

Znoszenie barier architektonicznych i dostosowanie obiektu użyteczności społecznej dla osób niepełnosprawnych ruchowo na przykładzie Ośrodka Rehabilitacji Narządu Ruchu w Krzeszowicach

Removing barriers architectural and social adjustment of facility for disabilities Rehabilitation Center for example locomotor in Krzeszowice

Grzegorz Mańko¹, Joanna Zyznawska¹, Wojciech Kurzydło^{1,2}, Beata Stach²

¹Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM , Instytut Fizjoterapii

² Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu w Krzeszowicach

Key words: disabled, public buildings, architectural barriers

Abstrakt

Disabilities every day extremely difficult task, “join” in the mainstream of normal life. In Poland a few years to take measures for the adjustment of public buildings for the disabled. The aim of this work was to obtain information on the adjustment of the Centre for Rehabilitation of Organ Movement in Krzeszowice to the needs of people with disabilities. Study were treated 107 people with a specific reduced mobility. Used questionnaire survey. Applied basic statistical calculations. After analyzing the obtained results the following conclusions:

1. Assessment on the adaptation of the object is dependent on the degree of disability of the patient, the smaller the range of disabilities including better evaluation of individual elements of the building.

2. The building of the Centre for adapted to the needs of mobility impaired people, found 58% of wheelchairs, 68% of people using crutches or canes, and orthopedic 85% of people with problems in movement but not benefiting from the orthopedic hardware.
3. Moving between floors does not make much of a problem, the use of third party assistance is sporadic and involves a small group of patients.
4. The biggest hurdle for the physically disabled patients is the lack of an adequate number of parking spaces.
5. Adaptation of buildings, even historic is possible, but often binds to the large financial outlays and the necessity to use unconventional architectural solutions.

Słowa kluczowe: osoby niepełnosprawne, obiekty użyteczności publicznej, bariery architektoniczne

Streszczenie

Osoby niepełnosprawne każdego dnia stają przed niezwykle trudnym zadaniem „włączania się” w nurt normalnego życia.

W Polsce od kilku lat podejmuje się działania na rzecz dostosowania obiektów użyteczności publicznej dla potrzeb osób niepełnosprawnych.

Celem niniejszej pracy było uzyskanie informacji na temat dostosowania Ośrodka Rehabilitacji Narządu Ruchu w Krzeszowicach do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Badaniu ankietowemu zostało poddanych 107 osób z określoną dysfunkcją narządu ruchu. Wykorzystano kwestionariusz ankietowy. Zastosowano podstawowe obliczenia statystyczne. Po przeanalizowaniu uzyskanych wyników sformułowano następujące wnioski:

1. Ocena dotycząca dostosowania obiektu jest uzależniona od stopnia niepełnosprawności pacjenta, im mniejszy zakres niepełnosprawności tym lepsza ocena poszczególnych elementów budynku.
2. Budynek Ośrodka za dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, uznało 58% osób poruszających się na wózek, 68% osób korzystających z kul lub laski ortope-

- dycznej oraz 85% osób z problemem w poruszaniu ale nie korzystających ze sprzętu ortopedycznego.
3. Poruszanie się pomiędzy kondygnacjami nie sprawia większego problemu, korzystanie z pomocy osób trzecich jest sporadyczne i dotyczy wąskiej grupy pacjentów.
 4. Największym utrudnieniem dla pacjentów niepełnosprawnych ruchowo jest brak odpowiedniej liczby miejsc parkingowych.
 5. Dostosowanie budynków, nawet zabytkowych jest możliwe, często jednak wiąże się z dużymi nakładami finansowymi i koniecznością zastosowania niekonwencjonalnych rozwiązań architektonicznych.

Wstęp

Według badań Głównego Urzędu Statystycznego z 2004 roku liczbę osób niepełnosprawnych w Polsce szacuje się na 16%, czyli około 6 milionów osób.

Pomimo, że jest to duża grupa społeczna przez wiele lat jej problemy były spychane na margines, czego konsekwencją był brak działań podejmowanych w kierunku polepszenia warunków życia osób niepełnosprawnych. Niedostępne budynki, zbyt wysokie krawężniki, nie przystosowane środki transportu publicznego to rzeczywistość, która towarzyszyła niepełnosprawnym przez ostatnie lata.

W Polsce, poważne kroki w stronę poprawy sytuacji zaczęto podejmować dopiero na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. Powstały wówczas pierwsze organizacje oraz przepisy prawne regulujące sytuacje osób niepełnosprawnych.

Podejmowane działania na rzecz wyrównywania szans, a także udostępnienia sfer życia społecznego i przestrzeni architektonicznej przyniosło wiele pozytywnych zmian, niestety wciąż utrzymuje się znaczący dystans pomiędzy warunkami egzystencji osób niepełnosprawnych, a reszty społeczeństwa.

