ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΣΤΕΡΓΙΟΣ ΣΙΟΥΤΗΣ

ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η παροχή κοινωνικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών στα άτομα με ειδικές ανάγκες και τις οικογένειές τους (Μια διεπιστημονική προσέγγιση)

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Κλαίρη Συνοδινού
Γρηγόρης Ποταμιάνος
Σταυρούλα Σαμαρτζή

ΑΘΗΝΑ 2007

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΣΤΕΡΓΙΟΣ ΣΙΟΥΤΗΣ

ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η παροχή κοινωνικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών στα άτομα με ειδικές ανάγκες και τις οικογένειές τους (Μια διεπιστημονική προσέγγιση)

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Κλαίρη Συνοδινού
Γρηγόρης Ποταμιάνος
Σταυρούλα Σαμαρτζή

ΑΘΗΝΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Συντομογραφίες – Αρκτικόλεξα – Συμβολισμοί vii
Πρόλογος ix
Εισαγωγή 1

ΜΕΡΟΣ Α΄
ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
Οριοθέτηση του αντικειμένου της έρευνας και εννοιολογικές διασαφηνίσεις

1.1.Εισαγωγικά 6
1.2. Κοινωνιο-ψυχολογική ταυτότητα ατόμων με αναπηρία 6
1.3.Μειονότητα-πλειοψηφία 8
1.4. Κοινωνική επιρροή 9
1.5. Αναπαραστάσεις 13
1.6. Στάσεις 14
1.7. Στερεότυπα 15
1.8. Προκατάληψη 18
1.9. Αξίες 18
1.10.Ταυτότητα 21
1.11. Αυτοαντίληψη 23
1.12. Άτομα με ειδικές ανάγκες 25
1.13. Αναπηρία-Άτομα με αναπηρία 25
1.14. Νοητική υστέρηση 28
1.15. Κατηγοριοποίηση των ατόμων με Ν.Υ 33
1.15.1.Αιτίες πρόκλησης 33
1.15.2. Βαθμός νοητικής υστέρησης 34
1.15.3. Εκπαιδευτικές ανάγκες – συμπεριφορά 34
1.16. Κοινωνιοψυχολογική ανάλυση του συστήματος εαυτού 36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
Στάσεις απέναντι στην αναπηρία

2.1.Εισαγωγή 39
2.2. Γενικά στοιχειά 39
2.3. Οι στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρίες 45
2.3.1. Επισκόπηση της βιβλιογραφίας 45
2.3.2. Οι στάσεις 49
2.3.2.1.Οι στάσεις της οικογένειας 49
2.3.2.2. Οι στάσεις των Εκπαιδευτικών 52
2.3.2.3. Οι στάσεις του ιατρικού προσωπικού 54
2.3.2.4. Οι στάσεις των εργοδοτών 54
2.3.4.Οι στάσεις των ατόμων με αναπηρίες απέναντι στην αναπηρία τους 72

2.3.5. Η Αλλαγή των στάσεων 76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ιστορική προσέγγιση της ειδικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα.

3.1. Εισαγωγικά 71

3.2. Αλλαγές στην ελληνική οικογένεια 76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Το σύνδρομο Down

4.1. Εισαγωγικά 78

4.2. Πρόωρη διάγνωση – παρέμβαση 81

4.3. Συμπερασματικά 84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η οικογένεια. Η λειτουργία της ελληνικής οικογένειας

5.1. Έννοια, σκοποί της οικογένειας. 89

5.2. Μορφές οικογενειακής οργάνωσης. 94

5.3. Η ελληνική οικογένεια. 100

5.4. Προβλήματα οικογενειών με παιδιά με σύνδρομο Down 108

5.5. Το γονεϊκο κίνημα στην Ελλάδα 118

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Οι υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας

6.1. Οι υπηρεσίες υγειάς 123

6.2. Οι υπηρεσίες πρόνοιας 128

I. Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας. 138

II. Το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών, (ΚΕΑΤ). 142

III. Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. 143

IV. Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης. 145

V. Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. 145

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Οι εκπαιδευτικές υπηρεσίες του υπουργείου εθνικής παιδείας και θρησκευμάτων

7.1. Τα Κέντρα Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού - ΚΕ.ΣΥ.Π. 153

7.2. Τα Γραφεία Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού - ΓΡΑ.Σ.Ε.Π. 153

7.3. Το Γραφείο Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου - Π.Ι. 154

7.4. Οι υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης 167

7.4.1.Το σύστημα μαθητείας του ΟΑΕΔ 169

7.4.2. Το σύστημα Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ). 170

7.4.3. Σχολές Τουριστικών Επαγγελμάτων 177

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

8.1. Εισαγωγικά 186
8.2. Άξονας Προτεραιότητας 1 «Προώθηση της ισότητας των ευκαιριών πρόσβασης στην αγορά εργασίας για όλους και ιδιαίτερα για όσους απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό» 187
8.2.1. Το Μέτρο 1.2. Καταπολέμηση της σχολικής αποτυχίας και της διαρροής 189
8.3. Άξονας Προτεραιότητας 2 «Προώθηση και βελτίωση της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής κατάρτισης στο πλαίσιο της δια βίου μάθησης» 190
8.4. Τρίτος Άξονας Προτεραιότητας Ενέργεια 2.4.1: Επαγγελματικός Προσανατολισμός και Συμβουλευτική για μαθητές του Ενιαίου Λυκείου και των ΤΕΕ 192
8.5. Τέταρτος Άξονας Προτεραιότητας. «βελτίωση της πρόσβασης των γυναικών στην αγορά εργασίας». 193
8.6. Πέμπτος Άξονας Προτεραιότητας. Δημιουργία και την ενίσχυση των υποδομών για την υλοποίηση των μέτρων του ΕΚΤ 193
8.7. Έκτος Άξονας Προτεραιότητας. Τεχνική Βοήθεια που απαιτείται προκειμένου να υποστηριχθεί η υλοποίηση του Προγράμματος 194
8.8. Συμμετοχή σε αυτόνομα διευρωπαϊκά προγράμματα 195
8.8.1. Το ERASMUS MUNDUS. 195
8.8.2.Το SOCRATES 195
8.8.3. Comenius: Αφορά τη Σχολική Εκπαίδευση 196
8.8.4. Erasmus: Αφορά την Τριτοβάθμια Εκπαίδευση 199
8.8.5. Lingua που αφορά την Εκμάθηση Ευρωπαϊκών Γλωσσών. 200
8.8.6. Minerva που αφορά στις Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας στην Εκπαίδευση. 201
8.8.7. Παρατήρηση και Καινοτομία των Εκπαιδευτικών Πολιτικών και Συστημάτων. 202
8.8.8. Το πρόγραμμα Leonardo da Vinci II. 204
8.8.9. Το Tempus. 206

ΜΕΡΟΣ Β΄ (Η ΕΡΕΥΝΑ)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1. Χρησιμότητα και σκοπός της έρευνας 215
1.2. Ερευνητικά ερωτήματα 216
1.3. Οριοθέτηση και πλαίσιο έρευνας 216
1.4. Μέσο συλλογής δεδομένων 217
1.5. Δείγμα 219
1.6. Επεξεργασία ερωτηματολογίου και ανάλυση δεδομένων 219
1.7. Στατιστικά κριτήρια 219

1.8. Περιγραφή του δείγματος 225

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1. Υπηρεσίες Υγείας & Πρόνοιας: Ποιότητα υπηρεσιών και προσωπικό 230
2.2. Προγεννετικός Έλεγχος 249
2.3. Το μαιευτήριο: οι υπηρεσίες και το προσωπικό 256
2.4. Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια Ανώτερη και Επαγγελματική Εκπαίδευση 264
2.5. Οικονομική ενίσχυση 278
2.6. Συμπεριφορά συγγενών και φίλων 281
2.7. Συναισθήματα των μελών της οικογένειας 283
2.7.1. Συναισθήματα γονέων 283
2.7.2. Αδέλφια και αποδοχή της κατάστασης 290

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

3.1. Υπηρεσίες Υγείας & Πρόνοιας 293
3.2. Προγεννετικός Έλεγχος 294
3.3. Το μαιευτήριο: οι υπηρεσίες και το προσωπικό 295
3.4. Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια Ανώτερη και Επαγγελματική Εκπαίδευση 296
3.5. Οικονομική ενίσχυση 297
3.6. Συμπεριφορά συγγενών και φίλων 297
3.7. Συναισθήματα των μελών της οικογένειας 298

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 299
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 308
Προτάσεις για τη στήριξη της οικογένειας 308
Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Υγείας 310
Ελλείψεις της παρούσας έρευνας και προτάσεις για μελλοντικές μελέτες 322
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 324
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 358
Παράρτημα 1: Το ερωτηματολόγιο της έρευνας
Παράρτημα 2: Πίνακες Συχνοτήτων των Δημογραφικών Χαρακτηριστικών των υποκειμένων
Παράρτημα 3: Πίνακες Συνδυαστικών Συχνοτήτων των Κυρίων Ερωτήσεων και στατιστικές αναλύσεις (στατιστικό κριτήριο χ2)ως προς το φύλο των υποκειμένων
Παράρτημα 4: Πίνακες Συνδυαστικών Συχνοτήτων των Κυρίων Ερωτήσεων και στατιστικές αναλύσεις (κριτήριο χ2)ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων
Παράρτημα 5: Ανάλυση διακύμανσης ανεξάρτητων δειγμάτων
Παράρτημα 6: Ανάλυση Διακύμανσης ως προς τη μεταβλητή φύλο
Παράρτημα 7: Θέσεις και αιτήματα των οικογενειών με παιδιά με Σύνδρομο Down.

Συντομογραφίες – Αρκτικόλεξα - Συμβολισμοί

ΑΕΙ	= Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Α.Μ.Α	= ΄Ατομο(α) με Μειονεξίες και Αναπηρίες
Α. Π. Σ	= Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών
C.D.E.S	= Commission Départementale d'Education Spéciale
CEDEFOP	= Ευρωπαϊκό Κέντρο Ανάπτυξης της Επαγγελματικής Κατάρτισης
Δ. Ν	= Δείκτης Νοημοσύνης
Ε.Ε	= Ευρωπαϊκή ΄Ενωση
ΕΙΔ.Ε.Α	= Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες
ΕΙΔ.ΕΚ	= Ειδική Εκπαίδευση
ΕΚΑΚΒ	= Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας
ΕΚΤ	= Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο
ΕΛ. ΚΕ. ΠΑ	= Ελληνικό Κέντρο Παραγωγικότητας
Ε. Π	= Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ	= Εκπαίδευση και Αρχική Επαγγελματική Κατάρτιση
Ε.Σ.Ε.Ε.Κ	= Εθνικό Σύστημα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης
ΕΣΥ	= Εθνικό Σύστημα Υγείας
EUROSTAT	= Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία
ΕΤΠΑ	= Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης
ΙΔΕ	= Ινστιτούτο Διαρκούς Επιμόρφωσης για Δημόσιους Υπάλληλους
ΙΔΕΚΕ	= Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων
ΙΕΚ	= Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης
ΙΚΥ	= Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών
ΙΕΛ	= Ινστιτούτο Επεξεργασίας Λόγου
I.S.O	= International Statistical Office
Κ.Ε.Κ	= Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης
ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ	= Κέντρο Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία
ΚΕΠΕΠ	= Κέντρο Περίθαλψης Παίδων
ΚΕΣΥΠ	= Κέντρα Συμβουλευτικής Προσανατολισμού
Μ.Δ.Δ.Ε	= Μαράσλειο Διδασκαλείο Δημοτικής Εκπαίδευσης
Μ.κ.Α	= Μειονεξία και Αναπηρία
ΜΚΟ	= Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
ΜΜΕ	= Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας
NARIC	= Δίκτυο Εθνικών Κέντρων Πληροφόρησης για την Αναγνώριση Ακαδημαϊκών Τίτλων
Ν. Υ	= Νοητική Υστέρηση

ΟΑΕΔ	= Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
ΟΕΕΚ	= Οργανισμός Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης
ΟΤΑ	= Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠΕΓΚΑΠ	= Πανελλήνια Ένωση Γονέων Κηδεμόνων Αναπήρων Παίδων
ΠΕΚ	= Προπαρασκευαστικά Εκπαιδευτικά Κέντρα
Π. Ι	= Παιδαγωγικό Ινστιτούτο
Π.Σ	= Πρόγραμμα Σπουδών, (Αναλυτικό Πρόγραμμα)
ΣΕΛΕΤΕ	= Σχολή Επιμόρφωσης Λειτουργών Επαγγελματικής Τεχνικής Εκπαίδευσης
ΣΕΠ	= Σχολικός Επαγγελματικός Προσανατολισμός
ΤΕΕ	= Τεχνικό Επαγγελματικό Εκπαιδευτήριο
ΤΕΙ	= Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Τ.Ε.Σ.Ε.Α	= Τεχνική Επαγγελματική Σχολή Ειδικής Αγωγής
ΤΕΦΑΑ	= Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής &Αθλητισμού
Τ. Π. Ε	= Τοπικό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης
UK	= Ηνωμένο Βασίλειο
ΥΠ.Ε.Π.Θ	= Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων
W.H.O	= World Health Organization

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα εργασία πραγματοποιούμε μελέτη της ελληνικής οικογένειας μέλη της οποίας αποτελούν άτομα με Σύνδρομο Down. Εξειδικευμένα επιχειρούμε να προσεγγίσουμε τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει, στο πλαίσιο της ελληνικής κοινωνίας. Κυρίως επιχειρούμε να προσδιορίσουμε τις γνώμες αλλά και τις προτάσεις τους για τις υπηρεσίες και τους φορείς υποστήριξης που εμπλέκονται στη στήριξη του ανάπηρου μέλους τους. Οι υπηρεσίες και οι φορείς αυτοί προσδιορίζονται κυρίως σε θέματα:

α) Υγείας

β) Πρόνοιας

γ) Σχολικής Εκπαίδευσης

δ) Επαγγελματικής εκπαίδευσης.

Η κυρίως ερευνητική εργασία άρχισε το Μάρτιο του 1997. Η συλλογή, η επεξεργασία και η συγγραφή της ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2004. Σε όλη τη διαδικασία θεωρώ ιδιαίτερα σημαντική τη συμβολή και παντοειδή στήριξη των παρακάτω προσώπων στα οποία εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες.

Στα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστήμιου κ. Κλαίρη Συνοδινού Καθηγήτρια και πρόεδρο της επιτροπής, τον Καθηγητή κ. Γρηγόρη Ποταμιάνο, και την Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Σταυρούλα Σαμαρτζή, διότι με δέχτηκαν ως μεταπτυχιακό φοιτητή στο Τμήμα Ψυχολογίας.

Στον Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Γεώργιο Δράκο, ο οποίος με ενθάρρυνε στο ξεκίνημα της έρευνας. Στον κ. Γεώργιο Τσιναρέλη, Ειδικό Παιδαγωγό και Σχολικό Σύμβουλο, ο οποίος βοήθησε ποικιλοτρόπως στην ολοκλήρωση της έρευνας.

Στον κ. Σάββα Παπαπέτρου ο οποίος ανέλαβε τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας.

Στη συλλογή του υλικού για την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σημαντική ήταν η συμβολή του προσωπικού του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης, του Διοικητικού Προσωπικού του Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ, του αείμνηστου Παναγιώτη Ρομπόκη, της κ. Σταματίνας Κωνσταντινίδου, της κ. Ζωής Ντρούγκα, της κ. Αλεξάνδρας Μωραϊτη, της κ. Όλγας Κουτούμπου και του προσωπικού της βιβλιοθήκης του Κέντρου Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών.

Η ερευνητική εργασία δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί εάν δεν ανταποκρίνοταν οι γονείς στους οποίους εστάλησαν τα ερωτηματολόγια, τους

οποίους ευχαριστώ θερμά. Επίσης ευχαριστώ τους διευθυντές και το προσωπικό των Μονάδων Ειδικής Εκπαίδευσης που στήριξαν αυτή την προσπάθεια. Ειδικότερα για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων στα υποκείμενα της έρευνας από 14 Νοεμβρίου του 2000 έως 5 Απριλίου του 2001 ευχαριστώ τους υπευθύνους των παρακάτω Ειδικών Κέντρων και Σχολείων.

Τον Πρόεδρο του Συλλόγου Ατόμων με Σύνδρομο Down Ελλάδας κ. Γεωργιάδη και τις κ. Μακαβού και Κάκαλη .

Τον Διευθυντή του Ψυχολογικού Κέντρου Ξάνθης κ. Ρόμπο και την κ. Μαγδαληνή Ζησοπούλου, Βρεφονηπιοκόμο Παιδαγωγό στο ίδιο Κέντρο.

Τον πρόεδρο κ. Εμμανουήλ Σιγουράκο, την Επιστημονική Διευθύντρια κ. Αικατερίνη Τζουνούπη και την Κοινωνική Λειτουργό κ. Μπενετάτου του Σικιαρίδειου Ιδρύματος.

Τον Πρόεδρο και το Διευθυντή της ΠΕΓΚΑΠ κυρίους Εμαννουηλίδη και Βασιλάκη.

Την κ. Ψαράφτη και τις Κοινωνικούς Λειτουργούς κ. Κουζαμηνά και Καραγιώργου από το Κέντρο Ειδικής Αγωγής ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ.

Τις Κοινωνικές Λειτουργούς κ. Ευθυμιοπούλου και Τσαλαφούτα της Υπηρεσίας Ειδικής Παιδαγωγικής του Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, ΣΤΟΥΠΑΘΕΙΟΝ.

Την Κοινωνική Λειτουργό του Ειδικού Κέντρου ΧΛΟΗ.

Τον Πρόεδρο και την Κοινωνική Λειτουργό του ΚΕΠΕΠ Λεχαινών κ. Παναγιωτόπουλο και κ. Καμαρίδου.

Τον Διευθυντή του 1ου Ειδικού Δημοτικού Σχολείου Πατρών κ. Καρακόϊδα, τον Διευθυντή του 1ου Ειδικού Σχολείου Χανίων κ. Ζεμανάκη, τον Διευθυντή του 3ου Ειδικού Σχολείου Ηρακλείου Κρήτης κ. Καζνακίδη και τον Σχολικό Σύμβουλο κ. Βενάρδο.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους κ. Γκιουλόγλου και Καρακάξη που με βοήθησαν στη συλλογή των ερωτηματολογίων, στην ταξινόμηση του ερευνητικού υλικού καθώς και σε άλλες πρακτικές λεπτομέρειες της εργασίας.

Σιούτης Στέργιος
Καλοκαίρι 2006

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μελετούμε τις οικογένειες ατόμων με Σύνδρομο Down διότι σε σχέση με άλλες οικογένειες ατόμων με Νοητική Υστέρηση αποτελούν ιδιαίτερο αντικείμενο έρευνας.

Για τους παραπάνω λόγους η διερεύνηση των προβλημάτων των οικογενειών αυτών μπορεί να γίνει με σχετικά μικρό δείγμα υποκειμένων έρευνας. Της επιλογής του ερευνητικού αυτού θέματος προηγήθηκε προβληματισμός όχι μόνο για τα πλεονεκτήματα από πλευράς μεθοδολογίας για τη διερεύνηση ενός τέτοιου θέματος αλλά και από λόγους οι οποίοι σχετίζονται με την πεποίθησή μας για την αναγκαιότητα διερεύνησης προβλημάτων κοινωνικών ομάδων και διατύπωση προτάσεων γι' αυτές με σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των μελών τους. Από την πολυετή επαφή μας στο χώρο των ατόμων με αναπηρίες με τα ίδια άτομα και τις οικογένειές τους διαπιστώσαμε πως ενώ άτομα με αναπηρίες όπως (άτομα με προβλήματα όρασης ή κινητικές αναπηρίες) επιτυγχάνουν από ικανοποιητική έως και άριστη ποιότητα ζωής ή με τις προσπάθειές τους ή σε ατομικό είτε σε συλλογικό επίπεδο. Τα άτομα με ΝΥ εξαιτίας της φύσης της ανεπάρκειάς τους και της δυσκολίας ανάπτυξης του γονεϊκού κινήματος υπολείπονται σε επιτεύγματα. Παράλληλα στην επαφή μας με τους μετεκπαιδευομένους δασκάλους στο Μαράσλειο Διδασκαλείο Δημοτικής Εκπαίδευσης, Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Αθηνών από το 1995 στα πλαίσια διδασκαλίας μας του μαθήματος Κοινωνιολογία των προσώπων με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες είχαμε την ευκαιρία να αναπτύξουμε διάλογο και προβληματισμό για το εκπαιδευτικό πλαίσιο ατόμων με ΝΥ.

1) Από το διάλογο με τους γονείς των ατόμων με ΝΥ,
2) τους μετεκπαιδευομένους δασκάλους οι οποίοι παρακολουθούσαν τη διδασκαλία του μαθήματος με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες,
3) τις γνώσεις από τις παιδαγωγικές και κοινωνικές επιστήμες και,
4) από τις γενικές γνώσεις άλλων επιστημών, εχοντας υπόψη τα παραπάνω, πιστεύουμε πως η διεπιστημονική διερεύνηση και η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών από τους εμπλεκόμενους θα έχει θετικά αποτελέσματα.

Από τη μελέτη του προβλήματος της ΝΥ και των αιτιών που την προκαλούν επιλέξαμε τη μελέτη όπως αναφέρθηκε παραπάνω της Ελληνικής οικογένειας ατόμων με Σύνδρομο Down διερευνούμε τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει

και τις απόψεις και προτάσεις των μελών της για τις εμπλεκόμενες υπηρεσίες υποστήριξης.

Αναλυτικότερα η έρευνά μας εστιάζεται:

Α) στο πολύπλοκο πρόβλημα της ΝΥ. Η ΝΥ υπήρχε πάντα στην ανθρωπότητα αλλά δεν ήταν πάντα και παντού πρόβλημα στον ίδιο βαθμό όπως στις μέρες μας διότι στις απλές πρωτόγονες κοινωνίες δέχονταν και δέχονται με μεγαλύτερη συγκαταβατικότητα και άνεση το άτομο με ΝΥ σε αντίθεση με τις τεχνολογικά προηγμένες κοινωνίες μας με τον έντονο ανταγωνισμό των μελών τους οι κοινωνίες αυτές θέτουν βασικούς περιορισμούς και εμπόδια στην ένταξη και ενσωμάτωση των ατόμων με ΝΥ.

Β) Το τι είναι η νοημοσύνη, ποια η φύση και η έννοιά της. Αυτό το πολύ σοβαρό θέμα αποτέλεσε και αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού των εμπλεκομένων στη μελέτη του.

Γ) Το Σύνδρομο Down ως αιτία ΝΥ υψηλού ποσοστού ατόμων αλλά και προβλημάτων υγείας στο άτομο με Σύνδρομο Down. Εδώ θα θέλαμε να επισημάνουμε:

1) πως η χρωμοσομική αιτία του Σύνδρομου Down και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία χαρακτηρίζουν τα άτομα με Σύνδρομο Down γίνονται εγκαίρως γνωστά στους ειδικούς γι' αυτό και θέτονται θέματα βιοηθικής,

2) το άτομο με Σύνδρομο Down αντιμετωπίζει μια σειρά προβλήματα υγείας για τα οποία απαιτείται η παρέμβαση συναφών υπηρεσιών και ειδικών για να τα αντιμετωπίσουν. Η εμπλοκή των ειδικών βεβαίως είναι επιθυμητή και στην έγκαιρη διάγνωση και στην αντιμετώπιση των όποιων προβλημάτων υγείας του ατόμου με Σύνδρομο Down εφιστούμε όμως την προσοχή στους εμπλεκόμενους για τον κίνδυνο ιατρικοποίησης της αναπηρίας. Εφόσον αντιμετωπίζεται αυτή μόνο με ιατρικά κριτήρια και όχι ως σύνολο εμποδίων τα οποία θα πρέπει να δίνουμε τις δυνατότητες στο άτομο με αναπηρία να ξεπερνά.

Δ) Την Ελληνική οικογένεια γενικότερα τον μετασχηματισμό της από εκτεταμένη μορφή που είχε σε υψηλότερο ποσοστό παλαιότερα σε σχέση με σήμερα ιδιαίτερα στην ύπαιθρο σε πυρηνική ή και μονογονεϊκή στα αστικά κέντρα.

Ε) Την Ελληνική οικογένεια ατόμων με Σύνδρομο Down και τα προβλήματά της η οποία ενώ πιστεύεται πως δύσκολα αντέχει βάρη όπως είναι η εξάρτηση ή η ανικανότητα ενός από τα μέλη της διατηρεί σε ικανοποιητικό βαθμό τη συνοχή της.

Ως προς τις επιπτώσεις στον ψυχισμό γονέων πιστεύουμε σύμφωνα και με τα δεδομένα από τη μελέτη της Διεθνούς Βιβλιογραφίας αλλά και την Ελληνική πραγματικότητα οι γονείς θα αισθάνονται απέναντι στην κατάσταση του παιδιού τους ανάμικτα ή αρνητικά συναισθήματα στην πλειοψηφία τους και αισθήματα ζήλιας για τους άλλους γονείς άλλοτε ναι και άλλοτε όχι ή ντροπή για το παιδί τους σε υψηλό ποσοστό. Η συμπεριφορά του άμεσου και έμμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος απέναντι στην οικογένεια των ατόμων με Σύνδρομο Down πιστεύουμε πως σύμφωνα πάντα με δεδομένα από άλλες χώρες και της Ελληνικής πραγματικότητας άλλοτε θα είναι θετική και άλλοτε αρνητική ανάλογα και με τις στάσεις και αντιλήψεις των μελών του άμεσου και έμμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος απέναντι στην αναπηρία γενικότερα. Ενώ η κατανομή του Σύνδρομο Down στο ίδιο ποσοστό σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και κοινωνικά στρώματα είναι ίδια φαίνεται πως τα άτομα με Σύνδρομο Down τα οποία παρακολουθούν ειδικά προγράμματα πιθανόν θα ανήκουν στην πλειοψηφία τους σε οικογένειες χαμηλής οικονομικοκοινωνικής θέσης σε στατιστικά σημαντικό ποσοστό, διότι υψηλό ποσοστό ατόμων με Σύνδρομο Down οικογενειών υψηλής οικονομικοκοινωνικής θέσης παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα στο σπίτι.

Για τους παραπάνω λόγους η υλοποίηση κατάλληλων προγραμμάτων για άτομα με Σύνδρομο Down και τις οικογένειές τους από τις εμπλεκόμενες υπηρεσίες και ειδικούς θα έχουν θετικές επιπτώσεις στη ζωή των οικογενειών αυτών.

ΣΤ) Τις υπηρεσίες υγείας. Μελετούμε τις υπηρεσίες υγείας διότι όπως και ο γενικός πληθυσμός απευθύνεται στις υπηρεσίες αυτές για να αντιμετωπίσει προβλήματα υγείας έτσι και οι οικογένειες ατόμων με Σύνδρομο Down στην πλειοψηφία τους θα απευθύνονται στις ίδιες υπηρεσίες για να αντιμετωπίσουν είτε γενικά είτε ειδικά προβλήματα υγείας τα οποία σχετίζονται με το Σύνδρομο Down. Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας για τις υπηρεσίες υγείας εστιάσαμε την προσοχή μας σε επισημάνσεις από μελετητές για αδυναμίες:

1) στις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού,
2) στην πρωτοβάθμια φροντίδα,
3) στη συμπεριφορά του προσωπικού εξαιτίας έλλειψης κατάλληλης εκπαίδευσης για χειρισμό ατόμων με νοητικές αναπηρίες και ειδικότερα με Σύνδρομο Down και
4) και τις δυσκολίες προσέγγισης των δικαιούχων στις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα αλλά με χαμηλό οικονομικό κόστος και ευκολία προσέγγισης των ιδίων υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα αλλά με υψηλό

οικονομικό κόστος, γι' αυτό και θεωρούμε πιθανόν η πλειοψηφία των οικογενειών ατόμων με Σύνδρομο Down να απευθύνεται στις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα όπου και υψηλό ποσοστό γονέων θα αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα.

Ζ) Μελετούμε επίσης τις υπηρεσίες πρόνοιας στις οποίες θα απευθύνονται οι οικογένειες προκειμένου να στηριχθούν με κατάλληλα προγράμματα υποστήριξης. Οι επισημάνσεις από μελετητές όπως διαπιστώσαμε στη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας αλλά και τα αιτήματα που διατυπώνουν οι γονείς των ατόμων με ΝΥ μας κάνουν να πιστεύουμε πως η πλειοψηφία τους θα θεωρούν τα προνοιακά προγράμματα στήριξης ανεπαρκή.

Η) Μελετούμε επίσης τις υπηρεσίες εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας διότι η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αυτών θα έχει ως αποτέλεσμα την παρακολούθηση από το σύνολο των ατόμων με Σύνδρομο Down εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Θ) Τις υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης των Υπουργείων Παιδείας και Εργασίας. Θεωρούμε πως η επαγγελματική εκπαίδευση με προοπτική την εργασία των ατόμων αυτών είναι βασική προϋπόθεση για την ένταξη και ενσωμάτωσή τους σε προστατευμένο ή ημιπροστατευμένο ή στο γενικότερο κοινωνικό σύνολο.

Ι) Η ποιότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων του γενικού ή ειδικού σχολείου και των προγραμμάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης των υπουργείων Παιδείας και Εργασίας ή ιδιωτικών φορέων και η υλοποίηση αυτών από τις συναφείς υπηρεσίες και τους φορείς θα συμβάλλει επίσης στην ένταξη και ενσωμάτωση των ατόμων με Σύνδρομο Down.

Τέλος θεωρούμε τον ρόλο των Υπουργείων Παιδείας και Εργασίας σημαντικό στον προγραμματισμό της σχετικής εκπαιδευτικής πολιτικής αλλά και τον ρόλο του Υπουργείου Υγείας και πρόνοιας επίσης σημαντικό στον προγραμματισμό κατάλληλων προγραμμάτων υποστήριξης.

ΜΕΡΟΣ Α΄
ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
Οριοθέτηση του αντικειμένου της έρευνας και εννοιολογικές διασαφηνίσεις

1.1. Εισαγωγικά

Διάφορες βιβλιογραφικές πηγές, σχετικές έρευνες κλπ. επισημαίνουν ότι η πλειονότητα των ατόμων με αναπηρία αντιμετωπίζουν κοινωνικά, σχολικά ψυχολογικά κ.ά. προβλήματα προσαρμογής.

Πολλές φορές τα άτομα με αναπηρία αισθάνονται ότι ανήκουν σε μια διαφορετική ομάδα. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να θεωρούν ως ενδο-ομάδα μόνο την ομάδα των δικών και ως εξω-ομάδα το σύνολο των συνομηλίκων.

Τα ευρήματα μάλιστα επιβεβαιώνουν ότι ανάμεσα στα μέλη ενεργοποιούνται ένα σύνολο στάσεων, συμπεριφορών και κοινωνικών αναπαραστάσεων που ευνοούν τα μέλη της ίδιας ομάδας σε σχέση με τα μέλη της αντίπαλης ομάδας (βλ. Μαντόγλου Α., 1995, σ. 89 και Παπαστάμου Στ., 1990).

Βέβαια, εδώ, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι η εσω-ομάδα περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους και παράγοντες που την επηρεάζουν, όπως για παράδειγμα αποδεικνύεται στην έρευνα των Triandis H.C., Vassiliou V. & Nassiakou M., (1968, σ. 399).

«Ο ελληνικός ορισμός της εσω-ομάδας περιλαμβάνει τα μέλη της ευρύτερης οικογένειας, τους φίλους– ακόμα και τουρίστες, εφόσον φιλοξενούνται από την οικογένεια-όχι όμως άτομα άγνωστα ακόμη και όταν αυτά είναι Έλληνες».

Η αλληλεπίδραση με «τον άλλο» με τη συγχρονική ή την ιστορική έννοια δεν είναι απαραίτητη για την εμφάνιση στη συνείδηση του υποκειμένου των παραδοχών, των πεποιθήσεων και των στάσεων απέναντί του. Παραδοχές, πεποιθήσεις και στάσεις απέναντι στους Γάλλους π.χ. μπορεί να έχει κανείς χωρίς ποτέ να γνωρίσει έστω και ένα Γάλλο).

1.2. Κοινωνιο-ψυχολογική ταυτότητα ατόμων με αναπηρία

Ο καθορισμός της κοινωνιο-ψυχολογικής ταυτότητας των ατόμων με αναπηρία αποτελεί για μας πρωτεύοντα στόχο.

Για να το πετύχουμε θα προσπαθήσουμε καταρχάς να τους κατηγοριοποιήσουμε και να τους ταυτίσουμε κοινωνικά. Η κατηγοριοποίηση και η κοινωνική ταύτιση των ατόμων με αναπηρία, όπως θα διαπιστώσουμε αμέσως πιο κάτω, κρίνεται απαραίτητη για τους ακόλουθους λόγους:

«Μόνο η κατηγοριοποίηση, το να ανήκουμε δηλαδή σε μια ομάδα και όχι σε μια άλλη, έχει μια πραγματική κοινωνική αξία» (Leyens J.-Ph., 1996, σ. 101)

Ο Παπαστάμου Στ. (1989) λέει ότι την κατηγοριοποίηση «θα μπορούσε κανείς να περιγράψει σχηματικά σαν μια διαδικασία που χαρακτηρίζεται από την έξαρση των παρατηρουμένων ομοιοτήτων μεταξύ των μελών της ίδιας ομάδας ή κοινωνικής κατηγορίας και από την έξαρση των παρατηρούμενων διαφορών ανάμεσα σε μέλη αντιτιθέμενων ομάδων ή κοινωνικών κατηγοριών προσδιορίζοντας έτσι τη συγκεκριμένη θέση του ατόμου στην κοινωνία, δηλαδή την κοινωνική του ταυτότητα».

Η αντίστοιχη άποψη του Tajfel H., (1981) είναι ότι για να αντιλαμβάνεσαι το περιβάλλον στο οποίο ζεις πρέπει να μπορείς ταξινομείς τους ανθρώπους και τα αντικείμενα που βλέπεις ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν.

Οι Παπαστάμου Στ.- Μιούνυ Γκ. (1983,σ. 54) συμπληρώνουν «η κοινωνική ταύτιση να νοηθεί σαν μια οποιαδήποτε κοινωνική κατηγοριοποίηση. Με την έννοια ότι ένα άτομο θεωρεί μια κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει, αναπόσπαστο κομμάτι του εαυτού του».

Κατά τον Γκότοβο Αθ., (1996, σ. 7) «Σε συνθήκες απόλυτης ανωνυμίας οι δείκτες με βάση τους οποίους προσανατολίζει το υποκείμενο τη συμπεριφορά του απέναντι στον «άλλο» είναι κατηγοριακού τύπου. Πρόκειται για πληροφορίες που λειτουργούν ως απάντηση στο ερώτημα «σε ποια(-ες) κατηγορία (-ες) ανήκει ο άλλος; Τέτοιοι δείκτες μας επιτρέπουν να ταξινομούμε τον «άλλον» με βάση τον άξονα της ηλικίας, του φύλου, του επαγγέλματος, της κοινωνικής ιεραρχίας κ.ο.κ. Η ταξινόμηση του «άλλου» με βάση μία ή περισσότερες από τις κατηγορίες αυτές μας επιτρέπει να δημιουργήσουμε κάποιο ακριβές ή ανακριβές, έχει λιγότερη σημασία προφίλ για τον «άλλον», να τον συγκεκριμενοποιούμε κοινωνικά».

Ο Turner J.C., (1981, σ. 93-118) διατυπώνει την άποψη ότι το άτομο ορίζει τον εαυτό του έχοντας για σημείο αναφοράς την υπαγωγή του σε μια ξεχωριστή και συγκεκριμένη κοινωνική κατηγορία ή ομάδα της οποίας άλλωστε έμαθε και ενστερνίστηκε τους στερεότυπους κανόνες και αξίες. Ορισμένοι τρόποι συμπεριφοράς, σκέψης, αξιολόγησης κλπ. θεωρούνται ότι είναι κριτήρια με τα οποία κρίνεται αν ένα άτομο ανήκει στη μια ή στην άλλη κοινωνική κατηγορία ακριβώς επειδή υποτίθεται ότι χαρακτηρίζουν την κατηγορία αυτή.

Στη συνέχεια για να οικοδομήσουμε το πλαίσιο της εργασίας μας, κρίναμε απαραίτητο να ορίσουμε και στη συνέχεια να αποσαφηνίσουμε εννοιολογικά τους διάφορους όρους που θα αναφέρονταν στην πορεία της εργασίας μας.

1.3.Μειονότητα-πλειοψηφία

Η μειονότητα διακρίνεται από την πλειονότητα όχι ποσοτικά αλλά ποιοτικά, δηλαδή δεν είναι η απλή αριθμητική μειοψηφία των μελών της, αλλά η μη συμμετοχή της στους κυρίαρχους κοινωνικούς κανόνες και η δημιουργία κοινωνικής σύγκρουσης (Tajfel H., 1978, Turner J.C., 1978, 1981 (από Παπαστάμου Στ., Μιούνυ Γκ., 1983, σ.117).

Ο Moscovici S. (1989, σ. 296-297) υποστηρίζει ότι «η μειονότητα προσδιορίζεται από δύο χαρακτηριστικά: από την αντινομιστική θέση και το πλήθος της. Το να επιζητούμε να καθορίσουμε τη μειονότητα μόνο από το πλήθος της, είναι σαν να την εξετάζουμε από την πιο αφηρημένη μορφή της. Και ταυτόχρονα της στερούμε την πιο συγκεκριμένη ιδιότητά της, το περιεχόμενο με το οποίο λειτουργεί στον κόσμο (Μαντόγλου Α., 1995, σ. 40 και Παπαστάμου Στ., 1989, σ. 264).

Εκτός από το είδος της συμπεριφοράς της, η μειονότητα διαφέρει από την πλειοψηφία και σε ορισμένες άλλες σημαντικές διαστάσεις. Καταρχάς, εξ ορισμού, είναι «διαφορετική» από τους υπόλοιπους κοινωνικούς φορείς και, κατά κάποιο τρόπο, διακρίνεται από αυτούς (τόσο αναφορικά με τον αριθμό των μελών της όσο και αναφορικά με την κατηγοριακή της υπαγωγή.

Εξαιτίας της ξεχωριστής θέσης που κατέχουν μέσα στο κοινωνικό σύνολο, οι μειονότητες τραβάνε αμέσως την προσοχή πάνω τους και ιδιαίτερα στο μήνυμα και τις απόψεις που υποστηρίζουν). Κατά δεύτερο λόγο είναι, a priori, λιγότερο εχέγγυος, ακριβώς επειδή, συνήθως η αντικειμενικότητα θεωρείται συνάρτηση των μεγάλων αριθμών. Ο κόσμος δηλαδή έχει την τάση να θεωρεί ότι αυτό που πιστεύουν οι πολλοί είναι και το σωστό. Τέλος, η μειονότητα υφίσταται μεγαλύτερες κοινωνικές πιέσεις. Στο σημείο αυτό η μειονοτική σταθερότητα συμπεριφοράς παίζει πρωταρχικό ρόλο. Το γεγονός ότι όχι μόνο δεν υποκύπτουν στις πιέσεις αυτές αλλά επιπλέον εξακολουθούν με σταθερότητα να διαδίδουν τις απόψεις τους παίρνει ξεχωριστή σημασία. Στις περιπτώσεις αυτές η σταθερότητα παίρνει την έννοια της βεβαιότητας, της αυτοπεποίθησης, της γενναιότητας πολλές φορές (Παπαστάμου Στ., 1993 σ. 354).

Ο Vincent B. (1994, σ. 43-47) αναφέρει ότι, σύμφωνα με τον Moscovici S., μια πηγή αποτελεί μειονότητα από τη στιγμή που έρχεται σε αντίθεση με το κυρίαρχο σύστημα κοινωνικών αξιών και ότι αυτό που καθορίζει τη θέση μιας μειονότητας είναι κατά πόσο η συμπεριφορά, οι εκτιμήσεις κλπ. μιας τέτοιας κοινωνικής ολότητας διαφέρουν απ' τις κυρίαρχες νόρμες σχετικά μ' αυτή τη συμπεριφορά, αυτές τις εκτιμήσεις κλπ.

Το πώς χαρακτηρίζονται οι μειονότητες και πώς αντιμετωπίζονται εξαρτάται από τα διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια αξιολόγησης (Παπαστάμου Στ., Μιούνυ Γκ., 1983, σ.88 και Μαντόγλου Α., 1995, σ. 111).

Ο Moscovici S. (από Moscovici S. κ. ά., 1981, σ. 199-221) θεωρεί ότι υπάρχουν μειονότητες τόσο θετικές (που χαρακτηρίζονται από ανανέωση, προοδευτικότητα κλπ.), όσο και αρνητικές (που χαρακτηρίζονται από περιθωριακότητα, κοινωνική παρέκκλιση, ανωμαλία κλπ.).

Από άλλους πάλι συγγραφείς τονίζεται ότι «η καθημερινότητα των μειονοτήτων σημαδεύεται από διακρίσεις, εχθρότητα, εκμετάλλευση από την πλευρά της εξουσιάζουσας πλειονότητας» (Αζίζι- Καλαντζή Αν. κ. ά., 1996, σ. 6.).

Ο Vincent B., (1994, σ. 18) ονομάζει τους μειονοτικούς περιθωριακούς και αποκλεισμένους, δηλαδή περιθωριακός είναι εκείνος που απομακρύνεται ηθελημένα από την κοινωνία ή εκείνος που ο τρόπος παραγωγής τον πετάει στην άκρη. Αποκλεισμένος είναι εκείνος που έχει αποφασιστικά καταδικασθεί από τη νομοθεσία ή από την κυρίαρχη κουλτούρα. Η περιθωριακότητα είναι μια κατάσταση προσωρινή, εφήμερη, ο αποκλεισμός είναι διαρκής και σε ορισμένες περιπτώσεις οριστικός. Ο περιθωριακός είναι ένας καθρέφτης. Κάθε κοινωνία παράγει περιθωριακούς, κατά κάποιο τρόπο τους εκκρίνει, τους έχει ανάγκη για να ζήσει. Κάθε κοινωνία επιδιώκει να περιχαρακώνει τους περιθωριακούς της μέσα σε ποιοτικά και ποσοτικά όρια. Επιδίδεται έτσι στο ωμό και διπλό παιχνίδι της συμπαράστασης-καταπίεσης. Αν τούτο ή εκείνο το περιθωριακό άτομο ή ομάδα την εκθέτει σε υπερβολικό κίνδυνο, δοκιμάζει να το αφομοιώσει, είτε παρέχοντάς του τα μέσα για μια «ομαλή» ζωή, είτε παραχωρώντας του μια θέση που δεν του αναγνώριζε μέχρι τότε. Αν όμως η απόπειρα αποτύχει, τότε η κοινωνία το καταδικάζει κι έτσι το αποκλείει, αναγκάζοντάς το να παραμείνει σ' ένα χώρο όπου δεν έχει επαφή με τον κυρίαρχο κόσμο.

Το να απομονώσει το κοινωνικό σύνολο κάποιους ανθρώπους φαίνεται ότι είναι πολύ πιο εύκολο από όσο καταρχήν φαίνεται.

1.4. Κοινωνική επιρροή

Είναι διάφορα γνώμες, στάσεις, στερεότυπα, κοινοτοπίες, δημιουργία εντυπώσεων, αντίληψη (μήκους, χρώματος, γωνίας κ.λπ.), αντιληπτικές ψευδαισθήσεις, μνημονικές ή διανοητικές δραστηριότητες, επίλυση προβλημάτων, αισθητικές προτιμήσεις, συγκινήσεις και διάφορες συμπεριφορές, για να μην αναφέρουμε μόνο αυτά» (Παπαστάμου Στ., 1996, σ. 25, βλ. και Allen V.L. 1965, Maass A. & Clark R.D., 1984, 428-450).

Η κοινωνική επιρροή ορίζεται ως η διαδικασία, διαμέσου της οποίας ένα άτομο ή μια κοινωνική ομάδα αλλάζει τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς του/ της, όταν βρίσκεται σε κατάσταση κοινωνικής αλληλεπίδρασης, πραγματικής ή συμβολικής, με ένα άλλο άτομο ή ομάδα. Η κοινωνική επιρροή αγκαλιάζει ένα μεγάλο σύνολο φαινομένων. Από τη μίμηση, που συνίσταται σ΄ έναν από τους τρόπους προσαρμογής στις κοινωνικές καταστάσεις και επιτρέπει στο άτομο να εγκαθιδρύσει και να διατηρήσει αλληλεπιδράσεις με τους γύρω του, τη συμμόρφωση, την υπακοή, την υποταγή, περνώντας από την υποβολή και την επικοινωνία σκέψεων, για να καταλήξει στην καινοτομία και την ιδεολογική μεταστροφή (Paicheler G., 1985, σ. 18 από Μαντόγλου Α., 1995, σ. 28).

«Η κοινωνική επιρροή ποικίλλει τόσο από την άποψη των μορφών, όσο και από την άποψη των αποτελεσμάτων. Μπορεί να είναι πλειονοτική ή μειονοτική, συνειδητή ή ασυνείδητη, άμεση ή έμμεση, προσωρινή ή διαρκείας, για να αναφέρουμε τους κύριους άξονες που μπορούν να τη χαρακτηρίσουν. Κατά συνέπεια, πρέπει να μιλάμε όχι για επιρροή αλλά για επιρροές» (Paicheler G. & Moscovici S., 1984, σ. 147 από Μαντόγλου Α., 1995).

Οι Moscovici S. και Lage E. (1976, σ. 349-365) σε μια μελέτη τους συμπεραίνουν ότι οι πλειοψηφικές και μειονοτικές πηγές επιτυγχάνουν διαφορετικές επιρροές. Ο Moscovici προσδίδει μια θεωρητική υπόσταση σ' αυτή την ιδέα υποστηρίζοντας ότι οι πλειονοτικές πηγές επιτυγχάνουν περισσότερο έκδηλη επιρροή παρά λανθάνουσα (φαινόμενο κοινωνικής ενδοτικότητας) και οι μειονότητες περισσότερο λανθάνουσα παρά έκδηλη (φαινόμενο ιδεολογικής μεταστροφής), (βλ. Hellman M.E., 1976 από Παπαστάμου Στ., 1989, σ. 29-30).

"Η κοινωνική επιρροή έχει σκοπό να μειώνει τις διαφορές ανάμεσα στα υποκείμενα, ώστε να αντιλαμβάνονται το ίδιο την πραγματικότητα και να απομακρύνει τους παραβατικούς. Επιδρά επίσης στην αλλαγή του περιβάλλοντος ή στην οργάνωσή του και επιτρέπει σε μια ομάδα να πραγματοποιήσει τους στόχους της ή να μεταλλαχθεί καλώντας για συμμετοχή όλα της τα μέλη ακόμη και τους παραβατικούς» (Doms M., Moscovici S., 1984, σ. 54).

Μόλις ασχοληθεί κανείς με τους μηχανισμούς που διέπουν τις διαδικασίες κοινωνικής επιρροής αντιλαμβάνεται αμέσως ότι πρέπει να βρίσκονται στο επίπεδο του συνόλου των κοινωνικών αναπαραστάσεων που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης κι ότι μέσα απ' αυτές τις αναπαραστάσεις δημιουργούνται και επιλύονται οι διάφορες κοινωνικο-γνωστικές και δια-ατομικές συγκρούσεις (Παπαστάμου Στ., 1989, σ. 40).

Στο ίδιο θέμα η Μαντόγλου Α. (1995, σ. 53) απαριθμεί τους ακόλουθους κοινωνιοψυχολογικούς μηχανισμούς που παρεμβαίνουν στη διαδικασία κοινωνικής επιρροής: τις κοινωνικές αναπαραστάσεις που δημιουργούνται κατά

τη διάρκεια αλληλεπίδρασης, τις γνωστικές διαδικασίες που εγείρει ο πομπός κοινωνικής επιρροής, η εστία προσοχής του στόχου, την κοινωνική κατηγοριοποίηση και κοινωνιοψυχολογική ταύτιση που υπεισέρχονται, καθώς και την ψυχολογιοποίηση ως στρατηγική αντίστασης στην κοινωνική αλλαγή.

Ένα από τα πιο ισχυρά μέσα που διαθέτει η πλειονότητα για να αντισταθεί στην κοινωνική μειονοτική επιρροή είναι η ψυχολογιοποίηση. Η ψυχολογιοποίηση φαίνεται να αποτελεί μια αποτελεσματική αντίσταση στην επιρροή των ενεργών μειονοτήτων, στο βαθμό που κάνει αφαίρεση των ατομικών ψυχολογικών διαφορών οι οποίες μπορεί να διαπερνούν τις μειονότητες. Οδηγώντας το δέκτη μειονοτικής επιρροής να θεωρήσει ότι οι μειονότητες είναι ψυχολογικά ταυτόσημες η μια με την άλλη (ή τουλάχιστον πως τα μέλη μιας μειονότητας έχουν όλα τους τα ίδια γνωρίσματα της προσωπικότητας), η ψυχολογιοποίηση προτείνει ή επιβάλλει μια ντετερμινιστική εξήγηση των μειονοτικών ιδεολογιών ανάγοντάς τες στις μόνες ψυχολογικές σταθερές τους. Θεωρώντας ότι η μειονότητα έχει έναν αδιαφοροποίητο-και αμετάβλητο- ψυχισμό ο οποίος εξαρτάται ελάχιστα (αν όχι καθόλου) από τις ατομικές ιδιοσυγκρασίες των μελών της, οδηγεί κάθε δέκτη μειονοτικής επιρροής να μην αναγνωρίζει τη μοναδική «δύναμη» των μειονοτήτων: τη σταθερότητα συμπεριφοράς, την ομοιογένεια και την ομοθυμία τους. Τα χαρακτηριστικά αυτά παύουν να αποτελούν ενδείξεις αποφασιστικότητας και αντικειμενικότητας και θεωρούνται απλές (;) συνέπειες της μειονοτικής ψυχολογίας (Παπαστάμου Στ., 1993, σ. 450).

Ο Moscovici (1979) κωδικοποίησε τα δύο μοντέλα της κοινωνικής επιρροής, το λειτουργικό και το γενετικό μοντέλο. Το πρώτο μελετά τις διαδικασίες κοινωνικής επιρροής ως ίδιον της πλειονότητας ή της πλειοψηφίας, ρίχνοντας το βάρος στην ομοιομορφία, τη συναίνεση και τη συμμόρφωση, ενώ το δεύτερο επικεντρώνεται στην κοινωνική αλλαγή και την καινοτομία, δίνοντας κεντρικό ρόλο στη σύγκρουση και σε μειονοτικά άτομα και ομάδες.

Όπως, όμως, γράφει και ο Παπαστάμου Στ. (1989α, σ. 262-263) «…η πολεμική (αναφορικά πάντοτε με την έννοια της σύγκρουσης) η οποία εγκαθιδρύθηκε μεταξύ των δύο θεωρητικών μοντέλων που δεσπόζουν σήμερα στην κοινωνική ψυχολογία των φαινομένων κοινωνικής επιρροής, πηγάζει από δύο διαφορετικές ερμηνείες μιας ίδιας πραγματικότητας, κι ότι οφείλεται λιγότερο στις διαφορετικές ικανότητες ανάλυσης και σύνθεσης κοινωνικών ψυχολόγων και περισσότερο σε στοιχεία οικονομικής, ιστορικής και πολιτικής υφής»,

Ο Moscovici (1979, σ. 80) κάνοντας την καταγραφή του λειτουργικού ρεύματος, συμπεραίνει ότι αυτό προϋποθέτει πως η κοινωνική επιρροή, όποια κι αν είναι, καταλήγει στη συμμόρφωση και ότι η συμμόρφωση είναι το μόνο φαινόμενο αλληλεπίδρασης που συνδέεται με την επιρροή: η πλειονοτική

επιρροή ασκείται για να θέσει σε κίνηση τη συμμόρφωση στις υπάρχουσες κοινωνικές νόρμες, να εξαλείψει τη σύγκρουση και να εξασφαλίσει έτσι την καλή λειτουργία και συνοχή της ομάδας ή της κοινωνίας. Κατ΄ αντίθεση με το λειτουργικό μοντέλο, το οποίο είναι στατικό και μονοσήμαντο, το γενετικό μοντέλο είναι δυναμικό και αποδέχεται την αρχή της αλληλεπίδρασης μεταξύ πομπού και δέκτη κοινωνικής επιρροής. «Η επιρροή ασκείται προς δυο κατευθύνσεις: από την πλειονότητα προς τη μειονότητα και από τη μειονότητα προς την πλειονότητα(…), και απέχει πολύ από το να είναι μονοσήμαντη από την πηγή προς το στόχο, είναι μια αμοιβαία διαδικασία η οποία προϋποθέτει δράση και αντίδραση και της πηγής και του στόχου».

Ο ίδιος μάλιστα συγγραφέας (1980) υποστηρίζει ότι η πλειονοτική επιρροή (ή η κοινωνική συμμόρφωση) μπορεί να εξηγηθεί από μια διαδικασία κοινωνικής σύγκρισης, όπου τονίζεται η ομοιότητα ή η διαφορά των απόψεων, χωρίς να δίνεται σημασία στο περιεχόμενό τους. Η προσοχή επικεντρώνεται περισσότερο στη σχέση με τα άλλα μέλη της ομάδας και όχι στο αντικείμενο. Αντίθετα, η μειονοτική επιρροή, η μεταστροφή, απορρέει από μια διαδικασία επικύρωσης, η οποία ενεργοποιεί γνωστικούς μηχανισμούς που επικεντρώνονται στο πρόβλημα που θέτει η μειονότητα.

Ο μηχανισμός που επιτρέπει σε μια μειονότητα να γίνει πηγή μειονοτικής επιρροής είναι ο τρόπος συμπεριφοράς της. Αυτό διατυπώνεται με επιτυχία από τους Mugny G. & Papastamou St. (1983) που γράφουν ότι, αυτό που καθορίζει την κοινωνική απήχηση μιας πηγής επιρροής δεν είναι τόσο το περιεχόμενο των προτάσεών της, όσο το ύφος συμπεριφοράς της: πεπεισμένη η ίδια, γίνεται πειστική.

Η πλειονοτική επιρροή λοιπόν ή η κοινωνική συμμόρφωση είναι μια ενδοτική συμπεριφορά, μια δημόσια αποδοχή, μια επιφανειακή επιρροή η οποία εξαλείφεται εύκολα, διότι δε θίγεται το γνωστικο-αντιληπτικό σύστημα των υποκειμένων. Αντίθετα, η μειονοτική επιρροή ή η καινοτομία είναι μια συμπεριφορά ιδεολογικής μεταστροφής, μια βαθιά προσκόλληση, μια «κατ' ιδίαν» κοινωνική επιρροή, η οποία αλλάζει το γνωστικό και αντιληπτικό σύστημα των υποκειμένων

Γιατί όμως η πλειοψηφία αρνείται τη μειονοτική κοινωνική επιρροή;

Ένας από τους λόγους, για τον οποίο ο πληθυσμός αρνείται τη μειονοτική επιρροή και παραμένει μέσα στα κανονιστικά πλαίσια, είναι ο φόβος διαφοροποίησης και κατηγοριοποίησης του στην ομάδα των παρεκκλινόντων. Εάν αποδεχτεί τις μειονοτικές απόψεις κινδυνεύει να τον ταυτίσουν και να ταυτιστεί με τη μειονότητα. Ή όπως τονίζει ο Turner J. (1981) η επιρροή του στόχου / πληθυσμού ανάγεται σε μια διαδικασία επανορισμού της κοινωνιοψυχολογικής του ταυτότητας και αυτο-απόδοσης όλων των

στερεότυπων μειονοτικών γνωρισμάτων. Όποιος συμφωνεί με τη μειονότητα, ταυτίζεται με αυτή και δέχεται να ξεχωρίζει. Εύκολα μπορούμε να κατανοήσουμε ότι μια μειονότητα, η οποία κατηγοριοποιείται ως μέλος της ενδοομάδας (διαθέτει κοινά γνωρίσματα με το στόχο), θα ασκήσει μια επιρροή πολύ πιο σημαντική από αυτήν μιας εξω-ομαδικής μειονότητας. Όταν η μειονότητα γίνεται αντιληπτή ως μέλος της εξω-ομάδας, ο πληθυσμός της προσδίδει αρνητικά φορτισμένα χαρακτηριστικά, πράγμα που συνεπάγεται μια δύσκολη κοινωνιοψυχολογική ταύτιση με αυτή, καθότι είναι ασυμβίβαστη με την αναζήτηση μιας θετικής ταυτότητας (Μαντόγλου Α., 1995, σ. 32-57).

1.5. Αναπαραστάσεις

«Ο κόσμος είναι η αναπαράστασή μου» έλεγε ο Schopenhauer (1814). Η Denise Jodelet στο έργο της «Τρελοί και τρέλα σε μια αγροτική περιοχή της Γαλλίας. Μια μονογραφική προσέγγιση» ορίζει την κοινωνική αναπαράσταση ως εξής:

Κοινωνική αναπαράσταση καλείται το προϊόν και η διαδικασία μιας νοητικής δραστηριότητας μέσω της οποίας ένα άτομο ή μια ομάδα ανασυντάσσει την πραγματικότητα που αντιμετωπίζει και της αποδίδει μια ειδική σημασία.

Ο Παπαστάμου Στ. (1993, σ. 192) γράφει «οι κοινωνικές αναπαραστάσεις παίζουν έναν ιδιαίτερο ρόλο στις σχέσεις που εγκαθιδρύονται ανάμεσα στις ομάδες». Σ΄ αυτό συμφωνεί και ο Gilly M., (1980) ο οποίος τονίζει ότι «το παιχνίδι των διομαδικών σχέσεων καθορίζει τη δυναμική των αναπαραστάσεων. Η ανάπτυξη των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στις ομάδες κατευθύνει τις αναπαραστάσεις που έχουν τα μέλη για τον εαυτό τους, για την ομάδα τους, για τις άλλες ομάδες και τα μέλη τους» (βλ. και Snyder M. & Cantor N., σ. 330-342, 1979, από Μαντόγλου Α., Κοινωνικές αναπαραστάσεις, 1995, σ. 25).

Από τους Moscovici S., Hewstone M. (1983) υπογραμμίζεται ότι ενώ η επιστήμη αναρωτιέται κυρίως για το «γιατί» και το «πώς» οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την απάντηση «επειδή».

Για τις αναπαραστάσεις ένας άλλος ορισμός είναι του Abric J.-C., (1988, σ. 188), «Η αναπαράσταση είναι ένα οργανωμένο σύνολο απόψεων, στάσεων, πεποιθήσεων και πληροφοριών που αναφέρονται σ ένα αντικείμενο ή σε μια κατάσταση. Καθορίζεται δε σ ένα τόσο από το ίδιο το υποκείμενο (την ιστορία του, τα βιώματά του) και από το κοινωνικό και ιδεολογικό σύστημα μέσα στο οποίο υπεισέρχεται, όσο και από τη φύση των σχέσεων που διατηρεί το υποκείμενο με αυτό το κοινωνικό σύστημα» ή «Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις ορίζονται ως η διαδικασία και το αποτέλεσμα μιας κοινωνιοψυχολογικής διεργασίας μέσα από την οποία ένα άτομο ή μια ομάδα ανασυγκροτεί την

πραγματικότητα με την οποία βρίσκεται αντιμέτωπο και της προσδίδει μια ιδιαίτερη σημασία» (βλ. και Abric J.-C., 1989, από Μαντόγλου Α., 1995, σ. 23).

Η Jodelet D. (από S. Moscovici (ed.), 1984, σ. 131-133) αναφέρει τα εξής: «αναπαριστώ σημαίνει αντικαθιστώ παίρνω τη θέση κάποιου. Με αυτήν την έννοια η αναπαράσταση είναι το νοητικό αναπαριστώμενο κάποιου πράγματος (αντικειμένου, προσώπου, γεγονότος, ιδέας κτλ.)».

Οι αναπαραστάσεις πρωτοεμφανίστηκαν στο χώρο της κοινωνιολογίας με τον Durkheim (1898) ο οποίος έκανε τη διάκριση μεταξύ των συλλογικών και ατομικών αναπαραστάσεων, θέλοντας να επισημάνει την ιδιομορφία της συλλογικής σκέψης σε σχέση με την ατομική. Η πρώτη όμως κοινωνιοψυχολογική θεωρητική προσέγγιση των κοινωνικών αναπαραστάσεων έγινε από τον Moscovici S. (1961) ο οποίος πιστεύει ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι απαραίτητες στην καθημερινή μας ζωή, στις σχέσεις που εγκαθιδρύουμε με τους άλλους, στην επικοινωνία, στις ανθρώπινες γενικότερα δραστηριότητες. Είναι μέσα απ' αυτές που τα άτομα «διαβάζουν», αποκωδικοποιούν και ελέγχουν κοινωνιογνωστικά την πραγματικότητα. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ύπαρξη και η λειτουργία μιας κοινωνίας στηρίζεται στις κοινωνικές αναπαραστάσεις, (Moscovici S., 1976, από Παπαστάμου Στ., Εισαγωγή: Μαντόγλου Α., 1995, σ. 13-19).

1.6. Στάσεις

Στάση είναι μια ψυχική οργάνωση με θετικό ή αρνητικό προσανατολισμό αναφορικά με το αντικείμενό της και ο οποίος εκφράζεται είτε μέσα από τη γενικότερη συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας κοινωνικής κατηγορίας, είτε μέσα από μια σειρά αντιδράσεων, η σημασία των οποίων είναι κοινή σε όλους. Η στάση δηλαδή δεν είναι ένα σύνολο από γνώμες (πολλές φορές ετερόνομες μεταξύ τους) η λειτουργία της έχει επιλεκτική δράση στο σύνολο των εκδηλώσεων ενός ατόμου (Παπαστάμου Στ., 1993, σ. 482).

Η Jodelet D. (1984, σ. 25) θεωρεί ότι στάση είναι μια ψυχική δομή, σχετικά σταθερή που εκφράζει το γενικό προσανατολισμό, αρνητικό ή θετικό, ενός ατόμου ή μιας ομάδας απέναντι στο αντικείμενο της κοινωνικής αναπαράστασης.

Ο Γεώργας Δ. (1990) αναφέρει τον εξής ορισμό: «Με τη χρήση της έννοιας στάση προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο, εννοείται ένα διαρκές σύστημα με γνωστικό στοιχείο, συναισθηματικό στοιχείο και τέλος, με κάποια τάση προς την έκφραση συμπεριφοράς».

Κατά τον Allport F.H. (1935), «μία στάση είναι μία πνευματική ή νευρική διάθεση, οργανωμένη από τις εμπειρίες που ασκεί μια κατευθυντήρια και

δυναμική επίδραση πάνω στη διαγωγή-συμπεριφορά ενός ατόμου σχετικά με όλα τα αντικείμενα και όλες τις καταστάσεις με τις οποίες συνδέεται".

Ο Laswell H. (1952) μας αναφέρει ότι οι στάσεις:

- συνήθως συνδέονται με εξωτερικές εικόνες
- επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου ώστε να εκδηλώνει συμπάθεια, αντιπάθεια, μίσος κλπ.
- σχετίζονται με τις διάφορες συγκινησιακές καταστάσεις. Παρουσιάζουν αντίσταση στην αλλαγή και βρίσκονται ανάμεσα στους κοινωνικούς και ατομικούς παράγοντες που επιδρούν στη συμπεριφορά.

Επιπλέον διακρίνει τρεις κατηγορίες στάσεων: τις ατομικές (προδιάθεση που οδηγεί ένα άτομο-που δρα ατομικά-να δράσει ή να αντιδράσει με έναν ορισμένο τρόπο μπροστά σε ένα εξωτερικό ερέθισμα), τις κοινές στάσεις (κοινές σε μια ομάδα ατόμων) και τέλος τις μαζικές στάσεις (δηλαδή στάσεις που οδηγούν ένα σύνολο-ένα πλήθος ατόμων-να δράσουν με ένα ορισμένο τρόπο σε μια δεδομένη κατάσταση).

Ο Γεώργας Δ. υιοθετεί για τις στάσεις τις ακόλουθες απόψεις: οι στάσεις συμπεριλαμβάνουν το στοιχείο της σταθερότητας. Οι στάσεις είναι σταθερές, δεν αλλάζουν εύκολα και αντιστέκονται στην αλλαγή, ενώ μαθαίνονται από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον.

Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι μπορεί κανείς να χρησιμοποιήσει και άλλους όρους που έχουν αντίστοιχες σημασιολογικές έννοιες με τη λέξη στάσεις, όπως θέσεις, πεποιθήσεις.

Η αλλαγή των στάσεων των πολιτών, όσον αφορά κρίσιμα ζητήματα της κοινωνίας, είναι κύριο μέλημα κάθε κράτους. Ωστόσο στην πραγματικότητα, οι φορείς του κράτους συνήθως δεν συνειδητοποιούν ότι το πρόβλημα είναι ουσιαστικά η αλλαγή των στάσεων. Αντιθέτως προσπαθούν να αλλάξουν απευθείας τη συμπεριφορά των πολιτών. Δεν γνωρίζουν, δηλαδή τη συνάρτηση της συμπεριφοράς με τη στάση –ότι η συμπεριφορά κατευθύνεται, τόσο από το γνωστικό στοιχείο, όσο και από το συναισθηματικό στοιχείο της στάσης (Γεώργας Δ., 1990).

1.7. Στερεότυπα

Με την έννοια «στερεότυπο» κατανοούμε το (συν)αίσθημα αποδοχής ή απόρριψης ενός ατόμου ή μιας ομάδας, το οποίο πηγάζει από πραγματική εμπειρία που παράγει συγκινησιακή αντίδραση. Στην έννοια του συμπεριλαμβάνονται και γνωστικές διεργασίες, όπως π.χ. η αυθαίρετη κατηγοριοποίηση, δηλαδή γενικεύσεις που δημιουργούνται βάσει

αμφιλεγόμενων παρατηρήσεων και εμπειριών (Αζίζι- Καλαντζή Α., κ.ά., 1996, σ. 2).

Ένας άλλος ορισμός είναι ο ακόλουθος: «Τα στερεότυπα είναι η αντίληψη που δημιουργεί ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων για οποιοδήποτε γεγονός ή ομάδες ατόμων και σχηματίζεται σε συνάρτηση με τις στάσεις και προκαταλήψεις τους, συναισθηματικά φορτισμένες και όχι σαν αποτέλεσμα αντικειμενικής παρατήρησης. (…) Διαπιστώθηκε ότι οι αντιστάσεις και η εμμονή στα στερεότυπα είναι τόσο πιο έντονες όσο το στοιχείο που πρέπει να αλλάξει διατηρεί περισσότερες σχέσεις με άλλα στοιχεία, όσο περισσότερο βρίσκεται σε ένα πιο βαθύ επίπεδο της κοινωνικής πραγματικότητας και όσο περισσότερο είναι ασυνειδητοποίητο στα άτομα» (Μακρίδου Ε.- Τέττερη Ι., 1985, σ. 153-7).

Κατά τον Γκότοβο Αθ., το στερεότυπο είναι αποτέλεσμα της στερεοτυπικής σκέψης. Στερεοτυπική σκέψη ονομάζεται στην κοινωνική ψυχολογία εκείνη η σκέψη, η οποία με αφετηρία την ταξινόμηση ενός ατόμου σε μια κοινωνική κατηγορία π.χ. λευκός, Έλληνας, νέος κτλ. οδηγείται σε ατεκμηρίωτες γενικεύσεις ως προς τις ιδιότητες που υποτίθεται ότι έχει κάθε άτομο που ανήκει σε μια ή περισσότερες από τις παραπάνω κατηγορίες. Η στερεοτυπική σκέψη είναι εργαλείο της στερεοτυπικής αντίληψης του άλλου και αυτή με τη σειρά της οδηγεί στο στερεότυπο, δηλαδή σε μια γενίκευση για το πώς συγκροτείται κάθε φορά ο άλλος.

Χαρακτηριστικά για το στερεότυπο είναι αφενός η αξιολογική διάσταση που περιέχεται στην (στερεοτυπική) εικόνα για τον «άλλο», ανάλογα με την κατηγορία στην οποία αυτός εντάσσεται, η αξιολόγησή του μπορεί να είναι από άκρως θετική μέχρι και άκρως αρνητική (Tumin M.M., 1958, σ. 256-63) και αφετέρου η υπερβολή, με την έννοια της μη ρεαλιστικής απόδοσης των ιδιοτήτων (θετικών ή αρνητικών) που υποτίθεται ότι χαρακτηρίζουν μια ομάδα και κατ' επέκταση κάθε της μέλος (Γκότοβος Αθ., 1996, σ. 16, βλ. και Allport G., (1954, σ. 203) κατά τον οποίο το κύριο πρόβλημα των διομαδικών στερεότυπων αντιλήψεων είναι ότι τα χαρακτηριστικά των διαφόρων ομάδων υπεραπλουστεύονται.

Τα στερεότυπα έχουν θετικές και αρνητικές επιπτώσεις. Θετικές γιατί βοηθούν τον άνθρωπο να προβλέπει και να προλαμβάνει κάποιους πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης κάποιου ο οποίος ανήκει σε μια ομάδα-κατηγορία και αρνητικές γιατί πολλά από τα στερεοτυπικά χαρακτηριστικά που προσάπτονται στα μέλη μιας ομάδας ανθρώπων μπορεί να ανταποκρίνονται στο ελάχιστο ή και να μην ανταποκρίνονται καθόλου στην πραγματικότητα (Αζίζι-Καλαντζή Α., κ. ά., 1996, σ. 21 βλ. και Tajfel H., 1981).

Όταν δεχόμαστε ένα στερεότυπο πολλές φορές ασυναίσθητα περιμένουμε από τον άλλον στον οποίο αναφέρεται το στερεότυπο να συμπεριφερθεί μ΄ ένα

συγκεκριμένο τρόπο που είναι σύμφωνος με το στερεότυπο που του έχουμε προσάψει. Ταυτοχρόνως βέβαια και η δική μας συμπεριφορά είναι ανάλογη των στερεοτυπικών χαρακτηριστικών που δημιουργήσαμε γι΄ αυτόν. Μερικές φορές ο Άλλος εκπληρώνει αυτές τις προσδοκίες όχι γιατί είναι αυτό που το στερεότυπο του προσάπτει αλλά γιατί αναμένεται από αυτόν να συμπεριφερθεί έτσι χωρίς να του δίνονται ουσιαστικές ευκαιρίες να αποδείξει το αντίθετο (Αζίζι-Καλαντζή Α., κ. ά., 1996, σ. 24).

Ας μην ξεχνάμε για παράδειγμα την «αυτοεκπληρώμενη προφητεία» (fullfilling profecy) στο χώρο της εκπαίδευσης των Rosenthal R. & Jacobson L. (1968).

Κοινωνικό στερεότυπο υπάρχει, όταν πολλά μέλη μιας ομάδας τονίζουν τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη της ομάδας τους και τα μέλη μιας άλλης ομάδας, ενώ, ταυτόχρονα, τονίζουν και τις ομοιότητες που υφίστανται μεταξύ των μελών αυτής της ομάδας. Ο Bourdieu P. για παράδειγμα (1979) δείχνει πώς κατασκευάζονται οι κοινωνικές (κοινωνιοψυχολογικές μάλλον) ταυτότητες περνώντας μέσα από τη διαδικασία διαφοροποίησης, για θέματα φαινομενικά άσχετα μεταξύ τους, όπως οι αισθητικές προτιμήσεις, η διατροφή κλπ. (Παπαστάμου Στ., 1993, σ. 206).

"Το στερεότυπο εστιάζεται πάνω σε κάποιο χαρακτηριστικό, το οποίο διαχωρίζει μια κοινωνική κατηγορία από άλλες ομοειδείς. Το χαρακτηριστικό αυτό κινείται πάνω σε κάποιον άξονα διαχωρισμού των κοινωνικών υποκειμένων. Τα στερεότυπα δηλαδή προϋποθέτουν την κατηγορική αντίληψη του άλλου, την ταξινόμησή του σε κάποια από τις γνωστές κατηγορίες. Οι διαχωριστικές γραμμές (χρώμα, καταγωγή, γλώσσα, θρησκεία, επάγγελμα, ανατομία κλπ.) είναι τα όρια ανάμεσα στις κατηγορίες αυτές" (Γκότοβος Αθ., 1996, σ. 20).

Αν θέλουμε να διαπιστώσουμε τι είδους στερεότυπα υπάρχουν ανάμεσα σε δυο διαφορετικές ομάδες και το κυριότερο πώς αυτά εκφράζονται από τα δύο ενδιαφερόμενα μέρη αρκεί πολλές φορές να προσέξουμε και αξιολογήσουμε τις λέξεις που έρχονται αυτόματα στο μυαλό, ενώ εκφράζονται η μία ομάδα για την άλλη. Στην περίπτωση αυτή η χρήση των επιθέτων (που συνήθως εμπεριέχουν υποτιμητική σημασία) παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο συγκριτικά με τα υπόλοιπα μέρη του λόγου (Maisonneuve J., 1996, σ. 110 βλ. και Παπαστάμου Στ., 1989, Mugny G., Παπαστάμου Στ., Moscovici S. ed,. 1984, Triandis H.C. & Vassiliou V., 1967, Asch S.E., 1946, 41, 263, Osgood C.E., 1964, 66, σ. 171-200).

Πιο συγκεκριμένα ο Osgood θεωρεί ότι η συναισθηματική φόρτιση του λόγου με βάση την κλίμακα σημασιολογικής διαφοροποίησης έχει τρεις διαστάσεις την αξιολόγηση (π.χ. καλό-κακό, τίμιο-άτιμο), τη δυναμικότητα (π.χ. δυνατό–

αδύνατο, δύσκολο-εύκολο), την ενεργητικότητα (π.χ. νεανικό–γέρικο, περίεργο-αδιάφορο). Άλλωστε ο Osgood έχει δείξει ότι οι έννοιες, οι λέξεις, οι στάσεις σε κάθε γλώσσα, εκφράζονται από τις τρεις παραπάνω διαστάσεις με τη σημαντική διαφορά ότι τα χαρακτηριστικά επίθετα που εκφράζουν την κάθε διάσταση διαφέρουν από γλώσσα σε γλώσσα και τέλος η ίδια η λέξη ενδέχεται να έχει διαφορετική συναισθηματική φόρτιση σε διαφορετικούς πολιτισμούς.

1.8. Προκατάληψη

Αν το στερεότυπο παραπέμπει στην εικόνα που έχω για τον άλλον ως μέλους μιας συγκεκριμένης κοινωνικής κατηγορίας και ειδικότερα στην αξιολογική της διάσταση, η λέξη προκατάληψη περιγράφει μια στάση του υποκειμένου απέναντι στον ατομικό ή συλλογικό «άλλον», κάτι που τον προδιαθέτει ευνοϊκά ή δυσμενώς απέναντί του. Η αρνητική ή θετική προδιάθεση- η προκατάληψη-δεν πυροδοτείται από τις ατομικές, ιδιοσυγκρασιακές ιδιότητες του άλλου, αλλά από την κοινωνική του ταυτότητα.

Από τον Tumin M.M., (1958, 36, σ. 256-63) τονίζεται ότι η κοινωνική διάκριση δεν είναι τίποτε άλλο τελικά παρά η υλοποίηση μιας προκατάληψης που υπάρχει απέναντι σε μια κοινωνική ομάδα (από Γκότοβος Αθ., 1996. σ.31).

Ο Lynch J. (1987) αναφέρει τρεις κύριες κατευθύνσεις που επεξηγούν τη διαδικασία απόκτησης προκαταλήψεων. Αυτές έχουν σχέση με την προσωπικότητα του ατόμου, τον τρόπο διαπαιδαγώγησης των παιδιών από τους γονείς και τις κοινωνικές και πολιτισμικές επιρροές που δέχεται ένα άτομο (Καλαντζή - Αζίζι Α. κ. ά., 1996).

Ενδιαφέρον έχει και η άποψη του Fisher G. N (1992) που θεωρεί ότι η προσωπικότητα και κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες αλληλοεξαρτώνται και καθορίζουν τη δημιουργία των προκαταλήψεων. Ο ίδιος μάλιστα συμπληρώνει ότι σε μια κοινωνία που η δομή της χαρακτηρίζεται από ανισότητα οι προκαταλήψεις εξυπηρετούν κατά κύριο λόγο τις κυρίαρχες ομάδες αφενός στο να ορίσουν τις θέσεις τους και αφετέρου στο να διατηρήσουν τα κεκτημένα.

1.9. Αξίες

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στις αξίες για τις οποίες έχουν δοθεί ποικίλοι ορισμοί:

«Με αξίες ή σύστημα αξιών εννοούμε ένα σύνολο από κατηγορίες με έκδηλη αξιολογική σημασία που εκφράζουν τους ιδανικούς και άρα επιθυμητούς τρόπους και όρους ύπαρξης, σκέψης και δράσης σε μια δοσμένη κοινωνία»

(Σακαλάκη Μ., 1984, σ. 32) ή «Η αξία είναι μία σαφής ή υπονοούμενη σύλληψη του επιθυμητού χαρακτηριστική ενός ατόμου ή κάποιας ομάδας και η οποία επηρεάζει την επιλογή προτύπων, μέσων, και δράσεων που υπάρχουν στην κοινωνία. Η κρίσιμη λέξη που διευκρινίζει τη διαφορά μεταξύ στάσεων και αξιών στον ορισμό αυτό είναι το επιθυμητό. Δηλαδή οι αξίες αναφέρονται σε συλλήψεις, ιδέες σε συμπεριφορά που η κοινωνία αξιολογεί ως επιθυμητές (Γεώργας Δ., 1990 από Kluckhohn C., 1951, σ. 395).

Οι αξίες σύμφωνα με την άποψη της Σακαλάκη Μ., (1984, σ. 28) παρουσιάζουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: Ενώ οι νόρμες ταυτίζονται με τους κανόνες συμπεριφοράς και υποδεικνύουν την κατάλληλη διαγωγή στον τομέα των ηθών, της καθημερινής πράξης του νόμου, οι αξίες από την πλευρά τους ταυτίζονται με γενικότερες αρχές (principes) προορισμένες να νομιμοποιήσουν και να επικυρώσουν αυτά που οι νόρμες υπαγορεύουν ή απαγορεύουν. (…). Πρόκειται πάντα για τις αξίες μιας ορισμένης κοινωνίας σε μια ορισμένη ιστορική περίοδο και όχι για απόλυτες αξίες που υπερβαίνουν το χώρο και το χρόνο. Ένα άλλο στοιχείο είναι ο ιεραρχικός τους χαρακτήρας. Μερικές από αυτές θεωρούνται κυρίαρχες και εξαιρετικά σημαντικές, σε άλλες αποδίδεται μικρότερη σημασία ή υιοθετούνται από μια μειονότητα. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η συναισθηματική φόρτιση που τις επενδύει εξασφαλίζοντας στις αξίες τη δύναμη και την αποτελεσματικότητά τους και κατευθύνοντας και καθιστώντας τες ικανές να κατευθύνουν τα άτομα μιας κοινωνίας. Τέλος, είναι αυτονόητο ότι οι αξίες εμπνέουν τις αξιολογικές κρίσεις, καθορίζουν δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα κρίνουν τους συνανθρώπους τους, τον ίδιο τον εαυτό τους, τα αντικείμενα του περιβάλλοντός τους. Ορισμένοι κοινωνιολόγοι θεωρούν το σύστημα αξιών σαν παράγοντα που προσδιορίζει με καθοριστικό τρόπο την εξέλιξη μιας κοινωνίας. (…) Στην ουσία οι αξίες δεν μπορούν από μόνες τους να ασκήσουν επιρροή επί των κοινωνικών δομών ή των αλλαγών που υφίστανται οι κοινωνικές δομές. Οι τελευταίες αυτές προκύπτουν από απλά αίτια (οικονομικά, κοινωνικά, πολιτικά κλπ.) και δεν είναι δυνατό να αναχθούν σ΄ έναν και μόνο καθοριστικό παράγοντα.

Επομένως, συμπληρώνει η ίδια συγγραφέας «οι αξίες δεν μπορούν να μελετηθούν, αν δεν ενταχθούν μέσα στο ιδεολογικό, πολιτισμικό, κοινωνικό-οικονομικό, πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο καθίσταται σαφής και κατανοητή η σημασία τους» (σ.32).

Οι αξίες, τέλος, μπορεί να είναι προσωπικές, κοινωνικές κλπ. «Προσωπικές αξίες είναι τα ενδιαφέροντα ή τα κίνητρα της προσωπικότητας του ανθρώπου, γεννιούνται μέσα από τις ανθρώπινες ανάγκες κι από εγγενείς επιθυμίες και κίνητρα και μεταβιβάζονται από την εμπειρία. Κοινωνικές είναι αυτές που συμμερίζονται τα μέλη μιας κοινωνίας, δημιουργούνται με την αλληλεπίδραση

των προσωπικών αξιών και αντανακλούν κατά κάποιον τρόπο το σύστημα αξιών του πολιτισμού στον οποίο είναι ενταγμένο το άτομο. Οι κοινωνικές αξίες συμβάλλουν στην προσαρμογή (ένταξη) του ατόμου στην ομάδα και στην κοινωνία, ενώ πολλές υποστηρίζουν και συντηρούν την υπάρχουσα κοινωνική διάρθρωση. Η κοινωνία βασίζεται σ΄ ένα σύστημα αξιών τις οποίες διατηρεί» (Γαρδίκη Ο. κ. ά., ΕΚΚΕ σ. 9-10,)

Στο βιβλίο των Segall M.H.-Dasen P.R., Berry J.W.-Poortnga Y.H. (1993, σ. 357) αναφέρονται οι σύγχρονες αξίες του Kahl J.(1968).

Η προσέγγιση αυτή αφορά τέσσερις υποθέσεις σχετικές με τις αξίες:

1) οι παραδοσιακές και οι σύγχρονες κοινωνίες διαφέρουν μεταξύ τους σε πολλά σημεία, ανάμεσα στα οποία ο καταμερισμός εργασίας, το επίπεδο της τεχνολογίας, ο βαθμός της αστικοποίησης, ο τύπος της οικονομίας, το σύστημα της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, το σύστημα της εκπαίδευσης και των επικοινωνιών και το σπουδαιότερο το σύστημα αξιών
2) οι αξίες επηρεάζουν είτε την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη ενός έθνους ως συνόλου, είτε τη συμπεριφορά των ατόμων που έχουν ανοδική κοινωνική κατεύθυνση
3) οι αξίες με κατάλληλη μέτρηση μπορούν να διαφοροποιήσουν τις κοινωνικές ομάδες και να προβλέψουν τις μορφές συμπεριφοράς σε συγκεκριμένες καταστάσεις
4) η κάθε παραδοσιακή/σύγχρονη αξία μπορεί να θεωρηθεί ως μια συνεχής μεταβλητή που κυμαίνεται από την ακραία προσήλωση στην παράδοση έως τον ακραίο εκσυγχρονισμό, έτσι ώστε το κάθε άτομο μπορεί να τοποθετηθεί σε κάποιο σημείο της μεταβλητής αυτής.

Ένα άλλο στοιχείο σχετικό με τις αξίες είναι ότι (οι αξίες) βρίσκονται σε συνεχή κίνηση από μια παραδοσιακή σε μια νεωτερική θέση. Κατά κανόνα, οι ονομαζόμενες σύγχρονες αξίες μιας γενιάς γίνονται τα παραδοσιακά πρότυπα της επόμενης. Όμως η σταθερότητα ή η ρευστότητα των αξιών μπορεί αν δημιουργήσει κοινωνικοψυχολογικά προβλήματα (Γκιζέλη Γρ., Καυταντζόγλου Ρ., Τεπέρογλου Α., Φίλια Β., 1984, σ. 119), όταν τα άτομα αντιμετωπίζουν αντιφατικές προτάσεις. Αισθάνονται τότε αμηχανία και τελικά βιώνουν πολιτισμική σύγκρουση.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα μετά από τη σύντομη προσέγγιση των αξιών ότι η ερμηνεία τους εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως τις προσωπικές επιλογές, επάγγελμα, πολιτική τοποθέτηση, θρησκεία, μορφωτικό επίπεδο κ.λπ. (Κακανά-Δόμνα Μ., 1994, σ. 90-93).

1.10.Ταυτότητα

Υπάρχουν πολλές θεωρίες οι οποίες προσπαθούν να ορίσουν με ακρίβεια την έννοια της ταυτότητας, πράγμα που τελικά αποδεικνύεται αρκετά επίπονη προσπάθεια.

Η ταυτότητα είναι έννοια εξαιρετικά αόριστη και «σκοτεινή» τόσο πολυσήμαντη όσο και η έννοια της κουλτούρας. Για τούτο και είναι δύσκολο να οριστεί. Εξαιτίας των πολιτιστικών, κοινωνικών και ψυχοβιολογικών συνθηκών που τη χαρακτηρίζουν βρίσκεται στο επίκεντρο των ατομικών και κοινωνικών αλλαγών αποδεικνύοντας ότι η αναζήτηση ταυτότητας είναι «μια διαδικασία που αφορά το άτομο αλλά και την κουλτούρα της κοινότητας στην οποία το άτομο ανήκει» (Κορωναίου Α., 1992, σ. 44).

«Η εμπλοκή του ατόμου σε διαπροσωπικά δίκτυα, η υπαγωγή του σε κοινωνικές κατηγορίες και ομάδες συνιστούν το περιεχόμενο της ταυτότητας και υπαγορεύουν την υιοθέτηση ρόλων καθώς και την αποδοχή πεποιθήσεων και αξιών» (Δραγώνα Θ., από Φραγκουδάκη Α.-Δραγώνα Θ., 1997, σ. 74).

«Η ταυτότητα του ατόμου δεν είναι μια μεταφυσική ιδέα και ούτε είναι έμφυτη ή κληρονομείται (με εξαίρεση κάποια στοιχεία της, όπως το φύλο ή η εθνοτική καταγωγή), αλλά διαμορφώνεται κάτω από κάθε φορά συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές, πολιτισμικές, οικογενειακές, σχολικές συνθήκες και στα πλαίσια της αλληλεπίδρασης του ατόμου μ΄ αυτές».

"Τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν το άτομο αποτελούν την προσωπική ταυτότητα" (Γεωργογιάννης Π., 1995, σ. 164).

«Η αίσθηση του μοναδικού και ανεπανάληπτου, του αυστηρά προσωπικού στοιχείου που χαρακτηρίζει τα δρώντα υποκείμενα» (Goffman, E., 1975, σ. 75).

«Η προσωπική ταυτότητα συμβάλλει μαζί με την εθνική, πολιτισμική και κοινωνική στη σύνθεση της ταυτότητας του Εγώ» (Δαμανάκης Μ., 1999, σ.41).

Είναι επίσης σημαντικό το στοιχείο ότι «ο εαυτός που χαρακτηρίζεται από πολιτιστικά και κοινωνικά στοιχεία μεταλλάσσεται συνεχώς καθώς επηρεάζεται από καθημερινές αλληλεπιδράσεις» (Ladmiral J.R.-Lipiansky E.M., 1989, σ. 126).

Η Κορωναίου Α. (1992, σ. 44 θεωρεί) ότι η διαμόρφωση της ταυτότητας αφορά στην πραγματικότητα δύο ταυτότητες την προσωπική και την πολιτιστική-εθνική ταυτότητα που είναι στενά συνδεδεμένες, ενώ ο Γεωργογιάννης Π. (1995, σ. 164) αναφέρει ότι η ταυτότητα ενός ατόμου αποτελείται από τα στοιχεία τα οποία χαρακτηρίζουν το άτομο (η προσωπική ταυτότητα) και από στοιχεία τα οποία απορρέουν από τη συμμετοχή του στην ομάδα ή σε ομάδες (κοινωνική ταυτότητα).

Κατά τον Λίποβιτς Θ. (1988, σ. 95) η ταυτότητα δεν είναι τίποτα άλλο παρά η συσσώρευση των (καλών ή κακών) αποτελεσμάτων μιας σειράς ταυτίσεων ενός υποκειμένου με άλλα υποκείμενα μέσω του μηχανισμού της συμπάθειας/αντιπάθειας απέναντί τους και αυτή η συσσώρευση καταγράφεται ασυνείδητα στη Μνήμη. Η ανάλυση της ταυτότητας αποτελεί ένα είδος «αρχαιολογίας» της ψυχής, μέσα από την οποία αποκαλύπτονται τα ετερόκλιτα απομεινάρια περασμένων εμπειριών, αγώνων, επιρροών τραυμάτων, ηττών, νικών κλπ.

«Την εθνική και την πολιτισμική ταυτότητα τις θεωρούμε ως συνθετικά στοιχεία της κοινωνικής ταυτότητας, η οποία μαζί με την προσωπική (ατομική) ταυτότητα συνθέτουν την ταυτότητα του εγώ» (Δαμανάκης Μ., 1999, σ. 42).

«Η έννοια της προσωπικής ταυτότητας παραπέμπει σε όλες τις διαστάσεις του εαυτού που καθιστούν το άτομο μοναδικό, διαφορετικό, ξεχωριστό από τους άλλους, όπως συγκεκριμένες φυσικές ιδιότητες, ψυχολογικά χαρακτηριστικά, ιδιοσυγκρασία, πνευματικές ανησυχίες, προσωπικές προτιμήσεις και άλλα» (Δραγώνα Θ. από Φραγκουδάκη Α.-Δραγώνα Θ., 1997, σ. 73).

Κοινωνική ταυτότητα

Ο Erikson ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε την κοινωνιο-ψυχολογική φύση της ταυτότητας και το σημαντικό ρόλο που παίζει το κοινωνικό περιβάλλον στην αναγνώριση και υποστήριξη του «εγώ» (από Kroger J., 1989. Βλ. και Erikson E.H., 1968).

Κάθε άτομο κατοικεί σε μια κοινωνία που αποτελείται από πρόσωπα υπαρκτά ή φανταστικά, ήρωες, φίλους και εχθρούς, αδέλφια και γονείς με τους οποίους βρίσκεται σε στενή μόνιμη σχέση (Moscovici S., 1984, σ. 5).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις αποτελούν ένα πολύπλοκο δίκτυο διαμεσολαβημένων κοινωνικών σημασιών που προσφέρουν υλικό απαραίτητο για την κατασκευή της κοινωνικής ταυτότητας (Δραγώνα Θ., από Φραγκουδάκη Α.-Δραγώνα Θ., 1997, σ. 77).

Οι δεσμοί του ατόμου με τα μέλη της ομάδας καθρεφτίζονται στην αντίληψη που έχει σχετικά με τον κοινωνικό του εαυτό. Οποιαδήποτε κοινωνική σχέση, στην οποία εμπλέκεται το άτομο –είτε πρόκειται για την οικογένεια, την ενορία της εκκλησίας, τους συναδέλφους, το έθνος του είτε πρόκειται για τα μέλη της γλωσσικής κοινότητας στην οποία ανήκει –συμβάλλει στη διαμόρφωση της ταυτότητάς του (Γεώργας Δ. 1993, σ. 379).

Η κοινωνική ταυτότητα ενός ατόμου συνδέεται κατά τον Tajfel H. (1972, σ. 292) με τη γνώση της ένταξής του σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες και με τη συγκινησιακή και αξιολογική σημασία που απορρέει από τη συμμετοχή αυτή (από Παπαστάμου Στ., 1989, σ. 430).

Ουσιαστική απειλή για την κοινωνική ταυτότητα είναι εκείνη που προέρχεται από την υπαγωγή σε μια ομάδα, η οποία δεν μπορεί να αξιολογηθεί θετικά συγκρινόμενη με άλλες ομάδες. Η απειλή, που είναι προϊόν ομαδικής δυναμικής, δεν είναι αναγκαίο να προσωποποιηθεί: απευθύνεται στο άτομο ως ένα οποιοδήποτε μέλος μιας κοινωνικής ομάδας και όχι ως συγκεκριμένη προσωπικότητα. Ωστόσο την ίδια στιγμή μια τέτοια απειλή μπορεί και να προσωποποιηθεί (Δραγώνα Θ., από Φραγκουδάκη Α.-Δραγώνα Θ., 1997, σ. 80).

1.11. Αυτοαντίληψη

Οι απόψεις των διαφόρων ερευνητών συγκλίνουν προς το συμπέρασμα ότι, όταν ένα άτομο δεν έχει για τον εαυτό του θετική εικόνα (κι αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες) τότε δε διατηρεί με αυτόν αρμονικές σχέσεις.

Είναι σημαντικό το στοιχείο ότι η αυτοεκτίμηση ξεχωρίζει τον άνθρωπο από το ζωϊκό βασίλειο (Burns R.B., 1979, σ. 3).

Η επιθυμία θετικής αυτοαξιολόγησης έχει τόση σημασία για την κοινωνική ταυτότητα όσο και για την προσωπική (Tajfel H., 1978, Tajfel H. & Turner J., 1979).

Ας δούμε όμως με περισσότερες λεπτομέρειες τι συμβαίνει, όταν ζητάμε από ένα άτομο να αυτοαξιολογηθεί:

- Η εικόνα για τη σωματική διάπλαση, η εντύπωση για τη νοητική μας δυνατότητα, η αντίληψη για την κοινωνικότητά μας και η αυτοεκτίμηση συμπροσδιορίζουν την ιδέα που σχηματίζουμε για τον εαυτό μας (Ζαφειροπούλου Μ., 1997, σ. 107).
- Η υπαγωγή μάλιστα σε μια υποδεέστερη ομάδα εν δυνάμει επιδικάζει στα μέλη της μια αξιολογικά αρνητική κοινωνική ταυτότητα και κατ΄ επέκταση χαμηλή αυτοεκτίμηση (Δραγώνα Θ., από Φραγκουδάκη Α.-Δραγώνα Θ., 1997, σ. 80).
- Στην ηλικία των τριών ετών εμφανίζεται μια αίσθηση της αυτοαντίληψης (Allport G.W., 1961, σ. 23). Ο Erikson E.H. (1968, σ.52-68) δίνει τον ακόλουθο ορισμό.
- Η αυτοαντίληψη κατά πολλούς είναι η άποψη του ατόμου, η έννοια και εκτιμήσεις για το άτομό του συμπεριλαμβανόμενης και της εικόνας που έχει για το πώς τον βλέπουν οι άλλοι και για το πώς θα επιθυμούσε να είναι. Αυτή η εικόνα τροφοδοτείται από την προσωπική κρίση του ατόμου για το εαυτό του αξιολογώντας τον μέσα στο περιβάλλον που ζει. (…)Έτσι για τον εαυτό του, όπως είναι, ο καθένας εκφράζει μια άποψη για το πώς θα ήθελε να είναι, για το πώς τον βλέπουν οι άλλοι και πώς τον κρίνουν

ως μαθητή, καθηγητή, φίλο κτλ.

Ο Freud S. (1921) ισχυρίστηκε ότι η συνείδηση του εαυτού φαίνεται αδιαχώριστη από τη συνείδηση του Άλλου. Ο Εαυτός για να αναγνωρίζεται, έρχεται σε αντίθεση, διαφοροποιείται και ταυτίζεται μ΄ έναν Άλλο. (Βλ. και Turner J. C., 1981, Turner J. C., 1982, Mead's G.H., 1981, σ. 31).

Γενικά, κάθε άνθρωπος έχει την τάση να κρίνει τις προσωπικές του αντιλήψεις και ικανότητες (…) μέσα στα πλαίσια ενός πεδίου σύγκρισης επιλέγουμε κατά προτίμηση για σημεία αναφοράς αυτούς των οποίων η γνώμη και οι ικανότητες είναι παρεμφερείς με τις δικές μας (Παπαστάμου Στ., 1993, σ. 80).

Με άλλα λόγια ο εαυτός μας, όσον αφορά το σώμα μας, την εξυπνάδα μας, το σύνολο γενικά της προσωπικότητάς μας, αντανακλά την ιδέα που σχηματίζουμε γι΄ αυτόν μέσω των άλλων.

Η επικέντρωση του ενδιαφέροντος ως προς το πώς μας αξιολογούν οι άλλοι παίζει ένα σημαντικό ρόλο σε επαγγελματικές ομάδες, όπως οι καθηγητές, ηθοποιοί, διερμηνείς κτλ. Οι άνθρωποι αυτοί αλλά και οι υπόλοιποι δέχονται ότι στη σκέψη του άλλου υπάρχουν ορισμένες κρίσεις για την εμφάνισή τους, τους τρόπους συμπεριφοράς, βοήθειας, χαρακτήρα, φίλους κτλ. και στη συνέχεια οι ίδιοι επηρεάζονται από τις κρίσεις αυτές (Burns R.B., 1975, 181-9).

Ο Γεώργας Δ. (1993, σ. 26) μάλιστα συμπληρώνει ότι «Η συμπεριφορά μας ως συγγενών, εργαζομένων, μελών οργανώσεων κλπ. καθορίζεται από τις προσδοκίες των άλλων για το ρόλο μας (…) οι προσδοκίες του ρόλου λαμβάνουν συχνά το χαρακτήρα επιβολής ή υποχρέωσης ελέγχοντας ουσιαστικά την κοινωνική συμπεριφορά μας».

Πολλές παραβατικές συμπεριφορές ή ισχυρές τάσεις των νέων για συμμόρφωση αιτιολογούνται από αυτήν ακριβώς την απόρριψη του Εαυτού από τους άλλους. «Η μη αναγνώριση του εαυτού από τον άλλον συνιστά τη βασική ίσως μορφή προσβολής του εγώ» (Τσαλίκογλου Φ., 1989, σ. 68).

Στην αυτοαντίληψη σημαντικό ρόλο παίζει και η τάση του ατόμου να θεωρεί για τις πράξεις του υπεύθυνους τους άλλους ή τον εαυτό του.

Υπάρχουν άτομα που πιστεύουν στον ενδοπροσωπικό έλεγχο (internal locus of control) άτομα δηλαδή που δέχονται ότι η έκβαση σε κάποιο γεγονός της ζωής τους οφείλεται στη δική τους συμπεριφορά και άτομα που πιστεύουν στον εξωπροσωπικό έλεγχο (external locus of control) των γεγονότων της ζωής. Τα άτομα αυτά δέχονται ότι άλλοι παράγοντες έξω από τις δυνατότητες του προσωπικού ελέγχου, είναι αυτοί που καθορίζουν την έκβαση κάθε προσωπικού τους γεγονότος. Η διαφορά αυτή μεταξύ του ενδοπροσωπικού και εξωπροσωπικού ελέγχου των γεγονότων της ζωής με άλλα λόγια, εντοπίζεται

στο κατά πόσο πιστεύει το άτομο ότι υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στις ατομικές του προσπάθειες και στα αποτελέσματα τους.

1.12. Άτομα με ειδικές ανάγκες

Στην προσπάθεια να οριστούν οι ειδικές ανάγκες και να αναγνωριστούν τα άτομα που πραγματικά χαρακτηρίζονται από αυτές συναντώνται πολλές δυσκολίες, οι οποίες προκύπτουν από τη σύγχυση που υπάρχει σχετικά με την έννοια των ειδικών αναγκών αλλά και τα κριτήρια με βάση τα οποία θα οριστούν αυτές. Επιπλέον, ο φόβος της στιγματοποίησης και της περιθωριοποίησης των α.μ.ε.α., παρεμποδίζει την αντικειμενική κρίση και την κατάληξη σε ένα ικανοποιητικό ορισμό (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρόγεωργα, 1999).

Ο όρος *Άτομα με ειδικές ανάγκες* είναι αρκετά ευρύς και περιλαμβάνει όλα τα κοινωνικώς αποκλεισμένα άτομα, δηλαδή τους μετανάστες, τους πρόσφυγες, τις γυναίκες, κ.λπ., καθώς και τα άτομα με αναπηρίες. *Άτομο με ειδικές ανάγκες,* θεωρημένο μόνο υπό την έννοια της αναπηρίας, θεωρείται ο άνθρωπος που μπορεί να έχει μία ή περισσότερες αναπηρίες, οι οποίες είναι πιθανό να εμποδίζουν την κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση. Η αναπηρία μπορεί να είναι σωματική (τύφλωση, κώφωση, παραπληγία, κ.λπ.), διανοητική (νοητική καθυστέρηση, δυσκολίες μάθησης, κ.λπ.) ή συναισθηματική (χρήση ουσιών, αλκοολισμός, κ.λπ.). Το άτομο αυτό, θα διαφέρει από ένα φυσιολογικό (σωματικά, ψυχολογικά, νευρολογικά) άτομο, γεγονός που συχνά οδηγεί το πρώτο σε αισθήματα ανεπάρκειας και κατωτερότητας (Σιδηροπούλου-Δημακάκου, 1998, σσ. 18-19).

Ένας άλλος ορισμός μας λέει ότι *άτομο με ειδικές ανάγκες* είναι το άτομο το οποίο δεν είναι σε θέση να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαμβάνει όλων των αγαθών που προσφέρει στα υπόλοιπα μέλη της η κοινωνία στην οποία ζει, εξαιτίας της κατάστασης κάποιου ή κάποιων από τα ψυχοσωματικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά του (Δημητρόπουλος, 1995, σ. 27).

1.13. Αναπηρία-Άτομα με αναπηρία

Ο Williams (1991, pp. 120-121) ορίζει την αναπηρία διευκρινίζοντας τα ακόλουθα: Με τον όρο *Impairment* εννοείται μια παθολογική κατάσταση, η έλλειψη μιας σωματικής, ψυχολογικής ή ανατομικής λειτουργίας. Ο όρος *Disability* αναφέρεται στα αποτελέσματα τα οποία έχει αυτή η παθολογική κατάσταση στην ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί φυσιολογικά. Τα αποτελέσματα αυτά γίνονται αντιληπτά στη συμπεριφορά του ατόμου, στην ικανότητά του να επικοινωνεί, στην ικανότητά του για προσωπική φροντίδα και

για μετακίνηση, κ.λπ.. Ο όρος *Handicap* αναφέρεται στις κοινωνικές επιπτώσεις της αναπηρίας στο άτομο, στα πολιτιστικά, κοινωνικά και οικονομικά αποτελέσματα. Επομένως, είναι φανερό ότι η ίδια παθολογική κατάσταση δύο ατόμων είναι δυνατό να έχει διαφορετικές επιπτώσεις στις ικανότητές τους, καθώς και διαφορετικά κοινωνικά αποτελέσματα γι αυτά.

Στο Δελτίο Πληροφοριών Ειδικής Αγωγής (ΥΠ.Ε.Π.Θ., 1994, σ. 37) αναφέρεται ο εξής ορισμός για το ανάπηρο άτομο: ο όρος *ανάπηρο άτομο* σημαίνει κάθε άτομο ανίκανο να επιβεβαιώσει από μόνο του, ολικά ή μερικά, τις αναγκαιότητες για μια κανονική ατομική και κοινωνική ζωή, εξαιτίας μειωμένων σωματικών ή πνευματικών δυνατοτήτων που έχει εκ γενετής ή όχι. Η *αναπηρία* μπορεί να οριστεί ως ο σωματικός ή ψυχικός περιορισμός που επιβάλλει, ως συνέπεια, περιορισμούς σε κάποια από τις σημαντικές δραστηριότητες της ζωής του ατόμου (Σιδηροπούλου-Δημακάκου, 1999, σ. 104). Ένας *ανάπηρος εργαζόμενος* είναι αυτός που η αναπηρία του τον εμποδίζει να εκτελέσει τα απαιτούμενα έργα στη δουλειά του ή να λειτουργήσει σε ένα εργασιακό περιβάλλον.

Οι Isaacson & Brown (1997, pp. 312-313), επισκοπώντας τη βιβλιογραφία, αναφέρουν τους εξής ορισμούς:

Η *αναπηρία (disability)* είναι το ορατό και μετρήσιμο χαρακτηριστικό του ατόμου, που θεωρείται ότι απέχει ως προς κάποια σημεία από την κοινώς παραδεκτή νόρμα. Όμως, το χαρακτηριστικό αυτό του ατόμου μετατρέπεται ουσιαστικά σε *αναπηρία (handicap)* από τη στιγμή που το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την πίεση που ασκεί πάνω του το περιβάλλον υπό τη μορφή απαιτήσεων, υλικών εμποδίων, κ.λπ.. Επομένως, το άτομο εξαιτίας του χαρακτηριστικού του αυτού αλλά και των περιορισμών του περιβάλλοντος, αντιμετωπίζει περιορισμούς σα σημαντικούς τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας.

Σύμφωνα με τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO),* οι ανθρώπινες λειτουργίες, αλλά και η αναπηρία γίνονται αντιληπτές ως μια δυναμική συνδιαλλαγή ανάμεσα σε καταστάσεις υγείας και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στο πρώτο επίπεδο, το άτομο εξετάζεται ως προς τις σωματικές και ψυχολογικές λειτουργίες του, καθώς και τη δομή των συστημάτων του σώματός του. Εξετάζεται, επίσης, η συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και σε άλλες πιο προσωπικές. Στο δεύτερο επίπεδο, εξετάζονται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις ανθρώπινες λειτουργίες, ξεκινώντας από το αμεσότερο στο άτομο περιβάλλον και προχωρώντας στο ευρύτερο. Τους περιβαλλοντικούς παράγοντες ουσιαστικά συγκροτούν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και το σύνολο των στάσεων που χαρακτηρίζουν το τελευταίο.

Ο ακόλουθος πίνακας δείχνει περισσότερο παραστατικά τη γενική θεώρηση της ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO, 2002, p.11):

	1.Λειτουργικότητα ατόμου και Αναπηρία		**2.Περιβαλλοντικοί παράγοντες**	
Συστατικά στοιχεία της ICF	α. Σωματικές λειτουργίες και δομές	β.Δραστηριότητες και συμμετοχή	Α.Περιβαλλοντικοί παράγοντες	Β.Ατομικοί παράγοντες
Τομείς	Σωματικές λειτουργίες και δομές	Τομείς ζωής (δραστηριότητες, ενέργειες)	Εξωτερικές επιδράσεις στη λειτουργικότητα του ατόμου και την αναπηρία	Εσωτερικές επιδράσεις στη λειτουργικότητα του ατόμου και την αναπηρία
Δομές	Αλλαγές στις σωματικές λειτουργίες (σε ψυχολογικό επίπεδο) και Αλλαγές στις σωματικές δομές (σε ανατομικό επίπεδο)	Ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων σε σταθερό περιβάλλον Εφαρμογή της ικανότητας εκτέλεσης δραστηριοτήτων στο παρόν περιβάλλον	Θετικές ή αρνητικές επιδράσεις των χαρακτηριστικών του φυσικού και κοινωνικού κόσμου, καθώς και του κόσμου των στάσεων	Επιδράσεις των χαρακτηριστικών του ατόμου
Θετική άποψη	Λειτουργική και δομική ακεραιότητα **Λειτουργικότητα ατόμου (Functioning)**	Συμμετοχή σε δραστηριότητες **Λειτουργικότητα ατόμου (Functioning)**	Διευκολυντές	_____
Αρνητική άποψη	Έλλειψη λειτουργικότητας ατόμου (Impairment) **Αναπηρία (Disability)**	Περιορισμοί στις δραστηριότητες και στη συμμετοχή του ατόμου **Αναπηρία (Disability)**	Εμπόδια	_____

Πίνακας 1

Διεθνής ορισμός της λειτουργικότητας του ατόμου

Ο WHO χρησιμοποιεί τον όρο *Impairment* για να δηλώσει την οποιαδήποτε έλλειψη ή την απόκλιση στις ανθρώπινες δομές. Η απόκλιση αυτή ορίζεται σε σχέση με το κοινό μέτρο και μπορεί να είναι μόνιμη ή παροδική ή και να αυξομειώνεται.

Σύμφωνα με την ICF, υπάρχει αμφίδρομη σχέση ανάμεσα (WHO, 2002, p. 18):

- Στην κατάσταση υγείας του ατόμου με τις δραστηριότητές του.

- Στους τύπους δραστηριοτήτων με τις σωματικές-ψυχολογικές λειτουργίες και δομές, καθώς και με τη συμμετοχή του ατόμου στις δραστηριότητες αυτές.
- Στην κατάσταση υγείας του ατόμου με τις σωματικές-ψυχολογικές λειτουργίες και δομές, καθώς και με τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες.
- Στους περιβαλλοντικούς και ατομικούς παράγοντες με τις δραστηριότητες του ατόμου.
- Στους περιβαλλοντικούς και ατομικούς παράγοντες με τις σωματικές-ψυχολογικές λειτουργίες και δομές, καθώς και με τη συμμετοχή του σε δραστηριότητες.

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα ερμηνείας της λειτουργικότητας και της αναπηρίας του ατόμου (WHO, 2002, p. 20):

α) Το *ιατρικό μοντέλο,* σύμφωνα με το οποίο η αναπηρία θεωρείται ως πρόβλημα του ατόμου το οποίο προέρχεται από ασθένεια, τραύμα ή άλλη κατάσταση υγείας, η οποία απαιτεί ιατρική φροντίδα. Η φροντίδα αυτή παρέχεται στο άτομο από τους ειδικούς επιστήμονες. Στην περίπτωση που η αναπηρία του ατόμου δε θεραπευθεί, η συμπεριφορά και η προσαρμογή του ατόμου μεταβάλλεται.

β) Το *κοινωνικό μοντέλο,* σύμφωνα με το οποίο η αναπηρία δε θεωρείται ως ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά μάλλον ως αποτέλεσμα ενός συνόλου καταστάσεων που προκαλούνται από τις κοινωνικές συνθήκες. Επομένως, η αντιμετώπιση της αναπηρίας απαιτεί κοινωνική δράση και θεωρείται συλλογική ευθύνη της κοινωνίας η πλήρης συμμετοχή του αναπήρου ατόμου σε όλους τους τομείς της κοινωνικής δραστηριότητας.

Η ICF συνδυάζει τα δύο μοντέλα, σε μια προσπάθεια εναρμόνισης όλων των πλευρών της λειτουργικότητας του ατόμου, τη βιολογική, την ατομική και την κοινωνική.

1.14. Νοητική υστέρηση

Η έννοια νοημοσύνη είναι αόριστη. Είναι ένα σύνολο δεξιοτήτων και συμπεριφορών και όχι μια απόλυτη, συνολική ικανότητα, που καθορίζεται με έναν αριθμητικό δείκτη ενός test, αυτόν που λέμε Δείκτη Νοημοσύνης[68], (Δ.Ν). Η νοητική υστέρηση, (Ν. Υ), είναι μια κατάσταση που προσδιορίζεται σε σχέση

[68] Ο Δ.Ν είναι απλά μια έκφραση του νοητικού επιπέδου ενός ατόμου σε μια συγκεκριμένη στιγμή - σε σύγκριση με την τυπική ομάδα συνομηλίκων του - που προσδιορίζεται με τη βοήθεια ενός test.

Ως αποτέλεσμα ενός τεστ είναι ένδειξη και όχι απόδειξη.

με αυτό που παραδεχόμαστε ως νοημοσύνη. Προσδιορίζεται από την αδυναμία ενός ατόμου να συμπεριφερθεί συνολικά ή μερικά μέσα στο πλαίσιο αυτού που μια κοινωνία σε δεδομένη εποχή αποδέχεται ως νοημοσύνη.

Κατά τη Διεθνή Οργάνωση Υγείας τα άτομα με Ν.Υ στις αναπτυγμένες χώρες κυμαίνονται μεταξύ του 1% και 3% του γενικού πληθυσμού[69].

Η Νοητική Υστέρηση έχει μακροχρόνια ιστορία που ταυτίζεται με την ιστορία του ίδιου του ανθρώπου. Ακολουθεί όλα τα εξελικτικά στάδιά του και χαρακτηρίζεται από πολλές αλλαγές. Έτσι από την πρώτη στιγμή στις ανθρώπινες κοινωνίες εντοπίζεται η παρουσία ατόμων που δεν μπορούσαν ν' ανταποκριθούν στο μέσο όρο των καθημερινών απαιτήσεων που θεωρούνταν κανονικές. Στα αρχαιοελληνικά κείμενα η Ν. Υ περιγράφεται ήδη από το 1.500 π.χ ενώ ο Ιπποκράτης, το 500 π.χ, αναφέρεται σε κρανιακές δυσμορφίες και παθήσεις που είχαν σχέση με Ν. Υ. Στους ρωμαϊκούς χρόνους οι γιατροί μιλούν για βαθμούς και επίπεδα νοητικής ικανότητας και απόδοσης[70].

Κατά τον μεσαίωνα οι νοητικά υστερούντες θεωρούνταν άνοες, τρελοί αλλά και ως « αγαθοί του Θεού » ή μάγοι και μάγισσες. Τον 16^{ο} και 17^{ο} αιώνα, υπό το πρίσμα της προβιομηχανικής περιόδου, δίνεται ο νομικός ορισμός της Ν. Υ. Τον 19^{ο} αιώνα οι εργασία του γιατρού Jean Itard με το αγριόπαιδο της Aveyron γίνεται αφορμή για μια διαφορετική προσέγγιση που κατέληξε στον διαχωρισμό της Ν. Υ από την νοητική ασθένεια[71].

Από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα η νοητική δυσκολία αντιμετωπίστηκε κάτω από το πρίσμα της επίδρασης των περιβαλλοντικών και των βιολογικών αιτίων. Επιπλέον δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην κατασκευή μιας σειράς διαγνωστικών εργαλείων για την ΝΥ, test Binet- Simon, WISC, κ.λ.π. Η δημιουργία των test νοημοσύνης παρείχε ένα μέτρο για την διάκριση και τη λειτουργία των διαφορετικών επιπέδων υστέρησης. Κανένα test όμως δεν μπορεί να δικαιολογήσει ή να ερμηνεύσει απόλυτα την απόδοση του ατόμου που εξετάζεται. Αν η ΝΥ παρουσιαστεί μετά τα 16 ή τα 18 χρόνια δεν χαρακτηρίζεται ως καθ' αυτό Ν.Υ, αλλά ως έκπτωση των νοητικών λειτουργιών. Τα νοητικά υστερούντα άτομα στις περισσότερες των περιπτώσεων διαπιστώνονται μεταξύ του 6^{ου} και 10^{ου} έτους της ηλικίας τους, λόγω της φοίτησής τους στο σχολείο, καθώς και κατά την ηλικία της στράτευσης[72].

---

[69] World Health Organization (1968): «Organization of services for mentally retarded», Technical Repot Series, 342

[70] Scheerenberger. R. C (1987): « A history of mental retardation: A quarter century of promise», Paul Brookes, Baltimore

[71] Matson. J. L, Mulick. J. A (1983): « Handbook of mental retardation », Pergamon Press, New York

[72] Παρασκευόπουλος. Ι(1979): « Νοητική Καθυστέρηση », Αθήνα

Ειδικοί όπως ο Goddard πρότειναν για πρώτη φορά τον όρο « οικογενειακή καθυστέρηση » για να περιγράψουν άτομα που ενώ δεν είχαν οποιαδήποτε προφανή φυσικά σημάδια ΝΥ, εντούτοις λειτουργούσαν ως νοητικά υστερημένα[73]. Με τον τρόπο αυτό τέθηκε και το θέμα των κατηγοριών της ΝΥ. Όροι όπως ηλίθιος, ανόητος και νοητικά υστερημένος εισήχθησαν για να προσδιορίσουν άτομα τα σκορ των test των οποίων ήταν κάτω από 75, 50 και 25[74].

Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου αιώνα αναπτύχθηκε μια σειρά από διαφορετικά, επίσημα, συστήματα για τον ορισμό και την ταξινόμηση της ΝΥ. Παρά το γεγονός ότι αυτά τα συστήματα βρίσκονται σε γενική συμφωνία, διαφέρουν ως προς τους σκοπούς τους οποίους αναπτύχθηκαν, την υπογράμμιση των ιδιαίτερων πτυχών της ΝΥ και τους χρήστες για τους οποίους προορίζονται.

Η Αμερικανική Ένωση για την Νοητική Υστέρηση, (AAMR) [75] προτείνει έναν ορισμό και μια ταξινόμηση που είναι από τα πιο αποδεκτά και σε χρήση σε όλο τον κόσμο. Παρά το ότι ο πρώτος ορισμός της δημοσιεύτηκε το 1921, έκτοτε έχει δεχτεί μια σειρά αναθεωρήσεων η τελευταία από τις οποίες πραγματοποιήθηκε το 1992. Κατά τον ορισμό αυτό:

«Η νοητική υστέρηση, (για την ηλικιακή περίοδο μέχρι το 18ο έτος της ηλικίας), αναφέρεται στους ουσιαστικούς περιορισμούς της νοητικής λειτουργίας. Χαρακτηρίζεται από σημαντική κάτω του μέσου όρου νοητική λειτουργία με ταυτόχρονη ύπαρξη σχετικών περιορισμών σε δύο ή περισσότερες περιοχές συμπεριφοράς».

Ο Grossman[76] που στηρίζεται κυρίως στο πιο πάνω ορισμό τονίζει πως:

«Η νοητική υστέρηση αναφέρεται σε σημαντική, κάτω του μέσου όρου, γενική νοητική λειτουργία με ταυτόχρονη ύπαρξη ελλείμματος στην προσαρμοστική συμπεριφορά που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου ».

Αν και ο ορισμός της AAMR γίνεται γενικά αποδεκτός από τη Διεθνή Οργάνωση Υγείας, (W. H. O), αλλά και τους ειδικούς του χώρου, εντούτοις φαίνεται από την πρώτη ματιά ασαφής. Για τον λόγο αυτό και κάθε ένας από τους όρους του έχει ερμηνευτεί λεπτομερέστερα.

---

[73] Goddard. H (1912): « The Kallikak family », The Mcmillan Co, New York

[74] Scheerenberger. R. C (1987): ό. π

[75] American Association on Mental Retardation (1992): « Mental retardation: Definition, classification and system of supports », 9th Ed, Washington D. C, p. 5

[76] Grossman. H (Ed) (1983): « Manual of terminology and classification in mental retardation», American Association of Mental Retadation, Washington D. C

Με τον όρο για παράδειγμα, « σημαντική κάτω του μέσου όρου γενική νοητική λειτουργία » εννοείται η χαμηλότερη απόδοση σ' ένα τυπικό test νοημοσύνης σε σχέση μ' αυτή που επιτυγχάνει το 97 – 98 % των ατόμων της ίδιας ηλικίας. Με τον όρο «έλλειμμα στην προσαρμοστική συμπεριφορά», αναφερόμαστε στην αποτυχία του ατόμου να ανταποκριθεί στα αποδεκτά πρότυπα κοινωνικής συμπεριφοράς που θεωρούνται φυσιολογικά για το μέσο όρο της ηλικίας και της πολιτισμικής του προέλευσης. Αυτός είναι και ο λόγος που ένα παιδί με Ν. Υ συναντά σημαντικά προβλήματα σε σχέση με τις σχολικές του δεξιότητες αλλά και στην προσαρμογή στο εκάστοτε περιβάλλον του.

Το Εγχειρίδιο Διάγνωσης και Στατιστικών Δεδομένων Νοητικών Παθήσεων, (DSM – IV)[77], που προορίζεται στο να παρέχει ένα κοινό σύστημα ταξινόμησης για τους νοσοκομειακούς γιατρούς και τους ερευνητές του χώρου της υγείας, ακολουθεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση στην προσέγγιση της Ν. Υ. Επιχειρεί μια ταξινόμηση των νοητικά υστερημένων ατόμων σε πέντε κατηγορίες:

1η. Των Κλινικών Συνδρόμων

2η. Των διαταραχών της ανάπτυξης και της προσωπικότητας

3η. Των βιολογικών διαταραχών και συνθηκών

4η. Των σοβαρών ψυχολογικών λειτουργιών

5η. Της συνολικής λειτουργικής βοήθειας

Η διάγνωση της Ν. Υ λόγω του συνδρόμου Down ανήκουν στην πρώτη και τη δεύτερη κατηγορία. Οι άλλες τρεις κατηγορίες, που δεν είναι απαραίτητες για την καθ' αυτό διάγνωση, προορίζονται για πρόσθετες πληροφορίες για ένα άτομο.

Παρά το γεγονός ότι το σύστημα ταξινόμησης DSM - IV παρέχει μια πιο γενική και λεπτομερή αξιολόγηση από αυτήν που υιοθετείται από την AAMR, στην ουσία τα πραγματικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν και στα δυο συστήματα διάγνωσης της νοητικής υστέρησης είναι ίδια. Η διαφορά τους συνίσταται στο ότι το DSM - IV στηρίζεται σε μεγάλο ποσοστό στην κλινική κρίση της διαγνωστικής διαδικασίας, ειδικά στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς και της λειτουργίας της προσαρμογής. Για το DSM - IV ένα άτομο πρέπει να εκδηλώσει έλλειμμα τουλάχιστο σε δυο από τους παρακάτω τομείς ικανότητας της προσαρμοστικής λειτουργίας:

- Στην επικοινωνία
- Στην ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης
- Στην αυτόνομη διαβίωση

[77]American Psychiatric Association (1994): « Diagnostic Criteria from DSM IV », Washington D. C, p. 97

- Στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις
- Στη χρήση των μέσων συγκοινωνίας
- Στις εκπαιδευτικές δεξιότητες
- Στην εργασία
- Στον ελεύθερο χρόνο
- Στην υγεία και την ασφάλεια.

Εκτός από το DSM-IV η ιατρική κοινότητα και οι ερευνητές του χώρου χρησιμοποιούν και το εγχειρίδιο της Διεθνούς Κατάταξης των Ασθενειών, (ICD), για την διακρίβωση των στοιχείων σχετικά με τη νοσηρότητα και τις συνέπειές της. Η πιο πρόσφατη έκδοση, το ICD - 10[78] αναφέρεται στη Ν. Υ ως εξής:

« . . . όρος σχετικός με την εγκαταστημένη ή ελλιπή ανάπτυξη του μυαλού που χαρακτηρίζεται ειδικά από τη μη κανονικότητα της νοημοσύνης. Η διάγνωση πρέπει να γίνει στο υφιστάμενο επίπεδο λειτουργίας του ατόμου ανεξάρτητα από τη φύση ή την αιτιολογία της, όπως η ψύχωση, η πολιτισμική στέρηση, το σύνδρομο Down, κ.λπ. Όπου υπάρχει μια συγκεκριμένη νοητική αναπηρία — όπως λ.χ στην ομιλία — η διάγνωση της νοητικής υστέρησης πρέπει να βασιστεί στη γνωστική αξιολόγηση πέρα από τον τομέα της συγκεκριμένης αναπηρίας. Η αξιολόγηση του νοητικού επιπέδου πρέπει να στηριχτεί σε οποιεσδήποτε πληροφορίες είναι διαθέσιμες, συμπεριλαμβανομένων των κλινικών στοιχείων, της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και των ψυχομετρικών μετρήσεων. Ο ΔΝ πρέπει να προέρχεται από test με μέσο όρο 100 και μια σταθερή απόκλιση 15 όπως οι κλίμακες Weschler, (WISC III – R). Οι παρεχόμενες οδηγίες δίνονται μόνο με τη μορφή οδηγού και δεν πρέπει να εφαρμοστούν άκαμπτα. Η ΝΥ συχνά περιλαμβάνει και τις ψυχιατρικές διαταραχές και μπορεί να αναπτυχθεί ως συνέπεια κάποιας φυσικής ασθένειας ή τραυματισμού. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να πραγματοποιηθεί μια πρόσθετη διάγνωση για να προσδιορίσει οποιοδήποτε ειδικό ψυχιατρικό ή βιολογικό όρο ».

Επιπλέον συμπεριλαμβάνεται μια βοηθητική ταξινόμηση των αιτιών, όπως ο τραυματισμός ή η δηλητηρίαση, για να προσδιορίσει τα περιβαλλοντικά αίτια που οδηγούν στη Ν. Υ. Η ταξινόμηση του ICD - 10 διαφέρει από τις προηγούμενες, διότι δεν χρησιμοποιεί το κριτήριο της ελλιπούς προσαρμογής. Επιπλέον δεν θεωρεί πως η αρχή της Ν. Υ εντοπίζεται στη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου.

[78] ICD – 10 (1993): « Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς », BHTA Medical Arts, Αθήνα

Τα άτομα με Ν. Υ αποτελούν μια ετερογενή ομάδα. Ο όρος Ν. Υ καλύπτει μια μεγάλη κατηγορία παιδιών και ενηλίκων που διαφέρουν μεταξύ τους στο βαθμό της υστέρησης, στις αιτίες πρόκλησης αλλά και στις ανάγκες για ειδικές εκπαιδευτικές στρατηγικές που πρέπει να σχεδιαστούν γι' αυτά. Παρά το ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζεται να έχουν όλα γενικά, χαμηλή νοητική ικανότητα και δυσκολίες προσαρμογής και συμπεριφοράς, εντούτοις υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές στη βαρύτητα των μειονεξιών που εμφανίζουν, στις βιολογικές τους αναπηρίες και δυσκολίες, στις υφιστάμενες ψυχολογικές διαταραχές και στο βαθμό εξάρτησής τους από το περιβάλλον τους[79]. Για τους παραπάνω λόγους, επιχειρήθηκε η κατάταξη της Ν. Υ σε συνεκτικότερες και ομοιογενείς, κατά το δυνατόν, υποομάδες. Σήμερα υπάρχουν σε χρήση πάνω από 23 συστήματα ταξινόμησης.

1.15. Κατηγοριοποίηση των ατόμων με Ν.Υ

Μπορεί να κατηγοριοποιήσει κανείς τα άτομα με Ν. Υ χρησιμοποιώντας έναν από τους τρεις παρακάτω παράγοντες :

1^{ο} .Τις αιτίες πρόκλησης

2^{ο} .Το βαθμό της νοητικής υστέρησης

3^{ο}.Τις εκπαιδευτικές ανάγκες και την εκδηλούμενη συμπεριφορά.

1.15.1. Αιτίες πρόκλησης

Κατά την AAMR το σύνολο των ατόμων με Ν. Υ υποδιαιρείται σε δύο ευδιάκριτες υποομάδες βάσει της γενικής αιτιολογίας.

α. Στην πρώτη ομάδα, που αποτελεί περίπου το 25% του πληθυσμού των νοητικά υστερημένων, συμπεριλαμβάνονται οι « κλινικοί τύποι ». Τα άτομα αυτής της ομάδας παρουσιάζουν κάποια παθολογία του νευρικού συστήματος, μέτρια ή χαμηλή νοητική κατάσταση, έχουν ταυτόχρονα φυσικές αναπηρίες ή σύνδρομα, και εντοπίζονται συνήθως κατά τη γέννηση ή στην πρώτη παιδική ηλικία.

β. Η δεύτερη ομάδα, που αποτελεί την πλειοψηφία των περιπτώσεων, αποτελείται από άτομα που δεν έχουν καμία προφανή νευρολογική βλάβη, δεν παρουσιάζουν προφανή σημάδια υστέρησης, ενεργούν ως ελαφρά νοητικά υστερημένα και κοινωνικά ανήκουν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Η διάγνωση των ατόμων της

[79] . Grossman. H (Ed) (1983): ό. π

ομάδας αυτής εντοπίζεται χαρακτηριστικά κατά τη διάρκεια των σχολικών ετών[80].

1.15.2. Βαθμός νοητικής υστέρησης

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί ως πεδίο αναφοράς της κατηγοριοποίησης το βαθμό της υστέρησης. Τόσο η AAMR όσο και το DSM - IV προσδιορίζουν την ίδια διάκριση μεταξύ τεσσάρων ομάδων σε συνάρτηση με το επίπεδο σοβαρότητας όπως καθορίζεται από τον Δ.Ν όπως προκύπτει από τα test. Οι ομάδες αυτές φαίνονται στο παρακάτω ΠΙΝΑΚΑ 2[81]:

ΠΙΝΑΚΑΣ: 2

Δ.Ν	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ
50 – 55 ως 70	Ελαφρά Ν.Υ
35-40 ως 50-55	Μέτρια Ν.Υ
20-24 ως 35-40	Σοβαρή Ν.Υ
Κάτω από 20-25	Βαριά Ν.Υ
;	Απροσδιόριστη Ν.Υ

1.15. 3. Εκπαιδευτικές ανάγκες - συμπεριφορά

Η κατηγοριοποίηση αυτή αναπτύχθηκε από το σχολικό σύστημα για να καθορίσει τον τρόπο εγγραφής στις ειδικές εκπαιδευτικές μονάδες και τη δυνατότητα ωφελείας μέσα από τα εκπαιδευτικά προγράμματα. Βασίζεται επίσης στο Δ. Ν και διακρίνει τρεις ομάδες:

1η. Εκπαιδεύσιμοι με Ν. Υ, Δ. Ν 50-70 έως και 75

2η. Ασκήσιμοι με Ν. Υ και Δ. Ν 30-50

3η. Βαριά νοητικά υστερημένοι με Δ. Ν κάτω του 30

Αυτή θεωρείται από την άποψη της εκπαιδευτικής προσέγγισης ως παλιά ταξινόμηση και δεν χρησιμοποιείται. Κατά τους Sinclair και Forness[82]

Από εκπαιδευτική άποψη τα παιδιά ελαφρά Ν.Υ. έχουν την ικανότητα να εξελιχθούν σε τρεις περιοχές:

---

[80] Grossman. H (Ed) (1983): ό. π

[81] Kirk. S, Gallaher. J (1986): " Educating Exceptional Children " Houghton Mifflin, Boston

[82] Sinclair. E, Forness. S (1983): «Classification: Educational issues», στο Matson. J. L, Mulick. J. A (Eds) « Handbook of mental retardation », Pergamon Press, New York

α. Εκπαιδευτικά, μπορεί να τελειώσουν την υποχρεωτική εκπαίδευση, (Δημοτικό Σχολείο και Γυμνάσιο).

β. Κοινωνικά, μπορούν να έχουν αυτόνομη διαβίωση μέσα στην κοινωνία.

γ. Επαγγελματικά, να εξελιχθούν σε μερικά ή πλήρως εργαζόμενο ενήλικα.

Οι McLaren και Bryson, 1987 αναφέρουν ότι η ελαφρά Ν. Υ αφορά το 1% των νοητικά υστερούντων ατόμων[83]. Αυτό το εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό οφείλεται από τη μια μεριά στα όλο και ακριβέστερα αποτελέσματα προσδιορισμού του Δ. Ν, (λιγότερο από 70), και από την άλλη σε μια τάση αύξησης του Δ. Ν σ' ολόκληρο τον πληθυσμό έτσι που μερικά παιδιά με ελαφρά, ήπια Ν. Υ βελτιώνουν σημαντικά τις μαθησιακές τους ικανότητες.

Ένα παιδί με μέτρια Ν. Υ μπορεί:

α. Να επιτύχει ως ενήλικας έναν βαθμό κοινωνικής παρουσίας.

β. Ν' αποκτήσει τις βασικές σχολικές γνώσεις.

γ. Ν' αποκτήσει μερικές επαγγελματικές δεξιότητες.

Είναι σε θέση ν' αποκτήσει ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης, (να ντύνεται, να ξεντύνεται, να χρησιμοποιεί σωστά το μπάνιο, να τρώει). Μπορεί να προστατεύεται από τους κοινούς κινδύνους στο σπίτι, τη γειτονιά και σχολείο, αποδέχεται τους κοινωνικούς κανόνες (συνεργάζεται, μοιράζεται, σέβεται τα ξένα πράγματα). Μπορεί να μάθει να διαβάζει και να μετρά. Αναγνωρίζει βασικά σήματα της τροχαίας και μπορεί να εργαστεί σε προστατευόμενο περιβάλλον ή να κάνει μια στερεότυπη εργασία υπό επίβλεψη.

Κατά το παρελθόν τόσο οι εκπαιδευτικοί όσο και άλλοι ειδικοί επαγγελματίες είχαν υποτιμήσει αυτά που μπορούν να κάνουν τα άτομα με τη μέτρια Ν. Υ, αφού λάβουν την κατάλληλη εκπαίδευση και λειτουργήσουν μέσα στο κατάλληλο περιβάλλον. Αυτός είναι και ο λόγος που σήμερα επιτυγχάνουν περισσότερα απ' ότι στο παρελθόν μέσα στην κοινωνία τους[84].

Τα σοβαρά και βαριά υστερημένα παιδιά έχουν ν' αντιμετωπίσουν πολλαπλάσιες δυσκολίες που τα εμποδίζουν ν' αντεπεξέρχονται στις κανονικές εκπαιδευτικές διαδικασίες. Το ειδικό εκπαιδευτικό περιβάλλον και τα ατομικά προγράμματα είναι αυτά που μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά να αναπτύξουν τις υπάρχουσες ικανότητές τους.

---

[83] McLaren. J, Bryson. S (1987): «Review of recent epidemiological studies of mental retardation: prevalence, associated disorders and etiology», American Journal of mental Retardation, 92(3), p. 243

[84] Menolascino. F, Stark. J (1988): «Preventing and curative intervention in mental retardation», Paul. H. Brooks, Baltimore

Κατά την AAMR υπάρχουν εννέα ομάδες παραγόντων που μπορούν να προκαλέσουν ή να συμβάλουν στη Ν. Υ [85] :

1. Μολύνσεις και δηλητηριάσεις
2. Τραύματα και φυσικοί παράγοντες
3. Ο μεταβολισμός και η ανεπαρκής διατροφή
4. Εγκεφαλικές παθήσεις
5. Άγνωστες προγενετικές επιδράσεις
6. Χρωμοσωματικές ανωμαλίες
7. Κινητικές διαταραχές
8. Ψυχιατρικές διαταραχές
9. Περιβαλλοντικές επιδράσεις.

1.16. Κοινωνιοψυχολογική ανάλυση του συστήματος εαυτού

Η Κοινωνική Ψυχολογία δεν ανάγει τα κοινωνιοψυχολογικά φαινόμενα στην ψυχολογική τους και μόνο διάσταση, ούτε όμως και τα υπάγει αποκλειστικά στην κοινωνιοψυχολογική τους υπόσταση. Θεωρεί δηλαδή πως σε κάθε φαινόμενο που έχει τραβήξει το ενδιαφέρον της συνυπάρχουν και διαρθρώνονται μεταξύ τους ψυχικοί και κοινωνικοί παράγοντες (Παπαστάμου Στ., 1993, σ. 452).

Έτσι, ακολουθώντας την παραπάνω θεώρηση, θα μελετήσουμε και θα αναλύσουμε τους κοινωνιοψυχολογικούς παραγόντες που παρεμβαίνουν καθοριστικά στην παραγωγή των διαφόρων κοινωνιοψυχολογικών φαινομένων που θα τραβήξουν την προσοχή μας κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Για να πετύχουμε το στόχο μας θα χρησιμοποιήσουμε το θεωρητικό μοντέλο, όπως διατυπώθηκε από τον Doise W. (1982), σύμφωνα με το οποίο σε κάθε κοινωνιοψυχολογικό φαινόμενο μπορούμε να διακρίνουμε μηχανισμούς τεσσάρων διαφορετικών επιπέδων.

Οι μηχανισμοί αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

- *ενδοατομικοί,*
- *διατομικοί,*
- *διομαδικοί και*
- *ιδεολογικοί*

Οι Γεώργας Δ. και Παπαστυλιανού Α., (1993, σ.3), θεωρούν ότι «οι ενδοατομικές επεξεργασίες και οι δια-ομαδικοί μηχανισμοί όσο κι οι δια-ομαδικές σχέσεις και ιδεολογικές διευθετήσεις επεμβαίνουν καθοριστικά σε οποιοδήποτε κοινωνιοψυχολογικό φαινόμενο.

[85] . Grossman. H (Ed) (1983):ό. π

Επομένως, το ίδιο φαινόμενο μπορεί να δεχτεί ερμηνείες που τοποθετούνται σε διαφορετικά επίπεδα (Doise W., 1978, σ. 28). Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι δε μιλάμε για διαφορετικά επίπεδα της πραγματικότητας, αλλά επίπεδα ανάλυσης.

«Πολύ συχνά ένας ερευνητής ευνοεί ένα από τα επίπεδα αυτά, αγνοώντας, κατά κάποιο τρόπο τα υπόλοιπα. (...) αυτό δε σημαίνει όμως ότι δεν πρέπει (κι ότι στην πράξη δε γίνεται) να επιτευχθεί μια διάρθρωση ανάμεσα στα επίπεδα αυτά-και στους μηχανισμούς στους οποίους παραπέμπουν.

Οποιαδήποτε έρευνα περιορίζει τις αναλύσεις της σε ένα και μόνο από τα επίπεδα αυτά (ανεξάρτητα για ποιο πρόκειται) δε θα μπορέσει ποτέ να οδηγήσει σε μια πληρέστερη κατανόηση των φαινομένων που προτίθεται να μελετήσει. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η συνθετότητα της κοινωνιοψυχολογικής πραγματικότητας είναι τέτοια που, σε κάθε στιγμή, και σε οποιοδήποτε συγκεκριμένο στοιχείο της, συνυπάρχουν μηχανισμοί που ανάγονται και στα τέσσερα αυτά επίπεδα» (Παπαστάμου Στ, 1993).

Αμέσως μετά γίνεται σύντομη παρουσίαση των τεσσάρων επιπέδων ανάλυσης στα οποία επίσης ανάγονται και οι διάφοροι μηχανισμοί που καθορίζουν τη δημιουργία και την αναπαραγωγή των διαφόρων φαινομένων που μελετά η Κοινωνική Ψυχολογία.

Το ενδοατομικό επίπεδο.

Τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα οργανώνουν τις αντιλήψεις και τις εκτιμήσεις του κοινωνικού τους περιβάλλοντος, καθώς και τη συμπεριφορά τους απέναντι στο περιβάλλον αυτό. Στα μοντέλα αυτά η αλληλεπίδραση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον δεν μελετάται άμεσα. Αντικείμενο των προτεινόμενων αναλύσεων είναι οι μηχανισμοί οι οποίοι, στο ατομικό επίπεδο, καθιστούν εφικτή την οργάνωση των εμπειριών του ατόμου.

Το διατομικό επίπεδο ενδιαφέρεται για τις διατομικές διαδικασίες, έτσι όπως ανελίσσονται μέσα σε μια συγκεκριμένη περίσταση. Οι διαφορετικές θέσεις που μπορεί να κατέχουν τα υποκείμενα στην περίσταση αυτή δεν λαμβάνονται υπόψη.

Το διομαδικό επίπεδο παρεμβαίνει πάνω στην κοινωνική απόδοση και το οποίο παρεμβάλλει με σαφήνεια στις προτεινόμενες ερμηνείες τη διαφορά της κοινωνικής θέσης που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες υποκειμένων.

Το ιδεολογικό επίπεδο. Κάθε κοινωνία αναπτύσσει «ιδεολογίες», συστήματα πεποιθήσεων και αναπαραστάσεων, εκτιμήσεων και αξιών που

πρέπει να δικαιολογήσουν και να διατηρήσουν τους ήδη υπάρχοντες συσχετισμούς δυνάμεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ
Στάσεις απέναντι στην αναπηρία

2.1.Εισαγωγή

Το κεφάλαιο αυτό αφορά σε γενικά στοιχεία σχετικά με τις στάσεις απέναντι στην αναπηρία όπως ερμηνείες σχετικά με τη δημιουργία των στάσεων απέναντι στην αναπηρία και μάλιστα των αρνητικών, τις πηγές των στάσεων, καθώς και συνοπτική αναφορά στους ορισμούς των εννοιών *στάση, προκατάληψη, στερεότυπο* και *διακρίσεις.*

Παρουσιάζονται τα στοιχεία ερευνών σχετικά με τις στάσεις απέναντι στην αναπηρία, ενώ ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με τις στάσεις των εργοδοτών και των ίδιων των αναπήρων, απέναντι στην αναπηρία τους και την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Επίσης, συζητείται η στάση της οικογένειας, των Εκπαιδευτικών και του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το θέμα αυτό.

Τέλος, εξετάζονται οι συνθήκες υπό τις οποίες είναι πιθανή ενδεχόμενη αλλαγή των στάσεων απέναντι στην αναπηρία.

2.2. Γενικά στοιχειά

Η Safilios-Rothschild (1970) σχολιάζει ότι συχνά τα άτομα με αναπηρίες περιθωριοποιούνται από την πλειοψηφία των μη αναπήρων, αποτελώντας έτσι μια μειοψηφία. Η πλειοψηφία αυτή θεωρεί καλό να τηρεί κοινωνικές αποστάσεις από τη μειοψηφία, αφού την αντιλαμβάνεται ως κατώτερη σε πολλούς τομείς συγκριτικά με την ίδια. Η αξιολόγηση των ατόμων με αναπηρίες βασίζεται δε στο γεγονός της συμμετοχής τους στη συγκεκριμένη μειοψηφία των αναπήρων ανθρώπων και όχι στα προσωπικά χαρακτηριστικά τους. Συχνά μάλιστα, η αποστασιοποίηση από τους αναπήρους θεωρείται ως ευεργετική γι' αυτούς, οι οποίοι στη συνέχεια θα πρέπει να προσπαθήσουν να ευτυχήσουν μέσα στα όρια της μικρής τους κοινωνίας.

Ο European Social Charter[86] (Tommaso Daniele) με τα άρθρα 9 και 15, δείχνει μεγάλη ευαισθησία απέναντι στα άτομα με αναπηρίες, υποστηρίζοντας το δικαίωμά τους στην επαγγελματική καθοδήγηση και την ανεξαρτησία, καθώς και στην κοινωνική τους ένταξη. Το άρθρο 13 της συνθήκης του Άμστερνταμ, καθώς και το άρθρο 21 του Καταστατικού Χάρτη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της

[86] Βλ.: www.euroblind.org

Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβάνουν την αναπηρία στα άρθρα που αφορούν στην καταπολέμηση των κοινωνικών διακρίσεων.

Ο Isaacson (1985, pp. 393-395) σχολιάζει τους δύο αντίθετους και ακραίους τύπους συμπεριφοράς τους οποίους δημιουργεί στους ανθρώπους η παρουσία μιας αναπηρίας σε ένα περιβάλλον. Πολλοί άνθρωποι θεωρούν ότι η οποιαδήποτε αναπηρία ενός ατόμου τον καθιστά ανίκανο για κάθε ενέργεια, εργασία, κ.λπ.. Τον θεωρούν δηλαδή ως πλήρως εξαρτημένο άτομο. Άλλοι, επειδή αισθάνονται αμηχανία απέναντι στην αναπηρία, συμπεριφέρονται στο ανάπηρο άτομο σαν αυτή να μην υπάρχει, με αποτέλεσμα να προσδοκούν από το ανάπηρο άτομο ό,τι και από ένα μη ανάπηρο. Η πραγματικότητα βέβαια βρίσκεται κάπου ανάμεσα στις δύο θέσεις.

Συχνά, τα άτομα με αναπηρίες υφίστανται σε δημόσιους χώρους το παρατεταγμένο κοίταγμα, αδιάκριτες ερωτήσεις, υπερπροστατευτική συμπεριφορά ή ακόμη και ταπείνωση. Ο μη ανάπηρος θα κρίνει την ελκυστικότητα του αναπήρου θετικά ή αρνητικά, ανάλογα με τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις του. Η διαπροσωπική έλξη αποτελεί σημαντικό παράγοντα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Αυτός είναι ο λόγος που ο μη ανάπηρος με αρνητική στάση απέναντι στα άτομα με αναπηρία δε θα επιδιώξει σχέση μαζί τους (Ζώνιου-Σιδέρη, 1998). Η συμπεριφορά των μη αναπήρων προς τους αναπήρους συνήθως κρύβει ανασφάλεια, αισθήματα ενοχής και φοβίες. Άλλωστε, δεν είναι λίγοι οι επιστήμονες που υποστηρίζουν ότι οι προκαταλήψεις αποτελούν προβολή των αρνητικών συναισθημάτων μας, της επιθετικότητας και των φόβων μας (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρόγεωργα, 1997).

Οι γυναίκες με αναπηρίες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα προβλήματα κοινωνικοποίησης και ένταξης, αφού ακόμη και από το οικογενειακό τους περιβάλλον δύσκολα θα παροτρυνθούν να αποκτήσουν μόρφωση και να εργασθούν. Οι παραδοσιακή νοοτροπία θέλει τη γυναίκα και μάλιστα αυτή με αναπηρία, περιορισμένη στο σπίτι, να ασχολείται με τις οικιακές εργασίες. Οι διακρίσεις ανάμεσα στα δύο φύλα συντελούνται όχι μόνο από τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και από τους ίδιους τους γονείς. Τα αποτελέσματα είναι η χαμηλή αυτεπάρκεια των γυναικών με αναπηρία, καθώς και τα υψηλά ποσοστά του αναλφαβητισμού και έλλειψης συμμετοχής τους στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή (Σιδηροπούλου-Δημακάκου, 1994). Θα πρέπει να παρατηρηθεί ότι τα κοινωνικά στερεότυπα που επιμένουν να κρατούν τις γυναίκες σε παραδοσιακά γυναικείους ρόλους, ισχύουν περισσότερο για τις γυναίκες με αναπηρίες. Ίσως αυτό συμβαίνει λόγω της γενικότερης προσπάθειας που καταβάλλεται για τη διευκόλυνση της κοινωνικής προσαρμογής των γυναικών, αποκλείοντας όμως έτσι τις γυναίκες από τα χαρακτηριζόμενα ως ανδρικά επαγγέλματα αλλά συχνά και από τα γυναικεία.

