

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



«ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ»

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αργυρίου Μυρσίνη (Α.Μ. 2011-088)

Επιβλέπων: Μαλαπέρδας Κωνσταντίνος

Καλαμάτα, 2015

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Ευχαριστίες.....	3
Αντί Προλόγου.....	4
Περίληψη.....	5
1.Η Αναπηρία	6
1.1.Ιστορική Αναδρομή	6
1.2. Επικρατέστερες κοινωνικές αντιλήψεις για τα ΑμεΑ	8
1.3. Ορισμοί της Αναπηρίας.....	11
1.4. Τα μοντέλα της Αναπηρίας.....	19
1.4.1.Το ιατρικό μοντέλο.....	20
1.4.2.Το κοινωνικό μοντέλο.....	24
2.Οι μορφές της αναπηρίας.....	28
2.1. Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος.....	30
2.2. Αισθητηριακές Αναπηρίες της Ακοής.....	36
2.3.Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα.....	41
2.4. Αισθητηριακές Αναπηρίες της Όρασης.....	46
2.5. Κινητικές Αναπηρίες.....	52
2.6. Νοητική Καθυστέρηση - Αναπηρία.....	59
2.7. Μαθησιακές Δυσκολίες.....	65
3. Η Έρευνα.....	74
3.1. Σκοπός της έρευνας - Στόχοι.....	74
3.2. Μεθοδολογία.....	75
3.3. Παρουσίαση - Ανάλυση Δεδομένων.....	79
3.4. Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	120
Βιβλιογραφία.....	129
Παράρτημα.....	131

Ευχαριστώ....

Την οικογένεια μου που με βοηθά και με στηρίζει σε κάθε μου βήμα.

Τον καθηγητή και επόπτη μου κ. Μαλαπέρδα Κωνσταντίνο, που μου πρότεινε το συγκεκριμένο θέμα για την πτυχιακή μου εργασία, καθώς και για την πολύτιμη βοήθεια του, τη συνεργασία και την καθοδήγηση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας

Όλους τους συμφοιτητές και συναδέλφους των τμημάτων Λογοθεραπείας του Α.Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου, του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών και του Α.Τ.Ε.Ι. Ηπείρου που συμμετείχαν στην έρευνα και που αφιέρωσαν το χρόνο και τη θέληση τους για να βοηθήσουν στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Αντί Προλόγου:

*«..The only disability in life,
Is a bad attitude..»
(Scott Hamilton)*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται ένα θέμα ιδιαίτερος σημαντικό και καθημερινό, που δεν είναι άλλο από την Αναπηρία και πιο συγκεκριμένα τα Άτομα με Αναπηρία (ΑμεΑ). Το θέμα αυτό απασχολεί καθημερινά τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς, την πολιτεία αλλά και τον καθένα από εμάς, είτε αντιμετωπίζουν κάποια δυσκολία είτε όχι. Η εργασία εστιάζεται στις απόψεις και αντιλήψεις των φοιτητών λογοθεραπείας των τριών τμημάτων, της Πάτρας, των Ιωαννίνων και της Καλαμάτας, σε ότι αφορά την αναπηρία ως έννοια, τις μορφές της αναπηρίας και τις στάσεις των σπουδαστών για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία.

Στο πρώτο κεφάλαιο, αρχικά, ξεκινά μια ιστορική ανασκόπηση για τη θέση και την αντιμετώπιση των ΑμεΑ στην ελληνική κοινωνία. Έπειτα, γίνεται λόγος για τις επικρατέστερες κοινωνικές θέσεις και αντιλήψεις που κυριαρχούν για τα άτομα με αναπηρία. Στη συνέχεια, επιχειρείται ο ορισμός της αναπηρίας από διάφορους μελετητές και ειδικούς και τέλος αναλύονται τα δύο μοντέλα της αναπηρίας, το κοινωνικό και το ιατρικό μοντέλο.

Το επόμενο κεφάλαιο αφορά την κατηγοριοποίηση των αναπηριών και πιο συγκεκριμένα μιλά για τις μορφές αναπηρίας σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Αναλυτικά, θίγονται οι παρακάτω μορφές αναπηρίας: νοητική καθυστέρηση-αναπηρία, αισθητηριακές αναπηρίες όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες με χαμηλή όραση), αισθητηριακές αναπηρίες ακοής (κωφοί, βαρήκοοι), κινητικές αναπηρίες, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (όπως δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσορθογραφία), σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (φάσμα αυτισμού).

Ανακεφαλαιώνοντας, το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνει το ερευνητικό μέρος, που είναι και το βασικό κομμάτι της εργασίας. Αρχικά, αναφέρεται ο σκοπός της έρευνας και οι επιμέρους στόχοι, μετέπειτα αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας και παρουσιάζονται τα δεδομένα της έρευνας με αναλυτικό τρόπο. Τέλος, η εργασία πραγματεύεται τα συμπεράσματα της έρευνας σε συνάρτηση με τους στόχους που τέθηκαν στο πρώτο μέρος του τρίτου κεφαλαίου.

1

Η ΑΝΑΠΗΡΙΑ

1.1. Ιστορική ανασκόπηση για τη θέση και αντιμετώπιση των ΑμεΑ στην Ελληνική Κοινωνία

Η Ελληνική κοινωνία υπήρξε ανέκαθεν μητέρα πολυάριθμων και ποικίλων κοινωνικών καταστάσεων καθώς και παραγόντων, όπως λ.χ. η θρησκευτική λατρεία, οι μεγάλοι φιλόσοφοι της εποχής, οι πολεμικές συγκρούσεις, η εξελικτική πορεία των επιστημών, τα πολιτικά καθεστώτα κ.λπ., που διαμόρφωναν έναν τύπο κοινωνίας, ο οποίος αναπτυσσόταν και μεταβαλλόταν ακολουθώντας την εξέλιξη, την αλλαγή ή τη διαφοροποίηση των παραμέτρων που προαναφέρθηκαν. Συνεπώς, όπως μας διδάσκει η ιστορία, η αρχαία Αθήνα εθεωρείτο η κοινωνία «των καλών καγαθών» πολιτών, όπου υποχρέωση κάθε Αθηναίου πολίτη ήταν να συμμετέχει ενεργά στα κοινά. Το πολίτευμα της Αθήνας όριζε ότι στους «αδυνάτους» θα παρεχόταν προστασία από τη θέσπιση ειδικών κι ευεργετικών νόμων. Σε αντίθεση με τους αθηναϊκούς νόμους, στην αρχαία Σπάρτη ο ανάπηρος πολίτης δεν βρισκόταν σε πλεονεκτική θέση και δεν προστατευόταν από τους νόμους των Σπαρτιατών.

Κατά την Ελληνιστική και Ρωμαϊκή περίοδο, παρότι απουσίαζε η θέσπιση νόμων και μέτρων, υπήρξε στοιχειώδης φροντίδα και περίθαλψη των ΑμεΑ, ενώ παράλληλα στην Ιουδαϊκή κοινωνία, ο Μωσαϊκός νόμος δεν επέτρεπε στους ανάπηρους πολίτες να παίρνουν μέρος στις θρησκευτικές ιεροτελεστίες του θυσιαστηρίου.

Μετέπειτα, η επίδραση που άσκησε ο Χριστιανισμός στην ανάπτυξη της πρόνοιας είναι αναντίρρητα σημαντική, καθώς συνέβαλε στη βελτίωση των οργανωτικών σχημάτων και των θεσμικών πλαισίων και διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στις αξίες και τα πρότυπα της εποχής.

Αργότερα, κατά την επικράτηση της Τουρκοκρατίας η πολιτεία μαζί με την εκκλησιαστική κοινότητα, και πιο συγκεκριμένα ο κατώτερος κλήρος και τα μοναστήρια, δραστηριοποιήθηκαν αναλαμβάνοντας να συνδέσουν την πρόνοια με το ζήτημα της εθνικής επιβίωσης και της αδιάσπαστης συνέχειας του ελληνισμού. Στα χρόνια της σκλαβιάς, τα άτομα που υστερούσαν, έπεφταν θύματα της εκμετάλλευσης των αγυρτών. Η αμάθεια των πολιτών και οι συμφορές που τρομοκρατούσαν τη λαϊκή κοινότητα, οδηγούσαν σε ανάρμοστες συμπεριφορές, προλήψεις και δεισιδαιμονίες.

Στα χρόνια που έπονται μετά την απελευθέρωση του ελληνικού κράτους, η αντιμετώπιση των ΑμεΑ στην Ελληνική κοινωνία δεν υπέστη καμία ουσιαστική αλλαγή. Αιτία αποτέλεσε η συνέχιση της δουλείας σε μεγάλο τμήμα της Ελλάδας για αρκετά χρόνια και όπως ήταν φυσικό, τα άτομα με αναπηρίες εξακολουθούσαν να ζουν υπό άσχημες συνθήκες. Καθοριστικό ρόλο στα δρώμενα της ελληνικής κοινωνίας έπαιξε ο Ιωάννης Καποδίστριας, σημαντική μορφή στην ιστορική εξέλιξη της νεότερης Ελλάδας. Υπήρξε ο πρώτος κυβερνήτης του ελλαδικού χώρου, και παρότι η παρουσία του στην πολιτική σκηνή της χώρας ήταν σύντομη, κατόρθωσε να δημιουργήσει ένα ίδρυμα προστασίας και περίθαλψης των ορφανών του πολέμου, το οποίο κτίστηκε στην Αίγινα.

Τη χρονολογία 1905 ιδρύεται το σωματείο «Οίκος Τυφλών» στην Καλλιθέα, ενώ αμέσως μετά τη λήξη των Βαλκανικών Πολέμων (1912-1913), ιδιωτικοί οργανισμοί φιλανθρωπικού χαρακτήρα, με την πολύτιμη αρωγή της εκκλησίας και την επιδοκμασία του ελληνικού κράτους, έλαβαν μέτρα για την ικανοποίηση των αναγκών δύο συγκεκριμένων κατηγοριών: α) των ατόμων που αντιμετώπιζαν κινητικές αναπηρίες και β) των ατόμων που αδυνατούσαν να προσαρμοστούν σύμφωνα με τους κοινωνικούς κανόνες (δυσπροσάρμοστα άτομα).

Σε ότι αφορά τη νομοθεσία και το νομικό πλαίσιο των ατόμων με αναπηρία, πρώτος ψηφίστηκε ο Νόμος 904/51, ο οποίος ενθάρρυνε την εκπαίδευση των τυφλών ατόμων

και την πολιτική των αναπηρικών επιδομάτων. Ο νόμος αυτός θεσμοθετήθηκε επί της Κυβέρνησης Πλαστήρα.

Χρονιά – ορόσημο αποτέλεσε το 1969 καθώς ιδρύθηκε το Γραφείο Ειδικής Αγωγής στο Υπουργείο Παιδείας καθώς και το 1972, αφού λίγα χρόνια αργότερα, ψηφίζεται ομόφωνα ο Νόμος 1222 «Περί μετεκπαιδύσεως του εκπαιδευτικού προσωπικού Δημοτικής Εκπαιδύσεως». Ο νόμος αυτός περιλαμβάνει τη δημιουργία 17 Ειδικών Δημοτικών Σχολείων, τα οποία αποσκοπούν στην εκπαίδευση των παιδιών, που παρουσιάζουν νοητική καθυστέρηση και ενός ιδρύματος για την εκπαίδευση των κινητικά αναπήρων. Οι παραπάνω ενέργειες συντελέστηκαν με την Υπουργική Απόφαση 20883/1972. Η συνταγματική κατοχύρωση των δικαιωμάτων παιδιών με αναπηρίες στην εκπαιδευτική διαδικασία επιτυγχάνεται εν έτη 1975 από το Ελληνικό Κοινοβούλιο.

Κατά τη διάρκεια του 1985, τίθεται προς ψήφιση ο Νόμος 1566, που σχετίζεται με τη διάρθρωση και τη διοργάνωση της βασικής και της μέσης εκπαίδευσης. Τα άρθρα 32-36 του προαναφερθέντος νόμου παραθέτονται στο καθήκον της Πολιτείας για την εξέλιξη της ειδικής αγωγής και την παροχή υπηρεσιών και μέσων, έτσι ώστε τα άτομα με αναπηρία να κερδίσουν την ευκαιρία να συμμετέχουν στην εκπαίδευση και να καλλιεργήσουν τις δυνατότητες τους.

Τέλος, με τη θέσπιση του Νόμου 2817/2000, «Εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και άλλες διατάξεις» ξεκινά ο συντονισμός και ο προγραμματισμός εύρεσης λύσεων για τα θέματα που απασχολούν συχνά την εκπαίδευση και εκγύμναση των ΑμεΑ.

1.2. Επικρατέστερες κοινωνικές θέσεις και αντιλήψεις για τα άτομα με αναπηρία

Τα άτομα με αναπηρία πρέπει να διάγουν το βίο τους σε ένα περιβάλλον, το οποίο στερείται εμποδίων και φραγμών, έτσι ώστε να αξιοποιούν στο έπακρο τη δυνατότητα επικοινωνίας τους με τον κοινωνικό τους περίγυρο. Επιτακτική ανάγκη για να στεφθεί

με επιτυχία ο στόχος αυτός, αποτελεί η θετική στάση, αλλά και οι αλληλέγγυες αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου. Τα στερεότυπα αποτελούν κοινωνικές αναπαραστάσεις, αντικειμενοποιημένες, δηλαδή, γνωστικές και συναισθηματικές κατασκευές γύρω από τις ομάδες μέσα στον κοινωνικό χώρο, που συναντούν ευρεία αποδοχή και που αναδύονται και εξαπλώνονται κάτω από συγκεκριμένες κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες μέσα στον ιστορικό χρόνο (Παπαστάμος, 1990). Η κοινωνική αναπαράσταση αποτελεί το προϊόν και η διαδικασία μιας ψυχολογικής και κοινωνικής επεξεργασίας της πραγματικότητας και διακρίνεται από τρία κυρίαρχα γνωρίσματα: από τον κεντρικό πυρήνα, από ένα σύνολο πληροφοριών, στάσεων και πεποιθήσεων και από ένα σύστημα κατηγοριοποίησης.

Ο κεντρικός πυρήνας εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του κοινωνικά αναπαριστάμενου αντικειμένου, από τα ατομικά χαρακτηριστικά του υποκειμένου και τη σχέση που διατηρεί με το αντικείμενο και τέλος από τους στόχους και σκοπούς που διαμορφώνουν την κατάσταση, μέσα στην οποία διαδραματίζεται η διαδικασία της κοινωνικής αναπαράστασης. Το σύνολο πληροφοριών, στάσεων και πεποιθήσεων εξαρτά την οργάνωσή του από την κοινωνικό-ψυχολογική ταυτότητα των υποκειμένων (κοινωνική τάξη, φύλο, μόρφωση κ.λπ.) και από το αξιολογικό σύστημα κάθε κοινωνίας και τέλος, το σύστημα κατηγοριοποίησης, που η σημαντικότερη λειτουργία του είναι η ανακάλυψη, κατανόηση και οργάνωση του περιβάλλοντος κόσμου (Παπαστάμος, 1995).

Ο Flament (1989) υποστηρίζει πως η διαφωνία-σύγκρουση μεταξύ των κοινωνικών αναπαραστάσεων και κοινωνικών πρακτικών οδηγούν στη μεταμόρφωση της κοινωνικής αναπαράστασης.

Στο επίπεδο των προκαταλήψεων, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αιτιολογούν την ενεργοποίηση των κοινωνικών στερεοτύπων, που με τη σειρά τους εκφράζονται στο επίπεδο της συμπεριφοράς, η οποία αναπαράγει και αυτή τις αντίστοιχες κοινωνικές αναπαραστάσεις (Φραγκουδάκη & Δραγώνα, 1997).

Οι Barnes, Mercer και Shakespeare (1999) αναφέρουν ότι το κοινωνικό μοντέλο εκλαμβάνει την ειδική ανάγκη ως ένα προϊόν της κοινωνικής δομής και σχετίζεται σταθερά με κοινωνικά, οικονομικά και πολιτικά θέματα. Ο αποκλεισμός και ο

διαχωρισμός των ανθρώπων με αναπηρία από τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες δεν είναι αποτέλεσμα της ανικανότητας ή της αναπηρίας αυτής καθαυτής του προσώπου, αλλά απόρροια της λειτουργίας των κοινωνικών περιβαλλοντικών δομών και της επικρατούσας αρνητικής κοινωνικής στάσης (Barnes, 1996:43). Υποστηρίζει ταυτόχρονα ότι η αναπηρία είναι αναπόσπαστο τμήμα της κοινωνίας, όπως αποδεικνύεται από τη συλλογή στατιστικών στοιχείων των δυτικών κρατών, που δείχνουν ότι το 10 με 19% του πληθυσμού έχει κάποια αναπηρία.

Σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από τον Ι. Ν. Παρασκευόπουλο (1971), εξακριβώθηκε ότι: α) κυριαρχούν αρνητικές απόψεις και προκαταλήψεις εναντίον των ατόμων με εμφανή αναπηρία (π.χ. ακρωτηριασμένο άτομο) ή που ευθύνονται για τη μορφή της αναπηρίας τους (π.χ. αλητόπαιδο – άσωτο), β) θετικότερες στάσεις διακρίνονται απέναντι στα άτομα που τα ελαττώματά τους μπορούν να διορθωθούν (ασθενικό άτομο) ή που μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους χωρίς βοήθεια, γ) οι γυναίκες και οι άνδρες είναι περισσότερο καταδεκτικοί προς τις αποκλίσεις του φύλου τους, δ) παρατηρείται ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών είναι επιφυλακτικά και κρίνουν σεβαστό στοιχείο την αυτοεξυπηρέτηση και τέλος, ε) οι αποφοιτήσαντες του γυμνασίου προβάλλουν την αρνητική και επιθετική τους στάση τόσο προς τους απόφοιτους του δημοτικού όσο και προς αυτούς που υπήρξαν τελειόφοιτοι ανωτέρων σχολών.

Επιπροσθέτως, κατά την πραγματοποίηση μιας ερευνητικής διαδικασίας για τις στάσεις και αντιλήψεις του συνόλου για τα άτομα με αναπηρία, των Μπεζεβέγκη, Καλαντζή-Αζίζι και Ζώνιου-Σιδέρη, σημειώθηκε ότι το ενδεχόμενο να εμπλακεί το παιδί τους σε κοινές δραστηριότητες με ένα ΑμεΑ αποτελεί σε γενικότερο πλαίσιο μια θετική εξέλιξη. Σκοπός των ερευνητών ήταν να εντοπίσουν και να αποκαλύψουν πρωταρχικά τη θέση των γονέων φυσιολογικών παιδιών προς τα παιδιά με αναπηρία (στην έρευνα έλαβαν μέρος 1.088 γονείς παιδιών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης). Ωστόσο, όσο μικρότερη γίνεται η «απόσταση», τόσο λιγότερο θετική γίνεται η στάση των γονέων (Μπεζεβέγκης κ.ά., 1994α). Επιπλέον, οι γονείς τηρούν θετική στάση απέναντι σε δράσεις που αναφέρονται σε μια πιθανή επαφή τους με ένα παιδί με αναπηρία (Μπεζεβέγκης κ.ά., 1994β). Σε μια παρεμφερή έρευνα, που διεξήγαγε η Εθνική Συνομοσπονδία ΑμεΑ (1997), εξήχθησαν κάποια στοιχειώδη συμπεράσματα για τις αντιλήψεις των Ελλήνων όσον αφορά τα άτομα με αναπηρία: Ένα μέρος των

συμμετεχόντων και πιο συγκεκριμένα περίπου το 29.5% του πληθυσμού της χώρας, τονίζει ότι στο οικογενειακό του περιβάλλον υπάρχει «άτομο με αναπηρία».

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί ότι τα ΑμεΑ κατά μεγάλο ποσοστό (δηλαδή το 90% κατά προσέγγιση) διαβιούν με την οικογένειά τους ή δέχονται τη φροντίδα συγγενικού τους προσώπου.

Παράλληλα, στην ίδια έρευνα εξακριβώθηκε ότι τέσσερα είναι τα κυρίαρχα συναισθήματα, τα οποία συναπαρτίζουν τη κοινή γνώμη απέναντι στα άτομα με αναπηρία: οίκτος (28.9%), συμπάθεια (25.5%), αμηχανία (14.4%), αδιαφορία (12.2%). Είναι εμφανές ότι πρόκειται για μια κλίμακα συναισθημάτων που διακινεί ένα μεγάλο βαθμό «επιφυλακτικότητας» και προωθεί μια «εξωτερική σχέση» με τα άτομα αυτά, ενώ σημαντικό είναι το γεγονός ότι δεν παρατηρείται «ρατσιστική» διάθεση (εκτός από ένα μικρό ποσοστό για περιπαικτική διάθεση 3.6%), αλλά ούτε επιθυμία προσέγγισης (4.6%).

Όπως επαληθεύτηκε από τους Brockington et al. (1993) σε έρευνά τους σε δείγμα σχεδόν 2.000 ατόμων στην Αγγλία, οι ανήκοντες σε υψηλότερα μορφωτικά στρώματα εκδήλωσαν μεγαλύτερα ποσοστά ανοχής και επιείκειας στους ψυχικά πάσχοντες απ' ότι αισθήματα φόβου. Τα μέλη φυλετικών μειονοτήτων παρουσίασαν προκατειλημμένες απόψεις προς τους ψυχικά πάσχοντες (Wolff et al., 1996). Έχει αποδειχτεί ότι οι διδασκόμενοι με μορφές αναπηρίας βιώνουν τόσο προκατάληψη όσο και αδιαφορία από τους εκπαιδευτικούς (Blinde & McCallister, 1998. Goodwin & Watkinson, 2000), καθώς επίσης την απομόνωση, την απόρριψη ή ακόμα και το χλευασμό από τους μη ανάπηρους συμμαθητές τους (Goodwin & Watkinson, 2000). Στον αντίποδα, άλλες έρευνες ισχυρίζονται ότι οι μαθητές χωρίς αναπηρία είναι δεκτικοί και αντιμετωπίζουν τους μαθητές με αναπηρία με θετική και φιλική συμπεριφορά (Slininger, Sherrill & Jankowski, 2000). Άλλοι μελετητές βασισμένοι στα αποτελέσματα των ερευνών τους, υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες έχουν θετικότερη στάση από τους άνδρες προς τα ΑμεΑ (Conine, 1969. Tringo, 1970. Harasymiw et al., 1978).

1.3. Ορισμοί της αναπηρίας

Ο όρος «αναπηρία» αποτελεί μια γενικότερη έννοια που πραγματεύεται την επικοινωνία σε συνάρτηση με τα άτομα που διαθέτουν περιορισμένες ευκαιρίες λόγω των φυσικών/ σωματικών, και διανοητικών τους προσόντων και δυνατοτήτων. Αυτή η έκπτωση σε ευκαιρίες – προσόντα έχει μελετηθεί ποικιλότροπα από διαφορετικά συστήματα.

Καθώς αναφερόμαστε στην αναπηρία, οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι πρόκειται για μια ιδιαίτερη και ευμετάβολη κατάσταση, αφού οποιοδήποτε άτομο που σήμερα θεωρείται «φυσιολογικό» θα μπορούσε αύριο να είναι ο ίδιος ή κάποιος από το πολύ κοντινό του περιβάλλον, άτομο με αναπηρία (Oliver,1990). Είναι ολοφάνερο ότι υπάρχει η βιολογική όψη της αναπηρίας την οποία κανείς δεν μπορεί να θέσει υπό αμφισβήτηση, ως αναπόσπαστο μέρος της ποικιλομορφίας της ανθρώπινης φύσης. Παρόλα αυτά, ο τρόπος με τον οποίο το ανθρώπινο ον συλλαμβάνει την έννοια της αναπηρίας, διαφέρει. Η οπτική γωνία του κάθε ατόμου διαμορφώνεται σύμφωνα με παράγοντες, όπως η ανατροφή, τα βιώματα, οι συναναστροφές, το μορφωτικό επίπεδο, ακόμη και το φύλο. Διαφορετικές απόψεις και αντιλήψεις σημαίνουν και διαφορετικές στάσεις, θεωρήσεις και στρατηγικές.

Όταν ξεκίνησαν οι πρώτες αναφορές στο θέμα της αναπηρίας, των οποίων υπόβαθρο υπήρξαν τα θρησκευτικά συστήματα (θεία τιμωρία, κατάρα, δοκιμασία) η αντιμετώπισή της επιφύλασσε ελεημοσύνη, αποδοχή της ως θεόσταλη ή απομάκρυνση και παραδειγματική τιμωρία των ατόμων αυτών. Μετέπειτα, η αναπηρία αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης και έρευνας με επακόλουθο τη συνεχή εξέλιξη και πρόοδο του επιστημονικού κλάδου των Σπουδών περί Αναπηρίας. Ομάδες επιστημόνων και ειδικοτήτων όπως, ερευνητές, θεωρητικοί, μελετητές και ακτιβιστές έχουν εξετάσει εξονυχιστικά το θέμα από διαφορετικές οπτικές γωνίες που άλλες φορές ολοκληρώνουν η μία την άλλη και άλλες φορές βρίσκονται σε αντιπαράθεση. Επικρατέστερο μοντέλο στο χώρο της αναπηρίας μέχρι τη δεκαετία του 1980, αποτέλεσε το ατομικό / ιατρικό, το οποίο, όπως θα δούμε και παρακάτω, έχει τις ρίζες του πάνω σε μια βιολογική διάσταση και κατά συνέπεια, πρωταρχική ανάγκη του

ατόμου με αναπηρία, θεωρείται η παροχή ιατρικής φροντίδας, η οποία μπορεί να παρασχεθεί αποκλειστικά από ειδικούς στον τομέα αυτό.

Ο ορισμός ή καλύτερα η περιγραφή του φαινομένου της αναπηρίας προκαλεί επανειλημμένα θορύβηση στο κοινωνικό σύνολο από την ακαταλόγιστη χρήση ορολογιών. Οι ενδοιασμοί δρομολογούνται από την έλλειψη μιας καθολικά εφαρμόσιμης αρχής ή αναφοράς, με βάση την οποία να είναι υλοποιήσιμη η αξιολόγησή της. Η πολυπλοκότητα και ο δυναμισμός του φαινομένου είναι γεγονός. Κατά καιρούς επιχειρήθηκε τόσο από ειδικούς-μελετητές, όσο και από οργανισμούς-οργανώσεις να οριστεί η έννοια της αναπηρίας γενικότερα αλλά και των ατόμων που βρίσκονται σε συνθήκες αναπηρίας. Παρακάτω, έχουν συγκεντρωθεί και παρατεθεί διάφορες απόπειρες ορισμού της αναπηρίας και των ΑμεΑ.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας¹, Άτομα με Ειδικές Ανάγκες λογίζονται όλα τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή μειονεξία που προκύπτει από φυσική ή διανοητική βλάβη. Σε σχέση με αυτή τη θεώρηση, υιοθετήθηκε η παρακάτω κατάταξη.² Επί του παρόντος, κυριαρχούν δύο σημαντικά «ανταγωνιστικά» πλαίσια ταξινόμησης και κατανόησης της αναπηρίας, σχεδιασμένα από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Το αρχικό ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) και το πιο πρόσφατο ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation). Με γνώμονα την αρχική κατάταξη (ICIDH), η αναπηρία περιλαμβάνει τρία ξεχωριστά αλλά άρρηκτα συνυφασμένα τμήματα, τα οποία προσδιορίζονται ως εξής:

«Η Π.Ο.Υ. ορίζει ως **βλάβη**³ (impairment) *«κάθε απώλεια ουσίας ή αλλοίωσης μιας δομής ή μιας ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής λειτουργίας»*. Η ανικανότητα (disability) είναι απότοκος της βλάβης – έκπτωσης (impairment) όσον αφορά την απόδοση και την ικανότητα του ατόμου για δράση.

¹ Π.Ο.Υ: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

² Το σχήμα ταξινόμησης που σχεδίασε η Π.Ο.Υ. το 1981, για να ορίσει την αναπηρία, εισήγαγε ο ρευματολόγος P.Wood.

³ Βλάβη ή αλλιώς μειονέκτημα (déficiency).

Η **ανικανότητα / αναπηρία**⁴ (disability) αντιστοιχεί «σε κάθε μερική ή ολική ελάττωση (αποτέλεσμα της βλάβης) της ικανότητας να επιλέγουμε μια δραστηριότητα με ένα συγκεκριμένο τρόπο ή μέσα στα όρια που θεωρούνται ως φυσιολογικά για ένα ανθρώπινο ον».

Το **ελάττωμα ή μειονεξία**⁵ (handicap) ορίζεται ως «αποτέλεσμα μιας ανεπάρκειας ή μιας ανικανότητας που περιορίζει ή εμποδίζει την εκπλήρωση ενός φυσιολογικού ρόλου που είναι ομαλός (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες) για το άτομο αυτό».

Σε ότι αφορά το δεύτερο πλαίσιο αντίληψης της αναπηρίας, (ICIDH-2), δημιουργήθηκε από την Π.Ο.Υ., σε μια απόπειρα να διορθώσει το πρώτο σύστημα, ανταποκρινόμενο σε σχόλια που είχε αρχικά εισπράξει και λαμβάνοντας υπόψη τις εμπειρίες που αποκομίστηκαν από τη χρησιμοποίηση της πρώτης ταξινόμησης. Συνεπώς, στα πλαίσια αυτού, πρόκειται για έναν γενικότερο όρο της αναπηρίας, η οποία αποτελείται από τρεις μεμονωμένες κλίμακες:

Σωματικές δομές και λειτουργίες: Η διάσταση του σώματος συνάπτεται με μια βλάβη ή με μια απώλεια ή ανωμαλία της σωματικής δομής ή με μια φυσιολογική ή ψυχολογική λειτουργία, π.χ. απώλεια νεφρού.

Ατομικές δραστηριότητες: Η δραστηριότητα είναι η φύση και η έκταση της λειτουργικότητας σε ατομικό επίπεδο. Οι δραστηριότητες μπορούν να μειωθούν στη φύση τους, στη διάρκεια ή στην ποιότητα τους, π.χ. αυτοεξυπηρέτηση διατηρώντας την εργασία.

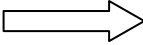
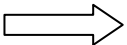
Συμμετοχή στην κοινωνία: Αναφέρεται στη φύση και στην έκταση της συμμετοχής του ατόμου σε καθημερινές καταστάσεις που συσχετίζονται με δραστηριότητες και άλλους παράγοντες. Η συμμετοχή είναι δυνατό να περιοριστεί στη φύση της, στη διάρκεια και στην ποιότητα της, π.χ. συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας, όπου ζει το άτομο, απόκτηση διπλώματος οδήγησης κ.τ.λ.

⁴ Η ανικανότητα (incapacité) αντιστοιχεί στη λειτουργική άποψη του μειονεκτήματος: λ.χ. η βαρηκοΐα μπορεί να είναι υπεύθυνη για την ανικανότητα της επικοινωνίας.

⁵ Το ελάττωμα (désavantage) αφορά την κοινωνική άποψη του μειονεκτήματος και μπορούμε να ξεχωρίσουμε π.χ. καταστάσεις φυσικής εξάρτησης, οικονομικής εξάρτησης, περιθωριακές κ.α.

Η αναπηρία (handicap = ελάττωμα) , ουσιαστικά δηλώνει τη διάκριση στην οποία εκτίθεται το άτομο ως αποτέλεσμα της έκπτωσης. Η ανικανότητα θεωρείται ως το αποτέλεσμα της έκπτωσης. Είναι ανεξάρτητη από το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται το άτομο. Η ανικανότητα ενυπάρχει στο άτομο, ενώ η αναπηρία είναι το αποτέλεσμα κοινωνικών συντελεστών.

Λαμβάνοντας υπόψη το σχήμα της Π.Ο.Υ, ούτε η έκπτωση αλλά ούτε και η ανικανότητα οδηγούν απαραίτητως στην αναπηρία. Η αντίθετη όψη, παρόλα αυτά θεωρείται βέβαιη. Υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ αναπηρίας και έκπτωσης / ανικανότητας.

Αν το άτομο έχει μειονέκτημα / έκπτωση και επομένως ανικανότητα 	Το άτομο είναι πιθανό να έχει αναπηρία στο περιβάλλον που ζει.
Αν το άτομο θεωρείται ότι έχει αναπηρία 	τότε θεωρείται σίγουρο ότι έχει μειονέκτημα / ανικανότητα.

Πίνακας 2.1: Σχηματική αναπαράσταση σχέσης αναπηρίας-έκπτωσης/ανικανότητας (Π.Ο.Υ.)

Παράλληλα, το Συμβούλιο των Υπουργών της Ε.Ο.Κ. προτείνει ως ορισμό της Αναπηρίας τον εξής: «...ο όρος ‘άτομα με ειδικές ανάγκες’ περιλαμβάνει τα άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες ή μειονεξίες που οφείλονται σε σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των βλαβών των αισθήσεων, ή σε διανοητικές ή ψυχικές βλάβες, οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας ή λειτουργίας, η οποία θεωρείται κανονική για έναν άνθρωπο».

Στους ήδη υπάρχοντες ορισμούς έρχεται να προστεθεί ένας επιπρόσθετος ορισμός, ο οποίος προτάθηκε από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) .Ο όρος «ανάπηρος» σύμφωνα με τον ορισμό του Ο.Η.Ε. (1975), αναφέρεται σε οποιοδήποτε άτομο αδυνατεί να καλύψει μόνο του όλες ή ένα μέρος από τις ανάγκες μιας φυσιολογικής, ατομικής ή και κοινωνικής ζωής λόγω κάποιου εκ γενετής ή επίκτητου σωματικού ή διανοητικού μειονεκτήματος. Επομένως, οι αναπηρίες διακρίνονται σε τέσσερα είδη: κινητικές ή σωματικές, αισθητηριακές, νοητικές, γνωστικές και συναισθηματικές. Επιπλέον, οι αναπηρίες κατηγοριοποιούνται ως προς το χρόνο

εκδήλωσης σε εκείνες με τις οποίες γεννιέται το βρέφος (έμφυτες) και σε αναπηρίες οι οποίες μπορούν να προκληθούν σε κάποια χρονική στιγμή από κληρονομική αιτία, ασθένειες, εργατικό - τροχαίο ή άλλο ατύχημα (επίκτητες). Συνεπώς, η μειονεξία του αναπήρου, άσχετα από την μορφή και τον χρόνο που εκδηλώνεται επιφέρει μερική ή ολική απώλεια της ικανότητας του ατόμου να εξασφαλίσει τις ανάγκες του.

Μια σημαντική μερίδα μελετητών, που έχουν εντυφώσει επάνω στο θέμα της αναπηρίας, παραδέχονται κάποιες βασικές αρχές. Η αναπηρία είναι μια κατάσταση, η οποία είτε είναι έμφυτη είτε είναι επίκτητη. Όταν αναφερόμαστε στην αναπηρία, οφείλουμε να είμαστε ενήμεροι ότι πρόκειται για μια λειτουργική βλάβη που καθιστά τη ζωή του ανάπηρου ατόμου ιδιαίτερα δύσκολη. Η κατάσταση αυτή μπορεί να προέλθει από παραμορφώσεις, από βλάβη των λειτουργιών ή της ανάπτυξης ή από τραυματικές επιδράσεις των συστημάτων στάσης ή κίνησης. Φυσικό επακόλουθο όλων αυτών είναι οι αρνητικές αντιδράσεις και σχολιασμοί του κοινωνικού περιγύρου, στην εμφάνιση του ανθρώπου που βρίσκεται σε συνθήκες αναπηρίας⁶. Πολλοί επιστήμονες, παρόλα αυτά, παραμελούν να δώσουν τη δέουσα σημασία στους παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στον καθορισμό της αναπηρίας.

Ο ορισμός της αναπηρίας που μας δίνει ο Jantzen (1974) διαθέτει ένα κοινωνικό κριτικό χαρακτήρα. Ο Jantzen υποστηρίζει ότι : «Η αναπηρία δεν μπορεί να θεωρείται ένα φυσικό φαινόμενο. Γίνεται φανερό και αρχίζει να υπάρχει ως αναπηρία μόνο από τη στιγμή που κάποια γνωρίσματα και χαρακτηριστικές εκδηλώσεις των γνωρισμάτων ενός ατόμου συγκριθούν προς τις εκάστοτε αντιλήψεις για το ελάχιστο των υποκειμενικών και των κοινωνικών ικανοτήτων. Με το να διαπιστωθεί πως ένα άτομο, με βάση τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα δεν ανταποκρίνεται στις παραπάνω αντιλήψεις, γίνεται η αναπηρία φανερό. Υπάρχει ως κοινωνικό φαινόμενο ακριβώς από αυτή τη στιγμή και μόνο».

Παράλληλα, έναν άλλο ορισμό έρχεται να προτείνει ο Α. Δημητρόπουλος, που βασικό στοιχείο του ορισμού αποτελεί η προβολή του χαρακτηριστικού της σχετικότητας μεταξύ του ατόμου με ειδικές ανάγκες και της κοινωνίας στην οποία ζει.

⁶ Ζώνιου-Σιδέρη Α., «Το άτομο με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία», Ανάτυπο, εκδ. Νεφέλη, Αθήνα, 1987

Πιο συγκεκριμένα, ο Δημητρόπουλος (1995) τονίζει ότι: «Άτομο με ειδικές ανάγκες είναι το άτομο το οποίο δεν είναι σε θέση να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαμβάνει όλων των αγαθών που προσφέρει στα υπόλοιπα μέλη της η κοινωνία στην οποία ζει, εξαιτίας της κατάστασης κάποιου ή κάποιων από τα ψυχοσωματικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά του».

Απόπειρα ορισμού της έννοιας της αναπηρίας κάνει και ο Π. Χαρτοκόλλης (1981), ο οποίος υποστηρίζει ότι ο όρος αναπηρία χρησιμοποιείται μόνο για ανθρώπους. «Αναπηρία σημαίνει μια ανίατη λειτουργική βλάβη, έλλειψη ή ανωμαλία, συγγενής ή επίκτητη, συνήθως αποτέλεσμα ή κατάλοιπο αρρώστιας ή ατυχήματος, μια ανωμαλία που να εμποδίζει κατά κάποιο τρόπο την εκπλήρωση βασικών κοινωνικών αναγκών, όπως η κίνηση και η εργασία.

Ο Klee (1980) υπογραμμίζει ότι: «..μέτρο της αναπηρίας {...} είναι η μείωση της εργατικής δύναμης. Η μείωση της εργατικής δύναμης μετράει το κατά πόσο η σωματική και η νοητική ικανότητα απόδοσης είναι μειωμένη σε σχέση με μία “κανονική” εργατική δύναμη.

Στον αντίποδα της άποψης του Klee, εμφανίζεται ο Bardeau (1977), ο οποίος σημειώνει ότι «οι αναπηρίες στη σημερινή κοινωνία είναι θεσμικές παραγωγές της μισθωτής-ταξικής κοινωνίας. Η ιατρική γνώση που αναπτύχθηκε πάνω στον ανάπηρο έχει καταπιεστική λειτουργία. Μια γνώση που συμμετέχει στη θεσμική παραγωγή της αναπηρίας.

