Działania na rzecz poprawy jakości życia osób ze specjalnymi potrzebami

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWA

Działania na rzecz poprawy jakości życia osób ze specjalnymi potrzebami

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWA

Działania na rzecz poprawy jakości życia osób ze specjalnymi potrzebami

Akademia WSB

Dąbrowa Górnicza 2024

Działania na rzecz poprawy jakości życia
osób ze specjalnymi potrzebami

Redakcja naukowa
dr hab. Olga Nowotny-Czupryna, prof. AWSB

Recenzenci
dr hab. inż. Paweł Gołda
prof. Aldona Rita Jurewicz

DTP publikacji
Wojciech Ciągło Studio DTP, www.dtp-studio.pl

ISBN 978-83-67673-43-3

Wydawca
Akademia WSB
ul. Cieplaka 1c, 41-300 Dąbrowa Górnicza, tel. (32) 295 93 59
e-mail: wydawnictwo@wsb.edu.pl, www.wsb.edu.pl

© Copyright by Akademia WSB

Kopiowanie w całości lub we fragmentach zabronione
Dąbrowa Górnicza 2024

Doskonała Nauka
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
Projekt finansowany ze środków budżetu państwa, przyznanych przez Ministra Edukacji i Nauki w ramach Programu „Doskonała nauka II" – moduł: wsparcie konferencji naukowych. Numer projektu KONF/SN/0042/2023/01 Dofinansowanie 214 960,00 zł Całkowita wartość 238 860,00 zł

Doskonała Nauka
Ministry of Education and Science Republic of Poland
Project funded by the state budget, awarded by the Minister of Education and Science within the framework of the "Excellent Science II" Program - module: support for scientific conferences. Project number KONF/SN/0042/2023/01. Grant amount: 214 960,00 PLN. Total value: 238 860,00 PLN

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne 9

Olga Nowotny-Czupryna

Powszechna pułapka myślenia: , określenia „osoba ze szczególnymi potrzebami" i „osoba z niepełnosprawnością" są tożsame 11

Rafał Kwapuliński, Olga Nowotny-Czupryna

Dostępność architektoniczna, cyfrowa oraz informacyjno-komunikacyjna – konfrontacja wymogów ustawowych z rzeczywistością 21

Sylwia Bartela, Adam Gołębiowski

Kompendium wiedzy na temat etycznych zachowań wobec osób ze szczególnymi potrzebami 33

Radosław Mędrzycki

Zapewnianie dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami jako impuls zmiany w administracji publicznej 43

Iwona Sierpowska

Opieka całodobowa w systemie pomocy społecznej – wybrane problemy kształtujące pozycję prawną adresata świadczeń z perspektywy mieszkańca domu pomocy społecznej 55

Anna Wilk

Reprezentacja osób z niepełnosprawnościami w obrocie prawnym – ubezwłasnowolnienie, kuratela i możliwe alternatywy 69

Monika Bąk-Sosnowska, Marta Orczyk

Weightism – dyskryminacja ze względu na masę ciała w przestrzeni życia społecznego 83

Mariola Szulik

Bezpieczeństwo ratownika medycznego w opiece przedszpitalnej 97

Ryszard Szynowski

Ludność cywilna w czasie konfliktu zbrojnego 111

Q&A 121

W jaki sposób (krok po kroku) rozpocząć na uczelni wyższej procedury zmierzające do wprowadzenia faktycznych zmian ułatwiających pracę dydaktykom ze szczególnymi potrzebami? (dr Karolina Paluszek) 121

Jakie przepisy w zakresie prawa pracy należy zmienić by nauczyciel akademicki ze szczególnymi potrzebami mógł pracować w komfortowych warunkach? (dr Karolina Paluszek) 122

Czy ubezwłasnowolnienie obowiązuje do końca życia tej osoby (z niepełnosprawnością) czy można je cofnąć? (dr hab. Anna Wilk, prof. AWSB) 124

Co się dzieje/stanie z osobą ubezwłasnowolnioną po śmierci opiekunów prawnych? (dr hab. Anna Wilk, prof. AWSB) 124

Co się stanie z osobą ubezwłasnowolnioną (jaki status będzie miała) gdy trafi do DPS? (dr hab. Anna Wilk, prof. AWSB) 124

Dlaczego kryzys psychiczny może wyzwalać specjalne potrzeby ? I jak na to reagować? (dr hab. Monika Bąk-Sosnowska, prof. AWSB) 124

Jakie są najczęściej popełniane błędy żywieniowe w kontekście rozwoju otyłości? (dr hab. Monika Bąk-Sosnowska, prof. AWSB) 125

Jakie są największe zagrożenia wynikające z tzw. „ciałopozytywności"? (dr hab. Monika Bąk-Sosnowska, prof. AWSB) 126

Czy chory „kardiologiczny" w wieku senioralnym jest bezpieczny w górach? (dr hab. Mariola Szulik, prof. AWSB) 126

Olga Nowotny-Czupryna, Krzysztof Czupryna
Możliwości funkcjonalne człowieka a jakość jego życia i szczególne potrzeby 129

Krzysztof Czupryna, Grzegorz Sobota
Techniczne środki wspomagające chód 139

Aneta Orczyk, Aleksandra Czopek, Patrycja Chwałek
Technologie wspomagające mobilność osób z niepełnosprawnościami 149

Paweł Buchwald
Symulacja dostosowania miejsc użyteczności publicznej dla osób ze szczególnymi potrzebami z zastosowaniem rzeczywistości wirtualnej i środowiska metawersum 161

Aneta Orczyk, Marta Orczyk
Innowacje technologiczne wspierające funkcjonowanie osób z niepełnosprawnościami w przestrzeni publicznej 181

Piotr Uchroński, Marlena Twardokęs
System zarządzania dostępnością zintegrowanych węzłów przesiadkowych 193

Katarzyna Chruzik, Iwona Krzyżewska
Analiza i ocena dostępności zintegrowanych węzłów przesiadkowych na przykładzie Międzynarodowego Dworca Autobusowego w Katowicach 207

Marek Sitarz, Katarzyna Chruzik, Kazimierz Jamroz, Romanika Okraszewska, Mariusz Zieja, Justyna Tomaszewska, Iwona Krzyżewska
Dostępność wybranego zintegrowanego węzła przesiadkowego dla osób ze szczególnymi potrzebami 219

Q&A 235

Jakie błędy zdaniem pracowników portu lotniczego oraz samej załogi najczęściej popełniają osoby z niepełnosprawnością (zarówno w porcie lotniczym, jak i podczas samego lotu), co obniża komfort ich podróży? (dr hab. inż. Piotr Uchroński, prof. AWSB) 235

Czy formalnie można zażądać od bardzo otyłego pasażera by wykupił 2 miejsca w samolocie? Jak powinien się ten pasażer poprawnie zachować w takiej sytuacji? (dr hab. inż. Piotr Uchroński, prof. AWSB) 235

Czy istnieją jakieś projekty/ programy usprawniające samodzielne (bez asystenta) dotarcie do odległego portu lotniczego osobom poruszającym się na wózkach z bagażem? Nie chodzi tu o „zwykłe" zamówienie taksówki czy podróż wieloetapową. (dr hab. inż. Piotr Uchroński, prof. AWSB) 236

Czy jest realna szansa na powstanie kolei „podwieszanej"/"wiszącej" w naszym regionie? Kiedyś były takie plany. I czy ten wariant byłoby lepszy dla osób ze szczególnymi potrzebami (jeśli tak to w jaki sposób) czy może nie ma różnicy względem już funkcjonujących rozwiązań? (dr hab. inż. Katarzyna Chruzik, prof. AWSB) 236

Na czym polega adaptacja pojazdów dla potrzeb osób (kierowcy/pasażera) ze szczególnymi potrzebami? (firma ASDON) 236

SŁOWO WSTĘPNE

Działania na rzecz poprawy jakości życia osób ze szczególnymi potrzebami mają charakter interdyscyplinarny. Jest to podyktowane wieloznacznością i wielowymiarowością obu pojęć – zarówno jakości życia, jak i szczególnych potrzeb. **Jakość** życia jest pojęciem obrazującym zadowolenie człowieka z życia – z poszczególnych jego sfer i z życia jako całości. Z medycznego punktu widzenia ściśle związana jest ze stanem zdrowia, biorąc pod uwagę odczuwane skutki choroby, niepełnosprawności oraz naturalnego procesu starzenia się. Z kolei rozpatrując jakość życia pod kątem doświadczeń o charakterze społecznym, wykazuje związek z relacjami rodzinnymi i towarzyskimi, z wykształceniem i pracą zawodową, z poczuciem bezpieczeństwa i sprawiedliwości, a także z możliwością realizacji własnych pasji. Ważnym czynnikiem wpływającym na jakość życia jest też status ekonomiczny.

Szczególne potrzeby, podobnie jak jakość życia, to pojęcie wielowymiarowe, oznaczające specyficzne okoliczności, które uniemożliwiają danemu człowiekowi uczestniczenie w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi. Mówić inaczej, **osoba ze szczególnymi potrzebami** to ktoś, kto z powodu zaistniałych okoliczności znalazł się w trudnej, problematycznej sytuacji. Sytuacji, która może pojawić się w życiu codziennym – w każdym środowisku – i może wynikać zarówno z nieoczekiwanych zdarzeń, jak i z racji wieku, choroby czy niepełnosprawności.

Niniejsze opracowanie jest zbiorem różnotematycznych treści, których wspólnym podmiotem rozważań są osoby ze szczególnymi potrzebami i działania na rzecz poprawy jakości ich życia. Zawiera ono szereg spostrzeżeń, poglądów i doświadczeń Autorów reprezentujących różne dziedziny nauki, które zaprezentowano podczas międzynarodowej konferencji naukowej „Actions to improve the quality of life of people with special needs in Poland and around the world" (Dąbrowa Górnicza, 15-17.05.2024).

Opracowanie podzielone zostało na dwie części. Tematyka pierwszej koncentruje się wokół administracyjnych, etycznych i prawnych aspektów wyżej

wymienionych działań. Zawiera analizy zapisów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz uwagi na temat efektów jej realizacji. Część druga opracowania poświęcona jest szeroko pojętej mobilności człowieka – od aspektów funkcjonalnych, poprzez technologie wspomagające lokomocję, aż po kwestie związane z poprawą bezpieczeństwa i komfortu podróży oraz zwiększenia dostępności infrastruktury transportu.

Wyrażam nadzieję, że zawarte w opracowaniu treści nie tylko uwrażliwią odbiorców na kwestie poprawy jakości życia osób ze szczególnymi potrzebami, ale i uzmysłowią, że każdy z nas jest potencjalnym adresatem takich rozwiązań.

dr hab. nauk o zdr.
Olga Nowotny-Czupryna, prof. AWSB

dr hab. n. o zdr. prof. AWSB Olga Nowotny-Czupryna

Collegium Medicum – Wydział Medyczny
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Powszechna pułapka myślenia: określenia „osoba ze szczególnymi potrzebami" i „osoba z niepełnosprawnością" są tożsame

Streszczenie

W świadomości wielu osób, w tym także u części przedstawicieli środowiska akademickiego, panuje przekonanie, iż określenie „osoba ze szczególnymi potrzebami" jest tożsame z określeniem „osoba z niepełnosprawnością". Takie myślenie jest przykładem uogólnienia, które zawężając katalog szczególnych potrzeb do jedynie wynikających z niepełnosprawności, wpędza w tę pułapkę myślenia kolejne osoby. Wynika to m.in. z cytowania i powielania tych błędnych sformułowań (często wyrwanych z kontekstu), które w ten sposób trafiają do różnych odbiorców, a fakt, że osobami cytowanymi są przedstawiciele zawodów zaufania publicznego buduje fałszywą wiarygodność.

Celem pracy było omówienie katalogu szczególnych potrzeb ze wskazaniem ich powiązań z niepełnosprawnością, w kontekście barier (trudności i problemów) wymagających usunięcia (rozwiązania) by zwiększyć danej osobie dostępność do różnych obszarów życia społecznego.

Słowa kluczowe

osoba ze szczególnymi potrzebami, osoba z niepełnosprawnością, pułapka myślenia, dostępność, bariery (architektoniczne, cyfrowe, informacyjno-komunikacyjne i społeczne)

Wstęp

W świadomości wielu osób, w tym także wśród przedstawicieli środowiska akademickiego, panuje przekonanie, iż określenie „osoba ze szczególnymi potrzebami" jest tożsame z określeniem „osoba z niepełnosprawnością". Z obserwacji własnych Autora wynika, że wiele osób – w tym także przedstawicieli zawodów medycznych i prawniczych – stosuje zamiennie przytoczone określenia. Nieprzypadkowo akurat te dwie grupy zawodowe zostały wskazane. Powołując się na wykaz zawodów zaufania publicznego (opublikowany w dn. 05.06.2023) można zauważyć, że ponad połowę listy stanowią właśnie przedstawiciele prawa i ochrony zdrowia. Na osobach wykonujących taki zawód nie tylko spoczywa szczególna odpowiedzialność w zakresie dochowywania norm prawnych i etycznych, ale jest on też bardzo opiniotwórczy (Smarż, 2012). Zatem nie bez znaczenia jest kto i w jaki sposób wypowiada się na różne tematy, włączając w to temat szczególnych potrzeb. Powielanie przez przedstawicieli zawodów zaufania publicznego prezentowanego uproszczenia: „osoba ze szczególnymi potrzebami = osoba z niepełnosprawnością" czyli zawężanie katalogu szczególnych potrzeb jedynie do tych wynikających z niepełnosprawności, z uwagi na przypisywaną autorom takich wypowiedzi dużą wiarygodność, może wpędzać w tę swoistą pułapkę myślenia kolejne osoby (Kahneman i in.; 2019).

Tymczasem, Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696 oraz Dz. U. 2022 poz. 2240), osobę ze szczególnymi potrzebami definiuje jako taką, która „ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery (trudności), by móc uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami". To właśnie te „specjalne okoliczności" czyli trudne, problematyczne sytuacje, do których może dojść dosłownie w każdej chwili, znacznie rozszerzają katalog „szczególnych potrzeb". Sprawiają one, że każdy człowiek – również ten bez orzeczonej niepełnosprawności – może być uznany za osobę ze szczególnymi potrzebami jeżeli spełniony zostanie wskazany powyżej warunek.

Dostępność (ang. accessibility)

Dostępność jest wielowymiarowym pojęciem oznaczającym „możliwość skorzystania" z funkcji lub właściwości danego produktu lub środowiska przez możliwie jak największą grupę ludzi. Ściśle wiąże się to, a w zasadzie można powiedzieć, że jest wynikiem zastosowania projektowania uniwersalnego w praktyce (ang. universal design) czyli „projektowania produktów i środowiska (otoczenia), które mogą

być użytkowane przez wszystkich ludzi, w możliwie największym stopniu – w sposób samodzielny i niezależny, na równych prawach z innymi członkami społeczności, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania". Warto zauważyć, że dwiema kluczowymi cechami branymi pod uwagę podczas tworzenia dostępnego produktu i/lub otoczenia są funkcjonalność i użyteczność tych rozwiązań. Obie z uwzględnieniem wymogów ergonomicznych (Koradecka, Konarska; 2002). Stawiają one w centrum uwagi różnorodne potrzeby człowieka, uwzględniając również te wynikające z bieżącego stanu zdrowia i poziomu sprawności psychofizycznej, ale nie ograniczając się wyłącznie do nich. To właśnie dostępność postrzegana przez pryzmat kompleksowego zaspokajania różnorodnych potrzeb ludzkich w znacznej mierze determinuje jakość życia człowieka (Błaszak, Przybylski, 2010).

Rozpatrując problem dostępności, zazwyczaj wyróżnia się trzy główne jej typy – architektoniczną, informacyjno-komunikacyjn**ą** oraz cyfrową. Pierwszy typ – dostępność architektoniczna – w głównej mierze powiązana jest z budownictwem i architekturą, włączając w to architekturę wnętrz. Jej efektem jest kreowanie optymalnego środowiska dla jak największej liczby użytkowników – czyli stworzenie budynków i ich otoczenia, do których można dostać się (wejść) z łatwością i w których można poruszać się bez przeszkód bez względu na wiek i stan funkcjonalny. Drugi i trzeci typ dostępności są ze sobą powiązane. Dostępność informacyjno-komunikacyjna to swoisty pakiet wymogów, czyniących każdy rodzaj przekazu (komunikowania się) wykonalnym i zrozumiałym dla zróżnicowanego grona odbiorców. Warunki te dotycz**ą** zarówno komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnych środków przekazu, włączając w to korzystanie z urządzeń technicznych i elektronicznych. Dostępność cyfrowa odnosi się do tworzenia i przekazywania treści oraz korzystania z różnych aplikacji internetowych. (Drozd; 2019).

Potrzeby

Potrzeba jest wynikiem uświadomienia sobie braku czegoś. To czyni potrzeby indywidualnymi i specyficznymi dla danego człowieka. Co więcej, potrzeby nie są stałe – czyli przez całe życie takie same, lecz ulegają przeobrażeniom wraz z upływem czasu. Zmieniają się pod wpływem różnych czynników takich jak; wiek, poziom wykształcenia, zdobyte umiejętności, stan cywilny, warunki życia, stan zdrowia itp. Z kolei stopień zaspokojenia potrzeb jest wskaźnikiem oceny jakości życia, postrzeganej jako globalny poziom zadowolenia. Również ta ocena nie jest stała. Jest bowiem wynikiem ciągłego porównywania swojego aktualnego położenia życiowego ze standardem zbudowanym na podstawie własnych, dotychczasowych doświadczeń **życiowych** oraz porównywania swojej sytuacji do sytuacji innych osób (Szumielewicz-Nowomiejska, 2023)

Z etymologicznego punktu widzenia słowo „szczególny" oznacza coś wyróżniającego się pod jakimś względem spośród innych podobnych sytuacji, zdarzeń, rzeczy czy obiektów. Patrząc na określenie „szczególne potrzeby" w takim ujęciu można powiedzieć, że wynikają one z konkretnej – szczególnej, bo problematycznej sytuacji danej osoby, znajdującej się w określonym środowisku.

Szczególne potrzeby a bariery architektoniczne

Bariery architektoniczne są najłatwiej rozpoznawalne przez ogół społeczeństwa. Są to bowiem problemy związane z architekturą przestrzenną oraz z dostępnością do obiektów. Utrudnienia czyli problemy stanowić mogą zastosowane rozwiązania techniczne, elementy konstrukcyjne albo warunki użytkowania. Warto przy tym zauważyć, że pod pojęciem „obiekt" kryje się zarówno dom/mieszkanie prywatne – czyli budynek/lokal oraz znajdujące się w nich pomieszczenia, jak i obiekty ogólnego użytku (bank, dworzec, sklep itp.) wraz z typowymi dla nich pomieszczeniami. Otoczenie z kolei stanowią dojścia do budynku – chodniki i drogi oraz parkingi, a także miejsca o przeznaczeniu rekreacyjnym. Te ostatnie to skwery, place, parki czyli miejsca służące do odpoczynku wraz z elementami tzw. małej architektury ogrodowej (np. pergole, altany), obiektami użytkowymi przeznaczonymi do rekreacji codziennej (ławki, stoły, leżaki, urządzenia znajdujące się na placu zabaw – piaskownica, karuzela itp.) oraz do utrzymania porządku (np. kosze na śmieci, altany śmietnikowe, kontenery).

Odniesienie problemów wynikających z istnienia tzw. barier architektonicznych wyłącznie do osób z niepełnosprawnościami oraz osób w wieku senioralnym wydaje się być niewystarczające. Indywidualne, szczególne potrzeby osób w sposobie i zakresie pokonywania takich barier, czynią **tę** grupę zdecydowanie niejednorodną. Dość oczywistym wydaje się fakt, że problemy z pokonywaniem barier architektonicznych mogą mieć osoby z niepełnosprawnością – zarówno ruchową, jak i w obszarze funkcjonowania zmysłów. Można przyjąć, że klasycznym przykładem osób ze szczególnymi potrzebami są osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich oraz korzystające z innych pomocy ortopedycznych ułatwiających (lub umożliwiających) lokomocję – np. chodzika, balkonika czy parapodium. Konstrukcje tych urządzeń mogą okazać się utrudnieniem dla swobodnego poruszania się w pomieszczeniach o małej powierzchni, z ograniczoną przestrzenią, w wąskich przejściach, na nierównej powierzchni czy podczas pokonywania różnicy wzniesień (poziomów) – krawężników, schodów czy stromych podejść/podjazdów itp. Problemem może okazać się wejście do budynku lub windy wyposażonej w drzwi uchylne/rozwierane. Przykłady można mnożyć, wskazując kolejne problemy – typowe dla osób niewidomych i słabowidzących czy głuchych. Ale jak już wspomniano, w odniesieniu do omawianego

rodzaju barier (architektonicznych) osoby z rożnymi typami niepełnosprawności nie wyczerpują katalogu osób ze szczególnymi potrzebami. Podobnie seniorzy, stanowiący bardzo liczną i zindywidualizowaną pod względem potrzeb grupę. Z uwagi na postępujący proces inwolucyjny (starzenie się organizmu), któremu towarzyszą osobniczo zróżnicowane objawy, seniorzy mogą wykazywać szczególne potrzeby. Te zazwyczaj będą powiązane z ich stanem funkcjonalnym – np. z trudnościami w lokomocji, ograniczeniami sprawności manualnej (pracy rąk), z ograniczoną percepcją otoczenia wynikającą z upośledzenie funkcjonowania zmysłów (np. gorszy słuch czy wzrok) czy zaburzoną orientacją w przestrzeni. Seniorzy, choć bez orzeczonej niepełnosprawności, mogą mieć różne problemy funkcjonalne wymagające zastosowania dodatkowych pomocy i ułatwień – analogicznych do tych, których używają osoby z niepełnosprawnością. Warto też pamiętać, że w wieku podeszłym zazwyczaj stan zdrowia ulega pogorszeniu, a typowe schorzenia przebiegają z różną dynamiką – np. z okresami zaostrzeń (nasilenia objawów) i remisji albo narastają stopniowo w sposób ciągły, co w przypadku typowej dla tego wieku wielochorobowości sprawę potrzeb zdrowotnych przeważnie dodatkowo komplikuje. Podobnie skłonność do upadków. Dość częstym zjawiskiem, zarówno w sytuacji gdy doszło do upadku (nawet bez poważnych następstw w postaci obrażeń fizycznych) lub dana osoba było tylko świadkiem takiego zdarzenia, poważnym problemem może stać się tzw. zespół poupadkowy. Jest to zbiór różnorodnych objawów psychoruchowych, wręcz „paraliżujących" zachowania seniora z obawy przed kolejnym takim incydentem. Zazwyczaj traci on wiarę w swoje możliwości, wykazuje niechęć do wszelkiego rodzaju ruchu, w następstwie czego zaczyna prowadzić coraz bardziej statyczny (siedząco-leżący) tryb życia i wycofuje się z życia społecznego (Drozd, 2019; Bujacz, 2012).

Kolejny przykład osób ze szczególnymi potrzebami mogą stanowić osoby o nietypowym wzroście (niskorosłe i o ponadprzeciętnie wysokim wzroście), dla których funkcjonowanie w „wystandaryzowanej" pod względem wymiarów przestrzeni może być utrudnione. Napotykane problemy mogą być zróżnicowane – od błahych wydawałoby się kwestii dotyczących umiejscowienia małych elementów na powierzchniach pionowych (ścianach) – tzn. przycisków i wyłączników, poprzez większe rzeczy i elementy urządzeń wymagających obsługi ręcznej – np. ekranów, klawiatury bankomatu, paczkomatu, parkomatu, biletomatu czy punktu informacyjnego, aż po trudności z użytkowaniem mebli i urządzeń sanitarnych. Problem zazwyczaj stanowi standardowy, niepodlegający regulacji poziom usytuowania blatów roboczych czy umiejscowienia siedziska. Te same zresztą trudności napotykają osoby samodzielnie poruszające się na wózkach – w pozycji siedzącej, która pozornie zmniejsza ich wzrost.

Innego rodzaju trudności czekają z kolei na osoby otyłe (zwłaszcza z otyłością znacznego stopnia) oraz kobiety w zaawansowanej ciąży. Problemem, który jako

pierwszy przychodzi na myśl jest kwestia zbyt małej przestrzeni, rozumianej zarówno jako zbyt wąskie przejścia, za ciasno ustawione meble, ale także zbyt wąskie i o małym dopuszczalnym udźwigu siedziska krzeseł i foteli (zarówno mebli – pokojowych i ogrodowych, jak i miejsc siedzących w różnych pojazdach). Ponadto, osoby cięższe i o większych gabarytach – bez względu na przyczynę takiego stanu – łatwiej zazwyczaj się męczą. Przemieszczając się pieszo, zwłaszcza na dłuższych dystansach (zarówno w budynkach, jak i poza nimi), poszukują często na swojej drodze miejsc do odpoczynku w pozycji siedzącej. Zarówno otyłości (która jest chorobą), jak i podczas ciąży (która niepowikłana jest przecież stanem fizjologicznym) towarzyszyć może szereg dodatkowych objawów determinujących inne, dodatkowe – szczególne potrzeby.

Kolejną grupę osób ze szczególnymi potrzebami, odnosząc je do dostępności architektonicznej, stanowią osoby, którym towarzyszą inne osoby nieporuszające się samodzielnie – np. dzieci umieszczone w wózkach czy też niepełnosprawni podopieczni (dzieci i dorośli) na wózkach inwalidzkich. Problemy te mogą dotyczyć zarówno wózków wymagających ich pchania, jak i z napędem elektrycznym. Przeszkody do pokonania stanowić mogą m.in. wspomniane wcześniej nierówności terenu, różnice poziomów, drzwi uchylne, zbyt małe/wąskie przestrzenie w obiektach i poza nimi, a także w środkach i obiektach transportu publicznego. Podobne trudności mogą mieć również osoby z dużym (zwłaszcza ciężkim i nieporęcznym) bagażem, sprzętem sportowym (np. rower, narty) czy dużym instrumentem muzycznym (Błaszak, Przybylski, 2010).

Chociaż przytoczone przykłady osób ze szczególnymi potrzebami napotykających trudności w pokonywaniu barier architektonicznych nie wyczerpują tematu, to już na ich przykładzie widać, że katalog szczególnych potrzeb nie wynika jedynie z ograniczeń wywołanych niepełnosprawnością lecz jest obszerniejszym zbiorem.

Szczególne potrzeby a bariery informacyjno-komunikacyjne

Bariery informacyjno-komunikacyjne to trudności w pozyskiwaniu informacji oraz komunikowaniu się, które można określić wspólnym mianem porozumiewania (kontaktowania) się z otoczeniem. Owo porozumiewanie się może przybierać różne formy – np. wizualne (pismo, infografika, gesty) czy werbalne/dźwiękowe (mowa, sygnały informacyjno-ostrzegawcze). Oczywistym wydaje się zatem, że najbardziej kojarzonymi z barierami o charakterze informacyjno-komunikacyjnymi są osoby z niepełnosprawnościami – z dysfunkcją wzroku, słuchu czy mowy. Podobnie jak w odniesieniu do barier architektonicznych, tak i w tym przypadku niepełnosprawność nie wyczerpuje katalogu szczególnych potrzeb. Za osobę ze szczególnymi potrzebami w omawianym zakresie można

bowiem uznać: osoby z przejściowymi problemami zdrowotnymi, którym towarzyszą zaburzeniami mowy – np. bezgłos wskutek zapalenia krtani, osoby nadwrażliwe na światło – np. z zapaleniem spojówki oka czy bólem migrenowym, albo z innych powodów niebędące w stanie odbierać i prawidłowo analizować bodźców wizualnych (np. po badaniu okulistycznym z użyciem atropiny). Do tej grupy należy zaliczyć także osoby z przejściowym ograniczeniem odbierania bodźców dźwiękowych – nie tylko spowodowanych stanem chorobowym, ale także np. korzystające ze słuchawek do- lub nausznych. Problem w werbalnym komunikowaniu się stanowić może zarówno ochronna maseczka zasłaniająca usta, jak i szyba oddzielająca rozmówców (np. w recepcji, punktach informacyjnych i innych „okienkach" obsługi klienta). Obie bowiem stanowią barierę, która może tłumić (wyciszać) wypowiadane słowa (Błaszak, Przybylski, 2010).

Kolejną „typową" grupę kojarzoną z osobami ze szczególnymi potrzebami w zakresie komunikowania stanowią osoby w podeszłym wieku. Ponownie powiązać można szczególne potrzeby seniorów z następstwami wynikającymi z postępu procesu inwolucyjnego (np. gorszy wzrok, słuch, niewyraźna mowa spowodowana brakami w uzębieniu, problemy z kojarzeniem w przebiegu zespołów otępiennych). Natomiast mniej oczywistą pod tym względem grupę będą stanowiły osoby doświadczające kryzysu psychicznego (unikające wszelki form komunikowania się) oraz osoby z zaburzeniami mowy pojawiającymi się pod wpływem choroby np. w stanach poudarowych (afazja), który to stan może pojawić się w każdym wieku. Inną przyczyną mogą być silne emocje, którym towarzyszy znaczne napięcie nerwowe efektem czego może być np. jąkanie się.

Problemy komunikacyjne dotyczą także osób bez znajomości języka pisanego i/lub mówionego. Z taką sytuacją można zetknąć się np. w przypadku kryzysu migracyjnego w odniesieniu do obcokrajowców.

Klasycznym wręcz problemem, plasującym prawie każdego człowieka w grupie osób ze szczególnymi potrzebami są trudności z odczytaniem tekstu pisanego drobnym drukiem – zwłaszcza, gdy jest go dużo, a powierzchnia, na której się znajduje – jest mała (np. opakowania kosmetyków, artykułów spożywczych czy ulotki leków).

Z powyższego, choć i tym razem niekompletnego przeglądu wynika, że niepełnosprawność nie wyczerpuje szczególnych potrzeb komunikacyjno-informacyjnych.

Szczególne potrzeby a bariery cyfrowe

Bariery cyfrowe to, uogólniając nieco, trudności podczas korzystania z urządzeń elektronicznych, stron internetowych czy aplikacji mobilnych. Ich istnienie wywołuje tzw. wykluczenie cyfrowe czyli uniemożliwia lub ogranicza osobie wykluczonej

możliwość korzystania z nowoczesnych form komunikacji, powszechnej już we współczesnym świecie. Zarówno przyczyny, jak i zakres tego wykluczenia mogą być różne. Determinować mogą je tzw. czynniki miękkie czyli bariery psychologiczne, brak kompetencji czy brak motywacji oraz czynniki twarde – tj. brak lub ograniczony dostęp do infrastruktury, sprzętu, i/lub oprogramowania. Zatem katalog szczególnych potrzeb, poza tymi wynikającymi z niepełnosprawności (przejściowej i trwałej) oraz starzenia się organizmu (grupa seniorów), należy poszerzyć o te – wynikające ze wspomnianych czynników. Szczególne potrzeby cyfrowe mogą więc być następstwem „zwykłych" kompleksów, obawy przed nieporadzeniem sobie z uczeniem się obsługi nieznanych urządzeń **– zwłaszcza w połączeniu z niewystarczającym poziomem edukacji (np. gor**szym wykształceniem, brakiem znajomości języka), a także mogą wynikać z niskiego statusu ekonomicznego np. z braku odpowiednich urządzeń i/lub dostępu do Internetu (Jeffs, 2009).

Na szczególne potrzeby w zakresie cyfryzacji należy spojrzeć wieloaspektowo. W klasycznym ujęciu można patrzeć na nie poprzez pryzmat ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia i/lub sprawności użytkowników: osób niewidomych, słabowidzących, głuchych, niedosłyszących, osób z trudnościami w uczeniu się, osób z trudnościami motorycznymi, osób z ograniczeniami kognitywnymi, nadwrażliwymi na światło, z problemami rozróżniania kolorów, z zaburzeniami mowy, nadwrażliwością na światło itd. Można też o szczególnych potrzebach cyfrowych mówić z punku widzenia zapewniania funkcjonalności zawartości stron internetowych i aplikacji mobilnych. Przykładem może być sytuacja wymagająca oglądania materiałów audiowizualnych (np. filmu) ze ściszonym dźwiękiem – np. w miejscu, gdzie wymagana jest cisza. Wówczas napisy zamiast dźwięku ułatwiają odbiór oglądanych treści. Dużym ułatwieniem w obsłudze urządzeń (zwłaszcza usytuowanych w miejscach publicznych) jest też możliwość dostosowania czasu operacji (zatrzymanie wyznaczonego limitu lub jego wydłużenie), a także anulowanie przypadkowego kliknięcia, co redukuje konieczność ponownego wykonywania całej procedury od początku. Podobnie możliwość wyboru sposobu sterowania urządzeniem i/lub zapisu danych – manualnie lub głosowo – będzie znacznym ułatwieniem w różnych problematycznych sytuacjach – zwłaszcza wymagających przestrzegania określonych norm zachowania w określonej przestrzeni (Błaszak, Przybylski, 2010; Jeffs, 2009).

