

Strengthening primary Medical care in IsoLated and deprived cross-border arEas

Πρόσβαση Ατόμων με Αναπηρία σε υπηρεσίες υγείας



Ενίσχυση της πρωτοβάθμιας Ιατρικής φροντίδας σε απομονωμένες και υποβαθμισμένες διασυνοριακές περιοχές

Το έργο υλοποιείται στο πλαίσιο του Προγράμματος
Συνεργασίας Interreg V-A “Ελλάδα-Βουλγαρία 2014-2020”.

Το έργο υλοποιείται από την 4η Υγειονομική Περιφέρεια
Μακεδονίας – Θράκης, σε συνεργασία με το Τμήμα
Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
το Γενικό Νοσοκομείο του Άρντινο, το Δήμο Χάρμανλι και
το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας.

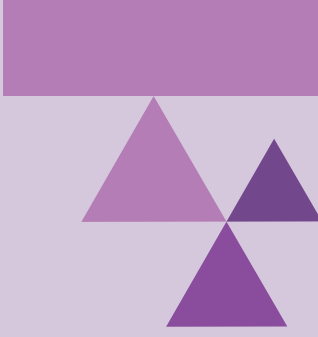
Το έργο στοχεύει στη βελτίωση των υπηρεσιών
πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά μήκος της
διασυνοριακής περιοχής Ελλάδας – Βουλγαρίας, με
έμφαση ειδικά στις υποβαθμισμένες και απομονωμένες
περιοχές της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, του
Κίρτζαλι και του Χάσκοβο, καλύπτοντας έναν πληθυσμό
περίπου 240.000 ατόμων.

Ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου είναι
1.327.661,62€ και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό
Περιφερειακό Ταμείο Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) και εθνικούς
πόρους της Ελλάδας και της Βουλγαρίας.

DISCLAIMER

This publication has been created with the financial support of
the European Union. The content of the publication is under the
sole responsibility of 4th Health District of Macedonia Thrace
and can under no circumstances be considered to represent
the views of the European Union, the participating countries,
the Managing Authority and the Joint Secretariat.





Περιεχόμενα

1

Ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας
προς τα Άτομα με Αναπηρία



σελ. 7

2

COVID-19
και αναπηρία



σελ. 13

3

Πρόσβαση ασθενών με οπτική βλάβη
στο Σύστημα Υγείας



σελ. 17

4

Πρόσβαση ασθενών με ακουστική βλάβη
στο Σύστημα Υγείας



σελ. 25

5

Πρόσβαση ατόμων με κινητική βλάβη
στο σύστημα υγείας



σελ. 35

6

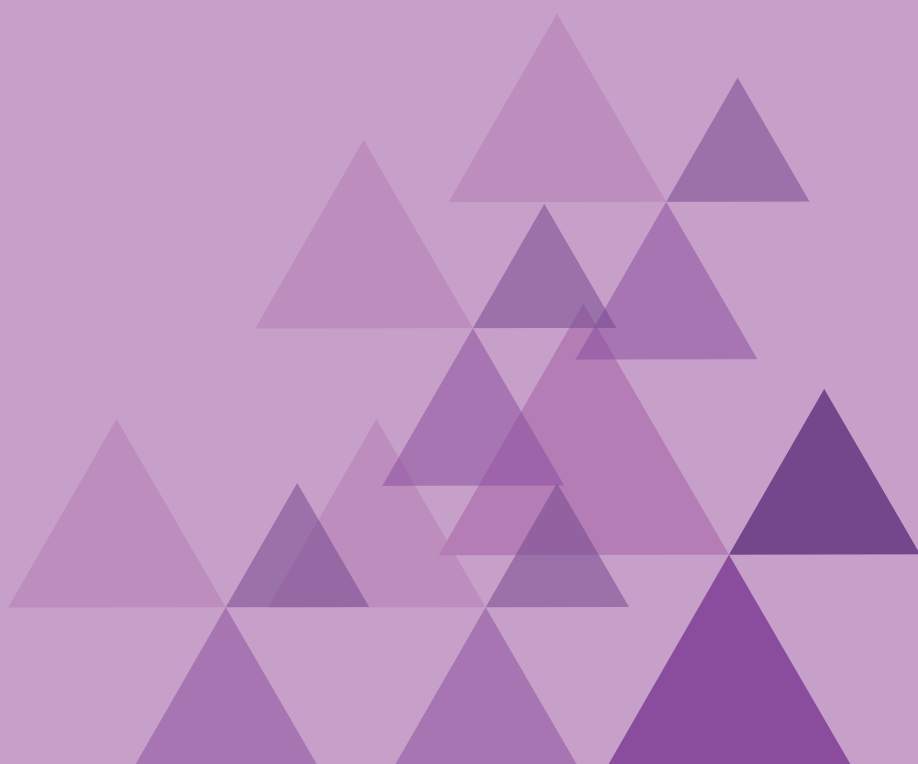
Εισαγωγή στην έννοια της
προσβασιμότητας

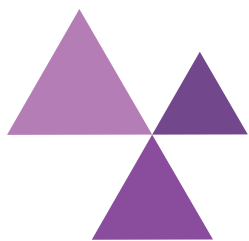


σελ. 43



**Ανισότητες στην παροχή
υπηρεσιών υγείας προς τα
Άτομα με Αναπηρία**





Ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τα Άτομα με Αναπηρία

Η πληθώρα ανισοτήτων στην υγεία^{1 2} θα μπορούσε να παρέχει επαρκή αιτιολόγηση για την αύξηση της έντασης των προσπαθειών για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τα Άτομα με Αναπηρία. Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ανεπαρκής υγειονομική περίθαλψη, περιορισμένη στέγαση, μη προσβάσιμα συστήματα μεταφοράς, ανεπαρκής πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα και σωματική δραστηριότητα, διακρίσεις βάσει της αναπηρίας, ανεπαρκή συστήματα προσωπικής υποστήριξης είναι μόνο μερικές από τις αναφερόμενες ανισότητες που βιώνουν τα Άτομα με Αναπηρία. Τα ίδια άτομα έχουν επίσης σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ανεργίας, ζουν σε πολύπλοκα κοινωνικά και σωματικά περιβάλλοντα που δημιουργούν στοιχεία κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού και έχουν σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο υγείας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.^{3 4 5}

Τα άτομα με αναπηρία συναντούν πολυάριθμους φυσικούς και προγραμματικούς φραγμούς. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη θεωρείται αναφαίρετο ανθρώπινο δικαίωμα. Σύμφωνα με τη Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα των ΑμεΑ «τα άτομα με αναπηρίες έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν τα υψηλότερα εφικτά πρότυπα υγείας χωρίς διακρίσεις λόγω αναπηρίας»⁶. Η πρόσβαση στην υγεία απαιτεί πρόσβαση στην πρόληψη και φροντίδα, με σεβασμό των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως η αξιοπρέπεια, η ισότητα και η αλληλεγγύη.

Παρά τη μεγάλη πρόοδο στην υγειονομική περίθαλψη των ατόμων με αναπηρία, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές ανισότητες, που σχετίζονται με τη διαφοροποιημένη χρήση υπηρεσιών υγείας.⁷ Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ανάλυση των καθοριστικών παραγόντων της χρήσης ιατρικής περίθαλψης από άτομα με αναπηρία. Αυτό προκύπτει ως αποτέλεσμα της υιοθέτησης μιας σειράς κοινωνικών αξιών, συμπεριλαμβανομένων της αυξανόμενης συναίνεσης ότι τα άτομα έχουν δικαίωμα σε ιατρική περίθαλψη ανεξάρτητα από την ικανότητά τους να πληρώνουν για την υπηρεσία αυτή· της γενικής πεποίθησης ότι ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες δεν λαμβάνουν φροντίδα συγκρίσιμη όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα με τον υπόλοιπο πληθυσμό και της ανησυχίας για την «κρίση στην ιατρική περίθαλψη», η οποία εγείρεται από αυξανόμενη δυσανεμία του πληθυσμού.

Έρευνες καταδεικνύουν ότι τα διαρθρωτικά εμπόδια που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας στον γενικό πληθυσμό τείνουν να πολλαπλασιάζονται για τα ΑμεΑ.⁸ Η βιβλιογραφία καταγράφει επίσης ορισμένα πρόσθετα εμπόδια.

1 Field MJ, Jette AM, eds. The Future of Disability in America. Washington, DC: National Academies Press; 2007.

2 Krahn G, Drum CE. A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2006;12:70-82.

3 Mitchell J, Adkins RH, Kemp BJ. The effects of aging on employment of people with and without disabilities. Rehabil Couns Bull. 2006;49:157-165.

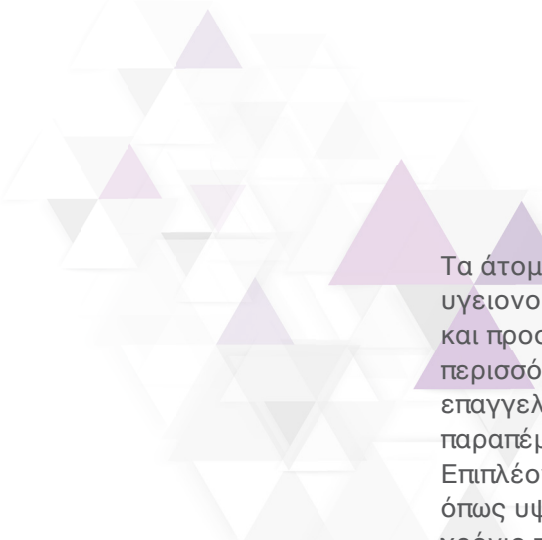
4 Drum CE, Krahn G, Culley C, et al. Recognizing and responding to the health disparities of people with disabilities. Calif J Health Prom. 2005;3:29-42.

5 Nosek MA, Hughes RB, Petersen NJ, et al. Secondary conditions in a community-based sample of women with physical disabilities over a 1-year period. Arch Phys Med Rehabil. 2006;87:320-327.

6 UN, Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. New York: United Nations, 2006.

7 Souliotis K., Politics and Economy of Health- Strategic Planning-Management and Administration, Economic Function- Sectoral Policies, Athens, Papazisis, 2006, p.46.

8 WHO, Disability and Health. Retrieved March 13, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>



Τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν πολλαπλά εμπόδια στην απόκτηση υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ των οποίων έλλειψη προσβάσιμου εξοπλισμού και προσβάσιμων υποδομών, αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να περνούν περισσότερο χρόνο με ασθενείς με αισθητηριακές αναπηρίες, καθώς και επαγγελματίες υγείας με περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με το πού να παραπέμπουν τους ασθενείς για εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη.¹ Επιπλέον, διαπιστώθηκαν σημαντικές ανισότητες σε χρόνιες καταστάσεις υγείας, όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιαγγειακές παθήσεις, αρθρίτιδα, διαβήτης και χρόνιο πόνο.

Ο ίδιος ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει ότι τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν μια σειρά από εμπόδια όταν προσπαθούν να αποκτήσουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των εξής:

1) Απαγορευτικό κόστος

Η τιμή των υπηρεσιών υγείας και των μεταφορών είναι δύο βασικοί λόγοι για τους οποίους τα άτομα με αναπηρία δεν λαμβάνουν απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη σε χώρες χαμηλού εισοδήματος. Ακριβώς πάνω από τα μισά άτομα με αναπηρία δεν είναι σε θέση να λάβουν υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με περίπου το ένα τρίτο των ατόμων δίχως αναπηρία.

2) Περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών

Υπάρχει έλλειψη κατάλληλων υπηρεσιών για άτομα με αναπηρία. Πολλές μελέτες αποκαλύπτουν υψηλές ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη λόγω μη διαθεσιμότητας υπηρεσιών, ιδίως σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές.

3) Εμπόδια υποδομών

Η προβληματική πρόσβαση σε κτίρια (νοσοκομεία, κέντρα υγείας), ο μη προσβάσιμος ιατρικός εξοπλισμός, η κακή σήμανση, οι στενές πόρτες, τα εσωτερικά σκαλοπάτια, οι ανεπαρκείς εγκαταστάσεις υγιεινής και οι απρόσιτοι χώροι στάθμευσης δημιουργούν εμπόδια στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, γυναίκες με κινητικές δυσκολίες συχνά δεν έχουν πρόσβαση στον έλεγχο καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, επειδή ο σχετικός εξοπλισμός δεν λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες τους.

4) Ανεπαρκείς δεξιότητες και γνώσεις των εργαζομένων στον τομέα της υγείας

Τα άτομα με αναπηρία είχαν περισσότερες από δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι οι δεξιότητες του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης είναι ανεπαρκείς για να καλύψουν τις ανάγκες τους, τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι αντιμετωπίζονται άσχημα και σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι στερούνται φροντίδας.²

Ωστόσο, και άλλα είδη εμποδίων μπορούν να μειώσουν το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών. Η προκατάληψη και οι διακρίσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας έχουν συγκεκριμένες αρνητικές επιπτώσεις, οδηγώντας στην διαμόρφωση της έννοιας του «στίγματος».³ Όπως αναφέρει ο Erving Goffman, οι Έλληνες χρησιμοποίησαν αυτόν τον όρο για να αναφέρουν σημάδια στο σώμα, τα οποία χρησιμοποιούνται για να δείξουν κάτι περίεργο και αρνητικό για την ηθική κατάσταση του ατόμου. Αυτά τα σημάδια ήταν χαραγμένα για να δείξουν ότι το άτομο είναι προδότης, σκλάβος ή εγκληματίας.

