

Anna Nawalana¹, Magdalena Baran², Anna Nowak³

¹Laboratoria medyczne i analityczne w Krakowie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

²Szpital Uniwersytecki w Krakowie UJ CM, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

³Szpital Uniwersytecki w Krakowie Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

P

roblemy i bariery w życiu codziennym osób niepełnosprawnych fizycznie

Problems and barriers in everyday life of people with physical disabilities

STRESZCZENIE

Wstęp. Osoby niepełnosprawne bardzo często są marginalizowane, wykluczone z życia społecznego, co powoduje ich alienację i wyobcowanie. Ważne, aby prowadzić politykę na rzecz osób niepełnosprawnych, usuwając wszelkie bariery ekonomiczne, architektoniczne, komunikacyjne, prawne oraz społeczne, co znacznie podniesie jakość ich życia.

Cel. Celem badań była ocena przystosowania krakowskich placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Materiał i metody. Materiał badawczy gromadzono metodą obserwacji z wykorzystaniem techniki obserwacji niestandardyzowanej. Narzędziem badawczym był autorski arkusz obserwacji. Badaniem objęto 44 placówki Podstawowej Opieki Zdrowotnej z terenu Krakowa. Badania przeprowadzono w lutym 2014 roku.

Wyniki. Poziom przystosowania badanych placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej do potrzeb osób niepełnosprawnych jest niewystarczający. Ponad jedna czwarta piętrowych przychodni (27,5%) nie miała rozwiązań technicznych umożliwiających przemieszczanie się na wyższe kondygnacje. Ponad połowa badanych placówek (53,5%) miała parking, który nie spełnia założonych kryteriów, w wielu przypadkach zaobserwowano brak miejsc postojowych dla osób niepełnosprawnych. Tylko 12% przychodni miało drzwi automatyczne umożliwiające swobodne wejście do budynku.

Wnioski. Większość przebadanych placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej nie spełniała wytycznych projektowania uniwersalnego. Konieczne jest wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań i modernizacja budynków użyteczności publicznej, w tym przychodni, co pozwoli podnieść jakość życia osób niepełnosprawnych.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (2): 178–183

Słowa kluczowe: niepełnosprawność; bariery; przychodnie

ABSTRACT

Introduction. People with disabilities often experience marginalization and are excluded from public life, which causes their alienation and isolation. It is extremely relevant to remove all the economical, architectural, legal and transportation barriers by using the instruments of local politics. These actions would definitely improve the quality of life of people with disabilities.

Aim. The main aim of the research was to evaluate the level of adaptation of Primary Health Care facilities in Cracow for the people with disabilities.

Material and methods. The research material was collected by unstandardized observation technique. The research tool was an original observation sheet. The research included 44 Primary Health Care facilities in Cracow. The research was conducted in February 2014.

Results. The level of adaptation of surveyed facilities for people with disabilities is insufficient. More than a quarter (27.5%) of storied clinics did not have technical capabilities which enable relocation to higher storeys. More than half of surveyed facilities (53.5%) have parking lot, which do not meet the established criteria. In many cases, there was lack of parking spaces for disabled people. Only 12% of surveyed clinics have automatic doors allowing easy access to the building.

Adres do korespondencji: mgr Anna Nawalana, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego, 31–126 Kraków, ul. Michałowskiego 12, tel. 698 072 378; e-mail: ania.nawalana@poczta.onet.pl

Conclusions. Most of the surveyed facilities do not meet the universal design guidelines. It is necessary to introduce new solutions and to modernize Health Care facilities in order to improve the quality of life of people with disabilities.

Nursing Topics 2014; 22 (2): 178–183

Key words: disability; barriers; clinics

Wstęp

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*), która powstała w 2001 roku definiuje niepełnosprawność jako rodzaj „wielowymiarowego zjawiska wynikającego ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem” [1, str. 10]. Definicja ta uwzględnia społeczny model niepełnosprawności. Zakłada on, iż niepełnosprawność to nie tylko „problem” jednostki lecz całej ludzkości, a zadaniem społeczeństwa jest podejmowanie działań mających na celu aktywizację osób niepełnosprawnych, respektowanie ich praw oraz niwelowanie „barier” ekonomicznych, architektonicznych, komunikacyjnych, prawnych oraz społecznych. Jednym z czynników odgrywających ogromne znaczenie w pomyślnej adaptacji osób niepełnosprawnych do środowiska społecznego jest rehabilitacja oraz związana z nią integracja [2]. Można stwierdzić, iż „społeczna integracja osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych jest dynamicznym procesem psychospołecznym polegającym na tworzeniu wspólnoty ideowej, wspólnoty warunków życia i wspólnoty interesów, dążeń i działań ludzkich” [3, str. 68].

