

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

## Η αναπηρία στα σύγχρονα κράτη πρόνοιας και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Χ. Λιάχνης<sup>1</sup>, Ι. Αποστολάκης<sup>1,2</sup>, Π. Σαράφης<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> ΠΙΜΣ Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα,

<sup>2</sup> Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, <sup>3</sup> Γενικό Τμήμα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λαμία

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κράτος πρόνοιας, ένα ιδεατό μοντέλο κράτους, μέσω των τυπολογιών έχει σκοπό την κοινωνική ισότητα και προστασία των πολιτών. Οι τυπολογίες διακρίνονται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, ομαδοποιώντας με αυτό τον τρόπο τις χώρες. Η Ελλάδα ανήκει στην τυπολογία του Ferrera, η οποία συνοψίζει τα χαρακτηριστικά των συστημάτων κοινωνικής προστασίας των Νοτιοευρωπαϊκών χωρών, που παρουσιάζουν πολλά αρνητικά σημεία στις κοινωνικές παροχές προς τους πολίτες, με τα άτομα με αναπηρία να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες. Η αναπηρία διακρίνεται σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το πρόβλημα που τη δημιουργεί, ενώ μπορεί να συνυπάρχουν πολλές αναπηρίες ταυτόχρονα. Υπάρχουν δύο κύρια μοντέλα για την ερμηνεία της αναπηρίας, εκ των οποίων το ένα είναι το ιατρικό, το οποίο προσεγγίζει την ιατρική φύση της αναπηρίας ενώ το άλλο είναι το κοινωνικό, θεωρώντας την αναπηρία ως μια κατάσταση που δημιουργούν οι άνισες κοινωνικές καταστάσεις. Τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν δυσκολία σε σχέση με σημαντικούς για τη ζωή άξονες όπως η εργασία, η οικονομία και η θέση τους στο κοινωνικό σύνολο, τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Χαρακτηριστικά, ενώ τα άτομα με αναπηρία αποτελούν ποσοστό μεγαλύτερο του 20% του πληθυσμού στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, συναντούν μεγαλύτερη δυσκολία στην εύρεση εργασίας και βρίσκονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στο όριο της φτώχειας, σε σχέση με τους υπόλοιπους, σε όλες τις χώρες της Ευρώπης. Οι αναπηρίες δημιουργούν ιδιαίτερες ανάγκες στα άτομα αυτά που τα διαφοροποιούν από το γενικό πληθυσμό και τα οδηγούν σε αδυναμία ίσης πρόσβασης στα κοινωνικά αγαθά. Τα άτομα με αναπηρία συναντούν καθημερινά φυσικά εμπόδια του αστικού περιβάλλοντος, βρίσκονται αντιμέτωπα με την εκπαιδευτική διαδικασία η οποία δεν έχει προσαρμοστεί στις ιδιαιτερότητες τους ενώ στις υπηρεσίες υγείας, οι υγειονομικοί δεν αντιμετωπίζουν με δόκιμο τρόπο τους ανάπηρους, με τον εξειδικευμένο για ανάπηρους υλικοτεχνικό εξοπλισμό στα νοσοκομεία να είναι περιορισμένος. Απαιτείται μείωση των φυσικών εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι ανάπηροι, αμερόληπτη και ίση συμπεριφορά των επαγγελματιών εκπαίδευσης και υγείας απέναντι τους καθώς και νέος υλικοτεχνικός εξοπλισμός για ανάπηρους στα νοσοκομεία.

*Λέξεις ευρετηρίου:* κράτος πρόνοιας, κοινωνική πολιτική, αναπηρία, αναπηρία και ανισότητες, αναπηρία και φραγμοί

---

Χ. Λιάχνης, Ι. Αποστολάκης, Π. Σαράφης. Η αναπηρία στα σύγχρονα κράτη πρόνοιας και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2023; 28(2): 184-196

---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πρώιμες μορφές κοινωνικής προστασίας ταυτίζονται με το ρόλο της οικογένειας, ενώ στη συνέχεια το ρόλο αυτό αναλαμβάνουν επαγγελματικές συντεχνίες. Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα γίνονται οργανωμένες προσπάθειες υιοθέτησης συστημάτων κοινωνικής προστασίας και το 1948 γίνεται η πρώτη διεθνής προσπάθεια καταγραφής του δικαιώματος πρόσβασης σε ένα πλέγμα υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας. Το 1961, ο κοινωνικός χάρτης κατοχυρώνει το δικαίωμα των εργαζομένων και των προστατευόμενων μελών τους στην κοινωνική ασφάλεια [1].

*«Το κράτος πρόνοιας αποτελεί ένα ιδεατό μοντέλο κράτους, βασισμένο στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της σχεδιασμένης συλλογικής δράσης, με απώτερο σκοπό την επίτευξη της ευημερίας των πολιτών του και την εξάλειψη, ή τουλάχιστον τη μείωση, της κοινωνικής ανισότητας»* [2].

