

Ορισμοί, Έννοιες και Μοντέλα Αναπηρίας

Αγγελική Γιαννοπούλου*

In memoriam aeternam...
Στάθη Μιχαλόπουλου

Ο όρος «αναπηρία» είναι μια συνοπτική έκφραση ή όπως εξηγείται στη Διεθνή Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας ένας γενικός όρος. Χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα εννοιολογικά συστατικά που επηρεάζουν τις ικανότητες του ατόμου. Παράλληλα περιλαμβάνει τις περιβαλλοντικές συνθήκες που δημιουργούν περιορισμούς σε αυτό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) υπολόγισε ότι 1,3 δισεκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από σωματική ή γνωστική αναπηρία παγκοσμίως (ένα άτομο στα έξι).

Η αναπηρία ορίζεται ποικίλα λόγω των σημαντικών πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεών της. Διάφοροι φορείς και ιδρύματα ορίζουν διαφορετικά την αναπηρία εξυπηρετώντας τον ρητό στενό σκοπό τους. Έτσι, παρά την ευρεία χρήση του όρου «αναπηρία» αυτός δεν έχει καθολικά αποδεκτό νόημα. Έχουν περιγραφεί διάφορα μοντέλα αναπηρίας. Τα κυρίαρχα είναι το ιατρικό μοντέλο, το κοινωνικό μοντέλο και το βιοψυχοκοινωνικό (BPS) μοντέλο αναπηρίας. Η Διεθνή Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας, που προτάθηκε από τον Π.Ο.Υ. υιοθετήθηκε ως το εννοιολογικό πλαίσιο σχετικά με την αναπηρία.

Σκοπός: Αυτή η μελέτη επιχειρεί να διευκρινίσει την έννοια και τις διαστάσεις της αναπηρίας, να εξηγήσει τους τρόπους με τους οποίους έχει εφαρμοσθεί και καθορισθεί. Επιπλέον να συζητήσει το ρόλο των διαφορετικών προσεγγίσεων στην ανάπτυξη των σημερινών εννοιών της αναπηρίας.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική - οδοντιατρική ειδικής φροντίδας 16(1): 11-20, 2023

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος «αναπηρία» χρησιμοποιείται σε διάφορα πλαίσια, όπως σε νόμους, δημόσια έγγραφα, στην κλινική και εκπαιδευτική πρακτική, στην καθημερινή γλώσσα. Εξυπηρετεί διαφορετικές λειτουργίες, όπως στην οριοθέτηση των προστατευτικών μέτρων κατά των διακρίσεων, στην

ιατρική, στον καθορισμό κριτηρίων επιλεξιμότητας για κρατικά χρηματοδοτούμενα επιδόματα, στην εκπαίδευση κ.α.¹.

Η αναπηρία συνιστά μία υπολογίσιμη κοινωνική πραγματικότητα επείγουσας και ζωτικής προτεραιότητας, όπου διαφορετικά άτομα, με εντελώς διαφορετικά βιώματα αλληλεπίδρασης και με εντελώς διαφορετικά είδη εκτυπώσεων στην εξέλιξή τους, κατατάχθηκαν στην κατηγορία των αναπήρων. Εντούτοις η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από κάποιο κοινό στοιχείο. Η αναπηρία είναι μέρος της ανθρώπινης κατάστασης. Σχεδόν όλοι θα βιώσουν προσωρινά ή μόνιμα αναπηρία κάποια στιγμή στη ζωή τους.

Ο όρος της «αναπηρίας» κατά περιόδους έχει αντικατασταθεί από όρους όπως «άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες», «άτομα με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες», «άτομα με ι-

Λέξεις κλειδιά: Αναπηρία, επιδημιολογία αναπηρίας, βλάβη, ανικανότητα, μοντέλα, ταξινόμηση, ορισμοί, λειτουργία.

* Οδοντίατρος Ειδικής Φροντίδας

Προέλευση:
Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής & Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας

διαίτερες δεξιότητες ή δυνατότητες», «άτομα με ιδιαίτερες δεξιότητες» και «άτομα με αναπηρία»².

Σκοπός: Αυτή η μελέτη επιχειρεί να διευκρινίσει την έννοια και τις διαστάσεις της αναπηρίας, να εξηγήσει τους τρόπους με τους οποίους έχει εφαρμοσθεί και καθορισθεί. Επιπλέον να συζητήσει το ρόλο των διαφορετικών προσεγγίσεων στην ανάπτυξη των σημερινών εννοιών της αναπηρίας.

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η επιδημιολογία είναι η μελέτη της κατανομής και των καθοριστικών παραγόντων των καταστάσεων υγείας στους ανθρώπινους πληθυσμούς. Αρχικά η εννοιολογική σύγχυση γύρω από την έννοια της αναπηρίας και τους σχετικούς όρους, καθώς και τα προβλήματα στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα των διαθέσιμων μέτρων οδήγησε σε μία φαινομενική έλλειψη ενδιαφέροντος από την επιδημιολογική κοινότητα. Τα στοιχεία αφορούσαν κυρίως σε δεδομένα επιπολασμού³.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) υπολόγισε ότι 1,3 δισεκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από σωματική ή γνωστική αναπηρία παγκοσμίως (ένα άτομο στα έξι)^{4,5}. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, αλλά η παράταση της μακροζωίας και η συχνότερη εμφάνιση χρόνιων ασθενειών, συνοδεύεται από αυξανόμενα επίπεδα αναπηρίας. Εκτιμάται ότι τα επίπεδα αυτά ανέρχονται στο 16% του παγκόσμιου πληθυσμού (Π.Ο.Υ. 2022)⁶.

Διάφοροι οργανισμοί όπως ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), η Eurostat (επίσημη στατιστική υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης / Ε.Ε.) και άλλοι αποπειράθηκαν να αποτιμήσουν τον αριθμό των αναπήρων στην Ευρώπη. Παρά τις διαφωνίες σχετικά με τους ορισμούς της αναπηρίας, την πολιτιστική αντίληψη των αναπήρων και τις μεθοδολογίες συλλογής στοιχείων, υπάρχει σήμερα κοινή άποψη όσον αφορά τον αριθμό των ατόμων με αναπηρίες στην Ε.Ε. Ογδόντα επτά εκατομμύρια Ευρωπαίοι έχουν κάποια μορφή αναπηρίας (1 στους 4 Ευρωπαίους ενήλικους)⁷. Το ποσοστό των ατόμων με αναπηρίες (ΑμεΑ) είναι διαφορετικό σε κάθε χώρα της Ε.Ε.: Η Μάλτα έχει το χαμηλότερο ποσοστό (11%) ενώ η Λετονία το υψηλότερο (39,5%). Στην Ελλάδα το ποσοστό είναι 23,1%. Ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 24% και οι γυναίκες με αναπηρίες είναι περισσότερες 26,1% από τους άνδρες 21,8%. Το 48,5% των ατόμων με αναπηρίες στην Ε.Ε. είναι ηλικίας άνω των 65 και το 17,9% έχουν ηλικία μεταξύ 16 και 65 ετών. Ο αριθμός των ατόμων με αναπηρία στην Ε.Ε. είναι σίγουρο ότι θα αυξηθεί^{7,8}. Στην Ελλάδα τα επίσημα στοιχεία για τα άτομα με αναπηρία προέρχονται από την απογραφή του πληθυσμού που διενεργείται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Σύμφωνα με την έρευνα Υγείας του 2014 που πραγματοποίησε η ΕΛΣΤΑΤ: α) ένα στα δέκα άτομα (10,3%) ηλικίας 15 ετών και άνω έχει περιορίσει πάρα πολύ κάποιες από τις δραστηριότητές του για λόγους υγείας, οι οποίες θεωρούνται συνήθεις για τον γενικό πληθυσμό και για διάστημα 6 μηνών ή και περισσότερο, β) δύο στα δέκα (19,4%) άτομα τις έχουν περιορίσει αλλά όχι πάρα πολύ^{9,10}. Στην έρευνα Υγείας του 2019 που πραγματοποίησε η ΕΛΣΤΑΤ, συνολικά το 13,2% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δήλωσε ότι έχει περιορίσει τις δραστηριότητές του λόγω προβλημάτων υγείας. Καταγράφηκε μει-

ωση 55,6% στο ποσοστό αυτό, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα της έρευνας του 2014 (29,7%)⁹.

2. ΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Πριν παρουσιάσουμε τον ορισμό της αναπηρίας, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι η απόπειρα απόδοσης ενός ενιαίου, ευρέως αποδεκτού ορισμού του φαινομένου, ήταν κάτι το οποίο δίχασε και προβλημάτισε πολύ την επιστημονική κοινότητα. Αυτό οφείλετο στην απουσία μιας καθολικά εφαρμοσμένης αρχής, η οποία θα επέτρεπε την αξιολόγησή της¹¹. Οι πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί, πηγάζουν από τις διαφορετικές ιδεολογικές και πολιτικές αντιλήψεις. Επηρεάζονται από πολλαπλές ομάδες συμφερόντων, επαγγελματικές οργανώσεις και άτομα που έχουν τη δύναμη ή την εξουσία να καθιερώνουν ορισμούς στην κοινωνία και κυριαρχούν στη γνώση σε ένα συγκεκριμένο τομέα¹²⁻¹⁴. Ο κάθε επιστημονικός κλάδος προσεγγίζει διαφορετικά την αναπηρία, λόγω των διαφορετικών τοποθετήσεων, ίσως και ανταγωνιστικών προσεγγίσεων μεταξύ τους. Οι προσεγγίσεις που έχει ο κάθε κλάδος για την αναπηρία είναι σύμφωνες με τις κυρίαρχες κοινωνικές και ηθικές απόψεις και τα δεδομένα της εποχής. Ως εκ τούτου η αναπηρία είναι μια εξελισσόμενη έννοια. Ανάλογα με την οπτική από την οποία η κοινωνία θα δει την έννοια της αναπηρίας, κάθε φορά δείχνει και τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίσει τα άτομα με αναπηρία¹⁵.

Η έννοια της αναπηρίας επινοήθηκε το πρώτο μισό του 20ου αιώνα για να χαρακτηρίσει αυτούς τους ανθρώπους ως ομάδα¹⁶. Από τη δεκαετία του 1970 και μετά, παρατηρείται μια έξαρση διαφόρων ταξινομήσεων, οι οποίες προκλήθηκαν σε μεγάλο βαθμό αφενός από την αυτο-οργάνωση των ατόμων με αναπηρίες^{17,18} και αφετέρου από την αυξανόμενη τάση να βλέπουν την αναπηρία ως ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων¹⁹. Οι ιατρικά επικεντρωμένες λύσεις δίνουν τη θέση τους σε πιο διαδραστικές προσεγγίσεις αναγνωρίζοντας ότι τα άτομα περιορίζονται τόσο από περιβαλλοντικούς παράγοντες όσο και από σωματικούς. Παρατηρείται μια προσπάθεια να προσδιοριστεί η έννοια της αναπηρίας. Η λογική και το περιεχόμενο όμως των ορισμών που δόθηκαν, προκάλεσαν την αντίδραση οργανωμένων συνόλων των ατόμων με αναπηρία. Ακολούθησαν κριτικές αναλύσεις, συζητήσεις, πιλοτικές εφαρμογές και το 1980 ο Π.Ο.Υ. έδωσε στη δημοσιότητα τη Διεθνή Ταξινόμηση Βλαβών, Ανικανοτήτων και Μειονεξίας (ICIDH) και στη συνέχεια την αναθεώρηση σε Διεθνή Ταξινόμηση Βλαβών, Δραστηριοτήτων και Συμμετοχής (ICIDH-2). Ακολούθησε το 2001 η Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (ICF)²⁰.

Ο όρος «αναπηρία» είναι μια συνοπτική έκφραση ή ένας γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να αναπαραστήσει την ποικιλία των διαφορετικών πτυχών της διαδικασίας αναπηρίας²¹. Με βάση τα τρέχοντα θεωρητικά και νομοθετικά μοντέλα αναπηρίας, υπάρχει η γενική συμφωνία ότι, με δεδομένο το επίπεδο της σωματικής, της νοητικής ή της συναισθηματικής λειτουργίας του ατόμου, η διαδικασία της αναπηρίας συνδέεται με τη φύση της αλληλεπίδρασης που έχει το άτομο αυτό, με όλες τις πτυχές του περιβάλλοντός του. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο της κοινωνικής συμμετοχής που βιώνει το άτομο. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να εξεταστεί η

πλήρης διαδικασία που σχετίζεται με την ανάπτυξη της αναπηρίας²².

Σε Εθνικό επίπεδο με τον Ν. 4488/Α/2017 θεσπίστηκε ένα γενικό πλαίσιο ρυθμίσεων κατ'εφαρμογή διατάξεων της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες, προκειμένου να αρθούν τα εμπόδια που δυσχεραίνουν την πλήρη και ισότιμη συμμετοχή των Ατόμων με Αναπηρίες στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας. Κατ'εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 άρθρου 60 Ν. 4488/Α/2017: ως «Άτομα με Αναπηρίες» νοούνται τα άτομα με μακροχρόνιες σωματικές, ψυχικές, διανοητικές ή αισθητηριακές δυσχέρειες, οι οποίες σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια, ιδίως θεσμικά, περιβαλλοντικά ή εμπόδια κοινωνικής συμπεριφοράς, δύνανται να παρεμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή των ατόμων αυτών στην κοινωνία σε ίση βάση με τους άλλους (sic).

3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Ο όρος μοντέλο είναι διφορούμενος και με ποικίλες ερμηνείες, ειδικά στις κοινωνικές επιστήμες^{23,24}. Γενικά, ένα μοντέλο θεωρείται ως μια απλοποιημένη εικόνα ή αναπαράσταση μιας πτυχής του πραγματικού κόσμου. Αυτή η απλούστευση εξυπηρετεί πραγματιστικούς στόχους, από τους οποίους οι πιο γενικοί είναι να δίνουν νόημα, να περιγράφουν και να εξηγούν την αναπαριστώμενη πραγματικότητα. Μπορεί επίσης να διευκολύνουν τη μέτρηση, τον υπολογισμό ή την πρόβλεψη, καθώς και την οργάνωση^{23,25}.

Σε μελέτες αναπηρίας, ο όρος χρησιμοποιείται συχνά για να υποδηλώσει μια γενική προσέγγιση ή πλαισίωση της αναπηρίας και να εντοπίσει τα αίτια. Αυτά τα μοντέλα διατυπώνουν προφορικά μια κύρια εικόνα ή ερμηνεία της αναπηρίας και καθορίζουν επίσης πως το φαινόμενο πρέπει να ερευνηθεί και να αντιμετωπιστεί^{23,26}.

Τα μοντέλα αναπηρίας, ιδιαίτερα το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, υπήρξαν ζωτικής σημασίας στην ιστορία της πολιτικής κινητοποίησης των ατόμων με αναπηρία, στη διαμόρφωση νόμου και πολιτικής σχετικά με την αναπηρία και στην ανάπτυξη διεπιστημονικών μελετών για την αναπηρία²⁷.

Παρόλο που μια σειρά μοντέλων προσπάθησε να παρέχει μια κατανόηση των αναπηριών, τα επικρατούντα, τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα και εφαρμοσμένα μοντέλα είναι το Ιατρικό μοντέλο, το Κοινωνικό μοντέλο και το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναπηρίας (BPS)²⁸.

3.1. Ιατρικό μοντέλο

Το ιατρικό μοντέλο ήταν το κυρίαρχο μοντέλο του 20ου αιώνα μέχρι και τη δεκαετία του 1980 ως προς την αναπηρία και την αντιμετώπισή της από την κοινωνία²⁹.

Το ιατρικό μοντέλο επικεντρώνεται περισσότερο στο ίδιο το άτομο και τη σωματική του αναπηρία-βλάβη, η οποία αποτελεί και την κύρια αιτία διαφοροποίησης από τα υγιή άτομα. Η αναπηρία δηλαδή, ορίζεται ως ατομικό πρόβλημα και μειονέκτημα, το οποίο προέρχεται από μια σωματική, αισθητηριακή, νοητική ή ψυχική παρέκκλιση από το φυσιολογικό και η αντιμετώπιση της έχει να κάνει ξεκάθαρα με την ατομική θεραπεία μιας παθολογικής κατάστασης ή με τη χρήση διάφορων ιατρικών και τεχνολογικών μέσων^{30,31}.

Ονομάστηκε ιατρικό διότι, με βάση αυτό το μοντέλο, εκείνος ο οποίος αποφαίνεται για την ύπαρξη ή όχι αναπη-

ρίας σε ένα άτομο δεν είναι άλλος από τον ιατρό, με τη μορφή βεβαίωσης των υγειονομικών επιτροπών, των ποσοστών αναπηρίας, των ταξινομήσεων κ.λπ. Ο ιατροκεντρισμός του μοντέλου δεν περιορίζεται μόνο σε αυτό το επίπεδο αλλά διευρύνεται σε όλα τα επίπεδα του αναπηρικού ζητήματος, με αποτέλεσμα ο ιατρός να θεωρείται ο καθ' ύλην αρμόδιος να χειρισθεί τα πάντα²⁹. Εξαιτίας αυτού στο ιατρικό μοντέλο παραγκωνίζονται εντελώς οι διάφοροι άλλοι παράγοντες που δύνανται να καταστήσουν έναν άνθρωπο ανάπηρο, όπως το περιβάλλον κ.α. Η πολιτική και η μέθοδος που εφαρμόζεται, έγκειται στη δημιουργία Δομών και Υποδομών Υγείας, ώστε τα άτομα αυτά να απομονωθούν από το κοινωνικό σύνολο και να ιδρυματοποιηθούν³². Μέσω του ιατρικού μοντέλου είναι δύσκολο να αναδειχθεί η κοινωνική και πολιτική πλευρά της αναπηρίας και ο σημαντικός ρόλος των κοινωνικών πεποιθήσεων για το τι είναι αναπηρία³³. Σε χώρες όπου υποστηρίζεται το ιατρικό μοντέλο τα άτομα με αναπηρίες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εύρεση εργασίας και κατά συνέπεια έλλειψη οικονομικών πόρων³⁴. Σήμερα, το ιατρικό μοντέλο εξακολουθεί να χρησιμεύει ως η θεμελιώδης βάση για τον προσδιορισμό της αναπηρίας της κοινωνικής ασφάλισης, να προσφέρει κριτήριο για την ιατρική περίθαλψη και τη νομική αξιολόγηση³⁰.