Osoba ze szczególnymi potrzebami a bariery społeczne

Grupę barier społecznych można zobrazować kilkoma pojęciami hasłowymi takimi jak: normy postępowania, zakazy oraz zwyczaje. Należy jednak rozróżnić bariery psychologiczne i bariery mentalne. Pierwsze z nich to m.in. trudności związane z zaakceptowaniem własnej sytuacji, którym mogą towarzyszyć silne,

negatywne emocje tj. załamanie, brak nadziei, rezygnacja (Urbanik, 2015). To one blokując podejmowanie działań, powodują „samoistne" wykluczenie się z życia społecznego. Drugie to bariery powstające w świadomości społecznej i najczęściej ciągle jeszcze będące wynikiem niezrozumienia, niewiedzy oraz funkcjonowania utrwalonych stereotypów myślowych i uprzedzeń. Niestety wykluczenie społeczne niesie ze sobą szereg poważnych konsekwencji – ogranicza możliwości korzystania z instytucji publicznych, redukuje też zazwyczaj w znacznej mierze dostęp do edukacji i rynku pracy (Szumielewicz-Nowomiejska, 2023)

Postrzegane w ten sposób bariery społeczne, sprawiają, że grupa osób ze szczególnymi potrzebami jest zdecydowanie największa i najbardziej zróżnicowana. Pomijając osoby z niepełnosprawnościami oraz osoby w podeszłym wieku, można bowiem zaliczyć do niej m.in. osoby samotne, samotnie wychowujące dzieci, dzieci wychowujące się poza rodziną, osoby uzależnione (od substancji psychoaktywnych, hazardu czy nawet nadmiernego spożywania określonego rodzaju pokarmów), długotrwale bezrobotne, opuszczające zakłady karne, w kryzysie bezdomności oraz ponownie imigrantów – w tym członków mniejszości religijnych i/lub narodowych. Na tym jednak nie koniec. W szczególnej sytuacji może znaleźć się opiekun osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub małego dziecka (dzieci), których zachowanie odbiegać będzie od powszechnie uznanego za „normatywne" (np. dziecko nadmiernie hałaśliwe, ruchliwe). Podobnie sytuacja mogą pojawiać się w odniesieniu do właścicieli zwierząt (np. ps**ów**) – zwłaszcza w miejscach publicznych.

Ponownie, przykłady powyżej wymienionych sytuacji nie wyczerpują katalogu szczególnych potrzeb. Warto jednak tym razem zwrócić uwagę na odmienne potencjalne możliwości w ich zaspokajaniu. O ile w odniesieniu do barier psychologicznych oddziaływanie dotyczy bezpośrednio osób ze szczególnymi potrzebami, to w kontekście barier mentalnych grupa adresatów takiego oddziaływania jest znacznie większa, obejmując swym zasięgiem całe społeczności.

Podsumowanie

Na problem szczególnych potrzeb można też spojrzeć z innej perspektywy – przez pryzmat ich współwystępowania (kumulacji). I wbrew pozorom nie są to sytuacje występujące sporadycznie. Możemy mieć z nimi do czynienia w przypadkach bardziej skomplikowanych, lecz jak pokazuje rzeczywistość, nie niemożliwych. Dochodzi do nich w sytuacji jednoczesnego przynależenia do kilku grup, którym przypisywane są różne potrzeby, a ta swoista multi-przynależność rozszerza zdecydowanie katalog szczególnych potrzeb takiej osoby. Przykładem może być senior, mieszkający samotnie w niedostosowanym do jego potrzeb mieszkaniu usytuowanym na 3 piętrze, w budynku bez windy. Dla lepszego zobrazowania złożoności

omawianego problemu, można dodatkowo założyć jego niski status materialny, który – jak można przypuszczać – będzie przyczyną ubóstwa, powodującego nie tylko wykluczenie społeczne, ale także cyfrowe i komunikacyjnie.

Zatem sprowadzanie szczególnych potrzeb jedynie do problemów wynikających z rodzaju i poziomu niepełnosprawności wydaje się być niekompletne. Warto więc na zakończenie podkreślić, że o ile każda osoba z niepełnosprawnością jest osobą ze szczególnymi potrzebami, to nie każda osoba ze szczególnymi potrzebami musi być osobą z niepełnosprawnością.

Bibliografia

Bujacz A., Skrzypska N, Zielińska, A. M. Publiczna przestrzeń miejska wobec potrzeb seniorów. Przykład Poznania. Gerontologia Polska, 2012, 20(2), 73-80.

Błaszak M, Przybylski Ł. Rzeczy są dla ludzi. Niepełnosprawność i idea uniwersalnego projektowania. Wyd. Naukowe Scholar. Warszawa, 2010.

Drozd W. Analiza dostępności niektórych obiektów użyteczności publicznej dla osób niepełnosprawnych. Acta Scientiarum Polonorum. Architectura, 2019, 18(1).

Jeffs T.L. Virtual Reality and Special Needs. Themes in science and technology education, 2009, 2: 253-268.

Kahneman D; Szymczak P; Tversky A.. Pułapki myślenia: o myśleniu szybkim i wolnym. Poznań: Media Rodzina, 2019.

Koradecka D; Konarska M. Postępy fizjologii i ergonomii i ich znaczenie dla higieny pracy. Medycyna pracy, 2002, 53.1: 15-21.

Smarż J. Definiowanie pojęcia „zawód zaufania publicznego". Studia Prawnicze, 2012, 3: 123-155.

Szumielewicz-Nowomiejska A. K. Różne rodzaje dobrostanu zawodowego i ich wybrane uwarunkowania. Rozprawa doktorska, Wyd. KUL, Lublin, 2023.

Urbanik Waldemar. Wybrane bariery ograniczające dostęp do rynku pracy osobom z niepełnosprawnością ruchową i ich opiekunom. Edukacja Humanistyczna, nr 1 (32), 2015.

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696 oraz Dz. U. 2022 poz. 2240).

mgr Rafał Kwapuliński
Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, oddział Śląski

dr hab. n.o zdr. prof. AWSB Olga Nowotny-Czupryna
Collegium Medicum – Wydział Medyczny
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Dostępność architektoniczna, cyfrowa oraz informacyjno-komunikacyjna – konfrontacja wymogów ustawowych z rzeczywistością

Streszczenie

Według zapisów Ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696), stosownie do Art. 4. 1. każdy podmiot publiczny ma obowiązek zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami – przez stosowanie uniwersalnego projektowania lub innych rozwiązań określanych mianem racjonalnego usprawnienia. Ustawa określa minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej oraz wprowadza tzw. certyfikację dostępności.

Celem pracy była uproszczona ocena stanu faktycznego, poprzez zestawienie wymogów ustawowych ze stanem faktycznym stwierdzonym podczas audytów dostępności w wybranych podmiotach (obiektach użyteczności publicznej) na terenie Polski.

Słowa kluczowe

osoba ze szczególnymi potrzebami, bariera, dostępność

Wstęp

Stosownie do zapisów Ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z 2019 roku (oraz jej późniejszych modyfikacji), na podmioty publiczne został nałożony obowiązek usuwania wszelkich barier – architektonicznych, cyfrowych i informacyjno-komunikacyjnych w celu tworzenia przestrzeni (środowiska), z której mogą korzystać wszyscy zainteresowani, w tym osoby ze szczególnymi potrzebami. Choć katalog szczególnych potrzeb wykracza poza te wynikające z niepełnosprawności, to przytoczona ustawa w głównej mierze koncentruje się na takich właśnie potrzebach.

Jak wynika z naszych obserwacji, ustawowe zapisy – mimo pewnych założeń dotyczących zakresu niezbędnych do przeprowadzenia zmian i ich ram czasowych, nie zawsze znajdują odzwierciedlenie w rzeczywistości. Mówiąc inaczej zarówno zakres wdrażanych rozwiązań, czas trwania tego procesu, jak i uzyskany efekt końcowy bywają rozbieżne. Celem niniejszego opracowania była ocena stanu faktycznego, poprzez zestawienie wymogów ustawowych ze stanem faktycznym stwierdzonym podczas audytów dostępności w wybranych podmiotach (obiektach użyteczności publicznej) na terenie Polski, a także na podstawie opinii samych zainteresowanych (osób ze szczególnymi potrzebami).

Zapisy ustawowe

Wraz z pojawieniem się w 2019 roku ustaw o zapewnianiu dostępności, nie tylko w zapisie słownym, ale – co istotniejsze – w praktyce, zaczęły funkcjonować wytyczne służące zmianie przestrzeni ogólnodostępnych. Szczegółowo określają je zapisy zawarte w poniższych dokumentach:

1. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami;
2. Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;
3. Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych.

Zdecydowanie dłużej, poza wyżej wymienionymi ustawami, funkcjonują inne akty prawne, na które również warto zwrócić uwagę. One także zawierają zapisy dotyczące sposobów zaangażowania różnych podmiotów do konsekwentnego wdrażania określonych ustawowo regulacji i podejmowania starań ukierunkowanych na zwiększanie dostępności dla osób o szczególnych potrzebach, Są to:

1. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z zm.);

2. Ustawa o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z zm.);
3. Ustawa o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z zm.);
4. Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1118 z zm.);
5. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 r. (rezolucja nr 61/106);
6. Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 grudnia 1993 r.;
7. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.;
8. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych – Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r.

Co zatem uległo zmianie? Udzielając dość lakonicznej odpowiedzi, można powiedzieć, że wprowadzenie ustawowego obowiązku zapewniania dostępności wymusiło zastosowanie wielu rozwiązań (udogodnień), które w swej istocie służą nie tylko osobom z niepełnosprawnościami, ale znacznie szerszemu gronu odbiorców. W ten sposób został uruchomiony złożony, wieloetapowy proces w obszarze postrzegania różnorodnych potrzeb całego, zróżnicowanego społeczeństwa bez zbędnej stygmatyzacji. Chodzi tu głównie o zapisy zawarte w Ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami i Art. 3, który wskazuje na obowiązek (a nie możliwość) zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Zapisy ustawowe regulują też sposób, w jaki ma się to odbywać – zgodnie z Art. 4. 1. podmiot publiczny zobowiązany jest do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami przez stosowanie uniwersalnego projektowania lub racjonalnych usprawnień.

Uniwersalne projektowanie (ang. universal design) to tworzenie „produktów i środowiska (otoczenia), które mogą być użytkowane przez wszystkich ludzi, w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania". Natomiast racjonalne usprawnienia to modyfikacje lub adaptacje, które są niezbędne w określonych przypadkach dla zapewnienia osobom o szczególnych potrzebach możliwości korzystania z różnych dóbr i usług. Klasycznymi przykładami racjonalnego usprawnienia są proste rozwiązania, które nie zmieniają konstrukcji obiektu (budynku lub pojazdu), a dzięki którym możliwy jest do nich łatwy dostęp (np. stalowe platformy – pochylnie, wyrównujące różnicę poziomów, po których osoby z wózkiem lub na wózku mogą wjechać) (Błaszak, Przybylski; 2010). Dobrą praktyką godną polecenia jest konsultowanie z osobami z różnym zakresem niepełnosprawności ich problemów (potrzeb) w określonej przestrzeni oraz uzyskiwanie od nich – jako głównych zainteresowanych – podpowiedzi na temat możliwych do zastosowania racjonalnych rozwiązań.

Kolejna kwestia dotyczy zakresu wymaganych ustawowo zmian. I tak, Art. 5.1. nakłada na przedsiębiorców oraz organizacje pozarządowe, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia obowiązek zapewniania minimalnych wymagań w zakresie dostępności zgodnie z Art. 6. W zakresie dostępności architektonicznej są to: wolne od barier przestrzenie komunikacyjne budynków; dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych; zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń; zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego; zapewnienie możliwości ewakuacji lub uratowania osoby ze szczególnymi potrzebami w inny sposób. Z kolei wymagania dotyczące zakresu zapewnienia dostępności cyfrowej określone są w Ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych. Na szczególną uwagę zasługują 4 specyficzne cechy tj. funkcjonalność, kompatybilność, postrzegalność i zrozumiałość zawartości dla szerokiego grona użytkowników. A użytkownikiem może być każdy – osoby niewidome, słabowidzące, głuche, niedosłyszące, z trudnościami w uczeniu się, osoby z trudnościami motorycznymi, z ograniczeniami kognitywnymi, nadwrażliwe na światło, z problemami rozróżniania kolorów, z zaburzeniami mowy i in.). Funkcjonalność zawartości strony internetowej i/lub aplikacji mobilnej w praktyce oznacza m.in. dostępność z klawiatury, która powoduje, że cała strona/aplikacja może być użytkowana bez potrzeby wskazywania myszką; wystarczającą ilość czasu do przeprowadzenia kompletnej operacji, co realizowane jest poprzez możliwość dostosowania jej trwania czasu do potrzeb użytkownika (zatrzymanie limitu lub wydłużenie czasu); możliwość zatrzymania wszelkich pokazów slajdów i innych treści zmieniających się w czasie (pauza); brak emisji gwałtownych błysków; możliwość anulowania przypadkowego kliknięcia; możliwość aktywowania obsługi aplikacji różnymi sposobami – np. ruchem sprzętu poprzez przechyleniem telefonu, głosowo, kilkukrotnym dotknięciem ekranu startowego w dowolnym miejscu lub poprzez naciśnięcie klawisza startowego. Kompatybilność to m.in. komunikaty o stanie. Przykładowo, podczas zakupów w sieci, po dodaniu produktu do koszyka automatycznie uruchamiany jest odczyt nowego statusu przez czytnik ekranu. Natomiast postrzegalność i zrozumiałość zawartości strony internetowej i/lub aplikacji mobilnej zakładają możliwości wyboru. Może on dotyczyć sposobu odczytu treści, co w praktyce oznacza, że wszystkie elementy dostępne jednym zmysłem np. grafiki lub dźwięki muszą mieć opis alternatywny w postaci tekstu możliwego do odczytania przez czytnik ekranu. Kolejne rozwiązanie w omawianym zakresie to wyposażone nagrania audio i wideo w transkrypcję tekstową, a także możliwość zmiany orientacji, co powoduje, że miana pozycji urządzenia nie powoduje utraty widoczności części znajdujących się na ekranie treści. Jeszcze inne ułatwienie zakłada możliwość rozróżnienia treści np. wyróżnienie istotnych

informacji kolorem, wybór zastosowania kontrastu pomiędzy tłem a tekstem, powiększenie czcionki bez utraty widoczności tekstu czy poprzez blokadę automatycznego uruchamia dodatkowych dźwięków (Szeroczyńska, 2021).

W zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej minimalne wymagania ustawowe zakładają: zapewnienie usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje; instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących (np. pętli indukcujnej); zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności oraz zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku (Błaszak, Przybylski; 2010).

Od 2020 roku przedstawiciele władz lokalnych (wójt, burmistrz, prezydent miasta, starosta i marszałek województwa) są zobowiązani do wyznaczenia dla swoich urzędów oraz podległych im jednostek koordynatorów ds. dostępności. Ich zadaniem jest opracowanie planu działania na rzecz poprawy dostępności w danym urzędzie. Do ich obowiązków należy także udzielanie informacji oraz faktycznego wsparcia osobom ze szczególnymi potrzebami, które będą chciały załatwić jakąś sprawę w tym urzędzie. Poza tym podmioty publiczne zobowiązane są do okresowego raportowania o stanie ich dostępności.

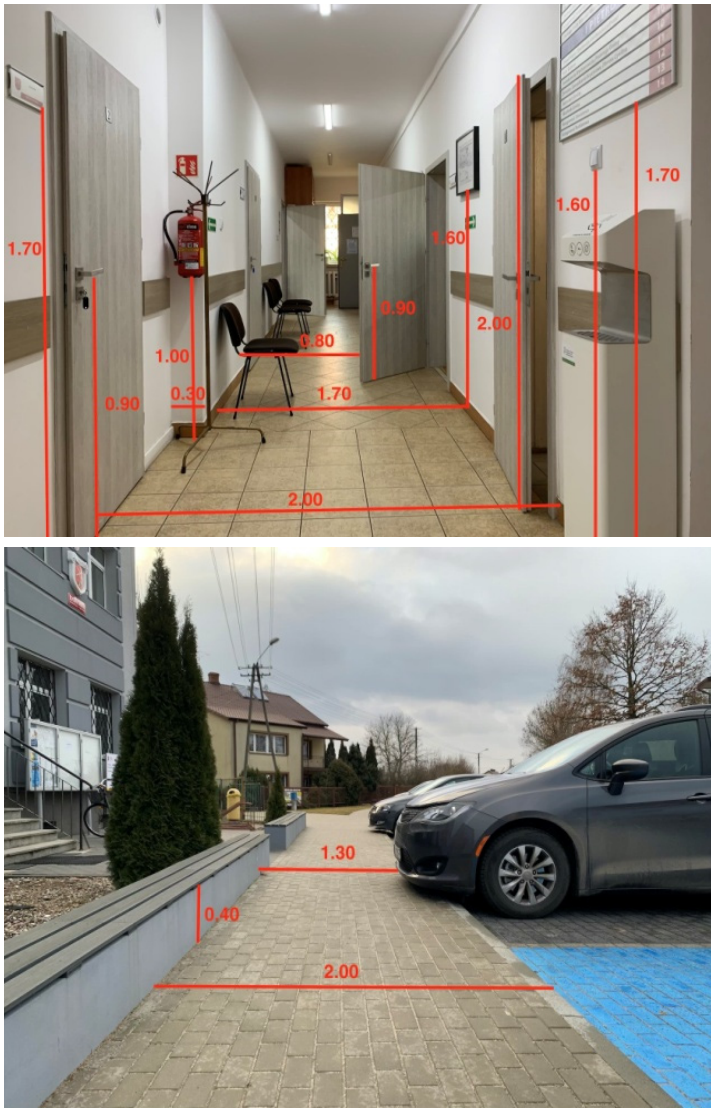
Warto zauważyć, że od 2021 roku obowiązują przepisy dotyczące postępowania skargowego. W sytuacji, gdy podczas wizyty w urzędzie nie zostały zapewnione odpowiedni warunki dotyczące dostępności, każda osoba ze szczególnymi potrzebami może złożyć oficjalną skargę do Prezesa PFRON. Jeżeli skarga okaże się zasadna, urząd zostaje zobowiązany do wprowadzenia określonych zmian poprawiających dostępność, a także może on zostać zmuszony do zapłacenia kary w postaci grzywny (Cebera, 2023).

Konfrontacja zapisów ustawy ze stanem faktycznym

Stan faktyczny poziomu realizacji zapisów ustawy w zakresie architektonicznym oraz informacyjno-komunikacyjnym pokazały wyniki projektu Ośrodka Wsparcia Dostępności Architektonicznej realizowanego w latach 2021-2023. Był on prowadzony na zlecenie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji „FAR" (lidera projektu), w partnerstwie z PFRON-em oraz Biurem Projektowym Marty Kulik „Arqiteka". Projekt realizowany był z uwzględnieniem dwóch ścieżek, w którym łącznie wzięło udział 645 podmiotów publicznych. Do pierwszej – obejmującej ocenę dostępności wszystkich 11 obszarów (od strefy wejścia do ewakuacji) – przystąpiło 514 podmiotów publicznych. Ocenie podlegały: (1) dojścia i parkingi poza nieruchomością, (2) dojścia i parkingi na terenie nieruchomości, (3) miejsca odpoczynku i elementy małej architektury, (4)

strefy wejściowe zewnętrzne, (5) strefa wejściowe w budynku / hall, (6) komunikacja pozioma, (7) komunikacja pionowa, (8) pomieszczenia użytkowe/ogólnodostępne, (9) pomieszczenia wyciszenia, (10) pomieszczenia higieniczno-sanitarne oraz (11) ewakuacja.

Rycina 1. Inwentaryzacja dostępności – przykładowe pomiary wewnątrz budynku oraz na zewnątrz.



Źródło: Ośrodek Wsparcia Dostępności Architektonicznej.

Ta wielowymiarowa ocena dostępności prowadzona była przez audytorów, wśród których były również osoby ze szczególnymi potrzebami. W zdecydowanej większości przypadków największym problemem okazała się strefa dojścia do budynku. Dotyczyło to przede wszystkim dotarcia z najbliższego miejsca komunikacji miejskiej lub parkingu do podmiotu publicznego oraz dostępu do poszczególnych pomieszczeń w budynku.

Rycina 2. Budynek administracyjny – ścieżki dostępu (po lewej obszar dojścia i parkingi poza nieruchomością, po prawej w budynku).

Źródło: Ośrodek Wsparcia Dostępności Architektonicznej)

Stan faktyczny poziomu spełniania wymogów ustawowych w zakresie dostępności, poza przeprowadzonymi audytami obrazują również postępowania skargowe. Większość oficjalnych skarg dotyczy jednostek funkcjonowania samorządu terytorialnego oraz ich jednostek organizacyjnych – głównie szkół i urzędów, a w dalszej kolejności podmiotów tj. szpitale czy uniwersytety.

Tu jednak pojawiają się dwa zasadnicze problemy. Pierwszy dotyczy poprawności składanych skarg (a zatem skuteczności ich egzekwowania – p. Tabela 1), drugi z kolei częstego odstępowania od formalizowania skargi z powodu poczucia braku sprawczości.

Tabela 1. Skargi – zestawienie ilościowe (stan do kwietnia 2024).

Dostępność architektoniczna		**Dostępność informacyjno-komunikacyjna**		**Dostępność – charakter mieszany**	
Łączna ilość skarg	Ilość wniosków poprawnych	Łączna ilość skarg	Ilość wniosków poprawnych	Łączna ilość skarg	Ilość wniosków poprawnych
63	30	29	13	3	3
Ilość wszystkich skarg łącznie: 95, w tym poprawnych formalnie 46					
Wydane decyzje nakazujące zapewnienie dostępności: 16					

Źródło: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – Departament Dostępności

Jak wynika z danych widocznych w powyżej zamieszczonej tabeli, zaledwie co trzecia skarga (poprawnie procedowana) kończy się wydaniem oczekiwanej decyzji. Spośród 16 wydanych nakazów wprowadzenia zmian, Jedenaście nakazów dotyczyło dostępności architektonicznej, a pięć informacyjno-komunikacyjnej. W pierwszej grupie znalazły się cztery decyzje dotyczące dostosowania budynku szkoły, dwa dojścia w obrębie dworca kolejowego, dwie decyzje dotyczące dostosowania uniwersytetu oraz po jednej – obejmującej zmiany w urzędzie, na drodze wewnętrznej oraz w obrębie przystanku tramwajowego. Z kolei w grupie drugiej, jedna decyzja dotyczyła zapewnienie tłumacza języka migowego, dwie wydane decyzje odnosiły się do braku odpowiednich oznaczeń w szpitalu, oraz po jednej odnośnie nadawania komunikatów w pojazdach komunikacji miejskiej i dostosowania sygnalizacji świetlnej dla osoby niewidomej.

Niestety realia dotyczące wprowadzenia powyższych decyzji w życie (czyli faktycznego wykonania zalecanych zmian w zakresie dostępności) przedstawiają się jeszcze gorzej. Do tej pory jedynie trzy decyzje zostały w pełni wykonane – jedna w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej (stworzenie możliwości skorzystania z usług tłumacza polskiego języka migowego w poradni przyszpitalnej) i dwie dotyczące poprawy dostępności architektonicznej – w zakresie likwidacji barier w obrębie dojścia na stację kolejową oraz uzupełnienia oznaczenia fakturowego na przystanku komunikacji miejskiej (PFRON – Departament Dostępności, 2024).

Do chwili obecnej do Naczelnika Urzędu Skarbowego został wysłany tylko jeden wniosek o nałożenie grzywny, przymuszający do wykonania decyzji

Wiadomo również, że istnieją problemy w zakresie realizacji ustawy o zapewnianiu dostępności cyfrowej. Przeprowadzone kontrole pokazały, że w wielu przypadkach dostępność cyfrowa ogranicza się jedynie do zamieszczenia na stronie

internetowej urzędu deklaracji o dostępności oraz aktualizacji dat. Natomiast poprawy wymagają przede wszystkim: dostępność cyfrowa dokumentów, opisy alternatywne do grafik, napisy do filmów lub aktualizacje informacji w polskim języku migowym.

Do przedstawicieli ochrony zdrowia również dociera szereg uwag i skarg – głównie podczas wizyt lekarskich i fizjoterapeutycznych, w trakcie prowadzonych rozmów oraz w ramach przeprowadzanej ankietyzacji wśród pacjentów i ich opiekunów (badania poziomu satysfakcji). Najczęściej autorami, często długich wywodów na temat problemów z dostępnością, są opiekunowie dzieci w różnym wieku oraz osób dorosłych – przede wszystkim niechodzących oraz seniorzy z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. Poza uwagami dotyczącymi placówek, w których są świadczone dla nich usługi medyczne, opiekunowie często wskazują także inne niezwiązane z ochroną zdrowia, mało- lub całkowicie niedostępne miejsca. Według tych opinii najbardziej niedostępnymi architektonicznie dla osób poruszających się na wózkach są cmentarze, małe urzędy pocztowe (agencje) i restauracje. Zapytani dlaczego nie składają oficjalnej skargi, wskazują na szereg powodów, ale przede wszystkim odstraszająco działają formalności postępowania skargowego. Jak twierdzą, nie chcą wchodzić w „nierówną" walkę z systemem i długotrwałymi procedurami, mając przeświadczenie o braku skuteczności takiego działania. Natomiast czas ten wolą wykorzystać w inny sposób.

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonych audytów, skargi formalne osób ze szczególnymi potrzebami oraz oceny członków rodzin dzieci i dorosłych z niepełnosprawnościami oraz osób w wieku senioralnym pokazują wyraźnie, że w zakresie zapewniania dostępności pozostało jeszcze sporo do zrobienia. Mimo, że Ustawa weszła w życie 5 lat temu, w przestrzeni publicznej ciągle funkcjonują miejsca niedostępne lub z ograniczoną dostępnością. Szczególnie niepokojące jest to zjawisko w odniesieniu do miejsc, które prowadzą działalność na rzecz ochrony i promocji zdrowia, sprawując opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami oraz w wieku emerytalnym.

Ustawa o zapewnianiu dostępności oraz inne regulacje prawne, w wyniku których środowisko będzie dostępne dla wszystkich, niewątpliwie są bardzo potrzebne. Niestety, jak dotąd nie stały się one przedmiotem debaty publicznej na szeroką skalę. Podejmowane działania wspierające budowanie społeczeństwa włączającego organizowane są raczej przez władze lokalne oraz przez placówki oświatowe – głównie uczelnie wyższe. W ramach tych działań organizowane są seminaria i konferencje tematyczne, na których m.in. omawiany jest postęp prac nad standardami, parametryzacją czy udoskonaleniem aktów prawnych. Prowadzone są

też szkolenia koordynatorów dostępności, zatrudnianych w podmiotach publicznych, a także kursy i szkolenia dla audytorów dostępności.

W 2025 roku ma wejść w życie kolejna ustawa o zapewnieniu dostępności w produktach i usługach dla osób z niepełnosprawnościami i ze szczególnymi potrzebami. Projekt został przygotowany przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, które koordynuje w Polsce wdrożenie Europejskiego Aktu o Dostępności (EAA). Stosownie do zapisów zawartych w projekcie, szereg produktów (np. komputery, telefony komórkowe, czytniki książek elektronicznych, terminale płatnicze w sklepach, terminale samoobsługowe) oraz usług (np. korzystanie z bankomatów, usługi telekomunikacyjne, dostęp do audiowizualnych usług medialnych, usługi cyfrowe w transporcie pasażerskim oraz zakupy w sklepach internetowych) będzie musiało być dostępne dla wszystkich. Zapewnienie dostępności ma być nowym obowiązkiem podmiotów gospodarczych.

Bibliografia

Błaszak M, Przybylski Ł. Rzeczy są dla ludzi. Niepełnosprawność i idea uniwersalnego projektowania. Wyd. Naukowe Scholar. Warszawa, 2010.

Cebera A. Postępowanie skargowe w związku z brakiem zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica, 2023,41-51.

Szeroczyńska M. Dostępność cyfrowa stron internetowych podmiotów publicznych dla osób z niepełnosprawnościami. Szkoła Specjalna, 2021, *82*(3), 223-236.

Akty prawne

Karta Praw Osób Niepełnosprawnych – Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 r. (rezolucja nr 61/106).

Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 grudnia 1993 r.

Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1118 z zm.).

Ustawa o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 163 z zm.).

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z zm.).

Ustawa o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z zm.).

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696 oraz Dz. U. 2022 poz. 2240).

Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych.

Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych.

Program Dostępność Plus:

https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/program-dostepnosc-plus

Sylwia Bartela

Pełnomocnik Rektora ds. Osób z niepełnosprawnościami,
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej,
e-mail: sbartela@wsb.edu.pl

Adam Gołębiowski

Asystent Osób z niepełnosprawnościami,
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej,
e-mail: agolebiowski@wsb.edu.pl

Kompendium wiedzy na temat etycznych zachowań wobec osób ze szczególnymi potrzebami

Streszczenie

Celem autorów artykułu było zwiększenie świadomości na temat potrzeb szczególnych i potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Artykuł ten skupia się na przedstawieniu podstawowych pojęć, związanych z poszczególnymi dyspozycjami i niepełnosprawnościami. W kolejnych sekcjach, autorzy przedstawili przykłady zachowań wobec osób z omawianymi niepełnosprawnościami. Poprzez prezentację przykładów etycznych zachowań, autorzy artykułu dążą do dostarczenia wskazówek oraz wniosków, które mogą wspomóc wdrażanie praktyk inkluzyjnych w jednostkach oświatowych, ośrodkach wspierających OzN i OzSP i w życiu społecznym.

Słowa klucze

niepełnosprawność, szczególne potrzeby, inkluzja, edukacja włączająca, dyspozycja

Wstęp

W dzisiejszym społeczeństwie, zrozumienie i spełnianie szczególnych potrzeb osób z niepełnosprawnościami jest nie tylko kwestią empatii, ale także fundamentalnym prawem człowieka (Paul, 2022). Według badań przeprowadzonych przez Tithi Paul i innych (Paul, 2022), edukacja inkluzyjna jest kluczowa dla zapewnienia wysokiej jakości edukacji dla wszystkich. Jednakże, istnieje znacząca luka w literaturze dotyczącej edukacji inkluzyjnej, a mianowicie reprezentacja perspektyw osób z niepełnosprawnościami i specjalnymi potrzebami. W ich badaniu, użyli meta-agregacyjnego podejścia do syntezy jakościowych dowodów, aby systematycznie zgromadzić perspektywy tych osób na temat ich doświadczeń z edukacją inkluzyjną i wygenerować rekomendacje dla działań.

Rune Hausstdtter i Stine Vik w swoim artykule (Hausstdtter & Vik, 2024) podkreślają, że inkluzja nie jest edukacją specjalną; jednak perspektywy na inkluzję mają głęboki wpływ na obszar edukacji specjalnej, zarówno teoretycznie, jak i praktycznie. Zwracają uwagę na to, jak edukacja specjalna może wspierać rozwój nie tylko inkluzji edukacyjnej, ale ogólnie inkluzji społecznej.

W tym kontekście artykuł ma na celu zrozumienie tych teoretycznych koncepcji i jak mogą one wpływać na praktyczne zastosowania w społeczeństwie. Celem jest nie tylko „poznać" i „zrozumieć" te specjalne potrzeby, ale także „zaakceptować" je, abyśmy mogli lepiej służyć naszej społeczności i tworzyć bardziej inkluzyjne i zrozumiałe środowisko dla wszystkich.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje niepełnosprawność jako interakcję między stanami zdrowia a kontekstowymi czynnikami, które ograniczają funkcjonowanie i uczestnictwo osoby. Niepełnosprawność jest terminem prawnym odnoszącym się do znaczącego ograniczenia fizycznego lub psychicznego, które znacznie ogranicza codzienne działania (Williams, 2023). Potrzeby specjalne to bardziej ogólny termin odnoszący się do dowolnej potrzeby, która nie jest typowa dla większości osób. Może to obejmować osoby z niepełnosprawnościami, ale także osoby, które mogą potrzebować dodatkowej pomocy z innych powodów. Zaburzeniem natomiast określa się nieprawidłowość w funkcjonowaniu ciała lub umysłu. Może być wynikiem czynników genetycznych, urazów lub chorób.

Różnice między tymi pojęciami wynikają głównie z tego, na co się skupiają. Niepełnosprawność koncentruje się na ograniczeniach, które osoba doświadcza w codziennym życiu, podczas gdy zaburzenie koncentruje się na konkretnych problemach z ciałem lub umysłem. Potrzeby specjalne są bardziej ogólnym terminem, który może obejmować zarówno niepełnosprawności, jak i inne potrzeby, które wymagają dodatkowej pomocy. W kontekście etycznym, ważne jest, aby pamiętać, że te terminy są używane do opisu doświadczeń osób, a nie do ich definiowania.

Każda osoba jest unikalna i nie powinna być definiowana wyłącznie przez swoją niepełnosprawność, utratę sprawności, potrzeby specjalne czy zaburzenia. Ważne jest, aby z szacunkiem i empatią podchodzić do osób z niepełnosprawnościami i zrozumieć, że mogą one mieć różne doświadczenia i potrzeby.

Kontekst

Savoir-vivre, czyli wiedza o tym, jak należy się zachować w różnych sytuacjach społecznych, jest niezwykle ważny w kontekście interakcji z osobami o zróżnicowanych potrzebach. W Polsce brakuje edukacji dotyczącej tego tematu, co często prowadzi do dyskryminacji i przedmiotowego traktowania osób z niepełnosprawnościami. Savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnościami polega na zrozumieniu, że te osoby, choć wyglądają lub zachowują się trochę inaczej, mają potrzeby podobne do naszych i nie chcą naszej litości, ale normalnego traktowania (Cohen, 2012). Ważne jest, aby zrozumieć, że każda osoba jest inna i powinna być traktowana indywidualnie.

