

Materiały szkoleniowe – szkolenie w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, w tym z osobami z niepełnosprawnościami i osobami starszymi

Altix sp. z o.o.
ul. Modlińska 246 c
03-152 Warszawa



Spis treści

Wstęp.....	5
1. Podstawowe regulacje prawne istotne z punktu widzenia dostępności placówek medycznych dla osób ze szczególnymi potrzebami.....	6
1.1 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej	6
1.2 Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona z dnia 13 grudnia 2006 r. 7	
1.3 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776)	9
1.4 Karta Praw Osób Niepełnosprawnych – Uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r.....	9
1.5 Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2217)	10
1.6 Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. 1994 nr 89 poz. 414).....	11
1.7 Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. 2002 nr 75 poz. 690)	11
1.8 Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696)	15
1.9 Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. 2019 poz. 848)	18
2.1 Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243).....	19
2.2 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).....	21
2.3 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)	22
2.4 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654) 23	
3. Projektowanie uniwersalne	26
3.1 Definicje projektowania uniwersalnego.....	26
3.2 Zasady projektowania uniwersalnego.....	27
3.3 Praktyczne przykłady realizacji zasad projektowania uniwersalnego w ochronie zdrowia 28	
3.4 Uniwersalne projektowanie – standardy dla POZ i szpitali	32
3.5 Technologie wspomagające	32

3.6	Funkcjonalne następstwa niepełnosprawności. Praktyczne przykłady zastosowań projektowania uniwersalnego	33
3.6.1	Zmysł wzroku	33
3.6.2	Narząd słuchu	33
3.6.3	Narząd ruchu	34
3.6.4	Dysfunkcje poznawcze i intelektualne	34
3.6.5	Schorzenia i urazy	34
3.6.6	Wiek i cechy fizyczne	35
3.7	Pozytywne i negatywne przykłady praktycznego zastosowania Uniwersalnego projektowania	35
3.7.1	Wejścia	35
3.7.2	Rejestracja	36
3.7.3	Gabinety	36
3.7.4	Windy.....	37
3.7.5	Strona internetowa	37
4.	Niepełnosprawność - definicje	38
5.	Osoby ze szczególnymi potrzebami	39
6.	Niewidomi i słabowidzący	40
	Medyczne kryteria uszkodzeń wzroku	40
	Tyflopsychologia – jak osoby niewidome i słabowidzące poznają świat	41
	Komunikacja niewerbalna	43
	Savoir vivre – osoby niewidome.....	43
7.	Głusi i słabosłyszący	45
	Kryteria klasyfikacji uszkodzenia słuchu	46
	Konsekwencje uszkodzenia słuchu.....	46
	Głusi w społeczeństwie	48
	Język migowy i migany	48
	Pętle indukcyjne i systemy FM	48
	Savoir-vivre – osoby głuche.....	49
8.	Osoby z niepełnosprawnością ruchową	51
	Rodzaje niepełnosprawności ruchowej.....	52
	Savoir-vivre - niepełnosprawność ruchowa	52
	Savoir-vivre - porażenie mózgowie	53

9. Niepełnosprawność intelektualna	54
Niepełnosprawność intelektualna	54
Stopnie niepełnosprawności intelektualnej.....	54
Niepełnosprawność intelektualna lekka	54
Niepełnosprawność intelektualna umiarkowana	55
Niepełnosprawność intelektualna znaczna.....	55
Niepełnosprawność intelektualna głęboka.....	56
Savoir-vivre – niepełnosprawność intelektualna.....	56
10. Autyzm.....	57
Czym jest autyzm	57
Odmienne doświadczenie świata	58
Savoir-vivre - autyzm	59
11. Schizofrenia i inne zaburzenia psychiczne	60
Opisy kliniczne są różne, najczęściej występujące symptomy:.....	60
Jak funkcjonują chorzy na schizofrenię?	61
Savoir-vivre – i inne zaburzenia psychiczne.....	61
12. Zespół Tourette’a.....	62
Savoir-vivre - zespół Tourette’a	62
13. Epilepsja	62
Savoir-vivre - epilepsja.....	62
14. Osoby starsze.....	62
Na czym polega starzenie	63
Psychologiczne aspekty starzenia się.....	64
Savoir vivre – osoby starsze	65
15. Kobiety w ciąży i osoby z małymi dziećmi	65
16. Psy asystujące	66
17. Dostępność cyfrowa i informacyjno-komunikacyjna	67
Europejskie standardy przygotowywania informacji łatwej do czytania i zrozumienia	68
Dokumenty w alfabecie Braille’a	72
AAC – komunikacja wspomagająca i alternatywna	73
Dostępność treści publikowanych w Internecie - WCAG.....	76

18. Stereotypy dotyczące ludzi o szczególnych potrzebach 78

Wstęp

Wzrost kompetencji interpersonalnych pracowników placówek medycznych oraz wprowadzenie jednakowych standardów w zakresie komunikowania się z pacjentem ze szczególnymi potrzebami stanowi ważny element zapewnienia dostępności wymaganej Ustawą o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z dnia 19 lipca 2019 r.

Podnoszenie świadomości na temat potrzeb i barier, których doświadczają osoby z niepełnosprawnością oraz osoby starsze przez pracowników służby zdrowia, w tym pracowników POZ i szpitali jest niezwykle istotnym elementem w zrozumieniu trudności na jakie w codziennym życiu narażone są osoby ze szczególnymi potrzebami.

Istotne jest poznanie procesów wpływających na funkcjonowanie osób ze szczególnymi potrzebami, zrozumienie codziennych problemów, niedogodności i barier, z którymi na co dzień mierzą się osoby dotknięte niepełnosprawnością, zarówno z obniżoną sprawnością sensoryczną, niepełnosprawnością intelektualną, jak również wynikającą z dysfunkcji ruchowych. Jest to pierwszy, ważny etap, który pozwoli w kompleksowy sposób zapewnić optymalną obsługę.

Zdobyta wiedza pozwoli na zwiększenie jakości obsługi pacjentów z niepełnosprawnościami. Obejmuje zasady savoir – vivre w kontakcie z osobami ze szczególnymi potrzebami. Uzyskają Państwo konkretne informacje jak poprawnie komunikować się i pomagać osobom z różnymi niepełnosprawnościami oraz w jaki sposób reagować w sytuacjach niestandardowych. Placówka medyczna dostępna dla osób z niepełnosprawnościami cechuje się m.in. profesjonalną obsługą, podczas której osoba ze szczególnymi potrzebami nie jest i nie czuje się dyskryminowana, ale jest na równi z innymi pacjentami.

Dokument zawiera zbiór podstawowych informacji na temat dostosowania obiektów pod względem architektonicznym oraz informacje dotyczące sposobu komunikowania się i przygotowywania informacji osobom, które definiuje ustawa.

Ustawa dość ogólnie wskazuje na konkretne rozwiązania, stanowi jednak punkt wyjścia, aby usprawnić komunikację między pracownikami sektora ochrony zdrowia a osobami wymagającymi wsparcia w komunikacji przy pomocy metod alternatywnych.

Materiał przeznaczony jest dla uczestników szkoleń w projekcie pn. Dostępność Plus dla Zdrowia, które organizowane są przez Ministerstwo Zdrowia.

1. Podstawowe regulacje prawne istotne z punktu widzenia dostępności placówek medycznych dla osób ze szczególnymi potrzebami

Kwestię równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, regulują przede wszystkim następujące akty prawne i dokumenty:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. 1997 r. nr 78 poz. 483),
- Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. 2012 poz. 1169),
- Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776),
- Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. z 1997 nr 50 poz. 475),
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2217),
- Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo Budowlane (Dz.U. 1994 nr 89 poz. 414),
- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. 2002 nr 75 poz. 690),
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696),
- Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz.U.2019poz. 848),
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243),
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019 poz. 1373),
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 poz. 2190).

1.1 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej

Art. 68.

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Art. 69. Osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej.

1.2 Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona z dnia 13 grudnia 2006 r.

Artykuł 9

Dostępność

1. Aby umożliwić osobom niepełnosprawnym samodzielne życie i pełne uczestnictwo we wszystkich sferach życia, Państwa-Strony podejmą stosowne kroki celem zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu, na równych zasadach z innymi obywatelami, do środowiska fizycznego, transportu, informacji i komunikacji międzyludzkiej, w tym technologii i systemów komunikacyjnych i informacyjnych oraz do innych udogodnień i usług oferowanych całemu społeczeństwu w środowiskach miejskich/wiejskich. Te działania, włącznie z rozpoznawaniem i usuwaniem przeszkód i barier na drodze do dostępności będą dotyczyć między innymi:

(a) Budynków, dróg, środków transportu oraz innych obiektów, w tym szkół, mieszkalnictwa, ośrodków medycznych i miejsc pracy;

(b) Usług informacyjnych, komunikacyjnych i innych, w tym usług elektronicznych, jak również usług w zakresie pomocy w nagłych wypadkach.

2. Państwa-Strony podejmą również stosowne kroki w celu:

(a) Rozwoju, propagowania i monitorowania procesu wdrażania minimum standardów i wytycznych dotyczących udogodnień i usług oferowanych całemu społeczeństwu;

(b) Dopilnowania, aby przedsiębiorstwa sektora prywatnego oferujące usługi całemu społeczeństwu, wzięły pod uwagę wszelkie aspekty dostępności tych usług dla osób niepełnosprawnych;

(c) Zapewnienia szkoleń dla interesariuszy w kwestiach związanych z dostępnością dla osób niepełnosprawnych;

-
- (d) Zapewnienia oznakowania w piśmie Braille'a oraz w łatwej do odczytania i zrozumiałej formie w budynkach i innych obiektach publicznych;
 - (e) Zapewnienia formy pomocy ze strony innych osób i pośredników, w tym przewodników, lektorów oraz profesjonalnych tłumaczy języka migowego, aby ułatwić osobom niepełnosprawnym dostęp do budynków i innych obiektów publicznych;
 - (f) Promowania innych stosownych form pomocy i wsparcia dla osób niepełnosprawnych, aby zapewnić im dostęp do informacji;
 - (g) Promowania dostępu osób niepełnosprawnych do najnowszych technologii i systemów informacyjnych i komunikacyjnych, w tym do Internetu;
 - (h) Promowania projektowania, rozwoju i dystrybucji dostępnych technologii i systemów informacyjnych i komunikacyjnych, począwszy od etapu początkowego tak, aby stały się one osiągalne po minimalnych kosztach.

Artykuł 25

Zdrowie Państwa

Strony uznają, iż osoby niepełnosprawne mają prawo do możliwie najwyższego standardu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Państwa-Strony podejmą właściwe kroki, aby zagwarantować osobom niepełnosprawnym dostęp do usług zdrowotnych z uwzględnieniem kwestii płci, w tym rehabilitację zdrowotną. W szczególności Państwa-Strony:

- (a) Zagwarantują osobom niepełnosprawnym taki sam zakres, jakość i standard bezpłatnej lub przystępnej cenowo opieki medycznej i programów zdrowotnych, jak innym obywatelom, w tym w obszarze zdrowia seksualnego i związanego z rozrodczością oraz programów zdrowia publicznego;
- (b) Zapewnią usługi zdrowotne ukierunkowane na szczególne potrzeby osób niepełnosprawnych, w tym wczesne rozpoznanie i leczenie oraz usługi ukierunkowane na minimalizowanie i zapobieganie niepełnosprawności, w tym wśród dzieci i osób w podeszłym wieku;
- (c) Zapewnią powyższe usługi zdrowotne w możliwie bliskiej odległości od środowisk osób niepełnosprawnych, również w okolicach wiejskich;
- (d) Będą wymagać od osób pracujących w sektorze opieki zdrowotnej, aby zapewniły osobom niepełnosprawnym opiekę o takiej samej jakości jak pozostałym członkom społeczeństwa, w tym, na zasadzie nieprzymuszonej zgody i pełnego poinformowania, między innymi poprzez podnoszenie świadomości praw człowieka, godności, autonomii i potrzeb osób niepełnosprawnych przez szkolenia i propagowanie standardów etycznych w publicznej i prywatnej służbie zdrowia;

(e) Zakażą dyskryminowania osób niepełnosprawnych przy udzielaniu ubezpieczenia zdrowotnego oraz ubezpieczenia na życie, w sytuacji, gdy takie ubezpieczenie jest dozwolone przez ustawodawstwo danego kraju i będzie ono udzielone w sposób sprawiedliwy i racjonalny;

(f) Będą zapobiegać przypadkom odmowy opieki lub usług zdrowotnych oraz płynów i żywności ze względu na niepełnosprawność.

1.3 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776)

Art.7.

1. Rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej.

2. Rehabilitacja lecznicza osób niepełnosprawnych odbywa się na podstawie odrębnych przepisów.

1.4 Karta Praw Osób Niepełnosprawnych – Uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r.

§ 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uznaje, że osoby niepełnosprawne, czyli osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji. Sejm stwierdza, iż oznacza to w szczególności prawo osób niepełnosprawnych do:

1. dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym,
 2. dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny,
 3. dostępu do wszechstronnej rehabilitacji mającej na celu adaptację społeczną,
 4. nauki w szkołach wspólnie ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, jak również do korzystania ze szkolnictwa specjalnego lub edukacji indywidualnej,
-

5. pomocy psychologicznej, pedagogicznej i innej pomocy specjalistycznej umożliwiającej rozwój, zdobycie lub podniesienie kwalifikacji ogólnych i zawodowych,

6. pracy na otwartym rynku pracy zgodnie z kwalifikacjami, wykształceniem i możliwościami oraz korzystania z doradztwa zawodowego i pośrednictwa, a gdy niepełnosprawność i stan zdrowia tego wymaga - prawo do pracy w warunkach dostosowanych do potrzeb niepełnosprawnych,

7. zabezpieczenia społecznego uwzględniającego konieczność ponoszenia zwiększonych kosztów wynikających z niepełnosprawności, jak również uwzględnienia tych kosztów w systemie podatkowym,

8. życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych, w tym: dostępu do urzędów, punktów wyborczych i obiektów użyteczności publicznej, swobodnego przemieszczania się i powszechnego korzystania ze środków transportu, dostępu do informacji, możliwości komunikacji międzyludzkiej,

9. posiadania samorządnej reprezentacji swego środowiska oraz do konsultowania z nim wszelkich projektów aktów prawnych dotyczących osób niepełnosprawnych,

10. pełnego uczestnictwa w życiu publicznym, społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym oraz rekreacji i turystyce odpowiednio do swych zainteresowań i potrzeb.

§ 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej stwierdzając, iż powyższe prawa wynikają z Konstytucji, Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Konwencji Praw Dziecka, Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych, aktów prawa międzynarodowego i wewnętrznego, wzywa Rząd Rzeczypospolitej Polskiej i władze samorządowe do podjęcia działań ukierunkowanych na urzeczywistnienie tych praw.

§ 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej wzywa Rząd Rzeczypospolitej Polskiej do składania corocznie, w terminie do dnia 30 czerwca, informacji o podjętych działaniach w celu urzeczywistnienia praw osób niepełnosprawnych.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

1.5 Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2217)

Art. 13.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do zapewnienia możliwości realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego, odpowiednio dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, zgodnie z zakresem zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 4.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, dostęp do:

-
- 1) opieki ambulatoryjnej w miejscu udzielania świadczeń;
 - 2) opieki w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, którego stan zdrowia uniemożliwia opiekę ambulatoryjną.
 3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 pkt 17a ustawy o świadczeniach, oraz o okolicznościach, w których deklaracja wyboru traci ważność, w szczególności przez umieszczenie, w sposób widoczny i ogólnodostępny, informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy.
 4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres zadań lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ, uwzględniając konieczność zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorcy.

1.6 Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. 1994 nr 89 poz. 414)

Art. 5.1. Obiekt budowlany wraz ze związanymi z nim urządzeniami budowlanymi należy, biorąc pod uwagę przewidywany okres użytkowania, projektować i budować w sposób określony w przepisach, w tym techniczno-budowlanych oraz zgodnie z zasadami wiedzy technicznej, zapewniając niezbędne warunki do korzystania z obiektów użyteczności publicznej i mieszkaniowego budownictwa wielorodzinnego przez osoby niepełnosprawne.

pkt. 4) niezbędne warunki do korzystania z obiektów użyteczności publicznej i mieszkaniowego budownictwa wielorodzinnego przez osoby niepełnosprawne, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich, o których mowa w art. 1 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 oraz z 2018 r. poz. 1217), w tym osoby starsze.

1.7 Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. 2002 nr 75 poz. 690)

Do wejść do budynku mieszkalnego wielorodzinnego, zamieszkania zbiorowego i użyteczności publicznej powinny być doprowadzone utwardzone dojścia o szerokości minimalnej 1,5 m; przy czym co najmniej jedno dojście powinno zapewniać osobom niepełnosprawnym dostęp do całego budynku lub tych jego części, z których osoby te mogą korzystać (przepis ten nie dotyczy budynków na terenach zamkniętych, a także budynków w zakładach karnych, aresztach śledczych, zakładach poprawczych

i schroniskach dla nieletnich oraz budynków w zakładach pracy, nie będących zakładami pracy chronionej).

Zagospodarowując działkę budowlaną, należy urządzić, stosownie do jej przeznaczenia i sposobu zabudowy, miejsca postojowe dla samochodów użytkowników stałych i przebywających okresowo, w tym również miejsca postojowe dla samochodów, z których korzystają osoby niepełnosprawne.

Miejsca postojowe dla samochodów, z których korzystają wyłącznie osoby niepełnosprawne, mogą być usytuowane w odległości nie mniejszej niż 5 m od okien budynku mieszkalnego wielorodzinnego i zamieszkania zbiorowego oraz zbliżone bez żadnych ograniczeń do innych budynków. Miejsca te wymagają odpowiedniego oznakowania.

Stanowiska postojowe dla samochodów osobowych powinny mieć co najmniej szerokość 2,3 m i długość 5 m, przy czym dla samochodów użytkowanych przez osoby niepełnosprawne szerokość stanowiska powinna wynosić co najmniej 3,6 m i długość 5 m, a w przypadku usytuowania wzdłuż jezdni - długość co najmniej 6 m i szerokość co najmniej 3,6 m, z możliwością jej ograniczenia do 2,3 m w przypadku zapewnienia możliwości korzystania z przylegającego dojścia lub ciągu pieszo-jezdnego.

Miejsca do gromadzenia odpadów stałych przy budynkach wielorodzinnych powinny być dostępne dla osób niepełnosprawnych.

W zespole budynków wielorodzinnych objętych jednym pozwoleniem na budowę należy, stosownie do potrzeb użytkowych, przewidzieć place zabaw dla dzieci i miejsca rekreacyjne dostępne dla osób niepełnosprawnych, przy czym co najmniej 30% tej powierzchni powinno znajdować się na terenie biologicznie czynnym, chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Bramy i furtki w ogrodzeniu nie mogą otwierać się na zewnątrz działki. Furtki w ogrodzeniu przy budynkach mieszkalnych wielorodzinnych i budynkach użyteczności publicznej nie mogą utrudniać dostępu do nich osobom niepełnosprawnym poruszającym się na wózkach inwalidzkich.

W budynku mieszkalnym wielorodzinnym, niewyposażonym w dźwigi należy wykonać pochylnię lub zainstalować odpowiednie urządzenia techniczne, umożliwiające dostęp osobom niepełnosprawnym do mieszkań położonych na pierwszej kondygnacji nadziemnej oraz do kondygnacji podziemnej zawierającej miejsca postojowe dla samochodów osobowych. W niskim budynku zamieszkania zbiorowego i budynku użyteczności publicznej, niewymagającym wyposażenia w dźwigi, należy zainstalować urządzenia techniczne zapewniające osobom niepełnosprawnym dostęp na kondygnacje z pomieszczeniami użytkowymi, z których muszą korzystać. Nie dotyczy to budynków koszarowych, zakwaterowania w zakładach karnych, aresztach śledczych oraz zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich. Dopuszcza się niewyposażenie w dźwigi budynku mieszkalnego wielorodzinnego do 5. kondygnacji nadziemnej wyłącznie, jeżeli wszystkie pomieszczenia na ostatniej kondygnacji są częścią mieszkań dwupoziomowych.

Budynek użyteczności publicznej, budynek mieszkalny wielorodzinny, budynek zamieszkania zbiorowego nie będący budynkiem koszarowym oraz każdy inny budynek mający najwyższą kondygnację z pomieszczeniami przeznaczonymi na pobyt więcej niż 50 osób, w których różnica poziomów posadzek pomiędzy pierwszą, a najwyższą kondygnacją nadziemną, nie stanowiącą drugiego poziomu w mieszkaniu dwupoziomowym przekracza 9,5 m a także mający dwie lub więcej kondygnacji nadziemnych, budynek opieki zdrowotnej i budynek opieki społecznej należy wyposażyć w dźwig osobowy.

W budynku mieszkalnym wielorodzinnym, budynku zamieszkania zbiorowego oraz budynku użyteczności publicznej wyposażonym w dźwigi, należy zapewnić dojazd z poziomu terenu i dostęp na wszystkie kondygnacje użytkowe osobom niepełnosprawnym. W przypadku wbudowania lub przybudowania szybu dźwigowego do istniejącego budynku dopuszcza się usytuowanie drzwi przystankowych na poziomie spocznika międzypiętrowego, jeżeli zostanie zapewniony dostęp do kondygnacji użytkowej osobom niepełnosprawnym.

W wejściach do budynku i ogólnodostępnych pomieszczeń użytkowych mogą być zastosowane drzwi obrotowe lub wahadłowe, pod warunkiem usytuowania przy nich drzwi rozwieranych lub rozsuwanych, przystosowanych do ruchu osób niepełnosprawnych.

Położenie drzwi wejściowych do budynku oraz kształt i wymiary pomieszczeń wejściowych powinny umożliwiać dogodny ruch, w tym również osobom niepełnosprawnym (warunek ten nie dotyczy budynków mieszkalnych w zabudowie jednorodzinnej i zagrodowej oraz budynków rekreacji indywidualnej, budynków koszarowych, a także budynków w zakładach karnych i aresztach śledczych oraz w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich).