Ο Livneh (1982, pp. 342-343) παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας, τα οποία διαμορφώνουν τις στάσεις της κοινωνίας απέναντι σε αυτήν την ίδια:

- Η έρευνα έχει δείξει ότι οι άνθρωποι και μάλιστα οι εργοδότες, προτιμούν να συναναστρέφονται ή να προσλαμβάνουν α.μ.ε.α. των οποίων η λειτουργικότητα δεν έχει επηρεαστεί από την αναπηρία τους. Για παράδειγμα, οι εργοδότες διάκεινται περισσότερο θετικά απέναντι στους σωματικά παρά στους πνευματικά ή συναισθηματικά αναπήρους.
- Περισσότερο αρνητικές στάσεις αναπτύσσονται απέναντι στις σοβαρού βαθμού αναπηρίες.
- Περισσότερο αρνητικές στάσεις αναπτύσσονται απέναντι στις πιο ορατές αναπηρίες.
- Περισσότερο αρνητικές στάσεις αναπτύσσονται απέναντι στις αναπηρίες που προσβάλλουν σε μεγάλο βαθμό την αισθητική παρουσία του ατόμου.
- Περισσότερο αρνητικές στάσεις αναπτύσσονται απέναντι στις αναπηρίες που θεωρούνται ως μεταδοτικές.
- Οι στάσεις διαμορφώνονται ανάλογα και με το μέρος του σώματος το οποίο προσβάλλεται από την αναπηρία.
- Περισσότερο αρνητικές στάσεις αναπτύσσονται απέναντι στις αναπηρίες που θεωρούνται δυσκολότερα θεραπεύσιμες και επομένως, λιγότερο προβλέψιμες.

Ο McCarthy (1988, p. 248) παρουσιάζει κάποιες ερμηνείες σχετικά με τις στάσεις που αντιμετωπίζουν τα α.μ.ε.α. στην αγορά εργασίας. Συγκεκριμένα, η άνιση μεταχείριση που παρατηρείται σε αυτόν τον τομέα οφείλεται:

α) Σύμφωνα με *το Κλινικό Μοντέλο,* όπου το κέντρο του προβλήματος είναι το ίδιο το ανάπηρο άτομο:

- στις περιορισμένες λειτουργίες του ατόμου,
- στη δυσκολία της μετακίνησης προς το εργασιακό περιβάλλον,
- στην έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων,
- στην έλλειψη επαγγελματικών δεξιοτήτων,
- στην έλλειψη δεξιοτήτων αναζήτησης εργασίας.

β) Σύμφωνα με *το Κοινωνικό Μοντέλο:*

- στην έλλειψη προσπελάσιμων εργασιακών χώρων,
- στην έλλειψη προσβάσιμων μέσων μεταφοράς,
- στα επιδόματα αναπηρίας,
- στη σφικτή πολιτική της αγοράς εργασίας,
- στις προκαταλήψεις των εργοδοτών και των συναδέλφων των α.μ.ε.α..

γ) Σύμφωνα με *το Μοντέλο Επαγγελματικής Ανάπτυξης:*

- στη βραχυπρόθεσμη προοπτική που υπερισχύει, δηλαδή του να βρει το άτομο εργασία κι όχι να φροντίσει γενικότερα για την επαγγελματική του ανάπτυξη,
- στην ανύπαρκτη ή την προστατευόμενη επαγγελματική αποκατάσταση,
- στη μονόπλευρη προσέγγιση του τρόπου με τον οποίο προγραμματίζεται η επαγγελματική σταδιοδρομία,
- στις ανεπάρκειες του χώρου εργασίας,
- στην ανεπάρκεια του ρόλου της προσωπικής ευθύνης του ίδιου του αναπήρου για την επαγγελματική του σταδιοδρομία.

Οι πηγές των αρνητικών στάσεων απέναντι στα άτομα με αναπηρίες και οι διαστάσεις τους, διακρίνονται, μεταξύ άλλων, σε (Livneh, 1982, pp. 338-347, 1988, pp. 36-44):

- *Κοινωνικοπολιτιστικές-Ψυχολογικές:*

Η κοινωνία δίδει ιδιαίτερη έμφαση στη σωματική ακεραιότητα των μελών της, στην ατομική παραγωγικότητα, τα ατομικά επιτεύγματα, την επαγγελματική ανταγωνιστικότητα και επιτυχία, την κοινωνική θέση. Από την άλλη πλευρά, σήμερα, οι ομάδες ανθρώπων που θα αποκλειστούν κοινωνικά, δε συγκεντρώνουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά.

Ψυχοδυναμικού τύπου πηγές θεωρούνται οι ακόλουθες: Η κοινωνία θεωρεί δεδομένο στις περισσότερες περιπτώσεις, ότι τα άτομα με αναπηρίες βρίσκονται μόνιμα σε κατάσταση θρήνου εξαιτίας της αναπηρίας τους. Συχνά, στους αναπήρους αποδίδονται και άλλα αρνητικά χαρακτηριστικά ως αποτέλεσμα του αρνητικού χαρακτηριστικού της αναπηρίας τους (spread phenomenon). Πολλοί φοβούνται ότι θα εξοστρακιστούν κοινωνικά αν συναναστραφούν αναπήρους. Ενώ υπάρχει και μια μερίδα ανθρώπων που νιώθουν ενοχή μπροστά στην αναπηρία του συνανθρώπου τους, εφόσον οι ίδιοι είναι απόλυτα υγιείς και γι αυτό απορρίπτουν κοινωνικά τα άτομα αυτά.

Συχνά, τα α.μ.ε.α. γεννούν στους συνανθρώπους τους ανάμεικτα συναισθήματα συμπάθειας και αποστροφής ταυτόχρονα. Γεννούν δηλαδή στους συνανθρώπους τους μια κατάσταση αστάθειας και ανισορροπίας ως προς τα συναισθήματα, επομένως και τη συμπεριφορά που θα ακολουθήσουν απέναντί τους και γι αυτό γίνονται ουσιαστικά ανεπιθύμητοι από τους περισσότερους. Τα διφορούμενα συναισθήματα και η ασταθής αυτή κατάσταση γεννούν συναισθήματα ενοχής, που απειλούν την αυτοεκτίμηση του μη αναπήρου ατόμου και το οδηγούν, με σκοπό να ανακουφιστεί από αυτά, στην υποβίβαση του α.μ.ε.α..

Τέλος, πολλοί θεωρούν την αναπηρία ως απόδοση δικαιοσύνης για προσωπικά ή και προγονικά παραστρατήματα, ενώ τονίζουν τη σημασία της προσωπικής ευθύνης του ανθρώπου για τις πράξεις και την εξέλιξή του.

- *Συναισθηματικές-Γνωστικές:*

Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται αποστροφή στη θέα μιας σωματικής αναπηρίας. Μάλιστα, αισθάνονται έντονο άγχος στη σκέψη μιας επικείμενης αναπηρίας που θα καταστρέψει τη σωματική ακεραιότητά τους, ενώ είναι πιθανό μια αναπηρία να συνδυαστεί και με το φόβο του θανάτου και να γεννήσει συναισθήματα αποστροφής.

Επιπλέον, τα άτομα με αναπηρίες γίνονται αντιληπτά ως άγνωστα και ξένα σώματα από τους υπόλοιπους, που δε γνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να φερθούν κι έτσι απλώς αποσύρονται. Σε κάποιες μορφές αναπηρίας, είναι δυνατό να γεννηθεί και ο φόβος της μόλυνσης από αυτήν, με αποτέλεσμα και πάλι την απόσυρση του μη αναπήρου ατόμου.

- *Συνειδητές-Ασυνείδητες:*

Το άτομο είναι δυνατό να γνωρίζει πολύ καλά τις πηγές των αρνητικών στάσεών του απέναντι στα α.μ.ε.α.. Συχνά όμως, η συμπεριφορά του καθενός έχει ήδη καθοριστεί από τα παιδικά βιώματα με την οικογένειά του, τον τρόπο που η οικογένεια θεωρούσε την αναπηρία, τη σημασία που απέδιδε στη σωματική και πνευματική ακεραιότητα, καθώς και τις αντιλήψεις της για τον τρόπο που ο άνθρωπος μπορεί να αντιμετωπίσει μια αναπηρία που θα του τύχει.

- *Προερχόμενες από εμπειρία του παρελθόντος-Προερχόμενες από την παρούσα κατάσταση:*

Το άτομο δέχεται επιρροές από πολύ νωρίς στην ηλικία και διαμορφώνει τον προσωπικό τρόπο σκέψης του, είτε από τον τρόπο διαπαιδαγώγησής του και τα κοινωνικοπολιτιστικά και ηθικά «πιστεύω» που του κληροδοτεί το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του είτε από συγκεκριμένες αρνητικές προσωπικές εμπειρίες (π.χ. από ασθένειες, κάποια αναπηρία ατόμου στο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον, κ.λπ.).

Ωστόσο, η στάση ενός ατόμου απέναντι στην αναπηρία διαμορφώνεται και από καταστάσεις που αυτό βιώνει στο παρόν και μέσα από τη διάδραση με τους συνανθρώπους του. Εδώ, σημαντικό ρόλο παίζει ο φόβος για κοινωνικό εξοστρακισμό, τα διφορούμενα συναισθήματα και τα συναισθήματα ενοχής που βιώνει κανείς μπροστά στην αναπηρία, καθώς και ο φόβος του διαφορετικού που εισβάλλει σε μια κανονική κοινωνική συνύπαρξη.

- *Εσωτερικές-Εξωτερικές:*

Στη διάσταση αυτή, σε πρώτο επίπεδο, εξετάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μη αναπήρων ατόμων, όπως το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, η προηγούμενη προσωπική εμπειρία από συναναστροφή με α.μ.ε.α., τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Για παράδειγμα, στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι θετικότερη στάση απέναντι στα α.μ.ε.α. τηρούν οι γυναίκες, οι νέοι σε ηλικία ενήλικες ή όσοι έχουν αποκομίσει θετική εμπειρία από συναναστροφή με α.μ.ε.α.. Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας τα οποία έχει υποστηριχθεί ότι σχετίζονται με την ανάπτυξη αρνητικών στάσεων απέναντι στην αναπηρία είναι ο εθνοκεντρισμός, ο δογματισμός, η πνευματική ακαμψία, η αυταρχικότητα, ο ναρκισσισμός, η επιθετικότητα, η έλλειψη αυτογνωσίας, η έλλειψη αυτοεκτίμησης, η έλλειψη ικανοποίησης που απορρέει από τον εαυτό, η κοινωνική αποξένωση, το άγχος, η μη ανοχή της αβεβαιότητας, το εξωτερικό σημείο ελέγχου, κ.λπ..

Σε δεύτερο επίπεδο, εξετάζονται χαρακτηριστικά του α.μ.ε.α., δηλαδή η ανάπτυξη της συμπεριφοράς εκείνης που θα μπορούσε να μη γίνει αποδεκτή από τους μη αναπήρους. Τέτοια συμπεριφορά θα μπορούσε να είναι η εξάρτηση του α.μ.ε.α. σε μεγάλο βαθμό από άλλα άτομα, η ανασφάλεια ή η απάθειά του, η αντικοινωνικότητά του, η απροθυμία του να εργαστεί σε κανονική θέση εργασίας και η καταφυγή του σε επιδόματα και οικονομικές ενισχύσεις διαφορετικές του μισθού ενός εργαζομένου. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των στάσεων απέναντι στην αναπηρία παίζει το είδος της αναπηρίας, καθώς και ο βαθμός αποκατάστασης που μπορεί να επιτευχθεί ή η προβλεψιμότητα των συνεπειών της αναπηρίας. Έχει υποστηριχθεί, για παράδειγμα, ότι μια σωματική ή αισθητηριακή αναπηρία δεν προκαλεί τόσο την ανάπτυξη αρνητικών στάσεων στους ανθρώπους όσο μια νοητική ή ψυχιατρική αναπηρία.

Παράγοντες που μπορούν να καθορίσουν την πιθανότητα του ατόμου για επαγγελματική αποκατάσταση, είναι (Safilios-Rothschild, 1970, p. 233):

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου.
- Τα κοινωνικο-ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως η στάση απέναντι στην αναπηρία, ο βαθμός εξάρτησής του από τους άλλους, οι σχέσεις του με την οικογένεια, η σεξουαλική δραστηριότητά του, κ.λπ..
- Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όπως οι επαγγελματικές δεξιότητες του ατόμου, επαγγελματική του εκπαίδευση και εμπειρία, η στάση του επαγγελματικού περιβάλλοντος απέναντι στην αναπηρία, κ.λπ.,
- Τα ιατρικά χαρακτηριστικά της αναπηρίας, δηλαδή το είδος, ο βαθμός, η διάρκεια και οι περιορισμοί που αυτή συνεπάγεται, κ.λπ..

- Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως η νοημοσύνη, η προσαρμοστικότητα, η παρώθησή του για εργασία, η ικανότητα αυτοκριτικής, κ.λπ.

Οι «σημαντικοί άλλοι» είναι κυρίως αυτοί που με τη στάση τους απέναντι στην αναπηρία θα καθορίσουν αποφασιστικά το βαθμό της αυτό-εκτίμησης του ατόμου με ειδικές ανάγκες και θα ενισχύσουν ή όχι την αυτο-αποτελεσματικότητά του. Ως τέτοια πρόσωπα στη ζωή ενός αναπήρου ατόμου μπορεί να θεωρηθούν οι γονείς, οι λοιποί συγγενείς, οι σύζυγοι, τα παιδιά, καθώς και οι συνομήλικοι και τα άτομα του φιλικού περιβάλλοντος. Το άτομο με αναπηρία αντιμετωπίζει ευκολότερα την αναπηρία του όταν οι άνθρωποι που τον περιβάλλουν και είναι σημαντικοί γι αυτόν βοηθηθούν ώστε να μάθουν να αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι την αναπηρία αλλά και τις στάσεις απέναντι σε αυτήν θετικότερα. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, το ίδιο το ανάπηρο άτομο θα βοηθήσει τα αγαπημένα του πρόσωπα να αναπτύξουν θετικότερη στάση απέναντι στην ιδιαιτερότητά του (Isaacson, 1985).

Ωστόσο, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της αυτοαντίληψης και στην αυτοεκτίμηση του αναπήρου ατόμου παίζει επιπλέον η στάση των Εκπαιδευτικών, των ομοτίμων των αναπήρων, καθώς και των εργοδοτών (Drummond & Ryan, 1995). Πολλές φορές η στάση των ομάδων αυτών έχει μεγαλύτερη επίδραση πάνω στο άτομο από την ίδια την αναπηρία του. Για την αποκατάσταση των αναπήρων ανθρώπων, απαραίτητη προϋπόθεση είναι οι άνθρωποι που έρχονται σε επαφή με αυτούς, να έχουν αποβάλλει τις προκαταλήψεις τους σε σχέση με την αναπηρία (Ζώνιου-Σιδέρη, 1988).

2.3. Οι στάσεις απέναντι στα άτομα με αναπηρίες

2.3.1. Επισκόπηση της βιβλιογραφίας

Οι Drummond & Ryan (1995, p.211) παρουσιάζουν αποτελέσματα ερευνών του 1991, τα οποία δείχνουν ότι το 98% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι τα α.μ.ε.α. θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να συμμετέχουν ισότιμα σε όλες τις κοινωνικές δραστηριότητες, ενώ το 92% θεωρεί ότι η απασχόληση των ατόμων αυτών θα αποφέρει οικονομικά οφέλη στο σύνολο. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 77% των συμμετεχόντων νιώθει οίκτο για τα α.μ.ε.α..

Ο Blumberger[87] (2001) παρουσιάζει τα αποτελέσματα ερευνών σχετικά με τις στάσεις των Ευρωπαίων απέναντι στα α.μ.ε.α.:

Περισσότεροι από το 5% των Ευρωπαίων πολιτών στα 15 μέλη κράτη θεωρούν τους εαυτούς τους ως αναπήρους, ενώ το 57% θεωρεί ότι δεν έχει

[87] Βλ.: www.icevi.org

επαρκείς γνώσεις σχετικά με τις αναπηρίες. Μόλις το 48% πιστεύει ότι είναι επαρκώς ενημερωμένο για την αναπηρία στην αίσθηση της όρασης. Ωστόσο, αμφισβητείται η ποιότητα της γνώσης των ανθρώπων αυτών σχετικά με την τυφλότητα. Το 97% των Ευρωπαίων θεωρεί ότι πρέπει να υποστηριχθεί η ενσωμάτωση των αναπήρων ανθρώπων στην κοινωνία, ενώ το 93% θα πρόσφερε περισσότερα χρήματα για να λείψουν τα εμπόδια εκείνα που δυσκολεύουν τη ζωή των αναπήρων.

Οι Westbrook, Legge and Pennay (1993, p. 615) μελετούν τα αποτελέσματα ερευνών σχετικά με τις στάσεις διαφόρων εθνοτήτων απέναντι στα α.μ.ε.α. και παρατηρούν ότι υφίστανται σημαντικές διαφορές ανάμεσά τους. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι Έλληνες έχουν από τις πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία, ενώ οι Αμερικανοί από τις πιο θετικές. Οι μελετητές αυτοί, παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας που έγινε σε διάφορες εθνότητες της Αυστραλίας[88], ηπείρου που θεωρήθηκε ιδανική για διεξαγωγή μιας διαπολιτισμικής έρευνας. Οι εθνότητες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 665 άτομα διαφορετικών εθνοτήτων της Αυστραλίας, οι οποίοι εργάζονταν στον ιατρικό τομέα, δηλαδή Αγγλο-Αυστραλοί (177), Αραβόφωνες (75), Κινέζοι (133), Γερμανοί (53), Έλληνες (116) και Ιταλοί (111). Οι αριθμοί έδειξαν ότι η Ελληνική κοινότητα αποδέχτηκε λιγότερο από τις υπόλοιπες, δέκα αναπηρίες: άσθμα, διαβήτης, καρδιακές νόσοι, ακρωτηριασμοί, καρκίνος, τραύλισμα, τυφλότητα, επιληψία, παραπληγία και AIDS. Οι Έλληνες φάνηκε ότι αποδέχονται την αναπηρία στην αίσθηση της όρασης (σύμφωνα με κλίμακα που το 5 αντιστοιχεί σε υψηλή αποδοχή και το 1 σε χαμηλή αποδοχή της αναπηρίας) στο βαθμό 3,26, ενώ ανάμεσα σε 20 αναπηρίες, η τυφλότητα γίνεται αποδεκτή με σειρά 11, ξεκινώντας την ιεράρχηση από την περισσότερο αποδεκτή αναπηρία. Μάλιστα, στο σύνολό τους οι εθνότητες αποδέχονται την τυφλότητα με σειρά 11, ανάμεσα στις 20 αναπηρίες και βαθμό 3,44 (Westbrook, Legge and Pennay, 1993, p. 619).

Οι Westbrook, Legge and Pennay (1993, p. 615) αναφέρονται στα ακόλουθα, σχετικά με τις στάσεις απέναντι στην αναπηρία και την εξέλιξή τους:

Φαίνεται ότι στις ανεπτυγμένες χώρες, οι στάσεις απέναντι στην αναπηρία σταδιακά γίνονται θετικότερες. Αλλαγή των στάσεων προς το θετικότερο στις Δυτικές Κοινωνίες, παρατηρήθηκε από το 18^{ο} αι. με την εμφάνιση του ιατρικού μοντέλου. Η αναπηρία δε θεωρείται πια ως ανίατη ασθένεια που προκαλείται από υπερφυσικά αίτια. Ο αγώνας για τα πολιτικά δικαιώματα του ανθρώπου και η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης συντέλεσαν στη διαμόρφωση θετικότερων στάσεων. Ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι προκατάληψη απέναντι στην αναπηρία

Employability Enhancement of Visually Impaired (Bratislava).

[88] Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η κυβέρνηση προώθησε ένα πρόγραμμα υποδοχής μεταναστών από ολόκληρο τον κόσμο (Westbrook, Legge and Pennay, 1993, p. 616).

τροφοδοτήθηκε από την ανάπτυξη του καπιταλισμού και την έμφαση που αυτός έδωσε στην ατομικότητα, τα προσωπικά επιτεύγματα και την ανεξαρτησία.

Οι Berry και Jones (1991, pp. 673-684) μελετούν τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε σε δείγμα σπουδαστών κολεγίου, με σκοπό να ερευνηθούν οι στάσεις των ανθρώπων χωρίς αναπηρία απέναντι στους ανθρώπους με αναπηρία μέσα σε συγκεκριμένες καταστάσεις περιβάλλοντος και επομένως κάτω από ορισμένες συνθήκες επαφής με τους αναπήρους. Οι μελετητές αυτοί αναφέρουν ότι σε προηγούμενη έρευνα (η οποία εξέταζε τις στάσεις που αναπτύσσονται σε περιβάλλον εργασίας, σε συνθήκες γάμου και στην περίπτωση ραντεβού μεταξύ αναπήρων και μη αναπήρων) έχει φανεί πως ο βαθμός αποδοχής των αναπήρων ατόμων εξαρτάται από το βαθμό οικειότητας μεταξύ μη αναπήρου και αναπήρου, η οποία επιβάλλεται από τη συγκεκριμένη κατάσταση περιβάλλοντος (Berry και Jones, 1991, p. 675). Υψηλότερος βαθμός αποδοχής της αναπηρίας φάνηκε ότι σχετίζεται περισσότερο με τις σχέσεις που αναπτύσσονται σε περιβάλλον εργασίας, ενώ χαμηλότερος αποδοχής φάνηκε ότι σχετίζεται με καταστάσεις που αφορούν στην προοπτική του γάμου.

Στη δική τους έρευνα οι Berry και Jones (1991, pp. 678-682) έδειξαν τα ακόλουθα:

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα με περισσότερο αρνητική στάση απέναντι στην αναπηρία φάνηκε να αναφέρουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη από τους συμμετέχοντες με θετικότερη στάση[89]. Οι συμμετέχοντες που χαρακτήρισαν κάποιες καταστάσεις επαφής με αναπήρους ανθρώπους ως πολύ απειλητικές, φάνηκε να αναφέρουν περισσότερο άγχος από τους συμμετέχοντες που χαρακτήρισαν τις καταστάσεις αυτές ως λίγο απειλητικές. Οι συμμετέχοντες με περισσότερο αρνητική στάση, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με θετικότερη στάση, φάνηκε να αναμένουν μεγαλύτερη αλλαγή στη συνηθισμένη τους συμπεριφορά κατά τη συναναστροφή τους με αναπήρους ανθρώπους, μεγαλύτερη επιθυμία να ξεφύγουν από την κατάσταση και να ελέγξουν τη συχνότητα μιας ενδεχόμενης επαφής με αναπήρους, καθώς και μεγαλύτερη αίσθηση ευθύνης για τα δικά τους συναισθήματα και τις πράξεις τους. Οι συμμετέχοντες που χαρακτήρισαν κάποιες καταστάσεις επαφής με αναπήρους ως πολύ απειλητικές, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που τις χαρακτήρισαν ως λίγο απειλητικές, φάνηκε να αναμένουν μεγαλύτερη αλλαγή στη συνηθισμένη τους συμπεριφορά κατά τη συναναστροφή τους με αναπήρους ανθρώπους, μεγαλύτερη επιθυμία να ξεφύγουν από την κατάσταση και να ελέγξουν τη συχνότητα μιας ενδεχόμενης επαφής με αναπήρους. Ολόκληρη η έρευνα έδειξε

[89] Για τη διερεύνηση των στάσεων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ATDP-A του Yuker (Berry και Jones, 1991, p. 677).

ότι σημαντική διάδραση ανάμεσα στη στάση του μη αναπήρου ατόμου και στη συγκεκριμένη κατάσταση επαφής με το ανάπηρο άτομο υφίσταται μόνο ως προς το περιγραφικό επίθετο *surprising*[90].

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην έρευνα φάνηκε ότι αντιμετωπίζουν την ιδέα της συμμετοχής τους σε καταστάσεις όπου αφορούν και σε ανάπηρα άτομα, ως εξής:

α) χαρακτήρισαν τις καταστάσεις ως αδιάφορες ή ενοχλητικές,

β) δήλωσαν έλλειψη εμπειρίας,

γ) δήλωσαν ότι θα αισθάνονταν ανησυχία ή απειλή,

δ) χαρακτήρισαν τις καταστάσεις ως περίεργες και αφύσικες.

Από την έρευνα φάνηκαν και τα εξής:

Τόσο οι στάσεις των συμμετεχόντων όσο και ο βαθμός της απειλής η οποία εκπορεύεται από την κατάσταση επαφής μη αναπήρων και αναπήρων, φάνηκε ότι συντελούν στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων στους μη αναπήρους. Τόσο οι αρνητικές στάσεις όσο και οι καταστάσεις επαφής που απαιτούσαν περισσότερη οικειότητα, συνδέονται με το άγχος. Η κατάθλιψη φάνηκε να σχετίζεται μόνο με τις στάσεις, ενώ η εχθρικότητα φάνηκε να μην αναπτύσσεται σημαντικά τουλάχιστον στο συγκεκριμένο δείγμα. Όσο περισσότερο αρνητική είναι η στάση των μη αναπήρων και όσο περισσότερο οικεία και επομένως απειλητική η επαφή τους με τους αναπήρους σε μία κατάσταση, τόσο μεγαλύτερη είναι η αίσθηση των μη αναπήρων ότι χάνουν τον έλεγχο, αλλά και η επιθυμία τους να αποφύγουν την κατάσταση. Ακόμη και άτομα με θετική στάση απέναντι στην αναπηρία φάνηκε να αντιδρούν αρνητικά απέναντι στο ενδεχόμενο μιας μη αναμενόμενης επαφής με ανάπηρο άτομο.

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ερευνητές θεωρούν σκοπιμότερη την προετοιμασία των αναπήρων ανθρώπων ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν τις αρνητικές στάσεις και τις περιπτώσεις όπου έρχονται σε επαφή με μη αναπήρους, παρά την αλλαγή των στάσεων των μη αναπήρων. Σκόπιμη κρίνεται και η προετοιμασία των μη αναπήρων για τις ενδεχόμενες επαφές τους με αναπήρους ανθρώπους.

Η Tillsley (1996) αναφέρει τα αποτελέσματα έρευνας του RNIB (1996) σχετικά με την πρόσβαση στην εργασία των α.μ.π.ο.. Η έρευνα αυτή, μεταξύ άλλων, έδειξε ότι αν και το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων μπορεί να βελτιώσει τις προοπτικές εργασίας τους, ωστόσο, ο βαθμός της αναπηρίας στην αίσθηση της όρασης θα καθορίσει αν τα άτομα αυτά διατηρήσουν τη θέση τους. Περισσότεροι

[90] Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε το MAACL (Multiple Affect Adjective Check List), το οποίο περιλαμβάνει 132 επίθετα που αναφέρονται στις εξής περιοχές: άγχος, κατάθλιψη, εχθρικότητα (Berry και Jones, 1991, p. 678).

από τους μισούς συμμετέχοντες, αισθάνονταν ότι η επαγγελματική τους καριέρα εμποδίζεται τόσο από την αναπηρία τους όσο και από τις στάσεις των εργοδοτών απέναντί τους. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα εξέφρασαν την πεποίθηση ότι οι προοπτικές τους στην αγορά εργασίας θα βελτιώνονταν, εάν άλλαζε η στάση της κοινωνίας απέναντι στην αναπηρία και αφυπνιζόταν η συνείδηση των εργοδοτών ώστε να κατανοήσουν τις ανάγκες τους.

2.3.2. Οι στάσεις

2.3.2.1.Οι στάσεις της οικογένειας

Η Ζώνιου-Σιδέρη (1998, σ. 47) αναφέρει ότι το οικογενειακό πλαίσιο αποτελείται από τρία υποσυστήματα:

- το ζευγάρι,
- τους γονείς και τα παιδιά,
- τα αδέλφια.

Επομένως, η στάση της οικογένειας απέναντι στην αναπηρία ενός της μέλους θα καθοριστεί από τις σχέσεις των μελών της οικογένειας, τη σημασία που δίνει η οικογένεια σε προσωπικές και υλικές αξίες, καθώς και τη λειτουργία και δυναμική της.

Η στάση των γονιών απέναντι στα παιδιά με αναπηρία, είναι δυνατό να εκφραστεί με τις ακόλουθες μορφές (Πολυχρονοπούλου-Ζαχαρόγεωργα, 1999, σ. 20):

- ως ανοικτή απόρριψη,
- ως υποσυνείδητη απόρριψη,
- ως υπερπροστατευτική συμπεριφορά,
- ως ασταθής συμπεριφορά.

Οι γονείς, στις περισσότερες περιπτώσεις, συμπεριφέρονται στο παιδί με ανάμικτα συναισθήματα ενοχής, τύψεων αλλά και αγάπης. Συναισθήματα όπως η αμφιθυμία, η απελπισία, ο θυμός και η ντροπή, παρουσιάζονται συχνά στη βιβλιογραφία ως αντιδράσεις γονιών παιδιών με αναπηρία. Το αρνητικό είναι ότι πολλές φορές τα μέλη της οικογένειας βλέπουν την εικόνα τους μέσα από τον τρόπο που πιστεύουν ότι τη βλέπουν οι άλλοι, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ότι η κοινωνία νιώθει οίκτο γι αυτούς ακόμη και στις περιπτώσεις που αυτό δεν ισχύει, και στη συνέχεια, να απορρίπτουν τον εαυτό τους και το ανάπηρο άτομο.

Ο Yuker (1994) θεωρεί πολύ σημαντική στη διαμόρφωση των στάσεων των γονιών απέναντι στην αναπηρία του παιδιού τους τις πρώτες αντιδράσεις τους μετά τη γέννησή του, οι οποίες μπορεί να είναι αρκετά αρνητικά φορτισμένες.

Ωστόσο, πολλοί είναι οι γονείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν θετικότερα τη γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία. Μια τέτοια θετική αντιμετώπιση είναι δυνατό να πηγάζει από τη συνολική προσωπικότητα των γονιών, τις αντοχές τους, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τις ευθύνες τους και που αντιμετωπίζουν τα απροσδόκητα γεγονότα της ζωής, την πληρότητα που αισθάνονται μέσα στο γάμο τους, καθώς και από άλλους εξωτερικούς παράγοντες οι οποίοι παρεμποδίζουν ή υποβοηθούν τη λειτουργία της οικογένειας. Είναι σημαντικό οι γονείς να αποδέχονται ένα παιδί με αναπηρία. Εξίσου όμως σημαντική είναι και η ανταπόκριση του παιδιού, η ανάγκη του για φροντίδα, το νοητικό του επίπεδο και το γενικότερο επίπεδο ικανοτήτων του.

Συχνά οι γονείς δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με τη συμπεριφορά που θα πρέπει να αναμένουν από το ανάπηρο παιδί. Αυτό μοιραία οδηγεί σε σύγχυση και σε αρνητική στάση απέναντι στην αναπηρία. Τα πράγματα χειροτερεύουν όταν η πληροφόρηση των γονιών είναι λανθασμένη. Συνήθως, οι μητέρες του αναπήρου παιδιού, για τις οποίες υφίστανται περισσότερες έρευνες, περνούν από τις εξής φάσεις (Ζώνιου-Σιδέρη, 1987, σσ. 8-9, 1998, σσ. 54-55):

α. Κατάσταση σοκ: επιθυμεί τόσο το θάνατο του παιδιού της όσο και το δικό της. Προσπαθεί να κάνει και δεύτερο παιδί, ώστε να αποκαταστήσει την αυτοπεποίθησή της αλλά και τις τύψεις της.

β. Φάση προσαρμογής ή αποκατάστασης: συνδέεται υπερβολικά με το παιδί ή συγκρούεται συνειδητά με την αναπηρία του.

Όταν οι γονείς, και μάλιστα οι μητέρες[91], έχουν θετική αντίληψη για τα παιδιά τους, τότε αναπτύσσουν θετική στάση απέναντί τους. Και αντίστροφα. Μάλιστα, οι μητέρες που αποδίδουν τα χαρακτηριστικά των παιδιών τους σε εσωτερικούς παράγοντες, τείνουν να έχουν πιο αρνητική στάση απέναντι στην αναπηρία. Το αποτέλεσμα είναι, κάποιες μητέρες, ακόμη κι αν τα παιδιά τους έχουν σοβαρή αναπηρία, να τα αποδέχονται πλήρως, ενώ άλλες, να είναι περισσότερο απορριπτικές.

Ο Yuker (1988b, p.218) παρουσιάζει αποτελέσματα ερευνών που δείχνουν ότι συχνά οι μητέρες έχουν θετικότερη στάση απέναντι στην αναπηρία του παιδιού τους, συγκριτικά με τη στάση τους απέναντι σε άλλα παιδιά με αναπηρία. Μάλιστα, οι προσδοκίες που έχουν από τα παιδιά τους, εφόσον είναι υψηλές, μπορούν να οδηγήσουν σε ανάλογη συμπεριφορά του παιδιού. Εάν όμως οι γονείς περιμένουν μόνο αρνητική συμπεριφορά από τα παιδιά τους, είναι πιθανό τα πράγματα να οδηγηθούν μοιραία προς αυτήν την κατεύθυνση. Παιδιά που αισθάνονται ότι οι γονείς τους δεν περιμένουν και πολλά από αυτά, στάση που απαντιέται συχνότερα, νιώθουν ανίκανα, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και

[91] Είναι γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες που διεξάγονται αφορούν στη στάση των μητέρων απέναντι στην αναπηρία των παιδιών τους.

κατηγορούν τον εαυτό τους για καθετί που τους συμβαίνει. Η απόδοση από τους γονείς της αρνητικής συμπεριφοράς του αναπήρου παιδιού σε εσωτερικούς παράγοντες, δηλαδή στο ίδιο το παιδί, και της θετικής συμπεριφοράς σε εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, οδηγεί το παιδί σε αρνητική σκέψη και συμπεριφορά. Αντίθετα, η απόδοση της αρνητικής συμπεριφοράς σε εξωτερικούς παράγοντες και της θετικής συμπεριφοράς σε εσωτερικούς παράγοντες, οδηγεί το παιδί σε θετική σκέψη και συμπεριφορά. Μάλιστα, όταν η αντίληψη των πραγμάτων από γονείς και παιδιά είναι κοινή, η συνδιαλλαγή των δύο πλευρών είναι θετική και η επίδραση τους πάνω τους ακόμη δυνατότερη.

Οι Μπεζεβέγκης, Καλαντζή-Αζίζι, Ζώνιου-Σιδέρη (1994, σσ. 706-711) παρουσιάζουν τα αποτελέσματα έρευνας των στάσεων απέναντι σε παιδιά με ειδικές ανάγκες ανάμεσα σε 1088 γονείς φυσιολογικών παιδιών. Η έρευνα δείχνει ότι οι γονείς διάκεινται θετικά σε ενέργειες που αναφέρονται σε μια ενδεχόμενη σχέση τους με παιδιά με ειδικές ανάγκες. Λιγότερο θετικοί παρουσιάζονται μπροστά στο ενδεχόμενο να εμπλακούν τα παιδιά τους σε δραστηριότητες κοινές με παιδιά με ειδικές ανάγκες. Οι διαφορές που παρουσιάζονται στις απαντήσεις δείχνουν θετικότερη στάση στους νεότερους γονείς και στις γυναίκες, ενώ η μόρφωση δε φαίνεται να διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο.

Τα αδέλφια των παιδιών με αναπηρία, επηρεάζονται ως προς τη στάση τους απέναντι στην αναπηρία από τη στάση των γονιών, την επαφή τους με αυτούς, καθώς και την επαφή τους με τα ανάπηρα αδέλφια τους. Είναι δεδομένο ότι τα αδέλφια των παιδιών με αναπηρία αναλαμβάνουν πολλές ευθύνες από νωρίς, ακόμη και υποχρεωτικά, σχετικά με την προστασία του αδελφιού τους. Έρευνες έχουν δείξει ωστόσο, ότι θετικότερες στάσεις αναπτύσσονται όταν τα μη ανάπηρα παιδιά καθοδηγούν και βοηθούν σε πολλά πράγματα τα ανάπηρα αδέλφια τους, χωρίς όμως αυτό να τα επιβαρύνει και να τα επιφορτίζει με ένα ανεπιθύμητο χρέος. Τα μη ανάπηρα αδέλφια, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν καθημερινά τη στάση του κοινωνικού περίγυρου, γεγονός που αναπόφευκτα δημιουργεί ιδιαίτερη συναισθηματική φόρτιση. Είναι επιπλέον πιθανό τα μη ανάπηρα αδέλφια να νιώσουν παραμελημένα από τους γονείς τους, οι οποίοι έχουν αφοσιωθεί στο ανάπηρο παιδί. Συμβαίνει όμως τα μη ανάπηρα αδέλφια να μην επηρεάζονται από την παρουσία του αναπήρου μέλους αρνητικά, να ασχολούνται με τα δικά τους ζητήματα και να στενοχωριούνται μόνο με το γεγονός της δύσκολης θέσης των γονιών τους.

Το φιλικό περιβάλλον του ατόμου με αναπηρία, συχνά είναι περισσότερο υποστηρικτικό απέναντι στο άτομο συγκριτικά με την οικογένεια. Η νοημοσύνη και οι κοινωνικές δεξιότητες του αναπήρου ατόμου επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό μια φιλική σχέση. Οι περιστασιακές επαφές ενισχύουν την προκατάληψη, ενώ η

μακρόχρονη και σταθερή επαφή ενισχύει την ανάπτυξη θετικότερων στάσεων (Yuker, 1994).

Έρευνα των Crudden and McBroom (1999, p. 345) σε 176 εργαζομένους με προβλήματα όρασης έδειξε ότι τα άτομα του περιβάλλοντός τους τους βοήθησαν με τους εξής τρόπους στην προσπάθειά τους για επαγγελματική αποκατάσταση:

- με υποστήριξη και εμψύχωση (45%),
- με τη μετακίνησή τους (25%),
- με τη στήριξή τους από προσωπικό σε θέματα που είχαν ανάγκη, καθώς και για ανάγνωση (16%),
- με βοήθεια στις οικιακές εργασίες (4%),
- με οικονομική υποστήριξη (3%),
- με καθοδήγηση σχετικά με τα επαγγέλματα (3%),
- με τον απαραίτητο εξοπλισμό και τη διαμόρφωση του περιβάλλοντος (3%).

2.3.2.2. Οι στάσεις των Εκπαιδευτικών

Η Hannah (1988) σχολιάζοντας τις στάσεις των Εκπαιδευτικών απέναντι στους ανάπηρους μαθητές, αναφέρει τα εξής χαρακτηριστικά, ως καθοριστικά για τη δημιουργία είτε θετικών είτε αρνητικών στάσεων:

α) Χαρακτηριστικά του Εκπαιδευτικού:

- Το επίπεδο της τάξης του. Γενικά, στις πρώτες σχολικές τάξεις, οι Εκπαιδευτικοί είναι περισσότερο πρόθυμοι να εντάξουν στην τάξη τους αναπήρους μαθητές. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν αφορά στην αναπηρία στην αίσθηση της όρασης.
- Ο βαθμός της γνώσης του όσον αφορά στην αναπηρία, αφού συχνά αυτή αποδεικνύεται ανεπαρκής.
- Η αυτοπεποίθηση που διαθέτει, η οποία συνδέεται με θετικές στάσεις, ή αντίθετα η ανασφάλεια καθώς και άλλα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως ο δογματισμός και η εχθρικότητα, χαρακτηριστικά που συνδέονται με αρνητικές στάσεις.
- Η ποιότητα της επαφής με τους ανάπηρους μαθητές.

β) Χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος:

- Το μέγεθος της τάξης, αφού πολλοί Εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι ο μικρός αριθμός των μαθητών θα τους επιτρέψει να ασχοληθούν περισσότερο με τα ανάπηρα παιδιά της τάξης και ως συνέπεια, έχουν θετικότερη στάση απέναντι στην ενσωμάτωσή τους.

- Η ύπαρξη υποστηρικτικού προσωπικού, το οποίο κρίνεται απαραίτητο στις περιπτώσεις που οι Εκπαιδευτικοί θεωρούν τους εαυτούς τους ανεπαρκείς για να αντιμετωπίσουν την αναπηρία μέσα στη σχολική τάξη.
- Η εκπαίδευση των Εκπαιδευτικών μέσα από ειδικά προγράμματα στη διαχείριση της τάξης στην οποία εντάσσονται παιδιά με αναπηρία.

Δεν είναι ξεκάθαρος ο ρόλος των στάσεων του υπόλοιπου προσωπικού του σχολείου, καθώς και άλλων κοινωνικών φορέων στη διαμόρφωση των στάσεων των Εκπαιδευτικών απέναντι στην αναπηρία.

γ) Χαρακτηριστικά του παιδιού με αναπηρία:

- Η κοινωνικότητα του μαθητή, καθώς και η συμπεριφορά που θα επιδείξει και από την οποία θα εξαρτηθεί η ομαλή ένταξή του στο κλίμα και στις απαιτήσεις της τάξης.
- Οι επιδόσεις του μαθητή, αφού οι έρευνες δείχνουν ότι οι Εκπαιδευτικοί προτιμούν να συνεργάζονται με παιδιά υψηλότερων επιδόσεων.

Το φύλο του μαθητή δεν έχει ξεκάθαρο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων του Εκπαιδευτικού, ενώ η φυλή, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η φυσική ελκυστικότητά του δεν παίζουν κανένα ρόλο.

Η Fichten (1988) σχολιάζει αποτελέσματα ερευνών σχετικά με τις στάσεις στις ανώτερες βαθμίδες της εκπαίδευσης απέναντι στην αναπηρία. Οι φοιτητές χωρίς αναπηρία παρουσιάζονται να έχουν θετικότερες στάσεις από τους μαθητές χωρίς αναπηρία, τις νεότερες δηλαδή ηλικίες, και μάλιστα οι γυναίκες. Η μερίδα των φοιτητών που τηρεί αρνητική στάση απέναντι στους αναπήρους φοιτητές θεωρεί τους τελευταίους ως πολύ διαφορετικούς από τους ίδιους και μάλιστα σε τομείς που βαρύνουν ιδιαίτερα σε αυτήν την ηλικία, όπως ως προς την κοινωνικότητα, την ανθεκτικότητα του χαρακτήρα και της προσωπικότητας, την ανεξαρτησία, τη θηλυκότητα και την αρρενωπότητα.

Οι καθηγητές στις ανώτερες βαθμίδες εκπαίδευσης έχει φανεί ότι τηρούν θετική στάση απέναντι στους αναπήρους φοιτητές, η οποία όμως δε διατηρείται σε υψηλό ποσοστό εφόσον πρόκειται για φοιτητές στο δικό τους τμήμα.

Οι ανάπηροι φοιτητές φαίνονται να θεωρούν ότι οι άλλοι τηρούν αρνητική στάση απέναντί τους, χωρίς η πεποίθησή τους αυτή να τους κάνει να νιώθουν άβολα με τους μη αναπήρους συμφοιτητές ή καθηγητές τους.

2.3.2.3. Οι στάσεις του ιατρικού προσωπικού

Συχνά, το ιατρικό προσωπικό δε χαρακτηρίζεται από τόσο θετικές στάσεις απέναντι στα α.μ.ε.α. (Yuker, 1994). Η εξοικείωση των επαγγελματιών στον ιατρικό τομέα με τις αναπηρίες είναι σημαντική σε επίπεδο επιστημονικής ενημέρωσης. Ωστόσο, οι επαγγελματίες αυτοί δεν ενημερώνονται επαρκώς για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων με αναπηρία, καθώς και για τη συνήθη συμπεριφορά τους. Επιπλέον, στον ιατρικό κλάδο, δεν ενδείκνυται η ανάπτυξη στενής επαφής με τους ασθενείς, με αποτέλεσμα, στο χώρο αυτό, να μην μπορούν να φανούν τα ευεργετικά της αποτελέσματα.

2.3.2.4. Οι στάσεις των εργοδοτών

Η Safilios-Rothschild (1970, pp. 264-265) θέτει το ερώτημα γιατί παρά την εκτενή διαφήμιση και τις εκστρατείες που διοργανώνονται για την ενημέρωση σχετικά με τα α.μ.ε.α. και την επαγγελματική τους αποκατάσταση, οι εργοδότες δεν αλλάζουν τόσο εύκολα την εικόνα που έχουν για αυτά. Συνεχίζουν να τα θεωρούν ως άτομα τα οποία έχουν συνεχώς ανάγκη από βοήθεια, ενώ πολύ δύσκολα θα τα αντιμετώπιζαν όπως ένα μέσο εργαζόμενο. Είναι δεδομένο ότι οι εργοδότες για τις αποφάσεις τους έχουν ως κίνητρο πάντοτε το κέρδος και όχι την επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων. Συχνά, οι στάσεις τους απέναντι στους αναπήρους μεταβάλλονται και τους προσλαμβάνουν ως εργαζόμενους, στην περίπτωση που διαπιστώσουν ότι η ενδεχόμενη άρνησή τους θα έβλαπτε τη δημόσια εικόνα τους προς το κοινό. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, τείνουν να προσλαμβάνουν άτομα με άμεσα ορατή αναπηρία, ώστε αυτό να λειτουργεί ως διαφήμιση για τους ίδιους. Επιπλέον, οι εργοδότες, τις περισσότερες φορές, προτιμούν να προσλαμβάνουν και πάλι άτομα που πριν την εκδήλωση της αναπηρίας τους εργάζονταν σε αυτούς, προφανώς για τους λόγους της οικονομικής αποζημίωσης. Η αρνητική στάση των εργοδοτών απέναντι στην πρόσληψη αναπήρων ατόμων, οφείλεται και στην πεποίθησή τους ότι ως εργαζόμενοι, εξαιτίας της αναπηρίας τους, είτε θα χρειαστεί να απουσιάσουν πολλές φορές είτε δε θα μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στα καθήκοντά τους, μειώνοντας και στις δύο περιπτώσεις το κέρδος. Ωστόσο, έρευνες δείχνουν ότι τελικά το όφελος είναι μεγαλύτερο σε σχέση με το κόστος, όταν οι εργοδότες προσλαμβάνουν άτομα με αναπηρία (Yuker, 1994).

Το είδος της αναπηρίας αναμφίβολα επηρεάζει τη στάση του περιβάλλοντος απέναντι στο άτομο με ειδικές ανάγκες και την επαγγελματική του αποκατάσταση. Οι Drummond & Ryan (1995) χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι όσο λιγότερο

εμφανής και σοβαρή είναι η αναπηρία του ατόμου, τόσο περισσότερο αποδεκτό γίνεται αυτό από τα μέλη του κοινωνικού συνόλου στο οποίο κάθε φορά εντάσσεται, π.χ. φιλικό εκπαιδευτικό, εργασιακό, κ.λπ..

Η στάση των εργοδοτών απέναντι στην αναπηρία είναι δυνατό να διαφέρει ανάλογα με το είδος της πληροφόρησης που αυτοί δέχονται, το μέγεθος και το είδος της επιχείρησης, τις συνθήκες που επικρατούν στην αγορά εργασίας (Yuker, 1994). Τα παραπάνω, καθώς και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των α.μ.ε.α. που είναι δυνατό να επηρεάσουν τους εργοδότες, θα πρέπει να αποτελούν συνεχώς αντικείμενο έρευνας σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο κόσμο, ώστε να προλαμβάνονται τυχόν ανεπιθύμητες καταστάσεις, οι οποίες θα επιφέρουν αρνητικές συνέπειες για ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.

Οι γυναίκες με αναπηρίες πέφτουν συχνότερα θύματα των στάσεων των εργοδοτών, αφού ακόμη και στις περιπτώσεις που θα τοποθετηθούν σε κάποια θέση εργασίας, αμείβονται λιγότερο σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους με αναπηρίες (Σιδηροπούλου-Δημακάκου, 1994, 1999). Στα περισσότερα επαγγέλματα που παραδοσιακά χαρακτηρίζονται ως γυναικεία, απαιτείται συνήθως το προσόν της καλής εξωτερικής εμφάνισης της γυναίκας. Αυτό, αποκλείει τη γυναίκα με αναπηρία από θέσεις γυναικείες, ενώ για τις παραδοσιακά ανδρικές θέσεις, συνήθως η γυναίκα αυτή δεν έχει ενθαρρυνθεί ποτέ να εκπαιδευτεί.

Η στάση των εργοδοτών απέναντι στα άτομα με αναπηρία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προηγούμενη επαφή τους με αναπήρους εργαζομένους. Άλλωστε, έρευνες έχουν δείξει ότι οι ανάπηροι εργαζόμενοι σε σχέση με τους μη αναπήρους εργαζομένους, πολλές φορές είναι περισσότερο παραγωγικοί, συμπεριφέρονται σωστότερα επιτελώντας τα εργασιακά τους καθήκοντα, απουσιάζουν ή αργοπορούν σπανιότερα (Yuker, 1994). Οι εργοδότες, επίσης, εκτιμούν τις επαγγελματικές και κοινωνικές δεξιότητες του εργαζομένου, την υπευθυνότητα και την τυπικότητά του. Σωστοί επαγγελματίες θεωρούνται όσοι έχουν θετική στάση απέναντι στην εργασία τους, τον εαυτό τους και την αναπηρία τους.

Έρευνα ανάμεσα σε αναπήρους εργαζομένους ή υποψήφιους εργαζομένους έχουν δείξει στο παρελθόν ότι το ποσοστό των εργοδοτών οι οποίοι διαμόρφωσαν το χώρο εργασίας ώστε να προσαρμόζεται στις ανάγκες του αναπήρου, ήταν κατά 10% μεγαλύτερο από το ποσοστό εκείνων που αντιμετώπισαν διακρίσεις λόγω της αναπηρίας τους αναζητώντας εργασία (35% έναντι 25%) (McCarthy, 1988, p. 251). Το 78% των συμμετεχόντων θεωρούσε ως κύρια αιτία της ανεργίας του τις συνέπειες της αναπηρίας του στη ζωή του, ενώ το 51% θεωρούσε τη θεραπεία που η αναπηρία του απαιτούσε. Το 47% των αναπήρων θεωρούσε ότι οι εργοδότες δε θα αναγνώριζαν ότι θα μπορούσαν να

είναι κι αυτοί παραγωγικοί στην εργασία τους, εξαιτίας της αναπηρίας. Το 40% απέδιδε την ανεργία στην έλλειψη θέσεων εργασίας. Το 38% αναγνώριζε ότι ανασταλτικός παράγοντας στην απασχόλησή τους ήταν η μη ικανοποιητικού επιπέδου μόρφωσή τους, καθώς και οι ανεπαρκείς δεξιότητες εύρεσης εργασίας που διέθεταν. Τέλος, το 28% θεωρούσε ως εμπόδιο τα ακατάλληλα μέσα μεταφοράς. Μόλις το 1% των αναπήρων πίστευε ότι η κατάσταση θα βελτιωνόταν, κυρίως εάν άλλαζε η στάση των εργοδοτών απέναντί τους, ενώ ένα άλλο 1% πρότεινε κάτι τέτοιο ως δεύτερη λύση.

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι εργοδότες απαιτούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά από τους εργαζομένους (DeMario, 1992, pp.118-119). Έρευνα του 1988 ανάμεσα σε εργοδότες ατόμων με αναπηρία στην Αμερική, έδειξε ότι περισσότερο σημαντικό γι αυτούς θεωρείται η στάση των εργαζομένων απέναντι στην εργασία, δηλαδή η αποδοχή του επαγγελματικού τους ρόλου, η συμμετοχή σε ομαδικές εργασίες, η επιμονή, κ.λπ.. Δεύτερη σε σημασία φάνηκε να είναι η απόδοση στην εργασία, δηλαδή θέματα που αφορούν στην ποσότητα και ποιότητα της παραγωγικότητας του ατόμου, ο αριθμός των απουσιών του, κ.λπ..

Επόμενη έρευνα ανάμεσα σε εργοδότες (αρκετοί εκ των οποίων με προβλήματα όρασης), Συμβούλους Επαγγελματικού Προσανατολισμού και προϊσταμένους κολεγίων το 1990, έδειξε ότι για μια επιτυχή επαγγελματική αποκατάσταση, οι δεξιότητες που θα πρέπει να έχουν οι εργαζόμενοι, ιεραρχούνται ως εξής:

- προσωπικές-κοινωνικές δεξιότητες,
- δεξιότητες προσανατολισμού και κινητικότητας,
- επαγγελματική πληροφόρηση.

Το 1989, έρευνα ανάμεσα σε υπεύθυνους επιλογής προσωπικού έδειξε ότι κατά την επιλογή, περισσότερο επηρεάζονται από την αρνητική συμπεριφορά του υποψηφίου παρά από τη θετική.

Ο Mcloughlin[92] (2002, pp. 17-21) παρουσιάζει τα αποτελέσματα έρευνας σε δείγμα 120 εργοδοτών στις ΗΠΑ, με στόχο να αναγνωριστούν τα χαρακτηριστικά των ατόμων με αναπηρίες, τα οποία οδηγούν τους εργοδότες στην απόφαση να προχωρήσουν σε προσλήψεις. Φάνηκε ότι υπάρχουν τεράστιες διαφορές ανάμεσα στους εργοδότες με εμπειρία στην πρόσληψη ατόμου με αναπηρία και σε εργοδότες χωρίς ανάλογη εμπειρία πάνω στα θέματα της αξιοπιστίας των ατόμων αυτών, της παραγωγικότητάς τους και των πιθανών αντιδράσεων των συναδέλφων τους.

Ένας σημαντικός αριθμός των εργοδοτών που δεν έχει εμπειρία από αναπήρους εργαζομένους δε θα προσλάμβανε αναπήρους εξαιτίας:

[92] Βλ.: www.pi_schools.gr

- της έλλειψης γνώσεων σχετικά με τη διασφάλιση των αναπήρων ως εργαζομένων,
- της έλλειψης ενημέρωσης σχετικά με τα οικονομικά κίνητρα του κράτους και της Πρόνοιας, ώστε να προχωρήσουν σε ασφαλείς για τους ίδιους προσλήψεις,
- των αρνητικών τους στάσεων.

Σε ερώτηση σχετική με τα αποτελέσματα της εργασίας των αναπήρων εργαζομένων στην επιχείρησή τους, οι εργοδότες με εμπειρία σε προσλήψεις αναπήρων φάνηκε να έχουν θετική στάση σε ποσοστό 81%, ενώ το ποσοστό των εργοδοτών χωρίς ανάλογη εμπειρία που φαίνεται να έχουν αρνητική στάση, ανέρχεται στο 53%. Τα θέματα που φάνηκαν να διαφοροποιούν τους εργοδότες σχετίζονται με τον αριθμό των απουσιών των εργαζομένων με αναπηρίες, τις στάσεις απέναντι στην εργασία, την ποιότητα του παραγόμενου προϊόντος και τη συνδιαλλαγή με τους μη αναπήρους συναδέλφους. Οι εργοδότες με εμπειρία στις προσλήψεις αναπήρων, στην πλειοψηφία τους φάνηκαν να επαινούν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με αναπηρίες αντεπεξέρχονται στα επαγγελματικά τους καθήκοντα και συνεργάζονται με τους υπόλοιπους. Οι εργοδότες χωρίς ανάλογη εμπειρία, φαίνεται να πιστεύουν ότι οι πελάτες και οι μη ανάπηροι εργαζόμενοι βρίσκουν τους εργαζομένους με αναπηρία ως περισσότερο επιθετικούς και αγενείς.

Σε γενικές γραμμές, οι εργοδότες δε φάνηκαν να εξαιρούν κατηγορηματικά τους ανθρώπους με αναπηρίες από τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό. Φάνηκαν να συνειδητοποιούν ότι έχουν ανάγκη από περισσότερη πληροφόρηση, εκπαίδευση και εμπειρία στις προσλήψεις αναπήρων. Οι εργοδότες με εμπειρία σε προσλήψεις αναπήρων, θεωρούν ότι κάτω από τις σωστές συνθήκες, θα προσλάμβαναν χωρίς κανένα ενδοιασμό περισσότερα άτομα με αναπηρίες. Μάλιστα, αναγνωρίζουν ότι τα περισσότερα από τα θέματα που θεωρούνται εμπόδια στις προσλήψεις αυτές, ουσιαστικά δεν αποτελούν προβλήματα μακροπρόθεσμα.

Έρευνα του International Center for the Disabled στην Αμερική στα τέλη της δεκαετίας του 1980, η οποία βασίστηκε σε 921 συνεντεύξεις με managers, έδειξε ότι σε γενικές γραμμές οι managers αυτοί έκριναν θετικά την απόδοση εργαζομένων με ειδικές ανάγκες στην εργασία τους (Wolffe, 1999, pp. 30-31). Μάλιστα, η πλειοψηφία αυτών έκρινε ότι το κόστος των μετατροπών στο εργασιακό περιβάλλον, το οποίο συντελεί στην ομαλότερη προσαρμογή των αναπήρων εργαζομένων σε αυτό, δεν ήταν απαγορευτικό, ενώ το 48% από αυτούς είχε προβεί σε τέτοιες μετατροπές. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα έδειξε τα ακόλουθα:

- Οι μεγάλες εταιρείες ήταν περισσότερο πιθανό να προσλάβουν αναπήρους ως εργαζομένους συγκριτικά με τις μικρότερες.
- Οι εταιρείες οι οποίες δεν είχαν προσλάβει άτομα με αναπηρίες, υποστήριξαν ότι οι υποψήφιοι δεν είχαν τα απαραίτητα προσόντα.
- Μόλις το 37% των εταιρειών ανέφερε ότι ακολουθούσε συγκεκριμένη πολιτική ή προγράμματα με στόχο την πρόσληψη ατόμων με αναπηρίες.
- Τα ¾ των συμμετεχόντων στην έρευνα είχε την πεποίθηση ότι οι διακρίσεις που λαμβάνουν χώρα στην αγορά εργασίας αποτελούν εμπόδιο στην πρόσληψη αναπήρων ατόμων.
- Οι managers θεωρούσαν ότι τα άτομα που ανήκουν σε μειονότητες ή τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα είχαν περισσότερες πιθανότητες πρόσληψης σε σχέση με τα άτομα με αναπηρίες.

Το 1995, έρευνα του National Organization on Disability (Wolffe, 1999, p. 32) έδειξε, μεταξύ άλλων, ότι ενώ το ποσοστό των εταιρειών που προέβησαν σε προσαρμογές του εργασιακού περιβάλλοντος, αυξήθηκαν από 51% το 1986 σε 81% το 1995, το ποσοστό των εταιρειών που προσέλαβαν άτομα με αναπηρίες την ίδια περίοδο, αυξήθηκε από 62% μόλις στο 64%. Οι managers έκριναν την απόδοση των αναπήρων εργαζομένων ως εξαιρετική σε ποσοστό 17%, ενώ την έκριναν ως πολύ καλή σε ποσοστό 59%.

Η έρευνα των Crudden and McBroom (1999, pp. 344-346) σε δείγμα 176 εργαζομένων με προβλήματα όρασης έδειξε ότι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ως την πιο σημαντική προσφορά των εργοδοτών σε αυτούς ώστε να καταστούν ικανοί να διατηρήσουν τις θέσεις τους:

- την παροχή εξοπλισμού Υποστηρικτικής Τεχνολογίας ή την προσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος (35%),
- την εμψύχωση (20%),
- την εκπαίδευση (16%),
- την ευελιξία στην εργασία (14%),
- την υποστήριξη από υπαλλήλους αναγνώστες και οδηγούς (15%).

Έρευνα του Πανεπιστημίου Cornell της Αμερικής ανάμεσα σε εργοδότες το έτος 2000 (Mendels, 2000), έδειξε ότι η πλειοψηφία των οργανισμών, συμμορφούμενη με την ADA[93], έχει προχωρήσει στις απαιτούμενες αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον, ώστε να διευκολυνθεί η πρόσβαση των ατόμων με αναπηρίες σε αυτό. Συγκεκριμένα, το 93% των δημόσιων και το 82% των ιδιωτικών οργανισμών ανέφεραν ότι έχουν προχωρήσει ήδη στις απαιτούμενες

[93] Americans with Disabilities Act.

αλλαγές. Το 87% των εργοδοτών είχαν διαμορφώσει διαφορετικά τη δομή της εργασίας στην επιχείρησή τους, καθώς και το ωράριο εργασίας, ενώ το 91% εκπαίδευσε το προσωπικό σε πρακτικές πρόσληψης προσωπικού που θα απέφευγαν τις διακρίσεις. Το 43% των εργοδοτών στο δημόσιο τομέα και το 22% των εργοδοτών στον ιδιωτικό τομέα δέχονται ότι η στάσεις και τα στερεότυπα εμποδίζουν σημαντικά την επαγγελματική αποκατάσταση και εξέλιξη των α.μ.ε.α.. Μάλιστα, περίπου το 33% των εργοδοτών τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα ανέφερε ότι συνάντησε σημαντικές δυσκολίες στην αλλαγή των στάσεων απέναντι στην αναπηρία των συναδέλφων και των προϊσταμένων.

Οι περισσότεροι εργοδότες διάκεινται θετικά απέναντι στην επιθυμία των αναπήρων ατόμων να συμμετέχουν σε όλες τις κοινωνικές δραστηριότητες, και μάλιστα στην εργασία. Ωστόσο, πολλοί διαβλέπουν πολλά προβλήματα, πραγματικά ή φανταστικά, στην περίπτωση που οι ίδιοι θα προσλάβουν άτομα με αναπηρία στην επιχείρησή τους (Isaacson, 1985). Έρευνα του RNIB (1996) έδειξε ότι αρκετοί εργοδότες, ακόμη και στην περίπτωση που έχουν εργαζομένους σε πολύ υψηλές θέσεις και με ειδικά προσόντα, αν αυτοί αντιμετωπίσουν κάποια στιγμή αναπηρία στην αίσθηση της όρασης, το πιθανότερο είναι ότι θα τους αντικαταστήσουν με άλλους βλέποντες εργαζόμενους. Δε φαίνονται δηλαδή διατεθειμένοι να διερευνήσουν τους τρόπους με τους οποίους θα μπορούσαν να διατηρήσουν το προσωπικό τους, έστω κι αν αυτό βλάψει θεωρητικά την παραγωγικότητα της επιχείρησής τους εφόσον οι τελευταίοι κατέχουν υψηλή εξειδίκευση και εμπειρία. Ωστόσο, αρκετοί είναι αυτοί που δέχονται να προσαρμόσουν το εργασιακό περιβάλλον στις ανάγκες των εργαζομένων με αναπηρία, χωρίς να παραγνωρίζονται και οι περιπτώσεις των εργοδοτών που αρνούνται κάθε βοήθεια προς τους αναπήρους εργαζομένους. Μάλιστα, πολλά α.μ.π.ο. αναφέρουν ότι η αναπηρία τους έχει εμποδίσει όχι μόνο στο να αποκατασταθούν επαγγελματικά, αλλά και στο να βελτιώσουν την επαγγελματική τους θέση ή να προαχθούν.

Οι Kirchner, Johnson, Harkins (1997, pp. 377-392) παρουσιάζουν τα αποτελέσματα έρευνας σε δείγμα 90 ατόμων με προβλήματα όρασης και 383 εργοδοτών, με στόχο να αναγνωριστούν οι παράγοντες που οδηγούν προς ή που εμποδίζουν την επαγγελματική αποκατάσταση των α.μ.π.ο. (πελατών κάποιας κρατικής υπηρεσίας αποκατάστασης α.μ.π.ο.) στον ανταγωνιστικό χώρο της αγοράς εργασίας και να βελτιωθούν οι υπηρεσίες επαγγελματικής αποκατάστασης.

Μεταξύ άλλων, η έρευνα έδειξε ότι:

- Το 44% των συμμετεχόντων ήταν εργαζόμενοι. Το 41% εργάζονταν σε δημόσιες υπηρεσίες, ενώ το 25% απασχολούνταν σε δικές τους επιχειρήσεις. Σχεδόν οι μισοί από τους ήδη εργαζομένους, εργάζονταν μαζί

με άλλα άτομα με αναπηρίες. Επίσης, οι μισοί αισθάνονταν ότι η εργασία τους δεν τους επέτρεπε να αξιοποιήσουν όλες τις ικανότητές τους και την εκπαιδευτική τους κατάρτιση. Η στάση των οικογενειών της ομάδας αυτής ήταν περισσότερο υποστηρικτική σε σχέση με τις δύο άλλες ομάδες. Η αυτοπεποίθηση της ομάδας αυτής σε σχέση με την εργασία ήταν ελαφρώς μεγαλύτερη από τις δύο άλλες ομάδες, οι οποίες κι αυτές διακρίνονται ελαφρώς. Οι τρεις ομάδες διακρίνονται καθαρά ως προς το κατά πόσο αισθάνονται ότι διαθέτουν τις απαιτούμενες δεξιότητες για να βελτιώσουν την επαγγελματική τους θέση, καθώς και κατά πόσο εύκολο έκριναν να αποκομίσουν πληροφόρηση για τις υφιστάμενες υπηρεσίες. Σχεδόν όλοι οι εργαζόμενοι είχαν δεχθεί υπηρεσίες αποκατάστασης, τις οποίες έκριναν γενικά ικανοποιητικές.

- Ένα άλλο 44% ήταν άνεργοι και ενδιαφέρονταν για εύρεση εργασίας με αμοιβή. Οι συμμετέχοντες αυτής της ομάδας ήταν άνω των 45 ετών, λιγότερο μορφωμένοι από τους ή δη εργαζόμενους και πολλοί από αυτούς δεν ανήκαν στη λευκή φυλή. Σε σχέση με τους ήδη εργαζομένους, έχουν χάσει την όρασή τους στα μέσα του βίου τους ή αργότερα, διαθέτουν ελάχιστη οπτική ικανότητα και αντιμετωπίζουν περαιτέρω μείωση της οπτικής τους ικανότητας σε μεγαλύτερο ποσοστό. Το 50% των συμμετεχόντων της ομάδας αυτής αναγνώρισαν ότι έχουν ανάγκη από ειδικές υπηρεσίες αποκατάστασης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό από τους ήδη εργαζομένους ανέρχεται στο 15-20%, το οποίο φαίνεται να έχει ανάγκη υπηρεσίες για απόκτηση επαγγελματικών δεξιοτήτων και σχετικές με τον ειδικό εξοπλισμό. Η ομάδα των συμμετεχόντων που ενδιαφέρονταν να εργαστούν, ανέφερε ότι χρειάζεται περισσότερο υποστήριξη στην εύρεση εργασίας και υπηρεσίες σε σχέση με την κινητικότητα, την ανάγνωση, τη γραφή, την εκπαίδευση στο σύστημα Braille και στους υπολογιστές.

Οι Millington, Leierer and Abadie (2000, pp. 39-47) έχουν παρουσιάσει το ερωτηματολόγιο *EEQ (Employment Expectation Questionnaire),* το οποίο τώρα βρίσκεται στη μορφή *EEQ-B.* Το εργαλείο αυτό σχεδιάστηκε για να ερευνήσει τις στάσεις των εργοδοτών σχετικά με την απασχόληση των εργαζομένων. Δε μετρά άμεσα τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ικανότητες των υποψηφίων για μια θέση εργασίας, αλλά την αντίληψη των εργοδοτών για τα χαρακτηριστικά αυτά. Ενώ, δηλαδή, άλλα εργαλεία αποφεύγουν τις προκαταλήψεις, το EEQ-B[94] προσπαθεί

[94] Οι εργοδότες, καλούνται , εφόσον γνωρίζουν κάποια θεωρητικά στοιχεία για τους υποψηφίους, να τους αξιολογήσουν σύμφωνα με μια κλίμακα που μετρά το βαθμό ικανότητας, με την οποία αναμένεται αυτοί να ανταποκριθούν στα καθήκοντα της συγκεκριμένης θέσης. Τέλος, οι εργοδότες αξιολογούν και την ικανοποίηση του εργαζομένου (Millington, Leierer and Abadie, 2000, p. 42).

να τις αποκαλύψει. Επίσης, το εργαλείο μετρά το βαθμό στον οποίο οι προκαταλήψεις απέναντι στην αναπηρία σχετίζονται με διαφορετικές κρίσεις των εργοδοτών σχετικά με την ικανοποίηση του εργαζομένου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας[95] έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των εργαζομένων ανάμεσα σε ομάδες εργαζομένων χωρίς αναπηρίες και σε ομάδες με αναπηρίες (Millington, Leierer and Abadie, 2000, p. 42). Η ύπαρξη μιας αναπηρίας στους υποψηφίους εργαζομένους, έδειξε ότι έπαιζε ρόλο στην πρόβλεψη από τους συμμετέχοντες στην έρευνα της ικανοποίησης των υποψηφίων. Επομένως, η ύπαρξη μιας αναπηρίας στους υποψηφίους έπαιζε καταλυτικό ρόλο στην επιλογή προσωπικού.

Η στάση των εργοδοτών είναι δυνατό να αλλάξει ριζικά εφόσον, τα α.μ.ε.α. τα οποία έχουν τοποθετηθεί σε πραγματικές θέσεις εργασίας, αποδειχθούν επιτυχημένοι επαγγελματίες (Σιδηροπούλου-Δημακάκου, 1999). Πολλές φορές, η επαφή και μόνο του εργοδότη με το άτομο με αναπηρία αποδεικνύεται αρκετή για να αλλάξει η στάση του πρώτου απέναντι στο δεύτερο. Ή έστω, η πληροφόρηση του εργοδότη για τον κόσμο της αναπηρίας και των ιδιαιτεροτήτων του. Με αυτόν τον τρόπο, προλαμβάνονται τυχόν γενικεύσεις και αυθαίρετα συμπεράσματα, στα οποία συχνά υποπίπτουν όσοι απλώς δε γνωρίζουν. Πάντως, σήμερα οι προσπάθειες επικεντρώνονται στη διαμόρφωση της νομοθεσίας κατά τρόπο ώστε οι εργοδότες οι οποίοι απασχολούν μεγάλο αριθμό εργαζομένων, να υποχρεώνονται να προσλαμβάνουν ένα ποσοστό α.μ.ε.α..

Σε κάθε περίπτωση, οι εργοδότες θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη ότι προσλαμβάνοντας άτομα με αναπηρία στις επιχειρήσεις τους, ωφελούνται σε πολλά επίπεδα, προσελκύοντας μια καινούρια μερίδα πελατών από την ομάδα των α.μ.ε.α., αλλά και υποστηρίζοντας ταυτόχρονα τις επιχειρήσεις τους οικονομικά και τεχνικά, μέσα από ανάλογες προβλέψεις προγραμμάτων που αφορούν στην επαγγελματική αποκατάσταση των α.μ.ε.α. και από κρατικές επιχορηγήσεις.

[95] Η εγκυρότητα του εργαλείου δοκιμάστηκε σε δείγμα φοιτητών της Συμβουλευτικής Αποκατάστασης. Οι φοιτητές της κατεύθυνσης αυτής, ίσως πρέπει να αναμένεται ότι θα επιδείξουν «θετική προκατάληψη» απέναντι στην απασχόληση των α.μ.ε.α. σε μεγαλύτερο βαθμό, αφού λόγω επαγγέλματος, τείνουν να υπερασπίζονται τον πελάτη τους θετικά διακείμενοι (Millington, Leierer and Abadie, 2000, p. 45).

2.3.4.Οι στάσεις των ατόμων με αναπηρίες απέναντι στην αναπηρία τους

Τα άτομα με αναπηρίες οδηγούνται τις περισσότερες φορές σε μη ρεαλιστικές θεωρήσεις και αποφάσεις για τη ζωή τους. Αυτό, αποτελεί φυσική κατάληξη του γεγονότος ότι τα α.μ.ε.α. ζουν μέσα σε ένα κοινωνικό περιβάλλον γεμάτο προκαταλήψεις, οι οποίες επιδρούν αρνητικά στο σχηματισμό της αυτοαντίληψής τους.

Ο Yuker (1987) τονίζει ότι οι άνθρωποι συνηθίζουν να προσάπτουν χαρακτηρισμούς-ταμπέλες στους αναπήρους, οι οποίοι δεν αφήνουν ανεπηρέαστους τους τελευταίους. Ιδιαίτερα βλάπτονται τα άτομα εκείνα που ως χαρακτήρες είναι λιγότερο ή περισσότερο ανασφαλείς. Υπάρχει μάλιστα το ενδεχόμενο, τα άτομα με αναπηρία να συνειδητοποιήσουν έτσι περισσότερο την κατάσταση της αναπηρίας τους και να αποκτήσουν ύστερα από αυτό τη νοοτροπία του αναπήρου. Από την αρχή της αλληλεπίδρασης αναπήρου και μη αναπήρου ανθρώπου, ο πρώτος συχνά έχει την πεποίθηση ότι ο δεύτερος θα τον αποδεχτεί μόνο από συμπόνια. Άλλοι, αντιμετωπίζουν την κατάσταση σαρκαστικά ή κυνικά (Ζώνιου-Σιδέρη, 1998).

Πολλά άτομα με αναπηρίες καταβάλλονται με την ιδέα ότι είναι ανάπηροι και με την ταμπέλα που τους έχει αποδοθεί, με αποτέλεσμα να θεωρούν την αναπηρία τους ως το βασικότερο χαρακτηριστικό τους. Είναι όμως δυνατό, ανάπηρα άτομα να μη θεωρούν τους εαυτούς τους ως τέτοια, με αποτέλεσμα να μην περνούν ούτε και στη συνείδηση του κόσμου ως ανάπηρα. Αυτό βέβαια συμβαίνει περισσότερο στα άτομα με όχι τόσο ορατές αναπηρίες. Ωστόσο, δεν αποκλείεται και άτομα με σοβαρότερες αναπηρίες να υιοθετούν μια τέτοιου είδους στάση. Η στάση των αναπήρων απέναντι στην αναπηρία τους θα καθοριστεί από τη δομή της προσωπικότητάς τους, τη στάση του περιβάλλοντος και μάλιστα της οικογένειας, καθώς και τη σημασία που έχει η αναπηρία για τον ίδιο τον ανάπηρο[96] (Ζώνιου-Σιδέρη, 1998).

Η Safilios-Rothschild (1970, pp. 103-105) σχολιάζει τους παράγοντες που είναι δυνατό να επηρεάσουν το άτομο και την αυτοεικόνα του και που σχετίζονται με την τυπολογία της αναπηρίας αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου. Μερικοί από αυτούς είναι:

- η ηλικία στην οποία παρουσιάστηκε η αναπηρία,

[96] Η Ζώνιου-Σιδέρη (1998, σσ. 49-50) αναφέρει από τη βιβλιογραφία τον εξής διαχωρισμό των στάσεων των αναπήρων απέναντι στην αναπηρία τους:

1. Την ενταγμένη: συναισθηματική και ορθολογική επεξεργασία της αναπηρίας, θετική σχέση, αποδοχή, κ.λπ..
2. Την αμφιθυμική: μεικτά συναισθήματα, ούτε θετική ούτε αρνητική σχέση.

- ο τρόπος που προκλήθηκε η αναπηρία,
- η πρόγνωση για την εξέλιξη της αναπηρίας,
- ο βαθμός στον οποίο η αναπηρία είναι εμφανής και το κοινωνικό στίγμα,
- η περιοχή και ο βαθμός της αναπηρίας,
- η φύση των λειτουργικών περιορισμών,
- το εάν προβλέπεται κάποια αποζημίωση για την αναπηρία (π.χ. λόγω εργατιού ατυχήματος),
- το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση, το επάγγελμα, το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση και η κοινωνική θέση του ατόμου,
- οι σχέσεις του ατόμου με τους σημαντικούς άλλους, η στάση των σημαντικών άλλων απέναντι στην αναπηρία,
- η αυτοεικόνα του ατόμου.

Αυτό που θα πρέπει να γίνει άμεσα συνειδητό ώστε να αποφεύγονται οι αρνητικές συνέπειες της ταμπελοποίησης των α.μ.ε.α., είναι ότι (Yuker, 1987, pp. 17-20):

- Η αναπηρία δεν είναι το μοναδικό ή το κύριο χαρακτηριστικό ενός ατόμου. Άλλωστε, ακόμη για να περιγράψουμε ένα μη ανάπηρο άτομο, δε θα βασιζόμασταν σε ένα μόνο χαρακτηριστικό του.
- Θα πρέπει, τόσο οι επιστήμονες και οι συγγραφείς όσο και το κοινωνικό σύνολο, να είναι προσεκτικοί με τους χαρακτηρισμούς που χρησιμοποιούν όταν αναφέρονται σε άτομα με αναπηρίες. Για παράδειγμα, ο χαρακτηρισμός «άτομα με προβλήματα όρασης» είναι λιγότερο αρνητικά φορτισμένος από το χαρακτηρισμό «τυφλοί». Επιπλέον, οι χαρακτηρισμοί που χρησιμοποιούνται, θα πρέπει να γίνονται απολύτως κατανοητοί ως προς το περιεχόμενό τους, ώστε να αποφεύγονται τυχόν συγχύσεις. Αυτό σημαίνει ότι δε θα πρέπει να αποδίδονται όλες οι ικανότητες ή η έλλειψη ικανοτήτων του ατόμου στην αναπηρία του.
- Τα α.μ.ε.α. δεν είναι όλα ίδια μεταξύ τους, αλλά διαφορετικές ανθρώπινες υποστάσεις, όπως ακριβώς και οι μη ανάπηροι.
- Μεγάλη σημασία για τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το μη ανάπηρο άτομο την αναπηρία, έχει ο συγκεκριμένος χρόνος και οι συγκεκριμένες συνθήκες κάτω από τις οποίες συντελείται η επαφή, καθώς και η προσωπικότητα του μη αναπήρου ατόμου.

Η Weinberg (1988) αναφέρει ότι η πρώτη μεγάλη έρευνα σχετικά με το πώς αισθάνονται τα α.μ.ε.α. για τη ζωή τους, έγινε από τους Cameron, Titus και Kostin, το 1973. Συγκεκριμένα, το δείγμα απετέλεσαν 145 άτομα με φυσικές

3. Τη μη ενταγμένη: έλλειψη συναισθηματικής ή/και ορθολογικής επεξεργασίας της αναπηρίας, αρνητική σχέση, μη αποδοχή, κ.λπ..

αναπηρίες (μεταξύ των οποίων και 11 άτομα με προβλήματα όρασης), καθώς και ίσος αριθμός μη αναπήρων ατόμων, ίδιου φύλου, ηλικίας και κοινωνικής θέσης. Από τα άτομα αυτά ζητήθηκε να αξιολογήσουν την ικανοποίηση που νιώθουν από τη ζωή τους, την αγανάκτηση που προκύπτει από τα συμβάντα της ζωής τους, τις δυσκολίες της ζωής τους, καθώς και την ευτυχία που αισθάνονται. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στον τρόπο που οι δύο ομάδες αξιολόγησαν την ικανοποίηση, την αγανάκτηση και την ευτυχία. Η μόνη διαφορά που σημειώθηκε, αφορούσε στις δυσκολίες της ζωής. Τα α.μ.ε.α. θεώρησαν τη ζωή τους ως δυσκολότερη σε σχέση με τους μη αναπήρους και μάλιστα, ως πιθανότερο αυτή να παραμείνει έτσι. Παρόλα αυτά, η θεώρησή τους αυτή δεν μείωνε την ευτυχία τους και δεν μεγάλωνε την αγανάκτησή τους.

Έρευνες που ακολούθησαν έδειξαν και πάλι ότι δε συνδέεται απαραίτητα ο παράγοντας υγεία με την ευτυχία του ατόμου. Μάλιστα, έχει φανεί ότι συχνά τα άτομα με αναπηρίες νιώθουν ευτυχισμένα απλά και μόνο επειδή μπορούν και αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που προκύπτουν από την αναπηρία τους. Οι Weinberg & Williams, λίγο πριν μπει η δεκαετία του 1980, ρώτησαν 88 άτομα με φυσικές αναπηρίες αν, με δεδομένο ότι τους δινόταν η ευκαιρία για πραγματοποίηση μιας μόνο ευχής, χρησιμοποιούσαν την ευχή τους για να απαλλαγούν από την αναπηρία τους. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν ότι δε θα χρησιμοποιούσαν την ευχή τους γι αυτό το σκοπό, εφόσον δεν αισθάνονταν δυστυχείς λόγω της αναπηρίας τους.

Σε σχετική ερώτηση, οι συμμετέχοντες στην παραπάνω έρευνα απάντησαν ότι θεωρούν την αναπηρία τους ως γεγονός της ζωής σε ποσοστό 60%, ως μια δύσκολη κατάσταση σε ποσοστό 50% και ως αιτία αγανάκτησης σε ποσοστό 19%. Αντίθετα με την γενικώς επικρατούσα αντίληψη, μόνο το 11% θεωρούσε την αναπηρία ως κάτι φοβερό που του συνέβη και μόλις το 8% τη θεωρούσε ως το χειρότερο που θα μπορούσε ποτέ να του συμβεί. Τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών, όταν κοινοποιηθούν σε μη αναπήρους, δε γίνονται πιστευτά, αφού η κοινωνία θεωρεί ότι τα α.μ.ε.α. δίδουν απαντήσεις όπως οι παραπάνω από άμυνα, για να πείσουν τους εαυτούς τους ή το κοινωνικό σύνολο για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν την αναπηρία τους ή απλώς επειδή θέλουν να διαφυλάξουν την ευχή τους για να προστατεύσουν κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο.

Το 1984, η Weinberg διεξάγει έρευνα σε 30 άτομα με φυσικές αναπηρίες (οι 5 είχαν σοβαρά προβλήματα όρασης), θέλοντας να εξετάσει γιατί θα μπορούσε να θέλουν αυτά τα άτομα να διαλέξουν να είναι ανάπηρα από το να μην έχουν καμιά απολύτως αναπηρία (επιλέγουν ανάμεσα στις δύο καταστάσεις, χωρίς να τους δίδεται, όπως προηγουμένως, η δυνατότητα ευχής). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες θα ήθελαν να απαλλαγούν από την αναπηρία τους, μόνο

εφόσον τα προσωπικά ή επαγγελματικά τους όνειρα ή οι δραστηριότητες παρακωλύονταν από αυτήν. Οι συμμετέχοντες που ένιωθαν ικανοποιημένοι με όσα μπορούσαν να καταφέρουν, δεν εξέφρασαν επιθυμία να απαλλαγούν από την αναπηρία τους.

Επιπλέον, τα άτομα που ήταν ικανοποιημένοι από τον εαυτό τους και την προσωπικότητά τους, δε θα επέλεγαν να απαλλαγούν από την αναπηρία τους, αν έπρεπε να αποκτήσουν διαφορετική προσωπικότητα. Νιώθοντας ότι έχουν διαμορφώσει το προσωπικό σύστημα αξιών τους, έχουν θέσει ή και εκπληρώσει υψηλούς συχνά στόχους ως άτομα και έχουν συνηθίσει σε ένα στυλ ζωής, προτιμούν να παραμείνουν με την αναπηρία τους. Ευκολότερα θα επέλεγαν να απαλλαγούν από αυτήν, αν μεσολαβούσε μικρό χρονικό διάστημα από την απόκτηση της αναπηρίας τους. Πολλοί μάλιστα τονίζουν με έμφαση τις δυσκολίες και την ταλαιπωρία που βίωσαν σε κάποιες προσπάθειες που είχαν κάνει με σκοπό τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Οικονομικοί λόγοι άλλωστε, συχνά κρατούν τους αναπήρους μακριά από κάθε προσπάθεια θεραπείας.

Σε επόμενη έρευνα σε 121 συμμετέχοντες (εκ των οποίων οι 13 αντιμετώπιζαν προβλήματα όρασης), η Weinberg κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα συναισθήματα των ατόμων για την αναπηρία τους ποικίλουν ανάμεσα σε δύο άκρα: Υπάρχει η μερίδα των αναπήρων που αισθάνονται βαθιά πίκρα λόγω της αναπηρίας τους, ενώ υπάρχει και η μερίδα εκείνων που έχουν συμβιβαστεί με αυτήν και ζουν ομαλά μαζί της ή αισθάνονται και αρκετά ευτυχισμένοι με τη ζωή τους. Στο ενδιάμεσο, βρίσκεται η μερίδα των ατόμων που δεν υπάρχουν αρνητικά ή θετικά συναισθήματα, παρά μόνο συμβιβασμός. Τα συναισθήματα των α.μ.ε.α. απέναντι στην αναπηρία κυμαίνονται ανάμεσα στα δύο άκρα και σε όλες τις δυνατές θέσεις, ενώ το ίδιο άτομο περνά από διαφορετικά στάδια κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Η μερίδα των α.μ.ε.α. που θεωρεί ότι η αναπηρία είναι ό,τι χειρότερο τους έχει συμβεί, τηρεί τη στάση που η κοινωνία πιστεύει ότι όλα τα α.μ.ε.α. τηρούν απέναντι στην κατάστασή τους. Η μερίδα που έχει συμβιβαστεί αισθάνεται απογοήτευση μόνο όταν δεν τα καταφέρνει στην επίτευξη κάποιου στόχου, ενώ αποτελεί και την πολυπληθέστερη ομάδα. Η μερίδα, τέλος, με τη θετικότερη στάση απέναντι στην αναπηρία, θεωρεί ότι αυτή αποτελεί πρόκληση για να καταφέρουν ως άτομα ακόμη περισσότερα και σπουδαιότερα πράγματα, πράγμα που θα τους χαρίσει ικανοποίηση και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Τελικά, οι έρευνες δείχνουν ότι η στάση των α.μ.ε.α. απέναντι στην αναπηρία τους δε διαφέρει από τη στάση κάθε ανθρώπου απέναντι σε μία κατάσταση με την οποία καταβάλλει προσπάθειες να συμβιβαστεί. Όλοι οι άνθρωποι αγωνίζονται για διάφορα πράγματα στη ζωή τους και συναντούν ποικίλα εμπόδια και δυσκολίες.

Για την πλειοψηφία των ανθρώπων, συνήθως είναι δύσκολο να καταλάβει ότι από αυτούς, δεν εξαιρούνται τα α.μ.ε.α..

Έρευνα του International Center for the Disabled στην Αμερική στα τέλη της δεκαετίας του 1980 σε δείγμα 1000 ατόμων με αναπηρίες, έδειξε μεταξύ άλλων ότι (Wolffe, 1999, p. 30):

- Τα άτομα με αναπηρίες ήταν κατά πολύ λιγότερο πιθανό να έχουν ενεργή κοινωνική ζωή, συγκριτικά με τα άτομα χωρίς αναπηρίες.
- Τα άτομα με αναπηρίες ήταν κατά πολύ λιγότερο πιθανό να απασχολούνται σε θέσεις εργασίας, συγκριτικά με τα άτομα χωρίς αναπηρίες.
- Τα άτομα με αναπηρίες συμμετείχαν λιγότερο στην κοινωνική ζωή, συγκριτικά με τα άτομα χωρίς αναπηρίες.
- Σχεδόν το 60% των συμμετεχόντων πίστευε ότι η αναπηρία τους εμποδίζει να εκμεταλλευτούν στο έπακρο τις δυνατότητές τους.

2.3.5. Η Αλλαγή των στάσεων

Ο Livneh (1982, p. 342) υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά των α.μ.ε.α. πολλές φορές μπορεί να προκαλέσει αρνητικές στάσεις από το κοινωνικό σύνολο απέναντι στην αναπηρία. Αυτό γίνεται με τους εξής τρόπους:

- *Με ανοιχτή πρόσκληση της προκατάληψης:*

Τα α.μ.ε.α. προκαλούν αρνητική στάση εκ μέρους του κοινωνικού συνόλου όταν εμφανίζονται ως εξαρτημένα άτομα, επιδιώκουν δευτερεύοντα οφέλη, συμπεριφέρονται υπό την επίδραση αισθημάτων φόβου, ανασφάλειας και κατωτερότητας.

- *Με σιωπηρή πρόσκληση της προκατάληψης:*

Τα α.μ.ε.α. συχνά αδιαφορούν για την ίδια τους την κατάσταση και δεν ενδιαφέρονται ούτε για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με την έννοια της αναπηρίας. Μια τέτοια στάση αδιαφορίας εκ μέρους των ίδιων των αναπήρων, είναι αδύνατο να προκαλέσει θετική στάση εκ μέρους του κοινωνικού συνόλου.

Ο Yuker[97] (1987, 1988a, 1994) τονίζει ότι οι στάσεις των ανθρώπων απέναντι στην αναπηρία διαμορφώνονται μέσα από την επαφή τους με τα α.μ.ε.α.. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι η στενή προσωπική ή κοινωνική επαφή των μη αναπήρων με α.μ.ε.α. εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος, οδηγεί στην

[97] Ο Yuker (1987, p. 149) έχει παρουσιάσει και χρησιμοποιήσει σε έρευνες την κλίμακα CDP (Contact with Disabled Persons), η οποία αποτελείται από είκοσι ερωτήσεις προς τους συμμετέχοντες και εξετάζουν την προηγούμενη εμπειρία τους από άτομα με αναπηρία. Στις έρευνές του, χορήγησε στους συμμετέχοντες συγχρόνως, τόσο την κλίμακα CDP όσο και την κλίμακα ATDP για τις στάσεις. Τα αποτελέσματά του έδειξαν ότι υπάρχει μεγάλη σχέση ανάμεσα

ανάπτυξη θετικότερων στάσεων. Έρευνες επίσης δείχνουν ότι αυτή η επαφή σε περιβάλλον αποκατάστασης ή ιατρικό, δεν οδηγεί σε θετικές στάσεις. Απαραίτητη δε κατά την επαφή είναι η πληροφόρηση των μη αναπήρων για τις αναπηρίες. Η απουσία της πληροφόρησης είναι δυνατό να οδηγήσει σε αρνητικές στάσεις.

Ειδικότερα, σημασία για τη διαμόρφωση των στάσεων, έχουν τα χαρακτηριστικά του αναπήρου ατόμου, τα χαρακτηριστικά του μη αναπήρου ατόμου, καθώς και τα χαρακτηριστικά της συνδιαλλαγής τους.

Το ανάπηρο άτομο θα γίνει περισσότερο αγαπητό στους συνανθρώπους του εάν:

- Είναι ικανό σε τομείς που αξιολογούνται ως ιδιαίτερα σημαντικοί από τα μέρη που έρχονται σε επαφή.
- Έχει αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες, οι οποίες το καθιστούν περισσότερο ελκυστικό και αρεστό στους συνανθρώπους του.
- Αποδέχεται την αναπηρία του και είναι πρόθυμο να συζητήσει γι αυτήν. Γενικότερα, ανάπηρα άτομα που είναι φανερό ότι έχουν αυτοπεποίθηση και υψηλή αυτοεκτίμηση, γίνονται περισσότερο ελκυστικά και αποδεκτά από τους άλλους.

Έρευνα ανάμεσα σε επιτυχώς αποκατεστημένους επαγγελματικά ανθρώπους στην Αμερική το 1988, έδειξε ότι τα άτομα αυτά θεώρησαν ως πολύ σημαντικά για την αποκατάστασή τους τα εφόδια που πήραν από τη σχολική τους εκπαίδευση (DeMario, 1992, p.118):

- κοινωνικές δεξιότητες (82%),
- ακαδημαϊκές γνώσεις (60%),
- επαγγελματική εκπαίδευση (48%).

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα επισήμαναν ως εμπόδια για την επαγγελματική τους αποκατάσταση:

- τη χαμηλή αυτοεκτίμηση,
- την εξάρτηση του ατόμου,
- την απουσία εσωτερικής παρώθησης για επιτυχία.

Μάλιστα, η ανάπτυξη θετικότερων στάσεων στο σχολικό χώρο είναι δυνατό να υποστηριχθεί με τους παρακάτω τρόπους[98] (Horne, 1988):

- Με την υποστήριξη της επαφής αναπήρων και μη αναπήρων μαθητών και με την ενημέρωση των ατόμων σχετικά με τις αναπηρίες. Χωρίς

στην επαφή μη αναπήρων και αναπήρων, καθώς και την πληροφόρηση και τη μόρφωση των πρώτων, με τις στάσεις τους απέναντι στην αναπηρία.

[98] Μηχανισμοί που προτείνονται με σκοπό την ανάπτυξη θετικών στάσεων μέσα στη σχολική τάξη είναι το παιχνίδι ρόλων, η διδασκαλία από συμμαθητές, η βιβλιοθεραπεία, η παιγνιοθεραπεία, καθώς και η χρήση των Μαζικών Μέσων Ενημέρωσης και η χρήση εκπαιδευτικού υλικού (Horne, 1988).

ενημέρωση, η επαφή απλώς των δύο πλευρών έχει μικρή επίδραση στην ανάπτυξη θετικών στάσεων απέναντι στην αναπηρία. Αντίστοιχα, χωρίς επαφή, η ενημέρωση δεν ενισχύει σημαντικά το σκοπό αυτό.

- Με τη διοργάνωση ομαδικών εργασιών ή ακόμη και μη ακαδημαϊκών δραστηριοτήτων, ώστε να ενισχυθεί σταδιακά η αποδοχή των αναπήρων μαθητών από τους μη αναπήρους.
- Με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών.
- Με τη σωστή οργάνωση της τάξης (ομαδικές εργασίες μαθητών, κοινοί σκοποί, κ.λπ.), καθώς και με τη σωστή διαχείρισή της από τους Εκπαιδευτικούς.

Έρευνα του 1991 (DeMario, 1992, p. 120) έδειξε ότι καταλυτικό ρόλο για την επιτυχή επαγγελματική αποκατάσταση των α.μ.ε.α. παίζει η θετική αυτοαντίληψη, η οποία επηρεάζεται θετικά ή αρνητικά από τις προσδοκίες των γονιών και των εκπαιδευτικών των ατόμων, την επιθυμία τους για την απόκτηση ανεξαρτησίας από το ανάπηρο άτομο, καθώς και από το βαθμό στον οποίο αποδέχονται τους προσωπικούς περιορισμούς και τις δυνάμεις του ατόμου.

Για την ανάπτυξη θετικότερων στάσεων απέναντι στην αναπηρία, το μη ανάπηρο άτομο θα πρέπει να είναι απαλλαγμένο από αρνητικές πεποιθήσεις, όπως ότι:

- Η αναπηρία αποτελεί το βασικότερο χαρακτηριστικό του αναπήρου ατόμου.
- Τα ανάπηρα άτομα διαφέρουν από τους υπόλοιπους, είναι ανίκανα, κατώτερα και έχουν αρνητικά χαρακτηριστικά.
- Οι μη ανάπηροι δεν είναι δυνατό να συναναστραφούν τους αναπήρους χωρίς δυσκολίες και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους.

Επιπροσθέτως, οι μη ανάπηροι, για να αντιμετωπίσουν θετικότερα την αναπηρία, θα πρέπει:

- Να έχουν τα ίδια δημογραφικά χαρακτηριστικά με τους αναπήρους.
- Να έχουν κοινωνική θέση παρόμοια με αυτήν των αναπήρων.
- Η μόρφωση και το επάγγελμά τους να μην έχουν ενισχύσει αρνητικές πεποιθήσεις σε αυτούς. Εκπαίδευση και επαγγέλματα που διακρίνουν σε ικανούς μη αναπήρους εργαζομένους και σε μη ικανούς αναπήρους εργαζομένους, ενισχύουν την ανάπτυξη αρνητικών στάσεων. Εκπαίδευση και επαγγέλματα που δίδουν έμφαση στην προσωπικότητα και την ικανότητα του αναπήρου εργαζομένου, καθώς και στο διάλογο και την ομαδική εργασία ενισχύουν, αντίθετα, την ανάπτυξη θετικών στάσεων.

Τέλος, για την ανάπτυξη θετικότερων στάσεων απέναντι στην αναπηρία, η διάδραση αναπήρων και μη αναπήρων θα πρέπει:

- Να χαρακτηρίζεται από συνεργασία και αμοιβαιότητα.

- Να ανταμείβει και τις δύο πλευρές με την επίτευξη κοινών στόχων ή άλλες επιτυχίες.
- Να συντελεί τη γνωριμία των δύο πλευρών σε προσωπικό επίπεδο, ώστε να παρεμποδίζεται η ανάπτυξη στερεοτύπων.
- Να διαρκεί στο χρόνο.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου, καθώς και τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας του φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο, ο οποίος όμως γίνεται μηδαμινός στην περίπτωση μακροχρόνιας επαφής των αναπήρων και των μη αναπήρων. Συνήθως, κατά τον πρώτο καιρό της επαφής αναπήρων και μη αναπήρων, θετικότερες στάσεις αναπτύσσονται όταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των δύο πλευρών μοιάζουν.

Μάλιστα, ο Livneh (1982, pp. 343-344) υποστηρίζει ότι:

- Οι γυναίκες τηρούν θετικότερη στάση απέναντι στην αναπηρία σε σχέση με τους άνδρες.
- Θετικότερες στάσεις παρατηρούνται σε ανθρώπους της ώριμης παιδικής ηλικίας, καθώς και στους ώριμους ενηλίκους, ενώ περισσότερο αρνητικές στάσεις παρατηρούνται σε ανθρώπους της πρώιμης παιδικής ηλικίας, της πρώιμης εφηβείας, καθώς και της τρίτης ηλικίας.
- Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ανθρώπων δε φαίνεται να διαφοροποιεί τη στάση τους απέναντι στα άτομα με σωματικές αναπηρίες. Αντίθετα, οι πλουσιότερες κοινωνικές τάξεις φαίνεται ότι τηρούν θετικότερες στάσεις απέναντι στα άτομα με νοητική ή συναισθηματική αναπηρία, σε σχέση με τις οικονομικά ασθενέστερες κοινωνικές τάξεις.
- Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των ανθρώπων φαίνεται από τις περισσότερες έρευνες ότι σχετίζεται με την ανάπτυξη θετικότερων στάσεων απέναντι στην αναπηρία.

Επιπλέον, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά των μη αναπήρων ανθρώπων, τα οποία επιδρούν στην ανάπτυξη των στάσεών τους απέναντι στην αναπηρία, έτσι όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα ερευνών:

- Ο εθνοκεντρισμός. Όσο περισσότερο εθνοκεντρική είναι μια κοινωνία, τόσο λιγότερο αποδέχεται την αναπηρία.
- Η αυθεντία. Όσο λιγότερο δέχεται μια κοινωνία την αυθεντία, τόσο περισσότερο αποδέχεται την αναπηρία.
- Η επιθετικότητα. Όσο λιγότερο επιθετική είναι μια κοινωνία, τόσο περισσότερο αποδέχεται την αναπηρία.
- Η ενδοσκόπηση. Έχει φανεί ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ανάγκη για ενδοσκόπηση και την εμπαθητική κατανόηση των ατόμων με αναπηρία.

- Το άγχος. Η εκδήλωση υψηλού άγχους φαίνεται ότι συνδέεται με μεγαλύτερη απόρριψη των α.μ.ε.α.
- Η αυτοαντίληψη. Η θετική αυτοαντίληψη συνδέεται με θετικότερη στάση απέναντι στην αναπηρία.
- Η δύναμη του Εγώ. Η αδυναμία του Εγώ φαίνεται ότι σχετίζεται με την απόρριψη της αναπηρίας.
- Η ικανοποίηση από το σώμα και τον Εαυτό. Η έλλειψη ικανοποίησης από το σώμα φαίνεται ότι σχετίζεται με την ανάπτυξη αρνητικής στάσης απέναντι στην αναπηρία. Μάλιστα, η θετική αντίληψη του Εαυτού φαίνεται να σχετίζεται με την αποδοχή των α.μ.ε.α.
- Η ανοχή της ασάφειας. Η ικανότητα των μη αναπήρων ανθρώπων να ανέχονται καταστάσεις διφορούμενες και απρόβλεπτες φαίνεται ότι σχετίζεται με την αποδοχή των ατόμων με φυσικές αναπηρίες.
- Η ανάγκη για κοινωνική διάκριση. Η ανάγκη για να είναι κάποιος ελκυστικός στο κοινωνικό σύνολο φαίνεται ότι οδηγεί στην αποδοχή της αναπηρίας.
- Η αποξένωση. Τα απομονωμένα άτομα φαίνεται ότι είναι περισσότερο εχθρικά απέναντι στα α.μ.ε.α.
- Το νοητικό επίπεδο. Φαίνεται ότι ίσως υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στο νοητικό επίπεδο των μη αναπήρων και στο βαθμό αποδοχής της αναπηρίας.

Είναι φανερό ότι υπάρχουν πολλά επίπεδα στα οποία θα πρέπει να επικεντρώσουμε και να εργαστούμε, εφόσον ενδιαφερόμαστε πραγματικά για την ανάπτυξη θετικότερων στάσεων απέναντι στην αναπηρία. Αυτό που θα πρέπει να έχουμε πάντα υπόψη είναι η σημασία της πληροφόρησης σχετικά με όλα τα θέματα που αφορούν στην αναπηρία. Επιπλέον, θα πρέπει να προσπαθήσουμε να είμαστε ανοιχτοί στην επικοινωνία και την επαφή με τα άτομα με αναπηρία, αφού μέσα από αυτή θα γνωρίσουμε καλύτερα τα άτομα αυτά αλλά και τον εαυτό μας. Ωστόσο, θα πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι η αλλαγή των στάσεων είναι μια υπόθεση που παίρνει χρόνο. Σε όλο αυτό το αναγκαίο χρονικό διάστημα, δεν επιτρέπεται εφησυχασμός τόσο από τους ίδιους τους αναπήρους όσο και από ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

3.1. Εισαγωγικά

Η πρώτη φορά που γίνεται συζήτηση για την Ειδική Εκπαίδευση στην Ελλάδα είναι στη διάρκεια του Πρώτου Ελληνικού Εκπαιδευτικού Συνεδρίου 31/3 - 4/4 του 1904. Στη συνεδρίαση της 2 – 4 -1904 στο Τμήμα Στοιχειώδους Εκπαίδευσης ο εισηγητής Θεμιστοκλής Μιχαλόπουλος στο η' εδάφιο ανακοινώνει:

«Θεωρείται αναγκαία η ίδρυσις σχολείων α'. τυφλών, β'. κωφαλάλων γ'. ηλιθίων δ'. ηθικώς διαστρόφων παίδων» [99]

Δέκα χρόνια αργότερα το Γραφείο Υγιεινής του Υπουργείου Εκκλησιαστικών και της Δημόσιας Εκπαίδευσης εισηγείται το ίδιο: « είνε ανάγκη να ιδρυθούν και παρ' υμίν ειδικά σχολεία δια τους βραδύνοας, τυφλούς και κωφαλάλους ».

Παρά τα αναμενόμενα όμως, το κατά τ' άλλα καινοτόμο νομοσχέδιο του 1913 για την επιβολή της υποχρεωτικής φοίτησης, προτείνει την απαλλαγή απ' αυτή για προφανείς λόγους[100]: «τους φρενοπαθείς και ηλιθίους και τους μήπω ωρίμους προς μαθητείαν ».

Ο ελληνικός Νόμος που για πρώτη φορά αναφέρεται στα άτομα με μειονεξίες και αναπηρίες, (Α.ΜκΑ), είναι ο Νόμος1681/ 22- 1- 1919, « Περί αλητείας και επαιτείας », που ψηφίστηκε ομόφωνα απ'όλα τα κόμματα[101]. Επέβάλλε ποινή 1000 δρχ. και φυλάκιση τριών μηνών σε άτομα που εκμεταλλεύονταν ανάπηρα άτομα με σκοπό την πρόκληση οίκτου με σκοπό την επαιτεία. Ο πρώτος Νόμος που αφορά την ειδική εκπαίδευση είναι ο Ν. 4397/ 24 – 8 – 1929 που στο κεφ. Ε΄ ΄Αρθρο 11 § 1, αναφέρει « Μετά γνωμοδότησιν του Εποπτικού Συμβουλίου και προτάσει του Εκπαιδευτικού δύναται το Υπουργείον να κανονίση ιδίαν ιδίαν διδασκαλίαν δια τους πνευματικώς ανωμάλους παίδας δημοτικού τινός σχολείου ή να καταρτίση χάριν αυτών ιδίαν τάξιν ή και ίδιον σχολείον, εάν υπάρχη τοιούτων επαρκής[102].

Κατά τον αυτόν τρόπον δύναται το Υπουργείον να ιδρύση και υπαίθρια σχολεία χάριν των ασθενών παίδων ».

Ο Αναγκαστικός Νόμος 453/ 30 – 1 – 1937, « Περί ιδρύσεως σχολείου ανωμάλων παίδων κ.λ.π » ο οποίος μετά από υπουργική απόφαση έδινε το

---

[99] Δημαράς. Α(1984) : « Η μεταρρύθμιση που δεν έγινε », Ερμής, Αθήνα , τ. Β', σελ 43.
[100] Λέφας Χ (1942): « Ιστορία της Εκπαίδευσης », Ο.Ε.Σ.Β., Αθήνα, σελ 54.
[101] Ν/1681/22 – 1 – 1919 /ΦΕΚ. 14/ Ε.Τ. Κ
[102] Ν/ 4397/ 24 – 8 – 1929/ ΦΕΚ 309/ ΕΤΚ

δικαίωμα ίδρυσης ειδικού δημοτικού σχολείου και ειδικών τάξεων στην Αθήνα και την επαρχία[103]. Το αξιοσημείωτο σ' αυτόν είναι πως καθορίζει για πρώτη φορά πως «.. Δια την λειτουργίαν των ανωτέρω σχολείων αποσπώνται μέχρι τριών δι' έκαστον λειτουργοί της δημοτικής ή της μέσης εκπαιδεύσεως ». Ο Νόμος αυτός τροποποιήθηκε με τον Αναγκαστικό Νόμο 1049/ 27 – 1 – 1938 το σχολείο ονομάζεται «Πρότυπον Ειδικόν Σχολείον» και καθορίζονται τα της λειτουργίας του, καθώς και στην επιλογή του προσωπικού.

Ο Αναγκαστικός Νόμος 726/ 15 – 6 – 1937, « Περί συγχωνεύσεως του οίκου κωφαλάλων Χαραλάμπους και Ελένης Σπηλιοπούλου μετά του Εθνικού Οίκου Κωφαλάλων », προσδιορίζει το καθεστώς συγχώνευσης των δυο ιδρυμάτων κωφών σε ένα με τίτλο « Εθνικό Ίδρυμα Προστασίας Κωφαλάλων »[104]. Το ίδρυμα αυτό λειτούργησε και συνεχίζει να λειτουργεί υπό τον άμεσο έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Στον ίδιο ΦΕΚ / 228 που δημοσιεύεται ο παραπάνω Νόμος δημοσιεύεται και το « Περί εκτελέσεως του υπ'αριθ.453/1937 Αναγκαστικού Νόμου» με το οποίο για πρώτη φορά καθορίζονται λεπτομερώς τα της λειτουργίας του σχολείου και για πρώτη φορά καθορίζεται στη χώρα κατηγοριοποίηση των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, ο τρόπος εγγραφής τους στο σχολείο και ένα τυπικό περίγραμμα αναλυτικού προγράμματος[105]. Η τελική μορφή του παραπάνω Νόμου διαμορφώνεται με τον Αναγκαστικό Νόμο 1049/ 27 – 1 – 1938 , «Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως του Α.Ν. 453/1937[106]. Το Βασιλικό Διάταγμα ΦΕΚ/ 170/ 2 – 5 – 1939 « Περί εκτελέσεως του υπ'αριθ. Α.Ν 1049/1938 περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως του Α.Ν. 453/1937»[107].

Ο Νόμος 1894/ 1 – 8 – 1951 « Περί προστασίας και αποκαταστάσεως των τυφλών » καθορίζει για πρώτη φορά στην Ελλάδα τον τρόπο κατηγοριοποίησης των τυφλών και μερικώς βλεπόντων, την υποχρεωτική εγγραφή των παιδιών σε σχολεία τυφλών, τα της επαγγελματικής τους αποκατάστασης και περίθαλψης, αλλά και ορίζει την σύσταση του Συμβουλίου Προστασίας Τυφλών στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας[108].

Μετά το τέλος του εμφυλίου πολέμου συστήνονται δυο επιτροπές παιδείας, του 1958 και του 1970, για τα θέματα περί παιδείας και για πρώτη φορά γίνεται επίσημα λόγος για Ειδική Αγωγή προγραμματίζεται η ίδρυση του « Γραφείου Ειδικής Εκπαιδεύσεως » στο ΥΠΕΠΘ ουσιαστικά μέχρι τη δεκαετία του 1970

---

[103] Α. Ν/453/ 30 – 1 – 1937/ ΦΕΚ. 28/ ΕΤΚ
[104] Α. Ν 726/ 15 – 6 – 1937/ΦΕΚ. 228. ΕΤΚ
[105] Α. Ν 726/1937/ ό. π
[106] Α. Ν 1049/ 27 – 1 – 1938/ ΦΕΚ. 24/ ΕΤΚ
[107] Β. Δ/ 2 – 5 – 1939/ ΦΕΚ. 170/ ΕΤΚ
[108] Ν. 1894/! – 8 – 1951/ ΦΕΚ.212/ΕΤΚ

έχουμε μια πενία νομοθετικής δράσης σε θέματα Ειδικής Εκπαίδευσης. Η μόνη εξαίρεση είναι δυο Νομοθετικά Διατάγματα που αφορούν όμως και τα δυο μια ειδική περίπτωση νομοθετικής κατοχύρωσης ενός ιδιωτικού ειδικού σχολείου.

Το Νομοθετικό Διάταγμα 3635/ 16 – 11 – 1956[109] , « Περί αναγνωρίσεως ως ισοτίμων προς δημόσια ιδιωτικών σχολείων στοιχειώδους εκπαιδεύσεως δια βαρηκόους ή κωφούς μαθητάς, καθορισμού του προγράμματος μαθημάτων τούτων και κρατικής ενισχύσεώς των » και η συνέχειά του ο Νόμος 4466/ 10 – 5 – 1965, « Περί αναγνωρίσεως ως ισοτίμου προς τα δημόσια σχολεία Μέσης Εκπαιδεύσεως του υπό του Προτύπου Ειδικού Εκπαιδευτηρίου ιδρυθέντος ιδιωτικού Γυμνασίου Κωφών και Βαρηκόων Παίδων »[110].

Με την Υπουργική Απόφαση 101491/ 1 – 8 – 1969 πραγματοποιείται η ΄Ιδρυση του Γραφείου Ειδικής Αγωγής. Την ίδια χρονιά καλούνται και οι πρώτοι 50 δάσκαλοι για μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή στο Μ.Δ.Δ.Ε. Το Νομοθετικό Διάταγμα 1222 / 31 – 8 – 1972 , « Περί μετεκπαιδεύσεως του εκπαιδευτικού προσωπικού Δημοτικής Εκπαιδεύσεως και αναδιοργανώσεως του Διδασκαλείου Δημοτικής Εκπαιδεύσεως », καθορίζει πλέον νομοθετικά τη λειτουργία του Διδασκαλείου στο οποίο όμως η μετεκπαίδευση στην Ειδική Αγωγή γίνεται διετής από το ακαδημαϊκό έτος 1975 – 76.

Η θέση της ειδικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα, συνάγεται κυρίως μέσα από το γενικό πνεύμα που η πολιτεία την προσδιορίζει και την αποδέχεται. Στο δεύτερο μέρος του Ελληνικού Συντάγματος του 1975, στο Κεφάλαιο των Ατομικών και Κοινωνικών δικαιωμάτων, στο άρθρο 15 § 2 και 4 αναφέρεται:

§2. « Η παιδεία αποτελεί βασικήν αποστολήν του Κράτους, έχει δε ως σκοπόν την ηθικήν, πνευματικήν και φυσικήν αγωγήν των Ελλήνων, την ανάπτυξιν της εθνικής και θρησκευτικής συνειδήσεως και την διάπλασιν αυτών ως ελευθέρων και υπευθύνων πολιτών...»

§4. « Πάντες οι Ελληνες έχουν δικαίωμα δωρεάν παιδείας καθ' όλας τας βαθμίδας αυτής, εις τα κρατικά εκπαιδευτήρια. Το κράτος ενισχύει τους διακρινομένους, ως και τους δεομένους αρωγής ή ειδικής προστασίας σπουδαστάς, αναλόγως προς τας ικανότητας αυτών ».

Στη βάση της παραπάνω Συνταγματικής διάταξης και με δεδομένο ότι γίνονται Νόμοι όλες οι διεθνείς Συμβάσεις, Διακηρύξεις και αποφάσεις της Ε.Ε που ενσωματώνονται στο εσωτερικό δίκαιο με απόφαση της βουλής υποχρεωτικά.

Σε γενικές γραμμές η εξέλιξη της Ειδικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα ακολούθησε την παρακάτω χρονολογική πορεία:

---

[109] . Ν. Δ. 3635/ 16 – 11 – 1956/ ΦΕΚ 281/ ΕΤΚ

[110] . Ν. 4466/ 10 – 5 – 1965/ ΦΕΚ. 82/ΕΤΚ

- 1905 Με πρωτοβουλία του Δ. Βικέλλα Προέδρου του Συλλόγου προς Διάδοση των Ωφελίμων Βιβλίων ιδρύεται το Σωματείο « Οίκος Τυφλών »
- 1905 Πραγματοποιείται η πρώτη προσπάθεια για θεραπεία διαταραχών του λόγου στην παιδική ηλικία από το δάσκαλο Αχιλλέα Διαμαντάρα
- 1906 Ιδρύεται στην Καλλιθέα το πρώτο σχολείο τυφλών, στο πλαίσιο του Σωματείου « Οίκος Τυφλών », από την Ειρήνη Λασκαρίδου η οποία δημιουργεί και το ελληνικό σύστημα Braille στηριγμένη στο αντίστοιχο γαλλικό
- 1917 Ιδρύονται από το ελληνικό κράτος τα πρώτα Αναμορφωτικά Καταστήματα Ανηλίκων για παιδιά με παραπτωματική συμπεριφορά μέχρι 12 ετών.
- 1923 ιδρύεται το πρώτο σχολείο κωφών στην Καλλιθέα με την επωνυμία, « Εθνικός Οίκος Κωφαλάλων », με πρωτοβουλία της αμερικανικής φιλανθρωπικής οργάνωσης East Relief.
- 1929 Με διάταξη που περιλαμβάνεται στον μεταρρυθμιστικό περί παιδείας Νόμο γίνεται περιγραφή του τρόπου ίδρυσης σχολείων παιδιών με νοητική υστέρηση
- 1934 Ιδρύεται η « Σχολή Τυφλών Κοριτσιών », στη Φιλοθέη από την Ειρήνη Λασκαρίδου που αποχώρησε από τον « Οίκο Τυφλών »
- 1935 Ιδρύεται η Εταιρεία Προστασίας Αναπήρων Παίδων, με σκοπό την εκπαίδευση των παιδιών με κινητική αναπηρία
- 1935 αρχίζει για πρώτη φορά η διδασκαλία μαθήματος ειδικής αγωγής. Ο καθηγητής Σωκράτης Καραντινός διδάσκει αγωγή του λόγου στο Μαράσλειο Διδασκαλείο
- 1936 Χτίζεται, με δαπάνες του Χαρ.Σπηλιόπουλου, το Εθνικό Ίδρυμα Κωφαλάλων
- 1937 Ιδρύεται το Κέντρο Προστασίας Αναπήρων Παίδων από την ελληνική εταιρεία Προστασίας Αναπήρων Παίδων με τη βοήθεια του Ιδρύματος Near East Foundation, με σκοπό την προστασία, θεραπεία και εκπαίδευση των σωματικά ανάπηρων παιδιών
- 1937 Ιδρύεται το « Πρότυπο Ειδικό Σχολείο Αθηνών, από τη Ρόζα Ιμβριώτη σε συνεργασία με τους Κ. Καλαντζή, Π. Βακαρέλη – Καλαντζή, Λ.Δρόσου - Πιστικίδου, Α. Πέρρο, Ε. Κονταράτου – Ρούσσου. Η εργασία της ομάδας κατά την πρώτη φάση λειτουργίας του σχολείου υπήρξε καθοριστική για την ειδική αγωγή των παιδιών με νοητική υστέρηση στη χώρα μας. Παράλληλα σε απογευματινά φροντιστήρια η Ρ. Ιμβριώτη δίδασκε αγωγή του λόγου σε γονείς. Δυστυχώς το έργο του σχολείου αυτού δεν συνεχίστηκε λόγω του Παγκοσμίου Πολέμου καθώς και του εμφυλίου που επακολούθησε.

- Κατά τη διάρκεια της κατοχής στο σχολείο της Π.Ε.Ε.Α δημιουργήθηκε πάλι από τον Σ. Καραντινό μια ειδική τάξη στην οποία φοιτούσαν περίπου 15 παιδιά με διάφορες διαταραχές του λόγου.
- Το 1945 ιδρύεται η ΕΛΕΠΑΠ
- Μετά το τέλος και του εμφυλίου πολέμου στη δεκαετία του 1950 ιδρύθηκαν, στο πλαίσιο μιας φιλανθρωπικής αλλά και επιστημονικής διάστασης διάφορα ιδρύματα και επιστημονικοί σύλλογοι.
- Το 1954 ιδρύεται ο Μορφωτικός Σύλλογος « Αθήναιον » από μια ομάδα επιστημόνων, οι οποίοι, εξαιτίας των πολιτικών τους πεποιθήσεων και των ιδιαιτέρων συνθηκών της μετεμφυλιακής περιόδου, αδυνατούσαν να εργαστούν στη δημόσια εκπαίδευση. Η ομάδα αυτή που φαίνεται να είναι όχι μόνο επιστημονικά καταρτισμένη αλλά και ενημερωμένη για τις επικρατούσες τάσεις στην Ευρώπη, την οργάνωση και διάρθρωση των κατάλληλων για την ειδική αγωγή σχολείων καθώς και για τις διαγνωστικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες που απαιτούνται, ίδρυσε:
  α. Τον πρώτο Ιατροπαιδαγωγικό Συμβουλευτικό Σταθμό
  β. Την Εταιρία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού.
  - Το 1956 ιδρύεται ο « Τομέας Ψυχικής Υγιεινής » από το « Βασιλικό Εθνικό Ίδρυμα » με πρώτη διευθύντρια την Άννα Πιπινέλη – Ποταμιάνου
  -Το 1964 μετονομάστηκε σε « Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών »
  - Το 1957 ιδρύεται η Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού
- Το 1959 ιδρύεται το Πρότυπο Ειδικό Σχολείο « η Αγία Φιλοθέη » και λειτουργεί τελικά ως ιδιωτικό σχολείο « Απροσαρμόστων Παίδων » από το Ιανουάριο του 1960 στο Π.Ψυχικό
- Το 1960 ιδρύεται το Ψυχολογικό Κέντρο Βορείου Ελλάδος με σκοπό την παροχή εκπαίδευσης και θεραπευτικής συνδρομής σε παιδιά και εφήβους με νοητική υστέρηση και προβλήματα συμπεριφοράς
- Το 1961 επίσης άρχισε τη λειτουργία του το Τμήμα Ειδικής Αγωγής για εκπαιδεύσιμους στο Νευροψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης
- Το 1962 ιδρύεται το « Στουπάθειο » Κέντρο Θεραπευτικής Παιδαγωγικής από την Ένωση Γονέων και Κηδεμόνων Απροσαρμόστων Παίδων στο Χαλάντρι
- Τον Ιανουάριο του 1964 άρχισε να λειτουργεί το Ίδρυμα Προστασίας Απροσαρμόστων Παίδων « Η Θεοτόκος »
- το 1969 ιδρύθηκε το Γραφείο Ειδικής Εκπαίδευσης στο ΥΠΕΠΘ και την ίδια χρονιά καλούνται να μετεκπαιδευτούν για την Ειδική Αγωγή στο ΜΔΔΕ οι πρώτοι 50 δάσκαλοι

- Τη σχολική χρονιά 1972 – 73 ιδρύθηκαν και λειτούργησαν τα πρώτα 45 Ειδικά Σχολεία του ΥΠΕΠΘ, για παιδιά με νοητική υστέρηση
- Το 1975 με Νόμο επεκτείνεται η μετεκπαίδευση των δασκάλων Ειδικής Αγωγής από 1 σε 2 έτη και κατοχυρώνεται Συνταγματικά το δικαίωμα εκπαίδευσης των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες
- Το 1975 Το γραφείο Ειδικής Εκπαίδευσης του ΥΠΕΠΘ εξελίσσεται σε Τμήμα
- Το 1976 καταρτίστηκε το πρώτο νομοσχέδιο για την Ειδική Αγωγή και το Γραφείο Ειδικής Εκπαίδευσης μετεξελίσσεται σε Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής
- Το 1979 ψηφίστηκε ο Νόμος 963 για την « Επαγγελματικής αποκαταστάσεως αναπήρων και εν γένει ατόμων μειωμένων ικανοτήτων ».
- Το 1981 ψηφίστηκε ο Νόμος 1143/ § 17, 20, 22, « Περί ειδικής αγωγής, ειδικής επαγγελματικής εκπαιδεύσεως, απασχολήσεως και κοινωνικής μερίμνης, των αποκλινόντων εκ του φυσιολογικού ατόμων και άλλων τινών εκπαιδευτικών διατάξεων »[111].
- Το 1985 ψηφίστηκε ο Νόμος 1566[112].
- Το 2000 ψηφίστηκε ο Νόμος 2817 που αφορά αποκλειστικά την Ειδική Εκπαίδευση[113].

3.2. Αλλαγές στην ελληνική οικογένεια.

Η οικογένεια ως κοινωνικός θεσμός επηρεάζεται από ευρύτερες κοινωνικές μεταβολές. Η στάση της ελληνικής οικογένειας απέναντι στην αναπηρία διαμορφώνεται:

α) από τις ευρύτερες αυτές κοινωνικές μεταβολές
β) τη μορφή της αναπηρίας και τη σοβαρότητά της
γ) τη συμπεριφορά του άμεσου και έμμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος
δ) τη στήριξη της οικογένειας από συναφείς υπηρεσίες και φορείς
ε) την ιδιοσυγκρασία των γονέων ή αδελφών ζ) τη δομή της ελληνικής οικογένειας και την οικονομικοκοινωνική της θέση.

Για τις αντιλήψεις και στάσεις για την αναπηρία, ως αποτέλεσμα ευρύτερων κοινωνικών και πολιτισμικών συνθηκών στον ελλαδικό χώρο, έγινε αναφορά στην παράγραφο 2.2, για τη φύση της αναπηρίας και τη σοβαρότητά της, είναι

[111] . Ν. 1143/ 31 – 3 – 1981/ ΦΕΚ. 80/ ΕΤΚ
[112] . Ν. 1566/ 30 – 9 – 1985/ ΦΕΚ. 167/ ΕΤΚ
[113] . Ν. 2817/ 14 – 3 – 2000/ ΦΕΚ. 78/ ΕΤΚ

φανερό ότι πριν συντελεστεί η πρόοδος το 19^{ο} και 20^{ο} αιώνα, η ελληνική οικογένεια είχε ελάχιστα μέσα στη διάθεσή της για ν' αντιμετωπίσει τις συνέπειες της αναπηρίας ενός ή περισσοτέρων μελών της, όσο για τις σημαντικότερες αλλαγές στη δομή της ελληνικής οικογένειας αυτές συντελούνται στον 20^{ο} αιώνα.

Οι σημαντικές αλλαγές, οι οποίες έγιναν στη χώρα μας μετά τον 1^{ο} και ιδιαίτερα το 2^{ο} παγκόσμιο πόλεμο, όπως:

α) οι μετακινήσεις πληθυσμού από τις αγροτικές περιοχές στα αστικά κέντρα

β) οι μετακινήσεις πληθυσμού μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή είχαν ως αποτέλεσμα την αλλαγή της ελληνικής κοινωνίας από αγροτική, παραδοσιακή σε αστεακή, βιομηχανική συντελώντας παράλληλα σε αλλαγές στον τρόπο συλλογικής και ατομικής ύπαρξης.

Βασικά χαρακτηριστικά της αγροτικής παραδοσιακής κοινωνίας είναι η ενότητα της ομάδας, ενώ της σύγχρονης αστεακής, βιομηχανικής είναι ο ατομικισμός. Οι αλλαγές που έγιναν στη χώρα μας την περίοδο αυτή στη δομή της ελληνικής οικογένειας αντανακλούν τις ευρύτερες αλλαγές, έτσι έχουμε αντί της εκτεταμένης μορφής οικογένειας που ήταν χαρακτηριστικό των περισσοτέρων αγροτικών οικογενειών, πριν τη δεκαετία του '70, σήμερα συχνότερα είναι πυρηνική, μονογονεϊκή διπλής σταδιοδρομίας ή ένας εκ των δύο συζύγων ή και οι δύο προέρχονται από δεύτερο γάμο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
Το σύνδρομο Down

4.1. Εισαγωγικά

Το σύνδρομο Down αποτελεί μια από τις συχνότερα εμφανιζόμενες αναπηρίες κατά την παιδική ηλικία. Η ονομασία του οφείλεται στον γιατρό που το περιέγραψε για πρώτη φορά το 1866, τον John Down.Η συχνότητα εμφάνισής του είναι της τάξης του ενός βρέφους ανά 660 γεννήσεις ζώντων βρεφών[114]. Κατά την Πολυχρονοπούλου[115] μια στις 100 γυναίκες ηλικίας 40 – 41 υπάρχει πιθανότητα να γεννήσει παιδί με το σύνδρομο. Ο Παρασκευόπουλος[116] και η Πολυχρονοπούλου[117] το θεωρούν ως βασική αιτία της νοητικής υστέρησης, Ο Αντζακλής[118] πως αποτελεί συχνή αιτία βαριάς νοητικής υστέρησης, ενώ οι Μαρούλη και Βαλαής κάνουν εκτενή περιγραφή του σε εργασία τους[119].

Προέρχεται από χρωμοσωματική ανωμαλία. Τα χρωμοσώματα αποτελούν τα δομικά στοιχεία επάνω στα οποία φέρονται τα γονίδια, που καθορίζουν τα κληρονομικά μας χαρακτηριστικά[120]. Ένα μέσο κανονικό άτομο έχει σε κάθε κύτταρό του 46 χρωμοσώματα διαμορφωμένα σε 23 ζεύγη. Σε κάθε ένα από τα 23 ζεύγη υπάρχουν ανά ένα χρωμόσωμα από τον κάθε γεννήτορα. Στα άτομα με σύνδρομο Down διαπιστώνεται η ύπαρξη 47 χρωμοσωμάτων και η διαφοροποίηση εντοπίζεται στο 21^{ο} ζεύγος όπου αντί των δυο υπάρχουν τρία χρωμοσώματα.

Το 95% του πληθυσμού με σύνδρομο Down ανήκει σ' αυτή την κατηγορία που είναι γνωστή ως μη αποσυνδεδεμένη μορφή του συνδρόμου[121]. Σ' αυτή την περίπτωση η ανωμαλία οφείλεται στην άνιση διαίρεση ενός από τα κύτταρα του

---

[114] Burgio. G. R, Fraccaso. M, Tiepolo. L, Land Wolf. U (1981): « Trisomy 21», Springer – Verlang, Berlin

[115] Πολυχρονοπούλου. Σ (2001): « Παιδιά και έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες », Αθήνα, τ. Α, Β

[116] Παρασκευόπουλος. Ι(1980): «Νοητική Καθυστέρηση. Διαφορική διάγνωση. Αιτιολογία. Πρόληψη. Ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση », Ιδίου, Αθήνα.

[117]Πολυχρονοπούλου Σ. (1999): «Νοητική υστέρηση. Ψυχολογική -Κοινωνιολογική και Παιδαγωγική προσέγγιση», Ιδίας, Αθήνα

[118] Αντζακλής (1993): «Βιοχημικοί και Υπερηχογραφικοί δείκτες για τη διάγνωση του συνδρόμου DOWN στο δεύτερο τρίμηνο της κυήσεως», Ιατρική, τ. 64, 2, σ. 142

[119] Μαρούλη. Ε, Βαλαής. Γ (1979): « Οικογένειες παιδιών με σύνδρομο DOWN », Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα.

[120] Bernesi. I, Pat. G (1997): « Εκπαίδευση ατόμων με σύνδρομο DOWN », ΙΩΝ, Αθήνα

[121] Nicol. A. R (Ed) (1985): « Longitudinal Studies in Child Psychology », Wiley, Chichester

φύλου εκεί όπου το ωάριο και το σπερματοζωάριο συνδυάζουν το συνηθισμένο σύνολο 23 ζευγαριών παράγεται ένα επιπλέον χρωμόσωμα στο ζεύγος 21. Η κατάσταση είναι περισσότερο γνωστή ως τρισωμία 21. Το υπόλοιπο 5% του πληθυσμού απαρτίζεται από δυο άλλους τύπους:

α. **Ο μεταθετός τύπος**, οφείλεται στην μερική ή ολική σύνδεση του χρωμοσώματος 21 με ένα άλλο χρωμόσωμα το οποίο στην πραγματικότητα αποτελεί και το επιπλέον χρωμόσωμα στο ζεύγος 21. Ο τύπος αυτός επισείει σημαντικές συνέπειες και για τις επόμενες γεννήσεις και οι επιπτώσεις του πρέπει να διερευνώνται από ειδικό γενετιστή.

β. **Ο τύπος του μωσαϊκού,** τα άτομα αυτού του τύπου έχουν κύτταρα που άλλα έχουν τρία χρωμοσώματα στο 21 και άλλα κανονικά δυο. Η αναλογία επικράτησης των κυττάρων των δυο παραπάνω μορφών είναι τυχαία. Αποτελεί την πιο σπάνια μορφή συνδρόμου Down, αλλά και την περίπτωση που τα παιδιά παρουσιάζουν ελαφρά εξωτερικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου, έχουν λιγότερα προβλήματα υγείας και ελαφρά νοητική υστέρηση.

Μέχρι σήμερα δεν γνωρίζουμε επακριβώς τις αιτίες που προκαλούν αυτή την διαφοροποιημένη μορφή σχηματισμού των κυττάρων που οδηγεί σ' έναν από τους τύπους του συνδρόμου. Γνωρίζουμε μόνο πως στην περίπτωση του μεταθετού τύπου υπάρχει σημαντική πιθανότητα να έχουμε μεταφορά μη κανονικού χρωμοσωματικού υλικού μέσω του ενός γονέα που έχει « εν υπνώσει » και χωρίς καμιά δηλωμένη συνέπεια κολλημένα χρωμοσώματα μεταξύ τους.

Ένα παιδί με τρισωμία 21 υπάρχει πιθανότητα να γεννηθεί σε οποιαδήποτε οικογένεια, σχεδόν στο ίδιο ποσοστό σε οποιοδήποτε πληθυσμό. Ο γνωστότερος από τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο γέννησης ενός παιδιού με σύνδρομο Down είναι η αυξημένη μητρική ηλικία κατά την περίοδο της τεκνοποίησης. Κατά τους Hook και Lindsjo[122] μια γυναίκα ηλικίας 20 ετών έχει πιθανότητα γέννησης παιδιού με σύνδρομο Down 1/ 2.000. Στην ηλικία των 30 η πιθανότητα είναι 1/1.000, στην ηλικία των 35 1/ 500, στην ηλικία των 40 1/80 και τέλος στα 45 χρόνια 1/ 18.

Η γέννηση ενός παιδιού με σύνδρομο Down μπορεί να διαπιστωθεί αμέσως μετά τη γέννησή του, νοουμένου ότι δεν έγιναν οι απαραίτητες προγενετικές διαγνωστικές ενέργειες. Η διάγνωση πρέπει να οδηγήσει στην άμεση αιματολογική ανάλυση για έλεγχο των χρωμοσωμάτων του. Μέσω της ανάλυσης επιβεβαιώνεται αφ' ενός μεν η διάγνωση αφ' ετέρου δε ο τύπος του συνδρόμου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, συνήθως στον τύπο της μετάθεσης, θεωρείται απαραίτητη και η χρωμοσωματική ανάλυση του αίματος των γονέων

[122] . Hook. E. B, Lindsjo. A (1978): « Down's Syndrome in live births by single year maternal age interval in a Swedish study: comparison with results from a New York study », American Journal of Human Genetics, 30, p. 19

προκειμένου να αποφευχθούν παρόμοια φαινόμενα σε μελλοντική τεκνοποίηση. Γενικά όμως όλες οι οικογένειες που έχουν ήδη παιδί με σύνδρομο Down θα πρέπει να συμβουλεύονται ειδικούς γενετιστές πριν από νέα εγκυμοσύνη της μητέρας.

Οι φυσικές συνέπειες του συνδρόμου είναι ορισμένα εξωτερικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα όπως οι μικρές διαφορές στη μορφή της κεφαλής, των ματιών, των αυτιών και της γέφυρας της μύτης που ένας πεπειραμένος γιατρός ή μια μαία μπορούν να επισημάνουν, αν και όχι πάντα εύκολα. Γενικά τα μωρά με το σύνδρομο παρουσιάζουν ορισμένες ιατρικές επιπλοκές συχνότερα απ' ότι τα άλλα μωρά, αλλά όχι πάντα. Στο 40% περίπου εμφανίζονται καρδιολογικά προβλήματα τα οποία μερικές φορές απαιτούν χειρουργική επέμβαση[123] . Χειρουργική επέμβαση χρειάζονται επίσης και τα παιδιά που παρουσιάζουν κυρίως εντερικά προβλήματα, ενώ μεριά παιδιά έχουν τόσο επισφαλή υγεία που πεθαίνουν τις πρώτες ημέρες ή ακόμη και τις πρώτες εβδομάδες της ζωής τους. Κατά την Gath[124], σε 40 περιπτώσεις παιδιών που γεννήθηκαν την περίοδο 1970 – 71 και μελετήθηκαν, το 10%, (4) πέθαναν μέσα στους πρώτους δυο μήνες, το 12½ %, (5), μέσα στα δυο πρώτα χρόνια και το 5%, (2), μέσα στα εννέα χρόνια. Αυτό σημαίνει πως το 27½ %, (11), των γεννηθέντων παιδιών πέθαναν μέχρι το ένατο έτος της ηλικίας τους. Σε έρευνά της η Carr[125] σε μια ομάδα παιδιών που διαγνώστηκε το σύνδρομο μέσα στις πρώτες έξι εβδομάδες της ζωής τους, διαπίστωσε πως το 17% πέθαναν πριν την ηλικία των 4 ετών. Γενικά διαπίστωσε πως το 20% της ομάδας της μελέτης του πέθανε πριν την ενηλικίωση. Τα προβλήματα υγείας που εντοπίστηκαν ως αιτίες παρακώλυσης της ανάπτυξης των παιδιών ήταν η υποτονία, (χαλαρός μυϊκός τόνος), μολύνσεις του αναπνευστικού συστήματος, μολύνσεις των αυτιών, οπτικά και ακουστικά προβλήματα καθώς και προβλήματα στο θυρεοειδή. Τα κυριότερα από τα εμφανιζόμενα προβλήματα υγείας παιδιών με σύνδρομο Down μελετήθηκαν επισταμένα από τους Lane και Stratford[126]. Οι Καραπέτσας και Παπαδάτος αναφέρονται στην ύπαρξη σημαντικών εγκεφαλικών δυσλειτουργιών. Οι δυσλειτουργίες αυτές εντοπίζονται στον βρεγματικό και μετωπικό λοβό του αριστερού ημισφαιρίου. Οι μελετητές υποστηρίζουν ότι έρευνες επικεντρωμένες στους νευρομεταβιβαστές και σε

[123] Lane. D, Stratford. B (1985): « Current approaches to Down's Syndrome», Holt Rinehart and Winston, Eastbourne

[124] Gath. A (1985): « Down's Syndrome in the first nine years», στο Nicol. A. R (Ed) (1985): «Longitudinal Studies in Child Psychology », Wiley, Chichester

[125] Carr. J (1975): « Young Children with Down's Syndrome », Butterworths

[126] Lane. D, Stratford. B (1985): ό. π

άλλες εγκεφαλικές δυσλειτουργίες μπορεί να εξηγήσουν στο μέλλον καλύτερα δυσλειτουργίες στον εγκέφαλο των παιδιών με σύνδρομο Down[127].

4.2. Προωρη διαγνωση – παρεμβαση

Η προγενετική διάγνωση της ύπαρξης του συνδρόμου Down μπορεί να πραγματοποιηθεί σήμερα μέσω του test της αμνιοκέντησης, (αμνιοπαρακέτησης). Για τη διάγνωση απαιτείται η λήψη αμνιακού υγρού περίπου κατά την 14η εβδομάδα της κύησης. Η καλλιέργεια των κυττάρων του υγρού δίνει τη δυνατότητα στους γενετιστές να διαμορφώσουν τον χρωμοσωματικό χάρτη του εμβρύου και συνεπώς να διαπιστώσουν την ύπαρξη ή όχι τρισωμίας 21. Ως μέθοδος δεν είναι απολύτως ακίνδυνη. Πρόσφατα test που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, χωρίς να είναι απόλυτα αξιόπιστα είναι το υπερηχογράφημα τύπου Α κατά το οποίο χρησιμοποιούνται υπερηχογραφικοί δείκτες, όπως ο κεφαλικός, της αυχενικής πτυχής και του μήκους του μηριαίου οστού. Η εξέταση της AFP, (alphafetoprotein) η οποία διαπιστώνεται από την εξέταση του αίματος της μητέρας[128]. Στην περίπτωση ύπαρξης του συνδρόμου στο έμβρυο εντοπίζεται χαμηλότερη συγκέντρωση της ουσίας στο αίμα της μητέρας[129]. Επίσης ο υπολογισμός των επιπέδων της AFP σε συνάφεια με την ηλικία της μητέρας προσδιορίζει τον παράγοντα επικινδυνότητας για τη ύπαρξη ενός παιδιού με σύνδρομο Down. Στην περίπτωση που ο παράγοντας αυτός είναι αρκετά υψηλός, η αμνιοκέντηση στην συνέχεια μπορεί να επιβεβαιώσει την κατάσταση. Η τεχνική της βιοψίας ορισμένων βιοχημικών δεικτών, όπως της εμβρυϊκής σφαιρίνης, της οιστριόλης και της χοριακής γοναδροπίνης, είναι η σχετικά νεότερες για την προγενετική περίοδο αλλά δεν μπορεί να χρησιμοποιηθούν ευρέως αυτήν την περίοδο.

Η αμνιοκέντηση σήμερα θεωρείται απαραίτητη στην περίπτωση που η μητέρα είναι άνω των 35 ετών, εάν έχει ήδη παιδί με σύνδρομο Down ή εάν είναι μικρότερης ηλικίας αλλά συντρέχει άλλος λόγος επικινδυνότητας. Η διάγνωση δεν αποτελεί το τέλος της ιστορίας. Στην περίπτωση που το έμβρυο υπάρχει πιθανότητα να προκαλέσει βλάβη στη μητέρα η αποβολή θεωρείται ως ενδεικνυόμενη λύση. Αυτή προφανώς δεν είναι μια εύκολη απόφαση γι' αυτό και πρέπει να στηριχτούν και ν' αποφασίσουν οι γονείς. Στη βιβλιογραφία

---

[127] Καραπέτσας.Γ, Παπαδάτος.Ι (1987): « Βιβλιογραφική ανασκόπηση του συνδρόμου DOWN», Εγκέφαλος, τ. 24, 3, σ. 144

[128]. Batshaw. M. L, Perret. Y. M (1986): « Children With Handicaps », Paul Brookes, Baltimore

[129]. Kaplan. S (1996): « Pathways for Exceptional Children », West Publishing Co, Los Angeles

περιγράφονται αρκετές περιπτώσεις γονέων που παρά την ύπαρξη ήδη στην οικογένειά του παιδιού με σύνδρομο Down αρνούνται την αμνιοκέντηση κατά την εγκυμοσύνη άλλου παιδιού επειδή δεν πρόκειται να δεχτούν την αποβολή εφ' όσον κριθεί αναγκαία, για διάφορους λόγους. Εξάλλου είναι γνωστό πως στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, 65%, τα έμβρυα με σύνδρομο Down αποβάλλονται δίχως ιατρική παρέμβαση και το 20% δεν έχει προσδόκιμο ζωής πέραν των 2 ετών[130].

Ένα σημαντικό στοιχείο το οποίο πρέπει να υπογραμμιστεί, σχετικά με την δυνατότητα εντοπισμού της εξέλιξης ενός παιδιού με σύνδρομο Down, είναι πως η επίδραση καθεαυτή του συνδρόμου δεν είναι ίδια σε όλα τα παιδιά. Αυτό ισχύει τόσο για τις φυσικές όσο και τις νοητικές παραμέτρους. Μερικά παιδιά παρουσιάζουν σοβαρότερες δυσκολίες σε αντιδιαστολή με άλλα με αποτέλεσμα το φάσμα της ανάπτυξής τους να παρουσιάζει μια ευρύτητα. Πάντως μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών σχετικά με τη νοητική κατάσταση των παιδιών χρησιμοποιούν τα γνωστά και σταθμισμένα test νοημοσύνης. Αυτό έχει ως συνέπεια δυο παιδιά τα οποία αξιολογήθηκαν με διαφορετικά test να παρουσιάζουν το ίδιο αποτέλεσμα επιτευγμάτων ενώ φαίνεται ότι έχουν διαφορετικές ικανότητες και αδυναμίες. Παρά το γεγονός ότι τα test νοημοσύνης αποτελούν μια ένδειξη του συνόλου των ικανοτήτων ενός παιδιού με σύνδρομο Down, εν τούτοις αποτελούν ένα μέσο σύγκρισης με τους συνομηλίκους τους χωρίς σύνδρομο. Έτσι τα παιδιά με ΔΝ 70 και άνω θεωρούνται με κανονική νοημοσύνη ενώ τα παιδιά με ΔΝ 50-70 θεωρείται πως έχουν μέτριες δυσκολίες μάθησης και αυτά που έχουν κάτω από 50 σοβαρές. Πέρα απ' αυτό το τυπικό στοιχείο εκείνο που τα χαρακτηρίζει είναι πως θ' αναπτύσσονται με πιο αργό ρυθμό σε σχέση με τους συνομηλίκους τους.

Στις περισσότερες δημοσιευμένες εργασίες φαίνεται πως τα παιδιά με σύνδρομο Down παρουσιάζουν ΔΝ που κυμαίνεται μεταξύ 20 και 85[131]. Αυτό σημαίνει πως τα επιτεύγματα των ικανότερων παιδιών βρίσκονται μέσα στο χαμηλότερο όριο της κανονικής σειράς ανάπτυξης (περίπου 70 και άνω) ενώ τα λιγότερο ικανά φαίνεται να είναι πολύ καθυστερημένα. Μάλιστα φαίνεται πως με την αύξηση της ηλικίας η νοητική ικανότητα αυτών των παιδιών φαίνεται να μειώνεται. Το φαινόμενο αυτό αν και συχνό δεν συνεπάγεται ότι η πραγματική δυνατότητα του παιδιού μειώνεται, σημαίνει ότι το παιδί μαθαίνει τις νέες δεξιότητες μ' ένα πολύ πιο

---

[130]. Κοτέ. Ζ, Κατσαντώνης. Α(1980): «Το Σύνδρομο Down», Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα

[131] Connoly. J. A (1978): «Intelligence levels of Down's Syndrome children», American Journal of Mental Deficiency, 83, 2, p. 193. - Tizard. J, Anderson. E (1979): « The Education of the handicapped adolescent », Center for Educational Research and Innovation, OECD, HA 79II

αργό ρυθμό σε σχέση μ' ένα κανονικό παιδί και γι' αυτό φαίνεται ότι επιτυγχάνει λιγότερα στις διάφορες δοκιμασίες δηλαδή να φαίνεται πιο καθυστερημένο[132].