Osoby niepełnosprawne każdego dnia stają przed niezwykle trudnym zadaniem „włączania się” w nurt normalnego życia. Wykonywanie czynności dnia codziennego z pozoru łatwych dla ludzi zdrowych, sprawnych, dla osoby niepełnosprawnej urasta często do rangi problemu. Napotykanne przeszkody często unie-

możliwiają lub ograniczają pełną samodzielność i tym samym osiągnięcie satysfakcjonującego życia [5].

Wzrost społecznej świadomości sprawił, iż zauważono konieczność adaptacji otoczenia dla osób niepełnosprawnych przez łagodzenie, znoszenie i likwidowanie barier. Trudno bowiem mówić o integracji społecznej osoby niepełnosprawnej, jej aktywności, samodzielności, jeśli nie może ona wyjść z domu i włączyć się w życie społeczne - dostać się do urzędu, szkoły czy miejsca pracy a w szczególności do przychodni, lekarza czy terapeuty.

W związku z powyższym pojawia się termin „bariera” oznaczający wszelkie przeszkody:

architektoniczne, urbanistyczne i komunikacyjne, które ze względu na swoją formę uniemożliwiają lub znacznie utrudniają przemieszczenie się osobom o zmniejszonej sprawności fizycznej i sensorycznej. Do nich zaliczamy: zbyt wąskie drzwi, wejścia i korytarze, zbyt małe pomieszczenia, szczególnie higieniczno-sanitarne, różnice poziomów takie jak schody, stopnie, niedostosowane windy, nieodpowiednio usytuowane włączniki, klamki, uchwyty, nierówne i śliskie nawierzchnie [10,11].

W Polsce od kilku lat podejmuje się działania na rzecz dostosowania obiektów użyteczności publicznej dla potrzeb osób niepełnosprawnych. Istnieją podstawy prawne, które obligują do podejmowania działań na rzecz poprawy dostępności obiektów [1,4].

W przypadku nowo powstających budynków prawo nakazuje taki ich projektowanie i budowanie, by umożliwiły dostęp osobom niepełnosprawnym, a szczególnie osobom poruszającym się na wózkach. Także w przypadku przebudowy, rozbudowy, odbudowy, a także przy sposobie zmiany użytkowania budynku muszą być udostępnione osobom niepełnosprawnym

Udostępnianie budynków, nie jest już uzależnione tylko od dobrej woli i wiedzy inwestorów, projektantów, wykonawców, lecz stało się obowiązkową zasadą podobnie jak inne przepisy np. dotyczące bezpieczeństwa konstrukcji, pożarowego i wymogów higieniczno-sanitarnych [1,4,9,2,6].

Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 roku jasno określa warunki techniczno-budowlane jakie muszą spełniać obiekty budowlane, aby móc je uznać za dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych [13,12].

Rozpatrując najważniejsze sytuacje przestrzenne pojawiające się na drodze użytkownika wliczając elementy otoczenia budynku jak i samo jego wnętrze możemy określić niezbędne wymiary, rozwiązania i udogodnienia umożliwiające swobodne korzystanie osobom niepełnosprawnym z danego obiektu.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było uzyskanie informacji na temat dostosowania Ośrodka Rehabilitacji Narządu Ruchu w Krzeszowicach do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową i próba udzielenia odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy pacjenci niepełnosprawni ruchowo uważają przestrzeń zewnętrzną oraz budynek Ośrodka za dostępny i dostosowany do ich potrzeb?
2. Czy zastosowane w budynku rozwiązania architektoniczne umożliwiają samodzielne poruszanie się osobom z niepełnosprawnością ruchową?
3. Czy na terenie Ośrodka występują bariery architektoniczne utrudniające lub uniemożliwiające poruszanie się osobom z niepełnosprawnością ruchową?

Hipotezy badawcze

W pracy przyjęto następujące hipotezy badawcze:

1. Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu w Krzeszowicach jest dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową.
2. Osoby zarówno poruszające się na wózku, za pomocą kul i lasek oraz nie korzystające ze sprzętu ortopedycznego dzięki zastosowanym w budynku rozwiązaniom architektonicznym są w stanie poruszać się w nim samodzielnie.

Materiał badawczy

Badania zostały przeprowadzone na terenie Ośrodka Rehabilitacji Narządu Ruchu w Krzeszowicach wśród pacjentów ambulatoryjnych oraz korzystających z leczenia szpitalnego.

W badaniach wykorzystano celowy dobór próby, zakwalifikowano tylko osoby bezwzględnie spełniające warunki:

- 1) niepełnosprawność ruchowa - zakwalifikowano osoby, które miały wyraźne problemy z poruszaniem się,
- 2) korzystanie z leczenia na terenie Ośrodka w Krzeszowicach,
- 3) wiek - wszystkie badane osoby ukończyły 18 rok życia.