Historia savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnościami jest złożona i pełna wyzwań. W przeszłości osoby z niepełnosprawnościami były często marginalizowane i wykluczane z życia społecznego. Na przykład, w starożytnej Grecji osoby z niepełnosprawnościami były często porzucane w lasach, a w czasach renesansu doświadczały infanticidium. Jednak z czasem społeczeństwo zaczęło dostrzegać potrzebę lepszego zrozumienia i wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami. Na przykład, w 1918 roku w Pensylwanii powstał Soldiers Rehabilitation Act, który zapewniał szkolenie i pomoc finansową dla weteranów z niepełnosprawnościami, co stanowiło podstawę dla późniejszych ustaw dotyczących szerszych potrzeb społeczności osób niepełnosprawnych. Ciekawym aspektem savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnościami jest to, jak różne kultury i społeczeństwa podchodzą do tego tematu. Na przykład, w niektórych kulturach osoby z niepełnosprawnościami są postrzegane jako obdarzone specjalnymi mocami lub jako osoby, które przeszły przez szczególne doświadczenia, które uczyniły je silniejszymi (Dart, 1992). Ważne jest, aby pamiętać, że savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnościami i szczególnymi potrzebami nie jest tylko kwestią zasad etykiety, ale także szacunku i zrozumienia dla doświadczeń innych osób. Jak podkreśla Joanna Chmielewska z Fundacji Avalon, najważniejsza jest otwartość i wrażliwość na drugiego człowieka.

Osoby niewidzące i niedowidzące

Savoir-vivre wobec osób niewidzących i niedowidzących jest tematem, który zasługuje na szczególną uwagę. Osoby z dysfunkcją wzroku, po początkowym okresie chaosu i przebytej rehabilitacji, bardzo chętnie uczestniczą w życiu społecznym.

Pomimo nabytych umiejętności samodzielnego funkcjonowania, wymagają wsparcia osób widzących w konkretnych sytuacjach.

1. Witając się z osobą niewidomą, powinniśmy się przedstawić, ponieważ osoby niewidome identyfikują innych po głosie. Jeśli chcemy podać dłoń, powinniśmy o tym fakcie uprzedzić, co pozwoli uniknąć niezręcznej sytuacji. Kiedy chcemy się oddalić, zawsze powinniśmy poinformować o takim zamiarze, co jest bardzo ważne, aby osoba niewidoma nie poczuła się zdezorientowana.
2. Na ulicy, gdy spotkamy osobę niewidomą, powinniśmy zapytać, czy możemy w czymś pomóc, a osoba niewidoma sama powie, czy pomocy potrzebuje i w jakim zakresie. Naszą pomoc powinniśmy zaoferować, kiedy wiemy, że będziemy mogli poświęcić czas. Pomoc udzielana w pośpiechu może przysporzyć kłopotów i być niebezpieczna. Nasze komunikaty muszą być konkretne i zrozumiałe.
3. Kiedy udzielamy informacji o tym, jak dotrzeć do miejsca, o które niewidomy pyta, nie powinniśmy używać określeń typu: „tam", „tędy", „za żółtym budynkiem" – bo to są zwroty, które niewidomemu nie pomogą. Powinniśmy określić kierunek: w prawo, w lewo, i określić przybliżoną odległość, powiedzieć o charakterystycznych miejscach np. fontanna po prawej – plusk wody pozwoli niewidomemu zorientować się, gdzie jest, lub piekarnia po lewej – unoszący się zapach pieczonego pieczywa będzie bardzo dobrą wskazówką. Gdy jest taka potrzeba, powinniśmy podprowadzić niewidomego do przejścia dla pieszych i przeprowadzić, podając ramię, którego można będzie się chwycić.
4. W komunikacji miejskiej, niewidomego oczekującego na przystanku komunikacji miejskiej możemy zapytać o numer pojazdu, na który oczekuje i poinformować, za ile minut planowo powinien przyjechać. Kiedy będziemy czekać na ten sam pojazd, powinniśmy zaproponować swoją pomoc przy wsiadaniu, idąc z przodu, podać swoje ramię i poinformować o liczbie schodów. Podobnie powinniśmy postępować przy wysiadaniu.
5. W sklepie, wchodząc z niewidomym, powinniśmy poinformować go, ile osób jest przed nim w kolejce oraz kiedy nadchodzi jego kolej obsługi. Będąc sprzedawcą, powinniśmy informować, co przekazujemy i podawać bezpośrednio do ręki. Wydając resztę, powinniśmy podzielić pieniądze wg nominałów i poinformować osobę niewidomą, w jakiej kolejności je ułożyliśmy.
6. W restauracji, towarzysząc niewidomemu, powinniśmy go podprowadzić na jego miejsce i wskazać miejsce do siedzenia, poprzez położenie jego ręki na oparciu.

Wszystko to pokazuje, że savoir-vivre wobec osób niewidomych i niedowidzących to przede wszystkim szacunek, empatia i chęć zrozumienia ich potrzeb. Wiedza na ten temat pozwala nam na lepsze zrozumienie i pomoc osobom niewidomym i niedowidzącym w codziennym życiu.

Osoby niesłyszące i niedosłyszące

Osoby niesłyszące i niedosłyszące, podobnie jak osoby z innymi niepełnosprawnościami, mogą prowadzić normalne życie i uczestniczyć w różnych dziedzinach życia.

1. Podczas rozmowy z osobą niesłyszącą lub niedosłyszącą, powinniśmy zwracać się bezpośrednio do niej, a nie do osoby towarzyszącej. Nawet jeśli rozmawiamy za pośrednictwem tłumacza, powinniśmy zwracać się do naszego rozmówcy. Powinniśmy zawsze traktować osobę z niepełnosprawnością podmiotowo – nie pozbawiajmy jej prawa decydowania o sobie. Szanujmy też jej prywatność – zadawanie pytań dotyczących niepełnosprawności czy schorzenia przy pierwszym kontakcie to nie jest najlepszy pomysł (Cohen, 2016).
2. Jeżeli nie wiemy, jak się zachować, powinniśmy zachować się naturalnie. Jeżeli mamy wątpliwość, jak się zachować wobec jakiejś osoby, powinniśmy zapytać ją o to. Znajomość zasad savoir-vivre'u pomoże nam czuć się swobodniej i bardziej naturalnie podczas rozmowy z osobami niesłyszącymi i niedosłyszącymi. Jest to też jeden ze sposobów zabezpieczenia siebie przed nieświadomymi zachowaniami o charakterze dyskryminacyjnym.

Pamiętajmy, że tak jak wszyscy z natury jesteśmy różnorodni, tak też możemy spotkać różnorodne typy niepełnosprawności, wymagające różnych rodzajów wsparcia lub pomocy. Dlatego powinniśmy starać się być w stosunku do nich elastyczni i otwarci. W przypadku osób niesłyszących i niedosłyszących, komunikacja jest kluczowym aspektem ich codziennego życia. Komunikacja z osobami niesłyszącymi i niedosłyszącymi może być trudna, ale istnieją strategie, które mogą pomóc w łatwiejszym porozumiewaniu się. Jednym z najważniejszych aspektów komunikacji z osobami niesłyszącymi i niedosłyszącymi jest utrzymanie kontaktu wzrokowego i mówienie wprost do nich, nawet jeśli korzystają z tłumacza. Jeśli osoba niesłysząca lub niedosłysząca korzysta z czytania z ruchu warg, ważne jest, aby mówić wyraźnie, ale naturalnie, nie przesadzając z mimiką. Nie należy krzyczeć ani przesadzać z głośnością, ponieważ może to zniekształcić ruchy warg i utrudnić zrozumienie. Natomiast jeśli osoba niesłysząca lub niedosłysząca korzysta z języka migowego, ważne jest, aby zwracać się do niej bezpośrednio, a nie do tłumacza. To pokazuje szacunek i pozwala na bezpośrednią komunikację.

Epilepsja, napady padaczkowe

Epilepsja, znana również jako padaczka, to przewlekła choroba neurologiczna, która charakteryzuje się nawracającymi napadami padaczkowymi. Napad padaczkowy jest wynikiem przejściowych zaburzeń czynności mózgu, które polegają na nadmiernych i gwałtownych, samorzutnych wyładowaniach bioelektrycznych w komórkach nerwowych. Napady są epizodami o różnym nasileniu, od krótkich i prawie niezauważalnych, po długie, silne wstrząsy.

Istnieje wiele różnych rodzajów epilepsji, z których każdy charakteryzuje się specyficznymi rodzajami napadów. Niektóre z nich obejmują:

1. Epilepsję objawową, gdzie przyczyna jest znana, na przykład wada mózgu6.
2. Epilepsję kryptogenną, gdzie czynnik wywołujący napady nie jest znany, ale padaczka ma cechy objawowe.
3. Epilepsję idiopatyczną, gdzie przyczyną pojawienia się padaczki może być czynnik genetyczny.

Epilepsja wiąże się z pewnymi zagrożeniami. Czynniki ryzyka obejmują genetykę, urazy mózgu, poważne choroby (takie jak rak mózgu i udar), a także pewne choroby infekcyjne, takie jak gruźlica i HIV.

Jeśli jednak jesteś świadkiem ataku epileptycznego, istnieją pewne kroki, które powinieneś podjąć:

1. Zachowaj spokój.
2. Usuń niebezpieczne przedmioty z otoczenia.
3. Nie powstrzymuj ataku.
4. Nie wkładaj nic do ust pacjenta.
5. Połóż osobę w pozycji bocznej, tzw. ustalonej, aby zapewnić odpowiednią drożność dróg oddechowych.

Osoby niskorosłe

Niskorosłość jest stanem, w którym organizm jest wyjątkowo mały. W przypadku ludzi, czasami definiuje się go jako dorosłą wysokość mniejszą niż 147 centymetrów, niezależnie od płci. Średnia dorosła wysokość wśród osób z niskorosłością wynosi 120 centymetrów. Termin ten jest używany w różnych kontekstach, zarówno medycznych, jak i społecznych, i może mieć różne konotacje w zależności od miejsca i czasu. W niektórych kulturach osoby niskorosłe były uważane za posiadające specjalne moce lub były traktowane z szacunkiem jako osoby święte. W innych, były one dyskryminowane lub wykorzystywane do celów rozrywkowych.

Nawet zanim powstała historia pisana, osoby niskorosłe pojawiały się w sztuce wielu kultur. Obrazy osób niskorosłych są jednymi z najstarszych istniejących

artefaktów: są przedstawiane w starożytnych rzeźbach nagrobnych z kamienia i gliny w Egipcie, Indiach, Chinach i cywilizacjach Majów. Te wczesne reprezentacje często przedstawiały osoby niskorosłe jako postacie o szczególnym znaczeniu, takie jak bóstwa lub osoby o szczególnych zdolnościach.

Niskorosłość jest wynikiem genetycznej lub medycznej kondycji. Najczęstszą i najbardziej rozpoznawalną formą niskorosłości u ludzi (stanowiącą 70% przypadków) jest achondroplazja, genetyczne zaburzenie, w wyniku którego kończyny są drobne. Istnieje wiele innych form niskorosłości, które mogą wynikać z różnych przyczyn, takich jak zaburzenia hormonalne, niedożywienie lub choroby genetyczne. Wiele z tych warunków jest rzadkich i nie jest dobrze zrozumianych, co często prowadzi do opóźnienia w diagnozie i leczeniu.

Reprezentacje kulturowe niskorosłości są obfite w literaturze, programach telewizyjnych i filmach. Niskorosłość ma „unikalną i niejednoznaczną historię z korzeniami w mitologii, komodyfikacji ciał anomalicznych poprzez zdeformowanie i patologizację różnic cielesnych" (E. Pritchard, 2020). W literaturze i filmie osoby niskorosłe często są przedstawiane jako postacie komediowe lub fantastyczne, co może przyczyniać się do stereotypów i uprzedzeń. W przypadku osoby z niskorosłością, dyskryminacja ze względu na wysokość może prowadzić do drwin w dzieciństwie i dyskryminacji w dorosłości. Wiele osób niskorosłych doświadcza trudności w dostępie do odpowiednich usług medycznych, edukacji i zatrudnienia. Wiele z tych problemów wynika z braku zrozumienia i akceptacji dla osób niskorosłych w społeczeństwie.

W kontekście etycznym, istnieje kilka zasad, które mogą pomóc w nawiązywaniu relacji z osobami niskorosłymi. Przede wszystkim, ważne jest, aby zawsze szanować przestrzeń osobistą innych osób. Nie należy dotykać osoby niskorosłej bez jej zgody, zwłaszcza za głowę lub ramiona. To może być odbierane jako patronizujące lub infantylizujące.

1. Kiedy rozmawiasz z osobą niskorosłą, staraj się utrzymywać kontakt wzrokowy. Jeśli jesteś znacznie wyższy, możesz usiąść lub przyklęknąć, aby rozmawiać na tym samym poziomie. Jednak nie rób tego w sposób, który mógłby być odbierany jako protekcjonalny. Zamiast tego, staraj się to robić w sposób naturalny i nienachalny.
2. Jeśli chodzi o język, staraj się unikać terminów, które mogą być obraźliwe lub pejoratywne. Termin „osoba niskorosła" jest powszechnie akceptowany, ale niektóre osoby mogą preferować inne terminy, takie jak „osoba z niskorosłością". Unikaj używania słów takich jak „krasnoludek" lub „karzeł", które są często używane w sposób obraźliwy.

W kontekście społecznym, ważne jest, aby nie traktować osób niskorosłych jako atrakcji czy obiektów ciekawości. Nie pytaj o ich stan zdrowia lub przyczynę

niskorosłości, chyba że sami zdecydują się podzielić takimi informacjami. Wreszcie, pamiętaj, że każda osoba jest inna i to, co jest akceptowalne dla jednej osoby, może nie być akceptowalne dla innej. Najlepszym podejściem jest zawsze szacunek i otwartość na naukę. Jeśli nie jesteś pewien, jak się zachować, zawsze możesz zapytać. Większość osób niskorosłych doceni twoją chęć zrozumienia i szanowania ich doświadczeń.

Osoby w spektrum autyzmu

Autyzm, znany również jako zaburzenie ze spektrum autyzmu (ASD), to szeroki zakres stanów charakteryzujących się wyzwaniami związanymi z umiejętnościami społecznymi, powtarzalnymi zachowaniami, mową i komunikacją niewerbalną. Autyzm wpływa na szacunkowo 1 na 100 dzieci. Charakterystyki mogą być wykrywane we wczesnym dzieciństwie, ale autyzm często nie jest diagnozowany do znacznie późniejszego czasu. Zdolności i potrzeby osób autystycznych są różne i mogą ewoluować z czasem. Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) są zróżnicowaną grupą stanów. Charakteryzują się pewnym stopniem trudności w interakcji społecznej i komunikacji. Inne cechy to nietypowe wzorce aktywności i zachowań, takie jak trudności z przejściem z jednej aktywności do drugiej, skupienie na szczegółach i nietypowe reakcje na doznania.

Osoby z autyzmem często mają współwystępujące stany, w tym epilepsję, depresję, lęk i zespół nadpobudliwości psychoruchowej, a także trudności funkcjonalne, takie jak problemy ze snem i samookaleczenie. Poziom funkcjonowania intelektualnego wśród osób autystycznych jest bardzo zróżnicowany, od głębokiego upośledzenia do poziomów wyższych. Zrozumienie autyzmu i odpowiednie zachowanie wobec osób z ASD jest kluczowe dla promowania ich dobrobytu i jakości życia.

Ważne jest, aby pamiętać, że każda osoba z autyzmem jest unikalna i może doświadczać tych objawów w różnym stopniu. Niektóre osoby z autyzmem mogą mieć trudności z mową i komunikacją niewerbalną, podczas gdy inne mogą mieć wyjątkowe umiejętności w tych obszarach. Podobnie, niektóre osoby z autyzmem mogą mieć trudności z nauką i wykonywaniem codziennych czynności, podczas gdy inne mogą mieć wyjątkowe umiejętności w tych obszarach. Podczas interakcji z osobą z autyzmem ważne jest, aby być cierpliwym i zrozumiałym. Osoby z autyzmem mogą potrzebować więcej czasu na przetworzenie informacji i mogą reagować inaczej na sytuacje społeczne niż osoby bez autyzmu. Ważne jest, aby szanować ich przestrzeń i tempo, a także zrozumieć, że mogą mieć trudności z wyrażaniem swoich uczuć i potrzeb. Jednym z najważniejszych aspektów interakcji z osobą z autyzmem jest akceptacja. To oznacza akceptację ich unikalnych umiejętności i wyzwań, a także zrozumienie, że autyzm jest integralną częścią ich tożsamości.

To również oznacza szanowanie ich praw i godności jako osób. Wreszcie, ważne jest, aby pamiętać, że osoby z autyzmem, podobnie jak wszyscy inni, zasługują na szacunek, zrozumienie i akceptację. Każda osoba z autyzmem ma swoje unikalne mocne strony i talenty, a także swoje wyzwania. Najlepszym sposobem na wsparcie osoby z autyzmem jest zrozumienie tych różnic, a także dostarczanie wsparcia, które pomoże im osiągnąć swój pełen potencjał.

14 kwietnia 2014 r. obie izby polskiego parlamentu jednomyślnie przyjęły uchwałę w sprawie wsparcia i zapewnienia równych szans dla osób w spektrum autyzmu. Strategia ta miała na celu poprawę jakości życia osób w spektrum autyzmu poprzez promowanie ich praw i godności, a także poprawę dostępu do odpowiednich usług i wsparcia. Artykuł zatytułowany „Polish Parliament calls for a national autism strategy" podkreśla, że ta decyzja jest ważnym krokiem w kierunku tworzenia bardziej inkluzyjnego społeczeństwa dla osób ze spektrum autyzmu w Polsce.

Podsumowanie

Celem autorów artykułu było zwiększenie świadomości na temat potrzeb szczególnych i potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Artykuł skupia się na przedstawieniu podstawowych pojęć związanych z różnymi rodzajami niepełnosprawności, takimi jak niewidzenie, niesłyszenie, spektrum autyzmu, epilepsja czy niskorosłość.

W kolejnych sekcjach autorzy przedstawili przykłady zachowań wobec osób z omawianymi niepełnosprawnościami i potrzebami specjalnymi. Artykuł zawiera konkretne wskazówki dotyczące komunikacji i interakcji, które mogą pomóc w lepszym zrozumieniu ich potrzeb. Autorzy po krótce opisali podstawowe zasady reagowania i praktyczne porady dotyczące wsparcia i komunikacji. dla osób niewidomych i niesłyszących, w spektrum autyzmu, podczas napadu epilepsji bądź wobec osób niskorosłych.

Poprzez prezentację przykładów etycznych zachowań, autorzy artykułu dążą do dostarczenia wskazówek oraz wniosków, które mogą wspomóc wdrażanie praktyk inkluzyjnych w jednostkach oświatowych, ośrodkach wspierających osoby z niepełnosprawnościami (OzN) i osoby ze specjalnymi potrzebami (OzSP), a także w życiu społecznym.

Główne wnioski artykułu podkreślają, że wszyscy powinniśmy być świadomi, jak odpowiednio zachowywać się wobec osób z niepełnosprawnościami. Taka świadomość i odpowiednie zachowanie mogą znacząco poprawić jakość życia tych osób oraz wspierać ich integrację w społeczeństwie. Autorzy zachęcają do edukacji i praktykowania inkluzyjnych zachowań, aby stworzyć bardziej otwarte i wspierające środowisko dla wszystkich.

Bibliografia i netografia

AUTISM-EUROPE aisbl. https://www.autismeurope.org/blog/2021/05/21/polish-parliament-calls-for-a-national-autism-strategy/ (21.05.2024).

Cohen, J. (2015). *Praktyczny poradnik savoir – vivre wobec osób niepełnosprawnych. Publikacja United Spinal Association. Tłumaczenie na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. Adaptacja Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych*. Warszawa: United Spinal Association.

Connolley, S., Hausstdtter, R. S. (2009). *Tocqueville on democracy and inclusive education: A more ardent and enduring love of equality than of liberty* (s. 231-243). European Journal of Special Needs Education. 24(3).

Duerr, H. A., *Disability as the Next Step in DEI Explored at Annual Meeting*. https://www.psychiatrictimes.com/view/disability-as-the-next-step-in-dei-explored-at-annual-meeting (25.05.2024).

Fundacja Widzieć Więcej. https://widziecwiecej.org/abc-niewidomego/savoir-vivre-wobec-osob-niewidomych/ (21.05.2024).

Hausstdtter, R., Vik, S. (2024). *Inclusion and special needs education: A theoretical framework of an overall perspective of inclusive special education*. Helsinki: Harvard University Press.

Ochonczenko H., Nowicka A. (2006). *Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych. Tom I*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

Paul, T., di Rezze, B., (2022). *Perspectives of Children and Youth With Disabilities and Special Needs Regarding Their Experiences in Inclusive Education: A Meta-Aggregative Review*. Londyn: Frontiers in Education.

dr hab. Radosław Mędrzycki, prof. ucz.
Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Zapewnianie dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami jako impuls zmiany w administracji publicznej

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie prawych źródeł podstawowych obowiązków nałożonych na podmioty administracji publicznej w związku z koniecznością zapewniania dostępności. W związku z tym w podstawowym zakresie odpowiednim do formy wypowiedzi analizie poddano powinności administracji ujęte od strony wyzwań i szans jakie niesie ze sobą konieczność zapewniania dostępności. Zwrócono uwagę m.in. na konieczność: holistycznego podejścia do dostępności, przenikania się obszarów dostępności, zachowania systemowej perspektywy w zakresie interpretacji obowiązków dostępności, a także możliwości budowania marki inkluzyjnego samorządu terytorialnego. W badaniach posłużono się dogmatyczną metodą badawczą.

Słowa kluczowe

dostępność, administracja publiczna, osoby ze szczególnymi potrzebami, niepełnosprawność

Wstęp

Ratyfikacja przez Polskę Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (KPON) oraz implementacja do krajowego porządku prawnego dyrektyw UE dotyczących dostępności stanowi istotny bodziec do przekształceń w administracji publicznej. Przyjęcie motywowanych prawem międzynarodowym i unijnym ustaw dotyczących dostępności jest ważnym krokiem do budowania inkluzyjnej administracji publicznej dla osób ze szczególnymi potrzebami. Pod pojęciem "osoba ze szczególnymi potrzebami" będę rozumiał osobę, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami (Ustawa o zapewnianiu dostępności, 2019, art. 2 pkt 3).

Celem artykułu jest prezentacja prawnych źródeł najważniejszych obowiązków dotyczących zapewniania dostępności w administracji publicznej ze szczególnym uwzględnieniem wyzwań i szans na poprawę sytuacji osób ze szczególnymi potrzebami, jakie wynikają z obowiązującego prawa. Artykuł ma charakter prawniczy, posługuję się w nim metodą dogmatyczną.

Obowiązki zapewniania dostępności

Z prawnego punktu widzenia nie budzi wątpliwości, że kluczowe ustawy dotyczące dostępności w podmiotach publicznych (Ustawa o zapewnianiu dostępności, 2019; Ustawa o dostępności cyfrowej, 2019) formułują dla podmiotów administracji publicznej szereg powinności natury ustrojowej, materialnoprawnej oraz proceduralnej (Mędrzycki, 2023). Wystarczy wspomnieć o obowiązku wyznaczenia przez organy władzy publicznej, w tym organy administracji rządowej i samorządowej, organy kontroli państwowej i ochrony prawa oraz sądy i trybunały, osoby pełniącej funkcję koordynatora do spraw dostępności. Koordynator ten ma realizować i określone kompetencje związane z zapewnianiem dostępności w podmiocie (Ustawa o zapewnianiu dostępności, 2019, art. 14). W obszarze materialnoprawnym będą to obowiązki podmiotów publicznych określone poszczególnymi minimalnymi wymaganiami dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej (Ustawa o zapewnianiu dostępności, 2019, art. 6; Ustawa o dostępności cyfrowej, 2019, art. 5 oraz załącznik). Obowiązki proceduralne wiążą się z koniecznością niekiedy dochodzenia przez osoby ze szczególnymi potrzebami zapewnienia minimalnych wymagań dostępności (Ustawa o zapewnianiu dostępności, 2019, rozdział 4; Ustawa o dostępności cyfrowej, 2019, art. 18). Ten w miarę spójny obraz powinności podmiotów

administracji publicznej w zakresie zapewniania dostępności uzupełniła ustawa z 26 kwietnia 2024 r. o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze. Choć główne przepisy tej ustawy dotyczą podmiotów gospodarczych, tj. producentów, upoważnionych przedstawicieli, importerów, dystrybutorów i usługodawców, zobowiązanych do zapewniania spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług, to uwzględnia ona również ważny komponent ustrojowy związany z nadzorem nad rynkiem. Poświęcono mu rozdział V pt. „Nadzór rynku w zakresie spełniania wymagań dostępności produktów i usług" przyznając kompetencje nadzorcze Prezesowi Zarządu PFRON, organom nadzoru rynku takim jak Prezes Urzędu Komunikacji Elektronicznej, minister właściwy do spraw informatyzacji, Rzecznik Finansowy, wojewódzcy inspektorzy transportu drogowego, Prezes Urzędu Transportu Kolejowego, Prezes Urzędu Lotnictwa Cywilnego, Dyrektor Urzędu Żeglugi Śródlądowej w Bydgoszczy. Dodatkowo ustawa przewiduje tryby kontroli i nadzoru oraz odnośne procedury z nimi związane.

Wskazane powyżej przeglądowo wymagania stanowią i będą wciąż stanowić impuls do przekształceń w administracji publicznej w zakresie zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Jest to także związane z terminem wejścia w życie ustawy z 26 kwietnia 2024 r. o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze, który przypada (zasadniczo) na 28.06.2025 r. Perspektywa administracyjna tych przekształceń jest przedmiotem nauki administracji i wymaga badań ilościowych. Ze względu na osadzenie wywodów w kontekście nauk prawnych, odniesienia do faktycznego obrazu realizacji prawnych wymagań nie będą przedmiotem tego artykułu. Warto wspomnieć, że stan faktyczny prac nad zapewnianiem dostępności w podmiotach publicznych powinny obrazować raporty o stanie zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w poszczególnych podmiotach, raporty wojewódzkie i raport krajowy (Ustawa o zapewnianiu dostępności, 2019, art. 11).

Pułapki zapewniania dostępności

Zapewnianie dostępności jest celem podmiotów publicznych przy osiąganiu którego może dojść do różnego rodzaju błędów. Warto zwrócić uwagę na kilka pułapek myślowych dotyczących dostępności podmiotów publicznych.

Pierwsza pułapka. Dostępność może być rozważana z perspektywy architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej; taki układ jest w pełni uzasadniony treścią art. 6 Ustawy o zapewnianiu dostępności. Zgodnie z jego treścią: 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. z 2021 r. poz. 573 i 1981 oraz z 2022 r. poz. 558, 1700 i 1812),
   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. z 2017 r. poz. 1824 oraz z 2022 r. poz. 583 i 830), 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.

Ze względu na specyfikę poszczególnych obszarów dostępności, ich badanie lub komentowanie jest dopuszczalne w sposób odrębny od innych. Mimo tego wyznaczenie prostej linii granicznej między obszarami dostępności, które są charakteryzowane poszczególnymi wymaganiami dostępności, jest niekiedy utrudnione, a prawo w tym na pewno nie pomaga. Dla przykładu, zapewnienie informacji na

temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy, chociaż służy uzyskiwaniu specyficznego rodzaju informacji o przestrzeni w jakiej znajduje się osoba, zostało zakwalifikowane do dostępności architektonicznej przez ustawodawcę. Podobnie jest z psem asystującym, który wydaje się jeszcze bardziej nie pasować do przyjętego podziału. Z kolei instalacja 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, wiąże się według ustawodawcy z dostępnością informacyjną. Jednakże można dopatrzeć się w realizacji tych wymagań również dostosowania przestrzeni podmiotów publicznych do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, a zatem realizacji dostępności architektonicznej. W jeszcze większym stopniu przenikają się dostępność informacyjno-komunikacyjna i cyfrowa. Podziały sformułowane przez prawodawcę są raczej wynikiem próby odwzorowania prawa międzynarodowego (Konwencja, 2006) i unijnego (Dyrektywa 2016/2102) z dodatkiem własnej inwencji twórczej, niż dbałości o zachowanie klarowności podziałów.

Z powyższego wynika pierwsza ważna lekcja dla administracji publicznej: próba koncentracji, formalnego doskonalenia się w jednym rodzaju dostępności, a zaniedbywanie innych nie będzie sprzyjało dostępności, która powinna być postrzegana holistycznie. Dla zobrazowania tego zagadnienia należy zwrócić uwagę na zjawisko sprzężonej niepełnosprawności, która wymaga zapewniania dostępności w różnych obszarach. Tylko bowiem takie całościowe, pozytywnie zrealizowane podejście do dostępności pozwoli osobie ze szczególnymi potrzebami osiągnąć zamierzony cel kontaktu z podmiotem administracji publicznej. Przykładowo, jeżeli osoba będzie mogła skorzystać z dostępności architektonicznej budynku administracji publicznej, lecz napotka bariery informacyjno-komunikacyjne (np. brak zainstalowanej pętli indukcyjnej, gdy będzie jej potrzebować), dostępność architektoniczna okaże się niewystarczająca, aby osoba taka mogła samodzielnie załatwić swoją sprawę urzędową. Wniosek jest zatem następujący: specjalizacja w zakresie dostępności być może jest niekiedy pomocna do sprecyzowania hipotez i wniosków w badaniach naukowych, jednak w przypadku administracji publicznej należy na sprawę patrzeć wyjątkowo całościowo. Chce tego też ustawodawca, który stanowi o konieczności spełniania minimalnych wymagań we wszystkich obszarach dostępności.

Nie można przy tym powoływać się na "niewielkie zapotrzebowanie" na dostępność w danym podmiocie. Pokusa taka może wystąpić ze względu na stosunkowo nieliczną grupę osób z niepełnosprawnościami w danej gminie lub też rzadkość ich kontaktu z administracją publiczną. Powstanie zatem pytanie: po co spełniać wymogi dostępności, jeżeli zapotrzebowanie na nią jest znacząco ograniczone

terytorialnie? Rozumowaniu takiemu mogą sprzyjać argumenty natury technicznej i prawnej, w tym możliwość zapewniania dostępu alternatywnego. Uważam jednak, że tego typu zapatrywanie na dostępność nie uwzględnia kontekstu systemowego, w tym aksjologicznego. Dbałość o środki publiczne jest potrzebna, nie może jednak zamykać drogi do dostępności, nawet jeżeli korzysta z niej niewielka liczba osób lub niezbyt często. Pamiętać należy również o tym, iż ustawodawca chce, aby zapewnić dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami, a nie tylko osobom z niepełnosprawnościami, co czyni grupę beneficjentów dostępności wyjątkowo nieokreśloną i otwartą sytuacyjnie. Uzależnianie spełniania wymagań dostępności od wiedzy o niewielkiej grupie osób z niepełnosprawnościami w danej jednostce samorządu terytorialnego byłoby również nieporozumieniem.

Druga pułapka wynika z ograniczenia powinności administracji do dwóch ustaw dostępnościowych. Sytuacja może przypominać tę, z jaką mieliśmy do czynienia tuż przed oraz chwilę po 25.05.2018 r. Data ta wyznaczała początek stosowania RODO. Mogło się wtedy wydawać, że w Polsce dopiero od tego momentu zaszła potrzeba ochrony danych osobowych. Tymczasem potrzebę takiej ochrony (praw osób związanych z przetwarzaniem danych osobowych) i konieczność świadomości powinności podmiotów publicznych w tym zakresie należy datować 21 lat wcześniej (Ustawa o ochronie danych, 1997). Nie chcę przez to powiedzieć, że RODO nie wniosło znaczącego wkładu w obszarze ochrony danych osobowych, tak jak i nie chce powiedzieć, że wkładu tego nie wnosi ustawa o zapewnianiu dostępności i ustawa o dostępności cyfrowej. To – jak już zostało wykazane – bez wątpienia znaczące impulsy do zmian również o charakterze ustrojowym (organizacyjnym), materialnym i proceduralnym. Jednak "na nowo odkrywając" dostępność nie można zapomnieć o obowiązkach wynikających z innych aktów prawnych, które mają zastosowanie do części podmiotów administracji publicznej na długo przed 2019 r. Chodzi w szczególności o konieczność ciągłego utrzymywania zdolności administracji w zakresie wymogów ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się z 2011 r. Akt ten – wciąż nie zawsze w pełni realizowany w praktyce – stanowi m.in. o możliwościach korzystania przez osoby uprawnione z pomocy osoby przybranej w kontaktach z organami administracji publicznej, jednostkami systemu, podmiotami leczniczymi, jednostkami Policji, Państwowej Straży Pożarnej i straży gminnych oraz jednostkami ochotniczymi działającymi w tych obszarach. Obejmuje również obsługę osób uprawnionych w kontaktach z organami administracji publicznej, w tym dostęp do świadczenia usług tłumacza polskiego języka migowego, systemu języka migowego oraz sposobów komunikowania się osób głuchoniewidomych. Uprawnienia wynikające z tego aktu dotyczą osób doświadczających trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się.

Wniosek wynikający z przedstawionych wyżej rozważań jest zatem taki: skoncentrowanie się wyłącznie na dwóch ustawach dotyczących dostępności ogranicza perspektywę w kontekście przekształceń w administracji publicznej w kierunku pełnej dostępności.

