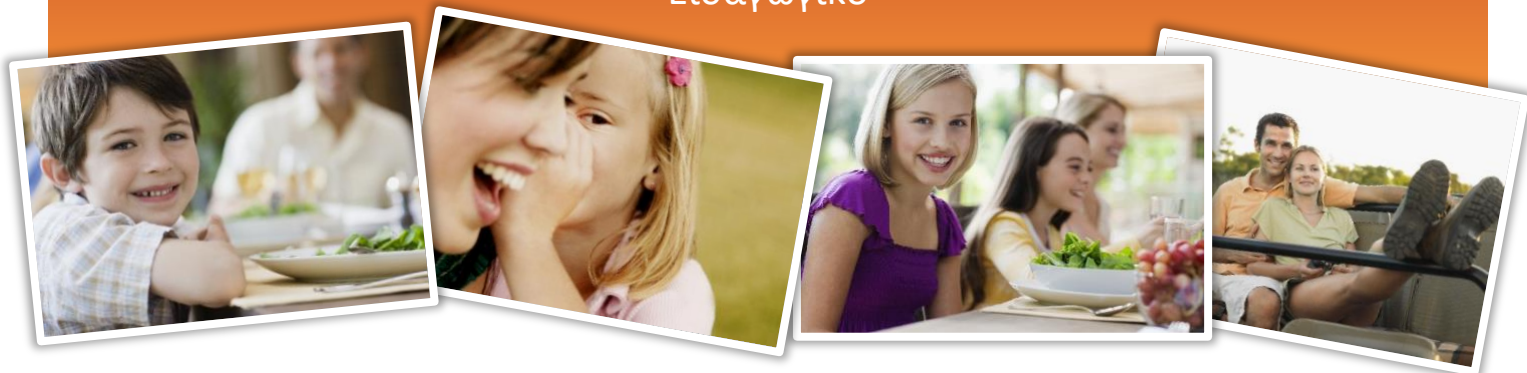


# Ειδικές Εκπαιδευτικές ανάγκες

Εισαγωγικό



## Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες (ΕΕΑ)

Ο όρος Ε.Ε.Α στην Ελλάδα καλύπτει ένα ευρύ φάσμα αναγκών, συμπεριλαμβανομένων **σωματικών, νοητικών, γνωστικών, συναισθηματικών και μαθησιακών δυσκολιών/διαταραχών**. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για την Ειδική Αγωγή στην Ελλάδα, όπως αντικατοπτρίζεται στον Νόμο 3699 του 2008, οι μαθητές με Ε.Ε.Α είναι αυτοί που παρουσιάζουν: "σημαντικές μαθησιακές δυσκολίες λόγω αισθητηριακών, διανοητικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και αναπτυξιακών προβλημάτων, κατά τη διάρκεια των σχολικών τους χρόνων, τα οποία, σύμφωνα με τη διεπιστημονική αξιολόγηση, επηρεάζουν τη διαδικασία προσαρμογής και μάθησης στο σχολείο" (Tsakiridou & Polyzoroulou, 2014, σελ. 208). Οι Ε.Ε.Α συμπεριλαμβάνουν επίσης **προβλήματα συμπεριφοράς**, που προκύπτουν ως αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, όπως διανοητικά ελλείμματα, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες που απορρέουν από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον.



Ευρωπαϊκή Ένωση  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΟΙΤΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου



Πρόγραμμα «Υποστήριξη Παρεμβάσεων Κοινωνικής  
Μέριμνας Φοιτητών Ελληνικού Μεσογειακού  
Πανεπιστημίου»

**Παρεμβάσεις για τη στήριξη των φοιτητών  
του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου**



ΚΕ.ΣΥ.ΨΥ. τηλ. 2810 379 539 / 2810 379 541  
Ιατρείο τηλ. 2810 379 166  
EMAIL [kesypsy@hmu.gr](mailto:kesypsy@hmu.gr)  
Ιστοσελίδα. <https://consult.hmu.gr/>

Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση».