Η καλή υγειονομική περίθαλψη σε συνδυασμό με την άσκηση από τους πρώτους μήνες της ζωής του θεωρούνται σημαντικές για την πρόοδο του μωρού. Σήμερα τα περισσότερα παιδιά, στις αναπτυγμένες χώρες, λαμβάνουν ιδιαίτερη βοήθεια όπως φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία και κατ' οίκον διδασκαλία. Με τη φυσιοθεραπεία τα παιδιά βελτιώνουν τον τόνο των μυών τους, βοηθούνται να καθίσουν, να παίρνουν την όρθια θέση και να περπατούν. Η βοήθεια του λογοθεραπευτή είναι επίσης απαραίτητη από το πρώτο έτος της ζωής του. Η επικοινωνία αναπτύσσεται μεταξύ της μητέρας και του μωρού από τη γέννηση και αποτελεί τα θεμέλια που προετοιμάζουν το έδαφος για την ομιλία που πρέπει ν' αναπτύσσεται αργότερα. Τα παιδιά με σύνδρομο Down εμφανίζουν κατά ΜΟ καθυστέρηση στον τομέα της γλωσσικής ανάπτυξης. Πολύ συχνή είναι επίσης και η ακουστική απώλεια κυμαινόμενου βαθμού. Κατά το παρελθόν παρουσιαζόταν στα τέσσερα από τα πέντε παιδιά[133]. Οι δυσκολίες στην ακοή και την όραση, που αγνοήθηκαν χαρακτηριστικά κατά το παρελθόν, πρέπει να ελέγχονται συχνά σε ετήσια βάση. Μερικοί ειδικοί μάλιστα πρότειναν τη διδασκαλία της νοηματικής γλώσσας κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους ως ενισχυτικό μέσο για τη γλωσσική τους ανάπτυξη. Πολλοί θεωρούν την ειδική γλωσσική διδασκαλία ως πολύ απαραίτητη και την εφαρμογή προγραμμάτων λογοθεραπείας συνοδό αυτής της διδασκαλίας από πολύ νωρίς[134].

Η πρώιμη διδακτική παρέμβαση πρέπει να αρχίζει από το πρώτο έτος της ζωής του παιδιού με έναν περιπατητικό δάσκαλο στο σπίτι σε εβδομαδιαία βάση. Ερευνητικές εργασίες έχουν δείξει πως τα παιδιά με σύνδρομο Down σημειώνουν γρηγορότερη πρόοδο όταν έχουν πρόωρη εκπαίδευση[135]. Ο ρόλος του περιπατητικού δασκάλου μάλιστα επεκτείνεται και στο συμβουλευτικό τομέα για την οικογένεια και ειδικά για τη μητέρα ενώ παράλληλα αντιμετωπίζονται σε πρώτο επίπεδο οι μαθησιακές δυσκολίες του παιδιού[136].

---

[132]. Cunningham. C (1982): «Down's Syndrome – A Guide for Parents», Souvenir Press, London

[133] Cunningham. C, McArthur. K(1981): « Hearing loss and treatment in young Down's Syndrome Children », Health, Care and Development, 7, 357

[134] Buckley. S, Emslie. M, Haslegrave. G, Leprevost. P (1986): « The Development of Language and Reading skills in Children with Down's Syndrome. Book and Videotape », Portsmouth Polytechnic, Portsmouth

[135] Buckley. S (1984): « The influence of family variables on children's progress on Portage in Dessent, A, What is important about Portage? », NFER – Nelson, London. - Buckley. S (1985): «Teaching parents to teach reading to teach language » στο Wolfendale. S, Topping. K «Parental Involvement in Children's Reading », Croom Helan

[136] Lloyd. J (1986): « Jacods Ladder, A parent's view of Portage», Costello, London

Γενικά ένα μέσο παιδί με σύνδρομο Down στη ηλικία των πέντε ετών θα πρέπει να περπατά, να τρέχει και ν' ανεβαίνει σκαλοπάτια σε ικανοποιητικό βαθμό. Τα περισσότερα θα πρέπει:

α. Ν' ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην εκπαίδευση για την τουαλέτα το πρωί, αν και υπάρχουν περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν προβλήματα το βράδυ.

β. Να τρώνε μόνα τους ικανοποιητικά, αν και μερικά θα θέλουν να τους κόβονται κάποιες τροφές, αλλά είναι ακόμη λίγο αδέξια και ακατάστατα.

γ. Να βάζουν και να βγάζουν τα ρούχα τους, αλλά χρειάζονται ακόμη βοήθεια για ζώνες και τιράντες.

Η έκταση των ικανοτήτων και της συμπεριφοράς κάθε παιδιού καθώς μεγαλώνει εξαρτάται:

1^{ο}. Από τους βιολογικούς παράγοντες που κληρονόμησε και

2^{ο}. Από τις ευκαιρίες που του παρέχονται ώστε να τους αναπτύξει.

Η αλληλοεπίδραση αυτών των παραγόντων είναι σύνθετη και συνεχής. Τα περισσότερα παιδιά όμως μπορούν να μάθουν και ν' αναπτυχθούν αλλά και οι δυο αυτές παράμετροι επηρεάζονται από το περιβάλλον του σπιτιού και του σχολείου. Η σημαντικότητα του ρόλου της εμπειρίας και της εκπαίδευσης αντανακλώνται σε όλες σχεδόν τις ερευνητικές εργασίες των τελευταίων πενήντα ετών[137]. Απεικονίζει τη μεταβολή στο επίπεδο των στάσεων, των προσδοκιών, την καλύτερη υγειονομική περίθαλψη και τη βελτίωση στις εκπαιδευτικές μεθόδους. Παράλληλα αποδεικνύει την έκταση στην οποία μπορεί να κυμανθεί η ανάπτυξή τους ανεξάρτητα να πηγαίνουν σε Γενικό ή σε Ειδικό σχολείο[138].

4.3. Συμπερασματικά

Το σύνδρομο Down είναι μια γενετική διαταραχή που εμφανίζεται με συχνότητα 1/ 600 έως 1/700 περίπου περιπτώσεις γεννήσεων. Συνδέεται άμεσα με τη νοητική υστέρηση και παρά το ότι προσδιορίζεται συνήθως αμέσως κατά τη γέννηση, επιβεβαιώνεται από έναν καριότυπο που παρουσιάζει τρισωμία στο χρωμόσωμα 21. Το αποτέλεσμα του πρόσθετου χρωμοσώματος στο ζεύγος 21 φαίνεται πως έχει επιπτώσεις σχεδόν σε κάθε σύστημα οργάνων του ανθρωπίνου σώματος. Συνέπεια του γεγονότος είναι ένα ευρύ φάσμα συνεπειών στην υγεία μερικές από τις οποίες είναι ζωτικής σημασίας (π.χ. οι σοβαρές καρδιακές επιπλοκές). Άλλες συνέπειες αναφέρονται στην εκπαίδευση

[137] . Connoly. J. A (1978): ό. π

[138] . Carr. J, Hewett. S (1982): « Children with Down's Syndrome Growing-Up », Association for Child psychology and Psychiatry News, 10, p. 10

του ατόμου λόγω της νοητική υστέρησης και μερικοί έχουν σχέση με περίεργα εξωτερικά χαρακτηριστικά που βρίσκονται μόνο μεταξύ των ατόμων σύνδρομο Down, (π.χ. σχήμα ματιών, γλώσσα, η παλάμη του χεριού). Γνωρίζουμε εδώ και καιρό ότι τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι ιδιαίτερα μεταβλητά[139].

Στο πλαίσιο των ριζοσπαστικών αλλαγών στην προσδόκιμη ζωή και στις εμπειρίες από τη ζωή των ατόμων με σύνδρομο Down, οι γονείς έχουν λιγότερη σιγουριά για την ανάπτυξη του παιδιού τους απ' ότι στα προηγούμενα χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες. Η ευκολία με την οποία οι ειδικοί μπορούν να προσδιορίσουν το σύνδρομο καθιστά πιθανή μια αίσθηση αλληλεγγύης μεταξύ πολλών οικογενειών που έχουν ως μέλος τους ένα παιδί με σύνδρομο Down. Κατά ειρωνικό τρόπο, στη διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής, τα βρέφη με σύνδρομο είναι λιγότερο πιθανό να προσδιοριστούν από τους ξένους και οι γονείς φαίνεται συχνά να ζουν μια περίοδο « χάρητος» τουλάχιστον για τους πρώτους 6 μήνες, αφού το μωρό τους φαίνεται να είναι όπως όλα τα άλλα συνομήλικά τους. Εξ άλλου οι γονείς διατηρούν ένα πέπλο άμυνας που καθιστά δύσκολη την παρατήρηση από τους ξένους. Επιπλέον, οι γονείς και οι άλλοι είναι απληροφόρητοι για τις λεπτές διαφορές που ξεχωρίζουν τα μωρά με το σύνδρομο από τα συνομήλικά τους σε σημείο που πολλά να χαρακτηρίζονται « κανονικά»[140]. Έτσι ενισχύεται η προσδοκία των γονέων για υπέρβαση της καθυστέρησης που κληρονόμησε το παιδί τους.

Παρά το γεγονός ότι οι γονείς συνεχίζουν να έχουν μεγάλες προσδοκίες από την ιατρική παρέμβαση, με σκοπό τη βελτίωση της νοητικής ικανότητας, δεν φαίνεται, ακόμη και στο άμεσο μέλλον, καμία νέα σημαντική ιατρική μέθοδος παρέμβασης. Οι βασικές μέθοδοι για αποτελεσματική παρέμβαση στην καθυστέρηση εξακολουθούν να είναι οι ψυχολογικές και οι εκπαιδευτικές. Η άμεση συνεργασία με το παιδί στο πλαίσιο ενός ατομικού προγράμματος, η συμβουλευτική στο ίδιο και την οικογένειά του, η κατάρτιση κατά την ενήλικη ζωή και η επαγγελματική στήριξη αποτελούν ουσιαστικούς παράγοντες ενεργοποίησής του και κοινωνικής ένταξης. Οι Sharav, Collins και Shlomo[141], διαπίστωσαν συνάφεια μεταξύ της απόδοσης στα test νοημοσύνης και της νοητικής ικανότητας των γονέων παιδιών με σύνδρομο Down ανάλογης με

---

[139]. Hayes. A, Batshaw. M. L (1993): «Down syndrome », Paediatric Clinics of North America, 40, p. 523

[140]. Shonkoff. J.P, Hauser-Cram. P, Krauss. M. W, Upshur. C.C (1992): « Development of infants with disabilities and their families», Monographs of the Society for Research in Child Development, 57

[141]. Sharav.T, Collins. R, Shlomo. L (1985): « Effects of maternal education on prognosis of development in children with Down syndrome », Paediatrics, 76, p. 387.

αυτήν που παρουσιάζεται και στα παιδιά χωρίς σύνδρομο. Παρ' όλ' αυτά όμως δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι γνωρίζουμε πολλά, τουλάχιστο μέχρι σήμερα, σχετικά με την επίδραση των βιολογικών παραμέτρων σ' αυτή τη σχέση καθώς και τους τρόπους που οι γενετικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με το φυσικά και κοινωνικό περιβάλλον.

Ως ιδιαίτερης σημασίας μπορούν να χαρακτηριστούν οι αλλαγές που ισχύουν από τη δεκαετία του 1960 και έχουν επηρεάσει τις στάσεις, την αντιμετώπιση και τις προσδοκίες για τα άτομα με σύνδρομο Down. Αυτά είχαν σημαντικές επιπτώσεις στη φύση της πρόωρης παρέμβασης στα βρέφη με το σύνδρομο, όπως και στην αποδοχή, την κοινωνική στήριξη αλλά παν' απ' όλα στις θεσμικές μεταβολές που στηρίζουν την οικογένεια και τα ίδια. Σε διαχρονική του έρευνα ο Feigelson[142] διαπίστωσε πως τα βρέφη με σύνδρομο Down στο Ισραήλ ενώ τη δεκαετία του 1980 αφήνονταν στα ιδρύματα σε πολύ μεγάλο βαθμό, μετά την υιοθέτησε ενός προγράμματος για ενίσχυση των οικογενειών την επόμενη δεκαετία σταμάτησε αυτήν την τάση.

Ένα δεύτερο εξελικτικό στοιχείο στην περίπτωση των παιδιών με σύνδρομο Down είναι ήταν οι ουσιαστικά βελτιωτικές αλλαγές στην ιατρική παρέμβαση, που είχαν εντυπωσιακές επιπτώσεις στην αύξηση του προσδοκώμενου της ζωής των παιδιών[143]. Η προσφερόμενη σήμερα ιατρική φροντίδα παρέχεται σε σχέση με τα ατομικά προβλήματα υγείας και τις ειδικά απαιτούμενες ιατρικές φροντίδες[144]. Αυτό σημαίνει εγχείρηση στην περίπτωση των καρδιακών παθήσεων για το 40% - 50% των περιπτώσεων, προσεκτικό έλεγχο για μολύνσεις των αυτιών, προβλήματα ακοής και όρασης. Άμεση και κατάλληλη επανορθωτική παρέμβαση και θεραπεία όπου και όπως χρειάζεται αλλά και αξιολόγηση των ποικίλων άλλων καταστάσεων που μπορεί να απαιτούν ειδική ιατρική φροντίδα, όπως η υποτονία, η κοινή χαλαρότητα, ο υποθυρεοειδισμός και η παχυσαρκία.

Έχει γίνει πλέον κανόνας στην προσέγγιση και τις συζητήσεις για το σύνδρομο Down στα ιατρικά συνέδρια και την αρθρογραφία, τόσο από τους παιδίατρους, όσο και τους παθολόγους, η σύσταση να παίρνονται τα παιδιά από τους γονείς στο σπίτι. Να έχουν άμεσα πολυθεματική ιατρική εξέταση και πρόωρη χειρουργική επέμβαση το συντομότερο δυνατόν, όπου απαιτείται[145].

---

[142].Feigelson. F (1990): « A multi-disciplinary, multiorganizational intervention program for families of infants born with developmental disabilities (panel presentation) », στο Chigier. E (Ed.): « Looking up at Down Syndrome », Freund Publishing, London, p. 133

[143]. Eyrnan. R. K, Call. T. L, White. J. F(1991): «Life expectancy of persons with Down syndrome » American Journal on Mental Retardation, 95, p. 603

[144] . Hayes. A, Batshaw. M. L (1993): ό. π

[145] . Hayes. A, Batshaw. M. L (1993): ό. π

Έτσι έχει επισημανθεί πως τα βρέφη με σύνδρομο Down προγραμματίζονται για πρόωρες επεμβάσεις πολύ νωρίτερα από άλλα βρέφη και νήπια με αναπτυξιακές μειονεξίες και αναπηρίες. Αυτό συμβαίνει συνήθως πριν από τους 6 μήνες της ηλικίας τους[146]. Το μοντέλο πλέον της πρόωρης παραπομπής, χωρίς καμία αμφιβολία, είναι αφ' ενός μεν συνέπεια της έγκαιρης διάγνωσης του συνδρόμου, που τις περισσότερες φορές οφείλεται στα εξωτερικά χαρακτηριστικά, αφ' ετέρου δε στην πεποίθηση πλέον των οικογενειών την αποτελεσματικότητα της πρόωρης επέμβαση.

Εκτός όλων των παραπάνω οι γονείς πρέπει να συναντηθούν και με άλλους γονείς που έχουν το ίδιο πρόβλημα, προκειμένου να ανταλλάξουν τις εμπειρίες, τα προβλήματά τους, αλλά και για να ενθαρρυνθούν. Η ενθάρρυνση και η στήριξη των ομάδων των γονέων προσφέρει κοινωνική και συναισθηματική στήριξη καθώς η παρεμβατική τους εργασία βασίζεται στις ατομικές τους περιπτώσεις. Παράλληλα ο χώρος των συναντήσεών τους προσφέρεται και ως σημείο ανταλλαγής πληροφοριών σχετικά με τις κοινωνικές και τις άλλες πηγές βοήθειας. Οι εθνικές, οι ευρωπαϊκές και οι άλλες διεθνείς οργανώσεις, το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο των αναπήρων και μια πληθώρα άλλων προσφέρουν πληροφορίες και στήριξη σε όλους τους γονείς. Σκοπός όλων αυτών των οργανώσεων είναι η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για ότι έχει σχέση με το σύνδρομο Down, αλλά και τις δυνατότητες που έχουν τα άτομα με το σύνδρομο πέρα από τις ανάγκες που συνήθως προβάλλονταν μέχρι πολύ πρόσφατα.

Τα ΜΜΕ έχουν διαδραματίσει και διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην πληροφόρηση της κοινής γνώμης σχετικά με το σύνδρομο, αφαιρώντας ή μετασκευάζοντας μερικές από τις ξεπερασμένες συνέπειες του στιγματισμού, των στερεοτύπων και των πεποιθήσεων. Σε κινηματογραφικές και τηλεοπτικές ταινίες εμφανίζονται πλέον ηθοποιοί με σύνδρομο Down, π.χ η κινηματογραφική ταινία « Η όγδοη ημέρα». Η απεικόνιση αυτή είναι ανεκτίμητη για την αλλαγή των αρνητικών προτύπων που ισχύουν για το σύνδρομο.

Ανάμεσα στα στερεότυπα που μετασχηματίζονται είναι και αυτό που αποδέχεται το σύνδρομο Down ως όρο ομπρέλα κάτω από την οποία εμφανίζονται όλα τα άτομα να είναι όμοια σε νοητικά, συμπεριφορικά και άλλα χαρακτηριστικά και ότι η αναμενόμενη νοητική, αναπτυξιακή και λειτουργική τους εξέλιξη θα είναι χαμηλή και φτωχότερη του μέσου κανονικού. Μια σειρά από ερευνητικές εργασίες δείχνουν πως παρά το γεγονός ότι το σύνδρομο Down αποτελεί μια εύκολα αναγνωριζόμενη αναπηρία με πολλά κοινά χαρακτηριστικά, υπάρχει μια διαφοροποίηση μεταξύ των ατόμων σε σχέση με

[146] . Shonkoff. J.P, Hauser-Cram. P, Krauss. M. W, Upshur. C.C (1992): ό.π

τα ιατρικά, φυσιολογικά, νοητικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους. Επιπλέον, οι οικογένειες των παιδιών ποικίλλουν αρκετά σε όλες τις διαστάσεις που χαρακτηρίζουν τις οικογένειες[147]. Την περίοδο που τα παιδιά με το σύνδρομο εκπαιδεύονταν με ομοιόμορφο τρόπο που βασίζονταν στην αρχική διάγνωση, οι επιλογές των οικογενειών στον προγραμματισμό της εκπαίδευσης είχαν μικρή ή και καμία συμβολή σ' αυτό. Αντιθέτως, οι ιδεολογικές επιπτώσεις στην ένταξη ή τη συνεκπαίδευση, συνδυάζονται με τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές δυνατότητες των γονέων , γεγονός που καθιστά τώρα τον διαχωρισμό για τα παιδιά, ως προς την επιλογή του σχολείου, ταυτόσημο με αυτόν που ισχύει και μεταξύ των οικογενειών. Παρά ταύτα όμως ο κοινωνικός μετασχηματισμός ευνοεί στο σύνολό τους τα παιδιά με το σύνδρομο αφού τους δίνεται η δυνατότητα να συμμετέχουν σε μια πληθώρα κοινωνικών δραστηριοτήτων όπως ο αθλητισμός, ο προσκοπισμός, η εκκλησία, κ.λ.π, κάτι που μερικά χρόνια πριν φάνταζε ανέφικτο.(Liungman k., 1980:35)

[147]. Mahoney. G, O'Sullivan. P, Robinson. C(1992) : « The family environments of children with disabilities: Diverse but not so different »,Topics in Early Childhood Special Education, 12, p. 386

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

5.1. Έννοια, σκοποί της οικογένειας.

Ο θεσμός της οικογένειας ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εκάστοτε κοινωνιών. Η αλληλεπίδραση του θεσμού με την κοινωνία στην οποία ανήκει, είναι αντικείμενο, κυρίως, της κοινωνιολογικής μελέτης. Για το λόγο αυτό και συνδέθηκε με τις διάφορες μορφές οργάνωσης της κοινωνίας και την κοινωνική διαστρωμάτωση.

Σήμερα, η έρευνα για την οικογένεια, επιζητά κυρίως, τις λειτουργίες που αυτή επιτελεί, αλλά και το φάσμα της αλληλεπίδρασης των ρόλων των μελών της. Έτσι γίνεται αντιληπτό όλο και περισσότερο πως ο πρωταρχικός σκοπός της οικογένειας τείνει στην συναισθηματική κάλυψη των μελών της, μια και σταδιακά αποδεσμεύθηκε από τον οικονομικό της ρόλο, ως μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης, που αντανακλούσε τη δομή και την οργάνωση της αγροτικής κοινωνίας. Στη μεγάλη τους πλειοψηφία οι σύγχρονες οικογένειες συνδέονται με την παραγωγική διαδικασία, μέσω της οικονομικής δραστηριοποίησης των μελών της. Ταυτόχρονα όμως έχει μειωθεί ο χρόνος ένταξης των μελών της στην παραγωγή, καθώς και ο χρόνος της ψυχοκοινωνικής τους ωριμότητας, ενώ αυξήθηκε ο χρόνος παραμονής των νέων στην πατρική οικογένειας, αλλά και. Το παραπάνω φαινόμενο δημιουργεί αντιφάσεις στο επίπεδο των ρόλων, αφού:

- Η επικρατούσα στο παρελθόν νοοτροπία για την αλληλεπίδραση των μελών της ενώ παραμένει, είναι πλέον δυσλειτουργική, δημιουργώντας εσωτερικές και εξωτερικές συγκρούσεις κυρίως στους νέους.
- Η ένταξη των γυναικών στην παραγωγική διαδικασία, πέρα από την στρεβλή εικόνα της ανεξαρτησίας που τις μεταφέρει, τις εγκλωβίζει σε δυο βασικούς ρόλους της ζωή τους, της μητέρας και της εργαζόμενης. Η ωφέλεια από τους ρόλους αυτούς δεν είναι εύκολο να αποδώσει μέσα στην οικογένεια, εφ' όσον ο άνδρας δεν έχει εσωτερικεύσει κοινωνικά την κατανομή των ευθυνών και στην εναλλάξ ανταπόκριση στις οικογενειακές υποχρεώσεις. Έτσι η σύγχρονη οικογένεια απειλείται από αποξένωση του ζεύγους και από τη μη εκπλήρωση του βασικού σκοπού της.
- Οι αξίες που στήριζαν την παλιά ενότητα δεν αντικαταστάθηκαν από νέο σύστημα αξιών. Έτσι τα μέλη της σύγχρονης οικογένειας αναζητούν διαρκώς την ταυτότητά τους στο εσωτερικό της, χωρίς να γνωρίζουν όμως τι πρέπει και τι δεν πρέπει να αμφισβητήσουν. Η σύγχυση για το τι

θέλει για τον εαυτό του ο καθένας, είναι σύνηθες φαινόμενο και αιτία των οριακών σχέσεων ανάμεσα στα ζευγάρια.

Τα νέα άτομα λοιπόν προσπαθούν να εδραιώσουν την ανάγκη της αποδοχής τους μέσα από τα εναλλακτικά σχήματα οικογένειας με διαφορετικό σε σχέση με το έως σήμερα επικρατούν μοντέλο της συμβατικής οικογένειας. Πολλά όμως ζητήματα όπως η κοινωνικοποίηση των παιδιών, η οικονομική συνοχή, η συναισθηματική στήριξη, χωλαίνουν και επιζητούν λύσεις από κοινωνικούς φορείς, αφού οι γονείς δεν είναι πλέον σε θέση ν΄ ανταποκριθούν.

Η οικογένεια είναι πρωτογενής κοινωνική ομάδα και στοχεύει στη συνέχιση της ζωής, στην εσωτερίκευση των κοινωνικών αξιών και προτύπων συμπεριφοράς της κοινωνίας στην οποία εντάσσονται τα μέλη της[148]. Οι σκοποί τους οποίους επιτελεί, σε σχέση με τυποποιημένους τρόπους ομαδικής και ατομικής δράσης, συνδέουν τον δημόσιο με τον ιδιωτικό βίο, μέσα από τις διάφορες μορφές που εμφανίζεται [149]. Αποτελεί δε λόγω της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, βιοψυχικό - κοινωνικό σύστημα[150]. Έτσι, η διαφοροποίηση στη δομή και τις λειτουργίες της, ώστε να ανταποκρίνεται, μέσω της οργάνωσης της ιδιωτικής ζωής στις δομές της ευρύτερης κοινωνίας, φαντάζει αναπόφευκτο[151]. Η διαφοροποίηση της οικογένειας μέσα στο χρόνο είναι όχι μόνο αναπόφευκτη, αλλά και αναγκαία. Η διαφορά μεταξύ της αντιμετώπισης των θεμάτων που άπτονται της οικογενειακής δομής και λειτουργίας στη σύγχρονη εποχή, σε σχέση με την παλιότερη, είναι ότι παλιά τα θέματα αυτά δημιουργούσαν ιδιαίτερη συγκινησιακή φόρτιση στους τελικούς αποδέκτες και τα προβλήματα καλύπτονταν μέσα από συμβατικές σχέσεις και διάφορες προφάσεις. Σήμερα, που οι στερεοτυπικές μορφές συμπεριφοράς αμφισβητούνται, είναι πιο εύκολο για τα νέα ζευγάρια να εκθέτουν τον εαυτό τους και να επιδιώκουν μια πιο ειλικρινή σχέση με τα μέλη της οικογένειάς τους. Αυτό πραγματοποιείται μέσα από εναλλακτικά, σε σχέση με την πυρηνική μορφή, σχήματα οικογένειας, τα οποία δεν θεωρούνται πλέον και ως αποκλίνοντα (Norton, 1987)[152]. Οι μορφές οικογένειας διαχρονικά καθώς και τα διάφορα εναλλακτικά σχήματα με τα οποία εμφανίζεται σήμερα, περιγράφονται στις επόμενες ενότητες. Για μια πρώτη προσέγγιση των μορφών οικογένειας,

---

[148] Τσαούσης. Δ. Γ (1998): «Η κοινωνία του ανθρώπου: Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία», Gutenberg, Αθήνα

[149]. Μουσούρου.Λ. Μ (1989): «Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας», Gutenberg, Αθήνα, 2η έκδ

[150] . Παπαδιώτη – Αθανασίου. Β. (2000): «Οικογένεια και όρια: Συστημική προσέγγιση», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

[151]. Κατάκη.Χ. Δ (1998): «Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

[152]. Norton.B (1987): «Families and Children in the Year 2000», Children Today, 16(9), p. 6

παραθέτουμε τα διάφορα σύγχρονα εναλλακτικά σχήματα, όπως περιγράφονται κυρίως μέσα από τις αλληλεξαρτήσεις των μελών της σε στενότερο ή ευρύτερο πλαίσιο[153].

i. Η Πυρηνική οικογένεια. Αποτελεί την επικρατέστερη μορφή οικογένειας στις μέρες μας. Παρουσιάζει συναισθηματική αυτάρκεια σε σχέση με το ευρύτερο συγγενικό πλαίσιο και έντονη συναισθηματική αλληλεπίδραση των μελών της. Δίνει έμφαση στη σχέση του ζευγαριού, γύρω από την οποία οικοδομείται και η σχέση με τα παιδιά. Παρουσιάζεται σε αντιδιαστολή με την πατριαρχική οικογένεια, τονίζοντας συνήθως τις σχέσεις αμοιβαιότητας, σχετικής ισοτιμίας των δύο συζύγων και παιδοκεντρικό χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει πως το παιδί στηρίζεται στους γονείς για τη δική του εξέλιξη και μελλοντική ανεξαρτησία. Η ίδια μορφή οικογένειας συναντάται στη βιβλιογραφία και ως συζυγική οικογένεια.

ii. Ανεξάρτητη οικογένεια: Είναι είδος πυρηνικής οικογένειας που ζει ανεξάρτητα από άλλες συγγενικές συζυγικές οικογένειες, ως συνέπεια της αστικοποίησης. Το βάρος της ανατροφής των παιδιών πέφτει μόνο στο ζευγάρι και σε κοινωνικοποιητικούς φορείς, π.χ βρεφονηπιακούς σταθμούς ή σε βοηθητικά πρόσωπα που επί πληρωμή φροντίζουν το παιδί, όταν και οι δύο σύζυγοι εργάζονται. Η μορφή αυτής της οικογένειας οργάνωσης πλεονεκτεί διότι το ζευγάρι έχει τη δυνατότητα να επιλέξει, πέρα από τους επηρεασμούς άλλων συγγενικών προσώπων, τις σχέσεις που θα αναπτύξει παράλληλα με την αυτονομία του. Μειονεκτεί όμως σε σχέση με τα παιδιά, γεγονός που εμφανίζεται στην εφηβική ηλικία και με τους γονείς, όταν η σχέση τους περνάει κρίση. Αποκόβεται συνήθως από τις ρίζες και δεν μπορούν τα συγγενικά πρόσωπα να παρέμβουν για να τη στηρίξουν.

iii. Συμβατική οικογένεια: Έχει τα χαρακτηριστικά της ανεξάρτητης συζυγικής οικογένειας, χαρακτηρίζεται όμως ως συμβατική διότι δημιουργείται απαραίτητα μέσω του θεσμού του γάμου. Έχει αυστηρά καθορισμένους ρόλους ανά φύλο και ηλικία. Έχει τη μορφή της οικογένειας που προσεγγίζει, ως προς το σύστημα αξιών που αφορούν τη λειτουργία και τις σχέσεις των μελών της, τη μορφή της πατριαρχικής οικογένειας και το είδος της πυρηνικής οικογένειας που αμφισβητείται σήμερα περισσότερο, επειδή αδυνατεί να καλύψει συναισθηματικά τα μέλη της, ειδικά στην περίπτωση που τα παιδιά έρχονται σε επαφή με άλλες μορφές σχέσεων στο πλαίσιο άλλων οικογενειών.

iv. Ευρεία ή εκτεταμένη οικογένεια: Είναι το είδος οικογένειας, όπου το κάθε

[153] . Μουσούρου.Λ. Μ (1989): ό. π

μέλος της είναι ελεύθερο να δεχτεί ή να αποποιηθεί τους δεσμούς με ορισμένους συγγενείς (Litwak, 1960)[154].

Η κυριότερη μορφή εκτεταμένης οικογένειας που αναφέρεται συνήθως είναι η πατριαρχική. Διακρίνεται για αυστηρά καθορισμένους ρόλους από τον πατέρα - αφέντη προς τα παιδιά και τα εγγόνια του, κατά πατρική γραμμή. Σήμερα με τον όρο αυτό χαρακτηρίζουμε και σχήματα οικογένειας που δεν έχουν σχέση με την πατριαρχική ιεραρχία, αφού οι συγγενικοί δεσμοί δεν είναι πλέον τόσο ισχυροί.

v. Πατρογραμμική και πατροτοπική πατριαρχική οικογένεια: Αποτελείται από τους γονείς και το γιο, με τη γυναίκα και τα παιδιά του ή τους γιους, με τις γυναίκες και τα παιδιά τους, τα άγαμα ενήλικα τέκνα, γιους και κόρες. Οι σχέσεις τους διαμορφώνονται σε αυστηρά καθορισμένα πλαίσια όπου μετράει η γνώμη του αρχηγού της οικογένειας πιο πολύ από τη γνώμη των άλλων και που η βούλησή του περνάει ως άγραφος νόμος στα παιδιά του, χωρίς να μπορεί να αμφισβητηθεί. Οι σχέσεις είναι συνεκτικές. Αυτό δημιουργεί ασφάλεια στα μέλη, αλλά προσκόλληση σε παραδοσιακά ήθη, αντίληψη αμοιβαιότητας μεταξύ των αδελφών, στήριξη σε περίπτωση διαφόρων γεγονότων, γάμοι, γεννήσεις, θάνατοι , αλλά δεν υπάρχει δυνατότητα αντίθετης έκφρασης λόγω της αυστηρή κριτικής και της στερεοτυπικής σκέψης. Η θέση της γυναίκας, ανεξάρτητα απ' αυτό που προσφέρει στην πραγματικότητα, είναι υποβιβασμένη και καταξιώνεται μόνο μέσα από το ρόλο της ως μάνα και κυρίως ως μάνα γιων, τους οποίους πρέπει να διαπαιδαγωγήσει με τα ίδια πρότυπα για τη συνέχιση της οικογενειακής συνοχής.

vi. Νεοτοπική οικογένεια*:* Σ' αυτήν οι συγγενικοί δεσμοί είναι κάθετοι, ενώ δεν αναπτύσσονται σχέσεις με αδελφούς των γονέων και τα παιδιά τους.

vii. Οικογένεια προσανατολισμού: Είναι η οικογένεια στην οποία γεννιέται το άτομο και μετέχει μαζί με τους γονείς και τα αδέρφια του, οριζόντια γραμμή συγγένειας. Ο όρος που αντιστοιχεί στην οικογένεια που το ίδιο το άτομο θα δημιουργήσει με τον/την σύζυγο, ονομάζεται οικογένεια αναπαραγωγής.

viii. Εξαρτημένη οικογένεια: Ζει σε σχέση εξάρτησης με άλλες μορφές οικογένειας, εξάρτηση η οποία επεκτείνεται στις διαπροσωπικές σχέσεις των μελών της.

ix. Διευρυμένη συζυγική οικογένεια: Αποτελεί ενδιάμεση μορφή σύγχρονης πυρηνικής και εκτεταμένης οικογένειας[155]. Σ' αυτή την οργάνωση το

[154] Litwak. G (1960): «Geographic mobility and external family cohesion», American Sociological Review, 3.

[155] Michel. A (1993): «Κοινωνιολογία της οικογένειας και του γάμου», Gutenberg, Αθήνα, Μτφ, 5η

ζευγάρι μπορεί να επιλέξει να φιλοξενεί, για παράδειγμα, μια ανύπαντρη θεία, η οποία μεγαλώνει και τα παιδιά μαζί με τη δική της συντροφιά, ή ένα παιδί συγγενούς που οι δύο σύζυγοι συμφωνούν ότι μπορεί να προσφέρουν τη βοήθειά τους για σπουδές ή για άλλο σπουδαίο λόγο.

x. Οικογένεια κορμός: Σ' αυτήν ο πρωτότοκος γιος και η οικογένειά του ζουν μαζί με τους γονείς του.

xi. Οικογένεια σε σχήμα «Τ»: Είναι διευρυμένη συζυγική οικογένεια, η οποία περιλαμβάνει, εκτός από τους γονείς και τα παιδιά τους και τους γονείς των δύο συζύγων, παππούδες. Είναι η μορφή όπου οι γονείς προκειμένου να έχουν τη βοήθεια των δικών τους γονέων για σιγουριά στο μεγάλωμα και την ανατροφή των παιδιών ώστε να μπορούν οι ίδιοι να αποδίδουν στο χώρο της εργασίας τους και για να διατηρηθεί η οικογενειακή ταυτότητα.

xii. Οικογένεια διπλής σταδιοδρομίας: Στο είδος αυτό και οι δύο σύζυγοι αποδίδουν πρωταρχικό ρόλο στο χώρο της εργασίας τους και στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Με παρόμοια σημασία χρησιμοποιείται και ο όρος *επαγγελματοκεντρική οικογένεια*[156]. Στην μορφή αυτή οικογένειας, που αναπτύσσεται κυρίως στις Δυτικές κοινωνίες, οι εξουσίες των συζύγων δεν είναι οριζόντιες, αλλά κάθετες. Οι σύζυγοι είναι υπεύθυνοι και για το σύνολο των θεμάτων του σπιτιού[157].

xiii. Επαναστατική ή ανατρεπτική οικογένεια: Στη μορφή αυτή αποδίδεται μεγαλύτερη σημασία στο επάγγελμα από τη σύζυγο, ενώ στην οικογένεια και το μεγάλωμα των παιδιών επιφορτίζεται ο σύζυγος.

xiv. Παραδοσιακή οικογένεια: Σ' αυτή τη μορφή, παρά το γεγονός ότι και οι δυο σύζυγοι εργάζονται και μπορεί να έχουν επαγγελματικές φιλοδοξίες, η επαγγελματική σταδιοδρομία αφορά μόνο το σύζυγο, ενώ η σύζυγος κυρίως στρέφει την προσοχή της στην οικογένεια.

xv. Οικογένεια «άδεια φωλιά»: Είναι οικογένεια μεσηλίκων γονέων, από τους οποίους έχουν φύγει τα παιδιά για το δικό τους δρόμο, σπουδές, επαγγελματική ανεξαρτησία και οι σύζυγοι πρέπει να κάνουν έναν απολογισμό της ζωής τους και να αναδιαρθρώσουν τις σχέσεις τους ώστε να ξεπεράσουν την κρίση που συνήθως ακολουθεί τον αποχωρισμό των παιδιών.

xvi. Χωλή ή οιονεί μονογονεϊκή οικογένεια*:* Είναι η μορφή πυρηνικής οικογένειας στην οποία οι σύζυγοι ζουν ξεχωριστά για ένα μεγάλο

έκδ

[156] Rapport. R, Rapport. R. N (1965): «Dual-career families», Pelican, London

[157]. Μαντζιαφού-Κανελλοπούλου. Μ(1979): «Οικογένεια: Ιστορική και κοινωνική μελέτη», Αθήνα.

χρονικό διάστημα κυρίως για επαγγελματικούς λόγους, (π.χ. οικογένειες ναυτικών, μεταναστών, κρατουμένων ή συζύγων που είναι υπάλληλοι και υπηρετούν σε διαφορετικά μέρη), και συνήθως την επιμέλεια και την ανατροφή των παιδιών την έχει η μητέρα. Οι δύο σύζυγοι προσβλέπουν σε μια επανασύνδεση στο μέλλον, δεδομένου ότι η οικογένειά τους είναι χωλή εξ ανάγκης. Παρόλο που τα προβλήματά τους δεν είναι ίδια σε έκταση και μορφή με αυτά των άλλων μορφών μονογονεϊκών οικογενειών, ωστόσο αντιμετωπίζουν επίσης πολλαπλά προβλήματα που δημιουργούνται κυρίως από την απουσία του άλλου γονέα και από την υπερφόρτωση εκείνου που έχει στην ευθύνη του τη φύλαξη των παιδιών. «Τόσο οι τυπικές όσο και οι οιονεί μονογονεϊκές οικογένειες, έχουν το κοινό γνώρισμα της μοναξιάς και της υπερευθύνης του ενός γονέα»[158].

xvii. Μονογονεϊκή οικογένεια*:* Αποτελεί μια νέα, συνήθως μεταβατική, μορφή οικογένειας ως αποτέλεσμα επιλογής άρνησης ή απώλεια της συζυγικής σχέσης, αλλά όχι και της γονικής σχέσης. Συνήθως προκύπτει από διάσταση - διαζύγιο, από το θάνατο του ενός γονέα ή από εκούσια μονογονεϊκότητα (άγαμες μητέρες). Όταν η μητέρα παραμένει υπεύθυνη για την ανατροφή και την επιμέλεια των παιδιών, (οι περισσότερες περιπτώσεις μετά το διαζύγιο και η άγαμη μητρότητα), έχουμε τη μορφή μονογονεϊκής οικογένειας με μόνο γονέα τη μητέρα*,* ενώ όταν κύριος υπεύθυνος είναι ο πατέρας, κυρίως μετά το θάνατο της συζύγου του, μιλάμε για μονογονεϊκή οικογένεια με μόνο γονέα τον πατέρα. Κατά τον Μπαμπάλη[159] , ακόμη κι αυτές οι μορφές οικογενειών κάθε άλλο παρά απεικονίζουν την πραγματική ποικιλία που υπάρχει σήμερα στον κόσμο.

5.2. Μορφές οικογενειακής οργάνωσης.

Οι βασικές μορφές και τα διάφορα μοντέλα οικογένειας που εμφανίζονται στις σύγχρονες κοινωνίες ή που αφορούν τις σχέσεις ανάμεσα σε άτομα που συνδέονται μεταξύ τους με συγγενικούς δεσμούς. Οι σχέσεις αυτές προσπαθούν να εκφράσουν τις σύγχρονες ανάγκες των ατόμων - μελών της. Η μελέτη της εξέλιξης της οικογένειας μας δίνει αφ' ενός μεν τη δυνατότητα εμβάθυνσης των σημερινών σχέσεων της οικογένειας, αφ' ετέρου δε την αντίληψη της διαχρονικότητας του θεσμού.

Από κοινωνιολογική άποψη η προσέγγιση του φαινομένου μπορεί να γίνει

[158]. Μαντζιαφού-Κανελλοπούλου. Μ (1981): «Οικογένειες με ένα γονέα», Αθήνα

[159]. Μπαμπάλης.Θ (2003): «Παιδιά Μονογονεϊκών Οικογενειών: ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην οικογένεια και το σχολείο», Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Ρόδος

μέσα από διαφορετική οπτική γωνία κάθε φορά, ανάλογα με τη φιλοσοφική θέση ή το αξίωμα που χρησιμοποιούμε ως πεδίο αναφοράς.

Κατά τον Karl Marx στην εξέλιξη των κοινωνιών, ο τρόπος παραγωγής των υλικών αγαθών αποτελεί το καθοριστικό στοιχείο. Η μαρξιστική προσέγγιση θεωρεί ότι τα στάδια εξέλιξης της υλικής παραγωγής προχωρούν από το κατώτερο στο ανώτερο και από το απλό στο σύνθετο. Από τους τρόπους παραγωγής διαμορφώνεται η τυπολογία των Κοινωνικών Συστημάτων. Τα συστήματα αυτά είναι:

- Το Πρωτόγονο Κοινοτικό Σύστημα
- Το Δουλοκτητικό Κοινωνικό Σύστημα
- Το Φεουδαρχικό Κοινωνικό Σύστημα
- Το Προκαπιταλιστικό Κοινωνικό Σύστημα
- Το Καπιταλιστικό Κοινωνικό Σύστημα.

Σε σχέση με τα παραπάνω συστήματα οργανώνονται οι αντίστοιχες μορφές κοινωνικής συμβίωσης που τα εκφράζουν και τα πραγματώνουν. Έτσι στο Πρωτόγονο Κοινοτικό Σύστημα, εμφανίζεται αρχικά ως μορφή οργάνωσης η ορδή ή ανθρώπινη αγέλη, η οποία στο δεύτερο στάδιό της εξελίσσεται στην κυρίαρχη μορφή κοινωνικής συμβίωσης του γένους. Μέσα στην ίδια περίοδο το γένος μετεξελίσσεται στη μητριαρχία, όπου η συγγένεια των μελών του γένους υπολογιζόταν κατά γυναικεία γραμμή και σχετίζεται με την μόνιμη εγκατάσταση των οικογενειών, των μητέρων με τα παιδιά τους. Με τη σειρά της η μητριαρχία μεταπίπτει στην πατριαρχία, όπου η συγγένεια των μελών του γένους υπολογιζόταν κατά αντρική γραμμή. Γενικά κριτήριο ένταξης ενός ατόμου στο γένος, ήταν η εξ αίματος συγγένεια με κάποιον κοινό πρόγονο, αρχικά με τη μητέρα και αργότερα με τον πατέρα, άρα υφίστατο συγγένεια α΄, β΄, γ΄ κ.λ.π. βαθμού με τα άλλα μέλη του γένους.

Ανώτερη μορφή κοινωνικής συμβίωσης από το γένος είναι η φυλή. Διατηρεί όπως και το γένος, ως κριτήριο ένταξης για τα μέλη, την συγγένεια εξ αίματος. Η μόνιμη εγκατάσταση των φυλών σε συγκεκριμένο εδαφικό χώρο δημιούργησε την έννοια της εδαφικής και οικονομικής κοινότητας και συνέτεινε στη διαμόρφωση κοινωνικής συνείδησης, ενιαίας γλώσσας, μεταξύ των μελών της φυλής και η εξωγαμία αντικαταστάθηκε από την ενδογαμία, μέσα στα πλαίσια της φυλής[160].

Η εμφάνιση της Πόλης - Κράτους συμπίπτει με τη δημιουργία μιας νέας μορφής κοινωνικής συμβίωσης, της λαότητας. Η λαότητα προήλθε είτε από την

[160]. Engels. F (1978/1884): «Η καταγωγή της οικογένειας, της ατομικής ιδιοκτησίας και του κράτους», στο Marx & Engels: «Διαλεχτά έργα», Κ.Ε. του Κ.Κ.Ε., Αθήνα, Β΄,έκδ.

ένωση συγγενικών από άποψη καταγωγής και γλώσσας φυλών, είτε από φυλές με διαφορετική γλώσσα, οι οποίες προήλθαν σαν αποτέλεσμα της κατάκτησης ορισμένων φυλών από άλλες. Ιστορικά, οι λαότητες λειτουργούν στο Δουλοκτητικό και Φεουδαρχικό Κοινωνικό Σύστημα. Δημιουργεί τις προϋποθέσεις για να περάσει η ανθρωπότητα, με την εμφάνιση του Καπιταλιστικού Κοινωνικού Συστήματος, σε μια άλλη μορφή κοινωνικής συμβίωσης, το έθνος.

Σύμφωνα με τη μαρξιστική ανάλυση, η δημιουργία του έθνους ήταν κοινωνική αναγκαιότητα και ιστορικά συμπίπτει με τα τέλη του μεσαίωνα, την εποχή της Αναγέννησης.

Η οικογένεια ως ιστορική μορφή κοινωνικής συμβίωσης διαπερνά όλες τις άλλες μορφές κοινωνικής συμβίωσης που αναφέρθηκαν, καθώς και όλους τους κοινωνικοοικονομικούς σχηματισμούς. Η βασική αναγκαιότητα που καλύπτει είναι αναπαραγωγή του ανθρώπινου γένους, η προστασία και η ανατροφή των παιδιών. Η εξέλιξη της οικογένειας, σύμφωνα με τη μαρξιστική προσέγγιση, διέπεται από τους γενικότερους νόμους που χαρακτηρίζουν την ανάπτυξη της κοινωνίας στο σύνολό της, αλλά και συμβαδίζει με αυτή την ανάπτυξη.

Η πρώτη μορφή οικογένειας στη μονογαμία είναι η πατριαρχική οικογένεια, η οποία βασίζεται στο πατρικό δίκαιο. Σύμφωνα με την μαρξιστική ανάλυση, ενώ όλες οι προηγούμενες μορφές οικογένειας λειτούργησαν με βάση την αρχή της «φυσικής επιλογής», η πατριαρχική οικογένεια είναι η πρώτη μορφή οικογένειας που βασίζεται σε οικονομικά κριτήρια - το συμφέρον κληρονομίας της πατρικής περιουσίας

Κατά τον Max Weber[161] η κοινωνία διαιρείται ταυτόχρονα σε πολλά αυτοτελή συστήματα, (στρώματα), τα οποία αφενός συνυπάρχουν και αφετέρου είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους, (νομιναλιστική αντίληψη). Η κοινωνική διαστρωμάτωση δεν εξαντλείται με το χωρισμό της κοινωνίας σε οικονομικά στρώματα, αλλά ότι συνυπάρχουν με αυτά, στρώματα που διακρίνονται από κοινωνικά ή πολιτικά γνωρίσματα. Καταλήγει στη διάρθρωση της κοινωνίας με βάση τους εξής τύπους κοινωνικής διαστρωμάτωσης:

i). <u>Τον Οικονομικό</u>, όπου αντιστοιχεί η «κοινωνική τάξη». Στην ίδια κοινωνική τάξη κατατάσσει τα άτομα ανάλογα με τη σχέση τους προς την κατανάλωση των αγαθών, (της κατοχής αγαθών και εισοδηματικών ευκαιριών), δηλαδή την αγοραστική τους ικανότητα, ανεξάρτητα από το αν προέρχεται από περιουσιακή κατάσταση του ατόμου ή οποιοδήποτε άλλο εισόδημα - πάντως, η σχέση προς τα μέσα παραγωγής αποτελεί

---

[161]. Weber. M (1978): «Η προτεσταντική ηθική και το πνεύμα του καπιταλισμού», Gutenberg, Αθήνα, Μτφ

στον ορισμό του μόνο μία πιθανότητα (ή της εργασίας)[162].

ii). Τον Κοινωνικό , όπου αντιστοιχεί η «κοινωνική θέση» (θέση γοήτρου - status). Κατά τον Weber, η κοινωνική θέση υπαγορεύει ένα τρόπο ζωής, ο οποίος είναι δεσμευτικός για τα άτομα, γιατί ανταποκρίνεται στις κοινωνικές αναμονές. Μέσα από τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης το άτομο εντάσσεται και ενσωματώνεται σε ένα κοινωνικό σύνολο, αποκτά δηλαδή μια θέση μέσα στο σύνολο και γίνεται φορέας της κοινωνικής κληρονομιάς που συνιστά τη συλλογική ταυτότητα των μελών της συγκεκριμένης κοινωνικής θέσης. Από την ιεραρχική του κατάταξη (θέση) στην κοινωνική πυραμίδα απορρέει ο κοινωνικός του ρόλος. Η κοινωνική θέση, κατά τον Weber, είναι ανεξάρτητη από την κοινωνική τάξη στην οποία ανήκει το άτομο.

iii). Τον Πολιτικό, όπου αντιστοιχούν οι «ομάδες εξουσίας»(ομάδες δύναμης - πολιτικά κόμματα). Εδώ δηλαδή ο Weber εντάσσει τις ομάδες συλλογικής δράσης, ανεξάρτητα από την κοινωνική και πολιτική τους προέλευση.

Η θεωρία που ανέπτυξε ο Durkheim (1888) για την οικογένεια είναι εξελικτική, όπως και του Engels[163], χωρίς κανέναν επηρεασμό όμως από το διαλεκτικό υλισμό. Αντίθετα θεωρείται αιτιοκρατική γιατί θεωρεί ως αίτια εξέλιξης της δομής της οικογένειας την εξέλιξη των κοινωνικών θεσμών[164]. Το θέμα της μορφής, της δομής και της λειτουργίας της οικογένειας αντιμετωπίζεται από τον Durkheim ως θέμα καθαρά κοινωνιολογικό, δεν αφορά την ψυχολογία, αφού από μόνα τους τα φυσικά πρόσωπα δεν συστήνουν οικογένεια, αν αυτή δεν υπόκειται στους παρόντες θεσμούς.

Η προσέγγιση του Parsons για την οικογένεια θεωρείται δομολειτουργική[165]. Ένα μεγάλο μέρος της ανάλυσής του περιγράφεται στη συνέχεια, μέσα και από τις πιο σύγχρονες θεωρίες για την οικογένεια, συνδεόμενη και με τις σύγχρονες έρευνες που έχουν γίνει στη χώρα μας από τον Δ. Γεώργα και τους συνεργάτες του. Χαρακτηριστικό της θεωρίας πάντως είναι πως η οικογένεια μετασχηματίζεται από μονάδα αυτόνομης παραγωγής, σε μονάδα κατοικίας και κατανάλωσης, σπάζοντας και τους αντίστοιχους δεσμούς μεταξύ των σχετικά αυτόνομων μελών της.

Παρόλο που η θεωρία του Parsons δεν έχει επιβεβαιωθεί ερευνητικά σε

---

[162].Timasheff. N. S, Theodorson. G. A (1980): «Ιστορία Κοινωνιολογικών Θεωριών», Gutenberg, Αθήνα , Μτφ

[163] . Durkheim. E (1988): «Introduction a la sociologie de la famille», Annales de la faculté des lettres de Bordeaux, 10

[164] . Michel. A (1993): ό. π

[165]. Parsons. T (1949): «The social structure of the family», στο Anshen. R. N (Ed.): «The family: Its functions and destiny», Harper, New York

πολλά σημεία, όπως για παράδειγμα στη χώρα μας για το θέμα της κατοίκησης με την έννοια της γειτονίας των μελών της πυρηνικής με την εκτεταμένη οικογένεια είναι σημαντική γιατί αποτέλεσε τη βάση για τη διατύπωση θεωριών σχετικών με τη δομή, (ως αριθμός μελών, θέσεις και ρόλοι), και τη λειτουργία (ως τρόποι ικανοποίησης των φυσικών και ψυχολογικών αναγκών των μελών της, με στόχο την επιβίωση) της οικογένειας, διαμορφώνοντας κριτήρια τα οποία κρίθηκαν και ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν και από τις σύγχρονες θεωρίες για την οικογένεια[166].

Οι περισσότεροι ερευνητές καταλήγουν σε ορισμούς όπου προέχουν οι νομικοί ή βιολογικοί δεσμοί για το χαρακτηρισμό μιας ομάδας ως οικογένειας, από τους οποίους δημιουργείται η βασική τριάδα «μητέρα – πατέρας – παιδί». Κάθε οικογένεια αποκλίνουσα από αυτό το σχήμα, αντανακλά το κοινωνικό στερεότυπο του κυρίαρχου τύπου[167]. Έτσι, μέσα στο κλίμα της σύγχυσης που επικρατεί αναφορικά με τους ρόλους και τους σκοπούς της οικογένειας, αναδύεται μια άλλη λογική, η οποία είναι σε θέση να δικαιολογήσει τα υπάρχοντα σχήματα οικογένειας στις σύγχρονες κοινωνίες, ενισχύοντας την άποψη της ανθεκτικότητας του θεσμού. Κατά την Μουσούρου:

«…..η ερμηνεία των φαινομένων που συνδέονται με τη συμβατική οικογένεια, αυτή η ίδια η έννοια και η διαδικασία αποδοχής των ορίων του συμβατικού, όπως και τα εναλλακτικά προς την οικογένεια αυτή σχήματα οργάνωσης του ιδιωτικού βίου, παραμένουν εν πολλοίς εκτός των θεωρητικών προβληματισμών. Άρα βασικές προϋποθέσεις του ιδεότυπου λείπουν. Και, αντίθετα, αυτό που ενδεχομένως εκλαμβάνεται ως ιδεότυπος δεν είναι παρά ένα στερεότυπο, η περιγραφή ενός ιδεώδους που υπάρχει όχι στην πραγματικότητα, αλλά στη φαντασιακή της σύλληψη, ένας μύθος... Η αναγνώριση της ρευστότητας αυτής δεν υποσκάπτει την οικογένεια, αλλά, αντίθετα, ενισχύει την εμπιστοσύνη στην ανθεκτικότητά της. Σε μια έντονα διαφοροποιημένη και μεταβαλλόμενη κοινωνία, όπως είναι η σύγχρονη, τι πιθανότητες θα είχε ένα (οποιοδήποτε) μοναδικό και απολύτως σταθερό σχήμα;»[168].

Κατά τη συστημική προσέγγιση συνδέεται το άτομο με τη μορφή της οικογένειας και τις εξελίξεις των κοινωνιών στα πλαίσια της Γενικής Θεωρίας Συστημάτων. Πρόκειται για μια προσπάθεια της γνωστικής ψυχολογίας να

---

[166] . Γεώργας. Δ , Γκαρή. Αι, Χριστακοπούλου. Σ , Μυλωνάς. Κ , Παπαλόη. Β : «Οικογενειακές σχέσεις των Ελλήνων φοιτητών στο παρόν και στο μέλλον», Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, Υπό δημοσίευση

[167]. Muncie. J, Wethelerr. M, Dallos. R , Cohrane. A (1995): «Understanding the family», The Open University, Sage Publications, London

[168] . Μουσούρου.Λ. Μ (1989): ό. π

αναλύσει και να ερμηνεύσει τη συμπεριφορά ατόμων, οικογενειών και ευρύτερων συστημάτων μέσω της πληροφορίας, δηλαδή των κωδίκων επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων ή των κοινωνικών ομάδων. Σύστημα κατά τον Rapoport είναι: «ένα δομημένο σύνολο, ένα σύνολο στοιχείων λειτουργικά συνδεδεμένων…. είναι ένα τμήμα του κόσμου που θεωρείται μια ενότητα ικανή να διατηρεί την ταυτότητά της εν μέσω αλλαγών που συμβαίνουν γύρω της και μέσα της»[169].

Ο Ζαφρανάς τονίζει, «ως σύστημα μπορούμε να ορίσουμε τα πάντα, από έναν άνθρωπο, ένα κτίριο, μέχρι ένα σύννεφο, μια πηγή ή μια διαδήλωση»[170]. Όσον αφορά την οικογένεια, πρόκειται για ένα συγκεκριμένο, ανοικτό, μικτό, τελεολογικό σύστημα, για τους εξής λόγους:

α). Είναι συγκεκριμένο σύστημα, δηλαδή πραγματικό, αληθινό και όχι υποθετική θεωρητική κατασκευή, όπως π.χ. θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε το σύμπαν. Η οικογένεια, ως συγκεκριμένο σύστημα, αποτελείται από συγκεκριμένα στοιχεία ή υποσυστήματα καθώς και από πλέγματα στοιχείων που βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Οι σχέσεις μεταξύ των μερών ενός συστήματος αποτελούν και τις μεταβλητές του συστήματος, στην περίπτωση της οικογένειας δηλαδή μεταβλητές αποτελούν ο αριθμός των μελών της, το μέγεθος, η ταχύτητα ροής της πληροφορίας και οι οδοί επικοινωνίας.

β). Είναι ανοικτό σύστημα, δηλαδή επιβιώνει μέσω της ανταλλαγής μάζας-ύλης, ενέργειας και πληροφορίας. Έτσι, η οικογένεια δεν μπορεί να νοηθεί ανεξάρτητα από τη δομή της κοινωνίας στην οποία εντάσσεται, αλλά και οι οποιεσδήποτε μεταβολές στη δομή και τη λειτουργία της, που προκαλούνται λόγω των εισερχόμενων πληροφοριών και μετατρέπονται σε νέα ποιότητα, δεν μπορούν να επηρεάσουν άμεσα τις κοινωνικές δομές, παρά μόνο μέσα από μακροχρόνιες διαδικασίες.

Προσεγγίζοντας την οικογένεια ως σύστημα, θεωρείται «υπερσύστημα», (supra-system), σε σχέση με τα μέρη που την αποτελούν, δηλαδή τα άτομα, τα οποία θεωρούνται «υποσυστήματα», (sub-system). Τότε μπορούμε να φανταστούμε την οικογένεια σαν ένα μεγάλο κύκλο που περιλαμβάνει άλλους ομόκεντρους κύκλους[171].

γ). Είναι μικτό σύστημα, δηλαδή αποτελείται από έμβια και άβια στοιχεία, π.χ. η οικογένεια δημιουργείται από ζωντανούς ανθρώπους, αλλά η επιβίωσή

---

[169]. Rapoport. A (1970): «Modern Systems Theory - An Outlook for coping with change», General Systems, 15, p. 15

[170]. Ζαφρανάς.Α. Β (1988): «Πανεπιστημιακές σημειώσεις», Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

[171] . Skynner. R (2001): «Πλαίσια θεώρησης της οικογένειας σαν σύστημα», στο Τσιάντης. Γ, Μανωλόπουλος. Σ (Επ.): «Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής», Καστανιώτης, Αθήνα, τ. Α2

της προϋποθέτει και την ύπαρξη στέγης, επίπλων, χρήματος, υλικών αγαθών.

δ). Είναι τελεολογικό σύστημα, δηλαδή κινείται προς μια κατεύθυνση, προς ένα τελικό σκοπό (finality). Για το λόγο αυτό, τα ζωντανά συστήματα έρχονται σε σχέσεις εξ ανάγκης, μέσα από τις οποίες ανιχνεύουν το περιβάλλον τους, διαπιστώνουν ποια είναι τα χρήσιμα στοιχεία για την επιβίωσή τους και ποια τα άχρηστα ή εχθρικά, καθιερώνουν συμπεριφορές που εναρμονίζονται με το σκοπό τους. Όλες οι παραπάνω διεργασίες συνεπάγονται μάθηση και προσαρμογή. Γι' αυτό και ονομάζονται συστήματα με κατεύθυνση, (goal oriented), ή κυβερνητικά , πέρα από το γεγονός ότι είναι συγκεκριμένα και ανοιχτά. Ο σκοπός, δηλαδή του συστήματος, είναι ένα πρόσθετο στοιχείο, προϋπόθεση για τη διατήρηση της σταθερότητάς του[172].

Η οικογένεια ως ανοικτό τελεολογικό σύστημα, προβάλλει τις δικές της άμυνες για την επιβίωσή της, προϋπόθεση απαραίτητη για την εκπλήρωση του σκοπού της. Ο σκοπός ως έννοια είναι διαχρονική και κεντρικής σημασίας για την ύπαρξη του συστήματος.

ε). Έχει ιεραρχία, δηλ. κατάταξη σε επίπεδα.

5.3. Η ελληνική οικογένεια

Αναλύοντας την εξέλιξη της δομής της ελληνικής οικογένειας μέσα από τη συστημική οπτική η Κατάκη, παρατηρεί για τις έννοιες που προαναφέραμε τα εξής:

«Το περιεχόμενο της γνωστικής κατηγορίας σκοπός εξηγεί γιατί τα μέλη της οικογένειας είναι και παραμένουν μαζί....Ο σκοπός έχει αναγνωριστεί ως κεντρική έννοια για την κατανόηση των ζωντανών συστημάτων αλλά και το σχεδιασμό των παρεμβάσεων....Ο Shannon επέμενε ότι ο σκοπός θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο μέρος ενός ολοκληρωμένου μοντέλου επικοινωνίας και προειδοποίησε ότι δε θα έπρεπε να αρχίζουμε με την ανάλυση των μηνυμάτων που παράγονται, (αναφέρεται εδώ στη θεραπευτική διαδικασία). Αντίθετα, υποστήριξε ότι θα πρέπει να προηγείται η προσπάθεια να κατανοήσουμε τις διεργασίες που οδηγούν στην παραγωγή των μηνυμάτων. Σε παλιότερη εργασία μας[173] εισάγαμε την έννοια της τελεονομικής εντροπίας, την οποία

---

[172] Ζαφρανάς.Α. Β, Κάτσιου-Ζαφρανά. Μ(1989α): «Από την ύλη στον εγκέφαλο - Φυσιολογία Μάθησης Ι΄», Κυριακίδης, Θεσσαλονίκη. - Ζαφρανάς.Α. Β, Κάτσιου-Ζαφρανά. Μ (1989β): «Από τον εγκέφαλο στη νόηση - Φυσιολογία Μάθησης ΙΙ΄», Κυριακίδης, Θεσσαλονίκη

[173]. Katakis.D, Katakis. C(1982): «Teleonomic entropy in biopsychosocial systems», Behavioral

ορίσαμε ως το μέτρο της αταξίας στα πολυεπίπεδα συστήματα που επεξεργάζονται πληροφορίες και λαμβάνουν αποφάσεις. Συνδέσαμε δηλαδή άμεσα το βαθμό αταξίας ενός συστήματος με τη σκοποστρεφή του συμπεριφορά. Η απώλεια της κατεύθυνσης είναι στενά συνδεμένη με την αύξηση της αταξίας σε ένα ζωντανό σύστημα»[174].

Η ελληνική οικογένεια και οι άλλοι θεσμοί στους οποίους εντάσσεται, αλλά και η ελληνική κοινωνία ως σύνολο, αποτελούν συγκεκριμένα, ανοικτά, ζωντανά συστήματα με κατεύθυνση, (goal oriented), με όλα τα υποσυστήματα και την ιεραρχία τους.

Η σημερινή ελληνική κοινωνία είναι σαφώς προϊόν εξελικτικής διαδικασίας σαφείς πληροφορίες της οποίας έχουμε κυρίως από την μέση και ύστερη εποχή της τουρκοκρατίας. Οι δεσμοί μέσα στην κλειστή κοινότητα που επιβίωνε στα πλαίσια της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας ήταν τόσο ισχυροί και καθοριστικοί, ώστε να μην μπορεί να τους διαχωρίσει κανείς από τις εξίσου ισχυρές ενδοοικογενειακές αλληλεξαρτήσεις[175]. Με την ίδρυση του νέου ελληνικού κράτους και με την αστικοποίηση του ελληνικού χώρου, ο θεσμός της κοινότητας κλονίστηκε και η κοινοτική ζωή συρρικνώθηκε στην ευρεία οικογένεια. Οι διαπροσωπικές σχέσεις και αλληλεξαρτήσεις αναπτύχθηκαν μέσα στον κύκλο των «δικών μας ανθρώπων». Στην ελληνική κοινωνία η ένταξη στον κύκλο αυτό δεν βασίζεται μόνο στο βαθμό συγγένειας, αλλά σε συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς που προωθούν τις αλληλεξαρτήσεις, την αμοιβαιότητα, τη συμπαράσταση και προϋποθέτουν τη συμμόρφωση στους κοινούς σκοπούς της ομάδας. Η εσω-ομάδα ορίζεται κατά τρόπο υποκειμενικό. Είναι «οι άνθρωποι που νοιάζονται για μένα και με τους οποίους μπορώ να δημιουργήσω αλληλεξαρτήσεις». Με βάση τον ορισμό των Βασιλείου αυτό που ενδιαφέρει είναι όχι το ποιος είσαι και ποιος είναι ο άλλος, αλλά το τι κάνεις εσύ για εκείνον και τι κάνει αυτός για σένα. *Οι σχέσεις,* λοιπόν, με τα άτομα της έσω-ομάδας χαρακτηρίζονται από συνεργασία και άμιλλα ενώ, αντίθετα, οι σχέσεις με πρόσωπα που δεν ανήκουν στον κύκλο των "δικών μας ανθρώπων" είναι έντονα ανταγωνιστικές. Το φιλότιμο συνιστά την κατεξοχήν κοινωνική αξία που καθορίζει τη συμπεριφορά των ατόμων στο πλαίσιο του κύκλου των «δικών μας ανθρώπων». Οι αξίες της συμμόρφωσης, της υπακοής, της υπευθυνότητας, οι στενοί δεσμοί, η αλληλεξάρτηση, οι αλληλοϋποχρεώσεις, η αρραγής ενότητα χαρακτηρίζουν τις σχέσεις που αναπτύσσουν οι Έλληνες στην εσω-ομάδα που

Science, 27

[174] . Κατάκη. Χ. Δ (1998): ό. π

[175] . Γιαννουλόπουλος. Ι (1975): «Κοινότητες. Ιστορία του Ελληνικού έθνους», Εκδοτική Αθηνών, Αθήνα, τ. ΙΑ΄

ανήκουν. Οι κοινοτικές αξίες αναπαράγονται στο αστικό περιβάλλον συρρικνωμένες στο πλαίσιο της ευρείας οικογένειας, η οποία αναφέρεται στο είδος των αλληλεξαρτήσεων που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας ή του κύκλου δικών που αναφέρεται στα πάγια δομικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης μιας ομάδας. Η οικολογία του αστικού περιβάλλοντος, ωστόσο, ευνοεί την ατομική ανεξαρτησία, την προστασία της προσωπικής ζωής, την ανωνυμία, τη χαλάρωση των δεσμών και υπονομεύει τις παραδοσιακές αξίες της ελληνικής κοινωνίας. Ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες, με τις ραγδαίες εξελίξεις σ' όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής, η σύγχυση αξιών χαρακτηρίζει τις ανθρώπινες συμπεριφορές. Ο έλληνας βιώνει μια βαθιά σύγκρουση ανάμεσα στα πολιτιστικά βιώματα της συλλογικότητας και τις νέες τάσεις ατομιστικής πορείας που χαρακτηρίζουν την εποχή μας.

Η οικογένεια είναι σημαντικός παράγοντας που επιδρά στη διαπαιδαγώγηση του ανθρώπου κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Ερμηνεύει τις κοινωνικές αξίες μεταδίδοντας στα άτομα το νόημα των θεσμών και διαμορφώνει τους δεσμούς με την κοινότητα. Έκδηλο είναι ότι σε κοινότητες που δεν υπάρχει ένα οργανωμένο εκπαιδευτικό σύστημα, η ένταξη του παιδιού στην κοινότητα γίνεται κατευθείαν μέσω της συμμετοχής του στη δουλειά, της μύησής του στις θρησκευτικές παραδόσεις κ.ο.κ. Η μορφή της οικογένειας διαφέρει από περιφέρεια σε περιφέρεια, αλλά και από περιοχή σε περιοχή. Στις αγροτικές περιοχές κύριο χαρακτηριστικό είναι η εκτεταμένη οικογένεια, που περιλαμβάνει τρεις ή περισσότερες γενεές προσώπων που συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς καταγωγής. Άλλο είδος είναι η πολυγαμική οικογένεια, που αποτελείται από πολλαπλές και παράλληλες νόμιμες γενετήσιες ενώσεις ενός των συζύγων και από τα τέκνα που προέρχονται από τις ενώσεις αυτές. Η πυρηνική οικογένεια παρατηρείται σε αστικές περιοχές και αποτελείται από δύο γενεές προσώπων. Η μονογονεϊκή οικογένεια αποτελείται από ένα γονέα. Είναι η μορφή όταν ο γονέας είναι άγαμος ή διαζευγμένος και παρατηρείται συχνά στα μεγάλα αστικά κέντρα[176].

Βασικός παράγοντας που κινεί τα νήματα σε όλες τις διαπροσωπικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια, είναι η δυναμική της, όπως διαμορφώνεται από τους σκοπούς, τις αξίες, τους επιμέρους στόχους και τις μορφές συμπεριφοράς μεταξύ των μελών της και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη των δυαδικών σχέσεων στα πλαίσια συγκεκριμένου συναισθηματικού κλίματος. Ο ρόλος του πατέρα, ο οποίος με βάση τα κοινωνικά στερεότυπα, υποχρεωνόταν παλιότερα να είναι συνεπής μόνο στις οικονομικές υποχρεώσεις του προς την

[176]. Γεώργας. Δ (1986): «Κοινωνική Ψυχολογία», Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα τ. Α΄, Β΄

οικογένεια μεταβλήθηκε. Ο πατέρας διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και αυτό είναι ο καλύτερος δείκτης της ψυχοδυναμικής της οικογένειας και του είδους των επιδράσεών της στο παιδί, ακόμη σε σχέση και με τη μητέρα.

Χαρακτηριστικός τύπος της ελληνικής παραδοσιακής αγροτικής οικογένειας ήταν η πατριαρχική-εκτεταμένη, η οποία χαρακτηρίζεται από την αυστηρή ιεράρχηση των ρόλων των μελών της, όπως την έχουν περιγράψει πολλοί Έλληνες κοινωνιολόγοι, ανθρωπολόγοι, ψυχολόγοι, ψυχίατροι κ.ά[177]. Ο χαρακτηριστικός τύπος της οικογένειας στις αστικές ελληνικές περιοχές είναι η πυρηνική κάτι που χαρακτηρίζει και τις βιομηχανικά αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες[178]. Η εσωτερική μετανάστευση, από τις απομονωμένες ορεινές και νησιωτικές περιοχές προς τις αστικές περιοχές και κυρίως την Αθήνα, έχει αλλάξει την κατανομή του πληθυσμού και τον τρόπο κατοικίας. Η αλλαγή του τρόπου επιβίωσης οδήγησε στην ανάπτυξη του δευτερογενούς και τριτογενούς τομέα απασχόλησης (βιομηχανία, μεγάλες επιχειρήσεις, δημόσιο, τουρισμό), με συνακόλουθες αλλαγές στο νομικό πλαίσιο, όσον αφορά τη θέση της γυναίκας στην παραγωγή, τη λειτουργία της οικογένειας κλπ. Παράλληλα, η ιδιομορφία της εξάρτησης της χώρας μας από τα μεγάλα μονοπωλιακά κέντρα, αλλά και η συνεχής απειλή των εξωτερικών κινδύνων, δημιούργησαν έδαφος για συνεχείς αντιστάσεις και αναζήτηση νέων πολιτικών θεσμών, που θα διαφυλάσσουν την έννοια της δημοκρατίας, παράλληλα με τη συσπείρωση των οικογενειών γύρω από τις αξίες για τις οποίες διώχτηκαν επί χρόνια ορισμένα μέλη τους. Γι' αυτό και η έννοια της «λαϊκής κυριαρχίας», όπως και η έννοια της «λαϊκής συμμετοχής», είναι βαθιά ριζωμένη ως αξίωση στη συνείδηση του Έλληνα, πράγμα που για χρόνια τον διαφοροποίησε από τους λαούς των άλλων δυτικών κοινωνιών, με εξαίρεση ίσως την Ιταλία που βίωσε τη μακρόχρονη δικτατορία του Μουσολίνι και την Ισπανία με τους αγώνες των Βάσκων. Παράλληλα, η εκβιομηχάνιση και η αστικοποίηση οδήγησαν σε συνεχείς αναζητήσεις ως προς το ζήτημα μιας εκπαίδευσης αντίστοιχης με τον τρόπο παραγωγής και την ανάπτυξη των παραγωγικών δυνάμεων. Στόχος να παραμένει η μόρφωση μια αξία και να ανεβαίνει το εκπαιδευτικό επίπεδο τόσο των νέων όσο και των ενηλίκων. Αυτά δε παρόλο που η έλλειψη παγίωσης του εκπαιδευτικού συστήματος οδήγησε για χρόνια σε σύγχυση τους αποδέκτες, δηλαδή τα μέλη των οικογενειών, ως προς το τι απαιτείται για να έχουν τα παιδιά τους μια

[177] . Βασιλείου. Γ. Δ (1966): «Διερευνήσεις μεταβλητών υπεισερχομένων εις την ψυχοδυναμικήν της ελληνικής οικογενείας», Αθηναϊκόν Ινστιτούτον του Ανθρώπου, Αθήνα

[178] . Γεώργας.Δ (1998): «Ψυχολογικές και οικολογικές διαστάσεις στη δομή και λειτουργία της ελληνικής οικογένειας», στο Τσιάντης. Γ, Μανωλόπουλος. Σ (Επ): «Βασική Παιδοψυχιατρική – Εφηβεία», Καστανιώτης, Αθήνα ,τ. Β1

πιθανή μελλοντική επαγγελματική αποκατάσταση.

Οι διαχρονικά σταθερές μεταβλητές του παραδοσιακού οικολογικού-κοινωνικού προτύπου, οι οποίες μεταβλήθηκαν κατά τα τελευταία 30 χρόνια και χαρακτηρίζουν τον τρόπο ζωής στην Αθήνα, έχουν αναλυθεί τα τελευταία χρόνια από πολλούς μελετητές και συνοψίζονται στην οικολογική - ψυχολογική θεωρία του Γεώργα, σε αναφορά και με τις συνέπειες στη δομή, τις λειτουργίες και το σύστημα αξιών της οικογένειας[179].

Το πρώτο σημείο που εντοπίζεται είναι η μεταβολή της δομής της οικογένειας από την εκτεταμένη στην πυρηνική. Ωστόσο, σε έρευνα που έγινε στην Αθήνα (Georgas,1992, Ιούλιος) με την ερώτηση, με ποια πρόσωπα του οικογενειακού περιβάλλοντος κατοικούν κοντά, διαπιστώθηκε ότι: «σε ένα αξιόλογο ποσοστό των οικογενειών στην Αθήνα, οικογένειες οι οποίες φαινομενικά παρουσιάζονται ως πυρηνικές, (διότι κατοικούν στο διαμέρισμα μόνον ο πατέρας, η μητέρα και τα ανήλικα παιδιά), έχουν σε διπλανό διαμέρισμα ή σε διπλανό σπίτι ή στην ίδια γειτονιά στενούς συγγενείς, δηλαδή παππούδες, θείους, ξαδέρφια, πεθερικά, κ.ά. Το συμπέρασμα λοιπόν είναι ότι στην Αθήνα έχει διατηρηθεί, με κάποια μορφή, ο παραδοσιακός τρόπος διαμονής της εκτεταμένης οικογένειας στο χωριό, με το να κατοικούν οι στενοί συγγενείς σε παρακείμενα διαμερίσματα και κατοικίες ή στην ίδια συνοικία. Έχουμε δηλαδή μία μεταφορά της εκτεταμένης οικογένειας από το χωριό στο Αθηναϊκό διαμέρισμα»[180].

Από την άλλη πλευρά, σε μελέτες για την κοινωνική υποστήριξη οικογενειών, χρησιμοποιείται η ερώτηση για το πόσο συχνά και με ποιους συνήθως από την ευρύτερη οικογένεια επικοινωνούν τα άτομα. Και εδώ πάλι βλέπουμε ότι: «Σε σύγκριση με τη διεθνή βιβλιογραφία, φανερό είναι ότι ο Αθηναίος έχει πολύ υψηλή συχνότητα επαφών με τους συγγενείς του. Αυτό είναι μία άλλη ένδειξη της διατήρησης χαρακτηριστικών της εκτεταμένης οικογένειας σε αστικό περιβάλλον»[181]. Οι ίδιες διαστάσεις, (συναισθηματική απόσταση που νιώθουν οι ερωτώμενοι φοιτητές από μητέρα, πατέρα, αδέρφια, παππούδες, θείους και ξαδέρφια, εγγύτητα κατοικίας με συγγενικά πρόσωπα, συχνότητα επισκέψεων και τηλεφωνικής επικοινωνίας) έγιναν αντικείμενο έρευνας και σε διαπολιτισμική μελέτη στην Κύπρο, τη Γερμανία, την Αγγλία και την Ολλανδία. Σημαντικό

[179] Γεώργας.Δ (1998): ό. π

[180] Georgas.J (1992): «The relationship of the family structure to allocentric and idiocentric orientation», στο U. Kim Symposium: «Culture and self: Social and applied issues», XIth Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology, Liege, Belgium

[181] Γεώργας. Δ(1995): «Αξίες και διαφυλικές σχέσεις», στο Ι. Ν. Παρασκευόπουλου, Η. Μπεζεβέγκησ, Ν. Γιαννίτσας, Α. Καραθανάση (Επ.): «Διαφυλικές σχέσεις», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σ. 273

εύρημα είναι ότι δε βρέθηκαν διαφορές για όλες τις μεταβλητές στις πέντε χώρες ανάμεσα στα μέλη της πυρηνικής οικογένειας. Αντίθετα, στην Ελλάδα και την Κύπρο, η συναισθηματική απόσταση με τα μέλη της εκτεταμένης οικογένειας ήταν πιο μικρή, με περισσότερες τηλεφωνικές επικοινωνίες και επισκέψεις από ό,τι στην Αγγλία, στη Γερμανία και την Ολλανδία. Έτσι διαπιστώθηκε ότι: Πρώτον, δε φάνηκαν να υπάρχουν διαφορές στις μεταβλητές ανάμεσα στις πυρηνικές οικογένειες, στις χώρες αυτές. Δεύτερον, παρόλο που οι σχέσεις με τους συγγενείς στην Ελλάδα και την Κύπρο βρέθηκαν να είναι πιο στενές, τα δεδομένα στην Αγγλία, τη Γερμανία κατέδειξαν ότι υπάρχουν σχέσεις με τα μέλη της ευρείας οικογένειας και σ' αυτές τις χώρες, οπότε δύσκολα θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς ότι δε λειτουργεί στις χώρες αυτές ο θεσμός της ευρύτερης οικογένειας[182].

Τα χαρακτηριστικά που διατηρούνται στη σύγχρονη ελληνική οικογένεια του αστικού χώρου, οι αξίες που διατηρεί η σύγχρονη ελληνική οικογένεια μελετήθηκαν μέσω των ιεραρχικών ρόλων του πατέρα και της μητέρας, καθώς και οι σχετικές αξίες της παραδοσιακής αγροτικής εκτεταμένης οικογένειας. Φαίνεται ότι ο πατέρας πρέπει να είναι ο αρχηγός της οικογένειας, να κουμαντάρει τα χρήματα του σπιτιού, να είναι χρηματοδότης, να δίνει προίκα στην κόρη του. Η μητέρα πρέπει να ζει για τα παιδιά της, να δέχεται τις αποφάσεις του πατέρα, να συμφωνεί με τη γνώμη του πατέρα, να ψηφίζει όπως ο πατέρας και η θέση της είναι στο σπίτι[183].

Από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν βρέθηκε ότι[184]:

- Οι νέοι γενικά απορρίπτουν τις αξίες αυτές σε σύγκριση με τους γονείς.
- Οι φοιτήτριες, είτε κατοικούν στην Αθήνα είτε στην επαρχία, απορρίπτουν πολύ περισσότερο από τους φοιτητές τις αξίες για τους ιεραρχικούς ρόλους του πατέρα και τις μητέρας.
- Οι μητέρες μεγάλης ηλικίας, παρόλο που δεν τις απορρίπτουν, δεν συμφωνούν με τις αξίες αυτές όσο οι πατέρες.
- Τα αγόρια συμφωνούν περισσότερο με τις απόψεις των πατέρων τους σε σύγκριση με τα κορίτσια.
- Οι κάτοικοι της Αθήνας απορρίπτουν περισσότερο ή διαφωνούν με τις αξίες αυτές, σε σύγκριση με τους κατοίκους της επαρχίας.
- Οι μετανάστες διαφωνούν πολύ περισσότερο με τις αξίες αυτές απ' ό,τι οι Έλληνες.

---

[182] . Γεώργας.Δ (1998): ό. π

[183] . Georgas.J (1992): ό.π

[184] . Γεώργας.Δ (1986): «Οι οικογενειακές αξίες των φοιτητών», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 61, σ. 3

Παράλληλα έχει διαπιστωθεί ότι στην παραδοσιακή εκτεταμένη οικογένεια οι ιεραρχικοί ρόλοι ήταν αυστηρά προσδιορισμένοι, με τον πατέρα να αναλαμβάνει τα οικονομικά της οικογένειας και να ελέγχει τη διαχείρισή τους, διατηρώντας με αυτόν τον τρόπο την κοινωνική του ισχύ και στην οικογένεια και τη μητέρα να περιορίζεται στην ανατροφή των παιδιών και τις οικιακές απασχολήσεις, ενώ όλες οι γυναίκες της οικογένειας τη βοηθούσαν στα θέματα αυτά[185]. Στη σύγχρονη αθηναϊκή πυρηνική οικογένεια, οι ίδιες ευθύνες ανήκουν επίσης κατά προτεραιότητα στη μητέρα[186], παρόλο που ακόμη η μητέρα της είναι διαθέσιμη και τη βοηθάει σε πολλά θέματα της ανατροφής και φύλαξης των παιδιών[187]. Η καθοδήγηση του παιδιού, για επιτυχία στο γνωστικό τομέα, με βάση τις προσδοκίες της μητέρας για την κοινωνική άνοδο του ιδίου και ιδιαίτερα της οικογένειας από την οποία προέρχεται, υποδαυλίζει ακόμη και σήμερα τα εσωτερικά κίνητρα του νέου ατόμου για δραστηριότητα στον τομέα που επιθυμεί[188]. Στην ουσία, δηλαδή, τα βασικά στοιχεία που συνδέονται με τους ρόλους και τις αξίες μέσα στην οικογένεια δεν έχουν αλλάξει, αλλά θεωρούνται αποδεκτά ακόμη και σήμερα. Όμως, όσον αφορά τις αξίες που έχουν σχέση με τους ιεραρχικούς ρόλους του πατέρα και της μητέρας, το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι καθώς μεταβάλλεται η δομή της εκτεταμένης οικογένειας, απορρίπτονται οι συναφείς με τη δομή αυτή αξίες και υιοθετείται στις αστικές περιοχές η δομή της πυρηνικής οικογένειας με ατομιστικές αξίες .

Άλλες κατηγορίες αξιών που έχουν σχέση με τις θετικές οικογενειακές σχέσεις και το φιλότιμο, είναι πως:

- Οι γονείς δεν πρέπει να μαλώνουν μπροστά στα παιδιά τους,
- Να μαθαίνουν τα παιδιά να φέρονται σωστά,
- Πρέπει να είμαστε φιλότιμοι,
- Τα προβλήματα της οικογένειας λύνονται μέσα στην οικογένεια,
- Η μητέρα πρέπει να είναι σύμβουλος,
- Η μόρφωση και επαγγελματική κατάρτιση είναι η καλύτερη προίκα για τη γυναίκα.

Επίσης αξίες που έχουν σχέση με τις υποχρεώσεις των παιδιών προς την οικογένεια και τους συγγενείς, όπως:

---

[185]. French. J. R. P, Raven. B (1959): «The bases of social power», στο D. Cartwright: «Studies in social power», University of Michigan, Ann Arbor

[186] . Δουμάνη. Μ (1983): «Η Ελληνίδα μητέρα άλλοτε και σήμερα», Κέδρος, Αθήνα

[187]. Μουσούρου.Λ. Μ (1985): «Οικογένεια και παιδί στην Αθήνα», Εστία, Αθήνα

[188]. Νασιάκου. Μ (1985): «Κοινωνικός καθορισμός της εφηβείας», στο Δοξιάδη-Τρίπ. Α, Ζαχαρακοπούλου. Ε (Επ): «Ο έφηβος και η οικογένεια», Δύο συμπόσια, Εστία, Αθήνα

- Τα παιδιά έχουν την υποχρέωση να φροντίσουν τους γονείς όταν γεράσουν,
- Να δουλεύουν για να βοηθούν την οικογένεια,
- Να βοηθούν στις δουλειές του σπιτιού,
- Να σέβονται τους παππούδες,
- Να διατηρούν καλές σχέσεις με συγγενείς.

Σε αντίθεση με την απόρριψη των αξιών των ιεραρχικών ρόλων του πατέρα και της μητέρας, οι νέοι συμφώνησαν με τις δύο παραπάνω γνωστικές κατηγορίες αξιών.

Το γενικό συμπέρασμα που προκύπτει από τις παραπάνω έρευνες είναι ότι οι νέοι δεν απορρίπτουν συλλήβδην όλες τις παραδοσιακές αξίες της εκτεταμένης οικογένειας, αλλά μόνον αυτές οι οποίες έχουν σχέση με την αυστηρή ιεράρχηση των ρόλων του πατέρα και της μητέρας, με τον απόλυτο έλεγχο από μέρους του άνδρα των οικονομικών του σπιτιού, τον αυταρχικό ρόλο του πατέρα και την υποδεέστερη θέση της μητέρας. Αντίθετα, φαίνεται ότι συμφωνούν αρκετά ακόμα και με παραδοσιακές αξίες της εκτεταμένης αγροτικής οικογένειας σχετικές με αλληλοβοήθεια, με σεβασμό, με υποχρεώσεις προς γονείς, συγγενείς, κ.ά[189].

Ευρήματα από διαπολιτιστικές έρευνες δείχνουν επίσης ότι παρόλο που τυπικά υιοθετείται η μορφή της πυρηνικής οικογένειας, συγκριτικά με άλλες χώρες του δυτικού κόσμου οι Έλληνες τοποθετούνται να κλίνουν προς τις συλλογικές και όχι τις ατομικές αξίες[190].

Επομένως στη χώρα μας, η στενή επαφή μεταξύ των μελών της ευρύτερης οικογένειας (εσω-ομάδα), που επί αιώνες αποτέλεσε στοιχείο της επιβίωσης των ελληνικών κοινοτήτων στα πλαίσια της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, έχει αναδυθεί σε αυταπόδεικτη αξία που αναπαράγεται και μεταφέρεται από τις ορεινές περιοχές στα αστικά κέντρα και από εκεί στην πρωτεύουσα και που δύσκολα κλονίζεται από τη σαρωτική επίδραση του δυτικού πολιτισμού και της κοινωνικής ανάπτυξης, πράγμα πολύ παρήγορο για τις επόμενες γενιές[191]. Αυτό αποτελεί και ένα αισιόδοξο μήνυμα προς τους νέους, γιατί φαίνεται ότι

---

[189] . Γεώργας. Δ(1994): ό. π

[190] . α. Hofstede. G (1980): «Culture's consequences», Sage, Beverly Hills, CA

β. Triandis. H. C , Bontempo. R, Betancourt. H, Bond. M, Leung. K, Brenes. A, Georgas. J, Hui. C. H, Martin. G, Setiardi. B, Sinha. J. B. P, Verma. J, Spangenberg. J, Tousard. H, de Montmollin. G (1986): «The measurement of the ethic aspects of individualism and collectivism across cultures», Australian Journal of Psychology, 38, p. 257

[191]. α.Campbell. J. K (1964): «Honor, family and patronage: A study of institutions and moral values in a Greek mountain community», Clarendon, Oxford

β. Campbell.J. K, Sherrard. P (1968): «Modern Greece», Ernest Bern, London

ορισμένες θετικές αξίες αποτελούν βάση για τις νέες που διαμορφώνονται και επομένως η ελληνική οικογένεια δεν φαίνεται να κινδυνεύει τόσο από τη χαλάρωση των δεσμών μεταξύ των μελών της, όπως συμβαίνει με τις αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου.

5.4.Προβλήματα οικογενειών με παιδιά με σύνδρομο Down

Ένα στα δέκα μωρά που γεννιούνται με σύνδρομο Down, (10%), δεν παραλαμβάνεται από το νοσοκομείο για το σπίτι μετά τη γέννησή του[192]. Ο αριθμός αυτός ποικίλλει από μέρος σε μέρος λόγω των επικρατούντων στάσεων και στερεοτύπων από τη μια και την παρεχόμενη κοινωνική υποστήριξη στις οικογένειες από την άλλη. Από τη στιγμή όμως που μια οικογένεια παραλάβει αρχίζουν τη φροντίδα του. Η Carr σε έρευνά της, με δείγμα 54 παιδιά που γεννήθηκαν μεταξύ 1963 - 64, διαπίστωσε πως εννέα, (17%), εγκαταλείφθηκαν αμέσως μετά τη γέννησή τους[193]. Έξι από τα υπόλοιπα μέχρι την ηλικία των τεσσάρων ετών δόθηκαν για υιοθεσία και τρία στην ηλικία των 11 ετών δόθηκαν σε ιδρύματα. Όλες οι παραπάνω περιπτώσεις ήταν παιδιά με βαριά αναπηρία και επιπλέον προκάλεσαν σοβαρά προβλήματα στην οικογένεια. Στη δική της έρευνα η Gath[194], σε δείγμα 40 παιδιών που γεννήθηκαν στην ίδια περιοχή το 1970 – 71, διαπίστωσε πως 5, (11,50%), δεν παραλήφθηκαν στο σπίτι. Μετά από 8 – 9 χρόνια όταν επισκέφθηκε τις οικογένειες που παρέλαβαν τα μωρά τους, διαπίστωσε πως τρία απ' αυτά δεν μεγάλωσαν στο σπίτι αλλά δόθηκαν σε διάφορους φορείς. Στις δύο περιπτώσεις, οι γονείς ήταν νέοι και δοκιμάζονταν από διάφορα οικογενειακά προβλήματα μεταξύ των οποίων και η ανεργία, ενώ στην τρίτη περίπτωση, το παιδί είχε τα σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς.

Σήμερα γνωρίζουμε σχετικά λίγα πράγματα για τους λόγους που κάνουν τους γονείς να αισθάνονται αρκετά ανίκανοι να φροντίσουν το μωρό τους μόλις μάθουν τη διάγνωση. Θα πρέπει να είναι μια εξαιρετικά δύσκολη απόφαση να ζήσουν χωρίς το παιδί τους και ίσως οι γονείς αυτοί να χρήζουν περισσότερης προσοχής και κατανόησης και ν' αξίζουν κοινωνικής υποστήριξης. Σε μερικές περιπτώσεις όπου υπήρξε υποστήριξη και η οικογένεια ενισχύθηκε ώστε να διατηρήσει την επαφή με το μωρό, μετά από μερικούς μήνες επιτεύχθηκε η επανασύνδεση. Πάντως για όσες περιπτώσεις οι οικογένειες εξακολουθούν να αισθάνονται ανίκανες να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα των μωρών η λύση των «ανάδοχων» οικογενειών από τα διάφορα ιδρύματα αποτελεί μια

[192]. Buckley. S, Sacks. B(1987): «The adolescents with Down's syndrome. Life for teenager and for the family», Portsmouth Polytechnic, Portsmouth

[193] . Carr. J (1975): «Young children with Down's Syndrome», Butterworths

[194]. Gath. A (1978): «Down's Syndrome and the family: the early years», Academic press, Lomdon

από τις συχνότερες λύσεις. Αυτό ενώ ήταν σπάνιο πριν από το 1975 αποτελεί σήμερα μια συνήθη κατάσταση η οποία μάλιστα εφαρμόζεται συστηματικά και από το Ίδρυμα «Μητέρα» στη χώρα μας.

Η γέννηση ενός παιδιού με σύνδρομο Down στην οικογένεια αποτελεί ένα ισχυρότατο σοκ για όλα τα μέλη της. Περισσότερο όμως για τους γονείς και ειδικά, τις περισσότερες φορές, για τη μητέρα η οποία καλείται να σηκώσει μόνη το βάρος της ανατροφής και της κάθε είδους εκπαίδευσης[195]. Ταυτόχρονα όμως υφίσταται και τις συνέπειες του στίγματος.

Το άγχος φαίνεται να προέρχεται από το γεγονός της ύπαρξης του προβλήματος στο παιδί και από την ανάγκη χειρισμού για την ικανοποίηση των αναγκών που προέρχονται τόσο από τη φύση του προβλήματος, καθ'αυτό, όσο και τις επικρατούσες στάσεις και γενικά τη νοοτροπία της κοινωνίας. Έτσι η επιτυχία ή όχι οποιουδήποτε προγράμματος παρέμβασης εξαρτάται από το βαθμό προσαρμογής της λειτουργίας της οικογένειας σε σχέση με το πρόβλημα, το βαθμό και το είδος των αντιδράσεων των μελών της, ατομικά και συλλογικά.

Το άγχος της αναπηρίας μπορεί να έχει χαρακτήρα:

α.Ψυχολογικό

β.Οικονομικό

γ.Συζυγικό

Κατά ττον Singhi και συνεργάτες[196], οι οικογένειες των παιδιών με μειονεξίες και αναπηρίες παρουσιάζουν 20 - 25 φορές υψηλότερο οικονομικό άγχος απ' ότι οι οικογένειες των παιδιών χωρίς κανένα πρόβλημα. Όσο χαμηλότερο είναι το οικονομικοκοινωνικό επίπεδο της οικογένειας, τόσο πιο αυξημένο παρουσιάζεται το οικονομικό άγχος. Εκτός αυτού όμως η ύπαρξη του παιδιού επιφέρει μια κυμαινόμενη διακοπή των συνηθειών της οικογένειας καθώς και των ελεύθερων δραστηριοτήτων της, (εκδρομές, έξοδοι, κ.λ.π.), μειωμένη αλληλεπίδραση στο εσωτερικό και σημαντική αύξηση των νοσογόνων στοιχείων, στη βιολογική, πνευματική και ψυχική υγεία των μελών. Γενικά μέσα στο περιβάλλον της οικογένειας φαίνεται να διαμορφώνεται μια τάση εναντίωσης σε κάθε συζήτηση που είναι σχετική με την περίπτωση του παιδιού, **(αμυντική στάση)**, η οποία συνοδεύεται και από αποφυγή κοινωνικών σχέσεων[197] .Η συζυγική σχέση αρχίζει ν' αποκτά μια ένταση, η οποία είναι πιο

[195]. Dupont. A (1980): «A study concerning the time related and other burdens when severally handicapped children are reared at home», Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.285, 62, p.249.

[196]. Singhi. P.D, Goyal. L, Pershad. D, Singhi. S, Walia. B. (1990): «Psychosocial problems in family of disabled children», British Journal of Medical Psychology, 63, p.173

[197] . Langergen. J, Boyeson. M, Kohler. C. L (1981): «Social consequences of motor handicaps in children», Acta Paediatrica Scandinavica, Supplement 289

χαρακτηριστική στις οικογένειες με χαμηλό οικονομικοκοινωνικό επίπεδο και ειδικά εκεί όπου οι γονείς και περισσότερο η μητέρα, είναι αγράμματοι[198].΄Ενα από τα προβλήματα ππου εμφανίζονται συχνότερα στο εσωτερικό της οικογένειας είναι η αλληλοκατηγορία για το πρόβλημα που υφίσταται. Μάλιστα η ένταση ή και οι ρήξεις είναι ευθείες με την ένταση και το είδος του προβλήματος.

Μπορεί το άγχος να είναι μεγάλο για τους γονείς ειδικά όμως , για τη μητέρα είναι μεγαλύτερο,γιατί καλείται να σηκώσει όχι μόνο το βάρος της ανατροφής και της κάθε είδους εκπαίδευσης, αλλά και και τις συνέπειες του στίγματος. Δυο είναι κυρίως οι φάσεις από τις οποίες διέρχεται η μητέρα.

α. **Η κατάσταση του σοκ.**

Συνήθως υποσυνείδητα συνοδεύεται από την επιθυμία για τον θάνατο του παιδιού ή τον δικό της. Πλήττεται καίρια ο ναρκισσισμός της, κλονίζεται η αυτοεκτίμησή της και μπορεί:

i. Να κάνει γρήγορα άλλο παιδί για ν' αποδείξει ότι είναι «υγιής».

ii. Ν' αποφασίσει να μη κάνει άλλο παιδί.

β. **Το στάδιο της αποδοχής και της προσαρμογής**

Η περίοδος χαρακτηρίζεται από ποικιλία αντιδράσεων που μπορεί να είναι:

i. Υπερβολικό «δέσιμο» με το παιδί.

ii. Η σύγκρουση και η εχθρότητα με το πρόβλημα και τις συνέπειές του.

iii. Η άρνηση, η απώθηση και η μεταβολή

iv. Η αλλαγή των μεθόδων και των μηχανισμών της άμυνας.

Τελικά κατά την προσαρμογή θα υπερισχύσει μόνο μια από τις παραπάνω περιγραφόμενες μορφές.

Μέχρι σήμερα οι καταγεγραμμένες τάσεις συμπεριφοράς των γονιών παιδιών με σύνδρομο Down, απέναντι σ'αυτά, είναι κυρίως οι παρακάτω:

α .Η υπερπροστατευτικότητα.

β. Η ικανοποίηση - λόγω αισθημάτων ενοχής - όλων των επιθυμιών του παιδιού.

γ. Η επιθετικότητα και η βίαιη συμπεριφορά.

δ. Η «εναπόθεση», στο σχολείο ή σε στενούς συγγενείς, (κυρίως τη γιαγιά).

ε. Το κλείσιμο του παιδιού σε ίδρυμα ανοικτού ή κλειστού τύπου.

στ. Ως ακραία περίπτωση μπορεί ν'αναφερθεί ακόμη και η περίπτωση της δολοφωνίας με το αιτιολογικό της «σωτηρίας» του παιδιού.

ζ. Η «αναπηρία» όλης της οικογένειας.

---

[198]. Gallaher. J. J, Bockman. P, Cross. A. H (1983): «Families of handicapped children: Sources of

Καθεμιά απ' αυτές τις συμπεριφορές προσφέρεται για ποικίλες ερμηνείες, στη βάση της κοινωνιολογικής ή ψυχολογικής προσέγγισης.

Οι Steinhausen και Wefers[199] μελετώντας την προσωπικότητα και την συμπεριφορά γονιών παιδιών με αναπηρία διαπίστωσαν την ύπαρξη εχθρότητας, αποστέρησης, απογοήτευσης και επιθετικότητας. Συνέπεια των παραπάνω είναι η εμφάνιση αλληλοκατηγοριών, οι γενικές οικογενειακές συγκρούσεις, σε πολλές περιπτώσεις το διαζύγιο και σε σπάνιες περιπτώσεις αυτοκτονιών. Οι Washington και Gallagher[200] διαπιστώνουν πολύ υψηλότερο ποσοστό διαζυγίων και αυτοκτονιών γονέων σε οικογένειες παιδιών με αναπηρία. Ένα άλλο αξιοσημείωτο στοιχείο είναι πως τις περισσότερες φορές το βάρος της ανατροφής και της εκπαίδευσης του παιδιού αναλαμβάνει η μητέρα. Οι μητέρες ξοδεύουν περισσότερο χρόνο στα παιδιά και τις οικογενειακές ασχολίες, ενώ ενισχύονται αναλογικά λιγότερο στις προσπάθειές τους.

Οι Gallagher και Bristol[201] διαπιστώνουν πως οι πατέρες δεν βοηθούν τις μητέρες. Πολλοί βρίσκουν δεύτερη δουλειά για να μπορούν να λείπουν τον περισσότερο καιρό από το σπίτι δικαιολογούμενοι ότι χρειάζονται χρήματα για τα επιπρόσθετα έξοδα του παιδιού. Οι μητέρες συνήθως ζώντας κάτω από το stress της κατάστασης του παιδιού τους, γίνονται έντονα συναισθηματικές, ευερέθιστες και ζητούν κατανόηση από το οικογενειακό τους περιβάλλον, ζητώντας συνεχώς βοήθεια για να στηριχτούν. Οι πατέρες αισθάνονται ν' αμφισβητείται ο ανδρισμός τους, ο ανδρικός τους ρόλος, λόγω της κατάστασης του παιδιού. Αισθάνονται παραμελημένοι και πολλές φορές σεξουαλικά ανίκανοι.

Το μέγεθος και η δράση του stress από την παρουσία ενός παιδιού με σύνδρομο Down μέσα στην οικογένεια και η δυνατότητα της υπέρβασης ή της ελαχιστοποίησης εξαρτάται, κατά τον Hill[202] καθώς και τους McCubbin και Patterson[203] από τους παρακάτω τρεις παράγοντες.

---

stress and its mediation», Exceptional Children,50, p.10

[199] . Steinhausen. H.C, Wefers D. (1977): «Körperbehinderte und Jugendliche», Weinheim und Basel

[200]. Washington. V, (1986): «Family roles preschool handicapped children and social policy», στο Gallagher. J. J, Vietze. P.M: «"Families of handicapped persons: Research, programs and policy issues»,Paul.H.Brooke, Baltimore

[201]. Gallagher. J.J, Bristol. M (1988): «Families of handicapped children», στο Wang. M, Reynolds. M, Walberg. H «Handbook of Special Education: Research and practice. Low incidence conditions», Pergamon Press, Oxford, VOL.3

[202]. Hill. R (1958): «Genetic features of families under stress»,Social Casework,49,p.139

[203]. Mc.Cubbin. M, Patterson. J (1983): «The family stress process», Marriage and Family Review,6, σ.7

1.<u>Το στρεσογόνο γεγονός.</u>

Το οικογενειακό stress προέρχεται από το γεγονός της ύπαρξης ενός ατόμου που δεν ανταποκρίνεται στα κοινωνικά μέτρα της κανονικότητας. Ο βαθμός του stress είναι συνάρτηση του βαθμού της αναπηρίας του παιδιού και της ανάγκης για παροχή βοήθειας που η κατάσταση απαιτεί. Έτσι είναι τόσο μεγαλύτερο σε ένταση και διάρκεια και δύσκολο να αμβλυνθεί, όσο εντονότερη και χαρακτηριστικότερη είναι η αναπηρία ή η διάρκεια της ανάγκης υποστήριξης του παιδιού.

2. <u>Η οικονομική κατάσταση</u>.

Όσο μεγαλύτερη είναι η δυνατότητα της χρήσης οικονομικών πόρων, σε συνάρτηση με τη διευθέτηση επαγγελματικών υποχρεώσεων, τόσο θετικότερη - ενώ στην αντίθετη περίπτωση αρνητικότερη - η δυνατότητα υπέρβασης του stress.

3. <u>Ο βαθμός αντίληψης του προβλήματος</u>.

Οι οικογένειες προσεγγίζουν διαφορετικά την ύπαρξη ενός ανάπηρου παιδιού. Μερικές αντιμετωπίζουν το πρόβλημα σαν καταστροφή και απομονώνονται. Αλλες το βλέπουν σαν μια πρόκληση. Ο τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος έχει άμεση συνέπεια στο ξεπέρασμα ή όχι των ψυχολογικών συνεπειών που αυτή προκαλεί.

Η πρόοδος που έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα στην πρόβλεψη με ακρίβεια του συνδόρμου Down από τη μια και η πρόοδος στην ιατρική, τη φαρμακολογία, την ηλεκτρονική καθώς και τις τεχνικές διαφορικής διάγνωσης, από την άλλη, συνέτειναν ώστε να παρουσιαστεί μια χαρακτηριστική μείωση του ποσοστού των παιδιών, κάτι που παλαιότερα θεωρούνταν δύσκολο. Παράλληλα, έγινε πλέον πεποίθηση πως ο ρόλος της οικογένειας στην εκπαίδευση και κυρίως στην ψυχολογική κατάσταση του παιδιού είναι καθοριστικός.

Κατά τον Jordan[204] κ.α. η εργασία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον και μέσω της οικογενειας αποτελεί :

α. Τον αποδοτικότερο παράγοντα εκπαίδευσης κυρίως για την περίοδο προ της εισόδου στην κατά τον νόμο προβλεπόμενη, υποχρεωτική εκπαίδευση.

β. Το μέσο αλλαγής των διόδων και των τρόπων αλληλεπίδρασης γονέων-παιδιού- αδελφών.

γ. Κύριο τρόπο για ευκολότερη αλλαγή των στάσεων των γονέων απέναντι στη μειονεξία.

[204]. Jordan J. J, Gallagher. P, Hutinger. M, Karnes.M (1992): «Early Childhood Special Education: Birth to three», Paul H. Brooks, Baltimore.

Στην εποχή μας και συγκεκριμένα την τελευταία δεκαετία, έχει επέλθει μια σημαντική διαφοροποίηση από την πλευρά των ειδικών στην αποδοχή του ρόλου της οικογένειας και βελτίωσης της συνολικής κατάστασης του παιδιού. Η διαφοροποίηση αυτή μεταξύ της πάγιας παραδοσιακής και της νέας προσέγγισης φαίνεται συνοπτικά στον ΠΙΝΑΚΑ: 2[205].

Η οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης, σε σημαντικό βαθμό, για επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των γονέων παιδιών με σύνδρομο Down και των ειδικών βρίσκεται στο κέντρο των προγραμμάτων για την εκπαίδευση αυτών των παιδιών. Οι Turnbull και Turnbull αναφέρουν μερικούς λόγους για την ενίσχυση των γονεϊκών ρόλων σε ένα επίπεδο ισοτιμίας στα εκπαιδευτικά προγράμματα[206].

1. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι γονείς μπορούν να επηρεαστούν θετικά σχετικά με την ανάπτυξη των παιδιών τους διδασκόμενοι στο σπίτι τους.
2. Τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα από την πρόωρη παρέμβαση μέσω της βελτίωσης μερικών από τις μειονεξίες της ανάπτυξης που αναφέρονται στις μέτριες και σοβαρές αναπηρίες.
3. Η δυνατότητα ενίσχυσης των εκπαιδευτικών δικαιωμάτων των παιδιών μέσω της δικαστικής τους κατοχύρωσης.
4. Η σύγχρονες κρατικές νομοθεσίες, ειδικά η νομοθεσία της Ε. Ε, που προσδιορίζουν σαφή πρότυπα σχετικά με τη γονική συμμετοχή στην εκπαιδευτική διαδικασία[207], (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1, 2, 3, 4).

---

[205]. Gartner. A, Lipsky. D. K, Turnbull. A. P. (1991): «Supporting Families, with a Child with a Disability», Paul. H. Brooks, Baltimore

[206] . Turnbull. H. R, Turnbull. A. P (1978): «Free appropriate public education: Law and implementation», Love Co, Denver

[207] . α. N. 2817 / 2000

β. Διακήρυξη της Σαλαμάγκα

γ. Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων / Ο.Η. Ε Απόφαση 3447 της 9-12-75

δ. Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Πνευματικά Καθυστερημένων Ατόμων/ Ï.Ç.Å - Áðüöáóç 2856/20-12-71

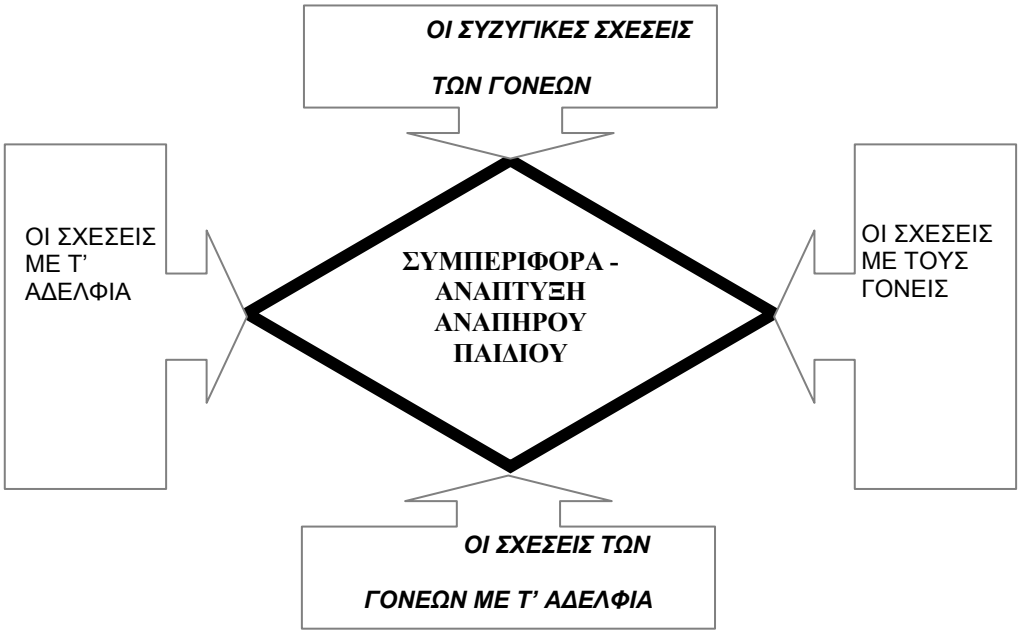
ε. Ε.Ε /Ψήφισμα του Συμβουλίου και των Υπουργών Παιδείας / 31 / 5/ 1990/(90/ C 162/ 02)

Αλλαγες στο ρολο της οικογενειας ως παραγοντα στην αναπτυξη και εκπαιδευση του παιδιου με ειδικες αναγκες.

ΠΑΛΙΑ ΑΝΤΙΛΗΨΗ	ΝΕΑ ΑΝΤΙΛΗΨΗ
1.Η μεγαλύτερη ανάγκη των γονέων για την οποία προσπαθούσαν να βοηθήσουν οι ψυχολόγοι και οι άλλοι ειδικοί ήταν ν' αποδεχτούν το βάρος της ανατροφής του παιδιού και να γίνουν ρεαλιστικοί στην κατάσταση και τις ικανότητές του και το γεγονός πως η μειονεξία σηματοδοτεί μια δεύτερης κατηγορίας κοινωνική σχέση.	1. Ανάγκη των οικογενειών να ενθαρρυνθούν, ώστε να δουν τι επιθυμούν στο μέλλον για τον εαυτό τους και τα παιδιά τους με Ε.Α. Μετά χρειάζονται βοήθεια ώστε να κάνουν τις επιθυμίες πραγματικότητα. Αυτά τα μελλοντικά σχέδια μπορούν να οδηγήσουν όλα τα μέλη της οικογένειας στο ν' απολαύσουν μια πλήρη κοινωνική ζωή.
2.Οι μεγαλύτερες δυσκολίες των γονέων αναφορικά με το παιδί τους είναι κατά το πλείστον ψυχολογικές ή ψυχιατρικής φύσης και οι κατάλληλες επεμβάσεις είναι η ψυχιατρική ή η ψυχολογική συμβουλευτική	2.Οι οικογένειες μπορούν να ωφεληθούν μέσω της αλληλεπίδρασης των μελών τους. Μια βασική ωφέλεια για όλες τις οικογένειες είναι η συναισθηματική επανάταξη και η πληροφόρηση, πως και άλλες οικογένειες έχουν κατορθώσει να ζήσουν μαζί με το πρόβλημα της μειονεξίας.
3.Οι μητέρες χρειάζονται ανάπαυση για ν΄ ανακουφιστούν από το stress και το βάρος της ανατροφής του παιδιού τους.	3. Οι οικογένειες έχουν ανάγκη από το να έχουν φίλους και επιλογές για επανένταξη ανταποκρινόμενη στους κανόνες κοινωνικοποίησης, στοργή και ικανοποίηση των προσωπικών τους αναγκών.
4.Οι μητέρες χρειάζονται τον ειδικό για να τις ενημερώνει και για να τις δίνει κλινικές συμβουλές αναφορικά με τη μειονεξία του παιδιού τους.	4.Οι οικογένειες χρειάζονται πληροφόρηση σχετικά με το πρόβλημά τους εμψύχωση από ανθρώπους με μειονεξίες που είναι επιτυχώς ενταγμένοι στην κοινωνική ζωή.
5.Οι μητέρες χρειάζονται εκπαίδευση σχετική με την ανάπτυξη των ικανοτήτων και τον τρόπο αντιμετώπισης της συμπεριφοράς των παιδιών τους. Έτσι μπορούν να γίνουν επιπλέον δάσκαλοι των παιδιών τους και μέσο για προγράμματα μαθημάτων στο σπίτι.	5.Οι οικογένειες χρειάζονται ενθάρρυνση και τρόπους για να κατανοήσουν απόλυτα πως το παιδί έχει μια λειτουργικά αποδοτική εκπαίδευση μέσα στο φυσικό του περιβάλλον. Η ενθάρρυνση και η βοήθεια θα μπορέσει να καταστήσει τις οικογένειες ικανές στο να προσδιορίσουν τους φυσικούς βοηθούς μέσα στο άμεσο και το έμμεσο περιβάλλον του παιδιού.(π.χ μέλη της οικογένειας, φίλους, υπαλλήλους των καταστημάτων της

	γειτονιάς, οδηγούς λεωφορείων, κ.λ.π).
6.Πολλές οικογένειες δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα των αναγκών του παιδιού τους και θα πρέπει να ζητήσουν τη βοήθεια από κάποιον οργανισμό ή ίδρυμα.	6.Πολλές οικογένειες χρειάζονται καινούργιες πολιτικές που να παρέχουν, για παράδειγμα, απ' ευθείας ανακούφιση και νέες οικονομικές και φορολογικές εγγυήσεις για να μπορέσουν ν' αντιμετωπίσουν τις οικονομικές απαιτήσεις που σχετίζονται με τη μειονεξία του παιδιού στα πλαίσια της οικογένειας, μέσα στο σπίτι.

Στο παρακάτω ΣΧΗΜΑ αποτυπώνονται οι βασικές σχέσεις που αναπτύσσονται στο οικογενειακό περιβάλλον και επηρεάζουν το παιδί με σύνδρομο Down[208].



Μέχρι σήμερα, η προσοχή μας έχει επικεντρωθεί αποκλειστικά μόνο στον πυρήνα του σχήματος 1, δηλ. στη συμπεριφορά και την ανάπτυξη του παιδιού. Τώρα άρχισε η έρευνα του συνόλου των σχέσεων μέσα στο σύστημα της οικογένειας[209], αλλά ούτε αυτές οι σχέσεις μπορούν ν' αποδώσουν περιεκτικά

[208].Vadasy. P, Fewell. R, Meyer. D, Schell. G, (1984): «Siblings of Handicapped Children: A developmental Perspective on Family Interactions», Family Relations, 33, p. 155

[209] . Bristol. M. M, Gallagher. J. J (1982): «A family focus for intervention» στο Ramey. C, Trohanis. P (Eds): «Finding and educating the high – risk and handicapped infant», University Park press, Baltimore

το πραγματικό περιεχόμενο των οικογενειακών σχέσεων. Ο Belsky[210] (1980) αναφέρει την επίδραση των διαγενεακών παραμέτρων στη συμπεριφορά των γονέων και στον τρόπο κατανομής και διαδραμάτισης των ρόλων τους. Υπάρχουν επίσης μεγαλύτεροι πολιτιστικοί φορείς και ομάδες στις οποίες η οικογένεια οφείλει πίστη, όπως λ.χ η εκτεταμένη οικογένεια οι φίλοι, η εκκλησία, οι σύλλογοι αλλά και οι κοινωνικές πολιτικές που επηρεάζουν το οικογενειακό σύστημα, είτε άμεσα είτε μέσω των άλλων συστημάτων με τα οποία έρχεται σε επαφή η οικογένεια.

Οι πρώτες πληροφορίες σχετικά με τον αρχικό αντίκτυπο ενός παιδιού με σύνδρομο Down στην οικογένεια προέρχονται κυρίως από τις ατομικές συνεντεύξεις και τη μελέτη κλινικών περιπτώσεων που εκθέτουν μια σειρά συναισθημάτων που μπορεί να εκτείνονται από το θυμό, την απελπισία, την ενοχή μέχρι το θάρρος[211]. Αυτές οι ατομικές πληροφορίες, καταδεικνύουν τη σειρά των αντιδράσεων που μπορεί να δημιουργήσει ένα τέτοιο γεγονός. Ο ρόλος όμως του ερευνητή είναι να επιδιώξει τη συγκέντρωση στοιχείων πέρα από τις μεμονωμένες περιπτώσεις και να πραγματοποιηθεί έρευνα μέσω της συγκέντρωσης περισσότερων στοιχείων και από άλλες πηγές. Ο Farber[212] ήταν ένας από τους πρώτους ερευνητές που εντόπισε και διαχώρισε διαφορετικά είδη stress που δημιουργούνται λόγω της ύπαρξης ενός ανάπηρου παιδιού στην οικογένεια. Κοινός παρονομαστής όμως σε όλα τα είδη φαίνεται πως είναι μια αντίδραση θλίψης που προέρχεται από το συμβολικό θάνατο του «κανονικού παιδιού» που αναμενόταν στην οικογένεια. Δεν είναι όμως ασυνήθιστο να βρει κανείς γονείς που κοιτάζουν προς τα εμπρός αντιμετωπίζουν το παιδί τους φυσιολογικά και σκέφτονται μόνο ποια στάδια εκπαίδευσης θ' ακολουθήσουν ώστε το παιδί να φτάσει σωστά για τον εαυτό του μέχρι την ενηλικίωση. Η αποδοχή ότι το παιδί τους έχει γεννηθεί προβλήματα που είναι χρόνια και συνεχή οριοθετεί μια διαδικασία θλίψης που παραλληλίζεται με τη θλίψη της οικογένεια το παιδί της οποίας έχει πεθάνει πραγματικά. Αυτή αποτελεί μια εντελώς διαφορετική αντίδραση της οικογένειας στις απαιτήσεις που εκπηγάζουν από την ανάγκη για συνεχή φροντίδα προς το παιδί με σύνδρομο Down. Ο Beckman[213] διαπίστωσε πως οι

---

[210] . Belsky. J (1980): «Child maltreatment: An ecological integration», American Psychologist, 5, p. 320

[211] . Turnbull. H. R, Turnbull. A. P (1985): «Parents speak out: Then and now», Charles. E. Merrill, Columbus, 2nd Ed

[212] . Farber. B (1959): «Effects of a severally mentally retarded child on family integration», Monographs of the society for Research in Child Development, 24(2)

[213]. Beckman. B. P (1983): «Characteristics of handicapped infants: A study of the relationship between child characteristics and stress as reported by mothers», American Journal of Mental Deficiency, 88, p. 150

απαιτήσεις της συνήθους φροντίδας ήταν η γενεσιουργός αιτία των προβλημάτων και του stress στην οικογένεια.

Ο Farber[214] αναφέρει ότι η παρουσία ενός ανάπηρου παιδιού αντιπροσωπεύει συχνά μια αναπτυξιακή καθυστέρηση της οικογενειακής εξέλιξης. Καθόρισε το χαρακτήρα της κρίσης που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες ως τρόπο αντίληψης της οικογενειακής ζωής εξ αιτίας του οποίου:

α. Επιβραδύνεται η ανάπτυξη της οικογένειας

β. Οι οικογενειακοί ρόλοι απομακρύνονται από την κλασική εξελικτική ακολουθία που χαρακτηρίζει συνήθως την οικογενειακή ανάπτυξη.

Η απώλεια αυτή της εξελικτικής σειράς είναι ιδιαίτερα εμφανής σε ορισμένα στάδια στη διάρκεια της ζωής της οικογένειας. Ο MacKeith[215] (1973) προσδιόρισε τέσσερις περιόδους μεγάλων κρίσεων στην εξέλιξη της οικογένειας με ανάπηρα παιδιά.

α. Κατά την συνειδητοποίηση ότι το παιδί τους είναι ανάπηρο.

β. Όταν αρχίζει να δέχεται τις ιατρικές και κοινωνικές φροντίδες.

γ. Όταν το παιδί τελειώνει το σχολείο και πρέπει να φύγει από το σπίτι.

δ. Όταν γέροντες όντας οι γονείς διαπιστώνουν πως δεν μπορούν να φροντίσουν το παιδί τους.

Σε αντίθεση με την προοδευτική εξέλιξη της κανονικής οικογένειας όπου το παιδί είναι πρώτα ένα νήπιο που απαιτεί σταθερή φροντίδα, κατόπιν μαθητής νηπιαγωγείου, μετά δημοτικού σχολείου, γυμνασίου και λυκείου, μετά φεύγει από το σπίτι και βρίσκει δική του εργασία ή φοιτά στο πανεπιστήμιο, μετά φτιάχνει δική του οικογένεια και παιδιά. Η παρουσία ενός ανάπηρου παιδιού βγάζει την οικογένεια έξω απ' αυτούς τους ρυθμούς αφού δεν μπορεί να προσαρμοστεί σε μια τέτοια ακολουθία. Ο αποσυντονισμός αυτός εμποδίζει την κανονική επικοινωνία τόσο μεταξύ των οικογενειών με ανάπηρα παιδιά όσο και των οικογενειών των μη ανάπηρα παιδιά που συνήθως είναι σε παρόμοια οικογενειακά αναπτυξιακά επίπεδα. Η απομάκρυνση αυτή συνεπάγεται στην ουσία αποκοπή σχέσεων που υπό άλλες συνθήκες θα ήταν κανονικές.

Οι οικογένειες των ανάπηρων παιδιών αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα άσχετα από τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας του κάθε παιδιού. Τα προβλήματα αυτά φαίνεται πως αυξάνουν την πιθανότητα, σε μεγάλο βαθμό, ώστε η

---

[214]. Farber. B (1975): «Family adaptation to severally mentally retarded children», στο Begab. M, Richardson. S (Eds): «The mentally retarded and society: A social science perspective», Paul. H. Brooks, Baltimore

[215]. MacKeith (1973): «The feelings and behaviors of parents of handicapped children», Developmental Medicine and Child Neurology, 15, p. 524

οικογένεια να δείξει δυσπροσαρμοστικότητα που θα πρέπει να είναι αναμενόμενη από τους ειδικούς. Ο Gallagher[216] επισημαίνει πέντε προβληματικές καταστάσεις που φαίνεται ν' αποδυναμώνουν τη σταθερότητα της οικογένειας και τις οποίες πρέπει να λαμβάνουν πολύ υπ' όψη τους οι ερευνητές και οι κοινωνικές υπηρεσίες.

1η. Το παιδί έχει ελαττωμένη δυνατότητα να διαμορφώσει αμοιβαίες σχέσεις εμπιστοσύνης και αλληλεπίδρασης με τους γονείς του.

2η. Όσο μεγαλύτερη είναι η εξάρτηση της αναπηρίας για παροχή υπηρεσιών από τους ειδικούς και την οικογένεια τόσο περισσότερος χρόνος και προσπάθειες απαιτούνται εκ μέρους τους προκειμένου να καλυφθούν αυτές οι ανάγκες.

3η. Υπάρχει κίνδυνος ελάττωσης των αμοιβαίων σχέσεων και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με ενηλίκους και άλλα παιδιά μέσα στην ευρύτερη οικογένεια, τους φίλους και τους γείτονες.

4η. Οι οικογένειες πρέπει να αντιμετωπίσουν το συμβολικό θάνατο των φιλοδοξών και των ελπίδων τους.

5η. Τα προβλήματα αυτά αφορούν αντιμετώπιση σε όλα τα επίπεδα της οικογενειακής δομής.

Οι αυξανόμενες αυτές ανάγκες απαιτούν τροποποίηση της συμπεριφορά όλων των μελών της οικογένειας.

5.5. Το γονεϊκο κίνημα στην Ελλάδα

Η συμβολή των γονέων στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών τους, μέσω της συμμετοχής τους στο γονεϊκό κίνημα, είναι σημαντική. Σε πολλές χώρες οι παρεμβάσεις των συλλόγων, των οργανώσεων και των ομοσπονδιών γονέων παιδιών με Μειονεξίες και Αναπηρίες, (ΜκΑ), ομάδες όπου συνήθως συμμετέχουν και οι γονείς παιδιών με σύνδρομο ΝΤΑΟΥΝ , είχαν ως αποτέλεσμα:

α). Τη νομική κατοχύρωση πολλών δικαιωμάτων των παιδιών με ΜκΑ και των οικογενειών τους.

β). Την υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

γ). Την επαγγελματική αποκατάσταση υψηλού ποσοστού νοητικά υστερούντων .

δ). Τη βελτίωση της ιδρυματικής περίθαλψης στις περιπτώσεις εκείνες που δεν μπορεί η οικογένεια ν' ανταποκριθεί στις ανάγκες των παιδιών.

[216]. Gallagher. J. J (1983): ό. π

ε). Την αλλαγή σε ικανοποιητικό βαθμό των αρνητικών αντιλήψεων και στάσεων της κοινωνίας.

Ο ρόλος του γονεϊκού κινήματος στη χώρα μας ακολούθησε μια παράλληλη εξέλιξη με τα αντίστοιχα κινήματα των δυτικοευρωπαϊκών χωρών, αλλά με μια υστέρηση περίπου ενάμιση με δυο αιώνες. Η εξέλιξη αυτή ακολούθησε στην ουσία την εξέλιξη της Ειδικής Εκπαίδευσης όπου και στη χώρα μας η ιδιωτική πρωτοβουλία, είχε το προβάδισμα, σε σχέση με το κράτος. Μάλιστα πολύ χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της εκπαίδευσης των παιδιών με αισθητηριακές ΜκΑ. Η εκπαίδευσή τους προηγήθηκε κατά πολύ της αντίστοιχης εκπαίδευσης όλων των άλλων κατηγοριών παιδιών με ΜκΑ.

Η τάση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας προς την κατεύθυνση αυτή, κατά τη γνώμη μας συναρτάται κατά κύριο λόγο, από τις εμπειρίες που οι ίδιοι οι εύποροι ιδιώτες, ενδεχόμενα, απεκόμισαν ζώντας στο εξωτερικό και πιθανώς με τις φιλοδοξίες τους ως δωρητών για προβολή τους στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο του νεοσύστατου κράτους. Την επόμενη περίοδο την οποία προσδιορίζουμε, περίπου στο μεσοπόλεμο, προστίθεται και μια τρίτη παράμετρος, αυτή της περίθαλψης και εκπαίδευσης παιδιών με ΜκΑ που προέρχονταν από εύπορες, αστικές ή ημιαστικές οικογένειες, αφού η απόκρυψή τους από τον κοινωνικό περίγυρο ήταν πια δυσχερής. Εδώ κατά τη γνώμη μας βρίσκεται και η ρίζα της δημιουργίας του γονεϊκού κινήματος στην Ελλάδα. Οι γονείς των παιδιών με ΜκΑ διακατεχόμενοι από αισθήματα ενοχής, άγχους και αγωνίας για την τύχη τους αποτέλεσαν την πρώτη «πελατεία» αυτών των ιδρυμάτων. Κατέφευγαν σ΄ αυτά, ιδίως οι οικονομικά δυσπραγούντες αφού σ' αυτά υπήρχε η οικονομική ευχέρεια για παροχή ιδρυματικής περίθαλψης. Με τον τρόπο αυτό τόσο τα ίδια τα παιδιά όσο και οι γονείς τους γίνονται υποκείμενα της «φιλανθρωπίας», βασικό ιδεολογικό στοιχείο της περιόδου στην εκπαίδευση των παιδιών με ΜκΑ.

Η σιωπηρή πίεση των γονέων που κατείχαν υψηλές οικονομικοκοινωνικές θέσεις είχε ως πρώτο αποτέλεσμα την ίδρυση της Ελληνικής Εταιρείας Προστασίας και Αποκαταστάσεως Αναπήρων Παίδων, ΕΛΕΠΑΠ, το 1937. Η ίδρυση της Εταιρείας υπήρξε εμφανώς έργο της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, σε συνεργασία με το Ροταριανό Όμιλο Αθηνών και το Αμερικανικό Ίδρυμα East Relief. Αφανώς όμως υπήρξε το αποτέλεσμα της πίεσης των γονέων, της κοινωνικής πραγματικότητας και της προσπάθειας του κράτους να δείξει κοινωνικό πρόσωπο. Η τρίτη προαναφερθείσα παράμετρος φαίνεται καθαρά στην αμέσως μετά την παραπάνω Εταιρεία ίδρυση του «Ασκληπιείου Βούλας»[217] που είχε ως σκοπό την εκπαίδευση των παιδιών που τελούσαν υπό

[217] . ΦΕΚ 151 /12 – 4 – 1938

θεραπεία στο αντίστοιχο νοσοκομείο. Επιχορηγούνταν και εποπτευόταν από το Υπουργείο Παιδείας.

Σε όλα τα παραπάνω ιδρύματα δεν υπήρξε συλλογική λειτουργία υπό οιανδήποτε μορφή των γονέων. Η πρώτη «οιονεί» συλλογική οργάνωση γονέων στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε το 1959 στο πλαίσιο της λειτουργίας του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου του Τομέα Ψυχικής Υγιεινής του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος[218]. Η «Ομάς Γονέων» που σχηματίστηκε για συμβουλευτική εργασία στο πλαίσιο στήριξης των γονέων των παιδιών με Ν. Υ ήταν «η μαγιά», για τη δημιουργία της Ένωσης Γονέων και Κηδεμόνων Απροσαρμόστων Παίδων[219], (ΠΕΓΚΑΠ). Η Ένωση σε συνεργασία με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής ίδρυσε το 1962 το «Κέντρο Θεραπευτικής Παιδαγωγικής το ΣΤΟΥΠΑΘΕΙΟΝ»[220].

Από την περίοδο που άρχισαν να ιδρύονται δημόσια σχολεία Ειδικής Εκπαίδευσης διαφόρων τύπων σε όλη την ελληνική επικράτεια στα μέσα της δεκαετίας του 1970 άρχισαν να ιδρύονται αντίστοιχα και σύλλογοι γονέων των παιδιών που φοιτούσαν στα σχολεία αυτά. Ο Νόμος Πλαίσιο 1566 του Υπουργείου Παιδείας καθόρισε μάλιστα και το πλαίσιο ίδρυσης των συλλόγων αυτών. Ήδη από το 1981 την ΠΕΓΚΑΠ αντικατέστησε η Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων Γονέων και Κηδεμόνων Ατόμων με Αναπηρία, ΠΟΣΓΚΑΜΕΑ.,ως πανελλήνιος εκφραστής των αιτημάτων των ανά την επικράτεια συλλόγων γονέων που έχουν παιδιά με Νοητική Υστέρηση, Αυτισμό, Ψυχοσωματικές και Πολλαπλές Αναπηρίες.

Η κατανομή των συλλόγων που ανήκουν σήμερα στην ΠΟΣΓΚΑΜΕΑ ανά περιφέρεια και Νομό φαίνεται στον παρακάτω ΠΙΝΑΚΑ 3 καθώς και στον ΧΑΡΤΗ 1.

---

[218] . Καλαντζής. Κ, Καλαντζή – Βακαρέλλη. Ξ (1973): «Θέματα Θεραπευτικής Παιδαγωγικής και Ψυχικής Υγιεινής του Παιδιού», Καραβίας, Αθήνα, σ. 69

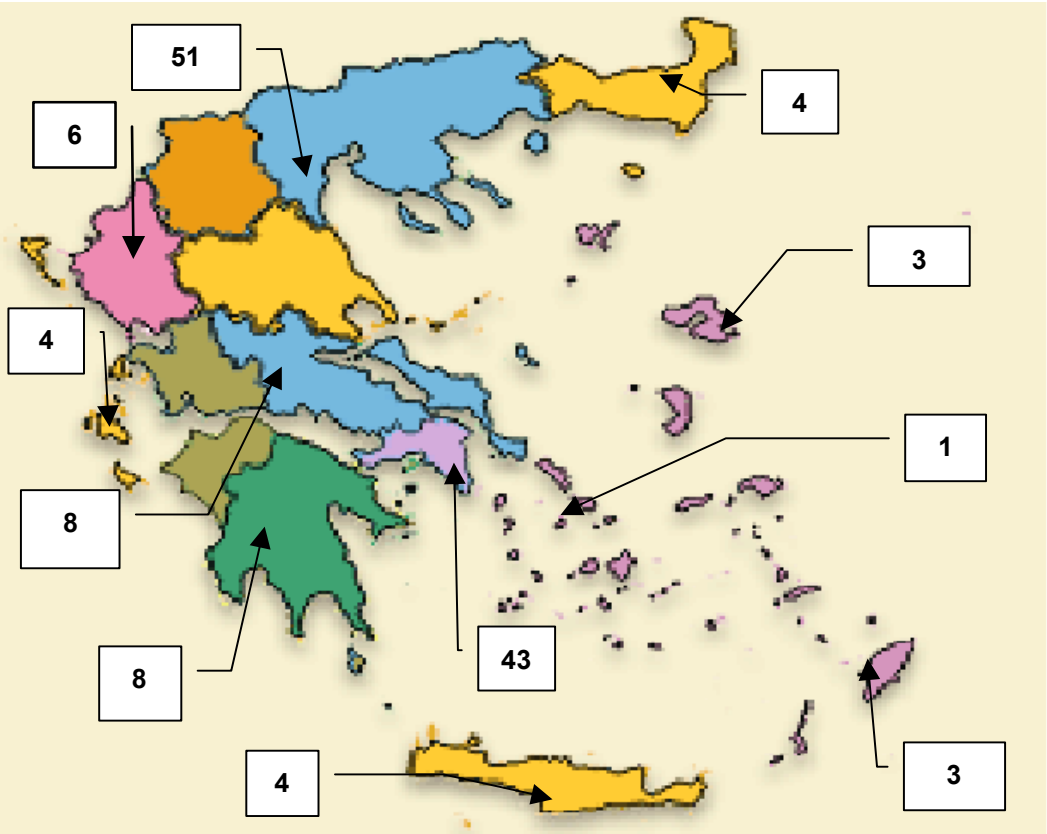
[219] . Δρόσου – Πιστικίδου. Λ (1982): «Το ασκήσιμο νοητικά καθυστερημένο παιδί», Αθήνα

[220] . Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Απόφαση, Αριθ. Ε2γ΄/368/28-1-64

Α/Α	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΝΟΜΟΙ	ΣΥΝΟΛΟ
1	ΑΤΤΙΚΗ	ΑΘΗΝΩΝ - ΠΕΙΡΑΙΑ	43
2	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	ΑΧΑΪΑΣ	6
		ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	1
		ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	1
3	ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	ΕΥΒΟΙΑΣ	2
		ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	2
		ΒΟΙΩΤΙΑΣ	3
		ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	1
4	ΗΠΕΙΡΟΣ	ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	1
		ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	1
		ΑΡΤΑΣ	1
		ΠΡΕΒΕΖΗΣ	3
5	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	ΛΑΡΙΣΑΣ	2
		ΤΡΙΚΑΛΩΝ	2
		ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	1
		ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	2
6	ΘΡΑΚΗ	ΕΒΡΟΥ	2
		ΡΟΔΟΠΗΣ	1
		ΞΑΝΘΗΣ	1
7	ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	ΚΑΒΑΛΑΣ	2
		ΔΡΑΜΑΣ	3
		ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	2
		ΦΛΩΡΙΝΑΣ	1
		ΠΕΛΛΑΣ	5
		ΚΙΛΚΙΣ	1
		ΓΡΕΒΕΝΩΝ	1
		ΚΟΖΑΝΗΣ	3
		ΣΕΡΡΩΝ	2
		ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ	3
		ΗΜΑΘΙΑΣ	4
		ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	24
8	ΝΗΣΙΑ	ΚΡΗΤΗ	4
		ΑΝΑΤΟΛΙΚΟ ΑΙΓΑΙΟ	3
		ΚΥΚΛΑΔΩΝ	1
		ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	3
		ΕΠΤΑΝΗΣΟΥ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ			**142**

ΧΑΡΤΗΣ: 1

Κατανομη των συλλογων γονεων ατομων με αναπηρια που ανηκουν στην π.ο.ς.γ.κ.α.μεα σε ολη την επικρατεια



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6
Οι υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας

6.1. Οι υπηρεσίες υγειάς

Από την αρχαιότητα ακόμη η αναπηρία αντιμετωπίζονταν κατά βάση ως ασθένεια. Συνέπεια του γεγονότος αυτού υπήρξε η αντιμετώπισή της, στα μαντεία και στα ασκληπιεία, με θεραπευτικές κατά βάση μεθόδους, με βότανα, με χειρουργικές επεμβάσεις, με μουσική και αυθυποβολή. Ειδικά στην Ιλιάδα και την Οδύσσεια προτείνεται κυρίως η θεραπεία των ψυχικών ασθενειών με μουσική και εργασία. Το πρώτο μεγάλο βήμα στην αντιμετώπιση των πραγματικών αιτιών της ασθένειας και την αποτελεσματικότερη θεραπεία έγινε από τον Ιπποκράτη. Η ιπποκράτειος ιατρική αντιμετωπίζει την ασθένεια ως πρόβλημα του ανθρώπινου οργανισμού και όχι ως τιμωρία των Θεών ή επίδραση κακών πνευμάτων.

Η μεγάλη αλλαγή στην αντιμετώπιση της ασθένειας και έμμεσα της αναπηρίας πραγματοποιήθηκε το 19^{ο} αιώνα. Η επικέντρωση του ενδιαφέροντος στην αρρώστια και όχι στο άρρωστο άτομο λειτούργησε παράλληλα με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, δίνοντας στους γιατρούς τη δυνατότητα μεγαλύτερου αριθμού εμπειρικών παρατηρήσεων, απ' ότι παλιότερα. Για παράδειγμα στο ψυχιατρείο της Κέρκυρας, το οποίο ιδρύθηκε το 1838 επί βρετανικής κατοχής, καταγράφονται και περιπτώσεις ατόμων με νοητική υστέρηση, ανάμεσα στους ασθενείς[221]. Τα παραπάνω παράλληλα με την ανάπτυξη της επιστήμης και των κοινωνιών είχαν ως συνέπεια την αλματώδη αύξηση και βελτίωση των γνώσεων για τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού και έδωσαν στην ιατρική νέα όπλα για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που ήταν αδύνατο να προσεγγιστούν κατά στο παρελθόν. Τον 20^{ο} αιώνα συνεχίστηκε η θεαματική πρόοδος στην ιατρική επιστήμη και η ανάπτυξη παράλληλων υπηρεσιών υγείας.

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες αντιμετωπίζουν πέρα από τα κοινά προβλήματα υγείας του γενικού πληθυσμού και προβλήματα που έχουν να κάνουν με τη φύση και την κοινωνική λειτουργία της αναπηρία τους. Έτσι εκ των πραγμάτων, τα ίδια και οι οικογένειές τους, απευθύνονται είτε στους γιατρούς του ιδιωτικού τομέα, είτε στις Υπηρεσίες Υγείας του Δημόσιου Τομέα. Η αντιμετώπιση αυτή από διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες συνεπάγεται και αντίστοιχο κόστος που είναι διαφορετικό όχι μόνο σε σχέση με τη φύση, το είδος και τη διάρκεια της

κάθε παρέμβασης, αλλά και ανάλογα με τα κοστολόγια που διατηρεί κάθε φορέας. Το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών δεν συνεπάγεται αφ' εαυτού και την ποιοτική αναλογία των παρεχομένων υπηρεσιών. Πέρα από το οικονομικό κόστος στην περίπτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες υπεισέρχεται και το κοινωνικό κόστος που έχει να κάνει με τη δυνατότητα, τη συχνότητα προσέγγισης αλλά και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Για παράδειγμα στη χώρα μας η δυνατότητα εύκολης και γρήγορης πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το τόπο, τη φύση, τους κανόνες και τα κριτήρια λειτουργίας τους. Είναι διάχυτη η πεποίθηση πως γρηγορότερα εξυπηρετούνται οι πολίτες από τους γιατρούς του ιδιωτικού τομέα και τα ιδιωτικά κέντρα, παρά από τους γιατρούς και τις υπηρεσίες του δημοσίου τομέα. Επίσης είναι γνωστό ότι το σχετικό οικονομικό κόστος είναι ανάλογο με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή, πάντως σαφώς μικρότερο από τον ιδιωτικό.

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν σαφείς υγειονομικές ανάγκες. Η αντιμετώπιση των αναγκών αυτών από τις σημερινές Υπηρεσίες Υγείας επικεντρώνεται στην θεραπεία των προβλημάτων υγείας τα οποία είναι δυνατόν ν' αντιμετωπιστούν. Η αντιμετώπιση αυτή όμως είναι μονοδιάστατη αφού δεν αντιμετωπίζονται τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι οικογένειές τους, ως σύνολο. Τα παραπάνω προβλήματα οφείλονται στις ιδιαιτερότητες του σημερινού δημόσιου συστήματος Υγείας και των συναφών Υπηρεσιών και φορέων. Το σύνολο των νοσηλευτικών μονάδων της χώρας ανά Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Πρόνοιας φαίνεται περιγραφικά σε πλήρεις πίνακες στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5. Συνολική παράστασή τους έχουμε στον ΠΙΝΑΚΑ 4 και στο ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.

Οι Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού στη χώρα μας, δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις υπάρχουσες ανάγκες[222]. Γενικά παρουσιάζουν οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες. Εκτός του ότι είναι άνισα κατανεμημένες, οι Νομοί της χώρας μας δε διαθέτουν τέτοιες Υπηρεσίες, παρά το γεγονός ότι από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 υπήρξε θετικός επηρεασμός από την επικράτηση νέας αντίληψης για την πρωτοβάθμια φροντίδα της υγείας[223].

---

[221]. Λουμπίδης. Δ. Ν(1989): «Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα», Σύγχρονα Θέματα, ,Θεσσαλονίκη

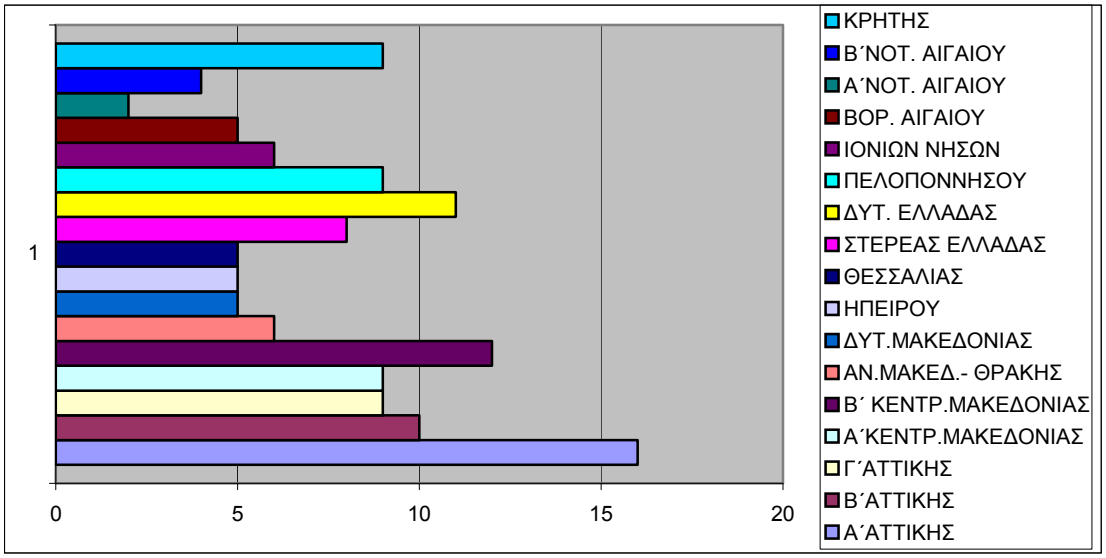
[222]Μαργαριτίδου. Β, Μεστεναίου. Λ. (1994): «Αξιολόγηση των υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Τ. 5 , 4 σ. 167

[223] . Μαργαριτίδου. Β,Μεστεναίου. Λ. (1994): ό. π

ΠΙΝΑΚΑΣ: 5

ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ		
Α/Α	**ΠΕΣΥΠ**	**ΜΟΝΑΔΕΣ**
1	Α΄ΑΤΤΙΚΗΣ	16
2	Β΄ΑΤΤΙΚΗΣ	10
3	Γ΄ΑΤΤΙΚΗΣ	9
4	Α΄ΚΕΝΤΡ.ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	9
5	Β΄ ΚΕΝΤΡ.ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	12
6	ΑΝ.ΜΑΚΕΔ.- ΘΡΑΚΗΣ	6
7	ΔΥΤ.ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	5
8	ΗΠΕΙΡΟΥ	5
9	ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	5
10	ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	8
11	ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ	11
12	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	9
13	ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	6
14	ΒΟΡ. ΑΙΓΑΙΟΥ	5
15	Α΄ΝΟΤ. ΑΙΓΑΙΟΥ	2
16	Β΄ΝΟΤ. ΑΙΓΑΙΟΥ	4
17	ΚΡΗΤΗΣ	9
ΣΥΝΟΛΟ		**131**

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ: 1



Οι υγειονομικές υπηρεσίες στη χώρα μας σε γενικές γραμμές χαρακτηρίζονται από μια σειρά ιδιαίτερων στοιχείων τα οποία αφορούν όλα τα άτομα που είναι αναγκασμένα να δέχονται τις υπηρεσίες τους και επομένως είναι «καταναλωτές» τους. Οι ιδιαιτερότητες αυτές είναι συναφείς με τις συγκεκριμένες υγειονομικές ανάγκες που παρουσιάζει κάθε κατηγορία ατόμων με ειδικές ανάγκες. Μπορούν όμως να ομαδοποιηθούν στις παρακάτω κατηγορίες.