W budynkach opieki zdrowotnej, a także budynkach zamieszkania zbiorowego przeznaczonych dla osób starszych oraz niepełnosprawnych zabrania się stosowania stopni schodów z noskami i podcięciami.

W budynku użyteczności publicznej pomieszczenia ogólnodostępne ze zróżnicowanym poziomem podłóg powinny być przystosowane do ruchu osób niepełnosprawnych.

Maksymalne nachylenie pochylni związanych z budynkiem przeznaczonych do ruchu pieszego i dla osób niepełnosprawnych poruszających się przy użyciu wózka inwalidzkiego, przy danej wysokości pochylni, nie może przekraczać wielkości określonych w poniższej tabeli:

Lp.	Pochylenie	Na zewnątrz budynku	Wewnątrz budynku
1.	Do 0,15 m	15%	15%
2.	Do 0,5 m	8%	10%
3.	Ponad 0,5 m*	6%	8%

* Pochylnie do ruchu pieszego i dla osób niepełnosprawnych o długości ponad 9 m powinny być podzielone na krótsze odcinki, przy zastosowaniu spoczników o długości co najmniej 1,4 m.

Pochylnie przeznaczone dla osób niepełnosprawnych powinny mieć szerokość płaszczyzny ruchu 1,2 m; krawężniki o wysokości co najmniej 0,07 m i obustronne poręcze, przy czym odstęp między nimi powinien mieścić się w granicach od 1 m do 1,1 m. Długość poziomej płaszczyzny ruchu na początku i na końcu pochylni powinna wynosić co najmniej 1,5 m.

Kabina natryskowa zamknięta, z urządzeniami przystosowanymi do korzystania przez osoby niepełnosprawne poruszające się na wózkach inwalidzkich, powinna mieć powierzchnię nie mniejszą niż 2,5 m² i szerokość co najmniej 1,5 m oraz być wyposażona w wentylację mechaniczną wywiewną oraz w urządzenia wspomagające umożliwiające korzystanie z kabiny zgodnie z przeznaczeniem.

W budynku, na kondygnacjach dostępnych dla osób niepełnosprawnych, co najmniej jedno z ogólnodostępnych pomieszczeń higieniczno-sanitarnych powinno być przystosowane dla tych osób przez:

- zapewnienie przestrzeni manewrowej o wymiarach co najmniej 1,5x1,5 m,
- stosowanie w tych pomieszczeniach i na trasie dojazdu do nich drzwi bez progów,
- zainstalowanie odpowiednio przystosowanej, co najmniej jednej miski ustępowej i umywalki, a także jednego natrysku, jeżeli ze względu na przeznaczenie przewiduje się w budynku takie urządzenia,
- zainstalowanie uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higienicznosanitarnych.

Dopuszcza się stosowanie pojedynczego ustępu dla osób niepełnosprawnych bez przedsionka oddzielającego od komunikacji ogólnej.

W ustępie publicznym co najmniej jedna kabina powinna być przystosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Stanowiska postojowe w garażu, przeznaczone dla samochodów, z których korzystają osoby niepełnosprawne, powinny mieć zapewniony dojazd na wózku inwalidzkim z drogi manewrowej do drzwi samochodu co najmniej z jednej strony, o szerokości nie mniejszej niż 1,2 m.

Stanowiska postojowe dla samochodów, z których korzystają osoby niepełnosprawne, należy sytuować na poziomie terenu lub na kondygnacjach dostępnych dla tych osób z pochylni.

Komora wysypowa powinna być wydzielona pełnymi ścianami a także mieć drzwi o szerokości co najmniej 0,8 m; umieszczone w sposób umożliwiający dostęp osobom niepełnosprawnym.

Skrzydła okien, świetliki oraz nawietrzaki okienne, wykorzystywane do przewietrzania pomieszczeń przeznaczonych na pobyt ludzi, powinny być zaopatrzone w urządzenia pozwalające na łatwe ich otwieranie i regulowanie wielkości otwarcia z poziomu podłogi lub pomostu, także przez osoby niepełnosprawne, jeżeli nie przewiduje się korzystania z pomocy innych współużytkowników.

Mieszkania w budynku wielorodzinnym i odrębne mieszkania w budynku zamieszkania zbiorowego należy wyposażyć w instalację wejściowej sygnalizacji dzwonekowej, a w razie przeznaczenia ich dla osób niepełnosprawnych - również w odpowiednią sygnalizację alarmowo-przyzywową.

Co najmniej jeden z dźwigów służących komunikacji ogólnej w budynku z pomieszczeniami przeznaczonymi na pobyt ludzi, a także w każdej wydzielonej w pionie, odrębnej części (segmentie) takiego budynku, powinien być przystosowany do przewozu mebli, chorych na noszach i osób niepełnosprawnych.

Przy balustradach lub ścianach przyległych do pochylni, przeznaczonych dla ruchu osób niepełnosprawnych, należy zastosować obustronne poręcze, umieszczone na wysokości 0,75 i 0,9 m od płaszczyzny ruchu.

W pomieszczeniu przeznaczonym na zbiorowy pobyt dzieci oraz osób niepełnosprawnych na grzejnikach centralnego ogrzewania należy umieszczać osłony, ochraniające od bezpośredniego kontaktu z elementem grzejnym.

1.8 Ustawa o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z dnia 19 lipca 2019 r. (Dz. U. 2019 poz. 1696)

Art. 4.

1. Podmiot publiczny zapewnia dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami przez stosowanie uniwersalnego projektowania lub racjonalnych usprawnień.

2. Podmiot publiczny w ramach zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami podejmuje także działania mające na celu: 1) uwzględnianie ich potrzeb w planowanej i prowadzonej przez ten podmiot działalności; 2) usuwanie barier, a także zapobieganie ich powstawaniu.

3. W przypadku zlecenia lub powierzenia, na podstawie umowy, realizacji zadań publicznych finansowanych z udziałem środków publicznych lub udzielania zamówień publicznych podmiotom innym niż podmioty publiczne, podmiot publiczny jest obowiązany do określenia w treści umowy warunków służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie tych zadań publicznych lub zamówień publicznych, z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6.

4. Zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w ramach umowy, o której mowa w ust. 3, następuje, o ile jest to możliwe, z uwzględnieniem uniwersalnego projektowania.

Art. 5.

1. Przedsiębiorcy oraz organizacje pozarządowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2019 r. poz. 688 i 1570), dążą w prowadzonej działalności do zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

2. W przypadku, gdy podmiot inny niż podmiot publiczny realizuje, na podstawie umowy zawartej z podmiotem publicznym, zadanie finansowane z udziałem środków publicznych, jest obowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w zakresie określonym w tej umowie.

Art. 6.

Minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami obejmują:

1) w zakresie dostępności architektonicznej:

- a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków,
- b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych,
- c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,
- d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776),
- e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;

2) w zakresie dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;

3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:

- a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243) lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,

-
- b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
 - c) zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
 - d) zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.

Art. 7.

1. W indywidualnym przypadku, jeżeli podmiot publiczny nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobie ze szczególnymi potrzebami w zakresie, o którym mowa w art. 6 pkt 1 i 3, podmiot ten jest obowiązany zapewnić takiej osobie dostęp alternatywny.

2. Dostęp alternatywny, o którym mowa w ust. 1, polega w szczególności na:

- 1) zapewnieniu osobie ze szczególnymi potrzebami wsparcia innej osoby lub
 - 2) zapewnieniu wsparcia technicznego osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii lub 3) wprowadzeniu takiej organizacji podmiotu publicznego, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnym zakresie dla tych osób.
3. W przypadku braku możliwości zapewnienia osobie ze szczególnymi potrzebami dostępności w zakresie, o którym mowa w art. 6 pkt 2, zastosowanie mają przepisy art. 7 ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych.

Art. 73. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem: 1) art. 1 ust. 2, art. 6 pkt 2 oraz art. 7 ust. 3, które wchodzi w życie w zakresie:

- a) stron internetowych podmiotów publicznych nieopublikowanych przed dniem 23 września 2018 r. – z dniem 23 września 2019 r.,
 - b) stron internetowych podmiotów publicznych opublikowanych przed dniem 23 września 2018 r. – z dniem 23 września 2020 r.,
 - c) aplikacji mobilnych podmiotów publicznych – z dniem 23 czerwca 2021 r.;
- 2) art. 15–28, które wchodzi w życie po upływie 18 miesięcy od dnia ogłoszenia;
 - 3) art. 4 ust. 3 i 4, art. 5 ust. 2, art. 29–34 i art. 51, które wchodzi w życie po upływie 24 miesięcy od dnia ogłoszenia.
-

1.9 Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. 2019 poz. 848)

Art. 2.

Ustawę stosuje się do:

- 1) jednostek sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, z późn. zm.^[3]),
- 2) innych niż określone w pkt 1, państwowych jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej,
- 3) innych niż określone w pkt 1, osób prawnych, utworzonych w szczególnym celu zaspokajania potrzeb o charakterze powszechnym, niemających charakteru przemysłowego ani handlowego, jeżeli podmioty, o których mowa w tym przepisie oraz w pkt 1 i 2, pojedynczo lub wspólnie, bezpośrednio albo pośrednio przez inny podmiot:
 - a) finansują je w ponad 50% lub
 - b) posiadają ponad połowę udziałów albo akcji, lub
 - c) sprawują nadzór nad organem zarządzającym lub
 - d) mają prawo do powoływania ponad połowy składu organu nadzorczego lub zarządzającego,
- 4) związków podmiotów, o których mowa w pkt 1–3,
- 5) organizacji pozarządowych, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2018 r. poz. 450, 650, 723 i 1365 oraz z 2019 r. poz. 37) prowadzących działalność w sferze zadań publicznych wymienionych w art. 4 ust. 1 pkt 6, 7 lub 10 tej ustawy – posiadających strony internetowe lub aplikacje mobilne, lub zarządzających elementami stron internetowych, lub aplikacji mobilnych zamieszczonymi w środowisku umożliwiającym zapewnienie dostępności cyfrowej treści, zwanych dalej „podmiotami publicznymi”.

Art. 5.

1. Podmioty publiczne zapewniają dostępność cyfrową przez spełnienie przez ich stronę internetową lub aplikację mobilną wymagań określonych w załączniku do ustawy.
 2. Dostępność cyfrowa strony internetowej i aplikacji mobilnej polega na zapewnieniu ich funkcjonalności, kompatybilności, postrzegalności i zrozumiałości.
 3. Wymagania określone w załączniku do ustawy uznaje się za spełnione, gdy podmiot publiczny zapewnia dostępność cyfrową z uwzględnieniem wymagań określonych w pkt 9, 10 i 11 normy EN 301 549 V2.1.2.
-

Art. 6. W przypadku, gdy podmiot publiczny publikuje informacje na stronie internetowej lub w aplikacji mobilnej innej niż jego strona internetowa lub aplikacja mobilna i informacje te nie spełniają wymagań dostępności cyfrowej, podmiot ten publikuje te same informacje na wybranej spośród posiadanych przez siebie stron internetowych lub aplikacji mobilnych, w sposób dostępny cyfrowo.

Art. 7. 1. W przypadku, gdy podmiot publiczny nie jest w stanie zapewnić dostępności cyfrowej elementu strony internetowej lub aplikacji mobilnej, zapewnia alternatywny sposób dostępu do tego elementu.

2. Alternatywny sposób dostępu polega w szczególności na zapewnieniu kontaktu telefonicznego, korespondencyjnego, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2019 r. poz. 123), lub za pomocą tłumacza języka migowego, lub tłumacza-przewodnika, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243), jeżeli podmiot publiczny udostępnia taką możliwość.

[2.1 Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się \(Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243\)](#)

Art. 2.

1. Ustawa dotyczy: 1) osób doświadczających trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się, zwanych dalej „osobami uprawnionymi”; 2) członków rodzin
 2. osób uprawnionych, w tym współmałżonka, dzieci własnych i przysposobionych, dzieci obcych przyjętych na wychowanie, pasierbów, rodziców, rodziców współmałżonka, rodzeństwa, ojczyrna, macochy, zięciów i synowych, zwanych dalej „członkami rodzin”; 3) osób mających stały lub bezpośredni kontakt z osobami uprawnionymi. (...).

Art. 4.

1. Osoba uprawniona ma prawo do swobodnego korzystania z wybranej przez siebie formy komunikowania się.
 2. Osoba uprawniona, która nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, ma prawo współdecydowania wraz z rodzicami lub opiekunami prawnymi o wybranej formie komunikowania się.
-

Art. 5. Osoby uprawnione mają prawo do: 1) usług, o których mowa w art. 9 ust. 1 i 2; 2) świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1; 3) dofinansowania, o którym mowa w art. 18.

Art. 7.

1. Osoba uprawniona ma prawo do skorzystania z pomocy osoby przybranej w kontaktach z podmiotami zobowiązanymi.

2. Prawo, o którym mowa w ust. 1, może być ograniczone wyłącznie ze względu na zasady określone w przepisach ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1167 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 935).

3. W przypadku skorzystania przez osoby uprawnione z prawa, o którym mowa w ust. 1, podmioty zobowiązane nie mogą wymagać przedstawienia dokumentów potwierdzających znajomość PJM, SJM lub SKOBN przez osoby przybrane.

Art. 9.

1. Organ administracji publicznej jest zobowiązany do udostępnienia usługi pozwalającej na komunikowanie się.

2. Za usługę, o której mowa w ust. 1, należy rozumieć w szczególności wykorzystanie środków wspierających komunikowanie się.

3. Organ administracji publicznej jest zobowiązany do upowszechnienia informacji o usłudze, o której mowa w ust. 2.

4. Obowiązek, o którym mowa w ust. 3, jest realizowany w sposób powszechnie przyjęty, w szczególności w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronach internetowych organu administracji publicznej i w miejscach publicznie dostępnych w tym organie.

Art. 10.

1. Podmiot zobowiązany zapewnia możliwość korzystania przez osoby uprawnione z pomocy wybranego tłumacza języka migowego lub tłumacza - przewodnika. Przepisy art. 7 i art. 8 stosuje się odpowiednio.

2. Przepis, o którym mowa w ust. 1, nie wyklucza możliwości korzystania z innych uprawnień.

Art. 11.

1. Organ administracji publicznej zapewnia, na zasadach określonych w art. 12, dostęp do świadczenia usług tłumacza PJM, SJM i SKOBN, zwanych dalej „świadczeniem”. (...)

2. Świadczenie może być realizowane również przez pracownika organu administracji publicznej posługującego się PJM lub SJM lub z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się.

Art. 12.

1. Osoba uprawniona, o której mowa w art. 11 ust. 3, jest zobowiązana zgłosić chęć skorzystania ze świadczenia ze wskazaniem wybranej metody komunikowania się, do właściwego ze względu na właściwość sprawy organu administracji publicznej, co najmniej na 3 dni robocze przed tym zdarzeniem, z wyłączeniem sytuacji nagłych.
2. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 1, powinno być dokonane w formie określonej przez organ administracji publicznej, w sposób dostępny dla osób uprawnionych.
3. Po dokonaniu zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, organ administracji publicznej jest zobowiązany do zapewnienia obsługi osoby uprawnionej, w terminie przez nią wyznaczonym lub z nią uzgodnionym, na zasadach określonych w ustawie.
4. Organ administracji publicznej, w przypadku braku możliwości realizacji świadczenia zawiadamia wraz z uzasadnieniem osobę uprawnioną, wyznaczając możliwy termin realizacji świadczenia lub wskazując na inną formę realizacji uprawnień określonych w niniejszej ustawie.

2.2 [Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta \(Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417\)](#)

Art. 2. Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Art. 11.

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.
2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i indywidualnych praktyk fizjoterapeutycznych.

3. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację, o której mowa w ust. 1, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Art. 12.

1. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot. Przepisy art. 11 ust. 1 zdanie drugie i ust. 3 stosuje się odpowiednio.

2. Pacjent będący osobą ze szczególnymi potrzebami, o której mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. poz. 1696), ma prawo do otrzymania informacji, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 9–11, w zrozumiałym dla niego sposób, w szczególności z wykorzystaniem środków wspierających (*ust. 1 i ust. 2 w art. 12 wejdą w życie z dn. 6.09.2021 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1696)*).

2.3 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)

Art. 6. Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

- 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
- 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany;
- 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;
- 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 15. 1. Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. (...)

Art. 20. [1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.]

Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach

i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(...)

13. Świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście określonej w ust. 12, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1, oraz następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej: 1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 2) rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu; 3) chorób współistniejących mających wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie; 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Art. 27. 1. Świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują: 1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie; 2) wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym; (...).

[2.4 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej \(Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654\)](#)

Art. 3.

1. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

2. Działalność lecznicza może również polegać na: 1) promocji zdrowia lub 2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

2a. Czynności, o których mowa w ust. 2, mogą być wykonywane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. (...)

Art. 14.

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.

2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, udziela:

1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod; 2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 25 ust. 1; 3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu. (...)

Art. 17.

1. Podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać następujące warunki:

1) posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22;

2) używać i utrzymywać wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywne wyroby medyczne do implantacji oraz systemy lub zestawy zabiegowe złożone z wyrobów medycznych zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211 oraz z 2018 r. poz. 650);

3) zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach; (...)

Art. 22.

1. Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą w szczególności warunków:

1) ogólnoprzestrzennych; 2) sanitarnych; 3) instalacyjnych.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, a także rodzajem wykonywanej działalności i zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

3a. Wymagań określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie ust. 3 nie stosuje się do pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw informatyzacji, może określić, w drodze rozporządzenia, szczegółowe

wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia oraz systemy teleinformatyczne lub systemy łączności podmiotu wykonującego działalność leczniczą udzielającego wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, kierując się potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, a także rodzajem wykonywanej działalności i zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

(...)

4b. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, jeżeli zostały określone na podstawie ust. 5 dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot wykonujący działalność leczniczą lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej.

4c. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Art. 23a.

1. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:

1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń, 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych – za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring). 2. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zawierające dane osobowe, podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.

3. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

Art. 24. 1. W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności: 1) firmę albo nazwę podmiotu; 2) cele i zadania podmiotu; 3) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego; 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych; 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za

pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń; 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego; 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym; (...)

3. Projektowanie uniwersalne

Wśród ludzi nie ma dwóch identycznych osób. Różnią się między sobą nawet bliźnięta. Różni się wiekiem, wzrostem, wagą, wyglądem, kondycją psychiczną i fizyczną, zdrowiem, sprawnością, intelektem, temperamentem a nawet sposobem pojmowania świata. Dlatego budowanie przestrzeni publicznej przeznaczonej dla jakiegoś uśrednionego odbiorcy z założenia wyklucza wszystkich innych, którzy do tego uśrednionego przedziału nie należą. Wyklucza nawet tych, którzy do tej normy należą, ale którzy czasowo lub trwale z różnych powodów nie mieszczą się w uśrednionej normie.

Czasowe lub trwałe wykluczenia mogą być spowodowane chorobą, kontuzjami, ciążą, zmęczeniem a nawet ubiorem lub nieznaną języka. Warto i należy więc myśleć przyszłościowo, przewidywać różne warunki i budować otaczającą nas przestrzeń trwale i uniwersalnie, tak by korzystać z niej mogli wszyscy.

3.1 Definicje projektowania uniwersalnego

„Uniwersalne projektowanie” oznacza projektowanie produktów, środowiska, programów i usług w taki sposób, by były użyteczne dla wszystkich, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania. „Uniwersalne projektowanie” nie wyklucza pomocy technicznej dla szczególnych grup osób niepełnosprawnych, jeżeli jest to potrzebne.

[Źródło: DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ Warszawa, dnia 25 października 2012 r. Poz. 1169 KONWENCJA o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.]

Czym jest „projektowanie uniwersalne”?

To projektowanie, które umożliwia korzystanie wszystkim ludziom, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania.

Ludzie często myślą, że jest ono stosowane tylko dla osób z niepełnosprawnościami, ale to nieporozumienie. Jednak dzieje się tak, gdy w końcu potrzeby osób z niepełnosprawnościami zostają uwzględnione.

1) „Projektowanie, które umożliwi korzystanie wszystkim ludziom...”

Wyzwanie związane z projektowaniem dla „wszystkich ludzi” obejmuje niezliczoną liczbę osób i rodzin dotkniętych niepełnosprawnością, zapewniając jednocześnie, że projekt jest atrakcyjny i przydatny dla wszystkich. Uniwersalne projektowanie nie dotyczy wyłącznie niepełnosprawności, ale nie istniałoby, gdyby nie istniały niepełnosprawności.

2) „W największym możliwym stopniu...”

Coś, co jest zaprojektowane uniwersalnie, będzie działać dla jak największej liczby osób, niezależnie od różnic w komunikacji, mobilności, słyszeniu, widzeniu, poznawaniu i / lub zdrowiu psychicznym na każdym etapie życia człowieka. Wyzwanie polega na rozpoznaniu, jak daleko możemy dojść z funkcjonalną użytecznością dla jak największej liczby osób, bez stosowania specyficznych dla wąskich grup użytkowników funkcji, zwłaszcza gdy działamy w zakresie pewnych ograniczeń.

3) „Bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania.”

Adaptacja to proces, w którym jednostka musi zmienić zazwyczaj stosowaną metodę obsługi jakiejś rzeczy. Specjalistyczne projektowanie zaspakaja potrzeby określonej grupy ludzi lub określone wymagania. Uniwersalne projektowanie uwzględnia potrzeby wszystkich grup wiekowych, do których ktoś może należeć i wszelkie potrzeby wynikające ze stanu zdrowia, jaki ktoś może mieć.