## Προσεγγίζοντας την Αναπηρία

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα που προσεγγίζουν την αναπηρία. Τα μοντέλα αυτά, προσφέρουν ένα πλαίσιο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα με αναπηρίες βιώνουν την αναπηρία. Παρέχουν επίσης μια αναφορά για την κοινωνία καθώς αναπτύσσονται νόμοι, κανονισμοί και δομές που επηρεάζουν τη ζωή των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Τα τρία βασικά μοντέλα αναπηρίας είναι το ιατρικό, το κοινωνικό και πιο πρόσφατα το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο που ενσωματώνει χαρακτηριστικά των άλλων δύο μοντέλων (WHO, 2002).

### α) Ιατρικό μοντέλο αναπηρίας

Το ιατρικό μοντέλο είναι επίσης γνωστό ως μοντέλο "παθολογίας", "ασθένειας" ή "βιοϊατρικό" μοντέλο, δεδομένου ότι δίνει έμφαση στη βιολογική βλάβη ή την παθολογία την οποία και θεωρεί ως προσωπική ανωμαλία η οποία χρειάζεται να θεραπευτεί (WHO, 2002). Η αναπηρία αντιμετωπίζεται ως οργανική ή λειτουργική μειονεξία, "ανωμαλία", χαρακτηριστικό δηλαδή του ατόμου. Επομένως, το άτομο πρέπει να προσαρμοστεί στον τρόπο που η κοινωνία είναι οργανωμένη, ενώ από την πλευρά της η κοινωνία μπορεί να του προσφέρει οίκτο και φιλανθρωπικό ενδιαφέρον. Κατά συνέπεια, τα άτομα με ειδικές ανάγκες ορίζονται από την ιατρική τους κατάσταση και θεωρούνται ως μειονεκτούντα και ως «πρόβλημα» (Borrell-Carrío et al., 2004). Οι επαγγελματίες που υιοθετούν αυτό το μοντέλο αναπηρίας ενδιαφέρονται για μοτίβα συμπτωμάτων, διαγιγνώσκουν τα προβλήματα μέσα από ποσοτικά κριτήρια, συνάγοντας την υποκείμενη παθολογία και εφαρμόζουν την κατάλληλη θεραπεία προκειμένου να θεραπεύσουν αυτήν την παθολογία/δυσλειτουργία. Παρόλο που το ιατρικό μοντέλο θεωρείται ως η παλαιότερη αντίληψη για την αναπηρία και έχει δεχθεί σφοδρή κριτική, εξακολουθεί ακόμη και στις αρχές του 21ου αιώνα να διαμορφώνει στάσεις απέναντι στα άτομα με ειδικές ανάγκες και να παρέχει το πλαίσιο για το πώς σκέφτονται οι άνθρωποι για τα συμπτώματα, την αναπηρία και την υγειονομική περίθαλψη. Μεγάλη έμφαση δίνεται στη βιολογία με υπερεκτίμηση της διάγνωσης, η οποία στην πραγματικότητα παρέχει περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με την αναπηρία. Οι επικριτές του υποστηρίζουν ότι το ιατρικό μοντέλο είναι απλοϊκό, υποθέτοντας αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ παθολογίας και δυσλειτουργίας/ανικανότητας και λαμβάνοντας υπόψη μία και μόνο αιτία ασθένειας (Wade & Halligan, 2004). Επιπλέον, έχει επικριθεί για τον αιτιοκρατικό (ντετερμινιστικό) του χαρακτήρα, σύμφωνα με τον οποίο το σώμα διαχωρίζεται το εντελώς από τον νου, θεωρώντας ότι οι παθήσεις βρίσκονται εκτός του πεδίου ελέγχου του ατόμου. Επιπλέον, σύμφωνα με αυτό το μοντέλο αγνοούνται οι ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτιστικές διαστάσεις της αναπηρίας (Kiesler, 1999), καθώς και η μοναδικότητα ή η υποκειμενική εμπειρία του ατόμου (Engel 1980; Wade & Halligan, 2004).