Το κράτος πρόνοιας γνώρισε υπέρμετρη αποδοχή στην Ευρώπη τη δεκαετία 1950-1960 ενώ αργότερα κριτική ασκήθηκε στον πυρήνα του ιδεολογήματος αλλά και στη λειτουργία των συστημάτων κοινωνικής προστασίας [1]. Το κράτος πρόνοιας αποτελεί αντικείμενο έρευνας πολλών μελετητών, με ορισμένους να αναπτύσσουν τυπολογίες, χρήσιμες ως εργαλεία για μελέτη του κράτους πρόνοιας και σημεία αναφοράς προς βελτίωση αυτού, σε μια συνεχώς μεταβαλλόμενη κοινωνία [3].

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας: *«Η αναπηρία είναι μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης εμπειρίας. Προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ παθήσεων υγείας όπως η*

*άνοια, η τύφλωση ή ο τραυματισμός του νωτιαίου μυελού με μια σειρά περιβαλλοντικών και προσωπικών παραγόντων. Εκτιμάται ότι 1,3 δισεκατομμύρια άνθρωποι – ή το 16% του παγκόσμιου πληθυσμού – αντιμετωπίζουν μια σημαντική αναπηρία σήμερα. Ο αριθμός αυτός αυξάνεται λόγω της αύξησης των μη μεταδοτικών ασθενειών και του προσδόκιμου ζωής. Τα άτομα με αναπηρία αποτελούν μια διαφορετική ομάδα και παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η ταυτότητα φύλου, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η θρησκεία, η φυλή, η εθνικότητα και η οικονομική τους κατάσταση επηρεάζουν τις εμπειρίες τους στη ζωή και τις ανάγκες υγείας τους. Τα άτομα με αναπηρία πεθαίνουν νωρίτερα, έχουν χειρότερη υγεία και αντιμετωπίζουν περισσότερους περιορισμούς στην καθημερινότητα τους»* [4].

Η αναπηρία αποτελεί κοινωνικό φαινόμενο καθώς μόνιμες βλάβες από σωματικές ή ψυχικές παθήσεις υπήρχαν πάντα στον πληθυσμό. Η αναπηρία ως κοινωνικό φαινόμενο δεν αντιμετωπιζόταν πάντα με τον ίδιο τρόπο, καθώς σε παλαιότερες εποχές που οι άνθρωποι πάσχιζαν να επιβιώσουν, οι ανάπηροι δεν ήταν δυνατό να το καταφέρουν [5].

Τα άτομα με κάποια μορφή αναπηρίας ενώ αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού γίνονται αποδέκτες στίγματος, περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτό έχει άμεσο αντίκτυπο τόσο στις συνθήκες διαβίωσής τους όσο και στην υγεία τους, με τα άτομα αυτά να μην έχουν εύκολη πρόσβαση στην απασχόληση, στην εκπαίδευση ακόμα και στην υγειονομική περίθαλψη [6].

Στην πρώτη ενότητα του παρόντος άρθρου γίνεται αναφορά στις τυπολογίες των κρατών πρόνοιας καθώς και στην τυπολογία που εντάσσεται η Ελλάδα. Στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζονται επιδημιολογικά στοιχεία για τον επιπολασμό των ατόμων με κάποια μορφή αναπηρίας στην Ελλάδα και την Ευρώπη ενώ γίνεται περιγραφή των διαφορών μεταξύ του ιατρικού και του κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας. Τέλος, στην τρίτη ενότητα μελετώνται οι άμεσοι και έμμεσοι φραγμοί που αντιμετωπίζει καθημερινά ένα άτομο με αναπηρία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και προτείνονται στρατηγικές αντιμετώπισης τους.

## ΤΥΠΟΛΟΓΙΕΣ ΚΡΑΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Για την καλύτερη μελέτη και ομαδοποίηση των κρατών πρόνοιας χρησιμοποιούνται ως εργαλείο οι τυπολογίες, οι οποίες όχι μόνο περιγράφουν την υπάρχουσα κατάσταση σε σχέση με τα συστήματα κοινωνικής προστασίας των Ευρωπαϊκών κρατών αλλά συμβάλουν και στην εξέλιξη αυτών με γνώμονα την ικανοποίηση των πολιτών [1].

Οι τρεις σημαντικότερες τυπολογίες είναι αυτές του *Titmuss*, του *Esping-Andersen* και του *Ferrera* οι οποίες χρησιμοποιούν ως μέτρο για τις ταξινομήσεις τους τη σχέση μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας [7]. Ο *Titmuss* «πατέρας» της κοινωνικής πολιτικής διέκρινε το 1974 τρία διαφορετικά μοντέλα κρατους πρόνοιας. Το Υπολειμματικό στο οποίο το κράτος επεμβαίνει μόνο όταν ο πολίτης αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες του. Το

Θεσμικό στο οποίο το κράτος αναλαμβάνει την καθολική κάλυψη των κοινωνικών αναγκών των πολιτών και το Βιομηχανικό στο οποίο οι κοινωνικές παροχές από το κράτος αποτελούν άμεση συνάρτηση της εργασιακής απόδοσης, των δεξιοτήτων και της παραγωγικότητας του ατόμου [1].