3.2. Κοινωνικό μοντέλο

Το κοινωνικό μοντέλο είναι μια προσέγγιση που εμφανίστηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο τη δεκαετία του 1960 και προκάλεσε αναταραχές στα παραδοσιακά μοντέλα αναπηρίας. Απέσυρε την προσέλευση της ανισότητας που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία από το άτομο και την απέδωσε στην κοινωνία¹⁶.

Σε αντίθεση με το ιατρικό μοντέλο, η αναπηρία δεν αναγνωρίζεται ως ατομικό χαρακτηριστικό αλλά προσεγγίζεται και αντιμετωπίζεται ως το αποτέλεσμα ενός συνόλου διαφόρων παραγόντων, οι οποίοι κατά βάση προκαλούνται από το σύμπλεγμα των εκάστοτε κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών συνθηκών. Το ζήτημα της αναπηρίας κατά το κοινωνικό μοντέλο επικεντρώνεται στις αντιξοότητες που υπομένουν τα άτομα με αναπηρίες στο ευρύτερο περιβάλλον, ως απόρροια της κοινωνικής δομής και των αρνητικών αντιλήψεων της κοινωνίας για τη διάσταση της αναπηρίας. Ουσιαστικά, η αναπηρία οφείλεται στην ίδια την κοινωνία που δεν διαθέτει αποτελεσματικούς μηχανισμούς υποστήριξης και κατάλληλες φυσικές και κοινωνικές δομές, ώστε να ενσωματώσει πλήρως και ισότιμα τα άτομα με αναπηρίες³⁵. Από την άποψη του κοινωνικού μοντέλου, η αναπηρία θεωρείται επομένως ως μια κοινωνικά παραγόμενη αδικία, η οποία είναι δυνατό να αμφισβητηθεί και να εξαλειφθεί μέσω ριζικών κοινωνικών αλλαγών²⁷.

Ένα «κοινωνικό μοντέλο» αναπηρίας αναπτύχθηκε από το κίνημα υπεράσπισης των ατόμων αυτών κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1970 και του 1980, καθιστώντας την κοινωνία υπεύθυνη για την αναπηρία έναντι της ασθένειας μέσω της αποτυχίας της να καλύψει τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία όσον αφορά την περιβαλλοντική πρόσβαση, τη διαθεσιμότητα προσαρμοστικών εξοπλισμών, τις διακρίσεις, τις προκαταλήψεις και άλλα εμπόδια συμπεριφοράς εκείνης της εποχής³⁶. Η καλύτερη τεκμηρίωση και κατανόηση του ρόλου των κοινωνικών φραγμών στη λειτουργία των αναπήρων βοήθησε στην ανάπτυξη στρατηγικών για την εξουδετέρωση αυτών των

φραγμών και για τη διευκόλυνση και την ενδυνάμωση των αναπήρων στη διαβίωσή τους στην κοινωνία³⁷.

3.3. Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναπηρίας (BPS)

Ο George Engle πρότεινε για πρώτη φορά το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας το 1977³⁸. Μια εκτενής βιβλιογραφία για το μοντέλο BPS έχει δημοσιευθεί όλα αυτά τα χρόνια, από τότε που ο Engle εντόπισε για πρώτη φορά την ανάγκη να διευρυνθεί η αναγωγική βιοϊατρική προσέγγιση. Το μοντέλο BPS ακολουθεί μια φιλοσοφία που ενσωματώνει το ιατρικό και το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας με την έννοια ότι τα συμπτώματα ενός ασθενούς πρέπει να θεωρηθούν ως το αποτέλεσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ψυχολογικών, κοινωνικών και παθοφυσιολογικών μεταβλητών. Παράλληλα να επιχειρηθεί η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ο ασθενής σκέφτεται, αισθάνεται και αλληλεπιδρά με τους άλλους³⁸⁻⁴⁰. Επίσης, η κοινωνία οφείλει να βρει τρόπους να συμπεριλάβει τα άτομα με αναπηρία σε κοινωνικές, οικονομικές και πολιτιστικές δραστηριότητες υποστηρίζοντάς τους και παρέχοντάς τους ίσες ευκαιρίες⁴⁰.

Το BPS παραμένει το κυρίαρχο θεωρητικό πλαίσιο που στηρίζει τη σύγχρονη ψυχιατρική εκπαίδευση και πρακτική. Όπως όλα τα μοντέλα, έχει τους περιορισμούς του και τους επικριτές του^{41,42}. Οι επικρίσεις είναι δύο βασικών ειδών: πρώτον, ότι το μοντέλο στερείται συγκεκριμένου περιεχομένου, είναι πολύ γενικό και ασαφές⁴³ και δεύτερον, ότι στερείται επιστημονικής εγκυρότητας και φιλοσοφικής συνοχής⁴⁴. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι το μοντέλο BPS δεν έχει αξία. Αυτό μπορεί να ονομαστεί «εννοιολογικό πλαίσιο», αλλά δεν είναι ένα επιστημονικό μοντέλο ή ένα επεξηγηματικό μοντέλο ασθένειας⁴⁵. Ως εννοιολογικό πλαίσιο, μπορεί να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την οργάνωση και την επικοινωνία πληροφοριών σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και της ασθένειας⁴⁶. Η έκκληση του Engle για ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έχει υιοθετηθεί σε πολλούς τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά δεν έχει γίνει αποδεκτό στους οικονομικά κυρίαρχους και πολιτικά ισχυρούς τομείς της επείγουσας ιατρικής και της χειρουργικής. Χρησιμοποιείται κλινικά και για τη δομή των κλινικών κατευθυντήριων γραμμών^{47,48}. Χρησιμοποιείται επίσης ευρέως στην έρευνα για πολύπλοκες παρεμβάσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης⁴⁶. Είναι η βάση της Διεθνούς Ταξινόμησης της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (WHO ICF)⁴⁹. Το μοντέλο BPS αναγνωρίζεται ως το κατεξοχήν επιστημονικό μοντέλο που είναι κεντρικό για την κατανόηση του πόνου γενικά, καθώς και του μυοσκελετικού πόνου ειδικότερα. Το BPS μοντέλο της οσφυαλγίας και της αναπηρίας εγκρίθηκε αρχικά από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2000⁴⁹.

4. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ Π.Ο.Υ.

Σήμερα η πλέον ευρέως αποδεκτή ταξινόμηση της αναπηρίας είναι αυτή που προτείνει ο Π.Ο.Υ. Η πρώτη παγκόσμια έκθεση για την αναπηρία, εκπονήθηκε από κοινού από τον Π.Ο.Υ. και την Παγκόσμια Τράπεζα στις 14 Δεκεμβρίου 2011. Τα άτομα με αναπηρία έχουν γενικά χειρότερη υγεία, χαμηλότερα εκπαιδευτικά επιτεύγματα, λιγότερες οικονομικές ευκαιρίες και υψηλότερα ποσοστά φτώχειας από τα άτομα χωρίς αναπηρία. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην έλλειψη υπηρεσιών που έχουν στη

διάθεσή τους και στα πολλά εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους⁵⁰.

4.1. Διεθνής Ταξινόμηση Βλαβών, Ανικανοτήτων και Μειονεξίας

International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization) έδωσε στη δημοσιότητα το 1980 το ακόλουθο σχήμα διεθνούς ταξινόμησης των αναπηριών ICIDH, που περιλαμβάνει τους παρακάτω ορισμούς των εννοιών⁵¹:

* Βλάβη (impairment): Απώλεια ή μη φυσιολογική ανάπτυξη μιας δομής ή λειτουργίας του σώματος, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχικών λειτουργιών⁵¹.

* Ανικανότητα (disability): Οποιοσδήποτε εξασθένηση της ικανότητας μερική ή ολική (αποτέλεσμα του μειονεκτήματος) να επιτελούμε μια δραστηριότητα με ένα συγκεκριμένο τρόπο, ή εντός των ορίων τα οποία θεωρούνται φυσιολογικά για ένα ανθρώπινο ον⁵¹.

* Μειονεξία (handicap): Μια ανεπάρκεια ή ανικανότητα που σχετίζεται με δραστηριότητα ενός δεδομένου ατόμου, η οποία αναστέλλει ή εμποδίζει αυτό το άτομο να εκπληρώσει έναν ρόλο που είναι φυσιολογικός (σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικούς και τους πολιτιστικούς παράγοντες) για το άτομο αυτό⁵¹.

