



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



Πνευμονολογική ΚΛΙΝΙΚΗ
Διευθυντής: Καθηγητής Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης

Διδακτορική Διατριβή

"ΕΡΕΥΝΑ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ "

υπό

ΡΑΛΛΗ Γ. ΤΣΙΟΥΛΑΚΗ

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2015

© 2015 Ράλλης Τσιουλάκης

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (Ν. 5343/32 αρ. 202 παρ. 2).

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

- 1. Κωνσταντίνο Γουργουλιάνη, Καθηγητή Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**
- 2. Θεοδώρα Κερενίδα, Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**
- 3. Γεώργιο Χατζηγεωργίου, Καθηγητή Νευρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**
- 4. Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λάρισας**
- 5. Βασίλειο Αργυρόπουλο, Αναπληρωτή Καθηγητή, Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**
- 6. Χρυσή Χατζόγλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**
- 7. Κωνσταντίνο Μπονώτη, Λέκτορα Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις βαθύτερες των ευχαριστιών μου και την ευγνωμοσύνη μου προς τον Καθηγητή μου, Κωσταντίνο Γουργουλιάνη για την υποστήριξη που μου παρείχε κατά την διάρκεια της έρευνας και της συγγραφής της διδακτορικής διατριβής. Κυρίως όμως, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την ευκαιρία που έδωσε σε ένα άτομο με αναπηρία όρασης, όχι απλά να εκπληρώσει το όνειρο της ζωής του αλλά την δυνατότητα να προσπαθήσει να αποδείξει ότι και τα άτομα με αναπηρία δύνανται να ανταποκριθούν σε απαιτήσεις και προκλήσεις υψηλού επιπέδου όταν τους δοθούν οι ανάλογες ευκαιρίες. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Αναπληρωτή Καθηγητή Νευρολογίας Γεώργιο Χατζηγεωργίου και την Επ. Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Θεοδώρα Κερενίδη, οι οποίοι με τίμησαν με την συμμετοχή τους στην Τριμελή Εξεταστική Επιτροπή της παρούσας διατριβής καθώς και για την επίβλεψή της. Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες και τον σεβασμό μου προς τον πρόωρα εκλιπόντα Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Οδυσσέα Μουζά, ο οποίος με τίμησε αρχικά με την συμμετοχή του στην Τριμελή Εξεταστική Επιτροπή. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέδραμαν και υποστήριξαν την προσπάθειά μου με κάθε τρόπο και κυρίως την κ. Μαρίλυ Χριστοφή, η οποία μου έδειξε τι σημαίνει προσβασιμότητα.

Σε όσους στερήθηκαν,
μα προσπάθησαν,
Ας έχουν το κεφάλι ψηλά
Άνοιξε μια χαραμάδα η Πόρτα

**"ΕΡΕΥΝΑ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ "**

ΡΑΛΛΗΣ ΤΣΙΟΥΛΑΚΗΣ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2015

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. **Δρ. Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης**, Καθηγητής Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας (Επιβλέπων),
2. **Δρ. Γεώργιος Χατζηγεωργίου**, Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
3. **Δρ. Θεοδώρα Κερενίδη**, Επίκουρος Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- 2011 – σήμερα Υποψήφιος διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Θέμα διδακτορικής διατριβής «ΕΡΕΥΝΑ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ»
- 2008 – 2010 Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με βαθμό «Άριστα» (8,98) με υποβληθείσα Διπλωματική Εργασία με τίτλο «ΕΡΕΥΝΑ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΑΝΑΠΗΡΙΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ»
- 1985 – 1989 Πτυχίο από το Τμήμα Κοινωνιολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών, με βαθμό «Άριστα» (9,16)
- 1989 Βράβευση από την Ακαδημία Αθηνών για τις επιδόσεις των σπουδών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

- 10/2002 – 03/2013: Επιθεωρητής Κοινωνικού Τομέα, στο Περιφερειακό Γραφείο Μακεδονίας – Θράκης του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας – Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)
- 1991-2002 Κοινωνιολόγος, Διεύθυνσης Πρόνοιας Ν. Λάρισας

- 1997 – 2002 Κοινωνικός σύμβουλος Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης με αντικείμενο την εποπτεία και τον έλεγχο Ιδιωτικών Βρεφονηπιακών Σταθμών και Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων Ν.Λάρισας
- 1987-1990 Τηλεφωνητής στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Λάρισας

ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ ΣΕ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

- 2004,2005,2006 Μέλος της Επιτροπής του ΕΟΜΜΕΧ στην Θεσσαλία για την Ενίσχυση της Επιχειρηματικότητας των Ατόμων με Αναπηρία
- 2001- 2002 Συμμετοχή σε επιτροπή του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας για την υποβολή προτάσεων που αφορούν στους ηλικιωμένους
- 2000- 2002 Συμμετοχή στην ομάδα υλοποίησης του Πιλοτικού Προγράμματος της Κάρτας Αναπηρίας που εφαρμόστηκε από την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας στην Λάρισα
- 2000 – Σήμερα Συμμετοχή ως εκπρόσωπος της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία, στην επιτροπή του Άρθρου 9 του Ν.2643/98 στην Θεσσαλία
- 2001 – 2015 Συμμετοχή ως εκπρόσωπος της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία, στις Επιτροπές Παρακολούθησης των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων στην Περιφέρεια Θεσσαλίας

ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ ΣΕ ΔΣ

- 04/2010- 02/2011 Συμμετοχή ως Κυβερνητικός Επίτροπος στο ΔΣ του Ιδρύματος Προστασίας Τυφλών, «Ο Ήλιος» Σχολή Τυφλών
- 2013 – 2015 Συμμετοχή ως εκπρόσωπος της Εθνικής Συνομοσπονδίας στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Θεσσαλίας.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

- 2007 Εισήγηση προς την Περιφέρεια Θεσσαλίας και το Υπουργείο Τουρισμού για την ανάπτυξη του προσβάσιμου τουρισμού με θέμα «Προσβάσιμη Τουριστική Περιοχή Αναφοράς»
- 2004 Εισήγηση προς το Υπουργείο Υγείας με θέμα «Οργάνωση και λειτουργία των ΚΕΚΥΚΑμεΑ»
- 2003 Εισήγηση προς το Υπουργείο Υγείας με θέμα: «Θεσμικό Πλαίσιο και λειτουργία του θεσμού του κοινωνικού συμβούλου»
- 2001-2002 Εισήγηση στα πλαίσια Επιτροπής Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας με θέμα: «Αναθεώρηση του Θεσμικού Πλαισίου των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων
- 2005 Εισήγηση στο Υπουργείο Υγείας με θέμα «Περί της λειτουργίας και Ελέγχου Ιδρυμάτων και κληροδοτημάτων»

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΣΕ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ – ΣΥΝΕΔΡΙΑ – ΗΜΕΡΙΔΕΣ

- 11/2014 «Κοινωνική Φροντίδα: Χθες, Σήμερα, Αύριο», Συνέδριο με θέμα
«Κοινωνική Προστασία – Πρόνοια και Άτομα με Αναπηρία: Υπό το πρίσμα
της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία σε
περίοδο οικονομικής κρίσης»
- 11/2012 «Έρευνα της προσβασιμότητας στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
Υγείας (Μ.Π.Φ.Υ.) της Κεντρικής Ελλάδας» Ρ. Τσιουλάκης, Α. Τσιντζας,
Σ. Τσιουλάκη, Κ. Γουργουλιάνης, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Φόρουμ
Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Ιατρικής
- 2011 ΤΕΕ
- 04/2008 «Τοπική Αυτοδιοίκηση: Ένα Βήμα πιο Κοντά στις Ίσες Ευκαιρίες».
Φορέας Υλοποίησης: Ένωση Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων
Ελλάδος
- 03/2008 «Εθνικές Πολιτικές Υποστήριξης των ΑμεΑ», Φορέας υλοποίησης
Δίκτυο Ήφαιστος» Κοινοτικής Πρωτοβουλίας EQUAL.
- 03/2008 «Κοινωνικός Αποκλεισμός των ΑμεΑ και Απασχόληση», Φορέας
διοργάνωσης ΔΕΚΑ Τρικάλων Δίκτυο Ήφαιστος» Κοινοτικής
Πρωτοβουλίας EQUAL.
- 03/2008 «Πρώθηση των Ατόμων με Αναπηρία στην Αγορά Εργασίας &
Καλές Πρακτικές», Φορέας διοργάνωσης ΔΕΚΑ Τρικάλων Δίκτυο
Ήφαιστος» Κοινοτικής Πρωτοβουλίας EQUAL.
- 04/2005 «Σύνδεση Εκπαίδευσης, Κατάρτισης με Απασχόληση Ενίσχυση
Θεσμών Υποστήριξης και Ελέγχου της Αγοράς Εργασίας». Φορέας
Υλοποίησης: Περιφέρεια Θεσσαλίας, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης

- Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΕΥΔΕΠ» Θεσσαλίας 2000 – 2006
- 06/2004 «Πολιτικές Πρόνοιας και Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ευπαθών Ομάδων στην Αυτοδιοίκηση». Φορείς Υλοποίησης: ΚΕΣΥΥ ΝΕΛΕ, ΕΚΑΜΕΑΤ, ΔΕΚΟΜΕΤ Τρικάλων.
- 06/2004 «Προσβασιμότητα στη Σύγχρονη Ευρωπαϊκή Πραγματικότητα. Πρόκληση για την Ελλάδα» στην Ημερίδα «Πολιτικές Πρόνοιας και Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ευπαθών Ομάδων στην Αυτοδιοίκηση». Φορείς Υλοποίησης: ΚΕΣΥΥ ΝΕΛΕ, ΕΚΑΜΕΑΤ, ΔΕΚΟΜΕΤ Τρικάλων.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ

- 2013 – 2015 Αντιπρόεδρος στην Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία
- 2009 – 2015 Μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία – ΕΣΑμεΑ,
- 2005 – 2015 Πρόεδρος Περιφερειακής Ομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία Θεσσαλίας
- 2000- Σήμερα Μέλος του Γενικού Συμβούλιου της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία - ΕΣΑμεΑ

Περίληψη

Με βάση την «κοινωνική προσέγγιση», η αναπηρία δεν θεωρείται ένα χαρακτηριστικό του ατόμου αλλά ένα πλέγμα συνθηκών που αφορούν στην αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος. Ένα περιβάλλον θεωρείται «προσβάσιμο» όταν έχει εκείνα τα στοιχεία, που επιτρέπουν σε όλα τα μέλη της κοινωνίας, χωρίς διακρίσεις φύλου, ηλικίας, σωματικής διάπλασης, δύναμης, αντίληψης και λοιπών χαρακτηριστικών να μπορούν αυτόνομα, με ασφάλεια και με άνεση να προσεγγίσουν και να χρησιμοποιήσουν τις προσφερόμενες υποδομές, υπηρεσίες και αγαθά.

Με δεδομένο το γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρία είναι οι πλέον μόνιμοι και σταθεροί χρήστες των υπηρεσιών υγείας και βρίσκονται σε κατάσταση «ανάγκης και εξάρτησης» από αυτές, τα κτήρια που στεγάζουν Μονάδες και Υπηρεσίες Υγείας θα πρέπει να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη, ασφαλή και αξιοπρεπή πρόσβαση αυτών. Γεγονός που επισημαίνεται και στο άρθρο 25 της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία του ΟΗΕ.

Στην έρευνα αυτή καταγράφηκε το επίπεδο της προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και τις δυνατότητες πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία όλων των κατηγοριών στις κτιριακές υποδομές και υπηρεσίες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ελλάδας. Επίσης, την σύγκριση του επιπέδου προσβασιμότητας μεταξύ των Νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων. Για το λόγο αυτό απεστάλη, μέσω του γραφείου Επιθεωρητών Υγείας – Πρόνοιας, ειδικό ερωτηματολόγιο σε όλες τις σχετικές Μονάδες, και επεστράφησαν συμπληρωμένα 1541 ερωτηματολόγια επί συνόλου 1852 (ποσοστό 83,2%). Η πλειονότητα των υγειονομικών μονάδων στεγάζονταν σε χώρο ιδιοκτησίας του Δημοσίου ή του αντίστοιχου Δήμου, και συνήθως καταλάμβαναν έναν όροφο. Ειδικές θέσεις προσωρινής στάθμευσης κοντά στο κτήριο για αυτοκίνητο ατόμου με αναπηρία διέθεταν το ένα πέμπτο των Μονάδων (τα Νοσοκομεία, περίπου τα μισά Κέντρα Υγείας και το ένα δέκατο των Περιφερειακών Ιατρείων). Και από αυτές περίπου οι μισές δεν είχαν ειδική σήμανση ενώ η πλειονότητά τους εξυπηρετούνταν από λεία και σταθερή διαδρομή μέχρι την είσοδο. Ράμπες μεταξύ θέσης ειδικής στάθμευσης και πεζοδρομίου υπήρχαν στα τρία πέμπτα των κτηρίων, ενώ οδηγίοί όδευσης τυφλών έξω από το κτήριο υπήρχαν μόνο σε τέσσερα Νοσοκομεία, ένα Κέντρο Υγείας και τρία Περιφερειακά Ιατρεία.

Στα μισά περίπου κτήρια η είσοδος ήταν γενικά προσβάσιμη όντας στο επίπεδο του εδάφους ή καλυπτόμενη με ράμπα, αν και στην συντριπτική πλειοψηφία δεν υπήρχε ειδική σήμανση που να κατευθύνει τα ΑμεΑ προς την συγκεκριμένη είσοδο. Σε ένα ποσοστό των κτηρίων, κυρίως Περιφερειακά Ιατρεία η πόρτα εισόδου ήταν στενή (μικρότερο των 90cm), ενώ στο ένα τρίτο περίπου των Κέντρων Υγείας και των Νοσοκομείων οι γυάλινες πόρτες εισόδου δεν είχαν σήμανση ώστε να είναι ευδιάκριτες από άτομα με προβλήματα όρασης. Ακόμα και στην οριζόντια κυκλοφορία μέσα στο κτήριο καταγράφηκαν εμπόδια, αφού σε αριθμό Μονάδων υπήρχε υψομετρική διαφορά μεταξύ εισόδου και χώρων εξυπηρέτησης κοινού, που δεν καλύπτονταν από ράμπα, ενώ σε άλλες Μονάδες κυρίως Περιφερειακά Ιατρεία, είτε οι διάδρομοι είτε οι εσωτερικές πόρτες ήταν στενές (μικρότερες των 90 cm), ενώ τέσσερις Μονάδες διέθεταν οδηγό όδευσης τυφλών στους εσωτερικούς διαδρόμους. Σε ότι αφορά την κατακόρυφη κυκλοφορία από τις 136 Μονάδες που εξυπηρετούνταν από ανελκυστήρα περίπου το ένα δέκατο διέθεταν πόρτες μικρότερες των 90 cm ενώ τα τρία τέταρτα δεν διέθεταν κουμπιά με σήμανση Braille ενώ περίπου το ένα τρίτο των Νοσοκομείων διέθεταν αντιολισθητικές λωρίδες έντονης χρωματικής αντίθεσης λίγο πριν την ακμή των σκαλοπατιών στα κλιμακοστάσια.

Κοινόχρηστες τουαλέτες διέθεταν τα τέσσερα πέμπτα των Μονάδων αλλά μόνο το ένα πέμπτο διέθετε προσβάσιμη τουαλέτα σε άτομο με αναπηρικό αμαξίδιο (περίπου το ένα τρίτο των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας και το ένα δέκατο των Περιφερειακών Ιατρείων). Εν τούτοις, η ειδική σήμανση, χειρολαβές, ελεύθερος χώρος και άνετη πόρτα εισόδου υπήρχε μόνο σε ένα ποσοστό από αυτές, με κατάληξη μόνον λίγες από τις «προσβάσιμες τουαλέτες» να έχουν όλες προβλεπόμενες διευκολύνσεις για άτομα με αναπηρίες. Τα μισά από τα κτήρια διέθεταν επαρκή φωτισμό στους χώρους εξυπηρέτησης και το ένα πέμπτο διέθετε τηλέφωνα για το κοινό, όμως μόνο σε 72 κτήρια υπήρχαν τηλέφωνα σε χαμηλότερο ύψος για άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο, ενώ κανένα κτήριο δεν διέθετε κειμενοτηλέφωνο για κωφούς. Η συντριπτική πλειοψηφία των κτηρίων δεν διέθετε προσωπικό ειδικά εκπαιδευμένο για εξυπηρέτηση ατόμων με αναπηρία ενώ καμία Μονάδα δεν διέθετε πληροφοριακό υλικό σε γραφή Braille ή CD.

Συνολικά, φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει σοβαρές ελλείψεις στον τομέα της προσβασιμότητας με τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας να εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα προσβασιμότητας σε σχέση με τα Περιφερειακά Ιατρεία. Η δυνατότητα πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία

εμφανίζει τεράστια προβλήματα (μέτριες δυνατότητες για άτομα με κινητική αναπηρία, ελάχιστη έως ανύπαρκτη δυνατότητα για άτομα με αναπηρία όρασης και ακοής), γεγονός που αποτελεί διάκριση. Αν και είναι παρήγορο ότι η έστω και κάποιες Μονάδες (κάποια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας) έχουν αρκετά από τα προβλεπόμενα χαρακτηριστικά που επιτρέπουν την πρόσβαση είναι अपαράδεκτο ότι 32 χρόνια μετά το σχετικό Κανονισμό του Υπουργείου Υγείας και αντίστοιχα 10 χρόνια μετά την τροποποίηση του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού να υπάρχουν Μονάδες Υγείας που να θέτουν σοβαρά φυσικά και αρχιτεκτονικά εμπόδια στην μετακίνηση αλλά και δυσκολίες στην πληροφόρηση και επικοινωνία των ατόμων με αναπηρία. Είναι φανερό ότι είναι μείζονος σημασίας να πληροφορηθεί η Πολιτεία τα αποτελέσματα αυτής της καταγραφής και να λάβει μέτρα για την αποκατάσταση της προσβασιμότητας και την εφαρμογή των Νόμων.

ABSTRACT

Based on the “social approach”, disability is not considered a characteristic of the individual but a network of conditions which refer to the interaction between the individual and the environment. An environment is considered “accessible” when it has those features, that allow all members of society, without discriminations of gender, age, physique, strength, perception and other characteristics, to be able to, independently, with safety and ease, approach and use the offered structures, services and commodities.

Given that people with disabilities are the most permanent and consistent users of health services and are in a situation of “ need and dependence” on them, buildings that accommodate Medical Facilities and Health Services should ensure their unimpeded, safe and dignified access. A fact that is highlighted in the article 25 of the International Agreement for the Rights of People with Disabilities of the UN.

This research documented the level of accessibility of Facilities of Primary Health Care as well as the access capabilities of people with disabilities of all categories to the building infrastructures and services of the Facilities of Primary Health Care of Greece. Also, the comparison of the level of accessibility between Hospitals, Health Centers and Regional Medical Centers. For this reason a special questionnaire was sent, via the office of the Inspectors of Health and Welfare, to all the relevant Facilities, and 1541 completed questionnaires were returned out of 1852 questionnaires that were sent (a percentage of 83,2%). The majority of the health facilities were housed in sites owned by the State or the respective Municipality, and usually occupied one floor. Special parking spaces near the building for the car of a person with disability had one fifth of the Medical Facilities (Hospitals, half of the Health Centers and one tenth of the Regional Medical Centers). And half of these did not have special signs while the majority of them was accommodated by a smooth and stable path up to the entrance. Ramps between the special parking spaces and the sidewalk existed in the three fifths of the buildings, while routing guides for the blind outside the building existed only in four Hospitals, one Health Center and three Regional Medical Centers. In half of, approximately, all of the buildings the entrance was generally accessible, being on the level of the ground or covered by a ramp, even though the overwhelming majority did not have special signs directing people with disabilities towards the specified entrance. In a percentage of the buildings, mostly Regional Medical Centers

the entrance door was narrow (smaller than 90 cm), while in approximately one third of the Health Centers and of the Hospitals the glass doors did not have signs so that they could be discernible by people with problems of vision. Even on the horizontal circulation inside the building, barriers were documented, since in a number of the Medical Facilities there was a height difference between the entrance and the waiting areas for the public, that was not covered by a ramp, while in other Facilities mostly Regional Medical Centers, either the corridors or the inner doors were narrow (smaller than 90 cm), while four Facilities had routing guide for the blind in the inner corridors. Regarding the vertical circulation, out of 136 Medical Facilities that were served by an elevator approximately one tenth had doors smaller than 90 cm while three fourths did not have buttons with Braille signs and approximately one third of the Hospitals had slip – resistant lanes of intense chromatic contrast before the edge of the stairs on the stairways.

Shared toilets had four fifths of the Medical Facilities but only one fifth had an accessible, to a person with a mobility vehicle, toilet (approximately one third of the Hospitals and the Health Centers and one tenth of the Regional Medical Centers). However, special signs, handholds, free space and spacious entrance door existed only in a percentage of the facilities, resulting in only a few of the “accessible toilets” having all the statutory amenities for people with disabilities. Half of the buildings had sufficient lighting in the service areas and one fifth had telephones for the public, but only 72 buildings had telephones on a lower level for people with mobility vehicles, while none of the buildings had text-phones for people with a hearing disability. The overwhelming majority of the buildings did not have personnel specially trained for the service of people with disabilities while none of the Facilities had information material in Braille or CD.

Overall, it seems that the overwhelming majority of the Facilities of Primary Health Care has major shortages on the department of accessibility with the Hospitals and the Health Centers presenting better levels of accessibility in relation to the Regional Medical Centers. The capability of accessibility of the people with disabilities presents major problems (average capabilities for people with reduced mobility, minimal to non – existent capability for people with visual and hearing disability), a fact which constitutes discrimination. Even though it is a consolation that at least some of the Medical Facilities (some Hospitals and Health Centers) have some of the statutory characteristics which allow access, it is unacceptable, that 32 years after the relevant Regulation of the Ministry of Health and correspondingly, 10 years

after the amendment of the General Building Regulation for Medical Facilities to have Medical Facilities that pose serious physical and architectural barriers in the movement and even difficulties in the information and communication of people with disabilities. It is obvious that it is of major importance for the State to be informed of the results of this research and to take measures for the reinstatement of accessibility and the implementation of the Laws.

Πίνακας Περιεχομένων

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1	Εισαγωγή.....	22
1.1.	Ορισμός της αναπηρίας.....	22
1.2.	Μοντέλα προσέγγισης της αναπηρίας.....	23
1.2.1.	Το ιατρικό μοντέλο.....	23
1.2.2.	Το κοινωνικό μοντέλο.....	24
1.2.3.	Το πολυδιάστατο μοντέλο.....	25
1.3.	Ταξινομικά συστήματα της αναπηρίας.....	27
1.4.	Το αναπηρικό κίνημα στην Ελλάδα και στον κόσμο.....	29
1.5.	Συμπληρωματικοί ορισμοί.....	32
Κεφάλαιο 2	Προσβασιμότητα.....	34
2.1.	Ορισμός και περιγραφή.....	34
2.2.	Προσβασιμότητα και σύγχρονες τάσεις.....	36
2.2.1.	Προσβασιμότητα και αειφόρος ανάπτυξη.....	36
2.2.2.	Προσβασιμότητα και βιοηθική.....	36
2.2.3.	Προσβασιμότητα και συμμαχίες στις κοινωνικές διεκδικήσεις.....	37
Κεφάλαιο 3	Εμπόδια και δυσκολίες στην προσβασιμότητα.....	38
3.1.	Εμπόδια στην προσβασιμότητα.....	38
3.2.	Εμπόδια ανά κατηγορία αναπηρίας.....	40
3.2.1.	Άτομα με δυσκολία στην κίνηση.....	40
3.2.2.	Άτομα με δυσκολία στην όραση.....	46
3.2.3.	Άτομα με δυσκολία στην ακοή.....	48

3.2.4.	Άτομα με δυσκολία στην αντίληψη και στην επικοινωνία.....	49
3.3.	Προσβασιμότητα και εμποδιζόμενα άτομα.....	50
Κεφάλαιο 4	Το θεσμικό πλαίσιο για την αναπηρία και την προσβασιμότητα.....	55
4.1.	Το διεθνές θεσμικό πλαίσιο.....	55
4.2.	Το Ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο.....	59
4.3.	Το θεσμικό πλαίσιο άλλων χωρών.....	61
4.4.	Το Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο.....	65
4.4.1.	Ρυθμίσεις σχετικά με την προσβασιμότητα.....	66
4.4.2.	Προσβασιμότητα και χώροι εργασίας.....	68
Κεφάλαιο 5	Πρότυπα και οδηγίες για την προσβασιμότητα.....	70
5.1.	Καθολικός Σχεδιασμός ή Σχεδιασμός για Όλους	70
5.2.	Πρότυπα του International Organization for Standardization.....	71
5.3.	Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Υπηρεσίας Προτυποποίησης	73
5.4.	Πρότυπα άλλων χωρών.....	74
5.5.	Οι οδηγίες του Υ.ΠΕ.ΧΩ.Δ.Ε (νυν Υ.Π.Ε.Κ.Α.).....	75
5.6.	Το πρότυπο ΕΛΟΤ 1439:2013.....	77
5.7.	Προσβασιμότητα στις Δημόσιες Υπηρεσίες.....	81
5.8.	Προσβασιμότητα σε επίπεδο Δήμων.....	81
Κεφάλαιο 6	Προσβασιμότητα Μονάδων Υγείας.....	86
6.1.	Οδηγίες και αξιολογήσεις σε άλλες χώρες.....	86
6.2.	Ο Κανονισμός του Υπουργείου Υγείας για τα κτίρια.....	89
Κεφάλαιο 7	Καλές Πρακτικές.....	91
7.1.	Hotel Dieu.....	92
7.2.	Ottawa Hospital.....	95

ΤΕΧΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 8	Αντικείμενο και Σκοπός.....	99
8.1.	Δεδομένα.....	99
8.2.	Ερωτηματολόγιο.....	104
8.3.	Διαδικασία.....	105
8.4.	Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση.....	107
Κεφάλαιο 9	Αποτελέσματα.....	108
9.1.	Γενικά Στοιχεία για το Ακίνητο.....	108
9.2.	Πρόσβαση στο κτήριο.....	115
9.3.	Είσοδος στο Κτήριο.....	138
9.4.	Οριζόντια Κυκλοφορία.....	167
9.5.	Κατακόρυφη Κυκλοφορία.....	180
9.6.	Εξυπηρετήσεις – Εξοπλισμός.....	208
9.7.	Υπηρεσίες.....	250
9.8.	Σχόλια συμμετεχόντων στη συμπλήρωση των ερωτηματολόγιων.....	264
Κεφάλαιο 10	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	269
Κεφάλαιο 11	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	296
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		298
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....		307

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Εισαγωγή

«Τα Κράτη Μέρη αναγνωρίζουν το δικαίωμα των ΑΜΕΑ στην απόλαυση του υψηλότερου προσδοκώμενου προτύπου υγείας χωρίς διάκριση με βάση την αναπηρία. Τα Κράτη Μέρη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα για να εξασφαλίσουν την πρόσβαση των ΑΜΕΑ σε υπηρεσίες υγείας που είναι φιλικά προσκείμενες στις διακρίσεις των δύο φύλων, συμπεριλαμβανομένου της αποκατάστασης που σχετίζεται με την υγεία. Τα Κράτη Μέρη παρέχουν στα ΑΜΕΑ στο ίδιο εύρος ποιότητα και επίπεδο, δωρεάν ή ανεκτού κόστους παροχές υγείας και προγράμματα σε ίση βάση με τους άλλους.»

Όλα τα ανωτέρω εμπεριέχονται συν τοις άλλοις στο άρθρο 25 της διεθνούς συμβάσεως για τα δικαιώματα των ΑΜΕΑ του Ο.Η.Ε. Αναγνωρίζεται με αυτόν τον τρόπο για ακόμη μία φορά πόσο σημαντικός είναι ο τομέας της Υγείας για τα άτομα με αναπηρία. Στα ανωτέρω και θα πρέπει να προστεθεί ότι τα ΑΜΕΑ λόγω των ιδιαίτερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν όσο αφορά την υγεία τους, αποτελούν τους πλέον χρόνιους και σταθερούς χρήστες των υπηρεσιών Υγείας. Ως εκ τούτου θα πρέπει να λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα για την απρόσκοπτη, ασφαλή, ανεξάρτητη πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία στις μονάδες και υπηρεσίες Υγείας.

1.1. Ορισμός της αναπηρίας

Λεξικολογικά μιλώντας, ο ορισμός της αναπηρίας είναι «η απώλεια (συνήθως μόνιμη) της υγείας λόγω βλάβης και διαταραχής, έμφυτης ή επίκτητης, ορισμένων σωματικών, ψυχικών ή πνευματικών λειτουργιών του οργανισμού» (Μπαμπινιώτης, 2008). Εναλλακτικά είναι «η έλλειψη αρτιμέλειας και γενικότερα σωματική ή πνευματική ανικανότητα» ή μεταφορικά η «κακή κατάσταση ή λειτουργία ιδίως σε ανθρώπινα σύνολα, δραστηριότητες κτλ» (Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών, 1998).

Η ετυμολογία της λέξης αναπηρία είναι από την πρόθεση *ανά* + *πηρός*, που σημαίνει ακρωτηριασμένος, μη αρτιμελής. Η λέξη *πηρός* προέρχεται από το ρήμα *πηρώ* που σημαίνει «καθιστώ κάποιον μη ικανό, ατελή». *Πήρωσις* είναι «η έλλειψη αρτιότητας, δηλ. η μερική ή ολική έλλειψη μέλους, οργάνου ή λειτουργίας». Το *πηρώ* προέρχεται από το *πήμα* που σημαίνει «πόνος, δυστυχία, πάθημα» του ρήματος *πάσχω-παθείν* (Σταματάκος, 2006).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η αγγλική λέξη *handicap* έχει μια εντελώς διαφορετική ετυμολογία. Προέρχεται από τη φράση «*hand in car*» που προερχόταν από ένα παιχνίδι που παιζόταν στο Λονδίνο τον 17^{ου} αιώνα. Στο παιχνίδι αυτό ανταλλάσσονταν είδη μεταξύ

δύο ανθρώπων με παρουσία ενός διαιτητή. Και οι τρεις έδιναν προκαταβολικά ένα αρχικό ποσό, που τοποθετούνταν σε ένα καπέλο. Ο ιδιοκτήτης του ενός αντικειμένου συμφωνούσε να το ανταλλάξει με τον ιδιοκτήτη του άλλου αντικειμένου και ο διαιτητής πρότεινε ένα ποσό ως πληρωτέα διαφορά που έπρεπε να δοθεί από τον ιδιοκτήτη του αντικειμένου κατώτερης αξίας, ώστε η ανταλλαγή να γίνει ισότιμα. Οι δύο ιδιοκτήτες έδειχναν τη συμφωνία ή τη διαφωνία τους με τη συναλλαγή, βγάζοντας τα χέρια τους γεμάτα ή άδεια. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια σε ιππικούς αγώνες, για να εξισωθούν οι ευκαιρίες των αντιπάλων, προσθέτοντας επιπλέον επιβαρύνσεις σε αυτούς που είχαν επιτύχει τις υψηλότερες επιδόσεις (Amudson, 2005). Τέλος χρησιμοποιήθηκε από τον ιατρικό κόσμο για να αντικαταστήσει όρους που θεωρούνταν στιγματικοί (ανικανότητα, δυσπροσαρμοστικότητα).

1.2. Μοντέλα προσέγγισης της αναπηρίας

Η αναπηρία δεν προσεγγιζόταν ανέκαθεν με τον ίδιο τρόπο αλλά έχει διέλθει από διάφορες φάσεις που αντανakλούν την πρόοδο της ανθρώπινης σκέψης. Τις τελευταίες δεκαετίες, ως αποτέλεσμα των διεκδικήσεων του αναπηρικού κινήματος αλλά και των εξελίξεων στην επιστημονική γνώση για τις κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες, η προσέγγιση στην αναπηρία έχει κάνει μεγάλη πρόοδο (Χατζηπέτρου, 2014).

1.2.1. Το ιατρικό μοντέλο

Με βάση το *ιατρικό μοντέλο* η αναπηρία προκύπτει από τους σωματικούς ή πνευματικούς περιορισμούς που παρουσιάζει ένα άτομο. Ο εγκέφαλος ή το υπόλοιπο σώμα έχει κάποια βλάβη, με αποτέλεσμα να χάνονται ή να αλλοιώνονται οι «φυσιολογικές» λειτουργίες του. Η αιτία μπορεί να είναι ασθένεια, τραυματισμός ή κάποια άλλη κατάσταση της υγείας (Τσαλής, 2010). Επομένως, με βάση αυτό το μοντέλο, η έννοια της αναπηρίας αφορά μόνο το άτομο και η λύση είναι η ιατρική αντιμετώπιση. Οι ειδικοί παρέχουν ιατρική φροντίδα με στόχο την «αποκατάσταση» και προσαρμογή του ατόμου και του τρόπου ζωής του στην κατάσταση της αναπηρίας, ώστε να γίνει «φυσιολογικό» (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2003, 2008).

Στο ιατρικό μοντέλο η εστίαση γίνεται στην ιατρική φροντίδα και περίθαλψη, και της διαμόρφωσης της κατάλληλης πολιτικής για την υγεία. Το μοντέλο ονομάζεται ιατρικό λόγω της ιδιαίτερης έμφασης που γίνεται στο ρόλο του ιατρού και στην δύναμη και ευθύνη

του να αποφασίζει για το εάν υπάρχει αναπηρία, τι είδους είναι αυτή (ταξινόμηση), ποιος είναι ο βαθμός της (ποσοστά αναπηρίας), η σωστή αντιμετώπιση κ.ό.κ. ιδιαίτερα μέσω των υγειονομικών επιτροπών (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

Σε αυτό το μοντέλο, η αναπηρία θεωρείται ατομικό πρόβλημα που καθιστά το άτομο διαφορετικό και μάλιστα μειονεκτικό σχετικά με τους υπόλοιπους ανθρώπους, άρα μη φυσιολογικό. Η αναπηρία αποκτά αρνητικό νόημα και ανάγεται σε αιτία όλων των δυσχερειών που αντιμετωπίζει το ανάπηρο άτομο στη ζωή του και στην αλληλεπίδρασή του με τους άλλους. Με την εστίαση στο άτομο αγνοούνται όλες οι υπόλοιπες παράμετροι (περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί) που αλληλεπιδρούν, καθιστώντας ένα άτομο ανάπηρο.

Το ιατρικό μοντέλο χρησιμοποιεί ορολογία που έχει αρνητική χροιά, όπως ανικανότητα, αδυναμία, απόκλιση, η οποία οδηγεί στη δημιουργία και διατήρηση του κοινωνικού στίγματος, της προκατάληψης και οδηγεί σε αποκλεισμό των ατόμων με αναπηρία από τον κοινωνικό ιστό. Ακόμα και ο όρος *ενσωμάτωση* υποδηλώνει την απαίτηση από τα ανάπηρα άτομα να γίνουν ένα σώμα, να εξομοιωθούν με τα υπόλοιπα, να γίνουν «φυσιολογικά». Το επακόλουθο είναι το ιατρικό μοντέλο να εστιάζει σε λύσεις, όπου οι «φυσιολογικοί» άνθρωποι «βοηθούν» τους ανάπηρους. Ως φυσικό επακόλουθο, το ιατρικό μοντέλο αναζητά λύσεις για τα άτομα με αναπηρία αποκλειστικώς σε ατομικό επίπεδο μέσω της «βοήθειας» ή της «φιλανθρωπίας» (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

1.2.2. Το κοινωνικό μοντέλο

Αντίθετα, με βάση το *κοινωνικό μοντέλο*, η αναπηρία δεν θεωρείται ότι προέρχεται από το άτομο αλλά αφορά ένα πλέγμα από συνθήκες που επηρεάζουν την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του. Το πρόβλημα θεωρείται ότι είναι η αδυναμία του κοινωνικού συνόλου να εντάξει πλήρως τα άτομα με αναπηρία. (Τσαλής, 2010). Επομένως, η αντιμετώπιση του προβλήματος εστιάζεται στην τροποποίηση του περιβάλλοντος, με στόχο την εξασφάλιση ότι τα άτομα με αναπηρία θα μπορούν να συμμετέχουν σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνικής ζωής (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2003, 2008).

Στο *κοινωνικό μοντέλο* το κυρίαρχο θέμα είναι η κοινωνική ευθύνη και δράση, ενώ σε πολιτικό επίπεδο η αναπηρία ανάγεται σε θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Το κοινωνικό μοντέλο εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1960 και θεωρεί ότι δεν αποτελεί ατομικό χαρακτηριστικό αλλά ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ποικίλων παραγόντων που

εξαρτώνται από το κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό και πολιτικό πλαίσιο. Η αναπηρία θεωρείται ένα κοινωνικό κατασκεύασμα αναφορικά με το δίπολο φυσιολογικό-παθολογικό. Αυτό σημαίνει ότι η κοινωνία είναι αυτή που κατασκευάζει ή δημιουργεί αναπηρία, παίρνοντας ως σημείο αναφοράς το πρότυπο του «αρτιμελούς» ατόμου, από το οποίο το άτομο με αναπηρία διαφέρει. Σε αντίθεση με το ιατρικό μοντέλο, το κοινωνικό είναι πιο θετικό, μια και δίνει έμφαση σε όρους όπως η ικανότητα, η διαφορετικότητα, τα δικαιώματα, η προσαρμογή, οι ιδιαίτερες ικανότητες και δυνατότητες, ο σχεδιασμός για όλους κλπ (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

Η κοινωνία χρίζεται υπεύθυνη για τη διαχείριση του προβλήματος, μια και αυτή είναι που δημιουργεί αναπηρία μέσω του μεροληπτικού σχεδιασμού των υποδομών, των αρνητικών συμπεριφορών, του στιγματισμού, των προκαταλήψεων και κυρίως παίρνοντας ως σημείο αναφοράς το πρότυπο του «φυσιολογικού» ατόμου. Θεωρεί λοιπόν ότι οι δυσκολίες προέρχονται από τη μη ρεαλιστική απαίτηση της κοινωνίας να είναι όλοι φυσιολογικοί και από την έλλειψη εύλογης προσαρμογής για αυτούς που δεν μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτήν την απαίτηση (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008). Η πλήρης και ομαλή ένταξη αλλά και συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα των ατόμων με αναπηρία θεωρείται ζήτημα συλλογικής ευθύνης.

Το κοινωνικό μοντέλο ορισμένες φορές παρουσιάζεται υπερβολικά αισιόδοξο, αφού μερικές πολύ βαριές αναπηρίες δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποκλειστικώς με την αλλαγή και κατάλληλη προσαρμογή περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

1.2.3. Το πολυδιάστατο μοντέλο

Ένα τρίτο, πολυδιάστατο μοντέλο προσπαθεί να συνδυάσει τα δύο προηγούμενα, αναγνωρίζοντας ότι στην αναπηρία συναντώνται τρία στοιχεία: το σώμα, οι λειτουργίες και η κοινωνική δομή, η σχέση των οποίων καθορίζει την αναπηρία. Με αυτό το μοντέλο φαίνεται να τάσσεται και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας που περιγράφει την αναπηρία ως «ένα σύνθετο και μεταβαλλόμενο φαινόμενο, που οφείλεται στην αλληλεπίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο το άτομο αυτό ζει» (World Health Organization, 2001).

Επομένως, στο πολυδιάστατο μοντέλο το σώμα δεν μπορεί να δράσει, η κοινωνία έχει αυξανόμενες απαιτήσεις και επομένως δεν υπάρχει επαρκής αυτονομία του ατόμου με

αναπηρία στις κοινωνικές λειτουργίες. Ο κοινωνικός αποκλεισμός του ατόμου με αναπηρία είναι ευθέως ανάλογος με την αναπηρία του αλλά και αντιστρόφως ανάλογος με την προσπελασιμότητα της κοινωνίας στην οποία ανήκει.

Η συζήτηση για τα διαφορετικά μοντέλα στο θέμα της αναπηρίας και ο καθορισμός του περιεχομένου των εννοιών δεν έχει μόνο θεωρητικό ενδιαφέρον αλλά στηρίζει τον καθορισμό των σχετικών πολιτικών και θεσμών. Καθώς τα διαφορετικά μοντέλα αναδεικνύουν διαφορετικές αιτίες στο πρόβλημα της αναπηρίας, οδηγούν φυσιολογικά και σε διαφορετικές λύσεις. Επίσης, το είδος προσέγγισης της αναπηρίας επηρεάζει και τις στάσεις και συμπεριφορές απέναντί της (Χατζηπέτρου, 2014).

Η πολιτική που ακολουθεί η κάθε χώρα στην αντιμετώπιση των θεμάτων της αναπηρίας είναι συνάρτηση του τρόπου που ορίζει την αναπηρία. Εάν η αναπηρία θεωρηθεί αποκλειστικά ατομικό πρόβλημα, οι πολιτικές αντιμετώπισης εξαντλούνται σε ατομικό επίπεδο και συνδυάζονται με μια πολιτική χορήγησης αντισταθμιστικών προνομίων και επιδομάτων, ξεχωριστά από αυτά που παρέχονται στους υπόλοιπους πολίτες (προνοιακή κοινωνική πολιτική, όπως π.χ. η προσπάθεια να εξισωθούν οι ευκαιρίες των δύο αντιπάλων που περιγράφεται στην ετυμολογία της λέξης handicap). Αντιθέτως, η προσέγγιση της αναπηρίας ως κοινωνικής κατασκευής οδηγεί σε πολύπλευρες και δικαιωματικές αντιμετώπισεις της αναπηρίας (πολιτική ατομικών δικαιωμάτων). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, στόχος είναι η ένταξη των ατόμων με αναπηρία στο ισχύον σύστημα και όχι η ανάπτυξη παράλληλης πορείας. Η επιμονή στην πολυδιάστατη προσέγγιση αποκτά ιδιαίτερη σημασία ειδικά σήμερα, όπου με το πρόσχημα της οικονομικής κρίσης διαμορφώνονται συνθήκες για επαναφορά ξεπερασμένων αντιλήψεων (Χατζηπέτρου, 2014).

Τελικά, είναι σημαντικό οι πολιτικές που αναπτύσσουν τα κράτη να βασίζονται στο συνδυασμό και των δύο μοντέλων (ιατρικό και κοινωνικό), τα οποία πρέπει να αλληλοσυμπληρώνονται και όχι να συγκρούονται. Αφού τα άτομα με αναπηρία αποτελούν ανομοιογενή ομάδα, οι ανάγκες τους διαφοροποιούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα της αναπηρίας και τους διαφορετικούς φραγμούς. Άτομα με βαριές και πολλαπλές αναπηρίες έχουν την ανάγκη προνοιακής κοινωνικής πολιτικής με ιατρική κάλυψη και επιδόματα, ενώ άλλες κατηγορίες ατόμων με αναπηρία έχουν την ανάγκη αλλά και τη δυνατότητα ένταξης στο τρέχον κοινωνικό σύστημα (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

1.3. Ταξινομικά συστήματα της αναπηρίας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην πρώτη του ταξινόμηση (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps ή ICIDH) που εκδόθηκε δοκιμαστικά το 1980, όρισε ότι η αναπηρία αποτελείται από τρία ξεχωριστά, αλλά αλληλοσυνδεόμενα μέρη, τα οποία ορίζονται ως εξής:

- Βλάβη (impairment) = κάθε απώλεια ή διαταραχή ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής δομής ή λειτουργίας.
- Αναπηρία (disability) = κάθε μερική ή ολική ελάττωση (που προκύπτει από μια βλάβη) της ικανότητας προς επιτέλεση μιας δραστηριότητας κατά τον τρόπο ή μέσα στα όρια που θεωρούνται φυσιολογικά για ένα ανθρώπινο ον.
- Μειονεξία (handicap) = Ένα μειονέκτημα για ένα δεδομένο άτομο, που προκύπτει ως αποτέλεσμα μιας βλάβης ή αναπηρίας, που περιορίζει ή απαγορεύει την εκπλήρωση ενός ρόλου που είναι φυσιολογικός (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες) για το άτομο αυτό (World Health Organization, 1980).

Σε μια προσπάθεια βελτίωσης και μετά από εμπειρίες από τη χρήση του πρώτου ταξινομικού συστήματος καθώς και κριτικές που έγιναν σ' αυτό τόσο από το επιστημονικό όσο και από το ευρύ κοινό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέπτυξε το 2001 το δεύτερο ταξινομικό σύστημα που ονομάστηκε *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICIDH-2) και στη συνέχεια μετονομάστηκε σε *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Το πλαίσιο αυτό απομακρύνεται από την εστίαση στα αποτελέσματα της ασθένειας και συγκεντρώνεται στα στοιχεία της υγείας, τα οποία μπορεί να βάζονται από ένα πρόβλημα υγείας. Το πρώτο τμήμα, που εστιάζει στη λειτουργικότητα και την αναπηρία διακρίνεται σε τρία στοιχεία:

- Σωματικές λειτουργίες και δομές (Body functions and structures) = αναφέρεται στην προβλήματα στις σωματικές λειτουργίες (συμπεριλαμβανομένων και των ψυχολογικών λειτουργιών) και στις ανατομικές δομές (όργανα, μέλη και τα τμήματά τους) που χαρακτηρίζονται από σημαντική απόκλιση από το φυσιολογική ή και απώλεια

- Περιορισμοί στη δραστηριότητα (Activity limitations) = αναφέρεται στις δυσκολίες που μπορεί να έχει ένα άτομο στην εκτέλεση δραστηριοτήτων, τόσο ως προς τη φύση τους, όσο και ως προς τη διάρκεια ή την ποιότητά τους π.χ. αυτοεξυπηρέτηση.
- Περιορισμοί στην κοινωνική συμμετοχή (Participation restrictions) = αναφέρεται σε περιορισμούς που μπορεί να υφίσταται ένα άτομο καθώς εμπλέκεται στις περιστάσεις της ζωής, τόσο ως προς τη φύση της συμμετοχής, όσο και ως προς τη διάρκεια και την ποιότητά της, π.χ. συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας, όπου ζει το άτομο, απόκτηση άδειας οδήγησης, κλπ (World Health Organization, 2001).

Η ταξινόμηση αυτή περιλαμβάνει και ένα δεύτερο τμήμα, τους συναφείς παράγοντες (contextual) που χωρίζονται σε δύο στοιχεία:

- Περιβαλλοντικοί παράγοντες (Environmental factors) = αναφέρονται στο άμεσο περιβάλλον του ατόμου, όπως στο σπίτι, το σχολείο και τη δουλειά. Περιλαμβάνονται τόσο τα υλικά στοιχεία του περιβάλλοντος με το οποίο έρχεται σε επαφή το άτομο, όσο και τα έμψυχα στοιχεία, δηλαδή οι άνθρωποι με τους οποίους έρχεται σε επαφή, όπως η οικογένεια, οι συνεργάτες-συμμαθητές, οι γνωστοί και οι ξένοι. Πέραν του άμεσου περιβάλλοντος, αναφέρονται στις τυπικές και άτυπες δομές, υπηρεσίες και συστήματα της κοινότητας και της κουλτούρας που έχουν επίδραση στο άτομο.
- Προσωπικοί παράγοντες (Personal factors) = αναφέρονται στα υπόλοιπα στοιχεία του ατόμου και της ζωής του που δεν σχετίζονται άμεσα με την κατάσταση της υγείας ή του προβλήματός του και μπορούν να περιλαμβάνουν το φύλο, τη φυλή, την ηλικία, άλλα προβλήματα υγείας, τον τρόπο ζωής, τις συνήθειες, την ανατροφή, τον κοινωνικό περίγυρο, τις στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων, την εκπαίδευση, το επάγγελμα, τις προηγούμενες εμπειρίες και το χαρακτήρα του ατόμου (World Health Organization, 2001).

1.4. Το αναπηρικό κίνημα στην Ελλάδα και στον κόσμο

Το **αναπηρικό κίνημα** (disability rights movement) είναι ένα κίνημα με στόχο τη διασφάλιση ίσων δικαιωμάτων και ίσων ευκαιριών στα άτομα με αναπηρία. Οι συγκεκριμένοι στόχοι και απαιτήσεις του κινήματος εστιάζονται στην αποτελεσματική νομοθεσία που θα επιτρέψει ίσες ευκαιρίες στην εκπαίδευση, στην επαγγελματική απασχόληση, στην αυτόνομη διαβίωση, στην ιατρική περίθαλψη, καθώς και προσβασιμότητα και ασφάλεια στη μετακίνηση και στο φυσικό περιβάλλον.

Η σταδιακή αναγνώριση από τα άτομα με αναπηρία ότι οι φιλανθρωπικές και εθελοντικές οργανώσεις δεν υπερασπίζονται επαρκώς τα δικαιώματά τους συνέβαλε στην εμφάνιση του αναπηρικού κινήματος ήδη από τη δεκαετία του 1960. Το φεμινιστικό κίνημα και το κίνημα για τα πολιτικά δικαιώματα είχαν καταφέρει την κατάργηση των διακρίσεων λόγω φυλής και φύλου και επηρέασαν θετικά το αναπηρικό κίνημα. Τα άτομα με αναπηρία άρχισαν να έχουν συλλογική συνείδηση και να αναγνωρίζουν ότι το πρόβλημα της αναπηρίας ήταν εξωτερικά τοποθετημένο και ο κοινωνικός αποκλεισμός τους ήταν ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Μπαρμπαλιά & Χατζηπέτρου, 2014).

Σημαντικό στοιχείο είναι ότι τα μέλη του αναπηρικού κινήματος είναι οι οργανώσεις των ατόμων με αναπηρία και όχι οι οργανώσεις για τα άτομα με αναπηρία (Μπαρμπαλιά & Χατζηπέτρου, 2014). Με άλλα λόγια τα κινήματα, όπως το αναπηρικό, οργανώνονται από άτομα που τα ίδια αντιλαμβάνονται ότι η αναπηρία είναι ιδιότητα που τα χαρακτηρίζει και είναι κρίσιμη στη ζωή τους. Έτσι, δίνουν σε αυτήν (και όχι σε άλλες δομικές ιδιότητες, όπως ταξική καταγωγή, εισοδηματική ομάδα, ή επαγγελματική κατηγορία) βαρύνουσα σημασία στη συγκρότηση της συλλογικής τους ταυτότητας. Προβαίνουν σε συλλογικές δράσεις που δηλώνουν την αυτόνομη παρουσία της ταυτότητάς τους στην κοινωνία και ζητούν την αναπλαισίωση των ορισμών της υγείας, της ετερότητας, της σχέσης με το περιβάλλον κλπ (Μπαρμπαλιά & Χατζηπέτρου, 2014).

Η **Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία** ιδρύθηκε το 1989 από οργανώσεις ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους και αποτελεί τον τριτοβάθμιο κοινωνικό και συνδικαλιστικό φορέα του αναπηρικού κινήματος στην Ελλάδα με στόχο την ανεξάρτητη και ισχυρή εκπροσώπησή τους στην πολιτεία και στην κοινωνία. Από την ίδρυσή της έως και σήμερα, αγωνίζεται για την καταπολέμηση των διακρίσεων που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία, την κατοχύρωση των δικαιωμάτων τους και των οικογενειών τους, την προώθηση πολιτικών που συμβάλλουν στην πλήρη συμμετοχή στην κοινωνική, οικονομική,

πολιτική και πολιτιστική ζωή της χώρας και στη δημιουργία ενός εθνικού πολιτικού πλαισίου για την αναπηρία με έμφαση στην ανάδειξη της κοινωνικοπολιτικής διάστασης αυτής (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

Σταθμός στην ιστορία του εθνικού Αναπηρικού Κινήματος είναι η ψήφιση του ν.2430/1996 «Καθιέρωση της 3^{ης} Δεκέμβρη ως Εθνικής Ημέρας των Ατόμων με Αναπηρία» και η αναγνώριση της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία ως της πλέον αντιπροσωπευτικής οργάνωσης του εθνικού αναπηρικού κινήματος. Από τη θέση αυτή, συμμετέχει θεσμικά στα κέντρα λήψης αποφάσεων και εκπροσωπεί τα άτομα με αναπηρία στον διάλογο με την πολιτεία. Στην Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία ανήκουν ως τακτικά μέλη Ομοσπονδίες σωματείων ατόμων με αναπηρία καθώς και πανελλήνιοι σύνδεσμοι και σωματεία (Μπαρμπαλιά & Χατζηπέτρου 2014).

Το αναπηρικό κίνημα έχει μια ιεραρχική οργάνωση και κατανομή καθηκόντων και εργασιών. Στην κορυφή βρίσκεται η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, που είναι η αντιπροσωπευτική τριτοβάθμια αναπηρική οργάνωση. Η Συνομοσπονδία αποτελείται από την σύμπραξη των Εθνικών Ομοσπονδιών Ατόμων με Αναπηρία που έχουν ως στόχο να υποστηρίζουν τις ανάγκες και τα συμφέροντα των ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους με φορείς της Ελληνικής Πολιτείας και Κοινωνίας, όπως η κυβέρνηση, η δικαιοσύνη, η εκκλησία κλπ. Στις Εθνικές Ομοσπονδίες αναφέρονται οι Περιφερειακές Ομοσπονδίες Ατόμων με Αναπηρία που συντονίζουν σε περιφερειακό επίπεδο τα μέλη-φορείς τους και συνεργάζονται και αυτές με τους φορείς της ελληνικής πολιτείας και κοινωνίας της περιφέρειας. Τέλος, στο βασικότερο επίπεδο, το τοπικό βρίσκονται τα Νομαρχιακά και Τοπικά Σωματεία Ατόμων με Αναπηρία που συντονίζονται από τις Περιφερειακές Ομοσπονδίες. Ο ρόλος τους είναι να αλληλεπιδρούν με τα άτομα με αναπηρία και τις οικογένειές τους, να τα στηρίζουν, να διερευνούν τα διάφορα προβλήματα που ίσως αντιμετωπίζουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον, να συνεργάζονται με τους τοπικούς πλέον φορείς της ελληνικής πολιτείας και κοινωνίας και, βέβαια να αναφέρουν τις δράσεις και τα προβλήματά τους στις Περιφερειακές Ομοσπονδίες Ατόμων με Αναπηρία.

Το **Ευρωπαϊκό Φόρουμ Ατόμων με Αναπηρία** (European Disability Forum – EDF) ιδρύθηκε το 1996 από οργανώσεις ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους και είναι μια ευρωπαϊκή μη κυβερνητική οργάνωση. Όπως αναφέρεται και στο Άρθρο 3 του νέου καταστατικού του, (όπως γράφτηκε το 2004 και αναθεωρήθηκε το 2011) ο σκοπός της

ίδρυσής του είναι να διασφαλίσει ότι τα άτομα με αναπηρία θα έχουν πλήρη πρόσβαση σε θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και ισότητα ευκαιριών. Αυτό το επιδιώκει ενεργά εμπλεκόμενο με την ανάπτυξη και εφαρμογή της κατάλληλης πολιτικής στην Ευρώπη, επηρεάζοντας την εργασία ευρωπαϊκών θεσμών, συνεργαζόμενο με ευρωπαϊκά αλλά και διεθνή ιδρύματα και υπηρεσίες (European Disability Forum, 2011). Μετά τη διεύρυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκπροσωπεί περισσότερα από 50 εκατομμύρια άτομα με αναπηρία και στηρίζεται σε δύο πυλώνες:

- A. Τα Εθνικά Συμβούλια Ατόμων με Αναπηρία των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (καθώς και της Ισλανδίας και Νορβηγίας) και
- B. Περισσότερες από 70 ευρωπαϊκές αναπηρικές μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι οποίες εκπροσωπούν διαφορετικές κατηγορίες αναπηρίας ή τομείς δραστηριοτήτων.

Τέλος, υπάρχει και η **Διεθνής Συμμαχία για την Αναπηρία** (International Disability Alliance - IDA) που ιδρύθηκε το 1999 ως ένα δίκτυο οκτώ παγκόσμιων και τεσσάρων περιφερειακών οργανώσεων ατόμων με αναπηρία και εκπροσωπεί πάνω από ένα δισεκατομμύριο άτομα με αναπηρία. Ο στόχος της, όπως περιγράφεται από το καταστατικό της, είναι η προώθηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία, ως μια ενωμένη φωνή των οργανισμών της. Στηρίζεται κυρίως στη χρήση της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία του Ο.Η.Ε. Οι βασικές αρχές της περιλαμβάνουν το σεβασμό στην αυτονομία, την προώθηση και με διάφανο και δημοκρατικό τρόπο το συντονισμό των οργανισμών-μελών της. Επίσης, την προώθηση της ίσης μεταχείρισης και της μη διάκρισης με βάση οποιοδήποτε χαρακτηριστικό, συμπεριλαμβανομένης της αναπηρίας, της φυλής, του φύλου, της θρησκείας, της ηλικίας, της γλώσσας, της εθνικής καταγωγής και του σεξουαλικού προσανατολισμού. Τέλος, τη διασφάλιση της ηγεσίας των ανθρώπων με αναπηρία μέσω των αντίστοιχων οργανισμών τους σε όλες τις αποφάσεις που επηρεάζουν τη ζωή τους. Είναι σημείο αναφοράς για το κίνημα των δικαιωμάτων της αναπηρίας στην ανάπτυξη μιας σταθερής σχέσης μεταξύ των οργάνων των Ηνωμένων Εθνών και της κοινωνίας των πολιτών (International Disability Alliance, 2013).

1.5. Συμπληρωματικοί ορισμοί

Ως **περιβάλλον** (Environment) νοείται «ο συνδυασμός των φυσικών, γεωγραφικών, βιολογικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και πολιτικών συνθηκών που περιβάλλουν ένα άτομο ή οργανισμό, καθορίζοντας τη μορφή και τη φύση της ζωής του» (WorldBank, 2010).

Το **φυσικό περιβάλλον** με την ευρύτερη έννοια περιλαμβάνει κάθε έμψυχο ον (ανθρώπους, ζώα κλπ) αλλά και άψυχα φυσικά στοιχεία και φαινόμενα (βράχους, δάση, παραλίες κλπ) που δεν έχουν μεταβληθεί σημαντικά από την ανθρώπινη παρέμβαση ή που επιμένουν παρά την ανθρώπινη παρέμβαση. Από τη στιγμή που το φυσικό περιβάλλον υποβληθεί σε σημαντικές παρεμβάσεις από τον άνθρωπο για να χρησιμοποιηθεί με αυτόν τον τρόπο, μεταπίπτει σε δομημένο περιβάλλον (Χριστοφή, 2013).

Πιο ειδικά, ο όρος **δομημένο περιβάλλον** αναφέρεται στα «αποτελέσματα των παρεμβάσεων του ανθρώπου στο φυσικό περιβάλλον και περιλαμβάνει όλες τις κατασκευές, υποδομές, εξοπλισμούς και υπηρεσίες που ο άνθρωπος σχεδιάζει και υλοποιεί», συμπεριλαμβανομένου και του **εικονικού περιβάλλοντος** που «εμπεριέχει όλες τις εφαρμογές της σύγχρονης τεχνολογίας».

Διάκριση λόγω αναπηρίας (Disability Discrimination): «...σημαίνει οποιαδήποτε διάκριση, αποκλεισμό ή περιορισμό βάσει της αναπηρίας, η οποία έχει ως σκοπό ή επίπτωση να εμποδίσει ή να ακυρώσει την αναγνώριση, απόλαυση ή άσκηση, σε ίση βάση με τους άλλους, όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών στον πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό, πολιτιστικό, ατομικό ή οποιοδήποτε άλλο τομέα. Περιλαμβάνει όλες τις μορφές διακρίσεων, συμπεριλαμβανομένης και της άρνησης παροχής εύλογης προσαρμογής» (άρθρο 2 «Ορισμοί» της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία του Ο.Η.Ε.).

Εύλογες Προσαρμογές (Reasonable Accommodations) σημαίνει τις απαραίτητες και κατάλληλες τροποποιήσεις και ρυθμίσεις, οι οποίες δεν επιβάλλουν ένα δυσανάλογο ή αδικαιολόγητο βάρος, όπου απαιτείται σε μια συγκεκριμένη περίπτωση, προκειμένου να διασφαλιστούν, για τα άτομα με αναπηρίες, η απόλαυση ή η άσκηση, σε ίση βάση με τους άλλους, όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών» (άρθρο 2 «Ορισμοί» της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία του Ο.Η.Ε.)

Υποστηρικτική Τεχνολογία (Assistive Technology) αφορά σε Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ), όπως υλικό υπολογιστή, λογισμικό, εφαρμογές, εργαλεία ανάπτυξης και βοηθήματα γενικά ή εξειδικευμένα σε συγκεκριμένους τύπους

αναπηρίας που χρησιμοποιούνται ώστε να υποστηρίξουν ή να βελτιώσουν τις λειτουργικές ικανότητες ενός ατόμου με αναπηρία (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Προσβασιμότητα

2.1. Ορισμός και περιγραφή

Όπως προαναφέρθηκε, με βάση το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, το εάν ένα άτομο με κάποιο σωματικό περιορισμό θα βιώσει αναπηρία εξαρτάται από το εάν το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται διαθέτει εμπόδια γι' αυτό ή, αντίθετα, βοηθήματα. Για παράδειγμα, ένα άτομο με διαταραχή όρασης θα βιώσει κινητική αναπηρία προσπαθώντας να προσανατολιστεί σε έναν δρόμο χωρίς οδηγό για τυφλούς ή προσπαθώντας να διασχίσει μια διασταύρωση χωρίς ηχητικούς βηματοδότες. Το ίδιο άτομο δε θα βιώσει αναπηρία, εάν υπάρχουν οι υποδομές αυτές, παρότι συνεχίζει να έχει διαταραχή όρασης. Με άλλα λόγια, η δυνατότητα κίνησης και προσανατολισμού δεν προσδιορίζεται μόνο από την αναπηρία καθεαυτή αλλά από την αλληλεπίδρασή της με το σχεδιασμό και την οργάνωση του περιβάλλοντος.

Έχοντας αυτά υπόψη, η **πρόσβαση** (access) είναι η «*δυνατότητα για συμμετοχή σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής (εργασία, εκπαίδευση, αναψυχή, αθλητισμός, μεταφορές, ενημέρωση/ πληροφόρηση, πολιτισμός κλπ)*» και αποτελεί δικαίωμα κάθε πολίτη με ή χωρίς αναπηρία (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2005, 2008).

Η **προσβασιμότητα** (accessibility) ή **προσπελασιμότητα** είναι ένας τεχνικός όρος που αναφέρεται σε «*εκείνα τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, που επιτρέπουν σε όλα τα μέλη της κοινωνίας, χωρίς διακρίσεις φύλου, ηλικίας, σωματικής διάπλασης, δύναμης, αντίληψης και λοιπών χαρακτηριστικών να μπορούν αυτόνομα, με ασφάλεια και με άνεση να προσεγγίσουν και να χρησιμοποιήσουν τις προσφερόμενες υποδομές, υπηρεσίες (συμβατικές και ηλεκτρονικές) και αγαθά που προσφέρονται*» (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2005, 2008).

Βασικές διαστάσεις της προσβασιμότητας αποτελούν:

- Η φυσική πρόσβαση (εάν μπορεί το άτομο να πάει εκεί που θέλει).
- Η λειτουργικότητα (εάν μπορεί το άτομο να χρησιμοποιήσει το αγαθό ή την υπηρεσία που επιθυμεί).

- Η επικοινωνία¹ (εάν μπορεί το άτομο να επικοινωνήσει και να πληροφορηθεί αυτό που χρειάζεται, όπως όλοι οι υπόλοιποι).
- Η αυτονομία (εάν μπορεί το άτομο να κάνει όλα τα παραπάνω χωρίς την διαμεσολάβηση άλλων ανθρώπων).
- Η ασφάλεια (εάν μπορεί το άτομο να κάνει όλα τα παραπάνω χωρίς να διακινδυνεύσει τη σωματική του ακεραιότητα και την ψυχική του ευεξία).

Αυτές οι διαστάσεις αποτελούν καθοριστικές παραμέτρους, που διασφαλίζουν σε κάθε άτομο ελευθερία επιλογών και αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε όλες τις κοινωνικές δραστηριότητες. Επομένως η προσβασιμότητα αναδεικνύεται σε θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η προσβασιμότητα είναι μια ολιστική έννοια που αφορά:

- όλες τις κατηγορίες των εμποδίων και της αναπηρίας, δηλαδή δεν έχει νόημα η αναφορά σε προσβασιμότητα σε άτομα με τη μια ή την άλλη κατηγορία αναπηρίας ή προσβασιμότητα ως προς τα φυσικά αλλά όχι ως προς τα αρχιτεκτονικά εμπόδια, και
- όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας.

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι η προσβασιμότητα δεν είναι απομονωμένες παρεμβάσεις σε συγκεκριμένα μόνο στοιχεία του περιβάλλοντος. Η αυτόνομη διαβίωση προϋποθέτει μια αλυσίδα κινήσεων και αλληλεπιδράσεων με το περιβάλλον. Οποιοσδήποτε από τους κρίκους της αλυσίδας κι αν λείπει, η προσβασιμότητα είναι διασπασμένη και μη λειτουργική. Για παράδειγμα, εάν σε ένα κτίριο υπάρχει οριζόντια προσβασιμότητα σε κάθε όροφο αλλά όχι κατακόρυφη (π.χ. ανελκυστήρες, σκάλες), ουσιαστικά ακυρώνεται η προσβασιμότητα των ορόφων πλην του ισογείου. Γενικότερα, εάν σε έναν οικισμό υπάρχει προσβασιμότητα στην κατοικία, στον επαγγελματικό χώρο, στις δημόσιες υπηρεσίες αλλά όχι στις μεταφορές, όλος ο οικισμός παύει να είναι προσβάσιμος και είναι αδύνατη η αυτόνομη διαβίωση σε αυτόν. (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

¹ Συμπληρωματικά, ως **ηλεκτρονική προσβασιμότητα** (web accessibility) νοείται η δυνατότητα αξιοποίησης των συστημάτων πληροφορικής και της ηλεκτρονικής πληροφορίας σε οποιαδήποτε μορφή της από όλους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με αναπηρία και των ηλικιωμένων

2.2. Προσβασιμότητα και σύγχρονες τάσεις

Η έννοια της προσβασιμότητας συνδέεται έμμεσα ή άμεσα με πολλές σύγχρονες επιστήμες, θεωρίες, δραστηριότητες, πολιτικές, διαδικασίες κλπ. Ενδεικτικά θα εξεταστεί η σχέση της προσβασιμότητας με την αειφορία, τη βιοηθική και τις συμμαχίες στις κοινωνικές διεκδικήσεις:

2.2.1. Προσβασιμότητα και αειφόρος ανάπτυξη

Ο όρος **αειφόρος ανάπτυξη** (sustainable development) πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Brundtland σε μια αναφορά του για τη Διεθνή Επιτροπή για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη το 1987. Αναφέρεται στην ανάπτυξη που καλύπτει τις ανάγκες του παρόντος χωρίς να θέτει σε κίνδυνο την ικανότητα των μελλοντικών γενεών να καλύψουν τις δικές τους ανάγκες (World Commission on Environment and Development, 1987). Η αειφόρος ανάπτυξη απαιτεί ταυτόχρονη και ισορροπημένη πρόοδο σε τέσσερις ανεξάρτητες διαστάσεις: την κοινωνική, την οικονομική, την οικολογική και την πολιτική. Η Διεθνής Επιτροπή κατέληξε στη συνειδητοποίηση ότι τα ζητήματα της ανάπτυξης και τα ζητήματα του περιβάλλοντος είναι στενά συσχετιζόμενα μεταξύ τους. Η ανάπτυξη δεν μπορεί να συνεχίζεται σε ένα διαρκώς επιδεινούμενο περιβάλλον, ούτε το περιβάλλον μπορεί να προστατευτεί απέναντι σε μια ανεξέλεγκτη και αδηφάγα ανάπτυξη (World Commission on Environment and Development, 1987).

Η πρώτη αρχή της Διακήρυξης των Ηνωμένων Εθνών του Ρίο για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη (1992) αναφέρει: «Τα ανθρώπινα όντα είναι στο κέντρο των σχεδιασμών για την αειφόρο ανάπτυξη. Δικαιούνται μια υγιή και παραγωγική ζωή σε αρμονία με τη φύση». Εφόσον ο στόχος της προσβασιμότητας είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που θα ικανοποιεί τις ανάγκες όλων των ανθρώπων τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον, η προσβασιμότητα θα πρέπει να περιλαμβάνεται σε κάθε σχέδιο, δράση και πολιτική αειφόρου ανάπτυξης (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

2.2.2. Προσβασιμότητα και βιοηθική

Η Βιοηθική είναι ο επιστημονικός κλάδος που ασχολείται με θέματα ηθικής, τα οποία άπτονται της υγείας και της ιατρικής. Πιο συγκεκριμένα, η βιοηθική ασχολείται με τα στοιχειώδη ζητήματα της υγείας και της ασθένειας, της ζωής και του θανάτου, τη σχέση της ιατρικής με τη φύση, τι αποτελεί μια ζωή με ποιότητα και κατά πόσο υπάρχουν συνθήκες

στις οποίες το να ζει κανείς φαίνεται χειρότερο από το να μη ζει (Asch, 2001). Εξ ορισμού, λοιπόν, η βιοηθική εστιάζει στην ιατρική πλευρά της υγείας και της ποιότητας ζωής. Η βιοϊατρική τεχνολογία, με την αύξηση των δυνατοτήτων για προγεννητικό έλεγχο, χειρισμό του γενετικού υλικού με στόχο την πρόληψη ή αντιμετώπιση των γενετικών ανωμαλιών αλλά και με το αυξανόμενο οικονομικό κόστος, που οδηγεί σε συζητήσεις περί ευθανασίας και περιορισμού των ιατρικών δαπανών ορίζει πιο στενά την υγεία και την φυσιολογικότητα και εστιάζει στον άνθρωπο-οργανισμό, αγνοώντας την κοινωνική παράμετρο του περιβάλλοντος (Asch, 2001). Μόνο όταν μέσω της προσβασιμότητας διασφαλιστεί σε όλα τα μέλη της κοινωνίας ένα κοινό επίπεδο αναφοράς, θα είναι δυνατόν η Βιοηθική, η επιστήμη και η κοινή γνώμη να διερευνήσουν αντικειμενικά τα όποια ηθικά διλήμματα ανακύπτουν (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

2.2.3. Προσβασιμότητα και συμμαχίες στις κοινωνικές διεκδικήσεις

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο σύγχρονος κοινωνικός ιστός είναι πλέον ευαισθητοποιημένος σε πολλά προβλήματα που απασχολούν ικανές μερίδες του πληθυσμού. Ενδεικτικά αναφέρονται η φτώχεια, ο υπερπληθυσμός (ιδιαίτερα σε ορισμένα σημεία του πλανήτη), ο κοινωνικός αποκλεισμός μεγάλης μερίδας ανθρώπων (γυναικών, ηλικιωμένων, ατόμων με αναπηρία κλπ), η προφύλαξη του περιβάλλοντος, οι κίνδυνοι της τεχνολογικής και βιοϊατρικής ανάπτυξης κ.ά. Το κοινό σημείο όλων των παραπάνω θεμάτων είναι ο αποκλεισμός μερίδας του πληθυσμού από πρωταρχικής σημασίας υλικά και κοινωνικά αγαθά. Διάφορα κινήματα έχουν αναπτυχθεί με στόχο τόσο την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων, όσο και την προστασία των ανθρώπων και του περιβάλλοντος από τον παραλογισμό της βίας και της κατάχρησης που υφίστανται σε διάφορες γωνιές του πλανήτη μας. Το αναπηρικό κίνημα, καθώς διεκδικεί προσβασιμότητα των αγαθών και των υπηρεσιών και ισότητα των ευκαιριών για τα άτομα με αναπηρίες μπορεί να συμμαχήσει με τα ανωτέρω κινήματα προς τον κοινό στόχο της δημιουργίας κοινωνίας ίσων ευκαιριών για όλους τους πολίτες που παράλληλα θα σέβεται και θα υποστηρίζει το περιβάλλον (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Εμπόδια και δυσκολίες στην προσβασιμότητα

3.1. Εμπόδια στην προσβασιμότητα

Ως **εμπόδιο** (obstacle, barrier) θεωρείται «κάθε τι που στερεί από ένα άτομο με αναπηρία την δυνατότητα πλήρους συμμετοχής σε κάθε κοινωνική δραστηριότητα λόγω της αναπηρίας του» (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2005).

Τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία μπορεί να ανήκουν στις εξής κατηγορίες (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2012):

- **Θεσμικά:** εντοπίζονται σε νόμους, προεδρικά διατάγματα, εγκυκλίους που δημιουργούν διακρίσεις και αποκλεισμούς σε βάρος του συνόλου των ατόμων με αναπηρία ή σε βάρος συγκεκριμένων κατηγοριών αναπηρίας ή που μπορεί να λειτουργούν ως αντικίνητρα για την ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο
- **Φυσικά:** αφορούν σε αντικείμενα που ενσωματώνονται στους διάφορους χώρους και είναι τοποθετημένα είτε με τρόπο που δυσκολεύουν την κίνηση των ατόμων με αναπηρία ή την χρήση τους από άτομα με αναπηρία κλπ
- **Αρχιτεκτονικά:** αφορούν τόσο στον σχεδιασμό των κτιρίων στους οποίους στεγάζονται οι διάφοροι χώροι όσο και στους χώρους γύρω από τις κτιριακές εγκαταστάσεις της επιχείρησης ή του οργανισμού ή της υπηρεσίας, στην ποιότητα των υλικών που έχουν χρησιμοποιηθεί, στις διαστάσεις και στο σχήμα των χώρων εργασίας κλπ
- **Ιδεολογικά:** αφορούν σε στάσεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές που διακρίνουν τα άτομα με αναπηρία
- Σχετίζονται με την **πληροφόρηση**, την **επικοινωνία**, την **τεχνολογία**, τη **συμπεριφορά**, τις **πολιτικές** ή τις **διαδικασίες** (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2012):

Ενδεικτικά παραδείγματα των παραπάνω κατηγοριών εμποδίων είναι (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2005, 2012):

Είδος εμποδίου	Παραδείγματα εμποδίων
Θεσμικό	Αρτιμέλεια ως κριτήριο διορισμού, κατάργηση του επιδόματος αναπηρίας σε όλα τα άτομα με αναπηρία σε περίπτωση απασχόλησης, με εξαίρεση του τυφλούς και τα άτομα με κινητική αναπηρία
Ιδεολογικό	εργοδότες, στελέχη διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού και προσωπάρχες που δεν προσλαμβάνουν άτομα με αναπηρία επειδή πιστεύουν ότι δεν διαθέτουν τις απαραίτητες ικανότητες/ δεξιότητες ή επειδή θεωρούν ότι η πρόσληψή τους θα δημιουργήσει πρόβλημα στους υπόλοιπους εργαζόμενους και θα διαταράξει το ομαλό εργασιακό κλίμα
Φυσικό	Χειρολαβή πόρτας που απαιτεί μεγάλη φυσική δύναμη, για να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά
Αρχιτεκτονικό	Είσοδος κτιρίου με σκαλοπάτια ή πόρτα μικρού πλάτους που εμποδίζει τη διέλευση αναπηρικού αμαξιδίου, γραφεία μικρού μεγέθους στα οποία δεν μπορεί να κινηθεί ένας εργαζόμενος - χρήστης αναπηρικού αμαξιδίου, πολύπλοκη διαρρύθμιση των χώρων που δεν είναι εύκολα αντιληπτή από ένα άτομο τυφλό άτομο ή άτομο με πρόβλημα όρασης ή με πρόβλημα αντίληψης
Επικοινωνίας	Ένας υπάλληλος που καλύπτει το στόμα του, ενώ απευθύνεται σε κωφό άτομο, έλλειψη διερμηνείας στη νοηματική γλώσσα
Πληροφόρησης	Πολύ μικρή γραμματοσειρά σε έντυπο, που δεν είναι δυνατόν να διαβαστεί από άτομο με προβλήματα όρασης, απουσία πρόβλεψης κειμένων σε εναλλακτικές μορφές, όπως σε γραφή Braille, σε ηλεκτρονική μορφή ή μετατροπή του ήχου σε εικόνα
Τεχνολογικό	Καλωδιώσεις που δεν υποστηρίζουν διαφορετικούς τύπους τεχνικών βοηθημάτων/ εξοπλισμού ατόμων με αναπηρία, πληκτρολόγια δίχως ακίδες σε γραφή Braille
Συμπεριφοράς	Προσωπικό που αγνοεί τα άτομα με αναπηρία και απευθύνεται μόνο στους συνοδούς τους
Διαδικασίας	Καθιέρωση αναγγελίας σημαντικών μηνυμάτων σε δημόσιους

	χώρους μόνο ηχητικά (και όχι π.χ. και οπτικά)
Πολιτικής	Διεξαγωγή γραπτών εξετάσεων για την επιλογή εργαζομένων δίχως πρόβλεψη προφορικών εξετάσεων για τους τυφλούς υποψηφίους και τους υποψηφίους με προβλήματα όρασης

Πίνακας 1. Είδη και παραδείγματα εμποδίων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία στη συμμετοχή τους στις κοινωνικές δραστηριότητες (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2005, 2012).

3.2. Εμπόδια ανά κατηγορία αναπηρίας

Τα άτομα με αναπηρίες έχουν μόνιμες ή προσωρινές βλάβες, ανικανότητες, αδυναμίες, αναπηρίες ή συνδυασμό των παραπάνω, που προέρχονται από σωματική, ψυχική ή νοητική ανεπάρκεια (ΥΠΕΚΑ, 1990). Τα άτομα αυτά μπορεί να αντιμετωπίζουν μια μόνιμη ανικανότητα, όπως οι κινητικά ανάπηροι, οι τυφλοί και γενικά οι αμβλύωπες, οι κωφοί, όσοι έχουν δυσκολία στην αντίληψη, στην επικοινωνία και στην προσαρμογή, καθώς και οι ασθενείς από αρτηριοσκλήρυνση, επιληψία, νεφρική ανεπάρκεια, ρευματικές παθήσεις, καρδιοπάθειες κλπ. Άλλοτε μπορεί να αντιμετωπίζουν μια παροδική ανικανότητα, όπως οι τραυματίες, οι παροδικά ασθενείς και άλλοι.

Η αυτόνομη διακίνηση και διαβίωση των ατόμων με αναπηρία εμποδίζεται από την δυσκολία που έχουν στην κίνηση, στην προσέγγιση, στην αντίληψη, στην επικοινωνία και στην προσαρμογή, στην ακοή και στην όραση (ΥΠΕΚΑ, 1990).

3.2.1. Άτομα με δυσκολία στην κίνηση

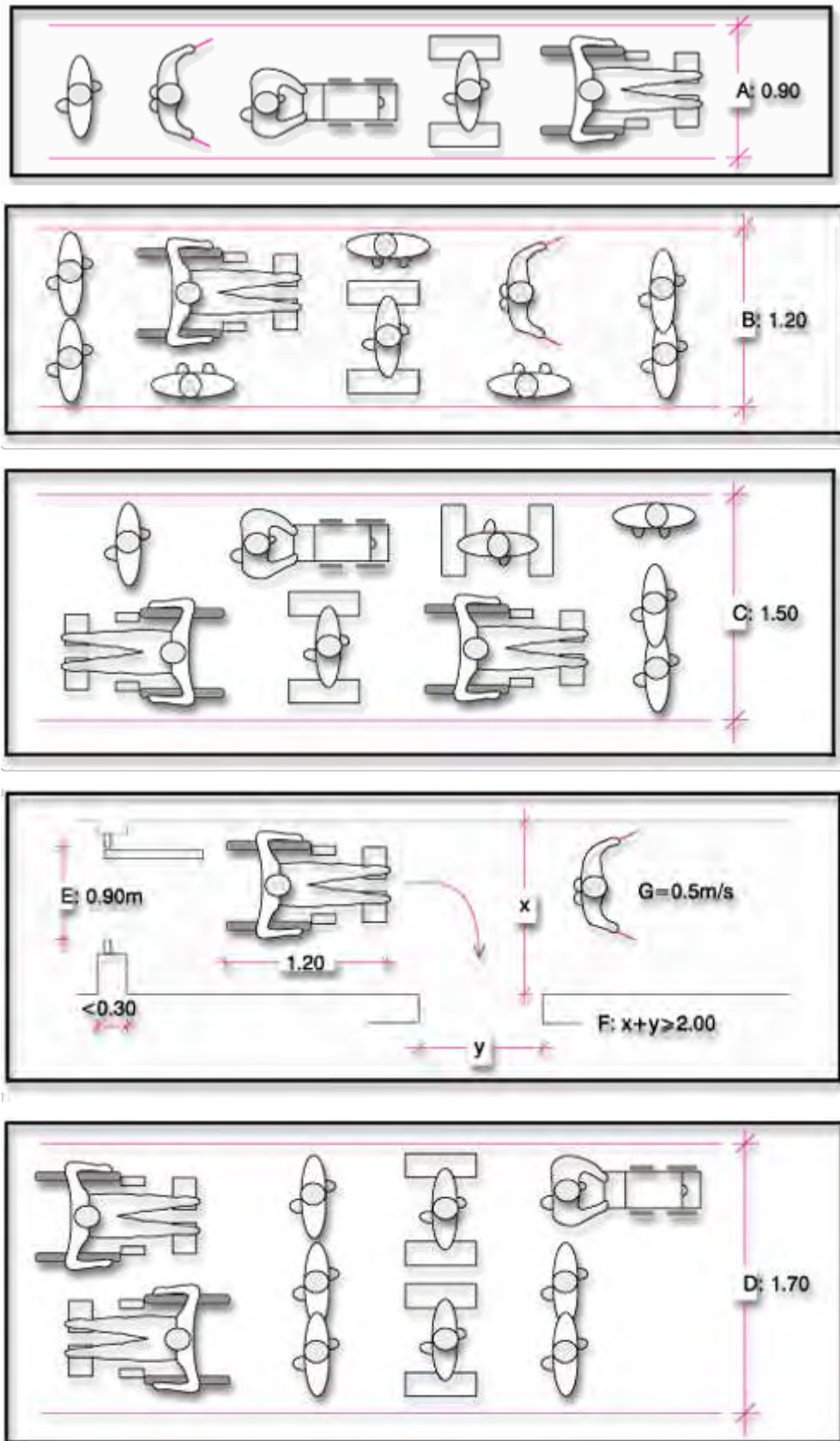
Δυσκολία στην κίνηση έχουν τα άτομα με αδύνατα ή παράλυτα μέλη, με δυσκαμψία ή σχετική έλλειψη μέλους ή όλων των μελών του σώματος, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα, οι προσωρινά τραυματισμένοι κλπ. Τα άτομα αυτά έχουν αργότερους ρυθμούς στην κίνηση και για να μετακινηθούν χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα (αναπηρικό αμαξίδιο, περπατίστρες, πατερίτσες, μπαστούνια κλπ) (ΥΠΕΚΑ, 1990).

Τα άτομα με κινητικές αναπηρίες αντιμετωπίζουν φυσικά, αρχιτεκτονικά και τεχνολογικά εμπόδια. Επιπρόσθετα, αντιμετωπίζουν εμπόδια στη χρήση εξοπλισμού που

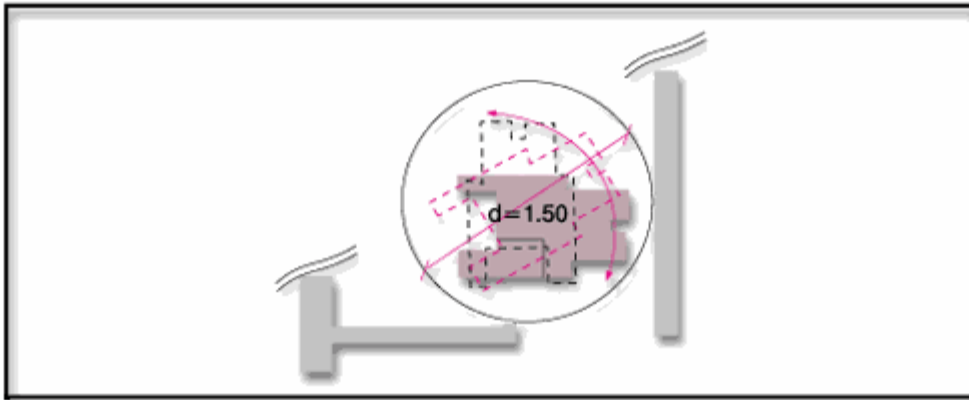
απαιτεί δύναμη στα άκρα ή λεπτούς χειρισμούς (π.χ. σήκωμα ακουστικού τηλεφώνου, χρήση ποντικιού στον ηλεκτρονικό υπολογιστή) (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2012).

Για να μετακινούνται άνετα, οι χώροι πρέπει να έχουν ελάχιστες διαστάσεις, όπως περιγράφονται στα Σχήματα 1-2 («Ελάχιστα πλάτη όδευσης», «Απαιτούμενος χώρος στροφής αμαξιδίου»), τα δάπεδα να έχουν ανεκτές ανωμαλίες και επαρκές ύψος (Σχήμα 3, «Ελεύθερο ύψος όδευσης - Ανεκτές ανωμαλίες δαπέδου»), και κλίση ίση ή μικρότερη του 5% χωρίς σκαλοπάτια και παγίδες (Σχήμα 4, «Ελάχιστα ελεύθερα πλάτη όδευσης»), να φέρουν κατάλληλους διπλούς και συνεχείς χειρολισθήρες σε κατάλληλα ύψη και θέσεις (Σχήμα 5, «Χειρολισθήρες»). Τα μηχανήματα ή αντικείμενα προς χειρισμό αναρτώνται σε ορθό ύψος (Σχήμα 6, Δυνατότητα προσέγγισης κατ' ύψος), οι σκάλες (Σχήμα 7, Κλίμακες), οι ράμπες (Σχήμα 8), οι διαβάσεις (Σχήμα 9) και άλλα στοιχεία πρέπει να έχουν κατάλληλο σχεδιασμό και διαστάσεις.

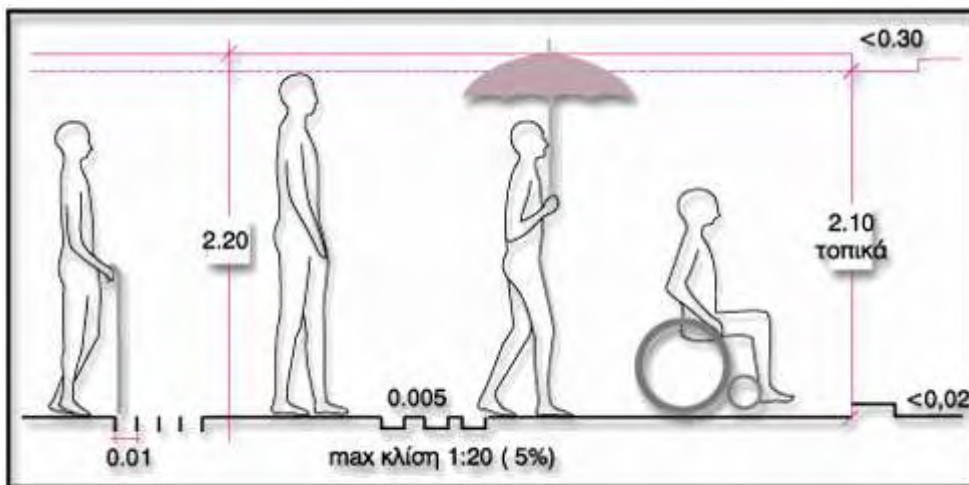
Σχήμα 1: Ελάχιστα ελεύθερα πλάτη όδευσης (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



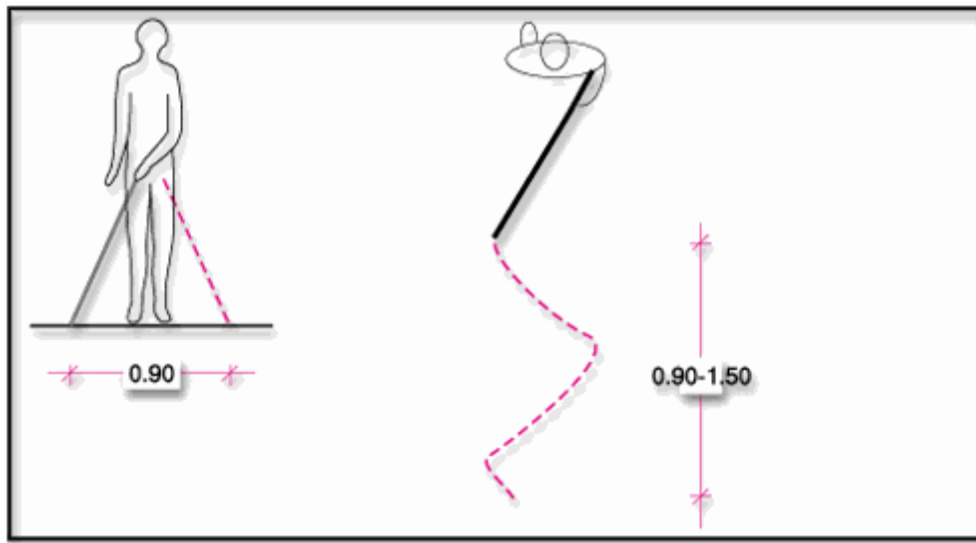
Σχήμα 2: Απαιτούμενος χώρος στροφής αμαξιδίου (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



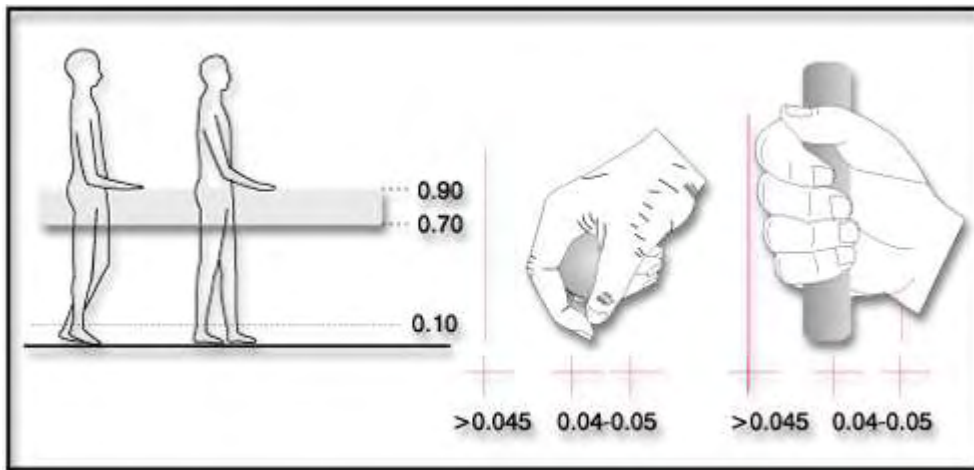
Σχήμα 3: Ελεύθερο ύψος όδευσης. Ανεκτές ανωμαλίες δαπέδου. (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



Σχήμα 4: Ελάχιστα ελεύθερα πλάτη όδευσης (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



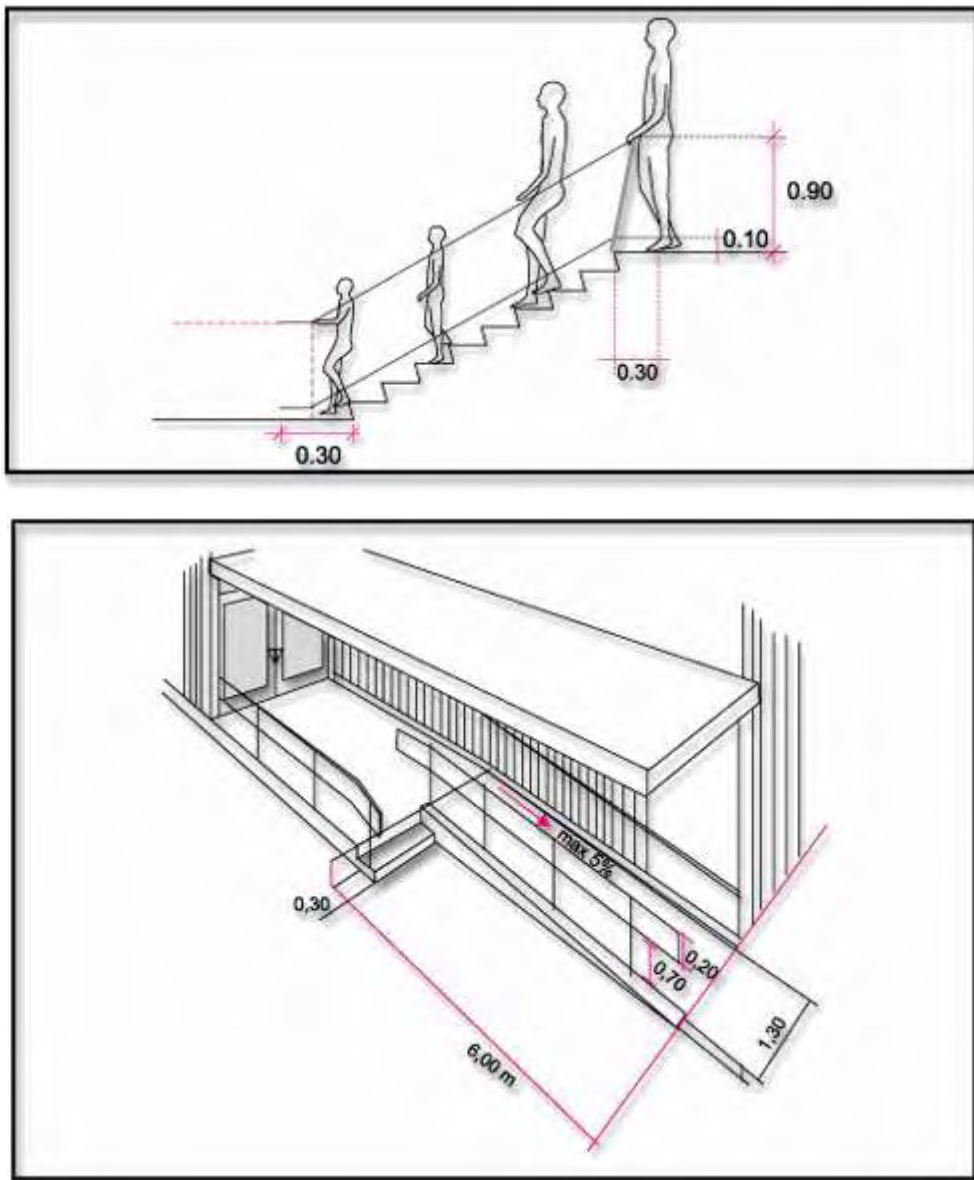
Σχήμα 5: Χειρολισθήρες (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



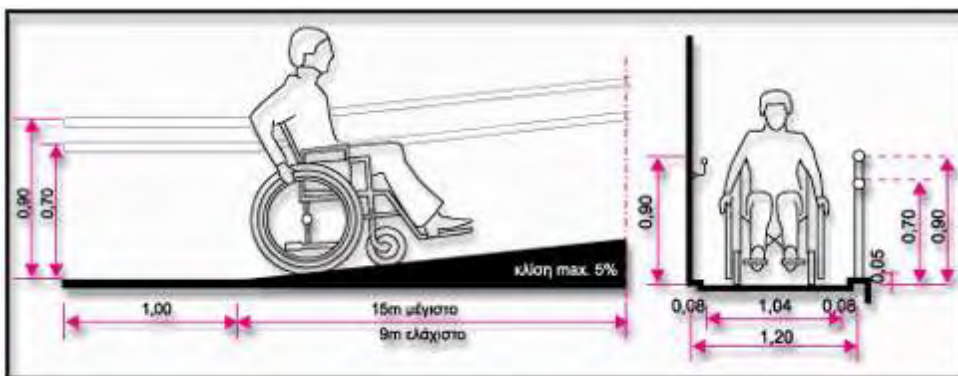
Σχήμα 6: Δυνατότητα προσέγγισης κατ' ύψος (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



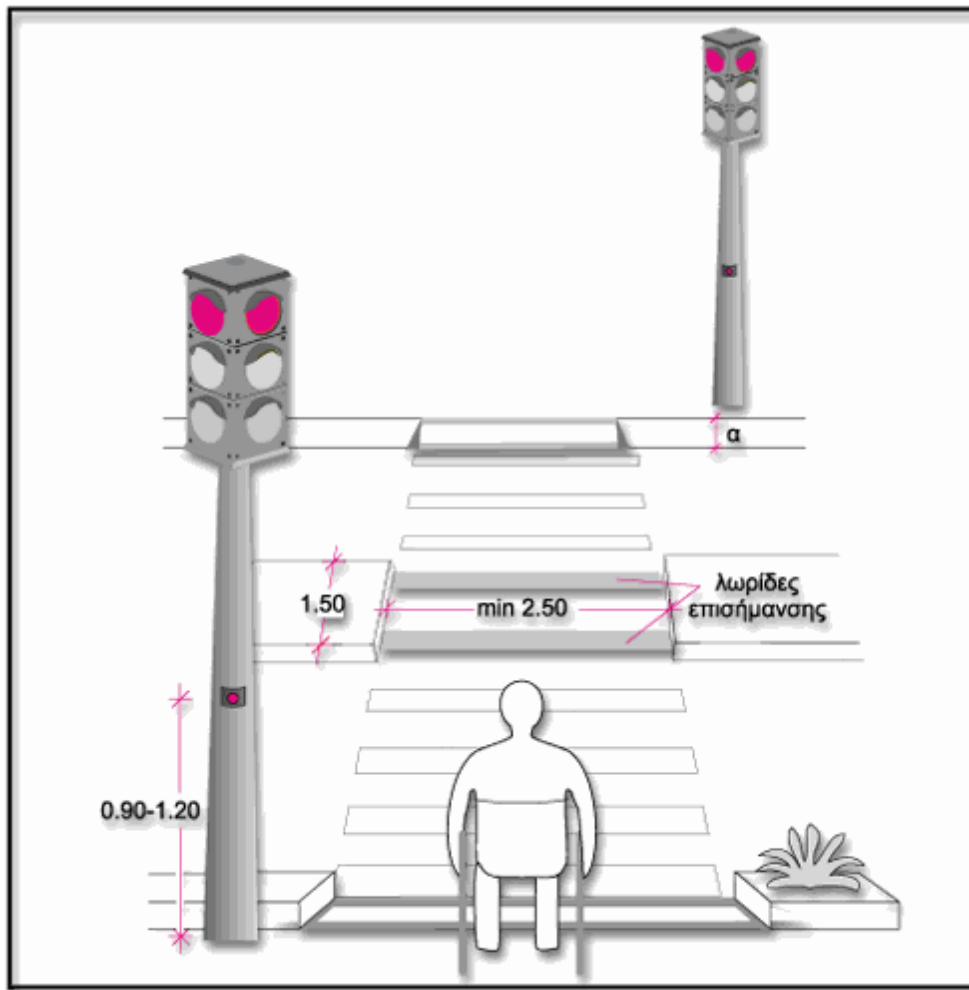
Σχήμα 7: Κλίμακες (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



Σχήμα 8: Ράμπες εισόδων (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



Σχήμα 9: Διάβαση-νησίδα (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)

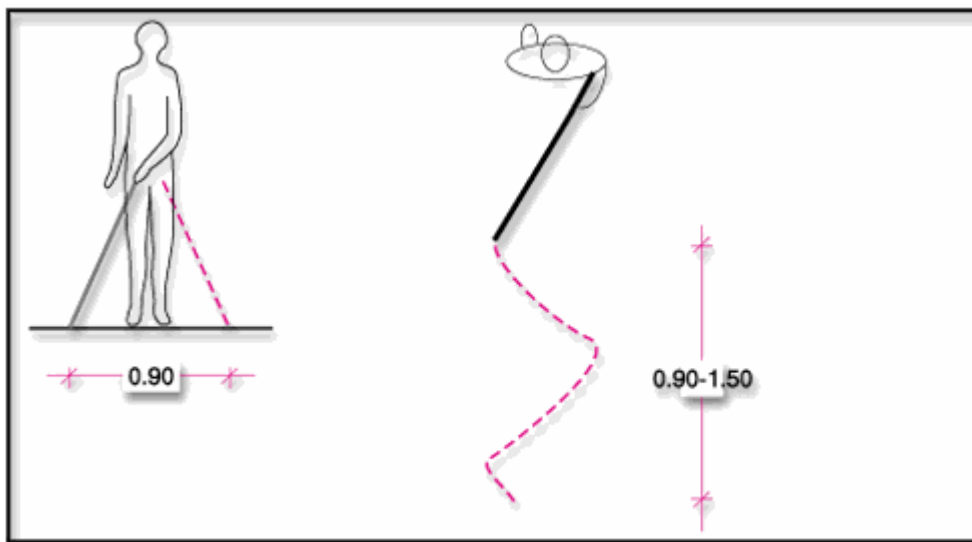


3.2.2. Άτομα με δυσκολία στην όραση

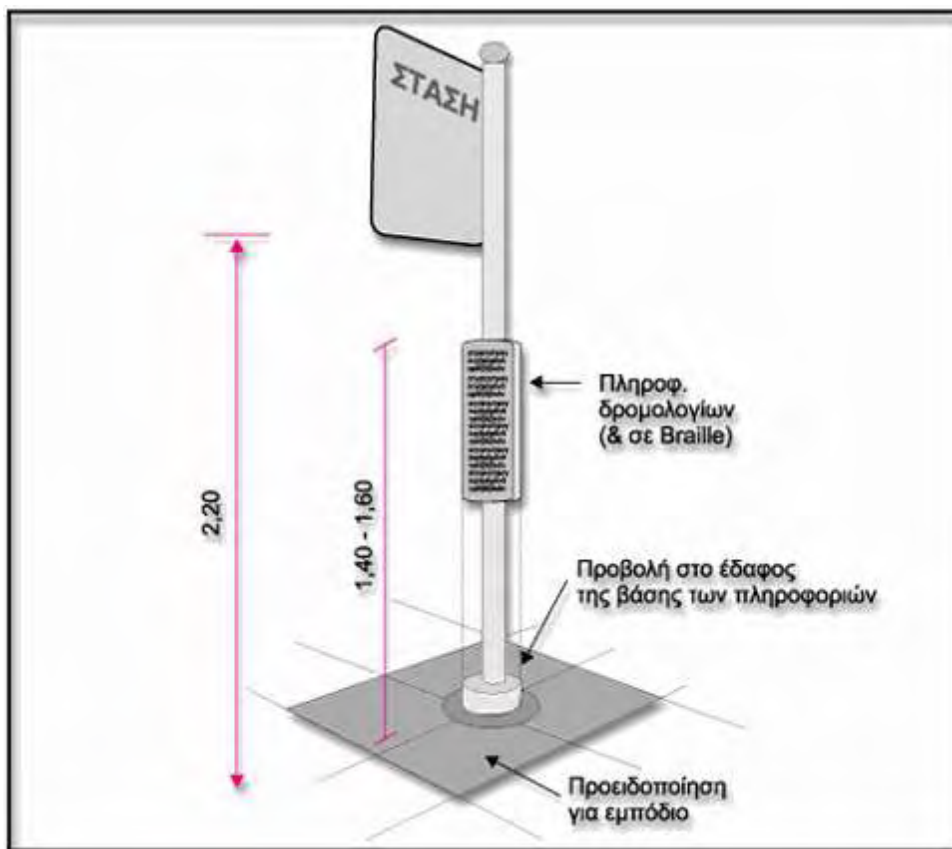
Αυτά τα άτομα βλέπουν λίγο ή καθόλου. Αντιμετωπίζουν εμπόδια κυρίως στην ενημέρωση/ επικοινωνία όταν δεν προβλέπεται η χρήση εντύπων σε εναλλακτικές μορφές (π.χ. νομοθεσία, εγκύκλιοι, ενημερωτικά φυλλάδια σε γραφή Braille ή σε ηλεκτρονική μορφή ή με μεγάλους χαρακτήρες). Επίσης, αντιμετωπίζουν εμπόδια στη χρήση συσκευών ή στον εξοπλισμό του γραφείου όταν δεν προβλέπεται σήμανση σε γραφή Braille και στον προσανατολισμό τους στους χώρους της επιχείρησης ή του οργανισμού ή της υπηρεσίας όταν δεν υπάρχει ανάγλυφη καθοδηγητική σήμανση ή όταν δεν αναλάβει κάποιος να τους δείξει διεξοδικά τις κτιριακές εγκαταστάσεις της εργασίας τους (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2012).

Για την αυτόνομη μετακίνησή τους κάνουν χρήση μπαστουνιού ή ειδικά εκπαιδευμένων σκύλων. Διακινούνται άνετα σε χώρους που έχουν διαστάσεις, όπως φαίνεται στο Σχήμα 10 («Ελάχιστα ελεύθερα πλάτη όδευσης για άτομα με προβλήματα όρασης») και, επειδή αναγνωρίζουν τον χώρο με τα άκρα και την ακοή, διευκολύνονται από οδηγούς όδευσης τυφλών, δηλαδή κατευθυντήριους οδηγούς στο δάπεδο διαφορετικής υφής και έντονης χρωματικής αντίθεσης από τα υπόλοιπα στοιχεία, ειδικούς χειρολισθήρες με αρχή και τέλος, πινακίδες με το σύστημα Braille τοποθετημένες σε κατάλληλο ύψος (π.χ. Σχήμα 11 «Θέση πινακίδων»), δάπεδα μη ηχοαπορροφητικά, για να αναγνωρίζουν τους ήχους από το βηματισμό τους, ευκρινή ηχητική σήμανση και χώρους που να μην δημιουργούν αντήχηση. Ο θόρυβος είναι η ομίχλη για τους τυφλούς. (ΥΠΕΚΑ, 1990).