Ακολούθως ο *Esping-Andersen* το 1990, παρουσίασε τρία συστήματα κοινωνικής προστασίας. Το Φιλελεύθερο, που έχει υιοθετηθεί στις ΗΠΑ, στον Καναδά και την Αυστραλία, όπου κυριαρχεί ο ιδιωτικός τομέας και το κράτος παρέχει μικρή κοινωνική προστασία. Το Κορπορατιστικό, όπου οι κοινωνικές ανάγκες εκπληρώνονται με κριτήριο την κοινωνική τάξη και θέση του ατόμου και το Σοσιαλδημοκρατικό, χαρακτηριστικό των Σκανδιναβικών χωρών, το οποίο στοχεύει στην πλήρη, ισότιμη και καθολική κάλυψη των κοινωνικών αναγκών όλων των πολιτών [2].

Στις παραπάνω τυπολογίες προστέθηκαν και άλλες, με την πρόταση του *Ferrera* το 1996 που αφορούσε τα συστήματα των χωρών της Νότιας Ευρώπης συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Το σύστημα κοινωνικής προστασίας αυτών των χωρών είναι μικτό εμφανίζοντας στοιχεία του Συντηρητικού μοντέλου όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση και στοιχεία του Σοσιαλδημοκρατικού μοντέλου στο κομμάτι των υπηρεσιών υγείας [1].

Όπως γίνεται αντιληπτό οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν χαρακτηρίζονται από κοινό σύστημα κοινωνικής προστασίας. Οι Σκανδιναβικές χώρες, όπως η Φινλανδία και η Σουηδία, χαρακτηρίζονται από το Σοσιαλδημοκρατικό σύστημα με καθολικές

κοινωνικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες. Οι χώρες της Κεντρικής Ευρώπης, Αυστρία, Βέλγιο και Γερμανία, με το Κορπορατιστικό σύστημα δίνουν μεγάλη σημασία στην κοινωνική τάξη των ατόμων. Η Αγγλία και η Ιρλανδία διατηρώντας το Φιλελεύθερο σύστημα, αφήνουν την ελεύθερη αγορά να διαχειριστεί τις κοινωνικές υπηρεσίες. Τέλος, οι Νοτιοευρωπαϊκές χώρες, στις οποίες ανήκει και η Ελλάδα, έχουν το δικό τους σύστημα που χαρακτηρίζεται από καθυστερημένη ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους, περιορισμένη κοινωνική προστασία και παροχές προς τους πολίτες [8].

Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος που ξεχωρίζουν στην Ελλάδα είναι η ανισόρροπη κατανομή των «κοινωνικών» πόρων, η τυπικά ισότιμη και καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, η οποία όμως στην πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από πολλές ανισότητες και έντονη διαπλοκή μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα καθώς και η χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών [1]. Το μοντέλο της Ελλάδας, ενώ φαινομενικά παρέχει καθολική κρατική υγειονομική κάλυψη παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα ενώ οι πελατειακές σχέσεις κράτους- πολίτη είναι κάτι σύνηθες [3].

Οι παραπάνω τυπολογίες ενώ αποτελούν ένα πολύ σημαντικό συγκριτικό εργαλείο για τους μελετητές ενισχύοντας την κοινωνική πολιτική και προστασία των πολιτών των Ευρωπαϊκών χωρών [1], τίθενται υπό αμφισβήτηση καθώς δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις σύγχρονες προκλήσεις των χωρών, που έχουν να κάνουν με τις δημογραφικές αλλαγές. Η αναπροσαρμογή

τους, σύμφωνα με τις σημερινές ανάγκες της κάθε χώρας, κρίνονται αναγκαίες [7].

## Η ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η αναπηρία είναι μια κατάσταση που παρεμποδίζει την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή των ανάπηρων ατόμων στο κοινωνικό σύνολο, εάν η κοινωνία δεν λάβει υπόψη της τις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων αυτών. Οι αναπηρίες μπορεί να είναι γνωστικές, αναπτυξιακές, διανοητικές, νοητικές, σωματικές, αισθητηριακές ή συνδυασμός αυτών. Οι αναπηρίες μπορεί να υπάρχουν από τη γέννηση ή μπορεί να αποκτηθούν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου [9].

Οι διανοητικές αναπηρίες, όπως είναι το σύνδρομο Down, το σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής και ο αυτισμός, σχετίζονται με διαταραχές των νοητικών λειτουργιών, δυσκολίες στη μάθηση και διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Οι φυσικές αναπηρίες, όπως η μυϊκή δυστροφία ή η νόσος του κινητικού νευρώνα, περιγράφουν καταστάσεις που επηρεάζουν την κινητικότητα ή την επιδεξιότητα ενός ατόμου. Αισθητηριακές αναπηρίες, χαρακτηρίζουν άτομα με μειωμένη ικανότητα ακοής, όρασης ή ομιλίας, με μερική ή πλήρη απώλεια αυτών των αισθήσεων. Οι νευρολογικές αναπηρίες, όπως είναι η νόσος Αλτσχάιμερ, σχετίζονται με βλάβες του νευρικού συστήματος που συμβαίνουν μετά τη γέννηση. Τέλος, οι ψυχικές αναπηρίες σχετίζονται με ψυχικές ασθένειες, οι επιπτώσεις των οποίων επηρεάζουν αρνητικά τα άτομα σε

προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη σχιζοφρένεια [10].

Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι τα άτομα με αναπηρίες έχουν κάποιο πρόβλημα που τα τοποθετεί σε μειονεκτική θέση όσον αφορά τους περισσότερους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης, ως εκ τούτου είναι σημαντική η δημιουργία μιας κοινωνίας χωρίς αποκλεισμούς, στην οποία θα καταφέρουν να λειτουργούν και να ζουν ανεξάρτητα.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν υπάρξει αρκετές μελέτες σχετικά με τις διαστάσεις της αναπηρίας, τη φιλοσοφική ή νομική της φύση και άλλες εξελισσόμενες απόψεις για το θέμα αυτό. Οι δυο πιο βασικές θεωρίες για την κατανόηση της αναπηρίας είναι το ιατρικό και το κοινωνικό μοντέλο για την αναπηρία [11].

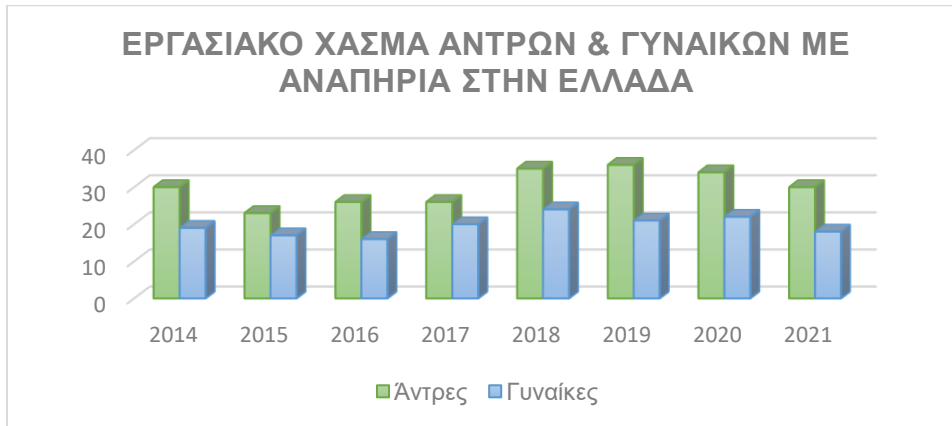
Το ιατρικό μοντέλο παρουσιάζει την αναπηρία ως ένα χαρακτηριστικό του ατόμου που απορρέει από κάποια ασθένεια, βλάβη ή άλλη ιατρική κατάσταση η οποία κρίνεται με βάση ιατρικές διαγνώσεις και ταξινομήσεις και απαιτείται ιατρική φροντίδα για την αντιμετώπισή της. Οι φραγμοί που δέχεται το άτομο με αναπηρία σχετίζονται μόνο με την κατάσταση της υγείας του και όχι με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Αυτή η μονομερής οπτική της αναπηρίας οδηγεί σε ενίσχυση των διακρίσεων μεταξύ «φυσιολογικών» και μη ατόμων καθώς και σε ενίσχυση του κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού των ατόμων με αναπηρία [6]. Παρόλα αυτά, με το ιατρικό μοντέλο να

προσεγγίζει με αφοσίωση την ιατρική πλευρά των αναπηριών, δημιουργούνται προοπτικές έρευνας και μελέτης για νέες καινοτόμες ιατρικές λύσεις ώστε να ξεπεραστούν οι αναπηρίες [11].

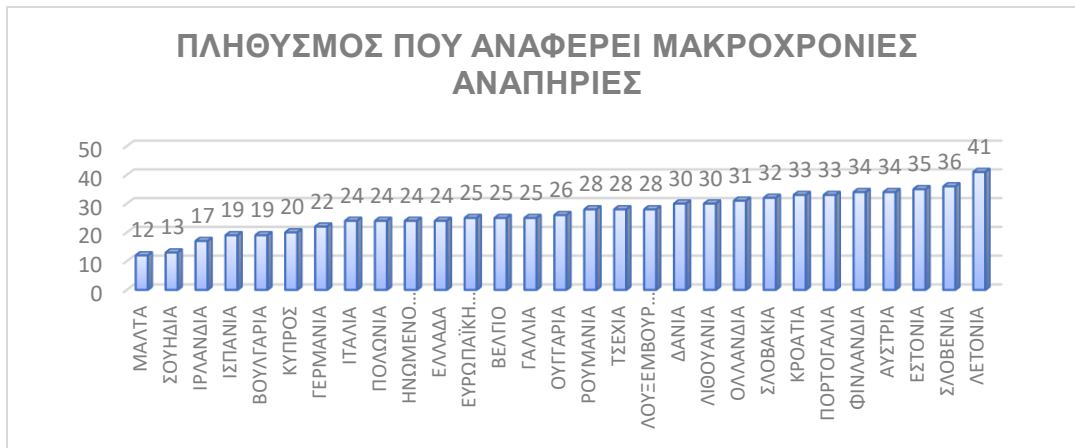
Στον αντίποδα, το κοινωνικό μοντέλο εκφράζει την άποψη ότι η κατάσταση των ατόμων με αναπηρία δεν είναι φυσικό αποτέλεσμα της βλάβης τους, αλλά δημιουργείται από άδικες κοινωνικές καταστάσεις. Σε αυτή την προσέγγιση η προσοχή στρέφεται στα περιβαλλοντικά και κοινωνικά εμπόδια που αποκλείουν τα ανάπηρα άτομα από την ένταξη τους στην κοινωνία [12]. Το κοινωνικό μοντέλο προάγει την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου προς τα άτομα με αναπηρία, παραμερίζοντας όμως την ιατρική φύση της αναπηρίας.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με τον επιπολασμό διάφορων τύπων αναπηρίας στην Ελλάδα καθώς και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, στηριζόμενοι σε επιδημιολογικά δεδομένα της Eurostat.