Το παραπάνω σχήμα είναι μια ταξινόμηση των «συνεπειών της νόσου», που αναπτύχθηκε από τον Π.Ο.Υ. ως μέρος μιας οικογένειας ταξινομήσεων για να κωδικοποιήσει ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών σχετικά με διάφορες πτυχές της υγείας. Το αρχικό ICIDH περιλαμβάνει ένα εννοιολογικό μοντέλο στο οποίο οι «ασθένειες» και οι «διαταραχές» συνδέονται με τις πιθανές συνέπειές τους, συγκεκριμένα τις «βλάβες», τις «ανικανότητες» και τις «μειονεξίες»^{52,53}. Το ICIDH είναι η πρώτη διεθνώς κοινοποιημένη εννοιολογική διατύπωση (μεταφράστηκε σε 13 γλώσσες) και το πρώτο διεθνές σύστημα ταξινόμησης των συνεπειών των ασθενειών. Ωστόσο, είναι ακριβώς η εννοιολογική του οργάνωση που προσέλκυσε τις περισσότερες κριτικές⁵⁴. Μια ανησυχία ήταν ότι η προσέγγιση αυτή ορίζει τις συνέπειες μιας κατάστασης υγείας ως πρόβλημα που αφορά το ίδιο το άτομο. Αυτή η κριτική εντόπισε την αποτυχία του ICIDH να λάβει υπόψη τον διάχυτο ρόλο του περιβάλλοντος για να επιδεινώσει ή να μειώσει τη φύση και την έκταση της αναπηρίας⁵³.

Ωστόσο από την πρώτη δημοσίευσή του το 1980, το ICIDH έχει χρησιμοποιηθεί για διάφορους σκοπούς, όπως ως στατιστικό εργαλείο, ως εργαλείο έρευνας και εκπαίδευσης, ως κλινικό εργαλείο, ως εργαλείο κοινωνικής πολιτικής⁵⁵.

4.2. Διεθνής Ταξινόμηση Βλαβών, Δραστηριοτήτων και Συμμετοχής

International Classification of Impairments, Activities and Participation (ICIDH-2)

Το πρώτο βήμα στη διαδικασία αναθεώρησης του ICIDH χρονολογείται από τη δεκαετία του 1990 και επιτεύχθηκε με τη δημοσίευση της έκδοσης Alpha του ICIDH-2 το 1996 και στη συνέχεια της έκδοσης Beta του ICIDH-2⁵⁵. Ο Π.Ο.Υ. λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις εμπειρίες που αποκτήθηκαν από τη χρήση του ICIDH, όσο και τις κριτικές, σχεδίασε το δεύτερο πλαίσιο αναφοράς ICIDH-2 (1999), (προκάτοχο του ICF), όπου η αναπηρία αποτελεί έναν ευ-

ρύτερο όρο, που καλύπτει τρεις επιμέρους διαστάσεις^{52,55-57}.

* Σωματικές δομές και λειτουργίες: Η διάσταση του σώματος συνδέεται με μια βλάβη ή με μια απώλεια ή ανωμαλία της σωματικής δομής ή με μια φυσιολογική ή ψυχολογική λειτουργία.

* Ατομικές Δραστηριότητες: Η δραστηριότητα είναι η φύση και η έκταση της λειτουργικότητας σε ατομικό επίπεδο. Οι δραστηριότητες μπορούν να μειωθούν στη φύση τους, στη διάρκεια ή στην ποιότητά τους.

* Συμμετοχή στην κοινωνία: Αναφέρεται στη φύση και στην έκταση της συμμετοχής του ατόμου σε καθημερινές καταστάσεις που έχουν σχέση με δραστηριότητες και άλλους παράγοντες. Η συμμετοχή είναι δυνατό να περιοριστεί στη φύση της, στη διάρκεια και στην ποιότητά της. Το ICIDH-2 αντιμετωπίζει αρκετές ανεπάρκειες του αρχικού ICIDH εισάγοντας τις διαστάσεις: Δραστηριότητα, Συμμετοχή και Συμφραζόμενοι Παράγοντες. Αυτές οι διαστάσεις παρέχουν ένα σύστημα ταξινόμησης που ξεπερνά τις παραδοσιακές σωματοκεντρικές περιγραφές της αναπηρίας για να συμπεριλάβει παράγοντες που τα κοινωνικά μοντέλα υποστηρίζουν ότι είναι σημαντικοί για την κατανόηση της αναπηρίας. Με το ICIDH-2 εισήχθη ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων, χωρίς όμως να μπορέσει να διευκρινισθεί ο τρόπος ενσωμάτωσης των περιβαλλοντικών παραγόντων στο σύστημα ταξινόμησης⁵⁵. Εκτός από τις αλλαγές στις διαστάσεις του ICIDH-2, εξετάστηκαν νέες προσεγγίσεις κωδικοποίησης. Ωστόσο, κρίθηκε απαραίτητη η αποσαφήνιση των εννοιών, των ορισμών και των σχημάτων κωδικοποίησης⁵⁸. Αυτές οι διαστάσεις υποτίθεται ότι έχουν μια δυναμική και όχι μια γραμμική σχέση που αντικατοπτρίζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των σωματικών δομών και λειτουργιών, των δραστηριοτήτων και της συμμετοχής σε πλαίσια για τον καθορισμό των συνεπειών των συνθηκών υγείας⁵³. Προτάθηκε επίσης ο νέος τίτλος: Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας⁵⁵.

4.3. Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*

Η υγεία έχει οριστεί από τον Π.Ο.Υ. από το 1948, αλλά μόνο από το 2001 ο Π.Ο.Υ. όρισε ξεκάθαρα την αναπηρία με τη Διεθνή Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας, γνωστή πιο συχνά ως ICF²¹. Η ταξινόμηση αυτή υιοθετήθηκε ως το εννοιολογικό πλαίσιο σχετικά με την αναπηρία. Στον πυρήνα της έννοιας του ICF για την υγεία και την αναπηρία βρίσκεται η αντίληψη ότι η αναπηρία είναι ένα πολυδιάστατο και παγκόσμιο φαινόμενο που τοποθετείται σε μια συνέχεια με την υγεία. Η ανθρώπινη λειτουργία νοείται ως μια συνέχεια καταστάσεων υγείας και κάθε άνθρωπος εμφανίζει τον ένα ή τον άλλο βαθμό λειτουργίας σε κάθε τομέα, σε επίπεδο σώματος, ατόμου και κοινωνίας. Το ICF προωθήθηκε ως «βιοψυχο-κοινωνικό μοντέλο» και αντιπροσωπεύει έναν εφάρμοσιμο συμβιβασμό μεταξύ ιατρικών και κοινωνικών μοντέλων^{50,59-61}. Η έμφαση στους περιβαλλοντικούς παράγοντες στη δημιουργία της αναπηρίας σύμφωνα με το ICF, είναι η κύρια διαφορά μεταξύ αυτής της νέας ταξινόμησης και της προηγούμενης διεθνούς ταξινόμησης των βλαβών, των ανικανοτήτων και των μειονεξιών (ICIDH)⁵⁰. Το ICF εγκρίθηκε επίσημα και από τα 191 κράτη μέλη του

Π.Ο.Υ. στην Πεντηκοστή τέταρτη Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας στις 22 Μαΐου 2001 (ψήφισμα WHA 54.21)⁶² ως το διεθνές πρότυπο για τη διαμόρφωση, την περιγραφή, την καταγραφή και τη μέτρηση της υγείας και της αναπηρίας^{21,59,60}.

Το ICF αναγνωρίζεται ως μέλος αναφοράς της οικογένειας διεθνών ταξινομήσεων του Π.Ο.Υ. (WHOFIC) και συνιστά τη χρήση αυτής της ταξινόμησης συμπληρωματικά με τη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων (International Classification of Diseases /ICD)/ η πιο πρόσφατη έκδοση είναι το ICD-11 (11η αναθεώρηση), η οποία χρησιμοποιείται για την αναφορά δεδομένων θνησιμότητας και νοσηρότητας⁶³. Το ICF μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί μαζί με την τρίτη ταξινόμηση αναφοράς, τη Διεθνή Ταξινόμηση Παρεμβάσεων Υγείας (International Classification of Health Interventions /ICHI), για την αξιολόγηση των αναγκών και για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν²¹.

Η διαφορά μεταξύ ICD και ICF είναι ότι το ICD εστιάζει στην αίτιο-νοσολογική έννοια “αδιαφορώντας” για τη διαταραχή λειτουργικότητας που προκαλεί. Το δε ICF παρουσιάζει την κατάσταση υγείας του ατόμου και την ικανότητα του να συμμετέχει στις δραστηριότητες ζωής ανεξάρτητα από το αίτιο που την έχει προκαλέσει. Το ICF βασίζεται στα ίδια θεμέλια με το ICD και το ICHI και μοιράζεται το ίδιο σύνολο κωδικών επέκτασης που επιτρέπουν την τεκμηρίωση σε υψηλότερο επίπεδο λεπτομέρειας, παρέχοντας μια πιο ουσιαστική και ολοκληρωμένη εικόνα των αναγκών υγείας των ανθρώπων και των πληθυσμών (Π.Ο.Υ. 2001)^{21,59,64}.

