

μελέτες

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ

Εισήγηση της καθηγήτριας του ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα
Κοινων. Εργασίας, Καλλιόπης Παπαϊωάννου (M.S.W.), στο Συμπόσιο
Ιατρικής Αποκατάστασης που οργάνωσαν το τμήμα Φυσικής
Ιατρικής και Αποκατάστασης του Ε.Ι.Α.Α. και το ΤΕΙ -Α.,
στις 18, 19, 20/11/88

Η στάση της κοινωνίας αποτελεί το σημαντικότερο ίσως παράγοντα της κοινωνικής αποκατάστασης, όπως παρουσιάζεται στο άρθρο και προβάλλεται η ανάγκη της διεπιστημονικής συνεργασίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Θα ήθελα να αρχίσω την εισήγηση μου αυτή με την επανάληψη του ορισμού της υγείας όπως έχει δωθεί από την Π.Ο.Υ.: Υγεία λοιπόν είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Διαφαίνεται αμέσως η κοινωνική διάσταση που δίνεται στην υγεία. Αλλά τί είναι η αποκατάσταση; Κατά το λεξικό του Παπύρου είναι "η επαγωγή εις την προτέραν κατάστασιν". Η παγκόσμια βιβλιογραφία αποκαλύπτει πλήθος όρων όπως βλάβη, ατέλεια, ανικανότητα, αναπηρία κ.α. που αναφέρονται άμεσα στην παρέκκλιση από το φυσιολογικό και που έχουν σαν επακόλουθο την ελαττωματική λειτουργία του ατόμου. Η κοινωνική αποκατάσταση αποσκοπεί στην επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον του, στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη φυσική, ψυχική, μορφωτική, επαγγελματική του απόδοση στο χώρο του: οικογένεια, φίλους, σχολείο, εργασία, κοινότητα.

Η κοινωνική αποκατάσταση εξάλλου αναφέρεται στη στάση της κοινωνίας και οι προσπάθειες της επικεντρώνονται στο να ελαττώσουν τις προκαταλήψεις και ίσως κάποιο φόβο, (φοβάμαι ότι αγνωώ, απορρίπτω ότι δεν γνωρίζω, άγχομαι γιατί δεν μπορώ να εξηγήσω), με την πληροφόρηση. Δύσκολο έργο γιατί είναι γνωστό ότι σήμερα η αξία του ανθρώπου μετριέται με την παραγωγικότητά του αφενός, αφετέρου γιατί το ίδιο το άτομο έχει μια αρνητική εικόνα του "εαυτού" του και τέλος γιατί και τα δύο μέρη ετικετοποιούν την αναπηρία με αποτέλεσμα να αναφερόμαστε στον ανάπηρο τάδε και όχι στον τάδε που π.χ. είναι καλός φίλος ή συνεργάτης κ.λπ. και τυχάνει να είναι ανάπηρος.

O William Anthony στο βιβλίο του *Social and Psychological Aspects of Disability - a handbook for practitioners* (Ed. J. Stubbins, Un. Park, Baltimore, 1977), αναφέρεται στους τρεις παραδοσιακούς τρόπους προσπάθειας αλλαγής στάσης των κοινωνικών ομάδων απέναντι στους ανάπηρους α) μέσω επαφής με το ανάπηρο άτομο, β) με πληροφόρηση του κοινού για την αναπηρία, γ) με συνδυασμό και τον δύο. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν και πρέπει να παίξουν σημαντικό ρόλο και στον τομέα αυτόν. Κοινωνική Εργασία με Ατομα, με Ομάδες, με Κοινότητες, με Οικογένεια είναι σε θέση να οδηγήσουν στην κατανόηση της επιφύλαξης απέναντι στον ανάπηρο συντελώντας στην σταδιακή αλλαγή στάσης και συγχρόνως να βοηθήσουν το ίδιο το ανάπηρο άτομο στην κοινωνικοποίηση του, στην άμβλυνση της απομόνωσης και της εξάρτησης και στην ανάπτυξη αυτοεκτίμησης για ότι ξέρει ή μαθαίνει ή καταφέρει.