3.2 Zasady projektowania uniwersalnego

- a) równe szanse dla wszystkich – równy dostęp do wszystkich elementów środowiska na przykład przestrzeni, przedmiotów, budynków itd.,
 - b) elastyczność w użytkowaniu – różnorodny sposób użycia przedmiotów ze względu na możliwości i potrzeby użytkowników,
 - c) prostota i intuicyjność w użyciu – projektowanie przestrzeni i przedmiotów, aby ich funkcje były zrozumiałe dla każdego użytkownika, bez względu na jego doświadczenie, wiedzę, umiejętności językowe czy poziom koncentracji,
 - d) postrzegalność informacji – przekazywana za pośrednictwem przedmiotów i struktur przestrzeni informacja ma być dostępna w trybie dostępności wzrokowej, słuchowej, jak i dotykowej,
 - e) tolerancja na błędy – minimalizacja ryzyka błędnego użycia przedmiotów oraz ograniczania niekorzystnych konsekwencji przypadkowego i niezamierzonego użycia danego przedmiotu,
-

f) niewielki wysiłek fizyczny podczas użytkowania – takie projektowanie przestrzeni i przedmiotów, aby korzystanie z nich było wygodne, łatwe i nie wiązało się z wysiłkiem fizycznym,

g) rozmiar i przestrzeń wystarczające do użytkowania – odpowiednie dopasowanie przestrzeni do potrzeb jej użytkowników,

h) percepcja równości – równoprawny dostęp do środowiska, korzystania ze środków transportu i usług powszechnych lub powszechnie zapewnionych jest zapewniony w taki sposób, aby korzystający nie czuł się w jakikolwiek sposób dyskryminowany czy stygmatyzowany.

Uniwersalne projektowanie nie wyklucza możliwości zapewniania dodatkowych udogodnień dla szczególnych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, jeżeli jest to potrzebne."

Źródło: Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020

https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/54997/Wytyczne_w_zakresie_rownosc_i_zatwierdzone_050418.pdf

3.3 Praktyczne przykłady realizacji zasad projektowania uniwersalnego w ochronie zdrowia

Ad a) Równe szanse dla wszystkich – równy dostęp do wszystkich elementów środowiska na przykład przestrzeni, przedmiotów, budynków itd.

1. Wejście główne do placówki powinno być dostępne dla wszystkich pacjentów. Należy unikać tworzenia wejścia głównego w formie wejścia reprezentacyjnego, a dostępnego wejścia z lokalizacją gdzieś z boku lub z tyłu obiektu.
2. Personel powinien być przeszkolony i stosować zasadę dyskrecji przekazywania informacji osobom z niepełnosprawnościami (dalej jako: OzN). Informacje werbalne przekazywane lub odczytywane osobom niewidomym należy odczytywać w tempie dostosowanym do możliwości OzN w miejscu, w którym nikt obcy nie powinien móc ich usłyszeć. Należy unikać publicznego, pośpiesznego przekazu informacji.
3. Wszystkie pomieszczenia, gabinety, sale szpitalne powinny być dostępne dla wszystkich. Jeśli nie ma możliwości, można wyznaczyć osobne pomieszczenia dla OzN, lecz wówczas powinny być one równie atrakcyjne jak pozostałe.

Ad b) Elastyczność w użytkowaniu – różnorodny sposób użycia przedmiotów ze względu na możliwości i potrzeby użytkowników.

-
1. Każde urządzenie do użytku publicznego w placówce zdrowia musi być dostępne do obsługi lewą, jak i prawą ręką.
 2. Ciężkie drzwi można otworzyć zwyczajnie klamką i automatycznie.
 3. Do przemieszczania się pomiędzy różnymi poziomami należy stosować pochylnie, jak i schody oraz windy.
 4. Ciągi komunikacyjne powinny mieć wystarczającą szerokość, by osoby poruszające się szybciej mogły bezkolizyjnie wymijać osoby poruszające się wolniej, przy czym należy uwzględnić także poruszanie się na wózkach inwalidzkich, czy przewożenie pacjentów na noszach lub łożkach.
 5. Przyciski urządzeń lub paneli przywołujących i sterujących oraz alarmowych nie mogą być zbyt małe i nie mogą wymagać od OzN dużej precyzji ruchów.
 6. Rejestracja powinna być dostępna na miejscu, poprzez kontakt telefoniczny i za pośrednictwem strony internetowej.
 7. Usługi medyczne powinny być świadczone na miejscu w placówce i w formie wizyt domowych.

Ad c) Prostota i intuicyjność w użyciu – projektowanie przestrzeni i przedmiotów, aby ich funkcje były zrozumiałe dla każdego użytkownika, bez względu na jego doświadczenie, wiedzę, umiejętności językowe czy poziom koncentracji.

1. Należy zadbać, by procedury formalne nie wymagały od pacjentów chodzenia od gabinetu do gabinetu, najlepiej wszystkie załatwiać w jednym miejscu od początku do końca bez niepotrzebnej złożoności.
2. Każde polecenie przekazywane pacjentowi należy dostosować do indywidualnych umiejętności i możliwości oraz umiejętności językowych, w tym umiejętności czytania i pisanie. Należy opracować procedurę weryfikowania poprawności zrozumienia takich poleceń przez pacjenta.
3. Wszelkie dokumenty i formularze wypełniane przez pacjenta powinny być sformułowane w prosty i intuicyjny sposób z przewidywaniem oczekiwań pacjentów oraz zrozumiałymi podpowiedziami.
4. Urządzenia powinny być wyposażone w mechanizm potwierdzania wciśnięcia przycisków, uruchomienia funkcji itp.

Ad d) Postrzegalność informacji – przekazywana za pośrednictwem przedmiotów i struktur przestrzeni informacja ma być dostępna w trybie dostępności wzrokowej, słuchowej, jak i dotykowej.

1. Każda prosta informacja, oznaczenie muszą być dostępne w postaci wizualnej tekstowej i obrazkowej, dotykowej brajlowskiej i piktogramu oraz w postaci dźwiękowej.
2. Każda informacja, komunikat, oznaczenie powinno być przekazywane z zapewnieniem odpowiedniego kontrastu. Wizualnie - kontrastu barw, dotykowo

– kontrastu faktur i wypukłości a słuchowo – kontrastu pomiędzy dźwiękiem komunikatu a dźwiękami otoczenia, efektami akustycznymi pomieszczeń i hałasem.

3. Wszelkie oznaczenia powinny być umieszczane w takich miejscach, które zwiększają ich zauważalność.
4. Urządzenia obsługiwane przez pacjentów muszą być wyposażone w interfejs wizualny, dotykowy i akustyczny (panele wind, domofony, itp.).

Ad e) Tolerancja na błędy – minimalizacja ryzyka błędnego użycia przedmiotów oraz ograniczania konsekwencji przypadkowego i niezamierzonego użycia danego przedmiotu.

1. Wszelkie zagrożenia należy wyeliminować lub odgrodzić, np. podejścia do schodów od ich tyłu lub od boku, przy obniżającej się wysokości nad powierzchnią podłogi są zagrożeniem dla osób niewidomych. Takie miejsca należy oznaczyć i zagrodzić barierką.
2. Podejścia do drzwi, podejścia do schodów również stanowią niebezpieczeństwo. Takie miejsca należy oznaczyć na powierzchni kolorystycznie, i dotykowo za pomocą fakturowych oznaczeń nawierzchni. Dodatkowo miejsca takie można też oznaczać alarmem akustycznym uaktywnianym automatycznie po zbliżeniu się pacjenta na określoną odległość.
3. Wszystkie ciągi komunikacyjne znajdujące się na zewnątrz placówki powinny być zabezpieczone przed oblodzeniem, gromadzeniem się wody w czasie opadów, zarastaniem przez roślinność itp. Dbać należy nie tylko o nawierzchnię, ale też o przestrzeń do 2,5 m nad nią, nad całą szerokością i długością ciągu komunikacyjnego.
4. Na pochylniach powinny być zamontowane cokoły chroniące osoby na wózkach inwalidzkich przed przypadkowym wypadnięciem poza strefę bezpieczną.
5. Przed wykonaniem jakiegokolwiek czynności za pomocą urządzenia, pacjent powinien być powiadamiany o wybranej przez niego czynności i powinien móc potwierdzić ten wybór lub go anulować, jeśli został wykonany przez pomyłkę.
6. Jeśli pacjent odczuwa dyskomfort lub obawę, że samodzielnie sobie nie poradzi w wykonaniu jakiś działań, to należy zapewnić mu, za jego zgodą i akceptacją, pomoc asystenta, kogoś z rodziny lub z personelu placówki.

Ad f) Niewielki wysiłek fizyczny podczas użytkowania – takie projektowanie przestrzeni i przedmiotów, aby korzystanie z nich było wygodne, łatwe i nie wiązało się z wysiłkiem fizycznym.

1. Należy zlikwidować wszelkie ciężko otwierające się drzwi. Zaleca się montowanie drzwi automatycznych.

-
2. W dużych budynkach, miejsca w których wykonywane są czynności należące do jednego zabiegu lub jednej procedury należy lokalizować w najbliższej możliwie odległości, najlepiej w obrębie jednego poziomu. Uwolni to pacjentów od dalekiego chodzenia lub od przemieszczania się po schodach.
 3. W rozległych budynkach o długich ciągach komunikacyjnych i wielu piętrach, windy powinny być montowane w kilku, optymalnie dobranych miejscach, by nie było potrzeby chodzić z jednego końca budynku na drugi po to, by skorzystać z windy i znów powrócić na innym piętrze na odległy koniec budynku.
 4. Do podnoszenia pacjentów, zmiany ich ułożenia na łóżkach, do ich transportu należy stosować urządzenia uwalniające personel od nadmiernego dźwigania i zmęczenia.

Ad g) Rozmiar i przestrzeń wystarczające do użytkowania – odpowiednie dopasowanie przestrzeni do potrzeb jej użytkowników.

1. Każde ważne miejsce, w którym znajduje się punkt obsługi pacjentów (rejestracja, dyżurka pielęgniarek) lub tablice z informacją o takich miejscach, powinny być widoczne z każdego miejsca na ciągach komunikacyjnych, poczekalniach, klatkach schodowych itp.
2. Okienka, kontuary rejestracji, szatni powinny znajdować się na takich wysokościach, które pozwolą obsłużyć zarówno osobę niską lub siedzącą na wózku inwalidzkim, jak i osobę bardzo wysoką.
3. Na schodach i pochylniach powinny być zamontowane poręcze na dwóch wysokościach, tak by mogły z nich skorzystać osoby na wózkach inwalidzkich i piesi.
4. Przed wejściami, windami, w gabinetach należy zaplanować miejsce o odpowiednich wymiarach, które umożliwi swobodne manewrowanie np. pacjentowi na wózku inwalidzkim.

Ad h) Percepcja równości – równoprawny dostęp do środowiska, korzystania ze środków transportu i usług powszechnych lub powszechnie zapewnionych jest realizowany w taki sposób, aby korzystający nie czuł się w jakikolwiek sposób dyskryminowany czy stygmatyzowany.

1. We wszelkich procedurach świadczeń medycznych należy uwzględnić klauzulę dyskrecji i szacunku dla godności osoby pacjenta.
2. Każdy pacjent, niezależnie od jego wieku, płci, rasy czy niepełnosprawności, we wszystkich procesach zachodzących w placówce ochrony zdrowia, w których bierze udział, musi być traktowany, jako pełnoprawny podmiot.

3.4 Uniwersalne projektowanie – standardy dla POZ i szpitali

W celu wdrożenia działań projakościowych związanych z dostosowaniem placówek medycznych do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (przede wszystkim osób z niepełnosprawnościami i osób starszych) zostały opracowane dwa dokumenty: Standard Dostępności POZ oraz Standard Dostępności szpitali.

Dokumenty definiują istotne warunki niezbędne do poprawy dostępności POZ dla osób ze szczególnymi potrzebami w obszarach:

- Architektonicznym
- Cyfrowym
- Komunikacyjnym
- Organizacyjnym

Dokumenty są dostępne na stronie www.zdrowie.gov.pl

3.5 Technologie wspomagające

Angielska nazwa: Assistive Technology - AT.

Technologie wspomagające promują większą samodzielność, umożliwiając ludziom wykonywanie zadań, których wcześniej nie byli w stanie wykonać lub przy wykonaniu, których mieli poważne trudności. Odbywa się to przez udoskonalenie lub zmianę sposobów wykorzystywania urządzeń potrzebnych do realizacji takich zadań. Ogólnie rzecz biorąc, technologia wspomagająca ma umożliwić osobie niepełnosprawnej „pełniejsze uczestnictwo we wszystkich aspektach życia (dom, szkoła i społeczeństwo) oraz zwiększa ich możliwości „edukacji, interakcji społecznych i możliwości konkretnego zatrudnienia”. Przyczynia się do osiągnięcia przez osoby niepełnosprawne większej niezależności i samodzielności.

Najczęściej spotykane technologie wspomagające to:

1. Programy komputerowe - czytniki i powiększalniki ekranu, OCR (rozpoznawanie tekstu), rozpoznawanie mowy, systemy obsługi komputerów ruchami głowy, gałek oczu, wydmuchiwania i zasysania powietrza itp.
2. Urządzenia komputerowe - monitory i drukarki brajlowskie, wideotelefony, specjalistyczne klawiatury i urządzenia wskazujące itp.
3. Urządzenia elektrotechniczne – pętle indukcyjne, aparaty słuchowe itd.
4. Urządzenia mechaniczne - wózki inwalidzkie, kule, balkoniki, laski, protezy itp.

3.6 Funkcjonalne następstwa niepełnosprawności. Praktyczne przykłady zastosowań projektowania uniwersalnego.

3.6.1 Zmysł wzroku

Dysfunkcja narządu wzroku skutkuje przede wszystkim całkowitym brakiem dostępu do informacji wizualnej. Informacje wizualne to druk oraz przekaz bazujący na barwie i grafice. Dysfunkcja wzroku jest też dużym utrudnieniem w przemieszczaniu się w przestrzeni oraz poznawaniu otoczenia. Osoby z całkowitą utratą funkcjonalności narządu wzroku poznają świat i najbliższe otoczenie słuchem i dotykiem. Przy czym dotykiem można poznać jedynie obiekty, do których można podejść na odległość ręki, które można bezpośrednio dotknąć i których wielkość pozwala je objąć w całości. Przekaz za pomocą słuchu jest sekwencyjny, musi trwać znacznie dłużej niż poznanie wzrokowe, łatwiej jest go zakłócić hałasem i wymaga znacznie większej uwagi i wysiłku od odbiorcy.

Osoby z dysfunkcją narządu wzroku:

- do pozyskiwania informacji wykorzystują pismo dotykowe Braille'a, plany tyflograficzne oraz wszelkiego rodzaju technologie wspomagające: programy komputerowe: czytniki ekranów, OCR (optyczne rozpoznawanie tekstu), powiększalniki ekranów oraz sprzętowe: monitory brajlowskie, lupy i powiększalniki elektroniczne,
- do przemieszczania się w przestrzeni wykorzystują systemy nawigacyjne oparte na GPS oraz na elektronicznych znacznikach (beaconach), sygnalizację dźwiękową, fakturowe oznaczenia nawierzchniowe, a przede wszystkim stałe elementy występujące w przestrzeni i białą laskę, która służy * do badania przestrzeni, jak i do informowania innych osób o obecności osoby niewidomej.

3.6.2 Narząd słuchu

Dysfunkcja narządu słuchu skutkuje prawie całkowitym brakiem możliwości porozumiewania się naturalnym językiem mówionym i pisanym. Język migowy nie jest tożsamy z językiem ojczystym. Języki te różnią się gramatyką i liczbą używanych słów. Trzeba pamiętać, że nawet jeśli osoby z dysfunkcją narządu słuchu potrafią odczytywać mowę z ruchu ust, to odbywa się to wg określonych zasad i nie zawsze wszystko może zostać zrozumiane prawidłowo. Do komunikacji pomiędzy osobami posługującymi się językiem migowym a osobami, które tego języka nie znają wykorzystuje się tłumaczy języka migowego (na żywo lub zdalnie przez Internet), tekstu pisanego prostym językiem (krótkie informacje i polecenia), daktylografii, języka symbolicznego.

3.6.3 Narząd ruchu

Dysfunkcja narządu ruchu powoduje bardzo zróżnicowane skutki. Jest zależna od stopnia utraty sprawności, od tego, czy niesprawność dotyczy jednej czy większej liczby kończyn oraz od tego czy są to kończyny dolne, czy górne. Dysfunkcja kończyn dolnych skutkuje trudnościami w przemieszczaniu się w przestrzeni. Dysfunkcja kończyn górnych skutkuje trudnościami w samoobsłudze, w wykonywaniu ruchów precyzyjnych i ogólnie w wykonywaniu czynności manualnych. Osoby z dysfunkcją kończyn dolnych przemieszczają się w przestrzeni z wykorzystaniem różnych technologii wspomagających, takich jak kule, laski, wózki inwalidzkie, balkoniki itp. Osoby z dysfunkcją kończyn górnych np. do obsługi komputera używają następujących technologii wspomagających: specjalnych klawiatur (np. obsługiwanych jedną, lewą albo prawą ręką), systemów rozpoznających ruchy głowy, ruchy gałek ocznych, itp.

3.6.4 Dysfunkcje poznawcze i intelektualne

Dysfunkcje poznawcze i niepełnosprawności intelektualne skutkują ogólnie trudnościami pozyskiwania i przyswajania informacji. W szczególności mogą powodować trudności w zapamiętywaniu oraz trudności z pamięcią, trudności w utrzymywaniu koncentracji, trudności w kojarzeniu i rozumieniu zjawisk i zdarzeń. Ułatwienie funkcjonowania takim osobom polega na:

- ograniczeniu niepotrzebnych zmian,
- uproszczeniu informacji i ograniczeniu ich ilości do niezbędnego minimum (użycie piktogramów, uproszczonych schematów),
- zachowaniu konsekwencji w działaniu i organizacji przestrzeni,
- zachowaniu stałych elementów w stałych, łatwo zauważalnych miejscach (nazw, punktów przestrzeni, tytułów, organizacji działania), które ułatwiają odnalezienie się w podejmowanych działaniach po zakłóceniu koncentracji.
- przygotowywaniu tekstów w standardzie ETR -easy to read.

3.6.5 Schorzenia i urazy

Schorzenia i urazy, takie jak m.in. złamania kończyn, brak wydolności oddechowej i szybkie męczenie się, cukrzyca, epilepsja, zaburzenia zmysłu równowagi mają również ogromny wpływ na funkcjonowanie dotkniętych nimi osób. Trudności polegają na:

- braku możliwości podejmowania działań wymagających nadmiernego wysiłku,
 - braku możliwości przebycia nawet bardzo bliskiej odległości,
 - braku możliwości wejścia nawet po kilku schodach,
-

-
- braku sił by otworzyć ciężkie drzwi,
 - potęgowaniu się bólu przy zwiększonym wysiłku itd.

3.6.6 Wiek i cechy fizyczne

Wiek i fizyczne cechy ludzi także mogą być przyczyną wielu ograniczeń. Osoby starsze poruszają się wolniej i potrzebują więcej czasu od osób w pełni sił na np. przejście przez ulicę. Wzrost powoduje, że to co dla osoby wysokiej jest umieszczone nisko lub nawet za nisko, dla osoby niskiej może być umieszczone wysoko, a nawet za wysoko. Przejście przez wąskie drzwi dla osoby szczupłej nie będzie sprawiać żadnych problemów, ale dla osoby otyłej, czy kobiety ciężarnej może być dużym utrudnieniem. Z dużymi utrudnieniami spotykają się ludzie w pełni sił, gdy niosą duży i ciężki bagaż lub pchają wózek z małym dzieckiem. Wówczas każde wąskie drzwi, każde schody stają się niepotrzebnym ograniczeniem.

3.7 Pozytywne i negatywne przykłady praktycznego zastosowania Uniwersalnego projektowania

3.7.1 Wejścia

a) Przykład pozytywny:

- główne wejście dostępne dla wszystkich;
- z szerokimi drzwiami otwieranymi automatycznie;
- bez stopni, krawężników i progów od przystanku, parkingu i chodnika przez rejestrację aż do gabinetów zabiegowych i lekarskich;
- z tablicami informacyjnymi ustawionymi w stałych, dobrze zauważalnych miejscach z informacją wizualną, brajlowską i dźwiękową;
- ze zrozumiałe, prosto i zauważalnie wytyczoną trasą dojścia.

b) Przykład negatywny:

- dwa osobne wejścia, jedno główne z barierami, ale reprezentacyjne i usytuowane na najkrótszej drodze, a drugie bez barier, ale z boku lub z tyłu budynku, z dłuższą drogą dojścia;
- z wąskimi lub wymagającymi dużej siły do otwarcia drzwiami;
- z progami lub stopniami;
- z brakiem oznaczeń i informacji lub brakiem oświetlenia.

3.7.2 Rejestracja

a) Przykład pozytywny:

- dobrze zauważalna od drzwi wejściowych;
- z możliwie najkrótszą drogą dojścia;
- dobrze i zrozumiale oznaczona (z informacją wizualną, dotykową i dźwiękową);
- z kontuarem umieszczonym na wysokości, która pozwoli obsłużyć zarówno osobę stojącą, jak i osobę siedzącą na wózku inwalidzkim;
- możliwość skorzystania z usług tłumacza języka migowego;
- wyposażenie rejestracji w pętle indukcyjne;
- instrukcje, informacje i oznaczenia dostępne także w formie graficznej i symbolicznej;
- z personelem doświadczonym w obsłudze osób ze szczególnymi potrzebami (dalej jako: OzSP);
- zapoznanie pacjenta ze sposobami przemieszczania się wewnątrz budynku i na zewnątrz;
- powiadomienie pacjenta o dostępnych sposobach przywołania pomocy.

b) Przykład negatywny:

- umiejscowienie daleko od wejścia;
- bez zrozumiale i prosto wyznaczonej trasy dojścia;
- bez łatwo zauważalnych oznaczeń;
- z okienkiem umiejscowionym na jednej wysokości, np. umożliwiającą obsługę osób w pozycji stojącej;
- z personelem bez doświadczeń i umiejętności obsługi OzSP;
- brak dyskrecji w przekazywaniu informacji głosowo;
- brak strony i usług elektronicznych zgodnych z WCAG 2.1;
- brak możliwości rejestracji telefonicznej;
- brak możliwości uzyskania porady i informacji telefonicznej.