4.3.1. Η δομή και η ανάπτυξη του ICF

Το ICF ταξινομεί τη λειτουργικότητα και την αναπηρία μέσω των δομών και λειτουργιών του σώματος (κατάσταση υγείας του ατόμου), των δραστηριοτήτων του και της συμμετοχής του και αντιμετωπίζει τις σχετικές επιρροές μέσω περιβαλλοντικών και προσωπικών παραγόντων^{21,50,59-61}. Οι συνθήκες υγείας ορίζονται ως «ένας όρος ομπρέλα για την ασθένεια (οξεία ή χρόνια), τη διαταραχή, τον τραυματισμό ή το τραύμα, αλλά και άλλες καταστάσεις όπως η εγκυμοσύνη, η γήρανση, το στρες, η συγγενής ανωμαλία ή γενετική προδιάθεση.

Ως ταξινόμηση, το ICF ομαδοποιεί συστηματικά διαφορετικούς τομείς για ένα άτομο σε μια δεδομένη κατάσταση υγείας σε δύο μέρη (π.χ. τι κάνει ή μπορεί να κάνει ένα άτομο με ασθένεια ή διαταραχή). Το 1ο μέρος ασχολείται με τη λειτουργικότητα και την αναπηρία, ενώ το 2ο μέρος καλύπτει τους συμφραζόμενους παράγοντες. Κάθε μέρος με τη σειρά του έχει δύο συστατικά^{60,61}.

1ο μέρος: Λειτουργία και αναπηρία

* Λειτουργίες σώματος και δομές σώματος

* Δραστηριότητες και Συμμετοχές

2ο μέρος: Συμφραζόμενοι παράγοντες

* Περιβαλλοντικοί παράγοντες

* Προσωπικοί Παράγοντες.

Ο Π.Ο.Υ. αναγνώρισε ότι το ICF είναι δυναμικό με περιθώρια βελτίωσης²¹. Για την ενημέρωση του ICF, ο Π.Ο.Υ. έχει δημιουργήσει μια διαδικτυακή πλατφόρμα ενημέρωσης ICF, η οποία είναι ανοιχτή σε οποιοδήποτε άτομο στο ευρύ κοινό. Η πλατφόρμα παρέχει επίσης πεδίο εργασίας για εμπειρογνώμονες της Ομάδας Αναφοράς Λειτουργίας και Αναπηρίας του Π.Ο.Υ. (FDRG) και της Επιτροπής Ενημέρωσης και Αναθεώρησης (URC) για την επεξεργασία

σία προτάσεων ενημέρωσης. Η εφαρμογή συλλέγει προτάσεις ενημέρωσης με δομημένο και οργανωμένο τρόπο. Επιπλέον, μπορεί να παρέχει συνδέσμους σε ιστοσελίδες, όπως αναφορές δημοσιεύσεων από το PubMed ή μπορεί να ανεβάζει έγγραφα που σχετίζονται με την πρόταση. Στη συνέχεια, κάθε πρόταση εξετάζεται διαδικτυακά από εμπειρογνώμονες του FDRG ως προς τη συμμόρφωσή της με καθιερωμένα κριτήρια. Όπως: εγκυρότητα, αξιοπιστία, προστιθέμενη αξία ως οντότητα, ταξινόμησης σε συνέπεια με τη δομή, με την έννοια και τις ταξινομήσεις αρχές του ICF, με λογική και αποδεικτική βάση. Μετά την επανεξέταση, οι ειδικοί στο URC αποφασίζουν εάν η πρόταση πρέπει να εφαρμοστεί ή να απορριφθεί⁶⁵.

Σημαντικό ορόσημο στην περαιτέρω ανάπτυξη του ICF ήταν η δημοσίευση της έκδοσης του ICF Children and Youth (ICF-CY) το 2007⁶⁶. Ως η πρώτη ταξινόμηση που προέρχεται από το ICF, το ICF-CY επεκτείνει την κάλυψη του κύριου τόμου του ICF παρέχοντας συγκεκριμένο περιεχόμενο και πρόσθετες λεπτομέρειες για την πληρέστερη κάλυψη των σωματικών δομών και λειτουργιών, των δραστηριοτήτων, της συμμετοχής και συγκεκριμένων περιβαλλόντων σχετικά με τα βρέφη, τα νήπια, τα παιδιά και τους εφήβους (καλύπτει παιδιά ηλικίας από 0 έως 17 ετών)⁶⁷. Μια σημαντική καινοτομία που εισήγαγε το ICF-CY είναι ότι αποτυπώνει και θέτει σε λειτουργία την έννοια του «αναπτυσσόμενου παιδιού»^{65,66,68}.

4.3.2. Ηθική χρήση του ICF

Κατάχρηση μπορεί να γίνει με κάθε επιστημονικό εργαλείο και το ICF δεν αποτελεί εξαίρεση. Η χρήση του ICF ακολουθείται από αυτό που θα μπορούσε να ονομαστεί «εργαλειακά ηθικά ζητήματα» που σχετίζονται με την εφαρμογή της ταξινόμησης στους ανθρώπους. Το ίδιο το ICF, στο Παράρτημα 6, προβλέπει αυτή την ηθική διάσταση παρέχοντας «Κατευθυντήριες οδηγίες ηθικής για τη χρήση του ICF» που ισχύουν για όλες τις εφαρμογές, κλινικές, διοικητικές και ερευνητικές⁶⁹.

Το ICF βασίζεται στην αρχή της καθολικότητας, δηλαδή η λειτουργικότητα και η αναπηρία ισχύουν για όλους τους ανθρώπους, ανεξαρτήτως κατάστασης υγείας, και ειδικότερα ότι η αναπηρία, ή η εξασθένηση της λειτουργικότητας σε ένα ή περισσότερα επίπεδα, δεν είναι δείγμα μιας συγκεκριμένης μειονοτικής ομάδας ανθρώπων, αλλά αποτελεί χαρακτηριστικό της ανθρώπινης κατάστασης⁶⁵. Το ICF δεσμεύεται στην αρχή της ισοτιμίας, η οποία δηλώνει ότι η λειτουργική κατάσταση δεν καθορίζεται από την αιτιολογία του υποβάθρου, και ειδικότερα από το εάν κάποιος έχει μια «σωματική» και όχι «ψυχική» κατάσταση υγείας. Όλες οι καταστάσεις υγείας τοποθετούνται σε ίση βάση, επιτρέποντας τη σύγκριση με τη χρήση μιας κοινής μέτρησης⁷⁰. Η ταξινόμηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την καταγραφή τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών πτυχών της λειτουργικότητας και της αναπηρίας. Η συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία στην καθημερινή ζωή δεν συμπεραίνεται μόνο από τη διάγνωση^{59,60,69}. Το ICF περιλαμβάνει περιβαλλοντικούς παράγοντες (φυσικούς, κοινωνικούς) για την αναγνώριση του σημαντικού ρόλου του περιβάλλοντος στη λειτουργία των ανθρώπων^{59,60,71}. Δεν χαρακτηρίζει τα άτομα με αναπηρία ως ξεχωριστή κοινωνική ομάδα^{59,60,69}. Η πλήρης συμμετοχή και η διαφάνεια χρήσης είναι πιο σημαντικές στις κοινωνικές εφαρμογές του ICF και κυρίως για την ανάπτυξη δεικτών για την παρακολούθηση της εφαρμογής της Σύμ-

βασης του ΟΗΕ για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία^{59,71-73}.

Η εφαρμογή του ICF διέπεται από τυπικές βιοηθικές ανησυχίες. Για όλες τις χρήσεις του ICF είναι απαραίτητο οι πληροφορίες που συλλέγονται και αναλύονται να σέβονται την εγγενή αξία και την αυτονομία των ατόμων από τα οποία συλλέγονται οι πληροφορίες^{59,60,71,74}. Οι πληροφορίες που κωδικοποιούνται με χρήση του ICF θα πρέπει να θεωρούνται προσωπικά δεδομένα και να υπόκεινται σε αναγνωρισμένους κανόνες εμπιστευτικότητας. Ισχύουν οι κανόνες σχετικά με την ενημερωμένη συγκατάθεση^{59,71}. Σε κλινικά περιβάλλοντα, το ICF θα πρέπει πάντα να χρησιμοποιείται με πλήρη γνώση, συνεργασία και συναίνεση των προσώπων των οποίων τα επίπεδα λειτουργίας ταξινομούνται. Εάν η γνωστική ικανότητα του συμμετέχοντα δεν το επιτρέπει, είναι απαραίτητη η συναίνεση του κηδεμόνα ή του επιτρόπου του. Επιπλέον όπου είναι δυνατόν θα πρέπει να εξηγείται ο σκοπός της χρήσης του ICF^{60,71}. Ζωτικής σημασίας είναι η οικοδόμηση της ευαισθητοποίησης κάθε ερευνητικής ομάδας και η εκπαίδευση των συμμετεχόντων ερευνητών σχετικά με τους κανονισμούς και τη δεοντολογία της έρευνας. Απαιτούνται στρατηγικές και συνεχής έρευνα για τη βελτίωση της ποιότητας της διαδικασίας υπογραφής του ICF⁷¹.

