



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών
υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία»

Ειρήνη Ανανιάδου
Νοσηλεύτρια ΠΕ

Ιούνιος 2016

ΣΠΑΡΤΗ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών
υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία»

Ειρήνη Ανανιάδου
Νοσηλεύτρια ΠΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής:

- 1) Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής (Επιβλέπων)**
- 2) Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**
- 3) Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

Ιούνιος 2016

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΕΙΡΗΝΗ ΑΝΑΝΙΑΔΟΥ, 2016

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Γεώργιος Πανουτσόπουλος (Επιβλέπων)

Μαρία Τσιρώνη (Μέλος)

Σοφία Ζυγά (Μέλος)

Ευχαριστίες

Πρώτο από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γεώργιο Πανουτσόπουλο για τις συμβουλές, την καθοδήγηση, την ενθάρρυνση, την υπομονή και επιμονή του, αλλά κυρίως για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε.

Στην συνέχεια θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κα Ανδρομάχη Σαλάχα (Φυσιάτρος, Επιμελήτρια Β'), για τις γνώσεις το ήθος και την συμβολή της στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην οικογένειά μου για την υπομονή τους, την υποστήριξη, την ενθάρρυνση και την ηθική συμπαράσταση που πρόσφεραν καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους εργαζόμενους του Γενικού Νοσοκομείου Θριάσιο για την συνεργασία τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	10
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
1 . ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	14
1.1. Ορίζοντας την αναπηρία.....	14
1.2. Η έννοια της βλάβης (impairment) και της ανεπάρκειας (handicap).....	15
1.3. Από την βλάβη και την ανεπάρκεια στην έννοια της αναπηρίας.....	16
1.4. Κοινωνική κατασκευή της αναπηρίας.....	17
1.5. Ίδρυματοποίηση και κοινωνική απομόνωση.....	18
1.6. Μεριμνώντας για την αναπηρία.....	18
1.7. Οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος.....	20
1.7.1. Ιατρικό μοντέλο.....	20
1.7.2. Κοινωνικό μοντέλο.....	21
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ.....	24
2.1. Στάσεις.....	24
2.1.1. Η έννοια των στάσεων.....	24
2.1.2. Οι λειτουργίες των στάσεων.....	24
2.1.3. Οι τρεις συνιστώσες των στάσεων.....	25
2.1.4. Ορισμοί του όρου «στάση».....	26
2.1.5. Άλλοι ορισμοί.....	26
2.2. Η δημιουργία στερεοτύπων.....	27
2.2.1. Η έννοια των «στερεοτύπων».....	27
2.2.2. Διαδικασίες δημιουργίας στερεοτύπων.....	28
2.3. Προκαταλήψεις και στιγματισμός.....	29
2.3.1. Προέλευση του όρου σύμφωνα με τον Goffman.....	29
2.3.2. Πως χρησιμοποιείται ο όρος σήμερα.....	29
2.3.3. Η έννοια του στίγματος.....	30

2.3.4. Δυσκολίες μελέτης του στίγματος.....	30
2.4. Προκαταλήψεις.....	31
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	32
3.1. Σχετικές μελέτες.....	32
3.2. Παράγοντες που θα καθορίσουν την κατεύθυνση των στάσεων απέναντι στην αναπηρία.....	33
3.3. Τι επικρατεί σήμερα.....	33
3.4. Αρνητικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία.....	34
3.5. Επιπτώσεις στα άτομα με αναπηρία.....	35
4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΑΣΕΩΝ.....	36
4.1. Πως καλλιεργούνται.....	36
4.1.1. Η έννοια της αναπηρίας στην παιδική ηλικία.....	36
4.1.2. ΜΜΕ και αναπηρία.....	37
4.1.3. Παγκόσμια λογοτεχνία και αναπηρία.....	37
4.1.4. Ελληνική μυθολογία, τραγωδία, ελληνική λογοτεχνία, θέατρο σκιών..	38
4.1.5. Κινηματογράφος και μεγάλες προσωπικότητες.....	38
4.2. Θεωρία διαμόρφωσης στάσεων.....	38
5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Επαγγελματίες υγείας και αναπηρία.....	40
5.1. Αρνητικές στάσεις επαγγελματιών υγείας.....	40
5.2. Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας αποτελούν αντανάκλαση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.....	40
5.3. Αιτίες αρνητικών στάσεων.....	41
6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: Στάσεις ατόμων με αναπηρία απέναντι σε άτομα με άλλη αναπηρία.....	43
7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: Ποιοι είναι οι τομείς της ζωής των ατόμων με αναπηρία που επηρεάζονται από τις αρνητικές στάσεις και τον στιγματισμό.....	45
7.1. Γενικά.....	45
7.2. Ένταξη – κοινωνική αποδοχή – περιθωριοποίηση.....	45
7.3. Επαγγελματική αποκατάσταση.....	46

7.4. Ποιότητα ζωής.....	47
7.5. Υπηρεσίες υγείας.....	48
7.6. Προσβασιμότητα.....	48
7.7. Ηθική και δεοντολογία.....	49
8. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: Αλλαγή στάσεων.....	51
9. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο: Θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία.....	53
10. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο: Ως επίλογος.....	55
 B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
11. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο: Μεθοδολογία της μελέτης.....	57
11.1. Σκοπός και δείγμα της μελέτης.....	57
11.2. Ηθική και δεοντολογία.....	57
11.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	57
11.4. Ανάλυση και αξιοπιστία.....	58
12. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο: Περιγραφική στατιστική ανάλυση δημογραφικών δεδομένων.....	60
13. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο: Περιγραφική στατιστική ανάλυση κύριου μέρους ερωτηματολογίου σχετιζόμενου με την αναπηρία.....	66
14. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο: Στατιστική συμπερασματολογία.....	90
15. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15^ο: ΣΥΖΥΤΗΣΗ.....	93
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	95
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ (ABSTRACT).....	97
ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	99
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	120

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Πίνακας 1.....	21
----------------	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Πίνακας 1.....	59
----------------	----

Πίνακας 2.....	61
----------------	----

Πίνακας 3.....	64
----------------	----

Πίνακας 4.....	65
----------------	----

Πίνακας 5.....	66
----------------	----

Πίνακας 6.....	68
----------------	----

Πίνακας 7.....	72
----------------	----

Πίνακας 8.....	74
----------------	----

Πίνακας 9.....	76
----------------	----

Πίνακας 10.....	78
-----------------	----

Πίνακας 11.....	80
-----------------	----

Πίνακας 12.....	87
-----------------	----

Πίνακας 13.....	89
-----------------	----

Πίνακας 14.....	90
-----------------	----

Πίνακας 15.....	91
-----------------	----

ΓΡΑΦΗΜΑ 1.....	62
----------------	----

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.....	63
----------------	----

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.....	65
----------------	----

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.....	67
----------------	----

ΓΡΑΦΗΜΑ 5.....	69
----------------	----

ΓΡΑΦΗΜΑ 6.....	70
----------------	----

ΓΡΑΦΗΜΑ 7.....	70
----------------	----

ΓΡΑΦΗΜΑ 8.....	71
ΓΡΑΦΗΜΑ 9.....	73
ΓΡΑΦΗΜΑ 10.....	75
ΓΡΑΦΗΜΑ 11.....	77
ΓΡΑΦΗΜΑ 12.....	79
ΓΡΑΦΗΜΑ 13.....	81
ΓΡΑΦΗΜΑ 14.....	82
ΓΡΑΦΗΜΑ 15.....	83
ΓΡΑΦΗΜΑ 16.....	84
ΓΡΑΦΗΜΑ 17.....	85
ΓΡΑΦΗΜΑ 18.....	86
ΓΡΑΦΗΜΑ 19.....	88
ΓΡΑΦΗΜΑ 20.....	89

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καθορισμός των στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρία αποτελεί ένα έργο ιδιαίτερης σημασίας. Οικονομικοί, πολιτικοί και κοινωνικοί παράμετροι που αφορούν στην ζωή των ατόμων με αναπηρία μπορεί να επηρεαστούν από την κατεύθυνση αυτών των στάσεων (Light & Kirshbaum, 1977. Bowe, 1978. Altman, 1981. Dejong & Lifchez, 1983. Hahn, 1882, 1983, 1985). Αυτό που ωστόσο έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι ο ευαίσθητος χώρος της υγείας επηρεάζεται από τις στάσεις τόσο θετικά όσο και αρνητικά άμεσα ή έμμεσα (Cross, 2005), και ειδικότερα οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας μπορούν να αποτελέσουν ένα μέσο διευκόλυνσης ή ένα βασικό εμπόδιο για την προσέγγιση των ατόμων με αναπηρία στις υπηρεσίες υγείας. (NDA, 2011).

Για αυτούς ακριβώς τους λόγους οι στάσεις θα πρέπει να προσδιοριστούν αλλά και να κατανοηθούν ώστε να μπορούν, κατ' αρχήν, να διεξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τις επιπτώσεις που επιφέρουν στην ζωή των ατόμων με αναπηρία (Morrison, 2005) και στην συνέχεια να προωθηθεί πολιτική βελτίωσης και αλλαγής της κατεύθυνσης αυτών των στάσεων. Με τη μελέτη των στάσεων μπορεί να προβλεφθούν συμπεριφορές (Elmaleh, 2000).

Η μελέτη αυτή ασχολείται με το θεωρητικό και εννοιολογικό πλαίσιο της έννοιας της αναπηρίας και της έννοιας των στάσεων, συγκαλυμμένων και μη, την δημιουργία των προκαταλήψεων και τον τρόπο που αυτές μεταδίδονται από γενιά σε γενιά, τη διαμόρφωση νοοτροπίας και πως αυτή αναμένεται να αλλάξει (Daruwalla & Darcy, 2005). Στόχος είναι να γίνει αντιληπτός ο τρόπος που κάποιοι παράγοντες συνδέονται με συγκεκριμένες συμπεριφορές απέναντι στα άτομα με αναπηρία (Staniland, 2009). Με αυτόν τον τρόπο θα δοθεί το έναυσμα ώστε να καταπολεμηθούν τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις, να ευαισθητοποιηθούν οι επαγγελματίες υγείας ως προς τα άτομα με αναπηρίες, να διαμορφωθούν και να προωθηθούν πολιτικές ώστε να καταρριφθούν όλες οι επιβλαβείς πρακτικές εις βάρος αυτών των ατόμων (Staniland, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Αναπηρία

1.1. Ορίζοντας και ταξινομώντας την αναπηρία

«Η αναπηρία αποτελεί ένα φαινόμενο πολυδιάστατο». (ΕΣΑμεΑ, 2005), έτσι παρά το γεγονός της ύπαρξης ενδείξεων (σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών διαφόρων επιστημών όπως κοινωνιολογία, αρχαιολογία, ανθρωπολογία κα) ότι η αναπηρία ήταν αντιληπτή και σε προϊστορικούς πολιτισμούς (Chubon, 1994) ακόμα και σήμερα η προσπάθεια να ταξινομηθεί και να οριστεί είναι μια διαδικασία αρκετά δύσκολη. Από την άλλη πλευρά η ύπαρξη πολλών συστημάτων ταξινόμησης αλλά και πολλών διαφορετικών ορισμών έχουν ως αποτέλεσμα, η αντιμετώπιση της να μη γίνεται με ενιαίο τρόπο (ΙΚΠΑ, 2007). Ένα εξίσου δύσκολο έργο είναι να μετρήσουμε και τον επιπολασμό της, και αυτό γιατί η αναπηρία δεν είναι μια κατάσταση που μπορεί να χαρακτηριστεί ως ναι ή όχι, όπως για παράδειγμα ένα κάταγμα. Είναι μια έννοια ποσοτική και η γκρίζα ζώνη που την περιβάλλει τεράστια. Επίσης υπάρχουν ασθένειες που αρχικά δεν ήταν σαφές αν έπρεπε να συμπεριληφθούν στο κομμάτι της αναπηρίας όπως για παράδειγμα: ο καρκίνος, η φυματίωση, η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή και άλλα.

Στις 22 Μαΐου του 2001 ο ΠΟΥ πρότεινε ένα σύστημα ταξινόμησης της λειτουργικότητας (ICF) το οποίο και τελικά εγκρίθηκε από τα 191 κράτη μέλη του. Μάλιστα επειδή ακριβώς η αναπηρία και η ανικανότητα λαμβάνουν χώρα μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, το ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) περιλαμβάνει και ένα κατάλογο περιβαλλοντικών παραγόντων, και αποτελεί ουσιαστικά ένα πρότυπο όργανο μέτρησης της υγείας και της αναπηρίας, τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο γενικού πληθυσμού (WHO, 2001). Αρχικά οι καταστάσεις της υγείας (νόσοι, τραυματισμοί κα) ταξινομούνται σύμφωνα με τις διεθνείς ταξινομήσεις του ΠΟΥ στο σύστημα ICD-10 (International Classification of Diseases, Tenth Revision: Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων, δέκατη αναθεώρηση) παρέχοντας στην ουσία ένα αιτιολογικό πλαίσιο, ενώ η λειτουργικότητα και η αναπηρία ταξινομούνται στο ICF. Πιο απλά το ICD-10 παρέχει διάγνωση ενώ το ICF δίνει πληροφορίες για την λειτουργικότητα (WHO, 2001).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «η αναπηρία είναι ένα σύνθετο και μεταβαλλόμενο φαινόμενο, που οφείλεται στην αλληλεπίδραση των προσωπικών

χαρακτηριστικών ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο το άτομο αυτό ζει». (WHO, 2001) «Με βάση την παραπάνω προσέγγιση ένα άτομο με κάποιο σωματικό μειονέκτημα μπορεί να βιώνει την αναπηρία σε ένα περιβάλλον και όχι σε κάποιο άλλο, ανάλογα με το αν το περιβάλλον διαθέτει ή όχι εμπόδια αλλά και βοηθήματα» (Εθνική συνομοσπονδία ατόμων με αναπηρία, 2005).

1.2. Η έννοια της βλάβης (impairment) και της ανεπάρκειας (Handicap)

Τελευταία επικρατεί η άποψη ότι τα άτομα με αναπηρίες περιθωριοποιούνται εξαιτίας κυρίως πολιτιστικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και όχι εξαιτίας της βλάβης αυτής καθ' αυτής. Αυτό δεν σημαίνει ότι η έννοια της βλάβης απαξιώνεται. Η βλάβη είναι μία έννοια αντικειμενική η οποία απλά σημαίνει ότι κάποια τμήματα του ανθρώπινου σώματος δεν λειτουργούν ή λειτουργούν με δυσκολία (Crow, 1996). Ωστόσο όταν η βλάβη χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει ένα άτομο ως χαμηλότερης αξίας από τους υπολοίπους τότε η ερμηνεία δημιουργείται κοινωνικά και για το λόγο αυτό δεν είναι αμετάβλητη ή αναπόφευκτη (Crow, 1996).

Σύμφωνα με τον Crow η βλάβη (impairment) μπορεί να ερμηνευτεί με τρεις τρόπους. Κατ' αρχήν υπάρχει η ατομική ερμηνεία, στην οποία εκφράζεται η υποκειμενική εμπειρία της βλάβης, δεύτερον υπάρχει η αντικειμενική έννοια της βλάβης και τέλος υπάρχει η ερμηνεία που προέρχεται από το σύνολο των διαστρεβλώσεων, του αποκλεισμού, των διακρίσεων και του αντίκτυπου των στάσεων του κοινωνικού συνόλου, τα οποία συνδυάζονται ώστε να καταστήσουν με αναπηρία το άτομο που έχει την βλάβη

Η βλάβη (Impairment) ορίζεται ως *"η έλλειψη μέρους ή του συνόλου ενός άκρου, ή όταν υπάρχει ένα ελαττωματικό σκέλος, όργανο ή μηχανισμός του σώματος»*. Ενώ ανεπάρκεια ή ελάττωμα ή ατέλεια ή έλλειψη (Handicap) είναι *«το μειονέκτημα ή ο περιορισμός της δραστηριότητας που προκαλείται από την αναπηρία»*. (Harris, Cox and Smith, 1971).

Για να γίνουν καλύτερα αντιληπτές αυτές οι δύο έννοιες παρατίθεται ένα παράδειγμα. Έστω ένα άντρας του οποίου το ένα πόδι είναι ακρωτηριασμένο. Άρα έχει μία βλάβη (Impairment) και συνεπώς είναι ένα άτομο με αναπηρία. Παρ' όλα αυτά, αν αυτό το άτομο κάνει μια καθιστική δουλειά, οδηγεί ένα αυτοκίνητο το οποίο

έχει κατάλληλα προσαρμοστεί ώστε να ελέγχεται από τα χέρια, και επιλέγει ψυχαγωγικές δραστηριότητες που δεν είναι τόσο απαιτητικές και στις οποίες μπορεί να ανταποκριθεί ικανοποιητικά τότε μπορούμε να πούμε ότι το άτομο αυτό δεν μειονεκτεί (not handicapped) (Harris, Cox & Smith, 1971).

1.3. Από την βλάβη (impairment) και την ανεπάρκεια (Handicap) στην έννοια της αναπηρίας

"Κατά την άποψή μας, είναι η κοινωνία που απενεργοποιεί τους ανθρώπους με σωματικές βλάβες. Η αναπηρία είναι κάτι που επιβάλλεται στην κορυφή της βλάβης μας, από τον τρόπο που αδικαιολόγητα μας απομονώνουν και μας αποκλείουν από την πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία. Τα άτομα με αναπηρία είναι, επομένως, μια καταπιεσμένη κοινωνική ομάδα. Για να το καταλάβουμε αυτό, είναι απαραίτητο να γίνει κατανοητή η διάκριση μεταξύ της σωματικής βλάβης και της κοινωνικής κατάστασης που ονομάζεται «αναπηρία» ανθρώπων με τέτοιες βλάβες. Έτσι ορίζουμε ως βλάβη, την έλλειψη μέρους ή του συνόλου των άκρων, ή την ύπαρξη ενός ελαττωματικού σκέλους, οργάνου ή μηχανισμού του σώματος, και την αναπηρία ως μειονέκτημα περιορισμού της δραστηριότητας που προκαλείται από μια σύγχρονη κοινωνική οργάνωση που δεν λαμβάνει ή λαμβάνει ελάχιστα υπόψη, τους ανθρώπους που έχουν σωματικές βλάβες και συνεπώς, αποκλείει την συμμετοχή τους από τις κύριες κοινωνικές δραστηριότητες. Σωματική αναπηρία είναι ως εκ τούτου, μια ιδιαίτερη μορφή κοινωνικής καταπίεσης». (Union of the Physically Impaired, 1976, p 14,)

Όπως φαίνεται από το παραπάνω απόσπασμα η Union of the Physically Impaired θεωρεί ότι για να χαρακτηριστεί ένα άτομο με κάποια βλάβη ως άτομο με αναπηρία θα πρέπει να ληφθεί ως βασική παράμετρος και το περιβάλλον στο οποίο ζει και αλληλοεπιδρά. Ωστόσο όσο ιδανικά κατασκευασμένο και αν είναι το περιβάλλον στο οποίο ζει σίγουρα έχει λιγότερες επιλογές από τα άτομα χωρίς κάποια βλάβη και συνεπώς περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσει φυσικά προβλήματα. Μάλιστα ακριβώς επειδή ο ιδανικός περιβαλλοντικός σχεδιασμός δεν είναι ούτε ρεαλιστικός ούτε πραγματοποιήσιμος μπορεί κανείς να αντιληφθεί ότι τα φυσικά προβλήματα που θα αντιμετωπίσει ένα άτομο με αναπηρία είναι σαφώς περισσότερα από αυτά που θα αντιμετωπίσει ένα άτομο χωρίς αναπηρία. (Finkelstein, 1980) Ωστόσο είναι γεγονός ότι «η αναπηρία απαλύνεται αν η διαμόρφωση του περιβάλλοντος δε στέκεται εμπόδιο» (Νικολαΐδου, 2005).

1.4. Κοινωνική κατασκευή αναπηρίας

Η αναπηρία είναι μια καταπιεστική κοινωνική σχέση (Finkelstein, 1980). Οι Biklen (1987) και Taylor et al (1993) θεώρησαν βασικό ανασταλτικό παράγοντα για την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία την κοινωνική κατασκευή της αναπηρίας. Η κατασκευή αυτή βασίζεται πάνω σε προϋπάρχοντα κοινωνικά πρότυπα που έχουν ως κεντρική ιδέα το διαχωρισμό και τις διακρίσεις. Συνηθίζουμε να θεωρούμε δεδομένο το ότι είμαστε υγιείς ή χωρίς αναπηρίες υποθέτοντας τι είναι φυσιολογικό ή μη φυσιολογικό (Marks, 1999).

Σύμφωνα με τον Morris (2005) τα δύο βασικότερα εμπόδια για την ενσωμάτωση των ανθρώπων με αναπηρίες στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο είναι το γεγονός ότι θεωρούνται ως άτομα που έχουν συνεχή ανάγκη φροντίδας κάτι που από μόνο του υπονομεύει την αυτονομία και ανεξαρτησία αυτών των ανθρώπων και δεύτερον αναγνωρίζονται ως μια άλλη ομάδα ανεξάρτητη από την ευρύτερη κοινωνική μέσα στην οποία ζουν (NDA, 2006). Εξαιτίας της κοινωνικής κατασκευής της αναπηρίας οι άνθρωποι με αναπηρίες αναφέρονται ως «άλλοι» (στο τρίτο πληθυντικό) που αυθόρμητα όλο αυτό παραπέμπει σε ένα ξεχωριστό σύνολο, διαφορετικό από τους υπόλοιπους «φυσιολογικούς» (NDA, 2006) .

Ο Douglas υποστηρίζει ότι η κοινωνική κατασκευή της αναπηρίας προσπαθεί να εξηγήσει με ποιο τρόπο η γνώση δημιουργείται και στην συνέχεια παρουσιάζεται ως πραγματικότητα (Douglas, 1970). Πιστεύεται ότι αρχικά οι έννοιες δημιουργούνται, έπειτα μαθεύονται και στην συνέχεια, μοιράζονται μεταξύ των ανθρώπων και όλη αυτή η διεργασία αντικατοπτρίζεται στην συμπεριφορά, την γλώσσα και την στάση τους (Berger et al, 1966).

Τα στερεότυπα και οι λάθος αντιλήψεις που δημιουργούνται εξαιτίας των κοινωνικών αυτών κατασκευών οδηγούν σε παραγκωνισμό των ατόμων με αναπηρίες ενώ παράλληλα καταπνίγονται και θεμελιώδη δικαιώματα όπως αυτό της ισότητας, της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, της συμμετοχής στη κοινωνική ζωή, της δικαιοσύνης και της αυτονομίας. Η κατανόηση αυτών των κοινωνικών κατασκευών δίνει το έναυσμα να αναθεωρηθούν οι παλιές και να αναδυθούν νέες ερμηνείες της βλάβης και κατά επέκταση της αναπηρίας.

1.5. Ίδρυματοποίηση και κοινωνική απομόνωση

Η ιστορία των ανθρώπων με αναπηρία είναι στενά συνυφασμένη με την έννοια της ίδρυματοποίησης. Παρά το κίνημα αποασυλοποίησης που ξεκίνησε περίπου το 1960, τα άτομα με αναπηρίες - κυρίως νοητικές - εξακολουθούν να θεωρούνται ότι χρήζουν το εγκλεισμό και την απομόνωσή τους σε ιδρύματα αλλά και τον διαχωρισμό τους από τους υπολοίπους. Ο διαχωρισμός αυτός κατά κάποιον τρόπο αυξάνει την απόσταση μεταξύ ατόμων με αναπηρία και ατόμων χωρίς, με αποτέλεσμα να περιορίζεται η δυνατότητα αλληλεπίδρασης και να ευνοούνται συμπεριφορές απόρριψης, ενισχύοντας έτσι αρνητικές στάσεις και στερεότυπα κατά αυτής της ομάδας. (Davis, 1961. Evans, 1976. Link et al., 1999).

1.6. Μεριμνώντας για την αναπηρία

Στην αρχαία Ελλάδα, η μοναδική πόλη που έδειξε κάποια ευαισθησία απέναντι στην αναπηρία είναι η Αθήνα θεσπίζοντας ένα νόμο για τους αδύνατους. Από την άλλη πλευρά η αρχαία Σπάρτη λάτρης της τελειότητας, του κάλλους και της δύναμης αφήνει τους ανθρώπους με αναπηρίες να μειονεκτούν και να εξαθλιώνονται «αναγκάζοντάς» τους πολίτες να θανατώνουν τα παιδιά που γεννιόντουσαν με κάποιο μειονέκτημα. Ο εκχριστιανισμός άλλαξε τελείως τον τρόπο που αντιμετωπίζεται ανά τον κόσμο η αναπηρία, προωθώντας νέες αξίες και πρότυπα. Ωστόσο στην Ελλάδα μόλις το 1905 ιδρύεται στην Καλλιθέα ο «Οίκος των Τυφλών» ενώ λίγα χρόνια αργότερα εμφανίζονται δειλά - δειλά οι πρώτοι φιλανθρωπικοί ιδιωτικοί οργανισμοί που με την βοήθεια της εκκλησίας μεριμνούν για τα άτομα με κινητικές αναπηρίες και για τα κοινωνικά «δυσπροσάρμοστα άτομα»

Ο νόμος 904/51 (επί κυβερνήσεως Πλαστήρα) είναι ο πρώτος νόμος που ασχολείται με την εκπαίδευση των ατόμων με τυφλότητα και την χορήγηση επιδομάτων. Το 1972 και αφού έχει θεσπιστεί νόμος σχετικός με την μετεκπαίδευση των δασκάλων, ιδρύονται 17 ειδικά δημοτικά σχολεία, τα οποία προορίζονται για παιδιά με νοητική υστέρηση (διανοητικές αναπηρίες) και ένα σχολείο για παιδιά με

κινητικές αναπηρίες (Υπουργική απόφαση 20883/1972). Επίσημα ωστόσο το δικαίωμα στην εκπαίδευση των παιδιών με αναπηρίες κατοχυρώνεται από το Ελληνικό Κοινοβούλιο το 1975. Δέκα χρόνια αργότερα, στα άρθρα 32-36 του νόμου 1566, αναγράφεται η υποχρέωση της Πολιτείας να προσφέρει στα άτομα με αναπηρίες ειδική αγωγή, υπηρεσίες και μέσα, ώστε να έχουν την δυνατότητα να εκπαιδευτούν και να αναπτύξουν τις ικανότητες και δυνατότητες τους (Παπάνης, 2008).

Στο σύνταγμα της Ελλάδας και συγκεκριμένα στο άρθρο 21 παράγραφο 2 προβλέπεται: *«Πολύτεχνες οικογένειες, ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, θύματα πολέμου, χήρες και ορφανά εκείνων που έπεσαν στον πόλεμο, καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το Κράτος»*. Στο ίδιο άρθρο, παράγραφος 6 ορίζεται: *«Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας»*. και τέλος στο άρθρο 28 παράγραφος 1 αναφέρεται ότι: *«Οι γενικά παραδεδεγμένοι κανόνες του διεθνούς δικαίου, καθώς και οι διεθνείς συμβάσεις από την επικύρωσή τους με νόμο και τη θέση τους σε ισχύ σύμφωνα με τους όρους καθεμιάς αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του εσωτερικού ελληνικού δικαίου και υπερισχύουν από κάθε άλλη αντίθετη διάταξη νόμου»* (Σύνταγμα της Ελλάδας)

Η θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς τις διακρίσεις είτε αυτές αφορούν στην αναπηρία είτε σε οποιοδήποτε άλλο τομέα, είναι απόλυτα σαφής. Σύμφωνα με το άρθρο 13 της Ευρωπαϊκής συνθήκης του 1999 δίνεται η δυνατότητα στο Ευρωπαϊκό συμβούλιο *«να λάβει τα κατάλληλα μέτρα ώστε να καταπολεμηθούν οι διακρίσεις που βασίζονται στο φύλο, την φυλετική ή εθνική προέλευση, τη θρησκεία ή τις πεποιθήσεις, την αναπηρία, την ηλικία και το σεξουαλικό προσανατολισμό»* (Goelen, 2005). Στις 7 Δεκεμβρίου του 2000 στην Νίκαια, το Συμβούλιο, το Κοινοβούλιο και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανακήρυξαν επίσημα τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος καλύπτει ένα μεγάλο αριθμό δικαιωμάτων που προστατεύονται στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΣΑμεΑ, 2008).

Η ευρωπαϊκή ένωση θεωρεί την αναπηρία αποτέλεσμα της δυναμική αλληλεπίδρασης μεταξύ ενός προσώπου και του περιβάλλοντος του, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών κατασκευών, οι οποίες οδηγούν στην διάκριση και τον στιγματισμό. Είναι επομένως το περιβάλλον που πρέπει να προσαρμοστεί σε κάθε πρόσωπο συμπεριλαμβανομένων και των ατόμων με αναπηρίες, με την κατάργηση αυτών των εμποδίων (Goelen, 2005). Αυτή η

συγκεκριμένη θεώρηση οδήγησε την ΕΕ στην δέσμευση για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρίες. *«Η αναπηρία είναι ένα ζήτημα δικαιωμάτων και η διάκριση πρέπει να εξαλειφθεί. Οι πολιτικές αναπηρίας πρέπει να ακολουθήσουν μια κοινωνική αλλά και εξατομικευμένη προσέγγιση: τα δικαιώματα πρέπει να συμπληρωθούν από ενέργειες, οι οποίες να παρέχουν την πρόσβαση στα δικαιώματα, δηλαδή στις ίσες ευκαιρίες»* (Goelen, 2005). Τα υπάρχοντα κράτη μέλη της ΕΕ έπρεπε να βάλουν σε ισχύ τους νόμους κατά των διακρίσεων μέχρι τον Δεκέμβριο του 2003 αλλά τελικά δόθηκε δυνατότητα παράτασης ως το 2006. Για τα κράτη μέλη που δεν εκπληρώνουν αυτή τους την υποχρέωση μπορούν να βρεθούν κατηγορούμενοι στο ευρωπαϊκό Δικαστήριο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Goelen, 2005).

Σήμερα με τον Νόμο 2430/1996 έχει καθιερωθεί η 3^η Δεκεμβρίου ως *«Ημέρα των ατόμων με ειδικές ανάγκες»*

1.7. Οι δύο όψεις του ίδιου νομίσματος

1.7.1. Ιατρικό μοντέλο

«Με βάση το ιατρικό μοντέλο οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους ζωή τα άτομα με αναπηρία είναι άμεσο επακόλουθο της δικής τους δυσλειτουργίας. Η δυσλειτουργία αυτή μπορεί να είναι π.χ. η παραπληγία, η τύφλωση, η κώφωση ή η νοητική αναπηρία ενός ατόμου» (ΕΣΑμεΑ, 2008). Το ιατρικό μοντέλο βασίζεται στην κανονικότητα και στις έννοιες που έχουν γίνει προσπάθειες να αποδοθούν σε αυτήν (Oliver, 1990). *«Έτσι η τύφλωση αντιμετωπίζεται ως απόκλιση από την ικανότητα να βλέπεις, αφού η όραση είναι ένα φυσιολογικό δεδομένο. Επίσης, η κώφωση αντιμετωπίζεται ως απόκλιση από την ικανότητα να ακούς, αφού η ακοή είναι ένα «φυσιολογικό» δεδομένο»* (ΕΣΑμεΑ, 2008, σελ. 46). Θεωρεί την αναπηρία ως μεμονωμένο πρόβλημα και προωθεί την άποψη ότι ένα άτομο με αναπηρία εξαρτάται και χρειάζεται θεραπεία ή φροντίδα, και έτσι δικαιολογεί τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με αναπηρίες έχουν αποκλειστεί, συστηματικά, από την κοινωνία. (ΕΤΤΑΔ, 2007).

Το επικρατές αρχικά ιατρικό μοντέλο δείχνει ενδιαφέρον κατά κύριο λόγο στο κομμάτι της μειονεξίας - στην κρυφή ή φανερή αναπηρία - θεωρώντας ότι εξαιτίας αυτής της μειονεξίας, οι φέροντες αντιμετωπίζουν όλα αυτά τα προβλήματα στην καθημερινότητά τους. Μάλιστα, βλέπει την αναπηρία ως το μοναδικό συστατικό του ατόμου παραβλέποντας τον ανθρώπινο παράγοντα και τη μοναδικότητα της κάθε

προσωπικότητας. Επικεντρώνεται στο έλλειμμα, στις ανάγκες, σε αυτό που το άτομο δεν μπορεί να κάνει (Van Der Klift, Kunc, 1994). *«Με βάση αυτή την προσέγγιση το άτομο έχει ανάγκη ιατρική φροντίδας από ειδικούς. Η διαχείριση της αναπηρίας στοχεύει στην ιατρική αποκατάσταση της αναπηρίας. Η ιατρική φροντίδα ανάγεται σε κυρίαρχο θέμα ενώ σε πολιτικό επίπεδο η ευθύνη εστιάζεται στη διαμόρφωση κατάλληλης πολιτικής για την υγεία»* (ΕΣΑμεΑ (2005).

Πίνακας 1: Το ιατρικό μοντέλο εστιάζει σε αυτό που ένα πρόσωπο δεν μπορεί να κάνει:

Εξασθένιση	Αναπηρία
Ένας χρήστης αναπηρικής καρέκλας	Δεν μπορεί να ανέβει σκαλοπάτια ή να περπατήσει στα καταστήματα
Ένα άτομο με προβλήματα όρασης	Δεν μπορεί να διαβάσει τις πληροφορίες στο «τυποποιημένο μέγεθος» μιας εκτύπωσης
Ένα άτομο με έναν επίκτητο τραυματισμό εγκεφάλου	Δεν μπορεί να μιλήσει τόσο γρήγορα όσο οι άλλοι άνθρωποι

Πηγή: Κατανόηση της αναπηρίας: Ένας πρακτικός οδηγός, ETTAD 2007

Σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες υγείας έχουν διδαχθεί βάση του ιατρικού μοντέλου της περίθαλψης δηλαδή δίνουν έμφαση κυρίως στην διάγνωση και την θεραπεία της νόσου. Το γεγονός ωστόσο ότι ένα άτομο έχει μια αναπηρία δεν σημαίνει απαραίτητα ότι πάσχει από κάποια νόσο ή ότι αισθάνεται άρρωστο. (Byron & Dieppe, 2000).

«Συνεπώς, το μοντέλο αυτό ενθαρρύνει τη δημιουργία ή και τη συντήρηση προκαταλήψεων, στίγματος και αποκλεισμού των ατόμων με αναπηρία. Επιπλέον, ως συνέπεια της αρνητική προσέγγιση το μοντέλο αυτό αναζητά την λύση για τα άτομα με αναπηρία που δεν μπορούν να είναι όπως οι άλλοι «φυσιολογικοί» άνθρωποι αποκλειστικώς σε ατομικό επίπεδο μέσω της «βοήθειας» ή της «φιλανθρωπίας» (ΕΣΑμεΑ, 2008).

1.7.2. Κοινωνικό μοντέλο

Αποτέλεσμα των έντονων προβληματισμών για τα άτομα με αναπηρίες είναι η ανάδειξη του κοινωνικού μοντέλου στάσεων το οποίο βλέπει την αναπηρία ως

κομμάτι της ανθρώπινης ποικιλομορφίας, ή όπως υποστηρίζει ο Charlton (1998) ως συνέχεια της ανθρωπότητας (Daruwalla & Darcy, 2005), που πρέπει να αντιμετωπίζεται ως αποτέλεσμα ενός πλέγματος συνθηκών (Νικολαΐδου, 2005) οι περισσότερες των οποίων σχετίζονται με το περιβάλλον. «*Το κοινωνικό μοντέλο (το οποίο εμφανίστηκε από τη δεκαετία του 1960) απαντάει στο ερώτημα «τι προκαλεί την αναπηρία;» δίνοντας έμφαση όχι στους ιατρικούς παράγοντες αλλά στους περιβαλλοντικούς, πολιτισμικούς και εν γένει κοινωνικούς παράγοντες*» (ΕΣΑμεΑ, 2008).

Το περιβάλλον πολιτιστικό και φυσικό αποτελεί ουσιαστική μεταβλητή στον προσδιορισμό της αναπηρίας (Νικολαΐδου, 2005), αφού εξαιτίας της διαμόρφωσης περιορίζει ένα άτομο να λειτουργήσει με τη μέγιστη των δυνατοτήτων του (όποια και αν είναι αυτή, εξαιτίας των σωματικών, αισθητηριακών ή νοητικών βλαβών που μπορεί να έχει). Από την άλλη πλευρά η καταπίεση, ο αποκλεισμός και η απομόνωση των ατόμων με βλάβη από τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες ένταξης είναι αποτέλεσμα τόσο του κοινωνικού περιβάλλοντος που προάγει αναπηρία όσο και των επικρατούντων «εχθρικών κοινωνικών στάσεων». (Barnes, 1996). Οι εχθρικές αυτές κοινωνικές στάσεις απεικονίζουν την αναπηρία ως μια προσωπική τραγωδία του ατόμου και του σώματος που μειονεκτεί (Oliver, 1996. Shakespeare, 1994), σε αντίθεση με το κοινωνικό μοντέλο που βλέπει την αναπηρία ως μια μορφή κοινωνικής καταπίεσης και τον όρο βλάβη σαν μια απλή περιγραφή του σώματος (Oliver, 1996).

Η κοινωνική αντίληψη της αναπηρίας εστιάζει σε πολιτικές και πρακτικές ένταξης απαιτώντας από όλα τα άτομα μέλη της κοινωνίας, κοινωνική δράση και συλλογική ευθύνη (Εθνική Συνομοσπονδία των Ατόμων με Αναπηρία, 2005). Οι υποστηρικτές του κοινωνικού μοντέλου ως απάντηση στην εκστρατεία υπέρ της αναπηρίας ασκούν πιέσεις στις εκάστοτε κυβερνήσεις ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την άρση ή τον περιορισμό των εμποδίων ώστε τα άτομα με αναπηρίες να μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα έχοντας τον πλήρη έλεγχο της ζωής τους (Staniland, 2009).