1 Drainoni, M.-L., Lee-Hood, E., Tobias, C., Bachman, S.S., Andrew, J., & Maisels, L., Cross-disability experiences of barriers to health-care access: Consumer perspectives., *Journal of Disability Policy Studies*, 17(2), 101-115.
2 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

3 Goffman, E. (1991) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Penguin Books

Το στίγμα συνδέεται με το σώμα, ως ανεξίτηλο σημάδι στο δέρμα. Μια άλλη πτυχή του στίγματος, συνδέεται με την ηθική. Το στίγμα καθορίζεται σε σχέσεις που ορίζονται κοινωνικά. Και είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να δείξει ορισμένα αρνητικά και δυσφημιστικά χαρακτηριστικά.¹

Έρευνες καταδεικνύουν ότι προβλήματα επικοινωνίας παρόχων υγείας και ασθενών οδηγούν σε προβλήματα συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες και στην ολοκλήρωση θεραπείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπιστώθηκε ότι ένας στους τέσσερις άνθρωπος με ακουστική βλάβη είχε χάσει ένα ιατρικό ραντεβού λόγω έλλειψης προσβάσιμων πληροφοριών. Αυτή η αποτυχία αποτελεσματικής επικοινωνίας προκαλεί καθυστερήσεις στη διάγνωση και τη θεραπεία.² Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα εμπόδια επικοινωνίας κατατάσσονται στα τρία βασικά εμπόδια όσον αφορά τη λήψη της απαραίτητης υγειονομικής περίθαλψης³ και μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένη κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών.⁴ Φραγμοί στην παροχή ισότιμων υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με αναπηρία περιλαμβάνουν παρανοήσεις, έλλειψη σεβασμού, ή ακόμα και απροθυμία επαγγελματιών.⁵

Επιπλέον, οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως η κοινωνική τάξη, είναι σημαντικοί για την κατανόηση της προέλευσης των ανισοτήτων στην υγεία.⁶ Όσον αφορά την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τα ΑμεΑ είναι λιγότερο πιθανό να εργάζονται και πιο πιθανό να έχουν χαμηλά εισοδήματα, αντιμετωπίζοντας σημαντικά κενά στην υγειονομική περίθαλψή τους.⁷

Αντιφατικά στοιχεία υπάρχουν για τον αντίκτυπο της εκπαίδευσης στη στάση των φοιτητών ιατρικής απέναντι στην αναπηρία. Η επαγγελματική κατάρτιση μπορεί να οδηγήσει κάποιες φορές στον κυνισμό. Ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι φοιτητές ιατρικής έχουν περισσότερο αρνητικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία από τον γενικό πληθυσμό, ενώ άλλες εντοπίζουν βελτίωση της στάσης τους κατά τη διάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης. Πολλά μαθήματα δεν προωθούν μια ολιστική άποψη της υγείας και αγνοούν τα ανθρώπινα δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία. Ως αποτέλεσμα, οι περισσότεροι μαθητές δείχνουν ενδιαφέρον, αλλά έχουν αρνητικές απόψεις σχετικά με την εμπειρία της ζωής με αναπηρία.

Εάν θέλουμε πραγματικά να αξιολογήσουμε τι πρέπει να γνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας, πρώτα θα πρέπει να καταστήσουμε σαφές ότι τα Άτομα με Αναπηρία δεν εξαρτώνται απαραίτητα από άλλους για φροντίδα. Όπως προβλέπεται από τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, είναι πολίτες με ανθρώπινα δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στην υγειονομική περίθαλψη, στην αποκατάσταση, στη ζωή στην κοινότητα και στο να έχουν λόγο στη δική τους θεραπεία. Τα στοιχεία δείχνουν ότι τα Άτομα με Αναπηρία αξιολογούν συχνά τη δική τους ποιότητα ζωής πολύ υψηλότερα από άλλα άτομα. Επιπλέον, οι γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αποδεχτούν ότι πολλά Άτομα με Αναπηρία, ιδίως όταν οι συνθήκες υγείας τους είναι εκ γενετής ή μακροχρόνιες, δεν θεωρούν απαραίτητα την αναπηρία τους ως πρόβλημα ή παθολογία.⁸

1 D.5.2.1 Joint PHC Practitioners' Training Scheme – Educational Material. SMiLe project, Interreg Greece - Bulgaria

2 Albrecht G.L., Devlieger P.J., The disability paradox: high quality of life agents all odds. Soc.Sci.Med 1999, 48: 977-88

3 Solis J.M., Marks G., Garcia M., et al. Acculturation, access to care and use of preventative services by Hispanics : findings from HHANES 1982-1984. Am J Public Health. 1990;80 (Suppl): 11-19.

4 David R.A., Rhee M. The impact of language as a communication barrier in an underserved urban Hispanic community. Mt.Sinai J Med. 1998; 65:393-397.

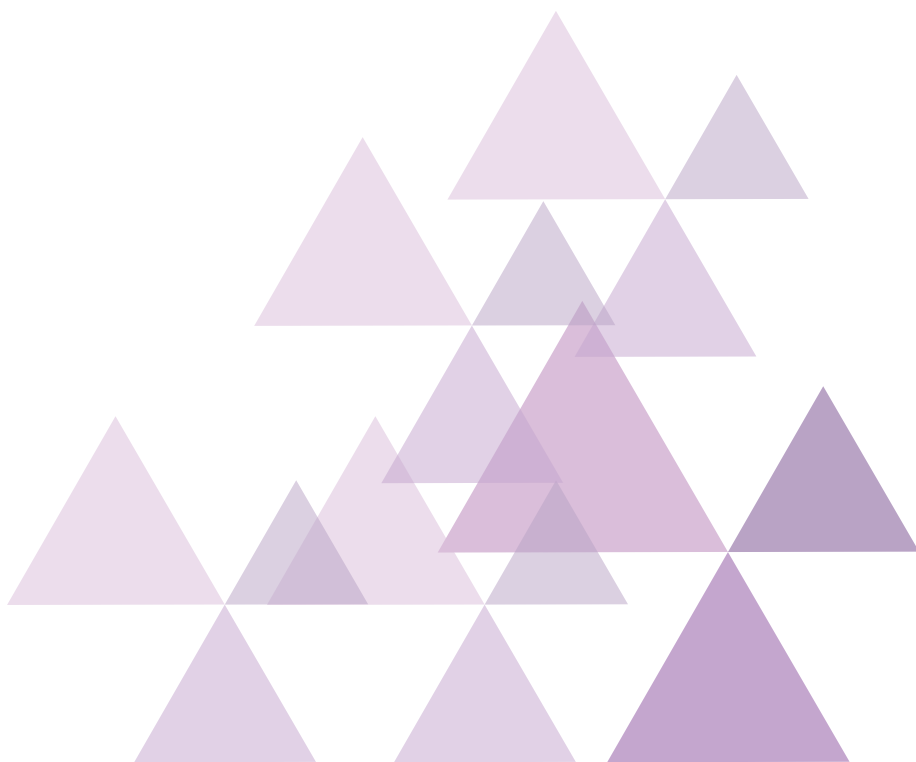
5 Drainoni M-L, Lee-Hood E, Tobias C, et al. Cross-disability experiences of barriers to health-care access: consumer perspectives. J Disabil Pal Stud. 2006; 17: 101-115.

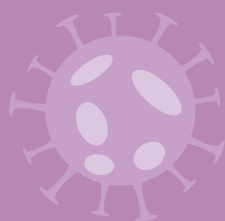
6 Muntaner C., Borell C., Vanroelen C., et.al., Employment relations, social class and health: A review and analysis of conceptual and measurement alternatives. Social Science & Medicine, 2010, 71, 2130-2140

7 Dejong, G., Palsbo, S.E., Beatty, P.W., Jones, G.C., Kroll, T., & Neri, M.T., The organization and financing of health services for persons with disabilities. The Milbank Quarterly, 2002, 80(2), 261-301.

8 Shakespeare T., Illezoni L., Groce N. The art of medicine Disability and the training of health professionals. Available at: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2809%2962050-X>

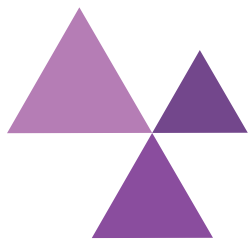






COVID-19 και αναπηρία



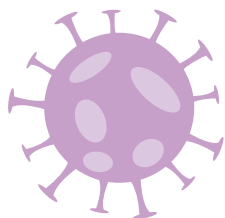


COVID-19 και αναπηρία

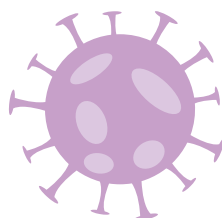
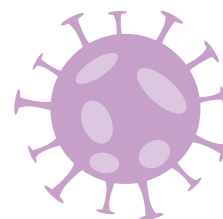
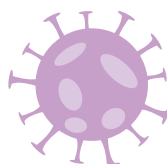
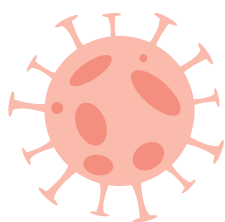
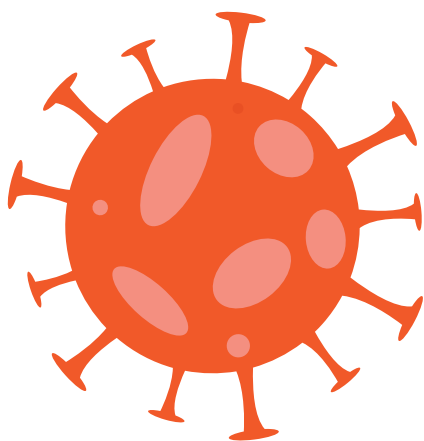
Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ακόμη και υπό κανονικές συνθήκες, τα άτομα με αναπηρία είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη από το γενικό πληθυσμό. Ο COVID-19 φαίνεται να επιδεινώνει περαιτέρω αυτήν την κατάσταση, επηρεάζοντας δυσανάλογα τα άτομα με αναπηρία. Επομένως, απαιτείται μια ολοκληρωμένη προσέγγιση. Όλες οι ενέργειες που σχετίζονται με τον COVID-19 πρέπει να εξασφαλίζουν την έλλειψη κάθε μορφής διάκρισης, συμπεριλαμβανομένης της παροχής προσβάσιμων πληροφοριών και της αντιμετώπισης και της πρόληψης εμποδίων που ενδέχεται να προκύψουν.

Τα άτομα με αναπηρία ενδέχεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από COVID-19, λόγω:

- Των εμποδίων στην εφαρμογή βασικών μέτρων υγιεινής, όπως το πλύσιμο των χεριών (π.χ. οι νιπτήρες μπορεί να είναι μη προσβάσιμοι ή ένα άτομο μπορεί να έχει σωματική δυσκολία στο καλό τρίψιμο των χεριών του).
- Δυσκολίας στην εφαρμογή κοινωνικής απόστασης λόγω πρόσθετων αναγκών υποστήριξης ή λόγω διαμονής σε ιδρύματα
- Ανάγκης να αγγίξουν πράγματα για να λάβουν πληροφορίες από το περιβάλλον ή για φυσική υποστήριξη.
- Εμποδίων στην πρόσβαση σε πληροφορίες για τη δημόσια υγεία.¹



¹ ΠΟΥ 2020 «Θέματα ατόμων με αναπηρία κατά τη διάρκεια της επιδημίας του COVID-19» Μετάφραση: Μαρία Πανταζίδου



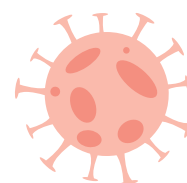
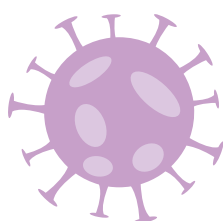
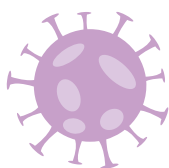
Ακόμη, τα άτομα με αναπηρία που ζουν σε ιδρύματα είναι πιο πιθανό να προσβληθούν από τον ιό και να έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Τα άτομα με αναπηρία αντιπροσωπεύουν την πλειονότητα των ατόμων σε ιδρύματα παγκοσμίως

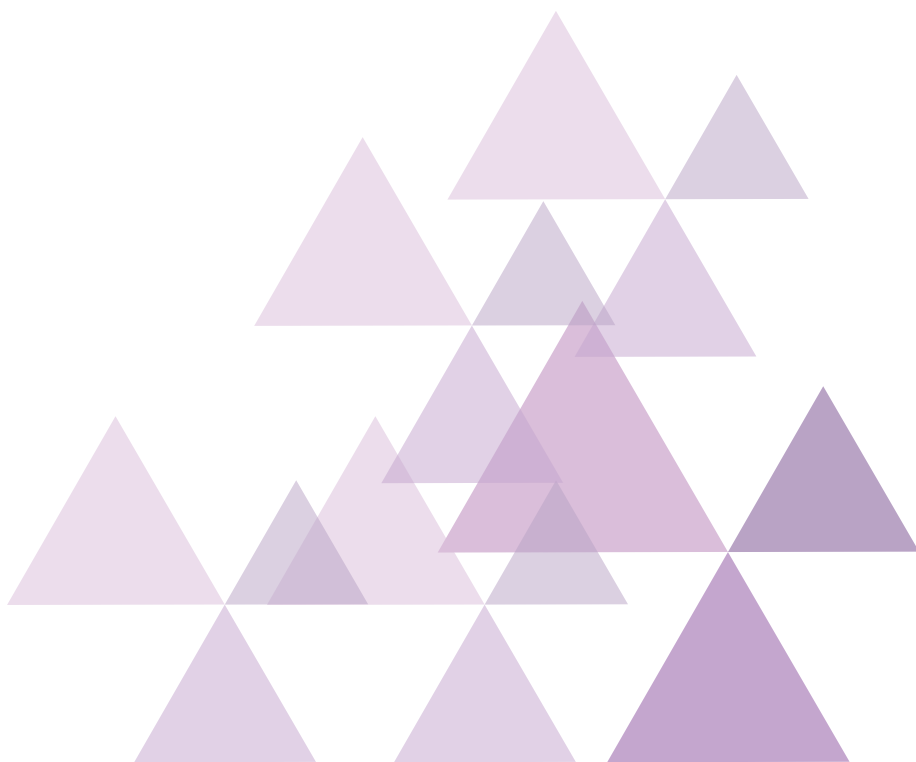
Τα ερευνητικά δεδομένα καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο COVID-19 επηρεάζει ιδιαίτερα τα άτομα με αναπηρία:

- Τα άτομα με αναπηρία επηρεάζονται δυσανάλογα από το ξέσπασμα του COVID19. Υπολογίζεται ότι το 46% των ηλικιωμένων ηλικίας 60 ετών και άνω είναι άτομα με αναπηρία.
- Τα άτομα με αναπηρία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν πιο σοβαρές καταστάσεις υγείας και να πεθάνουν από COVID-19
- Τα άτομα με αναπηρία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο διάκρισης κατά την πρόσβαση σε διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης και διάσωσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Σε ορισμένες χώρες, οι αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψη (π.χ. κρεβάτια εντατικής θεραπείας, αναπνευστήρες), δεν βασίζονται σε ατομική πρόγνωση, αλλά σε κριτήρια που εισάγουν διακρίσεις, όπως ηλικία ή παραδοχές σχετικά με την ποιότητα ή την αξία της ζωής λόγω αναπηρίας.
- Τα άτομα με αναπηρία πλήττονται ιδιαίτερα από τις κοινωνικοοικονομικές συνέπειες του COVID-19.