3.7.3 Gabinety

a) Przykład pozytywny:

- wyposażony w szerokie łatwo otwierające się drzwi;
 - z odpowiednio dużą ilością miejsca przed i wewnątrz, umożliwiającą swobodne i bezpieczne manewrowanie osobom na wózkach inwalidzkich;
 - wyposażenie gabinetów w pętle indukcyjne;
 - wyposażone w urządzenia dostosowane do obsługi OzSP;
-

-
- ze zrozumiałą i dobrze zauważalną informacją (wizualną, dotykową i dźwiękową).

b) Przykład negatywny:

- z wąskimi drzwiami;
- z niewystarczającą ilością miejsca na manewry wózkiem przed i wewnątrz;
- z niezauważalną informacją, np. tylko wizualną;
- brak umiejętności nawiązania kontaktu z osobą niesłyszącą.

3.7.4 Windy

a) Przykład pozytywny:

- umożliwiające przemieszczanie się wszystkim do wszystkich możliwych poziomów (pięter, półpięter itp.);
- z odpowiednimi wymiarami przed i wewnątrz;
- z intuicyjnym, zamontowanym na odpowiedniej wysokości i odpowiednio oznaczonym panelem wewnątrz windy, jak i panelem do jej przywoływania przed wejściem do windy;
- z dobrym oświetleniem;
- z prostym, krótkim oraz szerokim dojściem bez progów i schodów;

b) Przykład negatywny:

- bez możliwości dojścia do windy z każdego, używanego przez wszystkich poziomów;
- z umiejscowieniem w oddalonym od części użytkowej miejscu;
- z panelami sterującymi bez oznaczeń brajlowskich, wizualnych oraz bez powiadomień głosowych i wizualnych;
- z panelami wewnętrznymi i zewnętrznymi zamontowanymi na wysokości uniemożliwiającej skorzystanie osobom niskim lub bardzo wysokim;
- bez wymaganych wymiarów przed i wewnątrz windy.

3.7.5 Strona internetowa

a) Przykład pozytywny:

- strona, która została zbadana i spełnia wszystkie kryteria sukcesu WCAG 2.1 na poziomie A i AA.

b) Przykład negatywny:

- bez wyróżnionych znacznikami HTML elementów strukturalnych;
- bez tekstowych opisów zamieszczanych na stronie grafik;
- bez prostych w układzie formularzy z polami z programowo przypisanymi etykietami;
- z nielogicznym układem treści;
- z niekonsekwentnym systemem nawigacji;
- z trudnym lub niemożliwym do obsługi przez OzSP systemem logowania;
- z załącznikami udostępnianymi w postaci skanowanych obrazów.

4. Niepełnosprawność - definicje

Zgodnie z Ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych **niepełnosprawność** oznacza „trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy”.

Europejska klasyfikacja rodzajów niepełnosprawności

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O – choroby narządu wzroku
- 05-R – upośledzenie narządu ruchu
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego

Rodzaje niepełnosprawności

- obniżona sprawność sensoryczna (zmysłowa) – brak, uszkodzenie lub zaburzenie funkcji analizatorów zmysłowych (są to m.in. osoby niewidome, niedowidzące, głuche, niedosłyszące, z zaburzeniami percepcji wzrokowej i słuchowej),

-
- obniżona sprawność intelektualna – niepełnosprawność intelektualna, demencja starcza,
 - obniżona sprawność funkcjonowania społecznego – zaburzenia równowagi nerwowej, emocjonalnej oraz zdrowia psychicznego,
 - obniżona sprawność komunikowania się – utrudniony kontakt słowny (zaburzenia mowy, autyzm, jąkanie się),
 - obniżona sprawność ruchowa – osoby z dysfunkcją narządu ruchu (wrodzoną lub nabytą),
 - mózgowo porażenie dziecięce,
 - obniżona sprawność psychofizyczna z powodu chorób somatycznych – np. nowotwory, guz mózgu, cukrzyca, nowotwór.

Przyczynami niepełnosprawności są: wady wrodzone, choroby przewlekłe oraz zdarzenia nagłe (np. wypadki, urazy, zatrucia, infekcje, komplikacje medyczne).

Bariery dotykające osoby z niepełnosprawnościami:

- architektoniczne (brak samodzielnego lub swobodnego poruszania się po obiekcie ze względu na brak podjazdów, wind),
- społeczne (dyskryminacja ze względu na niepełnosprawność, nieodpowiednie traktowanie ze strony innych osób),
- czynne (możliwość porozumiewania się, zdobywania i przekazywania informacji),
- bierne (nieczytelne napisy, brak brajlowskich oznaczeń),
- względne (osoby napotykają na bariery i problemy, ale mogą je niwelować np. za pomocą specjalistycznych urządzeń),
- bezwzględne (bariery, których nie można samodzielnie pokonać).

5. Osoby ze szczególnymi potrzebami

Osoby ze szczególnymi potrzebami to takie, które ze względu na swoje cechy albo okoliczności, w których się znajdują, muszą podjąć dodatkowe działania w celu przezwyciężenia barier uniemożliwiających lub utrudniających im udział w różnych sferach życia na równi z innymi osobami. Są to więc nie tylko osoby niepełnosprawne, ale też inne osoby niesamodzielne, osoby starsze czy rodzice z dziećmi w wózkach dziecięcych.

6. Niewidomi i słabowidzący

W Polsce żyje ponad milion osób, które źle widzą. Nie są w stanie odczytać tekstu wyświetlonego na ekranie telewizora, treści ogłoszeń na ulicach, a nawet numeru nadjeżdżającego autobusu. Wśród nich jest około 140 tysięcy niewidomych i osób tak źle widzących, że nie mogą czytać książek i gazet. Liczba ta stale rośnie.

Oprócz osób niepełnosprawnych prawnie, czyli mających orzeczenie o niepełnosprawności, są też niepełnosprawni biologicznie. Nasze społeczeństwo się starzeje – seniorzy stanowią coraz większą jego część. Osób z dysfunkcją wzroku przybywa jednak także z wielu innych powodów. Na szczęście rośnie też ilość produktów i metod, które niwelują skutki problemów ze wzrokiem.

Medyczne kryteria uszkodzeń wzroku

- **Osoby niewidome**, wśród nich całkowicie niewidome, które nie reagują na żadne bodźce wzrokowe, a więc nie posiadają one żadnych czynności wzrokowych, wyjątkiem są tutaj osoby z zachowanym poczuciem światła, a więc potrafiące odróżnić dzień od nocy.
- **Osoby niewidome z resztkami wzroku** (szczątkowo widzące). Ich zdolność widzenia nie przekracza 5% normalnej ostrości widzenia. Do tej grupy zalicza się także osoby z zawężonym polem widzenia do 10°. „Resztkowcy” zachowują szczątkowy wzrok, lecz nie ma on większej wartości poznawczej; np. przy bardzo zawężonym polu widzenia widoczny jest tylko mały fragment przestrzeni, który nie pozwala na orientację za pomocą bodźców wzrokowych.
- **Osoby słabowidzące** są to osoby z uszkodzeniem widzenia centralnego; zdolność widzenia waha się u tych osób pomiędzy 6 – 25 % prawidłowej ostrości wzroku. Przy takiej ostrości niemożliwe jest dostrzeganie szczegółów większych przedmiotów ani przedmiotów małych rozmiarów.
- **Osoby z wysoką krótkowzrocznością** – takie osoby mają problem z widzeniem odległych przedmiotów, mimo korekcji okularowej. Dobrze widoczne są jedynie przedmioty znajdujące się stosunkowo blisko. Krótkowzroczność jest związana z uszkodzeniem czynności optycznych oka.
- **Osoby z uszkodzeniem widzenia obwodowego** - ubytki w polu widzenia mogą one mieć bardzo różne. Zwężenie pola widzenia może być równomierne (nie większe niż 30°), lub połowiczne (brak widzenia po prawej lub lewej stronie, różnego rodzaju mroczki, czy też brak widzenia w pewnych obszarach). Uszkodzenie pola widzenia powoduje trudności w spostrzeganiu przestrzeni.
- **Osoby słabowidzące z zaburzeniami widzenia stereoskopowego** (obuocznego), u których występują trudności w spostrzeganiu przedmiotów jako brył, jak również

w spostrzeganiu przestrzeni, co pociąga za sobą trudności w ocenie odległości i kierunków. Tutaj warto także uwzględnić osoby z zaburzeniami widzenia barw i widzenia zmierzchowego.

Istotna jest także kwestia tego, w jakim okresie życia nastąpiła utrata wzroku. Wyróżnić możemy tutaj osoby ociemniałe, które mają zachowaną pamięć wzrokową (utraciła wzrok po 3 r.ż).

Za osoby niewidome zwykliśmy uważać osoby, które nie widzą od urodzenia lub straciły wzrok we wczesnym dzieciństwie (do 3 r.ż) i nie pamiętają, że widziały, lub w pamięci zachowane mają pojedyncze wrażenia wzrokowe nie pozwalające jednak na odtworzenie „świata widzących”.

Tyflopsychologia – jak osoby niewidome i słabowidzące poznają świat

Procesom poznawczym, jesteśmy w stanie rozumieć otaczający nas świat. Psychologia poznawcza zajmuje się badaniem procesów i struktury umysłowej, które umożliwiają ludziom percepcję, używanie języka, rozumowanie, rozwiązywanie problemów, formułowanie ocen i podejmowanie decyzji. Zainteresowania psychologii poznawczej obejmują zatem swoim zainteresowaniem:

- ludzką inteligencję,
- rozwój języka,
- myślenie i rozwiązywanie problemów,
- pamięć,
- uwagę,
- percepcję.

W tym zakresie u osób z dysfunkcją wzroku możemy napotkać problemy, które są związane głównie z brakiem możliwości spontanicznego spostrzegania przedmiotów i ludzi. W procesach poznawczych aż 82% wrażeń dostarcza zmysł wzroku, kolejno zmysł słuchu – 11%, zmysł węchu 3,5%, zmysł dotyku 1,5%, zmysł smaku, bólu, czy zmysł kinestetyczny odbierają jedynie 2% wrażeń. Tak więc przede wszystkim u osób niewidomych trzeba wykształcić inny sposób poznawania rzeczywistości, wykorzystując dostępne dla nich zmysły. Głównie będzie to zmysł dotyku, jednak umiejętność posługiwania się nim trzeba wykształcić. Zmysł ten jest zmysłem sekwencyjnym, co oznacza, że poznanie nim przedmiotu przebiega etapami, odkrywając kolejne jego cechy, osoba widząca patrząc, otrzymuje cały obraz przedmiotu od razu, natomiast osoba niewidoma musi poznać kolejno wielkość przedmiotu, części z jakich się składa. Kolejna różnica polega na tym, że dotyk jest zmysłem kontaktowym, a więc osoba niewidoma nie jest w stanie poznać przedmiotów oddalonych od niego. Podobnie w przypadku poznawania nowych przedmiotów, wzrok jako zmysł receptoryczny

ciągłe dostarcza bodźców, otoczenie ciągle działa na zmysł, co sprawia, że osoba widząca jest stale pobudzana do obserwowania rzeczywistości, osoba niewidoma takiej możliwości nie ma, chcąc poznać jakiś przedmiot musi wiedzieć, że jest w pobliżu i odszukać go.

Zjawisko kompensacji polega na zastąpieniu zaburzonych lub całkowicie zniesionych funkcji organizmu przez inne, może wystąpić w sferze poznawczej i motorycznej. Zakłada ukształtowanie innego mechanizmu poznania rzeczywistości czy wykonywania różnych czynności praktycznych. Mianem kompensacji kognitywnej określa się kompensacje w sferze poznawczej.

Kompensacja na poziomie sensorycznym polega na włączeniu wszystkich zmysłów, nie tylko zmysł dotyku w proces poznawania rzeczywistości. Zjawisko kompensacji nie jest wynikiem działania jednego zmysłu, lecz współdziałania wszystkich pozostałych, które muszą przejąć funkcję brakującego zmysłu. U niewidomych nie wyróżnimy dominującego zmysłu. Tak jak u osób widzących możemy twierdzić, że dominującym zmysłem jest wzrok. Rozwój umiejętności dotykowego poznawania rzeczywistości nie jest nabywany automatycznie i spontanicznie jak spostrzeganie u osób widzących. Niewidomi muszą nauczyć się dotykowego spostrzegania przedmiotów, sposobu ich dotykania i przesuwania palcami tak, aby uzyskać jak najwięcej informacji o cechach danego przedmiotu.

Poznanie przedmiotu dotykiem

Aby poznać nieznaną przedmiot, niewidomy musi umieć spostrzegać przedmiot figuralnie tzn. wiedzieć, że każdy przedmiot ma określone fizyczne cechy, charakteryzuje się pewnym kształtem, musi poznać nazwę, aby przyporządkować go do odpowiedniej kategorii co stanowi kwintesencję poznania sensorycznego. Musi także poznać funkcję i wartość użytkową oraz funkcję operacyjną przedmiotu. Rozróżnianie przedmiotów, początkowo jest bardzo trudne, ponieważ u dzieci niewidomych schematy rozwijają się w wieku 5-6 lat, czyli później niż u dzieci widzących. Częste pomyłki zdarzają się w rozpoznawaniu przedmiotów do siebie podobnych, co jest związane ze zbyt ogólnymi schematami, którymi dysponuje dziecko. Rozpoznawanie jest czynnością trudną i przebiega stosunkowo powoli.

Jest jednak wiele takich rzeczy, które nie są dostępne dotykowo. Będą to np. duże przedmioty, takie jak dom, szczyt góry, czy też bardzo małe jak pajęczyna, mrówka. Istotną rolę w spostrzeganiu takich przedmiotów ma wyobraźnia.

Wyobrażenia surogatowe nazywanych inaczej zastępczymi to mówiąc prościej tworzenie obrazów tych przedmiotów, które nie są dostępne dotykowo na podstawie wykształconych w umyśle obrazów. Odnoszą się głównie do takich cech jak światło czy barwa.

Rozpoznawanie ludzi

Niewidomi rozpoznają ludzi głównie na podstawie charakterystycznej mowy każdego człowieka. Wysokość, siła, ton głosu, a także szybkość wymawiania zdań są cechami indywidualnymi.

W otoczeniu oprócz przedmiotów i ludzi można spotkać się także z różnymi zjawiskami, którym często towarzyszą dźwięki. Deszcz, szczekanie psa czy otwieranie drzwi niewidomy rozpozna po dźwięku towarzyszącym tym zdarzeniom. Kiedy coś gotujemy czy prasujemy można wyczuć „zapach” takich czynności.

Komunikacja niewerbalna

Wyróżniamy kilka typów ekspresji niewerbalnej, która jest nieosiągalna dla osób niewidomych:

- mimikę twarzy,
- pantomimikę, czyli gestykulację,
- proksemię, czyli zachowanie właściwej odległości między rozmówcami,
- prajęzyk, czyli modulacja głosu.

Osoby niewidome nie są w stanie odbierać komunikatów niewerbalnych, a co za tym idzie, nie potrafią spontanicznie ich naśladować. Dostępna jest dla nich jedynie modulacja głosu, której i tak muszą się nauczyć.

Savoir vivre – osoby niewidome

Ogólne zasady

- Bądź przygotowany, aby pomóc np. przeczytać coś, kiedy o to poprosi. Nie bój się pomagać – podejść, porozmawiać, zapytać, w czym możesz pomóc. Często mamy wrażenie, że jeżeli ktoś nas nie widzi, to w zasadzie tak jakby nas nie było w danym miejscu, a jest to nieprawdą.
- Zwracaj się bezpośrednio do osoby niewidomej.
- Kiedy osoba niewidoma idzie pewnym krokiem, wówczas chęć niesienia pomocy może stać się niepotrzebnym utrudnieniem.
- Nie dotykaj białej laski ani psa przewodnika osoby niewidomej. Pies jest w pracy i nie można go rozpraszać. Biała laska stanowi część przestrzeni osobistej danej osoby. Jeśli osoba niewidoma położy gdzieś laskę, nie przekładaj jej, uprzedzaj jedynie wtedy, jeśli może stanowić przeszkodę.

-
- Opowiadając o przestrzeni, dotarciu do konkretnego miejsca, czy ułożeniu przedmiotów, możesz używać orientacji według zegara. Godzina 12 znajduje się najdalej od niej, a 6 najbliżej, po lewej stronie mamy 9, a po prawej 3.
 - Jeżeli wskazujesz osobie niewidomej drogę, podaj jej konkretne wskazówki niewymagające orientacji wzrokowej. Zamiast powiedzieć „skręć w prawo przy zegarze”, powiedz „idź prosto do końca alejki, a potem skręć w prawo”, osoba niewidoma może nie wiedzieć, gdzie jest zegar.
 - Nie należy obawiać się używania w stosunku do osoby niewidomej sformułowań „popatrz”, „zobacz”, „widzisz to?”. Osoby niewidome uczestniczą w życiu, kulturze i języku osób widzących, stąd posługują się zwrotami popularnymi w społeczeństwie.
 - Dopilnuj, aby na drodze, którą poruszają się osoby z dysfunkcją wzroku nie było przeszkód, np. krzesel, kartonów.

Prowadzenie osoby niewidomej

- Należy zapytać, czy potrzebna jest nasza pomoc jako przewodników, czy też wystarczą wskazówki słowne.
- Przewodnik osoby niewidomej zgłasza swoją gotowość – podaje łokieć lub dotyka zewnętrznej części dłoni osobie niewidomej. Niewidomy chwyci przewodnika za ramię, tuż powyżej łokcia. To łokieć informuje, czy będziemy wchodzić na stopień, skręcać, czy pochylać się. Przewodnik idzie jako pierwszy, pół kroku przed osobą niewidomą - zapewnia to bezpieczeństwo.
- Przewodnik powinien informować osobę niewidomą, dokąd i którędy idą, a także o zbliżających się przeszkodach.
- Opisuj otoczenie i wskazuj przeszkody np. schody w górę, w dół, dziura, winda. Wskazuj również: drzwi obrotowe, otwarte drzwiczki, przedmioty wystające ze ścian na poziomie głowy, np. lampy.
- Jeżeli wchodzimy lub schodzimy ze schodów, informujemy o tym czy są to schody ruchome czy zwykłe, czy prowadzą w górę czy w dół. Przy schodach można położyć rękę na poręcz.
- Przechodząc przez drzwi osoba niewidoma powinna iść od strony zawiasów, ułatwi to przechodzenie i uniknie wejścia na framugę
- Prowadząc osobę niewidomą wąskim przejściem, daj jej sygnał aby ustawiła się a tobą, przekładając swoją rękę za plecy.
- Jeśli musisz iść i pozostawisz osobę niewidomą w jakimś miejscu samą, powiedz jej o tym, opisz jej drogę do wyjścia, a następnie pozostaw ją blisko ściany, stołu lub w jakimś innym konkretnym miejscu. Pozostawiając osobę niewidomą na środku pomieszczenia sprawisz jej duży kłopot.
- Jeżeli chcesz ostrzec osobę niewidomą, zrób to w konkretny sposób. Sam okrzyk „uwaga!” nie pozwoli jej się zorientować, czy ma się zatrzymać, uciekać, pochylić czy przeskoczyć.

-
- Jeżeli chcesz wskazać krzesło, podejdź do niego, połóż swoją rękę na oparciu krzesła - osoba niewidoma powinna przesunąć dłoń po naszej ręce aż do oparcia. Drugą metodą jest położenie dłoni osoby niewidomej na oparciu.

Obsługa osoby z dysfunkcją wzroku

- Zanim nawiążesz kontakt, uprzedź o tym osobę niewidomą. Wymień funkcję jaką pełnisz, np. lekarz, pielęgniarka, pracownik administracyjny, asystent.
- Jeżeli jest taka potrzeba i możliwość – wskaż najważniejsze pomieszczenia.
- Proponuj osobom niewidomym odczyt informacji podanych w pisemnej formie.
- Osoby niedowidzące mogą przeczytać jedynie informacje wydrukowane dużą czcionką (rozmiar 16-18). Etykiety i oznaczenia powinny być napisane wyraźnymi literami kontrastującymi z tłem. Należy unikać kursywy, podkreśleń, czcionek ozdobnych i symulujących pismo ręczne.
- Osoba niewidoma jest w stanie złożyć własnoręczny podpis. Po zapoznaniu jej z treścią dokumentu, należy wskazać miejsce, gdzie powinien znaleźć się podpis np. poprzez wzięcie ręki i postawienie długopisu we właściwym miejscu. Cały czas należy jednak informować o czynnościach, które zamierzamy wykonać. Jeżeli pacjent prosi o przeczytanie dokumentu, odczytaj go, zaczynając od nagłówek. Jeśli potrzeby jest podpis, zapytaj w jaki sposób masz wskazać miejsce do podpisu. Pacjent może posiadać specjalną ramkę, lub poprosić o wskazanie jego ręką miejsca w którym powinien złożyć podpis.

7. Głusi i słabosłyszący

Nie widząc tracimy kontakt ze światem

Nie słysząc – z ludźmi...

Słuch jest zmysłem, którego prawidłowe działanie stanowi podstawę komunikacji i funkcjonowania w społeczeństwie.

Szacuje się, że w Polsce liczba słabosłyszących przekracza 1 mln, a może sięgać nawet 10% populacji. Ubytek słuchu ma co czwarty człowiek powyżej 65 r.ż.

Osoby słabosłyszące w odróżnieniu od osób niewidomych czy na wózkach inwalidzkich, nie mają problemu z dotarciem do obiektu. Głównym problemem jest prawidłowy odbiór informacji.