Αναπηρία, όπως αναφέρει ο γιατρός Γιώργος Καραντώνης στην ΕΚΛΟΓΗ #56, Δεκ. 1981, "είναι μια κατάσταση που περιορίζει ή εμποδίζει το άτομο να εκπληρώσει το ρόλο του στην κοινωνία ανάλογα με την ηλικία του, το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει. "Ατέλεια εξάλλου είναι η απώλεια ή η διαταραχή ψυχολογική ή φυσιολογική ενός οργάνου ή μιάς λειτουργίας ενώ η ανικανότητα αναφέρεται στην "κάθε περιορισμένη ικανότητα του ατόμου να εκτελεί κινητικές, αισθητηριακές ή διανοητικές δραστηριότητες που θεωρούνται φυσικές" (Π.Ο.Υ. Διεθνής ταξινόμηση της ατέλειας, της ανικανότητας, της αναπηρίας).

Οι πιο συνηθισμένες αντιδράσεις στη χρόνια αρρώστια ή την αναπηρία είναι: 1. Από τον ίδιο τον άρρωστο, άρνηση, οργή, αυτοοίκτος, εξάρτηση, απομόνωση, εγκατάληψη κάθε ενδιαφέροντος. 2. Από την οικογένεια του, άρνηση, υπερπροστασία, απελπισμένες θυσίες, παράληψη του ανάπηρου από την τρέχουσα ζωή της οικογένειας και τις αποφορές της, σταδιακή απομόνωση της ίδιας της οικογένειας από τον κύκλο των φίλων, τη γειτονιά όσο η αρρώστια ή η αναπηρία γίνεται πιο εμφανής. 3. Από την κοινότητα, ανοικτός οίκτος που σημαίνει διαχωρισμό, και καλυμμένη απόρριψη ολόκληρης της οικογένειας. Κοινά σημεία όλων αυτών των στάσεων είναι η μη αναγνώριση των δυνατοτήτων του ατόμου-ανάπηρου ή άρρωστου που υπάρχουν και η παραμέληση της ειδικής εκπαίδευσης εφόσον απορρίπτεται η αποκατάσταση και η επανένταξη.

Η αναπηρία είναι λοιπόν στενά συνδεδεμένη με την κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου και δεν επιρεάζει μόνο το άτομο ανάπηρο αλλά και την οικογένεια του και την κοινότητα εφόσον είναι συχνά οικονομικά εξαρτημένο, με περιορισμένη αυτοεκτίμηση, κινητικότητα και κοινωνικότητα. Η εκπλήρωση από το ανάπηρο άτομο των κοινωνικών του ρόλων όπως του συζύγου, γονιού, αδελφού, εργαζόμενου, φίλου, η κοινωνική του λειτουργικότητα δηλαδή, δεν είναι δυνατή ή τουλάχιστον δυνατή, στο επίπεδο το προ της αναπηρίας. Παρ' όλα αυτά έχει ακόμα όλες τις κοινές ανθρώπινες ανάγκες. Εξάλλου εξακολουθεί να είναι πολίτης με δικαιώματα και υποχρεώσεις, ηronόμια και ευθύνες. Έτσι η αποκατάσταση του στοχεύει στη μεγαλύτερη δυνατή χρήση των δυνατοτήτων του κάτι που θα βοηθήσει τον ίδιο σαν άτομο με αυτοσεβασμό και αξιοπρέπεια, την οικογένεια του, την κοινότητα.

Η αναπηρία όμως ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν και η αντιμετώπιση της δεν είναι δυνατή παρά μόνο αν συμπράξουν μακρόχρονα και συστηματικά πολλές ειδικότητες. Δεν μπορεί να καταμεριστεί. Η διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης είναι σήμερα γενικά παραδεκτή. Αναφέρεται στην ουσιαστική και ολοκληρωμένη θεώρηση του ατόμου-ανάπηρου, στην ολιστική αντιμετώπιση. Η κύρια προσφορά του

κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα των ειδικών είναι να διερευνήσει τους ψυχοκοινωνικούς, τους ενδοοικογενειακούς παράγοντες με την κοινωνική μελέτη, την κοινωνική διάγνωση και κοινωνική θεραπεία-αποκατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου και της οικογένειας του με τις συνεντεύξεις που οργανώνει μαζί τους. Ενώ η κλινική και ψυχογενετική προέλευση της διάγνωσης είναι καθαρά θέμα φυσιάτρου, η σημερινή πλατιά παραδεκτή διάγνωση και αποκατάσταση απαιτεί και άλλες ειδικότητες όπως του νοσηλευτή, του εργοθεραπευτή, του φυσικοθεραπευτή, του λογοθεραπευτή αλλά και την εμπλοκή του κοινωνικού λειτουργού που παρακολουθεί την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, ενθαρρύνει, υποστηρίζει και συντηρεί τις δυνάμεις του "εγώ".