Επιπροσθέτως, ο Chancerel (1987) εντοπίζει την αναπηρία:

- ∩ « στις σχέσεις της με τους κοινωνικούς κανόνες, στο επίπεδο των κοινωνικών δομών παραγωγής, κατανάλωσης και εκμάθησης,
- ∩ στις σχέσεις της με τους ατομικούς κανόνες (νόρμες: ευφυΐα, προσωπικότητα κ.τ.λ.)
- ∩ στην αλληλεπίδραση μεταξύ κοινωνικών και ατομικών κανόνων».

Ο Friedson (1966) θεωρεί ότι «αυτό το οποίο είναι κοινό σε όλες τις πράξεις καθορισμού κάποιου ως ανάπηρου, και που έχει ανάγκη επανεξέτασης, δεν είναι ένα σύνολο φυσικών χαρακτηριστικών, τα οποία πάντα “είναι” αναπηρίες, αλλά, μάλλον η πράξη αυτή καθαυτή του καθορισμού, η οποία μπορεί αν είναι μάλλον μια “ενοχοποίηση” παρά μια δήλωση της πραγματικότητας».

Εν κατακλείδι, ο Bleidick (1976) δίνει τον δικό του ορισμό για το ανάπηρο άτομο:

- ∩ βάσει μιας αθεράπευτης μειονεκτικότητας, π.χ. εγκεφαλική παράλυση (ορισμός προσανατολισμένος στο άτομο),
- ∩ βάσει των προσαπτόμενων διαδικασιών της συμπεριφοράς και των προσδοκιών της κοινωνίας, π.χ. χοντρός, μύωπας κ.α. (ορισμός προσανατολισμένος στην αλληλεπίδραση)
- ∩ βάσει ενός υποχρεωτικού εκπαιδευτικού-επαγγελματικού διαχωρισμού, π.χ. ειδικός μαθητής (ορισμός προσανατολισμένος στο εκπαιδευτικό σύστημα),
- ∩ βάσει της παραγωγής και των ταξικών σχέσεων της κοινωνίας (ορισμός προσανατολισμένος στην πολιτική οικονομία, π.χ. μέσω της αναμενόμενης απόδοσης της κοινωνίας).

Λαμβάνοντας υπόψη όσα αναφέρθηκαν, είμαστε σε θέση να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε μια οντότητα προσδιορίζεται από τον τρόπο κατανόησης και επικοινωνίας απέναντι τους. Ο κάθε άνθρωπος έχει πλάσει μια εικόνα στο μυαλό του ενός ολοκληρωμένου σώματος, αλλά και μια εικόνα ενός σώματος που παρουσιάζει απόκλιση από το φυσιολογικό. Το ανθρώπινο ον διαθέτει τα πιο διαφορετικά σωματικά χαρακτηριστικά. Κάποια από αυτά, αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για τη δικαιολογία ύπαρξης μιας κοινότητας, κατέχουν λιγότερη ή περισσότερη σημασία, εμφανίζονται και κατοχυρώνονται με ορισμούς. Αποκτούν μια σπουδαιότητα, γίνονται αξίες που το κάθε άτομο έχει τη δυνατότητα να τις προσεγγίσει μέσω της αλληλεπίδρασης.

Η ύπαρξη αυτών των «ανθρώπινων χαρακτηριστικών» αποκτά αξία για τον άνθρωπο, ενώ εν αντιθέσει, η έλλειψη τους αποτελεί για το άτομο «μειονέκτημα» και στην ανάλογη αρνητική κριτική από τον κοινωνικό περίγυρο, ωθείται στην ιδέα ότι έχει ένα «ελάττωμα».

Αξίζει να σημειωθεί, ότι κυριαρχεί η άποψη ότι για τον προσδιορισμό και την επιβολή των αξιών, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι κοινωνικοί ορισμοί των σωματικών χαρακτηριστικών και όχι αυτά καθαυτά τα σωματικά χαρακτηριστικά. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι σε μια απόπειρα που πραγματοποιήθηκε για την ανάδειξη των μορφών της αναπηρίας, οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν από την πλειονότητα παρέπεμπαν στις συνειδήσεις των περισσότερων, σε μία ή σε περισσότερες μορφές

αναπηρίας που δεν είχαν καμία συνάφεια με την πραγματικότητα των καταστάσεων επικοινωνίας με τα άτομα με αναπηρίες.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα της αναπηρίας- για ένα μεγάλο ποσοστό των μη αναπήρων – αποτελεί το νοητικό μειονέκτημα, μέσα από το οποίο προσβάλλεται η αναπηρία στο σύνολο της. Η οποιαδήποτε μορφή αναπηρίας εξομοιώνεται με ένα νοητικό μειονέκτημα, το οποίο έχει σημαντική θέση στην προσωπικότητα του ανάπηρου ατόμου.

Στο λόγο των μη αναπήρων φαίνεται να γίνεται κατ' επανάληψη μεταφορά του νοητικού μειονεκτήματος στο σωματικό μειονέκτημα. Έχει παρατηρηθεί ότι αυτό συμβαίνει όχι μόνο σε μη εμπλεκόμενα άτομα, αλλά και από γονείς και επαγγελματίες. Η μεταφορά του στίγματος από το νοητικά καθυστερημένο άτομο στο σωματικά μειονεκτικό άτομο, διαπιστώνεται και από εκφράσεις τύπου «το νοητικό μειονέκτημα γίνεται αντιληπτό ενώ το οργανικό μειονέκτημα δεν φαίνεται».

Συνοψίζοντας, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η δυνατότητα εργασιακής απόδοσης και η αισθητική αποτελούν τις πιο βαρυσήμαντες αξίες της σημερινής κοινωνίας. Εν τέλει, διαφαίνεται ότι οι αξίες των εκάστοτε κοινωνιών μπορούν να καθορίσουν το ποιος έχει κάποια μορφή αναπηρίας και ποιος όχι, και πόσο σοβαρή ή όχι είναι η αναπηρία του. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει η μορφή των σχέσεων που έχουμε με ανάπηρα άτομα, κατά τη διαμόρφωση της εικόνας που σχηματίζουμε για τα άτομα με αναπηρία. Με κριτήριο όλα τα προαναφερθέντα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η αναπηρία υπάρχει όταν ένα άτομο που διαθέτει ένα μειονέκτημα ή μια μειωμένη απόδοση δεν έχει την ευκαιρία να ενταχθεί επαρκώς στο πολυσύνδετο σύστημα της κοινωνίας.

1.4. Τα μοντέλα της αναπηρίας

Είναι ευρέως γνωστό ότι οι διάφοροι μελετητές και ερευνητές αναπτύσσουν τις δικές τους θεωρίες, αφού εντρυφήσουν στο πεδίο που κινεί το προσωπικό τους επιστημονικό ενδιαφέρον. Συνεπώς, με τον ίδιο τρόπο που, οι μελετητές του φεμινιστικού κινήματος διέδωσαν κάποιες ειδικές τους θεωρίες αναφορικά με τις φυλετικές διακρίσεις, έτσι και οι άνθρωποι με αμείωτο ενδιαφέρον στο ευρύτερο πεδίο της αναπηρίας ανέπτυξαν θεωρίες σχετικά με την αναπηρία ως λόγο διαφοροποίησης.

Οι θεωρίες αυτές ουσιαστικά επιχειρούν να δώσουν απαντήσεις σε μια απλούστατη ερώτηση: «τι προκαλεί την αναπηρία».

Στην πραγματικότητα, γίνεται λόγος για δύο αντίθετες θεωρίες ή ,για να είμαστε πιο ευθείς, δύο «μοντέλα»: Το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας και το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας. Το ιατρικό μοντέλο αντικατοπτρίζει την ορθόδοξη πατροπαράδοτη θεώρηση της αναπηρίας ενόσω το κοινωνικό μοντέλο πραγματεύεται τις εκσυγχρονισμένες αντιλήψεις που αφορούν την αναπηρία. Τα δύο αυτά μοντέλα παρουσιάζονται εκτενώς παρακάτω.

1.4.1. Το Ιατρικό Μοντέλο

Η θεώρηση του ιατρικού προτύπου πρεσβεύει ότι τα άτομα με οποιαδήποτε μορφή αναπηρίας, καθορίζονται από τη νόσο ή τη φυσική τους κατάσταση. Το ιατρικό μοντέλο θεωρεί ότι η αναπηρία αποτελεί ένα μεμονωμένο πρόβλημα και ενστερνίζεται την άποψη ότι ένα άτομο με αναπηρία αδυνατεί να αυτοεξυπηρετηθεί και έχει ανάγκη από μέριμνα ή ακόμη και ιατρική φροντίδα. Ουσιαστικά, το ιατρικό μοντέλο υποστηρίζει ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία στην καθημερινότητα τους, είναι απόρροια της δικής τους διαταραχής. Η προαναφερθείσα διαταραχή ή αλλιώς δυσλειτουργία του ατόμου με αναπηρία μπορεί να επισύρει την παραπληγία ενός ανθρώπου, τη βαρηκοΐα/κώφωση, την τυφλότητα, τη νοητική αναπηρία ή καθυστέρηση κ.τ.λ. Με άλλα λόγια, το ιατρικό πρότυπο υποδηλώνει ότι το «πρόβλημα» της αναπηρίας είναι το ίδιο το άτομο με αναπηρία. Το πρόβλημα είναι η δυσλειτουργία του ατόμου. Το ιατρικό μοντέλο δύναται να ανακεφαλαιωθεί μέσω της διεθνούς κατάταξης, των ανικανοτήτων και των αναπηριών που σχεδιάστηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) εν έτει 1980. Η ταξινόμηση ακολουθεί τον παρακάτω διαχωρισμό:

Η **εξασθένιση** είναι «οποιαδήποτε απώλεια ή ανωμαλία της ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής δομής ή λειτουργίας».

Η **αναπηρία** είναι «οποιοσδήποτε περιορισμός ή έλλειψη (ως επακόλουθο μιας εξασθένισης) δυνατότητας να εκτελεσθεί μια δραστηριότητα με τον τρόπο ή τα μέσα

που θεωρούνται κανονικά για έναν άνθρωπο». Το ιατρικό πρότυπο επικεντρώνεται στις ενέργειες αυτό που ένα πρόσωπο αδυνατεί να πράξει:

<i>Εξασθένηση</i>	<i>Αναπηρία</i>
Ένας χρήστης αναπηρικής καρέκλας	Δεν μπορεί να ανέβει σκαλοπάτια ή να περπατήσει στα καταστήματα
Ένα άτομο με προβλήματα όρασης	Δεν μπορεί να διαβάσει πληροφορίες στο τυποποιημένο μέγεθος μιας εκτύπωσης
Ένα άτομο με έναν επίκτητο τραυματισμό εγκεφάλου	Δεν μπορεί να μιλήσει τόσο γρήγορα όσο άλλοι άνθρωποι

Πίνακας 2.2: Ταξινόμηση Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1980)

Για παράδειγμα, ένα άτομο χρησιμοποιεί αναπηρικό αμαξίδιο και δεν είναι σε θέση να μπει στο λεωφορείο. Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο, η δυσχέρεια του ατόμου να εισέλθει στο λεωφορείο έγκειται στο γεγονός ότι δεν έχει την ικανότητα να περπατήσει. Ειδικότερα, η δυσκολία που αντιμετωπίζει το άτομο δεν απορρέει από το γεγονός ότι κατά την είσοδο στο λεωφορείο υπάρχει ένα μεγάλο σκαλοπάτι, το οποίο αποτελεί εμπόδιο για τον χρήστη αμαξιδίου, ούτε βέβαια στο γεγονός ότι το λεωφορείο έχει δημιουργηθεί τοιουτοτρόπως ώστε ο σχεδιασμός του να παρέχει το δικαίωμα της επιβίβασης αποκλειστικά στα άτομα που δύνανται να περπατήσουν.

Το ιατρικό μοντέλο ερμηνεύει την αιτία της αναπηρίας αναφερόμενο στη σωματική, διανοητική ή άλλη «απόκλιση» (ή προφέροντας μια περισσότερο ωμή λέξη: «ελάττωμα») σε σύνδεση με αυτό που το μοντέλο βαφτίζει «φυσιολογικό». Όπως προκύπτει, η τυφλότητα λογίζεται ως απόκλιση από την ικανότητα του ατόμου να βλέπει, με την προϋπόθεση ότι η όραση αποτελεί ένα «φυσιολογικό» δεδομένο. Επίσης, η κώφωση θεωρείται απόκλιση από την ικανότητα να ακούμε, εφόσον η ακοή αποτελεί ομοίως ένα «φυσιολογικό» στοιχείο.

Η ονομασία του μοντέλου, ως ιατρικό μοντέλο προκύπτει από δύο λόγους:

Πρωτίστως, διότι η απόφαση του αν ένα άτομο αποτελεί «άτομο με αναπηρία» ή όχι, στηρίζεται κυρίως σε ιατρικές γνωματεύσεις και αξιολογήσεις. Δεύτερον, γιατί το μοντέλο υπογραμμίζει ότι μέσω της ιατρικής αντιμετώπισης πολυάριθμες «δυσλειτουργίες» έχουν τη δυνατότητα να αποκατασταθούν και τα νοσούντα άτομα έχουν την πιθανότητα να γίνουν «φυσιολογικά».

Πέρα από αυτό, επειδή το ιατρικό πρότυπο εναποθέτει την αιτία της δυσλειτουργίας στο ίδιο το άτομο που βρίσκεται σε συνθήκες αναπηρίας, ασπάζεται τον όρο «ατομικό μοντέλο». Το ιατρικό μοντέλο αποποιείται κάθε σχέση μεταξύ της δυσλειτουργίας λόγω αναπηρίας και του φυσικού και κοινωνικού περιγύρου, που περιστοιχίζει τα άτομα με αναπηρίες.

Είναι αξιοσημείωτο ότι το ιατρικό πρότυπο έχει χαρακτηριστεί ως ένα προβληματικό πρότυπο και την άποψη αυτή υιοθετεί η συντριπτική πλειονότητα του κοινωνικού συνόλου. Στερεώνεται επάνω σε μια «αρνητική» αντίληψη για την έννοια της αναπηρίας. Με άλλα λόγια, το ιατρικό μοντέλο εναγκαλίζεται την άποψη ότι η «αναπηρία» είναι μια απόκλιση από αυτό που αποκαλεί «φυσιολογικό». Επισημαίνει, λοιπόν, ότι κάτι συμβαίνει με εσφαλμένο τρόπο στα πρόσωπα με αναπηρία αφού δεν μπορούν να ενασχοληθούν με δραστηριότητες αλλά και ενέργειες, στις οποίες επιδίδονται τα «φυσιολογικά» άτομα. Την δέουσα σημασία του κοινού απαιτούν οι όροι που υποδεικνύει και χρησιμοποιεί το ιατρικό μοντέλο και είναι οι εξής: ανικανότητα, ανεπάρκεια, αδυναμία και αφομοίωση. Σαφώς και οφείλει να διευκρινιστεί ο τελευταίος και μη παραλειπτέος όρος που δόθηκε. Αφομοίωση σημαίνει αποδοχή ξένων στοιχείων από ένα σύνολο, εξαφανίζοντας μετέπειτα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους. Συνεπώς, το ιατρικό πρότυπο διατυμπανίζει ότι ζητείται επιτακτικά από τα άτομα με αναπηρία να είναι ίδια με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Αν τα άτομα με αναπηρία δεν πληρούν αυτή την προϋπόθεση, βρίσκονται αντιμέτωπα με την κοινωνική κατακραυγή και πρέπει να εξοστρακιστούν από την κοινωνία.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι, το μοντέλο αυτό ενισχύει το σχηματισμό αρνητικών απόψεων ή τη συντήρηση προκαταλήψεων, στίγματος και κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων με μορφές αναπηρίας. Επιπλέον, ως επακόλουθο της αρνητικής προσέγγισης, το εν λόγω πρότυπο ψάχνει τη λύση στο θέμα της «αναπηρίας» μέσω της «αρωγής», ή της «φιλανθρωπίας» για τα άτομα με αναπηρία που δεν μπορούν να είναι

όπως προστάζει η κοινωνία της «φυσιολογικότητας». Τα ίδια τα άτομα με αναπηρία μαρτυρούν ότι έχουν οδηγηθεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, σε χαμηλή ποιότητα ζωής, σε φτώχη έως ανύπαρκτη εκπαίδευση και στα συνακόλουθα υψηλά ποσοστά ανεργίας τους. Προπάντων ,έχουν ομολογήσει ότι το ιατρικό μοντέλο καταπάτα το δικαίωμα τους για τη σύναψη σχέσεων μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της κοινωνίας μέσω του κοινωνικού στιγματισμού και απαιτεί τη διάλυση όλων των φυσικών τους σχέσεων με την οικογένεια, την πολιτεία και την κοινωνία σε γενικότερο πλαίσιο.

Πρέπει να τονιστεί ότι έως τη δεκαετία του '80 το μοντέλο που υπερίσχυε στο χώρο της αναπηρίας ήταν το ιατρικό/ατομικό. Όπως έχει προαναφερθεί, το μοντέλο αυτό συλλαμβάνεται μέσα από τη διάσταση της βιολογίας, πράγμα που σημαίνει ότι το άτομο με αναπηρία πιστεύεται ότι χρήζουν ιατρικής μέριμνας, την οποία μπορούν να προσφέρουν μόνο οι ειδικοί. Με αφορμή αυτό, παραθέτεται το παρακάτω κείμενο των Καραγιάννη, Ζώνιου-Σιδέρη (2006) πάνω στο ιατρικό πρότυπο:

«Στα πλαίσιά του επιδιώκεται η θεραπεία ή η διαχείριση της αναπηρίας, η οποία περιστρέφεται γύρω από τον προσδιορισμό της βλάβης, τον έλεγχο και τη μεταστροφή της πορείας της. Κατά συνέπεια, μια συμπάσχουσα και δίκαιη κοινωνία οφείλει να επενδύει στις υπηρεσίες της υγείας σε μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί ιατρικά η αναπηρία, να αποκατασταθεί ή να βελτιωθεί η δυσλειτουργία που προκαλεί η βλάβη, ώστε τα ανάπηρα άτομα να ζήσουν μια πιο «κανονική» ζωή. Τα ιατρικά επαγγέλματα έχουν κεντρικό ρόλο στο ιατρικό μοντέλο αναπηρίας οφείλονται στις φυσικές δυσλειτουργίες τους, δηλαδή στην ίδια την αναπηρία τους. Κύρια αιτία της αναπηρίας, σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, είναι το βιολογικό σώμα» (Καραγιάννη και Ζώνιου-Σιδέρη, 2006: 223).

Με άλλα λόγια, το ιατρικό μοντέλο συμπεριφέρεται στα άτομα με αναπηρία όπως σε μία ειδική κατηγορία ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν δυσκολίες ένεκα των δικών τους ατομικών λειτουργικών ελαττωμάτων και περιορισμών. Η μοναδική προσφορά της κοινωνίας προς τα ΑμεΑ είναι ο οίκτος και η ελεημοσύνη και αφού εκπληρώσει το φιλανθρωπικό της καθήκον, παραδίδει τη σκυτάλη στους ειδήμονες να τους κάνουν να δείχνουν όσο περισσότερο «κανονικοί» γίνεται, σαν να μην είναι ανάπηροι.

1.4.2. Το Κοινωνικό Μοντέλο

Το κοινωνικό μοντέλο επιχειρεί να απαντήσει στο φλέγον ερώτημα «τι προκαλεί την αναπηρία», περιφρονώντας τις θέσεις του ιατρικού μοντέλου και επισημαίνοντας τους πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το κοινωνικό πρότυπο τοποθετείται πίσω στη δεκαετία του 1960 και υποστηρίζει ότι ο σχεδιασμός που υφίσταται η κοινωνία και ο τρόπος με τον οποίο οι πολίτες «κατασκευάζουν» την αναπηρία δικαιολογεί τις έντονες δυσκολίες που γνωρίζουν στην καθημερινότητα τους τα άτομα με αναπηρία. Το εν λόγω μοντέλο θεωρεί ότι η δυσλειτουργία δεν συνυφαίνεται με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία. Εν αντιθέσει, το κοινωνικό πρότυπο επεξηγεί ότι η «αναπηρία» είναι αυτό που ονομάζουμε «κοινωνική κατασκευή» (Oliver, 1996). Με τον όρο «κοινωνική κατασκευή», εννοούμε ότι η κοινωνία είναι αυτή που κατασκευάζει ή γεννά την αναπηρία λαμβάνοντας ως σημείο αναφοράς το πρότυπο του «αρτιμελή» ατόμου από το οποίο το πρότυπο του ατόμου με αναπηρία αποκλίνει. Ένας από τους πρωτεργάτες του κοινωνικού μοντέλου, ο Oliver ισχυρίστηκε ότι τα προβλήματα ξεκινούν από την κοινωνική χειραγώγηση και ποδηγέτηση, γεγονός το οποίο επιδιώκει την αλλαγή των θέσεων και απόψεων της λαϊκής κοινότητας, η οποία αντιμετωπίζει την αναπηρία ως «προσωπική τραγωδία». Πιο συγκεκριμένα, η αναπηρία δε λογίζεται ως προσωπικό χαρακτηριστικό γνώρισμα, αλλά ως περιορισμός που τίθεται από την κοινωνία, η οποία είναι εκείνη που, στην ουσία, ορίζει ανάπηρους τους ανθρώπους, εξαιρώντας τους από το δικαίωμα της πλήρους σύμπραξης τους στο κοινωνικό-πολιτιστικό γίγνεσθαι. Χαρακτηριστικό παράδειγμα των αποκλεισμών αυτών, αποτελούν τα εμπόδια που τίθενται από μια μεγάλη μερίδα «φυσιολογικών», όταν πρόκειται για την εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία. Τα άτομα με αναπηρία, κατά το κοινωνικό μοντέλο, συναποτελούν ένα κοινωνικά, πολιτιστικά και εκπαιδευτικά περιθωριοποιημένο σύνολο ανθρώπων της πολιτείας, εξαιτίας των τακτικών, των μεθόδων και πολιτικών ιδεών που αυτό επιτάσσει.

Το κοινωνικό πρότυπο διακρίνει τη «βλάβη» (impairment) από την «αναπηρία» (disability). Με άλλα λόγια, η πρώτη έννοια της «βλάβης» σχετίζεται με κάποιου είδους δυσλειτουργία, ενώ η δεύτερη εναπόκειται στον περιορισμό που η

δυσλειτουργία αυτή επιφέρει στη ζωή των ανθρώπων που τη φέρουν, καθώς οι εκάστοτε αρμόδιοι διευθέτησης των συγκεκριμένων κοινωνικών θεμάτων, δεν έχουν φροντίσει καθόλου ή έχουν φροντίσει ελάχιστα για την κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων αυτών, με αποτέλεσμα να εξαιρούνται από τις δραστηριότητές της κοινότητας. Σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο, τα άτομα με μορφές αναπηρίας δεν μπορούν να εκμεταλλευτούν όλες τις δυνατότητές τους λόγω του καταπιεστικού χαρακτήρα μιας μη ανάπηρης κοινωνίας, η οποία συμφωνεί με τις αρχές του καπιταλιστικού συστήματος, όπου μια υπερισχύουσα τάξη δεσπόζει, μεταξύ άλλων και επί των αδυνάτων αναπήρων ατόμων. Επομένως, το μέλημα της αλλαγής και η ευθύνη εναποθέτεται στην κοινωνία και όχι στα ανάπηρα άτομα. Τα άτομα με αναπηρίες παύουν να αποτελούν το αντικείμενο της επέμβασης και επανατοποθετούνται ως υποκείμενα στη δική τους ζωή (Watson,2004). Παράλληλα, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1980) κατατάσσει τις ανικανότητες και τις αναπηρίες δια μέσου των εναλλακτικών ορισμών της εξασθένισης και της αναπηρίας:

Η **εξασθένιση** είναι ο λειτουργικός περιορισμός μέσα στο άτομο που προκαλείται από τη φυσική, διανοητική ή αισθητήρια εξασθένιση.

Η **αναπηρία** είναι η απώλεια ή ο περιορισμός των ευκαιριών να συμμετέχει ένα άτομο στην κανονική ζωή μιας κοινότητας σε ένα ίσο επίπεδο με άλλα άτομα λόγω των φυσικών και κοινωνικών εμποδίων (Barnes, 1994).

Συνοψίζοντας, η κοινωνία αυτή καθαυτή είναι που παράγει «αναπηρία» και πυροδοτεί αρνητικές αντιδράσεις και συμπεριφορές μέσω του κοινωνικού στιγματισμού, των προκαταλήψεων και στερεοτύπων και κυρίως παίρνοντας ως σημείο αναφοράς το πρότυπο του «φυσιολογικού» προσώπου. Άρα, λοιπόν, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, δεν πρόκειται μόνο για το ιατρικό πρόβλημα, το οποίο δημιουργεί την «αναπηρία».

Για να κατανοηθεί πλήρως το κοινωνικό μοντέλο, δίνονται τα παρακάτω παραδείγματα: Ένα άτομο που βρίσκεται σε αναπηρικό αμαξίδιο επιθυμεί να προμηθευτεί ένα εισιτήριο για το τρένο. Τα εισιτήρια μπορούν να αγοραστούν μόνο από το αυτόματο μηχάνημα εισιτηρίων. Κατά συνέπεια, όλοι οι χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου αδυνατούν να αγοράσουν εισιτήριο καθώς το ειδικό μηχάνημα είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να εξυπηρετεί μόνο τους ανθρώπους που είναι σε θέση να σταθούν και να πατήσουν τα απαιτούμενα κουμπιά.

Το κοινωνικό μοντέλο πρεσβεύει ότι το άτομο με αναπηρία δεν μπορεί να αγοράσει εισιτήριο όχι λόγω του γεγονότος ότι κάθεται σε αμαξίδιο, αλλά εξαιτίας του σχεδιασμού του μηχανήματος ή εξαιτίας της απουσίας προσωπικού στα εκδοτήρια εισιτηρίων τα οποία είναι προσβάσιμα σε όλο το πληθυσμό. Αντίθετα με το ιατρικό μοντέλο, το κοινωνικό μοντέλο άπτεται μιας «θετικής» προσέγγισης: πιο συγκεκριμένα, επισημαίνονται και χρησιμοποιούνται οι λέξεις «ικανότητα», «εύλογη προσαρμογή», «καθολικός σχεδιασμός», «δικαιώματα», «διαφορά». Οι δυσκολίες προξενούνται από την άδικη απαίτηση της πολιτείας να είναι όλοι «φυσιολογικοί» και με αυτό συνάπτεται η απουσία εύλογης προσαρμογής για εκείνους, οι οποίοι δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην αξίωση αυτή της κοινωνίας. Οι παρεπόμενες συνέπειες αυτών των απαιτήσεων, αφορούν τη μειονεκτική θέση, στην οποία βρίσκονται τα άτομα με αναπηρία και τη συνεχή ματαίωση που βιώνουν σε καθημερινή βάση από τον αποκλεισμό τους από την κοινότητα.

Η παρουσίαση του κοινωνικού μοντέλου, με σκοπό την πλήρη κατανόηση του από το κοινό, θα συνεχιστεί μέσω ενός δεύτερου παραδείγματος όπου θα δοθεί εξήγηση σε κάποιους πολύ χρήσιμους όρους του κοινωνικού μοντέλου που αναφέρθηκαν παραπάνω. Λαμβάνουμε, λοιπόν, ως παράδειγμα την ύπαρξη ενός συγκροτήματος διαμερισμάτων που δεν διαθέτει ανελκυστήρα. Είναι ολοφάνερο ότι ο κατασκευαστής του συγκροτήματος πιστεύει ότι τα άτομα που διαμένουν ή επισκέπτονται το συγκεκριμένο συγκρότημα μπορούν να περπατήσουν («απαίτηση για φυσιολογικότητα»). Το γεγονός ότι το συγκρότημα εξακολουθεί να παραμένει δίχως ανελκυστήρα, φανερώνει ότι δεν υπάρχει καμία εύλογη προσαρμογή για χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου και για άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολία να ανέβουν σκαλοπάτια. Επομένως, τα άτομα αυτά βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, εφόσον δεν έχουν τη δυνατότητα να ανακτήσουν είσοδο στη συγκεκριμένη κατασκευή.

Εντούτοις, κάποιες φορές το κοινωνικό πρότυπο προβάλλεται άκρως αισιόδοξο, αφού οι βαρύτερες μορφές αναπηρίας δεν μπορούν να «ιανθούν» με τη μεταβολή των περιβαλλοντικών και κοινωνικό-πολιτισμικών παραγόντων. Όταν αναγνωρίζεται ότι η «αναπηρία» κατά κύριο λόγο δημιουργείται από κοινωνικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνιστώσες, οι αρμόδιοι σχεδιασμού της πολιτικής είναι υποχρεωμένοι να εντάξουν την αντίληψη αυτή στην πολιτική τους.

Σημαντική παράλειψη αποτελεί το γεγονός ότι απουσιάζει η κατοχύρωση του δικαιώματος των ατόμων με αναπηρία για εύλογη προσαρμογή. Η νομοθεσία του κράτους έχει ηθικό χρέος να διασφαλίζει την προσαρμογή και την εξοικείωση των ΑμεΑ με το χώρο εργασίας, ώστε να φιλοξενηθεί η «διαφορά». Αυτό το σπουδαίο εργαλείο στη μάχη κατά των διακρίσεων ένεκα αναπηρίας, πλέον υφίσταται στο νομοθετικό πλαίσιο για την εξάλειψη των διακρίσεων λόγω αναπηρίας της Ε.Ε.⁷, στο Άρθρο 5 της Οδηγίας στον τομέα της απασχόλησης⁸.

Ανακεφαλαιώνοντας, το κοινωνικό μοντέλο αναγνωρίζει ρητά το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία να είναι ενσωματωμένα στο πλαίσιο της κοινωνίας συνάμα με τα άτομα δίχως αναπηρία. Αυτό σημαίνει ότι βρίσκεται αντιμέτωπο με την λύση που βασίζεται στην φιλανθρωπία. Τα άτομα με αναπηρία ζητούν καταφύγιο στο νομοθετικό πλαίσιο και ευελπιστούν ότι είναι αυτό που θα τους εξασφαλίσει δικαιώματα ισότητας, ώστε να καταπολεμηθεί ο διαχωρισμός τους από το υπόλοιπο «υγιές» σύνολο. Είναι φυσικό μια τέτοια θεώρηση να μην συναντά κοινό σημείο με τη λύση «αποκατάστασης» του ιατρικού μοντέλου, λ.χ. προσφέρεται μια θεωρητική τεκμηρίωση που συστήνει πρακτικές όπως είναι η ιδρυματοποίηση και η απομόνωση των ατόμων με αναπηρία με απώτερο σκοπό τον κοινωνικό τους αποκλεισμό. Τέτοιου είδους πρακτικές δεν συνάδουν με τις αντιλήψεις μιας πολιτισμένης και ασφαλούς κοινωνίας. Θεωρείται, λοιπόν, φρόνιμο οι άνθρωποι με μορφή αναπηρίας να διαβιούν είτε με την παροχή «εξατομικευμένων συνθηκών διαβίωσης» είτε σχεδιάζοντας ολόκληρη την κοινωνία με περισσότερο «καθολικό τρόπο».

⁷ Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Επιτροπή

⁸ Ενδείκνυται για τον εργοδότη η οδηγία 2000/78/ΕΚ (άρθρο 5), η οποία απαιτεί να λαμβάνει τα ενδεδειγμένα μέτρα (εύλογες προσαρμογές) για τα άτομα με αναπηρία, αρκεί τα μέτρα αυτά να μη συνεπάγονται γι' αυτόν «δυσανάλογη επιβάρυνση».

2

ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η κατηγοριοποίηση των αναπηριών ή των ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών διαφέρει από χώρα σε χώρα. Οι ορισμοί των διάφορων αναπηριών είναι συνήθως γενικοί και «δεν καταφέρνουν να αποδώσουν τις σύνθετες σχέσεις που προκύπτουν από τις διαφορετικές συνθήκες» (McCracken, 1998) που δημιουργούνται στο πλαίσιο κάθε αναπηρίας. Επίσης το πεδίο – ακαδημαϊκό, νομικό κτλ. -, η φιλοσοφία προσέγγισης, ή ακόμα και η χρονική στιγμή προσέγγισης, κάθε αναπηρίας έχουν ως αποτέλεσμα τη διατύπωση διαφοροποιημένων ορισμών για μια αναπηρία.

Στην Ελλάδα ένα πρόσφατο χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτών των διαφοροποιήσεων είναι η προσθήκη των ατόμων που έχουν ιδιαίτερες νοητικές ικανότητες στην ομάδα των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες με το νόμο 3194/2003, στην οποία δεν συμπεριλαμβάνονταν με βάση τον προηγούμενο νόμο της ειδικής αγωγής 2817/2000.

Σήμερα ο τελευταίος νόμος 3699, που θεσπίστηκε εν έτει 2008, «Μαθητές με αναπηρία και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» αναφέρει τα ακόλουθα:

- ♦ Μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες θεωρούνται όσοι για ολόκληρη ή ορισμένη περίοδο της σχολικής τους ζωής εμφανίζουν σημαντικές δυσκολίες μάθησης εξαιτίας αισθητηριακών, νοητικών, γνωστικών, αναπτυξιακών προβλημάτων, ψυχικών και νευροψυχικών διαταραχών οι οποίες, σύμφωνα με τη διεπιστημονική αξιολόγηση, επηρεάζουν τη διαδικασία της σχολικής προσαρμογής και μάθησης. Στους μαθητές με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες συγκαταλέγονται ιδίως όσοι παρουσιάζουν νοητική αναπηρία, αισθητηριακές αναπηρίες όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες με χαμηλή όραση), αισθητηριακές αναπηρίες ακοής (κωφοί, βαρήκοοι), κινητικές αναπηρίες, χρόνια μη ιάσιμα νοσήματα, διαταραχές ομιλίας – λόγου, ειδικές

μαθησιακές δυσκολίες όπως δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία, δυσορθογραφία, σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (φάσμα αυτισμού), ψυχικές διαταραχές και πολλαπλές αναπηρίες. Στην κατηγορία μαθητών με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες δεν εμπίπτουν οι μαθητές με χαμηλή σχολική επίδοση που συνδέεται αιτιωδώς με εξωγενείς παράγοντες, όπως γλωσσικές ή πολιτισμικές ιδιαιτερότητες.

- ◆ Οι μαθητές με σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες, παραβατική συμπεριφορά λόγω κακοποίησης, γονεϊκής παραμέλησης και εγκατάλειψης, ή λόγω ενδοοικογενειακής βίας, ανήκουν στα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.
- ◆ Μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες είναι και οι μαθητές που έχουν μία ή περισσότερες νοητικές ικανότητες και ταλέντα ανεπτυγμένα σε βαθμό που υπερβαίνει κατά πολύ τα προσδοκώμενα για την ηλικιακή τους ομάδα.

Παρόλα αυτά, είναι άξιο αναφοράς το γεγονός ότι η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) και η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας μόλις το 1981 συμπεριέλαβαν τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία ως συγκεκριμένο θέμα στις διεργασίες τους. Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., ως άτομα με αναπηρία θεωρούνται τα άτομα τα οποία πάσχουν από μακροχρόνια σωματική, νοητική, γνωστική, διανοητική ή αισθητηριακή αδυναμία, η οποία σε συνδυασμό με διάφορους φραγμούς μπορεί να παρακωλύσει την πλήρη και ισότιμη συμμετοχή στα κοινά. Στα άτομα με αναπηρία συγκαταλέγονται κυρίως όσοι παρουσιάζουν νοητική καθυστέρηση-αναπηρία, αισθητηριακές αναπηρίες όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες με χαμηλή όραση), αισθητηριακές αναπηρίες ακοής (κωφοί, βαρήκοοι), κινητικές αναπηρίες, ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (όπως δυσλεξία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσορθογραφία), σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (φάσμα αυτισμού). Με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης, που αναφέραμε προηγουμένως, το 1981 κηρύχτηκε ως Διεθνές Έτος Αναπήρων, στο πλαίσιο του οποίου υιοθετήθηκε ένα Παγκόσμιο Πρόγραμμα Δράσης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την προώθηση λύσεων μέσω του ΟΗΕ και των οργανώσεών του. Σύμφωνα με την ταξινόμηση της Π.Ο.Υ., θα αναλύσουμε τις μορφές αναπηρίας που προαναφέρθηκαν παραπάνω.

2.1.1. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ (ΔΑΦ)

Εισαγωγή

Οι Διαταραχές στο Φάσμα του Αυτισμού (ΔΦΑ) είναι γνωστές και ως Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ). Οι ΔΑΔ συνοδεύονται από σοβαρή έκπτωση σε πολλούς αναπτυξιακούς τομείς. Ο χαρακτηρισμός «διάχυτες» δηλώνει αυτήν ακριβώς την έκπτωση, δηλαδή ότι η διαταραχή επηρεάζει σφαιρικά την ανάπτυξη του πάσχοντος προσώπου. Ο χαρακτηρισμός «αναπτυξιακή» οφείλεται στο ότι η διαταραχή εμφανίζεται κατά την περίοδο της ανάπτυξης. Τέλος, ο όρος «διαταραχή» εκφράζει την έννοια της απόκλισης από το φυσιολογικό. Οι ΔΦΑ ή ΔΑΔ, έχουν τρία κύρια χαρακτηριστικά: Ποιοτική έκπτωση της επικοινωνίας, ποιοτική έκπτωση στην εγκαθίδρυση των κοινωνικών συναλλαγών και περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά πλαίσια συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων (American Psychiatric Association, 2000).

Η διαταραχή περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1943 από τον παιδοψυχίατρο Dr. Leo Kanner. Ανεξάρτητα από την έρευνα του Dr. Kanner, ο παιδίατρος Dr. Hans Asperger δημοσίευσε μία παρόμοια έρευνα στην Αυστρία ένα χρόνο μετά. Ο όρος αυτισμός δημιουργήθηκε και άρχισε να χρησιμοποιείται πια ευρέως μέσα στο χρόνο. Το αυτιστικό φάσμα, όπως το κατανοούμε σήμερα αποσαφηνίστηκε το 1980. Επειδή μόλις πρόσφατα αναγνωρίστηκε σαν διαταραχή, υπάρχουν ακόμα πολλά τα οποία έχουμε να μάθουμε για τις/την αιτία/ες με σκοπό την κατάλληλη παρέμβαση.

Μερικές ΔΦΑ παρουσιάζουν ομοιότητες με πολυάριθμες άλλες διαταραχές, οι οποίες αποσαφηνίζονται από το DSM-IV⁹ και είναι η σχιζοφρένεια, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (ΔΕΠ) και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ). Λόγω των εμφανών διαταραχών επικοινωνίας, τα οποία είναι χαρακτηριστικά στο φάσμα του αυτισμού, οι λογοπεδικοί αποτελούν αναπόσπαστο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, η οποία είναι υπεύθυνη για την αξιολόγηση και τη διάγνωση των ΔΦΑ.