Trzecia pułapka: ustawodawca określił minimalne wymagania dostępności, a nie standardy. W literaturze prawniczej tego typu postępowanie opisano jako „zdecentralizowane wdrażanie prawa publicznego". Polega ono na odejściu od „biurokratycznych wymogów" i zastąpieniu ich „zgodnością w praktyce". Oznacza to zatem, że prawo określa raczej cel niż konkretne środki prowadzące do niego (Cebera, 2023, s. 42-43). Doznaje to pewnego wyjątku w przypadku dostępności cyfrowej, gdyż jej zapewnianie rzeczywiście nakazuje spełniać wymogi określone w załączniku do ustawy albo gdy podmiot publiczny zapewnia dostępność cyfrową z uwzględnieniem wymagań określonych w pkt 9, 10 i 11 Polskiej Normy wprowadzającej normę ETSI EN 301 549 V3.2.1:2021. Dostępność cyfrowa strony internetowej i aplikacji mobilnej polega na zapewnieniu ich funkcjonalności, kompatybilności, postrzegalności i zrozumiałości (Ustawa o dostępności cyfrowej, art. 5). Jednak w przypadku minimalnych wymagań architektonicznych, a szczególnie informacyjno-komunikacyjnych, nie są to standardy. Jeżeli określono cel w postaci dostępności oraz poszczególne minimalne wymagania, a nie konkretne środki ich osiągnięcia, to może się okazać, że próba osiągnięcia celu będzie następować z użyciem nieodpowiednich środków. Dużo zatem zależy od kompetencji, umiejętności i świadomości członków danej organizacji na temat dostępności. Brak wiedzy, kompetencji i umiejętności w analizowanym obszarze będzie skutkował rozwiązaniami nieadekwatnymi lub niewystarczającymi. Nie chcę przez to gloryfikować standardów jako takich, te bowiem jak wskazują przedstawiciele doktryny prawa administracyjnego potrafią również hamować innowacyjność, ograniczać elastyczność struktur, ograniczać sprawne dostosowanie się do koniecznych zmian (Lipowicz, 2019). Dodatkowo zbyt dużo standardów wiąże się z nadmiernym zbiurokratyzowaniem usług, a nie ich upraszczaniem. Niemniej brak standaryzacji w przypadku możliwości bardzo różnorodnego podejścia do zagadnienia, a tym bardziej przy braku zrozumienia potrzeby zapewniania dostępności, najpewniej spowoduje problemy z jej osiągnięciem. Zagrożeniem jest zatem również przyjęcie określonego wariantu rozwiązania, który nie będzie realizować celu ustawy. Może być to zarówno wynikiem niewiedzy, jak również swoistym "działaniem na pokaz", bez faktycznego spełniania szczegółowych wymagań. Docieczenie motywacji w danym przypadku może być trudne, lecz zasadniczo będzie wtórne w stosunku do bariery, jaką napotka osoba o szczególnych potrzebach.

Czwarta pułapka a może swego rodzaju napięcie kryje się w zwrocie ustawowym "minimalne wymagania" (Ustawa o zapewnianiu dostępności, art. 6).

Z jednej strony takie sformułowanie przepisu ma umożliwiać dokonywanie dalej idących zmian w organizacji administracji publicznej, z drugiej jednak istnieje ryzyko, że administracja poprzestanie (o ile w ogóle to się uda) na osiągnięciu owego minimum. Prowadzić to może do sytuacji, iż zapewnianie minimalnych wymagań dostępności będzie raczej "górnym limitem" niż punktem wyjścia dla dalszych korzystnych zmian w zakresie dostępności. Nie można jednak zupełnie potępiać takiej konstrukcji. Tego rodzaju sformułowanie pozwala bowiem pogłębiać dostępność świadomym włodarzom jednostek samorządu terytorialnego czy szerzej decydentom w podmiotach publicznych. Prawnie nie stoi nic na przeszkodzie, aby dostępność była realizowana przez inne, dodatkowe środki prawne i faktyczne. Przykładowo, może być to dobrowolne wprowadzenie modelu realizacji usług publicznych dla osób z trudnościami w komunikowaniu się, o złożonych potrzebach w komunikowaniu się (Model, 2022). Innym przykładem jest przeszkolenie pracowników z obsługi interesantów o złożonych potrzebach w komunikowaniu się w zakresie alternatywnej i wspomagającej komunikacji (AAC) oraz wyposażenie stanowisk pracy urzędników w narzędzia tej komunikacji, np. tablice literowe, książki komunikacyjne. Podobnie należy ocenić próby upraszczania komunikacji urzędowej na poziomie języka, jak i *layoutu* pism procesowych i formularzy. Chociaż żaden przepis ustawowy nie formułuje *expressis verbis* uprawnienia do takich działań, nie powinno ulegać wątpliwości, że mieszczą się one w systemowej wykładni przepisów ustawy, zwłaszcza zwrotu "minimalne wymagania". Nie można w kontekście czynienia z administracji publicznej przestrzeni dostępnej i przyjaznej zapominać o systemowych odniesieniach do KPON, a także – choć z zastrzeżeniem zakresu obowiązywania oraz charakteru tych aktów – Europejskiego Kodeksu Dobrej Praktyki Administracyjnej oraz Kodeksu Dobrej Administracji. Tym samym wszelkie pozytywne zmiany w zakresie dostępności, w szczególności informacyjno-komunikacyjnej, można uzasadniać wymogami płynącymi z paneuropejskiej zasady dobrej administracji. Na poziomie systemowym, państw członków Rady Europy, w tym Unii Europejskiej można powiedzieć, że standardy dobrej administracji to "teoretyczne uogólnienie zarówno zasad, jak i wytycznych, owoc interakcji *hard law* i *soft law*, a przede wszystkim zbiór wymagań wyrażających podstawowe wartości składające się na koncepcję demokratycznego państwa prawnego, jednocześnie tworzących wzorzec ukształtowania relacji między podmiotami administrowanymi a podmiotami administrującymi, wobec których pozostawia się pewną swobodę w wyborze środka ich realizacji (Princ, Lipowicz, 2022, s. 552). Trafnie przy tym stwierdza Marcin Princ, że: "Dobra administracja uzależniona jest od istnienia założeń demokratycznego państwa prawnego urzeczywistniającego zasady sprawiedliwości społecznej. Państwa, w którym szanuje się hierarchicznie ustanowiony system źródeł prawa, oraz państwa, które

funkcjonuje zgodnie z takimi wartościami jak: prawda, zaufanie, sprawiedliwość, dotrzymywanie umów, przewidywalność, otwartość, jawność i równość. Państwa, które jest ukierunkowane na realizację dobra wspólnego, jednocześnie szanując każdego człowieka będącego w różnych kontekstach społecznych (m.in. zdrowego, chorego, migrującego, małoletniego, seniora). Jak wskazywał J. Olszewski, państwa, w którym urzędnik manifestuje takie cechy jak: indywidualność, znajomość realiów życia, zaangażowanie społeczne, odwaga i samodzielność przy stosowaniu prawa, które są wyrazem jego wolności" (Princ, 2022, s. 551-552). Owa "znajomość realiów życia" a także wiedza o potrzebach ludzi – co w prawie administracyjnym uchodzi słusznie za kluczową determinantę istnienia materialnego prawa administracyjnego (Duniewska, 2017, s. 172) – są silnym doktrynalnym uzasadnieniem za wprowadzaniem licznych zmian przekraczających minimalne wymagania dostępności w administracji publicznej. Nie brakuje przy tym również uzasadnienia aksjologicznego (Mędrzycki, 2021, s. 205).

Współcześnie rozpoczyna się ważny i w pewnym sensie nowy okres dla samorządu terytorialnego. Pragnę podtrzymać wyrażony pogląd, iż „Wprowadzenie zmian prawnych w 2019 r. nie może być postrzegane jako kolejny «przykry» obowiązek nałożony na organy zarządzające w jednostkach samorządu terytorialnego, ale ważna szansa wypracowania marki inkluzyjnej, przyjaznej i respektującej w pełni prawa człowieka jednostki samorządu terytorialnego. Dostrzeżenie prawa do komunikacji i informacji, jego właściwa realizacja jest obecnie nie tylko wymagana prawnie, ale również aksjologicznie i społecznie pożądana. Możliwość pełnej reprezentacji mieszkańców przez samorząd terytorialny, reprezentacji i uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami komunikacyjnymi, wzmacnia legitymację demokratyczną samorządu terytorialnego i jego uprawnienie do sprawowania władzy" (Mędrzycki, 2023a, s. 38).

Piąta pułapka związana jest z sposobami osiągania minimalnych wymogów dostępności. Podmiot publiczny zapewnia dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami przez stosowanie uniwersalnego projektowania lub racjonalnych usprawnień (Ustawa o zapewnianiu dostępności, 2019, art. 4 ust. 1). Jednocześnie zrozumienie uniwersalnego projektowania i racjonalnego usprawnienia zgodnie z wolą ustawodawcy powinno odbywać się w drodze odesłania do KPON. Zgodnie z art. 2 tego aktu:

A. „Racjonalne usprawnienie" oznacza konieczne i odpowiednie zmiany i dostosowania, nie nakładające nieproporcjonalnego lub nadmiernego obciążenia, jeśli jest to potrzebne w konkretnym przypadku, w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym możliwości korzystania z wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz ich wykonywania na zasadzie równości z innymi osobami.

B. „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 technicznych dla szczególnych grup osób niepełnosprawnych, jeżeli jest to potrzebne.

Gramatyczna wykładnia art. 4 ust. 1 (Ustawa o zapewnianiu dostępności, 2019) mogłaby sugerować, że jest zasadniczo obojętne, czy administracja publiczna zapewni dostępność dzięki uniwersalnemu projektowaniu czy też racjonalnym usprawnieniom. Wydaje się jednak, że stosowanie uniwersalnego projektowania powinno być priorytetem. W literaturze podnosi się, że: "Wskazane w art. 4 ust. 1 [Ustawy o zapewnianiu dostępności, 2019 – dop. R.M.] dwa sposoby zapewniania dostępności: stosowanie uniwersalnego projektowania lub racjonalnych usprawnień służą niewątpliwie wspólnie zagwarantowaniu dostępności. Jednak ich istota, cele i wzajemne relacje wynikające z Konwencji są różne, a przede wszystkim racjonalne usprawnienia nie są co do zasady traktowane jako alternatywny do uniwersalnego projektowania sposób zapewnienia dostępności" (Roszewska, 2021, pkt 2). Oczekiwanie aż osoba zgłosi się do podmiotu z wnioskiem o zapewnienie dostępności jest teoretycznie możliwe, ale czy rzeczywiście jest zgodne z duchem konwencji o prawach osób niepełnosprawnych? Należy wskazać na pogląd, że zapewnianie dostępności w ramach uniwersalnego projektowania jest zasadniczo odpowiedniejsze biorąc pod uwagę zasady sprawnościowe. Lepiej bowiem zaprojektować usługę spełniającą wymogi dostępności na etapie jej powstawania niż dostosowywać już istniejące rozwiązania (CRPD, 2014, par. 15). W działaniach administracji publicznej należy uwzględnić poszanowanie środków publicznych. Paradoksalnie te środki mogą być zaoszczędzone na etapie projektowania usługi lub przestrzeni w sposób odpowiadający minimalnym wymaganiom, w przeciwieństwie do konieczności dostosowywania już istniejących, lecz niespełniających wymogów dostępności rozwiązań.

Podsumowanie

Przed administracją zapewne jeszcze długa droga do stanu, który można by określić jako w pełni realizujący minimalne wymagania dostępności. Być może nie bez powodu ustawodawca zatytułował kluczową ustawę dostępnościową aktem "o zapewnianiu dostępności", a nie "zapewnieniu dostępności", zdając sobie sprawę z charakteru działalności w tym obszarze.

Bez wątpienia prawidłowej realizacji działań w zakresie dostępności, sprzyja poważne traktowanie jej wymagań oraz zrozumienie, jakie działania przyczyniają się

do osiągnięcia dostępności, a jakie tylko trochę realizują te postulaty. Istotny byłby zatem bank dobrych praktyk, czy też propagowanie istniejących już i z powodzeniem stosowanych rozwiązań w niektórych podmiotach publicznych. Zakończone projekty i wdrożone rozwiązania pozwalają zbudować solidną bazę wiedzy dotyczącą dostępności.

Bibliografia

Cebera, A. (2023). Postępowanie skargowe w związku z brakiem zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica,* 2023, numer specjalny, s. 41-51.

CRPD (2014). *General Comment No 2 'Article 9: Accessibility'*, (UN Doc CRPD/ C/ GC/ 2) https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-2-article-9-accessibility-0 (24.05.2024).

Duniewska, Z. (2017). Zakres regulacji prawa administracyjnego materialnego – wyznaczenie pojęcia instytucji tego prawa. W: R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, *System Prawa Administracyjnego, t. 7, Prawo administracyjne materialne* (s. 172-184). Warszawa: C.H. Beck.

Lipowicz, I. (2019). Standardy samorządu terytorialnego. W: Z. Duniewska, M. Stahl, A. Rabiega-Przyłęcka (red.), *Standardy współczesnej administracji i prawa administracyjnego* (s. 230-247). Warszawa-Łódź: Wolters Kluwer Polska.

Lipowicz I, Princ, M. (2022). Współczesne europejskie standardy dobrej administracji oraz ich normatywizacja. W: I. Lipowicz (red.), *System Prawa Samorządu Terytorialnego, t. 1, Podstawowe pojęcia i podstawy prawne funkcjonowania* (s. 545-552). Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Model (2022). https://wydzialy.uksw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/10/2022/12/MODEL-REALIZACJI-USLUG-PUBLICZNYCH-DLA-OSOB-Z-TRUDNOSCIAMI-W-KOMUNIKOWANIU-SIE_0.pdf (24.05.2024).

Mędrzycki, R. (2021). *Zasada solidarności społecznej w prawie samorządu terytorialnego*. Warszawa: Wolters Kluwer.

Mędrzycki, R. (2023). Obowiązki jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. *Studia prawnoustrojowe,* 60, s. 279-295.

Mędrzycki, R. (2023a). Zapewnienie dostępności informacyjno-komunikacyjnej w samorządzie. *Wspólnota*, 6, s. 38-40.

Princ, M. (2022). Podstawy aksjologiczne zasady dobrej administracji. W: I. Lipowicz (red.), *System Prawa Samorządu Terytorialnego, t. 1, Podstawowe pojęcia i podstawy prawne funkcjonowania* (s. 545-552). Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Roszewska, K. (2021). Artykuł 4. W: K. Roszewska (red.), *Ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Komentarz*. Warszawa: Lex/el.

Akty prawne

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/2102 z dnia 26 października 2016 r. w sprawie dostępności stron internetowych i mobilnych aplikacji organów sektora publicznego (Dz. Urz. UE L 327 z 2 grudnia 2016 r., s. 1).

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169, z późn. zm.).

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r., s. 1)

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (tekst jedn.: Dz. U. z 2023 r., poz. 20).

Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1440, z późn. zm.).

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (tekst jedn.: Dz. U. z 2022 r., poz. 2240, z późn. zm.).

Ustawa z 26 kwietnia 2024 r. o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze (Dz. U. poz. 731).

dr hab. Iwona Sierpowska, prof. USWPS, radca prawny
Uniwersytet SWPS
Wydział Prawa i Komunikacji Społecznej Filia we Wrocławiu
Numer ORCID: 0000-0002-7514-7950

Opieka całodobowa w systemie pomocy społecznej – wybrane problemy kształtujące pozycję prawną adresata świadczeń z perspektywy mieszkańca domu pomocy społecznej

Streszczenie

Zapewnienie opieki całodobowej przez państwo osobom niesamodzielnym jest wyrazem prawa tych osób do zabezpieczenia społecznego. W systemie pomocy społecznej opieka całodobowa sprawowana jest przez wyspecjalizowane placówki. Ich usługi powinny być dostosowane do standardów obowiązujących w pomocy społecznej oraz uwzględniać ochronę godności pensjonariuszy. Celem artykułu jest przedstawienie prawnych uwarunkowań opieki sprawowanej nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi przez domy pomocy społecznej oraz zwrócenie uwagi na przestrzeganie praw osób umieszczonych w tych placówkach. Główna teza sprowadza się do stwierdzenia, że ograniczanie praw osób umieszczonych w placówkach całodobowej opieki powinno mieć swoje źródło w ustawie oraz uwzględniać indywidualne uwarunkowania psychofizyczne tych osób, a nie sprowadzać się do tworzenia ogólnych zakazów obowiązujących wszystkich mieszkańców.

Słowa kluczowe

dom pomocy społecznej, opieka całodobowa, świadczenie.

Wstęp

Organizacja opieki całodobowej finansowanej ze środków publicznych jest wyrazem troski państwa i społeczeństwa o osoby niesamodzielne[1], które nie są w stanie zaspokajać swoich podstawowych potrzeb bytowych, wymagają pomocy innych osób, a rodzina nie chce lub nie może tej pomocy zaoferować. W tych okolicznościach istotne jest stworzenie rozwiązań prawno-instytucjonalnych, które pozwolą nie tylko na zabezpieczenie podstaw egzystencji tych osób, ale zadbają również o jakość ich życia. Celem niniejszego opracowania jest analiza przepisów wyznaczających standardy opieki całodobowej w systemie pomocy społecznej z perspektywy mieszkańca domu pomocy społecznej (DPS) oraz zwrócenie uwagi na przestrzeganie praw osób umieszczonych w tych placówkach. Zdarza się, że prawa pensjonariuszy nie są w pełni respektowane, a sposób ingerencji w ich sytuację prawną nie zawsze jest prawidłowy. W świetle standardów obowiązujących domy pomocy społecznej należy już na wstępie stwierdzić, że ograniczanie praw osób umieszczonych w placówkach całodobowej opieki powinno uwzględniać indywidualne potrzeby, możliwości oraz uwarunkowania psychofizyczne tych osób. Co istotne, powinno ono bezpośrednio czerpać z ustawy, nie zaś sprowadzać się do arbitralnych rozstrzygnięć kierownictwa DPS. Założenia te nabierają szczególnego znaczenia wobec adresatów usług opieki całodobowej, są nimi bowiem osoby szczególnie narażone na dyskryminację, które często nie potrafią samodzielnie zatroszczyć się o swoje prawa.

Rozwiązania systemowe w zakresie opieki całodobowej

W Polsce opieka całodobowa świadczona jest w ramach trzech systemów organizacyjno-prawnych: pomocy społecznej, ochrony zdrowia i pieczy zastępczej. W pomocy społecznej opieka zapewniana jest osobom, które utraciły życiową samowystarczalność, a więc znalazły się w sytuacji kryzysowej, której nie mogą przezwyciężyć, wykorzystując własne zasoby, uprawnienia i możliwości. Wobec tych osób realizacja podstawowych założeń pomocy społecznej, takich jak aktywizacja i usamodzielnienie świadczeniobiorcy, często jest niemożliwa ze względu na nieodwracalność ich trudnej sytuacji życiowej spowodowanej podeszłym wiekiem, niepełnosprawnością lub przewlekłą chorobą. W tych okolicznościach priorytetem nie jest usamodzielnienie podopiecznych, lecz zapewnienie im godnych warunków życia. W systemie pomocy społecznej zadania te powierzono rodzinnym

1 W piśmiennictwie pojęcie „niesamodzielności" odnoszone jest do osób, które w związku z upośledzeniem funkcji organizmu wymagają przez dłuższy czas znacznego wsparcia ze strony innych osób, obejmującego świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i asystenckie (Lach, 2020, s. 82).

domom pomocy, domom pomocy społecznej oraz placówkom opieki całodobowej prowadzonym przez podmioty niepubliczne.

Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie[2]. Z podmiotem prowadzącym dom wójt gminy zawiera umowę. Osoby wymagające opieki całodobowej umieszczane są w domu na podstawie skierowania. Pobyt jest odpłatny do wysokości odpowiadającej poniesionym miesięcznym wydatkom ustalonym w umowie dotyczącej prowadzenia domu. Zaletą domów jest ich kameralność, indywidualne podejście do podopiecznych, familijność i odejście od zinstytucjonalizowanych form opieki (Mirewska, 2011, s. 89). Mimo to nie cieszą się one dużym zainteresowaniem, a ich udział w rynku usług opiekuńczych jest raczej symboliczny[3] (zob. Krzyszkowski, 2018, s. 144).

Drugim rodzajem instytucjonalnej opieki są niepubliczne placówki prowadzone w formie działalności gospodarczej lub statutowej, zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym i w podeszłym wieku. Świadczą one usługi opiekuńcze i bytowe, a ich podopiecznymi mogą być wyłącznie osoby pełnoletnie. Mogą je prowadzić, po uzyskaniu zezwolenia wojewody: Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia, inne osoby prawne i osoby fizyczne. Trzeba podkreślić, że placówki świadczą usługi wyłącznie w ramach działalności komercyjnej (statutowej), na podstawie umowy zawartej z osobą wymagającą opieki lub jej opiekunem prawnym. Organy pomocy społecznej nie mają uprawnień do wydawania skierowań do tych placówek ani finasowania ich działalności ze środków publicznych. Omawiane placówki nie są głównymi wykonawcami usług całodobowych, pełnią raczej funkcję uzupełniającą względem DPS, niemniej ich liczba sukcesywnie rośnie[4].

2 Art. 52 ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2023, poz. 901 z późn. zm.), dalej u.p.s.

3 W 2021 r. w Polsce funkcjonowało 26 rodzinnych domów pomocy, w których przebywało 195 osób; https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spolecznej-w-2021-roku,18,6.html; dostęp 03.06.2024 r. W 2022 r. działały 24 domy pomocy społecznej, w których przebywało 181 podopiecznych; https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spolecznej-w-2022-roku,18,7.html; dostęp 03.06.2024 r.

4 W 2021 r. w Polsce funkcjonowało 897 domów pomocy społecznej z 79919 mieszkańcami oraz 556 placówek całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności statutowej lub gospodarczej, w których przebywało 18951 osób; https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spolecznej-w-2021-roku,18,6.html; dostęp 03.06.2024 r. W 2022 r. zarejestrowane były 902 domy pomocy społecznej, przebywało w nich 80604 mieszkańców. Liczba placówek opieki całodobowej prowadzonych w ramach działalności gospodarczej lub statutowej wynosiła 632 i przebywało w nich 2237 osób. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spolecznej-w-2022-roku,18,7.html; dostęp 03.06.2024 r.

Czym jest dom pomocy społecznej i co zapewnia?

Do domu pomocy społecznej kieruje się osoby, które ze względu na wiek, chorobę czy niepełnosprawność nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu i nie można im zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych wykonywanych w miejscu zamieszkania (art. 54 ust. 1 u.p.s.). Dom pomocy społecznej jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej. Ustawowa klasyfikacja tych placówek została przeprowadzona odpowiednio do potrzeb osób z nich korzystających. W myśl art. 56 u.p.s. dzielą się one na jednostki przeznaczone dla: osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie, osób uzależnionych od alkoholu (zob. Nitecki, 2023, s. 92–97). Co do zasady poszczególne typy placówek powinny zachowywać swoją odrębność, zaś możliwość ich łączenia szczegółowo regulują przepisy. W ten sposób ustawodawca stara się zapewnić właściwy standard usług adekwatny do potrzeb ich odbiorców, jak również wyraża troskę o ochronę pensjonariuszy i komfort ich życia.

Świadczenie opieki całodobowej w omawianej formie organizacyjnej podlega reglamentacji i nadzorowi państwa. Domy pomocy społecznej mogą prowadzić, tylko wskazane w ustawie podmioty, po uprzednim uzyskaniu zezwolenia. Podmiotami tymi są: 1) jednostki samorządu terytorialnego; 2) Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia; 3) inne osoby prawne; 4) osoby fizyczne. Zezwolenie na prowadzenie domu wydaje wojewoda właściwy ze względu na położenie placówki. Postępowanie w sprawie wydania zezwolenia obejmuje m.in. wizytację obiektu, sprawdzenie standardów dotyczących usług, ocenę dokumentacji, w tym regulaminu placówki oraz zbadanie wielu innych przesłanek związanych z warunkami lokalowymi, bezpieczeństwem technicznym i zapleczem kadrowym (art. 57 u.p.s.). Głównym celem uzyskania zezwolenia jest zapewnienie wysokiej jakości usług i bezpieczeństwa ich odbiorcom. Obowiązek uzyskania zezwolenia dotyczy wszystkich wyżej wymienionych podmiotów, a więc również jednostek samorządu terytorialnego. Domy pomocy społecznej podlegają wpisowi do rejestru prowadzonego przez wojewodę, rejestr ten jest publicznie dostępny i corocznie ogłaszany w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Wszystkie domy pomocy, bez względu na prowadzący je podmiot, są kontrolowane przez wojewodę. Jeśli kontrola wykaże, że placówka nie spełnia standardów opieki lub innych wymaganych warunków, wojewoda cofa zezwolenie na jej prowadzenie. Nadzorcza funkcja państwa w omawianej sferze daje o sobie znać również w przypadku podejmowania prób ominięcia przepisów ustawy. Prowadzenie bez zezwolenia placówki zapewniającej całodobową opiekę

osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku zagrożone jest karą grzywny od 10 000 zł do 30 000 zł. Wysokość kary zależy od liczby osób przebywających w placówce. W przypadku prowadzenia bez zezwolenia przez jeden podmiot więcej niż jednej placówki karę wymierza się osobno za każdą z placówek. Jeżeli po uprawomocnieniu się decyzji o nałożeniu kary pieniężnej, podmiot nie zaprzestał prowadzenia działalności, nakładana jest na niego kolejna grzywna, tym razem w wysokości 60 000 zł (art. 130 u.p.s.).

W ramach opieki całodobowej dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne. Placówka w całości pokrywa wydatki związane z zapewnieniem mieszkańcom opieki oraz zaspokajaniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych. Organizuje również pomoc w korzystaniu przez pensjonariuszy ze świadczeń zdrowotnych oraz pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny, przewidziane w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 58 u.p.s.). W sferze opieki całodobowej placówka świadczy usługi na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie dostosowanym do indywidualnych potrzeb mieszkańców. Poszanowanie wolności i autonomii jednostki jest istotnym elementem funkcjonowania omawianych jednostek. Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności (art. 55 ust. 2 u.p.s.). Ze wskazanych w tym przypisie dóbr i wartości godność zajmuje naczelne miejsce. Jest istotą człowieczeństwa i wartością nadrzędną w systemie udzielania wsparcia, jest wyjęta poza nawias wszystkich uregulowań i instytucji ustawy o pomocy społecznej. Godność pozwala postrzegać człowieka jako autonomiczną jednostkę mającą prawo do samodzielnego kierowania swoim życiem i ponoszenia za nie odpowiedzialności. Jednocześnie jej ochrona może być uzasadnieniem ingerencji w prawa i wolności człowieka, w sytuacji gdy udziela się pomocy wbrew jego woli.

Zakres i standard opieki całodobowej określony jest przepisami powszechnie obowiązującymi[5], co ma zapewnić zbliżoną jakość usług na terenie całego kraju oraz właściwy poziom ochrony pensjonariuszy. I tak, w zakresie potrzeb bytowych placówka zapewnia: miejsce zamieszkania, wyżywienie, odzież, obuwie i utrzymanie czystości. Usługi wspomagające polegają między innymi na: podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu; zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców; stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną; działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu w miarę jego możliwości; zapewnieniu bezpiecznego

5 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 734).

przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych; finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego; zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców oraz sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu. Usługi opiekuńcze świadczone przez dom polegają na udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, załatwianiu spraw osobistych i pielęgnacji. Do usług opiekuńczych i wspomagających należy **ró**wnież: świadczenie pracy socjalnej; organizacja terapii zajęciowej w pracowniach terapii oraz w warsztatach terapii zajęciowej; zapewnienie mieszkańcom możliwości korzystania z biblioteki oraz codziennej prasy, a także możliwość zapoznania się z przepisami prawnymi dotyczącymi domów; organizacja świąt, uroczystości okazjonalnych; umożliwienie kontaktu z kapłanem i udziału w praktykach religijnych, zgodnie z wyznaniem mieszkańca domu; zapewnienie regularnego kontaktu z dyrektorem domu; sprawienie pogrzebu, zgodnie z wyznaniem zmarłego mieszkańca domu. Domy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, poza wyżej wymienionymi usługami, świadczą również usługi edukacyjne, zapewniając pobieranie nauki, uczestnictwo w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, uczenie i wychowanie przez doświadczenia życiowe. Przepisy podkreślają wagę indywidualnego podejścia do mieszkańców DPS. Wyrazem tego jest obligatoryjne powołanie w placówce zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, składających się głównie z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Podstawowym zadaniem zespołów jest opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców oraz wspólna realizacja tych planów z podopiecznymi. Plan przygotowywany jest z udziałem mieszkańca, o ile jest to możliwe ze względu na jego stan zdrowia i gotowość do uczestnictwa w tych czynnościach.

Czynnikami dopełniającymi jakość usług są również wymogi stawiane personelowi placówki. Jej kierownik musi posiadać co najmniej 3-letni staż pracy w pomocy społecznej oraz specjalizację z zakresu organizacji pomocy społecznej. W domach muszą zostać zatrudnione osoby o określonych kwalifikacjach, w tym psychologowie, psychiatrzy, pracownicy socjalni. Szczegółowe wskaźniki zatrudnienia określa rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej.

Podsumowując, można stwierdzić, że na poziomie prawnej regulacji mamy rozwiązania zapewniające zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych osób wymagających opieki, jak również dbające o jakość ich życia, w tym aktywność, rozwój i integrację społeczną. Dzieje się to na poziomie odpowiadającym możliwościom tych osób oraz standardów realizacji świadczeń w pomocy społecznej. Warto zwrócić uwagę, że domy pomocy społecznej są placówkami o szczególnym charakterze. Świadczą całodobowe i bezterminowe usługi, co sprawia, że dla pensjonariuszy stają się one namiastką domu rodzinnego (Wyporska-Frankiewicz,

2015, s. 159). Dlatego, oprócz usług zaspokajających podstawowe potrzeby bytowe, ważne są także relacje międzyludzkie, dające mieszkańcom poczucie bezpieczeństwa oraz poszanowania ich wolności i godności.

Problemy związane z realizacją praw mieszkańców domów pomocy społecznej

W praktyce respektowanie praw mieszkańców natrafia na różne problemy. Zdarzają się sytuacje, w których dochodzi do ograniczenia ich praw i wolności, nie zawsze jednak takie działania znajdują prawne umocowanie. Niemniej trzeba mieć świadomość, że funkcjonowanie placówki jak i funkcjonowanie w placówce wymaga przestrzegania określonych zasad. Dom pomocy społecznej jest zakładem administracyjnym, a więc jednostką, w której obowiązuje władztwo zakładowe (zob. Kozłowska, 2016, s. 339–341; Maciejko, 2023, s. 223 in; Małecka-Łyszczek, Mędrzycki, 2021, s. 135–136). Jest ono niezbędne do zapewnienia porządku i dyscypliny oraz do realizacji celów zakładu. Władztwo oznacza m.in. obowiązek podporządkowania się mieszkańca prawu obowiązującemu w DPS. W szczególności musi on przestrzegać regulaminu, a także innych aktów generalnych i indywidualnych wydanych przez organy jednostki (organy założycielskie). Mieszkaniec jest również zobowiązany do włączenia się w społeczność placówki, ponoszenia opłat, poszanowania mienia zakładu oraz właściwego zachowania się wobec pracowników i innych usługobiorców. Może się z tym łączyć ingerencja w prawa i wolności jednostki, której ocena często wymaga wyważenia różnych dóbr i wartości chronionych przez prawo.

Jednym z przykładów takiej ingerencji jest ograniczenie prawa do samostanowienia. Prawo to w połączeniu z wolnością oznacza, że człowiek w swoim działaniu jest wolny od przymusu i zewnętrznej ingerencji. Jednakże prawo do decydowania o sobie samym nie ma charakteru absolutnego i może podlegać ograniczeniom. Może to nastąpić już na etapie kierowania do domu pomocy społecznej. Co do zasady umieszczenie w placówce odbywa się za zgodą samego zainteresowanego. Nie zawsze jednak wola osoby wymagającej opieki jest decydująca, tu możemy mieć do czynienia z sytuacjami znajdującymi, jak i nie znajdującymi prawnego umocowania. Do pierwszych należy umieszczenie osoby niesamodzielnej w placówce wbrew jej woli na podstawie orzeczenia sądu. Tak się dzieje, gdy o umieszczenie wnioskuje opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej. Ponadto w przypadku osoby niemającej takiego opiekuna sąd może podjąć decyzję o umieszczeniu jej w placówce ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia tej osoby. Podjęcia takich działań umożliwia art. 39 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego[6], który

6 Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz. U. z 2022, poz. 2123 z późn. zm.), dalej u.o.z.p.

stanowi, że jeżeli osoba wymagająca skierowania do domu pomocy społecznej ze względu na swój stan psychiczny nie jest zdolna do wyrażenia na to zgody, o jej skierowaniu do domu pomocy społecznej orzeka sąd opiekuńczy. Warto dodać, że art. 54 ust. 4 u.p.s. nakłada na instytucje pomocy społecznej obowiązek zawiadomienia prokuratora, w przypadku gdy osoba kierowana do domu pomocy społecznej lub w nim umieszczona wycofa zgodę na pobyt w placówce. Jeżeli zgody takiej nie wyraża przedstawiciel ustawowy osoby wymagającej całodobowej opieki, to należy o tym powiadomić sąd. Celem zawiadomienia jest uruchomienie procedur, które doprowadzą do przymusowego umieszczenia w placówce lub też do ubezwłasnowolnienia danej osoby. W tych sytuacjach daje o sobie znać paternalizm prawa, skutkujący ograniczeniem praw jednostki dla jej dobra. Ingerencja organów administracji i sądów jest uzasadniona przede wszystkim troską o zdrowie i bezpieczeństwo osoby niesamodzielnej, ale również potrzebą ochrony porządku publicznego oraz praw i wolności innych osób. Działania te wiążą się z koniecznością rozstrzygania różnych konfliktów, w szczególności dokonywania wyboru pomiędzy uznaniem prawa jednostki do swobodnego decydowania o własnym życiu, a pozbawieniem jej tego prawa w celu ochrony innych dóbr i wartości.

Druga grupa przypadków, w których dochodzi do ograniczenie woli osoby wymagającej całodobowej opieki, a w której często państwo i prawo pozostają bezradne, dotyczy wywoływania presji na osobie niesamodzielnej przez najbliższe otoczenie. Zdarza się że członkowie rodziny wymuszają na takiej osobie pozostanie w środowisku, tworząc fikcję zapewnienia jej opieki domowej. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest czerpanie korzyści z jej dochodów, majątku lub obawa przed obciążeniem rodziny kosztami pobytu w placówce.