Το κοινωνικό μοντέλο προσπαθεί να υποδείξει ότι το βασικότερο εμπόδιο της αναπηρίας βρίσκεται στο γεγονός ότι το περιβάλλον έχει αποτύχει να επιτρέψει σε κάποιο άτομο να λειτουργήσει με το μέγιστο των δυνατοτήτων του. Το γεγονός ωστόσο ότι είναι κοινά αποδεκτό ότι οι πληθώρα κοινωνικών πολιτιστικών και περιβαλλοντικών παραγόντων περιθωριοποιούν ή περιορίζουν τα άτομα με αναπηρία δεν σημαίνει αναγκαστικά ότι απαξιώνεται και ο ρόλος της βλάβης αυτής καθ' αυτής. Εξετάζοντας ωστόσο λίγο καλύτερα τις κοινωνικές στάσεις που

επικρατούν σχετικά με την αναπηρία εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς ότι «...το ιατρικό μοντέλο δεν έχει πάψει ποτέ να κυριαρχεί και να ισχύει. Απλώς μεταμφιέζεται.» (Τσαλίκου, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Στάσεις Προκαταλήψεις Στερεότυπα

2.1. Στάσεις

2.1.1. Η έννοια της «στάση»

Οι στάσεις αποτελούν μέρος του τρόπου με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει το κοινωνικό περιβάλλον. Έχουν την ιδιότητα να είναι αρκετά σταθερές και αμετάβλητες ωστόσο παράλληλα είναι κάτι το οποίο δεν είναι έμφυτο αλλά μαθαίνεται και καλλιεργείται. (Zimbardo et al, 1969). Είναι λοιπόν μία γνώση την οποία αποκτά το άτομο κατά την ανάπτυξή του. Σύμφωνα με τον Bandura, η απόκτηση γνώσεων γίνεται με διάφορους τρόπους ωστόσο η μάθηση στηρίζεται σε μια διαδικασία μίμηση κάποιου προτύπου, που είναι σημαντικό για το άτομο που αποκτά τις γνώσεις, όπως είναι οι γονείς, οι δάσκαλοι, οι συμμαθητές, οι φίλοι ή ακόμα και προσωπικότητες των μέσων ενημέρωσης (Bandura, 1977).

2.1.2. Οι λειτουργίες των στάσεων

Σύμφωνα με τον Oskamp (1977) οι στάσεις εξυπηρετούν τέσσερις βασικές λειτουργίες:

1)τη λειτουργία της γνώσης, η οποία μας βοηθά να κατανοήσουμε τον κόσμο γύρω μας αξιολογώντας ερμηνεύοντας και ενσωματώνοντας τις καινούργιες πληροφορίες στο σύστημα πεποιθήσεών μας.

2)τη λειτουργία της ικανοποίησης των αναγκών. Με βάση το γεγονός, ότι οι στάσεις έχουν διαμορφωθεί ως αποτέλεσμα παρελθοντικών εμπειριών, για τις οποίες δεχτήκαμε κάποια ανταμοιβή ή κάποια τιμωρία, θα χρησιμοποιήσουμε τις στάσεις για να ικανοποιήσουμε τις ανάγκες μας ή για να πετύχουμε τους στόχους μας

3)τη λειτουργία υπεράσπισης του εγώ. Μέσα από τις διαμορφωμένες στάσεις μας θα βελτιώσουμε την αυτοεκτίμησή μας, θα προστατευτούμε από τις ανασφάλειές μας και από αισθήματα κατωτερότητας που μπορεί να μας χαρακτηρίζουν

4)στη λειτουργία του αυτοπροσδιορισμού

Από την άλλη πλευρά ο Greenwald θεωρεί ότι ένα άτομο θα διαμορφώσει θετικές ή αρνητικές στάσεις για κάτι, ανάλογα με τον τρόπο που παρουσιάζεται αυτό, αν δηλαδή προβάλλεται ευνοϊκά ή δυσμενώς αντίστοιχα. Βέβαια όπως ο ίδιος επιμένει, η άμεση εμπειρία είναι ο βασικότερος παράγοντας καθορισμού των στάσεων (Greenwald, 1989b).

2.1.3. Οι τρεις συνιστώσες των στάσεων

Η ιστορία της μελέτης και της μέτρησης των στάσεων είναι πολύ παλιά. Το 1828 ο Thurstone κάνει μία δημοσίευση με τίτλο «*Στάσεις μπορούν να μετρηθούν*». Από τότε πολλοί συγγραφείς έχουν αποδώσει τον ορισμό της «στάση» (Fishbein & Ajzen, 1975. Bennett & Murphy, 1997. Eagly & Chaiken, 1998), και για αυτό στη βιβλιογραφία υπάρχουν πάνω από 30 (Rao, 2004), αλλά όχι ένας καθολικός ορισμός του όρου (Findler et al., 2007). Παρ' όλα αυτά οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι οι στάσεις αποτελούνται από συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές συνιστώσες (Olson & Zanna, 1993. Rajecki, 1990).

Οι γνωστικές συνιστώσες αναφέρονται στο σύνολο των σκέψεων, των αντιλήψεων, των ιδεών του ατόμου για το αντικείμενο για το οποίο γίνεται η αναφορά. Οι συναισθηματικές συνιστώσες αναφέρονται στο σύνολο των συναισθημάτων που χρησιμοποιήθηκαν ως υπόβαθρο για την δημιουργία της στάσης (Antonak & Livneh, 1988). Και τέλος οι συμπεριφορικές είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των δύο άλλων συνιστωσών. Δηλώνει την πρόθεση του ατόμου να συμπεριφερθεί με ένα ορισμένο τρόπο προς το αντικείμενο για το οποίο γίνεται η αναφορά και αποτελεί την πραγματική συμπεριφορική απόκριση (Cook, 1992).

Ο Triandis υποστηρίζει ότι στάση είναι *«μια ιδέα (νοητική συνιστώσα) επενδυμένη με συναίσθημα (συναισθηματική συνιστώσα) που προδιαθέτει μια κατηγορία δράσεων (συμπεριφορική συνιστώσα) σε μια συγκεκριμένη κατηγορία κοινωνικών καταστάσεων»* (Triandis, 1971: p 2. Triandis et al, 1984: p 21). Ενώ σύμφωνα με τον Orpenhiem *«οι στάσεις ενισχύονται από τις πεποιθήσεις (γνωστική συνιστώσα) και συχνά έλκουν έντονα συναισθήματα (συναισθηματική συνιστώσα), τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε συγκεκριμένες προθέσεις συμπεριφοράς (συμπεριφορική συνιστώσα)»* (Orpenhiem, 1992: p. 382).

Ο Greenwald αναγνωρίζει ότι ο ορισμός αυτός που εξηγεί την στάση ως αποτέλεσμα των τριών αυτών συστατικών έχει υιοθετηθεί ευρέως αλλά προειδοποιεί

ότι έχει προκαλέσει και σύγχυση (Greenwald, 1989a). Ο ίδιος ισχυρίζεται ότι «ο ορισμός των τριών συνιστωσών φαίνεται να επιτρέπει μια υπερβολικά ευρεία ποικιλία από ερμηνείες για ένα δεδομένο σύνολο στοιχείων» (Greenwald, 1989a).

2.1.4. Ορισμοί του όρου «στάση»

Σύμφωνα με τον Allport στάση είναι «*μια πνευματική και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη πλήρως από εμπειρία, που ασκεί μια άμεση ή δυναμική επιρροή πάνω στην αντίδραση του ατόμου σε όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις με τα οποία σχετίζεται*» (Allport, 1935). Ο Allport αμφισβητήθηκε από τον Ostrom για αυτό του τον ορισμό, με το επιχείρημα ότι ο χαρακτηρισμός «*κατάσταση ετοιμότητας*» «*.....είναι ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο (και άμορφο) κατασκευάσμα*» (Ostrom, 1989). Από την άλλη πλευρά και λίγο αργότερα οι Breckler & Wiggins επηρεασμένοι από τον Allport δίνουν ένα καινούργιο ορισμό: «*νοητικές ή νευρικές αναπαραστάσεις, οργανωμένες μέσα από την εμπειρία, οι οποίες ασκούν μια άμεση ή δυναμική επίδραση στη συμπεριφορά*» (Breckler & Wiggins, 1989).

Ο Trawick αναφέρει ότι «*οι στάσεις δεν μπορούν να παρατηρηθούν άμεσα, έχουν συναχθεί από χαρακτηριστικά πρότυπα συμπεριφοράς προς αντικείμενα ή τάξεις αντικειμένων. Πιο απλά, είναι η τάση να απαντήσει κανείς είτε θετικά ή αρνητικά σε κάτι ή κάποιον*» (Trawick, 1990) ή η τάση να συμπεριφέρεται κανείς με ένα απόλυτα συγκεκριμένο και κατηγορηματικό τρόπο προς μία ορισμένη ομάδα ατόμων (Hunt & Hunt, 2000). Για αυτό καθορίζονται από τον τρόπο σκέψης και τον τρόπο αξιολόγησης, την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου που αξιολογεί αλλά και τη τάση του να συμπεριφερθεί με ένα συγκεκριμένο τρόπο (Hernandez et al, 2000). Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει μια αμοιβαία σχέση επιρροής μεταξύ των στάσεων και των συμπεριφορών. Πιο συγκεκριμένα, οι στάσεις μπορούν να επηρεάσουν και να διαμορφώσουν συμπεριφορές και στη συνέχεια να επηρεάζονται και να διαμορφώνονται από αυτές (Argul, 1977).

2.1.5. Άλλοι ορισμοί:

- «*είναι κυρίως ένας τρόπος να είσαι σε μια κατάσταση υπέρ ή ενάντια ορισμένων πραγμάτων*» (Murphy, Murphy and Newcomb, 1937)

- «μια σχετικά σταθερή συναισθηματική απόκριση σε ένα αντικείμενο» (Rosenberg, 1956)

- «η τάση ή η διάθεση να αξιολογήσει κανείς ένα αντικείμενο ή τον συμβολισμό του αντικειμένου με ένα συγκεκριμένο τρόπο» (Katz and Stotland, 1959)

- «κάθε πεποίθηση ή γνώμη που περιλαμβάνει μια θετική ή αρνητική αξιολόγηση κάποιου στόχου (που μπορεί να είναι ένα αντικείμενο πρόσωπο ή γεγονός) και αυτό μας προδιαθέτει να ενεργήσουμε με ένα ορισμένο τρόπο προς αυτόν τον στόχο» (Plotnik, 1996). Αν αξιολογήσουμε το στόχο θετικά τότε και η στάση που διαμορφώνουμε είναι θετική και αυτό μας ωθεί να ενεργήσουμε θετικά προς αυτόν, δηλαδή να τον αποδεχτούμε, ενώ στην περίπτωση που η αξιολόγηση είναι αρνητική, είναι και η στάση αρνητική και το αποτέλεσμα που εκπίπτει είναι η αποφυγή – απόρριψη του αντικειμένου στόχου που αξιολογείται (Yuker, Block & Young, 1970).

- «είναι σχετικά σταθερές νοητική θέσεις που κατέχονται για ιδέες, αντικείμενα ή ανθρώπους» (Gleitman, 1991).

- «.....μία κατάσταση ετοιμότητας, η τάση να ανταποκριθεί κανείς με ένα ορισμένο τρόπο, όταν έρχεται αντιμέτωπος με συγκεκριμένα ερεθίσματα» (Oppenheim, 1992).

- «είναι ο συνδυασμός των πεποιθήσεων και των συναισθημάτων που προδιαθέτουν ένα άτομο να συμπεριφέρεται με ένα ορισμένο τρόπο» (Noe, 2002. Kothandapani, 1971. Breckler, 1984).

2.2. Η δημιουργία στερεοτύπων

2.2.1. Η έννοια των στερεοτύπων

Τα στερεότυπα αποτελούν κοινωνικές αναπαραστάσεις αντικειμενοποιημένες, δηλαδή γνωστικές και συναισθηματικές κατασκευές γύρω από ομάδες μέσα στον κοινωνικό χώρο. Γνωστικές και συναισθηματικές κατασκευές που συναντούν ευρεία αποδοχή και που αναδύονται και εξαπλώνονται κάτω από συγκεκριμένες κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες μέσα στον ιστορικό χρόνο (Παπαστάμος, 1990).

Σύμφωνα με τον Tajfel παράλληλα με την δημιουργία μια κοινωνικής ομάδας συνηθίζεται να δημιουργούνται και τα στερεότυπα που την ακολουθούν (Tajfel, 1978), τα οποία αντανάκλουν «...το περιεχόμενο του υποτιθέμενου συνόλου των γνωρισμάτων που σχετίζονται με την συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα ή ένα

συγκεκριμένο τύπο ατόμου» (Biernat & Dovidio, 2000), τα οποία γνωρίσματα μπορούν να «χαρακτηριστούν ως αδικαιολόγητα επειδή αντανακλούν ελαττωματικές διαδικασίες σκέψης ή υπεργενικεύσεις, ανακρίβειες, υπέρμετρη ακαμψία, ένα ακατάλληλο μοτίβο καταλογισμού ή εξορθολογισμού για μια προκατειλημμένη στάση....» (Biernat & Dovidio, 2000).

Τα στερεότυπα έχουν την δύναμη της κοινωνικής επιταγής, ωστόσο επειδή δεν αναγνωρίζουν την διαφορετικότητα, έχουν την τάση να είναι παραπλανητικά (Nolan et al, 2006). Θα μπορούσε κανείς να πει ότι τα στερεότυπα αποτελούν «.....νοητικές δομές, εικόνες ή πεποιθήσεις που διευκολύνουν κάποιον να συμπαθήσει ή να αντιπαθήσει τις κοινωνικές ομάδες» (Henwood et al, 1993). «.....είναι οι πεποιθήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά ή τις συμπεριφορές των περισσότερων μελών μια κοινωνικής ομάδας» (Wilder, 1978).

2.2.2. Διαδικασίες δημιουργίας «στερεοτύπων»

Η δημιουργία των στερεοτύπων βασίζεται στη διαδικασία της επικοινωνίας. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος επικοινωνεί με το εξωτερικό περιβάλλον μέσω των αισθητηρίων οργάνων. Κάθε ερέθισμα λαμβάνεται αρχικά από τα αισθητήρια όργανα για να καταλήξει στην συνέχεια σε συγκεκριμένα κέντρα του εγκεφάλου όπου θα γίνει η επεξεργασία του. Η επεξεργασία αυτή επηρεάζεται και από τις εμπειρίες του ατόμου τις οποίες έχει αποκομίσει στο παρελθόν. Κατά την διάρκεια της αλληλεπίδρασης ενός ατόμου με ένα άλλο, τα ερεθίσματα επεξεργάζονται μέσω της διαδικασίας της σκέψης ή σύμφωνα με την Satir (Satir Virginia αμερικανίδα ψυχοθεραπεύτρια 1916-1988 ηγετική φυσιογνωμία στο χώρο της οικογενειακής ψυχοθεραπείας) μέσω ενός «*εσωτερικού διαλόγου*». Το πώς ερμηνεύουμε τα ερεθίσματα που δεχόμαστε από τους άλλους εξαρτάται επίσης από ολόκληρη τη στάση και τη συμπεριφορά αυτών των ατόμων. Αυτές οι ερμηνείες τώρα, διαμορφωμένες κάτω από την πίεση υποκειμενικών δεδομένων, αν δεν αποδειχθούν λανθασμένες τότε σύμφωνα με την Satir θα «*μετατραπούν σε αλήθειες που συχνά οδηγούν σε κακή επικοινωνία και σε παγίδες*».

Βέβαια υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την διαδικασία της αντίληψη όπως για παράδειγμα το περιβάλλον το φύλο, η κοινωνική τάξη, η προσωπικότητα, τα ενδιαφέροντα και πολλά άλλα. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος έχει την τάση να κατηγοριοποιεί γεγονότα, πρόσωπα ή καταστάσεις σύμφωνα με κάποιες ιδιότητες που ενδεχομένως τα χαρακτηρίζουν, δημιουργώντας στάσεις και συμπεριφορές. Η δημιουργία στερεοτύπων επειδή ακριβώς βασίζεται σε γενικεύσεις

και ανακρίβειες περιορίζει την αντικειμενικότητα της αντίληψης δημιουργώντας προκαταλήψεις και μεταβάλλοντας τις στάσεις απέναντι σε κάποιες κοινωνικές ομάδες.

2.3. Προκαταλήψεις και στιγματισμός

2.3.1. Προέλευση του όρου σύμφωνα με τον Goffman

Ο Goffman έχοντας εμπνευστεί από την ιστορία των αρχαίων Ελλήνων παραθέτει την άποψή του σχετικά με την προέλευση του όρου: *«ο όρος προήλθε για να επισημάνει σημάδια του σώματος που είχαν σχεδιαστεί για να εκθέσουν κάτι ασυνήθιστα κακό για την ηθική υπόσταση του φέροντος το σημάδι. Τα στίγματα είχαν δημιουργηθεί με κόψιμο ή κάψιμο του δέρματος και διατυμπάνιζαν ότι αυτός που τα έφερε ήταν σκλάβος, εγκληματίας ή προδότης – ένα άτομο αμαυρωμένο, τελετουργικά μολυσμένο, που έπρεπε να αποφεύγεται ειδικά σε δημόσιους χώρους»* (Goffman, 1963, reprinted 1970).

Για την αρχαία Ελλάδα αλλά και στην αρχαία Ρώμη η δουλεία ήταν κάτι πάρα πολύ συνηθισμένο. Στιγματίζαν τους δούλους με πυρακτωμένο σίδερο ώστε να τους εμποδίσουν να διαφύγουν. Ήταν ένας τρόπος να καταπνίξουν οποιαδήποτε επανάσταση ενάντια αυτής της καταπιεστικής σχέσης που υπήρχε μεταξύ άρχοντα και δούλου. Σαφώς και είναι εσφαλμένο να πιστέψει κανείς ότι ο στιγματισμός ήταν δείγμα κακής ηθικής του φέροντος. Στην πραγματικότητα ήταν ένας εύκολος τρόπος διαχωρισμού των κοινωνικών τάξεων. Για την ιστορία αξίζει να σημειωθεί ότι το πιο πρόσφατο παράδειγμα στιγματισμού μέσω δερματοστιξίας αποτέλεσαν τα τατουάζ που έγιναν σε περίπου 400.000 κρατούμενους στα στρατόπεδα του Άουσβιτς κατά την διάρκεια του Ολοκαυτώματος (το οποίο απεικόνιζε αύξοντες αριθμούς).

2.3.2. Πως χρησιμοποιείται ο όρος σήμερα

Στην σύγχρονη κοινωνία το στίγμα χρησιμοποιείται ως ταμπέλα της διαφορετικότητας για αυτό ακριβώς και βρήκε γόνιμο έδαφος στον χαρακτηρισμό των ανθρώπων με αναπηρίες. Με την πρώτη ματιά ο στιγματισμός αυτών των ανθρώπων δεν περιέχει στοιχεία καταπίεσης, ωστόσο εξετάζοντας κανείς το θέμα πιο

προσεκτικά ανακαλύπτει ότι εξαιτίας του στίγματος αυτά τα άτομα περιθωριοποιούνται και χάνουν την ευκαιρία κοινωνικοποίησης. Η καταπίεση δηλαδή υφίσταται και μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό με την έννοια της μη αποδοχής (Finkelstein, 1980).

Το στίγμα συνοδεύει όλα σχεδόν τα προβλήματα υγείας συμπεριλαμβανομένης και της αναπηρίας (Van Brakel, 2006) προκαλώντας στα στιγματισμένα άτομα μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων όπως άγχος, κατάθλιψη, φόβο, περιορισμό συμμετοχής ή ακόμα και επιδείνωση της ασθένειάς τους (Van Brakel, 2006). Ακριβώς για τον περιορισμό αυτών των δυσάρεστων επιπτώσεων είναι επιτακτική ανάγκη να κατανοήσουμε καλύτερα την έννοια του στίγματος (Dionne et al, 2013).

2.3.3. Η έννοια του «στίγματος»

Στίγμα είναι μια δυσμενής αντίδραση ως προς μία διάκριση η οποία έχει αξιολογηθεί και έχει γίνει αντιληπτή ως αρνητική (Susman, 1994), όπως είναι φανερό από το συγκεκριμένο ορισμό και το στίγμα - παρόμοια με τις στάσεις – αποτελείται από τρεις συνιστώσες. Έλλειψη γνώσης (άγνοια και παραπληροφόρηση), αρνητικές στάσεις (προκατάληψη), και παρεμπόδιση ή αποφυγή συμπεριφορών (διακρίσεις) (Thornicroft et al, 2007). *«Ένα άτομο στιγματισμένο μειώνεται στο μυαλό μας και από ακέραιο και συνηθισμένο, μολύνεται, καθίσταται απορριπτέο. Συνήθως όρος «στίγμα» αναφέρεται σε μια ιδιότητα βαθιά υποτιμητική... ένα άτομο στιγματισμένο δεν θεωρείται επαρκώς ανθρώπινο»* (Goffman, 1963).

Στίγμα είναι *«κάποια ιδιότητα ή χαρακτηριστικό, το οποίο αποπνέει μια κοινωνική ταυτότητα που έχει υποτιμηθεί, σε κάποιες συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες»* (Crocker et al, 1998). Θα μπορούσε να πει κανείς ότι πρόκειται για *«ένα σημάδι ντροπής ή εξευτελισμού που ξεχωρίζει ένα πρόσωπο από τους άλλους»* (Byrne, 2000), και αποτελεί *«κοινωνική αντίδραση η οποία ξεχωρίζει ορισμένα χαρακτηριστικά, τα αξιολογεί ως ανεπιθύμητα και υποτιμά το πρόσωπο που τα φέρει»* (Miles, 1981).

2.3.4. Δυσκολίες μελέτης του «στίγματος»

Η μελέτη και η διερεύνηση του στίγματος είναι μια διαδικασία ιδιαίτερα δύσκολη διότι τα υπό εξέταση άτομα - άτομα χωρίς αναπηρίες – γνωρίζουν πολύ καλά ότι πρέπει να αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία ισότιμα (Pruett and Chan, 2006).

Ένα ακόμα εμπόδιο στην μελέτη της διερεύνησης του στίγματος αποτελεί το γεγονός της ασυνέπειας που παρατηρείται μεταξύ των στάσεων και των συμπεριφορών των ανθρώπων χωρίς αναπηρία όταν βρίσκονται παρόντα τα άτομα που έχουν υποστεί στιγματισμό (Reeder & Pryor, 2008). Αυτό σημαίνει ότι ένα πρόσωπο μπορεί να κατέχει αρνητικές στάσεις απέναντι σε ένα άτομο με μια συγκεκριμένη αναπηρία αλλά παρ' όλα αυτά μπροστά του να δείχνει συμπάθεια και καλοσύνη (Reeder & Pryor, 2008). Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα υπάρχει διαφορά ακόμα και ανάμεσα στην λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία (Reeder & Pryor, 2008).

2.4. Προκατάληψη

Η προκατάληψη αναπτύσσεται συνήθως ως απόρροια αρνητικών στερεοτύπων που έχουν αναπτυχθεί για μια συγκεκριμένη ομάδα ή άτομο (Olson & Zanna, 1993) και αποτελεί ένα συμπέρασμα το οποίο έχει διεξαχθεί χωρίς να ληφθούν υπόψη όλα τα στοιχεία, βασιζόμενο σε γενικεύσεις που ως στόχο έχουν να προδικάσουν τις ατομικές διαφορές (Ackerman & Jahoda, 1950). Η μέτρηση των προκαταλήψεων απέναντι στην αναπηρία δεν είναι ένα έργο απλό και εύκολο. Είναι ένα έργο στο οποίο εμπλέκονται κοινωνικοί παράγοντες, υποσυνείδητοι κανόνες και στερεότυπα. Και όλα αυτά συνδυάζονται με ένα τρόπο πολύπλοκο ανάλογα με το είδος της αναπηρίας και το πλαίσιο (κοινωνικό, οικονομικό, πολιτιστικό, πολιτικό) μέσα στο οποίο λαμβάνουν χώρα. (Staniland,2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Στάσεις και Αναπηρία

3.1 Μελέτες σχετικά με τις στάσεις πάνω στην αναπηρία

Σχεδόν από τις αρχές του 1930 πολλές από τις μελέτες που έγιναν πάνω στην αποκατάσταση, την ψυχολογία αλλά και την κοινωνική πολιτική είχαν ως βάση την διερεύνηση των στάσεων απέναντι στην αναπηρία (Strong, 1931), και μάλιστα σε σχέση με μια ποικιλία παραμέτρων όπως:

- το βαθμό της επαφής που έχει κάποιος με το άτομο με αναπηρία (Richardson & Ronald, 1977. Yunker, 1983. Furnham & Pendred, 1983. Strohmer et al. 1984),
- τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Gunther, 1981),
- το φύλο (Furnham & Pendred, 1983),
- τον τύπο της αναπηρίας (Richardson & Ronald, 1977. Altman, 1981. Yunker, 1983. Furnham & Pendred, 1983. Strohmer, Grand & Purcell, 1984),
- τη σχέση εργαζόμενου – εργοδότη (Florian, 1981),
- εργασία και κοινωνικό περιβάλλον (Light & Kirshbaum, 1977. Rosenbaum & Katz, 1980. Florian, 1981),
- πολιτικές συνέπειες (Light & Kirshbaum, 1977. Kamieniecki, 1985),
- περιορισμός ή εξάλειψη προκαταλήψεων (Matkin et al, 1983)

Πολλοί μελετητές έχουν ασχοληθεί με διάφορες πτυχές και με παράγοντες που αποτελούν μέρος επιρροής στην ανάπτυξη στάσεων απέναντι στην αναπηρία. Όπως για παράδειγμα κοινωνικοπολιτικοί (Stubbins, 1984), ιστορικοί (Jordan & Friesen, 1967. Scheer and Groce 1988. Reichel, 1975) και θρησκευτικοί παράγοντες (Barnes, Mercer & Shakespeare, 1999. Chubon, 1994. Zernitzky- Shurka, 1988. Turner, 1987. English, 1971. Venzmer, 1968). Σε όλο και περισσότερες μελέτες διαφαίνεται ότι η αναπηρία γίνεται ολοένα και περισσότερο κοινωνικά αποδεκτή, και προβάλλεται μια παγκόσμια θετική στάση απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Ωστόσο με περαιτέρω διερεύνηση μπορεί να βρεθεί ότι οι στάσεις είναι στην πραγματικότητα περισσότερο αρνητικές από όσο εκφράζονται (Hernandez et al, 2000).

3.2. Παράγοντες που θα καθορίσουν την κατεύθυνση των στάσεων απέναντι στην αναπηρία

Οι κατεύθυνση των στάσεων που έχει διαμορφώσει ένα άτομο απέναντι στην αναπηρία επηρεάζονται από την κουλτούρα και τον πολιτισμό της κοινωνίας από την οποία προέρχεται το άτομο (Ingstad and Whyte, 1995. Nicolaisen, 1995. Bakheit and Shanmugalingam, 1997. Stone, 2001. Rao, Sharmila and Rishita, 2003). «... δεν είναι μόνο οι προσωπικές εμπειρίες για την αναπηρία ατομικές και μοναδικές, αλλά η αντίληψη και η στάση έναντι της αναπηρίας είναι πολύ σχετική, δεδομένου ότι υπόκεινται σε πολιτιστικές ερμηνείες που εξαρτώνται από τις αξίες, τα πλαίσια, κοινωνικο-ιστορικό τόπο και χρόνο, καθώς επίσης την προοπτική και την κοινωνική θέση του παρατηρητή. Η αναπηρία και η κοινωνική κατασκευή της, ποικίλλουν από κοινωνία σε κοινωνία και από καιρό σε καιρό» (Ustun et al., 2001).

3.3. Τι επικρατεί σήμερα

Τα άτομα με αναπηρία ακολουθούνται πάντα από μια σειρά προκαταλήψεων, εσφαλμένων εικόνων που διαιωνίζονται με το πέρασμα του χρόνου. Σύμφωνα με τον Bender, θεμέλια αρνητικών στάσεων αποτελούν η κοινωνικοποίηση, οι ιστορικές αξίες και οι αρνητικές ενέργειες από την μεριά των άτομα με αναπηρίες (Bender, 1981). Όμως το στίγμα απέναντι στα άτομα με αναπηρία θα συνεχίσει να τα ακολουθεί μέχρι να μπορέσουν αυτά να αποδείξουν ότι έχουν την δυνατότητα να ζήσουν ανεξάρτητα έχοντας τον έλεγχο πάνω στην κατάσταση της διαβίωσής τους (Chamberlain, 1979).

Σε γενικές γραμμές υπάρχουν κάποιοι τρόποι σκέψης οι οποίοι είναι κοινά αποδεκτοί και δυστυχώς μπορεί να είναι εξαιρετικά ανθεκτικοί στην αλλαγή. «Βλέπουμε συχνά την επίδραση των αρνητικών στάσεων για το πώς ένα άτομο αντιμετωπίζει ένα άλλο. Ωστόσο, η αρνητική στάση είναι επίσης ο θεμέλιος λίθος επί του οποίου χτίζονται απενεργοποιημένες πολιτικές και υπηρεσίες. Επιβλαβείς στάσεις που οριοθετούν και περιορίζουν έχουν θεσμοθετηθεί στις πολιτικές και υπηρεσίες και έτσι διατηρείται το ιστορικό μειονέκτημα που άτομα με αναπηρίες έχουν αντιμετωπίσει» (Massie, 2006).

Σήμερα μπορούμε να μιλάμε για δύο εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις που ωστόσο έχουν βρει και οι δύο ένθερμους υποστηρικτές. Από την μια το άτομο με

αναπηρία παρουσιάζεται ως ανήμπορο που χρήζει την συμπαράσταση και την βοήθεια όλων και από την άλλη παρουσιάζεται ως ήρωας που ορίζει πλήρως τη ζωή του και μπορεί να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες της.

3.4. Αρνητικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία

Πολλές οργανώσεις έχουν δώσει στο παρελθόν μακροχρόνιους αγώνες ώστε να εξασφαλιστεί η ισότιμη μεταχείριση των ατόμων με αναπηρία και έχουν πετύχει ως ένα βαθμό την ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία, τη θέσπιση νόμων για την προάσπιση των δικαιωμάτων τους, καθώς και την βελτίωση της κοινής γνώμης απέναντι τους. Ωστόσο εξακολουθούν ακόμα να υπάρχουν σοβαρά εμπόδια, κατά την αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμων με αναπηρία και ατόμων χωρίς αναπηρία, όπως συναισθήματα δυσφορίας, απόρριψης, φόβου τα οποία οφείλονται κυρίως σε εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με την συμπεριφορά, τις δυνατότητες και την προσωπικότητα των ατόμων με αναπηρία (Seifert & Bergmann, 1983).

Παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει σε κοινωνικό πολιτισμικό και πολιτικό επίπεδο για βελτίωση των στάσεων, υπάρχουν, σύμφωνα με τον Deal (2006), πολλές μελέτες που δείχνουν ότι η κατεύθυνσή τους είναι κατά βάση αρνητική, μεταξύ των οποίων οι: Dubrow, 1965. English and Oberle, 1971. Florian and Kehat, 1987. Gething, 1991. Lee and Rodda, 1994. Fries, 1997. Stiker, 1997. Christie, Batten and Knight, 2000. Τις αρνητικές στάσεις τις βρίσκουμε ενσωματωμένες στις πολιτιστικές πεποιθήσεις, στα ταμπού, στις τελετές, στην θρησκευτική κοινότητα (Ingstad & Grut, 2007) παρά το γεγονός ότι δεν εκφράζονται άμεσα (Roush, 1986), και αυτό είναι μία διαπίστωση που ενισχύει το συμπέρασμα ότι η κατεύθυνση των κοινωνικών στάσεων δεν έχει αλλάξει καθόλου ή αν έχει αλλάξει η αλλαγή είναι πολύ μικρή, και αυτό γιατί η αναπηρία έχει αξιολογηθεί με γνώμονα της διαφορετικότητας και την συνεχή εξάρτηση από τους άλλους (Corker, 1998) κάτι που οδήγησε με μαθηματική ακρίβεια στην δημιουργία προκαταλήψεων, στερεοτύπων, και εσφαλμένων πεποιθήσεων (Morris, 1991).

Ωστόσο υπάρχουν και πολλές μελέτες που έχουν δείξει ότι οι δημόσιες στάσεις απέναντι στην αναπηρία είναι εκφρασμένα θετικές αλλά με γνώμονα τα βαθύτερα μη-εκφρασμένα συναισθήματα η κοινή γνώμη τείνει να απορρίψει τα άτομα με αναπηρία. (Yuker, 1988). Εξακολουθεί να υφίσταται λοιπόν το ερώτημα «γιατί οι στάσεις απέναντι στα πρόσωπα με σωματικές, συναισθηματικές, διανοητικές και κοινωνικές αναπηρίες είναι ανοικτά ή συγκαλυμμένα αρνητικές;» (Siller et al, 1967). Ο τύπος της

αναπηρίας είναι και αυτός καθοριστικός για τη διαμόρφωση των στάσεων. Πιο συγκεκριμένα απέναντι στα άτομα με διανοητικές, ψυχιατρικές και κοινωνικές αναπηρίες συναντάμε περισσότερο αρνητικές στάσεις από τα άτομα με αισθητηριακές και κινητικές αναπηρίες (Furnham & Pendred, 1983).

Εξαιτίας των αρνητικών αυτών στάσεων τα άτομα με αναπηρία ενδέχεται να μην γίνουν πλήρως αποδεκτά από την κοινωνία (Antonak & Livneh, 2000) με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό τους (Stiker, 1997) και την απομόνωσή τους (Venter, 2002). Κατά καιρούς εξετάστηκε η κατεύθυνση των στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρία σε σχέση με διάφορες δημογραφικές μεταβλητές όπως για παράδειγμα το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και οι οποίες φαίνεται ότι δεν έχουν σημαντική σχέση με τις στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρίες (Siller, 1964. Hollinger & Jones, 1970. Gottwald, 1970. Larrivee, 1981. Ranal et al., 1992. Tait & Purdie, 2000). Από την άλλη πλευρά βρέθηκε ότι ισχυρότερο παράγοντα καθορισμού των στάσεων αποτελεί η ένταση της επαφής με το άτομο με αναπηρία (Antonak, 1981).

3.5. Επιπτώσεις στα άτομα με αναπηρία

Οι κοινωνικές συμπεριφορές είναι η βασικότερη αιτία εξαιτίας της οποίας τα άτομα με αναπηρίες αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια (Weisel, Kravetz, Florian & Shurka-Zernitsky, 1988. Antonak & Livneh, 2000). Μάλιστα αυτά τα ίδια τα άτομα θεωρούν ότι οι προκαταλήψεις αποτελούν το μεγαλύτερο περιοριστικό εμπόδιο ακόμα και σε σχέση με τις πρακτικές δυσκολίες που προκύπτουν από την αναπηρία αυτή καθ' αυτή (Blumberg, 1998), «.....και γενικά αναγνωρίζουν τις κοινωνικές στάσεις ως το πιο ισχυρό και αρνητικό παράγοντα άγχους της ζωής τους.....» (Voh, 1993).

Σε γενικές γραμμές οι άνθρωποι διατηρούν στάσεις απέναντι σε όλα σχεδόν τα θέματα, για αντικείμενα και πρόσωπα. Αυτές οι στάσεις μπορεί να είναι κάτι χειροπιαστό ή κάτι αφηρημένο (Bohner, 2001) ωστόσο τελευταία όλο και περισσότερο πιστεύεται ότι μπορούν να μεταβληθούν όταν μάθει κανείς να τις συνδέει με ευχάριστες ή δυσάρεστες συνθήκες ή τις συνέπειες αυτών (Bohner, 2001). Όταν ένα άτομο έχει θετική στάση για κάτι, τότε τείνει και οι συμπεριφορά του προς αυτό να είναι θετική (Jonassen, 2001), για αυτό ακριβώς τον λόγο οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας πρέπει να διερευνηθούν, αφού έχουν την ιδιότητα να επηρεάζουν άμεσα τα αποτελέσματα της υγείας (Cross, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Πηγές διαμόρφωσης στάσεων

4.1. Πώς καλλιεργούνται;

4.1.1. Η έννοια της αναπηρίας στην παιδική ηλικία

Οι αρνητικές στάσεις και οι προκαταλήψεις προς τα άτομα με αναπηρία καλλιεργούνται νωρίς κατά την διαδικασία της ανάπτυξης και επηρεάζονται από τις στάσεις των γονιών (Roehrer, 1961). Από τα πρώτα χρόνια της ζωής το παιδί έρχεται σε επαφή με την έννοια της αναπηρίας, μέσα από τα παραμύθια ακούγοντας καθημερινά για κακές μάγισσες με παραμορφωμένο πρόσωπο ή για εχθρικούς πειρατές που αντί για χέρι έχουν άγκιστρο κτλ. (Morrison, 2005).

Τα παιδιά σε πολύ μικρή ηλικία έχουν κατηγοριοποιήσει τους ανθρώπους σε αυτούς που έχουν αναπηρία και σε αυτούς που δεν έχουν, και φαίνεται να προτιμούν την δεύτερη ομάδα (Maras, 1993. Richardson et al., 1961), αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κατά την διάρκεια ανατροφής ενός παιδιού στοιχεία της βιοθεωρίας των γονιών περνούν στα παιδιά. Κοινωνικές πολιτιστικές, πολιτισμικές, ηθικές πεποιθήσεις διαμορφωμένες κάτω από την πίεση των προσωπικών εμπειριών των γονιών διαμορφώνουν τον ακατέργαστο παιδικό ψυχισμό. Οι πρώιμες αυτές εμπειρίες θα καθορίσουν και τις στάσεις του παιδιού σε σχέση με την αναπηρία (Katz, 1981) οι οποίες θα το ακολουθήσουν και στην ενήλικη ζωή του.

Η κατηγοριοποίηση αυτή γίνεται μέσω της υιοθέτησης ψευδών πεποιθήσεων οι οποίες όπως τονίζεται και από τους Lee & Rodda οφείλονται σε ένα «*διαβρωτικό κοινωνικοπολιτισμικό καθεστώς*» (Lee & Rodda, 1994). Το συγκεκριμένο κοινωνικό - πολιτισμικό καθεστώς προβάλλει και ενισχύει συγκεκριμένα πρότυπα προσανατολισμένα στην επίτευξη αλλά και διατήρηση της ομορφιάς της νιότης και του σώματος που βρίσκεται σε καλή φυσική κατάσταση, το αντίθετο ακριβώς από αυτό που προβάλλεται για τα άτομα με αναπηρίες, τα οποία παρουσιάζονται από τα ΜΜΕ ως άτομα που είναι άρρωστα, που υποφέρουν, που έχουν συνεχώς την ανάγκη των άλλων και που έχουν ειδικές ανάγκες (Ruffner, 1990).