## β) Κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας

Το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας αναπτύχθηκε από άτομα με ειδικές ανάγκες, στην Αγγλία από το Union of the Physically Impaired Against Segregation ως απάντηση στο ιατρικό μοντέλο (UPIAS, 1976). Είναι μια προσέγγιση υπέρ των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία και κατανοεί την αναπηρία ως κοινωνική κατασκευή (Oliver, 1996). Αντί να υπερτονίζει την αναπηρία, απορρίπτει την ιδέα ότι το πρόβλημα βρίσκεται στο άτομο με ειδικές ανάγκες. Η αναπηρία θεωρείται ως ένα κοινωνικά δομημένο πρόβλημα, που δεν αποδίδεται στο άτομο (WHO, 2002), αλλά μάλλον στην κοινωνία που δίνει λίγη ή καθόλου προσοχή και δεν προσαρμόζεται στις ανάγκες των ατόμων αυτών, προκειμένου να αντιμετωπισθούν ως ισότιμα μέλη. Εντούτοις, η αναπηρία προκαλείται από τον τρόπο οργάνωσης της κοινωνίας που επιβάλλει διάφορους φραγμούς στην απόκτηση ίσης πρόσβασης σε πληροφορίες, εκπαίδευση, απασχόληση, υγεία, κοινωνικές υπηρεσίες, δημόσιες συγκοινωνίες, στέγαση και ψυχαγωγικές ευκαιρίες.

Το κοινωνικό μοντέλο υποδηλώνει ότι η αναπηρία δε χρειάζεται να οδηγήσει σε αναπηρία και προβαίνει σε μια σημαντική διάκριση μεταξύ "βλάβης" (impairment) και "αναπηρίας" (disability). Συγκεκριμένα, η πρώτη έννοια αναφέρεται σε κάποιου είδους δυσλειτουργία που αφορά στο σώμα, νου ή στις αισθήσεις, ενώ η δεύτερη στον αποκλεισμό που προκύπτει όταν αυτές οι βλάβες δεν έχουν ληφθεί υπόψη από την κοινωνία (UPIAS, 1976). Το μοντέλο αυτό δε βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία, αλλά στην προσωπική εμπειρία και στις απόψεις ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο γίνεται μετατόπιση του ενδιαφέροντος από το άτομο στην κοινωνία και όπως το θέτουν οι Masala και Petretto (2008) από την «απενεργοποίηση στην ενεργοποίηση». Έτσι, η θεώρηση αυτή επικεντρώνεται στην εύρεση τρόπων με τους οποίους τα άτομα με αναπηρίες μπορούν να είναι ανεξάρτητα, να αναλαμβάνουν ενεργό έλεγχο στη ζωή τους και να συμμετέχουν στην κοινωνία, χωρίς τα εμπόδια που περιορίζουν τις επιλογές ζωής τους. Η κοινωνική αναδιάρθρωση είναι το κλειδί για τη διαχείριση της αναπηρίας, καθιστώντας την αναπηρία πολιτικό παρά ιατρικό ζήτημα. Οι αλλαγές που απαιτούνται στην κοινωνία για να δοθεί η δυνατότητα στους ανθρώπους να έχουν ίσες ευκαιρίες αφορούν τις στάσεις (π.χ. προκατάληψη ή στερεότυπο), την κοινωνική υποστήριξη (π.χ. βοήθεια στην αντιμετώπιση των εμποδίων παρέχοντας βοηθήματα και πόρους) και υποδομές (π.χ. προσβασιμότητα σε κτίρια) (Swain et al., 1994; Wikipedia, 2012).