Η χρήση των πηγών της κοινότητας όπως η παραπομπή του αναπήρου σε άλλες υπηρεσίες που δεν μπορεί να προσφερθούν συχνά από τη οργάνωση που εκπροσωπεί ο κοιν. λειτουργός, ανήκει στη σφαίρα της δουλειάς του. Στην Ιατρική-Ψυχιατρική Κοινωνική Εργασία ο κοινωνικός λειτουργός κατανοεί την αγωνία, την εξάρτηση, τους αμυντικούς μηχανισμούς, τη συχνά παρατηρούμενη παλινδρόμηση αλλά και τη θέση που κατέχει ο ημιπληγικός ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας του, ενώ συγχρόνως συνεργάζεται με τα μέλη της που, με τη σειρά τους, χρειάζονται παραδοχή, ενθάρρυνση, υποστήριξη.

Η διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης και η έμφαση στην μεγάλη αποτελεσματικότητα της δεν σημαίνει με κανένα τρόπο τεμαχισμό ή διαμερισματοποίηση αλλά διασαφήνιση των τόσο απαραίτητων και συγχρόνως τόσο διαφορετικών προσφορών των μελών της. Θεωρώ απαραίτητη τη συνεχή απόκτηση και ανανέωση του περιεχομένου των άλλων ειδικοτήτων από κάθε μέλος της ομάδας. Ειδικά προγράμματα που διευρύνουν την κατανόηση του ατόμου ως αδιάσπαστης ολότητας αλλά και τις ιδιαιτερότητες της κάθε επιστημονικής κατεύθυνσης που εκπροσωπείται στην ομάδα αποκατάστασης, συντελούν στην επιτυχία του απότερου σκοπού όλων, που είναι η αποκατάσταση του ημιπληγικού. Μερικοί από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για την επιτυχία των διεπιστημονικών ομάδων συνοψίζονται στα εξής: 1. Διασαφήνιση των διαφορετικών αλλά σημαντικών προσφορών του κάθε μέλους. 2. Διαφοροποίηση των πλαισίων όπου το μοντέλλο της αυστηρής συνεργασίας των ειδικών είναι απαραίτητο και αυτών που μεγαλύτερη ελαστικότητα αρκεί. 3. Οι περισσότερες ομάδες ειδικών αποτυχαίνουν γιατί σχεδόν με αφέλεια περιμένουν ότι θα επιτύχουν χωρίς καμιά προσπάθεια. 4. Επανεξέταση συγκεκριμένων περιοχών της εκπαίδευσης των μελών της διεπιστημονικής ομάδας όπου ίσως υπάρχει άγνοια, λανθασμένες ή ελλειπείς τοποθετήσεις για το ρόλο, τη δύναμη εξουσίας, το επιστημονικό περιεχόμενο της κάθε προσέγγισης αλλά ακόμη και την πιθανότητα ύπαρξης κενών ή αδυναμιών. 5. Πλήρης σεβασμός και αναγνώριση της προσφοράς του κάθε μέλους ώστε να μην αναμειγνύεται σε άλλες εκτός από τη "δική" του σημαντικότερη περιοχή, κάτι που συχνά δημιουργεί συγκρούσεις, παρανοήσεις και δυσοίωνες για συνεργασία και αποτελεσματικότητα συνθήκες, με αποτέλεσμα τον διαχωρισμό και την απομόνωση του κάθε μέλους και τον κατατεμαχισμό του αναπήρου και της οικογένειας του κατά ειδικότητα!