4.3.3. Χρήσεις, εφαρμογές του ICF

Το ICF είναι το αποτέλεσμα παγκόσμιας συνεργασίας και πολυάριθμων προσπαθειών που έγιναν από ακαδημαϊκούς, ερευνητές, εμπειρογνώμονες στη δημόσια υγεία, κλινικούς ιατρούς και άτομα με αναπηρίες παρέχοντας μια συνεπή και πλήρη σύλληψη της αναπηρίας^{21,75}. Το ICF είναι μια πολυδιάστατη ταξινόμηση της λειτουργικότητας και της αναπηρίας που δημιουργεί μια διεθνή κοινή γλώσσα για επιδημιολογικούς, κλινικούς, υγειονομικούς και ερευνητικούς σκοπούς⁶⁹.

Το ICF είναι ένα εργαλείο που επιτρέπει ένα ευρύ φάσμα περιπτώσεων χρήσης. Χρησιμοποιείται σε μεγάλους τομείς όπως υγεία, αναπηρία, αποκατάσταση, κοινοτική φροντίδα, ασφάλιση, κοινωνική ασφάλιση, απασχόληση, εκπαίδευση, οικονομία, κοινωνική πολιτική, νομοθεσία, περιβάλλον^{50,60,65,76,77}.

Το ICF διαθέτει μια οργανωμένη δομή δεδομένων που μπορούν να υποστηρίξουν τα πληροφοριακά συστήματα σε διαφορετικούς τομείς πολιτικής, διεθνών συνθηκών και πρωτοβουλιών και των σχετικών υπηρεσιών^{60,65}. Το ICF και το μοντέλο του έχουν εισαχθεί στη νομοθεσία και την κοινωνική πολιτική σε ορισμένες χώρες^{60,65}.

Ο ορισμός της αναπηρίας μπορεί να επηρεάσει τις υποθέσεις συνηγορίας και το ICF μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την υποστήριξη τους με βάση τα δικαιώματα για την αναπηρία. Αυτή η ευρύτερη δυνητική αξία του ICF αναγνωρίστηκε από υποστηρικτές που εμπλέκονται στην ανάπτυξη του⁷⁸. Κατά συνέπεια η κοινή αντίληψη της αναπηρίας όπως ορίζεται στο ICF και στη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες (UNCRPD), καθιστά το ICF το ιδανικό εργαλείο για την παρακολούθηση της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD)^{32,50,76,77}.

Το ICF είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για τη συλλογή και ανάλυση πληροφοριών για την υγεία του πληθυσμού από όλο τον κόσμο. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στον τομέα των στατιστικών υγείας, καταδεικνύουν τη σημασία της χρήσης του ICF για στατιστικές αναπηρίας

και συστήματα πληροφοριών υγείας, ορίζοντας τις πιθανές εφαρμογές σε εθνικές και διεθνείς έρευνες καθώς και σε εθνικά συστήματα δεδομένων για τη συλλογή των στοιχείων^{65,79,80}. Για παράδειγμα, η ομάδα της Ουάσιγκτον για τις στατιστικές αναπηρίας έχει εργαστεί για να δημιουργήσει, να δοκιμάσει και να υιοθετήσει ένα σύντομο σύνολο έξι ερωτήσεων για χρήση σε απογραφές και έρευνες που ακολουθούν τις θεμελιώδεις αρχές των επίσημων στατιστικών και συνάδουν με το ICF⁵⁹.

Μεγάλο μέρος της επιστημονικής βιβλιογραφίας αφορά στις εφαρμογές του ICF σε κλινικά πλαίσια, δηλαδή την παραγωγή καταλόγων κατηγοριών ICF και τρόπων εφαρμογής του σε διαφορετικά περιβάλλοντα ή με διαφορετικούς τύπους ασθενών⁷⁷. Δύο σημαντικές ανασκοπήσεις υπογράμμισαν τη συμβολή του ICF στην κλινική πρακτική και την αποκατάσταση^{73,81}. Ο όρος «αποκατάσταση» δεν περιλαμβάνει μόνο τη διαδικασία οργάνωσης και σχεδιασμού μιας ιατρικής θεραπείας ή θεραπειών, αλλά και την αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης, των αναγκών του ασθενούς και των σχετικών αποτελεσμάτων^{82,83}.

Μελέτες αναφέρουν ότι το ICF παρέχει ένα θεωρητικό μοντέλο που θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε τομείς της στοματικής υγείας⁸⁴⁻⁸⁶. Το ICF παρέχει ένα θεωρητικό μοντέλο και μια λειτουργική ταξινόμηση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη δεικτών στοματικής υγείας, στη διερεύνηση των ανισοτήτων στη στοματική υγεία σε επίπεδο πληθυσμού και γενικότερα να συμβάλει στην έρευνα, στην επιδημιολογία στη βελτίωση της διεπιστημονικής επικοινωνίας σχετικά με τη στοματική υγεία^{84,87}.

Επιπλέον το εννοιολογικό πλαίσιο του ICF μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να στηρίξει τις μεταρρυθμίσεις στην εκπαίδευση, στην απασχόληση, στην κοινωνική πρόνοια, στην ανάπτυξη τεχνολογίας και να εξασφαλίσει συνεκτική εφαρμογή σε διαφορετικά επίπεδα και τομείς^{60,73,77,81,88}. Ο Kraus de Camargo (2011) πρότεινε ότι το παγκόσμιο πλαίσιο του ICF μπορεί να προσφέρει μια διεπιστημονική και συντονισμένη προσέγγιση για την υποστήριξη της διαδικασίας μετάβασης από το ένα εκπαιδευτικό επίπεδο στο επόμενο ή στην επόμενη εργασία και απασχόληση. Με αυτό τον τρόπο προωθείται περισσότερη ενσωμάτωση και συνεργασία μεταξύ των συστημάτων περίθαλψης υγείας, εκπαίδευσης και κοινωνικής πρόνοιας⁸⁹. Διάφορες χώρες έχουν ήδη βρισκονται στη διαδικασία υλοποίησης έργων όπου το ICF χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της κατάστασης αναπηρίας ατόμων (πιστοποίηση αναπηρίας) προκειμένου να καθοριστεί η καταλληλότητά τους για υγειονομικές, κοινωνικές ή εκπαιδευτικές υπηρεσίες^{65,67,90}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αυτή η μελέτη παρέχει ένα πλαίσιο για την ανάλυση των εννοιών και των διαστάσεων της αναπηρίας. Η «αναπηρία» είναι μία σύνθετη, δυναμική, πολυδιάστατη, εξελισσόμενη έννοια. Είναι ένα φαινόμενο που έχει περιγραφεί από πολλές οπτικές γωνίες, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής, της οικονομικής, της κοινωνικοπολιτικής και της διοικητικής.

Η συμβολή της κοινωνίας στο ζήτημα της αναπηρίας είναι σημαντική, ιδίως ο καθοριστικός ρόλος τον οποίον δύναται να διαδραματίσει στην προσπάθεια βελτίωσης, εάν όχι αλλαγής, της παρούσας κατάστασης.

Ως αποτέλεσμα της συνεχούς εξέλιξης της αναπηρίας, έχει εξελιχθεί και η εννοιοποίησή της. Η ανάλυση των μο-

ντέλων και η μεταξύ τους σχέση εξηγεί την ποικιλομορφία συνεκτικών αντιλήψεων για την αναπηρία, όπου κάθε αντίληψη περιλαμβάνει ένα διαφορετικό σύμπλεγμα απόψεων που σχετίζονται με τα διάφορα μοντέλα αναπηρίας. Όταν συζητάμε για την αναπηρία, είναι σημαντικό να κατανοούμε τις έννοιες και την ορολογία που την καθορίζουν.

Παρόλο που μια σειρά μοντέλων προσπάθησε να παρέχει μια κατανόηση των αναπηριών, τα επικρατούντα και πιο συχνά χρησιμοποιούμενα και εφαρμοσμένα μοντέλα είναι το Ιατρικό μοντέλο, το Κοινωνικό μοντέλο και το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναπηρίας. Η επεξεργασία των εννοιολογικών μοντέλων σε μια χρονολογική τροχιά δείχνει ότι, τα πρώτα κυριαρχούνταν από βιοϊατρικές πτυχές, ενώ στα μεταγενέστερα μοντέλα έδωσαν όλο και μεγαλύτερη βαρύτητα στα περιβαλλοντικά εμπόδια και στους διευκολυντές, καθώς και σε ψυχολογικούς, συμπεριφορικούς ή σχετιζόμενους με την ταυτότητα παράγοντες.

Η δυσχέρεια αναφορικά με τον ορισμό της αναπηρίας εντοπίζεται ακόμη και μέσα στους κόλπους του Π.Ο.Υ. εξ ου και η ύπαρξη διαφορετικών προσεγγίσεων της αντίληψης και της ανάλυσής της. Το ICF το οποίο εγκρίθηκε ως το διεθνές πρότυπο για τη διαμόρφωση, την περιγραφή, την καταγραφή και τη μέτρηση της υγείας και της αναπηρίας είναι ένα ολοκληρωμένο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που εντάσσει τα δυνατά σημεία πολλών από τα μοντέλα αναπηρίας. Το ICF ακολουθεί μια ολιστική εικόνα της υγείας που δίνει μεγάλη βαρύτητα στις περιβαλλοντικές πτυχές και απέχει περισσότερο από τις αυστηρά βιοϊατρικές και οικονομικές αντιλήψεις της αναπηρίας σε σχέση άλλα προηγούμενα μοντέλα ενώ δεν αποστασιοποιείται πλήρως από αυτές.