Το κείμενο πολιτικής «Μια συμπεριληπτική της αναπηρίας απάντηση στον COVID-19» των Ηνωμένων Εθνών προσδιορίζει τέσσερις τομείς δράσης:

1. Εξασφάλιση της ενσωμάτωσης της αναπηρίας σε όλες τις απαντήσεις στον COVID-19 μαζί με στοχοθετημένες δράσεις ειδικά για τα άτομα με αναπηρία.
2. Εξασφάλιση της προσβασιμότητας των πληροφοριών, των εγκαταστάσεων, και των υπηρεσιών που σχετίζονται με τον COVID-19. Εάν οι τεχνολογίες, τα αγαθά και οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν είναι προσβάσιμες, τα άτομα με αναπηρία δεν μπορούν να λάβουν τις απαραίτητες αποφάσεις, να ζήσουν ανεξάρτητα, να τεθούν σε καραντίνα με ασφάλεια ή να έχουν πρόσβαση σε υγεία και δημόσιες υπηρεσίες σε ίση βάση με τον γενικό πληθυσμό.
3. Εξασφάλιση ουσιαστικής διαβούλευσης με ενεργητική συμμετοχή ατόμων με αναπηρία και των αντιπροσωπευτικών οργανισμών τους σε όλα τα στάδια. Πολλά άτομα με αναπηρία έχουν βιώσει περιπτώσεις απομόνωσης και εναλλακτικών εργασιακών ρυθμίσεων που μπορούν να προσφέρουν χρήσιμη εμπειρία στην τρέχουσα κατάσταση, συμβάλλοντας σε νέες προσεγγίσεις και καινοτόμες λύσεις.
4. Δημιουργία μηχανισμών για την εξασφάλιση της συμπερίληψης της αναπηρίας στη απόκριση στην κρίση του COVID-19. Οι κυβερνήσεις, οι δωρητές, οι υπηρεσίες του ΟΗΕ και άλλοι φορείς πρέπει να δημιουργήσουν μηχανισμούς παρακολούθησης των επενδύσεών τους ώστε να εξασφαλίσουν την συμπερίληψη των ατόμων με αναπηρία σε αυτές.

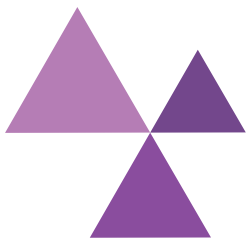






Πρόσβαση ασθενών με οπτική βλάβη στο Σύστημα Υγείας





Πρόσβαση ασθενών με οπτική βλάβη στο Σύστημα Υγείας

Ο όρος οπτική βλάβη περιλαμβάνει τη χαμηλή όραση, τη σοβαρή και την ολική απώλεια όρασης. Ταυτόχρονα, ως οπτική αναπηρία (visual impairment) ορίζεται και η μειωμένη ικανότητα όρασης, σε βαθμό που τα προκαλούμενα προβλήματα δεν μπορούν να επιδιορθωθούν με τα συνήθη μέσα, όπως γυαλιά, φαρμακευτική αγωγή, χειρουργική επέμβαση. Αντιθέτως, ως τύφλωση (blindness) ορίζεται η πλήρης απώλεια όρασης. Σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία (Ν.958/1979), τυφλό νοείται κάθε άτομο το οποίο στερείται παντελώς της αντιλήψεως του φωτός ή του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη του 1/20 της φυσιολογικής.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση νοσημάτων (ICD - 10), υπάρχουν τέσσερα επίπεδα της οπτικής λειτουργικότητας:

1. Φυσιολογική όραση
2. Χαμηλή όραση
3. Σοβαρή απώλεια όρασης
4. Τυφλότητα (ολική απώλεια)

Σήμερα, υπολογίζεται πως πάνω από 1 δις άνθρωποι παγκοσμίως έχουν οπτική βλάβη. Από αυτούς, το 5% έχει ολική απώλεια στην όραση και το υπόλοιπο 95% έχει μερική απώλεια όρασης. Για κάθε έναν από τους παραπάνω ανθρώπους η οπτική βλάβη δεν αποτελεί φυσικά ένα στατιστικό στοιχείο, αλλά μια συνθήκη που έχει άμεσες συνέπειες στην υγεία και στην ευημερία τους, ακόμη περισσότερο για τους συνανθρώπους μας της τρίτης ηλικίας.

Ειδικότερα σε σχέση με το σύστημα υγείας, οι άνθρωποι με οπτική βλάβη έχουν συχνά περιορισμένη πρόσβαση στην πληροφορία και δυσκολεύονται να λάβουν επαρκή θεραπεία. Τις δυσκολίες αυτές επιβαρύνει το γεγονός πως οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι πάντα ενημερωμένοι για τις πρόσθετες ανάγκες που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη αναπηρία.

Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να επισημανθεί πως συνήθως τα άτομα με οπτική βλάβη διακρίνονται δύσκολα στους εξωτερικούς χώρους αν δεν κρατούν λευκό μπαστούνι, αν δεν έχουν σκύλο οδηγό ή ηλεκτρονικό βοήθημα πλοήγησης. Υπάρχει βέβαια και η περίπτωση να υπάρχουν καταγεγραμμένα στοιχεία (ιατρικές καρτέλες ή άλλα αρχεία) ότι τα συγκεκριμένα άτομα έχουν οπτική βλάβη.



Καθίσταται λοιπόν απαραίτητο, οι επαγγελματίες υγείας να ενημερωθούν ώστε να αναγνωρίζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές ατόμων που ενδεχομένως να σχετίζονται με ασθενείς με οπτική βλάβη, όπως:

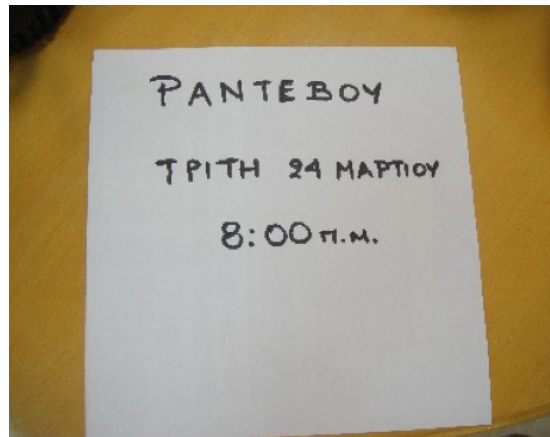
1. Να δυσκολεύονται να εντοπίσουν κάθισμα στην αίθουσα αναμονής ή στο ιατρείο ή ακόμη να σκοντάφτουν σε έπιπλα.
2. Να σέρνουν τα πόδια στο πάτωμα ή να περπατάνε πολύ σιγά χωρίς να φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν κινητική δυσκολία
3. Να φαίνεται στα μάτια ότι βλεφαρίζουν έντονα στις έντονες αλλαγές του φωτός και να μην έχουν βλεμματική επαφή όταν συζητούν ή να μην απαντούν αν κάποιος δεν κάνει αισθητή την παρουσία του αγγίζοντάς τους.
4. Να φορούν σκούρα γυαλιά (ή πορτοκαλί ή κίτρινα) ενώ βρίσκονται σε εσωτερικό χώρο.
5. Να έχουν λευκό μπαστούνι (white cane) ή μπαστούνι ένδειξης (symbol cane).
6. Να έχουν σκύλο οδηγό. Είναι απαραίτητο να γνωρίζετε πως οι σκύλοι οδηγοί μπορούν νόμιμα να βρίσκονται στους ιδιωτικούς και δημόσιους χώρους (Ν.3668/2010, αρ.16,παρ.7).
7. Να συνοδεύονται συνεχώς από κάποιον/α.

Η αναγνώριση αποτελεί φυσικά το πρώτο βήμα για να αρθούν τα αρχικά εμπόδια της πρόσβασης των ασθενών με οπτική βλάβη στο σύστημα υγείας. Από εκεί και πέρα το σημαντικότερο κομμάτι σχετίζεται με μια αποτελεσματική επικοινωνία, ώστε ως επαγγελματίες υγείας να εξασφαλίσουμε πως ο/η ασθενής μας με οπτική βλάβη θα λάβει με σωστό τρόπο τις ιατρικές πληροφορίες.

Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε πως η μη πρόσβαση ενός ανθρώπου σε οπτικές πληροφορίες δε σημαίνει πως αυτές μεταβιβάζονται χωρίς την έγκριση του/της σε κάποιον/α συνοδό. Από την άλλη, είναι πολύ σημαντικό ο/η ασθενής να ερωτάται πάντα αν έχει οικογένεια ή τέτοιο κοινωνικό δίκτυο οικείων ή φίλων που μπορούν να τον/την υποστηρίξουν σε θέματα υγείας. Ιδιαίτερα, στην περίπτωση που το άτομο με οπτική βλάβη δεν έχει υποστήριξη και χρειάζεται να νοσηλευτεί ή να χειρουργηθεί θα πρέπει να συνοδεύεται από εθελοντή/ τρια που θα αναλάβει το ρόλο της συνοδείας.

Έτσι, με βάση τις παραπάνω επισημάνσεις, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν, κατά περίπτωση, να προτείνουν το πλαίσιο υπογραφής (Εικόνα 1), να γράψουν τις οδηγίες τους (εφόσον η όραση τους/ της ασθενούς το επιτρέπει) με μεγάλα κεφαλαία γράμματα, σε διαφορετικό φόντο.

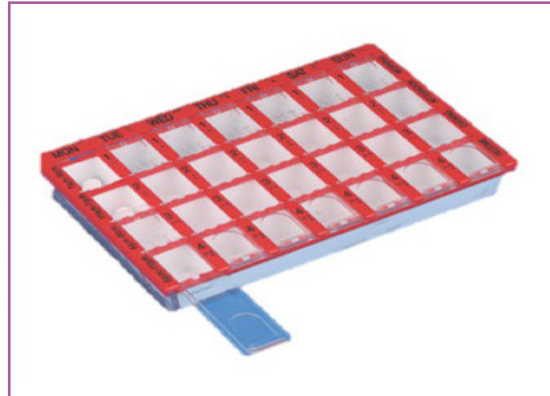
Στην περίπτωση αυτή προτιμούμε το άσπρο χαρτί χωρίς γραμμές και τη χρήση ενός μαύρου ματ μαρκαδόρου (να υπάρχει δηλαδή χρωματική αντίθεση), ενώ η μια σειρά από την άλλη να απέχει τουλάχιστο 1,5 εκ. (Εικόνα 2). Φυσικά, πλέον το οποιοδήποτε κείμενο μπορεί να αποσταλεί ηλεκτρονικά, ή ο/η ασθενής μπορεί να ηχογραφήσει τις οδηγίες – πληροφορίες ή να χρησιμοποιήσει σημειωματάριο Braille (Εικόνα 3).



Εικόνα 2: Οδηγίες



Εικόνα 3: Σημειωματάριο Braille



Εικόνα 4: organizer χαπιών



Εικόνα 1: Πλαίσιο υπογραφής



Εικόνα 5: δοσομετρητής



Εικόνα 6: οφθαλμικές σταγόνες



Εικόνα 9: Πιεσόμετρο



Εικόνα 8: Θερμόμετρο

Περαιτέρω, όταν πρέπει να δοθεί κάποια θεραπευτική αγωγή, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να σιγουρευτούν πως το άτομο μπορεί να διακρίνει τα χάπια του ή να μετρήσει τις δόσεις (αν είναι πόσιμη αγωγή) ή να βάλει τις οφθαλμικές σταγόνες. Για όλες τις παραπάνω περιπτώσεις υπάρχουν σήμερα κατάλληλα βοηθήματα ώστε ο/η ασθενής να επιτύχει μόνος/μόνη θεραπεία (Εικόνες 4-6). Όταν δε χρησιμοποιούνται βοηθήματα, ο/η ασθενής πρέπει να έχει βοήθεια από άτομο με πολύ καλή όραση.

Για τα άτομα που δεν γνωρίζουν τη γραφή Braille που είναι τυπωμένη στα φάρμακα, υπάρχουν ηλεκτρονικά βοηθήματα για να μαρκαριστούν τα φάρμακα με «ηχητικές» ετικέτες (pen friend) (Εικόνα 7). Επίσης, υπάρχουν ηχητικά ηλεκτρονικά βοηθήματα, όπως ομιλούντα θερμόμετρα (Εικόνα 8), πιεσόμετρα (Εικόνα 9), ζυγαριές (Εικόνα 10), μετρητές σακχάρου (Εικόνα 11).



Εικόνα 9: Πιεσόμετρο



Εικόνα 10: Ζυγαριά



Εικόνα 11: Μετρητής σακχάρου

Αναλυτικότερα, ακολουθεί ένας οδηγός αποτελεσματικών τρόπων επικοινωνίας

1. (α) Δηλώστε την παρουσία σας λέγοντας το πλήρες όνομα σας και τον ρόλο σας.
(β) Μιλήστε πρόσωπο με πρόσωπο (Εικόνα 12).
(γ) Μιλήστε με φυσικό τόνο φωνής και ένταση φωνής.
Μην ξεχνάτε ότι απευθύνεστε σε άτομο με απώλεια όρασης και όχι ακοής.
2. Μην περιμένετε την οπτική επαφή ή διαβεβαίωση με το βλέμμα.
3. Απευθύνετε άμεσα το λόγο σε αυτόν/αυτήν και μη συζητάτε μέσω τρίτων (αν υπάρχει συνοδός).
4. Αν υπάρχουν κι άλλα άτομα στη συζήτηση, παρουσιάστε και τα υπόλοιπα μέλη.
5. Ενημερώστε όταν αποχωρείτε από κοντά του/της ή όταν σταματά η συζήτηση.
6. Προσπαθήστε να αποφύγετε σημεία με πολύ θόρυβο.
7. Ρωτήστε τον/την ασθενή σας για το επίπεδο όρασής του/της και αν χρειάζεται βοήθεια. Η ερώτηση αυτή θα σας διευκολύνει στον τρόπο κίνησής σας στον χώρο, στην επικοινωνία και στο βαθμό εμπιστοσύνης που θα αναπτύξετε με τον/την ασθενή σας.
8. Μην αποφεύγετε να χρησιμοποιείτε καθημερινές λέξεις, όπως «κοιτάτε», «δείτε» ή να αναφέρετε δραστηριότητες όπως «είδατε ειδήσεις;».
9. Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, αν πρόκειται να συμβεί μια εξέταση οδηγήστε τον/την στο εξεταστικό κρεβάτι και εν συνεχεία εξηγήστε τη φυσική επαφή που θα συμβεί στο σώμα του/της ασθενούς.
10. Αν υπάρχουν και άλλα άτομα κατά τη διάρκεια της επίσκεψης (π.χ. φοιτητές/τριες ιατρικής, νοσηλευτικό προσωπικό), ενημερώστε τον/την ασθενή και ρωτήστε αν αισθάνεται άνετα με την παρουσία τους. Ζητήστε να συστηθούν, να αναφέρουν τον ρόλο τους και ζητήστε τη συγκατάθεση του/της ασθενούς να παραμείνουν στον χώρο.
11. Να είστε σαφείς και συγκεκριμένοι όταν δίνετε οδηγίες. Για παράδειγμα: «Η πόρτα είναι στα αριστερά σας». Αποφύγετε να δείξετε με χειρονομίες την κατεύθυνση που πρέπει να ακολουθήσει, επειδή αυτό δεν είναι λειτουργικό για κάποιον/α που δε βλέπει.
12. Εξηγείστε στον/στην ασθενή τη θέση των αντικειμένων. Για παράδειγμα: «Το ποτήρι με το νερό είναι ακριβώς μπροστά σας» ή χρησιμοποιείτε τη μέθοδο του ρολογιού, π.χ. «Το νερό σας είναι στη θέση 3 η ώρα».
13. Να έχετε κατά νου ότι οι εναλλαγές του φωτός επηρεάζουν την όραση.