⁹ Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο για τις Νοητικές Διαταραχές.

Τα λοιπά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας είναι οι παιδίατροι, οι νευρολόγοι, οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι νοσηλεύτές, οι δάσκαλοι και οι ακοολόγοι. Οι λογοθεραπευτές θα πρέπει να έχουν γνώση και εμπειρία για να διαφοροποιούν τις διαταραχές αυτιστικού φάσματος από τις υπόλοιπες διαταραχές.

Το φάσμα του Αυτισμού

Το αυτιστικό φάσμα αποτελείται από πέντε διαταραχές. Είναι ο αυτισμός, το σύνδρομο Asperger, η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή, η διαταραχή Rett και η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (συμπεριλαμβανομένου και του άτυπου αυτισμού). Τα κύρια χαρακτηριστικά των πέντε διαταραχών, αναφορικά με το DSM-IV, είναι τα ακόλουθα:

Τον **αυτισμό** χαρακτηρίζουν οι διαταραχές στην επικοινωνιακή ικανότητα του ατόμου, τα περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά πλαίσια συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, και η καθυστερημένη και μη φυσιολογική λειτουργικότητα στις παρακάτω περιοχές πριν την ηλικία των τριών ετών: κοινωνική συναλλαγή, γλώσσα που χρησιμοποιείται για την κοινωνική συναλλαγή, συμβολικό και αυθόρμητο παιχνίδι.

Σε ότι αφορά το **σύνδρομο Asperger**, η κοινωνική αλληλεπίδραση παρουσιάζεται εμφανώς διαταραγμένη, έρχονται ξανά στο προσκήνιο τα περιορισμένα, επαναλαμβανόμενα και στερεοτυπικά πλαίσια συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων ενώ η γλωσσική και γνωστική ικανότητα του ατόμου αναπτύσσεται με φυσιολογικούς ρυθμούς. Τέλος, παρατηρείται φυσιολογική αυτοεξυπηρέτηση και προσαρμοστική συμπεριφορά.

Στην **παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή**, οι τομείς της κατανόησης, της έκφρασης στην επικοινωνία, των κοινωνικών σχέσεων, του παιχνιδιού, της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και των κοινωνικών δεξιοτήτων αναπτύσσονται τυπικά για τουλάχιστον δύο χρόνια. Παρόλα αυτά, ακολουθεί σημαντική απώλεια των προαναφερθέντων κατεκτημένων δεξιοτήτων, με υπολειπόμενες παθολογικές συμπεριφορές συμπληρωμένες από τα κριτήρια των διαταραχών του αυτιστικού φάσματος (ΔΑΦ).

Η *διαταραχή Rett* επιτρέπει την τυπική ανάπτυξη του ατόμου μεταξύ των 5 έως των 48 μηνών και πρόκειται για μια διαταραχή, η οποία εμφανίζεται κατά γενική ομολογία σε κορίτσια (κληρονομικά αίτια). Η προοδευτική εκφύλιση ξεκινά από την ηλικία των 5 έως 48 μηνών και στοιχειοθετείται από: επιβράδυνση της αύξησης του μεγέθους της κεφαλής, απώλεια προγενέστερων επίκτητων δεξιοτήτων των χεριών με συνοδή ανάπτυξη στερεοτυπικών κινήσεων και κακό συντονισμό κίνησης του κορμού και της βάδισης. Επιπλέον, παρατηρείται έκπτωση της ανάπτυξης της γλωσσικής αντίληψης και έκφρασης.

Η πέμπτη και τελευταία διαταραχή, γνωστή ως *διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς* (συμπεριλαμβανομένου του άτυπου αυτισμού) συναντά συμπεριφορές και χαρακτηριστικά του φάσματος του αυτισμού αλλά δεν συμφωνεί με τα κριτήρια των τεσσάρων άλλων τύπων ΔΑΔ (American Psychiatric Association, 1994).

Η εμφάνιση των διαταραχών αυτιστικού φάσματος είναι υψηλότερη στα αγόρια από ότι στα κορίτσια (αναλογία 4:1). Το σύνδρομο του Rett και η παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή είναι σπάνιες. Το σύνδρομο Asperger μερικές φορές αποκαλείται και «αυτισμός υψηλής λειτουργικότητας» επειδή και οι δύο διαταραχές μοιράζονται κοινή συμπτωματολογία.

Ένα άτομο με διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού μπορεί να παρουσιάσει συγκεκριμένες συμπεριφορές ως προς την έκφραση και την κατανόηση της γλώσσας, την πραγματολογία (χρήση της γλώσσας), τη σημασιολογία, τη σύνταξη της κατανόησης της μορφολογίας και της φωνολογικής συμπεριφοράς. Πολλές συμπεριφορές οι οποίες είναι τυπικές στις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού αναφέρονται παρακάτω σε κατηγορίες. Επειδή υπάρχει ποικιλομορφία στην εικόνα κάθε ατόμου με την εν λόγω διαταραχή, οι συμπεριφορές παρακάτω μπορεί να μην απαντώνται σε κάθε εξεταζόμενο.

Γενική έκφραση και κατανόηση

Δυσκολία στην κατανόηση της γλώσσας, μονότονη φωνή και υψηλού τόνου φωνή, ηχολαλία, στερεοτυπίες, ομιλία δίχως νόημα, προτίμηση σε μηχανικούς ήχους παρά στην ανθρώπινη φωνή, μειωμένο ενδιαφέρον για επικοινωνία, φτωχή ανταπόκριση στις εντολές.

Πραγματολογία

Έλλειψη απόκρισης στους άλλους, δυσκολία στη διατήρηση θέματος σε μια συζήτηση, ελάχιστη χρήση μη λεκτικής επικοινωνίας, έλλειψη βλεμματικής επαφής, δυσκολία με την εναλλαγή θεμάτων, επιλογή για απομόνωση, απροθυμία να τον/την κρατάνε, ακουμπάνε, να αγκαλιάζουν.

Σημασιολογία

Αργή κατάκτηση της ομιλίας, δυσκολία στην ανάκληση λέξεων, περιορισμένη χρήση του νοήματος των λέξεων (δυσκολία υπεργενίκευσης), φτωχή ικανότητα κατηγοριοποίησης, φτωχή κατανόηση στη σχέση των λέξεων.

Σύνταξη / Μορφολογία

Αντίστροφη χρήση των αντωνυμιών, δυσκολία με τους μορφολογικούς κανόνες (πληθυντικός αριθμός, κλίσεις, χρόνοι ρημάτων), κατάχρηση ενός ή δύο βασικών προτασιακών μορφών, δυσκολία ως προς τη σειρά των λέξεων, απαλοιφή των γραμματικών μορφημάτων.

Φωνολογία

Αρθρωτικές διαταραχές, καθυστερημένη κατάκτηση των ήχων της ομιλίας αλλά ανάπτυξη κατάλληλων προτύπων ομιλίας σε βάθος χρόνου, δυσκολία στον διαχωρισμό των ήχων και των ορίων των λέξεων.

Αιτιολογία του Αυτισμού

Τα αίτια του αυτισμού δεν έχουν επαρκώς διαλευκανθεί με συνέπεια να δυσχεραίνεται η αντιμετώπιση και η αποτελεσματική θεραπεία. Σε πολλές περιπτώσεις τα συμπτώματα του αυτισμού συνδέονται με ασθένειες ή επιπλοκές που παρουσιάζονται κατά την προγεννητική, την περιγεννητική και την μεταγεννητική περίοδο της ζωής τους. Καθότι οι γνώσεις που διαθέτουμε σήμερα για τον αυτισμό δεν είναι ικανές να μας βοηθήσουν στην εξαγωγή ενός βάσιμου και έγκυρου συμπεράσματος σε ότι αφορά τα αίτια, θα αναφερθούν οι υποθέσεις, οι οποίες αντιπροσωπεύονται περισσότερο και θεωρούνται πιο έγκυρες από τους ερευνητές.

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Οι υποστηρικτές της βιολογικής θεωρίας αποδίδουν τον αυτισμό σε αλλοιώσεις του εγκεφάλου από οργανικές ή μεταβολικές αιτίες, όπως λόγω χάριν ,οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες, οι μεταβολικές διαταραχές, επιπλοκές κατά την προγεννητική, περιγεννητική και μεταγεννητική περίοδο καθώς και αίτια νευρολογικής φύσεως. Παρότι η θεωρία των οργανικών παραγόντων υποστηρίζεται πολύ από τους μελετητές, δεν μπορεί να γίνει πλήρως αποδεκτή καθώς δεν έχει να παρουσιάσει στατιστικά δεδομένα, που επιβεβαιώνουν τον αυτισμό των παιδιών με εγκεφαλικές βλάβες.

ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Ο Asperger, ήταν από τους πρώτους ερευνητές που ασχολήθηκε με τον αυτισμό και κατά την άποψη του το αυτιστικό σύνδρομο συνδέεται με κάποια προδιάθεση και μπορεί να οριστεί γενετικά. Ο Asperger, με βάση τις παρατηρήσεις του, υποστήριξε ότι όλα τα παιδιά που εξέτασε με το σύνδρομο της «αυτιστικής ψυχοπάθειας», είχαν γονείς και συγγενείς με όμοια συμπτώματα. Η άποψη όμως, ότι τα αυτιστικά παιδιά έχουν αυτιστικούς γονείς, με βάση τα αποτελέσματα των μέχρι σήμερα ερευνών, θεωρείται υπερβολική. Πρόσφατες έρευνες, δείχνουν την ύπαρξη μιας γενετικής προδιάθεσης. Τα αδέρφια των αυτιστικών παιδιών εμφανίζουν διαταραχές στην αντίληψη, στη γλώσσα και στη μάθηση. Ομοίως, ο Rutter υποστηρίζει ότι η κληρονομικότητα, διαδραματίζει βασικό ρόλο στην εμφάνιση του αυτιστικού συνδρόμου. Κληρονομείται μια ευρύτερη προδιάθεση για διαταραχές στο γνωστικό αλλά και γλωσσικό τομέα και μας είναι άγνωστοι οι γενετικοί μηχανισμοί που συμμετέχουν. Παρ' όλο που τα τελευταία χρόνια υπερισχύουν τα γενετικά αίτια, η βιβλιογραφία που υπάρχει δεν επαρκεί και δεν αποδεικνύει ότι η αιτιολογία του αυτιστικού συνδρόμου είναι γενετική.

ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΙΤΙΑ

Όσον αφορά τις απόψεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας (Firth,1999) «ο αυτισμός προκαλείται από ψυχοδυναμικές συγκρούσεις μεταξύ της μητέρας και του παιδιού ή από κάποιο έντονο υπαρξιακό άγχος που βιώνεται από το παιδί και θεραπεύεται με την επίλυση της πρωταρχικής σύγκρουσης» (Κυπριωτάκης,2003). Παρά την έλλειψη επαρκών στοιχείων για αυτή την αντίληψη, η λανθασμένη αυτή πεποίθηση κυριαρχεί ακόμα και σήμερα.

Στην πραγματικότητα είναι αδύνατο να γίνει ένα παιδί αυτιστικό, επειδή η μητέρα του δεν του πρόσφερε επαρκή αγάπη ή επειδή αισθάνεται ότι απειλείται η ζωή του ή η ταυτότητα του. Οι τραυματικές εμπειρίες του παιδιού επηρεάζουν αναντίρρηση την εξέλιξη του παιδιού, όμως εκατομμύρια παιδιά σε όλο τον κόσμο με τραυματικά βιώματα δεν έχουν παρουσιάσει αυτισμό. Επιπλέον, δεν υπάρχουν έρευνες, οι οποίες να στηρίζουν την παραπάνω άποψη. Το αυτιστικό σύνδρομο μπορεί να εμφανιστεί σε ένα παιδί οποιασδήποτε οικογένειας, οποιουδήποτε κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου και όχι μόνο σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα. Ακόμη, τα βιώματα των παιδιών κατά την κύηση δεν επηρεάζουν την μετέπειτα πορεία τους. Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες παρουσίαζαν έντονα προβλήματα κατά την περιγεννητική περίοδο, δεν παρουσίαζαν κανένα πρόβλημα από εκείνα των οποίων οι μητέρες δεν αντιμετώπιζαν τις ίδιες ή παρόμοιες δυσκολίες (Κυπριωτάκης,2003).

ΣΥΝΟΨΙΖΟΝΤΑΣ,

Η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση είναι ωφέλιμη όχι μόνο για το παιδί αλλά και για την οικογένεια και τους επαγγελματίες ειδικούς, οι οποίοι συναναστρέφονται με το παιδί και την οικογένεια. Η πρόωρη παρέμβαση στο κατάλληλο εκπαιδευτικό πλαίσιο και με τους κατάλληλους ειδικούς, έχει ως αποτέλεσμα τα παιδιά, να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους στο προφορικό λόγο έως 75%, στην αναπτυξιακή τους πρόοδο, γνωστικές ικανότητες και στη διαχείριση συμπεριφοράς (Γκονέλα,2006). Σκοπός λοιπόν, της διάγνωσης είναι να προσφερθεί η κατάλληλη αρωγή στην οικογένεια σε ότι αφορά την κατανόηση των δυσκολιών του παιδιού και στην παροχή των σωστών κατευθυντήριων οδηγιών στους άμεσα εμπλεκόμενους με το παιδί, για να προκύψει το επιθυμητό αποτέλεσμα τόσο για τους ίδιους όσο και για το παιδί.

Τέλος, η διάγνωση αποσκοπεί στην πρόταση τρόπων για κατάλληλες και αποτελεσματικές μεθόδους. Η έγκαιρη διάγνωση έχει ως στόχο: α) τη μείωση του οικογενειακού άγχους, β) την παροχή υποστήριξης στην οικογένεια, γ)την κατάλληλη ιατρική και εκπαιδευτική φροντίδα στο παιδί. Διότι, όπως υποστηρίζει και ο Peeters (2000), η σωστή και έγκαιρη διάγνωση οδηγεί στην κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΚΩΦΩΣΗ - ΒΑΡΗΚΟΪΑ

Εισαγωγή

Μορφή αναπηρίας αποτελεί και η κώφωση, η οποία, μαζί με τη βαρηκοΐα, ανήκουν στις αισθητηριακές αναπηρίες της ακοής, σύμφωνα με το άρθρο 3 «Μαθητές με αναπηρίες και με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» του τελευταίου νόμου 3699/2008. Η κώφωση και η βαρηκοΐα είναι δύο όροι, οι οποίοι, όπως είναι ευρέως διαδεδομένο, προσδιορίζουν το βαθμό της ακουστικής απώλειας, που χαρακτηρίζει ένα άτομο. Επί αιώνες το κοινωνικό σύνολο διατηρούσε την άποψη ότι το να είναι κάποιος κωφός αποτελεί πρόβλημα. Η συγκεκριμένη αρνητική άποψη βασίζεται στην παραδοχή ότι δεν υφίσταται μια βιολογική συνιστώσα, που ονομάζεται ακοή και είναι το επίκεντρο της ζωής των «φυσιολογικών» ατόμων. Στον αντίποδα, μια διαφορετική στάση αντιμετώπισης της κώφωσης είναι αυτή που προσεγγίζει τους κωφούς ως πηγή στήριξης. Οι κωφοί επιθυμούν να περάσουν τα μήνυμα ότι δεν πρέπει να εστιάζουμε στην ιδέα της «μη δυνατότητας να ακούσουν», που διέπει τη στάση του κόσμου των ακουόντων, αλλά στη «δυνατότητα να βλέπουν», που αποτελεί το επίκεντρο της ζωής στον κόσμο των κωφών (Kourbetis & Gargalis, 2006). Οι κωφοί θεωρούν ότι η κουλτούρα τους αποτελεί έναν πολύ σημαντικό συντελεστή για τη ζωή τους. Σήμερα, αποτελούν μια ομάδα με κοινά πολιτισμικά χαρακτηριστικά, που προκύπτουν από την ιδέα ότι είναι άτομα που «βλέπουν». Η πρόσβαση τους μέσα στην κοινωνία πραγματοποιείται μέσα από τη δυνατότητα της «όρασης» και βρίσκεται σε απόλυτη αντίθεση με τις αντιλήψεις που θέλουν την «έλλειψη ακοής» ως κυρίαρχο χαρακτηριστικό τους.

Ορισμός

Όπως προκύπτει, ένα κωφό άτομο είναι ένα βλέπων άτομο. Οι κωφοί είναι άνθρωποι που, σε όλους τους τομείς της ζωής τους, προσλαμβάνουν τον κόσμο οπτικά. Μέσω

της όρασης τους, δομούν τη σκέψη και τη γλώσσα τους, δίχως όμως να βιώνουν την ιδιαιτερότητα τους ως προβληματική.

Ωστόσο, για να προσδιοριστεί το κωφό άτομο με γνώμονα το κριτήριο της πρόσληψης και κατανόησης της προφορικής γλώσσας της πλειονότητας, ο ορισμός που θεωρείται ως ο περισσότερο αποδεκτός στον εκπαιδευτικό χώρο, είναι αυτός που υιοθετήθηκε σε συνάντηση των διευθυντών των σχολείων κωφών της Αμερικής (Mooges, 1996). Σύμφωνα με αυτόν, κωφό είναι το άτομο, το οποίο, εξαιτίας της απώλειας της ακοής του – ο βαθμός απώλειας της ακοής είναι συνήθως μεγαλύτερος από 70 dB (decibel) στις βασικές και στις υψηλές συχνότητες -, παρεμποδίζεται στην κατανόηση της ομιλίας μέσω του ακουστικού καναλιού, χρησιμοποιώντας ή μη ακουστικά βαρηκοΐας ή άλλα τεχνικά βοηθήματα.

Κατ' αναλογία, βαρήκοο είναι το άτομο το οποίο, εξαιτίας της απώλειας της ακοής του – ο βαθμός απώλειας της ακοής του κυμαίνεται συνήθως στα 25-69 dB σε όλες τις συχνότητες -, δυσκολεύεται αλλά δεν παρεμποδίζεται στην κατανόηση της ομιλίας μέσω του ακουστικού καναλιού, χρησιμοποιώντας ή μη ακουστικά βαρηκοΐας ή άλλα τεχνικά βοηθήματα.

Με άλλα λόγια, οι κωφοί έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες και στη γλώσσα μόνο μέσω της όρασης, ενώ οι βαρήκοοι έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες και μέσω της ακοής τους, λειτουργώντας περισσότερο ή λιγότερο ως ακούοντα άτομα, παρότι μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Συμπερασματικά, κωφοί θεωρούνται οι μαθητές οι οποίοι με ή χωρίς τεχνικά βοηθήματα (ακουστικά ή κοχλιακά εμφυτεύματα) δεν κατανοούν πλήρως την ομιλία σε απόσταση 1,5 με 2 μέτρα μέσω της ακουστικής τους ικανότητας.

Ο προσδιορισμός του κωφού ατόμου

Ο όρος «κωφός» είναι ένας όρος που σπάνια χρησιμοποιείται από την ιατρική κοινότητα. Στις ιατρικές γνωματεύσεις είναι συνηθέστερο να συναντήσουμε τον όρο «βαρηκοΐα», ο οποίος συνοδεύεται από ένα επίθετο που προσδιορίζει τον βαθμό της ακουστικής απώλειας του ατόμου, ένα επίθετο που προσδιορίζει τον τύπο της ακουστικής απώλειας ανάλογα, βέβαια, με τη φύση της παθολογίας της απώλειας της

ακοής, και ,τέλος, ένα επίθετο που προσδιορίζει αν η βλάβη αφορά μόνο το ένα ή και τα δύο αυτιά του ατόμου. Κατά συνέπεια, οι όροι «κωφός» και «κώφωση» αντικαθίστανται με τους όρους «βαρήκοος» και «βαρηκοΐα» αντίστοιχα, οι οποίοι δεν δηλώνουν ξεκάθαρα ότι το άτομο δεν έχει δυνατότητα πρόσβασης στις πληροφορίες που προσλαμβάνονται μέσω της ακουστικής οδού. Πιο συγκεκριμένα, οι όροι που χρησιμοποιούνται στις ιατρικές γνωματεύσεις από την ιατρική κοινότητα είναι οι εξής:

A. Ως προς τον βαθμό της απώλειας της ακοής (Παπαφράγκος, 1996) :

Φυσιολογική ακοή	0-15 dB
Πολύ μικρού βαθμού βαρηκοΐα	15-25 dB
Μικρού βαθμού βαρηκοΐα	25-40 dB
Μέτριου βαθμού βαρηκοΐα	40-55 dB
Μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα	55-70 dB
Πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα	70-90 dB
Πάρα πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα	90-110 dB

B. Ως προς τη φύση της παθολογίας του αυτιού:

Νευροαισθητήρια βαρηκοΐα : Ο όρος «νευροαισθητήρια» υποδεικνύει ότι η βλάβη βρίσκεται στο νευροαισθητήριο σύστημα αντίληψης του ήχου, και το μέρος του οργάνου που παρουσιάζει πρόβλημα είναι το εσωτερικό αυτί, το κοχλιακό νεύρο, η κεντρική ακουστική οδός και ο ακουστικός φλοιός.

Βαρηκοΐα αγωγιμότητας : Ο όρος «αγωγιμότητας» υποδεικνύει ότι η βλάβη βρίσκεται στο σύστημα της αγωγής του ήχου, δηλαδή στο εξωτερικό ή στο μέσο αυτί.

Μεικτού τύπου βαρηκοΐα : Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται όταν στο ίδιο αυτί συνυπάρχουν βαρηκοΐα αγωγιμότητας και νευροαισθητήρια βαρηκοΐα (Martin & Clark, 2006).

C. Ως προς το όργανο που παρουσιάζει την παθολογία:

Αμφοτερόπλευρη βαρηκοΐα: Με τον όρο «αμφοτερόπλευρη» δηλώνεται ότι το άτομο έχει βαρηκοΐα και στα δύο του αυτιά.

Μονόπλευρη βαρηκοΐα: Με τον όρο «μονόπλευρη» δηλώνεται η ύπαρξη βαρηκοΐας μόνο στο ένα αυτί του ατόμου.

Διάγνωση της κώφωσης

Οι μέθοδοι διάγνωσης της κώφωσης κατά την παιδική ηλικία χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες : Α) *Τις αντικειμενικές μεθόδους διάγνωσης*, στις οποίες δεν απαιτείται η συνεργασία του ατόμου που βρίσκεται υπό εξέταση, και Β) *Τις υποκειμενικές μεθόδους διάγνωσης*, στις οποίες το άτομο καλείται να συνεργαστεί και να απαντήσει για το αν ακούει ή όχι.

Η διάγνωση της κώφωσης πριν από την ηλικία των 2 έως 2,6 ετών πραγματοποιείται μέσω αντικειμενικών μεθόδων, διότι η συμμετοχή των νηπίων σε υποκειμενικές μεθόδους διάγνωσης, δεν καθίσταται δυνατή. Η πλέον συνήθης ***αντικειμενική μέθοδος έγκαιρης διάγνωσης*** της κώφωσης στα νεογνά και στα βρέφη είναι η μέθοδος των προκλητών ακουστικών δυναμικών εγκεφαλικού στελέχους ¹⁰. Με τη συγκεκριμένη μέθοδο, παρότι δεν μπορεί να προσδιοριστεί με απόλυτη ακρίβεια το κατώφλι ακουστότητας του ατόμου ¹¹, συνήθως γίνεται εκτίμηση του μεγέθους της απώλειας ακοής (Martin & Clark, 2006. Παπαφράγκος, 1996). Μια ακόμη σειρά αντικειμενικών μετρήσεων που χρησιμοποιούνται με εύκολο και γρήγορο τρόπο, για τον ακριβή προσδιορισμό της φύσης της ακουστικής βλάβης, είναι οι μετρήσεις ακουστικής αντίστασης, ή αλλιώς εξετάσεις τυμπανομετρίας, μέσω των οποίων δεν αξιολογείται ποσοτικά η ακουστική απώλεια, αλλά εκτιμάται άμεσα η κατάσταση και η λειτουργία του μέσου αυτιού. Σε ότι αφορά τις ***υποκειμενικές μεθόδους διάγνωσης***, η πλέον διαδεδομένη μέθοδος εξέτασης της ακοής θεωρείται η μέθοδος της τονικής ακοομετρίας. Με τη βοήθεια αυτής της μεθόδου, μπορεί να μετρηθεί η ικανότητα του ατόμου να ακούει καθαρούς τόνους, ήχους που αποτελούνται από μία μόνο συχνότητα.

¹⁰ Τα προκλητά ακουστικά δυναμικά δημιουργήθηκαν για την εύρεση της ουδού ακοής σε άτομα που είτε δεν μπορούν, είτε δεν επιθυμούν να συνεργαστούν στις ακοολογικές εξετάσεις. Παρουσιάζονται ακουστικά ερεθίσματα και προκαλούνται ηλεκτρικά δυναμικά σε ολόκληρο το ακουστικό νευρικό σύστημα. Τα ηλεκτρικά δυναμικά καταγράφονται μετά από το ακουστικό ερέθισμα, και ανάλογα με τον χρόνο εμφάνισης τους μας παρέχουν πληροφορίες για την ακουστική οδό (Τρίμμης, 2004)

¹¹ Κατώφλι ακουστότητας του ατόμου είναι το ελάχιστο (κατώτερο) όριο που οι ήχοι γίνονται αντιληπτοί από αυτό, με ποσοστό επιτυχίας 50%.

Από τη μέτρηση της ακοής με τη μέθοδο αυτή, διαμορφώνεται το ακούγραμμα το ατόμου, μέσω του οποίου προσδιορίζεται ακριβώς ο βαθμός της ακουστικής του απώλειας.

Τα αίτια της κώφωσης

Η διευκρίνιση των αιτιών της βαρηκοΐας και της κώφωσης θεωρείται μέχρι σήμερα μια περίπλοκη διαδικασία για την πλειονότητα των περιπτώσεων των κωφών και βαρήκοων παιδιών (Martin & Clark, 2006. Moores, 1996). Τα αίτια της παιδικής βαρηκοΐας ή κώφωσης μπορούν να ταξινομηθούν σε προγενετικά, περιγενετικά ή μεταγενετικά, και είναι η κληρονομικότητα, η ερυθρά, αν νοσήσει η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο κυτταρομεγαλοϊός, η ασυμβατότητα αίματος μεταξύ μητέρας-παιδιού, και άλλες περιπλοκές σχετιζόμενες με προωρότητα, η ανοξία του εμβρύου σε περιπτώσεις παράτασης του τοκετού, οι κακώσεις κατά τον τοκετό, η εμφάνιση πυρηνικού ίκτερου μετά τη γέννηση του παιδιού, η χρήση ωτοτοξικών φαρμάκων, παθήσεις μη κληρονομικές, και περιπτώσεις τραυματισμών.

Παρόλα αυτά, το σημαντικότερο αίτιο της κώφωσης έχει αποδειχτεί ότι είναι η κληρονομικότητα, η οποία ευθύνεται για το 50-60 % των περιπτώσεων της νευροαισθητήριας πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐας κατά την παιδική ηλικία (Ackley & Decker, 2006). Η μεγάλη διακύμανση της κληρονομικότητας ως αιτίας της κώφωσης, οφείλεται στην πολυπλοκότητα του ανθρώπινου ακουστικού μηχανισμού και στο μεγάλο αριθμό γονιδίων που εμπλέκονται στην ανάπτυξη του. Όσον αφορά τα υπόλοιπα αίτια, είναι δύσκολος ο καθορισμός του βαθμού, στον οποίο τα άλλα αίτια συμβάλλουν στη δημιουργία του πληθυσμού των κωφών.

Τεχνικά βοηθήματα ακοής

Στη σημερινή εποχή, τα περισσότερα διαδεδομένα συστήματα ενίσχυσης του ήχου είναι τα ατομικά ακουστικά βαρηκοΐας. Υπάρχουν πολλών ειδών ακουστικά, από τα οποία τα οπισθοωτιαία έχουν αποδειχτεί τα καταλληλότερα για τα παιδιά και για τα άτομα με μεγάλη ακουστική απώλεια. Περισσότερο εξελιγμένη τεχνολογία σήμερα στα ακουστικά βαρηκοΐας είναι η ψηφιακή, η οποία, σε σχέση με την τεχνολογία των αναλογικών ακουστικών, που ήταν πιο συνηθισμένη στο παρελθόν, επιτρέπει

καλύτερη πρόσληψη του σήματος της ομιλίας, παρέχοντας τη δυνατότητα επιλεκτικής ενίσχυσης συχνοτήτων σύμφωνα με το προσωπικό ακούγραμμα του χρήστη για βελτιωμένη απόδοση σε συνθήκες επικράτησης θορύβου. Εκτός από τα ατομικά ακουστικά βαρηκοΐας, υπάρχουν και ομαδικά συστήματα ενίσχυσης της ακοής που μπορούν να χρησιμοποιηθούν μέσα σε μια σχολική τάξη, τα πιο γνωστά από τα οποία είναι τα συστήματα FM ελευθέρου πεδίου (Hersh & Johnson, 2003). Τέλος, το πιο πρόσφατο τεχνολογικό βοήθημα ακοής, που προορίζεται για τα άτομα με πάρα πολύ μεγάλο βαθμού νευροαισθητήρια βαρηκοΐα αμφοτερόπλευρη, είναι τα κοχλιακά εμφυτεύματα, η χρήση των οποίων έχει γεννήσει πολλές αντιπαραθέσεις. Η λειτουργία των κοχλιακών εμφυτευμάτων βασίζεται στην ενεργοποίηση των νευρικών ιών του ακουστικού νεύρου από ηλεκτροακουστικά ερεθίσματα (Nevins & Chute, 1996). Ως νέα τεχνολογία, τα κοχλιακά εμφυτεύματα πρέπει να ιδωθούν σε συνάρτηση με το κοινωνικό, πολιτικό και εκπαιδευτικό περιβάλλον των κωφών παιδιών.

2.1.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ - ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (ΔΕΠ-Υ)

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές ψυχιατρικών αναπτυξιακών διαταραχών που εντοπίζονται σε παιδιά σχολικής ηλικίας με επιπολασμό 7% (Froelich, Lanphear, Epstein, Barbaresi, Katusic & Kahn, 2007) και 6% σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Posner, Melvin, Murray, Gugga, Fisher, Skrobala et al., 2007) στις Η.Π.Α. Είναι αλήθεια ότι μια ομάδα ερευνητών υποστηρίζει ότι σε μια σχολική τάξη 25-30 παιδιών τουλάχιστον ένας μαθητής εμφανίζει συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (National Institute of Mental Health, 2003).

Σε ότι αφορά ποικίλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα, το ποσοστό αγγίζει περίπου το 10% του παιδικού πληθυσμού (Καλαντζή-Αζίζι, 1998.Μανιαδάκη & Κακούρος, 2008). Η εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ αφορά σε μεγαλύτερο ποσοστό τα αγόρια παρά τα κορίτσια με αναλογία 3:1 έως 9:1 εις βάρος των αγοριών. Επιπλέον, έχουν παρατηρηθεί διαφορές στον τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων με τα αγόρια να κατέχουν τα πρωτεία στην εμφάνιση διαταραχών συμπεριφοράς (προκλητικότητα, επιθετικότητα), δηλαδή εξωτερίκευση των συμπτωμάτων, και τα κορίτσια να παρουσιάζουν γνωστικά ελλείμματα (όπως χαμηλό νοητικό δυναμικό, διαταραχές στην ανάπτυξη του λόγου, ακαδημαϊκή υποεπίδοση) καθώς και διαταραχές άγχους, που σηματοδοτούν την εσωτερίκευση των συμπτωμάτων (Rucklidge ,2008. Zevenbergen & Ryan, 2010). Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα. Σύμφωνα με το DSM-IV-TR¹²(American Psychiatric Association, 2000), η ΔΕΠ-Υ μαζί με τη Διαταραχή Διαγωγής και την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, εντάσσονται στην κατηγορία των «Διαταραχών Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς». Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ (Πίνακας 1) , συνήθως έχουν κάνει την εμφάνιση τους πριν από το έβδομο έτος της ηλικίας και προκαλούν έκπτωση της λειτουργικότητας που αντανάκλαται σε δύο ή περισσότερα πλαίσια της καθημερινότητας του παιδιού (τα δύο συνηθέστερα αφορούν το σπίτι και το σχολείο) για χρονικό διάστημα τουλάχιστον μεγαλύτερο από 6 μήνες (American Psychiatric Association, 2000). Σε περίπτωση που πληρούνται τα κριτήρια A(1) και A(2) τους τελευταίους έξι μήνες, τότε η διάγνωση που τίθεται είναι «ΔΕΠ-Υ Συνδυασμένος Τύπος». Όταν πληρούται μόνο το κριτήριο A(1) τότε διαγιγνώσκεται ως «ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο», ενώ όταν πληρούται μόνο το κριτήριο A(2), κάνουμε λόγο για «ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον Υπερδραστήριο-Παρορμητικό Τύπο». Τέλος, εάν τα κριτήρια δεν σχετίζονται με κανέναν από τους τρεις τύπους, τα άτομο διαγιγνώσκονται ως «ΔΕΠ-Υ, Μη προσδιοριζόμενο Αλλιώς».

¹² Το DSM-IV-TR (2000) αποτελεί την τελευταία αναθεωρημένη έκδοση του Αμερικανικού Διαγνωστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών.

A. Είτε το (1), είτε το (2):	
(1) Έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα απροσεξίας έχουν επίμονα παρατηρηθεί σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο για τουλάχιστον 6 μήνες:	
ΑΠΡΟΣΕΞΙΑ	
i.	Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες
ii.	Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε δουλειές ή δραστηριότητες
iii.	Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος
iv.	Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να φέρει εις πέρας σχολικές εργασίες, δουλειές που του ανατίθενται ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας
v.	Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες
vi.	Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος (-η) να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν αδιάκοπη πνευματική προσπάθεια (π.χ. σχολική εργασία ή προπαρασκευή μαθημάτων στο σπίτι)
vii.	Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για δουλειές ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες που του έχουν δοθεί για το σπίτι, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία)
viii.	Συχνά η προσοχή διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα
ix.	Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες
(2) Έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας έχουν επίμονα παρατηρηθεί σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο για τουλάχιστον 6 μήνες:	
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	
i.	Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του
ii.	Συχνά αφήνει τη θέση στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα μείνει καθισμένος (-η)
iii.	Συχνά τρέχει και σκαφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε περιστάσεις που δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες
iv.	Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε ελεύθερες δραστηριότητες ή συχα
v.	Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή»
vi.	Συχνά ομιλεί υπερβολικά
ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	
vii.	Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση
viii.	Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της
ix.	Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια)

Πίνακας 1: Διαγνωστικά Κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ κατά DSM-IV-TR (2000)

Προδιαθεσικοί Παράγοντες για την Εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ

Πολυάριθμες και διαχρονικές μελέτες με μονοζυγωτικά δίδυμα, υιοθετημένα παιδιά και μέλη της ίδιας οικογένειας (Rietveld, Hudziak, Bartels & Boomsma, 2004) έχουν αποδείξει ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια οικογενή διαταραχή με υψηλά ποσοστά κληρονομικότητας (20-50% μεταξύ συγγενών πρώτου βαθμού), καθοριζόμενα σε αρκετά μεγάλο βαθμό από γονιδιακούς προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου¹³ (Faraone, Perlis, Doyle, Smoller, Goralnick, Holmgren et al., 2005). Οι παράγοντες αυτοί δεν επηρεάζουν αποκλειστικά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, αλλά καθορίζουν, μεταξύ άλλων, και τη χρονιότητα τους κατά την ανάπτυξη του ατόμου. Από την άλλη πλευρά, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, αλληλεπιδρώντας με το γονιδιακό φορτίο του ατόμου, χωρίς όμως να αποτελούν οι ίδιοι τις πρωταρχικές αιτίες εμφάνισης των συμπτωμάτων (Banerjee, Middleton & Faraone, 2007).

Νευροψυχολογικά ελλείμματα σε παιδιά και έφηβους με ΔΕΠ-Υ

Την τελευταία δεκαετία πραγματοποιήθηκε πληθώρα νευροψυχολογικών μελετών με θέμα τη ΔΕΠ-Υ. Παρότι δεν υφίσταται μια εξειδικευμένη νευροψυχολογική δοκιμασία για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, η νευροψυχολογική εκτίμηση είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο στα χέρια του κλινικού, το οποίο μπορεί να αναδείξει τα πρότυπα γνωστικής δυσλειτουργίας που παρατηρούνται στη διαταραχή αυτή (Nigg, 2005). Μεταξύ άλλων έχει εξεταστεί ο ρόλος των λειτουργιών της προσοχής, των εκτελεστικών λειτουργιών, των κινήτρων και της αντίληψης χρόνου ως παραμέτρων του γνωστικού συστήματος που επηρεάζονται στη ΔΕΠ-Υ. Σε ότι αφορά τα ελλείμματα στη λειτουργία της προσοχής, βασικό έλλειμμα αποτελεί η διατήρηση της προσοχής τους για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (συντηρούμενη προσοχή).

¹³ Προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου θεωρούνται η έκθεση του εμβρύου στο κάπνισμα της μητέρας, σε ναρκωτικές ουσίες ή αλκοόλη, υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης, μητρικό άγχος και κατάθλιψη καθώς και ο πρόωρος τοκετός και το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση.

Ελλείμματα, επίσης, παρατηρούνται στην επιλεκτική προσοχή, στην οπτική και ακουστική επαγρύπνηση (Seidman,2006), και τέλος, στη διαμοιρασμένη προσοχή. Πιο συστηματικά, ωστόσο, έχει μελετηθεί ο ρόλος των εκτελεστικών λειτουργιών, όπως ο ανασταλτικός έλεγχος ¹⁴, η εργαζόμενη μνήμη, η γνωστική ευελιξία, ο σχεδιασμός και η νοητική ευχέρεια, σε συνάρτηση με τη συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ. Μάλιστα το μοντέλο του Barkley (1997), συνιστά ως σοβαρότερο γνωστικό έλλειμμα την αδυναμία άσκησης ανασταλτικού ελέγχου στις συμπεριφορικές αντιδράσεις. Άλλα γνωστικά ελλείμματα αποτελούν η αντίληψη του χρόνου, ο μηχανισμός κινήτρων και οι μεταγνωστικές δεξιότητες.

Μαθησιακές δυσκολίες, νοητικό δυναμικό και σχολική επίδοση στη ΔΕΠ-Υ

Μια μεγάλη μερίδα παιδιών με ΔΕΠ-Υ (20-30%) εμφανίζουν μαθησιακές δυσκολίες (DuPaul & Stoner, 2003). Τα γνωστικά ελλείμματα σε συνδυασμό με τη διασπαστική συμπεριφορά μέσα στη σχολική τάξη συνδέονται σε σοβαρό βαθμό με την ακαδημαϊκή υποεπίδοση, η οποία εμφανίζεται σε ποσοστό 80% στη ΔΕΠ-Υ. Οι συχνότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ αφορούν τη γλωσσική ικανότητα. Συγκεκριμένα, τα γλωσσικά ελλείμματα στη ΔΕΠ-Υ εμπλέκονται με δυσκολίες στην ανάγνωση, στη γραφή, στην ορθογραφία, στην ταχύτητα κατανόησης λεκτικού υλικού, στην πραγματολογία, στη γραμματική πολυπλοκότητα, στη λεκτική ροή και στην ικανότητα αφήγησης. Δυσκολίες παρουσιάζουν και στην αριθμητική (Seidman, 2006), και πιο συγκεκριμένα στην ταχύτητα και στην ακρίβεια ολοκλήρωσης αριθμητικών υπολογισμών.