Ponad 650 milionów osób na świecie jest niepełnosprawnych w następstwie psychicznych, fizycznych oraz sensorycznych niepełnosprawności. Stanowi to około 10% całej populacji [4]. Zarówno w Polsce, jak i na całym świecie ciągle wzrasta populacja osób starszych oraz osób mających problem z przemieszczaniem się, z właściwą motoryką. Szacuje się, że w 2030 roku około 20% populacji będą stanowiły osoby po 60. roku życia, a więc osoby starsze. Niezwykle ważne jest, aby projektując przestrzeń publiczną, uwzględnić ich problemy i umożliwić pełne uczestnictwo w życiu społecznym [5].

Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ wypełniła zaistniałą lukę w prawie międzynarodowym dotyczącym praw człowieka. Uznaje, że niepełnosprawność to wynik oddziaływania pomiędzy osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw i środowiska, co utrudnia osobom niepełnosprawnym pełny udział w życiu społecznym na równi z innymi osobami. Podkreśla szczególne znaczenie samodzielności i niezależności w egzystencji osób niepełnosprawnych. W momencie ratyfikacji Konwencji, państwo zobowiązuje się do równego wobec prawa traktowania osób niepełnosprawnych i ochrony

ich przed wykluczeniem i marginalizacją społeczną. Władze poszczególnych państw są zobowiązane do wzięcia największej odpowiedzialności, w szczególności za przygotowanie i stworzenie możliwości równego uczestnictwa w społeczeństwie osobom niepełnosprawnym, w środowisku bez barier funkcjonalnych. Bariery architektoniczne, czyli wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub znacznie utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym; utrudniają uczestniczenie w codziennym życiu. Zgodnie z Konwencją Państwa strony winny podjąć wszelkie środki w celu rozpoznania i eliminowania przeszkód i barier w zakresie dostępności do ośrodków publicznych, ze szczególnym uwzględnieniem opieki zdrowotnej [6–8].

Podstawowym i powszechnym elementem opieki zdrowotnej w Polsce jest Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ). Osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) przysługują bezpłatne świadczenia zdrowotne. Jednostka POZ to podmiot leczniczy sprawujący kompleksową opiekę nad populacją zadeklarowaną do lekarza, pielęgniarki i położnej [8, 10].

Ogromna odpowiedzialność za jakość przestrzeni publicznej spoczywa na samorządzie lokalnym. To właśnie on może ustanawiać właściwe standardy przestrzenne, które będą „przyjazne” dla osób niepełnosprawnych. Należy zaznaczyć, iż „w gestii samorządu lokalnego znajduje się również dbałość o współpracę z organizacjami osób niepełnosprawnych i wykorzystywanie ich potencjału do realizacji dostępności przestrzeni publicznych” [5].

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była ocena przystosowania krakowskich placówek POZ do potrzeb osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem osób z dysfunkcją w zakresie narządu ruchu.

Przeprowadzone badania miały dostarczyć odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jak przystosowane jest otoczenie budynków krakowskich placówek POZ do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo?
2. Jak przystosowane są budynki krakowskich placówek POZ do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo?

Materiał i metody

Materiał badawczy gromadzono metodą obserwacji z wykorzystaniem techniki obserwacji niestandardyzowanej [11]. W badaniu wykorzystano arkusz obserwacji własnego autorstwa. Zastosowano obserwację ukrytą i osobistą. Badania przeprowadzono w lutym 2014 roku. Badaniem objęto podmioty działalności leczniczej zapewniające ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, łącznie 44 placówki POZ znajdujące się na terenie Krakowa. Przedmiotem obserwacji było dostosowanie obiektów architektonicznych z uwzględnieniem otoczenia oraz wejścia do budynku, a także wnętrza budynku do potrzeb osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem osób przemieszczających się na wózku inwalidzkim.