Τεχνικές συνοδείας



Βιβλιογραφία

Cupples ME, Hart PM, Johnston A, Jackson AJ (2012). Improving healthcare access for people with visual impairment and blindness. *BMJ* 344:e542.

Foley, Mark (2003). H.R. 1902 (108th): Medicare Vision Rehabilitation Services Act of 2003. House of Representatives bill introduced in the 108th United States Congress.

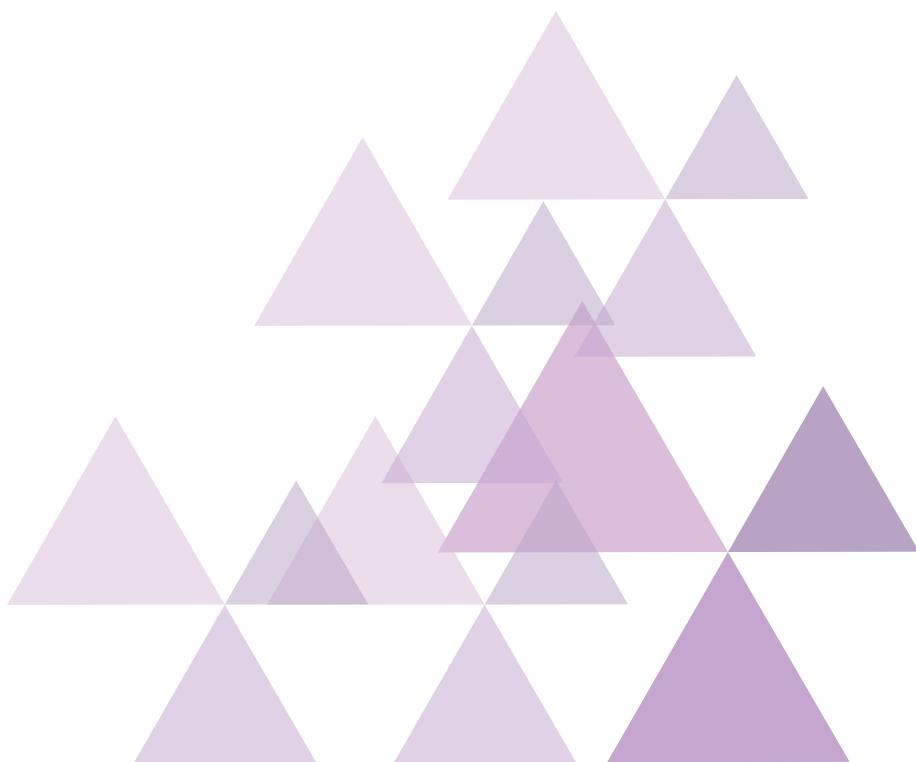
Thomas, C (1961). *The sighted man dies in Blindness. What it is, what it does and how to live with.* American Foundation of the Blind.

WHO – World Health Organization, In: *Visual Impairment and Blindness*, Fact Sheet No 282 (Last updated on August 2014).

Wiener, W., Welsh, R., and Blasch, B. (2010). *Foundations of Orientation and Mobility. History and Theory*, 3rd Ed, v1, AFB Press.

ΦΕΚ 191 Α. Περί αντικατάστασης των άρθρων 1,2 και 5 τοσ Ν. 1904/51 “περί προστασίας και αποκατάστασης των τυφλών. Στο Ν.958 / 1979 Υποσημείωση:

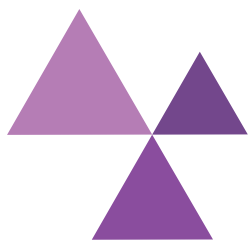
Οι εικόνες 3–11 προέρχονται από την ιστοσελίδα <http://shop.rnib.org.uk/>





**Πρόσβαση ατόμων
με ακουστική βλάβη
στο σύστημα υγείας**





Ακουστική Βλάβη

Πληθυσμιακά δεδομένα

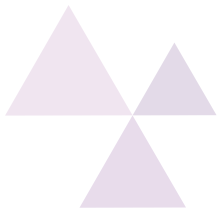
Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμός υγείας (WHO) το 5% του παγκόσμιου πληθυσμού αντιμετωπίζει κάποιας μορφής ακουστική βλάβη. Μέχρι το 2050 αναμένεται ότι ο αριθμός ατόμων με ακουστική βλάβη θα αυξηθεί από τα 430 εκ. στα 700 εκ. Σημαντική επισήμανση είναι η σύνδεση ακουστικής βλάβης και οικονομικής κατάστασης, αφού το 80% των ατόμων με ακουστική βλάβη παγκοσμίως έρχεται από κατώτερα ή μεσαία στρώματα. Επίσης, ουσιαστική είναι και η σύνδεση της ακουστικής βλάβης με την ηλικία καθώς το 25% ατόμων άνω των 65 ετών μπορεί να παρουσιάσουν μείωση ή απώλεια ακοής.

Τα δεδομένα από την Ελλάδα, όπως ανέφερε σε συνέντευξή του ο πρώην πρόεδρος της Ομοσπονδίας Κωφών Ελλάδος (ΟΜΚΕ) Γιάλλουρος Ιωάννης το 2016, δεν είναι ακριβή. Όπως επισημαίνει υπάρχει αδυναμία από πλευράς πολιτείας για πλήρη καταγραφή του αριθμού ατόμων με ακουστική βλάβη. Ο ίδιος εκτιμούσε ότι τη δεδομένη στιγμή τα άτομα με ακουστική βλάβη ήταν περίπου 3.000 ενώ λαμβάνοντας υπόψη και τους ηλικιωμένους με βλάβες ίσως ο αριθμός αυτός άγγιζε τις 40.000. Ενεργά μέλη σωματείων αποτελούσαν περίπου 3.000 κωφά άτομα.

Αιτιολογία

Τα αίτια της ακουστικής βλάβης είναι ποικίλα και συνδέονται με πληθώρα παραγόντων. Τα αίτια σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας μπορεί να είναι:

- Προγεννητικά: κληρονομική ή μη κληρονομική απώλεια ακοής, ενδομήτριες λοιμώξεις από ερυθρά ή κυτταρομεγαλοϊούς
- Περιγεννητικά: έλλειψη οξυγόνου, υπερβιλερυθριναιμία (σοβαρός νεογνικός ίκτερος), χαμηλό βάρος
- Παιδική ηλικία και εφηβεία: χρόνιες λοιμώξεις αυτιού, συλλογή υγρού στο αυτί, μηνιγγίτιδα και άλλες λοιμώξεις
- Ενηλικίωση και μεγαλύτερη ηλικία: χρόνιες ασθένειες, κάπνισμα, ωτοσκλήρωση αισθητηριακού εκφυλισμού που σχετίζεται με την ηλικία, ξαφνική αισθητηριακή νευρική απώλεια ακοής



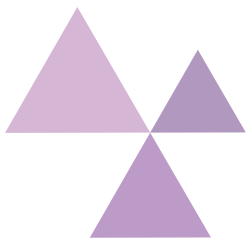
Ορισμοί και χρήση όρων

Για μεγάλο χρονικό διάστημα ο όρος που χρησιμοποιούνταν για αναφορές στα κωφά άτομα ήταν «κωφάλαλος». Ο όρος αυτός δείχνει την ύπαρξη βλάβης σε δύο όργανα, της ακοής και της ομιλίας. Η κοινότητα των κωφών διεκδίκησε την αλλαγή χρήσης του συγκεκριμένου όρου και την αντικατάστασή του από τους όρους κωφός ή βαρήκοος. Σημαντικό είναι να επισημανθούν οι διαφορές ανάμεσα στους όρους κωφός και βαρήκοος, όπως τις αναφέρει η Λαμπροπούλου (1998) (Λαμπροπούλου 1998, 2ο Εκπαιδευτικό Πακέτο Επιμόρφωσης). Με τον όρο «κωφός» εννοούμε το άτομο που είτε χρησιμοποιεί είτε δεν χρησιμοποιεί ακουστικά, δεν αντιλαμβάνεται την ομιλία. Για την επικοινωνία τους τα άτομα αυτά βασίζονται περισσότερο στο οπτικό κανάλι επικοινωνίας, για παράδειγμα στη χειλεανάγνωση, στη νοηματική και στη γραπτή γλώσσα. Αντίθετα από τους κωφούς, οι βαρήκοοι μπορούν να λαμβάνουν κάποιες ηχητικές πληροφορίες του περιβάλλοντός μέσω της ακοής. Τέλος, βιβλιογραφικά παρουσιάζεται και η χρήση του όρου Κωφός με «Κ» κεφαλαίο για να τονιστεί η πολιτισμική ταυτότητα ατόμων με ακουστική βλάβη.

Από την ιατρική κοινότητα οι όροι κωφός και βαρήκοος αποδίδονται ανάλογα με το βαθμό ακουστικής απώλειας (db). Στο ΦΕΚ τεύχος Β 4591/27.12.2017 αναφέρεται ότι οι διαβαθμίσεις ακουστικής απώλειας ανάλογα με τα db κρίνονται ως εξής:

- ελαφριά (26-40 db)
- μέτρια (41-55db)
- μεγάλη (56-70 db)
- υπολειτουργική (71-90 db)
- Κώφωση (άνω των 90db)





Αυτοπροσδιορισμός και προφίλ ατόμου με ακουστική βλάβη

Τα άτομα με ακουστική βλάβη ανάλογα με τις επαφές τους φαίνεται να αναπτύσσουν και διαφορετικές ταυτότητες άρα να επιλέγουν και διαφορετικούς τρόπους επικοινωνίας. Οι παράγοντες που επιδρούν στους τρόπους επικοινωνίας ενός κωφού ατόμου είναι:

- η ηλικία απόκτησης της βλάβης
- το είδος της εκπαίδευσης (γενική, ειδική)
- η ακουσολογική κατάσταση γονιών
- οι απόψεις γονιών για την κώφωση (Israelite et al 2002)

Έρευνες στο εξωτερικό αλλά και στην Ελλάδα κατέληξαν στο συμπέρασμα ύπαρξης τεσσάρων ταυτοτήτων:

• **Κωφή ταυτότητα:** το άτομο αναγνωρίζει τον εαυτό του ως μέλος πολιτισμικής ομάδας, χρησιμοποιεί τη νοηματική γλώσσα, χρησιμοποιεί ακουστικά βαρηκοΐας ή και όχι, συνήθως φοιτά σε ειδικά σχολεία Κωφών

• **Ακούοσα ταυτότητα:** το άτομο χρησιμοποιεί τον προφορικό λόγο, χρησιμοποιεί ακουστικά βαρηκοΐας ή κοχλιακό εμφύτευμα, συνήθως φοιτά σε γενικά σχολεία

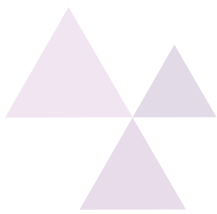
• **Ταυτότητα αμφικουλούρας:** το άτομο κάνει εύκολη εναλλαγή από την κοινότητα ακουόντων στην κοινότητα κωφών

• **Ταυτότητα σε αποκλεισμό:** το άτομο δεν ταυτίζεται ούτε με την κοινότητα ακουόντων ούτε με την κοινότητα κωφών λόγω διάφορων παραγόντων (Skelton & Valentine 2003, Nikolaraizi 2007)

Η ύπαρξη διαφορετικών ταυτοτήτων οδηγεί και στην ύπαρξη ποικίλων τρόπων επικοινωνίας που αναπτύσσει ένα άτομο με ακουστική βλάβη. Ανάλογα με το άτομο μπορούμε να αξιοποιήσουμε έναν από τους παρακάτω τρόπους επικοινωνίας:

- 1) Η νοηματική γλώσσα
- 2) Η χειλεανάγνωση
- 3) Το γραπτό κείμενο
- 4) Συνδυασμός μεθόδων





Βασικοί κανόνες και καλές πρακτικές επικοινωνίας με Κωφά και Βαρήκοα άτομα

Όταν στο χώρο υπάρχουν άτομα με ακουστική βλάβη συμπεριφέρομαι φυσιολογικά. Δε χρειάζεται άγχος ή πανικός.

- Διευκρινίζω τον επιθυμητό τρόπο επικοινωνίας (νοηματική, χειλεανάγνωση, γραπτός λόγος).
 - Διατηρώ οπτική επαφή με κωφά και βαρήκοα άτομα, καθώς οι εκφράσεις του προσώπου και οι κινήσεις των χειρών βοηθούν τα κωφά και βαρήκοα άτομα
 - Επιλέγω μέρη χωρίς εξωτερικές ηχητικές παρεμβάσεις (ραδιόφωνο, συζητήσεις, ανοιχτά παράθυρα)
 - Επιλέγω μέρη με επαρκή φωτισμό. Το φως δε θα πρέπει να έρχεται από την πλάτη του ομιλητή, καθώς έτσι το κωφό ή βαρήκοο άτομο δυσκολεύεται στην πρόσληψη οπτικών πληροφοριών
 - Δίνω προσοχή κατά την επικοινωνία με κωφά και βαρήκοα άτομα. Αν κάτι δεν καταλαβαίνω ζητάω να το επαναλάβουν. Δεν προσποιούμαι ότι κατάλαβα
 - Μιλώ αργά και καθαρά απέναντι από το άτομο με ακουστική βλάβη. Στέκομαι στο ίδιο ύψος με αυτό και δε φωνάζω μέσα στο αυτί του.
 - Αν η επικοινωνία παραμένει δύσκολη χρησιμοποιώ γραπτό λόγο
 - Μπορώ να απευθυνθώ σε επαγγελματίες διερμηνείς νοηματικής γλώσσας (χειλεανάγνωσης ή νοηματικής)
- (Σαπουντζάκη, Γ. & Γεωργοκωστόπουλος, Χ., 2017)



Ιδέες για πρακτικές λύσεις

- 1) Γραπτή επικοινωνία: χαρτί και στυλό, ηλεκτρονικό σημειωματάριο
- 2) Προγράμματα μετατροπής λόγου σε ομιλία (ενδείκνυται για εκτενή λόγο και ίσως παρουσιαστούν αλλοιώσεις του αρχικού μηνύματος):
google φωνητική πληκτρολόγηση, dictation io, ρυθμίσεις στον υπολογιστή («ρυθμίσεις υπολογιστή» > «δυσκολία πρόσβασης» > «αλληλεπίδραση» > «ομιλία»)
- 3) Σταθμός τηλεδιερμηνείας αξιοποιώντας το εξ' αποστάσεως πρόγραμμα IRIS του Εθνικού Ιδρύματος Κωφών
- 4) Χρήση εικόνων



Επικοινωνία παρουσία διερμηνέα

Σε περίπτωση που το άτομο με ακουστική βλάβη επιλέξει να επικοινωνήσει με διερμηνέα μέσω νοηματική γλώσσας είναι σημαντικό να τηρούνται κάποιες βασικές αρχές.