Συνοψίζοντας, συναντώνται δυσκολίες στην κίνηση (ποσοστό 50%), συνήθως με τη μορφή της αναπτυξιακής διαταραχής συντονισμού των κινήσεων και συνδέονται άρρηκτα με αδεξιότητα στην αδρή και λεπτή κινητικότητα. Επακόλουθο της αδυναμίας για οπτικοκινητικό συντονισμό είναι οι διαταραχές στην ικανότητα της γραφής (π.χ. φτωχή ικανότητα οργάνωσης του γραπτού υλικού στο διαθέσιμο χώρο, κ.α.).

¹⁴ Ο ανασταλτικός έλεγχος συνιστά την ικανότητα του εκούσιου ελέγχου των αντιδράσεων κατά τη διάρκεια μιας στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας.

ΤΥΦΛΟΤΗΤΑ

Εισαγωγή

Τα προβλήματα όρασης αποτελούν μια κατάσταση που κινείται ανάμεσα σε δύο διαμετρικά αντίθετες καταστάσεις, όπως η κανονική όραση από την μια και η απόλυτη οπτική δυσκολία, η τύφλωση (ή τυφλότητα), από την άλλη. Ο μικρότερος αριθμός των παιδιών με προβλήματα όρασης συγκροτείται από την κατηγορία των τυφλών παιδιών. Κατά τον Barraga (1983) : « Ένα παιδί θεωρείται οπτικά ανάπηρο όταν η οπτική του μειονεξία συντείνει στη μη μέγιστη απόδοση του στο μαθησιακό τομέα και απαιτούνται ειδικά προγράμματα, μέθοδοι και μέσα προκειμένου να μάθει και ν' αποκτήσει γνώσεις ». Οι οπτικές μειονεξίες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν κατά διαφορετικούς τρόπους. Από νομική - διοικητική άποψη, για λόγους υγείας και πρόνοιας, ο ορισμός προσδιορίζει δυο κατηγορίες παιδιών, σε σχέση με τα υφιστάμενα τεστ οπτικής οξύτητας : α) *Τα τυφλά* , και β) *Τα μερικώς βλέποντα*.

Ένα άτομο θεωρείται *τυφλό* όταν μπορεί να δει 20 / 200 ή και λιγότερο, ακόμη και με μέσα οπτικής ενίσχυσης. Ουσιαστικά, αυτό σημαίνει πως το παιδί αυτής της κατηγορίας μπορεί να δει κάτι καλά στα 20 cm, τη στιγμή που το ίδιο αντικείμενο, ένα άλλο παιδί με κανονική όραση μπορεί να το δει στα 200 cm (2 m). Η τυφλότητα δεν συνεπάγεται οπωσδήποτε απουσία οπτικής διέγερσης, αφού το τυφλό άτομο μπορεί να διακρίνει το σκοτάδι από το φως και ίσως να έχει κάποιες οπτικές εικόνες. Ένα άτομο θεωρείται *μερικώς βλέπον* ή *με χαμηλή όραση*, όταν παρουσιάζει οπτική ικανότητα μεταξύ 20/70 και 20/200 με ενίσχυση. Ο όρος αναφέρεται στα άτομα που μπορούν να αναγνώσουν τυπωμένο κείμενο όταν βοηθούνται από διάφορα μέσα οπτικής ενίσχυσης.

Ταξινόμηση Οπτικής Μειονεξίας

Σήμερα, η ταξινόμηση της οπτικής μειονεξίας κατευθύνεται όλο και περισσότερο προς τη χρήση εκπαιδευτικών όρων. Η κατάταξη αυτή από την άποψη της χρησιμοποιούμενης ορολογίας, διαφέρει από την αντίστοιχη νομική, η οποία εστιάζει κατά κύριο λόγο στην αποτελεσματικότητα της όρασης σε συνάρτηση με την απόσταση. Η εκπαιδευτική ταξινόμηση συστήνει τρεις κατηγορίες:

- ∇ Μέτρια οπτική μειονεξία
- ∇ Σοβαρή οπτική μειονεξία
- ∇ Βαριά οπτική μειονεξία

Η ταξινόμηση αυτή δεν βασίζεται στα αποτελέσματα των τεστ οπτικής ικανότητας, αλλά πρωτίστως στις απαιτούμενες ειδικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προκειμένου τα παιδιά των παραπάνω κατηγοριών να εκπαιδευτούν και να μάθουν.

Κατά τον Barraga (1986), :

- I.** Ένα παιδί έχει μέτρια οπτική μειονεξία όταν μπορεί με τη χρήση των κατάλληλων οπτικών βοηθημάτων και του απαραίτητο φωτισμού να πετύχει ότι και οι άλλοι βλέποντες συμμαθητές του τόσο στη γενική όσο και στην ειδική τάξη.
- II.** Ένα παιδί έχει σοβαρή οπτική μειονεξία ή χαμηλή οπτική ικανότητα, όταν μπορεί να βοηθηθεί σχετικά από τα οπτικά βοηθήματα με αποτέλεσμα να εξακολουθεί να χρησιμοποιεί την όραση ως διάυλο άντλησης πληροφοριών από το περιβάλλον με σκοπό τη μάθηση.
- III.** Ένα παιδί έχει βαριά οπτική μειονεξία όταν δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την όραση ως μέσο επίτευξης των εκπαιδευτικών του στόχων. Σε μια τέτοια περίπτωση η ακοή και η αφή υποκαθιστούν την όραση για την επίτευξη των εκπαιδευτικών στόχων.

Αιτιολογία της Τυφλότητας

Παρά τις τελευταίες εξελίξεις στο πεδίο της ιατρικής, η τύφλωση συνοδεύει 45.000.000 άτομα στον πλανήτη, δημιουργώντας κοινωνικά, ψυχολογικά, εκπαιδευτικά και οικονομικά προβλήματα. Ωστόσο, οφείλουμε να γνωρίζουμε ότι η τύφλωση προλαμβάνεται κατά 80%. Ο ρόλος, κατά συνέπεια, της ενημέρωσης του κοινωνικού συνόλου για την πρόληψη, αποτελεί ηθικό χρέος της ιατρικής κοινότητας, της πολιτείας και των φορέων που ασχολούνται με το θέμα αυτό να ενισχύσουν τις προσπάθειες τους για την πρόληψη και αντιμετώπιση της τυφλότητας σε όλο τον κόσμο. Η αιτιολογία της τύφλωσης συνδέεται με το βιοτικό και το υγειονομικό επίπεδο των χωρών. Η κληρονομικότητα συνιστά τον μεγαλύτερο αιτιολογικό συντελεστή των προβλημάτων όρασης ενός ατόμου. Είναι υπεύθυνη για το 37% των περιπτώσεων σοβαρής τύφλωσης των παιδιών. Το σύνολο των αιτίων διαιρείται σε προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά.

- I. Προγεννητικά:** Στα προγεννητικά αίτια ανήκουν τα διάφορα οικογενειακά εκφυλιστικά φαινόμενα, όπως η έλλειψη χρωστικής ουσίας στον χοριοειδή, στην ίριδα (αλφισμός) και στον αμφιβληστροειδή, σε διαθλαστικές ανωμαλίες, στην καταστροφή ή βλάβη του οπτικού νεύρου κ. ά. Επιπλέον, μολυσματικές ασθένειες της μητέρας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης (π.χ. ερυθρά), αφροδίσια νοσήματα (βλεννόρροια, σύφιλη κ.ά.), δηλητηριάσεις, κακώσεις του εμβρύου κατά την ενδομήτρια ζωή.
- II. Περιγεννητικά:** Συνηθέστεροι είναι οι τραυματισμοί του κρανίου κατά την ώρα του τοκετού. Επιπλέον, η ανοξία, τα προβλήματα του τοκετού (ασφυξία), αιμορραγία του εγκεφάλου, κτλ.
- III. Μεταγεννητικά:** Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει μολυσματικές ασθένειες κατά την παιδική ηλικία (μηνιγγίτιδα, οστρακιά, ευλογιά κ.ά.), αφροδίσια νοσήματα, διάφορες οφθαλμολογικές παθήσεις, τραυματισμοί των οφθαλμών, δηλητηριάσεις, διαταραχές στο μεταβολισμό, κακοήθεις όγκοι στον ιστό του οπτικού οργάνου, κλπ.

Συμπτώματα – Γνωρίσματα

Προβλημάτων Όρασης

Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί είναι εκείνοι , οι οποίοι διαχειρίζονται κατά κύριο λόγο τα παιδιά με προβλήματα στην όραση. Είναι σημαντικό να υπάρχει συνέπεια στις ιατρικές οδηγίες και να υπάρχουν κάποιες στοιχειώδεις γνώσεις για τις σπουδαιότερες παθήσεις των οφθαλμών. Ωστόσο, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να γνωρίζουν τους άμεσους κινδύνους που διατρέχουν τα παιδιά, αν δεν δίνουν τη δέουσα προσοχή στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ένα παιδί με τυφλότητα μπορεί εύκολα να αναγνωριστεί ακόμη και από την πρώιμη παιδική ηλικία, αφού παρατηρείται εμφανής βλάβη των ματιών, απλανές βλέμμα κλπ. Η μεγαλύτερη δυσκολία εντοπίζεται στην ανίχνευση προβλημάτων μερικής όρασης. Συνεπώς, πολλά παιδιά φτάνουν ακόμα και στο σχολείο, δίχως να έχει αντιληφθεί κανείς ότι έχουν πρόβλημα στην όραση τους. Οι ενδείξεις των πιο σημαντικών παθήσεων της όρασης για παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, τα οποία μπορούν να προσπέσουν στην αντίληψη των γονέων ή των εκπαιδευτικών είναι:

- ∇ Ο στραβισμός.
- ∇ Ο νυσταγμός¹⁵.
- ∇ Η ιδιαίτερη ευαισθησία στον έντονο φωτισμό.
- ∇ Το έντονο τρίψιμο ματιών.
- ∇ Η έλλειψη της φυσιολογικής περιέργειας για επαφή με τα αντικείμενα.
- ∇ Η παρατήρηση των αντικειμένων από πολύ κοντινή απόσταση.
- ∇ Η απροσεξία σε δραστηριότητες που απαιτούν οπτική προσοχή.
- ∇ Η μερική ή η πλήρης δυσκολία στην ανάγνωση.
- ∇ Η αδεξιότητα στα παιχνίδια που απαιτούν συντονισμό ματιού και χεριού.
- ∇ Η αποφυγή ενεργειών που απαιτούν προσεκτική απασχόληση των οφθαλμών.
- ∇ Παράπονα για πόνους στο μάτι ή για κακή όραση.

¹⁵ Ο σπασμός των οφθαλμικών μυών που προκαλεί αλλόκοτες ταλαντεύσεις του βολβού του οφθαλμού.

Η επισήμανση μιας ή περισσότερων από τις παραπάνω ενδείξεις, εκδηλώνει την ανάγκη παραπομπής του παιδιού για ιατρική και οφθαλμολογική εξέταση. Αφού διαπιστωθεί η ύπαρξη οπτικής βλάβης, είναι φρόνιμο τα άτομα με προβλήματα όρασης να απευθύνονται στις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες , έτσι ώστε να τους παρέχεται έγκαιρα η κατάλληλη ιατρική, κοινωνική, ψυχολογική και εκπαιδευτική υποστήριξη. Η πρόληψη και η έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων όρασης είναι υποχρέωση των κηδεμόνων, των ιατρών και των εκπαιδευτικών που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά. Η έγκαιρη παρέμβαση του οφθαλμιάτρου παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων όρασης. Συμπερασματικά, τα παιδιά πρέπει να παρακολουθούνται περιοδικά από οφθαλμίατρο και τακτικά κατά περίπτωση:

- I. Για προληπτικούς λόγους, ακόμη και αν δεν έχουν επισημανθεί προβλήματα όρασης,
- II. Στην περίπτωση που ανήκουν σε ομάδες υψηλής επικινδυνότητας (π.χ. κληρονομικότητα),
- III. Στην περίπτωση που έχουν εμφανίσει ήδη τέτοια προβλήματα.

Η Ανάγνωση με το Σύστημα Braille

Πέρα από την ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, προηγουμένως κάναμε λόγο και για εκπαιδευτική υποστήριξη. Με αφορμή αυτό, κρίθηκε σημαντικό να μιλήσουμε για το πλέον ευρέως διαδεδομένο Σύστημα Braille, ένα σύστημα που βοηθά τα άτομα με τυφλότητα να διαβάζουν και να γράφουν. Πιο συγκεκριμένα, το braille είναι ένα απτικό σύστημα ανάγνωσης και γραφής. Αποτελείται από ανάγλυφες κουκκίδες που αντικαθιστούν τα γράμματα του αλφαβήτου και φέρει το όνομα ενός τυφλού Γάλλου, του Louis Braille, που το επινόησε.

Η βάση του είναι το «εξάστιγμο»: έξι ανάγλυφες κουκκίδες, τοποθετημένες ανά τρεις σε δυο στήλες, όπως το έξι στο ζάρι. Για να προσδιορίζονται πιο εύκολα οι κουκκίδες είναι αριθμημένες από πάνω προς τα κάτω 1-2-3 αριστερά και 4-5-6 δεξιά.

1 • • 4

2 • • 5

3 • • 6

Με αυτές τις έξι κουκκίδες μπορούν να σχηματιστούν 63 συνδυασμοί. Το σύστημα braille διαβάζεται από αριστερά προς τα δεξιά και από επάνω προς τα κάτω, όπως και η κοινή γραφή των βλέπόντων ατόμων. Για να μάθει κάποιος να διαβάζει χρησιμοποιώντας τα χέρια, απαιτείται μεγάλη εξάσκηση, ώστε να αποκτήσει τη σωστή κίνηση των χεριών και των δακτύλων και κυρίως για να εξελίξει την αφή του (Χιουρέα, 1998). Οι Έλληνες τυφλοί μαθητές, διαβάζουν και γράφουν με το «σύστημα braille» (μπράιγ ή μπρέιλ) όπως και όλοι οι τυφλοί στον κόσμο.

Κυρίαρχο στόχο στην προσχολική αγωγή και στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση αποτελεί η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων, που θεωρούνται καθοριστικές για να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία τα άτομα με τυφλότητα. Μεταξύ αυτών των δεξιοτήτων, σημαντική θέση κατέχει η κατάκτηση του προφορικού και του γραπτού λόγου (Curto, L.M., Morillo, M.M., Teixido, M.M. 1993). Όσον αφορά τον προφορικό λόγο, οι στρατηγικές και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τους βλέποντες μαθητές μπορούν σε γενικότερο πλαίσιο να ακολουθούνται και από τους μη βλέποντες μαθητές. Παρόλα αυτά, στο γραπτό λόγο, υπάρχει μια σημαντική διαφορά, λόγω του διαφορετικού κώδικα γραμμάτων που χρησιμοποιούν οι απτικοί αναγνώστες και ασφαλώς λόγω του διαφορετικού τρόπου εκμάθησής του.

2.1.5. ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Εισαγωγή

Τα άτομα με κινητικές αναπηρίες συνιστούν ένα ιδιαίτερα πολυάριθμο και ανομοιογενές σύνολο. Τα μέλη του συνόλου αυτού εμφανίζουν κινητικές δυσκολίες και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες προερχόμενες από διαφορετικά αίτια και με ετερογενείς εκδηλώσεις, τόσο ως προς τη σοβαρότητα αυτών όσο και ως προς τα συνοδά προβλήματα που συγκροτούν την σύνθετη κλινική εικόνα του κάθε ασθενούς. Η κίνηση είναι μία λειτουργία η οποία προϋποθέτει τον αρμονικό συντονισμό πολλών συστημάτων (πχ. νευρικού, μυϊκού, οστικού) του οργανισμού, προκειμένου το άτομο να εκφράσει την παρουσία του στον κόσμο χρησιμοποιώντας το σώμα του για να βαδίσει, να μετακινηθεί, να απολαύσει τις χαρές της ζωής και να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του (Σπετσιώτης & Σταθόπουλος, 2003).

Με άλλα λόγια, μεμονωμένοι κινητικοί παράγοντες όπως είναι η ταχύτητα , η δύναμη ,η αρμονία και η επιτάχυνση πρέπει να εκτελούνται με τρόπο που δεν παραπέμπει σε μία βλάβη ή σε ένα έλλειμμα, έτσι ώστε να διετελεστεί η λειτουργία της κίνησης επιτυχώς. Οποιαδήποτε αλλοίωση της κίνησης, είτε λόγω απώλειας είτε λόγω περιορισμού κατόπιν βλάβης, ορίζεται ως «κινητική αναπηρία» και μπορεί να έχει συνέπειες στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του ατόμου, όπως είναι η αυτοφροντίδα, η μάθηση, η επαγγελματική απασχόληση, η ψυχαγωγία, οι κοινωνικές συναναστροφές και η ανεξαρτητοποίηση (Wilson-Jones, Morgan, Shelton, & Thorogood, 2007).

Γενική Ταξινόμηση

Για να ταξινομήσουμε τις κινητικές αναπηρίες, θα ξεκινήσουμε από την κατηγοριοποίηση των σωματικών διαταραχών, από την ιατρική σκοπιά, που είναι η εξής:

- ∇ Νευρολογικές διαταραχές
- ∇ Μυοσκελετικές διαταραχές
- ∇ Εκ γενετής βλάβες
- ∇ Βλάβες από ατυχήματα
- ∇ Βλάβες από διάφορες ασθένειες

Τύποι Κινητικών Διαταραχών

Εν συνεχεία, θα αναφερθούμε στους σημαντικότερους τύπους σωματικών και κινητικών διαταραχών.

℘ Εγκεφαλική παράλυση

Η εγκεφαλική παράλυση υπάγεται στις νευρολογικές διαταραχές, οι οποίες οφείλονται σε βλάβες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.). Πρόκειται για την πιο κοινή αλλά και την πιο πολύπλοκη διαταραχή. Η συχνότητά της εκτιμάται σε 1-2 περιπτώσεις ανά 1.000 άτομα του γενικού συνόλου. Η εγκεφαλική παράλυση γνωστοποιήθηκε και κατέκτησε το ενδιαφέρον του ιατρικού κλάδου, σε πρώτο στάδιο, μέσω των μελετών του John Little το 1841 και 1861. Αυτός, λοιπόν, ήταν και ο λόγος, που επονομάστηκε «νόσος του Little». Καθώς, όμως, ο Little προσηλώθηκε σε μία μόνο μορφή της, τη σπαστική διπληγία, στη συνέχεια μετονομάστηκε σε «εγκεφαλική παράλυση»¹⁶, αν και δεν υπάρχει πάντα η παράλυση. Πιο συγκεκριμένα, Σύμφωνα με τον ορισμό του Little club (1959), η εγκεφαλική παράλυση θεωρείται «μια μόνιμη¹⁷ αλλά μεταβλητή¹⁸ διαταραχή της κινητικότητας και των στάσεων του σώματος, που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων και οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη με δυσμενή επίδραση στη διαμόρφωσή του κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης». Ένας άλλος περιγραφικότερος ορισμός, θεωρεί την εγκεφαλική παράλυση ως «μια

¹⁶ Ο όρος "εγκεφαλική" αναφέρεται στην αιτιολογική βλάβη (τον εγκέφαλο) σε αντιδιαστολή με τη βλάβη του νωτιαίου μυελού, ενώ ο όρος "παράλυση" αναφέρεται στην απώλεια ή μείωση της κινητικότητας ανώμαλου συγχρονισμού της μυϊκής ενέργειας.

¹⁷ Ο όρος "μόνιμη διαταραχή" υποδηλώνει ότι η βλάβη και η επακόλουθη δυσλειτουργία του εγκεφάλου παραμένει σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

¹⁸ Ο όρος "μεταβλητή διαταραχή" σημαίνει ότι μπορούν να επέλθουν αλλαγές στην κινητικότητα του ατόμου λόγω ωρίμανσης ή θεραπείας.

κατάσταση σωματικής δυσλειτουργίας που χαρακτηρίζεται από παράλυση, μυϊκή αδυναμία, έλλειψη συγχρονισμού και άλλες κινητικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη». Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την εγκεφαλική παράλυση. Παρόλα αυτά, τα δύο στοιχεία που είναι κοινά σε όλους τους ορισμούς είναι τα ακόλουθα: α) η ύπαρξη βλάβης στα εγκεφαλικά κέντρα που είναι υπεύθυνα για τον έλεγχο της και β) η ύπαρξη κινητικών διαταραχών. Εν τέλει, θα συμπεραίναμε ότι η εγκεφαλική παράλυση αποτελεί μια διαταραχή των κινητικών λειτουργιών του σώματος λόγω ελλιπούς ανάπτυξης των κινητικών περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν, ελέγχουν και συντονίζουν τις κινήσεις για να υπάρχει μια ομαλή και συγχρονισμένη στάση και κίνηση του σώματος. Η βλάβη στα κινητικά κέντρα του εγκεφάλου μπορεί να παρουσιαστεί κατά την ενδομήτρια ανάπτυξη, τον τοκετό και μετά τον τοκετό, και να οφείλεται -μεταξύ άλλων- και στους παρακάτω παράγοντες:

1. *Κληρονομικότητα*: Εμφανίζεται συχνότερα σε οικογένειες με βεβαρυμμένο ιστορικό νευρολογικών διαταραχών, ενώ συνδέεται επιπλέον με πολλαπλές κήσεις και πρόωρο τοκετό, παράγοντες που συχνά συνυφαίνονται με εγκεφαλική παράλυση.
2. *Προγεννητικοί παράγοντες*: συγγενείς λοιμώξεις (έρπητας, ερυθρά, σύφιλη, κ.α.), συγγενείς ανωμαλίες του Κ.Ν.Σ.(αγενεσία μεσολόβιου, υδροκέφαλος κ.α.), χρωματοσωμικές ανωμαλίες, προγεννητικές μαιευτικές επιπλοκές (πρόδρομος πλακούντας, δυσθρεψία, κ.α.), ενδομήτρια αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
3. *Περιγεννητικοί παράγοντες*: Προωρότητα, επιπλοκές τοκετού, λοιμώξεις Κ.Ν.Σ., τραύματα τοκετού.
4. *Μεταγεννητικοί παράγοντες*: εγκεφαλική κάκωση, λοιμώξεις, ενδοκράνια αιμορραγία, επίκτητη εγκεφαλοπάθεια, νεογνικοί σπασμοί.

Ταξινόμηση εγκεφαλικής παράλυσης

Η εγκεφαλική παράλυση αποτελεί μία παθολογική οντότητα με πολλαπλές μορφές κλινικής έκφρασης. Τα χαρακτηριστικά ποικίλλουν, τόσο από πλευράς κινητικότητας όσο και από πλευράς νοητικών και άλλων λειτουργιών.

Η κατάταξη τους σε ομοιογενείς ομάδες πραγματοποιείται: α) με βάση την ανατομική θέση και β) το είδος της νευρομυϊκής διαταραχής ως εξής:

α) Με βάση την ανατομική θέση:

- ∇ Ημιπληγία: Όταν έχει προσβληθεί η μία μόνο πλευρά του σώματος (δεξιά ή αριστερή). Είναι σπαστικού κυρίως τύπου.
- ∇ Παραπληγία: Η προσβολή των κάτω κυρίως άκρων. Δεν παρατηρείται συχνά στην εγκεφαλική παράλυση.
- ∇ Μονοπληγία: Η μονοπληγία αφορά την προσβολή ενός μέλους (ενός κάτω άκρου συνήθως). Συμβαίνει σπάνια και εξελίσσεται σε ημιπληγία.
- ∇ Τριπληγία: Η προσβολή τριών άκρων (των δύο κάτω και ενός εκ των άνω άκρων). Πρόκειται για μια σπάνια μορφή.
- ∇ Τετραπληγία: Στην τετραπληγία υπάρχει αμφοτερόπλευρη βλάβη που αφορά και τα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου. Σε σπαστικές μορφές τα άνω άκρα έχουν προσβληθεί εξίσου με τα κάτω, ενώ στις αθετωσικές μορφές, ο κορμός και τα άνω άκρα προσβάλλονται περισσότερο.
- ∇ Διπληγία: Η διπληγία οφείλεται σε βλάβη σε συγκεκριμένη περιοχή του πυραμιδικού συστήματος στον εγκέφαλο. Προσβάλλονται τα άνω και κάτω άκρα αλλά πιο έντονη είναι η δυσλειτουργία των κάτω άκρων.
- ∇ Διπλή ημιπληγία: Πρόκειται για την προσβολή των άνω και κάτω άκρων αλλά εντονότερη είναι η δυσλειτουργία των άνω άκρων.

β) Με βάση το είδος της νευρομυϊκής διαταραχής (διαταραχής μυϊκού τόνου):

- ∇ Σπαστικότητα: Το πιο βασικό χαρακτηριστικό του μυϊκού τόνου είναι η υπερτονία. Οι μύες που συμμετέχουν σε μία κίνηση συσπώνται βίαια και ακούσια με αποτέλεσμα η κίνηση να είναι ασυγχρόνιστη. Οι σπαστικοί μύες είναι πιο αδύναμοι και αργοί από τους φυσιολογικούς, αντιδρούν έντονα στα ερεθίσματα και κουράζονται πολύ γρήγορα. Προσβάλλει ένα ή περισσότερα μέλη του σώματος, ενώ ο βαθμός της εξαρτάται επίσης από τον περιβαλλοντικό ερεθισμό και τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού.
- ∇ Αθέτωση: Χαρακτηρίζεται από βραδείες και ανεξέλεγκτες συστροφικές και σπασμωδικές κινήσεις, επαναλαμβανόμενες με ασυντόνιστο ρυθμό. Προσβάλλει όλο σχεδόν το μυϊκό σύστημα, εντονότερα όμως το πρόσωπο, τον

καρπό και τα δάκτυλα. Όσο το παιδί προσπαθεί να κινηθεί ή είναι συναισθηματικά φορτισμένο, τόσο οι κινήσεις γίνονται πιο έντονες.

- ∇ Αταξία: Χαρακτηρίζεται από έλλειψη συνεργασίας των μυών καθώς και γενική υποτονία. Διακρίνεται σε στατική και κινητική. Η μεν στατική αφορά στη συνεργία των μυών στάσης και ισορροπίας, η δε κινητική των μυών που συμμετέχουν στις κινήσεις.
- ∇ Υποτονία: Είναι γενική και μεγάλου βαθμού και οφείλεται σε χαμηλή τάση των μυών. Παρατηρείται δυσκολία στην έναρξη των κινήσεων, δεν υπάρχει αντίδραση στα εξωτερικά ερεθίσματα και καμία προσπάθεια για κίνηση. Συχνά συνοδεύεται από νοητική καθυστέρηση, μικροκεφαλία και άλλες διαταραχές.
- ∇ Δυσκαμψία: Αποτελεί έντονη σπαστικότητα σε όλα σχεδόν τα μέλη. Διαγιγνώσκεται από τις πρώτες εβδομάδες ενώ επίσης σχετίζεται με μικρή περίμετρο κεφαλής και μεγάλη δυσκαμψία. Χαρακτηριστική είναι ακόμη η έλλειψη αντίδρασης σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Συνοδεύεται από νοητική καθυστέρηση και άλλες διαταραχές.
- ∇ Τρόμος: Χαρακτηρίζεται από ακούσιες ρυθμικές κινήσεις (διαδοχική σύσπαση και χαλάρωση ανταγωνιζομένων μυών) όταν το άτομο κινείται εκούσια ή ακόμα κι όταν δεν κινείται.

Πέρα από τις περιπτώσεις που θίξαμε παραπάνω, υπάρχουν και οι μικτές μορφές, όπως για παράδειγμα ο συνδυασμός αθέτωσης και σπαστικότητας, σπαστικότητας και αταξίας κ.ά.

ΣΣ Δισχιδής ράχη

Η δισχιδής ράχη είναι μια εκ γενετής πάθηση, η οποία οφείλεται σε ατελή ανάπτυξη της σπονδυλικής στήλης κατά τις 4 πρώτες εβδομάδες της εμβρυϊκής ζωής. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται ατελές κλείσιμο του οστέινου σπονδυλικού τόξου ενός σπονδύλου από την αυχενική έως την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης προκαλώντας νευρολογικές διαταραχές.

Χαρακτηριστικά: Οστικές παραμορφώσεις, διαταραχές της στάσης, μυϊκή αδυναμία, κατακλίσεις, μώλωπες, μυϊκές βραχύνσεις, διαταραχές στην στάση του σώματος και ψυχολογικά προβλήματα.

XXI **Τραυματισμοί του νωτιαίου μυελού**

Είναι κακώσεις στην σπονδυλική στήλη που προκαλούν βλάβη στο νωτιαίο μυελό με αποτέλεσμα την απώλεια της κίνησης και της αισθητικότητας από το σημείο της βλάβης και κάτω. Η σοβαρότητα του τραυματισμού εξαρτάται από την θέση και την έκταση της βλάβης που έχει υποστεί ο νωτιαίος μυελός. Η διαταραχή μπορεί να έχει την μορφή της τετραπληγίας όπου είναι επηρεασμένα τα άνω και τα κάτω άκρα ή την μορφή παραπληγίας όπου είναι επηρεασμένα κυρίως τα κάτω άκρα.

Χαρακτηριστικά: Σπαστικότητα, διαταραχές της αισθητικότητας, κατακλίσεις, μυϊκή ατροφία, οστεοπόρωση, καρδιαγγειακά προβλήματα, μυϊκές βραχύνσεις, διαταραχές στην στάση του σώματος και ψυχολογικά προβλήματα.

XXII **Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις**

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις προκαλούν μερική ή ολική αναπηρία και επιδρούν αρνητικά στον ψυχισμό του ατόμου. Η σοβαρότητα της κάκωσης εξαρτάται από την θέση, την έκταση της βλάβης και από την θεραπευτική αγωγή. Χαρακτηριστικά: Διαταραχές μνήμης και ομιλίας, διάσπαση προσοχής επιληπτικές κρίσεις, σπαστικότητα, έλλειψη νευρομυϊκού συντονισμού διαταραχές αισθητικότητας, αναπνευστικά και ψυχολογικά προβλήματα

XXIII **Νεανική αρθρίτιδα**

Είναι χρόνια αρθρίτιδα που εμφανίζεται στην παιδική ή την εφηβική ηλικία. Πρόκειται για πάθηση αγνώστου αιτιολογίας κατά την οποία οι αρθρώσεις παρουσιάζουν φλεγμονή και σταδιακή μείωση του εύρους κίνησης. Χαρακτηριστικά: Οίδημα στις αρθρώσεις, πόνος, ερυθρότητα, δυσκαμψία, δυσκολία στην βάδιση, μυϊκή ατροφία.

XXIV **Αρθρογρίπωση**

Εκ γενετής πάθηση κατά την οποία προσβάλλονται οι αρθρώσεις και οφείλεται σε εκφύλιση του νωτιαίου μυελού.

Χαρακτηριστικά: δυσκαμψία, λέπτυνση των άκρων, μυϊκή αδυναμία, αντικατάσταση του μυϊκού με λιπώδη και συνδετικό ιστό, περιορισμένη λειτουργικότητα.

ΚΚΚ **Μυϊκές δυστροφίες**

Αποτελεί μια ομάδα κληρονομικών ασθενειών που προκαλούν μυϊκή αδυναμία εξαιτίας της προοδευτικής εκφύλισης των μυϊκών ινών. Υπάρχουν διάφοροι τύποι μυϊκής δυστροφίας αλλά η συνηθέστερη είναι η μυϊκή δυστροφία Duchenne, η οποία εμφανίζεται στην ηλικία των 2-6 ετών. Η ασθένεια είναι προοδευτική και τελικά το παιδί καταλήγει σε αναπηρικό αμαξίδιο με την πάροδο δεκαετίας, ενώ το προσδόκιμο ζωής ανέρχεται περίπου στα 20 χρόνια.

Χαρακτηριστικά: Μυϊκή ατροφία, χαρακτηριστικό βάδισμα (νήσειο), μυϊκές βραχύνσεις, ανάπτυξη συνδετικού ιστού στους μύες, διαταραχή στην στάση (λόρδωση), αναπνευστικά προβλήματα, πτωχή μυϊκή αντοχή και ψυχολογικά προβλήματα.

ΚΚΚ **Ακρωτηριασμοί**

Ακρωτηριασμός είναι η αφαίρεση τμήματος ή μέλους του σώματος. Η αιτία μπορεί να είναι τραυματισμός, κακοήθεις όγκοι, αγγειακές βλάβες, δυσμορφίες κ.α.

Χαρακτηριστικά: Ο ακρωτηριασμός μπορεί να προκαλέσει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα λόγω της διαφοροποίησής του, περιορισμένη αυτονομία εξαρτώμενη από το είδος του ακρωτηριασμού και μυϊκή αδυναμία.

Ανακεφαλαιώνοντας, αφού αναπτύχθηκαν οι τύποι των κινητικών διαταραχών, κρίνεται απαραίτητο να αναφέρουμε ότι η έλλειψη ενημέρωσης πρωτίστως και δομών δευτερευόντως καθιστά δύσκολη την ένταξη των ατόμων με κινητικές αναπηρίες. Η ομαλή ένταξη των ατόμων με κινητικές αναπηρίες πρέπει να αποτελεί άμεση προτεραιότητα στη σύγχρονη κοινωνία.

Για να επιτευχθεί αυτή η ένταξη ομαλά θα πρέπει αφενός να υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση και επιμόρφωση πάνω στις ιδιαιτερότητες και τα

χαρακτηριστικά αυτών των ατόμων, αφετέρου να υπάρξει η υποστήριξη των ατόμων τόσο από ειδικούς όσο και από το κοινωνικό σύνολο καθώς και την πολιτεία, η οποία οφείλει να διευκολύνει τα άτομα αυτά φροντίζοντας τις υλικοτεχνικές δομές της κοινότητας. Παρότι έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικά βήματα προόδου, υπολείπονται πολλά ακόμη για την πλήρη και ισότιμη ενσωμάτωση των ατόμων με κινητικές αναπηρίες στη σύγχρονο κοινωνία.

2.1.6. ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ-ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Εισαγωγή

Οι γνωστικές και αντιληπτικές ικανότητες ενός ατόμου αποτελούν τον πυρήνα της αντιληπτικής, ψυχοσυναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής λειτουργίας του. Η ανάπτυξη των ικανοτήτων πρόσληψης, αποκωδικοποίησης, επεξεργασίας και ανταπόκρισης σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα οδηγεί στη σταδιακή ενσωμάτωση του παιδιού στο κοινωνικό πλαίσιο, το οποίο συνίσταται από ένα σύνολο συμπεριφορικών και συμβολικών αλληλεπιδράσεων. Το παιδί, καθώς βρίσκεται σε μια συνεχή συνδιαλλαγή με το κοινωνικό πλαίσιο, αναπτύσσει διαχρονικά πρότυπα ψυχοδιανοητικής λειτουργίας, τα οποία αυτοοργανώνονται σε όλο και περισσότερο σύνθετα επίπεδα, υποστηρίζοντας την καλλιέργεια νέων δεξιοτήτων (γνωστικών, γλωσσικών, ακαδημαϊκών, ψυχοσυναισθηματικών, συμβολικών, αναπαραστατικών, κοινωνικών, διαπροσωπικών) (Sroufe, 2003). Η δυσλειτουργία στο εξελικτικό αυτό μοντέλο λόγω βιολογικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων, οδηγεί σε μια ετερογενή ομάδα καταστάσεων που περιγράφονται με τον όρο νοητική καθυστέρηση / ανεπάρκεια.

Στο ταξινομητικό σύστημα της Αμερικανικής Εταιρείας Ψυχιατρικής (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR, 2002) η νοητική καθυστέρηση/ νοητική ανεπάρκεια κωδικοποιείται στον Άξονα II ως εξής:

- A. Διανοητική λειτουργία, σημαντικά κατώτερη του μέσου όρου - Νοητικό ηλικίο περίπου 70 ή λιγότερο – σε ατομικά χορηγούμενη δοκιμασία νοημοσύνης.
- B. Συνυπάρχοντα ελλείμματα ή έκπτωση της παρούσας προσαρμοστικής λειτουργίας (δηλαδή της αποτελεσματικότητας του ατόμου να ανταποκριθεί στις σταθερές που αναμένονται με βάση την ηλικία του, και την πολιτισμική του ομάδα) σε τουλάχιστον δύο από τους παρακάτω τομείς : επικοινωνία, αυτοεξυπηρέτηση, διαβίωση στο σπίτι, κοινωνικές/διαπροσωπικές δεξιότητες, χρησιμοποίηση των κοινοτικών πηγών/μέσων, αυτοκατεύθυνση, λειτουργικές σχολικές δεξιότητες, εργασία, ελεύθερος χρόνος, υγεία και ασφάλεια.
- C. Έναρξη πριν την ηλικία των 18 ετών.

Ταξινόμηση Νοητικής Καθυστέρησης

Η περισσότερο διαδεδομένη μορφή ταξινόμησης της νοητικής καθυστέρησης είναι αυτή που χρησιμοποιεί το δείκτη νοημοσύνης του ατόμου. Δεδομένου ότι αφενός ο δείκτης νοημοσύνης αποτελεί ένα μόνο χαρακτηριστικό του ατόμου, αφετέρου από μόνος του δεν μπορεί να βοηθήσει το εκπαιδευτικό έργο, απαιτείται μεγάλη προσοχή στην ερμηνεία του για τις ικανότητες των νοητικά καθυστερημένων ανθρώπων. Ωστόσο, αποτελεί έναν τρόπο για μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης του ανομοιογενούς αυτού πληθυσμού. Συνεπώς, με βάση το βαθμό ή τη βαρύτητα του αντίστοιχου επιπέδου νοητικής έκπτωσης ¹⁹:

Βαρύτητα	Νοητικό ηλικίο
Ήπια (ελαφρά) Νοητική Καθυστέρηση	50-55 μέχρι 70
Μέτρια Νοητική Καθυστέρηση	35-40 μέχρι 50-55
Βαριά (σοβαρή) Νοητική Καθυστέρηση	20-25 μέχρι 35-40
Βαθιά Νοητική Καθυστέρηση	Κάτω από 20-25
Απροσδιόριστη ²⁰ Νοητική Καθυστέρηση	

¹⁹ Νοητικό ηλικίο από 71-84 αξιολογείται ως οριακή νοημοσύνη.

²⁰ Η κατηγορία αυτή προβλέπεται για περιπτώσεις, στις οποίες η έγκυρη διάγνωση δεν καθίσταται δυνατή λόγω αδυναμίας συνεργασίας ή παρουσίας αισθητηριοκινητικής ή κινητικής ή ψυχιατρικής διαταραχής.