4.1.2. Παγκόσμια λογοτεχνία και αναπηρία

Πολλές από τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που ακολουθούν ακόμα και σήμερα τα άτομα με αναπηρία είναι διαχρονικά. Τα συναντάμε στις παροιμίες, στα γνωμικά, στις παραδόσεις της πατρίδας μας. Ανάλογες αντιλήψεις προβάλλονται μέσω της λογοτεχνίας (παγκόσμιας και εγχώριας) και του κινηματογράφου. Η λογοτεχνία επί σειρά ετών παρουσίασε την αναπηρία με πολύ συγκεκριμένο τρόπο, προάγοντας στερεότυπα και προκαταλήψεις που έχουν βαθιά ριζωθεί στην συνείδηση της κοινής γνώμης κάτι που κάνει την διαδικασία της απαλλαγής από αυτά ιδιαίτερα δύσκολη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα από την παγκόσμια λογοτεχνία αποτελεί ο πανούργος και δολοφόνος «βασιλιάς Ριχάρδος ο Γ'» του Σαίξπηρ ο οποίος έπασχε από ανισοσκελία και κυφοσκολίωση (γράφηκε τα έτη 1592-1593) ή ο άκαρδος και παράφρων καπετάνιος Ahab (του οποίου το ένα σκέλος ήταν ακρωτηριασμένο) καταδιώκει τον Moby Dick στο ομώνυμο έργο του Herman Melville (γράφηκε το 1851). Επίσης στο έργο "Lady Chatterley's Lover" του D. H. Lawrence (εκδόθηκε για πρώτη φορά το 1928) δικαιολογεί τις πράξεις της ηρωίδας περιγράφοντας τον παραπληγικό σύζυγό της ως άνθρωπο σκληρό και την μεταξύ τους σχέση εκφοβιστική (ΙΚΠΑ, 2007).

4.1.3. Ελληνική μυθολογία, τραγωδία, ελληνική λογοτεχνία, θέατρο σκιών

Από την αρχαία ελληνική μυθολογία ο Ήφαιστος ο άσχημος και παραμορφωμένος θεός της φωτιάς πετιέται από την ίδια του τη μάνα στο βυθό του Αιγαίου και αποτελεί για το υπόλοιπο της ζωής του αντικείμενο κοροϊδίας και χλευασμού (ΙΚΠΑ, 2007). Στην τραγωδία του Σοφοκλή «Οιδίπους Τύραννος» όταν ο Οιδίποδας ανακαλύπτει ότι έχει σκοτώσει τον πατέρα του και έχει παντρευτεί την μητέρα του (όπως ακριβώς είχε ορίσει ο χρησμός) θεωρεί ότι η καλύτερη τιμωρία για να εξαγνιστεί για τις πράξεις του είναι η τύφλωση και γι' αυτό αυτοτυφλώνεται. Σε αυτό το σημείο ακριβώς διαφαίνεται ότι η έννοια της αναπηρίας ταυτίζεται πολλές φορές με την έννοια της τιμωρίας (Siller et al, 1967. Wright, 1983).

Στην ελληνική λογοτεχνία, συναντάμε το έργο «Ο ζητιάνος» του Αντρέα Καρκαβίτσα, ο οποίος εκμεταλλεύεται την αναπηρία του, την αμάθεια και την δεισιδαιμονία του κόσμου για να εξυπηρετήσει δικούς του σκοπούς, φτάνοντας σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και στην δολοφονία. Και τέλος στο θέατρο σκιών «ο Καραγκιόζης» παρατηρείται ένας συνεχής χλευασμός των ατόμων με κάποια νοητική καθυστέρηση (Σκανδάς, 1980).

4.1.4. Κινηματογράφος και μεγάλες προσωπικότητες

Αλλά και στον κινηματογράφο τα άτομα που παρουσιάζονται με αναπηρίες και κυρίως με σωματικές αναπηρίες, κατέχουν χαρακτηριστικά που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Σύμφωνα με τον Longmore, (1987) (Ο Longmore εξαιτίας πολιομυελίτιδας, απέκτησε, στα επτά του χρόνια, αναπηρία και στα δύο του χέρια, επίσης ανέπνεε την νύχτα αλλά και ένα μεγάλο μέρος της ημέρας με τη βοήθεια αναπνευστήρα. Έγραψε το πρώτο του έργο χτυπώντας το πληκτρολόγιο με ένα στυλό που είχε στο στόμα του και χρειάστηκε για την ολοκλήρωση αυτού του έργου περίπου δέκα ολόκληρα χρόνια) οι περισσότερες φιγούρες με αναπηρία στον κινηματογράφο παρουσιάζονται ως δυσπροσάρμοστες και πικρόχολες που έχουν την αποκλειστική ευθύνη για την δυσκολία δημιουργίας κοινωνικών και προσωπικών σχέσεων.

Από την άλλη πλευρά οι άνθρωποι χωρίς αναπηρία θεωρούνται καλύτερης αντίληψη, γι' αυτό και είναι ικανοί να δώσουν τις κατάλληλες λύσεις. Εδώ αξίζει να σημειωθεί η περίπτωση του Φραγκλίνου Ρούσβελτ ο οποίος εξαιτίας της πολιομυελίτιδας, στεκόταν όρθιος μόνο για πολύ μικρά χρονικά διαστήματα, πάντα με την βοήθεια ορθοστάτη,. Παρ' όλα αυτά ελάχιστες φορές επέτρεψε στους δημοσιογράφους να τον φωτογραφίσουν στο αναπηρικό καροτσάκι.

4.2. Θεωρία διαμόρφωσης στάσεων

Οι αρνητικές στάσεις έχουν αναπτυχθεί ως κοσμοθεωρία. Γενικά στις περισσότερες αν όχι σε όλες τις κοινωνίες (με ελάχιστες εξαιρέσεις) κυρίαρχη θέση κατείχε η βιολογική ακεραιότητα κάτι που γρήγορα μεταφράστηκε σε υγεία, κάλλος, ευρωστία, παραγωγικότητα, ανταγωνιστικότητα. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από αυτά τα πρότυπα οδηγεί στην δημιουργία αρνητικών στάσεων ενώ ο η επαφή ενός ανθρώπου με έναν άλλο που έχει κάποια αναπηρία δημιουργεί τον φόβο, στο άτομο χωρίς αναπηρία, ότι κάτι παρόμοιο μπορεί να συμβεί και σε αυτό (Siller, 1969).

Υπάρχει μια διαδικασία η οποία είναι συνάρτηση της διαδικασίας κοινωνικοποίησης η οποία καθορίζει από πολύ νωρίς ποιο θεωρείται φυσιολογικό και ποιο όχι (Daruwalla & Darcy, 2005). Σύμφωνα με τον Davis υπάρχουν τόσο

κοινωνικοί όσο και πολιτιστικοί κανόνες που εμπλέκονται ανοικτά ή συγκαλυμμένα υποβαθμίζοντας κοινωνικά τα άτομα με αναπηρία (Davis, 1961). *«Ίσως η πιο καταστροφική ανταπόκριση στην αναπηρία, είναι απλά οι χαμηλές προσδοκίες που έχουμε εμείς για τα άτομα με αναπηρία και, ως εκ τούτου, αυτοί για τον εαυτό τους... Φυσικά, η προσδοκία δημιουργεί την πραγματικότητα.....»* (Massie, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Επαγγελματίες υγείας και αναπηρία

5.1. Αρνητικές στάσεις επαγγελματιών υγείας

Ο τομέας υγείας ασχολείται με τον προσδιορισμό την διασφάλιση και την βελτίωση της ποιότητας ζωής, την προαγωγή ευεξίας την θεραπεία την αποθεραπεία και την αποκατάσταση, εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο ψυχολογική συναισθηματική και κοινωνική ευημερία. Μεγάλης σημασίας θεωρείται η θετική στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρίες, ενώ επισημαίνεται ότι η αρνητική στάση αποτελεί το σοβαρότερο και ισχυρότερο εμπόδιο τόσο για την θεραπεία αποκατάσταση και επανένταξη στην κοινωνία (Stachura & Garven 2003. Rosenthal, Chan & Livneh, 2006. Stachura & Garven, 2007), όσο και για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Byron & Dieppe, 2000. Tervo et al., 2004. Drainoni et al., 2006. Jackson, 2007).

Οι αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην αναπηρία, η έλλειψη ειδικών γνώσεων αλλά και η δυσφορία στο να εργάζονται με άτομα με αναπηρίες είναι τρία βασικά ζητήματα τα οποία πρέπει να αντιμετωπιστούν ώστε να διασφαλιστεί μια ικανοποιητική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ατόμων με αναπηρία (Hanson, 1988).

5.2. Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας αποτελούν αντανάκλαση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου

Η κατεύθυνση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας όπως παρουσιάζεται από την βιβλιογραφία είναι ασαφής και η παραδοχή ότι λόγω επαγγέλματος και οι στάσεις τους θα είναι θετικές είναι λανθασμένη. Αν και η επιλογή του επαγγέλματος βοηθά στο να είναι η κατεύθυνση των στάσεων συνολικά ευνοϊκότερη από αυτή του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου (Morrison, 2005), ωστόσο δεν πρέπει απαραίτητα να θεωρείται θετική (Gething και Westbrook, 1983. Yedidia, Berry και η Barr, 1996. Stalker, 1999).

Όπως και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο έτσι και στους επαγγελματίες υγείας, αν και υπάρχει ομοφωνία σχετικά με την ύπαρξη και καθιέρωση θετικών πεποιθήσεων και στάσεων παρατηρούνται και εδώ συγκαλυμμένα αλλά και ανοικτά αρνητικά στερεότυπα απέναντι στην αναπηρία. Η φυσική τάση να επικεντρώνονται

στην αναπηρία και σε αυτό που οι άνθρωποι με αναπηρίες δεν μπορούν να κάνουν οδηγεί στην δημιουργία αρνητικών στάσεων (Amosun et al., 2013) οι οποίες με την σειρά τους μπορούν να οδηγήσουν σε παρανοήσεις ή να επηρεάσουν την κρίση τους με αποτέλεσμα τα άτομα με αναπηρίες να μην λαμβάνουν την ενδεικτική προληπτική φροντίδα ή ακόμα και την κατάλληλη αγωγή (Paris, 1993. Martin et al., 2005. Jackson, 2007. Morrison, George, Mosqueda, 2008).

Ο Roush πολύ εύστοχα παρατήρησε: *«Οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας κατέχουν στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία που είναι παρόμοιες με εκείνες της κοινωνίας στο σύνολό της, και μπορεί να είναι πραγματικοί δράστες αυτής της πρακτικής περιορισμού»* (Roush, 1986). Βέβαια υπάρχει και η χειρότερη εκδοχή ότι δηλαδή οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία είναι αρνητικότερες από αυτές που επικρατούν στο γενικό πληθυσμό (Gething, 1992a. Gething, 1993. Paris, 1993).

Σύμφωνα με τον Altman (1981) επειδή οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν την γέφυρα που συνδέει τα άτομα με αναπηρίες με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αρνητικές στάσεις από μέρος τους προς αυτά τα άτομα, αποτελούν βασικό εμπόδιο επικοινωνίας επηρεάζοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την επίτευξη θεραπείας (Morrison, 2005). Ειδικότερα, για το κλινικό ιατρικό σώμα οι κατεύθυνση των στάσεων είναι καθοριστική διότι οδηγούν σε ανάλογες αντιδράσεις από την πλευρά των ατόμων με αναπηρία με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η πορεία της αποκατάστασής τους (Pedersen & Carlson, 1981). Ενώ προτείνεται ως λύση για την βελτίωση των στάσεων η απομάκρυνση από το αυστηρό και περιοριστικό ιατρικό μοντέλο στο πιο ευέλικτο κοινωνικό (Scullion, 1999. Chenoweth et al., 2004. Seccombe, 2007a).

5.3. Αιτίες αρνητικών στάσεων

«Από τη στροφή του αιώνα, ο αριθμός των εργαζομένων, στις κοινωνικές βιομηχανίες επαγγελματίες ή μη ειδικούς, που εργάζονται στον τομέα της αναπηρίας έχει αυξηθεί πάρα πολύ. Σχεδόν για κάθε πτυχή της ζωής ενός ατόμου με αναπηρία έχει το αντίστοιχό του σε ένα «επάγγελμα» ή μια εθελοντική οργάνωση. Ο δυναμικός και πραγματικός έλεγχος πάνω στη ζωή ενός ατόμου με αναπηρία είναι μια σύγχρονη πραγματικότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καθιερωθεί η στάση ότι το άτομο με αναπηρίες είναι προφανώς ιδιαίτερα εξαρτημένο από άλλους για βοήθεια» (Finkelstein, 1980).

Άλλες αιτίες ενίσχυσης των αρνητικών στάσεων πέρα από την υπερβολική εξάρτηση αποτελούν επίσης η ανασφάλεια, η διεκδίκηση επιδομάτων από την πλευρά των ατόμων με αναπηρία.....πολλά από αυτά ενισχύουν τις χαμηλές προσδοκίες των ατόμων με αναπηρίες (Pederson & Carlson, 1981)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Στάσεις ατόμων με αναπηρία απέναντι σε άτομα με άλλη αναπηρία

Εξετάζοντας την βιβλιογραφία ο Deal, διαπίστωσε ότι και οι στάσεις των ατόμων με αναπηρία απέναντι στα άλλα άτομα με αναπηρία, παρουσίαζε ανάλογη ασυνέπεια. Συγκεκριμένα κυμαίνεται από την επιθυμία να τα αποφύγουν εξαιτίας του φόβου επιπλέον στιγματισμού, ως και της επίδειξης περηφάνειας και σεβασμού που συναναστρέφονται μαζί τους. Το 2006 από μία μελέτη που έκανε ο ίδιος ο Deal στην Αγγλία, διαπίστωσε ότι οι στάσεις απέναντι στην αναπηρία, των ατόμων που είχαν κάποια αναπηρία, ήταν παρόμοιες με αυτές των ατόμων που δεν είχαν αναπηρία. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μια κλίμακα κατάταξης από την πιο αποδεκτή προς την λιγότερο αποδεκτή, τα άτομα με αναπηρία απάντησαν: κώφωση, αρθρίτιδα, επιληψία, εγκεφαλική παράλυση, HIV / AIDS, σύνδρομο Down και σχιζοφρένεια ενώ για τα άτομα χωρίς αναπηρία, η ίδια κλίμακα διαμορφωνόταν ως εξής: κώφωση, αρθρίτιδα, επιληψία, HIV / AIDS, εγκεφαλική παράλυση, σύνδρομο Down και σχιζοφρένεια (Deal, 2006).

Ο Watson επισημαίνει ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με αναπηρίες, οι οποίοι βλέπουν τους εαυτούς τους ως κομμάτι του πληθυσμού χωρίς αναπηρίες. Με αυτό τον τρόπο υποβαθμίζουν την μειονεξία τους και κάνουν προσπάθεια να αποτελέσουν μέρος του πληθυσμού που αντιπροσωπεύει την κανονικότητα (Watson, 2002). Ίσως για αυτό το λόγο οι Olney & Kim (2001) υποστήριξαν ότι τα άτομα με κρυφές αναπηρίες, «.....δεν ανήκουν ούτε στην κατηγορία των ανθρώπων με αναπηρία ούτε στην κατηγορία των ανθρώπων χωρίς αναπηρία».

Επίσης μεγάλος είναι και ο αριθμός των ατόμων με αναπηρίες που δεν θέλει να σχετίζεται με άλλα άτομα με αναπηρίες από φόβο ότι με την συναναστροφή θα στιγματιστούν ως ανάπηροι. Ανάλογα συμπεράσματα διεξάγονται και από τις περιγραφές της Joan Tollifson σχετικά με την σχέση της με άτομα με αναπηρίες: «Ήθελα να επαναπροσδιορίσω τον εαυτό μου από την εικόνα ή την ετικέτα του να είσαι “σακάτης”. Ήθελα να είμαι φυσιολογική. Καθώς μεγάλωνα, αναζητούσα ελκυστικούς εραστές ως τρόπος καθορισμού της δικής μου κανονικότητας. Απέφυγα άλλα άτομα με αναπηρία. Αρνήθηκα να δω τον εαυτό μου ως μέρος αυτής της ομάδας» (Tollifson, 1997). Ακριβώς αυτό σχολίασε ο Hooper (1994) λέγοντας «Είμαι συχνά μπερδεμένος από τα στατιστικά στοιχεία που λένε ότι υπάρχουν 30 με 40

εκατομμύρια άνθρωποι με αναπηρίες σε αυτή τη χώρα..... Εάν χρησιμοποιείτε μια αναπηρική καρέκλα, δοκιμάστε να ανεβάσετε κάποιον με ένα ακουστικό βαρηκοΐας και να τους εξηγήσετε ότι είστε και οι δύο στην ίδια κοινότητα. Καλή τύχη!» (Hooper, 1994).

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποστασιοποίησης ατόμου με αναπηρία απέναντι στα υπόλοιπα άτομα με ανάλογες αναπηρίες αποτελεί ο Christopher Reeve, ο οποίος αγωνίστηκε σθεναρά για μια θεραπεία και όχι για τα δικαιώματα των ατόμων με ανάλογες βλάβες. Ο Peace (2002) ο οποίος έπασχε και αυτός από κάκωση του νωτιαίου μυελού (KNM) δήλωσε: «Είμαι πεπεισμένος ότι ο Reeve απλά δεν νοιάζεται για τους άλλους με παρόμοιες βλάβες του νωτιαίου μυελού, και ότι χρησιμοποιεί την προνομιακή θέση του για να αποστασιοποιηθεί από τους άλλους ανθρώπους με αναπηρίες. Ποτέ δεν έχω διαβάσει ούτε ακούσει τον Reeve να λυπάται για το γεγονός ότι το ποσοστό ανεργίας των ατόμων με ειδικές ανάγκες στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι περίπου 66 τοις εκατό, ή ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ΚΝΜ δεν έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας ή στο νοσοκομείο για προβλήματα όπως βλάβες του δέρματος που θα μπορούσαν εύκολα να αποφευχθούν» (Peace, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ποιοι είναι οι τομείς της ζωής των ατόμων με αναπηρίες επηρεάζονται από τις αρνητικές στάσεις και τον στιγματισμό

7.1. Γενικά

Η ζωή των ατόμων με αναπηρία μπορεί να επηρεαστεί από τις στάσεις που οι άλλοι κατέχουν για αυτούς (Light & Kirshbaum, 1977). Οι προκαταλήψεις, οι αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές εμποδίζουν τα άτομα με αναπηρίες να συμμετέχουν σε κοινωνικό, εκπαιδευτικό και επαγγελματικό επίπεδο (Rubin and Roessler, 1995. Rusch et al, 1995. Rao, 2004), καθιστώντας με αυτό τον τρόπο την πρόσβαση σε ευκαιρίες και εμπειρίες αδύνατη.

«... η έλλειψη πρόσβασης σε ευκαιρίες και εμπειρίες είναι κεντρικής σημασίας για την αξιοποίηση του δυναμικού του ατόμου, στην εργασία, την κοινωνική ζωή και την ζωή ως πολίτης. Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μια διαδικασία που εμποδίζει το δρόμο της πιθανότητας μιας πιο ολοκληρωμένης ζωή και της ευκαιρίας μιας πολύτιμης συνεισφοράς στην κοινωνία.» (Christie, Batten and Knight, 2000).

Σε γενικές γραμμές οι στάσεις που εκφράζει μια κοινωνία σε σχέση με την αναπηρία μπορούν να επηρεάσουν τα άτομα με αναπηρίες σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Όταν οι στάσεις είναι θετικές κατά κύριο λόγο διευκολύνουν την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρίες (Wright, 1983 & Yunker, 1988) και αυτό σημαίνει ότι προωθούνται συμπεριφορές αποδοχής από την πλευρά της οικογένειας, των φίλων των εργοδοτών. Στην αντίθετη περίπτωση οι λειτουργικές ή νοητικές βλάβες του ατόμου με αναπηρία διευρύνονται για να μετατραπούν σε οικογενειακές κοινωνικές και επαγγελματικές ανεπάρκειες (handicaps) (Vilchinsky & Findler, 2004).

7.2. Ένταξη – κοινωνική αποδοχή – περιθωριοποίηση

Υπάρχουν πολλές μελέτες στις οποίες διαφαίνεται καθαρά πως οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις εμποδίζουν την ένταξη των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία, μεταξύ των οποίων Livneh et al (1997), Cook (1998), Smart (2002) και Brodwin &

Orange, (2002) και άλλες που δείχνουν τις επιπτώσεις τους στην ζωή αυτών των ανθρώπων όπως των DeLoach (1994), Yuker (1994,1995), Moore et al (1999), Arokiasamy et al (2001) and Orange (2002). Οι αρνητικές στάσεις των ατόμων χωρίς αναπηρία απέναντι στα άτομα με αναπηρία μπορεί να δημιουργήσει εμπόδια σε οικονομικό, σε προσωπικό αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο (Altman, 1981. Bowe, 1978. Dejong & Lifchez, 1983. Hahn, 1982, 1983, 1985. Light & Kirshbaum, 1977). Έχει την δυνατότητα, ανεξάρτητα από το είδος της αναπηρίας και το βαθμό της βλάβης, να παρεμποδίζει την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία καθώς επίσης της ανάπτυξης και ενδυνάμωσης της θετικής πλευράς του εαυτού τους. Εφόσον υπάρχουν και διαιωνίζονται οι αρνητικές αυτές κοινωνικές στάσεις εναντίων τους είναι αδύνατη η πλήρη αποδοχή των ατόμων με αναπηρία (Antonak et al, 2000), και εξαιτίας τους καλλιεργούνται συμπεριφορές οι οποίες εντείνουν την κοινωνική απόσταση προς τα άτομα με αναπηρίες με αποτέλεσμα την κοινωνική απόρριψη (Evans, 1976 and Link et al, 1999).

7.3. Επαγγελματική αποκατάσταση

Εξαιτίας των αρνητικών στάσεων και του στιγματισμού άτομα με αναπηρίες εμποδίζονται στο να πάρουν θέσεις εργασίας αν και έχουν τα κατάλληλα προσόντα, με αποτέλεσμα να παραμένουν εξαρτημένα στις κρατικές παροχές (McKeever, 2006). Το κομμάτι της απασχόλησης αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για την ζωή όλων των ατόμων και ιδιαίτερα αυτών με αναπηρία. Μάλιστα η αμειβόμενη εργασία επιφέρει πολύ ευεργετικά αποτελέσματα στην υγεία του ανθρώπου (Brenner and Bartell, 1983. Smith, 1985), ωστόσο και σε αυτή την περίπτωση τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν σοβαρά εμπόδια των οποίων θεμέλιο λίθο αποτελούν οι προκαταλήψεις και οι αρνητικές στάσεις που επικρατούν στην κοινωνία (Barnes, 2000), και αντανακλούν πάνω στους εργοδότες οι οποίοι βλέπουν τα άτομα με αναπηρία ως «χαλασμένα υλικά» (Boyle, 1997).

Η Heenan έχοντας, η ίδια, την εμπειρία της αναπηρίας αναφέρει «Όταν λέτε ότι είστε άτομα με αναπηρία αυτομάτως σκέφτονται, εδώ έχουμε έναν ακόμα “κατεργάρες”. Πρέπει να δουλέψω για τη δική μου αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση. Υπήρχαν μέρες όταν δεν εργαζόμουν που σκεφτόμουν: καλά ποια είναι η ουσία; τι έχω να δώσω; Απλά έπρεπε να απλώσω τον εαυτό μου έξω από αυτό και το σχέδιο αυτό ήταν σαν σανίδα σωτηρίας για μένα. Μπορώ τώρα να αποδείξω αυτό που πάντα ήξερα, ότι είμαι πολύτιμη». (Heenan, 2002).

Σύμφωνα με τον Barnes ενώ κατά την διάρκεια του 19^{ου} και 20^{ου} αιώνα απαραίτητη προϋπόθεση για την ένταξη ενός ατόμου στο εργατικό δυναμικό ήταν η αρτιμέλεια (έλλειψη αναπηρίας), τον 21^ο έχει γίνει μια στροφή 180° σε σχέση με την εργασιακή νοοτροπία και αυτοί που θεωρούνται πιο ελκυστικοί για προσφορά εργασίας είναι αυτοί που είναι πιο ικανοί νοητικά (able minded) (Barnes, 2000). Σύμφωνα με αυτή την διαπίστωση φαίνεται ότι ευνοούνται τα άτομα με κινητικές και αισθητηριακές αναπηρίες και αποκλείονται τα άτομα με νοητικές αναπηρίες και ψυχικά προβλήματα. Σε ακριβώς αυτά τα αποτελέσματα κατέληξε μια έρευνα των Marsh και Sahin-Dikmen από το Eurobarometer το 2002 σύμφωνα με την οποία τα άτομα με μαθησιακές δυσκολίες και ψυχική νόσο ήταν σε μειονεκτικότερη θέση όσον αφορά στην αγορά εργασίας (Marsh & Sahin-Dikmen, 2002). Ο O'Flynn σχετικά με την απασχόληση ατόμων με ψυχικά προβλήματα αναφέρει *«οι περισσότεροι εργοδότες και οι εργαζόμενοι δεν είναι ακόμη έτοιμοι να εργαστούν μαζί με τους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας ...»* (O'Flynn, 2001).

7.4. Ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με τον Gulick ποιότητα ζωής είναι μια έννοια που συνδέεται με πολλούς τομείς της ζωής ενός ανθρώπου όπως εκπαίδευση, βιοτικό επίπεδο, εργασία, γάμος, οικογένεια, υγεία, ψυχαγωγία, κοινωνική δραστηριότητα κα. Ένα άτομο θεωρείται ισότιμο μέλος μια κοινωνίας όταν μπορεί να διατηρεί ένα επίπεδο σε αυτούς τους τομείς παρόμοιο με αυτό των υπόλοιπων μελών της κοινωνίας (Gulick, 1997). Ο στιγματισμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων που έχουν στιγματιστεί υποθάλπωντας την κοινωνική αλλά και ψυχολογική ευεξία. Από την μια πλευρά δημιουργεί διακρίσεις, μειωμένη αποδοχή ή ακόμα και κοινωνικό αποκλεισμό με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εμπόδια στην απασχόληση αλλά και στην πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες. Αυτό δημιουργεί επιπλέον στρες και μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυτό-αποτελεσματικότητάς τους. (Nolan et al., 2006), ειδικά για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας η περιθωριοποίηση και ο οικονομικός αποκλεισμός είναι δύο γεγονότα ιδιαίτερα πιεστικά τα οποία τα ωθούν στην δημιουργία επιπλέον προβλημάτων ψυχικής υγείας (Carling 1995).

7.5. Υπηρεσίες υγείας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί τα άτομα με αναπηρίες θεωρούν ότι το μεγαλύτερο εμπόδιο ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτελούν οι αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές του υγειονομικού προσωπικού (Satchidanand et al., 2012), οι οποίες παράλληλα θα ωθήσουν το άτομο με αναπηρία στο να μην ζητήσει βοήθεια ή στο να αρνηθεί να λάβει τη κατάλληλη και αναγκαία θεραπεία. Η άρνηση αυτή αν και υποκινείται από αισθήματα αυτοπροστασίας οδηγεί το άτομο με αναπηρία να μη λαμβάνει την απαραίτητη στήριξη και βοήθεια, αφού η βοήθεια για να προσφερθεί θα πρέπει πρώτα να ζητηθεί (Nolan et al., 2006). Αν και η νομοθεσία προβλέπει την ισότιμη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, σε πρόληψη και θεραπεία οι ανικανοποίητες ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες φανερώνουν την άنيση αντιμετώπισή τους από τις υπηρεσίες υγείας (Sunnerhagen, 2013).

7.6. Προσβασιμότητα

Η προσβασιμότητα και συγκεκριμένα η έλλειψη αυτής είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που καλούνται να λύσουν τα άτομα με αναπηρίες κυρίως κινητικές. Τα φυσικά εμπόδια και η έλλειψη προσπελάσιμων μέσων μεταφοράς περιορίζουν ακόμα περισσότερο την ελευθερία τους (Dejong & Lifchez, 1983. Hahn, 1982, 1983, 1985. Light & Kirshbaum, 1977), καθιστώντας αδύνατη την εργασία την εκπαίδευση την προσέγγιση σε οργανισμούς και υπηρεσίες υγείας ή ακόμα και την διασκέδαση (Hanson, 1988). Κατά την Νικολαΐδου «Οι διαβαθμίσεις στην οργάνωση του αστικού χώρου είναι αντίστοιχες με τη διαφοροποίηση των κοινωνικών αντιλήψεων για την ένταξη των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνική ζωή, ως ατόμων με πλήρη δικαιώματα και υποχρεώσεις» (Νικολαΐδου, 2005).

Ο νόμος 2831/2000 (Άρθρο 28) στο οποίο αναφέρονται ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές ανάγκες ορίζει: «Στους χώρους των νέων κτιρίων για τα οποία η οικοδομική άδεια εκδίδεται μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου επιβάλλεται να εξασφαλίζεται η οριζόντια και η κατακόρυφη προσπέλαση από άτομα με ειδικές ανάγκες στους χώρους αυτών στους οποίους στεγάζονται υπηρεσίες του Δημοσίου, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του ευρύτερου δημόσιου τομέα, κοινωφελείς οργανισμοί, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτης και δεύτερης βαθμίδας ή έχουν χρήσεις συνάθροισης κοινού, εκπαίδευσης, υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, γραφείων και εμπορίου, καθώς επίσης και στους χώρους στάθμευσης αυτοκινήτων των κτιρίων αυτών. Η υποχρέωση αυτή

επιβάλλεται και στα κτίρια με χρήση κατοικίας στα οποία είναι υποχρεωτικός ο ανελκυστήρας, σύμφωνα με τις διατάξεις του κτιριοδομικού κανονισμού». Ν. 2831/2000 (Άρθρο 28).

Ωστόσο παρά το νομοθετικό πλαίσιο και σύμφωνα με την έρευνα «Στάσεις των Ευρωπαίων στην αναπηρία» η προσβασιμότητα των ατόμων με κινητική αναπηρία στις δημόσιες υπηρεσίες της χώρα μας έχει χαρακτηριστεί ως πολύ δύσκολη. Παράμετροι που εξετάστηκαν είναι η ύπαρξη ράμπας, κατάλληλων τραπεζιών και καρεκλών, η ύπαρξη χειρολαβών στους διαδρόμους και η ύπαρξη ειδικών wc για άτομα με αναπηρία (European Opinion Research Group, 2001). Ως δύσκολη χαρακτηρίστηκε από την ίδια έρευνα και η προσβασιμότητα των ατόμων με τυφλότητα στις δημόσιες υπηρεσίες. Παράμετροι που εξετάστηκαν ήταν η ύπαρξη ηλεκτρονικών συσκευών ανάγνωσης, ύπαρξη ανελκυστήρων που να διαθέτουν ηχητικά σήματα τα οποία να κοινοποιούν την άφιξή τους σε ένα συγκεκριμένο όροφο και να διαθέτουν πάνω στα κουμπιά ανάγλυφη γραφή Braille, να είναι δομημένο χωρίς εμπόδια με κατάλληλο φωτισμό. Η γνώση της νοηματικής απετέλεσε το βασικό κριτήριο ώστε να χαρακτηριστεί και η προσβασιμότητα των κωφών στις δημόσιες υπηρεσίες ως πολύ δύσκολη (από την ίδια έρευνα -European Opinion Research Group, 2001). Και τέλος ως πολύ δύσκολη χαρακτηρίστηκε και η προσβασιμότητα των ατόμων με νοητική στέρση. Η απουσία ενός μη σύνθετου περιβάλλοντος αποτέλεσε ένα από τα βασικότερα κριτήρια στην ίδια έρευνα.

7.7. Ηθική και δεοντολογία

Από της αρχές του 20^{ου} αιώνα και με την ανάπτυξη της γενετικής δημιουργήθηκαν κάποια εύλογα ερωτήματα που απασχολούν ακόμα και σήμερα. «Έχουμε όλοι το ίδιο δικαίωμα στη ζωή;», «και αν ναι γιατί ο προγεννητικός έλεγχος αλλά και το σύνολο των εξετάσεων που πραγματοποιούνται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρούνται τόσο σημαντικά και απαραίτητα στις μέρες μας;». Η ευγονική δίνει την δυνατότητα στους γονείς να σταματήσουν την κύηση στην περίπτωση που το έμβρυο πάσχει από κάποιο νόσημα ή φέρει μια αναπηρία. Κατέχοντας με αυτό τον τρόπο αρνητική στάση απέναντι στην αναπηρία και δίνοντας το σιωπηλό μήνυμα ότι η αναπηρία όταν είναι δυνατόν πρέπει να εξαφανίζεται μαζί με τους φορείς της. Πόσο εύκολο όμως είναι στην πράξη να δεχτεί ένας γονιός ότι το παιδί που θα αποκτήσει φέρει κάποια γενετική ανωμαλία ή κάποια αναπηρία, όταν μάλιστα του δίνεται η δυνατότητα να «τερματίσει» αυτή την εκδοχή.

Ένα άλλο επίσης σημαντικό ζήτημα που προκύπτει είναι σχετικό με το τι πρέπει να γίνεται στην περίπτωση ατόμων με αναπηρία οι οποίοι είναι σεξουαλικά ενεργοί, αν αυτά τα άτομα θα έπρεπε να γίνονται γονείς. Σύμφωνα με τους Shakespeare et al., (1996) τα άτομα με αναπηρίες εμποδίζονται από πολύ νωρίς να εμπλέκονται σε συζητήσεις σεξουαλικού περιεχομένου, διότι άστοχα έχει θεωρηθεί ότι είναι άτομα σεξουαλικά ανενεργά. Έτσι τα άτομα με αναπηρίες στερούνται συχνά τις σεξουαλικές σχέσεις όχι εξαιτίας της φυσιολογίας τους αλλά εξαιτίας κοινωνικών, πολιτικών αλλά και οικονομικών εμποδίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Αλλαγή στάσεων

Το πρώτο βήμα για την βελτίωση των στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρία είναι η αναγνώριση της καταπίεσης που βιώνουν αυτά τα άτομα εξαιτίας των προκαταλήψεων και των διακρίσεων που υφίστανται εις βάρος τους (Marks, 1997). Ωστόσο για να μπορέσει ένα άτομο να αλλάξει τον τρόπο που βλέπει τους άλλους θα πρέπει πρώτα να αλλάξει τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του. (McConkey et al, 1983).

Λίγες μελέτες έχουν διεξαχθεί σχετικά με τις παρεμβάσεις που μπορεί να γίνουν ώστε να βελτιωθούν οι στάσεις απέναντι στην αναπηρία και όλες συγκλίνουν στο γεγονός ότι η σωστή πληροφόρηση αποτελεί βασική παράμετρος τροποποίησης των γνωστικών βάσεων των προκαταλήψεων (Ajzen & Fishbein, 1980). Η εισαγωγή πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει την κοινωνία σε μια αλλαγή αντιλήψεων από ένα ιατρικό μοντέλο σε ένα κοινωνικό (Oliver 1990, 1996). Σύμφωνα με τους Roehner (1961), και Golin (1970) αύξηση της πληροφόρησης πάνω στην αναπηρία οδηγεί σε τροποποίηση των αρνητικών στάσεων αλλά και μείωση των υφιστάμενων στερεοτύπων. Από την άλλη πλευρά ο Tröster (1990) υποστήριξε ότι η αλλαγή που επιτυγχάνεται από την παροχή πληροφοριών δεν είναι μόνιμη (Tröster, 1990), αν και τα αποτελέσματα εξαρτώνται και από το είδος της πληροφορίας. Συνήθως οι πληροφορίες είναι επεξηγηματικές εστιάζοντας στην αναπηρία ως νόσο (προέλευση, αιτίες, θεραπεία) και όχι στο άτομο που πάσχει από αναπηρία ως πρόσωπο - προσωπικότητα. (Yuker, 1994).

Είναι γεγονός ότι υπάρχει μια πολύπλοκη σχέση και όχι αρκετά κατανοητή ανάμεσα στις στάσεις, τις γνώσεις και την συμπεριφορά των ατόμων. Οι στάσεις ως ένα σημείο συνδέονται με την γνώση γι' αυτό και θεωρείται ότι αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές συχνά προέρχονται από άτομα με ανεπαρκή γνώση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι απόψεις που υπάρχουν ως προς τα άτομα με ψυχική νόσο για τα οποία, λόγω άγνοιας, πιστεύεται ότι είναι επιρρεπείς στη βία, με αποτέλεσμα η κοινή γνώμη να τρέφει αρνητικές στάσεις απέναντι τους (Staniland, 2009). Καινούργιες πληροφορίες μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγή των στάσεων και εν καιρώ αλλαγές συμπεριφορών. Ωστόσο υπάρχει και ένα μεγάλο ενδεχόμενο οι υπάρχουσες - βαθιά ριζωμένες- στάσεις να εμποδίσουν το κοινωνικό σύνολο να αφομοιώσει την νέα πληροφορία ή ακόμα και να το ωθήσει να την απορρίψει (Staniland, 2009).

Οι Lee & Rodda (1994) υποστήριξαν ότι μετά την παρουσίαση νέων πληροφοριών παρατηρήθηκε επιδείνωση των στάσεων και συμπέραναν ότι για να επιτευχθούν θετικά αποτελέσματα απαραίτητη προϋπόθεση αποτέλεσε η επαφή με τα άτομα με αναπηρία. Μάλιστα οι Allport, και Cook θεώρησαν ότι για την μείωση των προκαταλήψεων μέσω της επαφής, θα έπρεπε να τηρούνται ορισμένες προϋποθέσεις όπως ισοτιμία μεταξύ των μελών, καθεστώς συνεργασίας, κοινοί στόχοι, δημιουργία φιλικών σχέσεων (Allport, 1979 & Cook, 1978). Από την άλλη πλευρά ο Yunker (1988) υποστήριξε ότι υπάρχουν πάνω από 300 μελέτες που βασικό τους θέμα αποτέλεσε η βελτίωση των στάσεων απέναντι στην αναπηρία μέσω της επαφής εκ των οποίων οι μισές έδειξαν επιτυχία (όπως Sherif & Sherif, 1953. Rapier et al., 1972. Weinberg, 1978), στις υπόλοιπες αποδείχθηκε ότι η επαφή δεν είχε καθόλου αποτελέσματα ή είχε αλλά ήταν αρνητικά.

Βασιζόμενοι σε αυτή ακριβώς την παρατήρηση οι Lee & Rodda (1994) πρότειναν ένα συνδυασμό ανάμεσα σε πληροφόρηση και επαφή το οποίο έφερε καλύτερα αποτελέσματα. Το ίδιο ακριβώς υποστήριξαν και οι Anthony (1972) και Haney & Rabin (1984) οι οποίοι θεωρούν ότι αρχικά χρειάζεται να αποκτηθεί μία γνώση που στην συνέχεια θα συνδεθεί με τις προσωπικές εμπειρίες που θα αποκομιστούν κατά την διάρκεια της επαφής (Anthony, 1972. Haney & Rabin, 1984). Έχει διαπιστωθεί ότι όσο τα άτομα χωρίς αναπηρία αλληλοεπιδρούν με ομάδες ατόμων με αναπηρίες ισότιμα και με ευνοϊκό τρόπο τόσο θετικότερες είναι και οι στάσεις που καλλιεργούνται απέναντι σε αυτά τα άτομα (Schneider & Anderson, 1980). Παρεμβάσεις οι οποίες παρέχουν πληροφορίες συνδυασμένες με στοιχεία επικοινωνίας τείνουν να είναι πιο επιτυχείς στην αλλαγή της συμπεριφοράς προς τα άτομα με αναπηρίες (Trawick, 1990).