Badaniu ankietowemu zostało poddanych 107 osób, 17 osób udzieliło niekompletnych odpowiedzi dlatego też analizie jakościowo-ilościowej zostało poddanych 90 kwestionariuszy (51 osób stanowili mężczyźni, a pozostałe 39 osób to kobiety) Zdecydowaną większość stanowiły osoby znajdujące się przedziale wiekowym 45–64 lat (43,3%) oraz osoby z grupy wiekowej 65 lat i więcej (30%). Wykorzystano kwestionariusz ankietowy.

Kwestionariusz składał się z dwóch części. Pierwsza zawierająca 16 pytań dotyczyła oceny dostępności i przystosowania Ośrodka dla potrzeb osób niepełnosprawnych, druga część obejmowała charakterystykę badanych osób (płeć, wiek, formy leczenia, stopień niepełnosprawności, rodzaju sprzętu ortopedycznego niezbędnego w poruszaniu się).

Zdecydowaną większość stanowiły osoby korzystające z leczenia szpitalnego 63 osób spośród wszystkich ankietowanych, pacjenci ambulatoryjni to pozostałe 27 osób.

Wszystkie osoby, które zostały zakwalifikowane do badania były osobami niepełnosprawnymi posiadającymi orzeczenie dotyczące stopnia niepełnosprawności. Ankietowani ze względu na przyczynę niepełnosprawności zostali przydzieleni do trzech różnych grup, niepełnosprawność jako wynik: wady wrodzonej, choroby lub wypadku.

Wyniki badań

Ze względu na zakres niepełnosprawności badani zostali zakwalifikowani do następujących grup: uszkodzenia lub braki w anatomicznej budowie narządu ruchu, monoplegia, hemiplegia, paraplegia i tetraplegia a także deformacje narządu ruchu.

Wśród badanych największą grupę (50%) stanowiły osoby z dysfunkcją narządu ruchu w postaci różnego rodzaju deformacji, 37% to osoby z niedowładami i porażeniami (10% tetraplegia, 20% paraplegia i 8% hemiplegia) oraz 13% chorych po różnego rodzaju wypadkach i urazach z trwałą dysfunkcją narządu ruchu.

W kwestionariuszu ankiety, który trafił do rąk badanych znalazło się również pytanie dotyczące stosowanego sprzętu ortopedycznego - wózek inwalidzki (aktywny, ortopedyczny, elektryczny), kule, proteza, balkonik lub laska ortopedyczna. Respondenci korzystali w większości z wózka inwalidzkiego (40%) oraz kul (30%). Pozostali posługiwali się laską lub drobnym sprzętem ortopedycznym sporadycznie.

W przeprowadzonych badaniach szczególną uwagę zwrócono na dostosowanie przestrzeni zewnętrznej oraz wnętrza budynku dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo. Badani zostali zakwalifikowani do trzech grup, w zależności od stosowanego sprzętu ortopedycznego co umożliwiła dokładną analizę dostosowania obiektu ze względu na stopień niepełnosprawności.

Elementy zewnętrzne poddane ocenie ankietowanych to: parking, oznakowanie miejsc przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych, dostęp do obiektów znajdujących się w bezpośrednim sąsiedztwie budynku oraz elementy składające się na dojście do Ośrodka, takie jak: połączenie z drogą publiczną, równość nawierzchni, szerokość dojścia, korzystanie z podjazdu.

W grupie osób poruszających się na wózku spośród wszystkich elementów najlepiej oceniono szerokość dojścia, 77% ocen pozytywnych. 66,6% badanych dobrze oceniła zarówno podjazd jak i jakość nawierzchni. Opinie negatywne stanowiły w przypadku podjazdu zaledwie 16% oraz 8,3% w przypadku oceny szerokości dojścia i jakości nawierzchni. Najgorzej oceniono połączenie z drogą publiczną, 50% udzieliło odpowiedzi: „raczej zła” lub „zła”. Stosunkowo duży odsetek badanych 25% nie był w stanie ocenić przystosowania tego elementu do swoich potrzeb.

W grupie osób korzystających z kul i laski ortopedycznej 72% badanych pozytywnie oceniła podjazd, 63% równość nawierzchni. Szerokość dojścia w opinii 36,6% badanych była „dobra” lub „raczej dobra”, jednocześnie taki sam procent stanowiły oceny negatywne, 27% udzieliło odpowiedzi „nie wiem”. Połączenie z drogą publiczną w ocenie 54,4% ankietowanych jest dostosowane do ich potrzeb, przeważały opinie „dobra”, pozostałe 27% uznało połączenie za „raczej złe”, 18% udzieliło odpowiedzi „nie wiem”.

Wśród ankietowanych nie korzystających ze sprzętu ortopedycznego, przeważały opinie pozytywne dotyczące wszystkich

elementów zawartych w kwestionariuszu. 85% ankietowanych pozytywnie oceniło połączenie z drogą publiczną, 71% szerokość dojścia i równość nawierzchni, 57% podjazd.