W obliczu powstających barier, osoby z niedosłuchem rezygnują z życia społecznego.

Osoby dotknięte głuchotą, zwłaszcza Głuche Kulturowo, stanowią grupę, która wydaje się, najmniej znaną dla społeczności osób słyszących. Wynika to z bariery komunikacyjnej. Dla osób Głuchych w większości przypadków, podstawowym środkiem porozumiewania się jest Polski Język Migowy, którego większość osób słyszących nie zna. Z kolei odmienna gramatyka Polskiego Języka Migowego utrudnia porozumiewanie się za pomocą pisma w języku polskim, który w mowie i piśmie jest dla osób Głuchych językiem obcym. Odmienny sposób porozumiewania się często prowadzi do izolowania społeczności Głuchych oraz utrzymywania się stereotypów. Osoby Głuche mają mniejszy dostęp do informacji, zdobywania wiedzy, doświadczenia, podnoszenia swoich kwalifikacji.

Głuchy pisany wielką literą oznacza człowieka – członka określonej mniejszości językowej, dla którego język migowy jest jego pierwszym językiem. Wielka litera w słowie Głuchy to deklaracja przynależności do Kultury Głuchych, do jej wartości, przekonań, norm, a nie tylko stan zdrowia.

Sformułowanie „osoba z uszkodzonym słuchem” obejmuje wszystkie osoby z dysfunkcją narządu słuchu. W zależności od wieku, w którym nastąpiło uszkodzenie słuchu, jego stopnia oraz rodzaju, osoby te napotykają na mniejsze bądź większe trudności w komunikacji z osobami słyszącymi.

Kryteria klasyfikacji uszkodzenia słuchu

Stopnie przelicza się według tabeli Międzynarodowego Biura Audiofonologii (BIAP). Przy ubytku słuchu powyżej:

- 20 do 40 dB występuje uszkodzenie w stopniu lekkim,
- 40 do 70 dB umiarkowanym,
- 70 do 90 dB znacznym,
- 90 dB głębokim.

Konsekwencje uszkodzenia słuchu

W stopniu lekkim - osoba z uszkodzeniem słuchu w stopniu lekkim, zwana osobą lekko niedosłyszającą, może mieć trudności z odbiorem mowy w hałasie bądź z większej odległości oraz z identyfikacją akustyczną niektórych głosek. Jednak taki stopień uszkodzenia słuchu nie utrudnia jej w sposób znaczący pełnienia ról społecznych.

W stopniu umiarkowanym - umożliwia odbiór bodźców dźwiękowych jedynie w korzystnych warunkach akustycznych. Osoby z takim uszkodzeniem słuchu nazywamy niedosłyszającymi lub

słabosłyszącymi. Wiele z tych osób korzysta z aparatów słuchowych. Mowa u nich jest podstawowym środkiem porozumiewania się, ale często występują w niej wady.

Uszkodzenie słuchu w stopniu znacznym - powoduje, że mowa dźwiękowa nie rozwija się w sposób naturalny i spontaniczny, a także uniemożliwia słyszenie i rozumienie mowy bez zastosowania aparatów słuchowych, a często nawet przy ich zastosowaniu nie jest możliwa identyfikacja wszystkich dźwięków mowy. Dlatego też osoby, u których występuje ten stopień uszkodzenia słuchu często wspomagają się odczytywaniem mowy z ust.

Głęboki stopień uszkodzenia słuchu - uniemożliwia rozumienie mowy nawet przy zastosowaniu aparatów słuchowych. Dzięki nim jedynie możliwe jest częściowe słyszenie dźwięków mowy, jednak bez ich pełnej identyfikacji. Częściowe słyszenie dźwięków mowy ułatwia odczytywanie z ust. Osoby z uszkodzeniem słuchu w stopniu głębokim porozumiewają się za pomocą mowy i języka migowego, a gdy opanowanie mowy jest niemożliwe wyłącznie za pomocą języka migowego.

Konsekwencje głuchoty

Podstawową konsekwencją uszkodzenia słuchu, zwłaszcza w stopniu znacznym lub głębokim, jest zaburzenie kształtowania się mowy w sposób naturalny. Ogranicza to możliwość komunikowania się w sposób werbalny, co prowadzi do izolacji społecznej.

Zjawisko kompensacji - możemy wyróżnić kompensację percepcyjną, a w niej wzrokową i wzrokowo – słuchową percepcję wypowiedzi słownych, tzw. odczytywanie mowy z ust. W pewnym stopniu, zadania kompensacyjne może przejąć także percepcja wibracyjno - dotykowa, np. odbiór rytmu muzyki poprzez drgania. Kompensację trudności w komunikacji interpersonalnej stanowi język migowy.

Konsekwencje głuchoty związane z wymową

- nieprawidłowe dla mowy oddychanie,
- zła jakość głosu – zbyt niski lub zbyt wysoki,
- nieprawidłowa artykulacja poszczególnych głosek,
- ograniczone słownictwo,
- zaburzenia składni i tempa mowy,
- mowa niewyraźna, często trudna do zrozumienia przez osoby słyszące,
- nieprawidłowe stosowanie zaimków, np. Jak nazywa twoja wujek?
- zmiana szyku wyrazów w zdaniu, np. Mój nazywa wujek Tomek,
- trudności w budowaniu poprawnych odpowiedzi na pytania.

Głusi w społeczeństwie

Spółeczna wiedza o osobach niesłyszących jest nadal zbyt mała. Taka sytuacja jest spowodowana trudnościami w komunikacji, zwłaszcza z osobami Głuchymi kulturowo. Obawa przed komunikacją, brakiem zrozumienia, powoduje, że osoby słyszące unikają kontaktu z osobą głuchą, ale i odwrotnie. Osobie słyszącej trudno jest się wczuć w sytuację osób głuchych, nie wystarczy bowiem odciąć się od źródła dźwięku np. przez zatkanie uszu.

Język migowy i migany

Polski Język Migowy (PJM) to naturalny, pełnowartościowy język wizualno – przestrzenny używany przez osoby Głuche w Polsce. Posiada on własną gramatykę, odmienną od gramatyki języka polskiego. Treść informacji przekazywana jest za pomocą:

- daktylografii – alfabet palcowy, liczebniki,
- ideografii – znaki migowe odpowiadające poszczególnym pojęciom,
- pozycji ciała w trakcie rozmowy,
- mimiki twarzy, stanowiącej część gramatyki PJM.

Polski Język Migowy jest żywym, stale rozwijającym się językiem. Warto zaznaczyć, iż w trakcie posługiwania się PJM zazwyczaj nie używa się mowy. System językowo – migowy (SJM, język migany) nie jest naturalnym językiem, to sztuczny system umożliwiający porozumiewanie się między osobami słyszącymi a niesłyszącymi. Stanowi on subkod języka polskiego wykorzystujący jego gramatykę. W trakcie przekazywania informacji za pomocą SJM posługujemy się językiem mówionym przy jednoczesnym użyciu znaków migowych. System językowo-migowy jest łatwiejszy do opanowania przez osoby słyszące, ze względu na to, iż znaki migowe używane są w szyku gramatycznym języka polskiego.

PJM wykorzystywany jest zazwyczaj w tłumaczeniach telewizyjnych np. transmisjach na żywo, a SJM wykorzystuje się w m.in. nauczaniu dzieci niesłyszących. Aby osoba głucha mogła w pełni zrozumieć treść przekazaną w SJM musi dobrze opanować strukturę gramatyczną języka polskiego.

Pętla indukcyjne i systemy FM

Pętla indukcyjna to potoczna nazwa systemu wspomagania słuchu z pętlą indukcyjną (induktofoniczną). Umożliwia ona osobie niedosłyszącej odbiór nieskazitelnie czystego i wyraźnego dźwięku poprzez cewkę telefoniczną (T), w którą wyposażony jest niemal każdy aparat słuchowy.

Najczęściej pętla indukcyjna stosuje się w miejscach, gdzie panuje duży hałas, o dużym pogłosie lub po prostu tam, gdzie potrzebna jest dobra zrozumiałość mowy.

System wspomaganie słuchu z pętlą indukcyjną składa się z odpowiednio zainstalowanego w pomieszczeniu przewodu tworzącego pętlę oraz ze specjalnego wzmacniacza pętli indukcyjnej. Do wzmacniacza podłączone jest źródło dźwięku – mikrofon, system nagłośnieniowy sali, CD, telewizor itp. Po odpowiednim wzmocnieniu, wzmacniacz podaje na przewód pętli sygnał w postaci prądu. Prąd płynący przez przewód wytwarza zmienne pole magnetyczne wewnątrz pętli, które jest odbierane przez cewkę telefoniczną (T) aparatu słuchowego lub specjalny odbiornik indukcyjny.

Po przełączeniu aparatu słuchowego z mikrofonu (M) na cewkę telefoniczną (T), cewka odbiera zmienne pole magnetyczne i zamienia je z powrotem na sygnał elektryczny. Sygnał z cewki jest odpowiednio wzmocniony i dopasowany do ubytku słuchu przez aparat słuchowy.

Dzięki temu użytkownik aparatu słuchowego może cieszyć się tylko wyraźnym, użytecznym sygnałem, bez żadnych zakłóceń i zniekształceń z zewnątrz.

Najważniejsze zalety płynące ze stosowania pętli indukcyjnych to:

- Dźwięk jest w pełni dopasowany do ubytku słuchu przez aparat słuchowy,
- Z jednego systemu może korzystać nieograniczona liczba osób,
- Odbiornikiem jest sam aparat słuchowy, nie ma konieczności stosowania kosztownych i mało higienicznych odbiorników zewnętrznych,
- Spośród wszystkich systemów wspomagających są najbardziej ekonomiczne.
- Są najbardziej wszechstronne.

System FM to urządzenie wspomagające lepsze słyszenie w trudnych warunkach akustycznych i w związku z dużymi odległościami między mówiącym a osobą z niedosłuchem. Oddziela sygnał mowy od zakłóceń z otoczenia (hałasu, pogłosu, szumu), dzięki czemu osoba niedosłysząca może lepiej rozumieć słowa. System FM przekazuje sygnał drogą radiową. W mikrofon i nadajnik zaopatrzona jest osoba mówiąca, natomiast odbiornik połączony jest z aparatem słuchowym osoby niedosłyszącej. System ma również mikrofon, który pozwala użytkownikowi aparatu słyszeć własny głos. Odbiornik ma wyjście audio, więc można podłączyć go do innych urządzeń: komputera, telewizora, wieży, dyktafonu, telefonu komórkowego.

Savoir-vivre – osoby głuche

W kulturze Głuchych zwrot „głuchoniemy” odbierany jest jako obraźliwy, chociaż osoba Głucha migająca „jestem Głuchy” użyje znaku, który w SJM określa słowo głuchoniemy. Zgodnie z Kulturą Głuchych osoba taka nie jest niema, ponieważ posiada język – Polski Język Migowy (PJM).

Komunikacja z osobą Głuchą

- Obserwuj jakie sygnały daje osoba z dysfunkcją słuchu.
- Najskuteczniejszym sposobem komunikowania się jest pomoc tłumacza języka migowego.
- W prostych interakcjach zwykle wystarczy pisanie komunikatów na kartce. Komunikując się pisemnie z osobą niesłyszącą należy konstruować zdania pojedyncze i krótkie.
- Zanim zaczniesz mówić do osoby niesłyszącej lub niedosłyszącej, upewnij się, że na Ciebie patrzy. Mów z twarzą zwróconą w kierunku rozmówcy.
- Jeżeli osoba niedosłysząca lub niesłysząca nie zrozumie któregoś zdania, nie powtarzaj go dosłownie, ujmij to, co chcesz powiedzieć inaczej.
- Nie krzycz do osoby niesłyszącej lub niedosłyszącej.

Komunikacja z osobami z zaburzeniami mowy

- Poświęć takiej osobie pełną uwagę. Nie przerywaj jej ani nie kończ za nią zdań. Poproś o powtórzenie, jeśli masz trudności z jej zrozumieniem.
- Jeżeli nie jesteś pewien, czy dobrze zrozumiałeś, możesz powtórzyć informację. Możesz również poprosić o napisanie na kartce tego, co Głuchy chce powiedzieć albo zaproponować inny sposób komunikacji.

Jak mówić do osoby z uszkodzonym słuchem?

- Gdy Twój niesłyszący rozmówca potrafi odczytywać mowę z ust, pamiętaj, aby w trakcie rozmowy utrzymać odległość ok. 1 m, tak aby mógł on dokładnie Ciebie widzieć. Zwróć ku niemu twarz, by mógł swobodnie czytać słowa z ruchu Twoich warg. Aby to ułatwić, nie mów z papierosem w ustach, nie trzymaj rąk w okolicy ust, nie kręć głową.
 - Pamiętaj, że rozmowa powinna być prowadzona w dobrze oświetlonym pomieszczeniu, aby twarz mówiącego była widoczna. Nie stawaj na tle okna, bowiem wówczas Twoja sylwetka staje się ciemniejsza. Wycisz urządzenia, które mogłyby zakłócić komunikację np. telewizor, radio.
 - Pamiętaj, aby podczas rozmowy nie krzyczeć. Dźwięki stają się wówczas bardziej przenikliwe i wywołują niepożądane wibracje w aparacie słuchowym, co może wywołać ból. Mów spokojnie, naturalnie, niezbyt szybko, posługuj się krótkimi jednoznacznymi zdaniami.
 - Twoje naturalne gesty, mimika pozwolą na lepsze zrozumienie lub domyślenie się sensu wypowiedzi.
-

-
- Gdy chcesz, aby osoba niesłysząca brała udział w dyskusji, przed jej rozpoczęciem zapoznaj ją z głównym tematem i wątkami pobocznymi tak, aby mogła ona aktywnie w niej uczestniczyć.
 - Musisz być cierpliwy. Osoba niesłysząca może mieć kłopoty ze zrozumieniem danego słowa lub zdania. Powinieneś je powtórzyć albo zapisać na kartce. Pamiętaj, aby kłopotów z porozumiewaniem się nie traktować jako osobistej porażki. Nie denerwuj się i nie rezygnuj nagle z rozmowy.
 - Jeżeli nie masz pewności czy rozmówca dobrze Ciebie zrozumiał, poproś go o przytoczenie najważniejszych faktów z rozmowy. Jednak nie rób tego zbyt często, ponieważ wówczas może poczuć się on upokorzony.
 - Pamiętaj, że odczytywanie mowy z ruchu warg jest bardzo męczące, dlatego powinieneś pamiętać o robieniu przerw, aby Twój rozmówca mógł odpocząć od ciągłej koncentracji.
 - Jeżeli rozmawiasz z większą grupą osób i wśród was jest osoba niesłysząca, dobrze jest przerywać od czasu do czasu rozmowę i tłumaczyć jej co do tej pory zostało powiedziane, wówczas nie poczuje się ona izolowana.
 - Pamiętaj, gdy nie porozumiewasz się za pomocą Polskiego Języka Migowego, osoba z dysfunkcją słuchu zazwyczaj nie jest w stanie rozmawiać z więcej niż jedną osobą naraz. W takiej sytuacji zmiana rozmówcy powinna być wyraźnie sygnalizowana, aby mogła ona skierować wzrok na osobę, która za chwilę będzie mówić.
 - Gdy osoba niesłysząca źle nas zrozumiała i jej wypowiedź nie pasuje do kontekstu, pamiętaj, aby się z niej nie śmiać. Jeśli sytuacja była zabawna należy od razu wytłumaczyć, na czym polegał komizm całego zdarzenia.
 - Pamiętaj, że sposób wypowiadania się osoby z dysfunkcją słuchu (mowa monotonna, niemelodyjna, sztuczna, niezrozumiała) nie jest spowodowany brakiem jej inteligencji, tylko niemożnością sprawowania kontroli nad swoim głosem.

8. Osoby z niepełnosprawnością ruchową

Niepełnosprawność ruchowa – to stan człowieka znajdującego się w sytuacji obniżonych możliwości motorycznych ciała. Zazwyczaj jest to związane z różnorodnymi uszkodzeniami kończyn. Niepełnosprawność może wynikać ze zmian rozwojowych w okresie płodowym, chorób, wypadków oraz innych czynników mogących mieć wpływ na budowę ciała i działanie jego poszczególnych części. Osoby niepełnosprawne ruchowo mogą mieć różne stopnie niepełnosprawności i zróżnicowane możliwości.

Rodzaje niepełnosprawności ruchowej

- **Brak kończyn lub ich części** - osoby po amputacjach wynikających z wypadków losowych lub chorób, a także osoby, u których w okresie rozwoju płodowego nie wykształciły się poszczególne części ciała.
- **Uszkodzenia układu nerwowego (centralnego/obwodowego) lub pojedynczych bądź całych grup mięśni w części odpowiedzialnej za funkcjonowanie kończyn, czyli czynności motorycznych** - zaburzenia czynności motorycznych obejmują porażenia i niedowłady rozumiane jako obniżenie sprawności, poprawności wykonywania ruchów, osłabienie siły mięśniowej, spowolnienie ruchów. Do tej grupy zaliczają się osoby będące ofiarami na przykład mózgowego porażenia dziecięcego, choroby Heinego-Medina, polineuropatii, stwardnienia rozsianego oraz z uszkodzeniami rdzenia kręgowego w wyniku wypadku lub choroby.
- **Niepoprawne uformowanie szkieletu w okresie rozwoju płodowego lub w okresie rozwoju** - osoby dotknięte achondroplazją lub innymi rodzajami karłowatości, a także osoby u których struktura szkieletu nie rozwinęła się poprawnie w wyniku chorób i niedoborów, na przykład w związku z krzywicą.
- **Uszkodzenia stawów** – charakteryzują osoby, które uległy wypadkom, często w wyniku uprawiania różnych dziedzin sportu, osoby u których funkcjonowanie stawów jest zakłócone w wyniku degradacji związanej z wiekiem, z cukrzycą (staw Charcota) a także w wyniku szeregu chorób reumatycznych, takich jak na przykład zapalenie stawów.

Savoir-vivre - niepełnosprawność ruchowa

- Oferowanie pomocy osobie niepełnosprawnej ruchowo powinno zależeć od tego w jaki sposób ona sobie radzi. Należy zapytać, jak możemy pomóc (np. czy tylko otworzyć drzwi, czy może poprowadzić wózek do wybranego miejsca).
- Osoby niepełnosprawne ruchowo mogą mieć różne stopnie niepełnosprawności i zróżnicowane możliwości.
- Rozmawiając z osobą korzystającą z wózka stań w niewielkiej odległości, żeby nie musiała ona nadwyręzać szyi, aby nawiązać kontakt wzrokowy, a jeśli to możliwe usiądź na jej poziomie. Nie pochylaj się nad osobą w wózku, żeby ucisnąć komuś dłoń. Zasięg pola jej widzenia to wysokość od 90 – 120 cm. Najbardziej komfortową sytuacją jest zatem obsługa tej osoby przy stoliku. Jeżeli sytuacja wymaga, abyśmy stali, pamiętajmy, aby nie przysuwać się zbyt blisko.
- Szanuj przestrzeń osobistą osoby korzystającej z wózka. Nie proś o przytrzymanie rzeczy.

-
- Nie dotykaj wózka bez zgody osoby z niego korzystającej, gdyż stanowi on część przestrzeni osobistej tej osoby.
 - Podjazdy i drzwi dostępne dla osób niepełnosprawnych powinny być zawsze otwarte i wolne od wszelkich przeszkód.
 - Staraj się umieścić przedmioty w zasięgu rąk osób korzystających z wózka, ponieważ nie mogą wszędzie dosięgnąć.
 - Jeżeli lada lub stół są zbyt wysokie, żeby osoba korzystająca z wózka mogła cię zobaczyć, wyjdź, aby ją obsłużyć. Podaj podkładkę do pisania, jeżeli wiąże się to z wypełnianiem formularzy lub składaniem podpisu.
 - Oznacz najłatwiejszą drogę do pokonania.
 - Pozwól osobie na wózku skorzystać z toalety prywatnej albo służbowej, jeżeli toaleta ogólnodostępna nie jest dostępna dla osób niepełnosprawnych.
 - Nigdy nie chwytaj za laskę lub kulę osób korzystających z nich podczas chodzenia, ponieważ może to zachwiać ich równowagę.
 - Zawsze wyraźnie oznaczaj mokre powierzchnie, aby uchronić osoby mające trudności z poruszaniem się przed upadkiem.
 - Nie u wszystkich osób niepełnosprawnych ruchowo można dostrzec problemy z poruszaniem się. Np. osoby ze schorzeniami układu krążenia czy oddechowego mogą nie być w stanie pokonywać długich dystansów pieszo lub też szybko chodzić.
 - Niektóre osoby nie mogą w pełni poruszać swoimi dłońmi czy ramionami. Bądź przygotowany na to, aby udzielić im pomocy przy sięganiu i podnoszeniu przedmiotów, otwieraniu drzwi czy obsługiwaniu automatów i innego sprzętu.

Savoir-vivre - porażenie mózgowe

W wyniku uszkodzenia centralnego układu nerwowego osoby z porażeniem mózgowym mają trudności z kontrolowaniem swoich mięśni.

- Komunikacja – jak z osobami z zaburzeniami mowy.
 - Wiele osób z porażeniem mózgowym mówi w sposób niewyraźny, wykonując przy tym mimowolne ruchy ciała. Twoim pierwszym odruchem może być zlekceważenie tego, co osoby te chcą powiedzieć z powodu ich powierzchowności. Kontroluj swoje reakcje i rozmawiaj z daną osobą w taki sam sposób, jakbyś rozmawiał z kimkolwiek innym.
 - Osoba, która może wydawać się pijana, chora lub wymagać natychmiastowej pomocy medycznej, może mieć w rzeczywistości porażenie mózgowe lub posiadać inny rodzaj niepełnosprawności. Zanim zaczniesz działać na podstawie pierwszego wrażenia, zdobądź niezbędne informacje.
-

9. Niepełnosprawność intelektualna

Niepełnosprawność intelektualna klasyfikacja:

- Niepełnosprawność intelektualna – zazwyczaj rozpoczyna się w wieku niemowlęcym
- Organiczne zaburzenia psychiczne – na skutek uszkodzeń mózgu, który nastąpiły w okresie dorosłości, mają charakter postępujący. Wyróżniamy tutaj:
 - Demencja
 - Otępienie w chorobie Alzheimera
 - Otępienie naczyniowe
 - Otępienie w innych chorobach (Picka, Crautfelda-Jakoba, Huntingtona, Parkinsona, HIV).