Τέλος είναι γνωστό ότι ένα άτομο με κάποια βλάβη καθίσταται ανάπηρο μόνο όταν οι φυσικές συνθήκες, το περιβάλλον και οι στάσεις του κοινωνικού σύνολου το ωθήσουν να δεχτεί και αυτό την αναπηρία του. Αν παρ' όλα αυτά μπορέσει από μόνο του ή με κάποια βοήθεια να αποτινάξει από πάνω του συμπεριφορές αναπηρίας τότε σίγουρα μπορεί να «επιβάλλει» στους γύρω του, θετικές συμπεριφορές και στάσεις προς αυτό. Κάτι ανάλογο περιγράφει ο Goldman (1947) ο οποίος αναφέρεται στις δικές του εμπειρίες όντας άτομο με ακρωτηριασμένα πόδια: «... ο δάσκαλος γυμναστικής ήταν σε δύσκολη θέση όταν άρχισε να μου μιλάει σήμερα. Ήταν σχεδόν σαν να αισθάνθηκε την ντροπή την οποία ανέμενε ότι αισθανόμουν. Αλλά όταν είδε ότι δεν ντρεπόμουν, η αμηχανία του εξαφανίστηκε. Είναι αυτό μια εκδήλωση του είδους της δύναμης που τα ανθρώπινα όντα κατέχουν το ένα πάνω στο άλλο. Η

στάση που κατείχε υπόκεινται τον έλεγχο μου, ήμουν εγώ, όχι αυτός, ο οποίος προσδιόρισε ποια στάση απέναντι μου θα έπρεπε να έχει ...» (Goldman, 1947).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία

Οι διαμόρφωση θετικών στάσεων απέναντι στην αναπηρία είναι μεγάλης σημασίας διότι με αυτό τον τρόπο μειώνονται ή και εξαλείφονται οι φραγμοί που εμποδίζουν τα άτομα με αναπηρίες να αποτιμώνται ως ισότιμοι πολίτες με ίσα δικαιώματα στην υγεία την πρόληψη και την θεραπεία. Πολλοί ερευνητές όπως οι Byrd et al., (1988), Livenh (1991), Link et al., (1999), Antonak et al., (2000), Brostrand (2006), Longoria et al., (2006) and White et al., (2006), υπογραμμίζουν ότι οι αρνητικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία εξακολουθούν να υπάρχουν, αλλά υπάρχουν παράλληλα και ενδείξεις ότι βελτιώνονται. Ωστόσο για να μπορέσουμε να μιλήσουμε για θετικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα συγκεκριμένα γεγονότα. Καταρχήν θα πρέπει τα άτομα με αναπηρία να μπορούν να επιβεβαιώσουν την ισοτιμία τους με τα άτομα χωρίς αναπηρίες. Σύμφωνα με τους Powers et al., *«Τα άτομα με αναπηρίες έχουν την ευθύνη για την εκπλήρωση των συνήθων υποχρεώσεων που έχει κάθε πολίτης (π.χ. δικαίωμα ψήφου, συμμεόρφωσης με τους νόμους, συμμετοχή στην κοινωνική ζωή, να μπορούν να κατευθύνουν τη ζωή τους,) χρησιμοποιώντας στηρίγματα με τρόπους που είναι σαφείς, φορολογικά υπεύθυνοι, και επιβεβαιώνουν τη ζωή»* (Powers et al., 2002).

Ένας άλλος τρόπος απόδειξης των θετικών στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρία είναι η καλλιέργεια των πεποιθήσεων ότι μπορούν να είναι παραγωγικά μέλη για την κοινωνία, ότι μπορούν να αποφασίζουν για το δικό τους συμφέρον, ότι μπορούν να ζουν μια φυσιολογική ζωή. Θα πρέπει να υπάρχει ευαισθησία στα θετικά γνωρίσματα και να δημιουργούνται οι συνθήκες ώστε να μπορεί το άτομο με αναπηρία να εκμεταλλεύεται τις ικανότητές του δημιουργικά ώστε να συμβάλλει και στην κοινότητα αλλά και να μπορεί να ζήσει με αυτάρκεια (Tervo et al., 2004). Και τέλος οι ελπίδες και οι προσδοκίες των γονιών παιδιών με αναπηρία θα μπορούν να χαρακτηριστούν θετικές μόνο στην περίπτωση που είναι παρόμοιες με αυτές των γονιών παιδιών χωρίς αναπηρίες (Salsgiver, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Ως επίλογος

Η παροχή φροντίδας υγείας προς άτομα με αναπηρίες καταδεικνύεται ιδιαίτερα δύσκολη και πολύπλοκη. Παρ' όλα αυτά δημιουργεί και μοναδικές προκλήσεις ιδιαίτερα στον τομέα της ολιστικής φροντίδας. Είναι γεγονός ότι η φροντίδα ατόμων με αναπηρία (κυρίως κινητικές αναπηρίες) είναι πολυδάπανη και επιβαρυντική για το σύστημα υγείας αλλά και ιδιαίτερα απαιτητική τόσο από θέμα χρόνου όσο και από θέμα ενεργειών για τους επαγγελματίες υγείας (Albrecht et al., 2003).

Η αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας λόγω έλλειψης γνώσεων και παρανοήσεις μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά τους να παρέχουν μια ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας προς τα άτομα με αναπηρίες (Albrecht et al., 2003, Zesiewicz et al., 2007, Byron & Dieppe, 2000. U.S. Department of Health and Human Services: Healthy People 2010, Jackson, 2007). Αν και η αρνητική αυτή στάση δεν αφορά στο ίδιο το πρόσωπο που έχει την αναπηρία αλλά στην αναπηρία αυτή καθ' αυτή, παρόλα αυτά οδηγεί τον επαγγελματία υγείας σε λάθος εκτιμήσεις (αφού μπορεί να θεωρηθεί ότι ένα άτομο με αναπηρία έχει χαμηλής ποιότητας ζωή έτσι και αλλιώς) σε παραμέληση της προληπτικής ιατρικής (Byron & Dieppe, 2000, Martin et al., 2005, Kirschner et al., 2007), υποτίμηση του προβλήματος υγείας του ασθενούς ή ακόμα και στην χρήση λιγότερο επιθετική θεραπείας στα οξέα προβλήματα υγείας (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Είναι απόλυτα σαφές ότι εξαιτίας αυτών των στάσεων επηρεάζεται η δυνατότητα πρόσβασης αυτών των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Drainoni et al., 2006), η ομαλή αποκατάστασή τους (Chubon 1982, Tervo et al., 2004), η απόκριση στην θεραπεία, η διατήρηση ή και βελτίωση της αυτοαποδοχής (Oermann & Lindgren, 1995).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Μεθοδολογία της μελέτης

11.1. Σκοπός και δείγμα της μελέτης

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων αλλά και των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας ως προς τα άτομα με αναπηρία, ώστε να διεξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τις επιπτώσεις που επιφέρουν στην ζωή των ατόμων με αναπηρία (Morrison, 2005). Με γνώμονα αυτά τα συμπεράσματα δίνεται η δυνατότητα στο μέλλον να προωθηθεί πολιτική βελτίωσης και αλλαγής της κατεύθυνσης αυτών των στάσεων.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν ιατροί (διαφόρων ειδικοτήτων), φαρμακοποιοί, νοσηλευτές (πανεπιστημιακής και τεχνολογικής εκπαίδευσης), μαίες, βοηθοί νοσηλευτών, τραυματιοφορείς, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, και τεχνολόγοι, που εργάζονταν σε ένα Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο. Μοιράστηκαν συνολικά 350 ερωτηματολόγια και από αυτά επεστράφησαν τα 188.

11.2. Ηθική και δεοντολογία

Η διεξαγωγή της μελέτης ξεκίνησε αφού εξασφαλίστηκε η έγκριση από το Επιστημονικό και Διοικητικό συμβούλιο καθώς και από την Διεύθυνση της Ιατρικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο προλογιζόταν με ενημερωτικό σημείωμα στο οποίο πληροφορούσε τους συμμετέχοντες για τον σκοπό της μελέτης και για την τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας. Τονιζόταν ο εθελοντικός και ανώνυμος χαρακτήρας της συμμετοχής τους και έδινε την δυνατότητα επικοινωνίας με την ερευνήτρια.

11.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη η οποία διεξήχθη το χρονικό διάστημα Δεκέμβριος του 2015 ως και Φεβρουάριος του 2016. Η συλλογή των δεδομένων

έγινε με την βοήθεια ερωτηματολογίου το οποίο αποτέλεσε ένα εργαλείο ιδιαίτερης σημασίας διότι δεν εξυπηρέτησε μόνο τους ερευνητικούς στόχους αλλά λειτούργησε και ως έναυσμα για την ευαισθητοποίηση των συμμετεχόντων σε θέματα αναπηρίας.

Το ερωτηματολόγιο ήταν χωρισμένο σε δύο τμήματα. Το πρώτο τμήμα αναφερόταν στα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (το φύλο, η ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, εργασιακή κατάσταση, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη ή όχι παιδιών), ενώ το δεύτερο μέρος περιείχε εννιά ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονταν με την αναπηρία, με έμφαση στην ταξινόμηση της αναπηρίας (περισσότερες σοβαρές, λιγότερο σοβαρές αναπηρίες) και στις στάσεις και αντιλήψεις των συμμετεχόντων για τα άτομα με αναπηρία. Μία από τις ερωτήσεις ζητούσε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν αν οι ίδιοι είχαν κάποια αναπηρία, ενώ για να αξιολογηθεί η εξοικείωσή τους σε θέματα αναπηρίας τους ζητήθηκε να δηλώσουν αν ήξεραν άτομο/α με αναπηρία και από ποιον χώρο αυτό το άτομο προερχόταν (οικογενειακό κύκλο, φιλικό περιβάλλον, εργασιακό χώρο ή άλλο). Μία ερώτηση (με πολλά υποερωτήματα) ζητούσε ξεχωριστή απάντηση για διαφορετικούς τύπους αναπηρίας (κινητικά προβλήματα, νοητική στέρση, ψυχιατρική νόσο, τυφλότητα και κώφωση). Τέλος υπήρχε μία ερώτηση η οποία αναφερόταν στα συναισθήματα των συμμετεχόντων ως προς τους γονείς παιδιών με αναπηρία.

Τα ερωτηματολόγια αρχικά μοιράστηκαν σε 19 άτομα και συλλέχθηκαν μέσα σε χρονικό διάστημα επτά ημερών. 60 ημέρες μετά την συλλογή, τα ερωτηματολόγια ξαναμοιράστηκαν στην ίδια ομάδα ώστε να υπολογιστεί ο ενδοσυσταδικός συντελεστής συσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient – ICC).

11.4. Ανάλυση και αξιοπιστία

Για την ανάλυση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν το Cronbach alpha και ο ενδοσυσταδικός συντελεστής συσχέτισης (Intraclass correlation coefficient - ICC). Η περιγραφική παρουσίαση των δεδομένων έγινε με χρήση ποσοστών και γραφικών (ραβδογραμμάτων, πιτών και στηλών). Η κανονικότητα ελέγχθηκε με χρήση του Sapiro – Wilk test. Για τις συγκρίσεις μεταξύ δύο μέσων χρησιμοποιήθηκε t-test, ενώ στις περιπτώσεις όπου χρειάστηκε η σύγκριση περισσότερων από δύο μέσων, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διασποράς με ένα παράγοντα (ANOVA). Στις περιπτώσεις που μετά την ανάλυση διασποράς χρειάστηκαν πολλαπλές συγκρίσεις εφαρμόστηκε διόρθωση Sidak.

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο $\alpha=5\%$ σε όλη τη στατιστική ανάλυση. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα Stata/MP 13.0 (Stata Statistical Software: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP).

Για την ανάλυση αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε αρχικά το Cronbach alpha το οποίο υπολογίστηκε 0.93, που υποδεικνύει υψηλή αξιοπιστία. Πιο συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει υψηλό βαθμό εσωτερικής αξιοπιστίας, δηλαδή οι ερωτήσεις που μετρούν το ίδιο χαρακτηριστικό (στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία) παρουσιάζουν υψηλή συνοχή τόσο μεταξύ τους όσο και με το ίδιο το χαρακτηριστικό αυτό.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 19 άτομα δύο φορές, με χρονικό μεσοδιάστημα τις 60 ημέρες. Ακολούθως έγινε σύγκριση μεταξύ των πρώτων και δεύτερων απαντήσεων που έδωσαν με χρήση του ενδοσυσταδικού συντελεστή συσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient - ICC). Όσο πιο κοντά στη μονάδα βρίσκεται ο ενδοσυσταδικός συντελεστής συσχέτισης τόσο πιο αξιόπιστα είναι τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα Α.

Πίνακας 1: Ενδοσυσταδικός συντελεστής συσχέτισης (ICC) για τις κλειστού τύπου ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Ερώτηση	ICC	Ερώτηση	ICC	Ερώτηση	ICC	Ερώτηση	ICC	Ερώτηση	ICC	Ερώτηση	ICC
4a	0.52	6c1	0.27	6g5	0.21	6l4	0.09	6q3	0.75	7g	0.38
4b	0.43	6c2	0.11	6h1	0*	6l5	0.09	6q4	0*	8	0.55
4c	0*	6c3	0.09	6h2	0*	6m1	0.38	6q5	0*	9a	0.60
4d	0.40	6c4	0.15	6h3	0.26	6m2	0.54	6r1	0*	9b	0.46
4e	0.57	6c5	0.01	6h4	0.18	6m3	0.73	6r2	0.40	9c	0.65
4f	0*	6d1	0.23	6h5	0.07	6m4	0.79	6r3	0.62	9d	0.73
4g	0.65	6d2	0.32	6i1	0.45	6m5	0.79	6r4	0*	10a	0.20
4h	0.71	6d3	0.36	6i2	0*	6n1	0.38	6r5	0*	10b	0.41
4i	0.86	6d4	0*	6i3	0.41	6n2	0.21	6s1	0*	10c	0*
4j	0.41	6d5	0*	6i4	0.42	6n3	0.17	6s2	0.44	10d	0.60

4k	0.66	6e1	0.43	6i5	0.63	6n4	0.31	6s3	0.69	10e	0.40
4l	0.31	6e2	0.33	6j1	0.36	6n5	0.34	6s4	0*	10f	0.51
4m	0.43	6e3	0.11	6j2	0.01	6o1	0.38	6s5	0*	10g	0.40
4n	0.53	6e4	0.66	6j3	0.73	6o2	0.21	6t1	0*	10h	0.84
6a1	0.53	6e5	0.74	6j4	0.29	6o3	0.17	6t2	0.05		
6a2	0*	6f1	0.25	6j5	0.29	6o4	0.31	6t3	0.46		
6a3	0.63	6f2	0.40	6k1	0.10	6o5	0.34	6t4	0*		
6a4	0.81	6f3	0.21	6k2	0.06	6p1	0*	6t5	0*		
6a5	0.72	6f4	0.21	6k3	0.29	6p2	0.80	7a	0.82		
6b1	0*	6f5	0.28	6k4	0.64	6p3	0.75	7b	0.65		
6b2	0*	6g1	0.71	6k5	0.64	6p4	0*	7c	0*		
6b3	0.03	6g2	0.88	6l1	0.23	6p5	0*	7d	0.45		
6b4	0*	6g3	0.22	6l2	0.08	6q1	0*	7e	0*		
6b5	0.37	6g4	0.46	6l3	0.02	6q2	0.53	7f	0.48		

*Στις περιπτώσεις που ο ICC είναι μικρότερος από μηδέν αντικαθίσταται με μηδέν και σημαίνει έλλειψη διακύμανσης του ερωτώμενου (Biemer & Lyberg, 2003).

Γενικά παρατηρείται ότι ο ενδοσυσταδικός συντελεστής συσχέτισης (ICC) κυμαίνεται από ιδιαίτερα χαμηλές τιμές (χαμηλή αξιοπιστία) έως υψηλές τιμές (υψηλή αξιοπιστία) ανάλογα με την ερώτηση για την οποία έχει υπολογισθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Δημογραφικών Δεδομένων

Στην μελέτη έλαβαν μέρος 188 άτομα από το χώρο των επαγγελματιών υγείας. Από τα 188 άτομα τα 40 (21,4%) ήταν γιατροί, τα 7 (3,7%) νοσηλευτές ΠΕ, τα 69 (36,9%) νοσηλευτές ΤΕ, τα 41 (22%) βοηθοί νοσηλευτών, τα 7 (3,7%) φυσικοθεραπευτές και τα 23 (12,3%) άλλο. Από αυτούς οι 152 (80,8%) ήταν γυναίκες και οι 36 (19,2%) άνδρες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 39,8 (S.D.=9,32) έτη. Συγκεκριμένα, η μέση ηλικία των γυναικών ήταν τα 39,0 (S.D.=9,20) έτη και των ανδρών τα 43,3 (S.D.=9,25). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.

	Σύνολο (N=188)	Άνδρες (N=36)	Γυναίκες (N=152)	P value*
Εκπαίδευση				0.015
<i>Λύκειο</i>	23 (12.4%)	1(2.8%)	22(14.8%)	
<i>Ανώτερη Εκπαίδευση</i>	66(35.7%)	12(33.3%)	54(36.2%)	
<i>Ανώτατη Εκπαίδευση</i>	35(18.9%)	13(36.1%)	22(14.8%)	
<i>Ιδιωτική Σχολή</i>	5(2.7%)	2(5.6%)	3(2.0%)	
<i>Μεταπτυχιακό</i>	32(17.3%)	5(13.8%)	27(18.1%)	
<i>Διδακτορικό</i>	6(3.2%)	2(5.6%)	4(2.7%)	
<i>Άλλο</i>	18(9.8%)	1(2.8%)	17(11.4%)	
Επάγγελμα				0.005
<i>Γιατρός</i>	40(21.4%)	15(41.6%)	25(16.6%)	
<i>Νοσηλευτής ΠΕ</i>	7(3.7%)	0(0.0%)	7(4.6%)	
<i>Νοσηλευτής ΤΕ</i>	69(36.9%)	13(36.1%)	56(37.1%)	
<i>Βοηθός Νοσηλευτή</i>	41(22.0%)	2(5.6%)	39(25.8%)	
<i>Φυσικοθεραπευτής</i>	7(3.7%)	2(5.6%)	5(3.3%)	
<i>Άλλο</i>	23(12.3%)	6(11.1%)	19(12.6%)	
Έτη Προϋπηρεσίας				0.035
<i>Έως 5 έτη</i>	21(11.8%)	6(17.7%)	15(10.4%)	
<i>6 – 10 έτη</i>	48(27.0%)	8(23.5%)	40(27.8%)	
<i>11 – 15 έτη</i>	25(14.0%)	3(8.8%)	22(15.3%)	
<i>16 – 20 έτη</i>	40(22.5%)	3(8.8%)	37(25.7%)	
<i>Πάνω από 20 έτη</i>	44(24.7%)	14(41.2%)	30(20.8%)	
Οικογενειακή κατάσταση				0.385

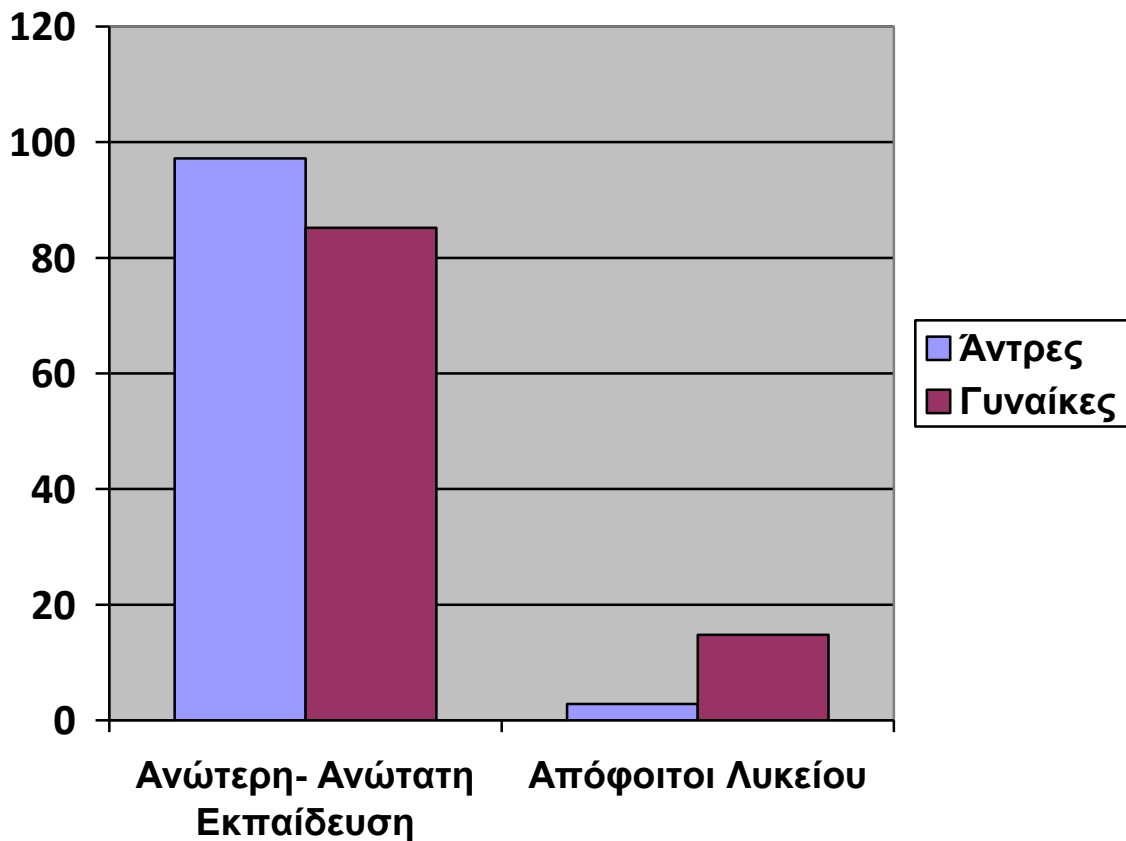
	Έγγαμος/η	112(59.9%)	23(63.9%)	89(58.9%)
	Άγαμος/η	58(31.0%)	12(33.3%)	46(89.4%)
	Διαζευγμένος/η	17(9.1%)	1(2.8%)	16(10.6%)
Παιδιά				0.571
	Όχι	74(39.6%)	16(44.4%)	58(38.4%)
	Ναι	113(60.4%)	20(55.6%)	93(61.6%)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

*Για τις συγκρίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών ως προς το φύλο εφαρμόστηκε Fisher's Exact Test.

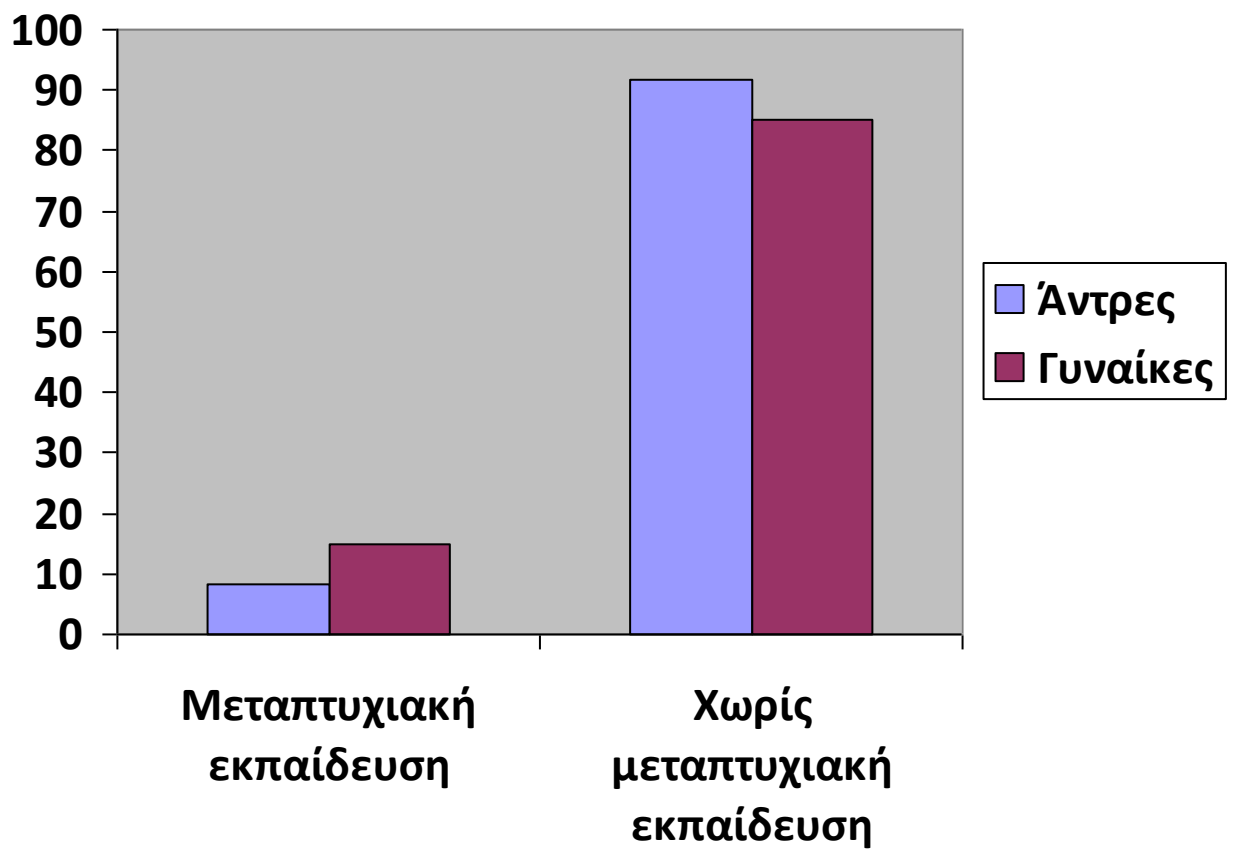
Από τον πίνακα 2 προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($P < 0.05$) ως προς την εκπαίδευση, το επάγγελμα και τα έτη προϋπηρεσίας μεταξύ των δύο φύλων. Πιο συγκεκριμένα, το 14.8% των γυναικών του δείγματος είναι απόφοιτοι λυκείου όταν το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών είναι μόλις 2.8%. Οι άνδρες υπερτερούν ως προς την ανώτατη εκπαίδευση (36.1%) σε σχέση με τις γυναίκες (14.8%).

Γράφημα 1: Ποσοστά δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης



Τέλος οι γυναίκες υπερτερούν στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση (14.1%) σε σχέση με τους άνδρες (8.4%).

Γράφημα 2: Ποσοστά των ερωτηθέντων που είχαν μεταπτυχιακή εκπαίδευση



Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται το δείγμα σε σχέση με το τμήμα/κλινική στο οποίο εργάζεται. Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα, από τα 188 άτομα του δείγματος, τα 30 (16,8%) προέρχονται από το χειρουργείο, τα 19 (10,6%) από το αναισθησιολογικό, 18 (10,1%) από τα παθολογικά τμήματα (Α και Β Παθολογική), 11 (6,1%) από την Ορθοπαιδική, 10 (5,6%) από την Γενική Χειρουργική και 10 (5,6%) από την ΜΕΘ. Τα υπόλοιπα 90 άτομα του δείγματος προέρχονται από τα λοιπά τμήματα.

Πίνακας 3: Κατανομή δείγματος με σχέση με το χώρο εργασίας.

Τμήμα/ Κλινική	Δείγμα
Χειρουργείο	30(16.8%)
Αναισθησιολογικό	19(10.6%)
Παθολογικό	18(10.1%)
Καρδιολογικό	5(2.8%)
Παιδιατρική	6(3.3%)
Δερματολογικό	1(0.6%)
Πνευμονολογικό	8(4.5%)
Νευροχειρουργικό/ Νευρολογικό	6(3.3%)
Γενική Χειρουργική	10(5.6%)
Μαιευτική/Γυναικολογική	3(1.7%)
Ορθοπαιδική	11(6.1%)
Πλαστική Χειρουργική	2(1.1%)
ΩΡΛ	2(1.1%)
Ουρολογικό	3(1.7%)
Ψυχιατρική	5(2.8%)
ΜΕΘ	10(5.6%)
Αιμοδοσία	2(1.1%)
Αποστείρωση	1(0.6%)
Κοινωνική υπηρεσία	7(3.9%)
Εργοθεραπεία	3(1.7%)
Φυσικοθεραπεία	6(3.3%)
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	4(2.2%)
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	7(3.9%)
Εξωτερικά Ιατρεία	3(1.7%)
Φαρμακείο	3(1.7%)
Ακτινολογικό	4(2.2%)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

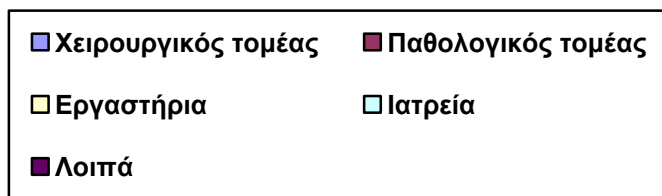
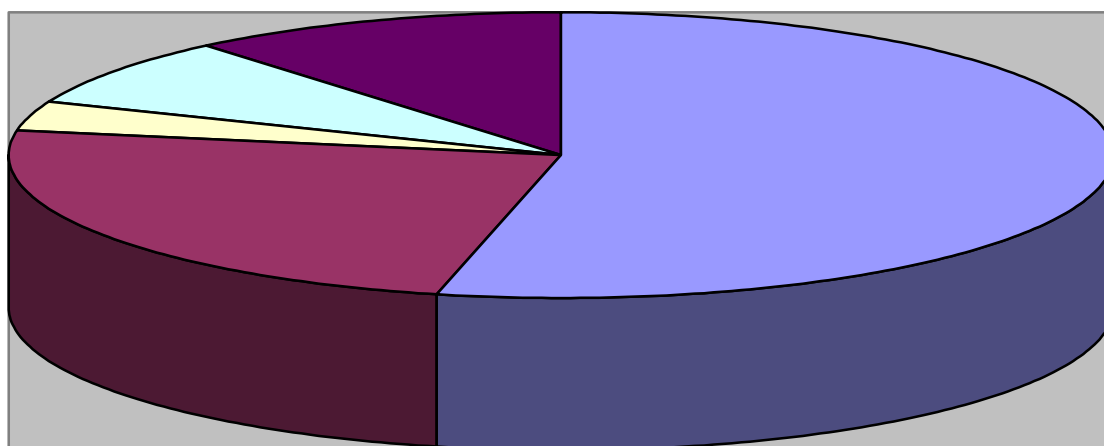
Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ομαδοποίηση των δεδομένων σε πέντε κατηγορίες. Συγκεκριμένα κατασκευάστηκαν οι κατηγορίες: Χειρουργικό, Παθολογικό, Εργαστήρια, Ιατρεία και Λοιπά. Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η κατανομή των ατόμων του δείγματος με τη νέα αυτή ομαδοποίηση.

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος με βάση το χώρο εργασίας

Τμήμα	Χειρουργικό	Παθολογικό	Εργαστήρια	Ιατρεία	Λοιπά
Συχνότητες	96(53.6%)	43(24.0%)	6(3.35%)	14(7.8%)	20(11.1%)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Γράφημα 3: Πίτα κατανομής δείγματος με βάση το χώρο εργασίας



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Κύριου Μέρους Ερωτηματολογίου Σχετιζόμενο με την Αναπηρία

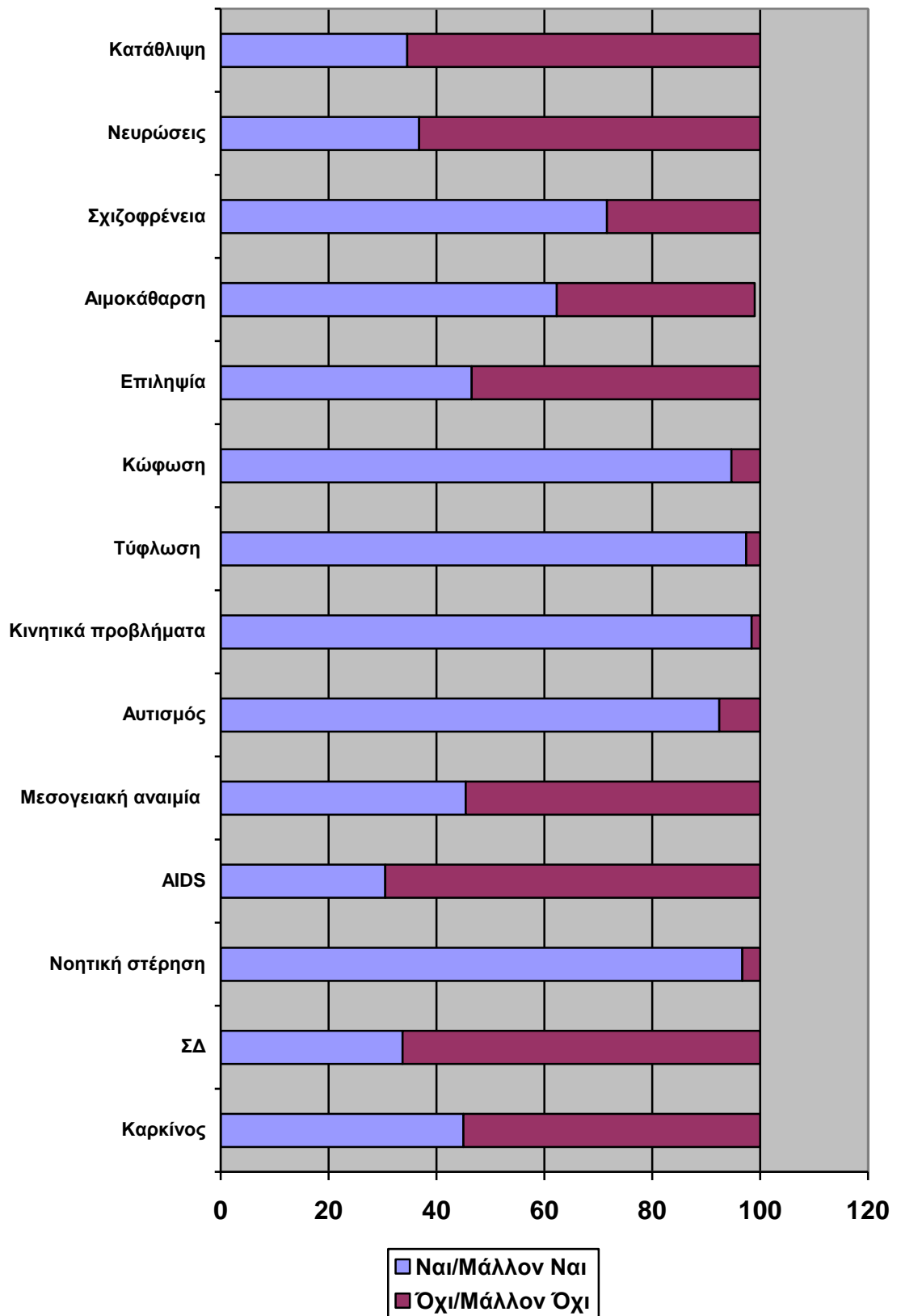
Αρχικά παρουσιάζονται τα δεδομένα του ερωτηματολογίου σε μορφή πινάκων και γραφημάτων.

Πίνακας 5: Ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις αναφέρονται σε άτομα με αναπηρία;

Πρόταση(N)	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Ναι/ Μάλλον Ναι	Όχι/ Μάλλον Όχι
Άτομο που πάσχει από καρκίνο.(N=178)	46(25.9%)	34(19.1%)	36(20.2%)	62(34.8%)	80(45.0%)	98(55.0%)
Άτομο που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. (N=175)	31(17.7%)	28(16.0%)	35(20.0%)	81(46.3%)	59(33.7%)	116(66.3%)
Άτομο με νοητική καθυστέρηση. (N=186)	152(81.7%)	28(15.0%)	2(1.1%)	4(2.2%)	180(96.7%)	6(3.3%)
Άτομο με AIDS. (N=174)	25(14.4%)	28(16.1%)	31(17.8%)	90(51.7%)	53(30.5%)	121(69.5%)
Άτομο με μεσογειακή αναιμία.(N=176)	43(24.4%)	37(21.0%)	34(19.3%)	62(35.2%)	80(45.4%)	96(54.6%)
Άτομο με αυτισμό. (N=184)	132(71.7%)	38(20.7%)	7(3.8%)	7(3.8%)	170(92.4%)	14(7.6%)
Άτομο με κινητικά προβλήματα. (N=188)	168(89.4%)	17(9.0%)	2(1.1%)	1(0.5%)	185(98.4%)	3(1.6%)
Άτομο με τύφλωση. (N=187)	165(88.2%)	17(9.1%)	1(0.5%)	4(2.1%)	182(97.4%)	5(2.6%)
Άτομο με κώφωση. (N=187)	148(79.1%)	29(15.5%)	3(1.6%)	7(3.7%)	177(94.7%)	10(5.3%)
Άτομο που πάσχει από επιληψία. (N=179)	49(27.4%)	34(19.1%)	45(25.1%)	51(28.5%)	83(46.5%)	96(53.5%)
Άτομο που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση. (N=183)	81(44.3%)	33(18.0%)	34(18.6%)	35(19.1%)	114(62.3%)	69(36.7%)
Άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια. (N=180)	100(55.5%)	29(16.1%)	19(10.6%)	32(17.8%)	129(71.6%)	51(28.4%)
Άτομο που πάσχει από νευρώσεις. (N=179)	29(16.2%)	37(20.7%)	44(24.6%)	69(38.6%)	66(36.8%)	113(63.2%)
Άτομο που πάσχει από κατάθλιψη. (N=179)	34(19.0%)	28(15.6%)	37(20.7%)	80(44.7%)	62(34.6%)	117(65.4%)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Γράφημα 4: Ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις αναφέρονται σε άτομα με αναπηρία



Βάσει του διαχωρισμού των απαντήσεων σε Ναι / Μάλλον-Ναι και Όχι / Μάλλον-Όχι μπορούμε να καθορίσουμε αν μια από τις παραπάνω καταστάσεις αναγνωρίζεται ως αναπηρία ή όχι. Ειδικά, στο σύνολο του δείγματος ως αναπηρίες αναγνωρίζονται η νοητική υστέρηση, ο αυτισμός, τα κινητικά προβλήματα, η τυφλότητα, η κώφωση, η νεφρική ανεπάρκεια και η σχιζοφρένια. Δεν αναγνωρίζονται ως αναπηρίες ο σακχαρώδης διαβήτης, το AIDS, οι νευρώσεις και η κατάθλιψη. Οι περιπτώσεις του καρκίνου, της επιληψίας και της μεσογειακής αναιμίας δεν δύναται να κατηγοριοποιηθούν ως αναπηρία ή όχι γιατί το δείγμα είναι χωρισμένο περίπου στη μέση.