Opinie negatywne pojawiły się tylko w podpunktach dotyczących szerokości dojścia i połączenia z drogą publiczną lecz w obu przypadkach dotyczyły zaledwie 14,2% ankietowanych. Zdecydowana największa liczba osób nie była w stanie ocenić dostosowania podjazdu oraz jakości nawierzchni, 42% w pierwszym przypadku i 28% w przypadku oceny nawierzchni.

Bardzo ważnym elementem infrastruktury zewnętrznej budynku jest parking. Odpowiednia liczba miejsc parkingowych zapewnia komfort pacjentom, zwłaszcza tym którzy korzystają z leczenia ambulatoryjnego i posiadają własny samochód. Miejsca parkingowe przeznaczone dla osób niepełnosprawnych poza odpowiednimi wymiarami [10], powinny być również oznakowane i usytuowane jak najbliżej wejścia głównego budynku.

Ankietowani udzielili odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczące parkingu. Miały one na celu uzyskanie informacji czy na terenie parkingu należącego do Ośrodka znajdują się miejsca parkingowe dla osób niepełnosprawnych, a jeśli tak to czy ich liczba jest wystarczająca.

W opinii 60% badanych liczba miejsc parkingowych nie jest wystarczająca. Pozostałe 40% nie potrafiło określić liczby miejsc parkingowych, byli to najczęściej pacjenci korzystający z leczenia szpitalnego, którzy w czasie leczenia rzadko opuszczają budynek Ośrodka i nie korzystają z samochodu.

Ankietowani udzielili odpowiedzi na 10 pytań dotyczących dostępności budynku Ośrodka.

Celem badania było określenie czy zastosowane w budynku rozwiązania architektoniczne są wystarczające dla osób niepełnosprawnych ruchowo i umożliwiają samodzielne poruszanie się wewnątrz budynku.

Budynek dostępny, to budynek gdzie szerokość korytarzy, drzwi umożliwia wszystkim osobom także tym poruszającym się na wózku swobodne przemieszczanie się w jego wnętrzu. Klamki, włączniki, uchwyty i poręcze znajdującą się w odpowiednich miejscach i na odpowiedniej wysokości. Ocenie ankietowanych zostały poddane również te elementy.

W grupie osób poruszających się na wózkach, zdecydowanie największy odsetek pozytywnych ocen dotyczył szerokości drzwi i korytarzy, 83% osób uznało, że szerokość drzwi jest odpowiednio dostosowana to ich potrzeb pozostałe 17% uznało, że jest „raczej dobra”, 91% określiło szerokość korytarzy jako „dobra” i „raczej dobra”, opinie negatywne dotyczyły zaledwie 8,3%. Powierzchnia posadzki otrzymała 66% pozytywnych ocen, oceny negatywne dotyczyły 25% ankietowanych, pozostałe 25% udzieliło odpowiedzi „nie wiem”. Najwięcej zastrzeżeń pojawiło się w podpunkcie dotyczącym strefy umieszczenia włączników, klamek, uchwytów i poręczy, 50% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „raczej zła” lub „zła”, 33,3% uznało ją za „dobra”, 16% udzieliło odpowiedzi „nie wiem”. Negatywne oceny w tym przypadku mają związek z koniecznością indywidualnego doboru wysokości uchwytów i poręczy, która jest uzależniona od sprawności danej osoby, w przypadku budynków użyteczności publicznej stosuje się ogólnie przyjęte kryteria, które nie zawsze spełniają potrzeby wszystkich pacjentów.

Wyniki w dwóch pozostałych grupach.

W grupie osób poruszających się przy pomocy kul lub laski ortopedycznej ankietowani udzielili wyłącznie odpowiedzi „dobra” lub „raczej dobra” oceniając wszystkie wymienione elementy. Osoby nie korzystające ze sprzętu ortopedycznego w 57% uznały wyszczególnione elementy za „dobre”, pozostałe 42,8% określiło je jako „raczej dobre”, negatywne opinie pojawiły się tylko przy ocenie szerokości drzwi ale stanowiły zaledwie 14,2%. Można zatem uznać, że badani uznali wszystkie elementy za dostosowane do swoich potrzeb.

Aby móc skorzystać z różnego rodzaju zabiegów z zakresu fizykoterapii, hydroterapii, masażu lub też ćwiczeń, które odbywają się na kilku salach kinezyterapii pacjenci muszą mieć możliwość swobodnego wejścia do gabinetu zabiegowego i swobodnego poruszania się w nim. U pacjentów poruszających się na wózkach, przy pomocy kul lub innego sprzętu ortopedycznego wiąże się to z zapewnieniem odpowiedniej szerokości drzwi, przestrzeni manewrowej wewnątrz gabinetu lub sali ćwiczeń, zamontowania niezbędnych poręczy, uchwytów czy też zapewnienia odpowiedniej wysokości leżanki. Odpowiednie dostosowanie pomieszczeń daje pacjentowi szansę na samodzielne wykonanie wszystkich lub przynajmniej części niezbędnych czynności przygotowujących do zabiegu.