- Διατηρώ οπτική επαφή με το Κωφό άτομο και όχι με τον/την διερμηνέα
- Ο/Η διερμηνέας είναι επαγγελματίας μεταφοράς μηνυμάτων από μία γλώσσα σε άλλη και ΟΧΙ βοηθός ή γραμματέας
- Ο/Η διερμηνέας δικαιούται να οργανώνει το επικοινωνιακό γεγονός (όχι ταυτόχρονες ομιλίες, πιο αργή ροή, επεξηγήσεις)
- Ο/Η διερμηνέας γνωρίζει ζητήματα κουλτούρας και γλώσσας και μπορεί όταν χρειαστεί να σας ενημερώσει. Όταν είναι εφικτό είναι προτιμότερο οι πληροφορίες να δίνονται από το ίδιο το κωφό/βαρήκοο άτομο.
- Μη δίνεται πληροφορίες στον/στην διερμηνέα για το εκάστοτε περιστατικό απουσία του κωφού/βαρήκοου ατόμου. Αν και οι διερμηνείς δεσμεύονται από τον κώδικά τους για εχεμύθεια δε χρειάζεται να τους παρουσιάζονται πληροφορίες και λεπτομέρειες που δεν αφορούν τη διερμηνεία. Έτσι προστατεύονται τα δεδομένα του ατόμου με ακουστική βλάβη.



Σημαντικοί φορείς

Σημαντικοί φορείς στους οποίους μπορώ να ανατρέξω για συμβουλές ή σε περίπτωση ανάγκης είναι:

- 1) Ομοσπονδία Κωφών Ελλάδος (διαθέτει πρόγραμμα διερμηνείας)
- 2) Εθνικό Ίδρυμα Κωφών (διαθέτει πρόγραμμα διερμηνείας και εξ' αποστάσεως διερμηνεία IRIS)
- 3) Σωματείο Διερμηνέων Ελληνικής Νοηματικής Γλώσσας

Είναι θεμιτό να ανατρέχουμε στους φορείς τόσο για άντληση πληροφοριών όσο και για ενημέρωση πιθανών δράσεων που οργανώνουμε, ώστε να κοινοποιείται και στους άμεσα ενδιαφερόμενους.

Covid-19 και ακουστική βλάβη

Η πανδημία του τελευταίου έτους έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις ζωές όλων μας. Βασικοί κανόνες και μέτρα που θέσπισαν στο πλαίσιο αντιμετώπισης της πανδημίας είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην πρόσβαση ατόμων με ακουστική βλάβη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η χρήση χειρουργικής μάσκας, η οποία εμποδίζει τη χειλεανάγνωση. Οι οργανισμοί των κωφών ατόμων διεκδίκησαν πρακτικές οι οποίες σέβονται την ανάγκη για προστασία από την πανδημία αλλά ταυτόχρονα είναι και φιλικές προς την επικοινωνία. Παραδείγματα καλών πρακτικών εν μέσω πανδημίας είναι:

- χρήση μάσκας με διαφάνεια αντί για χειρουργική μάσκα
- χρήση προσωπίδας
- γυάλινο κισσέ
- χρήση τηλεδιερμηνείας όταν είναι εφικτό
- αύξηση επιτρεπόμενου αριθμού παρευρισκομένων (ο διερμηνέας δε μπορεί να θεωρείται συνοδός αλλά απαραίτητος παρευρισκόμενος για την επικοινωνία και δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τον υπολογισμό ατόμων που δικαιούνται να συνοδεύουν το κωφό/βαρήκοο άτομο)



Τυφλοκώφωση

Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ύπαρξη διπλής αισθητηριακής βλάβης και στο όργανο της ακοής, αλλά και στο όργανο της όρασης. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας η βλάβη αυτή αφορά το 0,2 έως 2% του παγκόσμιου πληθυσμού. Είναι σημαντικό κατά την επαφή μας με τυφλόκωφα άτομα να διευκρινίσουμε αν κάποιο από τα δύο αισθητηριακά όργανα έχει πιο αυξημένη λειτουργικότητα, ώστε να βασιστούμε σε αυτό για την επικοινωνίας μας. Φυσικά πρέπει να ρωτήσουμε και το ίδιο το άτομο πως επιθυμεί να επικοινωνήσει, καθώς η επικοινωνία και σε αυτή την ομάδα ατόμων ποικίλει.

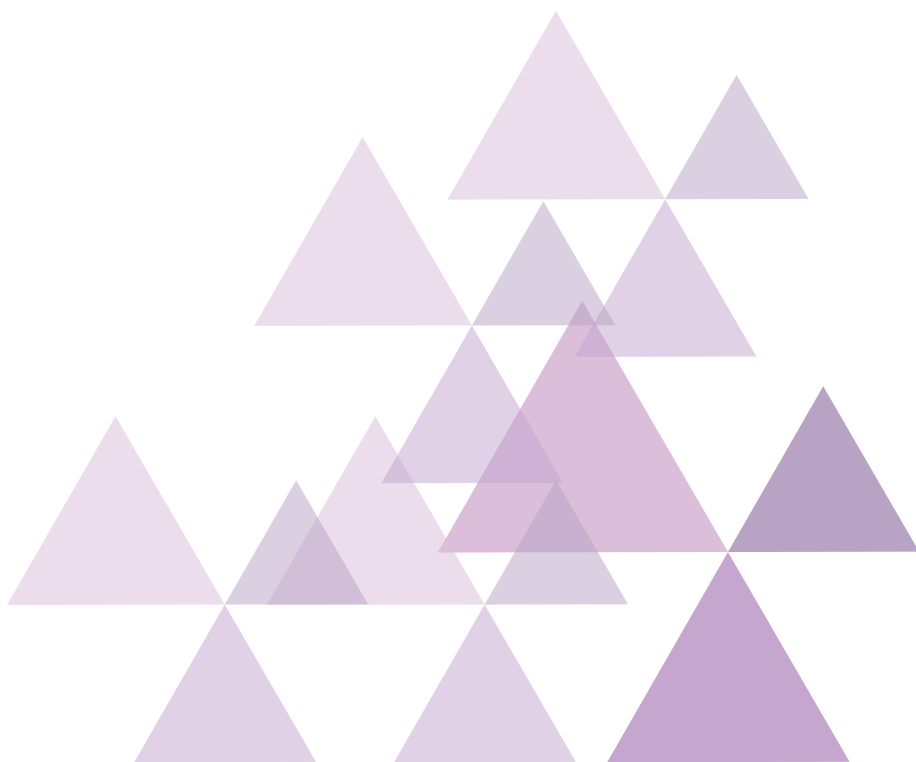
Βασικοί τρόποι επικοινωνίας με τυφλόκωφα άτομα είναι:

- Δακτυλική διερμηνεία (νοηματική γλώσσα, δακτυλικό αλφάβητο ή γραφή κεφαλαίων γραμμάτων στην παλάμη)
- Περιορισμένη νοηματική για άτομα με περιορισμένη όραση
- Χειλεανάγνωση
- Braille ή γραφή
- Tadoma (αφή προσώπου ομιλητή για απτική πρόσληψη λόγου)

Κατά την επικοινωνία με τυφλόκωφα άτομα αξιοποιούνται καλές πρακτικές επικοινωνίας που αφορούν τόσο στην περίπτωση ατόμων με ακουστική βλάβη, όπως παρουσιάστηκαν πιο πάνω, όσο και στην περίπτωση ατόμων με οπτική βλάβη.

Βιβλιογραφία

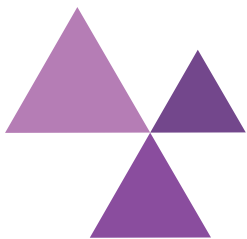
- International Disability Alliance (2018). World Federation of the Deafblind launches Initial Report. Retrieved on 20/5/21 from <https://www.internationaldisabilityalliance.org/wfdb-global-report>
- Israelite, N., Ower, J. & Goldstein G. (2002). Hard-of-Hearing Adolescents and Identity Construction: Influences of School Experiences, Peers and Teachers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 7:2, p.134-148
- Nikolarazi, M. (2007). Analyzing the Concept of Deaf Identity. *Hellenic Journal of Psychology*. 4, p.185-204
- WHO (2021). Deafness and Hearing loss. Retrieved on 15/5/21 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Γιάλλουρος, Ι. (2016). Ομοσπονδία Κωφών Ελλάδας: Χρωματίζοντας τους Ήχους. Συνέντευξη ανακτηθείσα στις 20/5/21 από <https://www.debop.gr/deBlog/mikroi-iroes-tis-polis/omospondia-kofon-elladas-xromatizodas-tous-ixous>
- Λαμπροπούλου, Β. (1998). 2ο Εκπαιδευτικό Πακέτο Επιμόρφωσης Εκπαιδευτικών και Ειδικών Επιστημόνων ΣΜΕΑ Κωφών και Βαρηκόων, Διάγνωση – Αποκατάσταση Βαρηκοΐας. Συμβουλευτική Γονέων και Έγκαιρη Παρέμβαση, Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ. – Υ.Π.Ε.Π.Θ, Πάτρα
- Σαπουντζάκη, Γ. & Γεωργοκωστόπουλος, Χ. (2017). Βασικές αρχές και καλές πρακτικές επικοινωνίας με Κωφούς & Βαρήκοους. Εκδόσεις Παλμός





**Πρόσβαση ατόμων
με κινητική βλάβη
στο σύστημα υγείας**





Πρόσβαση ατόμων με κινητική βλάβη στο σύστημα υγείας

Κινητικές Βλάβες

Οι κινητικές βλάβες κυμαίνονται ανάλογα με τη σοβαρότητα, από τους περιορισμούς αντοχής έως την παράλυση. Το κοινό χαρακτηριστικό είναι ότι επηρεάζεται κάποια πτυχή της λειτουργικότητας ενός ατόμου. Η βλάβη μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή, εκ γενετής ή επίκτητη από ασθένεια ή τραυματισμό.

Μερικοί λόγοι που μπορεί να προκαλέσουν κινητική βλάβη είναι:

- Βλάβη νωτιαίου μυελου, ανάλογα με το επίπεδο της βλάβης επηρεάζεται η λειτουργία του ατόμου
- Ακρωτηριασμός είναι η απώλεια ένα άκρου ή μέρος αυτού που μπορεί να προέλθει από διάφορους λόγους όπως τραυματισμό, καρκίνο, διαβήτη κα.
- Εκγεφαλική Παράλυση αναφέρεται σε μια ομάδα νευρολογικών διαταραχών που εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία ή την πρώιμη παιδική ηλικία και επηρεάζουν μόνιμα την κίνηση του σώματος και τον συντονισμό των μυών.
- Οι νευρομυϊκές διαταραχές περιλαμβάνουν μια ποικιλία καταστάσεων, όπως μυϊκή δυστροφία, σκλήρυνση κατά πλάκας και αταξία, που οδηγούν σε εκφυλισμό και ατροφία του μυϊκού ή νευρικού ιστού.
- Η αρθρίτιδα είναι η φλεγμονή των αρθρώσεων του σώματος, προκαλώντας πόνο, πρήξιμο και δυσκολία στην κινητικότητα.

Τα παραπάνω μπορεί να οδηγήσουν σε:

- μονοπληγία
- ημιπληγία
- παραπληγία
- τετραπληγία
- Ακρωτηριασμούς άνω και κάτω άκρων διάφορων επιπέδων



Εμπόδια, Αποκατάσταση και κοινωνικό Μοντέλο της Αναπηρίας

Οι συνέπειες μετά την απόκτηση μιας κινητικής βλάβης, εκτός από τις σωματικές είναι ποικίλες και επηρεάζουν διάφορες εκφάνσεις της ζωής του ατόμου όπως την απασχόληση, την εκπαίδευση και τη κοινωνική συμμετοχή. (Anderson et al., 2007).¹

Σύμφωνα με αμερικανική έρευνα οι ενήλικες με σοβαρούς περιορισμούς κινητικότητας είναι λιγότερο πιθανό να εξεταστούν για την πίεση του αίματος ή τα επίπεδα χοληστερόλης τους όπως και να ερωτηθούν για συμπεριφορές υγείας, όπως το αλκοόλ και η χρήση καπνού.²

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας ορίζει την «αναπηρία» ως απώλεια ή περιορισμό των ευκαιριών για πλήρη κοινωνική συμμετοχή ή ως «συνέπεια της αποτυχίας της κοινωνικής οργάνωσης», να λάβει υπόψη τις διαφορετικές ανάγκες των αναπήρων και να εξαλείψει τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν, (Oliver, M. 1996).³

Η άρση των εμποδίων που σχετίζονται με την προσβασιμότητα του δομημένου περιβάλλοντος και της κοινωνίας, μπορούν να οδηγήσουν στην επιτυχημένη κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρία. Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2001). Αναγνωρίζει ότι η πλήρης ενσωμάτωση στην κοινωνία είναι και ο απώτερος στόχος της αποκατάστασης.⁴

Σημαντικό κομμάτι της αποκατάστασης είναι και τα βοηθήματα κινητικότητας τα οποία επιτρέπουν στα άτομα με αναπηρίες να επιτύχουν μεγαλύτερη λειτουργικότητα και η πρόσβαση στα βοηθήματα αυτά αποτελεί προϋπόθεση, για την επίτευξη ίσων ευκαιριών, απολαμβάνοντας τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια, (OHE, 1993).⁵

Τα συνηθισμένα παραδείγματα περιλαμβάνουν βακτηρίες, σκελετοί περπατήματος, αναπηρικά αμαξίδια (χειροκίνητα και ηλεκτροκίνητα), σκούτερ, ορθοστάτες, νάρθηκες και προθέσεις.