- Επενδυτική ανισορροπία μεταξύ ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας υγείας.
- Τα τελευταία τριάντα χρόνια παρατηρείται μια κυμαινόμενη αύξηση των δαπανών για την υγεία, σε σχέση με τις προηγούμενες ταραχώδεις περιόδους – ίδρυση του κράτους, μικρασιατική καταστροφή, Β΄ παγκόσμιος πόλεμος, εμφύλιος πόλεμος. Αυτό συνέβη ανεξάρτητα από την επικρατούσα πολιτική δομή του χαρακτήρα της οργάνωσης, της ιατρικής φροντίδας και της κοινωνικής ασφάλισης. Η αύξηση όμως αυτή των δαπανών συνοδεύεται από μια έκρηξη τιμών στον υγειονομικό γεγονός που υπήρξε η γενεσιουργός αιτία για συζητήσεις, αναλύσεις, δημοσιεύσεις, μεταξύ των επιστημόνων, των πολιτικών σχηματισμών και των κοινωνικών εταίρων. Η αύξηση των δαπανών υγείας οφείλεται ιδιαίτερα στην πρόοδο, η οποία σημειώθηκε στην βιοϊατρική τεχνολογία, κυρίως στο νοσοκομειακό τομέα, καθώς επίσης και στα συνωδά φαινόμενα της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης της ανόδου του πολιτισμικού επιπέδου και γενικότερα της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης[224].
- Οι γενικές προβληματικές επίσης που σημειώνονται γενικά από τους ειδικούς του χώρου, αναφέρονται στην ισότητα πρόσβασης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, όμως όπως αναφέρει και ο Cochrane, για να είναι μια ιατρική πράξη αποδοτική, οφείλει να είναι πρωτίστως αποτελεσματική[225].

Τα άτομα με σύνδρομο DOWN αντιμετωπίζουν μια σειρά από, κυμαινόμενου βαθμού και σοβαρότητας, προβλήματα υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Οι οικογένειές τους, για ν' αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά απευθύνονται είτε στους γιατρούς, είτε στις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών όμως θέτει ενώπιον της οικογένειάς τους τα παρακάτω προβλήματα:

---

[224] Δολόγερας. Α, Κυριόπουλος. Γ(Επμ) (2000): «Η ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας», Θεμέλιο, Αθήνα

[225] Cochrane. L. A (2000): «Η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα. Τυχαίες σκέψεις για τις υπηρεσίες υγείας», Εξάντας, Αθήνα

α) Αντιμετώπιση των προβλημάτων, από διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες, αλλά και κόστους που θα πρέπει να καταβάλει άμεσα σε ιδιώτες γιατρούς και αντίστοιχες ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και σε γιατρούς του δημόσιου τομέα και τις αντίστοιχες δημόσιες υπηρεσίες υγείας, έμμεσα ή και σε κάποιο ποσοστό, άμεσα.

β) Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, σε πραγματικές καταστάσεις, σηματοδοτεί την ταχύτερη εξυπηρέτηση από ιδιώτες γιατρούς και ιδιωτικά κέντρα, αλλά με το σχετικό κόστος και σε συνάφεια με τον ασφαλιστικό φορέα. Στο δημόσιο τομέα, το κόστος είναι μεν μικρότερο, η προσέγγιση όμως στις σχετικές υπηρεσίες υγείας και γιατρούς είναι δυσκολότερη, σύμφωνα και με τα δεδομένα των τελευταίων ετών.

γ) Η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ατόμων με σύνδρομο DOWN από τις σημερινές υπηρεσίες επικεντρώνεται στη θεραπεία των όποιων προβλημάτων υγείας μπορούν να αντιμετωπιστούν. Δεν αντιμετωπίζεται το άτομο και η οικογένειά του, ως σύνολο[226].

Τα παραπάνω προβλήματα οφείλονται στις ιδιαιτερότητες του σημερινού συστήματος υγείας και των συναφών υπηρεσιών και φορέων. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας είναι επικεντρωμένη στη θεραπεία της αρρώστιας, όταν μπορεί να γίνει, και όχι στη σχέση αρρώστιας με το κοινωνικό περιβάλλον, ιδιαίτερα την οικογένεια. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας έχουν σχεδόν πάντα στο οπτικό τους πεδίο κάποια αρρώστια η οποία αρχικά πρέπει να διαγνωστεί και κατόπιν να θεραπευτεί. Το άτομο που πάσχει, η οικογένειά του και πολύ περισσότερο η κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει, δεν απασχολεί αφού η πράξη που θεωρείται ως αντικείμενό τους, η ασθένεια, έχει ως τελικό στόχο την ίαση, ανεξάρτητα αν αυτή επιτυγχάνεται. Είναι γνωστό όμως πως για τα άτομα με ειδικές ανάγκες η σύνδεση της ιατρικής με την κοινότητα μπορεί να έχει καλά αποτελέσματα τόσο για τα ίδια όσο και για το σύνολο του πληθυσμού. Έτσι κι αλλιώς μέσα στο σημερινό σύστημα υγείας τις περισσότερες φορές το προσωπικό σπάνια ξαναβλέπει τον άρρωστο[227].

Από τα μέσα του 20ου αιώνα τμηματικά, αλλά με ταχύτατη εξελικτική διαδικασία έχουμε μια καθαρά μηχανιστική άσκηση της επιστημονικής - τεχνολογικής ιατρικής[228]. Ήδη όμως έχει διαμορφωθεί η τάση ν' αντικατασταθεί με μια νέα μορφή ιατρικής άσκησης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με κεντρικό

[226] Τσίτουρα Σ. (1990): «Φροντίδα για την οικογένεια», Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και προαγωγής της Υγείας και Ελληνική εταιρία πρόληψης και κακοποίησης των παιδιών, Αθήνα

[227] Παναγιωτόπουλος. Π (1990): «Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας για την Οικογένεια. Ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά και αναγκαιότητά τους», Πρακτικά από Εισήγηση σε Συνέδριο, σ. 213

[228] Ιωσηφίδη Ι. Α. (1988): «Οικογενειακή και κοινοτική ιατρική μια κοινωνική και οικονομική θεώρηση», Ιατρική, Τ. 53, 4, σ. 375

πρωταγωνιστή τον ειδικό οικογενειακό γιατρό. Η επικράτηση της προηγούμενης τάσης είχε άμεσα αποτελέσματα και στα άτομα με σύνδρομο DOWN[229]. Έτσι για παράδειγμα, οι οικογένειές τους αντιμετωπίζουν δυσκολίες ακόμη και όταν απευθύνονται στις υπηρεσίες παιδοψυχιατρικής και κατ' επέκταση και ψυχιατρικής περίθαλψης[230].

Το μέλλον, ανεξάρτητα από τα πολιτικά και κοινωνικά συστήματα ή τον βαθμό εθνικής ανάπτυξης, θα δείξει την θετική, ουδέτερη ή και αρνητική λειτουργία της νέας τάσης στα ίδια τα άτομα με ειδικές ανάγκες, στις οικογένειές τους και στην κοινωνία ως σύνολο.

6.2. Οι υπηρεσίες πρόνοιας

Η κοινωνική φροντίδα ως φαινόμενο υπήρξε κατά το παρελθόν στους διάφορους πολιτισμούς. Οι Ασσύριοι, οι Βαβυλώνιοι, οι Φοίνικες, οι Αιγύπτιοι, ως κοινωνικές οργανώσεις στο πλαίσιο των δεσποτειών, είτε με τη μορφή θρησκευτικής διδασκαλίας, κάτι που φαίνεται χαρακτηριστικά στον ιουδαϊσμό, το Βουδισμό και τον Κουνφουκιανισμό εμπεριέχουν στοιχεία φροντίδας στο πλαίσιο της οικογένειας, της κοινότητας και της πόλης με διάφορες μορφές. Οι ανάγκες που οδήγησαν τις κοινωνίες αυτές στο να καλύπτουν κοινωνικές ανάγκες με τη μορφή της κοινωνικής μέριμνας, ήταν η βιολογική αναπαραγωγή, που ήταν απαραίτητη για την παραγωγή εργατικών χεριών και στρατιωτών, η προστασία αδυνάτων και φτωχών, η αντιμετώπιση επιδημιών.

Στην Αρχαία Ελλάδα οι πόλεις κράτη, ανάλογα με την οργάνωσή τους και τους σκοπούς που επεδίωκαν, παρενέβαιναν με τη μορφή μεταρρυθμίσεων θεσπίζοντας κοινωνικά μέτρα. Στη Σπάρτη ο Λυκούργος το 800 π.χ., στη Θήβα ο Φιλόλαος το 420 π.χ., στην Κόρινθο ο Περίανδρος το 629 π.χ., στην Αθήνα ο Σόλωνας το 593 π.χ., μέσω των μεταρρυθμίσεων θέσπισαν μέτρα όπως η στέγη και η τροφή των αδυνάτων, η προστασία της δημόσιας υγείας, με σκοπό τη διατήρηση του κοινωνικού ιστού κάθε πόλης. Κατά καιρούς μάλιστα πάρθηκαν μέτρα από πολιτικούς και νομοθέτες για την ενίσχυση των άπορων γεωργών, των ορφανών του πολέμου, για την διανομή βασικών προϊόντων στους άπορους, στη βάση δε καταλόγων βοήθειας για ανάπηρους και ανάπηρους πολέμων.

Εθιμικά ίσχυε αμοιβαιότητα βοήθειας είτε για φτωχούς, φιλοξενία σε σπίτια και κτίρια βωμών του Δία, ο οποίος θεωρούνταν ο θεός των φτωχών και των

---

[229]. Γραμματικοπούλου Ε. (1997): «Κατανόηση και αποδοχή της Βιοτεχνολογίας από το κοινό», Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα

[230]. Τσιάντης. Ι (1989): «Προτάσεις για την παιδοψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα στο Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής», Καστανιώτης, Αθήνα

επαιτών. Η φιλοσοφική σκέψη και ο πολιτικός λόγος, σε συνδυασμό με τη θρησκεία έδιναν την κατεύθυνση των μέτρων που θα έπρεπε να ληφθούν για τη βοήθεια των ανάπηρων και άλλων ευαίσθητων ομάδων του πληθυσμού. Κατά τη διάρκεια των ελληνιστικών χρόνων η πρόνοια παύει να είναι υπόθεση του δήμου και γίνεται περισσότερο ιδιωτική υπόθεση. Στο δεύτερο μισό της Ρωμαϊκής επικράτησης υπήρχε έλλειψη κοινωνικής προστασίας και εξαθλίωση του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού. Υποτυπώδη φροντίδα παρείχαν οι ενώσεις που συστάθηκαν από το κράτος με τη μορφή νομικών προσώπων.

Κατά την περίοδο του Χριστιανισμού, αναμφισβήτητα είναι μεγάλη η ανάπτυξη της κοινωνικής μέριμνας, γιατί τα πρότυπα και οι αξίες που προβάλλονται όπως η ισότητα, η αγάπη στο συνάνθρωπο, η αλληλοβοήθεια κάνουν τη μέριμνα για το συνάνθρωπο υπόθεση του καθενός ξεχωριστά και της κοινωνίας γενικότερα.

Η πρόνοια στο Βυζάντιο παίρνει πιο συστηματικό χαρακτήρα με το θεσμό της εθελοντικής προσφοράς. Είναι γνωστό πως την εποχή του Μεγάλου Κωνσταντίνου οργανώνεται η παροχή βοήθειας σε ορφανά, χήρες και αρρώστους μετά την εξακρίβωση της οικονομικής τους κατάστασης από επιτρόπους οι οποίοι υπέβαλαν τις σχετικές εκθέσεις στους επισκόπους. Παρά το ότι οργανωτικά και ιδεολογικά τον κυρίαρχο ρόλο στην άσκηση της κοινωνικής πολιτικής τον έχει η εκκλησία, η δράση της στηρίζεται και πλαισιώνεται από νομικά πλέγματα κατοχυρωμένων κανόνων, με έμπρακτη υποστήριξη του κράτους σε θέματα υποδομής και στελέχωσης. Έτσι βλέπουμε την εποχή αυτή να υπάρχουν πτωχοκομεία, νοσοκομεία, ορφανοτροφεία και άλλα ευαγή ιδρύματα κάτω από τη συνεργασία του κράτους, της εκκλησίας και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Γενικά στα χρόνια της Βυζαντινής αυτοκρατορίας τη μέριμνα για τους ανάπηρους βλέπουμε να έχουν κυρίως η εκκλησία και τα μοναστήρια, σε συνεργασία με το κράτος και την ιδιωτική πρωτοβουλία.

Στην τουρκοκρατούμενη Ελλάδα οι κοινότητες από τη μια και η εκκλησία με τα μοναστήρια και τον κατώτερο κλήρο από την άλλη αναπτύσσουν σημαντικές δραστηριότητες συνολικής μέριμνας. Όλες αυτές οι προσπάθειες ήταν ενταγμένες στη γενικότερη προσπάθεια επιβίωσης του ελληνισμού. Καλό προνοιακό επίπεδο εντοπίζεται κυρίως σε περιοχές και μοναστήρια που είχαν προνόμια, όπου υπήρχαν συντεχνίες, όπως τα Αμπελάκια της Θεσσαλίας και όπου υπήρχε βοήθεια από τους Έλληνες του εξωτερικού.

Ο Ι. Καποδίστριας ως πρώτος κυβερνήτης, υπήρξε φορέας νέων ιδεών στη σύντομη παρουσία του. Δημιούργησε συνθήκες μέριμνας και περίθαλψης για τα ορφανά παιδιά των αγωνιστών του ’21 με το ίδρυμα της Αίγινας. Οι γνώσεις και οι απόψεις του πάνω στα θέματα αυτά, σε συνδυασμό με τις επιδράσεις που δεχόταν από τους φίλο του Pestaloggi και Fellenberg, θα βοηθούσαν ώστε να

προσφέρει περισσότερα αν η δολοφονία του δεν σταματούσε αυτή την προσπάθεια[231].

Μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα η κοινωνική πρόνοια παρέχεται από το κράτος, την εκκλησία και την ιδιωτική πρωτοβουλία, όχι όμως σε ικανοποιητικά επίπεδα. Οι αλλαγές όμως στις κοινωνικοπολιτικές συνθήκες στην Ευρώπη τον 19ο και ιδιαίτερα τον 20ο αιώνα είχαν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας. Στη χώρα μας οι αιτίες ανάπτυξης των κοινωνικών υπηρεσιών ήταν η οικονομική ανάπτυξη, μετά το 1950, κυρίως όμως οι διεκδικήσεις των εργαζομένων και τέλος η ευρωπαϊκή της προοπτική[232].

Η γενική προσέγγιση του εξελικτικού φαινομένου της ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας, που ακολουθεί τα ιδεολογικά ρεύματα κάθε εποχής και κοινωνίας, παρουσιάζει έναν κοινό παρονομαστή σε όλα τα κράτη που ακολούθησαν το μοντέλο της βιομηχανικής ολοκλήρωσης[233]. Υπήρξε μια μετάβαση, μετά τη βιομηχανική επανάσταση, από την κοινοτική και οικογενειακή αλληλεγγύη που οποία ίσχυε ως μορφή φροντίδας, στο Κράτους Πρόνοιας και στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στην οικογένεια. Το φαινόμενο, αν και για πολλούς ερευνητές δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα[234], είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικό ιδιαίτερα μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Πάντως μετά από μια περίοδο κρίσης και αμφισβήτησης της αποτελεσματικότητας του κράτους πρόνοιας τις δεκαετίες 1970 και 1980 διαμορφώνονται σήμερα προσπάθειες για την κάλυψη των αναγκών από ένα πλουραλιστικό μοντέλο κοινωνικών υπηρεσιών. Οι προσεγγίσεις στο κράτος πρόνοιας, όπως αυτό αναπτύσσεται παγκοσμίως, είναι χρήσιμες γιατί έτσι μπορούμε ν' αντλήσουμε χρήσιμα συμπεράσματα για την ανάπτυξή του και στη χώρα μας.

Για την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών υπηρεσιών στη χώρα μας εκφράζονται διάφορες επιφυλάξεις, ενώ παράλληλα έχουν υποβληθεί και σχετικές προτάσεις για την εύρυθμη λειτουργία τους. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες αντιμετωπίζουν δυσκολίες και απευθύνονται σε υπηρεσίες πρόνοιας, είτε διότι αλλάζουν συχνά οι νόμοι που αφορούν δικαιώματα των Α.Μ.Ε.Α. και των γονέων τους, είτε γιατί οι

---

[231]. α).Λαμπράκη – Παγανού. Α (1989): «Το υπόμνημα του Ι. Καποδίστρια για τα εκπαιδευτήρια της Hofwyl», Επικαιρότητα, Αθήνα

β). Στρατηγοπούλου. Χ (1988): «Κοινωνικο – νομικές απόψεις της διοικήσεων του Ιωάννη Καποδίστρια», Σάκκουλας, Αθήνα

γ). Πανταζόπουλος. Ν, Σφυρόερας.Β, Πετρίδης. Π, κ.λ.π (1983): «Ο Ιωάννης Καποδίστριας και η συγκρότηση του Ελληνικού Κράτους», University Studio Press, Θεσσαλονίκη

[232] . Στασινοπούλου. Ό(1992): «Κράτος Πρόνοιας», Gutenberg, Αθήνα

[233] . Στασινοπούλου. Ό(1992): ό. π

[234] . Λαμπίρη – Δημάκη. Ι : «Οικογένεια και κοινωνική πολιτική», Εισήγηση σε συνέδριο

υπάλληλοι των παραπάνω υπηρεσιών δεν ερμηνεύουν σωστά τους νόμους ή δε γνωρίζουν αυτούς[235].

Τις ανάγκες της Κοινωνικής Πρόνοιας στη χώρα μας καλύπτει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Από τον Μάρτιο του 2004 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η αλλαγή αυτή συμβόλιζε την νέα ευρωπαϊκή αντίληψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας. Η έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης αναδεικνύει το σεβασμό και τον τρόπο αντιμετώπισης των αποδεκτών της κοινωνικής φροντίδας ενώ η κοινωνική πρόνοια είναι σε μεγάλο βαθμό συνυφασμένη με την εξάρτηση των «αδύνατων» συνανθρώπων μας από τις κρατικές υπηρεσίες. Οι σύγχρονες όμως αντιλήψεις παροχής κοινωνικής φροντίδας και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι εντελώς αντίθετες με την έννοια της εξάρτησης. Η κοινωνική αλληλεγγύη έχει ως αρχή όχι την ισότητα αντιμετώπισης όλων των ανθρώπων. Το αντίθετο θα σήμαινε απλά την αναπαραγωγή των ήδη υφισταμένων ανισοτήτων. Κοινωνική αλληλεγγύη σημαίνει όχι μόνο μέριμνα για την υγεία των ανθρώπων, αλλά οριοθέτηση των πλαισίων για την ευτυχία τους.

Οι υπηρεσίες της Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που αντικατέστησαν τις αντίστοιχες της Κοινωνικής Πρόνοιας, συνεχίζουν να υπάγονται στη Γενική Διεύθυνση Πρόνοιας, ΠΙΝΑΚΑΣ 5, και να διευθύνονται από τον Γενικό Διευθυντή Πρόνοιας. Στη Γενική Διεύθυνση Πρόνοιας υπάγονται τρεις διευθύνσεις, με τρία Τμήματα η κάθε μια καθώς και ένα ανεξάρτητο Τμήμα Προσωπικού Φορέων του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας.

[235]. Κρεμαλής. Κ(1991) : «Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική πρόνοια, συμβολή στο νομικό προσδιορισμό των κοινωνικών υπηρεσιών», Σάκουλας, Αθήνα

ΠΙΝΑΚΑΣ: 5

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ			
Δ/ΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	**Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**	**Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**	**ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΦΟΡΕΩΝ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**
ΤΜΗΜΑΤΑ			
Οικογένειας και Δημογραφικής Πολιτικής	Προστασίας Ευπαθών Ομάδων	Οργάνωσης και λειτουργίας δομών και προγραμμάτων ανοικτής κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης	
Προστασίας Παιδιών και Εφήβων	Εθελοντισμού και Πιστοποίησης Φορέων	Οργάνωσης και λειτουργίας δομών και προγραμμάτων αυξημένης φροντίδας	
Προστασίας Ηλικιωμένων	Κοινωνικής Προστασίας		

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Αλληλεγγύης βασίζεται στους παρακάτω άξονες:

i. Σχεδιασμός των προγραμμάτων κοινωνικής παρέμβασης σύμφωνα με τις αρχές της Λευκής Βίβλου για τη Διακυβέρνηση με ουσιαστική εφαρμογή των γενικών αξιών: της Ειλικρίνειας, της Συμμετοχής, του Καταλογισμού Ευθυνών, την Αποτελεσματικότητας και της Συνοχής.

ii. Εκσυγχρονισμός των δομών των δημοσίων και ιδιωτικών φορέων της Πρόνοιας σε σχέση με την αποτελεσματικότητα , την αποδοτικότητα και την πολυδιάστατη αξιολόγηση.

iii. Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής παρέμβασης με πολυσυμμετοχική βάση, (συμμετοχή κρατικών φορέων, μη κυβερνητικών οργανώσεων, τοπικής αυτοδιοίκησης και εκπροσώπων ομάδων-στόχου), με ιδιαίτερη έμφαση στην αρχή της Καταλληλότητας των φορέων που παρέχουν κοινωνική φροντίδα.

iv. Δημιουργία ευέλικτων δικτύων κοινωνικής φροντίδας και διάχυση της τεχνογνωσίας και των ορθών εμπειριών στα υποκείμενα του δικτύου.

v. Αξιοποίηση των ανθρώπινων και υλικών πόρων του ιδιωτικού τομέα.

vi. Επικέντρωση και προσαρμοστικότητα στις ιδιαίτερες ανάγκες των κοινωνικών ομάδων που βιώνουν ή απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό.

Οι φορείς που συμμετέχουν στην επιστημονική τεκμηρίωση και υλοποίηση των προγραμμάτων του Υπουργείου είναι:

- Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης
- Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας
- ΝΠΔΔ που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΠΙΝΑΚΑΣ 6,

Τα ΝΠΔΔ και τα ΝΠΙΔ που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας ανά Νομό καταγράφηκαν μετά από σχετική έρευνά μας σε όλη την επικράτεια, φαίνεται να είναι συνολικά 288 και παρουσιάζονται αναλυτικά στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6.

ΠΙΝΑΚΑΣ:6

ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΑ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ	**ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ**
ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΥΦΛΩΝ (Κ.Ε.Α.Τ.) Ελευθερίου Βενιζέλου 210 17675 Καλλιθέα τηλ. 210-9595880	ΕΘΝΙΚΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (υπό σύσταση)
ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΩΦΩΝ (Ε.Ι.Κ.) Ζαχάρωφ 1 11521 Αμπελόκηποι τηλ. 210- 6460379, 210-6465603	
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ (Ι.Κ.Π.Α.) Υπατίας 6, 10556 Αθήνα τηλ. 210-3211761	
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ (Ε.Κ.Α.Κ.Β.) Βασιλίσσης Σοφίας 131 και Ζαχάρωφ, Αθήνα 11526 Τηλεφωνική γραμμή άμεσης βοήθειας 197	

Τα άτομα με σύνδρομο DOWN ως ειδική κατηγορία ατόμων με αναπηρία, αφού έχουν σύνθετες ανάγκες στο βιολογικό, εκπαιδευτικό και κοινωνικό τομέα, μπορούν να ωφεληθούν από τις δράσεις όλων των τμημάτων της Γενικής Διεύθυνσης Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η Διεύθυνση Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, (δες ΠΙΝΑΚΑ 5), συγκροτείται από δυο Τμήματα:

α. Το Τμήμα Οργάνωσης και λειτουργίας δομών και προγραμμάτων ανοικτής κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης

β. Το Τμήμα Οργάνωσης και λειτουργίας δομών και προγραμμάτων αυξημένης φροντίδας.

Τα Τμήματα αυτά έχουν διαφορετικές αρμοδιότητες σε σχέση με τις Ειδικές Ανάγκες της κάθε κατηγορίας αναπήρων και ως εκ τούτου ασχολούνται με διαφορετική θεματολογία[169]. Έτσι στο χώρο ευθύνης του Τμήματος Οργάνωσης

[169] . Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005): «Οργανόγραμμα Λειτουργίας», ΥΥ&ΚΑ, Αθήνα

και λειτουργίας δομών και προγραμμάτων ανοικτής κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης εμπίπτουν οι παρακάτω δραστηριότητες:

- Η έρευνα των προβλημάτων, η διαπίστωση του μεγέθους τους, η μελέτη και η επεξεργασία των νέων σύγχρονων μορφών και μεθόδων κοινωνικής φροντίδας των ατόμων με ειδικές ανάγκες και χρονίως πασχόντων και η κατάρτιση σχετικών προγραμμάτων.
- Η έγκριση, η παρακολούθηση και η εποπτεία της εφαρμογής διαφόρων προγραμμάτων για άτομα με ειδικές ανάγκες και χρονίως πάσχοντες. Η λήψη μέτρων για βελτίωση αυτών των προγραμμάτων σε συνεργασία με συναρμόδια υπουργεία, φορείς, οργανώσεις, την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) και άλλους Διεθνείς Οργανισμούς.
- Ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων για την παροχή πάσης φύσεως ενίσχυσης στα άτομα με ειδικές ανάγκες και χρονίως πασχόντων σε συνάρτηση με την έκδοση των αναγκαίων πράξεων σύστασης, κατάργησης, μεταφοράς, συγχώνευσης, μετατροπής πάσης φύσεως φορέων για τα άτομα αυτά και η χωροταξική κατανομή τους.
- Εξ αιτίας του παραπάνω, στο Τμήμα έχει ανατεθεί ο καθορισμός των όρων και προϋποθέσεων της σύστασης, οργάνωσης και λειτουργίας των πάσης φύσεως φορέων κοινωνικής προστασίας, (αναφορά και παρουσίασή τους γίνεται αμέσως πιο κάτω). Ταυτόχρονα όμως ασκείται η εποπτεία και η παρακολούθηση του έργου και της λειτουργίας τους σε συνδυασμό τον καθορισμό των όρων και των ορίων κάθε μορφής οικονομικής ενίσχυσής τους.
- Στην αρμοδιότητά του βρίσκεται η συγκέντρωση και επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων, που υποβάλλονται από κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς προνοιακού. Στόχος, αφ΄ενός μεν η ενημέρωση και η βελτίωση τυχόν δυσλειτουργιών, αφ' ετέρου δε ο προγραμματισμός και η οργάνωση, σε συνεργασία με τις αρμόδιες Υπηρεσίες, κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς, ερευνητικών προγραμμάτων, σεμιναρίων, συζητήσεων, διαλέξεων. Έχοντας τα δεδομένα αυτά μπορεί να προβαίνει στη σύναψη συμβάσεων με ερευνητικά κέντρα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, με εκπαιδευτικά ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, να παρακολουθεί τις εκπονούμενες έρευνες και τα διάφορα καινοτόμα προγράμματα, που εφαρμόζονται πειραματικά, έχοντας τη δυνατότητα εξαγωγής συμπερασμάτων.
- Επειδή έχει τη δυνατότητα επιχορήγησης από τις πιστώσεις του Ειδικού Κρατικού Λαχείου σε φορείς αρμοδιότητας του Τμήματος, μπορεί να οργανώνει και να παρακολουθεί όλα τα προγράμματα οικονομικής φύσεως τηρώντας βάσεις δεδομένων των επιδοτουμένων κάθε μορφής.

- Συνεργάζεται για θέματα ατόμων με ειδικές ανάγκες και χρονίως πασχόντων με φορείς Πρώτου, Δεύτερου και Τρίτου Βαθμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Έτσι, εκ παραλλήλου, σε συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σχεδιάζει, πραγματοποιεί, εγκρίνει μελέτες και παρακολούθηση εφαρμογής από ιδρύματα και άλλους φορείς, αρμοδιότητας της Διεύθυνσης, προγραμμάτων προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης και ένταξης στην παραγωγική διαδικασία στοχεύοντας στην αλληλοαποδοχή, την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ανάγκες και χρονίως πασχόντων.
- Έχει τη δυνατότητα ένταξης έργων στο Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων ή σε άλλα προγράμματα (Ευρωπαϊκή Ένωση, κ.λ.π.), κατόπιν συνεργασίας με τα άλλα Τμήματα, καθώς και υποβολής προτάσεων προς τη Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης για δημιουργία και εφαρμογή από αυτήν προγραμμάτων αγωγής υγείας.
- Τέλος εποπτεύει τον Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας για θέματα αρμοδιότητας του Τμήματος.

Κατ' αντιστοιχία στο Τμήμα Οργάνωσης και λειτουργίας δομών και προγραμμάτων αυξημένης φροντίδας έχουν ανατεθεί οι παρακάτω αρμοδιότητες:

- Η έρευνα των διαφόρων προβλημάτων, ο εντοπισμός του μεγέθους τους, η μελέτη και η επεξεργασία των νέων σύγχρονων μορφών και μεθόδων κοινωνικής φροντίδας των ατόμων με ειδικές ανάγκες και χρονίως πασχόντων καθώς και η κατάρτιση σχετικών προγραμμάτων.
- Ο σχεδιασμός, η έγκριση και η παρακολούθηση εφαρμογής προγραμμάτων σε συνεργασία με φορείς του εσωτερικού, την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) ή άλλους Διεθνείς Οργανισμούς. Αυτό συνεπάγεται τη δυνατότητα της εποπτείας και παρακολούθησης των εφαρμοζομένων προγραμμάτων, για άτομα με ειδικές ανάγκες και χρονίως πάσχοντες, άρα και τη δυνατότητα λήψης μέτρων για βελτίωση αυτών των προγραμμάτων. Ένα από αυτά, το βασικότερο, είναι και ο καθορισμός της οικονομικής ενίσχυσης αυτών.
- Μπορεί να προβεί στην έκδοση των αναγκαίων πράξεων σύστασης, κατάργησης, μεταφοράς, συγχώνευσης, μετατροπής πάσης φύσεως φορέων για άτομα με ειδικές ανάγκες και χρονίως πάσχοντες και η χωροταξική κατανομή τους. Αυτό παρέχει τη δυνατότητα καθορισμού των όρων και των προϋποθέσεων σύστασης, οργάνωσης και λειτουργίας των πάσης φύσεως φορέων κοινωνικής προστασίας για άτομα με ειδικές ανάγκες και χρονίως πάσχοντες. Πιο απτά, στις αρμοδιότητες του

Τμήματος υπάγεται η ανάπτυξη μονάδων περίθαλψης σε ιδρύματα, ο καθορισμός νοσηλίου σ' αυτές σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας.

- Σε συνεργασία με τις αρμόδιες Υπηρεσίες, κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς, μπορεί να προγραμματίσει και οργανώσει ερευνητικών προγραμμάτων, σεμιναρίων, συζητήσεων, διαλέξεων. Η αρμοδιότητα αυτή συνεπάγεται τη δυνατότητα, συγκέντρωσης και επεξεργασίας στατιστικών στοιχείων, από κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς προνοιακού χαρακτήρα αρμοδιότητας του Τμήματος με σκοπό την ενημέρωση και τη βελτίωση τυχόν δυσλειτουργιών.
- Έχει τη δυνατότητα επιχορήγησης φορέων αρμοδιότητας του Τμήματος από τις πιστώσεις του Ειδικού Κρατικού Λαχείου και την οργάνωση και παρακολούθηση όλων των προγραμμάτων οικονομικής φύσεως για τα οποία έχει αρμοδιότητα το Τμήμα. Κατ' επέκταση παρέχεται το δικαίωμα σύναψης συμβάσεων με ερευνητικά κέντρα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου ή εκπαιδευτικά ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και η μέριμνα για την παρακολούθηση των εκπονουμένων ερευνών.
- Συνεργάζεται για θέματα ατόμων με ειδικές ανάγκες και χρονίως πασχόντων με φορείς του Πρώτου, Δεύτερου και Τρίτου Βαθμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Σε συνεργασία με άλλα Τμήματα της Διεύθυνσης, μπορεί να προβεί στην ένταξη έργων στο Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων ή σε άλλα προγράμματα (Ευρωπαϊκή Ένωση, κ.λπ.). Υποβάλει προτάσεις προς τη Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης για τη δημιουργία και την εφαρμογή από αυτήν προγραμμάτων αγωγής υγείας.
- Τέλος εποπτεύει τον Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας για θέματα αρμοδιότητας του Τμήματος.

Οι εποπτευόμενοι φορείς από τη Γενική Διεύθυνση Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι:

i. Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας.
ii. Το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών
iii. Η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία
iv. Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης
v. Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

I. Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας.

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β.) είναι Ν.Π.Δ.Δ. με έδρα την Αθήνα. Ιδρύθηκε με το άρθρο 6 του Ν.3106/2003. Διοικείται από πενταμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Σκοπός του είναι ο συντονισμός του δικτύου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης σε άτομα, οικογένειες και πληθυσμιακές ομάδες που διέρχονται έντονη συναισθηματική κρίση ή περιέρχονται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Συγκεκριμένα παρέχει τις παρακάτω υπηρεσίες:

- ✓ Συμβουλευτική πληροφόρηση και ενημέρωση σε θέματα πρόνοιας.
- ✓ Ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα, οικογένειες και ομάδες.
- ✓ Προσωρινή φιλοξενία σε ξενώνες σε άτομα που βιώνουν κάποια κρίση ή βρίσκονται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης*.
- ✓ Συντονισμό και διαμεσολάβηση για πρόσβαση σε υπηρεσίες κοινωνικής αλληλεγγύης που προσφέρονται από άλλους φορείς , μη κερδοσκοπικές εταιρείες και μη κυβερνητικές οργανώσεις.

Η ομάδα στόχος των υπηρεσιών του Ε.Κ.Α.Κ.Β. είναι άτομα και πληθυσμιακές ομάδες, με τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- ✓ Παιδιά και έφηβοι που κακοποιούνται.
- ✓ Παιδιά και έφηβοι που παραμελούνται ή περιφέρονται.
- ✓ Έφηβοι που εγκαταλείπουν το σπίτι τους.
- ✓ Κακοποιημένες γυναίκες θύματα οικογενειακής βίας.
- ✓ Ενήλικοι και ηλικιωμένοι που χρήζουν άμεσης κοινωνικής βοήθειας
- ✓ Άτομα που βρίσκονται σε κρίση και έντονη συναισθηματική φόρτιση κ.λ.π.

Το δίκτυο των προσφερόμενων υπηρεσιών του Ε.Κ.Α.Κ.Β. περιλαμβάνει:

I Την Τριψήφια Τηλεφωνική Γραμμή Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας 197.
II Τα Κέντρα Κοινωνικής Στήριξης (Κ.Κ.Σ.).
III Η Υπηρεσία Διαχείρισης Κρίσεων .
IV Η Υπηρεσία Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης .

---

* Έκτακτη κοινωνική βοήθεια θεωρείται ότι χρήζουν τα άτομα, οι οικογένειες ή οι ομάδες που αντιμετωπίζουν έντονα προβληματικές καταστάσεις ή καταστάσεις κρίσης ή κοινωνικού αποκλεισμού ή κοινωνικούς κινδύνους που προκύπτουν από φυσικά φαινόμενα ή από συνδυασμό ψυχοκοινωνικών, σωματικών ή/και οικονομικών παραγόντων και που αδυνατούν να τα χειρισθούν μόνα τους.

V Οι Ξενώνες Σύντομης Φιλοξενίας

α. Η Τηλεφωνική Γραμμή Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας.

Αποτελεί το κεντρικό σημείο παροχής υπηρεσιών άμεσης κοινωνικής βοήθειας και έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Λειτουργεί σε 24ωρη βάση όλες τις ημέρες της εβδομάδας.
- Παρέχει συμβουλευτική, ψυχολογική στήριξη και πληροφόρηση.
- Κινεί τους μηχανισμούς άμεσης κοινωνικής παρέμβασης.
- Κάνει παραπομπές στις υπόλοιπες υπηρεσίες του δικτύου του Ε.Κ.Α.Κ.Β., καθώς και σε άλλες κοινωνικές Υπηρεσίες και φορείς για περαιτέρω βοήθεια .

β. **Τα Κέντρα Κοινωνικής Στήριξης (Κ.Κ.Σ.) .**

Είναι εγκατεστημένα στους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, σε διάφορα δημοτικά διαμερίσματα, ΠΙΝΑΚΑΣ 7.

Αποτελούν τις περιφερειακές πύλες εισόδου στο σύστημα της άμεσης κοινωνικής φροντίδας και είναι στελεχωμένα με κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και κοινωνιολόγους. Αξιολογούν τα διάφορα περιστατικά παρέχοντας ψυχολογική στήριξη και πληροφόρηση ενώ έχουν τη δυνατότητα παραπομπής περιστατικών στους ξενώνες σύντομης φιλοξενίας και παρέμβασης στο σπίτι και στις εστίες εμφάνισης του προβλήματος για άμεση παροχή υπηρεσιών

γ. **Η Υπηρεσία Διαχείρισης Κρίσεων.**

Παρεμβαίνει σε περιπτώσεις φυσικών καταστροφών και ατυχημάτων με πολλά θύματα προκειμένου να προσφέρει κοινωνική και ψυχολογική στήριξη στα ίδια τα πληγέντα άτομα ή στους συγγενείς τους. Στελεχώνεται από εξειδικευμένο προσωπικό και διαθέτει κινητή μονάδα η οποία λειτουργεί ως επιτελικό επιχειρησιακό κέντρο.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 7

ΚΕΝΤΡΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΑΤΤΙΚΗΣ		
ΥΠΗΡΕΣΙΑ	**ΤΗΛΕΦΩΝΟ**	***FAX***
Κ.Κ.Σ. ΑΓ. Ι. ΡΕΝΤΗ Θεσσαλονίκης 9, Αγ. Ι. Ρέντης, 18233	210 4257553, 210 4257551	210 4257551
Κ.Κ.Σ. ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΩΝ Βασ. Σοφίας 135 & Ζαχάρωφ, Αμπελόκηποι, Αθήνα, 11521	210 6497706, 210 6497771, 210 6497778	210 6497773, 210 6497766, 210 6497763
Κ.Κ.Σ. ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ Κουντουριώτου & Παπαφλέσσα, Δραπετσώνα, 18648	210 4614083	210 4614083
Κ.Κ.Σ. ΚΑΛΑΜΑΚΙΟΥ-ΑΓ. ΣΩΣΤΗ Τσουκανέλη 7, Καλαμάκι, 17455	210 9844734	210 9844734
Κ.Κ.Σ. ΛΑΥΡΙΟΥ Συνοικία Ρουμάνικα, Λαύριο, 19500	22920 69163	22920 69164
Κ.Κ.Σ. Ν. ΙΩΝΙΑΣ Γαληνού & Αγ. Όλγας, Ν. Ιωνία, 14233	210 2790086	210 2790086
Κ.Κ.Σ. ΠΕΙΡΑΙΑ Καραολή Δημητρίου & Ηρώων Πολυτεχνείου 19, Πειραιάς, 18532	210 4122088	210 4122610
Κ.Κ.Σ. ΠΛ. ΒΑΘΗΣ Καρόλου 16, Αθήνα, 10437	210 5236541, 210 5236641	210 5236641
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ		
Κ.Κ.Σ. ΦΟΙΝΙΚΑ Εθνικής Αντιστάσεως & Θησέως, Θεσ/νίκη, 55134	2310 471101	2310 471101
Κ.Κ.Σ. ΠΥΛΗΣ ΑΞΙΟΥ Γαλανάκη 1 , Ξηροκρήνη , Θες/νίκη , 54629	2310 550906	2310 550905

δ. **Η Υπηρεσία Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης.**

Περιλαμβάνει δύο υπηρεσίες :

1. Την Υπηρεσία Επιτόπιας Παρέμβασης. Παρεμβαίνει στο σημείο που αναφέρεται ή καταγγέλλεται το περιστατικό χρησιμοποιώντας αυτοκίνητο με πλήρωμα που απαρτίζεται από ειδικευμένο προσωπικό.
2. Την Υπηρεσία υποδοχής. Σ' αυτήν μπορούν να απευθύνονται οι άμεσα ή έμμεσα ενδιαφερόμενοι για επίλυση προβλημάτων που τους έχουν οδηγήσει σε κατάσταση κρίσης και να ζητούν κοινωνική ή ψυχολογική στήριξη.

ε. Οι Ξενώνες Σύντομης Φιλοξενίας.

Οι Ξενώνες Σύντομης Φιλοξενίας παρέχουν προσωρινή φιλοξενία (κατάλυμα και φροντίδα) σε ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, όπως παιδιά, έφηβοι, μητέρες με παιδιά, κακοποιημένες γυναίκες και θύματα οικογενειακής βίας, θύματα παράνομης εμπορίας και διακίνησης με σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευση. Πέραν της φιλοξενίας, παρέχεται στους εξυπηρετούμενους κατά τη διάρκεια της διαμονής τους, από ειδικευμένο στελεχιακό δυναμικό, συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη.

Οι Ξενώνες συνεργάζονται με τα Κέντρα Κοινωνικής Στήριξης της περιοχής τους και τους δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς που δραστηριοποιούνται στον ίδιο χώρο, (Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, Μη Κερδοσκοπικές Εταιρείες, Δήμους, κ..λ.π.), για να βρεθεί οριστική λύση στο πρόβλημα του εξυπηρετούμενου. Λειτουργούν ένας ξενώνας προσωρινής φιλοξενίας για κακοποιημένες γυναίκες και γυναίκες με παιδιά στην Αθήνα, καθώς και δύο ξενώνες (ένας στην Αθήνα και ένας στην Θεσσαλονίκη) για γυναίκες θύματα εμπορίας και διακίνησης με σκοπό την σεξουαλική εκμετάλλευση.

Ειδικότερα στην περίπτωση των παιδιών η κοινωνική προστασία παρέχεται από τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας των Διευθύνσεις Υγείας Πρόνοιας, (ΔΥΠΕ), ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7, και από Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, εκκλησιαστικά ή φιλανθρωπικά. Στις Μονάδες αυτές εισάγονται παιδιά που αποδεδειγμένα είναι απροστάτευτα και στερούνται οικογενειακής φροντίδας καθώς και παιδιά που βρίσκονται σε κρίση. Η ηλικία εισαγωγής είναι από 5½ έως 16 ετών. Εξαίρεση αποτελούν το Κέντρο Παιδικής Μέριμνας Θηλέων Ρόδου και η Παιδόπολη «Άγιος Ανδρέας» Καλαμακίου που εισάγουν και παιδιά μικρότερης ηλικίας. Αποχωρούν από τα Ιδρύματα μετά τη συμπλήρωση του 18^{ου} έτους της ηλικίας τους ή και νωρίτερα στην περίπτωση που έχουν εκλείψει οι λόγοι εισαγωγής τους. Όσα παιδιά σπουδάζουν, παραμένουν μέχρι την ολοκλήρωση των σπουδών τους και την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Αντίστοιχη λειτουργία με τα παραπάνω δημόσια ιδρύματα έχουν και τα εκκλησιαστικά και φιλανθρωπικά ιδρύματα, τα οποία φιλοξενούν παιδιά σχολικής ηλικίας εκτός από τα Παιδικά Χωριά SOS, το Παιδικό Χωριό Βορείου Ελλάδος και το Πρότυπο Νηπιοτροφείο Καλλιθέας, που δέχονται και παιδιά μικρότερης ηλικίας. Η εισαγωγή γίνεται μετά από αίτηση του γονέα ή του κηδεμόνα ή κατόπιν εισαγγελικής εντολής. Για την εισαγωγή σε Δημόσιο Ίδρυμα, οι εμπλεκόμενοι φορείς είναι, οι Υπηρεσίες Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, οι Περιφέρειες και το Ε.Κ.Α.Κ.Β. , ενώ για εισαγωγή σε Ιδρύματα Ιδιωτικού δικαίου είναι οι Υπηρεσίες Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και το Ε.Κ.Α.Κ.Β.

ΙΙ. **Το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (ΚΕΑΤ).**

Το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (ΚΕΑΤ), βρίσκεται στην Αθήνα, στην περιοχή της Καλλιθέας και είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Υπήρξε το αποτέλεσμα εξέλιξης του «Οίκου Τυφλών» και το 1979 έγινε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, με την επωνυμία «Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών», (ΚΕΑΤ), με το Προεδρικό Διάταγμα 265/17- 4 – 79 και η οργάνωσή του παγιώθηκε οριστικά με το Νόμο 2646/98.

Η ιδέα ίδρυσης του «Οίκου Τυφλών» ανήκει στον Δημήτριο Βικέλα και τον ποιητή Γεώργιο Δροσίνη. Η ίδρυση πραγματοποιήθηκε στις 7 Μαΐου 1906 ενώ το 1912 με προσφορά των κληρονόμων του Νικολάου Δ. Άμπετ, κτίστηκε το «Αμπέτειον Μέλαθρον», το οποίο στέγασε τη διεύθυνση, τα οικοτροφεία, τις σχολές και τα εργαστήρια του «Οίκου Τυφλών».Το 1924 δωρίθηκε το Νικολοπούλειο οίκημα που χρησιμοποιήθηκε για πολλά χρόνια ως οικοτροφείο αρρένων και ως επαγγελματική σχολή. Το 1928 ολοκληρώθηκε το οικοτροφείο θηλέων ενώ λειτούργησαν οι τέσσερις τάξεις του δημοτικού σχολείου και διετές νηπιαγωγείο.

Το 1946 μετά την επίσκεψη της Έλεν Κέλλερ, ιδρύθηκε το ειδικό τμήμα εκπαίδευσης τυφλοκωφών και το 1952 ιδρύθηκε ειδική τάξη για την εκπαίδευση τυφλών παιδιών με νοητική υστέρηση ενώ δόθηκε συγχρόνως στους τυφλούς το δικαίωμα εισόδου στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Σκοπός του Κέντρου είναι ο συντονισμός του δικτύου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε άτομα, οικογένειες ή ομάδες που αντιμετωπίζουν καταστάσεις κρίσεως και έχουν άμεση ανάγκη κοινωνικής βοήθειας. Σήμερα διαθέτει σε επίπεδο πρόνοιας:

- ☑ Οικοτροφείο
- ☑ Κοινωνική Υπηρεσία
- ☑ Βιβλιοθήκη και Τυπογραφείο Braill
- ☑ Εργαστήριο Ειδικού Εποπτικού Υλικού
- ☑ Ψυχολογική Υπηρεσία

Επιπλέον παρέχεται συμβουλευτική υποστήριξη, προσωρινή στέγη, διατροφή και ένδυση, πληροφορίες και ενημέρωση για προνοιακά δικαιώματα και παροχές ενώ πραγματοποιούνται επείγουσες κοινωνικές παρεμβάσεις κατ΄ οίκον ή στο δρόμο.

Στο εκπαιδευτικό επίπεδο το ΚΕΑΤ δραστηριοποιείται ως επί των πλείστων σε προσχολικές και σχολικές ηλικίες ενώ δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα σε νεοτυφλωθέντα άτομα και έχει οργανωμένα:

- ☑ Προνηπιακό Τμήμα
- ☑ Νηπιαγωγείο και Δημ. Σχολείο υπό την εποπτεία του ΥΠΕΠΘ.
- ☑ Τμήμα Κινητικότητας

Ένα σημαντικό κομμάτι των σημερινών δραστηριοτήτων του κέντρου έχει να κάνει με συνεργασίες με μια σειρά οργανισμών στην Ελλάδα και το εξωτερικό που φαίνονται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8.

III. **Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.**

Η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες είναι η οργάνωση εκπροσώπησης των ατόμων με αναπηρίες στην ελληνική Πολιτεία και κοινωνία και αποτελεί τον τριτοβάθμιο κοινωνικοσυνδικαλιστικός φορέας του αναπηρικού κινήματος. Ιδρύθηκε το 1989 από οργανώσεις ατόμων με αναπηρίες και των οικογενειών τους, με σκοπό να υπερασπίζεται τα θέματα όλων των κατηγορών αναπηρίας αποτελώντας ανεξάρτητο και ισχυρό φορέα εκπροσώπησης των ατόμων με αναπηρίες. Στόχος της είναι η καταπολέμηση των διακρίσεων που βιώνουν τα άτομα με αναπηρίες και η κατοχύρωση των δικαιωμάτων αυτών και των οικογενειών τους. Η αποστολή της πραγματώνεται με την προώθηση μέτρων πολιτικής και νομοθετικών δεσμευτικών ρυθμίσεων.

Τα βασικά όργανα της δομής και της σύνθεσής της είναι:

α. Το Πανελλαδικό Συνέδριο των Αντιπροσώπων των Ομοσπονδιών και Σωματείων της δύναμης της, ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 9, που αποφασίζει για όλα τα ζητήματα που αφορούν στη Συνομοσπονδία.

β. Το Γενικό Συμβούλιο, που εκλέγεται κάθε τρία χρόνια από το Πανελλαδικό Συνέδριο. Είναι το καταστατικό όργανο που διοικεί τη Συνομοσπονδία και αποτελείται από τριάντα τρία (33) μέλη, από τα οποία τα δεκαεννιά (19) είναι άτομα με αναπηρίες και τα δεκατέσσερα (14) είναι γονείς ατόμων με αναπηρίες.

γ. Η Εκτελεστική Γραμματεία, που εκλέγεται από το Γενικό Συμβούλιο και είναι αρμόδια για την εκτέλεση των αποφάσεων του Γενικού Συμβουλίου και κατά συνέπεια έχει την ευθύνη λειτουργίας της Συνομοσπονδίας. Απαρτίζεται από έντεκα (11) μέλη που είναι άτομα με αναπηρίες καθώς και γονείς ατόμων με αναπηρίες.

Η δράση της συνομοσπονδίας αποσκοπεί:

- ✓ Στην προώθηση προς τις δημόσιες αρχές των θέματα που απασχολούν τα άτομα με αναπηρίες.
- ✓ Στην εξασφάλιση της ανάπτυξης και της εφαρμογής πολιτικών ίσων ευκαιριών για τα άτομα με αναπηρίες.
- ✓ Στην ανάδειξη της διάστασης της αναπηρίας και στην οικοδόμηση της κοινωνικής αλληλεγγύης.
- ✓ Στο συντονισμό της δράσης όλων των φορέων – μελών της, επιδιώκοντας την ανάπτυξη του αναπηρικού κινήματος σε ολόκληρη τη χώρα.

Η Συνομοσπονδία προωθεί τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες συμμετέχοντας κατά το παρελθόν αλλά και σήμερα μεταξύ άλλων:

- ☑ Στην Εθνική Επιτροπή Οργάνωσης των Ολυμπιακών Αγώνων 2004
- ☑ Στη Συμβουλευτική Επιτροπή Παραολυμπιακών Αγώνων 2004
- ☑ Στην Εθνική Συντονιστική Επιτροπή για το Ευρωπαϊκό Έτος Ατόμων με Αναπηρίες και την Εκτελεστική Επιτροπή αυτής.
- ☑ Στην Επιτροπή Παρακολούθησης του Γ΄ ΚΠΣ 2000 – 2006:
- ☑ Στις Επιτροπές Παρακολούθησης Τομεακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων και Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων
- ☑ Στο Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου
- ☑ Στο Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας
- ☑ Στο Εθνικό Συμβούλιο Διοικητικής Μεταρρύθμισης
- ☑ Στις Α΄ βάθμιες και Β΄ βάθμιες Επιτροπές Ν. 2643/98, που αφορά τη διαδικασία πρόσληψης των ατόμων με αναπηρίες στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.
- ☑ Στο Διοικητικό Συμβούλιο του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων
- ☑ Σε Διοικητικά Συμβούλια Κέντρων Αποθεραπείας και Αποκατάστασης, Οργανισμών, σε Επιτροπές Υπουργείων, σε Ομάδες Διοίκησης Έργων που σχετίζονται με την αναπηρία.

Μετά την υιοθέτηση της Συνθήκης του Amsterdam, από τα κράτη μέλη της Ε. Ε, και συγκεκριμένα με το άρθρο 13 για την καταπολέμηση των διακρίσεων, είναι ξεκάθαρο ότι τα ζητήματα της αναπηρίας δεν αποτελούν αποκλειστικά προνόμιο της πολιτικής του κάθε κράτους μέλους αλλά η Ένωση παίζει καθοριστικό ρόλο στον τομέα αυτόν. Έτσι η Συνομοσπονδία μετέχει στο Ευρωπαϊκό Φόρουμ Ατόμων με Αναπηρίες, αναπτύσσοντας σχέσεις με τα

Εθνικά Συμβούλια Ατόμων με Αναπηρίες των άλλων κρατών μελών αλλά και των υπό ένταξη στην Ένωση κρατών.

Η Συνομοσπονδία αγωνίζεται προκειμένου η αναπηρία να γίνει ορατή σε όλα τα επίπεδα της ελληνικής Πολιτείας και κοινωνίας. Παράγει και διαχέει πληροφόρηση σχετικά με όλες τις εθνικές πολιτικές και πρωτοβουλίες που αφορούν τα άτομα με αναπηρίες. Η πληροφόρηση αυτή απευθύνεται στις οργανώσεις, μέλη της, στους αρμόδιους θεσμούς της ελληνικής Πολιτείας, στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στα άτομα με αναπηρίες και στο σύνολο της ελληνικής κοινωνίας.

IV. ***Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης.***

Υπήρξε προϊόν του κοινωνικού μετασχηματισμού της ελληνικής κοινωνίας. Ιδρύθηκε το 2005 με το Ν.3370 ως μετεξέλιξη του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας, (Ε.ΣΥ.Κ.Φ), οργανισμού στον οποίο είχαν ενσωματωθεί από το 1998 οι προνοιακοί φορείς του ΠΙΚΠΑ και του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας και Κέντρου Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ». Ο νέος φορέας καλύπτει ένα ουσιαστικό κενό στο χώρο της κοινωνικής αλληλεγγύης και αποτελεί εργαλείο έρευνας, αξιολόγησης, τεκμηρίωσης, εκπαίδευσης και εξειδικευμένων εφαρμογών στο χώρο της κοινωνικής πολιτικής, καθώς και το κύριο επιστημονικό εργαλείο στήριξης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη διαμόρφωση και εφαρμογή των πολιτικών και των προγραμμάτων του. Διοικείται από επταμελές διεπιστημονικό Διοικητικό Συμβούλιο.

V. Οι **Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.**

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις με τις οποίες έχει άμεση συνεργασία το Υπουργείο είναι:

- ✓ Η Διεθνής Αμνηστία
- ✓ Η Actionaid Ελλάς
- ✓ Οι Special Olympics
- ✓ Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα
- ✓ Οι Γιατροί του Κόσμου
- ✓ Το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες
- ✓ Η Ομοσπονδία Εθελοντικών ΜΚΟ Ελλάδος
- ✓ Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
- ✓ Η Κλίμακα
- ✓ Το Ελληνικό Κέντρο Προώθησης του Εθελοντισμού
- ✓ Ο Πανελλαδικός Σύνδεσμος Παραπληγικών και Κινητικά Αναπήρων

- ✓ Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Παραπληγικών
- ✓ Η UNICEF
- ✓ Ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος Τυφλών
- ✓ Η Social Platform
- ✓ Το European Disability Forum
- ✓ Το World Institute on Disability
- ✓ Η Disability Rights Commission, UK
- ✓ Η Αναπηρία Τώρα
- ✓ Η Disabled People's International Europe
- ✓ Η «Εύξεινη Πόλη»-Κέντρο Πληροφόρησης και Υποστήριξης Κοινωνικά Αποκλεισμένων Ομάδων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Οι εκπαιδευτικές υπηρεσίες του υπουργείου εθνικής παιδείας και θρησκευμάτων

Η ιστορία της ελληνικής εκπαίδευσης ακολουθεί την αντίστοιχη του νεοελληνικής κοινωνίας. Βασικό στοιχείο από την ίδρυση του ελληνικού κράτους μέχρι σήμερα υπήρξε η εξάρτησή του από κέντρα καπιταλιστικών μητροπόλεων. Η όποια ανάπτυξη είχε τη μορφή που χαρακτηρίστηκε ως «ανάπτυξη εν υπαναπτύξει»[170]. Το γεγονός αυτό καθόρισε τόσο την οργάνωση όσο και τις προσπάθειες για μεταρρύθμιση της εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Έτσι οι κατά καιρούς παρεμβάσεις στην εκπαίδευση δεν ήταν ολοκληρωμένες του τύπου των αντίστοιχων, που πραγματοποιήθηκαν στις καπιταλιστικές μητροπόλεις. Στόχευαν στην προσαρμογή της εκπαίδευσης στο μοντέλο της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης, που θα διατηρούσε ως κυρίαρχο δομικό στοιχείο της ελληνικής κοινωνίας την εξάρτηση.

Μετά την απελευθέρωση από τον Οθωμανικό ζυγό, το ελληνικό εκπαιδευτικό οργανώθηκε από την αρχή. Ακολουθήθηκε μια συντηρητική εκπαιδευτική πολιτική, επηρεασμένη από τους γερμανικούς, (βαυαρικούς) εκπαιδευτικούς νόμους των αρχών του 19ου αιώνα[171]. Η επίδραση αυτή συνεχίστηκε μερικώς μέχρι τη δεκαετία του 1960[172]. Η πολιτική αυτή αγνοούσε τη νεοελληνική πραγματικότητα και περιστρεφόταν συνεχώς με ότι είχε να κάνει με την κλασική εποχή.

Γενικά εκπαιδευτικές αλλαγές δεν μπορούν να υπάρξουν χωρίς δομικές κοινωνικές αλλαγές. Ειδικά οι παρεμβάσεις και οι μεταρρυθμίσεις στην εκπαίδευση προσδιορίζονται και οριοθετούνται από την εξέλιξη της κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης προς την οποία υποχρεώνεται να συνδεθεί η εκπαίδευση. Μπορεί να παρατηρήσει κανείς πως το μοντέλο αυτό της κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης, αποτελεί μια εξωεκπαιδευτική πολιτική επιλογή. Στην περίπτωση που το επιδιωκόμενο μοντέλο είναι ο καπιταλιστικός τρόπος παραγωγής, τότε οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στην εκπαίδευση, είναι αποκλειστικά αστικές και επιδιώκουν την προσαρμογή της στις ανάγκες ανάπτυξης

---

[170] Frank. A. G (1969): «Kapitalismus und Unterentwicklung in Lateinamerika», Frankfurt am Main

[171] Λαμπράκη – Παγανού. Α (1988): «Η εκπαίδευση των ελληνίδων κατά την Οθωνική περίοδο», Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Αθήνα. - Λεωνίδα. Σ (1976): «Η Βαυαρική επίδραση στην Ελληνική Εκπαίδευση τον ΙΘ' αιώνα», Πανεπιστήμιο Βιέννης, Διδακτορική Διατριβή

[172] .Χατζηστεφανίδης. Θ (1986): «Ιστορία της Νεοελληνικής Εκπαίδευσης 1821 – 1986», Παπαδήμας, Αθήνα.

και εκσυγχρονισμού της καπιταλιστικής οικονομίας. Αυτό συνέβη στην Ελλάδα όπου οι παρεμβάσεις στο εκπαιδευτικό σύστημα φαίνεται να πετυχαίνουν βραχυπρόθεσμα τη διαχείριση των διαφαινόμενων κρίσεων οδηγώντας σε κάποιες πιο εξελιγμένες μορφές οικονομικής οργάνωσης όπως π.χ της εκβιομηχάνισης. Μακροχρόνια όμως, οδηγούν σε χρεοκοπία και συνακόλουθη παλινδρόμηση που καθιστά τη χώρα εκσυγχρονισμένη περιφέρεια. Οι Νικολινάκος και Legewie προσεγγίζοντας το φαινόμενο και αναφερόμενοι στην Ελλάδα, τη χαρακτηρίζουν ως « σε καπιταλιστική υπομητρόπολη» [173].

Σήμερα η Εκπαίδευση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική για όλα τα παιδιά μεταξύ των ηλικιών 6 –15[174]. Στην υποχρεωτική εκπαίδευση περιλαμβάνονται η Πρωτοβάθμια, (Δημοτικό Σχολείο), και το πρώτο επίπεδο της Δευτεροβάθμιας, (Γυμνάσιο). Στην πραγματικότητα όμως η σχολική ζωή των παιδιών μπορεί να ξεκινά από την ηλικία των 2,5 ετών, (Προσχολική Εκπαίδευση), σε ιδρύματα (ιδιωτικά και δημόσια) που ονομάζονται Βρεφονηπιακοί Παιδικοί Σταθμοί. Το σχολικό έτος 2000 – 2001 λειτούργησαν 2. 579 βρεφονηπιακοί σταθμοί σε όλη την επικράτεια κι απ' αυτούς 1.489 ήταν δημόσιοι και 1.090 ιδιωτικοί, ΠΙΝΑΚΑΣ 8 . Ορισμένοι Βρεφονηπιακοί Παιδικοί σταθμοί διαθέτουν και Νηπιακά Τμήματα που λειτουργούν παράλληλα προς τα Νηπιαγωγεία. Τη σχολική χρονιά 1999 – 2000, λειτούργησαν 5.600 νηπιαγωγεία, από τα οποία τα 5.489 ήταν δημόσια και τα 111 ιδιωτικά, ΠΙΝΑΚΑΣ 9.

[173] . Nikolinakos. M, Legewie. C (1975): «Europäische Peripherie: Zur Frage der Abhängigkeit des Mittelmeerraumes von Westeuropa», Meisenheim am Glan

[174]. Σύνταγμα της Ελλάδος, 1975

ΠΙΝΑΚΑΣ: 8

Παιδικοι – βρεφονηπιακοι σταθμοι

ΠΑΙΔΙΚΟΙ – ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ		
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΔΗΜΟΣΙΟΙ**	**ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ**
Αν. Μακεδονία - Θράκη	136	34
Αττική	390	497
Βόρειο Αιγαίο	32	17
Δυτική Ελλάδα	94	58
Δυτική Μακεδονία	118	14
Ήπειρος	88	23
Θεσσαλία	90	57
Ιόνια Νησιά	26	23
Κεντρική Μακεδονία	271	191
Κρήτη	75	84
Νότιο Αιγαίο	29	16
Πελοπόννησος	70	48
Στερεά Ελλάδα	70	28
ΣΥΝΟΛΟ	**1.489**	**1.090**

ΠΗΓΗ: *Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας*

ΠΙΝΑΚΑΣ: 9

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΧΟΛΕΙΩΝ**					
	Λειτουργούντα			Μη λειτουργούντα		
	5600			**267**		
	Δημόσια	**Ιδιωτικά**	**ΣΥΝΟΛΟ**	**Δημόσια**	**Ιδιωτικά**	**ΣΥΝΟΛΟ**
Αν. Μακεδονία – Θράκη	374	0	374	27	0	27
Κεντρική Μακεδονία	962	15	977	32	0	32
Δυτική Μακεδονία	257	0	257	32	0	32
Θεσσαλία	547	15	562	24	0	24
Ήπειρος	271	2	273	53	0	53
Ιόνια Νησιά	170	0	170	13	0	13
Δυτική Ελλάδα	445	4	449	22	0	22
Στερεά Ελλάδα	340	4	344	18	0	18
Πελοπόννησος	350	5	355	11	0	11
Αττική	999	62	1.061	15	1	16
Βόρειο Αιγαίο	152	1	153	2	0	2
Νότιο Αιναίο	202	0	202	5	0	5
Κρήτη	420	3	423	12	0	12
ΣΥΝΟΛΑ	**5.489**	**111**	**5.600**	**266**	**1**	**267**

* *Μη λειτουργούντα θεωρούνται τα σχολεία στα οποία, λόγω συγχωνεύσεων, δεν γράφτηκαν μαθητές*

ΠΗΓΗ: *Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας*

Παραστατική συνολική εικόνα του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος σε όλα τα επίπεδα μπορεί να έχει από το ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. απ' αυτό εύκολα μπορεί να διαπιστώσει κανείς την απόλυτα κάθετη λειτουργικότητά του στα δυο πρώτα επίπεδα και τη σχετικά μονοκατεύθυντη λειτουργία του στο ανώτερο και ανώτατο επίπεδό. Η επίσημη τυπική εκπαίδευση χαρακτηρίζεται από καθορισμένη διάρκεια σπουδών, επαναληψιμότητα και απονομή επίσημου τίτλου σπουδών στο τέλος τους, ο οποίος αποτελεί και την κρατική νομιμοποίησή της. Η διαβάθμιση των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων συνεπάγεται την υποχρέωση κατοχής του αποδεικτικού τίτλου, (απολυτηρίου, πτυχίου κλπ.), του προηγούμενου επιπέδου σπουδών για τη συνέχιση στο επόμενο.

Η διάρκεια της φοίτησης στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση (Δημοτικό) είναι εξαετής, με ηλικία εισόδου το 6^{ο} έτος. Παράλληλα προς τα κοινά Νηπιαγωγεία και Δημοτικά λειτουργούν και Ολοήμερα σχολεία, τα οποία έχουν διευρυμένο ωράριο λειτουργίας και εμπλουτισμένο Αναλυτικό Πρόγραμμα, (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2).

Η μετα - υποχρεωτική Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, σύμφωνα με την αναμόρφωση του 1997, περιλαμβάνει δυο τύπους σχολείων:

α. Τα Ενιαία Λύκεια

β. Τα Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια (ΤΕΕ).

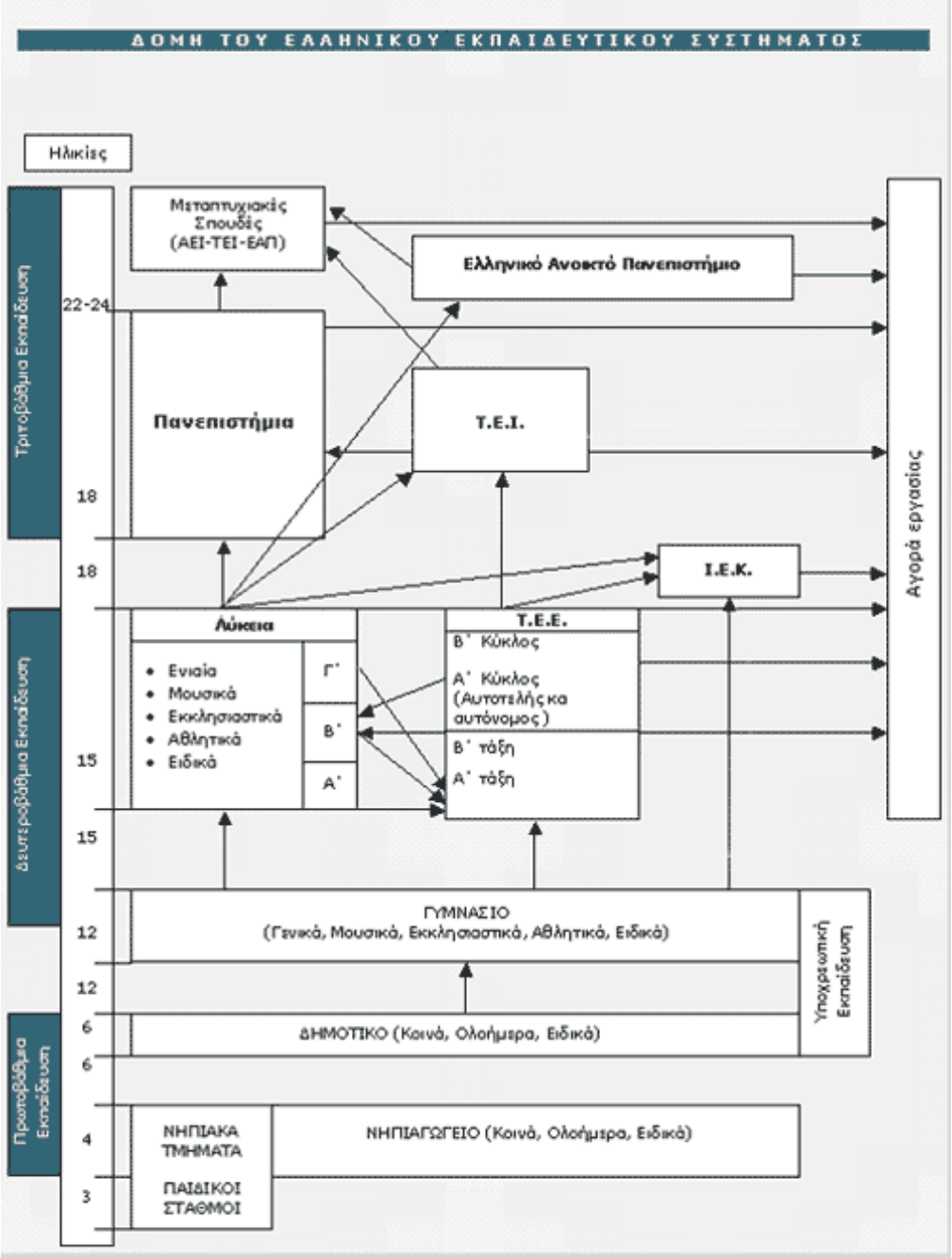
Η διάρκεια της φοίτησης είναι τρία χρόνια για τα Ενιαία Λύκεια και δυο χρόνια, (Α΄ κύκλος σπουδών), ή τρία χρόνια, (Β΄ κύκλος σπουδών) στα Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια, ενώ δεν αποκλείονται αμοιβαίες μετακινήσεις από τον ένα τύπο των σχολείων αυτών στον άλλο. Επίσης λειτουργούν και Μουσικά, Εκκλησιαστικά και Αθλητικά Γυμνάσια και Λύκεια.

Στη μετα-υποχρεωτική Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση εντάσσονται και τα Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ), τα οποία προσφέρουν επίσημη αλλά αδιαβάθμιτη εκπαίδευση. Τα Ιδρύματα αυτά χαρακτηρίζονται αδιαβάθμιτα, γιατί δέχονται τόσο αποφοίτους Γυμνασίου όσο και αποφοίτους Λυκείου, ανάλογα με τις επιμέρους ειδικότητες που προσφέρουν.

Η δημόσια πανεπιστημιακή εκπαίδευση παρέχεται στα ΑΕΙ και τα ΤΕΙ. Η εισαγωγή των φοιτητών στα ιδρύματα αυτά εξαρτάται από την επίδοσή τους σε εξετάσεις εθνικού επιπέδου που λαμβάνουν χώρα στη Β΄ και Γ΄ τάξη του Λυκείου. Επιπρόσθετα, στο Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο οι φοιτητές γίνονται αποδεκτοί από την ηλικία των 22 ετών μετά από κλήρωση. Μια λεπτομερέστερη ανάλυση του εκπαιδευτικού μας συστήματος μπορεί να δείξει ότι το σύνολο των εκπαιδευτικών υπηρεσιών που προσφέρονται στην Ελλάδα αποτελεί ένα πλέγμα πολύ πιο πολύπλοκο, πολυεπίπεδο και διαφοροποιημένο. Πολλές άλλες εκπαιδευτικές υπηρεσίες, διαβαθμισμένες ή αδιαβάθμιστες, προσφέρονται μέσα στο επίσημο εκπαιδευτικό σύστημα και σε συνεργασία με αυτό ή και εντελώς ανεξάρτητες από όσες εντάσσονται στον βασικό πυρήνα του. Τέτοιου είδους υπηρεσίες μπορεί ν’ αναφερθούν:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ: 2

Το ελληνικο εκπαιδευτικο συστημα[175]



[175]. ΥΠΕΠΘ(2005): «Δελτίο Πληροφοριών», ΟΕΔΒ, Αθήνα

7.1. Τα Κέντρα Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού - ΚΕ.ΣΥ.Π.

Ιδρύθηκαν με το Νόμο 2525/97 και οργανώθηκαν από το ΥΠΕΠΘ σε συνεργασία με τον Τομέα Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου. Στην παρούσα φάση λειτουργούν δυο Κέντρα Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού με ιδιαίτερο χαρακτήρα:

i) Το Κέντρο Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού του Υπουργείου Παιδείας, το οποίο υπάγεται στο Τμήμα Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού στη Διεύθυνση Συμβουλευτικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού και Εκπαιδευτικών Δραστηριοτήτων. Έχει ως έργο του το συντονισμό και τη διοικητική στήριξη σε κεντρικό επίπεδο των ΚΕ.ΣΥ.Π. και των Γραφείων ΣΕΠ της χώρας.

ii) Το Κέντρο Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού του Π.Ι. που λειτουργεί στον Τομέα ΣΕΠ του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου και είναι υπεύθυνο για την επιστημονική στήριξη των ΚΕ.ΣΥ.Π. και Γραφείων ΣΕΠ της χώρας.

Παράλληλα, λειτουργούν ΚΕ.ΣΥ.Π. στις έδρες των Νομών της χώρας. Συνολικά λειτουργούν 68 Κέντρα σε όλη τη χώρα. Παρέχουν υπηρεσίες εκπαιδευτικής και επαγγελματικής συμβουλευτικής και πληροφόρησης σε όλους τους νέους μέχρι 25 ετών και στους γονείς τους, καθώς και στήριξη των εκπαιδευτικών που εφαρμόζουν τον ΣΕΠ στα σχολεία τους, σε ατομική ή ομαδική βάση, σε θέματα εκπαιδευτικής και επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Είναι στελεχωμένα με Υπεύθυνο Συμβουλευτικής Επαγγελματικού Προσανατολισμού και Ειδικό Πληροφόρησης και Τεκμηρίωσης, διαθέτουν βιβλιοθήκη με βιβλία και πληροφοριακό υλικό σχετικά με τον ΣΕΠ.

7.2. Τα Γραφεία Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού - ΓΡΑ.Σ.Ε.Π.

Τα Γραφεία Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού - ΓΡΑ.Σ.Ε.Π. ιδρύθηκαν από το ΥΠΕΠΘ σε 200 μεγάλες ή συστεγαζόμενες σχολικές μονάδες, ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Το έργο τους είναι η στήριξη της εφαρμογής του θεσμού του Επαγγελματικού Προσανατολισμού στο σχολείο, καθώς και η παροχή συμβουλευτικής στήριξης και πληροφόρησης σε μαθητές και γονείς. Είναι στελεχωμένα από επιμορφωμένους Συμβούλους Καθηγητές ΣΕΠ και διαθέτουν βιβλιοθήκη με βιβλία και πληροφοριακό υλικό σχετικά με τον ΣΕΠ.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 10
Τα Γραφεία Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού - ΓΡΑ.Σ.Ε.Π.

Περιφέρειες	***ΚΕΣΥΠ***	**ΓΡΑΣΕΠ**
Ανατ. Μακεδονία - Θράκη	6	13
Αττική	11	48
Βόρειο Αιγαίο	4	9
Δυτική Ελλάδα	5	17
Δυτική Μακεδονία	4	9
Ήπειρος	4	9
Θεσσαλία	4	14
Ιόνια Νησιά	4	8
Κεντρική Μακεδονία	9	28
Κρήτη	4	13
Νότιο Αιγαίο	2	8
Πελοπόννησος	5	11
Στερεά Ελλάδα	6	13
ΣΥΝΟΛΟ	68	200

Ο Επαγγελματικός Προσανατολισμός έχει ενσωματωθεί στην εκπαιδευτική πραγματικότητα και αποτελεί μια ξεχωριστή σχολική δραστηριότητα στο πλαίσιο του Α. Π. Σ, για την οποία δεν υπάρχει αξιολόγηση του μαθητή. Περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα σπουδών της Γ΄ Γυμνασίου (1 ώρα / εβδομάδα) και της Α΄ τάξης του Ενιαίου Λυκείου (1 ώρα / εβδομάδα, το Β΄ τετράμηνο). Αρμόδιος φορέας είναι το ΥΠΕΠΘ σε συνεργασία με το Π.Ι.

Επιπλέον, από το σχολικό έτος 2000-2001, στα πλαίσια του Επαγγελματικού Προσανατολισμού, υλοποιούνται προγράμματα Αγωγής Σταδιοδρομίας από εκπαιδευτικούς στις σχολικές μονάδες της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Συγχρόνως, την ίδια χρονιά θεσμοθετήθηκε και παρέχεται πλέον η δυνατότητα να διοργανώνονται Ημέρες Σταδιοδρομίας στα σχολεία.

7.3. Το Γραφείο Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου - Π.Ι.

Από το 1998, το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο αναγνωρίζοντας ότι τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και τα Κοινωνικώς Αποκλεισμένα Άτομα συναντούν εμπόδια στην επαγγελματική προετοιμασία και στην επαγγελματική ζωή τους προχώρησε στη λειτουργία του Γραφείου ΣΕΠ για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και Κοινωνικώς Αποκλεισμένα Άτομα. Παρέχει πληροφόρηση σε θέματα σχετικά με την επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ανάγκες και ατόμων που κινδυνεύουν από κοινωνικό αποκλεισμό. Στόχος του είναι η

στήριξη των Στελεχών Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού, η συνεργασία με φορείς και υπηρεσίες της Ελλάδας και του εξωτερικού σε θέματα παροχής συμβουλευτικής βοήθειας στα άτομα αυτά, όπως επίσης και με εκπροσώπους της παραγωγής και με εργοδότες αναπήρων.

Στο Γραφείο υπάρχει η αναγκαία υποδομή ώστε να μπορεί να δέχεται επισκέψεις από τους Συμβούλους των ΚΕΣΥΠ αλλά και από κάθε άλλο ενδιαφερόμενο (ανάπηροι, φορείς αναπήρων και συλλόγους γονέων, εκπαιδευτικούς, σχολικούς συμβούλους κ.ά.). Το Γραφείο έχει τη δυνατότητα παροχής πληροφόρησης σε οποιονδήποτε έχει πρόσβαση, μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, στο διαδίκτυο και δυνατότητα διεξαγωγής τηλεδιάσκεψης (για όσους έχουν πρόσβαση σε ανάλογα συστήματα).

Παράλληλα με τα γενικά σχολεία της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης λειτουργούν και Ειδικά Νηπιαγωγεία, Δημοτικά, Γυμνάσια, Λύκεια και λυκειακές τάξεις, που απευθύνονται σε μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, ΠΙΝΑΚΕΣ 11α – 11ε. Ειδικά στον ΠΙΝΑΚΑ $11^{α}$ φαίνεται η εξελικτική πορεία της ειδικής εκπαίδευσης από την ίδρυσή της μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Η θέση της ειδικής εκπαίδευσης σήμερα στην Ελλάδα, συνάγεται κυρίως μέσα από το γενικό πνεύμα που η πολιτεία την προσδιορίζει και την αποδέχεται. Στο δεύτερο μέρος του Ελληνικού Συντάγματος του 1975, στο Κεφάλαιο των Ατομικών και Κοινωνικών δικαιωμάτων, στο άρθρο 15 § 2 και 4 αναφέρεται:

§2. « Η παιδεία αποτελεί βασικήν αποστολήν του Κράτους, έχει δε ως σκοπόν την ηθικήν, πνευματικήν και φυσικήν αγωγήν των Ελλήνων, την ανάπτυξιν της εθνικής και θρησκευτικής συνειδήσεως και την διάπλασιν αυτών ως ελευθέρων και υπευθύνων πολιτών...»

§4. « Πάντες οι Έλληνες έχουν δικαίωμα δωρεάν παιδείας καθ' όλας τας βαθμίδας αυτής, εις τα κρατικά εκπαιδευτήρια. <u>Το κράτος ενισχύει τους διακρινομένους, ως και τους δεομένους αρωγής ή ειδικής προστασίας σπουδαστάς, αναλόγως προς τας ικανότητας αυτών»</u>.

Η συνταγματική εντολή για παροχή ειδικής προστασίας και εκπαίδευσης αποτελεί μια σημαντική πρωτοπορία σε σχέση με πολλά σύγχρονα συντάγματα κρατών σ' ολόκληρο τον κόσμο. Σ' εκτέλεση και στο πνεύμα αυτής της εντολής φαίνεται να κινήθηκε και ο νομοθέτης στο Νόμο 2817/2000 για την ειδική εκπαίδευση . Παρά το γεγονός ότι η σκέψη του νομοθέτη φαίνεται αρκετά προωθημένη, εντούτοις απαιτούνται αρκετές διασαφήσεις καθώς και διατάγματα για εμπέδωσή του. Είναι όμως μια σωστή τοποθέτηση στην ουσία των εκπαιδευτικών αναγκών των παιδιών και εφήβων με ΜΚΑ. Ανταποκρίνεται

περισσότερο στην ελληνική κοινωνική, οικονομική και πολιτισμική πραγματικότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 11α
Αριθμος σχολικων μοναδων ειδικης αγωγης, μαθητων και προσωπικου. (1969-1992)

ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΤΟΣ	ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ			ΣΥΝΟΛΟ ΜΑΘ/ΤΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΚΠ/ΩΝ	ΟΡΓ. ΘΕΣΕΙΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΚΛΑΔΩΝ*	ΘΕΣΕΙΣ ΣΥΜ/ΛΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
	ΕΙΔΙΚΑ ΣΧΟΛΕΙΑ	ΕΙΔΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ**	ΣΥΝΟΛΟ Σ.Μ.Ε.Α	* =Ψυχολόγοι, Κοιν.Λειτουργοί, Λογοθεραπευτές **= Και ενταγμένα Τμήματα # =Στελεχομένες Θέσεις			
1969-70				2.290			
1970-71				2.297			
1971-72				2.389	182	135	
1972-73				2.443			
1973-74				2.969			
1974-75				4.027			
1975-76							
1976-77				3.405	318		
1977-78							
1978-79	67		67	1.997	163		
1979-80	75		75	2.092	184		2
1980-81	84		84	2.360	212		2
1981-82	87		87	2.536	213		4
1982-83	122		122	2.725	332		4
1983-84	139	7	146	3.271			8
1984-85	142	25	167	3.484	471		8
1985-86	152	105	257	4.989	619		8
1986-87	150	141	291	5.330	641	24	8
1987-88	160	221	381	6.929	777	64	8
1988-89	164	285	449	8.200	850	200	16
1989-90	170	368	538	9.150	950	200	16
1990-91	183	460	643	10.200	1.122	200(157)#	16(11)#
1991-92	186	520	706	12.383	1.200	200(151)	16(10)

ΠΗΓΗ:
α). Γραφ.Ειδ.Αγωγής ΥΠΕΠΘ
β) Κ.Τσιμπούκης(1976): « Η ειδική εκπαίδευση στην Ελλάδα» Αθήνα, σ.13
γ). ΥΠΕΠΘ/Δ/νση Ειδ.Αγωγής.Πληροφ.Δελτίο 1992

ΠΙΝΑΚΑΣ: 11β
Μαθητές ανά κατηγορία μειονεξίας και αναπηρίας

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	**ΑΡΙΘΜΟΣ**
ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ	8.322
ΤΥΦΛΟΙ – ΜΕΡΙΚΑ ΒΛΕΠΟΝΤΕΣ	90
ΚΩΦΟΙ - ΒΑΡΗΚΟΟΙ	547
ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ	2.469
ΑΥΤΙΣΜΟΣ	357
ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	636
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	659
ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	515
ΣΥΝΟΛΟ	**13.595**

ΠΗΓΗ: *Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής /ΥΠΕΠΘ, Επεξεργασία Πινακοποίηση Γ. Σ. Τσιναρέλης*

ΠΙΝΑΚΑΣ: 11γ
Μαθητες ειδικης εκπαιδευσης ανα φυλο και γεωγραφικη περιφερεια

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΑΓΟΡΙΑ	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	**ΣΥΝΟΛΟ**
Ανατολική Μακεδονία -	208	117	325
Αττική - Πειραιάς	3.355	1.963	5.318
Βόρειο Αιγαίο	437	229	666
Δυτική Ελλάδα	293	189	482
Δυτική Μακεδονία	345	219	564
Ήπειρος	243	172	415
Θεσσαλία	358	160	518
Ιόνια Νησιά	139	72	211
Κεντρική Μακεδονία	1.181	720	1.901
Κρήτη	733	406	1.139
Νότιο Αιγαίο	383	240	623
Πελοπόννησος	295	184	479
Στερεά Ελλάδα	609	345	954
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	8.579	5.016	13.595

ΠΗΓΗ: Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής /ΥΠΕΠΘ, Επεξεργασία Πινακοποίηση Γ. Σ. Τσιναρέλης

ΠΙΝΑΚΑΣ:11δ

Εκπαιδευτικοι ειδικης εκπαιδευσης ανα ειδος σχολικης μοναδας. 1999 - 2000

ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ	**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ**	**Ε. Ε .Π** *	
Νηπιαγωγεία	87		
Δημοτικά	1.327		
ΓΥΜΝ – ΛΥΚ – ΤΕΕ – ΤΕΣΕΑ κ.λ.π	463		
ΣΥΝΟΛΟ	**1.877**	**294**	**2.171**

ΠΗΓΗ: *Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής /ΥΠΕΠΘ, Επεξεργασία Πινακοποίηση Γ. Σ. Τσιναρέλης*

ΠΙΝΑΚΑΣ:11ε

Κατηγοριες ειδικου επιστημονικου προσωπικου

Ψυχολόγοι	64
Κοινωνικοί Λειτουργοί	84
Εργοθεραπευτές	31
Φυσιοθεραπευτές	32
Λογοθεραπευτές	37
Νοσηλευτές	46
ΣΥΝΟΛΟ	**294**

ΠΗΓΗ: Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής /ΥΠΕΠΘ, Επεξεργασία Πινακοποίηση Γ. Σ. Τσιναρέλης

Η ειδική εκπαίδευση απευθύνεται σε όλα τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, εφ' όσον το ζητήσουν οι γονείς τους. Συγκεκριμένα απευθύνεται σ' εκείνα που έχουν σημαντική δυσκολία μάθησης και προσαρμογής εξαιτίας σωματικών, διανοητικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων. Στην κατηγορία αυτή κατατάσσονται και τα παιδιά με σύνδρομο DOWN.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες έχουν τη δυνατότητα να φοιτούν:

- Σε Γενική σχολική τάξη με παράλληλη στήριξη από εκπαιδευτικό ειδικής εκπαίδευσης.

* Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό

- Σε τμήματα ένταξης, που είναι ειδικά οργανωμένα και κατάλληλα στελεχωμένα και λειτουργούν μέσα στα σχολεία της γενικής και τεχνική ς-επαγγελματική ς εκπαίδευσης.
- Στην περίπτωση που η φοίτηση των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στα σχολεία του γενικού εκπαιδευτικού συστήματος ή στα τμήματα ένταξης είναι ιδιαιτέρα δύσκολη, λόγω του είδους και του βαθμού του προβλήματός τους, η εκπαίδευσή τους μπορεί να παρέχεται:
- Σε αυτοτελή σχολεία ειδικής εκπαίδευσης.
- Σε σχολεία ή τμήματα που λειτουργούν είτε ως αυτοτελή είτε ως παραρτήματα άλλων σχολείων σε νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης, ιδρύματα αγωγής ανηλίκων ή ιδρύματα χρονίως πασχόντων ατόμων,
- Στο σπίτι, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, οπότε μπορεί να χρησιμοποιείται και το σύστημα τηλε-εκπαίδευσης . Όλα τα Ειδικά Σχολεία (190) το σχολικό έτος 2000-01 είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο, όπως και οι τάξεις της παραμεθορίου.

Μια σχετικά πλήρη εικόνα της ειδικής εκπαίδευσης σήμερα, (δεδομένα του σχολικού έτους 1999 – 2000), μπορεί να έχει από τον ΠΙΝΑΚΑ 12, όπου φαίνονται οι μονάδες ανά βαθμίδα εκπαίδευσης, αλλά και ανά περιφέρεια σε όλη την επικράτεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 12
Σχολικες μοναδες ειδικης εκπαιδευσης ανα βαθμιδα και περιφερεια (1999-2000)

ΒΑΘΜΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	**ΣΥΝΟΛΟ ΜΟΝΑΔΩΝ**
ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑΣ	**918**
Νηπιαγωγείο	40
Τμήματα Ένταξης σε Νηπιαγωγεία	18
Δημοτικό	138
Τμήματα Ένταξης σε Δημοτικά Σχολεία	702
Γυμνάσια	6**
Λύκεια	4**
Τμήματα Ένταξης Γυμνασίου - Λυκείου	8
Τ.Ε.Σ.Ε.Α.*	5
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	30
Κεντρική Μακεδονία	163
Δυτική Μακεδονία	43
Θεσσαλία	41
Ήπειρος	40
Ιόνια Νησιά	18
Δυτική Ελλάδα	34
Στερεά Ελλάδα	68
Πελοπόννησος	34
Αττική	284
Βόρειο Αιγαίο	46
Νότιο Αιγαίο	38
Κρήτη	80

** Τεχνικές Επαγγελματικές Σχολές Ειδικής Αγωγής*
*** Μερικά Γυμνάσια λειτουργούν και σε επίπεδο Λυκείου και αντίστροφα, αλλά υπολογίζονται ως ενιαία σχολική μονάδα. Έτσι το γενικό σύνολο δε συμφωνεί με τους επιμέρους αριθμούς λόγω του ιδιότυπου τρόπου καταμέτρησης, όπως μας δόθηκε από τη Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής.*
***ΠΗΓΗ**: Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής του ΥΠΕΠΘ*

Στον ΠΙΝΑΚΑ 13 φαίνονται αναλυτικά οι μονάδες ειδικής εκπαίδευσης ανά βαθμίδα ειδικού σχολείου και κατηγορία ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών των μαθητών.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 13

Μοναδες ειδικης εκπαιδευσης ανα βαθμιδα και κατηγορια ειδικων εκπαιδευτικων αναγκων

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	**ΒΑΘΜΙΔΕΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ**							**ΣΥΝΟΛΟ**
	ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΑ		**ΔΗΜΟΤΙΚΉ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**		**ΣΧΟΛΕΙΑ Β/θΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**			
	Ε.	**ΤΜ.**	**Ε. Δ.**	**ΤΜ.**	**Ε. Γ/Λ**	**ΤΕΣΕ**	**ΤΜ.**	
Ειδικές ανάγκες	11	16	41	699				**767**
Νοητική καθυστέρηση	11		69			1		**81**
Προβλήματα όρασης	2		4	2				**8**
Προβλήματα ακοής	6	2	10	1	3	3	6	**31**
Κινητικά προβλήματα	5		5		4	1	2	**17**
Αυτισμός		2					2	
Συν/τικές διαταραχές	2		1					**3**
Αυτισμός - Νοητική			2					**2**
Μαθησιακές δυσκολίες			1					**1**
Νοητική καθυστέρηση -	1							**1**
Νοσηλευόμενοι	2		3					**5**
ΣΥΝΟΛΟ ΣΜΕΑ	**40**	**18**	**138**	**702**	**7**	**5**	**8**	**918**

Ε.Ν. = Ειδικά Νηπιαγωγεία
ΤΜ.ΕΝΤ. = Τμήματα Ένταξης
Ε.Δ= Ειδικά Δημοτικά Σχολεία
Ε.Γ/Λ = Ειδικά Γυμνάσια/Λύκεια
ΤΕΣΕΑ = Τεχνικές Επαγγελματικές Σχολές Ειδικής Αγωγής
***ΠΗΓΗ:** Δ/νση Ειδικής Αγωγής του ΥΠΕΠΘ*

Η ανάγκη διαγνωστικής αξιολόγησης σε συνδυασμό με την επιστημονική κατάταξη των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες οδήγησαν στην ίδρυση και λειτουργία, κατά το σχολικό έτος 1999 -2000, σε επίπεδο Νομαρχίας και Περιφέρειας, 22 Κέντρων Διάγνωσης Αξιολόγησης Υποστήριξης, (ΚΔΑΥ). Προς το παρόν ασκούν κυρίως συμβουλευτικό έργο, όταν κληθούν από τη σχολική μονάδα, αλλά μετά τη σύμφωνη γνώμη των γονέων και των εκπαιδευτικών των μαθητών. Στον ΠΙΝΑΚΑ 14 φαίνονται οι έδρες των ΚΔΑΥ σε όλη τη χώρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ :14
Κεντρα διαγνωσησ αξιολογησησ υποστηριξης

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	**ΚΔΑΥ**
Ανατολική Μακεδονία - Θράκη	3
Αττική - Πειραιάς	4
Βόρειο Αιγαίο	1
Δυτική Ελλάδα	2
Δυτική Μακεδονία	2
Ήπειρος	1
Θεσσαλία	1
Ιόνια Νησιά	1
Κεντρική Μακεδονία	2
Κρήτη	1
Νότιο Αιγαίο	2
Πελοπόννησος	1
Στερεά Ελλάδα	1
ΣΥΝΟΛΟ	**22**

ΠΗΓΗ: *Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής του ΥΠΕΠΘ*

Η οργάνωση και η διοίκηση του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος είναι ίδια με τη διοικητική οργάνωση του κράτους. Έτσι η οργανωτική διάρθρωση του εκπαιδευτικού συστήματος έχει την παρακάτω ανάπτυξη:

- Το ΥΠΕΠΘ για ολόκληρη την Επικράτεια.
- Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις για κάθε διοικητική περιφέρεια.
- Οι Διευθύνσεις Εκπαίδευσης στο επίπεδο του Νομού.
- Τα Γραφεία Εκπαίδευσης, ανά Επαρχία.
- Η Σχολική Μονάδα.

Τα υπηρεσιακά συμβούλια, στο πλαίσιο της δημόσιας διοίκησης, λειτουργού χωριστά για την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Είναι οργανωμένα σε δυο επίπεδα:

i. Τα Περιφερειακά, ΠΥΣΠΕ και ΠΥΣΔΕ αντίστοιχα και
ii. Τα Κεντρικά, ΚΥΣΠΕ και ΚΥΣΔΕ .

Τα Περιφερειακά Υπηρεσιακά Συμβούλια Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ΠΥΣΠΕ και ΠΥΣΔΕ:

- ✓ Εμπλέκονται στη διαδικασία επιλογής Υποδιευθυντών και Διευθυντών σχολικών μονάδων.

- ✓ Εκδικάζουν και επανεξετάζουν πειθαρχικές υποθέσεις του εκπαιδευτικού προσωπικού του νομού.
- ✓ Εισηγούνται τις μεταθέσεις, προσλήψεις, αποσπάσεις και τοποθετήσεις εκπαιδευτικών, εσωτερικού και εξωτερικού, μέσα στον ίδιο νομό.
- ✓ Εξετάζουν θέματα υπηρεσιακής κατάστασης των εκπαιδευτικών.

Τα Κεντρικά Υπηρεσιακά Συμβούλια Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, ΚΥΣΠΕ και ΚΥΣΔΕ:

- ✓ Εκδικάζουν πειθαρχικές υποθέσεις κατά προϊσταμένων Διευθύνσεων και Γραφείων Εκπαίδευσης.
- ✓ Καθορίζουν το βαθμό εισόδου των εκπαιδευτικών που έχουν προϋπηρεσία.
- ✓ Επιλέγουν διοριστέους σε θέση εκπαιδευτικών με αυξημένα προσόντα.
- ✓ Προτείνουν τις μεταθέσεις εκπαιδευτικών από νομό σε άλλο νομό ή την επανατοποθέτηση εκπαιδευτικών από σχολεία του εξωτερικού.
- ✓ Γνωμοδοτούν για αποσπάσεις εκπαιδευτικών, μετατάξεις από νομό σε νομό ή απολύσεις, καθώς και για χορηγήσεις εκπαιδευτικών αδειών και αδειών χωρίς αποδοχές.

Στην πρωτεύουσα κάθε νομού, με εξαίρεση τους νομούς Αττικής, Πειραιά και Θεσσαλονίκης, υπάρχει μια Διεύθυνση και ανάλογα με το μέγεθος του νομού, ένα ή περισσότερα Γραφεία. Επίσης σε σημαντικές πόλεις ή κωμοπόλεις του νομού ενδέχεται να υπάρχει ένα ή περισσότερα Γραφεία. Σε κάθε Διεύθυνση και Γραφείο υπάρχει ένας διοικητικός υπεύθυνος, ο Προϊστάμενος εκπαίδευσης της Πρωτοβάθμιας ή της Δευτεροβάθμιας αντίστοιχα.

Στον ΠΙΝΑΚΑ 15 παρουσιάζεται αναλυτικά η διοικητική οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης ανά περιφέρεια και νομό.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 15

Διοικητική οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης ανά περιφέρεια και νομό.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΡΑΦΕΙΩΝ
Ανατ. Μακεδονία - Θράκη	5	11
Κεντρική Μακεδονία	8	21
Δυτική Μακεδονία	4	5
Ήπειρος	4	6
Θεσσαλία	4	15
Ιόνια νησιά	4	1
Δυτική Ελλάδα	3	15
Στερεά Ελλάδα	5	8
Αττική	7	27
Πελοπόννησος	5	10
Βόρειο Αιγαίο	3	2
Νότιο Αιγαίο	2	9
Κρήτη	4	11
ΣΥΝΟΛΟ	58	141

ΠΗΓΗ: Στατιστική Υπηρεσία ΥΠΕΠΘ

Η Διοικητική οργάνωση της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ανά περιφέρεια και νομό φαίνεται στον ΠΙΝΑΚΑ 16:

ΠΙΝΑΚΑΣ: 16

Η Διοικητική οργάνωση της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ανά περιφέρεια και νομό

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΡΑΦΕΙΩΝ
Ανατ. Μακεδονία - Θράκη	5	1
Κεντρική Μακεδονία	8	10
Δυτική Μακεδονία	4	2
Ήπειρος	4	1
Θεσσαλία	4	6
Ιόνια νησιά	4	
Δοτική Ελλάδα	3	6
Στερεά Ελλάδα	5	4
Αττική	7	28
Πελοπόννησος	5	3
Βόρειο Αιγαίο	3	1
Νότιο Αιγαίο	2	5
Κρήτη	4	3
ΣΥΝΟΛΟ	58	70

ΠΗΓΗ: Στατιστική Υπηρεσία ΥΠΕΠΘ

Η Τεχνική Επαγγελματική Εκπαίδευση έχει δική της οργάνωση όσον αφορά τις μονάδες αλλά και τη διοίκησή της. Τη σχολική χρονιά 2000 - 01, λειτούργησαν μερικά Γραφεία ΤΕΕ και εκεί όπου δεν υπήρχε η δυνατότητα συγκρότησης Γραφείου ορίστηκε Υπεύθυνος Εκπαιδευτικών Θεμάτων, ΥΕΘ. Μια εικόνα της οργάνωσης αυτής κατά το σχολικό έτος 2000 – 2001 μπορεί να πάρει κανείς από τον παρακάτω ΠΙΝΑΚΑ 17.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 17
Η διοικητικη οργανωση της τεχνικης επαγγελματικης εκπαιδευσης

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	**ΓΡΑΦΕΙΑ ΤΕΕ**	**ΥΕΘ**
Αττική	2	5
Δυτική Ελλάδα	2	1
Πελοπόννησος	1	4
Στερεά Ελλάδα	1	4
Ανατ. Μακεδονία - Θράκη		5
Βόρειο Αιγαίο		3
Δυτική Μακεδονία	1	2
Κεντρική Μακεδονία	2	6
Ήπειρος		4
Θεσσαλία	2	2
Ιόνια νησιά		4
Νότιο Αιγαίο	2	
Κρήτη	2	2
ΣΥΝΟΛΟ	**15**	**42**

ΠΗΓΗ: Στατιστική Υπηρεσία ΥΠΕΠΘ

Την επιστημονική καθοδήγηση σε όλες τις βαθμίδες τις εκπαίδευσης έχουν οι Σχολικοί Σύμβουλοι. Στο σημείο αυτό όμως θα πρέπει να κάνουμε ορισμένες διευκρινίσεις. Οι Σχολικοί Σύμβουλοι της Ειδικής Εκπαίδευσης είναι υπεύθυνοι τόσο για τις σχολικές μονάδες της πρωτοβάθμιας όσο και τις δευτεροβάθμιας. Οι θέσεις των Σχολικών Συμβούλων Προσχολικής Αγωγής είναι 50, αλλά τρεις έμειναν κενές κατά την τελευταία περίοδο. Έχει προγραμματισθεί οι θέσεις των Σχολικών Συμβούλων Ειδικής Εκπαίδευσης να αυξηθούν στις 19 ενώ υπάρχουν σε εκκρεμότητα εκτέλεσης 2 θέσεις Συμβούλων για τα σχολεία κωφών – βαρηκόων και 2 θέσεις για τα σχολεία τυφλών.

Στον ΠΙΝΑΚΑ 18 φαίνονται οι θέσεις των εν ενεργεία Σχολικών Συμβούλων ανά περιφέρεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 18

Σχολικοί Σύμβουλοι. Κατανομή ανά περιφέρεια

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	**ΣΧΟΛΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ**			
	Προσχ/κής Εκπαίδευσης	**Ειδικής Εκπαίδευσης**	**Πρω/θμιας Εκπαίδευσης**	**Δευτ/θμιας Εκπαίδευσης**
Ανατολική Μακεδονία-Θράκη	4	1	27	12
Κεντρική Μακεδονία	7	2	58	32
Δυτική Μακεδονία	1	1	17	9
Ήπειρος	4	1	20	10
Θεσσαλία	5	1	29	15
Ιόνια Νησιά	1		7	4
Δυτική Ελλάδα	3	1	28	14
Στερεά Ελλάδα	3	1	23	13
Αττική	7	5	85	49
Πελοπόννησος	5	1	25	12
Βόρειο Αιγαίο	2	1	11	3
Νότιο Αιγαίο	2		12	4
Κρήτη	3	1	24	10
ΣΥΝΟΛΟ	**47**	**16**	**366**	**187**

ΠΗΓΗ: ΥΠΕΠΘ, Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας &Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Επεξεργασία Πινακοποίηση Γ. Σ. Τσιναρέλης

7.4. Οι υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης

Το τέλος του 20ου αιώνα χαρακτηρίζεται από την έντονη τάση της επαγγελματικής εκπαίδευσης των ατόμων με αναπηρίες. Η τάση αυτή είχε ως έναυσμα τις πιέσεις των φορέων του αναπηρικού κινήματος, καθ' εαυτού, αλλά και του γονεϊκού κινήματος. Η επαγγελματική εκπαίδευση των αναπήρων στοχεύει στην υλοποίηση προγραμμάτων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, με σκοπό την ένταξη των ατόμων αυτών στην παραγωγική διαδικασία.

Οι δυνατότητες των ατόμων με ειδικές ανάγκες για επαγγελματική αποκατάσταση, ποικίλλουν και εξαρτώνται από:

- Τη σοβαρότητα και τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας.
- Την επάρκεια της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης.
- Την απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Τα συνωδά προβλήματα Υγείας, ιδιαίτερα στις σοβαρές αναπηρίες.

Η ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες, στην παραγωγική διαδικασία, ελεύθερη ή προστατευμένη, αποσκοπεί στη βελτίωση των συνθηκών της ζωής των ίδιων των ατόμων και των οικογενειών τους, αλλά ουσιαστικά στην επίτευξη της κοινωνικής τους ένταξης. Στη χώρα μας κατά τη δεκαετία του 1990 εντοπίζονται σοβαρές ελλείψεις στην επαγγελματική εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές ανάγκες[176]. Μόλις προς το τέλος της δεκαετίας λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη η ανάγκη συμμετοχής της οικογένειας, και ιδιαίτερα των μητέρων, σ' αυτή τη διαδικασία. Έτσι ψηφίζεται ο Νόμος 2527/97, που στο Αρθρ.16, § 5, προβλέπει μειωμένο εργασιακό ωράριο για τις μητέρες, κατά μια ώρα, στο Δημόσιο Τομέα[177].

Την εποπτεία της τυπικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης ασκεί το ΥΠ.Ε.Π.Θ, μέσω του Εθνικού Συστήματος Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης, (Ε.Σ.Ε.Ε.Κ.), το οποίο καθιερώθηκε με το Νόμο 2009/1992. Το ΥΠΕΠΘ είναι το Υπουργείο που καθορίζει το επίσημο, διαβαθμισμένο και αδιαβάθμιτο, εθνικό εκπαιδευτικό σύστημα. Αποτελεί την πιο γνωστή επιλογή για τους νέους και τις οικογένειές τους, στην περίπτωση που επιθυμούν να συνεχίσουν σπουδές.

Οι απόφοιτοι Γυμνασίου, μπορούν να επιλέξουν είτε το Ενιαίο Λύκειο είτε τον Α΄ κύκλο των Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων, (ΤΕΕ), είτε κάποια

[176] . Αναστασόπουλος. Γ (1991): «Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα», Ψυχολογικό Σχήμα, 5, σ. 36
[177] . Δημητρόπουλος. Α (1995): ό. π

ειδικότητα στα Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης, (ΙΕΚ), για αποφοίτους Γυμνασίου. Οι απόφοιτοι των Λυκείων μπορούν να επιλέξουν είτε τις εξετάσεις προς τα ιδρύματα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, ΑΕΙ και ΤΕΙ, είτε κάποια ειδικότητα στα ΙΕΚ.

Εν τούτοις στην Ελλάδα προσφέρονται και πολλές άλλες εκπαιδευτικές υπηρεσίες, διαβαθμισμένες ή αδιαβάθμιτες, μέσα στο επίσημο εκπαιδευτικό σύστημα και σε συνεργασία με αυτό ή και εντελώς ανεξάρτητες από όσες εντάσσονται στον βασικό πυρήνα του.

Παραδείγματα τέτοιων υπηρεσιών είναι τα ακόλουθα:

- Τα αδιαβάθμιτα, μέσα στο εκπαιδευτικό σύστημα, (ΙΕΚ), που τα διαχειρίζεται ο Οργανισμός Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης,(ΟΕΕΚ), οργανισμός ανεξάρτητος αλλά εποπτευόμενος από το ΥΠΕΠΘ.
- Τα διαβαθμισμένα, μέσα στο εκπαιδευτικό σύστημα, Τ. Ε. Ε. Αυτά υπάγονται σε δύο Υπουργεία, το ΥΠΕΠΘ ή και το Υπουργείο Εργασίας μέσω του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού, (ΟΑΕΔ). Το Υπουργείο Γεωργίας μέσα από το πρόγραμμα «Δήμητρα».

Η θέση των εκπαιδευτικών αυτών λειτουργιών σε σχέση με το επίσημο σύστημα του ΥΠΕΠΘ παρουσιάζει διαφοροποιήσεις. Έτσι σε άλλες περιπτώσεις, η ανάπτυξη εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων από άλλο, εκτός του ΥΠΕΠΘ Υπουργείο, προφανώς θεσμοθετείται για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Σε άλλες, η ένταξη στο επίσημο εκπαιδευτικό σύστημα, κρίθηκε απαραίτητη, πιθανώς και για την αλλαγή της κοινωνικής εικόνας κάποιων ιδρυμάτων, όπως των Σχολών που εποπτεύονται από τα Υπουργεία Δημόσιας Τάξης και Εθνικής Άμυνας.

Το Ε.Σ.Ε.Ε.Κ. παρακολουθεί τις ανάγκες και τις μεταβολές:

i. Της αγοράς εργασίας,
ii. Τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες της χώρας σε εθνικό και τοπικό επίπεδο
iii. Τις επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις.

Διαμορφώνει δε και αναπτύσσει τις πολιτικές και τα προγράμματά του σε συνεργασία με τους κοινωνικούς εταίρους, με όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, ελληνικούς και διεθνείς και ειδικότερα με αυτούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ως σκοπούς του μπορεί ν' αναφέρει κανείς:

- ✓ Την οργάνωση της επαγγελματικής κατάρτισης.
- ✓ Την ανάπτυξη και παροχή επαγγελματικής κατάρτισης.

- ✓ Την τυπική πιστοποίηση της επαγγελματικής κατάρτισης.
- ✓ Την εναρμόνιση της επαγγελματικής κατάρτισης με το εκπαιδευτικό σύστημα.
- ✓ Την εκτέλεση κάθε είδους εθνικών ή κοινοτικών προγραμμάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης.

Στο πλαίσιο των σκοπών και της λειτουργίας του Ε.Σ.Ε.Ε.Κ. ιδρύθηκε ο Ο.Ε.Ε.Κ, ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, προκειμένου να παρέχει τυπική επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση και να έχει τη συνολική ευθύνη για τα Ι.Ε.Κ. , που λειτουργούν στη χώρα μας από το 1992.

Το Υπουργείο Εργασίας, μέσω του Ο.Α.Ε.Δ, διευθύνει Τεχνικές Επαγγελματικές Σχολές, όπως είναι οι Σχολές Μαθητείας, αλλά και Ι.Ε.Κ, που ο καθορισμός των προδιαγραφών και η έγκριση των προγραμμάτων τους παρέχονται από τον Ο.Ε.Ε.Κ. Επίσης, πραγματοποιεί προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης για ενήλικες σε Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.). Τα επαγγελματικά δικαιώματα των κατόχων τίτλων επαγγελματικής κατάρτισης καθορίζονται με Προεδρικά Διατάγματα που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού ΕΘνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του Ο.Ε.Ε.Κ.

Ο ΟΑΕΔ αναπτύσσει προγράμματα αρχικής και συνεχιζόμενης κατάρτισης. Για παράδειγμα μπορούν ν' αναφερθούν τα προγράμματα αρχικής εκπαίδευσης, στα οποία συμμετέχουν 9.500 μαθητές. Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται κατά περίπτωση σε νέους που:

- Δεν έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο
- Είναι απόφοιτοι Γυμνασίου
- Είναι απόφοιτοι Λυκείου.

Η ανάπτυξη του ΟΑΕΔ χρηματοδοτήθηκε ιδιαίτερα από το Α΄ ΕΠΕΑΕΚ τα τελευταία χρόνια. Διαθέτει 53 Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης, (ΚΕΚ), σε όλη την Ελλάδα. Τα προγράμματα αρχικής κατάρτισης ανήκουν σε δυο επιμέρους συστήματα:

α. Το σύστημα μαθητείας και

β. Το σύστημα Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ).

7.4.1.Το σύστημα μαθητείας του ΟΑΕΔ

Το σύστημα μαθητείας περιλαμβάνει προγράμματα αρχικής, επαγγελματικής και τεχνικής κατάρτισης που αποτείνονται σε αποφοίτους Γυμνασίου, συμπεριλαμβανομένων ομογενών, αλλοδαπών και υπηκόων της Ευρωπαϊκής

Ένωσης. Η διάρκειά τους καθορίζεται σε 6 εξάμηνα. Στο σύστημα μαθητείας λειτουργούν και ΤΕΕ με Α΄ κύκλο μαθημάτων.

Οι ειδικότητες μαθητείας για το 2000 ήταν 30 και φαίνονται στον παρακάτω ΠΙΝΑΚΑ 19.

7.4.2. Το σύστημα Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ).

Τα ΙΕΚ λειτουργούν υπό την εποπτεία ΟΕΕΚ και απευθύνονται στους αποφοίτους Γυμνασίων, Λυκείων και Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων, με κυμαινόμενη διάρκεια φοίτησης. Για παράδειγμα για τους απόφοιτους του Ενιαίου Λυκείου είναι 4 εξάμηνα, ενώ για τους πτυχιούχους των ΤΕΕ και των καταργηθέντων το 1997 Ενιαίων Πολυκλαδικών Λυκείων, με εξειδίκευση στην ειδικότητα τους, είναι 1 εξάμηνο.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 19

Ειδικοτητες μαθητειας Ο. Α. Ε. Δ περιοδου 2000

Α/Α	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
1	Θερμικών Υδραυλικών Εγκαταστάσεων
2	Ηλεκτρολογικών συστημάτων αυτοκίνητου
3	Κεραμικής – Αγγειοπλαστικής
4	Ξυλουργών – Επιπλοποιών
5	Γραφικών Τεχνών - Ηλεκτρονικής Σχεδίασης Εντύπου
6	Αρτοποιίας – Ζαχαροπλαστικής
7	Σχεδίασης μηχανολογικών έργων και κατασκευών
8	Ναυπηγικής Βιομηχανίας
9	Γραφικών Τεχνών – Εκτυπώσεων
10	Μεταλλικών Κατασκευών
11	Υφάσματος –Ένδυσης
12	Σχεδιαστών Επίπλου
13	Αργυροχρυσοχοΐας
14	Καλλιτεχνικής επεξεργασίας μαρμάρου
15	Ωρολογοποιίας
16	Ηλεκτρονικών Συσκευών και Εγκαταστάσεων
17	Κομμωτικής
18	Υποστήριξης συστημάτων Υπολογιστών
19	Ψυκτικών Εγκαταστάσεων και Κλιματισμού
20	Επεξεργασίας Γούνας
21	Μηχανικών και συστημάτων αυτοκινήτου
22	Εξόρυξης και επεξεργασίας μαρμάρου
23	Βιομηχανικών Εγκαταστάσεων
24	Αισθητικής
25	Ηλεκτρολογικών Εγκαταστάσεων κτηρίων
26	Υδρόβιας Παραγωγής (Ψαριών)
27	Αμαξωμάτων
28	Στελεχών Πωλήσεων
29	Βιομηχανικών Ηλεκτρονικών
30	Ηλεκτρολογικών έργων και αυτοματισμού

ΠΗΓΗ: ΟΑΕΔ/ 2000

Τα ΙΕΚ ευθύνης του ΟΑΕΔ είναι κατανεμημένα σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας και φαίνονται στον ΠΙΝΑΚΑ 20.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 20
Εδρες ΙΕΚ ευθυνης του Ο.Α.Ε.Δ

Αγρινίου	Ελευσίνας	Κομοτηνής	Πύργου
Αιγάλεω	Ηρακλείου	Λαμίας	Ρέντη
Αλεξανδρού	Ηρακλείου	Λάρισας	Σερρών
Αλίμου	Θεσσαλονίκης	Μοσχάτου	Σπάρτης
Αργολίδας	Ιωαννίνων	Ξάνθης	Τρίπολης
Βέροιας	Καβάλας	Ορεστιάδας	Υμηττού
Βοιωτίας	Καλαμακίου	Παλλήνης	Φλώρινας
Βόλου	Καρδίτσας	Πάτρας	Χαλκίδας
Γαλατσίου	Καστοριάς	Πειραιά	Χίου
Δράμας	Κοζάνης	Πτολεμαΐδα	Ωραιοκάστρου

ΠΗΓΗ: ΟΑΕΔ/ 2000

Στη Διεύθυνση Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων του Ο.Α.Ε.Δ. είναι ενσωματωμένα τα Γραφεία Εργασίας Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων. Ως στόχο έχουν την ένταξη στην αγορά εργασίας των ομάδων που απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό εξαιτίας της δυσκολίας τους να προσαρμοστούν στις ταχύτατες μεταβολές της. Μερικοί από τους λόγους που θεωρείται ότι μπορεί να οδηγήσουν στον κοινωνικό αποκλεισμό είναι:

- Η έλλειψη βασικών επαγγελματικών δεξιοτήτων και προσόντων εξαιτίας της ανεπαρκούς ένταξης στο εκπαιδευτικό σύστημα.
- Η στέρηση ή η μείωση φυσικών προσόντων.
- Ο εγκλεισμός σε σωφρονιστικά ιδρύματα.
- Η εξάρτηση από ουσίες.
- Ο κοινωνικός στιγματισμός και οι στερεότυπες προκαταλήψεις.
- Η άγνοια των θεσμών και των μέτρων.
- Η έλλειψη απρόσκοπτης επικοινωνίας με το ευρύτερο περιβάλλον.

Έτσι, στα Γραφεία Εργασίας των Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων του Ο.Α.Ε.Δ. μπορούν να απευθύνονται:

i. Άτομα με ειδικές ανάγκες.
ii. Αποφυλακισμένα άτομα
iii. Απεξαρτημένα άτομα.
iv. Νεαρά παραβατικά άτομα ή άτομα που βρίσκονται σε κοινωνικό κίνδυνο
v. Άλλες κατά περίπτωση ευπαθείς κοινωνικά ομάδες

Στα Γραφεία Εργασίας των Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων παρέχεται:

- Ψυχοκοινωνική στήριξη,
- Συμβουλευτική,
- Επαγγελματική πληροφόρηση και Επαγγελματικός Προσανατολισμός.

Πέρα από τα παραπάνω, υλοποιούνται και προωθούνται προγράμματα που αφορούν τις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες και παρέχεται συνεχής στήριξη στα άτομα που εντάσσονται στα ειδικά προγράμματα απασχόλησης. Τα Γραφεία Εργασίας Ειδικών Κοινωνικών Ομάδων λειτουργούν:

1. Στην Αθήνα.
2. Στη Θεσσαλονίκη.
3. Στη Λάρισα.
4. Στο Βόλο.
5. Στην Πάτρα
6. Στο Ηράκλειο.

Ανάλογες υπηρεσίες προσφέρονται και στις δομές που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό της χώρας.

Για την Επαγγελματική Κατάρτιση ο Οργανισμός ενθαρρύνει και προωθεί την ενσωμάτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες , εφ' όσον το επιτρέπει η αναπηρία τους, στα εκπαιδευτικά προγράμματα Μαθητείας και Συνεχιζόμενης Κατάρτισης, που υλοποιεί ο Οργανισμός για όλο το εργατικό δυναμικό της χώρας. Αυτή είναι μια πολιτική που αποβλέπει στην ομαλή ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Για το λόγο αυτό υπάρχει πρόβλεψη, ώστε το 10% των εκπαιδευομένων, που εισάγονται κάθε χρόνο στις Σχολές του Ο.Α.Ε.Δ., να καλύπτεται από Α.Μ.Ε.Α[178].

Για τα άτομα, που δεν μπορούν να ενταχθούν στα προγράμματα, που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, λειτουργούν Ειδικές Σχολές για Α.Μ.Ε.Α., με προγράμματα προσαρμοσμένα στις εξελίξεις και τις ανάγκες της Αγοράς Εργασίας, καθώς και στα ειδικά χαρακτηριστικά των καταρτιζομένων.

Ο Ο.Α.Ε.Δ. καταρτίζει κάθε χρόνο περίπου 260 Α.Μ.Ε.Α. σε εξειδικευμένα Κ.Ε.Κ. - Α.Μ.Ε.Α. στις παρακάτω ειδικότητες, ανά Κ. Ε. Κ

Ι. Κ.Ε.Κ. - Α.Μ.Ε.Α. Αθήνας

- Υπάλληλοι Γραφείου με Χρήση Η/Υ,
- Υπάλληλοι Γραφείου με Χρήση Η/Υ, εξ αποστάσεως,

[178]. ΟΑΕΔ, www. oaed.gr

- Ξυλογλυπτική - ξυλουργική,
- Αγγειοπλαστική,
- Δερματοτεχνία

II. <u>Κ.Ε.Κ. - Α.Μ.Ε.Α. Λάρισας</u>

- Υπάλληλοι Γραφείου με χρήση Η/Υ
- Κοπτική - Ραπτική.

III. <u>Κ.Ε.Κ. για Άτομα με Νοητική Υστέρηση, Θεσσαλονίκης</u>.

- Ξυλουργική
- Γεωτεχνική
- Υφαντική – Ταπητουργία
- Κοπτική Ραπτική

Τα προγράμματα κατάρτισης είναι διετούς διάρκειας, 1.800 ωρών, για τις Σχολές Α.Μ.Ε.Α. Αθηνών και Λάρισας και για το Κ.Ε.Κ. Λακκιάς με Άτομα με Νοητική Υστέρηση, τα προγράμματα είναι 4ετούς διάρκειας και άνω.

Ένα μέρος των προγραμμάτων κατάρτισης υλοποιούνται με τη συνδρομή του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου μέσω των Λειτουργικών Προγραμμάτων Καταπολέμησης του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας.

Στη χώρα μας έχουμε υλοποιήσει προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης εφήβων με νοητική υστέρηση γενικότερα, αλλά και εφήβων με σύνδρομο DOWN, ειδικότερα. Η Μαρτινοπούλου[179] μελέτησε την περίπτωση 86 οικογενειών που είχαν ως μέλη τους άτομα με νοητική υστέρηση, αναφορικά με την γνώμη τους για τις υπηρεσίες επαγγελματικής κατάρτισης. Οι οικογένειες αυτές κατοικούσαν στην Αθήνα, τα μέλη τους με νοητική υστέρηση είχαν δείκτη νοημοσύνης, (Δ.Ν.), 50 – 80 και ηλικία 17-27 ετών. Οι γνώμες τους σχετικά με τις προαναφερόμενες υπηρεσίες είχαν την παρακάτω ποσοτική κατάταξη:

- 45,3% Τις θεωρούν ανύπαρκτες
- 34,9% Τις θεωρούν ανεπαρκείς
- 12,8% Επαρκείς
- 7% Δεν έδωσαν χαρακτηρισμό.

[179]. Μαρτινοπούλου .Υ (1990): «Εμπειρίες, προβλήματα και απόψεις οικογενειών που ανέθρεψαν παιδιά με νοητική υστέρηση «, Ίδρυμα Ερευνών για το Παιδί, Ειδική Διαγνωστική Ομάδα, Αθήνα

Κατά τον Αναστασόπουλο[180] οι παράγοντες που εμποδίζουν την επαγγελματική κατάρτιση των παιδιών είναι:

α. Ο ανεπαρκής υλικοτεχνικός εξοπλισμός

β. Η ελλιπής κατάρτιση των εκπαιδευτικών

γ. Η έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων.

Θεωρεί πως οι βασικότερες αδυναμίες του συστήματος ειδικής επαγγελματικής αγωγής στην Ελλάδα είναι:

- Η εργαστηριοκεντρική αντίληψη που θεωρεί το εργαστήριο ως μέσο και αυτοσκοπό
- Η απουσία δυναμικής των προγραμμάτων ειδικής αγωγής
- Η έλλειψη νέων ειδικοτήτων στα ιδρύματα της ειδικής αγωγής.

Ο Δημητρόπουλος[181] κατέγραψε και συνέκρινε τις απόψεις τριών ομάδων:

- Το οικογενειακό περιβάλλον, 146 άτομα,
- Ειδικούς που εργάζονται σε κέντρα,126 άτομα
- Εργοδότες, 102 άτομα.

Εξετάστηκαν ξεχωριστά παράγοντες για κάθε ομάδα και συγκριτικά μεταξύ των ομάδων όπως η ικανοποίηση από το επίπεδο της παρεχόμενης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και από τις ευκαιρίες Επαγγελματικής Αποκατάστασης. Οι σχέσεις μεταξύ οικογένειας και ειδικών, οι προσδοκίες των οικογενειών για την επαγγελματική εξέλιξη των παιδιών τους, οι παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης των εργαζομένων σε κέντρα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Αποκατάστασης, παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις των εργοδοτών για πρόσληψη ατόμων με νοητική υστέρηση. Μεταξύ των συμπερασμάτων, που προτείνονται όμως και για περαιτέρω διερεύνηση, αναφέρεται η συμφωνία των ομάδων:

1. Για το χαμηλό επίπεδο της παρεχόμενης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης
2. Για τις λίγες ευκαιρίες Επαγγελματικής Αποκατάστασης
3. Για τις προτεραιότητες ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων και θετική στάση στην απασχόληση ατόμων με νοητική υστέρηση.

Επαγγελματικές σχολές λειτουργούν και υπό την εποπτεία του Υπουργείου Γεωργίας. Το Υπουργείο Γεωργίας έχει την ευθύνη δυο τύπων εκπαιδευτικών υπηρεσιών:

[180.] Αναστασόπουλος. Γ(1991): ό. π

I. Σχολικής Επαγγελματικής Γεωργικής Εκπαίδευσης, (Σ. Ε. Γ. Ε).
II. Εξωσχολικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης.

Η ΣΕΓΕ περιλαμβάνει δεκατρία Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια ενταγμένα στο δίκτυο «Δήμητρα», που απευθύνονται σε άτομα 16 - 23 ετών. Για τη λειτουργία τους συστάθηκε ο Οργανισμός Γεωργικής Εκπαίδευσης - Κατάρτισης και Απασχόλησης με τη μορφή Νομικού Προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου. Στα Εκπαιδευτήρια, που είναι διασπαρμένα σε όλη την επικράτεια και φαίνονται στον ΠΙΝΑΚΑ 21, η φοίτηση είναι διετής καθώς καλύπτει μόνο τον Α΄ κύκλο των ΤΕΕ.

Η Εξωσχολική Επαγγελματική Εκπαίδευση παρέχεται στα Κέντρα Γεωργικής Εκπαίδευσης και στα Πρακτικά Γεωργικά Σχολεία. Το 1998 στα Κέντρα και τα Σχολεία της Εξωσχολικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης εκπαιδεύτηκαν 23.966 άτομα, από τα οποία 11.000 είχαν ηλικία κάτω των 40 ετών.

[181] . Δημητρόπουλος. Α (1995): ό. π

ΠΙΝΑΚΑΣ: 21

Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια ενταγμένα στο δίκτυο «Δήμητρα»

ΤΕΕ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
Ορεστιάδας	Τεχνιτών Παραγωγής Ζωοτροφών
Κομοτηνής	Τεχνιτών Μεταποίησης - Τυποποίησης Τοπικών Προϊόντων
Δράμας	Τεχνιτών Φυτών Μεγάλης Καλλιέργειας
Βλάστης Κοζάνης	Τεχνιτών Ζωοτεχνίας
Γαλακτοκομικό Ιωαννίνων	Τεχνιτών Τυροκομίας-Γαλακτοκομίας
Αβερώφειο Λάρισας	Τεχνιτών Αγροτικών Μηχανημάτων και Τεχνιτών Ζωοτεχνικής
Καλαμπάκας	Τεχνιτών Ξυλογλυπτικής - Διακοσμητικής Επίπλου
Καρδίτσας	Τεχνιτών Φυτών Μεγάλης Καλλιέργειας, Τεχνιτών Μεταποίησης Αγροτικών Προϊόντων
Καρπενησίου	Τεχνιτών - Στελέχη Ήπιων Μορφών Αγροτουρισμού
Γεωργικό Νεμέας	Αμπελουργίας - Οινοτεχνίας
Συγγρού Αμαρουσίου	Τεχνιτών Ανθοκηπουρικής και, Τεχνιτών Μελισσοκομίας
Μεσσαράς Κρήτης	Τεχνιτών Θερμοκηπίων
Πλωμαρίου Λέσβου	Τεχνιτών Παραγωγής Προϊόντων Προστατευόμενης Ονομασίας και Προέλευσης και Παραγωγής Ιδιοτυπικών Προϊόντων

7.4.3. Σχολές Τουριστικών Επαγγελμάτων

Στην ευθύνη του Υπουργείου Ανάπτυξης ανήκει η εποπτεία των Σχολών Τουριστικών Επαγγελμάτων[182]. Οι σχολές αυτές στοχεύουν στην επαγγελματική και τεχνική κατάρτιση όσων μπορούν και επιθυμούν να εργαστούν στον τουριστικό τομέα. Το σύστημα των σχολών αυτών αποτελούν ανεξάρτητο ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου. Η παρεχόμενη εκπαίδευση προσδιορίζεται σε τρία επίπεδα:

1^{ο}. Δευτεροβάθμια Τεχνική - Επαγγελματική Εκπαίδευση,

2^{ο}. Ανώτερη Εκπαίδευση

3^{ο}. Μετεκπαίδευση Εργαζομένων.

Στη περίπτωση των παιδιών με σύνδρομο DOWN ενδιαφέρουν κατά βάση τα δυο πρώτα επίπεδα.

1^{ο}. **Δευτεροβάθμια Τεχνική - Επαγγελματική Εκπαίδευση**

Στο επίπεδο υπάγονται:

[182] . Υπουργείο Ανάπτυξης, (2005), www. mod.gr

- Οι Σχολές Ξενοδοχειακής - Εστιατορικής Τεχνικής, και Μαγειρικής - Ζαχαροπλαστικής Τέχνης.

Οι σχολές αυτές λειτουργούν ως ΤΕΕ Α΄ κύκλου, αλλά δέχονται και αποφοίτους Λυκείου που επιθυμούν να εξειδικευτούν σε αυτούς τους τομείς. Η εισαγωγή των σπουδαστών γίνεται με εισαγωγικές εξετάσεις που διενεργούνται με την ευθύνη της κεντρικής υπηρεσίας. Μοριοδοτείται ο βαθμός του απολυτηρίου και το πτυχίο ξένης γλώσσας. Λειτουργούν συνολικά οκτώ σχολές στις περιοχές που φαίνονται στον ΠΙΝΑΚΑ 22:

ΠΙΝΑΚΑΣ: 22 Εδρες δευτεροβαθμιων τεχνικων επαγγελματικων σχολων

Ανάβυσσος Αττικής
Ηράκλειο Κρήτης
Θεσσαλονίκ η
Ναύπλιο
Ρόδος
Κέρκυρα
Γαλαξ ίδι
Αλεξανδρούπολη

- Τμήμα Στελεχών Τουριστικών Γραφείων.

Λειτουργεί ως αδιαβάθμιτο τμήμα μεταλυκειακής εκπαίδευσης. Η εισαγωγή των σπουδαστών γίνεται με εισαγωγικές εξετάσεις που διενεργεί η κεντρική υπηρεσία. Μοριοδοτείται ο βαθμός απολυτηρίου Λυκείου και η επαρκής γνώση δυο τουλάχιστον ξένων γλωσσών. Όριο συμμετοχής στο διαγωνισμό είναι το 22° έτος της ηλικίας. Λειτουργούν τρία τμήματα στις περιοχές που φαίνονται στον ΠΙΝΑΚΑ 23:

ΠΙΝΑΚΑΣ: 23 Εδρες δευτεροβαθμιων τεχνικων επαγγελματικων σχολων Στελεχών Τουριστικών Γραφείων

Ανάβυσσος Αττικής
Ρόδος
Κέρκυρα

2ο. Ανώτερη Εκπαίδευση

Στο επίπεδο αυτό λειτουργούν δυο Ανώτερες Σχολές, η εισαγωγή στις οποίες γίνεται με τις διαδικασίες επιλογής των υποψηφίων για τα ιδρύματα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και λειτουργούν:

i. Στη Ρόδο

ii. *Στον Άγιο Νικόλαο της Κρήτης.*

Στο Υπουργείο Πολιτισμού ανήκει η εποπτεία μιας σειράς κρατικών και ιδιωτικών ιδρυμάτων εκπαίδευσης[183]. Τα αντικείμενα των σχολών αυτών αναφέρονται:

- ☑ Στη μουσική,
- ☑ Τη δραματική τέχνη,
- ☑ Το χορό,
- ☑ Τον κινηματογράφο
- ☑ Την τηλεόραση.

Παράλληλα λειτουργούν Ανώτερες Σχολές Χορού και Δραματικής Τέχνης. Στην κατεύθυνση της μουσικής εκπαίδευσης, εκτός από τα δημόσια και ιδιωτικά Ωδεία, ανήκουν και τα σχολεία εκμάθησης παραδοσιακής και λαϊκής μουσικής.

Κατά την ακαδημαϊκή περίοδο 1999 - 2000 λειτούργησαν συνολικά 22 ιδιωτικές σχολές Θεάτρου, Κινηματογράφου και Τηλεόρασης.

Στην εποπτεία του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας ανήκουν μια σειρά από Σχολές παραγωγής στελεχών και των τριών όπλων των Ενόπλων Δυνάμεων της χώρας. Παρά το γεγονός ότι η πρόσβαση των Ατόμων με Αναπηρίες δεν επιτρέπεται στις Σχολές αυτές, εντούτοις για καθαρά ερευνητικούς λόγους θ' αναφερθούμε και σ' αυτές.

Οι σχολές λοιπόν αυτές, χαρακτηριζόμενες είτε ως ανώτατες είτε ως ανώτερες, ανήκουν στα τρία Όπλα υπαγόμενες στις κατηγορίες της «αρχικής» ή της «συνεχιζόμενης» εκπαίδευσης[184], που αφορούν τις διάφορες σχολές ενδωϋπηρεσιακής επιμόρφωσης των στελεχών των Ενόπλων Δυνάμεων. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν:

1. *Στρατιωτική Σχολή Ευελπίδων*
2. Στρατιωτική Σχολή Ιατρική με ειδικότητες:

- Ιατρική,

[183] . Υπουργείου Πολιτισμού και Επιστημών(2005): www.culture.gr

[184]. Δελτίο Πληροφοριών ΥΠΕΘΑ, (2004), Αθήνα

- Κτηνιατρική,
- Οδοντιατρική
- Φαρμακευτική

3. Στρατιωτικές Σχολές Αξιωματικών Σωμάτων με ειδικότητες
- Οικονομικό ΣΣΑΣ
- Στρατολογικό ΣΣΑΣ

4. Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής
5. Σχολή Μονίμων Υπαξιωματικών
6. Σχολή Ικάρων
7. Σχολή Τεχνικών Υπαξιωματικών Αεροπορίας
8. Σχολή Ιπτάμενων Ραδιοναυτίλων Αεροπορίας
9. Σχολή Υπαξιωματικών Διοικητικών Αεροπορίας
10. Σχολή Ναυτικών Δοκίμων
11. Σχολή Μονίμων Υπαξιωματικών Ναυτικού

Η εισαγωγή των σπουδαστών σε όλες αυτές τις σχολές γίνεται με τις ίδιες διαδικασίες επιλογής των άλλων υποψηφίων για τα ιδρύματα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και με το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης το οποίο έχει την ευθύνη εκπαιδευτικών ιδρυμάτων που ανήκουν :

- Στην Ελληνική Αστυνομία
- Στο Πυροσβεστικό Σώμα[185].

Στην ευθύνη της Ελληνικής Αστυνομίας υπάγονται η Αστυνομική Ακαδημία, που περιλαμβάνει τη Σχολή Αξιωματικών και τις Σχολές Αστυφυλάκων . Η πρώτη είναι Ανώτατου επιπέδου και η δεύτερη Ανώτερου. Η εισαγωγή σπουδαστών στις σχολές αυτές γίνεται με τις διαδικασίες επιλογής των υποψηφίων για τα ιδρύματα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Πέραν αυτών υπάρχουν η Σχολή Εθνικής Ασφάλειας και η Σχολή Μετεκπαίδευσης και Επιμόρφωσης που αποτελούν ενδοϋπηρεσιακής μορφής σχολές.

Η έδρα της Σχολής Αξιωματικών βρίσκεται στην Αθήνα. Τα Τμήματα Δοκίμων της Σχολής Αστυφυλάκων λειτουργούν στις περιοχές που φαίνονται στον ΠΙΝΑΚΑ 24:

[185]. Υπουργείο Δημόσιας Τάξης (2004): Δελτίο Πληροφοριών, Αθήνα

ΠΙΝΑΚΑΣ: 24
Σχολες αστυφυλακων

Αμυγδαλέζας	Αμαρουσίου	Ρεθύμνου
Σητείας	Καρδίτσας	Γρεβενών
Ξάνθης	Διδυμοτείχου	Κομοτηνής

Το Πυροσβεστικό Σώμα έχει την ευθύνη της Πυροσβεστικής Ακαδημίας που έχει έδρα την Αθήνα και περιλαμβάνει πέντε Τμήματα:

1. Ανθυποπυραγών (Αξιωματικών)
2. Αρχιπυροσβεστών (Υπαξιωματικών)
3. Πυροσβεστών
4. Επιμόρφωσης και Μετεκπαίδευσης
5. Ξένων Γλωσσών

Τα τρία από τα παραπάνω τμήματα, το Τμήμα Ανθυποπυραγών (Αξιωματικών), το Τμήμα Αρχιπυροσβεστών (Υπαξιωματικών) και το Τμήμα Πυροσβεστών, αποτελούν παραγωγικά τμήματα, ενώ το Τμήμα Επιμόρφωσης και Μετεκπαίδευσης και των Ξένων Γλωσσών, αποτελούν ενδοϋπηρεσιακά επιμορφωτικά τμήματα.

- Το Τμήμα Ανθυποπυραγών θεωρείται Α. Ε. Ι και οι σπουδαστές του εγγράφονται με τις διαδικασίες επιλογής των υποψηφίων για τα ιδρύματα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης.
- Το Τμήμα Αρχιπυροσβεστών δέχεται αποφοίτους Λυκείου, με εξετάσεις και πτυχιούχους ΑΕΙ χωρίς εξετάσεις.
- Το Τμήμα Πυροσβεστών, ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες του Σώματος, απευθύνεται σε άτομα που ανήκουν σε ευρύ φάσμα διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων, πτυχιούχους ΑΕΙ, ΤΕΙ, αποφοίτους Λυκείου, μουσικούς, επαγγελματίες οδηγούς Γ΄ κατηγορίας και άνω, επαγγελματίες τεχνίτες ειδικότητας αυτοκινήτου, αποφοίτους Μέσων Τεχνικών Σχολών και επαγγελματίες ναυτικούς τεχνικούς.

Ως όριο ηλικίας για τους σπουδαστές ορίζονται η ηλικία των 30 ετών για τους αποφοίτους ΑΕΙ και 26 για τους άλλους.

Στο Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας έχει ανατεθεί όλη η ναυτική εκπαίδευση του εμπορικού ναυτικού της χώρας, που παρέχεται από δημόσια και ιδιωτικά

ιδρύματα[186]. Στο πλαίσιό της λειτουργούν οι Ακαδημίες Εμπορικού Ναυτικού, (ΑΕΝ), που απευθύνονται σε αποφοίτους Λυκείου και περιλαμβάνουν:

α. Σχολή Πλοιάρχων (ΣΠ)

β. Σχολή Μηχανικών (ΣΜ).

Κατά την ακαδημαϊκή χρονιά 2000 - 2001 λειτουργούσαν οι παρακάτω δέκα που φαίνονται στον ΠΙΝΑΚΑ 25:

ΠΙΝΑΚΑΣ: 25
Ακαδημίες Εμπορικού Ναυτικού, (ΑΕΝ)

Ασπροπύργου (ΣΠ και ΣΜ)	Ηπείρου (ΣΠ)
Ιονίων Νήσων (ΣΠ)	Σύρου (ΣΠ)
Κύμης (ΣΠ)	Ύδρας (ΣΠ)
Μακεδονίας (ΣΠ και ΣΜ)	Κρήτης (ΣΠ και ΣΜ)
Οινουσσών (ΣΠ)	Χίου (ΣΜ)

Για τις ανάγκες του Λιμενικού Σώματος λειτουργεί η Σχολή Δοκίμων Λιμενοφυλάκων, που υπάγεται στο Λιμενικό Σώμα και απευθύνεται σε αποφοίτους Λυκείου. Η εισαγωγή στη σχολή γίνεται με προκαθορισμένα κριτήρια ανεξάρτητα από τη διαδικασία επιλογής των υποψηφίων για τα Ιδρύματα της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Σήμερα το ΥΠΕΠΘ έχει υιοθετήσει και τις πρακτικές της ανοικτής και εξ αποστάσεως εκπαίδευσης. Τέτοιου είδους εκπαίδευση προσφέρει το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, (ΕΑΠ), με έδρα την Πάτρα, είναι ισότιμο με τα άλλα ΑΕΙ της χώρας. Περιλαμβάνει προγράμματα σπουδών προπτυχιακού και μεταπτυχιακού επιπέδου και λειτουργεί αποκλειστικά στηριζόμενο στην εξ αποστάσεως διδασκαλία. Οι φοιτητές επιλέγονται με κλήρωση αφού ο αριθμός των παρεχόμενων θέσεων είναι συνήθως μικρότερος από τον αριθμό των ενδιαφερομένων.

Κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους οι φοιτητές μπορούν να παρακολουθήσουν κατ' ανώτατο όριο τρεις Θεματικές Ενότητες στα Προπτυχιακά Προγράμματα Σπουδών και δυο στα Μεταπτυχιακά Προγράμματα Σπουδών. Για την λήψη των ανάλογων τίτλων σπουδών απαιτούνται:

- Για Πτυχίο: επιτυχής παρακολούθηση και εξέταση σε τουλάχιστον 12 Θεματικές Ενότητες.

[186] . Δελτίο Πληροφοριών Υ. Ε. Ν (2004)/ www.yen.gr

- Για Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης, (επίπεδο masters), επιτυχής παρακολούθηση και εξέταση σε τουλάχιστον 4 Θεματικές Ενότητες επιπλέον δε συγγραφή επιστημονικής εργασίας.
- Για Διδακτορικό Δίπλωμα, συγγραφή διδακτορικής διατριβής.

Κατά το ακαδημαϊκό έτος 2001 εισήχθησαν και παρακολούθησαν τα διάφορα προγράμματα του Ε ΑΠ οι φοιτητές που φαίνονται στον ΠΙΝΑΚΑ 26.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 26

Προγραμματα σπουδων, υποψηφιοι και εισακτεοι φοιτητες στο ελληνικο ανοικτο πανεπιστημιο το 2001

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ - ΕΙΣΑΚΤΕΟΙ 2001		
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ	**Ν Υποψηφίων**	**Ν Εισακτέων**	**% εισακτέων επί υποψηφίων**
Εξειδίκευση καθηγητών Αγγλικής	453	120	26,5
Εξειδίκευση καθηγητών Γαλλικής	396	120	30,3
Εξειδίκευση καθηγητών Γερμανικής	194	120	61,9
Σπουδές στην Εκπαίδευση	7.890	300	3,8
* Ελληνικός Πολιτισμός	3.810	670	17,6
* Ευρωπαϊκός Πολιτισμός	2.594	600	23,1
* Ισπανική Γλώσσα και Πολιτισμός	418	120	28,7
** Ανοικτή και εξ αποστάσεως	1.038	240	23,1
** Εκπαίδευση ενηλίκων	775	120	15,5
** Διοίκηση εκπαιδευτικών μονάδων	1.227	120	9,8
** Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη	435	60	13,8
** Εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό	728	60	8,2
ΣΥΝΟΛΟ	19.958	2.650	13,3
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ			
Τραπεζική	1.881	150	8,0
Διοίκηση μονάδων υγείας	2.474	150	6,1
Διοίκηση Τουριστικών επιχειρήσεων	880	150	17,0
* Διοίκηση επιχειρήσεων και	11.815	720	6,1
ΣΥΝΟΛΟ	17.050	1.170	6,9
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ			
Διασφάλιση ποιότητας	3.026	150	5,0
Περιβαλλοντικός σχεδιασμός έργων	412	150	36,4
Περιβαλλοντικός σχεδιασμός πόλεων	438	150	34,2
* Πληροφορική	7.573	720	9,5
* Σπουδές στις φυσικές επιστήμες	831	510	61,4
ΣΥΝΟΛΟ	12.280	1.680	13,7
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	**22.247**	**2.160**	**9,7**
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΩΝ	**27.041**	**3.340**	**12,4**
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	**49.288**	**5.500**	**11,2**

ΠΗΓΗ: Μονάδα Εσωτερικής Αξιολόγησης ΕΑΠ

Πέραν των Δημόσιων εκπαιδευτικών μονάδων, στη χώρα ιδιωτικοί φορείς έχουν τη δυνατότητα παροχής εκπαιδευτικών υπηρεσιών. Αυτές ανήκουν σε μια ακαθόριστη ζώνη, σε σχέση με το νομικό καθεστώς τους και τον τρόπο

λειτουργίας τους. Οι φορείς των υπηρεσιών αυτών έχουν τον τίτλο « Εργαστήρια Ελευθέρων Σπουδών», ενώ μερικά επονομάζονται «Κολέγια» ή «Κέντρα» και προετοιμάζουν σπουδαστές για σπουδές στο εξωτερικό.

Κατά την ισχύουσα νομοθεσία, τα Εργαστήρια Ελευθέρων Σπουδών (ΕΕΣ) μπορούν να λειτουργούν έχοντας ως σκοπό την παροχή μόρφωσης στις τέχνες και σε πρακτικά επαγγέλματα, αλλά δεν προβλέπεται να έχουν άδεια ίδρυσης και λειτουργίας από το ΥΠΕΠΘ ή από άλλο κρατικό φορέα. Απλά δηλώνεται η λειτουργία τους στις οικείες οικονομικές εφορίες. Για το λόγο αυτό δεν επιτρέπεται να εμφανίζονται ως εκπαιδευτήρια και έχουν την υποχρέωση να ενημερώνουν εγγράφως τους σπουδαστές τους ότι μετά το τέλος της φοίτησής τους δεν αποκτούν κανέναν τίτλο σπουδών.

Τη σχολική χρονιά 1999 - 2000 λειτούργησαν συνολικά στην Ελλάδα οι παρακάτω φορείς ιδιωτικής εκπαίδευσης:

- 137 Εργαστήρια Ελευθέρων Σπουδών
- 32 «Κολέγια».
- 56 Κέντρα προετοιμασίας για σπουδές στο εξωτερικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

8.1. Εισαγωγικά

Το ΥΠΕΠΘ υπήρξε ένας από τους πρώτους δημόσιους φορείς που άρχισε να λειτουργεί σε επίπεδο διακρατικότητας, ως οργανισμός υλοποίησης ευρωπαϊκών προγραμμάτων, για τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Τα πρώτα προγράμματα αποτελούσαν Τοπικά Μοντέλα Δραστηριοτήτων, (L. M. A), μεταξύ όλων των 12 τότε κρατών μελών, για μαθητές με Ειδικές Ανάγκες. Περιελάμβαναν κυρίως ανταλλαγές επισκέψεων αντιπροσώπων, σε αναπτυγμένα και λειτουργούντα προγράμματα ένταξης, κατά βάση, ανάπηρων μαθητών σε γενικά σχολεία. Παράλληλα γινόταν τέσσερις συναντήσεις το χρόνο των εθνικών αντιπροσώπων και των τεχνοκρατών της Ένωσης στις Βρυξέλλες και δυο ετήσιες όλων των συμμετεχόντων, με σκοπό την αξιολόγηση των επισκέψεων και την εξαγωγή συμπερασμάτων. Απότοκο αυτών των αξιολογήσεων υπήρξε το πρώτο μεγάλο εκπαιδευτικό διευρωπαϊκό πρόγραμμα για μαθητές με Ε. Α, το πρόγραμμα HELIOS I. Η επιτυχία του προγράμματος αυτού συνέτεινε στην επέκτασή του στο HELIOS II και αμέσως μετά στο HORIZON I και στο HORIZON II.