Επιδημιολογικά Στοιχεία

Επιδημιολογικές μελέτες που βασίζονται μόνο στο νοητικό πηλίκιο υπολογίζουν τη συχνότητα της Νοητικής Καθυστέρησης στο 2,3 %, ποσοστό που ανέρχεται στο 3% (4% για τις αναπτυσσόμενες χώρες), αν λάβουμε υπόψη και τις δεξιότητες κοινωνικής προσαρμογής. Η πλειοψηφία αφορά άτομα με ήπια (ελαφρά) νοητική καθυστέρηση, τα οποία αποτελούν το 85% του συγκεκριμένου πληθυσμού. Το 10% αποτελείται από άτομα με μέτρια νοητική καθυστέρηση, ενώ τα ποσοστά για την βαριά (σοβαρή) και βαθιά νοητική καθυστέρηση κυμαίνονται στο 3-4% και 1-2% αντίστοιχα. Φαίνεται ότι η νοητική καθυστέρηση επικρατεί στα αγόρια, δηλαδή η αναλογία αγόρια : κορίτσια υπολογίζεται στο 1,4-1,6 : 1. Ωστόσο, η αναλογία αυτή εξισώνεται στα άτομα με βαθιά νοητική καθυστέρηση. Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στα αγόρια πιθανώς οφείλεται στον μεγάλο αριθμό περιπτώσεων της ΝΚ που σχετίζονται με το χρωμόσωμα Χ. Η συχνότητα για μέτρια νοητική καθυστέρηση αυξάνεται εξαιτίας ψυχοκοινωνικών παραγόντων όπως το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, η ποιότητα της εκπαίδευσης και οι περιορισμένες πολιτισμικές ευκαιρίες.

Αιτιολογικοί Παράγοντες

Ένας μεμονωμένος αιτιολογικός παράγοντας μπορεί να αναγνωριστεί στο 80% περίπου των ατόμων με σοβαρή νοητική καθυστέρηση (Δείκτης ευφυΐας < 50) και μόλις στο 50% των ατόμων με ελαφρά (Δείκτης Ευφυΐας 50-70). Τα αίτια και το ποσοστό που συμμετέχουν μπορούν να διακριθούν σε:

A. Προγεννητικά αίτια (50-70%)

Κληρονομικοί παράγοντες, Χρωμοσωμικές ανωμαλίες (σύνδρομο Down, σύνδρομο Klinefelter, σύνδρομο Turner), Εξωγενείς παράγοντες (ασθένειες της εγκύου, όπως λοιμώξεις, ερυθρά, ιλαρά, κ.α.), Ασυμβατότητα του Rh του αίματος της μητέρας με αυτό του εμβρύου, Ανοξία, Ανωμαλίες μεταβολισμού, Τραυματισμοί της εγκύου, Κακή διατροφή.

B. Περιγεννητικά αίτια (10-20%)

Λοιμώξεις μέσω πλακούντα ή γεννητικής οδού (π.χ. πνευμονία), Προβλήματα τοκετού (π.χ. ασφυξία, πρόωρος τοκετός), Τραυματισμοί και αιμορραγία του εγκεφάλου.

C. Επίκτητα - Μεταγεννητικά αίτια (5-10%)

Λοιμώξεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, Τοξικοί Παράγοντες (π.χ. μόλυβδος), Μεταβολικοί και ενδοκρινολογικοί παράγοντες (π.χ. υποθυρεοειδισμός), Ατυχήματα, Υψηλός πυρετός, Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (π.χ. κακοποίηση, ιδρυματοποίηση, συναισθηματική αποστέρηση)

Περιβαλλοντικοί και τερατογόνοι παράγοντες αγγίζουν το 5-13% των περιπτώσεων νοητικής καθυστέρησης, πολιτισμικοί – οικογενείς στο 5-6%, σε προωρότητα αποδίδεται το 2-10%, ενώ μεταβολικά – ενδοκρινικά αίτια ευθύνονται για το 1-5%.

Χαρακτηριστικά ατόμων

με Νοητική Καθυστέρηση

Ήπια (Ελαφρά) νοητική καθυστέρηση

Αποτελεί την πολυπληθέστερη ομάδα των ατόμων με νοητική καθυστέρηση (ποσοστό 85%). Μία από τις κυρίαρχες αιτίες είναι η κοινωνικό- πολιτισμική αποστέρηση, εξαιτίας του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας. (Παρασκευόπουλος, 1980) . Αξίζει να αναφερθεί ότι μόνο για ένα μικρό ποσοστό της ομάδας αυτής (10% - 20%) ευθύνονται οργανικές παθολογίες. Η διάγνωσή της νοητικής καθυστέρησης σπάνια πραγματοποιείται στην προσχολική ηλικία, αν και παρατηρείται ότι τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν ήδη ποικίλες δυσκολίες. Η είσοδός τους στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση (δημοτικό σχολείο) σηματοδοτεί και την αναγνώρισή αυτών των δυσκολιών. Τα σωματομετρικά στοιχεία τους (ύψος, βάρος) , δεν παρουσιάζουν διαφορές από των φυσιολογικών ατόμων.

Εντούτοις, λόγω της ύπαρξης περισσότερων νευρολογικών προβλημάτων η φυσική και η κινητική τους κατάσταση είναι λίγο χαμηλότερη του κανονικού. Παράλληλα, υπάρχει πιθανότητα να εμφανιστούν βλάβες στην ακοή, στην όραση ή και στον συντονισμό των κινήσεών τους. Σε ότι αφορά το λόγο και την ομιλία, μπορεί να παρουσιάσουν ελαφρές διαταραχές. «Κατανοούν τα περισσότερα μαθήματα του δημοτικού σχολείου ή τουλάχιστον των περισσότερων τάξεων του δημοτικού» (Πολυχρονοπούλου, 1995). Συνοψίζοντας, επιχειρούν να προσαρμοστούν κοινωνικά, έτσι ώστε να μπορούν να ανεξαρτητοποιηθούν μέσα στην κοινωνία και συνήθως επιτυγχάνουν επαγγελματικές δεξιότητες, παρότι μπορεί να χρειάζονται επίβλεψη και βοήθεια.

Μέτρια νοητική καθυστέρηση

Αποτελεί το 10% του πληθυσμού των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. Η αιτιολογία της είναι κυρίως βιολογικής φύσεως, χωρίς βέβαια, να παραλειφθούν ατυχήματα, τραυματισμοί ή μολυσματικές ασθένειες κατά την ενδομήτρια, την περιγεννητική, τη βρεφική ή και τη νηπιακή περίοδο. Τα εξωτερικά χαρακτηριστικά (ύψος, βάρος, σωματική κατασκευή, χαρακτηριστικά προσώπου) των ατόμων με μέτρια νοητική καθυστέρηση είναι εμφανή και η διάγνωση μπορεί να πραγματοποιηθεί από τη βρεφική ή την πρώτη παιδική ηλικία. Εξαιτίας διαταραχών ή βλαβών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.), η κινητική τους ικανότητα είναι πτωχή και διακρίνεται από προβλήματα τόσο στην αδρή, όσο και στη λεπτή κινητικότητα.

Συναντούν περισσότερα και σοβαρότερα προβλήματα στην ακουστική ικανότητα, στην οπτική ικανότητα, στο λόγο και στην ομιλία (αρθρωτικές δυσκολίες, πτωχό λεξιλόγιο, τηλεγραφικός λόγος, χαμηλό επίπεδο κατανόησης εννοιών, πτωχή ακουστική διάκριση, προβλήματα στη γραμματική και στη σύνταξη κα.). Κατορθώνουν, παρόλα αυτά, να αποκτήσουν τις στοιχειώδεις σχολικές δεξιότητες, όπως ανάγνωση, γραφή απλών φράσεων και υπολογισμό απλών αριθμητικών πράξεων. Στον κοινωνικό τομέα, όπως αναφέρει η Πολυχρονοπούλου (1995), «μπορούν να επιτύχουν κάποιο βαθμό κοινωνικής υπευθυνότητας, ν' αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, να ντύνονται, να τρώνε κλπ., να προστατεύουν τον εαυτό τους από συνηθισμένους κινδύνους στο σπίτι, στο σχολείο κλπ., να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του σπιτιού ή της γειτονιάς, να σέβονται την περιουσία και τα δικαιώματα των άλλων, να

συνεργάζονται». Μετέπειτα, στον επαγγελματικό τομέα, μπορούν να προσφέρουν δουλειά υπό επίβλεψη σε προστατευμένα εργαστήρια ή στην ανοικτή αγορά εργασίας.

Βαριά (Σοβαρή) νοητική καθυστέρηση

Τα άτομα με σοβαρή νοητική καθυστέρηση αποτελούν το 3% - 4% του πληθυσμού της νοητικής καθυστέρησης. Οφείλεται κατά προσέγγιση μόνο σε βιολογικές αιτίες. Παρόλα αυτά, δεν αποκλείονται ατυχήματα ή ασθένειες κατά την προγεννητική, την περιγεννητική ή τη μεταγεννητική περίοδο. Τα εξωτερικά χαρακτηριστικά τους είναι φανερά και κατά κανόνα η νοητική τους αναπηρία συνοδεύεται από σοβαρά προβλήματα, όπως εγκεφαλική παράλυση, ακουστική απώλεια ή απώλεια όρασης και συναισθηματικές διαταραχές.

Η φυσική και η κινητική τους ανάπτυξη χαρακτηρίζεται από σημαντικά προβλήματα σε όλα τα επίπεδα. Ο λόγος τους είναι πολύ στοιχειώδης και συνυπάρχει με διαταραχές άρθρωσης. Έχουν τη δυνατότητα να επωφεληθούν από τη διδασκαλία προ-ακαδημαϊκών αντικειμένων μέχρι ενός σημείου, όπως η οικειότητα με το αλφάβητο ή την απλή αρίθμηση. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα, που απευθύνονται σε αυτά τα άτομα, στοχεύουν «στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον» (Πολυχρονοπούλου, 1995). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι πολλές φορές χρήζουν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Βαθιά νοητική καθυστέρηση

Είναι το 1% - 2% των ατόμων με νοητική καθυστέρηση. Η μεγαλύτερη μερίδα των ατόμων αυτών, έχουν διαγνωσμένο ένα πρόβλημα νευρολογικής φύσεως, το οποίο ευθύνεται για τη νοητική καθυστέρηση. Η κινητική ανάπτυξη, η ατομική φροντίδα και οι επικοινωνιακές τους ικανότητες μπορούν να βελτιωθούν, αν τους παρασχεθεί η απαραίτητη εκπαίδευση. Επομένως, τα εκπαιδευτικά τους προγράμματα, όπως ακριβώς και στη σοβαρή νοητική καθυστέρηση, αποσκοπούν στην κοινωνική τους προσαρμογή σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον.

Απροσδιόριστη νοητική καθυστέρηση.

Σύμφωνα με το DSM-IV, «η διάγνωση της νοητικής καθυστέρησης ως απροσδιόριστη, θα πρέπει να χρησιμοποιείται, όταν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ύπαρξης νοητικής καθυστέρησης, αλλά το άτομο δεν είναι σε θέση να εξεταστεί επιτυχώς από τα σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης. Αυτό μπορεί να συμβαίνει σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, που είναι ιδιαίτερα ανίκανοι ή μη συνεργάσιμοι, ώστε να εξεταστούν ή σε βρέφη, που υπάρχει κλινική κρίση σημαντικά χαμηλής νοητικής λειτουργίας, αλλά τα διαθέσιμα τεστ (π.χ. η κλίμακα Bayley για τη βρεφική ανάπτυξη, η κλίμακα Cattell για τη βρεφική νοημοσύνη κ.α.) δεν αποφέρουν μέτρηση της νοημοσύνης. Γενικότερα, όσο πιο μικρή είναι η ηλικία, τόσο πιο δύσκολο είναι να εκτιμηθεί η ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης, εκτός από τις περιπτώσεις με βαριές αναπηρίες».

2.1.7. ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Έννοια - ορισμός Μαθησιακών Δυσκολιών

Οι Μαθησιακές Δυσκολίες (Μ.Δ.) λογίζονται ως μια διαταραχή στην ανάπτυξη του ατόμου, η οποία εμφανίζεται συχνότερα κατά τη διάρκεια των σχολικών χρόνων. Εκδηλώνεται ως «ειδική» δυσκολία στη γραφή, στην ανάγνωση, στην ορθογραφία και στην αριθμητική, και σχετικά με τον ορισμό και τη θεώρηση που έχει υιοθετηθεί, τα ποσοστά της διαταραχής κυμαίνονται σε 15%-30% του μαθητικού συνόλου (Kaplan, Sadock, 1985). Κατά τη Meier 1971, η συχνότητα του προβλήματος των μαθησιακών δυσκολιών αγγίζει κατά προσέγγιση το 20-25% του μαθητικού πληθυσμού, δηλαδή οι μαθητές αυτοί αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ή κάποια δυσκολία σε κάποιο τομέα ή αντικείμενο μάθησης. Οι πρώτες ενδείξεις της διαταραχής εμφανίζονται ήδη από την προσχολική ηλικία είτε με τη μορφή διαταραχών του λόγου είτε με τη μορφή οπτικοαντιληπτικών διαταραχών. Ο όρος «μαθησιακές δυσκολίες» χρησιμοποιείται στην Αμερική για να περιγράψει ειδικές δυσκολίες στη μάθηση, ενώ, αντιθέτως, στη

Βρετανία σε γενικότερο πλαίσιο για να περιγράψει οποιοδήποτε πρόβλημα μάθησης, μαθητικής επίδοσης και μαθητικής συμπεριφοράς.

Ο όρος χρησιμοποιείται για κάθε είδους μορφή σχολικής επίδοσης από τους παιδαγωγούς, ενώ από την ιατρική κοινότητα για κάθε αναπτυξιακή διαταραχή. Οι παράμετροι που έχουν μελετηθεί σχολαστικότερα, είναι τα λάθη στην αναγνωστική και γραφική ικανότητα του παιδιού, η ορθογραφία, ιδιαιτερότητες της φωνολογικής επίγνωσης και της μορφοσύνταξης στη γραφή, την ανάγνωση και την ορθογραφία, χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες, που αφορούν τον προφορικό λόγο όπως και ιδιαιτερότητες στη μαθηματική λειτουργία. Επιπροσθέτως, έχουν μελετηθεί αδυναμίες, που παρουσιάζουν οι μαθητές σε αντιληπτικές και γνωστικές ικανότητες (π.χ. έννοιες χώρου – χρόνου, διάκριση μορφής – πλαισίου, λειτουργία της μνήμης κ.α.). Σήμερα δεν υπάρχει θεωρητικό ερμηνευτικό πλαίσιο αλλά πραγματοποιείται μόνο περιγραφή των συμπτωμάτων που στηρίζεται στην αξιολογητική διαδικασία.

Ο όρος μαθησιακές δυσκολίες χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Samuel Kirk το 1962 και μετέπειτα από την Bateman (1965). Εντούτοις, κατά πολλούς ο μέχρι τώρα πληρέστερος και ευρέως αποδεκτός ορισμός για τις μαθησιακές δυσκολίες έχει δοθεί από την Εθνική Μικτή Επιτροπή για τις Μαθησιακές Δυσκολίες (National Joint Committee on Learning Disabilities) των Η.Π.Α., το 1988. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, *«μαθησιακές δυσκολίες είναι ένας γενικός όρος, ο οποίος αναφέρεται σε μια ανομοιογενή ομάδα διαταραχών που εκδηλώνονται ως δυσκολίες στη μάθηση και χρήση της ομιλίας, της ανάγνωσης, της γραφής, του συλλογισμού ή των μαθηματικών ικανοτήτων. Οι διαταραχές αυτές είναι εγγενείς στο άτομο, αποδίδονται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και είναι δυνατόν να εκδηλώνονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Με τις μαθησιακές δυσκολίες είναι δυνατόν να συνυπάρχουν προβλήματα αυτοελέγχου της συμπεριφοράς, κοινωνικής αντίληψης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης, τα οποία, όμως, από μόνα τους, δε συνιστούν μαθησιακή δυσκολία. Αν και οι μαθησιακές δυσκολίες είναι δυνατόν να εκδηλώνονται μαζί με άλλες μειονεκτικές καταστάσεις (π.χ. αισθητηριακή βλάβη, νοητική καθυστέρηση, σοβαρή συναισθητηριακή διαταραχή) ή με επιδράσεις εξωγενών παραγόντων (όπως οι πολιτισμικές διαφορές και η ανεπαρκής ή ακατάλληλη εκπαίδευση), εντούτοις οι μαθησιακές δυσκολίες δεν είναι το άμεσο αποτέλεσμα αυτών των καταστάσεων ή εξωγενών παραγόντων».*

Η αιτιολογία των Μαθησιακών Δυσκολιών

Κατά τις πρώιμες περιόδους της μελέτης των Μαθησιακών Δυσκολιών, η έρευνα για την αιτιολογία τους περιστράφηκε γύρω από τη νευρολογική θεωρία (Hermann, 1959. Orton 1925. Hinshelwood ,1917). Ενοχοποιήθηκαν εγκεφαλικές βλάβες, ελάχιστης έκτασης, που δεν μπορούσαν να εντοπισθούν από παραδοσιακές μεθόδους απεικόνισης. Στη συνέχεια, εξετάστηκαν ως αιτιακοί παράγοντες οπτικά και ακουστικά αντιληπτικό – κινητικά ελλείμματα, γενετικές αιτίες, αλλά και προβλήματα σε συγκεκριμένα εγκεφαλικά μέρη, όπως η παρεγκεφαλίδα.

Ο βασικότερος αιτιακός παράγοντας που μέχρι στιγμής είναι ισχυρός είναι τα προβλήματα στη **γλωσσική επεξεργασία**. Μάλιστα, το έλλειμμα στη φωνολογική επίγνωση, τη γνώση και τη χρήση των φωνημάτων της γλώσσας, θεωρούνται ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας του κυριότερου τύπου Μαθησιακών Δυσκολιών, των αναγνωστικών δυσκολιών (Wagner, Torgesen & Rashotte, 1994). Η υπόθεση είναι πως η ελλειμματική φωνολογική επίγνωση οδηγεί σε δυσκολίες αποθήκευσης ή / και ανάκλησης και επεξεργασίας των λέξεων ως ενοποιημένων συνόλων και διακριτών ορθογραφικών αναπαραστάσεων. Υπάρχει δυσκολία να δημιουργηθούν σύνδεσμοι γραπτής και προφορικής αναπαράστασης της λέξης και επομένως έλλειψη άνεσης και ευχέρειας αποκωδικοποίησης (Vellutino, Fletcher, Snowling & Scanlon, 2004).

Οι Μαθησιακές Δυσκολίες εκδηλώνονται με μια σειρά από δυσκολίες και χαρακτηριστικά που δεν είναι, όμως, κοινά σε όλο τον πληθυσμό. Αυτό έχει ως επακόλουθο την αδυναμία δόμησης ενός κεντρικού προφίλ και κατά συνέπεια τη δυσκολία πρότασης διδακτικής παρέμβασης, αποτελεσματικής και κατάλληλης για όλους τους μαθητές αυτής της ομάδας. Οι Μαθησιακές Δυσκολίες έχουν οργανική αιτιολογία που είναι ενδογενής στο μαθητή. Αν και δεν έχουν διευκρινισθεί πλήρως οι αιτιακοί παράγοντες, ούτε ο μηχανισμός λειτουργίας τους, έχει γίνει σαφές πως εδράζονται σε δυσλειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η παραδοχή αυτή αποκλείει τη δημιουργία Μαθησιακών Δυσκολιών μετά την είσοδο του μαθητή στο σχολείο και εξαιτίας της διδασκαλίας ή άλλων παραγόντων.

Οι Μαθησιακές Δυσκολίες διαφοροποιούνται από άλλες καταστάσεις μειονεξίας, όπως οι αισθητηριακές βλάβες ή η νοητική καθυστέρηση και τα προβλήματα στη μάθηση που τις χαρακτηρίζουν. Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να λειτουργήσει ως «πυξίδα» για τη διαφορική διάγνωση των Μαθησιακών Δυσκολιών. Οι Μαθησιακές Δυσκολίες χαρακτηρίζονται από μια απρόσμενη απόκλιση μεταξύ του γνωστικού δυναμικού και της **σχολικής επίδοσης** του μαθητή.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

ΔΥΣΛΕΞΙΑ

Έννοια και ορισμός της δυσλεξίας

Η δυσλεξία ²¹ έχει ανακαλυφθεί και μελετηθεί τα τελευταία εκατό χρόνια. Σε αυτό το χρονικό διάστημα, έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί που προσπαθούν με ακρίβεια να περιγράψουν το εν λόγω φαινόμενο. Η ύπαρξη αυτών των πολλών ορισμών αποδεικνύει την πολυπλοκότητα του φαινομένου καθώς και τη σύγχυση που έχει δημιουργηθεί, γύρω από την έννοια της δυσλεξίας, στον κόσμο της επιστημονικής κοινότητας. Η δυσλεξία ήταν και εξακολουθεί να είναι αντικείμενο σύγχυσης και αμφισβήτησης μεταξύ των μελετητών της, με αποτέλεσμα τον προβληματισμό όχι μόνο στη διατύπωση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού αλλά και επιπροσθέτως στην εξεύρεση των αιτιών που προκαλούν την ειδική αυτή διαταραχή καθώς και των παρεμβατικών στρατηγικών αντιμετώπισής της. Η παραπάνω κατάσταση είναι παράγωγο εμπλοκής περισσότερων του ενός επιστημονικού κλάδου. Ανάμεσα σε αυτά, αποτελεί και τη συχνότερη μορφή των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών.

Η Βρετανική Εταιρία Δυσλεξίας (British Dyslexia Association), η πιο ισχυρή οργάνωση για τη βοήθεια των δυσλεξικών προσώπων δίνει το 1997 έναν αναλυτικό

²¹ Ορθότερος και περιγραφικότερος όρος της δυσλεξίας είναι Ειδική (Specific) ή Εξελικτική (Developmental) Δυσλεξία, παρότι χρησιμοποιείται ο όρος δυσλεξία από την ευρύτερη κοινότητα.

ορισμό της δυσλεξίας, που είναι ο εξής :«*Δυσλεξία είναι μια σύνθετη νευρολογική κατάσταση που έχει ιδιοσυστασιακή προέλευση*²². Τα συμπτώματα μπορεί να επηρεάζουν πολλούς τομείς της μάθησης και της δραστηριότητας, και μπορεί να περιγραφεί ως ειδική δυσκολία στην ανάγνωση, την ορθογραφία και τη γραπτή γλώσσα. Ένας ή περισσότεροι από τους τομείς αυτούς μπορεί να επηρεάζονται. Ο χειρισμός των αριθμών και των μουσικών σημείων, οι κινητικές λειτουργίες και οι οργανωτικές δεξιότητες μπορεί ακόμα να εμπλέκονται. Ωστόσο, σχετίζεται ιδιαίτερα με τον έλεγχο του γραπτού λόγου, αν και ο προφορικός λόγος επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό».

Η αιτιολογία της δυσλεξίας

Το χάος που έχει δημιουργηθεί γύρω από τον ακριβή ορισμό της δυσλεξίας, δε θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστη την κατάσταση γύρω από τα αίτια που προκαλούν το εν λόγω φαινόμενο. Η εμπλοκή της ιατρικής, της παιδαγωγικής και της ψυχολογίας και σε αυτή την περίπτωση, είχε ως αποτέλεσμα την διατύπωση διαφόρων θεωριών για την αιτιολογία της δυσλεξίας, πολλές από τις οποίες είναι αντικρουόμενες. Συνεπώς, λόγω της επιστημονικής διένεξης η έρευνα σχετικά με τα αίτια της δυσλεξίας βρίσκεται σε εξέλιξη.

Σύμφωνα με τον Rutter, M. (1978), δύο είναι οι κύριες υποθέσεις που σχηματίζουν τη θεμελίωση της έννοιας της δυσλεξίας. Η πρώτη, θεωρεί ότι η δυσλεξία οφείλεται σε πολλά αίτια και περιέχει ποικιλία συνδρόμων, ενώ η δεύτερη υποστηρίζει ότι η δυσλεξία οφείλεται σε έμφυτες βιολογικές «ανωμαλίες».

Η τελευταία αποτελεί την ιατρική προσέγγιση, που επικεντρώνεται στον εντοπισμό ενός και μόνο παράγοντα που έχει σχέση με τη λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου. Ο Κ. Δ. Πόρποδας (1997), χωρίζει αυτές τις δύο προοπτικές σε τέσσερις κατηγορίες, που είναι οι παρακάτω: α) Νευρολογικές υπολειτουργίες, β) Ελλιπής ημισφαιρική κυριαρχία, γ) Παράγοντες γενετικών ανωμαλιών, δ) Λειτουργικές ανωμαλίες στην αντιληπτική και γνωστική επεξεργασία.

²² Ο όρος «ιδιοσυστασιακή προέλευση» χρησιμοποιείται για χαρακτηριστικά που αναπτύχθηκαν από την αλληλεπίδραση κληρονομικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων. Γενικά, υποδηλώνει τη συμβολή που έχουν οι κληρονομικοί παράγοντες ή παράγοντες που σχετίζονται με τη γέννηση του παιδιού (προγεννητικοί, περιγεννητικοί) στην εκδήλωση της δυσλεξίας.

Οι τύποι δυσλεξίας

Η δυσλεξία, ως πρόβλημα επεξεργασίας του γραπτού λόγου, διακρίνεται σε δυο μεγάλες κατηγορίες. Επί του παρόντος αναφερόμαστε μόνο στη μια εκ των δυο κατηγοριών, στην **ειδική ή εξελικτική δυσλεξία** (specific or developmental dyslexia). Υπάρχει όμως και η επίκτητη δυσλεξία, για την οποία θα γίνει μια μικρή αναφορά παρακάτω, για τη δημιουργία μιας πιο ολοκληρωμένης εικόνας της δυσλεξίας.

Επίκτητη δυσλεξία (acquired dyslexia): Ο όρος αυτός αφορά άτομα που ενώ είχαν κατακτήσει τον μηχανισμό της ανάγνωσης, της γραφής και της ορθογραφίας, απέκτησαν δυσκολία ή ανικανότητα στην επεξεργασία του γραπτού λόγου, εξαιτίας εγκεφαλικών βλαβών. Οι εγκεφαλικές βλάβες ήταν αποτέλεσμα εγκεφαλικών τραυματισμών στην πλευρικό-κροταφική χώρα του αριστερού ημισφαιρίου, αρρωστιών και μολύνσεων. Έχουν αναφερθεί διάφοροι τύποι επίκτητης δυσλεξίας, όπως η βαθιά δυσλεξία, η επιφανειακή δυσλεξία, η φωνολογική δυσλεξία, η άμεση δυσλεξία και η συλλαβικού τύπου δυσλεξία.

Ειδική ή εξελικτική δυσλεξία (specific or developmental dyslexia): Η ειδική δυσλεξία μπορεί να διακριθεί σε δύο τύπους με βάση τις δυσκολίες που παρουσιάζει το δυσλεξικό άτομο : την «οπτική δυσλεξία» και την «ακουστική δυσλεξία».

A. Οπτική δυσλεξία: Η οπτική δυσλεξία είναι η πλέον διαδεδομένη μορφή δυσλεξίας. Υποτίθεται ότι χαρακτηρίζεται από ελλείμματα στην οπτική αντίληψη, την οπτική διάκριση και την οπτική μνήμη.

B. Ακουστική δυσλεξία: Αυτός ο τύπος δυσλεξίας, χαρακτηρίζεται από ένα έλλειμμα ικανότητας του ατόμου να αναπαριστά στο νου του, τους ξέχωρους ήχους της ομιλούμενης γλώσσας, να προβαίνει σε μίξη-σύνθεση ήχων, να κατονομάζει πρόσωπα και πράγματα και να τηρεί την ακουστική ακολουθία, η οποία συνδέεται με την δυνατότητα απομνημόνευσης συναφών πληροφοριών, τηρώντας τη σωστή τους διάταξη και σειρά.

Δίγα λόγια για τη Δυσορθογραφία

Η Δυσορθογραφία ανήκει στην κατηγορία των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών. Αποτελεί ειδική διαταραχή της μάθησης της ορθογραφίας και των κανόνων που τη διέπουν. Ορθογραφία, όπως όλοι γνωρίζουμε, είναι η χρήση τυποποιημένων κανόνων για την καταγραφή των φθόγγων μιας γλώσσας. Η ικανότητα της γραφής απαιτεί από το άτομο να μπορεί να συσχετίσει ήχους με γράμματα, να κάνει ανάκληση των γραμματικών μορφημάτων, να μπορεί να διαλέξει ανάμεσα σε ένα σωστό γράφημα όταν δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του ήχου και του γράμματος, να ομαδοποιεί καταλήξεις ακολουθώντας τους βασικούς κανόνες της ορθογραφίας (Δημητρίου, 1994).

Η δυσορθογραφία συνυπάρχει με την δυσλεξία τις περισσότερες των περιπτώσεων, αλλά μπορεί να υπάρχει και μόνη της. Το φαινόμενο της δυσορθογραφίας σχετίζεται με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο στη διαδικασία της γραφής, τόσο σε επίπεδο λέξης, όσο και σε επίπεδο σύνταξης, πρότασης και παραγράφου. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα ή αλλιώς συμπτώματα της δυσορθογραφίας είναι τα ακόλουθα:

- * Λάθη στην τοποθέτηση των γραφημάτων στο χώρο.
- * Φωνολογικά λάθη.
- * Λάθος χρήση (ιστορική ορθογραφία).
- * Λάθη στη χρήση διαφορετικών γραμμάτων ενός ίδιου ήχου (π.χ. ευχαριστώ-εφχαριστώ).
- * Λάθη συμφωνίας γραμματικής κλίσης. Τα παιδιά με δυσορθογραφία μπορεί να γνωρίζουν τους γραμματικούς κανόνες αλλά δεν μπορούν να τους εφαρμόσουν.
- * Αντικατάσταση λέξεων: γάτα-σκύλος.
- * Ομόηχες λέξεις: λύπη-λείπει.

Λίγα λόγια για τη Δυσγραφία

Η Δυσγραφία χαρακτηρίζεται από ελλειμματική επεξεργασία στη μετατροπή των ακουστικών και οπτικών ερεθισμάτων σε κινητική συμπεριφορά, από δυσκολία του ατόμου να παράγει αναγνώσιμη γραφή με το χέρι και μία γενική ασυνέπεια αναγνωστικού επιπέδου και γραφής (Caramazza et al., 1996, Ellis, 1993). Πρόκειται για μία επίκτητη βλάβη του Κ.Ν.Σ και μπορεί να είναι επιφανειακή, φωνολογική, βαθιά και περιφερειακή. Πρόκειται για μία νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στη γραφή και δημιουργούνται παραμορφώσεις ή λάθη. Στα παιδιά εμφανίζεται όταν αρχίσουν να ασχολούνται με δραστηριότητες γραψίματος. Κάνουν γράμματα με λάθος μέγεθος ή και κατεύθυνση ή γράφουν λανθασμένες και με ορθογραφικά σφάλματα λέξεις παρά τις οδηγίες για το αντίθετο. Τα παιδιά με αυτή την διαταραχή πιθανά έχουν και άλλες μαθησιακές δυσκολίες αλλά συνήθως δεν έχουν κοινωνικές δυσκολίες (Friedmann, 2007, 2008). Βασικά γνωρίσματα δυσγραφίας αποτελούν τα εξής:

- * Όλη του η γραφή είναι αδέξια.
- * Δεν θυμάται πως να γράψει μερικά γράμματα ή νούμερα.
- * Έχει δυσκολίες να διακρίνει κεφαλαία και μικρά γράμματα.
- * Δυσκολία να αντιγράψει απλές φράσεις.
- * Γράφει ορισμένα γράμματα, νούμερα ή φράσεις καθρεφτικά.

Λίγα λόγια για τη Δυσαριθμησία

Ο νευρολόγος Cohn ήταν ο πρώτος που επιχείρησε να αναπτύξει ένα πλήρες μοντέλο για τις αριθμητικές διαταραχές. Το 1961 δημοσιεύτηκε ένα άρθρο του στο περιοδικό Archives of Neurology στο οποίο εισήγαγε τον όρο Δυσαριθμησία (Dyscalculia).

Όρισε την Δυσαριθμησία σαν «μια δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος (κάποια εξελικτική διαταραχή) που είναι υπεύθυνη για την ανεξήγητη δυσκολία που παρουσιάζουν κάποια παιδιά στην πρόσκτηση των μαθηματικών εννοιών και δεξιοτήτων και παρουσιάζει παρόμοια αποτελέσματα με τις επίκτητες εγκεφαλικές κακώσεις των ενηλίκων» (Cohn, 1961).

Το DSM-V χρησιμοποιεί τον όρο Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή με ελλείμματα στα Μαθηματικά. Επιπρόσθετα, προτείνει τον εντοπισμό συγκεκριμένων δυσκολιών στα Μαθηματικά όπως: επίγνωση του αριθμού, ανάκληση αριθμητικών γεγονότων, εκτέλεση αριθμητικών υπολογισμών με ακρίβεια και ευχέρεια, ικανότητα μαθηματικών συλλογισμών με ακρίβεια και προϋποθέτει την διερεύνηση πολλαπλών γνωστικών δεξιοτήτων προκειμένου να διαγνωστεί τελικά ένας μαθητής με Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή στα Μαθηματικά (APA, 2013).

Τα Μαθηματικά αποτελούν ένα πολύπλοκο μάθημα που περιλαμβάνει διαφορετικούς τομείς, όπως η αριθμητική, η επίλυση αριθμητικών προβλημάτων, η γεωμετρία, η άλγεβρα, οι πιθανότητες, η στατιστική, ο διαφορικός λογισμός κ.α. κάτι που συνεπάγεται την κινητοποίηση διαφόρων βασικών δεξιοτήτων που σχετίζονται με την γλωσσική επεξεργασία, τη μνήμη, τη χώρο-χρονική αντίληψη, τη μαθηματική λογική, τη μεταγνωστική ικανότητα (Καραγιαννάκης, 2012). Τα συνήθη συμπτώματα που παρουσιάζουν τα άτομα με ΜΔΜ είναι η αδυναμία κατανόησης βασικών μαθηματικών εννοιών, η χαμηλή επίδοση στο μάθημα των Μαθηματικών του σχολείου (ενώ μπορεί να παρατηρείται καλή βαθμολογία στα άλλα σχολικά μαθήματα) καθώς και η δυσκολία χειρισμού των αριθμών σε καθημερινές περιστάσεις, όπως στις οικονομικές συναλλαγές, στο να λέει κανείς την ώρα ή να θυμάται αριθμούς τηλεφώνων.

3

Η ΕΡΕΥΝΑ

3.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Βασικός σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις των φοιτητών της λογοθεραπείας των τμημάτων της Πάτρας, των Ιωαννίνων και της Καλαμάτας για τα άτομα με μορφές αναπηρίας. Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν οι απόψεις των φοιτητών για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία και οι γνώσεις που αποκόμισαν, σύμφωνα με το πρόγραμμα σπουδών του αντίστοιχου τεχνολογικού εκπαιδευτικού ιδρύματος, στο οποίο συμμετείχαν.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας αφορούσαν τη διερεύνηση:

- ✓ της ύπαρξης συναναστροφών των συμμετεχόντων στην έρευνα με άτομα σε συνθήκες αναπηρίας,
- ✓ των γενικότερων στάσεων των φοιτητών απέναντι σε κάθε μορφή αναπηρίας,
- ✓ των γνώσεων των φοιτητών σε σχέση με τις κατηγορίες της αναπηρίας,
- ✓ των συναισθημάτων των φοιτητών σε ότι αφορά τη συναναστροφή με άτομα με αναπηρία καθώς και των συναισθημάτων τους όταν θα κληθούν να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη στα άτομα με κάποια μορφή αναπηρίας,
- ✓ των αντιλήψεων τους περί των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρίες σε σχέση με την οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή,
- ✓ της αποκόμισης γνώσεων με βάση το πρόγραμμα σπουδών των τμημάτων λογοθεραπείας των τεχνολογικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων σε σχέση με τα ΑμεΑ.

3.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.2.1. Δείγμα έρευνας

Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν πενήντα τέσσερις (54) φοιτητές και φοιτήτριες των τμημάτων Λογοθεραπείας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων της Καλαμάτας, των Ιωαννίνων και της Πάτρας. Για τον εντοπισμό των φοιτητών, απευθύνθηκα σε ομάδες Λογοθεραπείας, μέσω σελίδων κοινωνικής δικτύωσης, καθώς δεν υπήρχε η δυνατότητα άμεσης διανομής των ερωτηματολογίων. Στην έρευνα συμμετείχαν ηθελημένα πενήντα τέσσερις σπουδαστές και από τα τρία ιδρύματα και η αποστολή- συλλογή των ερωτηματολογίων διενεργήθηκε από τον Σεπτέμβριο έως τον Οκτώβριο του 2015. Στον Πίνακα 1 , παρουσιάζεται η κατανομή του φύλου των φοιτητών που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

<i>Φύλο φοιτητών</i>		
	f	(%)
Άρρεν	10	18,5
Θήλυ	44	81,5

Πίνακας 1: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του φύλου των 54 φοιτητών.

Στον Πίνακα 2, παρουσιάζεται η κατανομή των 54 φοιτητών, σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες, ως προς την ημερομηνία γεννήσεως του καθενός.

<i>Ημερομηνία Γεννήσεως</i>		
	f	(%)
1992	12	22,5
1993	27	50
1994	11	20,3
Λοιποί	4	7,5

Πίνακας 2: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ημερομηνίας γεννήσεως των 54 φοιτητών.

Στον Πίνακα 3, παραθέτουμε την κατανομή των συμμετεχόντων στην έρευνα, σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες, σύμφωνα με το εξάμηνο σπουδών.

<i>Εξάμηνο σπουδών</i>		
	f	(%)
Ζ' εξάμηνο	13	24
Επί πτυχίω	36	66,5
Λοιποί	5	9,5

Πίνακας 3: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του εξαμήνου σπουδών των σπουδαστών.

Όσον αφορά την κατανομή των 54 φοιτητών σύμφωνα με τον τόπο καταγωγής τους, ακολουθεί στον Πίνακα 4.

<i>Τόπος καταγωγής</i>		
	f	(%)
Χωριό έως 2.000 κατοίκους	9	16,5
Πόλη έως 10.000 κατοίκους	6	11
Πόλη έως 50.000 κατοίκους	6	11
Πόλη άνω των 50.000 κατοίκων	12	22,5
Αθήνα / Θεσσαλονίκη	21	39

Πίνακας 4: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των φοιτητών σε σχέση με τον τόπο καταγωγής τους.