Σχήμα 10: Ελάχιστα ελεύθερα πλάτη όδευσης για άτομα με προβλήματα όρασης (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



Σχήμα 11: Θέση πινακίδων (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



Επειδή τα άτομα αυτά δε βλέπουν, οι χώροι τους οποίους κινούνται θα πρέπει να είναι ελεύθεροι εμποδίων και να μην κρύβουν παγίδες, προεξέχοντα στοιχεία σε ύψος μικρότερο των 2,20μ χωρίς προβολική επισήμανση στο δάπεδο (πχ κάδοι απορριμάτων σε κολώνες, χαμηλά οδικά σήματα), aller-retour ή ανοιγόμενες πόρτες, εύθραυστα τζάμια κλπ. Ο φωτισμός των χώρων πρέπει να είναι άπλετος χωρίς έντονες αντιθέσεις, διότι όσοι βλέπουν λίγο θαμπώνονται εύκολα (ΥΠΕΚΑ, 1990).

3.2.3. Άτομα με δυσκολία στην ακοή

Τα άτομα με δυσκολία στην ακοή δυσκολεύονται να πληροφορηθούν και να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον τους. Συστήματα που ενισχύουν την ένταση του ήχου (π.χ. ακουστικά ή κοχλιακά εμφυτεύματα), συστήματα που χρησιμοποιούν οπτικές διόδους της πληροφορίας (π.χ. φαξ, e-mail, sms) και συστήματα διερμηνείας στη νοηματική γλώσσα επιτρέπουν την πληροφόρηση και αλληλεπίδραση με τα άτομα αυτά. Επίσης, η χρήση του

κατάλληλου εξοπλισμού π.χ. οπτική (φωτεινή) ή απτική (δόνηση) ειδοποίηση για το κουδούνι, το τηλέφωνο ή το συναγερμό) επιτρέπουν την αλληλεπίδρασή τους στο οικιακό και επαγγελματικό περιβάλλον (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2012).

Σημαντική βοήθεια στη διακίνηση των ατόμων αυτών προσφέρει η ύπαρξη έντονης και ευκρινούς οπτικής σήμανσης και συστήματος οπτικών αναγγελιών. Επίσης απαραίτητος είναι ο άπλετος φωτισμός των χώρων, ώστε να είναι εύκολο σε αυτά τα άτομα να διαβάζουν τα χείλη του ομιλητή (χειλεανάγνωση) ή να επικοινωνήσουν με την νοηματική γλώσσα (ΥΠΕΚΑ, 1990).

3.2.4. Άτομα με δυσκολία στην αντίληψη και στην επικοινωνία

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα άτομα με μόνιμα μειωμένη αντίληψη, πχ άτομα με διάφορες ψυχικές ή οργανικές παθήσεις, και με παροδικά μειωμένη αντίληψη, πχ ηλικιωμένοι, παιδιά, αφηρημένοι, μεθυσμένοι, ναρκομανείς, κουρασμένοι κλπ. Συνήθως αντιμετωπίζουν εμπόδια φυσικά ή τεχνολογικής και αρχιτεκτονικής φύσεως. (ΥΠΕΚΑ, 1990).

Τα άτομα αυτά έχουν περιορισμένη επαφή με το περιβάλλον και τα γύρω αντικείμενα, αδυνατούν να δράσουν αυτόνομα ή ακόμα να αντιδράσουν στα εμπόδια ή τους κινδύνους. Η απλοποίηση των χώρων διακίνησης, η χρήση σημάτων με ενδείξεις με χρωματικές αντιθέσεις, τα έντονα ηχητικά σήματα βελτιώνουν την σχέση των ατόμων αυτών με το περιβάλλον.

Εκτός από αυτές τις κατηγορίες, υπάρχουν και

- τα άτομα με ψυχικές ή νοητικές αναπηρίες, που συχνά χρειάζονται εξειδικευμένους τρόπους εξυπηρέτησης,
- τα άτομα με αλλεργίες, που δυσκολεύονται σε χώρους με κακό εξαερισμό, μόνιμα τοποθετημένες μοκέτες οι οποίες δεν καθαρίζονται συχνά, συχνάζουν ζώα ή υπάρχουν πολλά φυτά καθώς και άτομα με άλλες παθήσεις που τους κάνουν ευαίσθητους σε λοιμώξεις και μικρόβια, που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στην καθαριότητα (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2012· European Disability Forum, 2000).

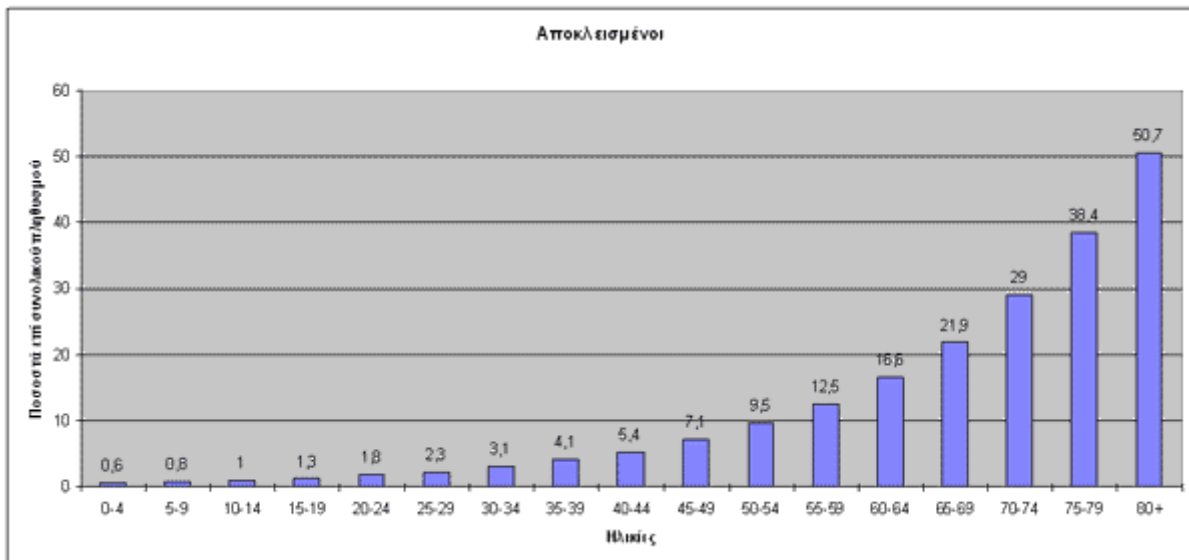
3.3. Προσβασιμότητα και εμποδιζόμενα άτομα

Αν και η έννοια της προσβασιμότητας αφορά άμεσα τα άτομα με αναπηρία, είναι γεγονός ότι δυσκολία στην προσέγγιση και χρήση των υποδομών, υπηρεσιών και αγαθών ή στην επικοινωνία και πληροφόρηση αντιμετωπίζουν και άλλες πολυπληθείς ομάδες του πληθυσμού, που δεν ανήκουν κατά παράδοση στα άτομα με αναπηρία. Στα άτομα αυτά, που ονομάζονται **εμποδιζόμενα** ή **αποκλεισμένα**, ανήκουν (World Health Organization, 2001):

- Οι ηλικιωμένοι
- Τα μικρά παιδιά
- Οι άνθρωποι με ασυνήθεις σωματικές διαστάσεις
- Οι άνθρωποι που κουβαλούν φορτία
- Οι γυναίκες σε προχωρημένα στάδια της εγκυμοσύνης
- Οι άνθρωποι που πάσχουν από αρθρίτιδα, άσθμα ή/και καρδιακά προβλήματα
- Οι άνθρωποι που είναι εθισμένοι σε αλκοόλ ή σε ναρκωτικές ουσίες
- Οι άνθρωποι που πάσχουν από μερική ή ολική απώλεια της δυνατότητας επικοινωνίας
- Οι άνθρωποι που βρίσκονται σε πανικό κάτω από συνθήκες εκτάκτου ανάγκης
- Οι άνθρωποι που εκτίθενται σε υψηλές θερμοκρασίες, δηλητηριώδεις ή τοξικές συνθήκες, μολυσμένα περιβάλλοντα κλπ
- Οι άνθρωποι με προσωρινή ανικανότητα λόγω τραυματισμού
- Οι άνθρωποι που ασθενούν και βρίσκονται σε ανάρρωση

Σε μια παλιότερη έρευνα του Υπουργείου Περιβάλλοντος, Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής (ΥΠΕΚΑ), που τότε ονομαζόταν Υπουργείο Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων (ΥΠΕΧΩΔΕ) υπολογίστηκε ότι πάνω από το 50% του πληθυσμού αποτελούν εμποδιζόμενα άτομα. Στα Σχήματα 10-12 και στον Πίνακα 2, που ακολουθούν, περιγράφονται οι ηλικίες καθώς και τα χαρακτηριστικά των σημαντικότερων από τις πιο πάνω αναφερθείσες ομάδες (Χριστοφή, 1997). Στον πίνακα δεν συμπεριλαμβάνεται, λόγω έλλειψης στατιστικών στοιχείων, ο ενεργός πληθυσμός που οδηγεί κάθε είδους αμαξίδιο μεταφοράς, αποσκευές ή κάθε είδους φορτίο (π.χ. σε μετακομίσεις), τα άτομα με ασυνήθεις διαστάσεις, τα άτομα με προσωρινή ανικανότητα λόγω τραυματισμού, οι ασθενείς σε ανάρρωση, τα εξαρτημένα άτομα από διάφορες ουσίες κλπ.

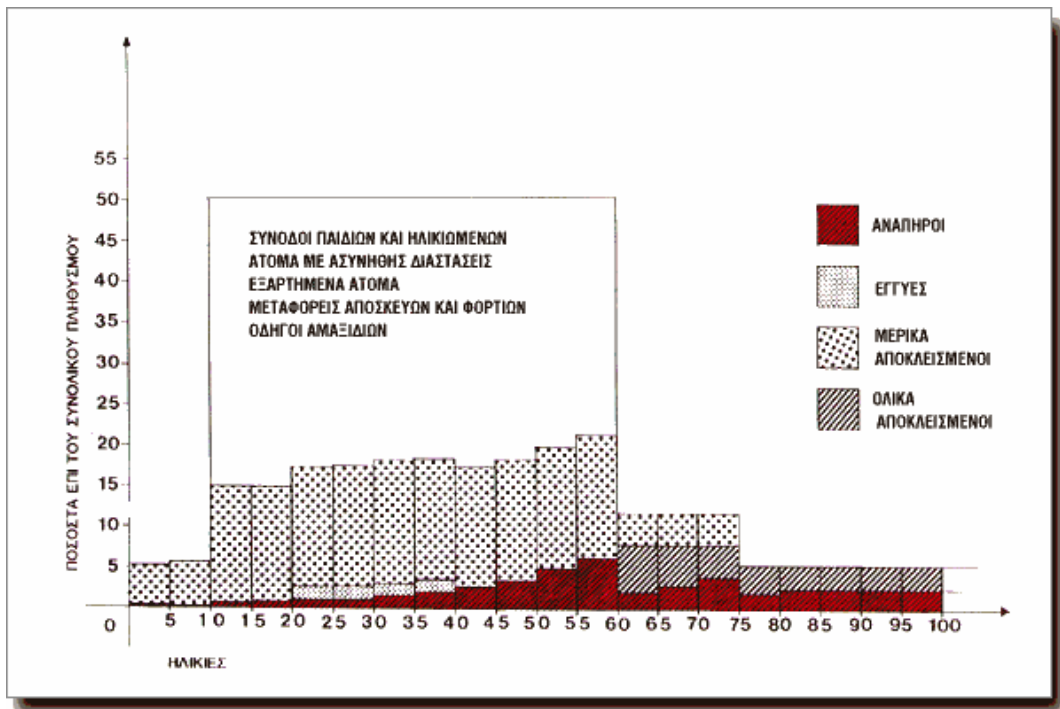
Σχήμα 10. Ποσοστό εμποδιζόμενων ατόμων (αποκλεισμένων) επί του συνολικού πληθυσμού ανά ηλικιακή κατηγορία (από Χριστοφή, 1997).



Σχήμα 11. Πληθυσμός εμποδιζόμενων ατόμων από το δομημένο περιβάλλον (από Χριστοφή, 1997)



Σχήμα 12. Κατανομή εμποδιζόμενων ατόμων ανά κατηγορία και ηλικία (από Χριστοφή, 1997)



Πίνακας 2. Σημαντικότερες ομάδες αποκλεισμένων και συχνότητά τους στον Ελληνικό πληθυσμό (από Χριστοφή, 1997).

α/α	Ηλικίες	Ποσοστό του συνολικού πληθυσμού	Χαρακτηριστικά ομάδας
1.	0-4 ετών	5,50%	<p>Κίνηση - μετακίνηση κατά κανόνα με παιδικό αμαξίδιο ή με τα πόδια και πάντα με την συνοδεία ενήλικα. Στα βρέφη ή νήπια που κινούνται σε αμαξίδιο δημιουργείται αίσθημα ανασφάλειας και αγωνίας κατά την ανάβαση και κατάβαση σκαλοπατιών και ρείθρων πεζοδρομίων, καθώς επίσης και κατά την κυκλοφορία σε κακώς συντηρημένα πεζοδρόμια (προεξοχές, λακκούβες, εμπόδια).</p> <p>Αστάθεια κατά το βάδισμα και μειωμένη αίσθηση κινδύνου χαρακτηρίζουν τα μεγαλύτερα νήπια. Εμπόδια, ανισοσταθμίες και μικρού πλάτους οδεύσεις επιβαρύνουν τους συνοδούς που αφενός καταβάλλουν μεγαλύτερη μυϊκή δύναμη ή και ακροβατούν και αφετέρου αντιμετωπίζουν συνεχείς κινδύνους πρόκλησης ατυχημάτων.</p>
	Συνοδοί	5,50%	
	Μερικό σύνολο	11,00%	
2.	5-9 ετών	6,40 %	<p>Απροσεξία και μειωμένη αίσθηση του κινδύνου, αστάθεια κατά το βάδισμα, μειωμένη αντίληψη του χώρου.</p> <p>Συνοδεύονται συνήθως από ενήλικα</p>
3.	60-74	14,00 %	<p>Σταδιακή εξασθένηση των αντανακλαστικών, των αισθήσεων και της κινητικότητας.</p> <p>Συχνή χρήση βοηθημάτων.</p>
4.	75 - άνω	6,00 %	<p>Επιδείνωση της εξασθένησης των αντανακλαστικών, των αισθήσεων και της κινητικότητας.</p> <p>Πέραν της χρήσης βοηθημάτων, συχνή η απαραίτητη ύπαρξη συνοδού.</p>
	ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	37,40%	
	έγκυες	1,50%	Αίσθημα ανασφάλειας, μειωμένη κινητικότητα
	ανάπηροι	9,30%	Μόνιμη χρήση βοηθημάτων συχνά αμαξιδίου, συνήθως παρουσία συνοδού.
	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	48,20%	

Αξίζει να σημειωθεί ότι η προσβασιμότητα αφορά στην πραγματικότητα το σύνολο του πληθυσμού. Όχι μόνον επειδή η αναπηρία μπορεί να αγγίξει τον καθένα, σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής του, μόνιμα ή προσωρινά, αλλά και γιατί επηρεάζει άμεσα και αισθητά το καθημερινό αίσθημα ασφάλειας και άνεσης του συνόλου του πληθυσμού, αποτελώντας έτσι προστιθέμενη αξία ποιοτικής διαβίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Το θεσμικό πλαίσιο για την αναπηρία και την προσβασιμότητα

4.1. Το διεθνές θεσμικό πλαίσιο

Ήδη από το 1948 ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) στην Οικουμενική Διακήρυξη του για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα είχε ήδη αναφερθεί στην αναπηρία (άρθρο 25) λέγοντας:

*Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένεια του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ακόμα δικαίωμα σε ασφάλιση για την ανεργία, την αρρώστια, την **αναπηρία**, τη χηρεία, τη γεροντική ηλικία, όπως και για όλες τις άλλες περιπτώσεις που στερείται τα μέσα της συντήρησής του, εξαιτίας περιστάσεων ανεξαρτήτων της θέλησής του.*

(ΟΗΕ, 1948)

Άλλο σημαντικό ορόσημο υπήρξε η Διακήρυξη των δικαιωμάτων του παιδιού (1959), της οποίας η πέμπτη αρχή αναφέρει:

Το παιδί που μειονεκτεί σωματικά, διανοητικά ή κοινωνικά θα απολαμβάνει την ιδιαίτερη μεταχείριση, εκπαίδευση και φροντίδα που απαιτεί η ειδική κατάστασή του.

(ΟΗΕ-Unicef, 1959)

Στις 9 Δεκεμβρίου του 1975 η Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) στα πλαίσια της περαιτέρω ανάπτυξης και εμπέδωσης της φιλοσοφίας του κοινωνικού κράτους και της προστασίας των κοινωνικών δικαιωμάτων, εξήγγειλε το Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Αναπηρία που αποτελεί συνέπεια της εγγύησης των κρατών-μελών του ΟΗΕ να δραστηριοποιηθούν για να προάγουν το επίπεδο ζωής τους, ενώ το 1971 είχε προηγηθεί η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Πνευματική Αναπηρία. Εξάλλου, το 1991 από τη διεθνή διάσκεψη που οργανώθηκε από την Ισπανική Κυβέρνηση σε συνεργασία με την Unesco προέκυψε η λεγόμενη Διακήρυξη Sundberg (προς τιμή του υπεύθυνου του προγράμματος ειδικής εκπαίδευσης της Unesco, Nils-Ivar Sundberg) που εστιάζει στην ολοκληρωμένη ένταξη των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία.

Στις 20 Δεκεμβρίου του 1993 η Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) ενέκρινε κατά την 48^η Συνεδρία της τους Πρότυπους Κανόνες για την εξίσωση των ευκαιριών για τα άτομα με αναπηρίες. Στον «Κανόνα 5: Πρόσβαση» αναφέρεται:

Τα Κράτη πρέπει να αναγνωρίζουν τη σημασία της πρόσβασης στη διαδικασία εξίσωσης των ευκαιριών σε όλες τις πλευρές της κοινωνίας. Για τα άτομα με αναπηρίες κάθε κατηγορίας, τα Κράτη θα πρέπει:

α) να εισάγουν προγράμματα δράσης που θα καταστήσουν το φυσικό περιβάλλον προσβάσιμο και

β) να αναλάβουν μέτρα για την πρόσβαση στην πληροφόρηση και την επικοινωνία

(Ηνωμένα Έθνη, 1994)

Στα 11 σημεία που ακολουθούν και αναλύουν περαιτέρω τον πέμπτο κανόνα, το κείμενο αναφέρεται στην ανάγκη για εφαρμογή των προδιαγραφών για διευκόλυνση της προσβασιμότητας ήδη από την αρχή της διαδικασίας σχεδιασμού και κατασκευής του δομημένου περιβάλλοντος. Αυτό εξασφαλίζεται με την εκπαίδευση και την παροχή των σχετικών γνώσεων στους αρχιτέκτονες, μηχανικούς και σε όλους όσους ασχολούνται επαγγελματικά με το σχεδιασμό και κατασκευή δημόσιων έργων.

Επίσης τα 11 σημεία αναφέρονται σε στρατηγικές, για να καταστούν οι υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και τεκμηρίωσης προσβάσιμες στις διάφορες ομάδες ατόμων με αναπηρίες, με μέτρα όπως η γραφή Braille, υπηρεσίες δακτυλογράφησης, ο μεγάλος τύπος γραμμάτων, η εκπαίδευση και οι υπηρεσίες διερμηνείας στη νοηματική, η ενθάρρυνση των μέσων μαζικής επικοινωνίας για προσβάσιμα προγράμματα αλλά και ο εξαρχής σχεδιασμός της νέας ηλεκτρονικής πληροφορίας και υπηρεσιών, ώστε να έχουν πρόσβαση σε αυτά και άτομα με αναπηρίες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα Ηνωμένα Έθνη δίνουν μεγάλη σημασία στις οργανώσεις ατόμων με αναπηρίες και τις θεωρούν υπεύθυνες, ώστε να γνωμοδοτούν για:

- Τις προδιαγραφές και τους κανόνες για την πρόσβαση
- Το σχεδιασμό και την κατασκευή δημόσιων έργων
- Τη διαμόρφωση μέτρων προκειμένου να καταστούν οι υπηρεσίες πληροφόρησης προσβάσιμες.

Ο προτεινόμενος ρόλος των οργανώσεων αυτών περιγράφεται αναλυτικότερα στον Κανόνα 18 «Οργανώσεις ατόμων με αναπηρίες».

Δεκαπέντε περίπου χρόνια μετά, στις 13 Δεκεμβρίου 2006 ψηφίστηκε ομόφωνα από την ολομέλεια της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε. η σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των ΑμεΑ και στις 30 Μαρτίου 2007 την προσυπέγραψαν 82 κράτη μέλη μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Ήδη από το προοίμιό της (άρθρο ε), η σύμβαση αυτή αναγνωρίζει την κοινωνική προσέγγιση της αναπηρίας δηλώνοντας ότι:

η αναπηρία είναι μια εξελισσόμενη έννοια και ότι η αναπηρία προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ των εμποδιζόμενων προσώπων και των περιβαλλοντικών εμποδίων και των εμποδίων συμπεριφοράς που παρεμποδίζει την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία, σε ίση βάση με τους άλλους

(Ηνωμένα Έθνη, 2007)

Γενικώς η προσβασιμότητα αποτελεί μια βασική γενική αρχή της σύμβασης αυτής (άρθρο 3). Στο άρθρο φ του προοιμίου αναγνωρίζεται η σημασία «της προσβασιμότητας στο φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό περιβάλλον, στην υγεία και εκπαίδευση και στην πληροφορία και επικοινωνία, καθιστώντας δυνατό στα άτομα με αναπηρίες να απολαμβάνουν πλήρως όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών». Στο άρθρο 2 ορίζονται διάφοροι όροι που χρησιμοποιούνται στη σύμβαση αυτή και εισάγονται οι έννοιες της «εύλογης προσαρμογής» για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων και ελευθεριών των ατόμων με αναπηρία αλλά και του πολύ σημαντικού «καθολικού σχεδιασμού» για τον οποίο θα μιλήσουμε στο επόμενο κεφάλαιο.

Το άρθρο 9 αναφέρεται ειδικά στην προσβασιμότητα και

- καταγράφει την ανάγκη διασφάλισης προσβάσιμων υπηρεσιών πέραν των προσβάσιμων υποδομών, στις οποίες μέχρι σήμερα συνήθως εξαντλούνταν οι απαιτήσεις προσβασιμότητας,
- εισάγει την υποχρέωση διασφάλισης της προσβασιμότητας τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές περιοχές,

- κάνει σαφή αναφορά στην ανάγκη προώθησης μέτρων διασφάλισης της προσβασιμότητας των υπηρεσιών εκτάκτου ανάγκης,
- εισάγει την ανάγκη για την ανάπτυξη και εφαρμογή προτύπων και κατευθυντήριων οδηγιών για την προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων και των υπηρεσιών που είναι ανοικτές ή παρέχονται στο κοινό,
- εισάγει ολοκληρωμένα την έννοια της «ζωντανής» βοήθειας και των ενδιαμέσων, επεκτεινόμενη πέραν των διερμηνέων νοηματικής και σε οδηγούς και αναγνώστες προκειμένου να διευκολύνουν την προσβασιμότητα στα κτίρια και σε άλλες εγκαταστάσεις που είναι ανοικτές στο κοινό,

και εξακολουθεί να επισημαίνει

- τον οριζόντιο χαρακτήρα της προσβασιμότητας, η οποία αφορά σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής
- το γεγονός ότι η προσβασιμότητα αφορά σε όλα τα άτομα με αναπηρία, ανεξαρτήτως της κατηγορίας και της βαρύτητας της αναπηρίας τους [π.χ. αναφέρεται παράλληλα τόσο στη γραφή Braille (τυφλά άτομα) όσο και στους διερμηνείς νοηματικής (κωφά άτομα) αλλά και στα ευανάγνωστα και κατανοητά κείμενα (άτομα με νοητικά/ψυχικά/γνωστικά προβλήματα)],
- το γεγονός ότι η προσβασιμότητα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διασφάλιση της ανεξαρτησίας και πλήρους συμμετοχής σε όλες τις πτυχές της ζωής των ατόμων με αναπηρία και κατά συνέπεια της ισοτιμίας τους με τους άλλους πολίτες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 25^ο άρθρο της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των ΑμεΑ είναι αφιερωμένο στις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ειδικά στη διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των ατόμων με αναπηρίες, στο εύρος, την ποιότητα και την εξειδίκευση της περίθαλψης, χωρίς διακρίσεις βάσει της αναπηρίας.

Η σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών και το Πρωτόκολλο που τη συνοδεύει, που προσυπογράφηκε και επικυρώθηκε από την Ελλάδα (Ν. 4074/2012), αποτελεί ένα νομικά δεσμευτικό μέσο, είτε σε ό,τι αφορά την θέσπιση νομοθεσίας που κάνει πράξη τα ίσα δικαιώματα, είτε σε ό,τι αφορά την κατάργηση των νομοθεσιών που παράγουν και/ή συντηρούν διακρίσεις.

4.2. Το Ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο

Ακολουθώντας τις διεθνείς εξελίξεις και ταυτιζόμενη με το πνεύμα των διακηρύξεων του Ο.Η.Ε. η Ευρώπη θέσπισε κείμενα, όπως η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και των Θεμελιωδών Ελευθεριών (1950), ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (1961, 1966) και πιο συγκεκριμένα η Συνθήκη του Άμστερνταμ (1997). Σε αυτήν την συνθήκη εισάγεται για πρώτη φορά ο όρος «αναπηρία». Το νέο άρθρο 13 συμπληρώνει το άρθρο 12 που αναφέρεται στη διάκριση λόγω ιθαγένειας και προβλέπει ότι το Συμβούλιο της Ευρώπης μπορεί να λάβει τα αναγκαία μέτρα για την καταπολέμηση των διακρίσεων λόγω φύλου, φυλετικής ή εθνικής καταγωγής, θρησκείας ή πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού. Έτσι, μεταξύ των υπόλοιπων ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, συμπεριλήφθηκαν και τα άτομα με αναπηρία, καθιερώνοντας έτσι την αρχή της μη διάκρισης σε βάρος τους.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (δηλαδή οι Επίτροποι και η «δημόσια διοίκηση» της Ευρωπαϊκής Ένωσης) θεωρεί επίσης την αναπηρία ως ένα κοινωνικό κατασκεύασμα και υιοθετεί το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, τονίζοντας τους περιβαλλοντικούς φραγμούς στην κοινωνία, οι οποίοι εμποδίζουν την πλήρη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρίες στην κοινωνία. Το Μάιο του 2000 έκανε την ανακοίνωση με τίτλο «Για μία Ευρώπη χωρίς φραγμούς για τα άτομα με ειδικές ανάγκες». Η ανακοίνωση αυτή έχει σημαντικές συνέπειες στο τρόπο με τον οποίο εξελίσσονται οι πολιτικές και η νομοθεσία σχετικά με την αναπηρία και αντιμετωπίζει τα θέματα πρόσβασης και κινητικότητας με βάση τις ίσες ευκαιρίες και το δικαίωμα συμμετοχής. Ειδικότερα, καθιστά σημαντικό να εξασφαλιστεί η εξάλειψη των τεχνικών και νομικών φραγμών για την αποτελεσματική συμμετοχή των ατόμων με αναπηρίες στην οικονομία και την κοινωνία.

Επίσης αναγνωρίζει ότι η προσβασιμότητα αποτελεί και απαιτεί μία αδιάσπαστη αλυσίδα ενεργειών, δράσεων και παρεμβάσεων, η οποία εάν σε κάποιο σημείο της «σπάσει», αίρεται η έννοια της προσβασιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρει:

Η αύξηση των δυνατοτήτων πρόσβασης στις πληροφορίες συγκοινωνιών και ταξιδιών δεν είναι αρκετή λόγω έλλειψης μιας συνεκτικής ανασκόπησης όλου του κυκλώματος μεταφορών. Λεωφορεία και τραίνα με εύκολη πρόσβαση δεν ωφελούν καθόλου αν τα άτομα με προβλήματα κινητικότητας δεν μπορούν να φθάνουν στη στάση του λεωφορείου ή αν δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τον αυτόματο διανομέα

εισιτηρίων. Η πλήρωση αυτών των κενών απαιτεί την ανάπτυξη ενός πλαισίου για την εξέταση των θεμάτων σχετικά με τις δυνατότητες πρόσβασης σε μεταφορικά συστήματα, σε κτίρια και άλλους δημόσιους χώρους. Τέτοιο πλαίσιο περιλαμβάνει σαφώς τη στενή συνεργασία μεταξύ διαφόρων πολιτικών και διοικητικών επιπέδων.

(ΕΕ, COM(2000) 284)

Επωφελούμενη από την ώθηση που δόθηκε το 2003 με το «Ευρωπαϊκό Έτος των ατόμων με ειδικές ανάγκες», η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εφάρμοσε ένα πολυετές σχέδιο δράσης με στόχο την ενσωμάτωση της διάστασης της αναπηρίας στις σχετικές κοινοτικές πολιτικές και τη βελτίωση της οικονομικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με αναπηρία. Σε δύο ανακοινώσεις της, «Ίσες ευκαιρίες για τα άτομα με αναπηρίες: ένα ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης» (2003) και «Η κατάσταση των ατόμων με αναπηρία στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή ένωση: το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης 2006-2007» (2005) περιγράφει τους στόχους αυτού του σχεδίου δράσης, ένας από τους οποίους είναι η καλύτερη και αποτελεσματικότερη πρόσβαση στα δημόσια κτίρια (παράγραφος 3.2.4.). Λαμβάνοντας υπόψη τις συστάσεις που διατυπώθηκαν από ομάδα ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων σχετικά με την πρόσβαση στο δομημένο περιβάλλον, που συγκροτήθηκε από την Επιτροπή υπό την αιγίδα του ευρωπαϊκού έτους των ατόμων με αναπηρίες, η Επιτροπή αποφάσισε:

- Να προωθήσει την αρχή του Σχεδιασμού για Όλους (Design for all) σε όλες τις σχετικές κοινοτικές πολιτικές για την προσβασιμότητα στο δομημένο περιβάλλον.
- Να εξετάσει την ανάπτυξη κατάλληλων ευρωπαϊκών προτύπων σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με τα δημόσια κτίρια, όπως ο προγραμματισμός, ο σχεδιασμός, η δόμηση και η χρήση των κτιρίων καθώς και τις διαδικασίες ασφαλούς εκκένωσης των κτιρίων για τα άτομα με αναπηρίες.
- Να προωθήσει την καλύτερη διαπαιδαγώγηση σε θέματα προσβασιμότητας στα σχολεία και με την ανάπτυξη μαθημάτων προσβασιμότητας για επαγγελματίες στον τομέα των δομικών κατασκευών όπως π.χ. για αρχιτέκτονες.
- Να προωθήσει την ανταλλαγή πληροφοριών και τη διάδοση ορθής πρακτικής σχετικά με ζητήματα πρόσβασης μεταξύ πόλεων.

- Να αναθεωρήσει τη νομοθεσία και τις πολιτικές για την ανάθεση δημοσίων συμβάσεων και για τη χορήγηση κονδυλίων από τα διαρθρωτικά ταμεία σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.
- Να οργανώσει μελέτες και έρευνες για να εντοπιστούν οι φραγμοί και να καταστούν πιο προσβάσιμες για τα άτομα με αναπηρίες οι τουριστικές εγκαταστάσεις και τα αστικά μεταφορικά μέσα.

Ο χρονικός ορίζοντας αυτού του σχεδίου δράσης ήταν το 2010. Σήμερα, η νέα Ευρωπαϊκή Στρατηγική για την Αναπηρία 2010-2020 επικεντρώνεται στην εξάλειψη των εμποδίων, επισημαίνει οκτώ βασικούς τομείς δράσης (προσβασιμότητα, συμμετοχή, ισότητα, απασχόληση, εκπαίδευση και κατάρτιση, κοινωνική προστασία, υγεία και εξωτερική δράση) και προσδιορίζει για κάθε τομέα βασικές ενέργειες. Η Επιτροπή προτείνει τη χρήση μέσων όπως η προτυποποίηση, η νομοθεσία, η ενσωμάτωση της προσβασιμότητας και του Καθολικού Σχεδιασμού στα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης, η ανάπτυξη αγοράς υποστηρικτικής τεχνολογίας (assistive technology) και άλλες πιο έξυπνες ρυθμιστικές αρχές (Χριστοφή, 2013).

4.3. Το θεσμικό πλαίσιο άλλων χωρών

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Η πρώτη σημαντική νομοθετική ρύθμιση στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ήταν ο Νόμος για τα Πολιτικά Δικαιώματα του 1964 (Civil Rights Act of 1964). Υπογράφηκε από τον τότε πρόεδρο των Η.Π.Α. Lyndon Johnson και έκρινε παράνομη τη διάκριση με βάση τη φυλή, το χρώμα του δέρματος, τη θρησκεία, το φύλο ή την εθνική καταγωγή. Τερμάτισε (τουλάχιστον νομικά) την άνιση μεταχείριση των ψηφοφόρων και τη φυλετική διάκριση στα σχολεία, στον εργασιακό χώρο και στις δομές που εξυπηρετούν το γενικό κοινό.

Ο Νόμος για τα Πολιτικά Δικαιώματα του 1964 δεν αναφερόταν με κανέναν τρόπο στα άτομα με αναπηρία. Εντούτοις αποτέλεσε την αρχή και το πρότυπο για την μεταγενέστερη νομοθέτηση κατά άλλων μορφών διάκρισης, όπως για την εγκυμοσύνη (Pregnancy Discrimination Act of 1978), την ηλικία στην εργασία (Age Discrimination in Employment Act) και τελικά την αναπηρία.

Το 1973 ο τότε πρόεδρος των Η.Π.Α. Richard Nixon υπέγραψε το νόμο για την Αποκατάσταση (Rehabilitation Act of 1973) που απαγορεύει τη διάκριση με βάση την αναπηρία σε προγράμματα που εφαρμόζονται από ομοσπονδιακές υπηρεσίες (π.χ. Εκπαίδευσης, Υγείας και Πρόνοιας), σε προγράμματα που δέχονται ομοσπονδιακή χρηματοδότηση (π.χ. αεροδρόμια, κολλέγια και πανεπιστήμια) και στην απασχόληση σε ομοσπονδιακές υπηρεσίες ή σε εργολάβους τους. Ο νόμος αυτός και ιδιαίτερα το κεφάλαιο 504 υπήρξε το πρώτο νομοθέτημα στις Η.Π.Α. που αφορούσε τα ανθρώπινα δικαιώματα για τα άτομα με αναπηρία.

Ο Νόμος για την Αναπηρία ή "Νόμος για τους Αμερικανούς με Αναπηρία", όπως ονομάζεται (Americans with Disabilities Act of 1990) νομοθετήθηκε από το Αμερικανικό Κογκρέσσο και υπογράφηκε από τον τότε Πρόεδρο των Η.Π.Α. George H.W. Bush το 1990. Ο Νόμος περιλαμβάνει και καλύπτει τόσο άτομα με ψυχικές όσο και άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες. Επίσης ορίζει ότι μια δυσκολία μπορεί να αποτελεί αιτία αναπηρίας ακόμα κι αν δεν είναι μόνιμη ή βαριά. Η Επιτροπή για τις Ίσες Ευκαιρίες για Απασχόληση (Equal Employment Opportunity Commission) παρέχει μια λίστα από ιατρικές καταστάσεις που θεωρούνται ως πηγή αναπηρίας και περιλαμβάνει διαταραχές σε αισθήσεις (π.χ. κωφότητα, τυφλότητα), διαταραχές στη νοητική λειτουργία (πρώην νοητική υστέρηση), διαταραχές στην κινητικότητα (π.χ. μερική ή ολική απώλεια άκρων ή καταστάσεις που απαιτούν τη χρήση αναπηρικού αμαξιδίου) αλλά και άλλες παθήσεις, νευρολογικές (όπως την επιληψία, την πολλαπλή σκλήρυνση, τη μυϊκή δυστροφία και άλλες), ψυχιατρικές (όπως τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, τη διπολική διαταραχή, το σύνδρομο μετατραυματικού στρες, την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή και τη σχιζοφρένεια) αλλά και άλλες παθήσεις (όπως τον αυτισμό, τον καρκίνο, το διαβήτη, και τη νόσηση από AIDS) (Americans with Disabilities Act, 1990).

Ο Νόμος για την Αναπηρία έχει πέντε άρθρα. Το πρώτο αφορά την απασχόληση και απαγορεύει τη διάκριση των ατόμων με αναπηρία σε θέματα πρόσληψης, προαγωγής, απόλυσης, εκπαιδευτικής κατάρτισης κ.λ.π. σε επιχειρήσεις με 15 ή περισσότερους υπαλλήλους, εταιρείες ανεύρεσης εργασίας, οργανισμούς απασχόλησης και παρόμοιους οργανισμούς. Το άρθρο αυτό απαιτεί από τους προαναφερθέντες οργανισμούς να παρέχουν εύλογες προσαρμογές για υποψήφιους εργαζόμενους ή ήδη εργαζόμενους με αναπηρία.

Το δεύτερο άρθρο απαγορεύει τη διάκριση με βάση την αναπηρία σε όλες τις τοπικές και πολιτειακές κρατικές υπηρεσίες (π.χ. σχολεία, δημοτικές υπηρεσίες, βιβλιοθήκες, κρατικές υπηρεσίες στέγασης κλπ) και στα δημόσια μέσα μαζικής μεταφοράς.

Το τρίτο άρθρο απαγορεύει τη διάκριση ατόμων με αναπηρία από υπηρεσίες που παρέχουν δημοσίως αγαθά και υπηρεσίες, όπως διαμονής (π.χ. ξενοδοχεία και πανδοχεία), αναψυχής, μεταφοράς, εκπαίδευσης, διατροφής (π.χ. εστιατόρια, σούπερ-μάρκετ) κ.λ.π.

Το τέταρτο άρθρο αφορά τις τηλεπικοινωνίες. Συμπληρώνει έναν παλαιότερο Νόμο των Επικοινωνιών (Communications Act of 1934) και απαιτεί ότι όλες οι εταιρείες τηλεπικοινωνιών στις Η.Π.Α. θα πρέπει να διασφαλίζουν λειτουργικά ισοδύναμες υπηρεσίες σε καταναλωτές με αναπηρία και πιο συγκεκριμένα σε αυτούς που έχουν δυσκολίες ακοής και ομιλίας.

Τέλος, το πέμπτο άρθρο αφορά τεχνικά θέματα, εκ των οποίων το σημαντικότερο είναι ότι απαγορεύει τα αντίποινα ή τον καταναγκασμό εις βάρος ατόμων που ασκούν τα δικαιώματά τους ή βοηθούν άλλους να ασκήσουν τα δικαιώματά τους με βάση τον Νόμο αυτό (Americans with Disabilities Act, 1990).

Ο Νόμος για την Αναπηρία του 1990 παρότι στηρίχτηκε και συμπλήρωσε το Νόμο για τα Πολιτικά Δικαιώματα του 1964, προχώρησε και πέρα από αυτόν, αφού κάλυψε και το κομμάτι της εργασίας. Το 2009 ο τότε πρόεδρος των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής George W. Bush νομοθέτησε μια τροπολογία στο Νόμο αυτό (ADA Amendments Act of 2008) που διευκρίνιζε και διεύρυνε τον όρο «αναπηρία» και άρα τον αριθμό και τους τύπους των ατόμων που προστατεύονται από αυτόν. Η σημαντικότερη ίσως αλλαγή ήταν ότι απαιτεί από τις δικαστικές αρχές που εφαρμόζουν το νόμο, αντί να ασχολούνται με το εάν το άτομο που τον επικαλείται καλύπτει επακριβώς τα τεχνικά κριτήρια που ορίζουν την «αναπηρία», να εστιάζουν στο εάν το άτομο αυτό υπήρξε θύμα κάποιας μορφής διάκρισης (ADA Amendments Act, 2008).

Καναδάς

Σε μια σχεδόν παράλληλη πορεία με τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο Καναδάς το 1977 νομοθέτησε τον Καναδικό Νόμο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (Canadian Human Rights Act) που όμως δεν αναφερόταν ειδικά στα άτομα με αναπηρία. Μέσα στα χρόνια που πέρασαν το κράτος του Καναδά θέσπισε νομοθεσίες που βοηθούν τους

αναπήρους, όπως το Νόμο για τα Τυφλά Άτομα (Blind Persons Act) και το Νόμο για την Ισότητα στην Απασχόληση (Employment Equity Act). Παρά τις αλληπάλληλες συζητήσεις για τον Canadians with Disabilities Act, δεν έχει ακόμα νομοθετηθεί ένας νόμος-ομπρέλα για τα άτομα με αναπηρίες.

Ηνωμένο Βασίλειο

Το Ηνωμένο Βασίλειο είχε κι αυτό στα πλαίσια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων νομοθετήσει διατάγματα κατά της διάκρισης με βάση το φύλο (Sex Discrimination Act του 1975) και με βάση τη φυλή (Race Discrimination Act του 1976) που απαγόρευαν τόσο την άμεση όσο και την έμμεση διάκριση. (Άμεση είναι αυτή που φαίνεται εύκολα π.χ. «Barmaid wanted» αντί για «Bar person wanted», ενώ έμμεση είναι αυτή όπου μια περιττή απαίτηση δίνει προβάδισμα σε μια κατηγορία ανθρώπων ή ένα φύλο, π.χ. «Bar person wanted – must look good in a miniskirt»). Το 1995 θέσπισε το Νόμο για την Διάκριση με βάση την Αναπηρία (Disability Discrimination Act, 1995) που έκρινε παράνομη τη διάκριση σχετικά με την απασχόληση, την εκπαίδευση, τις μεταφορές και την παροχή υπηρεσιών και αγαθών. Ο νόμος επέτρεπε στους εργοδότες να έχουν λογικά ιατρικά κριτήρια και να προσδοκούν ικανοποιητική επίδοση από όλους τους εργαζόμενους, εφόσον είχαν εφαρμόσει εύλογες προσαρμογές (Disability Discrimination Act, 1995).

Ο πιο πάνω νόμος ισχύει ακόμα στη Βόρεια Ιρλανδία (μαζί με μια σειρά από τροπολογίες), ενώ στο υπόλοιπο Ηνωμένο Βασίλειο έχει αντικατασταθεί ή/και συμπληρωθεί από το Νόμο περί Ισότητας του 2010 (Equality Act, 2010). Ο τελευταίος νόμος απαιτεί ίση μεταχείριση και πρόσβαση στην εργασία, στις ιδιωτικές και δημόσιες υπηρεσίες, ανεξάρτητα από τα «προτατευμένα» χαρακτηριστικά της ηλικίας, της αναπηρίας, του φύλου (ακόμα κι αν έχει αλλάξει), του γάμου, της φυλής, της θρησκείας και του σεξουαλικού προσανατολισμού (Equality Act, 2010)

Αυστραλία

Αντίστοιχοι νόμοι έχουν τις τελευταίες δεκαετίες θεσπιστεί και στην Αυστραλία, όπως ο Νόμος για τις Υπηρεσίες για την Αναπηρία του 1986 (Disability Services Act of 1986) και ο νόμος για τη Διάκριση με βάση την Αναπηρία (Disability Discrimination Act of 1992). Ο τελευταίος Νόμος καθιστά παράνομη τη διάκριση των ατόμων με αναπηρία σε τομείς όπως η απασχόληση, η εκπαίδευση, η πρόσβαση σε κτιριακές δομές, η παροχή αγαθών και

υπηρεσιών, η στέγαση, η αγορά γης, η συμμετοχή σε ομάδες και λέσχες, ο αθλητισμός και η συμμετοχή στα κοινά.

4.4. Το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο

Το Σύνταγμα της Ελλάδας (αναθεώρηση 2008) αναφέρει:

Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας.

(άρθρο 21, παράγραφος 6)

Η αυτονομία και η συμμετοχή στη ζωή της χώρας, βέβαια, προϋποθέτει προσβασιμότητα των υποδομών, υπηρεσιών και αγαθών, ώστε να μην παρεμποδίζεται αυτό το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα των ανθρώπων με αναπηρία.

Σύμφωνα με το Νόμο 2430/1996, Άρθρο 2 Παράγραφος 2, η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία έχει αναγνωριστεί ως η τριτοβάθμια οργάνωση των ατόμων με αναπηρία και θεσμοθετήθηκε ως Κοινωνικός Εταίρος της Ελληνικής Πολιτείας για θέματα που αφορούν στα άτομα με αναπηρία. Με το 3^ο άρθρο, 1^η παράγραφο του ίδιου νόμου, η ελληνική πολιτεία υιοθέτησε το παγκόσμιο πρόγραμμα δράσης, καθώς και τους κανόνες ίσων ευκαιριών για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, της Γενικής Συνέλευσης του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (1993).

Πιο πρόσφατα, με το Νόμο 4074/2012 «Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου για τη Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες» επικυρώθηκε η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών και το Πρωτόκολλο που τη συνοδεύει, με αποτέλεσμα να θεσμοθετείται και το 9^ο άρθρο της, που αναφέρεται στην προσβασιμότητα.

Για να επιτρέψουν στα ΑμεΑ να ζουν ανεξάρτητα και να συμμετέχουν πλήρως σε όλες τις πτυχές της ζωής, τα Κράτη Μέλη λαμβάνουν κατάλληλα μέτρα για να εξασφαλίσουν στα ΑμεΑ πρόσβαση, σε ίση βάση με τους άλλους, στο φυσικό περιβάλλον, στα μέσα μαζικής μεταφοράς, στην ενημέρωση και επικοινωνία, συμπεριλαμβανομένων

τεχνολογιών και συστημάτων πληροφοριών, και σε άλλες εγκαταστάσεις και υπηρεσίες, που είναι ανοικτές ή παρέχονται στο κοινό, σε αστικές και αγροτικές περιοχές.

(Νόμος 4074/2012)

4.4.1. Ρυθμίσεις σχετικά με την προσβασιμότητα

Στο Γενικό Οικοδομικό Κανονισμό, όπως αυτός τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με το νόμο 2831/2000, προβλέπονται ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση των ατόμων με αναπηρία (άρθρο 28). Οι ειδικές ρυθμίσεις επιβάλλονται σε χώρους κτιρίων κατασκευαζόμενων μετά τη δημοσίευση του νόμου, στους οποίους στεγάζονται υπηρεσίες του Δημοσίου, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του ευρύτερου δημόσιου τομέα, κοινωφελείς οργανισμοί κλπ. Στα υφιστάμενα πριν από την ισχύ του νόμου αυτού κτίρια, όπου στεγάζονται αντίστοιχες υπηρεσίες, επιβάλλεται επίσης με τον ίδιο νόμο να γίνουν οι απαραίτητες διαμορφώσεις, ώστε οι λειτουργικοί χώροι τους να είναι προσπελάσιμοι από άτομα με ειδικές ανάγκες.

Στα άρθρα του νόμου αυτού περιγράφονται, μεταξύ των άλλων, προδιαγραφές που αφορούν την όδευση από τη στάθμη του πεζοδρομίου μέχρι την πόρτα του ανελκυστήρα (διαστάσεις και κλίση διαδρόμων, διαστάσεις, άνοιγμα πόρτας και αποστάσεις ανελκυστήρα, οπτικοακουστικά και απτικά μέσα σήμανσης στους ανελκυστήρες), το ποσοστό των χώρων υγιεινής που πρέπει να είναι προσβάσιμοι και εξοπλισμένοι κατάλληλα για χρήση από άτομα που χρησιμοποιούν αναπηρικό αμαξίδιο (5% ή τουλάχιστον ένας ανά όροφο) και η προσβασιμότητα ατόμων με αναπηρία σε κοινόχρηστους χώρους (με οδεύσεις πεζών, οδεύσεις τυφλών, ράμπες και χώρους στάθμευσης αναπηρικών αυτοκινήτων).

Με τις αποφάσεις του ΥΠΕΧΩΔΕ 52487 «Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ΑμεΑ σε υφιστάμενα κτίρια» και 52488, «Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ΑμεΑ σε κοινόχρηστους χώρους των οικισμών που προορίζονται για την κυκλοφορία πεζών» (ΦΕΚ 18/Β/02) εξειδικεύονται οι επιβαλλόμενες από το Γενικό Οικοδομικό Κανονισμό απαιτήσεις για την αποκατάσταση της προσβασιμότητας τόσο στα υφιστάμενα κτίρια όσο και στους εξωτερικούς κοινόχρηστους χώρους των οικισμών. Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη απόφαση περιγράφονται προδιαγραφές για την οριζόντια και κατακόρυφη προσπέλαση των κτιρίων (άρθρο 1), για τις εισόδους (άρθρο 2), τα κλιμακοστάσια (άρθρο 3), τους χώρους υγιεινής (άρθρο 4), τους πάγκους υποδοχής, τα τηλέφωνα και τον φωτισμό (άρθρο

5), τη σήμανση (άρθρο 6) και εισάγεται η έννοια του «οδηγού τυφλών» (άρθρο 7). Στη δεύτερη απόφαση περιγράφεται η «ελεύθερη ζώνη όδευσης πεζών» (άρθρα 2 και 3) και οι ειδικές θέσεις στάθμευσης για τα οχήματα ατόμων με αναπηρία (άρθρο 5). Και στις δύο αποφάσεις θεσμοθετούνται οι Οδηγίες Σχεδιασμού «Σχεδιάζοντας για όλους» του Γραφείου μελετών για ΑμεΑ του ΥΠΕΚΑ (άρθρο 9 και 6, αντίστοιχα).

Αντίστοιχες ρυθμίσεις και περιγραφές για προσβασιμότητα κοινόχρηστων χώρων, ελεύθερη όδευση πεζών, οδηγό όδευσης τυφλών, κεκλιμένα επίπεδα, επιστρώσεις δαπέδων, αστικό εξοπλισμό και χώρους στάθμευσης ατόμων με αναπηρία καθιερώθηκαν με την πιο πρόσφατη απόφαση 52907 του ΥΠΕΚΑ (2009).

Ο Νέος Οικοδομικός Κανονισμός (Ν. 4067/2012) επιχειρεί να άρει τα προβλήματα που είχαν εντοπιστεί από την εφαρμογή του προηγούμενου Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού. Με το άρθρο 26 επιβάλλει πλέον στους χώρους όλων των νέων κτιρίων (εκτός των κτιρίων με χρήση κατοικίας), για τα οποία η άδεια δόμησης εκδίδεται μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, να εξασφαλίζεται η οριζόντια και κατακόρυφη προσβασιμότητα από εμποδιζόμενα ή άτομα με αναπηρία, καθώς και η εξυπηρέτησή τους σε όλους τους εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους των κτιρίων σύμφωνα με τις Οδηγίες Σχεδιασμού «Σχεδιάζοντας για όλους» του Γραφείου μελετών για ΑμεΑ του ΥΠΕΚΑ.

Στα κτίρια με χρήση κατοικίας επιβάλλεται να εξασφαλίζεται η αυτόνομη και ασφαλής οριζόντια και κατακόρυφη προσπέλαση από εμποδιζόμενα ή άτομα με αναπηρία σε όλους τους εσωτερικούς και εξωτερικούς κοινόχρηστους χώρους των κτιρίων κατοικίας, καθώς και η διασφάλιση εύκολης μετατρεψιμότητας των κατοικιών σε κατοικίες εμποδιζόμενων ή ατόμων με αναπηρία. Επίσης θεσπίζεται η χρήση αναβατορίων, επιπλέων των ανελκυστήρων.

Στα υφιστάμενα πριν την ισχύ του παρόντος νόμου κτίρια, όπου στεγάζονται δημόσιες υπηρεσίες, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και ιδιωτικού δικαίου του ευρύτερου δημοσίου τομέα, κοινωφελείς οργανισμοί, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτης και δεύτερης βαθμίδας ή έχουν χρήση συνάθροισης κοινού, επιβάλλεται να γίνουν οι απαραίτητες διαμορφώσεις, ώστε οι λειτουργικοί τους χώροι να είναι προσβάσιμοι σε εμποδιζόμενα άτομα ή άτομα με αναπηρία. Οι διαμορφώσεις αυτές πρέπει να πραγματοποιηθούν μέχρι το 2020, με την προϋπόθεση ότι δεν θίγεται ο φέρων οργανισμός του κτιρίου, αλλιώς τα κτίρια θα θεωρούνται αυθαίρετα.

Τέλος, κατά την ανακατασκευή ή διαμόρφωση των κοινόχρηστων χώρων των δήμων και κοινοτήτων (π.χ. πλατείες, πεζοδρόμια, νησίδες, άλση, στάσεις κλπ) επιβάλλεται να εξασφαλίζεται η πρόσβαση εμποδιζόμενων ή ατόμων με αναπηρία, εφόσον βέβαια το επιτρέπει η μορφολογία του εδάφους.

4.4.2. Προσβασιμότητα και χώροι εργασίας

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στα δημόσια κτίρια μπορεί να ιδωθεί και μέσα από μια διαφορετική σκοπιά: αυτήν της εργασίας. Για να μπορεί ένα άτομο με αναπηρία ή γενικότερα ένα εμποδιζόμενο άτομο να εργαστεί με ίσους όρους σε μια υπηρεσία υγείας, είναι ανάγκη το περιβάλλον εργασίας να είναι προσβάσιμο και κατάλληλα προσαρμοσμένο για χρήση από όλα τα άτομα (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2007).

Στο Προεδρικό Διάταγμα 16/96 θεσμοθετούνται οι ελάχιστες προδιαγραφές που πρέπει να πληρούν οι χώροι εργασίας, έτσι ώστε οι εργαζόμενοι με αναπηρία να κινούνται και να εργάζονται ανεμπόδιστα. Ο έλεγχος της εφαρμογής του διατάγματος έχει ανατεθεί στις αρμόδιες υπηρεσίες της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης (νυν Περιφερειακών Ενοτήτων), προβλέπεται δε η επιβολή κυρώσεων σε κάθε εργοδότη που παραβαίνει τις διατάξεις του διατάγματος. Το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης με μια σειρά εγκυκλίων («Εξασφάλιση πρόσβασης εμποδιζόμενων ατόμων – εφαρμογή των Οδηγιών Σχεδίασης του ΥΠΕΧΩΔΕ για την άρση των αρχιτεκτονικών εμποδίων, 26534/96», «Εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές ανάγκες από τις δημόσιες υπηρεσίες και τους Φορείς του Δημόσιου τομέα, 4291/97», «Εξασφάλιση πρόσβασης και διευκολύνσεις εμποδιζόμενων ατόμων στις δημόσιες υπηρεσίες, 6750/99 και 589/01» και άλλες) υποχρεώνει τους Φορείς του Δημοσίου να λάβουν μέτρα για την προσβασιμότητα των κτιρίων τους.

Εξάλλου, όχι μόνον το Σύνταγμα της Ελλάδας προβλέπει ότι «οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου» (άρθρο 4, παράγραφος 1) αλλά και ο Νόμος 3304/2005 για την «εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού» θεσμοθετεί την αρχή της ίσης μεταχείρισης όλων των πολιτών και εισάγει την υποχρέωση των εργοδοτών σε «εύλογες προσαρμογές» (άρθρο 10), προκειμένου να διευκολυνθεί η δυνατότητα πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία στην εργασία και την επαγγελματική κατάρτιση. Με το νόμο αυτό ενσωματώθηκαν αυτούσιες

στην εθνική μας νομοθεσία οι οδηγίες 2000/43 και 2000/78 της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000), που με τη σειρά τους θεσπίστηκαν μετά τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (1997), που συμπεριέλαβε την αναπηρία στις αιτίες διάκρισης (άρθρο 13) και αναγνώρισε γενικά τη συμπερίληψη των αναγκών των ατόμων με αναπηρία κατά την εκπόνηση μέτρων από τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (άρθρο 22).

Μια αναλυτικότερη περιγραφή της νομοθεσίας που αφορά στις κατασκευές, εγκαταστάσεις και τον τρόπο αντιμετώπισης των ατόμων με ειδικές ανάγκες στα κτίρια συνάθροισης κοινού και τις υπηρεσίες του δημόσιου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα μπορεί να βρεθεί στο Παράρτημα του «Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας: Εγχειρίδιο εκπαιδευτή» (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008). Επίσης αναλυτική περιγραφή της τρέχουσας νομοθεσίας τόσο για τα κτίρια όσο και για τις μεταφορές υπάρχει στο βιβλίο «Προσβασιμότητα και αναπηρία» της Χριστοφή Μαριλύ (2013) και σε πολλές από τις εκδόσεις της Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, διαθέσιμες στο δικτυακό τόπο <http://www.esamea.gr/publications/books-studies>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Πρότυπα και οδηγίες για την προσβασιμότητα

5.1. Καθολικός Σχεδιασμός ή Σχεδιασμός για Όλους

Ο όρος **Καθολικός Σχεδιασμός** (στις Η.Π.Α. Universal Design) ή **Καθολική Πρόσβαση** (Universal Access) ή **Σχεδιασμός για Όλους** (στην Ευρώπη Design for All): σημαίνει το σχεδιασμό προϊόντων, περιβαλλόντων, προγραμμάτων και υπηρεσιών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από όλους τους ανθρώπους, στη μεγαλύτερη δυνατή έκταση, χωρίς ανάγκη προσαρμογής ή εξειδικευμένου σχεδιασμού. Ο όρος καθολικός σχεδιασμός δεν αποκλείει τις υποβοηθητικές συσκευές για συγκεκριμένες ομάδες ατόμων με αναπηρίες, όπου αυτό απαιτείται. (άρθρο 2 «Ορισμοί» της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία του Ο.Η.Ε.· Center for Universal Design, 2010).

Ο στόχος του Σχεδιασμού για όλους είναι να βοηθήσει στην δημιουργία και προσφορά προϊόντων, υπηρεσιών και περιβαλλόντων που θα είναι απλά και θα μπορούν να χρησιμοποιούνται από όσο γίνεται μεγαλύτερο εύρος ανθρώπων με όσο γίνεται μικρότερο κόστος. Αφορά όχι μόνον τις ηλικίες (από τις μικρότερες ως τις μεγαλύτερες) αλλά και τις διαστάσεις (ύψος, βάρος), δεξιότητες των ατόμων καθώς και την ύπαρξη ή όχι αναπηρίας. Κάθε σχέδιο που είτε δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ικανοποιητικά από όλους είτε, αντίθετα, απευθύνεται σε μία μόνο κατηγορία πολιτών και άρα προάγει τη διάκριση και τον στιγματισμό τους απορρίπτεται συλλήβδην (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2005).

Το Center for Universal Design, του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας, έχει καθιερώσει εδώ και χρόνια τις παρακάτω αρχές Σχεδιασμού για Όλους:

1. Ισότιμη χρήση (το σχέδιο είναι χρήσιμο και ελκυστικό σε ανθρώπους με ποικίλες ικανότητες, χωρίς να τους διαιρεί, να τους στιγματίζει αλλά προστατεύοντας την ιδιωτικότητα, την ασφάλεια και την αυτονομία όλων).

2. Ευελιξία στη χρήση (το σχέδιο παρέχει ποικιλία στον τρόπο χρήσης από ανθρώπους με διαφορετικές προτιμήσεις και ικανότητες, όπως προτίμηση χεριού, διαφορετική ταχύτητα χρήσης κλπ).

3. Εύκολη και διαισθητική χρήση (το σχέδιο είναι εύκολο να γίνει κατανοητό, ανεξάρτητα από τις εμπειρίες, τις γνώσεις, τις γλωσσικές δεξιότητες, ή το επίπεδο συγκέντρωσης του χρήστη, χωρίς περιττή πολυπλοκότητα).

4. Αντιληπτή πληροφόρηση (το σχέδιο επικοινωνεί αποτελεσματικά την πληροφορία στο χρήστη ανεξάρτητα από τις συνθήκες του περιβάλλοντος ή τις αισθητηριακές ικανότητες του χρήστη, χρησιμοποιώντας διαφορετικές μεθόδους π.χ. εικονικές, λεκτικές, απτικές παρουσίασης των πληροφοριών, με επαρκή αντίθεση της πληροφορίας από το γύρω περιβάλλον).

5. Ανοχή στο σφάλμα (το σχέδιο ελαχιστοποιεί τους κινδύνους και τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις τυχαίων και αθέλητων δράσεων, παρέχοντας προειδοποιήσεις και ασφαλιστικές δικλείδες, κάνοντας πιο προσβάσιμα τα πιο χρησιμοποιούμενα στοιχεία και εξαλείφοντας, απομονώνοντας ή θωρακίζοντας τα επικίνδυνα στοιχεία).

6. Χαμηλή σωματική προσπάθεια (το σχέδιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά και άνετα με ελάχιστη κούραση, επιτρέποντας στο χρήστη να διατηρήσει μια ουδέτερη στάση σώματος και ελαχιστοποιώντας τις επαναληπτικές κινήσεις).

7. Μέγεθος και χώρος για προσέγγιση και χρήση (επαρκές μέγεθος και χώρος παρέχεται για την προσέγγιση και χρήση ανεξάρτητα από το σωματικό μέγεθος του χρήστη, τη στάση του ή την κινητικότητά του, παρέχοντας δυνατότητα για βοηθητικές συσκευές ή υποστήριξη από άλλο πρόσωπο (Center for Universal Design, 2010).

Η εφαρμογή του *Σχεδιασμού για Όλους* στα προϊόντα και τις υπηρεσίες των επιχειρήσεων προσδίδει σε αυτά πρόσθετη αξία και διευρύνει την ομάδα των καταναλωτών στην οποία απευθύνονται, ενώ περιορίζει την υποχρέωση των Φορέων για πρόβλεψη και παροχή πρόσθετων εξειδικευμένων λύσεων και εφαρμογών, άρα τους εξοικονομεί πόρους. Στην ουσία διασφαλίζει στην πράξη τη βασική δημοκρατική αρχή του σεβασμού της πολυμορφίας και της ισότητας.

5.2. Πρότυπα του International Organization for Standardization

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι δεν υπάρχει ούτε ομοιομορφία διεθνώς ούτε πλήρης κάλυψη των διαφόρων ζητημάτων που αφορούν την προσβασιμότητα με ευρέως αποδεκτά πρότυπα (standards). Ο Διεθνής Οργανισμός Προτυποποίησης (International Organization for Standardization ή ISO) έχει την τεχνική επιτροπή 173 (Technical Committee

173) – Βοηθητικά προϊόντα για άτομα με αναπηρία (Assistive products for persons with disability) με υποεπιτροπές για τα αναπηρικά αμαξίδια, την ταξινόμηση και την ορολογία, για τις στομίες και την ακράτεια, για τους ανυψωτήρες και τη μεταφορά προσώπων, και το σχεδιασμό για προσβασιμότητα. Αν εξαιρέσουμε τα πρότυπα αυτής της επιτροπής, τα περισσότερα πρότυπα του ISO που αναφέρονται στα άτομα με αναπηρία αφορούν άμεσα ή έμμεσα τις τεχνολογίες πληροφορικής.

Το μοναδικό πρότυπο που αναφέρεται εξολοκλήρου στην προσβασιμότητα είναι το ISO 21542:2011 που καθορίζει ένα εύρος από προαπαιτήσεις και συστάσεις για πολλά στοιχεία που αφορούν την κατασκευή, συναρμολόγηση και τοποθέτηση των στοιχείων που συναποτελούν το περιβάλλον σε ένα κτίριο. Οι απαιτήσεις αυτές σχετίζονται με κατασκευαστικές πλευρές της πρόσβασης στα κτίρια, με την κυκλοφορία μέσα στα κτίρια, την έξοδο από τα κτίρια τόσο υπό φυσιολογικές συνθήκες αλλά και την άμεση εκκένωση του κτιρίου σε περίπτωση επείγοντος. Δεν αφορά τους δημόσιους χώρους ή το εσωτερικό καταλυμάτων μιας οικογένειας.

Το πρότυπο ISO 21542:2011 που αντικαθιστά το προηγούμενο πρότυπο ISO/TR 9527:1994 αφορά τα γενικά στοιχεία σχεδιασμού, την προσέγγιση του κτιρίου, τους προσβάσιμους χώρους στάθμευσης, τους διαδρόμους (μονοπάτια) από το χώρο στάθμευσης προς την είσοδο του κτιρίου, τις ράμπες (κεκλιμένα επίπεδα), τις εισόδους και τις επείγουσες εξόδους του κτιρίου, την οριζόντια και κατακόρυφη κυκλοφορία, τις σκάλες και τις χειρολαβές τους, τους ανελκυστήρες και τα αναβατόρια, τις πόρτες και τα παράθυρα, τους χώρους υποδοχής και τα γραφεία εξυπηρέτησης, τους χώρους συνάθροισης πολλών ατόμων (αίθουσες προβολής, δεξίωσης κλπ), τις τουαλέτες και τα μπάνια, τους ειδικούς χώρους, όπως κουζίνες, υπνοδωμάτια, χώροι ανάπαυσης, χώροι αποθήκευσης και χώροι για τους σκύλους-οδηγούς των τυφλών. Επίσης αφορά γενικότερα θέματα όπως η ακουστική, ο φωτισμός, η οπτική αντίθεση τα συστήματα πυρασφάλειας και ενημέρωσης για επείγουσες περιπτώσεις, τα έπιπλα, ο εξοπλισμός (διακόπτες, στοιχεία χειρισμού, τηλέφωνα κλπ), ο προσανατολισμός και η πληροφοριοδότηση, οι πινακίδες και οι γραφικές σηματοδοτήσεις. Στα παραρτήματά του αναφέρει μεταξύ των άλλων στοιχεία για το δάπεδο και την υφή του, στοιχεία συντήρησης των εγκαταστάσεων αλλά, το κυριότερο, ικανότητες και πιθανά εμπόδια των διαφόρων κατηγοριών ατόμων με αναπηρία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Διεθνής Οργανισμός Προτυποποίησης είχε ήδη από το 2001 αναγνωρίσει την ανάγκη συμπερίληψης των απαιτήσεων των ατόμων με αναπηρία και των ηλικιωμένων κατά την ανάπτυξη και αναθεώρηση των προτύπων. Για το λόγο αυτό συνέταξε τον Οδηγό ISO / IEC Guide 71:2001 «Κατευθυντήριες γραμμές για την προτυποποίηση και αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία» (Guidelines for standards developers to address the needs of older persons and persons with disabilities). Ο οδηγός αυτός ήταν η πρώτη δημοσίευση που διατέθηκε και σε γραφή Braille και έχει γίνει ευρέως αποδεκτός (Χριστοφή, 2013). Ο οδηγός αυτός κατά την παρούσα στιγμή είναι υπό αναθεώρηση και ανανέωση.

5.3. Οδηγίες της ευρωπαϊκής υπηρεσίας προτυποποίησης

Στηριζόμενη στον πιο πάνω οδηγό του ISO, η ευρωπαϊκή υπηρεσία προτυποποίησης (European Committee for Standardization - CEN), και η ευρωπαϊκή επιτροπή για την ηλεκτροτεχνική προτυποποίηση (European Committee for Electrotechnical Standardization - CENELEC) συνέταξε αντίστοιχα τον οδηγό 6 «Κατευθυντήριες γραμμές για όσους αναπτύσσουν πρότυπα, ώστε να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία» (Guidelines for standards developers to address the needs of elderly persons and persons with disabilities). Ο στόχος του οδηγού αυτού είναι:

- Να ενημερώσει όσους φορείς σχεδιάζουν πρότυπα και προδιαγραφές για το πώς οι ανθρώπινες ικανότητες και αναπηρίες επηρεάζουν τη χρηστικότητα προϊόντων, υπηρεσιών και του δομημένου περιβάλλοντος και
- Να ευαισθητοποιήσει σχετικά με τα οφέλη της προσβασιμότητας και του Καθολικού Σχεδιασμού

Κατ' αντιστοιχεία, το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Τηλεπικοινωνιακών Προτύπων (European Telecommunications Standards Institute - ETSI) έχει εκδώσει τον οδηγό EG 202 116 «Κατευθυντήριες οδηγίες για προϊόντα και υπηρεσίες 'Σχεδιασμός για όλους'» (Guidelines for products and services 'Design for All') για χρήση και αναφορά από εταιρείες τηλεπικοινωνίας, κατασκευαστές αυτοκινήτων, άλλους οργανισμούς προτυποποίησης, ακαδημαϊκά ιδρύματα κ.ά.

5.4. Πρότυπα άλλων χωρών

Οι διάφορες χώρες έχουν αναπτύξει σε διάφορους βαθμούς πρότυπα που εξασφαλίζουν την προσβασιμότητα σε κτίρια των ατόμων με αναπηρία.

Αυστραλία

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η περίπτωση της Αυστραλίας. Με βάση τον τοπικό Νόμο για τη Διάκριση στην Αναπηρία (Disability Discrimination Act) του 1992 και σε συνδυασμό με τον τοπικό Οικοδομικό Κανονισμό (Building Code of Australia) δημιουργήθηκε ένα Πρότυπο για τα Κτίρια (Premises Standard) που εκδόθηκε τον Μάρτιο του 2011, ενώ μετά από περισσότερα από 180 σχόλια και παρατηρήσεις από τους ενδιαφερόμενους τομείς, ανανεώθηκε και εκδόθηκε σε ενημερωμένη, δεύτερη μορφή τον Φεβρουάριο 2013 (Australian Human Rights Commission, 2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι πριν από την έκδοση του συγκεκριμένου προτύπου, είχαν προηγηθεί αναλυτικές οδηγίες από την Επιτροπή των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Αυστραλίας (Australian Human Rights Commission), του φορέα, δηλαδή, που είχε αναλάβει την προσπάθεια για εφαρμογή του νόμου για τη Διάκριση στην Αναπηρία. Οι οδηγίες αυτές είχαν δημοσιευθεί το 2008 με τίτλο «Ο καλός, ο κακός και ο άσχημος: Σχεδιασμός και κατασκευή για πρόσβαση» (The good, the bad and the ugly: Design and construction for access) και περιείχαν με λόγια και εικόνες 14 εφαρμοσμένα παραδείγματα τρόπους εφαρμογής του τοπικού Οικοδομικού Κανονισμού με στόχο την προσβασιμότητα (Australian Human Rights Commission, 2008).

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Όπως έχει αναφερθεί, το τρέχον νομοθετικό πλαίσιο στις Η.Π.Α. στηρίζεται στο Νόμο για τους Αμερικανούς με Αναπηρία (Americans with Disabilities Act). Το Συμβούλιο για την Πρόσβαση των Η.Π.Α. (United States Access Board) ήταν υπεύθυνο για την ανάπτυξη και ενημέρωση κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines) που κατευθύνουν την εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου. Οι οδηγίες αυτές είναι γνωστές ως Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Προσβασιμότητα με βάση το Νόμο για τους Αμερικανούς για Αναπηρία (ADA Accessibility Guidelines). Αυτές οι οδηγίες χρησιμοποιούνται από το Υπουργείο Δικαιοσύνης (Department of Justice) και το Υπουργείο Μεταφορών (Department of

Transportation) για την θέσπιση υποχρεωτικών προτύπων που πρέπει να ακολουθεί το κοινό.

Τα τρέχοντα πρότυπα που ισχύουν στηρίζονται στην πιο ενημερωμένη έκδοση των Κατευθυντήριων Οδηγιών για την Προσβασιμότητα, που εκδόθηκε το 2004 και ως εκ τούτου είναι όμοια (η προηγούμενη έκδοση των οδηγιών ήταν το 1991). Το Υπουργείο Μεταφορών έχει εκδώσει το πιο τελευταίο πρότυπο το 2006, ενώ το Υπουργείο Δικαιοσύνης το 2010 με εφαρμογή από το Μάρτιο του 2012 (United States Department of Justice, Civil Rights Division, 2010).

5.5. Οι οδηγίες του Υ.ΠΕ.ΧΩ.Δ.Ε (νυν Υ.Π.Ε.Κ.Α.)

Το Γραφείο Μελετών για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) του ΥΠΕΧΩΔΕ (νυν ΥΠΕΚΑ) συστάθηκε το 1985 και αποτέλεσε την πρώτη υπηρεσία στην Ελλάδα που προώθησε την έννοια της αυτόνομης διακίνησης, διαβίωσης και πρόσβασης όλων των πολιτών. Στα πλαίσια της προσπάθειας που είχε αναλάβει για την προώθηση των στόχων αυτών, συνέστησε ομάδες εργασίας από τεχνικούς - εκπροσώπους διαφόρων υπουργείων και φορέων, οι οποίες, με συντονίστρια την Προϊσταμένη του Γραφείου, κατά το χρονικό διάστημα 1986 - 1990, συνέταξαν τις «Οδηγίες Σχεδιασμού για την Αυτόνομη Διακίνηση και Διαβίωση ΑΜΕΑ».

Το 1996 το Γραφείο συνέστησε ομάδα εργασίας με στόχο την αναμόρφωση των οδηγιών, ώστε να αποκτήσουν ενιαίο ύφος και να περιληφθούν σε αυτές όλα τα νεώτερα δεδομένα. Προτάχθηκε η αναμόρφωση των οδηγιών που έχουν σχέση με τα δημόσια και ειδικά κτίρια και τους υπαίθριους κοινόχρηστους χώρους, ώστε εφαρμοσθούν από τις υπηρεσίες και τους μελετητές που ασχολούνται με μελέτες εφαρμογές και κατασκευές αυτής της κατηγορίας των έργων. Ιδιαίτερα είχε τονιστεί η σημασία αυτών των κτιρίων στη ζωή των πολιτών της χώρας, τα οποία ενώ κατασκευάζονται ειδικά για να δέχονται κοινό, στην συντριπτική τους σχεδόν πλειοψηφία είναι είτε απροσπέλαστα, είτε πολύ δύσκολα προσπελάσιμα από μία πολύ μεγάλη κατηγορία ατόμων.

Αυτή τη στιγμή έχουν συνταχθεί και παρουσιάζονται στην ιστοσελίδα του υπουργείου δέκα οδηγίες, που αφορούν (Υπουργείο Περιβάλλοντος, Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής, 1990):

1. Γενικές αρχές - Ανθρωπομετρικά στοιχεία (παρουσιάζονται οι βασικές δυσκολίες των ανθρώπων με αναπηρία και οι βασικές αρχές του Σχεδιασμού για Όλους).
2. Διαμόρφωση εξωτερικών χώρων κίνησης πεζών (παρουσιάζονται στοιχεία σχεδιασμού πεζοδρομίων, πεζόδρομων και χώρων στάθμευσης αυτοκινήτων).
3. Ράμπες ατόμων και αμαξιδίων (παρουσιάζονται στοιχεία για τη σήμανση και την κατασκευή κεκλιμένων επιπέδων, π.χ. κλίση, μήκος, πλάτος, σχήμα, μορφή κλπ).
4. Κλίμακες ή σκάλες (παρουσιάζονται στοιχεία για τη σήμανση και την κατασκευή κλιμάκων, π.χ. κλίση, μήκος, πλάτος, σχήμα, μορφή κλπ).
5. Μηχανικά μέσα κάλυψης υψομετρικών διαφορών (παρουσιάζονται στοιχεία σχεδιασμού ανελκυστήρων, αναβατόριων, κυλιόμενων σκαλών και μεταφορικών ταινιών).
6. Σήμανση (παρουσιάζονται γενικές αρχές για τα διάφορα είδη σήμανσης και ειδικές οδηγίες για το σχεδιασμό και κατασκευή σήμανσης με πινακίδες, για επιδαπέδια σήμανση, για φωτεινή και ηχητική σήμανση καθώς και για τη σήμανση αστικού εξοπλισμού και κτιρίων μέσω χρώματος και σχήματος).
7. Είσοδοι κτιρίων (παρουσιάζονται στοιχεία για το σχεδιασμό κτιρίων με προσβασιμότητα στην κεντρική τους είσοδο, στους χώρους στάθμευσης και με επικοινωνία των χώρων στάθμευσης με το εσωτερικό του κτιρίου).
8. Δημόσιοι χώροι υγιεινής (παρουσιάζονται αρχές, όπως σήμανση, προσπέλαση, είσοδος και εξοπλισμός δημόσιων χώρων υγιεινής).
9. Κτίρια που χρησιμοποιούνται από το κοινό (παρουσιάζονται γενικές αρχές σχεδιασμού δημόσιων κτιρίων, που αφορούν την είσοδο-υποδοχή, τη σήμανση, τους κοινόχρηστους χώρους, την οριζόντια και κατακόρυφη κυκλοφορία και την πυροπροστασία τους).
10. Κατοικία (παρουσιάζονται στοιχεία για το σχεδιασμό κατοικιών και, πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με την είσοδο, την οριζόντια κυκλοφορία, το δάπεδο, τα παράθυρα-εξώστες, τους χώρους υγιεινής και τα διάφορα είδη δωματίων).

Οι οδηγίες αυτές δημοσιεύθηκαν το 1997 σε τεύχος με τίτλο «Σχεδιάζοντας για όλους» και είναι ελεύθερα διαθέσιμες σε όλους, τόσο σε ηλεκτρονική μορφή όσο και σε έντυπη από το ίδιο το Υπουργείο. Επιτρέπουν σε οποιονδήποτε να πληροφορηθεί με λεπτομέρεια, ακρίβεια και σαφήνεια για όλα τα χαρακτηριστικά που χρειάζεται να έχει ο σχεδιασμός ενός κτιρίου ή χώρου, ώστε να είναι προσβάσιμο από όλους. Οι οδηγίες αυτές

καλύπτουν το πιθανό κενό εκπαίδευσης και πληροφόρησης που είναι δυνατόν να υπάρχει στους παλαιότερους αλλά και νέους επαγγελματίες (αρχιτέκτονες, πολιτικούς μηχανικούς) που ασχολούνται με το σχεδιασμό κτιρίων και υπηρεσιών στον κρατικό αλλά και στον ιδιωτικό τομέα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι έχουν νομοθετηθεί ρυθμίσεις μεταγενέστερες του χρόνου σύνταξης των οδηγίων, οι οποίες κατισχύουν και πρέπει πρωτίστως να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό. Μια τέτοια διάταξη είναι το άρθρο 28 του Νόμου 2831/2000 (ΦΕΚ 140 Α΄) «Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές ανάγκες».

Το ΥΠΕΚΑ μέσω του Γραφείου Μελετών ΑμεΑ και της διαρκούς Επιτροπής Προσβασιμότητας, μεριμνά για τη βελτίωση των οδηγίων. Έχει ήδη ξεκινήσει διαδικασία επεξεργασίας και εμπλουτισμού σημείων και σκαριφημάτων των παραπάνω Οδηγιών με την υποχρέωση, στο πλαίσιο της ανάπτυξης της ηλεκτρονικής προσβασιμότητας, δημιουργίας ειδικής σελίδας για την πρόσβαση σε αυτή ατόμων με αναπηρία.

5.6. Το πρότυπο ΕΛΟΤ 1439:2013

Στην Ελλάδα φορέας ανάπτυξης και εφαρμογής προτύπων είναι ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) που ιδρύθηκε το 1976 ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, επιχορηγούμενο από το Κράτος και εποπτευόμενο από τον Υπουργό Βιομηχανία, ενώ από το 1997 λειτουργεί ως Ανώνυμη Εταιρία με το διακριτικό τίτλο ΕΛΟΤ Α.Ε., υπό την εποπτεία του Υπουργού Ανάπτυξης. Ο ΕΛΟΤ σήμερα ως αυτόνομη μονάδα Εθνικής Τυποποίησης στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υποδομών Ποιότητας

Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (που επικυρώθηκε από το ελληνικό κράτος με το Νόμο 4074/2012, ΦΕΚ 88 Α΄/11.04.2012) με το άρθρο 4 - Γενικές Υποχρεώσεις προτείνει τη χρήση του Σχεδιασμού για Όλους (καθολικού σχεδιασμού) στην ανάπτυξη των προτύπων και κατευθυντήριων οδηγιών των εθνών – μελών της.

Η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία στο πλαίσιο των παραπάνω απαιτήσεων συνεργάστηκε με τον ΕΛΟΤ, προώθησε, σχεδίασε και υποστήριξε σε όλα τα στάδια υλοποίησης ένα πρώτο εθνικό πρότυπο για επιχειρήσεις και οργανισμούς προσβάσιμους στους καταναλωτές με αναπηρία ως προς τις υποδομές αλλά και τις υπηρεσίες και τα αγαθά που παρέχουν. Το σχέδιο του **Ελληνικού Προτύπου ΕΛΟΤ 1439**

«Οργανισμός φιλικός σε πολίτες με αναπηρία – Απαιτήσεις και συστάσεις» υποβλήθηκε σε δημόσια κρίση από τις 4 Απριλίου έως τις 4 Ιουλίου 2012 και εγκρίθηκε/ανακοινώθηκε στις 31/07/2013. Ο ΕΛΟΤ έχει την ευθύνη για την εφαρμογή του προτύπου στο Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα και ειδικότερα στο τομέα των Υπηρεσιών και του Τουρισμού στην Ελλάδα.

Το πρότυπο αυτό καθορίζει τα κριτήρια αξιολόγησης των οργανισμών σχετικά με το αν καλύπτουν κριτήρια προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία και πιο συγκεκριμένα κατά πόσο παρέχουν ανεμπόδιση και άρτια εξυπηρέτησή τους ως συναλλασσόμενοι καταναλωτές, πελάτες, επισκέπτες και γενικότερα αποδέκτες των αγαθών και των υπηρεσιών που προσφέρουν οι οργανισμοί. Στα πλαίσια του προτύπου παρέχονται οδηγίες για άρση των εμποδίων και δημιουργία ενός ασφαλούς και φιλικού περιβάλλοντος εξυπηρέτησης για όλους. Περιγράφονται συγκεκριμένες απαιτήσεις σχετικά με το σχεδιασμό ή τη μετατροπή των κτιριακών υποδομών τόσο στους εσωτερικούς όσο και στους εξωτερικούς χώρους, σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες και αγαθά αλλά και τις εύλογες προσαρμογές και μέτρα που μπορούν να ληφθούν για την ισότιμη αντιμετώπιση των πολιτών με αναπηρία. Τελικός στόχος είναι, βέβαια, η διασφάλιση ότι θα μπορούν να ασκούν σε ίση βάση με τους άλλους, όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες.

Οι παρακάτω αρχές του Σχεδιασμού για Όλους αποτέλεσαν τη βάση για τον καθορισμό των απαιτήσεων:

1. ισότιμη χρήση από όλους τους χρήστες, αποφυγή του διαχωρισμού των χρηστών ή του στιγματισμού οποιουδήποτε χρήστη, με ή χωρίς αναπηρία,
2. ευελιξία στη χρήση, με παροχή εναλλακτικών επιλογών όσον αφορά στις μεθόδους χρήσης ώστε να ικανοποιείται το ευρύτερο δυνατό φάσμα χρηστών διαφορετικών ικανοτήτων,
3. απλή και διαισθητική χρήση, ανεξάρτητα από την εμπειρία, τις γνώσεις του χρήστη, τις γλωσσικές δεξιότητες ή το τρέχον επίπεδο συγκέντρωσης αυτού,
4. αντιληπτή πληροφόρηση από το μέγιστο δυνατό αριθμό χρηστών, με ταυτόχρονη χρήση εναλλακτικών μεθόδων πληροφόρησης (λεκτική, εικόνες, απτική, ηχητική) και προβολή των βασικών πληροφοριών,
5. ανοχή στο σφάλμα, όσον αφορά στην εσφαλμένη χρήση ώστε να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι και οι δυσμενείς συνέπειες λόγω τυχαίων και ακούσιων δράσεων,

6. αποτελεσματική και άνετη χρήση με την καταβολή της ελάχιστης δυνατής προσπάθειας από κάθε χρήστη με ή χωρίς αναπηρία,
7. κατάλληλος σχεδιασμός και χωροθέτηση στοιχείων, εξοπλισμών και υλικών για χρήση τους από οποιοδήποτε χρήστη.

Για να μπορέσει μια επιχείρηση/οργανισμός να γίνει φιλική για τους πολίτες/άτομα με αναπηρία πρέπει να μεριμνήσει ώστε:

1. οι πολίτες με αναπηρία να μπορούν αυτόνομα και με ασφάλεια να προσανατολιστούν στους εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους της επιχείρησης/οργανισμού , καθώς και να εντοπίσουν τις διευκολύνσεις που παρέχονται σε αυτούς
2. οι πολίτες με αναπηρία να έχουν ισότιμη πρόσβαση στην πληροφόρηση που παρέχεται από την επιχείρηση/οργανισμό στους πελάτες εν γένει
3. οι πολίτες με αναπηρία πρέπει να εξυπηρετούνται αυτόνομα και ισότιμα με κάθε άλλο πελάτη, από τα ίδια σημεία εξυπηρέτησης και συναλλαγής και κατά τρόπο που δε θίγει την αξιοπρέπειά τους
4. να αξιοποιούνται οι δυνατότητες που παρέχει η τεχνολογία για την εξυπηρέτηση ή/και χρησιμοποιούνται εναλλακτικές μορφές εξυπηρέτησης πελατών, όπως π.χ. υπηρεσία παράδοσης/παραλαβής κατ' οίκον ή/και ταχυδρομικά, υπηρεσία ηλεκτρονικού εμπορίου (e-commerce), διάθεση προσβάσιμων οχημάτων για τη μετακίνηση των πολιτών με αναπηρία ή ζωντανή βοήθεια,
5. όλοι οι πελάτες, συμπεριλαμβανομένων των πολιτών με αναπηρία, απολαμβάνουν το ίδιο επίπεδο προστασίας της ιδιωτικής τους ζωής, της αξιοπρέπειας και εμπιστευτικότητας
6. η συσκευασία των προϊόντων να είναι προσβάσιμη στα άτομα με αναπηρία
7. να υλοποιούνται όλες οι εύλογες προσαρμογές που διασφαλίζουν την εξυπηρέτηση των πολιτών με αναπηρία
8. να υλοποιούνται πολιτικές και διαδικασίες για την αποφυγή της έκθεσης σε αποκλεισμό ή/και αξιολόγησης της διακινδύνευσης των ατόμων με αναπηρία και
9. να εφαρμόζονται διαδικασίες χειρισμού παραπόνων και καταβολής αποζημιώσεων.

Κάθε οργανισμός (υπηρεσία ή φορέας του δημόσιου ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα ή της τοπικής αυτοδιοίκησης, ιδιωτική επιχείρηση, ίδρυμα ή άλλης μορφής κυβερνητικός ή μη οργανισμός ανεξαρτήτως νομικής μορφής) που αποδεικνύει τη συμμόρφωση με το παρόν πρότυπο μπορεί να λαμβάνει το Ελληνικό Σήμα Συμμόρφωσης «Οργανισμός φιλικός σε πολίτες με αναπηρία». Οι απαιτήσεις του προτύπου είναι επαληθεύσιμες, ώστε να επιτρέπουν την αντικειμενική αξιολόγηση, επιθεώρηση και κατάταξη των οργανισμών ως προς τη φιλικότητά τους στα άτομα με αναπηρία.

Το πρότυπο ΕΛΟΤ 1439:2013 αφού περιγράφει το αντικείμενό του, τις τυποποιητικές παραπομπές σε άλλα παγκόσμια ή ευρωπαϊκά πρότυπα και περιγράφει τη χρησιμοποιούμενη ορολογία, καταγράφει τις παραμέτρους που πρέπει να εξετάζονται για κάθε κατηγορία ατόμων με αναπηρία (αισθήσεις, κινητικότητα, ψυχική και νοητική αναπηρία), αναλύει την επικινδυνότητα της κάθε κατάστασης, περιγράφει γενικά τις αρχές του Σχεδιασμού για Όλους και ειδικά τα στοιχεία της (κτιριακές υποδομές, σήμανση και επικοινωνία, υλικά, υπηρεσίες, αγαθά, διαδικασίες και διεπαφές), επισημαίνει τις κύριες αστοχίες και τις εύλογες προσαρμογές και περιγράφει τις ελάχιστες απαιτήσεις ανά είδος οργανισμού (εμπορικοί, υπηρεσίες, διαμονής, εστίασης, αναψυχής, άθλησης, εκπαίδευσης κλπ). Στο παράρτημα του προτύπου παραθέτονται Τεχνικά Δελτία με κείμενο και γραφικές απεικονίσεις (σκαριφήματα) που περιγράφουν τις κατ' ελάχιστον απαιτήσεις που αναφέρονται σε κάθε τομέα του προτύπου και στηρίζονται στις προαναφερθείσες οδηγίες του Υ.Π.Ε.Κ.Α.

Ειδικά για τις υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, κλινικές, ιατρεία, διαγνωστικά εργαστήρια κλπ) γράφει: «Οι οργανισμοί αυτοί πρέπει κατ'ελάχιστον να διασφαλίζουν ειδικές θέσεις στάθμευσης (εφόσον διαθέτουν τέτοιες για το κοινό) προσβάσιμη είσοδο, προσβάσιμο πάγκο πληροφοριών/ συναλλαγής/ ταμείων, προσβάσιμη οριζόντια και κατακόρυφη κυκλοφορία, προσβάσιμα αποδυτήρια (εφόσον διαθέτουν τέτοια για το κοινό), προσβάσιμα δωμάτια, προσβάσιμους χώρους υγιεινής στα δωμάτια και για το κοινό, προσβάσιμη σήμανση, προσβάσιμους εξοπλισμούς για χρήση κοινού (π.χ. τηλέφωνα, μηχανήματα αυτόματης ανάληψης χρημάτων, μηχανήματα αυτόματης συναλλαγής κλπ), ζωντανή βοήθεια, προσβάσιμα έντυπα και ιστοσελίδα).»

Συγκριτικά με τις οδηγίες του Υ.Π.Ε.Κ.Α. το πρότυπο ΕΛΟΤ 1439:2013 ταυτίζεται κατά πολύ, στο βαθμό που του επιτρέπει το μέγεθός του (το πρότυπο είναι πιο σύντομο, συγκριτικά με τις οδηγίες) και αρκετές φορές αναφέρεται σε αυτές. Σε ελάχιστες

περιπτώσεις υπάρχουν ελάχιστες αποκλίσεις μεταξύ των δύο (π.χ. το ελάχιστο άνοιγμα θύρας θαλάμου ανελκυστήρων στο πρότυπο ορίζεται ως τουλάχιστον 0,80μ, ενώ στις οδηγίες του Υ.Π.Ε.Κ.Α. ως τουλάχιστον 0,85), ενώ ορισμένα σημεία (π.χ. προσβάσιμα οχήματα, εκτός των χώρων στάθμευσης, αυτόματα μηχανήματα συναλλαγής κλπ) περιγράφονται από το πρότυπο 1439:2013 αλλά όχι από τις οδηγίες του Υ.Π.Ε.Κ.Α.

5.7. Προσβασιμότητα στις Δημόσιες Υπηρεσίες

Το 2009 το Υπουργείο Εσωτερικών / Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης εκπόνησε το εγχειρίδιο «Μεθοδολογία Ελέγχου Προσβασιμότητας Δημόσιων Υπηρεσιών» με στόχο τη διαμόρφωση μιας κοινής μεθοδολογίας στις διαδικασίες ελέγχου προσβασιμότητας των υποδομών και των υπηρεσιών του Δημοσίου, των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) α' και β' βαθμού από τους ελεγκτικούς μηχανισμούς, ώστε οι έλεγχοι να γίνονται με τρόπο συστηματικό και ενιαίο. Το εγχειρίδιο αυτό παρέχει παράλληλα τις αναγκαίες πληροφορίες και διευκρινήσεις για την ισχύουσα νομοθεσία, και ταυτόχρονα λειτουργεί και ως εργαλείο ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης των ελεγχόμενων υπηρεσιών. Στη συνέχεια συγκεντρώθηκαν στοιχεία για πάνω από 5.500 κτιριακές δομές του Δημοσίου (Υπουργείο Εσωτερικών / Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2009).

Το εγχειρίδιο αυτό περιλαμβάνει ερωτηματολόγια προσβασιμότητας, τα οποία διακρίνονται σε τρεις τύπους: κτιριακών υποδομών, εξωτερικών χώρων και μεταφορών. Περιλαμβάνει επίσης ένα αναλυτικό εγχειρίδιο μεθοδολογίας, στο οποίο παρέχονται οι αναγκαίες κατευθύνσεις και διευκρινίσεις για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επιπροσθέτως παρατίθενται ως παραρτήματα η ισχύουσα νομοθεσία και γραφικές απεικονίσεις υποδειγμάτων προσβάσιμων υποδομών και σημάνσεων (Υπουργείο Εσωτερικών / Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2009).

5.8. Προσβασιμότητα σε επίπεδο Δήμων

Παρότι στον τομέα της προσβασιμότητας και του Καθολικού Σχεδιασμού έχει αναπτυχθεί αναλυτική νομοθεσία με τη μορφή κατευθυντήριων οδηγιών που καλύπτει σε

γενικές γραμμές το συγκεκριμένο σχεδιασμό π.χ. κτιρίων, δρόμων κλπ, για την εξασφάλιση ίσων ευκαιριών στα άτομα με αναπηρίες και γενικότερα στα εμποδιζόμενα άτομα και για τη συμμετοχή τους στο κοινωνικό σύνολο, είναι απαραίτητη η εξασφάλιση προσβασιμότητας σε ολόκληρη την «αλυσίδα μετακίνησης». Με άλλα λόγια, για να μπορέσει το εμποδιζόμενο άτομο να συμμετέχει πλήρως στην κοινή ζωή, θα πρέπει να είναι προσβάσιμο τόσο το εσωτερικό περιβάλλον (δημόσια κτίρια/εγκαταστάσεις), όσο και το εξωτερικό αστικό περιβάλλον (διαδρομές, ανοικτοί δημόσιοι χώροι), τα μέσα μαζικών μεταφορών (στάσεις και σταθμοί, οχήματα, κάλυψη δικτύου, συχνότητα δρομολογίων) και η πληροφόρηση (π.χ. ενημέρωση κωφών ή τυφλών για τα τεκταινόμενα στην περιοχή).

Έστω και ένας κρίκος στην «αλυσίδα μετακίνησης» να είναι δυσλειτουργικός, καταστρέφεται η προσβασιμότητα στο σύνολό της. Επομένως είναι ανάγκη η ολιστική θεώρηση της προσβασιμότητας. Ένα επίπεδο που μπορεί να γίνει αυτό είναι το επίπεδο των Δήμων (Τσαλής, 2010).

Στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Συνεδρίου «Η πόλη και τα άτομα με αναπηρία» που έγινε στις 23-24/03/1995 στην Barcelona δημιουργήθηκε η διακήρυξη της Barcelona, που υπογράφηκε από πλήθος Ευρωπαϊκών Δήμων, μεταξύ των οποίων και από το Δήμο Θεσσαλονίκης. Η διακήρυξη αυτή είναι πιθανότατα το σημαντικότερο έγγραφο σχετικά με το ζήτημα της αναπηρίας σε επίπεδο δήμων. Οι υπογράφωντες δήμοι συμφωνούν ότι θα προωθήσουν την κατανόηση, θα συνεργαστούν και θα καλλιεργήσουν την ομοιομορφοποίηση των δημοτικών πολιτικών προς τα άτομα με αναπηρία (Declaration of Barcelona, 2005).

Ηνωμένο Βασίλειο

Το 2003-2004 έγινε έρευνα στο Λονδίνο, για να αναγνωριστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι δημότες με αναπηρία. Με βάση αυτήν την προσπάθεια, το 2005 δημιουργήθηκε το Σχήμα για την Ισότητα στην Αναπηρία (Disability Equality Scheme), στα πλαίσια μιας γενικότερης πολιτικής για την προστασία όλων των πολιτών που είναι μέλη μειονοτικών ομάδων και δυνητικά θύματα διακρίσεων. Ο Νόμος για την Ισότητα (Equality Act) του 2010 αποτέλεσε το πλαίσιο για αναθεώρηση των δεσμεύσεων του δήμου απέναντι στην προσβασιμότητα. Το 2014 ο Δήμος ανακοίνωσε το πλαίσιο «Ίσες Ευκαιρίες Ζωής για Όλους» (Equal Life Chances for All), όπου περιγράφονται οι επιτεύξεις αλλά και οι στόχοι για προστασία των πολιτών από τη διάκριση (Mayor of London, 2014).

Καναδάς

Η πόλη του Οντάριο νομοθέτησε το 2002 το Νόμο για τους κατοίκους του Οντάριο με Αναπηρίες (Ontarians with Disabilities Act) και το 2005 έναν Νόμο ειδικά για την προσβασιμότητα των κατοίκων του Οντάριο με Αναπηρίες (Accessibility for Ontarians with Disabilities Act). Ο στόχος των νόμων αυτών ήταν να διευκολύνει τα άτομα με αναπηρία στους τομείς της απασχόλησης, της δημόσιας συγκοινωνίας, της εκπαίδευσης και των αγαθών και υπηρεσιών κρατικών και δημοτικών. Εντούτοις ήταν ένας «αδύναμος» νόμος, από την άποψη ότι πρότεινε εθελοντική δράση χωρίς επιβολή, ποινές και προθεσμίες (Accessibility for Ontarians With Disabilities Act, 2005· Ontarians with Disabilities Act, 2001).

Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης εξέδωσε πολλές εγκυκλίους, δίνοντας στους Δήμους σημαντικές αρμοδιότητες και ευθύνες για την προσβασιμότητα των ατόμων με αναπηρία. Άξιες αναφοράς είναι ιδιαίτερα οι εγκύκλιοι 8303/8-2-2008 «Δίκτυο Προσβασιμότητας Ατόμων με Αναπηρίες» και 1537/20-2-2009 «Προσβασιμότητα στους Δήμους».

Θεσσαλονίκη

Το 2010 ο Τσαλής στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής του ανέπτυξε ένα πρότυπο αξιολόγησης και συνεχούς βελτίωσης της προσβασιμότητας των εμποδιζομένων ατόμων σε επίπεδο δήμου. Χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία προτυποποίησης που χρησιμοποιείται στα Συστήματα Περιβαλλοντικής Διαχείρισης και πιο συγκεκριμένα τη δομή και τη λογική του PERS, που εφαρμόζεται επιτυχώς στο λιμενικό τομέα, το πρότυπο που κατασκεύασε χωρίζεται σε έξι ενότητες:

1. Περιγραφή του Δήμου και των χαρακτηριστικών του που σχετίζονται με το ζήτημα της προσβασιμότητας.
2. Δήλωση πολιτικής της πόλης στο ζήτημα της ισότιμης συμμετοχής των δημοτών με αναπηρία.
3. Καταγραφή δράσεων που σχετίζονται με την προσβασιμότητα, της σχετικής νομοθεσίας και διαφόρων δεικτών απόδοσης.
4. Αναφορά των Διευθύνσεων του Δήμου που εμπλέκονται στη διαδικασία εξασφάλισης της προσβασιμότητας καθώς και των αρμοδιοτήτων τους.

5. Έκθεση προσβασιμότητας.
6. Αναφορά επιλεγμένων παραδειγμάτων καλών πρακτικών (Τσαλής, 2010).

Η μεθοδολογία αξιολόγησης της υπάρχουσας κατάστασης περιελάμβανε τις ακόλουθες λίστες ελέγχου προσβασιμότητας:

1. Ανοιχτοί χώροι και διαδρομές.
2. Δημόσια κτίρια.
3. Μέσα Μαζικής Μεταφοράς.
4. Πολιτικές που σχετίζονται με την αναπηρία (Τσαλής, 2010).

Από την εφαρμογή του προτύπου αξιολόγησης, βρέθηκε ότι στην ελληνική πόλη με τη σημερινή μορφή της τα εμποδιζόμενα άτομα αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα λόγω

- Έλλειψης μιας ολιστικής προσέγγισης της προσβασιμότητας.
- Κακής εφαρμογής των υπαρχουσών προδιαγραφών και κακοτεχνιών στις κατασκευές.
- Εμποδίων που οφείλονται σε παγιωμένες αντιλήψεις.
- Ελλιπών συστημάτων πληροφόρησης (Τσαλής, 2010).

Αλεξανδρούπολη

Το 2012 ως ενότητα εργασίας του Έργου «Προσβασιμότητα για Όλους – Accessibility for All» στα πλαίσια του Προγράμματος Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας Ελλάδα - Βουλγαρία 2007 – 2013 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι Μιζαμτσή, Νικολαΐδης, & Μουρούζης μελέτησαν την προσβασιμότητα στον Δήμο Αλεξανδρούπολης. Στα πλαίσια της πρωτογενούς έρευνας, εξετάστηκαν :

- Τα κτίρια αρμοδιότητας του δήμου και άλλων φορέων, επιλεγμένα με βάση την επισκεψιμότητά τους από άτομα με αναπηρία και τη βαρύτητά τους στην καθημερινή ζωή των πολιτών.
- Οι εξωτερικοί κοινόχρηστοι χώροι του δήμου, με βάση τη βαρύτητά τους, την εγγύτητά τους με τα προαναφερθέντα κτίρια και το κοινό ή ιδιαίτερο ενδιαφέρον τους για άτομα με αναπηρία.
- Τα μέσα μαζικής μεταφοράς του δήμου.

- Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του δήμου και των υπόλοιπων βασικών φορέων στις υπό εξέταση υποδομές.
- Το επίπεδο κατάρτισης του προσωπικού σε θέματα σχετικά με την εξυπηρέτηση και συναλλαγή με άτομα με αναπηρία.
- Οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες και τους διαδικτυακούς χώρους του δήμου και των υπηρεσιών του (Μιζαμτσή, Νικολαΐδης, & Μουρούζης, 2012).

Έγιναν αυτοψίες των σχετικών χώρων, υποδομών και λειτουργίας των υπηρεσιών αλλά και συνεντεύξεις με βάση ειδικά ερωτηματολόγια που συντάχθηκαν από τους μελετητές. Αυτά αφορούσαν τους εξής τομείς:

1. Κτιριακές υποδομές (γενικά και ειδικά με βάση τη χρήση του κτιρίου).
2. Εξωτερικούς χώρους.
3. Μεταφορές.
4. Υπηρεσίες, πολιτικές, διαδικασίες.
5. Χρήστες, δηλαδή άτομα με αναπηρία (Μιζαμτσή, Νικολαΐδης, & Μουρούζης, 2012).

Παρότι η ερευνητική ομάδα δεν εφάρμοσε κάποιο πρότυπο ούτε κατέληξε σε κάποια οδηγία, εφαρμόζοντας ποσοτική αποτίμηση της προσβασιμότητας των διαφόρων κτιρίων και των παρεχόμενων υπηρεσιών κατέληξε σε μια βαθμολόγηση του εκάστοτε φορέα σε μια 200βαθμη κλίμακα (100 για την προσβασιμότητα του κτιρίου και 100 για τις παρεχόμενες υπηρεσίες). Με βάση αυτήν την κλίμακα, η πιο προσβάσιμη υπηρεσία (το αεροδρόμιο «Δημόκριτος» συγκέντρωσε μόνο 146/200 βαθμούς, ενώ μόνον οι μισές υπηρεσίες (21 από τις 42) ξεπέρασαν τη βάση της βαθμολογίας, δηλαδή τους 100/200 βαθμούς (Μιζαμτσή, Νικολαΐδης, & Μουρούζης, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Προσβασιμότητα μονάδων υγείας

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι απουσιάζει ένα πρότυπο αξιολόγησης ειδικά των μονάδων υγείας. Στη συνέχεια καταγράφονται οδηγίες και προσπάθειες αξιολόγησης της προσβασιμότητας στις μονάδες υγείας σε άλλες χώρες και στην Ελλάδα.

6.1. Οδηγίες και αξιολογήσεις σε άλλες χώρες

Ενδεικτικά αναφέρουμε οδηγίες και αξιολογήσεις από μια πολύ ανεπτυγμένη χώρα (Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής), από μια αναπτυσσόμενη χώρα (Νότιος Αφρική) και από μια περιοχή με κοινωνικο-πολιτικά προβλήματα (Λωρίδα της Γάζας).

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής δεν υπάρχει ξεχωριστό πρότυπο για την προσβασιμότητα ειδικά στις μονάδες υγείας. Το πρότυπο του Υπουργείου Δικαιοσύνης (2010) που στηρίζεται στις τρέχουσες Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Προσβασιμότητα με βάση το Νόμο για τους Αμερικανούς για Αναπηρία (2004) ισχύει και για την πρόσβαση στα κτίρια των μονάδων υγείας. Εντούτοις, τόσο οι κατευθυντήριες οδηγίες, όσο και το πρότυπο του Υπουργείου Δικαιοσύνης κάνουν μερικές τροποποιήσεις αναφορικά με την προσβασιμότητα στις μονάδες υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

- Στα γενικά νοσοκομεία και τις ψυχιατρικές δομές, το 10% από τα υπνοδωμάτια και τις τουαλέτες, καθώς και όλοι οι κοινοί χώροι πρέπει να είναι σχεδιασμένοι και κατασκευασμένοι έτσι ώστε να είναι προσβάσιμοι.
- Στα οικοτροφεία και τις κλινικές μακράς νοσηλείας, το 50% από τα υπνοδωμάτια και τις τουαλέτες, καθώς και όλοι οι κοινοί χώροι πρέπει να είναι σχεδιασμένοι και κατασκευασμένοι έτσι ώστε να είναι προσβάσιμοι.
- Στα νοσοκομεία και τις κλινικές που ασχολούνται με την αντιμετώπιση ή την αποκατάσταση καταστάσεων που επηρεάζουν την κινητικότητα, το 100% από τα υπνοδωμάτια και τις τουαλέτες, καθώς και όλοι οι κοινοί χώροι πρέπει να είναι σχεδιασμένοι και κατασκευασμένοι έτσι ώστε να είναι προσβάσιμοι.