Inny przykład ingerencji w prawa jednostki dotyczy wolności mieszkańców DPS do przemieszczania się i polega na ograniczaniu praw pensjonariuszy do samodzielnego opuszczania placówki. Ograniczenia te władze domów tworzą w trosce o bezpieczeństwo podopiecznych, nie zmienia to jednak faktu, że dom nie jest miejscem odosobnienia ani pozbawienia wolności. Na te problemy ustawodawca zareagował zmianą przepisów, tworząc prawne ramy normowania zasad samodzielnego opuszczania placówek przez ich mieszkańców. W znowelizowanym art. 55 u.p.s. uznano prawo mieszkańca do swobodnego przemieszczania się, oraz wskazano, że ograniczenia tego prawa muszą być jasno określone przez kierownictwo DPS. Z przepisów wynika, że dom pomocy społecznej może ustalić zasady zgłaszania przez mieszkańców wyjść poza teren placówki. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi przewidziano możliwość ograniczenia ich samodzielnych wyjść przez kierownika placówki. Ograniczenie to może polegać na wychodzeniu jedynie w asyście innej osoby, a w niektórych sytuacjach może nawet sprowadzać się do zakazu opuszczania placówki. Zakres ograniczenia jest

ustalany przez kierownika domu, a jego decyzje muszą mieścić się w granicach ustawowych. Ograniczenie musi być uzasadnione zagrożeniem życia lub poważnym zagrożeniem zdrowia mieszkańca oraz poparte stanowiskiem lekarza wyrażonym w zaświadczeniu. Ograniczenie samodzielnego opuszczania placówki musi być wydane na piśmie, wskazywać adresata, okres obowiązywania, uzasadnienie oraz pouczenie o możliwości złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego. Może być ono wydane jedynie na czas określony, nie dłuższy niż 6 miesięcy. Akt taki podlega kontroli sądu opiekuńczego, który może go uchylić. Prawo do zainicjowania postępowania przed sądem przysługuje mieszkańcowi domu, w tym również osobie ubezwłasnowolnionej, jego przedstawicielowi ustawowemu, małżonkowi, krewnemu w linii prostej, rodzeństwu oraz osobie sprawującej nad nim faktyczną opiekę.

Kolejną kwestią, którą warto zasygnalizować, jest nienależyte poszanowanie prawa do prywatności mieszkańców domów pomocy społecznej. W literaturze wskazuje się, że problem ten jest szczególnie widoczny w kontekście stosowania monitoringu wizyjnego oraz braku intymności. Przykłady obejmują konieczność przebierania się i wykonywania codziennych zabiegów higienicznych w obecności opiekunów lub innych osób, brak kluczy w toaletach i pokojach mieszkalnych, ograniczanie kontaktu z osobami z zewnątrz oraz przyjmowania gości. Inne problemy to brak wpływu pensjonariuszy na miejsce i sposób przechowywania dokumentów tożsamości oraz obowiązek składania wartościowych przedmiotów do depozytu, z ograniczonym dostępem do nich (Kurowski, 2014, s. 66–82 i 136–145). Tego rodzaju ingerencje w prawa i wolności mieszkańców DPS zazwyczaj wprowadzane są regulaminami. Obowiązują one wszystkich mieszkańców, bez względu na stopień ich sprawności, chorobę oraz zdolność do samodzielnego decydowania o sobie. Niepokojące jest również to, że prawem wewnątrzzakładowym normuje się kwestie zastrzeżone dla materii ustawowej. Ingerencja w wolność osobistą jednostki może nastąpić wyłącznie na drodze ustawowej, przy jednoczesnym wystąpieniu przesłanek materialnych oraz wskazaniu maksymalnych granic dla wprowadzenia ograniczeń (nakaz poszanowania zasady proporcjonalności oraz zakaz naruszania istoty praw i wolności)[7]. Z całą pewnością opieka nad niektórymi pensjonariuszami wymaga stosowania rozwiązań ograniczających ich prawa i wolności. Niemniej rozwiązania te powinny być adekwatne do konkretnych potrzeb i mieć ustawowe umocowanie.

Drastyczną kwestią pozostaje od lat naruszanie nietykalności osobistej mieszkańców domów pomocy społecznej. Problem ten jest przedmiotem badań

7 *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Naruszenia – Dobre praktyki – Problemy systemowe*, Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 2017, s. 49; https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/KMPT%20raport%20o%20domach%20pomocy%20społecznej.pdf; dostęp: 2.06.2024 r.

i kontroli zarówno ze strony instytucji publicznych, jak i przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych (Binczycka-Anholcer, 1998; Szafranek, 2017). Jego wydźwięk potęguje fakt, że ofiarami nadużyć są osoby należące do najsłabszej i najbardziej bezbronnej grupy społecznej, które nie potrafią bronić swoich praw (Miłoń, 2020, s. 81). Zwraca się uwagę na stosowanie przemocy wobec osób przebywających w placówkach, na ich poniżające i nieludzkie traktowanie. Przykładem tego są różne formy przymusu bezpośredniego, często nieadekwatne do realnego zagrożenia (np. rutynowe i długotrwałe unieruchamianie). Należy zauważyć, że ustawa o pomocy społecznej nie przewiduje możliwości użycia przymusu wobec podopiecznych. W związku z tym w placówkach całodobowej opieki przymus może być stosowany wyłącznie na podstawie przepisów odrębnych. Możliwość taką stwarza ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, a co za tym idzie, przymusu bezpośredniego można użyć jedynie wobec osób przebywających w domach, do których ma zastosowanie ta ustawa. Artykuł 40 u.o.z.p. dopuszcza wykorzystanie przymusu bezpośredniego w sytuacjach, gdy zachowanie mieszkańca zagraża życiu lub zdrowiu, a także w celu zapobieżenia opuszczeniu domu pomocy społecznej. Przejawem przedmiotowego traktowania pensjonariuszy może być również praktyka układania ich do łóżek na odpoczynek nocny o godz. 16.00[8]. Takie podejście stanowi ułatwienie pracy personelu całkowicie jednak pomija potrzeby i preferencje podopiecznych. Należy dodać, że w analizowaniu zjawiska przemocy w DPS, mieszkańcy jawią się przede wszystkim jako osoby doznające krzywdy, niemniej również oni sami mogą stanowić zagrożenie dla innych pensjonariuszy, pracowników DPS, jak i dla siebie samych (Nitecki, 2023, s. 186), przejawiając zachowania autodestrukcyjne, np. w postaci samookaleczania się.

Reakcją ustawodawcy na te problemy jest wprowadzenie obowiązku rejestracji przez placówkę zdarzeń nadzwyczajnych takich jak wypadki, samouszkodzenia i obrażenia ciała. Nowelizacja przepisów w postaci dodania do ustawy o pomocy społecznej art. 55a formułującego nakaz prowadzenia rejestru zdarzeń nadzwyczajnych dowodzi, że przejawy krzywdzenia pensjonariuszy nie należą do incydentalnych. Zgodnie z art. 55a u.p.s. w rejestrze zdarzeń nadzwyczajnych odnotowuje się zgłoszenia dotyczące mieszkańców domu, związane z zagrożeniem ich życia lub zdrowia. Zdarzeniami tymi są wypadki, samouszkodzenia i obrażenia ciała. Rejestr zawiera również imię i nazwisko osoby zgłaszającej, datę zgłoszenia, opis i miejsce zdarzenia oraz informację o podjętych działaniach następczych. Rejestr prowadzi kierownik domu pomocy społecznej. Może on upoważnić inne osoby do przyjmowania i weryfikacji zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych oraz

8 *Prawa mieszkańców…*, s. 66.

podejmowania działań następczych. Obowiązkiem kierownika jest zabezpieczenie rejestru w taki sposób, by nie miały do niego dostępu osoby nieuprawnione, celem tych unormowań jest zarówno ochrona danych osoby dotkniętej zdarzeniem, jak i zapewnienie poufności informacji na temat osoby dokonującej zgłoszenia. Zanonimizowane informacje z rejestru kierownik placówki przekazuje wójtowi (burmistrzowi, prezydentowi miasta), staroście jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej dom pomocy społecznej (lub zlecającej jego prowadzenie) lub marszałkowi województwa w przypadku regionalnych domów pomocy społecznej – nie rzadziej niż raz na kwartał. Organy te niezwłocznie weryfikują przekazane dane w celu analizy i oceny zasadności podjętych działań następczych, oraz przynajmniej raz na kwartał przekazują wojewodzie informację zbiorczą o odnotowanych zdarzeniach nadzwyczajnych i podjętych działaniach następczych. Z tą samą częstotliwością wojewoda przekazuje za pomocą systemu teleinformatycznego do rejestru centralnego stosowne informacje ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego.

Nowelizacja prawa w przedstawionym zakresie jest odpowiedzią na postulaty zgłaszane przez Rzecznika Praw Obywatelskich w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Zmiana przepisów przede wszystkim ma na celu ograniczenie skali nieprawidłowości w domach pomocy społecznej, a tym samym zwiększenie poczucia bezpieczeństwa osób starszych i niepełnosprawnych przebywających w tych placówkach[9]. Osiągnięcie tego zamierzenia zostało wzmocnione obowiązkiem przekazywania informacji o zdarzeniach organom jednostek samorządu terytorialnego prowadzącym domy pomocy społecznej oraz organom sprawującym nad nimi kontrolę.

Podsumowanie

Przedstawione rozwiązania prawne z zakresu opieki całodobowej realizują prawo osób niesamodzielnych do zabezpieczenia społecznego i chronią ich godność. Ze względu na szczególne potrzeby tych osób ochrona wymaga wzmożonej atencji ustawodawcy. Wyrazem tego są regulacje dotyczące standardu usług, wymogu uzyskania zezwolenia na prowadzenie placówki, poddania jej działalności okresowym kontrolom oraz wymierzania kar finansowych za prowadzenie placówek bez zezwolenia. Nowelizacje przepisów w tym zakresie, jak również w odniesieniu do ochrony pozycji prawnej osób korzystających z opieki całodobowej, dowodzą, że omawiana problematyka jest przedmiotem refleksji osób odpowiedzialnych za stanowienie prawa. Nie można jednak ochrony najsłabszych grup społecznych

9 Uzasadnienie projektu ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw; Druk nr 3281; https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3281

mierzyć wyłącznie miarą doskonałości przepisów. Trzeba ją postrzegać również przez pryzmat stosowania prawa w praktyce, skuteczności kontroli nad placówkami całodobowej opieki i doboru ich personelu. W tych obszarach jest jeszcze wiele do zrobienia.

Bibliografia

Binczycka-Anholcer, M. (1998). Społeczne i lekarskie aspekty przemocy w instytucjach o charakterze zamkniętym. W: J. Kuźma, Z. Szarota, Agresja i przemoc we współczesnym świecie. Agresja i przemoc wśród dzieci i młodzieży oraz w instytucjach społeczno-opiekuńczych (t. 1, s. 292–311). Kraków: Oficyna Wydawnicza TexT.

Kozłowska, M. (2016). Niemoc władztwa zakładowego na przykładzie domu pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. Subsydiarność prawa karnego materialnego w sytuacjach kontratypowych. W: A. Błaś (red.), Antywartości w prawie administracyjnym (s. 338–348). Warszawa: Wolters Kluwer.

Krzyszkowski, J. (2018). Deinstytucjonalizacja usług dla seniorów jako element polityki senioralnej. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 42 (3), s. 37–52.

Kurowski, K. (2014). Wolności i prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób z niepełnosprawnościami. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

Lach, D. E. (2020). Zabezpieczenie społeczne potrzeby długoterminowej opieki. Niesamodzielność jako ryzyko socjalne i jej stopniowanie. *Acta Universitatis Wratislaviensis, Przegląd Prawa i Administracji*, 123, s. 73–86. https://doi.org/10.19195/0137-1134.123.5

Maciejko, W. (2023). Podstawy skierowania i umieszczenia w domu pomocy społecznej. Administracyjnoprawne uwarunkowania opieki zakładowej. Kraków: Oficyna Wydawnicza KAAFM.

Małecka-Łyszczek, M., Mędrzycki, R. (2021). Osoby ubogie, niepełnosprawne i bezdomne w systemie pomocy społecznej. Warszawa: Wolters Kluwer.

Mirewska, E. (2011). Rodzinny dom pomocy jako alternatywa dla domu pomocy społecznej. W: Z. Szarota (red.), Starość zależna–opieka i pomoc społeczna, Perspektywa gerontologii społecznej (s. 81–91). Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.

Miłoń, M. (2020). Całodobowa opieka w placówkach działających bez zezwolenia –nieskuteczny nadzór wojewodów. *Kontrola Państwowa*, 3, s. 71–84.

Nitecki, S. (2023). Dom pomocy społecznej. Kierowanie i umieszczanie osób, ustalanie odpłatności za pobyt. Warszawa: Wolters Kluwer.

Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami? Naruszenia – Dobre praktyki – Problemy systemowe, Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 2017; https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/KMPT%20raport%20o%20domach%20pomocy%20spolecznej.pdf (dostęp: 2.06.2020 r.).

Szafranek, A. (2017). Konflikt i przemoc z udziałem seniorów w domach pomocy społecznej – uregulowania prawne i rekomendacje działań naprawczych. Przykład Podlasia, *Praca Socjalna*, 2(33) s. 50–69.

Wyporska-Frankiewicz, J. (2015). Wyzwania stojące przed administracją w zakresie realizacji obowiązku zapewnienia opieki w domu pomocy społecznej. W: P. Nowak (red.), Zagadnienia wybrane. Innowacje 2015. Rozwój społeczeństwa informacyjnego w nowej perspektywie finansowej (s. 156–180). Łódź: Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego.

dr hab. Anna Wilk
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Reprezentacja osób z niepełnosprawnościami w obrocie prawnym – ubezwłasnowolnienie, kuratela i możliwe alternatywy

Streszczenie

Artykuł porusza tematykę reprezentacji osób z niepełnosprawnościami w obrocie prawnym. Jego celem jest omówienie istniejących w tej kwestii rozwiązań i zaproponowanie ewentualnej ich modyfikacji, tak aby były one dostosowane do międzynarodowych standardów ochrony praw osób z niepełnosprawnościami i lepiej odpowiadały potrzebom tych osób. Istniejąca w prawie polskim instytucja ubezwłasnowolnienia, zwłaszcza całkowitego, stosowana m.in. wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną jest bowiem przedmiotem krytyki z uwagi na zbyt głęboką, zdaniem części przedstawicieli doktryny, ingerencję w prawo tych osób do samostanowienia. Natomiast instytucja kurateli dla osób niepełnosprawnych, przewidziana jako forma pomocy dla tych osób, także wymaga modyfikacji z uwagi na nieprecyzyjność przesłanek uzasadniających jej ustanowienie oraz wątpliwości wokół zakresu kompetencji kuratora. Omówione zatem zostaną propozycje de lege ferenda, zmierzające do lepszego zabezpieczenia interesów osób z niepełnosprawnościami.

Słowa kluczowe

niepełnosprawność, ubezwłasnowolnienie, kuratela

Wstęp

Osoby z niepełnosprawnościami potrzebują różnego rodzaju wsparcia przy dokonywaniu czynności prawnych. W przypadku niepełnosprawności fizycznej problemem jest niedostateczna mobilność i bariery architektoniczne w instytucjach takich jak kancelarie notarialne, sądy, banki i inne miejsca, w których składane są oświadczenia woli, jak również brak wystarczającego dostosowania tych instytucji do potrzeb osób niewidomych, głuchych czy niemych. Natomiast osoby z niepełnosprawnością intelektualną wymagają pomocy innej osoby, która czuwałaby nad tym, aby wskutek czynności prawnej nie doszło do wykorzystania ich stanu umysłowego i tym samym naruszenia ich słusznych interesów.

Formy pieczy nad dorosłymi osobami z niepełnosprawnością można podzielić na:

a. substytucyjne – polegające na tym, że osoba sprawująca pieczę działa zamiast podopiecznego (np. opieka nad ubezwłasnowolnionym całkowicie w prawie polskim, pełnomocnictwo opiekuńcze w prawie francuskim),
b. asystencyjne – polegające na tym, że osoba sprawująca pieczę działa obok podopiecznego (np. opieka asystencyjna w prawie szwajcarskim, wsparcie w podejmowaniu decyzji w prawie węgierskim, pełnomocnictwa opiekuńcze) (Kociucki, 2013, s. 112).

Aktualnie polskie prawo przewiduje dwie formy reprezentacji osób z niepełnosprawnościami w postaci ubezwłasnowolnienia i kurateli. Pierwszą z nich możemy zaliczyć do form pieczy substytucyjnej, drugą zaś – asystencyjnej.

Ubezwłasnowolnienie

Ubezwłasnowolnienie jest instytucją, której skutkiem jest pozbawienie lub ograniczenie zdolności do czynności prawnych osoby fizycznej, na podstawie orzeczenia sądu. Zgodnie z art. 13 § 1 Kodeksu cywilnego (dalej w skrócie KC), osoba, która ukończyła lat trzynaście, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Przedstawicielem ustawowym takiej osoby jest opiekun, ustanowiony przez sąd (chyba że osoba ta pozostaje jeszcze pod władzą rodzicielską). Natomiast stosownie do art. 16 § 1 KC, osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw. Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo sąd ustanawia kuratora.

Osoby ubezwłasnowolnione całkowicie nie mogą samodzielnie dokonywać praktycznie żadnych czynności prawnych, z wyjątkiem umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego (art. 14 KC). Ich status prawny jest więc taki, jak status dzieci poniżej 13 roku życia, które także nie mają zdolności do czynności prawnych. Natomiast osoby ubezwłasnowolnione częściowo podlegają podobnym ograniczeniom jak dzieci w przedziale wiekowym pomiędzy 13 a 18 rokiem życia, a więc do dokonania większości czynności prawnych (z pewnymi wyjątkami) potrzebują zgody przedstawiciela ustawowego (art. 17–22 KC).

Instytucja ubezwłasnowolnienia jest przedmiotem krytyki, z kilku powodów. Po pierwsze, należy zwrócić uwagę na niedostosowanie języka, którym posługuje się ustawodawca do współczesnych kryteriów ochrony godności osób z niepełnosprawnościami. Pojęcie „niedorozwoju umysłowego" ma charakter stygmatyzujący i powinno być zastąpione pojęciem „niepełnosprawności intelektualnej".

Po drugie, wskazuje się na zbytnie ograniczanie autonomii decyzyjnej osób z niepełnosprawnościami. Konieczność respektowania tej autonomii wynika przede wszystkim z art. 12 ust. 4 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych z 2006 r., której stroną jest Rzeczpospolita Polska. Zgodnie z tym przepisem, Państwa Strony zagwarantują, że wszelkie środki związane z korzystaniem ze zdolności prawnej (choć z kontekstu wynika, że chodzi raczej o zdolność do czynności prawnych) obejmować będą odpowiednie i skuteczne zabezpieczenia w celu zapobiegania nadużyciom, zgodnie z międzynarodowym prawem praw człowieka. Zabezpieczenia zapewnią, że środki związane z korzystaniem ze zdolności prawnej będą respektowały prawa, wolę i preferencje osoby, będą wolne od konfliktu interesów i bezprawnych nacisków, będą proporcjonalne i dostosowane do sytuacji danej osoby, będą stosowane przez możliwie najkrótszy czas i będą podlegały regularnemu przeglądowi przez właściwe niezależne i bezstronne władze lub organ sądowy. Zabezpieczenia powinny być proporcjonalne do stopnia, w jakim takie środki wpływają na prawa i interesy danej osoby.

W nowoczesnej rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, a przede wszystkim we współczesnej ideologii głoszonej przez organizacje i instytucje działające na rzecz praw człowieka, odchodzi się bowiem od ubezwłasnowolnienia na rzecz idei niezależnego życia, z którym ściśle związana jest zasada samodzielności w podejmowaniu decyzji, także o znaczeniu prawnym (Szeroczyńska [w:] Kędziora (red.), 2012, s. 17). Koncepcja pozbawiania osób z niepełnosprawnościami decyzyjności i zastępowania ich przez inne osoby zastępowana jest koncepcją *supported decision-making* (wspieranego podejmowania decyzji) (Szeroczyńska [w:] Kędziora (red.), 2012, s. 17). Przy wspieranym podejmowaniu decyzji wykorzystuje się komunikację pozawerbalną, alternatywne metody komunikacji czy komunikację za pomocą komputera, dźwięku lub obrazu – do osoby wspierającej

należy wówczas jedynie odczytanie i interpretacja komunikatu, ale nie samo podjęcie decyzji (Szeroczyńska [w:] Kędziora (red.), 2012, s. 18). Dopiero gdy żadne środki nie są w stanie umożliwić osobie z niepełnosprawnością przejścia przez wszystkie etapy procesu decyzyjnego w odniesieniu do konkretnej decyzji, można mówić o osobie faktycznie niekompetentnej i wdrożyć instytucję substytuta, który decydowałby w jej imieniu, w tej konkretnej sytuacji – nie zakłada się więc z góry, że osoba z niepełnosprawnością jest niekompetentna we wszystkich sytuacjach życiowych (Szeroczyńska [w:] Kędziora (red.), 2012, s. 18).

Z badań przeprowadzonych przez R. Grzejszczaka i M. Szeroczyńską wynika, że zarówno praktyka wymiaru sprawiedliwości, jak i mentalność opiekunów osób z niepełnosprawnościami w Polsce zdecydowanie odbiega od powyższych założeń – np. w postępowaniu sądowym i opiniach biegłych w sprawach o ubezwłasnowolnienie istnieje tendencja do skupiania się raczej na tym, czego osoba z niepełnosprawnością nie jest w stanie zrobić, aniżeli na tym, do czego jest zdolna (Grzejszczak, Szeroczyńska [w:] Kędziora (red.), 2012, s. 75). Badane osoby z niepełnosprawnością intelektualną wymieniały różne formy wsparcia, których potrzebują – od poruszania się, poprzez wypełnianie dokumentów, do wyjaśnienia znaczenia wypowiedzi urzędnika, jednak żadna z tych osób nie wskazała konieczności udzielenia jej wsparcia w procesie podejmowania decyzji urzędowej, co świadczy o tym, że instytucja ubezwłasnowolnienia, w szczególności całkowitego, nie spełnia wobec nich swojej roli, a potrzebny im jest jedynie asystent i to raczej do pomocy technicznej, niż wsparcia w procesie decyzyjnym (Grzejszczak, Szeroczyńska [w:] Kędziora (red.), 2012, s. 97). Natomiast z wypowiedzi przedstawicieli ustawowych tych osób wynikało, że ubezwłasnowolnienie ich najbliższych wypełniło ich własne potrzeby – miały bowiem poczucie zapewnienia ochrony członkowi swojej rodziny oraz ułatwieniu uległa kwestia załatwiania spraw urzędowych (Grzejszczak, Szeroczyńska [w:] Kędziora (red.), 2012, s. 103). Można więc zaobserwować tendencję do paternalizmu i nadmiernej opiekuńczości wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną, wbrew ich prawu do autonomii (Grzejszczak, Szeroczyńska [w:] Kędziora (red.), 2012, s. 103).

Problem archaiczności instytucji ubezwłasnowolnienia w obecnym kształcie i jej nieadekwatności do potrzeb osób z niepełnosprawnościami dostrzegł także Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7.3.2007r., K 28/05 (Legalis), w którym wskazał, iż „można także rozważyć dokonanie bardziej kompleksowych zmian w zakresie instytucji ubezwłasnowolnienia w prawie polskim. W większości państw odchodzi się obecnie od sztywnego ograniczania praw i wolności osób chorych psychicznie, upośledzonych lub uzależnionych na rzecz regulacji bardziej elastycznych, dopasowywanych do konkretnych sytuacji przez sąd orzekający w danej sprawie. Tego typu reformy miały miejsce w ciągu ostatnich 20 lat m.in. w Niemczech

i Austrii, w których zniesiono dotychczasową instytucję ubezwłasnowolnienia (…) zastępując je bardziej elastycznymi formami opieki (…). W niektórych państwach stworzono możliwość indywidualnego oznaczenia przez sąd rodzajów czynności, które osoba poddana opiece może dokonywać samodzielnie bez zgody przedstawiciela ustawowego – tak jest na przykład we Francji przy ustanowieniu opieki (…) i kurateli (…) czy w Niemczech przy ustanawianiu opieki dla osób dorosłych (…). Gdzie indziej, m.in. w Holandii, przyznano takiej osobie prawo do sprzeciwienia się działaniu opiekuna (…) – mentora osoby pełnoletniej w sferze niemajątkowej lub wymóg uzyskania jej zgody na decyzje majątkowe przez osobę sprawującą zarząd powierniczy. W Niemczech po nowelizacji z 2005 r. wbrew woli zainteresowanego nie jest możliwe ustanowienie opiekuna dla osób pełnoletnich (…), które ze względu na ułomności fizyczne, psychiczne lub umysłowe nie są w stanie samodzielnie kształtować stosunków cywilnoprawnych. W Szwajcarii ustanowienie przedstawiciela (…) w celu pomocy w załatwieniu konkretnych czynności prawnych lub zarządu majątkiem nie ma w ogóle żadnego wpływu na zdolność do czynności prawnych podopiecznego. Być może w Polsce nowa forma pieczy nad osobami potrzebującymi pomocy do prowadzenia swoich spraw mogłaby – przez okres przejściowy lub docelowo – funkcjonować obok rozwiązań dotychczasowych. Tego typu zmiany wprowadzono z powodzeniem w 2004 r. we Włoszech, gdzie równolegle z ubezwłasnowolnieniem (…) funkcjonuje także bardziej elastyczna opieka (…)".

Jakie więc można postulować zmiany lub alternatywy dla instyucji ubezwłasnowolnienia? Przede wszystkim, jak słusznie zauważa się w doktrynie, w obecnym stanie prawnym nie istnieje możliwość ubezwłasnowolnienia jedynie w określonym zakresie, tzn. odnoszącym się do określonej aktywności życiowej (Księżak [w:] Osajda (red.), 2024, art. 13 KC, Nb 8). Nie jest zatem możliwe, by sąd np. wymienił w postanowieniu te czynności, których nie może samodzielnie dokonywać ubezwłasnowolniony, te, dla których dokonania potrzebuje zgody przedstawiciela albo sądu, oraz te, których może dokonywać samodzielnie – brak możliwości elastycznego kształtowania sytuacji osoby, która nie może kierować swym postępowaniem, stanowi istotną ułomność ubezwłasnowolnienia w obecnym kształcie (Księżak [w:] Osajda (red.), 2024, art. 13 KC, Nb 8). Taki sposób uregulowania instytucji ubezwłasnowolnienia przesuwałby akcent na te czynności, które osoba z niepełnosprawnością jest w stanie wykonywać samodzielnie, zaś w pozostałym, określonym przez sąd zakresie, wymagałaby ona reprezentacji przez inną osobę. Oczywiście w przypadku osób w stanie całkowicie uniemożliwiającym wyrażenie swojej woli (np. nieprzytomnych, w stanie śpiączki itp.) przyznanie opiekunowi prawa do reprezentowania ich we wszelkich sprawach jest nadal uzasadnione, jednakże w innych przypadkach należałoby postulować umożliwienie elastycznego

określenia zakresu reprezentacji w treści postanowienia o ubezwłasnowolnieniu. Warto także rozważyć zmiany w warstwie językowej, nie tylko poprzez zastąpienie stygmatyzującego określenia „niedorozwoju umysłowego" pojęciem „niepełnosprawności intelektualnej", lecz także poprzez zastąpienie samej nazwy „ubezwłasnowolnienie", kojarzącej się pejoratywnie z odebraniem swobody decyzyjnej np. na instytucję „reprezentacji osoby z niepełnosprawnością" czy „opieki nad osobą z niepełnosprawnością".

Kuratela

Alternatywą dla ubezwłasnowolnienia może być instytucja kurateli dla osoby niepełnosprawnej, uregulowana w art. 183 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (dalej w skrócie KRO, 1964). W dniu 15.2.2024r. weszła w życie nowelizacja tego przepisu, która jednakże nadal posługuje się słownictwem nieadekwatnym do współczesnych norm – zamiast pojęcia „osoby z niepełnosprawnością" używa się pojęcia „osoby niepełnosprawnej" (chociaż i tak stanowi to postęp, albowiem przez kilka dekad w przepisie tym funkcjonowało pojęcie „osoby ułomnej"). Zgodnie ze znowelizowanym art. 183 KRO, jeżeli pełnoletnia osoba niepełnosprawna (ustawodawca potrzebuje wsparcia w prowadzeniu wszelkich spraw, spraw określonego rodzaju albo załatwieniu określonej sprawy ustanawia się dla niej kuratora. Zakres obowiązków i uprawnień kuratora określa sąd opiekuńczy. Kurator dla osoby niepełnosprawnej jest powołany do jej reprezentowania tylko wtedy, gdy sąd tak postanowi. Sąd opiekuńczy może określić sprawę lub zakres spraw wskazanych w postanowieniu o ustanowieniu kuratora, w których jest on uprawniony do reprezentowania osoby niepełnosprawnej. Kuratorem może zostać ustanowiona osoba pełnoletnia, która wyraziła na to zgodę i której kwalifikacje osobiste uzasadniają przekonanie, że będzie należycie wywiązywała się z powierzonych jej obowiązków kuratora osoby niepełnosprawnej. Osoba niepełnosprawna może wskazać kandydata na kuratora. Przy wyborze kuratora i określeniu zakresu jego obowiązków oraz uprawnień, sąd opiekuńczy uwzględnia w szczególności sposób funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, w tym w zakresie jej funkcji intelektualnych oraz sposobu porozumiewania się z otoczeniem. Kurator uzgadnia z osobą niepełnosprawną sposób prowadzenia lub załatwienia spraw i informuje osobę niepełnosprawną o podjętych działaniach oraz ich wynikach, tak aby mogła podejmować decyzje i działania odpowiednie do aktualnego stanu sprawy. Kuratelę uchyla się na żądanie osoby niepełnosprawnej, dla której była ustanowiona.

Jeżeli chodzi o pojęcie niepełnosprawności w rozumieniu art. 183 KRO, nie ma wątpliwości, że pojęcie niepełnosprawności w rozumieniu omawianego przepisu obejmuje wszelkie poważne kalectwo, takie jak ślepota, głuchota czy niemota,

jak również wszelkie takie stany organizmu, które w sposób poważny ograniczają możliwości zajmowania się swoimi sprawami, jak brak kończyny, częściowy lub całkowity paraliż, obłożna długotrwała choroba czy też niedołęstwo wywołane upadkiem sił lub starością (Gajda [w:] Pietrzykowski (red.), 2023, art. 183 KRO, Nb 3; Bodio, 2021, s. 53).

Wątpliwe może być jednak, czy w zakresie niepełnosprawności uzasadniającej ustanowienie kurateli mieszczą się także przypadki chorób psychicznych lub niepełnosprawności intelektualnej – tym zakresie przesłanki ustanowienia kurateli pokrywają się z przesłankami ubezwłasnowolnienia. Niestety nowelizacja z 2024r. nie usuwa tych wątpliwości, gdyż nie definiuje pojęcia niepełnosprawności. W literaturze wskazuje się, iż np. choroba psychiczna nie uzasadnia ustanowienia kuratora, gdyż powinna ona prowadzić do ubezwłasnowolnienia i ustanowienia dla osoby ubezwłasnowolnionej opiekuna lub kuratora na podstawie przepisów o ubezwłasnowolnieniu (Gajda [w:] Pietrzykowski (red.), 2023, art. 183 KRO, Nb 4). Podobny pogląd prezentowany jest także w orzecznictwie Sądu Najwyższego – np. w postanowieniu z 8.12.2016 r., sygn. akt III CZ 54/16 (Legalis) stwierdzono, że „stan osłabienia umysłowego – w szczególności spowodowany wiekiem – który nie kwalifikuje się jako choroba psychiczna, niedorozwój umysłowy lub inny rodzaj zaburzeń psychicznych określających podstawy ubezwłasnowolnienia (art. 13 i 16 KC), stanowi ułomność (obecnie niepełnosprawność) w rozumieniu art. 183 KRO. W takim przypadku właściwym środkiem ochrony interesów procesowych osoby niepełnosprawnej może być podjęcie przez sąd orzekający kroków zmierzających do ustanowienia dla tej osoby kuratora, o którym mowa w art. 183 KRO". Wynika z tego, że w ocenie SN choroba psychiczna skutkować powinna ubezwłasnowolnieniem, natomiast instytucja kurateli może mieć ewentualnie zastosowanie w odniesieniu do stanów „osłabienia umysłowego", niestanowiącego jednak choroby psychicznej ani niepełnosprawności intelektualnej. Z kolei według H. Haaka, osobą niepełnosprawną w rozumieniu art. 183 KRO jest także osoba, której stan może uzasadniać ubezwłasnowolnienie częściowe albo całkowite, gdyż taki stan nie przeszkadza ustanowieniu kuratora na podstawie art. 183 KRO dopóty, dopóki nie nastąpiło ubezwłasnowolnienie albo przynajmniej ustanowienie doradcy tymczasowego w toku postępowania w sprawie ubezwłasnowolnienia (Haak [w:] Haak, Haak-Trzuskawska, 2021, art. 183 KRO, Nb 2).