Οι παρεμβάσεις του κοινωνικού λειτουργού κατευθύνονται προς: α) τον ανάπηρο, β) το οικογενειακό του περιβάλλον, γ) τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο όπως εργασία, σχολείο, εκκλησία, γειτονιά, τοπική αυτοδιοίκηση, δ) στο σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής. Με την κοινωνική έρευνα, κοινωνικό ιστορικό, ο κοιν. λειτουργός ενημερώνει

την διεπιστημονική ομάδα για τα ατομικά και τα οικογενειακά στοιχεία που επιδρούν στην αποκατάσταση του αναπήρου, αμβλύνοντας τους αρνητικούς παράγοντες και ενθαρρύνοντας το δυναμικό που υπάρχει. Με την παραδοχή ο κοινωνικός λειτουργός υποστηρίζει το άτομο, τονώνει την πίστη στον εαυτό του, ενισχύει την αίσθηση αξιοπρέπειας και τη θέλησή του να συμμετέχει στην αποκατάστασή του. Παράλληλα ένας καινούργιος επαγγελματικός προσανατολισμός, ειδική εκπαίδευση, αν και όπου χρειάζεται και προσφέρεται, υποστήριξη σε ώρες απογοήτευσης, συμμετοχή του ίδιου στον προγραμματισμό της δικής του ζωής, άμβλυνση των καθημερινών δυσκολιών και εντάσεων, βοηθούν το ανάπηρο άτομο να θέλει να βελτιώσει την κατάσταση του. Από την άλλη πλευρά, με τη συστηματική συνεργασία του με την οικογένεια που συχνά παραπαίει μεταξύ θυμού, οίκτου, αδιαφορίας, απελπισίας, τονίζει και ενισχύει την τόσο απαραίτητη ανάγκη συμμετοχής τους στην αποκατάσταση του "δικού" τους. Η εμπιστοσύνη μπορεί να ενισχυθεί, η ελπίδα που βασίζεται σε γεγονότα και προοπτικές ζωντανεύει, η αξιοπρέπεια και η αυτοεκτίμηση μπορούν να ξανακερδηθούν και η ενεργή ζωή να αρχίσει να προσκαλεί και να προκαλεί.

Τα μέσα που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός και που σκοπό έχουν την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του αναπήρου και της οικογένειάς του, στην αντιμετώπιση των κοινωνικών καταστάσεων που το περιβάλλουν διακρίνονται σε:

1. Συμβουλευτικές Ομάδες, αποτελούνται από άτομα με ομοιότητες στην αναπηρία τους και δίνουν ευκαιρίες α) έκφρασης συναισθημάτων που προέρχονται από δυσκολίες, ματαιώσεις, απογοητεύσεις στις σχέσεις τους με τους άλλους και τα κοινωνικά συστήματα που τα περιβάλλουν, και β) ανταλλαγής εμπειριών και διαλόγου μέσα στην ομάδα, γ) διερεύνησης νέων τρόπων αντιμετώπισης, δ) ενημέρωση για δικαιώματα και προνόμια που έχουν και οι ανάπηροι και που συχνά παραβιάζονται.

2. Ανταλλαγή Ρόλων (Role Play), δίνεται η ευκαιρία ανάληψης και παρουσίασης γεγονότων της ζωής κάποιου άλλου, αναπήρου ή/και όχι, προετοιμάζεται για πιθανή αντιμετώπιση παρόμοιων καταστάσεων, ενθαρρύνεται από τις ικανότητές του να αναλαμβάνει ευθύνες, να κρίνει, να κρίνεται σε ένα προστατευμένο δεκτικό περιβάλλον, να κινητοποιείται.

3. Πληροφόρηση - ενημέρωση - ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, για τα δικαιώματα, τις υποχρεώσεις των αναπήρων. Π.χ. για την ανάγκη κοινωνικής ισότητας στον εργασιακό χώρο όταν διαθέτουν την απαιτούμενη εκπαίδευση και ικανότητες αλλά και την απαραίτητη υποστήριξη και ενθάρρυνση να αποκτήσουν αυτά τα προσόντα και όσοι δεν τα έχουν και το επιθυμούν.

4. Συμμετοχή και των κοινωνικών λειτουργών στο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής. Προγράμματα για τους αναπήρους είναι δικαίωμά τους, και είναι υποχρέωση της πολιτείας να χρησιμοποιήσει και να ενεργοποιήσει αυτό το μεγάλο δυναμικό της, αντί με την γελοιοποίηση, αντί δηλ. να τονίζει το διαχωρισμό και την αδρανειοποίησή τους με την τόσο προσβλητική πάντα έννοια της φιλανθρωπίας και της χάρης.