Ο Πίνακας 5, αφορά τα πλαίσια της κλινικής άσκησης που συμμετείχαν κατά τη διάρκεια τριών εξαμήνων οι 54 φοιτητές. Καθότι οι φοιτητές μπορούν να συμμετέχουν σε παραπάνω από ένα πλαίσιο κλινικής άσκησης σε καθένα από τα τρία εξάμηνα φοίτησης, κάποιοι φοιτητές έχουν δώσει παραπάνω από μία απαντήσεις. Επομένως, στον Πίνακα 5, εμφανίζεται η κατανομή των φοιτητών σύμφωνα με το πλαίσιο της κλινικής άσκησης που συμμετείχαν.

<i>Πλαίσια Κλινικής Άσκησης</i>		
	f	(%)
Νηπιαγωγείο	19	35
Κλινική Τ.Ε.Ι.	17	31,5
Δημοτικό σχολείο	21	39
Γηροκομείο	6	11
Νοσοκομείο	12	22
Ειδικό σχολείο	15	28
Ε.Ε.Ε.Ε.Κ.	8	15
Κ.Ε.Φ.Υ.Α.Π.	10	18,5
Άλλο	6	11

Πίνακας 5: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών ανάλογα με τα πλαίσια κλινικής άσκησης που συμμετείχαν κατά τη διάρκεια της φοίτησης τους.

Στον Πίνακα 6, εμφανίζεται η κατανομή των φοιτητών, σε απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες, με βάση το αν έχουν πραγματοποιήσει ή όχι την πρακτική τους άσκηση.

<i>Πρακτική Άσκηση</i>		
	f	(%)
ΝΑΙ	29	54
ΟΧΙ	25	46

Πίνακας 6: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των φοιτητών ανάλογα με το αν πραγματοποίησαν ή όχι την πρακτική τους άσκηση.

Ο επόμενος πίνακας (Πίνακας 7), αφορά την πραγματοποίηση άλλων σπουδών εκτός των σπουδών της λογοθεραπείας και φαίνεται η κατανομή των 54 σπουδαστών σε απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες ανάλογα με αυτή τη παράμετρο.

<i>Άλλες σπουδές</i>		
	f	(%)
ΝΑΙ	3	5,5
ΟΧΙ	51	94,5

Πίνακας 7: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των φοιτητών ανάλογα με το αν έχουν πραγματοποιήσει άλλες σπουδές.

3.2.2. Μέσα συλλογής των δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας, σχετικά με τις απόψεις και τις αντιλήψεις των φοιτητών για την αναπηρία, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο χορηγήσαμε στους φοιτητές, μετά την έγκριση της φοιτήτριας που το δημιούργησε. Το ερωτηματολόγιο είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την καταγραφή διαφόρων χαρακτηριστικών μιας ομάδας ατόμων ή ενός πληθυσμού. Συνιστούν ένα από τα καλύτερα εργαλεία για την εκτέλεση δειγματοληπτικών ερευνών, διότι παρέχουν στους ερευνητές σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά, τις πεποιθήσεις, τα πιστεύω, καθώς και τα κοινά χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα (Παναγιωτάκος, 2011). Επιπροσθέτως, αποτελεί ένα μέσο συλλογής δεδομένων που απαιτεί ελάχιστο χρόνο και μπορεί να συμπληρωθεί με ευκολία από τον ερωτώμενο. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από τους φοιτητές των τμημάτων λογοθεραπείας και αποτυπώνει τις προσωπικές τους γνώμες για ότι αφορά την αναπηρία. Μέσω του ερωτηματολογίου αυτού, διερευνώνται επίσης οι απόψεις των σπουδαστών για την επάρκεια των γνώσεων του προγράμματος σπουδών του κάθε ιδρύματος. Το ερωτηματολόγιο απεστάλη ηλεκτρονικά, μέσω ομάδων λογοθεραπείας σε σελίδα κοινωνικής δικτύωσης, σε φοιτητές και των τριών τμημάτων Λογοθεραπείας, συμπληρώθηκε από τον καθένα ξεχωριστά και έπειτα επεστράφη στον αποστολέα για την ανάλυση των δεδομένων και την εξαγωγή συμπερασμάτων.

3.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στον Πίνακα 2.1 παρουσιάζουμε τις σχετικές και τις απόλυτες συχνότητες (%) των 54 φοιτητών και φοιτητριών σύμφωνα με την ύπαρξη συναναστροφών με άτομα με αναπηρία στο οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον. Οι απαντήσεις των φοιτητών αποδεικνύουν ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν συναναστρέφεται με άτομα σε συνθήκες αναπηρίας. Παρόλα αυτά, ένα σεβαστό ποσοστό, αναφέρει ότι συναναστρέφεται με άτομα με αναπηρία και παρακάτω στους Πίνακες 2.2 και 2.3 αποκαλύπτει τη σχέση του με τα άτομα αυτά (οικογενειακή / φιλική σχέση) αλλά και το είδος της αναπηρίας αντίστοιχα.

<i>Συναναστροφή με ΑμεΑ</i>		
	f	(%)
ΝΑΙ	20	37
ΟΧΙ	34	63

Πίνακας 2.1: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των φοιτητών ανάλογα με την ύπαρξη συναναστροφών με άτομα με αναπηρία.

<i>Σχέση με ΑμεΑ</i>		
	f	(%)
Συγγένεια α' βαθμού	10	2
Φιλική	8	1,6
Άλλη	1	0,2

Πίνακας 2.2: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των φοιτητών που απάντησαν θετικά στην ύπαρξη συναναστροφών με ΑμεΑ, σύμφωνα με τη σχέση που έχουν με το άτομο αυτό.

Σημείωση: Το σύνολο των απαντήσεων (όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2.1), είναι 20 θετικές απαντήσεις των φοιτητών σχετικά με το αν έχουν οικογενειακές ή φιλικές

σχέσεις με άτομα με αναπηρία. Στον παραπάνω πίνακα (2.2), παρατηρούμε 19 απαντήσεις.

Συνεπώς, αξίζει να αναφερθεί ότι ένα άτομο δεν έδωσε απάντηση ενώ στην επιλογή «άλλη» (σχέση), ένας ερωτώμενος ανέφερε ότι έχει αναπτύξει σχέση θεραπευτή – θεραπευόμενου με ένα άτομο με μορφή αναπηρίας.

<i>Είδος Αναπηρίας</i>		
	f	(%)
Νοητική Καθυστέρηση	6	1,2
Σύνδρομο Down	3	0,6
Αισθητηριακές		
Αναπηρίες της ακοής	3	0,6
Σκλήρυνση κατά πλάκας	2	0,4
Άλλα	6	1,2

Πίνακας 2.3: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των φοιτητών που απάντησαν θετικά στην ύπαρξη συναναστροφών με ΑμεΑ, σύμφωνα με το είδος της αναπηρίας του ατόμου αυτού.

Σημείωση: Στην ερώτηση για το είδος της αναπηρίας των ατόμων που συναναστρέφονται οι ερωτώμενοι φοιτητές, δύο άτομα δεν έδωσαν απαντήσεις. Σε ότι αφορά τις «άλλες» απαντήσεις που δόθηκαν, αναφέρθηκαν η τύφλωση, ο αυτισμός, η ατροφία άκρων και η τετραπληγία. Ομαδοποιήθηκαν στην κατηγορία «Άλλα», καθότι δόθηκαν ως απαντήσεις μία φορά η καθεμία και δεν κρίθηκε απαραίτητο να αναφερθούν αναλυτικά στον παραπάνω πίνακα.

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.4, η κατανομή των σχετικών και απόλυτων (%) συχνοτήτων των 54 φοιτητών, σύμφωνα με την έκφραση που χρησιμοποιούν, όταν αναφέρονται σε ΑμεΑ. Οι απαντήσεις τους φαίνονται αναλυτικά παρακάτω:

Έκφραση για αναφορά στα ΑμεΑ		
	f	(%)
Άτομο με Αναπηρία	13	24
Άτομο με Ειδικές Ανάγκες	31	57,5
Άτομο με ειδικές ικανότητες	9	16,5
Άλλο	1	2

Πίνακας 2.4: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, με βάση την έκφραση που χρησιμοποιούν όταν αναφέρονται σε ΑμεΑ.

Στον Πίνακα 2.5, εμφανίζονται οι απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες των 54 συμμετεχόντων σύμφωνα με την εξής αντίληψη: «Τα άτομα με αναπηρία είναι μια ομοιογενής και ενιαία ομάδα». Οι φοιτητές μπορούσαν να επιλέξουν ανάμεσα στις εξής απόψεις: «Διαφωνώ», «Σχετικά Διαφωνώ», «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «Σχετικά συμφωνώ» και «Συμφωνώ».

Τα άτομα με αναπηρία είναι μια ομοιογενής και ενιαία ομάδα.		
	f	(%)
Διαφωνώ	23	42,5
Σχετικά Διαφωνώ	9	16,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	20,5
Σχετικά Συμφωνώ	8	15
Συμφωνώ	3	5,5

Πίνακας 2.5: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, με βάση την άποψη τους με τη θέση ότι τα άτομα με αναπηρία είναι μια ομοιογενής και ενιαία ομάδα.

Παράλληλα, οι φοιτητές ερωτήθηκαν για το αν πιστεύουν ότι είναι επαρκώς ενημερωμένοι για την αναπηρία. Στον Πίνακα 2.6, καταγράφονται αναλυτικά οι απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες των 54 συμμετεχόντων σε συνάρτηση με αυτή τους την άποψη.

Είμαι επαρκώς ενημερωμένος για την αναπηρία.		
	f	(%)
Διαφωνώ	1	2
Σχετικά Διαφωνώ	3	5,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	13	24
Σχετικά Συμφωνώ	20	37
Συμφωνώ	17	31,5

Πίνακας 2.6: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με το αν θεωρούν ή όχι ότι είναι επαρκώς ενημερωμένοι για την αναπηρία.

Η επόμενη ερώτηση που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο, ζητούσε από τους σπουδαστές να ονοματίσουν όσες κατηγορίες της αναπηρίας γνωρίζουν, δίχως να τους παρέχεται επιλογή απαντήσεων. Συνεπώς, όσον αφορά τον Πίνακα 2.7, παρουσιάζεται η κατανομή των φοιτητών (ομοίως σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) με βάση το επίπεδο των γνώσεων τους για τις κατηγορίες της αναπηρίας.

Γνώση των κατηγοριών της αναπηρίας		
	f	(%)
Ανεπαρκής γνώση	16	29,5
Μέτρια γνώση	22	41
Πολύ καλή γνώση	16	29,5

Πίνακας 2.7: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με το αν θεωρείται επαρκής η γνώση τους για τις κατηγορίες της αναπηρίας.

Στον Πίνακα 2.8, εμφανίζονται οι απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες των 54 σπουδαστών σύμφωνα με την αντίληψη: «Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά τα ΑμεΑ είναι επακόλουθο της δικής τους δυσλειτουργίας». Οι φοιτητές μπορούσαν να επιλέξουν ανάμεσα στις εξής απόψεις: «Διαφωνώ», «Σχετικά Διαφωνώ», «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «Σχετικά συμφωνώ» και «Συμφωνώ».

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά τα ΑμεΑ είναι επακόλουθο της δικής τους δυσλειτουργίας.

	f	(%)
Διαφωνώ	30	55,5
Σχετικά Διαφωνώ	12	22,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	8	15
Σχετικά Συμφωνώ	4	7,5
Συμφωνώ	-	-

Πίνακας 2.8: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, με βάση την άποψη τους με τη θέση ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά τα ΑμεΑ είναι επακόλουθο της δικής τους δυσλειτουργίας.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 2.9) εμφανίζονται οι απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες των ερωτώμενων σύμφωνα με την άποψη ότι η αναπηρία δεν είναι ούτε φυσική ούτε αναγκαία αλλά παράγεται από την κοινωνία. Οι φοιτητές είχαν τη δυνατότητα επιλογής ανάμεσα στις εξής απόψεις: «Διαφωνώ», «Σχετικά Διαφωνώ», «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «Σχετικά συμφωνώ» και «Συμφωνώ».

Η αναπηρία δεν είναι ούτε φυσική ούτε αναγκαία αλλά παράγεται από την κοινωνία.

	f	(%)
Διαφωνώ	10	18,5
Σχετικά Διαφωνώ	7	13
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	15	28
Σχετικά Συμφωνώ	9	16,5
Συμφωνώ	13	24

Πίνακας 2.9: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, με βάση την άποψη τους για την αντίληψη ότι η αναπηρία δεν είναι ούτε φυσική ούτε αναγκαία αλλά παράγεται από την κοινωνία.

Μετέπειτα, οι φοιτητές ερωτήθηκαν για το αν θα επιθυμούσαν να ασχοληθούν επαγγελματικά στο χώρο των ΑμεΑ. Οι απαντήσεις τους περιείχαν τη μορφή «Διαφωνώ», «Σχετικά Διαφωνώ», «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «Σχετικά συμφωνώ» και «Συμφωνώ». Στον Πίνακα 2.10 παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες των εν λόγω φοιτητών σύμφωνα με την επιθυμία τους να ασχοληθούν επαγγελματικά στο χώρο των ΑμεΑ.

Θα ήθελα να ασχοληθώ επαγγελματικά στο χώρο των ΑμεΑ.		
	f	(%)
Διαφωνώ	2	4
Σχετικά Διαφωνώ	2	4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3	5
Σχετικά Συμφωνώ	15	28
Συμφωνώ	32	59

Πίνακας 2.10: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, με βάση την επιθυμία τους να ασχοληθούν επαγγελματικά με ΑμεΑ.

Η επόμενη κατανομή των 54 σπουδαστών (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) σχετίζεται με τα συναισθήματα που τους γεννά η συνάντηση με ένα άτομο με κινητική αναπηρία. Οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα επιλογής ανάμεσα στα εξής συναισθήματα: συμπάθεια, φόβο, αμηχανία, αδιαφορία (κανένα συναίσθημα), οίκτο και περιέργεια. Επιπλέον, υπήρχε η επιλογή «όπως όταν συναντώ ένα οποιοδήποτε άτομο» και τέλος η επιλογή «άλλο». Στον Πίνακα 2.11 παρουσιάζονται μόνο οι επιλογές των φοιτητών για λόγους έμφασης.

Πώς αισθάνεστε όταν συναντάτε ένα άτομο με κινητική αναπηρία;		
	f	(%)
Όπως όταν συναντώ ένα οποιοδήποτε άτομο	23	42,5
Συμπάθεια	14	26
Αμηχανία	12	22,5
Άλλο	5	9

Πίνακας 2.11: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται όταν συναντούν ένα άτομο με κινητική αναπηρία.

Στον Πίνακα 2.12 παρουσιάζεται η κατανομή των 54 συμμετεχόντων στην έρευνα (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) σε σχέση με τα συναισθήματα τους όταν συναντούν ένα άτομο με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (Δ.Ε.Π.-Υ.) . Με τον ίδιο τρόπο, στους Πίνακες 2.13, 2.14, 2.15, 2.16, 2.17 παρουσιάζονται οι κατανομές των φοιτητών σύμφωνα με τα συναισθήματα τους όταν συναντούν ένα άτομο με αυτισμό, ένα άτομο με κώφωση, ένα άτομο με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, ένα άτομο με τυφλότητα και τέλος, ένα άτομο με νοητική καθυστέρηση.

Πώς αισθάνεστε όταν συναντάτε ένα άτομο με Δ.Ε.Π.-Υ.;		
	f	(%)
Όπως όταν συναντώ ένα οποιοδήποτε άτομο	31	57,5
Συμπάθεια	9	16,5
Περιέργεια	7	13
Άλλο	7	13

Πίνακας 2.12: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται όταν συναντούν ένα άτομο με Δ.Ε.Π.-Υ.

Πώς αισθάνεστε όταν συναντάτε ένα άτομο με αυτισμό;		
	f	(%)
Όπως όταν συναντώ ένα οποιοδήποτε άτομο	11	21
Συμπάθεια	19	35
Αμηχανία	12	22
Περιέργεια	12	22

Πίνακας 2.13: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται όταν συναντούν ένα άτομο με αυτισμό.

Πώς αισθάνεστε όταν συναντάτε ένα άτομο με κώφωση;		
	f	(%)
Όπως όταν συναντώ ένα οποιοδήποτε άτομο	12	22
Συμπάθεια	15	28
Αμηχανία	18	33
Περιέργεια	7	13
Άλλο	2	4

Πίνακας 2.14: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται όταν συναντούν ένα άτομο με κώφωση.

Πώς αισθάνεστε όταν συναντάτε ένα άτομο με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες;

	f	(%)
Όπως όταν συναντώ ένα οποιοδήποτε άτομο	42	78
Συμπάθεια	7	13
Άλλο	5	9,5

Πίνακας 2.15: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται όταν συναντούν ένα άτομο με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες.

Πώς αισθάνεστε όταν συναντάτε ένα άτομο με τυφλότητα;

	f	(%)
Όπως όταν συναντώ ένα οποιοδήποτε άτομο	12	22
Συμπάθεια	11	20,5
Αμηχανία	23	42,5
Άλλο	8	15

Πίνακας 2.16: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται όταν συναντούν ένα άτομο με τυφλότητα.

Πώς αισθάνεστε όταν συναντάτε ένα άτομο με νοητική καθυστέρηση;

	f	(%)
Όπως όταν συναντώ ένα οποιοδήποτε άτομο	22	41
Συμπάθεια	16	30
Αμηχανία	6	11
Περίεργεια	6	11
Άλλο	4	7

Πίνακας 2.17: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται όταν συναντούν ένα άτομο με νοητική καθυστέρηση.

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 3.1, παρουσιάζεται η κατανομή των 54 σπουδαστών που συμμετείχαν στην έρευνα (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) σε σχέση με τα συναισθήματα τους γνωρίζοντας ότι μελλοντικά θα κληθούν να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με κινητική αναπηρία. Οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα επιλογής ανάμεσα στα εξής συναισθήματα: φόβο, ανασφάλεια, αυτοπεποίθηση, περιέργεια, οίκτο, ελπίδα και κάποιο «άλλο» συναίσθημα. Για λόγους έμφασης, παρουσιάζονται μόνο οι επιλογές των φοιτητών σχηματικά στον παρακάτω πίνακα.

<i>Πώς αισθάνεστε γνωρίζοντας ότι θα παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με κινητική αναπηρία;</i>		
	f	(%)
Ανασφάλεια	8	15
Αυτοπεποίθηση	8	15
Περιέργεια	7	13
Ελπίδα	23	42
Άλλο	8	15

Πίνακας 3.1: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται γνωρίζοντας ότι θα παρέχουν υποστήριξη σε άτομα με κινητική αναπηρία.

Παρομοίως, στους Πίνακες 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, και 3.7 παρουσιάζονται οι κατανομές των 54 ερωτώμενων (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) σύμφωνα με το πώς αισθάνονται έχοντας γνώση του ότι στο μέλλον θα κληθούν να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ., με αυτισμό, με κώφωση, με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, με τυφλότητα και με νοητική καθυστέρηση αντίστοιχα.

Πώς αισθάνεστε γνωρίζοντας ότι θα παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ.;		
	f	(%)
Ανασφάλεια	7	13
Αυτοπεποίθηση	15	28
Ελπίδα	25	46
Άλλο	7	13

Πίνακας 3.2: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται γνωρίζοντας ότι θα παρέχουν υποστήριξη σε άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ.

Πώς αισθάνεστε γνωρίζοντας ότι θα παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με αυτισμό;		
	f	(%)
Ανασφάλεια	13	24
Αυτοπεποίθηση	9	17
Περιέργεια	8	15
Ελπίδα	22	41
Άλλο	2	4

Πίνακας 3.3: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται γνωρίζοντας ότι θα παρέχουν υποστήριξη σε άτομα με αυτισμό.

Πώς αισθάνεστε γνωρίζοντας ότι θα παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με κώφωση;		
	f	(%)
Ανασφάλεια	24	44,5
Ελπίδα	18	33,5
Άλλο	12	22

Πίνακας 3.4: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται γνωρίζοντας ότι θα παρέχουν υποστήριξη σε άτομα με κώφωση.

Πώς αισθάνεστε γνωρίζοντας ότι θα παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες;

	f	(%)
Αυτοπεποίθηση	24	44,5
Ελπίδα	25	46
Άλλο	5	9,5

Πίνακας 3.5: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται γνωρίζοντας ότι θα παρέχουν υποστήριξη σε άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες.

Πώς αισθάνεστε γνωρίζοντας ότι θα παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με τυφλότητα;

	f	(%)
Ανασφάλεια	22	41
Περιέργεια	10	18,5
Ελπίδα	17	31,5
Άλλο	5	9

Πίνακας 3.6: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται γνωρίζοντας ότι θα παρέχουν υποστήριξη σε άτομα με τυφλότητα.

Πώς αισθάνεστε γνωρίζοντας ότι θα παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με νοητική καθυστέρηση;

	f	(%)
Αυτοπεποίθηση	11	20
Περιέργεια	7	13
Ελπίδα	27	50
Άλλο	9	17

Πίνακας 3.7: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το πώς αισθάνονται γνωρίζοντας ότι θα παρέχουν υποστήριξη σε άτομα με νοητική καθυστέρηση.

Στον Πίνακα 3.8 παρουσιάζεται η κατανομή σε απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες των σπουδαστών σε συνάρτηση με τα άτομα, με τα οποία θα ένιωθαν μεγαλύτερη ευκολία στην παροχή λογοθεραπευτικής υποστήριξης. Οι σπουδαστές μπορούσαν να επιλέξουν ανάμεσα στα εξής : άτομα με κώφωση, μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες, παιδιά ή ενήλικες με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (αυτισμός), άτομα με τυφλότητα, χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου, παιδιά με Δ.Ε.Π.-Υ. και παιδιά με νοητική υστέρηση.

Μεγαλύτερη ευκολία παροχής λογοθεραπευτικής υποστήριξης στα άτομα με:		
	f	(%)
Μαθησιακές Δυσκολίες	34	63
Χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου	8	15
Νοητική Καθυστέρηση	4	7
Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές		
Διαταραχές	3	5,5
Δ.Ε.Π.-Υ.	4	7
Κώφωση	1	2

Πίνακας 3.8: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με τα άτομα, με τα οποία θα ένιωθαν μεγαλύτερη ευκολία στην παροχή λογοθεραπευτικής υποστήριξης.

Εν αντιθέσει, στον Πίνακα 3.9, παρουσιάζεται η κατανομή σε απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες των φοιτητών σε συνάρτηση με τα άτομα, στα οποία θα παρείχαν λογοθεραπευτική υποστήριξη με μεγαλύτερη δυσκολία. Οι φοιτητές είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα στα εξής : άτομα με κώφωση, μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες, παιδιά ή ενήλικες με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (αυτισμός), άτομα με τυφλότητα, χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου, παιδιά με Δ.Ε.Π.-Υ. και παιδιά με νοητική υστέρηση.

Μεγαλύτερη δυσκολία παροχής λογοθεραπευτικής υποστήριξης στα άτομα με:

	f	(%)
Τυφλότητα	27	50
Κώφωση	12	22
Χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου	5	9
Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές		
Διαταραχές	5	9
Νοητική Καθυστέρηση	3	5,5
Δ.Ε.Π.-Υ.	2	4

Πίνακας 3.9: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με τα άτομα, στα οποία θα παρείχαν λογοθεραπευτική υποστήριξη με μεγαλύτερη δυσκολία.

Παρακάτω, στον Πίνακα 3.10 εμφανίζονται οι απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες των ερωτώμενων σύμφωνα με την άποψη ότι «οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κώφωση είναι επακόλουθο της δικής τους δυσλειτουργίας».

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κώφωση είναι επακόλουθο της δικής τους δυσλειτουργίας.

	f	(%)
Διαφωνώ	18	33
Σχετικά Διαφωνώ	16	30
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		
διαφωνώ	12	22
Σχετικά Συμφωνώ	7	13
Συμφωνώ	1	2

Πίνακας 3.10: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με την άποψη ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κώφωση είναι επακόλουθο της δικής τους δυσλειτουργίας.

Στον Πίνακα 3.11 εμφανίζεται η κατανομή των απόλυτων (%) και σχετικών συχνοτήτων των φοιτητών όσον αφορά την αντίληψη ότι «η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στη μείωση συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π.-Υ.». Οι φοιτητές είχαν τη δυνατότητα επιλογής ανάμεσα στις εξής απόψεις: «Διαφωνώ», «Σχετικά Διαφωνώ», «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «Σχετικά συμφωνώ» και «Συμφωνώ».

<i>Η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στη μείωση συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π.-Υ.</i>		
	f	(%)
Διαφωνώ	16	30
Σχετικά Διαφωνώ	7	13
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		
διαφωνώ	17	31,5
Σχετικά Συμφωνώ	11	20
Συμφωνώ	3	5,5

Πίνακας 3.11: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνοτήτες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με την άποψη ότι η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στη μείωση συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π.-Υ.

Παρακάτω, στον Πίνακα 3.12, παρουσιάζεται η κατανομή των απόλυτων (%) και σχετικών συχνοτήτων των ερωτώμενων σύμφωνα με την εξής αντίληψη: «Η δυσκολία προσβασιμότητας στους δημόσιους χώρους για άτομα με τυφλότητα εντείνει την έννοια της αναπηρίας». Οι φοιτητές είχαν τη δυνατότητα επιλογής ανάμεσα στις εξής απόψεις: «Διαφωνώ», «Σχετικά Διαφωνώ», «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «Σχετικά συμφωνώ» και «Συμφωνώ».

Η δυσκολία προσβασιμότητας στους δημόσιους χώρους για άτομα με τυφλότητα εντείνει την έννοια της αναπηρίας.

	f	(%)
Διαφωνώ	4	7,5
Σχετικά Διαφωνώ	-	-
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		
	2	4
Σχετικά Συμφωνώ	12	22
Συμφωνώ	35	65

Πίνακας 3.12: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 53²³ φοιτητών, σύμφωνα με την άποψη ότι η δυσκολία προσβασιμότητας στους δημόσιους χώρους για άτομα με τυφλότητα εντείνει την έννοια της αναπηρίας.

Στον Πίνακα 3.13, παρουσιάζεται η κατανομή των απόλυτων (%) και σχετικών συχνοτήτων των 54 σπουδαστών σύμφωνα με την εξής αντίληψη: «Γα άτομα με κινητική αναπηρία είναι άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με κοινωνικά και αρχιτεκτονικά εμπόδια». Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων είχαν τη μορφή: «Διαφωνώ», «Σχετικά διαφωνώ», «Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «Σχετικά συμφωνώ» και «Συμφωνώ».

²³ Σημείωση: Ένας φοιτητής δεν έδωσε απάντηση στην παραπάνω ερώτηση οπότε το σύνολο των φοιτητών υπολογίζεται στα 53 άτομα.

Τα άτομα με κινητική αναπηρία είναι άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με κοινωνικά και αρχιτεκτονικά εμπόδια.		
	f	(%)
Συμφωνώ	44	81
Σχετικά Συμφωνώ	8	15
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	2	4
Σχετικά Διαφωνώ	-	-
Διαφωνώ	-	-

Πίνακας 3.13: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με την άποψη ότι η δυσκολία προσβασιμότητας στους δημόσιους χώρους για άτομα με τυφλότητα εντείνει την έννοια της αναπηρίας

Στον Πίνακα 3.14, παρατηρούμε την κατανομή των απόλυτων (%) και σχετικών συχνοτήτων των 54 φοιτητών ανάλογα με τον τρόπο που θα αντιδρούσαν εάν βρίσκονταν σε ένα δημόσιο χώρο, όπου βρισκόταν ένα άτομο με νοητική καθυστέρηση.

Πώς θα αντιδρούσατε αν βρισκόσασταν σε ένα δημόσιο χώρο, όπου βρισκόταν ένα άτομο με Ν.Κ.;		
	f	(%)
«Θα το κοιτούσα επίμονα»	-	-
«Θα το προσέγγιζα»	16	30
«Θα αδιαφορούσα»	3	5,5
«Θα το κοιτούσα όπως οποιοδήποτε άλλο άτομο»	31	57
Άλλο	4	7,5

Πίνακας 3.14: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με τον τρόπο που θα αντιδρούσαν εάν βρίσκονταν σε ένα δημόσιο χώρο, όπου βρισκόταν ένα άτομο με νοητική καθυστέρηση.

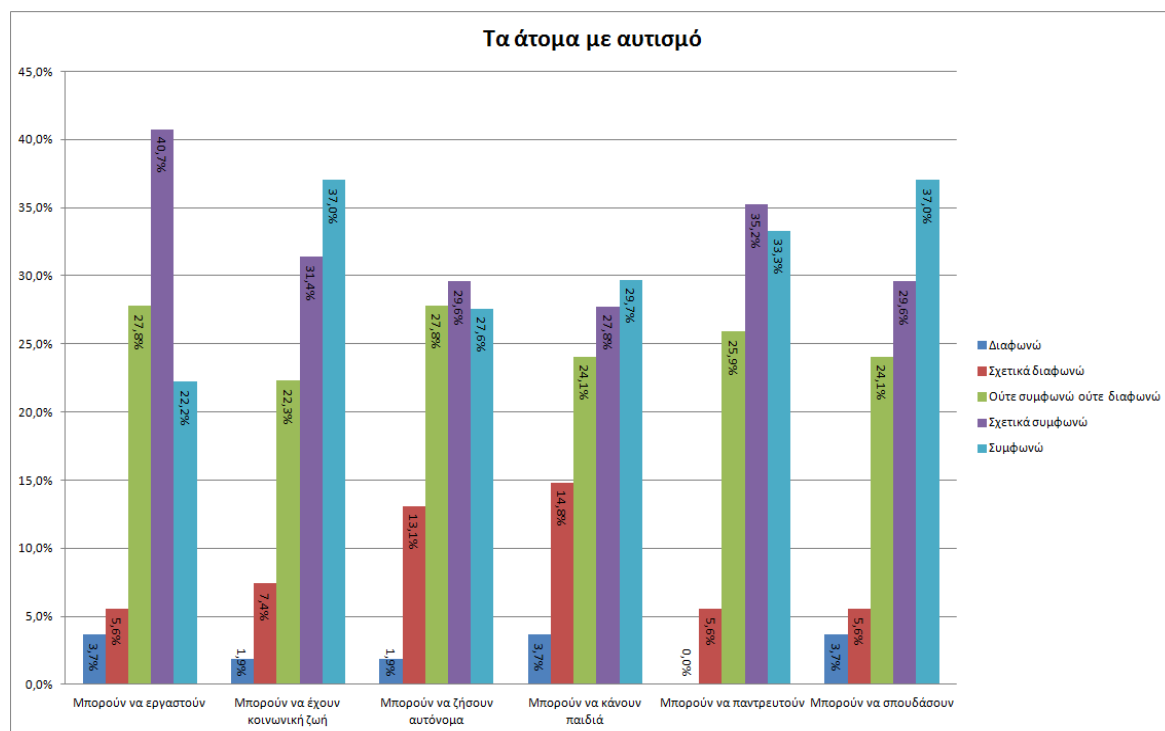
Σημείωση: Οι απαντήσεις που έδωσαν τρεις φοιτητές (ο τέταρτος δεν έδωσε κάποια άλλη απάντηση εκτός από την επιλογή «άλλο»), που συμπεριλαμβάνονται στην επιλογή «άλλο» παρουσιάζουν ενδιαφέρον και αξίζει να αναφερθούν. Ένας φοιτητής, εκ των τριών, απάντησε ότι θα παρατηρούσε διακριτικά τη συμπεριφορά του ατόμου με νοητική καθυστέρηση έτσι ώστε να δει πως αλληλεπιδρά με το περιβάλλον. Ο δεύτερος επισήμανε ότι δεν θα το κοιτούσε γιατί θεωρεί ότι οι γονείς/κηδεμόνες του θα ένιωθαν άβολα και ο τρίτος τόνισε ότι θα το κοιτούσε με συμπάθεια.

Οι επόμενες ερωτήσεις στόχευαν στη διερεύνηση των αντιλήψεων των 54 φοιτητών, περί των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία σε σχέση με την οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή. Επομένως, στον Πίνακα 4.1, παρουσιάζεται η κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 σπουδαστών ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με αυτισμό.

Τα άτομα με αυτισμό μπορούν να:											
	Διαφωνώ		Σχετικά Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Σχετικά συμφωνώ		Συμφωνώ		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Εργαστούν	2	4	3	5,5	14	26	23	42,5	12	22,5	
Σπουδάσουν	2	4	4	7,5	15	28	13	24	20	37	
Παντρευτούν	-	-	3	5,5	12	22,5	21	39	18	33,5	
Κάνουν παιδιά	2	4	8	15	14	26	16	29,5	14	26	
Ζήσουν αυτόνομα	1	2	7	13	15	28	15	28	16	29,5	
Έχουν κοινωνική ζωή	1	2	3	5,5	11	20,5	16	29,5	23	42,5	

Πίνακας 4.1: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με αυτισμό.

Παρομοίως, στον σχήμα 4.1, παρουσιάζεται η κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 σπουδαστών σύμφωνα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με αυτισμό όσον αφορά την επαγγελματική, την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των φοιτητών σχετικά συμφωνεί με τα δικαιώματα των ατόμων που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού για επαγγελματική απασχόληση, σπουδές, αυτόνομη ζωή, κοινωνικοποίηση, σύναψη γάμου και τεκνοποίηση.



Σχήμα 4.1: Σύνθετο ακιδωτό διάγραμμα για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με αυτισμό.

Στον Πίνακα 4.2, παρουσιάζεται η κατανομή των 54 φοιτητών σε απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με κώφωση σχετικά με την οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή. Όπως παρατηρούμε από τον πίνακα, οι επιλογές «διαφωνώ» και «σχετικά διαφωνώ» δεν έχουν προτιμηθεί από κανέναν εκ των 54 φοιτητών, πράγμα που σημαίνει ότι οι απόψεις των φοιτητών συγκλίνουν.

Τα άτομα με κώφωση μπορούν να:											
	Διαφωνώ		Σχετικά Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Σχετικά συμφωνώ		Συμφωνώ		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Εργαστούν	-	-	-	-	2	4	12	22,5	40	74	
Σπουδάσουν	-	-	-	-	1	2	10	18,5	43	79,5	
Παντρευτούν	-	-	-	-	-	-	6	11	48	89	
Κάνουν παιδιά	-	-	-	-	-	-	5	9,5	49	90,5	
Ζήσουν αυτόνομα	-	-	-	-	1	2	17	31,5	36	66,5	
Έχουν κοινωνική ζωή	-	-	-	-	-	-	10	18,5	44	81,5	

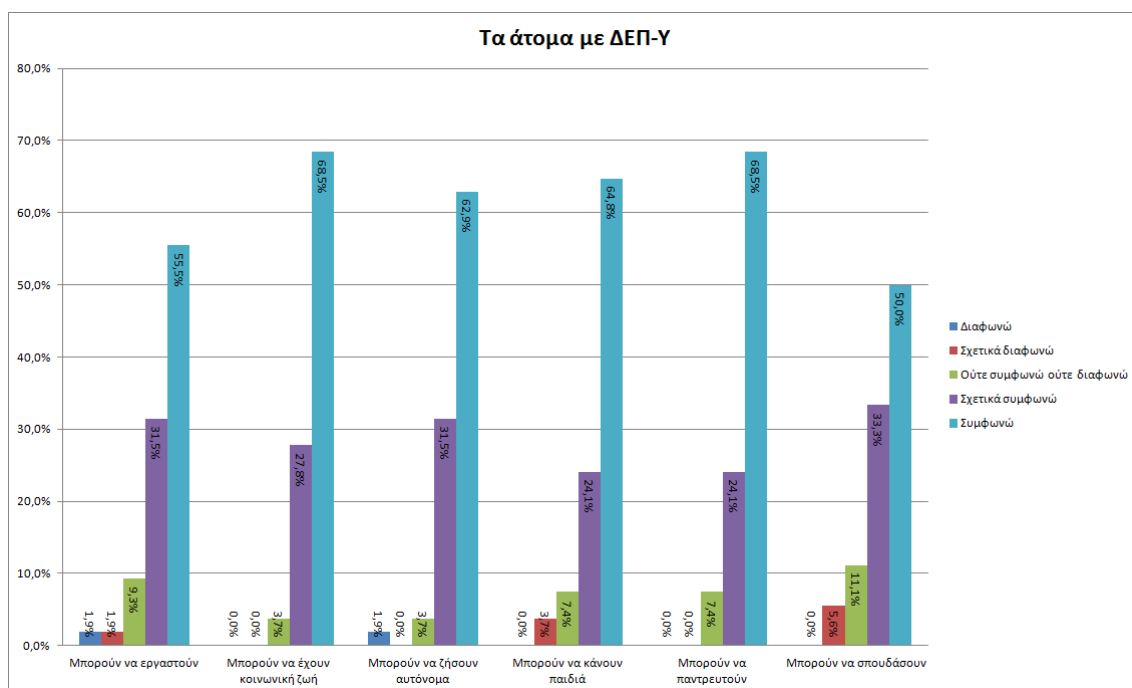
Πίνακας 4.2: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με κώφωση.

Στον Πίνακα 4.3, εμφανίζεται η κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 συμμετεχόντων ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με Δ.Ε.Π.-Υ όσον αφορά την επαγγελματική, την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή.

Τα άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ. μπορούν να:										
	Διαφωνώ		Σχετικά Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Σχετικά συμφωνώ		Συμφωνώ	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Εργαστούν	1	2	3	5,5	5	9	15	28	30	55,5
Σπουδάσουν	-	-	4	7,5	5	9	16	29,5	29	54
Παντρευτούν	-	-	-	-	4	7,5	12	22	38	70,5
Κάνουν παιδιά	-	-	2	4	3	5,5	12	22	37	68,5
Ζήσουν αυτόνομα	1	2	-	-	1	2	16	29,5	36	66,5
Έχουν κοινωνική ζωή	-	-	-	-	1	2	15	28	38	70

Πίνακας 4.3: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με Δ.Ε.Π.-Υ.

Παρομοίως, στον σχήμα 4.3, παρουσιάζεται η κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 σπουδαστών σύμφωνα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με ΔΕΠ-Υ. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών συμφωνεί με τα δικαιώματα των ατόμων με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα και πιστεύει ότι μπορούν να σπουδάσουν, να εργαστούν, να παντρευτούν, να κάνουν παιδιά, να ζήσουν αυτόνομα και να έχουν κοινωνική ζωή.



Σχήμα 4.3: Σύνθετο ακιδωτό διάγραμμα για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με ΔΕΠ-Υ.

Στον Πίνακα 4.4, εμφανίζεται η κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 σπουδαστών ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με τυφλότητα όσον αφορά την επαγγελματική, την οικογενειακή και την κοινωνική του ζωή. Όπως προκύπτει από τον πίνακα, η πλειοψηφία των φοιτητών συμφωνεί ή σχετικά συμφωνεί με τα δικαιώματα των ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες της όρασης (τυφλότητα) και εκτιμά ότι μπορούν να σπουδάσουν, να εργαστούν, να παντρευτούν, να κάνουν παιδιά, να ζήσουν αυτόνομα και να αναπτύξουν σχέσεις με τον κοινωνικό τους περίγυρο.