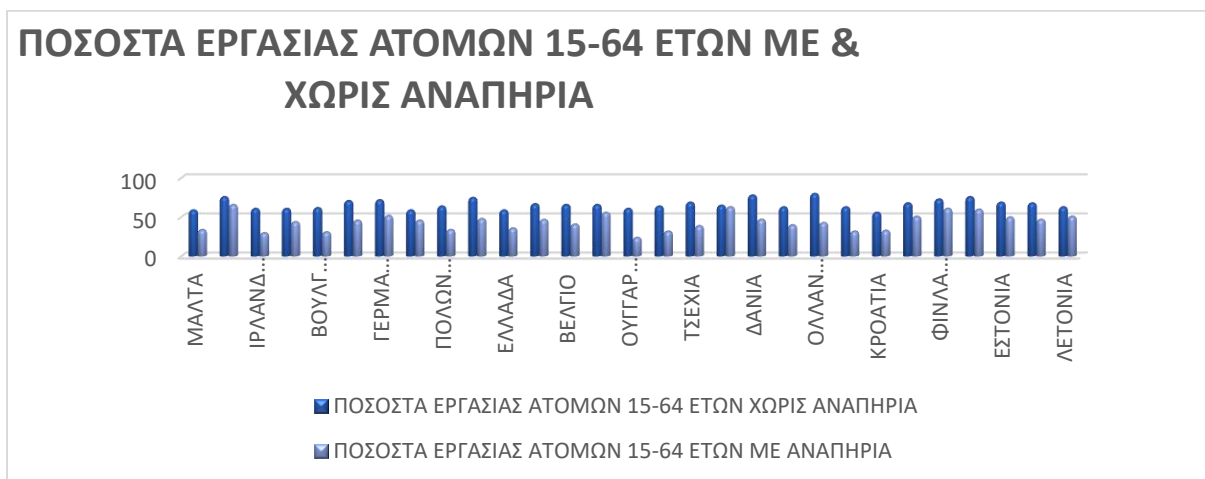
Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο γράφημα 1, προκύπτουν από την Eurostat. Στην Ελλάδα τα ποσοστά ανεργίας στους άντρες με αναπηρία κυμαίνονται κατά μέσο όρο στο 30-35% ενώ στις γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται στο 20-25%. Από τη μελέτη του γραφήματος 2, στην Ελλάδα το 24% των ανθρώπων είχε κάποια μορφή αναπηρίας το 2017. Στο ίδιο επίπεδο κυμαινόταν και το ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Ένωση.



**Γράφημα 1:** Ποσοστό άνεργων αντρών και γυναικών με αναπηρία στην Ελλάδα τα αντίστοιχα έτη [13].



**Γράφημα 2:** Ποσοστό του πληθυσμού, ηλικίας άνω των 16 ετών, που αναφέρει μακροχρόνιες αναπηρίες σε χώρες της Ευρώπης το 2017 [15].



**Γράφημα 3:** Ποσοστό του πληθυσμού, ηλικίας 15-64 ετών, με και χωρίς αναπηρία, που εργάζονται σε διάφορες χώρες της Ευρώπης το 2011 [16].



**Γράφημα 4:** Ποσοστό του πληθυσμού, ηλικίας 16 ετών και άνω, με αναπηρία και χωρίς, στα όρια της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού σε Ευρωπαϊκές χώρες το 2020 [17].

Από την μελέτη του γραφήματος 3, παρατηρείται ότι τα άτομα με κάποια μορφή αναπηρίας αντιμετωπίζουν δυσκολία στην εύρεση εργασίας. Στην Ελλάδα περίπου το 60% των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών χωρίς αναπηρία εργάζεται φυσιολογικά, ενώ μόλις το 36% των ατόμων με αναπηρία έχει εργασία. Σε άλλες χώρες της Ευρώπης οι διαφορές είναι ακόμα μεγαλύτερες, όπως στην Ουγγαρία που μόλις το 24% των ατόμων με αναπηρία εργάζεται.

Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείται ότι τα άτομα με αναπηρία, η οποία περιορίζει τις δραστηριότητες τους, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού. Το 2020, τα κράτη μέλη που κατέγραψαν το υψηλότερο ποσοστό ατόμων με αναπηρία σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ήταν: η Βουλγαρία (52,3%), η Εσθονία (40,4%), η Λετονία (39,3%), η Λιθουανία (38,7%) και η Κροατία (38,2%) [17].

