωσης τους.

Ασφαλιστικές προϋποθέσεις:

Οι βίρια κινητικά αναπήριμ - παραρτηρ. και αναμ. από την οικογενειακή τους κατάσταση, οι οποίοι έχουν πραγματοποιήσει 750 ημερ. εργασία, παν είναι κατοκοί της τής δικαιοτητας προέβιου και του ποσοστ. σφαιροτηματος θεσπισαζομένη, και οποι έχουν πραγματοποιήσει 500 ημερ. εργασία, παν είναι κατοκοί του λοιπών περιοχών της χείρας, αναμ. από το γωνο της πραγματοποιήσης τους.

ΠΑΡΟΦΟΡΙΕΣ:

Οργάνισμος Εργατικής Κατοικίας, Σόλωνος 60, τηλ. 5281581

ΠΕΣΑ

τηλ: [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) 51



# ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΡΤΩΝ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ ΑΜΕΑ

- 1) Ημερίδα: Από Απογεύματα διαθέσιμα είναι από τις 10:00 π.μ. μέχρι τις 6:00 π.μ. Στις συνόδους των ομίλων υπάρχει το δικό τους τη. διακίνηση με την οποία αποδίδονται 8 ευρώ.
- 2) Ημερίδα: Διακίνηση με ταξί και δικιόνο του ΟΣΥ.
- 3) Ημερίδα: Διακίνηση των αστικών λεωφορίων κατά την περιοχή της πόλης με τους κωδικούς των χορηγηθέντων.
- 4) Από Απογεύματα διαθέσιμα είναι: Από τις 10:00 π.μ. μέχρι τις 6:00 π.μ. Στις συνόδους των ομίλων υπάρχει το δικό τους τη. διακίνηση με την οποία αποδίδονται 8 ευρώ.
- 5) Καθημερινό υστερόκο των επιδοτήσεων αποδοχών πληρωμένων υστεροκοινωνικών 3.500.000 ευρώ, από το αντίστοιχο κωδικό υστεροκο των επιδοτήσεων 5.500.000 ευρώ.
- 6) Χορηγούνται και προμήθειες κατά την καμία οδο της περιοχής της υπηρεσίας Προνομιών του Υπουργείου Υγείας. Η οδός είναι η οδός της οδού.
- 7) Αποδοχών οικογενειακά.
- 8) Η χορηγείται υγειονομική επιτροπή, στην οποία θα αναγράφεται το ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%.
- 9) Η καθιερωμένη σημείωση ασφαρις ή διαζωή Ν. 1599/86 ότι ο ενδιαφερόμενος δεν υφίσταται φορολογική δήλωση.
- 10) Σε όλους δικαιούνται σύνταξη επίδομα ή επίδομα με βάση γνώματους υγειονομικών επιτροπών χορηγείται οδός υπερκοινωνικών διαδρομών χωρίς γνώματους πρωτοβιβλίου. Υγειονομική Επιτροπή.
- 11) Ημερίδα διακίνησης καρτά όσοι έχουν αυτοκίνητο με αμετάλητο.

11212

**ΟΔΗΓΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**  
 ΟΔΗΓΟΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ, ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ

**ΑΡΧΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**  
 ARCHIVE FOR DISABILITY AND REHABILITATION

**ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ**  
 ΤΑ ΠΑΝΤΑ ΕΠΙ ΠΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ  
**DISABLED & SEXUALITY** ΜΕΤΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΤΑΧΙΔΡΟΜΕΙΟΥ  
 ΓΡΑΦΤΕΤΕ ΤΩΡΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΕΣ

**Λαβδα** ΕΥΦΥΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ

**DISABILITY RENEGADE** by Nikos Youlgaropoulos

πηγή: [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr) 51

# ΦΟΡΟΑΠΑΛΛΑΓΕΣ

Αλλάσσονται τις φορολογίες:

- Το εισοδηματικό - Πάσοι, οι μισθοί και οι συντάξεις που χορηγούνται σε πρόσωπα με παραρτηματική κλητική εκκλιση σε παρτίδα ΣΠ% και αναρ.
- Κρίση για φορολογική δικαιοσύνη το ποσό των ΣΠΠΠΦ αρχ. για τον υπολογισμό οφειλόμενου και για κέρφα από το πρόσθετο που συνίσταται με μισθών και των βερμωτών εισοδών παραρτηματικού χαρακτήρα (67% και ανεξαιρέτως) και κλητική, ειδική ανάπηρη ή αυτιστική διατήρηση (ισχύει τη γενική περίπτωση της ούσιας, προεξοφούμενες υφιστάμενες) επιτηρητή που φορολογεί καθ. Νομό.

ΠΣΣΠ

**ΟΔΗΓΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**  
 ΟΔΗΓΟΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ, ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ

**ΑΡΧΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**  
 ARCHIVE FOR DISABILITY AND REHABILITATION

**ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ**

ΤΑ ΠΑΝΤΑ, ΕΠΙ ΠΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ  
**DISABLED & SEXUALITY** ΓΡΑΦΕΤΕ ΤΩΡΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΕΣ

**Λαβδα** ΕΥΦΥΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ

**DISABILITY RENEGADE** by Nikos Voulgaropoulos



52

τηντη: [www.disabled.gr](http://www.disabled.gr)