Okazuje się, że orzecznictwo sądów powszechnych ma poważny problem z właściwym określeniem przesłanek zastosowania art. 183 KRO. Przykładowo, według dokonanej przez D. Olczak-Dąbrowską analizy danych z akt sądowych za lata 2011-2013, w 43,8% badanych spraw przyczyną niepełnosprawności, ze względu na którą żądano ustanowienia kuratora, były dolegliwości związane ze starzeniem się, a w szczególności choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, zespół otępienny;

w 11,45% spraw niepełnosprawność wynikała z zaburzeń psychicznych (schizofrenia, zespół psychoorganiczny, organiczne zaburzenia urojeniowe), a w 20,8% spraw była to niepełnosprawność intelektualna (będąca skutkiem np. dziecięcego porażenia mózgowego czy zespółu Downa) (Olczak-Dąbrowska, 2014, s. 104). Urazy po wypadkach, a w szczególności śpiączka mózgowa, były powoływane jako przyczyny niepełnosprawności w 9,37% przebadanych spraw; choroby somatyczne takie jak stwardnienie rozsiane, pląsawica Huntingtona, stany po udarze mózgu stanowiły 12,5% spraw, w których rozpoznano wnioski o ustanowienie kuratora dla osoby niepełnosprawnej, natomiast niepełnosprawność fizyczna była podawana jedynie w 2,08% przebadanych spraw (Olczak-Dąbrowska, 2014, s. 106). Zdarzały się także sytuacje, gdy osoby, dla których został ustanowiony kurator przebywały w stanie śpiączki bez kontaktu z otoczeniem, nie były w stanie poruszać się ani mówić – w takich przypadkach postępowanie było wszczynane z urzędu (Olczak-Dąbrowska, 2014, s. 106). Powyższe dane świadczą o płynnej w istocie granicy pomiędzy ubezwłasnowolnieniem (zwłaszcza częściowym) a kuratelą z art. 183 KRO. Zdaniem P. Księżaka, w świetle wykładni zgodnej z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych korzystanie z kurateli z art. 183 KRO powinno stać się zasadą w wypadkach, które obecnie z reguły analizowane są pod kątem ubezwłasnowolnienia; w zależności zaś od zakresu pomocy, której potrzebuje osoba dotknięta niepełnosprawnością, różny może być zakres kompetencji kuratora i czas kurateli (Księżak [w:] Osajda (red.), 2024, art. 13 KC, Nb 10). Dopiero w wypadkach, w których ustanowienie takiej kurateli byłoby niewystarczające dla ochrony osoby z niepełnosprawnością, należałoby mówić o celowości ubezwłasnowolnienia (Księżak [w:] Osajda (red.), 2024, art. 13 KC, Nb 10).

Wydaje się jednak, że przesłanki ubezwłasnowolnienia nie powinny pokrywać się z przesłankami ustanowienia kurateli – postulować należy raczej, aby ubezwłasnowolnienie miało miejsce w przypadku dysfunkcji psychicznych i intelektualnych, natomiast kuratela dla osób z niepełnosprawnością powinna być zarezerwowana dla przypadków niepełnosprawności fizycznej, w których osoba dotknięta niepełnosprawnością potrzebuje pomocy w załatwianiu różnych spraw np. z uwagi na ograniczoną mobilność i bariery architektoniczne, jednak zachowuje pełną świadomość i rozeznanie konsekwencji swego postępowania.

Kolejnym problemem jest kwestia uprawnień kuratora. Przed 15.2.2024 r. w doktrynie i orzecznictwie dominujący był pogląd, wedle którego kurator nie był przedstawicielem ustawowym osoby z niepełnosprawnością (jak opiekun czy kurator osoby ubezwłasnowolnionej), lecz kimś w rodzaju pomocnika, asystenta czy ustanowionego przez sąd pełnomocnika tej osoby (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 24.5.1995r., sygn. akt III CRN 22/95 (Legalis); Gajda [w:] Pietrzykowski (red.), 2023, art. 183 KRO, Nb 8; Janiszewska, 2017, s. 607). W związku z powyższym

w literaturze spotykany było stanowisko, wedle którego kurator nie był umocowany do dokonywania czynności prawnych ani procesowych w imieniu podopiecznego, lecz mógł wyręczać go jedynie przy czynnościach faktycznych niewymagających składania oświadczeń woli (Olczak-Dąbrowska, 2014, s. 99; podobnie Haak [w:] Haak, Haak-Trzuskawska, 2021, art. 183 KRO, Nb 5). Zauważano jednak również, iż nie można wykluczyć wyraźnego przyznania przez sąd opiekuńczy w orzeczeniu o ustanowieniu kurateli prawa do reprezentacji niepełnosprawnego, lecz przyznanie prawa reprezentacji przez sąd opiekuńczy powinno być ograniczone do spraw lub sprawy określonych w postanowieniu o powołaniu kuratora (Gajda [w:] Pietrzykowski (red.), 2021, art. 183 KRO, Nb 13; Sylwestrzak, 2014, s. 23-24).

Począwszy od 15.2.2024 r. ustawodawca przesądził, że sąd może powołać kuratora do reprezentowania kuranda (Matusik [w:] Osajda (red.), 2024, art. 183, Nb 14). Aby więc kuratela z art. 183 KRO mogła rzeczywiście spełniać swoją funkcję i odciążyć osobę z niepełnosprawnością w codziennym funkcjonowaniu, kurator powinien wprost otrzymać upoważnienie do reprezentowania osoby z niepełnosprawnością, a zakres uprawnień kuratora powinien być jak najszerszy. Należy bowiem zauważyć, że do pomocy osobie z niepełnosprawnością w czynnościach faktycznych, takich jak higiena osobista, zakupy czy bieżące remonty, nie jest potrzebne orzeczenie sądu. Prawdziwym wyzwaniem dla osób z niepełnosprawnościami wydają się raczej czynności prawne i procesowe, a także czynności faktyczne, ale związane z różnymi formalnościami, takie jak wypłata pieniędzy z rachunku bankowego czy odbiór korespondencji, emerytury bądź renty – wiąże się z nimi bowiem często nie tylko konieczność pokonywania barier związanych z brakiem dostępności, ale także udzielania wielu odrębnych pełnomocnictw w różnych instytucjach (np. osobno na poczcie, osobno w kilku bankach, osobno w każdym urzędzie itp.) (Wilk, 2022, s. 51). Osoby z niepełnosprawnościami ankietowane przez D. Olczak-Dąbrowską uzasadniały zresztą wnioski o ustanowienie kuratora właśnie potrzebą załatwienia tzw. spraw urzędowych, do których zaliczano postępowania przed organami rentowymi, instytucjami pomocy społecznej, urzędami skarbowymi, organami administracji samorządowej, jak również dokonania czynności prawnych, zarówno tych o większym znaczeniu (np. dotyczących sprzedaży nieruchomości), jak i drobniejszych (wydatki w drobnych bieżących sprawach życia codziennego, np. kupno żywności, odzieży, leków), czynności procesowych (reprezentacja osoby z niepełnosprawnością w postępowaniach sądowych) oraz czynności faktycznych, jednak związanych z formalnościami (np. odbiór emerytury, renty, korespondencji z poczty, wypłata pieniędzy z rachunku bankowego) (Olczak-Dąbrowska, 2014, s. 107). Z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością, zwłaszcza ruchową, wzrokową czy słuchową znaczącym ułatwieniem byłoby ustanowienie jednego kuratora o szerokim zakresie uprawnień, umocowanego

do reprezentowania tej osoby zarówno przy czynnościach faktycznych, jak i prawnych oraz procesowych (Wilk, 2022, s. 51).

Zakres uprawnień kuratora musi być każdorazowo określony w treści postanowienia sądu i pominięcie niektórych kompetencji skutkuje ich brakiem nie do końca odpowiada więc potrzebom osób z niepełnosprawnościami, które chciałyby mieć pomocnika o dużym spektrum uprawnień, zwalniającego je od konieczności samodzielnego załatwiania szerokiego zakresu spraw, uciążliwych szczególnie dla osób o ograniczonej możliwości poruszania się. Należałoby więc postulować, aby – o ile oczywiście taka jest wola osoby z niepełnosprawnością – sądy przyznawały kuratorowi prawo do reprezentacji podopiecznego, bowiem samo tylko określenie zakresu spraw, które kurator może prowadzić może spowodować problemy w sytuacjach, gdy pojawi się konieczność załatwienia sprawy nieobjętej zakresem orzeczenia sądu.

Przykładem takiej sytuacji może być nieuwzględnienie w orzeczeniu uprawnienia kuratora do reprezentowania podopiecznego w postępowaniach cywilnych. Zgodnie bowiem z art. 87 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego, pełnomocnikami strony w postępowaniu cywilnym mogą być tylko osoby wymienione w tym przepisie, a więc: adwokat lub radca prawny, w sprawach własności intelektualnej także rzecznik patentowy, a w sprawach restrukturyzacji i upadłości także osoba posiadająca licencję doradcy restrukturyzacyjnego, a ponadto osoba sprawująca zarząd majątkiem lub interesami strony oraz osoba pozostająca ze stroną w stałym stosunku zlecenia, jeżeli przedmiot sprawy wchodzi w zakres tego zlecenia, współuczestnik sporu, jak również małżonek, rodzeństwo, zstępni lub wstępni strony oraz osoby pozostające ze stroną w stosunku przysposobienia. Jeżeli więc sąd w postanowieniu o ustanowieniu kuratora nie upoważni kuratora wprost do reprezentowania podopiecznego w określonej sprawie lub sprawach, to w przypadku, gdy kurator nie należy do kręgu wymienionych w powyższym przepisie osób bliskich strony, będzie mógł ją reprezentować w postępowaniu cywilnym tylko wtedy, gdy zawrze z nią umowę zlecenia obejmującą przedmiot sprawy lub umowę powierzającą kuratorowi zarząd majątkiem lub interesami strony (choć w razie przyznania kuratorowi przez sąd szerokiego zakresu uprawnień nie można wykluczyć uznania go za „osobę sprawującą zarząd majątkiem lub interesami strony") (Wilk, 2022, s. 51). Podobny problem może dotyczyć pełnomocnictwa pocztowego, gdyż kurator, który nie otrzymał stosownego upoważnienia w orzeczeniu sądu opiekuńczego ani nie dysponuje pełnomocnictwem osoby z niepełnosprawnością do odbioru korespondencji nie może też odebrać korespondencji adresowanej do tej osoby (Matusik [w:] Osajda (red.), 2024, art. 183, Nb 30; (Wilk, 2022, s. 51).

W przypadku kurateli zachodzi więc sytuacja odwrotna niż w przypadku ubezwłasnowolnienia – przy ubezwłasnowolnieniu bowiem brakuje możliwości

elastycznego określenia zakresu uprawnień przedstawiciela ustawowego, natomiast przy kurateli problemem jest właśnie brak możliwości ustanowienia reprezentanta do wszystkich spraw osoby z niepełnosprawnością, co ułatwiłoby jej uniknięcie uciążliwych formalności i barier związanych z brakiem dostępności w różnych instytucjach, przy jednoczesnym zachowaniu pełnej zdolności do czynności prawnych i możliwości kontroli nad działaniami kuratora.

Wydaje się, że także sądowy tryb ustanawiania kuratora może być czynnikiem zniechęcającym osoby z niepełnosprawnościami do skorzystania z tej instytucji prawnej. Postępowanie sądowe może bowiem w ocenie tych osób wiązać się z niedogodnościami, takimi jak dojazd do sądu i konieczność pokonywania barier architektonicznych lub wynikających z braku dostosowania budynków sądowych do potrzeb np. osób niewidomych czy głuchych, a ponadto może nasuwać skojarzenia z ubezwłasnowolnieniem, czyli pozbawieniem lub ograniczeniem zdolności do czynności prawnych (Wilk, 2022, s. 53). Warto byłoby więc rozważyć modyfikację trybu ustanowienia kuratora poprzez dopuszczenie możliwości ustanowienia go przez osobę z niepełnosprawnością w drodze własnego oświadczenia woli, sporządzonego najlepiej w formie aktu notarialnego, w którym osoba ta wyraźnie określiłaby zakres kompetencji kuratora (Wilk, 2022, s. 53). W aktualnym stanie prawnym możliwe jest oczywiście udzielenie pełnomocnictwa ogólnego do czynności zwykłego zarządu lub pełnomocnictwa do poszczególnego rodzaju czynności (art. 98 KC), jednak do niektórych czynności (np. przeniesienia własności nieruchomości) wymagane jest pełnomocnictwo szczególne (zob. art. 158 KC). Osoba z niepełnosprawnością nie może zatem jedną czynnością prawną ustanowić pełnomocnika, który mógłby ją reprezentować we wszystkich możliwych sprawach, a takie rozwiązanie ułatwiłoby kwestie formalne oraz dałoby osobom z niepełnosprawnościami większe poczucie sprawczości i bezpieczeństwa (do odwołania kuratora mogłoby wystarczyć złożenie oświadczenia przez osobę z niepełnosprawnością w zwykłej formie pisemnej). (Wilk, 2022, s. 53).

W doktrynie odnotować można jednak poglądy sprzeciwiające się wyłączeniu spraw kurateli spod kontroli sądowej – przykładowo, M. Domański wskazuje, iż przyznanie szerokiej grupie podmiotów (notariuszom, a może nawet adwokatom czy radcom prawnym) możliwości wpisywania do rejestru przedstawicieli mających kompetencje w zakresie reprezentacji bez wniosku czy jednoznacznej zgody osoby reprezentowanej, jak również bez kontroli sądowej otwierałoby pole możliwych poważnych nadużyć (Domański, 2022, s. 21). Autor ten wskazuje również, że zgodnie z art. 12 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, wszelkie środki związane z korzystaniem ze zdolności do czynności prawnych mają podlegać kontroli przez organ sądowy (Domański, 2022, s. 21). Jednakże kuratela nie wpływa przecież na zakres zdolności osoby z niepełnosprawnością do czynności prawnych, a wyłączenie

zastosowania tej instytucji w przypadkach niepełnosprawności intelektualnej zapobiegłoby ewentualnym nadużyciom. Można byłoby także wprowadzić obowiązek, aby przed udzieleniem upoważnienia do reprezentacji w formie aktu notarialnego osoba, która zamierza takiego upoważnienia udzielić przedłożyła zaświadczenie lekarskie, iż jest w pełni świadoma i zdolna do wyrażenia woli. Takie pełnomocnictwo, udzielane przez samą osobę z niepełnosprawnością, mogłoby np. nosić nazwę „pełnomocnictwa opiekuńczego" lub „upoważnienia do reprezentacji".

Warto także, aby ustawodawca nie koncentrował się jedynie na wsparciu osób z niepełnosprawnościami, bowiem krąg osób z różnego rodzaju specyficznymi potrzebami jest znacznie szerszy. W aktualnym stanie prawnym wskazuje się bowiem, że nie uzasadnia ustanowienia kuratora np. tzw. „nieporadność życiowa", rozumiana jako brak umiejętności radzenia sobie w życiu (Rożdżeński, 2021, s. 126). Wydaje się więc, że zakres zastosowania instytucji kurateli z art. 183 KRO można by rozszerzyć poprzez dopuszczenie możliwości ustanowienia kuratora przez wszystkie zainteresowane osoby, nie tylko z orzeczeniem o niepełnosprawności, ale ze szczególnymi potrzebami, takimi jak wyjazd za granicę, absorbująca praca, opieka nad dzieckiem lub inną osobą, przebywanie w zakładzie karnym, młody wiek i brak doświadczenia życiowego, lęk przed kontaktami z obcymi ludźmi, nieznajomość języka polskiego czy też ogólna nieporadność życiowa i nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach „urzędowych", wynikająca np. z braku dostatecznego wykształcenia lub trudności z czytaniem i pisaniem (dysleksja, dysgrafia itp.) (Wilk, 2022, s. 53). Można także pójść jeszcze dalej i rozważyć dopuszczenie możliwości ustanowienia swojego reprezentanta przez każdą osobę, która z różnych powodów, niekoniecznie związanych z jakimiś specjalnymi potrzebami nie czuje się na siłach samodzielnie prowadzić swoich spraw. Osoba taka nie musiałaby tych powodów ujawniać, gdyż każda osoba zdolna do wyrażenia woli powinna mieć możliwość ustanowienia dla siebie reprezentanta w czynnościach, w których jej zdaniem tej pomocy potrzebuje (Wilk, 2022, s. 53). Instytucja kurateli powinna więc przeistoczyć się w instytucję reprezentacji (asystencji), którą mogłaby dla siebie ustanowić każda osoba, która uznaje, że reprezentacja taka jest jej niezbędna i zgodna z jej interesem.

Podsumowanie

Przedstawione rozważania prowadzą do wniosku, iż zarówno instytucja ubezwłasnowolnienia, jak i kurateli dla osoby niepełnosprawnej wymaga reformy. Ubezwłasnowolnienie powinno zmienić nazwę na mniej stygmatyzującą (np. „reprezentację osoby z niepełnosprawnością", „opiekę nad osobą z niepełnosprawnością") oraz swój kształt na bardziej elastyczny, uprawniający sąd do każdoczesnego określenia zakresu czynności, w których osobie z niepełnosprawnością potrzebna

jest reprezentacja oraz w których może ona działać samodzielnie. Instytucja ta powinna być także ograniczona do przypadków dysfunkcji w sferze psychicznej lub intelektualnej, tak aby przesłanki jej zastosowania nie pokrywały się z przesłankami zastosowania instytucji kurateli z art. 183 KRO. Kuratela z kolei powinna dotyczyć osób z niepełnosprawnością fizyczną, jak również innych osób z różnego rodzaju szczególnymi potrzebami, takimi jak nieporadność życiowa czy nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach „urzędowych", ale także – być może – wszystkich osób, które uważają, że takiego wsparcia potrzebują. Również tryb ustanawiania kurateli powinien zostać uproszczony poprzez umożliwienie złożenia stosownego oświadczenia w formie aktu notarialnego.

Za trafną należy więc uznać propozycję L. Kociuckiego, aby prawo przewidywało następujące formy wsparcia dorosłych osób z niepełnosprawnościami:

- instytucję o charakterze władczym (opiekę), w ramach której sąd mógłby decydować o zakresie ochrony, poczynając od jednorazowej czynności podejmowanej w interesie podopiecznego o opiekę pełną; przy czym w ramach tej instytucji mogłaby funkcjonować zarówno opieka asystencyjna, jak i opieka substytucyjna w różnych jej postaciach;
- instytucję ustanawianą we własnym zakresie przez osobę z niepełnosprawnością (np. pełnomocnictwo opiekuńcze) pozostawiające mocodawcy dużą swobodę kształtowania jego treści, wyraźnie jednak regulujące kwestie nadzoru publicznego nad jego sprawowaniem, oraz określonych wymogów formalnych dla zapewnienia bezpieczeństwa obrotu prawnego (forma aktu notarialnego, ewentualnie wpis do rejestru) (Kociucki, 2013, s. 113).

Bibliografia

Bodio J. (2021). Guradian Appointed for a Disabled Person and Guardian Appointed for a Partially Incapacitated Person. Studia Iuridica Lublinensia vol. XXX, 4, s. 50-61.

Domański, M. (2022). Analiza możliwości wprowadzenia instytucji pośredniej pomiędzy instytucją kuratora dla osoby niepełnosprawnej (art. 183 k.r.o.) a instytucją ubezwłasnowolnienia. Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości.

Gromek K. (2020). Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz. Wyd. 7. Warszawa: C. H. Beck. Legalis.

Grzejszczak R., Szeroczyńska M. (2012). Ubezwłasnowolnienie i inne formy wsparcia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w Polsce – teoria i praktyka. W: Kędziora K. (red.), Jeśli nie ubezwłasnowolnienie, to co? Prawne formy wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Warszawa: Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego.

Haak H., Haak-Trzuskawska A. (2021). Opieka i kuratela. Komentarz do art. 145–184 KRO oraz związanych z nimi regulacji KPC (art. 516, 518, 520, 573-574, 590-598, 599-602, 604-605). Wyd. 2. Warszawa: C. H. Beck, Legalis

Janiszewska B. (2017). Skutki ustanowienia kuratora dla osoby niepełnosprawnej. Monitor Prawniczy, 11, s. 607-611.

Kociucki, L. (2013). Niektóre problemy nowelizacji polskiego prawa o ubezwłasnowolnieniu. Studia Prawnicze, 2, s. 103-122.

Olczak-Dąbrowska D. (2014). Wybrane rodzaje kurateli w praktyce sądowej, Prawo w Działaniu. Sprawy Cywilne, 17, s. 89-143.

Osajda K. (red.), (2024). Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz. Wyd. 11. Warszawa: C. H. Beck, Legalis.

Osajda K. (red.), (2024). Komentarze Prawa Prywatnego. Tom I. Kodeks cywilny. Komentarz. Część ogólna. Przepisy wprowadzające Kodeks cywilny. Prawo o notariacie (art. 79-95 i 96-99). Wyd. 32. Warszawa: C. H. Beck, Legalis.

Pietrzykowski K. (red.), (2023). Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz. Wyd. 8, Warszawa: C. H. Beck, Legalis.

Rożdżeński W. (2021). Wykorzystanie instytucji kurateli dla osoby niepełnosprawnej dla realizowania czynności właściwych pełnomocnictwu zdrowotnemu. Przegląd Prawa Medycznego, 1-2, s. 121-169.

Sylwestrzak A. (2014). Kurator dla osoby niepełnosprawnej. Przegląd Sądowy, 9, s. 15-25.

Szeroczyńska, M. (2012). Wprowadzenie. W: K. Kędziora (red.), Jeśli nie ubezwłasnowolnienie, to co? Prawne formy wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną, Warszawa: Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego.

Wilk, A. (2022). The Institution of Guardianship for a Disabled Person – Functioning and Proposed Changes, ASEJ Scientific Journal. Bielsko Biała School of Finance and Law, vol. 26, no 2, s. 49-54.

Akty prawne

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24.5.1995r., sygn. akt III CRN 22/95, Legalis

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 8.12.2016r., sygn. akt III CZ 54/16, Legalis

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych z 13.12.2006r., Dz. U. z 2012r., poz. 1169.

Ustawa z 25.2.1964r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2809).

Ustawa z 24.4.1964r. – Kodeks cywilny (t. j. Dz. U. z 2023r., poz. 1610, 1615, 1890, 1933).

Ustawa z dnia 17.11.1964r. – Kodeks postępowania cywilnego (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1550, 1429, 1606, 1615, 1667, 1860, 2760).

dr hab. n. o zdr. Monika Bąk-Sosnowska, prof. AWSB

Centrum Psychosomatyki i Profilaktyki Zdrowotnej Akademii WSB,
Collegium Medicum Akademii WSB

Marta Orczyk

Uniwersytet Śląski w Katowicach,
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg Department
of Special Needs Education and Rehabilitation

Weightism – dyskryminacja ze względu na masę ciała w przestrzeni życia społecznego

Streszczenie

Weigtizm, albo inaczej uprzedzenie dotyczące masy ciała, jest zjawiskiem społecznym polegającym na stygmatyzowaniu osób znacznie wyróżniających się na tle ogółu pod względem wielkości masy ciała. W kulturze zachodniej dotyczy to przede wszystkim osób z otyłością, jednak osoby z niedowagą, chociażby chorujące na anoreksję psychiczną, również mogą stać się obiektem weigtizmu. Postawa ta bierze swoje źródło w przekonaniu, że wielkość, rozmiar ciała są zależne wyłącznie od woli konkretnej jednostki i podejmowanych przez nią zachowań, głównie żywieniowych oraz związanych z aktywnością fizyczną. Co za tym idzie, ma ona wpływ na zmianę swojej masy ciała, której powinna dokonać biorąc pod uwagę obowiązujące standardy wizerunkowe, jak również zalecenia zdrowotne. Na bazie takich założeń powstają fałszywe stereotypy, przypisujące osobom z nienormatywną masą ciała określone, zwykle negatywne cechy psychologiczne oraz nasila się presja społeczna skłaniająca je do zmiany swojego wyglądu. Rozwijają się różnorodne formy dyskryminacji, od psychicznej, werbalnej i fizycznej, po prawną czy architektoniczną. U osób doświadczających weightizmu skutkuje to najczęściej poczuciem napiętnowania i izolacji społecznej, odczuwaniem wstydu, winy, obniżonym poczuciem własnej wartości, zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi, nasileniem zaburzeń odżywiania się czy uzależnień. Może również przyczyniać się do unikania opieki medycznej, a co za tym idzie pogorszenia się somatycznego i psychicznego stanu zdrowia. Przeciwdziałanie zjawisku weightizmu ma nie tylko podstawy prawne, powinno być również elementem szeroko zakrojonych działań edukacyjnych i społecznych związanych z poszanowaniem godności ludzkiej oraz uznaniem różnorodności społecznej.

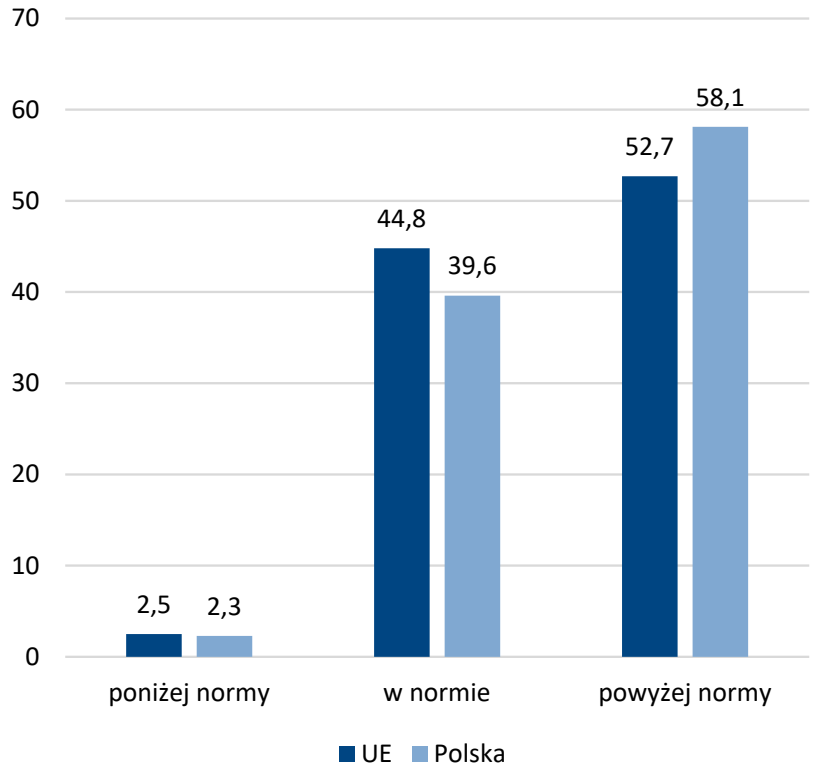
Słowa kluczowe

dyskryminacja, życie społeczne, zaburzenia odżywiania, zdrowie psychiczne

Wstęp

Dyskryminacja polega na niesprawiedliwym i nieobiektywnym traktowaniu określonych grup społecznych z powodu stereotypów, które dotyczą wspólnych cech tych grup. Jest to forma marginalizacji, gdzie osoby są wykluczane lub gorzej traktowane na podstawie określonych cech. Dyskryminacja związana z wagą lub masą ciała określana jest mianem weightismu. Zjawisko to może dotyczyć każdej osoby, niezależnie od wielkości masy ciała. Ponad 42% dorosłych Amerykanów deklaruje, iż doświadczyło wyśmiewania lub niesprawiedliwego traktowania z powodu swojej wagi, a najczęściej miało to miejsce ze strony lekarzy i współpracowników (Lee i in., 2021). Ofiarą weightismu padają przede wszystkim osoby z nadmierną masą ciała, co wynika ze zdecydowanej przewagi tej grupy osób w populacji ogólnej, w porównaniu z osobami z niedowagą (Rycina 1).

Rycina 1. Rozkład masy ciała w populacji osób dorosłych w Unii Europejskiej i Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Eurostat, 2021

Z badań wynika, że 19–42% chorujących na otyłość doświadczyło dyskryminacji – częściej osoby z wyższym BMI i kobiety, a sprawcami dyskryminacji byli często członkowie rodziny i partnerzy romantyczni (Spahlholz i in., 2016). Wśród dzieci i młodzieży znęcanie się ze względu na wagę jest częstsze niż znęcanie się ze względu na rasę, orientację seksualną lub stan niepełnosprawności (Bucchianeri i in., 2016). Za jedną z istotnych przyczyn weigtismu uważa się podstawowy błąd atrybucji, czyli powszechną skłonność do wyjaśniania zachowania obserwowanych osób w kategoriach przyczyn wewnętrznych, stałych cech charakteru, przy jednoczesnym niedocenianiu wpływów sytuacyjnych, zewnętrznych. Powoduje to, że otyłość jest postrzegana jako wysoce kontrolowana i prowokowana przez jednostkę, poprzez określone zachowania lub zaniedbania związane ze stylem życia, takie jak przejadanie się oraz brak aktywności fizycznej. Drugi powód obecności weightismu w przestrzeni społecznej to propagowane przez kulturę masową ideały dotyczące wyglądu zewnętrznego i atrakcyjności fizycznej. Aktualnie w kulturze zachodniej wciąż obowiązuje kult szczupłego ciała, a niska masa ciała kojarzona jest z takimi wartościami, jak ciężka praca, indywidualizm, dążenie do sukcesu. W tym kontekście otyłość staje się synonimem lenistwa, braku samokontroli, wytrwałości i ambicji (Nutter, 2021; Jolin, Stanford, 2023).

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie, jak dyskryminacja ze względu na nadmierną masę ciała przejawia się w określonych obszarach życia społecznego, jakie są jej negatywne skutki oraz możliwości zapobiegania temu zjawisku.

Weightism w relacjach międzyludzkich oraz w mediach

Osoby chorujące na otyłość deklarują, że do przejawów dyskryminacji werbalnej dochodzi podczas spotkań towarzyskich (44%), w szkole / na uczelni (42%) oraz w miejscu pracy (31%). Wielu spośród badanych przyznaje, że oceniające komentarze usłyszeli także od najbliższej rodziny – rodziców (17%), rodzeństwa (11%), własnych dzieci (7%) (Porozmawiajmy szczerze o otyłości, 2023). Osoby z nawagą i otyłością określane są zarówno przez bliskich, jak i nieznajomych jako (Dutkiewicz, 2018):

- leniwe, powolne, niezorganizowane, bez ambicji,
- żyjące z dnia na dzień, bez celów, pozbawione silnej woli,
- myślące wyłącznie o jedzeniu, same sobie winne za doprowadzenie się do „takiego" stanu,
- słabiej wykształcone, o niższym ilorazie inteligencji,
- nieaktywne ruchowo, odżywiające się w produktami typu fast-food,
- niechlujne, zaniedbane higienicznie, brzydkie, nieatrakcyjne seksualnie,
- samotne, nie potrafiące nawiązać i utrzymać relacji z ludźmi.

Napiętnowanie osób z nadmierną masą ciała jest powszechne w środowisku medialnym. Przejawia się to już w niedostatecznej reprezentacji w mediach tej grupy, w odniesieniu do częstości występowania otyłości w populacji ogólnej. Osoby z otyłością są przedstawiane jako całkowicie odpowiedzialne za swoją chorobę, a ponadto leniwe, chciwe, nieszczęśliwe, niezdyscyplinowane, nieatrakcyjne, głupie (Kite i in., 2022). Ich ciała są krytykowane i przedstawiane w specyficzny sposób – jako pozbawione głowy, od tyłu lub w inny niepochlebny sposób (Jeaon i in., 2018). W mediach społecznościowych termin „gruby" pojawia się w ponad 90% postów i komentarzy oraz dotyczy odniesień negatywnych, uwłaczających i mizoginistycznych (Chou, 2014).

Doświadczanie dyskryminacji ze względu na nadmierną masę ciała, zwłaszcza od osób najbliższych a co za tym idzie najbardziej znaczących, ma destrukcyjny wpływ na samopoczucie i zdrowie psychiczne. Badania wskazują, że osoby z otyłością doświadczające weightismu charakteryzuje przewlekły stres, niepokój, cierpienie psychiczne. Doświadczają niskiej samooceny oraz negatywnego obrazu siebie, a zwłaszcza własnego ciała. Mają zaburzenia depresyjne i lękowe, myśli samobójcze, obniżoną jakość życia, nadużywają substancji psychoaktywnych. Izolują się społecznie, zdarza się również, że podejmują próby targnięcia się na własne życie (Wu, Berry, 2018; Pearl, Puhl, 2018; Brochu, 2020; Puhl, Lessard, 2020). Już samo spodziewanie się napiętnowania z powodu nadmiernej masy ciała powoduje u nich wzrost objawów lękowych i spadek wydajności poznawczej (Blodorn i in., 2016).

Weightism w służbie zdrowia

Osoby z nadmierną masą ciała często czują się upokarzane w gabinetach lekarskich i szpitalach. Jest to zaskakujące, ponieważ od przedstawicieli zawodów medycznych, zwłaszcza tych mających bezpośredni kontakt z pacjentem, powszechnie oczekuje się empatii, tolerancji oraz poszanowania godności pacjenta. W rzeczywistości, chorzy na otyłość często spotykają się z negatywnymi komentarzami i obelgami dotyczącymi wagi, które wykraczają poza ramy profesjonalnych zaleceń lekarskich dotyczących redukcji masy ciała. Polskie badania autorstwa Sińskiej i wsp. (2014) przedstawiają analizę postaw pielęgniarek wobec tej grupy pacjentów. Wynika z niej, że prawie połowa respondentek powiela stereotypowy obraz osób z nadmierną masą ciała i postrzega je jako leniwe, lekceważące własne zdrowie i higienę osobistą, zaniedbane. Jednocześnie w badaniu wykazano, że środowisko pielęgniarek ma świadomość stygmatyzacji pacjentów z nadmierną masą ciała, objawiającej się lekceważeniem, negatywnymi komentarzami, a także mniejszym zrozumieniem ze strony pracowników ochrony zdrowia.