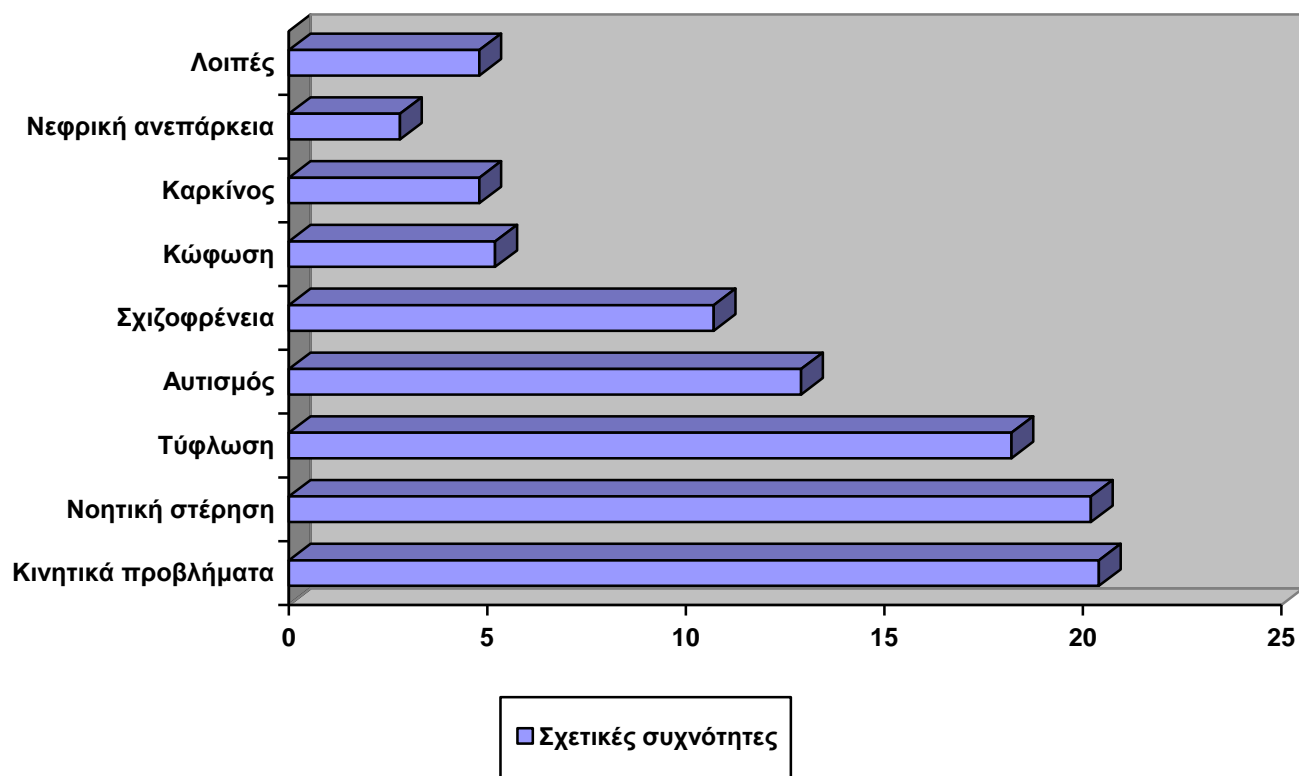
Στη συνέχεια, από τα άτομα της μελέτης ζητήθηκε να καταγράψουν τις σημαντικότερες και τις λιγότερο σημαντικές αναπηρίες που αναφέρονται στον πίνακα 5. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6 με μορφή σχετικών συχνοτήτων (ποσοστών), καθώς οι συχνότητες των αναπηριών που καταγράφηκαν δεν αθροίζουν στο σύνολο του δείγματος.

Πίνακας 6: Περισσότερο – λιγότερο σημαντικές αναπηρίες με φθίνουσα σειρά (Ερώτηση Ανοικτού – Κλειστού τύπου).

Αναπηρία	Σχετική Συχνότητα (%)	Αναπηρία	Σχετική Συχνότητα (%)
Περισσότερο σημαντικές αναπηρίες		Λιγότερο σημαντικές αναπηρίες	
Κινητικά Προβλήματα	20.4	Κώφωση	20.0
Νοητική Υστέρηση	20.2	τυφλότητα	10.4
Τυφλότητα	18.2	Σακχαρώδης Διαβήτης	10.1
Αυτισμός	12.9	Κατάθλιψη	9.9
Σχιζοφρένια	10.7	Αυτισμός	7.5
Κώφωση	5.2	Νευρώσεις	7.2
Καρκίνος	4.8	Επιληψία	6.7
Νεφρική Ανεπάρκεια	2.8	Νεφρική Ανεπάρκεια	6.5
Επιληψία	1.0	Κινητικά Προβλήματα	5.4
Κατάθλιψη	1.0	Μεσογειακή Αναιμία	4.8
Μεσογειακή Αναιμία	0.8	Σχιζοφρένια	3.1
AIDS	0.6	Καρκίνος	3.0
Ψύχωση	0.4	AIDS	3.0
Νευρώσεις	0.4	Νοητική Υστέρηση	2.4
Ψυχιατρικές Παθήσεις	0.4		
Σακχαρώδης Διαβήτης	0.2		

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως σχετικές συχνότητες.

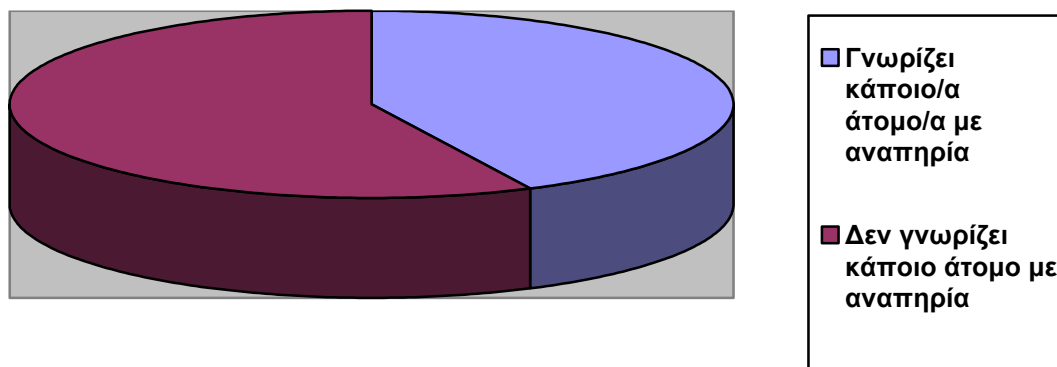
Γράφημα 5: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων με τις περισσότερο σημαντικές αναπηρίες (με φθίνουσα σειρά)



Από το σύνολο των αναπηριών ως η πλέον σημαντική αναγνωρίζεται η κινητική αναπηρία ενώ ως η λιγότερο σημαντική η κώφωση.

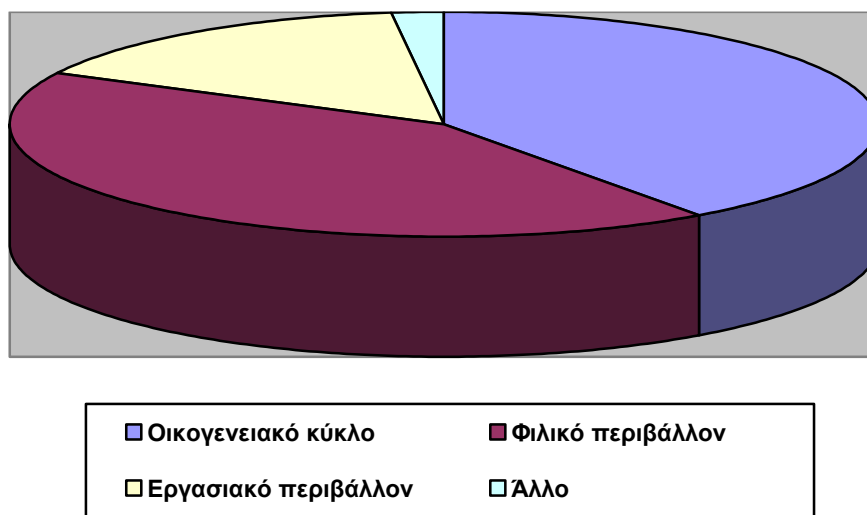
Από το σύνολο των ερωτώμενων το 96.3% (N=181) δηλώνει ότι δεν παρουσιάζει κάποια αναπηρία και το 3.7% (N=7) ότι παρουσιάζει. Επιπλέον το 82.5% (N=155) δηλώνει ότι γνωρίζει κάποιο/α άτομο/α με αναπηρία και το 17.5% (N=33) όχι.

Γράφημα 6: Πίτα συχνοτήτων ερωτηθέντων που γνωρίζουν ή δεν γνωρίζουν κάποιο/α άτομο/α με αναπηρία



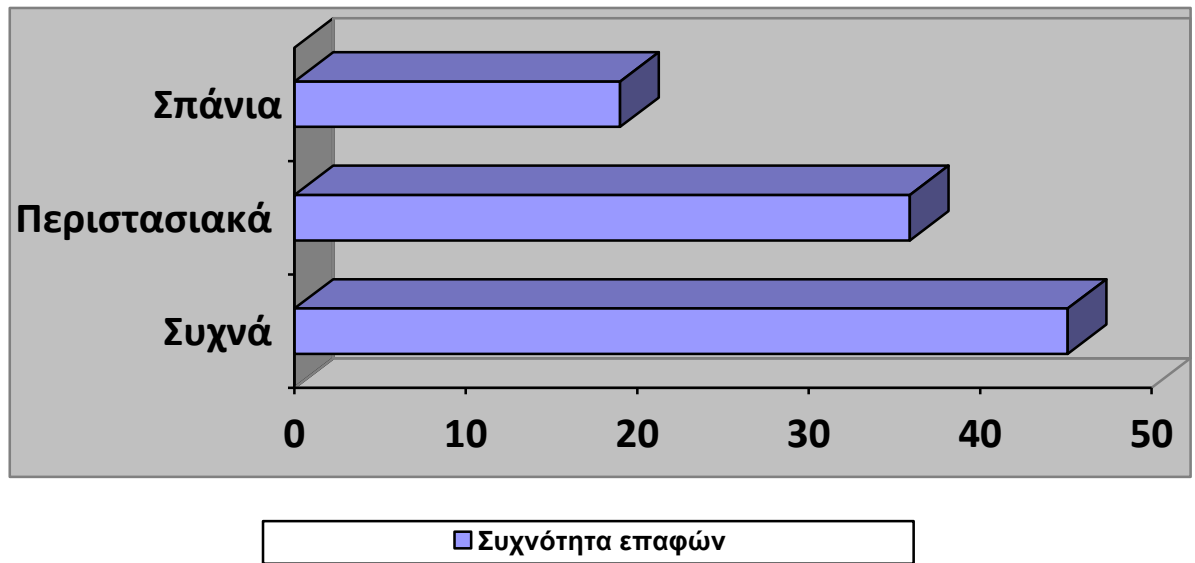
Από αυτούς που γνωρίζουν άτομα με αναπηρία (N=155) το 40% (N=62) αναφέρει ότι το άτομο με αναπηρία ανήκει στον οικογενειακό του κύκλο, το 42.6% (N=66) ότι ανήκει στο φιλικό περιβάλλον, το 15.5% στο εργασιακό περιβάλλον και το 1.9% (N=3) δηλώνει «άλλο».

Γράφημα 7: Πίτα κατανομής ατόμων με αναπηρία



Ως προς τη συχνότητα επαφών με το άτομο με αναπηρία το 45.1% δηλώνει «συχνά», το 35.9% δηλώνει «περιστασιακά» και το 19.0% δηλώνει «σπάνια».

Γράφημα 8: Ραβδόγραμμα συχνότητας επαφών των ερωτηθέντων με το άτομο με αναπηρία



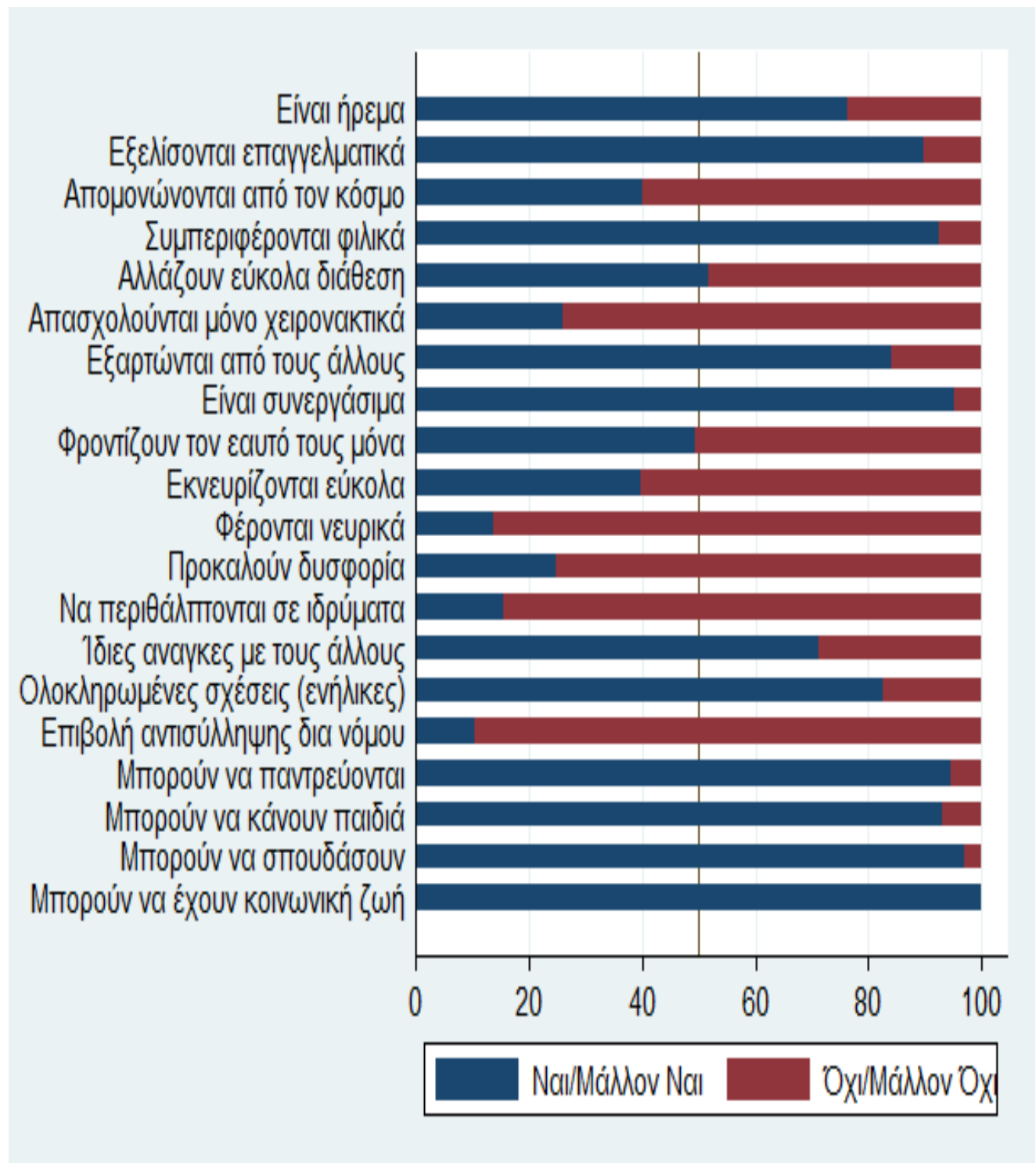
Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες στη μελέτη να καταθέσουν τη γνώμη τους για μια σειρά προτάσεων σε σχέση με πέντε βασικές αναπηρίες, τα κινητικά προβλήματα, τη νοητική υστέρηση, τις ψυχιατρικές νόσους, την τυφλότητα και την κώφωση. Στους πίνακες 7 έως 11 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα για κάθε ένα από τους τύπους αναπηρίας που μελετήθηκαν.

Πίνακας 7: Στάση ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με κινητικά προβλήματα.

Πρόταση	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Ναι/Μάλλον Ναι	Όχι/Μάλλον Όχι
E1 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα είναι ήρεμα. (N=185)	68 (36.7%)	73 (39.5%)	30 (16.2%)	14 (7.6%)	141 (76.2%)	44 (23.8%)
E2 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα μπορούν να εξελιχθούν επαγγελματικά. (N=187)	112 (59.9%)	56 (30.0%)	12 (6.4%)	7 (3.7%)	168 (89.9%)	19 (10.1%)
E3 Άτομα με κινητικά προβλήματα απομονώνονται από τον κόσμο. (N=187)	26 (13.9%)	49 (26.2%)	47 (25.1%)	65(34.8%)	75(40.1%)	112(59.9%)
E4 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα συμπεριφέρονται με φιλικότητα. (N=188)	118 (62.8%)	56 (29.8%)	7 (3.7%)	7 (3.7%)	174(92.6%)	14 (7.4%)
E5 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα αλλάζουν εύκολα διάθεση. (N=187)	35 (18.7%)	62 (33.1%)	54 (28.9%)	36 (19.2%)	97 (51.8%)	90 (48.2%)
E6 Άτομα με κινητικά προβλήματα δεν μπορούν να απασχοληθούν με τίποτα άλλο πέρα από χειρωνακτικές εργασίες. (N=188)	27 (14.4%)	22 (11.7%)	50 (26.6%)	89 (47.3%)	49 (26.1%)	139 (73.9%)
E7 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα εξαρτώνται από τους άλλους. (N=188)	88 (46.8%)	70 (37.2%)	18 (9.6%)	12 (6.4%)	158 (84.0%)	30 (16.0%)
E8 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα είναι συνεργάσιμα. (N=187)	127 (67.9%)	51 (27.3%)	6 (3.2%)	3 (1.6%)	178 (95.4%)	9(4.6%)
E9 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους μόνα τους. (N=186)	38 (20.4%)	54 (29.1%)	62 (33.3%)	32 (17.2%)	92 (49.5%)	94 (50.5%)
E10 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα εκνευρίζονται εύκολα όταν δεν γίνεται αυτό που θέλουν. (N=188)	28 (14.9%)	47 (25.0%)	68 (36.2%)	45 (23.9%)	75 (39.9%)	113 (60.1%)
E11 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα φέρονται εχθρικά. (N=188)	6 (3.2%)	20 (10.6%)	79 (42.0%)	83 (44.2%)	26 (13.8%)	162 (86.2%)
E12 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα προκαλούν δυσφορία. (N=185)	17 (9.2%)	29 (15.7%)	55 (29.7%)	84 (45.4%)	46 (24.9%)	139 (75.1%)
E13 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα πρέπει να περιθάλπονται σε ιδρύματα. (N=187)	12 (6.4%)	17 (9.1%)	42 (22.5%)	116 (62.0%)	29 (15.5%)	158 (84.5%)
E14 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα έχουν τις ίδιες ανάγκες με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Οι σχέσεις των ενηλίκων ατόμων με κινητικά προβλήματα με το άλλο φύλο μπορούν να είναι ολοκληρωμένες. (N=188)	111 (59.0%)	23 (12.2%)	24 (12.8%)	30 (16.0%)	134 (71.2%)	54 (28.8%)
E15 Θα πρέπει η αντισύλληψη να επιβάλλεται δια νόμου στα άτομα με κινητικά προβλήματα. (N=181)	14 (7.7%)	5 (2.8%)	28 (15.5%)	134 (74.0%)	19 (10.5%)	162 (89.5%)
E16 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα μπορούν να παντρευτούν. (N=188)	153 (81.4%)	25 (13.3%)	3 (1.6%)	7 (3.7%)	178 (94.7%)	10 (5.3%)
E17 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα μπορούν να κάνουν παιδιά. (N=188)	135 (71.8%)	40 (21.3%)	6 (3.2%)	7 (3.7%)	175 (94.1%)	13 (5.9%)
E18 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα μπορούν να σπουδάσουν. (N=188)	168 (89.4%)	14 (7.5%)	0 (0.0%)	6 (3.2%)	182 (96.8%)	6 (3.2%)
E20 Τα άτομα με κινητικά προβλήματα μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή; (N=187)	166 (88.8%)	21 (11.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	187(100.0%)	0(0.0%)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Γράφημα 9: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη στάση των ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με κινητικά προβλήματα.

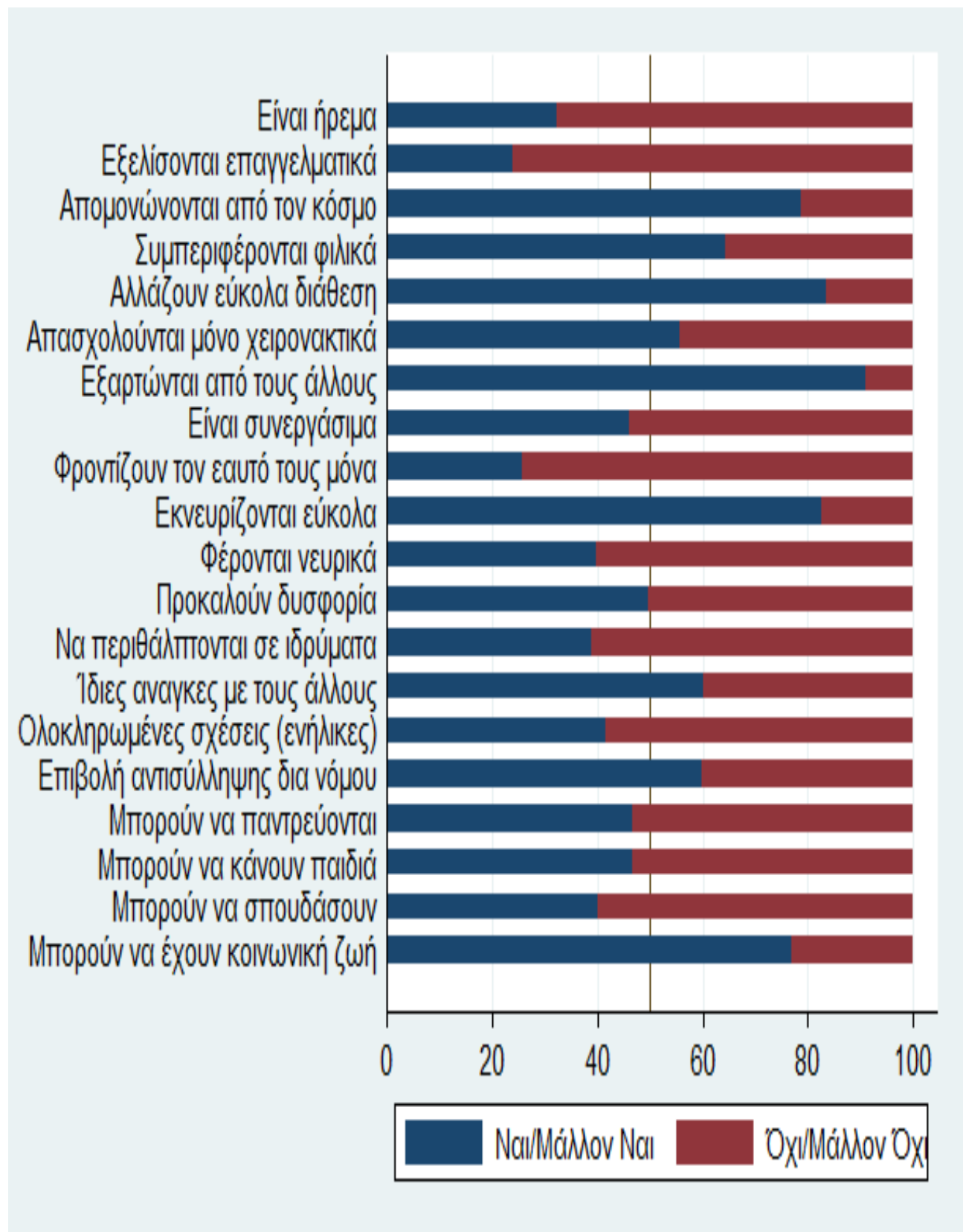


Πίνακας 8: Στάση ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με νοητική υστέρηση.

Πρόταση	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Ναι/Μάλλον Ναι	Όχι/Μάλλον Όχι
E1 Τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι ήρεμα. (N=186)	11 (5.9%)	49 (26.3%)	74 (39.8%)	52 (28.0%)	60 (32.2%)	126 (67.8%)
E2 Τα άτομα με νοητική υστέρηση μπορούν να εξελιχθούν επαγγελματικά. (N=185)	12 (6.5%)	32 (17.3%)	75 (40.5%)	66 (35.7%)	44 (23.8%)	141 (74.2%)
E3 Άτομα με νοητική υστέρηση απομονώνονται από τον κόσμο. (N=187)	75 (40.1%)	72 (38.5%)	25 (13.4%)	15(8.0%)	144 (78.6%)	40 (21.4%)
E4 Τα άτομα με νοητική υστέρηση συμπεριφέρονται με φιλικότητα. (N=188)	39 (20.7%)	82 (43.6%)	50 (26.6%)	17 (9.1%)	121 (64.3%)	67 (35.7%)
E5 Τα άτομα με νοητική υστέρηση αλλάζουν εύκολα διάθεση. (N=188)	71 (37.8%)	86 (45.7%)	20 (10.6%)	11 (5.9%)	157 (83.5%)	31 (16.5%)
E6 Άτομα με νοητική υστέρηση δεν μπορούν να απασχοληθούν με τίποτα άλλο πέρα από χειρωνακτικές εργασίες. (N=185)	48 (26.0%)	55 (29.7%)	39 (21.1%)	43 (23.2%)	103 (55.7%)	82 (44.3%)
E7 Τα άτομα με νοητική υστέρηση εξαρτώνται από τους άλλους. (N=188)	109 (58.0%)	62 (33.0%)	13 (6.9%)	4 (2.1%)	171 (91.0%)	17 (9.0%)
E8 Τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι συνεργάσιμα. (N=187)	21 (11.2%)	65(34.8%)	75(40.1%)	26(13.9%)	86(46.0%)	101(54.0%)
E9 Τα άτομα με νοητική υστέρηση είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους μόνα τους. (N=187)	14(7.5%)	34(18.2%)	83(44.4%)	56(29.9%)	48(25.7%)	139(74.3%)
E10 Τα άτομα με νοητική υστέρηση εκνευρίζονται εύκολα όταν δεν γίνεται αυτό που θέλουν. (N=188)	80(42.5%)	75(39.9%)	25(13.3%)	8(4.3%)	155(82.4%)	33(17.6%)
E11 Τα άτομα με νοητική υστέρηση φέρονται εχθρικά. (N=188)	22(11.7%)	53(28.2%)	82(43.6%)	31(16.5%)	75(39.9%)	113(60.1%)
E12 Τα άτομα με νοητική υστέρηση προκαλούν δυσφορία. (N=185)	36(19.4%)	56(30.3%)	41(22.2%)	52(18.1%)	92(49.7%)	93(50.3%)
E13 Τα άτομα με νοητική υστέρηση πρέπει να περιθάλπονται σε ιδρύματα. (N=188)	27(14.3%)	46(24.5%)	49(26.1%)	66(35.1%)	73(38.8%)	115(61.2%)
E14 Τα άτομα με νοητική υστέρηση έχουν τις ίδιες ανάγκες με τους υπόλοιπους ανθρώπους.(N=188)	90(47.9%)	23(12.2%)	36(19.2%)	39(20.7%)	113(60.1%)	75(39.9%)
E15 Οι σχέσεις των ενηλίκων ατόμων με νοητική υστέρηση με το άλλο φύλο μπορούν να είναι ολοκληρωμένες . (N=187)	40(21.4%)	38(20.3%)	64(34.2%)	45(24.1%)	78(41.7%)	109(58.7%)
E16 Θα πρέπει η αντισύλληψη να επιβάλλεται δια νόμου στα άτομα με νοητική υστέρηση. (N=182)	72(39.6%)	37(20.3%)	26(14.3%)	47(25.8%)	109(59.9%)	73(40.1%)
E17 Τα άτομα με νοητική υστέρηση μπορούν να παντρευτούν. (N=187)	49(26.2%)	38(20.3%)	48(25.5%)	52(27.8%)	87(46.5%)	100(53.5%)
E18 Τα άτομα με νοητική υστέρηση μπορούν να κάνουν παιδιά. (N=186)	48(25.8%)	39(21.0%)	51(27.4%)	48(25.8%)	87(46.8%)	99(53.2%)
E19 Τα άτομα με νοητική υστέρηση μπορούν να σπουδάσουν. (N=187)	43(23.0%)	32(17.1%)	73(39.0%)	39(20.9%)	75(40.1%)	112(59.9%)
E20 Τα άτομα με νοητική υστέρηση μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή(N=187)	95(50.8%)	49(26.2%)	31(16.6%)	12(6.4%)	144(77.0%)	43(23.0%)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Γράφημα 10: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη στάση των ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με νοητική στέρση

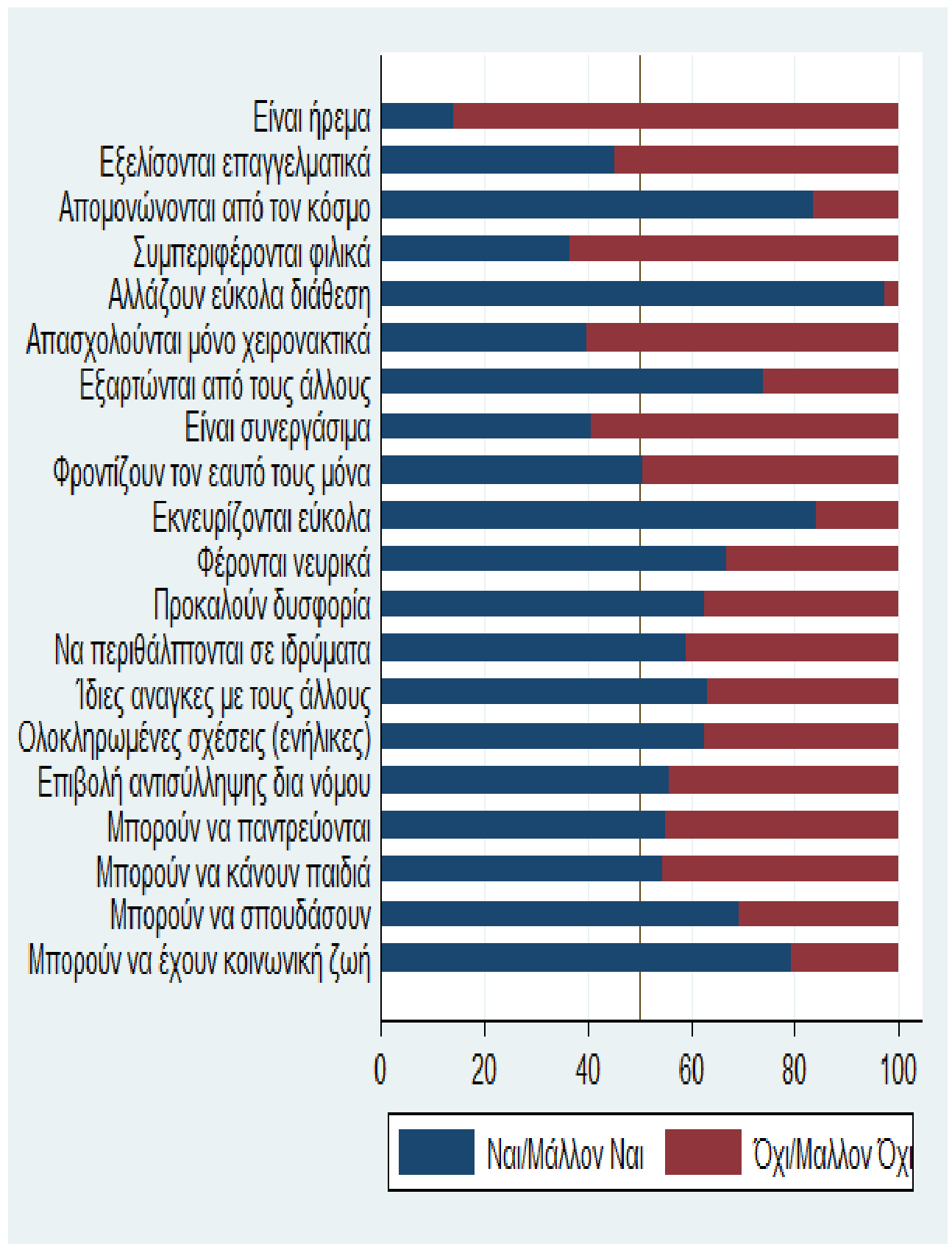


Πίνακας 9: Στάση ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με κάποια ψυχιατρική νόσο.

Πρόταση	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Ναι/Μάλλον Ναι	Όχι/Μάλλον Όχι
E1 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο είναι ήρεμα. (N=186)	3(1.6%)	23(12.4%)	76(40.8%)	84(45.2%)	26(14.0%)	160(86.0%)
E2 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο μπορούν να εξελιχθούν επαγγελματικά. (N=188)	23(12.2%)	62(33.0%)	62(33.0%)	41(21.8%)	85(45.2%)	103(54.8%)
E3 Άτομα με ψυχιατρική νόσο απομονώνονται από τον κόσμο. (N=187)	90(48.1%)	66(35.3%)	20(10.7%)	11(5.9%)	156(83.4%)	31(16.6%)
E4 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο συμπεριφέρονται με φιλικότητα. (N=187)	18(9.6%)	50(26.8%)	81(43.3%)	38(20.3%)	68(36.4%)	119(63.6%)
E5 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο αλλάζουν εύκολα διάθεση. (N=187)	125(66.9%)	57(30.5%)	4(2.1%)	1(0.5%)	182(97.4%)	5(2.6%)
E6 Άτομα με ψυχιατρική νόσο δεν μπορούν να απασχοληθούν με τίποτα άλλο πέρα από χειρωνακτικές εργασίες. (N=186)	32(17.2%)	42(22.6%)	62(33.3%)	50(26.9%)	74(39.8%)	112(60.2%)
E7 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο εξαρτώνται από τους άλλους. (N=187)	68(36.4%)	70(37.4%)	38(20.3%)	11(5.9%)	138(73.8%)	49(26.2%)
E8 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο είναι συνεργάσιμα. (N=187)	17(9.1%)	59(31.5%)	75(40.1%)	36(19.3%)	76(40.6%)	111(59.4%)
E9 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους μόνα τους. (N=186)	31(16.7%)	63(33.8%)	61(32.8%)	31(16.7%)	94(50.5%)	92(49.5%)
E10 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο εκνευρίζονται εύκολα όταν δεν γίνεται αυτό που θέλουν. (N=188)	90(47.9%)	68(36.2%)	23(12.2%)	7(3.7%)	158(84.1%)	30(15.9%)
E11 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο φέρονται εχθρικά. (N=186)	42(22.6%)	82(44.1%)	49(26.3%)	13(7.0%)	124(66.7%)	62(33.3%)
E12 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο προκαλούν δυσφορία. (N=184)	52(28.3%)	63(34.2%)	30(16.3%)	39(21.2%)	115(62.5%)	69(37.5%)
E13 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο πρέπει να περιθάλπονται σε ιδρύματα. (N=188)	48(25.5%)	63(33.5%)	31(16.5%)	46(24.5%)	111(59.0%)	77(41.0%)
E14 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο έχουν τις ίδιες ανάγκες με τους υπόλοιπους ανθρώπους. (N=187)	93(49.7%)	25(13.4%)	33(17.6%)	36(19.3%)	118(63.1%)	69(36.9%)
E15 Οι σχέσεις των ενηλίκων ατόμων με ψυχιατρική νόσο με το άλλο φύλο μπορούν να είναι ολοκληρωμένες. (N=187)	64(34.2%)	53(28.3%)	39(20.9%)	31(16.6%)	118(62.5%)	70(37.5%)
E16 Θα πρέπει η αντισύλληψη να επιβάλλεται δια νόμου στα άτομα με ψυχιατρική νόσο. (N=180)	61(33.9%)	39(21.7%)	28(15.5%)	52(28.9%)	100(55.6%)	80(44.4%)
E17 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο μπορούν να παντρευτούν. (N=187)	56(30.0%)	47(25.1%)	34(18.2%)	50(26.7%)	103(55.1%)	84(44.9%)
E18 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο μπορούν να κάνουν παιδιά. (N=185)	60(32.4%)	41(22.2%)	38(20.5%)	46(24.9%)	101(54.6%)	84(45.4%)
E19 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο μπορούν να σπουδάσουν. (N=188)	81(43.1%)	49(26.1%)	35(18.6%)	23(12.2%)	130(69.2%)	58(30.8%)
E20 Τα άτομα με ψυχιατρική νόσο μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή. (N=187)	103(55.1%)	45(24.1%)	32(17.1%)	7(3.7%)	148(79.2%)	39(20.8%)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Γράφημα 11: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη στάση των ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με ψυχιατρική νόσο.