Ένα παράδειγμα είναι αυτό των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες (Cooper, 2006). Στα γενικά σχολεία, τα μαθήματα σχεδιάζονται για παιδιά χωρίς προβλήματα. Εάν οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούσαν μαθησιακά περιβάλλοντα και μεθόδους που ήταν κατάλληλες για παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, τότε η λειτουργικότητα τους δεν θα επηρεαζόταν σε μεγάλο βαθμό. Οι τυπικές μέθοδοι διδασκαλίας συνήθως δεν ενσωματώνουν μορφές διδασκαλίας κατάλληλες για μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες και οι μαθητές χρειάζεται να λαμβάνουν εξειδικευμένη υποστήριξη σε τμήματα ένταξης (Cooper, 2006). Κάτι το οποίο μπορεί να ενισχύσει αρνητικές στάσεις και προκαταλήψεις των άλλων μαθητών απέναντι σε άτομα με μαθησιακές δυσκολίες και να έχει ως συνέπεια τον περαιτέρω αποκλεισμό των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Swain et al., 1994).

Σχολιάζοντας και τα δύο μοντέλα αναπηρίας, παρόλο που το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας έχει αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται η αναπηρία και είχε σημαντικό αντίκτυπο στη νομοθεσία κατά των διακρίσεων, αγνοεί τις προσωπικές / ψυχολογικές επιδράσεις στην ασθένεια και την αναπηρία και δεν εξετάζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ατόμου, της υγείας και του κοινωνικού πλαισίου. Μέχρι στιγμής, τα άτομα με αναπηρίες ή ασθένειες θεωρούνται παθητικά θύματα τόσο από το ιατρικό όσο και από το κοινωνικό φάσμα της αναπηρίας. Κανένα από αυτά τα μοντέλα δε λαμβάνει υπόψη του ατομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τον διαφορετικό τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονται τα άτομα αυτά με παρόμοια προβλήματα υγείας, υγειονομική περίθαλψη, κοινωνικά ή εργασιακά περιβάλλοντα.

*Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση».*

## γ) Βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο αναπηρίας

Το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο έρχεται να συνδυάσει και να εξισορροπήσει το ιατρικό και κοινωνικό μοντέλο και προσθέτει την προσωπική / ψυχολογική διάσταση που απουσίαζε. Το μοντέλο αυτό αποτελεί μια πρόκληση για να αλλάξουμε τον τρόπο κατανόησης του ατόμου που έχει ανάγκη και να επεκτείνουμε τον τομέα της ιατρικής γνώσης για να καλύψουμε τις ανάγκες κάθε ατόμου (Engel, 1977; Meyer & Melchert, 2010). Προέκυψε ως απάντηση στο κυρίαρχο ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας και ιδιαίτερα στην αντίληψη ότι η αναπηρία είναι εγγενής για το άτομο (χαρακτηρίζει το άτομο), μπορεί να μειώσει την κοινωνική του προσαρμογή και να προκαλέσει σαφή μειονεξία (Borrell-Carrío et al., 2004). Αναγνωρίζοντας τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ όλων αυτών των παραγόντων (βιολογικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες) στην πορεία και την έκβαση οποιασδήποτε ασθένειας, ο Engel (1977) εισήγαγε το μοντέλο τριών διαστάσεων ως μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην έννοια της αναπηρίας. Η διάσταση της βιολογίας διερευνά πώς η αιτία της ασθένειας πηγάζει από τη λειτουργία του σώματος του ατόμου. Η ψυχολογική διάσταση αναζητά την υποκειμενική εμπειρία του ατόμου και την ψυχολογική διάσταση της ασθένειας. Η κοινωνική συνιστώσα ασχολείται με την αναπηρία και την ασθένεια ως κοινωνικό φαινόμενο που επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες όπως η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, ο πολιτισμός, η θρησκεία και η φτώχεια. Το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο έχει μια συστημική προοπτική και προσεγγίζει την ανθρώπινη εμπειρία ως δυναμική και παγκόσμια, επηρεάζοντας αμοιβαία τον νου και το σώμα. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις ανάγκες του ατόμου χρειάζεται να θεωρήσουν ότι η υγεία και η ασθένεια δεν αφορά μόνο βιολογικούς παράγοντες, αλλά συμπεριλαμβάνει ψυχολογικούς (προσωπικούς, συναισθηματικούς) και κοινωνικούς παράγοντες (οικογένεια, κοινότητα, παραδόσεις, κουλτούρα) (Borrell-Carrío et al., 2004; Meeyer & Melchert, 2010). Έτσι, οι ανάγκες του ατόμου έρχονται σε προτεραιότητα παράλληλα με τα κλινικά ζητήματα (Smith, 2002), αλλά λόγω της απουσίας γραμμικής αιτιότητας και του πολυπαραγοντικού χαρακτήρα του μοντέλου, θέτει μεγαλύτερες απαιτήσεις στους επαγγελματίες υγείας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η εισαγωγή των φοιτητών/τριών με ειδικές ανάγκες (ΦΑμεΑ) στις Σχολές της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για Πανεπιστημιακές σπουδές, αποτελεί μόνο το πρώτο βήμα για την ισότιμη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία και *Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες* (ΕΕΑ) στο αγαθό της Παιδείας και χρειάζεται να ακολουθείται από την αντίστοιχη παροχή δυνατοτήτων για την ουσιαστική συμμετοχή τους. Πολλά ζητήματα ανακύπτουν μετά από την εγγραφή των φοιτητών/τριών αυτών στο Πανεπιστήμιο, όπως η παρακολούθηση και μελέτη των μαθημάτων, οι εξετάσεις, η μετακίνηση τους και η συναναστροφή με τους συμφοιτητές τους.