Celem kolejnego pytania było uzyskanie opinii badanych na temat dostępności gabinetów: fizykoterapii, hydroterapii, balneoterapii, masażu i sali kinezyterapii.

Wśród ankietowanych przeważały pozytywne opinie dotyczące wszystkich gabinetów zabiegowych poddanych ocenie, najczęściej pojawiała się odpowiedź „dobra” lub „raczej dobra”, tylko w przypadku gabinetu balneoterapii i sali kinezyterapii pojawiły się negatywne opinie ale stanowiły zaledwie 8,3% wszystkich odpowiedzi. Można uznać, że podobnie jak w poprzedniej grupie badanych większość stanowiły oceny pozytywne. Ponad 80% ankietowanych w każdym podpunkcie wybrało odpowiedź „dobra” lub „raczej dobra”, oceny negatywne dotyczyły tylko sali kinezyterapii ale stanowiły zaledwie 9% wszystkich odpowiedzi.

Najlepiej oceniono gabinety hydroterapii i fizykoterapii.

Wśród ogółu badanych przeważały głównie pozytywne opinie dotyczące dostępności poszczególnych gabinetów, negatywne opinie dotyczyły jedynie sali kinezyterapii lecz stanowiły zaledwie 6,6%.

Oprócz gabinetów oceniono dostępność pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, a konkretnie: ilość pomieszczeń znajdujących się w budynku oraz takie elementy jak: wymiary kabin natryskowych, wysokość umywalki, misy ustępowej, wysokość i możliwość korzystania z uchwytów i poręczy.

Zdecydowana większość, 70% badanych uznała liczbę pomieszczeń higieniczno-sanitarnych za odpowiednią.

66,6% ankietowanych uznała wysokość umywalki i misy ustępowej za „dobra” i „raczej dobrą”, 50% podobnie oceniła wymiary kabin natryskowych. W obu przypadkach oceny negatywne to zaledwie 8,3% wszystkich odpowiedzi, najwięcej bo 25% ankietowanych nie potrafiło określić dostosowania wymiaru kabin dla swoich potrzeb.

Zdecydowanie najwięcej negatywnych opinii dotyczyło korzystania z uchwytów i poręczy, znajdujących się w toaletach i łazienkach, połowa ankietowanych udzieliła odpowiedzi „raczej zła” lub „zła”, pozytywne opinie stanowiły zaledwie 25% wszystkich odpowiedzi dotyczących tego elementu.

W grupie osób poruszających się za pomocą kul i laski ortopedycznej 80% pozytywnych opinii dotyczyła: uchwytów i poręczy, wysokości umywalki i misy ustępowej oraz wymiaru kabin natryskowych. Wysokość umywalki i misy ustępowej oraz wymiar

kabin natryskowych negatywnie oceniło 18% spośród wszystkich opiniujących, w przypadku korzystania z uchwytów i poręczy 9%.

Badani poruszający się bez użycia sprzętu ortopedycznego na pytania dotyczące powyższych elementów udzielili w większości pozytywnych odpowiedzi. Negatywne oceny, 42% pojawiły się tylko w podpunkcie dotyczącym możliwości korzystania z uchwytów i poręczy.

Aby móc określić możliwość samodzielnego poruszania się po terenie Ośrodka ankietowani udzielili odpowiedzi na pytania dotyczące:

- możliwość samodzielnego wejścia do budynku/opuszczenia budynku,
- możliwości samodzielnego poruszania się na terenie Ośrodka,
- korzystania z pomocy innych osób poruszając się na terenie Ośrodka.

Wszystkie osoby z grupy poruszającej się bez sprzętu ortopedycznego oraz ponad

połowa ankietowanych w dwóch pozostałych grupach zadeklarowała możliwość samodzielnego wejścia i opuszczenia budynku. W grupie osób poruszających się na wózku jest to 58,3%, natomiast w grupie osób poruszających się za pomocą kul lub laski ortopedycznej 54,5%.

W celu uzyskania dokładniejszej analizy zapytano badanych o występowanie trudności w czasie wchodzenia i/lub opuszczania budynku Ośrodka. W grupie osób poruszających się na wózku, które zadeklarowały możliwość samodzielnego wejścia i opuszczenia budynku aż 85% ma jednak trudność z wykonaniem tej czynności, podobna sytuacja występuje w grupie osób korzystających z kul i laski ortopedycznej i wynosi 83,3%.

Przyczyn takiej sytuacji można się upatrywać w braku automatycznych drzwi wejściowych oraz dodatkowych uchwytów znajdujących się na drzwiach, które w opinii pacjentów, zwłaszcza z ograniczoną funkcją kończyn górnych stanowiłyby znaczne ułatwienie.