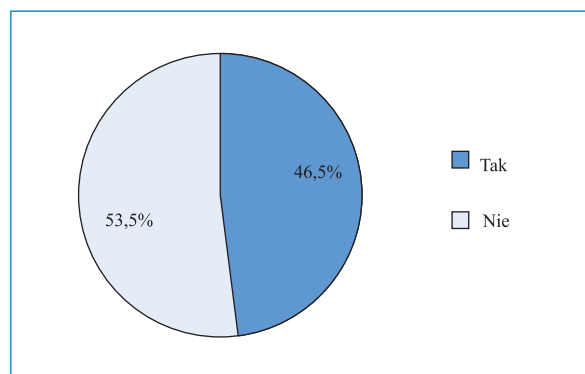
Wyniki

Na podstawie kwestionariusza obserwacji uzyskano wyniki świadczące o niekompletnym przystosowaniu placówek ochrony zdrowia do potrzeb osób niepełnosprawnych fizycznie. W badaniach brano pod uwagę zarówno sytuację osób niepełnosprawnych, jak i ich opiekunów.

Zewnętrzne warunki budynków, takie jak podjazd i parking, nie spełniały wymogów we wszystkich badanych placówkach. Prawidłowy podjazd, który powinien charakteryzować się szerokością dostosowaną do wózków inwalidzkich, lekkim stopniem nachylenia, barierkami, a także antypoślizgową nawierzchnią zaobserwowano w 83,7% badanych placówek. Parking dostosowany dla osób niepełnosprawnych w ocenie badaczy powinien cechować się położeniem tuż obok budynku oraz wyznaczonymi miejscami parkingowymi dla osób niepełnosprawnych. Takimi cechami charakteryzowało się 46,5% ocenianych parkingów (ryc. 1). Pozostałe badane miejsca nie spełniały kryteriów przyjętych przez badaczy, to jest podjazdy miały niewłaściwy kąt nachylenia oraz śliską nawierzchnię (ryc. 2), w pobliżu nie było miejsc parkingowych przeznaczonych do użytku przez osoby niepełnosprawne. Należy zaznaczyć, iż w kilku przypadkach badane placówki miały miejsca postojowe, jednak były one bardzo oddalone od wejścia do przychodni.

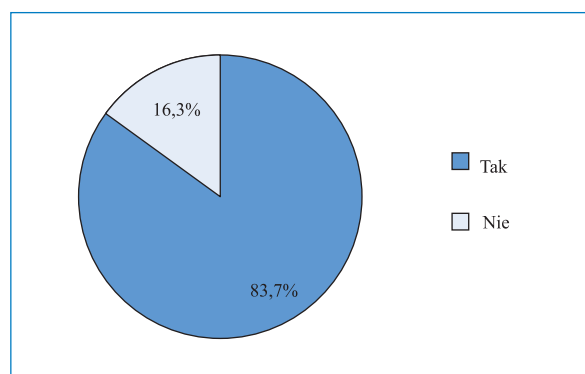
Badane wskaźniki prawidłowego przystosowania wnętrza budynków ochrony zdrowia dla osób z niepełnosprawnością ruchową także nie spełniały wymogów i odbiegały od przyjętych standardów.

Ponad połowa badanych placówek (60,5%; 29 budynków) to budynki piętrowe. Jako budynki piętrowe klasyfikowano placówki, w których rejestracja, gabinety lekarskie, toaleta lub inne pomieszczenia przeznaczone dla chorych znajdowały się na piętrze. Wśród piętrowych budynków windy i podnośniki dla wózków inwalidzkich zaobserwowano w 21 placówkach (72,5%). Pozostałe budynki nie miały wind lub pod-



Rycina 1. Dostępność parkingu dla osób niepełnosprawnych w otoczeniu badanych placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Figure 1. Availability of parking for people with disabilities the surroundings of surveyed Primary Health Care centers