- Ειδικές ρυθμίσεις επίσης αφορούν την είσοδο, τον αριθμό και άλλα στοιχεία (πόρτα, χώρος γύρω από το κρεβάτι, χώρος για μανούβρες) από τα υπνοδωμάτια και τις τουαλέτες των ασθενών (United States Department of Justice, Civil Rights Division, 2010).

Για να διευκολύνει την εφαρμογή των οδηγιών αλλά και το σχεδιασμό και κατασκευή προσβάσιμων εγκαταστάσεων και μονάδων υγείας, το Υπουργείο Δικαιοσύνης, Τμήμα Πολιτικών Δικαιωμάτων, Τομέας Δικαιωμάτων Αναπηρίας έχει εκδώσει το 2010 έναν οδηγό με τίτλο «Πρόσβαση στην Ιατρική Φροντίδα για Άτομα με Κινητικές Αναπηρίες» (Access to Medical Care for Individuals with Mobility Disabilities). Ο οδηγός αυτός περιγράφει με απλά λόγια και με πολύ κατανοητές εικόνες τις γενικές απαιτήσεις για προσβασιμότητα ατόμων με κινητικά προβλήματα και πιο συγκεκριμένα οδηγίες για προσβάσιμους χώρους εξέτασης και προσβάσιμο ιατρικό εξοπλισμό, ενώ απαντά και σε συνηθισμένες ερωτήσεις. Στηρίζεται νομοθετικά τόσο στο Νόμο για τους Αμερικανούς με Αναπηρία (Americans with Disabilities Act) όσο και στο κεφάλαιο 504 του Νόμου για την Αποκατάσταση (Rehabilitation Act). Παρόλα αυτά, έχει δύο μειονεκτήματα: πρώτον, δεν αποτελεί πρότυπο αλλά μόνο σύνολο από κατευθυντήριες οδηγίες και, δεύτερον, εστιάζει μόνο την προσβασιμότητα ατόμων με κινητικά προβλήματα (United States Department of Justice, Civil Rights Division, Disability Rights Section, 2010).

Νότιος Αφρική

Το 2006-2007 το Υπουργείο Υγείας της Νοτίου Αφρικής (National Department of Health) αξιολόγησε το επίπεδο προσβασιμότητας των Μονάδων Υγείας (Νοσοκομείων) σε 7 από τις 9 επαρχίες της χώρας. Το εργαλείο αξιολόγησης περιλάμβανε τομείς, όπως (Schneider, Couper, & Swartz, 2010):

1. Θέση της μονάδας σε σχέση με το δημόσιο σύστημα μεταφορών.
2. Ευκολία προσέγγισης του νοσοκομείου.
3. Θέσεις στάθμευσης.
4. Προσβασιμότητα εισόδων.
5. Υπηρεσίες υποδοχής.
6. Ανελκυστήρες (προαιρετικό).
7. Σκάλες και δίοδοι.

8. Δημόσιες τουαλέτες.
9. Σήμανση.

Και αυτή η έρευνα αξιολόγησε όχι μόνο με ποιοτικό αλλά και με ποσοτικό τρόπο την προσβασιμότητα των Μονάδων Υγείας, καταλήγοντας σε μια βαθμολογία (με μέγιστο τις 97 μονάδες). Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα νοσοκομεία γενικώς δεν ήταν ιδιαίτερα προσβάσιμα, αφού το 68% από αυτά είχαν βαθμολογία μικρότερη από 40/97 βαθμούς, ενώ μόνο το 25% των τριτοβάθμιων νοσοκομείων ήταν στην ανώτερη κατηγορία αξιολόγησης με περισσότερους από 60/97 βαθμούς στην κλίμακα προσβασιμότητας (Schneider, Couper, & Swartz, 2010).

Μετά την πρακτική της εφαρμογή, η έρευνα κατέληξε σε ένα Εθνικό Τυποποιημένο Ερωτηματολόγιο (National Standard Questionnaire) που θα συμπεριλαμβάνει τις τεχνικές πλευρές της καθολικής προσβασιμότητας στις μονάδες υγείας κάθε επιπέδου (πρωτοβάθμια έως τριτοβάθμια) (Schneider, Couper, & Swartz, 2010).

Λωρίδα της Γάζας

Στα πλαίσια της μεταπτυχιακής εργασίας του ο Ewemar στο Ισλαμικό Πανεπιστήμιο της Γάζας πραγματοποίησε το 2008 μια έρευνα στα τρία βασικά νοσοκομεία της λωρίδας της Γάζας (το Al-Shifa, το Naser και το European Gaza Hospital) σε σχέση με την προσβασιμότητά του. Ο παλαιστινιακός νόμος του 1999, άρθρο 2 γράφει «Τα άτομα με αναπηρία έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν μια ζωή με ελευθερία και σεβασμό καθώς και τις διάφορες υπηρεσίες, όπως κάθε φυσιολογικό άτομο έχει δικαιώματα και υποχρεώσεις σχετικά με τις ικανότητές του. Καμιά αιτία δεν εμποδίζει τα άτομα με αναπηρία να απολαμβάνουν αυτά τα δικαιώματα και αυτό επιτυγχάνεται με το συντονισμό των ενδιαφερόμενων μερών με το Υπουργείο της τοπικής κυβέρνησης, που θα επιβάλει στις κυβερνητικές υπηρεσίες να λάβουν υπόψη τους πρότυπα κριτήρια αρχιτεκτονικής και μηχανικής σε όλα τα καινούρια δημόσια κτίρια, ώστε να ικανοποιούν τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία.» Εντούτοις, το Κέντρο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Mezan το 2002 δήλωσε ότι ο νόμος αυτός δεν άλλαξε ριζικά τη ζωή των ατόμων με αναπηρία (Ewemar, 2008).

Στην έρευνα αυτή αξιολογήθηκαν στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος των νοσοκομείων, όπως οι κύριες είσοδοι του νοσοκομείου, οι κήποι και οι ανοικτοί χώροι και οι χώροι στάθμευσης, όπως και στοιχεία του εσωτερικού περιβάλλοντος των νοσοκομείων,

όπως οι είσοδοι των κτιρίων, η οριζόντια και η κατακόρυφη προσβασιμότητα, οι πόρτες, οι τουαλέτες και τα πατώματα-επιφάνειες με τα πιθανά εμπόδιά τους. Η έρευνα χρησιμοποίησε ψυχομετρικά τυποποιημένες ποσοτικές διαδικασίες και στατιστικές δοκιμασίες. Σε σχέση με τα ερευνημένα θέματα βρέθηκε ότι το European Gaza Hospital κάλυπτε περίπου 50% των κριτηρίων, ενώ τα άλλα δύο περίπου 40-45% των κριτηρίων. Και στην έρευνα αυτή δεν χρησιμοποιήθηκε ή δημιουργήθηκε ένα ξεκάθαρο πρότυπο αλλά μια μεθοδολογία που αξιολογούσε ποσοτικά τις διάφορες Μονάδες Υγείας (Ewemar, 2008).

6.2. Ο Κανονισμός του Υπουργείου Υγείας για τα κτίρια

Ήδη από το 1983, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με την απόφασή του υπ' αριθμόν 1215 (ΔΤΥ/β/1215/83 «Κανονισμός Άρσης Αρχιτεκτονικών Εμποδίων από τα Κτίρια Υγείας και Πρόνοιας για τη Διευκόλυνση της Χρήσης τους από Αναπήρους και Άτομα Μειωμένης Κινητικότητας – Άτομα με Ειδικές Ανάγκες) θέσπισε διατάξεις για το σχεδιασμό των κτιρίων Υγείας και Πρόνοιας, οι οποίες έχουν ως στόχο να διευκολύνεται κατά το δυνατό η χρήση των κτιρίων αυτών από μειονεκτούντα άτομα. Στις κατηγορίες των ατόμων αυτών περιλαμβάνονται ανάπηροι με μόνιμες ή παροδικές αναπηρίες (π.χ. τραυματισμένοι, ασθενείς κλπ) αλλά και τα λεγόμενα εμποδιζόμενα άτομα, όπως οι ηλικιωμένοι με μειωμένες δυνατότητες αισθήσεων ή κινητικές δυσκολίες, οι μητέρες με μικρά παιδιά ή παιδικά καροτσάκια, οι εγκυμονούσες κλπ. Στις παραπάνω κατηγορίες μπορεί να ανήκουν άτομα, είτε πρόκειται για ασθενείς ή διαμένοντες είτε πρόκειται για εργαζόμενους είτε για απλούς επισκέπτες.

Στην απόφαση αυτή διευκρινίζονται ξεκάθαρα προδιαγραφές που αφορούν:

1. Τον περιβάλλοντα χώρο των κτιρίων και την προσπέλαση (σκάλες, ράμπες, πεζόδρομοι)
2. Τους χώρους στάθμευσης των αυτοκινήτων
3. Την είσοδο των κτιρίων
4. Τις θύρες, τους ανελκυστήρες και τις σκάλες στο εσωτερικό των κτιρίων
5. Τους χώρους υγιεινής (WC, λουτρά-ντους)
6. Τις θέσεις στάθμευσης των αναπηρικών αμαξιδίων, τα δωμάτια αναπήρων και τα οφίς αυτοεξυπηρέτησης
7. Τις αίθουσες συγκεντρώσεων (διαμενόντων, προσωπικού, κοινού)
8. Το χειρισμό του (γενικού) εξοπλισμού

9. Τα δάπεδα και

10. Τη σηματοδότηση

Παρότι θεσπίστηκε πριν από τρεις περίπου δεκαετίες και επομένως δεν αντανακλούν τις πιο σύγχρονες απόψεις και γνώσεις σχετικά με το Σχεδιασμό για Όλους, είναι σημαντικό ότι ο κανονισμός αυτός είναι συγκεκριμένος και σαφής και ότι αντιμετωπίζει τα άτομα με αναπηρίες όχι μόνο ως ασθενείς-πελάτες που δέχονται υπηρεσίες στα κτίρια αυτά αλλά και ως δυνητικούς εργαζόμενους και επισκέπτες. Εντούτοις, ούτε αυτός δεν αποτελεί πρότυπο αξιολόγησης της προσβασιμότητας στις μονάδες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Καλές Πρακτικές

Προκειμένου να εντοπισθούν Μονάδες Υγείας ως περιπτώσεις καλής πρακτικής στο θέμα της προσβασιμότητας για τα άτομα με αναπηρία πραγματοποιήθηκε έρευνα σε διεθνές επίπεδο. Η έρευνα αυτή αποδείχθηκε ιδιαίτερα πολύπλοκη και δύσκολη, καθώς η προσβασιμότητα των Μονάδων Υγείας αποτελεί απόρροια

συνδυασμού ενεργειών και μηχανισμών, μέσα από την συνέργεια των εθνικών και τοπικών κατά περίπτωση Νομοθεσιών, των μηχανισμών και πρακτικών σχεδιασμού και λήψης αποφάσεων καθώς και της υφιστάμενης κατά περίπτωση κατάστασης των κτηριακών υποδομών.

Η περίπτωση καλής πρακτικής που επιλέχθηκε εντοπίζεται στον Καναδά και συγκεκριμένα στην περιοχή του Οντάριο. Εκεί, το 2005 θεσπίστηκε η «Δράση Προσβασιμότητας για τους κατοίκους με Αναπηρία ² του Οντάριο (Ontarians with disabilities)» που σκοπό της έχει την βελτίωση των ευκαιριών για τα άτομα με αναπηρία, την συμμετοχή τους στην αναγνώριση και εξάλειψη των εμποδίων στις Μονάδες Υγείας και στην πλήρη ένταξή τους, ευρύτερα, στη ζωή της περιοχής. Μεταξύ άλλων, η «Δράση Προσβασιμότητας» υποχρεώνει όλα τα Νοσοκομεία της περιοχής να προβούν σε μία σειρά ενεργειών, προκειμένου σταδιακά και μέχρι το 2021, οι Μονάδες αυτές να καταστούν πλήρως προσβάσιμες. Μέσα στα πλαίσια αυτά, η Συμβουλευτική Επιτροπή, που συστάθηκε αποκλειστικά για τον σκοπό αυτό σε κάθε Μονάδα, μεταξύ άλλων, κλήθηκε να συντάξει πολυετές πλάνο για την εμπέδωση της προσβασιμότητας, σύμφωνα και με τα «Πρότυπα Προσβασιμότητας για την Εξυπηρέτηση Πελατών³» και τα όσα ορίζονται για τους οργανισμούς του δημόσιου τομέα που παρέχουν αγαθά και υπηρεσίες στο Οντάριο, προκειμένου τα άτομα με αναπηρία να χρησιμοποιούν ανεμπόδιστα τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών και των συγγενών τους, επισκεπτών, προσωπικού και σπουδαστών. Το πλάνο έχει σχεδιαστεί ώστε να διασφαλισθεί η εφαρμογή της υφιστάμενης νομοθεσίας και των οδηγιών της Συμβουλευτικής Επιτροπής για την Προσβασιμότητα.

Οι επιμέρους Μονάδες Υγείας που επιλέχθηκαν για να παρουσιασθούν είναι: Hotel Dieu και το Ottawa Hospital.

² Accessibility for Ontarians with Disabilities Act

³ Accessibility Standards for Customer Service

7.1. Hotel Dieu

Το Νοσοκομείο Hotel Dieu από το 1845 παρέχει ιατρικές υπηρεσίες στο Kingstone, (Νοτιοανατολικό Οντάριο, Καναδάς). Εξυπηρετεί περισσότερα από 500.000 άτομα ετησίως και συμβάλει στην ιατρική έρευνα και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Διαθέτει Εξωτερικά Ιατρεία, Χειρουργεία, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών καθώς και το Περιφερειακό Κέντρο για την Ανάπτυξη του Παιδιού. Επιπλέον το Νοσοκομείο υποστηρίζει το Κέντρο Νεότητας του Kingstone, το Κοινωνικό Παντοπωλείο και επίσης υλοποιεί προγράμματα για την κοινότητα (πχ φιλοξενείο για συγγενείς ασθενών άλλων περιοχών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο) καθώς και το Κέντρο Αποτοξίνωσης.

Το κεντρικό κτήριο συνδέεται εσωτερικά με άλλα κτήρια, το παλαιότερο από εκ των οποίων χτίσθηκε το 1850 και το νεότερο το 1984.

Η Συμβουλευτική Επιτροπή για την Προσβασιμότητα της εν λόγω Μονάδας, προκειμένου να μορφώσει άποψη για την υφιστάμενη κατάσταση της προσβασιμότητας των Ατόμων με Αναπηρία, ανέπτυξε μία εκτεταμένη λίστα εμποδίων χρησιμοποιώντας μεθόδους όπως:

- ✓ Ερωτηματολόγιο σε ασθενείς: Εθελοντές προσέγγισαν ασθενείς με ορατές αναπηρίες στους χώρους αναμονής και τους ζήτησαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο
- ✓ Έλεγχος Εγκαταστάσεων από Αρχιτέκτονα: Αρχιτέκτονας έλεγξε όλη την Μονάδα, σημειώνοντας φυσικά και αρχιτεκτονικά εμπόδια
- ✓ Επικοινωνία με το Προσωπικό του Νοσοκομείου: Συναντήσεις με το προσωπικό του νοσοκομείου από τα Τμήματα Διαχείρισης Εγκαταστάσεων (Τεχνικές Υπηρεσίες) , Δημοσίων Σχέσεων, Προσωπικού και Υπηρεσιών Πληροφόρησης.
- ✓ Επικοινωνία με το Νοσηλευτικό Προσωπικό του Νοσοκομείου: Συναντήσεις με το νοσηλευτικό Προσωπικό του Νοσοκομείου όλων των κλινικών.
- ✓ Διαβούλευση με εξωτερικούς Φορείς: Πραγματοποιήθηκε διαβούλευση με το Εθνικό Ινστιτούτο για τους Τυφλούς Καναδά, την Καναδική Εταιρία Ακοής το Κέντρο Ανεξάρτητης Διαβίωσης του Kingston.
- ✓ Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας: Μελετήθηκε η βιβλιογραφία των ανωτέρω φορέων, καθώς και άλλες εκδόσεις.
- ✓ Επικοινωνία με Γονείς χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων

- ✓ Επικοινωνία με μέλη του Προσωπικού που χρησιμοποιούν ηλεκτροκίνητο αναπηρικό αμαξίδιο.

Από όλα τα ανωτέρω προέκυψαν παρατηρήσεις οι οποίες ελήφθησαν υπ' όψιν μαζί με τα παράπονα και τις επισημάνσεις που αφορούν την προσβασιμότητα και κατατέθηκαν στο Γραφείο Ασθενών.

Η έλλειψη προσβασιμότητας εντοπίστηκε και εξαλείφτηκε σε:

- A) Υπηρεσίες
- B) Πληροφόρηση και Επικοινωνία
- Γ) Εργασία
- Δ) Δομημένο Περιβάλλον (κτηριακές εγκαταστάσεις)

Αναλυτικότερα:

A) Υπηρεσίες:

Έχουν εφαρμοσθεί πολιτικές που:

- ✓ ενθαρρύνουν τους ασθενείς στην χρήση βοηθητικών συσκευών που διασφαλίζουν πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.
- ✓ επιτρέπουν την συνοδεία των ασθενών σε χώρους όπου δεν απαγορεύεται.
- ✓ επιτρέπουν την συνοδεία από βοηθητικούς σκύλους ή άλλα ζώα σε χώρους όπου δεν απαγορεύεται.
- ✓ προωθούν την ανάπτυξη / διεξαγωγή υποχρεωτικής εκπαίδευσης προσωπικού, εθελοντών (εκπαιδευτικά σεμινάρια σε σχέση με τον τρόπο που το προσωπικό επικοινωνεί με ασθενείς που έχουν διάφορες αναπηρίες)
- ✓ στόχο είχαν την αύξηση του αριθμού αναπηρικών αμαξιδίων για τους ασθενείς στις ώρες αιχμής στην κύρια είσοδο
- ✓ δεσμεύουν την εν λόγω Μονάδα στο να παρέχει στα ΑμεΑ «ίσες ευκαιρίες πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες στον ίδιο χώρο και με παρόμοιο τρόπο όπως σε άλλα άτομα»

B) Πληροφόρηση και Επικοινωνία:

- ✓ Δημιουργία προσβάσιμης ιστοσελίδας, η οποία προσφέρει πληροφορίες για προσβάσιμες εισόδους, διερμηνείς, αναπηρικά αμαξίδια κα,

- ✓ Δημιουργία προσβάσιμου δικτύου Η/Υ του νοσοκομείου με πληροφορίες για τα ΑμεΑ
- ✓ Διασφάλιση προσβασιμότητας σε πληροφορίες που αφορούν στην ασφάλεια των χώρων σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (πχ πυρασφάλεια)
- ✓ Δημιουργία νέου χάρτη Νοσοκομείου που θα εμπεριέχει τα προσβάσιμα σημεία μέσα στο νοσοκομείο

Γ) Εργασία:

- ✓ Εφαρμογή πολιτικών για την πρόσληψη ΑμεΑ
- ✓ Επικοινωνία με το προσωπικό για πολιτικές υποστήριξης εργαζομένων με αναπηρία
- ✓ Παροχή προσβάσιμου μέσου μεταφοράς για το προσωπικό του Νοσοκομείου από και προς της κατοικίες τους, το οποίο θα συνδέει επιπλέον και όλα τα Νοσοκομεία της περιοχής
- ✓ Επέκταση του Προγράμματος «Έγκαιρη και Ασφαλής Επιστροφή στο Σπίτι» και στους εργαζόμενους με αναπηρία του νοσοκομείου
- ✓ Παροχή πληροφοριών για το εργασιακό περιβάλλον σε προσβάσιμη μορφή

Δ) Δομημένο περιβάλλον – Κτηριακές εγκαταστάσεις:

Εργασίες που έχουν ολοκληρωθεί:

- ✓ όλες οι πόρτες έχουν επαρκές άνοιγμα,
- ✓ οι τουαλέτες διαθέτουν επαρκή εξοπλισμό (χειρολαβές, νεροχύτες κλπ),
- ✓ οι συσκευές ελέγχου (θερμοστάτες και διακόπτες φωτός) έχουν τοποθετηθεί σε προσβάσιμο ύψος,
- ✓ τα απολυμαντικά χεριών, σαπούνια και χειροπετσέτες έχουν τοποθετηθεί σε προσβάσιμο ύψος,
- ✓ οι βρύσες στους νιπτήρες λειτουργούν με φωτοκύτταρο,
- ✓ νέα ράμπα στην είσοδο του Τμήματος Προσωπικού με αυτόματες πόρτες,
- ✓ αυτόματες πόρτες στην είσοδο της Μονάδας,
- ✓ λωρίδες έντονου χρώματος σε εσωτερικές και εξωτερικές σκάλες με για άτομα με αναπηρία όρασης,
- ✓ σήμανση, όπου υπάρχει, και σε Braille,

- ✓ πόρτες με χερούλι (πετούγια) και όχι πόρτες με στρογγυλό περιστρεφόμενο πόμολο,
- ✓ προσβάσιμοι χώροι αναμονής με καθίσματα βαρέως τύπου (bariatric seating),
- ✓ προσβάσιμα γραφεία υποδοχής (reception),
- ✓ ανελκυστήρες εξοπλισμένοι με κουμπιά Braille, φωνητική αναγγελία ορόφων, επαρκές φως, άνοιγμα πόρτας και χώρο περιστροφής.
- ✓ αύξηση φωτός εισόδου
- ✓ τοποθέτηση αναδιπλούμενων καθισμάτων στους διαδρόμους υψηλής κυκλοφορίας του Νοσοκομείου, για προσωρινή στάση. Απαγορεύονται τα σταθερά καθίσματα για λόγους πυρασφάλειας
- ✓ τοποθέτηση σκιάστρων για την μείωση της αντηλιάς εντός του Νοσοκομείου
- ✓ τοποθέτηση κειμενοτηλεφώνου για άτομα με αναπηρία ακοής
- ✓ Ψύκτες νερού σε χαμηλό ύψος

7.2. Ottawa Hospital

Το Ottawa Hospital περιλαμβάνει το University of Ottawa Heart Institute και το Ottawa Hospital Research Institute.

Το Ottawa Hospital στο σύνολό του αποτελεί το κορυφαίο ακαδημαϊκό κέντρο επιστημών υγείας του Καναδά. Εξυπηρετεί 1,2 εκατομμύρια κατοίκους της Οτάβα και του ανατολικού Οντάριο. Κατέχει Κέντρα υψηλής εξειδίκευσης για τους τομείς: Καρκίνου, Καρδιάς, Νεφρών, Όρασης, όπως επίσης παρέχει υπηρεσίες αποκατάστασης.

Συγκεκριμένα, το University of Ottawa Heart Institute αποτελεί εξειδικευμένο κέντρο καρδιάς και παρέχει υπηρεσίες διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης, έρευνας και εκπαίδευσης.

Από το 2006 το Ottawa Hospital στο σύνολό του έχει συντάξει το ετήσιο πλάνο προσβασιμότητας, σύμφωνα με το οποίο όχι μόνο θα εντοπισθούν τα «εμπόδια», αλλά αυτά θα εξαλειφτούν και δεν θα δημιουργηθούν νέα. Η Επιτροπή Προσβασιμότητας, στην οποία μετέχουν και εκπρόσωποι και των δύο Μονάδων που απαρτίζουν το Ottawa Hospital, έλαβε υπόψη της τόσο την σχετική τοπική και εθνική νομοθεσία, όσο και τις

απόψεις της Συμβουλευτικής Ομάδας Εργασίας για την Προσβασιμότητα, καθώς και τις απόψεις των ίδιων των εργαζομένων με Αναπηρία.

Στόχος και δέσμευση όλων αποτελεί η παροχή ισότιμης φροντίδας και παροχή υπηρεσιών υγείας προς τα άτομα με αναπηρία, με παρόμοιους τρόπους όπως εξυπηρετούνται και υποστηρίζονται ασθενείς, πελάτες και εργαζόμενοι χωρίς αναπηρία. Μάλιστα οι πολιτικές αυτές θα επεκταθούν και σε ασθενείς, οικογένειες, επισκέπτες, εργαζόμενους και εθελοντές με ορατή ή μη αναπηρία.

Η έλλειψη προσβασιμότητας εντοπίστηκε και εξαλείφτηκε σε:

A) Υπηρεσίες:

Έχουν εφαρμοσθεί πολιτικές:

- ✓ Εκπαίδευσης των εργαζομένων, εθελοντών, ατόμων που συμμετέχουν στην ανάπτυξη δομικών πολιτικών και άλλων ατόμων που παρέχουν αγαθά και υπηρεσίες
- ✓ Πρακτικής άσκησης των εκπαιδευομένων

B) Πληροφόρηση και Επικοινωνία:

- ✓ Δημιουργία προσβάσιμου πληροφοριακού υλικού, κατάλληλου για όλες τις μορφές αναπηρίας
- ✓ Δημιουργία προσβάσιμης ιστοσελίδας,
- ✓ Δημιουργία προσβάσιμου δικτύου Η/Υ του νοσοκομείου με πληροφορίες για τα ΑμεΑ και τις σχετικές υπηρεσίες
- ✓ Παροχή πληροφοριών για τις υπηρεσίες και τον εθελοντισμό
- ✓ Μόνιτορ τηλεόρασης
- ✓ Τοποθέτηση σήμανσης (εικόνες κλπ)

Γ) Εργασία:

- ✓ Εφαρμογή πολιτικών για την πρόσληψη ΑμεΑ
- ✓ Επικοινωνία με το προσωπικό για πολιτικές υποστήριξης εργαζομένων με αναπηρία
- ✓ Παροχή προσβάσιμου μέσου μεταφοράς για το προσωπικό του Νοσοκομείου από και προς της κατοικίες τους, το οποίο θα συνδέει επιπλέον και όλα τα Νοσοκομεία της περιοχής
- ✓ Επέκταση του Προγράμματος «Έγκαιρη και Ασφαλής Επιστροφή στο Σπίτι» και στους εργαζόμενους με αναπηρία του νοσοκομείου
- ✓ Παροχή πληροφοριών για το εργασιακό περιβάλλον σε προσβάσιμη μορφή

Δ) Δομημένο Περιβάλλον (κτηριακές εγκαταστάσεις), που εμπεδώθηκε η προσβασιμότητα:

- ✓ Θέσεις στάθμευσης για αυτοκίνητα ατόμων με αναπηρία, έτσι ώστε να υπάρχει αρκετός χώρος για να μπορέσει το άτομο με αναπηρία να βγει από το αυτοκίνητό του και να χρησιμοποιήσει το αναπηρικό του αμαξίδιο.
- ✓ Εξωτερικοί διάδρομοι μετακίνησης
- ✓ Εξωτερικοί χώροι εστίασης
- ✓ Πάγκοι εξυπηρέτησης
- ✓ Οδηγοί αναμονής
- ✓ Χώροι αναμονής
- ✓ Συντήρηση.

ΤΕΧΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Αντικείμενο και σκοπός

Αντικείμενο της διδακτορικής διατριβής και σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγράψει τις υφιστάμενες συνθήκες προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όλων των Υγειονομικών Περιφερειών της Ελλάδας. Επίσης, τις δυνατότητες πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία κάθε κατηγορίας (άτομα με κινητικές αναπηρίες, άτομα με προβλήματα όρασης ή και ακοής, άτομα με ψυχικά ή και νοητικά προβλήματα κλπ.) τόσο στις κτιριακές υποδομές όσο και στις υπηρεσίες των ΜΠΦΥ.

Στόχος είναι η δημιουργία ενός συνολικού «χάρτη προσβασιμότητας» των ΜΠΦΥ της χώρας, προκειμένου να αποτελέσει ένα εργαλείο χάραξης πολιτικής από πλευράς Ελληνικής Πολιτείας προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της πρόσβασης των πολιτών και δη των ατόμων με αναπηρία και των εμποδιζομένων ατόμων. Επίσης, η διερεύνηση και η εξακρίβωση της υφιστάμενης κατάστασης από πλευράς προσβασιμότητας μεταξύ των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων έτσι ώστε να διαπιστωθούν τα όποια κενά και αδυναμίες υφίστανται σε επίπεδο κατηγοριών μονάδων υγείας.

Το αντικείμενο της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι σχετικά νέο για τα ελληνικά δεδομένα καθώς μόλις το τελευταίο διάστημα έχουν ξεκινήσει προσπάθειες σχεδιασμού και εφαρμογής μίας ολιστικής προσέγγισης των ζητημάτων των ατόμων με αναπηρία και της αναπηρίας και της προσβασιμότητας εν γένει. Μέχρι σήμερα στη χώρα μας δεν έγινε καμία ουσιαστική προσπάθεια συνολικής αποτύπωσης των συνθηκών προσβασιμότητας των μονάδων υγείας και οι όποιες προσπάθειες αφορούσαν την προσβασιμότητα, αναλώθηκαν σε επιμέρους και αποσπασματικές παρεμβάσεις.

8.1. Δεδομένα

Κατά την έρευνα απεστάλησαν 1852 ερωτηματολόγια και καταγράφηκαν δεδομένα που προέρχονταν από 1541 μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας που καλύπτουν την περίθαλψη του γενικού πληθυσμού. Οι μονάδες ανήκαν στο σύνολο των υγειονομικών Περιφερειών της χώρας πλην της 1^{ης} υγειονομικής Περιφέρειας και πιο συγκεκριμένα στις περιφερειακές ενότητες: Αιτωλοακαρνανίας, Αργολίδας, Αρκαδίας, Άρτας, Αττικής, Αχαΐας, Βοιωτίας, Γρεβενών, Δράμας Δωδεκανήσων, Έβρου, Εύβοιας, Ευρυτανίας, Ζακύνθου, Ηλείας, Ημαθίας, Ηρακλείου, Θεσσαλονίκης, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, Καβάλας, Καρδίτσας, Καστοριάς, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας, Κιλκίς, Κοζάνης,

Κορινθίας Κυκλάδων, Λακωνίας, Λάρισας, Λασιθίου, Λέσβου, Λευκάδας, Μαγνησίας, Μεσσηνίας, Ξάνθης, Πέλλας, Πιερίας, Πρέβεζας, Ρεθύμνου, Ροδόπης, Σάμου, Σερρών, Τρικάλων, Φθιώτιδας, Φλώρινας, Φωκίδας, Χαλκιδικής, Χανίων, Χίου.

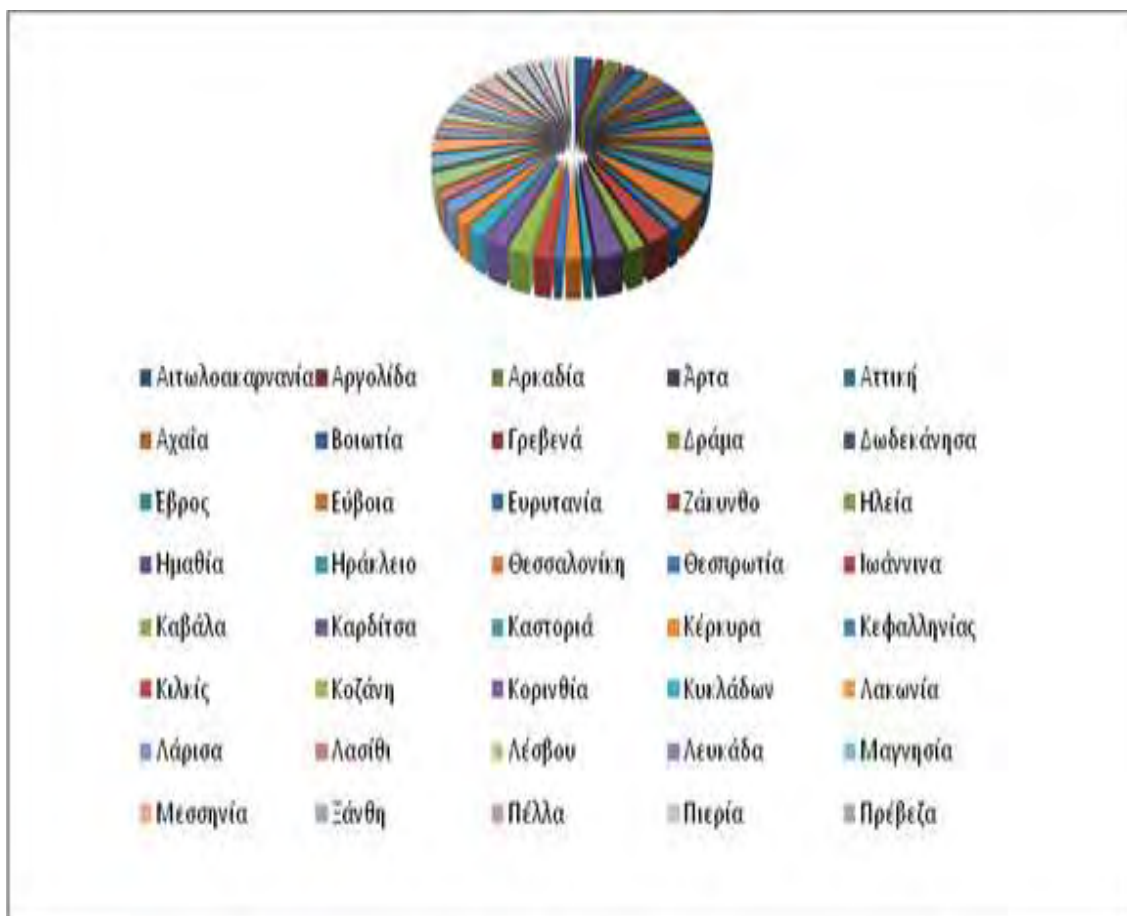
Πίνακας 1. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των μονάδων υγείας των περιφερειακών ενοτήτων του δείγματος

Νομός μονάδων υγείας	f	%
Αιτωλοακαρνανία	47	3,0
Αργολίδα	22	1,4
Αρκαδία	43	2,8
Άρτα	28	1,8
Αττική	33	2,1
Αχαΐα	37	2,4
Βοιωτία	29	1,9
Γρεβενά	17	1,1
Δράμα	18	1,2
Δωδεκάνησα	37	2,4
Έβρος	35	2,3
Εύβοια	40	2,6
Ευρυτανία	19	1,2
Ζάκυνθο	9	0,6
Ηλεία	40	2,6
Ημαθία	19	1,2
Ηράκλειο	48	3,1

Θεσσαλονίκη	71	4,6
Θεσπρωτία	21	1,4
Ιωάννινα	46	3
Καβάλα	32	2,1
Καρδίτσα	49	3,2
Καστοριά	16	1
Κέρκυρα	30	1,9
Κεφαλληνίας	15	1
Κιλκίς	31	2
Κοζάνη	40	2,6
Κορινθία	39	2,5
Κυκλάδων	34	2,2
Λακωνία	29	1,9
Λάρισα	35	2,3
Λασιθί	26	1,7
Λέσβου	43	2,8
Λευκάδα	3	0,2
Μαγνησία	38	2,5
Μεσσηνία	41	2,7
Ξάνθη	20	1,3
Πέλλα	24	1,6

Πιερία	27	1,8
Πρέβεζα	18	1,2
Ρέθυμνο	28	1,8
Ροδόπη	23	1,5
Σάμος	17	1,1
Σέρρες	49	3,2
Τρίκαλα	28	1,8
Φθιώτιδα	46	3
Φλώρινα	13	0,8
Φωκίδα	16	1
Χαλκιδική	32	2,1
Χανιά	26	1,7
Χίος	14	0,9
Σύνολο	1.541	100

Σχήμα 1. Γράφημα πίτας των μονάδων υγείας των περιφερειακών ενότητων του δείγματος.



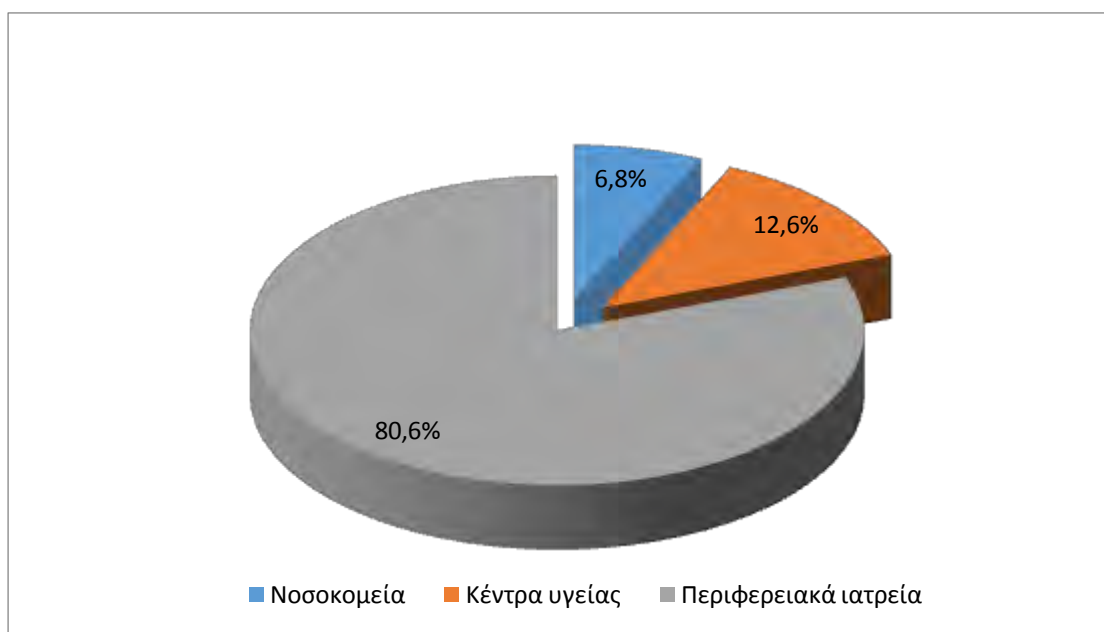
Η κατανομή των μονάδων υγείας στις 51 Περιφερειακές Ενότητες της χώρας φαίνεται στον πίνακα 1 και στο σχήμα 1. Η έρευνα αφορούσε τα εξωτερικά ιατρεία και μόνο των νοσοκομείων όλων των βαθμίδων, τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία όλων των κατηγοριών. Οι περισσότερες μονάδες υγείας του δείγματός μας προέρχονταν από την περιφερειακή ενότητα Θεσσαλονίκης και οι λιγότερες από την περιφερειακή ενότητα Λευκάδος.

Στο πίνακα 2 φαίνεται το είδος των μονάδων υγείας στο δείγμα μας. Τα περισσότερα ήταν τα περιφερειακά ιατρεία (80,6 %, δεδομένα από 1242 μονάδες), και ακολούθησαν τα κέντρα υγείας (12,6%, δεδομένα από 194 μονάδες) και τα νοσοκομεία (6,8%, δεδομένα από 105 μονάδες). Το συνολικό ποσοστό συμπλήρωσης ήταν 83,2%.

Πίνακας 2. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του τύπου του ιδρύματος του δείγματος.

Τύπος ιδρύματος	f	%
Νοσοκομεία	105	6,8
Κέντρα υγείας	194	12,6
Περιφερειακά ιατρεία	1.242	80,6
Σύνολο	1.541	100

Σχήμα 2. Γράφημα πίτας για τον τύπο του ιδρύματος του δείγματος.



8.2. Ερωτηματολόγιο

Ειδικά για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αυτό στοχεύει στην αποτύπωση – καταγραφή κυρίως των τεχνικών χαρακτηριστικών των κτιρίων, καθώς και τη συλλογή στοιχείων σχετιζομένων με τον διατιθέμενο σε αυτά εξοπλισμό αλλά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το ερωτηματολόγιο και οι ερωτήσεις που το αποτελούν στηρίχθηκε ως προς την κατασκευή και διάρθρωσή του στις προδιαγραφές για διευκόλυνση της προσβασιμότητας, όπως αναφέρονται στα ακόλουθα έγγραφα, καθώς και στην εμπειρία του γράφοντος:

- Γενικός Οικοδομικός Κανονισμός (Νόμος 2831/2000) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα.

- Κανονισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (1215/1983) για τα κτίρια Υγείας και Πρόνοιας .
- Οδηγίες Σχεδιασμού «Σχεδιάζοντας για Όλους» του Γραφείου Μελετών για ΑμεΑ του ΥΠΕΧΩΔΕ (νυν ΥΠΕΚΑ).

Οι ερωτήσεις ταξινομήθηκαν σε επτά διαφορετικές ενότητες ανάλογα με το περιεχόμενό τους:

1. Γενικά στοιχεία για το ακίνητο
2. Πρόσβαση στο κτήριο
3. Είσοδος στο κτήριο
4. Οριζόντια κυκλοφορία μέσα στο κτήριο
5. Κατακόρυφη κυκλοφορία μέσα στο κτήριο
6. Εξυπηρέτηση – εξοπλισμός
7. Υπηρεσίες

Οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου και μπορούσαν να απαντηθούν με ΝΑΙ / ΟΧΙ (π.χ. σχετικά με την ύπαρξη ενός χαρακτηριστικού) ή με έναν αριθμό (π.χ. αριθμός ανελκυστήρων ή άλλων εγκαταστάσεων). Στο τέλος κάθε ενότητας υπήρχε χώρος για πιο αναλυτικό σχολιασμό, ενώ στο τέλος του ερωτηματολογίου υπήρχε χώρος για γενικότερο σχολιασμό σχετικά με το αντικείμενο της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από γενικές οδηγίες οι οποίες έδιναν πληροφορίες και όριζαν με σαφήνεια λεπτομέρειες και στοιχεία για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (όπως πχ. ποιες υπηρεσίες καταγράφονται, ποιοι είναι οι υπεύθυνοι συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων κλπ)

8.3. Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα από τον Μάιο του 2011 έως και τον Ιούλιο του 2014. Με στόχο την πληρέστερη καταγραφή των προβλημάτων και με δεδομένο το γεγονός ότι σπάνια σε παρόμοιες έρευνες σημειώνεται ανταπόκριση 100% στη συμπλήρωση των αποστελλομένων ερωτηματολογίων, αποφασίστηκε η αποστολή του ειδικού ερωτηματολογίου όχι σε αντιπροσωπευτικά δείγματα κάθε μονάδας και κάθε περιφερειακής ενότητας αλλά σε όλες τις υπηρεσίες που εντάσσονταν στον χώρο ευθύνης όλων των ΥΠΕ πλην της 1^{ης}. Τα ερωτηματολόγια κατατέθηκαν στην Επιθεώρηση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μέσω του Περιφερειακού Γραφείου

Βόρειας Ελλάδας του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. (Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας) απεστάλησαν σε όλες τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όλων των ΥΠΕ πλην της πρώτης προκειμένου να συμπληρωθούν. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια εστάλησαν απευθείας στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Γενικά, ΓΝ – ΚΥ, Πανεπιστημιακά) των ανωτέρω ΥΠΕ και στα κέντρα υγείας (συμπεριλαμβανομένων και των κέντρων ψυχικής υγείας) αντιστοίχως. Επίσης, ζητήθηκε από τα κέντρα υγείας να προωθήσουν το ερωτηματολόγιο στις δομές ευθύνης τους, δηλαδή στα απλά, πολυδύναμα και ειδικά περιφερειακά ιατρεία τους. Στις περιπτώσεις των νοσοκομείων όπου τα εξωτερικά τους ιατρεία είναι διεσπαρμένα σε πέραν του ενός κτηρίων δόθηκε οδηγία όπως αυτή αναφέρεται στις συναπτόμενες με το ερωτηματολόγιο γενικές οδηγίες να συμπληρωθούν αριθμητικά αντίστοιχα ερωτηματολόγια όσος και ο αριθμός των κτηρίων στα οποία αναπτύσσονται τμήματα των εξωτερικών ιατρείων. Συνεπώς όπου αναφερόμαστε κατά την ανάλυση σε νοσοκομεία, εννοούμε κτήρια νοσοκομείων.

Στα περιφερειακά ιατρεία τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ιατρούς που εργάζονταν σε αυτά, ενώ στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία από τους υπευθύνους των μονάδων και των τεχνικών υπηρεσιών αντίστοιχα. Μετά την συμπλήρωσή τους τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν στο Περιφερειακό Γραφείο Βόρειας Ελλάδας του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. για την κωδικοποίηση και την στατιστική τους ανάλυση. Ακολούθως και προκειμένου να διαπιστωθεί η εγκυρότητα των απαντήσεων υπήρξε τηλεφωνική επικοινωνία με πλήθος μονάδων. Ο συνολικός χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίζεται γύρω στα 10 – 15 λεπτά, αν και η συλλογή των απαιτούμενων πληροφοριών για τη συμπλήρωσή του μπορεί να ποικίλει από ίδρυμα σε ίδρυμα.

8.4. Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια που επιστράφηκαν κωδικοποιήθηκαν και καταγράφηκαν στο ειδικό λογισμικό PASW, έκδοση 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες, για την παρουσίαση δε των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν κατά περίπτωση ραβδογράμματα και γραφήματα πίτας.

Για την σύγκριση των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 του Pearson. Για την ερμηνεία των πινάκων υπολογίστηκε το Προσαρμοσμένο Τυποποιημένο Υπόλοιπο (ΠΤΥ) κάθε συχνότητας. Όταν το ΠΤΥ είναι μεγαλύτερο από 1,96 η συχνότητα αυτή είναι μεγαλύτερη από το αναμενόμενο, ενώ όταν το ΠΤΥ είναι μικρότερο από -1,96 η αντίστοιχη συχνότητα είναι μικρότερη από το αναμενόμενο. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 Αποτελέσματα

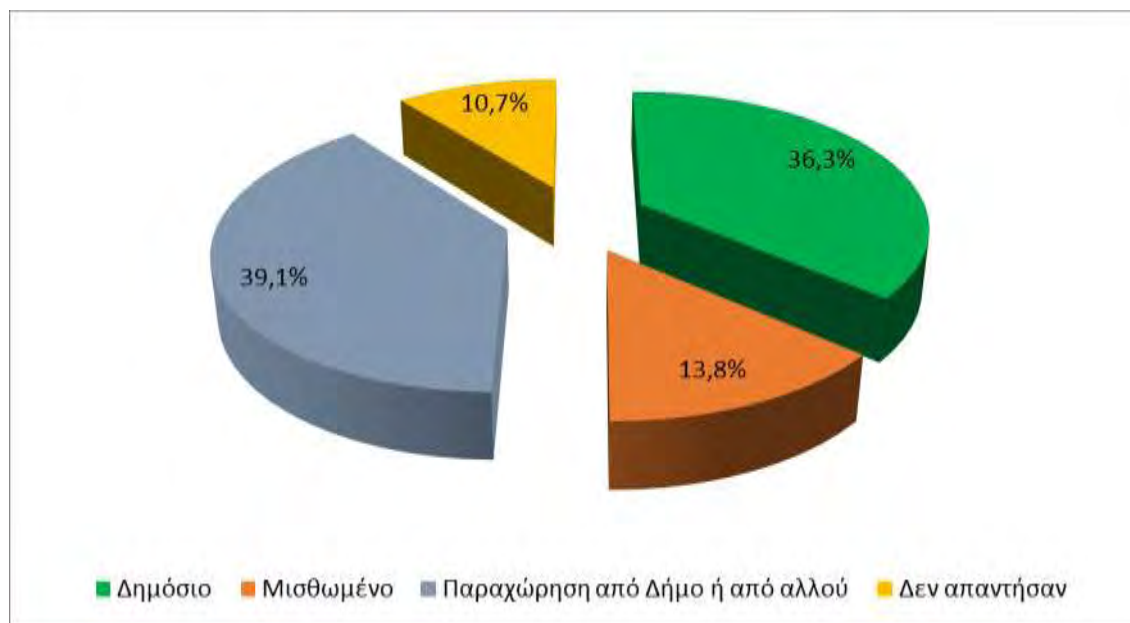
9.1. Γενικά Στοιχεία για το Ακίνητο

Επί του συνόλου των 1541 Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τα περισσότερα από τα κτήρια στα οποία στεγάζονται οι Μονάδες αυτές είτε ανήκουν στο Δημόσιο 36,3 % (560 Μονάδες), είτε παραχωρήθηκαν από τους Δήμους ή από άλλους φορείς 39,1 % (603 Μονάδες). Ακολούθως, το 13,8% (213 Μονάδες) έχει μισθωθεί, το δε 10,7% δεν απάντησε σχετικά.

Πίνακας 3. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του είδους της ιδιοκτησίας των ακινήτων του συνολικού δείγματος.

Είδος ιδιοκτησίας ακινήτων	f	%
Δημόσιο	560	36,3
Μισθωμένο	213	13,8
Παραχώρηση από Δήμο ή από αλλού	603	39,1
Δεν απάντησαν	165	10,7
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 3. Γράφημα πίτας για το είδος της ιδιοκτησίας των ακινήτων του δείγματος.



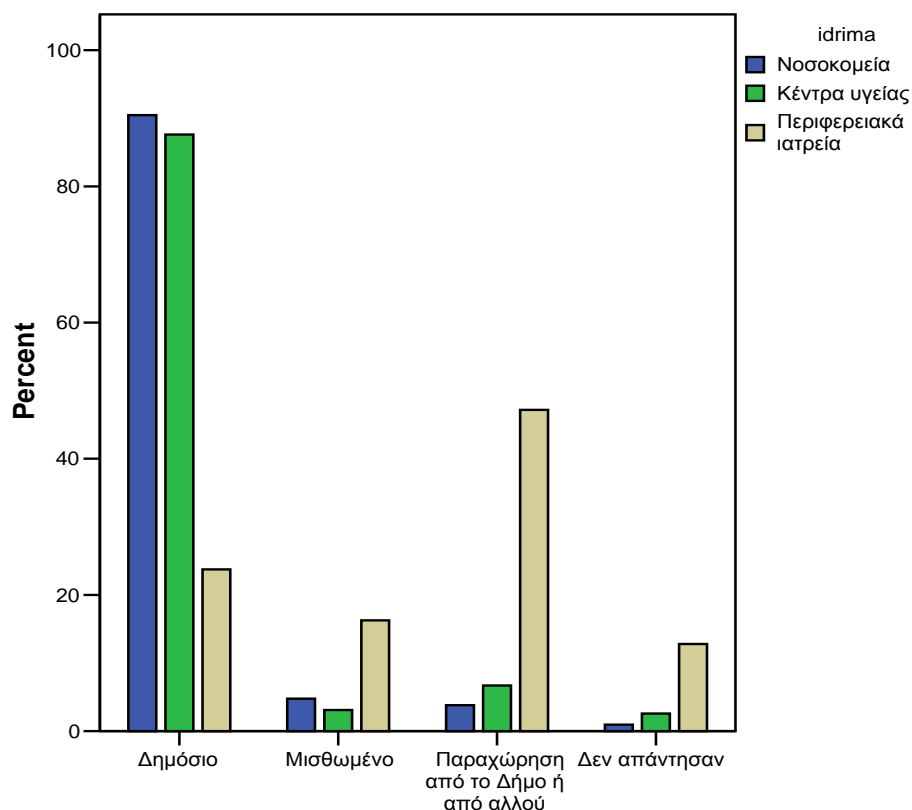
Συγκρίνοντας μεταξύ τους τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία διαπιστώσαμε ότι η πλειοψηφία των κτηρίων των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας είναι δημόσιας ιδιοκτησίας (90,5 % και 87,6% αντίστοιχα), ενώ τα περισσότερα κτήρια των Περιφερειακών Ιατρείων έχουν παραχωρηθεί από τον Δήμο ή από άλλους φορείς (47,2%)

και υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων ανάλογα με το καθεστώς ιδιοκτησίας τους [$\chi^2(4)=382,514$ και $p<0,001$].

Πίνακας 4. Κατανομή της ερώτησης για την ιδιοκτησία της Μονάδας ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Κτήριο				Σύνολο
		Δημόσιο	Μισθωμένο	Παραχώρηση από το Δήμο ή από αλλού	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	95	5	4	1	105
	%	90,5%	4,8%	3,8%	1%	100,0%
	ΠΤΥ	10,9	-3,1	-8,5		
Κέντρο υγείας	N	170	6	13	5	194
	%	87,6%	3,1%	6,7%	2,6%	100,0%
	ΠΤΥ	14,8	-5,0	-11,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	295	202	586	159	1242
	%	23,8%	16,3%	47,2%	12,8%	100,0%
	ΠΤΥ	-19,5	6,3	14,8		
Σύνολο		560	213	603	165	1541
		36,3%	13,8%	39,1%	10,7%	100,0%
$\chi^2(4)=382,514$ και $p\text{-value}<0,001$						

Σχήμα 4 της ερώτησης για την ιδιοκτησία της Μονάδας ανά τύπο Μονάδος.



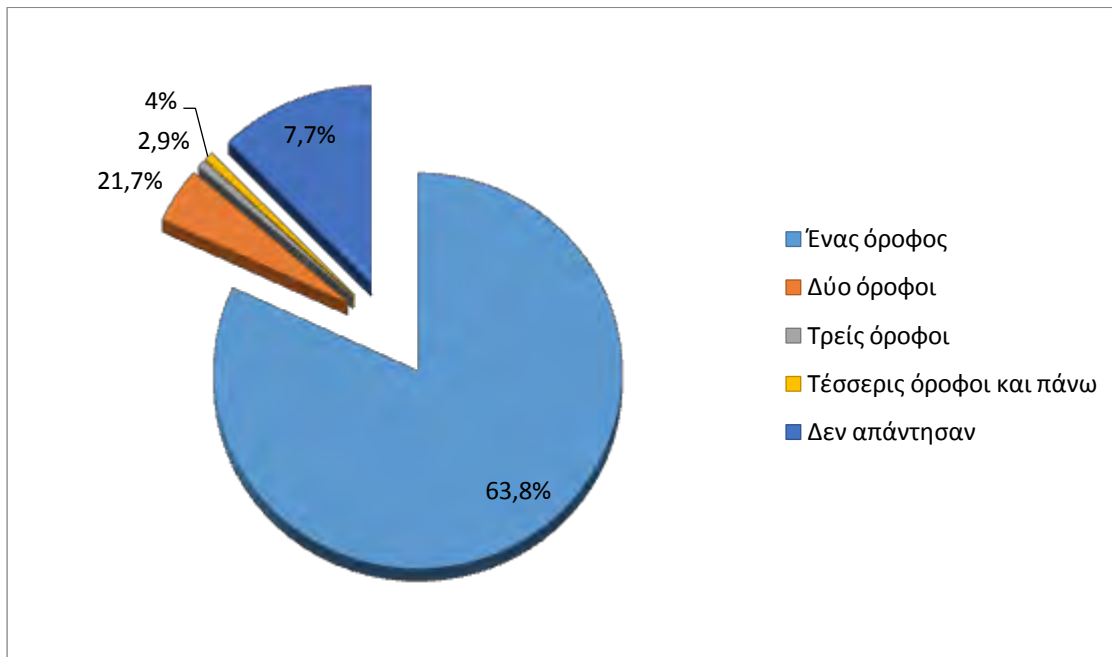
A1.1

Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα το 63,8% (983 Μονάδες) δήλωσε ότι το κτήριο στο οποίο στεγάζεται έχει έναν μόνο όροφο, το 21,7% (334 Μονάδες) δύο ορόφους, το 2,9% (44 Μονάδες) δήλωσε ότι στεγάζεται σε κτήρια με τρεις ορόφους ενώ το 4% (61 Μονάδες) δήλωσε ότι στεγάζεται σε κτήρια με τέσσερις ορόφους και πάνω.

Πίνακας 5. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των ορόφων των κτηρίων των Μονάδων Υγείας του δείγματος.

Όροφοι κτηρίων των μονάδων Υγείας	Ναι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Ένας όροφος	983 (63,8%)	119 (7,7%)
Δύο όροφοι	334 (21,7%)	119 (7,7%)
Τρεις όροφοι	44 (2,9%)	119 (7,7%)
Τέσσερις όροφοι και πάνω	61 (4,0%)	119 (7,7%)

Σχήμα 5. Γράφημα πίτας των ορόφων των κτηρίων των Μονάδων Υγείας του δείγματος.

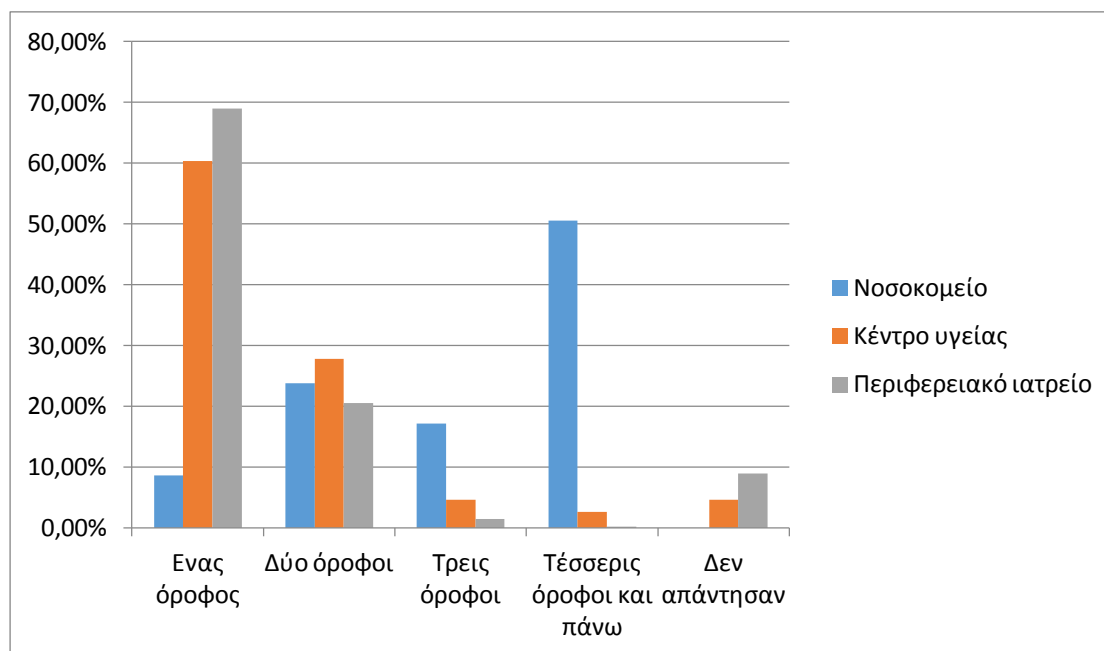


Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων ανάλογα με τον αριθμό των ορόφων του κτηρίου στο οποίο στεγάζονται [$\chi^2(6)=710,823$ και $p<0,001$]. Περίπου τα μισά από τα Νοσοκομεία έχουν από τέσσερις ορόφους και άνω, ενώ η πλειοψηφία των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων έχουν έναν όροφο. Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία έχουν στατιστικώς σημαντικά περισσότερους ορόφους συγκριτικά με τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 6. Κατανομή του αριθμού ορόφων των κτηρίων των Μονάδων Υγείας ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ίδρυμα		Όροφοι κτιρίου					Σύνολο
		Ένας όροφος	Δύο όροφοι	Τρεις όροφοι	Τέσσερις όροφοι και πάνω	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	9	25	18	53	0	105
	%	8,6%	23,8%	17,1%	50,5%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-14,0	0,1	8,6	24,3		
Κέντρο υγείας	N	117	54	9	5	9	194
	%	60,3%	27,8%	4,6%	2,6%	4,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,9	2,0	1,5	-1,1		
Περιφερειακό ιατρείο	N	857	255	17	3	110	1242
	%	69,0%	20,5%	1,4%	,2%	8,9%	100,0%
	ΠΤΥ	10,6	-1,7	-6,9	-14,8		
Σύνολο		983	334	44	61	119	1541
		63,8%	21,7%	2,9%	4,0%	7,7%	100,0%
$\chi^2(6)=710,823$ και $p\text{-value}<0,001$							

Σχήμα 6. Ραβδόγραμμα του αριθμού ορόφων των κτηρίων των Μονάδων Υγείας ανά τύπο μονάδος



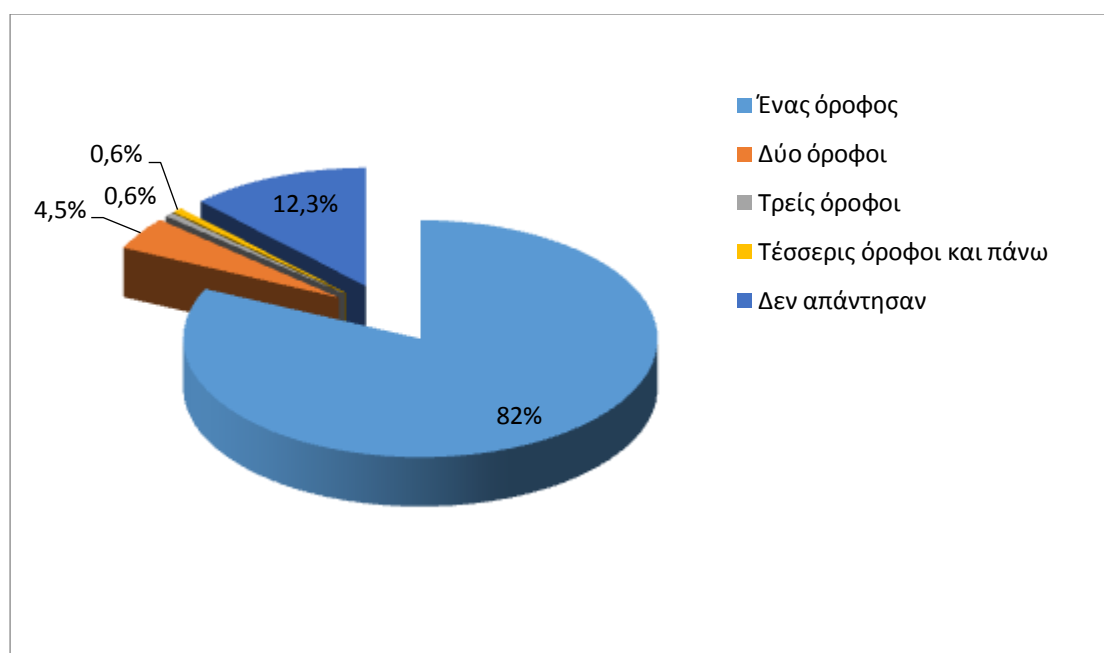
Ως προς τον αριθμό των ορόφων των κτηρίων που καταλαμβάνουν οι Μονάδες υγείας η πλειοψηφία των Μονάδων 82% (1263 Μονάδες) καταλαμβάνει έναν όροφο, το 4,5% (69

Μονάδες) δύο ορόφους, ενώ ελάχιστες Μονάδες καταλαμβάνουν τρεις (0,6%) και τέσσερις ορόφους και πάνω (0,6%).

Πίνακας 7. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του αριθμού των ορόφων των κτηρίων που καταλαμβάνουν οι Μονάδες Υγείας του δείγματος.

Όροφοι που καταλαμβάνουν οι μονάδες Υγείας	Ναι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Ένας όροφος	1263 (82%)	189 (12,3%)
Δύο όροφοι	69 (4,5%)	189 (12,3%)
Τρεις όροφοι	10 (0,6%)	189 (12,3%)
Τέσσερις όροφοι και πάνω	10 (0,6%)	189 (12,3%)

Σχήμα 7. Γράφημα πίτας του αριθμού των ορόφων των κτηρίων που καταλαμβάνουν οι Μονάδες Υγείας του δείγματος.

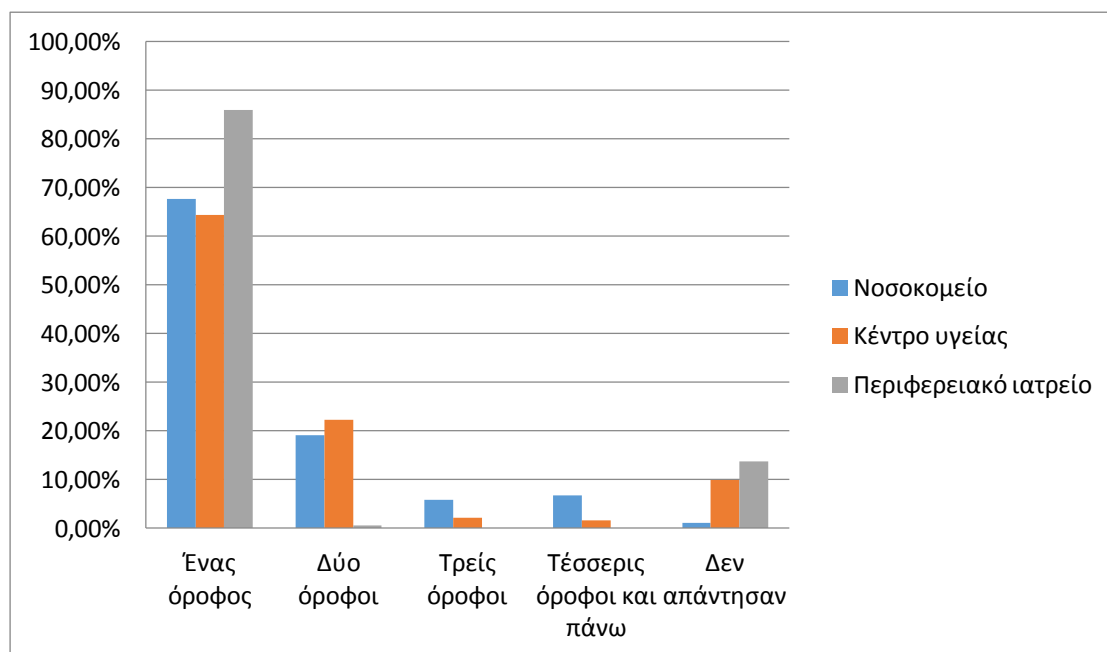


Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων ανάλογα με τον αριθμό των ορόφων στους οποίους αναπτύσσεται η Μονάδα [$\chi^2(6)=336,705$ και $p<0,001$]. Παρότι οι περισσότερες Μονάδες, ανεξαρτήτως τύπου, καταλαμβάνουν συνηθέστερα έναν μόνο όροφο, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία καταλαμβάνουν στατιστικώς σημαντικά περισσότερους ορόφους συγκριτικά με άλλους τύπους Μονάδων, ενώ τα Περιφερειακά Ιατρεία καταλαμβάνουν έναν όροφο συχνότερα από ότι άλλοι τύποι Μονάδων.

Πίνακας 8. Κατανομή των ορόφων των κτηρίων που καταλαμβάνουν οι Μονάδες υγείας ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ίδρυμα		Όροφοι κτιρίου				Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ένας όροφος	Δύο όροφοι	Τρεις όροφοι	Τέσσερις όροφοι και πάνω		
Νοσοκομείο	N	71	20	6	7	1	105
	%	67,6%	19%	5,7%	6,7%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-10,7	6,8	6,2	7,0		
Κέντρο υγείας	N	125	43	4	3	19	194
	%	64,4%	22,2%	2,1%	1,5%	9,8%	100,0%
	ΠΤΥ	-12,5	12,5	2,6	1,4		
Περιφερειακό ιατρείο	N	1067	6	0	0	169	1242
	%	85,9%	0,5%	,0%	,0%	13,6%	100,0%
	ΠΤΥ	17,4	-14,9	-6,2	-5,8		
Σύνολο		1263	69	10	10	189	1541
		82%	4,5%	,6%	,6%	12,3%	100,0%
$\chi^2(6)=336,705$ και $p\text{-value}<0,001$							

Σχήμα 8. Ραβδόγραμμα των ορόφων των κτηρίων που καταλαμβάνουν οι Μονάδες υγείας ανά τύπο Μονάδος



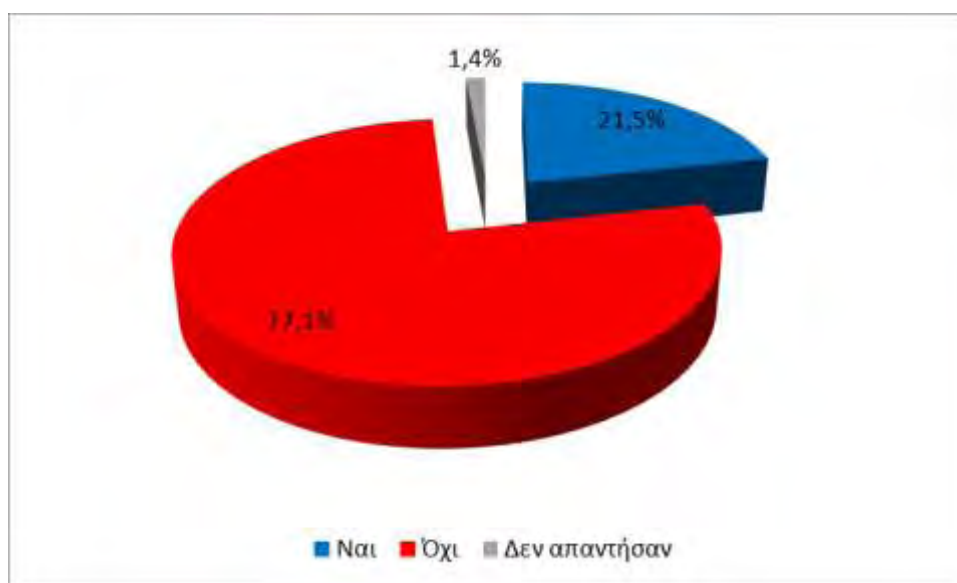
9.2. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ ΚΤΗΡΙΟ

Από τις 1541 Μονάδες που καταγράφηκαν το 21,5% (331 Μονάδες) διέθεταν ειδική θέση προσωρινής στάθμευσης για αυτοκίνητο ατόμου με αναπηρία κοντά στο κτήριο, ενώ αντίθετα το 77,1% (1188 Μονάδες) απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 9. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ύπαρξης ειδικής θέσης προσωρινής στάθμευσης στις μονάδες Υγείας

Ύπαρξη ειδικής θέσης προσωρινής στάθμευσης στις Μονάδες Υγείας	f	%
Ναι	331	21,5
Όχι	1188	77,1
Δεν απάντησαν	22	1,4
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 9. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη ειδικής θέσης προσωρινής στάθμευσης στις Μονάδες Υγείας.



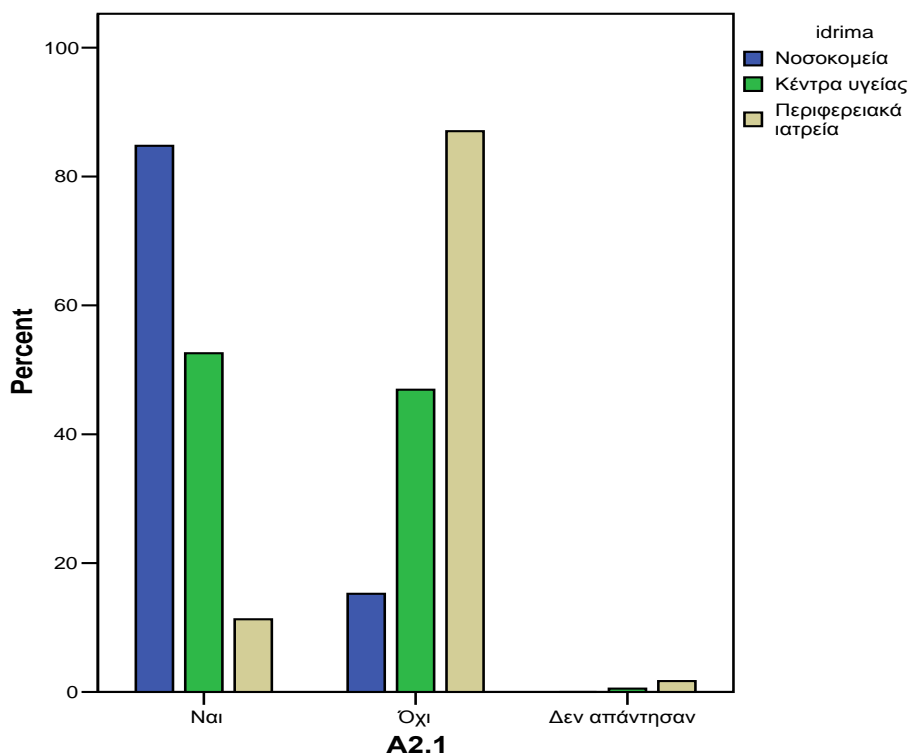
Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης θέσης προσωρινής στάθμευσης για αυτοκίνητο ατόμου με αναπηρία κοντά στο κτίριο [$\chi^2(2)=429,931$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας έχουν στατιστικώς σημαντικά πιο συχνά θέση προσωρινής στάθμευσης κοντά στο κτίριο, συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 10. Κατανομή της ερώτησης για την ύπαρξη ειδικής θέσης προσωρινής στάθμευσης αυτοκινήτου ατόμου με αναπηρία ανά τύπο Μονάδας και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.2.1		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	89	16	0	105
	%	84,8%	15,2%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	16,2	-16,2		
Κέντρο υγείας	N	102	91	1	194
	%	52,6%	46,9%	,5%	100,0%
	ΠΤΥ	11,2	-11,2		
Περιφερειακό ιατρείο	N	140	1081	21	1242
	%	11,3%	87%	1,7%	100,0%
	ΠΤΥ	-19,7	19,7		
Σύνολο		331	1188	22	1541
		21,5%	77,1%	1,4%	100,0%
$\chi^2(2)=429,931$ και p-value< 0,001					

Σχήμα 10. Ραβδόγραμμα της ερώτησης για την ύπαρξη ειδικής θέσης προσωρινής στάθμευσης αυτοκινήτου ατόμου με αναπηρία ανά τύπο Μονάδος.

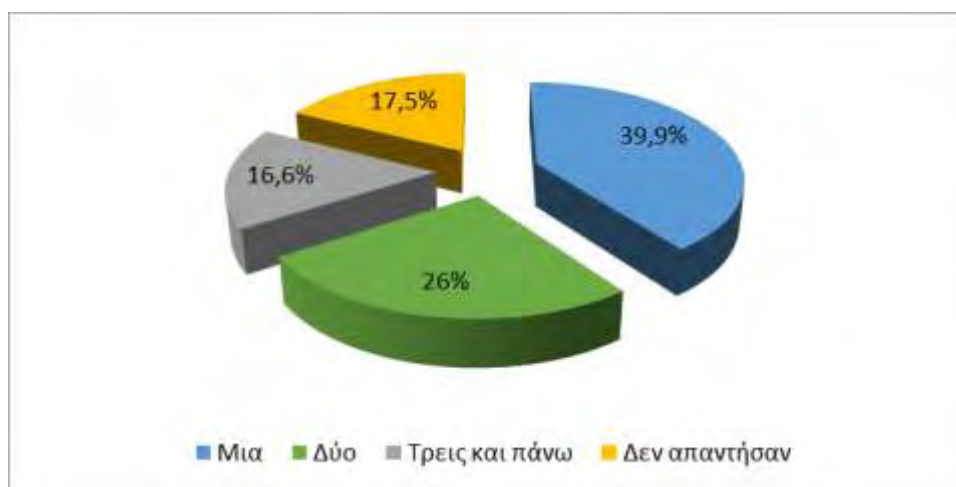


Από τις Μονάδες που απάντησαν ότι διαθέτουν θέση ειδικής στάθμευσης αυτοκινήτου ατόμου με αναπηρία, η πλειοψηφία των Μονάδων 39,9% (132 Μονάδες) διαθέτει μία θέση στάθμευσης, ενώ το 26% (86 Μονάδες) δύο θέσεις, και το 16,6% από τρεις και πάνω.

Πίνακας 11. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του αριθμού των ειδικών θέσεων στάθμευσης αυτοκινήτων ατόμων με αναπηρία στις Μονάδες Υγείας που διαθέτουν ειδική θέση στάθμευσης

Αριθμός των ειδικών θέσεων στάθμευσης αυτοκινήτων ατόμων με αναπηρία	f	%
Μια	132	39,9
Δύο	86	26
Τρεις και πάνω	55	16,6
Δεν απάντησαν	58	17,5
Σύνολο	331	100

Σχήμα 11. Γράφημα πίτας για τον αριθμό των ειδικών θέσεων στάθμευσης αυτοκινήτων ατόμων με αναπηρία στις μονάδες υγείας του δείγματος.



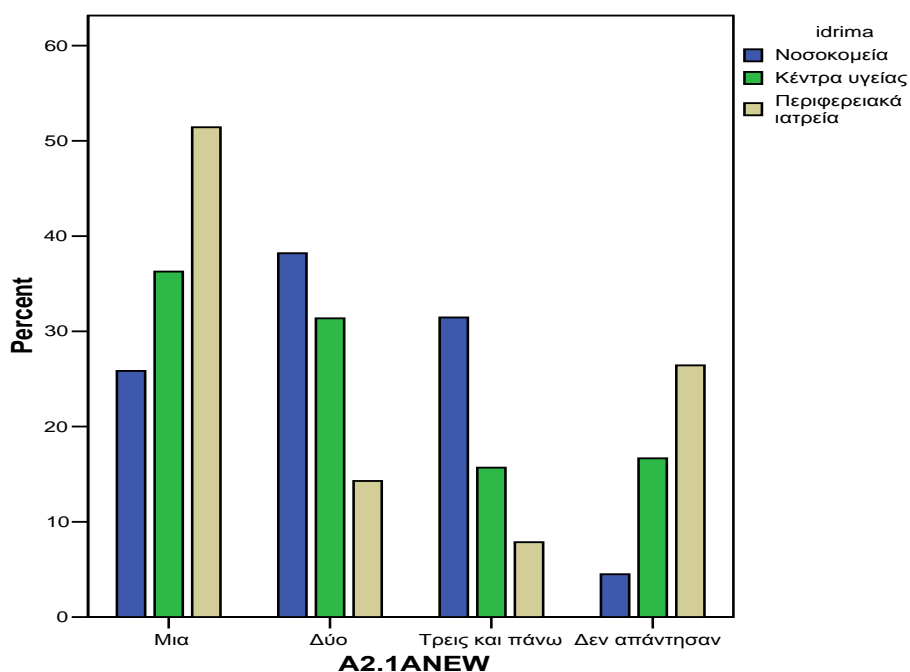
Στον παρακάτω πίνακα αναλύθηκαν οι μονάδες που απάντησαν ότι έχουν τουλάχιστον μια ειδική θέση στάθμευσης για αυτοκίνητα ατόμων με αναπηρία κοντά στο κτήριο τους. Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του αριθμού των διαθέσιμων θέσεων ειδικής στάθμευσης [$\chi^2(4)=38,069$ και $p<0,001$]. Σε γενικές γραμμές τα Νοσοκομεία έχουν δύο ή περισσότερες θέσεις, όσα Περιφερειακά Ιατρεία έχουν κάποια θέση αυτή είναι συνήθως μία, ενώ τα Κέντρα Υγείας έχουν μία ή δύο θέσεις στάθμευσης.

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία έχουν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα δύο θέσεις, συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία που έχουν μία.

Πίνακας 12. Κατανομή του αριθμού θέσεων ειδικής στάθμευσης ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		A.2.1α				
Μονάδα		Μια	Δύο	Τρεις & πάνω	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	23	34	28	4	89
	%	25,8%	38,2%	31,5%	4,5%	100,0%
	ΠΤΥ	-4,8	2,1	3,6		
Κέντρο υγείας	N	37	32	16	17	102
	%	36,3%	31,4%	15,7%	16,7%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,0	1,4	-0,4		
Περιφερειακό ιατρείο	N	72	20	11	37	140
	%	51,4%	14,3%	7,9%	26,4%	100,0%
	ΠΤΥ	5,6	-3,4	-3,0		
Σύνολο		132	86	55	58	331
		39,9%	26,0%	16,6%	17,5%	100,0%
$\chi^2(4)=38,069$ και p-value< 0,001						

Σχήμα 12. Ραβδόγραμμα της κατανομής του αριθμού θέσεων ειδικής στάθμευσης ανά τύπο Μονάδος

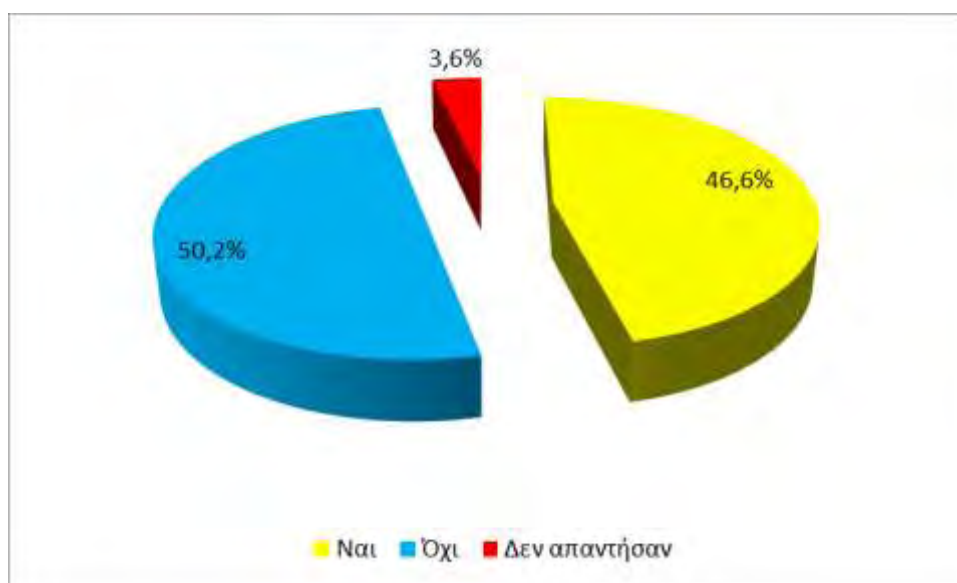


Από τις Μονάδες που απάντησαν θετικά στην ύπαρξη ειδικής θέσης προσωρινής στάθμευσης αυτοκινήτου ατόμου με αναπηρία το 46,2% (153 Μονάδες) απάντησε ότι διαθέτει κατάλληλη σήμανση στις θέσεις στάθμευσης, ενώ το 50,2% (166 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 13. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ύπαρξης κατάλληλης σήμανσης των θέσεων ειδικής στάθμευσης αυτοκινήτων ατόμων με αναπηρία στις Μονάδες Υγείας που διαθέτουν ειδική θέση στάθμευσης

Ύπαρξη κατάλληλης σήμανσης	f	%
Ναι	153	46,2
Όχι	166	50,2
Δεν απάντησαν	12	3,6
Σύνολο	331	100

Σχήμα 13. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη κατάλληλης σήμανσης για τις Μονάδες που διαθέτουν ειδική θέση προσωρινής στάθμευσης αυτοκινήτου ατόμου με αναπηρία



Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι μονάδες που απάντησαν ότι έχουν τουλάχιστον μια ειδική θέση στάθμευσης για άτομα με αναπηρία κοντά στο κτήριο τους. Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης κατάλληλης σήμανσης [$\chi^2(2)=97,987$ και $p<0,001$]. Σε γενικές γραμμές τα Νοσοκομεία έχουν κατάλληλη σήμανση, όσα Περιφερειακά Ιατρεία έχουν κάποια θέση δεν έχουν κατάλληλη σήμανση, ενώ από τα Κέντρα Υγείας περίπου τα μισά έχουν σήμανση.

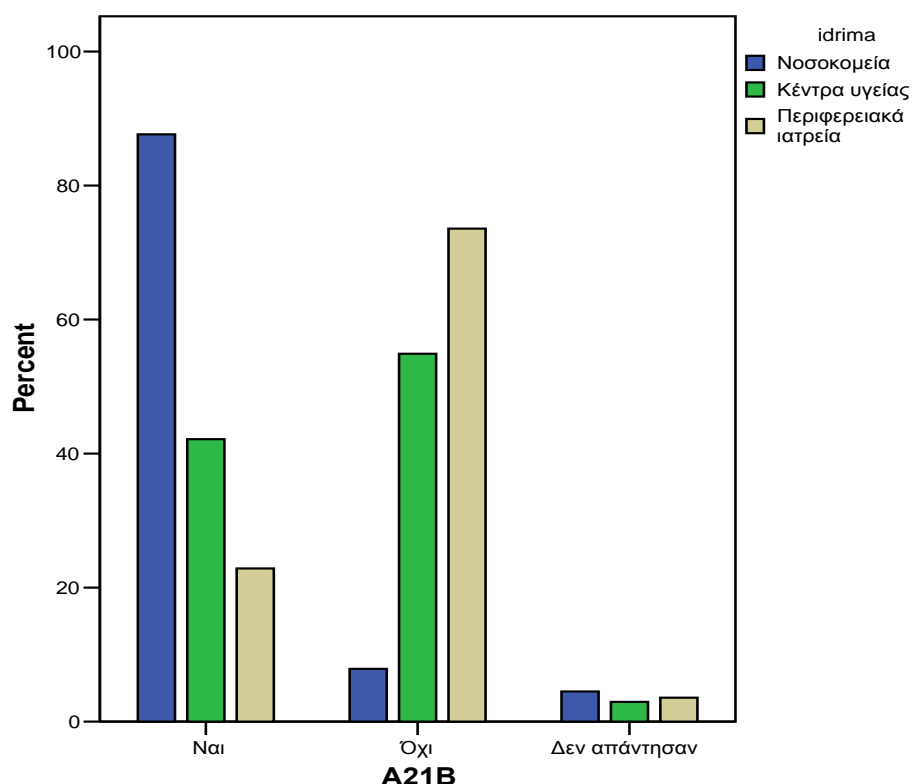
Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία έχουν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα την κατάλληλη σήμανση στις θέσεις

ειδικής στάθμευσης για άτομα με αναπηρία, συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία που δεν έχουν.

Πίνακας 14. Κατανομή ύπαρξης κατάλληλης σήμανσης ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.2.1.B			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	78	7	4	89
	%	87,6%	7,9%	4,5%	100,0%
	ΠΤΥ	9,4	-9,4		
Κέντρο υγείας	N	43	56	3	102
	%	42,2%	54,9%	2,9%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,1	1,1		
Περιφερειακό ιατρείο	N	32	103	5	140
	%	22,9%	73,6%	3,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-7,4	7,4		
Σύνολο		153	166	12	331
		46,2%	50,2%	3,6%	100,0%
		$\chi^2(2)=97,987$ και $p\text{-value}<0,001$			

Σχήμα 14. Ραβδόγραμμα ύπαρξης κατάλληλης σήμανσης ανά τύπο Μονάδος.



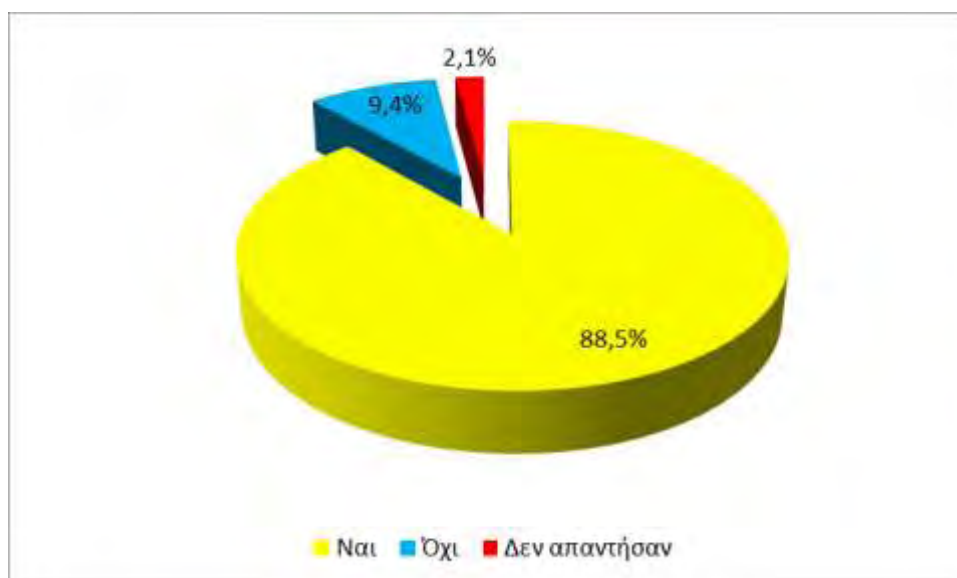
Από τις Μονάδες που διαθέτουν έστω και μία ειδική θέση προσωρινής στάθμευσης αυτοκινήτου ατόμου με αναπηρία το 88,5% (293 Μονάδες) η διαδρομή από την ειδική θέση στάθμευσης μέχρι την είσοδο του κτιρίου ήταν σε επιφάνεια λεία και σταθερή

(δηλαδή δεν αποτελούνταν από χαλίκι, χώμα, γρασίδι ή άλλο υλικό που δεν προσφέρεται για τον σκοπό αυτό, ενώ το 9,4% (31 Μονάδες) δεν διέθετε την ενδεδειγμένη επιφάνεια.

Πίνακας 15. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) λείας - σταθερής επιφάνειας στη διαδρομή μεταξύ χώρου στάθμευσης και εισόδου των Μονάδων Υγείας που διαθέτουν ειδική θέση στάθμευσης αυτοκινήτου ΑμεΑ.

Επιφάνεια λεία και σταθερή	f	%
Ναι	293	88,5
Όχι	31	9,4
Δεν απάντησαν	7	2,1
Σύνολο	331	100

Σχήμα 15. Γράφημα πίτας για κατανομή λείας και σταθερής διαδρομής μεταξύ χώρου στάθμευσης και εισόδου κτηρίου για τις Μονάδες Υγείας που διαθέτουν ειδική θέση στάθμευσης αυτοκινήτου ΑμεΑ.



Και στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που απάντησαν ότι έχουν τουλάχιστον μια ειδική θέση στάθμευσης για αυτοκίνητο άτομου με αναπηρία κοντά στο κτίριο τους. Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης λείας και σταθερής διαδρομής από τη θέση στάθμευσης μέχρι την είσοδο [$\chi^2(2)=29,961$ και $p<0,001$]. Σε γενικές γραμμές η πλειοψηφία των Μονάδων υγείας που έχουν ειδική θέση στάθμευσης δήλωσαν ότι έχουν και κατάλληλη διαδρομή, με τα μικρότερα ποσοστά να δηλώνονται από τα Περιφερειακά Ιατρεία.

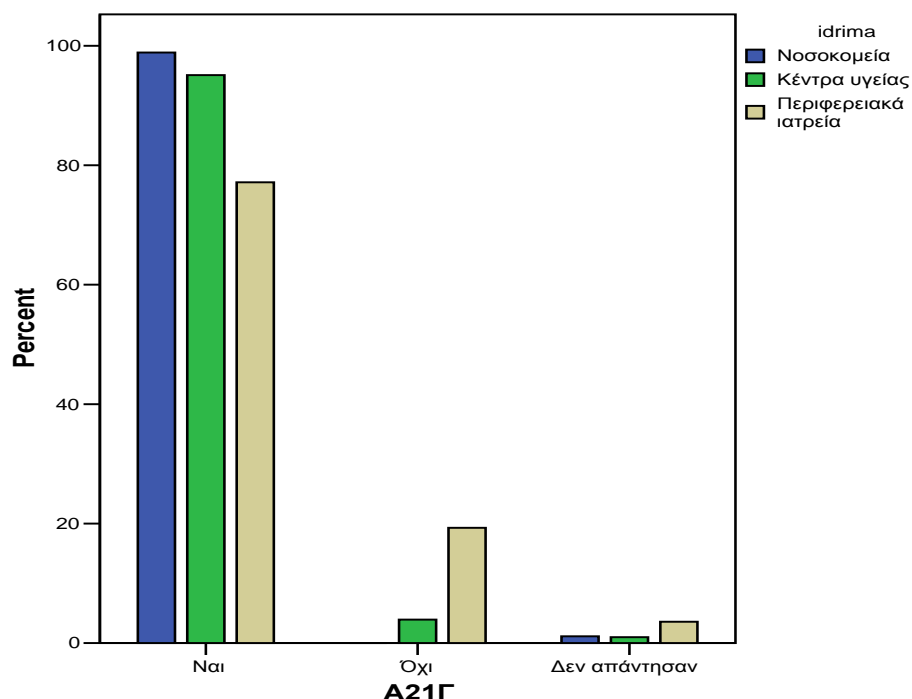
Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας έχουν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα την κατάλληλη

διαδρομή από τις ειδικές θέσεις στάθμευσης αυτοκινήτου για άτομα με αναπηρία μέχρι την είσοδο, συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 16. Κατανομή λείας και σταθερής διαδρομής μεταξύ χώρου στάθμευσης και εισόδου κτηρίου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.2.1.Γ		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	88	0	1	89
	%	98,9%	,0%	1,1%	100,0%
	ΠΤΥ	3,6	-3,6		
Κέντρο υγείας	N	97	4	1	102
	%	95,1%	3,9%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	2,3	-2,3		
Περιφερειακό ιατρείο	N	108	27	5	140
	%	77,1%	19,3%	3,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-5,4	5,4		
Σύνολο		293	31	7	331
		88,5%	9,4%	2,1%	100,0%
$\chi^2(2)=29,961$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 16. Ραβδόγραμμα για την κατανομή λείας και σταθερής διαδρομής μεταξύ χώρου στάθμευσης και εισόδου κτηρίου ανά τύπο Μονάδος.

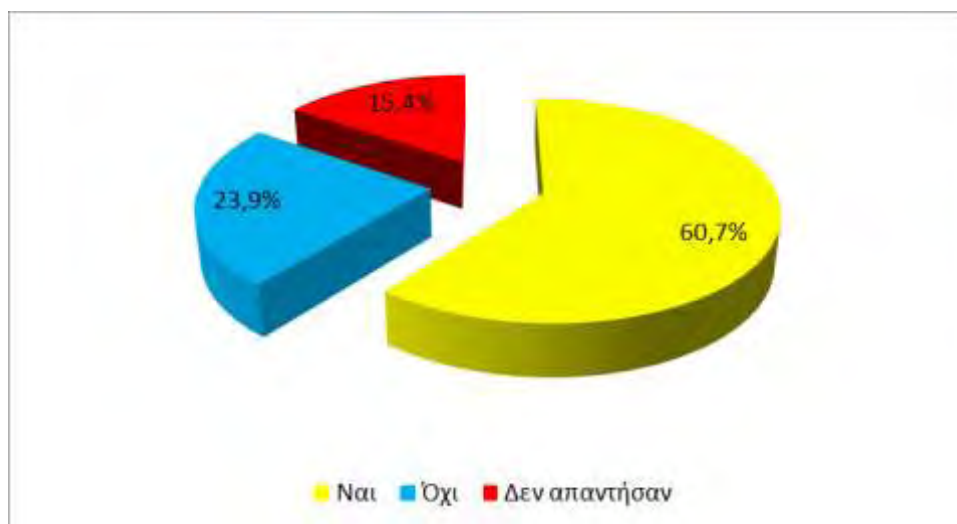


Επίσης, πάνω από τις μισές Μονάδες 60,7% (201 Μονάδες) δήλωσαν ότι υπάρχουν ράμπες στα πεζοδρόμια μεταξύ της θέσης προσωρινής στάθμευσης αυτοκινήτου ατόμου με αναπηρία και της Μονάδας, ενώ το 23,9% (79 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 17. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ύπαρξης ραμπών στο πεζοδρόμιο μεταξύ των θέσεων προσωρινής στάθμευσης και των κτηρίων των Μονάδων Υγείας που διαθέτουν ειδική θέση στάθμευσης αυτοκινήτου ΑμεΑ.

Ράμπες πεζοδρομίου μεταξύ των θέσεων προσωρινής στάθμευσης και των Μονάδων Υγείας	f	%
Ναι	201	60,7
Όχι	79	23,9
Δεν απάντησαν	51	15,4
Σύνολο	331	100

Σχήμα 17. Γράφημα πίτας για την κατανομή της ύπαρξης ραμπών στο πεζοδρόμιο μεταξύ των θέσεων προσωρινής στάθμευσης και των κτηρίων των Μονάδων Υγείας που διαθέτουν ειδική θέση στάθμευσης αυτοκινήτου ΑμεΑ.



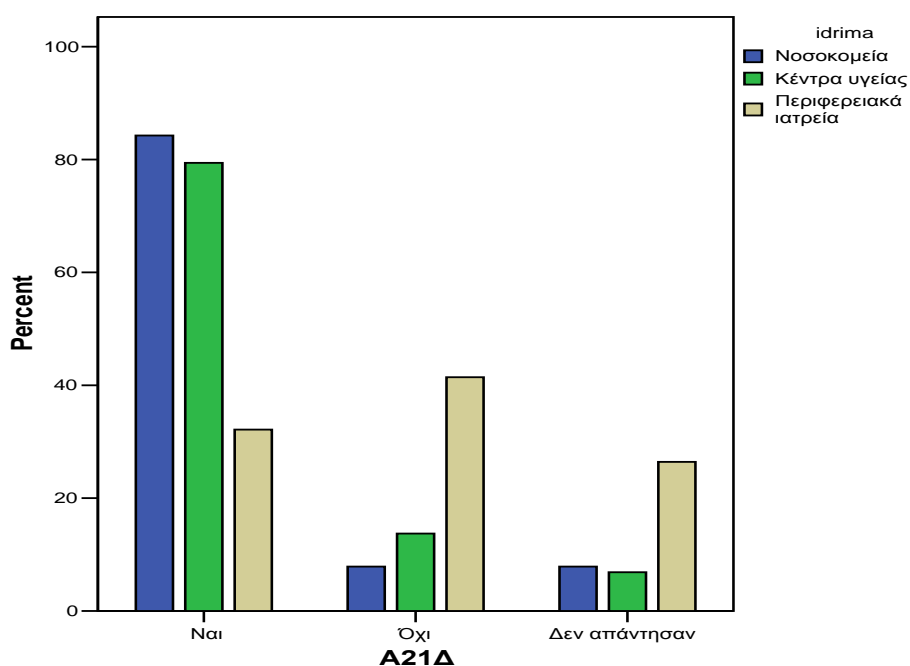
Και στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που απάντησαν ότι έχουν τουλάχιστον μια ειδική θέση προσωρινής στάθμευσης για αυτοκίνητα ατόμων με αναπηρία κοντά στο κτήριο τους. Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης ράμπας στο πεζοδρόμιο μεταξύ της θέσης προσωρινής στάθμευσης αυτοκινήτου ατόμου με αναπηρία και της μονάδας [$\chi^2(2)=64,342$ και $p<0,001$]. Σε γενικές γραμμές τα περισσότερα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας δήλωσαν ότι υπάρχει ράμπα, ενώ τα περισσότερα Περιφερειακά Ιατρεία ότι δεν υπάρχει.

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας έχουν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ράμπα μεταξύ προσωρινής στάθμευσης για αυτοκίνητα ατόμων με αναπηρία και εισόδου των κτηρίων, συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 18. Κατανομή ύπαρξης ραμπών μεταξύ προσωρινής θέσης στάθμευσης αυτοκινήτου ΑμεΑ και του κτηρίου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.2.1.δ		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	75	7	7	89
	%	84,3%	7,9%	7,9%	100,0%
	ΠΤΥ	4,7	-4,7		
Κέντρο υγείας	N	81	14	7	102
	%	79,4%	13,7%	6,9%	100,0%
	ΠΤΥ	3,6	-3,6		
Περιφερειακό ιατρείο	N	45	58	37	140
	%	32,1%	41,4%	26,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-8,0	8,0		
Σύνολο		201	79	51	331
		60,7%	23,9%	15,4%	100,0%
$\chi^2(2)=64,342$ και p -value< 0,001					

Σχήμα 18. Ραβδόγραμμα κατανομής ύπαρξης ραμπών μεταξύ προσωρινής θέσης στάθμευσης αυτοκινήτου ΑμεΑ και του κτηρίου ανά τύπο Μονάδος

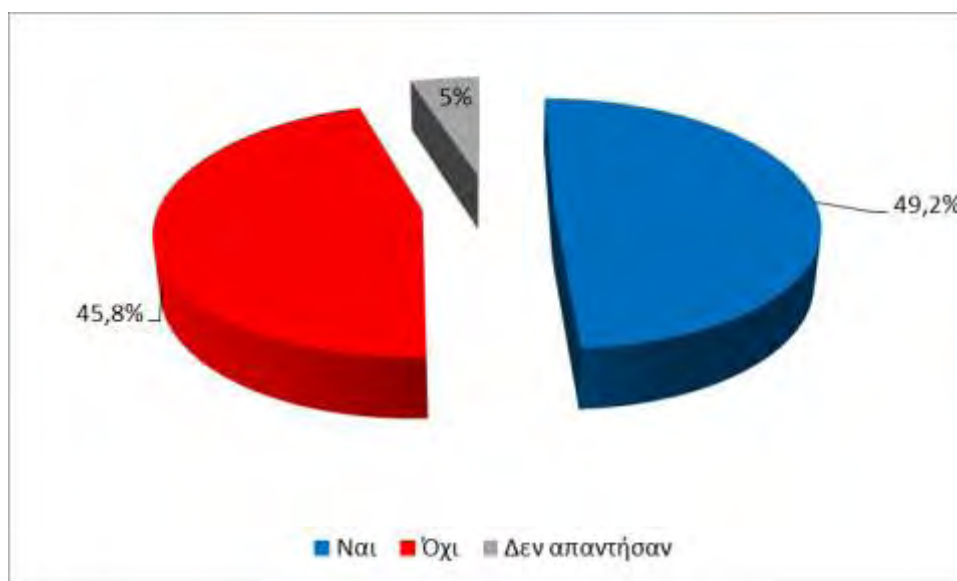


Όσον αφορά την ύπαρξη αστικής συγκοινωνίας στον Δήμο / Δημοτικό διαμέρισμα που λειτουργεί η Μονάδα, το 49,2% (758 Μονάδες) απάντησε θετικά και το 45,8% (706 Μονάδες) αρνητικά.

Πίνακας 19. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ύπαρξης αστικής συγκοινωνίας

Ύπαρξη αστικής συγκοινωνίας	f	%
Ναι	758	49,2
Όχι	706	45,8
Δεν απάντησαν	77	5
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 19. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη αστικής συγκοινωνίας για τις Μονάδες Υγείας του δείγματος.



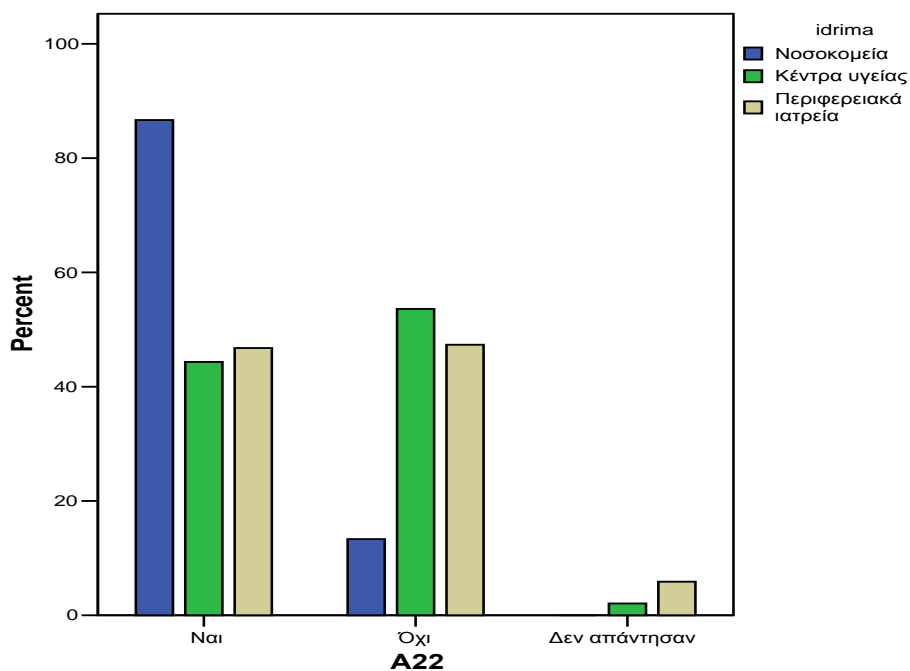
Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης αστικής συγκοινωνίας στο Δήμο ή Δημοτικό Διαμέρισμα όπου λειτουργεί η μονάδα [$\chi^2(2)=56,438$ και $p<0,001$]. Οι Δήμοι ή Δημοτικά Διαμερίσματα που έχουν Νοσοκομεία έχουν κατά πλειοψηφία αστική συγκοινωνία, ενώ αυτό ισχύει σε λίγο λιγότερο από τους μισούς Δήμους ή Δημοτικά Διαμερίσματα που έχουν Περιφερειακά Ιατρεία ή Κέντρα Υγείας.

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι οι Δήμοι ή Δημοτικά Διαμερίσματα όπου υπάρχουν Νοσοκομεία έχουν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα αστική συγκοινωνία, συγκριτικά με τους Δήμους που έχουν Περιφερειακά Ιατρεία ή Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 20. Κατανομή της ύπαρξης αστικής συγκοινωνίας ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.2.2		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	91	14	0	105
	%	86,7%	13,3%	0%	100,0%
	ΠΤΥ	7,4	-7,4		
Κέντρο υγείας	N	86	104	4	194
	%	44,3%	53,6%	2,1%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,9	1,9		
Περιφερειακό ιατρείο	N	581	588	73	1242
	%	46,8%	47,3%	5,9%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,2	3,2		
Σύνολο		758	706	77	1541
		49,2%	45,8%	5,0%	100,0%
$\chi^2(2)=56,438$ και p -value< 0,001					

Σχήμα 20. Ραβδόγραμμα της ύπαρξης αστικής συγκοινωνίας ανά τύπο Μονάδος.