Pacjenci ambulatoryjni i korzystający z leczenia szpitalnego w ciągu dnia poddawani są różnym zabiegom. Usytuowanie gabinetów zabiegowych wymaga często od pacjenta przemieszczania się po terenie całego budynku. Kolejne pytanie dotyczyło możliwości samodzielnego przemieszczania się w budynku.

Stosunkowo duża część badanych udzieliła odpowiedzi „tak”, w grupie osób poruszających się bez użycia sprzętu ortopedycznego 85,7%, w grupie osób poruszających się o kulach i za pomocą

laski ortopedycznej 72,2%, wśród osób poruszających się na wózkach 75%. Pozostała część badanych zawsze korzysta z pomocy opiekuna lub personelu medycznego Ośrodka.

Osoby, które samodzielnie poruszają się w budynku udzieliły odpowiedzi na pytanie czy zdarza im się korzystać z pomocy innych osób i czy występują sytuacje kiedy taka pomoc jest niezbędna. Wśród osób poruszających się bez sprzętu ortopedycznego, które samodzielnie poruszają się na terenie Ośrodka zaledwie 7% zadeklarowało, że korzysta z pomocy personelu medycznego lub opiekuna. Wśród badanych poruszających się przy pomocy kul i laski ortopedycznej 11% z 72,2% poruszających się samodzielnie również wymaga sporadycznej pomocy, przypadku osób poruszających się na wózku największy odsetek wśród badanych grup bo 12% z 75% uznało, że zdarzają się sytuacje kiedy zmuszeni są do korzystania z pomocy osób trzecich.

Celem kolejnego pytania było uzyskanie informacji czy rozwiązania architektoniczne, które zostały zastosowane są wystarczające i spełniają potrzeby badanych spośród wszystkich trzech grup.

W grupie osób poruszających się na wózku ponad połowa, 58% uznała zastosowane rozwiązania za wystarczające, w grupie osób poruszających się przy pomocy kul i laski ortopedycznej 68% i w grupie osób poruszających się bez użycia sprzętu 85%.

Spośród wszystkich ankietowanych 36,6% uznało, że na terenie Ośrodka nie występują żadne bariery uniemożliwiające lub utrudniające poruszanie się. W przypadku elementów zewnętrznych budynku 6,6% wskazało na nierówne powierzchnie i aż 33,3% na brak miejsc parkingowych jako największe utrudnienie.

Na brak uchwytów i poręczy w gabinetach zabiegowych wskazało 6,6% opiniujących, zastrzeżenie badanych dotyczyły również innych elementów budynku, nie wymienionych w ankiecie (6,6%). Dotyczyły one głównie braku dodatkowych uchwytów na drzwiach.

Obliczono korelacje

1. Zależność między stopniem niepełnosprawności, a oceną dostępności elementów zewnętrznych Ośrodka (park, parking) = -0,84 (0,70 – 0,89 – korelacja wysoka, zależność znaczna)

2. Zależność między rodzajem stosowanego sprzętu, a oceną dostosowania wysokości uchwytów i poręczy w pomieszczeniach

higieniczno-sanitarnych = $-0,28$ ($0,20 - 0,39$ – korelacja słaba, zależność wyraźna lecz mała).

3. Zależność między stopniem niepełnosprawności, a oceną zastosowanych rozwiązań architektonicznych = $-0,60$ ($0,40 - 0,69$ – korelacja umiarkowana, zależność istotna)

Podsumowując, uzyskane wyniki dowodzą istnienia zależności pomiędzy stopniem niepełnosprawności, a oceną dostosowania budynku. Najlepsze wyniki uzyskano w grupie osób nie korzystających ze sprzętu ortopedycznego, wśród osób o najmniejszym stopniu niepełnosprawności ruchowej.

Spośród wszystkich elementów najkorzystniej oceniono dostępność gabinetów zabiegowych, gdzie pozytywne odpowiedzi dotyczyły od 80% do 100% uzyskanych wyników w każdej z badanych grup.

Najgorzej oceniono liczbę miejsc parkingowych, 60% ankietowanych uznała ją za niewystarczającą. Zastrzeżenia dotyczyły również możliwości korzystania z uchwytów i poręczy w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych oraz strefy umieszczenia włączników i klamek: w grupie osób poruszających się na wózkach opinie negatywne stanowiły 50%, w grupie osób bez sprzętu ortopedycznego 42%. W grupie osób poruszających się za pomocą kul lub laski ortopedycznej nie wystąpiły negatywne oceny.

Dyskusja

W niniejszej pracy wykazano, że Ośrodek Rehabilitacji Narządu ruchu w Krzeszowicach wydaje się spełniać oczekiwania nawet najbardziej poszkodowanych pacjentów. Pomimo ograniczeń jakie spotykamy w zabytkowych obiektach instytucja ta została dobrze dostosowana dla potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową.