Υποστηρικτική τεχνολογία μπορεί να οριστεί ως “κάθε είδους εξοπλισμός ή προϊόν, το οποίο αποκτάται εμπορικά, τροποποιημένο ή προσαρμοσμένο και χρησιμοποιείται για την αύξηση, τη διατήρηση ή βελτίωση των λειτουργικών δυνατοτήτων των ατόμων με αναπηρίες” (WHO, 2011).⁶

1 Anderson, D., Dumont, S., Azzaria, L., Bourdais, M.L., and Noreau, L. (2007). Determinants of return to work among spinal cord injury patients: A literature review. J. Vocat. Rehabil. 27, 57–68

2 Kroll T. Jones G., Kehn M., Neri M. (2006) Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry. Health and Social Care in the Community 14(4), 284–293

3 Oliver M. (1996) Defining impairment and disability. In: C. Barnes & G. Mercer (Eds) Exploring the Divide: Illness and Disability. Disability Press, Leeds

4 World Health Organization (2001) “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)” Geneva: WHO.

5 UN (1993). Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. New York, United Nations (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>, accessed 12 October 2011)

6 World Health Organization (2001) “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)” Geneva: WHO.

Βασικά σημεία

Τα κινητικά ανάπηρα άτομα μπορεί έχουν παρόμοια ζωή με εκείνα χωρίς αναπηρίες. Η εξάρτηση δεν συνδέεται απαραίτητα με την κινητική βλάβη.

Προσπαθήστε να αφήσετε τις προκαταλήψεις και τα δικά σας συμπεράσματα σχετικά με την υγεία του ανθρώπου. (Έχει παρατηρηθεί ότι το ιατρικό προσωπικό τείνει να βλέπει τα άτομα με αναπηρίες μόνο μέσω του φακού της «προσωπικής τραγωδίας»).

Τα ανάπηρα άτομα μπορεί να γνωρίζουν καλύτερα τι συμβαίνει στο σώμα τους τις περισσότερες φορές. Σύμφωνα με μελέτες, διαφάνηκε ότι πολλοί νιώθουν ότι θα πρέπει να εκπαιδεύσουν τους γιατρούς τους σε θέματα που αφορούν την υγεία τους. Θα πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ της ενδυνάμωσης και του σεβασμού των γνώσεων που έχει ένας άνθρωπος με αναπηρία για το σώμα του και της ανάθεσης του βάρους της ευθύνης ότι ο ίδιος είναι ο ειδικός για τον εαυτό του.

Δείξτε υπομονή, διαφορετικά ο ασθενής σας μπορεί να μην εξετάσει διεξοδικά μόνο λόγω έλλειψης χρόνου.

- Στον κισσέ των πληροφοριών και όταν γενικά δίνετε οδηγίες, εξετάστε νοητά όλη την διαδρομή που θα πρέπει να κάνει το άτομο
- Να εξηγείτε πλήρως την διαδικασία που θα ακολουθήσετε σε σχέση με τις μεταφορές/ μετακινήσεις και το σώμα του/της. Να σταματάτε σε περίπτωση που θελήσει να σας δώσει κάποιες διευκρινήσεις
- Οι κατάλληλες γνώσεις μεταφορών είναι σημαντικές τόσο για την δική σας ασφάλεια όσο και για το άτομο. Συντονιστέτε μαζί του πριν και μετά την μεταφορά. Μείνετε δίπλα στο άτομό μετά την μεταφορά μέχρι να βρει την ισορροπία του
- Να εξηγείτε πλήρως την διαδικασία και το ιατρικό πρωτόκολλο που θα ακολουθήσετε και να έχετε την συγκατάθεση του/της.
- Να θυμάστε ότι η δική σας ασφάλεια μπορεί να εξασφαλίσει και την ασφάλεια του/της ασθενούς
- Μιλήστε με τον ίδιο τρόπο και με κανονικό τόνο φωνής (χωρίς να φωνάζετε ή μιλάτε πιο αργά) όπως θα μιλούσατε σε οποιονδήποτε άλλο.
- Ρωτήστε εάν χρειάζεται βοήθεια. Μην υποθέτετε ότι την χρειάζεται a priori
- Όταν επικοινωνείτε με άτομο με κινητική αναπηρία, που κάθεται σε αναπηρικό αμαξίδιο καθίστε και εσείς ώστε να είστε στο ίδιο επίπεδο ματιών για να υπάρχει κατάλληλη επαφή με τα μάτια.
- Λάβετε υπόψη ότι ο προσωπικός χώρος ενός ατόμου με κινητική αναπηρία περιλαμβάνει το αναπηρικό αμαξίδιο, το σκούτερ, τις βακτηρίες, το μαστούνι, τον περιπατητήρα ή άλλο βοήθημα κινητικότητας. Μην γείρετε ή ακουμπάτε στα βοηθήματα.
- Δώστε το χέρι σας για να χαιρετίσετε
- Μην σπρώξετε ή κινήσετε το βοήθημα (π.χ. αμαξίδιο) ή μην τραβήξετε ένα άτομο για να παρέχετε βοήθεια χωρίς να ρωτήσετε πρώτα.
- Οι άνθρωποι προσαρμόζονται στην αναπηρία με χιλιάδες τρόπους. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους δεν θα πρέπει να συνδέονται με την βλάβη τους.
- Μην σπρώξετε ή κινήσετε το βοήθημα (π.χ. αμαξίδιο) ή μην τραβήξετε ένα άτομο για να παρέχετε βοήθεια χωρίς να ρωτήσετε πρώτα.
- Οι άνθρωποι προσαρμόζονται στην αναπηρία με χιλιάδες τρόπους. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους δεν θα πρέπει να συνδέονται με την βλάβη τους.
- Το αναπηρικό αμαξίδιο είναι μία προέκταση του σώματος ενός ανθρώπου και δεν θα πρέπει να χαρακτηρίζεται ως κάτι που τον κάνει να είναι “περιορισμένος”.

- Απευθυνθείτε απευθείας στο άτομο με κινητική αναπηρία και όχι στο συνοδό
- Μην επιμένετε να παρέχετε βοήθεια. Αν το άτομο επιθυμεί να υποστηριχθεί από τον/την συνοδό του που γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες του αυτό πρέπει να γίνει σεβαστό.
- Όταν βλέπετε κάποιο ανάπηρο άτομο να προσέρχεται σε υπηρεσία υγείας, δεν σημαίνει a priori ότι είναι ο ασθενής, μπορεί απλά να συνοδεύει κάποιο δικό του άτομο.
- Μετακινήστε τα βοηθήματα μόνο μετά από άδεια του ατόμου
- Προετοιμάστε τον απαραίτητο προσβάσιμο εξοπλισμό σας
- Ρωτήστε αν η θερμοκρασία του δωματίου είναι η κατάλληλη για εκείνον/η
- Κάποια άτομα μπορεί να περπατούν ή μπορεί να είναι αδύναμα ή ασταθή στα πόδια τους. Σταθείτε στην αδύναμη πλευρά του ή, αν είναι σε θέση να περπατήσει μόνο του, μπορείτε να σταθείτε ελαφρώς πίσω του
- Σεβαστείτε την ιδιωτικότητα
- ΔΩΣΤΕ ΧΡΟΝΟ

Υπενθύμιση:

Μην ξεχνάτε

- Πάντα να ρωτάτε τον ασθενή τι είδους βοήθεια χρειάζονται
- Δεν μετακινείτε τα βοηθήματα χωρίς συγκατάθεση
- Δεν «αρπάζετε» το αναπηρικό αμαξίδιο και οποιαδήποτε άλλο βοήθημα από μόνοι σας
- Η ασφάλειά σας είναι σημαντική για να μπορέσετε να βοηθήσετε το άτομο
- Πάντα να απευθύνεστε απευθείας στο άτομο
- Ένας/Μια κινητικά ανάπηρος μπορεί να επισκεφθεί το γιατρό για διάφορους λόγους και δεν σχετίζεται αποκλειστικά με την βλάβη του



Επιπτώσεις COVID-19 σε ανθρώπους με σωματική βλάβη

Τα ανάπηρα άτομα ενδέχεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας εάν προσβληθούν από τον ιό. Όχι μόνο είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία κατά μέσο όρο, αλλά είναι πιο πιθανό να έχουν υποκείμενες καταστάσεις υγείας, όπως αναπνευστικές ασθένειες, που αυξάνουν τον κίνδυνο σοβαρής νοσηρότητας και θνησιμότητας εάν προσβληθούν από τον ιό.¹

Τα άτομα με σωματικές αναπηρίες που βασίζονται σε θεραπείες αποκατάστασης μπορεί να έχουν λειτουργικές μειώσεις. Συνεπώς, η τακτική υποστήριξη της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διατηρείται είτε πρόκειται για παροχή φαρμάκων, υποστήριξη ψυχικής υγείας, είτε για συνεχή φυσιοθεραπεία ή εργοθεραπεία (σε απόσταση). Υπάρχουν παραδείγματα επαγγελματιών στον τομέα της υγείας που παρέχουν διαδικτυακές συνεδρίες όπως στην Κίνα όπου παρέχονται διαδικτυακές υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της επιδημίας.

Τα προληπτικά μέτρα, όπως η κοινωνική αποστασιοποίηση ή η απομόνωση, είναι συχνά πιο δύσκολα για τους αναπήρους. Για παράδειγμα, η καραντίνα είναι αδύνατη εάν κάποιος βασίζεται σε προσωπικούς βοηθούς στην καθημερινή ζωή. Απαιτείται συνέχιση της προσωπικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων κατά τη διάρκεια των lockdowns ή της καραντίνας. Άτομα των οποίων οι φροντιστές είναι άρρωστοι ή αυτοαπομονωμένοι χρειάζονται υποστήριξη είτε από ιδιωτικά γραφεία, είτε από κοινωνικές υπηρεσίες και οικογενειακό/φιλικό δίκτυο.²

Στην βιβλιογραφική έρευνα των Audrey Lebrasseur et al (2021) φάνηκε ότι τα αποτελέσματα των επιλεγμένων μελετών περιλάμβαναν κυρίως περιβαλλοντικά εμπόδια, ειδικά όσον αφορά τις υπηρεσίες, τα συστήματα και τις πολιτικές. Τέσσερα από τα έντεκα αποτελέσματα των μελετών αφορούσαν αποκλειστικά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και τέσσερα άλλα περιλάμβαναν ερωτήσεις σχετικά με αυτό. Παραδείγματα εμποδίων που σχετίζονται με υπηρεσίες, ήταν η διακοπή κατ'οίκον φυσιοθεραπείας, ανεπαρκή ασθενοφόρα και μέσα μαζικής μεταφοράς για να πάει κάποιος στο νοσοκομείο, δυσκολία εύρεσης φαρμάκων και αλλαγές στη συνήθη περίθαλψη. Οι συγγραφείς εκφράζουν την ανησυχία ότι ο φόβος στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ενδεχομένως να επιφέρει πολύ σοβαρά μακροχρόνια προβλήματα, επειδή οι άνθρωποι μπορεί να μην έχουν λαμβάνουν τις απαιτούμενες ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες αποκατάστασης.³

Αναφέρθηκαν επίσης σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές. Όσον αφορά τις ψυχικές λειτουργίες, αναφέρθηκαν συναισθηματικές και λειτουργίες προσωπικότητας, διαταραχές συμπεριφοράς (ερεθιστικότητα, επιθέσεις θυμού), συχνές αλλαγές στη διάθεση διαταραχές και επιδείνωση του ύπνου. Επίσης επισημάνθηκε ο φόβος των ασθενών και των οικογενειών να επισκεφτούν νοσοκομείο. Για τις δομές του νευρικού συστήματος, παρατηρήθηκε υποκειμενική επιδείνωση της νευρολογικής κατάστασης.

1 Tom Shakespeare T., Ndagire F., Seketi Q.E (2021) Triple jeopardy: disabled people and the COVID-19 pandemic, The Lancet Vol. 397, Issue 10282, (1331-1333)

2 Guidelines on the rights of people with disability in health and disability care during COVID-19 (2020) Australian Human Rights Commission

3 Audrey Lebrasseur A., Fortin-Bédard N., Lettre J, Bussi res E, Best K, Boucher N, Hotton M, Beaulieu-Bonneau S, Mercier C, Lamontagne M, Routhier F (2021) Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: A rapid review, Disability and Health Journal Jan;14(1):101014

Καθαρισμός βοηθημάτων

Επειδή οι χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων τείνουν να κάθονται χαμηλότερα από τα περισσότερα άτομα που στέκονται, είναι εύκολο να φύγουν σταγονίδια του σάλιου. Πολλοί επαγγελματίες του ιατρικού τομέα συστήνουν σχεδόν 2 μέτρα απόσταση για να μειωθεί αυτός ο κίνδυνος.

Ο καθαρισμός των επιφανειών του αμαξιδίου είναι σημαντική πρακτική. Οι χειρολαβές και τα ελαστικά είναι συμπαγείς επιφάνειες και μπορούν δυνητικά να μεταφέρουν τον ιό. Μπορείτε με δύο πανιά ή χαρτοπετσέτες βρεγμένες με λίγο αντιβακτηριακό σαπούνι και σπρώξετε το αμαξίδιο σύροντας τα πανιά στα στεφάνια, το ίδιο μπορεί να γίνει και με τους τροχούς. Σκουπίστε επίσης τις άλλες επιφάνειες οι οποίες αγγίζονται τακτικά συμπεριλαμβανομένων των φρένων, του πλαισίου μπροστά από το μαξιλάρι, στηριγμάτων βραχίονα, λαβές ώθησης ή αφαιρούμενα στηρίγματα ποδιών.

Εάν είναι ηλεκτροκίνητο αμαξίδιο απολυμάνετε το χειριστήριο, τις μπαταρίες, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Ακόμα, άλλες βοηθητικές συσκευές, όπως περιπατητές, βακτηρίες, μπαστούνια, θα πρέπει να σκουπίζονται και να απολυμαίνονται τακτικά με αντιβακτηριακά προϊόντα.