Είναι απαραίτητη η συναίνεση σχετικά με τον τρόπο ταξινόμησης, κατηγοριοποίησης και καταμέτρησης των ατόμων με αναπηρίες, ώστε να μπορούν να γίνουν συγκρίσεις και να αναπαράχθούν τα ευρήματα. Επιπλέον να επιτραπεί μία αυξημένη κατανόηση των διαδικασιών που σχετίζονται με τη χρόνια νόσο και την αναπηρία και τους καθοριστικούς τους παράγοντες. Η οργανωμένη δομή δεδομένων μπορεί να υποστηρίξει τα πληροφοριακά συστήματα σε μεγάλους τομείς όπως της πολιτικής, της υγείας, της κοινωνικής ασφάλισης, της απασχόλησης, της εκπαίδευσης.

SUMMARY

Definitions, concepts and models of disability

Giannopoulou Angeliki

hellenic hospital dentistry - special care dentistry 16(1): 00-00, 2023

The term disability is a shorthand expression or as explained in the International Classification of Functioning, Disability and Health an umbrella term. An estimated 1.3 billion people experience significant disability. This represents 16% of the worlds population, or 1 in 6 of us.

Disability is variably defined because of its significant political, policy, societal and economic implications. Thus, the term «disability» has been used to represent any of the conceptual components associated along the ability

continuum that impacts the person, but it also includes the environmental effects that create a limiting impact from the context outside the person. Various models of disability have been described. The predominant ones being a medical model, a social model and biopsychosocial (BPS) model of disability. Various agencies and institutions define disability differently serving their explicit narrow purpose. A more widely used construct of disability is that of World Health Organization's, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

This article attempts to clarify the concept of disability by explaining the ways in which it has been applied and defined.

Key words: Disability; disability epidemiology; impairment; handicap; models; classification; definitions; functioning.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Goldiner A: Understanding 'Disability' as a Cluster of Disability Models. JPD 2022; 2: 28-54.
- Δελλασούδας Α: Εισαγωγή στην ειδική παιδαγωγική. τόμος Β. Διδακτική Μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, από την θεωρία στην πράξη. Αθήνα. Εκδόσεις Ατραπός. 2005: 31-33.
- Nagi S Z: An epidemiology of disability among adults in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc 1976 Fall; 54(4): 439-67.
- World Health Organization (2011). World Health Organization Report on Disability. WHO Library: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability> όπως εμφανίζεται στις 16.3.23.
- WHO Disability: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> όπως εμφανίζεται στις 5.1.23.
- Spoladore D, Sacco M, Trombetta A: A review of domain ontologies for disability representation. Expert Systems Applications 2023; 228: 120467.
- Statistical reports - Eurostat 2019 - European Commission: <https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/disability-eu-facts-figures/> όπως εμφανίζεται στις 27.1.23.
- Gomez-Zuniga B, Pousada M, Armayones M: Loneliness and disability: A systematic review of loneliness conceptualization and intervention strategies. Front psychol 2023; 13: 1040651.
- ΕΛΣΤΑΤ: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/2014> όπως εμφανίζεται στις 24.8.20.
- Γιαννοπούλου Α, Ζερβού-Βάλβη Φ: Οδοντιατρική Αντιμετώπιση των Ατόμων με Αναπηρία υπό Γενική Αναισθησία. Ελλ Νοσ Οδοντ 2020; 13: 35-53.
- Ζώνιου Σιδέρη Α. Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους. 4η έκδοση. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. 1998:13.
- Κουτάντος Δ. Παιδαγωγική Θεώρηση. 1η έκδοση Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. 2000: 64-65.
- Grue J: Now you see it, now you dont: A discourse view of disability and multidisciplinarylci, on le voit, ici, on ne le voit pas : une vue discursive du handicap et de la multidisciplinarité?. Alter 2017; 11(3): 168-178.
- Haegele A, Hodge S: Disability Discourse: Overview and Critiques of the Medical and Social. QUEST 2016; 68(2): 193-206.
- Ζώνιου-Σιδέρη Α, Ντεροπούλου-Ντέρου Ε, Βλάχου-Μπαλαφούτη Α. Αναπηρία και εκπαιδευτική πολιτική. Κριτική προσέγγιση της ειδικής και ενταξιακής εκπαίδευσης. Αθήνα. Εκδόσεις Πεδίο. 2012: 66.
- Bampi S, Guilhem D, Alves D: Social model: a new approach of the disability theme. Rev Lat Am Enfermagem 2010; 18: 816-823.
- Contreras DG, Ruiz-Tagle Vj, Garces P, Azoeal I: Socio-economic impact of disability in Latin America: Chile and Uruguay. Santiago, Universidad de Chile. Departamento de Economia. 2006: 17-23.
- Economic implications of chronic illness and disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union. Washington. Mete C ed. World Bank. 2008.
- Mitra S: The recent decline in the employment of persons with disabilities in South Africa, 1998-2006. SAJE. 2008; 76: 480-492.
- Δημοσθένους Μ: Κριτική στο σύστημα αξιολόγησης της αναπηρίας και της λειτουργικότητας. Λευκωσία. Εκδόσεις Πάργα. 2013: 13.
- World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva, World Health Organization, 2001: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> όπως εμφανίζεται στις 14.9.23.
- Altman B: Definitions, concepts, and measures of disability. Ann Epidemiol 2014; 24(1): 2-7.
- Forstner M: Conceptual Models of Disability: The Development of the Consideration of Non-Biomedical Aspects. Disabilities MDPI 2022;2(3):540-563.
- McLaren N: A critical review of the biopsychosocial model. Aust. N. Z. J. Psychiatry 1998; 32: 8692.
- Waddington L, Priestley M: A human rights approach to disability assessment. J. Int. Comp. Soc. Policy 2021; 37: 115.
- Toro J, Kiverstein J, Rietveld E: The Ecological-Enactive Model of Disability: Why Disability Does Not Entail Pathological Embodiment. Front Psychol 2020; 11: 1162.
- Lawson A, Beckett A. E: The social and human rights models of disability: towards a complementarity thesis. Int J Hum Rights 2021; 25(2): 348-379.
- Petasis A: Discrepancies of the Medical, Social and Biopsychosocial Models of Disability: A Comprehensive Theoretical Framework. IJBMT 2019; 3(4): 42-54.
- Iezzoni L.I, Freedman V.A: Turning the disability tide: the importance of definitions. JAMA 2008; 299(3): 332-4.
- Rondinelli R, Ranavava M: 5 - Practical Aspects of Impairment Rating and Disability Determination. Editor(s): David X. Cifu. Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation (6th Ed.). Elsevier. 2021: 74-88.e2.
- Moore M, Slee R. Disability studies, inclusive education and exclusion in Handbook of Disability Studies. eds N. Watson. A. Roulstone, and C. Thomas (Abingdon: Routledge). 2012: 225239.
- Ε.Σ.Α.μεΑ. (2009). Ετήσια Έκθεση, Θέμα: Η πρόταση της Ε.Σ.Α. μεΑ. «Εθνικό Πρόγραμμα Δημόσιων Πολιτικών για την Αναπηρία»: https://www.esamea.gr/files/december/105/3rdDec_2009.pdf όπως εμφανίζεται στις 9.12.21.
- Παντελιάδου Σ. Πολιτική της Αναπηρίας, σημειώσεις για το