Procedura adaptacji obiektów zabytkowych jest zdecydowanie bardziej złożona i często wiąże się z koniecznością poszukiwań niekonwencjonalnych rozwiązań, jest jednak możliwa czego przykładem jest krzeszowicki Ośrodek.

Potwierdzeniem uzyskanych wyników są liczne osiągnięcia Ośrodka w tej dziedzinie, między innymi wejście do finału XI edycji konkursu „Modernizacja 2006” w kategorii obiektów zabytkowych dostosowanych do potrzeb służby zdrowia. Ośrodek został również objęty programem badawczym w ramach projektu ILIS-Innovations and learning In SPA management, którego

partnerem jest Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie. Pomimo, że tematyka skupiała się głównie na analizie sposobu zarządzania ośrodkami SPA, w tym przypadku zwrócono również uwagę na wysoki poziom dostosowania Ośrodka.

Niestety tego typu działania i osiągnięcia nadal należą do mniejszości, a budynki użyteczności publicznej i przestrzeń architektoniczna nadal w dużym stopniu pozostają poza zasięgiem osób niepełnosprawnych. Problem dotyczy również w dużym stopniu budynków służby zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli w roku 2009 przeprowadziła kontrolę dotyczącą stanu technicznego obiektów użytkowanych przez zakłady opieki zdrowotnej.

Kontrolą objęto 48 placówek województwa kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, małopolskiego, mazowieckiego, podkarpackiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego w latach 2006-2008, a czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od 01 kwietnia do 31 lipca 2009 roku.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła wykonywane obowiązki związane z utrzymaniem prawidłowego stanu techniczno-użytkowego zajmowanych budynków oraz przestrzeganie innych przepisów związanych z ich bezpieczną eksploatacją.

Stwierdzono, że 43 (90%) spośród 48 skontrolowanych sp. z o.o. użytkowały budynki, których warunki techniczno-użytkowe nie tylko nie spełniały podstawowych wymagań ale też niejednokrotnie stwarzały realne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów.

W przypadku, aż 22 budynków (46%) ze względu na istniejące bariery architektoniczne występowały ograniczenia w możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez osoby niepełnosprawne [8].

W roku 2005 Departament Inspekcji Głównego Urzędu Nadzoru Budowlanego przeprowadził kontrolę 53 budynków. W związku z tym, że nie przewidziano specjalnego programu poświęconego tylko problematyce osób niepełnosprawnych opracowano dodatkowy załącznik, który obejmował ocenę 9 głównych elementów decydujących o dostępności obiektu takich jak: dojście, miejsca postojowe, bramy i furtki, pochylnia, drzwi wejściowe, drzwi wewnętrzne, dostęp do wind i kondygnacji użytkowych oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne), każdy formularz protokołu kontroli (w budowie i w użytkowaniu) zawierał punkt dotyczący przestrzegania przepisów w tym zakresie.

W przypadku 16 budynków nie oddanych do użytku, stan zaawansowania prac budowlanych uniemożliwił jednoznacznie określenie dostępności obiektów gdyż wykonanie pochylni czy instalacja urządzeń technicznych przewiduje się zawsze na etapie prac wykończeniowych.

W pozostałych 37 budynkach już oddanych do użytkowania stwierdzono w 64% (24) nieprawidłowości w oznakowaniu miejsc parkingowych, 57% (20) miało źle wykonaną pochylnię, która najczęściej była zbyt stroma lub nie posiadała poręczy, w 29% (11) zastrzeżenia dotyczyły zbyt małych pomieszczeń higieniczno-sanitarnych oraz nieprawidłowego dostępu do wind i kondygnacji użytkowych. Jedynym elementem, który nie budził żadnych zastrzeżeń, było dojście do budynków. Problem barier architektonicznych dotyczył głównie starszych obiektów, które powstały przed wejściem w życie Ustawy-Prawo Budowlane (styczeń 1995 r.) [3].

Podobne wyniki uzyskali A. Krasuska, J. Dobrzańska, R. Wasilewski w badaniach przeprowadzonych na terenie Uniwersytetu Warszawskiego [7].

Oceniono 71 budynków UW. W poszczególnych obiektach pokonano drogę jaką ma do przebycia osoba z dysfunkcją narządu ruchu. Brano pod uwagę możliwość swobodnego przemieszczania się osób niepełnosprawnych na wózku inwalidzkim, korzystających z kul łokciowych i lasek. Szczególną uwagę zwrócono na dostępność trzech przestrzeni funkcjonowania studentów: przestrzeń „do nauki”, „do życia” i „do bycia”.

Pod pojęciem przestrzeni „do nauki” oceniono: transport na uczelnię, wejście do budynku, przystosowanie sal wykładowych, ćwiczeniowych, biblioteki, czytelnicy, dostępność do władz uczelni, wydziałowych i administracji. Przestrzeń „do życia” obejmowała możliwość korzystania z szatni, stołówki, toalety, punktów usługowych, jak również warunki mieszkaniowe w domach studenckich: wejście do budynku, korytarze, pomieszczenia do użytku indywidualnego (pokój, łazienka) i wspólnego (kuchnia, świetlica, sala telewizyjna). Wiele uwagi poświęcono przestrzeni „do bycia” czyli możliwości realizacji własnych zainteresowań, jak również postrzegania siebie jako równoprawnego członka społeczności akademickiej przez osobę niepełnosprawna.