Από την εποχή εφαρμογής των Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης, (Κ. Π. Σ), και την κεντρική διαχείριση των προγραμμάτων από το Υπουργείο Εργασίας, στο ΥΠΕΠΘ συνεστήθη το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Εκπαίδευση και Αρχική Επαγγελματική Κατάρτιση», (Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ.), ως κεντρικός διαχειριστής όλων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Έτσι τα προγράμματα για μαθητές με ειδικές ανάγκες, ενώ ήταν τα μόνα που λειτούργησαν στα πρώτα βήματα εφαρμογής ευρωπαϊκών προγραμμάτων, εντάχθηκαν ως επί μέρους δομές προγραμμάτων στο πλαίσιο του Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ. .

Το ΕΠΕΑΕΚ είναι Επιχειρησιακό Πρόγραμμα που σχεδιάστηκε, βάσει του Νόμου 2860/2000, με στόχο ν'ανταποκριθεί η Ελλάδα στις προκλήσεις που διαμορφώνονται διεθνώς με την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών, μετατρέποντάς τις σε ευκαιρίες ανάπτυξης και ποιότητας ζωής. Εγκρίθηκε το Μάρτιο του 2001 με την απόφαση Ε. (2001), 44/16 – 3 – 2001 της Επιτροπής της Ε.Ε. Πέρα απ' αυτό το Συμπλήρωμα Προγραμματισμού, (Σ.Π), στο οποίο εξειδικεύονται οι δράσεις του Προγράμματος εγκρίθηκε στην 1^{η} συνεδρίαση της Επιτροπής Παρακολούθησης, (Ε. Π), του ΕΠΕΑΕΚ στις 29 – 5 – 2001.

Σήμερα αποτελεί ένα από τα 24 Προγράμματα του 3^{ου} Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης για την Ελλάδα, χρονικής διάρκειας 2000 – 2006 και συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα. Συγκεκριμένα

το Ελληνικό Δημόσιο συμμετέχει με 25%, μέσω του τακτικού προϋπολογισμού και η Ε. Ε με 75% μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, (ΕΚΤ), και του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης, (ΕΤΠΑ). Ο προϋπολογισμός του Προγράμματος για την παραπάνω περίοδο ανέρχεται στα 2.484,6 εκ. Ευρώ (846,6 δισ. δρχ.).

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει 6 Άξονες Προτεραιότητας, (Α. Π), και απ' αυτούς ο Α.Π. 6 αφορά την Τεχνική Βοήθεια. Οι Άξονες Προτεραιότητας 1, 2, 3, 4, και 6 συγχρηματοδοτούνται από το ΕΚΤ και ο Α.Π. 5, που αφορά τις υποδομές από το ΕΤΠΑ.

8.2. Άξονας Προτεραιότητας 1 «Προώθηση της ισότητας των ευκαιριών πρόσβασης στην αγορά εργασίας για όλους και ιδιαίτερα για όσους απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό»

Ο Άξονας Προτεραιότητας 1 έχει ως θέμα του την « Προώθηση της ισότητας των ευκαιριών πρόσβασης στην αγορά εργασίας για όλους και ιδιαίτερα για όσους απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό», και προϋπολογισμό 451.457.867 Ευρώ. Στοχεύει στην προώθηση της ισότητας ευκαιριών ολόκληρου του μαθητικού πληθυσμού, στη μείωση της σχολικής αποτυχίας και της εκπαιδευτικής διαρροής με το να προσφέρει υποστήριξη σ' όλους τους νέους προκειμένου ν' αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες, αυξάνοντας τις δυνατότητες ένταξης στην αγορά εργασίας.

Συμπεριλαμβάνει Μέτρα και Ενέργειες που απευθύνονται σε ομάδες μαθητικού πληθυσμού με πολιτισμικές και γλωσσικές ιδιαιτερότητες και διαφορές, μουσουλμανόπαιδες, τσιγγανόπαιδες, παλιννοστούντες, αλλοδαπούς και ομογενείς, άτομα με ειδικές ανάγκες, μαθητές που εγκατέλειψαν την εννιάχρονη υποχρεωτική εκπαίδευση και μαθητές που παρουσιάζουν χαμηλή επίδοση και μαθησιακές δυσκολίες.

Θεωρείται ως ο τρίτος στη σειρά των αξόνων, από άποψη προτεραιότητας με ποσοστό συμμετοχής 13,3% .

Ο Α. Π. 1, ταυτίζεται με το 2^{ο} πεδίο πολιτικής του ΕΚΤ και έχει ως στόχο αφ' ενός μεν την πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού, μέσα από δράσεις που δίνουν σε όλους ίσες ευκαιρίες αρχικής ένταξης στο εκπαιδευτικό σύστημα, ώστε ν' αποφύγουν τη σχολική αποτυχία και τη διαρροή, με την απόκτηση των απαραίτητων επαγγελματικών εφοδίων, αφ' ετέρου δε την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, βελτιώνοντας τις δυνατότητες απασχόλησης των ατόμων και προσφέροντάς τους το αναγκαίο εκπαιδευτικό συμπλήρωμα μέσα από μια διαδικασία δια βίου εκπαίδευσης. Παρά το ότι η εκπαιδευτική πολιτική της χώρας μας δεν κάνει διακρίσεις εις βάρος συγκεκριμένων μαθητικών

ομάδων, υπάρχουν ορισμένες πολιτισμικές, εθνικές ή θρησκευτικές μειονότητες που παρουσιάζουν δυσκολία ένταξης στην εκπαιδευτική διαδικασία. Αυτός είναι και ο λόγος που επιχειρείται μια ολοκληρωμένη παρέμβαση προς υποστήριξη των μαθητών αυτών, για να παραμείνουν στο εκπαιδευτικό σύστημα για όσο γίνεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, να βελτιώνουν συνεχώς την εκπαιδευτική τους επίδοση και να ενταχθούν το ταχύτερο δυνατόν στο κύριο σώμα της εκπαίδευσης, (integration).

Στον ίδιο Άξονα εμπίπτουν επίσης διάφορες άλλες ομάδες μαθητικού πληθυσμού, καθεμία από τις οποίες παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και προβλήματα, τα οποία και αντιμετωπίζονται με εξειδικευμένες δράσεις. Συγκεκριμένα, για τους μαθητές με αναπηρίες προβλέπονται επιμορφωτικές δράσεις σωστής εκπαιδευτικής αντιμετώπισης με στόχο, όπου αυτό είναι δυνατό, την ομαλή ένταξή τους στο εκπαιδευτικό σύστημα και την επαγγελματική τους εξέλιξη. Για κάποιες άλλες ευπαθείς μαθητικές ομάδες, που περιλαμβάνουν μαθητές με χαμηλή επίδοση σε ορισμένα μαθήματα, μαθητές που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες καθώς και μαθητές που προέρχονται από οικονομικά ασθενείς οικογένειες, προβλέπονται ειδικές δράσεις ενδυνάμωσης και συμπλήρωσης των εκπαιδευτικών γνώσεων και των ατομικών δεξιοτήτων τους.

Μεταξύ τους τα Μέτρα έχουν άμεση συνάφεια και κυρίως συμπληρωματικότητα. Ειδικά το Μέτρο στο οποίο περιλαμβάνονται ενέργειες για τα άτομα με ειδικές ανάγκες είναι το Μέτρο 1.1 με τίτλο « Βελτίωση των Συνθηκών Ένταξης στο Εκπαιδευτικό Σύστημα Ατόμων Ειδικών Κατηγοριών». Μέσω της υλοποίησής του επιχειρείται η βελτίωση των συνθηκών ένταξης στο εκπαιδευτικό σύστημα μαθητών προερχομένων από συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες απειλούνται από την εκπαιδευτική ανισότητα, έτσι ώστε να προληφθεί η περιθωριοποίηση και ο αποκλεισμός τους από τη μαθησιακή διαδικασία. Συγκεκριμένα το Μέτρο 1.1 συνδέεται με το Μέτρο 2.1, που έχει στόχο την αναβάθμιση της παρεχόμενης εκπαίδευσης και με το Μέτρο 2.2, που αφορά στην αναμόρφωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και στην παραγωγή σύγχρονου εκπαιδευτικού υλικού. Παράλληλα συνδέεται με το Μέτρο 2.4, που αφορά στον Επαγγελματικό Προσανατολισμό, στη σύνδεση με την αγορά εργασίας και με το Μέτρο 2.5, που αφορά στη δια βίου εκπαίδευση. Τέλος, συνδέεται και με το Μέτρο 5.1, που στοχεύει στην αναβάθμιση της υλικοτεχνικής υποδομής, κτιριακές παρεμβάσεις και εξοπλισμό, των σχολικών μονάδων της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί επάρκεια χώρων για την εφαρμογή των προγραμμάτων αλλά και εξοπλισμός που θα επιτρέπει την εισαγωγή και χρήση της νέας τεχνολογίας.

Στο Μέτρο εντάσσονται τέσσερις (4) Ενέργειες, οι παρακάτω:

1.1.1: Ένταξη παιδιών με πολιτισμικές και γλωσσικές ιδιαιτερότητες στο εκπαιδευτικό σύστημα.

1.1.2: Λειτουργία «Σχολείων Δεύτερης Ευκαιρίας» - Εκπαίδευση Ενηλίκων.

1.1.3: Έγκαιρη και συστηματική ανίχνευση, αξιολόγηση και υποστήριξη των μαθητών με μαθησιακά προβλήματα, προβλήματα λόγου και ομιλίας και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

1.1.4: Βελτίωση των συνθηκών εκπαίδευσης ατόμων με αναπηρίες .

8.2.1. Το Μέτρο 1.2. Καταπολέμηση της σχολικής αποτυχίας και της διαρροής

Το Μέτρο 1.2 αποσκοπεί στην Καταπολέμηση της σχολικής αποτυχίας και της διαρροής προτείνοντας εναλλακτικές μορφές μάθησης. Στο πλαίσιο του Μέτρου αυτού εφαρμόζονται τα προγράμματα:

1^{ο}. Του Ολοήμερου Δημοτικού Σχολείου.

Σκοπός του είναι:

- Η καταπολέμηση της σχολικής αποτυχίας και διαρροής.
- Η αξιοποίηση του πρόσθετου χρόνου με τη χρήση εναλλακτικών μορφών μάθησης.
- Η απελευθέρωση των γονέων από την ανάγκη επιτήρησης των παιδιών τους τις πρωινές και μεσημεριανές ώρες καθώς και η προώθηση ίσων ευκαιριών πρόσβασης στην αγορά εργασίας.

2^{ο}. Του Ολοήμερου Νηπιαγωγείου με τη διεύρυνση της λειτουργίας του κατά τέσσερις ώρες. Σκοπός του είναι:

- Η Αναβάθμιση της προσχολική εκπαίδευσης
- Η ολοκληρωμένη προετοιμασία των νηπίων για το δημοτικό σχολείο
- Η ενίσχυση της κρατικής μέριμνας με στόχο τη μείωση των μορφωτικών διακρίσεων και την εξυπηρέτηση των εργαζομένων κυρίως γονέων.

3^{ο}. Της πρόσθετης διδακτικής στήριξης.

Το πρόγραμμα στοχεύει:

- Στην υποστήριξη των μαθητών του ενιαίου λυκείου και των ΤΕΕ που έχουν χαμηλές επιδόσεις σε βασικά μαθήματα έτσι ώστε:
  (α). Ν' αποφύγουν τη σχολική αποτυχία.
  (β). Ν' αποφύγουν τον αποκλεισμό από την αγορά εργασίας.

Ως ωφελούμενοι μπορούν να θεωρηθούν όλοι οι μαθητές υποχρεωτικής εκπαίδευσης με πολιτισμικές και γλωσσικές ιδιαιτερότητες, με μαθησιακά προβλήματα και αναπηρίες. Ενήλικες που δεν ολοκλήρωσαν την υποχρεωτική εκπαίδευση εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ειδικής αγωγής και ΤΕΕ.

8.3. Άξονας Προτεραιότητας 2 «Προώθηση και βελτίωση της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής κατάρτισης στο πλαίσιο της δια βίου μάθησης».

Ο Άξονας Προτεραιότητας 2 περιλαμβάνει δράσεις που στοχεύουν στην «Προώθηση και βελτίωση της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής κατάρτισης στο πλαίσιο της δια βίου μάθησης». Αποτελεί τον Άξονα με τη μεγαλύτερη βαρύτητα με ποσοστό σημαντικότητας στο συνολικό Πρόγραμμα 62% και Προϋπολογισμό 1.679.434.568 Ευρώ. Ταυτίζεται με το 3^{ο} πεδίο πολιτικής του ΕΚΤ, στοχεύοντας στην ανάπτυξη και βελτίωση της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής κατάρτισης στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου συστήματος δια βίου μάθησης, βελτιώνοντας τη δυνατότητα απασχόλησης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Ο κύριος σκοπός του αφορά στην ανάπτυξη και βελτίωση της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής κατάρτισης, στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου συστήματος δια βίου μάθησης. Επιχειρείται η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης σε όλες τις βαθμίδες, με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας και ανταγωνιστικότητας του εκπαιδευτικού συστήματος.

Οι επί μέρους στόχοι του είναι:

- Η σύνδεση της εκπαίδευσης με την απασχόληση μέσω της ανάπτυξης εναλλακτικών μορφών δια βίου εκπαίδευσης. Ανάπτυξη του επαγγελματικού προσανατολισμού και της συμβουλευτικής καθώς και επέκταση των προγραμμάτων πρακτικής άσκησης και ανάπτυξης δεξιοτήτων.
- Η αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών της αρχικής επαγγελματικής και της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για να παρέχουν ουσιαστικές γνώσεις και δεξιότητες αυξάνοντας τις δυνατότητες απασχόλησης και ένταξης των νέων στην αγορά εργασίας.
- Η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης με την αναβάθμιση του εκπαιδευτικού έργου μέσα από τη συνεχή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, την αξιολόγηση όλων των παραμέτρων του εκπαιδευτικού έργου και την ενίσχυση υποδομών και μέσων διδασκαλίας.

Στον Άξονα εντάσσονται Μέτρα των οποίων οι δράσεις αφορούν στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης σε όλες τις βαθμίδες του εκπαιδευτικού συστήματος, με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας και ανταγωνιστικότητας του εκπαιδευτικού συστήματος και την καλύτερη προετοιμασία των νέων για την εκπαιδευτική και επαγγελματική τους εξέλιξη. Ειδικότερα, προβλέπεται η αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών με στόχο τη στενότερη σύνδεση της εκπαίδευσης με την απασχόληση καθώς και η δημιουργία ειδικών προγραμμάτων αρχικής επαγγελματικής κατάρτισης αλλά και ανώτατης εκπαίδευσης, τα οποία θα προσανατολίζονται προς τις προοπτικές ζήτησης εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού.

Η σύνδεση της εκπαίδευσης με την απασχόληση ενισχύεται μέσω της υλοποίησης δράσεων που αφορούν:

1) Την ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών δια βίου εκπαίδευσης,
2) Τον επαγγελματικό προσανατολισμό και τη συμβουλευτική, για όσους παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα,
3) Την επέκταση των προγραμμάτων πρακτικής άσκησης και την εφαρμογή καινοτομικών προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων.

Η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης στηρίζεται στην αναβάθμιση του εκπαιδευτικού έργου, μέσα από τη συνεχή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, την αξιολόγηση όλων των παραμέτρων του εκπαιδευτικού έργου και την ενίσχυση των υποδομών και μέσων διδασκαλίας. Στον Άξονα εντάσσονται επίσης όλες οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη μελέτη του περιβάλλοντος, την ευαισθητοποίηση των νέων σε θέματα προστασίας περιβάλλοντος και την ανάπτυξη εξειδικευμένου στελεχιακού δυναμικού.

Τα Μέτρα μέσω των οποίων επιχειρείται η επίτευξη των στόχων του είναι:

2.1: Αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης

Στο πλαίσιο του παραπάνω μέτρου οι δράσεις που θα το υλοποιήσουν εντάσσονται στις εξής ενέργειες:

2.1.1: Επιμόρφωση εκπαιδευτικών

2.1.2: Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου και όλων των συντελεστών που συνδέονται με αυτό

2.1.3: Ενίσχυση και εμπλουτισμός των Βιβλιοθηκών

2.2: Αναμόρφωση Προγραμμάτων Σπουδών - Διεύρυνση Γ΄/ βάθμιας Εκπαίδευσης

2.3: Αρχική Επαγγελματική Εκπαίδευση & Κατάρτιση

Οι δράσεις που θα το υλοποιήσουν εντάσσονται στις εξής ενέργειες:

2.3.1: Αναβάθμιση των σπουδών στα ΙΕΚ

2.3.2: Ανάπτυξη των Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (ΤΕΕ) και Αναβάθμισή τους σε Επαγγελματικά Λύκεια

2.3.3: Αναβάθμιση των σπουδών στις Σχολές Αρχικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης των Φορέων που εποπτεύονται από άλλα Υπουργεία

2.4: Επαγγελματικός Προσανατολισμός & Σύνδεση με Αγορά Εργασίας

Οι ενέργειες που εντάσσονται στο Μέτρο είναι:

2.4.1:Συμβουλευτική και Επαγγελματικός Προσανατολισμός για μαθητές του Ενιαίου Λυκείου, της επαγγελματικής εκπαίδευσης και της αρχικής επαγγελματικής κατάρτισης

2.4.2: Πρακτική άσκηση μαθητών, σπουδαστών και φοιτητών και στήριξη Γραφείων Διασύνδεσης

2.4.3: Προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων και σύνδεσης της εκπαίδευσης με την αγορά εργασίας

2.5: Δια βίου Εκπαίδευση

2.6: Προγράμματα Προστασίας Περιβάλλοντος & Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης .

Οι δράσεις που εντάσσονται στο Μέτρο, είναι:

2.6.1: Υποστήριξη και ανάπτυξη Κέντρων Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης

2.6.2: Προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα που αφορούν το περιβάλλον

2.6.3: Εκπαιδευτικές έρευνες και δράσεις με έμφαση στο περιβάλλον

8.4. Άξονας Προτεραιότητας

Η Ανάπτυξη, η προώθηση της επιχειρηματικότητας και της προσαρμοστικότητας των νέων αποτελούν τις βασικές επιδιώξεις του Άξονα Προτεραιότητας 3, που αποτελεί τον Άξονα με τη μικρότερη βαρύτητα και ποσοστό συμμετοχής 0,8%, με προϋπολογισμό 19.848.352 Ευρώ.

Αποτελεί μια καινοτομία στο χώρο της εκπαίδευσης και αποσκοπεί στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων που προωθούν την επιχειρηματικότητα και αυξάνουν την προσαρμοστικότητα των νέων στις μεταβολές της αγοράς εργασίας. Με αυτόν επιχειρείται να αναπτυχθούν δεξιότητες που προάγουν τον εκσυγχρονισμό των διοικητικών διαδικασιών, την επέκταση του επιχειρηματικού

πνεύματος καθώς και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού σε θέματα έρευνας και τεχνολογίας.

Βασικοί του στόχοι είναι:

- Η ενθάρρυνση της επιχειρηματικής δράσης και των καινοτόμων εφαρμογών.
- Η προετοιμασία και η εκπαίδευση των νέων για απασχόληση σε μικρές επιχειρήσεις και την αυτοαπασχόληση.
- Η δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων που καλλιεργούν την επιχειρηματική σκέψη και δράση.

8.5. Τέταρτος Άξονας Προτεραιότητας. «βελτίωση της πρόσβασης των γυναικών στην αγορά εργασίας».

Ο τέταρτος Άξονας Προτεραιότητας αφορά στη βελτίωση της πρόσβασης των γυναικών στην αγορά εργασίας. Στοχεύει κυρίως στη βελτίωση και ενίσχυση της θέσης τους. Έχει μικρή βαρύτητα, προϋπολογισμό 69.469.233 Ευρώ και το ποσοστό συμμετοχής του ανέρχεται στο 2,8%. Μέσω των δράσεών του στοχεύεται η:

- Τόνωση της συμμετοχής των γυναικών στην τεχνική και επαγγελματική εκπαίδευση, ΤΕΕ, ΙΕΚ, ΤΕΙ, Πολυτεχνικές Σχολές, μέσα από ένα ειδικό σύστημα κινήτρων και επαγγελματικού προσανατολισμού.
- Απελευθέρωση των γυναικών από τις οικογενειακές υποχρεώσεις οι οποίες αναστέλλουν την αναζήτηση ή τις δεσμεύουν ως προς την περαιτέρω εκπαίδευσή τους.
- Εισαγωγή της ισότητας των δύο φύλων στη σχολική διαπαιδαγώγηση.
- Αύξηση της επιχειρηματικότητας των γυναικών και η άρση των εμποδίων στο ν' αναλάβουν ανώτερα διοικητικά καθήκοντα.

Οι άξονες 5 και 6 έχουν την καθαρά τεχνική υποστήριξη του πλαισίου του Προγράμματος.

8.6. Πέμπτος Άξονας Προτεραιότητας. Δημιουργία και την ενίσχυση των υποδομών για την υλοποίηση των μέτρων του ΕΚΤ

Ο Άξονας Προτεραιότητας 5, με ποσοστό βαρύτητας στο 20,5%, αποσκοπεί στη Δημιουργία και την ενίσχυση των υποδομών για την υλοποίηση των μέτρων του ΕΚΤ . Στο Μέτρο 5.1, προβλέπεται η αναβάθμιση των υποδομών και εξοπλισμών για την προώθηση ισότητας ευκαιριών πρόσβασης στην αγορά

εργασίας. Κατά βάση προβλέπεται η προμήθεια εξοπλισμού για 16 Κέντρα Διάγνωσης Αξιολόγησης και Υποστήριξης, (ΚΔΑΥ), καθώς και ο εξοπλισμός με γενικά και εξειδικευμένα υπολογιστικά συστήματα σχολείων ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Το συνολικό έργο συντίθεται από τέσσερα υποέργα:

(α) Τον εξοπλισμό με Ηλεκτρονικούς Υπολογιστές και Περιφερειακές Συσκευές.

(β) Τον εξοπλισμό με έπιπλα.

(γ) Τον εξοπλισμό με Φαξ, Φωτοτυπικά και Συσκευές Βιβλιοδεσίας

(δ) Τον εξοπλισμό σε Οπτικοακουστικά μέσα.

8.7. Έκτος Άξονας Προτεραιότητας. Τεχνική Βοήθεια που απαιτείται προκειμένου να υποστηριχθεί η υλοποίηση του Προγράμματος

Ο Άξονας Προτεραιότητας 6 αποσκοπεί στην Τεχνική Βοήθεια που απαιτείται προκειμένου να υποστηριχθεί η υλοποίηση του Προγράμματος. Το ποσοστό βαρύτητας του Άξονα στο Πρόγραμμα ανέρχεται στο 0,9%.

Στο πλαίσιο εφαρμογής και λειτουργίας των προβλεπομένων από το Κ. Π. Σ το ΥΠΕΠΘ συνέστησε την Ειδική Υπηρεσία Εφαρμογής Προγραμμάτων, (Ε. Υ. Ε). Οι πράξεις της Ε. Υ. Ε κατά Επιχειρησιακό Πρόγραμμα και Μέτρο, που δεν συμπίπτουν με τις προηγούμενα αναφερόμενες, είναι αυτές που αναφέρονται αμέσως πιο κάτω.

Στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος Κοινωνία της Πληροφορίας και στο Μέτρο 1.1, προβλέπεται ο Εξοπλισμός και η δικτύωση σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα στο πλαίσιο του γενικού και του ειδικού εξοπλισμού και της δικτύωσης των σχολικών μονάδων της ειδικής αγωγής, (α/θμιας και β/θμιας), με υπολογιστικά, δικτυακά και οπτικοακουστικά συστήματα, προβλέπεται ο εξοπλισμός των σχολείων των ατόμων με ειδικές ανάγκες με γενικά και εξειδικευμένα υπολογιστικά συστήματα. Το έργο αποσκοπεί στην προμήθεια και εγκατάσταση υπολογιστικού εξοπλισμού και ειδικού εξοπλισμού, έτσι ώστε με το τέλος του έργου να βρεθούν εξοπλισμένα 93 ΣΜΕΑ και 22 ΚΔΑΥ σε όλη τη χώρα. Παράλληλα γίνεται προσπάθεια για την ικανοποίηση των αναγκών μονάδων ειδικής αγωγής του ΥΠΕΠΘ που έχουν μαθητές με κινητικά προβλήματα, προβλήματα νοητικής υστέρησης, προβλήματα όρασης και προβλήματα ακοής. Οι μονάδες που είναι ενταγμένες στο πλαίσιο του προγράμματος φαίνονται στον γενικό πίνακα του ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ 10. Ειδικά στον πίνακα του ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ 11 φαίνονται οι σχολικές μονάδες παιδιών με προβλήματα ακοής και τα ΚΔΑΥ που ωφελούνται από το πρόγραμμα, ενώ αντίστοιχα στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 12 οι

μονάδες των παιδιών με προβλήματα όρασης και τα ΚΔΑΥ, στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 13 οι μονάδες παιδιών με κινητική προβλήματα και στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 14 οι μονάδες των παιδιών με νοητική υστέρηση.

8.8. Συμμετοχή σε αυτόνομα διευρωπαϊκά προγράμματα

Εκτός από τα προγράμματα του ΕΠΕΑΕΚ το ΥΠΕΠΘ συμμετέχει και σε αυτόνομα διευρωπαϊκά προγράμματα. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι τα παρακάτω.

8.8.1. Το ERASMUS MUNDUS[187].

Υιοθετήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο στις 5 Δεκεμβρίου 2003 και τέθηκε σε ισχύ την 1 Ιανουαρίου 2004. Είναι ευρωπαϊκό πρόγραμμα συνεργασίας και κινητικότητας στον χώρο της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης προκειμένου να φαίνεται η Ευρωπαϊκή Ένωση ως πρότυπο κέντρο γνώσης παγκοσμίως. Ταυτόχρονα επιχειρεί να ενισχύσει τη διαφάνεια και την ελκυστικότητα της ευρωπαϊκής Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης σε τρίτες χώρες. Δίνει ιδιαίτερη προσοχή σε υψηλής ποιότητας ευρωπαϊκά μεταπτυχιακά προγράμματα και παρέχει υποτροφίες χρηματοδοτούμενες από την Ε.Ε. για τους υπηκόους τρίτων χωρών που συμμετέχουν σε αυτά, όπως και υποτροφίες για τους υπηκόους της Ε.Ε. που σπουδάζουν σε τρίτες χώρες.

8.8.2.Το SOCRATES[188].

Είναι από τα μεγαλύτερα ευρωπαϊκά εκπαιδευτικά προγράμματα και στοχεύει στην προώθηση της ευρωπαϊκής διάστασης της εκπαίδευσης και στη βελτίωση της ποιότητάς της ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των συμμετεχουσών χωρών. Μετέχουν συνολικά 31 χώρες, που είναι:

- Τα 25 Κράτη-Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία, Ιταλία, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Πορτογαλία, Σουηδία, Φινλανδία, Εσθονία, Κύπρος, Λετονία, Λιθουανία, Μάλτα, Ουγγαρία, Πολωνία, Σλοβακία, Σλοβενία και Τσεχία
- Οι τρεις χώρες ΕΖΕΣ/ΕΟΧ: Ισλανδία, Λιχτενστάιν, Νορβηγία
- Οι υποψήφιες χώρες: Βουλγαρία, Ρουμανία και Τσεχία

Φιλοδοξία του προγράμματος είναι η ανάπτυξη της Ευρώπης της Γνώσης μέσω:

---

[187]http://europa.eu.int/comm/education/programmes/mundus/index_en.html. - http://europa.eu.int/comm/education/programmes/mundus/call_en.html

[188]. http://europa.eu.int/comm/education/socrates.html. - http://www.socleoyouth.be

- Της προώθησης της δια βίου εκπαίδευσης
- Της πρόσβασης όλων στην εκπαίδευση
- Της απόκτησης τυπικών προσόντων και αναγνωρισμένων δεξιοτήτων.

Το πρόγραμμα προβλέπει δυο κύρια είδη δράσεων:

α. Το πρώτο περιλαμβάνει τις Δράσεις 1,2,3 που αφορούν στα τρία βασικά στάδια της εκπαίδευσης, σχολική, τριτοβάθμια και εκπαίδευση ενηλίκων.

β. Το δεύτερο περιλαμβάνει τις Δράσεις 4,5,6,7,8 που αφορούν εγκάρσια μέτρα σε τομείς όπως οι γλώσσες, οι τεχνολογίες των πληροφοριών και των επικοινωνιών, οι ανταλλαγές πληροφοριών, η καινοτομία, η διάδοση των αποτελεσμάτων, οι κοινές δράσεις και η αξιολόγηση του προγράμματος.

Οι παραπάνω δράσεις σε αδρές γραμμές είναι οι εξής:

8.8.3 . Comenius: Αφορά τη Σχολική Εκπαίδευση[189].

Η ενέργεια COMENIUS υποδιαιρείται σε τρεις επιμέρους ενέργειες:

Την COMENIUS 1, που προβλέπει συμπράξεις εκπαιδευτικών ιδρυμάτων**.** Ως τέτοια εκπαιδευτικά ιδρύματα θεωρούνται κατά την ενέργεια:

α. Οι Παιδικοί σταθμοί, τα Νηπιαγωγεία, τα Δημοτικά Σχολεία, τα Γυμνάσια, οι Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής, τα Λύκεια όλων των τύπων, (Γενικά Λύκεια, Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια, Τεχνικές Επαγγελματικές Σχολές, Εκκλησιαστικά, Μουσικά, Αθλητικά Λύκεια, Δημόσια και Ιδιωτικά), τα (ΙΕΚ).

β. Οι Σχολές Μαθητείας του ΟΑΕΔ.

Την COMENIUS 2, που αποσκοπεί στην Κατάρτιση του Εκπαιδευτικού Προσωπικού των Σχολικών Ιδρυμάτων. Στο πλαίσιο της ενέργειας αυτής χρηματοδοτούνται δύο βασικές κατηγορίες δραστηριοτήτων:

α. Η Comenius 2.1 που στοχεύει στην υλοποίηση σχεδίων ευρωπαϊκής συνεργασίας. Για το σκοπό αυτό διατίθενται επιχορηγήσεις για κάλυψη μέρους των δαπανών στις οποίες υποβάλλεται μια ομάδα ιδρυμάτων ή άλλων φορέων που συνεργάζονται στο πλαίσιο ενός διακρατικού σχεδίου. Οι επιλέξιμες δραστηριότητες, στο πλαίσιο των σχεδίων, περιλαμβάνουν συμπράξεις που

[189]. http://europa.eu.int/comm/education/socrates/comenius/links.htm

παρέχουν τη δυνατότητα υλοποίησης μιας ή περισσότερων δραστηριοτήτων, όπως οι παρακάτω:

- Σχέδια ανάπτυξης, πειραματικής εφαρμογής και διεξαγωγής προγραμμάτων κατάρτισης διδασκόντων και λοιπού εκπαιδευτικού προσωπικού.
- Σχέδια ανάπτυξης προγραμμάτων σπουδών για αρχική κατάρτιση διδασκόντων.
- Σχέδια προώθησης της κινητικότητας μαθητευόμενων εκπαιδευτικών.
- Σχέδια ανάπτυξης διδακτικής μεθοδολογίας, μεθόδων και υλικών για συγκεκριμένες ομάδες εκπαιδευομένων.

Ως επιλέξιμες για συμμετοχή σε σχέδια COMENIUS 2.1 θεωρούνται οι παρακάτω κατηγορίες οργανισμών:

- Οι Υπηρεσίες, τα Ινστιτούτα και Οργανισμοί του ΥΠΕΠΘ.
- Το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.
- Το Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΙΔΕΚΕ).
- Το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών(ΙΚΥ).
- Ο Οργανισμός Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης
- Η Σχολή Επιμόρφωσης Λειτουργών Επαγγελματικής Τεχνικής Εκπαίδευσης (ΣΕΛΕΤΕ)
- Τα Προπαρασκευαστικά Εκπαιδευτικά Κέντρα (ΠΕΚ)
- Τα Πανεπιστήμια και τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα
- Οι Συνδικαλιστικές οργανώσεις εκπαιδευτικών, οι Επιστημονικοί Σύλλογοι και οι Ενώσεις
- Το Ελληνικό Κέντρο Παραγωγικότητας, (ΕΛ. ΚΕ. ΠΑ)
- Το Ινστιτούτο Διαρκούς Επιμόρφωσης για Δημόσιους υπάλληλους (ΙΔΕ)
- Το Ινστιτούτο Επεξεργασίας Λόγου, (ΙΕΛ).
- Η Ένωση Καθηγητών ξένων γλωσσών
- Το Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας Θεσσαλονίκης και του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Το Διδασκαλείο ξένων γλωσσών του Πανεπιστημίου Αθηνών
- Το Ινστιτούτο Βαλκανικών Σπουδών του Αίμου.

β Η Comenius 2.2, που στοχεύει σε δραστηριότητες ατομικής κινητικότητας, παρέχοντας υποτροφίες για την κάλυψη μέρους των δαπανών στις οποίες υποβάλλονται τα άτομα που μεταβαίνουν σε άλλη συμμετέχουσα χώρα προκειμένου να λάβουν μέρος σε επιλέξιμη δραστηριότητα κατάρτισης. Στο

πλαίσιο της ενέργειας χορηγούνται υποτροφίες σε άτομα τα οποία εργάζονται ως διδάσκοντες ή με άλλη ιδιότητα στον τομέα της σχολικής εκπαίδευσης, για διάφορες δραστηριότητες κινητικότητας σε άλλες συμμετέχουσες χώρες, οι οποίες συνδέονται με την αρχική ή την ενδοϋπηρεσιακή τους κατάρτιση.

Στον ΠΙΝΑΚΑ 27 φαίνονται συνοπτικά οι δραστηριότητες που προβλέπονται από τη δράση:

ΠΙΝΑΚΑΣ: 27

Δραστηριότητες που προβλέπονται από τη δράση Comenius 2.2

	ΕΠΙΛΕΞΙΜΑ ΑΤΟΜΑ	**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ**	**ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΑΛΛΗ ΧΩΡΑ**	**ΠΟΣΟ ΣΕ ΕΥΡΩ**
Α.	Μαθητευόμενοι καθηγητές (ανεξαρτήτως γνωστικού αντικειμένου)	Αρχική κατάρτιση διδασκόντων	1-10 εβδομάδες	500
Β.	Μέλλοντες καθηγητές ξένων γλωσσών	Περίοδος άσκησης καθηγητών γλωσσών COMENIUS	3-8 μήνες	Ανάλογα με το διάστημα και τη χώρα υποδοχής
Γ.	Διδάσκοντες οποιουδήποτε γνωστικού αντικειμένου και λοιπές κατηγορίες προσωπικού που απασχολείται στον τομέα της σχολικής εκπαίδευσης	Προγράμματα ενδοϋπηρεσιακής κατάρτισης (ενδεχομένως και τοποθέτηση σε εμπορικές ή βιομηχανικές επιχειρήσεις)	1-4 εβδομάδες **(καθηγητές γλωσσών 2-4 εβδομάδες)**	500-1500

Την COMENIUS 3 που στοχεύει στη Δημιουργία Δικτύων. Η ενέργεια αυτή δηλαδή ενθαρρύνει τη δικτύωση των σχεδίων COMENIUS που παρουσιάζουν θέματα κοινού ενδιαφέροντος, με στόχο την προαγωγή της ευρωπαϊκής συνεργασίας και των καινοτομιών στη σχολική εκπαίδευση σε διάφορους θεματικούς τομείς.

Τα Δίκτυα COMENIUS αποσκοπούν στην ανάπτυξη συνεργασίας σε συγκεκριμένους θεματικούς τομείς ιδιαίτερης σημασίας για τη σχολική εκπαίδευση στην Ευρώπη.

8.8.4. Erasmus: Αφορά την Τριτοβάθμια Εκπαίδευση [190]

Η ενέργεια ERASMUS περιλαμβάνει τρεις αλληλοσυνδεόμενες επιμέρους ενέργειες που έχουν ως αντικείμενο:

- Η ERASMUS 1, την ευρωπαϊκή διαπανεπιστημιακή συνεργασία
- Η ERASMUS 2, την κινητικότητα σπουδαστών και καθηγητών πανεπιστημίων
- Η ERASMUS 3, θεματικά δίκτυα.
- III. GRUNDTVIG, αφορά την εκπαίδευση των ενηλίκων.

Οι στόχοι της ενέργειας θα μπορούσαν να συνοψιστούν στους:

- Προαγωγή της ευρωπαϊκής συνεργασίας στη δια βίου εκπαίδευση.
- Βελτίωση της κατάρτισης των ατόμων, τα οποία απασχολούνται στην εκπαίδευση ενηλίκων.
- Προαγωγή της ανάπτυξης συγκεκριμένων « προϊόντων» και άλλων αποτελεσμάτων.
- Προώθηση του διαλόγου για τη δια βίου εκπαίδευση και συμβολή στη διάδοση των ορθών πρακτικών.

Για την ενέργεια GRUNDTVIG ενήλικοι θεωρούνται:

- Τα άτομα ηλικίας άνω των 25 ετών
- Τα άτομα ηλικίας 16 - 24 ετών, που δεν συμμετέχουν πλέον σε αρχική εκπαίδευση σε ανώτερο δευτεροβάθμιο επίπεδο στο πλαίσιο του επισήμου σχολικού εκπαιδευτικού συστήματος.

Η ενέργεια διαιρείται σε τέσσερις επιμέρους ενέργειες.

α. Την GRUNDTVIG 1 που περιλαμβάνει τα σχέδια ευρωπαϊκής συνεργασίας στα πλαίσια των οποίων μπορούν να πραγματοποιηθούν συμπράξεις προκειμένου ν' αναληφθούν δραστηριότητες όπως:

- Η προσαρμογή, η ανάπτυξη, η πειραματική εφαρμογή και η διάδοση:
- Αυτοτελών ενοτήτων διδασκαλίας - κατάρτισης και κύκλων μαθημάτων για διδακτικό προσωπικό ή εκπαιδευόμενους Εκπαιδευτικού υλικού για το διδακτικό προσωπικό ή τους εκπαιδευόμενους Νέων μεθοδολογιών διδασκαλίας Εργαλείων και μεθόδων αξιολόγησης, επικύρωσης ή πιστοποίησης των γνώσεων και των δεξιοτήτων που

[190] . http://europa.eu.int/comm/education/socrates/ects.html

αποκτήθηκαν μέσω εμπειρικής ή αυτόνομης εκμάθησης ή μέσω ανεπίσημης εκπαίδευσης

- Η διεξαγωγή και η διάδοση ερευνών στο πλαίσιο της ενέργειας σε θέματα όπως προσφορά εκπαίδευσης ενηλίκων στις συμμετέχουσες χώρες, διδακτικές μεθοδολογίες και παιδαγωγικές στρατηγικές για τη διδασκαλία ενηλίκων
- Η διοργάνωση δραστηριοτήτων ευαισθητοποίησης για την προώθηση της δια βίου εκπαίδευσης .

β. Την GRUNDTVIG 2 που περιλαμβάνει τις εκπαιδευτικές συμπράξεις, όπου εκπαιδευτές και εκπαιδευόμενοι από διάφορες συμμετέχουσες χώρες συνεργάζονται σε ένα ή περισσότερα θέματα κοινού ενδιαφέροντος για τους συνεργαζόμενους οργανισμούς.

Για την εφαρμογή του επιλέγονται φορείς και ιδρύματα που ανήκουν στις παρακάτω κατηγορίες:

- Οι Εθνικές αρχές και οι αναπτυξιακοί φορείς
- Οι επαγγελματικές οργανώσεις και οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα, που διαχειρίζονται εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία δεν περιορίζονται στην επαγγελματική κατάρτιση
- Οι εκπαιδευτικοί φορείς οι οποίοι καλύπτουν μεμονωμένες εκπαιδευτικές ανάγκες.

γ. Την GRUNDTVIG 3 που παρέχει τη δυνατότητα ατομικών υποτροφιών για την κατάρτιση προσωπικού εκπαίδευσης ενηλίκων. Στόχος της ενέργειας είναι η συμβολή στη βελτίωση της ποιότητας της δια βίου εκπαίδευσης.

δ. Την GRUNDTVIG 4 αφορά στη διαμόρφωση των δικτύων GRUNDTVIG.

Στόχος των δικτύων αυτών είναι η ενίσχυση των δεσμών μεταξύ των διαφόρων παραγόντων που συμμετέχουν στην εκπαίδευση ενηλίκων προκειμένου να τους δοθεί η ευκαιρία συνεργασίας σε αποτελεσματικότερη και σταθερότερη βάση με συνέπεια ν' αυξηθεί η ευαισθητοποίησή τους σχετικά με την ευρωπαϊκή διάσταση της δια βίου εκπαίδευσης.

8.8.5. Lingua που αφορά την Εκμάθηση Ευρωπαϊκών Γλωσσών.

Η δράση LINGUA ανήκει στη δεύτερη φάση του προγράμματος Socrates, (2000 - 2006), και αφορά τη διδασκαλία και εκμάθηση γλωσσών. Αλλάζει όμως από την άποψη της διάρθρωσης και υποδιαιρείται σε δύο μέρη, καθένα από τα οποία θέτει ειδικούς στόχους:

α. Την LINGUA 1, που στοχεύει στην προαγωγή της διδασκαλίας και εκμάθησης γλωσσών. Στην ενίσχυση της γλωσσικής ποικιλομορφίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην ενθάρρυνση της βελτίωσης της ποιότητας των δομών και συστημάτων διδασκαλίας των γλωσσών.

β. Την LINGUA 2, που στοχεύει στη συνέχιση του έργου που ξεκίνησε η ενέργεια LINGUA D κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης του προγράμματος Socrates που είναι η συμβολή στη βελτίωση του επιπέδου διδασκαλίας και εκμάθησης γλωσσών.

8.8.6. Minerva που αφορά στις Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας στην Εκπαίδευση.

Η ενέργεια αυτή στοχεύει στην προαγωγή της ευρωπαϊκής συνεργασίας στο επίπεδο της ανοικτής και εξ αποστάσεως εκπαίδευσης και στο επίπεδο των τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας στην εκπαίδευση.

Απευθύνεται προς όλα τα ιδρύματα και τους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στο πεδίο των τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας και της ανοικτής και εξ αποστάσεως εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα:

- Στα κέντρα πόρων ή άλλους οργανισμούς που είναι εξειδικευμένοι στο πεδίο των τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας, στην εκπαίδευση ή στην ανοικτή και εξ αποστάσεως εκπαίδευση . Στους οργανισμούς αυτούς μπορεί να συμπεριλαμβάνονται υπηρεσίες προσανατολισμού ή συμβουλευτικής, ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες, ερευνητικά κέντρα κ.λπ.
- Όλες οι κατηγορίες των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και οι εκπαιδευτικοί φορείς, σε όλους τους τομείς της εκπαίδευσης.
- Ιδρύματα εκπαίδευσης εξ αποστάσεως, συμπεριλαμβανομένων των Ανοικτών Πανεπιστημίων.
- Ιδρύματα κατάρτισης εκπαιδευτικών
- Ενώσεις διδασκόντων ή διδασκομένων
- Ερευνητικές ομάδες που εργάζονται στο πεδίο των τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας ή της ανοικτής και εξ αποστάσεως εκπαίδευσης.
- Ακαδημαϊκές, εκπαιδευτικές ενώσεις σε εθνικό ή ευρωπαϊκό επίπεδο
- Οργανισμοί, ιδρύματα, που συμβάλλουν στην εκπαιδευτική καινοτομία.
- Εκδότες, παραγωγοί, ραδιοτηλεοπτικές επιχειρήσεις, του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα καθώς και άλλοι παράγοντες στο πεδίο των

τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας και των πολυμέσων.

8.8.7. Παρατήρηση και Καινοτομία των Εκπαιδευτικών Πολιτικών και Συστημάτων.

Αποτελεί την έκτη ενέργεια του προγράμματος Socrates. Επιχειρεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας και στην ενίσχυση της διαφάνειας των εκπαιδευτικών συστημάτων, καθώς και στην προαγωγή της διαδικασίας της εκπαιδευτικής καινοτομίας στην Ευρώπη μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών και εμπειριών, του εντοπισμού ορθών πρακτικών, της συγκριτικής ανάλυσης συστημάτων και πολιτικών στο πεδίο αυτό, καθώς και της μελέτης και ανάλυσης θεμάτων κοινού ενδιαφέροντος που αφορούν την εκπαιδευτική πολιτική.

Η γενική διάρθρωση της ενέργειας έχει την παρακάτω μορφή:

6.1. Παρατήρηση των εκπαιδευτικών συστημάτων, των πολιτικών και των καινοτομιών.

α). Γενικές δραστηριότητες παρατήρησης και ανάλυσης. Μελέτες, αναλύσεις, πειραματικά σχέδια, σεμινάρια, ανταλλαγές εμπειρογνωμόνων, δίκτυα ιδρυμάτων, ομάδες εμπειρογνωμόνων κ.λπ.

β). Επισκέψεις ΑΡΙΩΝ για ειδικούς και για αρμόδιους λήψης αποφάσεων στον τομέα της εκπαίδευσης.

Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται σε ανώτερα στελέχη της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και διοικητικά στελέχη της εκπαίδευσης. Προσφέρει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσουν επισκέψεις μελέτης σε κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τις συνεργαζόμενες χώρες με σκοπό να παρακολουθήσουν από κοντά την εκπαιδευτική πράξη. Στόχος του προγράμματος είναι να εμπλουτίσει τον προβληματισμό σε όσους, λόγω της θέσης τους έχουν δυνατότητα να επηρεάσουν εκπαιδευτικές διαδικασίες στην περιοχή ευθύνης τους, να οδηγήσει σε γόνιμο προβληματισμό πάνω σε κοινά εκπαιδευτικά προβλήματα και πρακτικές και, τέλος, να υποβοηθήσει τη συγκέντρωση και ανταλλαγή πληροφοριών για τις εκπαιδευτικές εξελίξεις σε όλο το εύρος της Κοινότητας. Παράλληλα, το πρόγραμμα ενισχύει την ευρωπαϊκή διάσταση της παιδείας.

Στο πλαίσιο του προγράμματος διοργανώνονται κάθε χρόνο περίπου διακόσιες επισκέψεις μελέτης σε όλη την Ευρώπη. Οι επισκέψεις αυτές περιστρέφονται γύρω από 22 βασικούς θεματικούς άξονες.

γ) Δίκτυο πληροφόρησης για την εκπαίδευση ΕΥΡΥΔΙΚΗ.

Αποτελεί το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Πληροφόρησης για την Εκπαίδευση. Δημιουργήθηκε το 1980 με στόχο να προωθήσει τις ανταλλαγές πληροφοριών και εμπειριών μεταξύ των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικής της εκπαίδευσης. Από το 1995 ενσωματώθηκε στο πρόγραμμα Socrates.

Αποστολή του Δικτύου είναι η μελέτη και παρακολούθηση των εκπαιδευτικών συστημάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στις χώρες ΕΖΕΣ/ΕΟΧ καθώς και στις υποψήφιες προς ένταξη χώρες (συνολικά 30 χώρες), η συλλογή και ηλεκτρονική διαχείριση των πληροφοριών και η διάδοση των αποτελεσμάτων. Εκπονεί συγκριτικές μελέτες για τα εκπαιδευτικά συστήματα και για θέματα κοινού ενδιαφέροντος σε κοινοτικό επίπεδο, αναπτύσσει χρήσιμους δείκτες για τους αρμόδιους για θέματα εκπαιδευτικής πολιτικής και διαχειρίζεται μια μεγάλη βάση δεδομένων για τα εκπαιδευτικά συστήματα. Συνεργάζεται με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ανάπτυξης της Επαγγελματικής Κατάρτισης, (CEDEFOP), και την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία, (EUROSTAT), για τις εκδόσεις των μελετών του. Παρέχει στην Επιτροπή και στην προεδρία του Συμβουλίου αξιόπιστες πληροφορίες, οι οποίες αποτελούν βάση για πολιτικό προβληματισμό σχετικά με τα εκπαιδευτικά ζητήματα σε κοινοτικό επίπεδο.

Οι εργασίες της Ελληνικής Υπηρεσίας, είναι ενσωματωμένες στο πρόγραμμα εργασίας του Ευρωπαϊκού Δικτύου "ΕΥΡΥΔΙΚΗ". Επιγραμματικά, οι εργασίες της Ελληνικής Υπηρεσίας περιλαμβάνουν:

i. Συλλογή, επαλήθευση στοιχείων και σύνταξη των υπό έκδοση συγκριτικών μελετών,
ii. Απάντηση σε ερωτήσεις των 30 χωρών του Ευρωπαϊκού Δικτύου που αποβλέπουν στο σχεδιασμό πολιτικής της εκπαίδευσης και την υιοθέτηση εκπαιδευτικών μεταρρυθμίσεων,
iii. Σύνταξη, κάθε χρόνο, του Εθνικού Φακέλου με την αναλυτική καταγραφή του εκπαιδευτικού συστήματος,
iv. Μετάφραση και έκδοση των συγκριτικών μελετών στην ελληνική γλώσσα,
v. Αποστολή των μελετών και των εκδόσεων στους 285 χρήστες της Ελληνικής Υπηρεσίας "ΕΥΡΥΔΙΚΗ" που καλύπτουν όλες τις εκπαιδευτικές αρχές κάθε βαθμίδας, τις Δημόσιες Υπηρεσίες και τους λήπτες των πολιτικών αποφάσεων.

δ) Το Δίκτυο Εθνικών Κέντρων Πληροφόρησης για την Αναγνώριση Ακαδημαϊκών Τίτλων, (NARIC).

Ο συντονισμός του πραγματοποιείται από την Επιτροπή και συγκροτείται από εθνικά κέντρα, τα οποία υποδεικνύονται από τις συμμετέχουσες χώρες και είναι υπεύθυνα για την παροχή πληροφοριών σε εκπαιδευτικά ιδρύματα και σε

πολίτες για θέματα σχετικά με τους ακαδημαϊκούς τίτλους, προκειμένου να διευκολύνεται η αναγνώρισή τους στις άλλες συμμετέχουσες χώρες για ακαδημαϊκούς και επαγγελματικούς σκοπούς. Το δίκτυο συνεργάζεται στενά με το δίκτυο ENIC του Συμβουλίου της Ευρώπης και την UNESCO, καθώς και με το δίκτυο πληροφόρησης ΕΥΡΥΔΙΚΗ για τα εκπαιδευτικά συστήματα και τις εκπαιδευτικές πολιτικές. Διαχειρίζεται μια μεγάλη βάση δεδομένων για την αναγνώριση και την ισοτιμία ακαδημαϊκών τίτλων, ενθαρρύνει την κατάρτιση μεθόδων αξιολόγησης ακαδημαϊκών τίτλων και διοργανώνει διάφορα σεμινάρια και επισκέψεις μελέτης.

Τα κοινοτικά προγράμματα για την εκπαίδευση (Socrates), την επαγγελματική κατάρτιση, (Leonardo da Vinci), και τη Νεολαία αποτελούν συμπληρωματικά μέσα, κοινός στόχος των οποίων είναι η δημιουργία των προϋποθέσεων σε ευρωπαϊκό επίπεδο προκειμένου να δοθεί σε εκπαιδευόμενους κάθε ηλικίας η δυνατότητα να αποκτήσουν την εμπειρία, τις γνώσεις και τις δεξιότητες που χρειάζονται για να ζήσουν, να εργασθούν και να συμμετάσχουν ενεργά στη σημερινή κοινωνία. Οι « Κοινές Ενέργειες» που προβλέπονται για τα τρία αυτά προγράμματα, αποτελούν την Ενέργεια 7 του προγράμματος Socrates. Παρουσιάζουν απτή εικόνα συμπληρωματικότητας, παρέχοντας τη δυνατότητα χρηματοδότησης πρωτοβουλιών, οι οποίες υπερβαίνουν το συγκεκριμένο πεδίο το οποίο καλύπτεται από κάθε μεμονωμένο πρόγραμμα.

8.8.8. Το πρόγραμμα Leonardo da Vinci II[191].

Αποτελεί συνέχεια του προγράμματος Leonardo da Vinci. Στοχεύει στην ανάπτυξη μιας κοινής ευρωπαϊκής πολιτικής για την επαγγελματική κατάρτιση υποστηρίζοντας τις σχετικές πρωτοβουλίες των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στόχος του προγράμματος είναι να αναπτυχθεί ένας ευρωπαϊκός χώρος συνεργασίας στον τομέα της εκπαίδευσης και της επαγγελματικής κατάρτισης.

Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα στοχεύει:

- ☑ Στη βελτίωση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων νέων που διανύουν περίοδο αρχικής επαγγελματικής κατάρτισης
- ☑ Στην αναβάθμιση των δεξιοτήτων εργαζομένων και στη βελτίωση των προσόντων τους

[191].http://http://www.europa.eu.int/comm/education/leonardo/leonardo2_en.html
http://leonardo.cec.eu.int/psd

- ☑ Στην προώθηση καινοτόμων δράσεων που ενισχύουν την ανταγωνιστικότητα και το επιχειρησιακό πνεύμα και δημιουργούν νέες ευκαιρίες απασχόλησης.

Από το πρόγραμμα δίνεται προτεραιότητα σε πρωτοβουλίες που αφορούν την επαγγελματική ένταξη ατόμων με ειδικές ανάγκες ή ατόμων που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση στην αγορά εργασίας. Προωθούνται επίσης οι ίσες ευκαιρίες μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Στο πλαίσιο του Leonardo da Vinci II προβλέπονται οι παρακάτω κατηγορίες δράσεων:

i. Κινητικότητα καταρτιζομένων και εκπαιδευτών
ii. Πιλοτικά σχέδια για την ανάπτυξη προγραμμάτων που προωθούν την καινοτομία και την ποιότητα στην επαγγελματική κατάρτιση.
iii. Διακρατικά δίκτυα που αποβλέπουν στην ανάδειξη ορθών πρακτικών στον τομέα της αρχικής και συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης.
iv. Ανάπτυξη υλικού αναφοράς που στοχεύει στην ενίσχυση της έρευνας και των αναλύσεων για την επαγγελματική κατάρτιση, στη σύγκριση δεδομένων και στην ανταλλαγή πληροφοριών.
v. Σχέδια που αφορούν την προώθηση γλωσσικών ικανοτήτων προσαρμοσμένων στις ανάγκες διαφόρων επαγγελματικών κλάδων και την ανάπτυξη παιδαγωγικών προσεγγίσεων και μεθόδων πιστοποίησης.

Μέσω του προγράμματος αυτού προωθείται η διαφάνεια και η αναγνώριση των αποκτούμενων προσόντων με την ενίσχυση του θεσμού του Ευρωδιαβατηρίου, (Europass), για την αναγνώριση περιόδων κατάρτισης. Παράλληλα, προωθούνται προσπάθειες για την αναγνώριση της άτυπης μάθησης και ενισχύονται πρωτοβουλίες για τη δια βίου κατάρτιση.

Βασική προτεραιότητα είναι επίσης η προώθηση καινοτόμου υλικού ηλεκτρονικής μάθησης, (e – Learning), που στοχεύει στη μάθηση μέσω της χρήσης των νέων τεχνολογιών και στην παραγωγή σχετικού ηλεκτρονικού υλικού.

Το πρόγραμμα Leonardo da Vinci II προβλέπει τρεις διαδικασίες υποβολής προτάσεων:

A. Η διαδικασία αυτή αφορά το μέτρο της κινητικότητας και η επιλογή των σχεδίων γίνεται αποκεντρωμένα από τις εθνικές μονάδες συντονισμού.
B. Αφορά τα πιλοτικά σχέδια, τα γλωσσικά σχέδια και τα διακρατικά δίκτυα. Οι εθνικές μονάδες συντονισμού προεπιλέγουν τα σχέδια και η τελική επιλογή γίνεται κεντρικά από τη Γενική Διεύθυνση Εκπαίδευσης και Πολιτισμού της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Γ. Αφορά το υλικό αναφοράς και η επιλογή των σχεδίων γίνεται σε κεντρικό επίπεδο από επιτροπή αξιολόγησης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Προτάσεις μπορούν να υποβάλλουν οργανισμοί και ιδρύματα του δημόσιου, του ιδιωτικού και του ευρύτερου δημόσιου τομέα που αναπτύσσουν δραστηριότητα στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης. Φυσικά πρόσωπα δεν επιτρέπεται να υποβάλλουν προτάσεις. Συνεπώς, ως πιθανοί υποψήφιοι θεωρούνται:

- Τα ινστιτούτα ή οι οργανισμοί κατάρτισης, συμπεριλαμβανομένων των πανεπιστημίων, που σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες σχεδιάζουν ή αναλαμβάνουν δραστηριότητες επαγγελματικής κατάρτισης, επιμόρφωσης, αναβάθμισης ικανοτήτων ή επανεκπαίδευσης, ανεξάρτητα από την επωνυμία που φέρουν στις συμμετέχουσες χώρες.
- Τα ερευνητικά κέντρα και οι οργανισμοί που εκπονούν μελέτες και διενεργούν αναλύσεις στον τομέα της επαγγελματικής κατάρτισης.
- Οι επιχειρήσεις, ιδίως μικρομεσαίες, βιοτεχνίες ή ιδιωτικές και δημόσιες εταιρείες, συμπεριλαμβανομένων όσων έχουν ως κύρια δραστηριότητα την επαγγελματική κατάρτιση.
- Επαγγελματικές οργανώσεις, συμπεριλαμβανομένων των εμπορικών και λοιπών επιμελητηρίων.
- Οι κοινωνικοί εταίροι.
- Οι οργανισμοί τοπικής και περιφερειακής αυτοδιοίκησης.
- Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, οι εθελοντικές οργανώσεις και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ).

8.8.9. Το Tempus[192].

Το πρόγραμμα TEMPUS για την περίοδο 2000 - 2006, αφορά κυρίως σε συμπράξεις διαπανεπιστημιακής συνεργασίας μεταξύ Ιδρυμάτων Χωρών Μελών και Χωρών Εταίρων για την επίτευξη των στόχων. Βεβαίως, χάρη στην Διεύρυνση του προγράμματος, εκτός από Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι. δυνατότητα συμμετοχής έχουν:

- Ο.Τ.Α.,
- Βιομηχανικές Επιχειρήσεις,
- Οργανισμοί,
- Κοινωνικοί Εταίροι,
- Υπουργεία, Εμπειρογνώμονες,
- Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ),
- Εταιρείες.

[192] .http://europa.eu.int/comm/external_relations/see/index.htm

Το Πρόγραμμα θεσπίσθηκε από το Συμβούλιο Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις 7 Μαΐου 1990 και προέβλεπε τρεις εξελικτικές φάσεις:

i. TEMPUS I 1990 -1994,
ii. TEMPUS II 1994 -1998,
iii. TEMPUS II 1998 - 2000
iv. TEMPUS III 2000 - 2006.

Οι Γενικοί Στόχοι του προγράμματος συνίστανται στους παρακάτω δυο:

1ος. Προαγωγή της ποιότητας και υποστήριξη της ανάπτυξης και ανανέωσης της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στις Χώρες Εταίρους.

2ος. Ενθάρρυνση της αναπτυσσόμενης αλληλεπίδρασης και της όσο το δυνατόν πιο ισόρροπης συνεργασίας τους με εταίρους στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Οι μερικοί στόχοι είναι οι παρακάτω:

α. Η αντιμετώπιση θεμάτων κατάρτισης και εκσυγχρονισμού εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε τομείς προτεραιότητας.
β. Η μεταρρύθμιση των δομών ιδρυμάτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και τις διοικήσεις τους.
γ. Η κατάρτιση που συνδέεται με την απόκτηση προσόντων με στόχο την αντιμετώπιση των αναγκών σε περίοδο οικονομικής μεταρρύθμισης, ιδιαίτερα μέσω της βελτίωσης και της επέκτασης των θεσμών με την βιομηχανία.
δ. Η δημιουργία θεσμών στις χώρες του πρώην υπαρκτού σοσιαλισμού.
ε. Η ενίσχυση της περιφερειακής συνεργασίας μεταξύ Βαλκανικών Χωρών, αλλά επίσης και με εκείνες των πρώην Σοβιετικών Δημοκρατιών και της Μογγολίας.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων από το πρόγραμμα προβλέπονται δυο είδη δράσεων:

Α) Κοινά Ευρωπαϊκά Προγράμματα (Κ.Ε.Π).
Β) Ατομικές Ενισχύσεις Κινητικότητας (ΑΕΚ).

Τα Κοινά Ευρωπαϊκά Προγράμματα περιλαμβάνουν τις παρακάτω τέσσερις κατηγορίες σχεδίων:

α) Ανάπτυξη Προγραμμάτων Σπουδών/ Curriculum Development Projects (CD) που έχουν ως στόχο την δημιουργία νέων « curriculum» ή όπου είναι δυνατόν, την αναβάθμιση των υπαρχόντων καθώς και την βελτίωση

β. http://europa.eu.int/comm/external_relations/ceeca/index.htm

μεθόδων διδασκαλίας. Ως ομάδα – στόχος, (target group), θεωρούνται : το εκπαιδευτικό προσωπικό, οι φοιτητές, αυτοί που λαμβάνουν τις πολιτικές αποφάσεις και το μη ακαδημαϊκό προσωπικό του Πανεπιστημίου.

β) Πανεπιστημιακή Διαχείριση/ University Management Projects (UM). Αφορά την διοικητική μεταρρύθμιση των Πανεπιστημίων και των άλλων ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Ως ομάδα – στόχος θεωρούνται: το μη ακαδημαϊκό διοικητικό προσωπικό (π.χ. βιβλιοθηκάριοι, γραφεία διεθνών σχέσεων, λογιστήρια, φοιτητικές εστίες & οργανώσεις).

γ) Προγράμματα κατάρτισης για την Δημιουργία Θεσμών /Training Courses for Institution Building (IB). Τα προγράμματα αυτού του είδους επικεντρώνουν τις δραστηριότητές τους στην ανάπτυξη των διοικητικών και θεσμικών δομών των Χωρών Εταίρων με γνώμονα την βελτίωση των πρακτικών γνώσεων και την αναβάθμιση ικανοτήτων μη ακαδημαϊκού προσωπικού. Την Ομάδα στόχο αποτελούν: οι εκπαιδευόμενοι Υπουργείων και των Ο.Τ.Α, τα Επιμελητήρια, οι Επιχειρήσεις κλπ.

δ) Σχέδια Δικτύωσης /Networking or Multiplier Projects (NP). Στην περίπτωση αυτή στοχεύεται η διάχυση των πληροφοριών (dissemination of Information/outputs) μέσω της χρήσης του διαδικτύου , φυλλαδίων ή οποιαδήποτε άλλη μορφή τυπογραφικού υλικού. Η ενημέρωση προέρχεται από επιτυχή ολοκληρωμένα προγράμματα TEMPUS τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως παραδείγματα προς μίμηση. Οι εμπειρίες των υπό ένταξη χωρών με 10 χρόνια εμπλοκή στο TEMPUS (1990 - 2000) μπορούν να βοηθήσουν θετικά τις μη συνδεδεμένες χώρες με την τεχνογνωσία τους ως εμπειρογνώμονες.

Οι Ατομικές Ενισχύσεις Κινητικότητας / Individual Mobility Grants (IMG), αφορούν το ακαδημαϊκό και το διοικητικό προσωπικό των ΑΕΙ και ΤΕΙ των χωρών εταίρων δίνοντας την ευκαιρία να επωφεληθούν από περιόδους κινητικότητας μικρής διάρκειας στο εξωτερικό, προς την Ε.Ε. και τις Υποψήφιες χώρες, (σεμινάρια και μελέτες), σε σχέση με το πρόγραμμα.

- ✓ Οι υποψήφιοι πρέπει να ανήκουν σε μια από τις παρακάτω κατηγορίες:
  Διδάσκοντες σε επισήμως αναγνωρισμένα πανεπιστήμια
  Διοικητικοί υπάλληλοι σε επισήμως αναγνωρισμένα πανεπιστήμια
  Ανώτεροι υπάλληλοι υπουργείων
- ✓ Σύμβουλοι εκπαίδευσης
- ✓ Μεταπτυχιακοί σπουδαστές από τις Χώρες Εταίρους προς την Ε.Ε.

Από την πλευρά του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τα ευρωπαϊκά προγράμματα που υλοποιήθηκαν και υλοποιούνται έχουν άλλο χαρακτήρα, περιεχόμενο και στοχοθεσία σε σχέση με τ' αντίστοιχα του ΥΠΕΠΘ. Ήδη από την δεκαετία του 1980 η προνοιακή πολιτική είναι επικεντρωμένη στην κάλυψη των βασικών αναγκών, την υποστήριξη και την αξιοποίηση δομών που είχαν αναπτυχθεί κατά το παρελθόν από μη κυβερνητικές και φιλανθρωπικές οργανώσεις. Ειδικά για τα άτομα με ειδικές ανάγκες δημιουργούνται δομές κλειστής φροντίδας και Κέντρα Στήριξης και Επαγγελματικής Κατάρτισης, χαρακτηριστική περίπτωση αποτελεί το δίκτυο Κέντρων Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ), που δημιουργήθηκαν από το Β' ΚΠΣ. Την τελευταία δεκαετία δίνεται ιδιαίτερο βάρος στην ανάπτυξη ανοιχτών δομών στήριξης με στόχο την παραμονή στο οικείο περιβάλλον και την κοινωνική και οικονομική ενσωμάτωση.

Κατά την περίοδο '94 – '99,

- ☑ Δημιουργήθηκαν δομές όπως βρεφονηπιακοί σταθμοί, κέντρα κατάρτισης ευπαθών ομάδων και προώθησης στην αγορά εργασίας, κέντρα προσωρινής διαμονής και στήριξης προσφύγων
- ☑ Αναπτύχθηκαν δίκτυα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε όλη τη χώρα με κατεύθυνση τη δημιουργία ανοιχτών δομών, όπως ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ , Βοήθεια στο σπίτι κ.λ.π.
- ☑ Υλοποιήθηκαν ενέργειες κατάρτισης του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τις υπηρεσίες και μέσω επενδύσεων για τη βελτίωση των δομών και των υποδομών.
- ☑ Στον τομέα της Πρόνοιας, συντελέσθηκαν αλλαγές στην οργάνωση και τη διοίκηση των υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο με τη δημιουργία των ΠΕΣΥΠ. Η εφαρμογή του νέου θεσμικού πλαισίου βρίσκεται σε αρχικά στάδια και δεν έχει παρουσιάσει ακόμη σημαντικά αποτελέσματα. Σε επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών, από το 2000 έχει αρχίσει η σταδιακή στελέχωση και η έναρξη λειτουργίας των νέων δομών του.

Στόχος των παρεμβάσεων στον Τομέα της Πρόνοιας στο ΙΙ ΚΠΣ ήταν η συστηματική αντιμετώπιση των αναγκών προνοιακής κάλυψης, για την διαμόρφωση ενός αποκεντρωμένου συστήματος κοινωνικής φροντίδας. Ειδικά για τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες δόθηκε έμφαση στην ανάπτυξη υποδομών για την παροχή υπηρεσιών από ανοιχτές δομές στήριξης, ώστε να διασφαλιστεί η παραμονή στο οικείο περιβάλλον και η κοινωνική ένταξη. Συγκεκριμένα:

- ✓ Δημιουργήθηκαν 23 ΚΕ.Κ.Υ.Κ.ΑΜΕΑ σε αντίστοιχους Νομούς της χώρας, όπως προβλέπεται μέσα από το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας τους, για να διασφαλιστεί πολυδύναμη και πολυδιάστατη παρέμβαση στην αποκατάσταση. Η γεωγραφική κατανομή των Κέντρων και ο συντονιστικός τους ρόλος σε νομαρχιακό επίπεδο συμβάλλει ουσιαστικά στην ανάπτυξη ενός προνοιακού δικτύου προστασίας και στήριξης των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες εθνικής εμβέλειας.
- ✓ Δημιουργήθηκαν Κέντρα Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης που καλύπτουν σημαντικές ανάγκες που αφορούν κυρίως τα πρώτα στάδια αποκατάστασης και στην παροχή υπηρεσιών αυξημένης φροντίδας μη ιδρυματικού χαρακτήρα.

Στο πλαίσιο του ΙΙΙ. Κ. Π. Σ και του Επιχειρησιακού Προγράμματος « Υγεία – Πρόνοια» του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με διάρκεια Εφαρμογής 2000 – 2006. Βασικοί στόχοι του Άξονα Προτεραιότητας « Πρόνοια», στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων του τομέα της Κοινωνικής Φροντίδας, είναι:

- ☑ Η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών και δικαιωμάτων για όλους, η καταπολέμηση των διακρίσεων και η άρση των εμποδίων για την ένταξη στην αγορά εργασίας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.
- ☑ Η εξατομικευμένη προσέγγιση των ατόμων που ζουν στις παρυφές του κοινωνικού ιστού, καθώς και οποιονδήποτε άλλων ατόμων, τα οποία βιώνουν αποκλεισμό αφενός μεν από την αγορά εργασίας, αφετέρου δε από την δυνατότητα πρόσβασης στις υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες, για να έχουν ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στην αγορά εργασίας.
- ☑ Η διασύνδεση των προνοιακών υπηρεσιών με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, (Ε. Σ. Υ), τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, καθώς και τις δομές προώθησης στην απασχόληση για την στήριξη δράσεων πρόληψης και καταπολέμησης του κοινωνικού, οικονομικού και εργασιακού αποκλεισμού.

Στο πλαίσιο των παραπάνω στόχων, οι δράσεις του άξονα αποτελούν μέρος συντονισμένης δράσης για την ολοκληρωμένη προσέγγιση της κοινωνικο-οικονομικής επανένταξης ευαίσθητων ομάδων του πληθυσμού που εξυπηρετούνται από παρεμβάσεις του ΕΠ. «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση».

Συγκεκριμένα ο άξονας προτεραιότητας περιλαμβάνει δράσεις για:

- ◈ Την ανάπτυξη δράσεων σε τοπικό επίπεδο, για την υποστήριξη ατόμων που απειλούνται ή πλήττονται με αποκλεισμό από την αγορά εργασίας

- Την πρόληψη της περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού, με την ενίσχυση της αυτονομίας των ατόμων και των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού που χρειάζονται στήριξη, καθώς και τη διασφάλιση ίσων ευκαιριών στην κοινωνική – οικονομική – εργασιακή ζωή.

Στον Άξονα 3, οι προβλεπόμενες παρεμβάσεις εξειδικεύονται σε 2 βασικά Μέτρα:

α. Στο Μέτρο 3.1, Για ενέργειες υποστήριξης ατόμων που απειλούνται ή πλήττονται με αποκλεισμό από την αγορά εργασίας στο πλαίσιο των δράσεων του Δικτύου κοινωνικών – υποστηρικτικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο.

β. Στο Μέτρο 3.2, Για σταδιακή επανένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινωνικο – οικονομική ζωή και προώθηση στην αυτόνομη διαβίωση.

Τα παραπάνω Μέτρα εναρμονίζονται με τις κατευθύνσεις της εθνικής πολιτικής για την ανάπτυξη της Κοινωνικής Φροντίδας και οι δράσεις που περιλαμβάνουν λειτουργούν συμπληρωματικότητα με αντίστοιχες δράσεις των υπολοίπων Αξόνων του ισχύοντος Ε. Π, καθώς και με δράσεις των Ε.Π. « Κοινωνία της Πληροφορίας» και « Απασχόληση και επαγγελματική κατάρτιση» στο πλαίσιο του Β΄ πεδίου πολιτικής για την απασχόληση.

α. Το Μέτρο 3.1.

Στοχεύει στην αποτελεσματικότερη παρέμβαση σε θέματα που αφορούν:

- ✓ Τη στήριξη ευπαθών ομάδων του πληθυσμού
- ✓ Την έγκαιρη ενημέρωση και πρόληψη καταστάσεων που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση
- ✓ Την εξασφάλιση παραμονής στο οικείο περιβάλλον
- ✓ Τη στήριξη ενεργειών κοινωνικής αλληλεγγύης
- ✓ Τη συμφιλίωση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής, προκειμένου να διευκολυνθεί, μεταξύ άλλων, η πρόσβαση και η παραμονή των γυναικών στην αγορά εργασίας.

Έτσι αναπτύσσεται σε ένα τοπικό επίπεδο, Δίκτυο παροχής Κοινωνικών – Υποστηρικτικών Υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, στο πλαίσιο του οποίου αναπτύσσονται δράσεις για τη στήριξη ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, όπως:

- ➢ Βοήθεια στο σπίτι για άτομα με ειδικές ανάγκες,
- ➢ Δημιουργική απασχόληση για παιδιά προσχολικής ηλικίας κλπ.

Οι παρεμβάσεις αυτές στοχεύουν στην ανάδειξη της αφανούς ζήτησης σε υπηρεσίες και στην αντιμετώπιση των αναγκών ατόμων που δεν έχουν πρόσβαση σε αυτές, με την υιοθέτηση ενός αποκεντρωμένου μοντέλου κοινωνικής στήριξης και την ανάπτυξη αντίστοιχων παρεμβάσεων μέσα στην κοινότητα.

Οι δράσεις που θα αναπτυχθούν στο πλαίσιο του μέτρου περιλαμβάνουν:

- ✓ Διάγνωση αναγκών και παραπομπή των συγκεκριμένων ατόμων σε κατάλληλες υπηρεσίες στήριξης και καταπολέμησης του κοινωνικο – οικονομικού αποκλεισμού, (εκπαίδευση, κατάρτιση, απασχόληση), με εξατομικευμένη προσέγγιση. Η εξατομικευμένη προσέγγιση θα καταγράφεται με συγκεκριμένο τρόπο ώστε να παρακολουθούνται, να ελέγχονται και να αξιολογούνται οι αναπτυσσόμενες παρεμβάσεις
- ✓ Διευκόλυνση της πρόσβασης στην πληροφορία και στη χρήση υπηρεσιών επανένταξης, (άμεση σύνδεση με τους φορείς κατάρτισης, τα Κέντρα Προώθησης στην Απασχόληση – ΟΑΕΔ – Κέντρα Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών κ.λπ.).

β. <u>Το Μέτρο 3.2</u>.

Στοχεύει :

i. Στην κοινωνική και οικονομική ενσωμάτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες που βρίσκονται σε προστατευτικό περιβάλλον φροντίδας, με την ανάπτυξη εξατομικευμένων υποστηρικτικών παρεμβάσεων και με σεβασμό των δικαιωμάτων και των προσωπικών τους επιλογών
ii. Στη στήριξη της ένταξής τους στην αγορά εργασίας και στην ενίσχυση της αυτόνομης διαβίωσής τους.

Περιλαμβάνει κυρίως παρεμβάσεις στήριξης σε άτομα με κινητικές αναπηρίες και νοητική υστέρηση που ζουν σε ιδρυματικό περιβάλλον, αλλά και παρεμβάσεις στήριξης ατόμων με ειδικές ανάγκες που ζουν σε οικογενειακό περιβάλλον και αντιμετωπίζουν κίνδυνο εγκλεισμού σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας. Πρόκειται για παρεμβάσεις που εντάσσονται στο πλαίσιο ενεργειών για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της κοινωνικο-οικονομικής ένταξης ευαίσθητων ομάδων του πληθυσμού.

Για το λόγο αυτό οι ενέργειες του Μέτρου συνοδεύονται από αντίστοιχες ενέργειες που αναπτύσσονται στο ΕΠ. «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση» και κυρίως στον Άξονα 2, «Προώθηση της Ισότητας των ευκαιριών πρόσβασης στην Αγορά Εργασίας για όλους και ιδιαίτερα για εκείνους που απειλούνται με κοινωνικό αποκλεισμό». Οι επωφελούμενοι από το μέτρο αυτό,

εντάσσονται και σε προγράμματα του Άξονα 2 του Ε.Π « Απασχόληση και επαγγελματική κατάρτιση» .

Αναλυτικότερα από το Μέτρο αυτό προβλέπονται:

- Η προετοιμασία των περιθαλπομένων αλλά και του προσωπικού που ήδη εργάζεται στα ιδρύματα, για την ένταξή τους σε μορφές ημιαυτόνομης και αυτόνομης διαβίωσης. Παράλληλα, αναπτύσσονται παρεμβάσεις στην τοπική κοινωνία με στόχο την αποδοχή και τη στήριξη της προσπάθειας καθώς και την προετοιμασία ένταξης στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας. Ήδη έχουν ξεκινήσει, με χρηματοδότηση από εθνικούς πόρους, οι διαδικασίες για την αναμόρφωση των χώρων, διαρρύθμιση εσωτερικών και εξωτερικών χώρων, εξοπλισμός, ώστε να αναπτυχθούν οι προαναφερθείσες παρεμβάσεις.
- Η δημιουργία υποστηρικτικών δομών επανένταξης, οικοτροφεία, ξενώνες, διαμερίσματα, καθώς και δομών ημερήσιας φροντίδας, σπίτια ημέρας. Η χρηματοδότηση της υποδομής, εξασφαλίζεται αφενός από εθνικούς πόρους και από τα Επιχειρησιακά Προγράμματα των Περιφερειών στο χώρο ευθύνης των οποίων αναπτύσσονται αντίστοιχες παρεμβάσεις.
- Η ένταξη σε προγράμματα κατάρτισης – απασχόλησης των ατόμων που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής στήριξης και κοινωνικής συμμετοχής, καθώς και εναλλακτικών μορφών απασχόλησης των ατόμων που συνεχίζουν να περιθάλπονται, με τη συμμετοχή της κοινότητας
- Η υποστήριξη των δράσεων αποϊδρυματοποίησης και των δικαιούχων των αντίστοιχων ενεργειών .

ΜΕΡΟΣ Β΄

Η ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1. Χρησιμότητα και σκοπός της έρευνας

Για τους σκοπούς της παρούσας ερευνητικής μελέτης πραγματοποιήθηκε έρευνα απόψεων και στάσεων των γονέων παιδιών με Σύνδρομο Down και ατόμων που είναι προστάτες ατόμων με Σύνδρομο Down. Η μελέτη αυτή κατατάσσεται στις διερευνητικές – περιγραφικές έρευνες.

Πιο συγκεκριμένα, προσπαθήσουμε να καταγράψουμε και να περιγράψουμε τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν οικογένειες που έχουν εξαρτημένα μέλη με Σύνδρομο Down στα πλαίσια που θέτονται από την ελληνική κοινωνία και πραγματικότητα. Βασικότερος σκοπός ήταν να προσδιορίσουμε τις γνώμες αλλά και τις προτάσεις τους για τις υπηρεσίες και τους φορείς υποστήριξης που εμπλέκονται στη στήριξη του μέλους τους που έχει Σύνδρομο Down. Οι υπηρεσίες και οι φορείς αυτοί προσδιορίζονται κυρίως σε θέματα υγείας, πρόνοιας, σχολικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης.

Η χρησιμότητα της παρούσας έρευνας είναι ότι μέσω της διεπιστημονικής διερεύνησης των θεμάτων και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με νοητική υστέρηση και με σύνδρομο Down καθώς και οι οικογένειές τους, είναι πιθανόν να καταφέρουμε να απαντήσουμε και να δώσουμε αποτελεσματικές λύσεις σε αυτά. Επιπλέον, τα ερευνητικά δεδομένα θα μας οδηγήσουν σε συμπεράσματα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση και βελτίωση διαφόρων υπηρεσιών και παροχών. Για παράδειγμα, τα ευρήματα από την παρούσα έρευνα θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τους υπεύθυνους σε κάθε περίπτωση για να υλοποιήσουν κατάλληλα και ενδιαφέροντα προγράμματα εκπαίδευσης που να απευθύνονται σε παιδιά και ενήλικους με Σύνδρομο Down ή να ληφθούν καλύτερα μέτρα στήριξης της οικογένειας από τους ανάλογους φορείς και υπηρεσίες.

Τέλος η παρούσα έρευνα είναι χρήσιμη διότι η συμμετοχή και μόνο των γονέων είναι πολύ πιθανόν να τους βοηθήσει να αναπτύξουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης και να συνειδητοποιήσουν κάποια θετικά στοιχεία εκτός από τον προσδιορισμό των αρνητικών καταστάσεων.

1.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Για τη διερεύνηση των απόψεων καθώς και των αναγκών των γονέων ατόμων με Σύνδρομο Down μελετήσαμε ποικίλους παράγοντες. Πιο αναλυτικά, τα στοιχεία που επελέγησαν να διερευνηθούν στην παρούσα έρευνα, είναι τα παρακάτω:

1. Υπηρεσίες Υγείας & Πρόνοιας: Ποιότητα υπηρεσιών και προσωπικό
2. Προγεννετικός Έλεγχος
3. Το μαιευτήριο: οι υπηρεσίες και το προσωπικό
4. Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Ανώτερη Εκπαίδευση
5. Οικονομική ενίσχυση
6. Συμπεριφορά συγγενών και φίλων
7. Συναισθήματα των μελών της οικογένειας (γονείς, αδέλφια) και αποδοχή της κατάστασης

1.3. Οριοθέτηση και πλαίσιο έρευνας

Ένας από τους λόγους για τους οποίους επιλέξαμε να μελετήσουμε οικογένειες ατόμων με σύνδρομο Down σε αντίθεση με άλλες οικογένειες, όπως αυτές που έχουν μέλη τους άτομα με Νοητική Υστέρηση (Ν.Υ.), είναι το γεγονός ότι αποτελούν ιδιαίτερο αντικείμενο έρευνας. Αυτό συμβαίνει διότι τα άτομα με σύνδρομο Down παρουσιάζουν μεταξύ τους μια σχετική ομοιομορφία. Η ομοιομορφία αυτή παρατηρείται ιατρικά, αλλά και στην συμπεριφορά των ατόμων με σύνδρομο Down.

Αυτή η ομοιομορφία η οποία διέπει κυρίως τα άτομα με σύνδρομο Down, κάνει ευκολότερη τη διερεύνηση των προβλημάτων των οικογενειών τους, η οποία ως αποτέλεσμα μπορεί να πραγματοποιηθεί με σχετικά μικρό δείγμα υποκείμενων. Εκτός από τα μεθοδολογικά πλεονεκτήματα της παρούσας έρευνας, η επιλογή του θέματος βασίστηκε και σε προσωπικές πεποιθήσεις για την αναγκαιότητα διερεύνησης προβλημάτων συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων. Η έρευνα στη συνέχεια οδηγεί στη διατύπωση προτάσεων με σκοπό

τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των μελών αυτών των κοινωνικών ομάδων, που στην παρούσα ερευνητική μελέτη αποτελούν οι οικογένειες των ατόμων με σύνδρομο Down.

Ανακεφαλαιώνοντας, από τη μελέτη του προβλήματος της νοητικής υστέρησης και των αιτιών που την προκαλούν, επικεντρωθήκαμε στη μελέτη της ελληνικής οικογένειας ατόμων με σύνδρομο Down. Σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει, καθώς και τις απόψεις και τις προτάσεις των μελών της για τις εμπλεκόμενες υπηρεσίες υποστήριξης.

1.4. Μέσο συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των ερευνητικών στοιχείων της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο το οποίο απευθυνόταν σε γονείς ή κηδεμόνες ατόμων με σύνδρομο Down. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε ειδικά για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας και είναι κατασκευασμένο, δομημένο, αριθμημένο και μη ονομαστικοποιημένο προς διασφάλιση της ανωνυμίας και διευκόλυνση ειλικρινούς απάντησης. Επίσης το ερωτηματολόγιο διατυπώθηκε σε νεοελληνικό λόγο με τέτοια δομή και σύνταξη, ώστε να μη δημιουργεί ασάφειες και δυσκολίες κατανόησης προς τα υποκείμενα.

Τα πλεονεκτήματά του ερωτηματολογίου συνίστανται στα εξής σημεία (Παρασκευόπουλος,1993: στο Μπρούζος, 2002, σ. 119 –120):

1. Είναι πιο οικονομικό σε σχέση με άλλα εργαλεία
2. Εξυπηρετεί τον ερευνητή σε περιπτώσεις απομακρυσμένων περιοχών
3. Επιτυγχάνεται η πιθανή απαλλαγή του ερωτώμενου από την επιρροή της παρουσίας του ερευνητή ,αφού το ερωτηματολόγιο μπορεί να αποσταλεί με το ταχυδρομείο ή με άλλο φορέα
4. Έχει άνεση χρόνου να απαντήσει ο ερωτώμενος , όταν δεν πιέζεται χρονικά από την παρουσία του ερευνητή

Η ύπαρξη βέβαια των πλεονεκτημάτων που προαναφέρθηκαν δεν αποκλείει ταυτόχρονα κάποια μειονεκτήματα. Αυτά είναι :

1. Η πιθανότητα να μη συμπληρωθεί από το άτομο που πρέπει αλλά από κάποιον άλλο
2. Η πολύ μεγάλη πιθανότητα της μη επιστροφής του ερωτηματολογίου, όταν αυτό αποστέλλεται στον ερωτώμενο
3. Η αδυναμία παροχής εξηγήσεων σε ενδεχόμενες απορίες του ερωτώμενου

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις σχετικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά των υποκειμένων. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις αυτές αναφέρονται στο φύλο, το έτος και τον τόπο γέννησης, τον τόπο κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα των υποκειμένων.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τις κύριες ερωτήσεις για τη διερεύνηση των ερωτημάτων της παρούσας έρευνας. Για την απάντηση των περισσοτέρων ερωτήσεων ζητήθηκε από τα υποκείμενα να επιλέξουν μια από κάποιες έτοιμες απαντήσεις (πολλαπλή επιλογή). Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο είχε και πέντε ανοιχτές ερωτήσεις με τις οποίες δόθηκε η δυνατότητα στους γονείς να αποτυπώσουν και να επεξηγήσουν κάποιες από τις απόψεις τους πιο αναλυτικά.

Οι κύριες ερωτήσεις αφορούν τις απόψεις των γονέων για τις εξυπηρετήσεις που προσφέρονται, το προσωπικό και τη γενικότερη ικανοποίηση τους από τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας καθώς και από το μαιευτήριο στο οποίο γεννήθηκε το παιδί τους με σύνδρομο Down. Επιπροσθέτως, κάποιες ερωτήσεις αναφέρονται στην οικονομική ενίσχυση που δέχονται από το κράτος ή τις αρμόδιες υπηρεσίες οι οικογένειες. Ένα άλλο μέρος του ερωτηματολογίου απευθύνει στα υποκείμενα ερωτήσεις σχετικές με την εκπαίδευση του μέλους τους με σύνδρομο Down: το νηπιαγωγείο, το δημοτικό, τη δευτεροβάθμια και την επαγγελματική εκπαίδευση. Τέλος, κάποιες ερωτήσεις αφορούν τα συναισθήματα των γονέων και των υπολοίπων μελών της οικογένειας, καθώς και τη συμπεριφορά προς αυτούς και το άτομο με σύνδρομο Down από τον κοινωνικό περίγυρο της οικογένειας.

Συνολικά πρόκειται για ερωτηματολόγιο μικτού τύπου με 34 κλειστές ερωτήσεις και με 5 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου.

1.5. Δείγμα

Το τελικό δείγμα της έρευνας συγκεντρώθηκε από 22 Νομούς της χώρας, συγκεκριμένα τους νομούς: Αττικής, Εύβοιας, Βοιωτίας, Φθιώτιδας, Αιτωλοακαρνανίας, Κορινθίας, Αργολίδας, Ηλείας, Αχαϊας, Μεσσηνίας, Λακωνίας, Άρτης, Πρέβεζας, Λάρισας, Καρδίτσας, Τρικάλων, Θεσσαλονίκης, Ημαθίας, Σερρών, Καβάλας, Ηρακλείου και Κεφαλληνίας.

1.6. Επεξεργασία ερωτηματολογίου και ανάλυση δεδομένων

Οι απαντήσεις στις ανοικτές ερωτήσεις κωδικοποιήθηκαν[1] για την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Μετά την κωδικοποίηση έγινε η εισαγωγή των στοιχείων σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία με το πρόγραμμα S.P.S.S.

1.7. Στατιστικά κριτήρια

Στο δεύτερο μέρος της μελέτης (ερευνητικό) χρησιμοποιήθηκε τόσο περιγραφική όσο και επαγωγική Στατιστική[2].

Στη συνέχεια αναλύθηκαν οι συνδυαστικές συχνότητες των απαντήσεων των υποκειμένων του δείγματος διασταυρωμένες με τις μεταβλητές που θέσαμε ως ανεξάρτητες. Αυτές είναι οι εξής:

1. Το φύλο των υποκειμένων (Άνδρας – Γυναίκα).
2. Το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων (Δημοτικό – Γυμνάσιο-Λύκειο).

Τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας παρουσιάζονται με γραφικές παραστάσεις καθώς και σε πινακοποιημένη μορφή στα αντίστοιχα παραρτήματα της εργασίας. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται κατά ερευνητικό πεδίο κι όχι ακολουθώντας τη σειρά παράθεσης των ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο.

---

[1] Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993β), σ. 125 - 126

[2] Παρασκευόπουλος, 1990, σ. 57, σ. 73 και Παρασκευόπουλος, 1993γ, σ. 69, σ. 45,

Η φύση του αντικειμένου της έρευνας αποτέλεσε τη βάση για τον καθορισμό του είδους της. Ως εκ τούτου η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται:

Α. Περιγραφική με ποσοτικές και κατηγορικές μεταβλητές.

Β. Δειγματοληπτική ως προς τον αριθμό των εξεταζόμενων ατόμων, και

Γ. Συναφειακή, διότι προσπαθεί να ανακαλύψει και να ερμηνεύσει τις συσχετίσεις μεταξύ των «ανεξάρτητων και εξαρτημένων» μεταβλητών, όπως αυτές τίθενται στην υπόθεση και στα διερευνητικά ερωτήματα.

Τόσο για την περιγραφή των μεταβλητών αυτών, όσο και για τη διερεύνηση και επαλήθευση των πιθανών σχέσεων μεταξύ τους, χρησιμοποιήσαμε ποσοτικές και ποιοτικές μετρήσεις, όπως και σειρά στατιστικών αναλύσεων.

Σε κάθε περίπτωση υπολογίστηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης και η διασπορά των κατανομών, για κάθε μεταβλητή, καθώς και η αξιοπιστία των μετρήσεων.

Συγκεκριμένα οι στατιστικές αναλύσεις και μέθοδοι που χρησιμοποιήσαμε προκειμένου να ελέγξουμε τις υποθέσεις ήταν ανάλογες με το είδος των δεδομένων της έρευνας. Έτσι χρησιμοποιήθηκαν:

- ✧ Συγκρίσεις διαφορικών ομάδων με μία ανεξάρτητη μεταβλητή και μία ή περισσότερες εξαρτημένες μεταβλητές (Μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης - one way anova - analysis of variance.)
- ✧ Συγκρίσεις μεταξύ διαφορικών ομάδων με δύο ανεξάρτητες μεταβλητές και περισσότερες από μία εξαρτημένες μεταβλητές (Πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης - two way multivariate anova - analysis of variance.)
- ✧ Συνδυαστικές συχνότητες με το στατιστικό κριτήριο χ^2 μεταξύ μίας εξαρτημένης και πολλών ανεξάρτητων μεταβλητών (chi square test).

Για όλες τις παραπάνω αναλύσεις το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε μεταξύ 1% ($P<0,01$) και 5% ($P<0,05$). Οριακή στατιστική σημαντικότητα αντιπροσωπεύει η πιθανότητα 6% έως 7% ($P<0,06$ - $P<0,07$), επομένως πιθανότητα μεγαλύτερη του 7% ($P<0,07$) σημαίνει ότι οι στατιστικές διαφορές είναι ασήμαντες.

Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο χ2, διότι οι μεταβλητές είναι ποιοτικές-ονοματικές και, κατά συνέπεια, είναι περιορισμένος ο αριθμός των στατιστικών κριτηρίων που θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε.

Όλα τα δεδομένα-αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται σε πίνακες είτε μονής είτε διπλής εισόδου.

Για την κατανόηση της στατιστικής ανάλυσης που θα χρησιμοποιηθεί παρακάτω, αναφέρουμε τα κριτήρια που θα χρησιμοποιηθούν καθώς και τον τρόπο με τον οποίο θα ερμηνευθούν.

Ανάλυση των κριτηρίων και οι μαθηματικοί τύποι υπολογισμού τους είναι οι εξής:

Μέσος όρος

Μέσος όρος: Ο αριθμητικός μέσος όρος (ή απλός μέσος όρος) μιας ομάδας δεδομένων είναι το πηλίκο του αθροίσματος των τιμών της ομάδας δια του πλήθους των τιμών.

Ο μέσος όρος συμβολίζεται με $\overline{X}$ ή με το γράμμα Μ ή Μ.Ο.

Ο τύπος υπολογισμού του Μ.Ο. $\overline{X}$ είναι ο εξής: $\overline{X} = \frac{\Sigma \times}{v}$

όπου $\overline{X}$ = Μέσος όρος
όπου ΣΧ = το άθροισμα των τιμών
όπου Ν = το πλήθος, μέγεθος της ομάδας

Ο Μέσος όρος ($\overline{X}$) αντιπροσωπεύει την τιμή που θα έπαιρναν οι τιμές της ομάδας αν το μέγεθός τους είχε κατανεμηθεί εξίσου σε όλα τα υποκείμενα ή σε όλες τις τιμες, δηλαδή αποτελεί το “κέντρο βάρους” της κατανομής.

Τυπική απόκλιση

Τυπική απόκλιση (s) ομάδας δεδομένων είναι η τετραγωνική ρίζα του μέσου όρου των τετραγώνων των αποστάσεων των τιμών της ομάδας από τον μέσο όρο της.

Επειδή το εύρος δεν είναι γνήσιος δείκτης διασποράς δεν παρέχει κανένα στοιχείο για το πώς κατανέμονται οι τιμές της ομάδας μέσα στο διάστημα. Η διασπορά μιας ομάδας δεδομένων αναφέρεται στη μεταβλητότητα των τιμών της. Καταλληλότεροι δείκτες αριθμητικής έκφρασης της διασποράς είναι οι δείκτες που υπόλογίζονται με βάση τις αποστάσεις των τιμών της ομάδας από

κάποιο κεντρικό σημείο, το μέσο όρο. Τέτοιος δείκτης είναι η τυπική απόκλιση ($s\overline{X}$).

Ο τρόπος υπολογισμού της τυπικής απόκλισης είναι ο εξής:

1. Υπολογίζουμε τον μέσο όρο ($\overline{X}$) της κατανομής.

2. Από κάθε τιμή Χ της ομάδας αφαιρούμε τον $\overline{X}$ της κατανομής. Το υπόλοιπο του Χ-$\overline{X}$ ονομάζεται απόκλιση και συμβολίζεται με x.

3.Κάθε απόκλιση x υψώνεται στο τετράγωνο (x2).

4. Αθροίζουμε τα τετράγωνα των αποκλίσεων (Σx2).

5.Διαιρούμε το άθροισμα των τετραγώνων των τετραγώνων των αποκλίσεων με το πλήθος των τιμών $\sqrt{\frac{\Sigma \times}{v}}$.

Η διαδικασία υπολογισμού της Τυπικής Απόκλισης συνοψίζεται στον τύπο:

S = $\sqrt{\frac{\Sigma x2}{v}}$.

όπου S = Τυπική απόκλιση

όπου ΣΧ = το άθροισμα των τιμών

όπου N = το πλήθος, μέγεθος της ομάδας

όπου Σx^2*= τα τετράγωνα των αποκλίσεων*

Κριτήριο χ2

Έστω $A_1, \ldots, A_\kappa$ κατηγορίες και $B_1, \ldots, B_\ell$ ομάδες, αν θέλουμε να ελέγξουμε την υπόθεση ότι «κάθε κατηγορία i = 1, …, κ έχει το ίδιο ποσοστό σε όλες τις ομάδες j = 1, …, ℓ», μπορούμε να το επιτύχουμε με την χρήση του κριτηρίου χ^2.

Οι απαντήσεις συγκεντρώνονται σε ένα πίνακα και από τις παρατηρήσεις του δείγματος μπορούμε να εκτιμήσουμε τον αναμενόμενο αριθμό παρατηρήσεων σε κάθε κελί. Επιπλέον έχουμε και τον παρατηρούμενο αριθμό από το δείγμα. Εάν η υπόθεση που κάνουμε είναι σωστή, τότε οι αναμενόμενες με τις παρατηρούμενες δεν θα έχουν μεγάλη διαφορά.

Το χ^2 είναι μία στατιστική συνάρτηση (τιμή η οποία εξαρτάται από τις παρατηρήσεις του δείγματος και μόνο), η οποία «μετρά» αυτή τη διαφορά

ανάμεσα σε αναμενόμενο αριθμό και παρατηρούμενο αριθμό στα κελιά. Λογικό είναι να απορρίπτουμε την υπόθεση της ανεξαρτησίας των A_i με τα B_j, αν η τιμή αυτή είναι μεγάλη.

Από την αρχική μας υπόθεση, αποδεικνύεται, ότι αυτή η στατιστική συνάρτηση ακολουθεί (υπό ορισμένες συνθήκες, οι οποίες ικανοποιούνται για μεγάλα μεγέθη δείγματος) είναι μία κατανομή $x^2_{(\ell-1)(\kappa-1)}$.

Απορρίπτουμε την αρχική μας υπόθεση, σε επίπεδο σημαντικότητας α (συνήθως 0,05 = 5%) αν η τιμή χ^2 του δείγματος είναι μεγαλύτερη από το σημείο της κατανομής, το οποίο έχει την ιδιότητα να προσδιορίζει το ενδεχόμενο κατά το οποίο το 99,5% του ποσοστού των απαντήσεων των υποκειμένων να είναι αποδεκτές.

Το στατιστικό πακέτο υπολογίζει την τιμή χ^2 και την πιθανότητα p της κατανομής, από αυτό το σημείο και άνω. Προφανώς, λοιπόν θα απορρίπτουμε την αρχική υπόθεση για μικρές τιμές του p (μεγάλη τιμή του x^2), συνήθως μικρότερες του 0,05, γι' αυτό άλλωστε δίνεται $p > 0,5$ ή $p < 0,05$. Επίσης δίνονται και οι βαθμοί ελευθερίας της κατανομής $(\ell - 1)(\kappa - 1)$ οι οποίοι και συμβολίζονται με df = ….

$$x^2_{(\ell-1)(\kappa-1);\,\alpha}$$

Συμπερασματικά, αν $p > 0,05$ θα δεχόμαστε σε επίπεδο σημαντικότητας ότι οι απαντήσεις δεν έχουν στατιστική διαφορά στις δύο κατηγορίες, ενώ αν $p < 0,05$, ότι υπάρχει διαφορά.

Το κριτήριο χ^2 δεν είναι δυνατόν να μας δώσει απάντηση ως προς το ποια κατεύθυνση οδηγούνται τα ποσοστά. Στο συγκεκριμένο δείγμα είναι δυνατόν να αποφανθούμε προσεγγίζοντας το πρόβλημα, διότι έχουμε μικρό αριθμό απαντήσεων και μικρό αριθμό ομάδων. Συνεπώς, αν απορρίπτουμε την υπόθεση της ανεξαρτησίας, και τα ποσοστά αυξάνουν στις επιθυμητές απαντήσεις, τότε δεχόμαστε την υπόθεση ότι η εφαρμογή των δεδομένων μας έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (t–test)

Είναι δυνατόν να υπολογίσουμε τον μέσο όρο των απαντήσεων, αν και αυτές δεν είναι αριθμοί αλλά κατηγορίες. Αυτό συμβαίνει διότι πρόκειται για διατακτικές κατηγορίες, οπότε δίνουμε την τιμή 1, αν η απάντηση ανήκει στην A_1 κατηγορία, 2, αν η απάντηση ανήκει στην A_2 κατηγορία και 3 αν η απάντηση ανήκει στην A_3 κατηγορία.

Άρα, εάν από τον χ^2 έλεγχο προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα ποσοστά των απαντήσεων στις κατηγορίες σχολείων και ο μέσος όρος των απαντήσεων στο σχολείο παρέμβασης είναι μεγαλύτερος, τότε είναι προφανές ότι προέκυψαν τα επιθυμητά αποτελέσματα από την εφαρμογή του προγράμματος. Αυτό μπορεί να γίνει και με δεύτερο τρόπο, αν δηλαδή υπολογίσουμε τη διαφορά των δύο μέσων και εξετάσουμε το πρόσημο αυτής της διαφοράς.

Και στις δύο περιπτώσεις, επειδή το μέγεθος του δείγματος είναι μεγάλο, συνάγεται ότι οι στατιστικές συναρτήσεις των μέσων όρων ακολουθούν κατανομή t (Student). Στα αποτελέσματα δίνονται τα εξής:

N = μέγεθος δείγματος

Mean = ο εκτιμώμενος μέσος όρος

Mean Difference = η εκτίμηση της διαφοράς των μέσων

Std. Deviation, Std. Error Mean = μέτρα διασποράς της κατανομής περί τον μέσο

df = βαθμοί ελευθερίας της κατανομής οι οποίοι εξαρτώνται από το μέγεθος του δείγματος.

95% Confidence Interval of the Difference = ένα διάστημα εμπιστοσύνης 95% για το μέσο όρο ή τη διαφορά των μέσων όρων

F, Sig. = το μέτρο και η πιθανότητα η οποία μένει από την εκτιμημένη τιμή και άνω για την υπόθεση ότι οι διασπορές των δύο ομάδων, από τις οποίες παίρνουμε την διαφορά των μέσων τους, είναι ίσες.

Ανάλυση Διασποράς (ANOVA)

Πρόκειται για την ανάλυση διασποράς στις A_i κατηγορίες στις B_j ομάδες. Αν δεν υπάρχει στατιστική διαφορά στις ομάδες τότε η εκτιμώμενη διασπορά εντός των ομάδων θα είναι περίπου ίση με αυτή εκτός των ομάδων (συνολικά),

ενώ σε αντίθετη περίπτωση θα είναι αρκετά μεγαλύτερη η διασπορά εκτός των ομάδων. Έτσι εξετάζουμε τον λόγο των δύο διασπορών και παίρνουμε μία τιμή F η στατιστικός αυτός δείκτης ακολουθεί μία συγκεκριμένη κατανομή $F_{v,K}$ και απορρίπτουμε την υπόθεση για μεγάλες τιμές του F ισοδύναμες με $p < 0,05$. Ο εν λόγω έλεγχος έχει πραγματοποιηθεί και με την εφαρμογή του κριτηρίου χ^2, εφόσον είναι λίγες οι ομάδες.

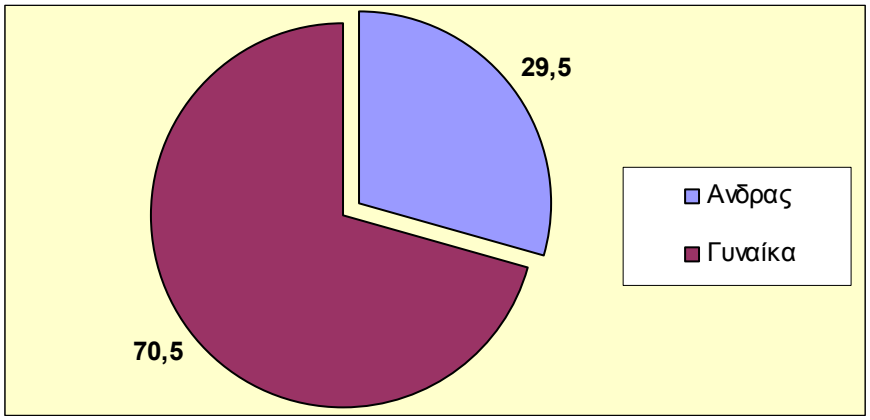
1.8. Περιγραφή του δείγματος

Στην κύρια φάση της έρευνας το ερωτηματολόγιο απάντησαν 90 συνολικά υποκείμενα.

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται με γραφικές παραστάσεις τα ατομικά χαρακτηριστικά των υποκειμένων και στη συνέχεια επεξηγούνται. Οι αντίστοιχοι πίνακες για κάθε γραφική παράσταση συμπεριλαμβάνονται στο Παράρτημα 2.

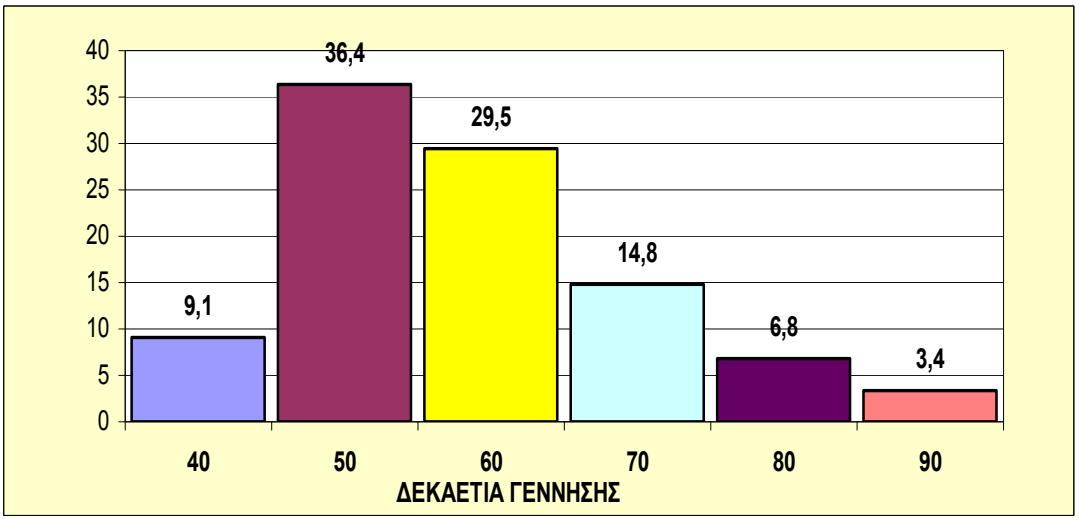
Ξεκινώντας από το πρώτο ατομικό χαρακτηριστικό, το φύλο των υποκειμένων, παρατηρούμε ότι οι 26 ήταν άνδρες και οι 62 ήταν γυναίκες. Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται στην παρακάτω γραφική παράσταση (Πίνακας 1, Παράρτημα 2).

Γραφική Παράσταση 1: Φύλο υποκειμένων



Το μεγαλύτερο ποσοστό των υποκειμένων δήλωσε ότι έχει γεννηθεί τη δεκαετία του 50 (ποσοστό 36,4%), και ακολουθούν ιεραρχικά άτομα που έχουν γεννηθεί τη δεκαετία του 60 (ποσοστό 29,5%). Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι πιο πρόσφατες δεκαετίες, του 80 και του 90 αντιπροσωπεύονται από λιγότερα υποκείμενα (6,8% και 3,4% αντίστοιχα) (Πίνακας 2, Παράρτημα 2).

Γραφική Παράσταση 2: Δεκαετία γέννησης των υποκειμένων



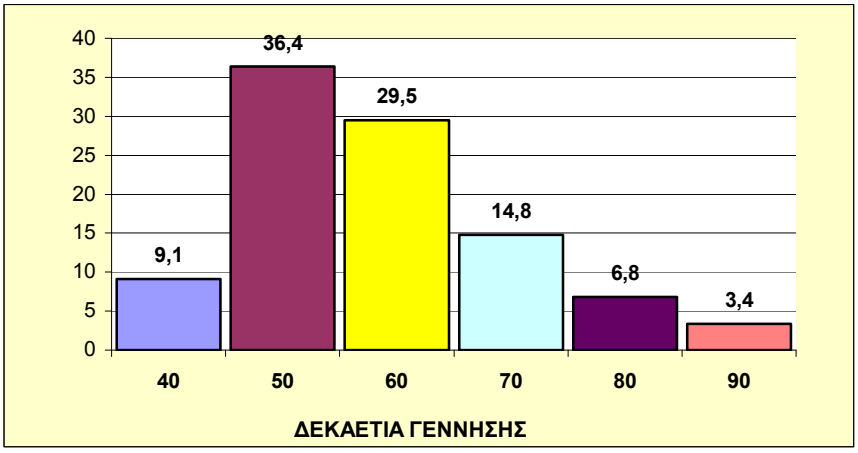
Όσον αφορά τον τόπο γέννησης (Πίνακας 3, Παράρτημα 2), το ένα τρίτο και πλέον των υποκειμένων (ποσοστό 35,6%) έχει γεννηθεί

ΠΙΝΑΚΑΣ

Τόπος γέννησης

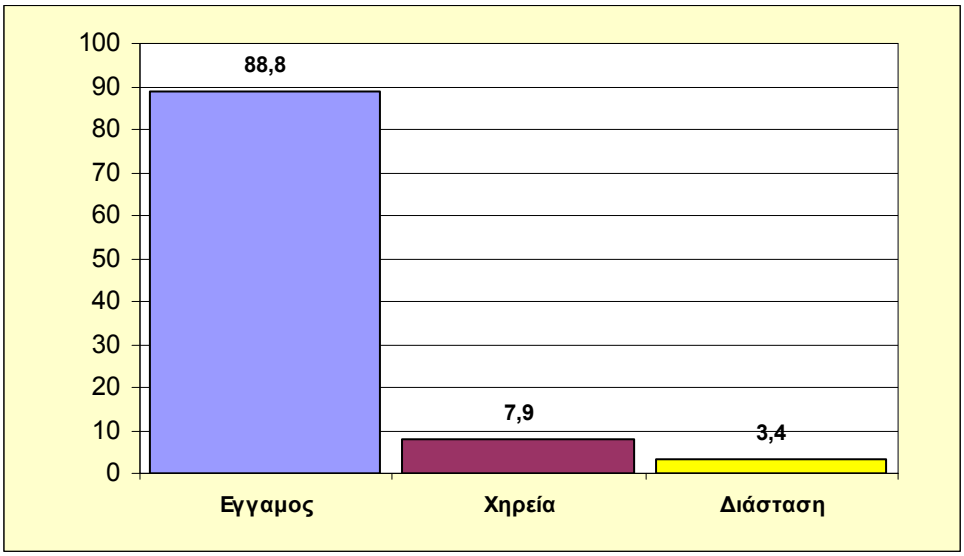
	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
1	11	12.2	12.2	12.2
2	32	35.6	35.6	47.8
3	4	4.4	4.4	52.2
4	10	11.1	11.1	63.3
5	5	5.6	5.6	68.9
6	6	6.7	6.7	75.6
7	9	10	10	85.6
8	6	6.7	6.7	92.2
9	1	1.1	1.1	93.3
10	2	2.2	2.2	95.6
11	4	4.4	4.4	100
Σύνολο	90	100	100	

Γραφική Παράσταση 3: Τόπος γέννησης των υποκειμένων



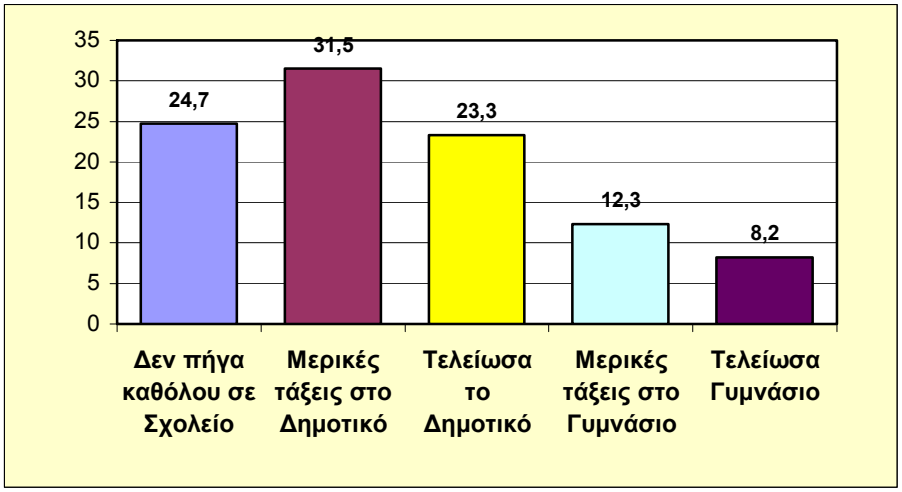
Η πλειοψηφία των υποκειμένων, σε ποσοστό 88,8%, δήλωσαν ότι είναι παντρεμένοι. Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 7,9% δήλωσαν «χηρεία» και ένα ακόμα μικρότερο ποσοστό της τάξης του 3,4% δήλωσαν ότι βρίσκονται «σε διάσταση» (Πίνακας 4, Παράρτημα 2).

Γραφική Παράσταση 4: Οικογενειακή κατάσταση των υποκειμένων



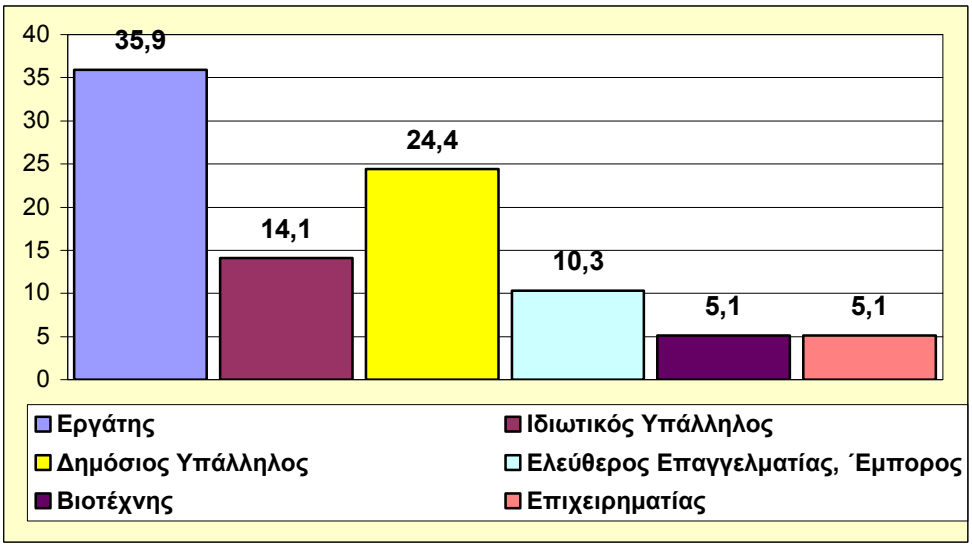
Σε ερώτημα σχετικό με το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων φάνηκε ότι οι περισσότεροι έχουν παρακολουθήσει σχετικά λίγα χρόνια εκπαίδευσης. Πιο αναλυτικά, το 31,5% των υποκειμένων δήλωσαν ότι έχουν τελειώσει μερικές τάξεις του δημοτικού, ακολουθούν αυτοί που δεν έχουν πάει καθόλου σε σχολείο σε ποσοστό 24,7% ενώ η τρίτη πιο συχνή κατηγορία μορφωτικού επιπέδου αντιπροσωπεύεται από άτομα που έχουν τελειώσει το δημοτικό (ποσοστό 23,3%). Επιπλέον, ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 8,2% δηλώνει ότι έχει ολοκληρώσει το γυμνάσιο, ενώ το 12,3% των υποκειμένων δηλώνουν ότι δεν έχουν τελειώσει το γυμνάσιο. Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται στο γράφημα που ακολουθεί καθώς και στον πίνακα 5 (Παράρτημα 2).

Γραφική Παράσταση 5: Μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων



Όσον αφορά το επάγγελμα των υποκειμένων, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών είναι εργάτες (35,9%) και ακολουθούν ιεραρχικά οι δημόσιοι και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με αντίστοιχα ποσοστά 24,4% και 14,15%. Οι υπόλοιπες τρεις κατηγορίες επαγγελμάτων αντιπροσωπεύονται από μικρότερα ποσοστά του συγκεκριμένου δείγματος, όπως φαίνεται στη γραφική παράσταση που ακολουθεί (Πίνακας 6, Παράρτημα 2).

Γραφική Παράσταση 6: Επάγγελμα των υποκειμένων



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τις κύριες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Επιπλέον γίνονται συγκριτικές στατιστικές αναλύσεις ως προς τις ανεξάρτητες μεταβλητές, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων. Τα αποτελέσματα, όπως έχει προαναφερθεί, δεν παρουσιάζονται με τη σειρά που εμφανίζονταν τα ερωτήματα στο ερωτηματολόγιο, αλλά με βάση τους 7 άξονες που μετράει το ερωτηματολόγιο, οι οποίοι αφορούν: τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, τον προγεννετικό έλεγχο, το μαιευτήριο, την εκπαίδευση (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, επαγγελματική), την οικονομική ενίσχυση που πιθανόν να λαμβάνουν οι οικογένειες ατόμων με σύνδρομο Down, τη συμπεριφορά συγγενών και φίλων και τέλος τα συναισθήματα των μελών της οικογένειας του ατόμου με σύνδρομο Down.

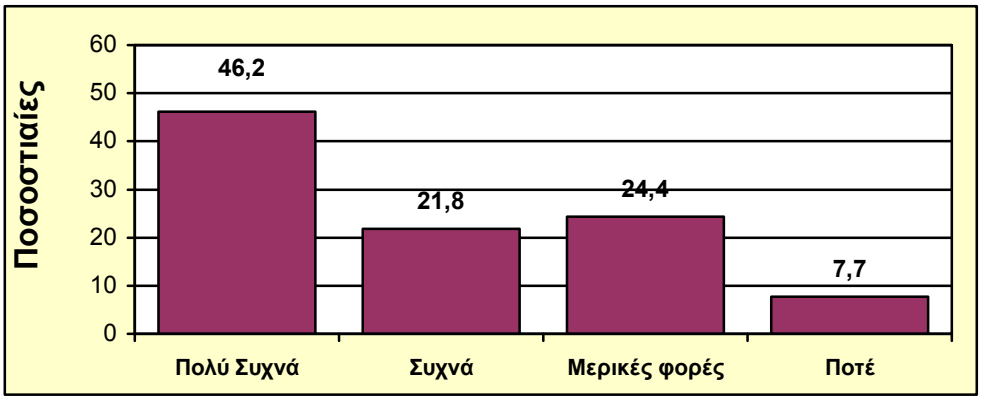
Οι συγκρίσεις ως προς τις ανεξάρτητες μεταβλητές αναφέρονται στις ενότητες που ακολουθούν μόνο όταν αυτές έδωσαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι πίνακες των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται αναλυτικά στα παραρτήματα 3 και 4 για το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο αντίστοιχα. Επιπλέον, στο 5^{ο} Παράρτημα, παρουσιάζονται δύο επιπλέον στατιστικές αναλύσεις που έγιναν διότι κρίθηκαν απαραίτητες και ενδιαφέρουσες, οι οποίες συζητούνται στις ανάλογες υποενότητες του παρόντος κεφαλαίου των αποτελεσμάτων. Τέλος, στα παραρτήματα 6 και 7 παρουσιάζονται οι πίνακες των αποτελεσμάτων από τη μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο αντίστοιχα.

2.1. Υπηρεσίες Υγείας & Πρόνοιας: Ποιότητα υπηρεσιών και προσωπικό

Η πρώτη από τις κύριες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αφορούσε στη συχνότητα που δηλώνουν τα υποκείμενα ότι επισκέπτονται υπηρεσίες υγείας. Όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση σχεδόν οι μισοί γονείς (ποσοστό 46,2%) δηλώνουν ότι επισκέπτονται υπηρεσίες υγείας «πολύ συχνά»,

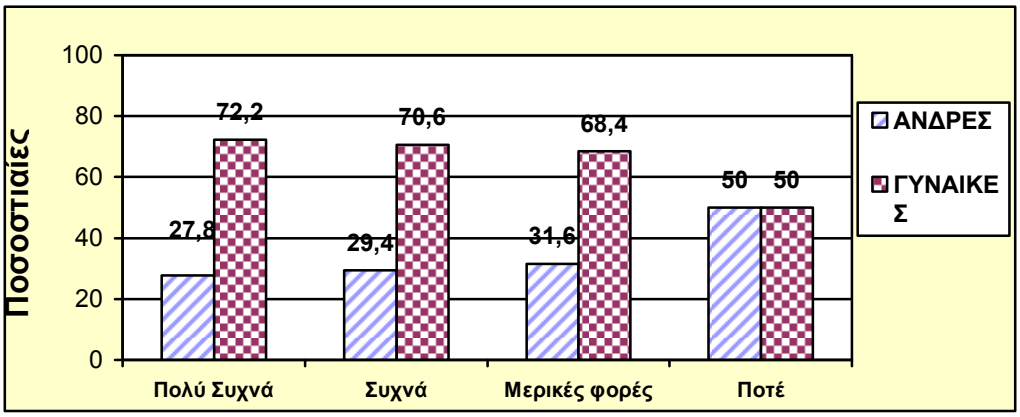
ενώ μόνο ένα αρκετά μικρό ποσοστό γονέων, της τάξης του 7,7%, δήλωσαν ότι δεν επισκέπτονται «ποτέ» τις υπηρεσίες υγείας.

Γραφική Παράσταση 1: Συχνότητα που απευθύνονται οι γονείς στις υπηρεσίες υγείας



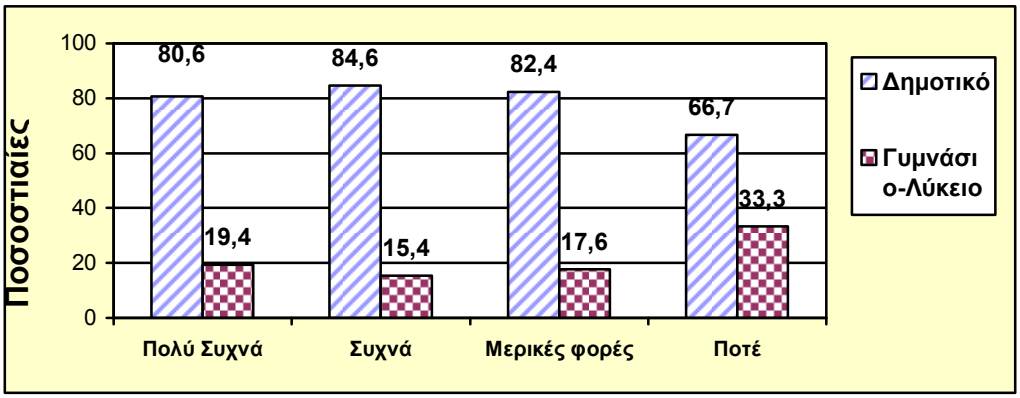
Η ανάλυση ως προς το φύλο, η σύγκριση δηλαδή μεταξύ ανδρών και γυναικών, δεν έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (Πίνακας Β1, Παράρτημα 3). Όπως παρατηρούμε από την ακόλουθη γραφική παράσταση, από τα 59 υποκείμενα που απάντησαν συνολικά στην ερώτηση αυτή, οι γυναίκες δηλώνουν ότι επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας σε μεγαλύτερα ποσοστά (αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες: «πολύ συχνά»: 72,2%, «συχνά»: 70,6%, «μερικές φορές»: 68,4%) από ότι οι άντρες (αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες: «πολύ συχνά»: 27,8%, «συχνά»: 29,4%, «μερικές φορές»: 31,6%). Τα ποσοστά ανδρών και γυναικών που δήλωσαν ότι δεν επισκέπτονται «ποτέ» υπηρεσίες υγείας είναι ίδια για τα δύο φύλα (ποσοστό 50%).

Γραφική Παράσταση 2: Ποσοστά ανδρών και γυναικών για τη συχνότητα που απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας



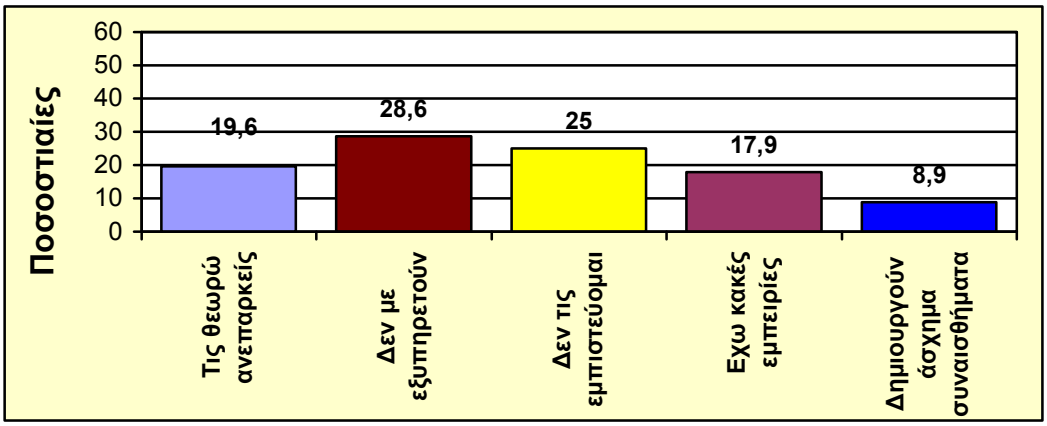
Η αντίστοιχη ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων έδειξε ότι όσοι έχουν τελειώσει το δημοτικό δηλώνουν ότι επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας πιο συχνά από ότι τα υποκείμενα που έχουν τελειώσει το γυμνάσιο ή το γυμνάσιο και το λύκειο. Η διαφοροποίηση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική (Πίνακας Β1, Παράρτημα 4). Πιθανόν οι ποσοστιαίες διαφορές, οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στο παρακάτω γράφημα, να είναι επηρεασμένες από το γεγονός ότι μεγαλύτερο μέρος των υποκειμένων έχουν τελειώσει το δημοτικό σε σχέση με αυτούς που έχουν παρακολουθήσει γυμνάσιο ή γυμνάσιο και λύκειο.

Γραφική Παράσταση 3: Συχνότητα που τα υποκείμενα απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο.



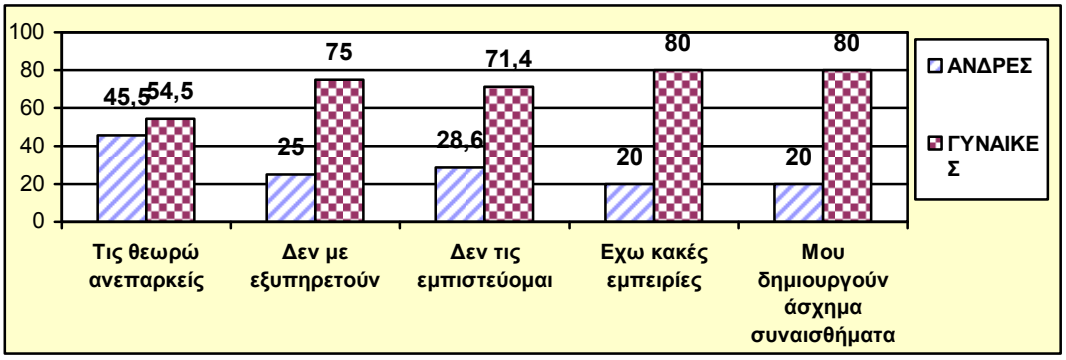
Σε επόμενο ερώτημα τα υποκείμενα καλούνται να σημειώσουν τους λόγους που δεν έχουν απευθυνθεί ποτέ σε κάποια υπηρεσία υγείας. Παρατηρούμε ότι το 28,6% των υποκειμένων δήλωσαν ότι δεν έχουν επισκεφτεί ποτέ κάποια υπηρεσία υγείας διότι «δεν τους εξυπηρετούν». Ακολουθούν ιεραρχικά αυτοί που δηλώνουν ότι «δεν τις εμπιστεύονται» (ποσοστό 25%) και αυτοί που δηλώνουν ότι «τις θεωρούν ανεπαρκείς» (ποσοστό 19,6%), ενώ οι άλλες δύο κατηγορίες δηλώνονται σε μικρότερα ποσοστά, όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση.

Γραφική Παράσταση 4: Λόγοι που τα υποκείμενα δεν έχουν επισκεφτεί ποτέ κάποια υπηρεσία υγείας



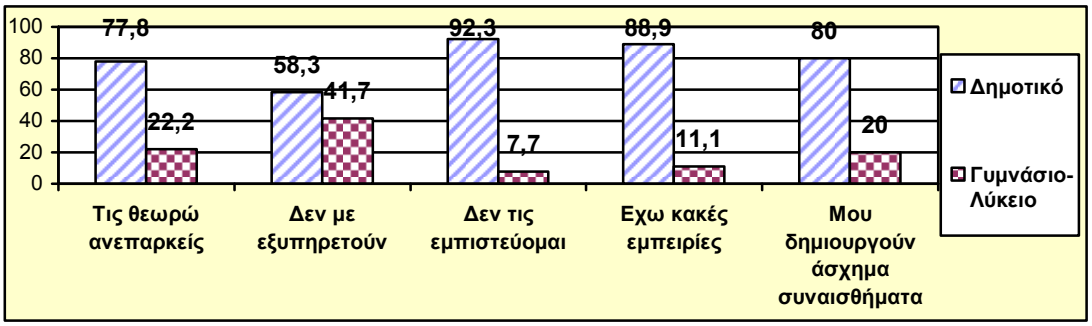
Επιπλέον έγινε συγκριτική ανάλυση ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων. Παρατηρώντας την γραφική παράσταση που ακολουθεί, φαίνεται ότι οι γυναίκες σε αντίστοιχα ποσοστά της τάξης του 80% δηλώνουν ότι «έχουν κακές εμπειρίες από τις υπηρεσίες υγείας» ή ότι «οι υπηρεσίες υγείας τους δημιουργούν άσχημα συναισθήματα». Οι άνδρες δηλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα ότι δεν επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας ποτέ είτε διότι «τις θεωρούν ανεπαρκείς» (ποσοστό 45,5%) είτε γιατί «δεν τις εμπιστεύονται» (ποσοστό 28,6%). Η ανάλογη στατιστική ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων (Πίνακας Β2, Παράρτημα 3).

Γραφική Παράσταση 5: Λόγοι που τα υποκείμενα δεν έχουν επισκεφτεί ποτέ κάποια υπηρεσία υγείας ανάλογα με το φύλο τους.



Η αντίστοιχη ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων έδειξε ότι όσοι από αυτούς που έχουν τελειώσει το δημοτικό οι περισσότεροι δηλώνουν ότι «δεν εμπιστεύονται τις υπηρεσίες υγείας» (ποσοστό 92,3%) και ακολουθούν ιεραρχικά αυτοί που δηλώνουν ότι «έχουν κακές εμπειρίες». Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό από τα υποκείμενα που έχουν τελειώσει γυμνάσιο-λύκειο δηλώνουν ότι οι υπηρεσίες υγείας «δεν τους εξυπηρετούν» (ποσοστό 41,7%) και ακολουθούν ιεραρχικά σε ποσοστό 22,2% τα υποκείμενα που δηλώνουν ότι «θεωρούν ανεπαρκείς τις υπηρεσίες υγείας». Οι διαφοροποιήσεις ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων είναι στατιστικά σημαντικές (χ^2 =5,0, df = 4, $p < 0,05$).

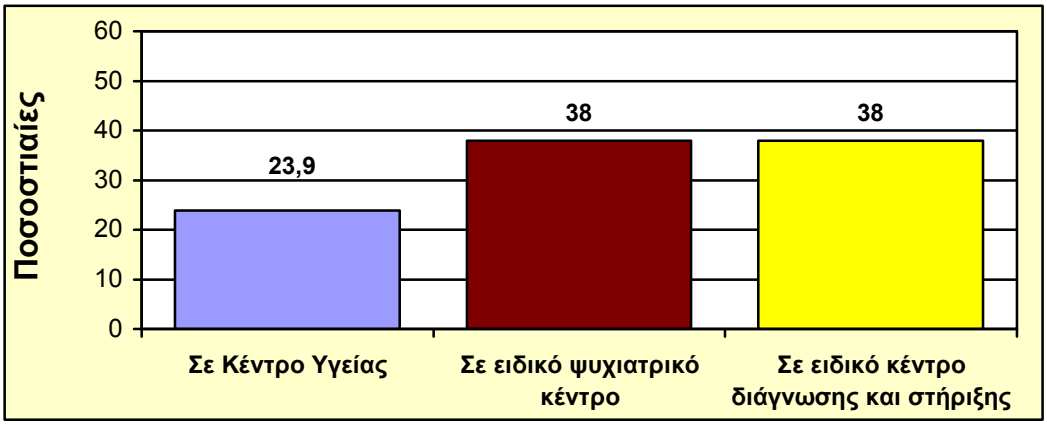
Γραφική Παράσταση 6: Λόγοι που τα υποκείμενα δεν έχουν επισκεφτεί ποτέ κάποια υπηρεσία υγείας ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο.



Οι γονείς κλήθηκαν επίσης να δηλώσουν που πιστεύουν ότι πρέπει να γίνεται η πρωτοβάθμια παρέμβαση για παιδιά με σύνδρομο Down.

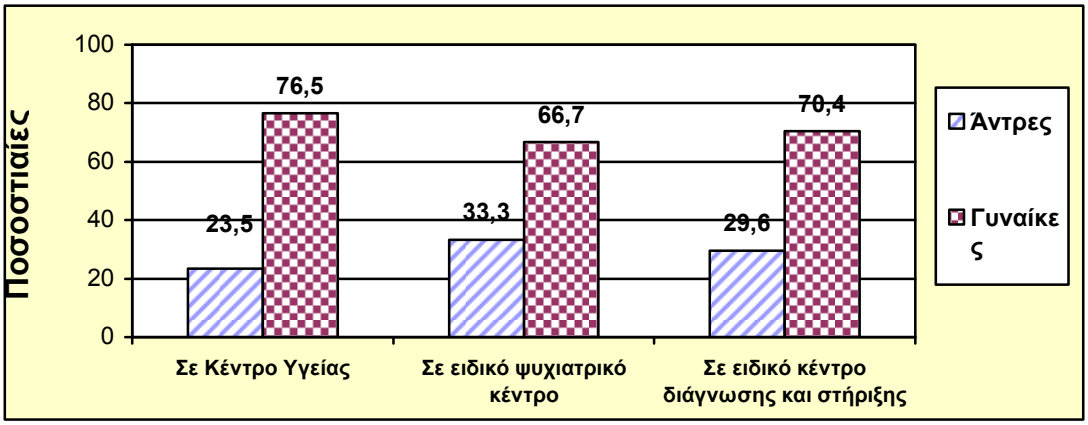
Παρατηρούμε ότι οι γονείς θεωρούν ως πιο κατάλληλο μέρος πρωτοβάθμιας παρέμβασης κάποιο «ειδικό κέντρο διάγνωσης και στήριξης» ή κάποιο «ειδικό ψυχιατρικό κέντρο» σε αντίστοιχα ποσοστά της τάξης του 38% για κάθε ερώτημα. Αξίζει επίσης να αναφερθούμε στο γεγονός ότι κανένα από τα υποκείμενα δε δήλωσαν το νοσοκομείο ως τον κατάλληλο φορέα παροχής πρωτοβάθμιας παρέμβασης.

Γραφική Παράσταση 7: Άποψη γονέων για τον οργανισμό που πρέπει να προσφέρει πρωτοβάθμια παρέμβαση για παιδιά με σύνδρομο Down.



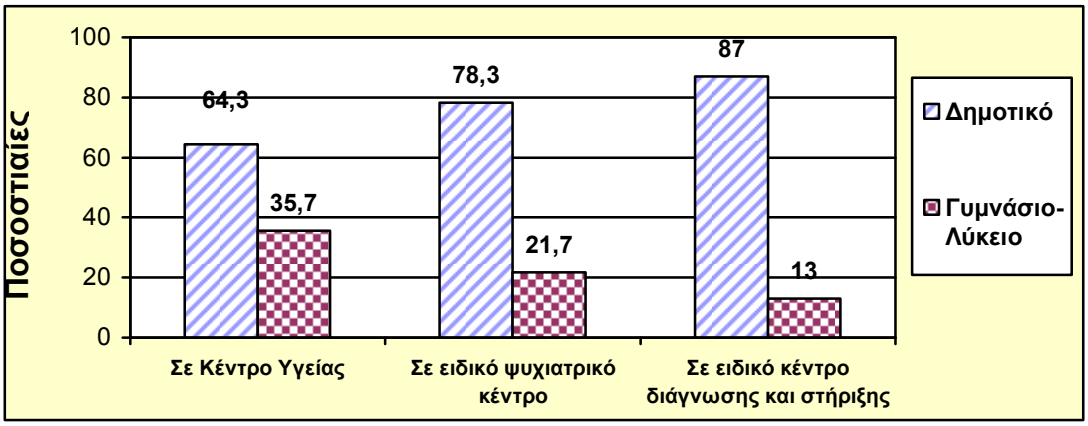
Η ανάλυση ως προς το φύλο δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακας Β12, Παράρτημα 3). Παρατήρηση της γραφικής παράστασης που ακολουθεί δείχνει οι η μεγαλύτερη διαφοροποίηση σημειώθηκε μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με την παροχή πρωτοβάθμιας παρέμβασης σε κέντρο υγείας (αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες και τις γυναίκες 23,5% και 76,5%).

Γραφική Παράσταση 8: Άποψη γονέων για τον οργανισμό που πρέπει να προσφέρει πρωτοβάθμια παρέμβαση για παιδιά με σύνδρομο Down σε σχέση με το φύλο.



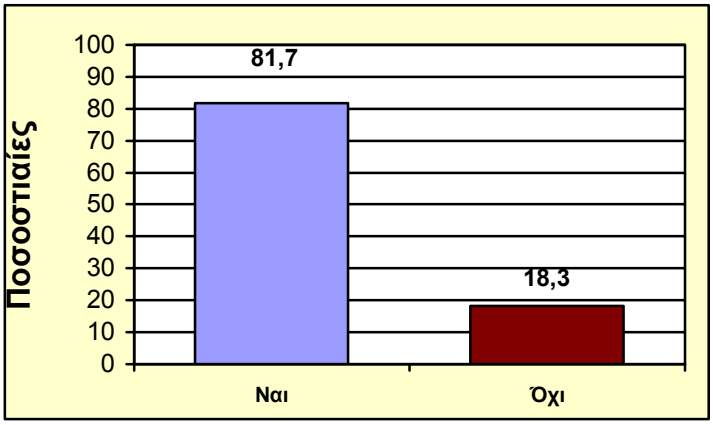
Η ανάλογη ανάλυση που έγινε για να συγκρίνουμε τα υποκείμενα που είχαν τελειώσει το δημοτικό σε σχέση με αυτούς που είχαν τελειώσει το γυμνάσιο-λύκειο έδειξε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ($\chi^2 = 2,6$, $df = 2$, $p < 0,05$). Παρατηρούμε ότι οι απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου δηλώνουν σε αρκετά μικρότερο ποσοστό της τάξης του 13% ότι η πρωτοβάθμια παρέμβαση πρέπει να γίνεται σε «ειδικό κέντρο διάγνωσης και στήριξης» ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αποφοίτων δημοτικού είναι 87%. Αρκετά μεγάλη είναι και η διαφορά των απόψεων των δύο ομάδων για το εάν ο οργανισμός που πρέπει να προσφέρει πρωτοβάθμια παρέμβαση είναι κάποιο ειδικό ψυχιατρικό κέντρο (78,3% για αποφοίτους δημοτικού και 21,7% για αποφοίτους γυμνασίου-λυκείου).

Γραφική Παράσταση 9: Άποψη γονέων για τον οργανισμό που πρέπει να προσφέρει πρωτοβάθμια παρέμβαση για παιδιά με σύνδρομο Down σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο τους.



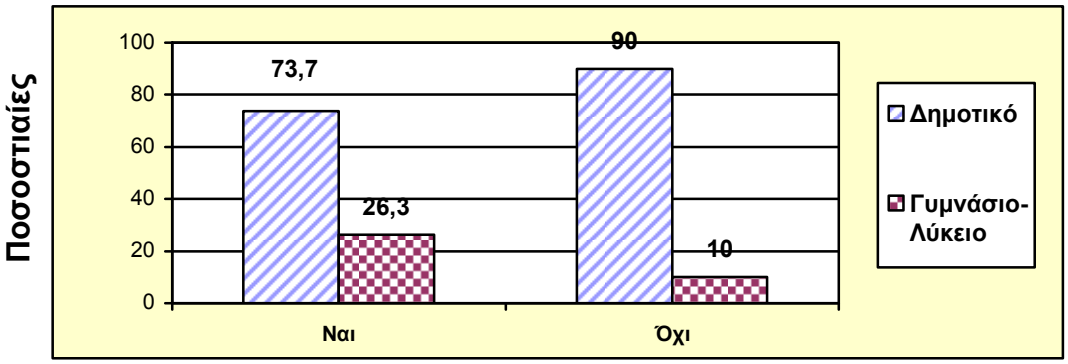
Σε επόμενο ερώτημα οι γονείς ρωτήθηκαν εάν το παιδί τους επισκέπτεται υπηρεσίες υγείας. Σε σχέση με το φύλο η ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (Πίνακας Β13, Παράρτημα 3). Παρατηρούμε ότι οι γονείς στην πλειοψηφία τους (ποσοστό 81,7%) δήλωσαν ότι το παιδί τους επισκέπτεται υπηρεσίες υγείας.

Γραφική Παράσταση 10: Επίσκεψη παιδιού σε υπηρεσίες υγείας ως προς το φύλο των υποκειμένων.



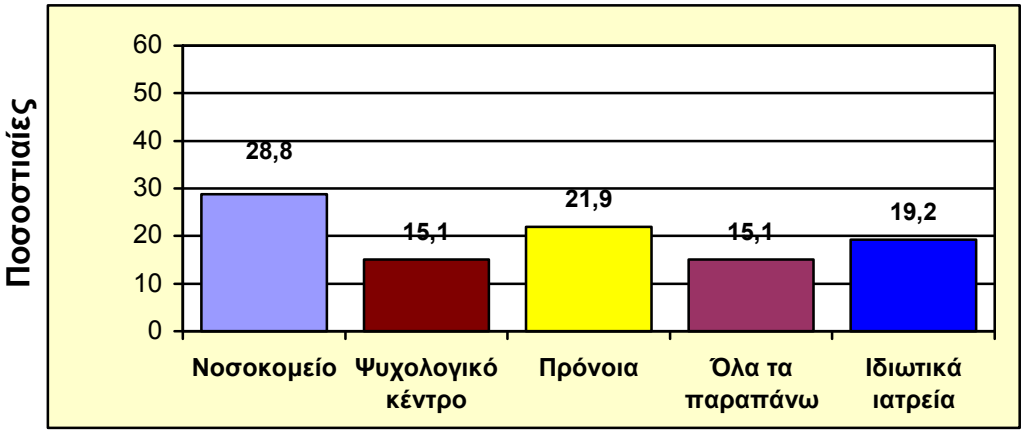
Η αντίστοιχη ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές (χ^2= 1,1, df = 1, p < 0,05). Παρατηρούμε ότι οι απόφοιτοι δημοτικού δηλώνουν σε αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 90% ότι το παιδί τους δεν επισκέπτεται υπηρεσίες υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου είναι 10%.