Ακόμα, πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν αναπνευστικές συσκευές και μπορεί να βασίζονται σε αυτές. Θα πρέπει να ακολουθούνται αυστηρές οδηγίες για τον καθαρισμό και τη χρήση αυτών των συσκευών όπως:

- Καθαρίστε και απολυμάνετε τον ιατρικό εξοπλισμό σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.
- Αλλάξτε φίλτρα, όπως προτείνεται από τις οδηγίες του κατασκευαστή.
- Πλύνετε τα χέρια σας πριν και μετά την εργασία με τον αναπνευστήρα ή το άτομο.
- Θυμηθείτε ότι πολλά πλαστικά θα μπορούν να έχουν πρόβλημα με καθαριστικά που περιέχουν λευκαντικό.¹

Δυνατότητες συνεχιζόμενης μάθησης

Είναι χρήσιμο για τους επαγγελματίες υγείας να έχουν την ευκαιρία να κατανοήσουν το νόημα της υποστήριξης για άτομα με κινητικές βλάβες. Αυτό μπορεί να γίνει με τη συμμετοχή και την αλληλεπίδραση με σωματεία και συλλόγους ατόμων με κινητικές βλάβες. Επιπλέον, υπάρχουν μεγάλοι οργανισμοί στο εξωτερικό των οποίων οι ιστότοποι παρέχουν πολλές πληροφορίες π.χ.

<https://www.spinal.co.uk/>

<http://amputationfoundation.org>

<https://asia-spinalinjury.org/>

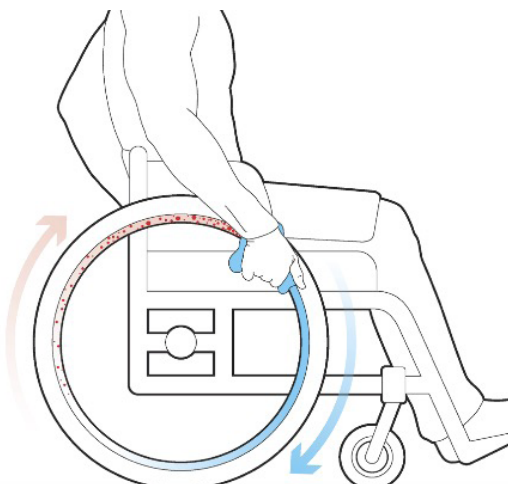
<https://www.mda.org>

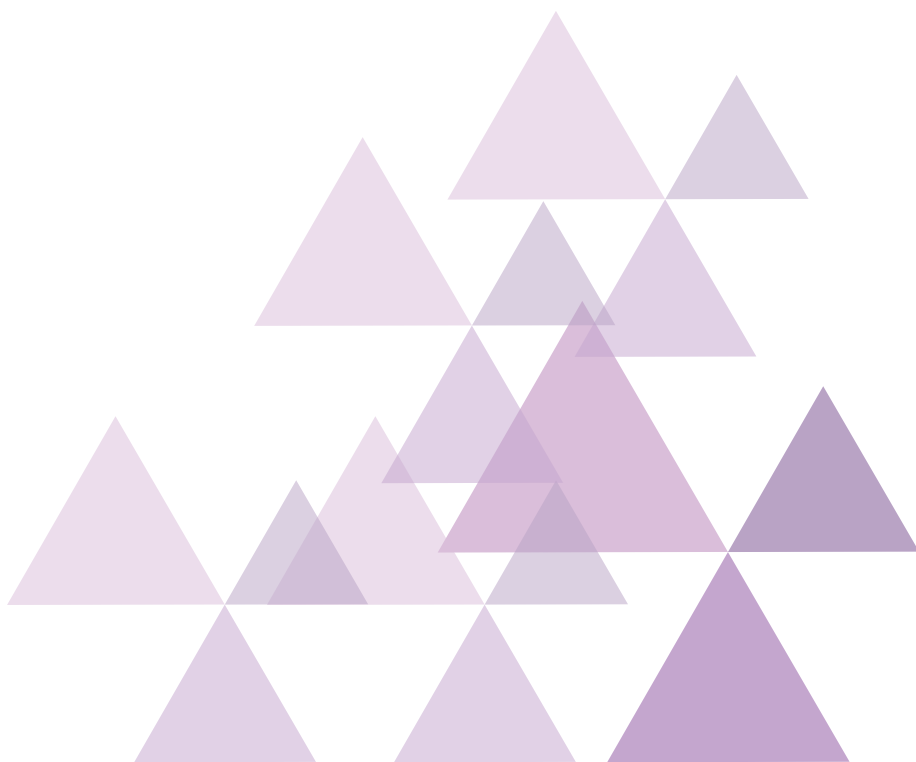
<https://www.mssociety.org.uk/>

<https://www.eps-ath.gr/>

<https://www.amputee-coalition.org/>

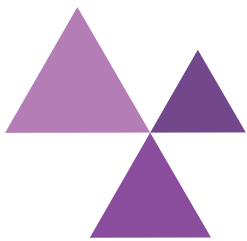
¹ Axelson P. (2020), Wheelchair and Assistive Technology Users ATTENTION: PRECAUTIONS for COVID-19, at <https://www.beneficialdesigns.com/>





Προσβασιμότητα





Εισαγωγή στην έννοια της προσβασιμότητας

Τα ανθρώπινα όντα διαφέρουν σε ηλικία, μέγεθος, ικανότητες, ταλέντα και προτιμήσεις. Διαφορές στην όραση, την ακοή και την ομιλία, τις λειτουργίες του σώματος, την κινητικότητα μπορεί να επηρεάσουν τη χρηστικότητα των προϊόντων, των υπηρεσιών και των χώρων.

Δυστυχώς, τα δομημένα περιβάλλοντα, τα συστήματα μεταφοράς και τα μέσα πληροφόρησης συχνά δεν λαμβάνουν υπόψη τα παραπάνω. Η έλλειψη πρόσβασης στις μεταφορές μπορεί να αποτελεί σημαντικό εμπόδιο για ένα άτομο στην προσπάθειά του να αποκτήσει πρόσβαση σε υποδομή παροχής υγείας. Οι ίδιες οι υποδομές ενδέχεται να είναι απροσπέλαστες ενώ και η έλλειψη πρόσβασης στην πληροφόρηση μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο, ιδιαίτερα για άτομα με αισθητηριακές αναπηρίες.

Όλα τα παραπάνω δημιουργήσαν την ανάγκη για τον ορισμό των εννοιών «Άτομα με περιορισμένη κινητικότητα» και «Προσβασιμότητα». Στις ελληνικές προδιαγραφές προσβασιμότητας («Σχεδιάζοντας για όλους»), ως άτομα με περιορισμένη κινητικότητα θεωρούνται τα άτομα με αναπηρία, καθώς και τα άτομα με μειωμένες ικανότητες, δηλαδή άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, οι έγκυες γυναίκες, οι έφηβοι, τα άτομα με ασυνήθιστες διαστάσεις σώματος, τα άτομα που είναι εθισμένα σε επιβλαβή ουσίες, εκείνοι που χρησιμοποιούν ή οδηγούν οποιονδήποτε τύπο αμαξιδίου, εκείνοι που μεταφέρουν βάρη. Σύμφωνα με τον Νέο Οικοδομικό Κανονισμό (ΦΕΚ 79 / Α ' / 9-4-2012), η προσβασιμότητα είναι το χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος που επιτρέπει σε όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή άλλα χαρακτηριστικά όπως το μέγεθος, η δύναμη, η εθνικότητα, να έχουν πρόσβαση σε αυτό και να προσεγγίζουν και να χρησιμοποιούν όλες τις υποδομές και υπηρεσίες αυτόνομα, με ασφάλεια και άνεση.

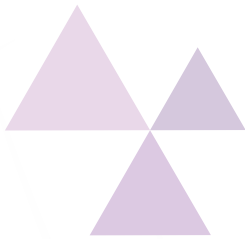
Απάντηση στις προαναφερθείσες ανάγκες κλήθηκε να δώσει ο «Σχεδιασμός για όλους» ή καθολικός σχεδιασμός. Το Κέντρο Καθολικού Σχεδιασμού στο Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας ορίζει τον καθολικό σχεδιασμό ως τον «σχεδιασμό προϊόντων και περιβαλλόντων που μπορούν να χρησιμοποιηθεί από όλους τους ανθρώπους, στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, χωρίς την ανάγκη προσαρμογής ή εξειδικευμένου σχεδιασμού».¹

Για τον σκοπό αυτόν έχουν αναπτυχθεί οι αρχές του καθολικού σχεδιασμού που είναι: (1) δίκαιη χρήση, (2) ευελιξία στη χρήση, (3) απλή και διαισθητική σχεδίαση, (4) αντιληπτές πληροφορίες, (5) ανοχή για λάθη, (6) χαμηλή φυσική προσπάθεια , και (7) μέγεθος και χώρος για προσέγγιση και χρήση.

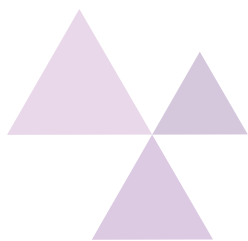
¹ The Center for Universal Design (1997). The Principles of Universal Design, Version 2.0. Raleigh, NC: North Carolina State University.

- Η αρχή της ίσης χρήσης στοχεύει στην επίτευξη σχεδίων που είναι «χρήσιμα και εμπορεύσιμα για άτομα με διαφορετικές ικανότητες».
- Η αρχή της ευελιξίας στη χρήση αναφέρεται στο σχεδιασμό που «φιλοξενεί ένα ευρύ φάσμα ατομικών προτιμήσεων και ικανοτήτων».
- Η απλή και διαισθητική αρχή υποδηλώνει ότι «η χρήση του σχεδιασμού είναι κατανοητή ανεξάρτητα από την εμπειρία, τη γνώση, τις γλωσσικές δεξιότητες ή τα τρέχοντα επίπεδα συγκέντρωσης του χρήστη».
- Η αρχή της αντιληπτής πληροφόρησης ορίζεται ως «σχέδια που επικοινωνούν αποτελεσματικά τις απαραίτητες πληροφορίες στον χρήστη ανεξάρτητα από τις συνθήκες περιβάλλοντος ή τις αισθητηριακές ικανότητες του χρήστη».
- Η αρχή της ανοχής για λάθη αναφέρεται σε σχεδιασμό που «ελαχιστοποιεί τους κινδύνους και τις αρνητικές συνέπειες τυχαίων ή ακούσιων ενεργειών».
- Η αρχή της χαμηλής σωματικής προσπάθειας ορίζει σχέδια που μπορούν να «χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά και άνετα και με ελάχιστη κόπωση».
- Αρχή μεγέθους και χώρου για προσέγγιση και χρήση σημαίνει ότι «παρέχεται κατάλληλο μέγεθος και χώρο για προσέγγιση, προσέγγιση, χειρισμό και χρήση ανεξάρτητα από την κινητικότητα, τη στάση του σώματος ή το μέγεθος του σώματος του χρήστη».

Ενώ αυτές οι αρχές είναι σημαντικές για τον καθορισμό συγκεκριμένα του «σχεδιασμού για όλες τις έννοιες», πρέπει να σημειωθεί ότι όλες οι αρχές ενδέχεται να μην ισχύουν για όλα τα σχέδια και μπορεί να χρειάζονται τροποποιήσεις με βάση τα συμφραζόμενα. Παρ' όλα αυτά, παρέχουν καθοδήγηση για τη δημιουργία περιβάλλοντος και προϊόντων που καλωσορίζουν όλους τους χρήστες. και ο κύριος στόχος στο σχεδιασμό για όλους θα πρέπει να είναι η συμπερίληψη όλων των ανθρώπων με καλά, δίκαια και προσιτά σχέδια.



Εξοπλισμός και σήμανση σε κλιμακοστάσιο



Βασικές ανάγκες διαφόρων ομάδων ατόμων με αναπηρία

Η ακόλουθη παράγραφος περιγράφει ορισμένες βασικές ανάγκες των ασθενών με αναπηρία ώστε να εξασφαλίσουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Εστιάζουμε σε τρεις μεγάλες ομάδες ατόμων με αναπηρία:

- Άτομα με κινητική αναπηρία
- Άτομα με βλάβη όρασης
- Άτομα με βλάβη ακοής

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι προαναφερθείσες ομάδες προφανώς δεν αποτελούν το πλήρες φάσμα των ατόμων με αναπηρία και ότι, ακόμη και εντός αυτών των ομάδων, οι ανάγκες των ατόμων μπορεί να διαφέρουν. Ωστόσο, οι ανάγκες που περιγράφονται παρέχουν μια σαφή εικόνα της απαίτησης στο σχεδιασμό της υποδομής.

Κινητική βλάβη

- Διαδρομές με επαρκές πλάτος, χωρίς εμπόδια
- Γεφύρωση υψομετρικών διαφορών, ράμπες
- Ανελκυστήρες που να εξυπηρετούν όλους τους ορόφους με κατάλληλες διαστάσεις, εξοπλισμό και σήμανση,
- Πόρτες με επαρκές πλάτος
- Εξοπλισμός που απαιτεί μικρή μυϊκή δύναμη,
- Χειρολισθήρες κατάλληλου σχεδιασμού σε ράμπες και κλιμακοστάσια
- Ομαλές και ανθεκτικές επιφάνειες
- Ανάπτυξη σχεδίου εκκένωσης
- Προσβάσιμοι χώροι υγιεινής
- Κατάλληλη σήμανση

Οπτική βλάβη

- Απλός και λογικός σχεδιασμός
- Έλλειψη εμποδίων σε ύψος μικρότερο από 2,20 m. χωρίς προβολή στο πάτωμα,
- Οδηγοί όδευσης τυφλών αφής, όπου απαιτείται,
- Χρήση αντίθεσης χρώματος,
- Υψηλό επίπεδο φωτισμού που δεν δημιουργεί αντανακλάσεις
- Ηχητική και προσβάσιμη σήμανση,
- Χρήση κιγκλιδωμάτων.

Ακουστική βλάβη

- Χρήση νοηματικής γλώσσας και ανάγνωσης χειλιών
- Εγκαταστάσεις ενίσχυσης ήχου συμβατές με προσωπικά βοηθήματα
- Καλή ακουστική
- Ελαχιστοποίηση του γενικού θορύβου
- Δυνατότητα χρήσης προσωπικών ακουστικών βαρηκοΐας
- Οπτικές πληροφορίες, καθαρή σήμανση
- Καλές συνθήκες φωτισμού που ενθαρρύνουν την ανάγνωση

Βασικές απαιτήσεις προσβασιμότητας στις υποδομές

Οι παρακάτω απαιτήσεις ανταποκρίνονται στις ελληνικές προδιαγραφές «Σχεδιάζοντας για όλους»

Διαμόρφωση εξωτερικών χώρων για κίνηση πεζών

Το ελάχιστο πλάτος πεζοδρομίου ορίζεται ως 2,05 m, στα οποία περιλαμβάνονται 0,20 m για αρχιτεκτονικές προεξοχές, 1,50 m για ελεύθερη ζώνη όδευσης και 0,35 m για σήμανση.