Η ηλικία είναι ένας ακόμη καθοριστικός παράγοντας εμφάνισης αναπηρίας και περιορισμού των ανθρώπων. Με την πάροδο της ηλικίας οι άνθρωποι αναφέρουν περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητες τους λόγω προβλημάτων υγείας, με τα ποσοστά στις γυναίκες να είναι μεγαλύτερα από αυτά στους άντρες. Χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι σε ηλικία μεγαλύτερη των 85 ετών οι άνθρωποι που δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν τις καθημερινές τους συνήθειες είναι περισσότεροι από αυτούς που μπορούν [14].

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανής η μειονεκτική θέση των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία. Τα κράτη πρόνοιας είναι υπεύθυνα για την εφαρμογή μέτρων με σκοπό τη στήριξη των ανάπηρων ατόμων.

## ΦΡΑΓΜΟΙ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥΣ

*«Ο όρος «εμπόδιο» (ταυτόσημος με τον όρο «φραγμός») περιλαμβάνει κάθε τι που στερεί από ένα άτομο με αναπηρία τη δυνατότητα πλήρους συμμετοχής σε κάθε κοινωνική δραστηριότητα λόγω της αναπηρίας του. Η διασφάλιση της πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία προϋποθέτει τον εντοπισμό των εμποδίων σε όλους τους τομείς και την άρση αυτών» [18].*

Άτομα με κινητικές αναπηρίες, αντιμετωπίζουν φυσικά εμπόδια όπως είναι τα σκαλοπάτια και τα κράσπεδα που τα εμποδίζουν να εισέλθουν σε ένα κτίριο ή να χρησιμοποιήσουν το πεζοδρόμιο. Εμπόδια στις μετακινήσεις τους, που οφείλονται στην έλλειψη εύκολα προσβάσιμων μέσων μαζικής μεταφοράς, αντιμετωπίζουν τα άτομα που δεν μπορούν να οδηγήσουν λόγω αισθητηριακών ή γνωστικών προβλημάτων. Επίσης, τα άτομα με αναπηρία χάνουν πολλές φορές την ευκαιρία να συμμετάσχουν ή να επωφεληθούν από προγράμματα, υπηρεσίες ή παροχές που χρηματοδοτούνται από το κράτος [19].

Τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν εμπόδια και στην εκπαίδευση. Πολλά παιδιά με αναπηρία εγκαταλείπουν το σχολείο πρόωρα και λιγότεροι νέοι με αναπηρία αποκτούν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Μεγάλο ποσοστό των νέων με αναπηρία εγγράφονται σε ειδικά σχολεία τα οποία συχνά δεν παρέχουν αποτελεσματική σύνδεση με το γενικό εκπαιδευτικό σύστημα και την αγορά εργασίας. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να έχουν ειδικές δεξιότητες για την ορθή εκπαίδευση και μαθησιακή κάλυψη των ατόμων με αναπηρία

ώστε να εξασφαλίζεται ισότιμη πρόσβαση στην εκπαίδευση και κατάρτιση προσανατολισμένη στην αγορά εργασίας σε όλα τα επίπεδα. Η αναβάθμιση των εκπαιδευτικών κτιρίων θα διευκολύνει την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία [20].

Στις υπηρεσίες υγείας, η στάση των υγειονομικών απέναντι στα άτομα με αναπηρία καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας που θα λάβουν. Γονείς παιδιών με νοητική υστέρηση έχουν αναφέρει αρνητικές συμπεριφορές, ανεπαρκή υποστήριξη, καθοδήγηση και πληροφόρηση καθώς και δυσκολίες στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, παρατηρούνται ελλείψεις γνώσεις και δεξιότητες των υγειονομικών στην ιατρική καθοδήγηση και θεραπεία των ατόμων με αναπηρία, γεγονός που δημιουργεί στα άτομα με αναπηρία αίσθημα απογοήτευσης και απόρριψης ενώ ενισχύονται οι ανισότητες στην υγεία [21].

Ένα μεγάλο ποσοστό υγειονομικών που εργάζονται σε τμήματα με άτομα με νοητική υστέρηση υφίσταται επαγγελματική εξουθένωση, γεγονός που τους οδηγεί σε μικρότερο ενδιαφέρον για την εργασία τους, ως εκ τούτου χαμηλότερο επίπεδο ιατρονοσηλευτικής φροντίδας για τα άτομα με αναπηρία. Η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση, οι καλές σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους καθώς και η ενίσχυση του ρόλου των νοσηλευτών μπορούν να έχουν θετικές επιδράσεις, τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τα άτομα με αναπηρία που λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας [22].



Εμπόδια συναντούν τα άτομα με αναπηρία και από την έλλειψη υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι γυναίκες με αναπηρία που δεν μπορούν να κρατηθούν σε όρθια στάση για να κάνουν μαστογραφία για προσυμπτωματικό έλεγχο καρκίνου του μαστού και έτσι αναγκάζονται να αποφύγουν την μαστογραφία για να μην βρεθούν σε αμηχανία. Τα τελευταία χρόνια, σε πολλά νοσοκομεία έχουν εγκατασταθεί μηχανήματα που κάνουν εφικτή τη μαστογραφία ανάπηρων γυναικών αλλά το πρόβλημα σε επαρχιακά νοσοκομεία ή σε κινητές μονάδες μαστογραφίας παραμένει [23].