Γραφική Παράσταση 11: Επίσκεψη παιδιού σε υπηρεσίες υγείας ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων



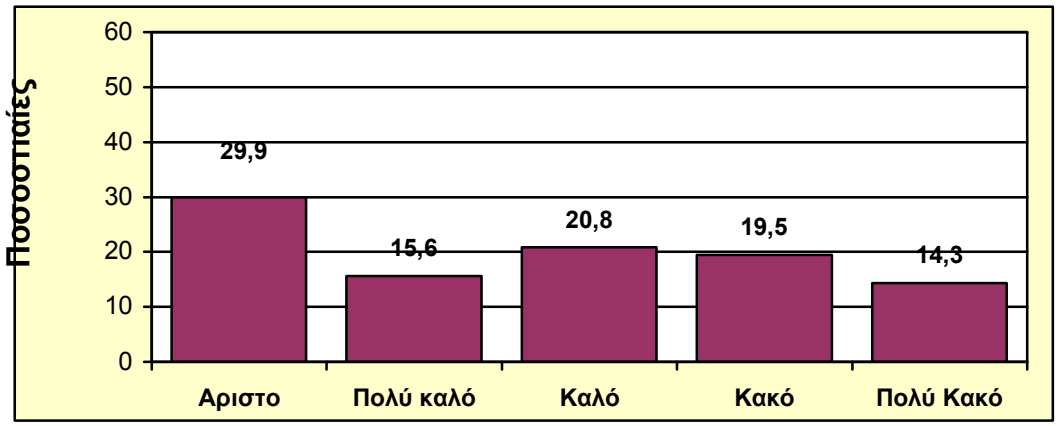
Στη συνέχεια οι γονείς κλήθηκαν να δηλώσουν ποιες υπηρεσίες επισκέπτονται τα παιδιά τους. Παρατήρηση της γραφικής παράστασης που ακολουθεί φανερώνει ότι τα παιδιά με σύνδρομο Down επισκέπτονται συχνότερα το νοσοκομείο (ποσοστό 28,8%), την πρόνοια (ποσοστό 21,9%) και τα ιδιωτικά ιατρεία (ποσοστό 19,2%) ενώ τα ψυχολογικά κέντρα και ο συνδυασμός και των τεσσάρων υπηρεσιών συγκεντρώνουν τα μικρότερα ποσοστά (15,1% αντίστοιχα για κάθε κατηγορία). Οι αντίστοιχες αναλύσεις ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (αντίστοιχοι πίνακες Β14, Παραρτήματα 3 για το φύλο και 4 για το μορφωτικό επίπεδο).

Γραφική Παράσταση 12: Υπηρεσίες υγείας που δηλώνουν οι γονείς ότι επισκέπτονται τα παιδιά τους.



Επιπλέον, ζητήθηκε από τους γονείς να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες που επισκέπτονται τα παιδιά τους. Οι γονείς χρησιμοποίησαν όλες τις αξιολογικές κατηγορίες για να χαρακτηρίσουν την κατάσταση των υπηρεσιών υγείας με πιο συχνή την αξιολόγηση τους ως «άριστες» (ποσοστό 29,9%).

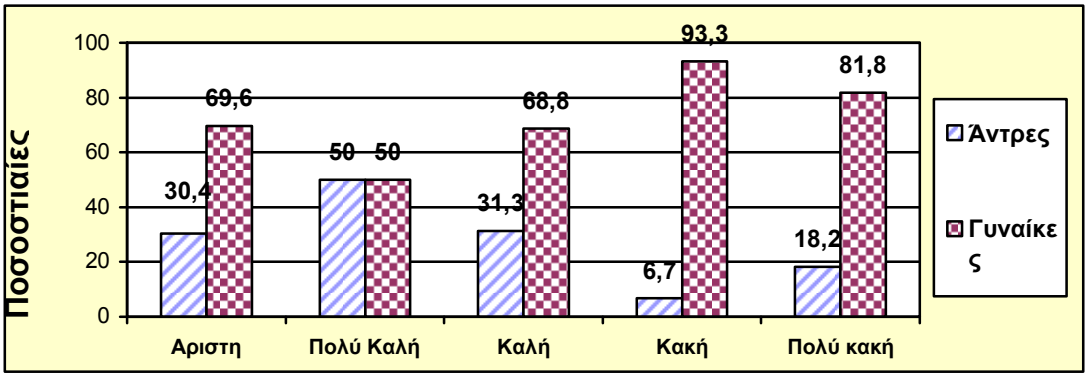
Γραφική Παράσταση 13: Η κατάσταση των υπηρεσιών που επισκέπτονται



Σε σχέση με το φύλο βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (χ^2= 7, df = 4, $p < 0,05$). Πιο αναλυτικά, και όπως φαίνεται από τη γραφική παράσταση που ακολουθεί, οι μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων παρατηρούνται στις αξιολογικές κατηγορίες «κακή» και «πολύ κακή» για το

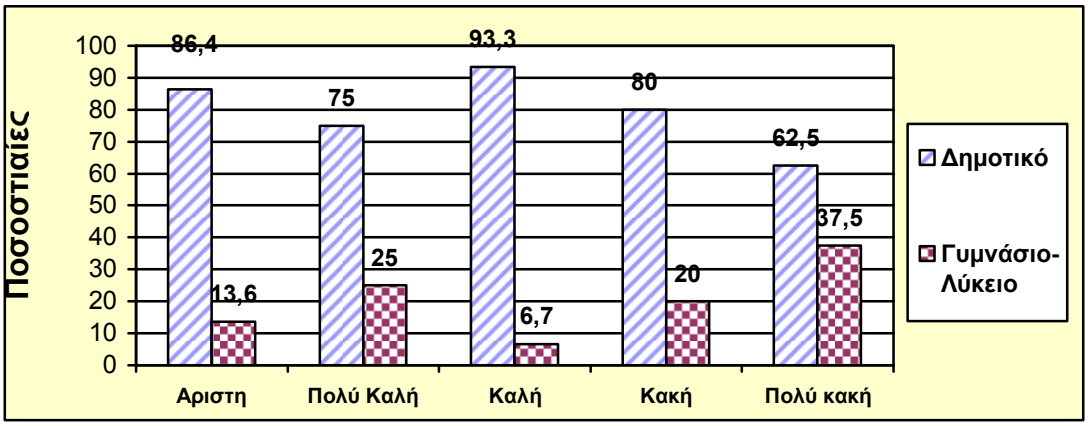
χαρακτηρισμό της κατάστασης των υπηρεσιών όπου οι γυναίκες τις δηλώνουν σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά (93,3% και 81,8% αντίστοιχα για κάθε αξιολογική κατηγορία) σε σχέση με τους άνδρες (ποσοστά 6,7% και 18,2% αντίστοιχα για κάθε αξιολογική κατηγορία).

Γραφική Παράσταση 14: Η κατάσταση των υπηρεσιών ως προς το φύλο των υποκειμένων.



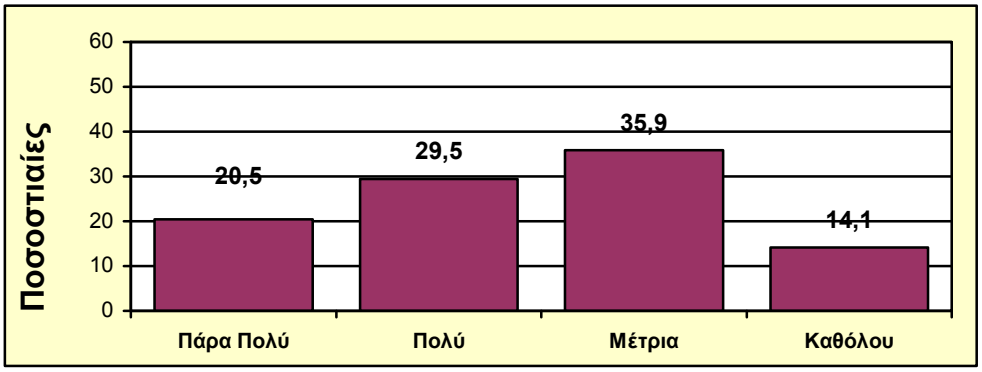
Παράλληλα η ανάλογη ανάλυση που έγινε για να συγκρίνουμε τα υποκείμενα που είχαν τελειώσει το δημοτικό σε σχέση με αυτούς που είχαν τελειώσει το γυμνάσιο-λύκειο έδειξε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ($\chi^2 = 4$, df = 4, $p < 0,05$). Παρατηρούμε ότι οι απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου χαρακτηρίζουν την κατάσταση των υπηρεσιών «άριστη», «πολύ καλή», και «καλή» σε αρκετά μικρότερο ποσοστό από ότι οι απόφοιτοι δημοτικού.

Γραφική Παράσταση 15: Η κατάσταση των υπηρεσιών ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων.



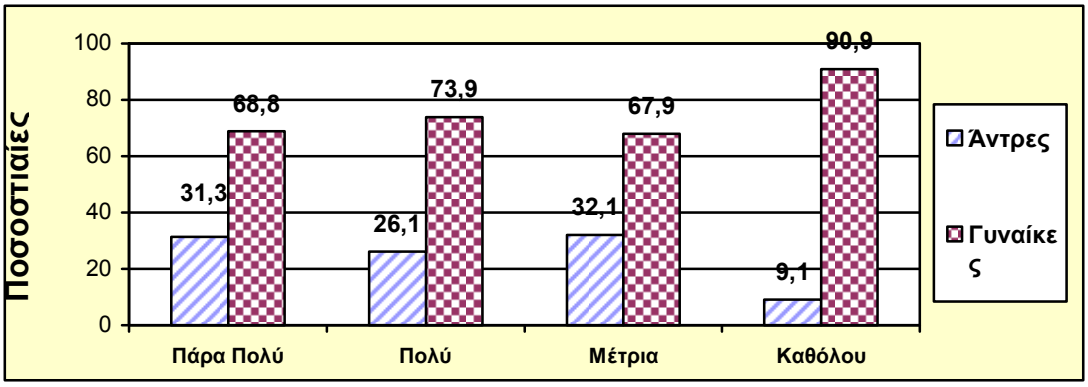
Σε επόμενο ερώτημα οι γονείς δήλωσαν το επίπεδο ικανοποίησής τους από το επίπεδο της επιστημονικής προσφοράς του προσωπικού. Το ένα τρίτο και πλέον των υποκειμένων δήλωσαν ότι είναι ευχαριστημένοι σε «μέτριο» βαθμό από το επίπεδο του προσωπικού (ποσοστό 35,9%) και ακολουθούν ιεραρχικά αυτοί που δηλώνουν ότι έμειναν «πολύ» ευχαριστημένοι (ποσοστό 29,5%). Θετικό στοιχείο είναι ότι μόνο το 14,1% των γονέων δήλωσαν ότι δεν είναι «καθόλου ευχαριστημένοι».

Γραφική Παράσταση 16: Ευχαρίστηση γονέων από το επίπεδο της επιστημονικής προσφοράς του προσωπικού



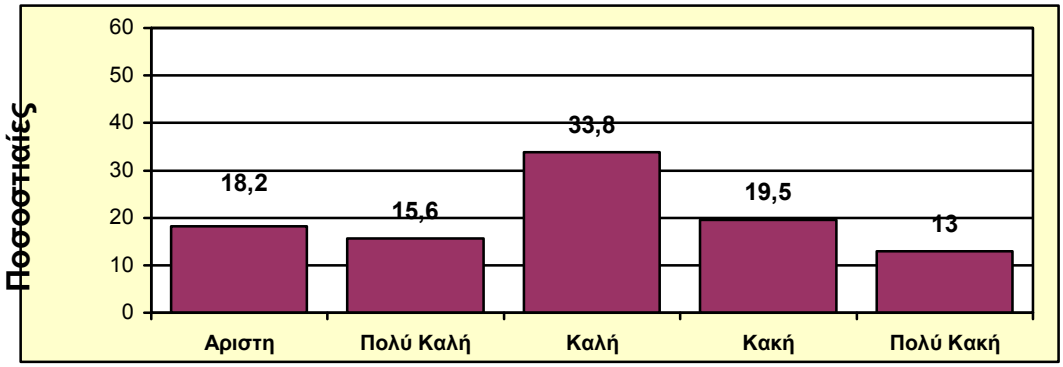
Η στατιστική ανάλυση ως προς το φύλο έδειξε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών (χ^2 = 2,3, df = 3, p< 0,05). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες δηλώνουν σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 90,9% ότι δεν έμειναν «καθόλου» ευχαριστημένες από το επίπεδο της επιστημονικής προσφοράς του προσωπικού ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι μόνο 9,1%, όπως φαίνεται στη γραφική παράσταση που ακολουθεί. Η αντίστοιχη ανάλυση που έγινε ως προς το μορφωτικό επίπεδο των γονέων έδειξε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (Πίνακας Β16, Παράρτημα 4).

Γραφική Παράσταση 17: Ευχαρίστηση γονέων από το επίπεδο της επιστημονικής προσφοράς του προσωπικού ως προς το φύλο τους



Σε επόμενο ερώτημα ζητήθηκε από τους γονείς να αξιολογήσουν την ανθρώπινη συμπεριφορά του προσωπικού προς το παιδί τους. Το ένα τρίτο αυτών (ποσοστό 33,8%) δήλωσαν ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά του προσωπικού είναι «καλή», το 19,5% χαρακτήρισε την ανθρώπινη συμπεριφορά. του προσωπικού είναι «κακή», το 18,2% τη χαρακτήρισε «άριστη» και ακολουθούν οι άλλες δυο αξιολογικές κατηγορίες οι οποίες δηλώνονται σε μικρότερη συχνότητα.

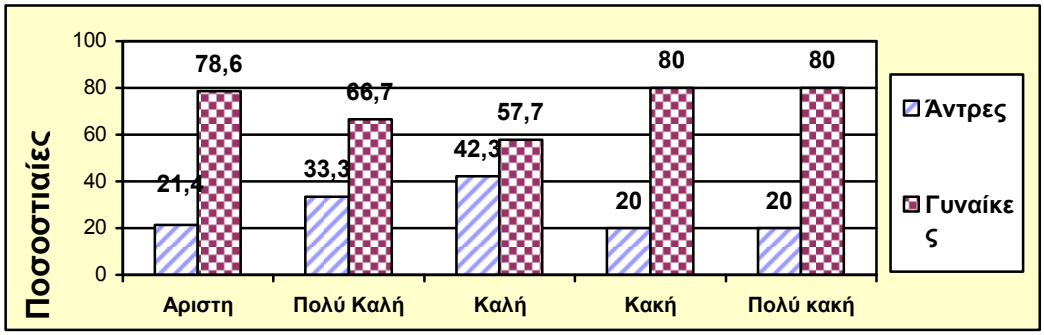
Γραφική Παράσταση 18: Αξιολόγηση ανθρώπινης συμπεριφοράς του προσωπικού



Σε σχέση με το φύλο βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (χ^2= 3,6, df = 4, $p < 0,05$). Πιο αναλυτικά, και όπως φαίνεται από τη γραφική παράσταση

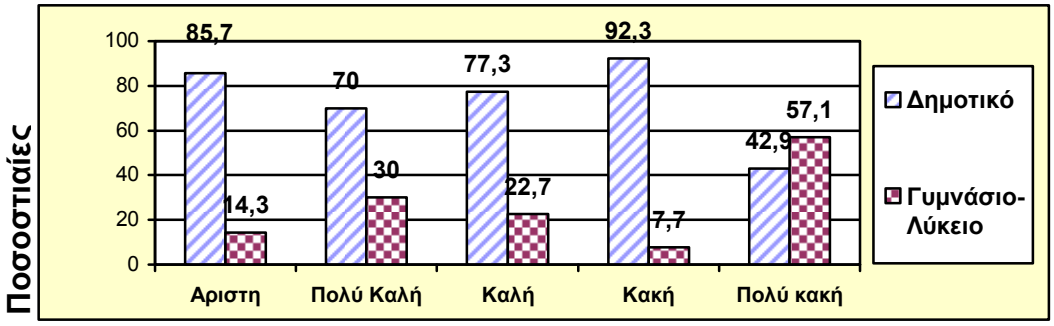
που ακολουθεί, οι μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων παρατηρούνται στις αξιολογικές κατηγορίες «κακή» και «πολύ κακή» για το χαρακτηρισμό την ανθρώπινη συμπεριφορά του προσωπικού προς το παιδί τους. Οι γυναίκες τις δηλώνουν σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά (80% αντίστοιχα για κάθε αξιολογική κατηγορία) σε σχέση με τους άνδρες (ποσοστά 20% αντίστοιχα για κάθε αξιολογική κατηγορία).

Γραφική Παράσταση 19: Αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς του προσωπικού ως προς το φύλο των υποκειμένων.



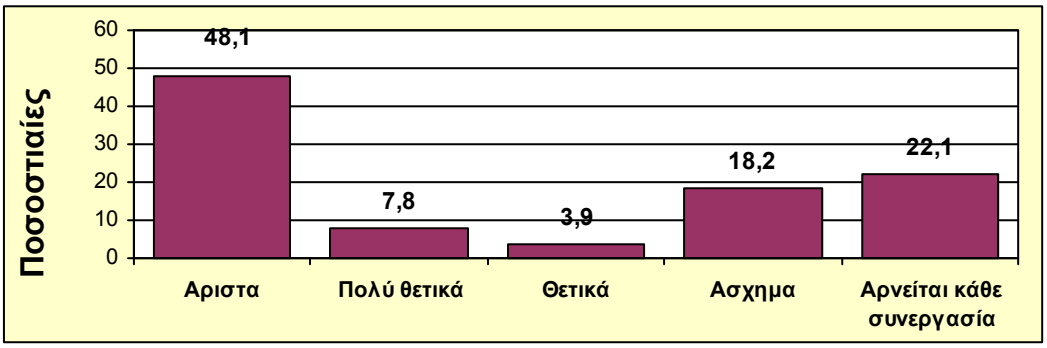
Παράλληλα η ανάλογη ανάλυση που έγινε για να συγκρίνουμε τα υποκείμενα που είχαν τελειώσει το δημοτικό σε σχέση με αυτούς που είχαν τελειώσει το γυμνάσιο-λύκειο έδειξε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (χ^2 = 7,2, df = 4, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι οι απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά του προσωπικού «πολύ κακή» σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους αποφοίτους του δημοτικού. Αντιθέτως, οι απόφοιτοι δημοτικού χαρακτηρίζουν την συμπεριφορά του προσωπικού ως «κακή» σε ποσοστό 92,3% σε αντίθεση με το 7,7% των αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου.

Γραφική Παράσταση 20: Αξιολόγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς του προσωπικού ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων.



Σε επόμενο ερώτημα οι γονείς ρωτήθηκαν για το πώς αντιδρά το παιδί τους προς το προσωπικό. Όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση οι μισοί και σχεδόν γονείς, σε ποσοστό 48,1% δήλωσαν ότι το παιδί τους αντιδρά «άριστα» προς το προσωπικό, και ακολουθεί ιεραρχικά σε ποσοστό 22,1% η δήλωση ότι το παιδί τους «αρνείται κάθε συνεργασία» με το προσωπικό.

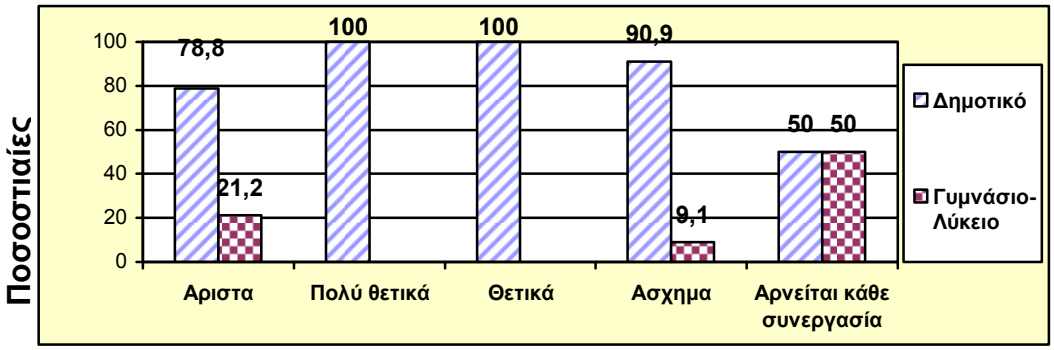
Γραφική Παράσταση 21: Αντίδραση του παιδιού τους προς το προσωπικό



Σε σχέση με το φύλο δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στο συγκεκριμένο ερώτημα (Πίνακας Β18, Παράρτημα 3). Αντιθέτως, σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των δηλώσεων των γονέων για την αντίδραση του παιδιού τους προς το προσωπικό όταν συγκρίθηκαν με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο (χ^2= 8,4, df= 4, p< 0,05). Η διαφορά μεταξύ των ποσοστών αποφοίτων δημοτικού και αυτών που είχαν τελειώσει γυμνάσιο-λύκειο ήταν

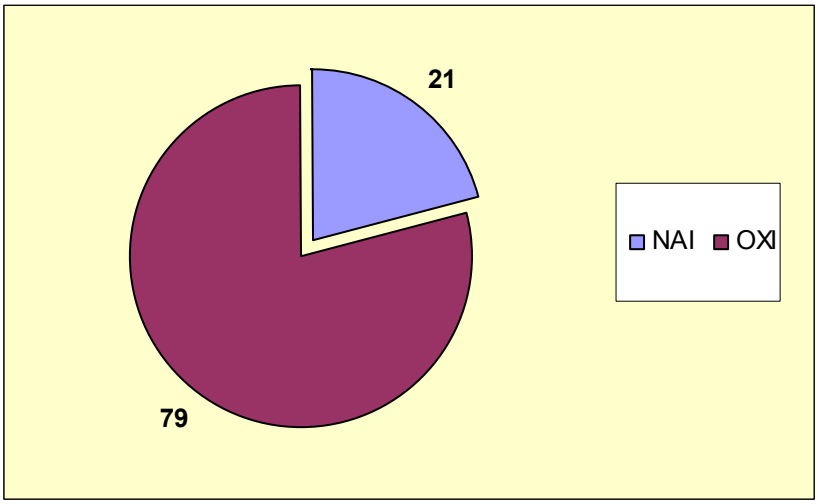
μεγαλύτερη για αυτούς που δήλωσαν ότι το παιδί τους αντιδρά «πολύ θετικά» ή «θετικά» στο προσωπικό, αφού μόνο απόφοιτοι δημοτικού χρησιμοποίησαν αυτές τις αξιολογικές κατηγορίες, όπως φαίνεται στη γραφική παράσταση που ακολουθεί.

Γραφική Παράσταση 22: Αντίδραση του παιδιού τους προς το προσωπικό σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων



Επιπλέον ζητήθηκε από τους γονείς να αναφερθούν στις υπηρεσίες πρόνοιας. Συγκεκριμένα ρωτήθηκαν για το εάν τους «επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες στο σπίτι από τις Υπηρεσίες Πρόνοιας για να συζητήσουν μαζί τους και για να τους δώσουν συμβουλές σχετικά με το παιδί τους». Οι γονείς στην πλειοψηφία τους δήλωσαν ότι δεν τους επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες (ποσοστό 79%) όπως φαίνεται στη γραφική παράσταση που ακολουθεί.

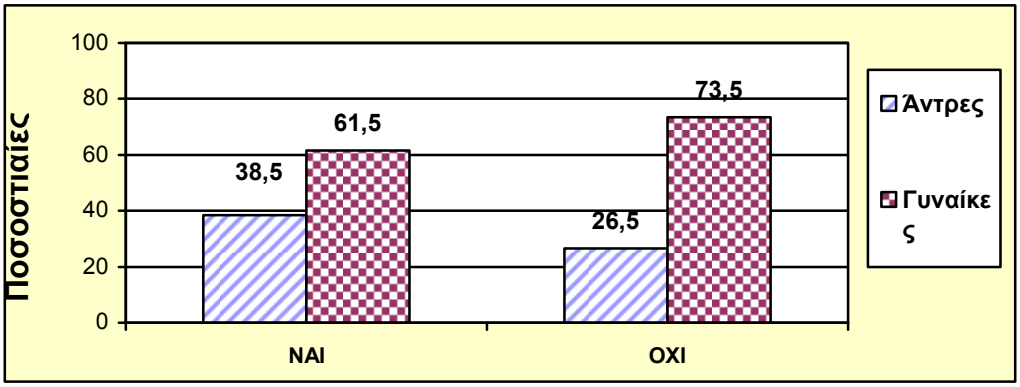
Γραφική Παράσταση 23: Ποσοστό γονέων που τους επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες από τις υπηρεσίες πρόνοιας



Η στατιστική ανάλυση ως προς φύλο έδωσε σημαντικές διαφορές (χ^2= 0,7, df = 1, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σημειώθηκε στην ανάγκη για «ενίσχυση της εύρεσης εργασίας», όπου περισσότερες γυναίκες από άντρες δήλωσαν ότι είναι απαραίτητη (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 9,1% και 90,9%).

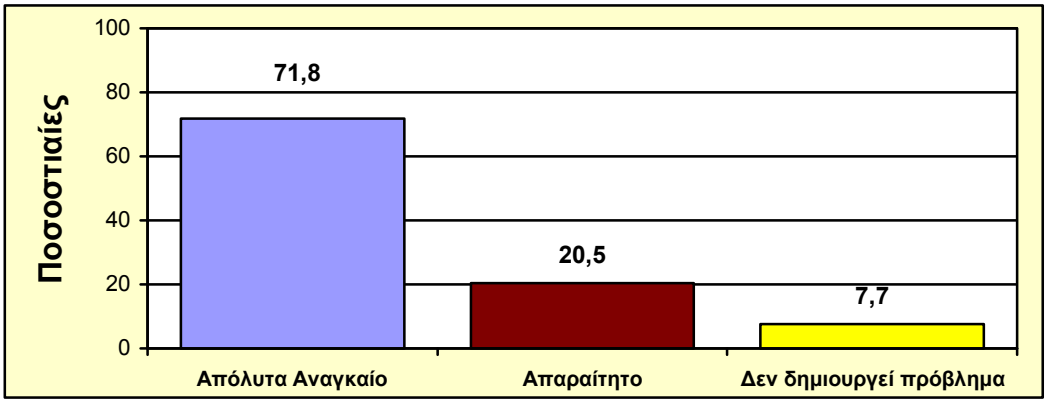
Αντιθέτως, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ αποφοίτων δημοτικού και αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου (Πίνακας 31, Παράρτημα 4).

Γραφική Παράσταση 24: Ποσοστό γονέων που δήλωσαν ότι τους επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες από τις υπηρεσίες πρόνοιας ως προς το φύλο



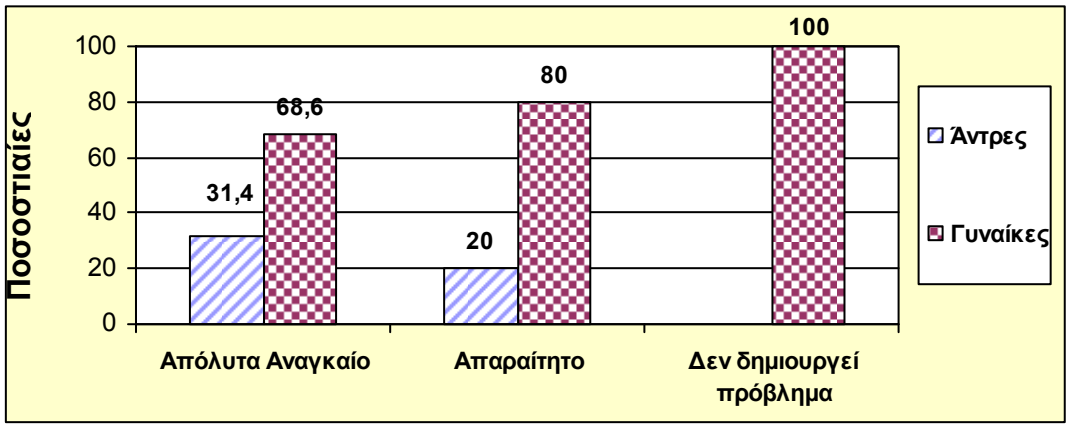
Σε συνέχεια του προηγούμενου ερωτήματος ζητήθηκε από τους γονείς που δήλωσαν ότι δεν τους επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες να κρίνουν το κατά πόσο απαραίτητο το θεωρούν αυτό. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών δήλωσαν ότι το θεωρούν απόλυτα αναγκαίο ή αναγκαίο (αθροιστικό ποσοστό 92,3%), ενώ μόνο το 7,7% δήλωσαν ότι «δεν δημιουργεί πρόβλημα».

Γραφική Παράσταση 25: Άποψη γονέων για την αναγκαιότητα να τους επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες



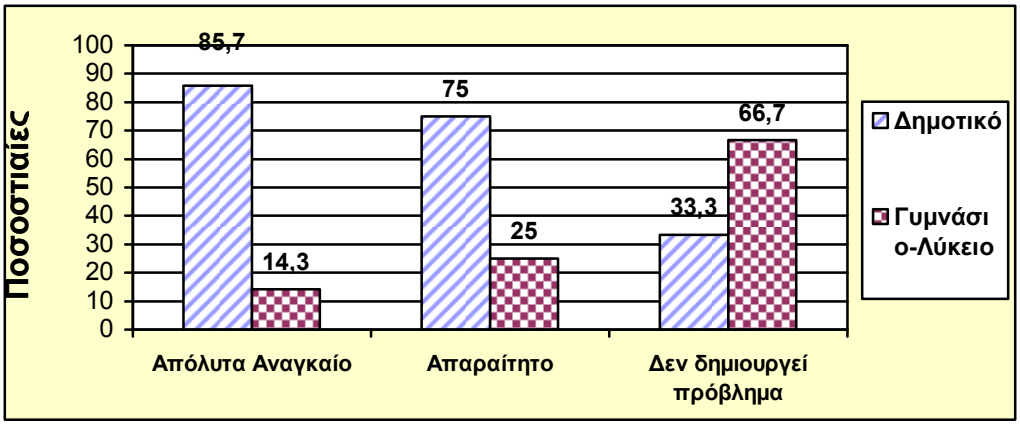
Η στατιστική ανάλυση ως προς φύλο έδειξε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές (χ^2= 2,4, df = 2, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι μόνο γυναίκες έχουν δηλώσει ότι δεν τους δημιουργεί πρόβλημα το γεγονός ότι δεν τις επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες από τις υπηρεσίες πρόνοιας.

Γραφική Παράσταση 26: Άποψη γονέων για την αναγκαιότητα να τους επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες ως προς το φύλο των υποκειμένων.



Παράλληλα, σημαντικές διαφορές βρέθηκαν από την ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων (χ^2= 4,6, df = 2, p< 0,05). Σύμφωνα με τη γραφική παράσταση που ακολουθεί, οι απόφοιτοι δημοτικού δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 85,7% ότι θεωρούν «απόλυτα αναγκαίο» το να τους επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες, σε αντίθεση με το 14,3% των αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου.

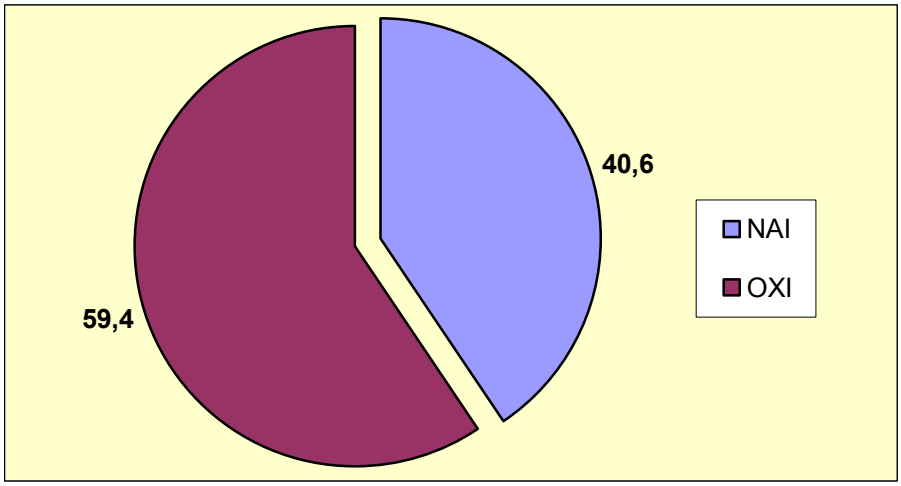
Γραφική Παράσταση 27: Άποψη γονέων για την αναγκαιότητα να τους επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες ως προς μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων.



2.2. Προγεννετικός Έλεγχος

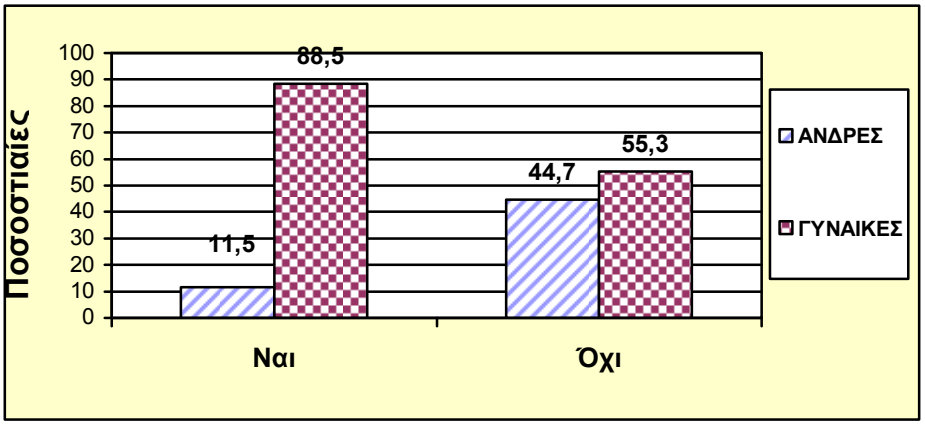
Στη συνέχεια τα υποκείμενα ρωτήθηκαν εάν είχαν υποβληθεί σε εξετάσεις προγενετικού ελέγχου πριν από τη γέννηση του παιδιού τους. Παρατηρούμε ότι σχεδόν το 60% των γονέων δηλώνουν ότι δεν είχαν κάνει προγεννητικές εξετάσεις.

Γραφική Παράσταση 28: Ποσοστά υποκειμένων που είχαν υποβληθεί σε εξετάσεις προγενετικού ελέγχου ή όχι



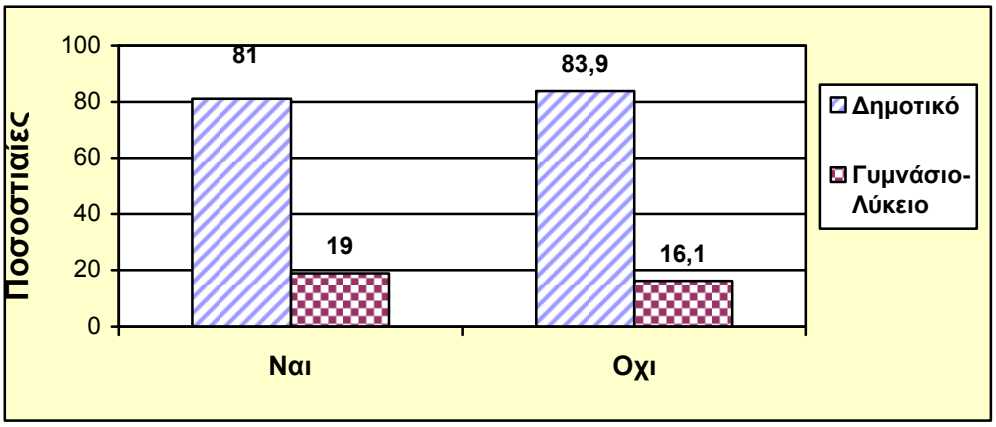
Η ανάλυση ως προς το φύλο, έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (χ^2= 7,9, df = 1, p< 0,05). Όπως παρατηρούμε από την ακόλουθη γραφική παράσταση οι γυναίκες δήλωσαν ότι είχαν κάνει προγεννετικό έλεγχο σε αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό (88,5%) από τους άνδρες (55,3%).

Γραφική Παράσταση 29: Ποσοστά ανδρών και γυναικών για το εάν είχαν υποβληθεί σε εξετάσεις προγενετικού ελέγχου



Η αντίστοιχη ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (Πίνακας Β3, Παράρτημα 4). Οι διαφοροποιήσεις των ποσοστών που παρουσιάζονται στην γραφική παράσταση που ακολουθεί οφείλονται στο μεγαλύτερο αριθμό υποκειμένων στο σύνολο του δείγματος που είχαν τελειώσει μόνο το δημοτικό.

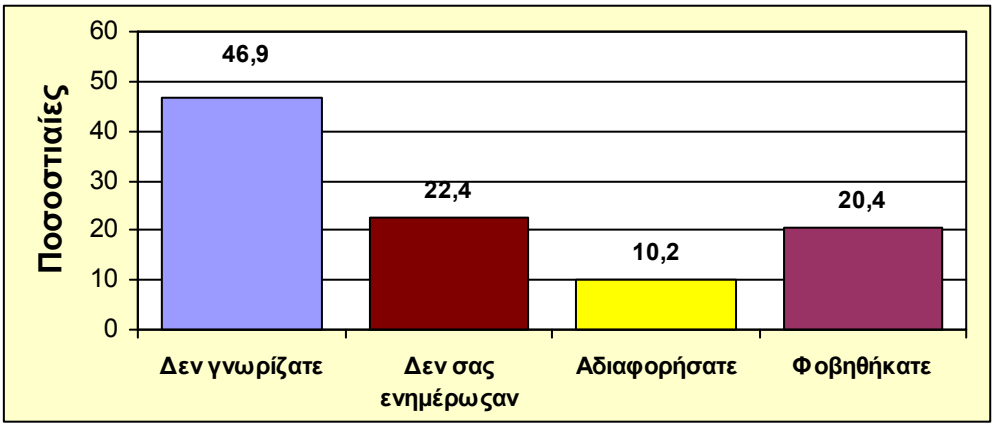
Γραφική Παράσταση 30: Ποσοστά υποκειμένων που δήλωσαν ότι είχαν ή δεν είχαν υποβληθεί σε εξετάσεις προγενετικού ελέγχου ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο.



Ζητήθηκε, επίσης, από τους γονείς που δεν είχαν υποβληθεί σε προγεννετικό έλεγχο να προσδιορίσουν τους λόγους για την επιλογή τους αυτή. Οι μισοί

σχεδόν δήλωσαν ότι δε γνώριζαν, ένα μικρότερο ποσοστό της τάξης του 22,4% δηλώνει ότι δεν είχε ενημερωθεί, το 20,4% των γονέων δηλώνουν ότι φοβήθηκαν και μόνο το 10,2% αυτών ότι αδιαφόρησαν.

Γραφική Παράσταση 31: Λόγοι που οι γονείς δεν υποβλήθηκαν σε προγεννετικό έλεγχο



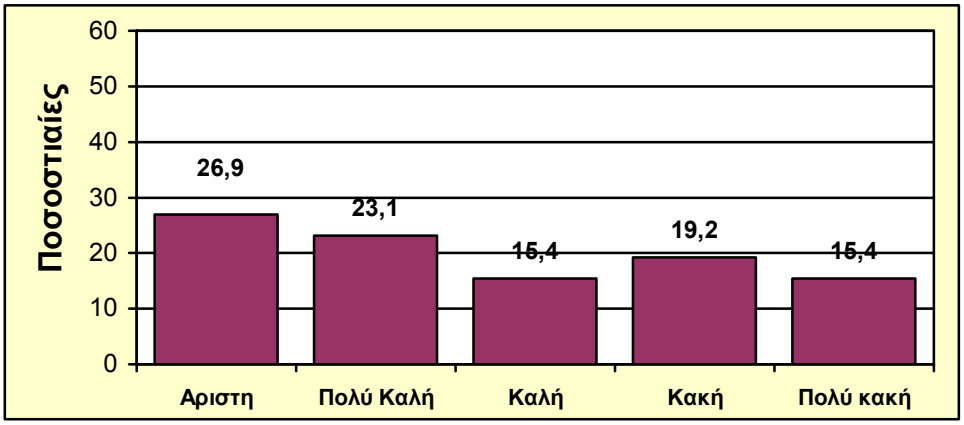
Οι σχετικές στατιστικές αναλύσεις ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο δεν έδωσαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακες Β4, Παραρτήματα 3 και 4 αντίστοιχα). Οι αιτίες που αναφέρθηκαν από τα υποκείμενα παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω:

Πίνακας 1: Λόγοι που οι γονείς δεν υποβλήθηκαν σε προγεννετικό έλεγχο σε σχέση με το φύλο τους και το μορφωτικό τους επίπεδο.

	ΦΥΛΟ		**ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**	
	Άνδρες	*Γυναίκες*	*Δημοτικό*	*Γυμνάσιο-Λύκειο*
Δεν γνωρίζατε	47,8 %	52,2%	84,2%	15,8%
Δεν σας ενημέρωσαν	45,5%	54,5%	81,8%	18,2%
Αδιαφορήσατε	20%	80%	75%	25%
Φοβηθήκατε	40%	60%	71,4%	28,6%
Σύνολο	42,9%	57,1%	80,5%	19,5%

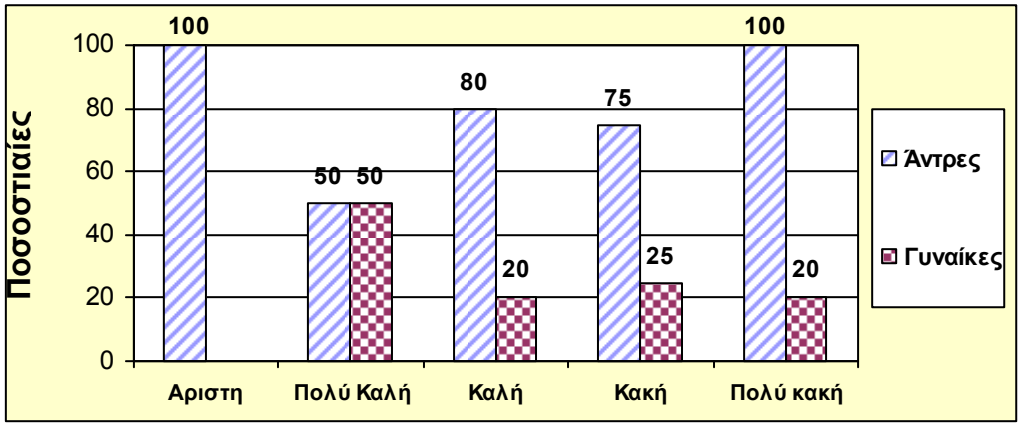
Επιπλέον, οι γονείς που είχαν υποβληθεί σε προγεννετικό έλεγχο ρωτήθηκαν για την κατάσταση των υπηρεσιών αυτών. Οι γονείς στην πλειοψηφία τους χαρακτηρίζουν θετικά τις υπηρεσίες προγεννετικού ελέγχου. Παρατήρηση της γραφικής παράστασης που ακολουθεί δείχνει ότι τα υποκείμενα χαρακτήρισαν την κατάσταση των υπηρεσιών είτε ως «άριστη», είτε ως «πολύ καλή», είτε ως «καλή» σε αθροιστικό ποσοστό της τάξης του 65,4%.

Γραφική Παράσταση 32: Η κατάσταση των υπηρεσιών προγεννετικού ελέγχου



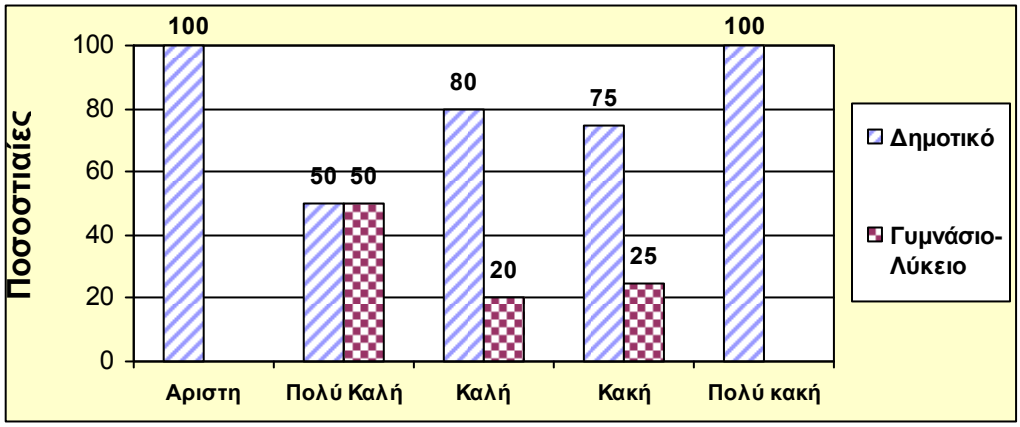
Σε σχέση με το φύλο δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (Πίνακας Β5, Παράρτημα 3). Οι απόψεις των ανδρών και των γυναικών παρουσιάζονται στη γραφική παράσταση που ακολουθεί.

Γραφική Παράσταση 33: Η κατάσταση των υπηρεσιών προγεννετικού ελέγχου ανάλογα με το φύλο των υποκειμένων.



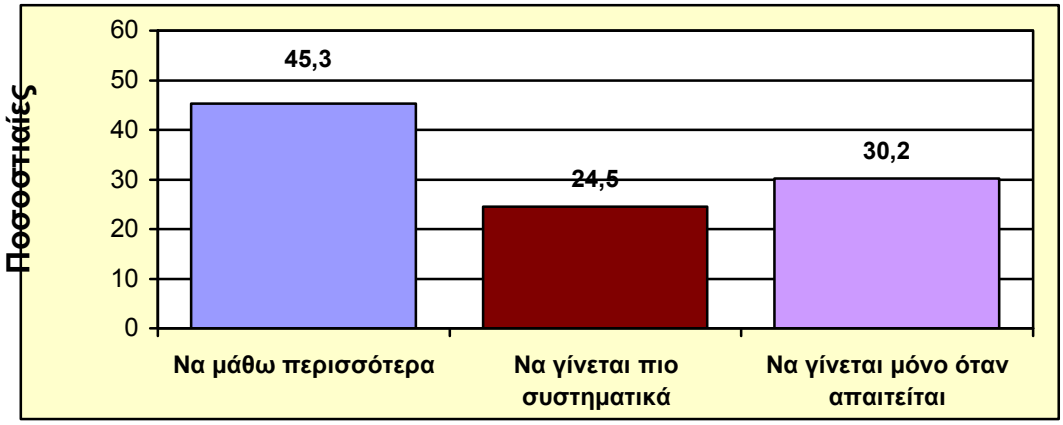
Αντιθέτως η ανάλογη ανάλυση που έγινε για να συγκρίνουμε τα υποκείμενα που είχαν τελειώσει το δημοτικό σε σχέση με αυτούς που είχαν τελειώσει το γυμνάσιο-λύκειο έδειξε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (χ^2 = 4,4, df = 4, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι οι απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου δε χαρακτηρίζουν την κατάσταση των υπηρεσιών προγεννετικού ελέγχου ούτε «άριστη» ούτε «πολύ κακή», ενώ οι απόφοιτοι δημοτικού τη χαρακτηρίζουν ως «καλή» σε ποσοστό 80% και ως «κακή» σε ποσοστό 75%.

Γραφική Παράσταση 34: Η κατάσταση των υπηρεσιών προγεννετικού ελέγχου ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο των υποκειμένων.



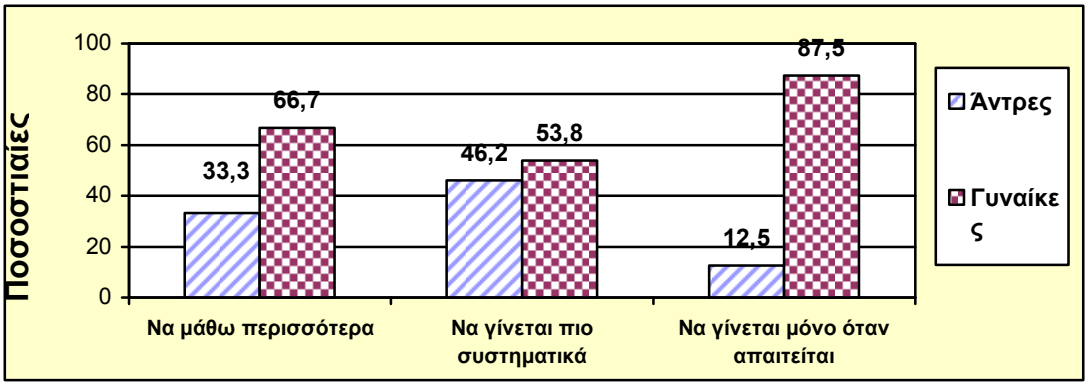
Οι γονείς κλήθηκαν επίσης να κάνουν κάποιες σύντομες προτάσεις για τις υπηρεσίες προγενετικού ελέγχου. Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 53 υποκείμενα. Από αυτούς το 45,3% δήλωσαν ότι θα ήθελαν «να μάθουν περισσότερα», το 30,2% θα ήθελαν «να γίνεται (ο προγεννητικός έλεγχος) μόνο όταν απαιτείται» και το ένα τέταρτο σχεδόν αυτών «να γίνεται πιο συστηματικά».

Γραφική Παράσταση 35: Σύντομες προτάσεις για τις υπηρεσίες προγενετικού ελέγχου



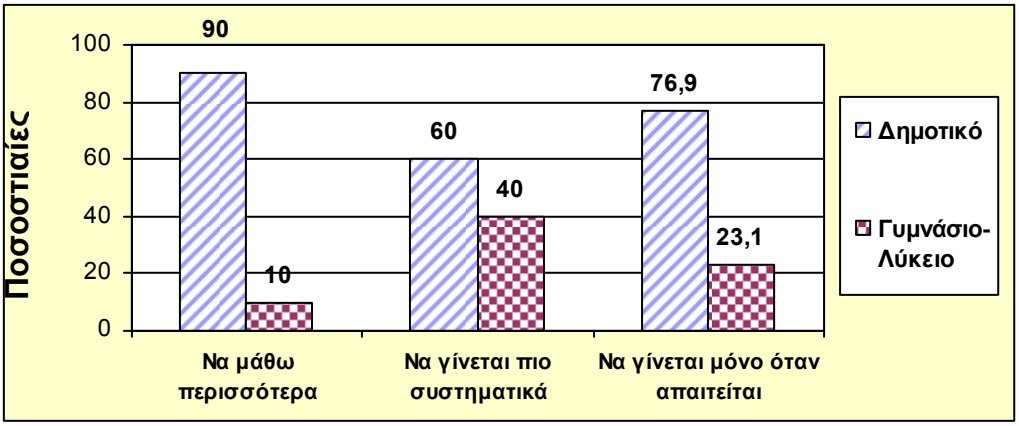
Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων (χ^2= 4,0, df = 2, $p < 0,05$). Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 87,5% ότι ο προγεννετικός έλεγχος «πρέπει να γίνεται μόνο όταν αυτό απαιτείται» ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες ήταν 12,5%. Επίσης, οι γυναίκες δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 66,7% ότι «πρέπει να μάθουν περισσότερα για τον προγεννετικό έλεγχο» ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες ήταν 33,3%.

Γραφική Παράσταση 36: Σύντομες προτάσεις των ανδρών και των γυναικών για τις υπηρεσίες προγενετικού ελέγχου.



Η ανάλογη ανάλυση που έγινε για να συγκρίνουμε τα υποκείμενα που είχαν τελειώσει το δημοτικό σε σχέση με αυτούς που είχαν τελειώσει το γυμνάσιο-λύκειο έδειξε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ($\chi^2 = 3,6$, $df = 2$, $p < 0,05$). Παρατηρούμε ότι οι απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου δηλώνουν ανάγκη να «μάθουν περισσότερα» σε πολύ μικρότερο ποσοστό από ότι οι απόφοιτοι του δημοτικού.

Γραφική Παράσταση 37: Σύντομες προτάσεις των υποκειμένων για τις υπηρεσίες προγενετικού ελέγχου ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο.

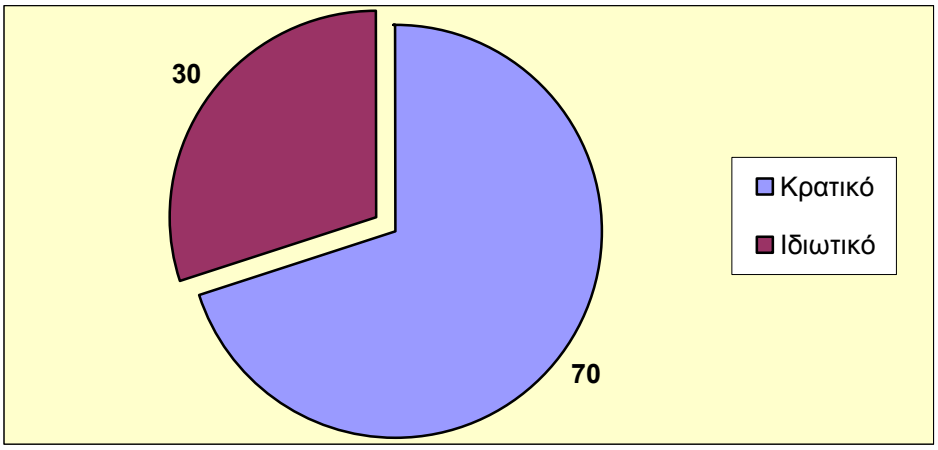


2.3. Το μαιευτήριο: οι υπηρεσίες και το προσωπικό

Οι γονείς ρωτήθηκαν επίσης σχετικά με το μαιευτήριο που γεννήθηκε το παιδί τους με σύνδρομο Down.

Το πρώτο ερώτημα αφορούσε στο εάν το παιδί τους γεννήθηκε σε κρατικό ή ιδιωτικό μαιευτήριο. Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 70 υποκείμενα. Το 70% των γονέων δήλωσαν ότι πήγαν σε κρατικό μαιευτήριο και το 30% σε ιδιωτικό, όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση.

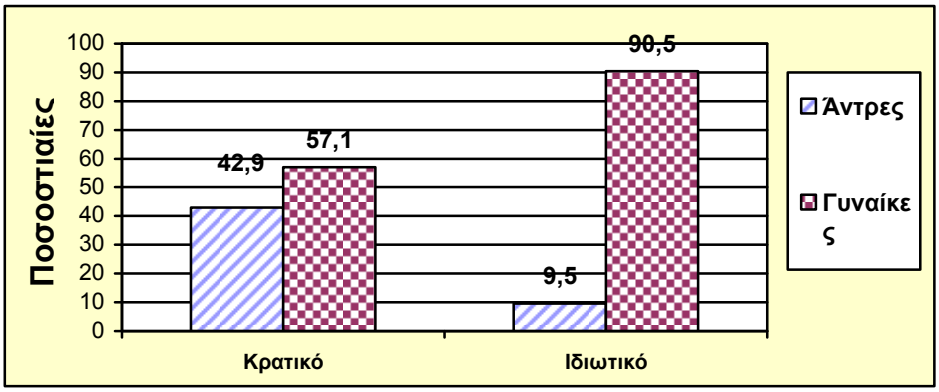
Γραφική Παράσταση 38: Μαιευτήριο που γεννήθηκε το παιδί



Σε σχέση με το φύλο παρατηρούμε στη γραφική παράσταση που ακολουθεί ότι περισσότερες γυναίκες από άντρες δήλωσαν ότι το παιδί τους γεννήθηκε σε ιδιωτικό μαιευτήριο (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 9,5% και 90,5%). Η διαφορά μεταξύ των ποσοστών ανδρών και γυναικών που δήλωσαν ότι το παιδί τους γεννήθηκε σε κρατικό μαιευτήριο ήταν μικρότερη όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση. Η διαφοροποίηση μεταξύ των δυο φύλων ήταν στατιστικά σημαντική (χ^2= 7,4, df = 1, p< 0,05).

Αντιθέτως, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων (Πίνακας Β6 Παράρτημα 4).

Γραφική Παράσταση 39: Μαιευτήριο που γεννήθηκε το παιδί τους ανάλογα με το φύλο των υποκειμένων.



Οι γονείς κλήθηκαν στη συνέχεια να διατυπώσουν την εντύπωσή τους για τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου και τη συμπεριφορά του προσωπικού. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα ανάλογα ποσοστά για κάθε ερώτημα και στις παραγράφους που ακολουθούν συζητούνται τα αποτελέσματα των συγκριτικών στατιστικών αναλύσεων.

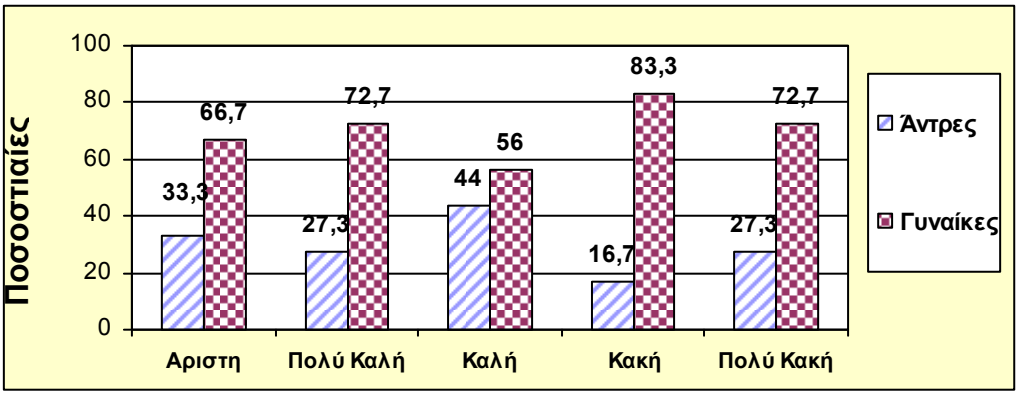
Πίνακας 2: Αξιολόγηση των υπηρεσιών και του προσωπικού του μαιευτηρίου.

	Υπηρεσίες του μαιευτηρίου	***Συμπεριφορά του προσωπικού***
Άριστη	20,3 %	-
Πολύ Καλή	14,9 %	27,8 %
Καλή	33,8 %	34,7 %
Κακή	16,2 %	27,8 %
Πολύ Κακή	14,9 %	9,7 %

Παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα στην πλειοψηφία τους χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου από άριστες μέχρι καλές (αθροιστικό ποσοστό των τριών αξιολογικών κατηγοριών: 69%). Η συμπεριφορά του προσωπικού χαρακτηρίζεται ως αρκετά ικανοποιητική από τους περισσότερους γονείς αφού συνολικά το 62,5% αυτών τη χαρακτηρίζουν «καλή» και «πολύ καλή».

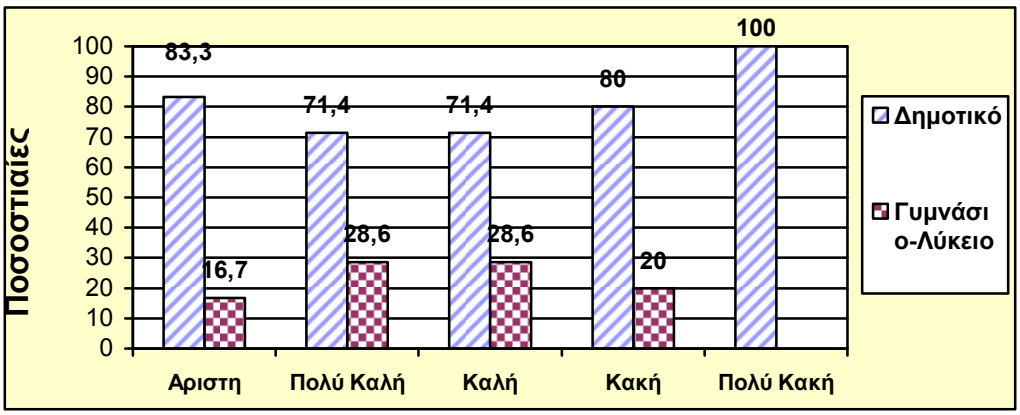
Σε σχέση με το φύλο παρατηρούμε ότι περισσότερες γυναίκες (ποσοστό 83,3%) από άντρες (ποσοστό 16,7%) χαρακτήρισαν τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου ως «κακές». Επίσης, μεγαλύτερος αριθμός γυναικών (ποσοστό 72,7%) χαρακτήρισε τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου είτε «πολύ καλές» είτε «πολύ κακές» ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ανδρών ήταν της τάξης του 27,3% για κάθε αξιολογική κατηγορία. Σχετικά μικρότερες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται για τις υπόλοιπες δύο αξιολογικές κατηγορίες («άριστη» και «καλή»). Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η διαφοροποίηση μεταξύ των δυο φύλων ήταν στατιστικά σημαντική (χ^2= 3,1, df= 1, p< 0,05).

Γραφική Παράσταση 40: Εντύπωση γονέων για τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου ως προς το φύλο τους



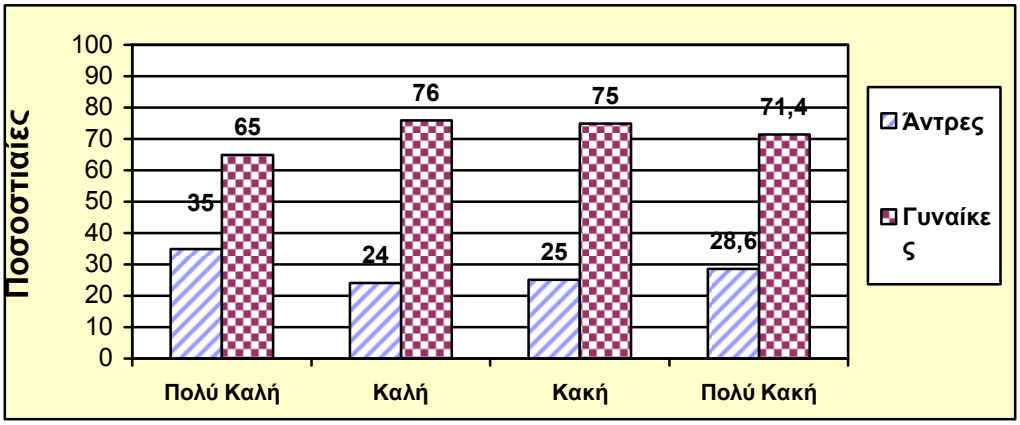
Παράλληλα και η αντίστοιχη ανάλυση που έγινε για να συγκρίνουμε τα υποκείμενα που είχαν τελειώσει το δημοτικό σε σχέση με αυτούς που είχαν τελειώσει το γυμνάσιο-λύκειο έδειξε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (χ^2 = 3,5, df = 4, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι οι μεγαλύτερες ποσοστιαίες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται στον χαρακτηρισμό των υπηρεσιών του μαιευτηρίου ως «άριστες»: οι απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου χαρακτηρίζουν την κατάσταση των υπηρεσιών «άριστη» σε μικρότερο ποσοστό της τάξης του 16,7% από τους αποφοίτους δημοτικού (ποσοστό 83,3%).

Γραφική Παράσταση 41: Εντύπωση γονέων για τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου ως προς το μορφωτικό επίπεδο τους.



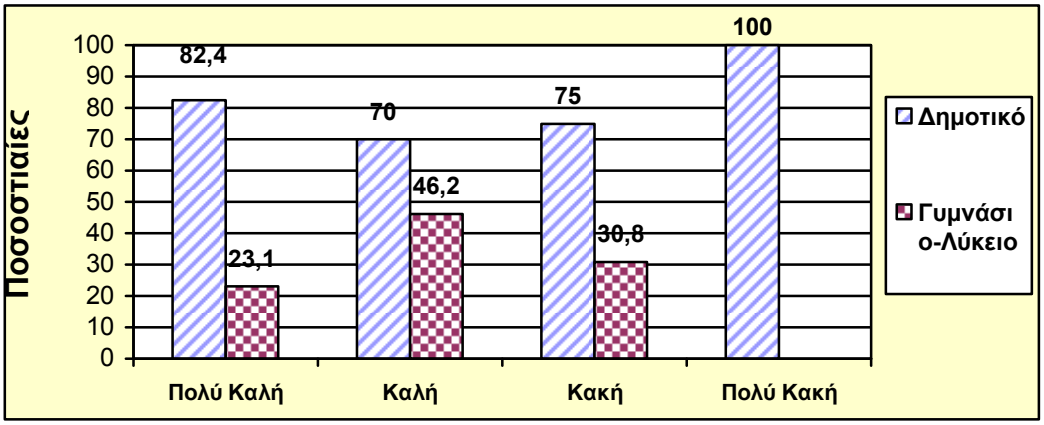
Επιπλέον, ζητήθηκε από τους γονείς να αξιολογήσουν τη συμπεριφορά του προσωπικού του νοσοκομείου. Σε σχέση με το φύλο παρατηρούμε ότι περισσότερες γυναίκες (ποσοστό 76%) από άντρες (ποσοστό 24%) χαρακτήρισαν τη στάση του προσωπικού του μαιευτηρίου ως «καλή», και ότι περισσότερες γυναίκες (ποσοστό 75%) από άντρες (ποσοστό 25%) χαρακτήρισαν τη στάση του προσωπικού του μαιευτηρίου ως «κακή», ενώ κανένα από τα υποκείμενα δε χαρακτήρισε τη συμπεριφορά του προσωπικού ως «άριστη». Η σχετική στατιστική ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών Αντιθέτως, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων (Πίνακας Β8, Παράρτημα 3).

Γραφική Παράσταση 42: Εντύπωση γονέων για τη συμπεριφορά του προσωπικού του μαιευτηρίου ως προς το φύλο τους



Αντιθέτως, η αντίστοιχη ανάλυση που έγινε για να συγκρίνουμε τα υποκείμενα σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο έδειξε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (χ^2 = 3, df = 3, p< 0,05). Από την γραφική παράσταση που ακολουθεί φαίνεται ότι οι μεγαλύτερες ποσοστιαίες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται στον χαρακτηρισμό της συμπεριφοράς του προσωπικού του μαιευτηρίου ως «πολύ κακές», αξιολογική κατηγορία που δηλώνεται μόνο από αποφοίτους δημοτικού, και στην αξιολογική κατηγορία «πάρα πολύ» όπου χρησιμοποιείται για το χαρακτηρισμό της συμπεριφοράς του προσωπικού από το 82,4% των αποφοίτων δημοτικού και μόνο από το 23,1% των αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου.

Γραφική Παράσταση 43: Εντύπωση γονέων για τη συμπεριφορά του προσωπικού του μαιευτηρίου ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο



Επιπροσθέτως, κρίθηκε ενδιαφέρον να συγκρίνουμε τις απόψεις των υποκειμένων για τις υπηρεσίες και το προσωπικό του μαιευτηρίου σε σχέση με το εάν πήγαν σε ιδιωτικό ή κρατικό μαιευτήριο. Για τη διεξαγωγή της στατιστικής αυτής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα (independent samples t-test). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στο 1^{ο} μέρος του 5^{ου} Παραρτήματος και συζητούνται παρακάτω.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου, η ανάλυση διακύμανσης ανεξάρτητων δειγμάτων με βάση το κριτήριο t έδειξε ότι οι γονείς που πήγαν σε κρατικό μαιευτήριο δηλώνουν ότι οι υπηρεσίες ήταν σημαντικά καλύτερες

(μέσος όρος = 2,75) από αυτούς που πήγαν σε ιδιωτικό μαιευτήριο (μέσος όρος = 3,48), και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική (t =-2,040; df=63; p<.05).

Πίνακας 3: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της άποψης των γονέων για τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου – κρατικού ή ιδιωτικού.

	Σύνολο	**Μέσος Όρος**	**Τυπική Απόκλιση**
Κρατικό	44	2,75	1,30
Ιδιωτικό	21	3,48	1,44

Όσον αφορά τη συμπεριφορά του προσωπικού του μαιευτηρίου, η ανάλυση διακύμανσης ανεξάρτητων δειγμάτων με βάση το κριτήριο t έδειξε ότι οι γονείς που πήγαν σε κρατικό μαιευτήριο δηλώνουν ότι οι υπηρεσίες ήταν σημαντικά καλύτερες (μέσος όρος = 2,75) από αυτούς που πήγαν σε ιδιωτικό μαιευτήριο (μέσος όρος = 3,48), και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική (t = -2,489; df=53; p<.05).

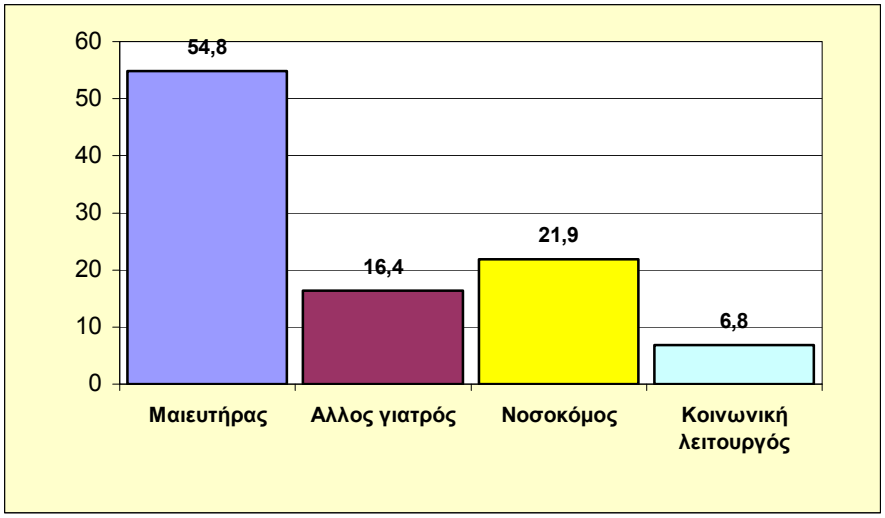
Πίνακας 4: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της άποψης των γονέων για τη συμπεριφορά του προσωπικού του μαιευτηρίου – κρατικού ή ιδιωτικού.

	Σύνολο	**Μέσος Όρος**	**Τυπική Απόκλιση**
Κρατικό	38	2,05	1,11
Ιδιωτικό	17	2,76	,56

Σε σχέση με το ποιος ανακοίνωσε στους γονείς την κατάσταση του παιδιού τους παρατηρούμε ότι τις περισσότερες περιπτώσεις αυτός ήταν ο μαιευτήρας (ποσοστό 54,8%) και ακολουθούν ιεραρχικά η ενημέρωση από κάποιο νοσοκόμο/α σε ποσοστό 21,9%, η ενημέρωση από κάποιο άλλο γιατρό σε ποσοστό 16,4% και τέλος η ενημέρωση από κοινωνικό λειτουργό σε πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 6,8%. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι κανένα από τα υποκείμενα δεν ενημερώθηκε από κάποιο ψυχολόγο. Οι ανάλογες στατιστικές

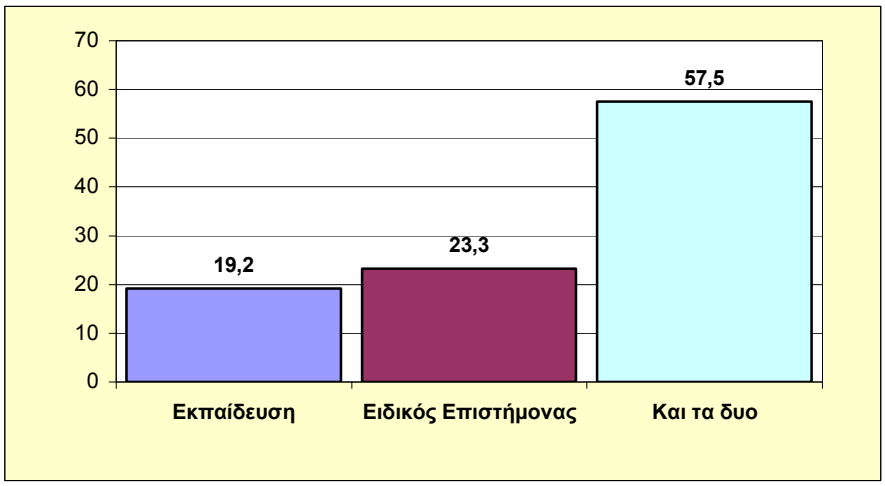
αναλύσεις δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακες Β9, Παραρτήματα 3 και 4).

Γραφική Παράσταση 44: Ενημέρωση των γονέων για την κατάσταση του παιδιού τους



Στη συνέχεια οι γονείς κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση: «Νομίζετε ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των μαιευτηρίων πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να χειρίζεται και να συμπεριφέρεται σε περιπτώσεις σαν τη δική σας ή απαιτείται η ύπαρξη ειδικού επιστήμονα για παρόμοιες περιπτώσεις;». Οι απόψεις τους παρουσιάζονται στη γραφική παράσταση που ακολουθεί, ενώ δε σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ούτε μεταξύ των δύο ομάδων, ούτε μεταξύ ατόμων με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο. Όπως φαίνεται, οι γονείς στην πλειοψηφία τους (ποσοστό 57,5%) δήλωσαν ότι πρέπει να υπάρχουν στα μαιευτήρια και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και ειδικοί επιστήμονες.

Γραφική Παράσταση 45: Απόψεις σχετικά με την ανάγκη εκπαίδευσης προσωπικού μαιευτηρίων ή/και την ανάγκη ύπαρξης ειδικού επιστήμονα.



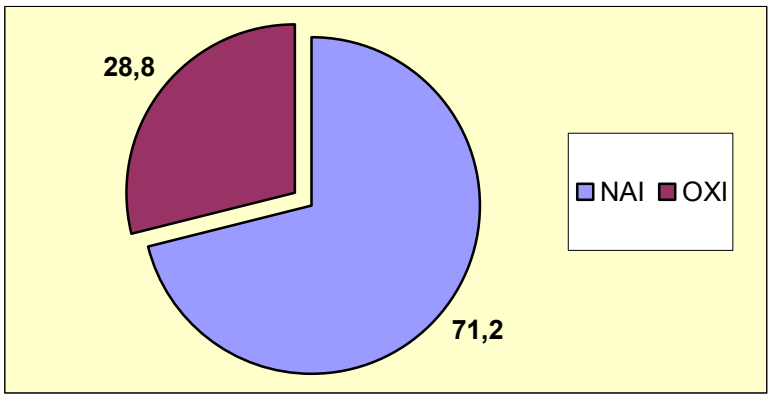
Οι αντίστοιχες στατιστικές αναλύσεις δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές, το φύλο των υποκειμένων και το μορφωτικό τους επίπεδο (Πίνακες Β10, Παραρτήματα 3 και 4).

2.4. Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια Ανώτερη και Επαγγελματική Εκπαίδευση

Οι γονείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσε στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και ανώτερη εκπαίδευση του παιδιού τους (νηπιαγωγείο, δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, σχολή) και την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών.

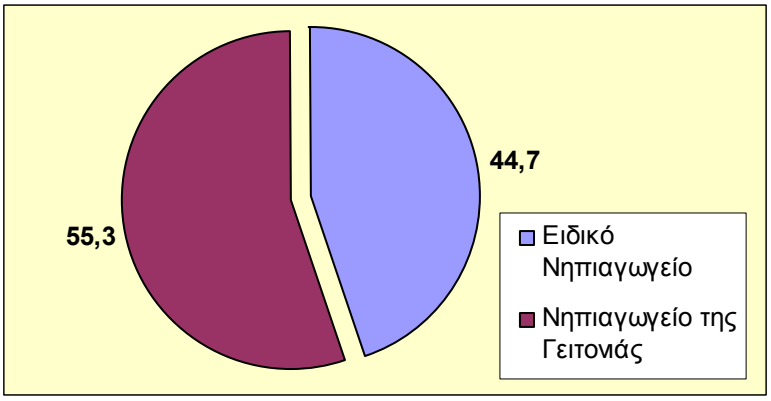
Οι γονείς ρωτήθηκαν εάν το παιδί τους παρακολούθησε νηπιαγωγείο. Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 59 υποκείμενα. Στην πλειοψηφία τους τα παιδιά είχαν πάει στο νηπιαγωγείο (ποσοστό 71,2%) ενώ μόνο το 28,8% των παιδιών δεν πήγε νηπιαγωγείο.

Γραφική Παράσταση 46: Ποσοστό παιδιών που παρακολούθησαν νηπιαγωγείο



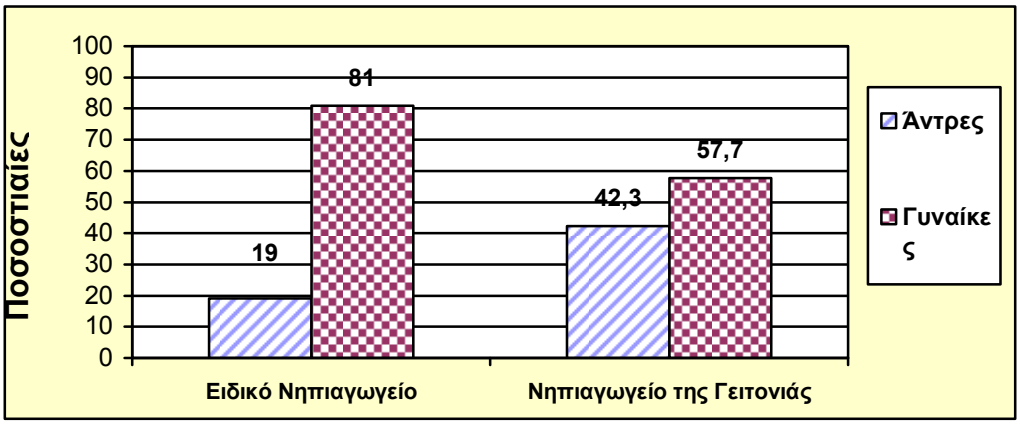
Στη συνέχεια οι γονείς ρωτήθηκαν αν το παιδί τους παρακολούθησε Ειδικό Νηπιαγωγείο ή το νηπιαγωγείο της γειτονιάς. Οι μισοί σχεδόν γονείς δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε ειδικό νηπιαγωγείο (ποσοστό 55,3%) και οι άλλοι μισοί (ποσοστό 44,7%) δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε στο νηπιαγωγείο της γειτονιάς.

Γραφική Παράσταση 47: Ποσοστό παιδιών που παρακολούθησαν ειδικό νηπιαγωγείο ή το νηπιαγωγείο της γειτονιάς



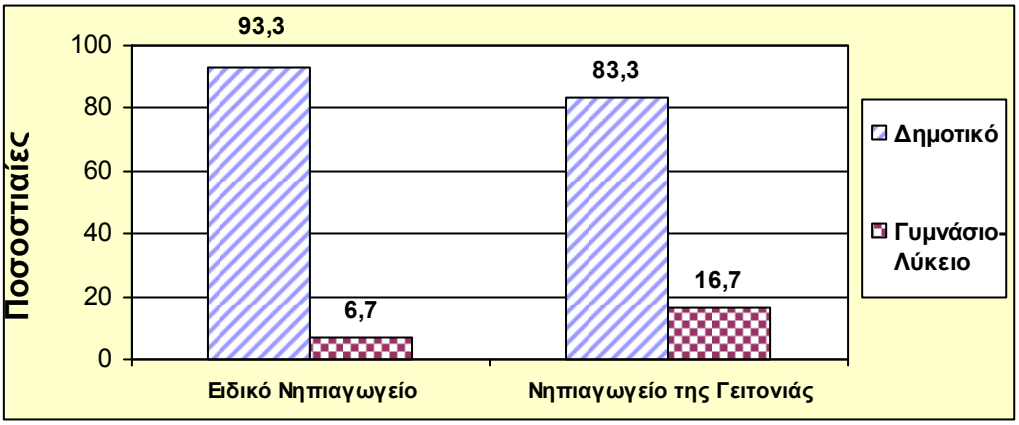
Σε σχέση με το φύλο παρατηρούμε ότι περισσότερες γυναίκες από άντρες δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε ειδικό νηπιαγωγείο (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 19% και 81%). Η διαφορά μεταξύ των ποσοστών ανδρών και γυναικών που δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε νηπιαγωγείο της γειτονιάς ήταν μικρότερη όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση. Η διαφοροποίηση μεταξύ των δυο φύλων ήταν στατιστικά σημαντική (χ^2= 2,8, df= 1, p< 0,05).

Γραφική Παράσταση 48: Ποσοστό παιδιών που παρακολούθησαν ειδικό νηπιαγωγείο ή το νηπιαγωγείο της γειτονιάς ως προς το φύλο των υποκειμένων.



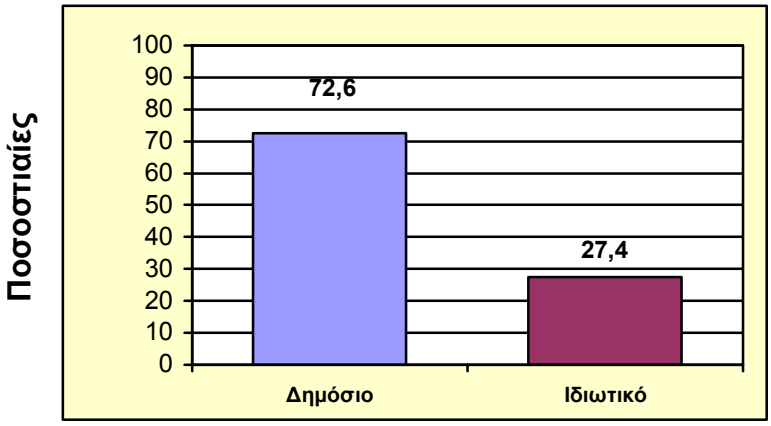
Παράλληλα, σημαντικές διαφορές βρέθηκαν από την ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων (χ^2= 0,8, df= 1, p< 0,05). Οι απόφοιτοι δημοτικού δηλώνουν ότι το παιδί τους παρακολούθησε ειδικό νηπιαγωγείο σε μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 93,3%, σε αντίθεση με το 6,7% μόνο των αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου.

Γραφική Παράσταση 49: Ποσοστό παιδιών που παρακολούθησαν ειδικό νηπιαγωγείο ή το νηπιαγωγείο της γειτονιάς ως προς το μορφωτικό επίπεδο



Οι γονείς κλήθηκαν στη συνέχεια να δηλώσουν αν το νηπιαγωγείο που παρακολούθησε το παιδί τους ήταν δημόσιο ή ιδιωτικό. Παρατηρούμε ότι οι γονείς στην πλειοψηφία τους (ποσοστό 72,6%) δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε δημόσιο νηπιαγωγείο.

Γραφική Παράσταση 50: Νηπιαγωγείο που παρακολούθησε το παιδί (δημόσιο - ιδιωτικό)



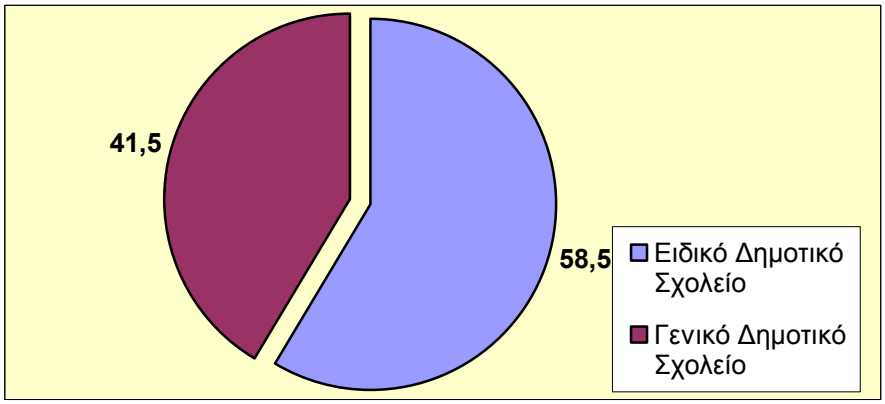
Οι στατιστικές αναλύσεις ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές και στις δύο συγκρίσεις. Πιο συγκεκριμένα, ως προς το φύλο παρατηρούμε ότι περισσότερες γυναίκες (ποσοστό 82,4%) δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε ιδιωτικό νηπιαγωγείο (χ^2 = 1,1, df = 1, p< 0,05). Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, παρατηρούμε ότι περισσότεροι απόφοιτοι δημοτικού δήλωσαν ότι το παιδί τους παρακολούθησε δημόσιο νηπιαγωγείο (χ^2 = 1,3, df = 1, p< 0,05).

Πίνακας 5: Νηπιαγωγείο που παρακολούθησε το παιδί (δημόσιο - ιδιωτικό) ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο.

	ΦΥΛΟ		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	
	Άνδρες	**Γυναίκες**	**Δημοτικό**	**Γυμνάσιο-Λύκειο**
Δημόσιο	31,1 %	68,9 %	84,2 %	15,8 %
Ιδιωτικό	17,6 %	82,4 %	69,2 %	30,8 %

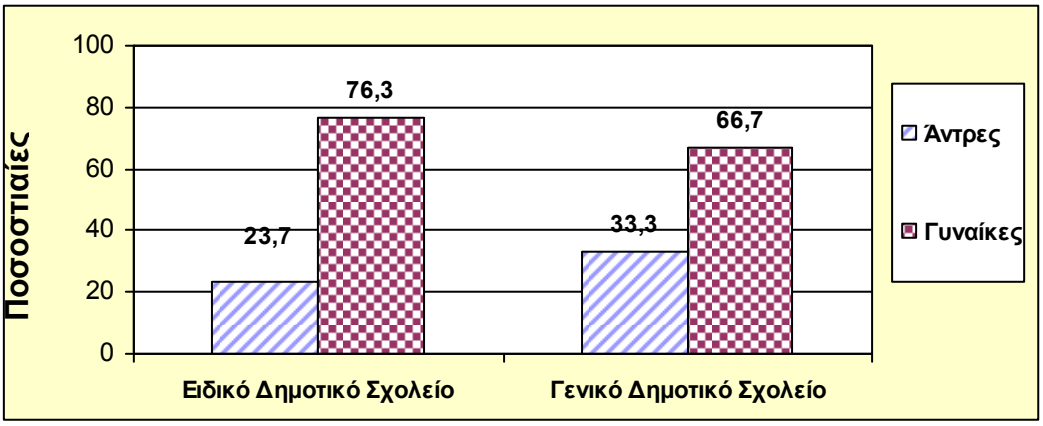
Στη συνέχεια οι γονείς ρωτήθηκαν αν το παιδί τους παρακολούθησε Ειδικό Δημοτικό σχολείο ή Γενικό Δημοτικό σχολείο. Σχεδόν το 60% των γονέων δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε Ειδικό Δημοτικό σχολείο, όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση.

Γραφική Παράσταση 51: Ποσοστό παιδιών που παρακολούθησαν Ειδικό Δημοτικό σχολείο ή Γενικό Δημοτικό σχολείο



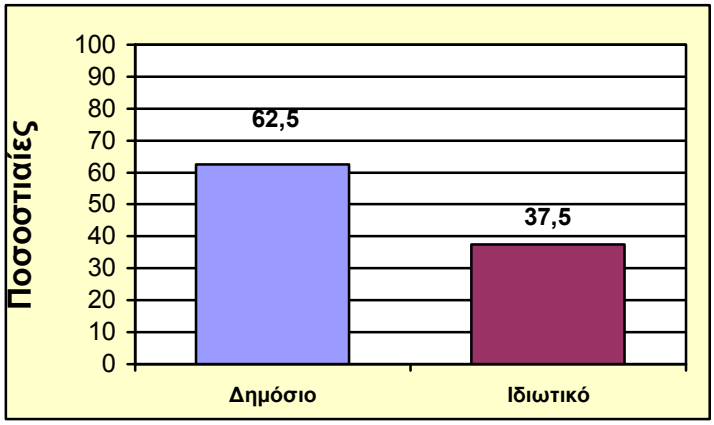
Σε σχέση με το φύλο παρατηρούμε ότι περισσότερες γυναίκες από άντρες δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε Ειδικό Δημοτικό σχολείο (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 23,7% και 76,3%). Η διαφορά μεταξύ των ποσοστών ανδρών και γυναικών που δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε Γενικό Δημοτικό σχολείο ήταν μικρότερη όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση. Η διαφοροποίηση μεταξύ των δυο φύλων ήταν στατιστικά σημαντική (χ^2 = 0,7, df =1, p< 0,05). Αντίθετα, σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στην ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων (Πίνακας Β22, Παράρτημα 4).

Γραφική Παράσταση 52: Ποσοστό παιδιών που παρακολούθησαν ειδικό νηπιαγωγείο ή το νηπιαγωγείο της γειτονιάς ως προς το φύλο των υποκειμένων.



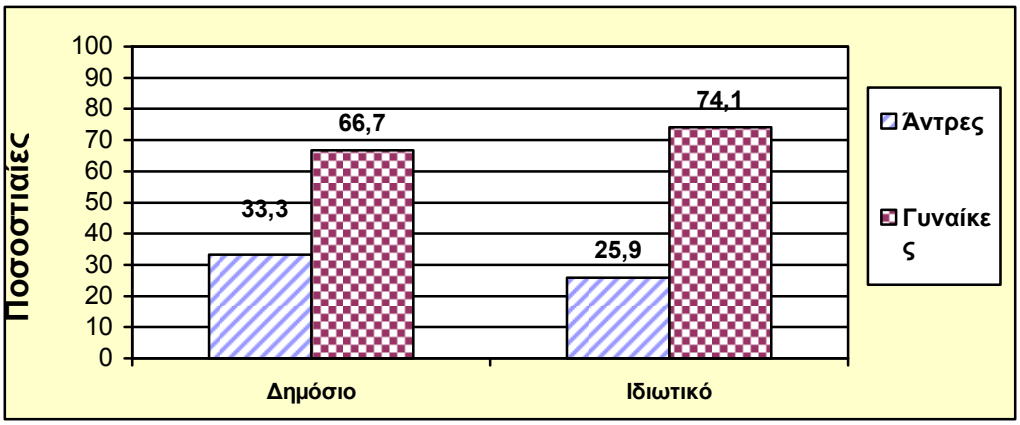
Σε συνέχεια του παραπάνω ερωτήματος, οι γονείς κλήθηκαν να δηλώσουν αν το δημοτικό σχολείο που παρακολούθησε το παιδί τους ήταν δημόσιο ή ιδιωτικό. Παρατηρούμε ότι οι γονείς στην πλειοψηφία τους (ποσοστό 62,5%) δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε δημόσιο δημοτικό σχολείο.

Γραφική Παράσταση 53: Δημοτικό που παρακολούθησε το παιδί (δημόσιο-ιδιωτικό)



Οι στατιστικές αναλύσεις ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο έδειξαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο ως προς το φύλο (χ^2= 0,4, df = 1, p< 0,05). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι περισσότερες γυναίκες (ποσοστό 74,1%) δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε ιδιωτικό δημοτικό σχολείο (Πίνακες Β23, Παραρτήματα 3 και 4).

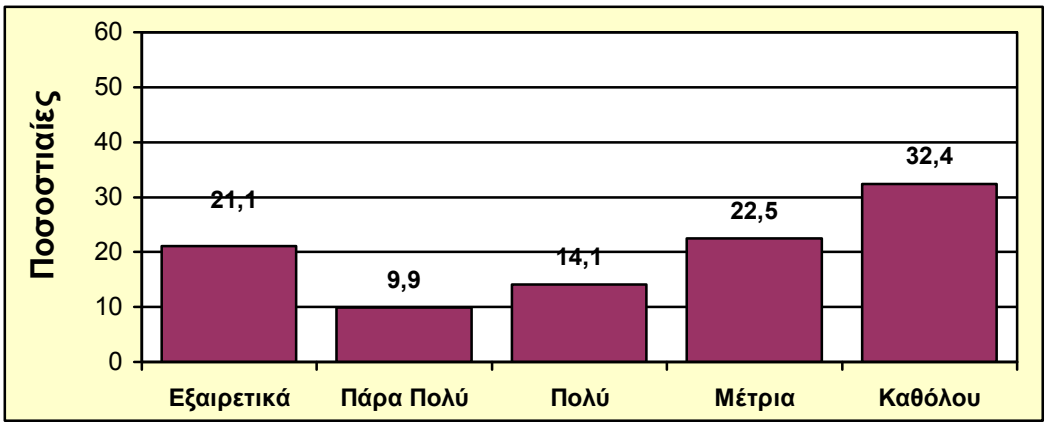
Γραφική Παράσταση 54: Δημοτικό που παρακολούθησε το παιδί (δημόσιο-ιδιωτικό) ως προς το φύλο των υποκειμένων



Επιπλέον, ζητήθηκε από τους γονείς να αξιολογήσουν το βαθμό ευχαρίστησής τους από τις υπηρεσίες του Δημοτικού που παρακολούθησε το

παιδί τους. Σύμφωνα με την παρακάτω γραφική παράσταση, το ένα τρίτο σχεδόν των γονέων (ποσοστό 32,4%) δήλωσαν ότι δεν έμειναν καθόλου ευχαριστημένοι, ακολουθεί ιεραρχικά η αξιολογική κατηγορία «μέτρια» σε ποσοστό 22,5% και έπειτα η αξιολογική κατηγορία «εξαιρετικά» σε ποσοστό 21,1%.

Γραφική Παράσταση 55: Ευχαρίστηση γονέων από τις υπηρεσίες του Δημοτικού σχολείου



Επιπλέον, θεωρήσαμε σημαντικό να εξετάσουμε την ευχαρίστηση των γονέων από το δημοτικό σχολείο σε σχέση με το εάν αυτό ήταν δημόσιο ή ιδιωτικό και ειδικό ή γενικό ταυτόχρονα. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήσαμε μια πολυπαραγωντική ανάλυση διακύμανσης η οποία έδειξε ότι υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των τεσσάρων υποομάδων (F (1, 33) = 344,393, $p < .001$). Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί καθώς και πιο αναλυτικά στο 2^{ο} μέρος του παραρτήματος 5.

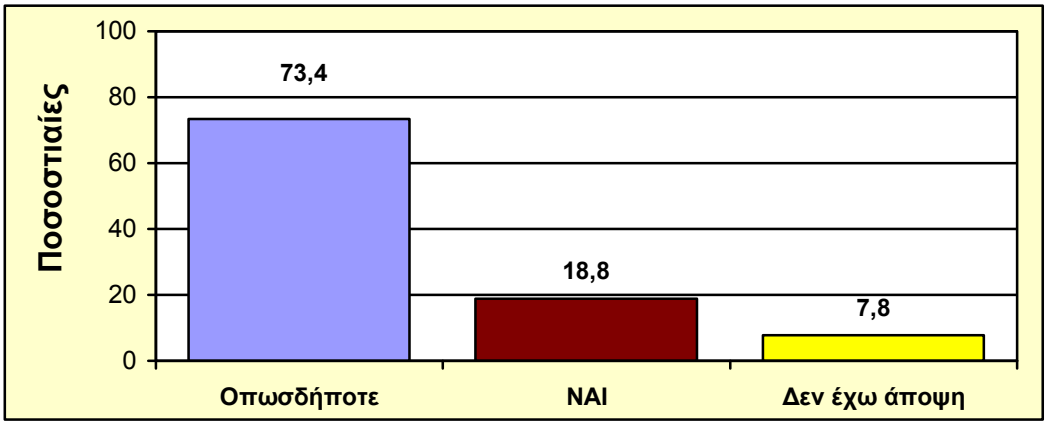
Πίνακας 6: Ικανοποίηση από το δημοτικό σχολείο

Είδος δημοτικού σχολείου		Σύνολο Υποκειμένων	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Γενικό	*Δημόσιο*	9	4,56	,53
	Ιδιωτικό	11	1,55	,52
Μερικό σύνολο		*20*	*2,90*	*1,62*
Ειδικό	*Δημόσιο*	6	1,17	,41
	Ιδιωτικό	11	4,55	,52
Μερικό σύνολο		*17*	*3,35*	*1,73*
Σύνολο	*Δημόσιο*	15	3,20	1,78
	Ιδιωτικό	22	3,05	1,62

Από τους μέσους όρους που παρουσιάζονται στον πίνακα 6 παρακάτω, παρατηρούμε ότι οι γονείς δηλώνουν ότι έμειναν «λίγο» έως «καθόλου» ευχαριστημένοι από το δημοτικό σχολείο που παρακολούθησε το παιδί τους με σύνδρομο Down όταν το σχολείο ήταν είτε ιδιωτικό και γενικό (μέσος όρος 1,55) είτε ειδικό και δημόσιο (μέσος όρος 1,17). Αντιθέτως, οι γονείς δηλώνουν «πάρα πολύ» έως «εξαιρετικά» ευχαριστημένοι από τα γενικά δημόσια δημοτικά σχολεία (μέσος όρος 4,56) και από τα ιδιωτικά ειδικά δημοτικά σχολεία (μέσος όρος 4,55).

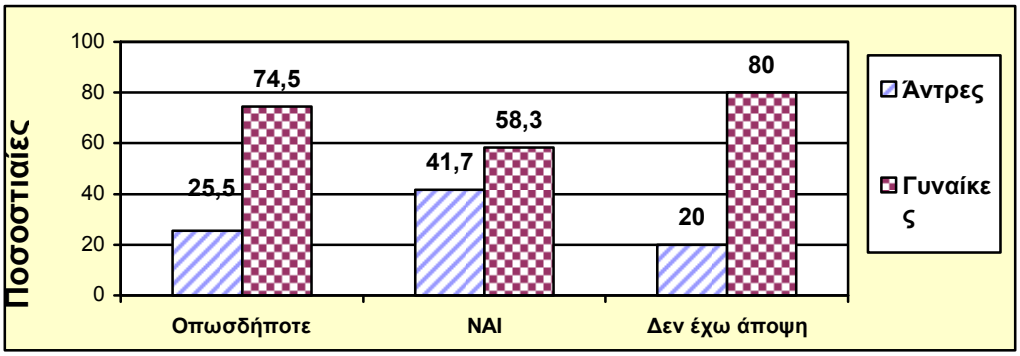
Σε επόμενο ερώτημα οι γονείς ρωτήθηκαν για το αν πιστεύουν ότι πρέπει να ενσωματωθούν εργαστήρια προ-επαγγελματικής εκπαίδευσης στα προγράμματα του Δημοτικού Σχολείου. Όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση, οι γονείς στην πλειοψηφία τους (ποσοστό 73,4%) δήλωσαν ότι πρέπει να ενσωματωθούν τέτοια εργαστήρια «οπωσδήποτε», ενώ μόνο το 7,8% δήλωσε ότι δεν έχει άποψη και κανένας δεν είπε «όχι».

Γραφική Παράσταση 56: Άποψη σχετικά με τα εργαστήρια προ-επαγγελματικής εκπαίδευσης στα προγράμματα του Δημοτικού Σχολείου



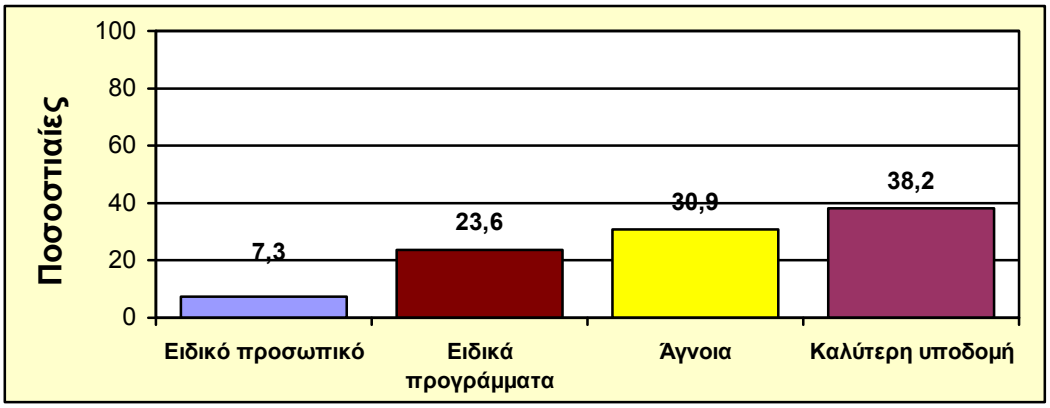
Σε σχέση με το φύλο βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (χ^2 =1,4, df = 2, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι περισσότερες γυναίκες από ότι άντρες δήλωσαν ότι «δεν έχουν άποψη» (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 20% και 80%). Επιπλέον αρκετά μεγάλη διαφορά παρατηρείται μεταξύ ανδρών και γυναικών που δήλωσαν ότι πρέπει «οπωσδήποτε» να ενσωματωθούν τέτοια εργαστήρια στα δημοτικά (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 25,4% και 74,5%). Αντίθετα, σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στην ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων (Πίνακας B25, Παράρτημα 4).

Γραφική Παράσταση 57: Άποψη σχετικά με τα εργαστήρια προ-επαγγελματικής εκπαίδευσης στα προγράμματα του Δημοτικού Σχολείου ως προς το φύλο των γονέων.



Εκτός αυτού ζητήθηκε από τους γονείς να κάνουν προτάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που πρέπει να προσφέρει το Δημοτικό Σχολείο. Το μεγαλύτερο μέρος αυτών, σε ποσοστό της τάξης του 38,2%, δήλωσαν ότι τα δημοτικά σχολεία χρειάζονται «καλύτερη υποδομή», ενώ ακολουθούν ιεραρχικά αυτοί που δήλωσαν ότι δε γνωρίζουν και αυτοί που δήλωσαν ότι χρειάζονται «ειδικά προγράμματα». Αντιθέτως, μόνο το 7,3% των γονέων έκρινε χρήσιμο να προσληφθεί «ειδικό προσωπικό».

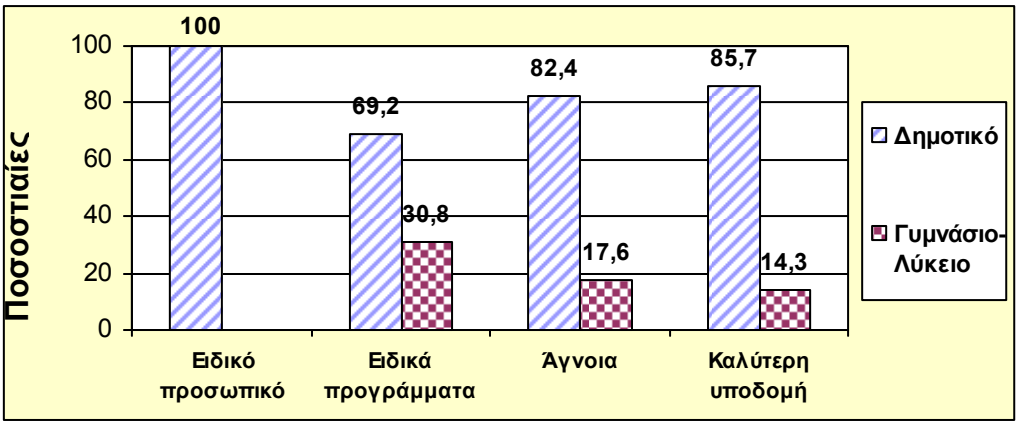
Γραφική Παράσταση 58: Προτάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που πρέπει να προσφέρει το Δημοτικό Σχολείο



Η σχετική στατιστική ανάλυση ως προς το φύλο δεν έδωσε σημαντικές διαφορές (Πίνακας Β26, Παράρτημα 3).

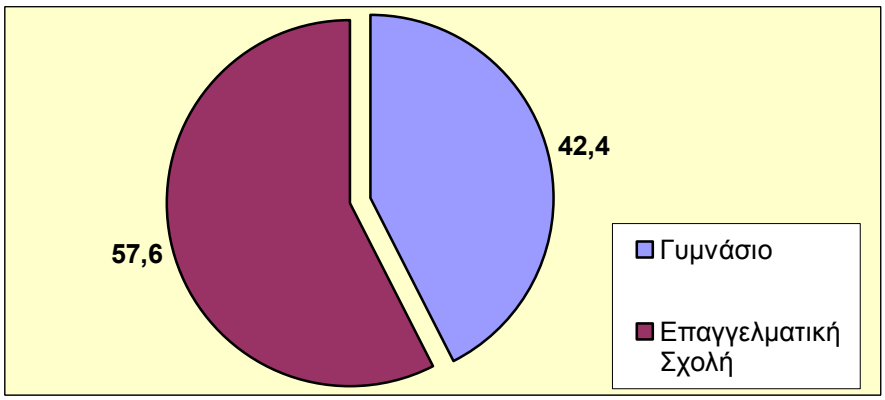
Αντίθετα, βρέθηκαν διαφορές μεταξύ αποφοίτων δημοτικού και αυτών που έχουν τελειώσει γυμνάσιο-λύκειο (χ^2 = 2,4, df = 3, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι μόνο οι απόφοιτοι δημοτικού δήλωσαν ότι χρειάζεται «ειδικό προσωπικό». Επιπλέον, οι απόφοιτοι δημοτικού δηλώνουν την ανάγκη για «καλύτερη υποδομή», αλλά και ότι δε γνωρίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά από τους αποφοίτους γυμνασίου-λυκείου, όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση.

Γραφική Παράσταση 59: Προτάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που πρέπει να προσφέρει το Δημοτικό Σχολείο ως προς το μορφωτικό επίπεδο



Επιπροσθέτως, οι γονείς ρωτήθηκαν για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση του παιδιού τους, και συγκεκριμένα εάν πιστεύουν ότι πρέπει να παρακολουθήσει Γυμνάσιο ή Επαγγελματική Σχολή. Παρατήρηση της ακόλουθης γραφικής παράστασης φανερώνει ότι οι γονείς δηλώνουν ότι το παιδί τους πρέπει να παρακολουθήσει επαγγελματική σχολή σε ποσοστό 57,6% και γυμνάσιο σε ποσοστό 42,4%.

Γραφική Παράσταση 60: Άποψη γονέων σχετικά με τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση του παιδιού τους

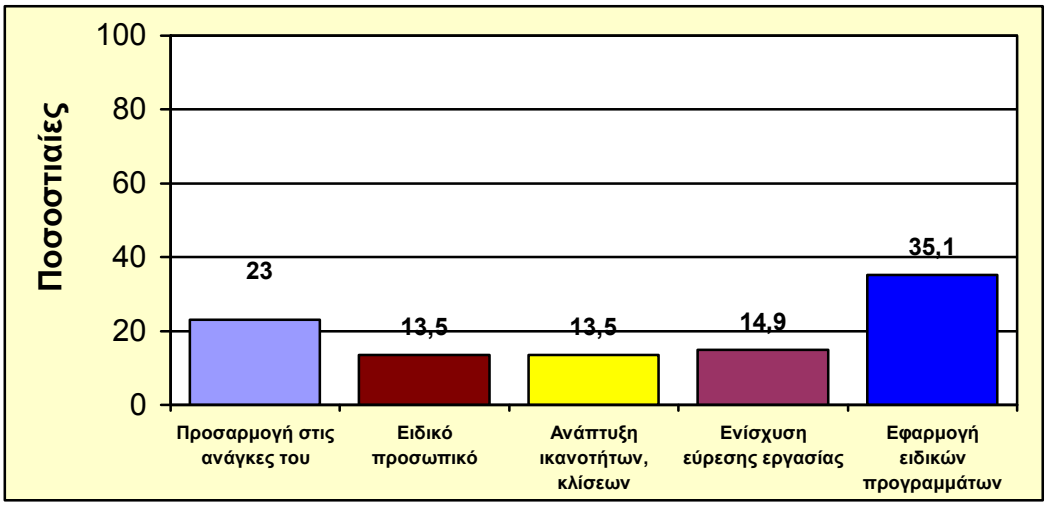


Άρα οι απόψεις των γονέων και κηδεμόνων ατόμων με σύνδρομο Down μοιράζονται ως προς την επιπλέον της βασικής εκπαίδευσης του παιδιού τους.

Οι ανάλογες αναλύσεις ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακες Β27, Παραρτήματα 3 και 4).

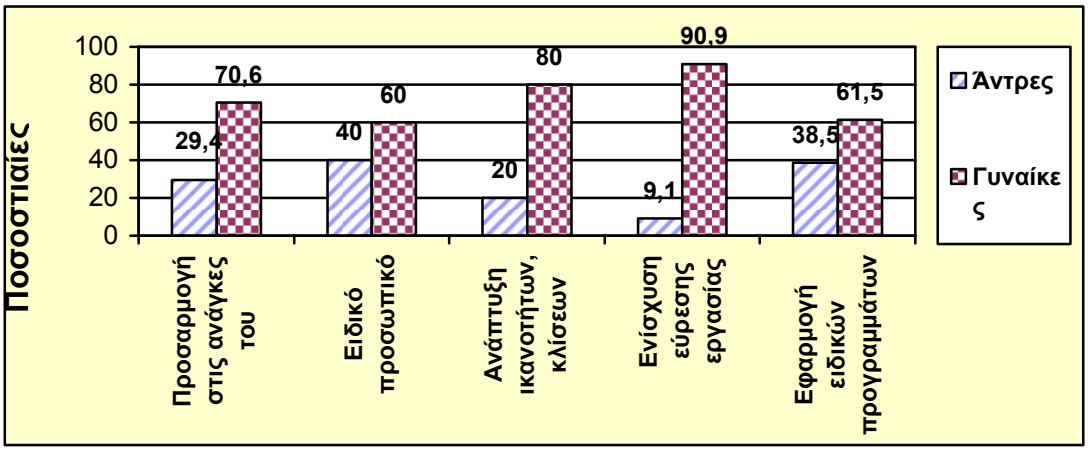
Σε συνέχεια του προηγούμενου ερωτήματος ζητήθηκε από τους γονείς που δήλωσαν ότι το παιδί τους είναι καλύτερα να παρακολουθήσει επαγγελματική σχολή να περιγράψουν το πως θα έπρεπε να είναι. Τα υποκείμενα δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 35,1% ότι θα πρέπει να γίνεται «εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων» και ακολουθεί ιεραρχικά σε ποσοστό 23% η δήλωση ότι τα προγράμματα των επαγγελματικών σχολών πρέπει να είναι «προσαρμοσμένα στις ανάγκες» του παιδιού.

Γραφική Παράσταση 61: Χαρακτηριστικά επαγγελματικής σχολής



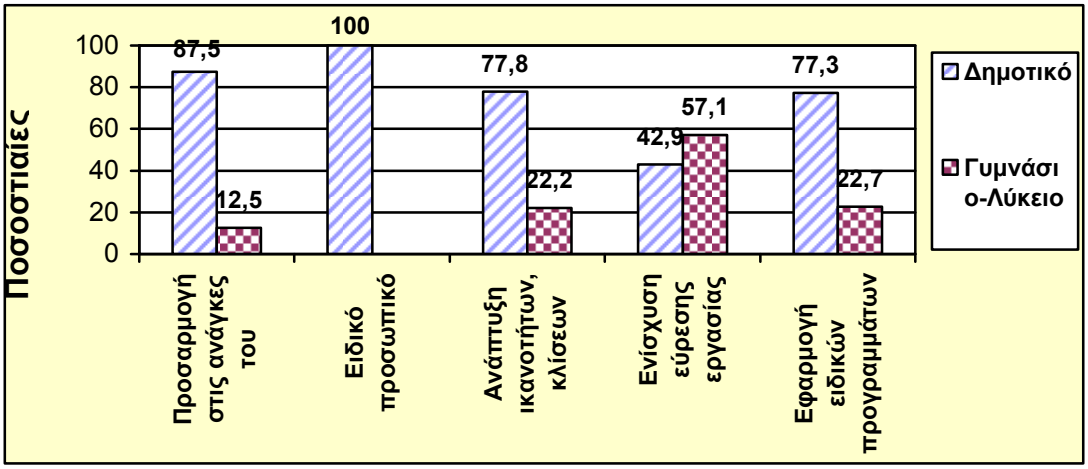
Η στατιστική ανάλυση ως προς φύλο έδωσε σημαντικές διαφορές ($\chi^2 = 4,1$, df = 4, $p < 0,05$). Παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σημειώθηκε στην ανάγκη για «ενίσχυση της εύρεσης εργασίας», όπου περισσότερες γυναίκες από άντρες δήλωσαν ότι είναι απαραίτητη (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 9,1% και 90,9%).

Γραφική Παράσταση 62: Χαρακτηριστικά επαγγελματικής σχολής ως προς το φύλο των υποκειμένων.



Παράλληλα, σημαντικές διαφορές βρέθηκαν από την ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων (χ^2 = 8,3, df = 4, p< 0,05). Σύμφωνα με τη γραφική παράσταση που ακολουθεί μόνο οι απόφοιτοι δημοτικού δήλωσαν ότι χρειάζεται «ειδικό προσωπικό». Επιπλέον, οι απόφοιτοι δημοτικού δήλωσαν ότι τα προγράμματα των επαγγελματικών σχολών πρέπει να είναι «προσαρμοσμένα στις ανάγκες» του παιδιού σε μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 87,5%, σε αντίθεση με το 12,5% των αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου.

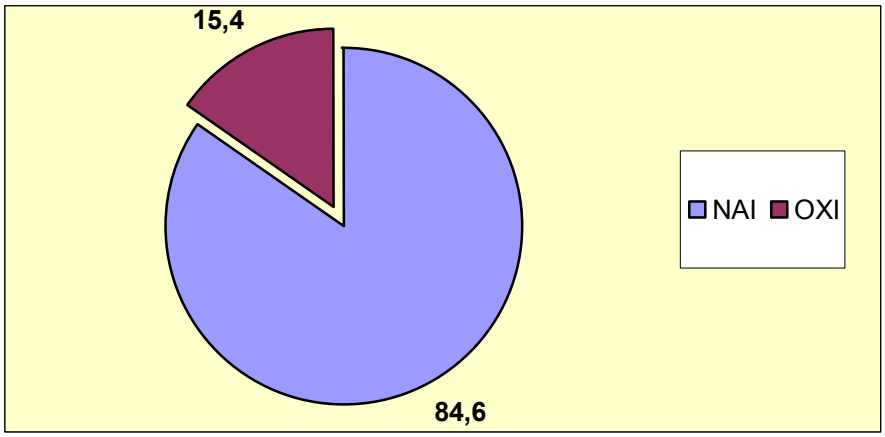
Γραφική Παράσταση 63: Χαρακτηριστικά επαγγελματικής σχολής ως προς μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων.



2.5. Οικονομική ενίσχυση

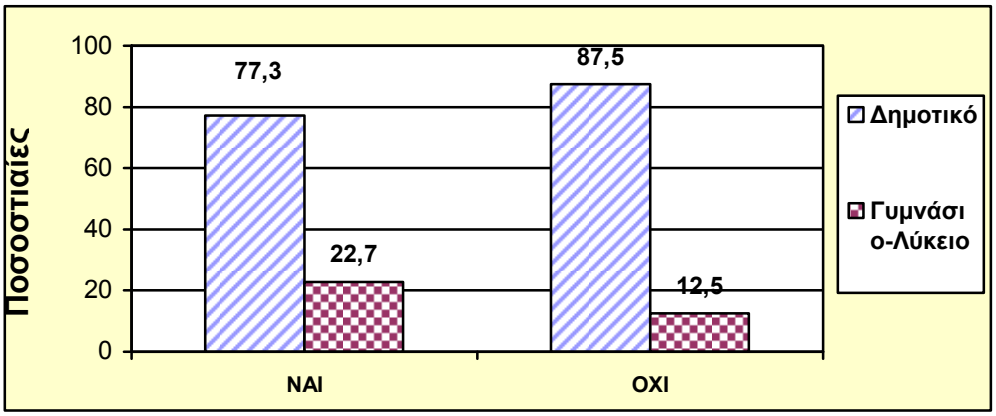
Σε σχέση με το εάν υπάρχει οικονομική ενίσχυση από τις κοινωνικές υπηρεσίες παρατηρούμε ότι από τα 52 υποκείμενα που απάντησαν στην ερώτηση αυτή η πλειοψηφία (ποσοστό 84,6%) δήλωσε ότι ενισχύονται οικονομικά.

Γραφική Παράσταση 64: Οικονομική ενίσχυση



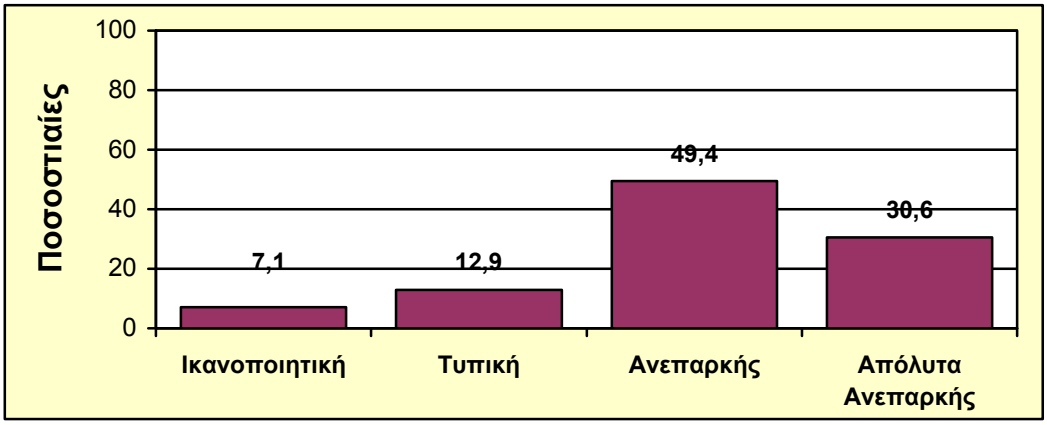
Ως προς το φύλο δε σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών (Πίνακας Β29, Παράρτημα 3). Η σχετική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο όμως έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές (χ^2 = 0,4, df = 1, p< 0,05). Η διαφορά αυτή πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι απόφοιτοι δημοτικού δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό, της τάξης του 87,5%, ότι δεν ενισχύονται οικονομικά σε αντίθεση με το 12,5% των αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου.

Γραφική Παράσταση 65: Οικονομική ενίσχυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο



Σε συνέχεια του παραπάνω ερωτήματος, οι γονείς κλήθηκαν να κρίνουν την ποιότητα της οικονομικής ενίσχυσης που παίρνουν. Παρατηρούμε ότι τα υποκείμενα στην πλειοψηφία τους (αθροιστικό ποσοστό 80%) θεωρούν ότι είναι ανεπαρκής (αξιολογικές κατηγορίες «ανεπαρκής» και «απόλυτα ανεπαρκής»), ενώ μόνο το 7,1% θεωρεί ότι η οικονομική ενίσχυση είναι «ικανοποιητική».

Γραφική Παράσταση 66: Ικανοποίηση από την οικονομική ενίσχυση



Οι στατιστικές αναλύσεις ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων έδειξαν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές και στις δύο περιπτώσεις (χ^2 = 2,1, df = 3, p< 0,05 για το φύλο και χ^2 = 2,5, df= 3, p< 0,05 για το μορφωτικό επίπεδο). Σε σχέση με το φύλο παρατηρούμε ότι περισσότερες

γυναίκες (ποσοστό 83,3%) από άντρες (ποσοστό 16,7%) χαρακτήρισαν την οικονομική ενίσχυση ως «ικανοποιητική». Επίσης, μεγαλύτερος αριθμός γυναικών (ποσοστό 81,8%) χαρακτήρισε την οικονομική ενίσχυση ως «τυπική» ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ανδρών για τη συγκεκριμένη αξιολογική κατηγορία ήταν της τάξης του 18,2%. Σχετικά μικρότερες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται για τις υπόλοιπες δύο αξιολογικές κατηγορίες («ανεπαρκής» και «απόλυτα ανεπαρκής»).

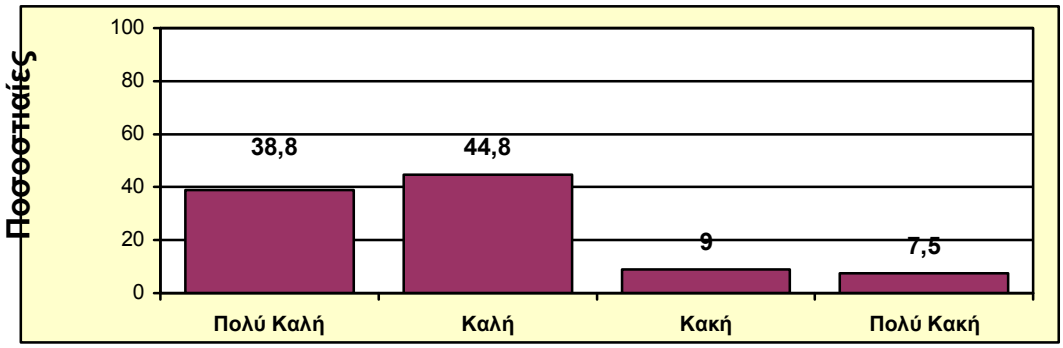
Πίνακας 7: Ικανοποίηση από την οικονομική ενίσχυση

	ΦΥΛΟ		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	
	Άνδρες	**Γυναίκες**	**Δημοτικό**	**Γυμνάσιο-Λύκειο**
Ικανοποιητική	16,7%	83,3%	50%	50%
Τυπική	18,2%	81,8%	88,9%	11,1%
Ανεπαρκής	28,6%	71,4%	80%	20%
Απόλυτα Ανεπαρκής	38,5%	61,5%	77,3%	22,7%

2.6. Συμπεριφορά συγγενών και φίλων

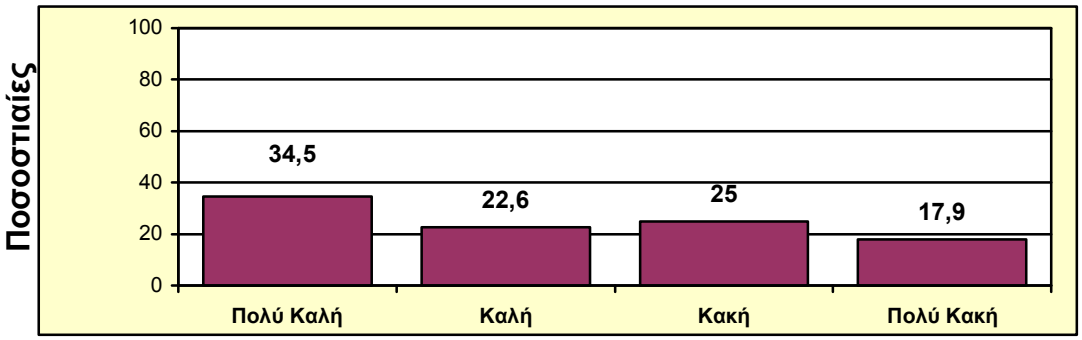
Οι γονείς ρωτήθηκαν επίσης για τη συμπεριφορά των συγγενών και των φίλων τους. Όσον αφορά τη συμπεριφορά των συγγενών, παρατηρούμε ότι, παρόλο που κανένα από τα υποκείμενα δεν τη χαρακτήρισε «άριστη» στην πλειοψηφία τους (αθροιστικό ποσοστό 83,6%) θεωρούν ότι είναι από «καλή» έως «πολύ καλή», ενώ μόνο το 7,5% θεωρεί ότι η συμπεριφορά των συγγενών τους είναι «πολύ κακή». Οι στατιστικές αναλύσεις ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων έδειξαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές (αντίστοιχοι πίνακες Β33, Παραρτήματα 3 και 4).

Γραφική Παράσταση 67: Η συμπεριφορά των συγγενών



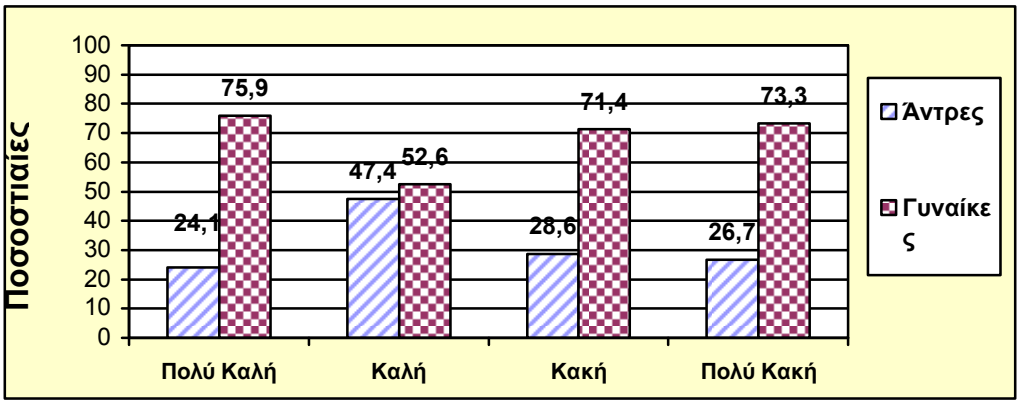
Όσον αφορά τη συμπεριφορά των φίλων, παρατηρούμε ότι, παρόλο που κανένα από τα υποκείμενα δεν χαρακτήρισε τη συμπεριφορά τους «άριστη», οι περισσότεροι από τους γονείς (αθροιστικό ποσοστό 57,1%) θεωρούν ότι είναι από «καλή» έως «πολύ καλή». Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό αυτό είναι αρκετά χαμηλότερο από ότι η κατανόηση που δηλώνουν οι γονείς ότι εισπράττουν από τους συγγενείς τους, όπως είδαμε παραπάνω.

Γραφική Παράσταση 68: Η συμπεριφορά των φίλων



Οι σχετικές στατιστικές αναλύσεις ως προς το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες ότι η συμπεριφορά των φίλων τους είναι είτε «πολύ καλή» (ποσοστό 75,9%), είτε «κακή» (ποσοστό 71,4%), είτε «πολύ κακή» (ποσοστό 73,3%). Αντίθετα δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στην αξιολογική κατηγορία «καλή» συμπεριφορά, όπως φαίνεται στο γράφημα που ακολουθεί (χ^2 = 3,2, df = 3, p< 0,05).

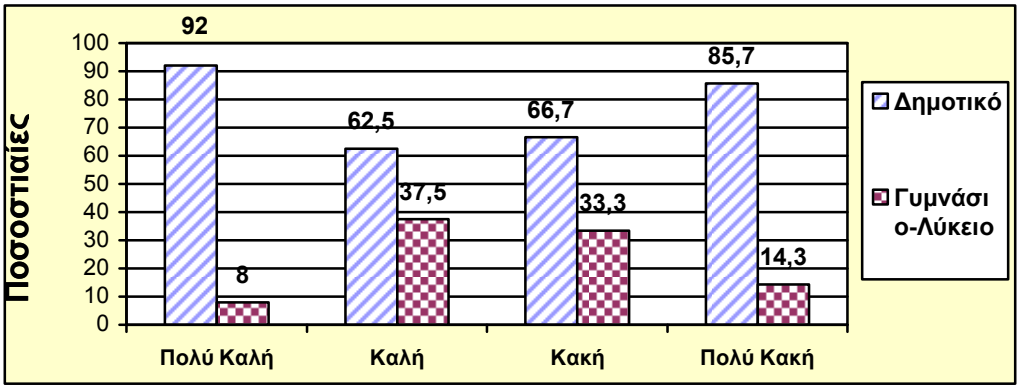
Γραφική Παράσταση 69: Η συμπεριφορά των φίλων ως προς το φύλο των υποκειμένων.



Παράλληλα, σημαντικές διαφορές βρέθηκαν από την ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων (χ^2 = 6,8, df = 3, p< 0,05). Σύμφωνα με τη γραφική παράσταση που ακολουθεί, οι απόφοιτοι

δημοτικού δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό της τάξης του 92% ότι θεωρούν «πολύ καλή» τη στάση των φίλων τους, σε αντίθεση με το 8% των αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου.

Γραφική Παράσταση 70: Η συμπεριφορά των φίλων ως προς μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων.



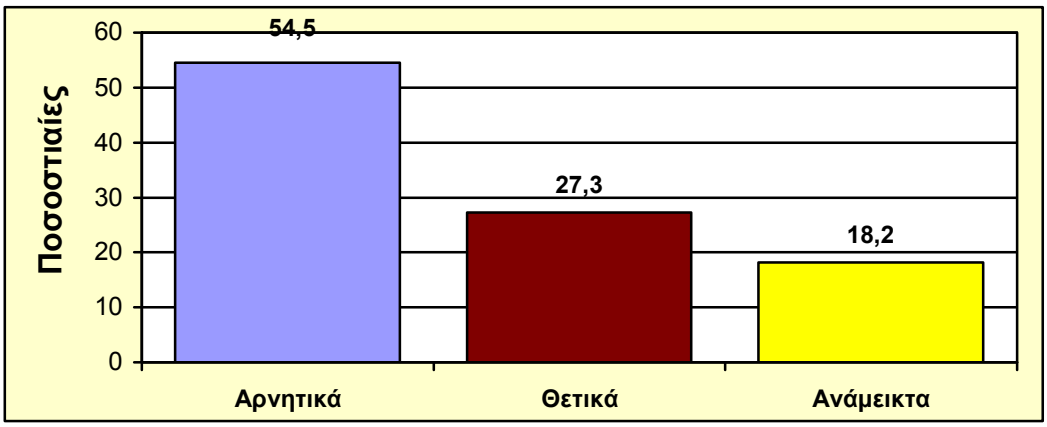
2.7. Συναισθήματα των μελών της οικογένειας

Στην ενότητα αυτή γίνεται περιγραφή των αποτελεσμάτων από ερωτήσεις που αφορούσαν στα συναισθήματα των μελών της οικογένειας του ατόμου με σύνδρομο Down, τόσο των ίδιων των γονέων όσο και των αδελφών αυτού.

2.7.1. Συναισθήματα γονέων

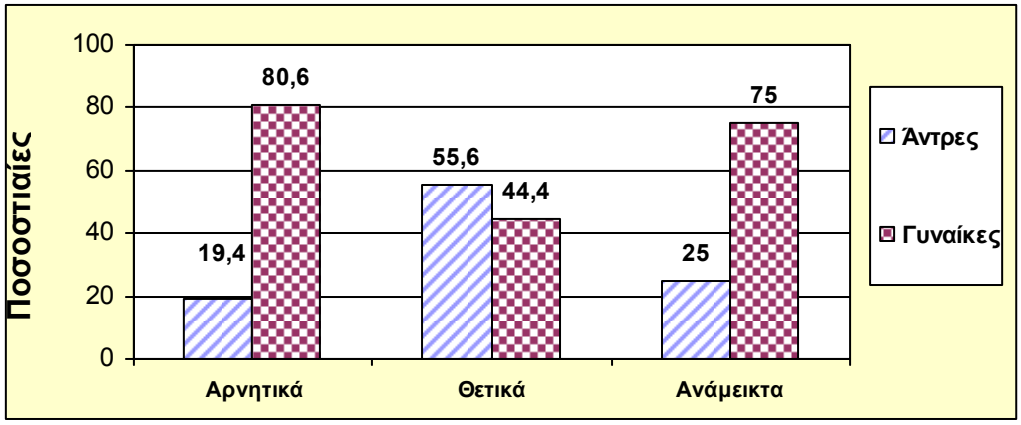
Καταρχήν, οι γονείς ρωτήθηκαν για τα συναισθήματα τους όταν τους ανακοινώθηκε η κατάσταση του παιδιού τους. Όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση οι μισοί και πλέον γονείς, σε ποσοστό 54,5% δήλωσαν ότι ένοιωσαν αρνητικά συναισθήματα όταν τους ανακοινώθηκε η κατάσταση του παιδιού τους. ενδιαφέρον είναι επίσης ότι το 27,3% των υποκειμένων δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν θετικά μετά την ανακοίνωση της κατάστασης του παιδιού τους.

Γραφική Παράσταση 71:Συναισθήματα που ένοιωσαν οι γονείς όταν τους ανακοινώθηκε η κατάσταση του παιδιού τους.



Σε σχέση με το φύλο βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (χ^2 = 7,6, df =2, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι περισσότερες γυναίκες από ότι άντρες δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν αρνητικά συναισθήματα (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 19,4% και 80,6%). Επιπλέον αρκετά μεγάλη διαφορά παρατηρείται μεταξύ ανδρών και γυναικών που δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν ανάμεικτα συναισθήματα (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 25% και 75%).

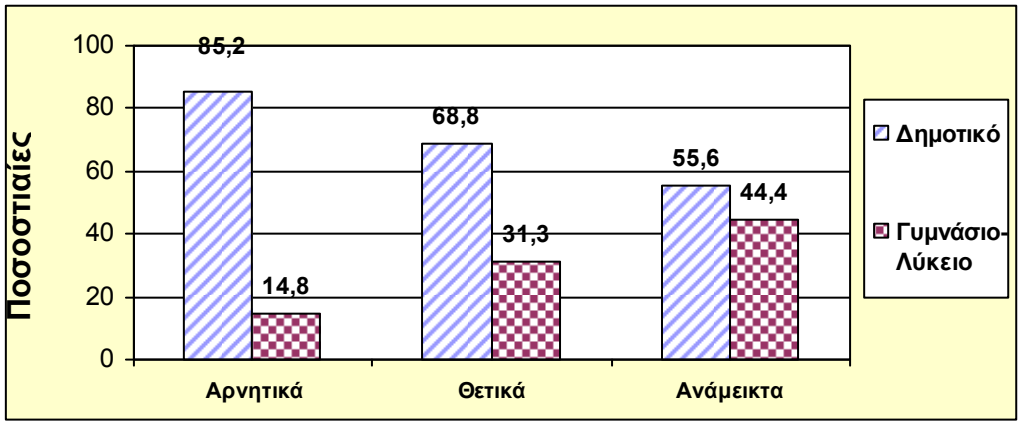
Γραφική Παράσταση 72: Συναισθήματα ως προς το φύλο των υποκειμένων.



Παράλληλα, σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των συναισθημάτων των γονέων όταν συγκρίθηκαν με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο (χ^2 = 3,6, df= 2, p< 0,05). Η διαφορά μεταξύ των ποσοστών αποφοίτων δημοτικού και αυτών

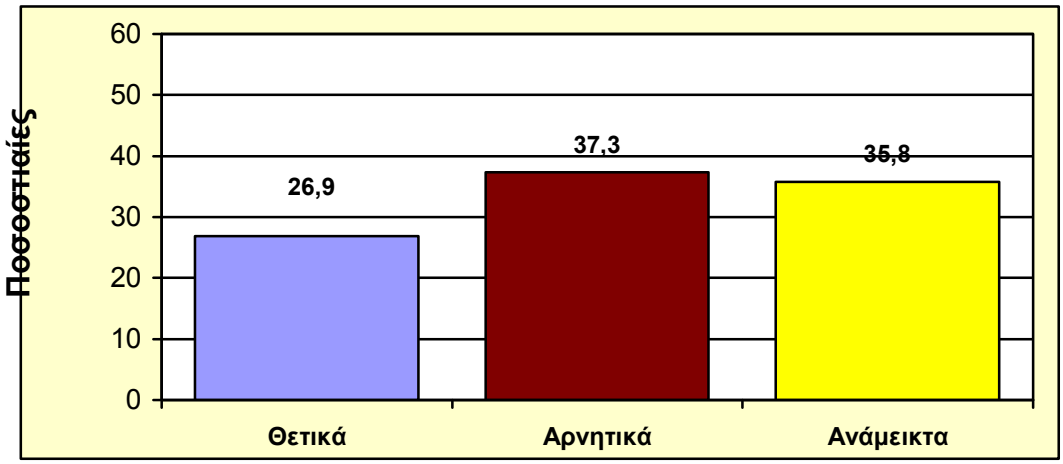
που είχαν τελειώσει γυμνάσιο-λύκειο ήταν μεγαλύτερη για αυτούς που δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν αρνητικά συναισθήματα (αντίστοιχα ποσοστά 85,2% για αποφοίτους δημοτικού και 14,8% για αποφοίτους γυμνασίου-λυκείου) όπως φαίνεται στη γραφική παράσταση που ακολουθεί.

Γραφική Παράσταση 73: Συναισθήματα ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων.



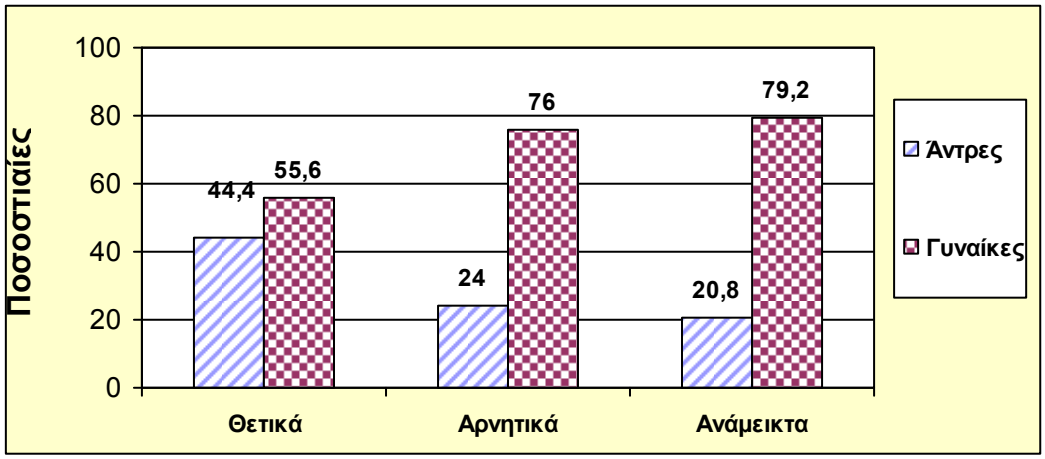
Σε επόμενο ερώτημα οι γονείς ρωτήθηκαν για τα συναισθήματα τους όσον αφορά την κατάσταση του παιδιού τους. Όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση το ένα τρίτο και πλέον αυτών, σε ποσοστό 37,3% δήλωσαν ότι τρέφουν αρνητικά συναισθήματα και ακολουθούν ιεραρχικά αυτοί που δηλώνουν ότι έχουν «ανάμεικτα» συναισθήματα σε ποσοστό της τάξης του 35,8% ενώ μόνο το 26,9% των υποκειμένων δηλώνει ότι αισθάνεται θετικά για την κατάσταση του παιδιού του.

Γραφική Παράσταση 74: Περιγράψτε πως αισθάνεστε απέναντι στην κατάσταση του παιδιού σας



Σε σχέση με το φύλο βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (χ^2 = 3,1, df = 2, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι περισσότερες γυναίκες από ότι άντρες δήλωσαν ότι αισθάνονται «αρνητικά» καθώς και «ανάμεικτα» συναισθήματα (αντίστοιχα ποσοστά στις γυναίκες για κάθε αξιολογική κατηγορία: 76% και 79,2%).

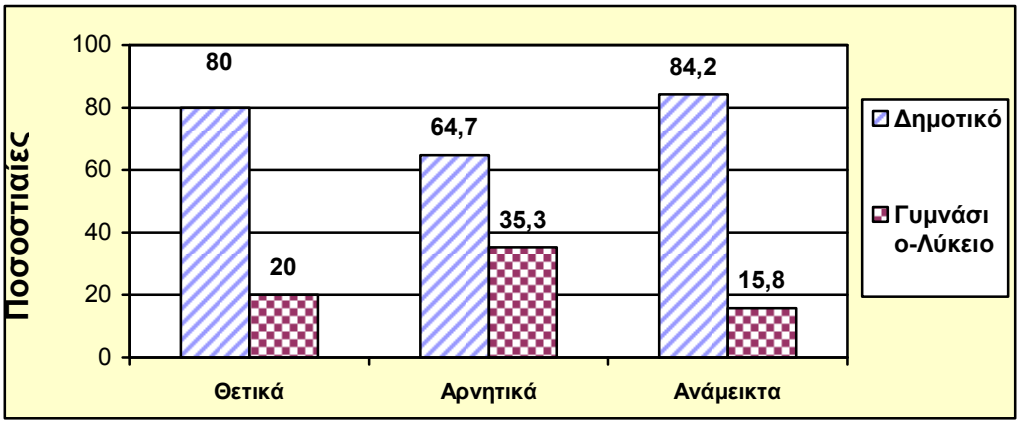
Γραφική Παράσταση 75: Συναισθήματα απέναντι στην κατάσταση του παιδιού ως προς το φύλο των υποκειμένων.



Επιπλέον, σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των συναισθημάτων των γονέων όταν συγκρίθηκαν με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο (χ^2 = 2, df = 2,

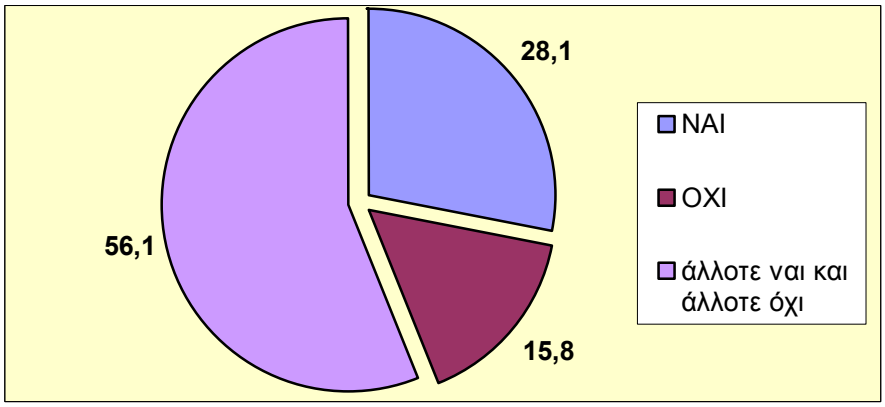
p< 0,05). Η διαφορά μεταξύ των ποσοστών αποφοίτων δημοτικού και αυτών που είχαν τελειώσει γυμνάσιο-λύκειο ήταν μεγαλύτερη για αυτούς που δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν «ανάμεικτα» συναισθήματα (αντίστοιχα ποσοστά 84,2% για αποφοίτους δημοτικού και 15,8% για αποφοίτους γυμνασίου-λυκείου) όπως φαίνεται στη γραφική παράσταση που ακολουθεί.

Γραφική Παράσταση 76: Συναισθήματα απέναντι στην κατάσταση του παιδιού ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων.



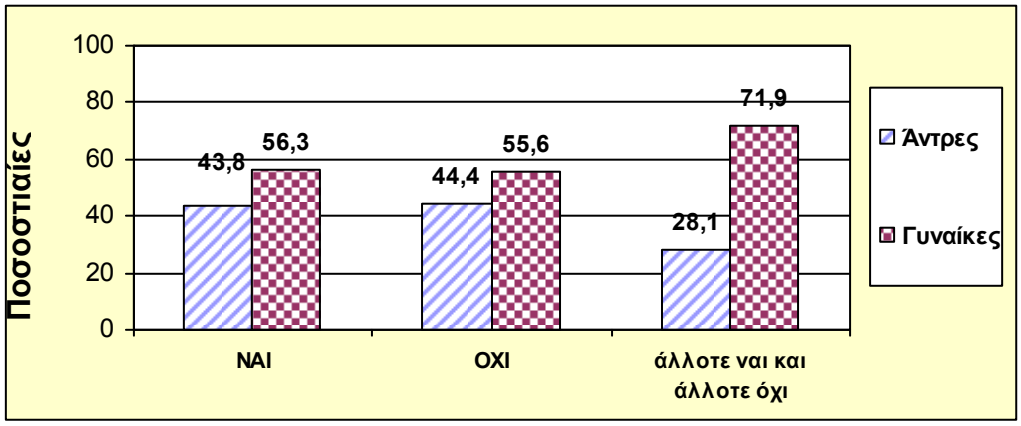
Όσον αφορά το αίσθημα ζήλιας προς τους άλλους γονείς, τα μισά και πλέον υποκείμενα (ποσοστό 56,1%) δήλωσαν ότι «άλλοτε αισθάνονται ζήλια και άλλοτε όχι», ενώ το 28,1% αυτών εκφράζεται καταφατικά και μόνο το 15,8% των γονέων δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται ζήλια προς τους άλλους γονείς.

Γραφική Παράσταση 77: Αίσθημα ζήλιας προς τους άλλους γονείς



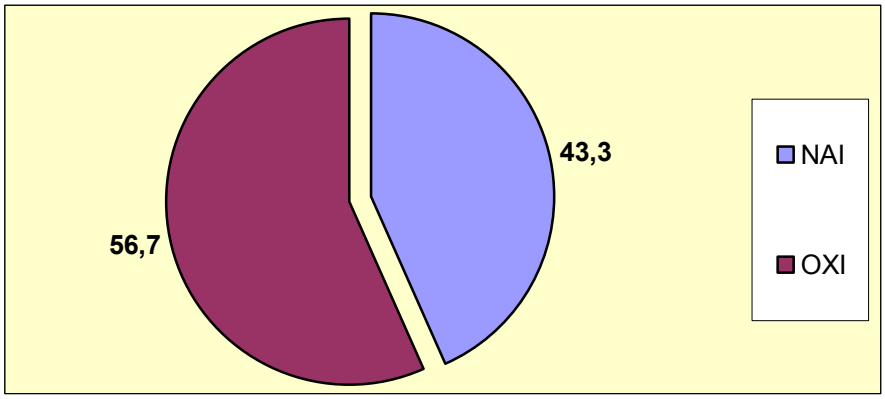
Η στατιστική ανάλυση ως προς φύλο έδωσε σημαντικές διαφορές (χ^2 = 1,5, df = 2, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες δηλώνουν ότι «άλλοτε αισθάνονται ζήλια για τους άλλους γονείς και άλλοτε όχι» (ποσοστό 71,9%) ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι 28,1%. Είναι επίσης ενδιαφέρον ότι τα ποσοστά ανδρών και γυναικών που δηλώνουν είτε ότι αισθάνονται ζήλια είτε όχι είναι σχεδόν μοιρασμένα ανάμεσα στα δύο φύλα, όπως φαίνεται στη γραφική παράσταση που παρουσιάζεται παρακάτω. Αντιθέτως, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές από την ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων (Πίνακας Β36, Παράρτημα 4).