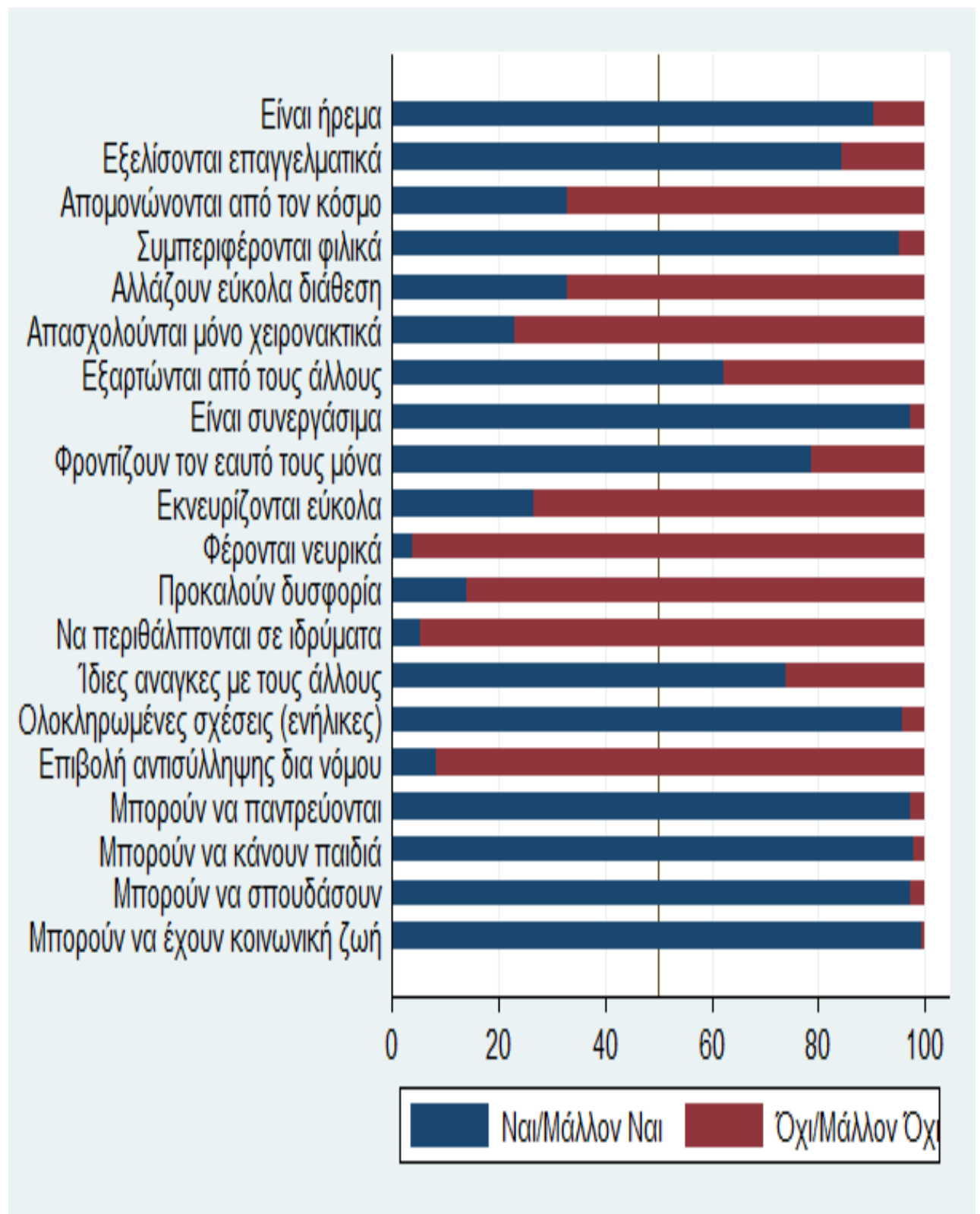


Πίνακας 10: Στάση ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με τυφλότητα.

	Πρόταση	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Ναι/Μάλλον Ναι	Όχι/Μάλλον Όχι
E1	Τα άτομα με τύφλωση είναι ήρεμα. (N=187)	103(55.1%)	66(35.3%)	14(7.5%)	4(2.1%)	169(90.4%)	18(9.6%)
E2	Τα άτομα με τύφλωση μπορούν να εξελιχθούν επαγγελματικά. (N=187)	109(58.3%)	49(26.2%)	23(12.3%)	6(3.2%)	158(84.5%)	29(15.5%)
E3	Άτομα με τύφλωση απομονώνονται από τον κόσμο. (N=188)	19(10.1%)	43(22.9%)	56(29.8%)	70(37.2%)	62(33.0%)	126(67.0%)
E4	Τα άτομα με τύφλωση συμπεριφέρονται με φιλικότητα. (N=188)	132(70.2%)	47(25.0%)	6(3.2%)	3(1.6%)	179(95.2%)	9(4.8%)
E5	Τα άτομα με τύφλωση αλλάζουν εύκολα διάθεση. (N=188)	23(12.2%)	39(20.7%)	71(37.8%)	55(29.7%)	62(32.9%)	126(67.1%)
E6	Άτομα με τύφλωση δεν μπορούν να απασχοληθούν με τίποτα άλλο πέρα από χειρωνακτικές εργασίες. (N=187)	19(10.2%)	24(12.8%)	48(25.7%)	96(51.3%)	43(23.0%)	143(77.0%)
E7	Τα άτομα με τύφλωση εξαρτώνται από τους άλλους. (N=188)	51(27.1%)	66(35.1%)	39(20.8%)	32(17.0%)	117(62.2%)	71(37.8%)
E8	Τα άτομα με τύφλωση είναι συνεργάσιμα. (N=187)	141(75.4%)	41(21.9%)	5(2.7%)	0(0.0%)	182(97.3%)	5(2.7%)
E9	Τα άτομα με τύφλωση είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους μόνο τους. (N=187)	73(39.0%)	74(39.6%)	26(13.9%)	14(7.5%)	147(78.6%)	40(21.4%)
E10	Τα άτομα με τύφλωση εκνευρίζονται εύκολα όταν δεν γίνεται αυτό που θέλουν. (N=188)	14(7.5%)	36(19.1%)	71(37.8%)	67(35.6%)	40(26.6%)	138(72.4%)
E11	Τα άτομα με τύφλωση φέρονται εχθρικά. (N=187)	1(0.5%)	6(3.2%)	72(38.5%)	108(57.8%)	7(3.7%)	180(96.3%)
E12	Τα άτομα με τύφλωση προκαλούν δυσφορία. (N=184)	9(4.9%)	17(9.2%)	60(32.6%)	98(53.3%)	26(14.1%)	158(85.9%)
E13	Τα άτομα με τύφλωση πρέπει να περιθάλπονται σε ιδρύματα. (N=188)	4(2.1%)	6(3.2%)	22(11.7%)	156(83.0%)	10(5.3%)	178(94.7%)
E14	Τα άτομα με τύφλωση έχουν τις ίδιες ανάγκες με τους υπόλοιπους ανθρώπους. (N=188)	114(60.6%)	25(13.3%)	23(12.2%)	26(13.8%)	139(74.0%)	49(26.0%)
E15	Οι σχέσεις των ενηλίκων ατόμων με τύφλωση με το άλλο φύλο μπορούν να είναι ολοκληρωμένες. (N=186)	153(82.3%)	25(13.4%)	8(4.3%)	0(0.0%)	178(95.7%)	8(4.3%)
E16	Θα πρέπει η αντισύλληψη να επιβάλλεται δια νόμου στα άτομα με τύφλωση. (N=182)	11(6.1%)	4(2.2%)	19(10.4%)	148(81.3%)	15(8.3%)	167(91.7%)
E17	Τα άτομα με τύφλωση μπορούν να παντρευτούν. (N=188)	164(87.2%)	19(10.1%)	2(1.1%)	3(1.6%)	(97.3%)	5(2.7%)
E18	Τα άτομα με τύφλωση μπορούν να κάνουν παιδιά. (N=188)	164(87.2%)	20(10.7%)	1(0.5%)	3(1.6%)	184(97.9%)	4(2.1%)
E19	Τα άτομα με τύφλωση μπορούν να σπουδάσουν. (N=188)	168(89.4%)	15(8.0%)	1(0.5%)	4(2.1%)	183(97.4%)	5(2.6%)
E20	Τα άτομα με τύφλωση μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή. (N=187)	171(91.5%)	15(8.0%)	1(0.5%)	0(0.0%)	186(99.5%)	1(0.5%)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Γράφημα 12: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη στάση των ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με τυφλότητα.

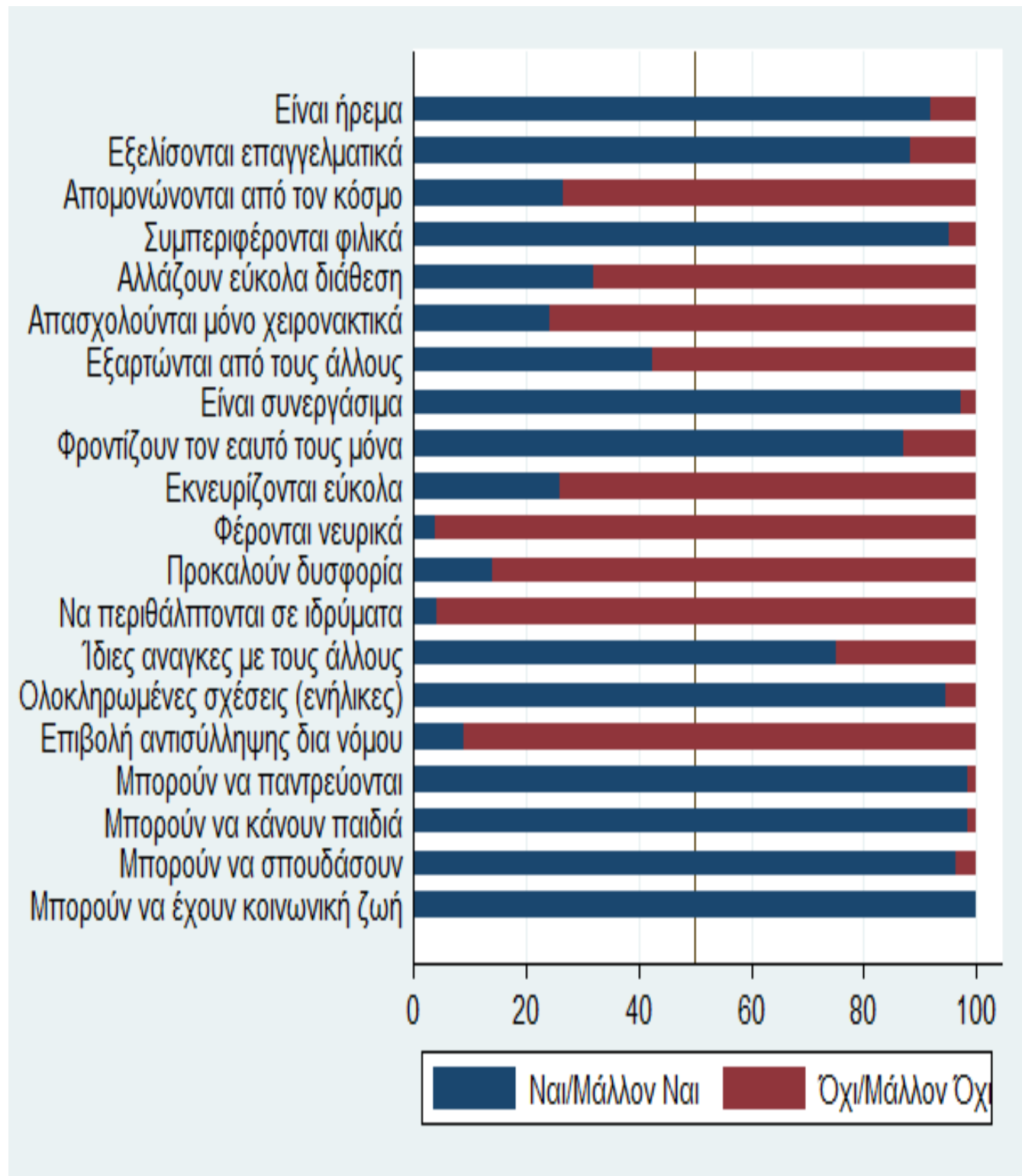


Πίνακας 11: Στάση ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με κώφωση.

Πρόταση	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Ναι/Μάλλον Ναι	Όχι/Μάλλον Όχι
E1 Τα άτομα με κώφωση είναι ήρεμα. (N=187)	101(54.0%)	71(38.0%)	12(6.4%)	3(1.6%)	172(92.0%)	15(8.0%)
E2 Τα άτομα με κώφωση μπορούν να εξελιχθούν επαγγελματικά. (N=188)	108(57.5%)	58(30.8%)	15(8.0%)	7(3.7%)	166(88.3%)	22(11.7%)
E3 Άτομα με κώφωση απομονώνονται από τον κόσμο. (N=188)	15(8.0%)	35(18.6%)	62(33.0%)	76(40.4%)	50(26.6%)	138(73.4%)
E4 Τα άτομα με κώφωση συμπεριφέρονται με φιλικότητα. (N=188)	130(69.1%)	49(26.1%)	6(3.2%)	3(1.6%)	179(95.2%)	9(4.8%)
E5 Τα άτομα με κώφωση αλλάζουν εύκολα διάθεση. (N=188)	21(11.2%)	39(20.7%)	71(37.8%)	57(30.3%)	60(31.9%)	128(68.1%)
E6 Άτομα με κώφωση δεν μπορούν να απασχοληθούν με τίποτα άλλο πέρα από χειρωνακτικές εργασίες. (N=185)	19(10.3%)	26(14.1%)	43(23.2%)	97(52.4%)	45(24.4%)	140(75.6%)
E7 Τα άτομα με κώφωση εξαρτώνται από τους άλλους. (N=188)	31(16.5%)	49(26.1%)	50(26.6%)	58(30.8%)	80(42.6%)	108(57.4%)
E8 Τα άτομα με κώφωση είναι συνεργάσιμα. (N=187)	137(73.3%)	45(24.1%)	3(1.6%)	2(1.0%)	182(97.4%)	5(2.6%)
E9 Τα άτομα με κώφωση είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους μόνα τους. (N=187)	105(56.2%)	58(31.0%)	15(8.0%)	9(4.8%)	163(87.2%)	24(12.8%)
E10 Τα άτομα με κώφωση εκνευρίζονται εύκολα όταν δεν γίνεται αυτό που θέλουν. (N=188)	14(7.5%)	35(18.6%)	72(38.3%)	67(35.6%)	49(26.1%)	139(73.9%)
E11 Τα άτομα με κώφωση φέρονται εχθρικά. (N=187)	1(0.5%)	6(3.2%)	67(35.8%)	113(60.5%)	7(3.7%)	180(94.3%)
E12 Τα άτομα με κώφωση προκαλούν δυσφορία. (N=185)	9(4.9%)	17(9.2%)	57(30.8%)	102(55.1%)	26(14.1%)	159(55.1%)
E13 Τα άτομα με κώφωση πρέπει να περιθάλπονται σε ιδρύματα. (N=187)	4(2.1%)	4(2.1%)	24(12.9%)	155(82.9%)	8(4.2%)	179(95.8%)
E14 Τα άτομα με κώφωση έχουν τις ίδιες ανάγκες με τους υπόλοιπους ανθρώπους. (N=188)	115(61.2%)	26(13.8%)	22(11.7%)	25(13.3%)	141(75.0%)	47(25.0%)
E15 Οι σχέσεις των ενηλίκων ατόμων με κώφωση με το άλλο φύλο μπορούν να είναι ολοκληρωμένες. (N=188)	157(83.5%)	21(11.2%)	8(4.3%)	2(1.0%)	178(94.7%)	10(5.3%)
E16 Θα πρέπει η αντισύλληψη να επιβάλλεται δια νόμου στα άτομα με κώφωση. (N=182)	11(6.0%)	5(2.8%)	17(9.3%)	149(81.9%)	16(8.8%)	166(91.2%)
E17 Τα άτομα με κώφωση μπορούν να παντρευτούν. (N=188)	167(88.9%)	18(9.6%)	1(0.5%)	2(1.0%)	185(98.5%)	3(1.5%)
E18 Τα άτομα με κώφωση μπορούν να κάνουν παιδιά. (N=188)	166(88.4%)	19(10.1%)	1(0.5%)	2(1.0%)	185(98.5%)	3(1.5%)
E19 Τα άτομα με κώφωση μπορούν να σπουδάσουν. (N=187)	165(88.2%)	15(8.0%)	2(1.1%)	5(2.7%)	180(96.2%)	7(3.8%)
E20 Τα άτομα με κώφωση μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή. (N=187)	172(92.0%)	15(8.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	187(100.0%)	0(0.0%)

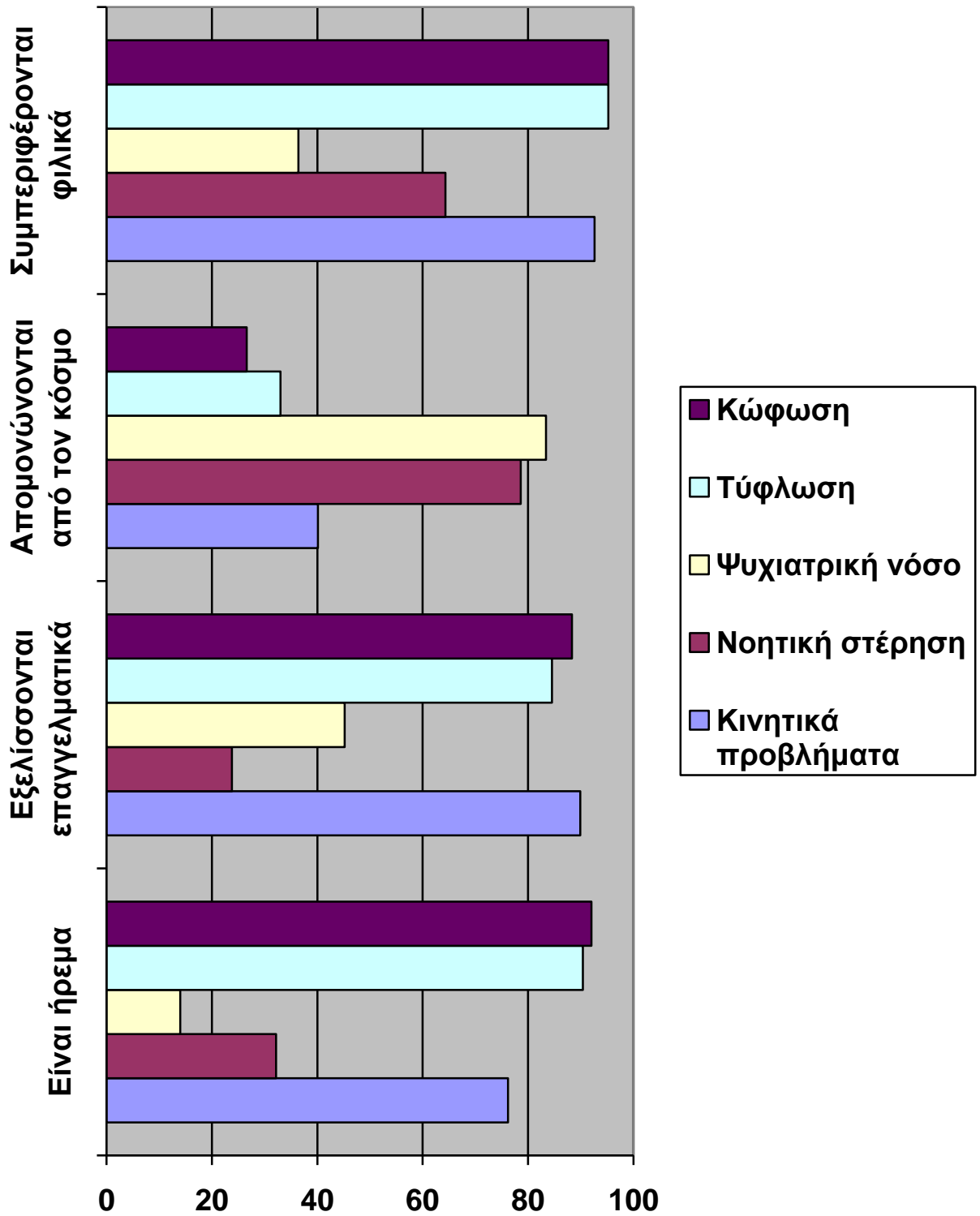
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Γράφημα 13: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη στάση των ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με κώφωση.

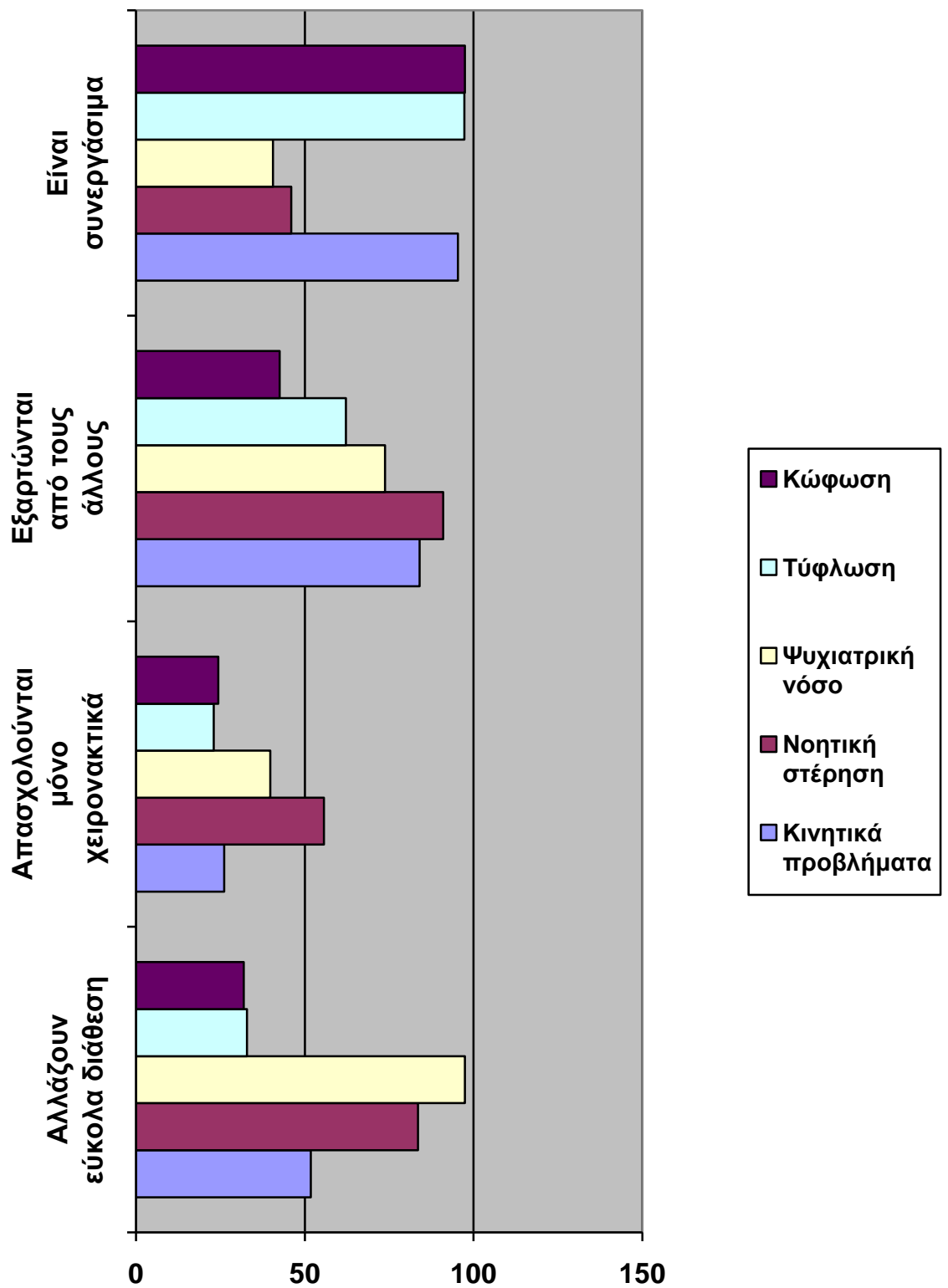


Συγκρίνοντας τις απαντήσεις «ΝΑΙ» του κάθε υποερωτήματος για τους πέντε τύπους αναπηρίας παίρνουμε τα εξής αποτελέσματα:

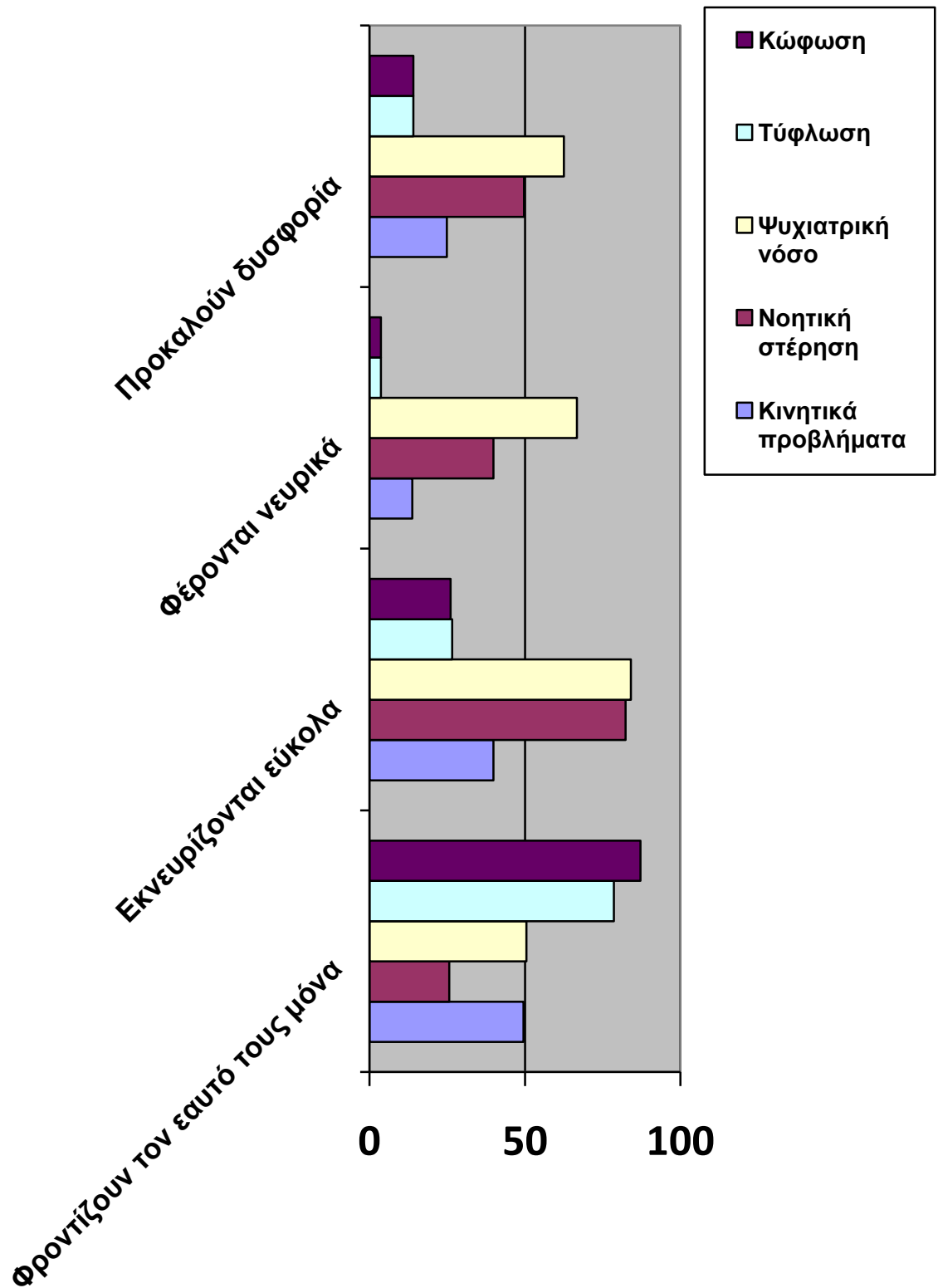
Γράφημα 14: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την στάση των ερωτηθέντων για τις πέντε κατηγορίες ατόμων με αναπηρίες



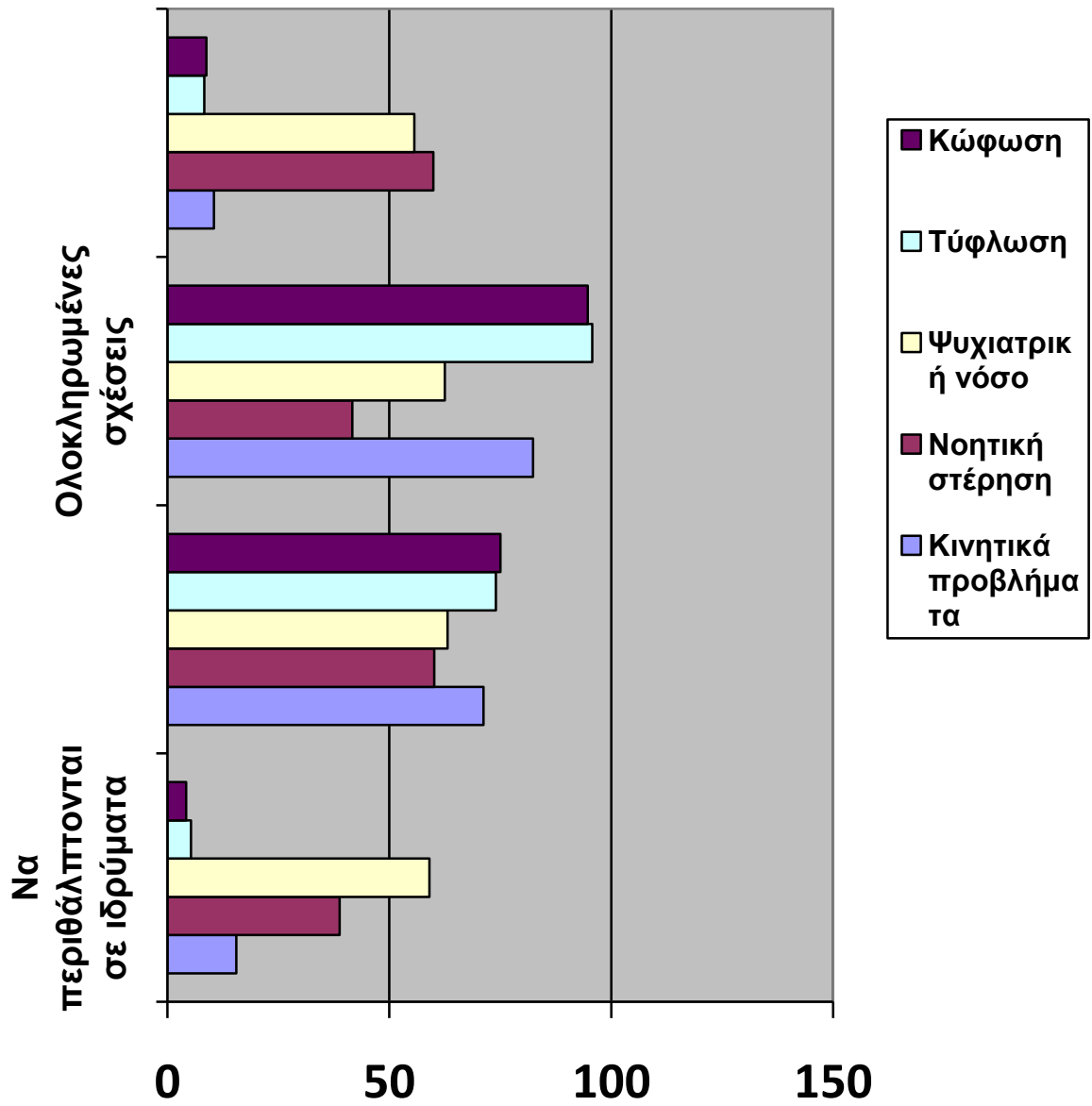
Γράφημα 15: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την στάση των ερωτηθέντων για τις πέντε κατηγορίες ατόμων με αναπηρίες



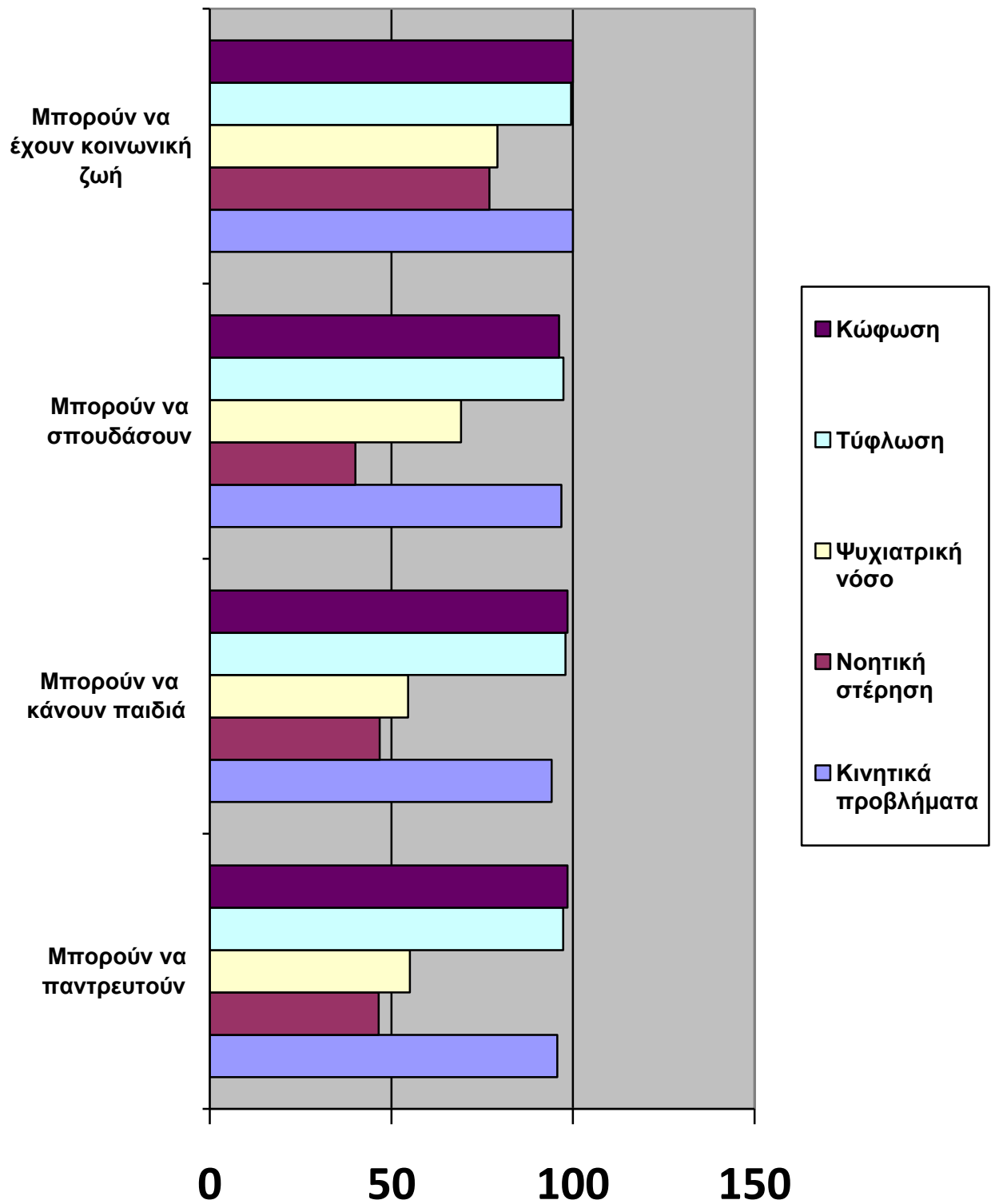
Γράφημα 16: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την στάση των ερωτηθέντων για τις πέντε κατηγορίες ατόμων με αναπηρίες



Γράφημα 17: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την στάση των ερωτηθέντων για τις πέντε κατηγορίες ατόμων με αναπηρίες



Γράφημα 18: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την στάση των ερωτηθέντων για τις πέντε κατηγορίες ατόμων με αναπηρίες



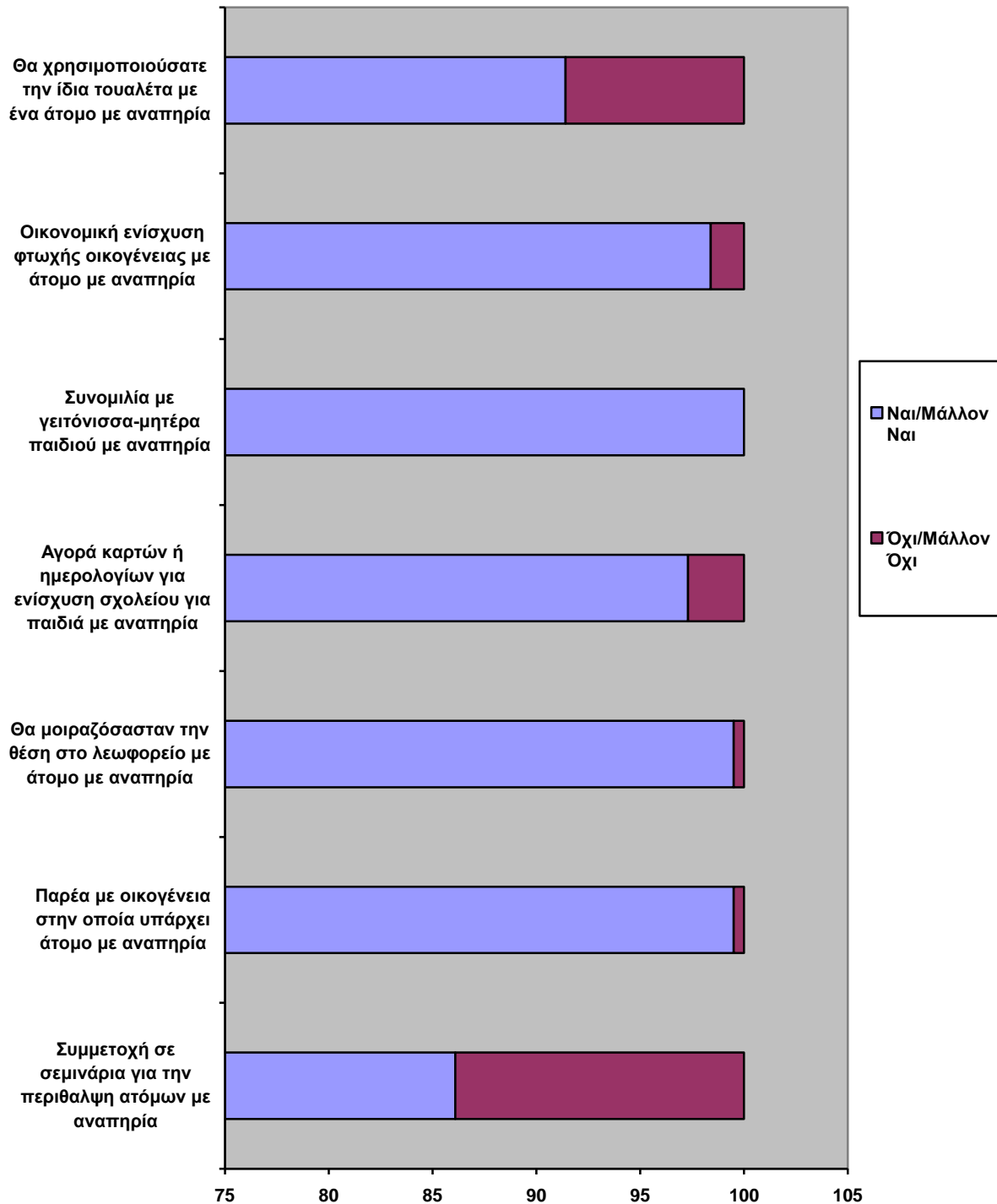
Από τα παραπάνω γραφήματα διαφαίνεται ότι οι στάσεις απέναντι στα άτομα με ψυχιατρική νόσο και νοητική στέρση είναι περισσότερο αρνητικές σε σχέση με τις στάσεις απέναντι στα άτομα με κινητικά προβλήματα, κώφωση ή τύφλωση

Πίνακας 12: Βαθμός διαθεσιμότητας για μια σειρά από ενέργειες.