Τα άτομα με τυφλότητα μπορούν να:

	Διαφωνώ		Σχετικά Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Σχετικά συμφωνώ		Συμφωνώ	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Εργαστούν	-	-	4	7,5	5	9	18	33,5	27	50
Σπουδάσουν	-	-	2	4	4	7,5	12	22	29	66,5
Παντρευτούν	-	-	-	-	-	-	12	22	42	78
Κάνουν παιδιά	-	-	-	-	-	-	11	20,5	43	79,5
Ζήσουν αυτόνομα	1	2	6	11	5	9,5	18	33	24	44,5
Έχουν κοινωνική ζωή	-	-	1	2	2	4	14	25,5	37	68,5

Πίνακας 4.4: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με τυφλότητα.

Στον Πίνακα 4.5, εμφανίζεται η κατανομή των 54 σπουδαστών ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με κινητική αναπηρία.

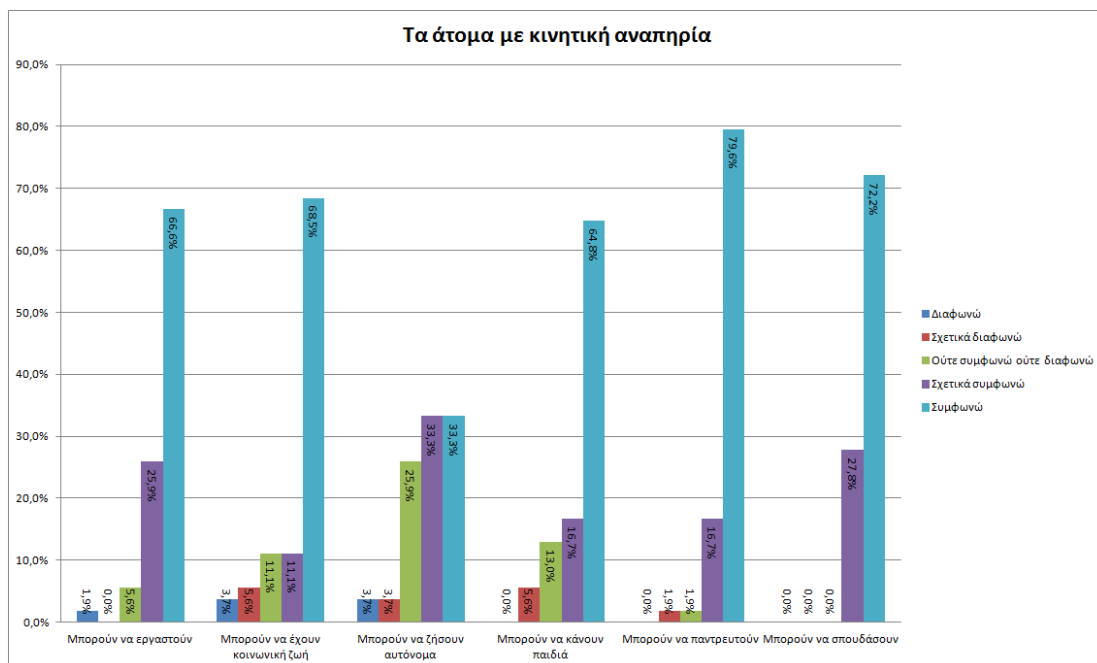
Τα άτομα με κινητική αναπηρία μπορούν να:

	Διαφωνώ		Σχετικά Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Σχετικά συμφωνώ		Συμφωνώ	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Εργαστούν	1	2	-	-	3	5,5	15	28	35	64,5
Σπουδάσουν	-	-	-	-	-	-	14	26	40	74
Παντρευτούν	-	-	-	-	-	-	11	20,5	43	79,5
Κάνουν παιδιά	-	-	2	4	7	13	8	14,5	37	68,5

Ζήσουν αυτόνομα	2	4	4	7,5	15	28	17	31	16	29,5
Έχουν κοινωνική ζωή	-	-	-	-	4	7,5	9	16,5	41	76

Πίνακας 4.5: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με κινητική αναπηρία.

Όσον αφορά το σχήμα 4.5, παρουσιάζεται η κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 σπουδαστών σύμφωνα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με κινητική αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών συμφωνεί με τα δικαιώματα των ατόμων με κινητικές αναπηρίες και θεωρεί ότι μπορούν να σπουδάσουν, να εργαστούν, να παντρευτούν, να κάνουν παιδιά, να ζήσουν αυτόνομα και να έχουν κοινωνική ζωή.



Σχήμα 4.5: Σύνθετο ακιλωτό διάγραμμα για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με κινητική αναπηρία.

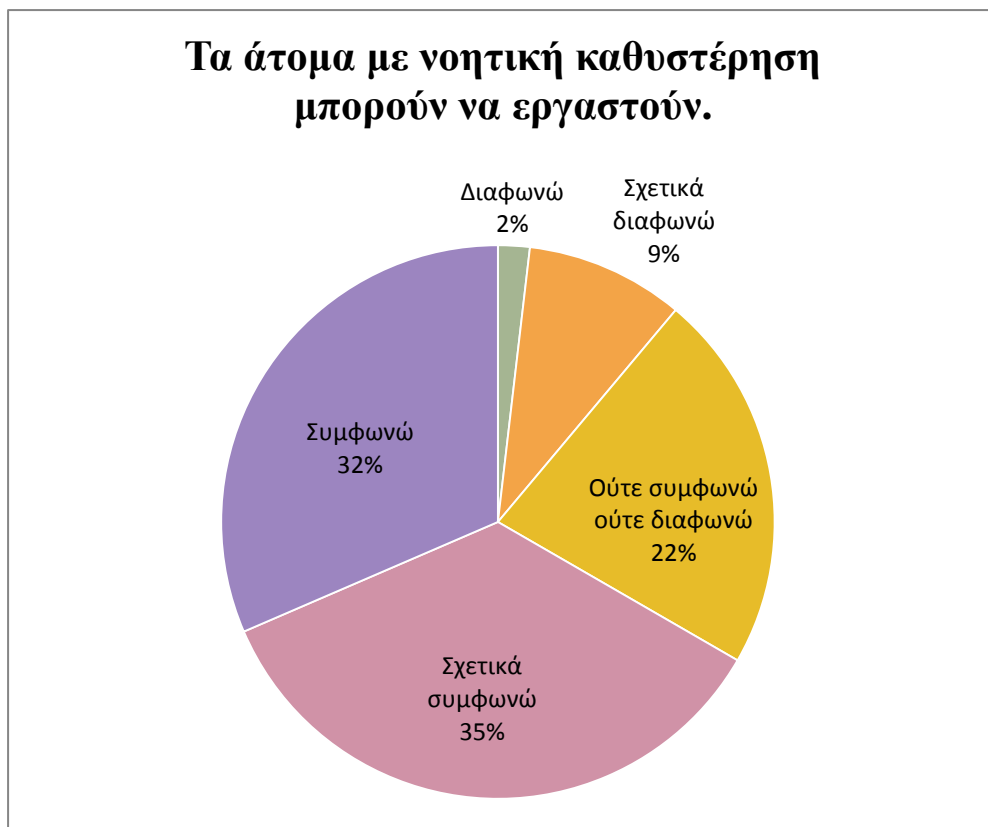
Στον Πίνακα 4.6, εμφανίζεται η κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 ερωτώμενων ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με νοητική καθυστέρηση.

Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση μπορούν να:										
	Διαφωνώ		Σχετικά Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Σχετικά συμφωνώ		Συμφωνώ	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Εργαστούν	1	2	6	11	11	20,5	19	35	17	31,5
Σπουδάσουν	1	2	7	13	15	27,5	22	41	9	16,5
Παντρευτούν	2	4	5	9,5	5	9,5	21	38,5	21	38,5
Κάνουν παιδιά	3	5,5	6	11	10	18,5	17	31,5	18	33
Ζήσουν αυτόνομα	1	2	6	11	16	29,5	24	44,5	7	13
Έχουν κοινωνική ζωή	1	2	1	2	7	13	24	44	21	39

Πίνακας 4.6: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με νοητική καθυστέρηση.

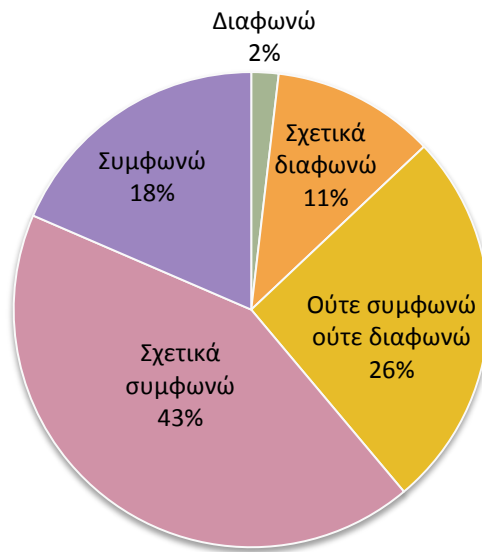
Παρακάτω, στα σχήματα 4.6, 4.7, 4.8, 4.9, 4.10, 4.11 παρουσιάζεται η κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 σπουδαστών σύμφωνα με τις αντιλήψεις τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με νοητική καθυστέρηση. Οι απόψεις των φοιτητών παρουσιάζουν μεγάλη διαφοροποίηση και για το λόγο αυτό δημιουργήθηκαν 6 ξεχωριστά διαγράμματα για την αναπαράσταση των απόψεων των σπουδαστών. Αξίζει να αναφερθεί ότι η πλειοψηφία των φοιτητών σχετικά συμφωνεί με το γεγονός ότι τα άτομα με νοητική καθυστέρηση μπορούν να εργαστούν (Σχήμα 4.6).

Σε ότι αφορά τις σπουδές, το μεγαλύτερο ποσοστό σχετικά συμφωνεί ότι τα άτομα με νοητική καθυστέρηση μπορούν να σπουδάσουν (Σχήμα 4.7) ενώ στην περίπτωση της σύναψης γάμου και τεκνοποίησης, η μεγαλύτερη μερίδα των φοιτητών συμφωνεί (Σχήμα 4.8 & Σχήμα 4.9 αντίστοιχα). Τέλος, οι περισσότεροι σπουδαστές σχετικά συμφωνούν ότι τα άτομα με νοητική καθυστέρηση μπορούν να ζήσουν αυτόνομα (Σχήμα 4.10), αλλά σε ότι αφορά την κοινωνική ζωή πολυπληθέστερη είναι η ομάδα που συμφωνεί (Σχήμα 4.11).



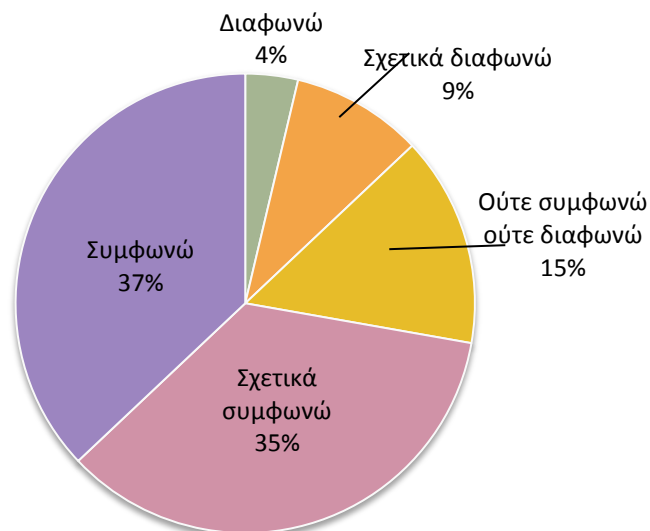
Σχήμα 4.6: Διάγραμμα μορφής πίτας για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το αν μπορούν τα άτομα με νοητική καθυστέρηση να εργαστούν.

Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση μπορούν να σπουδάσουν.



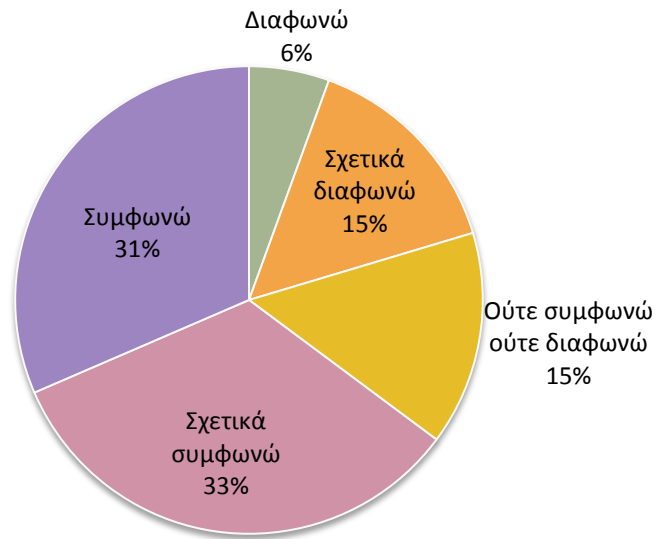
Σχήμα 4.7: Διάγραμμα μορφής πίτας για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το αν μπορούν τα άτομα με νοητική καθυστέρηση να σπουδάσουν.

Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση μπορούν να παντρευτούν.



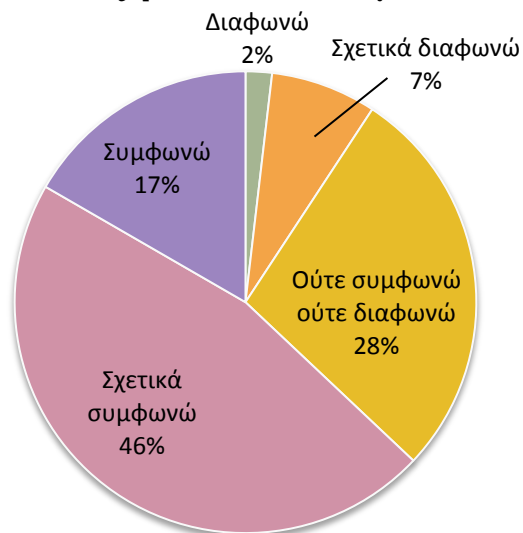
Σχήμα 4.8: Διάγραμμα μορφής πίτας για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το αν μπορούν τα άτομα με νοητική καθυστέρηση να παντρευτούν.

Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση μπορούν να κάνουν παιδιά.

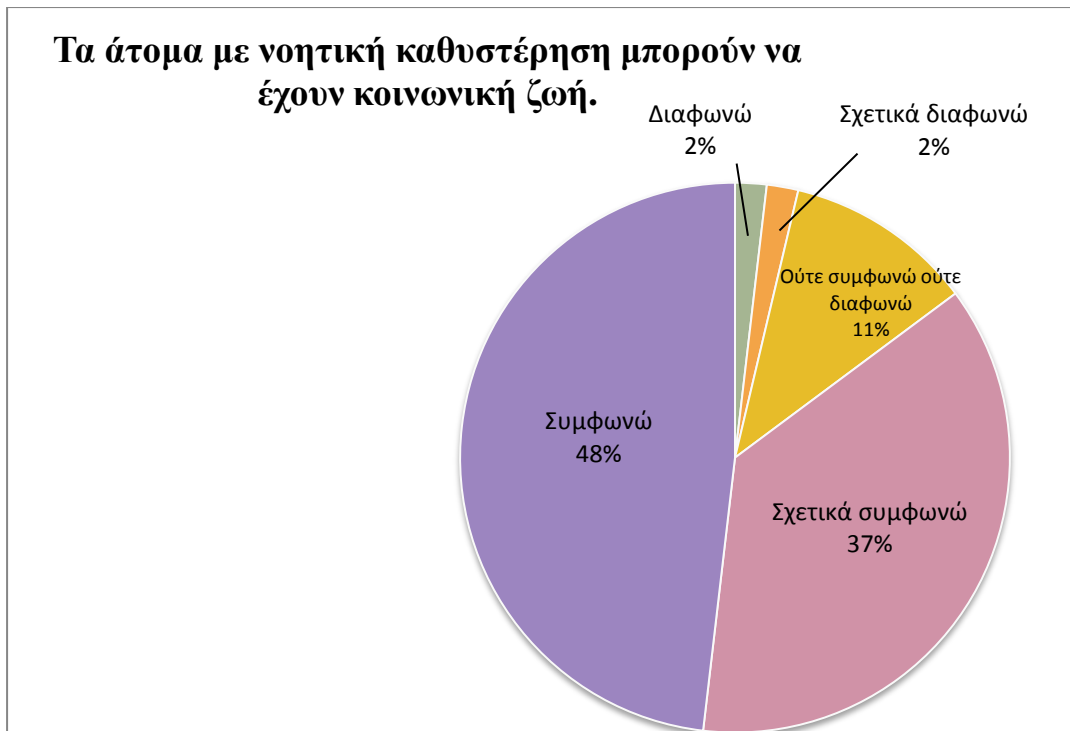


Σχήμα 4.9: Διάγραμμα μορφής πίτας για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το αν μπορούν τα άτομα με νοητική καθυστέρηση να κάνουν παιδιά.

Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση μπορούν να ζήσουν αυτόνομα.



Σχήμα 4.10: Διάγραμμα μορφής πίτας για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το αν μπορούν τα άτομα με νοητική καθυστέρηση να ζήσουν αυτόνομα.



Σχήμα 4.11: Διάγραμμα μορφής πίτας για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το αν μπορούν τα άτομα με νοητική καθυστέρηση να έχουν κοινωνική ζωή.

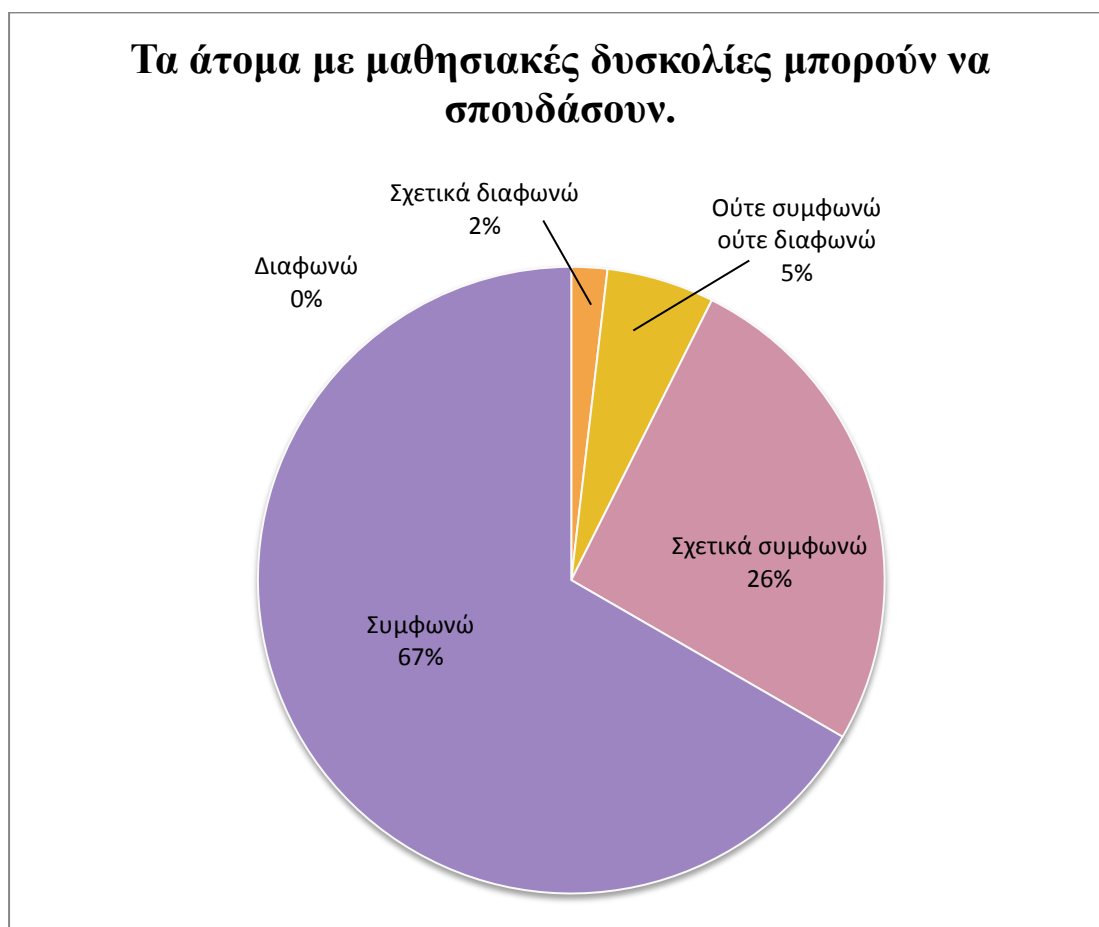
Στον Πίνακα 4.7, εμφανίζεται η κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 ερωτώμενων ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες.

Τα άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες μπορούν να:

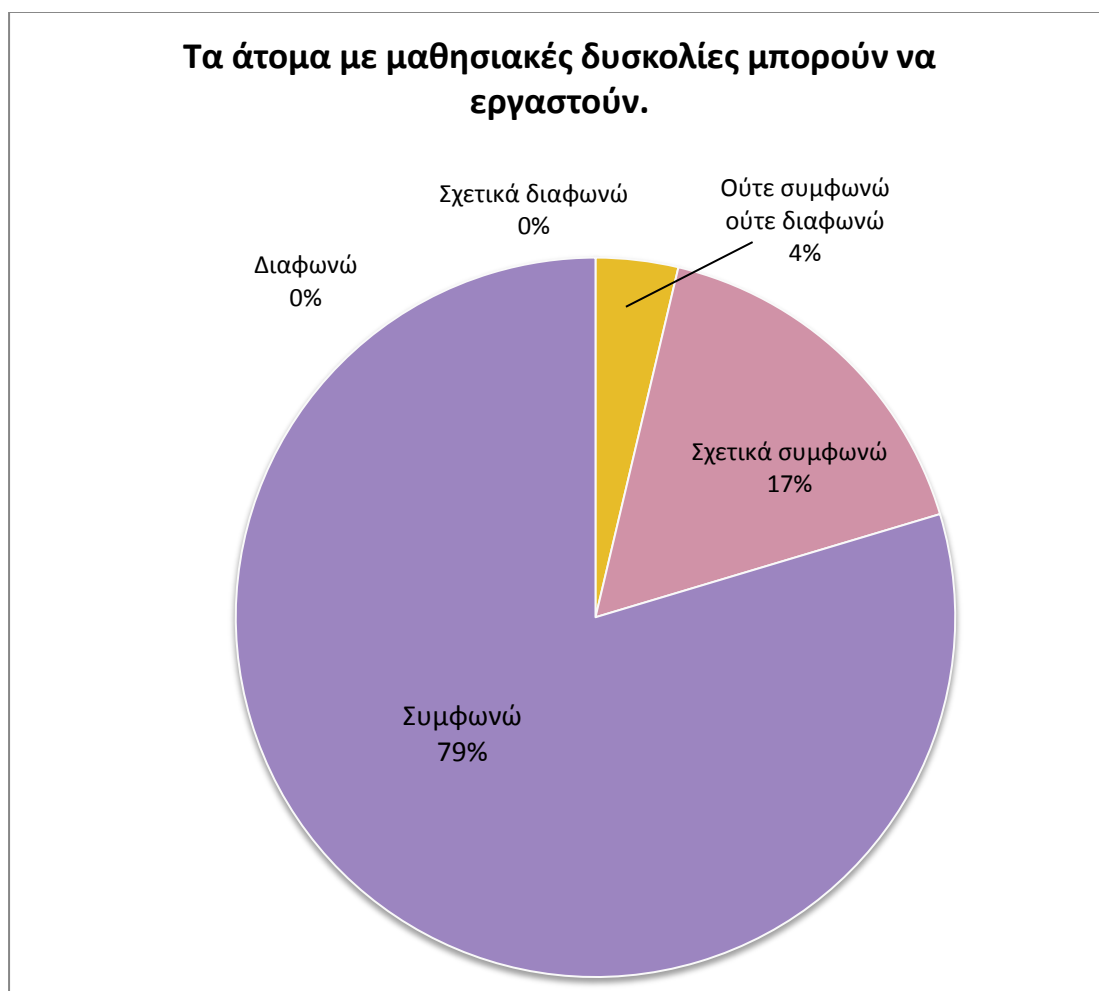
	Διαφωνώ		Σχετικά Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Σχετικά συμφωνώ		Συμφωνώ	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Εργαστούν	-	-	-	-	2	4	11	20,5	41	75,5
Σπουδάσουν	-	-	-	-	3	5,5	14	26	37	68,5

Πίνακας 4.7: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες.

Παρακάτω, στα σχήματα 4.12 και 4.13 παρουσιάζεται η κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 σπουδαστών σύμφωνα με τις αντιλήψεις τους για τα δικαιώματα ενός ατόμου με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες. Η πλειονότητα των σπουδαστών συμφωνεί ότι τα άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες μπορούν να σπουδάσουν καθώς και να εργαστούν (Σχήμα 4.12 & 4.13 αντίστοιχα).



Σχήμα 4.12: Διάγραμμα μορφής πίτας για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το αν μπορούν τα άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες να σπουδάσουν.



Σχήμα 4.13: Διάγραμμα μορφής πίτας για την κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το αν μπορούν τα άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες να εργαστούν.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο αποσκοπούσε στη διερεύνηση των απόψεων των σπουδαστών για την άντληση γνώσεων, με βάση το πρόγραμμα σπουδών των τμημάτων λογοθεραπείας των τεχνολογικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, σε σχέση με τα ΑμεΑ. Συνεπώς, στον Πίνακα 5.1, παρουσιάζεται η κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν εμπλουτίσει τις θεωρητικές τους γνώσεις.

Έχω εμπλουτίσει τις θεωρητικές μου γνώσεις.		
	f	(%)
Διαφωνώ	-	-
Σχετικά Διαφωνώ	3	5,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	10	18,5
Σχετικά Συμφωνώ	18	33,5
Συμφωνώ	23	42,5

Πίνακας 5.1: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν εμπλουτίσει τις θεωρητικές τους γνώσεις.

Στον Πίνακα 5.2, παρουσιάζεται η κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 συμμετεχόντων, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν αποκτήσει προσωπική εμπειρία μέσω πρακτικής άσκησης στον τομέα αυτό.

Έχω αποκτήσει προσωπική εμπειρία μέσω πρακτικής άσκησης.		
	f	(%)
Διαφωνώ	7	13
Σχετικά Διαφωνώ	-	-
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	6	11
Σχετικά Συμφωνώ	12	22,5
Συμφωνώ	29	53,5

Πίνακας 5.2: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, με το αν θεωρούν ότι έχουν αποκτήσει προσωπική εμπειρία μέσω πρακτικής άσκησης στον τομέα αυτό.

Στον Πίνακα 5.3, παρουσιάζεται η κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 ερωτώμενων, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν αναπτύξει εθελοντική πρωτοβουλία για ανάμειξη τους σε φορείς και υπηρεσίες.

Έχω αναπτύξει εθελοντική πρωτοβουλία για ανάμειξη τους σε φορείς και υπηρεσίες.		
	f	(%)
Διαφωνώ	13	24
Σχετικά Διαφωνώ	-	-
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		
Σχετικά Συμφωνώ	10	18,5
Συμφωνώ	8	15
Συμφωνώ	23	42,5

Πίνακας 5.3: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν αναπτύξει εθελοντική πρωτοβουλία για ανάμειξη τους σε φορείς/ υπηρεσίες.

Στον Πίνακα 5.4, παρουσιάζεται η κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 ερωτώμενων, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν αλλάξει στάση σε ότι αφορά το θέμα της αναπηρίας.

Έχω αλλάξει στάση πάνω στο θέμα της αναπηρίας.		
	f	(%)
Διαφωνώ	4	7,5
Σχετικά Διαφωνώ	1	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		
Σχετικά Συμφωνώ	4	7,5
Συμφωνώ	8	15
Συμφωνώ	37	68

Πίνακας 5.4: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν αλλάξει στάση πάνω στο θέμα της αναπηρίας.

Στον Πίνακα 5.5, παρουσιάζεται η κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 σπουδαστών, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν αποβάλλει αρνητικές σκέψεις που είχαν στο παρελθόν.

<i>Έχω αποβάλλει αρνητικές σκέψεις που είχα στο παρελθόν.</i>		
	f	(%)
Διαφωνώ	4	7,5
Σχετικά Διαφωνώ	1	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	7	13
Σχετικά Συμφωνώ	10	18,5
Συμφωνώ	32	59

Πίνακας 5.5: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν αποβάλλει αρνητικές σκέψεις που είχαν στο παρελθόν.

Στον Πίνακα 5.6, παρουσιάζεται η κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 σπουδαστών, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν ευαισθητοποιηθεί περισσότερο στο θέμα της αναπηρίας.

<i>Έχω ευαισθητοποιηθεί περισσότερο στο θέμα της αναπηρίας.</i>		
	f	(%)
Διαφωνώ	1	2
Σχετικά Διαφωνώ	1	2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	1	2
Σχετικά Συμφωνώ	7	13
Συμφωνώ	44	81

Πίνακας 5.6: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με το αν θεωρούν ότι έχουν ευαισθητοποιηθεί περισσότερο στο θέμα της αναπηρίας.

Η επόμενη ερώτηση ενθάρρυνε τους φοιτητές να απαντήσουν κατά πόσο θεωρούν ότι η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ θα τους φαινόταν χρήσιμη σε ορισμένους τομείς της ζωής τους. Ο Πίνακας 5.7 παρουσιάζει την κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με το πόσο χρήσιμη θα τους φαινόταν η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ σε ότι αφορά την επαγγελματική τους ζωή.

Κατά πόσο θεωρείτε ότι η εκπαίδευση σας για τα ΑμεΑ θα σας φαινόταν χρήσιμη στην επαγγελματική σας ζωή;		
	f	(%)
Καθόλου	-	-
Λίγο	-	-
Δεν γνωρίζω	2	4
Αρκετά	8	15
Πολύ	44	81

Πίνακας 5.7: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το πόσο θεωρούν ότι η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ θα τους φαινόταν χρήσιμη στην επαγγελματική τους ζωή.

Ο Πίνακας 5.8 παρουσιάζει την κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με το πόσο χρήσιμη θα τους φαινόταν η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ σε ότι αφορά τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Κατά πόσο θεωρείτε ότι η εκπαίδευση σας για τα ΑμεΑ θα σας φαινόταν χρήσιμη στις διαπροσωπικές σας σχέσεις;		
	f	(%)
Καθόλου	-	-
Λίγο	-	-
Δεν γνωρίζω	1	2
Αρκετά	18	33,5
Πολύ	35	64,5

Πίνακας 5.8: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το πόσο θεωρούν ότι η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ θα τους φαινόταν χρήσιμη στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Παράλληλα, στον Πίνακα 5.9 καταγράφεται η κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 ερωτώμενων, ανάλογα με το πόσο χρήσιμη θα τους φαινόταν η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ σε ότι αφορά εθελοντικές δραστηριότητες.

Κατά πόσο θεωρείτε ότι η εκπαίδευση σας για τα ΑμεΑ θα σας φαινόταν χρήσιμη σε εθελοντικές δραστηριότητες;		
	f	(%)
Καθόλου	-	-
Λίγο	-	-
Δεν γνωρίζω	1	2
Αρκετά	18	33,5
Πολύ	35	64,5

Πίνακας 5.9: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το πόσο θεωρούν ότι η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ θα τους φαινόταν χρήσιμη σε εθελοντικές δραστηριότητες.

Παρακάτω, στον Πίνακα 5.10 εμφανίζεται η κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 συμμετεχόντων, ανάλογα με το πόσο χρήσιμη θα τους φαινόταν η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ σε ότι αφορά την αποδοχή τους.

Κατά πόσο θεωρείτε ότι η εκπαίδευση σας για τα ΑμεΑ θα σας φαινόταν χρήσιμη στην αποδοχή τους;		
	f	(%)
Καθόλου	-	-
Λίγο	-	-
Δεν γνωρίζω	-	-
Αρκετά	6	11
Πολύ	48	89

Πίνακας 5.10: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το πόσο θεωρούν ότι η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ θα τους φαινόταν χρήσιμη στην αποδοχή τους.

Στον Πίνακα 5.11 παρουσιάζεται η κατανομή των 54 σπουδαστών σε απόλυτες (%) και σχετικές συχνότητες, ανάλογα με το πόσο χρήσιμη θα τους φαινόταν η εκπαίδευση, που τους προσφέρει το πρόγραμμα σπουδών, για τα άτομα με αναπηρία σε ότι αφορά την κατανόηση των ψυχοκοινωνικοοικονομικών αναγκών τους.

<i>Κατά πόσο θεωρείτε ότι η εκπαίδευση σας για τα ΑμεΑ θα σας φαινόταν χρήσιμη στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικοοικονομικών αναγκών τους;</i>		
	f	(%)
Καθόλου	-	-
Λίγο	-	-
Δεν γνωρίζω	5	9
Αρκετά	8	15
Πολύ	48	76

Πίνακας 5.11: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, ανάλογα με την άποψη τους για το πόσο θεωρούν ότι η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ θα τους φαινόταν χρήσιμη στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικοοικονομικών αναγκών τους.

Ο Πίνακας 5.12 παρουσιάζει την κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με κινητική αναπηρία, με βάση το πρόγραμμα σπουδών των τμημάτων λογοθεραπείας των εκάστοτε ιδρυμάτων.

Θεωρείτε ότι είστε έτοιμοι να παρέχετε Α/Θ υποστήριξη σε άτομα με κινητική αναπηρία;		
	f	(%)
Διαφωνώ	12	22
Σχετικά Διαφωνώ	6	11
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	20,5
Σχετικά Συμφωνώ	15	28
Συμφωνώ	10	18,5

Πίνακας 5.12: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με κινητική αναπηρία.

Ο Πίνακας 5.13 παρουσιάζει την κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ., με βάση το πρόγραμμα σπουδών του εκάστοτε ιδρύματος.

Θεωρείτε ότι είστε έτοιμοι να παρέχετε Α/Θ υποστήριξη σε άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ.;		
	f	(%)
Διαφωνώ	1	2
Σχετικά Διαφωνώ	10	18,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	7	13
Σχετικά Συμφωνώ	22	40,5
Συμφωνώ	14	26

Πίνακας 5.13: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ.

Ο Πίνακας 5.14 παρουσιάζει την κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 σπουδαστών, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με αυτισμό, με βάση το πρόγραμμα σπουδών του εκάστοτε ιδρύματος.

Θεωρείτε ότι είστε έτοιμοι να παρέχετε Α/Θ υποστήριξη σε άτομα με αυτισμό;		
	f	(%)
Διαφωνώ	7	13
Σχετικά Διαφωνώ	10	18,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	3	5,5
Σχετικά Συμφωνώ	21	39
Συμφωνώ	13	24

Πίνακας 5.14: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με αυτισμό.

Ο Πίνακας 5.15 παρουσιάζει την κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 συμμετεχόντων, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με κώφωση, με βάση το πρόγραμμα σπουδών του εκάστοτε ιδρύματος.

Θεωρείτε ότι είστε έτοιμοι να παρέχετε Α/Θ υποστήριξη σε άτομα με κώφωση;		
	f	(%)
Διαφωνώ	11	20
Σχετικά Διαφωνώ	15	28
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	14	26
Σχετικά Συμφωνώ	10	18,5
Συμφωνώ	4	7,5

Πίνακας 5.15: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με κώφωση.

Ο Πίνακας 5.16 παρουσιάζει την κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 συμμετεχόντων, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, με βάση το πρόγραμμα σπουδών του εκάστοτε ιδρύματος.

Θεωρείτε ότι είστε έτοιμοι να παρέχετε Λ/Θ υποστήριξη σε άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες;		
	f	(%)
Διαφωνώ	3	5,5
Σχετικά Διαφωνώ	2	4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	5	9
Σχετικά Συμφωνώ	13	24
Συμφωνώ	31	57,5

Πίνακας 5.16: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με κώφωση.

Ο Πίνακας 5.17 παρουσιάζει την κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 συμμετεχόντων, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι προετοιμασμένοι κατάλληλα να προσφέρουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με αισθητηριακές αναπηρίες της όρασης (τυφλότητα), με βάση το πρόγραμμα σπουδών του εκάστοτε ιδρύματος.

Θεωρείτε ότι είστε έτοιμοι να παρέχετε Α/Θ υποστήριξη σε άτομα με τυφλότητα;		
	f	(%)
Διαφωνώ	22	41
Σχετικά Διαφωνώ	12	22
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	13	24
Σχετικά Συμφωνώ	5	9
Συμφωνώ	2	4

Πίνακας 5.17: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με τυφλότητα.

Ο Πίνακας 5.18 παρουσιάζει την κατανομή (σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 συμμετεχόντων, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με νοητική καθυστέρηση, με βάση το πρόγραμμα σπουδών του εκάστοτε ιδρύματος.

Θεωρείτε ότι είστε έτοιμοι να παρέχετε Α/Θ υποστήριξη σε άτομα με νοητική καθυστέρηση;		
	f	(%)
Διαφωνώ	1	2
Σχετικά Διαφωνώ	5	9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	9	16,5
Σχετικά Συμφωνώ	21	39
Συμφωνώ	18	33,5

Πίνακας 5.18: Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των 54 φοιτητών, σύμφωνα με το αν θεωρούν ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με νοητική καθυστέρηση.

3.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των δεδομένων πρόεκυψαν αρκετά ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με τις γενικότερες στάσεις των φοιτητών απέναντι σε κάθε μορφή αναπηρίας, των γνώσεων των φοιτητών σε σχέση με τις κατηγορίες της αναπηρίας, καθώς και τα συναισθήματα που τους γεννιούνται, γνωρίζοντας ότι θα κληθούν να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη στα άτομα με κάποια μορφή αναπηρίας. Παράλληλα, πρόεκυψαν ερευνητικά δεδομένα τα οποία αναφέρονται στις αντιλήψεις των σπουδαστών περί των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρίες σε σχέση με την οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή. Τέλος, θα παραθέσουμε τις απόψεις των φοιτητών σε συνάρτηση με την απόκτηση γνώσεων με βάση το πρόγραμμα σπουδών των τμημάτων λογοθεραπείας. Παρακάτω, λοιπόν, επιχειρείται η συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τους επιμέρους στόχους της έρευνας.