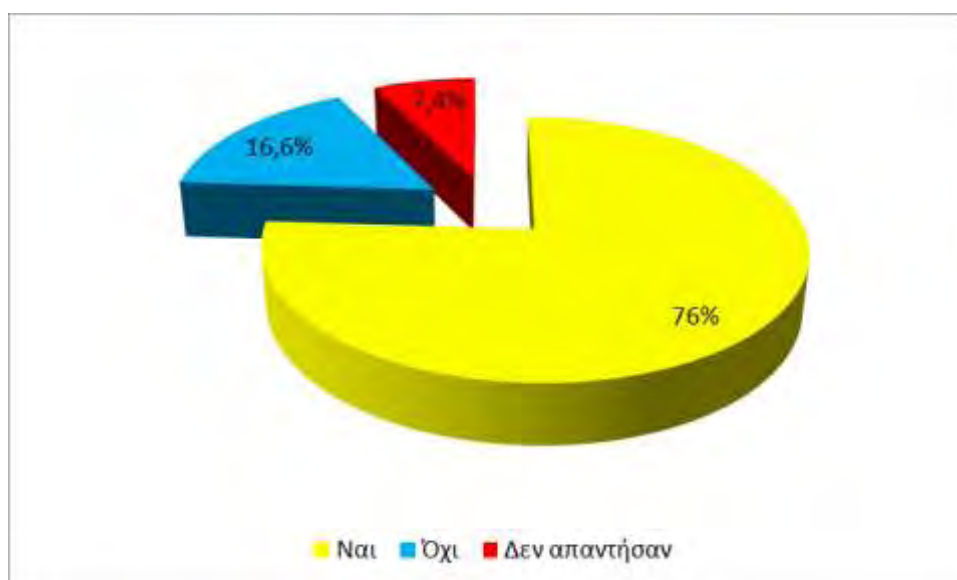


Από τις Μονάδες που απάντησαν θετικά ανωτέρω το 76% (576 Μονάδες) απάντησε ότι υπάρχει στάση αστικής συγκοινωνίας σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα από την Μονάδα, ενώ το 16,6% (126 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 21. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ύπαρξης στάσης αστικής συγκοινωνίας σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα από τη Μονάδα Υγείας που εξυπηρετούνται από αστική συγκοινωνία.

Στάση αστικής συγκοινωνίας σε απόσταση 100 μέτρων από την Μονάδα Υγείας ανά τύπο Μονάδος	f	%
Ναι	576	76
Όχι	126	16,6
Δεν απάντησαν	56	7,4
Σύνολο	758	100

Σχήμα 21. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη στάσης αστικής συγκοινωνίας σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα από τις Μονάδες που εξυπηρετούνται από αστική συγκοινωνία.

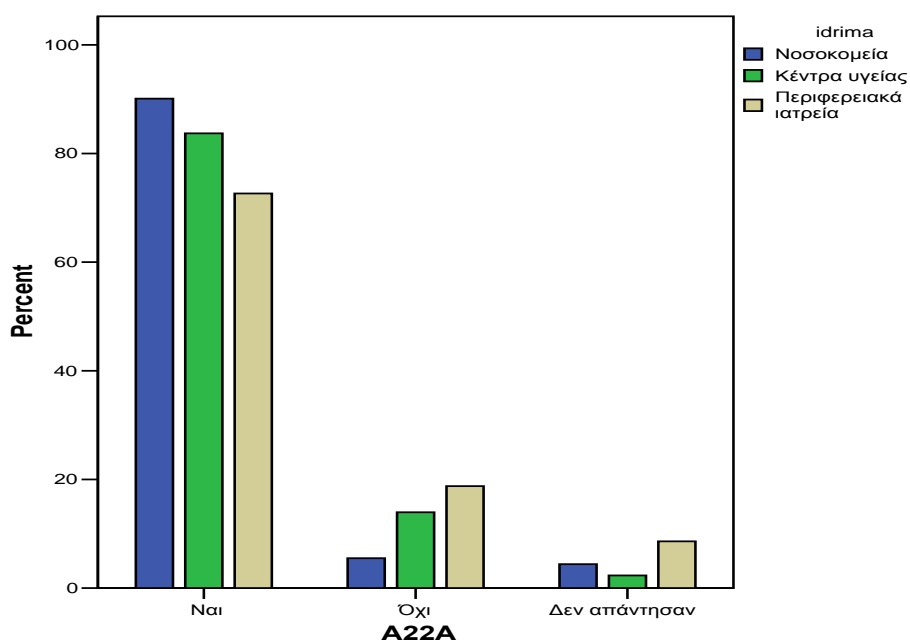


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που απάντησαν ότι υπάρχει αστική συγκοινωνία στο Δήμο ή στο Δημοτικό Διαμέρισμα όπου ανήκουν. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης στάσης σε απόσταση μέχρι 100 μέτρων από τη Μονάδα [$\chi^2(2)=11,958$ και $p=0,003$]. Παρότι η πλειοψηφία των Μονάδων που εξυπηρετούνται από αστική συγκοινωνία δήλωσαν ότι έχουν κοντινή στάση, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία εξυπηρετούνται στατιστικώς σημαντικά συχνότερα από στάσεις σε απόσταση μέχρι 100 μέτρων συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 22. Κατανομή της ύπαρξη στάσης αστικής συγκοινωνίας σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα από την Μονάδα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.2.2.A		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	82	5	4	91
	%	90,1%	5,5%	4,4%	100,0%
	ΠΤΥ	3,2	-3,2		
Κέντρο υγείας	N	72	12	2	86
	%	83,7%	14,0%	2,3%	100,0%
	ΠΤΥ	0,9	-0,9		
Περιφερειακό ιατρείο	N	422	109	50	581
	%	72,6%	18,8%	8,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,1	3,1		
Σύνολο		576	126	56	758
		76,0%	16,6%	7,4%	100,0%
$\chi^2(2)=11,958$ και p-value=0,003					

Σχήμα 22. Ραβδόγραμμα της ύπαρξη στάσης αστικής συγκοινωνίας σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα από την Μονάδα ανά τύπο Μονάδος.

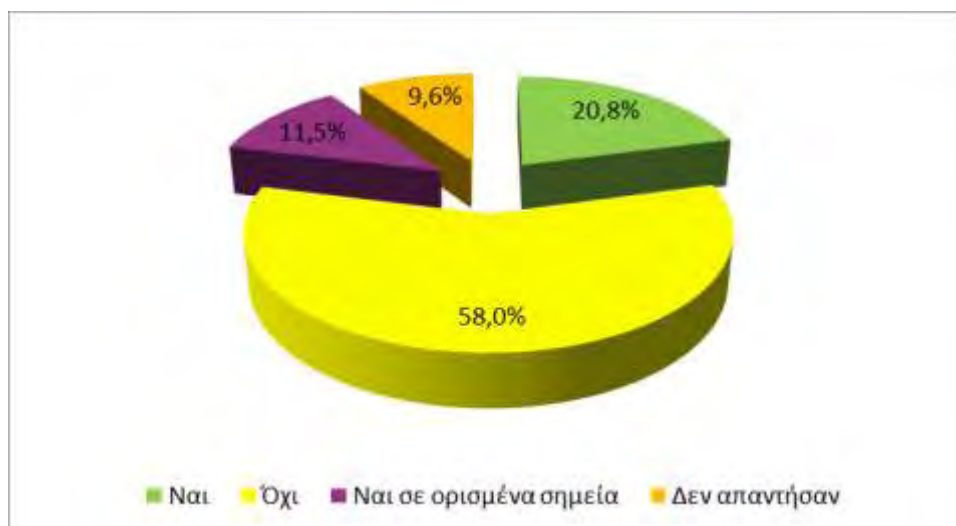


Εν συνεχεία δηλώθηκε ότι υπάρχουν ράμπες στο πεζοδρόμιο σε όλα τα σημεία των διαβάσεων μεταξύ της στάσης του λεωφορείου και της εισόδου του κτιρίου στο 20,8% των Μονάδων, ενώ περίπου το διπλάσιο ποσοστό 58% απάντησε αρνητικά, ενώ το 11,5% απάντησε θετικά για ορισμένα σημεία των διαβάσεων.

Πίνακας 23. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ύπαρξη ραμπών στο πεζοδρόμιο μεταξύ της στάσης του λεωφορείου και της εισόδου της Μονάδας Υγείας που εξυπηρετείται από αστική συγκοινωνία.

Ράμπες πεζοδρομίου μεταξύ στάσης λεωφορείου και εισόδου Μονάδας	f	%
Ναι	158	20,8
Όχι	440	58
Ναι σε ορισμένα σημεία	87	11,5
Δεν απάντησαν	73	9,6
Σύνολο	758	100

Σχήμα 23. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη ραμπών στο πεζοδρόμιο μεταξύ της στάσης του λεωφορείου και της εισόδου της Μονάδας Υγείας που εξυπηρετείται από αστική συγκοινωνία



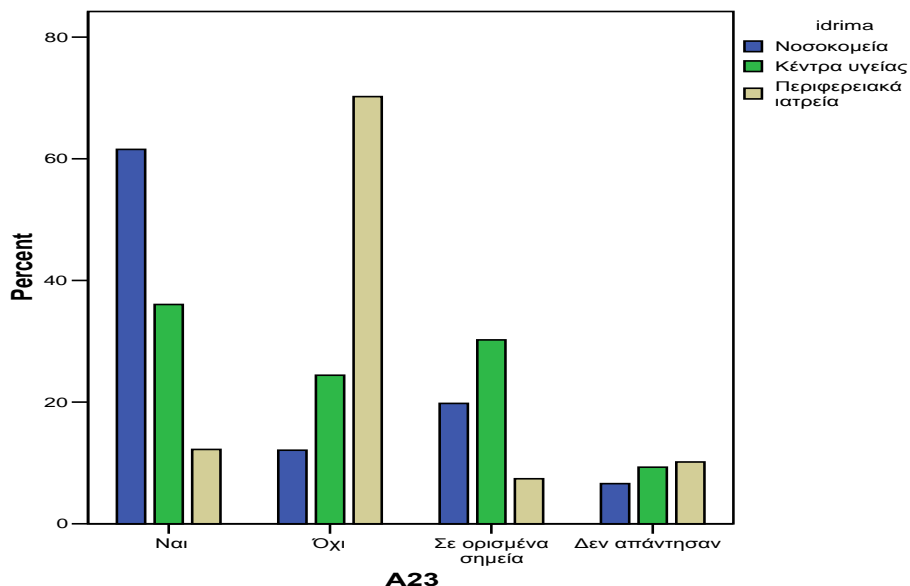
Και στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που απάντησαν ότι υπάρχει αστική συγκοινωνία στο Δήμο ή στο Δημοτικό Διαμέρισμα όπου ανήκουν. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης ράμπας στο πεζοδρόμιο σε κάθε σημείο διάβασης μεταξύ θέσεων στάθμευσης και της εισόδου του κτιρίου [$\chi^2(4)=204,836$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχουν τέτοιες ράμπες σε όλα τα σημεία διαβάσεων, τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχουν τέτοιες ράμπες αλλά όχι σε όλα τα σημεία διάβασης, ενώ τα Περιφερειακά Ιατρεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι δεν υπάρχουν αντίστοιχες ράμπες στις διαβάσεις.

Πίνακας 24. Κατανομή της ύπαρξης ραμπών σε όλα τα σημεία της διαδρομής μεταξύ της στάσης του λεωφορείου και της εισόδου του κτιρίου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		A.2.3				
Μονάδα		Ναι	Όχι	Σε ορισμένα σημεία	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	56	11	18	6	91
	%	61,5%	12,1%	19,8%	6,6%	100,0%
	ΠΤΥ	9,9	-10,6	2,8		
Κέντρο υγείας	N	31	21	26	8	86
	%	36,0%	24,4%	30,2%	9,3%	100,0%
	ΠΤΥ	3,9	-7,4	5,7		
Περιφερειακό ιατρείο	N	71	408	43	59	581
	%	12,2%	70,2%	7,4%	10,2%	100,0%
	ΠΤΥ	-10,6	13,7	-6,4		
Σύνολο		158	440	87	73	758
		20,8%	58,0%	11,5%	9,6%	100,0%
$\chi^2(4)=204,836$ και p-value< 0,001						

Σχήμα 24. Ραβδόγραμμα της ύπαρξης ραμπών σε όλα τα σημεία της διαδρομής μεταξύ της στάσης του λεωφορείου και της εισόδου του κτιρίου ανά τύπο Μονάδος



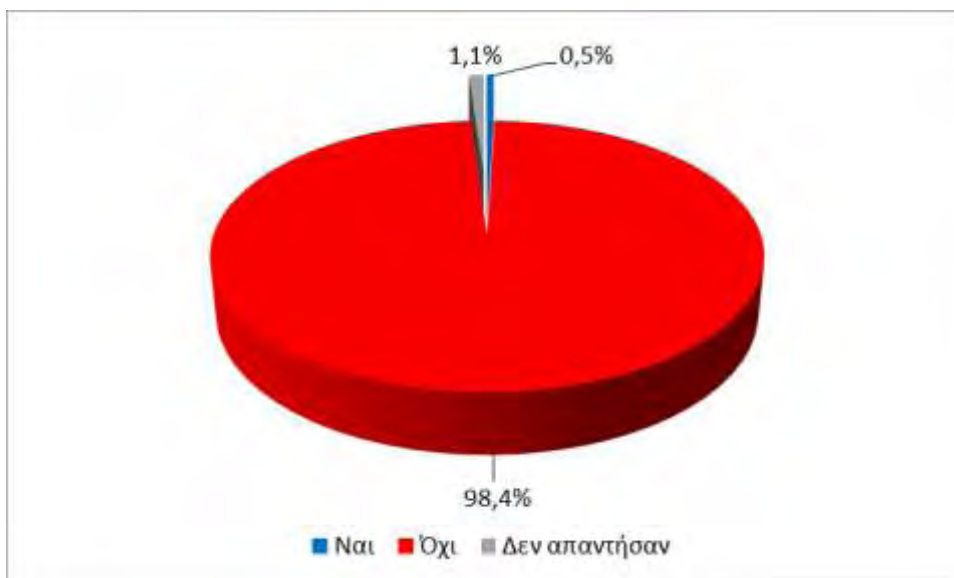
Σχετικά με την ύπαρξη «οδηγού όδευσης τυφλών» στο πεζοδρόμιο, το 0,5% (8 Μονάδες) απάντησε ότι υπάρχουν ανάγλυφες πλάκες πεζοδρομίου, ενώ το 98,4% (1516 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Αντίστοιχα, για την ύπαρξη πλαστικής εγχάρακτης επίστρωσης το 0,4% (6 Μονάδες) απάντησε θετικά, ενώ το 98,4% (1517 Μονάδες) αρνητικά. Τέλος, όσον αφορά την ύπαρξη εγχάραξεων επί του πεζοδρομίου το 0,3% (4 Μονάδες) απάντησε θετικά, ενώ το 98,6% (1519 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 25. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ύπαρξης «οδηγού όδευσης τυφλών» με ανάγλυφες πλάκες πεζοδρομίου στις Μονάδες Υγείας.

Ερώτηση 2.4α	f	%
Ναι	8	0,5
Όχι	1516	98,4
Δεν απάντησαν	17	1,1
Σύνολο	1541	100

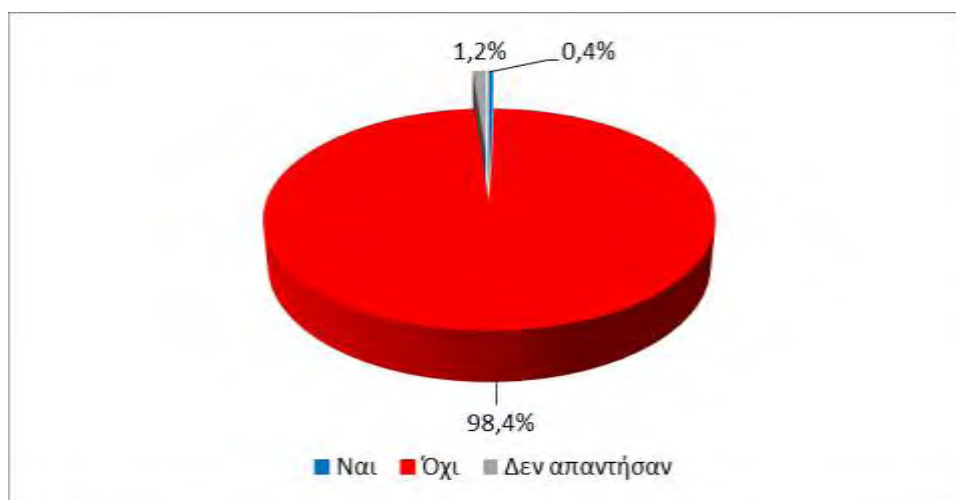
Σχήμα 25. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη «οδηγού όδευσης τυφλών» με ανάγλυφες πλάκες πεζοδρομίου στο πεζοδρόμιο για το συνολικό δείγμα



Πίνακας 26. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ύπαρξης «οδηγού όδευσης τυφλών» με πλαστική εγχάρακτη επίστρωση στο πεζοδρόμιο στις Μονάδες Υγείας.

Πλαστική εγχάρακτη επίστρωση	f	%
Ναι	6	0,4
Όχι	1517	98,4
Δεν απάντησαν	18	1,2
Σύνολο	1541	100

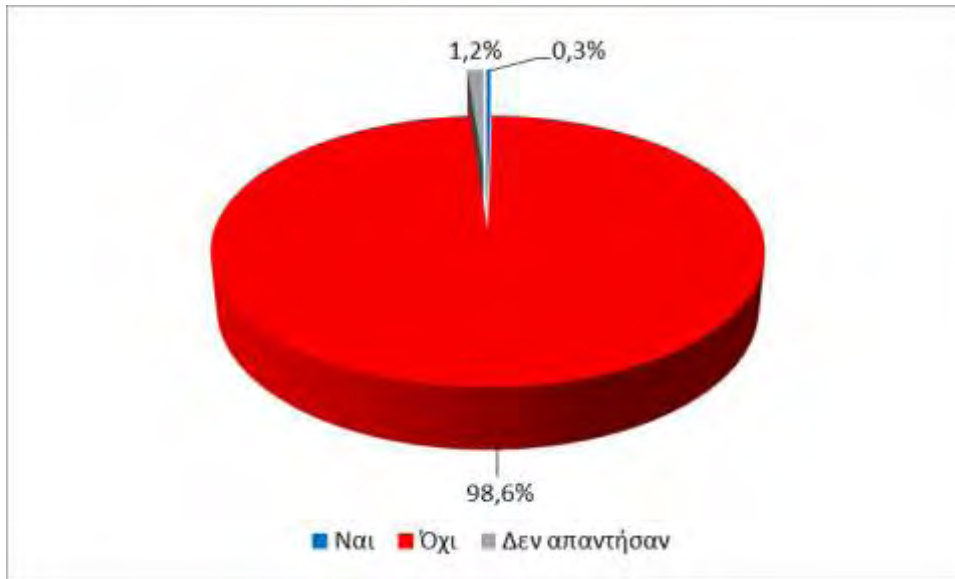
Σχήμα 26. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη «οδηγού όδευσης τυφλών» με πλαστική εγχάρακτη επίστρωση στο πεζοδρόμιο για το συνολικό δείγμα



Πίνακας 27. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ύπαρξης «οδηγού όδευσης τυφλών» με εγχαράξεις επί του πεζοδρομίου στις Μονάδες Υγείας

Εγχαράξεις επί του πεζοδρομίου	f	%
Ναι	4	0,3
Όχι	1519	98,6
Δεν απάντησαν	18	1,2
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 27. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη «οδηγού όδευσης τυφλών» με εγχαράξεις επί του πεζοδρομίου για το συνολικό δείγμα.

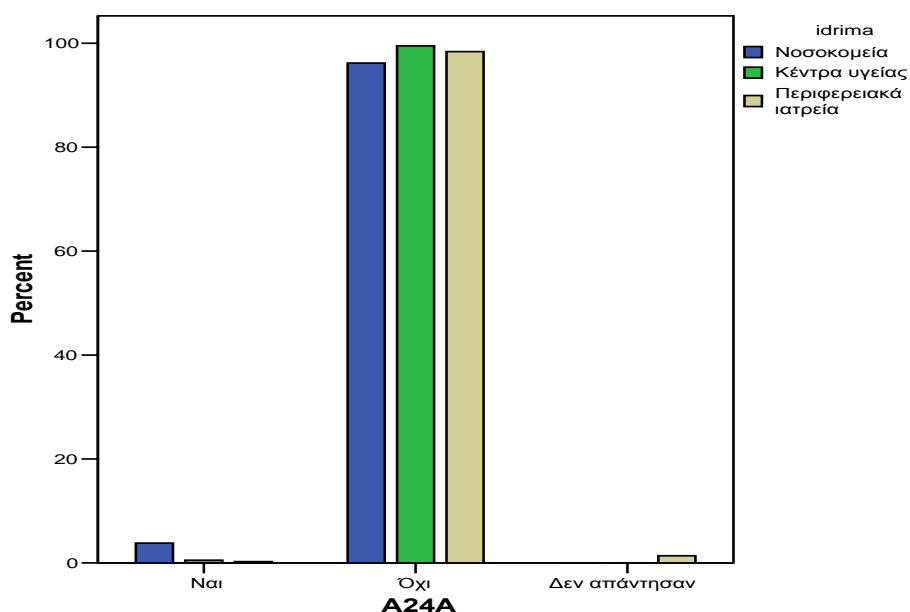


Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης «οδηγού όδευσης τυφλών» με ανάγλυφες πλάκες πεζοδρομίου, [$\chi^2(2)=23,534$ και $p<0,001$]. Παρότι η πλειοψηφία των Μονάδων δήλωσε ότι δεν υπάρχουν «οδηγοί όδευσης τυφλών» με ανάγλυφες πλάκες πεζοδρομίου, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχουν «οδηγοί όδευσης τυφλών» με ανάγλυφες πλάκες πεζοδρομίου συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 28. Κατανομή της ύπαρξης «οδηγού όδευσης τυφλών» με ανάγλυφες πλάκες επί του πεζοδρομίου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		A.2.4 A			
Μονάδα		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	4	101	0	105
	%	3,8%	96,2%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	4,8	-4,8		
Κέντρο υγείας	N	1	193	0	194
	%	,5%	99,5%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0	0,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	3	1222	17	1242
	%	,2%	98,4%	1,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,1	3,1		
Σύνολο		8	1516	17	1541
		,5%	98,4%	1,1%	100,0%
$\chi^2(2)=23,534$ και p-value< 0,001					

Σχήμα 28. Ραβδόγραμμα ύπαρξης «οδηγού όδευσης τυφλών» με ανάγλυφες πλάκες επί του πεζοδρομίου ανά τύπο Μονάδος.



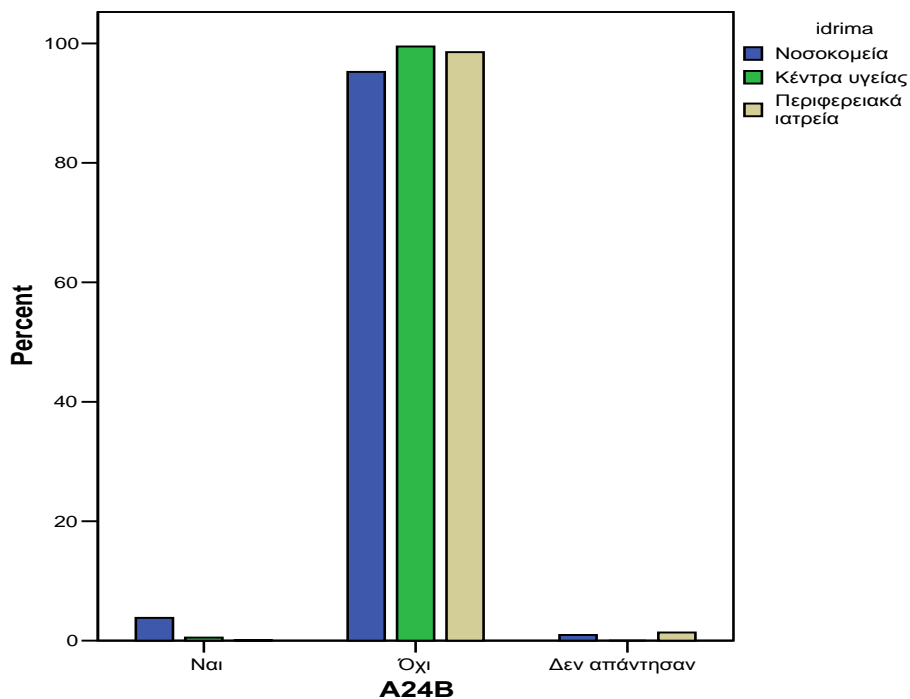
Όπως προκύπτει από τον πίνακα που ακολουθεί υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης «οδηγού όδευσης τυφλών» με πλαστική εγχάρακτη επίστρωση στο πεζοδρόμιο [$\chi^2(2)=34,704$ και $p<0,001$]. Παρότι η πλειοψηφία των μονάδων δήλωσε ότι δεν υπάρχει «οδηγός όδευσης τυφλών» με πλαστική εγχάρακτη επίστρωση στο πεζοδρόμιο, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων

Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει «οδηγός όδευσης τυφλών» με πλαστική εγχάρακτη επίστρωση στο πεζοδρόμιο συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 29. Κατανομή «οδηγού όδευσης τυφλών» με πλαστική εγχάρακτη επίστρωση στο πεζοδρόμιο ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.2.4 Β			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	4	100	1	105
	%	3,8%	95,2%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	5,8	-5,8		
Κέντρο υγείας	N	1	193	0	194
	%	,5%	99,5%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	0,3	-0,3		
Περιφερειακό ιατρείο	N	1	1224	17	1242
	%	,1%	98,6%	1,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,9	3,9		
Σύνολο		6	1517	18	1541
		,4%	98,4%	1,2%	100,0%
$\chi^2(2)=34,704$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 29. Ραβδόγραμμα «οδηγού όδευσης τυφλών» με πλαστική εγχάρακτη επίστρωση στο πεζοδρόμιο ανά τύπο Μονάδος.

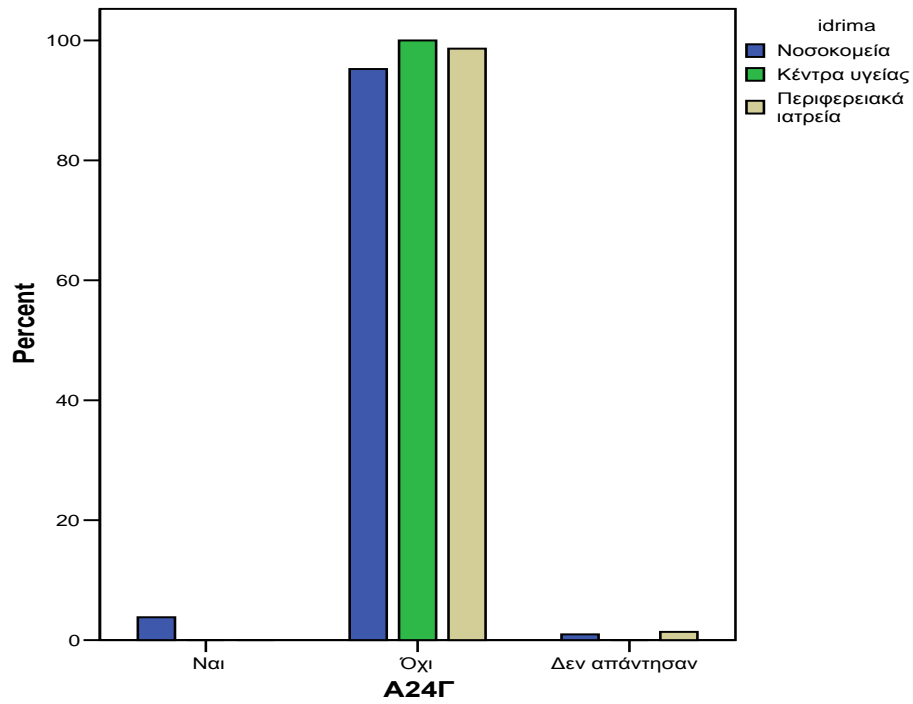


Όπως προκύπτει από τον πίνακα που ακολουθεί υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης «οδηγοί όδευσης τυφλών» με εγχαράξεις επί του πεζοδρομίου, [$\chi^2(2)=54,721$ και $p<0,001$]. Παρότι η πλειοψηφία των Μονάδων δήλωσε ότι δεν υπάρχουν «οδηγοί όδευσης τυφλών» με εγχαράξεις επί του πεζοδρομίου, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχουν «οδηγοί όδευσης τυφλών» με εγχαράξεις συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 30. Κατανομή «οδηγού όδευσης τυφλών» με εγχαράξεις επί του πεζοδρομίου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.2.4 Γ		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	4	100	1	105
	%	3,8%	95,2%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	7,4	-7,4		
Κέντρο υγείας	N	0	194	0	194
	%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,8	0,8		
Περιφερειακό ιατρείο	N	0	1225	17	1242
	%	,0%	98,6%	1,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-4,1	4,1		
Σύνολο		4	1519	18	1541
		,3%	98,6%	1,2%	100,0%
$\chi^2(4)=54,721$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 30. Ραβδόγραμμα κατανομής «οδηγού όδευσης τυφλών» με εγχαράξεις επί του πεζοδρομίου ανά τύπο Μονάδος



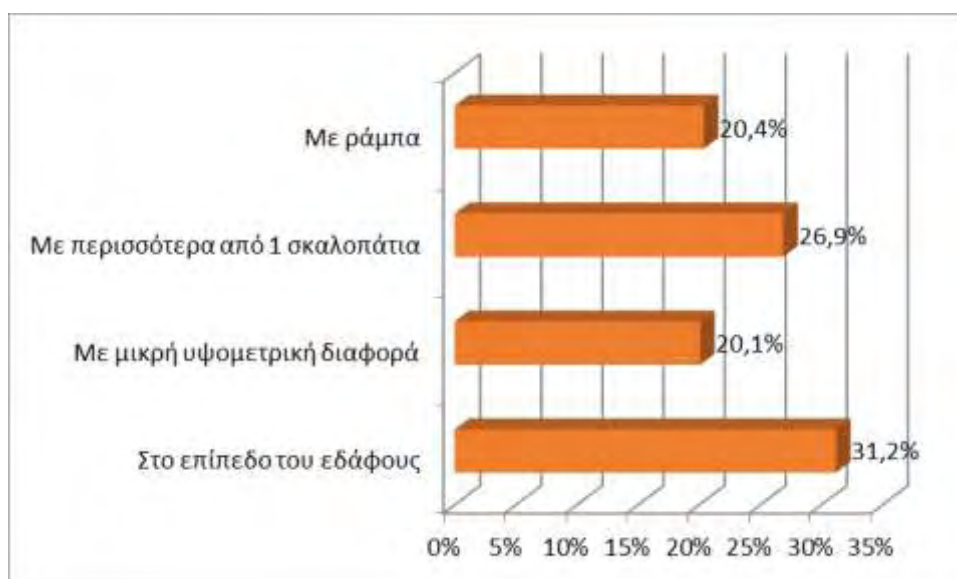
9.3. Είσοδος στο Κτήριο

Στην ακόλουθη ερώτηση, η απουσία απάντησης εκλήφθηκε ως αρνητική απάντηση (Όχι). Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα, περίπου το 1/3 των κτηρίων 31,2% (481 Μονάδες) έχει είσοδο πρόσβασης στο κτήριο, το 20,1% (309 Μονάδες) έχει είσοδο πρόσβασης με μικρή υψομετρική διαφορά, ενώ το 26,9% (414 Μονάδες) διαθέτει είσοδο πρόσβασης με περισσότερα από 1 σκαλοπάτια και το 20,4% (314 Μονάδες) διαθέτει είσοδο πρόσβασης στο κτήριο καλυπτόμενη με ράμπα.

Πίνακας 31. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της εισόδου πρόσβασης στο κτήριο για το συνολικό δείγμα των Μονάδων Υγείας

Είσοδος Πρόσβασης στο κτήριο	Ναι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Είσοδος πρόσβασης στο επίπεδο του εδάφους	481 (31,2%)	1060 (68,8%)
Είσοδος πρόσβασης με μικρή υψομετρική διαφορά	309 (20,1%)	1232 (79,9%)
Είσοδος πρόσβασης με περισσότερα από ένα σκαλοπάτια	414 (26,9%)	1127 (73,1%)
Είσοδος πρόσβασης με ράμπα	314 (20,4%)	1227 (79,6%)

Σχήμα 31. Ραβδόγραμμα για την είσοδο πρόσβασης στο κτήριο για το συνολικό δείγμα



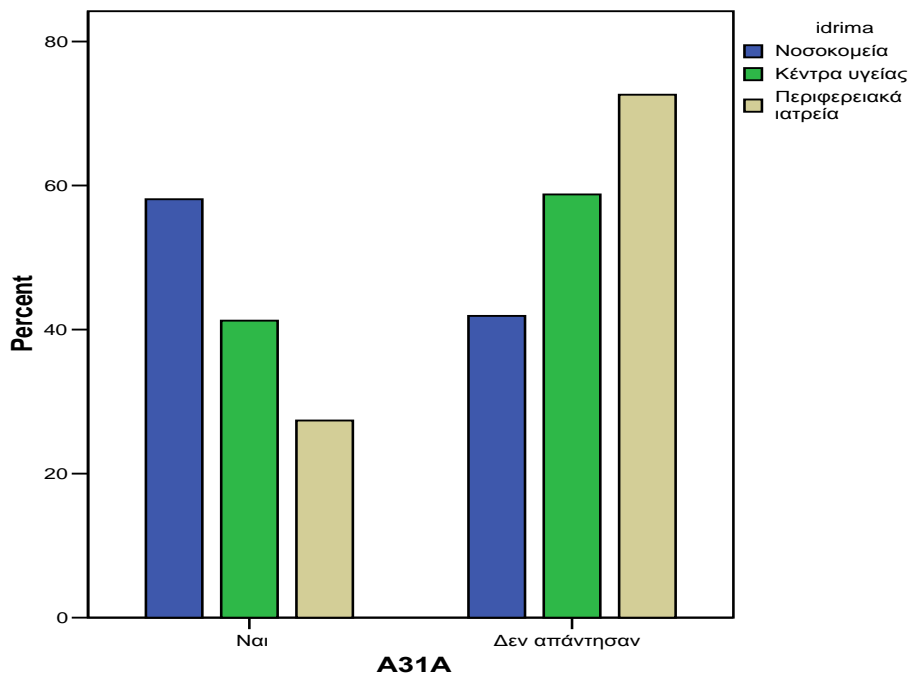
Στην ακόλουθη ερώτηση η απουσία απάντησης εκλήφθηκε ως αρνητική απάντηση (Όχι). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης εισόδου πρόσβασης στο κτίριο που μπορεί να χρησιμοποιήσει το κοινό και είναι στο επίπεδο του εδάφους [$\chi^2(2)=52,94$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει είσοδος πρόσβασης στο κτήριο στο επίπεδο του εδάφους συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 32. Κατανομή των εισόδων πρόσβασης στο κτήριο στο επίπεδο του εδάφους ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.3.1_A		Σύνολο
		Ναι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	61	44	105
	%	58,1%	41,9%	100,0%
	ΠΤΥ	6,2	-6,2	
Κέντρο υγείας	N	80	114	194
	%	41,2%	58,8%	100,0%
	ΠΤΥ	3,2	-3,2	
Περιφερειακό ιατρείο	N	340	902	1242
	%	27,4%	72,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-6,6	6,6	
Σύνολο		481	1060	1541
		31,2%	68,8%	100,0%
$\chi^2(2)=52,94$ και p-value< 0,001				

Σχήμα 32. Ραβδόγραμμα της εισόδου πρόσβασης στο κτήριο στο επίπεδο του εδάφους που μπορεί να χρησιμοποιήσει το κοινό ανά τύπο Μονάδος.



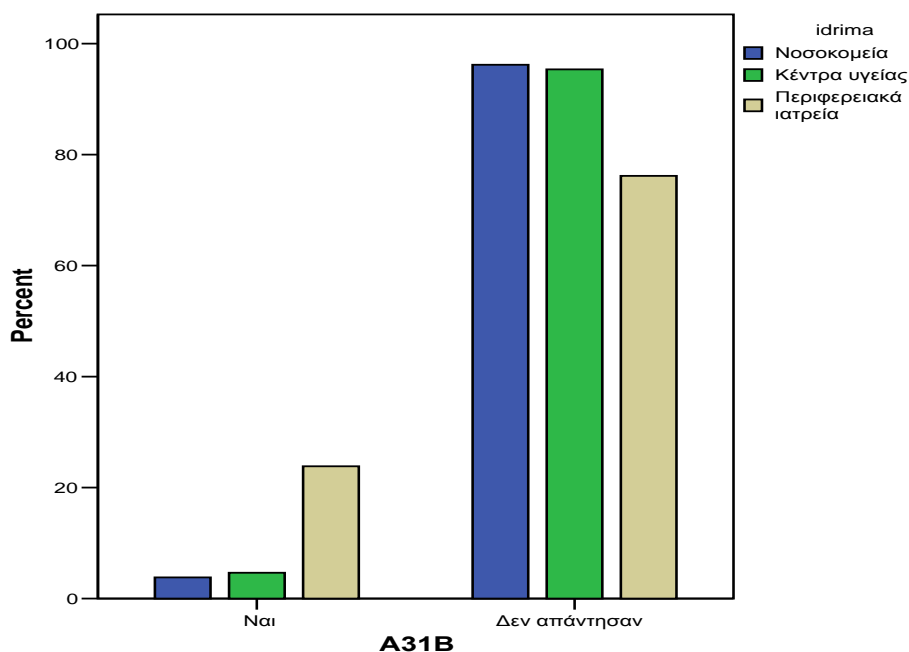
Στην ακόλουθη ερώτηση η απουσία απάντησης εκλήφθηκε ως αρνητική απάντηση (Όχι). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης εισόδου πρόσβασης στο κτήριο που μπορεί να χρησιμοποιήσει το κοινό και έχει μικρή υψομετρική διαφορά (ένα σκαλοπάτι) [$\chi^2(2)=57,10$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Περιφερειακά Ιατρεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει είσοδος με υψομετρική διαφορά με ενός σκαλοπατιού συγκριτικά με τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 33. Κατανομή εισόδου πρόσβασης στο κτήριο με μικρή υψομετρική διαφορά ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου

Μονάδα		A.3.1_B		Σύνολο
		Ναι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	4	101	105
	%	3,8%	96,2%	100,0%
	ΠΤΥ	-4,3	4,3	
Κέντρο υγείας	N	9	185	194
	%	4,6%	95,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-5,7	5,7	
Περιφερειακό ιατρείο	N	296	946	1242
	%	23,8%	76,2%	100,0%
	ΠΤΥ	7,6	-7,6	
Σύνολο		309	1232	1541
		20,1%	79,9%	100,0%
$\chi^2(2)=57,10$ και p -value< 0,001				

Σχήμα 33. Ραβδόγραμμα της εισόδου πρόσβασης στο κτήριο με μικρή υψομετρική διαφορά ανά τύπο Μονάδος



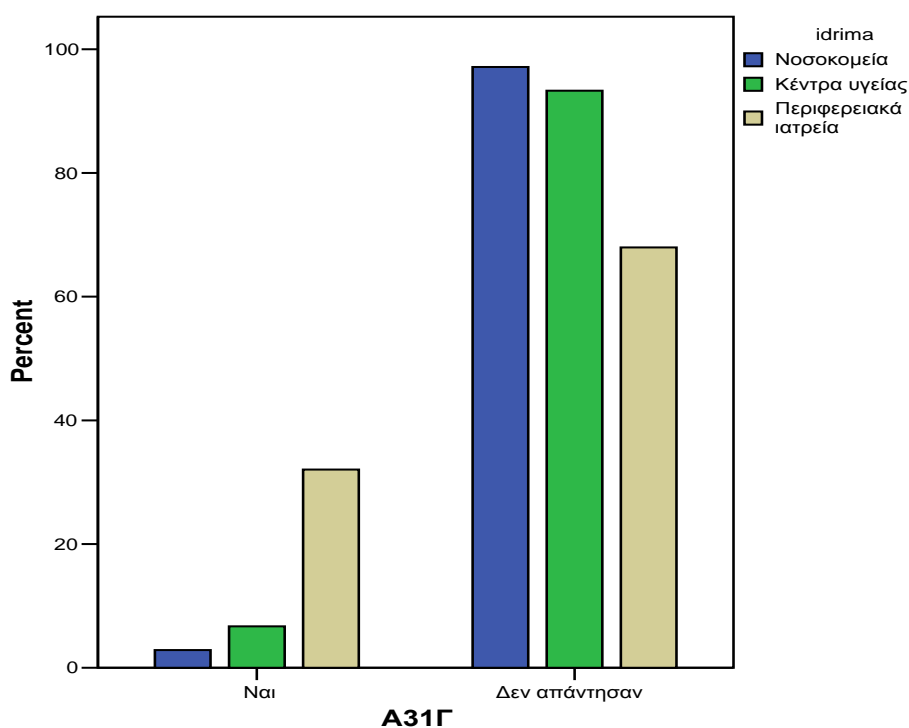
Στην ακόλουθη ερώτηση η απουσία απάντησης εκλήφθηκε ως αρνητική απάντηση (Όχι). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης εισόδου πρόσβασης στο κτήριο που μπορεί να χρησιμοποιήσει το κοινό και έχει υψομετρική διαφορά με περισσότερα από ένα σκαλοπάτια [$\chi^2(2)=87,91$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Περιφερειακά Ιατρεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει είσοδος με υψομετρική διαφορά με περισσότερα του ενός σκαλοπάτια συγκριτικά με τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 34. Κατανομή εισόδων πρόσβασης με περισσότερα του ενός σκαλοπάτια ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.3.1_Γ		Σύνολο
		Ναι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	3	102	105
	%	2,9%	97,1%	100,0%
	ΠΤΥ	-5,7	5,7	
Κέντρο υγείας	N	13	181	194
	%	6,7%	93,3%	100,0%
	ΠΤΥ	-6,8	6,8	
Περιφερειακό ιατρείο	N	398	844	1241
	%	32,0%	68,0%	100,0%
	ΠΤΥ	9,3	-9,3	
Σύνολο		414	1127	1541
		26,9%	73,1%	100,0%
$\chi^2(2)=87,91$ και p-value< 0,001				

Σχήμα 34. Ραβδόγραμμα εισόδου πρόσβασης με περισσότερα του ενός σκαλοπάτια ανά τύπο Μονάδος.



Στην ακόλουθη ερώτηση η απουσία απάντησης εκλήφθηκε ως αρνητική απάντηση (Όχι). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης εισόδου πρόσβασης στο κτίριο που μπορεί να χρησιμοποιήσει το κοινό και καλύπτεται με ράμπα [$\chi^2(2)=124,76$ και $p<0,001$].

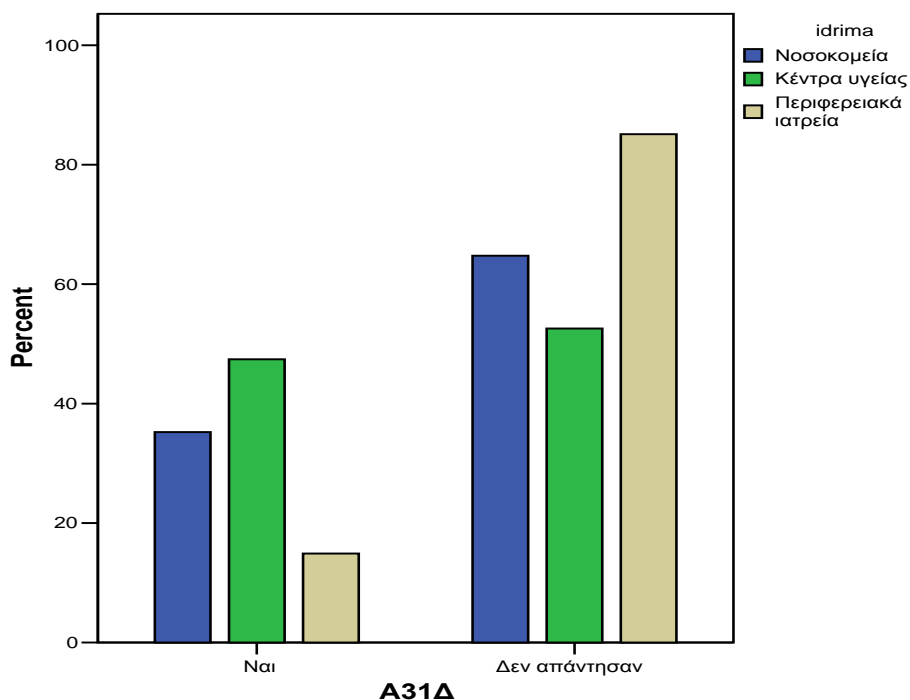
Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει είσοδος πρόσβασης στο κτήριο με ράμπα συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Αν συνδυάσουμε τις απαντήσεις των τεσσάρων πιο πάνω ερωτήσεων καταλήγουμε ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας έχουν πιο συχνά είσοδο πρόσβασης με ράμπα ή είσοδο πρόσβασης στο κτίριο που μπορεί να χρησιμοποιήσει το κοινό στο επίπεδο του εδάφους, ενώ τα Περιφερειακά Ιατρεία έχουν πιο συχνά είσοδο με υψομετρική διαφορά ενός ή περισσότερων σκαλοπατιών.

Πίνακας 35. Κατανομή εισόδου πρόσβασης στο κτήριο καλυπτόμενη με ράμπα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.3.1_Δ		Σύνολο
		Ναι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	37	68	105
	%	35,2%	64,8%	100,0%
	ΠΤΥ	3,9	-3,9	
Κέντρο υγείας	N	92	102	194
	%	47,4%	52,6%	100,0%
	ΠΤΥ	10,2	-10,2	
Περιφερειακό ιατρείο	N	185	1057	1242
	%	14,9%	85,1%	100,0%
	ΠΤΥ	-11,0	11,0	
Σύνολο		314	1226	1540
		20,4%	79,6%	100,0%
$\chi^2(2)=124,76$ και p-value< 0,001				

Σχήμα 35. Ραβδόγραμμα εισόδου πρόσβασης στο κτήριο καλυπτόμενη με ράμπα ανά τύπο Μονάδος.

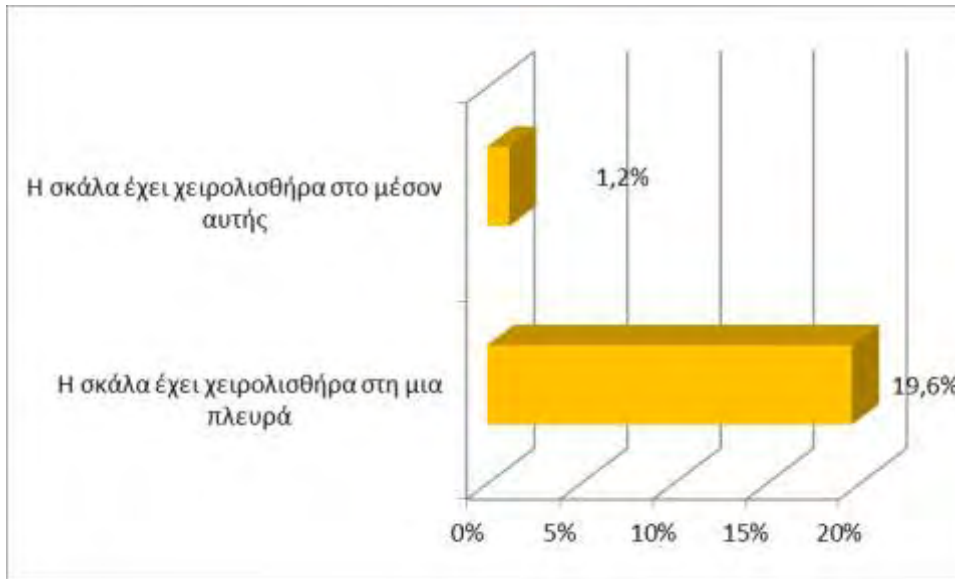


Από τις Μονάδες που η κύρια είσοδος στο κτήριο έχει σκαλοπάτια το 19,6% (302 Μονάδες) δήλωσαν ότι υπάρχει χειρολισθήρας στην μια πλευρά, ενώ το 1,2% (18 Μονάδες) δήλωσαν ότι διαθέτουν χειρολισθήρα στο μέσον.

Πίνακας 36. Κατανομή της θέσης χειρολισθήρα στην σκάλα της κύριας εισόδου της Μονάδας Υγείας, που εξυπηρετείται από σκάλα.

Θέση χειρολισθήρα στην σκάλα της κύριας εισόδου	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησε f (%)
Η σκάλα έχει χειρολισθήρα στη μια πλευρά	302 (19,6%)	394 (25,6%)	845 (54,8%)
Η σκάλα έχει χειρολισθήρα στο μέσον αυτής	18 (1,2%)	337 (21,9%)	1186 (77%)

Σχήμα 36. Ραβδόγραμμα για τη θέση του χειρολισθήρα στη σκάλα της κύριας εισόδου για τις Μονάδες υγείας που η κύρια είσοδος τους έχει σκαλοπάτια.



Μόνο το 14,3 % των Νοσοκομείων, το 19,8 % των Περιφερειακών Ιατρείων και το 21,1% των Κέντρων Υγείας δήλωσαν ότι διαθέτουν χειρολισθήρα στην μία πλευρά της σκάλας της κύριας εισόδου, με το ποσοστό των μονάδων που δεν έχουν απαντήσει να είναι πολύ μεγάλο, διαφορά που κρίνεται στατιστικά σημαντική με $p\text{-value} < 0,001$.

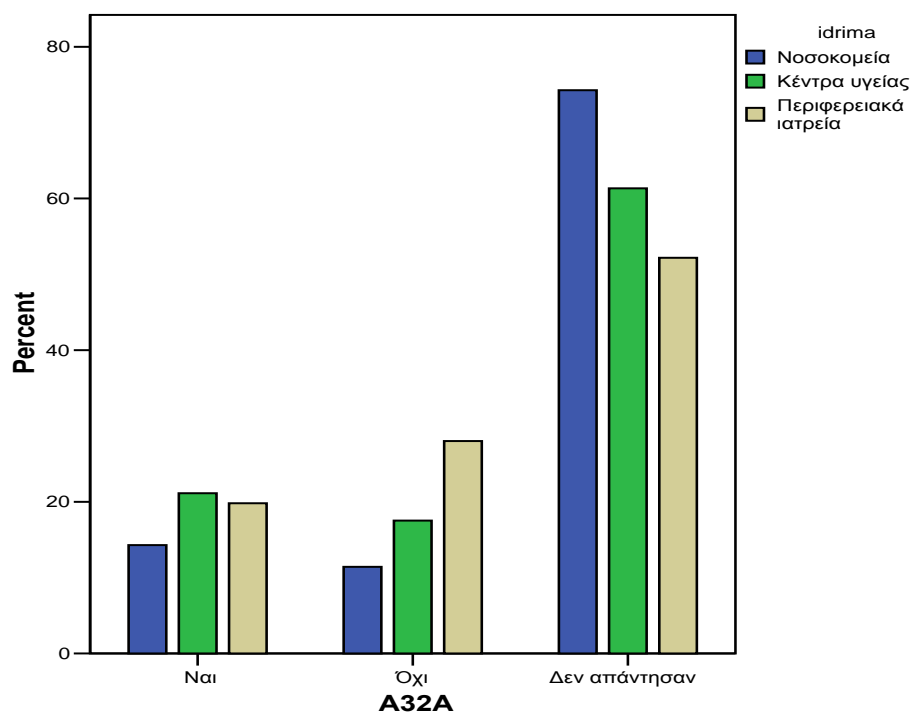
Όπως προκύπτει από τον πίνακα που ακολουθεί υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης χειρολισθήρα στη μια πλευρά σκάλας (κλίμακας) που εξυπηρετεί την κύρια είσοδο [$\chi^2(2)=6,454$ και $p=0,040$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει χειρολισθήρας στη μια πλευρά της σκάλας συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 37. Κατανομή του χειρολισθήρα στην μία πλευρά της σκάλας ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.3.2_A		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	15	12	78	105
	%	14,3%	11,4%	74,3%	100,0%
	ΠΤΥ	1,3	-1,3		
Κέντρο υγείας	N	41	34	119	194
	%	21,1%	17,5%	61,3%	100,0%
	ΠΤΥ	2,1	-2,1		
Περιφερειακό ιατρείο	N	246	348	648	1242
	%	19,8%	28,0%	52,2%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,5	2,5		
Σύνολο		302	394	844	1541
		19,6%	25,6%	54,8%	100,0%
$\chi^2(2)=6,454$ και p-value=0,040					

Σχήμα 37. Ραβδόγραμμα της θέσης χειρολισθήρα στην μία πλευρά της σκάλας στις Μονάδες υγείας που η κύρια είσοδος τους έχει σκαλοπάτια.



Όπως προκύπτει από τον πίνακα που ακολουθεί υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης χειρολισθήρα στο μέσον της σκάλας (κλίμακας) που εξυπηρετεί την κύρια είσοδο [$\chi^2(2)=20,723$ και $p<0,001$].

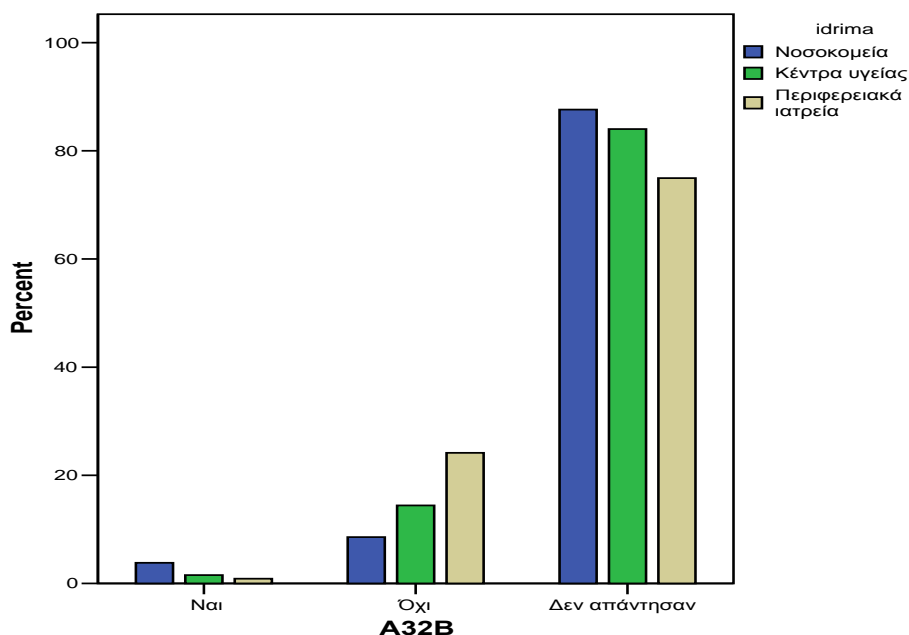
Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει χειρολισθήρας στο μέσον της σκάλας συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Αν συνδυάσουμε τις απαντήσεις των δυο πιο πάνω ερωτήσεων καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι όταν υπάρχει σκάλα (κλίμακα) που εξυπηρετεί την κύρια είσοδο τα Περιφερειακά Ιατρεία πιο συχνά δεν έχουν χειρολισθήρα, τα Νοσοκομεία έχουν πιο συχνά στο μέσον της σκάλας και τα Κέντρα Υγείας πιο συχνά στη μια πλευρά της σκάλας.

Πίνακας 38. Κατανομή της θέσης χειρολισθήρα στο μέσο της σκάλας της κύριας εισόδου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.3.2_Β		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	4	9	92	105
	%	3,8%	8,6%	87,6%	100,0%
	ΠΤΥ	4,3	-4,3		
Κέντρο υγείας	N	3	28	163	194
	%	1,5%	14,4%	84,0%	100,0%
	ΠΤΥ	1,2	-1,2		
Περιφερειακό ιατρείο	N	11	300	931	1242
	%	,9%	24,2%	75,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,5	3,5		
Σύνολο		18	337	1185	1541
		1,2%	21,9%	77%	100,0%
$\chi^2(2)=20,723$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 38. Ραβδόγραμμα της θέσης χειρολισθήρα στο μέσο της σκάλας της κύριας εισόδου στις Μονάδες υγείας που η κύρια είσοδος τους έχει σκαλοπάτια.



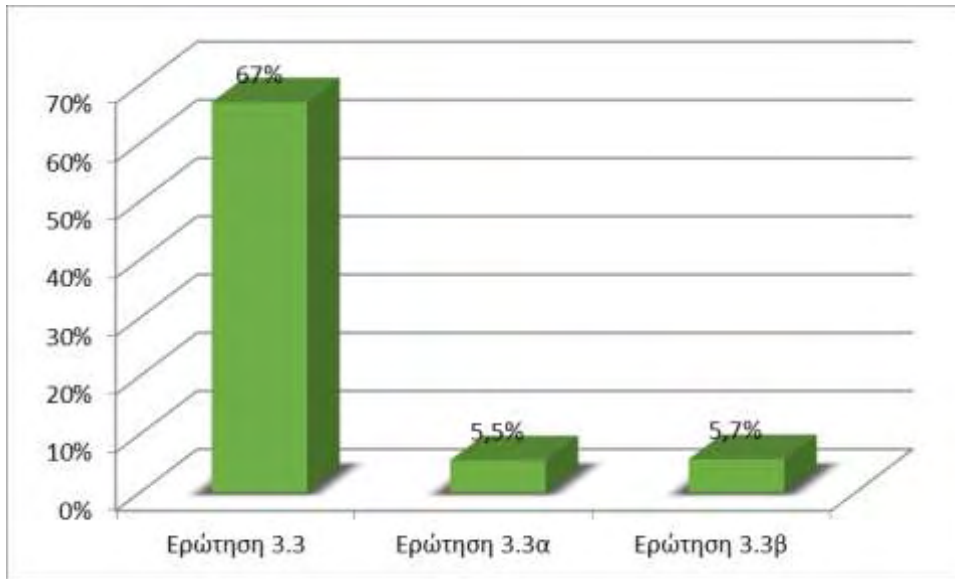
Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα το 67% των Μονάδων απάντησε ότι η προσβάσιμη είσοδος είναι και η κύρια είσοδος της Μονάδας.

Ακολουθως από τις ανωτέρω Μονάδες στις οποίες η προσβάσιμη είσοδος είναι και η κύρια είσοδος μόνο το 5,7% εξ αυτών (59 Μονάδες) απάντησε ότι διαθέτουν σήμανση που να κατευθύνει τα άτομα στην προσβάσιμη είσοδο, με το 67,6% (698 Μονάδες) να απαντούν αρνητικά. Ακολουθως, από τις Μονάδες που απάντησαν ότι η κύρια είσοδος τους δεν είναι προσβάσιμη, μόνο το 5,5 % (25 Μονάδες) εξ αυτών απάντησε ότι υπάρχουν άλλες εισοδοι στο κτήριο που είναι προσβάσιμες, ενώ το 51,4 % (234 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 39. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των προσβάσιμων κυρίων εισόδων, άλλων προσβάσιμων εισόδων, και της ύπαρξης κατευθυντήριας σήμανσης για τις Μονάδες Υγείας.

Προσβασιμότητα εισόδων	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησε f (%)
Προσβασιμότητα κύριας εισόδου	1033 (67%)	455 (29,5%)	53 (3,4%)
Άλλες προσβάσιμες εισοδοι	25 (5,5%)	234 (51,4%)	196 (43,1%)
Κατευθυντήρια Σήμανση	59 (5,7%)	698 (67,6%)	276 (26,7%)

Σχήμα 39. Ραβδόγραμμα για τις προσβάσιμες κυρίες εισόδους, άλλες προσβάσιμες εισόδους, και της ύπαρξης κατευθυντήριας σήμανσης για τις Μονάδες Υγείας.

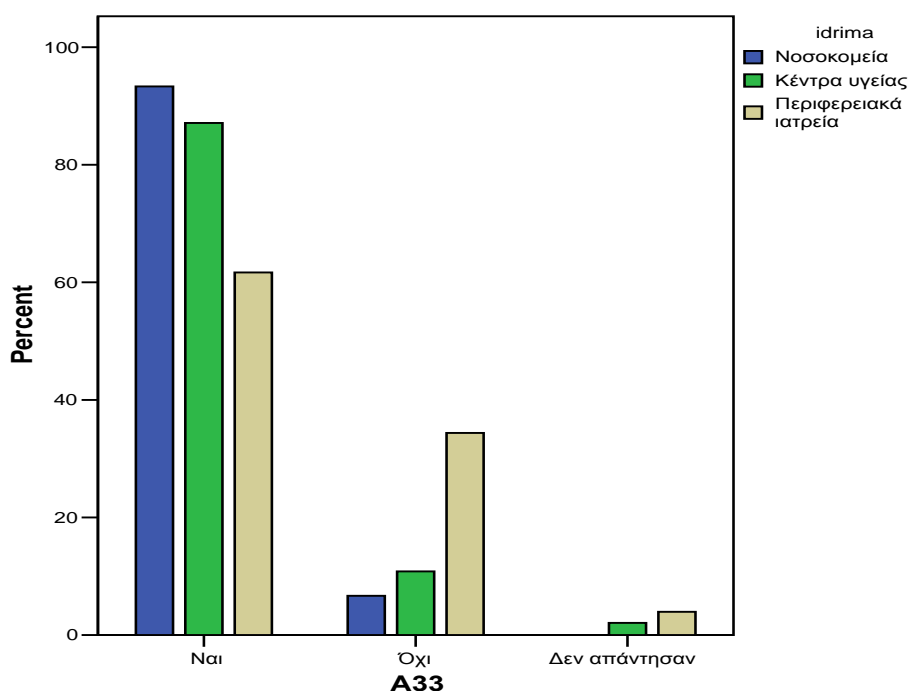


Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των ιδρυμάτων και της αξιολόγησης της κύριας εισόδου ως προσβάσιμης [$\chi^2(2)=77,683$ και $p<0,001$]. Παρότι οι περισσότερες μονάδες δήλωσαν ότι η κύρια είσοδος είναι προσβάσιμη, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι η κύρια είσοδός τους είναι προσβάσιμη συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 40. Κατανομή της προσβάσιμης κυρίας εισόδου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.3.3		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	98	7	0	105
	%	93,3%	6,7%	0%	100,0%
	ΠΤΥ	5,5	-5,5		
Κέντρο υγείας	N	169	21	4	194
	%	87,1%	10,8%	2,1%	100,0%
	ΠΤΥ	6,3	-6,3		
Περιφερειακό ιατρείο	N	766	427	49	1242
	%	61,7%	34,4%	3,9%	100,0%
	ΠΤΥ	-8,8	8,8		
Σύνολο		1033	455	53	1541
		67%	29,5%	3,4%	100,0%
$\chi^2(2)=77,683$ και p -value<0,001					

Σχήμα 40. Ραβδόγραμμα της προσβάσιμης κυρίας εισόδου ανά τύπο Μονάδος.



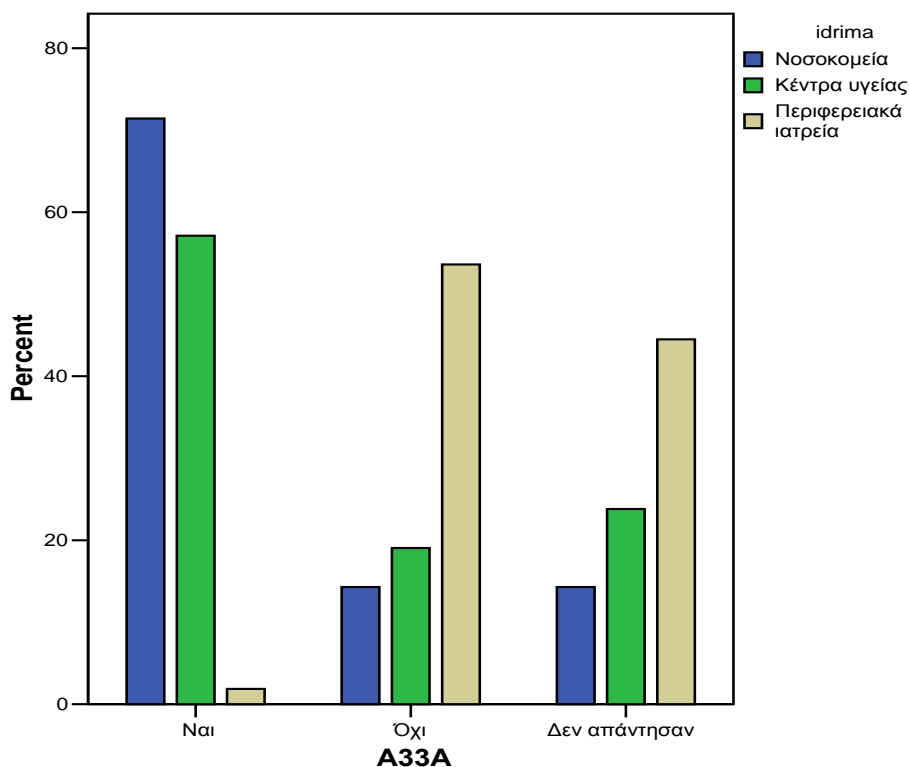
Στην ερώτηση αυτή που ακολουθεί αναλύθηκαν οι απαντήσεις των Μονάδων που δήλωσαν ότι η κύρια εισοδός τους δεν είναι προσβάσιμη. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης μιας άλλης εισοδού πέραν της κύριας που να είναι προσβάσιμη [$\chi^2(2)=128,037$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας που δεν είχαν προσβάσιμη κύρια είσοδο δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν κάποια άλλη προσβάσιμη είσοδος συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 41. Κατανομή άλλων προσβάσιμων εισόδων ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.3.3_A		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	5	1	1	7
	%	71,4%	14,3%	14,3%	100,0%
	ΠΤΥ	6,4	-6,4		
Κέντρο υγείας	N	12	4	5	21
	%	57,1%	19,0%	23,8%	100,0%
	ΠΤΥ	9,1	-9,1		
Περιφερειακό ιατρείο	N	8	229	190	427
	%	1,9%	53,6%	44,5%	100%
	ΠΤΥ	-11,3	11,3		
Σύνολο		25	234	196	455
		5,5%	51,4%	43,1%	100,0%
$\chi^2(2)=128,037$ και p-value<0,001					

Σχήμα 41. Ραβδόγραμμα άλλων προσβάσιμων εισόδων ανά τύπο Μονάδος.

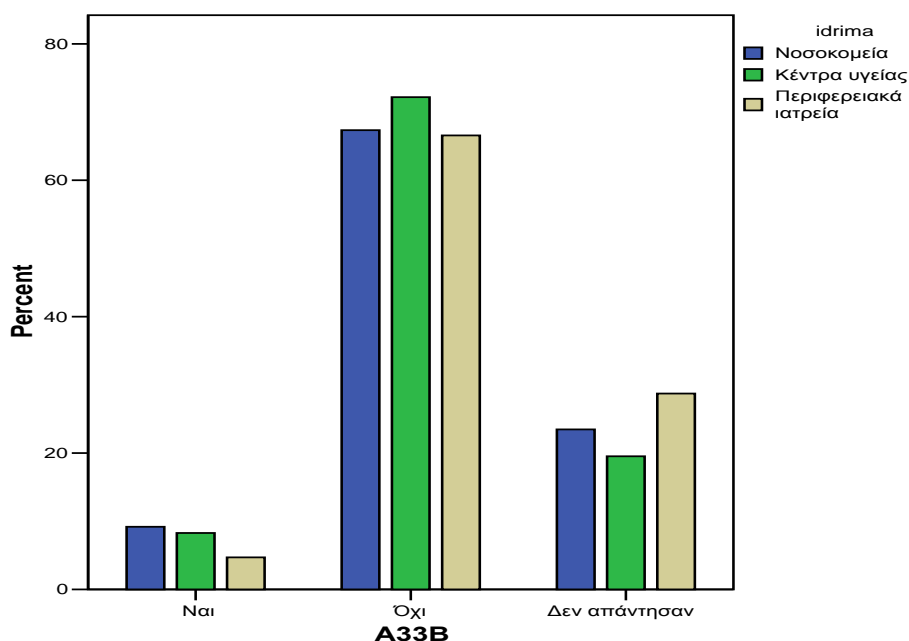


Στην ερώτηση που ακολουθεί αναλύθηκαν οι απαντήσεις των Μονάδων που δήλωσαν ότι η κύρια εισοδός τους είναι προσβάσιμη. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει οριακά στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης σήμανσης που να κατευθύνει τα άτομα με αναπηρία στην προσβάσιμη εισοδο [$\chi^2(2)=5,708$ και $p=0,058$].

Πίνακας 42. Κατανομή κατευθυντήριας σήμανσης προς την κύρια προσβάσιμη εισοδο ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.3.3_Β		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	9	66	23	98
	%	9,2%	67,3%	23,5%	100,0%
	ΠΤΥ	1,4	-1,4		
Κέντρο υγείας	N	14	122	33	169
	%	8,3%	72,2%	19,5%	100,0%
	ΠΤΥ	1,7	-1,7		
Περιφερειακό ιατρείο	N	36	510	220	766
	%	4,7%	66,6%	28,7%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,4	2,4		
Σύνολο		59	698	276	1033
		5,7%	67,6%	26,7%	100,0%
$\chi^2(2)=5,708$ και p-value=0,058					

Σχήμα 42. Ραβδόγραμμα κατευθυντήριας σήμανσης προς την κύρια προσβάσιμη εισοδο ανά τύπο Μονάδος.

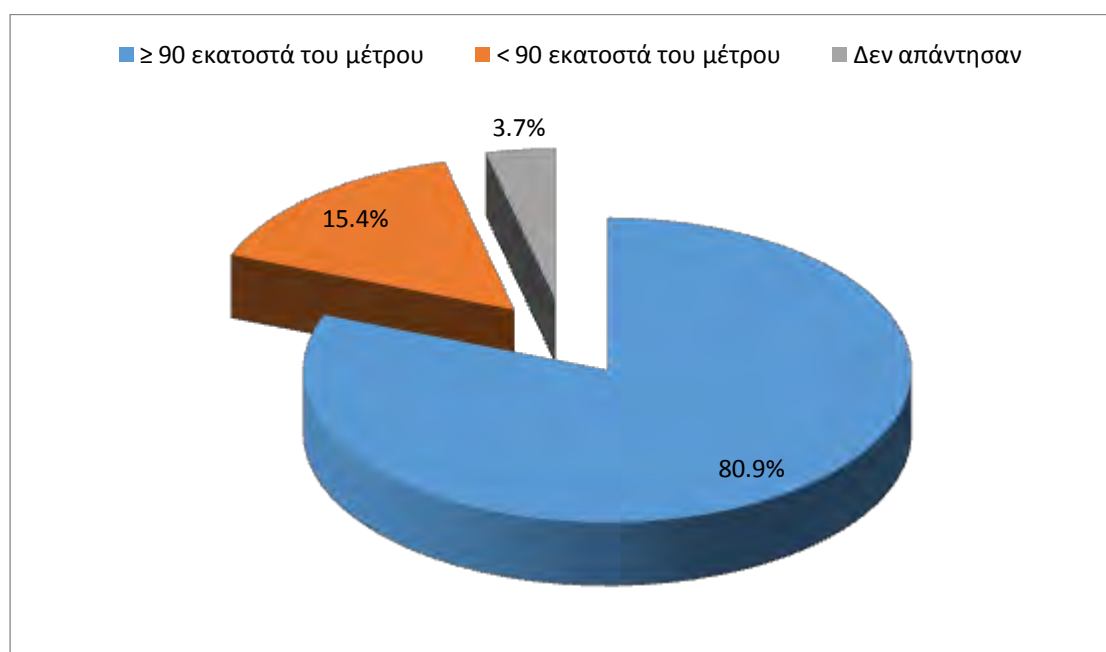


Όσον αφορά την ύπαρξη καθαρού πλάτους εισόδου μεγαλύτερου ή ίσου από 90 εκατοστά του μέτρου, το 80,9% (1247 Μονάδες) απάντησε ότι το καθαρό πλάτος της πόρτας εισόδου του κτηρίου της Μονάδας είναι μεγαλύτερο ή ίσο από 90 εκατοστά, ενώ το 15,4% (237 Μονάδες) ότι είναι μικρότερο.

Πίνακας 43. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του καθαρού πλάτους της πόρτας εισόδου της Μονάδος Υγείας.

Καθαρό πλάτος πόρτας εισόδου	f	%
≥90 εκατοστά του μέτρου	1247	80,9
<90 εκατοστά του μέτρου	237	15,4
Δεν απάντησαν	57	3,7
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 43. Γράφημα πίτας για το καθαρό πλάτος της πόρτας εισόδου της Μονάδος Υγείας.



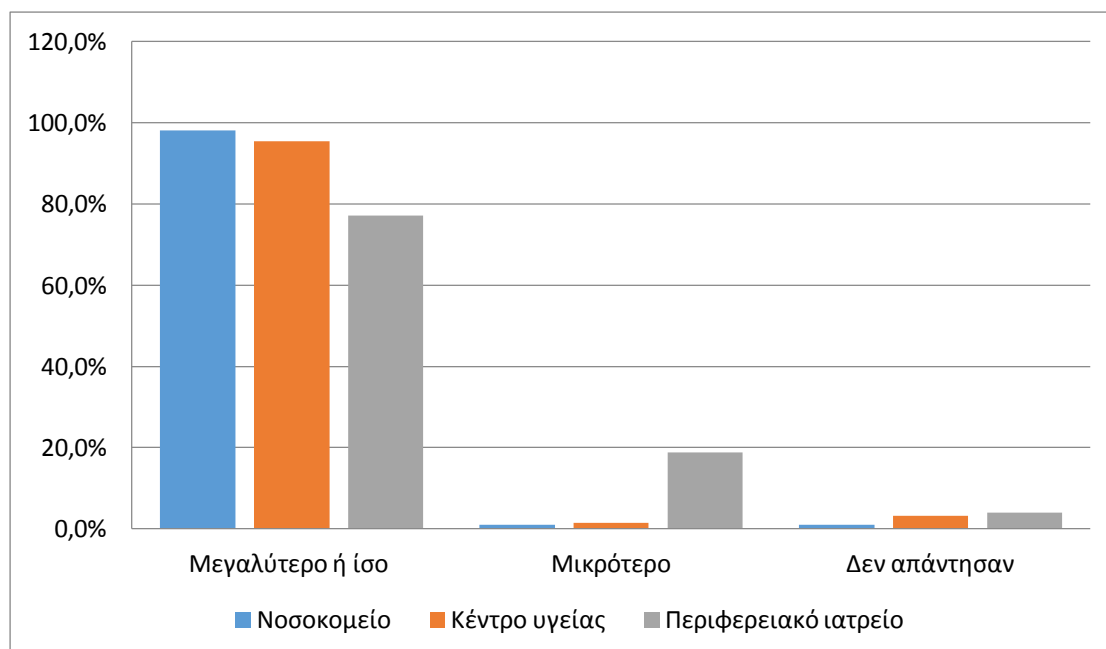
Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης καθαρού πλάτους της πόρτας εισόδου ≥ 90 εκατοστά [$\chi^2(2)=57,767$ και $p<0,001$]. Παρότι οι περισσότερες μονάδες δήλωσαν ότι το καθαρό πλάτος της πόρτας εισόδου είναι όντως μεγαλύτερο ή ίσο από 90 εκατοστά, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι το

καθαρό πλάτος της πόρτας εισόδου είναι ≥ 90 εκατοστά συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 44. Κατανομή του καθαρού πλάτους πόρτας εισόδου ≥ 90 εκ. ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		Α.3.4			
Μονάδα		$\geq 90\text{cm}$	$< 90\text{cm}$	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	103	1	1	105
	%	98,1%	1,0%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	4,3	-4,3		
Κέντρο υγείας	N	185	3	6	194
	%	95,4%	1,5%	3,1%	100,0%
	ΠΤΥ	5,8	-5,8		
Περιφερειακό ιατρείο	N	959	233	50	1241
	%	77,2%	18,8%	4%	100,0%
	ΠΤΥ	-7,6	7,6		
Σύνολο		1247	237	57	1541
		80,9%	15,4%	3,7%	100,0%
$\chi^2(2)=57,767$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 44. Ραβδόγραμμα του καθαρού πλάτους πόρτας εισόδου ≥ 90 εκ. ανά τύπο Μονάδος.



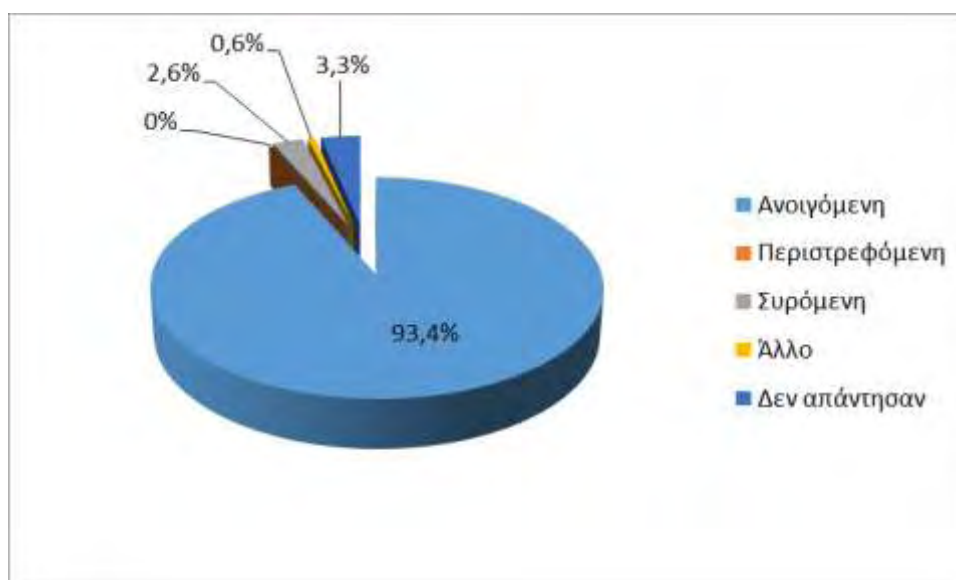
Όσον αφορά τον τύπο της πόρτας εισόδου των κτηρίων των Μονάδων, το 93,4% (1440 Μονάδες) δήλωσε ότι είναι ανοιγόμενη, το 2,6% (40 Μονάδες) δήλωσε ότι είναι

συρόμενη και το 0,6% (10 Μονάδες) άλλου τύπου, (δηλαδή αυτόματη πόρτα, με φωτοκύτταρο κ.α.), ενώ το 3,3% (51 Μονάδες) δεν απάντησε.

Πίνακας 45. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του τύπου πόρτας εισόδου των Μονάδων Υγείας.

Πόρτα εισόδου	f	%
Ανοιγόμενη	1440	93,4
Περιστρεφόμενη	1	0,1
Συρόμενη	40	2,6
Άλλο	10	0,6
Δεν απάντησαν	50	3,3
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 45. Γράφημα πίτας για τον τύπο πόρτας εισόδου των Μονάδων Υγείας ,για το συνολικό δείγμα.

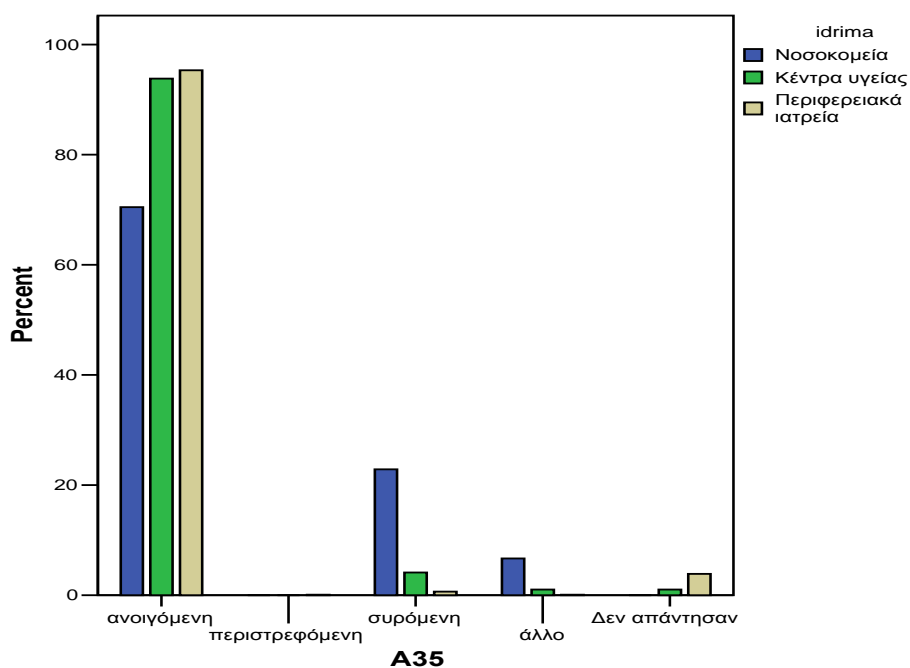


Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του είδους της πόρτας εισόδου [$\chi^2(6)=250,259$ και $p<0,001$]. Παρότι οι περισσότερες Μονάδες δήλωσαν ότι η πόρτα εισόδου είναι ανοιγόμενη, ενώ σχεδόν καμία Μονάδα δε δήλωσε ότι έχει περιστρεφόμενη πόρτα, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι έχουν συρόμενη ή άλλου είδους πόρτα συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία που δήλωσαν σχεδόν αποκλειστικά ότι η πόρτα τους είναι ανοιγόμενη.

Πίνακας 46. Κατανομή τύπου πόρτας εισόδου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου

		A.3.5					
Μονάδα		Ανοιγόμενη	Περιστρεφόμενη	Συρόμενη	Άλλο	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	74	0	24	7	0	105
	%	70,5%	,0%	22,9%	6,7%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-15,3	-0,3	13,3	7,8		
Κέντρο υγείας	N	182	0	8	2	2	194
	%	93,8%	,0%	4,1%	1,0%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,5	-0,4	1,4	0,7		
Περιφερειακό ιατρείο	N	1184	1	8	1	48	1241
	%	95,3%	,1%	,6%	,1%	3,9%	100,0%
	ΠΤΥ	11,0	0,5	-9,6	-5,6		
Σύνολο		1440	1	40	10	50	1541
		93,4%	,1%	2,6%	,6%	3,2%	100,0%
$\chi^2(6)=250,259$ και $p\text{-value}<0,001$							

Σχήμα 46. Ραβδόγραμμα τύπου πόρτας εισόδου ανά τύπο Μονάδος.

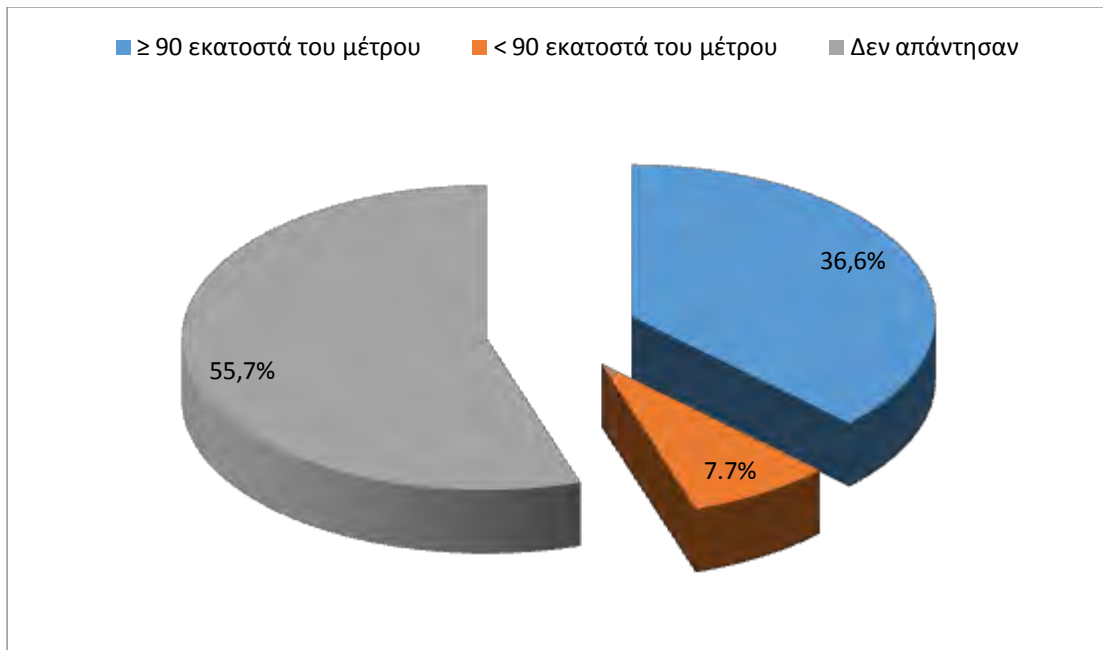


Ως προς το καθαρό πλάτος του ανοιγόμενου φύλλου της κύριας πόρτας, εφόσον η πόρτα της εισόδου είναι δίφυλλη, το 36,6% (527 Μονάδες) δήλωσε ότι είναι ίσο ή μεγαλύτερο των 90 εκατοστών του μέτρου, ενώ 7,7% (111 Μονάδες) δήλωσαν ότι το άνοιγμα είναι μικρότερο των 90 εκατοστών.

Πίνακας 47. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του καθαρού πλάτους του ανοιγόμενου φύλλου της πόρτας εισόδου των Μονάδων Υγείας

Καθαρό πλάτος ανοιγόμενου φύλλου	f	%
≥ 90 εκατοστά του μέτρου	527	36,6
< 90 εκατοστά του μέτρου	111	7,7
Δεν απάντησαν	802	55,7
Σύνολο	1440	100

Σχήμα 47. Γράφημα πίτας για το καθαρό πλάτος του ανοιγόμενου φύλλου της πόρτας εισόδου των Μονάδων Υγείας για το συνολικό δείγμα.

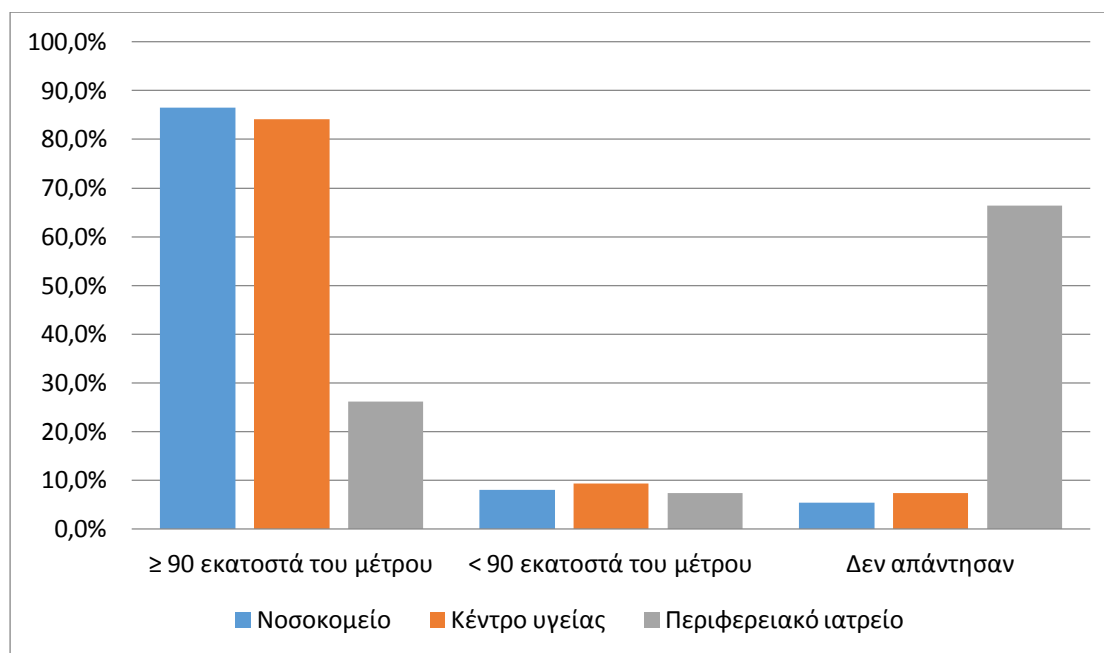


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι η πόρτα τους είναι δίφυλλη. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν το καθαρό πλάτος του ανοιγόμενου ή των ανοιγόμενων φύλλων είναι μεγαλύτερο ή ίσο των 90cm [$\chi^2(2)=16,419$ και $p<0,001$]. Παρότι οι περισσότερες Μονάδες που έχουν δίφυλλες πόρτες δήλωσαν ότι το καθαρό πλάτος είναι ≥ 90 cm, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι το πλάτος των ανοιγόμενων φύλλων είναι ≥ 90 cm συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 48. Κατανομή του καθαρού πλάτους του ανοιγόμενου φύλλου της πόρτας εισόδου των Μονάδων ανά τύπο Μονάδος, και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		A.3.6			
Ίδρυμα		≥ 90cm	< 90cm	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	64	6	4	74
	%	86,5%	8,1%	5,4%	100,0%
	ΠΤΥ	2,1	-2,1		
Κέντρο υγείας	N	153	17	12	182
	%	84,1%	9,3%	6,6%	100,0%
	ΠΤΥ	3,0	-3,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	310	88	786	1184
	%	26,2%	7,4%	66,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-4,0	4,0		
Σύνολο		527	111	802	1440
		36,6%	7,7%	55,7%	100,0%
$\chi^2(2)=16,419$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 48. Ραβδόγραμμα του καθαρού πλάτους του ανοιγόμενου φύλλου της πόρτας εισόδου των Μονάδων ανά τύπο Μονάδος.

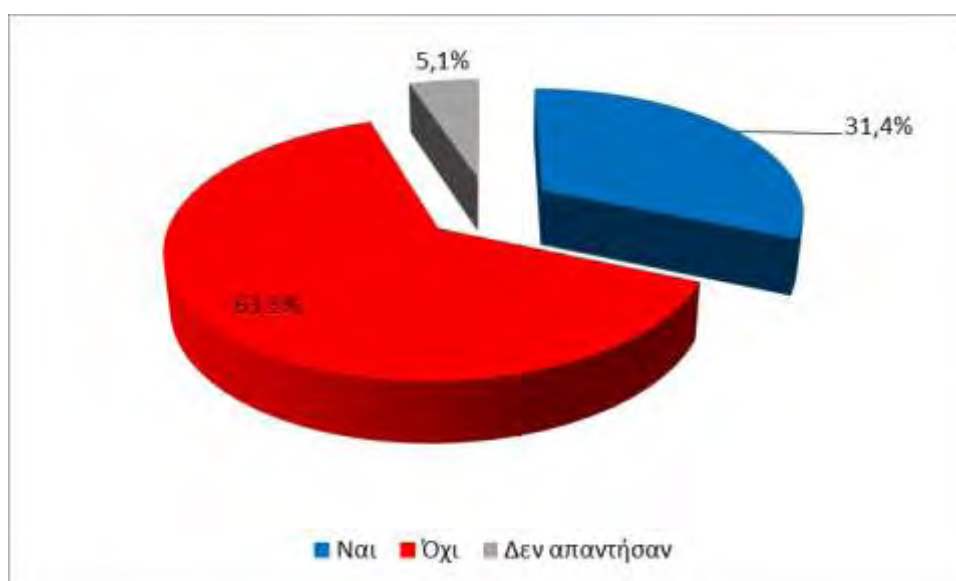


Όσον αφορά την ύπαρξη γυάλινης πόρτας εισόδου το 31,4% (484 Μονάδες) απάντησε θετικά, ενώ το 63,5% αρνητικά. Από τις Μονάδες που απάντησαν ότι διαθέτουν γυάλινη πόρτα εισόδου μόνο το 34,7% (168 Μονάδες) απάντησε ότι η πόρτα έχει πάνω στην γυάλινη επιφάνεια αυτοκόλλητες ταινίες ή άλλη σήμανση, προκειμένου να είναι ευδιάκριτη στα άτομα με προβλήματα όρασης.

Πίνακας 49. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ύπαρξης γυάλινης πόρτας στην είσοδο των Μονάδων Υγείας.

Γυάλινη πόρτα εισόδου	f	%
Ναι	484	31,4
Όχι	978	63,5
Δεν απάντησαν	79	5,1
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 49. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη γυάλινης πόρτας στην είσοδο των Μονάδων Υγείας για το συνολικό δείγμα.



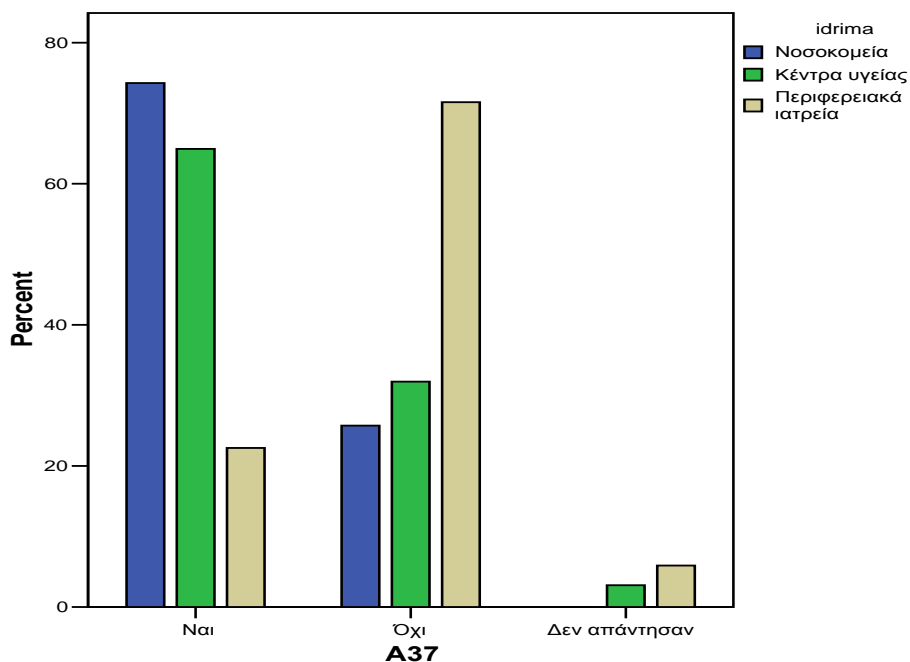
Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν η πόρτα εισόδου είναι γυάλινη [$\chi^2(2)=222,281$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι η πόρτα εισόδου τους είναι γυάλινη συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 50. Κατανομή γυάλινης πόρτας στην είσοδο των Μονάδων ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου

Μονάδα		A.3.7		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	78	27	0	105
	%	74,3%	25,7%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	9,3	-9,3		
Κέντρο υγείας	N	126	62	6	194
	%	64,9%	32,0%	3,1%	100,0%
	ΠΤΥ	10,6	-10,6		
Περιφερειακό ιατρείο	N	280	889	73	1242
	%	22,5%	71,6%	5,9%	100,0%
	ΠΤΥ	-14,9	14,9		
Σύνολο		484	978	79	1541
		31,4%	63,5%	5,1%	100,0%
$\chi^2(2)=222,281$ και p-value< 0,001					

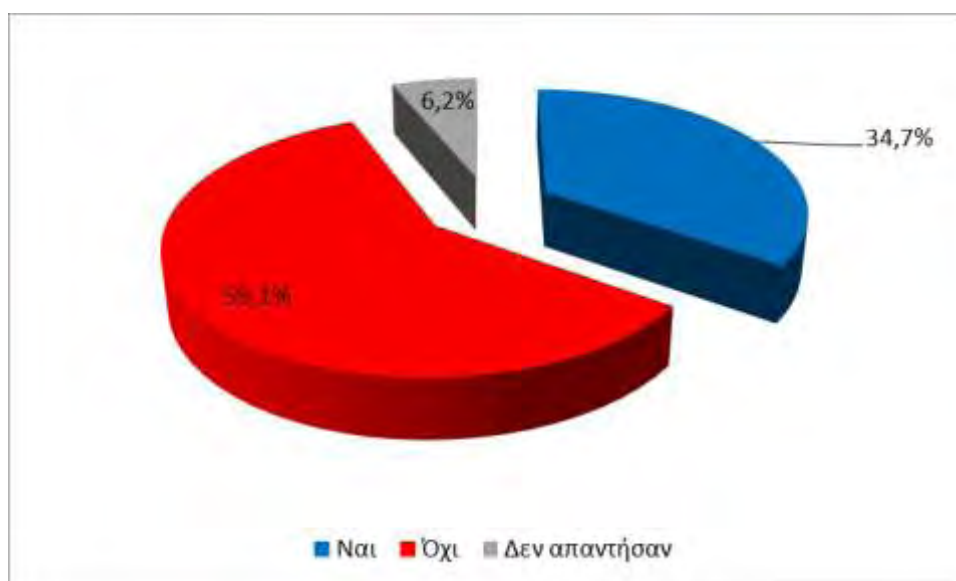
Σχήμα 50. Ραβδόγραμμα γυάλινης πόρτας στην είσοδο των Μονάδων ανά τύπο Μονάδος.



Πίνακας 51. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) της ειδικής σήμανσης επάνω στις γυάλινες πόρτες εισόδου των Μονάδων Υγείας

Ειδική σήμανση επάνω στις γυάλινες πόρτες	f	%
Ναι	168	34,7
Όχι	286	59,1
Δεν απάντησαν	30	6,2
Σύνολο	484	100

Σχήμα 51. Γράφημα πίτας για της ειδικής σήμανσης επάνω στις γυάλινες πόρτες εισόδου των Μονάδων Υγείας που διαθέτουν γυάλινες πόρτες εισόδου.



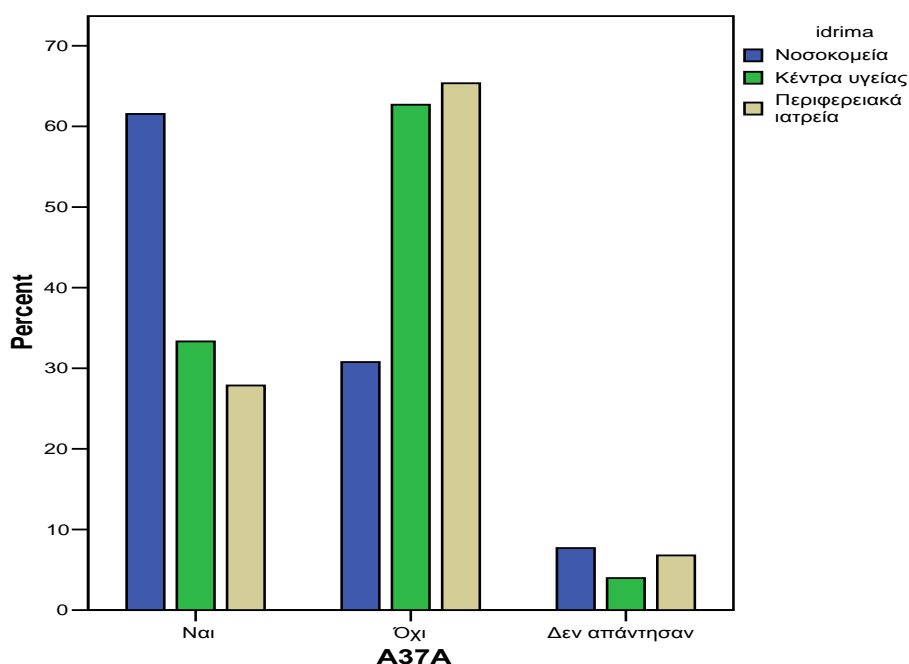
Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι η πόρτα τους είναι γυάλινη. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης αυτοκόλλητων ταινιών ή άλλης σήμανσης που να καθιστά την πόρτα ευδιάκριτη σε άτομα με προβλήματα όρασης [$\chi^2(2)=34,067$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι έχουν αυτοκόλλητες ταινίες ή άλλη σήμανση πάνω στη γυάλινη πόρτα εισόδου τους συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 52. Κατανομή ειδικής σήμανσης επάνω στις γυάλινες πόρτες εισόδου των Μονάδων Υγείας και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.3.7_Α		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	48	24	6	78
	%	61,5%	30,8%	7,7%	100,0%
	ΠΤΥ	5,8	-5,8		
Κέντρο υγείας	N	42	79	5	126
	%	33,3%	62,7%	4,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,5	0,5		
Περιφερειακό ιατρείο	N	78	183	19	280
	%	27,9%	65,4%	6,8%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,8	3,8		
Σύνολο		168	286	30	484
		34,7%	59,1%	6,2%	100,0%
$\chi^2(2)=34,067$ και p-value<0,001					

Σχήμα 52. Ραβδόγραμμα ειδικής σήμανσης επάνω στις γυάλινες πόρτες εισόδου των Μονάδων Υγείας ανά τύπο Μονάδος.



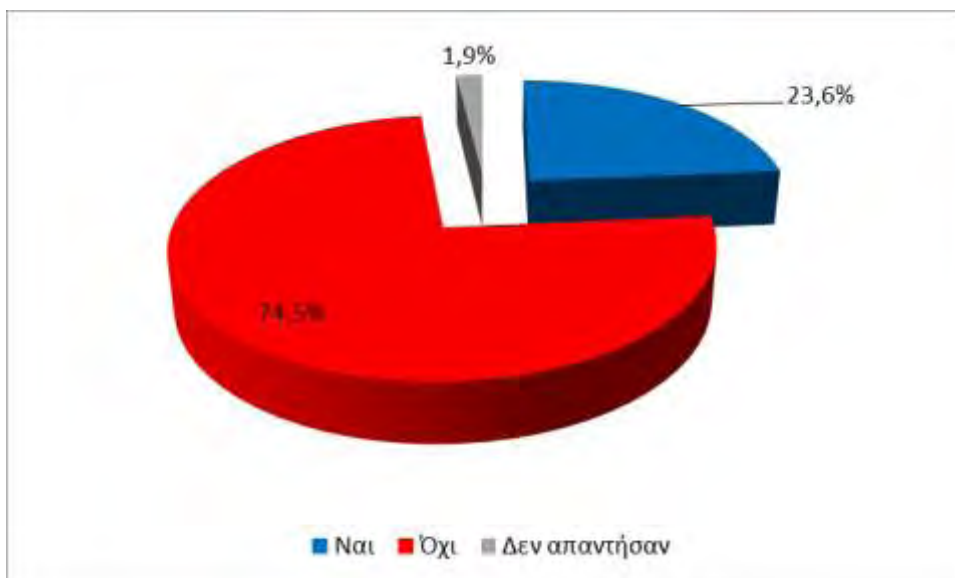
Όσον αφορά την ύπαρξη γραφείων υποδοχής στις εισόδους των Μονάδων υγείας το 23,6% (363 Μονάδες) δήλωσαν ότι διαθέτουν γραφείο υποδοχής (reception) στην είσοδο του κτηρίου, ενώ το 74,5% (1148 Μονάδες) απάντησε αρνητικά. Από τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν γραφείο υποδοχής στην είσοδο του κτηρίου αλλά μόνο το 30%

(109 Μονάδες) απάντησαν ότι ο πάγκος του γραφείου υποδοχής έχει ύψος από το δάπεδο μέχρι 80 εκατοστά του μέτρου, ώστε να μπορεί το άτομο σε αναπηρικό αμαξίδιο να επικοινωνεί με ευχέρεια με τον υπάλληλο υποδοχής. Αντίστοιχα το 66,1% απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 53. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) των γραφείων υποδοχής στις εισόδους των κτηρίων των Μονάδων Υγείας.

Γραφεία υποδοχής στις εισόδους	f	%
Ναι	363	23,6
Όχι	1148	74,5
Δεν απάντησαν	30	1,9
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 53. Γράφημα πίτας για τα γραφεία υποδοχής στις εισόδους των κτηρίων των Μονάδων Υγείας για το συνολικό δείγμα.