Jeśli chodzi o lekarzy, mają tendencję do krótszego czasu wizyt oraz mniejszej edukacji zdrowotnej w odniesieniu do pacjentów chorujących na otyłość, w porównaniu z innymi chorymi (Huziga i in., 2009). Personel medyczny generalnie ma skłonność do pogardliwego, protekcjonalnego i lekceważącego traktowania pacjentów z nadmierną masą ciała, wyśmiewania ich wyglądu, przypisywania wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta jego wadze, grożenia negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, jeśli pacjent nie „schudnie" (Sobczak, Leoniuk, 2021). Zdarza się również stygmatyzowanie pacjentów rozważających operację bariatryczną lub tych, którzy już się jej poddali, jako niesamodzielnych, biernych, szukających łatwych rozwiązań (Hansen i in., 2018).

Systemowym przejawem dyskryminacji osób chorujących na otyłość w przestrzeni opieki medycznej jest brak dostępu do odpowiedniego sprzętu medycznego, np. łóżek czy stołów operacyjnych o odpowiednim udźwigu, szerokich mankietów do pomiaru ciśnienia tętniczego (Phelan i in., 2015). Chociaż otyłość jest współcześnie jednym z ogromnych wyzwań zdrowia publicznego, nie podejmuje się powszechnych kampanii edukacyjnych dotyczących zdrowego stylu życia, w tym utrzymywania prawidłowej masy ciała. Raczej oczekuje się od chorych na otyłość, że jako odpowiedzialni za swoją nadmierną masę ciała, indywidualnie podejmą działania zmierzające do jej redukcji.

Stygmatyzacja, jak również wynikająca z niej często dyskryminacja osób chorujących na otyłość w obszarze służby zdrowia, jest usprawiedliwiana troską i chęcią zmotywowania pacjentów do podjęcia działań zaradczych, czyli redukcji masy ciała i poprawy stanu zdrowia. Badania naukowe wskazują jednak, że efekt jest wręcz odwrotny. Wśród osób z otyłością doświadczających weightismu nasilają się niezdrowe zachowania żywieniowe (m.in. objadanie się, jedzenie emocjonalne, stosowanie diet) i zaburzenia odżywiania się, unikanie ćwiczeń fizycznych oraz siedzący tryb życia (Han i in., 2018; Lee i in., 2021). Pogarsza się ich stan zdrowia, m.in. w zakresie wzrostu poziom kortyzolu, stresu oksydacyjnego, stężenia białka CRP. Zwiększa się ryzyko cukrzycy, realnie wzrasta masa ciała i wszystkie powikłania zdrowotne wynikające z otyłości. Jednocześnie chorzy unikają wizyt lekarskich, opóźniają podjęcie leczenia, spada ich poziom zaufania wobec lekarzy. To wszystko globalnie przyczynia się do zwiększonego ryzyka śmiertelności (Phelan i in., 2015; Sutin i in., 2015; Wu, Berry, 2018; Alberga, 2019).

Weightism na rynku pracy

Pracodawcy często są przekonani, iż osoby z nadmierną masą ciała są mniej produktywne niż reszta populacji. Manifestuje się to już w procesie rekrutacji, gdzie osoby z otyłością mają mniejsze szanse na przyjęcie do pracy, zwłaszcza

gdy wymaga ona częstych kontaktów międzyludzkich lub kiedy mają wejść w rolę potencjalnych współpracowników (Michoń, 2014). Osoby z otyłością dostają gorzej płatne stanowiska pracy, ponadto są obiektami pejoratywnych komentarzy, poniżających żartów ze strony współpracowników i przełożonych. Zdarza się, że są zwalniani z powodu swojej wagi, również wtedy, gdy nie jest ona w żaden sposób powiązana z wykonywanymi obowiązkami (Giel i in., 2012; Vanhove, Gordon, 2014).

W jednym z badań analizujących sytuację zawodową osób z otyłością na przestrzeni ostatnich 20 lat wykazano, że zarabiały one od 0,7% do 6,3% mniej, niż rówieśnicy o prawidłowej masie ciała. Ponadto często są postrzegane jako mniej punktualne, mniej zaangażowane w wykonywaną pracę oraz wykazujące gorsze zachowanie. Szczególnie kobiety dotknięte otyłością doświadczają dyskryminacji w procesie rekrutacji na stanowiska wymagające bezpośredniego kontaktu z klientem. Dodatkowo, obserwuje się niesprawiedliwe traktowanie osób z otyłością w kwestii wynagrodzenia, możliwości awansu zawodowego oraz decyzji dotyczących rozwiązania umowy o pracę (Obara-Gołębiowska, 2016).

Dyskryminacja osób z nadwagą i otyłością przez pracodawców prowadzi do ich społecznego wykluczenia i może przyczyniać się do nasilenia objawów choroby, co z kolei stanowi obciążenie dla społeczeństwa jako całości, zmuszając je do udzielania wsparcia socjalnego osobom pozbawionym możliwości zarobkowania (Puchalski, Korzeniowska, 2017). Tymczasem warto zwrócić uwagę na czynniki związane ze środowiskiem pracy, które mogą przyczyniać się do rozwoju nadwagi i otyłości. Badania wykazały, że praca w systemie zmianowym związana jest ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia urazów w miejscu pracy oraz rozwinięcia chorób przewlekłych, w tym nadwagi, otyłości, cukrzycy typu 2, chorób serca, incydentów sercowo-naczyniowych, w tym udaru, oraz różnych rodzajów nowotworów. Mechanizmy prowadzące do rozwoju otyłości w przypadku pracy w systemie zmianowym obejmują zakłócenie regularnych wzorców aktywności fizycznej oraz nieregularność w spożywaniu posiłków, takich jak pomijanie śniadań oraz konsumpcja większości kalorii w godzinach wieczornych lub nocnych, a także pozbawienie organizmu odpowiedniej ilości snu. Ponadto obserwuje się częstsze występowanie przewlekłego zmęczenia, lęku i depresji u osób pracujących w systemie zmianowym (Atkinson i in., 2008).

Psychospołeczne warunki w miejscu pracy odgrywają istotną rolę w zwiększaniu ryzyka zachorowań na nadwagę i otyłość. Znaczące obciążenie psychiczne związane z pracą zostało powiązane z przyrostem masy ciała w długoterminowych badaniach, zwłaszcza w przypadku kobiet. Warto zaznaczyć, że kobiety częściej reagują na stres zwiększając spożycie pokarmów, zwłaszcza tych o słodkim smaku, natomiast u mężczyzn obserwuje się tendencję do zwiększenia spożycia alkoholu.

Spożywanie pokarmów może działać łagodząco na odczuwanie stresu i poprawiać samopoczucie, co powoduje, że jedzenie staje się często wykorzystywanym mechanizmem radzenia sobie ze stresem. U mężczyzn stres związany z pracą skorelowany jest z większym spożyciem tłuszczów i alkoholu, oraz mniejszym spożyciem warzyw. Wyższy poziom stresu w miejscu pracy negatywnie wpływa na tendencję do podejmowania aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz może prowadzić do zaburzeń snu. Istotnym czynnikiem generującym wysoki poziom stresu związanego z pracą jest poczucie braku kontroli nad sytuacją w miejscu pracy, takie jak niski poziom decyzyjności oraz ograniczone możliwości wykorzystania umiejętności wobec wymagań zawodowych. Wyniki wieloletnich obserwacji wskazują na związek między pracą w systemie zmianowym a wzrostem masy ciała. Szacuje się, że ryzyko rozwoju nadwagi i/lub otyłości w tej grupie osób wzrasta o 39%. Istnieje jednak zależność między charakterem pracy a tym ryzykiem. Szczególnie wysokie ryzyko obserwuje się u osób pracujących w systemach o dużej zmienności godzin pracy (Berset, i in., 2011). Dodatkowo stwierdzono, że pracownicy na nocnych zmianach częściej sięgają po produkty o wysokiej zawartości energii oraz napoje słodzone, w porównaniu z pracownikami na zmianach porannych i popołudniowych. Osoby te preferują również produkty o wysokiej zawartości cukru, ponieważ pomagają one w pokonywaniu uczucia zmęczenia. Praca w systemie zmianowym może również ograniczać udział w aktywnościach rekreacyjnych. Mimo, że pracownicy nocni zdają sobie sprawę z korzyści wynikających z regularnej aktywności fizycznej dla zdrowia, trudnością jest jej wdrożenie i utrzymanie, głównie z powodu ograniczonego czasu oraz odczuwanego zmęczenia. Również brak wsparcia społecznego w miejscu pracy jest związany z przyrostem masy ciała, szczególnie u mężczyzn. Jednocześnie, w przypadku kobiet, większe znaczenie ma wsparcie emocjonalne udzielane przez współmałżonka, przyjaciół lub krewnych, a jego brak przyczynia się do wzrostu spożycia pokarmów i alkoholu w sytuacjach stresowych (Puchalski, Korzeniowska, 2017).

Weightism w środowisku szkolnym

Dzieci z otyłością są dyskryminowane w środowisku oraz doświadczają cierpień psychicznych częściej, niż ich rówieśnicy. Negatywnego podejścia zaczynają doświadczać już w okresie przedszkolnym i nasila się ono wraz z rozpoczęciem szkoły podstawowej (Fijałkowska i in., 2017). Rówieśnicy uznają ich często za niepożądanych towarzyszy zabaw oraz opisują jako leniwych, głupich, brzydkich i niechlujnych (Puhl, Latner, 2007). Może to prowadzić do prześladowań, które przybierają różne formy, począwszy od dręczenia werbalnego, poprzez wyśmiewanie i przezywanie, aż po przemoc fizyczną, taką jak uderzanie czy popychanie,

a także cyberprzemoc, rozgrywającą się w przestrzeni Internetu, zwłaszcza mediów społecznościowych (van Geel, 2014; Waasdorp i in., 2018). Skutkuje to poczuciem niskiej wartości, beznadziejności, rozwojem zaburzeń emocjonalnych. W rezultacie dzieci z nadwagą mogą częściej opuszczać zajęcia szkolne niż ich rówieśnicy oraz unikać interakcji i różnorodnych aktywności z obawy przed docinkam i złośliwościami ze strony innych dzieci. (Leksy, 2013). Badania wskazują, że negatywne konsekwencje weightismu nie ograniczają się tylko do czasu bieżącego, ale sięgają również w przyszłość. Dzieci, które doświadczały dyskryminacji z powodu nadmiernej masy ciała, w dorosłym życiu są bardziej narażone na przewlekły, ogólnoustrojowy stan zapalny, a także na otyłość (Takizawa, 2015).

Zaskakujące jest, że nawet nauczyciele i wychowawcy nie są wolni od uprzedzeń wobec uczniów z otyłością, choć zazwyczaj angażują się w dbanie o samopoczucie psychiczne swoich podopiecznych. Często przyjmują postawy społeczne piętnujące osoby zmagające się z nadmierną masą ciała, utrwalając negatywne wzorce zachowań w sposób nieświadomy lub poprzez zróżnicowane traktowanie swoich uczniów (Shields, 2006).

Należy zwrócić uwagę, że pomimo powszechnego przekonania, że otyłość dziecięca wynika wyłącznie z określonego odżywiania się i ogólnie stylu życia, jest ona również ściśle związana z determinantami o charakterze psychologicznym (Izdebski, Rucińska-Niesyn, 2009). Jedzenie często stanowi dla dzieci sposób na rozładowanie napięć oraz radzenie sobie ze stresującymi sytuacjami życiowymi, przynosząc tymczasowe uczucie ulgi i poprawiając samopoczucie. Istnieje zależność między takim zachowaniem a rozwojem otyłości dziecięcej, co znajduje potwierdzenie w dostępnej literaturze naukowej (Kwitok, 2007). Wskazuje się na szereg czynników wpływających istotnie na występowanie tego zjawiska, takich jak problemy emocjonalne, niestabilność rodzinna wynikająca z rozwodów lub separacji rodziców, a także stresujący tryb życia, który może być spowodowany wysokimi oczekiwaniami szkolnymi czy rodzicielskimi (Sikorska-Wiśniewska, 2007). Nadmierne spożywanie pokarmów przez dzieci może być wynikiem niekorzystnego obrazu siebie, niskiego poczucia własnej wartości, podwyższonego poziomu lęku oraz odczuwania emocjonalnego odrzucenia i pragnienia ucieczki od rzeczywistości (Makara-Studzińska, Buczyjan, Morylowska, 2007).

Przeciwdziałanie weightismowi

Podstawowym czynnikiem, który może przyczynić się do zredukowania zjawiska dyskryminacji ze względu na masę ciała jest edukacja zdrowotna społeczeństwa. W omawianym kontekście powinna ona obejmować wiedzę na temat złożonych mechanizmów wpływających na masę ciała człowieka, obejmujących czynniki

biologiczne, psychospołeczne, środowiskowe i kulturowe. Dodatkowo interakcje zachodzące pomiędzy tymi czynnikami wskazują, że na funkcjonowanie człowieka oraz jego zdrowie mają wpływ nie tylko uwarunkowania indywidualne, ale także kontekst, na który składają się m.in. warunki życia, środowisko społeczne, wcześniejsze doświadczenia.

Osoby doświadczające cierpienia z powodu swojej nienormatywnej masy ciała powinny otrzymać interdyscyplinarną, profesjonalną pomoc medyczną, dietetyczną i psychologiczną (Olszanecka – Glinianowicz, 2020; Hayward i in., 2020). Wiąże się to również z promowaniem w środowisku medycznym, a także ogólnie w przestrzeni życia społecznego tzw. języka skoncentrowanego na osobie, zamiast na jej schorzeniu. Pozwala to uniknąć przypisywania chorym negatywnych etykiet i nadawania im tożsamości wynikającej z choroby. Ponadto wspiera szacunek do chorych jako podmiotu oraz ich prawo do godnego traktowania (Bąk-Sosnowska i in., 2022).

Promowanie zdrowia i zdrowego stylu życia powinno być wartością realizowaną w przestrzeni życia rodzinnego, społecznego, publicznego. Na szeroki zasięg zorientowane są m.in. kampanie zdrowotne, zachęcające do badań profilaktycznych czy promujące określone zachowania zdrowotne, takie jak aktywność fizyczna. Ze względu na powszechny dostęp do Internetu, realizowanie ich w tej przestrzeni może zwiększyć ich zasięg oraz atrakcyjność, zwłaszcza w grupie młodszych osób. Warto jednak pamiętać, że promowanie zdrowia powinno uwzględniać oraz szanować indywidualne uwarunkowania i preferencje każdego człowieka. Przykładem oddolnego ruchu społecznego propagującego pozytywne nastawienie wobec własnego ciała i jego akceptację bez względu na formę, rozmiar, wygląd, a także zmianę nastawienia wobec ćwiczeń fitness czy usług branży beauty, jest ciałopozytywność (ang. body positive). Ruch ten przyczynił się niewątpliwie do zmiany podejścia wobec wygórowanych standardów kulturowych dotyczących szczupłej sylwetki oraz do rozpowszechnienia się działań społecznych opartych na idei inkluzywności. Jednocześnie jednak wzbudził pewne kontrowersje dotyczące granicy pomiędzy akceptacją dla nadmiernej masy ciała jednostki a jej zdrowiem. Część przeciwników tego ruchu przypisuje mu skłonność do promowania otyłości i traktowania jej w kategoriach wizerunkowych, co stoi w sprzeczności z aktualną wiedzą medyczną (Cohen i in., 2021). Otyłość jest chorobą – przewlekłą, postępującą, bez tendencji do samoistnego ustępowania i skutkującą szeregiem negatywnych konsekwencji zdrowotnych, takich jak cukrzyca typu 2, dyslipidemia, nadciśnienie, choroby serca, udar, zaburzenia mięśniowo-szkieletowe, bezpłodność, niektóre nowotwory. Sprzyja również zaburzeniom psychicznych (np. depresji), obniża jakość życia oraz skraca jego długość, z tego względu powinna być profesjonalnie diagnozowana i leczona (Bogdański i in. 2020).

Podsumowanie

Dyskryminacja ze względu na masę ciała (weightism) jest jedną z najpowszechniejszych form dyskryminacji we współczesnych społeczeństwach, a kobiety są na nią bardziej narażone niż mężczyźni. Przejawia się w wielu obszarach życia społecznego – w bliskich związkach, w grupach towarzyskich, w środowisku edukacyjnym i zawodowym, a nawet w placówkach opieki medycznej. Największy zasięg zyskuje w przestrzeni mass mediów, w tym mediów społecznościowych.

Weightism skutkuje szeregiem negatywnych konsekwencji – pogarsza zdrowie fizyczne, prowadzi do rozwoju zaburzeń psychicznych, przyczynia się do izolacji społecznej. Generalnie znacząco obniża jakość życia osób, które padają jego ofiarą, ale też przyczynia się do obniżenia poczucia bezpieczeństwa psychicznego i komfortu całej społeczności, odkrywa bowiem mechanizm polegający na piętnowaniu określonej cechy, niezgodnej ze społecznym oczekiwaniem. W omawianym przypadku jest nią masa ciała, jednak potencjalnie obiektem ataku może stać się każda inna cecha. Zapobieganie dyskryminacji ze względu na masę ciała staje się zatem wyzwaniem dla całego społeczeństwa, dla wszystkich, którym zależy na życiu w bezpiecznym, sprzyjającym rozwojowi środowisku społecznym.

Bibliografia

Alberga A.S., Edache I.Y., Forhan M., Russell-Mayhew S. (2016). Weight bias and health care utilization: a scoping review. Prim Health Care Res Dev.;20: e116.

Atkinson F.S., Foster-Powell K., Brand-Miller J.C. (2008). International tables of glycemic index and glycemic load values: 2008. Diabetes Care.;31(12):2281-3.

Berset M., Elfering A., Lüthy S., Lüthi S., Semmer NK. (2011). Work stressors and impaired sleep: rumination as a mediator. Stress Health;27(2):e71-82.

Blodorn A., Major B., Hunger J., Miller C. (2016). Unpacking the psychological weight of weight stigma: A rejection-expectation pathway. J Exp Soc Psychol.;63:69-76.

Bogdański P., Filipiak K.J., Kowalska I., et al. (2020). An interdisciplinary position statement on the diagnosis and treatment of obesity. Forum Zab Metab; 11:47-54.

Brochu P.M. (2020). Weight stigma as a risk factor for suicidality. Int J Obes;44:1979–1980.

Bucchianeri M.M., Gower A.L., McMorris B.J., Eisenberg M.E. (2016). Youth experiences with multiple types of prejudice-based harassment. J Adolesc;51:68-75.

Bąk-Sosnowska M., Moszak M., Doroszewska A., Wyleżoł M., Ostrowska L., Bogdański P. (2022). Patientcentered care and "people-first language" as tools to prevent stigmatization of patients with obesity. Pol Arch Intern Med.;132(10):16351.

Chou W-Y.S., Prestin A., Kunath S. (2014). Obesity in social media: a mixed methods analysis. Transl Behav Med.;4:314–23.

Cohen R., Newton-John T., Slater A. (2021). The case for body positivity on social media: Perspectives on current advances and future directions. J Health Psychol.;26(13):2365-2373.

Dudkiewicz A. (2018). Weightizm – dyskryminacja otyłości [online] https://www.centrum-psychodietetyki.pl/weightism-dyskryminacja-otylosci/ [Dostęp 2.06.2024].

Fijałkowska A., Oblacińska A., Stalmach M. (2017). Nadwaga i otyłość u polskich 8-latków w świetle uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i społecznych. Raport z międzynarodowych badań WHO Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Instytut Matki i Dziecka, 9-25.

Giel K.E., Zipfel S., Alizadeh, M. *et al.* (2012). Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. BMC Pub Health;12,525.

Han S., Agostini G., Brewis, A.A., Wutich, A. (2018). Avoiding exercise mediates the effects of internalized and experienced weight stigma on physical activity in the years following bariatric surgery. BMC Obes.;5,18.

Hansen B.B., Dye M.H. (2018). Damned if you do, damned if you don't: the stigma of weight loss surgery. Deviant Behav.;39:137–147.

Hayward L.E., Neang S.M., Samuel M., Vartanian L.R. (2020). Discussing weight with patients with overweight: Supportive (not stigmatizing) conversations increase compliance intentions and health motivation. *Stigma and Health;5*(1):53–68.

Huizinga M.M., et al. (2009). Physician respect for patients with obesity. J Gen Intern Med.;24(11):1236-1239.

Izdebski P., Rucińska-Niesyn A. (2009). Psychologiczne uwarunkowania otyłości u dzieci – rola rodziny. Transdyscyplinarne Studia o Kulturze i Edukacji, Bydgoszcz, 149-159.

Jeon Y.A., Hale B., Knackmuhs E., Mackert M. (2018). Weight stigma goes viral on the internet: systematic assessment of youtube comments attacking overweight men and women. Interact J Med Res.;7:e9182.

Jolin J.R., Stanford F.C. (2023). More to obesity than what meets the eye: a comprehensive approach to counteracting obesity stigma. Postgrad Med J.;99(1171):367-369.

Kite J., Huang B.H., Laird Y., Grunseit A., McGill B., Williams K., Bellew B., Thomas M. (2022). Influence and effects of weight stigmatization in media: A systematic. EClinical Medicine;48:101464.

Kwitok A. (2007). Przemoc w rodzinie jako źródło zachowań agresywnych młodzieży. *ProPraca doktorska. Uniwersytet Śląski w Katowicach.*

Lee K.M., Hunger J.M., Tomiyama A.J. (2021). Weight stigma and health behaviors: evidence from the Eating in America Study. Int J Obes;45(7):1499-1509.

Leksy K. (2013). Otyłość jako wyznacznik psychospołecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży w środowisku szkolnym. *Edukacja – Edukacja Elementarna;*2(65):79-109.

Makara-Studzińska M., Buczyjan A., Morylowska J. (2007). Jedzenie – przyjaciel i wróg. Korelaty psychologiczne otyłości. Przegląd piśmiennictwa. Zdr Publ;117,3:392-396,

Michoń P. (2014) Otyłość i nadwaga a jakość życia Polaków. Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań.

Nutter S., Russell-Mayhew S., Saunders JF. (2021). Towards a sociocultural model of weight stigma. Eat Weight Disord.;26(3):999-1005.

Obara-Gołębiowska M. (2016). Employment discrimination against obese women in obesity clinic's patients perspective. Rocz Panstw Zakl Hig.;67(2):147-53.

Olszanecka-Glinianowicz M., Dudek D., Filipiak K., Krzystanek M., Markuszewski L., Ruchała M. et al. (2020). Leczenie nadwagi i otyłości w czasie i po pandemii. Nie czekajmy na rozwój powikłań – nowe wytyczne dla lekarzy. Lekarz POZ;6(4).

Pearl R.L., Puhl R.M. (2018). Weight bias internalization and health: a systematic review. Obes Rev.;19(8):1141-1163.

Phelan S.M., Burgess D.J., Yeazel M.W., Hellerstedt W.L., Griffin J.M., van Ryn M.I. (2015). mpact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes Rev.;16(4):319-26.

Phelan S. M. et al. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes. Rev.;16(4):319–26.

Porozmawiajmy szczerze o otyłości. Jak wspierająco mówić o chorobie otyłościowej? (2019). Praktyczny słownik, 34. [online] https://ootylosci.pl/slownik-otylosci/ [Dostęp 2.06.2024].

Puchalski K., Korzeniowska E. (2017). Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników. *Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra Jerzego Nofera*, Łódź,58.

Puhl R., Peterson J., Luedicke J. (2013). Fighting obesity or obese persons? Public perceptions of obesity-related health messages. Int J Obes;37:774–782.

Puhl R.M., Latner J.D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychol Bull.;*133(4):557-580.

Puhl R.M., Lessard L.M. (2020). Weight stigma in youth: prevalence, consequences, and considerations for clinical practice. Curr Obes Rep;9:402-411.

Shields M. (2006). Overweight and obesity among children and youth. *Health Rep.;*17:27-42.

Sikorska-Wiśniewska G. (2007). Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość;* 6(55):71-80.

Sińska B., Kucharska A., Zegan M., Michota-Katulska E., Ziemińska D. (2014). Postawy pielęgniarek wobec otyłych pacjentów – badania pilotażowe. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa,5.

Sobczak K., Leoniuk K. (2021). Attitudes of medical professionals towards discrimination of patients with obesity. Risk Manag Healthc Policy;14:4169-4175.

Spahlholz J., Baer N., König H.H., Riedel-Heller S.G., Luck-Sikorski C. (2016). Obesity and discrimination—a systematic review and meta-analysis of observational studies. Obes. Rev.;17:43–55.

Sutin A.R., Stephan Y., Terracciano A. (2015). Weight Discrimination and Risk of Mortality. Psychol Sci.;26(11):1803-11.

Takizawa R., Danese, A., Maughan, B. & Arseneault, L. (2015). Bullying victimization in childhood predicts inflammation and obesity at mid-life: a five-decade birth cohort study. Psychol. Med.;45:2705–2715.

van Geel M., Vedder P., Tanilon J. (2014). Are overweight and obese youths more often bullied by their peers? A meta-analysis on the correlation between weight status and bullying. Int J Obes.;38(10):1263-7.

Vanhove A., Gordon R.A. (2014). Weight discrimination in the workplace: A meta-analytic examination of the relationship between weight and work-related outcomes. J Appl Soc Psychol.;*44*(1):12–22.

Waasdorp T.E., Mehari K., Bradshaw C.P. (2018). Obese and overweight youth: risk for experiencing bullying victimization and internalizing symptoms. Am. J. Orthopsychiatry;88:483–491.

Wu Y.K., Berry D.C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. J Adv Nurs.;74(5):1030-1042.

Mariola Szulik

WSB University, Collegium Medicum, Faculty of Applied Sciences,
Department of Medical and Health Sciences4. Dabrowa Górnicza, Poland

Silesian Center for Heart Diseases, Zabrze, Poland

Bezpieczeństwo ratownika medycznego w opiece przedszpitalnej

Abstrakt

W zawodzie ratownika medycznego -istnieją liczne niebezpieczeństwa związane z sytuacjami trudnymi i sytuacjami przemocowymi. Ratownik w opiece przedmedycznej – mimo celu swojej profesji – nie jest bezpieczny.

Celem pracy jest określenie rodzajów niebezpieczeństwa i narzędzi zwiększających bezpieczeństwo ratownika medycznego w opiece przedszpitalnej

Przegląd literatury, licznych przypadków opisanych w intrenecie oraz dyskusje na temat bezpieczeństwa w zawodzie ratownika pozwalają określić kilka czynników, które wpływają na komfort pracy ratownika. Ratownik jest zagrożony w sensie somatycznym (liczne przykłady naruszenia nietykalności cielesnej), w sensie prawnym (brak dostatecznej ochrony prawnej), emocjonalnym (praca na ludzkich emocjach w sytuacjach nagłych) oraz zawodowym (wypalenie zawodowe wywołane przewlekłym stresem).

Wiele jest przypadków ataków i obrażeń ratowników medycznych. Wiele przypadków opisywanych jest w mediach społecznościowych, w intrenecie, na platformach informacyjnych. Rzadko jednak pojawia się rozwiązanie sytuacji, wyrok i wyraźne napiętnowanie przemocowych zachowań wobec ratowników medycznych. Ratownik medyczny często doznaje urazu fizycznego i psychicznego podczas pracy z pacjentem trudnym, nieświadomym lub świadomym niepoinformowanym. Trudności sprawiają. Ratownik jest zagrożony w sensie prawnym, jest zmęczony. Kluczem do zwiększenia bezpieczeństwa ratownika medycznego wydaje się być zwiększenie szacunku do zawodu ratownika medycznego poprzez pracę nad świadomością pacjentów i ich rodzin o zawodzie ratownika medycznego oraz nad lękami dyspozytorów. Ponadto wezwania niezasadne, związane z pretensjonalnością, bezradnością lub – wreszcie – brakiem wiedzy o stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia – powodują przemęczenie ratownika. Tym samym jest wypalony i łatwiej o sytuacje trudne lub konfliktowe. Natężenie oracy różni się w zależności od miejsca pracy oraz regionu Polski. Sytuacja stale się pogarszaj.

Istnieje potrzeba briefingu i debriefingu wśród ratowników. Wiąże się to z wsparciem psychologicznym oraz prawnym. Najważniejsze jest jednak wsparcie społeczeństwa, rozpoznawanie odpowiedzialności i obowiązków ratownika medycznego.

Internet to nie narzędzie ani prawne, ani opiniotwórcze w odniesieniu do pojedynczych przypadków. Ratownicy są zmęczeni z powodu i nieratunkowych wezwań przez pacjentów, i nieratunkowego traktowania zawodu przez dyspozytorów medycznych.

Istnieje potrzeba skuteczniejszych kampanii społecznych.

Ratownicy potrzebują ustawowego wsparcia oraz stabilności zawodowej, psychicznej i merytorycznej oraz feedbacku dotyczącego losów pacjentów leczonych przedszpitalnie i przekazanych do oddziałów szpitalnych.

Słowa kluczowe

ratownik medyczny, bezpieczeństwo, opieka przedszpitalna

Wstęp

Przemoc ze strony pacjentów najpewniej jest nieodłącznym zjawiskiem, zawsze towarzyszącym zawodom medycznym. W zależności od działalności medycznej, nagłości zdarzeń medycznych, zgromadzenia pacjentów niebezpieczeństwo będzie mniejsze lub większe. Prawdopodobnie zagrożenia dla personelu będą mniejsze w gabinecie prywatnym niż podczas zdarzenia masowego w pediatrycznym szpitalnym oddziale ratunkowym.

Wydaje się, ze ratownicy są w największym stopniu narażeni na przemoc ze strony pacjentów – wchodzą nagle w bezpośrednie kontakty interpersonalne z człowiekiem chorym cierpiącym, potrzebującym, wymagającym. Ponadto sytuacje, w których się znajdują się ratownicy mają swoje niespodziewane dynamicznie scenariusze. To może być przyczyną zagrożenia cielesnego, dużego narażenia na stres będącego przyczyną zespołu pourazowego i zaburzeń w sferze psychicznej oraz emocjonalnej. Ponadto odpowiedzialność zawodowa wiąże się z zagrożeniem cywilnoprawnym. Zależności takie zostały mocno udokumentowane wśród pielęgniarek – wydaje się zawodu nieco bezpieczniejszego od zawodu ratownika medycznego [1)].

Zagrożenia w zawodzie ratownika

Ratownik medyczny, krótko mówiąc, wykonuje piękny, odpowiedzialny i niebezpieczny zawód. Jest narażony na zarówno eustres, jak i distress. Związane jest to z nieprzewidywalnymi warunkami pracy i odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjenta. Odpowiedzialność cywilna i prawna pozostają:

- bez względu na to czy pacjent współpracuje, czy nie,
- bez względu na to, czy pacjent wyraża oczekiwanie pomocy, czy nie. Są bowiem pacjenci, którymi należy się zająć wbrew ich woli (np. z myślami samobójczymi). Takie sytuacje są o tyle trudne emocjonalnie, decyzyjnie i społecznie, że przy pacjencie obecna jest rodzina, są świadkowie, dziennikarze, ciekawscy – których postrzeganie sytuacji jest tendencyjne, subiektywne, pretensjonalne lub po prostu interesowne.

Zagrożenie ratownika wyraża się w wielu aspektach:

- fizyczny: od urazu spowodowanego warunkami w nagłym zagrożeniu zdrowia, poprzez infekcje drogą oddechową, świadomy lub nieświadomy kontakt z materiałem zakaźnym, do ataku i uszkodzenia przez agresywnego pacjenta czy inną osobę,
- prawne – brak zindywidualizowanej ochrony prawnej, brak pionu prawnego dla grupy zawodowej, praca na umowach cywilno-prawnych,

– psychiczne – przewlekły stres i brak *briefiengu* oraz *debriefiengu* (podsumowania, wglądu, analizy przed i po wydarzeniu), wypalenie zawodowe,
– psychofizyczne – wspomniana już przemoc ze strony pacjentów (jednocześnie uraz fizyczny i psychiczny).

Warto wspomnieć o dwóch rzeczach. Brak ochrony prawnej wynika poniekąd z faktu, ze ratownicy nie mają swojej organizacji tożsamej z Izbą Lekarską czy Izbą Pielęgniarską. Nie mają numerów praw wykonywania zawodu, organizacji reprezentującej, doradczej i przede wszystkim promującej, walczącej o ich prawa, obowiązki, ochronę i wizerunek [2].

Ratownik medyczny – funkcjonariuszem publicznym

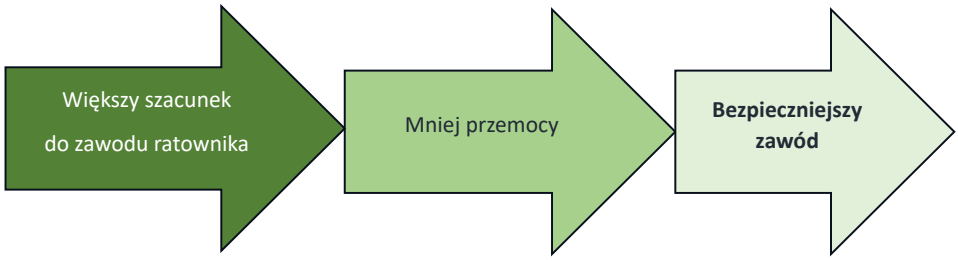
Zgodnie z art. 115 Kodeksu Karnego funkcjonariusz publiczny to: m.in. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej, poseł, senator, radny, osoba pełniąca czynną służbę wojskową, z wyjątkiem terytorialnej służby [3]. Utawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym dołącza ratownika medycznego do tego zacnego i uprzywilejowanego grona. Zgodnie z artykułem 5 – osoba udzielająca pomocy lub podejmująca medyczne czynności ratunkowe wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) korzysta z ochrony przewidzianej w kodeksie karnym., [3, 4].Artykuł 6 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym określa uprawnienia funkcjonariusza publicznego w osobie m.in. ratownika medycznego, czyli osobie, która poniosła szkodę na mieniu powstałą w następstwie udzielania przez nią pierwszej pomocy. Artykuł 6 mówi m.in., że ratownikowi wtedy przysługuje roszczenie o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa reprezentowanego przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce powstania szkody. Co więcej, w 2018 (zatem długo przed epidemią koronawirusa), prokurator generalny wydał dokument, w którym stwierdza, że „należy dbać o to, aby w środkach masowego przekazu znalazły się informacje zarówno o zatrzymaniu sprawców takich przestępstw, zastosowanych wobec nich środkach zapobiegawczych, jak i o orzeczonych karach oraz środkach karnych i kompensacyjnych [5]. Prokurator, oprócz bezzwłocznego zainicjowania i zlecenia czynności zmierzających do sprawnego i wnikliwego ustalenia, czy doszło do popełnienia przestępstwa na szkodę osób wchodzących w skład zespołu ratownictwa medycznego oraz prawidłowego zabezpieczenia dowodów, powinien podjąć niezwłoczne działania zmierzające do ustalenia i zatrzymania sprawcy, względnie sprawców tego czynu.