Niepełnosprawność intelektualna

Polega na obniżeniu poziomu rozwoju wielu procesów i funkcji poznawczych, co znajduje odzwierciedlenie w poziomie inteligencji oraz w zdolnościach adaptacyjnych jednostki do warunków społecznych i wymagań kulturowych. Jest to nieodwracalne zaburzenie psychiczne na skutek trwałego uszkodzenia lub dysfunkcji mózgu, charakteryzuje się objawami w sferze funkcjonowania poznawczego i deficytami w radzeniu sobie w życiu codziennym.

Stopnie niepełnosprawności intelektualnej

Niepełnosprawność intelektualna lekka

- Obniżonych jest funkcji poznawczych, ogólna sprawność motoryczna, rozwój mowy i zdolności komunikowania się z innymi ludźmi.
- Tempo osiągnięcia różnych zadań rozwojowych na danym etapie życia jest wolniejsze.
- U osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim największe obniżenie możliwości intelektualnych występuje w zakresie myślenia, ponieważ nie osiągają one zdolności do myślenia abstrakcyjnego, pozostając na etapie operacji konkretnych i konkretno-funkcjonalnych.
- Wykazują także trudność z logicznym wnioskowaniem, a ich krytycyzm jest obniżony.
- Upośledzenie pamięci świeżej i trwałej, obniżeniem zdolności do koncentracji, podzielności i przetrutności uwagi.
- Rozwój mowy przebiega wolniej, słownictwo jest ubogie, jednak zachowana zostaje zdolność komunikowania się.

-
- Osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim są bardzo często niedojrzale emocjonalnie, mają trudności w kontroli emocji i potrzeb, problemy w procesie internalizacji norm i zasad postępowania społecznego (socjalizacji), a także w rozwoju uczuciowości wyższej.
 - Borykają się z niskim poczuciem własnej wartości.
 - Większość z nich osiąga pełną niezależność w zakresie samoobsługi oraz wykonywania różnych prac domowych i jest zdolna do pracy wymagającej niezbyt wysokich kwalifikacji.

Niepełnosprawność intelektualna umiarkowana

- Obniżenie poziomu sprawności intelektualnej.
- Wiele osób cierpi także z powodu schorzeń różnych receptorów (np. słuchu, wzroku lub kinestezji).
- Myślenie ma charakter przedoperacyjny, konkretno-obrazowy, a zdolność do rozumienia rzeczywistości i formułowania o niej wniosków jest znacznie ograniczona.
- Występuje spowolnienie dynamiki myślenia i spostrzegania; zdolność do wyodrębniania istotnych szczegółów, cech przedmiotów i zjawisk. Pojawiają się błędy w ujmowaniu związków między zdarzeniami, co sprzyja zmyślanu i konfabulacji.
- Dominuje uwaga mimowolna, ze zmniejszoną zdolnością do utrzymywania uwagi dowolnej oraz poważne problemy w zapamiętywaniu, przechowywaniu i odtwarzaniu informacji.
- Rozwój mowy jest spowolniony, zasób słów niewielki, wypowiedzi są chaotyczne i agramatyczne. Czasami mowa jest niewyraźna lub bełkotliwa, niemniej proste polecenia są rozumiane.
- W życiu dorosłym osoby te są zdolne do wykonywania prostych, praktycznych czynności. Zazwyczaj nabywają wystarczających umiejętności w zakresie samoobsługi i dbania o higienę osobistą czy wykonywania prostych prac domowych.
- Prowadzenie całkowicie samodzielnego i niezależnego życia - nawet w dorosłości - jest raczej niemożliwe.
- Osoby mogą ujawniać nadpobudliwość i gwałtowność, zachowania aspołeczne i autodestrukcyjne, buntownicze i negatywistyczne.

Niepełnosprawność intelektualna znaczna

- Poziom sprawności wszystkich funkcji intelektualnych jest niższy niż w grupie osób upośledzonych intelektualnie w stopniu umiarkowanym.

-
- Istnieją poważne trudności w przyswajaniu najbardziej podstawowych umiejętności i nawyków życia codziennego.
 - Często współwystępują uszkodzenia aparatu ruchowego, poważne wady wzroku, słuchu i inne, a także zaburzenia neurologiczne: niedowłady, porażenia kończyn oraz liczne choroby somatyczne.

Niepełnosprawność intelektualna głęboka

- Inteligencja osiąga poziom pozwalający na postrzeganie i doświadczanie rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej w wymiarze zmysłowo-ruchowym. (IQ nie przekracza 20).
- Umiejętności komunikacji są bardzo zróżnicowane: od braku kontaktu, nawet emocjonalnego, do rozumienia prostych poleceń i mówienia kilku słów, podobnie jest z pamięcią i uwagą.
- Może wystąpić brak zdolności do zapamiętania i utrzymania uwagi dowolnej lub są one minimalne.
- Dla tego stopnia niepełnosprawności intelektualnej charakterystyczne są ciężkie wady neurologiczne i fizyczne, które upośledzają zdolność do poruszania się, a czasami też percepcji rzeczywistości.

Savoir-vivre – niepełnosprawność intelektualna

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną wolno się uczą. Mają trudności z wykorzystaniem zdobytej wiedzy i umiejętności oraz z zastosowaniem ich w różnych miejscach i sytuacjach.

- Zwracaj się do takiej osoby używając jasno sformułowanych zdań, prostych słów i raczej konkretnych, a nie abstrakcyjnych pojęć.
 - Pomóż jej zrozumieć złożoną koncepcję, dzieląc ją na mniejsze części.
 - Nie używaj języka dziecięcego ani nie traktuj protekcjonalnie osób z upośledzeniem umysłowym.
 - Dostosuj tempo, stopień złożoności i słownictwo swojej wypowiedzi do osoby, z którą rozmawiasz.
 - Pamiętaj, że masz do czynienia z osobą dorosłą, która sama może podejmować decyzje, chyba, że poinformowano Cię, że jest inaczej.
 - Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą starać się za wszelką cenę zadowolić rozmówcę. Podczas rozmowy taka osoba może mówić ci to, co jej zdaniem chcesz usłyszeć. W niektórych sytuacjach, jeżeli stosowana przez ciebie technika rozmowy nie jest skuteczna, może mieć to swoje poważne konsekwencje, szczególnie w takich przypadkach jak egzekwowanie prawa czy badanie lekarskie.
 - Pytania powinny być formułowane w neutralny sposób, aby uzyskać dokładne informacje.
-

-
- Zweryfikuj odpowiedzi, powtarzając każde pytanie w inny sposób.
 - Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą mieć trudności podejmowaniem szybkich decyzji. Bądź cierpliwy i daj swojemu rozmówcy wystarczającą ilość czasu.
 - Przejrzyste oznakowanie z piktogramami może pomóc osobie niepełnosprawnością intelektualną odnaleźć drogę na terenie obiektu.
 - Osoby z niepełnosprawnością intelektualną działają w pracy i w codziennym życiu według ustalonego i znajomego porządku. Miej świadomość tego, że zmiana otoczenia lub ustalonego porządku może wymagać pewnej uwagi i czasu na dostosowanie się.

10. Autyzm

Według danych Autism Europe 0,6 % populacji Unii Europejskiej dotkniętych jest autyzmem, co stanowi około 5 milionów osób (szacunki z 2009 r.). Z kolei z szacunków dotyczących Stanów Zjednoczonych wynika, że jedno na 166 urodzonych dzieci jest dotkniętych tym rodzajem niepełnosprawności. Nie ma dokładnych danych co do liczby osób z autyzmem w Polsce. Jednak należy ocenić, iż w Polsce takich osób może być co najmniej 30 000.

Czym jest autyzm

Autyzm jest zaburzeniem neurorozwojowym, związanym z nieprawidłowym rozwojem i funkcjonowaniem mózgu we wczesnym dzieciństwie. Symptomy nieprawidłowości rozwoju ujawniają się do 36. miesiąca życia dziecka, czyli do ukończenia przez nie 3. roku życia. Autyzm nie jest chorobą psychiczną, jest rodzajem zupełnie innego rozwoju funkcji neurofizjologicznych. Często mówi się o neuronietypowości. Autyzm to spektrum zaburzeń o różnym nasileniu.

Osoby autystyczne

- Mają problemy z nawiązywaniem i podtrzymywaniem kontaktów społecznych, które są jednymi z kluczowych trudności w autyzmie.
- Mogą unikać kontaktu wzrokowego z innymi.
- Mogą nadmiernie koncentrować się na przedmiotach, nie zwracając uwagi na inne osoby.

Wysoko funkcjonujące osoby z autyzmem bardzo często chcą nawiązywać kontakty z innymi ludźmi, ale ze względu na problemy z rozumieniem zasad społecznych często są odbierane jako dziwaczne.

U dzieci z autyzmem rozwój mowy z reguły następuje z opóźnieniem, spora grupa dzieci w ogóle nie rozwija umiejętności posługiwania się mową. Co ważniejsze, dzieci z autyzmem nie próbują zastępować braku mowy.

Niektóre osoby mówią, ale nie rozumieją w pełni znaczenia wypowiedzianych słów i mają trudności w prowadzeniu rozmowy. Mogą mówić śpiewnie lub bardzo mechanicznie. Zdarza się, że powtarzają pojedyncze słowa lub całe zdania usłyszane przed chwilą lub np. w telewizji. Mają też problemy w reagowaniu na głos, uśmiech i ekspresję emocji wyrażane przez innych ludzi. Trudności sprawia też precyzyjne rozumienie kierowanych do nich wypowiedzi.

Osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu inaczej niż my odbierają dźwięki, światło, obrazy, inaczej odczuwają dotyk, zapach, smak czy ból. Mogą być np. rozdrażnione, zaniepokojone lub przeciwnie – zafascynowane określonymi bodźcami, odbłyśkami światła albo dźwiękiem szkolnego dzwonka. Problemy z przetwarzaniem bodźców sensorycznych wpływają na specyficzne zainteresowania osób z autyzmem określonymi przedmiotami lub ich częściami.

Problemy sensoryczne mogą powodować także, że osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu będą unikać przebywania w grupie ludzi, zakrywać uszy, odmawiać zakładania niektórych ubrań, jedzenia określonych potraw itp. Świat wokół nich może się im jawić jako chaotyczny, splątany.

Wiele osób dotkniętych autyzmem zachowuje się w powtarzalny i schematyczny sposób. Charakterystyczne dla tej grupy osób jest też wielokrotne wykonywanie tej samej czynności i specyficzne zainteresowanie niektórymi cechami przedmiotów (np. ich powierzchnią, kolorem, fakturą) lub wykorzystywanie ich w dziwny sposób, np. kręcenie nimi, ostukiwanie, oglądanie krawędzi.

Osoby wysoko funkcjonujące mogą przejawiać zainteresowania określonymi tematami, do których często wracają, najczęściej nie biorąc pod uwagę, czy rozmówca jest zainteresowany tym tematem. Mogą godzinami mówić na temat pociągów, dinozaurów, wydarzeń historycznych czy tras autobusów.

Odmienne doświadczenie świata

Osoby z autyzmem zupełnie inaczej odbierają świat – bodźce docierające do mózgu są analizowane wybiórczo. Niektóre kanały zmysłowe (słuch, wzrok) mogą dominować i uniemożliwiać „dostrojenie się” w ważnych momentach np. dziecko nie słyszy wołania rodziców, polecenia nauczyciela.

Inne przejawy zakłóceń w zakresie odbioru wrażeń zmysłowych:

- niewrażliwość na ból, chłód, nieodczuwalnie głodu – stąd możliwe liczne urazy, wychłodzenie, niedożywienie,
- nadwrażliwość w obrębie twarzy i jamy ustnej – może powodować niechęć do przyjmowania pokarmów, nieakceptowanie pewnych smaków, potraw, konsystencji a także niechęć do zabiegów higienicznych w tej okolicy,
- odmienna wrażliwość na dotyk – delikatny gest, jak głaskanie, przytulnie może być odbierany jako nieprzyjemny, zetknięcie z tkaniną o wyraźnej fakturze może drażnić,
- wybiórcza nadwrażliwość, np. na dźwięki – koncert, film w kinie, hałas na szkolnym korytarzu podczas przerwy, szelest, darcie kartki – mogą wydawać się groźne,
- uniemożliwiają skupienie się, czasami powodują atak hysterii, paniki, zasłanianie rękoma uszu, trzepotanie rękami, kołysanie,
- nadwrażliwość na światło – stresująco może działać np. światło lam jarzeniowych.

Savoir-vivre - autyzm

- Pamiętaj o odmiennej percepcji i szanuj ją. Uważaj na nadmiar bodźców.
- Dla osoby z autyzmem każde nowe wydarzenie, spotkanie nowej osoby może być powodem silnego niepokoju – dawaj czas na oswojenie się w nowej sytuacji. Bądź czytelny w swojej mimice i okazywaniu emocji, nazywaj co czujesz w danej sytuacji.
- Mów prostym, zrozumiałym językiem, unikaj metafor, słów i zwrotów mogących mieć podwójne znaczenie. Jeśli masz kontakt z osobą niemówiącą albo mówiącą słabo – nie bój się używać alternatywnych sposobów komunikowania się, stosuj obrazki, zdjęcia czy piktogramy jako wsparcie swoich słów. Ucz niemówiące lub słabo mówiące osoby z autyzmem używać obrazków i innych sposobów do komunikowania się.
- Osoby z autyzmem mają problemy z rozumieniem otaczającej je rzeczywistości informuj pacjenta o planowanych działaniach, przedstaw kolejność zdarzeń. Opowiadaj, co ma się wydarzyć.

Jak się zachować?

- Przestrzegaj form grzecznościowych i zwracaj się do niej słowami: "proszę pani", "proszę pana", nawet jeśli ona sama przechodzi z tobą na "ty".
- Staraj się mówić prostym językiem, unikając metafor, dwuznaczności i ironii. Pamiętaj, że osoba z autyzmem ma trudność ze zrozumieniem komunikatów, które nie są jasne i jednoznaczne.

-
- Jeśli nie jesteś pewien, czy osoba z autyzmem prawidłowo zrozumiała coś, co mówiłeś, możesz poprosić ją o powtórzenie komunikatu.
 - Osoba z autyzmem dużo lepiej rozumie i zapamiętuje to, co widzi, niż to, co słyszy. Jeśli to możliwe, w rozmowie posługuj się także zdjęciami, rysunkami albo piktogramami, które będą ilustrowały twoje słowa.
 - Nawet jeśli osoba z autyzmem nie odpowiada na twoje pytanie, nie zakładaj, że cię nie słucha i nie słyszy tego, co do niej mówisz. Zawsze w rozmowie zwracaj się bezpośrednio do niej, a nie do osoby, która jej towarzyszy.
 - To, że osoba z autyzmem nie patrzy na ciebie, nie znaczy, że cię lekceważy. Jeśli chcesz jej coś powiedzieć, nie rezygnuj tylko z tego powodu.
 - Osoba z autyzmem dużo lepiej sobie radzi, gdy ma przedstawiony plan działania.
 - Pamiętaj, że osoba z autyzmem lepiej funkcjonuje w środowisku, które dobrze zna. Jeśli znajduje się w nowym otoczeniu, zapytaj, co możesz zrobić, aby czuła się komfortowo – zapewnij je, jeśli to możliwe.

11. Schizofrenia i inne zaburzenia psychiczne

Grupa chorób, których wspólna cecha jest tendencji do powstawania specyficznej dezintegracji osobowości.

- Schizofrenia to choroba ludzi młodych 18-25 r.ż. (M) 40-45 r.ż.(K).
- Choruje około 1% społeczeństwa, konsekwencje dotyczą 5%.
- Uwarunkowana genetycznie.

Opisy kliniczne są różne, najczęściej występujące symptomy:

- dezintegracja procesów i całej struktury psychicznej,
- zaburzenia myślenia i spostrzegania.

Objawy schizofrenii

1. Objawy psychotyczne (wytwórcze, pozytywne):
 - halucynacje wzrokowe, słuchowe,
 - urojenia – zaburzenia treści myślenia, fałszywe sądy w które chory wierzy, często urojenia prześladowcze o charakterze ksobnym,
 - formalne zaburzenia myślenia – zaburzenia w komunikacji z chorym (rozkojarzenie, paralogie),
 - objawy katatoniczne – dość rzadkie.

-
2. Objawy negatywne:
 - zubożenie emocji i osobowości – emocje stają się ubogie, ubożeją potrzeby, motywacja, chorzy się izolują, obojętnieją – nie odczuwa ani dobrych, ani złych emocji,
 - emocje niedostosowane do sytuacji.
 3. Zaburzenia poznawcze – problemy z koncentracją uwagi i tzw. pamięcią operacyjną.

Jak funkcjonują chorzy na schizofrenię?

- każdy choruje inaczej,
- u 80% pacjentów choroba przebiega z nawrotami (podczas nawrotów wypada całkowicie z ról społecznych),
- wykazują zachowania autoagresywne,
- pomimo leczenia objawy negatywne ma 50% pacjentów,
- często są odrzucani społecznie i stygmatyzowani.

Savoir-vivre – schizofrenia

- Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą mieć czasami trudności z radzeniem sobie z zadaniami i kontaktami codziennego życia. Ich zaburzenia mogą zakłócać ich zdolność odczuwania, myślenia lub współżycia z innymi. Większość osób z zaburzeniami psychiatrycznymi nie jest agresywna. Jedną z głównych przeszkód, jakie napotykają jest nastawienie osób w swoim otoczeniu. W związku z tym, że zaburzenia te mają charakter ukryty, może zdarzyć się, że nawet nie zorientujesz się, że dana osoba ma problemy związane ze stanem umysłowym.
- Stres może wpływać na zdolność funkcjonowania takiej osoby. Spróbuj ograniczyć do minimum napięcie towarzyszące danej sytuacji.
- Osoby z zaburzeniami psychicznymi mają różne osobowości i różne sposoby radzenia sobie ze swoją niepełnosprawnością. Niektórzy mogą mieć trudności z rozumieniem znaków społecznych, podczas gdy inni mogą być nadwrażliwi. Jedna osoba może być pełna energii, a inna może wydawać się niemrawa. Traktuj każdą osobę jako indywidualną jednostkę. Zapytaj, co sprawi, że poczuje się swobodnie i w możliwie jak największym zakresie szanuj jej potrzeby.
- W sytuacji kryzysowej zachowaj spokój i udziel wsparcia w taki sam sposób, jak w przypadku każdej innej osoby. Zapytaj, jak możesz pomóc i dowiedz się, czy osoba ta posiada swojego asystenta, po którego można posłać. Jeżeli sytuacja tego wymaga, możesz zapytać, czy osoba ta ma ze sobą lekarstwa, które musi zażyć.

12. Zespół Tourette'a

Osoby z zespołem Tourette'a mogą wydawać dźwięki lub wykonywać gesty, tiki, których nie są w stanie kontrolować. Niewielki odsetek osób z zespołem Tourette'a mimowolnie wypowiada przekleństwa, obelgi lub nieprzyzwoite słowa. W przypadku pracownika lub innej osoby z zespołem Tourette'a dobre skutki przynosi zrozumienie i akceptacja ze strony współpracowników oraz innych osób.

Savoir-vivre - zespół Tourette'a

- Jeżeli u osoby z zespołem Tourette'a podczas rozmowy pojawiają się tiki wokalne, po prostu poczekaj, aż miną, a następnie spokojnie kontynuuj rozmowę.
- Im usilniej osoba ta próbuje je powstrzymać, tym bardziej atak się nasila. Pomóc może zapewnienie osobie z zespołem Tourette'a możliwości opuszczenia na chwilę gabinetu lub powrót do rozmowy po przeczekaniu ataku w odosobnieniu.

13. Epilepsja

Epilepsja to stan neurologiczny, charakteryzujący się napadami padaczkowymi pojawiającymi się w przypadku zaburzeń czynności mózgu w postaci wyładowań bioelektrycznych. Napady padaczkowe mogą mieć gwałtowny przebieg lub może wydawać się, że dana osoba znajduje się w transie. Podczas napadów częściowych złożonych, osoba, która jest nimi dotknięta może chodzić lub wykonywać inne ruchy, chociaż w rzeczywistości jest ona nieprzytomna.

Savoir-vivre - epilepsja

- Jeżeli ktoś dostaje ataku padaczki, nic nie można zrobić, aby go powstrzymać.
- Jeżeli osoba ta przewróciła się, upewnij się, że jej głowa jest bezpieczna i czekaj, aż atak minie.
- Kiedy atak ustąpi, osoba ta może czuć się zdezorientowana i zawstydzona. Spróbuj zapewnić jej odosobnione miejsce, aby mogła się uspokoić.

14. Osoby starsze

Rozwój cywilizacyjny rewiduje nasze spojrzenie na to, czym jest starość. Neandertalczyk żył około 20-30 lat, w starożytności osobę 40-50 letnią uważano za starą. Od 1900 do 1950 roku średnia długość życia wzrosła niemal o połowę - od 47 lat do 68 lat i stale się wydłuża, czemu sprzyja poprawa warunków życia, higieny, rozwój medycyny oraz ochrony zdrowia.

Na długość życia wpływa czystość środowiska, wykształcenie, płeć (mężczyźni częściej: sięgają po używki, ryzykują, chorują), dieta, styl życia czy wykonywany zawód.

Wraz z wiekiem następuje pogorszenie się stanu zdrowia jako skutek z jednej strony naturalnego procesu starzenia się organizmu, z drugiej braku profilaktyki oraz niezdrowego trybu życia.