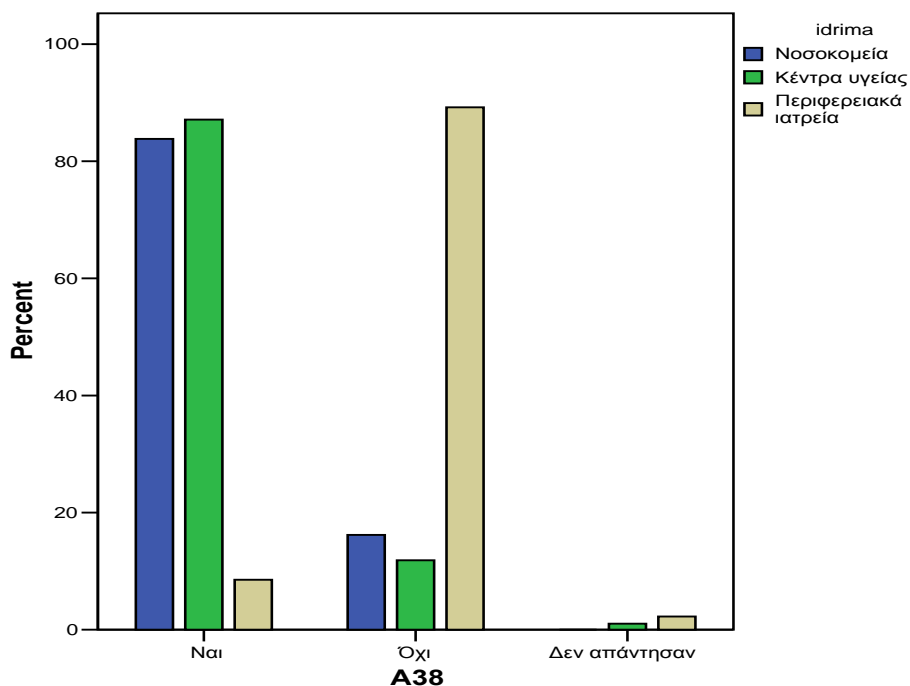


Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης γραφείου υποδοχής στο επίπεδο της εισόδου του κτηρίου [$\chi^2(2)=791,987$ και $p<0,001$]. Όπως είναι αναμενόμενο, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν γραφείο υποδοχής στο επίπεδο της εισόδου συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 54. Κατανομή γραφείων υποδοχής στις εισόδους των κτηρίων των Μονάδων ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		A.3.8			
Μονάδα		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	88	17	0	105
	%	83,8%	16,2%	0%	100,0%
Κέντρο υγείας	ΠΤΥ	14,9	-14,9		
	N	169	23	2	194
	%	87,1%	11,9%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	22,2	-22,2		
Περιφερειακό ιατρείο	N	106	1108	28	1242
	%	8,5%	89,2%	2,3%	100,0%
	ΠΤΥ	-28,1	28,1		
Σύνολο		363	1148	30	1541
		23,6%	74,5%	1,9%	100,0%
$\chi^2(2)=791,987$ και p-value<0,001					

Σχήμα 54. Ραβδόγραμμα γραφείων υποδοχής στις εισόδους των κτηρίων των Μονάδων ανά τύπο Μονάδος.

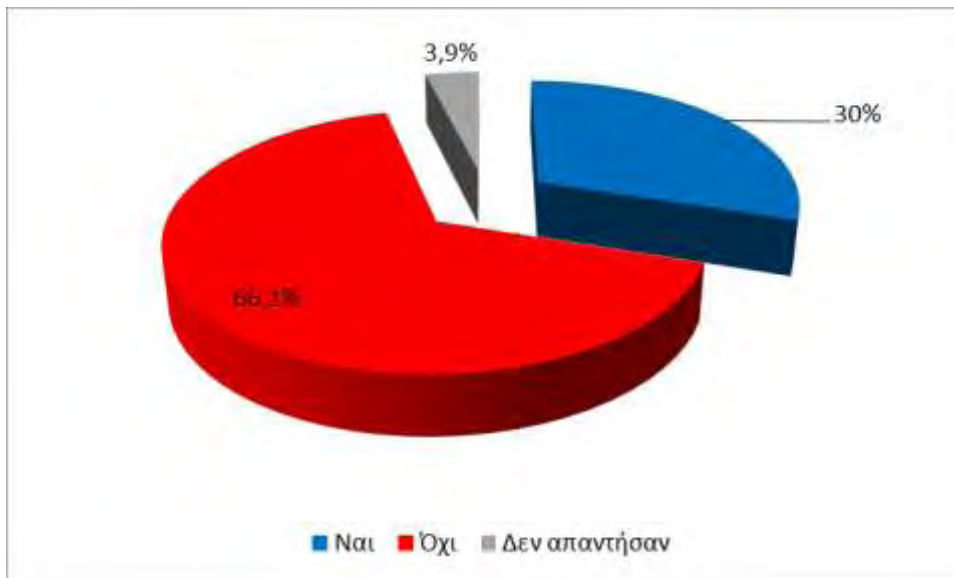


Από τις Μονάδες που απάντησαν ότι διαθέτουν γραφείο υποδοχής στην εισόδου του κτηρίου το 30% δήλωσε ότι ο πάγκος στο γραφείο υποδοχής έχει ύψος από το δάπεδο μέχρι 80 εκατοστά του μέτρου ώστε να μπορεί ένα άτομο σε αναπηρικό αμαξίδιο να επικοινωνήσει με ευχέρεια με τον υπάλληλο υποδοχής

Πίνακας 55. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) γραφείων ύψους έως 80 εκ. στους εισόδους των κτηρίων των Μονάδων Υγείας που διαθέτουν υποδοχή (reception).

Ύψος γραφείων εισόδων έως 80 εκ.	f	%
Ναι	109	30
Όχι	240	66,1
Δεν απάντησαν	14	3,9
Σύνολο	363	100

Σχήμα 55. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη γραφείων ύψους έως 80 εκ. στις εισόδους των κτηρίων των Μονάδων Υγείας που διαθέτουν υποδοχή (reception).

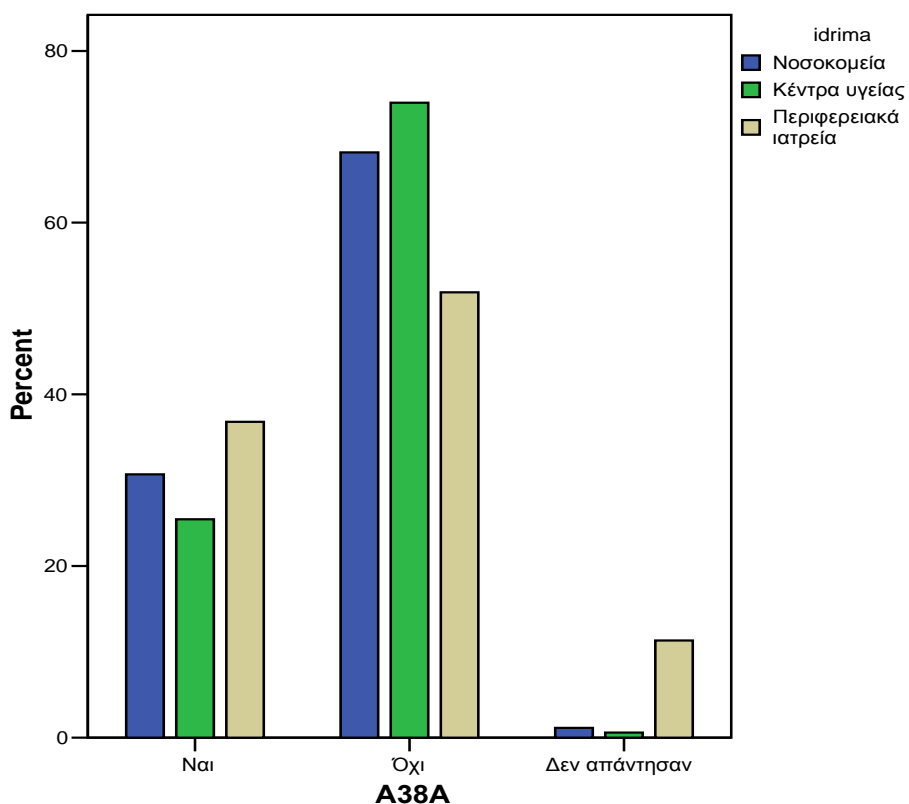


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν γραφείο υποδοχής στο επίπεδο της εισόδου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν ο πάγκος στο γραφείο υποδοχής έχει ύψος από το δάπεδο μέχρι 80 εκατοστά του μέτρου (σε όλο το μήκος του ή σε ένα τμήμα του) ώστε να μπορεί ένα άτομο σε αναπηρικό αμαξίδιο να επικοινωνήσει με ευχέρεια με τον υπάλληλο υποδοχής [$\chi^2(2)=7,092$ και $p=0,029$]. Παρότι οι περισσότερες μονάδες που έχουν γραφείο υποδοχής δήλωσαν ότι το ύψος του πάγκου είναι μέχρι 80cm, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Περιφερειακά Ιατρεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι το ύψος του πάγκου σε ένα τουλάχιστον σημείο του είναι μέχρι 80cm συγκριτικά με τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 56. Κατανομή γραφείων ύψους έως 80 εκ. στις εισόδους των κτηρίων των Μονάδων Υγείας που διαθέτουν υποδοχή (reception) ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.3.8_A			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	27	60	1	88
	%	30,7%	68,2%	1,1%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0	0,0		
Κέντρο υγείας	N	43	125	1	169
	%	25,4%	74%	,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,2	2,2		
Περιφερειακό ιατρείο	N	39	55	12	106
	%	36,8%	51,9%	11,3%	100,0%
	ΠΤΥ	2,5	-2,5		
Σύνολο		109	240	14	363
		30,0%	66,1%	3,9%	100,0%
$\chi^2(2)=7,092$ και p-value= 0,029					

Σχήμα 56. Ραβδόγραμμα γραφείων ύψους έως 80 εκ. στις εισόδους των κτηρίων των Μονάδων Υγείας που διαθέτουν υποδοχή (reception) ανά τύπο Μονάδος.



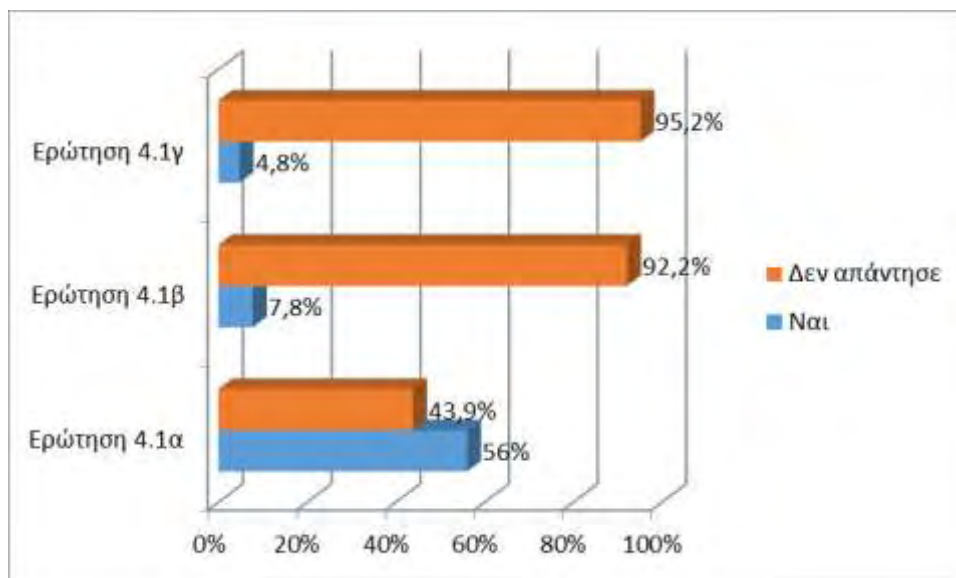
9.4. Οριζόντια Κυκλοφορία

Στην ακόλουθη ερώτηση η απουσία απάντησης εκλήφθηκε ως αρνητική απάντηση (Όχι). Ως προς την ύπαρξη υψομετρικής διαφοράς μεταξύ της προσβάσιμης εισόδου και των χώρων κοινού / γραφεία, το 56,1% (864 Μονάδες) απάντησαν ότι δεν υπάρχει καμία υψομετρική διαφορά, ενώ αντίστοιχα το 7,8% (120 Μονάδες) απάντησε ότι υπάρχει υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από σκαλοπάτια, και το 4,8% (74 Μονάδες) απάντησε ότι η υψομετρική διαφορά που υφίσταται καλύπτεται από ράμπα.

Πίνακας 57. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του τρόπου που η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού για το συνολικό δείγμα.

Τρόπος πρόσβασης	Ναι f (%)	Δεν απάντησε f (%)
Χωρίς υψομετρική διαφορά	864 (56,1%)	677 (43,9%)
Με σκαλοπάτια	120 (7,8%)	1421 (92,2%)
Με ράμπα	74 (4,8%)	1467 (95,2%)

Σχήμα 57. Ραβδόγραμμα για τον τρόπο που η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού.



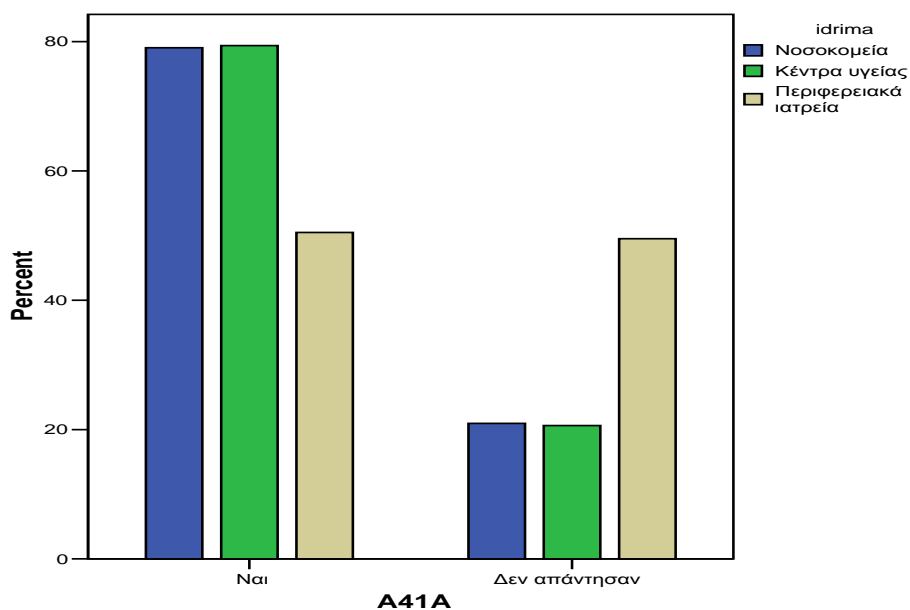
Στην ακόλουθη ερώτηση η απουσία απάντησης εκλήφθηκε ως αρνητική απάντηση (Όχι). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού/γραφεία χωρίς καμία υψομετρική διαφορά [$\chi^2(2)=81,05$ και

$p < 0,001$]. Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι δεν υπάρχει υψομετρική διαφορά μεταξύ προσβάσιμης εισόδου και χώρων εξυπηρέτησης του κοινού συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 58. Κατανομή τρόπου που η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού – χωρίς καμία υψομετρική διαφορά ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.4.1_A		Σύνολο
		Ναι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	83	22	105
	%	79%	21%	100,0%
	ΠΤΥ	4,9	-4,9	
Κέντρο υγείας	N	154	40	194
	%	79,4%	20,6%	100,0%
	ΠΤΥ	7,0	-7,0	
Περιφερειακό ιατρείο	N	627	615	1242
	%	50,5%	49,5%	100,0%
	ΠΤΥ	-9,0	9,0	
Σύνολο		864	677	1541
		56,1%	43,9%	100,0%
$\chi^2(2)=81,05$ και p -value< 0,001				

Σχήμα 58. Ραβδόγραμμα τρόπου που η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού – χωρίς καμία υψομετρική διαφορά ανά τύπο Μονάδος.



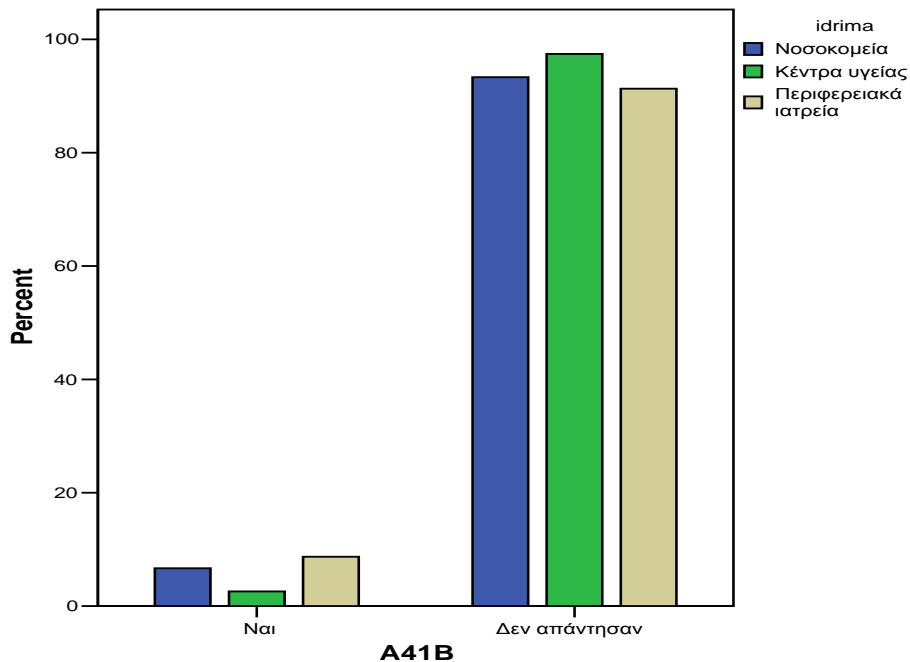
Στην ακόλουθη ερώτηση η απουσία απάντησης εκλήφθηκε ως αρνητική απάντηση (Όχι). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού/γραφεία με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από σκαλοπάτια [$\chi^2(2)=8,91$ και $p=0,011$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Περιφερειακά Ιατρεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει υψομετρική διαφορά μεταξύ προσβάσιμης εισόδου και χώρων εξυπηρέτησης του κοινού που εξυπηρετείται με σκαλοπάτια συγκριτικά με τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 59. Κατανομή τρόπου που η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού – με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από σκαλοπάτια ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.4.1_B		Σύνολο
		Ναι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	7	98	105
	%	6,7%	93,3%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,4	0,4	
Κέντρο υγείας	N	5	189	194
	%	2,6%	97,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,9	2,9	
Περιφερειακό ιατρείο	N	108	1134	1242
	%	8,7%	91,3%	100,0%
	ΠΤΥ	2,7	-2,7	
Σύνολο		120	1421	1541
		7,8%	92,2%	100,0%
$\chi^2(2)=8,91$ και $p\text{-value}=\mathbf{0,011}$				

Σχήμα 59. Ραβδόγραμμα τρόπου που η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού – με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από σκαλοπάτια ανά τύπο Μονάδος.



Στην ερώτηση που ακολουθεί η απουσία απάντησης εκλήφθηκε ως αρνητική απάντηση (Όχι). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού/γραφεία με υψομετρική διαφορά που εξυπηρετείται από ράμπα [$\chi^2(2)=16,54$ και $p<0,001$].

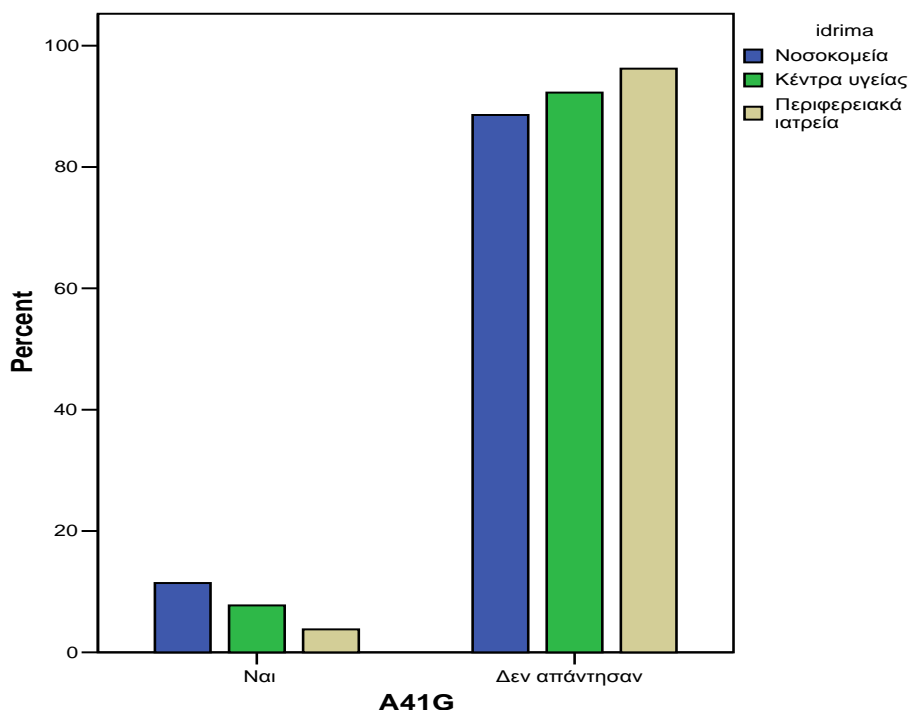
Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι η υψομετρική διαφορά μεταξύ προσβάσιμης εισόδου και χώρων εξυπηρέτησης του κοινού εξυπηρετείται από ράμπα συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Από το συνδυασμό των απαντήσεων στις τρεις παραπάνω ερωτήσεις προκύπτει ότι στις περισσότερες Μονάδες δεν υπάρχει υψομετρική διαφορά μεταξύ προσβάσιμης εισόδου και χώρων εξυπηρέτησης του κοινού, ενώ όταν υπάρχει στα Περιφερειακά Ιατρεία καλύπτεται συχνότερα από σκαλοπάτια, ενώ στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας καλύπτεται συχνότερα από ράμπα.

Πίνακας 60. Κατανομή τρόπου που η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού – με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται με ράμπα ανά τύπο Μονάδας και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.4.1_Γ		Σύνολο
		Ναι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	12	93	105
	%	11,4%	88,6%	100,0%
	ΠΤΥ	3,3	-3,3	
Κέντρο υγείας	N	15	179	194
	%	7,7%	92,3%	100,0%
	ΠΤΥ	2,0	-2,0	
Περιφερειακό ιατρείο	N	47	1195	1242
	%	3,8%	96,2%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,8	3,8	
Σύνολο		74	1467	1541
		4,8%	95,2%	100,0%
$\chi^2(2)=16,54$ και p-value< 0,001				

Σχήμα 60. Ραβδόγραμμα τρόπου που η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού – με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται με ράμπα ανά τύπο Μονάδος.



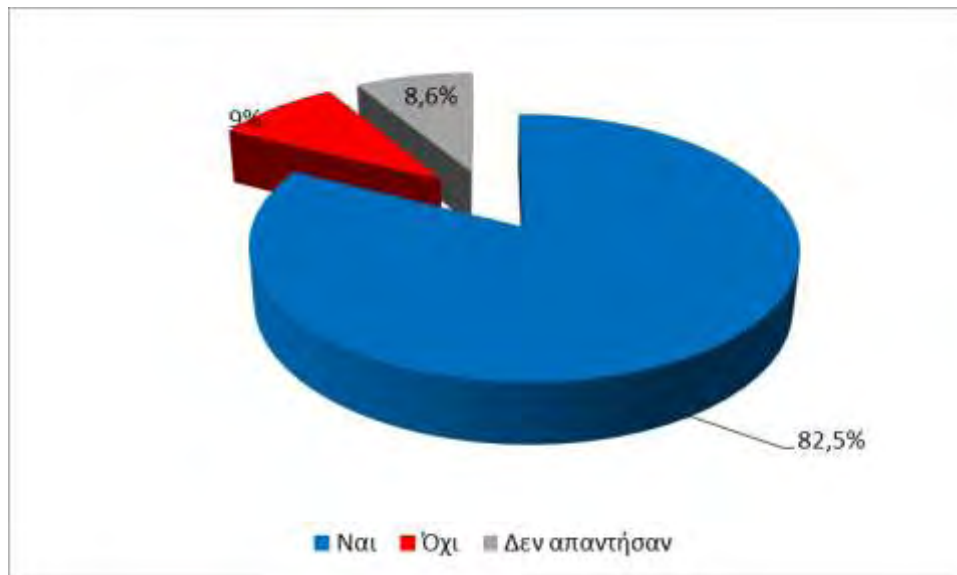
Ως προς την ύπαρξη εσωτερικών διαδρόμων οι οποίοι έχουν πλάτος τουλάχιστον 90 εκατοστά του μέτρου η συντριπτική πλειοψηφία των Μονάδων δηλ. το 82,5% (1271

Μονάδες) απάντησε θετικά όμως το 9% (138 Μονάδες) δήλωσε ότι οι διάδρομοί των κτηρίων τους έχουν πλάτος μικρότερο από 90 εκατοστά του μέτρου.

Πίνακας 61. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του ελάχιστου πλάτους των εσωτερικών διαδρόμων στα 90 εκ. για το συνολικό δείγμα.

Ελάχιστο πλάτος διαδρόμου 90 εκ.	f	%
Ναι	1271	82,5
Όχι	138	9
Δεν απάντησαν	132	8,6
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 61. Γράφημα πίτας για το ελάχιστο πλάτος των εσωτερικών διαδρόμων στα 90 εκ. για το συνολικό δείγμα.

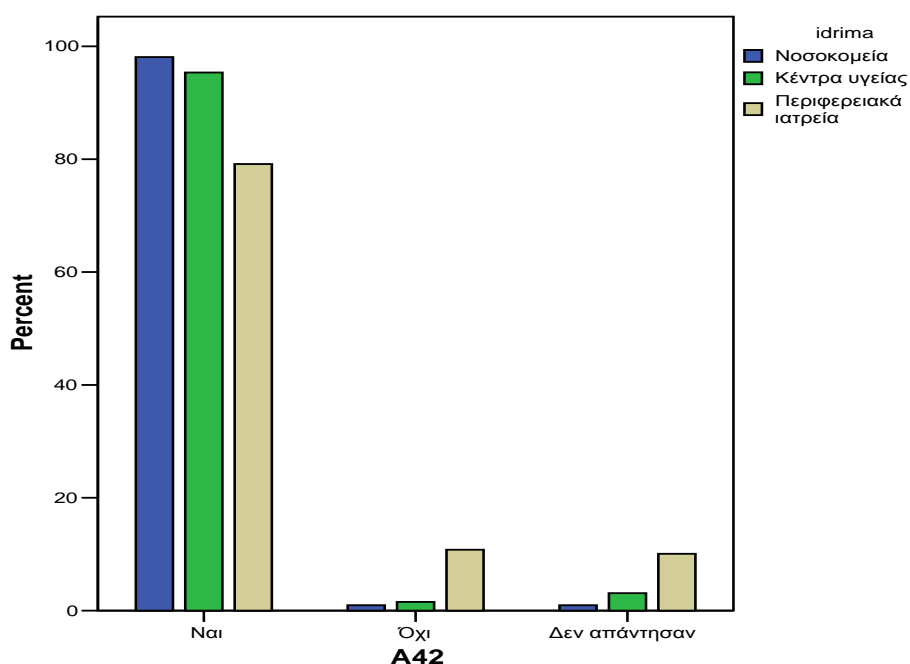


Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν οι εσωτερικοί διάδρομοι έχουν ελάχιστο πλάτος 90cm [$\chi^2(2)=29,618$ και $p<0,001$]. Παρότι η πλειοψηφία των μονάδων δήλωσε ότι οι διάδρομοι έχουν επαρκές πλάτος, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι οι διάδρομοι έχουν ελάχιστο πλάτος 90cm συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 62. Κατανομή πλάτους εσωτερικών διαδρόμων τουλάχιστον 90 εκ. ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.4.2		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	103	1	1	105
	%	98,1%	1,0%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	3,1	-3,1		
Κέντρο υγείας	N	185	3	6	194
	%	95,4%	1,5%	3,1%	100,0%
	ΠΤΥ	4,1	-4,1		
Περιφερειακό ιατρείο	N	983	134	125	1242
	%	79,1%	10,8%	10,1%	100,0%
	ΠΤΥ	-5,4	5,4		
Σύνολο		1271	138	132	1541
		82,5%	9,0%	8,6%	100,0%
$\chi^2(2)=29,618$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 62. Ραβδόγραμμα πλάτους εσωτερικών διαδρόμων τουλάχιστον 90 εκ. ανά τύπο Μονάδος.



Ως προς το είδος του υλικού επίστρωσης των εσωτερικών διαδρόμων των κτηρίων, η πλειοψηφία των Μονάδων Υγείας δηλ. το 64,5% (994 Μονάδες) δήλωσε ότι είναι πλακάκι, αντίστοιχα το 10,9% (168 Μονάδες) δήλωσε μωσαϊκό, το 6,7% - (104 Μονάδες) δήλωσε μάρμαρο, το 2,3% δήλωσε πλαστικό, το 1,4% δήλωσε τσιμέντο, ενώ το 1,3% δήλωσε ξύλο και το 0,5% και το 0,8% μοκέτα και μουσαμά αντίστοιχα καθώς και το 1,1% άλλο υλικό.

Πίνακας 63. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του υλικού επίστρωσης των εσωτερικών διαδρόμων για το συνολικό δείγμα.

Υλικό επίστρωσης εσωτερικών διαδρόμων	F	%
Μάρμαρο	104	6,7
Μωσαϊκό	168	10,9
Ξύλο	20	1,3
Πλακάκι	994	64,5
Πλαστικό	36	2,3
Τσιμέντο	22	1,4
Μοκέτα	8	0,5
Μουσαμάς	12	0,8
Άλλο	17	1,1
Δεν απάντησαν	160	10,3
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 63. Γράφημα πίτας του υλικού επίστρωσης των εσωτερικών διαδρόμων για το συνολικό δείγμα.



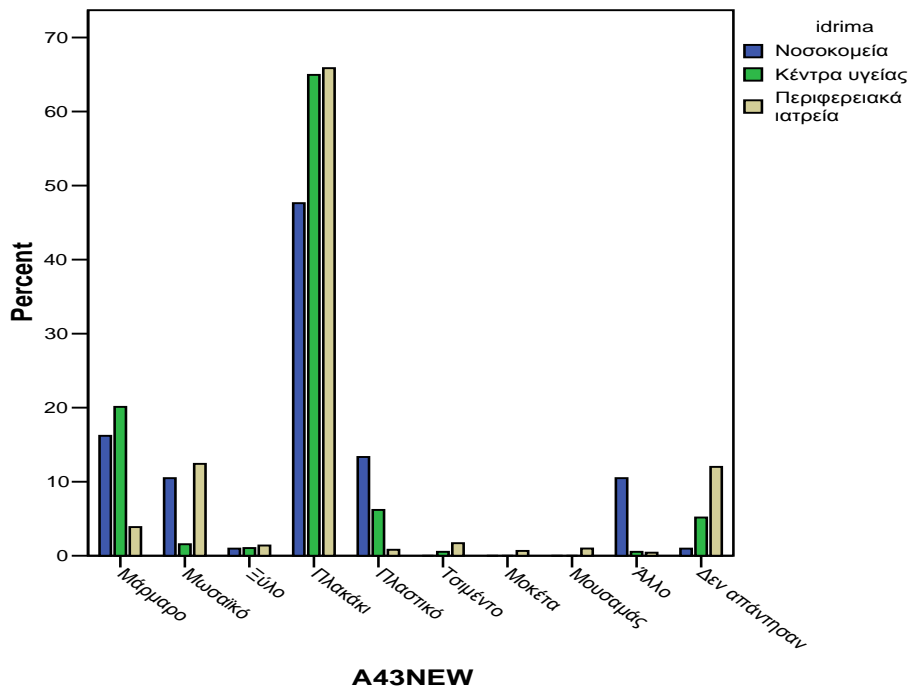
Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του είδους του δαπέδου [$\chi^2(16)=303,84$ και $p<0,001$]. Το συχνότερο είδος δαπέδου για όλες τις μονάδες ήταν το πλακάκι και ακολουθούσαν το μωσαϊκό και το μάρμαρο.

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι το μάρμαρο και το πλαστικό ήταν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας, ενώ το μωσαϊκό και το πλακάκι ήταν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα στα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 64. Κατανομή υλικού επίστρωσης εσωτερικών διαδρόμων ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		A4.3										
Μονάδα		Μάρμαρο	Μωσαϊκό	Ξύλο	Πλακάκι	Πλαστικό	Τσιμέντο	Μοκέτα	Μουσαμάς	Άλλο	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	17	11	1	50	14	0	0	0	11	1	105
	%	16,2%	10,5%	1,0%	47,6%	13,3%	,0%	,0%	,0%	10,5%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	3,5	-0,5	-0,4	-5,8	9,0	-1,4	-0,8	-1,0	9,0		
Κέντρο υγείας	N	39	3	2	126	12	1	0	0	1	10	194
	%	20,1%	1,5%	1,0%	64,9%	6,2%	,5%	,0%	,0%	,5%	5,2%	100,0%
	ΠΤΥ	7,5	-4,7	-0,5	-1,3	4,9	-1,2	-1,1	-1,4	-0,9		
Περιφερειακό ιατρείο	N	48	154	17	818	10	21	8	12	5	149	1242
	%	3,9%	12,4%	1,4%	65,9%	,8%	1,7%	,6%	1,0%	,4%	12%	100,0%
	ΠΤΥ	-8,6	4,3	0,7	4,9	-10,0	1,9	1,5	1,8	-5,0		
Σύνολο		104	168	20	994	36	22	8	12	17	160	1541
		6,7%	10,9%	1,3%	64,5%	2,3%	1,4%	,5%	,8%	1,1%	10,4%	100,0%
$\chi^2(16)=303,84$ και $p\text{-value}<0,001$												

Σχήμα 64. Ραβδόγραμμα υλικού επίστρωσης εσωτερικών διαδρόμων ανά τύπο Μονάδος.



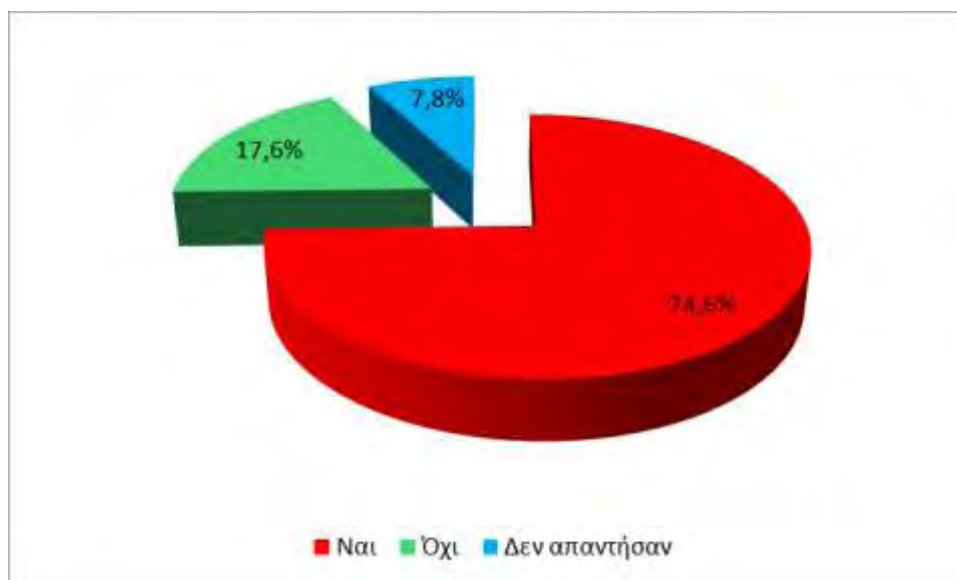
Ως προς το πλάτος που έχουν οι πόρτες εισόδου στους χώρους εργασίας/εξυπηρέτησης κοινού, γραφείων κλπ, η πλειοψηφία των Μονάδων το 74,6%

(1150 Μονάδες) δήλωσε ότι είναι όλες καθαρού πλάτους τουλάχιστον 90 εκατοστών, αλλά το 17,6% (271 Μονάδες) απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 65. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) καθαρού πλάτους στις πόρτες εισόδου χώρων εργασίας/εξυπηρέτησης κοινού των Μονάδων για το συνολικό δείγμα.

Καθαρό πλάτος πόρτας εισόδου χώρων εργασίας/εξυπηρέτησης κοινού τουλάχιστον 90 εκ.	f	%
Ναι	1150	74,6
Όχι	271	17,6
Δεν απάντησαν	120	7,8
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 65. Γράφημα πίτας για το καθαρό πλάτος στις πόρτες εισόδου εργασίας/εξυπηρέτησης κοινού των Μονάδων για το συνολικό δείγμα.

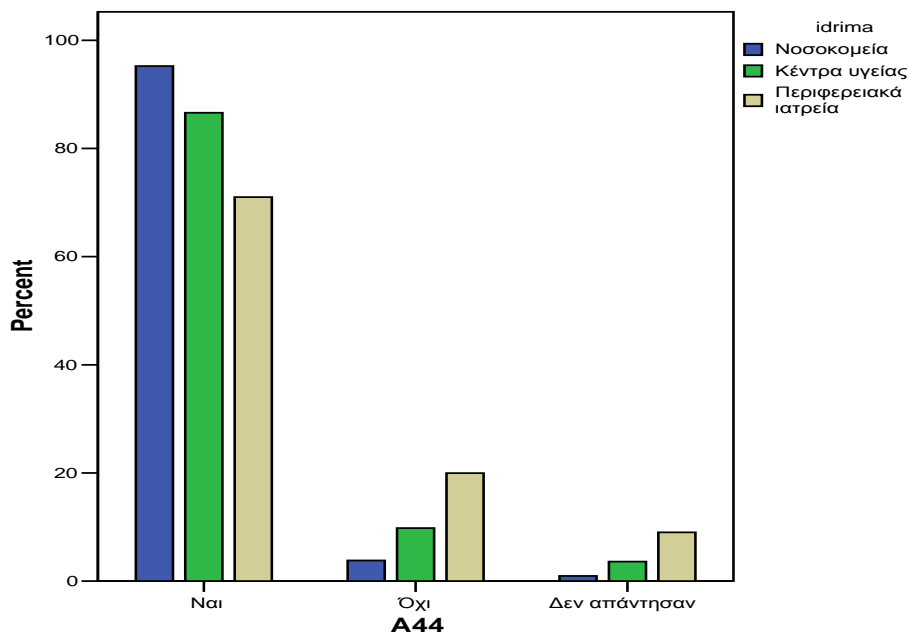


Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν το καθαρό πλάτος στις πόρτες των χώρων εργασίας/εξυπηρέτησης κοινού κλπ είναι τουλάχιστον 90cm [$\chi^2(2)=31,295$ και $p<0,001$]. Παρότι η πλειοψηφία των μονάδων δήλωσε ότι όλες οι πόρτες έχουν επαρκές πλάτος, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι οι πόρτες έχουν πλάτος τουλάχιστον 90cm συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 66. Κατανομή καθαρού πλάτους στις πόρτες εισόδου χώρων εργασίας/εξυπηρέτησης κοινού τουλάχιστον 90 εκ. ανά τύπο Μονάδας και εφαρμογής του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.4.4			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	100	4	1	105
	%	95,2%	3,8%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	4,1	-4,1		
Κέντρο υγείας	N	168	19	7	194
	%	86,6%	9,8%	3,6%	100,0%
	ΠΤΥ	3,3	-3,3		
Περιφερειακό ιατρείο	N	882	248	112	1242
	%	71,0%	20,0%	9%	100,0%
	ΠΤΥ	-5,4	5,4		
Σύνολο		1150	271	120	1541
		74,6%	17,6%	7,8%	100,0%
$\chi^2(2)=31,295$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 66. Ραβδόγραμμα καθαρού πλάτους στις πόρτες εισόδου χώρων εργασίας/εξυπηρέτησης κοινού των Μονάδων τουλάχιστον 90 εκ. ανά τύπο Μονάδος.

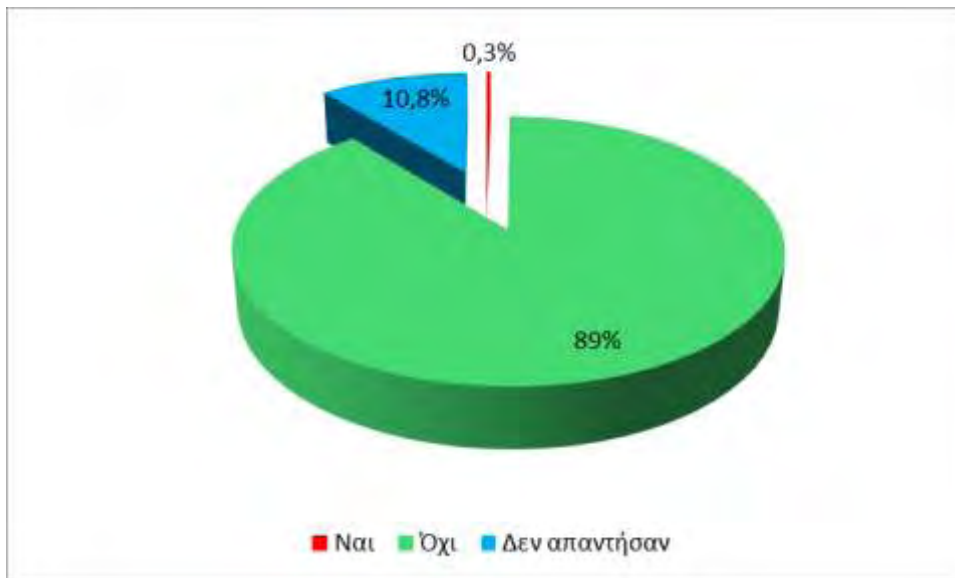


Ως προς την ύπαρξη «οδηγού όδευσης τυφλών» στους εσωτερικούς διαδρόμους των κτηρίων προς διευκόλυνση των τυφλών και των εχόντων αναπηρία όρασης, μόνο το 0,3% όλων των Μονάδων δηλ. 4 Μονάδες απάντησε θετικά ενώ το 89% (1371 Μονάδες) απάντησε ότι δεν διαθέτει την συγκεκριμένη διευκόλυνση.

Πίνακας 67. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) «οδηγού όδευσης τυφλών» στους εσωτερικούς διαδρόμους των κτηρίων για το συνολικό δείγμα.

Οδηγός όδευσης τυφλών	f	%
Ναι	4	0,3
Όχι	1371	89
Δεν απάντησαν	166	10,8
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 67. Γράφημα πίτας ύπαρξη «οδηγού όδευσης τυφλών» τυφλών στους εσωτερικούς διαδρόμους των κτηρίων για το συνολικό δείγμα.

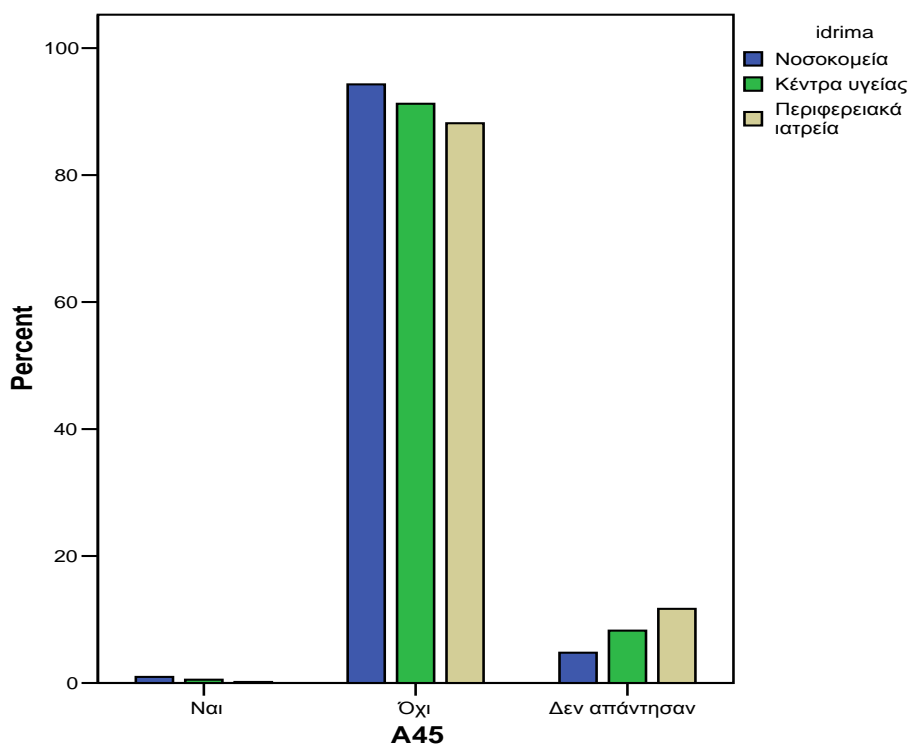


Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης «οδηγού όδευσης τυφλών» στους εσωτερικούς διαδρόμους [$\chi^2(2)=2,630$ και $p=0,269$]. Η πλειοψηφία των Μονάδων δήλωσε ότι δεν υπάρχει «οδηγού όδευσης τυφλών», ανεξαρτήτως του τύπου Μονάδας.

Πίνακας 68. Κατανομή οδηγών «οδηγού όδευσης τυφλών» στους εσωτερικούς διαδρόμους του κτηρίου της Μονάδος ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.4.5			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	1	99	5	105
	%	1,0%	94,3%	4,8%	100,0%
	ΠΤΥ	1,4	-1,4		
Κέντρο υγείας	N	1	177	16	194
	%	,5%	91,2%	8,2%	100,0%
	ΠΤΥ	0,7	-0,7		
Περιφερειακό ιατρείο	N	2	1095	145	1242
	%	,2%	88,2%	11,7%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,5	1,5		
Σύνολο		4	1371	166	1541
		,3%	89,0%	10,8%	100,0%
$\chi^2(2)=2,630$ και p-value=0,269					

Σχήμα 68. Ραβδόγραμμα «οδηγού όδευσης τυφλών» στους εσωτερικούς διαδρόμους του κτηρίου ανά τύπο Μονάδας.



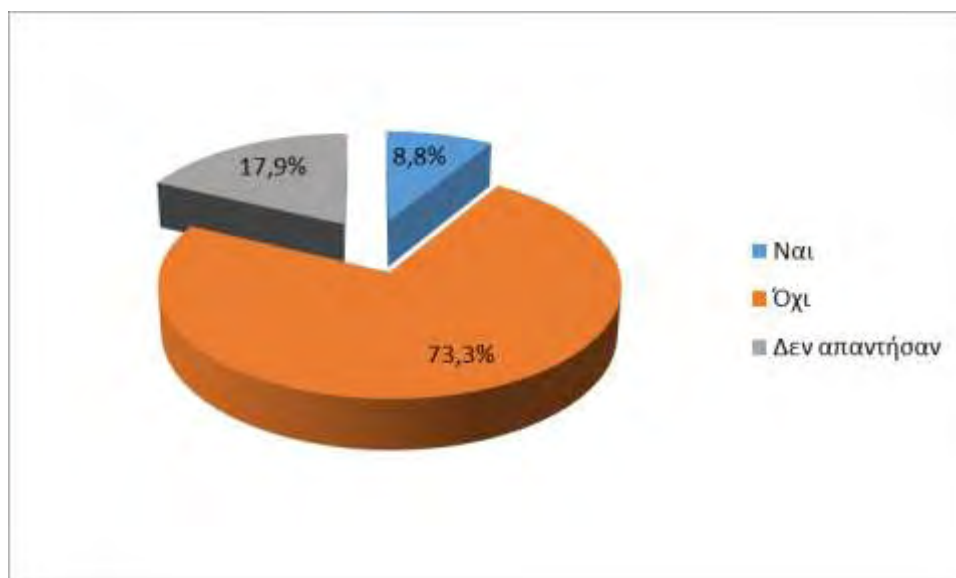
9.5. Κατακόρυφη Κυκλοφορία

Ως προς την εξυπηρέτηση των Μονάδων από ανελκυστήρα, το 8,8%, (136 Μονάδες) δήλωσαν ότι διαθέτουν ανελκυστήρα ενώ το 73,3% (1129 Μονάδες) απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 69. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) εξυπηρέτησης της Μονάδων από ανελκυστήρα για το συνολικό δείγμα.

Εξυπηρέτηση από ανελκυστήρα	f	%
Ναι	136	8,8
Όχι	1129	73,3
Δεν απάντησαν	276	17,9
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 69. Γράφημα πίτας για την εξυπηρέτηση των Μονάδων από ανελκυστήρα για το συνολικό δείγμα.



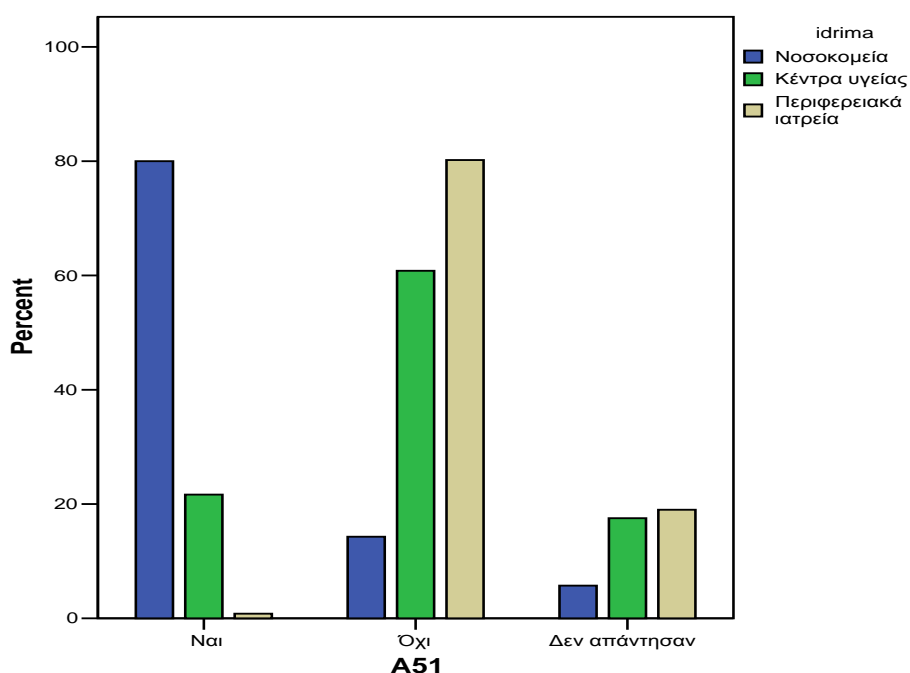
Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της εξυπηρέτησής τους από ανελκυστήρα [$\chi^2(2)=706,355$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 70. Κατανομή εξυπηρέτησης των Μονάδων από ανελκυστήρα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.5.1		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	84	15	6	105
	%	80,0%	14,3%	5,7%	100,0%
	ΠΤΥ	24,8	-24,8		
Κέντρο υγείας	N	42	118	34	194
	%	21,6%	60,8%	17,5%	100,0%
	ΠΤΥ	6,8	-6,8		
Περιφερειακό ιατρείο	N	10	996	236	1242
	%	,8%	80,2%	19%	100,0%
	ΠΤΥ	-22,1	22,1		
Σύνολο		136	1129	276	1541
		8,8%	73,3%	17,9%	100,0%
$\chi^2(2)=706,355$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 70. Ραβδόγραμμα εξυπηρέτησης των Μονάδων από ανελκυστήρα ανά τύπο Μονάδος



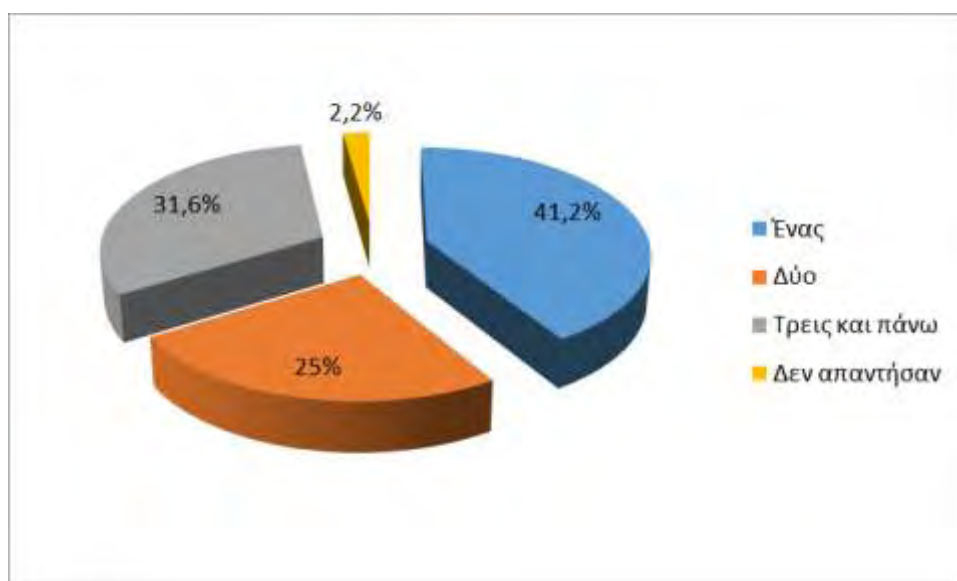
Ως προς τον αριθμό των ανελκυστήρων που εξυπηρετούν τις Μονάδες το 41,2% (56 Μονάδες) δήλωσαν ότι διαθέτουν έναν ανελκυστήρα, το 25% (34 Μονάδες) 2 ανελκυστήρες, ενώ το 31,6% (43 Μονάδες) δήλωσαν ότι διαθέτουν από τρεις ανελκυστήρες και πάνω.

Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα.

Πίνακας 71. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του αριθμού των ανελκυστήρων στις Μονάδες Υγείας που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα

Αριθμός ανελκυστήρων	f	%
Ένας	56	41,2
Δύο	34	25
Τρεις και πάνω	43	31,6
Δεν απάντησαν	3	2,2
Σύνολο	136	100

Σχήμα 71. Γράφημα πίτας του αριθμού των ανελκυστήρων στις Μονάδες Υγείας που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα.

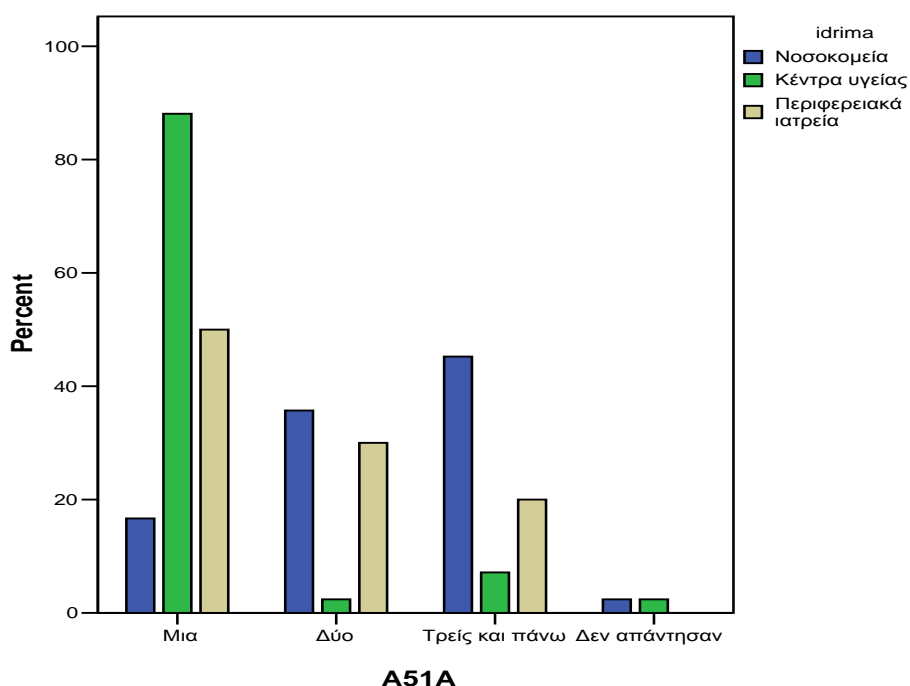


Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των ιδρυμάτων και του αριθμού των ανελκυστήρων [$\chi^2(4)=61,081$ και $p<0,001$]. Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι εξυπηρετούνται από δύο, τρεις ή περισσότερους ανελκυστήρες συγκριτικά με τα Κέντρα Υγείας που δήλωσαν συχνότερα ότι εξυπηρετούνται από έναν ανελκυστήρα.

Πίνακας 72. Κατανομή αριθμού των ανελκυστήρων στις Μονάδες Υγείας που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.5.1α				Σύνολο
		Ένας	Δύο	Τρεις και πάνω	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	14	30	38	2	84
	%	16,7%	35,7%	45,2%	2,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-7,5	3,7	4,4		
Κέντρο υγείας	N	37	1	3	1	42
	%	88,1%	2,4%	7,1%	2,4%	100,0%
	ΠΤΥ	7,4	-4,1	-4,1		
Περιφερειακό ιατρείο	N	5	3	2	0	10
	%	50,0%	30,0%	20,0%	0%	100,0%
	ΠΤΥ	0,8	0,2	-1,0		
Σύνολο		56	34	43	3	136
		41,2%	25,0%	31,6%	2,2%	100,0%
$\chi^2(4)=61,081$ και $p\text{-value}<0,001$						

Σχήμα 72. Ραβδόγραμμα αριθμού των ανελκυστήρων στις Μονάδες Υγείας που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα ανά τύπο Μονάδος.



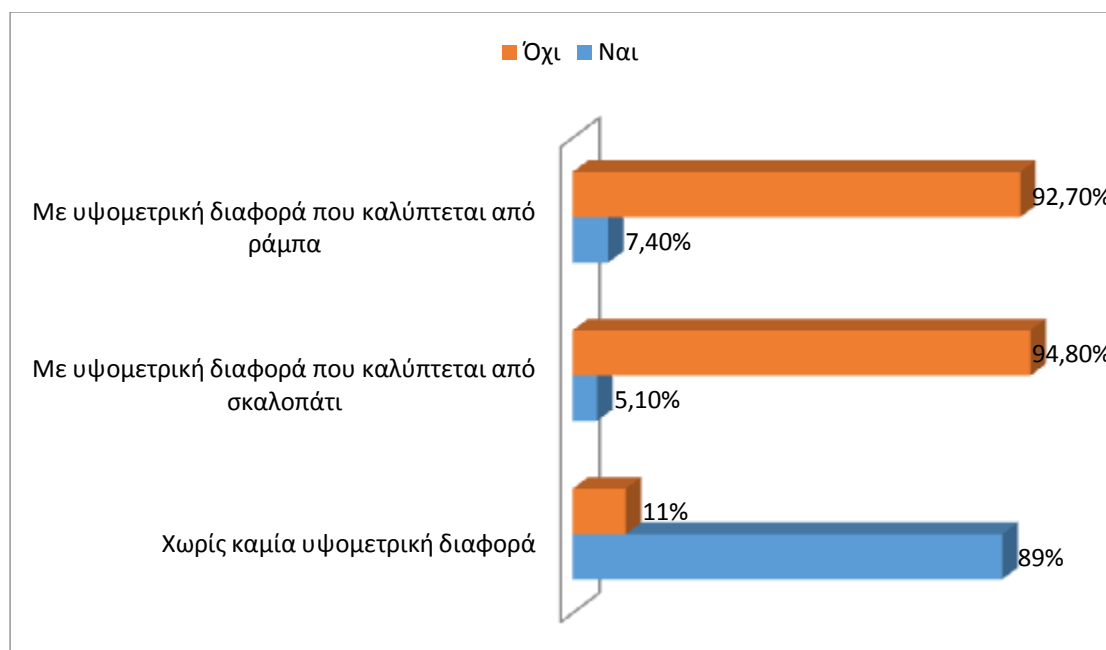
Για την ερώτηση αυτή στις απαντήσεις «Όχι» προσμετρήθηκε και η απουσία απάντησης. Από τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν ανελκυστήρα το 89% (121 Μονάδες) δήλωσαν ότι δεν υπάρχει καμία υψομετρική διαφορά μεταξύ της προσβάσιμης εισόδου του κτηρίου και του ανελκυστήρα, το 5,1% (7 Μονάδες) δήλωσαν ότι υπάρχει

υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από σκαλοπάτι, ενώ 7,4% (10 Μονάδες) δήλωσαν ότι υπάρχει υψομετρική διαφορά αλλά αυτή καλύπτεται από ράμπα.

Πίνακας 73. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του τρόπου που η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στον ανελκυστήρα, για τις Μονάδες Υγείας που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα

Τρόπος πρόσβασης μεταξύ εισόδου της Μονάδος και του ανελκυστήρα	Ναι f (%)	Όχι f (%)
Χωρίς καμία υψομετρική διαφορά	121 (89%)	15 (11%)
Με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από σκαλοπάτι	7 (5,1%)	129 (94,8%)
Με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από ράμπα	10 (7,4%)	126 (92,7%)

Σχήμα 73. Σύνθετο ακιδωτό γράφημα για τον τρόπο που η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στον ανελκυστήρα, για τις Μονάδες Υγείας που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα



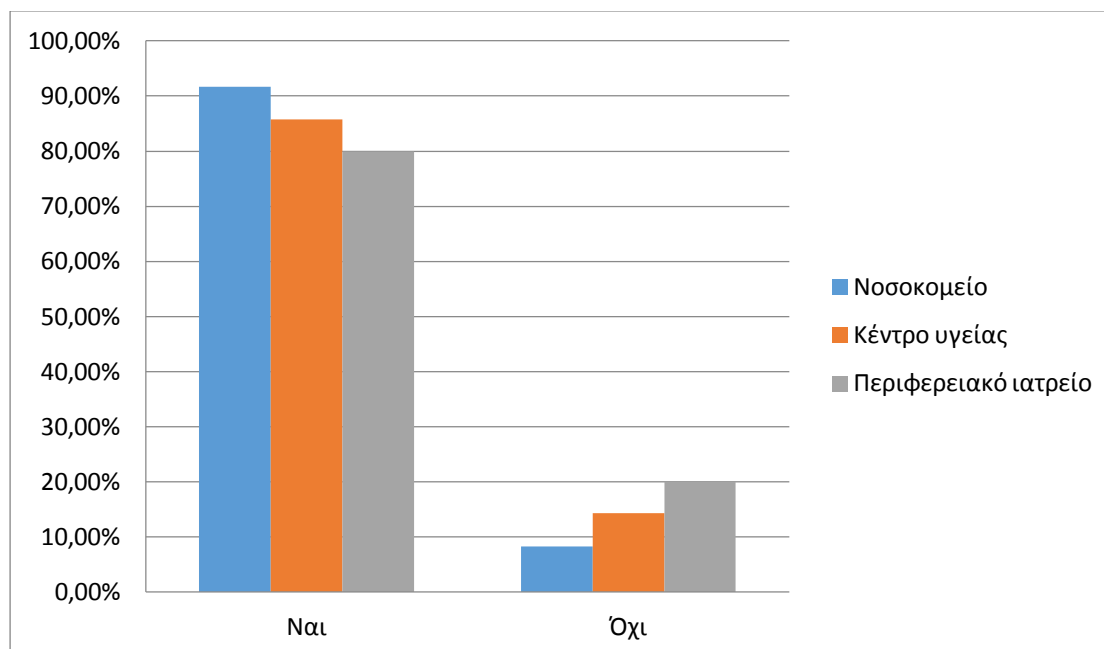
Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα. Για την ερώτηση αυτή στις απαντήσεις «Όχι» προσμετρήθηκε και η απουσία απάντησης. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης

υπομετρικής διαφοράς μεταξύ προσβάσιμης εισόδου και ανεγκυστήρα [$\chi^2(2)=1,896$ και $p=0,387$]. Η πλειοψηφία όλων των μονάδων ανεξαρτήτως τύπου δήλωσαν ότι η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στον ανεγκυστήρα χωρίς καμία υπομετρική διαφορά.

Πίνακας 74. Κατανομή υπομετρικής διαφοράς μεταξύ της προσβάσιμης εισόδου και του ανεγκυστήρα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A5.1_βι		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσοκομείο	N	77	7	84
	%	91,7%	8,3%	100,0%
	ΠΤΥ	1,3	-1,3	
Κέντρο υγείας	N	36	6	42
	%	85,7%	14,3%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,8	0,8	
Περιφερειακό ιατρείο	N	8	2	10
	%	80,0%	20,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,9	0,9	
Σύνολο		121	15	136
		89,0%	11,0%	100,0%
$\chi^2(2)=1,896$ και $p\text{-value}=0,387$				

Σχήμα 74. Ραβδόγραμμα υπομετρικής διαφοράς μεταξύ της προσβάσιμης εισόδου και του ανεγκυστήρα ανά τύπο Μονάδος.



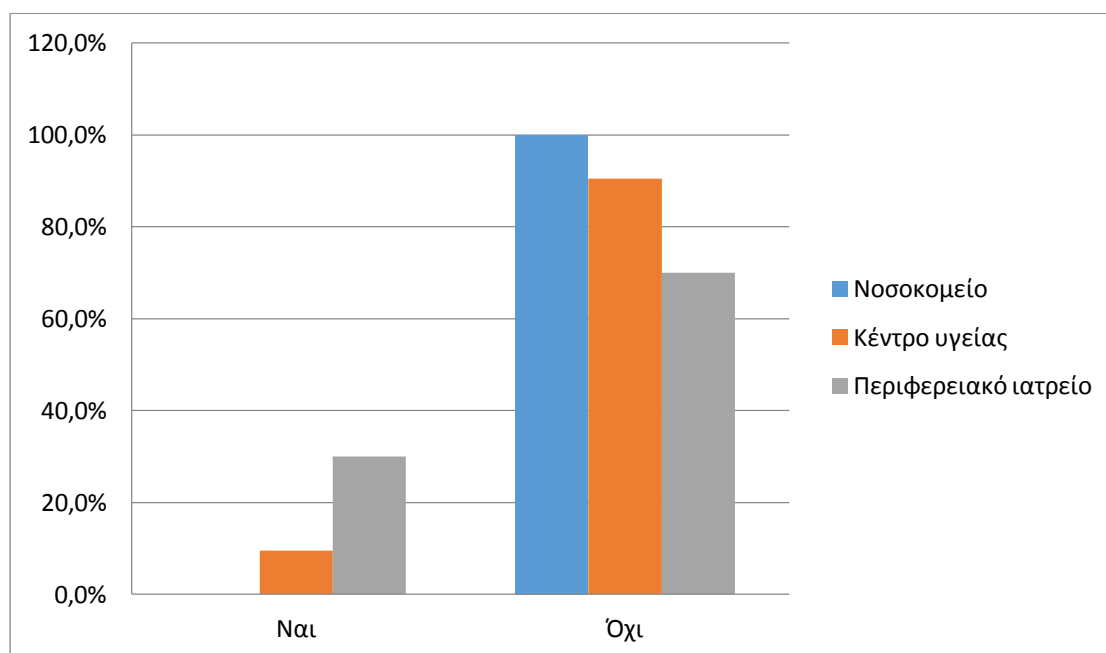
Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανεγκυστήρα. Για την ερώτηση αυτή στις απαντήσεις «Όχι» προσμετρήθηκε και η απουσία απάντησης.

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Περιφερειακά Ιατρεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι η υψομετρική διαφορά μεταξύ προσβάσιμης εισόδου και ανελκυστήρα εξυπηρετείται με σκαλοπάτια συγκριτικά με τα Νοσοκομεία.

Πίνακας 75. Κατανομή υψομετρικής διαφοράς που καλύπτεται από σκαλοπάτι μεταξύ της προσβάσιμης εισόδου και του ανελκυστήρα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α5.1_βιι		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσοκομείο	N	0	84	84
	%	,0%	100,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,5	3,5	
Κέντρο υγείας	N	4	38	42
	%	9,5%	90,5%	100,0%
	ΠΤΥ	1,5	-1,5	
Περιφερειακό ιατρείο	N	3	7	10
	%	30,0%	70,0%	100,0%
	ΠΤΥ	3,7	-3,7	
Σύνολο		7	129	136
		5,1%	94,9%	100,0%
$\chi^2(2)=18,858$ και p-value< 0,001				

Σχήμα 75. Ραβδόγραμμα υψομετρικής διαφοράς που καλύπτεται από σκαλοπάτι μεταξύ της προσβάσιμης εισόδου και του ανελκυστήρα ανά τύπο Μονάδας.

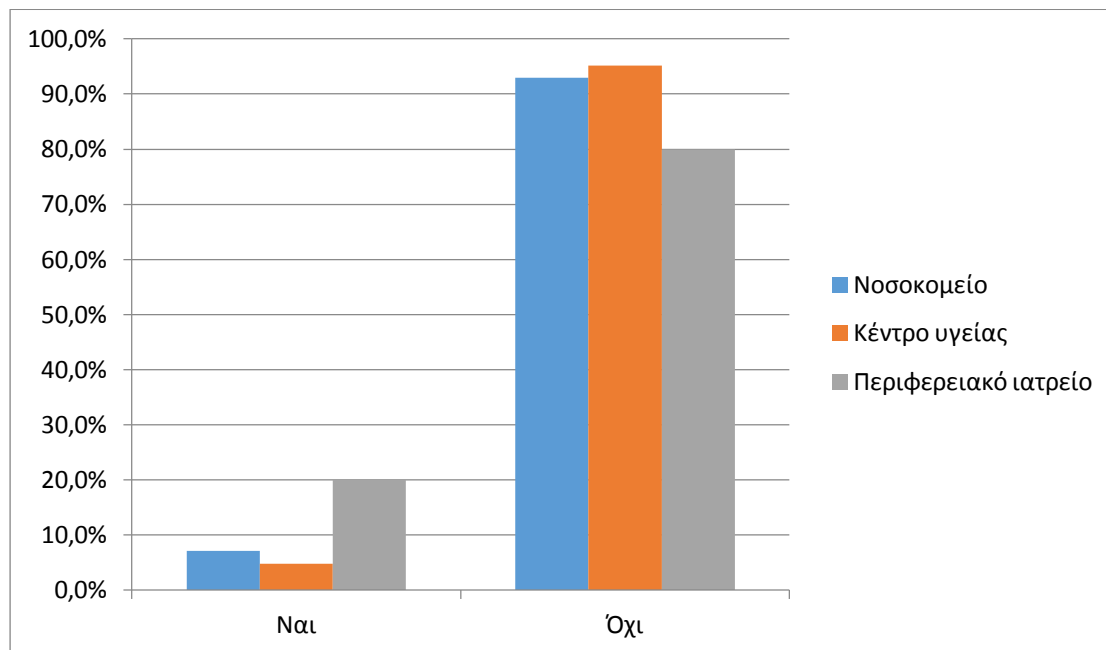


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα. Για την ερώτηση αυτή στις απαντήσεις «Όχι» προσμετρήθηκε και η απουσία απάντησης. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης υψομετρικής διαφοράς μεταξύ προσβάσιμης εισόδου και ανελκυστήρα που εξυπηρετείται από ράμπα [$\chi^2(2)=2,767$ και $p=0,251$]. Ένα μικρό ποσοστό των μονάδων ανεξαρτήτως τύπου δήλωσαν ότι η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στον ανελκυστήρα με τη μεσολάβηση ράμπας.

Πίνακας 76. Κατανομή υψομετρικής διαφοράς που καλύπτεται από ράμπα μεταξύ προσβάσιμης εισόδου και του ανελκυστήρα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A5.1_βιι		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσοκομείο	N	6	78	84
	%	7,1%	92,9%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,1	0,1	
Κέντρο υγείας	N	2	40	42
	%	4,8%	95,2%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,8	0,8	
Περιφερειακό ιατρείο	N	2	8	10
	%	20,0%	80,0%	100,0%
	ΠΤΥ	1,6	-1,6	
Σύνολο		10	126	136
		7,4%	92,6%	100,0%
$\chi^2(2)=2,767$ και p-value=0,251				

Σχήμα 76. Ραβδόγραμμα υψομετρικής διαφοράς που καλύπτεται από ράμπα μεταξύ προσβάσιμης εισόδου και του ανελκυστήρα ανά τύπο Μονάδος

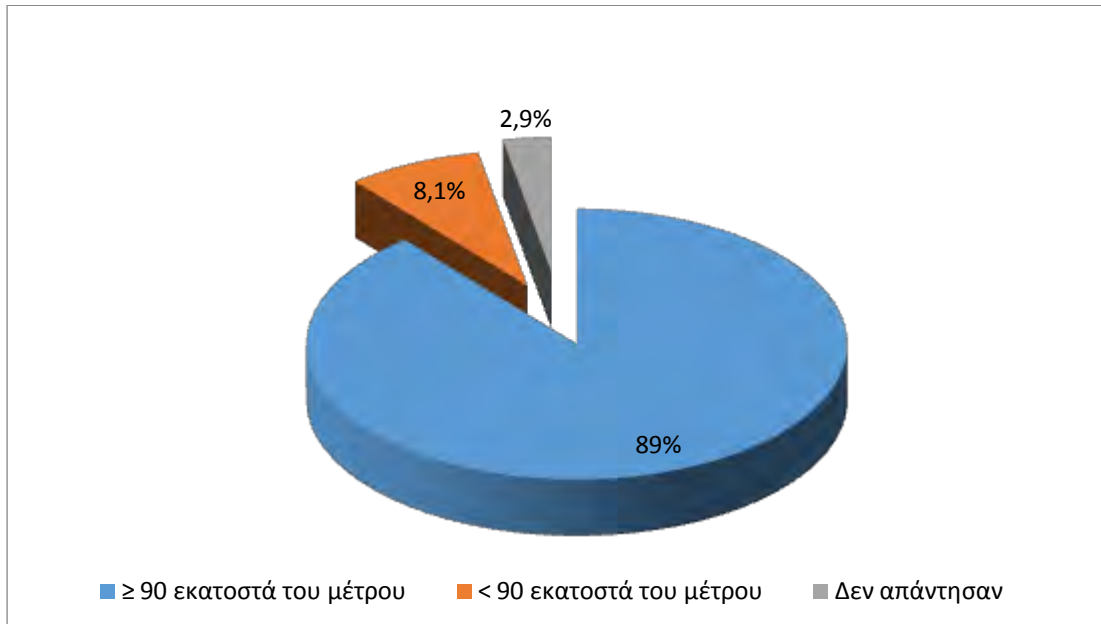


Όσον αφορά το καθαρό πλάτος της πόρτας του ανελκυστήρα, το 89% (121 Μονάδες) δήλωσαν ότι είναι μεγαλύτερο ή ίσο από 90 εκατοστά του μέτρου, ενώ αντίθετα το 8,1% (11 Μονάδες) δήλωσαν ότι είναι μικρότερο.

Πίνακας 77. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του πλάτους της πόρτας του ανελκυστήρα, στις Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα

Πλάτος πόρτας ανελκυστήρα	f	%
≥ 90 εκατοστά του μέτρου	121	89
< 90 εκατοστά του μέτρου	11	8,1
Δεν απάντησαν	4	2,9
Σύνολο	136	100

Σχήμα 77. Γράφημα πίτας για το πλάτος της πόρτας του ανελκυστήρα, στις μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα

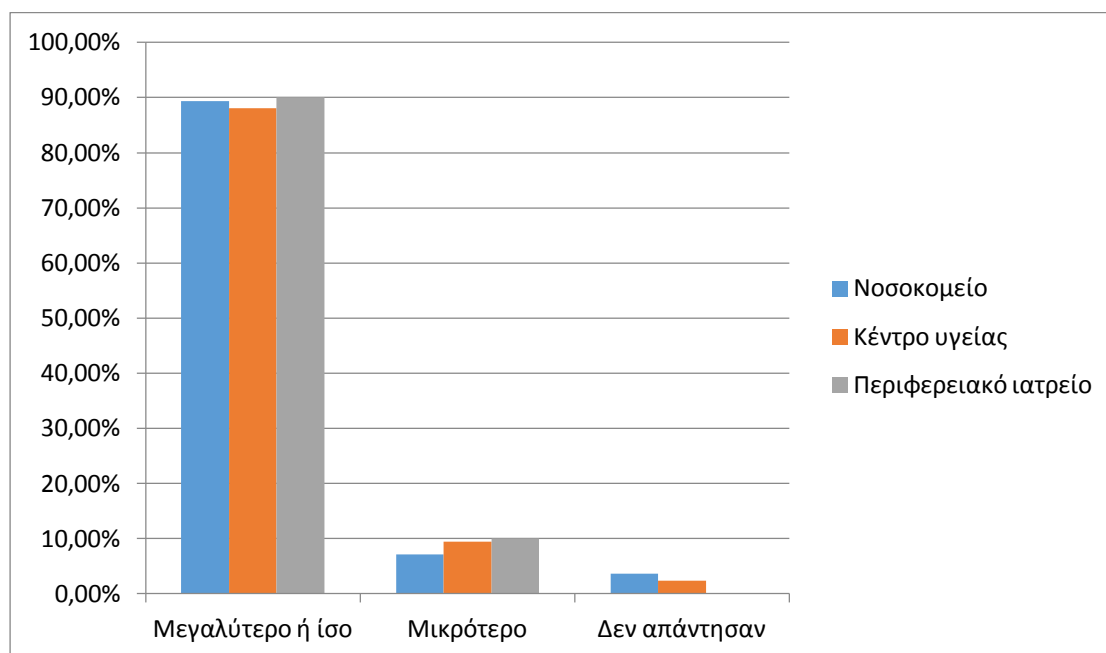


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του επαρκούς καθαρού πλάτους της πόρτας του ανελκυστήρα [$\chi^2(2)=0,236$ και $p=0,889$]. Η πλειοψηφία όλων των Μονάδων ανεξαρτήτως τύπου δήλωσαν ότι το καθαρό πλάτος της πόρτας του ανελκυστήρα (πλάτος με την πόρτα ανοιχτή) είναι μεγαλύτερο ή ίσο με 90 εκατοστά του μέτρου.

Πίνακας 78. Κατανομή πλάτους πόρτας ανελκυστήρα - μεγαλύτερο ή ίσο με 90 εκ. ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A5.1_γ		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Μεγαλύτερο ή ίσο	Μικρότερο		
Νοσοκομείο	N	75	6	3	84
	%	89,3%	7,1%	3,6%	100,0%
	ΠΤΥ	0,5	-0,5		
Κέντρο υγείας	N	37	4	1	42
	%	88,1%	9,5%	2,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,4	0,4		
Περιφερειακό ιατρείο	N	9	1	0	10
	%	90,0%	10,0%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,2	0,2		
Σύνολο		121	11	4	136
		89,0%	8,1%	2,95	100,0%
$\chi^2(2)=0,236$ και p-value=0,889					

Σχήμα 78. Ραβδόγραμμα πλάτους πόρτας ανελκυστήρα - μεγαλύτερο ή ίσο με 90 εκ. ανά τύπο Μονάδας.

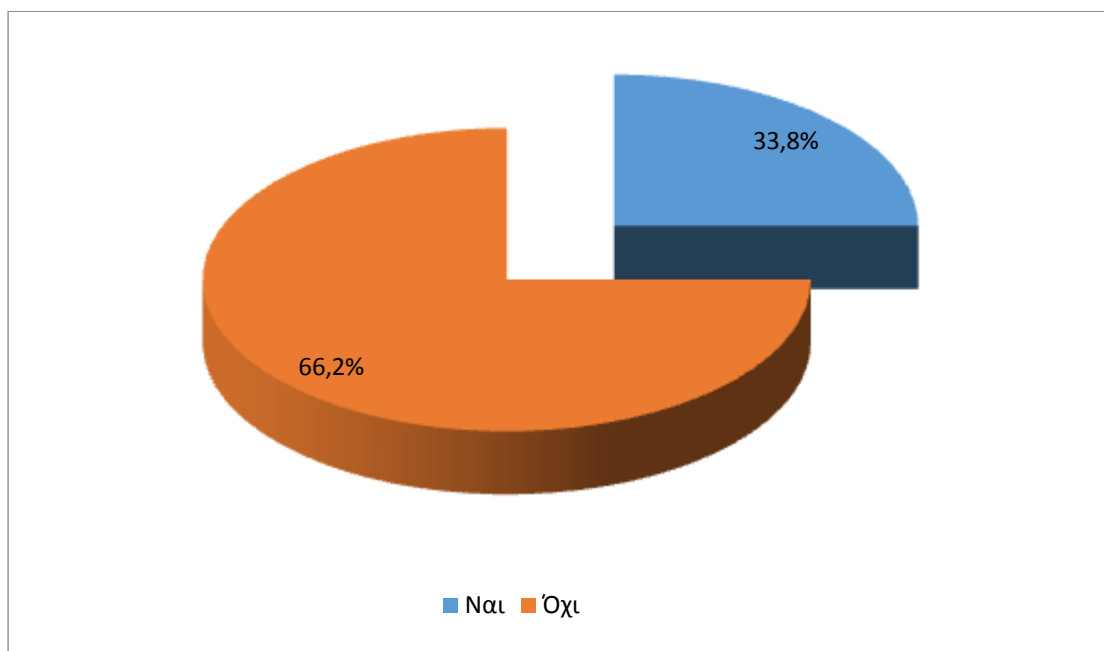


Από τις Μονάδες που εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα μόνο το 25% (34 Μονάδες) δήλωσαν ότι τα κουμπιά των ανελκυστήρων τους διαθέτουν σήμανση σε γραφή Braille, ενώ το 47,1% (64 Μονάδες) απάντησαν αρνητικά. Για την ερώτηση αυτή στις απαντήσεις «Όχι» προσμετρήθηκε και η απουσία απάντησης.

Πίνακας 79. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) σήμανσης σε γραφή Braille στα κουμπιά των ανελκυστήρων στις Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα

Σήμανση Braille στα κουμπιά των ανελκυστήρων	f	%
Ναι	46	33,8
Όχι	90	66,2
Σύνολο	136	100

Σχήμα 79. Γράφημα πίτας για την σήμανση σε γραφή Braille στα κουμπιά των ανελκυστήρων στις Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα.

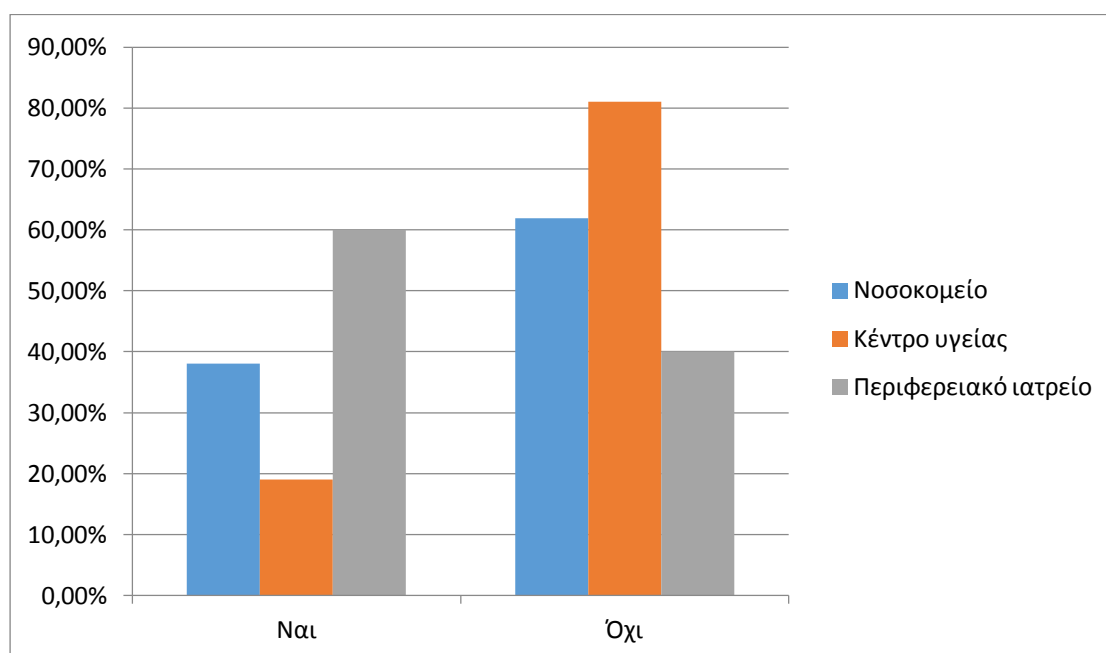


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα. Για την ερώτηση αυτή στις απαντήσεις «Όχι» προσμετρήθηκε και η απουσία απάντησης. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της σήμανσης σε γραφή Braille στα κουμπιά του ανελκυστήρα [$\chi^2(2)=7,843$ και $p=0,020$]. Παρότι η πλειοψηφία των μονάδων δήλωσαν ότι τα κουμπιά δεν έχουν σήμανση σε γραφή Braille, από την μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι σήμανση υπάρχει συχνότερα στα Νοσοκομεία και στα Περιφερειακά Ιατρεία συγκριτικά με τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 80. Κατανομή σήμανσης σε γραφή Braille στα κουμπιά των ανελκυστήρων ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A5.1_δ		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσοκομείο	N	32	52	84
	%	38,1%	61,9%	100,0%
	ΠΤΥ	1,3	-1,3	
Κέντρο υγείας	N	8	34	42
	%	19,0%	81,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,4	2,4	
Περιφερειακό ιατρείο	N	6	4	10
	%	60,0%	40,0%	100,0%
	ΠΤΥ	1,8	-1,8	
Σύνολο		46	90	136
		33,8%	66,2%	100,0%
$\chi^2(2)=7,843$ και p-value=0,020				

Σχήμα 80. Ραβδόγραμμα σήμανσης σε γραφή Braille στα κουμπιά των ανελκυστήρων ανά τύπο Μονάδος.

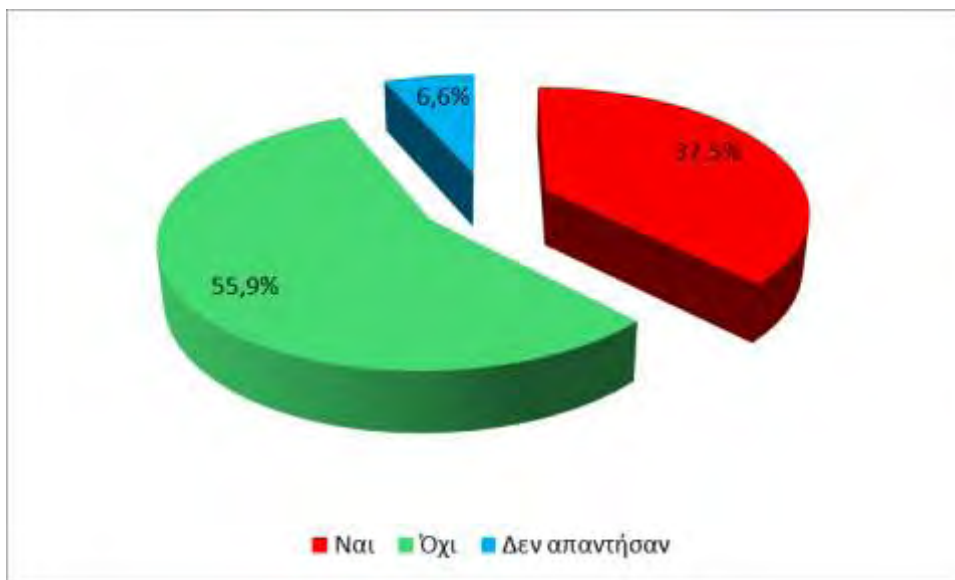


Από τις Μονάδες που απάντησαν ότι διαθέτουν ανελκυστήρα μόνο το 37,5% (51 Μονάδες) απάντησαν ότι διαθέτουν ανελκυστήρα με οπτική και φωνητική αναγγελία ορόφων, ενώ το 55,9% (76 Μονάδες) απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 81. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) οπτικής και φωνητικής αναγγελίας ορόφων στους ανελκυστήρες των Μονάδων που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα

οπτική και φωνητική αναγγελία ορόφων	f	%
Ναι	51	37,5
Όχι	76	55,9
Δεν απάντησαν	9	6,6
Σύνολο	136	100

Σχήμα 81. Γράφημα πίτας για την οπτική και φωνητική αναγγελία ορόφων στους ανελκυστήρες των Μονάδων που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα



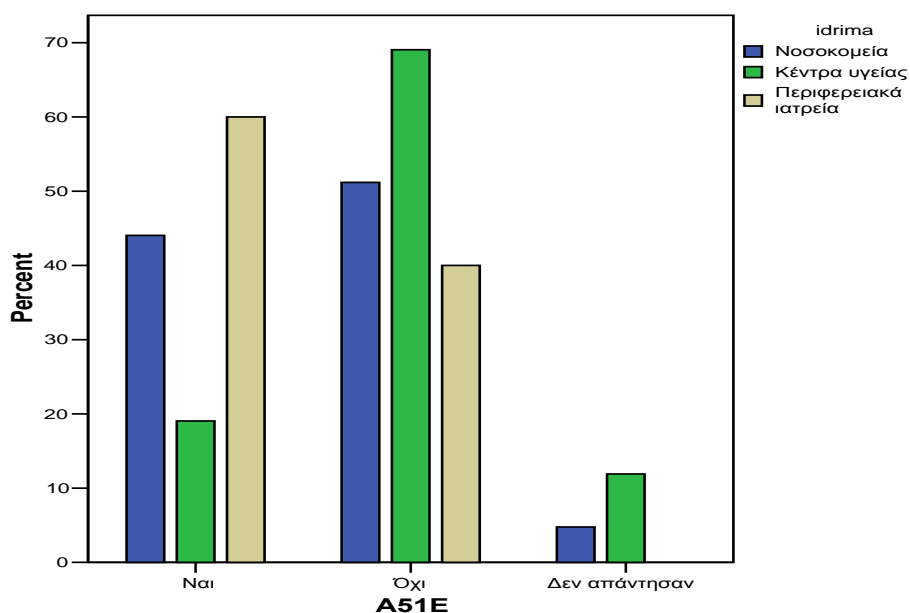
Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της οπτικής και φωνητικής αναγγελίας ορόφων στον ανελκυστήρα [$\chi^2(2)=8,164$ και $p=0,017$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι δεν υπάρχει οπτική και φωνητική αναγγελία ορόφων στον ανελκυστήρα συγκριτικά με τα άλλα είδη Μονάδων.

Πίνακας 82. Κατανομή οπτικής και φωνητικής αναγγελίας ορόφων στους ανελκυστήρες ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου

Μονάδα		A5.1_ε		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	37	43	4	84
	%	44%	51,2%	4,8%	100,0%
	ΠΤΥ	1,8	-1,8		
Κέντρο υγείας	N	8	29	5	42
	%	19%	69%	11,9%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,7	2,7		
Περιφερειακό ιατρείο	N	6	4	0	10
	%	60,0%	40,0%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	1,3	-1,3		
Σύνολο		51	76	9	136
		37,5%	55,9%	6,6%	100,0%
$\chi^2(2)=8,164$ και $p\text{-value}=0,017$					

Σχήμα 82. Ραβδόγραμμα οπτικής και φωνητικής αναγγελίας ορόφων στους ανελκυστήρες ανά τύπο Μονάδος.

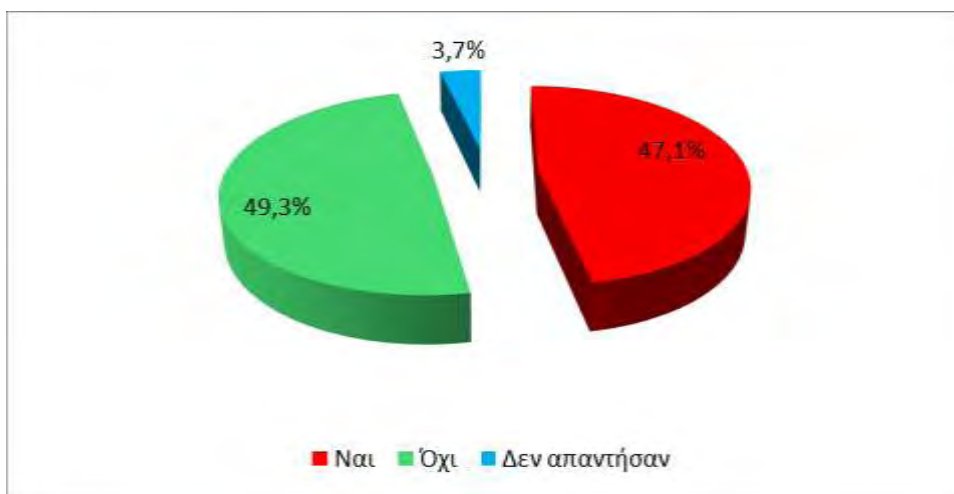


Από τις Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα το 47,1% (64 Μονάδες) δήλωσαν ότι οι ανελκυστήρες διαθέτουν τηλέφωνο ανάγκης, ενώ το 49,3% (67 Μονάδες) απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 83. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) τηλεφώνου ανάγκης στους ανελκυστήρες των Μονάδων που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα.

Τηλέφωνο ανάγκης	f	%
Ναι	64	47,1
Όχι	67	49,3
Δεν απάντησαν	5	3,7
Σύνολο	136	100

Σχήμα 83. Γράφημα πίτας για την ύπαρξη τηλεφώνου ανάγκης στους ανελκυστήρες των Μονάδων που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα.



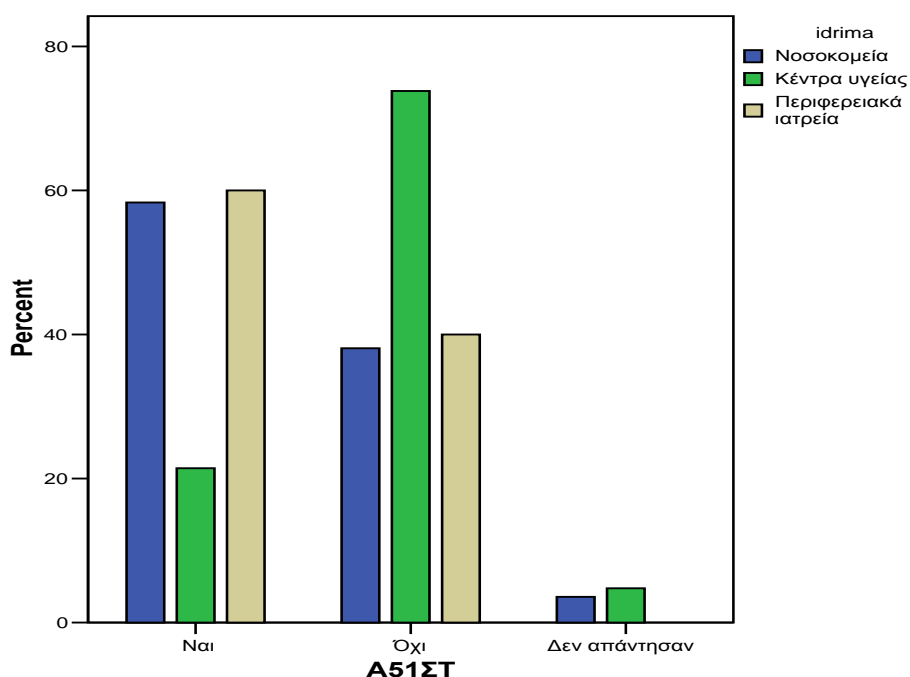
Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης τηλεφώνου ανάγκης στον ανελκυστήρα [$\chi^2(2)=16,008$ και $p<0,001$]. Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι έχουν τηλέφωνο ανάγκης στον ανελκυστήρα συγκριτικά με Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 84. Κατανομή ύπαρξης τηλεφώνου ανάγκης στους ανελκυστήρες ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A5.1_στ		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	49	32	3	84
	%	58,3%	38,1%	3,6%	100,0%
	ΠΤΥ	3,4	-3,4		
Κέντρο υγείας	N	9	31	2	42
	%	21,4%	73,8%	4,8%	100,0%
	ΠΤΥ	-4,0	4,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	6	4	0	10
	%	60,0%	40,0%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	0,7	-0,7		
Σύνολο		64	67	5	136
		47,1%	49,3%	3,7%	100,0%
$\chi^2(2)=16,008$ και p-value< 0,001					

Σχήμα 84. Ραβδόγραμμα ύπαρξης τηλεφώνου ανάγκης στους ανελκυστήρες ανά τύπο Μονάδος

Μονάδος

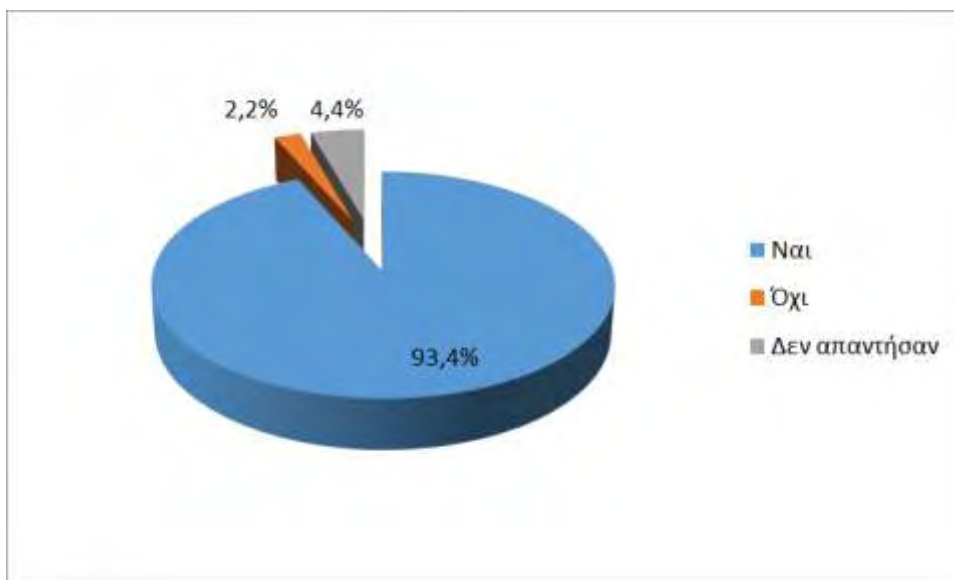


Από τις Μονάδες που εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα το 93,4% (127 Μονάδες) απάντησαν ότι υπάρχει ελεύθερος χώρος διαστάσεων τουλάχιστον 1,50 Χ 1,50 μέτρα μπροστά από τον ανελκυστήρα, και μόνο το 2,2% (3 Μονάδες) απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 85. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ελεύθερου χώρου διαστάσεων τουλάχιστον 1,50 Χ 1,50 μέτρα μπροστά από τον ανελκυστήρα για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα.

Ελεύθερος χώρος διαστάσεων τουλάχιστον 1.50 Χ 1.50 μέτρα μπροστά από τον ανελκυστήρα	f	%
Ναι	127	93,4
Όχι	3	2,2
Δεν απάντησαν	6	4,4
Σύνολο	136	100

Σχήμα 85. Γράφημα πίτας ελεύθερου χώρου διαστάσεων τουλάχιστον 1,50 Χ 1,50 μέτρα μπροστά από τον ανελκυστήρα για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα.

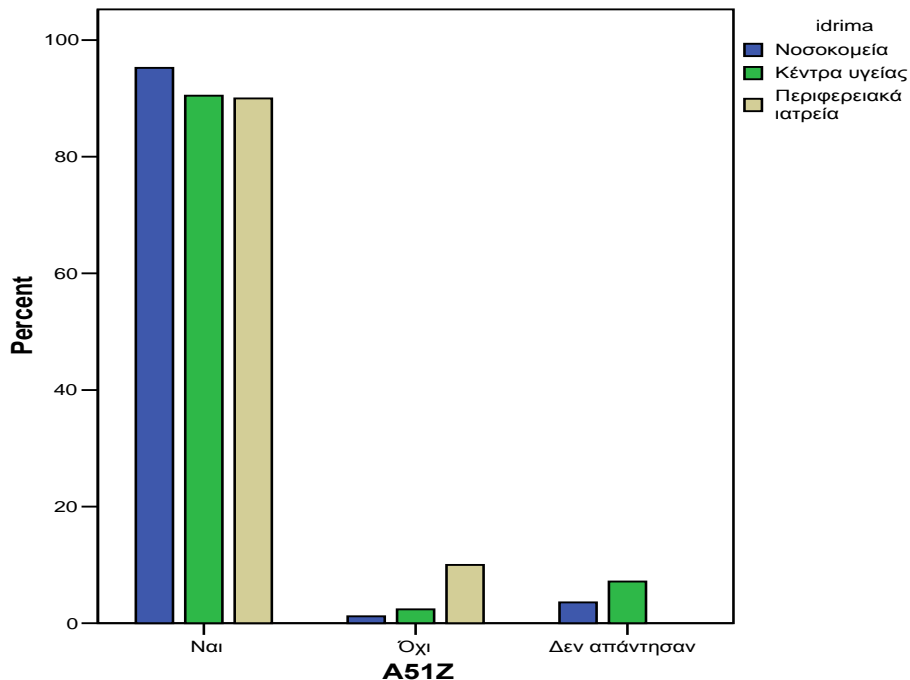


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης ελεύθερου χώρου διαστάσεων τουλάχιστον 1,50Χ1,50μ μπροστά από τους ανελκυστήρες [$\chi^2(2)=3,050$ και $p=0,218$]. Οι περισσότερες μονάδες ανεξαρτήτως τύπου δήλωσαν ότι υπάρχει επαρκής χώρος μπροστά στους ανελκυστήρες.

Πίνακας 86. Κατανομή ελεύθερου χώρου διαστάσεων τουλάχιστον 1,50 X 1,50 μέτρα μπροστά από τον ανελκυστήρα για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A5.1_ζ		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	80	1	3	84
	%	95,2%	1,2%	3,6%	100,0%
	ΠΤΥ	1,0	-1,0		
Κέντρο υγείας	N	38	1	3	42
	%	90,5%	2,4%	7,1%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,1	0,1		
Περιφερειακό ιατρείο	N	9	1	0	10
	%	90,0%	10,0%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,7	1,7		
Σύνολο		127	3	6	136
		93,4%	2,2%	4,4%	100,0%
$\chi^2(2)=3,050$ και $p\text{-value}=0,218$					

Σχήμα 86. Ραβδόγραμμα ελεύθερου χώρου διαστάσεων τουλάχιστον 1,50 X 1,50 μέτρα μπροστά από τον ανελκυστήρα για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα ανά τύπο Μονάδος.

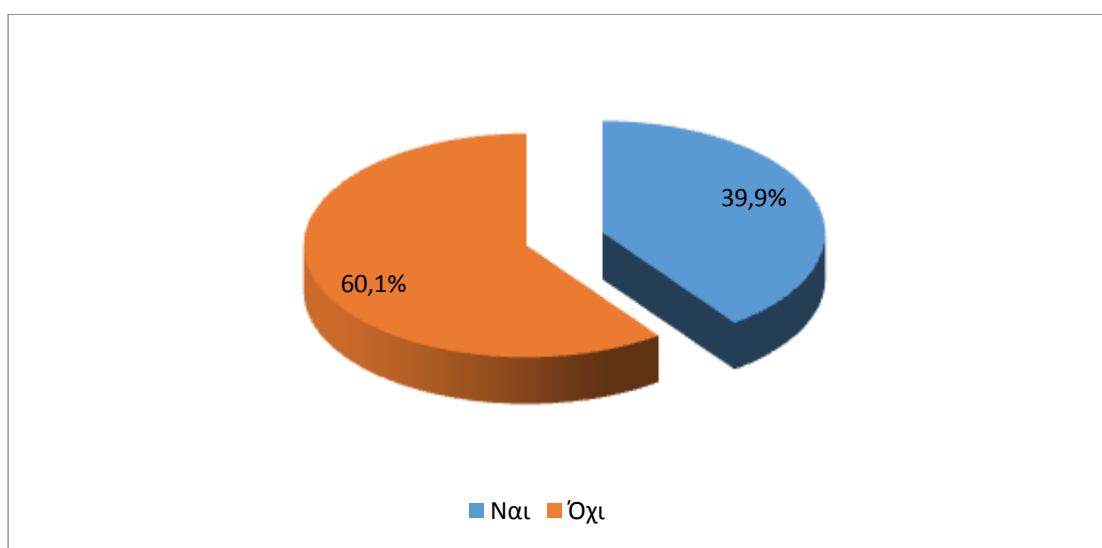


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν στην ερώτηση 1.2 ότι το κτήριο στο οποίο στεγάζονται διαθέτει περισσότερους από έναν ορόφους. Για την ερώτηση αυτή στις απαντήσεις «Όχι» προσμετρήθηκε και η απουσία απάντησης. Το 39,9% (175 Μονάδες) δήλωσαν ότι υπάρχουν σκάλες για την διασύνδεση των ορόφων, ενώ το 60,1% (264 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 87. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) σύνδεσης μεταξύ των ορόφων με σκάλα των Μονάδων που βρίσκονται σε κτήρια με πάνω από ένα όροφο.

Σύνδεση μεταξύ ορόφων με σκάλα	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Σύνολο f (%)
Ύπαρξη σκάλας	175 (39,9%)	264 (60,1%)	439 (100%)

Σχήμα 87. Γράφημα πίτας σύνδεσης μεταξύ των ορόφων με σκάλα των Μονάδων που βρίσκονται σε κτήρια με πάνω από ένα όροφο.