Pod względem przyjętych kryteriów 21,1% (15) budynków określono jako dostępne, 9,8% (7) jako średnio dostępne, a 49,3% (35) jako nieprzystosowane dla osób z dysfunkcją narządu ruchu. W przypadku budynków mieszkalnych spośród 5 domów studenckich 1 uznano za dostępny, 1 za średnio dostępny oraz 3 za niedostosowane.

Budynki nieprzystosowane czyli ponad 50% wszystkich obiektów UW to w większości te, które powstały jeszcze w XIX wieku, przyczyny konserwatorskie, finansowe i techniczne w znacznym stopniu ograniczają lub całkowicie uniemożliwiają ich adaptacje.

W przypadku wszystkich budynków, które zostały objęte badaniami zdecydowanie najgorzej wypadły obiekty, które powstały przed 1994 rokiem.

Według E. Nowak przyczyn tych zaniedbań należy się upatrywać w braku profesjonalnych opracowań odnoszących się do wymiarów polskiej populacji i do polskich warunków budownictwa. Projektanci zmuszeni byli posługiwać się zestawami danych, które opracowano na podstawie badań populacji zdrowej lub wykorzystywali badania zagraniczne. Wynikało to z faktu, że podobne działania podejmowano tylko w nielicznych ośrodkach naukowych w Polsce i często ich wyniki nie docierały do profesjonalnych zespołów projektowych [9].

Wnioski

Analiza przeprowadzonych badań umożliwiła sformułowanie poniższych wniosków:

Ocena dotycząca dostosowania obiektu jest uzależniona od stopnia niepełnosprawności pacjenta, im mniejszy zakres niepełnosprawności tym lepsza ocena poszczególnych elementów budynku.

Budynek Ośrodka za dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, uznało 58% osób poruszających się na wózku, 68% osób korzystających z kul lub laski ortopedycznej oraz 85% osób z problemem w poruszaniu ale nie korzystających ze sprzętu ortopedycznego.

Poruszanie się pomiędzy kondygnacjami nie sprawia większego problemu, korzystanie z pomocy osób trzecich jest sporadyczne i dotyczy wąskiej grupy pacjentów.

Największym utrudnieniem dla pacjentów niepełnosprawnych ruchowo jest brak odpowiedniej liczby miejsc parkingowych.

Dostosowanie budynków, nawet zabytkowych jest możliwe, często jednak wiąże się z dużymi nakładami finansowymi i koniecznością zastosowania niekonwencjonalnych rozwiązań architektonicznych.

Bibliografia

1. Budny J., Dostosowanie budynków użyteczności publicznej – teoria i narzędzia, Warszawa 2006
2. Canderheiden G. C., Design for people with functional limitations resulting from disability, ageing or circumstance, London 1999
3. DIB GUNB, Analiza wyników kontroli budynków użyteczności publicznej i mieszkalnych, wielorodzinnych, 2005
4. Gleń W., Standard przestrzeni użytkowych a potrzeby niepełnosprawnych, Udostępnianie przestrzeni osobom niepełnosprawnym. Likwidacja barier, Kraków 1994
5. Kirenko J., Ocena życiowych możliwości psychofizycznych osób niepełnosprawnych, Lublin 2002, 63-65
6. Konkola M., Accessible Homes, Finish Association of People with Mobility Disabilities
7. Krasuska A., Dobrzańska J., Wasilewski R., Bariery architektoniczne dla osób niepełnosprawnych ruchowo na Uniwersytecie Warszawskim, Postępy Rehabilitacji, Tom XVI (2002) z.4 103-108
8. Najwyższa Izba Kontroli, Informacja o wynikach kontroli stanu technicznego obiektów użytkowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej, Lublin 2009
9. Nowak E., Mieszkanie dostępne dla osób z dysfunkcją narządu ruchu, Warszawa 2004
10. Nowak A., Wybrane edukacyjne i prawne aspekty niepełnosprawności, Kraków 1999, 118
11. Przybylski B., Udostępnianie środowiska fizycznego osobom niepełnosprawnym, Udostępnianie przestrzeni osobom niepełnosprawnym. Likwidacja barier. Kraków 1994, 94
12. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002, artykuł 20, artykuł 21 ust.1, artykuł 42 ust.1 i 2, artykuł 43, artykuł 62, ust.1, artykuł 68 ust.1-4, artykuł 69 ust.1-8, artykuł 70, artykuł 71
13. Stanisławski P. (2003b), Życie usłane schodami. Integracja, nr 2, 14-25