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η χρήση της τηλεϊατρικής βελτίωσε την πρόσβαση των ανθρώπων στην υγειονομική περίθαλψη και ωφέλησε το κοινωνικό σύνολο. Για πολλά άτομα με αναπηρία όμως αποτέλεσε τροχοπέδη στη λήψη ιατρικών υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτέλεσε η μη διαθεσιμότητα προσαρμοσμένων δυνατοτήτων επικοινωνίας για κωφά ή τυφλά άτομα ή άτομα με γνωστικές αναπηρίες. Η προσαρμογή της τηλεϊατρικής προς διευκόλυνση κάθε ομάδας ανάπηρων ατόμων κρίνεται αναγκαία [24].

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η δημιουργία των τυπολογιών συνέβαλλε στην ομαδοποίηση και στην καλύτερη διερεύνηση των πολιτικών κοινωνικής προστασίας των κρατών πρόνοιας. Οι τυπολογίες διακρίνονται από διαφορετικά χαρακτηριστικά τόσο θετικά όσο και αρνητικά

για τους πολίτες κάθε κράτους. Η Ελλάδα, η οποία εντάσσεται στο Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας φαίνεται να έχει πολλές ιδιαιτερότητες σε σχέση με τις τυπολογίες της υπόλοιπης Ευρώπης. Οι τυπολογίες πρέπει να λάβουν υπ' όψη τα νέα δημογραφικά δεδομένα των χωρών ώστε να παραμείνουν ένα αξιόπιστο εργαλείο σύγκρισης των μορφών κοινωνικής προστασίας των κρατών πρόνοιας.

Το επίπεδο ζωής ενός ατόμου με αναπηρία δεν επηρεάζεται μόνο από την ιατρική φύση της αναπηρίας, αλλά καθοριστική σημασία έχει το κοινωνικό περιβάλλον με το οποίο έρχεται σε καθημερινή αλληλεπίδραση. Τα άτομα με αναπηρία μειονεκτούν σε σχέση με τους υπόλοιπους ανθρώπους σε πολλές πτυχές της κοινωνικής και ευρύτερης ζωής, όπως η εργασία όπου σε όλες τις χώρες της Ευρώπης τα ποσοστά ανεργίας των ανάπηρων ατόμων είναι πολύ μεγαλύτερα από αυτά του υπόλοιπου πληθυσμού. Όμοια μεγάλες είναι οι διαφορές και στα ποσοστά των ατόμων που βρίσκονται στο όριο της φτώχειας με τα άτομα με αναπηρία να προηγούνται σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες. Με τα ανάπηρα άτομα να μην αποτελούν μειονότητα, καθώς στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης ξεπερνάνε το 20% του πληθυσμού, προβληματισμό δημιουργούν οι μεγάλες διακρίσεις απέναντι τους με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την ίση πρόσβαση και συμμετοχή όλων στην κοινωνία και την οικονομία, να τίθενται υπό αμφισβήτηση.

Οι αναπηρίες δυσχεραίνουν την προσαρμογή του ατόμου στη φυσιολογική ροή της κοινωνικής ζωής. Τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν καθημερινά φυσικά εμπόδια

που δυσκολεύουν τη ζωή τους, ενώ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην «πρόσβαση» σε βασικά κοινωνικά αγαθά όπως η εκπαίδευση και οι υπηρεσίες υγείας. Στην εκπαίδευση, τα παιδιά με αναπηρία συχνά δεν αντιμετωπίζονται σωστά, οι κοινωνικές ανισότητες εντείνονται και οι δυσκολίες μεγαλώνουν. Πολλαπλές διακρίσεις υφίστανται τα άτομα με αναπηρία και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, αφενός από την έλλειψη εξειδικευμένου υλικοτεχνικού εξοπλισμού, αφετέρου από τη μεροληπτική στάση των υγειονομικών απέναντι τους. Δράσεις για τη

μείωση των φυσικών εμποδίων προς διευκόλυνση των ατόμων με αναπηρία κρίνονται αναγκαίες. Η χρήση της τεχνολογίας, μέσω της αναβάθμισης των δημόσιων κτιρίων, της τηλεεκπαίδευσης, της τηλεϊατρικής και της υιοθέτησης εξελιγμένων μηχανήματων για όλες τις ιδιαίτερες ανάγκες των αναπήρων καθώς και προγράμματα επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών και των υγειονομικών σε σχέση με τους ανάπηρους, πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων.

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Νικολέντζος Α. Εισαγωγή στην κοινωνική προστασία και στο κράτος πρόνοιας. Στο: Σαράφης Π., Μπαμίδης Π. (επιμ.) Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα και Πολιτικές. Λευκωσία: Broken Hill Publishers Ltd; 2020:225-243.
2. Ιωάννου Α, Αποστολάκης Ι, Σαράφης Π. Κοινωνική Πολιτική, Κράτος Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη Οι προκλήσεις στην αυγή του 2020. Νοσηλευτική. 2020;59(3):212-220.
3. Πατσαλή Μ, Αποστολάκης Ι, Σαράφης Π. Κράτος πρόνοιας, μη ικανοποιημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας και κοινωνική πολιτική για την άρση των υγειονομικών ανισοτήτων. Perioperative Nursing. 2021;10(3):175-185.
4. World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας). Disability. 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
5. Χαρίσης Α. Κινητικές αναπηρίες και κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα: μια πρώτη προσέγγιση. 1η έκδοση. Αθήνα: Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού; 2020.
6. Αλεξιάδου Ε.Α. Αναπηρία και ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα υπό την οπτική των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2020;37(1):98-105.