Γραφική Παράσταση 78: Αίσθημα ζήλιας προς τους άλλους γονείς σε σχέση με το φύλο των υποκειμένων.



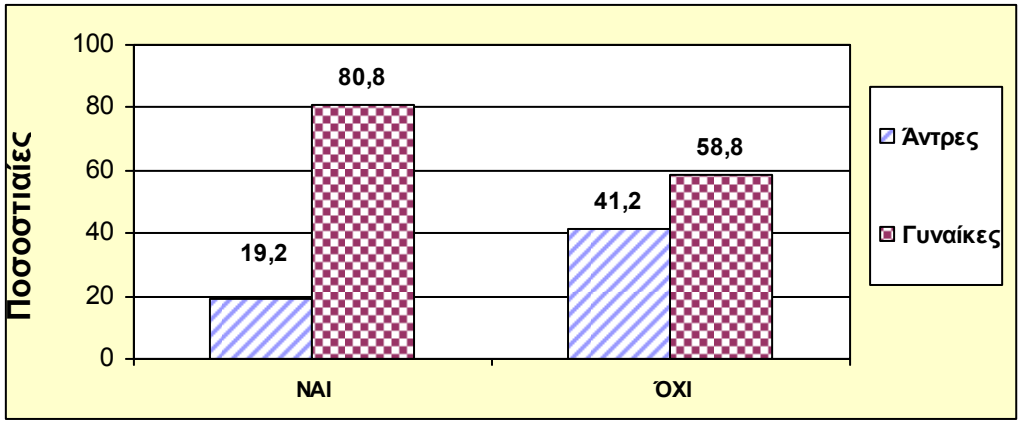
Σε ένα τελευταίο ερώτημα που αφορούσε στα συναισθήματα των γονέων, τα υποκείμενα ρωτήθηκαν για το εάν αισθάνονται ντροπή λόγω της κατάστασης του παιδιού τους. Οι απόψεις μοιράστηκαν στην ερώτηση αυτή, με το 56,7% των υποκειμένων να δηλώνει ότι δεν αισθάνεται ντροπή και το 43,3% ότι αισθάνεται ντροπή.

Γραφική Παράσταση 79: Αίσθημα ντροπής για το παιδί τους



Η στατιστική ανάλυση ως προς φύλο έδωσε σημαντικές διαφορές (χ^2 = 3,2, df = 1, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες δήλωσαν ότι αισθάνονται ντροπή για το παιδί τους (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 19,2% και 80,8%). Αντιθέτως, η ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων δεν έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ αποφοίτων δημοτικού και αποφοίτων γυμνασίου-λυκείου.

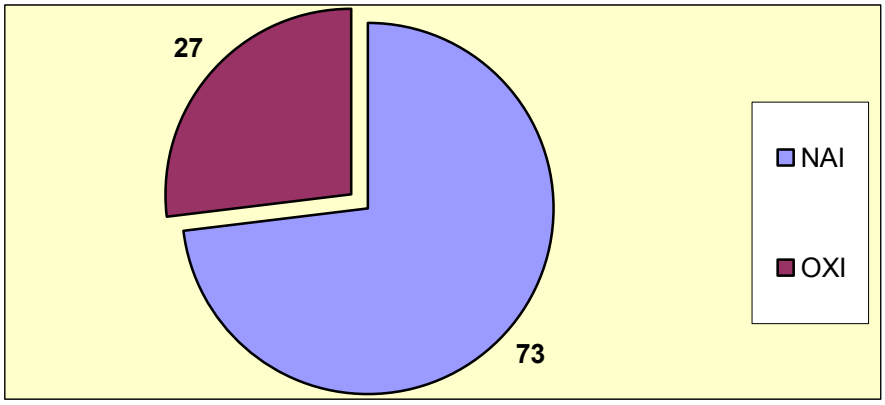
Γραφική Παράσταση 80: Αίσθημα ντροπής για το παιδί τους ανάλογα με το φύλο των υποκειμένων.



2.7.2. Αδέλφια και αποδοχή της κατάστασης

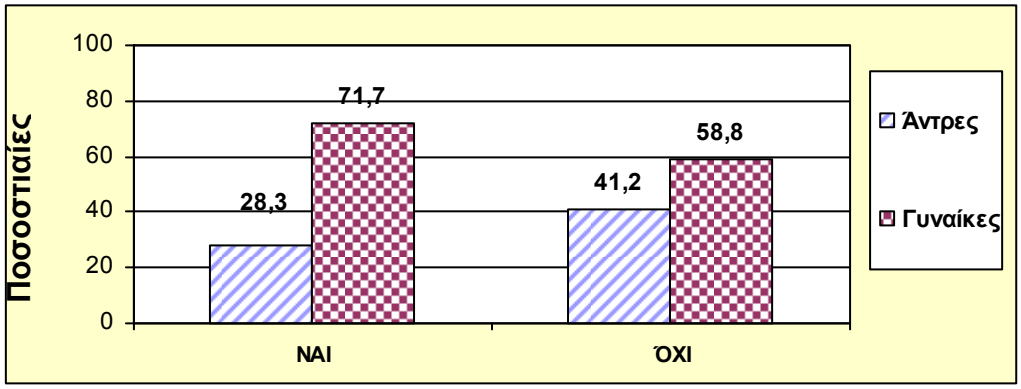
Με τις τελευταίες δύο ερωτήσεις του ερωτηματολογίου τα υποκείμενα ρωτήθηκαν για το εάν έχουν άλλα παιδιά και – αν ναι – ποια τα συναισθήματά αυτών προς τον αδελφό/ή τους. Παρατηρούμε ότι το 73% των γονέων δήλωσαν ότι έχουν και άλλα παιδιά.

Γραφική Παράσταση 81: Ύπαρξη άλλων παιδιών



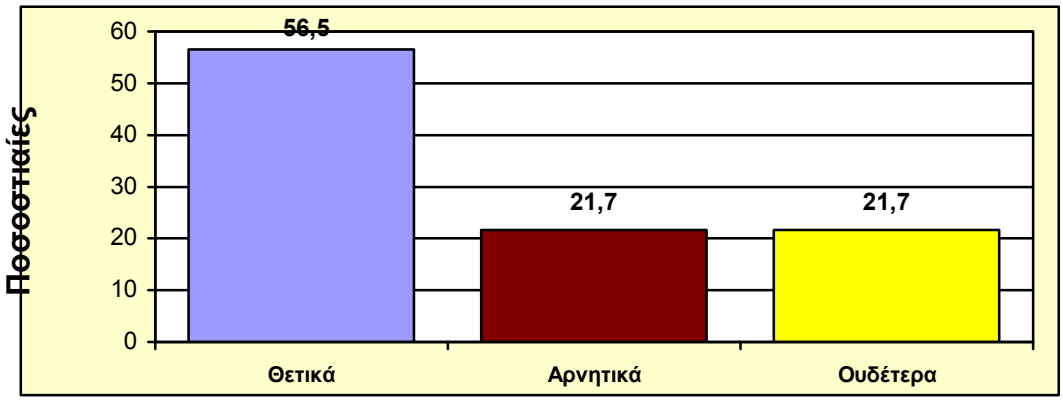
Επίσης, οι γυναίκες δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες ότι έχουν και άλλο παιδί (αντίστοιχα ποσοστά για άνδρες και γυναίκες: 28,3% και 71,7%). Η στατιστική ανάλυση ως προς φύλο έδειξε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,9$, df = 1, $p < 0,05$). Η ανάλογη στατιστική ανάλυση ως προς το μορφωτικό επίπεδο δεν έδειξε να υπάρχουν σημαντικές διαφορές (Πίνακας Β37, Παράρτημα 4).

Γραφική Παράσταση 82: Ύπαρξη άλλων παιδιών άλογα με το φύλο των υποκειμένων.



Σε συνέχεια του παραπάνω ερωτήματος οι γονείς ρωτήθηκαν για το εάν και κατά πόσο αποδέχονται τα άλλα τους παιδιά αυτό που έχει σύνδρομο Down. Όπως φαίνεται στην παρακάτω γραφική παράσταση οι μισοί και πλέον αυτών, σε ποσοστό 56,6% δήλωσαν ότι τα άλλα τους παιδιά τρέφουν «θετικά» συναισθήματα, ενώ οι γονείς που δηλώνουν ότι τα άλλα τους παιδιά τρέφουν «αρνητικά» ή «ουδέτερα συναισθήματα» προς αυτό που έχει σύνδρομο Down αντιπροσωπεύονται από το 21,7% του παρόντος δείγματος για κάθε κατηγορία.

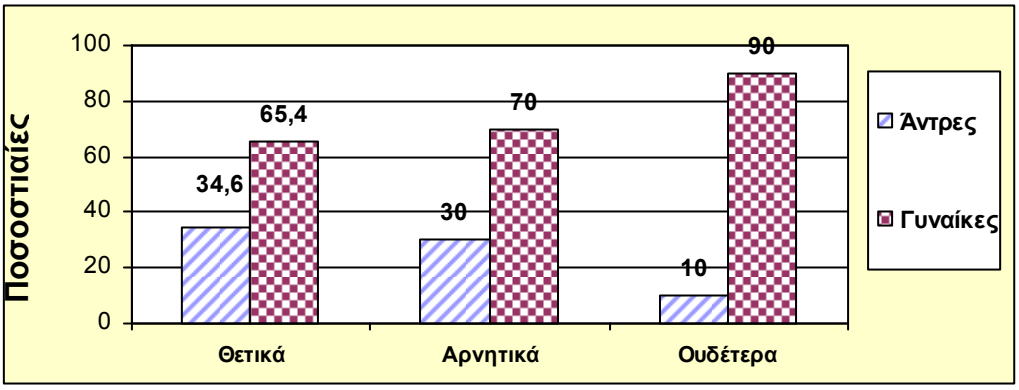
Γραφική Παράσταση 83: Περιγράψτε πως αποδέχονται τον αδελφό/ή τους με σύνδρομο Down τα άλλα σας παιδιά



Σε σχέση με το φύλο βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (χ^2 = 2,1, df =2, p< 0,05). Παρατηρούμε ότι περισσότερες γυναίκες από ότι άντρες

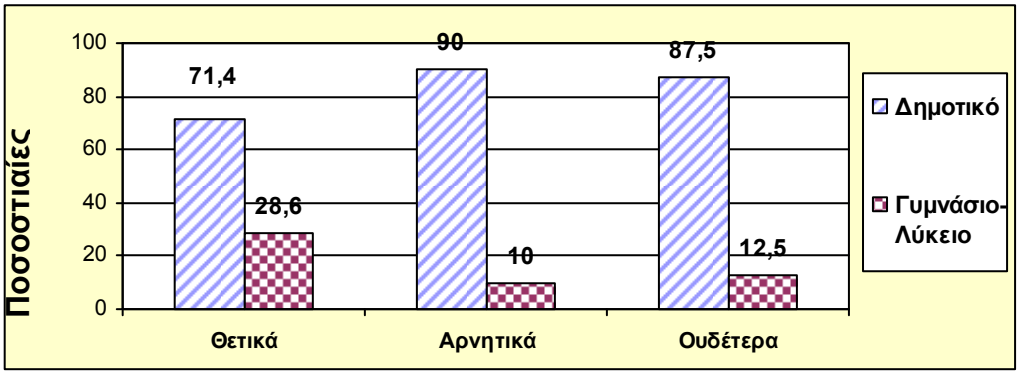
δήλωσαν ότι τα άλλα τους παιδιά τρέφουν «ουδέτερα» καθώς και «αρνητικά» προς αυτό που έχει σύνδρομο Down (αντίστοιχα ποσοστά στις γυναίκες για κάθε αξιολογική κατηγορία: 90% και 70%).

Γραφική Παράσταση 84: Περιγράψτε πως αποδέχονται τον αδελφό/ή τους με σύνδρομο Down τα άλλα σας παιδιά ως προς το φύλο των υποκειμένων.



Επιπλέον, σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των δηλώσεων των γονέων όταν συγκρίθηκαν με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο (χ^2 = 1,8, df = 2, p< 0,05). Η διαφορά μεταξύ των ποσοστών αποφοίτων δημοτικού και αυτών που είχαν τελειώσει γυμνάσιο-λύκειο ήταν μεγαλύτερη για αυτούς που δήλωσαν ότι τα άλλα τους παιδιά τρέφουν «αρνητικά» προς αυτό που έχει σύνδρομο Down (αντίστοιχα ποσοστά 90% για αποφοίτους δημοτικού και 10% για αποφοίτους γυμνασίου-λυκείου) όπως φαίνεται στη γραφική παράσταση που ακολουθεί.

Γραφική Παράσταση 85: Περιγράψτε πως αποδέχονται τον αδελφό/ή τους με σύνδρομο Down τα άλλα σας παιδιά ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν για τους σκοπούς της παρούσας ερευνητικής μελέτης μας οδήγησε σε αρκετά ενδιαφέροντα συμπεράσματα για την κατάσταση που επικρατεί σε διάφορα θέματα που σχετίζονται άμεσα ή πιο έμμεσα με τις οικογένειες ατόμων με σύνδρομο Down. Κυριότερο όλων ήταν ότι καταγράφτηκε η παρούσα κατάσταση διαφόρων υπηρεσιών, καθώς και η ικανοποίηση των γονέων από την εκπαίδευση – προηγούμενη και παρούσα - του ατόμου με σύνδρομο Down. Επιπλέον, αποτυπώθηκαν διάφορα συναισθήματα των γονέων σε σχέση με το παιδί τους καθώς και η άποψή τους για τη συμπεριφορά των άλλων προς το άτομο με σύνδρομο Down. Στις παραγράφους που ακολουθούν παρουσιάζονται και συζητούνται τα πιο σημαντικά συμπεράσματα που προέκυψαν.

3.1. Υπηρεσίες Υγείας & Πρόνοιας

Οι γονείς και κηδεμόνες ατόμων με σύνδρομο Down δήλωσαν ότι επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας, ενώ το μεγαλύτερο μέρος αυτών δήλωσε ότι πηγαίνει πολύ συχνά. Βέβαια ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό υποκειμένων δήλωσαν ότι δεν εξυπηρετούνται από τις υπηρεσίες υγείας. Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να βελτιωθούν ώστε να εξυπηρετούν τα μέλη οικογενειών με σύνδρομο Down.

Παράλληλα, οι γονείς δήλωσαν ότι και τα προστατευόμενα μέλη τους με σύνδρομο Down επισκέπτονται στην πλειοψηφία τους υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Οι υπηρεσίες που επισκέπτονται τα παιδιά κατά κύριο λόγο είναι τα νοσοκομεία, οι υπηρεσίες πρόνοιας και τα ιδιωτικά ιατρεία. Επιπλέον, οι περισσότεροι γονείς δήλωσαν ότι είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες πρόνοιας που επισκέπτονται τα παιδιά τους.

Οι γονείς κλήθηκαν επίσης να αξιολογήσουν τόσο την επιστημονική κατάρτιση του προσωπικού όσο και την συμπεριφορά τους. Σε σχέση με το επίπεδο της επιστημονικής προσφοράς του προσωπικού, οι μισοί γονείς περίπου δήλωσαν ότι είναι «μέτρια» έως «καθόλου καλή». Αντιθέτως, η ανθρώπινη συμπεριφορά του

προσωπικού προς το παιδί τους με σύνδρομο Down χαρακτηρίστηκε από καλή έως άριστη από την πλειοψηφία των υποκειμένων. Επιπλέον, και η συμπεριφορά του ατόμου με σύνδρομο Down προς το προσωπικό χαρακτηρίστηκε από την πλειοψηφία των γονέων ως άριστη. Βέβαια, το ένα πέμπτο περίπου αυτών δήλωσαν ότι το παιδί τους αρνείται κάθε συνεργασία με το προσωπικό.

Όσον αφορά τον τόπο της πρωτοβάθμιας παρέμβασης, οι γονείς θεωρούν ως καταλληλότερο μέρος κάποιο «ειδικό κέντρο διάγνωσης και στήριξης» ή κάποιο «ειδικό ψυχιατρικό κέντρο» ενώ τα νοσοκομεία δεν αναφέρονται από κανένα υποκείμενο ως κατάλληλο μέρος για την πρωτοβάθμια παρέμβαση. Άρα, οι προσπάθειες εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας παρέμβασης ίσως να πρέπει να επικεντρωθούν στους χώρους αυτούς που προτείνουν οι γονείς.

Ένα ακόμα ενδιαφέρον εύρημα από την παρούσα ερευνητική μελέτη ήταν ότι τα περισσότερα υποκείμενα δήλωσαν ότι δεν τους επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες στο σπίτι από τις Υπηρεσίες Πρόνοιας για να συζητήσουν μαζί τους και για να τους δώσουν συμβουλές σχετικά με το παιδί τους, παρόλο που το θεωρούν «απόλυτα αναγκαίο» στην πλειοψηφία τους.

3.2. Προγεννετικός Έλεγχος

Όσον αφορά τον προγεννετικό έλεγχο, διαπιστώθηκε ότι τα μισά και πλέον υποκείμενα που συμμετείχαν στην έρευνα δεν είχαν υποβληθεί σε τέτοιες εξετάσεις πριν από τη γέννηση του παιδιού τους. στη συνέχεια ζητήθηκε από τους γονείς που δεν είχαν υποβληθεί σε προγεννετικό έλεγχο να προσδιορίσουν τους λόγους για την επιλογή τους αυτή. Διαπιστώθηκε ότι οι μισοί σχεδόν δε γνώριζαν σχετικά με τις υπηρεσίες προγεννετικού ελέγχου, ενώ μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό αυτών δήλωσαν ότι αδιαφόρησαν. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι αρμόδιες κρατικές αρχές και υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας πρέπει να μεριμνήσουν για την καλύτερη ενημέρωση όλων των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες προγεννετικού ελέγχου.

Ένα θετικό στοιχείο που βρέθηκε είναι ότι όσοι γονείς υποβλήθηκαν σε εξετάσεις προγεννετικού ελέγχου δήλωσαν στο μεγαλύτερο μέρος τους ότι έμειναν ικανοποιημένη από την κατάσταση των υπηρεσιών αυτών. Οι γονείς κλήθηκαν επίσης να κάνουν κάποιες σύντομες προτάσεις για τις υπηρεσίες προγενετικού ελέγχου. Διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι δήλωσαν ότι υπάρχει ανάγκη για

περισσότερη και πιο συστηματική ενημέρωση, ενώ το ένα τρίτο σχεδόν των ερωτηθέντων θεωρούν ότι θα ήθελαν να γίνεται μόνο όταν απαιτείται. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν το παραπάνω συμπέρασμα, ότι δηλαδή είναι απαραίτητη η πιο συστηματική ενημέρωση για την αναγκαιότητα του προγεννετικού ελέγχου ως τρόπος πρόληψης γεννήσεων ατόμων με ειδικές ανάγκες και ικανότητες.

3.3. Το μαιευτήριο: οι υπηρεσίες και το προσωπικό

Σε μια σειρά ερωτημάτων στις οποίες απευθύνθηκαν στους γονείς θέματα σχετικά με το μαιευτήριο που γεννήθηκε το άτομο με σύνδρομο Down βγήκαν επίσης κάποια σημαντικά συμπεράσματα. Καταρχήν, πρέπει να αναφερθεί το γεγονός ότι στην πλειοψηφία τους οι γονείς δήλωσαν ότι το άτομο με σύνδρομο Down γεννήθηκε σε κρατικό νοσοκομείο. Αυτό το στοιχείο είναι απαραίτητο όχι γιατί δηλώνει ότι στα κρατικά νοσοκομεία είναι πιθανότερο να γεννηθούν παιδιά με ειδικές ανάγκες και ικανότητες, αλλά διότι επηρεάζει τις ερωτήσεις που αφορούσαν στην αξιολόγηση του μαιευτηρίου.

Σύμφωνα λοιπόν με τα δεδομένα μας, οι περισσότεροι γονείς δήλωσαν ευχαριστημένοι τόσο από τις υπηρεσίες όσο και από τη συμπεριφορά του προσωπικού του μαιευτηρίου προς το παιδί τους με σύνδρομο Down. Είναι αξιοσημείωτο βέβαια ότι κανένα από τα υποκείμενα δε χαρακτήρισε ως άριστη τη συμπεριφορά του προσωπικού και ο αριθμός υποκειμένων που δε δηλώνουν ικανοποιημένη από αυτή είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου.

Επιπλέον, οι γονείς δήλωσαν ότι έμειναν σημαντικά πιο ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες των κρατικών μαιευτηρίων από ότι των ιδιωτικών. Αντιθέτως, οι γονείς δήλωσαν ότι έμειναν σημαντικά πιο ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού των ιδιωτικών μαιευτηρίων.

Βρέθηκε επίσης ότι οι γονείς ενημερώθηκαν στο μεγαλύτερο μέρος τους από το μαιευτήρα για την κατάσταση του παιδιού τους όταν αυτό γεννήθηκε, ενώ μόνο ένα από τα υποκείμενα δήλωσε ότι ενημερώθηκε από κάποιο ειδικό επιστήμονα – κοινωνικό λειτουργό – και κανένας δεν ενημερώθηκε από ψυχολόγο. Επιπροσθέτως, οι γονείς θεωρούν ότι πρέπει να υπάρχει στα μαιευτήρια τόσο κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όσο και ειδικοί επιστήμονες. Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η εξειδίκευση του προσωπικού

των μαιευτηρίων πρέπει να βελτιωθεί ώστε να καλύπτονται όσο το δυνατόν περισσότερες από τις ανάγκες ιδιαιτέρων περιπτώσεων, όπως είναι οι οικογένειες με εξαρτώμενο μέλος με σύνδρομο Down, και να επιτυγχάνεται όσο το δυνατόν αρτιότερη ψυχολογική υποστήριξη.

3.4. Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια Ανώτερη και Επαγγελματική Εκπαίδευση

Με μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσαν την προηγούμενη και παρούσα εκπαίδευση των ατόμων με σύνδρομο Down, αποτυπώσαμε τις απόψεις των γονέων για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στα διάφορα εκπαιδευτικά ιδρύματα, καθώς και τις προτάσεις τους για βελτίωση.

Καταρχήν οι γονείς ρωτήθηκαν σχετικά με το νηπιαγωγείο. Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι το παιδί τους παρακολούθησε κρατικό νηπιαγωγείο, ενώ οι μισοί σχεδόν γονείς δήλωσαν ότι το παιδί τους πήγε σε ειδικό νηπιαγωγείο και όχι σε αυτό της γειτονιάς τους.

Αντίστοιχες ερωτήσεις που αφορούσαν το δημοτικό σχολείο έδειξαν ότι τα μισά και πλέον άτομα με σύνδρομο Down παρακολουθούν ή είχαν παρακολουθήσει ειδικό δημοτικό σχολείο, το οποίο στις περισσότερες περιπτώσεις είναι δημόσιο. Επιπλέον, οι γονείς δήλωσαν ότι έμειναν περισσότερο ευχαριστημένοι από τα γενικά δημόσια δημοτικά σχολεία καθώς και από τα ιδιωτικά ειδικά δημοτικά σχολεία. Άρα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η κατάσταση των δημοσίων ειδικών σχολείων καθώς και των ιδιωτικών γενικών δημοτικών σχολείων πρέπει να βελτιωθεί.

Σύμφωνα με τις απόψεις των γονέων που συγκεντρώθηκαν στην παρούσα ερευνητική μελέτη, είναι απαραίτητο να ενσωματωθούν εργαστήρια προ-επαγγελματικής εκπαίδευσης στα προγράμματα του Δημοτικού Σχολείου. Επιπλέον, οι γονείς κρίνουν σημαντικό να καλυτερεύσει η υποδομή των σχολείων καθώς και να προστεθούν ειδικά προγράμματα. Με βάση αυτά τα ευρήματα θα μπορούσαμε να πούμε ότι ένας τρόπος βελτίωσης της εκπαίδευσης και ανάπτυξης των υπηρεσιών των δημοτικών σχολείων στο σύνολό τους είναι να δημιουργηθούν και να ενσωματωθούν στο καθημερινό πρόγραμμα τους εργαστήρια προ-επαγγελματικής εκπαίδευσης και ειδικά προγράμματα. Επίσης πρέπει να βελτιωθεί η υλικοτεχνική υποδομή.

Στο τελευταίο μέρος των ερωτήσεων για την εκπαίδευση ατόμων με σύνδρομο Down οι γονείς ρωτήθηκαν για τις απόψεις τους σχετικά με τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, και συγκεκριμένα εάν θεωρούν καλύτερο το γυμνάσιο ή κάποια επαγγελματική σχολή. Βρήκαμε ότι οι απόψεις των γονέων μοιράστηκαν στις δύο επιλογές, με λίγο περισσότερα άτομα να δηλώνουν προτίμηση για τις επαγγελματικές σχολές. Επιπλέον, ζητήθηκε από τους γονείς που δήλωσαν ότι το παιδί τους είναι καλύτερα να παρακολουθήσει επαγγελματική σχολή να περιγράψουν το πως θα έπρεπε να είναι. Οι περισσότεροι από αυτούς δήλωσαν ότι θα πρέπει να γίνεται εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων και ότι τα προγράμματα των επαγγελματικών σχολών πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες του παιδιού.

3.5. Οικονομική ενίσχυση

Εξίσου ενδιαφέροντα αποτελέσματα βρέθηκαν και σε σχέση με την οικονομική ενίσχυση που λαμβάνουν οι γονείς από τις αρμόδιες υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, οι γονείς στην πλειοψηφία τους δηλώνουν ότι ενισχύονται οικονομικά. Ακόμα και αυτοί που δήλωσαν ότι λαμβάνουν οικονομική βοήθεια τη θεωρούν ανεπαρκή στο μεγαλύτερο μέρος τους. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι απαραίτητο να βελτιωθεί η ποιότητα καθώς και η ποσότητα της οικονομικής ενίσχυσης που προσφέρεται από τις αρμόδιες αρχές σε οικογένειες που έχουν ως μέλη τους άτομο με σύνδρομο Down ή κάποια άλλη ειδική ανάγκη.

3.6. Συμπεριφορά συγγενών και φίλων

Οι συγγενείς δείχνουν να κατανοούν και να συμμερίζονται την κατάσταση της οικογένειας, σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν για τους σκοπούς της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Οι γονείς στην πλειοψηφία τους δήλωσαν ότι τους συμπεριφέρονται καλά οι συγγενείς τους. Αντιθέτως, οι γονείς φάνηκε ότι είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά των φίλων τους λόγω της ιδιαιτερότητας της κατάστασης του παιδιού τους με σύνδρομο Down.

Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να μας οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι πρέπει να υπάρχει συστηματικότερη και αρτιότερη ενημέρωση σχετικά με τις οικογένειες που έχουν ως μέλος κάποιο άτομο με ειδικές ανάγκες και ικανότητες. Διότι ενώ οι συγγενείς, οι οποίοι βρίσκονται πιο κοντά στην οικογένεια, φαίνεται να δείχνουν

περισσότερη κατανόηση και αποδοχή της κατάστασης, οι φίλοι συμπεριφέρονται πιο άσχημα στους γονείς ατόμων με σύνδρομο Down, που πιθανότατα να οφείλεται στην ελλιπή τους ενημέρωση σχετικά με το θέμα αυτό.

3.7. Συναισθήματα των μελών της οικογένειας

Τέλος, μια σειρά ερωτήσεων αφορούσε στα συναισθήματα των μελών της οικογένειας του ατόμου με σύνδρομο Down, τόσο των ίδιων των γονέων όσο και των αδελφών αυτού.

Όσον αφορά τους γονείς, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι δήλωσαν ότι ένοιωσαν αρνητικά συναισθήματα όταν τους ανακοινώθηκε η κατάσταση του παιδιού τους και ότι τα συναισθήματά τους για την κατάσταση του παιδιού τους τώρα είναι είτε αρνητικά είτε ανάμεικτα σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι θετικά. Τα παραπάνω αποτελέσματα καθιστούν απαραίτητη την καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη που πρέπει να προσφέρεται στους γονείς έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν πιο θετικά την ιδιαιτερότητα της κατάστασης της οικογένειάς τους. Αξίζει επίσης να υπενθυμίσουμε ότι κανένας από τους ερωτηθέντες της παρούσας έρευνας δεν ενημερώθηκε για την κατάσταση του παιδιού του από κάποιο ψυχολόγο όταν αυτό γεννήθηκε.

Επιπλέον, περισσότεροι από του μισούς γονείς δήλωσαν ότι αισθάνονται ντροπή λόγω της κατάστασης του παιδιού τους και το μεγαλύτερο μέρος αυτών ότι ζηλεύουν – σε κάποιες περιπτώσεις τουλάχιστον – τους άλλους γονείς. Και αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι πρέπει να δημιουργηθούν υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης των γονέων ατόμων με ειδικές ανάγκες και ικανότητες.

Τέλος, η πλειοψηφία των υποκειμένων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι έχουν και άλλα παιδιά. Θετικό στοιχείο είναι ότι οι μισοί και πλέον γονείς δήλωσαν ότι υπάρχει θετική αντιμετώπιση από τα άλλα τους παιδιά προς αυτό που έχει σύνδρομο Down.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά από την ανάλυση και παρουσίαση των δεδομένων στα επί μέρους κεφάλαια που προηγήθηκαν, καθώς και την ανακεφαλαίωση των σημαντικότερων ευρημάτων και των συμπερασμάτων που προκύπτουν από αυτά στην προηγούμενη ενότητα, καταλήγουμε στα εξής γενικότερα συμπεράσματα, όσον αφορά τις απόψεις των γονέων ατόμων με σύνδρομο Down.

Καταρχήν, οι γονείς ατόμων με σύνδρομο Down πιστεύουν ότι υπάρχουν αρκετές ελλείψεις στις υπηρεσίες υγείας πρόνοιας και δεν τους εξυπηρετούν όσο θα έπρεπε, αν και είναι αναγκασμένοι να τις επισκέπτονται συχνά, τόσο αυτοί όσο και τα παιδιά τους. Παράλληλα δήλωσαν ότι οι υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας που επισκέπτονται τα παιδιά τους είναι σχετικά καλές. Άρα, όσον αφορά την αξιολόγηση του επιπέδου στήριξης των ατόμων με σύνδρομο Down από τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας οι απόψεις των γονέων φαίνεται να είναι ισομερώς αντιτιθέμενες με τους μισούς περίπου γονείς να είναι γενικά ικανοποιημένοι με την όποια στήριξη και γνώση αποκτά το παιδί τους αποδεχόμενοι το σκεπτικό της λαϊκής ρήσης «παρά τίποτε καλό και το λίγο». Οι γονείς της άλλης πλευράς είναι αυτοί που εικάζουμε ότι έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από την πολιτεία είτε επειδή έχουν μεγάλες προσδοκίες από το παιδί τους είτε επειδή συγκρίνουν το επίπεδο της Ειδικής Αγωγής στη χώρα μας με το επίπεδο άλλων προηγμένων χωρών και δικαιολογημένα εκφράζουν την πικρία ή ακόμη και την αγανάκτησή τους για την υποβαθμισμένη κατά τη γνώμη τους κρατική κοινωνική πρόνοια.

Όσον αφορά τον προγεννετικό έλεγχο, ο οποίος μπορεί να αποτρέψει τη γέννηση ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες, οι γονείς στην πλειοψηφία δηλώνουν άγνοια παρά αδιαφορία, ενώ πολλοί από αυτούς δεν είχαν υποβληθεί σε τέτοιες εξετάσεις. Δεδομένης της σοβαρότητας της κατάστασης, το ζήτημα της πληροφόρησης γύρω από τα θέματα που σχετίζονται με τις υπηρεσίες προγεννετικού ελέγχου έχουν μεγάλο έλλειμμα, γεγονός που θα μπορούσαμε να πούμε ότι ανάγεται τόσο στην περιορισμένη ενημέρωση των πολιτών από τις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες όσο και σε ελλιπείς ιατρικές υποδομές.

Εκτός αυτού, πρέπει να εκσυγχρονιστούν και τα μαιευτήρια της χώρας μας, κυρίως από πλευράς επιστημονικής κατάρτισης του προσωπικού. Πιο

συγκεκριμένα, πιστεύουμε ότι πρέπει να υπάρχει ειδικά καταρτισμένο προσωπικό με δυνατότητα παροχής ψυχολογικής υποστήριξης τόσο στους γονείς – κυρίως κατά τα πρώτα στάδια γέννησης του παιδιού τους – όσο και στα ίδια τα άτομα με σύνδρομο Down αργότερα. Αυτό ίσως συμβάλλει στη μείωση των συναισθημάτων ζήλειας και ντροπής που δηλώνουν οι γονείς ότι αισθάνονται σε μεγάλο βαθμό, βοηθώντας τους να αποδεχτούν την κατάσταση.

Επιστημονικό ενδιαφέρον έχουν, όπως είναι εύλογο, οι απόψεις των γονέων για την εκπαίδευση και την επαγγελματική προετοιμασία των ατόμων με σύνδρομο Down. Συγκεκριμένα οι γονείς στο ζήτημα της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης δήλωσαν στην πλειοψηφία τους ότι το παιδί τους πήγε σε δημόσιο ειδικό νηπιαγωγείο. Σε σχέση με το δημοτικό σχολείο διαπιστώθηκε ότι οι γονείς έμειναν πιο ευχαριστημένοι από το διδακτικό έργο και την οργάνωση των δημοσίων γενικών σχολείων καθώς και από τα ιδιωτικά ειδικά δημοτικά. Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση βέβαια είναι πάρα πολύ σπουδαία για την ανάπτυξη των παιδιών και πρέπει τόσο οι νηπιαγωγοί όσο και οι δάσκαλοι να είναι σωστά καταρτισμένοι και ενημερωμένοι εφόσον αποτελούν στη σχετικά πρώιμη ηλικία σημαντικό πρόσωπο για το παιδί με σύνδρομο Down αλλά και ταυτόχρονα σημείο αναφοράς γονέων και παιδιών σε εκπαιδευτικά θέματα και όχι μόνο.

Επιπλέον, εκφράστηκε από πολλούς γονείς η ανάγκη για ενσωμάτωση εργαστηρίων προ-επαγγελματικής εκπαίδευσης στα προγράμματα του Δημοτικού Σχολείου. Οι απόψεις τους σε σχέση με τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση των παιδιών τους ήταν – στο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος – υπέρ της επαγγελματικής εκπαίδευσης παρά η παρακολούθηση γυμνασίου σχολείου, παρόλο που η πραγματικότητα σχετικά με την αποδοχή των ατόμων με ειδικές ανάγκες και ικανότητες στον κόσμο της εργασίας δεν είναι τόσο καλή. Ίσως οι γονείς θεωρούν ότι η επαγγελματική εκπαίδευση θα εξασφαλίσει ένα πιο σίγουρο, και ίσως καλύτερο μέλλον για τα παιδιά τους. Η ύπαρξη της «αναπηρίας», όπως εξάλλου ήταν αναμενόμενο, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τόσο την επιλογή εκπαιδευτικού ιδρύματος όσο και την επιλογή επαγγέλματος.

Επιπροσθέτως, σημαντικές ελλείψεις δηλώθηκαν από τους γονείς σχετικά με την οικονομική ενίσχυση που λαμβάνουν από την πολιτεία. Όπως είδαμε, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών δήλωσε ότι το κράτος τους βοηθάει οικονομικά και οι περισσότεροι από αυτούς δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τη βοήθεια αυτή.

Τέλος, η ύπαρξη ελλιπούς ενημέρωσης φαίνεται και από τις δηλώσεις των γονέων σχετικά με τη συμπεριφορά των φίλων τους, που χαρακτηρίζεται ως κακή από πολλούς.

Άτομα με ειδικές ανάγκες

Οι ανάγκες των ατόμων είτε είναι διαχρονικές, είτε διαφοροποιούνται:

α. Από πολιτισμό σε πολιτισμό.

β. Μεταξύ κοινωνικών ομάδων.

γ. Μεταξύ ατόμων και

δ. Σε διαφορετικές ηλικίες.

Ο όρος που χρησιμοποιείται τις τελευταίες δεκαετίες, «Άτομα με Ειδικές Ανάγκες» «ΑΜΕΑ» για τους αναπήρους μας βρίσκει σύμφωνους, διότι φανερώνει τις επιπλέον ανάγκες που έχουν τα άτομα αυτά, εξ' αιτίας νοητικών, συναισθηματικών, αισθητηριακών και κινητικών δυσλειτουργιών.

Οι οικογένειες των ατόμων με ειδικές ανάγκες αντιμετωπίζουν μια σειρά προβλήματα:

Α. Πένθος των γονέων για την αναπηρία του παιδιού τους.

Β. Άγχος και υπερπροστατευτική στάση για το ανάπηρο παιδί.

Γ. Αισθήματα ντροπής.

Δ. Ζήλια για τους γονείς των παιδιών χωρίς ειδικές ανάγκες.

Ε. Ενδοοικογενειακές συγκρούσεις μεταξύ των γονέων ή και αδερφών, όταν υπάρχουν.

Ζ. Αρνητική στάση του άμεσου και έμμεσου κοινωνικού περίγυρου.

Η διεπιστημονική διερεύνηση των προβλημάτων των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των οικογενειών τους και η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση των αναγκών τους από τις εμπλεκόμενες Υπηρεσίες ή ειδικούς και η υλοποίηση του υφιστάμενου νομικού πλαισίου για τα άτομα με ειδικές ανάγκες από τους εμπλεκομένους, είναι οι βασικές προϋποθέσεις για αποτελεσματική κάλυψη αναγκών των δικαιούχων.

Στο τελευταίο τέταρτο του 20ου αιώνα ασκείται από πολλές πλευρές, κριτική στο Κράτος Πρόνοιας, με την ευρεία σημασία του όρου, στο οποίο μετά την χρυσή εποχή ανάπτυξής του (1945-1970), παρατηρούνται δυσλειτουργίες και αναποτελεσματικότητα σε τομείς, που συμπεριλαμβάνονται οι Υπηρεσίες οι οποίες εμπλέκονται σε παροχές για άτομα με ειδικές ανάγκες και τις οικογένειές τους.

Οι εξελίξεις στο Κράτος Πρόνοιας και οι ασκούμενες πολιτικές, οι οποίες θα επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των εμπλεκομένων Υπηρεσιών, θα έχουν άμεσες επιπτώσεις, στη ζωή των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των οικογενειών τους. Παράλληλα θα ωφεληθούν ποικιλοτρόπως και οι εργαζόμενοι στις συναφείς υπηρεσίες.

Α. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες αντιμετωπίζουν εκτός από τα κοινά προβλήματα Υγείας του γενικού πληθυσμού και προβλήματα σχετιζόμενα με την αναπηρία τους. Τα άτομα αυτά και οι οικογένειές τους, για τους παραπάνω λόγους απευθύνονται, είτε στους γιατρούς είτε στις Υπηρεσίες Υγείας του Δημόσιου ή του Ιδιωτικού Τομέα.

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων Υγείας από διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες και το κόστος, που θα απαιτηθεί (υπάρχει διαφορά του κόστους μεταξύ των ιδιωτών γιατρών και αντιστοίχων Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας και των γιατρών του Δημοσίου Τομέα και των αντιστοίχων Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας).

Β. Η δυνατότητα εύκολης προσέγγισης των Υπηρεσιών Υγείας (γρηγορότερα εξυπηρετούνται οι πολίτες της χώρας μας από τους ιδιώτες γιατρούς και τα ιδιωτικά κέντρα, αλλά με το σχετικό οικονομικό κόστος ανάλογα και με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή και άλλα δεδομένα ισχύουν για τον Δημόσιο Τομέα, όπου το κόστος είναι μικρότερο, αλλά η προσέγγιση στις σχετικές Υπηρεσίες Υγείας και γιατρών του Δημοσίου είναι πολύ δύσκολη, σύμφωνα με δεδομένα των τελευταίων ετών).

Γ. Η αντιμετώπιση των αναγκών Υγείας των ατόμων με ειδικές ανάγκες από τις σημερινές Υπηρεσίες Υγείας επικεντρώνεται στην θεραπεία των προβλημάτων Υγείας τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν, αλλά δεν αντιμετωπίζονται τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι οικογένειές τους, ως σύνολο.

Τα παραπάνω προβλήματα οφείλονται στις ιδιαιτερότητες του σημερινού συστήματος Υγείας και των συναφών Υπηρεσιών και φορέων.

Οι ιδιαιτερότητες αυτές οι οποίες έχουν επισημανθεί από μελετητές και φορείς είναι:

Α. Η έλλειψη επενδυτικής ισορροπίας ανάμεσα στην φροντίδα Υγείας και την ιατρική περίθαλψη.

Β. Στο τελευταίο τέταρτο του 20ου αιώνα παρατηρείται αύξηση δαπανών για την Υγεία σε όλες τις βιομηχανικές χώρες, ανεξαρτήτως της πολιτικής δομής του χαρακτήρα της οργάνωσης, της ιατρικής φροντίδας και της κοινωνικής ασφάλισης «Η έκρηξη τιμών στον Υγειονομικό Τομέα υπήρξε το αντικείμενο πολλών συζητήσεων, αναλύσεων και δημοσιεύσεων, μεταξύ των επιστημόνων, καθώς επίσης και των πολιτικών σχηματισμών και των κοινωνικών εταίρων. Η αύξηση των δαπανών Υγείας οφείλεται ιδιαίτερα στην πρόοδο, η οποία σημειώθηκε στην βιοϊατρική τεχνολογία, κυρίως στο νοσοκομειακό τομέα, καθώς επίσης και στα συνοδά φαινόμενα της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης της ανόδου του πολιτισμικού επιπέδου και γενικότερα της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης»[3].

Γ. Επισημαίνονται επίσης από ειδικούς των Υπηρεσιών Υγείας προβλήματα όπως, η αποδοτικότητα της ιατρικής πράξης, η ισότητα στην πρόσβαση και χρησιμοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας «αλλά για να είναι μια ιατρική πράξη αποδοτική, οφείλει να είναι πρωτίστως αποτελεσματική, επισημαίνει ο COHRAN και στη βάση αυτής της διατύπωσης θεωρεί ότι: η κατανομή των πόρων με βάση τα κριτήρια αυτά, μπορεί να παράγει σχεδόν αυτομάτως και συνθήκες ισότητας στην πρόσβαση και χρησιμοποίηση των Υπηρεσιών Υγείας.

Ανεξαρτήτως της ακρίβειας και της αποδοχής αυτών των επισημάνσεων, είναι προφανές ότι, ο COHRAN έθεσε τις προϋποθέσεις και τις βάσεις, για την θεμελίωση και την ανάπτυξη της Πολιτικής Οικονομίας της υγείας και συνέβαλε

---

[3] «Η ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας». Επιμέλεια Α. Δόλγερας, Γ. Κυριόπουλος. Εκδόσεις Θεμέλιο. Κοινωνία και Υγεία σελ. 15.

στον προσανατολισμό της επιστημονικής σκέψης προς την κατεύθυνση των αναγκών Υγείας της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας".

Οι προσεγγίσεις των μελετητών για τις Υπηρεσίες Υγείας, στις οποίες απευθύνονται τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι οικογένειές τους, αφορούν εκτός των σχετικών Υπηρεσιών στη χώρα μας και σχετικές Υπηρεσίες άλλων Ευρωπαϊκών χωρών.

Για προσεγγίσεις σχετικά με την καθαρά μηχανιστική άσκηση της επιστημονικής-τεχνολογικής-ιατρικής, που κυριάρχησε στο μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα και για τις νέες τάσεις[4].

Σε πολλές περιπτώσεις η αναπηρία, μπορεί να προληφθεί ιδιαίτερα με την πρόοδο της βιοτεχνολογίας, η οποία παρέχει τις δυνατότητες στους ειδικούς, για πρόληψη.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, απαιτείται αποτελεσματική λειτουργία των εμπλεκόμενων σχετικών Υπηρεσιών.

Στη χώρα μας όμως, η ανάπτυξη των σχετικών Υπηρεσιών υπολείπεται από τις υπάρχουσες ανάγκες, με αποτέλεσμα να γεννιούνται και σήμερα παιδιά με χρωμοσωμικές ανωμαλίες.

Για την κατάσταση των Υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού στην Ελλάδα[5].

Οι οικογένειες των ατόμων με ειδικές ανάγκες, οι οποίες απευθύνονται στις σχετικές Υπηρεσίες Παιδοψυχιατρικής περίθαλψης, έχουν ν' αντιμετωπίσουν ορισμένες φορές ποικίλες δυσκολίες[6].

---

4 Βλ. Σχετ. Ι.Α. Ιωσηφίδης στο «Οικογενειακή και Κοινοτική Ιατρική. Μια κοινοτική και κοινωνική θεώρηση.

5 Βλ. σχετ. Μαργαριτίδου Βάσω και Μεστεναίου Λιζ στο «Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα».

6 Βλ. σχετ. Ι. Τσιάντη στο «Προτάσεις για την Παιδοψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα». Παρ. 4. Οι Υπηρεσίες Πρόνοιας και κοινωνικής ασφάλισης.

Από την κοινοτική και οικογενειακή αλληλεγγύη, περάσαμε στη φάση του Κράτους Πρόνοιας μετά τη Βιομηχανική Επανάσταση και στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα στην οικογένεια και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο.

Οι Υπηρεσίες Πρόνοιας αποτελούν βασικό συστατικό του Κράτους Πρόνοιας.

Τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι οικογένειές τους, έχοντας ιδιαίτερες ανάγκες, απευθύνονται και στις Υπηρεσίες Πρόνοιας, προκειμένου να καλύψουν ανάγκες.

Όταν οι φορείς των ατόμων με ειδικές ανάγκες και οι ειδικοί εκφράζουν επιφυλάξεις για την αποτελεσματικότητα των Υπηρεσιών αυτών, αυτές εστιάζονται:

Α. Οι προνοιακές δαπάνες δεν είναι σταθερές και υπολείπονται από τις δαπάνες για υγεία και κοινωνική ασφάλιση.

Β. Παρατηρείται γενικότερα έλλειψη ορθολογικού προγραμματισμού, με όλα τα επακόλουθα στους αποδέκτες προνοιακών παροχών.

Γ. Ανεπαρκής διοικητική οργάνωση και πλημμελής εκπαίδευση στελεχών.

Δ. Ασυντόνιστες προνοιακές δραστηριότητες, μεταξύ Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα.

Ε. Επικαλύψεις αρμοδιοτήτων μεταξύ διαφορετικών Υπουργείων, για συγκεκριμένα κοινωνικά προβλήματα.

ΣΤ. Σε αρκετές Διοικήσεις φορέων Κοινωνικής Πρόνοιας, αντί να εκλέγονται οι ειδικοί επιστήμονες και εκπρόσωποι των ατόμων, που εξυπηρετούνται, εξακολουθούν να διορίζονται οι ιδιώτες, αφηρημένα αναγνωρισμένου κοινωνικού και ηθικού κύρους.

Ζ. Οι πόροι Κοινωνικής Πρόνοιας, αποτελούνται συχνά από τελείως αστάθμητα δημόσια έσοδα[7].

---

[7] Βλ. σχετ. Κωνσταντίνου Κρεμαλή στο «Το δικαίωμα του ατόμου για Κοινωνική Πρόνοια. Συμβολή στον νομικό προσδιορισμό των Κοινωνικών Υπηρεσιών». Αθήνα 1991, σελ. 15.

Η. Η παροχή επιδομάτων στα άτομα με ειδικές ανάγκες και τις οικογένειές τους, δεν γίνεται πάντα με αντικειμενικά κριτήρια. Έτσι, βλέπουμε το ποσόν των επιδομάτων να διαμορφώνεται υπό την πίεση συνδικαλιστικών φορέων, οι οποίοι μπορούν να ασκήσουν πίεση στην εκάστοτε κυβέρνηση[8].

Αν και οι πρώτες αναφορές για αναπήρους υπάρχουν στην Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, αλλά και σε γραπτά κείμενα ή και παραδόσεις άλλων πολιτισμών, η ουσιαστική πρόοδος συντελείται από τον 17ο αιώνα στην Ευρώπη και Αμερική και από τον 20ο στην χώρα μας.

Στις μέρες μας δάσκαλοι, γονείς, άτομα με ειδικές ανάγκες, ειδικοί και εκπρόσωποι συναφών Υπηρεσιών και φορέων, αναπτύσσουν διάλογο για τις νέες τάσεις, που επικρατούν παγκοσμίως για ένταξη και ενσωμάτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο εκπαιδευτικό πλαίσιο του Γενικού Σχολείου.

Για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της ένταξης με προοπτική την ενσωμάτωση παιδιών με ειδικές ανάγκες, στο εκπαιδευτικό πλαίσιο του Γενικού Σχολείου εκφράζονται διαφορετικές απόψεις, από τους εμπλεκόμενους φορείς ειδικούς και γονείς.

Ο διάλογος αυτός εστιάζεται στη μεγιστοποίηση των καλών αποτελεσμάτων, που μπορεί να έχει το παιδί με ειδικές ανάγκες, στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, είτε αυτό είναι το Ειδικό Σχολείο ή η Ειδική τάξη, είτε η Γενική τάξη ή οποιοδήποτε άλλο συνδυαστικό μοντέλο ένταξης.

«Για να υπάρξει μια θετική αλλαγή θα πρέπει να εξασφαλιστούν, αφ' ενός τα απαραίτητα οικονομικά μέσα κι αφ' ετέρου η συμμετοχή των εκπαιδευτικών και των ατόμων, που εμπλέκονται σε όλη τη διαδικασία της ένταξης.

---

[8] Παρ. 5.1 «Οι Εκπαιδευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας και οι Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης των Υπουργείων Παιδείας και Εργασίας».

Εκτός αυτού, η γνώση, πρέπει να προσλάβει μια υψηλότερη θέση στην κλίμακα των αξιών, στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και στους υπεύθυνους φορείς, οικονομικούς κλπ.»[9].

Τον 20ο αιώνα έπειτα από τα πορίσματα ερευνών, για τις δυνατότητες Εκπαίδευσης των ατόμων με αναπηρίες και τις πιέσεις των γονέων, παγκοσμίως και στη χώρα μας, έχουμε την υλοποίηση προγραμμάτων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης ατόμων με αναπηρίες, με σκοπό την ένταξη των ατόμων αυτών στην παραγωγική διαδικασία.

Οι δυνατότητες των ατόμων με ειδικές ανάγκες για επαγγελματική αποκατάσταση, ποικίλλουν και σχετίζονται:

α. Με τη σοβαρότητα και τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας.

β. Την επαρκή Επαγγελματική Εκπαίδευση.

γ. Την απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων.

δ. Τα συνωδά προβλήματα Υγείας, ιδιαίτερα στις σοβαρές αναπηρίες.

Για την ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες, στην παραγωγική διαδικασία, ελεύθερη ή προστατευμένη, γίνεται και με σκοπό εκτός των άλλων θετικών επιπτώσεων στη ζωή των ατόμων με αναπηρίες, λαμβάνεται υπ' όψη και η ικανοποίηση από την εργασία και οι προοπτικές για κοινωνική ένταξη, όταν αυτό είναι εφικτό.

Για τις ελλείψεις στην Επαγγελματική Εκπαίδευση[10].

Για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα[11].

---

[9] Από το 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ειδικής Αγωγής της Ιονίου Σχολής από την Εισήγηση της Αθηνάς Ζώνιου Σιδέρη, σελ. 25 Αθήνα 1995-Φεβρουάριος.

[10] Βλ. Σχετ. Γ. Αναστασόπουλος «Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα». 1991. Ψυχολογικό Σχήμα. Τεύχος 5, σελ. 36-41. Εκδόσεις Δανιά.

[11] Βλ. Σχετ. Ανδρέας Ε. Δημητρόπουλος στο «Η Επαγγελματική Εκπαίδευση των νοητικώς καθυστερημένων στην Ελλάδα. Προβλήματα της διδακτικής πράξης. Αποτελεσματικότητα των

εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Αθηνών. Φ.Π.Ψ.-Τμήμα Φιλοσοφίας-Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας 1995. Παρ. 6 Η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των Κοινωνικών και Εκπαιδευτικών Υπηρεσιών. Προτάσεις για την αποτελεσματική παρέμβαση των Υπηρεσιών. 6.1 Υγείας. 6.2 Πρόνοιας. 6.3 Κοινωνικής Ασφάλισης. 6.4 Εκπαίδευσης. 6.5 Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Προτάσεις για τη στήριξη της οικογένειας:

Για τις ανάγκες των γονέων και ιδιαίτερα των μητέρων, στο πρόβλημα χρόνου, που αντιμετωπίζουν προς θετική κατεύθυνση ήταν και η ψήφιση του Νόμου 25, 27/97 αρθρ.16 παρ. 5 για μειωμένο ωράριο κατά μία (1) ώρα στο Δημόσιο Τομέα.

Πρότασή μας είναι ο σχετικός Νόμος αυτός να ισχύσει και για τους εργαζόμενους, γονείς ατόμων με ειδικές ανάγκες και στον Ιδιωτικό Τομέα. Υψηλό ποσοστό των οικογενειών, ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι χαμηλής οικονομικοκοινωνικής θέσης, γι' αυτό προκειμένου να προσεγγίσουμε καλύτερα τις οικογένειες αυτές και έχοντας υπ' όψη τις δυσκολίες επικοινωνίας με γονείς οι οποίοι μπορεί να είναι:

1. Αγράμματοι.
2. Ολιγογράμματοι.
3. Μετανάστες.
4. Μειονότητες, όπως: Έλληνες τσιγγάνοι και Έλληνες Μουσουλμάνοι.

Α. Γενικότερα οικογένειες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, θα πρέπει οι συναφείς Υπηρεσίες και οι ειδικοί να τους προσεγγίζουν με ευαισθησία, υπομονή και επιμονή, εξηγώντας τους με σαφήνεια λεπτομέρειες για τη σωστή αντιμετώπιση του παιδιού τους.

Παράλληλα η αντιμετώπιση από υψηλό ποσοστό οικογενειών προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις με το άμεσο και έμμεσο κοινωνικό περιβάλλον τους σε πολλές σχετικές έρευνες μεγεθύνει τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και την αρνητική ψυχολογική κατάσταση των γονέων.

Β. Για την υιοθέτηση θετικών αντιλήψεων και στάσεων από το άμεσο περιβάλλον της οικογένειας και την ελληνική κοινωνία γενικότερα απέναντι στις οικογένειες ατόμων με ειδικές ανάγκες, αλλά και για τα ίδια τα άτομα με ειδικές ανάγκες προτείνουμε:

Β.1 Στα πλαίσια των δυνατοτήτων του αναλυτικού προγράμματος της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, να γίνεται έστω η ελάχιστη αλλά σωστή ενημέρωση των μαθητών για τα άτομα με ειδικές ανάγκες και τις οικογένειες των ατόμων αυτών, των οποίων το ποσοστό στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται στο 8%.

Β.2 Για τον ίδιο σκοπό σχετικές ποιοτικές εκπομπές και τηλεοπτικές παραγωγές μπορούν να προβάλλονται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Β.3 Τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι οικογένειές τους, αποδεχόμενοι την αναπηρία, ξεπερνώντας τα διάφορα εμπόδια να συμμετέχουν σε ποικίλες κοινωνικές δραστηριότητες, διαμορφώνοντας έτσι τις προϋποθέσεις για την υιοθέτηση θετικών αντιλήψεων και στάσεων, από το κοινωνικό σύνολο.

Η παροχή κοινωνικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών στα άτομα με ειδικές ανάγκες και τις οικογένειές τους, προκειμένου να αντιμετωπιστούν:

α. Τα όποια προβλήματα υγείας από τις Υπηρεσίες Υγείας.

β. Τις ανάγκες αρμοδιότητας Υπηρεσιών Προνοίας.

γ. Την κοινωνική ασφάλιση.

δ. Την εκπαίδευση των παιδιών και εφήβων με ειδικές ανάγκες από τις Εκπαιδευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας ή σχετικές Υπηρεσίες από ιδιώτες.

ε. Επαγγελματική Εκπαίδευση, κατάρτιση και στη συνέχεια απασχόληση των ατόμων αυτών, από τις Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης των Υπουργείων Παιδείας και Εργασίας ή φορέων του Ιδιωτικού Τομέα,

απαιτείται συντονισμένη παρέμβαση των εμπλεκομένων φορέων, Υπηρεσιών και ειδικών, των οποίων η αποτελεσματικότητα θα έχει θετικά αποτελέσματα στη ζωή των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των οικογενειών τους.

Η μελέτη της θετικής πείρας των Κοινωνικών και Εκπαιδευτικών Υπηρεσιών από χώρες ανεπτυγμένες σ' αυτούς τους τομείς και η εφαρμογή καταλλήλων προγραμμάτων, θα έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας.

Προτάσεις για τις Υπηρεσίες Υγείας.

Οι πρόοδοι, που συντελούνται τα τελευταία χρόνια σε μεθόδους και τεχνικά μέσα έγκυρης διάγνωσης και ιδιαίτερα στη Βιοτεχνολογία δίνουν τη δυνατότητα στους ειδικούς να διαγνώσουν έγκυρα, παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην εμφάνιση αναπηρίας στο έμβρυο.

Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού (Ο.Π.) στην Ελλάδα θα πρέπει:

Α. Να ξεπεραστούν οι οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες.

Β. Να κατανεμηθούν σε όλες τις περιοχές της χώρας (στη μεγαλύτερη πόλη του κάθε Νομού).

Γ. Εφόσον οι Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού αποτελούν παράλληλες μονάδες γυναικολογικών εξωτερικών ιατρείων, θα πρέπει να λειτουργούν αποτελεσματικά.

Δ. Τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού (Κ.Ο.Π.), τα οποία ανήκουν σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που αναπτύσσουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις στον κοινοτικό πληθυσμό, τη θετική τους πείρα θα είναι θετικό να αξιοποιήσουν οι ειδικοί του χώρου.

Ε. Επειδή πολλές αιτίες, που προκαλούν αναπηρίες μπορούν να διαγνωσθούν ενωρίς, κατά την διάρκεια της κύησης, προτείνουμε οι δυνατότητες, που παρέχει η σύγχρονη τεχνολογία και η Ιατρική θα πρέπει

να είναι στη διάθεση του κάθε ειδικού γιατρού και να αξιοποιούνται από αυτόν στα πλαίσια της έγκαιρης ενημέρωσης των γονέων για την αναπηρία του παιδιού τους.

Εάν η επιλογή των γονέων θα είναι η έκτρωση θα εξαρτηθεί από την προσωπικότητά τους και τις πεποιθήσεις τους και από άλλες οικογενειακές συνθήκες, ο λειτουργός της Υγείας θα έχει προσφέρει τις υπηρεσίες του, έχοντας τους ενημερώσει εγκαίρως.

ΣΤ. Για τα θέματα βιοηθικής υπάρχει προβληματισμός παγκοσμίως.

ΣΤ.1 Η σχετική ενημέρωση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης θα πρέπει να είναι έγκαιρη και έγκυρη.

ΣΤ.2 Οι εκπρόσωποι του γονεϊκού και αναπηρικού κινήματος να αναπτύξουν σχετικό διάλογο και προβληματισμό για το όφελος από συμμετοχή τους σε επιτροπές βιοηθικής.

Ζ. Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης προβλημάτων Υγείας των ατόμων με ειδικές ανάγκες, από τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας και όταν το προσωπικό των Υπηρεσιών αυτών δεν θα μπορέσει να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα όποια προβλήματα (σωματικής ή ψυχικής υγείας) των ατόμων αυτών να απευθύνονται σε Νοσοκομεία.

Η. Προκειμένου τα άτομα με ειδικές ανάγκες και οι οικογένειές τους να έχουν καλύτερη αντιμετώπιση από τις Υπηρεσίες Υγείας, προς θετική κατεύθυνση είναι και οι παρεμβάσεις των Επιθεωρητών Υγείας, οι οποίοι επισημαίνουν τυχόν δυσλειτουργίες των Υπηρεσιών αυτών.

Παράλληλα η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των Υπηρεσιών Υγείας, ώστε να χειρίζεται και να συμπεριφέρεται κατάλληλα σε περιπτώσεις γονέων, οι οποίοι απέκτησαν παιδί με αναπηρία, ή σε άτομα με ειδικές ανάγκες όταν απευθύνεται το άτομο αυτό στις Υπηρεσίες αυτές.

Θ. Η ύπαρξη ειδικού επιστήμονα στα Νοσοκομεία για παρόμοιες περιπτώσεις.

Ι. Θεωρούμε πως παράλληλα με τη σχετική εκπαίδευση του προσωπικού, για κατάλληλο χειρισμό τέτοιων περιπτώσεων, επιθυμητό θα ήταν σε όσο το δυνατόν περισσότερες Υπηρεσίες Υγείας, να υπάρχει θέση κοινωνικού λειτουργού, ο οποίος μπορεί να συνεισφέρει και ως συντονιστής, θετικές υπηρεσίες.

Κ. Σχετικά με την πρωτοβάθμια παρέμβαση, για άτομα με ειδικές ανάγκες, εκτός από τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας, γενικότερα σε ειδικές περιπτώσεις, η παρέμβαση αυτή μπορεί να γίνεται, είτε σε ειδικό κέντρο διάγνωσης και στήριξης ή σε ειδικό ψυχιατρικό κέντρο, όταν όμως απαιτείται η παρέμβαση και από άλλες ιατρικές ειδικότητες, για αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, τότε αυτό θα πρέπει να γίνεται σε Νοσοκομείο.

Για άλλες ενδιαφέρουσες προσεγγίσεις για τις Υπηρεσίες Υγείας, οι οποίες είναι χρήσιμες στον προβληματισμό, που αναπτύσσεται στις μέρες μας, για το Εθνικό Σύστημα Υγείας[12].

Α. Προτείνουμε τον ορθολογισμό της επιδοματικής πολιτικής με βάση τις πραγματικές ανάγκες των δικαιούχων (Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει αναντίστοιχη κατανομή του ποσού των προνοιακών επιδομάτων και των πραγματικών αναγκών των δικαιούχων εξ' αιτίας ελλιπούς προγραμματισμού των εμπλεκομένων Υπηρεσιών).

Β. Προτείνουμε τη συχνότερη επίσκεψη από τους ειδικούς επιστήμονες των Υπηρεσιών Προνοίας ιδιαίτερα των κοινωνικών λειτουργών οι οποίοι ως συντονιστές μεταξύ των οικογενειών και των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των συναφών Υπηρεσιών ή ειδικών, μπορούν να συνεισφέρουν στην παροχή Υπηρεσιών.

---

[12] Βλ. Σχετικά «Προτάσεις για την Παιδοψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα». Ι. Τσιάδης - «Οικογενειακή και Κοινοτική Ιατρική, μια κοινωνική και οικονομική θεώρηση» Ι.Α. Ιωσηφίδης - «Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Επιμέλεια Α. Δόλγερας-Γ. Κυριόπουλος. Παρ. 4 «Οι Υπηρεσίες Πρόνοιας και Κοινωνικής Ασφάλισης».

Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των Υπηρεσιών Προνοίας στη χώρα μας, διατυπώνουμε τις παρακάτω προτάσεις:

Α. Εκπαίδευση και ανά τακτά διαστήματα ενημέρωση των υπαλλήλων Υπηρεσιών Προνοίας σε θέματα επικοινωνίας με τις οικογένειες και τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Β. Εκπαίδευση του προσωπικού των παραπάνω Υπηρεσιών σε σύγχρονες μεθόδους αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας.

Γ. Να ξεπεραστεί η σύγχυση που υπάρχει μεταξύ των ορίων των τριών βασικών θεσμών κοινωνικής προστασίας (της κοινωνικής ασφάλισης των Υπηρεσιών Υγείας και της Κοινωνικής Πρόνοιας).

Δ. Εξωορθολογισμό στον προγραμματισμό των Υπηρεσιών Προνοίας.

Ε. Αξιοποίηση της θετικής πείρας από άλλες χώρες στην διοικητική οργάνωση και προσαρμογή αυτής στην ελληνική πραγματικότητα.

ΣΤ. Συντονισμός των προνοιακών δραστηριοτήτων των εμπλεκόμενων φορέων και Υπηρεσιών του Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα.

Ζ. Σε Διοικήσεις φορέων Κοινωνικής Πρόνοιας να εκλέγονται ειδικοί επιστήμονες και εκπρόσωποι αυτών, που εξυπηρετούνται, όπως γονείς ατόμων με ειδικές ανάγκες και των ίδιων των ατόμων με αναπηρίες.

Η. Ο προϋπολογισμός για τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας να καλύπτει τις ανάγκες αυτών.

Θ. Αποτελεσματική οικονομική διαχείριση της περιουσίας των προνοιακών ιδρυμάτων.

Ι. Εκσυγχρονισμός των Ιδρυμάτων, τα οποία παρέχουν δια βίου περίθαλψη σε σοβαρές περιπτώσεις αναπηρίας[13].

Βασική μας πρόταση, η οποία στηρίζεται στις διατάξεις του Ελληνικού Συντάγματος, για ισότητα όλων των πολιτών είναι η παροχή εκπαίδευσης, σ'

[13] Παρ. 5 «Οι Εκπαιδευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας».

όλα τα παιδιά και εφήβους με ειδικές ανάγκες, από τις Εκπαιδευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας, ούτως ώστε ν' αποκτήσουν δεξιότητες:

1 Αυτοεξυπηρέτησης.

2 Κοινωνικής συμπεριφοράς και

3 Απόκτηση γνώσεων σύμφωνα με τις δυνατότητές τους.

Για τη σημασία της έγκυρης εκπαιδευτικής παρέμβασης σε παιδιά με ειδικές ανάγκες, έχουν διεξαχθεί πολλές σχετικές έρευνες σε όλο τον κόσμο, διαπιστώνεται λοιπόν, ότι η έγκυρη παροχή εκπαίδευσης, έχει θετικά αποτελέσματα.

Πιστεύουμε πως μέσω της συνεργασίας των Εκπαιδευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Παιδείας, με τις οικογένειες παιδιών με ειδικές ανάγκες, θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να εντάσσονται τα παιδιά αυτά στο Νηπιαγωγείο, όπου θέτονται οι βάσεις για αποτελεσματικότερη εκπαίδευσή τους, στο Δημοτικό.

Για ένα καλύτερο μέλλον της Ειδικής Αγωγής στη χώρα μας, χρήσιμο είναι οι εμπλεκόμενοι φορείς και οι ειδικοί να αξιολογήσουν τα έως τώρα αποτελέσματα στην Ελλάδα και να αξιοποιήσουν αποτελεσματικά προγράμματα τα οποία έχουν υλοποιηθεί στα πλαίσια της Ειδικής Αγωγής, σε άλλες χώρες, προσαρμόζοντας τα κατάλληλα στις ανάγκες της χώρας μας[14].

Στις μέρες μας παγκοσμίως επικρατεί η τάση για ένταξη και ενσωμάτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο γενικό εκπαιδευτικό πλαίσιο με απώτερο σκοπό την ενσωμάτωσή τους στο κοινωνικό σύνολο.

---

[14] Βλ. Σχετικά «Διαχρονική εξέλιξη της Ειδικής Αγωγής και τα άτομα με ειδικές ανάγκες στην Ελλάδα. Θεσμικό πλαίσιο Κουτρουμάνος Κωνσταντίνος Ε. Διδακτορική Εργασία στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Βλ. Επίσης «Η Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα» Γ. Αναστασόπουλος- Περιοδικό Ψυχολογικό Σχήμα -Τεύχος 5- Μάρτιος 91. Εκδόσεις Δανιά και «Η Ειδική Αγωγή χτες και σήμερα» Κ. Καλατζή –Περιοδικό Νέα Παιδεία – Τεύχος 32. 1984.

Όπως επισημαίνεται από μελετητές, η αρχή της ομαλοποίησης θα είναι διατύπωση κενή περιεχομένου αφού κάθε άτομο θα έχει μία θέση στο κοινωνικό σύνολο, ανεξάρτητα από τις διαφορές τις οποίες παρουσιάζει από τα υπόλοιπα άτομα[15]

Πιστεύουμε πως η επικρατούσα τάση για ένταξη με προοπτική την ενσωμάτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο Γενικό Σχολείο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, δεν είναι εφικτός στόχος για σοβαρές περιπτώσεις ατόμων με σοβαρές αναπηρίες (άτομα με πολύ χαμηλό δείκτη νοημοσύνης ή πολλαπλές αναπηρίες).

Κάνουμε αυτή την επισήμανση, διότι πολλές φορές μέσω των εμπλεκομένων φορέων, διατυπώνονται προτάσεις, για την ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Δεν γίνεται αναφορά σε σοβαρές περιπτώσεις αναπηρίας, οι οποίες απ' ότι φαίνεται έχουν αυξητική τάση.

Συμφωνούμε με τις αρχές της ένταξης με προοπτική την ενσωμάτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στο Γενικό σχολείο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, με βασικές προϋποθέσεις.

1 Η διαδικασία της ένταξης με προοπτική την ενσωμάτωση, να υποστηρίζεται ποικιλλοτρόπως, κατά περίπτωση και

2 Για την αποτελεσματικότερη εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές ανάγκες ζητούμενο δεν θα πρέπει να είναι ο τόπος (Γενικό Σχολείο, Ειδική Τάξη ή Ειδικό Σχολείο), αλλά η επίτευξη των στόχων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Στις περισσότερες περιπτώσεις ατόμων με ειδικές ανάγκες, υπό προϋποθέσεις μπορεί να επιτευχθεί η ένταξη ακόμη και η ενσωμάτωση στο

---

[15] Βλ. Σχετ. «Η Επαγγελματική Εκπαίδευση των νοητικώς καθυστερημένων στην Ελλάδα. Προβλήματα της Διδακτικής Πράξης, αποτελεσματικότητα των Εκπαιδευτικών προγραμμάτων» Ανδρέα Ε. Δημητρόπουλου Κεφ. 4. 1995 Πανεπιστήμιο Αθηνών –Τμήμα Φιλοσοφίας-Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας.

εκπαιδευτικό πλαίσιο του Γενικού Σχολείου της Πρωτοβάθμιας ή Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με τις παρακάτω προϋποθέσεις:

1 Την καλύτερη αντιμετώπιση των σχετικών προβλημάτων υγείας, που αντιμετωπίζουν κατηγορίες ατόμων με ειδικές ανάγκες, από τις Υπηρεσίες Υγείας.

2 Την έγκυρη εκπαιδευτική παρέμβαση. Βλ. Σχετική μας πρόταση παραπάνω.

3 Την ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών γνώσεων και δεξιοτήτων, που είναι απαραίτητες, για την επιτυχία της ένταξης και ενσωμάτωσης σε οποιοδήποτε εκπαιδευτικό ή κοινωνικό πλαίσιο[16].

4 Προετοιμασία της Σχολικής Κοινότητας (γονέων, μαθητών χωρίς ειδικές ανάγκες, δασκάλων), για την ένταξη του μαθητή με ειδικές ανάγκες στην Γενική Τάξη.

5 Η παρουσία δασκάλου Ειδικής Αγωγής, στη Γενική Τάξη, στις περιπτώσεις εκείνες, όπου οι προς ένταξη μαθητές σε αριθμό και οι ιδιαιτερότητες της αναπηρίας τους, θα βοηθηθούν περισσότερο από το δάσκαλο Ειδικής Αγωγής.

6 Σε περιπτώσεις ένταξης ενός μαθητή με ειδικές ανάγκες στην γενική τάξη, ο δάσκαλος της Γενικής Αγωγής, θα προσφέρει καλύτερη εκπαίδευση στο μαθητή με ειδικές ανάγκες, εφ΄όσον συνεργάζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, με δάσκαλο της Ειδικής Αγωγής, ή άλλους ειδικούς, όπου απαιτείται.

7 Συνεργασία του δασκάλου, της τάξης ένταξης με τις οικογένειες των μαθητών με ειδικές ανάγκες, για την καλύτερη υλοποίηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

---

[16] Βλ. Σχετ. Ιωάννου Παρασκευόπουλου. 1980 «Νοητική καθυστέρηση. Αιτιολογία-πρόληψη. Ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση».. Ανδρέα Ε. Δημητρόπουλου. 1995. «Η Επαγγελματική Εκπαίδευση των νοητικά καθυστερημένων στην Ελλάδα. Προβλήματα της Διδακτικής Πράξης. Αποτελεσματικότητα των Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων. Αθήνα.

Στις περιπτώσεις, που οι μαθητές με ειδικές ανάγκες, έχουν ενταχθεί σε Ειδική Τάξη ή σε Ειδικό Σχολείο, για καλύτερα αποτελέσματα, θεωρούμε την υλοποίηση στο μέγιστο βαθμό των κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ως βασική προϋπόθεση.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού απαιτούνται:

1 Στελέχωση του Ειδικού Σχολείου και της Ειδικής Τάξης με προσωπικό, το οποίο σε αριθμό και σχετικές γνώσεις, θα είναι ικανό να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά του.

2 Τα πιο σύγχρονα κατάλληλα εποπτικά και τεχνικά μέσα να είναι στην διάθεση του προσωπικού και των μαθητών.

3 Υποστήριξη των οικογενειών για την υλοποίηση των προγραμμάτων του Ειδικού Σχολείου και της Ειδικής Τάξης στο σπίτι.

4 Υποστήριξη της οικογένειας από τους ειδικούς επιστήμονες (Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Συμβούλους Οικογένειας και άλλους κατά περίπτωση), που θα πρέπει να στελεχώνουν τα Ειδικά Σχολεία και τις Ειδικές Τάξεις, όπου αυτό είναι αναγκαίο.

5 Θετική συνεισφορά στην επίτευξη των στόχων της Ειδικής Αγωγής, θα έχει και η πρόταση, η οποία διατυπώνεται από φορείς και ειδικούς του χώρου, για τη λειτουργία πανεπιστημιακών τμημάτων Ειδικής Αγωγής, θα έδινε ώθηση σε ερευνητικές δραστηριότητες και σε εκπαιδευτικά προγράμματα του προσωπικού, το οποίο εμπλέκεται στην παροχή Ειδικής Αγωγής, σε οποιοδήποτε εκπαιδευτικό πλαίσιο.

6. Η ενίσχυση της έρευνας, για τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας, για ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε βαθμίδα της εκπαίδευσης των στελεχών Ειδικής και Γενικής Αγωγής.

7. Η πληροφόρηση των κρατικών ερευνητικών φορέων για την οικονομική ενίσχυση τέτοιων ερευνών.

8. Η συνεργασία με τους φορείς των αναπήρων και των οικογενειών τους, με σκοπό την ανάπτυξη ερευνητικής συνείδησης.

9. Τη βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των συντελεστών της έρευνας[17].

10. Το επίδομα των ειδικών συνθηκών, που χορηγείται στους εκπαιδευτικούς της Ειδικής Αγωγής, λειτουργεί ως κίνητρο για την προσέλκυση στην Ειδική Αγωγή εκπαιδευτικών, οι οποίοι ενδεχομένως δε διαθέτουν τα ουσιαστικά προσόντα.

Για το σκοπό αυτό, για τους παραπάνω λόγους προτείνουμε την αλλαγή της ονομασίας του σε επίδομα πρόσθετων προσόντων και τη σύνδεσή του με τα τυπικά προσόντα των εκπαιδευτικών, οι οποίοι απασχολούνται στην Ειδική Αγωγή και όχι με το επαγγελματικό αντικείμενό τους[18].

11. Το ειδικό προσωπικό και η εφαρμογή κατάλληλων ειδικών προγραμμάτων, παράλληλα με καλύτερη υποδομή του Γενικού και του Ειδικού Σχολείου19.

1. Το πρόγραμμα της επαγγελματικής σχολής, θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του εκπαιδευόμενου.
2. Να στελεχώνεται η σχολή από ειδικό προσωπικό.
3. Τα προγράμματα να προσανατολίζονται προς την ανάπτυξη ικανοτήτων κλίσεων.
4. Να ενισχυθεί η εύρεση εργασίας των ατόμων αυτών.
5. Και να εφαρμοσθούν ειδικά προγράμματα.

---

[17] Βλ. Σχετικά Ανδρέα Ε. Δημητρόπουλου «Η Επαγγελματική Εκπαίδευση των νοητικά καθυστερημένων στην Ελλάδα». Αθήνα 1995.

[18] Βλ. Σχετικά “Η Επαγγελματική Εκπαίδευση των νοητικώς καθυστερημένων στην Ελλάδα” Ανδρέα Ε. Δημητρόπουλου. Αθήνα 1995.

[19] Παρ. 6 “Οι Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης των Υπουργείων Παιδείας και Εργασίας”.

12. Συμφωνούμε με τις προτάσεις, τις οποίες διατυπώνει ο Ανδρέας Ε. Δημητρόπουλος[20].

1. Εφαρμογή και εκσυγχρονισμός προγραμμάτων επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης.
2. Σταδιακή μετατροπή θεσμών Ειδικής Αγωγής σε θεσμούς υποστήριξης, με κατάλληλη προετοιμασία και με κριτήριο την αποτελεσματικότερη συμβολή στην επαγγελματική εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Οι επιφυλάξεις οι οποίες διατυπώνονται από τις οικογένειες και λειτουργούς του χώρου για την προτεραιότητα της πρότασης αυτής, τις θεωρούμε δικαιολογημένες, στην περίπτωση που αυτή η πρόταση υλοποιηθεί αποσπασματικά και απρογραμμάτιστα.

Σ' αυτή την περίπτωση θα έχει αρνητικά αποτελέσματα στους στόχους της Ειδικής Αγωγής και Ειδικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης.

3. Προτείνουμε η προστατευτική εργασία να είναι η βασική επιλογή των οικογενειών.

Η βασική επιλογή των οικογενειών και των ειδικών του χώρου στις περιπτώσεις ατόμων με ειδικές ανάγκες στις οποίες είναι ανέφικτο να τοποθετηθούν στην ελεύθερη εργασία.

4. Εκπαίδευση και προετοιμασία του κοινωνικού συνόλου για αποδοχή των ατόμων με ειδικές ανάγκες σε όλες τις εκδηλώσεις της κοινωνικής ζωής, δίνοντας έμφαση στην ενημέρωση των μαθητών της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, από τους εκπαιδευτικούς και τις κοινωνίες, γενικώτερα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
5. Εκπαίδευση στελεχών υποστήριξης.
6. Αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας στην επαγγελματική εκπαίδευση των μαθητών με ειδικές ανάγκες.

---

[20] . "Η Επαγγελματική Εκπαίδευση των νοητικώς καθυστερημένων στην Ελλάδα". Αθήνα 1995.

7. Αξιοποίηση των επιτευγμάτων της σύγχρονης τεχνολογίας προσαρμοσμένα κατάλληλα στο εργασιακό πλαίσιο των ατόμων με ειδικές ανάγκες.
8. Συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών φορέων επαγγελματικής εκπαίδευσης, ατόμων με ειδικές ανάγκες.
9. Ίδρυση Υπηρεσιών Επαγγελματικού Προσανατολισμού στελεχωμένων με ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες, οι οποίοι θα μπορούν να κατευθύνουν τα άτομα με ειδικές ανάγκες, σε επάγγελμα σύμφωνο με τις πραγματικές δυνατότητές τους.
10. Συνεργασία της οικογένειας στην αξιοποίηση ευκαιριών επαγγελματικής αποκατάστασης, στα πλαίσια του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος.
11. Αξιοποίηση των προγραμμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προς την κατεύθυνση δημιουργίας δομών επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης, οι οποίες στο μέλλον δεν θα εξαρτώνται από τα προγράμματα αυτά, χάρις στην σύγχρονη αποτελεσματική τους λειτουργία.
12. Συντονισμός δραστηριοτήτων των εμπλεκόμενων φορέων επαγγελματικής εκπαίδευσης και επαγγελματικής αποκατάστασης για καλύτερα αποτελέσματα[21].

Τις τελευταίες δεκαετίες, ασκείται κριτική από ειδικούς του χώρου, συναφείς Υπηρεσίες και φορείς για αναποτελεσματικότητα των κοινωνικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών στη χώρα μας, διατυπώνοντας παράλληλα προτάσεις για αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αυτών.

[21] Παρ. 7 "Η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των κοινωνικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών".

Με τις προτάσεις μας, ως αποτέλεσμα μελέτης του σχετικού προβληματισμού, που αναπτύσσεται σκοπό έχουμε, να συμβάλλουμε στον σχετικό διάλογο με τους μετεκπαιδευόμενους δασκάλους στην Ειδική Αγωγή.

Παράλληλα η υλοποίηση των προτάσεων, από τις Υπηρεσίες:

Α.. Υγείας

Β. Πρόνοιας

Γ. Κοινωνικής Ασφάλισης.

Δ. Εκπαιδευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας και

Ε. Υπηρεσίες Επαγγελματικής Εκπαίδευσης των Υπουργείων Παιδείας και Εργασίας θα έχουν ως αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών.

Η υλοποίηση των παραπάνω προτάσεων σχετίζεται με:

1 Την εκάστοτε ασκούμενη κοινωνική πολιτική.

2 Από το ενδιαφέρον του Διοικητικού και Επιστημονικού Προσωπικού των Υπηρεσιών αυτών, για αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα και

3 Από τη δράση του γονεϊκού και αναπηρικού κινήματος.

Στον σχετικό διάλογο για αποτελεσματικότητα της κοινωνικής και εκπαιδευτικής πολιτικής, θα πρέπει να συμμετέχουν οι ειδικοί του χώρου και οι εκπρόσωποι του γονεϊκού και αναπηρικού κινήματος[22] και των οικογενειών τους. Η πολυπαραγοντική αντιμετώπιση αυτών είναι οι βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων από τις εμπλεκόμενες Υπηρεσίες και φορείς.

[22] Παρ. 8 "Ο δάσκαλος ως συντονιστής μεταξύ των εμπλεκομένων Υπηρεσιών και του ατόμου με ειδικές ανάγκες και της οικογένειάς του".

Ο δάσκαλος δεν μπορεί να υποκαταστήσει τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, του γιατρού, του εργοθεραπευτή ή άλλων ειδικών. Μπορεί όμως ως συντονιστής των συναφών υπηρεσιών και ειδικών να συνεισφέρει στην υλοποίηση σχετικών προγραμμάτων από τις Υπηρεσίες αυτές.

Ελλείψεις της παρούσας έρευνας και προτάσεις για μελλοντικές μελέτες

Τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι αρκετά διαφωτιστικά σχετικά με τομείς που υπάρχει ελλιπής πληροφόρηση ή ακόμα και άγνοια από μέρους των γονέων ατόμων με σύνδρομο Down, όπως για παράδειγμα ο προγεννητικός έλεγχος και η έλλειψη υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης. Επιπλέον καταγράφτηκε η άποψη των γονέων για την ποιότητα της εκπαίδευσης των παιδιών τους με σύνδρομο Down, η οποία μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα μιας προσπάθειας για την βελτίωση των συνθηκών που επικρατούν σήμερα στη χώρα μας. Αυτό είναι πολύ σημαντικό διότι, όπως προαναφέρθηκε, η εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές ανάγκες και ικανότητες επηρεάζει και άλλες εξίσου σημαντικές μεταβλητές στη ζωή των ατόμων αυτών, όπως είναι η στάση τους προς κάποια θέματα ή ακόμα και η κοινωνικοποίηση τους και η ομαλότερη ένταξη τους στην κοινωνία.

Επειδή η παρούσα εργασία ανήκει στις μελέτες περίπτωσης, τα συμπεράσματα της μπορούν να συνεισφέρουν σε παρόμοιες έρευνες, με αντίστοιχους πληθυσμούς, χωρίς όμως να μπορούν να γενικευτούν στο σύνολο του πληθυσμού των οικογενειών με μέλος άτομο με σύνδρομο Down της χώρας μας. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας μπορεί να αποτελέσει ένα αρκετά αξιόπιστο εργαλείο για παρόμοιες έρευνες, επειδή περιλαμβάνει ποικίλες ερωτήσεις από το σύνολο των ζητημάτων και προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι γονείς ατόμων με σύνδρομο Down.

Σε παρόμοιες ερευνητικές μελέτες θα ήταν χρήσιμο να δοθεί η δυνατότητα στους γονείς να αναπτύξουν πιο αναλυτικά τις σκέψεις και απόψεις τους σχετικά με τα επιμέρους θέματα τα οποία αξιολογούν μέσω περισσοτέρων ανοιχτών ερωτήσεων. Αυτό θα βοηθήσει τη βαθύτερη κατανόηση τόσο των θετικών στοιχείων όσο και των αρνητικών παραγόντων. Επιπλέον, τα δεδομένα που

καταγράψαμε θα ήταν καλό να επιβεβαιωθούν με μεγαλύτερο δείγμα γονέων, ώστε να επιβεβαιώσουμε τα συμπεράσματά μας. Διότι παρά τη σχετική ομοιομορφία που υπάρχει στα άτομα με σύνδρομο Down και τις οικογένειές τους, οι απόψεις και η αξιολόγηση συμπεριφορών και στάσεων είναι θέμα υποκειμενικό και πολύ προσωπικό για τον καθένα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ackerman, N. (1958) *The psychodynamics of family life.* Basic Books, New York.

Ainsworth, Salter M. D. (1992) Μεταβλητές που επηρεάζουν την ανάπτυξη της προσκόλλησης. Στο Βοσνιάδου Σ. (Επ.) *Κείμενα εξελικτικής ψυχολογίας - Κοινωνική Ανάπτυξη*, τ. **Γ΄**, σσ. 27-45. Απόσπασμα από το πρωτότυπο: *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of attachment.* Αθήνα: Gutenberg.

Allport, G. (1935) Attitudes. In C. M. Murchison. *Handbook of social psychology.* Worcester, Mass.: Clark University.

Allport, G. (1954) *The family of prejudice.* Cambridge, Mass: Addison-Wesley.

Allport, G. (1957) *Personality: A psychological Interpretation.* New York: Holt, Rinchart and Winston, Inc.

Allport, G. (1961) *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Reinehart & Winston.

Amato, P. R. (1986) Marital conflict, the parent-child relationship and child self-esteem. *Family Relations*, **35**, 403-410.

Amato, P. R., & Keith, B. (1991a) Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. In *Psychological Bulletin*, **110**, 24-46.

Amato, P. R., & Keith, B. (1991b) Parental divorce and adult well-being: a meta-analysis. In *Journal of marriage and the family*, **53**, 43-58.

American Association on Mental Retardation (1992): « Mental retardation: Definition, classification and system of supports », 9th Ed, Washington D. C, p. 5

American Psychiatric Association (1994): « Diagnostic Criteria from DSM IV », Washington D. C, p. 97

Angyal, A. (1941) *Foundations for a Science of Personality*. New York: Commonwealth Fund.

Arnold, M.B. (1960) *Emotion and personality*. New York: Columbia University Press, 2vols.

Asch, S. E. (1946) Forming impressions of personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, **41**, 263.

Asch, S. E. (1951) Effects of group pressure upon the modifications and disortions of judgements. In H. Guetzkow (Ed.) Leadership and men. Pittsburgh: Carnegie.

Ashby, R. W. (1960) *Design for a brain.* New York: John Willey and Sons, Inc.

Bandura, A. (1965) Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses, *J. Pers. Soc. Psychol*., **1,** 589-595.

Bandura, A. (1984) Recycling Misconceptions of Perceived Self-efficacy, *Cognitive Therapy and Research*, **8**, 231-255.

Bandura, A. (1986a) *Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986b) Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. In J. Madden IV, S. Matthysse, & J. Barchas (Eds.), *Adaptation, learning and affect*. New York: Raven Press.

Bandura, A. (1989a) Self Regulation of Motivation, and Action through Internal Standards and Goal Systems. In L.A. Pervin (Ed.) *Goal Concepts in Personality and Social Psychology*, 19-85, Hillsdale, New Jersey: LEA

Bandura, A. (1989b) Social Cognitive Theory, Annals of child Development, 6, 1-60.

Bandura, A. (1995) Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*, 1-45. New York: Cambridge.

Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, Freeman.

Bandura, A., (1977a) "Self-efficacy: Toward a unifying Theory of Behavioral Change", *Psychological Review*, 84,191-215.

Bandura, A., (1977b) *Social Learning Theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. & Schunk, D. H. (1981) Cultivating competence, self-efficacy, and interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, **41**, 586-598.

Bandura, A. (1977) *Social learning theory*, Prentice Hall, Inc. U.S.A.

Bandura, A. (1981) Self-referent thought: The development of self-efficacy. In J. H. Flavell & L. D. Ross (Eds.) *Development of social cognition.* New York: Cambridge University Press.

Barry, H., Child, I. L. & Bacon, M. K. (1959) Relation of child training to subsistence economy. *American Anthropologist*, **61**, 51-63.

Barton, P. (1986) *Living conditions in urban areas.* European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Report, Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.

Batshaw. M. L, Perret. Y. M (1986): « Children With Handicaps », Paul Brookes, Baltimore

Baumrind, D. (1967) Child care practices antecending three patterns of pre-school behaviour. *Genetic Psychological Monographs*, **75**, 43-88.

Baumrind, D. (1973) The development of instrumental competence through socialization. In A. D. Pick (Ed.) *Minnesota Symposia on Child Psychology*, **7**.

Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bentovim, A., & Bingley, L. (1988) Η γονεϊκή φροντίδα και η διαταραχή της παροχής της: μερικές κατευθύνσεις για την αξιολόγηση του παιδιού, των γονιών του και της οικογένειας. Στο Ι. Τσιάντη & Σ. Μανωλόπουλου (Επ.) *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, σσ. 239-254. Αθήνα: Καστανιώτη.

Berger, B. & Berger, D. (1983) The war over the family. In *Capturing the Middle Ground.* London: Penguin.

Bernesi. I, Pat. G (1997): « Εκπαίδευση ατόμων με σύνδρομο DOWN », ΙΩΝ, Αθήνα

Berry, J. W. (1971) Ecological and cultural factors in spatial perceptual development. *Canadian Journal of Behavioral Science*, **3**, 324-336.

Berry, J. W. (1976) *Human ecology and cognitive style: Comparative studies in cultural and psychological adaptation.* New York: Willey.

Berry, J. W. (1979a) A cultural ecology of social behavior. In L. Berkowitz (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology.* New York: Academic.

Berry, J. W. (1979b) Culture and cognitive style. In A. J. Marsella, R. G. Tharp & T. J. Ciborowski (Eds.) *Perspectives on cross-cultural psychology.* New York: Academic.

Berry, J.W,. (1975). An ecological approach to cros-cultural psychology. Neds. Tijds. Rsychol.

Bertalanffy, L. E. von. (1968) *General System Theory: Foundation and development.* New York: George Brazilier.

Bertalanffy, L. E. von. (1973) General System Theory - A Critical Review. In M. Milstein and J. A. Belasco (Eds.) *Educational administration and the behavioral sciences: A system's perspective.* Boston: Allyn and Bacon, 5-48

Bertocci, P. (1945) The psychological self, the ego and personality, *Psychological Review*, **52**, 91-99.

Black, C. (1989) *Its never too late to have a happy childhood. Inspirations for adult children.* New York: Random House.

Bleuher, M. (1978) *The schizophrenic disorders.* Yale University Press.

Blodgett, H. (1929) The effect of the introduction of reward upon maze behavior in rats, *University of California Publ. Psychology,* **4**, 113-134.

Blos, P. (1962) *On adolescence: A psychoanalytic interpretation.* New York: The Free Press of Glencoe.

Bohannon, P. (1970) The six stations of divorce. In P. Bohannon (ed.), *Divorce and after: An analysis of the emotional and social problems of divorce* (pp. 29-55). New York: Doubleday.

Booth, A., Johnson, D., White, L., & Edwards, J. (1984) Women outside employment, and marital stability. *American Journal of Sociology*, **90**, 569-583.

Bowlby, J. (1973) *Attachment and loss* (Vol.2): *Separation.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss* (Vol.3): *Loss: Sadness and depression.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988b) Developmental psychiatry comes with age. *American Journal of Psychiatry*, **145**, 1-10.

Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development.* Cambridge, MA: Harvard Univercity Press.

Brown, B. F. (1980) A study of the school needs of children from one-parent families. *Phi Delta Kappan*, **62**, 537-540.

Bruner, J., & Goodman, C. (1947) Value and need as organizing factors in perception, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, **42**, 33-44.

Buckley. S (1984): « The influence of family variables on children's progress on Portage in Dessent, A, What is important about Portage? », NFER – Nelson, London

Buckley. S, Emslie. M, Haslegrave. G, Leprevost. P (1986): « The Development of Language and Reading skills in Children with Down's Syndrome. Book and Videotape », Portsmouth Polytechnic, Portsmouth

Burgio. G. R, Fraccaso. M, Tiepolo. L, Land Wolf. U (1981): « Trisomy 21», Springer – Verlang, Berlin

Burns, R. (1982) *Self-concept development and education.* London: Holt, Rinehart, & Winston.

Campbell, J. K., & Sherrard, P. (1968) *Modern Greece.* London: Ernest Bern.

Caplan, G. (Ed.) (1955) *Emotional problems of early childhood.* New York: Basic Books.

Cattel, R. (1950) *Personality. A Systematic, Theoretical and Factual Study.* New York: McGraw-Hill.

Chein, I. (1944) Awareness of self and the structure of ego, *Psychological Review*, **51**, 304-314.

Cherlin, A. J., Fustenberg, F. F., Chase-Lansdale, P. L., Kiernan, K., Robins, P. K.,

Commision of the European Communities (1989) Directorate - General. Employment, Industrial Relations and Social Affairs: *Lone Parent Families in the European Community,* Final Report.

Cooley, C. (1912) *Human Nature and the Social Order*, New York: Scribners.

Cooley, C. H. (1902) *Human Nature and the Social Order.* New York: Charls Scribner's Sons.

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

Coopersmith, S. (1984) *Coopersmith self-esteem inventories.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Cornell, C. P. & Gelles, R. J. (1982) Adolescents to parent violence. *Urban Social Change Review*, **15**, 8-14.

Cummings, E. M. (1987) Coping with background anger in early childhood, *Child Development*, **58**, 976-984.

Cummings, E. M., Iannotti, R. J., & Zahn-Waxler, C. (1985) The influence of conflict between adults on the emotions and agression of young children, *Developmental Psychology*, **21**, 495-507.

Cunningham. C (1982): « Down's Syndrome – A Guide for Parents », Souvenir Press, London

D' Costa, (1985) Family and generations in sociology: A review of recent research in France. *Journal of Comparative Studies*, **16**, 319-327.

Dale, P., et al., (1986) *Dangerous families.* Tavistock, U. K. In D. Finkelhor, R. J. Gelles, G. T. Hotaling, & Strauss, M. (Eds.) (1983) *The dark side of families. Current Family Violence Research.* Sage Books.

Davie, R., Butler, N. R., & Goldstein, H. (1972) *From birth to seven.* National Children's Bureau. Longman.

Deci, E. (1972a) Effects of contingent and non-contingent rewards and controls on intrinsic motivation, *Organizational Behavior and Human Performance*, **8**, 217-229.

Deci, E. (1972b) Intrinsic motivation, extrinsic reinforcement and inequity, *Journal of Personality and Social Psychology*, **22**, 113-120.

Demos, J. (1970) *A little commonwealth: family life in Plymouth Colony*. New York: Oxford Univercity Rress.

Despert, J. L. (1962) *Children of divorce.* Garden City, New York: Doubleday.

Dolto, F. (1993) *Όταν οι γονείς χωρίζουν*. Αθήνα: Εστία.

Drever, J. (1965) *A dictionary of Psychology.* Harmondsworth - Middlesex, Penguin.

Durkheim, E. (1988) Introduction a la sociologie de la famille. *Annales de la faculte des lettres de Bordeaux*, **10**.

Durkheim, E. (1988) Introduction a la sociologie de la famille. Annales de la faculte des lettres de Bordeaux, 10.

Elliott, B. J., & Richards, M. P. M. (1991) Children and divorce: educational performance and behaviour before and after parental separation. *International Journal of Law and the Family*, **5**, 258-276.

Ellis, A. (1973) Rational Emotive Therapy». In R. Corsini (ed) *Current Psychotherapies*. Illinois. F. E. Peacock Publish. Inc.

Emery, R. E., & O' Leary, K. D. (1984) Marital discord and child behaviour problems in a nonclinic sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **12**, 411-420.

Engels, F. (1978/1884) Η καταγωγή της οικογένειας, της ατομικής ιδιοκτησίας και του κράτους. Στο Marx & Engels, Διαλεχτά έργα, τ. Β΄,έκδ. Κ.Ε. του Κ.Κ.Ε.

Epstein, S. (1967) "Toward a unified theory of anxiety" in: B.A.Maher (ed.) *Progress in experimental personality research*, vol.4 New York: Academic Press.

Epstein, S. (1973) The self-concept revisited: or a theory of a theory, *American Psychologist*, May, 404-416.

Epstein, S. (1980) The self concept: A review of an integrated theory of personality. In E. Staub (ed), *Personality: Basic aspects and current research*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Epstein, S. (1984a) The stability of behavior across time and situations. In R. A. Zucker, J. Aronoff, & R. I. Rabin (Eds.), *Personality and the prediction of behavior.* New York: Academic Press.

Erikson, E. H. (1950) *Childhood and Society.* New York: W.W. Norton and Co.

Erikson, E. H. (1968) *Identity: Youth and crisis*. New York: W.W. Norton and Co.

Erikson, E. H. (1990) *Η παιδική ηλικία και η κοινωνία*, Μ. Κουτρουμπάκη (μετ.), Ν. Μπάλη (επ. μετ.), Αθήνα: Καστανιώτη.

Eysenck, H. J. & Eysenck, S. B. G. (1968) *A factorial study of Psychotism as a dimension of personality Cultivariate Behaviour Research*. Special Issue.

Eysenck, H. J. (1947) *Dimensions of personality*. London.

Eysenck, H. J. (1950) Criterion analysis - an application of the hypothetico - deductive method in factor analysis. In *Psychol. Rev.*, **57**.

Feigelson. F (1990): « A multi-disciplinary, multiorganizational intervention program for families of infants born with developmental disabilities (panel presentation) », στο Chigier. E (Ed.): « Looking up at Down Syndrome », Freund Publishing, London

Ferri, E. (1976) *Growing up in a one parent family.* Windsor: NFER/Nelson.

Ferri, E. (1984) *Stepchildren: a National Study.* Windsor: NFER/Nelson.

Ferri, E. (1994) Παιδιά και διάλυση της οικογένειας. Στο Δ. Κονδύλη (Επ.) *Παιδική Προστασία: τάσεις και προοπτικές*, Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας. Αθήνα:

Παπαζήση.

Festinger, L. (1954) A theory of social comparison processes. *Human relations*, **7**, 117-140.

Festinger, L. (1957) *A theory of cognitive dissonance.* Evanston, III.: Row, Peterson.

Fisher, G. N. (1992) Beyond identity: Invention, absorption and transference. In Feinstein, S. C. (Ed.), *Adolescent Psychiatry*, **18**, 448-460. The Univercity of Chicago.

Flouris G., (1978) *The self concept and cross cultural awareness of Greek-Americans students enrolled in the monolingual and bilingual schools*. Ph. D. dissertation, Florida State university.

Fogelman, K. (1983) *Growing up in Great Britain: collected papers from the National Child Development Study* (Ed.). London: Macmillan.

French, J. R. P. (1956) A formal theory of social power. *Psychological Review*, **63**, 181-194.

French, J. R. P., & Raven, B. (1959) The bases of social power. In D. Cartwright *Studies in social power.* Ann Arbor: University of Michigan.

Freud, A. (1978/1966), *The Ego and the mechanisms of defence*. International University Press, Θ. Παραδέλλη (μετ.). Αθήνα.

Freud, S. (1917) *Mourning and melancholia.* London: The Hogarth Press, Standard Edition, 1957, **14**, 237-258.

Freud, S. (1958) Adolescence. *The psychoanalytic study of the child*, **13**, 255-278.

Freud, S. (1964) *An outline of psychoanalysis.* Standard Edition, **23**. London: Hogarth Press.

Fromm, E. (1971) *Ο φόβος μπροστά στην ελευθερία.* Δ. Θεοδωρακάτου (Μετ.). Αθήνα: Μπουκουμάνης.

Fromm, E. (1974) *Ο άνθρωπος για τον εαυτό του.* Αθήνα: Μπουκουμάνης.

Fromm, E. (1974) Ο άνθρωπος για τον εαυτό του. Αθήνα: Μπουκουμάνης.

Garbarino, J., & Gilliam, G. (1980) *Understanding abused families.* Lexihgton.

Garbarino, J., Guttman, E., & Sealey, J. W. (1984) *The psychological battered child.* San Francisco: Jossey Bass.

Garfinkel, I., & McLanahan, S. S. (1986) *Single mothers and their children: A new American dilemma.* Washington, DC: The Urban Institute Press.

Gath. A (1985): « Down's Syndrome in the first nine years », στο Nicol. A. R (Ed) (1985): « Longitudinal Studies in Child Psychology », Wiley, Chichester

Gecas, V. (1972) Parental behavior and contextual variations in adolescent self

esteem. *Sociometry*, **35**, 332-345.

Gelles, D. (1974) *The violent home.* Sage Books.

Gelles, D., & Cornell, C. P. (1985) *Intimate violence in families.* Sage Books (2nd edition).

Georgas, J. (1989) *Changing family values in Greece: From collectivist to individualist.* Journal of Cross-Cultural Psychology, **20**, 80-91.

Georgas, J. (1991) *Intra-family acculturation of values.* Journal of Cross-Cultural Psychology, **22**, 445-457.

Georgas.J (1992): « The relationship of the family structure to allocentric and idiocentric orientation », στο U. Kim Symposium: « Culture and self: Social and applied issues », XIth Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology, Liege, Belgium

Gergen, K. J. (1967) To be or not to be the single self. In S. Journal (ed.) *To be or not to be: Existential perspectives on the self*, 104-132, Gainesville: University of Florida Press.

Gergen, K. J. (1971) *The concept of the self.* New York: Holt, Rinehart and Winston.

Goddard. H (1912): « The Kallikak family », The Mcmillan Co, New York

Goffman, E. (1973) *The presentasion of self in everyday life.* New York: Woodstock, One Lock Press.

Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (1980) *Family Therapy: An overview.* Belmont, CA: Wadsworth.

Goldstein, K. (1939) *The Organism.* New York: American Book Co.

Goleman, D. (1998) *Η συναισθηματική νοημοσύνη: Γιατί το "EQ" είναι πιο σημαντικό από το "IQ;"*, Α. Παπασταύρου (Μετ.), Ι. Ν. Νέστορος & Χ. Ξενάκη (Επ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Gongla, P. A. (1982) Single parent families: a look at families of mothers and children. *Marriage and Family Review*, **5(2)**, 5-27.

Goodnow, J. J. (1970) Cultural variations in cognitive skills. *Cognitive Studies*, **1**, 242-257.

Gottman, J. (2000) *Η συναισθηματική νοημοσύνη των παιδιών*, Ξενάκη Χ. (Μετ.), Χατζηχρήστου Χ. (Επιστ. Επ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Gramci, A. (1976) *Πολιτικά κείμενα* (1920), Μ. Ζορμπά (μετ.). Αθήνα: Οδυσσέας.

Grinker, R. R. (1968) (Quoting Whitehorn in) Psychiatry and our dangerous world. In *Psychiatric research in our changing world.* Proceedings of an International Symposium, Montreal. Expecta Medica International Congress Series, No. **187**.

Guidubaldi, J., Perry, J. D., & Nastasi, B. K. (1987a) Assessment and intervention for children of divorce. In JP Vincent (ed.), *Advance in family intervention, Assessment and Theory*, **4**, 33-69. Greenwich, CT: JAI Press.

Hales, S. A. (1981) *The development of self-esteem: A longitudinal and cross-sectional analysis.* Paper presented at the American Psychological Association Meetings, Los Angeles, CA.

Hamachek, D. (1992) *Encounters with the Self*. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Harlow, H. F. & Harlow, M. (1962) Social deprivation in monkeys. *Scientific American*, **207**, 136-146.

Harlow, H. F. (1958) The nature of love. *American Psychologist*, **15**, 675-685.

Harter, S. (1983) Developmental perspectives on the self-system. In E. M. Heatherington (Ed.), *Handbook on child psychology: Socialization, personality and social development*, **4**, 275-386. New York: Wiley.

Harter, S. (1986) Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. In J. Suls & A. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self*, **3**, 137-181. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Harter, S. (1990a) Causes, correlates and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In J. Kolligan & R. Sternberg (Eds.), *Perceptions of competence and incompetence across the life-span*, 67-98. New Haven, CT: Yale University Press.

Harter, S. (1990b) Processes underlying adolescent self-concept formation. In R. Montemayor , G. R. Adams & T. P. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence : A transitional period?*, 205-239. Newbury Park, CA: Sage.

Harter, S. (1990c) Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. In A. M. La Greca (Ed.), *Through the eyes of the child: Obtaining sesf-reports from children and adolescents*, 292-325. Boston: Allyn and Bacon.

Harter, S. (1999) *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford.

Harter, S., Marold, D. B., Whitesell, N. R., & Cobbs, G. (1996) A model of the effects of parent and peer support on adolescent false self behavior. *Child Development*, **67**, 360-374.

Hayes, N. (1998) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Hayes. A, Batshaw. M. L (1993): «Down syndrome », Paediatric Clinics of North America, 40, p. 523

Heider, F. (1958) *The psychology of interpersonal relations.* New York: Wiley.

Herbert, M. (1988) *Working with children and their families.* London: Routledge.

Herbert, M. (1999) *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*, Α. Καλαντζή - Αζίζι (Επ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Hess, R. D., & Camara, K. A. (1979) Post-divorce relationships as mediating factors in the consequences of divorce for children. *Journal of Social Issues*, **35(4)**, 79-96.

Hetherington, E. M. (1981) Children and divorce. In R. W. Hendertson (Ed.), *Parent-child interaction: Theory, recearch, and prospects*, 33-82. New York: Academic Press.

Hetherington, E. M., (1979) Divorce. A child's perspective. *American psychologist,* **34(10)**, 851-858.

Hetherington, E. M., (1992) Coping with marital transitions: A family systems perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **57**, 6.

Hetherington, E. M., (1994) Long terms outcomes of divorce and marriage: the early adolescent years. In A. S. Masten (chair) *Family Processes and Youth Functioning during the Early Adolescent Years* symposium conducted at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development. New Orleans, L.A. (1993), cited by E. M. Cummings & P. Davies. *Children and Marital Conflict: The Impact of Family Dispute and Resolution.* London: Guilford, 131-132.

Hetherington, E. M., Cox, M. & Cox, R. (1976) Divorced fathers. *Family Coordinator*, **25**, 417-428.

Hetherington, E. M., Cox, M. & Cox, R. (1978) The aftermath of divorce. In J. H. Stevens, Jr., & M. Mathews (Eds.), *Mother-child relations.* Washington, D. C.: National Association for the Education of Young Children.

Hetherington, E. M., Cox, M. & Cox, R. (1979a) Play and social interaction in children following divorce. *Journal of Social Issues*, **35**, 26-49.

Hetherington, E. M., Cox, M. & Cox, R. (1979b) Family interaction and the social, emotional and cognitive development of children following divorce. In V. Vaughn, & T. Brazelton (Eds.), *The family: Setting priorities.* New York: Science and Medicine.

Higgins, E. T. (1987) Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Reviews*, **94**, 319-340.

Higgins, E. T. (1989) Self-discrepancy theory: What patterns of sesf-beliefs cause people to suffer? In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, **22**, 23-63. New York: Academic Press.

Hilgard, E. (1962) *Introduction to Psychology*, 3rd ed. London: Methuen.

Hofstatter, P.,ed, (1978) *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία*, Αθήνα: Νέα Σύνορα.

Hofstede, G. (1980) *Culture's consequences.* Beverly Hills, CA: Sage.

Hoge, D. R., & McCarthy, J. D. (1984) Influence of individual and group identity salience in and the global self-esteem of youth. *Journal of Personality and Social Psychology*, **47**, 403-414.

Holland, J.L. (1985) *Making Vocational Choices. A Theory of vocational personalities and work environments*. Prentice - Hall: Englewood Cliffs, N.J.

Holland, J.L. (1992) *Making Vocational Choices*. Florida: Psychological Assessment Resources.

Holzman, P., & Gardner, R. (1959) Leveling and Repression, *Journal of Abnormal and Social Psychology,* **59**, 151-155.

Hook. E. B, Lindsjo. A (1978): « Down's Syndrome in live births by single year maternal age interval in a Swedish study: comparison with results from a New York study », American Journal of Human Genetics

Horney, K. (1964) *Οι συγκρούσεις του εσωτερικού μας κόσμου.* Τ. Ευδόκα (Μετ.). Αθήνα: Ταμασός.

Horney, K. (1978) *Η νεύρωση και η ανάπτυξη του ανθρώπου - Ο αγώνας για την αυτοπραγμάτωση.* Χ. Γλαύκου (Μετ.). Αθήνα: Ταμασός.

Hovland, C.I & Rosenberg, M.J. (1960), *Attitude organization and change*, New Haven, Yale U.

Hull, C. (1943) *Principles of behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Hull, C. (1952) *A behavior system*. New Haven, Conn: Yale University Press.

ICD – 10 (1993): « Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς », BHTA Medical Arts, Αθήνα

Jacobson, E. (1964) The idealization of the love Object, Ego-Ideal Formation and the development of Superego identifications. In *The Self and the Object World*, 109-118, Int. University Press.

Jahoda, M. (1958) *Current Concepts of Positive Mental Health.* New York: Basic Books.

James, W. (1890) *Principles of Psychology.* New York: Holt.

Jersild, A. (1952) *In Search of Self* . New York: Teachers College, Columbia University.

Judson, A., & Cofer, C. (1956) "Reasoning as an associative process*", Psychol. Rep*., **2**, 469-76.

Jung, C. G. (1939) *The integration of the personality.* New York: Farrar & Rinehart.

Kalter, N. (1977) Children of divorce in an outpatient psychiatry population. *American Journal of Orthopsychiatry*, **47**, 40-51.

Kalter, N. (1990) *Crowing up with divorce.* New York: Fawcett Columvine.

Kanfer, F. H. (1979) Self-management: Strategies and tactics. In A. P. Goldstein & F. H. Kanfer (Eds.), *Maximizing treatment gains*. New York: Academic Press.

Kanfer, F. H. (1980) Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*, 2nd ed., 232-258. New York: Pergamon Press.

Kanfer, F., & Hagerman, S. (1981) The role of self- regulation. In L. P. Rehm (Ed.) *Behavior therapy for depression: Present status and future directions*, 143-180. New York: Academic Press.

Kanfer, R., and Zeiss, A. (1983) Depression, interpersonal standard- setting, and judgments of self- efficacy, *Journal of Abnormal Psychology*, **92**, 319-329.

Kaplan. S (1996): « Pathways for Exceptional Children », West Publishing Co, Los Angeles

Kaslow & Schwartz, (1987) *The dynamics of divorce. A life cycle perspective.* New York: Brunner/Mazel.

Kaslow, (1981) A dialectic approach to family therapy and practice: Selectivity and synthesis. *Journal of Marital and Family Therapy*, **7(3)**, 345-351.

Kaslow, (1984) Divorce: An evolutionary process of change in the family system. *Journal of Divorce*, **7(3)**, 21-39.

Kaslow, (1994) Painful partings: Providing therapeutic guidance. In L. L. Schwartz (Ed.), *Mid-life divorce counseling*, 67-82. Alexandria, VA: American Counseling Association.

Katakis, C. (1990) The self-referential conceptual system: Towards an operational definition of subjectivity. *Systems Research*, **7(2)**, 91-102.

Katakis, D. & Katakis, C. (1982) Teleonomic entropy in biopsychosocial systems. *Behavioral Science*, **27**.

Kaufman, G. (1980) *The power of caring.* Rochester: Schenkman Books.

Kelley, H. H. (1966) Attribution theory in social psychology. In D. Levine, *Nebraska symposium on motivation.* Lincoln: University of Nebraska.

Kelley, H. H. (1972) *Attribution.* Morristown, New Jersey: General Learning.

Kelly, G. (1955b) *The psychology of personal constructs.* New York: Norton.

Kelly, J. B. (1982) Divorce: The adult perspective. In B. B. Wolman (ed.), *Handbook of Developmental Psychology* (pp. 734-750). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Kelly, J. B., & Wallerstein, J. S. (1976) The effects of parental divorce: Experiences of the child in early latency. *American Journal of Orthopsychiatry*, **46**, 20-32.

Kirk. S, Gallaher. J (1986): " Educating Exceptional Children " Houghton Mifflin, Boston

Kitson, G. C., & Sussman, M. B. (1982) Marital complaints, demographic characteristics and symptoms of mental distress in divorce. *Journal of Marriage and the Family*, **44**, 87-101.

Klein, M. (1990) Η αγάπη και το μίσος. Στο Ε. Γράψα (Μετ.) & Χ. Ζαφειρίου-Μπουραντά (Επ.) *Klein, M. & Riviere J.: Η αγάπη και το μίσος: Η ανάγκη της επανόρθωσης.* Αθήνα: Κονιδάρης.

Kluckhohn, C. (1951) Values and value orientarions in the theory of action. In Parsons, T., Shilds, E. A. (eds.) *Toward a general theory of action*, (388-433). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kohen, L., and Manuan, L. (1997) *Μεθοδολογία της Εκπαιδευτικής Έρευνας*. (Μετάφρ. Χ. Νητσοπούλου και Μ. Φιλοπούλου) Αθήνα: Έκφραση (Εκπαιδευτική Βιβλιοθήκη).

Kressel, K. & Deutsch, M. (1977) Divorce therapy: An in-depth survey of therapist's views. *Family Process*, **16**, 413-443.

Lazarus, R.S. (1966) *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lecky, P. (1945) *Self Consistency*. New York: Island Press.

Lee, G. R. (1979) Effects of social networks on the family. In W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, I. L. Reiss (eds.), *Contemporary theories about the family*, 27-56. New York: The Free Press.

Lenin, B. I. (1976-1981/1919) Η μεγάλη πρωτοβουλία. Στο *Άπαντα του Λένιν*, τ. 39. Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή.

LeShan, E. J. (1982) *Μαθαίνοντας να λέμε αντίο... στο γονιό που χάνεται.* Αθήνα: Θυμάρι.

Lewin, K. (1935). *A Dynamic Theory of Personality. New York*: McGraw-Hill.

Lewin, K. (1936) *Principles of Topological Psychology.* New York: McGraw-

Lewin, K. (1938) *The conceptual representation and the measurement of psychological forces*. Durham, N.C.: Duke University Press.

Lindemann, E. (1944) Pymtomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, **101**, 141-148.

Litwak, G. (1960) Geographic mobility and external family cohesion. *American*

Sociological Review, **3**.

Lorenz, K. (1952) *King's Solomon ring.* Metuen.

Lowery, C.R. & Settle, S.A. (1985) Effects of divorce on children: Differential impact of custody and visitation patterns, *Family Relations*, **34**, 455-463.

Luxemburg, R. (1976, 1908) *Η Πρωτόγονη Κομμουνιστική Κοινωνία - Ακμή και παρακμή.* Αθήνα: Κοροντζή.

Maddi, S. (1989) *Personality Theories. A Comparative Analysis.* Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company.

Marcia, J. E. (1966) Development and validation of ego-identity status. In *Journal of Personality and Social Psychology*, **3**, 551-558.

Marcia, J. E. (1994) Ego identity and object relations. In J. M. Masling & R. F. Born stein (Eds.) *Empirical perspectives on object relations theory*, 59-104. Washington, D. C.: American Psychological Association.

Markus, H., & Nurius, P. (1986) Possible selves. *American Psychologist*, **41**, 954-969.

Markus, H., & Nurius, P. (1987) Possible selves: The interface between motivation and the self-concept. In K. Yardley and T. Honess (eds.) *Self and Indentity: Psychological Perspectives*. John Wiley and Sons Ltd.

Markus, H., & Ruvolo, A., (1989) Possible selves: Personalized representations of goals. In *Goal Concepts in Personality and Social Psychology*. Hillsdale, New Jersey: LEA.

Marsh, H. W. (1986) Global self-esteem: It's relation to specific facets of self-concept and their importance. *Journal of Persomality and Social Psychology*, **51**, 1224-1236.

Marsh, H. W. (1994a) The importance of being important: Theoritical models of relations between specific and global components of physical self-concept. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, **16**, 306-325.

Marsh, H. W. (1998) The measurement of physical self-concept: A construct validation approach. In K. R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being.* Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.

Marx, K. (1978/1859) Πρόλογος στην *Κριτική της Πολιτικής Οικονομίας*, Φ. Φωτίου (μετ.). Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή.

Marx, K. (1979) *Το κεφάλαιο*, Π. Μαυρομμάτης (μετ.), 4 τόμοι. Αθήνα: Σύγχρονη Εποχή.

Marx, K. & Engels, F. *Διαλεχτά έργα,* τ. Β΄, έκδ. Κ.Ε. του Κ.Κ.Ε.

Maslow, A. H. (1968) *Toward a psychology of being.* New York: Van Nostrand Reinhold.

Maslow, A. (1975) *Παιδική ηλικία και κοινωνία.* Αθήνα: Καστανιώτης.

Mead, G. (1934) *Mind, Self, and Society*, Chicago: Univ. of Chicago Press.

Mead, G. H. (1934) *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press .

Merton, R. K. (1948) The self-fulfilling prophecy. *Antioch Review*, **8**, 193-210.

Mesarovic, M. D. (1970) *Theory of multi-level hierarchical systems.* New York: Academic Press.

Michel, A. (1993) *Κοινωνιολογία της οικογένειας και του γάμου.* Λ. Μ. Μουσούρου (Μετ.- Επ.). 5η έκδ. Αθήνα: Gutenberg.

Milgram, S. (1965) Some conditions of obedience and disobedience to authority, *Human Relations*, **18**, 57-76.

Millar, J. & Warman, A. (1996) *Family obligations in Europe.* London: Family Policy Studies Centre.

Minuchin, S. & Fishman, C. (1981) *Family therapy thechniques.* Cambridge, Mass: Harvard Univercity Press.

Minuchin, S. (1974) *Families and family therapy.* Cambridge, Mass: Harvard Univercity Press.

Minuchin, S. (1984) *Family Kaleidoscope.* Cambridge, Mass: Harvard Univercity Press.

Minuchin, S. (2000) *Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία*, Φ. Αναγνωστόπουλος (Επ. έκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Morawetz, A. & Walker, G. (1984) *Brief therapy with single-parent families.* New York: Brunner/Mazel.

Morgan, L. (1887/1971) *La societe archaique.* Paris: Anthropos.

Moscovici, S. (1976) *Social influence and social change.* London: Academic Press.

Moscovitz, S. (1983) *Love despite hate. Child survivors of the holocaust and their adult lives.* New York: Schocken Books.

Mott, F. L., & Moore, S. F. (1979) The causes of marital disruption among young Americans: An indisciplinary perspective. *Journal of Marriage and the Family*, **41**, 355-365.

Moxon, E. (1987) *Helping after disasters happen.* University of Bradford.

Moxon, E. (1994) *Η κακή υγεία των γονέων και το τραύμα της παιδικής ηλικίας.* Στο Δ. Κονδύλη (Επ.) *Παιδική Προστασία: τάσεις και προοπτικές*, Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας. Αθήνα: Παπαζήση.

Muehlbauer, K., ed, (1985) *Κοινωνικοποίηση, Θεωρία και Έρευνα*. Θεσσαλονίκη: Κυριακίδης .

Muncie, J., Wethelerr, M., Dallos, R., & Cohrane, A. (1995) *Understanding the family*. London: The Open University, Sage Publications.

Norton, (1987) Families and Children in the Year 2000. *Children Today,* **16(9)**, 6-9.

Novick, N., Cause, A. M., & Grove, K. (1996) Competence self-concept. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: Developmental, social and clinical considerations*, 210-258. New York: Wiley.

Nurius, P., (1986) Reappraisal of the Self Concept and Implications for Counseling, *Journal of Counseling Psychology*, **33**, 429-438.

Osmond, M. (1969) A cross-cultural analysis of family organization. *Journal of Marriage and the Family*, **31**, 302-310.

Oxford, J. (1987) *Coping with disorder in the family.* Croom Helm.

Pajares,F., & Miller, F. D. (1994) Role of sesf-efficacy and self-concept beliefs in mathematical problem solving: A path analysis. *Journal of Educational Psychology*, **86**, 193-203.

Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, **102**, 357-389.

Parsons, T. (1943) The kinship system of the contemporary United States. *American Anthropologist*, **45**, 22-38.

Parsons, T. (1949) The social structure of the family. In R. N. Anshen (Ed.) *The family: Its functions and destiny.* New York: Harper.

Parsons, T. (1965) The normal American family. In S. M. Farber (Ed.) *Man and civilization: The family's search for survival*, 34-36. New York: McGraw-Hill.

Parsons, T., & Bales, R. F. (1955) *Family, socialization and interaction process.* Glencoe, Ill.: Free press.

Parton, N. (1985) *The politics of child abuse.* Macmillan.

Pavlov, I. P. (1927) *Conditioned reflexes.* London: Oxford University Press.

Pelham, B. W., & Swann, W. B. (1989) From self-conceptions to self-worth: On the sources and structure of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, **57**, 672-680.

Petri, H. (2003) *Μεγαλώνοντας χωρίς πατέρα*, Μ. Λάμπρου (Μετ.) & Α. Γραμμένου (Επ. Θεώρ.). Αθήνα: Θυμάρι.

Pitrou, A. (1994) Les politiques familiales. *Paris: Syros.*

Raimy, **V.** (1943) *The self concept as a factor in counseling and personality organization*. Unpublished Ph.D. thesis, Ohio State University.

Raimy, V. (1948) Self reference in counselling interviews, *Journal Consult.*

Psychology, **12** (3), 153-163.

Rank, O. (1936) *Will therapy*. New York: Knopf.

Raphael, B. (1986) *When disaster strikes. A handbook for the caring professionals.* London: Unwin Hyman.

Rapoport, A. (1970) Modern Systems Theory - An Outlook for coping with change. *General Systems*, **15**, 15-25.

Rapport, R., & Rapport, R. N. (1965) *Dual-career families.* London: Pelican.

Rapport, R., Rapport, R. N., & Strelitz, Z. (1967) *Fathers, mothers and others.* London: Routledge & Kegan Paul.

Raschke, H. J. & Raschke, V. I. (1979) Family conflict and children's sesf-concepts: A comparison of intact and single-parent families. *Journal of Marriage and the Family*, **41**, 367-374.

Richards, M. P. (1984) Children and Divorce. In I. A. Mc Farlane (Ed.), *Progress in Child Health.* London: Churchill Liningstone, **1**.

Rogers, C. (1951) *Client Centred Therapy.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science*, **3**, 184-256. New York: McGraw-Hill.

Rogers, C. (1961) *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1970) *Ομάδες συνάντησης: Αυτογνωσία - Ψυχολογία των Ομάδων Επικοινωνίας.* Αθήνα: Δίοδος.

Rosenberg, M. (1965) *Society and the Adolescent Self Image.* Princeton: Princeton Univ. Press.

Rosenberg, M. (1982) Psychological selectivity in self-esteem formation. In M. Rosenberg & H. B. Kaplan (Eds.), *Social psychology of the self-concept*, 535-546. Arlington Heights, IL: Harlan Davidson.

Rosenberg, M. (1986a) *Conceiving the self.* New York: Basic.

Rosenberg, M. (1986b) Self-concept from middle childhood through adolescence. In J. Suls & A. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self*, **3**, 107-136. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Rosenthal, J. H., & Jacobson, L. (1968) *Pygmalion in the classroom.* New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Rotter, J. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: *Psychological Monographs* (whole No. 609), **80**, 1-28.

Rotter, J. (1990) “Internal Versus External Control of Reinforcement: A Case History of

a Variable", *American Psychologist*, **45**, 489-493.

Rutter, M. (1971) Parent-child separation: Psychological effects on children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **12**, 233-260.

Sandford, L. T. (1991) *Strong at the broken places: Overcoming the trauma of childhood abuse.* London: Virago.

Santrok, J. W. & Warshak, R. A. (1979) Father custody and social development in boys and girls. *Journal of Social Issues,* **35**, pp. 112-125.

Satir, V. (1974) *Conjoint family therapy: A guide to theory and technique.* Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Schachter, S., (1964) The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In L. Berkowitz (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, **1**, 49-80. New York: Academic Press.

Schafer, H. R. (1977) *Studes in mother-infant interaction.* New York: Academic Press.

Sears, R. (1950) Personality. In C. P. Stone & D. W. Taylor (Eds.), *Annual review of psychology*. Stanford, CA: Annual Reviews, Inc.

Segall, M. H., Dasen, P. R., Berry, J. W., & Poortinga, Y. A. (1993) *Διαπολιτισμική Ψυχολογία: Η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε Παγκόσμιο Οικολογικό-Πολιτιστικό πλαίσιο.* Δ. Γεώργας (επ. μετ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Sharav.T, Collins. R, Shlomo. L (1985): « Effects of maternal education on prognosis of development in children with Down syndrome », Paediatrics, 76, p. 387

Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976) Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, **46**, 407-441.

Skynner, R. (2001) Πλαίσια θεώρησης της οικογένειας σαν σύστημα. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (Επ.), *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, 191-237, τ. **Α2**. Αθήνα: Καστανιώτης.

Smith, M. J. (1980) Economic conditions in single parent families. *Social Work Research Abstracts*, **16**, pp. 20-24.

Smith, R. M., & Smith, C. W. (1981) Child-rearing and single-parent fathers. *Family Relations*, **30**, pp. 411-417.

Snygg, D., & Combs, A. (1949) *Individual Behaviour: A New Frame of Reference for Psychology.* New York: Harper.

Spitze, G. & South, S. (1985) Women's emloyment, time expenditure, and divorce. *Journal of Social Issues*, **6**, 307-329.

Staines, J. (1954) *A psychological and sociological investigation of the self as a significant factor in education*, unpub. Ph.D. Thesis, Univ. Of London.

Steinberg, D. (1990) Autonomy, conflict and harmony in the family relationship. In S. Feldman & G. Elliott (Eds), *At the threshold: the development adolesent*, 255-276. Harvard University Press.

Stones. E. (1978): « Εισαγωγή στην Παιδαγωγική Ψυχολογία », Γρηγόρης, Μτφ. Α. Δανασής Αφεντάκης, Αθήνα

Sullivan, H. S. (1953) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W. W. Norton.

Symonds, P. (1951) *The Ego and the Self*. New York**:** Appleton-Century-Crofts.

Thornton, A. (1985) Changing attitudes toward separation and divorce: Causes and consequences. *American Journal of Sociology*, **90**, 856-872.

Tolman, E. (1932) *Purposive behavior in animals and men*. New York: Appleton-Century.

Triandis, H. C., & Vassiliou, V. (1967) *Analysis of subjective culture*. Unbana Illinois: University of Illinois.

Triandis, H. C., & Vassiliou, V. (1972) *The analysis of subjective culture.* New York: Wiley.

Triandis, H. C., Bontempo, R., Betancourt, H., Bond, M., Leung, K., Brenes, A., Georgas, J., Hui, C. H., Martin, G., Setiardi, B., Sinha, J. B. P., Verma, J., Spangenberg, J., Tousard, H., & de Montmollin, G. (1986) The measurement of the ethic aspects of individualism and collectivism across cultures. *Australian Journal of Psychology,* **38**, 257-267.

Uzoka, A. F. (1979) The myth of the nuclear family. *American Psychologist*, **34**, 1095-1106.

Vassiliou, V., & Vassiliou, G. (1973) The implicative meaning of the the Greek concept of filotimo, στο *Journal of Cross Cultural Psychology*, **4**, 326-341.

Vinacke, E. (1952) *Psychology of Thinking*. New York: Mc-Graw-Hill.

Wallerstein, J. S. (1977a) Some observations regarding the effects of divorce on the psychological development of the pre-scool girl. In J. Oremland, & E. Oremland (Eds.), *Sexual and genter development of young children.* Cambridge, Mass: Ballinger Press.

Wallerstein, J. S. (1977b) Responses of the pre-school girl to divorce: Those who cope. In M. F. MacMillan, & S. Henao (Eds.), *Child psychiatry: Treatment and research.* New York: Brunner/ Mazel.

Wallerstein, J. S. (1983) Children of divorce: Stress and developmental tasks. In N. Garmezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping and development in children*, 265-302.

Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Wallerstein, J. S. (1991) The long-term effects of divorce on children: A review. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **30**, 349-360.

Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1974) The effects of parental divorce: The adolescent experience. In E. J. Anthony, & C. Koupernick (Eds.), *The child in his family* (Vol. 3). New York: John Willey and Sons.

Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1975) The effects of parental divorce: Experiences of the preschool child. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **14**, 600-616.

Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1976) The effects of parental divorce: Experiences of the child in later latency. *American Journal of Orthopsychiatry*, **46(2)**, 256-269.

Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1980a) *Serviving the breakup: How children actually cope with divorce*, New York: Basic Books.

Weber, M. (1978) *Η προτεσταντική ηθική και το πνεύμα του καπιταλισμού*, Μ. Γ. Κυπραίου (μετ.). Αθήνα: Gutenberg.

Weiss, P. A. (1974) Funtamentals of systems causality in nature. In J. Rose (Ed.) *Advances in Cybernetics and Systems.* London: Gordon & Breach Science Publishers, **1**.

Weiss, R. S. (1975) *Marital Separation.* New York: Basic Books.

Weiss, R. S. (1979a) *Going through it alone: The family life and social situation of the single parent.* New York: Basic Books.

Weiss, R. S. (1979b) The emotional empact of marital separation. In G. Levinger & O. Moles (Eds.) *Divorse and separation: Context, causes and sequences.* New York: Basic Books.

White, L. K. (1990) Determinants of divorce: a review of recearch in the eighties. *Journal of Marriage and the family*, **52**, 904-912.

Wiehe, V. R. (1984) Self-esteem, attitude toward parents, and locus of control in children of divorced and non divorced families. *Journal of Social Service Research*, **8**, 17-28.

Winnicott, D. W. (1965) *The family and individual development.* London: Tavistock Publications.

Wirth, L. (1938) *Urbanism as a way of life.* American Journal of Sociology, **44**, 1-24.

Wiseman, R. (1975) Crisis theory and the process of divorce. *Social Causework*, **56**, pp. 205-212.

Witkin, H., Moore, C., Goodenough, D., & Cox, P. (1977) Field Dependent and Field

Independent Cognitive Styles and Their Educational Implications, *Review of Educational Research,* **47**, 1-64.

Wundt, W. (1894) *Lectures of human and animal psychology*. New York: MacMillan.

Wylie, R. (1961) *The Self Concept.* Lincoln: Univ. Nebraska Press.

Wylie, R. (1974) *The self-concept (Vol. 1): A review of methodological considerations and measuring instruments.* Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Yorburg, B. (1972) *The changing family.* New York: Columbia University Press.

Zakynthinos, D. (1976) *The making of modern Greece from Byzantium to independence.* Oxford.

Zimmerman, B. J. (1995) Self-efficasy and educational development. In A. Bandura (Ed.), *Self- efficacy in changing societes.* New York: Cambridge Univercity Press.

Αθανασούλη Θ. (1991): «Οδοντιατρική φροντίδα παιδιών με ειδικές ανάγκες στην Ελλάδα», Οδοντοστοματολογική πρόοδος. Τόμος 45, Τεύχος 6. Σελ. 313-316.

Αλεξόπουλος, Δ. (1982) «Περιβάλλον και Νοημοσύνη», *Νέα Παιδεία*, τ. 22, Καλοκαίρι, 1982, σσ 97-114.

Αναστασόπουλος Γ. (1991): «Η ειδική αγωγή στην Ελλάδα», Περιοδικό Ψυχολογικό Σχήμα. Τεύχος 5. Εκδόσεις Δανιά.

Αναστασόπουλος, Δ. (1998) Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στην εφηβεία. Στο Γ. Τσιάντης (Επ. έκδ.), *Βασική Παιδοψυχιατρική-Εφηβεία*, τ. **Β1**, 31-73. Αθήνα: Καστανιώτης.

Αντερσον, Ε. (1986) *Προς μια Νέα Κοινωνιολογία*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Αντζακλής (1993): «Βιοχημικοί και Υπερηχογραφικοί δείκτες για τη διάγνωση του συνδρόμου DOWN στο 2ο τρίμηνο της κύησης». Ιατρική. Τόμος 64. Τεύχος 2. Σελ. 142-148.

Αργκάυλ, Μ. (1981) *Πρόσωπο με Πρόσωπο*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Αριστοτέλους, *Ηθικά Νικομάχεια.*

Αρχιμανδρίτου Νικολάου Χατζηνικολάου (2002): «Ελεύθερη από το γονιδίωμα, Προσεγγίσεις Ορθόδοξης Βιοηθικής», Κέντρο Βιοιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, Σταμούλη Α.Ε. Αθήνα. Επιμέλεια.

Β. Δ/ 2 – 5 – 1939/ ΦΕΚ. 170/ ΕΤΚ

Βάμβουκας, Μ. (1988,1993) Εισαγωγή στην Ψυχοπαιδαγωγική Έρευνα και Μεθοδολογία Αθήνα: Γρηγόρης.

Βασιλείου, Γ. Δ. (1966) *Διερευνήσεις μεταβλητών υπεισερχομένων εις την ψυχοδυναμικήν της ελληνικής οικογενείας.* Αθήνα: Αθηναϊκόν Ινστιτούτον του Ανθρώπου.

Βασιλείου, Γ. Δ. (1987) Ο άνθρωπος ως σύστημα: μια παρουσίαση για τον παιδοψυχίατρο. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (Επ.), *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, τ. **Α3**. Αθήνα: Καστανιώτης.

Βασιλείου, Θ. Α. & Σταματάκης, Ν. (1992) *Λεξικό Επιστημών του ανθρώπου.* Αθήνα: Gutenberg.

Βιτσιλάκη, Χ. (1999) Αρχικές διαπιστώσεις αναφορικά με τον εννοιολογικό προσδιορισμό της οικογένειας. *Πρακτικά του Πανελλήνιου Συνεδρίου για Θέματα Οικογένειας.* Κομοτηνή, 12-14/3/1999.

Βλοντάρη, Π. (1980) "Οικογένεια και εφηβεία στην Ελλάδα και τις ΗΠΑ", *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, β΄ και γ΄ τετράμηνο.

Βοσνιάδου, Σ. (2001) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*, τ. **Α΄**. Αθήνα: Gutenberg.

Γαλάνης, Γ. Ν. (1995) Τα άλλοθι του πατέρα και οι ενοχές της μητέρας. Στο Γ. Ν. Γαλάνης (Επ.) *Οικογένεια με έναν γονέα. Μία πραγματικότητα της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας*, 37-41. Αθήνα: Παπαζήσης.

Γιώργας Δ. (1983) : « Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχολογίας », Τ.Α-Β, Αθήνα

Γεώργας, Δ. (1986α) *Κοινωνική Ψυχολογία*, έκδ. Πανεπιστημίου Αθήνας, τ. Α΄.

Γεώργας, Δ. (1986β) *Κοινωνική Ψυχολογία*, έκδ. Πανεπιστημίου Αθήνας, τ. Β΄.

Γεώργας, Δ. (1986γ) *Οι οικογενειακές αξίες των φοιτητών.* Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, **61**, 3-29.

Γεώργας, Δ. (1986δ) *Οικολογική Ψυχολογία: Ελληνική Πραγματικότητα.* Νέα Παιδεία, **39**, 53-71 & **40**, 49-65.

Γεώργας, Δ. (1990) Οικογενειακές αξίες στη σύγχρονη εποχή. Στο Α. Καλαντζή - Azizi & Ν. Παρίτση (Επ.), *Οικογένεια: Ψυχοκοινωνικές - Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις*, σ. 17-41. Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γεώργας, Δ. (1995) Αξίες και διαφυλικές σχέσεις. Στο Ι. Ν. Παρασκευόπουλου, Η. Μπεζεβέγκη, Ν. Γιαννίτσα, Α. Καραθανάση (Επ.), *Διαφυλικές σχέσεις*, 273-293. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γεώργας, Δ. (1998) Ψυχολογικές και οικολογικές διαστάσεις στη δομή και λειτουργία της ελληνικής οικογένειας. Στο Γ. Τσιάντης (Επ. έκδ.) *Βασική Παιδοψυχιατρική - Εφηβεία*, τόμ. **Β1**, 101-143. Αθήνα: Καστανιώτης.

Γεώργας, Δ., & Δραγώνα, Θ. (1988) Κοινωνική υποστήριξη και η σχέση της με το

ψυχοκοινωνικό στρες, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα και το άγχος. *Ψυχολογικά θέματα,* Τ. **Α2**, 5-22.

Γεώργας, Δ., Γκαρή, Κ., Χριστακοπούλου, Σ., Μυλωνάς, Κ., Παπαλόη, Β. (υπό δημοσίευση) Οικογενειακές σχέσεις των Ελλήνων φοιτητών στο παρόν και στο μέλλον. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών.*

Γεώργας, Δ., Μπεζεβέγκης, Η., & Γιαννίτσας, Ν. (1992) Ικανοποιήσεις και απογοητεύσεις μαθητών και πρωτοετών φοιτητών από το Λύκειο και το Πανεπιστήμιο. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής - Προσανατολισμού*, **20-21**.

Γεώργας, Δ., Χριστακοπούλου, Σ., Μυλωνάς, Κ., Schwartz, S. (1992) Οικουμενικές αξίες: Ελληνική πραγματικότητα. *Ψυχολογικά θέματα*, **5**, 7-25.

Γεώργας. Δ (1986): « Κοινωνική Ψυχολογία », Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα τ. Α΄, Β΄

Γιαβρίνης Π. (2002): «Ελληνική Οικογένεια και Άτομα με Ειδικές Ανάγκες», Η εισήγηση στο Συνέδριο η Ελληνική Οικογένεια. Τομέας Ψυχολογίας Κέντρο για τη μελέτη της οικογένειας. Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα.

Γιαννουλόπουλος, Ι. (1975) *Κοινότητες*. Ιστορία του Ελληνικού έθνους, τ. ΙΑ΄. Αθήνα: Εκδοτική Αθηνών, 134-143.

Γιωσαφάτ, Μ. (1987), Ο κύκλος ζωής της οικογένειας και η ανάπτυξη του παιδιού. Στο Γ. Τσιάντης & Σ. Μανωλόπουλος (Επ.), *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, 91-122, τ. **Α1**. Αθήνα: Καστανιώτης.

Γκιζέλης Γ., Καυταντζόγλου Ρ., Τεπέρολγου Α. και Φίλιας, Β. (1984) *Παράδοση και Νεωτερικότητα στις Πολιτιστικές Δραστηριότητες της Ελληνικής Οικογένειας: Μεταβαλλόμενα Σχήματα.* Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Γκιζέλης, Γ., Μυριζάκης, Ι., Πασσά-Γαρδίκη, Ο. και Τεπερόγλου, Α. (1980) "Πολιτιστικές δραστηριότητες στο πλαίσιο της οικογένειας", *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, β΄ και γ΄ τετράμηνο.

Γκότοβος, Θ. (1983) «Η Ποιοτική Έρευνα στις Επιστήμες της Αγωγής». Επιστημονική Επετηρίδα της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Γκότοβος. Α (1985) : « Παιδαγωγική Αλληλεπίδραση », Σύγχρονη Εκπαίδευση, Αθήνα

Γραμματικοπούλου. Ε (Επμ) (1997): « Κατανόηση και Αποδοχή των Εφαρμογών της Βιοτεχνολογίας από το κοινό», Πρακτικά Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα

Δανήδης Ι. (1986): «Παιδιά υψηλής τεχνολογίας, Νομικά, Δεοντολογικά και ηθικά προβλήματα», Ιατρική Τεύχος 49.

Δανίδης. Ι (1986): « Παιδιά υψηλής τεχνολογίας, Νομικά, Δεοντολογικά και ηθικά προβλήματα », Ιατρική, 49

Δεκλερής, Μ. (1988) *Συστημική σκέψη.* Αθήνα: Σάκκουλας.

Δημαράς. Α (1984) : « Η μεταρρύθμιση που δεν έγινε », Ερμής, Αθήνα , τ. Α΄, Β΄

Δημητρίου, Ε.Χ., (1977) *Το Eysenck Personality Questionnaire (E.P.Q.) στη μελέτη της προσωπικότητας του Έλληνα και η χρήση του στην κλινική πράξη.* Θεσσαλονίκη: Β΄ Ψυχιατρική και νευρολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ.

Δημητρόπουλος Α. (1995): «Η επαγγελματική εκπαίδευση των νοητικώς καθυστερημένων στην Ελλάδα. Προβλήματα της Διδακτικής πράξης. Αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα Φιλοσοφίας-Παιδαγωγικής-Ψυχολογίας.

Δημητρόπουλος, Ε. (1992) *Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία. Η Θεωρία της, η Πράξη της, οι Εφαρμογές της.* Αθήνα: Γρηγόρης.

Δόλγερας Α. Κυριόπουλος Γ. (2000): «Ισότητα-Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας-Θεμέλιο.

Δόλγερας. Α, Κυριόπουλος. Γ (2000): « Ισότητα-Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας », Θεμέλιο, Αθήνα

Δοξιάδη-Τριπ Α., *Η εφηβεία σαν οικογενειακή κρίση,* στον τόμο: *Έφηβος και Οικογένεια*, 1985, Αθήνα, εκδ. Εστία, σελ. 117-137.

Δουμάνη, Μ. (1983) *Η Ελληνίδα μητέρα άλλοτε και σήμερα.* Αθήνα: Κέδρος.

Ε.Ο.Κ. (1992): « Έκθεση της Επιτροπής για την πρόοδο της Εφαρμογής της Πολιτικής της Ένταξης στο Εκπαιδευτικό Σύστημα εντός των κρατών μελών 1988-1991», Βρυξέλλες

Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. (1991). 2ο Ετήσιο Διεταιρικό Επιστημονικό συμπόσιο (Πρακτικά). Ψυχολογικά θέματα παιδιών και εφήβων. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΕΚΚΕ, (1984). Παράδοση και νεωτερικότητα στις πολιτιστικές δραστηριότητες της Ελληνικής οικογένειας: Μεταβαλλόμενα σχήματα. Αθήνα.

ΕΚΚΕ, (1999). Η οικογένεια στη Αθήνα: Οικογενειακά πρότυπα και συζυγικές πρακτικές. Επιμέλεια: Μαράτου- Αλιπράντη Λ. Έκδοση 2η. Αθήνα.

Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του παιδιού. (1990). Οικογένεια: Ψυχοκοινωνικές-Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Επιμέλεια: Καλανζή-Αζίζι Α.-Παρίτσης Ν. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Εμμανουήλ, Α., Παπανούτσος, Ε., Αγουρίδης, Σ., Σκορίνη, Φ. Χριστοδούλου, Γ. (1976) Η οικογένεια σήμερα και αύριο. *Ελληνική Ιατρική*, **45**, 203-229.

Ζαφρανάς, Α. Β. (1988) *Πανεπιστημιακές σημειώσεις.* Θεσσαλονίκη.

Ζαφρανάς, Α. Β. (2002) *Εγκέφαλος - Το τελευταίο οχυρό.* Θεσσαλονίκη: αυτοέκδοση.

Ζαφρανάς, Α. Β., & Κάτσιου-Ζαφρανά, Μ. (1989α) *Από την ύλη στον εγκέφαλο - Φυσιολογία Μάθησης Ι΄.* Θεσσαλονίκη: Κυριακίδης.

Ζαφρανάς, Α. Β., & Κάτσιου-Ζαφρανά, Μ. (1989β) *Από τον εγκέφαλο στη νόηση - Φυσιολογία Μάθησης ΙΙ΄.* Θεσσαλονίκη: Κυριακίδης.

Ζώνιου – Σιδέρη. Α (1988): « Σκεπτικό για την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ανάγκες », Νεφέλη, Αθήνα

Ζώνιου Σιδέρη Α. (1987): «Το άτομο με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία». Εκδόσεις Νεφέλη.

Ζώνιου Σιδέρη Α. (1991): «Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους. Μια Ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης», Εκδόσεις Βιβλιογωνία. Αθήνα.

Θωμαϊδου Λ- Καβέρογλου Ε. (1997): «Πρώιμη παρέμβαση σε παιδιά με ειδικές ανάγκες. Εφαρμογή του προγράμματος PORTAG στην Ελλάδα», Παιδιατρική, Τόμος 60, Τεύχος 5 σελ. 574-581.

Ιμβριώτη Ρ. (1939): «Ανώμαλα και καθυστερημένα παιδιά». Ελληνική Εκδοτική Εταιρία Α.Ε. Αθήνα.