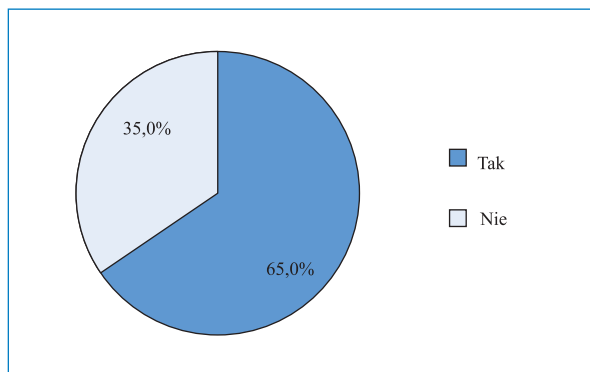


Rycina 2. Podjazd dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych w badanych placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Figure 2. Special ramp adapted to the needs of people with disabilities in surveyed Primary Health Care centers

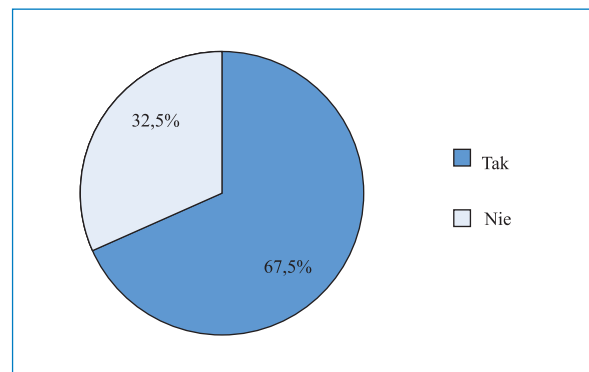
nośników umożliwiających dostanie się do gabinetu lekarskiego lub łazienki. Wielokrotnie powierzchnia windy była bardzo mała, co uniemożliwiało wejście do niej osoby niepełnosprawnej wraz z opiekunem.

Kolejnymi badanymi wskaźnikami były: dostępność do toalety (między innymi miejsce znajdowania się klucza do drzwi, bliska odległość od gabinetów), powierzchnia toalety (możliwość wjazdu i manewru wózkiem inwalidzkim, a także obecność opiekuna/opiekunów chorych), uchwyty w toalecie (dające bezpieczeństwo choremu i możliwość bezpośredniego, komfortowego skorzystania z toalety). W ocenie badaczy 65% budynków miało łazienki „dostępne” dla osób niepełnosprawnych (ryc. 3). Blisko połowa toalet (49%) spełniała wymogi odpowiedniej powierzchni, a 53,5% badanych łazienek miało uchwyty pomocne dla osób niepełnosprawnych. Pozostałe łazienki nie



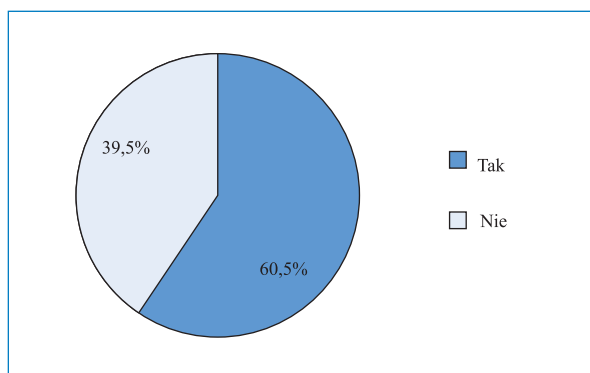
Rycina 3. Dostępność toalety dla osób niepełnosprawnych w badanych placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Figure 3. Availability of toilets for people with disabilities in surveyed Primary Health Care centers



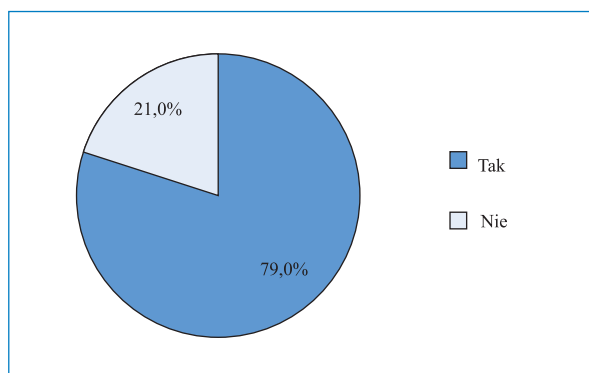
Rycina 5. Szerokość korytarzy dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych w badanych placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Figure 5. Width of corridors adapted to the needs of people with disabilities in surveyed Primary Health Care centers