7. Μενή Α, Αποστολάκης Ι, Σαράφης Π. Η ύπαρξη κράτους πρόνοιας στο πλαίσιο της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2021;20(4):437-449.
8. Νοικοκυράκης Γ, Σαράφης Π. Κοινωνική προστασία και προκλήσεις του ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2018;35(4):464-471.
9. Francis L, Silvers A. Perspectives on the Meaning of “Disability”. AMA Journal of Ethics. 2016;18(10):1025-1033.
10. National Disability Services (NDS). Disability Types and Description. 2009. Available from: <https://www.nds.org.au/index.php/disability-types-and-description>
11. Areheart B.A. When Disability Isn’t “Just Right”: The Entrenchment of the Medical Model of Disability and the Goldilocks Dilemma. Indiana Law Journal. 2008;83(1):181-232.
12. Vehmas S. Dimensions of Disability. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2004;13(1):34-40.
13. Eurostat. Disability employment gap by level of activity limitation and sex. 2022. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_DLM200/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_DLM200/default/table?lang=en)
14. Eurostat. Functional and activity limitations statistics. 2022. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Functional\\_and\\_activity\\_limitations\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Functional_and_activity_limitations_statistics)
15. Eurostat. 1 in 4 people in the EU have a long-term disability. 2018. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20181203-1>
16. Eurostat. Disability statistics. 2011. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics%20explained/index.php?title=Disability\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics%20explained/index.php?title=Disability_statistics)
17. Eurostat. People with disability at higher risk of poverty or social exclusion. 2020. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20211203-1>
18. Χριστοφή Μ. Θεωρητικό Πλαίσιο. Στο: Χριστοφή Μ. Προσβασιμότητα και αναπηρία. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.με.Α); 2013:9-32.
19. CDC. Common Barriers to Participation Experienced by People with Disabilities. 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability-barriers.html#Physical>
20. Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ένωση ισότητας: στρατηγική για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία 2021-2030. 2021. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX:52021DC0101>

21. Kritsotakis G, Galanis P, Papastefanakis E, Meidani F, Philalithis A.E, Kalokairinou A, et. al. Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities among nursing, social work and medical students. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(23-24):4951-4963.
22. Lahana E, Papadopoulou K, Roumeliotou O, Tsounis A, Sarafis P, Niakas D. Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC Nursing*. 2017;16(1):15.
23. Todd A, Stuijbergen A. Breast Cancer Screening Barriers and Disability. *Rehabilitation Nursing*. 2012;37(2):74-79.
24. Annaswamy T.M, Verduzco-Gutierrez M, Frieden L. Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: COVID-19 and beyond. *Disability and Health Journal*. 2020;13(4):100973.

## REVIEW

## *Disability in modern welfare states and access to health services*

C. Liachnis<sup>1</sup>, I. Apostolakis<sup>1,2</sup>, P. Sarafis<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, <sup>2</sup> Laboratory of Medical Physics, School of Medicine, National and Kapodistrian University, Athens, <sup>3</sup> General Department, University of Thessaly, Lamia, Greece

### ABSTRACT

Welfare state is an ideal model of state which, through various typologies, aims at social equality and protection of citizens. Typologies are distinguished by specific characteristics, which group the countries accordingly. Greece belongs to Ferrera's typology, which summarizes the characteristics of the social protection systems of Southern European countries, with many negative points in social benefits to citizens, among whom disabled people face difficulties that place them in an unequal position. Disability is divided into various types depending on the problem that creates it, many different types can coexist at the same time. There are two main models for the interpretation of disability, the former is the medical one, which approaches the medical nature of disability while the latter is the social one, considering disability as a condition created by unequal social conditions. People with disabilities face difficulties in important aspects of life such as work, economy and their place in society, in Greece and in the rest of the European countries. Characteristically, while people with disabilities make up more than 20% of the population in most European countries, they encounter greater difficulty in finding work and are in a greater percentage at the poverty line, compared to the rest, in all European countries. Disabilities create special needs for these individuals that differentiate them from the general population and lead them to an inability to have equal access to social goods. In particular, the physical barriers that disabled people face in the urban environment, the educational system that has not been yet adapted to the special needs of disabled children and the various health services where health workers do not behave equally to disabled people and where the logistical equipment is limited for them. Reduction of physical barriers that disabled people face, impartial and equal behavior of education and health professionals towards them as well as new logistical equipment for disabled people in hospitals, are required.

*Keywords:* welfare state, social policy, disability, disability and inequalities, disability and barriers

---

C. Liachnis, I. Apostolakis, P. Sarafis. Disability in modern welfare states and access to health services. *Scientific Chronicles* 2023; 28(2): 184-196

---