5. Πρόληψη, συνθήκες διασφάλισης υγείας, υγιεινής και ιατρικής παρακολούθησης, προ και περιγεννητικού ελέγχου, ευαισθητοποίηση για έγκαιρη διάγνωση και ιατρο-ψυχολογικοκοινωνικό έλεγχο και επέκταση υγειονομικών υπηρεσιών κυρίως της πρωτοβάθμιας υγείας, παράλληλα με πληροφόρηση για τους κινδύνους και την προφύλαξη από αυτούς.

6. Η αναπηρία μας αφορά όλους. Μπορεί εμείς ή κάποιος δικός μας να γίνουμε ανάπηροι, (κάτι που σπάνια αφήνουμε να περάσει από το μυαλό μας σαν να είναι οι ανάπηροι ένα άλλο είδος ανθρώπων ή ακόμη σαν η συμμετοχή μας στην αντιμετώπιση αυτού του θέματος που αφορά πάρα πολλούς, να εμποδίζεται από την προκατάληψη ότι "είμαι ευαίσθητος και στενοχωριέμαι" βλέποντας ανάπηρο άτομο ή ακόμα ότι η αναπηρία είναι "κολλητική".

Η αποκατάστασή μας αφορά όλους και η πολιτική της πρέπει να χαρακτηρίζεται από ίσες ευκαιρίες και δικαιώματα, δηλαδή συστηματική συνεργασία πολιτείας, ιδιωτικών φορέων, συλλογικών οργάνων αναπήρων ή συγγενών τους, ειδικών επαγγελματιών και εθελοντών. Η αντίληψη ότι οι ανάπηροι αποτελούν οικονομική επιβάρυνση χωρίς ανταπόδοση είναι λανθασμένη. Όπως αποδυναμώνουν διεθνείς έρευνες η εκπαίδευση ενός προβληματικού ατόμου στοιχίζει όσο η εκπαίδευση 3, 4, ή και 5 φυσιολογικών. Είναι όμως επίσης γνωστό ότι το κόστος ενός ανεκπαίδευτου προβληματικού ατόμου είναι πολύ ψηλότερο από το κόστος της εκπαίδευσής του, (πορίσματα υποεπιτροπής ΔΕΑ για την ειδική αγωγή, σ. 7). Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας διαψεύδει αυτές τις προκαταλήψεις υποστηρίζοντας ότι "οι πετυχημένα προσανατολισμένοι και εκπαιδευμένοι ανάπηροι παρουσιάζουν πλεονεκτήματα για τον εργοδότη και την παραγωγή" (D. Lockwood). Σε έρευνες που έγιναν σε δυτικοευρωπαϊκές χώρες, στη Σκανδιναβία και στις Η.Π.Α. οι ανάπηροι αποδείχθηκαν καλύτεροι υπάλληλοι γιατί παρουσιάζουν 4,6% μεγαλύτερη ποιοτική και ποσοτική απόδοση, η συμμετοχή τους σε εργατικά ατυχήματα είναι μικρότερη κατά 51%, απουσιάζουν από τη δουλειά τους 7% λιγότερο, απολύονται κατά 5% μικρότερους αριθμούς και έχουν σταθερότερες σχέσεις με τους εργοδότες τους κατά 27% από τους μη ανάπηρους.

Συνοψίζοντας λοιπόν, οι βασικές προϋποθέσεις επανένταξης είναι:

α) επαγγελματική εκπαίδευση και εφόσον αναφερόμαστε σε ενηλίκους, επαγγελματικός προσανατολισμός και επανεκπαίδευση με ταχύρυθμα εκπαιδευτικά προγράμματα.

β) ευκαιρίες για επαγγελματική απασχόληση και μόνο σε ειδικές (ίσως περιπτώσεις σε προστατευόμενα εργαστήρια. Όπως τονίζεται στο τεύχος του ΚΑΣΠ Εγκεφαλική Παράλυση και Ομάδα Αποκατάστασης "η πολιτική της επαγγελματικής απασχόλησης είναι να προσανατολιστούν οι επιδιώξεις μας όχι προς τις υποχρεωτικές προσλήψεις και τον ιδιωτικό τομέα αλλά προς την εξασφάλιση προϋποθέσεων απορρόφησης στην αγορά υποδομής και τη διαφώτιση της κοινής γνώμης για τους ικανούς αναπήρους".

γ) κάλυψη της μεγάλης έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού που είναι υπερβολικά ανεπαρκές, συχνά σε θέσεις άσχετες με την ειδικότητά τους. Εδώ πρέπει να προστεθεί και η ανάγκη για βελτίωση και εκσυγχρονισμό των σπουδών. Πανεπιστημιακά τμήματα, μεταπανεπιστημιακές σπουδές και εξειδίκευση αποτελούν πλέον επιτακτική ανάγκη και για τη δική μας χώρα.