Στο ΕΛΜΕΠΑ, στην προσπάθεια μας να κατανοήσουμε τα εμπόδια που συναντούν οι φοιτητές μας με αναπηρία - τα οποία δεν προέρχονται από την αναπηρία τους αυτή καθαυτή - και να κάνουμε πιο ουσιαστική την εφαρμογή των Νόμων για την ισότιμη συμμετοχή τους στο Εκπαιδευτικό σύστημα και την επιτυχή κοινωνική τους ένταξη στο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, δημιουργήσαμε κάποιους οδηγούς οι οποίοι απευθύνονται στο διοικητικό και ακαδημαϊκό προσωπικό. Πιστεύουμε ότι θα τους βρείτε χρήσιμους προκειμένου να προσεγγίσετε και να κατανοήσετε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές/τριες αυτοί/αυτές.

Στα ακόλουθα αρχεία θα βρείτε πληροφορίες σχετικά με τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ΕΕΑ), τις ενδεικτικές πρακτικές επικοινωνίας, καθώς και με τη διδασκαλία και την αξιολόγησή τους.

*Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση».*



Προτού αναφερθούμε στα κοινά χαρακτηριστικά των ατόμων με ΕΕΑ, χρειάζεται να κατανοήσουμε ότι η διάγνωση των διαταραχών βοηθά τους ειδικούς (ή και μη ειδικούς) να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν καλύτερα τους τρόπους που ένα άτομο προσλαμβάνει την πληροφορία, μαθαίνει, επικοινωνεί και ενεργεί σε μία κοινωνική συνθήκη. **Στο πλαίσιο της οποιαδήποτε διάγνωσης, το κάθε άτομο, όπως και κάθε άλλο άτομο γύρω μας είναι μοναδικό και ξεχωριστό και δεν χαρακτηρίζεται αποκλειστικά από τη διάγνωσή του.**