Πρόταση	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Ναι/Μάλλον Ναι	Όχι/Μάλλον Όχι
Συμμετοχή σε σεμινάρια επιμόρφωσης σχετικά με την περίθαλψη ατόμων με αναπηρία. (N=188)	111(59.0%)	51(27.1%)	21(11.2%)	5(2.7%)	162(86.1%)	26(13.9%)
Θα κάνατε παρέα με οικογένεια στην οποία υπάρχει άτομο με αναπηρία. (N=188)	161(85.7%)	26(13.8%)	1(0.5%)	0(0.0%)	187(99.5%)	1(0.5%)
Θα μοιραζόσασταν τη θέση στο λεωφορείο με άτομο με αναπηρία. (N=188)	172(91.5%)	15(8.0%)	0(0.0%)	1(0.5%)	187(99.5%)	1(0.5%)
Θα αγοράζατε κάρτες ή ημερολόγια προκειμένου να ενισχύσετε ένα σχολείο για παιδιά με αναπηρία. (N=188)	153(81.3%)	30(16.0%)	3(1.6%)	2(1.1%)	183(97.3%)	5(2.7%)
Θα συνομιλούσατε με τη γειτόνισσα – μητέρα ενός παιδιού με αναπηρία. (N=188)	182(96.8%)	6(3.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	188(100.0%)	0(0.0%)
Θα ενισχύατε οικονομικά μια φτωχή οικογένεια με άτομο με αναπηρία. (N=188)	147(78.2%)	38(20.2%)	2(1.1%)	1(0.5%)	185(98.4%)	3(1.6%)
Θα χρησιμοποιούσατε την ίδια τουαλέτα με ένα άτομο με αναπηρία. (N=187)	137(73.3%)	34(18.2%)	8(4.3%)	8(4.3%)	171(91.4%)	16(8.6%)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Γράφημα 19: Ραβδόγραμμα βαθμού διαθεσιμότητας των ερωτηθέντων για μια σειρά από ενέργειες.



Στην ερώτηση “Υπάρχουν ειδικές τουαλέτες για άτομα με αναπηρίες στο

Νοσοκομείο στο οποίο δουλεύετε” :το 13.7% (N=25) απάντησε “ΝΑΙ”, το 70.3% (N=128) απάντησε «ΟΧΙ» ενώ το 16.0% (N=29) απάντησε «ΔΕΝ ΞΕΡΩ”.

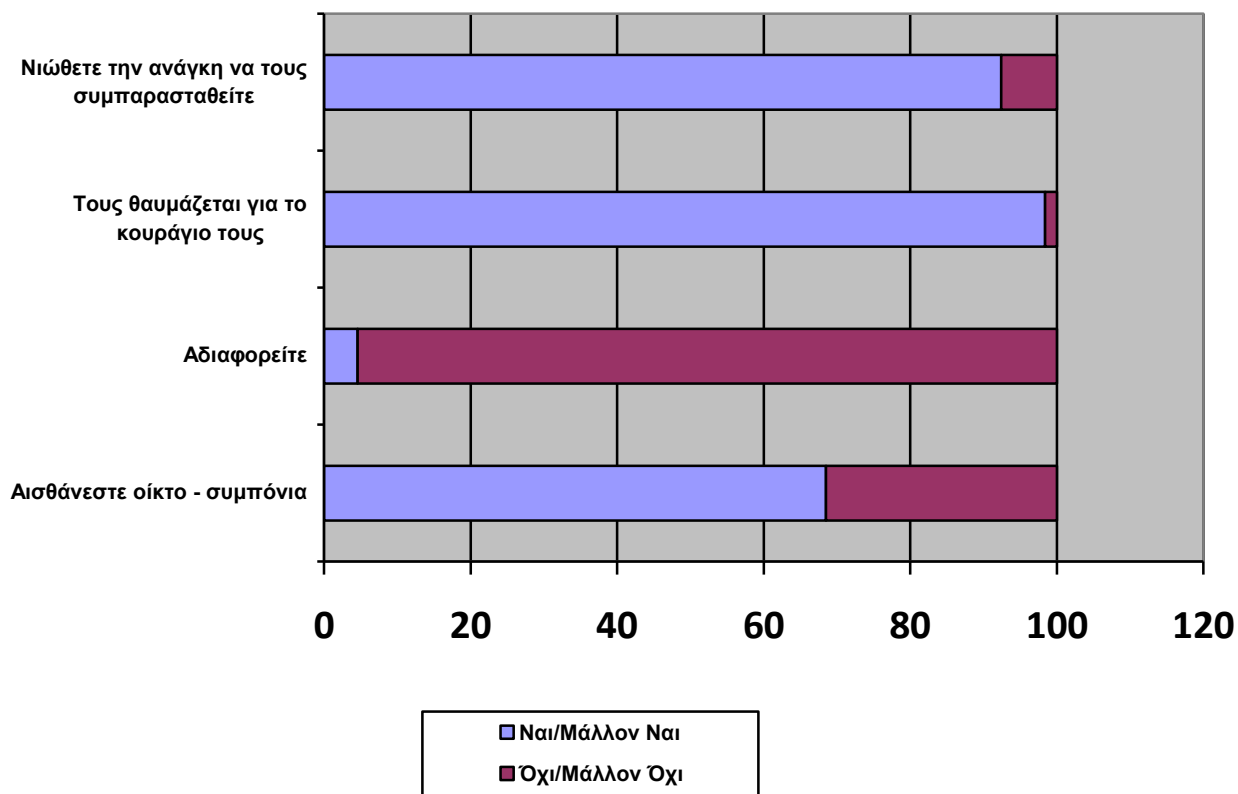
Αν και το ποσοστό των αρνητικών απαντήσεων στην συγκεκριμένη ερώτηση είναι πολύ μεγάλο, η σωστή απάντηση είναι «ΝΑΙ»

Πίνακας 13: Αισθήματα απέναντι στους γονείς με παιδιά που έχουν κάποια αναπηρία.

Πρόταση	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Ναι/Μάλλον Ναι	Όχι/Μάλλον Όχι
Αισθάνεστε οίκτο – συμπόνια. (N=181)	75(41.4%)	49(27.1%)	21(11.6%)	36(19.9%)	124(68.5%)	57(31.5%)
Αδιαφορείτε (N=176)	1(0.6%)	7(4.0%)	17(9.6%)	151(85.8%)	8(4.6%)	168(95.4%)
Τους θαυμάζετε για το κουράγιο τους. (N=185)	160(86.5%)	22(11.9%)	1(0.5%)	2(1.1%)	182(98.4%)	3(1.6%)
Νιώθετε την ανάγκη να τους συμπαρασταθείτε. (N=188)	121(65.4%)	50(27.0%)	11(6.0%)	3(1.6%)	171(92.4%)	14(7.6%)

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες.

Γράφημα 20: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων αισθημάτων απέναντι στους γονείς παιδιών με αναπηρία



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Για την περαιτέρω ανάλυση της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στις αναπηρίες (ερώτηση 5) ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία: ομαδοποιήθηκαν οι απαντήσεις της μορφής «Ναι», «Μάλλον Ναι», «Μάλλον Όχι», «Όχι» σε δύο κατηγορίες «Ναι/Μάλλον Ναι» και «Όχι/Μάλλον Όχι». Στις περιπτώσεις που η ερώτηση είχε θετικό περιεχόμενο (π.χ. ερώτηση 1: Τα άτομα με κάποια από τις πέντε αναπηρίες είναι ήρεμα.) αποδόθηκε στην κατηγορία «Ναι/Μάλλον Ναι» η τιμή ένα και στην κατηγορία «Όχι/Μάλλον Όχι» η τιμή μηδέν. Στις περιπτώσεις που η ερώτηση είχε αρνητικό περιεχόμενο (π.χ. ερώτηση 16: Θα πρέπει η αντισύλληψη να επιβάλλεται δια νόμου στα άτομα με κάποια από τις πέντε αναπηρίες.) αποδόθηκε στην κατηγορία «Ναι/Μάλλον Ναι» η τιμή μηδέν και στην κατηγορία «Όχι/Μάλλον Όχι» η τιμή ένα. Στη συνέχεια, για κάθε ένα από τους συμμετέχοντες υπολογίστηκε η μέση τιμή των είκοσι ερωτήσεων. Με αυτό τον τρόπο κωδικοποίησης, όσο πιο κοντά στη μονάδα είναι η μέση τιμή κάθε ατόμου τόσο πιο θετικά διακείμενο είναι ως προς τα άτομα με αναπηρία.

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Πίνακας 14: Στάση ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με κινητικά προβλήματα, νοητική υστέρηση, ψυχιατρική νόσο, τυφλότητα και κώφωση.

Αναπηρία	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Κινητικά Προβλήματα	0.77	0.14
Νοητική Υστέρηση	0.41	0.20
Ψυχιατρική νόσος	0.42	0.23
Τυφλότητα	0.85	0.12
Κώφωση	0.87	0.12

Από τον πίνακα 14 προκύπτει ότι οι ερωτώμενοι έχουν πιο θετική στάση απέναντι στα άτομα με τυφλότητα ή κώφωση και λιγότερο θετική προς τα άτομα με νοητική υστέρηση ή ψυχιατρική νόσο. Από τη σύγκριση (t-test) μεταξύ των μέσων για τις πέντε αναπηρίες προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων για κάθε ζεύγος αναπηριών ($P < 0.001$ σε κάθε περίπτωση).

Το φύλο, το επάγγελμα, η εκπαίδευση, τα έτη προϋπηρεσίας και η οικογενειακή κατάσταση χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση της στάσης των ερωτώμενων απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 15.

Πίνακας 15: Στάση ερωτώμενων ως προς τα άτομα με αναπηρία ανάλογα με το φύλο, το επάγγελμα, την εκπαίδευση τα έτη προϋπηρεσίας και την οικογενειακή κατάσταση.

Αναπηρία	Κινητικά Προβλήματα	Νοητική Υστέρηση	Ψυχιατρική Νόσο	Τυφλότητα	Κώφωση
Φύλο					
<i>Γυναίκες</i>	0.75 (0.14)*	0.41 (0.20)	0.42 (0.23)	0.84 (0.12)*	0.86 (0.12)*
<i>Άνδρες</i>	0.82 (0.12)*	0.44 (0.20)	0.42 (0.24)	0.89 (0.11)*	0.92 (0.08)*
Επάγγελμα					
<i>Ιατρός</i>	0.82 (0.10)*	0.43 (0.19)	0.50 (0.22)*	0.88 (0.08)	0.90 (0.10)
<i>Νοσηλεύτης ΠΕ</i>	0.86 (0.03)	0.52 (0.16)	0.50 (0.11)	0.89 (0.06)	0.91 (0.08)
<i>Νοσηλεύτης ΤΕ</i>	0.73 (0.15)*	0.36 (0.18)	0.34 (0.22)*	0.84 (0.11)	0.86 (0.10)
<i>Βοηθός Νοσηλεύτη</i>	0.76 (0.16)	0.43 (0.22)	0.44 (0.23)	0.82 (0.17)	0.85 (0.15)
<i>Φυσικοθεραπευτής</i>	0.73 (0.10)	0.39 (0.23)	0.36 (0.27)	0.80 (0.12)	0.89 (0.11)
<i>Άλλο</i>	0.80 (0.13)	0.48 (0.22)	0.54 (0.23)	0.86 (0.11)	0.88 (0.12)
Εκπαίδευση					
<i>Λύκειο</i>	0.75 (0.13)	0.45 (0.20)	0.45 (0.22)	0.82 (0.15)	0.86 (0.12)
<i>Ανώτερη Εκπαίδευση</i>	0.74 (0.15)	0.38 (0.20)	0.38 (0.24)	0.83 (0.12)	0.85 (0.11)
<i>Ανώτατη Εκπαίδευση</i>	0.80 (0.11)	0.44 (0.18)	0.48 (0.19)	0.86 (0.10)	0.88 (0.11)
<i>Ιδιωτική Σχολή</i>	0.68 (0.12)	0.32 (0.18)	0.36 (0.14)	0.78 (0.19)	0.82 (0.22)
<i>Μεταπτυχιακό</i>	0.79 (0.15)	0.45 (0.22)	0.45 (0.25)	0.90 (0.06)	0.92 (0.06)
<i>Διδακτορικό</i>	0.82 (0.13)	0.47 (0.16)	0.52 (0.20)	0.88 (0.07)	0.90 (0.08)
Έτη Προϋπηρεσίας					
<i>Έως 5 έτη</i>	0.83 (0.10)	0.46 (0.18)	0.46 (0.25)	0.90 (0.08)	0.92 (0.08)
<i>6 – 10 έτη</i>	0.74 (0.15)	0.44 (0.20)	0.43 (0.21)	0.82 (0.13)	0.85 (0.11)
<i>11 – 15 έτη</i>	0.75 (0.13)	0.50 (0.21)*	0.54 (0.24)*	0.83 (0.10)	0.86 (0.11)
<i>16 – 20 έτη</i>	0.77 (0.14)	0.36 (0.19)*	0.33 (0.20)*	0.85 (0.14)	0.87 (0.13)
<i>Πάνω από 20 έτη</i>	0.77 (0.15)	0.35 (0.18)	0.43 (0.24)	0.86 (0.11)	0.87 (0.12)
Οικογενειακή κατάσταση					
<i>Έγγαμος/η</i>	0.76 (0.14)	0.38 (0.18)	0.41 (0.23)	0.84 (0.13)	0.87 (0.13)
<i>Άγαμος/η</i>	0.80 (0.12)*	0.45 (0.21)	0.47 (0.24)	0.86 (0.10)	0.88 (0.10)
<i>Διαζευγμένος/η</i>	0.71 (0.15)*	0.46 (0.21)	0.39 (0.23)	0.84 (0.10)	0.84 (0.11)
Παιδιά					
<i>Όχι</i>	0.79 (0.13)	0.45 (0.21)*	0.49 (0.23)*	0.86 (0.10)	0.88 (0.10)
<i>Ναι</i>	0.75 (0.14)	0.38 (0.19)*	0.38 (0.22)*	0.84 (0.13)	0.86 (0.13)

Οι κατηγορίες που φέρουν * διαφέρουν μεταξύ τους σε βαθμό στατιστικά σημαντικό $P < 0.05$.

Γενικά οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερους μέσους σε σχέση με τους άνδρες. Στατιστικά σημαντική διαφορά (t-test, $P < 0.05$) προκύπτει μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τα κινητικά προβλήματα, την τυφλότητα και την κώφωση. Ως προς το επάγγελμα στατιστικά σημαντικές διαφορές (ANOVA, $P < 0.05$) προκύπτουν μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών ΤΕ για τα κινητικά προβλήματα και για τη ψυχιατρική νόσο με τους πρώτους να παρουσιάζουν υψηλότερους μέσους και στις δύο περιπτώσεις. Στατιστικά σημαντικές διαφορές (ANOVA, $P < 0.05$) εμφανίζονται και μεταξύ των μέσων εργαζόμενων με 11 έως 15 έτη υπηρεσίας και αυτών με 16 έως 20 έτη υπηρεσίας στις περιπτώσεις της νοητικής υστέρησης και της ψυχιατρικής νόσου. Στατιστικά σημαντική διαφορά (ANOVA, $P < 0.05$) παρουσιάζεται στην περίπτωση των κινητικών προβλημάτων μεταξύ άγαμων και διαζευγμένων. Τέλος στατιστικά σημαντικές διαφορές (t-test, $P < 0.05$) εντοπίζονται μεταξύ των μέσων τιμών όσων έχουν παιδιά σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν, στις περιπτώσεις της νοητικής υστέρησης και της ψυχιατρικής νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τις στάσεις αλλά και τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. Ο καθορισμός των στάσεων είναι ένα έργο ιδιαίτερης σημασίας διότι ανάλογα την κατεύθυνσή τους μπορούν να αποτελέσουν ένα μέσο διευκόλυνσης ή ένα βασικό εμπόδιο για την προσέγγιση των ατόμων με αναπηρία στις υπηρεσίες υγείας (NDA, 2011). Στόχος είναι να γίνει αντιληπτός ο τρόπος που κάποιοι παράγοντες συνδέονται με συγκεκριμένες συμπεριφορές απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Με αυτόν τον τρόπο θα δοθεί το έναυσμα ώστε να καταπολεμηθούν τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις, να ευαισθητοποιηθούν οι επαγγελματίες υγείας ως προς τα άτομα με αναπηρίες, να διαμορφωθούν και να προωθηθούν πολιτικές ώστε να καταρριφθούν όλες οι επιβλαβείς πρακτικές εις βάρος αυτών των ατόμων (Staniland, 2009).

Από την στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι δείγμα αποτελείτο από 188 άτομα, όλα εργαζόμενοι στο Γενικό Νοσοκομείο, εκ των οποίων τα 152 άτομα ήταν γυναίκες (80,8%) και οι 36 ήταν άντρες (19,2%). Οι 76 γυναίκες είχαν λάβει ανώτερη – ανώτατη εκπαίδευση (51%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άντρες ήταν 69,4% (25 άντρες). Το δείγμα αποτελούνταν από: 40 (21,4%) γιατρούς, 76 (40,6%) νοσηλευτές ΠΕ/ΤΕ, 41 (22%) βοηθούς νοσηλευτών, 7 (3,7%) φυσικοθεραπευτές και 23 (12,3%) από άλλους χώρους. Από τους 40 γιατρούς που συμμετείχαν οι 15 (41,6%) ήταν άντρες και οι 25 (16,6%) γυναίκες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους νοσηλευτές ΠΕ/ΤΕ είναι 13 (36,1) άντρες και 63 (41,7%) γυναίκες και για τους βοηθούς νοσηλευτών είναι 2 (5,6%) άντρες και 39 (25,8%) γυναίκες

Από το δείγμα, ως 5 έτη προϋπηρεσία είχαν 21 άτομα, 6-10 έτη είχαν 48 άτομα, 11-15 έτη είχαν 25 άτομα, 16-20 έτη είχαν 40 άτομα και πάνω από 20 έτη προϋπηρεσία είχαν 44 άτομα. Έγγαμοι ήταν τα 112 άτομα, άγαμοι 58 και διαζευγμένοι 17 ενώ παιδιά είχαν τα 113 άτομα. Ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων προερχόταν από το Χειρουργείο 30 άτομα, το Αναισθησιολογικό 19 άτομα, Παθολογικό 18 άτομα, Ορθοπαιδική 11 άτομα, Γενική Χειρουργική 10 άτομα και ΜΕΘ 10 άτομα.

Στο σύνολο του δείγματος ως αναπηρίες αναγνωρίζονται η νοητική υστέρηση, ο αυτισμός (92,4%), τα κινητικά προβλήματα (98.4%), η τυφλότητα (97.4%), η κώφωση (94.7%), η νεφρική ανεπάρκεια (62.3%) και η σχιζοφρένια (71.6%). Δεν

αναγνωρίζονται ως αναπηρίες, ο σακχαρώδης διαβήτης (33.7%), το AIDS (30.5%), οι νευρώσεις (36.8%) και η κατάθλιψη (34.6%). Οι περιπτώσεις του καρκίνου (45.0%), της επιληψίας (46.5%) και της μεσογειακής αναιμίας (45.4%) δεν δύναται να κατηγοριοποιηθούν ως αναπηρία ή όχι γιατί το δείγμα είναι χωρισμένο περίπου στη μέση.

Τα κινητικά προβλήματα με σχετική συχνότητα 20.4%, η νοητική στέρηση με 20.2%, η τυφλότητα με 18.2%, ο αυτισμός με 12.9% και η σχιζοφρένεια με 10.7% αποτελούν τις περισσότερες σημαντικές αναπηρίες. Ενώ η κώφωση με σχετική συχνότητα 20%, η τύφλωση με 10.4%, ο σακχαρώδης διαβήτης με 10.1%, η κατάθλιψη με 9.9%, ο αυτισμός με 7.5% και οι νευρώσεις με 7.2% αποτελούν τις λιγότερες σημαντικές.

Το 2008 το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων διεξήγαγε μελέτη για την μέτρηση των στάσεων Επιχειρηματιών από την Κόρινθο σε σχέση με την αναπηρία, στην οποία αναγνωρίστηκαν (Ναι/Μάλλον Ναι) ως αναπηρία: η νοητική στέρηση (96,9%), αυτισμός (87%), κινητικά προβλήματα (96,9%), τυφλότητα (93,8%), κώφωση (90,6%). Δεν αναγνωρίστηκαν ως αναπηρίες AIDS (9,4%), οι νευρώσεις (25%) και η κατάθλιψη (31,3%). Στην επιληψία (50,1%) και τη σχιζοφρένεια (42,7%) το δείγμα ήταν περίπου μοιρασμένο στη μέση

Σε γενικές γραμμές το δείγμα ήταν διατεθειμένο να προβεί σε μία σειρά από ενέργειες προκειμένου να βοηθήσει άτομα με αναπηρίες, και έδειξαν ενδιαφέρον, ανάγκη για συμπαράσταση αλλά και θαυμασμό προς τους γονείς παιδιών με αναπηρία.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

«Διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών
υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία»

Ειρήνη Ανανιάδου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει ζητήματα προκαταλήψεων, να διερευνήσει τις γνώσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στα άτομα με αναπηρία, να προβληματίσει και να δώσει το έναυσμα για περαιτέρω ενέργειες ώστε να καταρριφθούν κάποια από τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία κατά την συναναστροφή τους με τους επαγγελματίες υγείας.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε βάση την

διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία. Η ομάδα εστίασης αποτελείτο από επαγγελματίες υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ) ενός γενικού νοσοκομείου. Στην μελέτη έλαβαν μέρος 188 άτομα εκ των οποίων τα 40 (21,4%) ήταν γιατροί, τα 7 (3,7%) νοσηλευτές ΠΕ (Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης), τα 69 (36,9%) νοσηλευτές ΤΕ (Τεχνολογικής Εκπαίδευσης), τα 41 (22%) βοηθοί νοσηλευτών, τα 7 (3,7%) φυσικοθεραπευτές και τα 23 (12,3%) άλλο. Από αυτούς οι 152 (80,8%) ήταν γυναίκες και οι 36 (19,2%) άνδρες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 39,8 (S.D.=9,32) έτη. Συγκεκριμένα, η μέση ηλικία των γυναικών ήταν τα 39,0 έτη (S.D.=9,20) και των ανδρών τα 43,3 (S.D.=9,25).

Αποτελέσματα: Στο σύνολο του δείγματος ως αναπηρίες αναγνωρίζονται η νοητική υστέρηση, ο αυτισμός (92,4%), τα κινητικά προβλήματα (98,4%), η τύφλωση (97,4%), η κώφωση (94,7%), η νεφρική ανεπάρκεια (62,3%) και η σχιζοφρένεια (71,6%). Δεν αναγνωρίζονται ως αναπηρίες, ο σακχαρώδης διαβήτης (33,7%), το AIDS (30,5%), οι νευρώσεις (36,8%) και η κατάθλιψη (34,6%). Οι περιπτώσεις του καρκίνου (45,0%), της επιληψίας (46,5%) και της μεσογειακής αναιμίας (45,4%) δεν δύναται να κατηγοριοποιηθούν ως αναπηρία ή όχι γιατί το δείγμα είναι χωρισμένο περίπου στη μέση.

Συμπεράσματα: Όπως προκύπτει από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, οι ερωτώμενοι εκφράζουν πιο θετική στάση απέναντι στα άτομα με τύφλωση ή κώφωση και λιγότερο θετική προς τα άτομα με νοητική υστέρηση ή ψυχιατρική νόσο. Παρ' όλα αυτά, το δείγμα ήταν διατεθειμένο, σε γενικές γραμμές, να προβεί σε μία σειρά από ενέργειες προκειμένου να βοηθήσει άτομα με αναπηρίες, και έδειξαν ενδιαφέρον, ανάγκη για συμπαράσταση αλλά και θαυμασμό προς τους γονείς παιδιών με αναπηρία.

Λέξεις κλειδιά: αναπηρία, παροχή υπηρεσιών, στάσεις σίγμα προκατάληψη, βλάβη, μειονέκτημα.



UNIVERSITY OF PELOPONNESE
FACULTY OF HUMAN MOVEMENT AND QUALITY OF LIFE SCIENCES
Department of Nursing

**POSTGRADUATE PROGRAMME IN MANAGEMENT HEALTH SERVICES AND
CRISIS MANAGEMENT**

**«Investigation of knowledge and attitudes of health professionals
towards people with disabilities»**

Eirini Ananiadou

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to highlight issues which have to do with prejudices, to explore the knowledge and the attitudes of the health professionals towards people with disabilities, to trouble and trigger further actions in order to abolish some of the obstacles faced by people with disabilities in their interaction with health professionals.

Method: This is a cross-sectional study. For data collection was used a questionnaire which was created based on the international and Greek literature. The focus group was consisted of health professionals (doctors, nurses, nursing

assistants, physiotherapists, social workers, etc.) of a general hospital. In this study, participated 188 people, of which 40 (21.4%) were doctors, 7 (3.7%) UE nurses (University education), 69 (36.9%) TE nurses (Technological education), 41 (22%) nursing assistants, 7 (3.7%) physiotherapists and 23 (12.3%) other. Of these, 152 (80.8%) were female and 36 (19.2%) male. The average age of the participants was 39.8 (S.D. = 9.32) years. Specifically, the average age of women was 39.0 years (S.D. = 9.20) and of men 43.3 (S.D. = 9.25).

Results: On the whole of the sample as disabilities are recognized the intellectual disability, the autism (92.4%), the physical disability (98.4%), the blindness (97.4%), the deafness (94.7%), the renal failure (62.3%) and the schizophrenia (71.6%). Non are considered as disabilities, the diabetes (33.7%), the AIDS (30.5%), the ribs (36.8%) and the depression (34.6%). The cases of the cancer (45.0%), the epilepsy (46.5%) and the thalassemia (45.4%) cannot be categorized as a disability or not, because the sample is split approximately in half.

Conclusions: As resulted by the statistical analysis of the data, those surveyed express a more positive attitude towards people with blindness or deafness and a less positive one towards people with intellectual disabilities or mental health problems. Nevertheless, the sample was prepared, in general, to take a series of steps so as to help people with disabilities, and who showed interest, need for support and admiration towards the parents of the children with disabilities.

Keywords: disability, service provision, attitudes, stigma, prejudice, impairment, handicap.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ackerman, N.W., Jahoda, M. (1950). *Anti-Semitism and Emotional Disorder*. New York: Harper and Brothers.Z

Adams, P. (2000). High Hurdles for Able-Bodied. *The Weekend Australian*, Sat 21 October, p 31.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Albrecht, G.L., Seelman, K., Bury, M. (2003). *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks, CA, Sage.

Allport, G.W. (1935). Attitudes. In C.M. Murchison (ed.), *Handbook of Social Psychology*. Worcester, Mass., Clark University Press. H. Milford, Oxford University Press.

Allport, G.W. (1979). *The nature of prejudice (25th anniversary edition)*. Cambridge, MA: Perseus.

Altman, B.M. (1981). Studies of attitudes toward the handicapped: The need for a few direction. *Social Problems*, vol. 28(3), pp. 321-337.

Amosun, A., Kambalmetore, S., Maart, S. and Ferguson, G. (2013). Undergraduate physiotherapy education in Malawi – The views of students on disability. *Malawi Medical Journal*, vol. 25(2), pp. 40-44.

Anthony, W. (1972). Societal rehabilitation changing society's attitude toward the physically and mentally handicapped. *Rehabilitation Psychology*, vol. 19, pp. 117-126.

Antonak, R.F. (1981). Prediction of attitudes toward disabled persons: a multivariate analysis. *The Journal of General Psychology*, vol. 104(1), pp. 119–123.

Antonak, R.F. & Livneh, H. (1988). *The measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics and scales*. Springfield, IL: Thomas.

Antonak, R.F. & Livneh, H. (2000). Measurement of attitudes towards persons with disabilities. *Disability and rehabilitation*, vol. 22, pp. 211-224

Arokiasamy, C.M.V., Rubin, S.E. and Roessler, R.T. (2001). Sociological aspects of Disability. In S.E. Rubin & R.T. Roessler. Foundations of the vocational Rehabilitation process (5th ed., pp. 151-183) Austin, Texas: Pro-Ed.

Arul, M.J. (1977). Measurement of Attitudes. Working paper 58. Available: <http://arulmj.net/atti2-a.html> &

https://www.researchgate.net/publication/46435712_Measurement_of_Attitudes

Bakheit, A.M. & Shanmugalingam, V. (1997). A study of the attitudes of a rural Indian community toward people with physical disabilities. *Clinical Rehabilitation*, vol. 11(4), pp. 329-334.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, p 247. Department of Psychology, Stanford University, California.

Barnes, C. (1996). Theories of Disability and the Origins of the Social Oppression of Disabled People in Western Society. In L. Barton, (ed.). *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*, pp. 43–60. London, Longman.

Barnes, C. (2000). A Working Social Model? Disability, work and disability politics in the 21st century, *Critical Social Policy*, vol. 20(4), pp. 441-457.

Barnes, C., Mercer, G. & Shakespeare, T. (1999). *Exploring disability: A sociological introduction*. Cambridge, UK: Polity Press.

Bowe, F. (1978). *Handicapped America: Barriers to disabled persons*. New York: Harper & Row.

Brown, R. & Hewstone, M. (2005). An integrative theory of intergroup contact. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 37, pp. 255-343). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.

Bender, L.F. (1981). Presidential address to the American academy for cerebral palsy and developmental medicine. *Developmental Medicine and Childhood Neurology*, vol. 23, pp. 103-108.

Bennett, P. and Murphy, S. (1997). *Psychology and Health Promotion*. Health Psychology Series. Open University Press, Bucks. (UK).

Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966) *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*, Garden City, NJ: Doubleday & Co.

Biernat, M. & Dovidio, J.F. (2000). Stigma and stereotypes. In T.F. Heatherton, et al (eds). *The Social Psychology of Stigma*, pp. 88 -125. New York: Guilford Press.

Biklen, D. (1987). The culture of policy: Disability images and their analogues in public policy. *Policy Studies Journal*, vol. 15(3), pp. 515-535.

Bohner, G. (2001). Attitudes and attitudes change. In M. Hewstone & W. Stroebe (eds). *Introduction to Social Psychology*, 3rd edition, pp. 239-282 Oxford, UK: Blackwell.

Boyle, M.A. (1997). Social barriers to successful reentry into mainstream organizational culture: Perceptions of people with disabilities. *Human Resource Development Quarterly*, vol. 8(3), pp. 259-268.

Breckler, S.J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 47(6), pp. 1191-1205.

Breckler, S.J. & Wiggins, E.C. (1989). Affect versus evaluation in the structure of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 25(3), pp. 253-271.

Brenner, S.O. & Bartell, R. (1983). The psychological impact of unemployment: a structural analysis of cross-sectional data. *Journal of occupational psychology*, vol. 56(2), pp. 129-136.

Brodwin, M.G. and Orange, L.M. (2002) Attitudes toward disability. In J.D. Andrew & C.W. Faubion (Eds.), *Rehabilitation services: An introduction for the human services professional* (pp. 145-173). Aspen Professional Services.

Brostrand, H.L. (2006). Tilting at Windmills: Changing Attitudes towards People with Disabilities. *Journal of Rehabilitation*, vol. 72(1), pp. 4 –9.

Byrd, E.K. and Timothy, R.E. (1988). Media and Disability: A Discussion of Research. In H.E. Yuker (ed), *Attitudes toward Persons with Disabilities*, 82-95. New York: Springer Publishing.

Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6(1) pp. 65-72.

Available: <http://apt.rcpsych.org/content/aptrpsych/6/1/65.full.pdf>

Byron, M. and Dieppe, P. (2000). Educating health professionals about disability: attitudes, attitudes, attitudes. *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 93 pp. 397- 398.

Carling, P.J. (1995). *Return to the community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York: The Guilford Press.

Chamberlain, J. (1979). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York, NY: McGraw-Hill.

Charlton, J. (1998). *Nothing about Us without Us: Disability Oppression and Empowerment*. Los Angeles: University of California Press.

Chenoweth, L.M., Pryor, J., Jeon, Y. and Com, M. (2004). Disability – specific preparation programme plays an important role in shaping students' attitudes

towards disablement and patients with disabilities. *Learning in Health and Social Care*, vol. 3(2), pp. 83-91.

Christie, I., Batten, L. and Knight, J. (2000). *Committed to Inclusion? The Leonard Cheshire Social Exclusion Report*. London: Leonard Cheshire.

Chubon, R.A. (1982). An analysis of research dealing with the attitudes of professionals toward disability. *Journal of Rehabilitation*, vol. 48, pp. 25–30.

Chubon, R.A. (1994). *Social and psychological foundations of rehabilitation*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Chynoweth, C. (2000). *Wheel Power*. *The Daily Telegraph*. April 1, pp. 36-37.

Cook, D. (1992). Psychological impact of disability. In R.M. Parker & E.M. Szymanski (Eds.). *Rehabilitation counseling basics and beyond* (pp. 249–272). Austin, TX: PRO-ED.

Cook, D. (1998). Psychosocial impact of disability. In R.M. Parker, E.M. Szymanski (eds). *Rehabilitation counseling: Basics and beyond* (3rd edition), Austin, TX: Pro-Ed.

Cook, S.W. (1978). Interpersonal and attitudinal outcomes in cooperating interracial groups. *Journal of Research and Development in Education*, vol. 12, pp. 97–113.

Corker, M. (1998). *Deaf and Disabled, or Deafness Disabled? (Disability, Human Rights, and Society)*. Buckingham Philadelphia: Open University Press

Crocker, J., Major, B. & Steele, C. (1998). *Social Stigma In: D.T. Gilbert, S.T. Fiske & G. Lindzey (Eds). The Handbook of Social Psychology, 4th Edition*. Boston: McGraw Hill.

Cross, R.M. (2005). Exploring attitudes: the case for Q methodology. *Health education research. Theory & Practice*, vol. 20(2), pp. 206-213.

Crow, L. (1996). Including all of our lives: renewing the social model of disability. In C. Barnes & G. Mercer, (eds). *Exploring the Divide*. Disability Press, pp. 55-72. Available: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Crow-exploring-the-divide-ch4.pdf>

Daruwalla, Ph. & Darcy, S. (2005). Personal and Societal Attitudes to Disability. *Annals of Tourism Research*, vol. 32(3), pp. 549-570.

Davis, F. (1961). Deviance disavowal: The management of strained interactions by the visibly handicapped. *Social Problems*, vol. 9(2), pp. 120-132.

Available: <https://briannashetler.files.wordpress.com/2012/09/davischapter.pdf>

Deal, M. (2006). *Attitudes of Disabled People towards other Disabled People and Impairment Groups*. Doctoral Thesis. City University London: Health Care Research Unity, School of Nursing and Midwifery.

Dejong, G. & Lifchez, R. (1983). Physical disability and public policy. *Scientific American*, vol. 248(6), pp. 40-49.

DeLoach, C.P. (1994). Attitudes toward disability: Impact on sexual development and forging of intimate relationships. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, vol. 25(1), pp. 18-25.

Dionne, C.D. et al. (2013). Examining Implicit Attitudes towards Exercisers with a Physical Disability. *Scientific World Journal*. Available:

https://www.researchgate.net/publication/236940893_Examining_Implicit_Attitudes_towards_Exercisers_with_a_Physical_Disability

Douglas, J.D. (1970). *Understanding everyday life: Towards the reconstruction of sociological knowledge*. Chicago: Aldine Pub. Co.

Drainoni, M.L., Lee-Hood, E., Tobias, C., Bachman, S.S., Andrew, J. & Maisels, L. (2006). Cross-disability experiences of barriers to health-care access. *Journal of Disability Policy Studies*, vol. 17(2), pp. 101-115.

Dubrow, A.L. (1965). Attitudes towards disability. *Journal of Rehabilitation*, vol. 31(4), pp. 25-26.

Eagly, A.H. and Chaiken, S. (1998) Attitude structure and function. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske, and G. Lindzey, (Eds). *The Handbook of Social Psychology*, 4th ed., vol. 1, pp. 269-322. New York, McGraw-Hill.

Elmaleh, G.Y. (2000). A study of attitudes toward employees with disabilities. (PhD dissertation, Yeshiva University, 2000). ProQuest Digital Dissertations database.

English, R.W. (1971). Correlates of stigma toward physically disabled persons. *Rehabilitation Research and Practice Review*, vol. 2(4), pp. 1-17.

English, R.W. & Oberle, J.B. (1971). Toward the Development of New Methodology for Examining Attitudes toward Disabled Persons. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, vol. 15(2), pp. 88-96.

Evans, J.H. (1976). Changing attitudes towards disabled persons: An experimental study. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 19(4), pp. 572-579.

Finkelstein, V. (1980). Attitudes and disabled people: Issues for Discussion. World Rehabilitation Fund. *International Exchange of Information in Rehabilitation*. Monograph Number 5, pp. 22-34.

Findler, L., Vilchinsky, N. & Werner, S. (2007). The multidimensional attitudes scale toward persons with disabilities (MAS): Construction and validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, RCB 50:3, pp. 166-176.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley, Reading, MA.

Florian, V. (1981). Objective obstacles in hiring disabled persons - the employer's point of view. *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 4(2), pp. 167-174.

Florian, V. & Kehat, D. (1987). Changing High School Students' Attitudes towards disabled people. *Health and Social Work*, vol. 12(1), pp. 57-63.

Fries, K. (1997). *Staring Back: The Disability Experience from the Inside Out*. New York: Plume.

Furnham, A. & Pendred, J. (1983). Attitudes towards the mentally and physically disabled. *British Journal of Medical Psychology*, vol. 56(2), pp. 179-181.

Gething, L. (1991). Generality versus specificity of attitudes towards people with disabilities. *British Journal of Medical Psychology*, vol. 64(1), pp. 55-64.

Gething, L. (1991). *Interaction with Disabled Persons Scale Manual and kit*. Sydney: University of Sydney (ISBN 0 86758 4998)

Gething, L. (1992a). Judgements by health professionals of personal characteristics of people with a visible physical disability. *Social Science and Medicine*, vol. 34(7), pp. 809-815.