Spadek stężenia hormonów, pełniących funkcję nie tylko prokreacyjną, ale i poznawczą spowalnia funkcjonowanie całego organizmu, sprawność motoryczną oraz pamięć. Następują zmiany w narządach zmysłów - wzroku, słuchu, smaku, węchu i dotyku. W tym okresie najczęściej występujące schorzenia dotyczą układu krążenia (choroba wieńcowa, nadciśnienie), zmian nowotworowych. Są to także choroby przewlekłe (cukrzyca typu 2) i choroby układu kostno-stawowego. Osłabieniu ulega system immunologiczny, zdolność regeneracji po wysiłku oraz przystosowywanie się organizmu do zmiennych warunków (różnic temperatur, natężenia światła).

Świadomość zbliżającego się czasu przejścia na emeryturę często wywołuje stres, mocno zagrażający zdrowiu fizycznemu i psychicznemu. Zakończenie pracy zawodowej, pogarszające się zdrowie, trudności z wykonywaniem codziennych czynności, utrata pozycji głowy rodziny mogą pogarszać nastrój, a nawet doprowadzić do depresji. Depresja jest najczęstszym w tym wieku zaburzeniem psychicznym, dotyczącym szczególnie osoby samotne, czy też niesamodzielne, osoby uzależnione od pomocy innych. Częstym zjawiskiem w grupie seniorów są również smutek, zmęczenie, kłopoty ze snem, brak nadziei na przyszłość oraz drażliwość.

Na czym polega starzenie

- Zmniejszenie masy mięśni oraz ich siły pogarsza sprawność fizyczną senior podczas wysiłku częściej robi przerwy. Z wiekiem zmniejsza się także zakres ruchu spowodowany m.in. zmianami zwyrodnieniowymi w stawach
- U osób starszych zazwyczaj zmniejsza się liczba komórek nerwowych zarówno w mózgu jak i nerwów obwodowych), ponadto ulegają one uszkodzeniom. Pogarsza się też przekazywanie informacji pomiędzy nimi. Dochodzi do spadku szybkości analizowania informacji, które dostają się do naszego mózgowia. Pogarsza się uwaga, przekazywanie informacji z receptorów w skórze mięśniach i w innych narządach do ośrodkowego układu nerwowego, które informują o położeniu poszczególnych części ciała, temperaturze, kształcie dotykanych powierzchni. Pogarsza się koordynacja wzrokowo-ruchowa.

-
- Obniża się ostrość wzroku i zdolności akomodacji, powstaje dalekowzroczność starcza - widzenie jak za matową szybą, niedostrzeganie przedmiotów położonych po brzegach pola widzenia, trudności w odróżnianiu podobnych kolorem, czy kształtem przedmiotów. Pojawiają się problemy z odczytaniem tekstu pisanego drobną czcionką. Występują trudności z wypełnianiem druków i formularzy. Ponadto występują problemy z wodzeniem przy zbyt jasnym lub zbyt ciemnym oświetleniu.
 - Po 40. roku życia następuje ubytek słuchu. Początkowo dotyczy tonów wysokich, potem również niskich, pojawia się szum w uszach. Osłabienie słuchu oraz zaburzenie rozumienia mowy nasilają się w hałasie, przy rozmowie z większą liczbą osób, gdy senior nie może obserwować ust osoby mówiącej.
 - Układ krążenia trudniej adaptuje się do zwiększonego wysiłku. U niektórych seniorów mogą pojawiać nagle spadki ciśnienia krwi.

Psychologiczne aspekty starzenia się

- Osłabienie pamięci bardziej zdarzeń świeżych (z ostatnich dni) niż długotrwałej (lepiej pamiętają zdarzenia np. z młodości. Sprawność pamięci silnie zależy od jej ćwiczenia we wcześniejszych okresach życia.
- Osłabienie selektywności (wybiórczości) i koncentracji uwagi. Szybkie męczenie się popełnianie błędów, wydłużony czas reakcji (nie występuje w przypadku bardzo dobrze wyuczonych czynności).
- Obniża się inteligencja wrodzona, natomiast nabyta wzrasta lub utrzymuje się na stałym poziomie.
- Zmniejsza się uczuciowość i reaktywność emocjonalna, sztywność wegetatywna (senior nie blednie ani nie czerwieni się pod wpływem emocji). Silniejsze zaburzenia niż u młodych na skutek złych informacji.
- Osłabiona motywacja - senior wymaga silniejszych bodźców, trudniej go namówić na zmiany.
- Zmniejsza się zdolność przystosowywania się do nadchodzących zmian, występuje sztywność poglądów, stąd niechęć do nowości i zmian w życiu osobistym.
- Na stan psychiczny osób w wieku podeszłym silnie wpływa też ich stan fizyczny. Zmiany związane ze starzeniem się, zwłaszcza chorobowym, mogą powodować rozwijanie się niekorzystnych, zniechęcających otoczenie cech osobowościowych. To nigdy nie dzieje się z dnia na dzień - agresja, zniecierpliwienie i drażliwość narastają powoli, wraz z pogłębianiem się niesprawności seniora. Początkowo ludzie starsi starają się kompensować swoje niezdolności tak, by otoczenie ich nie zauważało, niechętnie przyjmują pomoc. Bliscy mogą odbierać to jako zmianę charakteru, czasem trudną do zaakceptowania. Tymczasem jest to wynik poczucia

utrąty sprawności fizycznej, niezależności, a często doświadczania szeregu dolegliwości bólowych.

Savoir vivre – osoby starsze

Osoby starsze najczęściej dotyka wieloraka niepełnosprawność. Procesy starzenia się wpływają na każdą sferę ich życia. Oprócz coraz bardziej obniżającej się sprawności fizycznej, procesy zachodzące w starzejącym się organizmie zaburzają także wszystkie procesy poznawcze. Uszkodzeniu ulegają także analizatory zmysłowe. Dzieje się to w różnym tempie, a konsekwencje bywają bardzo różne.

Osobom starszym:

- Należy zapewnić miejsce do siedzenia, jeżeli takiego nie ma – dostawić dodatkowe krzesło.
- Okazać cierpliwość, dać czas na spokojne przemieszczenie się, dotarcie do sali, gabinetu.
- Jeśli jest taka potrzeba, pomóc we wstawaniu i siadaniu, przepuścić w drzwiach, pomóc wchodzić po schodach, doprowadzić do miejsca, do którego się udają.
- Jeżeli osoba starsza ma problem z poruszaniem, zapewnić wózek, którym będziemy mogli ją przewieźć.
- Pomóc w odczytaniu informacji na tablicach, dokumentów, pomóc w podpisywaniu się (wskazując odpowiednie miejsce do podpisu).
- Jeśli osoba ma problem ze słuchem, mówić do niej głośno i wyraźnie, ewentualnie powtarzając niektóre zwroty.

15. Kobiety w ciąży i osoby z małymi dziećmi

Kobiety w ciąży zwykle łatwiej się męczą, nie mogą zbyt długo stać, trudniej im się wykonuje niektóre czynności.

- zawsze warto zapytać o szczególne potrzeby i odpowiedzieć na nie w miarę możliwości,
- zadbać o to, żeby kobieta w ciąży miała możliwość znalezienia miejsca do odpoczynku, mogła swobodnie usiąść. Jeżeli w poczekalni nikt nie ustąpił miejsca, udostępnić dodatkowe krzesło,
- kobieta w ciąży ma prawo zostać przyjęta poza kolejnością
- w razie potrzeby, gorszego samopoczucia zapewnić niezwłocznie pomoc.

Osoby z dziećmi – mogą wymagać zapewnienia dodatkowych udogodnień.

- w osobnym pokoju, toalecie lub wyznaczonym miejscu powinny znaleźć się przewijaki,
- jeżeli matka musi nakarmić dziecko, zapewnić ustronne miejsce przeznaczone do tego celu.

16. Psy asystujące

Art. 2 pkt. 11 Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych definiuje psa asystującego jako „odpowiednio wyszkolonego i specjalnie oznaczonego psa, w szczególności psa przewodnika osoby niewidomej lub niedowidzącej oraz psa asystenta osoby niepełnosprawnej ruchowo, który ułatwia osobie niepełnosprawnej aktywne uczestnictwo w życiu społecznym”.

Psy są szkolone w zależności od funkcji, jakie będą pełnić. Mogą to być m.in.:

- **Pies przewodnik** – najbardziej znany spośród pomagających osobom z niepełnosprawnością. Jest to pies wyszkolony indywidualnie do pomocy osobie niewidomej lub niedowidzącej, który np. pomaga swobodnie poruszać się w przestrzeni publicznej.
- **Pies asystent**, zwany też serwisowym, to z kolei pies wyszkolony indywidualnie do pomocy osobie z niepełnosprawnością fizyczną, która nie jest w stanie wykonywać pewnych czynności dnia codziennego, jak np. zakładanie kurtki czy skarpetek, podniesienie przedmiotu, który upadł, zapalenie światła.
- **Pies szkolony do tego, by pomagać osobom niesłyszącym**. Jego zadaniem jest informowanie właściciela o istotnych dźwiękach, np. dzwonku do drzwi, ale też o dźwięku syreny alarmowej.
- **Pies sygnalizujący atak choroby** (np. epilepsji, chorób serca) – wyczuwa nadchodzący atak choroby i ostrzega o tym właściciela lub osoby z jego otoczenia lub reaguje na atak choroby.

W Polsce najczęściej możemy spotkać psa przewodnika i psa asystenta. Coraz więcej też psów jest szkolonych do dogoterapii, czyli terapii np. dzieci z autyzmem.

Zgodnie z przepisami, konieczne jest wyposażenie psa asystującego w uprzęż oraz posiadanie przez osobę z niepełnosprawnością certyfikatu potwierdzającego status psa asystującego i zaświadczenia o wykonaniu wymaganych szczepień weterynaryjnych.

Certyfikat wydawany jest przez uprawniony do tego podmiot, prowadzący szkolenie psów asystujących. Najczęściej są to rozmaite organizacje, wpisane do rejestru podmiotów uprawnionych do wydawania certyfikatów. Rejestr organizacji szkolących psy dla osób z niepełnosprawnością można znaleźć na stronie Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych.

Certyfikat zawiera m.in.:

- miejsce i datę wydania certyfikatu;
- numer i datę wpisu do rejestru prowadzonego przez Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych;
- rasę, imię oraz datę urodzenia psa;
- imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością, której pies asystujący będzie służył;
- podstawę prawną wydania certyfikatu oraz pieczęć i podpis podmiotu wydającego certyfikat.

Każdy certyfikat ma numer nadawany przez podmiot prowadzący szkolenie. Podmioty te są również zobowiązane prowadzić dokumentację szkolenia.

Osoba z niepełnosprawnością wraz z psem przewodnikiem czy psem asystentem może korzystać ze szczególnych uprawnień, jakie wynikają z przepisów Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy o podatkach i opłatach lokalnych oraz ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia. Na mocy tych przepisów osobie z niepełnosprawnością przyznano prawo wstępu wraz z psem przewodnikiem lub asystentem do określonych miejsc. Są to budynki i ich otoczenie, m.in. opieki zdrowotnej.

Przepisy pozwalają wchodzić z psem asystującym do obiektów użyteczności publicznej. Warto jednak pamiętać o tym, że właściciel odpowiada za swojego psa. Zgodnie z art. 20a ust. 3 Ustawy o rehabilitacji, możliwość korzystania z uprawnień nie zwalnia osoby z niepełnosprawnością z odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez psa asystującego. Odpowiedzialność ta jest pełna i nie zależy od tego, czy dany czyn był zawiniony, czy też nie.

17. Dostępność cyfrowa i informacyjno-komunikacyjna

W zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej Ustawa z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami nakazuje:

- obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych

-
- środkach komunikowania się (Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
 - instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
 - zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności - w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
 - zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.

Europejskie standardy przygotowywania informacji łatwej do czytania i zrozumienia

Standardy zostały utworzone, aby ułatwić rozumienie informacji osobom niepełnosprawnym intelektualnie. Oczywiście, standardy te mogą być użyteczne również do przygotowania informacji łatwych do zrozumienia przeznaczonych dla innych osób. Na przykład dla osób, dla których język polski nie jest językiem ojczystym oraz osób, które mają trudności z czytaniem.

Ogólne standardy przygotowania informacji łatwej do czytania i zrozumienia.

- Zawsze postaraj się dowiedzieć jak najwięcej o ludziach, dla których przygotowujesz informację oraz o ich potrzebach.
- Wybierz najlepszą możliwą formę przekazu informacji. Na przykład informacja nagrana na płytach CD lub DVD może być lepsza dla niektórych osób niż informacja pisana.
- Zawsze używaj właściwego języka. Na przykład, nie używaj języka dla dzieci, jeśli twoja informacja przeznaczona jest dla osób dorosłych.
- Pamiętaj, że ludzie, dla których przeznaczona jest twoja informacja mogą nie wiedzieć zbyt wiele na dany temat. Upewnij się, że jasno wyjaśniłeś temat. Wy tłumacz też trudne słowa związane z tematem.
- Zawsze angażuj osoby niepełnosprawne intelektualnie w proces tworzenia swojej informacji.
- Używaj dobrze znanych, łatwych do zrozumienia wyrazów.
- Nie używaj trudnych wyrazów. Jeśli nie możesz tego uniknąć upewnij się, że dokładnie je wyjaśniłeś.
- Przy wyjaśnianiu używaj przykładów. Staraj się używać przykładów, które są dobrze znane z codziennego życia.

-
- W całym dokumencie używaj tych samych wyrazów na opisywanie tych samych rzeczy.
 - Nie używaj trudnych pojęć, takich jak na przykład metafora. Metafora to zdanie, które nie znaczy dokładnie tego co mówi. Przykładem jest metafora „pogoda pod psem”.
 - Nie używaj słów zapożyczonych z innych języków, chyba że są bardzo dobrze znane w Polsce. Tak jak angielskie „okej” (O.K.).
 - Unikaj używania skrótów. Używaj pełnych wyrazów wszędzie tam, gdzie jest to możliwe. Skróty pochodzą zazwyczaj od pierwszych liter wyrazów. Jeśli musisz użyć skrótów wyjaśnij je. Na przykład, jeśli piszesz „UE”, wyjaśnij, że chodzi o „Unię Europejską”.
 - Procenty (63%) i duże liczby (1 758 625) są trudne do zrozumienia. Staraj się nie używać procentów i dużych liczb. Zamiast tego, aby wyjaśnić, co masz na myśli użyj słów „mało” lub „wiele”.
 - Zawsze używaj krótkich zdań.
 - Zwracaj się wprost do ludzi. Aby to zrobić używaj słowa „ty”.
 - Tam, gdzie to tylko możliwe używaj zdań pozytywnych a nie negatywnych. Na przykład powiedz: „Powinieneś zostać do końca zebrania” zamiast „Nie powinieneś wychodzić przed końcem zebrania”.
 - Używaj raczej strony czynnej niż biernej. Na przykład powiedz: „Doktor przyśle ci list”, zamiast „List zostanie przesłany ci przez doktora”
 - Zawsze układaj informacje w sposób łatwy do zrozumienia.
 - Grupuj razem wszystkie informacje na ten sam temat.
 - Dobrze jest powtarzać ważne informacje. Trudne wyrazy dobrze jest powtarzać po kilka razy.

Informacja pisana, łatwa do zrozumienia dla osób niepełnosprawnych intelektualnie nazywana jest często informacją „łatwą do czytania” lub informacją „easy-to-read”.

Kompozycja i forma

- Używaj formatu łatwego do czytania, użytkowania i kopiowania. Na przykład formatu A4 lub A5.
 - Pomyśl o objętości swojego dokumentu. Książka, która ma 100 stron jest zbyt długa. Ludzie mogą pomyśleć, że nie są w stanie przeczytać tak długiej książki. W takim przypadku lepiej jest wydać 3 lub 4 cieńsze broszury.
 - Nie używaj wzornictwa lub grafiki, które mogą utrudniać przeczytanie i zrozumienie twojego dokumentu. Najważniejsze jest to, aby twój dokument był łatwy do zrozumienia dla osób niepełnosprawnych intelektualnie.
 - Nie używaj tła, które utrudni odczytanie tekstu. Na przykład, nie używaj jako tła obrazków ani wzorów. Ostrożnie używaj ciemnego tła. Jeśli to robisz upewnij się, że tło jest wystarczająco ciemne a pismo wystarczająco jasne.
-

Pisanie

- Zawsze używaj wyraźnej, łatwej do odczytania czcionki. Nie powinieneś używać czcionek szeryfowych, ponieważ kształt liter jest wtedy mniej wyraźny. Na przykład Arial lub Tahoma to czcionki łatwe do przeczytania, a Century i Times New Roman to czcionka trudna do czytania.
- Nie używaj pisma, które jest zbyt mocno ściśnięte.
- Nie używaj pisma, które jest zbyt jasne lub zbyt słabo wydrukowane.
- Nigdy nie używaj kursywy.
- Nie używaj czcionki o ozdobnym kroju.
- Zawsze używaj dużego druku. Powinieneś używać czcionki o rozmiarze co najmniej takim jak Arial 14.
- Nie pisz całych słów WIELKIMI LITERAMI. Małe litery są łatwiejsze do przeczytania.
- Staraj się używać tylko jednego typu pisma w całym tekście.
- Podkreślenia mogą utrudnić osobom niepełnosprawnym intelektualnie odczytanie tekstu.
- Tam, gdzie to możliwe unikaj pisania kolorowym drukiem; niektórzy ludzie nie widzą różnic między kolorami; niektóre kolory są źle widoczne na niektórych tłach. Na przykład, żółty tekst na białym papierze jest trudny do odczytania.

Wyrazy

- Nie używaj trudnych wyrazów. Jeśli chcesz użyć trudnego wyrazu, zawsze postaraj się go wyjaśnić. Tam, gdzie to możliwe wyjaśniaj trudne wyrazy od razu, gdy tylko ich po raz pierwszy użyjesz. W dłuższym dokumencie możesz również dodać na końcu listę pomocnych wyrazów i ich wyjaśnienia.
- Bądź ostrożny z użyciem zaimków. Zaimki to słowa takie jak „on” lub „to”, których używasz, aby zastąpić imię osoby lub nazwę rzeczy o których mówisz. Upewnij się, że jasne jest kogo lub co określa użyty przez siebie zaimek. Jeśli nie jest to jasne, ponownie użyj imienia lub nazwy własnej.

Informacja dla wszystkich

- Nigdy nie używaj przypisów. Przypis to wstawienie wyjaśnień pod kreską na końcu strony zamiast umieszczenia ich w samym tekście.
- Staraj się zachować prostą interpunkcję.
- Unikaj znaków specjalnych, takich jak /, &.
- Unikaj wszystkich skrótów, takich jak „tzw. „, „lp.”, „etc”.

Zdania

Zawsze zaczynaj nowe zdanie w nowej linii.

- Nigdy nie pisz jednego wyrazu w dwóch liniach. To znaczy nie używaj znaku (-) który służy do przenoszenia części wyrazu do drugiej linii.

-
- Używaj krótkich zdań. Możesz to zrobić poprzez wyrażanie w jednym zdaniu tylko jednej myśli;/ używanie kropki zanim rozpoczniesz nową myśl zamiast użycia przecinka lub słowa „i”. Jeśli to tylko możliwe jedno zdanie powinno mieścić się w jednej linii. Jeśli musisz napisać zdanie w dwóch liniach, przerwij zdanie w miejscu, w którym ludzie w sposób naturalny robią pauzę, kiedy czytają ten tekst głośno.

Tekst pisany

- Używaj śródtytułów, czyli nagłówków, które są jasne i łatwe do przeczytania. Śródtytuł (nagłówek) powinien mówić o czym jest dany tekst.
- Zawsze upewnij się, że ludzie otrzymali całą potrzebną im informację. Upewnij się, że jest jasne czego dotyczy informacja i dla kogo jest przeznaczona.
- Nie podawaj więcej informacji niż potrzeba, aby ludzie zrozumieli twój punkt widzenia. Podawaj tylko ważne informacje.
- Upewnij się, że ważne informacje są łatwe do znalezienia. Aby to osiągnąć możesz umieścić tę informację na początku tekstu; wyróżnić tę informację pogrubieniem; umieścić tę informację w ramce.
- Staraj się rzadko używać podkreśleń i wypunktowań.
- Wykresy i tabele mogą być trudne do zrozumienia. Czasami jednak wyjaśniają coś lepiej niż tekst pisany. Jeśli używasz wykresów lub tabel postaraj się, aby były proste i dobrze wyjaśnione.
- Używaj wypunktowań, kiedy piszesz o dłuższej liście rzeczy. Lista zawarta w tekście podzielonym przecinkami jest trudna do przeczytania.
- Nie zapisuj tekstu w kolumnach.
- Wyrównuj swój tekst do lewej strony. Nigdy nie justuj tekstu. W wyjustowanym tekście odległości między wyrazami są zbyt duże i trudniej jest go przeczytać
- Nie umieszczaj zbyt dużo tekstu na jednej stronie.
- Zostawiaj odstępy pomiędzy częściami tekstu.
- Nie stosuj akapitów. To znaczy, że pierwsza linijka każdej części tekstu powinna zaczynać się równo z resztą tekstu.
- Staraj się unikać wąskich marginesów. Margines to przestrzeń między wyrazami i brzegiem kartki. Gdy to tylko możliwe zostawiaj szeroki margines, aby twoja strona nie wyglądała na przepelnioną.
- Tam, gdzie to możliwe numeruj strony swojego dokumentu. W dokumentach przeznaczonych do użycia pisz „strona 2 z 4”. To pomoże ludziom zorientować się czy mają wszystkie kartki.

Ilustracje

- Wielu ludziom trudno jest czytać tekst. Aby ułatwić im zrozumienie tekstu powinieneś załączyć ilustracje obrazujące to, o czym piszesz. Ilustracjami mogą być: zdjęcia, rysunki lub symbole. Staraj się by w miarę możliwości używać tego samego sposobu ilustrowania w całym dokumencie.