Rycina 4. Dostępność punktu rejestracji dla osób niepełnosprawnych w badanych placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Figure 4. Availability registration point for people with disabilities in surveyed Primary Health Care centers



Rycina 6. Szerokość drzwi dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych w badanych placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Figure 6. Door width adapted to the needs of people with disabilities in surveyed Primary Health Care centers.

spełniały założonych przez badaczy kryteriów, to jest nie miały uchwytów, miały wąskie drzwi uniemożliwiające przejechanie wózkiem inwalidzkim lub były zamknięte na klucz.

Obserwatorzy zwrócili uwagę również na dostępność punktu rejestracji dla niepełnosprawnych. Oceniano ją pod względem wysokości blatu przy okienku, odległości od osoby rejestrującej, odległości od głównego wejścia, widocznego oznaczenia, a także możliwości zajęcia wygodnego miejsca siedzącego lub miejsca na wózek inwalidzki w czasie rejestracji. Te wymogi spełniło 60,5% placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Pozostałe miały bardzo wysoko ustawione lamy lub znajdowały się w miejscu niewidocznym dla pacjentów (ryc. 4).

Zbadano również szerokość korytarzy pod kątem swobodnego poruszania się po budynku oraz szerokość drzwi wejściowych umożliwiających wjechanie do wnętrza budynku wózkiem inwalidzkim. Zadawalające jest to, iż 67,5% placówek miało odpowiednio szerokie korytarze (ryc. 5), a 79% odpowiednio szerokie drzwi (ryc. 6). Tylko 12% budynków miało drzwi automatyczne.

Dyskusja

Z Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2011 roku wynika, że w Polsce jest prawie 4,7 mln osób niepełnosprawnych [4]. Ta znaczna liczba osób niepełnosprawnych zobowiązuje społeczeństwo polskie do wielowymiarowego dostosowania otoczenia do ich wymogów.

Ważnymi instytucjami dla niepełnoprawnych są placówki należące do POZ, które wielokrotnie nie są dostosowane do świadczenia usług tym odbiorcom.

Często mówi się o niewielkiej liczbie specjalistów w dziedzinie rehabilitacji, geriatry w Polsce, czy też o wciąż narastającym deficycie programów profilaktycznych, natomiast zapomina się o barierach architektonicznych, to jest braku windy, braku podjazdu, braku miejsc parkingowych oraz barierach ekonomicznych, to jest niemożności zarejestrowania się do specjalisty, tak zwany brak terminów, które są przyczynami ograniczeń, jakie społeczeństwo narzuca osobom niepełnoprawnym.

Polskie prawo budowlane dokładnie określa warunki przystosowania budynków do potrzeb osób niepełnosprawnych: „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, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich” [12]. Przedstawione jest to w kodeksie prawa budowlanego.

W XXI wieku POZ często nie są w pełni przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, potwierdzeniem tego są wyniki badań własnych. Parking oddalony od placówki lub brak miejsc parkingowych zniechęca niepełnosprawnych i ich opiekunów do korzystania z wybranych przychodni. Brak podjazdu bądź podjazdu z ubytkiem technicznym to czynniki uniemożliwiające dostanie się chorego na wózku inwalidzkim do lekarza. Często osoby z dysfunkcją narządów ruchu muszą wychodzić na pierwsze, drugie lub trzecie piętro, co jest dla nich niezwykle męczące. Brak windy/podnośnika, ich awaria lub ograniczona do nich dostępność powodują zależność osoby niepełnosprawnej od opiekuna. Wąskie korytarze i toalety bez uchwytów to nie tylko ograniczenie dla osób na wózku, ale także niebezpieczeństwo i potencjalna przyczyna wypadków.