Η ελεύθερη ζώνη όδευσης ορίζεται ως το ελάχιστο απαιτούμενο πλάτος, που χρησιμοποιείται για τη συνεχή, ασφαλή και ανεμπόδιστη κίνηση για κάθε κατηγορία χρηστών. Το ελάχιστο πλάτος της ελεύθερης ζώνης για πεζούς ορίζεται ως 1,50m, το οποίο είναι το ελάχιστο που απαιτείται για άνετη συνάντηση ενός πεζού με έναν χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Το ελάχιστο ύψος στην ελεύθερη ζώνη όδευσης για την ομαλή κίνηση των πεζών ισούται με 2,20μ. Ο οδηγός όδευσης τυφλών είναι μια λωρίδα πλακιδίων πεζοδρομίου διαφορετικής υφής και χρώματος, που στοχεύει στην καθοδήγηση και την ασφαλή κίνηση ατόμων με οπτικές αναπηρίες. Είναι εγκατεστημένος σε απόσταση 0,50 m τουλάχιστον από την οικοδομική γραμμή, με πλάτος 0,30 έως 0,40m.

Τα στοιχεία του αστικού εξοπλισμού, όπως γραματοκιβώτια, δοχεία απορριμμάτων, τηλεφωνικοί θάλαμοι κ.λπ. πρέπει να είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να είναι εύκολα ανιχνεύσιμα από χρήστες λευκού μπαστουινιού. Τα λειτουργικά μέρη τους πρέπει να τοποθετηθούν μεταξύ 0,90 και 1,20 m από το έδαφος. Πρέπει να αποφεύγονται εμπόδια σε ύψος μικρότερο από 2,20 m, εντός ή εκτός της ελεύθερης ζώνης όδευσης. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να προβάλλονται στο έδαφος με τρόπο που να ανιχνεύεται από τους χρήστες λευκού μπαστουινιού. Οι ράμπες πεζοδρομίων πρέπει να έχουν καθαρό πλάτος τουλάχιστον 1,50m. ευρεία και να επισημαίνονται με απτικά πλακίδια. Η επιθυμητή κλίση τους ορίζεται στον παρακάτω πίνακα.

Χαρακτηριστικά ράμπας πεζοδρομίου

Ύψος ρείθρου πεζοδρομίου (m)	Κλίση ράμπας		Απαιτούμενο μήκος	
	Επιθυμητό (%)	Μέγιστο (%)	Επιθυμητό (m)	Ελάχιστο (m)
0,00 – 0,07	5 (1:20)	8 (1:12)	1,40	0,84
0,071 – 0,10	5 (1:20)	8 (1:12)	2,00	1,20
0,101 – 0,12	5 (1:20)	8 (1:12)	2,40	1,42
0,121 – 0,15	5 (1:20)	8 (1:12)	3,00	2,20
0,151 και πάνω	5 (1:20)	8 (1:12)		

Προσβάσιμες θέσεις στάθμευσης

Οι προσβάσιμες θέσεις στάθμευσης σχεδιάζονται με διαστάσεις μεγαλύτερες από το συνηθισμένο (περίπου 3,50X5,00μ).

Πρέπει να αποφεύγονται προσβάσιμες θέσεις στάθμευσης παράλληλα με το πεζοδρόμιο. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό, τότε το μήκος αυτών των χώρων δεν πρέπει να είναι μικρότερο από 6,00 μέτρα, ώστε να είναι δυνατό για ένα άτομο να περάσει ανάμεσα σε δύο σταθμευμένα - ένα πίσω από το άλλο - αυτοκίνητα.

Οι χώροι στάθμευσης πρέπει να βρίσκονται στη συντομότερη δυνατή απόσταση από τις εισόδους του κτηρίου - εάν είναι δυνατόν λιγότερο από 50 μέτρα. Το ποσοστό χώρων στάθμευσης είναι κατ'ελάχιστο 5% του συνολικού προβλεπόμενου χώρου (τουλάχιστον μία θέση σε μικρές θέσεις στάθμευσης).

Είσοδοι

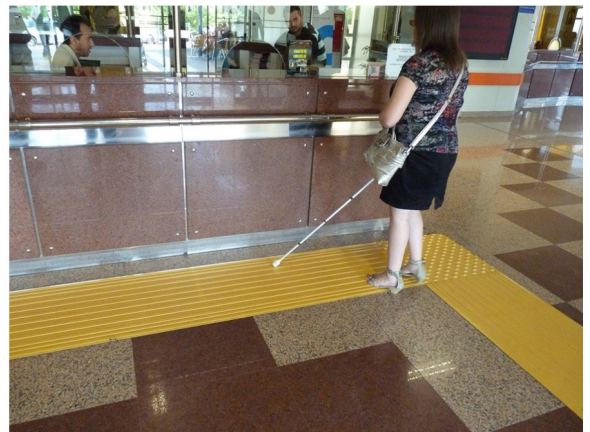
Τουλάχιστον η κύρια είσοδος των κτιρίων που χρησιμοποιούνται από το κοινό καθώς και οι εισόδους που χρησιμοποιεί το κοινό για είσοδο στα κτίρια από υπόγειους χώρους στάθμευσης - εάν παρέχονται - πρέπει να είναι προσβάσιμοι. Η είσοδος στο κτίριο πρέπει να γίνεται μέσω αυτόματης συρόμενης πόρτας. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν απλές πόρτες καθαρού πλάτους 1,20m. Τα κατώφλια πρέπει να αποφεύγονται, καθώς και οποιοδήποτε άλλο στοιχείο που προεξέχει ή βυθίζεται στο πάτωμα πάνω από 2 εκατοστά.

Οριζόντια κυκλοφορία

Όλοι οι δημόσιοι χώροι πρέπει να είναι προσβάσιμοι σε όλους τους χρήστες.

Οι απαραίτητες προϋποθέσεις για αυτό είναι:

- ύπαρξη διαδρόμων καθαρού πλάτους τουλάχιστον 1,50 m
- παρουσία θυρών πλάτους 0,90μ
- ύπαρξη χώρων χωρίς εμπόδια, διαμέτρου 1,50m, για περιστροφή χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων.
- παροχή ελεύθερων χώρων, ελάχιστων διαστάσεων 0,80 * 1,30m, για χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων
- αποφυγή υψομετρικών διαφορών ή καλύψή τους με ράμπες με μέγιστη κλίση 5% ή μηχανική συσκευή
- κατασκευή αντιολισθητικών, ομοιογενών, σταθερών δαπέδων που καθαρίζονται εύκολα, χωρίς αρμούς δαπέδου που μπορούν να δημιουργήσουν δονήσεις στην κίνηση των χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων, χωρίς κατώφλια ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο που μπορεί να προεξέχει ή να βυθιστεί στο δάπεδο άνω των 2 εκατοστών
- ύπαρξη τουλάχιστον μιας προσβάσιμης τουαλέτας ανά όροφο.



Εφαρμογή οδηγού όδευσης τυφλών σε νοσοκομείο

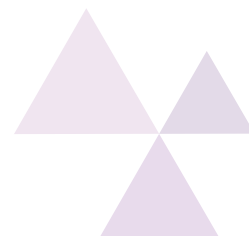
Ράμπες

Οι προσβάσιμες θέσεις στάθμευσης σχεδιάζονται με διαστάσεις μεγαλύτερες. Η κλίση μιας ράμπας είναι το κύριο χαρακτηριστικό της και καθορίζει την άνετη και ασφαλή χρήση της. Κυμαίνεται από 0% - το ιδανικό - και μπορεί να φτάσει το 10% ανάλογα με το μήκος και τη χρήση της.

Χαρακτηριστικά ράμπας πεζοδρομίου

	Υψομετρική διαφορά (μ)	Τρόπος γεφύρωσης	Μέγιστη κλίση	Ελάχιστο μήκος (μ)
1.	0.00-0.02	Μικρή ράμπα	1:1 ή 100%	0.02
2.	0.02-0.04	Μικρή ράμπα	1:2 ή 50%	0.04
3.	0.04-0.10	Ράμπα	1:10 ή 10%	1.00
4.	0.10-0.25	Ράμπα	1:12 ή 8%	3.00
5.	0.25-0.50	Ράμπα	1:16 ή 6%	8.00
6.	0.5m ή περισσότερο	Ράμπα ή μηχανικό μέσο	1:20 ή 5%	10.00. Πάνω από τα 10μ. απαιτείται η κατασκευή πλατύσκαλου 1,5μ.

Το μήκος μιας ράμπας σχετίζεται με την κλίση της, έτσι ώστε ο συνδυασμός αυτών των δύο χαρακτηριστικών να διασφαλίζει τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια και άνεση για τον χρήστη. Όταν το μήκος της ράμπας είναι πάνω από 10.00m, απαιτείται κατασκευή πλατύσκαλου ελάχιστου μήκους 1,50 m και πλάτους που δεν θα είναι μικρότερο από το ίδιο το πλάτος της ράμπας. Το προτεινόμενο ελεύθερο πλάτος ράμπας είναι γενικά 1,30μ. Συνιστάται να τοποθετούνται χειρολισθήρες και στις δύο πλευρές της ράμπας σε ύψος 0,90 και 0,70μ από το έδαφος. Οι χειρολισθήρες πρέπει πάντα να προεξέχουν τουλάχιστον 30 cm οριζόντια στην αρχή και στο τέλος μιας ράμπας. Απαιτείται και η κατασκευή περιζώματος ύψους από 5 έως 10 εκατοστά.



Ανελκυστήρες

Ελάχιστες (εσωτερικές) διαστάσεις θαλάμου: 1,10x1,40m. Η είσοδος πρέπει να γίνεται από τη μικρότερη πλευρά (1,10m) του θαλάμου. Αυτές οι διαστάσεις δεν επιτρέπουν σε χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου να περιστρέφεται κατά 180 °, εάν υπάρχει τέτοια απαίτηση, ο θάλαμος πρέπει να έχει διαστάσεις 1,50x1,50m. Εάν η είσοδος και η έξοδος γίνονται υπό γωνία και μέσω δύο θυρών, τότε οι ελάχιστες διαστάσεις είναι 1,40x1,40m.

Το ελάχιστο καθαρό άνοιγμα της πόρτας πρέπει να είναι 0,85 m. Τα κτίρια που χρησιμοποιούνται από το κοινό πρέπει να έχουν αυτόματες συρόμενες πόρτες. Η απόσταση μεταξύ της πόρτας του ανελκυστήρα και του απέναντι τοίχου ή εμποδίου πρέπει να είναι τουλάχιστον 1,50μ. Θα πρέπει να υπάρχει αρκετός χώρος για κίνηση και ελιγμό χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου στα δεξιά ή / και αριστερά της πόρτας.

Όλα τα χειριστήρια πρέπει να τοποθετούνται σε ύψος 0,90-1,20 m από το δάπεδο. Πρέπει να έχουν χρωματική αντίθεση με το φόντο τους και να τοποθετείται με λογικό, τυποποιημένο τρόπο. Όταν οι ανελκυστήρες είναι εγκατεστημένοι σε κτίρια που χρησιμοποιούνται από το ευρύ κοινό, πρέπει να παρέχονται οι ακόλουθες ενδείξεις σχετικά με τις κινήσεις του ανελκυστήρα:

Έξω από την καμπίνα

- Ανελκυστήρας έρχεται
- Βέλη κατεύθυνσης
- Ηχητικά σήματα άφιξης καμπίνας

Μέσα στην καμπίνα

- Ένδειξη ορόφου (και ηχητική)
- Βέλη κατεύθυνσης
- Ηχητικά σήματα άφιξης καμπίνας

Σήμανση

Όταν τοποθετούνται σε επαφή και παράλληλα με τους τοίχους, οι πινακίδες πρέπει να βρίσκονται σε ύψος 1,40m - 1,60m. Όταν υποδεικνύουν μια υπηρεσία (π.χ. WC, γραφείο, χώρος αναμονής κ.λπ.) πρέπει να τοποθετούνται δίπλα και όχι πάνω στην πόρτα, στην πλευρά που βρίσκεται η λαβή της.

Όταν τοποθετούνται μέσα σε κτίρια και αιωρούνται από την οροφή, το κάτω άκρο τους πρέπει να είναι στα 2,20μ.

Προσβάσιμα εξεταστήρια

Ένα προσβάσιμο εξεταστήριο διαθέτει χαρακτηριστικά που επιτρέπουν σε ασθενείς με αναπηρία να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη. Αυτά περιλαμβάνουν:

- Προσβάσιμη διαδρομή από και προς το εξεταστήριο
- Πόρτα εισόδου με επαρκές πλάτος
- Κατάλληλο εξοπλισμό
- Επαρκή χώρο

Έχουν ήδη παρατεθεί οδηγίες για το πλάτος και το υλικό των θυρών. Όσον αφορά τον χώρο του εξεταστηρίου, ένας ασθενής με αναπηρία θα πρέπει να μπορεί να προσεγγίζει το εξεταστικό κρεβάτι και όλα τα άλλα στοιχεία του δωματίου. Το εξεταστικό κρεβάτι θα πρέπει να έχει αρκετό καθαρό χώρο στο πάτωμα δίπλα του, έτσι ώστε ένας χρήστης αναπηρικού αμαξιδίου να μπορεί να πλησιάσει για μεταφορά. Καθαρός χώρος τουλάχιστον 80cm. πλάτους και 1,2μ. μήκους πρέπει να είναι διαθέσιμος. Δεδομένου ότι ορισμένα άτομα μπορούν να μεταφερθούν μόνο από τη μία πλευρά, πρέπει να παρέχεται επαρκής χώρος και από τις δύο πλευρές. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό, θα πρέπει να υπάρχει αντίστροφη διάταξη σε άλλο εξεταστήριο.

Το δωμάτιο θα πρέπει επίσης να έχει αρκετό χώρο περιστροφής για άτομα που χρησιμοποιούν αναπηρικά αμαξίδια, δηλαδή καθαρό χώρο διαμέτρου 1,5m. ή σε σχήμα T 1,5 X 1,5μ. Τα κινητά έπιπλα πρέπει να παραμεριστούν, εάν είναι απαραίτητο. Όταν χρησιμοποιείται φορητός ανελκυστήρας ασθενούς, θα χρειαστεί επιπλέον καθαρός χώρος.¹

¹ ADA – Access to medical care for individuals with mobility disabilities



Έδρα αιμοληψίας με σταθερά μπράτσα και περιορισμένο διαθέσιμο χώρο που δυσχεραίνει την πρόσβαση



Προσβάσιμος χώρος υγιεινής



**Strengthening primary Medical
care in IsoLated and deprived
cross-border arEas**