- Używaj zawsze ilustracji odpowiednich dla osób, dla których piszesz. Na przykład: nie używaj nigdy obrazków dla dzieci, kiedy piszesz tekst dla osób dorosłych.
- Wybieraj zawsze ilustracje wyraźne i łatwe do zrozumienia. Umieszczaj je przy tym fragmencie tekstu, który pomagają objaśnić. Upewnij się, że zdjęcie jest wyraźne i że nie przedstawia zbyt wielu rzeczy naraz.
- W całym dokumencie używaj tej samej ilustracji, aby zobrazować tę samą rzecz lub sytuację.

Standardy tekstu łatwego do czytania dla języka polskiego:

- Bądź ostrożny z liczbami porządkowymi
- W ogóle bądź ostrożny z liczbami! Pisz liczby cyframi nie słowami. To znaczy, że powinieneś zapisywać liczby jako 1, 2, a nie jeden, dwa. Nie używaj nigdy rzymskich liczb, takich jak V, X lub XVI.
- Gdy tylko możesz używaj czasu teraźniejszego, a nie przeszłego.
- Staraj się unikać skrótowców.
- Gdy to możliwe pisz pełne daty.

Dokumenty w alfabecie Braille'a

Pismo punktowe, wynalezione w 1829 roku przez francuskiego niewidomego Ludwika Braille'a, do dziś jest stosowane przez osoby niewidome. Doskonałość tego systemu polega na dostosowaniu liter alfabetu do dotykowych możliwości człowieka. Znaki są wytłoczonymi, wypukłymi symbolami o różnych kształtach. Wielkość znaku brajlowskiego jest dopasowana do obszaru, który może być odczytany jednym dotknięciem palca, bez konieczności przesuwania go.

Każdy znak może być zbudowany z sześciu wypukłych punktów o jednakowej wielkości, które są rozmieszczone w ściśle określonych miejscach i które dzieli ściśle określona odległość. Punkty jednego znaku są ułożone obok siebie w dwóch kolumnach. Sąsiadujące ze sobą punkty dzieli zawsze równa odległość, w pionie i w poziomie. Nieco większe odległości między znakami (sześciopunktami) pozwalają bez trudu rozpoznać, które punkty należą do jednego, a które do następnego znaku. Podobnie nieco większe odległości między dolnymi punktami znaku w wierszu a górnymi punktami znaku w wierszu następnym pozwalają bez problemu rozpoznać linie tekstu.

Te ustalone odległości między punktami w znaku i między znakami oraz wierszami, a także ustalone jednakowe wysokości punktów (wypukłości) pozwalają szybko i sprawnie odczytywać zapisane treści. Jakiegokolwiek zaburzenia w tych wymiarach, a zwłaszcza w proporcjach między nimi, znacznie utrudniają czytanie.

Standardowe wymiary i odległości znaku brajlowskiego

- Wypukłość – wysokość punktu wynosi 0,5 mm.
- Średnica punktu przy podstawie wynosi 1,6 mm.
- Odległość między środkami punktów w znaku (sąsiadujących ze sobą w pionie i w poziomie) wynosi 2,5 mm.
- Odległość między środkami punktów sąsiadujących ze sobą znaków w wierszu wraz z odstępem między znakami wynosi 3,5 mm.
- Odległość między środkami sąsiadujących ze sobą punktów w znakach sąsiadujących ze sobą wierszy wraz z pustą przestrzenią między tymi wierszami wynosi 5 mm.

Biorąc pod uwagę sześć punktów oraz to, że każdy z nich może wystąpić w dwóch formach: w płaskiej lub w wypukłej, otrzymamy 2^6 , czyli 64 różne znaki. Nie jest to liczba wystarczająca, aby zapisać wszystkie znaki alfabetu łacińskiego: wielkie i małe litery, cyfry, znaki interpunkcyjne itd. Dlatego do zapisu wielkich liter i cyfr zostały wykorzystane znaki prefiksujące. Napisanie wielkiej litery wymaga więc poprzedzenia danej litery znakiem oznaczającym wielką literę. Cyfry piszemy, wykorzystując 10 pierwszych liter alfabetu łacińskiego od a do j, które odpowiadają odpowiednio cyfrom od 1 do 0, poprzedzając je znakiem liczby, który określa następujący po nim ciąg jako liczbę.

Pismo punktowe ma jedno poważne ograniczenie, czyli liniowy charakter. Nie ma więc możliwości zapisywania tekstów złożonych, wielopoziomowych, takich jak wzory matematyczne, wzory chemiczne czy nuty, w taki sam sposób jak robią to ludzie widzący. Na potrzeby tego typu zapisów zostały opracowane standardy notacji brajlowskich dla poszczególnych dziedzin wiedzy, czyli notacja chemiczna, fizyczna, matematyczna czy muzyczna. Do zapisu wielu symboli graficznych z tych dziedzin używa się wieloznaków brajlowskich, różnego rodzaju prefiksów itp.

AAC – komunikacja wspomagająca i alternatywna

AAC (Augmentative and Alternative Communication) oznacza wszelkie działania, których celem jest pomoc w porozumiewaniu się osobom niemówiącym lub posługującym się mową w ograniczonym stopniu. Zamiast wypowiedzianych słów i zdań mogą one używać znaków graficznych (piktogramów, obrazków, symboli), znaków manualnych (gestów) lub znaków przestrzenno-dotykowych (np. przedmiotów). Dzięki temu mogą dokonywać wyborów,

podejmować decyzje, pytać, opowiadać, wyrażać myśli i uczucia – pokonywać bariery w porozumiewaniu się i stawać się niezależnymi.

Użytkownikami wspomagających sposobów porozumiewania się są dzieci, młodzież i dorośli, którzy słyszą, ale nie mogą nauczyć się mowy lub nie mogą jej używać przez całe życie lub tylko w pewnym okresie. Są to m.in. osoby z porażeniem mózgowym, specyficznymi zaburzeniami mowy, niepełnosprawnością intelektualną, autyzmem, chorobami genetycznymi, ale także osoby po urazach mózgu.

Komunikacja wspomagająca jest także pomocna w przypadku osób, które używają mowy, ale ich artykulacja jest niezrozumiała dla otoczenia. W takiej sytuacji AAC pełni rolę uzupełniającą mowę.

Systemy oparte o piktogramy stosuje się w formach drukowanych, tablicach statycznych lub dynamicznych tablicach w formatach elektronicznych. Każda z tych form ma swoje przeznaczenie i sprawdzi się o ile zostanie odpowiednio przygotowana i zastosowana.

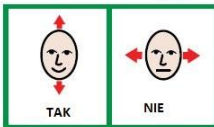
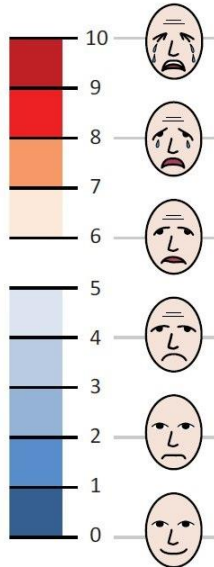
Oprócz dedykowanych komunikatorów, warto przyrzeć się oprogramowaniu do komunikacji, które instaluje się na komputerach lub tabletach. Laptopy i tablety z ekranem dotykowym. Programy typu Tobii Communicator, czy OnscreenCommunicator posiadają dynamiczne tablice z różnymi sytuacjami komunikacyjnymi. Naturalnie tablice te można dowolnie adaptować do własnych potrzeb, jak i tworzyć nowe.

W sytuacjach, gdy osoba nie może wskazać ręką na komunikat, potrzebne będą rozwiązania do bezdotykowego sterowania urządzeniami komputerowymi. Do wyboru są generalnie trzy formy - zastosowanie przełączników (potocznie również nazywanych z angielskiego switchami), założenie urządzenia do nawigacji na siebie i kontrolowanie zdarzeń na ekranie za pomocą ruchów głowy lub sterowanie zdarzeniami na ekranie przy użyciu wzroku i eye-trackerów, czyli urządzeń, które śledząc ruchy gałek ocznych użytkownika wprawiają w ruch wskaźnik kursora.

Dodatkowo w komunikowaniu się z osobami z afazją pomocne mogą być tablice z symbolami. Wiele gotowych rozwiązań znajdziemy na stronach internetowych np. widgit-health.com. Powstaje także coraz więcej adaptacji w języku polskim.

WidgitHealth

PODSTAWOWE SYMBOLE PRZYDATNE W KOMUNIKACJI W SZPITALU

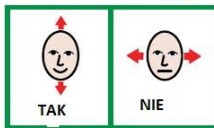
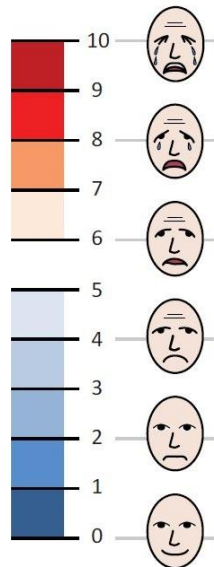


 Jak się nazywasz?	 Jaki numer telefonu?	 Jaki jest twój adres?	 Kiedy się urodziłeś?	 prawo jazdy/dowód osobisty
 Chcę Ci pomóc/ pomóż mi	 Proszę leżeć!	 Proszę czekać!	 To nie będzie boleć!	 Sprawdź uraz!
 cukrzyca	 ciąża	 alergia	 łost	 broń
 lekarstwa	 lekarstwa których nie mogę brać	 picie alkoholu	 Czy ktoś Cię zranił skrzywdził?	 Proszę zapalić pasy!
 toaleta	 pić	 jeść	 tabletkę przeciwbólową	 Chcę zatelefonować/ skontaktować się

Adapted from original ideas from Susan F. Rzcuidlo, Speak Unlimited, 2009
Widgit Symbols © Widgit Software 2002-2012 www.widgit-health.com www.papremisealert.com/about-speak.html

WidgitHealth

PODSTAWOWE SYMBOLE PRZYDATNE W KOMUNIKACJI W SZPITALU



 BÓL GŁOWY	 PROBLEMY Z SERCEM	 PROBLEM Z ODDYCHANIEM	 BÓL KRĘGOSŁUPA	 BÓL W KŁATCE PIERSIOWEJ
 ZAWROTY GŁOWY	 NUDNOŚCI/WYMIOTY	 BIEGUNKA	 GORĄCZKA	 DRESZCZE
 BÓL ŻOŁĄDKA	 ZIMNE STOPY	 ZIMNE DŁONIE	 POMIAR CIŚNIENIA	 ZEMDLEĆ/BYĆ NIEPRZYTYMNYM
 KROPLÓWKA	 TIEN	 KARETKA	 SZPITAL	 BANDAŻ
 JAK DŁUGO?	 MINUTY	 GODZINY	 DNI	 TYGODNIE

Adapted from original ideas from Susan F. Rzcuidlo, Speak Unlimited, 2009
Widgit Symbols © Widgit Software 2002-2012 www.widgit-health.com

Dostępność treści publikowanych w Internecie - WCAG

Podstawowe wytyczne określające standardy dostępności zostały zawarte w wytycznych WCAG 2.0 i uzupełnione wytycznymi WCAG 2.1 w związku z konieczności aktualizacji wytycznych do urządzeń mobilnych.

WCAG 2.0 (Web Content Accessibility Guidelines) składa się z 12 wytycznych definiujących cechy poszczególnych elementów treści internetowych, które mają wpływ na ich dostępność. To, co istotne – standard nie odnosi się tylko do stron internetowych, ale do wszystkich treści prezentowanych za pośrednictwem Internetu. Zgodnie z tym, dyrektywy znajdują zastosowanie również w odniesieniu do takich elementów Internetu jak sklepy online, klienci pocztowi czy aplikacje mobilne. Zasady tworzenia interfejsów tych ostatnich w kontekście dostępności zostały określone za sprawą dyrektywy WCAG 2.1 z 2018 roku. Jeśli chodzi o spełnianie wymagań wynikających z poszczególnych dyrektyw, obowiązuje tu tzw. wsteczna kompatybilność. Jeśli dana treść spełnia wymogi dyrektywy WCAG 2.1, automatycznie jest zgodna ze starszymi wersjami standardu. Oprócz samej treści WCAG 2.0, istnieją dwa dodatkowe dokumenty, które stanowią uzupełnienie. Chodzi o Understanding WCAG 2.0 i Techniques for WCAG 2.0. Ich celem jest wskazanie określonych kierunków stosowania dyrektyw. Zasady WCAG 2.0U podstaw całego standardu WCAG 2.0, leżą 4 nadrzędne zasady stanowiące filar dostępności. Chodzi o:

Postrzegalność – zgodnie z tą zasadą, wszystkie elementy interfejsu użytkownika powinny zostać przedstawione w taki sposób, aby każda osoba mogła z nich korzystać przy pomocy swoich zmysłów. Ta część standardu traktuje o stosowaniu alternatyw tekstowych dla każdego elementu nietekstowego. Podobnie sytuacja ma się w odniesieniu do prezentowania treści video lub audio - tu również jest zalecane zastosowanie alternatywy w postaci napisów. Co więcej, istnieją tutaj zapisy sugerujące projektowanie interfejsów w taki sposób, aby była możliwość zaprezentowania treści w uproszczony sposób bez utraty informacji.

Funkcjonalność – w myśl tej zasady, wszystkie elementy interfejsu oraz nawigacji powinny być możliwe do użycia. W odniesieniu do klawiatury, zasady stwierdzają, że wszystkie elementy interfejsu powinny być możliwe do obsłużenia z jej pomocą. W obszarze funkcjonalności znajduje się wskazówka sugerująca zapewnienie wystarczającej ilości czasu, aby każdy użytkownik mógł przeczytać i przetworzyć treść. Istnieją również wskazówki projektowania interfejsów z myślą o niestymulowaniu napadów padaczki u osób cierpiących na tę chorobę.

Zrozumiałość – cała zawartość interfejsu oraz informacje zawarte na stronie powinny być prezentowana w sposób zrozumiały dla użytkownika. Tworzone treści powinny być czytelne

i łatwe do zrozumienia. Treści powinny być projektowane w sposób intuicyjny. Zaznaczenie elementów nie powinno wywoływać żadnych zdarzeń na stronie, które mogłyby wprowadzać w błąd użytkownika lub go dezorientować. Dodatkowo, zmiana stanu żadnego elementu interfejsu nie powinna skutkować zmianą ogólnego wyglądu strony, co mogłoby dezorientować użytkownika. W WCAG 2.0 pojawia się również zapis mówiący, że w ramach danego serwisu, nie powinny się znajdować elementy różniące się wyglądem, a spełniające te samą funkcjonalność. Również na stronach nie powinny występować elementy pojawiające się samoistnie, takie jak okna typu pop-up. Ew. powinny się pojawiać tylko na żądanie użytkownika.

Solidność – Ostatnia zasada WCAG 2.0 jest bardzo zwięzłym zapisem i odnosi się głównie do kompatybilności strony. Przede wszystkim mówi o tym, aby kod strony był zawsze poprawny i nie powodował komplikacji podczas interpretowania przez dodatkowe zewnętrzne oprogramowania użytkownika.

Poziomy zgodności z wytycznymi WCAG 2.0

Standard wyróżnia trzy następujące poziomy dostępności wg stopnia realizacji kryteriów wynikających z zapisów zaleceń WCAG 2.0:

- Poziom A – to najbardziej podstawowy zestaw wymogów dostępności.
- Poziom AA – stanowi optymalny wariant wdrożenia wymagań standardu.
- Poziom AAA – jest to najwyższy stopień zgodności z WCAG 2.0 – jego osiągnięcie jest niezwykle trudne.

WCAG 2.1

Głównym bodźcem do wprowadzenia zaktualizowanych wytycznych było upowszechnienie się technologii mobilnych. Większość użytkowników, przynajmniej częściowo, korzysta z Internetu na smartfonach. Wśród nich są również osoby z niepełnosprawnością, stąd ważne jest, aby projektanci interfejsów mieli na względzie ich komfort korzystania z oprogramowań.

WCAG 2.1 wprowadziło 17 dodatkowych wytycznych dla twórców treści internetowych na urządzenia mobilne, m.in. możliwość oglądania obrazu na urządzeniach mobilnych w orientacji pionowej i poziomej, dopasowanie treści strony do okna urządzenia, bez konieczności przewijania obrazu, stosowanie odpowiednich odstępów między liniami, stosowanie odpowiedniego współczynnika kontrastu, możliwość wyłączenia animacji po interakcji.

18. Stereotypy dotyczące ludzi ze szczególnymi potrzebami

Pojęcia „niepełnosprawny” czy „inwalida” kojarzą się najczęściej z uszkodzeniem narządu ruchu, kalectwem widocznym od razu przy pierwszym kontakcie z osobą niepełnosprawną. A tymczasem, największą grupą osób z kategorią inwalidztwa są chorzy na choroby układu krążenia, co oczywiście nie ma odbicia w popularnym rozumieniu tego zjawiska. Społeczny wizerunek osób niepełnosprawnych jest stereotypowy.

Osoby niepełnosprawne są przedstawiane jako: słabe, lęklive, samotne podejrzliwe, skryte, nerwowe, niepewne siebie i ubogie. Taka postawa wobec niepełnosprawności jest bardzo uproszczona, schematyczna i świadczy o uprzedzeniach w sposób myślenia o osobach niepełnosprawnych. Niestety często się zdarza, że postrzeganie osób niepełnosprawnych może być coraz bardziej bogate w jeszcze większą liczbę negatywnych cech. Niewątpliwie jednak silnie zaznaczone są w nim elementy samotności, słabości i wycofania społecznego, co tworzy pewien pryzmat, przez który osoby niepełnosprawne są spostrzegane. Pryzmat ten to słabość psychiczna i wyizolowanie społeczne.

Ludzie pełnosprawni w kontaktach z niepełnosprawnymi stają się najczęściej sztywni i skrępowani. Dzieje się tak dlatego, że nie widzimy ludzi niepełnosprawnych na co dzień – najczęściej przebywają poza głównym nurtem toczącego się życia, pozostają pod opieką specjalistów. „Przeciętny człowiek” nie czuje się więc kompetentny i na siłach, aby wejść z nimi w kontakt. Bo przecież „ONI” wymagają na pewno specjalnego podejścia. Większość z nas nie ma możliwości skonfrontowania swoich przekonań z rzeczywistością, zatem w postawach wobec osób niepełnosprawnych odbijają się irracjonalne lęki, nieuzasadnione obawy i krzywdzące sądy.

Aby w naszej świadomości powstał adekwatny obraz osoby niepełnosprawnej, niezbędne są dwa czynniki: wzajemny kontakt i wiedza.

To, co najważniejsze i uniwersalne

1

Osoba niepełnosprawna to człowiek taki sam, jak każdy inny. Wobec nowopoznanej osoby niepełnosprawnej zachowuj tak samo, jak wobec każdej innej osoby, którą spotykasz po raz pierwszy. Brak wzroku, niesprawna kończyna, czy gorszy odbiór bodźców słuchowych nie jest najważniejszą cechą człowieka, którego poznajesz, tak jak nie jest nią kolor skóry czy język, którym się posługuje.

2

Ludzie niepełnosprawni są różni, dlatego traktuj ich w sposób indywidualny. To co bawi, pomaga, stanowi trudność, daje przyjemność jednej osobie niewidomej /niesłyszącej/... nie musi bawić, pomagać, stanowić trudności lub dawać przyjemności innej osobie z bardzo podobną dysfunkcją. Tak jak Ty – przedstawiciel danego narodu, płci, wyznania, warstwy społecznej, różnisz się w swoich potrzebach od ludzi „Tobie podobnych”.

3

Dyskryminacja pozytywna to też dyskryminacja, dlatego nie faworyzuj ludzi ze względu na ich niepełnosprawność. Spotykaj się z tymi, których polubisz, wyrażaj złość wobec tych, którzy potraktowali Cię niewłaściwie, wymagaj odpowiedzialności, jasno stawiaj granice. W ten sposób wyrazisz swój szacunek do osób niepełnosprawnych

4

Osoby niepełnosprawne muszą czasem inwestować więcej wysiłku w „zwykłe zadania” dlatego staraj się być pomocny i wspierający. Pamiętaj jednak, że nie każda osoba niepełnosprawna potrzebuje lub chce przyjąć wsparcie. Oferuj pomoc, ale nie pomagaj na siłę. Udzielaj wsparcia w taki sposób, w jaki życzy sobie tego spotkany przez Ciebie człowiek.

5

Temat niepełnosprawności może być „delikatną sprawą”, dlatego nie zadawaj osobistych pytań dotyczących dysfunkcji i sytuacji zdrowotnej spotkanej osoby, ale z drugiej strony nie udawaj, że nie dostrzegasz jej niepełnosprawności. Bądź na tyle otwarty w rozmowie na ile pozwala na to Wasza zażyłość, stosunek do swojej niepełnosprawności Twojego rozmówcy i jego otwartość w tym temacie. Jeśli opowiadasz o sobie nie unikaj ani nie wycofuj się z tematów związanych ze zdrowiem.

6

Człowiek niepełnosprawny to OSOBA, dlatego traktuj go w sposób podmiotowy: mów do niej a nie do jej asystenta, czy kolegi, który stoi obok. Mów „do niej” a nie „o niej”. Jeśli zdecydujesz się na rozmowę, staraj się rzeczywiście usłyszeć i zrozumieć swojego rozmówcę, nawet, jeśli będzie to wymagało większej ilości czasu i dużego nakładu wysiłku.

7

Człowiek niepełnosprawny nie jest bardziej kruchy niż inni ludzie, dlatego nie bój się popełniania błędów. Nawet najgorsza seria gaf i największa niezgrabność podczas pomagania są niczym wobec ignorancji czy obojętności. Jeśli nie będziesz wiedział, jak powinieneś się zachować, otwarcie o tym powiedz i zapytaj, co możesz zrobić.