Gething, L. (1993). Attitudes toward people with disabilities of physiotherapists and members of the general population. *Australian Journal of Physiotherapy*, vol. 39(4), pp.291-296.

Gething, L. & Westbrook, M. (1983). Enhancing physiotherapy students' attitudes towards disabled people. *Australian Journal of Physiotherapy*, vol. 29, pp. 48-52.

Gilbert, A., MacCauley, M. & Smale, B. (1997). Newspaper Portrayal of Persons with Disabilities Over a Decade. *Therapeutic Recreation Journal*, 31(2), pp. 108-120.

Gleitman, H. (1991). *Psychology*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Penguin Group.

Available: <https://www.freelists.org/archives/sig-dsu/11-2012/pdfKhTzvDli8n.pdf>

Goelen, W. (2005). An overview of the Disability Agenda in Europe. *Disability in Europe: Seminar Proceedings*. National Disability Authority (Ireland).

Goldman, R.L. (1947). *Even the night*. New York: MacMillan.

Golin, A.K. (1970). Stimulus variables in the measurement of attitudes toward disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, vol. 14, pp. 20-26.

Gottwald, H. (1970). *Public awareness about mental retardation*. Council for Exceptional Children. Research monograph.

Greenwald, A.G. (1989a). Why Attitudes are Important? In A.R. Pratkanis, S.J. Breckler, and A.G. Greenwald, Attitude Structure and Function. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. Available: <http://faculty.washington.edu/agg/bytopic.htm>

Greenwald, A.G. (1989b). Why Attitudes are Important: Defining Attitudes and Attitudes Theory 20 Year Later. In A.R. Pratkanis, S.J. Breckler, and A.G. Greenwald, Attitude Structure and Function. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. Available: <http://faculty.washington.edu/agg/bytopic.htm>

Gulick, E.E. (1997). Correlates of quality of life among persons with multiple sclerosis. *Nursing Research*, 46(6), pp. 305-311.

Gunther, B. (1981). The Political Refugee: 35 Years Later. *The International Migration Review*, vol. 15(1, 2), pp. 26-34

Hahn, H. (1982). Disability and Rehabilitation Policy: Is Paternalistic Neglect Really Benign? *Public Administrative Review*, vol. 42(4), pp. 385-389.

Hahn, H. (1982a). The need for deinstitutionalization: mental health. In G.E. Caiden and H. Siedentopf (eds). *Strategies for Administrative Reform*, 71-84. Lexington Books.

Hahn, H. (1983). Paternalism and Public Policy. *Society*, vol. 20(3), pp. 36-46.

Hahn, H. (1985a). Changing perceptions of disability and the future of rehabilitation. In L.G. Perlman and G.F. Austin (eds). *Social Influences in Rehabilitation Planning: A Blueprint for the Twenty-first Century*. National Rehabilitation Association, pp. 53-64.

Hahn, H. (1985b). Disability policy and the problem of discrimination. *American Behavioral Scientist*, vol. 28(3), pp. 293-319.

Hahn, H. (1985c). Toward a politics of disability: definitions, disciplines and policies. *The Social science Journal*, vol. 22(4), pp. 87-105.

Haney, M., & Rabin, B. (1984). Modifying attitudes toward disabled persons while resocializing spinal cord injured patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 65, pp. 431-436.

Hanson, P.T. (1988). Effects of Disability Status of Test Administrator on Attitudes towards Disabled Person Scores. Honors Theses. OpenSIUC, Southern Illinois University Carbondale.

Harris, A.I., Cox, E. & Smith, CR.W. (1971). Handicapped and impaired in Great Britain, Part 1. Great Britain. Office of Population Censuses and Surveys.

Heenan, D. (2002). It won't change the world but it turned my life around: Participants views on the personal advisor scheme in the New Deal for disabled people. *Disability & Society*, vol. 17(4), pp. 383-401.

Henwood, K. et al. (1993). Stereotyping and Affect in Discourse: Interpreting the Meaning of Elderly, Painful Self-Disclosure. In D.M. Mackie and D.L. Hamilton (eds).

Affect, Cognition and Stereotyping: Interactive Processes in Group Perception. San Diego 269-296.

Hernandez, B., Keys, C. & Balcazar, F. (2000). Employer attitudes toward workers with disabilities and their ADA employment rights: A Literature Review. *The Journal of Rehabilitation*, vol. 66 (4), pp. 4-16.

Hollinger, C.S. & Jones, R.L. (1970). Community attitudes toward slow learners and mental retardates: what's in a name? *Mental Retardation*, vol. 8(1), pp. 19–23.

Hooper, E.L. (1994). Aphasia. In B. Shaw (ed). *The ragged edge: the disability experience from the pages of the first fifteen years of the disability rag*. The advocado press. Available: <http://www.raggededgemagazine.com/archive/aphasia.html>

Hunt, B. & Hunt, C.S. (2000) Attitudes toward people with disabilities: A comparison of undergraduate rehabilitation and business majors. *Rehabilitation Education*, 14(3), 269-283.

Ingstad, B. & Grut, L. (2007). *See me, and do not forget me. People with disabilities in Kenya*. Oslo, Norway: SINTEF Health Research.

Available:

<http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Regions/Africa/LCKenya2.pdf>

Ingstad, B. & Whyte S.R. (1995). *Disability and Culture*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Jackson, K.B. (2007). *Knowledge and attitudes toward persons with physical disabilities of healthcare trainees* (Unpublished Thesis). Chicago, IL. Roosevelt University.

Jonassen, D.H. (2001). *The Handbook of Research for Educational Communications and Technology*. Lawrence Erlbaum, Bloomington, IN.

Jordan, J.E. & Friesen, E.W. (1967). Attitudes of rehabilitation personnel toward physically disabled persons in Colombia, Peru, and the United States. *Journal of Social Psychology*, vol. 74 (2), pp. 151-161.

Kamieniecki, S. (1985). The dimensions underlying public attitudes toward blacks and disabled people in America. *American Behavioral Scientist*, vol. 28(3), 367-385.

Katz, I. (1981). *Stigma: A social psychological analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Katz, D. & Stotland, E. (1959). A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. New York: McGraw Hill, vol. 3, pp. 423-475.

Kirschner, K.L., Breslin, M.L. & Iezzoni, L.I. (2007). Structural impairments that limit access to healthcare for patients with disabilities. *JAMA*, vol. 297, pp. 1121-1125.

Kothandapani, V. (1971). Validation of Feeling, Belief, and Intention to Act as Three Components of Attitude and Their Contribution to Prediction of Contraceptive Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 19 (3), pp. 321-333.

Krahe, B. & Altwasser, C. (2006). Changing negative attitudes towards persons with physical disabilities: an experimental intervention. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, vol. 16(1), pp. 59-69.

Larrivee, B. (1981). Effect of inservice training intensity on teachers' attitudes toward mainstreaming. *Exceptional Children* vol. 48(1), pp. 34–39.

Lee, T. & Rodda, M. (1994). Modification of attitudes toward people with disabilities. *Canadian Journal of Rehabilitation*, vol. 7(4), pp. 229-238.

Light, M. & Kirshbaum, H. (1977). Disabled consumer as enabled producer. *Social Policy*, vol. 8 (3), pp. 33-35. In A. Gartner, C. Greer & Fr. Rlessman (eds). *Consumer education in the human services: Pergamon Policy Studies*, pp. 59-63. Available:

https://books.google.gr/books?id=Ux6oBQAAQBAJ&pg=PA59&lpg=PA59&dq=Disabled+consumer+as+enabled+producer.+Social+Policy&source=bl&ots=O3t1uSqS4q&sig=IAX3N3wVS-Z-E98_7oaS1Dh3Z0Q&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwi19sT-44nNAhWLF8AKHQ1qCZsQ6AEIJzAB#v=onepage&q=Disabled%20consumer%20a%20enabled%20producer.%20Social%20Policy&f=false

Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, vol. 89(9), pp. 1328-1333.

Livneh, H. (1991). On the origins of negative attitudes toward people with disabilities. In R.P. Marinelli & A.E. Dell Orto (Eds.). *The psychological and social impact of disability*, pp.181-196. New York: Springer.

Livneh, H. & Antonak, R.F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD, US: Aspen Publishers.

Longmore, P.K. (1987). Uncovering the hidden history of people with disabilities. *Reviews in American History*, vol. 15(3), pp. 355-364.

Longoria, L. & Marini, I. (2006). Perceptions of children's attitudes towards peers with a severe physical disability. *Journal of Rehabilitation*, vol. 72(3), pp. 19-25

Maras, P.F. (1993). *The integration of children with disabilities into the mainstream*. Unpublished Ph.D. thesis, University of Kent at Canterbury.

Marks, D. (1999). *The Social Construction of Disability, Disability: Controversial debates and Psychosocial Perspectives*, London. New York: Routledge.

Marks, S.B. (1997). Abstract on reducing prejudice against children with disabilities in inclusive settings. *International Journal of Disability Development*, vol. 44, pp. 117-131

Marsh, A. & Sahin-Dikmen, M. (2002). *Discrimination in Europe (Report A)*. Project Report. European Commission Directorate General, Employment and Social Affairs, London, UK.

Marsh, A. & Sahin-Dikmen, M. (2002). *Discrimination in Europe (Report B)*. Project Report. European Commission Directorate General, Employment and Social Affairs, London, UK.

Marsh, A. & Sahin-Dikmen, M. (2002). *Discrimination in Europe (Report C)*. Project Report. European Commission Directorate General, Employment and Social Affairs, London, UK.

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

Massie, B. (2006). Participation – have we got an Attitude Problem? Paper presented in the NDA 5th Annual Conference Civic, Cultural and Social Participation: Building an Inclusive Society. Available: www.nda.ie.

Matkin, R.E., Hafer, M., Wright, W.R. & Lutzker, J.R. (1983). Pretesting artifacts: A study of attitudes toward disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, vol. 26(5), pp. 342-348.

McConkey, R., McCormark, B. & Naughton, M. (1983). Changing young people's perceptions of mentally handicapped adults. *Journal of Mental Deficiency Research*, vol. 27, pp. 279-290.

McKeever, R. (2006). *Rethink Anti-Stigma Campaign in Northern Ireland: Public Information Sheet on "what is stigma?"* (www.rethink.org).

Miles, A. (1981). *The mentally ill in Contemporary society*. Oxford: Martin Robertson.

Moore, C.L., & Feist-Price, S. (1999). Societal attitudes and the civil rights of persons with disabilities. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, vol. 30(2), pp. 19-24.

Morris, J. (1991). *Pride against Prejudice. Transforming Attitudes to Disability*. Great Britain: BPC Hazell Books. Available:

<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/morris-Pride-and-Prejudice.pdf>

Morris, J. (2005). *Citizenship and disabled People: A scoping paper prepared for the Disability Rights Commission*. Available:

<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/morris-Citizenship-and-disabled-people.pdf>

Morrison, E.H., George, V. and Mosqueda, L. (2008). Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups. *Family Medicine*, vol. 40(9), pp. 645-651.

Morrison, I. A. (2005). Attitude change among undergraduate rehabilitation Interns. *Electronic Theses, Treatises and Dissertations*. Florida State University Libraries.

Murphy, G., Murphy, L.B. & Newcomb, Th. (1937). *Experimental social psychology*. New York: Harper and Row.

Nagata, K.K. (2007). The scale of attitudes towards disabled person (SADP): cross-cultural validation in a middle income Arab Country, Jordan. *The review of disability studies: an international journal*, vol. 3(4), pp. 1-9.

National Disability Authority (2006). *Literature Review on Attitudes towards Disability*, Dublin: NDA, pp. 27-28.

National Disability Authority (2011). *A National Survey of Public Attitudes to Disability in Ireland*. Dublin: NDA, p 4.

Nicolaisen, I. (1995). Persons and Nonpersons: Disability and Personhood among the Punan Bah of Central Borneo. In B. Ingstad and S.R. Whyte. *Disability and Culture*. Berkeley: University of California Press.

Noe, R.A. (2002). *Employee training and development (2nd Ed)* New York: McGraw Hill.

Nolan, M.R., Brown, J., Davies S., Nolan, J. & Keady, J. (2006). *The Senses Framework: Improving care for older people through a relationship - centred approach*. Available from Sheffield Hallam University Research Archive (SHURA) at:

http://shura.shu.ac.uk/280/1/PDF_Senses_Framework_Report.pdf

O'Flynn, D. (2001). Approaching employment: mental health, work projects and the Care Programme Approach. *Psychiatric Bulletin*, vol. 25(5), pp. 169-171.

Oermann, M.H. & Lindgren, C.L. (1995). An educational program's effect on students' attitudes towards people with disabilities: a 1-year follow-up. *Rehabil Nurs*, vol. 20, pp. 6-10.

Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement: A sociological approach*. Palgrave Macmillan.

Oliver, M. (1996). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. Basingstoke: Houndsmills Macmillan.

Olney, M.F. & Kim, A. (2001). Beyond adjustment: Integration of cognitive disability into identity. *Disability & Society*, vol. 16(4), pp. 563-583.

Olson, J. M. & Zanna, M. P. (1993). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, vol. 44(1), pp. 117-154.

Oppenheim, A.N. (1992). Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement. Continuum, London: p 382.

Orange, LM (2002). Sexuality and disability. In MG Brodwin, FA Tellez, & S. Brodwin (Eds.), Medical, psychosocial, and vocational aspects of disability (2nd ed., pp. 53-61), Athens, GA: Elliott and Fitzpatrick

Oskamp, St. (1977). Attitudes and opinions. New Jersey: Prentice-Hall.

Ostrom, T.M. (1989). Interdependence of Attitude Theory and Measurement. In A. Pratkanis, S. Breckler & A. Greenwald (Eds). Attitude Structure and Function. Hillsdale, New Jersey, p 19.

Paris, M.J. (1993). Attitudes of medical students and health-care professionals toward people with disabilities. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, vol. 74(8), pp. 818-825.

Peace, W.J. (2002). Wishing for Kryptonity: A response to Christopher Reeve's pursuit of cure. Ragged Edge Online.

Available: <http://www.raggededgemagazine.com/extra/reevepeace.html>

Pedersen, L.L. and Carlson, P.M. (1981). Rehabilitation service providers: Their attitudes towards people with physical disabilities, and their attitudes toward each other. Rehabilitation Counseling Bulletin, vol. 24(4), pp. 275-282.

Plotnik, R. (1996). Introduction to psychology (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole

Powers, L.E., Curry, M.A., Oswald, M., Maley, S., Eckels, K. & Saxton, M. (2002). Barriers and strategies in addressing abuse within personal assistance relationships: A Survey of disabled women's experiences. Journal of Rehabilitation, vol. 68(1), pp. 4-13.

Pruett, S.R. & Chan, F. (2006). The development and psychometric validation of the disability attitude implicit association test. Rehabilitation Psychology, vol. 51(3), pp. 202–213.

Rajecki, D.W. (1990). Attitudes. Sunderland, MA: Sinauer Associates.

Rao, S. (2004). Faculty attitudes and students with disabilities in higher education: A literature review. College Student Journal, 38(2), 191–198.

Ranal, R.E., Thomas, R.E. & Dwight, S.M. (1992). Attitudes toward persons with disabilities as expressed by college students. Rehabil Educ vol. 6, pp. 77–81.

Rao, S. (2004). Faculty attitudes and students with disabilities in higher education: A literature review. College Students Journal, vol. 38(2), p 191.

Rao, A.P., Sharmila, M. and Rishita, N. (2003). Awareness of and Attitudes to Disability in Rural and Urban Communities of Andhra Pradesh, India – A

Comparative Study. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation*, vol. 2(1). Available: http://www.ijdc.ca/VOL02_01_CAN/articles/sharmila.shtml .

Rapier, J., Adelson, R., Carey, R. & Croke, K. (1972). Changes in children's attitudes toward the physically handicapped. *Exceptional Children*, vol. 39, 219–223.

Reeder, G. & Pryor, J. (2008). Dual psychological processes underlying public stigma and the implications for reducing stigma. *Mens Sana Monographs*, vol. 6 (1), pp. 175–186. Available:

[https://about.illinoisstate.edu/gdreeder/Documents/Reeder,%20Pryor%20\(2012\)%20MensSanaMonogr.pdf](https://about.illinoisstate.edu/gdreeder/Documents/Reeder,%20Pryor%20(2012)%20MensSanaMonogr.pdf)

Reichel, E.A. (1975). Changing attitudes toward the disabled. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, vol. 6, p 188.

Richardson, S.A., Goodman, N., Hastorf, A.H. & Dornbusch, S.M. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*, vol. 26(2), pp. 241–247.

Richardson, S.A. & Ronald, L. (1977). The effect of a physically handicapped interviewer on children's expression of values toward handicap. *Rehabilitation Psychology*, vol. 24 (4), pp. 211-218.

Ringlaben, R.P. & Price, J.R. (1981). Regular classroom teachers' perception of mainstreaming effects. *Exceptional Children*, 47, 302–304.

Roehrer, G.A. (1959). A study of certain public attitudes toward the orthopedically disabled: A comparison of knowledge of and certain attitudes toward the orthopedically handicapped as related to three groups differing in extent of contact with a rehabilitation program. Unpublished doctoral dissertation, New York University.

Roehrer, G.A. (1961). Significance of public attitudes in the rehabilitation of the disabled. *Rehabilitation Literature*, vol. 22, pp. 66-72.

Rosenbaum, C. & Katz, S. (1980). Attitudes toward the physically disabled: Beliefs and their evaluation. *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 3(1), pp. 15-20.

Rosenberg, M. (1956). Cognitive structure and attitudinal affect. *Journal of Abnormal Social Psychology*, vol. 53(3), pp. 367-372.

Rosenthal, D.A., Chan, F. & Livneh, H. (2006). Rehabilitation students' attitudes toward persons with disabilities in high- and low-stakes social contexts: a conjoint analysis. *Disability and Rehabilitation*, vol. 28(24), pp. 1517-1527.

Roush, S.E. (1986). Health professionals as contributors to attitudes towards persons with disabilities. A special communication, *Physical Therapy*, vol. 66(10), pp. 1551-1554.

- Rusch, F.R., Wilson, P.G., Hughes, C. & Heal, L.W. (1995). Interaction of persons with severe mental retardation and their non-disabled co-workers in integrated work settings. *Behavior Modification*, vol. 19(1), pp. 59 -77.
- Rubin, S.E. & Roessler, R.T. (1995). *Foundations of the Vocational Rehabilitation Process* (4th ed.), Austin, Texas: Pro-Ed.
- Ruffner, R.H. (1990). The invisible issue: Disability in the media. In M. Nagler (Ed.). *Perspectives on disability* (pp.143–146). Palo Alto, CA: Health Markets Research.
- Satchidanand, N. et al. (2012). Attitudes of Healthcare Students and Professionals toward Patients with Physical Disability: a systematic review. *American Journal of Medicine Rehabilitation*, vol. 91(6), pp. 533-545.
- Scheer, J. & Groce, N. (1988). Impairment as a human constant: Cross-cultural and historical perspectives on variation. *Journal of Social Issues*, vol. 44(1), pp.23-37
- Schneider, C.R. & Anderson, W. (1980). Attitudes toward the stigmatized: Some insights from recent research. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, vol. 23, pp. 299-313.
- Scullion, P.A. (1999). Conceptualizing disability in nursing: some evidence from students and their teachers. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29(3), pp. 648-657.
- Seccombe, J.A. (2007a). Attitudes towards disability in an undergraduate nursing curriculum: a literature review. *Nurse Education Today*, vol. 27(5), pp. 459–465.
- Seifert, K.H., & Bergmann, C. (1983). Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Einstellungen gegenüber Körperbehinderten. [The Development of an inventory to measure attitudes towards the physically disabled]. *Heilpädagogische Forschung*, vol. 10, pp. 290–320.
- Shakespeare, T. (1994) Cultural Representation of Disabled People: Dustbins for Disavowal. *Disability & Society*, vol. 9(3), pp. 283-299.
- Shakespeare, T., Gillespie-Sells, K. & Davies, D. (1996). *The sexual politics of disability: untold desires*. Cassell.
- Sherif, M. & Sherif, C.W. (1953). *Groups in harmony and tension: An integration of studies on intergroup relations*. New York: Octagon.
- Siller, J. (1964). Reaction to physical disability by the disabled and the non- disabled. *American Foundation for the Blind Research Bulletin*, vol. 7, pp. 27-36.
- Siller, J. (1964). Personality determinants of reaction to the physically disabled. *American Foundation for the Blind Research Bulletin*, vol. 7, pp. 37-52.
- Siller, J. (1964). *Studies in reaction to disability: II. Personality determinants of reactions to the physically handicapped*. New York: New York University Press.

Siller, J. (1969). The general form of the Disability Factor Scales series (DFS-G). Unpublished manuscript. New York: University School of Education, New York.

Siller, J., Chipman, A., Ferguson, L.T. & Vann, D.H. (1967). Studies in reactions to disability: XI. Attitudes of the nondisabled toward the physically disabled. New York: New York University Press. Available:

http://www.archive.org/stream/attitudesofnondi00jero/attitudesofnondi00jero_djvu.txt

Smart, J. (2002). Disability, society and the individual. Austin, Texas: Pro ed.

Smith, T.E.C. (1981) Employer concerns in hiring mentally retarded persons Rehabilitation Counselling Bulletin, vol. 24(4), pp. 316-318.

Stachura, K. & Garven, F. (2003). Comparison of occupational therapy and physiotherapy students' attitudes towards people with disability. Physiotherapy, vol. 89(11), pp. 653-664.

Stachura, K. & Garven, F. (2007). A national survey of occupational therapy students' and physiotherapy students' attitudes to disabled people. Clinical Rehabilitation, vol. 21(5), pp. 442-449.

Stalker, K. (1999). Letters. British Journal of Learning Disabilities, vol. 27(3), pp. 117-118.

Staniland, L. (2009). Public Perceptions of Disabled People: Evidence from the British Social Attitudes Survey 2009. Office for Disability Issues HM Government.

Stiker, H.J. (1997/1982) Corps infirmes et sociétés. Essais d' anthropologie historique, Paris: Dunod (First edition published in 1982 in Paris: Aubier Montaigne and revised edition in 1997. The 1997 revised edition translated into English, A History of Disability, by William Sayers (2000). Ann Arbor: University of Michigan Press).

Stone, J. (2001). Behavioral discrepancies and construal processes in cognitive dissonance. In G. Moskowitz (Ed.). Cognitive social psychology: The Princeton symposium on the legacy and future of social cognition, pp. 41-58. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Strohmer, D.C., Grand, S.A. & Purcell, M.J. (1984). Attitudes toward persons with a disability: An examination of demographic factors, social context, and specific disability. Rehabilitation Psychology, vol. 29(3), pp. 131-145.

Strong, E.K. (1931). Change of interest with age. Stanford, CA: Stanford University Press

Stubbins, J. (1984). Vocational rehabilitation as social science. Rehabilitation Literature, vol. 45(11-12), pp. 375-380.

Sunnerhagen, K.S. (2013). Reflecting the World Report on Disability: A Report from Sweden. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 93(1), pp. S42-S46).

Susman, J. (1994). Disability, stigma and deviance. *Social Science and Medicine*, vol. 38(1), pp. 15–22.

Tait, K. & Purdie, N. (2000). Attitudes toward disability: teacher education for inclusive environments in an Australian university. *International Journal of Disability, Development and Education*, vol. 47(1), pp. 25–38.

Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. London: Academic Press.

Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1993). Promises made and promises to be broken In P. Wehman (Ed.), *The ADA mandate for social change* (pp. 255-268) Baltimore: P. H. Brookes Pub. Co.

Tervo, R.C., Palmer, G. and Redinius, P. (2004). Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, vol. 18(8), pp. 908-915.

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, vol. 190, pp. 192–193.

Thurstone, L.L. (1928). Attitudes Can Be Measured. *American Journal of Sociology*, vol. 33, pp. 529-554.

Available: https://brocku.ca/MeadProject/Thurstone/Thurstone_1928a.html

Tollifson, J. (1997). Imperfection is a beautiful thing: On disability and meditation. In K. Fries, (Ed.). *Staring back: The disability experience from the inside out*. New York: Plume, pp. 105-112.

Triandis, H.C. (1971). *Attitude and attitude change*. New York: Wiley, p 232.

Triandis, H.C., Adamopoulos, J., Brinberg, D. (1984). Perspectives and issues in the study of attitudes In R.L. Jones (Ed.), *Attitudes and attitude change in special education: Theory and practice*. Reston, VA: The Council of Exceptional Children pp. 21-40.

Available: <https://archive.org/stream/attitudesattitud00regi#page/n3/mode/2up>

Trawick, S.S. (1990). Attitudes of baccalaureate nursing students and faculty toward persons with physical disabilities. Unpublished doctoral dissertation, Florida State University.

Tröster, H. (1990). *Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten*. [Attitudes and behavior towards the disabled]. Bern: Huber.

Turner, B.S. (1987). *Medical power and social knowledge*. London: Sage.

U.S. Department of Health and Human Services (2010). Healthy People 2010. Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Services.

Union of the Physically Impaired, (1976). Fundamental principles of disability. Union of the Physically Impaired, London, p 14. Available:

<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf>

Üstün, T.B., Chatterji, S., Bickenbach, J.E., Trotter II, R.T. & Saxena, S. (2001). Disability and cultural variation: The ICIDH-2 cross-cultural applicability research study. In T.B. Üstün, S. Chatterji, J.E. Bickenbach, R.T. Trotter, II, R. Room, J. Rehm & S. Saxena (Eds.). Disability and culture: Universalism and diversity. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

Van Brakel, W.H. (2006). Measuring health-related stigma—a literature review,” *Psychology, Health & Medicine*, vol. 11(3), pp. 307–334.

Van Der Klift, E. & Kunc, N. (1994). *Hell-Bent on Helping: Benevolence, Friendship, and the Politics of Help*. Broadreach, Counseling & Mediation.

Available: <http://www.broadreachtraining.com/articles/arhellbe.htm>

Venter, C. et al. (2002). Enhanced accessibility for people with disabilities living in urban areas. Retrieved September 11, 2007.

Available: www.globalride-sf.org/images/DFID.pdf.

Venzmer, G. (1968). *Five thousand years of medicine*. New York: Taplinger.

Vilchinsky, N. & Findler, L. (2004). Attitudes towards Israel's Equal Rights for People with Disabilities Law: A multi-perspective approach. *Rehabilitation Psychology*, vol. 49(4), pp. 309–316.

Voh, J. (1993) On Belonging: A place to stand, a gift to give. In A.P. Turnbull, J.A. Patterson, S.K. Behr, D.L. Murphy, J.G. Marquis, MJ Blue-Banning (Eds). *Cognitive Coping, families and disability* (pp. 151-163) Baltimore: Brookes.

Available: <https://kuscholarworks.ku.edu/handle/1808/6252>

Watson, N. (2002). Well, I know this is going to sound very strange to you, but I don't see myself as a disabled person: identity and disability. *Disability and Society*, vol. 17(5), pp. 509-527.

Weinberg, N. (1978). Modifying social stereotypes of the physically disabled. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, vol. 22, pp. 115–123.

Weisel, A., Kravetz, S., Florian, V. & Shurka-Zernitsky, E., (1988). The structure of attitudes toward persons with disabilities: An Israeli validation of Siller's Disability Factor Scales–General (DFS-G). *Rehabilitation Psychology*, vol. 33(4), pp. 227–238.

White, M.J., Jackson, V. & Gordon, P.J. (2006). Implicit and Explicit Attitudes toward Athletes with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, vol. 72(3), pp. 33-40

WHO, International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Wilder, D.A. (1978). Perceiving persons as a group: Effects on attributions of causality and beliefs. *Social Psychology*, vol. 41(1), pp. 13-23.

Wright, B.A. (1983). *Physical disability: A psychosocial approach* (2nd ed.). New York, US: HarperCollins.

Available: <https://archive.org/stream/physicaldisabili00beat#page/6/mode/2up>

Yedidia, M.J., Berry, C.A. & Barr, J.K. (1996). Changes in physicians' attitudes toward AIDS during residency training: a longitudinal study of medical school graduates. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 37(2), pp. 179-191.

Yuker, H.E. (1983). The lack of a stable order of preference for disabilities: A response to Richardson and Ronald. *Rehabilitation Psychology*, vol. 28(2), pp. 93-103.

Yuker, H. (1988). *Attitudes toward Persons with Disabilities*. New York: Springer Publishing Company.

Yuker, H.E. (1994). Variables that influence attitudes toward people with disabilities: Conclusions from the data. *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 9(5), pp. 3-22.

Yuker, H.E. (1995). Attitudes. In A.E. Dell Orto & R.P. Marinelli (Eds.). *Encyclopedia of disability and rehabilitation* (pp. 94-99). Macmillan Library Reference USA.

Yuker, H.E., Block, J.R. & Youngg, J.H. (1966). The measurement of attitudes toward disabled persons. Albertson: N.Y. (Human Resources Center).

Yuker, H.E., Block, J.R. & Youngg, J.H. (1970). The measurement of attitudes toward disabled persons. Albertson: N.Y. (Human Resources Center).

Available: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED044853.pdf>

Zernitsky-Shurka, E. (1988). The impact of cultural, ethnic, religious, and national on attitudes toward persons with a physical disability: A review. In H.E. Yuker (Ed), *Attitudes toward person with disabilities: Progress and prospects* (pp. 96-106). New York: Springer Publishing Co.

Zesiewicz, T.A. et al. (2007). Social security disability insurance (SSDI) in Parkinson's disease. *Disabil Rehabil*, vol. 29, pp. 1934-1936.

Zimbardo, P. & Ebbessen, E.B. (1969) *Influencing attitudes and Changing Behavior* Reading, MA: Addison Wesley Publishing Co. [Revised, 1977].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΕΠΑΠ, (2007). Η ένταξη της διάστασης της αναπηρίας στις πολιτικές και στις πρακτικές. ΙΚΠΑ.

ΕΣΑμεΑ, (2005). Προσβασιμότητα το κλειδί για την εξάλειψη των διακρίσεων (σελ. 6-7).

ΕΣΑμεΑ, (2006). Θέματα Αναπηρίας. Συνέντευξη Φωτεινής Τσαλίκογλου (σελ. 11-14)

ΕΣΑμεΑ, (2008). Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας: Εγχειρίδιο εκπαιδευόμενου (σελ. 46-47, 78-82)

ΙΚΠΑ, (2007). Έρευνα σε Υπηρεσίες και Φορείς Διαμόρφωσης και Εφαρμογής Κοινωνικής Πολιτικής στην Περιφέρεια Θεσσαλίας, για την ένταξη των ατόμων με αναπηρία. Ευρωπαϊκό έτος ίσων ευκαιριών για όλους 2007.

ΕΤΤΑΔ, (2007). Κατανόηση της αναπηρίας. Ένας πρακτικός οδηγός, (σελ. 4).

Νικολαΐδου, Σ.Β. (2005) Ο αποκλεισμός Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες από τον Ελληνικό Χώρο (σελ. 421-447). Περιέχεται στο: Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής (4^η Έκδοση). Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα. Διαθέσιμο: http://www.ekke.gr/open_books/Koin_apok/koin4/#/16

Παπάνης, Ε. (2008). Στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρία. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Διεύθυνση Συμβουλευτικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού και Εκπαιδευτικών Δραστηριοτήτων.

Παπαστάμος, Σ. (1990). Σύγχρονες έρευνες στην κοινωνική ψυχολογία II. Διομαδικές Σχέσεις. Αθήνα: Οδυσσέας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Μέσω του παρόντος ερωτηματολογίου διεξάγεται μια μελέτη που έχει ως πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας για τα άτομα με αναπηρία. Πιστεύουμε ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που ακολουθεί θα συμβάλλει σημαντικά στην εκπλήρωση του σκοπού αυτού. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις ειλικρινά και αυθόρμητα. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο. Όλες οι απαντήσεις σας είναι απόρρητες και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και τον χρόνο που διαθέσατε.

Ειρήνη Ανανιάδου

(Επικοινωνία: email: ananiadourena@yahoo.gr)

Έτη προϋπηρεσίας;

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| ως 5 έτη | <input type="checkbox"/> |
| 6 – 10 έτη | <input type="checkbox"/> |
| 11 – 15 έτη | <input type="checkbox"/> |
| 16 – 20 έτη | <input type="checkbox"/> |
| Πάνω από 20 έτη | <input type="checkbox"/> |

Οικογενειακή κατάσταση:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| Έγγαμος | <input type="checkbox"/> |
| Άγαμος | <input type="checkbox"/> |
| Διαζευγμένος | <input type="checkbox"/> |

Έχετε παιδιά;

- | | |
|-----|--------------------------|
| Ναι | <input type="checkbox"/> |
| Όχι | <input type="checkbox"/> |

ΜΕΡΟΣ Β

1) Ποιες από τις παρακάτω περιπτώσεις αναφέρονται σε άτομα με αναπηρία;

	Ναι	Μάλλον ναι	Μάλλον όχι	Όχι
Άτομο που πάσχει από καρκίνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο που πάσχει από σακχα- ρώδη διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο με νοητική καθυστέρηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο με AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο με μεσογειακή αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο με αυτισμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο με κινητικά προβλήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο με τύφλωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο με κώφωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο που πάσχει από επιληψία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο που πάσχει από νευρώσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άτομο που πάσχει από κατάθλιψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Από τις παραπάνω περιπτώσεις αναπηρίας που έχετε επιλέξει, ποιες θεωρείται σοβαρότερες και ποιες λιγότερο σοβαρές;

Περισσότερο σοβαρές 1)..... 2)..... 3).....

Λιγότερο σοβαρές 1)..... 2)..... 3).....

3) Έχετε κάποια μορφή αναπηρίας

Ναι

Όχι

Αν ναι, τι είδους αναπηρία;

4) Γνωρίζετε κάποια άτομα με αναπηρία

Ναι

Όχι

Αν η απάντηση είναι «ναι» συμπληρώστε τα ακόλουθα

α) Το άτομο αυτό ανήκει:

Στο οικογενειακό κύκλο

Στο φιλικό περιβάλλον

Στον επαγγελματικό χώρο

Άλλο

β)Πόσο συχνά συναντάται αυτό το άτομο;

Συχνά

Περιστασιακά

Σπάνια

5)Ποια είναι η γνώμη σας για τις παρακάτω προτάσεις

	Ναι	Μάλλον ναι	Μάλλον όχι	Όχι
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας είναι ήρεμα				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας μπορούν να εξελιχθούν επαγγελματικά				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας απομονώνονται από τον κόσμο				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας συμπεριφέρονται με φιλικότητα;				

Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
	Ναι	Μάλλον ναι	Μάλλον όχι	Όχι
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας αλλάζουν εύκολα διάθεση;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας δεν μπορούν να απασχοληθούν με τίποτα άλλο πέρα από χειρωνακτικές εργασίες;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας εξαρτώνται από τους άλλους;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας είναι συνεργάσιμα;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους μόνα τους;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας εκνευρίζονται εύκολα όταν δεν γίνεται αυτό που θέλουν;				

Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
	Ναι	Μάλλον ναι	Μάλλον όχι	Όχι
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας φέρονται εχθρικά;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας προκαλούν δυσφορία;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας πρέπει να περιθάλπονται σε ιδρύματα;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας έχουν τις ίδιες ανάγκες με τους υπόλοιπους ανθρώπους;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Οι σχέσεις των ενηλίκων ατόμων (με τους παρακάτω τύπους αναπηρίας) με το άλλο φύλο μπορούν να είναι ολοκληρωμένες ;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Θα πρέπει η αντισύλληψη να επιβάλλεται δια νόμου στα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				

♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας μπορούν να παντρευτούν;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
	Ναι	Μάλλον ναι	Μάλλον όχι	Όχι
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας μπορούν να κάνουν παιδιά;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας μπορούν να σπουδάσουν;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				
♦ Τα άτομα με τον παρακάτω τύπο αναπηρίας μπορούν να έχουν κοινωνική ζωή;				
Κινητικά προβλήματα				
Νοητική υστέρηση				
Ψυχιατρική νόσο				
Τυφλότητα				
Κώφωση				

6) Πόσο διατεθειμένοι θα ήσαστε να κάνετε καθεμία από τις παρακάτω ενέργειες;

	Ναι	Μάλλον ναι	Μάλλον όχι	Όχι
Θα συμμετείχατε σε σεμινάρια επιμόρφωσης σχετικά με την περίθαλψη ατόμων με αναπηρία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα κάνατε παρέα με οικογένεια στην οποία υπάρχει άτομο με αναπηρία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Θα μοιραζόσασταν τη θέση στο λεωφορείο με άτομο με αναπηρία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα αγοράζατε κάρτες ή ημερολόγια προκειμένου να ενισχύσετε ένα σχολείο για παιδιά με αναπηρία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον όχι	Όχι
Θα συνομιλούσατε με τη γειτόνισσα – μητέρα ενός παιδιού με αναπηρία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα ενισχύατε οικονομικά μια φτωχή οικογένεια με άτομο με αναπηρία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θα χρησιμοποιούσατε την ίδια τουαλέτα με ένα άτομο με αναπηρία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7)Υπάρχουν ειδικές τουαλέτες για άτομα με αναπηρίες στο Νοσοκομείο στο οποίο δουλεύεται;

Ναι	<input type="checkbox"/>
Όχι	<input type="checkbox"/>
Δεν ξέρω	<input type="checkbox"/>

8)Για τους γονείς ενός παιδιού με αναπηρία:

	Ναι	Μάλλον ναι	Μάλλον όχι	Όχι
Αισθάνεστε οίκτο – συμπόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αδιαφορείτε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Τους θαυμάζετε για το κουράγιο
τους
Νιώθετε την ανάγκη να τους
συμπαρασταθείτε

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Πόσο συμφωνείτε με καθεμία από τις παρακάτω φράσεις

	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ
♦ Τα αδέρφια των ατόμων με αναπηρία είναι δυστυχισμένα γιατί επωμίζονται το βάρος της αναπηρίας των αδελφών τους				
♦ Ένα παιδί με αναπηρία είναι μια τιμωρία για τους γονείς του				
♦ Ένα άτομο με αναπηρία έχει την ανάγκη όλων μας				
♦ Ένα παιδί με αναπηρία είναι βάρος δυσβάσταχτο για τους γονείς του				
♦ Τα παιδιά με αναπηρία θα έπρεπε να κλείνονται σε ειδικά ιδρύματα				
♦ Τα παιδιά με αναπηρία δεν θα έπρεπε να έρχονται στον κόσμο				
♦ Η φροντίδα ενός παιδιού με αναπηρία δίνει βαθύτερο νόημα στη ζωή μας				
♦ Οι γονείς που έχουν ήδη αποκτήσει ένα παιδί με αναπηρία πρέπει να τεκνοποιήσουν ξανά, ώστε να αποκτήσουν ένα φυσιολογικό παιδί				

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