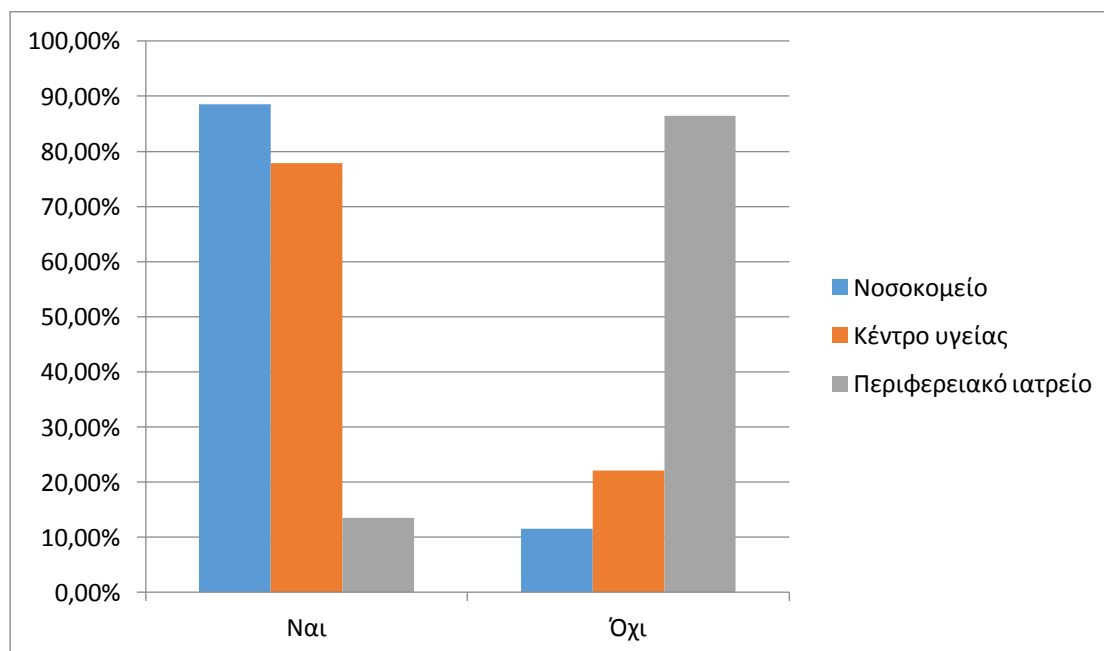
Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν στην ερώτηση 1.2 ότι το κτήριο στο οποίο στεγάζονται διαθέτει περισσότερους από έναν ορόφους. Για την ερώτηση αυτή στις απαντήσεις «Όχι» προσμετρήθηκε και η απουσία απάντησης. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης σύνδεσης μεταξύ των ορόφων με κλιμακοστάσια (σκάλες) [$\chi^2(2)=216,025$ και $p<0,001$]. Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας έχουν

στατιστικά σημαντικά συχνότερα σύνδεση μεταξύ των ορόφων με κλιμακοστάσιο συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 88. Κατανομή ύπαρξης σκάλας ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.5.2		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοσοκομείο	N	85	11	96
	%	88,5%	11,5%	100,0%
	ΠΤΥ	11,0	-11,0	
Κέντρο υγείας	N	53	15	68
	%	77,9%	22,1%	100,0%
	ΠΤΥ	7,0	-7,0	
Περιφερειακό ιατρείο	N	37	238	275
	%	13,5%	86,5%	100,0%
	ΠΤΥ	-14,6	14,6	
Σύνολο		175	264	439
		39,9%	60,1%	100,0%
$\chi^2(2)=216,025$ και $p\text{-value}<0,001$				

Σχήμα 88. Ραβδόγραμμα ύπαρξης σκάλας ανά τύπο Μονάδος.

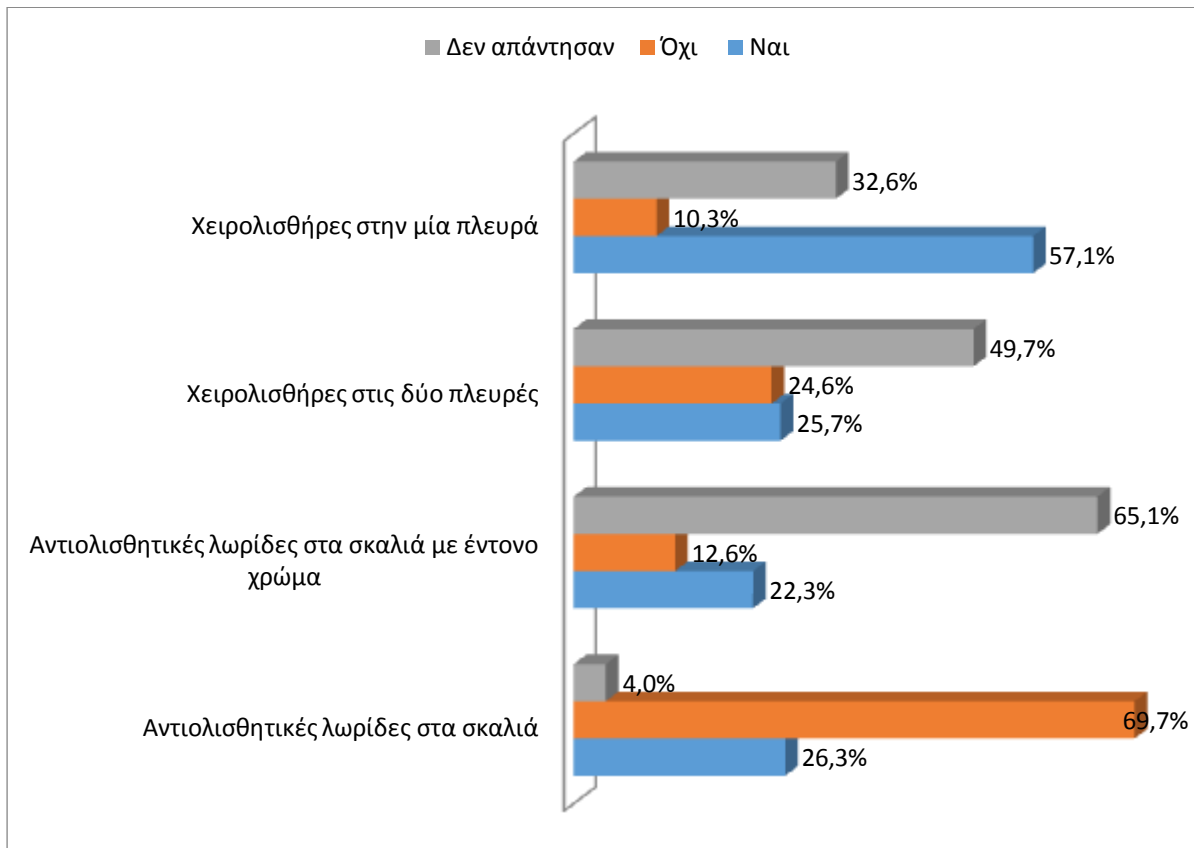


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ των ορόφων με κλιμακοστάσια (σκάλες). Ακολούθως από τις Μονάδες που βρίσκονται σε κτήρια με πάνω από ένα όροφο και συνδέονται με σκάλες το 26,3% (46 Μονάδες) δήλωσε ότι υπάρχουν αντιολισθητικές λωρίδες λίγο πριν την ακμή των σκαλοπατιών, ενώ το 69,7% (122 Μονάδες) απάντησε αρνητικά. Αντίστοιχα το 22,3% (39 Μονάδες) απάντησε ότι διαθέτει αντιολισθητικές λωρίδες έντονου χρώματος, ενώ το 12,6% (22 Μονάδες) απάντησε αρνητικά. Ως προς την ύπαρξη χειρολισθήρων και στις δύο πλευρές της σκάλας το 25,7% (45 Μονάδες) απάντησε θετικά ενώ το 24,6% (43 Μονάδες) αρνητικά. Τέλος ως προς την ύπαρξη χειρολισθήρων στην μία πλευρά της σκάλας 57,1% (100 Μονάδες) απάντησε θετικά ενώ το 10,3% (18 Μονάδες) αρνητικά.

Πίνακας 89. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ποιοτικών χαρακτηριστικών της σύνδεσης μεταξύ των ορόφων με σκάλα των Μονάδων που στεγάζονται σε κτήρια με πάνω ένα όροφο.

Ποιοτικά χαρακτηριστικά σύνδεσης μεταξύ των ορόφων με σκάλα	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Αντιολισθητικές λωρίδες στα σκαλιά	46 (26,3%)	122 (69,7%)	7 (4%)
Αντιολισθητικές λωρίδες στα σκαλιά με έντονο χρώμα	39 (22,3%)	22 (12,6%)	114 (65,1%)
Χειρολισθήρες στις δύο πλευρές	45 (25,7%)	43 (24,6%)	87 (49,7%)
Χειρολισθήρες στην μία πλευρά	100 (57,1%)	18 (10,3%)	57 (32,6%)

Σχήμα 89. Ραβδόγραμμα ποιοτικών χαρακτηριστικών της σύνδεσης μεταξύ των ορόφων με σκάλα των Μονάδων που στεγάζονται σε κτήρια με πάνω ένα όροφο.

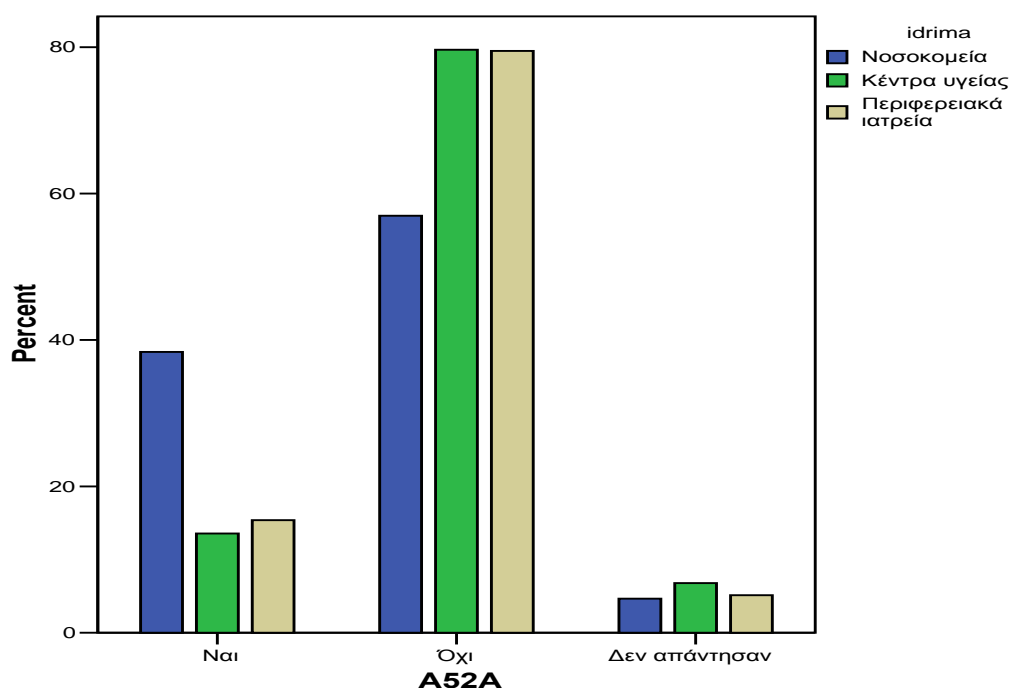


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ των ορόφων με κλιμακοστάσια (σκάλες). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης αντιολισθητικών λωρίδων λίγο πριν την ακμή των σκαλοπατιών [$\chi^2(2)=14,183$ και $p=0,001$]. Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία έχουν στατιστικά σημαντικά συχνότερα αντιολισθητικές λωρίδες συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 90. Κατανομή αντιολισθητικών λωρίδων λίγο πριν την ακμή των σκαλοπατιών κλιμακοστασίων ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.5.2_A		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	33	48	4	85
	%	38,8%	56,5%	4,7%	100,0%
	ΠΤΥ	3,7	-3,7		
Κέντρο υγείας	N	7	45	1	53
	%	13,2%	84,9%	1,9%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,7	2,7		
Περιφερειακό ιατρείο	N	6	29	2	37
	%	16,2%	78,4%	5,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,5	1,5		
Σύνολο		46	122	7	175
		26,3%	69,7%	4,0%	100,0%
$\chi^2(2)=14,183$ και p-value=0,001					

Σχήμα 90. Ραβδόγραμμα αντιολισθητικών λωρίδων λίγο πριν την ακμή των σκαλοπατιών κλιμακοστασίων ανά τύπο Μονάδος



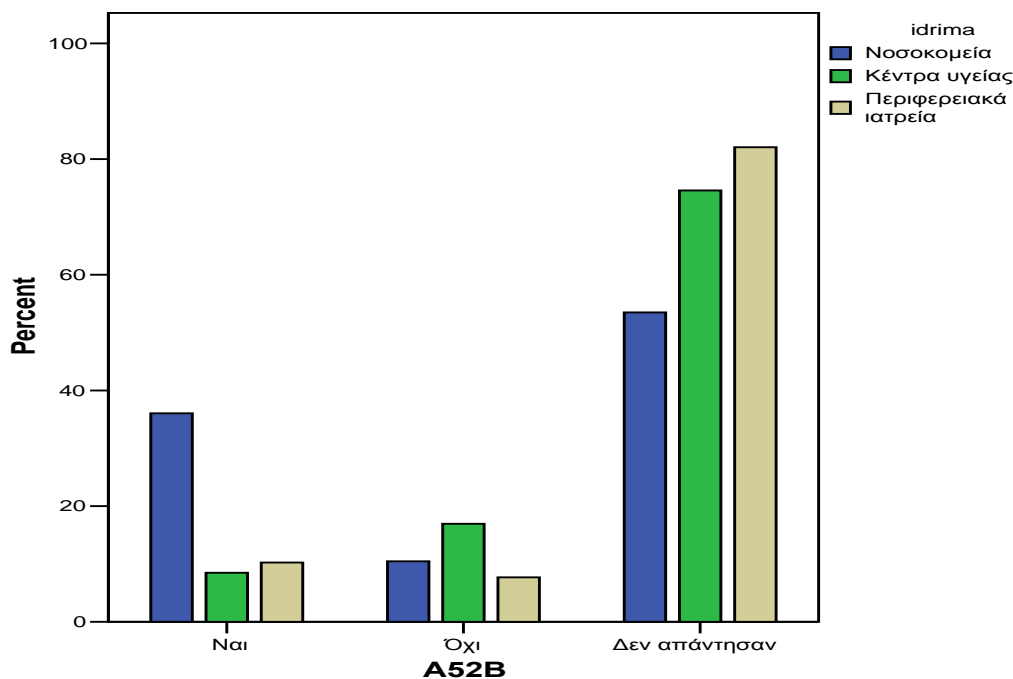
Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ των ορόφων με κλιμακοστάσια (σκάλες). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης έντονου χρώματος στις αντιολισθητικές λωρίδες [$\chi^2(2)=10,925$ και $p=0,004$]. Από τη μελέτη

των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία έχουν στατιστικά σημαντικά συχνότερα έντονο χρώμα στις αντιολισθητικές λωρίδες συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 91. Κατανομή αντιολισθητικών λωρίδων έντονου χρώματος ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.5.2_B			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	31	9	45	85
	%	36,5%	10,6%	52,9%	100,0%
	ΠΤΥ	3,0	-3,0		
Κέντρο υγείας	N	4	10	39	53
	%	7,5%	18,9%	73,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,1	3,1		
Περιφερειακό ιατρείο	N	4	3	30	37
	%	10,8%	8,1%	81,1%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,4	0,4		
Σύνολο		39	22	114	175
		22,3%	12,6%	65,1%	100,0%
$\chi^2(2)=10,925$ και p-value= 0,004					

Σχήμα 91. Ραβδόγραμμα αντιολισθητικών λωρίδων έντονου χρώματος ανά τύπο Μονάδος



Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ των ορόφων με κλιμακοστάσια (σκάλες). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό

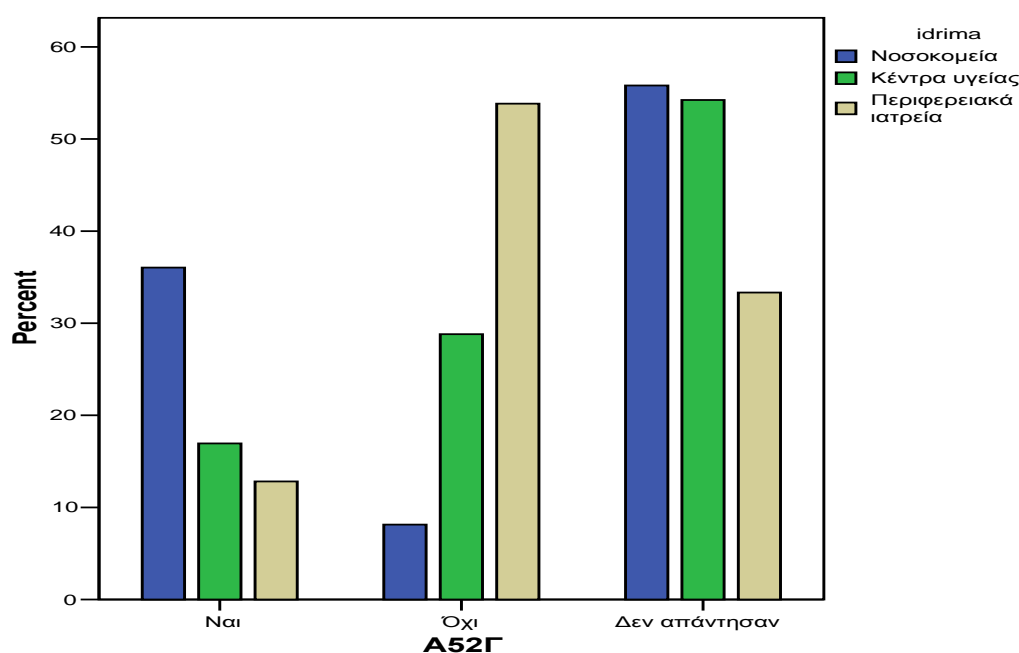
υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης χειρολισθήρων και στις δύο πλευρές των κλιμακοστασίων [$\chi^2(2)=26,086$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία έχουν στατιστικά σημαντικά συχνότερα χειρολισθήρες και στις δύο πλευρές συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 92. Κατανομή χειρολισθήρων και στις δύο πλευρές ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A.5.2_γ		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	31	7	47	85
	%	36,5%	8,2%	55,3%	100,0%
	ΠΤΥ	5,0	-5,0		
Κέντρο υγείας	N	9	16	28	53
	%	17,0%	30,2%	52,8%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,8	1,8		
Περιφερειακό ιατρείο	N	5	20	12	37
	%	13,5%	54,1%	32,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,7	3,7		
Σύνολο		45	43	87	175
		25,7%	24,6%	49,7%	100,0%
$\chi^2(2)=26,086$ και p-value< 0,001					

Σχήμα 92. Ραβδόγραμμα χειρολισθήρων και στις δύο πλευρές ανά τύπο Μονάδος



Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ των ορόφων με κλιμακοστάσια (σκάλες). Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης χειρολισθήρων στη μια πλευρά των κλιμακοστασίων [$\chi^2(2)=6,303$ και $p=0,043$].

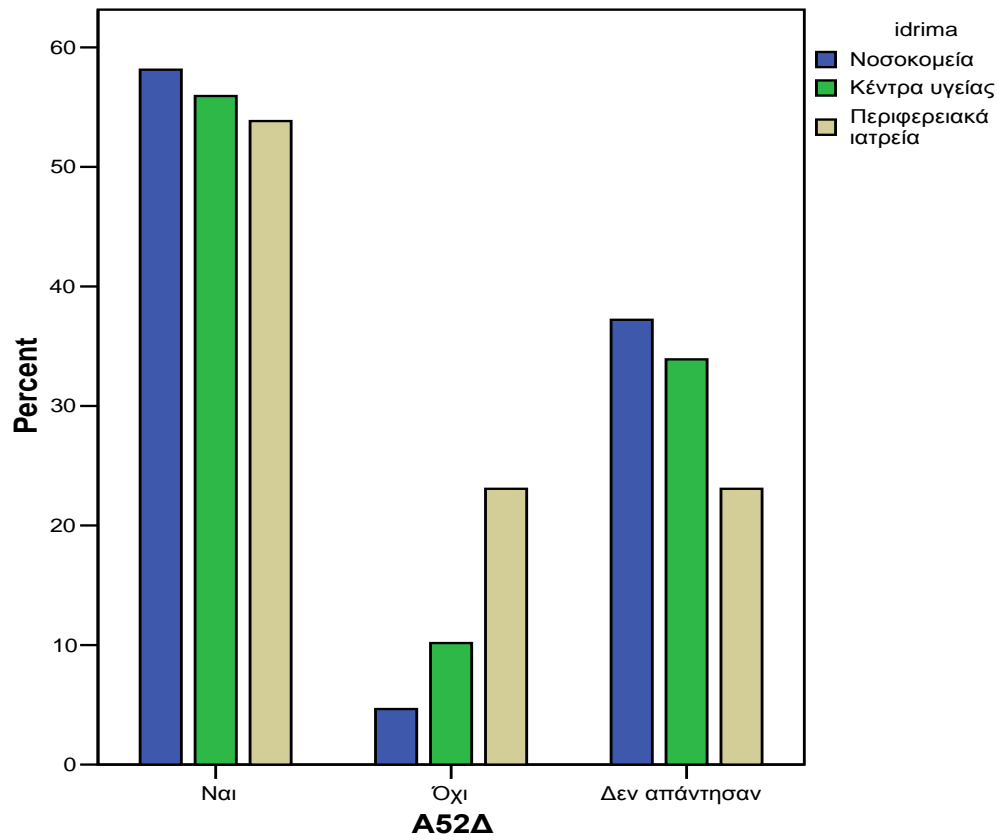
Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία έχουν στατιστικά σημαντικά συχνότερα χειρολισθήρες στη μια πλευρά συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Από το συνδυασμό των απαντήσεων στις τέσσερις τελευταίες ερωτήσεις προκύπτει ότι για τις μονάδες που έχουν κλιμακοστάσια που συνδέουν τους ορόφους τους, τα Νοσοκομεία συγκριτικά με τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία έχουν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα αντιολισθητικές λωρίδες λίγο πριν την ακμή των σκαλοπατιών, οι λωρίδες αυτές έχουν έντονο χρώμα, όπως επίσης διαθέτουν χειρολισθήρες στα κλιμακοστάσια είτε από τη μια είτε και από τις δύο πλευρές τους.

Πίνακας 93. Κατανομή χειρολισθήρων στην μία πλευρά ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α.5.2_δ		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	49	4	32	85
	%	57,6%	4,7%	37,6%	100,0%
	ΠΤΥ	2,1	-2,1		
Κέντρο υγείας	N	31	6	16	53
	%	58,5%	11,3%	30,2%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,2	0,2		
Περιφερειακό ιατρείο	N	20	8	9	37
	%	54,1%	21,6%	24,3%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,2	2,2		
Σύνολο		100	18	57	175
		57,1%	10,3%	32,6%	100,0%
		$\chi^2(2)=6,303$ και $p\text{-value}=\mathbf{0,043}$			

Σχήμα 93. Ραβδόγραμμα χειρολισθήρων στην μία πλευρά ανά τύπο Μονάδος.



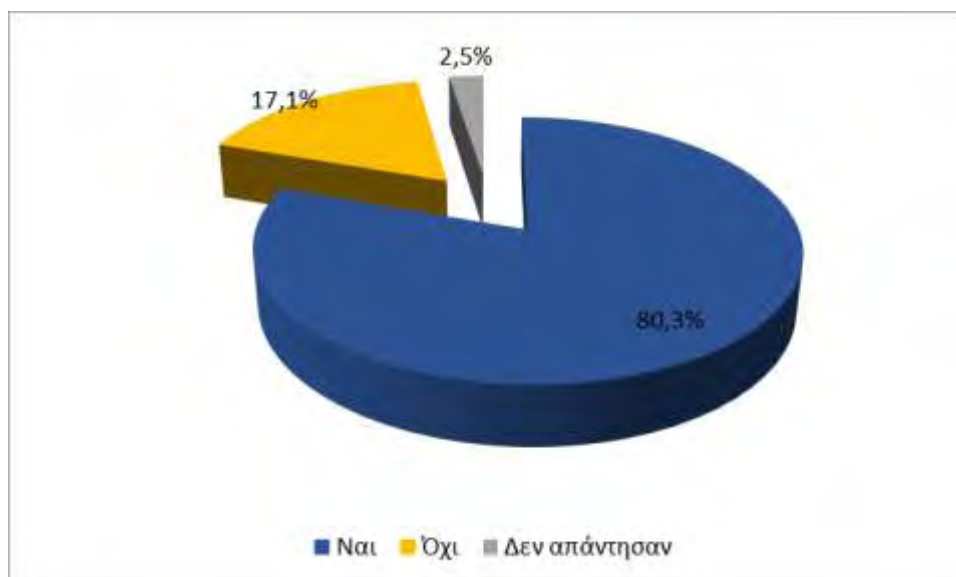
9.6. Εξυπηρετήσεις – Εξοπλισμός

Ως προς το εάν οι Μονάδες διαθέτουν κοινόχρηστες τουαλέτες το 80,3% (1238 Μονάδες) απάντησαν θετικά, αλλά το 17,1% (264 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 94. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) κοινόχρηστων τουαλετών για το συνολικό δείγμα.

Κοινόχρηστη τουαλέτα	f	%
Ναι	1238	80,3
Όχι	264	17,1
Δεν απάντησαν	39	2,5
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 94. Γράφημα πίτας για κοινόχρηστες τουαλέτες για το συνολικό δείγμα.

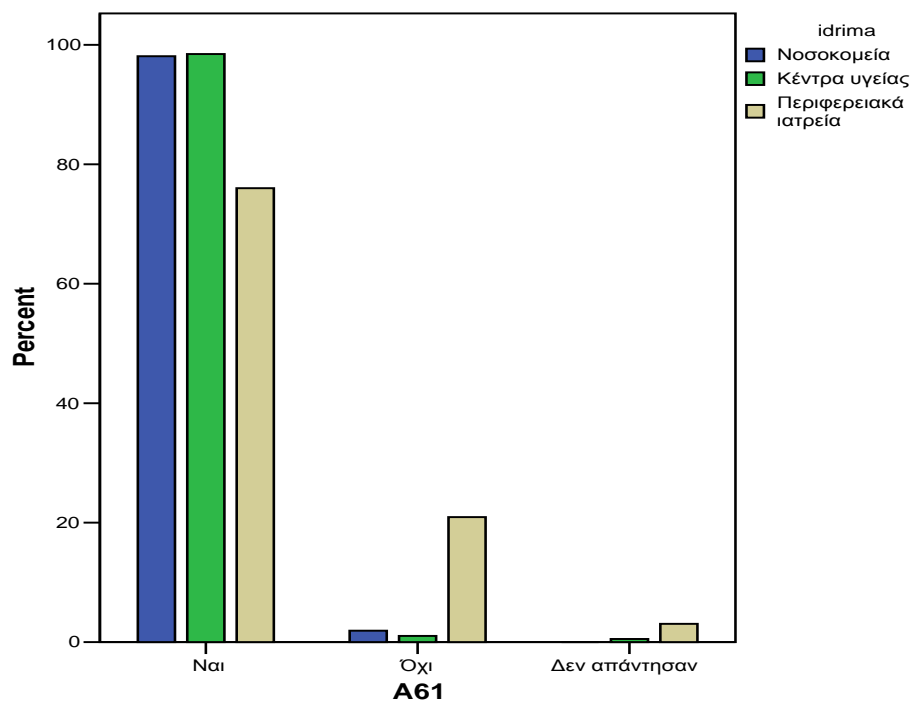


Όπως προκύπτει από τον πίνακα που ακολουθεί υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης κοινόχρηστων τουαλετών [$\chi^2(2)=76,666$ και $p<0,001$]. Παρότι η πλειοψηφία των μονάδων δήλωσε ότι υπάρχουν κοινόχρηστες τουαλέτες, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας έχουν στατιστικά σημαντικά συχνότερα κοινόχρηστες τουαλέτες συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 95. Κατανομή κοινόχρηστων ν τουαλετών ανά τύπο Μονάδας και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.1		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	103	2	0	105
	%	98,1%	1,9%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	4,4	-4,4		
Κέντρο υγείας	N	191	2	1	194
	%	98,5%	1,0%	,5%	100,0%
	ΠΤΥ	6,5	-6,5		
Περιφερειακό ιατρείο	N	944	260	38	1242
	%	76%	20,9%	3,1%	100,0%
	ΠΤΥ	-8,2	8,2		
Σύνολο		1238	264	39	1541
		80,3%	17,1%	2,5%	100,0%
$\chi^2(2)=76,666$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 95. Ραβδόγραμμα κοινόχρηστων τουαλετών ανά τύπο Μονάδος

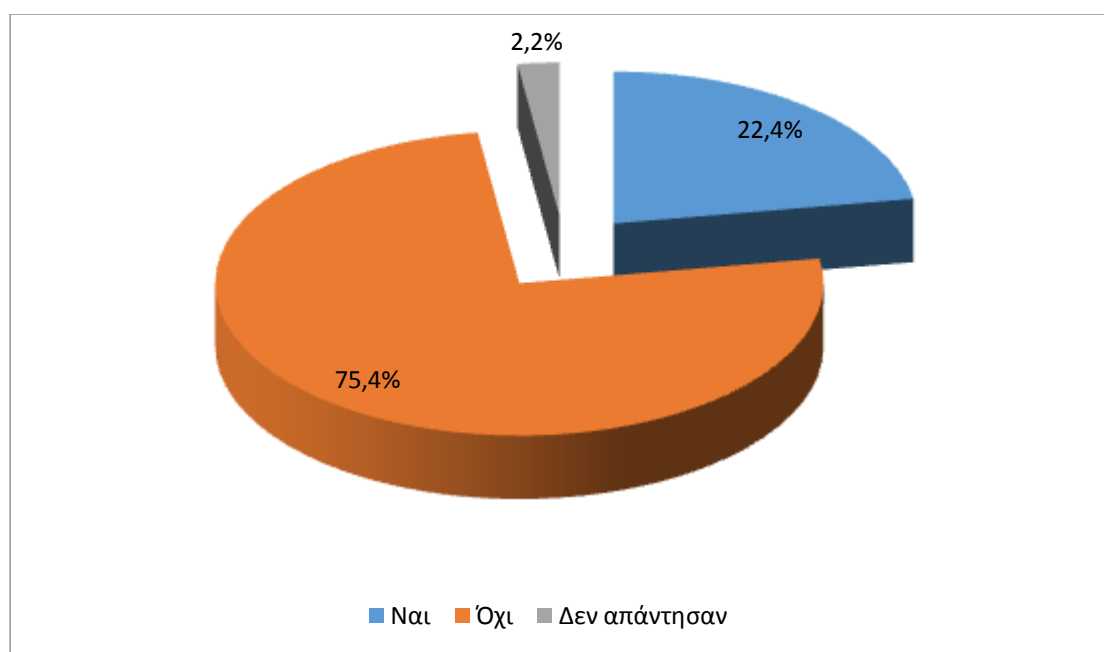


Από τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν κοινόχρηστη τουαλέτα μόνο το 22,4% (245 Μονάδες) δήλωσε ότι διαθέτει προσβάσιμη τουαλέτα σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου, ενώ το 75,4% (1162 Μονάδες) απάντησαν αρνητικά. ενώ την ύπαρξη μίας τουλάχιστον τουαλέτας στο κτήριο το 75,4% (260 Μονάδες), ενώ το 20,9% (72 Μονάδες) δήλωσαν ότι διαθέτουν μία τουαλέτα ανά όροφο.

Πίνακας 96. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) τουαλέτας προσβάσιμης σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου για το συνολικό δείγμα.

Τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομα με αναπηρικό αμαξίδιο	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Υπαρξη τουαλέτας προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη με αναπηρικό αμαξίδιο	345 (22,4%)	1162 (75,4%)	34 (2,2%)

Σχήμα 96. Γράφημα πίτας ύπαρξης προσβάσιμης τουαλέτας σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου.



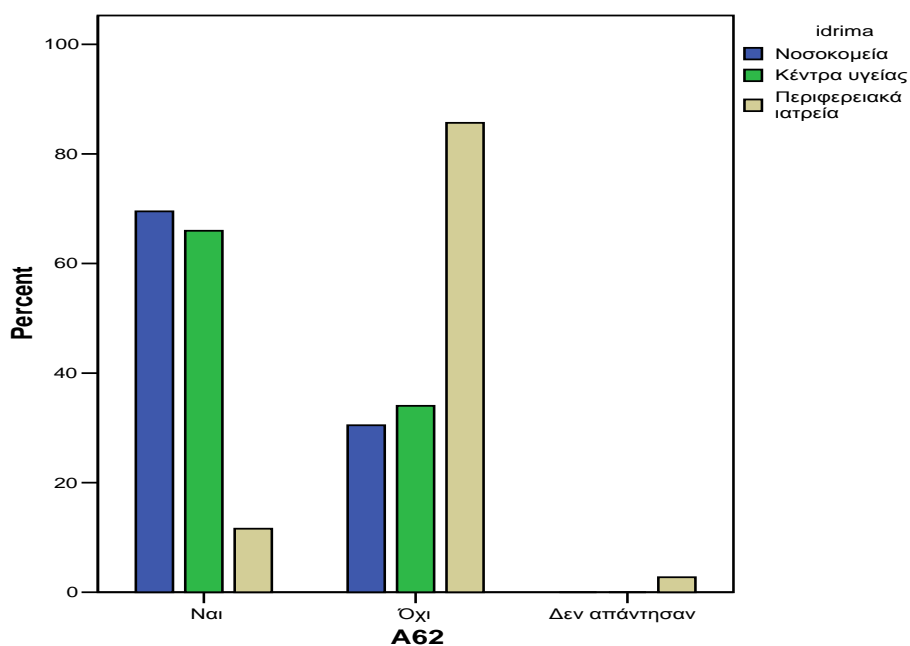
Όπως προκύπτει από τον πίνακα που ακολουθεί υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης τουαλέτας προσβάσιμης σε άτομο-χρήστες με αναπηρικό αμαξίδιο [$\chi^2(2)=415,756$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας έχουν στατιστικά σημαντικά συχνότερα τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομα με αναπηρικό αμαξίδιο συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 97. Κατανομή προσβάσιμης τουαλέτας ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A6.2		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	73	32	0	105
	%	69,5%	30,5%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	11,8	-11,8		
Κέντρο υγείας	N	128	66	0	194
	%	66%	34%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	15,3	-15,3		
Περιφερειακό ιατρείο	N	144	1064	34	1242
	%	11,6%	85,7%	2,7%	100,0%
	ΠΤΥ	-20,4	20,4		
Σύνολο		345	1162	34	1541
		22,4%	75,4%	2,2%	100,0%
$\chi^2(2)=415,756$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 97. Ραβδόγραμμα προσβάσιμης τουαλέτας ανά τύπο Μονάδος

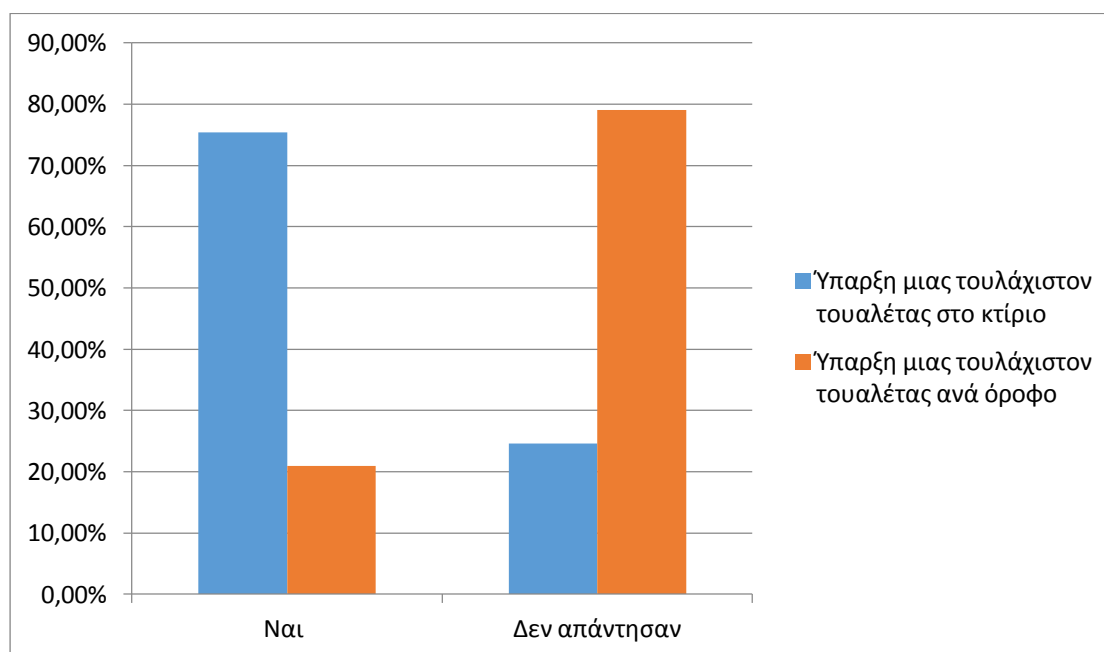


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Για την ερώτηση αυτή η απουσία απάντησης θεωρήθηκε ως «Όχι». Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό μία τουλάχιστον τουαλέτα προσβάσιμη στο κτήριο διαθέτει το 75,4% (260 Μονάδες) ενώ το 24,6% (85 Μονάδες) απάντησε αρνητικά. Αντίστοιχα μία τουλάχιστον τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομα-χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου ανά όροφο δήλωσε ότι διαθέτει το 20,9% (72 Μονάδες) ενώ το 79,1% (273 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 98. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) τουαλέτας προσβάσιμης σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου ανά κτήριο και ανά όροφο, για Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο.

Τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου ανά κτήριο και ανά όροφο	Ναι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)	Σύνολο f (%)
Ύπαρξη μιας τουλάχιστον τουαλέτας στο κτίριο	260 (75,4%)	85 (24,6%)	345 (100%)
Ύπαρξη μιας τουλάχιστον τουαλέτας ανά όροφο	72 (20,9%)	273 (79,1%)	345 (100%)

Σχήμα 98. Ραβδόγραμμα προσβάσιμης τουαλέτας σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου ανά κτήριο και ανά όροφο για Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο.



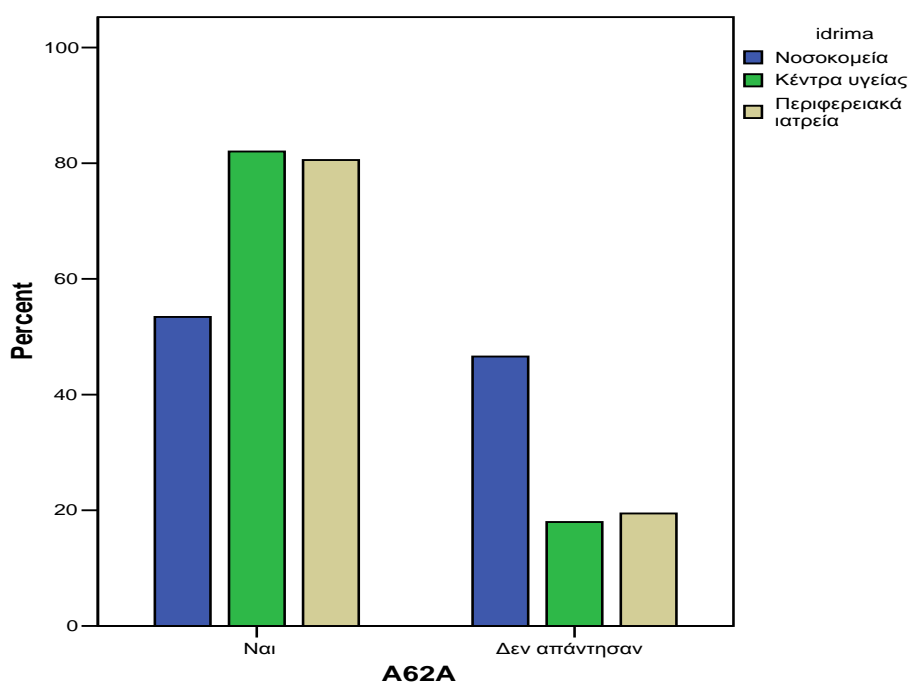
Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Για την ερώτηση αυτή η απουσία απάντησης θεωρήθηκε ως «Όχι». Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν η προσβάσιμη τουαλέτα είναι μία στο κτίριο [$\chi^2(2)=24,079$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν μια προσβάσιμη τουαλέτα σε ολόκληρο το κτίριο συγκριτικά με τα Νοσοκομεία.

Πίνακας 99. Κατανομή μίας τουλάχιστον προσβάσιμης τουαλέτας στο κτήριο ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.2α		Σύνολο
		Ναι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	39	34	73
	%	53,4%	46,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-4,9	4,9	
Κέντρο υγείας	N	105	23	128
	%	82%	18%	100,0%
	ΠΤΥ	2,2	-2,2	
Περιφερειακό ιατρείο	N	116	28	144
	%	80,6%	19,4%	100,0%
	ΠΤΥ	1,9	-1,9	
Σύνολο		260	85	345
		75,4%	24,6%	22,0%
$\chi^2(2)=24,079$ και $p\text{-value}<0,001$				

Σχήμα 99. Ραβδόγραμμα μίας τουλάχιστον προσβάσιμης τουαλέτας στο κτήριο ανά τύπο Μονάδος.



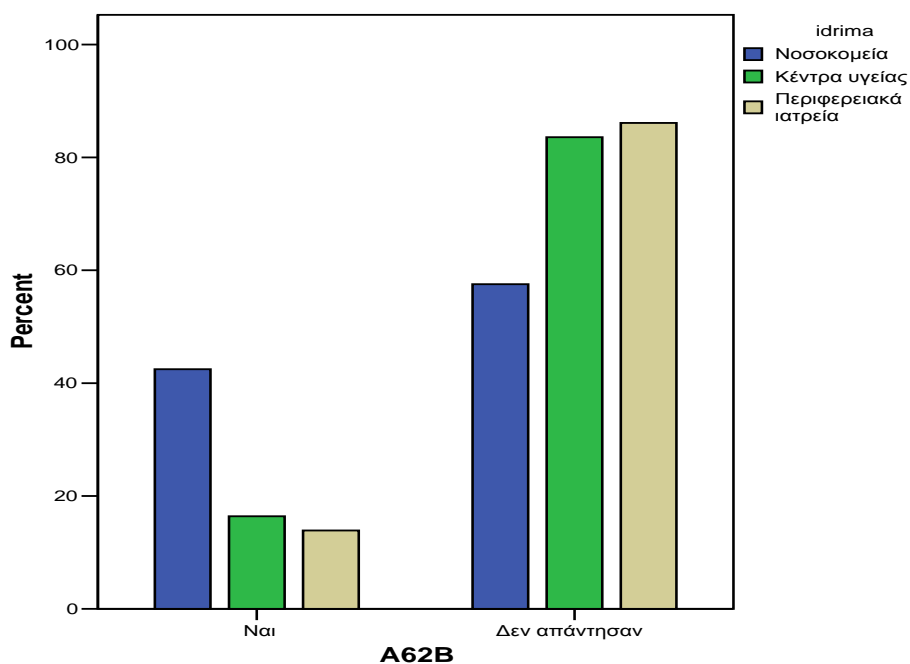
Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Για την ερώτηση αυτή η απουσία απάντησης θεωρήθηκε ως «Όχι». Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν η προσβάσιμη τουαλέτα είναι μία σε κάθε όροφο [$\chi^2(2)=26,410$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν μια προσβάσιμη τουαλέτα σε κάθε όροφο συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας. Επομένως συνδυάζοντας τις απαντήσεις στις δυο πιο πάνω ερωτήσεις καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα Νοσοκομεία έχουν συχνότερα προσβάσιμη τουαλέτα σε κάθε όροφο, ενώ τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Κέντρα Υγείας διαθέτουν μια στο κτίριο.

Πίνακας 100. Κατανομή προσβάσιμης τουαλέτας μίας τουλάχιστον ανά όροφο ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.2β		Σύνολο
		Ναι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	31	42	73
	%	42,5%	57,5%	100,0%
	ΠΤΥ	5,1	-5,1	
Κέντρο υγείας	N	21	107	128
	%	16,4%	83,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,6	1,6	
Περιφερειακό ιατρείο	N	20	124	144
	%	13,9%	86,1%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,7	2,7	
Σύνολο		72	273	345
		20,9%	79,1%	100,0%
$\chi^2(2)=26,410$ και $p\text{-value}<0,001$				

Σχήμα 100. Ραβδόγραμμα Κατανομή προσβάσιμη τουαλέτας μίας τουλάχιστον ανά όροφο ανά τύπο Μονάδος

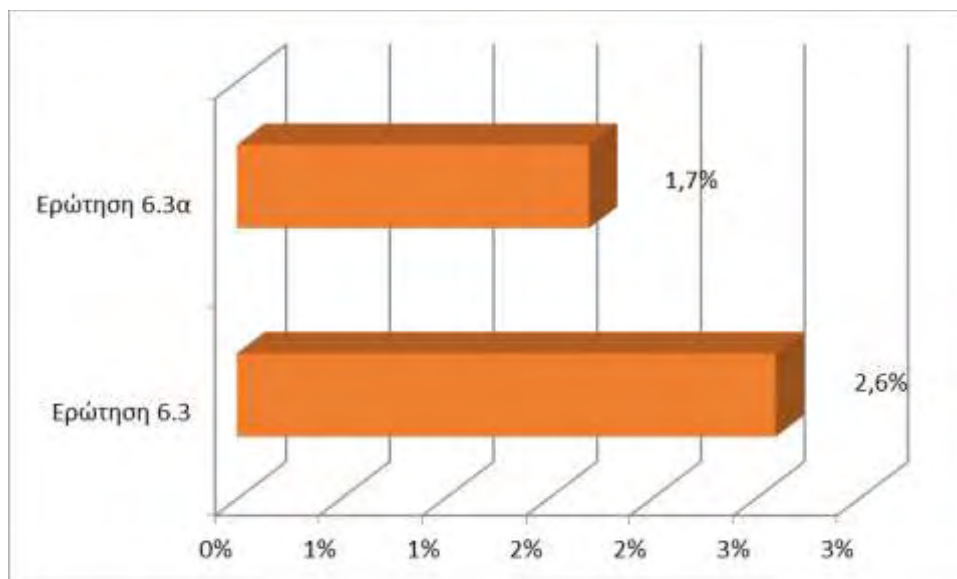


Ως προς την ύπαρξη υψομετρικής διαφοράς στον διάδρομο προσέγγισης στην προσβάσιμη τουαλέτα, το 2,6% (9 Μονάδες) απάντησε θετικά, ενώ το 1,7% (6 Μονάδες) απάντησε ότι υπάρχει μεν υψομετρική διαφορά στον διάδρομο προσέγγισης στην προσβάσιμη τουαλέτα, αλλά αυτή καλύπτεται με ράμπα.

Πίνακας 101. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ύπαρξης υψομετρικής διαφοράς του διαδρόμου προσέγγισης στην προσβάσιμη τουαλέτα και κάλυψη αυτής από ράμπα, για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα.

Υψομετρική διαφορά	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Υψομετρική διαφορά στον διάδρομο προσέγγισης στην προσβάσιμη τουαλέτα	9 (2,6%)	292 (84,6%)	44 (12,8%)
Ύπαρξη ράμπας	6 (1,7%)	1 (0,3%)	338 (98%)

Σχήμα 101. Ραβδόγραμμα ύπαρξης υψομετρικής διαφοράς του διαδρόμου προσέγγισης στην προσβάσιμη τουαλέτα και κάλυψη αυτής από ράμπα, για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα.

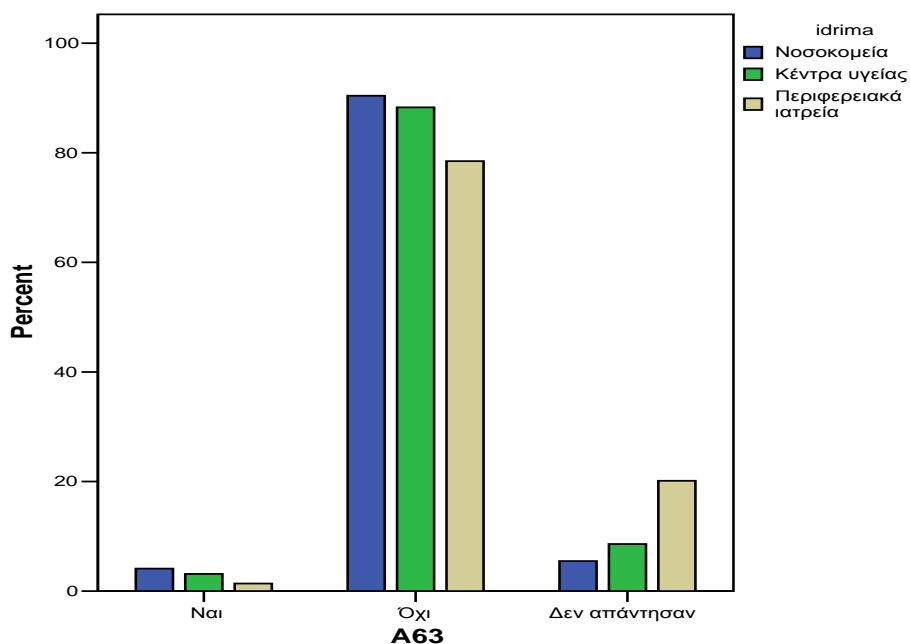


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομα-χρήστες αναπηρικό αμαξίδιο. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης υψομετρικής διαφοράς στο διάδρομο προσέγγισης της προσβάσιμης τουαλέτας [$\chi^2(2)=1,133$ και $p=0,567$]. Σχεδόν όλες οι Μονάδες ανεξαρτήτως τύπου δήλωσαν ότι δεν υπάρχει υψομετρική διαφορά στο διάδρομο προσέγγισης της προσβάσιμης τουαλέτας.

Πίνακας 102. Κατανομή υψομετρικής διαφοράς του διαδρόμου προσέγγισης στην προσβάσιμη τουαλέτα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.3		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	3	66	4	73
	%	4,1%	90,4%	5,5%	100,0%
	ΠΤΥ	0,8	-0,8		
Κέντρο υγείας	N	4	113	11	128
	%	3,1%	88,3%	8,6%	100,0%
	ΠΤΥ	0,3	-0,3		
Περιφερειακό ιατρείο	N	2	113	29	144
	%	1,4%	78,5%	20,1%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,0	1,0		
Σύνολο		9	292	44	345
		2,6%	84,6%	12,8%	100,0%
$\chi^2(2)=1,133$ και $p\text{-value}=0,567$					

Σχήμα 102. Ραβδόγραμμα υψομετρικής διαφοράς του διαδρόμου προσέγγισης στην προσβάσιμη τουαλέτα ανά τύπο Μονάδος.

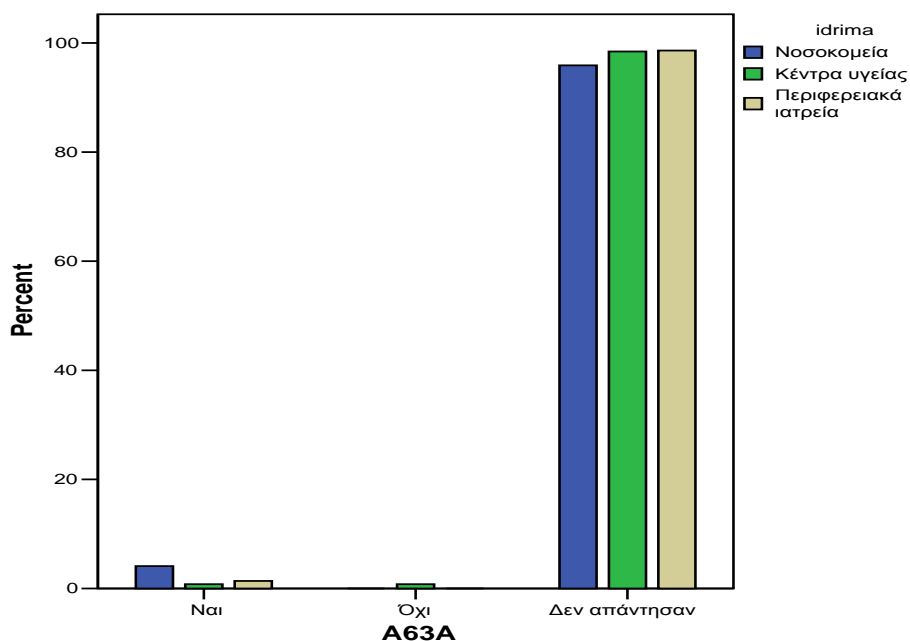


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης ράμπας που να καλύπτει την υψομετρική διαφορά στο διάδρομο προσέγγισης της προσβάσιμης τουαλέτας [$\chi^2(2)=2,917$ και $p=0,233$].

Πίνακας 103. Κατανομή ύπαρξης ράμπας για την κάλυψη υψομετρικής διαφοράς του διαδρόμου προσέγγισης στην προσβάσιμη τουαλέτα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.3α			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	3	0	70	73
	%	4,1%	,0%	95,9%	100,0%
	ΠΤΥ	0,9	-0,9		
Κέντρο υγείας	N	1	1	126	128
	%	,8%	,8%	98,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,7	1,7		
Περιφερειακό ιατρείο	N	2	0	142	144
	%	1,4%	,0%	98,6%	100,0%
	ΠΤΥ	0,7	-0,7		
Σύνολο		6	1	338	345
		1,7%	,3%	98,0%	100,0%
$\chi^2(2)=2,917$ και $p\text{-value}=0,233$					

Σχήμα 103. Ραβδόγραμμα ύπαρξης ράμπας για την κάλυψη υψομετρικής διαφοράς του διαδρόμου προσέγγισης στην προσβάσιμη τουαλέτα ανά τύπο Μονάδος.



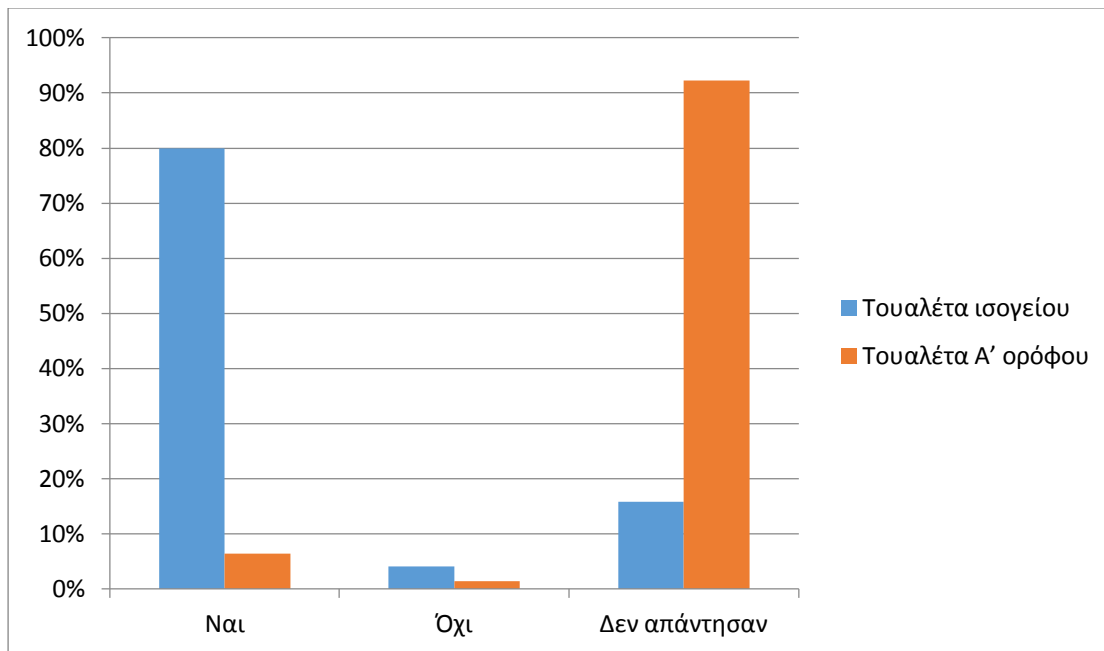
Από τις 345 Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα, το 80% (276 Μονάδες) δήλωσε ότι η προσβάσιμη τουαλέτα του ισόγειου διαθέτει πόρτα της οποίας το καθαρό πλάτος είναι ίσο ή μεγαλύτερο από 90 εκατοστά του μέτρου. Αντίστοιχα το 6,4% (22 Μονάδες) δήλωσε ότι το καθαρό πλάτος της πόρτας της προσβάσιμης τουαλέτας του 1^{ου} απάντησε ότι είναι ίσο ή μεγαλύτερο από 90 εκατοστά του μέτρου.

Από την ανάλυση των δεδομένων για το καθαρό πλάτος της πόρτας της προσβάσιμης τουαλέτας στους υπόλοιπους ορόφους, προκύπτει ότι δεν υφίσταται στατιστικό ενδιαφέρον καθώς η πλειοψηφία των προσβάσιμων τουαλετών εντοπίζεται στο ισόγειο και τον πρώτο όροφο.

Πίνακας 104. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ύπαρξης πόρτας με καθαρό πλάτος τουλάχιστον 90 εκ. στις προσβάσιμες τουαλέτες ανά όροφο, για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα.

Πόρτα με καθαρό πλάτος τουλάχιστον 90 εκ.	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Τουαλέτα ισόγειου	276 (80%)	14 (4,1%)	55 (15,9%)
Τουαλέτα Α' ορόφου	22 (6,4%)	5 (1,4%)	318 (92,2%)

Σχήμα 104. Ραβδόγραμμα για τις πόρτες με καθαρό πλάτος τουλάχιστον 90 εκ. στις προσβάσιμες τουαλέτες ανά όροφο, για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα.

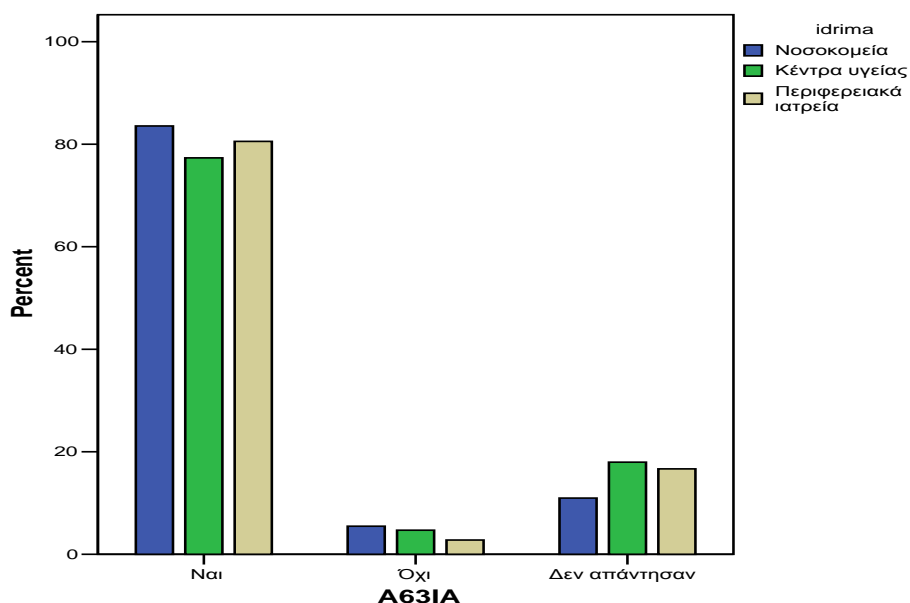


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης επαρκούς πλάτους ($\geq 90\text{cm}$) στην είσοδο της προσβάσιμης τουαλέτας του ισογείου [$\chi^2(2)=1,012$ και $p=0,603$]. Σχεδόν όλες οι μονάδες ανεξαρτήτως τύπου δήλωσαν ότι το πλάτος της εισόδου της προσβάσιμης τουαλέτας του ισογείου είναι μεγαλύτερο ή ίσο από 90cm.

Πίνακας 105. Κατανομή ύπαρξης καθαρού πλάτους πόρτας ($\geq 90\text{cm}$) στην είσοδο της προσβάσιμης τουαλέτας του ισογείου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ίδρυμα		Α6.3ια		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	61	4	8	73
	%	83,6%	5,5%	11,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,6	0,6		
Κέντρο υγείας	N	99	6	23	128
	%	77,3%	4,7%	18,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,5	0,5		
Περιφερειακό ιατρείο	N	116	4	24	144
	%	80,6%	2,8%	16,7%	100,0%
	ΠΤΥ	1,0	-1,0		
Σύνολο		276	14	55	345
		80,0%	4,1%	15,9%	100,0%
$\chi^2(2)=1,012$ και $p\text{-value}=0,603$					

Σχήμα 105. Ραβδόγραμμα ύπαρξης καθαρού πλάτους πόρτας ($\geq 90\text{cm}$) στην είσοδο της προσβάσιμης τουαλέτας του ισογείου ανά τύπο Μονάδος.



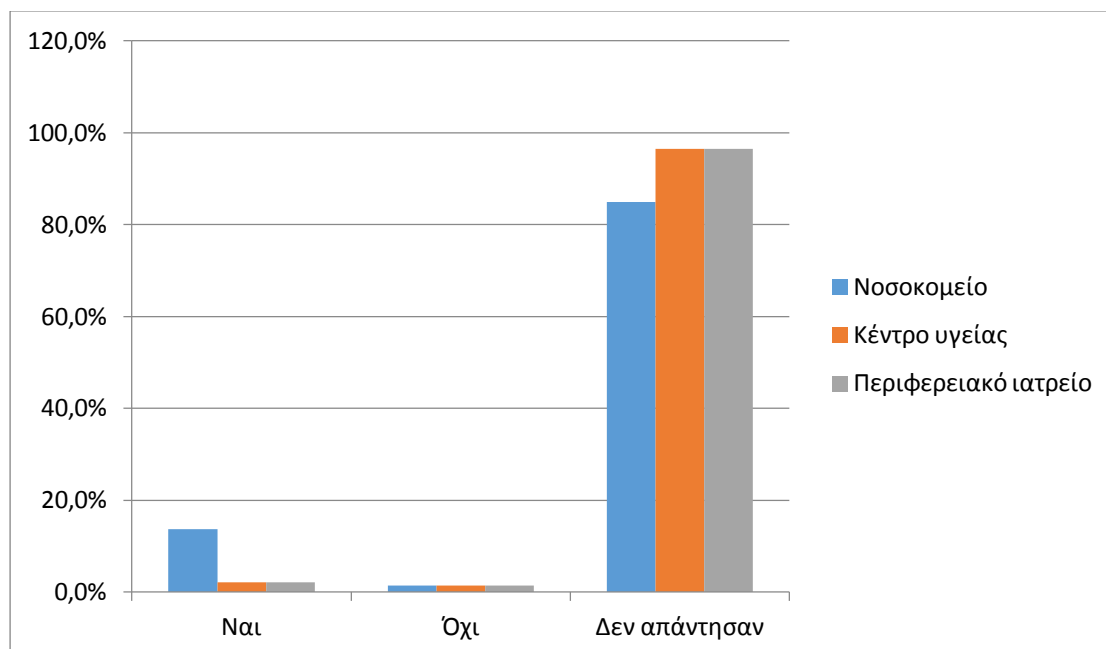
Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης επαρκούς πλάτους ($\geq 90\text{cm}$) στην είσοδο της προσβάσιμης τουαλέτας του πρώτου ορόφου [$\chi^2(2)=2,178$ και $p=0,337$]. Σχεδόν όλες οι μονάδες ανεξαρτήτως τύπου για

τις οποίες είχε νόημα η ερώτηση δήλωσαν ότι το πλάτος της εισόδου της προσβάσιμης τουαλέτας του πρώτου ορόφου είναι μεγαλύτερο ή ίσο από 90cm.

Πίνακας 106. Κατανομή ύπαρξης καθαρού πλάτους πόρτας ($\geq 90\text{cm}$) στην είσοδο της προσβάσιμης τουαλέτας του Α' ορόφου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ίδρυμα		Α6.3ιβ		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	10	1	62	73
	%	13,7%	1,4%	84,9%	100,0%
	ΠΤΥ	1,0	-1,0		
Κέντρο υγείας	N	9	2	117	128
	%	2,1%	1,4%	96,5%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0	0,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	3	2	139	144
	%	2,1%	1,4%	96,5%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,4	1,4		
Σύνολο		22	5	318	345
		6,4%	1,4%	92,2%	100,0%
$\chi^2(2)=2,178$ και $p\text{-value}=0,337$					

Σχήμα 106. Ραβδόγραμμα ύπαρξης καθαρού πλάτους πόρτας ($\geq 90\text{cm}$) στην είσοδο της προσβάσιμης τουαλέτας του Α' ορόφου ανά τύπο Μονάδος.



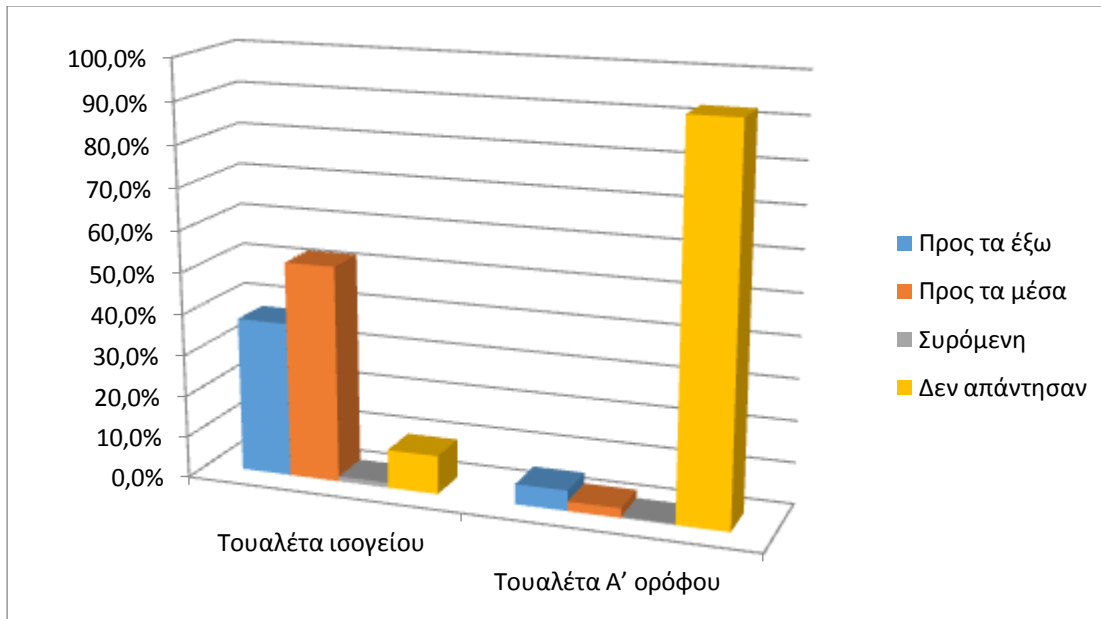
Από την ανάλυση των δεδομένων για το καθαρό πλάτος της προσβάσιμης τουαλέτας στους υπόλοιπους ορόφους, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τον τύπο της Μονάδος καθώς η ερώτηση αυτή ουσιαστικά αφορούσε μόνο τα νοσοκομεία που είναι οι Μονάδες που στεγάζονται σε περισσότερους από έναν ορόφους.

Από τις 345 Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα, το 37,4% (129 Μονάδες) δήλωσε ότι η πόρτα της τουαλέτας του ισογείου ανοίγει προς τα έξω, το 52,2% (180 Μονάδες) προς τα μέσα και το 1,2% (4 Μονάδες) δήλωσαν ότι η πόρτα είναι συρόμενη. Όσον αφορά δε τα στοιχεία για τις προσβάσιμες τουαλέτες του πρώτου ορόφου το 4,9% (17 Μονάδες) δήλωσε ότι η πόρτα ανοίγει προς τα έξω, το 2,3% (8 Μονάδες) δήλωσε ότι η πόρτα ανοίγει προς τα μέσα και 1 Μονάδα δήλωσε ότι η πόρτα είναι συρόμενη. Από την ανάλυση των δεδομένων για τον τρόπο ανοίγματος της πόρτας της προσβάσιμης τουαλέτας στους υπόλοιπους ορόφους, προκύπτει ότι δεν υφίσταται στατιστικό ενδιαφέρον καθώς η πλειοψηφία των προσβάσιμων τουαλετών εντοπίζεται στο ισόγειο και τον πρώτο όροφο.

Πίνακας 107. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του τρόπου ανοίγματος της πόρτας στις προσβάσιμες τουαλέτες του ισογείου και του Α ορόφου για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα

Τρόπος ανοίγματος πόρτας	Προς τα έξω f (%)	Προς τα μέσα f (%)	Συρόμενη f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Τουαλέτα ισογείου	129 (37,4%)	180 (52,2%)	4 (1,2%)	32 (9,3%)
Τουαλέτα Α' ορόφου	17 (4,9%)	8 (2,3%)	1 (0,3%)	319 (92,5%)

Σχήμα 107. Ραβδόγραμμα του τρόπου ανοίγματος της πόρτας στις προσβάσιμες τουαλέτες του ισογείου και του Α' ορόφου για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα.

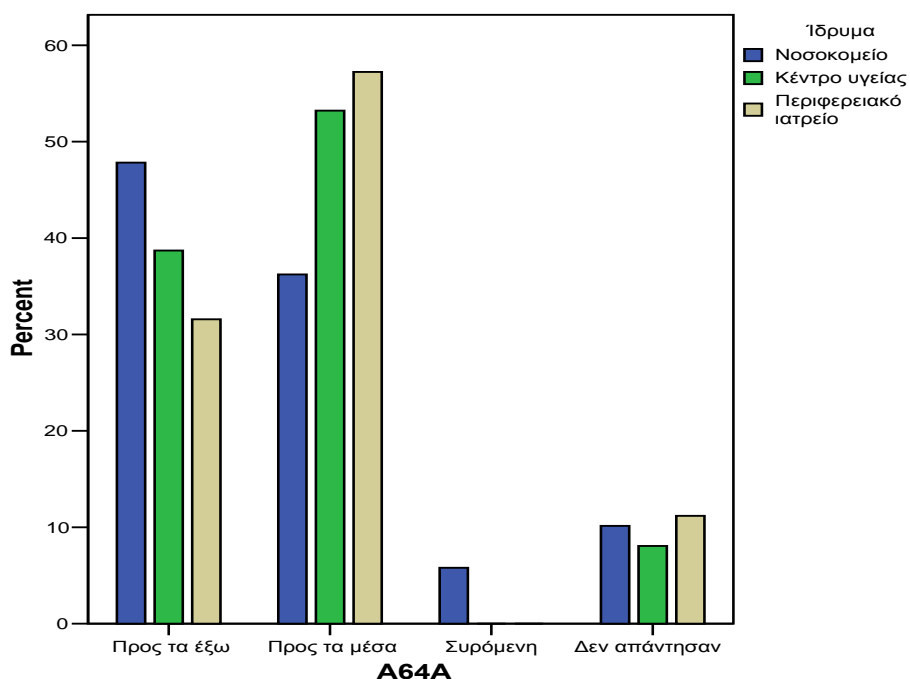


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του τρόπου με τον οποίο ανοίγει η πόρτα της προσβάσιμης τουαλέτας του ισογείου [$\chi^2(4)=23,237$ και $p<0,001$]. Όπως προκύπτει από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων, τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι η πόρτα της τουαλέτας ανοίγει προς τα έξω ή είναι συρόμενη συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία που δήλωσαν ότι ανοίγει προς τα μέσα.

Πίνακας 108. Κατανομή του τρόπου ανοίγματος της πόρτας της προσβάσιμης τουαλέτας του ισογείου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		A64A				
Ίδρυμα		Προς τα έξω	Προς τα μέσα	Συρόμενη	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	35	27	4	7	73
	%	47,9%	37%	5,5%	9,6%	100,0%
	ΠΤΥ	2,2	-3,0	3,9		
Κέντρο υγείας	N	50	68	0	10	128
	%	39,1%	53,1%	,0%	7,8%	100,0%
	ΠΤΥ	0,3	0,1	-1,6		
Περιφερειακό ιατρείο	N	44	85	0	15	144
	%	30,6%	59%	,0%	10,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,1	2,4	-1,7		
Σύνολο		129	180	4	32	345
		37,4%	52,2%	1,2%	9,3%	100,0%
$\chi^2(4)=23,237$ και p-value<0,001						

Σχήμα 108. Ραβδόγραμμα του τρόπου ανοίγματος της πόρτας της προσβάσιμης τουαλέτας του ισογείου ανά τύπο Μονάδος.

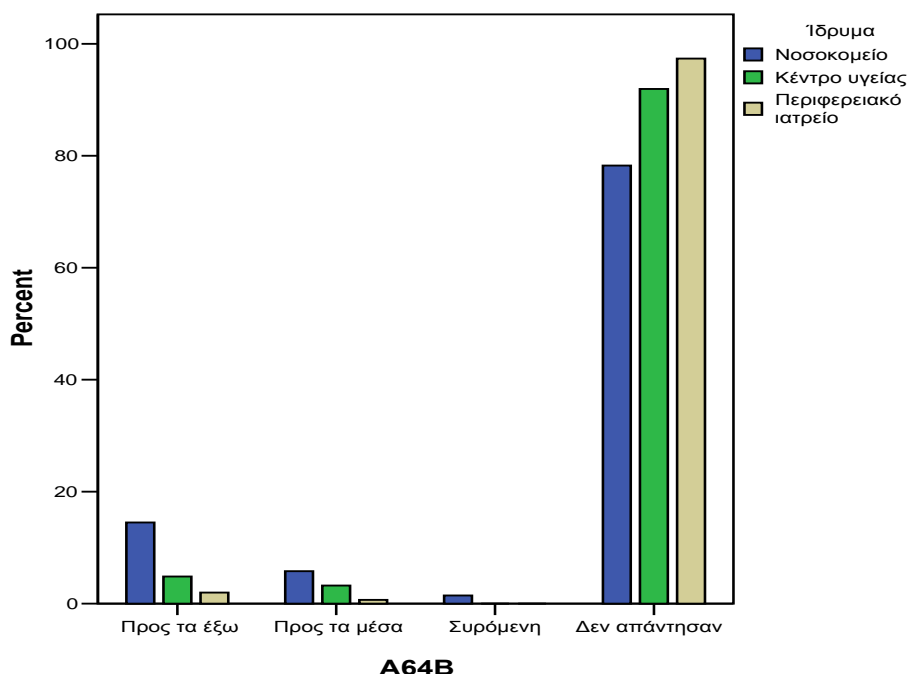


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του τρόπου με τον οποίο ανοίγει η πόρτα της προσβάσιμης τουαλέτας του πρώτου ορόφου [$\chi^2(4)=2,128$ και $p=0,712$].

Πίνακας 109. Κατανομή του τρόπου ανοίγματος της πόρτας της προσβάσιμης τουαλέτας του Α ορόφου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ίδρυμα		Α64Β				Σύνολο
		Προς τα έξω	Προς τα μέσα	Συρόμενη	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	8	4	1	60	73
	%	11,0%	5,5%	1,4%	82,2%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,4	0,0	1,0		
Κέντρο υγείας	N	7	4	0	117	128
	%	5,5%	3,1%	,0%	91,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,2	0,5	-0,9		
Περιφερειακό ιατρείο	N	2	0	0	142	144
	%	1,4%	,0%	,0%	98,6%	100,0%
	ΠΤΥ	1,1	-1,0	-0,3		
Σύνολο		17	8	1	319	345
		4,9%	2,3%	,3%	92,5%	100,0%
$\chi^2(4)=2,128$ και p-value=0,712						

Σχήμα 109. Ραβδόγραμμα κατανομής του τρόπου ανοίγματος της πόρτας της προσβάσιμης τουαλέτας του Α ορόφου ανά τύπο Μονάδος.



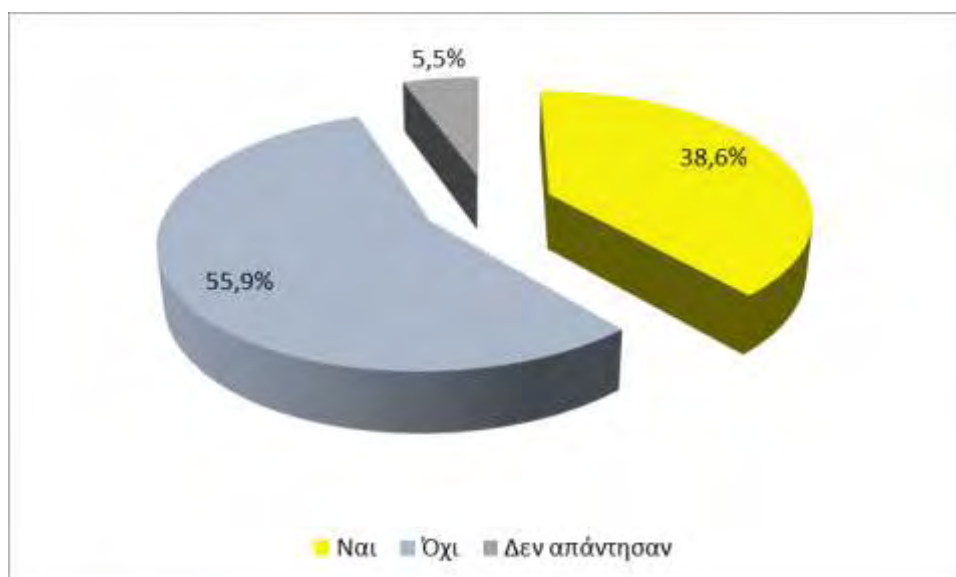
Από την ανάλυση των δεδομένων για τον τρόπο ανοίγματος της προσβάσιμης τουαλέτας στους υπόλοιπους ορόφους, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τον τύπο της Μονάδος καθώς η ερώτηση αυτή ουσιαστικά αφορούσε μόνο τα νοσοκομεία που είναι οι Μονάδες που στεγάζονται σε περισσότερους από έναν ορόφους.

Από τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου το 38,6% (133 Μονάδες) απάντησε ότι διαθέτει ειδική σήμανση με το διεθνές σύμβολο πρόσβασης (άτομο σε αναπηρικό αμαξίδιο) έξω από τις πόρτες των προσβάσιμων τουαλετών ή σε τοίχο δίπλα από αυτές, ενώ το 55,9% (193 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 110. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) σήμανσης με το διεθνές σύμβολο πρόσβασης (άτομο σε αναπηρικό αμαξίδιο) έξω από τις πόρτες των προσβάσιμων τουαλετών για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα.

Διεθνές σύμβολο πρόσβασης	f	%
Ναι	133	38,6
Όχι	193	55,9
Δεν απάντησαν	19	5,5
Σύνολο	345	100

Σχήμα 110. Γράφημα πίτας σήμανσης με το διεθνές σύμβολο πρόσβασης (άτομο σε αναπηρικό αμαξίδιο) έξω από τις πόρτες των προσβάσιμων τουαλετών για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα για την ερώτηση 6.5 για το συνολικό δείγμα.



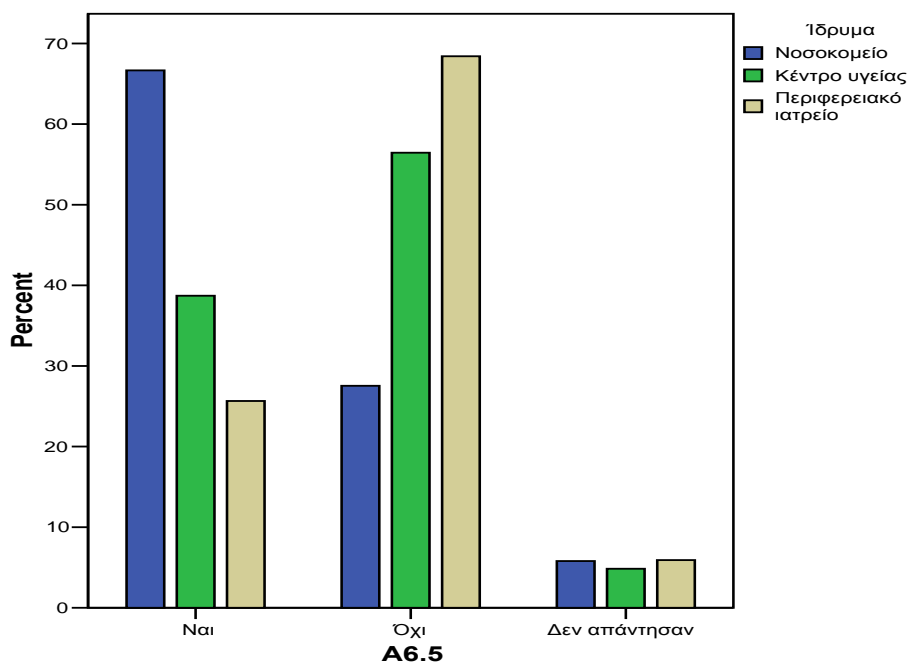
Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε αναπηρικό αμαξίδιο. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης

σήμανσης με το Διεθνές Σύμβολο Πρόσβασης έξω από τις πόρτες των προσβάσιμων τουαλετών ή σε τοίχο δίπλα σε αυτές [$\chi^2(2)=44,404$ και $p<0,001$]. Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικώς σημαντικά συχνότερα ότι έχουν σήμανση με το Διεθνές Σύμβολο Πρόσβασης συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 111. Κατανομή της ύπαρξης ειδικής σήμανσης στις προσβάσιμες τουαλέτες ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ίδρυμα		Α6.5			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	51	18	4	73
	%	69,9%	24,7%	5,5%	100,0%
	ΠΤΥ	6,3	-6,3		
Κέντρο υγείας	N	47	75	6	128
	%	36,7%	58,6%	4,7%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,6	0,6		
Περιφερειακό ιατρείο	N	35	100	9	144
	%	24,3%	69,4%	6,3%	100,0%
	ΠΤΥ	-4,6	4,6		
Σύνολο		133	193	19	345
		38,6%	55,9%	5,5%	100,0%
$\chi^2(2)=44,404$ και p-value< 0,001					

Σχήμα 111. Ραβδόγραμμα της ύπαρξης ειδικής σήμανσης στις προσβάσιμες τουαλέτες ανά τύπο Μονάδος .



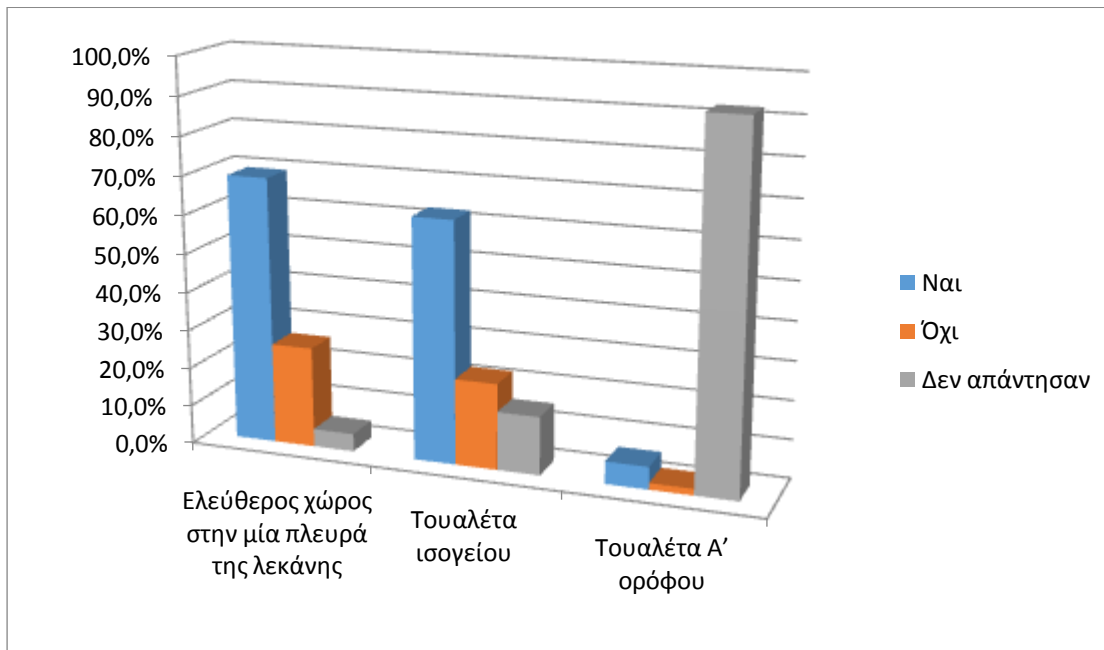
Από τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου την ύπαρξη ελεύθερου χώρου στη μία πλευρά της λεκάνης τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου, δήλωσε ότι διαθέτει το 69,3% (239 Μονάδες) ενώ το 26,1% (90 Μονάδες) απάντησε αρνητικά. Αντίστοιχα για την τουαλέτα του ισογείου απάντησε θετικά το 62,6% (216 Μονάδες) με το 22,3% (77 Μονάδες) να απαντά αρνητικά. Ακολούθως για την τουαλέτα του Α ορόφου θετικά απάντησαν το 5,8% (20 Μονάδες) ενώ το 1,7% (6 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Από τη ανάλυση των δεδομένων για την ύπαρξη ελεύθερου χώρου στη μία πλευρά της λεκάνης στην προσβάσιμη τουαλέτα στους υπόλοιπους ορόφους, προκύπτει ότι δεν υφίσταται στατιστικό ενδιαφέρον καθώς η πλειοψηφία των προσβάσιμων τουαλετών εντοπίζεται στο ισόγειο και τον πρώτο όροφο.

Πίνακας 112. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στην μία πλευρά της λεκάνης για το συνολικό δείγμα.

Ελεύθερος χώρος στην μία πλευρά της λεκάνης	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Ελεύθερος χώρος στην μία πλευρά της λεκάνης	239 (69,3%)	90 (26,1%)	16 (4,6%)
Τουαλέτα ισογείου	216 (62,6%)	77 (22,3%)	52 (15,1%)
Τουαλέτα Α' ορόφου	20 (5,8%)	6 (1,7%)	319 (92,5%)

Σχήμα 112. Ραβδόγραμμα ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στην μία πλευρά της λεκάνης για το συνολικό δείγμα.

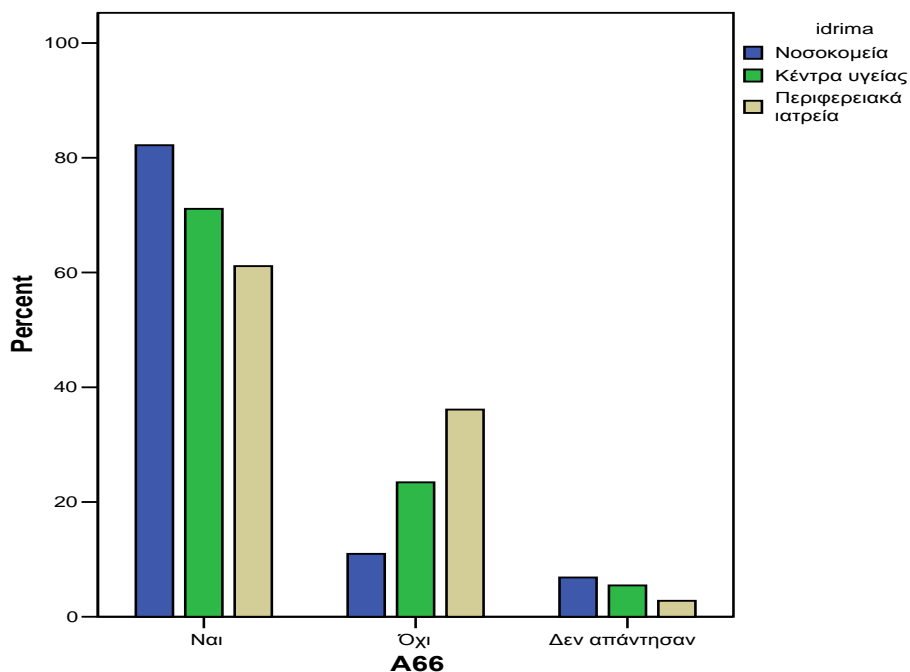


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στη μια πλευρά της λεκάνης στις προσβάσιμες τουαλέτες [$\chi^2(2)=16,059$ και $p<0,001$]. Όπως προκύπτει από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων, τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει επαρκής ελεύθερος χώρος στη μια πλευρά της λεκάνης συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 113. Κατανομή ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στην μία πλευρά της λεκάνης της προσβάσιμης τουαλέτας ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A6.6		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	60	8	5	73
	%	82,2%	11,0%	6,8%	100,0%
	ΠΤΥ	3,3	-3,3		
Κέντρο υγείας	N	91	30	7	128
	%	71,1%	23,4%	5,5%	100,0%
	ΠΤΥ	0,9	-0,9		
Περιφερειακό ιατρείο	N	88	52	4	152
	%	61,1%	36,1%	2,8%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,5	3,5		
Σύνολο		239	90	16	345
		69,3%	26,1%	4,6%	100,0%
$\chi^2(2)=16,059$ και p-value<0,001					

Σχήμα 113. Ραβδόγραμμα κατανομής ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στην μία πλευρά της λεκάνης της προσβάσιμης τουαλέτας ανά τύπο Μονάδος.

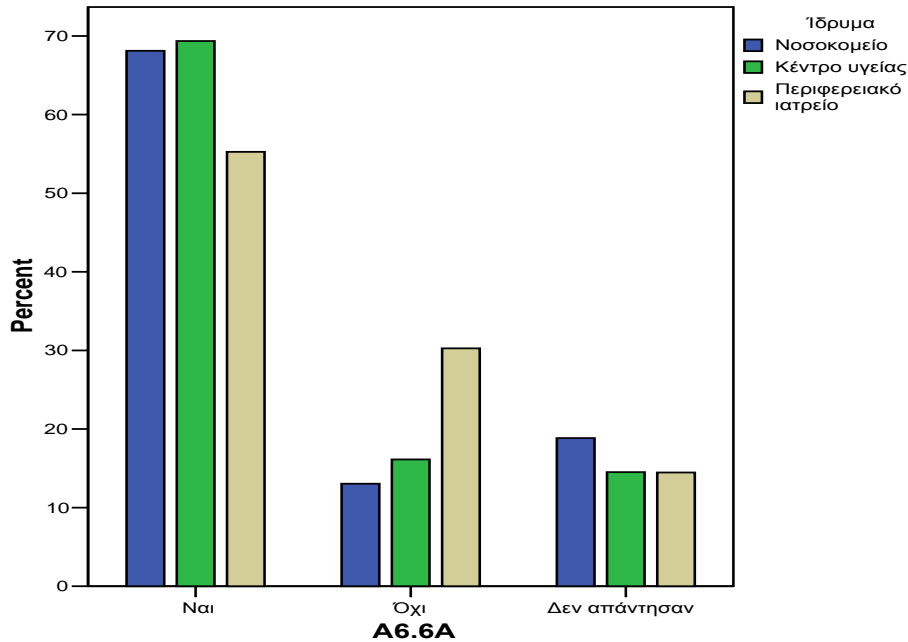


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στη μια πλευρά της λεκάνης στις προσβάσιμες τουαλέτες του ισογείου [$\chi^2(2)=11,602$ και $p=0,003$]. Όπως προκύπτει από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων, τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει επαρκής ελεύθερος χώρος τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στη μια πλευρά της λεκάνης στις τουαλέτες του ισογείου συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 114. Κατανομή ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στην μία πλευρά της λεκάνης της τουαλέτας του ισογείου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.6Α		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	51	9	13	73
	%	69,9%	12,3%	17,8%	100,0%
	ΠΤΥ	2,3	-2,3		
Κέντρο υγείας	N	84	23	21	128
	%	65,6%	18%	16,4%	100,0%
	ΠΤΥ	1,5	-1,5		
Περιφερειακό ιατρείο	N	81	45	18	144
	%	56,3%	31,3%	12,5%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,3	3,3		
Σύνολο		216	77	52	345
		62,6%	22,3%	15,1%	100,0%
$\chi^2(2)=11,602$ και p-value= 0,003					

Σχήμα 114. Ραβδόγραμμα ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στην μία πλευρά της λεκάνης της τουαλέτας του ισογείου ανά τύπο Μονάδος.

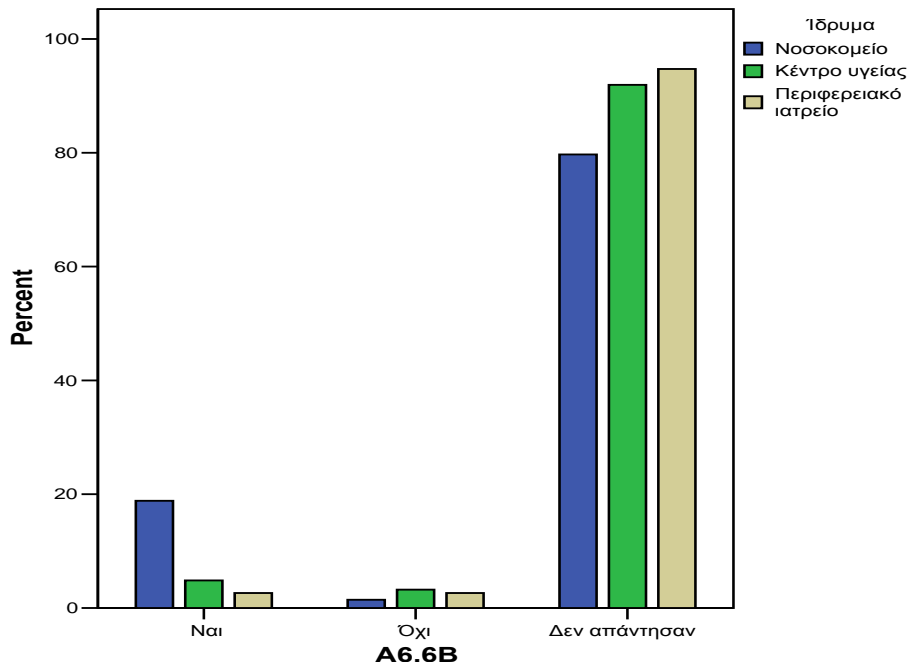


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στη μια πλευρά της λεκάνης στις προσβάσιμες τουαλέτες του πρώτου ορόφου [$\chi^2(2)=5,436$ και $p=0,066$].

Πίνακας 115. Κατανομή ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στην μία πλευρά της λεκάνης της τουαλέτας του Α' ορόφου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.6B			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	12	1	60	73
	%	16,4%	1,4%	82,2%	100,0%
	ΠΤΥ	1,9	-1,9		
Κέντρο υγείας	N	6	5	117	128
	%	4,7%	3,9%	91,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,3	2,3		
Περιφερειακό ιατρείο	N	2	0	142	144
	%	1,4%	0%	98,6%	100,0%
	ΠΤΥ	0,8	-0,8		
Σύνολο		20	6	319	345
		5,8%	1,7%	92,5%	100,0%
$\chi^2(2)=5,436$ και p-value=0,066					

Σχήμα 115. Ραβδόγραμμα ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στην μία πλευρά της λεκάνης της τουαλέτας του Α' ορόφου ανά τύπο Μονάδος.



Από την ανάλυση των δεδομένων για την ύπαρξη ελεύθερου χώρου τουλάχιστον 0,80-0,90 εκατοστά του μέτρου στη μια πλευρά της λεκάνης στις προσβάσιμες τουαλέτες στους υπόλοιπους ορόφους, δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική διαφοροποίηση ανάλογα με τον τύπο της Μονάδος καθώς η ερώτηση αυτή αφορούσε ουσιαστικά μόνο τα

νοσοκομεία που είναι και οι Μονάδες που στεγάζονται σε περισσότερους από έναν ορόφους.

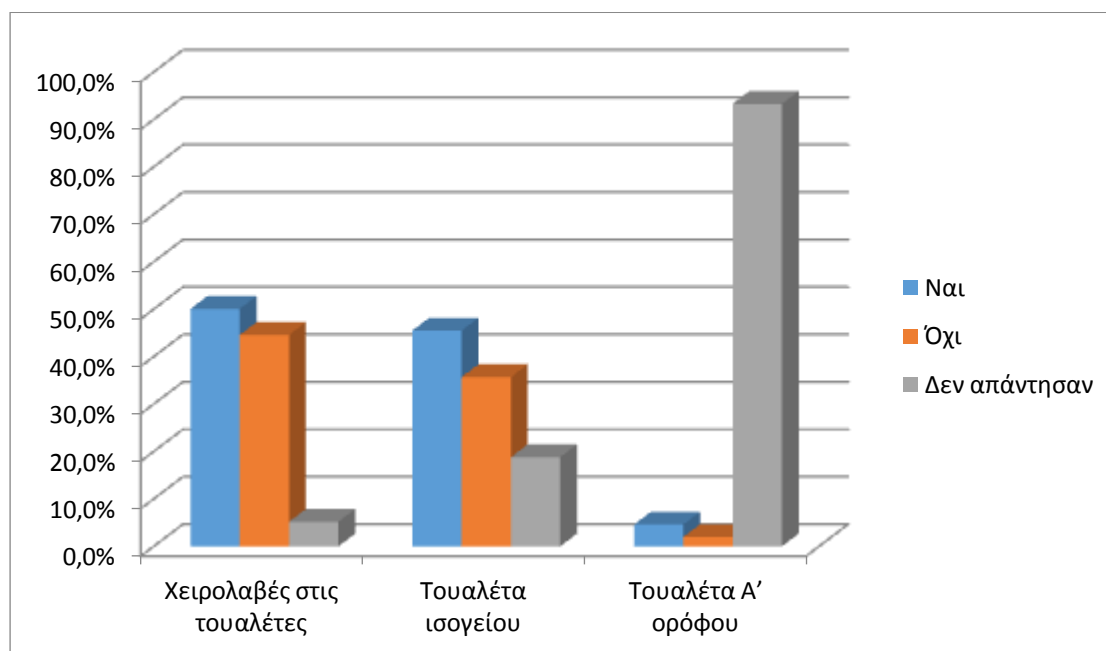
Από τις μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα μόνο το 50,1% (153 Μονάδες) δήλωσε την ύπαρξη χειρολαβών στον τοίχο ή εκατέρωθεν της λεκάνης κάθετα στον τοίχο στις προσβάσιμες τουαλέτες, ενώ το 44,6% (154 Μονάδες) απάντησαν αρνητικά. Για την προσβάσιμη τουαλέτα του ισογείου ακολούθως, το 45,5% (157 Μονάδες) απάντησε θετικά ενώ το 35,7% (123 Μονάδες) απάντησε αρνητικά. Αντίστοιχα για την τουαλέτα του Α' ορόφου το 4,6% (16 Μονάδες) απάντησε θετικά ενώ το 2% (7 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Από τη ανάλυση των δεδομένων για την ύπαρξη χειρολαβών στον τοίχο ή εκατέρωθεν της λεκάνης κάθετα στον τοίχο στις προσβάσιμες τουαλέτες στους υπόλοιπους ορόφους, προκύπτει ότι δεν υφίσταται στατιστικό ενδιαφέρον καθώς η πλειοψηφία των προσβάσιμων τουαλετών εντοπίζεται στο ισόγειο και τον πρώτο όροφο.

Πίνακας 116. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) χειρολαβών στη λεκάνη της προσβάσιμης τουαλέτας για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμες τουαλέτες.

Χειρολαβές στις τουαλέτες	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Χειρολαβές στις τουαλέτες	173 (50,1%)	154 (44,6%)	18 (5,2%)
Τουαλέτα ισογείου	157 (45,5%)	123 (35,7%)	65 (18,8%)
Τουαλέτα Α' ορόφου	16 (4,6%)	7 (2%)	322 (93,3%)

Σχήμα 116. Ραβδόγραμμα χειρολαβών στη λεκάνη της προσβάσιμης τουαλέτας για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμες τουαλέτες.



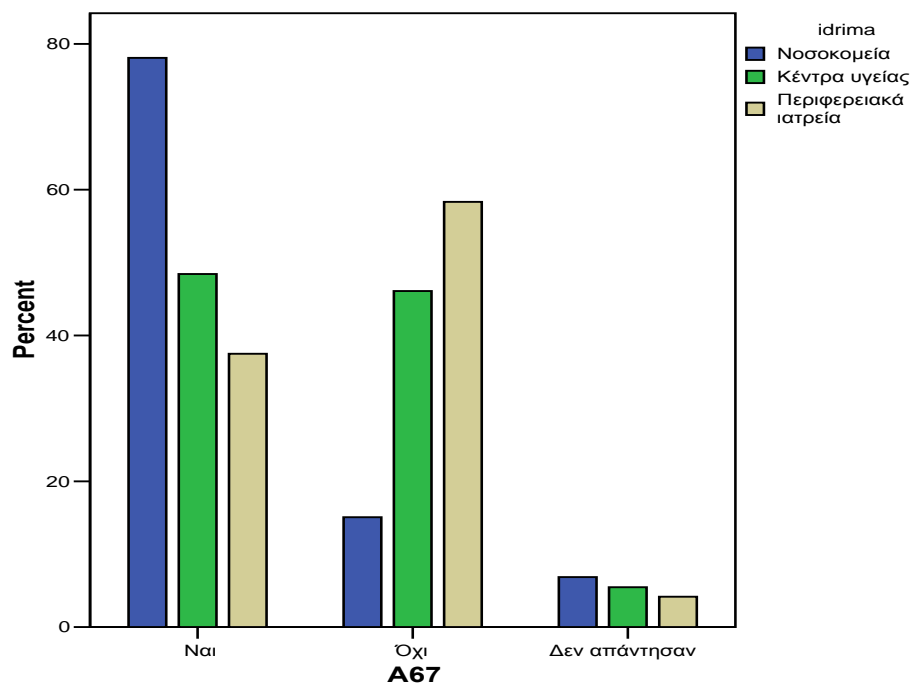
Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης χειρολαβών στον τοίχο ή εκατέρωθεν της λεκάνης κάθετα στον τοίχο στις προσβάσιμες τουαλέτες [$\chi^2(2)=37,230$ και $p<0,001$].

Όπως προκύπτει από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων, τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι η λεκάνη στις προσβάσιμες τουαλέτες έχει χειρολαβές συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 117. Κατανομή ύπαρξης χειρολαβών στις προσβάσιμες τουαλέτες ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.7		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	57	11	5	73
	%	78,1%	15,1%	6,8%	100,0%
	ΠΤΥ	5,8	-5,8		
Κέντρο υγείας	N	62	59	7	128
	%	48,4%	46,1%	5,5%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,4	0,4		
Περιφερειακό ιατρείο	N	54	84	6	144
	%	37,5%	58,3%	4,2%	100,0%
	ΠΤΥ	-4,3	4,3		
Σύνολο		173	154	18	345
		50,1%	44,6%	5,2%	100,0%
$\chi^2(2)=37,230$ και p-value<0,001					

Σχήμα 117. Ραβδόγραμμα ύπαρξης χειρολαβών στις προσβάσιμες τουαλέτες ανά τύπο Μονάδος.



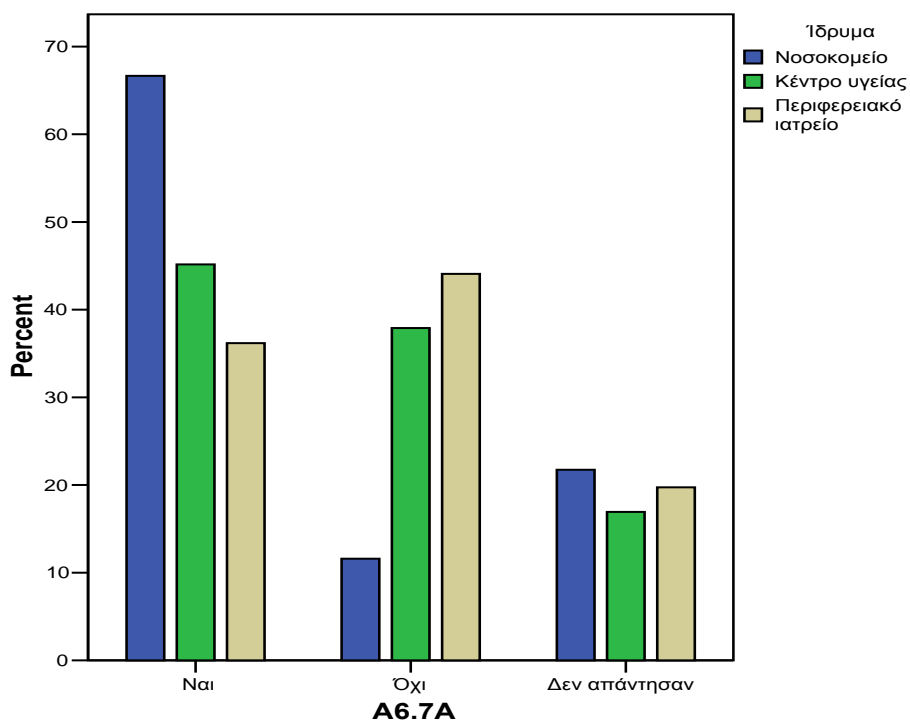
Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης χειρολαβών στον τοίχο ή εκατέρωθεν της λεκάνης κάθετα στον τοίχο στις προσβάσιμες τουαλέτες του ισογείου [$\chi^2(2)=32,878$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων, τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι η λεκάνη στις προσβάσιμες τουαλέτες του ισογείου έχει χειρολαβές συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 118. Κατανομή ύπαρξη χειρολαβών στη προσβάσιμη τουαλέτα του ισογείου ανά τύπο Μονάδας και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.7Α		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	52	7	14	73
	%	71,2%	9,6%	19,2%	100,0%
	ΠΤΥ	5,6	-5,6		
Κέντρο υγείας	N	53	50	25	128
	%	41,4%	39,1%	19,5%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,1	1,1		
Περιφερειακό ιατρείο	N	52	66	26	144
	%	36,1%	45,8%	18,1%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,5	3,5		
Σύνολο		157	123	65	345
		45,5%	35,7%	18,8%	100,0%
		$\chi^2(2)=32,878$ και $p\text{-value}<0,001$			

Σχήμα 118. Ραβδόγραμμα ύπαρξης χειρολαβών στη προσβάσιμη τουαλέτα του ισογείου ανά τύπο Μονάδας.