Budynki POZ powinny spełniać siedem zasad tak zwanego projektowania uniwersalnego jakie zostały opracowane w Centrum Universal Design w North Carolina State University. Bardzo często są one określone jako standard. Zaliczamy do nich: sprawiedliwe zastosowanie (*equitable use*), co oznacza, że placówki powinny być dostępne dla wszystkich; elastyczność w użytkowaniu (*flexibility in use*); proste i intuicyjne użytkowanie (*simple and*

intuitive); czytelna informacja (*perceptible information*); tolerancja dla błędu użytkownika (*tolerance for error*), czyli zminimalizowanie ryzyka wystąpienia niebezpieczeństw; wygodne użytkowanie bez zbędnego wysiłku (*low physical effort*); wymiary i przestrzeń odpowiednie dla dojścia i użytkowania (*size and space for approach and use*) [13].

Uniwersalne Projektowanie to projektowanie budynków i ich otoczenia tak, aby były one dostępne dla wszystkich ludzi, w największym możliwym stopniu, bez potrzeby adaptacji. Niestety w badaniach własnych wykazano obecność barier architektonicznych w placówkach POZ, a tym samym stwierdzono nieprawidłowości i uchybienia w tworzeniu przyjaznego środowiska.

Wnioski

Na podstawie analizy wyników badań można stwierdzić, że:

- Otoczenie badanych placówek POZ wielokrotnie stanowiło barierę architektoniczną dla osób niepełnosprawnych ruchowo. Ponad połowa badanych instytucji (53,5%) posiadała parking, który nie spełniał założonych kryteriów. Zadawalające jest to, iż ponad trzy czwarte badanych budynków (83,7%) miało podjazd przystosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych.
- Poziom przystosowania badanych placówek POZ do potrzeb osób niepełnosprawnych można określić mianem niewystarczającego. Ponad jedna czwarta piętrowych przychodni (27,5%) nie posiadała rozwiązań technicznych, to jest windy/podnośnika, które umożliwiałyby przemieszczanie się na wyższe kondygnacje. Tylko 12% przychodni miało drzwi automatyczne.

Piśmiennictwo

1. Misiewicz H. Niepełnosprawność jako problem społeczny. Chowania 2004; 1: 9–35.
2. Grzyb B., Matsili R. Społeczny model niepełnosprawności. Niepełnosprawność i Rehabilitacja 2010; 4: 31–40.
3. Kazanowski Z., Osik-Chudowska D. Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2003.
4. Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. Niepełnosprawność w liczbach. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosci-w-liczbach>; data pobrania: 02.04.2014.
5. Wysocki M. Dostępna przestrzeń publiczna. Samorząd Równych Szans. Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego, Kraków 2009. file:///C:/Users/u%C5%BCytkownik/Downloads/dostepna_przestrzen_publiczna.pdf; data pobrania: 02.04.2014.
6. Jankowska M. Prawa osób niepełnosprawnych w międzynarodowych aktach prawnych. Niepełnosprawność I 2011; 24–45.

7. Rutkowska E. Sprawozdanie z międzynarodowej konferencji naukowej: Aktywizacja osób niepełnosprawnych. *Niepełnosprawność IV* 2013: 97–105.
8. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku, *Dz. U.* 2004 nr 210 poz. 2135. [http:// www.mz.gov.pl/](http://www.mz.gov.pl/); data pobrania: 02.04.2014.
9. Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 30 grudnia 2010 roku, *Dz. U.* 2010 nr 257 poz. 1723. [http:// www.mz.gov.pl/](http://www.mz.gov.pl/); data pobrania: 02.04.2014.
10. Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 roku, *Dz. U.* 2011 nr 112 poz. 654. [http:// www.mz.gov.pl/](http://www.mz.gov.pl/); data pobrania: 02.04.2014.
11. Lenartowicz H., Kózka M. *Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
12. Ustawa o prawie budowlanym z dnia 7 lipca 1994 roku, *Dz. U.* 2013 poz. 1409.: <http://www.isap.sejm.gov.pl/>; data pobrania: 02.04.2014.
13. *Zasady Projektowania Uniwersalnego.* <http://wartowiedziec.org/index.php/pomoc-spoleczna/aktualnosci-i-ekonomia/442-zasady-projektowania-universalnego-cz-1>; data pobrania: 02.04.2014.