δ) η διαμόρφωση συνθηκών τέτοιων που θα δώσουν στον παραπληγικό τη δυνατότητα να κινηθεί, να βγει από το σπίτι του, μόνος του ει δυνατόν, και να επιστρέψει ασφαλής, αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα στην κοινωνική του επανένταξη και στην αποδοχή του από τους άλλους. Κινείται ανάμεσα στους μη αναπήρους, συμμετέχει στη ζωή της γειτονιάς, έχει γνώμη και αυτοσεβασμό. Ζει.

Τελειώνω με ένα τρίπτυχο του James F. Fries από το βιβλίο του "Αρθρίτιδα" που υπογραμμίζει τα παρακάτω: Α) ο ανάπηρος έχει ανάγκη να ξέρει τι έχει από αξιόπιστες πηγές και να αναλαμβάνει μεγαλύτερες αυθύνες για την υγεία του. Β) το

σώμα διαρκεί περισσότερο όταν χρησιμοποιείται και γερνάει στην αχρηστία. Γ) η απομόνωση και απομάκρυνση από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τις νέες εμπειρίες και την άσκηση της προσωπικής αυτονομίας, επιταχύνουν τη διεργασία των γηρατειών εφόσον το σωματικό γήρας είναι παράλληλο με το ψυχολογικό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Επιτροπή για τα Διακαιώματα των Αναπήρων. Βουλγαρόπουλος. Computers & Disability. Θεσ/νίκη.
2. Δελτίο Πληροφοριών Ειδικής Αγωγής. ΥΕΠΚΘ. Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής. ΟΑΔΒ, 1986.
3. ΙΚΕ - ΚΑΣΠ. Εγκεφαλική Παράλυση και Ομάδα Αποκατάστασης. Αθήνα. 1985. Επιμ. Ε. Βαλάση - Αδάμ.
4. Teamwork - for and against. eds. M. Marshall, M. Preston Shoot, E. Wincott. BASW publications. 1979.
5. Ν.Δ. 963 / 1979, περί επαγγελματικής αποκατάστασης αναπήρων και εν γένει ατόμων μειωμένων ικανοτήτων.
6. Ν.Δ. 1143 / 3-3-81, περί ειδικής αγωγής, ειδικής επαγγελματικής εκπαίδευσης και απασχολήσεως και κοινωνικής μέριμνας των αποκλινόντων εκ του φυσιολογικού ατόμων και άλλων τινών εκπαιδευτικών διατάξεων.
7. Ν.Δ. 1648 / 2-10-1986, περί προστασίας πολεμιστών αναπήρων και θυμάτων πολέμου και μειονεκτούντων ατόμων.
8. Καραντώνης, Γ.: "Στάδια Αναπηρίας των Ρευματοπαθειών." Εκλογή, ΕΠΣΚΕ. (56, 1981).
9. Παπαϊωάννου, Κ.: "Γιατρός και Κοινωνικός Λειτουργός, Σύγκρουση ή Συνεργασία", συμπόσιο του Τμήματος Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης. Οκτ. 1983. Εκλογή, ΕΠΣΚΕ, (65, 1984).
10. Weinberg, Nancy. "Κοινωνική Ισότητα και τα Ατομα με Κινητικές Αναπηρίες", περιοδικό Social Work, vol. 28, No. 5. Μεταφ. Μ. Κιλίμη, Εκλογή, ΕΠΣΚΕ, (77, 1988).
11. Παπαϊωάννου, Κ. "Ιατροκοινωνική Εργασία". Κοινωνική Εργασία. ΣΚΛΕ. (9 - 10, 1988).
12. Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Αναπήρων Ατόμων. ΟΗΕ, 9/12/1975.
13. Διακήρυξη SUNBERG για τα Ανάπηρα Ατομα. UNESCO, 2-7/11/1981.
14. "Κοινοτικές δραστηριότητες για το Έτος των Αναπήρων", EUROFORUM, 1981, πορίσματα υποεπιτροπών Διεθνούς Έτους Αναπήρων για την ειδική αγωγή και την επαγγελματική αποκατάσταση και απασχόληση των αναπήρων.