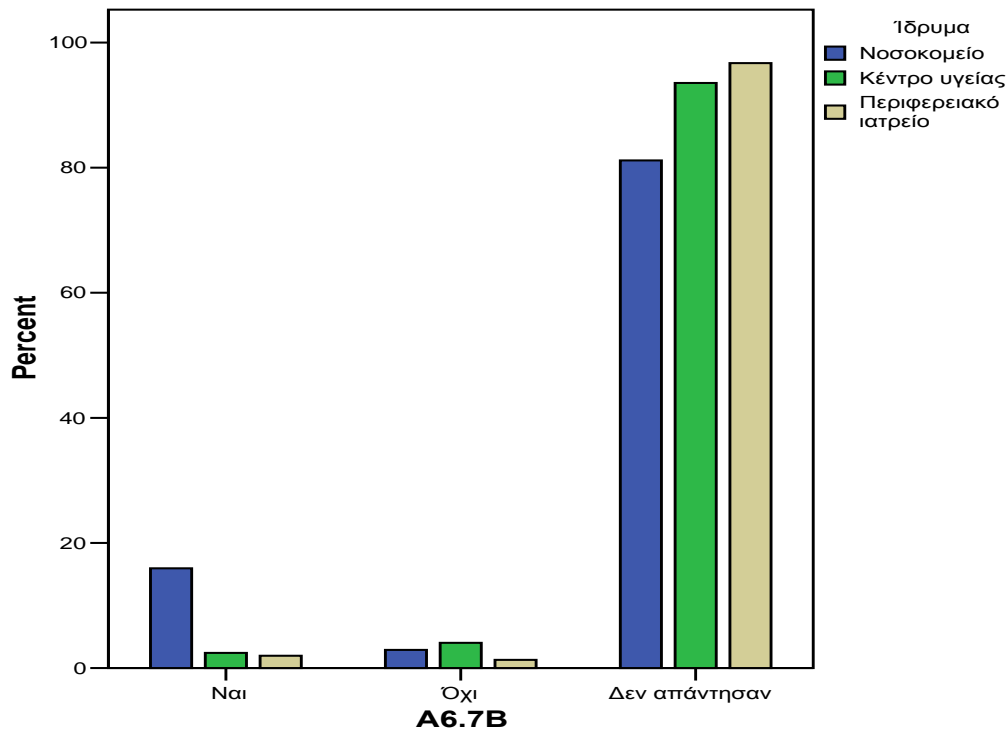


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης χειρολαβών στον τοίχο ή εκατέρωθεν της λεκάνης κάθετα στον τοίχο στις προσβάσιμες τουαλέτες του πρώτου ορόφου [$\chi^2(2)=4,632$ και $p=0,099$].

Πίνακας 119. Κατανομή ύπαρξης χειρολαβών στις προσβάσιμη τουαλέτα του Α' ορόφου ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		Α6.7B			
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Μονάδα	Νοσοκομείο	10	2	61	73
		13,7%	2,7%	83,6%	100,0%
	Κέντρο υγείας	4	5	119	128
		3,1%	3,9%	93,0%	100,0%
	Περιφερειακό ιατρείο	2	0	142	144
		1,4%	,0%	98,6%	100,0%
Σύνολο		16	7	322	345
		4,6%	2,0%	93,3%	100,0%
$\chi^2(4)=23,34$ και p -value< 0,001					

Σχήμα 119. Ραβδόγραμμα ύπαρξης χειρολαβών στις προσβάσιμη τουαλέτα του Α' ορόφου ανά τύπο Μονάδος.



Από την ανάλυση των δεδομένων για την ύπαρξη χειρολαβών στον τοίχο ή εκατέρωθεν της λεκάνης κάθετα στον τοίχο στις προσβάσιμες τουαλέτες στους υπόλοιπους ορόφους, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τον τύπο της Μονάδος καθώς η ερώτηση αυτή ουσιαστικά αφορούσε μόνο τα νοσοκομεία που είναι οι Μονάδες που στεγάζονται σε περισσότερους από έναν ορόφους.

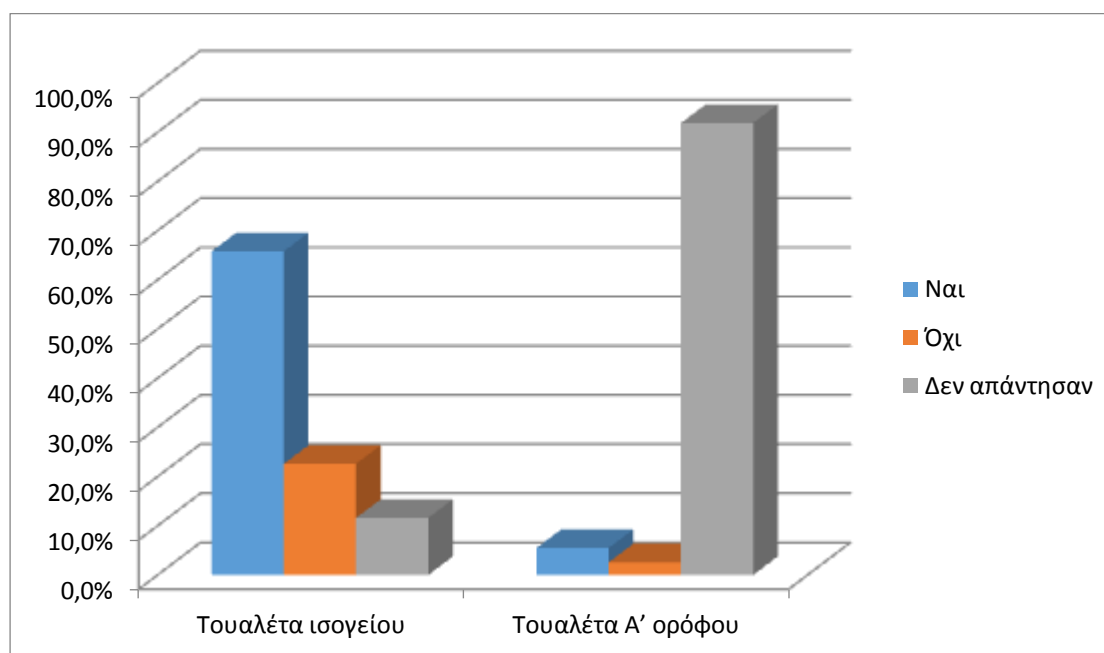
Από τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα το 65,8% (227 Μονάδες) διαθέτει νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης στη προσβάσιμη τουαλέτα του ισόγειου, ενώ το 22,6% (78 Μονάδες) απάντησε αρνητικά. Αντίστοιχα το 5,5% (19 Μονάδες) απάντησαν θετικά για την προσβάσιμη τουαλέτα του Α' ορόφου, ενώ το 2,6% (9 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Από τη ανάλυση των δεδομένων για την ύπαρξη νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης στη προσβάσιμη τουαλέτα στους υπόλοιπους ορόφους, προκύπτει ότι δεν υφίσταται στατιστικό ενδιαφέρον καθώς η πλειοψηφία των προσβάσιμων τουαλετών εντοπίζεται στο ισόγειο και τον πρώτο όροφο.

Πίνακας 120. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ύπαρξης νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης στη προσβάσιμη τουαλέτα για τις Μονάδες που διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα.

Νιπτήρας αποκλειστικής χρήσης	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησε f (%)
Τουαλέτα ισογείου	227 (65,8%)	78 (22,6%)	40 (11,6%)
Τουαλέτα Α' ορόφου	19 (5,5%)	9 (2,6%)	317 (91,9%)

Σχήμα 120. Ραβδόγραμμα ύπαρξης νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης στη προσβάσιμη τουαλέτα για τις Μονάδες που διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα.



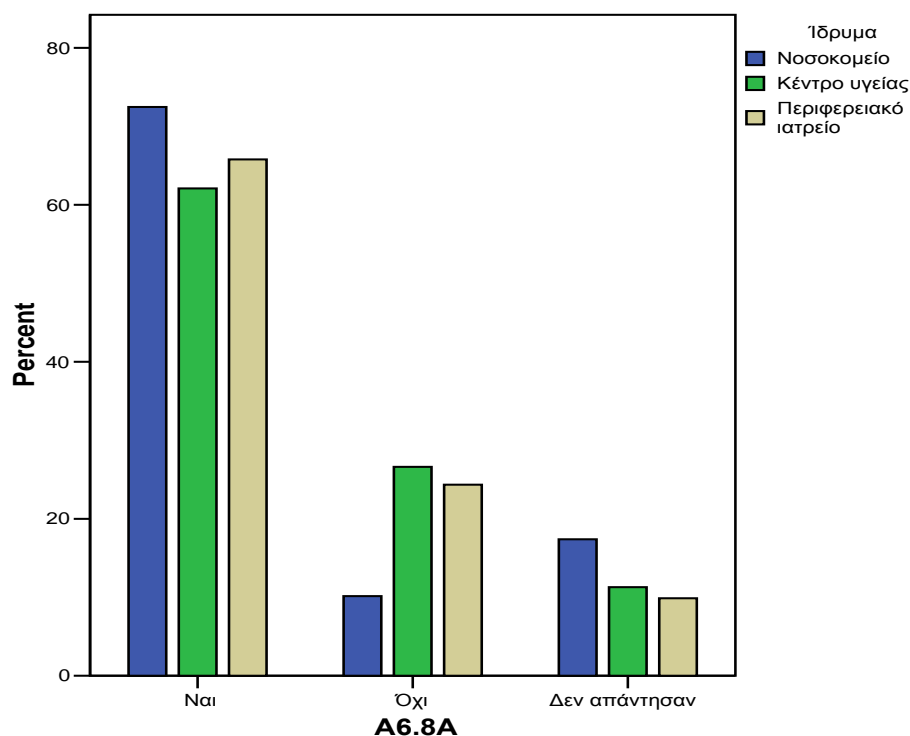
Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης στις προσβάσιμες τουαλέτες του ισογείου [$\chi^2(2)=12,828$ και $p=0,002$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων, τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει νιπτήρας αποκλειστικής χρήσης στις προσβάσιμες τουαλέτες του ισογείου συγκριτικά με τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 121. Κατανομή ύπαρξης νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης στη προσβάσιμη τουαλέτα ισογείου για τις Μονάδες που διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.8Α		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	55	5	13	73
	%	75,3%	6,8%	17,8%	100,0%
	ΠΤΥ	3,4	-3,4		
Κέντρο υγείας	N	75	37	16	128
	%	58,6%	28,9%	12,5%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,2	2,2		
Περιφερειακό ιατρείο	N	97	36	11	144
	%	67,4%	25,0%	7,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,6	0,6		
Σύνολο		227	78	40	345
		65,8%	22,6%	11,6%	100,0%
$\chi^2(2)=12,828$ και p-value= 0,002					

Σχήμα 121. Ραβδόγραμμα ύπαρξης νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης στη προσβάσιμη τουαλέτα ισογείου για τις Μονάδες που διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα ανά τύπο Μονάδος.



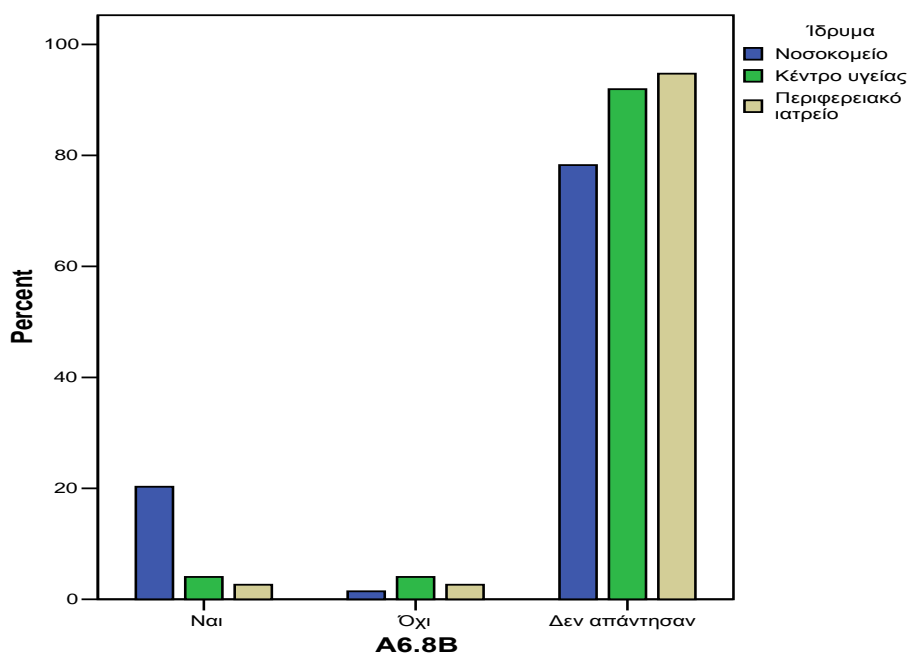
Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομο-χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης στις προσβάσιμες τουαλέτες του πρώτου ορόφου [$\chi^2(2)=8,182$ και $p=0,017$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων, τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει νιπτήρας αποκλειστικής χρήσης στις προσβάσιμες τουαλέτες του πρώτου ορόφου συγκριτικά με τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 122. Κατανομή ύπαρξης νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης στη προσβάσιμη τουαλέτα Α' ορόφου για τις Μονάδες που διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α6.8B		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	13	1	59	73
	%	17,8%	1,4%	80,8%	100,0%
	ΠΤΥ	2,8	-2,8		
Κέντρο υγείας	N	5	6	117	128
	%	3,9%	4,7%	91,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,0	2,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	1	2	141	144
	%	,7%	1,4%	97,9%	100,0%
	ΠΤΥ	-1,4	1,4		
Σύνολο		19	9	317	345
		5,5%	2,6%	91,9%	100,0%
$\chi^2(2)=8,182$ και $p\text{-value}=0,017$					

Σχήμα 122. Ραβδόγραμμα ύπαρξης νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης στη προσβάσιμη τουαλέτα Α' ορόφου για τις Μονάδες που διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα ανά τύπο Μονάδος.



Όσον αφορά την ύπαρξη τηλεφώνων για την εξυπηρέτηση του κοινού, το 21,3% (328 Μονάδες) απάντησε ότι διαθέτει κοινόχρηστο τηλέφωνο, ενώ το 76,2% (1174 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

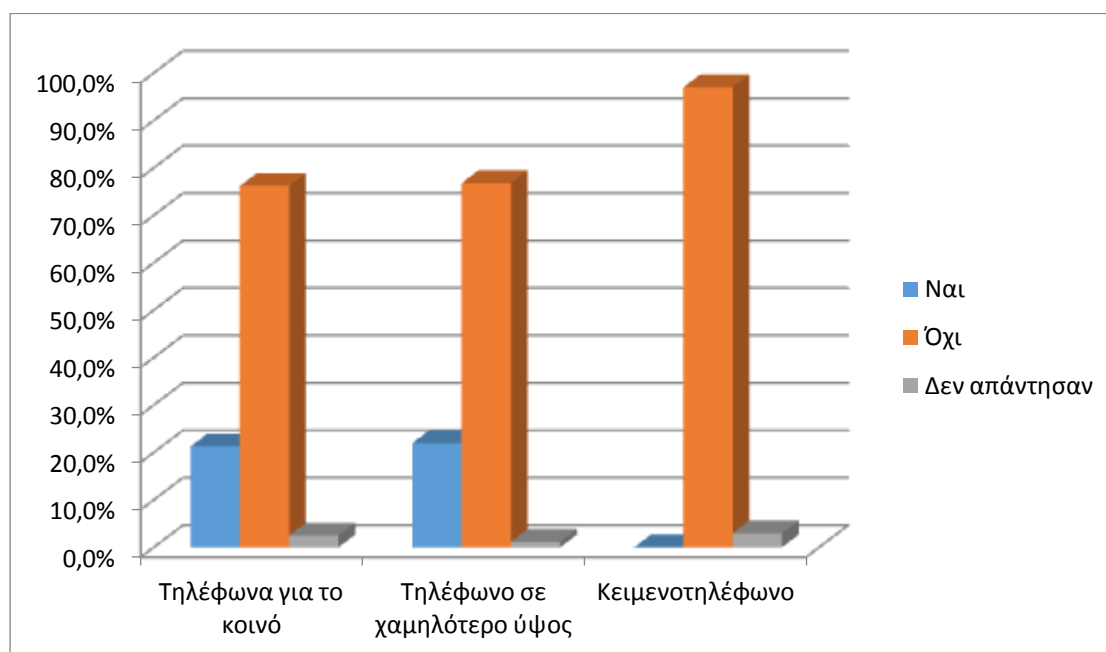
Από τις Μονάδες που διαθέτουν κοινόχρηστο τηλέφωνο, μόνο το 22% (72 Μονάδες) διαθέτει τηλέφωνο σε χαμηλότερο ύψος για τα άτομο-χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου ενώ το 76,8% (252 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Αντίστοιχα από τις Μονάδες που διαθέτουν κοινόχρηστο τηλέφωνο, το 97% (318 Μονάδες), απάντησε ότι δεν διαθέτει κειμενοτηλέφωνο για την εξυπηρέτηση των κωφών ατόμων, ενώ το 3% (10 Μονάδες) δεν απάντησε.

Πίνακας 123. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) τηλεφώνου για το κοινό, για το συνολικό δείγμα και τηλεφώνου σε χαμηλό ύψος, κειμενοτηλεφώνου για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν κοινόχρηστο τηλέφωνο.

Εξοπλισμός	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Τηλέφωνα για το κοινό	328 (21,3%)	1174 (76,2%)	39 (2,5%)
Τηλέφωνο σε χαμηλότερο ύψος	72 (22%)	252 (76,8%)	4 (1,2%)
Κειμενοτηλέφωνο	0 (0%)	318 (97%)	10 (3%)

Σχήμα 123. Ραβδόγραμμα τηλεφώνου για το κοινό, για το συνολικό δείγμα και τηλεφώνου σε χαμηλό ύψος, κειμενοτηλεφώνου για τις Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν κοινόχρηστο τηλέφωνο.

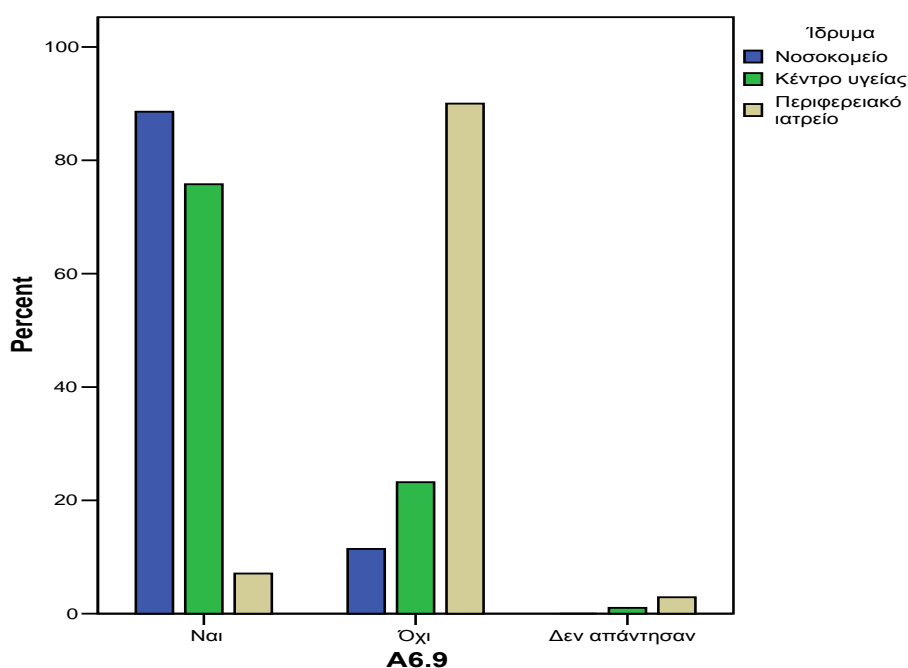


Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης στη μονάδα τηλεφώνων για το κοινό [$\chi^2(2)=835,779$ και $p<0,001$]. Όπως προκύπτει από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων, τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν τηλέφωνα για το κοινό συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία που δήλωσαν συχνότερα ότι δεν έχουν.

Πίνακας 124. Κατανομή ύπαρξης τηλεφώνου για το κοινό ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		Α6.9			
Ίδρυμα		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	99	6	0	105
	%	94,3%	5,7%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	18,6	-18,6		
Κέντρο υγείας	N	149	43	2	194
	%	76,8%	22,2%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	20,0	-20,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	80	1125	37	1242
	%	6,4%	90,6%	3,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-28,7	28,7		
Σύνολο		328	1174	39	1540
		21,3%	76,2%	2,5%	100,0%
$\chi^2(2)=835,779$ και p-value< 0,001					

Σχήμα 124. Ραβδόγραμμα ύπαρξης τηλεφώνου για το κοινό ανά τύπο Μονάδος.



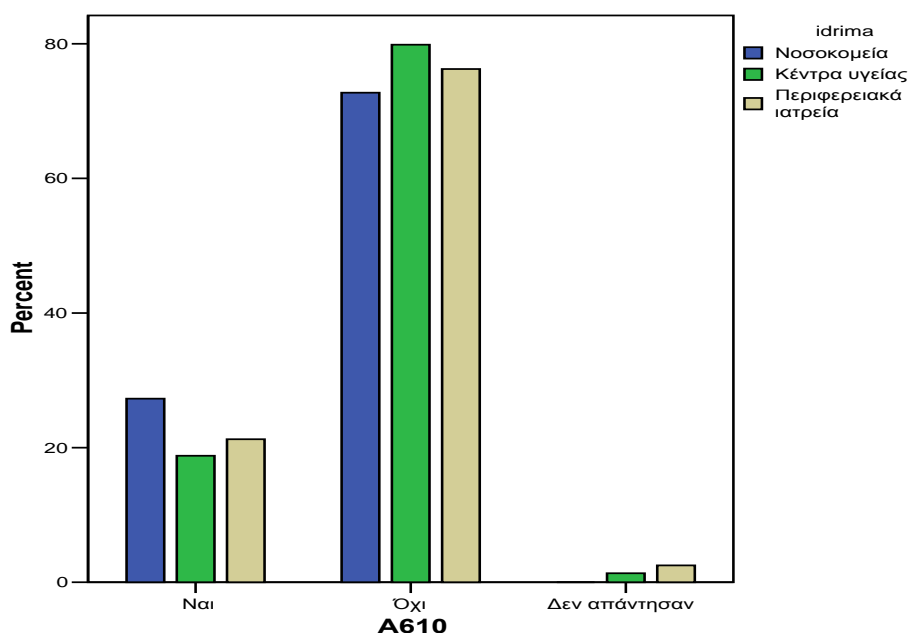
Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τηλέφωνα για το κοινό. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης τηλεφώνου σε χαμηλότερο ύψος για άτομα-χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου [$\chi^2(2)=158,439$ και $p<0,001$]. Όπως προκύπτει από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων, τα

Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν τηλέφωνο σε χαμηλότερο ύψος συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 125. Κατανομή ύπαρξης κοινόχρηστων τηλεφώνων σε χαμηλό ύψος για τις Μονάδες που διαθέτουν κοινόχρηστο τηλέφωνο ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ίδρυμα		Α6.10			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	27	72	0	99
	%	27,3%	72,7%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	9,9	-9,9		
Κέντρο υγείας	N	28	119	2	149
	%	18,8%	79,9%	1,3%	100,0%
	ΠΤΥ	6,7	-6,7		
Περιφερειακό ιατρείο	N	17	61	2	80
	%	21,3%	76,3%	2,5%	100,0%
	ΠΤΥ	-12,0	12,0		
Σύνολο		72	252	4	328
		22,0%	76,8%	1,2%	100,0%
$\chi^2(2)=158,439$ και p-value<0,001					

Σχήμα 125. Ραβδόγραμμα ύπαρξης κοινόχρηστων τηλεφώνων σε χαμηλό ύψος για τις Μονάδες που διαθέτουν κοινόχρηστο τηλέφωνο ανά τύπο Μονάδος.

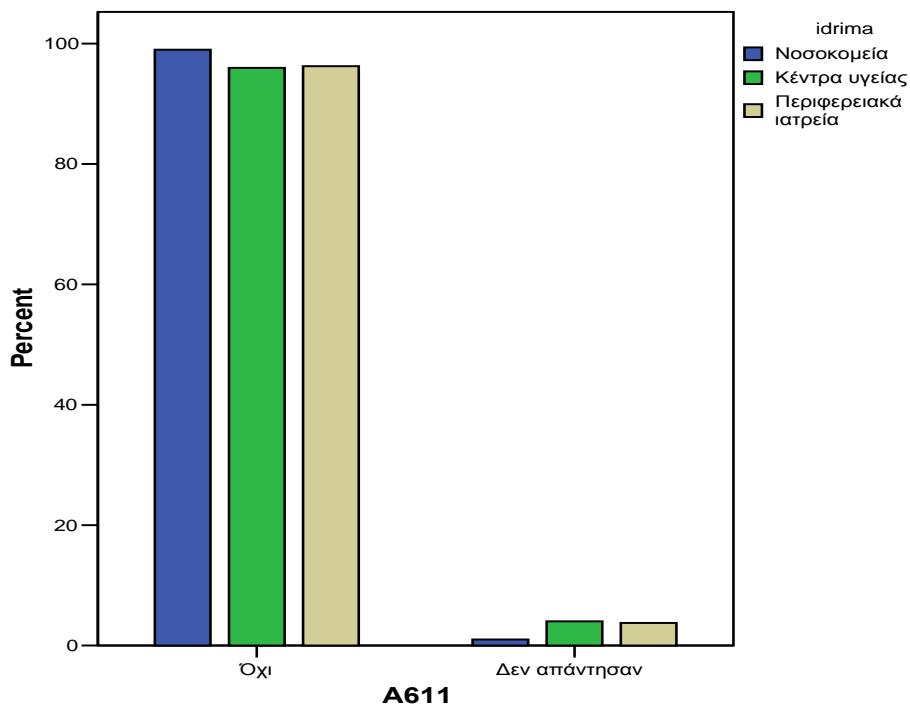


Στον πίνακα που ακολουθεί αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν τηλέφωνα για το κοινό. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό καμία Μονάδα δε δήλωσε ότι έχει κειμενοτηλέφωνο για κωφά άτομα και επομένως δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης κειμενοτηλεφώνου.

Πίνακας 126. Κατανομή ύπαρξης κειμενοτηλέφωνων για τις Μονάδες που διαθέτουν κοινόχρηστο τηλέφωνο ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ίδρυμα		A6.11		Σύνολο
		Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	98	1	99
	%	99,0%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0		
Κέντρο υγείας	N	143	6	149
	%	96,0%	4,0%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	77	3	80
	%	96,3%	3,8%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0		
Σύνολο		318	10	328
		97,0%	3,0%	100,0%

Σχήμα 126. Ραβδόγραμμα ύπαρξης κειμενοτηλέφωνων για τις Μονάδες που διαθέτουν κοινόχρηστο τηλέφωνο ανά τύπο Μονάδος.

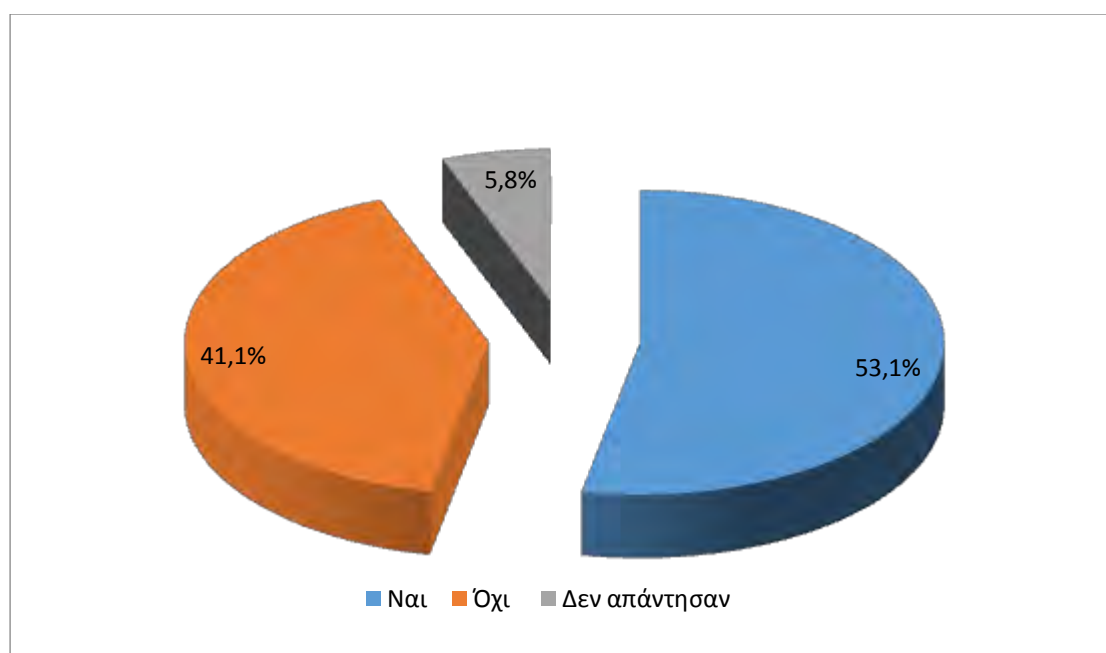


Όσον αφορά την ύπαρξη ικανού φωτισμού στους χώρους εργασίας και συναλλαγής με το κοινό, το 53,1% (818 Μονάδες) απάντησε ότι το επίπεδο φωτισμού στους χώρους εργασίας και συναλλαγής με το κοινό είναι ικανό, ώστε να διασφαλίζεται η επικοινωνία με χρήση νοηματικής γλώσσας και η ανάγνωση από άτομα με προβλήματα όρασης, ενώ το 41,1% (633 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 127. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) ύπαρξης ικανού επιπέδου φωτισμού στους χώρους εργασίας και συναλλαγής με το κοινό για το συνολικό δείγμα.

Εξοπλισμός	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Ικανό επίπεδο φωτισμού	818 (53,1%)	633 (41,1%)	90 (5,8%)

Σχήμα 127. Γράφημα πίτας ύπαρξης ικανού επιπέδου φωτισμού στους χώρους εργασίας και συναλλαγής με το κοινό για το συνολικό δείγμα.



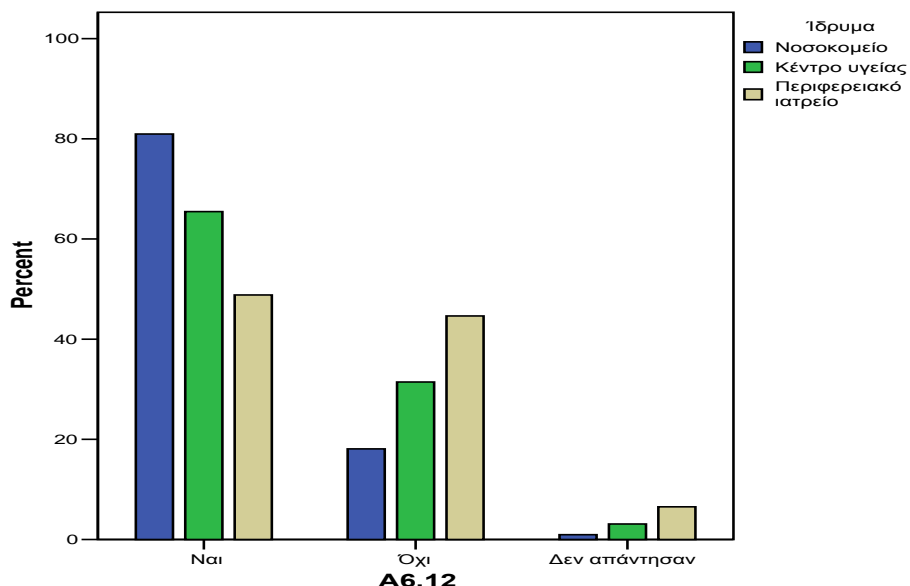
Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του εάν το επίπεδο φωτισμού στους χώρους εργασίας και συναλλαγής είναι τέτοιο ώστε να διασφαλίζεται η επικοινωνία με χρήση νοηματικής γλώσσας και η ανάγνωση σε άτομα με προβλήματα όρασης [$\chi^2(2)=48,250$ και $p<0,001$]. Παρότι η πλειοψηφία των Μονάδων απάντησε ότι το επίπεδο φωτισμού είναι επαρκές, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι

τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν επαρκές επίπεδο φωτισμού συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 128. Κατανομή ύπαρξης ικανού επιπέδου φωτισμού στους χώρους εργασίας και συναλλαγής με το κοινό για το συνολικό δείγμα ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ίδρυμα		Α6.12			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	87	16	2	105
	%	82,9%	15,2%	1,9%	100,0%
	ΠΤΥ	6,0	-6,0		
Κέντρο υγείας	N	125	64	5	194
	%	64,4%	33,0%	2,6%	100,0%
	ΠΤΥ	2,9	-2,9		
Περιφερειακό ιατρείο	N	606	553	83	1242
	%	48,8%	44,5%	6,7%	100,0%
	ΠΤΥ	-6,3	6,3		
Σύνολο		818	633	90	1541
		53,1%	41,1%	5,8%	100,0%
$\chi^2(2)=48,250$ και p-value<0,001					

Σχήμα 128. Ραβδόγραμμα ύπαρξης ικανού επιπέδου φωτισμού στους χώρους εργασίας και συναλλαγής με το κοινό για το συνολικό δείγμα ανά τύπο Μονάδος.



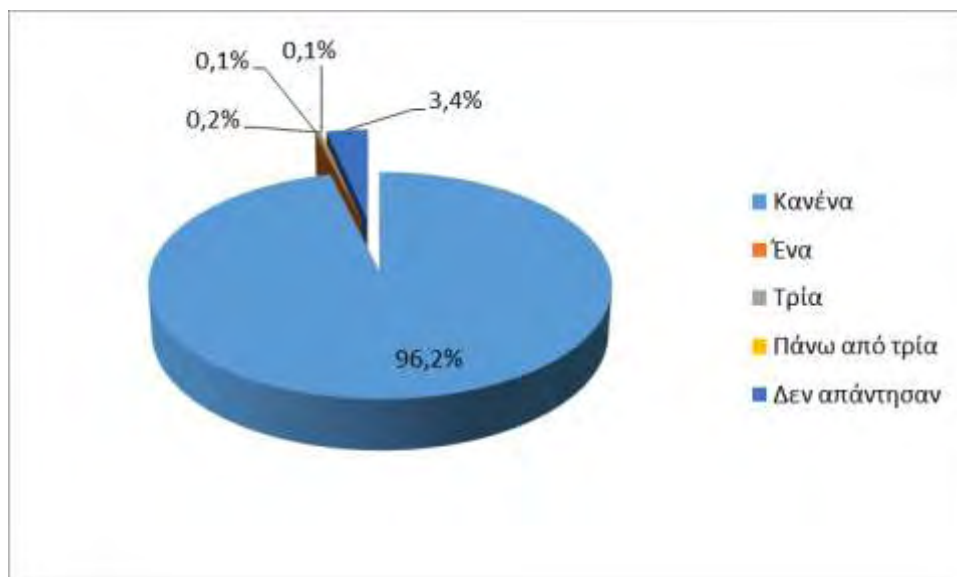
9.7. Υπηρεσίες

Όσον αφορά τις υφιστάμενες υπηρεσίες και ειδικότερα την ύπαρξη ατόμων από το προσωπικό εκπαιδευμένων ώστε να μπορούν να εξυπηρετήσουν άτομο με αναπηρία (πχ. ειδικά σεμινάρια συμπεριφοράς και επικοινωνίας, χρήση νοηματικής γλώσσας κλπ), το 96,2% (1483 Μονάδες) δήλωσε ότι δεν διαθέτει κανένα άτομο για το σκοπό αυτό, το 0,1% (2 Μονάδες) δήλωσε ότι διαθέτει ένα άτομο, το 0,2% (3 Μονάδες) ότι διαθέτει τρία άτομα, ενώ το 0,1% (1 Μονάδα) διαθέτει πάνω από τρία .

Πίνακας 129. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) αριθμού ατόμων από το προσωπικό εκπαιδευμένων, ώστε να μπορούν να εξυπηρετήσουν άτομο με αναπηρία, για το συνολικό δείγμα.

Εκπαιδευμένο Προσωπικό	f	%
Κανένα	1483	96,2
Ένα	2	0,1
Τρία	3	0,2
Πάνω από τρία	1	0,1
Δεν απάντησαν	52	3,4
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 129. Γράφημα πίτας αριθμού ατόμων από το προσωπικό εκπαιδευμένων ώστε να μπορούν να εξυπηρετήσουν άτομο με αναπηρία για το συνολικό δείγμα.



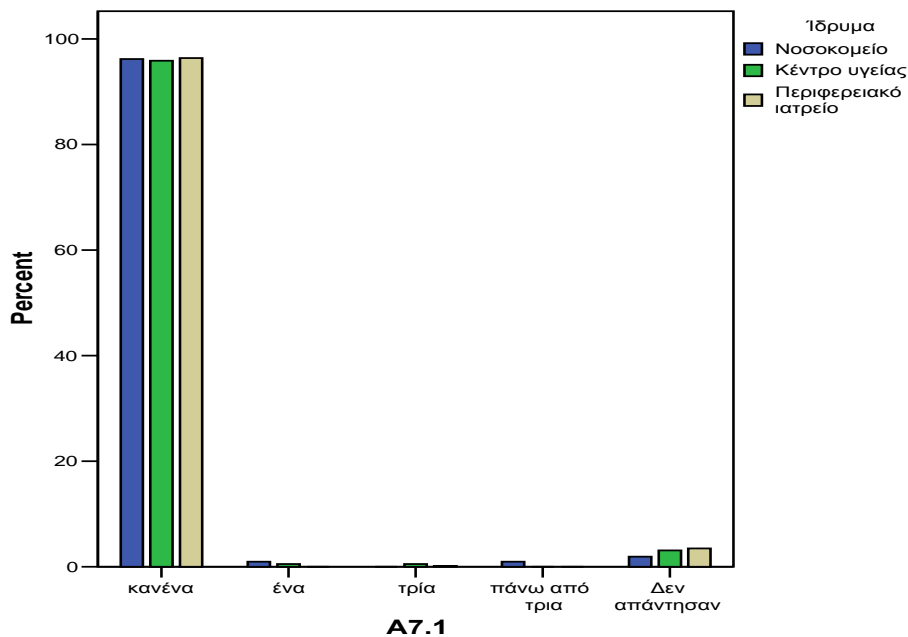
Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και του αριθμού των ατόμων του προσωπικού που έχουν εκπαιδευτεί για να μπορούν να εξυπηρετήσουν άτομα με αναπηρία [$\chi^2(2)=30,606$ και $p<0,001$]. Παρότι ελάχιστες Μονάδες απάντησαν ότι διαθέτουν

εκπαιδευμένο προσωπικό, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα λίγα αυτά άτομα είναι αναλογικώς περισσότερα στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας (που είναι ως μονάδες ολιγάριθμες) συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία (που είναι ως μονάδες πολυάριθμες).

Πίνακας 130. Κατανομή αριθμού εκπαιδευμένου προσωπικού για την εξυπηρέτηση ΑμεΑ ανά τύπο Μονάδος, και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Ίδρυμα		A7.1					Σύνολο
		Κανένα	Ένα	Τρία	Πάνω από τρία	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	101	1	0	1	2	105
	%	96,2%	1,0%	,0%	1,0%	1,9%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,6	2,4	-0,5	3,7		
Κέντρο υγείας	N	186	1	2	0	5	194
	%	95,9%	,5%	1,0%	,0%	2,6%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,8	1,6	2,8	-0,4		
Περιφερειακό ιατρείο	N	1196	0	1	0	45	1242
	%	96,3%	,0%	,1%	,0%	3,6%	100,0%
	ΠΤΥ	3,9	-2,9	-2,1	-2,0		
Σύνολο		1483	2	3	1	52	1541
		96,2%	,1%	,2%	,1%	3,4%	100,0%
$\chi^2(6)=30,606$ και $p\text{-value}<0,001$							

Σχήμα 130. Ραβδόγραμμα αριθμού εκπαιδευμένου προσωπικού για την εξυπηρέτηση ΑμεΑ ανά τύπο Μονάδος.

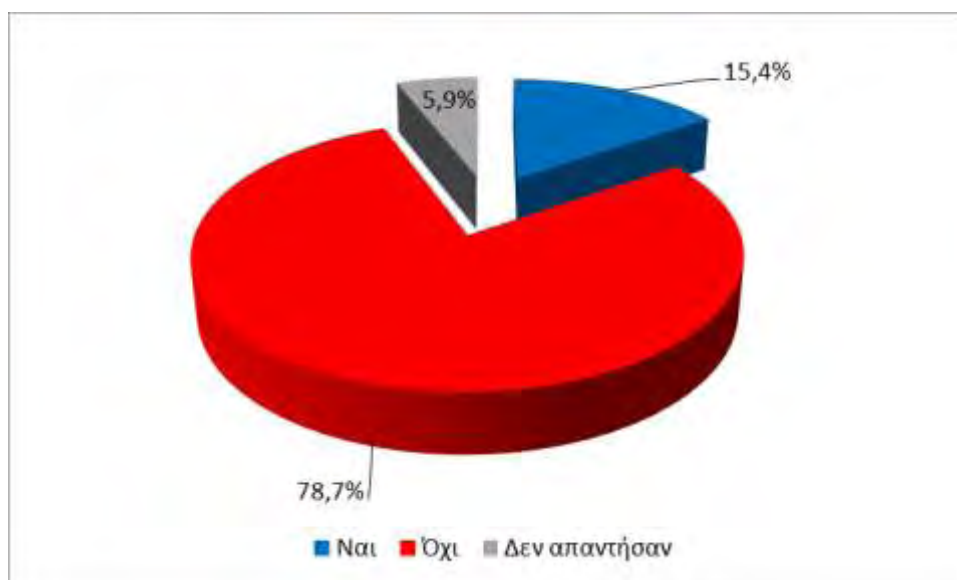


Ως προς την ύπαρξη προσωπικού στον χώρο υποδοχής, στην είσοδο της Μονάδας, το οποίο θα μπορούσε να βοηθήσει αν χρειαστεί κάποιο άτομο με αναπηρία, το 15,4% (237 Μονάδες) απάντησε ότι διαθέτει συγκεκριμένα άτομα προς τούτο, ενώ το 78,7% (1213 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 131. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) προσωπικού στον χώρο υποδοχής, στην είσοδο της Μονάδος, το οποίο θα μπορούσε να βοηθήσει αν χρειαστεί κάποιο άτομο με αναπηρία για το συνολικό δείγμα.

Προσωπικό Υποδοχής	f	%
Ναι	237	15,4
Όχι	1213	78,7
Δεν απάντησαν	91	5,9
Σύνολο	1541	100

Σχήμα 131. Γράφημα πίτας προσωπικού στον χώρο υποδοχής, στην είσοδο της Μονάδας, το οποίο θα μπορούσε να βοηθήσει αν χρειαστεί κάποιο άτομο με αναπηρία για το συνολικό δείγμα.

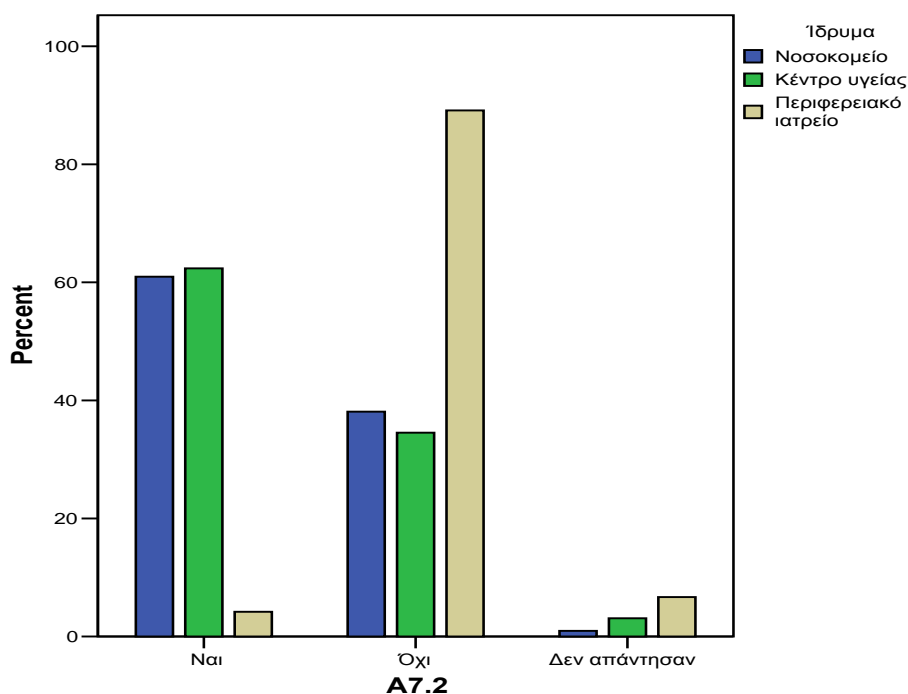


Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της παρουσίας στο χώρο υποδοχής, προσωπικού που θα βοηθήσει εάν χρειαστεί κάποιο άτομο με αναπηρία [$\chi^2(2)=647,722$ και $p<0,001$]. Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι υπάρχει προσωπικό στο χώρο υποδοχής που θα μπορούσε να βοηθήσει συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 132. Κατανομή προσωπικού στον χώρο υποδοχής, στην είσοδο της Μονάδας, το οποίο θα μπορούσε να βοηθήσει αν χρειαστεί κάποιο άτομο με αναπηρία ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		A7.2		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	71	33	1	105
	%	67,6%	31,4%	1,0%	100,0%
	ΠΤΥ	14,9	-14,9		
Κέντρο υγείας	N	120	67	7	194
	%	61,9%	34,5%	3,6%	100,0%
	ΠΤΥ	19,0	-19,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	46	1113	83	1242
	%	3,7%	89,6%	6,7%	100,0%
	ΠΤΥ	-25,4	25,4		
Σύνολο		237	1213	91	1541
		15,4%	78,7%	5,9%	100,0%
$\chi^2(2)=647,722$ και p-value< 0,001					

Σχήμα 132. Ραβδόγραμμα προσωπικού στον χώρο υποδοχής, στην είσοδο της Μονάδας, το οποίο θα μπορούσε να βοηθήσει αν χρειαστεί κάποιο άτομο με αναπηρία ανά τύπο Μονάδος.



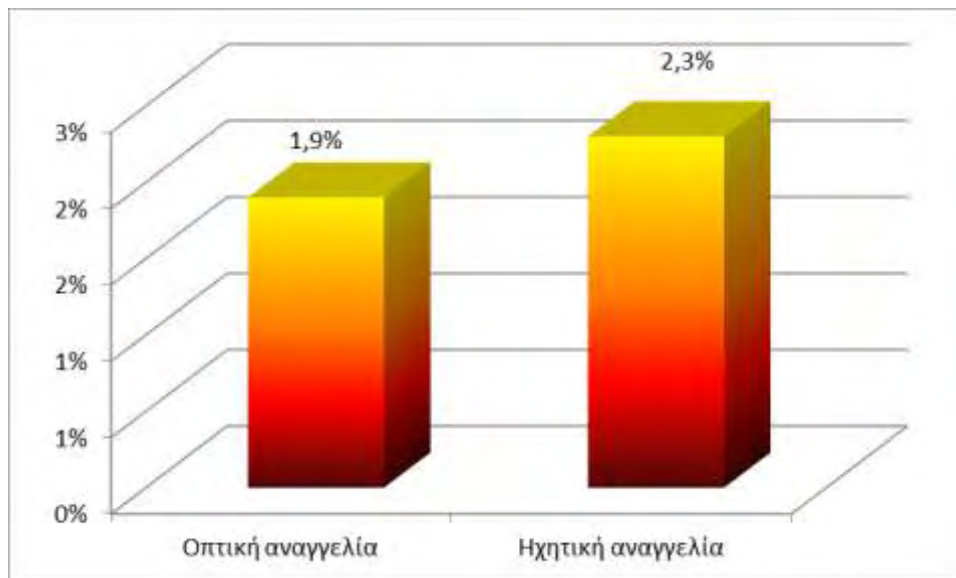
Ως προς την ύπαρξη οπτικής αναγγελίας για την πληροφόρηση του κοινού μόνο το 1,9% (28 Μονάδες) απάντησε θετικά, ενώ το 84,7% (1305 Μονάδες) απάντησε αρνητικά. Αντίστοιχα μόνο το 2,3% (35 Μονάδες) δήλωσε ότι διαθέτει ηχητική αναγγελία

προκειμένου να εξασφαλισθεί η πληροφόρηση του κοινού, ενώ το 81,6% (1257 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 133. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) οπτικής και ηχητικής αναγγελίας για πληροφόρηση του κοινού για το συνολικό δείγμα.

Οπτική και Ηχητική Αναγγελία	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Οπτική αναγγελία	28 (1,9%)	1305 (84,7%)	208 (13,5%)
Ηχητική αναγγελία	35 (2,3%)	1257 (81,6%)	249 (16,2%)

Σχήμα 133. Ραβδόγραμμα ύπαρξης οπτικής και ηχητικής αναγγελίας για πληροφόρηση του κοινού για το συνολικό δείγμα.

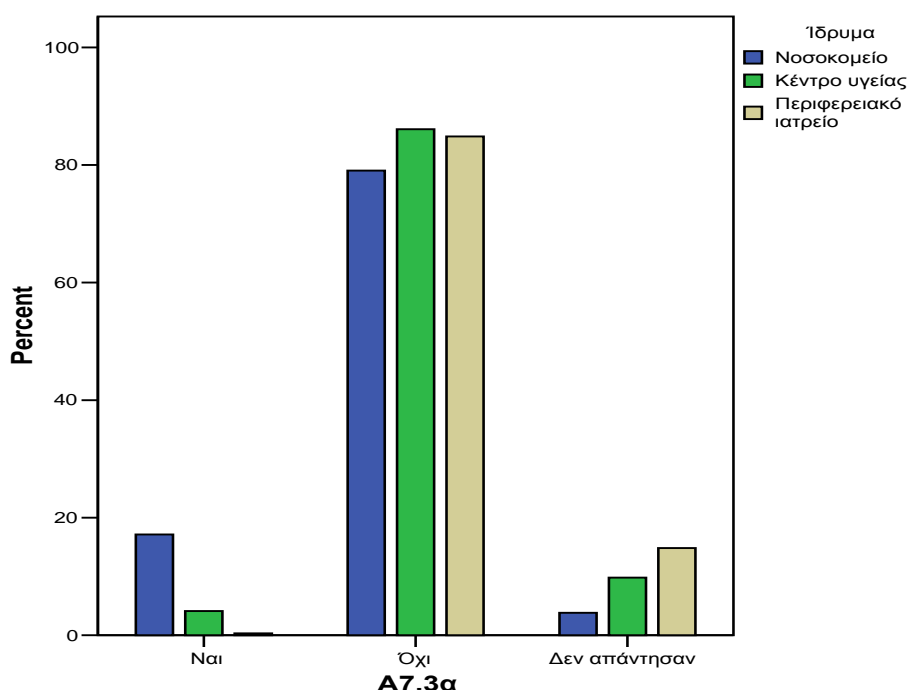


Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης οπτικής αναγγελίας για την πληροφόρηση του κοινού [$\chi^2(2)=211,366$ και $p<0,001$]. Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν μέσα οπτικής αναγγελίας συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 134. Κατανομή ύπαρξης οπτικής αναγγελίας για την πληροφόρηση του κοινού ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		A7.3α			
Ίδρυμα		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	22	78	5	105
	%	21,0%	74,3%	4,8%	100,0%
Κέντρο υγείας	ΠΤΥ	14,4	-14,4		
	N	4	172	18	194
Κέντρο υγείας	%	2,1%	88,7%	9,3%	100,0%
	ΠΤΥ	0,2	-0,2		
Περιφερειακό ιατρείο	N	2	1055	185	1242
	%	,2%	84,9%	14,9%	100,0%
Περιφερειακό ιατρείο	ΠΤΥ	-9,5	9,5		
	Σύνολο	28	1305	208	1541
		1,8%	84,7%	13,5%	100,0%
$\chi^2(2)=211,366$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 134. Ραβδόγραμμα ύπαρξης οπτικής αναγγελίας για την πληροφόρηση του κοινού ανά τύπο Μονάδος



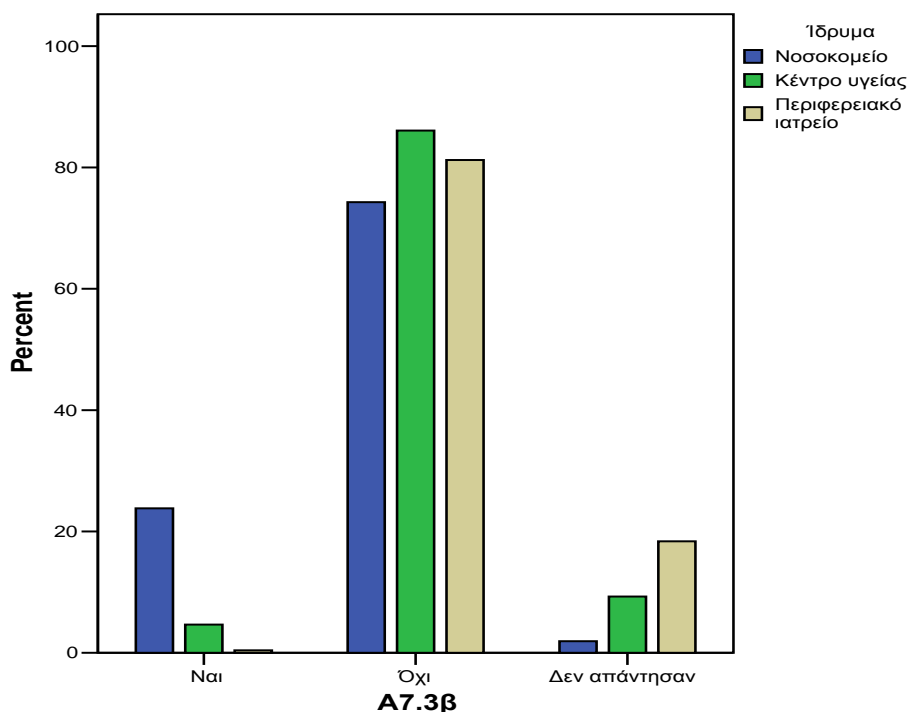
Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης ηχητικής αναγγελίας για την πληροφόρηση του κοινού [$\chi^2(2)=321,478$ και $p<0,001$]. Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία δήλωσαν

στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν μέσα ηχητικής αναγγελίας συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 135. Κατανομή ύπαρξης ηχητικής αναγγελίας για την πληροφόρηση του κοινού ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		Α7.3β			
Ίδρυμα		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	31	72	2	105
	%	29,5%	68,6%	1,9%	100,0%
	ΠΤΥ	17,8	-17,8		
Κέντρο υγείας	N	4	172	18	194
	%	2,1%	88,7%	9,3%	100,0%
	ΠΤΥ	-0,4	0,4		
Περιφερειακό ιατρείο	N	0	1013	229	1241
	%	,0%	81,6%	18,4%	100,0%
	ΠΤΥ	-11,4	11,4		
Σύνολο		35	1257	249	1541
		2,3%	81,6%	16,2%	100,0%
$\chi^2(2)=321,478$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 135. Ραβδόγραμμα ύπαρξης ηχητικής αναγγελίας για την πληροφόρηση του κοινού ανά τύπο Μονάδος.



Ως προς την ύπαρξη ενημερωτικών και πληροφοριακών εντύπων τα οποία διατίθενται στο κοινό, το 27,6% (425 Μονάδες) απάντησε ότι διαθέτει ανάλογο υλικό, ενώ το 65,5% (1010 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά την ύπαρξη πληροφοριακών εντύπων σε γραφή Braille καμία μονάδα δεν δήλωσε ότι διαθέτει, ενώ 14,8% (63 Μονάδες) δεν απάντησε σχετικά.

Αντίστοιχα πληροφοριακά έντυπα με μεγάλους χαρακτήρες διαθέτει το 18,1% (77 Μονάδες) ενώ 71,3% (303 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

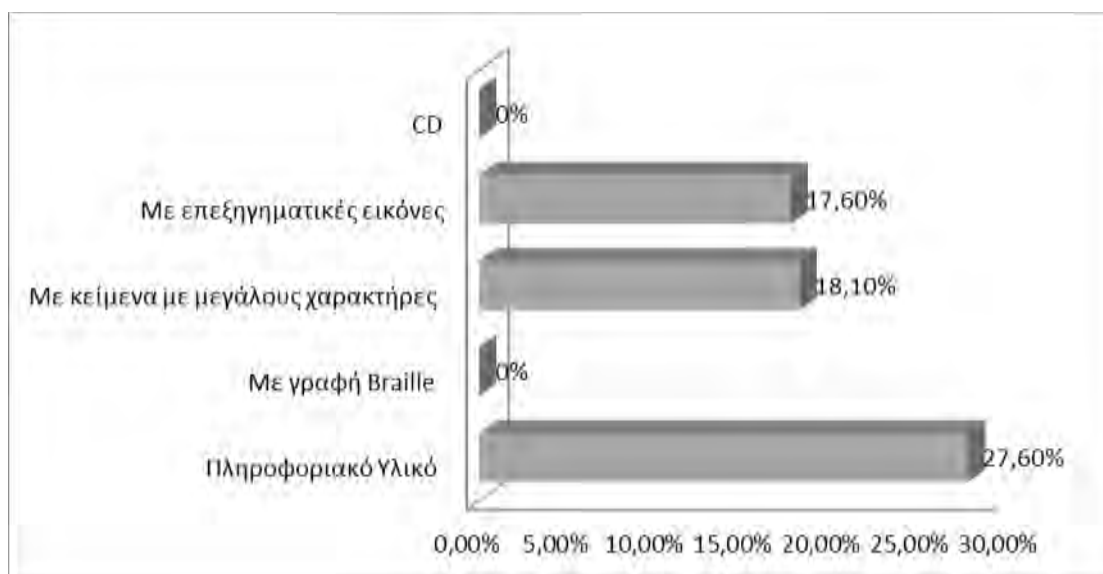
Ακολούθως όσον αφορά την ύπαρξη πληροφοριακών εντύπων με επεξηγηματικές εικόνες το 17,6% (75 Μονάδες) δήλωσε ότι διαθέτει τα εν λόγω έντυπα, ενώ το 68,2% (290 Μονάδες) απάντησε αρνητικά.

Τέλος ως προς την ύπαρξη cd με πληροφοριακό υλικό για το κοινό το 80,7% (343 Μονάδες) απάντησε ότι δεν διαθέτει ανάλογο υλικό, ενώ το 19,3% (82 Μονάδες) δεν απάντησε.

Πίνακας 136. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) Μονάδων που διαθέτουν πληροφοριακό υλικό στο κοινό για το συνολικό δείγμα και κατανομή προσβάσιμου είδους πληροφοριακού υλικού για τις Μονάδες που διαθέτουν στο κοινό τέτοιο υλικό.

Διάθεση προσβάσιμου πληροφοριακού υλικού και τύποι αυτού	Ναι f (%)	Όχι f (%)	Δεν απάντησαν f (%)
Πληροφοριακό Υλικό	425 (27,6%)	1010 (65,5%)	106 (6,9%)
Με γραφή Braille	0 (0%)	362 (85,2%)	63 (14,8%)
Με κείμενα με μεγάλους χαρακτήρες	77 (18,1%)	303 (71,3%)	45 (10,6%)
Με επεξηγηματικές εικόνες	75 (17,6%)	290 (68,2%)	60 (14,1%)
CD	0 (0%)	343 (80,7%)	82 (19,3%)

Σχήμα 136. Ραβδόγραμμα μονάδων που διαθέτουν πληροφοριακό υλικό στο κοινό για το συνολικό δείγμα και κατανομή προσβάσιμου είδους πληροφοριακού υλικού για τις μονάδες που διαθέτουν στο κοινό τέτοιο υλικό για το συνολικό δείγμα.



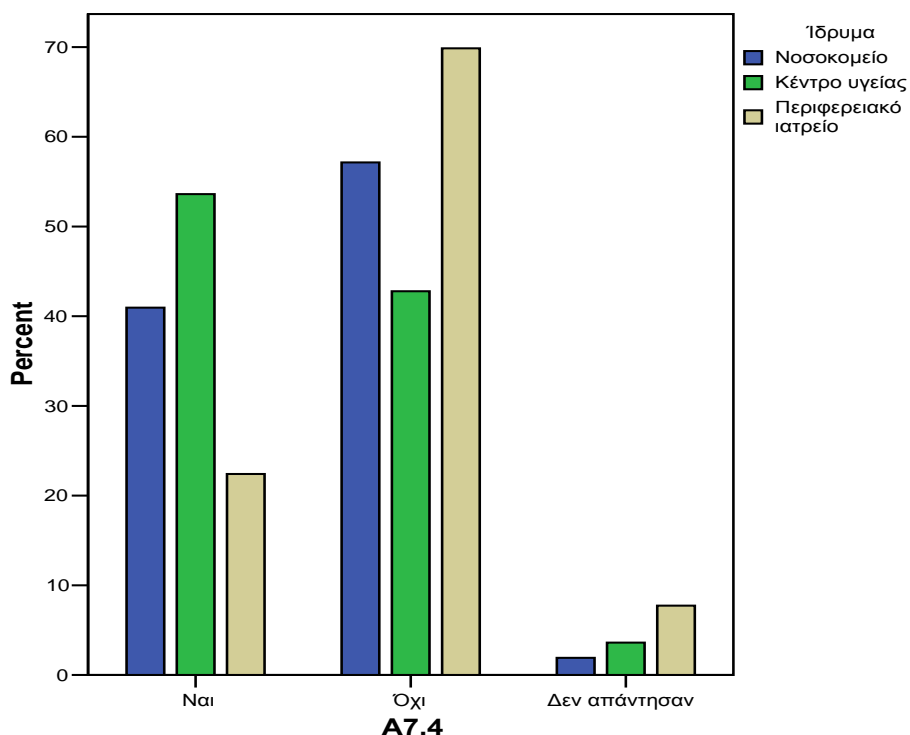
Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης πληροφοριακών εντύπων για το κοινό [$\chi^2(2)=79,370$ και $p<0,001$].

Από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν πληροφοριακά έντυπα για το κοινό συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Πίνακας 137. Κατανομή πληροφοριακών εντύπων για το κοινό ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

		A7.4			
Μονάδα		Ναι	Όχι	Δεν απάντησαν	Σύνολο
Νοσοκομείο	N	44	59	2	105
	%	41,9%	56,2%	1,9%	100,0%
	ΠΤΥ	3,0	-3,0		
Κέντρο υγείας	N	102	85	7	194
	%	52,6%	43,8%	3,6%	100,0%
	ΠΤΥ	8,0	-8,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	279	866	97	1242
	%	22,5%	69,7%	7,8%	100,0%
	ΠΤΥ	-8,7	8,7		
Σύνολο		425	1010	106	1541
		27,6%	65,5%	6,9%	100,0%
$\chi^2(2)=79,370$ και p -value< 0,001					

Σχήμα 137. Ραβδόγραμμα πληροφοριακών εντύπων για το κοινό ανά τύπο Μονάδος.

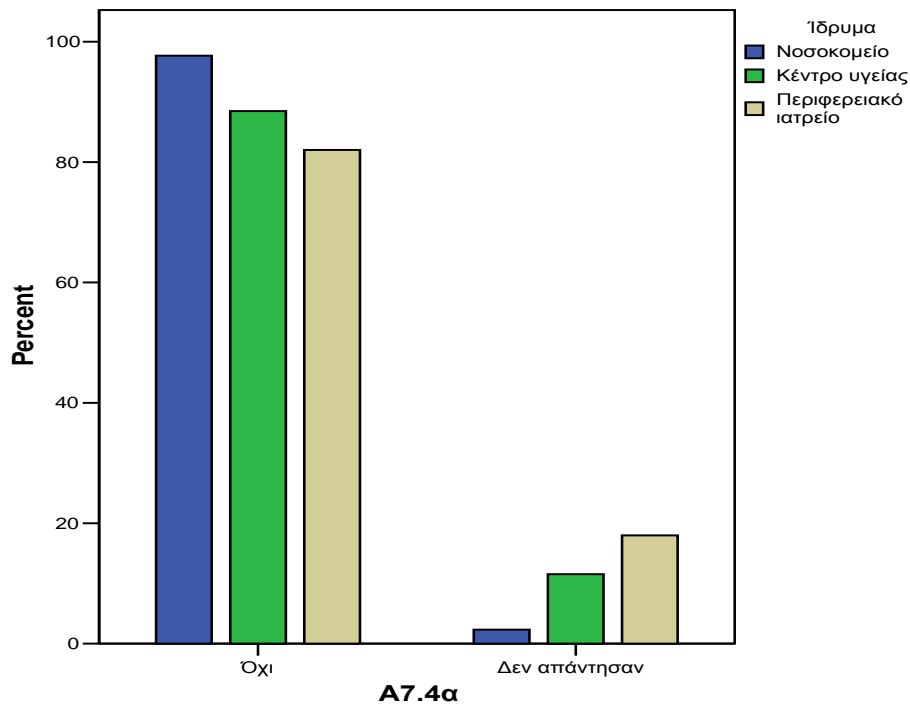


Στον παρακάτω πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν πληροφοριακά έντυπα για το κοινό. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό καμία Μονάδα δε δήλωσε ότι διαθέτει έντυπα σε γραφή Braille, επομένως δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση στην ερώτηση αυτή.

Πίνακας 138. Κατανομή πληροφοριακών εντύπων σε γραφή Braille ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α7.4α		Σύνολο
		Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	43	1	44
	%	97,7%	2,3%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0		
Κέντρο υγείας	N	90	12	102
	%	88,2%	11,8%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	229	50	279
	%	82,1%	17,9%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0		
Σύνολο		362	63	425
		85,2%	14,8%	100,0%

Σχήμα 138. Ραβδόγραμμα πληροφοριακών εντύπων σε γραφή Braille ανά τύπο Μονάδος.



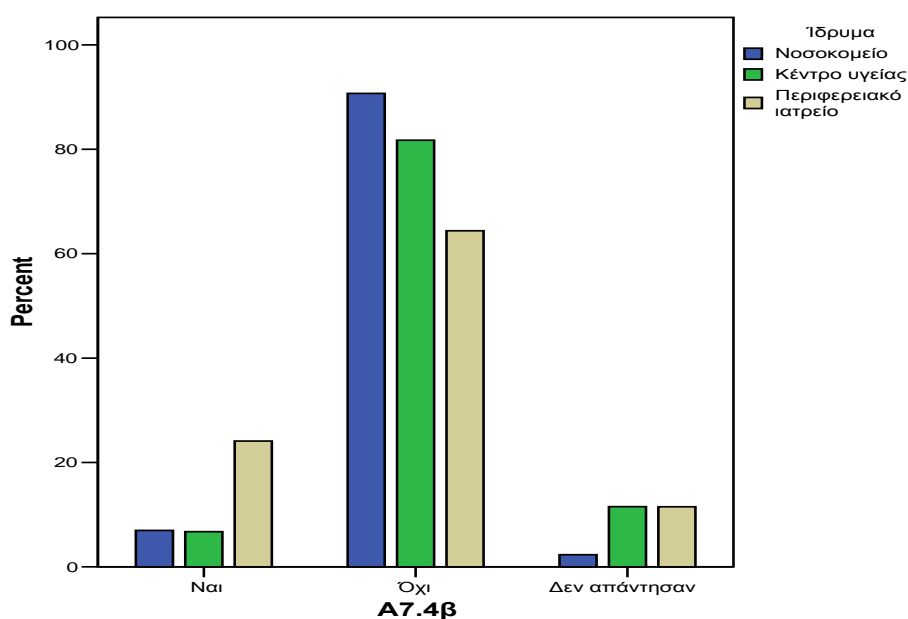
Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν πληροφοριακά έντυπα για το κοινό. Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης εντύπων που έχουν κείμενα με μεγάλους χαρακτήρες [$\chi^2(2)=20,580$ και $p<0,001$].

Παρότι οι περισσότερες ομάδες δήλωσαν ότι δε διαθέτουν κείμενα με μεγάλους χαρακτήρες, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Περιφερειακά Ιατρεία δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν έντυπα που έχουν κείμενα με μεγάλους χαρακτήρες συγκριτικά με τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 139. Κατανομή πληροφοριακών εντύπων με μεγάλους χαρακτήρες ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α7.4β		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	3	40	1	44
	%	6,8%	90,9%	2,3%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,3	2,3		
Κέντρο υγείας	N	7	83	12	102
	%	6,9%	81,4%	11,8%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,4	3,4		
Περιφερειακό ιατρείο	N	67	180	32	279
	%	24,0%	64,5%	11,5%	100,0%
	ΠΤΥ	4,5	-4,5		
Σύνολο		77	303	45	425
		18,1%	71,3%	10,6%	100,0%
$\chi^2(2)=20,580$ και $p\text{-value}<0,001$					

Σχήμα 139. Ραβδόγραμμα πληροφοριακών εντύπων με μεγάλους χαρακτήρες ανά τύπο Μονάδος.



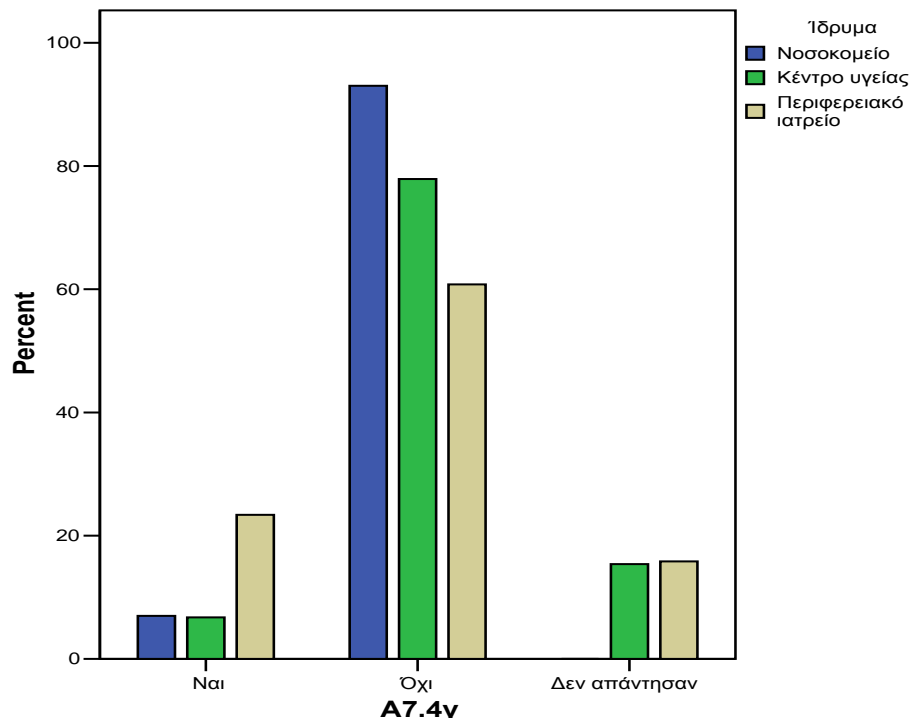
Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν πληροφοριακά έντυπα για το κοινό. Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση των τύπων των Μονάδων και της ύπαρξης εντύπων με επεξηγηματικές εικόνες [$\chi^2(2)=20,471$ και $p<0,001$]. Παρότι οι περισσότερες Μονάδες δήλωσαν ότι δε διαθέτουν κείμενα με επεξηγηματικές εικόνες, από τη μελέτη των Προσαρμοσμένων Τυποποιημένων Υπολοίπων προκύπτει ότι τα Περιφερειακά Ιατρεία

δήλωσαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ότι διαθέτουν έντυπα με επεξηγηματικές εικόνες συγκριτικά με τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.

Πίνακας 140. Κατανομή πληροφοριακών εντύπων με επεξηγηματικές εικόνες ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α7.4γ		Δεν απάντησαν	Σύνολο
		Ναι	Όχι		
Νοσοκομείο	N	3	41	0	44
	%	6,8%	93,2%	,0%	100,0%
	ΠΤΥ	-2,4	2,4		
Κέντρο υγείας	N	7	79	16	102
	%	6,9%	77,5%	15,7%	100,0%
	ΠΤΥ	-3,3	3,3		
Περιφερειακό ιατρείο	N	65	170	44	279
	%	23,3%	60,9%	15,8%	100,0%
	ΠΤΥ	4,5	-4,5		
Σύνολο		75	290	60	425
		17,6%	68,2%	14,1%	100,0%
		$\chi^2(2)=20,471$ και $p\text{-value}<0,001$			

Σχήμα 140. Ραβδόγραμμα πληροφοριακών εντύπων με επεξηγηματικές εικόνες ανά τύπο Μονάδος.

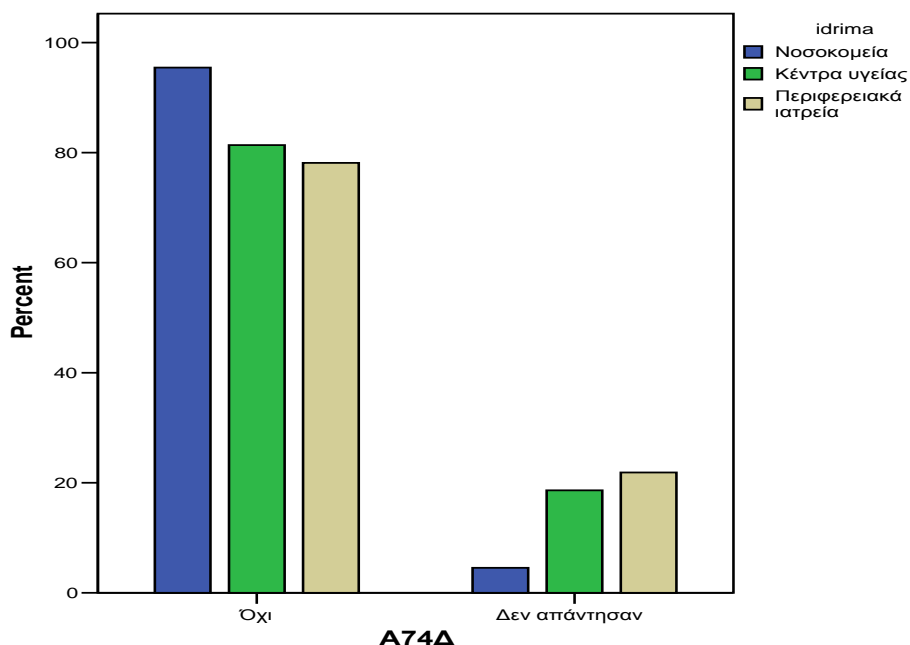


Στον ακόλουθο πίνακα αναλύθηκαν οι Μονάδες που δήλωσαν ότι διαθέτουν πληροφοριακά έντυπα για το κοινό. Όπως προκύπτει από τον πίνακα αυτό καμία Μονάδα δε δήλωσε ότι διαθέτει πληροφοριακά έντυπα σε CD, επομένως δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση στην ερώτηση αυτή.

Πίνακας 141. Κατανομή πληροφοριακών εντύπων σε cd ανά τύπο Μονάδος και εφαρμογή του χ^2 κριτηρίου.

Μονάδα		Α7.4δ		Σύνολο
		Όχι	Δεν απάντησαν	
Νοσοκομείο	N	42	2	44
	%	95,5%	4,5%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0		
Κέντρο υγείας	N	83	19	102
	%	81,4%	18,6%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0		
Περιφερειακό ιατρείο	N	218	61	279
	%	78,1%	21,9%	100,0%
	ΠΤΥ	0,0		
Σύνολο		343	82	425
		80,7%	19,3%	100,0%

Σχήμα 141. Ραβδόγραμμα πληροφοριακών εντύπων σε cd ανά τύπο Μονάδος.



9.8. Σχόλια συμμετεχόντων στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στο τέλος κάθε ενότητας αλλά και στο τέλος του ερωτηματολογίου υπήρχε χώρος για όποιον συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο, ώστε να καταθέσει οποιοσδήποτε περαιτέρω πληροφορίες θα βοηθούσαν στους στόχους της έρευνας. Τα σχόλια των συμμετεχόντων μπορούν αδρά να ομαδοποιηθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Διευκρινιστικές πληροφορίες και περιγραφές των κτιρίων και υπηρεσιών της μονάδας, που οι συμμετέχοντες ένιωσαν ότι δεν μπορούσαν να δοθούν μέσα από το απλό και σύντομο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε.

2. Επιβεβαιωτικές δηλώσεις που είχαν ως στόχο να προσφέρουν μια αισιόδοξη εικόνα για το κτίριο όπου στεγάζεται η υπηρεσία, για παράδειγμα:

- *«Έχουμε παραγγείλει ταμπέλες για την θέση στάθμευσης των ΑμεΑ»*
- *«Στα οικοδομικά έργα που έχουν ενταχθεί στο ΕΣΠΑ, περιλαμβάνεται και η κατασκευή ενός πάγκου υποδοχής στην είσοδο του κτιρίου, κατάλληλου για υποδοχή ΑμεΑ»*
- *«Έχει εκπονηθεί μελέτη για αλλαγές στο νοσοκομείο, σύμφωνα με την οποία θα προστεθούν 2 WC ΑμεΑ, δωμάτιο νοσηλείας, σημάνσεις όπου χρειάζεται, ράμπα καθώς και προσθήκη στα Κέντρα Υγείας της αρμοδιότητάς μας»*
- *«Οι απαραίτητες ενέργειες του Κέντρου Υγείας μας για την υλοποίηση της προσβασιμότητας των ΑμεΑ στο Κ.Υ. έχουν δρομολογηθεί με την επίσκεψη του υπεύθυνου πολιτικού μηχανικού και αναμένουμε την υλοποίησή τους»*

3. Επιβεβαιωτικές δηλώσεις σχετικά με την πρόθεση των εργαζομένων να καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία, παρά την παραδεδεγμένη έλλειψη προσβασιμότητας:

- *« Το προσωπικό του ΠΠΙ φροντίζει να εξυπηρετεί τον κόσμο, ανεξάρτητα της μη υπάρξεως γραφείου υποδοχής»*
- *«Ουδέποτε έχει δημιουργηθεί πρόβλημα, εξάλλου ζούμε σε αγροτική περιοχή και η έννοια του ανθρωπισμού εξακολουθεί να λειτουργεί»*
- *«Οι νοσηλευτές και οι γιατροί μπορούν να βοηθήσουν ανά πάσα στιγμή τα ΑμεΑ»*

- «Η πρόσβαση των ΑμεΑ βοηθάται από τον αγροτικό ιατρό και τους υπαλλήλους του "Βοήθεια στο Σπίτι". Επίσης, οποιοσδήποτε θελήσει ή αδυνατεί να προσέλθει, επικοινωνεί με το ιατρείο και ακολουθεί επίσκεψη στο σπίτι»
- «Ο αγροτικός ιατρός παρακολουθεί τα ΑμεΑ με κατ' οίκον επισκέψεις»

4. Πληροφορίες για την προσβασιμότητα που αφορούν και άλλα εμποδιζόμενα άτομα, για παράδειγμα:

- «Το ΠΙ δεν είναι προσβάσιμο από ασθενοφόρο, είναι στο προαύλιο του σχολείου»
- «Το κτίριο στεγάζεται σε κτίριο με μεγάλη σκάλα και η πρόσβαση είναι δύσκολη ακόμη και για φυσιολογικά άτομα»
- «Το ιατρείο είναι σε καλντερίμι» και «Υπάρχουν παντού σκαλιά»
- «Η πρόσβαση στο Περιφερειακό Ιατρείο είναι δύσκολη ακόμη και για τους ηλικιωμένους χωρίς αναπηρία λόγω των καλντεριμιών και της εξωτερικής στενής σκάλας που οδηγεί στον πρώτο όροφο, όπου στεγάζεται το ιατρείο»
- «Είναι τουλάχιστον άτοπο να μιλάμε για την προσβασιμότητα ατόμων με αναπηρία, όταν είναι δύσκολη η πρόσβαση ακόμη και για τον ιατρό ή τους αρτιμελείς ασθενείς»
- «Κάθε Τρίτη έχουμε Λαϊκή αγορά ακριβώς έξω από το ιατρείο. Έχουν γίνει επανειλημμένες εκκλήσεις στον Δήμαρχο, να μην ενοικιάζονται οι χώροι ακριβώς έξω από το ιατρείο αλλά δεν εισακουστήκαμε. Κάθε Τρίτη είναι αδύνατη η πρόσβαση ασθενοφόρου εις το ιατρείο και οποιοδήποτε άλλου οχήματος. Είναι δυνατή μόνο η πρόσβαση πεζών»

5. Αξιολογήσεις για το κτίριο, όπου στεγάζεται η μονάδα, το οποίο φαίνεται να μην εξυπηρετεί καθόλου τη λειτουργία-στόχο του, όπως:

- «Κτίρια ακατάλληλα για ΑμεΑ»
- «Σε 2 χωριά συνταγογραφούν σε καφενείο και αποθήκη και εσείς ψάχνετε για θέσεις αναπήρων;»
- «Υπήρχε μία ράμπα από τσιμέντο για παράκαμψη του κλιμακοστασίου, που οδηγούσε στην είσοδο του Π.Ι., η οποία αφαιρέθηκε προ περίπου 3 ετών, όταν δίπλα στο ιατρείο κτίσθηκε το νέο σχολείο του χωριού, για να μην παρεμποδίζει τις εργασίες και έκτοτε δεν έχει αποκατασταθεί.»
- «Απολύτως θετικό ότι σε ένα ΠΙ σε ένα μικρό χωριό υπάρχει πλήρης και απρόσκοπτη πρόσβαση σε αναπηρικό αμαξίδιο ή φορείο.»

- «Τα κτίρια που στεγάζονται τα ιατρεία ευθύνης μου είναι ένα παλιό νηπιαγωγείο, παλιά κοινοτικά καταστήματα και ένα καφενείο.»
- «Η παρουσία του ιατρείου στο περιβάλλον ενός χωριού σχετικοποιεί τις ανωτέρω απαντήσεις, ως προς το νόημα και την αξία τους. Εξ' άλλου όλες οι απαντήσεις αφορούν το Κεντρικό Ιατρείο, ενώ ταυτόχρονα εξυπηρετούνται άλλα 6 χωριά εκ των οποίων τα 4 εξυπηρετούνται σε καφενείο.»
- «Μισθώθηκε χωρίς να ελεγχθεί η καταλληλότητά του»
- «Ούτε οι έχοντες όραση μπορούν να έρθουν καμία φορά»
- «Το ιατρείο βρίσκεται σε κακοτράχαλη κατηφόρα»
- «Πρόκειται για μικρό κτίριο χτισμένο με δωρεά των κατοίκων πριν από 40 χρόνια. Έκτοτε εκτός από αλλαγή των πορτών/ παραθύρων, λόγω φθοράς, δεν έχει γίνει άλλη παρέμβαση»
- «Οι ασθενείς και ο γιατρός κάθονται μέσα στο κρύο και οι ερωτήσεις αφορούν την είσοδο του κτιρίου; Σε κάποια ΠΙ το γράψιμο των φαρμάκων γίνεται στα παγωμένα - ερειπωμένα σχολεία ή στο παγκάκι.»
- «Ίσως αυτές οι ερωτήσεις αφορούν άλλες χώρες. Στα περισσότερα ΠΙ δεν υπάρχει καν τουαλέτα»
- «Η τουαλέτα ΑμεΑ έχει γίνει αποθήκη»
- «Υπάρχει μόνο μία τουαλέτα και ένας νιπτήρας για τον γιατρό και το κοινό μαζί, που είναι πολύ μικρή και στενή και αυτή έγινε το 2009! Πριν από αυτό δεν υπήρχε ούτε νερό ούτε τουαλέτα στο ΠΙ.»
- «Στα περιφερειακά ιατρεία δεν υπάρχει θέρμανση, πόσο μάλλον ειδική υποδομή για άτομα με ειδικές ανάγκες»
- «Στο Περιφερειακό Ιατρείο δεν υπάρχει συντήρηση του κτιριακού εξοπλισμού ούτε καμία μέριμνα για αυτό. Επίσης, δεν είναι διαθέσιμο το υλικό για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και υγιεινή. Γενικά παρατηρείται απουσία φροντίδας για οτιδήποτε και έλλειψη (οικονομική) ενδιαφέροντος για την ομαλή λειτουργία του ιατρείου. Το ιατρείο λειτουργεί χάρη στις προσωπικές και φιλότιμες προσπάθειες των γιατρών που αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που παρουσιάζονται.»

6. Άλλα παράπονα που οι συμμετέχοντες βρήκαν βήμα, μέσω της έρευνας, ώστε να τα εκφράσουν προς τη διοίκηση, για παράδειγμα

- «Τα ΠΙ στα συγκεκριμένα χωριά είναι σε τραγική κατάσταση. Δεν υπάρχει βαμβάκι και οινόπνευμα. Πως είναι δυνατόν να υπάρχουν βοηθήματα για ΑμεΑ;»
- «Ακατάλληλα προς εξέταση ιατρεία, μηδαμινή συντήρηση, χωρίς βασικά χαρακτηριστικά (σωστός φωτισμός, εξεταστήριο κρεβάτι, θέρμανση, τουαλέτα)»
- «Μάλλον ξεχνάμε ότι τα ΠΙ δεν είναι ιδιωτικά και ότι βρίσκονται σε άθλια κατάσταση»
- «Άραγε αυτά που ρωτάτε υπάρχουν σε κάποιο ιατρείο - ΚΥ ή νοσοκομείο της Ελλάδας; Αν ναι ΠΟΥ;;; Γιατί εγώ δεν τα είδα πουθενά!!!»
- «Ελπίζω οι συνθήκες εργασίας για γιατρούς και ασθενείς να είναι πιο ανθρώπινες. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν τα πιο απλά πράγματα για τους ανθρώπους στα ΠΙ. Αυτό το ερωτηματολόγιο ανήκει σε άλλη μία έρευνα που απλά έπρεπε να γίνει...»
- «Οι συνθήκες εργασίας είναι απάνθρωπες, υπάρχει παντελής έλλειψη προσωπικού και υλικών. Δεν έχουμε όλα τα άλλα κανονικά, οι τουαλέτες μας μάραναν.»
- «Θα ήταν επίσης χρήσιμη μία έρευνα υλικοτεχνικής υποδομής των ΠΙ. Δεν υπάρχει ηλεκτροκαρδιογράφος, φιάλη οξυγόνου. Πρόβλημα λειτουργίας των ΠΙ δεν αποτελεί μόνο η προσβασιμότητα των ΑμεΑ, αλλά η πλήρης εγκατάλειψη τους σε υλικοτεχνική υποδομή. Ο πατριωτισμός δεν βγάζει καρδιογραφήματα»
- «Εδώ δεν έχουμε καθαρίστρια να καθαρίσει το κτίριο και αποτελούμε εστία μικροβίων και πηγή μόλυνσης και περιμένετε να υπάρχει κράτος δικαίου για τα ΑμεΑ ;»
- «Γενικά οι ελλείψεις στα Περιφερειακά Ιατρεία είναι πολύ περισσότερες και όχι μόνο για τα άτομα με αναπηρία»
- «Σε υποδομές που στερούνται βασικών δυνατοτήτων, άκρως αναγκαίων, πραγματικά εκπλήσσει η αναζήτηση τέτοιων πολυτελειών, όπως γίνεται στο παρόν ερωτηματολόγιο»
- «Η τηλεφωνική γραμμή στο ιατρείο έχει φραγή κλήσης»

Και η πλήρης απαξίωση της ανάγκης για πρόσβαση των ΑμεΑ : «*Ουδέν σχόλιο. Δεν αξίζει*» και «*Για το ΕΣΥ οι ανάπηροι είναι πολίτες Β' κατηγορίας*».

Κεφάλαιο 10 Συζήτηση

Η παρούσα διδακτορική μελέτη αποτελεί μία πρωτότυπη έρευνα για τα ελληνικά δεδομένα, που στόχο έχει να καταγράψει το επίπεδο της προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας, καθώς και της δυνατότητας πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία κάθε κατηγορίας, στις κτηριακές υποδομές και στις υπηρεσίες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Για τον λόγο αυτό απεστάλη μέσω του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας – Σ.Ε.Υ.Υ.Π. του Υπουργείου Υγείας, ειδικό ερωτηματολόγιο που βασίστηκε στις προδιαγραφές για τα κτήρια, όπως περιγράφονται από τον Γενικό Οικοδομικό Κανονισμό – Γ.Ο.Κ. (Ν.2831/2000 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα), από τον σχετικό κανονισμό του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας και από τον οδηγό «Σχεδιάζοντας για Όλους» του Υ.ΠΕ.ΧΩ.Δ.Ε. (νυν Υ.ΠΕ.Κ.Α.) καθώς και στην εμπειρία του γράφοντος.

Η πλειονότητα των κτηρίων όπου στεγάζονταν οι Υγειονομικές Μονάδες ήταν ιδιόκτητα ή ιδιοκτησίας του αντίστοιχου Δήμου. Αναλυτικότερα, το 75,4% περίπου των Μονάδων στεγάζονταν σε δημόσια κτήρια ή σε κτήρια παραχωρημένα από Δήμους ή άλλους φορείς. Η πλειοψηφία των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας στεγάζονταν σε Δημόσια κτήρια, ενώ αντίστοιχα περίπου τα μισά Περιφερειακά Ιατρεία στεγάζονταν σε κτήρια παραχωρημένα από τους Δήμους. Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία των Μονάδων στεγάζεται σε έναν όροφο. Σύμφωνα με τα παραπάνω, αυτό που θα περίμενε κανείς, θα ήταν, τουλάχιστον σε αυτά τα κτήρια, να υφίστανται και να εφαρμόζονται οι προδιαγραφές προσβασιμότητας, όπως αυτές ορίζονται δεσμευτικά από την κείμενη νομοθεσία.

Μελετώντας επισταμένως τα στοιχεία, όσον αφορά τον τομέα της «πρόσβασης» στην Μονάδα, και ιδιαίτερα την πρόσβαση σε αυτήν ατόμων που διαθέτουν αναπηρικό αυτοκίνητο (άτομα με κινητική αναπηρία, άτομα με νοητική αναπηρία κλπ) διαπιστώνουμε ότι 331 επί συνόλου 1541 Μονάδες διαθέτουν ειδική θέση στάθμευσης αναπηρικού αυτοκινήτου, γεγονός που σημαίνει ότι μόνο σε ένα ελάχιστο ποσοστό της τάξης του 21,5% των Μονάδων μπορεί να προσεγγίσει κανείς κοντά στην Μονάδα με το διασκευασμένο προς τούτο αυτοκίνητό του, προκειμένου να κάνει χρήση των υπηρεσιών Υγείας.

Αντίστοιχα, όπου υπάρχουν αυτές οι ειδικές θέσεις στάθμευσης είναι συνήθως μία (1) τον αριθμό, ενώ μόνο οι μισές από αυτές, (153/331 Μονάδες), έχουν ειδική σήμανση των συγκεκριμένων θέσεων, πράγμα που σημαίνει ότι οποιοσδήποτε θα μπορούσε να

καταλάβει την συγκεκριμένη θέση στάθμευσης του αναπηρικού αυτοκινήτου, κάτι που ακυρώνει στις περιπτώσεις αυτές την ήδη υφιστάμενη διευκόλυνση.

Κάτι ανάλογο συμβαίνει και στην περίπτωση της ύπαρξης της απαραίτητης για την απρόσκοπτη και ασφαλή μετακίνηση του χρήστη αναπηρικού αμαξιδίου, ράμπας από την ειδική θέση στάθμευσης στο πεζοδρόμιο. Σε αυτήν την περίπτωση μόνο το 60,7% των Μονάδων διέθετε την συγκεκριμένη ράμπα, πράγμα που σημαίνει ότι μόνο σε 201 Μονάδες είναι χρηστική κατ' ουσίαν η ειδική θέση στάθμευσης του αναπηρικού αυτοκινήτου από τις 331 Μονάδες συνολικά, ενώ σε 79 μονάδες παρότι υπάρχει η ειδική θέση στάθμευσης δεν μπορεί ο χρήστης αναπηρικού αμαξιδίου να κινηθεί αυτόνομα και με ασφάλεια προς την Μονάδα Υγείας.

Στις περισσότερες των περιπτώσεων θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα Νοσοκομεία είναι αυτά που διέθεταν τις περισσότερες διευκολύνσεις όσον αφορά την πρόσβαση αναπηρικών αυτοκινήτων στην Μονάδα, με τα Περιφερειακά Ιατρεία να εμφανίζουν το μεγαλύτερο πρόβλημα.

Αναλυτικότερα, πάνω από το 80% των Νοσοκομείων ανταποκρινόταν στις διευκολύνσεις για την εξυπηρέτηση χρηστών αναπηρικών αυτοκινήτων, ενώ η ανταποκρισιμότητα των Κέντρων Υγείας ήταν άνω του 50%, και των Περιφερειακών Ιατρείων μόνο 11,3%. Πράγμα που σημαίνει ότι περίπου στα μισά Κέντρα Υγείας τα άτομα με αναπηρία που χρησιμοποιούν αναπηρικό αυτοκίνητο θα αντιμετωπίσουν κάποιου είδους πρόβλημα, μεγάλο ή μικρό, στην προσέγγισή τους στην Μονάδα, ενώ στα Περιφερειακά Ιατρεία το πρόβλημα για τους χρήστες αναπηρικών αυτοκινήτων είναι εξαιρετικά μεγάλο. Και όταν ακόμη υπάρχει η οποιαδήποτε πρόβλεψη στα Περ. Ιατρεία κυρίως, αλλά και στα Κέντρα Υγείας, για την χρήση και στάθμευση αναπηρικών αυτοκινήτων, αυτή ακυρώνεται με άλλες αβλεψίες του τύπου της μη ύπαρξης σχετικής σήμανσης ή της ράμπας που συνδέει την θέση στάθμευσης με το πεζοδρόμιο.

Εντύπωση όμως προκαλεί το γεγονός ότι 16 κτήρια Νοσοκομείων δεν διαθέτουν απολύτως καμία ειδική θέση στάθμευσης αναπηρικού αυτοκινήτου και συνεπώς αποκλείουν παντελώς την αυτόνομη πρόσβαση ατόμων με κινητική αναπηρία και όχι μόνο. Ως προς την πρόσβαση στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όλων των ατόμων με αναπηρία, ανεξαρτήτως κατηγορίας, καθώς και όλων των πολιτών εν γένει διαπιστώσαμε ότι μόνο σε 576 Μονάδες η στάση της αστικής συγκοινωνίας βρίσκεται σε απόσταση έως και 100 μέτρα από την Μονάδα Υγείας. Μεταξύ των στάσεων μέσω αστικής

συγκοινωνίας και των Μονάδων Υγείας, ράμπες πρόσβασης επί των πεζοδρομίων υπάρχουν μόνο σε 158 Μονάδες, γεγονός που σημαίνει ότι σε 418 Μονάδες δεν υπάρχει δυνατότητα ασφαλούς πρόσβασης και μετακίνησης ατόμων με κινητική αναπηρία από την στάση της αστικής συγκοινωνίας προς την Μονάδα. Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι η αστική συγκοινωνία δύναται να διαθέτει προσβάσιμα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς (προσβάσιμα λεωφορεία) κάτι που δεν είναι διαδεδομένο στην χώρα μας και μόνο ορισμένοι Δήμοι έχουν εντάξει στο δυναμικό τους αντίστοιχα προσβάσιμα λεωφορεία. Αυτό σημαίνει ότι με την αστική συγκοινωνία δεν μπορούν να μετακινηθούν άτομα που χρησιμοποιούν αναπηρικό αμαξίδιο, γεγονός που καθιστά εξαιρετικά αναγκαία την ύπαρξη ειδικών θέσεων στάθμευσης αναπηρικών αυτοκινήτων στις Μονάδες Υγείας.

Όσον αφορά την πρόσβαση στις Μονάδες Υγείας ατόμων με αναπηρία όρασης και δη τυφλών και την ύπαρξη και ανάπτυξη οδηγών όδευσης τυφλών, από τα στοιχεία προκύπτει ότι ανάγλυφες πλάκες πεζοδρομίων διαθέτει το 0,5% των Μονάδων, (8/1541), πλαστική εγχάρακτη επίστρωση διαθέτει το 0,4% των Μονάδων (6/1541), και εγχαράξεις επί του πεζοδρομίου διαθέτει το 0,3%, (4/1541 Μονάδες). Από τ' ανωτέρω συνάγεται ότι άτομο με αναπηρία όρασης σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να προσεγγίσει αυτόνομα, ανεξάρτητα και με ασφάλεια τις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς δεν υφίσταται στην συντριπτική πλειοψηφία των Μονάδων ο απαραίτητος οδηγός όδευσης τυφλών στον περιβάλλοντα χώρο των Μονάδων.

Αναλυτικότερα, μόνο 4 Νοσοκομεία, 1 Κέντρο Υγείας και 3 Περιφερειακά Ιατρεία διαθέτουν ανάγλυφες πλάκες επί του πεζοδρομίου, 4 Νοσοκομεία, 1 Κέντρο Υγείας και 1 Περιφερειακό Ιατρείο διαθέτουν πλαστική εγχάρακτη επίστρωση, ενώ 4 Νοσοκομεία, διαθέτουν εγχαράξεις επί των πεζοδρομίων προκειμένου να διευκολύνονται τα άτομα με αναπηρία όρασης στην προσέγγισή τους στις Μονάδες Υγείας. Καταδεικνύεται με σαφήνεια ότι ακόμη και στα Νοσοκομεία, τις μεγαλύτερες Μονάδες Υγείας της χώρας, τα άτομα με αναπηρία όρασης αντιμετωπίζουν εξαιρετικό πρόβλημα στο να προσεγγίσουν αυτόνομα, χωρίς συνοδεία ετέρου προσώπου την Μονάδα, το δε σύστημα όδευσης οδηγού τυφλών αποτελεί μία «εξωτική» διασκευή και εξυπηρέτηση.

Ως προς τις δυνατότητες πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία στις εισόδους των κτηρίων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και του επιπέδου της προσβασιμότητας των εισόδων των κτηρίων των αντίστοιχων Μονάδων, πρέπει να πούμε ότι προκύπτει ότι 481 Μονάδες από τις 1541 (31,2%), είχαν μία είσοδο πρόσβασης για το

κοινό στο επίπεδο του εδάφους, 309 (20,1%) είσοδο πρόσβασης με μικρή υψομετρική διαφορά, 314 (20,4%) με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται με ράμπα, ενώ 414 Μονάδες (26,9%) είχαν είσοδο πρόσβασης με περισσότερα από 1 σκαλοπάτια. Αυτό σημαίνει ότι σε 414 Μονάδες είναι εξαιρετικά δύσκολη η αυτόνομη πρόσβαση – είσοδος στο κτήριο των εχόντων κινητική αναπηρία και δη των χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων. Αντίστοιχα, 302 Μονάδες (19,6%) δήλωσαν ότι η κύρια είσοδός τους εξυπηρετείται από σκάλα και έχει χειρολισθήρα στην μία πλευρά, ενώ 18 Μονάδες (1,2%) δήλωσαν ότι η κύρια είσοδός τους έχει σκάλα, με χειρολισθήρα στο μέσον αυτής. Σε 1033 Μονάδες (67%) η κύρια είσοδος είναι και η προσβάσιμη είσοδος που διαθέτει η Μονάδα, ενώ σε 455 Μονάδες (29,5%) η κύρια είσοδός τους δεν είναι η προσβάσιμη, συνεπώς θα έπρεπε να διαθέτουν κάποια άλλη είσοδο προσβάσιμη για τα άτομα με αναπηρία. Από αυτές τις Μονάδες οι οποίες δεν έχουν την κύρια είσοδό τους προσβάσιμη, το 5,5% απάντησε ότι υπάρχουν άλλες είσοδοι προσβάσιμες, προκειμένου να επιτευχθεί η είσοδος των ΑμεΑ στο κτήριο, ενώ το 51,4% απάντησε αρνητικά. Δηλ. μόνο 25 Μονάδες δήλωσαν ότι διέθεταν άλλη είσοδο προσβάσιμη, αλλά 234 Μονάδες δήλωσαν ότι καμία είσοδός τους δεν είναι προσβάσιμη για τα άτομα με αναπηρία. Από αυτές μόνο 59 Μονάδες, (5,7%), διαθέτουν σήμανση που να κατευθύνει στην προσβάσιμη είσοδο, ενώ 698 Μονάδες (67,6%) δεν διαθέτουν αντίστοιχη σήμανση, που σημαίνει ότι και αν ακόμη η Μονάδα διαθέτει προσβάσιμη είσοδο, δεν υπάρχει σχετική σήμανση που να κατευθύνει τα άτομα με αναπηρία προς την σωστή κατεύθυνση.

Αναλυτικότερα, 61 Νοσοκομεία (58,1%), είχαν μία είσοδο πρόσβασης για το κοινό στο επίπεδο του εδάφους και αντίστοιχα 37 Νοσοκομεία (35,2%) δήλωσαν ότι διέθεταν είσοδο πρόσβασης η υψομετρική διαφορά της οποίας καλυπτόταν από ράμπα. Ακολούθως, 80 Κέντρα Υγείας (41,2%) δήλωσαν ότι είχαν μία είσοδο πρόσβασης για το κοινό στο επίπεδο του εδάφους, ενώ σε 92 Κέντρα Υγείας (47,4%) η είσοδός τους υποστηριζόταν από ράμπα. Όσον αφορά τα Περιφερειακά Ιατρεία μόνο 340 Μονάδες (27,4%) είχαν μία είσοδο πρόσβασης για το κοινό στο επίπεδο του εδάφους, ενώ σε 398 Περ. Ιατρεία(32%) η είσοδός τους είχε υψομετρική διαφορά από το έδαφος με περισσότερα από 1 σκαλοπάτια, χωρίς να καλύπτεται από ράμπα, που σημαίνει ότι σε 398 Περ. Ιατρεία η πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία που χρησιμοποιούν αναπηρικό αμαξίδιο είναι αδύνατη.

Παρότι οι απαντήσεις ήταν σχετικά λίγες, συνάγεται ότι τα Νοσοκομεία κατά 14,3% και τα Περ. Ιατρεία κατά 19,6% δήλωσαν ότι η είσοδός τους, που εξυπηρετείται από σκάλα, διαθέτει χειρολισθήρα στην μία πλευρά, ενώ μόνο το 21,1% των Κέντρων Υγείας έδωσε αντίστοιχη απάντηση.

Όσον αφορά τον χειρολισθήρα στο μέσο της σκάλας, όπως θα ήταν το σωστό, διαπιστώσαμε ότι μόνο το 3,8% των Νοσοκομείων και το 1,5% των Κέντρων Υγείας δήλωσαν ότι διέθεταν την σωστή διασκευή, και μόνο το 0,9% των Περ. Ιατρείων, πράγμα που σημαίνει ότι συνήθως οι σκάλες στις Μονάδες Υγείας, όταν διαθέτουν χειρολισθήρα, αυτός δεν είναι χρηστικός προκειμένου να βοηθήσει τα άτομα με αναπηρία στην ασφαλή και απρόσκοπτη πρόσβασή τους στην Μονάδα Υγείας.

Τα 98 από τα 105 Νοσοκομειακά κτήρια (93,3%), και το 87,1% των Κέντρων Υγείας δήλωσαν ότι η κύρια είσοδός τους είναι και η προσβάσιμη είσοδος, ενώ μόνο το 61,7% των Περιφερειακών Ιατρείων δήλωσε κάτι αντίστοιχο, όμως ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί ότι 229 Περιφερειακά Ιατρεία, 4 Κέντρα Υγείας και 1 νοσοκομειακό κτήριο δεν έχουν καμία απολύτως κύρια ή δευτερεύουσα προσβάσιμη είσοδο για τα άτομα με αναπηρία. Όμως και όταν ακόμη οι Μονάδες Υγείας διαθέτουν προσβάσιμη είσοδο, τούτη καθίσταται δύσχρηστη για τα άτομα με αναπηρία, καθώς μόνο σε 9 Νοσοκομεία (9,2%), 14 Κέντρα Υγείας (8,3%) αλλά και σε 36 Περιφερειακά Ιατρεία (4,7%) υφίσταται σήμανση που να κατευθύνει τα άτομα με αναπηρία στην προσβάσιμη είσοδο της Μονάδας.

Το 80,9% των Μονάδων διαθέτουν πόρτα με άνοιγμα ίσο ή μεγαλύτερο των 90 εκατοστών, πράγμα που σημαίνει ότι 237 Μονάδες έχουν πόρτες με πλάτος εισόδου μικρότερο από 90 εκατοστά, γεγονός που δύναται να καταστήσει δυσχερή την είσοδο σε χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων εντός της Μονάδας.

Αναλυτικότερα, το 98,1% των Νοσοκομείων, το 95,4% των Κέντρων Υγείας και το 77,2% των Περιφερειακών Ιατρείων διαθέτουν πόρτα με άνοιγμα ίσο ή μεγαλύτερο των 90 εκατοστών,

Η πλειοψηφία των Μονάδων 1440 στις 1541, (93,4%), διαθέτει ανοιγόμενη πόρτα και μόνο 40 Μονάδες (2,6%) διαθέτουν συρόμενη πόρτα, **η οποία είναι η πλέον χρηστική για τα άτομα με αναπηρία.**

Κι ενώ το 31,4% των Μονάδων (484/1541) δήλωσαν ότι διαθέτουν γυάλινη επιφάνεια στην πόρτα εισόδου, το 59,1% εξ αυτών απάντησε αρνητικά στην ύπαρξη σήμανσης επάνω στην γυάλινη επιφάνεια, προκειμένου αυτή να είναι ευδιάκριτη από

άτομα με χαμηλή όραση. Δηλ. 286 Μονάδες, έχουν πόρτες οι οποίες μπορούν να καταστούν επικίνδυνες, όσον αφορά τα άτομα με αναπηρία όρασης.