Ιπποκράτους, *Περί χυμών του ανθρωπίνου σώματος.*

ΙΤΕ Πανεπιστημίου Κρήτης (1995). *Αναπτυξιακή Ψυχολογία Παρελθόν, Παρόν, Μέλλον.* (Επιμέλεια Ι. Κουγιουμουτζάκης, Μετάφραση Μ. Σόλμαν) Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις.

Ιωσηφίδης Ι. (1988): «Οικογενειακή και Κοινοτική Ιατρική. Μια κοινωνική και Οικονομική θεώρηση», Ιατρική. Τόμος 53. Τεύχος 4, σελ. 375-379.

Καλαντζή-Azizi Αν., Μπεζεβέγκης Η. και Γιαννίτσας, Ν. (1089) *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής -Προσανατολισμού*, τ10-11, Οκτ.-Δεκ., σσ 32-44

Καλαντζή-Azizi, Α. (1989) *Αυτογνωσία, αυτοανάλυση - αυτοέλεγχος: ψυχολογική θεώρηση.* Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Καλαντζή-Αζίζι Α, (1985), Θέματα Κλινικής Ψυχολογίας, Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο του σχολείου, παρεμβάσεις βασισμένες στις θεωρίες της μάθησης, Αθήνα.

Καλαντζή-Αζίζι Α, (1990), Οικοσυστημική προσέγγιση προβληματικών συμπεριφορών μέσα στην όλη σχολική τάξη, (από το βιβλίο των Molnar A & Lindyuist B. Changing proplem behavior in schools, Jossey - Bass, 1989.- Οικογένεια, ψυχοκοινωνικές - ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, Επιμ. Α. Καλαντζή -Αζίζι - Ν. Παρίτση, Ελ. Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του παιδιού, Αθήνα.

Καλαντζή-Αζίζι. Α (1989) : « Προβληματισμοί γύρω από την ενσωμάτωση παιδιών με ειδικές ανάγκες στο κανονικό σχολείο », Η Διαφορά, 31-33, σ. 14

Καλαντζή-Αζίζι. Α, Τσιναρέλης Γ. Σ. (1992): « Φοιτητές με Ειδικές Ανάγκες που φοιτούν στο Πανεπιστήμιο Αθηνών », στο Καΐλα. Μ, Πολεμικός. Ν, Φιλίππου. Γ, (Επμ) (1994): « Άτομα με ειδικές Ανάγκες », Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα. Τ. Β, σ. 752

Καλαντζής. Κ (1985) : « Διδακτική των ειδικών σχολείων », Καραβίας-Ρουσόπουλος, Αθήνα

Καλατζής Κ. (1984): «Η ειδική αγωγή χθες και σήμερα», Περιοδικό Νέα Παιδεία Τεύχος 32.

Κάντας, Σπ. (1987) Αυτοεκτίμηση, Κατάθλιψη και Σχολική Επίδοση. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής Προσανατολισμού,* τ.5-6, Ιούνιος Οκτώβριος 1987 σσ. 92-102

Καραπέτσας. Γ, Παπαδάτος. (1986): « Νευροψυχολογική Αξιολόγηση παιδιών με σύνδρομο DOWN με την Διαγνωστική μέθοδο LURIA-NEBRASKA »,Εγκέφαλος, Τ.23, 4, σ. 184

Καραπέτσας-Παπαδάτος (1986): «Νευροψυχολογική Αξιολόγηση παιδιών με σύνδρομο DOWN με την Διαγνωστική μέθοδο LURIA-NEBRASKA",Εγκέφαλος. Τόμος 23. Τεύχος 4. Σελ. 184-188.

Καραπέτσας-Παπαδάτος (1987): «Βιβλιογραφική ανασκόπηση του συνδρόμου. Εγκέφαλος. Τόμος 24. Τεύχος 3.

Κατάκη Χ. (1984): «Οι τρείς ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας», Κέδρος Α.Ε.

Κατάκη, Χ, (1990), Η σύγχρονη οικογένεια στα πρόθυρα της μεταβιομηχανικής εποχής - μορφογενετικές αναθεωρήσεις και ανακατατάξεις, στο συλλογικό έργο Οικογένεια, Ψυχοκοινωνικές - Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, επιμέλεια Α. Καλαντζή-Αζίζι - Ν. Παρίτσης, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Κατάκη, Χ. Δ., (1997) *Το μωβ υγρό.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καυταντζόγλου, Ρ. (1988) Η ιστορία της οικογένειας στην Ελλάδα. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, **69**, 225-242.

Κιρνάν Τ. (1977) *Ψυχοθεραπεία. Θεωρίες και Πρακτικές από τον Φρόυντ μέχρι Σήμερα.* Αθήνα: Επίκουρος..

Κογκίδου Δ., 1988, *Απόκτηση του ρόλου του φύλου.* Πανεπιστημιακές σημειώσεις. Υπηρεσία δημοσιευμάτων Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Κογκίδου, Δ. - Πανταζής, Π. (1990) *Μονογονεϊκές οικογένειες: Περιορισμοί, ανάγκες και προοπτικές (στην περιοχή Ελευθερίου - Κορδελιού, Ευόσμου, Μενεμένης)*. Έκθεση για την πρότυπη δράση "Φτώχεια 3", Θεσσαλονίκη.

Κογκίδου, Δ. (1995) *Μονογονεϊκές Οικογένειες: Πραγματικότητα- Προοπτικές- Κοινωνική Πολιτική*. Αθήνα: Νέα Σύνορα - Α.Α. Λιβάνη.

Κόμπου Χ. (1992): «Ο θεσμός της ένταξης των παιδιών με ειδικές ανάγκες στα Δημοτικά Σχολεία και οι υποχρεώσεις της κοινωνίας και του κράτους», Βιβλία για όλους. Αθήνα.

Κοτζάμπαση, Α. (1994) Νομικό χρονοδιάγραμμα της κλονισμένης συζυγικής σχέσης. Στο *Διαζύγιο και παιδιά*, 1η έκδ., 23-30. Θεσσαλονίκη: University Studio Press & Επιστημονική εταιρεία για οικογένειες σε χωρισμό *δι αλλαγή.*

Κουρουμπλής. Π (2000): « Το δικαίωμα στη διαφορά », Σάκουλας, Αθήνα

Κουτρουμάνος Κ. (1996): «Διαχρονική εξέλιξη της Ειδικής Αγωγής και τα ΑΜΕΑ στην Ελλάδα. Θεσμικό πλαίσιο», Πανεπιστήμιο αθηνών. Τμήμα Παιδαγωγικό Δημοτικής Εκπαίδευσης. Διατριβή Δ.Δ.

Κράμερ, Μπ., 1992, *Επάγγελμα Μωρό*, μετ. Μ. Μιχαλέλη, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη.

Κρεμαζής Κ. (1991): «Το δικαίωμα του ατόμου για κοινωνική πρόνοια», Εκδόσεις Αντώνης Ν. Σάκκουλα. Αθήνα.

Κρουσταλάκης Γ. Διαπαιδαγώγηση - Πορεία ζωής, Θεωρία και πράξη της αγωγής του νέου ανθρώπου, Αθήνα, 1995.

Κυπριωτάκης Α. (1997): «Σχολική ένταξη. Γενικές προϋποθέσεις και ο ειδικός ρόλος των γονιών», Κ.Ε. Επιμέλεια. Συνεκπαίδευση παιδιών με και χωρίς προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1995) *Ψυχολογία Κινήτρων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Λαζαρίδου, Λ. (1994) Αναμενόμενες αντιδράσεις παιδιών ανάλογα με την ηλικία τους . Στο *Διαζύγιο και παιδιά*, 1η έκδ., 53-66. Θεσσαλονίκη: University Studio Press & Επιστημονική εταιρεία για οικογένειες σε χωρισμό *δι αλλαγή.*

Λαμπίρη- Δημάκη, Ι. (1974) *Προς μίαν Κοινωνιολογίαν της Παιδείας*. Τόμος Β΄, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Λαμπίρη-Δημάκη, Ι. (1984) Η κοινωνική έρευνα στον αγροτικό χώρο. *Σύγχρονα Θέματα*, 61-67.

Λάσκου-Νασιάκου, Μ. (1977) Προσδοκίες της μητέρας, νοημοσύνη του παιδιού και κίνητρα επιτυχίας. Θεσσαλονίκη.

Λεκάκος, Ι. (1981) *Η οικογένεια: η εξέλιξη και ο παιδαγωγικός ρόλος της.* Αθήνα.

Λεονταρή, Α. (1998) *Αυτοαντίληψη.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Λέφας Χ (1942): « Ιστορία της Εκπαίδευσης », Ο.Ε.Σ.Β., Αθήνα

Λιόλιος, Ν. (1981) «Ο ρόλος του Ορίζοντα Αξιών στην Κοινωνικοποίηση και τη Σχολική Επιτυχία». *Σχολείο και Ζωή,* τ.11, Νοέμβριος, 407-412.

Λιούγκμαν, Κ. (1987) *Ο Μύθος της Ευφυίας* . (Μεταφρ. Κούρτοβικ) Αθήνα: Αίολος.

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (1995) *Συμβολή στην έρευνα της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης των ελληνόπουλων προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας: Τομείς και προσδιοριστικοί παράγοντες.* Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών.

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (1999α) Αναπτυξιακές διαφορές της αυτοαντίληψης. Στο Σ. Παπαστάμου, Σ. Κανελλάκη, Α. Μαντόγλου, Σ. Σαμαρτζή & Ν. Χρηστάκη (Επ. έκδ.), *Η ψυχολογία στο σταυροδρόμι των επιστημών του ανθρώπου και της κοινωνίας*, 85-104. Αθήνα: Καστανιώτη.

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (1999β) Σχολική αποτυχία, αξίες του σχολικού συστήματος και αυτοαντίληψη. Στο Χ. Κωνσταντίνου & Γ. Πλειός (Επ. έκδ.) *Σχολική αποτυχία και κοινωνικός αποκλεισμός: Αιτίες, συνέπειες και αντιμετώπιση*, 59-73. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (2000α) Η έννοια του εαυτού εφήβων και οι σημαντικοί άλλοι. *Ψυχολογία*, **7**, 88-113.

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (2000β) Η σπουδαιότητα των επιμέρους τομέων αυτοαντίληψης ως παράγοντας διαφοροποίησης της συνάφειάς τους με την αυτοεκτίμηση. *Ψυχολογία*, **7**, 223-239.

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (2000γ) Έννοια του εαυτού, σχέσεις με τους γονείς και γονεϊκή στήριξη κατά την εφηβεία. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, **30**, 163-191.

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (2001α) *Πώς Αντιλαμβάνομαι Τον Εαυτό Μου- ΙΙΙ (ΠΑΤΕΜ Ι): Ερωτηματολόγιο με εικόνες για την αξιολόγηση της αυτοαντίληψης μαθητών Α΄, Β΄, και Γ΄ Δημοτικού .* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (2001β) *Πώς Αντιλαμβάνομαι Τον Εαυτό Μου- ΙΙ (ΠΑΤΕΜ ΙΙ): Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης μαθητών Δ΄, Ε΄ και ΣΤ΄ Δημοτικού.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (2001γ) *Πώς Αντιλαμβάνομαι Τον Εαυτό Μου- ΙΙΙ (ΠΑΤΕΜ ΙΙΙ): Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης μαθητών γυμνασίου.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μακρή - Μπότσαρη, Ε. (2001δ) *Πώς Αντιλαμβάνομαι Τον Εαυτό Μου- IV(ΠΑΤΕΜ IV): Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης μαθητών λυκείου.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001) *Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση. Μοντέλα, Ανάπτυξη, Λειτουργικός Ρόλος και Αξιολόγηση.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαντζιαφού-Κανελλοπούλου, Μ. (1979) *Οικογένεια: Ιστορική και κοινωνική μελέτη.* Αθήνα.

Μαντζιαφού-Κανελλοπούλου, Μ. (1981) *Οικογένειες με ένα γονέα.* Αθήνα.

Μαράτου - Αλιπράντη, Λ. (1998) Μονογονεϊκές οικογένειες: Σύγχρονες τάσεις και διλήμματα πολιτικής. Συγκριτική επισκόπηση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. **95**.

Μαργαριτίδου Β. Μεστεναίου Λ. (1994): «Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ Τόμος 5. Τεύχος 4, σελ. 167-179.

Μαργαριτίδου. Β, Μεστεναίου. Λ (1994): « Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα », Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Τ. 5, 4, σ. 167

Μαρκοβίτης, Μ. (1994) Νεότερα Ερευνητικά Δεδομένα. Στο *Διαζύγιο και παιδιά*, 1η έκδ., 42-52. Θεσσαλονίκη: University Studio Press & Επιστημονική εταιρεία για οικογένειες σε χωρισμό *δι αλλαγή.*

Μαρούλη. Ε, Βαλαή. Γ (1979): « Οικογένειες παιδιών με σύνδρομο DOWN », Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα

Μαρτινοπούλου Υ. (1990): «Καταγραφή εμπειριών προβλημάτων και απόψεων οικογενειών που ανάθρεψαν παιδιά με νοητική υστέρηση». Εκδόσεις Ίδρυμα Ερευνών για το παιδί. Ειδική Διαγνωστική Ομάδα. Αθήνα.

Μουσούρου Λ. (1983): «Κύκλος της οικογενειακής ζωής», Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Μουσούρου Λ. (1984): «Η ελληνική οικογένεια», Ίδρυμα Γουλανδρή-Χόρν. Αθήνα.

Μουσούρου Λ. (1985): «Γυναικεία απασχόληση και οικογένεια». Εστία. Αθήνα.

Μουσούρου Λ. (1985): «Οικογένεια και παιδί στην Αθήνα», Εστία. Αθήνα.

Μουσούρου Λ. (1989): « Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας », Gutenberg, Αθήνα

Μουσούρου Λ. (2002): «Οικογένεια και Οικογενειακή Πολιτική στον 21ον αιώνα», Προσκεκλημένη Ομιλία στο Συνέδριο Η ελληνική οικογένεια. Τομέας Ψυχολογίας. Κέντρο για τη μελέτη της οικογένειας. Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα.

Μουσούρου, Λ. (1981, 1984) Ρόλοι των συζύγων - Δομή της ελληνικής οικογένειας. Στο Μουστάκα Κ & Κασιμάτη, Κ. (1984) *Η προβληματική της Εμπειρικής Έρευνας. Δύο Εφαρμογές με Επίκεντρο το Παιδί. Αθήνα*: Αετοπούλειο Πολιτιστικό Κέντρο Δήμου Χαλανδρίου .

Μουσούρου, Λ. Μ. (1983) *Κύκλος της οικογενειακής ζωής και γυναικεία απασχόληση.* Αθήνα.

Μουσούρου, Λ. Μ. (1985) *Οικογένεια και παιδί στην Αθήνα.* Αθήνα: Εστία.

Μουσούρου, Λ. Μ. (1989) *Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας*, 2η έκδ. Αθήνα: Gutenberg.

Μπαμπάλης, Θ. (2003) *Παιδιά Μονογονεϊκών Οικογενειών: ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην οικογένεια και το σχολείο*. Ρόδος: Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

Μπενζεβέγκης Κ.- Καλατζή-Ατζίτζη Α. Ζώνιου Σιδέρη Α. (1994): «Απόψεις και στάσεις γονέων φυσιολογικών παιδιών απέναντι σε παιδιά με ειδικές ανάγκες». Ν. Καϊλα-Ν. Πολεμικός-Γ. Φιλίππου. Επιμέλεια Άτομα με Ειδικές Ανάγκες.

Μπερστίν, Μπ. (1985) Κοινωνιογλωσσική προσέγγιση της κοινωνικοποίησης με αναφορά στη σχολική επίδοση. Στο Α. Φραγκουδάκη, *Κοινωνιολογία της Εκπαίδευσης. Θεωρίες για την κοινωνική ανισότητα στο σχολείο*, σσ 435- 465 (Μετάφραση και ανατύπωση της εργασίας: A sociolinguistic approach to socialization: with some reference to educability. In *Class, Code and Control*, vol. I, London: Routledge and Kegan Paul).

Ν 1049/ 27 – 1 – 1938/ ΦΕΚ. 24/ ΕΤΚ

Ν 453/ 30 – 1 – 1937/ ΦΕΚ. 28/ ΕΤΚ

Ν 726/ 15 – 6 – 1937/ΦΕΚ. 228. ΕΤΚ

Ν. 1143/ 31 – 3 – 1981/ ΦΕΚ. 80/ ΕΤΚ

Ν. 1566/ 30 – 9 – 1985/ ΦΕΚ. 167/ ΕΤΚ

Ν. 1894/! – 8 – 1951/ ΦΕΚ.212/ΕΤΚ

Ν. 2817/ 14 – 3 – 2000/ ΦΕΚ. 78/ ΕΤΚ

Ν. 4466/ 10 – 5 – 1965/ ΦΕΚ. 82/ΕΤΚ

Ν. Δ. 3635/ 16 – 11 – 1956/ ΦΕΚ 281/ ΕΤΚ

Ν. 4397/ 24 – 8 – 1929/ ΦΕΚ 309/ ΕΤΚ

Ν. 1681/22 – 1 – 1919 /ΦΕΚ. 14/ Ε.Τ. Κ

Ναζίρη Δ. (1984): « «Πατέρας και παιδί με ειδικές ανάγκες». Ν. Καϊλα-Ν. Πολεμικός-Γ. Φιλίππου. Επιμέλεια Άτομα με Ειδικές Ανάγκες.

Νασιάκου, Μ. (1980) "Μορφωσιογόνος τάση στην ελληνική ύπαιθρο". Στο *ΟΙΕΛΕ, Προβλήματα της Ελληνικής Εκπαίδευσης.* Αθήνα. (2η εκδ.).

Νασιάκου, Μ. (2000α) Κλινική Ψυχολογία - Η προσωπικότητα. Στο Βοσνιάδου Σ. (επ. έκδ.), *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*, τ. **Β΄**, 125-186. Αθήνα: Gutenberg.

Νασιάκου, Μ. (2000β) Κλινική Ψυχολογία - Ψυχοθεραπεία. Στο Βοσνιάδου Σ. (επ. έκδ.), *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*, τ. **Β΄**, 189-198. Αθήνα: Gutenberg.

Νόβα-Καλτσούνη, Χ., Μακρή-Μπότσαρη, Ε., & Τσιμπουκλή Α. *Εξέλιξη του παιδιού στο Κοινωνικό Περιβάλλον - Θέματα Εφηβείας*, Ελεύθερο Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Osgood, C. E. (1964) Semantic differential technique in comparative study of cultures. *American Anthropologist*, **66**, 171-200.

Oyserman, D., & Markus, H. (1990) Possible selves and delinquency, *Journal of Personality and Social Psychology,* **59**, 87-113.

Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό (1991) τ. 1-9. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παναγιωτόπουλος Π. (1990): «Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας για την Οικογένεια. Ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά και αναγκαιότητά τους», Τσίτουρα Στέλλα Επιμέλεια Φροντίδα για την οικογένεια. Έκδοση Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και προαγωγής της Υγείας και Ελληνική Εταιρία Πρόληψης της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών. Αθήνα.

Πανοτσοπούλου Κ. (1994): «Κοινωνική Πρόνοια-Ιστορική εξέλιξη και σύγχρονες τάσεις», Εκδόσεις Γρηγόρης. Αθήνα.

Πανταζόπουλος, Ν. (1967) *Κοινοτικός βίος εις την Θετταλομαγνησίαν επί Τουρκοκρατίας.* Θεσσαλονίκη.

Παντελιάδου Σ. (1998): «Απαιτήσεις χρόνου και βιωμένο Stress για τις Ελληνίδες μητέρες παιδιών με σύνδρομο DOWN , Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Παπαγιάννης Γ. (1994): «Η επίδραση της εργασίας με την κοινωνική ομάδα στην Ειδική Αγωγή παιδιών με νοητικές ανεπάρκειες και μαθησιακά προβλήματα», Πανεπιστήμιο Θράκης. Τμήμα Ιατρικής Δ.Δ.

Παπαδιώτη - Αθανασίου, **Β.** (2000) *Οικογένεια και όρια: Συστημική προσέγγιση.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπακωνσταντίνου. Κ.Ν, Χαντζής. Γ.Σ (1982) : « Η στάση των κανονικών παιδιών απέναντι στα αποκλίνοντα », Ιδίων, Αθήνα

Παπαστάμου Σ. (1990): «Οι ομαδικές σχέσεις». Εκδόσεις Οδυσσέας. Αθήνα.

Παπαστάμου, Σ. (1989α) *Εγχειρίδιο Κοινωνικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Παπαστάμου, Σ. (1989β) *Η Ψυχολογιοποίηση.* Αθήνα: Οδυσσέας.

Παπαχρίστου, Θ. Κ. (1998) *Εγχειρίδιο Οικογενειακού Δικαίου.* Αθήνα: Σάκκουλας.

Παρασκευόπουλος, Ι. (1998) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*. Β΄ Τόμος. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1984) *Εξελικτική Ψυχολογία - Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση*, , τ. 1-4. Αθήνα: αυτοέκδοση.

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1990) *Στατιστική*, τ. Ι - ΙΙ. Αθήνα: αυτοέκδοση.

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1991) *Στατιστική*, τ. ΙΙΙ. Αθήνα: αυτοέκδοση.

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993) *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*, τ. 2. Αθήνα:

αυτοέκδοση.

Παρασκευόπουλος. Ι (1980): « Νοητική καθυστέρηση Διαφορική Διάγνωση – Αιτιολογία – Πρόληψη - Ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση », Ιδίου,Αθήνα

Παρασκευόπουλος. Ι (1982): « Ψυχολογία των Ατομικών Διαφορών », Ιδίου, Αθήνα

Παρασκευόπουλος Ι. (1980): «Νοητική καθυστέρηση Διαφορική Διάγνωση-Αιτιολογία-Πρόληψη-Ψυχοπαιδαγωγική αντιμετώπιση», Ιδίου. Αθήνα.

Παρασκευόπουλος. Ι (1982): «Ψυχολογία Ατομικών διαφορών Ιδίου. Αθήνα.

Παρασκευόπουλος. Ι (1993): «Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας», Τόμοι 1 και 2 Ιδίου. Αθήνα.

Πατέρας, Κ. (1981) Η Σχέσις μεταξύ Περιβάλλοντος και Ευφυίας-Επιδόσεως- Συμπεριφοράς των Παίδων (Διατριβή επί Διδακτορία), Αθήνα.

Πετμεζίδου-Τσουλουβή, Μ. (1987) *Κοινωνικές Τάξεις και Μηχανισμοί Αναπαραγωγής* Αθήνα: Εξάντας.

Πλάτωνος, *Πολιτεία.*

Πολυχρονοπούλου Σ. (1999): «Νοητική Υστέρηση-Ψυχολογική-Κοινωνική και Παιδαγωγική προσέγγιση», Ιδίας.

Πυργιωτάκη, Ι. (1984) *Κοινωνικοποίηση και εκπαιδευτικές ανισότητες στην Ελλάδα*. Αθήνα: Γρηγόρης

Πυριωτάκης, Ι. (1986, 1989) *Κοινωνικοποίηση και Εκπαιδευτικές Ανισότητες* Αθήνα: Γρηγόρης

Ρουσέας, Π. (1993) Συγκριτική διερεύνηση των επαγγελματικών αξιών, στάσεων και σχεδίων των μαθητών των Εσπερινών και των Ημερησίων Γενικών Λυκείων. Διδακτορική Διατριβή: Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Τομέας Παιδαγωγικής,σελ. 48

Σακαλάκη, Μ. (1984), *Κοινωνικές ιεραρχίες και σύστημα αξιών. Ιδεολογικές δομές στο νεοελληνικό Μυθιστόρημα 1900-1980*. Αθήνα: Κέδρος.

Σιούτη Σ. (2000): «Η συμβολή των οικογενειών παιδιών με νοητικές δυσκολίες στην υλοποίηση αναλυτικών προγραμμάτων». Εισήγηση στο 3ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Ειδικής Αγωγής. ΠΕΣΕΑ Πειραιάς.

Σιούτη Σ. (2003): «Ο ψυχισμός των ατόμων με αναπηρίες και η κοινωνική στάση», Περιοδικό Γέφυρες Επικοινωνίας. Εκδόσεις Περιοδική Έκδοση Κοινωνικού Προβληματισμού και Ενημέρωσης του Κέντρου Περίθαλψης Παίδων. ΚΕΠΕΠ Λεχαινών Τεύχος 1.

Σλαϊφστάιν, Γ. (1970) *Εισαγωγή στη μελέτη του Μαρξ, του Ένγκελς και του Λένιν.* Αθήνα: Επίκουρος.

Σούλης Σ. (2002): «Το παιδί με νοητική υστέρηση κι η οικογένειά του. Μια δύσκολη κατάσταση στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία». Εισήγηση στο Συνέδριο «Η Ελληνική Οικογένεια. Τομέας Ψυχολογίας. Κέντρο για τη μελέτη της Οικογένειας. Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Στασινόπουλου Ο. (1991): «Οικογένεια-Κράτος-Κοινωνική Πολιτική-Οριοθετήσεις και Διαπλοκές», Διαστάσεις της Κοινωνικής Πολιτικής σήμερα. 3ο Συνέδριο. Πάντειο Πανεπιστήμιο. Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα (1993) Αθήνα.

Στασινός Δ. (1999): «Η Ειδική Εκπαίδευση στην Ελλάδα. Αντιλήψεις-Θεσμοί και Πρακτικές. Κράτος και Ιδιωτική Πρωτοβουλία 1906-1989». GUTENBERG. Αθήνα.

Σταύρου. Λ.Σ (1984) : « Εισαγωγή στην ψυχοπαθολογία του νηπίου και του παιδιού » ,Αθήνα

Στεφανής. Κ (1974) : « 'Μαθήματα Ψυχιατρικής », Αθήνα

Tajfel, H. (1981) *Human groups and social categories.* Cambridge, England: Cambridge University.

Teicher, J.D. (1967) Personality Disorders. In Freedman, A.M. & Kaplan H.I. *Comprehensive textbook of psychiatry.* Baltimore: The Willianms and Wilkins Co.

Timasheff, N. S., & Theodorson, G. A. (1980) *Ιστορία Κοινωνιολογικών Θεωριών*, Δ. Γ. Τσαούση (μετ.), Αθήνα: Gutenberg.

Τανός, Χ. (1985) *Αυτοεκτίμηση και αξιολογικό σύστημα εφήβων. Διδακτορική διατριβή*, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Τανός, Χ. (1991) *Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό*, **7**, 889-892. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Τζάνη, Μ. (1983) *Σχολική επιτυχία: Ζήτημα ταξικής προέλευσης και κουλτούρας*. Αθήνα

Τζουμάκα-Μπάκουλα Χ. (1990): «Ο ρόλος της οικογένειας στην αντιμετώπιση παιδιών με ειδικές ανάγκες», Δελτίο Α. Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών Τόμος 37. Τεύχος 1. Σελ. 62-66.

Τσαμπαρλή, Α., & Σαμιωτάκης, Ν. (2002) Σχέση λειτουργικής επάρκειας της οικογένειας και αυτοεκτίμησης του παιδιού. Στο Ν. Πολεμικός, Μ. Καϊλα & Φ. Καλαβάσης (Επ.), *Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία*, τ. **Β΄**, *Αποκλίνουσες διαστάσεις στο χώρο της οικογένειας* (266-273). Αθήνα: Ατραπός.

Τσαούσης, Δ. Γ. (1979) *Στοιχεία Κοινωνιολογίας.* Αθήνα: Gutenberg.

Τσαούσης, Δ. Γ. (1984 & 1987) *Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας.* Αθήνα: Gutenberg.

Τσαούσης, Δ. Γ. (1998) *Η κοινωνία του ανθρώπου: Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία.* Αθήνα: Gutenberg.

Τσιάντης, Γ. (1990) Οικογένεια σε κρίση. Στο Σ. Τσίτουρα (Επ.), *Φροντίδα για την*

οικογένεια (59-71). Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας. Ελληνική Εταιρεία Πρόληψης της Κακοποίησης και Παραμέλησης των Παιδιών. Αθήνα.

Τσιάντης, Γ. (2000). *Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας.* Τ. Β΄. Αθήνα: Καστανιώτη.

Τσιναρέλη Γ. (1993): «Η ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες», Περιοδικό Διαφορά. Τεύχη 46,47. Θεσσαλονίκη.

Τσίτουρα Σ. (1990): «Φροντίδα για την Οικογένεια», Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και προαγωγής της Υγείας, Ελληνική Εταιρία Πρόληψης της Κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών. Αθήνα.

Τσοποτός, Δ. Κ. (1974/1912) *Γη και γεωργοί της Θεσσαλίας κατά την Τουρκοκρατία*ν. Αθήνα.

ΥΠ.Ε.Π.Θ. / Δ/νση Ειδικής Αγωγής (1991) : « Δελτίο Πληροφοριών Ειδικής Αγωγής », Αθήνα

Φίλια Β. (1993): «Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και στις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών», Γενική Εποπτεία, Εκδόσεις GUTENBERG.

Φίλιας, Β. (1980) *Όψεις της διατήρησης και της μεταβολής του κοινωνικού συστήματος,* τομ.2. Αθήνα.

Φίλιας, Β. (1985) *Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις*. Αθήνα (4η εκδ.).

Φλουρής, Γ. (1989) *Αυτοαντίληψη, Σχολική Επίδοση και Επίδραση Γονέων*. Αθήνα: Γρηγόρης .

Φλουρής, Γ., Κουλοπούλου Α., Σπυριδάκης Ι. (1981) *Το Αυτοσυναίσθημα και η Παιδαγωγική του Αντιμετώπιση.* Αθήνα: Αλκυών.

Φραγκουδάκη, Α. (1985). *Κοινωνιολογία της Εκπαίδευσης. Θεωρίες για την Κοινωνική Ανισότητα στο Σχολείο*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Χαραλαμπόπουλος, Β. (1993) *Η ανάπτυξη της προσωπικότητας - Η εφαρμογή επιστημονικών αρχών, η οικογένεια και η σχολική αγωγή.* Αθήνα: Gutenberg.

Χαρίτου-Φατούρου, Μ. (2000) *Ψυχοθεραπευτική Πράξη.* Στο Βοσνιάδου Σ. (Επ. έκδ.), *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*, τ. **Β΄**, 201-245. Αθήνα: Gutenberg.

Χατζηχρήστου, Χ. (1999) *Ο χωρισμός των γονέων, το διαζύγιο και τα παιδιά*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Χουρδάκη, Μ. (1982) *Οικογενειακή Ψυχολογία*. Αθήνα: Γρηγόρης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1
Εργαλείο Συλλογής Δεδομένων

Τα στοιχεία που σας ζητούμε να μας δώσετε παρακάτω είναι **ανώνυμα** και πάνω απ' όλα **απόρρητα** για οποιονδήποτε. Ο ερευνητής αναλαμβάνει την ευθύνη επεξεργασίας τους και της παρουσίασης των αποτελεσμάτων της έρευνας, είτε σε συνέδριο, είτε με δημοσίευση σε βιβλίο ή επιστημονικό περιοδικό.

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας έχει σας σκοπό τη διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες των παιδιών με σύνδρομο Down, μέσα στην ελληνική κοινωνία. Ειδικότερα από τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, από τις υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης, από τις υπηρεσίες εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας και τις υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας και του Υπουργείου Εργασίας.

Από εσάς ζητούμε να απαντήσετε στις ερωτήσεις βάζοντας ένα Χ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι ή βάζοντας μέσα σε κύκλο έναν αριθμό ή μια λέξη ή φράση. Εμείς θα σας δείχνουμε κάθε φορά τι θέλουμε.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Τα στοιχεία να γράφονται καθαρά και όπου απαιτείται απλή σημείωση αυτό να γίνεται μέσα στο αντίστοιχο τετράγωνο με ένα Χ .	ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΜΗ ΣΗΝΕΙΩΝΕΤΕ Σ'ΑΥΤΑ ΤΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑ
1. ΦΥΛΟ ΄Ανδρας ☐ Γυναίκα ☐	☐
2. ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	☐
3. ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	☐
4. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ(Μόνο το όνομα της πόλης)	☐
5.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΄Αγαμος/η ☐ ΄Εγγαμος/η ☐ Χηρεία ☐ Διάσταση ☐ Διαζευγμένος/η ☐	☐
6. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ - Δεν πήγα καθόλου σε Σχολείο ☐ - Μερικές τάξεις στο Δημοτικό ☐ - Τελείωσα το Δημοτικό ☐ - Μερικές τάξεις στο Γυμνάσιο ☐ - Τελείωσα Γυμνάσιο ☐ - Τελείωσα Λύκειο ☐ -Ανώτερη Σχολή ☐ -Ανώτατη Σχολή ☐	☐
7.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : -Εργάτης ☐ - Ιδιωτικός Υπάλληλος ☐ - Δημόσιος Υπάλληλος ☐ - Ελεύθερος Επαγγελματίας , ΄Εμπορος ☐ -Βιοτέχνης ☐ - Επιχειρηματίας ☐	☐

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν θα έχετε τη δυνατότητα να επιλέξετε από έτοιμες απαντήσεις που θα σας προτείνουμε εμείς. Από τις απαντήσεις αυτές παρακαλούμε να επιλέξετε μόνο μια και να τη βάλετε Χ στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί κάτω από αυτήν.

1.**Απευθύνεστε στις υπηρεσίες υγείας :** Πολύ Συχνά Συχνά Μερικές φορές Ποτέ ☐ ☐ ☐ ☐ 2**. Εάν σημειώσατε ποτέ, για ποιό λόγο**. Τις θεωρώ ανεπαρκείς.....☐ Δεν με εξυπηρετούν..... .....☐ Δεν τις εμπιστεύομαι.....☐ ‘ Εχω κακές εμπειρίες.....☐ Μου δημιουργούν άσχημα συναισθήματα.....☐ 3.**’ Εχετε υποβληθεί σε εξετάσεις προγενετικού ελέγχου πρίν από τη γέννηση του παιδιού σας ;** ΝΑΙ ΟΧΙ ☐ ☐ 4. **Εάν ΟΧΙ γιατί .** Δεν γνωρίζατε.....☐ Δεν σας ενημέρωσαν.....☐ Αδιαφορήσατε.....☐ Φοβηθήκατε.....☐ 5. **Εάν ΝΑΙ , ποιά νομίζετε ότι είναι η κατάστασή τους,** ‘Αριστη.....☐ Πολύ Καλή.....☐ Καλή.....☐ Κακή.....☐ Πολύ κακή.....☐ 5 α. Θα θέλατε να κάνετε κάποιες σύντομες προτάσεις για τις υπηρεσίες προγενετικού ελέγχου . α.	ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΜΗ ΣΗΝΕΙΩΝΕΤΑΙ Σ’ΑΥΤΑ ΤΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΑ

β. .....
.....
γ. .....
.....

6. **Το παιδί σας γεννήθηκε σε κρατικό ή ιδιωτικό μαιευτήριο;**

Κρατικό ☐ Ιδιωτικό ☐

7**. Ποιά η εντύπωσή σας από τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου**

‘Αριστη	Πολύ Καλή	Καλή	Κακή	Πολύ Κακή
☐	☐	☐	☐	☐

8. **Ποιά η εντύπωσή σας από τη συμπεριφορά του προσωπικού του μαιευτηρίου**

‘Αριστη	Πολύ Καλή	Καλή	Κακή	Πολύ Κακή
☐	☐	☐	☐	☐

9.**Ποιός σας ανακοίνωσε σχετικά με την κατάσταση του παιδιού σας**

Ο μαιευτήρας σας.....☐
‘Ενας άλλος γιατρός.....☐
Μια νοσοκόμος.....☐
Μια κοινωνική λειτουργός.....☐
‘Ενας ψυχολόγος/Μια ψυχολόγος.....☐

10.**Νομίζετε ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των μαιευτηρίων πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να χειρίζεται και να συμπεριφέρεται σε περιπτώσεις σαν τη δική σας ή απαιτείται η ύπαρξη ειδικού επιστήμονα για παρόμοιες περιπτώσεις .**

Εκπαίδευση ☐ Ειδικός Επιστήμονας ☐ Και τα δυο ☐

11.**Μπορείτε να μας περιγράψετε σύντομα τα συναισθήματά σας όταν σας ανακοίνωσαν σχετικά με την κατάσταση του παιδιού σας.**

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

12.**Πού νομίζετε ότι πρέπει να γίνεται η πρωτοβάθμια παρέμβαση για παιδιά με σύνδρομο Down.**

Σε νοσοκομείο.....☐

Σε Κέντρο Υγείας.....☐

Σε ειδικό ψυχιατρικό κέντρο.....☐

Σε ειδικό κέντρο διάγνωσης και στήριξης.....☐

Αλλού, πού; .....☐

.....

13.**Επισκέπτεστε με το παιδί σας υπηρεσίες υγείας**

ΝΑΙ	ΟΧΙ
☐	☐

14**. Εάν ΝΑΙ ποιά ή ποιές είναι αυτές**

.....
.....
.....
.....

15. **Ποιό είναι το επίπεδο των υπηρεσιών αυτών**

'Αριστο.....☐

Πολύ καλό.....☐

Καλό.....☐

Κακό .....☐

Πολύ Κακό.....☐

16.**Σε ποιό βαθμό είστε ευχαριστημένοι από το επίπεδο της επιστημονικής προσφοράς του προσωπικού.**

Πάρα Πολύ.....☐

Πολύ.....☐

Μέτρια.....☐

Καθόλου.....☐

17. **Ποιά είναι η ανθρώπινη συμπεριφορά του προσωπικού προς το παιδί σας**

‘Αριστη.....☐ Πολύ Καλή .....☐ Καλή.....☐ Κακή.....☐ Πολύ Κακή.....☐ 18.**Πώς αντιδρά το παιδί σας προς το προσωπικό** ‘Αριστα.....☐ Πολύ θετικά.....☐ Θετικά.....☐ ‘Ασχημα.....☐ Αρνείται κάθε συνεργασία.....☐ 19**. Παρακολούθησε το παιδί σας νηπιαγωγείο.** ΝΑΙ ΟΧΙ ☐ ☐ 20. **Αν ΝΑΙ παρακολούθησε Ειδικό Νηπιαγωγείο ή το νηπιαγωγείο της γειτονιάς του.** Ειδικό Νηπιαγωγείο .....☐ Νηπιαγωγείο της Γειτονιάς.....☐ 21.**Το νηπιαγωγείο που παρακολούθησε το παιδί σας ήταν Δημόσιο ή Ιδιωτικό** Δημόσιο.....☐ Ιδιωτικό.....☐ 22. **Παρακολούθησε το παιδί σας Ειδικό Δημοτικό Σχολείο ή Γενικό Δημοτικό** Ειδικό Δημοτικό Σχολείο.....☐ Γενικό Δημοτικό Σχολείο.....☐ 23. **Το Δημοτικό Σχολείο που παρακολούθησε το παιδί σας ήταν Δημόσιο ή Ιδιωτικό** Δημόσιο.....☐	

Ιδιωτικό..... ☐

24.**Σε ποιό βαθμό είστε ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του Δημοτικού Σχολείου που παρακολούθησε το παιδί σας.**

Εξαιρετικά.....☐
Πάρα Πολύ.....☐
Πολύ.....☐
Μέτρια .....☐
Καθόλου.....☐

25. **Νομίζετε ότι στα προγράμματα του Δημοτικού Σχολείου θα πρέπει να ενσωματωθούν εργαστήρια προεπαγγελματικής εκπαίδευσης**
Οπωσδήποτε.....☐
ΝΑΙ.....☐
Δεν έχω άποψη.....☐
ΟΧΙ.....☐

26. **'Εχετε να κάνετε κάποιες προτάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που πρέπει να προσφέρει το Δημοτικό Σχολείο**
α .....
.....
β .....
.....
γ. .....
.....

27. **Νομίζετε ότι για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση το παιδί σας πρέπει να παρακολουθήσει Γυμνάσιο ή Επαγγελματική Σχολή**

Γυμνάσιο.....☐
Επαγγελματική Σχολή.....☐

28. **Εφόσον νομίζετε ότι πρέπει να παρακολουθήσει επαγγελματική σχολή παρακαλούμε πολύ περιγράψτε πως νομίζετε πως πρέπει να είναι.**
.....
.....
.....

.....

29**. Ενισχύεστε οικονομικά από τις κοινωνικές υπηρεσίες**

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

30. **Εάν ΝΑΙ η ενίσχυση αυτή είναι**

Απόλυτα ικανοποιητική.....☐

Ικανοποιητική.....☐

Τυπική.....☐

Ανεπαρκής .....☐

Απόλυτα Ανεπαρκής.....☐

31. **Σας επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες στο σπίτι από τις Υπηρεσίες Πρόνοιας για να συζητήσουν μαζί σας και για να σας δώσουν συμβουλές σχετικά με το παιδί σας.**

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

32**. Εάν ΟΧΙ το θεωρείται αυτό**

Απόλυτα Αναγκαίο.....☐

Απαραίτητο.....☐

Δεν σας δημιουργεί πρόβλημα.....☐

33. **Ποιά είναι η συμπεριφορά των συγγενών σας**

'Αριστη.....☐

Πολύ Καλή.....☐

Καλή.....☐

Κακή .....☐

Πολύ Κακή.....☐

34. **Ποιά είναι η συμπεριφορά των φίλων σας**

Αριστη.....☐

Πολύ Καλή.....☐

Καλή.....☐

Κακή .....☐

Πολύ Κακή.....☐

35. **Περιγράψτε με λίγα λόγια πως αισθάνεστε απέναντι στην κατάσταση του παιδιού σας.**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

36. **Αισθάνεστε ποτέ ζήλια για τους άλλους γονείς**

ΝΑΙ	ΟΧΙ	άλλοτε ναι και άλλοτε όχι
☐	☐	☐

37. **Αισθάνεστε ποτέ ντροπή για το παιδί σας**

ΝΑΙ	ΟΧΙ
☐	☐

38. **'Εχετε άλλα παιδιά**

ΝΑΙ	ΟΧΙ
☐	☐

39. **Εάν ΝΑΙ πως αποδέχονται τον αδελφό/ή τους με σύνδρομο Down**

.....
.....
.....
.....
.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2
Πίνακες Συχνοτήτων των Δημογραφικών Χαρακτηριστικών των υποκειμένων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1
1. ΦΥΛΟ:

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ανδρας	26	28,9	29,5	29,5
Γυναίκα	62	68,9	70,5	100
Δεν απάντησαν	2	2,2	100	
Σύνολο	90	100		

ΠΙΝΑΚΑΣ
2, ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Δεκαετείες	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
40	8	8,9	9,1	9,1
50	32	35,6	36,4	45,5
60	26	28,9	29,5	75
70	13	14,4	14,8	89,8
80	6	6,7	6,8	96,6
90	3	3,3	3,4	100
Δεν απάντησαν	2	2,2	100	
Σύνολο	90	100		

ΠΙΝΑΚΑΣ
3 ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
1	11	12,2	12,2	12,2
2	32	35,6	35,6	47,8
3	4	4,4	4,4	52,2
4	10	11,1	11,1	63,3
5	5	5,6	5,6	68,9
6	6	6,7	6,7	75,6
7	9	10	10	85,6
8	6	6,7	6,7	92,2
9	1	1,1	1,1	93,3
10	2	2,2	2,2	95,6
11	4	4,4	4,4	100
Σύνολο	90	100	100	

ΠΙΝΑΚΑΣ
4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Εγγαμος	79	87,8	88,8	88,8
Χηρεία	7	7,8	7,9	96,6
Διάσταση	3	3,3	3,4	100
Δεν απάντησαν	1	1,1	100	
Σύνολο	90	100		

ΠΙΝΑΚΑΣ
5. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Δεν πήγα καθόλου σε Σχολείο	18	20	24,7	24,7
Μερικές τάξεις στο Δημοτικό	23	25,6	31,5	56,2
Τελείωσα το Δημοτικό	17	18,9	23,3	79,5
Μερικές τάξεις στο Γυμνάσιο	9	10	12,3	91,8
Τελείωσα Γυμνάσιο	6	6,7	8,2	100
Δεν απάντησαν	17	18,9	100	
Σύνολο	90	100		

ΠΙΝΑΚΑΣ
6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ :

	Συχνότητα N	Ποσοστό %	Σχετικό Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Εργάτης	28	31,1	35,9	35,9
Ιδιωτικός Υπάλληλος	11	12,2	14,1	50
Δημόσιος Υπάλληλος	19	21,1	24,4	74,4
Ελεύθερος Επαγγελματίας, Έμπορος	8	8,9	10,3	84,6
Βιοτέχνης	4	4,4	5,1	89,7
Επιχειρηματίας	4	4,4	5,1	94,9
Μη κατατασσόμενοι	4	4,4	5,1	100
Δεν απάντησαν	12	13,3	100	
Σύνολο	90	100		

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Πίνακες Συνδυαστικών Συχνοτήτων των Κυρίων Ερωτήσεων και στατιστικές αναλύσεις (στατιστικό κριτήριο χ^2)ως προς το φύλο των υποκειμένων

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β1. Απευθύνεστε στις υπηρεσίες υγείας :

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Πολύ Συχνά	10	27.8	41.7	26	72.2	48.1	36	100	46.2
Συχνά	5	29.4	20.8	12	70.6	22.2	17	100	21.8
Μερικές φορές	6	31.6	25	13	68.4	24.1	19	100	24.4
Ποτέ	3	50	12.5	3	50	5.6	6	100	7.7
Σύνολο	24	30.8	100	54	69.2	100	78		100

Δεν απάντησαν 12
x2= 1.2 - DF = 3 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β2. Εάν σημειώσατε ποτέ, για ποιό λόγο.

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Τις θεωρώ ανεπαρκείς	5	45.5	31.3	6	54.5	15	11	100	19.6
Δεν με εξυπηρετούν	4	25	25	12	75	30	16	100	28.6
Δεν τις εμπιςτεύομαι	4	28.6	25	10	71.4	25	14	100	25
Εχω κακές εμπειρίες	2	20	12.5	8	80	20	10	100	17.9
Μου δημιουργούν άσχημα συναισθήματα	1	20	6.3	4	80	10	5	100	8.9
Σύνολο	16	28.6	100	40	71.4	100	56		100

Δεν απάντησαν 34
x2= 2.1 - DF = 4 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β3.Εχετε υποβληθεί σε εξετάσεις προγενετικού ελέγχου πρίν από τη γέννηση του παιδιού σας ;

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
ΝΑΙ	3	11.5	15	23	88.5	52.3	26	100	40.6
ΟΧΙ	17	44.7	85	21	55.3	47.7	38	100	59.4
Σύνολο	20	31.3	100	44	68.8	100	64		100

Δεν απάντησαν 26
x2= 7.9 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β4. Εάν ΟΧΙ γιατί

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Δεν γνωρίζατε	11	47.8	52.4	12	52.2	42.9	23	100	46.9
Δεν σας ενημέρωσαν	5	45.5	23.8	6	54.5	21.4	11	100	22.4
Αδιαφορήσατε	1	20	4.8	4	80	14.3	5	100	10.2
Φοβηθήκατε	4	40	19	6	60	21.4	10	100	20.4
Σύνολο	21	42.9	100	28	57.1	100	49		100

Δεν απάντησαν 41
x2= 1.3 - DF = 3 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β5. **Εάν ΝΑΙ , ποιά νομίζετε ότι είναι η κατάστασή τους,**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη	1	14.3	33.3	6	85.7	26.1	7	100	26.9
Πολύ Καλή	1	16.7	33.3	5	83.3	21.7	6	100	23.1
Καλή				4	100	17.4	4	100	15.4
Κακή	1	20	33.3	4	80	17.4	5	100	19.2
Πολύ κακή				4	100	17.4	4	100	15.4
Σύνολο	3	11.5	100	23	88.5	100	26		100

Δεν απάντησαν 64
x2= 1.6 - DF = 4 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β 5 α. Θα θέλατε να κάνετε κάποιες σύντομες προτάσεις για τις υπηρεσίες προγενετικού ελέγχου .

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Να μάθω περισσότερα	8	33.3	50	16	66.7	43.2	24	100	45.3
Να γίνεται πιο συστηματικά	6	46.2	37.5	7	53.8	18.9	13	100	24.5
Να γίνεται μόνο όταν απαιτείται	2	12.5	12.5	14	87.5	37.8	16	100	30.2
Σύνολο	16	30.2	100	37	69.8	100	53		100

Δεν απάντησαν 37
x2= 4.0 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β6. **Το παιδί σας γεννήθηκε σε κρατικό ή ιδιωτικό μαιευτήριο;**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Κρατικό	21	42.9	91.3	28	57.1	59.6	49	100	70
Ιδιωτικό	2	9.5	8.7	19	90.5	40.4	21	100	30
Σύνολο	23	32.9	100	47	67.1	100	70		100

Δεν απάντησαν 20
x2= 7.4 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β7**. Ποιά η εντύπωσή σας από τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη	5	33.3	20.8	10	66.7	20	15	100	20.3
Πολύ Καλή	3	27.3	12.5	8	72.7	16	11	100	14.9
Καλή	11	44	45.8	14	56	28	25	100	33.8
Κακή	2	16.7	8.3	10	83.3	20	12	100	16.2
Πολύ Κακή	3	27.3	12.5	8	72.7	16	11	100	14.9
Σύνολο	24	32.4	100	50	67.6	100	74		100

Δεν απάντησαν 16
x2= 3.1 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β8. **Ποιά η εντύπωσή σας από τη συμπεριφορά του προσωπικού του μαιευτηρίου**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη									
Πολύ Καλή	7	35	35	13	65	25	20	100	27.8
Καλή	6	24	30	19	76	36.5	25	100	34.7
Κακή	5	25	25	15	75	28.8	20	100	27.8
Πολύ Κακή	2	28.6	10	5	71.4	9.6	7	100	9.7
Σύνολο	20	27.8	100	52	72.2	100	72		100

Δεν απάντησαν 18
x2= .7 - DF = 3 - P > 0,05
ΠΙΝΑΚΑΣ
Β9.**Ποιός σας ανακοίνωσε σχετικά με την κατάσταση του παιδιού σας**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Ο μαιευτήρας σας	14	35	63.6	26	65	51	40	100	54.8
Ενας άλλος γιατρός	2	16.7	9.1	10	83.3	19.6	12	100	16.4
Μια νοσοκόμος	5	31.3	22.7	11	68.8	21.6	16	100	21.9
Μια κοινωνική λειτουργός	1	20	4.5	4	80	7.8	5	100	6.8
‘Ενας ψυχολόγος									
Σύνολο	22	30.1	100	51	69.9	100	73		100

Δεν απάντησαν 17
x2= 1.7 - DF = 3 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β10.**Νομίζετε ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των μαιευτηρίων πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να χειρίζεται και να συμπεριφέρεται σε περιπτώσεις σαν τη δική σας ή απαιτείται η ύπαρξη ειδικού επιστήμονα για παρόμοιες περιπτώσεις .**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Εκπαίδευση	3	21.4	13	11	78.6	22	14	100	19.2
Ειδικός Επιστήμονας	5	29.4	21.7	12	70.6	24	17	100	23.3
Και τα δυο	15	35.7	65.2	27	64.3	54	42	100	57.5
Σύνολο	23	31.5	100	50	68.5	100	73		100

Δεν απάντησαν 17
x2= 1.0 - DF = 2 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β 11.**Μπορείτε να μας περιγράψετε σύντομα τα συναισθήματά σας όταν σας ανακοίνωσαν σχετικά με την κατάσταση του παιδιού σας.**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αρνητικά	7	19.4	35	29	80.6	63	36	100	54.5
Θετικά	10	55.6	50	8	44.4	17.4	18	100	27.3
Ανάμεικτα	3	25	15	9	75	19.6	12	100	18.2
Σύνολο	20	30.3	100	46	69.7	100	66		100

Δεν απάντησαν 24
x2= 7.6 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β12.Πού νομίζετε ότι πρέπει να γίνεται η πρωτοβάθμια παρέμβαση για παιδιά με σύνδρομο Down.

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Σε νοσοκομείο									
Σε Κέντρο Υγείας	4	23.5	19	13	76.5	26	17	100	23.9
Σε ειδικό ψυχιατρικό κέντρο	9	33.3	42.9	18	66.7	36	27	100	38
Σε ειδικό κέντρο διάγνωσης και στήριξης	8	29.6	38.1	19	70.4	38	27	100	38
Σύνολο	21	29.6	100	50	70.4	100	71		100

Δεν απάντησαν 19
x2= .4 - DF = 2 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β13.Επισκέπτεστε με το παιδί σας υπηρεσίες υγείας

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
ΝΑΙ	16	32.7	84.2	33	67.3	80.5	49	100	81.7
Όχι	3	27.3	15.8	8	72.7	19.5	11	100	18.3
Σύνολο	19	31.7	100	41	68.3	100	60		100

Δεν απάντησαν 30
x2= .1 - DF = 1 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β14. Εάν ΝΑΙ ποιά ή ποιές είναι αυτές

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Νοσοκομείο	7	33.3	36.8	14	66.7	25.9	21	100	28.8
Ψυχολογικό κέντρο	2	18.2	10.5	9	81.8	16.7	11	100	15.1
Πρόνοια	5	31.3	26.3	11	68.8	20.4	16	100	21.9
Όλα τα παραπάνω	2	18.2	10.5	9	81.8	16.7	11	100	15.1
Ιδιωτικά ιατρεία	3	21.4	15.8	11	78.6	20.4	14	100	19.2
Σύνολο	19	26	100	54	74	100	73		100

Δεν απάντησαν 17
x2= 1.6 - DF = 4 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β15. Ποιό είναι το επίπεδο των υπηρεσιών αυτών

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστο	7	30.4	33.3	16	69.6	28.6	23	100	29.9
Πολύ καλό	6	50	28.6	6	50	10.7	12	100	15.6
Καλό	5	31.3	23.8	11	68.8	19.6	16	100	20.8
Κακό	1	6.7	4.8	14	93.3	25	15	100	19.5
Πολύ Κακό	2	18.2	9.5	9	81.8	16.1	11	100	14.3

Σύνολο	21	27.3	100	56	72.7	100	77		100

Δεν απάντησαν 13
x2= 7.0 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β16.**Σε ποιό βαθμό είστε ευχαριστημένοι από το επίπεδο της επιστημονικής προσφοράς του προσωπικού.**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Πάρα Πολύ	5	31.3	23.8	11	68.8	19.3	16	100	20.5
Πολύ	6	26.1	28.6	17	73.9	29.8	23	100	29.5
Μέτρια	9	32.1	42.9	19	67.9	33.3	28	100	35.9
Καθόλου	1	9.1	4.8	10	90.9	17.5	11	100	14.1
Σύνολο	21	26.9	100	57	73.1	100	78		100

Δεν απάντησαν 12
x2= 2.3 - DF = 3 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β17. **Ποιά είναι η ανθρώπινη συμπεριφορά του προσωπικού προς το παιδί σας**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Αριστη	3	21.4	13	11	78.6	20.4	14	100	18.2
Πολύ Καλή	4	33.3	17.4	8	66.7	14.8	12	100	15.6
Καλή	11	42.3	47.8	15	57.7	27.8	26	100	33.8
Κακή	3	20	13	12	80	22.2	15	100	19.5
Πολύ Κακή	2	20	8.7	8	80	14.8	10	100	13
Σύνολο	23	29.9	100	54	70.1	100	77		100

Δεν απάντησαν 13
x2= 3.6 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β18.**Πώς αντιδρά το παιδί σας προς το προσωπικό**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Αριστα	11	29.7	47.8	26	70.3	48.1	37	100	48.1
Πολύ θετικά	2	33.3	8.7	4	66.7	7.4	6	100	7.8
Θετικά	1	33.3	4.3	2	66.7	3.7	3	100	3.9
Ασχημα	3	21.4	13	11	78.6	20.4	14	100	18.2
Αρνείται κάθε συνεργασία	6	35.3	26.1	11	64.7	20.4	17	100	22.1
Σύνολο	23	29.9	100	54	70.1	100	77		100

Δεν απάντησαν 13
x2= .7 - DF = 4 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β19**. Παρακολούθησε το παιδί σας νηπιαγωγείο.**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
ΝΑΙ	16	38.1	76.2	26	61.9	68.4	42	100	71.2
ΟΧΙ	5	29.4	23.8	12	70.6	31.6	17	100	28.8

Σύνολο	21	35.6	100	38	64.4	100	59		100

Δεν απάντησαν 31
x2= .3 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β20. **Αν ΝΑΙ παρακολούθησε Ειδικό Νηπιαγωγείο ή το νηπιαγωγείο της γειτονιάς του.**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Ειδικό Νηπιαγωγείο	4	19	26.7	17	81	53.1	21	100	44.7
Νηπιαγωγείο της Γειτονιάς	11	42.3	73.3	15	57.7	46.9	26	100	55.3
Σύνολο	15	31.9	100	32	68.1	100	47		100

Δεν απάντησαν 43
x2= 2.8 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β21.**Το νηπιαγωγείο που παρακολούθησε το παιδί σας ήταν Δημόσιο ή Ιδιωτικό**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Δημόσιο	14	31.1	82.4	31	68.9	68.9	45	100	72.6
Ιδιωτικό	3	17.6	17.6	14	82.4	31.1	17	100	27.4
Σύνολο	17	27.4	100	45	72.6	100	62		100

Δεν απάντησαν 28
x2= 1.1 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β22. **Παρακολούθησε το παιδί σας Ειδικό Δημοτικό Σχολείο ή Γενικό Δημοτικό**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Ειδικό Δημοτικό Σχολείο	9	23.7	50	29	76.3	61.7	38	100	58.5
Γενικό Δημοτικό Σχολείο	9	33.3	50	18	66.7	38.3	27	100	41.5
Σύνολο	18	27.7	100	47	72.3	100	65		100

Δεν απάντησαν 25
x2= .7 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β23. **Το Δημοτικό Σχολείο που παρακολούθησε το παιδί σας ήταν Δημόσιο ή Ιδιωτικό**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Δημόσιο	15	33.3	68.2	30	66.7	60	45	100	62.5
Ιδιωτικό	7	25.9	31.8	20	74.1	40	27	100	37.5
Σύνολο	22	30.6	100	50	69.4	100	72		100

Δεν απάντησαν 18
x2= .4 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β24.**Σε ποιό βαθμό είστε ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του Δημοτικού Σχολείου που παρακολούθησε το παιδί σας.**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Εξαιρετικά	5	33.3	23.8	10	66.7	20	15	100	21.1
Πάρα Πολύ	1	14.3	4.8	6	85.7	12	7	100	9.9

Πολύ	2	20	9.5	8	80	16	10	100	14.1
Μέτρια	6	37.5	28.6	10	62.5	20	16	100	22.5
Καθόλου	7	30.4	33.3	16	69.6	32	23	100	32.4
Σύνολο	21	29.6	100	50	70.4	100	71		100

Δεν απάντησαν 19
x2= 1.8 - DF = 4 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β25. **Νομίζετε ότι στα προγράμματα του Δημοτικού Σχολείου θα πρέπει να ενσωματωθούν εργαστήρια προεπαγγελματικής εκπαίδευσης**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Οπωσδήποτε	12	25.5	66.7	35	74.5	76.1	47	100	73.4
ΝΑΙ	5	41.7	27.8	7	58.3	15.2	12	100	18.8
Δεν έχω άποψη	1	20	5.6	4	80	8.7	5	100	7.8
ΟΧΙ									
Σύνολο	18	28.1	100	46	71.9	100	64		100

Δεν απάντησαν 26
x2= 1.4 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β26. **'Εχετε να κάνετε κάποιες προτάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που πρέπει να προσφέρει το Δημοτικό Σχολείο**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Ειδικό προσωπικό	2	33.3	11.8	4	66.7	8.2	6	100	9.1
Ειδικά προγράμματα	4	23.5	23.5	13	76.5	26.5	17	100	25.8
Άγνοια	5	25	29.4	15	75	30.6	20	100	30.3
Καλύτερη υποδομή	6	26.1	35.3	17	73.9	34.7	23	100	34.8
Σύνολο	17	25.8	100	49	74.2	100	66		100

Δεν απάντησαν 24
x2= .2 - DF = 3 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β27. **Νομίζετε ότι για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση το παιδί σας πρέπει να παρακολουθήσει Γυμνάσιο ή Επαγγελματική Σχολή**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Γυμνάσιο	7	28	43.8	18	72	41.9	25	100	42.4
Επαγγελματική Σχολή	9	26.5	56.3	25	73.5	58.1	34	100	57.6
Σύνολο	16	27.1	100	43	72.9	100	59		100

Δεν απάντησαν 31
x2= .0 - DF = 1 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β28. **Εφόσον νομίζετε ότι πρέπει να παρακολουθήσει επαγγελματική σχολή παρακαλούμε πολύ περιγράψτε πως νομίζετε πως πρέπει να είναι.**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Προσαρμογή στις ανάγκες του	5	29.4	22.7	12	70.6	23.1	17	100	23
Ειδικό προσωπικό	4	40	18.2	6	60	11.5	10	100	13.5

Ανάπτυξη ικανοτήτων, κλίσεων	2	20	9.1	8	80	15.4	10	100	13.5
Ενίσχυση εύρεσης εργασίας	1	9.1	4.5	10	90.9	19.2	11	100	14.9
Εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων	10	38.5	45.5	16	61.5	30.8	26	100	35.1
Σύνολο	22	29.7	100	52	70.3	100	74		100

Δεν απάντησαν 16
x2= 4.1 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β29**. Ενισχύεστε οικονομικά από τις κοινωνικές υπηρεσίες**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
ΝΑΙ	14	25	82.4	42	75	85.7	56	100	84.8
ΟΧΙ	3	30	17.6	7	70	14.3	10	100	15.2
Σύνολο	17	25.8	100	49	74.2	100	66		100

Δεν απάντησαν 24
x2= .1 - DF = 1 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β30. **Εάν ΝΑΙ η ενίσχυση αυτή είναι:**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Απόλυτα ικανοποιητική									
Ικανοποιητική	1	16.7	4	5	83.3	8.3	6	100	7.1
Τυπική	2	18.2	8	9	81.8	15	11	100	12.9
Ανεπαρκής	12	28.6	48	30	71.4	50	42	100	49.4
Απόλυτα Ανεπαρκής	10	38.5	40	16	61.5	26.7	26	100	30.6
Σύνολο	25	29.4	100	60	70.6	100	85		100

Δεν απάντησαν 5
x2= 2.1 - DF = 3 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β31. **Σας επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες στο σπίτι από τις Υπηρεσίες Πρόνοιας για να συζητήσουν μαζί σας και για να σας δώσουν συμβουλές σχετικά με το παιδί σας.**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
ΝΑΙ	5	38.5	27.8	8	61.5	18.2	13	100	21
ΟΧΙ	13	26.5	72.2	36	73.5	81.8	49	100	79
Σύνολο	18	29	100	44	71	100	62		100

Δεν απάντησαν 28
x2= .7 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β32**. Εάν ΟΧΙ το θεωρείται αυτό:**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Απόλυτα Αναγκαίο	11	31.4	84.6	24	68.6	64.9	35	100	70
Απαραίτητο	2	20	15.4	8	80	21.6	10	100	20
Δεν δημιουργεί πρόβλημα				5	100	13.5	5	100	10
Σύνολο	13	26	100	37	74	100	50		100

Δεν απάντησαν 40

x2= 2.4 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β.33. **Ποιά είναι η συμπεριφορά των συγγενών σας**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη									
Πολύ Καλή	9	34.6	42.9	17	65.4	37	26	100	38.8
Καλή	8	26.7	38.1	22	73.3	47.8	30	100	44.8
Κακή	3	50	14.3	3	50	6.5	6	100	9
Πολύ Κακή	1	20	4.8	4	80	8.7	5	100	7.5
Σύνολο	21	31.3	100	46	68.7	100	67		100

Δεν απάντησαν 23
x2= 1.7 - DF = 3 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β34. **Ποιά είναι η συμπεριφορά των φίλων σας**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη									
Πολύ Καλή	7	24.1	26.9	22	75.9	37.9	29	100	34.5
Καλή	9	47.4	34.6	10	52.6	17.2	19	100	22.6
Κακή	6	28.6	23.1	15	71.4	25.9	21	100	25
Πολύ Κακή	4	26.7	15.4	11	73.3	19	15	100	17.9
Σύνολο	26	31	100	58	69	100	84		100

Δεν απάντησαν 6
x2= 3.2 - DF = 3 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β35. **Περιγράψτε με λίγα λόγια πως αισθάνεστε απέναντι στην κατάσταση του παιδιού σας.**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Θετικά	8	44.4	42.1	10	55.6	20.8	18	100	26.9
Αρνητικά	6	24	31.6	19	76	39.6	25	100	37.3
Ανάμεικτα	5	20.8	26.3	19	79.2	39.6	24	100	35.8
Σύνολο	19	28.4	100	48	71.6	100	67		100

Δεν απάντησαν 23
x2= 3.1 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β36. **Αισθάνεστε ποτέ ζήλια για τους άλλους γονείς**

	Ανδρες			Γυναίκες			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
ΝΑΙ	7	43.8	35	9	56.3	24.3	16	100	28.1
ΟΧΙ	4	44.4	20	5	55.6	13.5	9	100	15.8

άλλοτε ναι και άλλοτε όχι	9	28.1	45	23	71.9	62.2	32	100	56.1
Σύνολο	20	35.1	100	37	64.9	100	57		100

Δεν απάντησαν 33
x2= 1.5 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β37. **Αισθάνεστε ποτέ ντροπή για το παιδί σας**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
ΝΑΙ	5	19.2	26.3	21	80.8	51.2	26	100	43.3
ΟΧΙ	14	41.2	73.7	20	58.8	48.8	34	100	56.7
Σύνολο	19	31.7	100	41	68.3	100	60		100

Δεν απάντησαν 30
x2= 3.2 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β38. **'Εχετε άλλα παιδιά**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
ΝΑΙ	13	28.3	65	33	71.7	76.7	46	100	73
ΟΧΙ	7	41.2	35	10	58.8	23.3	17	100	27
Σύνολο	20	31.7	100	43	68.3	100	63		100

Δεν απάντησαν 27
x2= .9 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β 39. **Εάν ΝΑΙ πως αποδέχονται τον αδελφό/ή τους με σύνδρομο Down**

	Ανδρες			**Γυναίκες**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Θετικά	9	34.6	69.2	17	65.4	51.5	26	100	56.5
Αρνητικά	3	30	23.1	7	70	21.2	10	100	21.7
Ουδέτερα	1	10	7.7	9	90	27.3	10	100	21.7
Σύνολο	13	28.3	100	33	71.7	100	46		100

Δεν απάντησαν 44
x2= 2.1 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Πίνακες Συνδυαστικών Συχνοτήτων των Κυρίων Ερωτήσεων και στατιστικές αναλύσεις (κριτήριο χ^2)ως προς το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Β1. Απευθύνεςτε στις υπηρεσίες υγείας :

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Πολύ Συχνά	25	80.6	46.3	6	19.4	46.2	31	100	46.3
Συχνά	11	84.6	20.4	2	15.4	15.4	13	100	19.4
Μερικές φορές	14	82.4	25.9	3	17.6	23.1	17	100	25.4
Ποτέ	4	66.7	7.4	2	33.3	15.4	6	100	9
Σύνολο	54	80.6	100	13	19.4	100	67		100

Δεν απάντησαν 23
x2= .9 - DF = 3 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ

Β2. Εάν σημειώσατε ποτέ, για ποιό λόγο.

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Τις θεωρώ ανεπαρκείς	7	77.8	18.4	2	22.2	20	9	100	18.8
Δεν με εξυπηρετούν	7	58.3	18.4	5	41.7	50	12	100	25
Δεν τις εμπιςτεύομαι	12	92.3	31.6	1	7.7	10	13	100	27.1
Εχω κακές εμπειρίες	8	88.9	21.1	1	11.1	10	9	100	18.8
Μου δημιουργούν άσχημα συναισθήματα	4	80	10.5	1	20	10	5	100	10.4
Σύνολο	38	79.2	100	10	20.8	100	48		100

Δεν απάντησαν 42
x2= 5.0 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ

Β3.Εχετε υποβληθεί σε εξετάσεις προγενετικού ελέγχου πρίν από τη γέννηση του παιδιού σας ;

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
ΝΑΙ	17	81	39.5	4	19	44.4	21	100	40.4
ΟΧΙ	26	83.9	60.5	5	16.1	55.6	31	100	59.6
Σύνολο	43	82.7	100	9	17.3	100	52		100

Δεν απάντησαν 38
x2= .0 - DF = 1 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ

Β4. Εάν ΟΧΙ γιατί

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Δεν γνωρίζατε	16	84.2	48.5	3	15.8	37.5	19	100	46.3
Δεν σας ενημέρωςαν	9	81.8	27.3	2	18.2	25	11	100	26.8
Αδιαφορήσατε	3	75	9.1	1	25	12.5	4	100	9.8
Φοβηθήκατε	5	71.4	15.2	2	28.6	25	7	100	17.1
Σύνολο	33	80.5	100	8	19.5	100	41		100

Δεν απάντησαν 49
x2= .6 - DF = 3 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β5. **Εάν ΝΑΙ , ποιά νομίζετε ότι είναι η κατάστασή τους,**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη	5	100	29.4				5	100	23.8
Πολύ Καλή	2	50	11.8	2	50	50	4	100	19
Καλή	4	80	23.5	1	20	25	5	100	23.8
Κακή	3	75	17.6	1	25	25	4	100	19
Πολύ κακή	3	100	17.6				3	100	14.3
Σύνολο	17	81	100	4	19	100	21		100

Δεν απάντησαν 69
x2= 4.4 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β 5 α. Θα θέλατε να κάνετε κάποιες σύντομες προτάσεις για τις υπηρεσίες προγενετικού ελέγχου .

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Να μάθω περισσότερα	18	90	52.9	2	10	22.2	20	100	46.5
Να γίνεται πιο συστηματικά	6	60	17.6	4	40	44.4	10	100	23.3
Να γίνεται μόνο όταν απαιτείται	10	76.9	29.4	3	23.1	33.3	13	100	30.2
Σύνολο	34	79.1	100	9	20.9	100	43		100

Δεν απάντησαν 47
x2= 3.6 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β6. **Το παιδί σας γεννήθηκε σε κρατικό ή ιδιωτικό μαιευτήριο;**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Κρατικό	34	81	73.9	8	19	72.7	42	100	73.7
Ιδιωτικό	12	80	26.1	3	20	27.3	15	100	26.3
Σύνολο	46	80.7	100	11	19.3	100	57		100

Δεν απάντησαν 33
x2= .0 - DF = 1 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β7**. Ποιά η εντύπωσή σας από τις υπηρεσίες του μαιευτηρίου**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη	10	83.3	21.3	2	16.7	16.7	12	100	20.3
Πολύ Καλή	5	71.4	10.6	2	28.6	16.7	7	100	11.9
Καλή	15	71.4	31.9	6	28.6	50	21	100	35.6
Κακή	8	80	17	2	20	16.7	10	100	16.9
Πολύ Κακή	9	100	19.1				9	100	15.3
Σύνολο	47	79.7	100	12	20.3	100	59		100

Δεν απάντησαν 31
x2= 3.5 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β8. **Ποιά η εντύπωσή σας από τη συμπεριφορά του προσωπικού του μαιευτηρίου**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη									
Πολύ Καλή	14	82.4	29.8	3	17.6	23.1	17	100	28.3
Καλή	14	70	29.8	6	30	46.2	20	100	33.3
Κακή	12	75	25.5	4	25	30.8	16	100	26.7
Πολύ Κακή	7	100	14.9				7	100	11.7
Σύνολο	47	78.3	100	13	21.7	100	60		100

Δεν απάντησαν 30
x2= 3.0 - DF = 3 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β9.**Ποιός σας ανακοίνωσε σχετικά με την κατάσταση του παιδιού σας**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Ο μαιευτήρας σας	29	82.9	61.7	6	17.1	50	35	100	59.3
Ενας άλλος γιατρός	8	88.9	17	1	11.1	8.3	9	100	15.3
Μια νοσοκόμος	7	63.6	14.9	4	36.4	33.3	11	100	18.6
Μια κοινωνική λειτουργός	3	75	6.4	1	25	8.3	4	100	6.8
‘Ενας ψυχολόγος									
Σύνολο	47	79.7	100	12	20.3	100	59		100

Δεν απάντησαν 31
x2= 2.4 - DF = 3 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β10.**Νομίζετε ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των μαιευτηρίων πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να χειρίζεται και να συμπεριφέρεται σε περιπτώσεις σαν τη δική σας ή απαιτείται η ύπαρξη ειδικού επιστήμονα για παρόμοιες περιπτώσεις .**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Εκπαίδευση	10	83.3	20	2	16.7	15.4	12	100	19
Ειδικός Επιστήμονας	11	78.6	22	3	21.4	23.1	14	100	22.2
Και τα δυο	29	78.4	58	8	21.6	61.5	37	100	58.7
Σύνολο	50	79.4	100	13	20.6	100	63		100

Δεν απάντησαν 27
x2= .1 - DF = 2 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β 11.**Μπορείτε να μας περιγράψετε σύντομα τα συναισθήματά σας όταν σας ανακοίνωσαν σχετικά με την κατάσταση του παιδιού σας.**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αρνητικά	23	85.2	59	4	14.8	30.8	27	100	51.9
Θετικά	11	68.8	28.2	5	31.3	38.5	16	100	30.8
Ανάμεικτα	5	55.6	12.8	4	44.4	30.8	9	100	17.3
Σύνολο	39	75	100	13	25	100	52		100

Δεν απάντησαν 38
x2= 3.6 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β12.Πού νομίζετε ότι πρέπει να γίνεται η πρωτοβάθμια παρέμβαση για παιδιά με σύνδρομο Down.

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Σε νοσοκομείο									
Σε Κέντρο Υγείας	9	64.3	19.1	5	35.7	38.5	14	100	23.3
Σε ειδικό ψυχιατρικό κέντρο	18	78.3	38.3	5	21.7	38.5	23	100	38.3
Σε ειδικό κέντρο διάγνωσης και στήριξης	20	87	42.6	3	13	23.1	23	100	38.3
Σύνολο	47	78.3	100	13	21.7	100	60		100

Δεν απάντησαν 30
x2= 2.6 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β13.Επισκέπτεστε με το παιδί σας υπηρεσίες υγείας

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
ΝΑΙ	28	73.7	75.7	10	26.3	90.9	38	100	79.2
Όχι	9	90	24.3	1	10	9.1	10	100	20.8
Σύνολο	37	77.1	100	11	22.9	100	48		100

Δεν απάντησαν 42
x2= 1.1 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β14. Εάν ΝΑΙ ποιά ή ποιές είναι αυτές

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Νοσοκομείο	11	68.8	23.4	5	31.3	38.5	16	100	26.7
Ψυχολογικό κέντρο	7	87.5	14.9	1	12.5	7.7	8	100	13.3
Πρόνοια	14	82.4	29.8	3	17.6	23.1	17	100	28.3
Όλα τα παραπάνω	6	66.7	12.8	3	33.3	23.1	9	100	15
Ιδιωτικά ιατρεία	9	90	19.1	1	10	7.7	10	100	16.7
Σύνολο	47	78.3	100	13	21.7	100	60		100

Δεν απάντησαν 30
x2= 2.9 - DF = 4 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β15. Ποιό είναι το επίπεδο των υπηρεσιών αυτών

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστο	19	86.4	36.5	3	13.6	27.3	22	100	34.9
Πολύ καλό	6	75	11.5	2	25	18.2	8	100	12.7
Καλό	14	93.3	26.9	1	6.7	9.1	15	100	23.8
Κακό	8	80	15.4	2	20	18.2	10	100	15.9
Πολύ Κακό	5	62.5	9.6	3	37.5	27.3	8	100	12.7
Σύνολο	52	82.5	100	11	17.5	100	63		100

Δεν απάντησαν 27

x2= 4.0 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β16.**Σε ποιό βαθμό είστε ευχαριστημένοι από το επίπεδο της επιστημονικής προσφοράς του προσωπικού.**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Πάρα Πολύ	12	80	24.5	3	20	21.4	15	100	23.8
Πολύ	13	72.2	26.5	5	27.8	35.7	18	100	28.6
Μέτρια	14	73.7	28.6	5	26.3	35.7	19	100	30.2
Καθόλου	10	90.9	20.4	1	9.1	7.1	11	100	17.5
Σύνολο	49	77.8	100	14	22.2	100	63		100

Δεν απάντησαν 27
x2= 1.6 - DF = 3 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β17. **Ποιά είναι η ανθρώπινη συμπεριφορά του προσωπικού προς το παιδί σας**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη	12	85.7	23.5	2	14.3	13.3	14	100	21.2
Πολύ Καλή	7	70	13.7	3	30	20	10	100	15.2
Καλή	17	77.3	33.3	5	22.7	33.3	22	100	33.3
Κακή	12	92.3	23.5	1	7.7	6.7	13	100	19.7
Πολύ Κακή	3	42.9	5.9	4	57.1	26.7	7	100	10.6
Σύνολο	51	77.3	100	15	22.7	100	66		100

Δεν απάντησαν 24
x2= 7.2 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β18.**Πώς αντιδρά το παιδί σας προς το προσωπικό**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστα	26	78.8	53.1	7	21.2	50	33	100	52.4
Πολύ θετικά	4	100	8.2				4	100	6.3
Θετικά	3	100	6.1				3	100	4.8
Ασχημα	10	90.9	20.4	1	9.1	7.1	11	100	17.5
Αρνείται κάθε συνεργασία	6	50	12.2	6	50	42.9	12	100	19
Σύνολο	49	77.8	100	14	22.2	100	63		100

Δεν απάντησαν 27
x2= 8.4 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β19**. Παρακολούθησε το παιδί σας νηπιαγωγείο.**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
ΝΑΙ	27	84.4	69.2	5	15.6	55.6	32	100	66.7
ΟΧΙ	12	75	30.8	4	25	44.4	16	100	33.3
Σύνολο	39	81.3	100	9	18.8	100	48		100

Δεν απάντησαν 42
x2= .6 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β20. **Αν ΝΑΙ παρακολούθησε Ειδικό Νηπιαγωγείο ή το νηπιαγωγείο της γειτονιάς του.**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Ειδικό Νηπιαγωγείο	14	93.3	41.2	1	6.7	20	15	100	38.5
Νηπιαγωγείο της Γειτονιάς	20	83.3	58.8	4	16.7	80	24	100	61.5
Σύνολο	34	87.2	100	5	12.8	100	39		100

Δεν απάντησαν 51
x2= .8 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β21.**Το νηπιαγωγείο που παρακολούθησε το παιδί σας ήταν Δημόσιο ή Ιδιωτικό**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Δημόσιο	32	84.2	78	6	15.8	60	38	100	74.5
Ιδιωτικό	9	69.2	22	4	30.8	40	13	100	25.5
Σύνολο	41	80.4	100	10	19.6	100	51		100

Δεν απάντησαν 39
x2= 1.3 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β22. **Παρακολούθησε το παιδί σας Ειδικό Δημοτικό Σχολείο ή Γενικό Δημοτικό**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Ειδικό Δημοτικό Σχολείο	26	83.9	56.5	5	16.1	62.5	31	100	57.4
Γενικό Δημοτικό Σχολείο	20	87	43.5	3	13	37.5	23	100	42.6
Σύνολο	46	85.2	100	8	14.8	100	54		100

Δεν απάντησαν 39
x2= .0 - DF = 1 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β23. **Το Δημοτικό Σχολείο που παρακολούθησε το παιδί σας ήταν Δημόσιο ή Ιδιωτικό**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Δημόσιο	32	80	66.7	8	20	66.7	40	100	66.7
Ιδιωτικό	16	80	33.3	4	20	33.3	20	100	33.3
Σύνολο	48	80	100	12	20	100	60		100

Δεν απάντησαν 30
x2= .0 - DF = 1 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β24.**Σε ποιό βαθμό είστε ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του Δημοτικού Σχολείου που παρακολούθησε το παιδί σας.**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Εξαιρετικά	10	90.9	22.7	1	9.1	8.3	11	100	19.6
Πάρα Πολύ	5	100	11.4				5	100	8.9
Πολύ	6	75	13.6	2	25	16.7	8	100	14.3
Μέτρια	8	66.7	18.2	4	33.3	33.3	12	100	21.4
Καθόλου	15	75	34.1	5	25	41.7	20	100	35.7

Σύνολο	44	78.6	100	12	21.4	100	56		100

Δεν απάντησαν 34
x2= 3.5 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β25. **Νομίζετε ότι στα προγράμματα του Δημοτικού Σχολείου θα πρέπει να ενσωματωθούν εργαστήρια προεπαγγελματικής εκπαίδευσης**

	Δημοτικό			**Γυμνάσιο - λύκειο**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Οπωσδήποτε	25	73.5	64.1	9	26.5	75	34	100	66.7
ΝΑΙ	10	83.3	25.6	2	16.7	16.7	12	100	23.5
Δεν έχω άποψη	4	80	10.3	1	20	8.3	5	100	9.8
ΟΧΙ									
Σύνολο	39	76.5	100	12	23.5	100	51		100

Δεν απάντησαν 39
x2= .5 - DF = 2 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β26. **'Εχετε να κάνετε κάποιες προτάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που πρέπει να προσφέρει το Δημοτικό Σχολείο**

	Δημοτικό			**Γυμνάσιο - λύκειο**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Ειδικό προσωπικό	4	100	8.9				4	100	7.3
Ειδικά προγράμματα	9	69.2	20	4	30.8	40	13	100	23.6
Άγνοια	14	82.4	31.1	3	17.6	30	17	100	30.9
Καλύτερη υποδομή	18	85.7	40	3	14.3	30	21	100	38.2
Σύνολο	45	81.8	100	10	18.2	100	55		100

Δεν απάντησαν 35
x2= 2.4 - DF = 3 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β27. **Νομίζετε ότι για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση το παιδί σας πρέπει να παρακολουθήσει Γυμνάσιο ή Επαγγελματική Σχολή**

	Δημοτικό			**Γυμνάσιο - λύκειο**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Γυμνάσιο	15	75	44.1	5	25	50	20	100	45.5
Επαγγελματική Σχολή	19	79.2	55.9	5	20.8	50	24	100	54.5
Σύνολο	34	77.3	100	10	22.7	100	44		100

Δεν απάντησαν 46
x2= .1 - DF = 1 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β28. **Εφόσον νομίζετε ότι πρέπει να παρακολουθήσει επαγγελματική σχολή παρακαλούμε πολύ περιγράψτε πως νομίζετε πως πρέπει να είναι.**

	Δημοτικό			**Γυμνάσιο - λύκειο**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Προσαρμογή στις ανάγκες του	14	87.5	28.6	2	12.5	15.4	16	100	25.8
Ειδικό προσωπικό	8	100	16.3				8	100	12.9
Ανάπτυξη ικανοτήτων, κλίσεων	7	77.8	14.3	2	22.2	15.4	9	100	14.5
Ενίσχυση εύρεσης εργασίας	3	42.9	6.1	4	57.1	30.8	7	100	11.3
Εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων	17	77.3	34.7	5	22.7	38.5	22	100	35.5

Σύνολο	49	79	100	13	21	100	62		100

Δεν απάντησαν 28
x2= 8.3 - DF = 4 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β29**. Ενισχύεστε οικονομικά από τις κοινωνικές υπηρεσίες**

	Δημοτικό			**Γυμνάσιο - λύκειο**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
ΝΑΙ	34	77.3	82.9	10	22.7	90.9	44	100	84.6
ΟΧΙ	7	87.5	17.1	1	12.5	9.1	8	100	15.4
Σύνολο	41	78.8	100	11	21.2	100	52		100

Δεν απάντησαν 28
x2= .4 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β30. **Εάν ΝΑΙ η ενίσχυση αυτή είναι:**

	Δημοτικό			**Γυμνάσιο - λύκειο**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Απόλυτα ικανοποιητική									
Ικανοποιητική	2	50	3.6	2	50	13.3	4	100	5.7
Τυπική	8	88.9	14.5	1	11.1	6.7	9	100	12.9
Ανεπαρκής	28	80	50.9	7	20	46.7	35	100	50
Απόλυτα Ανεπαρκής	17	77.3	30.9	5	22.7	33.3	22	100	31.4
Σύνολο	55	78.6	100	15	21.4	100	70		100

Δεν απάντησαν 20
x2= 2.5 - DF = 3 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β31. **Σας επισκέπτονται ειδικοί επιστήμονες στο σπίτι από τις Υπηρεσίες Πρόνοιας για να συζητήσουν μαζί σας και για να σας δώσουν συμβουλές σχετικά με το παιδί σας.**

	Δημοτικό			**Γυμνάσιο - λύκειο**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
ΝΑΙ	11	84.6	26.8	2	15.4	20	13	100	25.5
ΟΧΙ	30	78.9	73.2	8	21.1	80	38	100	74.5
Σύνολο	41	80.4	100	10	19.6	100	51		100

Δεν απάντησαν 39
x2= .1 - DF = 1 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β32**. Εάν ΟΧΙ το θεωρείται αυτό:**

	Δημοτικό			**Γυμνάσιο - λύκειο**			**Σύνολο**		
	N	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**	**N**	**%**	**%**
Απόλυτα Αναγκαίο	24	85.7	77.4	4	14.3	50	28	100	71.8
Απαραίτητο	6	75	19.4	2	25	25	8	100	20.5
Δεν δημιουργεί πρόβλημα	1	33.3	3.2	2	66.7	25	3	100	7.7
Σύνολο	31	79.5	100	8	20.5	100	39		100

Δεν απάντησαν 51
x2= 4.6 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β.33. **Ποιά είναι η συμπεριφορά των συγγενών σας**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη									
Πολύ Καλή	16	84.2	39	3	15.8	25	19	100	35.8
Καλή	17	73.9	41.5	6	26.1	50	23	100	43.4
Κακή	4	66.7	9.8	2	33.3	16.7	6	100	11.3
Πολύ Κακή	4	80	9.8	1	20	8.3	5	100	9.4
Σύνολο	41	77.4	100	12	22.6	100	53		100

Δεν απάντησαν 37
x2= 1.0 - DF = 3 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β34. **Ποιά είναι η συμπεριφορά των φίλων σας**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Αριστη									
Πολύ Καλή	23	92	41.8	2	8	13.3	25	100	35.7
Καλή	10	62.5	18.2	6	37.5	40	16	100	22.9
Κακή	10	66.7	18.2	5	33.3	33.3	15	100	21.4
Πολύ Κακή	12	85.7	21.8	2	14.3	13.3	14	100	20
Σύνολο	55	78.6	100	15	21.4	100	70		100

Δεν απάντησαν 20
x2= 6.8 - DF = 3 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β35. **Περιγράψτε με λίγα λόγια πως αισθάνεστε απέναντι στην κατάσταση του παιδιού σας.**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Θετικά	12	80	30.8	3	20	25	15	100	29.4
Αρνητικά	11	64.7	28.2	6	35.3	50	17	100	33.3
Ανάμεικτα	16	84.2	41	3	15.8	25	19	100	37.3
Σύνολο	39	76.5	100	12	23.5	100	51		100

Δεν απάντησαν 39
x2= 2.0 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β36. **Αισθάνεστε ποτέ ζήλια για τους άλλους γονείς**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
ΝΑΙ	12	80	30.8	3	20	33.3	15	100	31.3
ΟΧΙ	7	77.8	17.9	2	22.2	22.2	9	100	18.8
άλλοτε ναι και άλλοτε όχι	20	83.3	51.3	4	16.7	44.4	24	100	50
Σύνολο	39	81.3	100	9	18.8	100	48		100

Δεν απάντησαν 42
x2= .1 - DF = 2 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β37. **Αισθάνεστε ποτέ ντροπή για το παιδί σας**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
ΝΑΙ	15	78.9	40.5	4	21.1	36.4	19	100	39.6
ΟΧΙ	22	75.9	59.5	7	24.1	63.6	29	100	60.4
Σύνολο	37	77.1	100	11	22.9	100	48		100

Δεν απάντησαν 42
x2= .0 - DF = 1 - P > 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β38. **'Εχετε άλλα παιδιά**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
ΝΑΙ	31	79.5	70.5	8	20.5	80	39	100	72.2
ΟΧΙ	13	86.7	29.5	2	13.3	20	15	100	27.8
Σύνολο	44	81.5	100	10	18.5	100	54		100

Δεν απάντησαν 36
x2= .3 - DF = 1 - P < 0,05

ΠΙΝΑΚΑΣ
Β 39. **Εάν ΝΑΙ πως αποδέχονται τον αδελφό/ή τους με σύνδρομο Down**

	Δημοτικό			Γυμνάσιο - λύκειο			Σύνολο		
	N	%	%	N	%	%	N	%	%
Θετικά	15	71.4	48.4	6	28.6	75	21	100	53.8
Αρνητικά	9	90	29	1	10	12.5	10	100	25.6
Ουδέτερα	7	87.5	22.6	1	12.5	12.5	8	100	20.5
Σύνολο	31	79.5	100	8	20.5	100	39		100

Δεν απάντησαν 51
x2= 1.8 - DF = 2 - P < 0,05

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5
Επιπλέον Στατιστικές Αναλύσεις

Μέρος 1ο: **Ανάλυση διακύμανσης ανεξάρτητων δειγμάτων**

T-Test

Περιγραφικά Δεδομένα

Group Statistics				
	B6	**N**	**Μέσος όρος**	**Τυπική απόκλιση**
B7	**1**	44	2,75	1,30
	2	21	3,48	1,44

Ανάλυση διακύμανσης ανεξάρτητων δειγμάτων

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		**t-test for Equality of Means**						
		F	**Sig.**	**t**	**df**	**Sig. (2-tailed)**	**Mean Difference**	**Std. Error Difference**	**95% Confidence Interval of the Difference**	
									Lower	**Upper**
B7	**Equal variances assumed**	,379	,540	-2,040	63	,046	-,73	,36	-1,44	-1,48E-02
	Equal variances not assumed			-1,966	36,046	,057	-,73	,37	-1,48	2,27E-02

T-Test

Περιγραφικά Δεδομένα

Group Statistics				
	B6	**N**	**Μέσος όρος**	**Τυπική απόκλιση**
B8	**1**	38	2,05	1,11
	2	17	2,76	,56

Ανάλυση διακύμανσης ανεξάρτητων δειγμάτων

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		**t-test for Equality of Means**						
		F	**Sig.**	**t**	**df**	**Sig. (2-tailed)**	**Mean Difference**	**Std. Error Difference**	**95% Confidence Interval of the Difference**	
									Lower	**Upper**
B8	**Equal variances assumed**	8,515	,005	-2,489	53	,016	-,71	,29	-1,29	-,14
	Equal variances not assumed			-3,146	52,078	,003	-,71	,23	-1,17	-,26

Μέρος 2ο: **Πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης**

Between-Subjects Factors		
		N
B22	**1**	20
	2	17
B23	**1**	15
	2	22

Descriptive Statistics
Dependent Variable: B24

B22	B23	Mean	Std. Deviation	N
1	**1**	4,56	,53	9
	2	1,55	,52	11
	Total	2,90	1,62	20
2	**1**	1,17	,41	6
	2	4,55	,52	11
	Total	3,35	1,73	17
Total	**1**	3,20	1,78	15
	2	3,05	1,62	22
	Total	3,11	1,66	37

Tests of Between-Subjects Effects
Dependent Variable: B24

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	91,057(a)	3	30,352	117,699	,000
Intercept	303,636	1	303,636	1177,425	,000
B22	,329	1	,329	1,276	,267
B23	,296	1	,296	1,147	,292
B22 * B23	88,813	1	88,813	344,393	,000
Error	8,510	33	,258		
Total	457,000	37			
Corrected Total	99,568	36			

a R Squared = ,915 (Adjusted R Squared = ,907)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6
Ανάλυση Διακύμανσης ως προς τη μεταβλητή φύλο

ΠΙΝΑΚΑΣ 1					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.7536	0.7536	0.7349	0.394
Within Groups	76	77.9259	1.0253		
Σύνολο	77	78.6795			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	24	2.0833	1.1001	0.2246	
Γυναίκες	54	1.8704	0.9722	0.1323	P<0,05
Σύνολο	78	1.9359	1.0108	0.1145	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 2					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	2.0643	2.0643	1.3569	0.2492
Within Groups	54	82.15	1.5213		
Σύνολο	55	84.2143			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	16	2.375	1.2583	0.3146	
Γυναίκες	40	2.8	1.2237	0.1935	P<0,05
Σύνολο	56	2.6786	1.2374	0.1654	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 3					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	1.9102	1.9102	8.7552	0.0044
Within Groups	62	13.5273	0.2182		
Σύνολο	63	15.4375			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	20	1.85	0.3663	0.0819	
Γυναίκες	44	1.4773	0.5053	0.0762	P<0,05
Σύνολο	64	1.5938	0.495	0.0619	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 4					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.6803	0.6803	0.4755	0.4939
Within Groups	47	67.2381	1.4306		
Σύνολο	48	67.9184			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	21	1.9048	1.1792	0.2573	
Γυναίκες	28	2.1429	1.2084	0.2284	P<0,05
Σύνολο	49	2.0408	1.1895	0.1699	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 5					
	D.F	**S.S**	**M.S**	**F.R**	**F. P**
Between Groups	1	0.5357	0.5357	0.2445	0.6255
Within Groups	24	52.5797	2.1908		
Σύνολο	25	53.1154			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	3	2.3333	1.5275	0.8819	
Γυναίκες	23	2.7826	1.4758	0.3077	P<0,05
Σύνολο	26	2.7308	1.4576	0.2859	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 6					
	D.F	**S.S**	**M.S**	**F.R**	**F. P**
Between Groups	1	1.1506	1.1506	1.5589	0.2175
Within Groups	51	37.6419	0.7381		
Σύνολο	52	38.7925			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	16	1.625	0.7188	0.1797	
Γυναίκες	37	1.9459	0.9112	0.1498	P<0,05
Σύνολο	53	1.8491	0.8637	0.1186	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 7					
	D.F	**S.S**	**M.S**	**F.R**	**F. P**
Between Groups	1	1.5548	1.5548	8.0428	0.006
Within Groups	68	13.1452	0.1933		
Σύνολο	69	14.7			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	23	1.087	0.2881	0.0601	
Γυναίκες	47	1.4043	0.4961	0.0724	P<0,05
Σύνολο	70	1.3	0.4616	0.0552	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 8					
	D.F	**S.S**	**M.S**	**F.R**	**F. P**
Between Groups	1	0.4595	0.4595	0.2628	0.6098
Within Groups	72	125.8783	1.7483		
Σύνολο	73	126.3378			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	24	2.7917	1.2504	0.2552	
Γυναίκες	50	2.96	1.3547	0.1916	P<0,05
Σύνολο	74	2.9054	1.3155	0.1529	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 9					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.247	0.247	0.2659	0.6077
Within Groups	70	65.0308	0.929		
Σύνολο	71	65.2778			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	20	2.1	1.0208	0.2283	
Γυναίκες	52	2.2308	0.9417	0.1306	P<0,05
Σύνολο	72	2.1944	0.9589	0.113	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 10					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.6291	0.6291	0.3024	0.5841
Within Groups	71	147.6996	2.0803		
Σύνολο	72	148.3288			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	22	1.9545	1.4302	0.3049	
Γυναίκες	51	2.1569	1.4474	0.2027	P<0,05
Σύνολο	73	2.0959	1.4353	0.168	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 11					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.6411	0.6411	1.0202	0.3159
Within Groups	71	44.6191	0.6284		
Σύνολο	72	45.2603			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	23	2.5217	0.7305	0.1523	
Γυναίκες	50	2.32	0.8192	0.1158	P<0,05
Σύνολο	73	2.3836	0.7929	0.0928	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 12					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.7684	0.7684	1.2772	0.2626
Within Groups	64	38.5043	0.6016		
Σύνολο	65	39.2727			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	20	1.8	0.6959	0.1556	
Γυναίκες	46	1.5652	0.807	0.119	P<0,05
Σύνολο	66	1.6364	0.7773	0.0957	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 13					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.0735	0.0735	0.1192	0.7309
Within Groups	69	42.5181	0.6162		
Σύνολο	70	42.5915			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	21	2.1905	0.7496	0.1636	
Γυναίκες	50	2.12	0.799	0.113	P<0,05
Σύνολο	71	2.1408	0.78	0.0926	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 14					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.018	0.018	0.1164	0.7342
Within Groups	58	8.9653	0.1546		
Σύνολο	59	8.9833			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	19	1.1579	0.3746	0.0859	
Γυναίκες	41	1.1951	0.4012	0.0627	P<0,05
Σύνολο	60	1.1833	0.3902	0.0504	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 15					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	1.3502	1.3502	0.6069	0.4386
Within Groups	71	157.9649	2.2249		
Σύνολο	72	159.3151			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	19	2.5789	1.5024	0.3447	
Γυναίκες	54	2.8889	1.4879	0.2025	P<0,05
Σύνολο	73	2.8082	1.4875	0.1741	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 16					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	5.6299	5.6299	2.7844	0.0994
Within Groups	75	151.6429	2.0219		
Σύνολο	76	157.2727			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	21	2.2857	1.2705	0.2773	
Γυναίκες	56	2.8929	1.4731	0.1969	P<0,05
Σύνολο	77	2.7273	1.4385	0.1639	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 17					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.6482	0.6482	0.6792	0.4125
Within Groups	76	72.5313	0.9544		
Σύνολο	77	73.1795			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	21	2.2857	0.9024	0.1969	
Γυναίκες	57	2.4912	1.0022	0.1327	P<0,05
Σύνολο	78	2.4359	0.9749	0.1104	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 18					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.1407	0.1407	0.0861	0.77
Within Groups	75	122.5346	1.6338		
Σύνολο	76	122.6753			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	23	2.8696	1.0998	0.2293	
Γυναίκες	54	2.963	1.3453	0.1831	P<0,05
Σύνολο	77	2.9351	1.2705	0.1448	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 19					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.0193	0.0193	0.0065	0.9359
Within Groups	75	222.682	2.9691		
Σύνολο	76	222.7013			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	23	2.6087	1.7771	0.3706	
Γυναίκες	54	2.5741	1.7002	0.2314	P<0,05
Σύνολο	77	2.5844	1.7118	0.1951	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 20					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.0816	0.0816	0.3872	0.5363
Within Groups	57	12.0201	0.2109		
Σύνολο	58	12.1017			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	21	1.2381	0.4364	0.0952	
Γυναίκες	38	1.3158	0.4711	0.0764	P<0,05
Σύνολο	59	1.2881	0.4568	0.0595	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 21					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.7149	0.7149	2.951	0.0927
Within Groups	45	10.9021	0.2423		
Σύνολο	46	11.617			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	15	1.7333	0.4577	0.1182	
Γυναίκες	32	1.4688	0.507	0.0896	P<0,05
Σύνολο	47	1.5532	0.5025	0.0733	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 22					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.2237	0.2237	1.1078	0.2968
Within Groups	60	12.115	0.2019		
Σύνολο	61	12.3387			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	17	1.1765	0.393	0.0953	
Γυναίκες	45	1.3111	0.4682	0.0698	P<0,05
Σύνολο	62	1.2742	0.4497	0.0571	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 23					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.1782	0.1782	0.7195	0.3995
Within Groups	63	15.6064	0.2477		
Σύνολο	64	15.7846			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	18	1.5	0.5145	0.1213	
Γυναίκες	47	1.383	0.4914	0.0717	P<0,05
Σύνολο	65	1.4154	0.4966	0.0616	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 24					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.1023	0.1023	0.4268	0.5157
Within Groups	70	16.7727	0.2396		
Σύνολο	71	16.875			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	22	1.3182	0.4767	0.1016	
Γυναίκες	50	1.4	0.4949	0.07	P<0,05
Σύνολο	72	1.375	0.4875	0.0575	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 25					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.1743	0.1743	0.0725	0.7886
Within Groups	69	166.0229	2.4061		
Σύνολο	70	166.1972			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	21	3.4286	1.5991	0.349	
Γυναίκες	50	3.32	1.5312	0.2165	P<0,05
Σύνολο	71	3.3521	1.5409	0.1829	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 26					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.051	0.051	0.1297	0.7199
Within Groups	62	24.3865	0.3933		
Σύνολο	63	24.4375			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	18	1.3889	0.6077	0.1432	
Γυναίκες	46	1.3261	0.6344	0.0935	P<0,05
Σύνολο	64	1.3438	0.6228	0.0779	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 27					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.0164	0.0164	0.0165	0.8981
Within Groups	64	63.4382	0.9912		
Σύνολο	65	63.4545			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	17	2.8824	1.0537	0.2556	
Γυναίκες	49	2.9184	0.9755	0.1394	P<0,05
Σύνολο	66	2.9091	0.988	0.1216	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 28					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.0042	0.0042	0.0165	0.8983
Within Groups	57	14.4026	0.2527		
Σύνολο	58	14.4068			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	16	1.5625	0.5123	0.1281	
Γυναίκες	43	1.5814	0.4992	0.0761	P<0,05
Σύνολο	59	1.5763	0.4984	0.0649	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 29					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.1181	0.1181	0.0452	0.8322
Within Groups	72	188.0035	2.6112		
Σύνολο	73	188.1216			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	22	3.3182	1.7289	0.3686	
Γυναίκες	52	3.2308	1.567	0.2173	P<0,05
Σύνολο	74	3.2568	1.6053	0.1866	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 30					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.0143	0.0143	0.1077	0.7438
Within Groups	64	8.4706	0.1324		
Σύνολο	65	8.4848			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	17	1.1765	0.393	0.0953	
Γυναίκες	49	1.1429	0.3536	0.0505	P<0,05
Σύνολο	66	1.1515	0.3613	0.0445	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 31					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	1.4841	1.4841	2.0734	0.1536
Within Groups	83	59.41	0.7158		
Σύνολο	84	60.8941			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	25	4.24	0.7789	0.1558	
Γυναίκες	60	3.95	0.8719	0.1126	P<0,05
Σύνολο	85	4.0353	0.8514	0.0924	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 32					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.1176	0.1176	0.6949	0.4078
Within Groups	60	10.1566	0.1693		
Σύνολο	61	10.2742			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	18	1.7222	0.4609	0.1086	
Γυναίκες	44	1.8182	0.3902	0.0588	P<0,05
Σύνολο	62	1.7903	0.4104	0.0521	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 33					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	1.0644	1.0644	2.4405	0.1248
Within Groups	48	20.9356	0.4362		
Σύνολο	49	22			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	13	1.1538	0.3755	0.1042	
Γυναίκες	37	1.4865	0.7311	0.1202	P<0,05
Σύνολο	50	1.4	0.6701	0.0948	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 34					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.052	0.052	0.067	0.7966
Within Groups	65	50.4555	0.7762		
Σύνολο	66	50.5075			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	21	1.8095	0.8729	0.1905	
Γυναίκες	46	1.8696	0.8847	0.1304	P<0,05
Σύνολο	67	1.8507	0.8748	0.1069	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 35					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.002	0.002	0.0016	0.9683
Within Groups	82	104.2361	1.2712		
Σύνολο	83	104.2381			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	26	2.2692	1.0414	0.2042	
Γυναίκες	58	2.2586	1.1632	0.1527	P<0,05
Σύνολο	84	2.2619	1.1207	0.1223	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 36					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	1.6239	1.6239	2.6495	0.1084
Within Groups	65	39.8388	0.6129		
Σύνολο	66	41.4627			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	19	1.8421	0.8342	0.1914	
Γυναίκες	48	2.1875	0.7623	0.11	P<0,05
Σύνολο	67	2.0896	0.7926	0.0968	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 37					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	1.0061	1.0061	1.3019	0.2588
Within Groups	55	42.5027	0.7728		
Σύνολο	56	43.5088			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	20	2.1	0.9119	0.2039	
Γυναίκες	37	2.3784	0.8612	0.1416	P<0,05
Σύνολο	57	2.2807	0.8814	0.1168	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 38					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.8052	0.8052	3.3531	0.0722
Within Groups	58	13.9281	0.2401		
Σύνολο	59	14.7333			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	19	1.7368	0.4524	0.1038	
Γυναίκες	41	1.4878	0.5061	0.079	P<0,05
Σύνολο	60	1.5667	0.4997	0.0645	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 39					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	0.1883	0.1883	0.9395	0.3362
Within Groups	61	12.2244	0.2004		
Σύνολο	62	12.4127			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	20	1.35	0.4894	0.1094	
Γυναίκες	43	1.2326	0.4275	0.0652	P<0,05
Σύνολο	63	1.2698	0.4474	0.0564	P>0,01

ΠΙΝΑΚΑΣ 40					
	D.F	S.S	M.S	F.R	F. P
Between Groups	1	1.2973	1.2973	1.959	0.1686
Within Groups	44	29.1375	0.6622		
Σύνολο	45	30.4348			
	N	Mean	S.D	S.E	
Άνδρες	13	1.3846	0.6504	0.1804	
Γυναίκες	33	1.7576	0.8671	0.1509	P<0,05
Σύνολο	46	1.6522	0.8224	0.1213	P>0,01

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ DOWN, Ελλάδος
Καρανιβάλου 31 - Κ. Τούμπα, τ.κ: 54454, Θεσσαλονίκη,
τηλ: 231 0 925000 & 231 0 940500, φαξ: 231 0 940500
e-mail: down@hol.gr

Οικογένειες με παιδιά με Σύνδρομο Down,

οι περιπέτειές τους στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία.

Σύνδρομο Down

Η παρουσία ενός τρίτου χρωμοσώματος στο 21^{ο} ζεύγος οδηγεί στη δημιουργία της γενετικής κατάστασης γνωστής ως σύνδρομο Down. Το σύνδρομο Down είναι η πιο κοινή αναγνωρίσιμη αιτία της νοητικής καθυστέρησης, η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου είναι 1:600 γεννήσεις. Τα άτομα με σύνδρομο Down, πέρα από κάποια κοινά εμφανισιακά γνωρίσματα, έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό τη Νοητική Καθυστέρηση. Επίσης τα άτομα αυτά εμφανίζουν μια σειρά από ιατρικά προβλήματα τα οποία είναι εγγενή του συνδρόμου. Η ομάδα αυτών των ατόμων είναι μια ιδιαίτερα υποομάδα του πληθυσμού της Νοητικής Καθυστέρησης, εμφανίζουν ιδιαίτερο αναπτυξιακό προφίλ, και αυτό οφείλεται στη συγκεκριμένη οργανικότητα που χαρακτηρίζει το σύνδρομο, δηλαδή στην Τρισωμία 21. Τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει αυτή η συγκεκριμένη ομάδα πρέπει να τις λαμβάνουμε υπόψη στο σχεδιασμό των πρακτικών αντιμετώπισης αυτών των ατόμων.

Οι οικογένειες αυτών των παιδιών, πέρα από τις ειδικές ανάγκες του παιδιού τους, οι οποίες οφείλονται στη δομή της φυσιολογίας του, έχουν να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προέρχονται από τη δομή και λειτουργία της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας.

Η οικογένεια γι' αυτά τα ειδικά παιδιά παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο. Είναι αυτή που θα τους διασφαλίσει τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματά τους στη ζωή, στην εκπαίδευση, στην κοινωνία, στη χαρά, στη λύπη κλπ. Σ' αυτήν την περίπτωση η οικογένεια λειτουργεί ως λίκνο ενός ιδιαίτερα «ευάλωτου» ατόμου.

Σύλλογος σύνδρομου Down, Ελλάδος

Ο Σύλλογος Σύνδρομου Down Ελλάδος είναι η πρώτη και μέχρι στιγμής η μοναδική ομάδα γονιών με παιδιά με σύνδρομο Down. Ιδρυθήκαμε στις αρχές του 1990, με την προτροπή της κ. Χαρίκλειας Χατζησεβαστού (αναπληρώτρια καθηγήτρια, παιδίατρος, στο τμήμα Γενετικής του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης). Στην αρχή ο σύλλογός μας αποτελούνταν από 29 οικογένειες, ιδρυτικά μέλη, ενώ αυτήν τη στιγμή τα μέλη μας είναι πάνω από 300 οικογένειες. Οι 120 ζουν στην πόλη της Θεσσαλονίκης και οι υπόλοιπες από την ευρύτερη περιοχή της Ελλάδας.

Οργανωθήκαμε σε σύλλογο γιατί θέλουμε να βοηθήσουμε τα παιδιά μας. Η προσπάθειά μας είναι δύσκολη, γιατί έχουμε να αντιμετωπίσουμε μία απορριπτική νοοτροπία της ελληνικής κοινωνίας, που θεωρεί τα άτομα αυτά κοινωνικό στίγμα. Η κοινωνία διακατέχεται από άγνοια, προκαταλήψεις και το μόνο που προσφέρει είναι η ανώδυνη και εύκολη έκφραση οίκτου. Αυτό το μέλλον επιφυλάσσει η κοινωνία μας που φαρισαϊζει, αναζητά προσχήματα και υποκρίνεται. Ενώ δεν έχει την τόλμη επίσημα να τα εξοβελίσει από το σώμα της, παράλληλα αδυνατεί και να τα ενσωματώσει. Έτσι ένα άτομο, που μειονεκτεί, βιώνει την απόρριψη από την ημέρα που γεννιέται, στο νοσοκομείο, πολύ συχνά και στην οικογένεια, στο σχολείο αλλά και όταν θα βγει παραέξω.

Ιδιαίτερα οδυνηρή είναι η απόρριψη από την οικογένεια και θα θέλαμε να αναφερθούμε περισσότερο σ' αυτό το θέμα. Είναι κοινό μυστικό ότι αρκετοί από εμάς, τους γονείς δεν έχουν δεχτεί τα παιδιά τους. Ντρέπονται για αυτά, τα κρύβουν και υιοθετούν τη λύση του εγκλεισμού τους σε άσυλα ή μέσα στο ίδιο το σπίτι που γίνεται πια φυλακή. Δεν θέλουν να ξέρουν οι άλλοι ότι η οικογένειά τους έχει στιγματιστεί με τη γέννηση αυτού του παιδιού. Το αποτέλεσμα είναι οι ίδιοι να γίνονται δυστυχισμένοι, κρύβονται συνεχώς από τους άλλους αλλά και τον ίδιο τον εαυτό τους. Και τα παιδιά είναι καταδικασμένα να μη νιώσουν τη σιγουριά, την ασφάλεια, το αίσθημα αυτάρκειας που προσφέρει η σωστή και δεμένη οικογένεια στα μέλη της, και οπωσδήποτε χωρίς ελπίδα εξέλιξης και αξιοποίησης των δυνατοτήτων τους.

Παρόλο που θα θέλαμε να πιστεύουμε ότι αυτές είναι καταστάσεις του παρελθόντος, δυστυχως συμβαίνουν ακόμη και σήμερα. Ένα γεγονός που δείχνει αυτήν τη διστακτικότητα και κρυψίνοια των γονιών είναι ότι αυτήν τη στιγμή τα μέλη μας είναι περίπου 200 οικογένειες (με ραγδαία, βέβαια, αυξανόμενο ρυθμό), ενώ οι οικογένειες με παιδιά με σύνδρομο Down είναι σαφώς πολύ περισσότερες.

Άμεσος στόχος μας είναι να επικοινωνήσουμε με τους άμεσα ενδιαφερόμενους, τους γονείς. Γονείς που μπορούν και παλεύουν το πρόβλημα τους, για να στρατευτούν μαζί μας αλλά και

γονείς που προσπαθούν να το θάψουν, για να τους βοηθήσουμε να το δεχτούν και να τους στηρίξουμε. Θέλουμε να ενημερώσουμε και να επικοινωνήσουμε με το ευρύτερο κοινό ότι υπάρχουμε ως σύλλογος και ότι είμαστε αποφασισμένοι να παλέψουμε για την αποδοχή, την κοινωνική ένταξη, την εκπαίδευση και την αποκατάσταση των παιδιών μας με σύνδρομο Down.

Οι σκοποί του συλλόγου μας όπως ορίζονται από το καταστατικό μας είναι:

- «η ενημέρωση και η υποστήριξη των γονιών σε θέματα που αφορούν τα παιδιά τους....»

- «η διασφάλιση των δικαιωμάτων των παιδιών με σύνδρομο Down στην υγεία, στην εκπαίδευση, στην επαγγελματική κατάρτιση & επαγγελματική αποκατάσταση, στην κοινωνική ενσωμάτωση...»

Όπως φαίνεται από τους σκοπούς του ο σύλλογός μας προσπαθεί να παίξει ένα παρεμβατικό ρόλο για να διασφαλίσει ένα καλύτερο μέλλον για τα παιδιά με σύνδρομο Down και για τις οικογένειές τους.

Οι περιπέτειες των οικογενειών με παιδιά με σύνδρομο Down.

Ένα παιδί με σύνδρομο Down για την οικογένειά του σημαίνει την αρχή μιας μεγάλης περιπέτειας , η οποία ξεκινάει από τη στιγμή της γέννησης.

Ανακοίνωση στους γονείς

Συνήθως στην ανακοίνωση στους γονείς ότι το παιδί τους έχει σύνδρομο Down δίνονται αρνητικές πληροφορίες. Οι γονείς ήδη βρίσκονται σε μεγάλη συναισθηματική φόρτιση, η πληροφόρηση που τους δίνεται συνήθως από γιατρούς είναι πλημμελής και αρνητική. Δυστυχως ακόμη και σήμερα υπάρχουν γιατροί (μαιευτήρες - παιδίατροι) που συμβουλεύουν τους γονείς να αφήσουν το παιδί τους στο ίδρυμα, γιατί θα είναι βάρος γι' αυτούς και την οικογένειά τους.

Αυτές είναι καταστάσεις που συμβαίνουν ακόμη και σήμερα δύο χρόνια πριν τον 21^{ο} αιώνα. Αυτή η στάση των γιατρών οφείλεται στην άγνοιά τους, στην ελλιπή τους πληροφόρηση αλλά και στην ιατροκεντρική τους φιλοσοφία, σύμφωνα με την οποία καθετί που παρεκκλίνει του μέσου όρου είναι παθολογικό και επιζήμιο στους υπόλοιπους «φυσιολογικούς». Δυστυχως εμείς ως σύλλογος δεν μπορούμε να παρέμβουμε λόγω του ιατρικού απορρήτου. Οι γονείς έρχονται σ' εμάς μόνο εφόσον ενημερωθούν για την ύπαρξή μας και θελήσουν να έρθουν σε επαφή μαζί μας.

Επίσης ένα μεγάλο θέμα που προκύπτει, για όσους γονείς πειστούν να αφήσουν το νεογέννητο παιδί τους σε ίδρυμα, είναι ότι δεν υπάρχει ανάλογο «ίδρυμα» που να δέχεται παιδί κάτω των δύο ετών. Τι γίνονται τα παιδιά λοιπόν που οι γονείς τους τα αφήνουν; Συνήθως καταλήγουν σε μία ιδιωτική κλινική που υπάρχει στην Αθήνα, από κει και πέρα δεν γνωρίζουμε την τύχη τους, η πεθαίνουν ή τελικά «φτάνουν» σε κάποιο ίδρυμα, που δεν πληροί πάντα τις καλύτερες προϋποθέσεις.

Υπηρεσίες Πρώιμης Παρέμβασης, προσφέρονται;

Όσοι γονείς κρατήσουν το παιδί τους με σύνδρομο Down αρχίζουν έναν αγώνα δρόμου για πληροφόρηση, και συνήθως φτάνουν στο σύλλογό μας, όχι όμως όλοι.

Αυτήν τη στιγμή στην Ελλάδα δεν υπάρχουν προγράμματα πρώιμης παρέμβασης τα οποία να βοηθούν τις οικογένειες και το ειδικό παιδί τους. Όταν αναφερόμαστε σε προγράμματα πρώιμης παρέμβασης εννοούμε «... όλες τις μορφές παιδοκεντρικών δραστηριοτήτων εξάσκησης και εκπαίδευσης καθώς και δραστηριοτήτων που αφορούν την καθοδήγηση των γονιών αμέσως μετά τον προσδιορισμό της αναπτυξιακής κατάστασης του παιδιού» (Τζουριάδου 1995).

Η πρώιμη παρέμβαση απευθύνεται τόσο στο ίδιο το παιδί, καθώς και στην οικογένειά του και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (De Moor et al., 1995).

Μία πολύ βασική ανάγκη των γονιών που έχουν ένα παιδί με ειδικές ανάγκες και που πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα είναι τα συναισθήματα άγχους που βιώνουν. Οι γονείς θα πρέπει να βοηθηθούν ώστε να μην απομονωθούν κοινωνικά και να μπορέσουν να επανακτήσουν την ψυχολογική τους ισορροπία. Οι γονείς θα πρέπει - και ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες - να πληροφορηθούν για θέματα που αφορούν θέματα την υγεία του παιδιού τους. Θα πρέπει να βοηθηθούν να αναπτύξουν το συναισθηματικό δεσμό τους με το παιδί, και παράλληλα να πληροφορηθούν για τους ειδικούς που θα πρέπει να απευθυνθούν, ή τι είδους προγράμματα προσφέρονται και που μπορούν αν συμμετέχουν (Guralnick, 1997).

Αυτού του είδους οι υπηρεσίες στην Ελλάδα του 1998 είναι σχεδόν ανύπαρκτες ή «εν τη γεννέση» τους και κυρίως υπάρχουν στις αστικές περιοχές. Στον πίνακα που παραθέτουμε παρακάτω δίνονται ο αριθμός των συμβουλευτικών σταθμών, των κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού καθώς και των ιατροπαιδαγωγικών μονάδων

ΠΙΝΑΚΑΣ

Α . Μονάδες Προστασίας της Οικογένειας, της Μητέρας & του Παιδιού	
Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας	155
Υπουργείο Εργασίας	106
Υπουργείο Γεωργίας	54
Β. Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού	
- Δημόσια	23
- Ιδιωτικά	3
Γ. Κέντρα Ψυχικής Υγείας	
Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας	27
Δ. Ιδρύματα αναπήρων παιδιών	17

*** Στοιχεία από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία 1986,. Βέβαια τα στοιχεία αυτά είναι παλιά αλλά δυστυχως δεν υπάρχουν πιο πρόσφατα δεδομένα***

Οι αριθμοί είναι αρκετά απογοητευτικοί, και εάν λάβουμε υπόψη και τα λειτουργικά προβλήματα αυτών των μονάδων είναι πραγματικά μια αποκαρδιωτική συνθήκη.

Ειδικές εκπαιδευτικές υπηρεσίες & σχέση γονιών - ειδικών

Οι γονείς των ειδικών παιδιών και ιδιαίτερα των παιδιών με σύνδρομο Down (διότι γνωρίζουν την αναπτυξιακή ιδιαιτερότητα του παιδιού τους από τη στιγμή της γέννησής τους) αναζητούν κατά το διάστημα της προσχολικής ηλικίας του παιδιού τους έντονα τη βοήθεια από διάφορους ειδικούς όπως: λογοπεδικούς, εργασιοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, ειδικούς παιδαγωγούς, ψυχολόγους. Αυτές οι υπηρεσίες κατά κόρο προσφέρονται ιδιωτικά και είναι αρκετά δαπανηρές και δυσβάσταχτες. Συνήθως τα ασφαλιστικά ταμεία των γονιών δεν καλύπτουν όλο το ποσό των συνεδριών ή δεν δικαιολογούν καθόλου τέτοιου είδους συνεδρίες. Όταν οι γονείς παίρνουν κάποια επιστροφή από τα ταμεία τους συνήθως για να εγκρίνουν τα ταμεία τα ποσά αυτά πρέπει ανά δίμηνο ή τρίμηνο να περνάν από επιτροπή για να διαπιστώνεται η ανάγκη του παιδιού για λογοθεραπεία, πολλές φορές μάλιστα απορρίπτουν το αίτημα για κάποιου είδους συνεδρίες προβάλλοντας απίθανες δικαιολογίες. **Είναι πραγματικά να θαυμάζει κανείς τους τρόπους που επινοεί το ελληνικό κράτος για να περικόπτει δαπάνες από τον τομέα της κοινωνικής πολιτικής.**

Το κόστος των υπηρεσιών είναι ένα μεγάλο θέμα για την οικογένεια, αλλά ένα επίσης μεγάλο θέμα είναι η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Γιατί όσο και εάν έχουν αλλάξει τα πράγματα, η πλειονότητα των ειδικών επαγγελματιών είναι εκφραστές μίας παλαιότερης φιλοσοφίας για τα άτομα με σύνδρομο Down, που ενώ παγκόσμια αλλάζει και πλέον δίνονται άλλες προοπτικές, οι ίδιοι τους είναι ακόμη εκφραστές παλιών ιδεών.

Το σχολείο, η οικογένεια, το παιδί με σύνδρομο Down

και ο νόμος που δεν εφαρμόζεται!

(Ν 2817 / 2000 Άρθρο 1, παρ. 1)

(άρθρο 1 § 1)

«Άτομα με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες, κατά την έννοια του παρόντος, θεωρούνται τα άτομα που έχουν σημαντική δυσκολία μάθησης καθώς και προσαρμογής εξαιτίας σωματικών, διανοητικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων…»

(άρθρο 1 § 8)

« Για την διαφοροποίηση των μέτρων που λαμβάνονται διατυπώνει τις απόψεις του και εκείνος που έχει την επιμέλεια των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που προσκαλείται για τον σκοπό αυτό από τις κατά περίπτωση αρμόδιες επιτροπές»

Άρθρο 1 § 11

« Η εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες γενική, τεχνική – επαγγελματική παρέχεται στα σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα οποία κατά περίπτωση οργανώνονται, στελεχώνονται, εξοπλίζονται και υποστηρίζονται κατάλληλα ώστε να εξασφαλίζεται η αναγκαία διδακτική και ψυχοπαιδαγωγική υποστήριξη των ατόμων αυτών.

Οι μαθητές με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες μπορεί να φοιτούν

Α. Στη συνήθη σχολική τάξη με παράλληλη στήριξη από εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής, ο οποίος υπηρετεί στα Κ.Δ.Α.Υ. ή στις σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής και ορίζεται από τα Κ.ΔΑΥ

Β. Στα ειδικά οργανωμένα και κατάλληλα στελεχωμένα τμήματα ένταξης που λειτουργούν μέσα στα σχολεία της γενικής και τεχνικής εκπαίδευσης

§ 12 Όταν η φοίτηση των με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες στα σχολεία του κοινού εκπαιδευτικού συστήματος καθιστάται ιδιαίτερα δύσκολη λόγω του είδους και του βαθμού του προβλήματός τους, η εκπαίδευση των παιδιών αυτών παρέχεται:

α. σε αυτοτελή σχολεία ειδικής αγωγής. …..»

(Ψήφισμα του Συμβουλίου των υπουργών Παιδείας της Ε.Ε. 31-5-90 σχετικά με την ένταξη «μειονεκτούντων παιδιών και νέων» στα κανονικά εκπαιδευτικά συστήματα, 90/C 162/02).

Παρ. 1: «Τα κράτη-μέλη συμφώνησαν να εντείνουν, τις προσπάθειές τους για την ένταξη ή την ενθάρρυνση της ένταξης των «μειονεκτούντων» μαθητών και σπουδαστών στο κανονικό εκπαιδευτικό σύστημα...»

Παρ. 2: «Η πλήρης ένταξη στο κανονικό εκπαιδευτικό σύστημα θα πρέπει να θεωρείται η πρώτη επιλογή σε όλες τις σχετικές περιπτώσεις...»

Από τα παραπάνω αποσπάσματα νόμων του ελληνικού κράτους θα μπορούσε να κανείς εξάγει το συμπέρασμα ότι υπάρχει και λειτουργεί αποτελεσματικά η ειδική αγωγή. Δυστυχως όμως δεν εφαρμόζονται ακριβώς αυτοί οι νόμοι. Το αποτέλεσμα είναι οι γονείς ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες, και πιο συγκεκριμένα ενός παιδιού με σύνδρομο Down να έρχονται αντιμέτωποι με όλο το εκπαιδευτικό σύστημα προσπαθώντας να εξασφαλίσουν το βασικό δικαίωμα του παιδιού τους στην εκπαίδευση. Η καθημερινή πραγματικότητα που ζουν οι γονείς και τα παιδιά τους -και όχι η εξαίρεση στον κανόνα- είναι η εξής:

- δεν εφαρμόζεται ο θεσμός της ενσωμάτωσης
- οι σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής δεν στελεχώνονται από ειδικευμένο προσωπικό
- στη τελευταία διετία δημιουργήθηκαν αναλυτικά προγράμματα τα οποία μεν λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες των διαφορετικών ομάδων παιδιών (π.χ. παιδιά με παραπληγία, παιδιά με αυτισμό, παιδιά με νοητική καθυστέρηση κ.ά.) αλλά μέχρι στιγμής ούτε έχουν αξιολογηθεί (ούτε καν ως πρόβλεψη δεν υπάρχει αυτό) και βέβαια δεν εφαρμόζονται ευρύτερα στις ΣΜΕΑ
- η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι αμφισβητήσιμη και πολύ χαμηλή
- δεν είναι καθιερωμένη η συνεργασία ανάμεσα στο σχολείο και στο σπίτι
- οι σχολικοί σύμβουλοι ειδικής αγωγής είναι ελάχιστοι (π.χ. ένας σχολικός σύμβουλος ειδικής αγωγής για την περιφέρεια της κεντρικής Μακεδονίας...)
- οι σχολικές μονάδες ειδικής αγωγής είναι ανεπαρκείς και κυρίως συγκεντρωμένες στα αστικά κέντρα, ο δε ειδικός εκπαιδευτικός εξοπλισμός τους σχεδόν ανύπαρκτος

Οι γονείς θα πρέπει να είναι αυτοί που θα φροντίσουν και ουσιαστικά να διασφαλίσουν την ποιότητα της προσφερόμενης εκπαίδευσης στο παιδί τους. Αρκετοί από τους γονείς αντιμάχονται το παρόν προσφερόμενο εκπαιδευτικό σύστημα, επιζητώντας τη βελτίωσή του, οι περισσότεροι όμως αποδέχονται σχεδόν μοιρολατρικά το σύστημα και τα αδιέξοδά του.

Βέβαια, μέσα από όλη αυτήν την κατάσταση, αυτό που σίγουρα δεν διασφαλίζεται είναι η ποιότητα στην εκπαίδευση των παιδιών με σύνδρομο Down. Πρέπει να υπάρξουν αλλαγές και μάλιστα ριζικές, και **κυρίως θα πρέπει να υπάρξει αλλαγή στη φιλοσοφία**.

Ενήλικες με σύνδρομο Down - Επαγγελματική Αποκατάσταση - Αυτόνομη Διαβίωση

Τα παιδιά με σύνδρομο Down γίνονται έφηβοι, ενήλικες. Συνήθως μέχρι τα 18 τους χρόνια τα περισσότερα άτομα με σύνδρομο Down βρίσκονται σε κάποιο εκπαιδευτικό πλαίσιο. Στη συνέχεια όμως δεν υπάρχουν ανάλογες υποδομές ώστε αυτά τα άτομα να συνεχίσουν την εκπαίδευσή τους σε κάποια επαγγελματική κατάρτιση. Τα περισσότερα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης που υπάρχουν και λειτουργούν είναι για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, και δεν οδηγούν στην επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων. Τα άτομα γυρίζουν αναγκαστικά σπίτι τους γιατί δεν υπάρχουν άλλες διέξοδοι, απομονώνονται κοινωνικά, κλείνονται σε ένα σπίτι που είναι πλέον φυλακή. Για τα ενήλικα άτομα με σύνδρομο Down δεν υπάρχουν προοπτικές, όταν φτάσουν στην ακμή της παραγωγικής ηλικίας τους «αποσύρονται» από την παραγωγική διαδικασία και αντιμετωπίζονται από το κράτος ως «συνταξιούχοι». Το αποτέλεσμα είναι ότι το δυναμικό τους, όποιο κι αν είναι αυτό, παραμένει αναξιοποίητο.

«Θα πρέπει να αλλάξουμε τη φιλοσοφία μας όσον αφορά την επαγγελματική κατάρτιση των ατόμων με σύνδρομο Down και γενικότερα των ατόμων με ειδικές ανάγκες, γιατί αυτά τα άτομα έχουν το αναφαίρετο δικαίωμα στην εργασία. Το να αποκτήσει ένα άτομο εργασιακό ρόλο είναι πάρα πολύ σημαντικό γιατί ισχύει η φράση: Είμαι αυτό που κάνω. Οι άνθρωποι που δεν έχουν εργασιακό ρόλο αποκλείονται από την κοινωνία και το κοινωνικό γίγνεσθαι» (Montobbio 1997).

Αυτή η κατάσταση δημιουργεί άγχος και πολλές φορές έντονα προβλήματα στις οικογένειες των ατόμων με σύνδρομο Down, είναι μία πραγματικά κρίσιμη καμπή, τόσο στη ζωή του ίδιου του ατόμου αλλά και της ίδιας της οικογένειάς του.

Όσο μεγαλώνουν τα άτομα με σύνδρομο Down και φυσικά και οι γονείς τους το ερώτημα: «Τι θα γίνει το παιδί μου όταν εμείς θα φύγουμε από τη ζωή;» γίνεται πλέον βασανιστικό και εφιαλτικό για τους γονείς. Είναι ένα ερώτημα που είναι ριζωμένο μέσα τους από τη στιγμή της γέννησης του παιδιού τους, το οποίο όμως κορυφώνεται όταν οι γονείς φτάνουν στην τρίτη ηλικία.

Οι απαντήσεις που δίνονται στο ερώτημα αυτό, δημιουργούν ακόμη περισσότερα ερωτηματικά. Συνήθως, εάν υπάρχουν αδέλφια αναλαμβάνουν την κηδεμονία και την προστασία του ατόμου με σύνδρομο Down. Εάν όμως για οποιονδήποτε λόγο δε συμβεί αυτό, τα άτομα αυτά

καταλήγουν σε ιδρύματα, και πολλές φορές λόγω έλλειψης κατάλληλων ιδρυμάτων, σε δημόσια ψυχιατρεία ή σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές.

Η περίπτωση τα άτομα αυτά να ζήσουν σε μονάδες αυτόνομης διαβίωσης είναι ελάχιστες έως καμία, γιατί ουσιαστικά δεν υπάρχουν τέτοιες μονάδες στην Ελλάδα. Αναφερόμενοι πάντα στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, η προσφερόμενη ποιότητα ζωής στα ενήλικα άτομα με σύνδρομο Down, και ιδιαίτερα για εκείνα που έχουν μείνει χωρίς οικογενειακή στήριξη, είναι χαμηλού επιπέδου.

Στην εποχή μας πλέον αντιμετωπίζουμε την πρόκληση της ενήλικης ζωής των ατόμων με σύνδρομο Down, γιατί μπορεί στη δεκαετία του ’70 τα άτομα αυτά να πέθαιναν στην ηλικία των 50 ετών, αυτό όμως έχει αλλάξει, γιατί αυξήθηκε το όριο ζωής τους. Ο σχεδιασμός λοιπόν της παρέμβασης που προσφέρουμε στα άτομα αυτά θα πρέπει να γίνεται με τη λογική ότι σχεδιάζουμε την ανάπτυξη δεξιοτήτων που θα τους βοηθήσουν σε όλη τους τη ζωή, (Perrera,J., 1997).

Η οικογένεια είναι ο πυρήνας από όπου ξεκινάει η παρέμβαση για να γίνουν τα άτομα με σύνδρομο Down όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητα. Η οικογένεια είναι το μέσο που θα βοηθήσει το παιδί στην ενσωμάτωσή του στην κοινωνία και δε θα πρέπει να λειτουργεί ως χώρος υπερπροστασίας, (Perrera,J., 1997). Βέβαια θα πρέπει να υπάρξουν οι κατάλληλες υποδομές στην εκπαίδευση και οι παράλληλα προσφερόμενες υποστηρικτικές υπηρεσίες που να προωθούν τα άτομα με σύνδρομο Down στην ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία. Μιλώντας για τη χώρα μας και από τα μεχρι στιγμής δεδομένα τέτοιο δεν συμβαίνει.

Κράτος Γραφειοκρατίας

Το μεγαλύτερο πρόβλημα για μία οικογένεια με παιδί με ειδικές ανάγκες είναι το κράτος γραφειοκρατίας που έχουν να αντιμετωπίσουν, που ορισμένες φορές γίνεται μία εντελώς παρανοϊκή κατάσταση. Ορισμένα συμπτώματα γραφειοκρατίας, γραφειοκρατικής παράνοιας, κρατικής άγνοιας, κρατικής παρεμπόδισης στην πληροφόρηση, απαράδεκτη κοινωνική πολιτική που αντιμετωπίζουν οι γονείς με παιδί με σύνδρομο Down και ο σύλλογός μας ως εκπρόσωπος αυτών των οικογενειών είναι τα εξής:

- οι επιτροπές, από τις οποίες περνούν οι γονείς το παιδί τους για να βεβαιώνεται η αναπηρία του, ώστε να παίρνουν το μικρό επίδομα της Πρόνοιας. **Το σύνδρομο Down είναι μια μόνιμη γενετική κατάσταση και όχι ανεμοβλογιά που περνάει**.

- υπάρχει μεγάλη **ανισότητα στα επιδόματα** που παίρνουν οι διαφορετικές κατηγορίες αναπήρων (παραπληγικοί, τυφλοί, νοητική καθυστέρηση κ.λπ.). Αυτό υποτίθεται ότι διαμορ-

φώνεται από τις ανάγκες που έχει η κάθε κατηγορία αναπηρίας. Γιατί όμως η νοητική καθυστέρηση παίρνει το χαμηλότερο επίδομα, είναι κάτι που δεν εξηγήθηκε ποτέ. Αυτά τα άτομα δεν έχουν ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες που πρέπει να αντιμετωπιστούν; Δεν χρειάζεται να τους προσφερθούν ιδιαίτερες υπηρεσίες;

■ **Ασφαλιστικά ταμεία - «Ου μπλέξεις!».** Κάποια ασφαλιστικά ταμεία δικαιολογούν την παροχή κάποιων ειδικών υπηρεσιών, όπως: λογοθεραπεία, εργοθεραπεία κ.ά. Κάποια όμως δεν δικαιολογούν καθόλου τέτοιου είδους υπηρεσίες, (π.χ. ο ΟΓΑ). Τι γίνεται σ' αυτήν την περίπτωση; Όσοι γονείς βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση πληρώνουν οι ίδιοι. Όσοι όμως βρίσκονται στα χαμηλά οικονομικά στρώματα τι πρέπει να κάνουν; Και βέβαια για όσα ταμεία δικαιολογούν τέτοιου είδους υπηρεσίες, δεν δικαιολογούν όλο το ποσό (ΙΚΑ, Δημόσιο, ΤΕΒΕ κ.λπ.). Και πάλι θα πρέπει το παιδί να περνάει ανά μήνα, τριμηνία για να επαναδιαπιστωθεί η ανάγκη του παιδιού. Αυτές οι επιτροπές αποτελούνται συνήθως από τα πλέον ακατάλληλα άτομα για να αξιολογήσουν τις ειδικές ανάγκες ενός παιδιού και θεωρούν πως εάν ένα παιδί λέει το όνομά του, ή γνωρίζει τα χρώματα, ότι αυτό είναι αρκετό και δεν χρειάζεται καμιά άλλη βοήθεια.

■ **επιτροπές, επιτροπές, επιτροπές...** (επιτροπές για το επίδομα, επιτροπές για τα ασφαλιστικά ταμεία, επιτροπές για τη χορήγηση κάποιων δικαιωμάτων στους γονείς π.χ. αναπηρικό αυτοκίνητο, κτλ.) αυτές οι επιτροπές απαρτίζονται από άτομα εντελώς ακατάλληλα για να αξιολογήσουν ανάγκες και ιδιαιτερότητες των ΑΜΕΑ. Συνήθως απαρτίζονται από γιατρούς (παθολόγους, παιδίατρους) και διοικητικούς υπαλλήλους που είναι παντελώς ανενημέρωτοι. Η αξιολόγησή τους δεν βασίζεται στη χρησιμοποίηση σταθμισμένων και κοινώς αποδεκτών κριτηρίων. Η αξιολόγηση περιορίζεται στο να δουν εάν το παιδί μιλάει, εάν περπατάει... Δεν υπάρχει διεπιστημονική ομάδα η οποία να απαρτίζεται από ψυχολόγο, ειδικό παιδαγωγό, λογοπεδικό, κοινωνικό λειτουργό, παιδοψυχίατρο, και ειδικό παιδίατρο αναπτυξιολόγο. Δυστυχως αυτές είναι καταστάσεις ανυπόστατες στις υγειονομικές επιτροπές.

■ **Το σύνδρομο Down δεν ανήκει στη νοητική καθυστέρηση!** Αυτό είναι ένα άλλο δείγμα της παρανοϊκής γραφειοκρατίας που απαντάται ιδιαίτερα στις υπηρεσίες του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αυτή η απάντηση δινόταν σε γονείς όταν ρωτούσαν τι πρέπει να κάνουν για να πάρουν το επίδομα ή όταν ζητούσαν να εφαρμοστεί κάποιος συγκεκριμένος νόμος για γονείς ΑΜΕΑ που αφορούσε τους ίδιους. Αυτή η απάντηση δόθηκε και στο φορέα μας όταν ζητήσαμε πληροφορίες για ευρωπαϊκά προγράμματα. Αυτή η φοβερή απάντηση δίνεται και δινόταν διότι στο νόμο 1566/85, άρθρο 32 παράγραφος 1, στα άτομα με ειδικές ανάγκες περιλαμβάνονται τα άτομα με νοητική καθυστέρηση αλλά δεν γίνεται ιδιαίτερη αναφορά για το σύνδρομο Down.

■ **Το κράτος δεν παρέχει πληροφόρηση** σε φορείς, και ιδιαίτερα αν αυτοί οι φορείς είναι στην επαρχία. Προφανώς μέσα στα πλαίσια των περικοπών του δημόσιου τομέα γίνονται περικοπές και στη χρησιμοποίηση γραμματοσήμων. (Προτιθέμεθα να τα πληρώνουμε εμείς με αντικαταβολή, και να είναι καλά το διαδίκτυο).

■ **Η κατάρα να είναι ένας φορέας μη-κυβερνητικός οργανισμός**. Ή αλλιώς Ν.Π.Ι.Δ μη επιχορηγούμενος από το κράτος. Σ' αυτήν την περίπτωση το κράτος δεν σε βλέπει, δεν σε ακούει, δεν σε γνωρίζει. Αυτό βέβαια είναι μια κατάσταση εντελώς ανεξήγητη, διότι δεν ζητάμε τα χρήματα που θα ζητούσε ένας δημόσιος φορέας, αναπληρώνουμε το έργο που θα έπρεπε το ίδιο το κράτος να παρέχει και λογικά θα έπρεπε να είναι αρωγός και συνεπίκουρος στην προσπάθεια που καταβάλλουμε, και όχι αντίπαλός μας.

Τέλος, η παρούσα κατάσταση είναι πραγματικά απογοητευτική, εύκολα όμως θα μπορούσε να αλλάξει (λέγοντας εύκολα εννοούμε ότι δεν χρειάζονται χρήματα αλλά ενημέρωση) εάν το κράτος ευαισθητοποιηθεί, ενημερωθεί, ψηφίσει ορισμένες συμπληρωματικές νομοθεσίες, και αποφασίσει να αλλάξει τη δημοσιονομική του πολιτική. Όλα αυτά βέβαια ξεκινούν από την αλλαγή φιλοσοφίας κράτους απέναντι στα ειδικά άτομα. Δεν χρειαζόμαστε τον οίκτο αλλά την παροχή ίσων ευκαιριών ώστε να διασφαλίζονται τα δικαιώματα αυτών των ατόμων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η κατάσταση στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα για τις οικογένειες για τα παιδιά με ειδικές ανάγκες πρέπει να αλλάξει, είναι επιτακτική ανάγκη!

Οι προτάσεις του φορέα μας είναι οι εξής: (τις χωρίζουμε σε δύο κατηγορίες, προτάσεις που χρειάζονται χρηματοδότηση για να υλοποιηθούν και προτάσεις που χρειάζονται ευαισθητοποίηση).

ΜΕ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

- Δημιουργία υπηρεσιών πρώιμης παρέμβασης

- Ανάπτυξη ειδικών αναλυτικών προγραμμάτων από το ΥΠ.Ε.Π.Θ που να διαφοροποιούνται ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε ομάδας παιδιών (π.χ. για παιδιά με νοητική καθυστέρηση, για παιδιά με κινητικά προβλήματα, για παιδιά με πολλαπλές αναπηρίες κ.ά.).

- Να εφαρμοστεί και να γενικευτεί ο θεσμός της σχολικής ενσωμάτωσης.

- Να αναπτυχθούν οι κατάλληλες δομές επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης με τη συνεργασία των συναρμόδιων υπουργείων(Παιδείας, Πρόνοιας και Εργασίας).

- Να αναπτυχθούν δομές αυτόνομης διαβίωσης σε συνεργασία με τους φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

- Να υπάρχει διαρκής επιμόρφωση των εκπαιδευτικών που εργάζονται σε χώρους ειδικής αγωγής για να ενημερώνονται για τα νέα επιστημονικά δεδομένα.

- Να υπάρχει περιοδική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για θέματα ειδικής αγωγής.

- Να δημιουργηθούν συμβουλευτικοί σταθμοί -οι οποίοι όμως να λειτουργούν...- ώστε να προσφέρεται συμβουλευτική και στήριξη στις οικογένειες των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

- Να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της ειδικής αγωγής από το υπουργείο Παιδείας.

- Να αξιοποιηθούν οι νέες Τεχνολογίες στην εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

ΑΝΕΥ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

■ Ενημέρωση - ευαισθητοποίηση του ιατρικού κόσμου (ιδιαίτερα στις ειδικότητες των μαιευτήρων και παιδιάτρων) ώστε να αλλάξουν φιλοσοφία για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, να εκσυγχρονιστούν σύμφωνα με τα νέα δεδομένα.

■ Ενημέρωση - ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης μέσω των ΜΜΕ (κρατική τηλεόραση, κρατικό ραδιόφωνο) με την προβολή ενημερωτικών σποτ και εκπομπών.

■ Αλλαγή της χρησιμοποιούμενης ορολογίας (π.χ. τα άτομα που «πάσχουν» από σύνδρομο Down! Τα άτομα αυτά «δεν πάσχουν», δεν είναι ασθενείς, γιατί το σύνδρομο Down, όπως και η νοητική καθυστέρηση, δεν είναι μία ασθένεια αλλά κατάσταση).

■ Η ευαισθητοποίηση για τα άτομα με ειδικές ανάγκες να ξεκινάει από τα σχολεία (και συγκεκριμένα από τα σχολικά εγχειρίδια, π.χ. στο μάθημα της Βιολογίας, όπου αναφέρεται το σύνδρομο Down επιγραμματικά, να υπάρξουν και άλλες δύο παράγραφοι που να αναφέρονται και στην εξέλιξη αυτών των ατόμων).

■ Απεμπλοκή των οικογενειών από το γραφειοκρατικό συγκεντρωτικό σύστημα.

■ Ευέλικτο θεσμικό πλαίσιο.

■ Διασφάλιση των δικαιωμάτων των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην υγεία, στην εκπαίδευση, στην εργασία, στη ζωή.

■ Θα πρέπει να προωθηθεί η έρευνα που αφορά θέματα εκπαίδευσης και υγείας των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

■ Θα πρέπει να βελτιωθεί η κοινωνική εικόνα των ατόμων με σύνδρομο Down. δηλαδή η εικόνα που έχει η κάθε κοινωνία γι’ αυτά τα άτομα.

Στόχος όλων μας θα πρέπει να είναι η δημιουργία μιας κοινωνίας για όλους και όχι μόνο κοινωνία της πλειοψηφίας. Ο βαθμός πολιτισμού μας κρίνεται από το πόσο μεριμνούμε για την ποιότητα ζωής ατόμων που δεν μπορούν από μόνα τους να διεκδικήσουν και να διασφαλίσουν τα δικαιώματά τους.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

■ Δελτίο Πληροφοριών Ειδικής Αγωγής, *Οργανισμός Διδακτικών Βιβλίων*, Αθήνα, 1994.

■ De Moor et al., Πρώιμη Παρέμβαση σε παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές - Ένα μανιφέστο της ομάδας Εργασίας Eurlyaid, *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 1995.

■ Guralnick, M., «The effectiveness of Early Intervention for children with Down Syndrome, 6th World Congress on Down Syndrome, Madrid 1997.

■ Montobbio, E., «The working role, a social citizenship for the adult with Down Syndrome», 6th World Congress on Down Syndrome, Madrid 1997.

■ Τζουριάδου Μ., «Παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες», εκδ, Προμηθεύς, Θεσσαλονίκη, 1995.

■ Perera, J., «People with Down Syndrome's autonomy and life quality», 6th World Congress on Down Syndrome, Madrid 1997.

***Το παρόν κείμενο στηρίχθηκε στην παρουσίαση που κάναμε ως φορέας στο Ευρωπαϊκό Συμπόσιο που διοργανώθηκε από το Ίδρυμα για το Παιδί και την Οικογένεια στην Αθήνα το Μάιο του 1998