I. Γενικές στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών για την αναπηρία

Αρχικά, οι σπουδαστές ρωτήθηκαν για την έκφραση που χρησιμοποιούν όταν αναφέρονται σε ΑμεΑ. Το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών, δηλαδή το 57,5% δήλωσε ότι χρησιμοποιεί την έκφραση «Άτομα με ειδικές ανάγκες», ενώ το 24% χρησιμοποιεί τον όρο «Άτομα με Αναπηρία». Παράλληλα, στην αντίληψη ότι τα άτομα με αναπηρία είναι μια ομοιογενής και ενιαία ομάδα, οι περισσότεροι σπουδαστές διαφώνησαν (42,5%) ενώ ένα σεβαστό ποσοστό απάντησε ότι ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την άποψη αυτή (20,5%). Το 37% των συμμετεχόντων σχετικά συμφωνεί ότι είναι επαρκώς ενημερωμένο για την αναπηρία, το 31,5% συμφωνεί ενώ το 24% ούτε συμφωνεί αλλά ούτε και διαφωνεί. Όσον αφορά τη γνώση των φοιτητών για την ταξινόμηση της αναπηρίας σε κατηγορίες, το 41% θεωρείται ότι κατέχει μέτρια γνώση επί των κατηγοριών, ενώ το 29,5% γνωρίζει σε πολύ καλό βαθμό τις κατηγορίες της αναπηρίας. Το υπόλοιπο 29,5% κατέχει ανεπαρκή γνώση. Εν συνεχεία, το 55,5% των ερωτώμενων διαφωνεί με την άποψη ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά τα άτομα με αναπηρία είναι επακόλουθο της δυσλειτουργίας τους, ενώ το 15% ούτε συμφωνεί αλλά ούτε και διαφωνεί. Η αντίληψη ότι η αναπηρία δεν είναι ούτε φυσική ούτε αναγκαία αλλά παράγεται από την κοινωνία βρίσκει σύμφωνο το 24%, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (28%) δεν συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την γνώμη αυτή. Οι

συμμετέχοντες στην έρευνα ρωτήθηκαν για το αν θα ήθελαν να ασχοληθούν επαγγελματικά στον χώρο των ΑμεΑ. Η πλειοψηφία (59%) συμφώνησε με την ερώτηση αυτή, ενώ το 28% διάλεξε την επιλογή «Σχετικά συμφωνώ». Σε ότι αφορά την αντίληψη ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κώφωση είναι επακόλουθο της δικής τους δυσλειτουργίας, το 33,5% των ερωτώμενων διαφωνεί κάθετα με αυτή την άποψη, ενώ φαίνεται ότι ένα ποσοστό 13% σχετικά συμφωνεί. Οι φοιτητές, επίσης διαφωνούν με τη θεώρηση ότι η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στη μείωση συμπτωμάτων της Δ.Ε.Π.-Υ., σε ποσοστό 29,5%, το 13% σχετικά διαφωνεί, το 20% σχετικά συμφωνεί μαζί με το 5,5 % που συμφωνεί πλήρως, ενώ η πλειοψηφία των σπουδαστών (31,5%) ούτε συμφωνεί αλλά ούτε και διαφωνεί με την άποψη αυτή. Η επόμενη ερώτηση δήλωνε ότι η δυσκολία προσβασιμότητας στους δημόσιους χώρους για άτομα με τυφλότητα εντείνει την έννοια της αναπηρίας. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, βρήκε το 65% των συμμετεχόντων, ακολούθησε το 22,5% που σχετικά συμφώνησε ενώ ένα μικρό ποσοστό 7,5% διαφώνησε με την αντίληψη αυτή. Στη συνέχεια, το 81,5% συμφώνησε ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία είναι άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με κοινωνικά και αρχιτεκτονικά εμπόδια, το 15% σχετικά συμφώνησε και το 4% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε. Οι επιλογές «διαφωνώ» και «σχετικά διαφωνώ» δεν προτιμήθηκαν από κανέναν φοιτητή. Εν τέλει, οι σπουδαστές ρωτήθηκαν για το πώς θα αντιδρούσαν εάν βρίσκονταν σε δημόσιο χώρο, όπου βρισκόταν και ένα άτομο με νοητική καθυστέρηση. Επικρατέστερη (57,5%) ήταν η άποψη που έλεγε ότι θα το κοιτούσαν όπως οποιοδήποτε άλλο άτομο, τη διαδέχθηκε η προθυμία κάποιων φοιτητών να προσεγγίσουν το άτομο αυτό (29,5%) και τέλος ένα ποσοστό 5,5% ανέφερε ότι θα αδιαφορούσε.

II. Συναισθήματα των φοιτητών για τα άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ)

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 42,5% των σπουδαστών, όταν συναντά ένα άτομο με κινητική αναπηρία νιώθει όπως όταν συναντά ένα οποιοδήποτε άλλο άτομο, το 26% νιώθει συμπάθεια για το άτομο αυτό ενώ το 22,5% νιώθει αμηχανία. Όσον αφορά ένα άτομο με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα (Δ.Ε.Π.-Υ.), το 57% νιώθει όπως όταν συναντά ένα οποιοδήποτε άτομο, το 16,5% κατακλύζεται από συναισθήματα συμπάθειας, ενώ το 13% νιώθει περιέργεια.

Όταν οι συμμετέχοντες έρχονται σε επαφή με ένα άτομο που ανήκει στο αυτιστικό φάσμα, η πλειοψηφία μιλά για συναισθήματα συμπάθειας (35%), το 22,5% ισοκατανέμεται μεταξύ των συναισθημάτων αμηχανίας και περιέργειας, ενώ ένα ποσοστό 20% δεν διαχωρίζει τα άτομα με αυτισμό από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο, όταν μιλά για συναισθήματα. Τα άτομα με κώφωση, γεννούν συναισθήματα αμηχανίας σε ένα ποσοστό 33,5% των σπουδαστών, ενώ μια μερίδα φοιτητών (28%) κάνει λόγο για συμπάθεια απέναντι σε αυτά τα άτομα. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων νιώθει όπως όταν συναντά ένα οποιοδήποτε άτομο, όταν συναντά άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (Ε.Μ.Δ.) ενώ ένα ποσοστό 13% μιλά για συμπάθεια. Σε περίπτωση που το 42,5% των σπουδαστών συναντήσουν ένα άτομο με τυφλότητα, κατακλύζονται από αμήχανα συναισθήματα, ενώ ένα σεβαστό ποσοστό φοιτητών (22,5%) αναφέρει ότι νιώθει σαν να συναντά ένα μη ανάπηρο άτομο. Σε ότι αφορά τα άτομα με νοητική καθυστέρηση, το 41% των ερωτώμενων δηλώνει ότι νιώθει όπως όταν συναντά ένα οποιοδήποτε άτομο ενώ το 30% αναφέρει ότι διακατέχεται από συναισθήματα συμπάθειας προς τα άτομα αυτά.

Γνωρίζοντας ότι θα παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με κινητική αναπηρία, το 42,5% ελπίζει ότι θα σταθεί αντάξιο των προσδοκιών του, ενώ ένα ποσοστό 15% διαμοιράζεται μεταξύ της ανασφάλειας και της αυτοπεποίθησης.

Παρομοίως, το 46% των σπουδαστών νιώθει ελπίδα για την παροχή υποστήριξης σε άτομα με Δ.Ε.Π -Υ., ενώ το 28% παρουσιάζει αυτοπεποίθηση. Σε ότι αφορά τα άτομα που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα, το μεγαλύτερο μέρος των φοιτητών (41%) νιώθει ελπίδα για την προσφορά λογοθεραπευτικής βοήθειας, αλλά το 24% κάνει λόγο για ανασφάλεια. Παρόλα αυτά, ένα ποσοστό 16,5% μιλά για αυτοπεποίθηση. Ένα υψηλό ποσοστό 44,5% των ερωτώμενων νιώθει ανασφάλεια στη παροχή υποστήριξης σε άτομα με κώφωση και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό (33%) ελπίζει ότι θα καταφέρει να προσφέρει την επιθυμητή βοήθεια. Τα δεδομένα αλλάζουν για τα άτομα που αντιμετωπίζουν ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, καθώς το 46% των φοιτητών επιλέγει ως κυρίαρχο συναίσθημα την ελπίδα, και το 44,5% αντιμετωπίζει τα άτομα αυτά με αυτοπεποίθηση. Η προσφορά λογοθεραπευτικής υποστήριξης σε άτομα με τυφλότητα, δημιουργεί στο 41% των συμμετεχόντων συναισθήματα ανασφάλειας, ενώ το 31,5% ελπίζει για τη καλύτερη δυνατή υποστήριξη προς τα εν λόγω άτομα. Τέλος, το 50% των φοιτητών λογοθεραπείας ελπίζει πως θα προσφέρει την απαιτούμενη υποστήριξη στα άτομα με νοητική καθυστέρηση και το 20% αναφέρει πως νιώθει αυτοπεποίθηση για

την παροχή υποστήριξης. Καθώς οι σπουδαστές ρωτήθηκαν σε ποια κατηγορία ατόμων με αναπηρία θα μπορούσαν να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη με μεγαλύτερη ευκολία και σε ποια κατηγορία θα αντιμετώπιζαν τις μεγαλύτερες δυσκολίες. Το ισχυρότερο ποσοστό των φοιτητών (63%) επέλεξε τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, ενώ ακολούθησαν οι χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου (15%), η νοητική καθυστέρηση (7%), η Δ.Ε.Π.-Υ. (7%) και οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (5,5%). Εν αντιθέσει, όταν ρωτήθηκαν σε ποια κατηγορία ατόμων με αναπηρία θα μπορούσαν να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη με μεγαλύτερη δυσκολία, το 50% απάντησε στα άτομα με τυφλότητα, μετέπειτα στα άτομα με κώφωση (22%), ένα ποσοστό 9% στους χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου και στα άτομα με αυτισμό, μετά στα άτομα με νοητική καθυστέρηση (5,5%) και τέλος στα άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ. (4%).

III. Αντιλήψεις των σπουδαστών περί των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρίες σε σχέση με την οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή.

Οι 54 φοιτητές που συμμετείχαν στην έρευνα μίλησαν, αρχικά, για τα δικαιώματα των ατόμων με αυτισμό. Όσον αφορά το δικαίωμα της επαγγελματικής απασχόλησης, το 42,5% των φοιτητών σχετικά συμφωνεί με τη δυνατότητα των ατόμων αυτών να εργαστούν. Το 26% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, και το 22,5% συμφωνεί πλήρως με το δικαίωμα της εργασίας.

Έπειτα ακολουθεί το δικαίωμα των σπουδών, το οποίο βρίσκει σύμφωνο το 37% των σπουδαστών μαζί με το 24% που σχετικά συμφωνεί, το 28% δηλώνει ότι δεν συμφωνεί αλλά ούτε και διαφωνεί, ενώ ένα ποσοστό 4% και ένα 7,5% διαφωνεί και σχετικά διαφωνεί αντίστοιχα.

Όσον αφορά τη σύναψη γάμου των ατόμων που ανήκουν στο αυτιστικό φάσμα, το 39% σχετικά συμφωνεί με το δικαίωμα τους για τη δημιουργία οικογενειακής εστίας, το 33,5% συμφωνεί χωρίς καμία αμφιβολία, και ακολουθούν ένα ποσοστό 22,5% που ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί μαζί με ένα πολύ μικρό ποσοστό (5,5%) που σχετικά διαφωνεί.

Τα άτομα με αυτισμό μπορούν να τεκνοποιήσουν σύμφωνα με το 29,5% των φοιτητών, ενώ δεν τοποθετείται διαφορετικά το 26% που συμφωνεί πλήρως με αυτό.

Αντίθετα, το 4% διαφωνεί, το 15% σχετικά διαφωνεί ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (22,5%) ούτε συμφωνεί αλλά ούτε και διαφωνεί.

Επιπλέον, το 30% των φοιτητών συμφωνεί με την άποψη ότι τα άτομα με αυτισμό μπορούν να ζήσουν αυτόνομα, ενώ ένα ποσοστό 27,5% διαμοιράζεται μεταξύ της επιλογής «σχετικά συμφωνώ» και «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ». Ένα ποσοστό 13% σχετικά διαφωνεί και το λοιπό 2% διαφωνεί με την παραπάνω άποψη.

Τελικά, ένα ισχυρό ποσοστό 42,5% θεωρεί ότι τα άτομα με αυτισμό μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή, μαζί με το 30% που σχετικά συμφωνεί. Το 20,5% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί και ένα ποσοστό 5,5% σχετικά διαφωνεί.

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την άποψη τους σχετικά με τα άτομα με **κώφωση** και τα δικαιώματά τους. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι επιλογές «διαφωνώ» και «σχετικά διαφωνώ» δεν προτιμήθηκαν από κανένα φοιτητή. Το 74% συμφωνεί ότι τα άτομα αυτά μπορούν να εργαστούν και ένα ποσοστό 22,5% σχετικά συμφωνεί.

Οι φοιτητές σε ποσοστό 79,5% συμφώνησαν ότι οι άνθρωποι με αισθητηριακές αναπηρίες στην ακοή μπορούν να σπουδάσουν και η άποψη αυτή ενισχύθηκε από ένα ποσοστό 18,5% που σχετικά συμφώνησε με αυτό.

Τα άτομα με κώφωση μπορούν να παντρευτούν, όπως ανέφερε ένα ποσοστό 89% και μαζί του σχετικά συμφώνησε το υπόλοιπο 11% των συμμετεχόντων.

Η συντριπτική πλειοψηφία των σπουδαστών (90,5%) συμφωνεί με το δικαίωμα των κωφών ατόμων να κάνουν παιδιά και η άποψη ενδυναμώνεται από το 9,5% των υπολοίπων.

Όσον αφορά την αυτονομία της ζωής τους και την κοινωνική ζωή των ατόμων με κώφωση, οι φοιτητές συμφωνούν σε ποσοστό 66,% και 81,5% αντίστοιχα.

Στο προσκήνιο της έρευνας εμφανίζονται τα άτομα με **διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα** (Δ.Ε.Π.-Υ.). Οι φοιτητές συμφωνούν σε ποσοστό 55,5% ότι τα άτομα αυτά μπορούν να εργαστούν και το 28% σχετικά συμφωνεί. Τα ποσοστά των ατόμων που διαφωνούν ή σχετικά διαφωνούν είναι μηδαμινά.

Στο θέμα της εκπαιδευτικής διαδικασίας και πιο συγκεκριμένα των σπουδών, οι φοιτητές, σε ποσοστό 53,5% θεωρούν ότι τα άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ. μπορούν να σπουδάσουν, το 29,5% σχετικά συμφωνεί ενώ ένα ποσοστό 9,5% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (70,5%) συμφωνεί με τη σύναψη γάμου των ατόμων με Δ.Ε.Π.-Υ. και το 22,5% σχετικά συμφωνεί με την άποψη αυτή.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, το ενώ το 68,5% συμφωνεί με την τεκνοποίηση των ατόμων αυτών, το 4% σχετικά διαφωνεί και το 5,5% ούτε συμφωνεί αλλά ούτε και διαφωνεί.

Το συμπέρασμα για το αν μπορούν να ζήσουν αυτόνομα τα άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ. δίνεται από ένα ποσοστό 66,5% που υποστηρίζει ομόφωνα τη θέση αυτή, από ένα ποσοστό 29,5% που σχετικά συμφωνεί και από ένα 2% που διαφωνεί.

Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των φοιτητών, το 70,5% συμφωνεί με την ύπαρξη κοινωνικών σχέσεων σε ότι αφορά τα άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ., ενώ η άποψη επιβεβαιώνεται και από ένα ποσοστό 27,5% που σχετικά συμφωνεί.

Τα δικαιώματα των ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες της όρασης και πιο συγκεκριμένα τυφλότητα, απέσπασαν μεγάλα ποσοστά συμφωνίας από την πλειονότητα των φοιτητών. Πρωταρχικά, το 50% συμφώνησε ότι τα άτομα με τυφλότητα μπορούν να εργαστούν και το 33,5% συμφώνησε σχετικά με την άποψη. Παρόλα αυτά, ένα ποσοστό 7,5% σχετικά διαφώνησε.

Ένα μεγάλο ποσοστό φοιτητών (66,5%) πιστεύει ότι τα άτομα με τυφλότητα μπορούν να σπουδάσουν μαζί με το 22,5% που σχετικά συμφωνεί ενώ το υπόλοιπο ποσοστό μοιράζεται μεταξύ των απόψεων «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» και «σχετικά διαφωνώ».

Τα άτομα με τυφλότητα μπορούν να παντρευτούν, καθώς υποστηρίζει το 77,5% των σπουδαστών και το υπόλοιπο 22,5% σχετικά συμφωνεί.

Το πιο ισχυρό ποσοστό των φοιτητών (79,5%) συμφωνεί με το δικαίωμα των τυφλών ατόμων να κάνουν παιδιά και μαζί με το 20,5% που σχετικά συμφωνεί, φτάνουν το σύνολο των συμμετεχόντων.

Σε ότι αφορά την αυτονομία της ζωής τους, το 44,5% των ερωτώμενων συμφωνεί με αυτή την άποψη, το 33,5% σχετικά συμφωνεί, ένα μικρό ποσοστό 9,5% δεν φαίνεται ούτε να συμφωνεί ούτε να διαφωνεί και ένα ποσοστό 11% σχετικά διαφωνεί.

Ανακεφαλαιώνοντας, τα άτομα με τυφλότητα μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή σύμφωνα με το 68,5% των φοιτητών, αλλά το 25,5% δηλώνει ότι σχετικά συμφωνεί με την άποψη αυτή. Δύο άτομα αναφέρουν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν και ένα άτομο διαφωνεί.

Σειρά έχουν τα άτομα με κινητικές αναπηρίες. Πρώτοι και με διαφορά έρχονται οι 35 φοιτητές (ποσοστό 68%), οι οποίοι συμφωνούν με την επαγγελματική απασχόληση των εν λόγω ατόμων. Το 28% σχετικά συμφωνεί με το δικαίωμα εργασίας ενώ το 5,5 % ούτε συμφωνεί αλλά ούτε και διαφωνεί.

Ακολουθούν οι σπουδές των ατόμων με κινητική αναπηρία, όπου το 74% συμφωνεί με το δικαίωμα τους αυτό όπως και το 26% που σχετικά συμφωνεί.

Τα άτομα με κινητικές αναπηρίες μπορούν να παντρευτούν και να κάνουν παιδιά σύμφωνα με το 79,5% και το 68,5% των σπουδαστών αντίστοιχα.

Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι το 31,5% των συμμετεχόντων σχετικά συμφωνεί με την άποψη ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία μπορούν να ζήσουν αυτόνομα και το 76% θεωρεί ότι μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή.

Η επόμενη κατηγορία αναπηρίας αφορά τα άτομα με νοητική καθυστέρηση. Οι φοιτητές σε ποσοστό 35% σχετικά συμφωνούν ότι τα άτομα αυτά μπορούν να εργαστούν, σε αντίθεση με ένα ποσοστό 20% που ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί.

Το ποσοστό των σπουδαστών που σχετικά συμφωνεί με το δικαίωμα των νοητικά αναπήρων για σπουδές ανέρχεται στο 41% ενώ το 13% σχετικά διαφωνεί με αυτό.

Σε ότι αφορά τη σύναψη γάμου, ένα ποσοστό 39% συμφωνεί και ένα ποσοστό 39% σχετικά συμφωνεί. Επίσης, το 33,5% θεωρεί ότι μπορούν να κάνουν παιδιά.

Τα δικαιώματα που σχετίζονται με μια αυτόνομη ζωή και με την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, υποστηρίζει ένα ποσοστό φοιτητών 44,5%.

Τελευταία κατηγορία αποτελούν τα άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, για τα οποία το 79% των σπουδαστών θεωρεί ότι έχουν κάθε δικαίωμα στην εργασιακή απασχόληση, και το 68,5% που υποστηρίζει ότι τα άτομα με Ε.Μ.Δ. μπορούν να εισέλθουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

IV. Απόψεις φοιτητών για την απόκτηση γνώσεων με βάση το πρόγραμμα σπουδών των τμημάτων λογοθεραπείας

Οι ερωτήσεις που ακολούθησαν αφορούσαν το πρόγραμμα σπουδών του εκάστοτε τμήματος λογοθεραπείας. Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνας, το 42,5% των σπουδαστών συμφωνεί ότι έχει εμπλουτίσει τις θεωρητικές του γνώσεις σε σχέση με την αναπηρία. Το 53,5% των φοιτητών θεωρεί ότι έχει αποκτήσει εμπειρία σε προσωπικό επίπεδο μέσα από πρακτική άσκηση στον τομέα αυτό ενώ το 42,5% έχει αναπτύξει εθελοντική πρωτοβουλία για ανάμειξη του σε σχετικούς φορείς και υπηρεσίες. Παράλληλα, το 68,5% φανερώνει ότι έχει αλλάξει τη στάση του απέναντι στα ΑμεΑ, αλλά και το 59,5% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι έχει αποβάλλει αρνητικές σκέψεις που είχε στο παρελθόν. Τέλος, το επικρατέστερο μέρος των φοιτητών (81,5%) γνωστοποιεί ότι έχει ευαισθητοποιηθεί περισσότερο στο θέμα της αναπηρίας και των ΑμεΑ.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ρωτήθηκαν κατά πόσο θεωρούν ότι η εκπαίδευση τους για τα ΑμεΑ θα τους φανεί χρήσιμη σε κάποιους τομείς της ζωής. Πιο συγκεκριμένα, σε ότι αφορά την επαγγελματική ζωή το 81,5% θεωρεί ότι θα βοηθηθεί πολύ από την εκπαίδευση του, στις διαπροσωπικές σχέσεις το μεγαλύτερο ποσοστό (65%) απάντησε παρόμοια ότι θα του φανεί πολύ χρήσιμη η εκπαίδευση του για τα ΑμεΑ, σε εθελοντικές δραστηριότητες το 76% των φοιτητών συμφώνησε με την πολύ ωφέλιμη προσφορά του προγράμματος σπουδών, στην αποδοχή των ΑμεΑ, η συντριπτική πλειοψηφία (89%) πιστεύει ότι η εκπαίδευση θα συμβάλλει πολύ θετικά και τέλος στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικοοικονομικών αναγκών το 79% θεωρεί και αυτό με τη σειρά του ότι η προσφορά του τμήματος είναι πολύτιμη.

Ολοκληρώνοντας με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι φοιτητές κλήθηκαν να απαντήσουν αν θεωρούν, σύμφωνα με το πρόγραμμα σπουδών, ότι είναι έτοιμοι να παρέχουν λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με μορφές αναπηρίας και πιο

συγκεκριμένα τις μορφές που θίξαμε στην παρούσα εργασία. Επομένως, το 28% σχετικά συμφωνεί με την άποψη ότι είναι έτοιμο να προσφέρει υποστήριξη σε άτομα με κινητική αναπηρία, το 41% συμφωνεί ότι είναι ικανό να υποστηρίξει θεραπευτικά άτομα με Δ.Ε.Π.-Υ., το 24% σχετικά συμφωνεί ότι μπορεί να παρέχει θεραπευτικές υπηρεσίες σε άτομα που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού, το 28% σχετικά διαφωνεί με την ιδέα ότι είναι έτοιμο να προβεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα με κωφά άτομα, το 57% θεωρεί ότι είναι προετοιμασμένος να παρέχει στήριξη σε άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, το 41% διαφωνεί κάθεται ότι έχει επάρκεια γνώσεων για να προσφέρει αρωγή σε άτομα με τυφλότητα και τέλος το 39% σχετικά συμφωνεί ότι έχει την ικανότητα να παρέμβει θεραπευτικά σε άτομα με νοητική καθυστέρηση.

Σε επόμενο στάδιο, αξίζει να αναφερθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε κατά την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας. Οι δυσκολίες αφορούσαν το δείγμα της έρευνας στο οποίο απευθυνθήκαμε (φοιτητές λογοθεραπείας) και τη συλλογή επαρκών στοιχείων για τη διεξαγωγή της έρευνας. Μεγαλύτερη ήταν η απήχηση στους φοιτητές λογοθεραπείας του Α.Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου, καθότι υπήρχε μεγαλύτερη ευκολία επικοινωνίας με τους συναδέλφους του τμήματος. Σε ότι αφορά τα Τ.Ε.Ι. Ιωαννίνων και Πατρών, δεν υπήρξε μεγάλη συμμετοχή φοιτητών και συνεπώς δεν συγκεντρώθηκαν αρκετά στοιχεία, με αποτέλεσμα να υπερισχύουν σε αριθμό τα ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν από τους φοιτητές της Καλαμάτας. Παρόλα αυτά, δεν αντιμετωπίστηκαν περαιτέρω δυσκολίες και η έρευνα διεξήχθη με επιτυχία.

Τέλος, αν υπήρχε η δυνατότητα να εξελιχθεί η παρούσα έρευνα, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί απευθυνόμενη σε άλλο δείγμα, όπως π.χ. στο κοινωνικό σύνολο, έτσι ώστε να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις της κοινωνίας σε ότι αφορά τα άτομα με αναπηρία. Μια άλλη ιδέα θα μπορούσε να περιλαμβάνει τη διεξαγωγή της έρευνας αποσκοπώντας στη διερεύνηση των απόψεων ενός διαφορετικού επιστημονικού πεδίου (π.χ. εργοθεραπευτών ή ψυχολόγων) προς τα άτομα που βρίσκονται σε συνθήκες αναπηρίας. Ολοκληρώνοντας, ενδιαφέρουσα θα ήταν και η πραγματοποίηση μιας έρευνας όπου θα απευθυνόταν στα άτομα με αναπηρίες και θα ζητούσε τις δικές τους σκέψεις και απόψεις σύμφωνα με την αντιμετώπιση της κοινωνίας αλλά και της πολιτείας γενικότερα προς αυτά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- ⇒ Ζώνιου-Σιδέρη Α. (1987): «*Το άτομο με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία*». Ανάτυπο, εκδ. Νεφέλη, Αθήνα.
- ⇒ Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (1991): «*Οι ανάπηροι και η εκπαίδευση τους - Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης*». Εκδόσεις Βιβλιονομία, Αθήνα.
- ⇒ Καρπαθίου, Χ. & Καρπαθίου, Σ. (1993): «*Κλινική Νευροψυχολογία*». Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- ⇒ Καμπαράρου, Μ. (2007) : «*Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*». Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- ⇒ Shipley, K.G. & McAfee J.C. (2013). «*Διαγνωστικές Προσεγγίσεις στη Λογοπαθολογία*» (μτφρ: Ε. Βιρβιδάκη & Δ. Ταφιιάδης.). Εκδόσεις Gotsis, Πάτρα.
- ⇒ Χιουρέα, Ρ. (2007): «*Η ανάγνωση με το σύστημα Braille*». (Από την εισήγηση στο 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης με θέμα: «*Σχολείο Ίσο για παιδιά Άνισα*», Αθήνα, 4-6 Μαΐου 2007).
- ⇒ Τσιναρέλης, Γ. (2005): «*Εκπαίδευση και άτομα με προβλήματα όρασης*». Αθήνα.
- ⇒ Κουρμπέτης, Β., Χατζοπούλου, Μ. (2010): «*Μπορώ και με τα μάτια μου, Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για κωφούς μαθητές*». Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- ⇒ Μαλεγιαννάκη Α., Μεσσήνης Λ., Παπαθανασόπουλος Π. (2012): «*Κλινική Παιδονευροψυχολογία*». Εκδόσεις Gotsis, Πάτρα.
- ⇒ Παναγιωτάκος, Δ. (2011): «*Μεθοδολογία της έρευνας & της ανάλυσης δεδομένων για τις επιστήμες υγείας*». Εκδόσεις Διόνικος (Β' Έκδοση), Αθήνα.
- ⇒ Πόρποδας, Κ. (1997): «*Δυσλεξία: Η ειδική διαταραχή στην μάθηση του γραπτού λόγου*». Εκδόσεις Μορφωτική (Επανεκτύπωση), Αθήνα.

2. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- ⇒ Barnes C. & Mercer G. (2004): *Implementing the social model of disability: theory and research*. The disability Press Leeds.
- ⇒ Baker, J. M. & Zigmond, N. (1995). «*The meaning and practice of inclusion for students with learning disabilities: Themes and implications from five cases*». *Journal of Special Education*, 29, 163 – 180.
- ⇒ Papadopoulos, K., Koustriava, E., Charalampidou, M., Gerapostolou, I. (2013): «*The Impact of vision loss on personality traits*». *International Journal of Special Education*, Vol. 28, No.3.

3. Ιστοσελίδες

- ⇒ Χριστοφοράκη, Κ. (2008): «*Η ενσωμάτωση παιδιών με αναπηρίες στη σχολική διαδικασία*». Ανακτήθηκε την 23^η Οκτώβρη, 2015 από <http://dim-eid-salam.att.sch.gr/autosch/joomla15/>
- ⇒ Παπαδημητρίου, Α.: «*Η παιδαγωγική της ένταξης του παιδιού με κινητική αναπηρία στο σχολείο*». Ανακτήθηκε την 25^η Οκτώβρη, 2015 από http://prosvasimo.gr/docs/pdf/epimorfwtiko-uliko-kinhtikes/kinhtikes_6.pdf
- ⇒ Σπυρίδων, Β., Στεργιούλης, Ι., Σαρρής, Δ.: «*Η ένταξη των παιδιών με κινητικές αναπηρίες στην σχολική διαδικασία*». Ανακτήθηκε την 23^η Οκτώβρη, 2015 από <http://users.sch.gr/stefanski/amea/vasios-stergioulis-saris.pdf>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Έρευνα για τις στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών του τμήματος Λογοθεραπείας γύρω από την αναπηρία.

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο έχει ως στόχο τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων σας, ως φοιτητές Λογοθεραπείας, προς τα άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ). Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική και ανώνυμη. Αποτελείται από 4 μέρη. Η διάρκεια συμπλήρωσής του είναι περίπου 10 λεπτά. Τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας ή/και ανάλογες επιστημονικές δημοσιεύσεις. Με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θεωρείται ότι αποδέχεστε να το συμπληρώσετε γνωρίζοντας τα παραπάνω.

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά τις οδηγίες. Η ειλικρίνεια των απαντήσεων είναι πολύ σημαντική για τη διεξαγωγή βάσιμων συμπερασμάτων. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Υπεύθυνος Καθηγητής: Μαλαπέδας Κωνσταντίνος

Σπουδάστρια: Αργυρίου Μυρσίνη

* Απαιτείται

Φύλο *

- Θήλυ
 Άρρεν

Έτος Γέννησης *

Εξάμηνο Σπουδών *

- Ε'
- Ζ'
- Επί πτυχίο

Τόπος καταγωγής (εκεί όπου περάσατε τα περισσότερα χρόνια της ζωής σας) *

Χωριό έως 2.000 κατοίκους	Πόλη έως 10.000 κατοίκους	Πόλη έως 50.000 κατοίκους	Πόλη άνω των 50.000 κατοίκων	Αθήνα/ Θεσσαλονίκη
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-----------------------

--	--	--	--	--

Πλαίσιο/α κλινικής άσκησης (εφ' όσον έχει πραγματοποιηθεί):

--

Έχετε πραγματοποιήσει πρακτική άσκηση; *

- Ναι
- Όχι

Άλλες σπουδές:

(αν ναι, παρακαλώ αναφέρετε)

--

Συναναστροφή με άτομο με αναπηρία στο οικογενειακό ή φιλικό σας περιβάλλον *

- Ναι
- Όχι

Εάν απαντήσατε θετικά στην προηγούμενη ερώτηση παρακαλώ απαντήστε και τις 2 επόμενες ερωτήσεις, ειδάλλως αφήστε τις κενές και προχωρήστε στις επόμενες.

Ποια είναι η σχέση σας με το άτομο αυτό, (π.χ. φιλική ή τι βαθμό συγγένειας έχετε)

--

Τι είδους αναπηρία έχει το άτομο αυτό;

Ποιά έκφραση χρησιμοποιείτε όταν αναφέρεστε σε ΑμεΑ; *

Παρακαλώ επιλέξτε 1 απάντηση.

- Άτομο με αναπηρία
- Άτομο με ειδικές ανάγκες
- Ανάπηρο άτομο
- Άτομο με δεξιότητες
- Άτομο με ειδικές ικανότητες
- Άλλο:

Τα άτομα με αναπηρία είναι μια ομοιογενής και ενιαία ομάδα *

Διαφωνώ	Σχετικά Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
---------	--------------------	-------------------------------------	--------------------	---------

--	--	--	--	--

Είμαι επαρκώς ενημερωμένος/η για την αναπηρία. *

Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
---------	--------------------	-------------------------------------	--------------------	---------

--	--	--	--	--

Ονοματίστε όσες κατηγορίες αναπηρίας γνωρίζετε *

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά τα ΑμεΑ είναι επακόλουθο της δικής τους δυσλειτουργίας *

Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
---------	--------------------	-------------------------------------	--------------------	---------

Η αναπηρία δεν είναι ούτε φυσική ούτε αναγκαία αλλά παράγεται από την κοινωνία.*

Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ

Θα ήθελα να ασχοληθώ επαγγελματικά στο χώρο των ΑμεΑ.*

Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ

Ερωτήσεις για την κάθε κατηγορία αναπηρίας.*

Πως αισθάνεστε όταν συναντάτε ένα άτομο με:

	Όπως όταν συναντώ ένα οποιοδήποτε άτομο	Συμπάθεια	Φόβο	Αμηχανία	Αδιαφορία (κανένα συναίσθημα)	Οίκτο	Περιέργεια	Άλλο
Κινητική αναπηρία								
ΔΕΠ-Υ								
Αυτισμό								
Κώφωση								
Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες								
Τυφλότητα								
Νοητική								

Πώς αισθάνεστε γνωρίζοντας ότι θα κληθείτε να παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη σε ένα άτομο με: *

	Φόβο	Ανασφάλεια	Αυτοπεποίθηση	Περιέργεια	Οίκτο	Ελπίδα	Άλλο
Κινητική αναπηρία							
ΔΕΠ-Υ							
Αυτισμό							
Κώφωση							
Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες							
Τυφλότητα							
Νοητική Καθυστέρηση							

Ως μελλοντικοί λογοθεραπευτές πιθανόν, θα κληθείτε να παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη σε: α. άτομα με κώφωση, β. μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες, γ. παιδιά ή ενήλικες με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (αυτισμός), δ. άτομα με τυφλότητα, ε. χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου, στ. παιδιά με ΔΕΠ-Υ, ζ. παιδιά με νοητική υστέρηση. *

Βάλτε σε σειρά τα παραπάνω άτομα (χρησιμοποιώντας το γράμμα που αντιστοιχεί σε κάθε απάντηση) ξεκινώντας από εκείνο στο οποίο θα νιώθατε μεγαλύτερη ευκολία να παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη.

Αυτισμός *

Τα άτομα με αυτισμό

	Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
Μπορούν να εργαστούν					
Μπορούν να σπουδάσουν					
Μπορούν να παντρευτούν					

Κώφωση *

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους ζωή τα άτομα με κώφωση, είναι επακόλουθο της δικής τους δυσλειτουργίας

Διαφωνώ	Σχετικά Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
---------	--------------------	-------------------------------------	--------------------	---------

--	--	--	--	--

Τα άτομα με κώφωση *

	Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
Μπορούν να εργαστούν					
Μπορούν να σπουδάσουν					
Μπορούν να παντρευτούν					
Μπορούν να κάνουν παιδιά					
Μπορούν να ζήσουν αυτόνομα					
Μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή					

Σύνδρομο διάσπασης ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) *

Η φαρμακευτική αγωγή είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ

Διαφωνώ	Σχετικά Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
---------	--------------------	-------------------------------------	--------------------	---------

--	--	--	--	--

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ *

	Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
Μπορούν να εργαστούν					
Μπορούν να σπουδάσουν					
Μπορούν να παντρευτούν					
Μπορούν να κάνουν παιδιά					
Μπορούν να ζήσουν αυτόνομα					
Μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή					

Τυφλότητα *

Η δυσκολία προσβασιμότητας στους δημόσιους χώρους για άτομα με τυφλότητα εντάει την έννοια της αναπηρίας

Διαφωνώ	Σχετικά Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ

Τα άτομα με τυφλότητα *

	Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
Μπορούν να εργαστούν					
Μπορούν να σπουδάσουν					
Μπορούν να παντρευτούν					
Μπορούν να κάνουν παιδιά					

Κινητική Αναπηρία *

Τα άτομα με κινητική/ες αναπηρία/ες είναι άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με κοινωνικά και αρχιτεκτονικά εμπόδια.

Διαφωνώ Σχετικά Διαφωνώ Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ Σχετικά συμφωνώ Συμφωνώ

--	--	--	--	--

Τα άτομα με κινητική αναπηρία *

	Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
Μπορούν να εργαστούν					
Μπορούν να σπουδάσουν					
Μπορούν να παντρευτούν					
Μπορούν να κάνουν παιδιά					
Μπορούν να ζήσουν αυτόνομα					
Μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή					

Νοητική καθυστέρηση *

Πως θα αναδρούσατε αν βρισκόσασταν σε ένα δημόσιο χώρο όπου βρισκόταν κάποιο άτομο με νοητική καθυστέρηση;

- Θα το κοιτούσα επίμονα
- Θα το προσέγγιζα
- Θα αδιαφορούσα
- Θα το κοιτούσα όπως οποιοδήποτε άλλο άτομο
- Άλλο:

Νοητική καθυστέρηση *

Τα άτομα με νοητική καθυστέρηση

	Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
Μπορούν να εργαστούν					
Μπορούν να σπουδάσουν					
Μπορούν να παντρευτούν					
Μπορούν να κάνουν παιδιά					
Μπορούν να ζήσουν αυτόνομα					
Μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή					

Ειδικές μαθησιακές δυσκολίες *

Τα άτομα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες

	Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
Μπορούν να εργαστούν					
Μπορούν να σπουδάσουν					

Ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμα σπουδών του τμήματος Λογοθεραπείας *
 Τι από τα παρακάτω σας έχει προσφέρει το πρόγραμμα σπουδών του τμήματος σε σχέση με τα ΑμεΑ:

	Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
--	---------	--------------------	--------------------------	--------------------	---------

			συμφωνώ		
Έχω εμπλουτίσει τις θεωρητικές μου γνώσεις					
Έχω αποκτήσει προσωπική εμπειρία μέσα από πρακτική άσκηση στον τομέα αυτό					
Έχω αναπτύξει εθελοντική πρωτοβουλία για ανάμειξη μου σε φορείς/ υπηρεσίες					
Έχω αλλάξει στάση					
Έχω αποβάλλει αρνητικές σκέψεις που είχα στο παρελθόν					
Έχω ευαισθητοποιηθεί περισσότερο στο θέμα αυτό					

Κατά πόσο θεωρείτε ότι η εκπαίδευσή σας για τα ΑμεΑ θα σας φανεί χρήσιμη: *

	Καθόλου	Λίγο	Δεν Γνωρίζω	Αρκετά	Πολύ
Στην επαγγελματική σας ζωή					
Στις διαπροσωπικές σας σχέσεις					
Σε εθελοντικές δραστηριότητες					
Στην αποδοχή των ΑμεΑ					
Στην κατανόηση των ψυχοκοινωνικοοικονομικών αναγκών των ΑμεΑ					

Με βάση τις γνώσεις που σας έχει προσφέρει το τμήμα Λογοθεραπείας θεωρείτε ότι είστε έτοιμοι να παρέχετε λογοθεραπευτική υποστήριξη σε άτομα με

	Διαφωνώ	Σχετικά διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Σχετικά συμφωνώ	Συμφωνώ
Κινητική/ες αναπηρία/ες					
ΔΕΠ-Υ					
Αυτισμό					
Κώφωση					
Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες					
Τυφλότητα					
Νοητική Καθυστέρηση					