Εντύπωση προκαλεί πως ενώ το 74,3% των Νοσοκομειακών κτηρίων, διαθέτουν γυάλινη επιφάνεια στην πόρτα εισόδου, οι 24 Μονάδες, (30,8%), δεν διέθεταν αυτοκόλλητες ταινίες ή άλλη σήμανση, γεγονός που κρίνεται ιδιαίτερα επικίνδυνο για τα άτομα με αναπηρία όρασης. Ανάλογη εικόνα έχουμε και στις υπόλοιπες Μονάδες δηλ. τα Κέντρα Υγείας, ενώ κατά 64,9% (126/194) διέθεταν γυάλινη επιφάνεια στις πόρτες, το 62,7% (79 Μονάδες) δεν διαθέτει την ανάλογη σήμανση ασφαλείας. Όσον αφορά δε τα Περιφερειακά Ιατρεία ενώ γυάλινη επιφάνεια στις πόρτες διαθέτει το 22,5% των Μονάδων (280 Μονάδες), την ανάλογη σήμανση ασφαλείας δεν την διέθεταν 65,4%, (183 Μονάδες). Όλα τα ανωτέρω καταδεικνύουν ότι η πρόσβαση των ατόμων όρασης δύναται να καταστεί εξαιρετικά επικίνδυνη σε αρκετές μονάδες υγείας.

Το 23,6% (δηλ 363/1541) Μονάδες διέθετε γραφείο υποδοχής στο επίπεδο της εισόδου, όμως μόνο στο 30% εξ' αυτών (109 Μονάδες), το ύψος του γραφείου από το επίπεδο του εδάφους είναι 80 εκατοστά, έτσι ώστε να διευκολύνονται οι χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων στην επικοινωνία και στην συναλλαγή τους με το προσωπικό, γεγονός που καταδεικνύει ότι κι όταν ακόμη υπάρχει δυνατότητα παροχής βοήθειας προς τα άτομα με αναπηρία, τούτο γίνεται με εξαιρετικά λανθασμένο ή αποσπασματικό τρόπο που δεν διασφαλίζει την ευχερή επικοινωνία και εξυπηρέτηση των ατόμων με αναπηρία. Η εικόνα που έχουμε για τα Νοσοκομεία είναι ότι το 83,8% εξ αυτών και το 87,1% των Κέντρων Υγείας και μόνο το 8,5% των Περιφερειακών Ιατρείων διαθέτουν γραφείο υποδοχής στο επίπεδο της εισόδου για την παροχή βοήθειας και πληροφοριών προς το κοινό. Από αυτά όμως, μόνο το 30,7% των Νοσοκομείων, το 25,4% των Κέντρων Υγείας και το 36,8% των Περιφερειακών Ιατρείων έχουν γραφεία στο κατάλληλο ύψος για την ευχερή συναλλαγή των χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων. Δηλαδή, 60 Νοσοκομεία, 125 Κέντρα Υγείας και 55 Περιφερειακά Ιατρεία, ενώ είχαν την πρόβλεψη να τοποθετήσουν γραφείο υποδοχής αμέσως μετά την είσοδο στο κτήριο, δεν φρόντισαν αυτό να είναι σύμφωνο με τις προβλεπόμενες προδιαγραφές, προκειμένου να καταστήσουν ευχερή την συναλλαγή με τους χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων.

Όσον αφορά τον τομέα της οριζόντιας κυκλοφορίας διαπιστώνουμε ότι στο 60,9% των Μονάδων (938 Μονάδες), η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί χωρίς καμία υψομετρική διαφορά ή με την υποστήριξη ράμπας στους χώρους εξυπηρέτησης του κοινού. Όμως, στο

7,8% των Μονάδων (120 Μονάδες) υφίσταται υψομετρική διαφορά γεγονός που καθιστά εξαιρετικά προβληματική την μετακίνηση χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων, κινητικά αναπήρων και ατόμων με αναπηρία όρασης.

Αντίστοιχα διαπιστώνουμε ότι το 90,4% των Νοσοκομείων (95 Μονάδες) απάντησαν ότι ο διάδρομος μεταξύ της προσβάσιμης εισόδου των χώρων εξυπηρέτησης του κοινού είναι χωρίς υψομετρική διαφορά ή υποστηρίζεται από ράμπα. Αναλόγως, στο 87,1% των Κέντρων Υγείας (169 Μονάδες) και στο 54,3% των Περιφερειακών Ιατρείων (674 Μονάδες) υφίστανται συνθήκες ασφαλούς μετακίνησης των ατόμων με κινητική αναπηρία, προς τους χώρους εξυπηρέτησης του κοινού.

Όμως, το 6,7% των Νοσοκομείων (7 Μονάδες), το 2,6% των Κέντρων Υγείας (5 Μονάδες) και το 8,7% των Περιφερειακών Ιατρείων (108 Μονάδες) δήλωσαν ότι υπάρχει υψομετρική διαφορά στους διαδρόμους προς τους χώρους συναλλαγής του κοινού, γεγονός που καθιστά εξαιρετικά επικίνδυνη και απαγορευτική, κατά περίπτωση, την κίνηση των ατόμων με αναπηρία εντός των χώρων των Μονάδων.

Προβλήματα στην μετακίνηση των ατόμων με κινητική αναπηρία διαπιστώνονται και όσον αφορά το πλάτος των διαδρόμων, το οποίο είναι μικρότερο των 90 εκατοστών, καθώς μόνο 1271 Μονάδες από τις 1541, (82,5%), διαθέτει ικανό πλάτος τουλάχιστον 90 εκατοστών, όμως σε 138 Μονάδες, (9%) η στενότητα των διαδρόμων δεν επιτρέπει την απρόσκοπτη κίνηση αναπηρικών αμαξιδίων, με ότι συνεπάγεται τούτο για την δυνατότητα μετακίνησης των χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων εντός των Μονάδων.

Αναλυτικότερα, στο 98,1% των Νοσοκομειακών κτηρίων, στο 95,4% των Κέντρων Υγείας και στο 79,1% των Περιφερειακών Ιατρείων οι διάδρομοι έχουν ικανό πλάτος, ώστε να διευκολύνουν την μετακίνηση των χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων. Σε 134 Περιφερειακά Ιατρεία είναι εξαιρετικά δυσχερής η αυτόνομη κίνηση χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων, με ότι συνεπάγεται αυτό για την παροχή υπηρεσιών υγείας προς αυτούς,. Το ίδιο ισχύει και σε 3 Κέντρα Υγείας και σε 1 νοσοκομειακό κτήριο, όπου η κατάσταση είναι παρόμοια.

Και ενώ στο 74,6% των Μονάδων (1150/1541) το καθαρό πλάτος των πορτών εισόδου στους χώρους εργασίας και εξυπηρέτησης κοινού, γραφείων κλπ είναι τουλάχιστον 90 εκατοστών, αντιθέτως σε 271 Μονάδες (17,6%) χρήστες αναπηρικών απρόσκοπτα και αυτόνομα δεν μπορούν να εισέλθουν, ούτε στους χώρους εξυπηρέτησης

κοινού, ούτε στα γραφεία με ότι συνεπάγεται τούτο στη λειτουργία τους ως πελατών, αλλά και εργαζομένων στις Μονάδες υγείας .

Συγκεκριμένα στο 95,2% των Νοσοκομείων, στο 86,6% των Κέντρων Υγείας και στο 71% των Περιφερειακών Ιατρείων το πλάτος της πόρτας εισόδου στους χώρους εργασίας και εξυπηρέτησης κοινού, γραφείων κλπ είναι μεγαλύτερο των 90 εκατοστών, ικανό για την εξυπηρέτηση των χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων. Όμως σε 4 νοσοκομειακά κτήρια, σε 19 Κέντρα Υγείας και σε 248 Περιφερειακά Ιατρεία είναι εξαιρετικά δύσκολη η αυτόνομη προσέγγιση στους χώρους εργασίας και εξυπηρέτησης κοινού, γραφείων για τους χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων, με ότι συνεπάγεται τούτο για την παροχή υπηρεσιών Υγείας αλλά και για την δυνατότητα απασχόλησης, όπως είπαμε παραπάνω.

Τεράστιο πρόβλημα εμφανίζεται στην ασφαλή και αυτόνομη μετακίνηση ατόμων με αναπηρία όρασης, κυρίως τυφλών, καθώς οδηγό όδευσης τυφλών στους διαδρόμους των Μονάδων έχουν αναπτύξει μόνο 4 από τις 1541 Μονάδες, δηλ, το 0,3% και συγκεκριμένα: 1 Νοσοκομειακό κτήριο, 1 Κέντρο Υγείας και 2 Περιφερειακά Ιατρεία, με ότι συνεπάγεται αυτό για την ασφαλή και απρόσκοπτη μετακίνηση των εχόντων αναπηρία όρασης εντός της Μονάδας.

Ως προς τον τομέα της κατακόρυφης μετακίνησης των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ενώ το 8,8% των Μονάδων Υγείας (136 Μονάδες) εξυπηρετούνται από ανελκυστήρα, το 5,1% των Μονάδων αυτών, (7 Μονάδες), εμφανίζουν υψομετρική διαφορά στον διάδρομο μεταξύ της προσβάσιμης πόρτας εισόδου και του ανελκυστήρα, ενώ 131 Μονάδες πάνω από το 95% δηλώνουν ότι η διασύνδεση μεταξύ προσβάσιμης εισόδου και ανελκυστήρα γίνεται χωρίς καμία υψομετρική διαφορά ή υπάρχει υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από ράμπα, τούτο σημαίνει ότι, πλην ελαχίστων περιπτώσεων, η χρήση του ανελκυστήρα καθίσταται δυνατή καθώς υπάρχει δυνατότητα ανεμπόδιστης πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία προς αυτούς.

Αναλυτικότερα, τα Νοσοκομεία είναι αυτά που εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά, όσον αφορά την εξυπηρέτησή τους από ανελκυστήρες, με τα χαμηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται στα Περιφερειακά Ιατρεία. Γενικότερα, και τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία δηλώνουν ότι δεν υπάρχουν προσκόμματα, δηλ. υψομετρική διαφορά μεταξύ της προσβάσιμης πόρτας εισόδου και του ανελκυστήρα, πλην όμως 4 Κέντρα Υγείας και 3 Περιφερειακά Ιατρεία δηλώνουν ότι υπάρχουν σχετικά προβλήματα στην διασύνδεση της προσβάσιμης εισόδου και του ανελκυστήρα, γεγονός

που αναιρεί αυτομάτως την δυνατότητα ευχερούς πρόσβασης προς τον ανελκυστήρα και την χρήση για μετακίνηση αυτού.

Η πλειοψηφία των Μονάδων που εξυπηρετείται από ανελκυστήρα δηλ. 121 Μονάδες, (89%), διαθέτει πλάτος ανοίγματος πόρτας ανελκυστήρα ίσο ή μεγαλύτερο από 90 εκατοστά που σημαίνει ότι ο ανελκυστήρας είναι προσβάσιμος για χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων. Όμως, το 8,1% των Μονάδων, (11 Μονάδες), διαθέτουν ανελκυστήρες με μικρότερο πλάτος ανοίγματος πόρτας, που σημαίνει ότι δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ευχέρεια από χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων, γεγονός που αίρει την προσβασιμότητα του ανελκυστήρα.

Αναλυτικότερα, και ενώ οι περισσότερες Μονάδες στα Νοσοκομεία, στα Κέντρα Υγείας και στα Περιφερειακά Ιατρεία διαθέτουν ικανό άνοιγμα πόρτας, 6 ανελκυστήρες νοσοκομειακών κτηρίων και 4 ανελκυστήρες Κέντρων Υγείας διαθέτουν μικρότερο πλάτος, με ότι συνεπάγεται τούτο για την μετακίνηση χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων, που σημαίνει ότι ανελκυστήρας δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ευχέρεια και αυτονομία από χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων, συνεπώς αίρεται ο προσβάσιμος χαρακτήρας αυτού.

Η προσβασιμότητα των ανελκυστήρων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κάμπτεται καθώς το 66,2% αυτών, (90 ανελκυστήρες) δεν διαθέτουν κουμπιά με σήμανση Braille, ενώ μόνο 46 Μονάδες, (33,8%), διαθέτουν την συγκεκριμένη διευκόλυνση για την άνετη χρήση των ανελκυστήρων από άτομα με αναπηρία όρασης και κυρίως τυφλούς.

Αναλυτικότερα, 52 ανελκυστήρες Νοσοκομειακών κτηρίων, (61,9 %), 34 ανελκυστήρες Κέντρων Υγείας, (81 %), και 4 ανελκυστήρες Περιφερειακών Ιατρείων (40 %) δηλώθηκαν ότι δεν διαθέτουν την ανάλογη διευκόλυνση, που σημαίνει ότι σε καμία περίπτωση δεν είναι χρηστικοί για άτομα με αναπηρία όρασης.

Τα προβλήματα της προσβασιμότητας όσον αφορά στην κατακόρυφη κυκλοφορία και της πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία στους ανελκυστήρες εμφανίζονται μεγαλύτερα, καθώς μόνο το 37,5% (51 Μονάδες), των Μονάδων που διαθέτουν ανελκυστήρα, διαθέτουν σύστημα οπτικής και φωνητικής αναγγελίας ορόφων, ενώ 76 Μονάδες, (55,9%), δεν διαθέτουν την συγκεκριμένη εξυπηρέτηση, γεγονός που σημαίνει ότι είναι εξαιρετικά δύσκολη έως αδύνατη η αυτόνομη μετακίνηση κωφών ατόμων και ατόμων με αναπηρία όρασης και ιδίως τυφλών.

Συγκεκριμένα, το 51,2% των Νοσοκομειακών κτηρίων, (43 Μονάδες), το 69% των Κέντρων Υγείας (29 Μονάδες) και το 40% των Περιφερειακών Ιατρείων (4 Μονάδες), που

διαθέτουν ανελκυστήρες δεν διαθέτουν σύστημα οπτικής και φωνητικής αναγγελίας ορόφων, γεγονός που σημαίνει ότι άτομα με βαρηκοΐα – κώφωση και αναπηρία όρασης - τύφλωση αντιμετωπίζουν εξαιρετικό πρόβλημα αυτόνομης μετακίνησης.

Τα εμφανιζόμενα ελλείμματα όσον αφορά την προσβασιμότητα στην κατακόρυφη κυκλοφορία και δη της χρησιμότητας των ανελκυστήρων μεγαλώνουν, καθώς μόνο στο 47,1% των Μονάδων, (64 Μονάδες), που διαθέτουν ανελκυστήρα, αυτοί διαθέτουν τηλέφωνο έκτακτης ανάγκης, ενώ στο 49,3% (67 Μονάδες) δεν διαθέτουν την συγκεκριμένη διασκευή, που αποτελεί όχι μόνο απαραίτητο όρο χρήσης και ασφάλειας των ανελκυστήρων, αλλά γενικότερα χρηστικό μέσο για όλον τον πληθυσμό και όχι μόνο για τα άτομα με αναπηρία.

Συγκεκριμένα το 58,3% των νοσοκομειακών κτηρίων (49 Μονάδες), το 60% των Περιφερειακών Ιατρείων, (δηλ. 6 Μονάδες), και μόνο το 21,4% των Κέντρων Υγείας διέθεταν οι ανελκυστήρες τους τηλέφωνο έκτακτης ανάγκης, πράγμα που σημαίνει ότι 32 νοσοκομειακά κτήρια, 31 Κέντρα Υγείας και 4 Περιφερειακά Ιατρεία δεν διαθέτουν την συγκεκριμένη απαραίτητη διευκόλυνση εντός των ανελκυστήρων.

Οι περισσότερες εκ των Μονάδων που διέθεταν ανελκυστήρα δήλωσαν ότι υπάρχει ελεύθερος χώρος διαστάσεων τουλάχιστον 1,5 μέτρα X 1,5 μέτρα μπροστά από τους ανελκυστήρες κάτι το οποίο σημαίνει ότι οι ανελκυστήρες είναι χρηστικοί από χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων σε ποσοστό 93,4%.

Προβλήματα εμφανίζονται και όσον αφορά την προσβασιμότητα όπου υπάρχουν κλιμακοστάσια – σκάλες που συνδέουν ορόφους, που στεγάζονται υπηρεσίες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Συγκεκριμένα το 39,9 % των Μονάδων, (175 Μονάδες), δηλώνουν ότι διαθέτουν σύνδεση μέσω κλιμακοστασίων. Όσον αφορά την ύπαρξη αντιολισθητικών λωρίδων λίγο πριν την ακμή των σκαλοπατιών, μόνο το 26,3% αυτών (46 Μονάδες) δήλωσαν ότι διέθεταν, ενώ το 22,3 % των Μονάδων (39 Μονάδες) δήλωσαν ότι διαθέτουν λωρίδες χρωματικής αντίθεσης λίγο πριν τις ακμές των σκαλοπατιών, γεγονός που σημαίνει ότι ένας μεγάλος αριθμός Μονάδων που διαθέτουν σύνδεση με κλιμακοστάσια δεν έχει τις απαραίτητες εκείνες εξυπηρετήσεις ή διασκευές, οι οποίες θα βοηθούσαν την ασφαλή μετακίνηση των ατόμων με αναπηρία όρασης.

Συγκεκριμένα, το 56,5 % των νοσοκομειακών κτηρίων, (48 Μονάδες), τα οποία διαθέτουν κλιμακοστάσια για την σύνδεση μεταξύ ορόφων και υπηρεσιών ΠΦΥ, το 84,9 % των Κέντρων Υγείας, (45 Κέντρα Υγείας), και το 78,4 % των Περιφερειακών Ιατρείων, (29

Μονάδες), δεν διαθέτουν αντιολισθητική λωρίδα λίγο πριν την ακμή των σκαλοπατιών, καθώς επίσης και 9 νοσοκομειακά κτήρια (10,6%), 10 Κέντρα Υγείας (18,9 %) και 3 Περιφερειακά Ιατρεία (8,1 %) δεν διαθέτουν λωρίδα χρωματικής αντίθεσης λίγο πριν την ακμή των σκαλοπατιών, γεγονός που καταδεικνύει την ανεπάρκεια στην εμπέδωση ασφαλούς μετακίνησης των εχόντων αναπηρία όρασης από τις σκάλες, μία πρόβλεψη η οποία είναι από τις λιγότερο κοστοβόρες, πλην όμως και αυτή ακόμη δεν υφίσταται προκειμένου να καλύψει ένα κενό της προσβασιμότητας, όσον αφορά την κατακόρυφη μετακίνηση.

Αντίστοιχα, μόνο το 25,7 % των Μονάδων (45 Μονάδες) διαθέτουν χειρολισθήρες και από τις δύο πλευρές της σκάλας, ενώ το 57,1 %, (100 Μονάδες), διαθέτουν μόνο έναν χειρολισθήρα γεγονός που δεν διευκολύνει την ασφαλή μετακίνηση των μετακινουμένων με αναπηρία.

Αναλυτικότερα, μόνο το 36,5 % των Μονάδων των νοσοκομειακών κτηρίων, το 17 % των Κέντρων Υγείας και το 13,5 % των Περιφερειακών Ιατρείων διέθεταν χειρολισθήρες και από τις δύο πλευρές της σκάλας, ενώ χειρολισθήρα μόνο από την μία πλευρά διαθέτουν το 57,6% των νοσοκομειακών κτηρίων, το 58,5% των Κέντρων Υγείας και το 54,1% των Περιφερειακών Ιατρείων.

Συνοψίζοντας, για τον τομέα της κατακόρυφης μετακίνησης και ως προς τον προσβάσιμο χαρακτήρα αυτής διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα που αφορούν την μετακίνηση συγκεκριμένων κατηγοριών ατόμων με αναπηρία, τα οποία μπορούμε να εστιάσουμε στο εξής: Ενώ υπάρχουν προβλέψεις και διασκευές για την ασφαλή πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία και δη των εχόντων κινητική αναπηρία, από τις προσβάσιμες εισόδους μέσω των διαδρόμων προς τους ανελκυστήρες, ενώ υπάρχουν οι απαραίτητοι και προαπαιτούμενοι ελεύθεροι χώροι, προκειμένου να μετακινούνται τα αναπηρικά αμαξίδια κατά την είσοδό και την έξοδό τους από τους ανελκυστήρες, ενώ είναι άρτιο το πλάτος της πόρτας εισόδου του ανελκυστήρα, τα προβλήματα στην προσβασιμότητα εμφανίζονται στις διευκολύνσεις και στα προαπαιτούμενα που θα έπρεπε να υπάρχουν για τις άλλες κατηγορίες αναπηρίας, όπως κουμπιά κατεύθυνσης του ανελκυστήρα σε σήμανση Braille, οπτική και ηχητική αναγγελία ορόφων, ύπαρξη τηλεφώνου έκτακτης ανάγκης, γεγονός που δείχνει ότι υπήρξε ιδιαίτερα πρόβλεψη (όσον αφορά τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας ήταν αναγκαία καθώς μεταφέρονται αναπηρικά αμαξίδια και φορεία) για τους κινητικά αναπήρους, για τις υπόλοιπες

κατηγορίες όμως δεν υπήρξε απολύτως καμία πρόβλεψη. Προβλήματα υφίστανται και στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν κλιμακοστάσια - σκάλες που συνδέουν ορόφους στους οποίους στεγάζονται υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Διαπιστώνουμε ότι σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό δεν υφίστανται αντιολισθητικές λωρίδες λίγο πριν την ακμή των σκαλοπατιών, καθώς και λωρίδες έντονης χρωματικής αντίθεσης. Επίσης, όπου υπάρχουν, οι χειρολισθηρες είναι μόνο από την μία πλευρά γεγονός που δεν διασφαλίζει την απρόσκοπτη και ασφαλή μετακίνηση των ατόμων με αναπηρία και όχι μόνο. Θα λέγαμε ότι τα προβλήματα στην προσβασιμότητα που εμφανίζονται στον τομέα αυτό έχουν να κάνουν περισσότερο με την άγνοια και την αδιαφορία, την «εύκολη λύση», θα μπορούσαμε να πούμε, καθώς διασφαλίζουν την βασική προϋπόθεση της μετακίνησης των φορέων και των αναπηρικών αμαξιδίων και «παρεμπιπτόντως» και των κινητικά αναπήρων της Μονάδας Υγείας, ενώ η οποιαδήποτε άλλη διευκόλυνση που θα κάλυπτε τα όποια κενά στην προσβασιμότητα της κατακόρυφης μετακίνησης και τα οποία δεν είναι κοστοβόρα (αντιολισθητικές λωρίδες, λωρίδες έντονης χρωματικής αντίθεσης), απλά δεν εφαρμόζονται γιατί ενδεχομένως θεωρήθηκαν ως πλεονασμός και πολυτέλεια ή γιατί κανείς δεν το σκέφθηκε.

Ως προς την προσβασιμότητα του τομέα των εξυπηρετήσεων και του εξοπλισμού, το 80,3% των Μονάδων (1238 Μονάδες) δήλωσαν ότι διαθέτουν κοινόχρηστες τουαλέτες, ενώ 264 Μονάδες (17,1%) απάντησαν αρνητικά.

Αναλυτικότερα, αυτό αντιστοιχεί σε 98,1% των Νοσοκομειακών κτηρίων, 98,5% των Κέντρων Υγείας και 76% των Περιφερειακών Ιατρείων. Εντύπωση προκαλεί ότι 260 Περιφερειακά Ιατρεία δεν διαθέτουν κοινόχρηστη τουαλέτα, με ότι συνεπάγεται αυτό, καθώς και 2 Κέντρα Υγείας όπως και 2 Νοσοκομειακά κτήρια.

Από τις Μονάδες όμως που δήλωσαν ότι διαθέτουν κοινόχρηστη τουαλέτα, μόνο το 22,4% (345 Μονάδες) δήλωσαν ότι διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα για χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου. Αναλυτικότερα, αυτό ανταποκρίνεται στο 69,5 % των Νοσοκομειακών κτηρίων, στο 66% των Κέντρων Υγείας και στο 11,6% των Περιφερειακών Ιατρείων, δηλαδή 32 νοσοκομειακά κτήρια, 66 Κέντρα Υγείας και 1064 Περιφερειακά Ιατρεία, ενώ διαθέτουν κοινόχρηστες τουαλέτες για το υπόλοιπο κοινό, δεν διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα για την εξυπηρέτηση των ατόμων με αναπηρία.

Ως προς την προσέγγιση στις προσβάσιμες τουαλέτες διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των Μονάδων διαθέτει διάδρομο χωρίς υψομετρική διαφορά ή

και όταν αυτή υφίσταται, στις περισσότερες περιπτώσεις καλύπτεται από ράμπα, γεγονός που είναι εξαιρετικά θετικό και διασφαλίζει την ασφαλή μετακίνηση και πρόσβαση προς την προσβάσιμη τουαλέτα.

Όμως 3 προσβάσιμες τουαλέτες νοσοκομειακών κτηρίων, 4 προσβάσιμες τουαλέτες Κέντρων Υγείας και 2 Περιφερειακών Ιατρείων δεν διασφαλίζουν την ανεμπόδιση και ασφαλή μετακίνηση χωρίς υψομετρικές διαφορές προς τις προσβάσιμες τουαλέτες, γεγονός που αυτομάτως θέτει εν αμφιβόλω την προσβασιμότητα της τουαλέτας.

Ακολούθως, θετική για την προσβάσιμη κατάσταση της τουαλέτας αλλά και για την χρηστικότητα από τα άτομα με κινητική αναπηρία και δη χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου αποτελεί η ύπαρξη σε 80% των Μονάδων, (276 Μονάδες), πόρτα τουαλέτας με πλάτος τουλάχιστον 90 εκατοστών, που σημαίνει ότι μπορεί να εισέλθει στο εσωτερικό της τουαλέτας απρόσκοπτα το αναπηρικό αμαξίδιο.

Το 4,1% των Μονάδων όμως, και αυτό βέβαια αντιστοιχεί πάντα στις τουαλέτες του ισογείου, που έχουν συνήθως και την μεγαλύτερη προσελευσιμότητα λόγω του ότι εκεί βρίσκονται οι περισσότερες υπηρεσίες, διαθέτει πόρτα μικρότερη των 90 εκατοστών. Δηλαδή, 14 από τις θεωρητικά προσβάσιμες τουαλέτες, έχουν στενή πόρτα, γεγονός που σημαίνει ότι σε καμία περίπτωση, άσχετα αν χαρακτηρίζονται έτσι, οι τουαλέτες δεν είναι προσβάσιμες.

Αντιστοίχως, η πλειοψηφία των Νοσοκομειακών κτηρίων, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων στις προσβάσιμες τουαλέτες του ισογείου πράγματι διαθέτουν πόρτα με κατάλληλο πλάτος εισόδου, προκειμένου να διευκολύνονται οι χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου, πλην όμως 4 Νοσοκομειακά κτήρια, 6 Κέντρα Υγείας και 4 Περιφερειακά Ιατρεία παρότι θεωρητικά διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα, αυτή δεν μπορεί να χαρακτηρισθεί ως προσβάσιμη, καθώς οι χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων δεν μπορούν να εισέλθουν σε αυτήν.

Σαφώς καταστρατηγείται ο προσβάσιμος χαρακτήρας των τουαλετών, καθώς στο 52,2% των Μονάδων (180 Μονάδες), η πόρτα της τουαλέτας ανοίγει προς τα μέσα, γεγονός που δεν διευκολύνει σε καμία περίπτωση την χρήση αυτής από άτομα που χρησιμοποιούν αναπηρικά αμαξίδια, καθώς αίρει την δυνατότητα εσωτερικής περιστροφής και μετακίνησης του αμαξιδίου εντός της τουαλέτας.

Αναλυτικότερα, 27 Νοσοκομειακά κτήρια (37%), 68 Κέντρα Υγείας (53,1%) και 85 Περιφερειακά Ιατρεία (59%) δήλωσαν ότι οι πόρτες τους ανοίγουν προς τα μέσα, γεγονός που αίρει τον προσβάσιμο χαρακτήρα των τουαλετών.

Ακόμη ένα στοιχείο που δεν δικαιολογεί τον υποτιθέμενο «προσβάσιμο» χαρακτήρα των δηλωθέντων ως «προσβάσιμων» τουαλετών είναι ότι το 55,9% των Μονάδων, (193 Μονάδες), δεν διαθέτει σήμανση έξω από την πόρτα της τουαλέτας ή στον τοίχο δίπλα από αυτήν, προκειμένου να γνωστοποιείται η ύπαρξη προσβάσιμης τουαλέτας. Συγκεκριμένα, το 24,7% των νοσοκομειακών κτηρίων (18 μονάδες), το 58,6% των Κέντρων Υγείας (75 Μονάδες) και το 69,4% των Περιφερειακών Ιατρείων (100 Μονάδες) δεν διαθέτουν την ανάλογη σήμανση.

Άλλο προβληματικό στοιχείο του προσβάσιμου χαρακτήρα των δηλωθέντων ως «προσβάσιμων» τουαλετών των Μονάδων αποτελεί ότι στο 26,1% των Μονάδων (90 Μονάδες) δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος στο πλάι της λεκάνης διαστάσεων 80-90 εκατοστών, προκειμένου να υπάρχει ευχερής κίνηση των αναπηρικών αμαξιδίων, γεγονός που αυτομάτως καταργεί τον υποτιθέμενο προσβάσιμο χαρακτήρα της τουαλέτας.

Αναλυτικότερα, το ανωτέρω πρόβλημα εμφανίζεται σε 8 «προσβάσιμες» τουαλέτες Νοσοκομειακών κτηρίων (11%), σε 30 τουαλέτες Κέντρων Υγείας (23,4%) και σε 52 τουαλέτες Περιφερειακών Ιατρείων (36,1%), γεγονός που σε καμία περίπτωση δεν δικαιολογεί τον ισχυρισμό περί υπάρξεως προσβάσιμης τουαλέτας στις Μονάδες αυτές.

Άλλο εξαιρετικά σημαντικό πρόβλημα, όσον αφορά τον προσβάσιμο χαρακτήρα των τουαλετών, είναι η μη ύπαρξη χειρολαβής στον τοίχο ή εκατέρωθεν της λεκάνης, κάθετα στον τοίχο, όπου το 44,6% των Μονάδων (154 Μονάδες) δήλωσαν ότι δεν διαθέτουν την συγκεκριμένη πρόβλεψη, γεγονός που αυτομάτως αίρει τον προσβάσιμο χαρακτήρα των τουαλετών.

Το ανωτέρω πρόβλημα που σχετίζεται ούτως ή άλλως την φύση του προσβάσιμου χαρακτήρα της τουαλέτας, εντοπίζεται σε 11 προσβάσιμες τουαλέτες Νοσοκομειακών κτηρίων (15,1%), σε 59 τουαλέτες Κέντρων Υγείας (46,1%) και σε 84 τουαλέτες Περιφερειακών Ιατρείων (58,3%).

Η εμφάνιση των ανωτέρω ελλείψεων σε τόσο μεγάλα ποσοστά αυτομάτως οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι εν λόγω τουαλέτες σε καμία περίπτωση δεν δικαιολογούν τον χαρακτηρισμό τους ως «προσβάσιμες»

Ανάλογα προβλήματα προκύπτουν λόγω της έλλειψης νιπτήρων αποκλειστικής χρήσης στις «προσβάσιμες» τουαλέτες, όπου το 22,6% των Μονάδων (78 Μονάδες) δεν διαθέτουν τον συγκεκριμένο νιπτήρα, γεγονός που και αυτό αίρει τον προσβάσιμο χαρακτήρα των τουαλετών. Αυτό το πρόβλημα το αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα 6,8% των Νοσοκομειακών κτηρίων, (5 Μονάδες), το 28,9% των Κέντρων Υγείας (37 Μονάδες) και 25% των Περιφερειακών Ιατρείων (36 Μονάδες).

Ένας άλλος σημαντικός τομέας εξυπηρέτησεων των Μονάδων της Π.Φ.Υ προς τους χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι η ύπαρξη τηλεφώνων για το κοινό. Εκεί διαπιστώνουμε ότι μόνο το 21,3% των Μονάδων (328 Μονάδες) διαθέτει τηλέφωνο επικοινωνίας για το κοινό, ενώ το 76,2% (1174 Μονάδες) δεν διαθέτουν την συγκεκριμένη διευκόλυνση. Και από αυτούς όμως που διαθέτουν τηλέφωνο για το κοινό, μόνο 72 Μονάδες (22%), έχουν τηλέφωνο σε χαμηλότερο ύψος για την εξυπηρέτηση χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων, ενώ σε 252 Μονάδες (76,8%) δεν υφίσταται προσβάσιμο τηλέφωνο.

Αναλυτικότερα, το 94,3% των Νοσοκομειακών κτηρίων, το 76,8% των Κέντρων Υγείας και το 6,4% των Περιφερειακών Ιατρείων διαθέτουν τηλέφωνο κοινού, όμως μόνο το 27,3% των Νοσοκομειακών κτηρίων, το 18,8% των Κέντρων Υγείας και το 21,3% των Περιφερειακών Ιατρείων διαθέτουν τηλέφωνο για το κοινό σε χαμηλότερο ύψος, που σημαίνει ότι όσον αφορά την ύπαρξη τηλεφώνων για το κοινό και την δυνατότητα επικοινωνίας, σε 72 Νοσοκομειακά κτήρια, σε 119 Κέντρα Υγείας και σε 61 Περ. Ιατρεία δεν υφίσταται τηλέφωνο για το κοινό σε χαμηλότερο ύψος για την εξυπηρέτηση χρηστών αναπηρικών αμαξιδίων.

Ως προς την ύπαρξη κειμενοτηλεφώνων, δηλ. τηλεφώνων χρηστικών από κωφά άτομα, καμία μονάδα δεν δήλωσε ότι διαθέτει τον συγκεκριμένο εξοπλισμό, με ότι συνεπάγεται τούτο για κωφά και βαρήκοα άτομα και την δυνατότητα επικοινωνίας τους. Τέλος, μόνο το 53,1% των Μονάδων (818 Μονάδες) δήλωσαν ότι διαθέτουν επίπεδο φωτισμού στους χώρους εργασίας και συναλλαγής ικανό ώστε να διασφαλίζεται η επικοινωνία με χρήση νοηματικής γλώσσας και η ανάγνωση σε άτομα με αναπηρία όρασης. Αυτό αναλύεται στο 82,9% των Νοσοκομειακών κτηρίων, το 64,4% των Κέντρων Υγείας και το 48,8% των Περιφερειακών Ιατρείων, πράγμα που σημαίνει ότι σε 16 Νοσοκομειακά κτήρια, σε 64 Κέντρα Υγείας και σε 553 Περ. Ιατρεία τα κωφά άτομα και τα άτομα με αναπηρία όρασης θα έχουν πρόβλημα στην δυνατότητα επικοινωνίας και συναλλαγής τους, λόγω του επιπέδου φωτισμού στους χώρους. Αντίστοιχα, και οι εργαζόμενοι με

αναπηρία όρασης ή ακοής στις συγκεκριμένες μονάδες θα είχαν πρόβλημα να επιτελέσουν τα καθήκοντά τους.

Αυτό που παρατηρούμε, όσον αφορά την προσβασιμότητα του τομέα των εξυπηρετήσεων και του εξοπλισμού είναι ότι ελάχιστες Μονάδες διαθέτουν προσβάσιμη τουαλέτα, κυρίως τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας. Και από αυτές όμως τις Μονάδες, οι οποίες δηλώνουν ότι οι τουαλέτες τους είναι προσβάσιμες, σε πολλές περιπτώσεις αποδεικνύεται ότι ο χαρακτηρισμός της προσβασιμότητας δεν δικαιολογείται, καθώς τα χαρακτηριστικά εκείνα που αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση αυτής απουσιάζουν. Πράγμα το οποίο σημαίνει ότι κακώς οι συγκεκριμένες τουαλέτες παρουσιάζονται ή θεωρούνται ως προσβάσιμες από τους αρμοδίους. Η έλλειψη προσβάσιμων τουαλετών αποτελεί ένα σοβαρό έλλειμμα στην συνολική προσβασιμότητα των Μονάδων και επηρεάζει καθοριστικά την δυνατότητα πρόσβασης στις Μονάδες υγείας και χρήσης των υπηρεσιών από τα άτομα με κινητική αναπηρία και τα άτομα με αναπηρία εν γένει. Όσον αφορά τον τομέα της επικοινωνίας παρατηρούμε ότι υπάρχει σοβαρή έλλειψη σε προβλέψεις για τα άτομα χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου, καθώς είναι μικρός ο αριθμός των τηλεφώνων του κοινού σε χαμηλό ύψος. Επίσης εξαιρετικά προβληματική εμφανίζεται η δυνατότητα και το επίπεδο επικοινωνίας που υπάρχει για τους έχοντες πρόβλημα ακοής και δη τα κωφά άτομα. Βλέπουμε λοιπόν ότι ακόμη και σε απλά πράγματα, όπως είναι το επίπεδο φωτισμού που θα διευκόλυνε την ανάγνωση των χειλιών από κωφά άτομα ή την χρήση νοηματικής γλώσσας ή την ανάγνωση κειμένων από άτομα με αναπηρία όρασης, υπάρχει σημαντικό έλλειμμα, γεγονός που λόγω του χαμηλού κόστους υλοποίησης που απαιτεί θα μπορούσε εύκολα να διασφαλισθεί. Καταλήγουμε, λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι η επικοινωνία στις Μονάδες Υγείας είναι εξαιρετικά προβληματική, για συγκεκριμένες κατηγορίες ατόμων με αναπηρία, όπως είναι τα άτομα με προβλήματα όρασης και ακοής. Όσον αφορά τον τομέα της προσβασιμότητας των παρεχομένων υπηρεσιών εντός των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σχεδόν το σύνολο των Μονάδων (96,2 %) δήλωσαν ότι δεν διαθέτουν κανένα άτομο εκπαιδευμένο σε τέτοιο βαθμό, ώστε να εξυπηρετεί άτομα με αναπηρία. Δηλ. να γνωρίζει νοηματική, τρόπους συμπεριφοράς και διαχείρισης ατόμων με αναπηρία κλπ. 2 Μονάδες διαθέτουν 1 άτομο (0,1%), 3 Μονάδες διαθέτουν 3 άτομα, (0,2%), ενώ 3 άτομα και πάνω διαθέτει μόνο 1 μονάδα (0,1%). Τούτο δείχνει ότι υπάρχει ένα σημαντικό πρόβλημα και έλλειμμα όσον αφορά την ύπαρξη παροχής «ζωντανής βοήθειας» δηλ. ειδικευμένου προσωπικού, προκειμένου να συνδράμει

και να εξυπηρετήσει τα άτομα με αναπηρία, έτσι ώστε να καλύψει κατά το δυνατόν ένα κομμάτι από τις οποιεσδήποτε άλλες υφιστάμενες ελλείψεις της προσβασιμότητας των Μονάδων Υγείας. Αναλυτικότερα, το 96,2% των Νοσοκομειακών κτηρίων (101 Μονάδες) δηλώνει ότι δεν έχει κανένα άτομο εκπαιδευμένο, καθώς και το 95,9% των Κέντρων Υγείας (186 Μονάδες) δηλώνουν ακριβώς το ίδιο έλλειμμα στην παροχή «ζωντανής βοήθειας».

Παρόμοια κατάσταση διαπιστώνεται και από το ότι μόνο το 15,4 % των Μονάδων, (237 Μονάδες), διαθέτουν άτομα στη υποδοχή προκειμένου να παράσχουν οποιαδήποτε πληροφορία ή εξυπηρέτηση στα άτομα με αναπηρία, που σημαίνει ότι 1213 Μονάδες (78,7%) δεν διαθέτουν αυτού του είδους την διευκόλυνση για τα άτομα με αναπηρία. Αντιθέτως, 71 Νοσοκομειακά κτήρια, (67,6%), 120 Κέντρα Υγείας (61,9%) και 46 Περιφερειακά Ιατρεία (3,7%) διαθέτουν άτομα στην υποδοχή, έτοιμα να βοηθήσουν. Όμως το 31,4% των Νοσοκομειακών κτηρίων, το 34,5% των Κέντρων Υγείας, και το 89,6% των Περ. Ιατρείων δεν έχουν την δυνατότητα να συνδράμουν με προσωπικό τα άτομα με αναπηρία.

Τα υφιστάμενα προβλήματα στις παρεχόμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης των ατόμων με αναπηρία εμφανίζονται και στην απουσία οπτικής και ηχητικής αναγγελίας για την εξυπηρέτηση και την ενημέρωση του κοινού, καθώς μόνο το 1,9% (28 Μονάδες) διαθέτει οπτική αναγγελία και μόνο το 2,3% (35 Μονάδες) διαθέτουν ηχητική αναγγελία, γεγονός που σημαίνει ότι τα άτομα με αναπηρία όρασης και ακοής αντιμετωπίζουν πολύ σοβαρό πρόβλημα όσον αφορά την παρεχόμενη προς αυτούς ενημέρωση εντός των Μονάδων Υγείας. Αναλυτικότερα, μόνο 22 Νοσοκομειακά κτήρια, 4 Κέντρα Υγείας και 2 Περιφερειακά Ιατρεία διαθέτουν οπτική αναγγελία, ενώ ηχητική αναγγελία διαθέτουν 31 Νοσοκομειακά κτήρια, 4 Κέντρα Υγείας και κανένα Περιφερειακό Ιατρείο. Τα νούμερα είναι ενδεικτικά όσον αφορά τα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα άτομα με αναπηρία εντός των Μονάδων.

Όσον αφορά το ζήτημα της παροχής ενημερωτικών εντύπων από τις 425 Μονάδες (27,6%) που παρέχουν ενημερωτικά έντυπα, καμία μονάδα δεν παρέχει έντυπα σε γραφή Braille για την ενημέρωση των τυφλών, έντυπα με μεγάλους χαρακτήρες, για την διευκόλυνση των ατόμων με προβλήματα όρασης, παρέχονται από 77 Μονάδες (18,1%), έντυπα με επεξηγηματικές εικόνες, εύκολες στην κατανόηση, παρέχονται από 75 Μονάδες

(17,6%), ενώ καμία Μονάδα δεν παρέχει cd με ενημερωτικό και πληροφοριακό περιεχόμενο.

Όλα τ' ανωτέρω συνθέτουν μία εικόνα που δείχνει το τεράστιο πρόβλημα που υπάρχει, όσον αφορά την ενημέρωση των ατόμων με αναπηρία που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα προβλήματα όπως όρασης, κλπ.

Θα λέγαμε, ότι ο τομέας των προσβάσιμων υπηρεσιών, εντός των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αντιμετωπίζει τεράστια προβλήματα, καθώς είναι στοιχειώδης. Δεν υπήρξε καμία πρόβλεψη για την εκπαίδευση προσωπικού των Νοσοκομείων, όπως και των άλλων Μονάδων, για την παροχή «ζωντανής βοήθειας» προς τα άτομα με αναπηρία, προκειμένου να τους διευκολύνει είτε στην επικοινωνία, είτε στην μετακίνησή τους εντός των Μονάδων. Δεν υπήρξε καμία πρόβλεψη αντίστοιχα για την παρουσία προσωπικού στην υποδοχή που θα μπορούσε να βοηθήσει και να πληροφορήσει σχετικά τα άτομα με αναπηρία για τις υποθέσεις τους εντός των Μονάδων. Και, βεβαίως, δεν υπήρξε καμία απολύτως μέριμνα για την παραγωγή και διανομή προσβάσιμων πληροφοριακών εντύπων προς τα άτομα με αναπηρία. Το έλλειμμα της πληροφόρησης είναι εξαιρετικά σημαντικό, αυτό όμως που προκαλεί έκπληξη είναι το σοβαρό έλλειμμα στον τομέα της παροχής «ζωντανής βοήθειας», καθώς με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαν να καλυφτούν συγκεκριμένα κενά της υφιστάμενης κατάστασης προσβασιμότητας τόσο κατά τομέα όσο και στο σύνολο των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω και βάση των δεδομένων της έρευνας μπορούμε να πούμε ότι η προσβασιμότητα των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην χώρα παρουσιάζει εξαιρετικά προβλήματα και οι παρατηρούμενες ελλείψεις στον τομέα αυτό, θα λέγαμε ότι είναι πολύ μεγάλες.

Από την παράθεση των ανωτέρω, διαπιστώνεται ότι όλα τα άτομα με αναπηρία, ανεξαρτήτως κατηγορίας αναπηρίας, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα πρόσβασης στις Μονάδες και υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Από την σύγκριση μεταξύ των Νοσοκομείων, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων σχετικά με τις συνθήκες προσβασιμότητας, διαπιστώνουμε ότι τα μεγαλύτερα ελλείμματα, ατέλειες και κενά σε σχέση με την προσβασιμότητα, τα εμφανίζουν τα Περιφερειακά Ιατρεία, ακολουθούν τα Κέντρα Υγείας και σε καλύτερη κατάσταση εμφανίζονται τα Νοσοκομεία. Και αυτά όμως ακόμη εμφανίζουν σημαντικά ελλείμματα.

Τα τεράστια προβλήματα που εμφανίζονται στην προσβασιμότητα των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αφορούν πολλές κατηγορίες ατόμων με αναπηρία (όπως κινητική αναπηρία, αναπηρία όρασης, ακοής, νοητική αναπηρία, κλπ) με τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας να παρέχουν καλύτερες δυνατότητες πρόσβασης στα άτομα με κινητική αναπηρία, να εμφανίζουν όμως εξαιρετικά προβλήματα και κενά στις δυνατότητες πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία όρασης και ακοής. Η παροχή καλύτερων συνθηκών πρόσβασης προς τα άτομα με κινητική αναπηρία θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας λόγω του ειδικού χαρακτήρα λειτουργίας τους, του μεγάλου μεγέθους και των σύνθετων υπηρεσιών που στεγάζουν, καθώς και της ανάγκης μετακίνησης φορείων, αναπηρικών αμαξιδίων και άλλων τροχήλατων μέσων έχουν προβεί στην υιοθέτηση συγκεκριμένων μέτρων και διασκευών, έτσι ώστε να εμφανίζουν φιλικότερη εικόνα προς την συγκεκριμένη κατηγορία αναπηρίας. Όσον αφορά τα εμφανιζόμενα ελλείμματα και τα τεράστια κενά στον τομέα της προσβασιμότητας που εμφανίζουν τα Περιφερειακά Ιατρεία δύνανται να οφείλονται σε παράγοντες όπως: το μικρό μέγεθος των Μονάδων, το ότι καλύπτουν μικρούς αριθμητικά πληθυσμούς, στην στελέχωση από ολιγάριθμο και εναλλασσόμενο προσωπικό, στον χαρακτήρα των υπηρεσιών που παρέχουν, στο ιδιοκτησιακό καθεστώς των κτηρίων στα οποία στεγάζονται και φυσικά στην αδιαφορία και αδράνεια των υπευθύνων.

Αντίθετα, τα Κέντρα Υγείας, πολύ δε περισσότερο τα Νοσοκομεία είναι μονάδες που καλύπτουν ευρύτερες περιοχές με μεγάλους πληθυσμούς, ενσωματώνουν εντός τους πολλές υπηρεσίες, κλινικές, εξειδικευμένες Μονάδες και ως εκ τούτου, εμφανίζουν μεγαλύτερες δυνατότητες, όσον αφορά την κτηριακή υποδομή τις διασκευές και τον εξοπλισμό.

Επίσης, τα κτήρια που στεγάζουν τα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία ανεγέρθηκαν προς τούτο για την κάλυψη αυτών των Μονάδων, άρα είχαν την δυνατότητα να κατασκευασθούν με συγκεκριμένες προδιαγραφές, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η λειτουργικότητά τους και κατά περίπτωση η προσβασιμότητά τους. Φαίνεται επίσης ότι ο Δημόσιος χαρακτήρας της ιδιοκτησίας των ακινήτων που στεγάζουν Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην καλύτερη – παρά τα όποια εμφανιζόμενα κενά και ατέλειες - τήρηση των όρων προσβασιμότητας σε σχέση με τα Περιφερειακά Ιατρεία. Όμως παρά το γεγονός ότι οι Μονάδες είναι Δημόσιου χαρακτήρα και κατασκευάστηκαν για συγκεκριμένο σκοπό, προκειμένου να καλύψουν υπηρεσίες υγείας συγκεκριμένου

χαρακτήρα, βάση συγκεκριμένων όρων και προδιαγραφών και είχαν την δυνατότητα να καλύψουν κάθετα και οριζόντια τον προσβάσιμο χαρακτήρα αυτών, τούτο δεν έγινε. Αντίθετα, τα Περιφερειακά Ιατρεία στεγάζονται σε χώρους οι οποίοι είναι παραχωρημένοι από τους Δήμους ή άλλους φορείς οι οποίοι χώροι τις περισσότερες φορές δεν είχαν καμία σχέση με τον χαρακτήρα και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Και σε αυτήν όμως την περίπτωση, από την στιγμή που οι χώροι φιλοξενούν Περιφερειακά Ιατρεία και ανήκουν σε φορείς του Δημοσίου, όπως οι Δήμοι, θα έπρεπε να καλύπτουν όλες τις απαιτήσεις σχετικά με την προσβασιμότητα, πολλώ δε μάλλον όφειλαν να αποκατασταθούν όσον αφορά την εμπέδωση αυτής.

Η δυνατότητα πρόσβασης που έχουν τα άτομα με αναπηρία στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κρίνεται μείζονος σημασίας, καθώς τα άτομα με αναπηρία αποτελούν τους πλέον μόνιμους και χρόνιους – σταθερούς χρήστες των υπηρεσιών Υγείας. Συνεπώς, η διασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης μέσα στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν είναι ζήτημα μόνο δικαιωμάτων αλλά κατ' ουσίαν αποτελεί πρωταρχική ανάγκη για τα άτομα με αναπηρία.

Διαπιστώσαμε από τα στοιχεία ότι η ικανότητα πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τελεί εν αμφιβόλω, αντιμετωπίζει πάρα πολλά προβλήματα, τόσο στο σύνολο των Μονάδων, όσο και στις επιμέρους κατηγορίες Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας , κυρίως στα Περιφερειακά Ιατρεία αλλά ακόμη και στα ίδια τα Νοσοκομεία τα προβλήματα συνεχίζουν να υπάρχουν. Εκείνο που προξενεί εντύπωση, είναι ότι ανάλογα με την ύπαρξη ή το έλλειμμα σε συγκεκριμένες προβλέψεις και διασκευές που αφορούν την προσβασιμότητα , οι οποίες ορίζονται από τους Νόμους και τους Κανονισμούς, επηρεάζεται και η δυνατότητα ή η αδυναμία συγκεκριμένων κατηγοριών ατόμων με αναπηρία στο να αποκτήσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας. Θα λέγαμε ότι συγκεκριμένες διασκευές αφορούν και συγκεκριμένες κατηγορίες ατόμων με αναπηρία. Έτσι η ύπαρξη θέσης στάθμευσης αναπηρικού αυτοκινήτου, η σήμανση αυτής, η ύπαρξη ραμπών πρόσβασης στα πεζοδρόμια, το σταθερό και λείο έδαφος, η προσβάσιμη είσοδος, η σήμανση αυτής, το πλάτος της εισόδου, ο χωρίς εμπόδια διάδρομος, το γραφείο υποδοχής σε χαμηλό ύψος, το τηλέφωνο κοινού σε χαμηλό ύψος επίσης, το ικανό πλάτος των διαδρόμων, οι πόρτες εισόδου στα γραφεία εξυπηρέτησης κοινού, οι ανελκυστήρες και οι προσβάσιμες

τουαλέτες θα λέγαμε ότι αφορούν κυρίως τα άτομα με κινητική αναπηρία και δη τους χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου.

Αντίστοιχα, οι οδηγοί όδευσης τυφλών, η σήμανση των γυάλινων επιφανειών στις πόρτες, η ύπαρξη πλήκτρων κατεύθυνσης σε γραφή Braille και ηχητικής αναγγελίας στους ανελκυστήρες, η ηχητική αναγγελία πληροφόρησης του κοινού, τα κείμενα πληροφόρησης και ενημέρωσης σε γραφή Braille ή με μεγάλους χαρακτήρες ή τα cd με πληροφοριακό υλικό αφορούν άτομα με αναπηρία όρασης και δη τυφλούς.

Η ύπαρξη κειμενοτηλεφώνων, και ο επαρκής φωτισμός στους χώρους συναλλαγής του κοινού, η οπτική αναγγελία στους ανελκυστήρες και η οπτική αναγγελία για την πληροφόρηση του κοινού αφορούν άτομα με προβλήματα ακοής και δη τους κωφούς. Αντίστοιχα, η ύπαρξη ζωντανής βοήθειας αφορά όλα τα άτομα με αναπηρία.

Συγκεκριμένες ελλείψεις στα ανωτέρω δημιουργούν και συγκεκριμένα ελλείμματα και δυσκολίες πρόσβασης στις αντίστοιχες κατηγορίες ατόμων με αναπηρία.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχουν κάποιες προβλέψεις και διασκευές για άτομα με κινητική αναπηρία, η κάλυψη όμως των αναγκών πρόσβασης αυτής της κατηγορίας ατόμων είναι μερική και αποσπασματική. Για τους δε τυφλούς και κωφούς η κατάσταση είναι εξαιρετικά δύσκολη, καθώς οι ελλείψεις είναι τεράστιες, σε σημείο που θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα άτομα με προβλήματα ακοής και όρασης δεν θα μπορούσαν σε καμία περίπτωση να κινηθούν με ασφάλεια, αυτόνομα και ανεξάρτητα εντός των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συνεπώς η δυνατότητα πρόσβασής τους στις Μονάδες Υγείας και τις υπηρεσίες αυτών κρίνεται προβληματική.

Αν θέλαμε να δώσουμε μία εξήγηση στην ανωτέρω εικόνα, θα λέγαμε ότι για τους έχοντες κινητική αναπηρία οι όποιες προβλέψεις υπάρχουν υφίστανται ίσως για το ότι υπάρχει πρακτικά η ανάγκη στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και δη στις μεγάλες, στα Κέντρα Υγείας και ιδιαίτερα στα Νοσοκομεία, για την κίνηση τροχήλατων αντικειμένων, όπως φορείων, αναπηρικών αμαξιδίων κλπ. Θα μπορούσαμε να πούμε εδώ ότι ίσως η αναγνωρισιμότητα των κινητικά αναπήρων και των αναγκών και προβλημάτων σε γενικές γραμμές που αυτοί αντιμετωπίζουν να παίζει εδώ κάποιο ρόλο. Για τους τυφλούς και κωφούς οι ελλείψεις οφείλονται ενδεχομένως σε άγνοια - αδιαφορία και στην πεποίθηση ότι τα άτομα αυτά μπορούν να κινηθούν μόνα τους ή με την συνδρομή έτερου προσώπου, συνεπώς αναμένεται ότι θα βρουν έναν τρόπο να προσεγγίσουν τις Μονάδες

και να εξυπηρετηθούν από αυτές. Παραβλέπεται όμως, τόσο το δικαίωμα αυτών των ατόμων στην αυτόνομη μετακίνηση, όσο και το γεγονός ότι η εξασφάλιση συνοδείας συνεπάγεται το μεν πρώτο επιπρόσθετα οικονομικά κόσθη, προκειμένου να εξασφαλιστεί αυτή, το δεύτερο δε χαμένες εργατώρες των οικείων τους, προκειμένου αυτοί να συνοδέψουν το άτομο με αναπηρία.

Εντύπωση προκαλεί και η απουσία αυτών ακόμη των διασκευών που απαιτούν εξαιρετικά χαμηλό ή μηδαμινό κόστος, όπως είναι η σήμανση των θέσεων ειδικής στάθμευσης των προσβάσιμων εισόδων ή των υαλοπινάκων ή των προσβάσιμων τουαλετών. Τούτο ενδεχομένως καταδεικνύει απλά την αδιαφορία και την άγνοια των υπευθύνων και των ιθυνόντων. Η λήψη των αποφάσεων των υπευθύνων, θα λέγαμε ότι χαρακτηρίζεται από μία «ελαφρύτητα και ευκαιριακότητα», προκειμένου να εφαρμόσουν και το πλέον εύκολο ή ελάχιστο που αφορά την προσβασιμότητα και αναβαθμίζει το επίπεδο της προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Εξαιρετική εντύπωση και προβληματισμό προκαλεί η απουσία εκπαίδευσης του προσωπικού των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, προκειμένου να είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν τα άτομα με αναπηρία. Η μη επένδυση στην παροχή ζωντανής βοήθειας είναι ενδεικτικό της στρατηγικής και πολιτικής που εφαρμόζεται καθώς και της στάσης των υπευθύνων, καθώς με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαν να καλυφθούν αρκετά κενά της υφιστάμενης προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί ότι σε πολλές Μονάδες που υπήρχαν στοιχεία και προβλέψεις προσβασιμότητας αυτή ακυρωνόταν, λόγω μη επαρκούς κάλυψης των προηγούμενων και των επόμενων «σταδίων» και όρων προσβασιμότητας. Για παράδειγμα, στις 345 δηλωθείσες ως προσβάσιμες τουαλέτες, η απουσία διαδρόμου πρόσβασης από την είσοδο προς την τουαλέτα χωρίς υψομετρική διαφορά ή ύπαρξη ράμπας αίρει τον προσβάσιμο χαρακτήρα αυτής. Και όταν ακόμη υφίσταται η ανωτέρω συνθήκη, η απουσία άρτιου πλάτους ανοίγματος πόρτας ή χειρολαβών ή του απαραίτητου χώρου κίνησης του αναπηρικού αμαξιδίου αίρει τον χαρακτηρισμό τους ως προσβάσιμων καθώς χάνουν την δυνατότητά τους να εξυπηρετήσουν τα άτομα χρήστες αναπηρικού αμαξιδίου.

Σύμφωνα με το μοντέλο της καθολικής προσβασιμότητας όλες οι απαιτούμενες διευκολύνσεις και ενέργειες πρέπει να υφίστανται, προκειμένου να επιτυγχάνεται προσβασιμότητα. Και τούτο γιατί αν η μία διασκευή ή προαπαιτούμενη ενέργεια προσβασιμότητας να απουσιάζει, δύναται να ακυρώσει τα θετικά αποτελέσματα άλλων

υφιστάμενων διασκευών ή προαπαιτούμενων ενεργειών. . Επί παραδείγματι, εάν έχουμε θέση στάθμευσης ειδικού αυτοκινήτου, ράμπα από τη θέση προς το πεζοδρόμιο, και δεν έχουμε λεία και σταθερή επιφάνεια προκειμένου να κινηθεί το αναπηρικό αμαξίδιο, αυτομάτως η προσβασιμότητα ακυρώνεται, γιατί ο χρήστης αναπηρικού αμαξιδίου θα αδυνατούσε να κινηθεί αυτόνομα, καθώς το αναπηρικό αμαξίδιο θα εμποδιζόταν από την ανώμαλη ή σαθρή επιφάνεια του εδάφους. Αντίστοιχα, ακυρώνεται και από την μη ύπαρξη ειδικής σήμανσης, καθώς η προσβάσιμη, κατά τα άλλα, θέση στάθμευσης αναπηρικού αυτοκινήτου, λόγω της έλλειψης σήμανσης το μεν πρώτο, δεν θα γινόταν αντιληπτή από τον χρήστη αναπηρικού αυτοκινήτου, το δεύτερο δε, θα μπορούσε να καταληφθεί από οποιοδήποτε άλλο αυτοκίνητο. Και όλα τα ανωτέρω αν υφίστανται, θα μπορούσε να δημιουργείται πρόβλημα πρόσβασης, εάν δεν υπήρχε προσβάσιμη είσοδος στην Μονάδα. Και αν ακόμη υφίσταται αυτή η συνθήκη προσβασιμότητας, η προσβασιμότητα ακυρώνεται αν μετά την προσβάσιμη είσοδο δεν έχουμε οριζόντιο και προσβάσιμο διάδρομο χωρίς υψομετρική διαφορά κ.ο.κ.

Συνεπώς θα ήταν λανθασμένη η οποιαδήποτε προσπάθεια ποσοτικής – αριθμητικής αξιολόγησης της προσβασιμότητας, καθώς θα λάμβανε υπόψη της ορισμένα μόνο χαρακτηριστικά και όρους αυτής υπερτονίζοντάς τα και θα αγνοούσε την έλλειψη κάποιων άλλων τα οποία όμως, ούτως ή άλλως λειτουργούν συνδυαστικά προς την επίτευξη και εμπέδωση της προσβασιμότητας, Αντιστοίχως, επιλέγοντας ορισμένα μόνο χαρακτηριστικά και όρους της προσβασιμότητας ως κριτήρια αξιολόγησης τα οποία είναι χρηστικά από συγκεκριμένη κατηγορία αναπηρίας (όπως πχ ο οδηγός όδευσης τυφλών κλπ), θα ελλόχευε ο κίνδυνος της δημιουργίας «πλασματικής εικόνας» όσον αφορά την υφιστάμενη προσβασιμότητα, καθώς θα αξιολογούσε τα χαρακτηριστικά τα οποία είναι χρηστικά και αναφέρονται σε μία κατηγορία αναπηρίας και μόνο.

Συγκρίνοντας την κατάσταση της προσβασιμότητας των Μονάδων Π.Φ.Υ. της χώρας με την αντίστοιχη κατάσταση προσβασιμότητας σε Μονάδες υγείας του εξωτερικού και ιδιαίτερα της Δυτικής Ευρώπης, των ΗΠΑ και του Καναδά θα λέγαμε ότι προβλήματα προσβασιμότητας υφίστανται και σε αυτές. Πλην όμως η προσπάθεια αντιμετώπισης των όποιων προβλημάτων και εμπέδωση ενός ικανοποιητικού επιπέδου προσβασιμότητας ξεκίνησε αρκετά νωρίτερα στηριζόμενη στις ισχύουσες εθνικές νομοθεσίες για την προσβασιμότητα. Η εν λόγω προσπάθεια συνεχίζεται έως και σήμερα μέσω του σχεδιασμού «κυλιόμενων» σχεδιαστικών πλάνων προσβασιμότητας (accessibility plans)

τριετούς έως και επταετούς διάρκειας. Με την λήξη κάθε «σχεδιαστικού πλάνου» γίνεται αποτίμηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του, εντοπισμός των όποιων αδυναμιών και προβλημάτων και κατάρτιση και σχεδιασμός του επόμενου με την ενσωμάτωση σε αυτό όλων των συμπερασμάτων από την προηγούμενη εμπειρία αλλά και τις επισημάνσεις ειδικών καθώς και των Φορέων των ατόμων με αναπηρία. Αυτό που κυρίως διακρίνει την κατάσταση στην χώρα μας σε σχέση με τα όσα αναφέρθηκαν είναι η μη εφαρμογή της υφιστάμενης νομοθεσίας, η έως και σήμερα αποσπασματική προσπάθεια αποκατάστασης των προβλημάτων που αφορούν την προσβασιμότητα των Μονάδων υγείας, η παντελής απουσία σχεδιασμού για την βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης σε εθνική κλίμακα αλλά και σε επίπεδο Μονάδας υγείας.

Από τα σχόλια των επαγγελματιών υγείας που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο στις ανοικτές ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονταν σε αυτό προκύπτει ότι κάποιοι από αυτούς είχαν την επιθυμία να περιγράψουν τη μονάδα τους ως φιλικότερη και πιο προσβάσιμη από τα άτομα με αναπηρία απ' ότι ήταν στην πραγματικότητα, ενώ άλλοι είχαν μια πιο καταγγελτική διάθεση. Είναι πιθανόν είτε η μια είτε η άλλη στάση τους απέναντι στο θέμα να τους έχουν επηρεάσει και να τους έχουν ωθήσει στο να δώσουν σε ορισμένες ερωτήσεις απαντήσεις μεροληπτικές (biased) είτε προς τη μια είτε προς την άλλη κατεύθυνση. Ένας προτεινόμενος τρόπος ελέγχου της αξιοπιστίας των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων θα ήταν η συμπλήρωσή τους και από έναν εκπαιδευμένο ειδικό (μηχανικό) για ορισμένες μονάδες δειγματοληπτικά και η μετέπειτα σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Προκειμένου να αντιμετωπισθεί η άγνοια και η αδιαφορία καθώς και τα όποια αρνητικά στερεότυπα υπάρχουν για τα άτομα με αναπηρία και την αναπηρία εν γένει, από πλευράς υπευθύνων και στελεχών των υπηρεσιών των Μονάδων υγείας, θα ήταν σκόπιμη η συνεχής επιμόρφωσή τους για ζητήματα που αφορούν την αναπηρία (προσβασιμότητα, ανάγκες που ανακύπτουν από την αναπηρία, προσέγγιση της αναπηρίας, τρόποι συμπεριφοράς, κλπ). Προς αυτή την κατεύθυνση θα βοηθούσε ιδιαίτερα η εισαγωγή μαθημάτων σχετικών με την αναπηρία στις παραγωγικές σχολές επαγγελματιών και στελεχών υπηρεσιών υγείας.

Ένα από τα δυνατά στοιχεία της παρούσας έρευνας είναι το ίδιο το αντικείμενό της και το εύρος αναφοράς αυτής. Καταγράφονται οι συνθήκες προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε όλη την επικράτεια της χώρας και για πρώτη φορά

από όσο γνωρίζουμε συλλέγονται στοιχεία και συνάγονται συμπεράσματα για όλους τους τύπους Μονάδων υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία) σχετικά με την κατάσταση της προσβασιμότητάς τους.

Από ερευνητικής σκοπιάς, θα ήταν χρήσιμη η γενίκευση του πληθυσμού – στόχου της μελέτης αυτής στα κτήρια υγείας και πρόνοιας όλης της επικράτειας καθώς και σε όλα τα κτήρια και υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα. Θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο να διενεργηθούν επαναλαμβανόμενες κατά πενταετία έρευνες των συνθηκών προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της χώρας προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός εμπέδωσης αυτής καθώς και ο ρυθμός βελτίωσης των συνθηκών πρόσβασης των διαφόρων κατηγοριών ατόμων με αναπηρία σε αυτές. Επίσης, με δεδομένη την ανάπτυξη της ηλεκτρονικής πληροφόρησης και του διαδικτύου θα ήταν σκόπιμο να συμπεριληφθεί ερευνητικά και η ηλεκτρονική προσβασιμότητα των Μονάδων υγείας, καθώς σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις οι ιστοσελίδες προκειμένου να διασφαλίζουν την ευχερή πρόσβαση των ΑμεΑ στην πληροφορία, οφείλουν να είναι προσβάσιμες.

Ένα από τα μεθοδολογικά ισχυρά σημεία της μελέτης αυτής ήταν ότι πραγματοποιήθηκε με την συνδρομή του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας μέσω του οποίου αποστάλθηκαν τα ερωτηματολόγια σε όλες τις σχετικές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την προτροπή να συμπληρωθούν από όλες. Με άλλα λόγια, προσεγγίσθηκε ολόκληρος ο στατιστικός πληθυσμός των Μονάδων και όχι μόνο ένα δείγμα του. Με τον τρόπο αυτό επιδιώχθηκε η μεγαλύτερη δυνατή αντιπροσώπευση των Μονάδων και κατά συνέπεια με δεδομένες τις ομοιότητες που παρουσιάζονται μεταξύ των υποδομών – υπηρεσιών έγινε προσπάθεια να διασφαλισθεί και η μεγαλύτερη δυνατή αντικειμενικότητα των τελικών συμπερασμάτων. Η επιτυχία αυτής της Μεθόδου γίνεται σαφής από το εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (83,2%) που αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο τμήμα των Μονάδων Υγείας στις οποίες στόχευε η έρευνα. Παράλληλα, λόγω της μορφής του ερωτηματολογίου (ιδιαίτερα αναλυτικό) η πλειοψηφία των ερωτήσεων μπορεί να απαντηθεί με ναι – όχι ήταν εφικτό να συμπληρωθεί από ανθρώπους χωρίς ειδική – τεχνική εκπαίδευση.

Από μεθοδολογικής άποψης το τρέχον εργαλείο – ερωτηματολόγιο θα μπορούσε να βελτιωθεί ως προς τον σχεδιασμό και την σαφήνιά του λαμβάνοντας υπόψη σε ποιές ερωτήσεις καταγράφηκαν τα περισσότερα δεδομένα και σε ποιες περιπτώσεις

παρατηρηθήκαν ασυνέπειες μεταξύ των ερωτήσεων. Θα μπορούσαν να επαναδιατυπωθούν οι προβληματικές φράσεις, οι διατυπώσεις και να εμπλουτισθούν με σχέδια ή διαγράμματα όπου είναι απαραίτητο.

Σε αυτήν την προσπάθεια θα ήταν χρήσιμη και μία πιλοτική μελέτη «κατανόησης» (comprehensibility study), όπου εργαζόμενοι ποικίλης εκπαίδευσης και εμπειρίας θα κληθούν να συμπληρώσουν αυτό το ερωτηματολόγιο για την δική τους Μονάδα και στην συνέχεια θα δώσουν ανατροφοδότηση στους ερευνητές για τα σημεία που δυσκολεύτηκαν, τις εκφράσεις που δεν ήταν κατανοητές κλπ.

Θα ήταν χρήσιμο να διενεργηθούν έρευνες, έτσι ώστε να καταγραφούν και να αξιολογηθούν οι στάσεις αλλά και η γνώση περί προσβασιμότητας των υπευθύνων των Μονάδων και των υπαλλήλων των τεχνικών υπηρεσιών αυτών, καθώς επίσης και έρευνες σχετικές με το πώς αποτιμούν τα άτομα με αναπηρία την προσβασιμότητα των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Συνολικά, φαίνεται ότι η συντριπτική πλειονότητα των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας, έχει σοβαρές ελλείψεις στον τομέα της προσβασιμότητας, όχι μόνο των ατόμων με αναπηρία αλλά και των «εμποδιζομένων ατόμων» εν γένει. Τα προβλήματα στην προσβασιμότητα εντοπίζονται σε συντριπτικά μεγαλύτερο βαθμό στα Περιφερειακά Ιατρεία. Τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν εξαιρετικά σημαντικά προβλήματα στην πρόσβασή τους στις Μονάδες και υπηρεσίες υγείας, για ορισμένες δε κατηγορίες εξ αυτών τα προβλήματα είναι ανυπέρβλητα, γεγονός που αποτελεί διάκριση σε βάρος των ατόμων με αναπηρία. Οι όποιες παρεμβάσεις έχουν γίνει για την αποκατάσταση της προσβασιμότητας είναι αποσπασματικού χαρακτήρα, αναφέρονται δε και εξυπηρετούν συγκεκριμένες κατηγορίες ατόμων με αναπηρία έτσι ώστε να μπορεί να θεωρηθεί ότι ορισμένες κατηγορίες αναπηρίας υφίστανται άνιση μεταχείριση, γεγονός που αποτελεί διάκριση εις βάρος τους. Αν και είναι θετικό ότι έστω και ορισμένες Μονάδες (κάποια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας και εξαιρετικά λίγα Περιφερειακά Ιατρεία) έχουν αρκετά από τα προβλεπόμενα χαρακτηριστικά και όρους που επιτρέπουν την πρόσβαση, είναι अपαράδεκτο ότι 32 χρόνια μετά το σχετικό Κανονισμό του Υπουργείου Υγείας και, αντίστοιχα, 15 χρόνια μετά την τροποποίηση του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού να υπάρχουν Μονάδες Υγείας, που να θέτουν σοβαρά φυσικά και αρχιτεκτονικά εμπόδια στην μετακίνηση αλλά και δυσκολίες στην εξυπηρέτηση, πληροφόρηση και επικοινωνία των ατόμων με αναπηρία. Είναι φανερό ότι είναι μείζονος σημασίας να πληροφορηθεί η

Πολιτεία τα αποτελέσματα αυτής της πρωτότυπης ερευνητικής καταγραφής ώστε να δραστηριοποιηθεί προς την κατεύθυνση ανάληψης δράσης για την εμπέδωση της προσβασιμότητας και την προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία.

Κεφάλαιο 11 Συμπεράσματα

Στην έρευνα αυτή έγινε καταγραφή του επιπέδου προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των δυνατοτήτων πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία στις κτηριακές υποδομές και στις υπηρεσίες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, που δομήθηκε σύμφωνα με τις επιταγές του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού (Ν.2831/2000 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα) και του σχετικού Κανονισμού του Υπουργείου Υγείας, καθώς και του μοντέλου «Σχεδιάζοντας για Όλους» του ΥΠΕΧΩΔΕ (νυν ΥΠΕΚΑ). Μέσω του γραφείου του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) απεστάλησαν 1852 ερωτηματολόγια σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία όλων των τύπων) σε 51 Περιφερειακές Ενότητες της χώρας. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που επεστράφη κατάλληλα συμπληρωμένος ήταν 1541 με ποσοστό ανταποκρισιμότητας 83,2%, εκ των οποίων το 80,3% αντιστοιχούσε σε Περιφερειακά Ιατρεία, το 12,6% σε Κέντρα Υγείας και το 6,8% σε Νοσοκομεία.

Από τη στατιστική ανάλυση και την επεξεργασία των αποτελεσμάτων προέκυψαν τα κάτωθι συμπεράσματα:

- Παρατηρείται εξαιρετικό έλλειμα όσον αφορά το επίπεδο της υφιστάμενης προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της χώρας. Και όπου ακόμα έχουν γίνει προσπάθειες προς την κατεύθυνση της αποκατάστασης αυτής, υπήρξαν αποσπασματικές και ως εκ τούτου μη αποτελεσματικές όσον αφορά την καθολική προσβασιμότητα των Μονάδων.
- Προβλήματα όσον αφορά την υφιστάμενη προσβασιμότητα, αντιμετωπίζουν οι Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όλων των κατηγοριών με τα Νοσοκομεία να βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση, ενώ η κατάσταση στα Περιφερειακά Ιατρεία εμφανίζεται τραγικά απογοητευτική.
- Η δυνατότητα πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία στις Μονάδες και υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εμφανίζεται από προβληματική έως εξαιρετικά προβληματική κατά περίπτωση, γεγονός που αποτελεί διάκριση εις βάρος τους.
- Εμφανίζεται να υφίστανται διαφορετικά επίπεδα πρόσβασης μεταξύ των ατόμων με αναπηρία ανάλογα με την κατηγορία αναπηρίας τους (κινητική αναπηρία) στις

Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, γεγονός που δημιουργεί άνισες συνθήκες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών ΑΜΕΑ (όπως άτομα με αναπηρία όρασης, κλπ).

- Παρατηρείται τεράστιο πρόβλημα στην εμπέδωση και εφαρμογή των Νόμων περί προσβασιμότητας και παραγνώριση του άρθρου 21 παράγραφος 6 του Συντάγματος της χώρας καθώς και της Διεθνούς Συμβάσεως για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία του ΟΗΕ.
- Παρατηρείται εξαιρετικά προβληματική κατάσταση όσον αφορά το επίπεδο της προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της δυνατότητας πρόσβασης των ΑμεΑ σε αυτές εκτός των αστικών κέντρων της χώρας.

Για όλα τα ανωτέρω θα πρέπει η Πολιτεία να ενημερωθεί και να λάβει σαφή μέτρα για την εμπέδωση των Νόμων, την αποκατάσταση της προσβασιμότητας των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας και την διασφάλιση των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Accessibility for Ontarians With Disabilities Act**, SO 2005, c 11. (2005).
2. **Accessibility for Ontarians With Disabilities Act**,2005 (AODA)
3. **Accessibility Standard for Customer Service** (O. Reg., 429/07)
4. **ADA Amendments Act of 2008, Public Law** No. 110-325, Stat. 3406. (2008).
5. **Americans With Disabilities Act of 1990**, Public Law No. 101-336, 104 Stat. 328. (1990).
6. **Amudson, R.** (2005). "Handicap". In: G. Albrecht (Ed.) *Encyclopedia of Disability* . SAGE Publications. Ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο των εκδόσεων SAGE: <http://www.sagepub.com/gargiulo4emedia/study/chapters/encyclopedia/encyclopedia1.1.pdf>
7. **Asch, A.** (2001). Disability, bioethics and human rights. In: *Handbook of disability studies*. Sage Publications: Thousand Oaks. Ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο του Πανεπιστημίου της Washington: <http://courses.washington.edu>.
8. **Australian Human Rights Commission.** (2013). Guidelines on the Application of the Premises Standards. Australian Human Rights Commission. Ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο του Australian Human Rights Commission: <https://www.humanrights.gov.au/guidelines-application-premises-standards>
9. **Australian Human Rights Commission.** (2008). The good, the bad and the ugly: Design and construction for access. Ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο του Australian Human Rights Commission: <https://www.humanrights.gov.au/guidelines-application-premises-standards>

10. **Center for Universal Design.** (2008). Universal Design Principles. Ιστοσελίδα που ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο του North Carolina State University: http://www.design.ncsu.edu/cud/about_ud/udprinciples.htm
11. **Declaration of Barcelona.** (1995). Barcelona: European Congress “The City and the Disabled”.
12. **Disability Discrimination Act.** (1995). London: Her Majesty’s Stationary Office.
13. **Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.** (2003). Άτομα με αναπηρία: Ισότιμοι πολίτες. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπηρία 2004-2010, Μειώνοντας το χάσμα μεταξύ πολιτικών στόχων και πραγματικότητας. Αθήνα: αυτοέκδοση.
14. **Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.** (2005). Προσβασιμότητα: το "κλειδί" για την εξάλειψη των διακρίσεων. Αθήνα: αυτοέκδοση.
15. **Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.** (2007). Εγχειρίδιο για το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία στην ίση μεταχείριση στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας. Αθήνα: αυτοέκδοση.
16. **Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.** (2008). Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας: Εγχειρίδιο εκπαιδευομένου. Αθήνα: αυτοέκδοση.
17. **Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.** (2012). Εγχειρίδιο σε θέματα διάκρισης και εύλογων προσαρμογών για εργαζόμενους με αναπηρία. Αθήνα: αυτοέκδοση.
18. **Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης.** (2013). Ελληνικό Πρότυπο 1439:2013. Οργανισμός φιλικός σε πολίτες με αναπηρία – Απαιτήσεις και συστάσεις.
19. **Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων** (2000). Για μία Ευρώπη χωρίς φραγμούς για τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Βρυξέλλες, COM(2000) 284.

20. **Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων** (2003). Ίσες ευκαιρίες για τα άτομα με αναπηρίες: ένα ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης. Βρυξέλλες, COM(2003) 650.
21. **Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων** (2005). Η κατάσταση των ατόμων με αναπηρία στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση: το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης 2006 - 2007. Βρυξέλλες, COM(2005) 604.
22. **Equality Act.** (2010). London: Her Majesty's Stationary Office.
23. **European Disability Forum.** (2000). Accessible access to urban areas. Brussels: European Disability Forum.
24. **European Disability Forum.** (2011). Statues of the European Disability Forum. Adopted by the EDF General Assembly on 15.05.04 in Warsaw/Poland, reviewed by the General Assembly on 05.10.07 in Brussels/Belgium and reviewed by the General Assembly on 28.05.11 in Budapest/Hungary.
25. **Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Άμστερνταμ** (1997). Συνθήκη του Άμστερνταμ που τροποποιεί τη συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση, τις συνθήκες περί ιδρύσεως των ευρωπαϊκών κοινοτήτων και ορισμένες συναφείς πράξεις. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, C 340.
26. **Ευρωπαϊκό Φόρουμ Ατόμων με Αναπηρίες.** (2000). Άτομα με βαριές αναπηρίες και πολλαπλές ανάγκες εξάρτησης. Αθήνα: αυτοέκδοση.
27. **Ewemar, S.** (2008). Satisfactory environmental adaptation for the physically disabled in main general hospitals in Gaza strip. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή εργασία. Gaza: The Islamic University. Ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο <http://library.iugaza.edu.ps/thesis/83041.pdf>

28. **Ηνωμένα Έθνη** (1994). Οι Πρότυποι Κανόνες του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για την Εξίσωση των Ευκαιριών για τα Άτομα με Αναπηρίες, Έκδοση στα Ελληνικά. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες.
29. **Ηνωμένα Έθνη** (2007). Σύμβαση για τα δικαιώματα Ατόμων με Αναπηρίες, Έκδοση στα Ελληνικά. Αθήνα: Γραφείο μεταφράσεων Υπουργείου Εξωτερικών.
30. **Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών** (1998). Λεξικό της κοινής νεοελληνικής. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
31. **Integrated Accessibility Standards Regulation**, 2011, IASR
32. **International Disability Alliance** (2013). Statutes of the International Disability Alliance. Adopted by the General Assembly of the International Disability Alliance on 07.01.2013 in Geneva/Switzerland.
33. **Mayor of London**. (2014). Equal Life Chances for All. London: αυτοέκδοση. Εγχειρίδιο διαθέσιμο από τον ιστότοπο: https://www.london.gov.uk/sites/default/files/ELCFA_FINAL.pdf
34. **Μιζαμτσή, Σ., Νικολαΐδης, Ε., & Μουρούζης, Α.** (2012). Πιλοτική μελέτη προσβασιμότητας σε ΟΤΑ στη Διασυνοριακή Περιοχή. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.
35. **Μπαμπινιώτης, Γ.** (2008). Λεξικό της της ελληνικής γλώσσας. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
36. **Μπαρμπαλιά Ε., & Χατζηπέτρου, Α.** (2014). Το αναπηρικό κίνημα στην Ελλάδα, την Ευρώπη και τον κόσμο. Στο Α. Χατζηπέτρου (Ed.) Εγχειρίδιο Εκπαιδευομένου, Σχεδιασμός Πολιτικής σε Θέματα Αναπηρίας. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.

37. **N. 2430/96** (1996). Καθιέρωση της 3^{ης} Δεκεμβρίου ως Ημέρας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες. Θέσπιση του θεσμού της κάρτας αναπηρίας και της διατάξεις. Αθήνα: ΦΕΚ 156-Α'.
38. **N. 2831/00** (2000). Τροποποίηση των διατάξεων του ν. 1577/1985 «Γενικός Οικοδομικός Κανονισμός» και της πολεοδομικές διατάξεις. Αθήνα: ΦΕΚ 140-Α'.
39. **N. 3304/05** (2005). Εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης. Αθήνα: ΦΕΚ 16-Α'.
40. Ontarians with Disabilities Act. SO 2001, c 32. (2001).
41. **Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών.** (1948). Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα.
42. **Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών – UNICEF.** (1959). Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του παιδιού.
43. **Πανατός, Α., & Γκούφα, Α.** (2014). Το ελληνικό αθλητικό αναπηρικό κίνημα. Στο Α. Χατζηπέτρου (Ed.) Εγχειρίδιο Εκπαιδευομένου, Σχεδιασμός Πολιτικής σε Θέματα Αναπηρίας. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.
44. **Παπαχριστόπουλος, Ν.** (2013). Υγεία – Πρόνοια και Αναπηρία. Αθήνα ΄Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.
45. **Schneider, M., Couper, J., & Swartz, L.** (2010). Assessment of accessibility of health facilities to persons with disability. Matieland, South Africa: Stellenbosch University, Department of Psychology. Ανακτήθηκε από τον δικτυακό τόπο <http://www.sun.ac.za/english>
46. **Σταματάκος, Ι.** (2006). Λεξικόν αρχαίας ελληνικής γλώσσης. Αθήνα: Δεδεμάδης.
47. **Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.** (2000). Οδηγία 2000/43/ΕΚ περί εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης προσώπων ασχέτως φυλετικής ή

εθνοτικής της καταγωγής. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, L 180/22.

48. **Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.** (2000). Οδηγία 2000/78/ΕΚ για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, L 303/16.
49. **United States Access Board.** (2004). ADA Accessibility Guidelines. Εγχειρίδιο που ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο: <http://www.access-board.gov/guidelines-and-standards/buildings-and-sites/about-the-ada-standards/background/adaag>
50. **United States Department of Justice, Civil Rights Division.** (2010). 2010 ADA Standards for Accessible Design. Εγχειρίδιο που ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο: http://www.ada.gov/2010ADASTandards_index.htm
51. **United States Department of Justice, Civil Rights Division, Disability Rights Section.** (2010). Access to Medical Care for Individuals with Mobility Disabilities. Εγχειρίδιο που ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο: http://www.ada.gov/medcare_mobility_ta/medcare_ta.htm
52. **Τσαλής, Π.** (2010). Ανάπτυξη της προτύπου αξιολόγησης και συνεχούς βελτίωσης της προσβασιμότητας Εμποδιζομένων Ατόμων σε επίπεδο Δήμου. Διδακτορική διατριβή. Τμήμα Πολιτικών Μηχανικών, Τομέας Μεταφορών, Συγκοινωνιακής Υποδομής, Διαχείρισης Έργων και Ανάπτυξης. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Υπουργείο Εσωτερικών / Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης. (2009). Μεθοδολογία Ελέγχου Προσβασιμότητας Δημόσιων Υπηρεσιών. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.

53. **Υπουργείο Περιβάλλοντος, Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής** (1990). Σχεδιάζοντας για Όλους: Εισαγωγή της οδηγίας. Ιστοσελίδα που ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο: <http://www.minenv.gr/1/16/162/16203/g1620300.html>
54. **Υπουργείο Περιβάλλοντος, Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής** (2009). Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ατόμων με αναπηρία σε κοινόχρηστους χώρους των οικισμών που προορίζονται για την κυκλοφορία πεζών. Αθήνα: ΦΕΚ-2621 Β', 52907.
55. **Υπουργείο Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημόσιων Έργων** (2002). Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ΑμεΑ σε υφιστάμενα κτίρια. Αθήνα: ΦΕΚ-18 Β', απόφαση 52487.
56. **Υπουργείο Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημόσιων Έργων** (2002). Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ΑμεΑ σε κοινόχρηστους χώρους των οικισμών που προορίζονται για την κυκλοφορία πεζών. Αθήνα: ΦΕΚ-18 Β', απόφαση 52488.
57. **Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας** (1983). Κανονισμός άρσης αρχιτεκτονικών εμποδίων από τα κτίρια υγείας και πρόνοιας για την διευκόλυνση της χρήσης της από αναπήρους και άτομα μειωμένης κινητικότητας (άτομα με ειδικές ανάγκες). Αθήνα, Αποφ-ΔΤΥ/β/1215/83.
58. **Π.Δ. 16/96** (1996). Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας της χώρους εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/654/ΕΟΚ. Αθήνα: ΦΕΚ 10-Α'.
59. **Σύνταγμα της Ελλάδας 1975/86/2001/2008** (2008). Αθήνα: Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.
60. **Χατζηπέτρου, Α.** (2014). Θεωρητικά μοντέλα προσέγγισης της αναπηρίας. Στο Α. Χατζηπέτρου (Ed.) Εγχειρίδιο Εκπαιδευομένου, Σχεδιασμός Πολιτικής σε Θέματα Αναπηρίας. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.

61. **Χριστοφή, Μ.** (1997). Στατιστικά στοιχεία και διαγράμματα που αφορούν σε εμποδιζόμενα άτομα και άτομα με ειδικές ανάγκες. Αθήνα: Γραφείο μελετών για ΑμεΑ, ΥΠΕΧΩΔΕ. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.minenv.gr/1/16/162/16202/g1620201.html>
62. **Χριστοφή, Μ.** (2013). Προσβασιμότητα και αναπηρία. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.
63. **World Commission on Environment and Development.** (1987). Our Common Future. Oxford: Oxford University Press.
64. **World Health Organization** (1980). International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH). Geneva: World Health Organization.
65. **World Health Organization** (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization.
66. **World Bank** (2010). Environment: What is it? Ανακτήθηκε από το δικτυακό τόπο: <http://youthink.worldbank.org/issues/environment/>
67. **Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.** (1997). Οι Πρότυποι Κανόνες του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για την Εξίσωση των Ευκαιριών για τα Άτομα με Αναπηρίες. Αθήνα: αυτοέκδοση.
68. **European Disability Forum.** (2005). Freedom Guide. Brussels: European Disability Forum.
69. **Σαρρής, Μ.** (2001). Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
70. **Χριστοφή, Μ.** (2008). «ΐάσονας»: Τυπικό σχέδιο δράσης για την αποκατάσταση της προσβασιμότητας σε τοπικό επίπεδο. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία.

Ιστοσελίδες

Hotel Dieu Hospital

<http://www.hoteldieu.com>

Ottawa Hospital

www.ottawahospital.on.ca

www.ottawaheart.ca

www.ohri.ca January

*Έρευνα Συνθηκών Προσβασιμότητας
στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Το ερωτηματολόγιο αυτό αφορά τα Κέντρα Υγείας και τις Μονάδες σε αυτά (Περιφερειακά Ιατρεία κλπ) και **μόνο** τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων και όχι άλλες υπηρεσίες τους (κλινικές, εργαστήρια κλπ).
2. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται για τα μεν εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων από τον Υπεύθυνο Τεχνικών Υπηρεσιών ή άλλο αρμόδιο, ενώ για τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία, από τους Υπευθύνους των Μονάδων.
3. Τα Κέντρα Υγείας οφείλουν μετά την παραλαβή των ερωτηματολογίων από την Υπηρεσία μας, να τα προωθήσουν σε όλες της Μονάδες ευθύνης τους.
4. Στις περιπτώσεις όπου τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι ανεπτυγμένα σε πέραν του ενός κτηρίου, συμπληρώνεται αντίστοιχος αριθμός ερωτηματολογίων, δηλαδή ένα για κάθε κτήριο.
5. Ως «προσβάσιμη είσοδος» θεωρείται η είσοδος που επιτρέπει την απρόσκοπτη διέλευση ενός ατόμου που χρησιμοποιεί αναπηρικό αμαξίδιο.

Για οποιοσδήποτε διευκρινίσεις παρακαλούμε επικοινωνήστε με

α) Τηλέφωνα: 6972 724854 κος Ράλλης Τσιουλάκης

β) E-mail: rallis.tsioulakis@gmail.com

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΟΝΟΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΠΟΛΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ΦΑΧ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....

E-MAIL ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Στόχος του παρόντος Ερωτηματολογίου είναι η καταγραφή του υφιστάμενου επιπέδου προσβασιμότητας των κτηριακών υποδομών των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και του επιπέδου πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία κάθε κατηγορίας (άτομα με κινητικές αναπηρίες, άτομα με προβλήματα όρασης ή/και ακοής, άτομα με ψυχικά ή/και νοητικά προβλήματα κλπ), τόσο στις κτηριακές υποδομές όσο και στις υπηρεσίες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .

Παράκληση να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο.

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία!

A.1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΚΙΝΗΤΟΥ

A.1.1. Το κτίριο είναι: α) ιδιοκτησίας δημοσίου (Υπουργείου Υγείας ή Περιφέρειας) , β) μισθωμένο , γ) παραχωρημένο από τον Δήμο .

A.1.2. Το κτίριο έχει ορόφους

A.1.3. Η εν λόγω Μονάδα στεγάζεται σε ορόφους, αναλυτικότερα καταλαμβάνει το ισόγειο , τον α' όροφο , τον β' όροφο , τον γ' όροφο , τον δ' όροφο ή τον όροφο.

A.2. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ

* A.2.1. Υπάρχει ειδική θέση προσωρινής στάθμευσης για αυτοκίνητο ατόμου με αναπηρία κοντά στο κτίριο; ΝΑΙ ΟΧΙ . Εάν ΝΑΙ: (α) Πόσες ειδικές θέσεις στάθμευσης αυτοκινήτων ατόμων με αναπηρία υπάρχουν; (β) Αυτές οι θέσεις φέρουν την κατάλληλη σήμανση; ΝΑΙ ΟΧΙ (γ) Η διαδρομή από την ειδική θέση στάθμευσης στην είσοδο είναι πάνω σε επιφάνεια λεία και σταθερή (Όχι χαλίκι, χώμα, γρασίδι κλπ) ΝΑΙ ΟΧΙ (δ) Υπάρχουν ράμπες στο/α πεζοδρόμιο/α μεταξύ της θέσης προσωρινής στάθμευσης αυτοκινήτου ατόμου με αναπηρία και της Μονάδας; ΝΑΙ ΟΧΙ

* A.2.2. Υπάρχει αστική συγκοινωνία στον Δήμο / Δημοτικό Διαμέρισμα που λειτουργεί η μονάδα σας; ΝΑΙ ΟΧΙ (α) Εάν ΝΑΙ, υπάρχει στάση αστικής συγκοινωνίας σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα από την Μονάδα σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

* A.2.3. Υπάρχουν ράμπες στο πεζοδρόμιο, σε όλα τα σημεία των διαβάσεων μεταξύ θέσεων στάθμευσης και εισόδου του κτιρίου; ΝΑΙ ΟΧΙ , ΝΑΙ σε ορισμένα σημεία

* A.2.4. Υπάρχουν «οδηγοί όδευσης τυφλών» στο πεζοδρόμιο, δηλ: (α) ανάγλυφες πλάκες πεζοδρομίου ΝΑΙ ΟΧΙ (β) πλαστική ενχάρακτη επίστρωση ΝΑΙ ΟΧΙ (γ) ενχαράξεις επί του πεζοδρομίου ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΧΟΛΙΑ

.....
.....
.....

A.3. ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΚΤΙΡΙΟ

* A.3.1. Υπάρχει έστω και μία είσοδος πρόσβασης στο κτίριο (που μπορεί να χρησιμοποιήσει το κοινό): (α) στο επίπεδο του εδάφους ΝΑΙ ΟΧΙ , (β) με μικρή υψομετρική διαφορά (μέχρι ένα σκαλοπάτι) ΝΑΙ ΟΧΙ , (γ) με περισσότερα από 1 σκαλοπάτια ΝΑΙ ΟΧΙ , (δ) με ράμπα ΝΑΙ ΟΧΙ

- * A.3.2. Εάν η κύρια είσοδος εξυπηρετείται από ή και από σκάλα (κλίμακα), υπάρχει χειρολισθήρας
(α) στην μία πλευρά; ΝΑΙ ΟΧΙ (β) στο μέσον αυτής; ΝΑΙ ΟΧΙ
- * A.3.3. Είναι η προσβάσιμη είσοδος η κύρια είσοδος; (βλέπε ορισμό στις οδηγίες). ΝΑΙ ΟΧΙ (α) Εάν ΟΧΙ, υπάρχουν άλλες είσοδοι στο κτήριο που να είναι προσβάσιμες; ΝΑΙ ΟΧΙ (β) Εάν ΝΑΙ, υπάρχει σήμανση που να κατευθύνει τα άτομα με αναπηρία στην προσβάσιμη είσοδο; ΝΑΙ ΟΧΙ
- * A.3.4. Το καθαρό πλάτος της πόρτας εισόδου* είναι: (α) 90 εκατοστά του μέτρου ή μεγαλύτερο (β) Μικρότερο από 90 εκατοστά του μέτρου
(*Καθαρό πλάτος είναι η απόσταση από κάσα σε κάσα.)
- * A.3.5. Η πόρτα της εισόδου στο κτίριο είναι: (α) Ανοιγόμενη (β) Περιστρεφόμενη (γ) Συρόμενη (δ) άλλο (διευκρινίστε)
- * A.3.6. Αν η πόρτα της εισόδου είναι δίφυλλη, το καθαρό πλάτος του ανοιγόμενου ή των ανοιγόμενων φύλλων είναι: (α) 90 εκατοστά του μέτρου ή μεγαλύτερο (β) Μικρότερο από 90 εκατοστά του μέτρου
- * A.3.7. Είναι η πόρτα της εισόδου γυάλινη; ΝΑΙ ΟΧΙ (α) Αν ΝΑΙ, τότε έχει πάνω στην γυάλινη επιφάνεια αυτοκόλλητες ταινίες ή άλλη σήμανση για να είναι ευδιάκριτη από άτομα με προβλήματα όρασης; ΝΑΙ ΟΧΙ
- * A.3.8. Υπάρχει γραφείο υποδοχής (reception) στο επίπεδο της εισόδου; ΝΑΙ ΟΧΙ (α) Εάν ΝΑΙ, τότε ο πάγκος στο γραφείο υποδοχής (reception) έχει ύψος από το δάπεδο μέχρι 80 εκατοστά του μέτρου (σε όλο το μήκος του ή σε ένα τμήμα του) ώστε να μπορεί ένα άτομο σε αναπηρικό αμαξίδιο να επικοινωνήσει με ευχέρεια με τον υπάλληλο υποδοχής; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΧΟΛΙΑ

.....
.....
.....

A.4. ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

- * A.4.1. Η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού/γραφεία κλπ (α) χωρίς καμία υψομετρική διαφορά ΝΑΙ ΟΧΙ (β) με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από σκαλοπάτια ΝΑΙ ΟΧΙ (γ) με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από ράμπα ΝΑΙ ΟΧΙ
- * A.4.2. Οι διάδρομοι έχουν πλάτος τουλάχιστον 0,90μ ΝΑΙ ΟΧΙ
- * A.4.3. Αναφέρατε το υλικό επίστρωσης των διαδρόμων (πλακάκι, παχιά μοκέτα, ξύλο κλπ)
.....
- * A.4.4. Οι πόρτες εισόδου στους χώρους εργασίας/ εξυπηρέτησης κοινού/γραφείων κλπ είναι όλες καθαρού πλάτους* τουλάχιστον 0,90μ ΝΑΙ ΟΧΙ
(* καθαρό είναι το πλάτος από κάσα σε κάσα)
- * A.4.5. Υπάρχει «οδηγός όδευσης τυφλών» στους διαδρόμους του κτιρίου; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΧΟΛΙΑ

.....
.....
.....

A.5. ΚΑΤΑΚΟΡΥΦΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

* A.5.1. Εξυπηρετείται από ανελκυστήρα η Μονάδα; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ:

(α) Πόσοι ανελκυστήρες υπάρχουν στο κτίριο;

(β) Η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στον ανελκυστήρα

(i) χωρίς καμία υψομετρική διαφορά ΝΑΙ ΟΧΙ

(ii) με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από σκαλοπάτια ΝΑΙ ΟΧΙ

(iii) με υψομετρική διαφορά που καλύπτεται από ράμπα ΝΑΙ ΟΧΙ

(γ) Το καθαρό πλάτος της πόρτας του ανελκυστήρα (πλάτος με την πόρτα ανοιχτή) είναι:

(i) 0,90μ ή μεγαλύτερο (ii) μικρότερο από 0,90.

(δ) Τα κουμπιά του ανελκυστήρα έχουν και σήμανση σε γραφή Braille ΝΑΙ ΟΧΙ

(ε) Υπάρχει ανελκυστήρας/ες με οπτική και φωνητική αναγγελία ορόφων; ΝΑΙ ΟΧΙ

(i) Αν ΝΑΙ σε πόσους;

(στ) Οι ανελκυστήρες έχουν τηλέφωνο ανάγκης; ΝΑΙ ΟΧΙ

(i) Αν ΝΑΙ σε πόσους;

(ζ) Υπάρχει ελεύθερος χώρος διαστάσεων τουλάχιστον 1,50Χ1,50μ μπροστά από τους

Ανελκυστήρες ΝΑΙ ΟΧΙ

(i) Εάν ΝΑΙ, έξω από πόσους ανελκυστήρες υπάρχει;

A.5.2. Υπάρχει σύνδεση μεταξύ των ορόφων με κλιμακοστάσιο (σκάλες); ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, (α) τα σκαλοπάτια στα κλιμακοστάσια έχουν αντιολισθητικές λωρίδες λίγο πριν την ακμή τους ΝΑΙ ΟΧΙ

(β) Εάν έχουν αντιολισθητικές λωρίδες, οι λωρίδες αυτές είναι έντονου χρώματος, που διακρίνεται εύκολα από το υλικό επίστρωσης των σκαλοπατιών ΝΑΙ ΟΧΙ

(γ) Οι σκάλες έχουν χειρολισθήρες και στις δύο πλευρές ΝΑΙ ΟΧΙ

(δ) Οι σκάλες έχουν χειρολισθήρες μόνο στην μία πλευρά ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΧΟΛΙΑ

.....
.....
.....

A.6. ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΕΙΣ-ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

* A.6.1. Υπάρχουν κοινόχρηστες τουαλέτες στην Μονάδα; ΝΑΙ ΟΧΙ

* A.6.2. Υπάρχει τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο; ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ: (α) υπάρχει τουλάχιστον μία στο κτίριο ΝΑΙ ΟΧΙ , (β) υπάρχει τουλάχιστον μία ανά όροφο ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ, προχωρήστε κατευθείαν στην ερώτηση **A.6.9.**

* A.6.3. Ο διάδρομος προσέγγισης στην προσβάσιμη τουαλέτα έχει υψομετρική διαφορά; ΝΑΙ ΟΧΙ (α) Εάν ΝΑΙ, υπάρχει ράμπα; ΝΑΙ ΟΧΙ

* A.6.3.i Το καθαρό πλάτος της πόρτας της προσβάσιμης τουαλέτας είναι τουλάχιστον 0,90μ

A) προσβάσιμη τουαλέτα ΙΣΟΓΕΙΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

B) προσβάσιμη τουαλέτα Α' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ) προσβάσιμη τουαλέτα Β' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ) προσβάσιμη τουαλέτα Γ' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

* A.6.4. Πώς ανοίγει η πόρτα της προσβάσιμης τουαλέτας κάθε ορόφου: (Διαγράψτε τους ορόφους που δεν υπάρχουν στην Μονάδα)

	Προς τα έξω	Προς τα μέσα	Είναι συρόμενη
A) ΙΣΟΓΕΙΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Α' ΟΡΟΦΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ) Β' ΟΡΟΦΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ) Γ' ΟΡΟΦΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* A.6.5. Υπάρχει σήμανση με το Διεθνές Σύμβολο Πρόσβασης (άτομο σε αμαξίδιο) έξω από τις πόρτες των προσβάσιμων τουαλετών ή σε τοίχο δίπλα σε αυτές ΝΑΙ ΟΧΙ

* A.6.6. Στη μια πλευρά της λεκάνης (δεξιά ή αριστερά αυτής) στις προσβάσιμες τουαλέτες υπάρχει ελεύθερος χώρος πλάτους τουλάχιστον 0,80-0,90μ ΝΑΙ ΟΧΙ

Αναφέρετε ξεχωριστά για κάθε προσβάσιμη τουαλέτα

A) ΙΣΟΓΕΙΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

B) Α' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ) Β' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ) Γ' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

* A.6.7. Η λεκάνη στις προσβάσιμες τουαλέτες έχει χειρολαβές ΝΑΙ ΟΧΙ

A) ΙΣΟΓΕΙΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

B) Α' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ) Β' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ) Γ' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

* Α.6.8. Οι προσβάσιμες τουαλέτες έχουν νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης.

Α) προσβάσιμη τουαλέτα ΙΣΟΓΕΙΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Β) προσβάσιμη τουαλέτα Α' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ) προσβάσιμη τουαλέτα Β' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ) προσβάσιμη τουαλέτα Γ' ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

* Α.6.9. Υπάρχουν στην Μονάδα τηλέφωνα για το κοινό; ΝΑΙ ΟΧΙ

* Α.6.10. Υπάρχει τηλέφωνο σε χαμηλότερο ύψος για άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο; ΝΑΙ ΟΧΙ

* Α.6.11. Υπάρχει κειμενοηλέφωνο για κωφά άτομα; ΝΑΙ ΟΧΙ

* Α.6.12. Το επίπεδο φωτισμού στους χώρους εργασίας και συναλλαγής είναι τέτοιο ώστε να διασφαλίζεται η επικοινωνία με χρήση νοηματικής γλώσσας και η ανάγνωση σε άτομα με προβλήματα όρασης; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΧΟΛΙΑ

.....

.....

.....

A.7. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

* Α.7.1. Πόσα άτομα από το προσωπικό έχουν εκπαιδευτεί για να μπορούν να εξυπηρετήσουν άτομα με αναπηρία (πχ.ειδικά σεμινάρια συμπεριφοράς και επικοινωνίας, χρήση νοηματικής γλώσσας κλπ)Κανένα ,1 , 2 , 3 , πάνω από 3

* Α.7.2. Υπάρχει προσωπικό στον χώρο Υποδοχής (reception) στην είσοδο για να βοηθήσει αν χρειαστεί κάποιο άτομο με αναπηρία ΝΑΙ ΟΧΙ

* Α.7.3. Υπάρχει οπτική και ηχητική αναγγελία για πληροφόρηση του κοινού; (α) Οπτική αναγγελία ΝΑΙ ΟΧΙ (β) Ηχητική αναγγελία ΝΑΙ ΟΧΙ

* Α.7.4 Διατίθενται από την Μονάδα σας πληροφοριακά έντυπα για το κοινό; ΝΑΙ ΟΧΙ Εάν ΝΑΙ, τα έντυπα αυτά διατίθενται και σε προσβάσιμες μορφές: α) γραφή Braille ΝΑΙ ΟΧΙ β) κείμενα με μεγάλους χαρακτήρες ΝΑΙ ΟΧΙ γ) επεξηγηματικές εικόνες ΝΑΙ ΟΧΙ δ) CD ΝΑΙ ΟΧΙ ε) άλλο – διευκρινίστε:

ΣΧΟΛΙΑ

.....
.....
.....

A.8. ΓΕΝΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ

Παρακαλούμε αναφέρετε ότι θεωρείτε χρήσιμο για το αντικείμενο της έρευνας και δεν έχει καταγραφεί παραπάνω.

.....
.....
.....
.....
.....