- μάθημα. Βόλος. Εκδόσεις Πανεπιστημιακές. 2006: 3-4.
34. World Report on Disability (2011). The Lancet; 377: 1977-2054:
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60844-1/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60844-1/fulltext?rss=yes)
όπως εμφανίζεται στις 29.9.23.
 35. GILZEN M. Θεωρίες για την αναπηρία και τη νομοθεσία καταπολέμησης των διακρίσεων λόγω αναπηρίας: Από το ιατρικό στο κοινωνικό μοντέλο. Στο: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (Επιμ.) Ακτιβιστές και συνήγοροι των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία. Εγχειρίδιο. ΕΣΑΕΑ. Αθήνα. 2005: 1417.
 36. Adams C: Presidential address. Math Intelligencer 2017; 39(2): 3-5.
 37. Fougereyrollas P: Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to ICDH and social participation of people with functional differences. Disabil Rehabil 1995; 17(3-4): 145-53.
 38. Engel G: The need for a new medical model: a challenge for biomedical science. Science 1977; 196(4286): 129-36.
 39. Anagnostopoulou T: Health psychology: A critical review of the field. Hellenic J Psychol 2005; 2(2): 93-114.
 40. Bath B, Trask C, McCrosky J, Lawson J: A biopsychosocial profile of adult Canadians with and without chronic back disorders: a population-based analysis of the 2009-2010 Canadian Community Health Surveys. Biomed Res Int 2014; 2014: 919621.
 41. McLaren N: The biopsychosocial model: Reality check. Aust N Z J Psychiatry 2021; 55(7): 644-645.
 42. Lugg W: The biopsychosocial model history, controversy and Engel. Australas Psychiatry 2022; 30(1): 55-59.
 43. Ghaemi S. N: The rise and fall of the biopsychosocial model. Br J Psychiatry 2009; 195(1): 3-4.
 44. Kendle K. S: The rise and fall of the biopsychosocial model: Reconciling art and science in psychiatry. Am J Psychiatry 2010; 167(8): 9991000.
 45. Ghaemi S. N: The rise and fall of the biopsychosocial model. Br J Psychiatry 2009; 195(1): 3-4.
 46. Roberts A: The biopsychosocial model: Its use and abuse. Med Health Care Philos 2023; 1-18.
 47. Van de Velde D, Eijkelkamp A, Peersman W, De Vriendt P: How competent are healthcare professionals in working according to a bio-psycho-social model in healthcare? The current status and validation of a scale. PloS one 2016; 11(10): e0164018.
 48. Wade D. T, Halligan P. W: The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clin Rehabil 2017; 31(8): 995-1004.
 49. Penney J. N: The Biopsychosocial model: redefining osteopathic philosophy?. Int J Osteopath Med 2013; 16(1): 33-37.
 50. WHO, World report on disability (2011)
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
όπως εμφανίζεται στις 12.6.23.
 51. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αρ. 230/38/10.9.81, άρθρο 1.5: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/PDF/?uri=CELEX:51981IE0774>
όπως εμφανίζεται στις 12.9.23.
 52. CanChild Centre for Childhood Disability Research (2003) The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) A Global Model to Guide Clinical Thinking and Practice in Childhood Disability:
<https://canchild.ca/en/resources/182-the-international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-a-global-model-to-guide-clinical-thinking-and-practice-in-childhood-disability>
όπως εμφανίζεται στις 10.7.23.
 53. Simeonsson R, Lollar D, Hollowell J, Adams M: Revision of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: Developmental issues. J Clin Epidemiol 2000; 53(2): 113-124.
 54. Masala C, Petretto D: From disablement to enablement: conceptual models of disability in the 20th century. Disabil Rehabil 2008; 30(17): 1233-44.
 55. WHO: International classification of functioning and disability: ICDH-2, Beta-2 draft: short version, July 1999: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65990/WHO_HSC_ACE_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
όπως εμφανίζεται στις 12.9.23.
 56. AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH & WELFARE (2002) History of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF):
<http://aihw.gov.au/publications/dis/dbb21/dbb21.doc>
όπως εμφανίζεται στις 2.6.23.
 57. Γιαννοπούλου Α, Ζερβού-Βάλβη Φ, Παπαβασιλείου Γ, Κορρές Ν: Οδοντιατρική φροντίδα Ατόμων με Αναπηρία που διαβιούν σε Κέντρα Αποκατάστασης. Ελλ Νοσ Οδοντ 2012; 5: 21-30.
 58. Gray DB, Hendershot GE: The ICDH-2: developments for a new era of outcomes research. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81: S10-4.
 59. Centers for Disease Control and Prevention -CDC. The ICF: An Overview:
https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/icfoverview_finalforwho10sept.pdf όπως εμφανίζεται στις 15.9.23.
 60. World Health Organization. How to Use the ICF: A Practical Manual for Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); Exposure Draft for Comment; WHO: Geneva, Switzerland, 2013:
<https://www.who.int/publications/m/item/how-to-use-the-icf-a-practical-manual-for-using-the-international-classification-of-functioning-disability-and-health>
όπως εμφανίζεται στις 16.9.23.
 61. WHO IC: <https://www.who.int/publications/m/item/icf-beginner-s-guide-towards-a-common-language-for-functioning-disability-and-health>
όπως εμφανίζεται στις 12.6.23.
 62. Ψήφισμα της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας WHA 54.21: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf?ua=1&ua=1&ua=1 όπως εμφανίζεται στις 12.6.23.
 63. WHO, ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision: <https://icd.who.int/en>
όπως εμφανίζεται στις 19.9.23.
 64. Selb M, Kohler F, Robinson N.M.M, Riberto M, Stucki G, Kennedy C et al: ICD-11: A comprehensive picture of health, an update on the ICD-ICF joint use initiative. J Rehabil Med 2015; 47(1): 2-8.
 65. Kostanjsek N: Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. BMC Public Health 2011; 11((Suppl. 4)): S3.
 66. World Health Organization. International Classification of Functioning. Disability and Health - Children and Youth version (ICF-CY) Geneva: World Health Organization; 2007: <https://iris.who.int/handle/10665/43737>
όπως εμφανίζεται στις 21.9.23.
 67. Threats T.T: Application of the World Health Organization (WHO) ICF and ICF-CY to communication disability Aplicacion de la ICF y la ICF-CY desarrolladas por la Organizacion Mundial de la Salud (OMS) para el estudio de los trastornos de la comunicacion. Rev Logop Fon Audiol

- 2010; 30(1): 34-47.
68. Sykes C, Maribo T, Stallinga H, Heerkens Y: Remodeling of the ICF: A commentary. *Disabil Health J* 2021; 14(1): 100978.
 69. Bickenbach J: Ethics, Disability and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Am J Phys Med Rehabil* 2012; 91(13 Suppl 1): S163-7.
 70. Fineman M: Vulnerable subject: Anchoring equality in the human condition. *Yale J Law Feminism* 2008; 20: 120.
 71. Hsu TW, Huang CH, Chuang LJ, Lee HC, Wong CS: Continuous quality improvement: reducing informed consent form signing errors. *BMC Med Ethics* 2023; 24(1): 59.
 72. ICF Core Values International Coaching Federation (2022): <https://coachingfederation.org/app/uploads/2022/01/ICF-Core-Values.pdf> όπως εμφανίζεται στις 22.9.23.
 73. Cerniauskaite M, Quintas R, Boldt C, Raggi A, Cieza A, Bickenbach J et al: Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: Its use, implementation and operationalisation. *Disabil Rehabil* 2101; 33(4): 281309.
 74. Lignou S: Informed consent in cluster randomised trials: new and common ethical challenges. *J Med Ethics* 2018; 44 (2): 114-120.
 75. Leonardi M, Bickenbach J, Ustun T.B, Kostanjsek N, Chatterji S: The definition of disability: What is in a name? *Lancet* 2006; 368: 12191221.
 76. Loeb ME, Eide AH, eds. Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study. Oslo, SINTEF, 2004: <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2461628/STFA2477Living+Conditions+among+People+with+Activity+Limitations+in+Malawi.pdf?isAllowed=y&sequence=2> όπως εμφανίζεται στις 12.6.23.
 77. Leonardi M, Lee H, Kostanjsek N, Fornari A, Raggi A, Martinuzzi A et al: 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(18): 11321.
 78. Hurst R: The International Disability Rights Movement and the ICF. *Disabil Rehabil* 2003; 25(11-12): 572-6.
 79. Washington Group on Disability Statistics: <http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/washington.htm> όπως εμφανίζεται στις 20.9.23.
 80. Nguyen T, Stewart D, Rosenbaum P, Baptiste S, Kraus de Camargo O, Gorter J: Using the ICF in transition research and practice? Lessons from a scoping review. *Res Dev Disabil* 2018; 72: 225-239.
 81. Jelsma J: Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: A literature survey. *J Rehabil Med* 2009; 41: 112.
 82. Martinuzzi A, Salghetti A, Betto S, Martinuzzi A, Salghetti A, Betto S et al: The international classification of functioning disability and health, version for children and youth as a road-map for projecting and programming rehabilitation. in a neuropaediatric hospital unit. *J Rehabil Med* 2010; 42: 49-55.
 83. Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J: Developing human functioning and rehabilitation research from the comprehensive perspective. *J Rehabil Med* 2007; 39: 665-671.
 84. Faulks D, Sasha S, Daly B, Jamieson L, Hennequin M, Tsakos G: Measuring oral health-How can the International Classification of Functioning help? *Community Dent Oral Epidemiol* 2023; 51(2): 153-164.
 85. Brondani MA, MacEntee MI: The concept of validity in sociodental indicators and oral health-related quality of life measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 34(6): 472-478.
 86. Faulks D: Paradigm shifts and the ICF model. Invited editorial. *J Disabil Oral Health* 2011; 3 98.
 87. Dougall A, Martinez Pereira F, Molina G, Eschevins C, Daly B: Identifying common factors of functioning, participation and environment amongst adults requiring specialist oral health care using the International Classification of Functioning, disability and health. *PLoS One* 2018; 13(7): e0199781.
 88. Castro S, Palikara O, Gaona C, Eirinaki V: "No policy is an island": how the ICF international classification system may support local education planning in England. *Disabil Rehabil* 2020; 42(11): 1623-1631.
 89. Kraus de Camargo O: Systems of care: transition from the bio-psycho-social perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health *Child Care Health Dev* 2011; 37(6): 792-9.
 90. Francescutti C, Frattura L, Troiano R, Gongolo F, Martinuzzi A, Sala M et al: Towards a common disability assessment framework: theoretical and methodological issues for providing public services and benefits using ICF. *Disabil Rehabil* 2009; 31 Suppl 1: S8-15.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Αγγελική Γιαννοπούλου -
Μιχαλοπούλου
Δημοκρίτου 6, Τ.Κ. 10671,
Κολωνάκι
τηλ. 6936982333
email: a.tsironi@yahoo.gr