Οι φοιτητές/τριες με σωματικές/αισθητηριακές αναπηρίες, με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες, και με άλλες Ε.Ε.Α, δικαιούνται εύλογες προσαρμογές, οι οποίες θα τους διευκολύνουν να κατακτήσουν και να αφομοιώσουν τη γνώση. **Στόχος είναι να διατηρηθεί το υψηλό ακαδημαϊκό επίπεδο διδασκαλίας, αλλά και να αρθούν οι δυσκολίες που προκύπτουν από τις Ε.Ε.Α, χρησιμοποιώντας στρατηγικές και τεχνολογίες που αντιμετωπίζουν τον αντίκτυπο των μαθησιακών δυσκολιών στη διαδικασία της γνώσης και της αξιολόγησης.**

Οι προσαρμογές αυτές μπορεί να αφορούν τον χρόνο, τον χώρο της εξέτασης, την χρήση της τεχνολογίας, διαλείμματα ξεκούρασης, τη χρήση διερμηνέα αναγνώστη ή βοηθού γραφής. Ορισμένοι φοιτητές μπορεί να χρειαστούν μία μοναδική προσαρμογή, όπως περισσότερο χρόνο, ενώ άλλοι μπορεί να χρειαστούν έναν συνδυασμό προσαρμογών.

## Βασικές προσαρμογές

- Αρχικά, χρειάζεται να προστατευτεί η **εμπιστευτικότητα** των φοιτητών και οι πληροφορίες που αφορούν (ευαίσθητα) προσωπικά δεδομένα. Η **ιδιωτικότητα** των φοιτητών/τριών να αντιμετωπίζεται με σεβασμό.
- Το **υλικό των μαθημάτων** να παρέχεται, εκ των προτέρων σε προσβάσιμη μορφή.
- **Αναπροσαρμογή** των μεθόδων διδασκαλίας και της αξιολόγησης.
- **Αξιοποίηση τεχνολογικών και ψηφιακών εργαλείων.**
- Να παρέχονται **θέσεις πρώτης σειράς**, κατόπιν αιτήματος του σπουδαστή/στριας.
- **Καθορισμός συμβούλου καθηγητή** ο οποίος θα υποστηρίξει τον φοιτητή σε διάφορα θέματα τα οποία αφορούν την φοιτητική ζωή (π.χ. Βοήθειας σε αποτελεσματικές τεχνικές μελέτης, κοινωνικοποίηση).

## Βιβλιογραφικές Αναφορές

Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004) The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine* 2, 576-82.

Cooper, R. (2006). A social model of dyslexia. *Language Issues*, 18(2), 24.

Engel G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American journal of psychiatry*, 137(5), 535-544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1126/science.847460>

Kiesler, D. J. (1999) *Beyond the Disease Model of Mental Disorders*. Praeger.

Masala, C., & Petretto, D. R. (2008). From disablement to enablement: conceptual models of disability in the 20th century. *Disability and rehabilitation*, 30(17), 1233-1244. <https://doi.org/10.1080/09638280701602418>

Meyer, L., & Melchert, T. P. (2010). Mental health intake assessments from a biopsychosocial perspective. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences* (Vol. 5, p. 362-366). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.105>

Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. St Martin's Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-24269-6>

Swain, J., Finklestien, V., French, S., & Oliver, M. (1994). Disabling Barriers: Enabling Environments. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 21, 2, Article 21. <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol21/iss2/21>

Tsakiridou, H., & Polyzopoulou, K. (2014). Greek teachers' attitudes toward the inclusion of students with special educational needs. *American Journal of Educational Research*, 2(4), 208-218.

UPIAS (1976). *Fundamental principles of disability*. Union of the Physically Impaired Against Segregation. <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-UPIAS.pdf>

Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004) Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *British Medical Journal*, 329, 1398-401.

Wikipedia-The Free Encyclopedia (2012). *The Social Model of Disability*. [http://en.wikipedia.org/wiki/Social\\_model\\_of\\_disability](http://en.wikipedia.org/wiki/Social_model_of_disability)

World Health Organisation (WHO) (2002). *Towards a common language for functioning, disability and health*. <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>

*Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση».*