Sposoby zwiększenia bezpieczeństwa ratownika medycznego w opiece przedszpitalnej

Bezpieczeństwo ratowników w opiece przedszpitalnej zależy od:

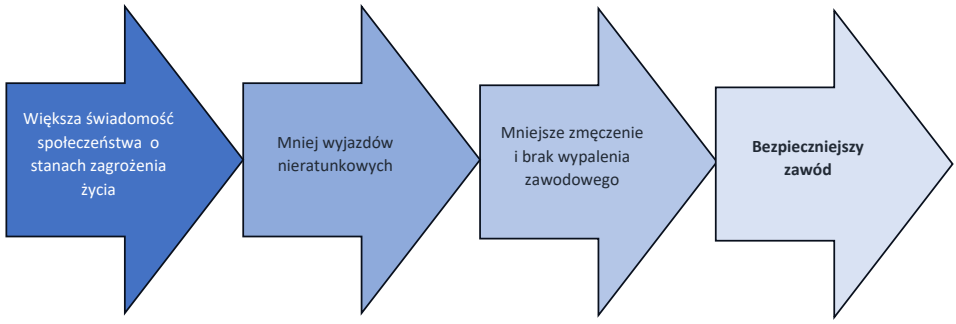
– szacunku wobec ratowników medycznych ze strony społeczeństwa i dyspozytorów medycznych wzbudzanego systematycznie poprzez pozytywne komunikaty (rys. 1) oraz kampanie społeczne;

Rysunek 1. Większy szacunek do zawodu ratownika medycznego zwiększy ostatecznie bezpieczeństwo ratownika w opiece przedszpitalnej – hipoteza własna.



– wiedzy społeczeństwa o ratownictwie, jego idei i o objawach stanów bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia (rys. 2).

Rysunek 2. Większa świadomość społeczeństwa o medycznych aspektach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia zwiększy ostatecznie bezpieczeństwo ratownika w opiece przedszpitalnej – hipoteza własna.



Szacunek wobec ratownika medycznego

Szacunek można wzbudzać zarówno pozytywnym, jak i negatywnym wzmocnieniem. Wykorzystanie mediów do korzystnego, prawdziwego wypowiadania się o trudnościach zawodu ratownika medycznego jest konieczne. Jesteśmy przyzwyczajeni, zę po dobrze przeprowadzonej akcji, zdarzeniu masowym, ciężkim wypadku samochodowym lub kolejowym – w mediach wypowiada się strażak. Bez wątpienia jest zawód z absolutnie najwyższym poważaniem społecznym. Agresja wobec strażaków i ich działań zasadniczo się nie zdarza. Rola ratownika jest bardzo złożona, mimo, iż ratowanie życia również jest przewodnią myślą. W rankingu zaufania społecznego zaufania do zawodów medycznych ratownik medyczny od paru lat jest na drugim miejscy za strażakiem, jednak dystans między pierwszym a drugim miejscem się zmniejsza [7)]. Warto dodać, że za ratownikiem jest lekarz, pielęgniarka (która jest aktualnie w rankingu ma tendencję w dół), profesor uniwersytecki oraz szewc, tokarz [7)]. Pozytywny mechanizm uzyskania społecznej estymy jest prosty – ratownik powinien być publicznie chwalony, doceniany za swoje dokonania. Nie tylko za bohaterstwo w akcji, ale za codzienną pracę, za kursy prowadzone dla młodszych i starszych, za udział w polu walki. Najpewniej seriale telewizyjne śledzące pracę ratowników medycznych są dobrym krokiem dla poprawy postawy wobec ratowników medycznych – niemniej nie odzwierciedlają rzeczywistości. Wiedza medyczna przedstawiana w serialach, mimo, że dość rzetelna, jest na drugim planie. Na pierwszym planie jest wątek sensacyjny, a na trzecim ratownik medyczny. Najczęściej przedstawiane są karetki pogotowia z lekarzami – co samo w sobie jest w Polsce aktualnie zjawiskiem rzadkim. Ze sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2023 r. wynika, że ZRM było zakontraktowanych dokładnie 1 599, w tym: 1 273 podstawowych (P), 319 specjalistycznych (S) [7)]. Taki trend jest w większości krajów europejskich. Ratownik medyczny, który będzie rozpoznawalny (kolor pomarańczowy – tzw. fluo) i kojarzony z osobą o umiejętnościach ratujących życie, przywracających zdrowie w stanach nagłych – będzie szanowany. Okresowo ratownik teraz usłyszy o tym, że „ma słuchać", że „ja na Ciebie płacę" etc.

Negatywne wzmocnienie to narzędzie, które również może spowodować wzrost znaczenia ratownika medycznego w oczach tych społeczności, których pozytywne komunikaty nie przekonują. Chodzi o karność negatywnych zachowań wobec ratownika medycznego. Decyzja prokuratora generalnego z 2016 roku była krokiem naprzód, jednak nie zmieniła finalizowania spraw związanych z agresją wobec ratownika medycznego (5). Nagłośnienie spraw wszczętych z powodu popełnienia przestępstwa wobec ratownika medycznego jest małe. Brak jest zwykle informacji o wyroku, a jeszcze mniej – o egzekucji wyroku. Mała jest wtedy dyskusja

społeczna i krytyka zachowań przemocowych. Kluczowym wydaje się popularyzacja terminu: funkcjonariusz publiczny.

Przepisami, które znajdują zastosowanie w przypadku wskazanym w art. 15a u.d.l., są art. 222 k.k., art. 223 k.k. oraz art. 226 k.k. Przypadki naruszenia nietykalności cielesnej, czynnej napaści i znieważenia osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym podczas lub w związku z pełnieniem przez tę osobę obowiązków służbowych, a także wtedy, gdy bezprawny zamach na nią został podjęty z powodu wykonywanego przez nią zawodu lub zajmowanego stanowiska podlegają przepisom kodeksu karnego. (tabela 1).

Tabela 1. Artykuły Kodeksu Karnego dotyczące funkcjonariusza publicznego.

Art.. Kodeks Karnego	Przestępstwo	Kara
Art. 222 k.k.	naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza grozi	grzywna lub kara ograniczenia lub pozbawienia wolności do 3 lat.
art. 223 k.k.	czynna napaść na funkcjonariusza publicznego (jeżeli z ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu funkcjonariusza publicznego	Kara pozbawienia wolności od roku do 10 lat (od 2 do 15 lat)
Art. 224 k.k.		
art. 226 k.k.	Znieważenie funkcjonariusza podczas wykonywania obowiązków służbowych (jeśli publicznie)	grzywna lub kara ograniczenia lub pozbawienia wolności do roku (do 2 lat)

k.k. – Kodeks Karny

Piotr Dymon, ówczesny prezes Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych, w wywiadzie udzielonym w 2020 roku stwierdził, że ratownik, mimo, iż korzysta z ochrony dla funkcjonariuszy publicznych, to wyroki są niskie i dodatkowo słabo egzekwowane. Osoby, które naruszają nietykalność ratownika medycznego są często pod wpływem alkoholu lub innego środka psychoaktywnego, nierzadko już mają problemy z prawem, są bezrobotni, niewypłacalni lub zwyczajnie lekceważą prawo. Kary grzywien nakładane na sprawcó są niskie np. 200 lub 300 złotych (rzadko 800), ponadto są to prace społeczne, przeproszenie ratownika. Piotr Dymon zaznacza, ze w przypadku napaści na policjanta czy żołnierza „kary są bardziej drastyczne” [8)]. Powszechnie w środowisku uważa się, że kary są niedotkliwe. W 2019 pojawił się projekt Ministerstwa Zdrowia dotyczący m.in. noszenia kamer nasobnych, dla rejestracji zdarzenia i przede wszystkim dla złagodzenia zachowań poprzez samo istnienie kamery jako narzędzia ochrony

dla ratownika. W srodowisku ratowników proponuje się obligatoryjną karę za konkretny częsty rodzaj przestępstw i procedurę egzekucji szybką, nierozłożona w czasie [8)]. Aktualnie tylko wszczęcie sprawy rozpoczyna się szybko, nawet kiedy informacje uzasadniające podejrzenie popełnienia przestępstwa pojawiają się w przekazach medialnych [5)].

Każdy kolejny etap prowadzący do nałożenia i wykonania wyroku jest na tyle czasochłonny oraz niezwiązany z dotkliwą zwykle zasądzoną karą, ze ratownicy medycznie najczęściej rezygnują z postępowania. Pracują w wielu jednostkach, mają bowiem wciąż stosunkowo niskie wynagrodzenia w odniesieniu do odpowiedzialności i niebezpieczeństwa ich zawodu, pracują na umowach cywilno-prawnych. Warto zaprezentować przykłady kar i przewinień, w szczególności tych rzadkich, którebyły3 przez dziennikarzy śledzone i opisane w mediach lub opublikowane przez sąd. Toruń, 2021, wina z tytułu art. 222 k.k., gdzie maksymalny wyrok wynosi 3 lata pozbawienia wolności. Kara zasądzona wynosi 800 zł grzywny i 400 zł dla ratownika medycznego. Za adwokata z urzędu i koszty zapłacił Skarb Państwa [9)]. Zabrze 2015, ratownik, który chciał pomóc dziecku, został pobity prze ojca dziecka – strongmena. Miał złamane kości żuchwy (długotrwały pobyt w szpitalu, rehabilitacja). W finale – strongmen został uniewinniony, zasądzono karę do zapłacenia każdemu członkowi zespołu (2 ratowników i lekarz). Tylko jeden ratownik otrzymał część kary, a najbardziej poszkodowany mimo nagłośnienia sprawy (łącznie z nagraniem programu dokumentalnego dla telewizji) nawet nie otrzymał pisemnej informacji o wyroku [10)]. Widać zatem, że nawet media nie są w stanie przełamać niektórych stereotypów lub niuansów istniejących w organach prawa. Jedynie w publikowanych wyrokach, rzadziej w mediach społecznościowych, czy ogólnie dostępnych materiałach telewizyjnych lub radiowych, można się doszukać wyroków np. 6 miesięcy [11)], czy 3 lat (za atak nożem na ratownika medycznego – [12)]. Nie bez precedensu pozostaje przypadek uniewinnienia atakującego. Atakujący używał wulgarnych i obelżywych słów oraz szarpał ratownika i popychał. Warto zauważyć, że wyrok w dokumencie sądowym zawiera 6700 słów. To poświęcony czas, energia sądu, nie wspominając o czasie i energii nieopłaconej świadków, oskarżonych, kosztach transportu. Koszty sądowe oczywiście ponosi Skarb Państwa [13)]. Uproszczenie kar i postępowania oraz upowszechnienie uproszczonego systemu karania i egzekucji wyroku byłyby dobrym rozwiązaniem zwiększającym karność państwa jako całości. Przede wszystkim zwiększyłoby to bezpieczeństwo ratownika medycznego w pracy poprzez budzenie strachu przed realną karą.

Kluczowym wydaje się popularyzacja terminu: funkcjonariusz publiczny.

W profilaktyce pierwotnej zwykle wykorzystującej mniej dotkliwe narzędzia. I tak w Australii prowadzono dwie kampanie medialne „Keep your hands off our Ambos!" I "If you hurt a Paramedic", a w Wielkiej Brytanii – „A world without

paramedics”[14, 15]. Filmy mają krótko nierzadko szokującą formę, czas poświęcony na zobaczenie filmu jest mniejszy niż ten na oglądanie reklam w przerwie filmowej[16].

Świadomość społeczeństwa o stanach zagrożenia życia

Naturalnym wydaje się, ze jeżeli każdy z nas będzie mieć wiedzę, jaka sytuacja to prawdziwe nagłe zagrożenie życia lub zdrowia, typu: - zawał serca, - udar mózgu, - zator płucny, - ostra niewydolność krążenia, czyli obrzęk płuc, - utrata przytomności, - stenokardialny ból w klatce piersiowej, - kołatania serca z akcją serca niemiarową lub miarową powyżej 140 – 150/min zauważoną pierwszy raz, - nagła duszność, - „ostry brzuch” (objawy), - inne z zakresu chirurgii urazowej lub ogólnej, - inne z zakresu położnictwa i ginekologii to wzywanie karetki będzie rzadsze Uruchomiony zostanie system Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) oraz wg NFZ Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (tzw. NOL – Nocna Opieka Lekarska albo NPL – Nocna Pomoc Lekarska). Hipotetycznie – jeśli potencjalny pacjent będzie miał wiedzę na temat wskazań do wezwania karetki Polskiego Ratownictwa Medycznego, czyli tzw. karetki pogodowa, najpewniej będzie wzywał ratownictwo medyczne rzadziej. Jeżeli system POZ oraz doradztwa w ramach farmaceuty (tzw. aptekarza) zadziała, ratownik medyczny będzie miał szansę skupi ć na leczeniu stanów nagłych, a nie na rozwiązywaniu logistycznych, administracyjnych i ambulatoryjnych problemów (gorączka, czy bezradność wobec pacjenta z rozpoznaną chorobą otępienną). Szczególnie wydaje się ważne nauczenie doraźnego leczenia nadciśnienia oraz nagłej nieregularnej arytmii (migotanie przedsionków) samych pacjentów. To już rola opiekujących się nimi specjalistów i lekarzy rodzinnych.

Paradoksalnie dyspozytorzy medyczni, którzy sami reprezentują grupę zawodową ratowników medycznych pracujących w ambulansach, wydają się tak zastraszeni nakazami pracodawców, wizją prokuratury oraz słabą, albo żadna ochroną prawną, że przyjmują jakiekolwiek wezwanie pacjenta lub jego rodziny. Zatem, nieuzasadnione wizyty są liczne, obciążają ratownika i powodują jego zmęczenie, zdenerwowanie. To sprzyja zdenerwowaniu i konfliktom.

Najnowszy raport Głównego Urzędu Statystycznego podsumowywujący rok 2023 w ochronie zdrowia i ratownictwie medycznym nie przekazuje optymistycznych danych. W porównaniu z rokiem 2022 liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w SORach i Izbach Przyjęć wzrosła o 8.4%. [17]. Z drugiej strony ZRM w Polsce najczęściej wyjeżdża nie do miejsc publicznych, tylko w 78% do domów. Tan sam raport potwierdza zmiany w charakterze wezwań ZRM: w 2018 liczba odsetek nieuzasadnionych wizyt wynosił 21%, a w 2022 60%. To właśnie obciążenie ratownika. Wydaje się zatem, że kampanie mające za zadanie zwiększenie wiedzy

społeczeństwa i zmiany systemowe w ochronie zdrowia i opiece ambulatoryjnej są absolutnie konieczne i pilnie wymagane.

Począwszy od najmłodszych – organizowane są konkursy plastyczne na temat telefonu 112, kończąc na bezpośrednim odbiorcy – w województwie małopolskim zorganizowano akcję „#112 to nie żarty". W 2019 roku utworzono spot w ramach kampanii „Sor(ry), tu się ratuje życie!". Spot jest 20 sekundowy, bardzo statyczny, wnętrza przedstawionego szpitala monotonne, a dla każdego kto choć trochę wie o medycynie – jest sztuczny i nieprofesjonalny [18)]. Nie szokuje, nie przyciąga oka, nudzi. Nie zawiera żadnego przekazu społecznego, merytorycznego.

Został mocno skrytykowany przez oglądających.

Przykładem państwa z doskonałą akcją promocyjną jest Australia Południowa. „Waiting is not an emergency" ("czekanie to nie nagła sytuacja") – to jedno z haseł kampanii. Spoty są kolorowe, dynamiczne. W sposób skondensowany przedstawiają, kiedy nie udawać się na SOR. Wykorzystuje się przy tym np. rozmowę młodych SMSami – taki przekaz jest zrozumiały [19, 20)].

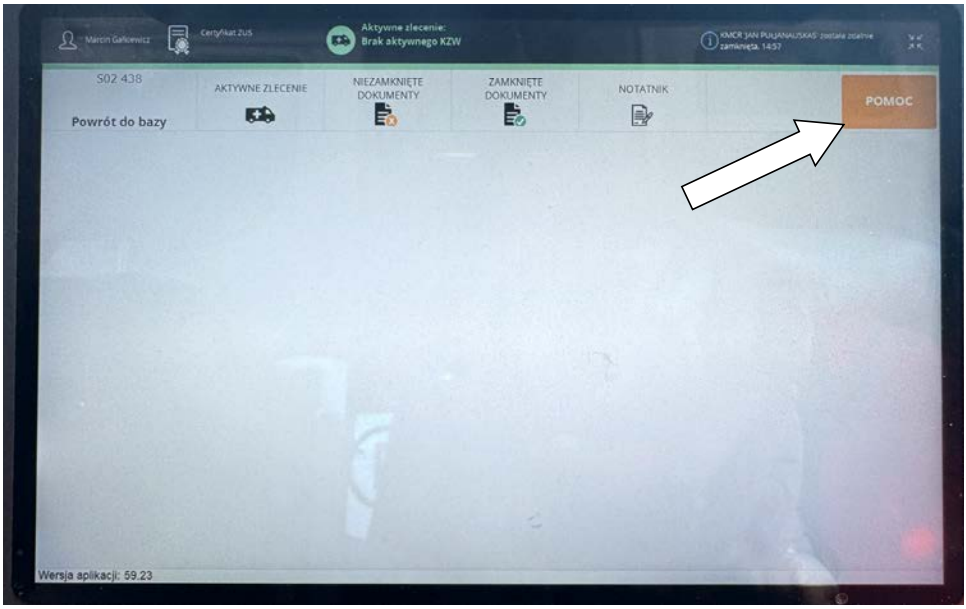
Sposoby ratowników na redukcję niebezpieczeństw

Każdy ZRM jest wyposażony w tablet z oprogramowaniem służącym do dokumentowania interwencji u chorego. Ponadto dla bezpieczeństwa ratowników przygotowano specjalną ikonę POMOC. Kiedy ZRM czuje się zagrożony naciska czerwoną ikonę. Wezwanie pomocy rejestruje dyspozytor medyczny i oddzwania do ZRM (dla wykluczenia ewentualnego przypadkowego naciśnięci). ZRM nie odbiera rozmowy – do ZRM natychmiast zostaje wysłana policja (ryc. 3)

Proponuje się również założenie rejestr zdarzeń niepożądanych, czyli ogólnokrajowy system anonimowego zgłaszania incydentów dotyczących bezpieczeństwa. Takie rozwiązanie (EMS Voluntary Event Notification Tool – E.V.E.N.T.) wprowadzono m.in. w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych w 2013 roku.

Ważnym elementem zwiększającym3 bezpieczeństwo ratowników są szkolenia. Można dołączyć szkolenia z samoobrony jako moduł w ramach okresowego szkolenia BHP z omówieniem prawnego aspektu obrony koniecznej. Ustawodawca ujął w kursach proponowanych do samokształcenia – kurs samoobrony. Oczywiście kurs taki jest płatny przez ratownika. Otrzymuje za niego 10 punktów edukacyjnych. Co 4 lata ka3żdy ratownik jest rozliczany z 200 punktów [21)]. Ponadto zakład pracy mógłby organizować kursy dla ochotników po godzinach pracy oraz brefiengi i debriefingi konkretnych zagrożeń zidentyfikowanych w danej jednostce ratownictwa medycznego. Niektóre przedsiębiorstwa organizują już dla swoich pracowników zarówno kontraktowych, jak i etatowych dopłaty do karnetów na zajęcia sportowe.

Rysunek 3. Ekran tabletu zespołu ratownictwa medycznego z ikoną POMOC wykorzystywaną w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia ratowników podczas pracy w karetce.



Innym rozwiązaniem proponowanym dla dwuosobowych ZRM jest zaproszenie innych służb, np. ratownika z przeszkoleniem policyjnym, czy wojskowym. Wymaga to wypracowania modelu współpracy lub wymiany. Taką współpracą można objąć regiony niebezpieczne lub wybrane dni i noce w tygodniu. Takie działania miałyby za zadanie również integrować środowiska i dać szansę ratownikom z policji, czy wojska utrzymać kompetencje i doświadczenie.

Od dawna jest mowa o lepszym wyposażeniu ratownika w środki ochrony – chodzi o odzież ochronną odporną na przecięcia, czy przebicia ostrym narzędziem kamizelki pochłaniające energię uderzenia. Wspomniane zmiany są w niektórych zespołach wprowadzone w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. Tamże również kupowane są kuloodporne karetki.

Dla ostrzeżenia ZRM dyspozytor medyczny może odnotować na wezwaniu możliwość wystąpienia zagrożenia pod danym adresem. W Wielkiej Brytanii (London Ambulance Service) w celach zwiększenia bezpieczeństwa, ale i sprawniejszego dotarcia do pacjenta – wzywający karetkę po przyjęciu powiadomienia otrzymuje krótki nagrany komunikat telefoniczny. Zostaje poinformowany o: - konieczności zapalenia światła przy bramie, wejściu do posesji, - konieczności zamknięcia psa lub innych zwierząt, - konieczności otwarcia drzwi od wewnątrz.

Pogotowia winny tworzyć listy niebezpiecznych adresów (jak to aktualnie ma miejsce w Irlandii, czy Anglii). W Londynie do wezwania w tych lokalizacjach zawsze wzywana jest jednocześnie policja. Policjanci wchodzą na miejsce zdarzenia jako pierwsi. Kierowca ambulansu ma obowiązek zatrzymać się w bezpiecznej odległości od miejsca wezwania do czasu przybycia policjantów.

Zakończenie

Ratownik w opiece przedszpitalnej nie jest bezpieczny. Część zagrożeń jest wpisana w zawód – np. narażenie na infekcje. Większość jednak jest zależna od szacunku społecznego wobec ratownika i wiedzy społeczeństwa o tym zawodzie oraz o stanach nagłego zagrożenia życia. Dotychczasowe środki najpewniej są niewystarczające ponieważ i liczba nieuzasadnionych wezwań karetek pogotowia, i przypadków agresji wobec ratownika jest coraz większa. Potrzebne i konieczne jest prowadzenie kampanii informacyjnej o zawodzie ratownika, oraz o funkcjonowaniu ratownictwa medycznego oraz o uzasadnionych powodach wezwań karetki i interwencji na SOR. Ratownik szanowany najpewniej nie będzie postrzegany jako wróg, czy niekompetentna osoba. Ratownik skupiony na sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowia i życia będzie bardziej wypoczęty, bez tendencji do wypalenia zawodowego. Przy odpowiedniej prawnej egzekucji jego praw będzie się czuł bezpieczny.

Bibliografia

1. K. Szwamel, L. Sochocka, Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2014, nr 4, s. 150.
2. https://www.gov.pl/web/zdrowie/komitet-organizacyjny-samorzadu-ratownikow-medycznych – dostęp 17.06.2024
3. Kodeks Karny. Dz. U.2024.17 t.j. Akt obowiązujący. Wersja od: 14 marca 2024 r. do: 30 czerwca
4. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym Dz. U. 2006 Nr 191 poz. 1410.
5. Wytyczne Nr 9/2018 Prokuratora Generalnego z dnia 14 listopada 2018 r. w sprawie zasad prowadzenia postępowań przygotowawczych o przestępstwa popełniane na szkodę osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego oraz osób udzielających świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych.
6. https://swresearch.pl/news/zawody-z-najwiekszym-prestizem-w-2023-strazak-i-ratownik-medyczny-ponownie-przoduja-w-rankingu – dostęp 17.06.2024

https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/liczba-karetek-specjalistycznych-stale-spada-potwierdzaja-dane-nfz – dostęp 16.06.2024

7. https://www.medexpress.pl/zawody-medyczne/czy-kary-za-napasc-na-ratownika-medycznego-w-polsce-są-egzekwowane-78470/ – dostęp 16.06.2024
8. (https://nowosci.com.pl/torun-800-zl-grzywny-za-atak-na-ratownika-medycznego-96-proc-ratownikow-doswiadcza-agresji-w-pracy/ar/c14-15835307 – dostęp 16.06.2024
9. https://tvn24.pl/katowice/chcial-pomoc-dziecku-zostal-pobity-przez-ojca-34-latek-z-zarzutami-ra553567-ls3304911 – dostęp 16.06.2024
10. https://ratownicy24.pl/jest-wyrok-dla-pacjenta-ktory-zaatakowal-ratownika-medycznego/ – dostęp 16.06.2024
11. https://www.saos.org.pl/judgments/355573 – dostęp 16.06.2024
12. https://orzeczenia.pulawy.sr.gov.pl/content/$N/153005400001006_II_K_001004_2017_Uz_2018-09-18_001 – dostęp 16.06.2024
13. https://immersioncreative.com/projects/imagine-a-world-without-paramedics – 15.06.2024
14. https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/conditions/challenging+behaviour/keep+your+hands+off+our+ambos – 15.06.2024
15. https://www.youtube.com/watch?v=fDmrPZ0sh6o – dostęp 16.06.2024
16. Raport GUS – informacje sygnalne 25.04.2024. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2023 r. – https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-doraznа-i-ratownictwo-medyczne-w-2023-roku,14,8.html – dostęp 16.06.2024
17. https://www.youtube.com/watch?v=hjn-jKRBI-Q – dostęp 16.06.2024
18. https://www.youtube.com/watch?v=pRe9GCX8Rgo&list=PLA71643321ADFAFC-C&index=7 – dostęp 16.06.2024
19. https://www.youtube.com/watch?v=KifolSGpQM4&list=PLA71643321ADFAFC-C&index=5 – dostęp 16.06.2024
20. Ustawa z dnia 8 września 2016 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r., poz. 1720, z późn. zm)

dr hab. Ryszard Szynowski

Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej
rszynowski@wsb.edu.pl
ORCID: 0000-0003-1571-5909

Ludność cywilna w czasie konfliktu zbrojnego

Streszczenie

Osoby cywilne jako szczególnie zagrożone w toku konfliktu zbrojnego, potrzebują ochrony, podlegają w ramach międzynarodowego prawa humanitarnego konfliktów zbrojnych, wyjątkowo silnej ochronie prawnej. Niestety, ze względu na sposób prowadzenia działań wojennych oraz stosowane środki walki, życie i zdrowie ludności cywilnej jest narażone na rozmaite niebezpieczeństwa. Niebezpieczeństwa te są jeszcze większe w przypadku osób ze szczególnymi potrzebami, ponieważ bariery instytucjonalne i środowiskowe oraz czynniki ryzyka zaostrzają się w sytuacjach kryzysowych lub konfliktowych. W artykule Autor omawia ograniczenia (bariery) dotyczące ochrony ludności cywilnej w czasie konfliktu zbrojnego.

Słowa kluczowe

ochrona ludności, osoby ze szczególnymi potrzebami, konflikt zbrojny, wojna.

Wstęp

Kiedy zastanawiam się nad przedstawieniem problematyki ludności cywilnej w czasie wojny, przychodzi mi na myśl sytuacja, która zaistniała podczas bitwy pod Alezją, a w zasadzie w czasie oblężenia Alezji (około 30 km na zachód od dzisiejszego Dijon we Francji). W mojej ocenie, zaistniała wtedy sytuacja w pewien sposób obrazuje okoliczności, problemy, jak również bezradność, bezsilność, niemoc ludności cywilnej w czasie zmagań wojennych. Wskazuje również na bariery, jakie musimy pokonać, by poprawić los ludności cywilnej w czasie wojny.

Bitwa pod Alezją, stoczona została pomiędzy oblegającymi galijskie miasto Alezja wojskami rzymskimi, którymi dowodził Gajusz Juliusz Cezar, a siłami zbuntowanych Galów, pod wodzą młodego księcia Wercyngetoryksa. Siły rzymskie wynosiły 60 tysięcy żołnierzy, jazda od 1000 do 1500 jeźdźców. Siły galijskie wynosiły 80 tysięcy żołnierzy pod dowództwem Wercyngetoryksa, zamknięte w twierdzy w Alezji, oraz 120-250 tysięcy sił wsparcia. Jazda wynosiła około 4 tysięcy jeźdźców[1]. Juliusz Cezar otoczył miasto podwójną linią umocnień. Jedna linia dla obrony przed wojskami idącymi na odsiecz Alezji, druga zaś to linia umocnień przed wojskami Wercyngetoryksa, które atakowały rzymskie wojska z miasta Alezji. Była jeszcze trzecia linia obrony, oczywiście linia wojsk galijskich chroniących miasto Alezję, przed wojskami rzymskimi. Zapasy żywności w Alezji, wystarczyły na 30 dni oblężenia, przy długotrwałym oblężeniu przez wojska rzymskie zaczęło brakować żywności dla wszystkich przebywających w mieście, pojawiły się przypadki kanibalizmu. Wercyngetoryks postanowił usunąć z miasta poza jego mury osoby, które nie walczyły, ludność cywilną: starców, kobiety i dzieci, osoby chore – licząc, że Juliusz Cezar pozwoli na uratowanie tej ludności. Ale tak się nie stało; ludność cywilna pozostała na ziemi niczyjej i tam zmarła z pragnienia i głodu, odgrodzona od przetrwania trzema, nazwijmy to, murami (barierami).

Dla mnie ta historia staje się znamienna, a te trzy linie umocnień, mury czy bariery, do dzisiaj symbolizują sytuację ludności cywilnej w czasie konfliktów zbrojnych.

Bariera pierwsza. Pierwszy mur: cele polityczne i cele wojskowe

prowadzonej wojny i pytanie czy musimy poświęcać ludność cywilną dla celów politycznych czy wojskowych? Przyjmując tezę, że wojna jest niczym innym, jak dalszym ciągiem polityki przy użyciu innych środków: słyszymy, że politycy bardzo

1 T. Romanowski, Alezja 52 r. p.n.e., Wydawnictwo Bellona, Warszawa 2006.

często używają słowa „bezpieczeństwo" w różnych odmianach i kontekstach, szczególnie wobec narodu/ludności naszego kraju. Ala czymże jest to bezpieczeństwo w przypadku wojny? Jeżeli przyjmiemy, że bezpieczeństwo to: przetrwanie i możliwość swobodnego rozwoju jednostki, grupy ludzi czy całych narodów[2], to w czasie wojny pojęcie to ulega zmianie o 180 stopni i ogranicza się tylko do trwania lub przetrwania ludności cywilnej.

To trwanie ludności cywilnej, przybiera różne formy udziału ludności w zaistniałej sytuacji wojny: część ludności cywilnej zmienia swoją rolę, podlegają mobilizacji i zostają – tutaj posługując się określeniami międzynarodowego prawa humanitarnego konfliktów zbrojnych (MPH) – kombatantami lub niekombatantami. Zostają osobami biorącymi udział bezpośrednio w walce zbrojnej, w starciach zbrojnych.

Druga grupa ludności cywilnej, zapewnia funkcjonowanie sił zbrojnych biorących udział w walkach. Nazwalibyśmy ją „grupą produktywną", istotną dla prowadzenia wojny. Niezwykle potrzebną w czasie trwania wojny.

I jest też trzecia grupa ludności cywilnej, to osoby starsze, kobiety, dzieci, osoby z niepełnosprawnościami – ta grupa wymaga opieki, angażowania sił, zapewnienia środków do życia, organizowania pomocy medycznej. Innymi słowy zapewnienia możliwości przetrwania. Niestety ta ostatnia grupa ludności w oblężonej Alezji stała się ciężarem, ze względu na defensywne cele działań Wercyngetoryksa. Czysta obrona celuje tylko w samoprzetrwanie walczących, a ludność cywilna nie zwiększała siły broniącego, ani nie stwarzała zagrożenia dla strony atakującej. Zatem nie zapewniała zwycięstwa i osiągnięcia celu politycznego czy militarnego. W wojnie, osiągnięcie celów jednaj strony, godzi w podstawy istnienia drugiej, aż do fizycznego zniszczenia, a przynajmniej prowadzi do znacznego ograniczenia jej – w sensie suwerenności politycznej, gospodarczej, terytorialnej lub wojskowej.

Bariera druga.
Mur drugi: istota konfliktu zbrojnego/wojny/aspekt prawny i organizacyjny.

Często posługujemy się pojęciami wojna lub konflikt zbrojny. Ale czy są miedzy tymi pojęciami różnice w ujęciu definicyjnym? Czy można prowadzić działania zbrojne, jednocześnie chroniąc ludność cywilną, uwzględniając aspekt prawny i organizacyjny?

Zacznijmy od pytania: kiedy mamy do czynienia z konfliktem zbrojnym, a kiedy z wojną? Pojęcie konfliktu zbrojnego jest szersze od pojęcia wojny, gdyż

2 Administracja wojskowa w systemie bezpieczeństwa narodowego. Wydawnictwo Akademii Obrony Narodowej, Warszawa 2013, s. 22-35.

obejmuje wszelkie przejawy walki zbrojnej, natomiast wojna, ujmowana tradycyjnie, jest przeciwstawiana stanowi pokoju i oznacza sytuację walki zbrojnej między państwami i dodałbym, że jest zorganizowaną (przygotowaną) formą konfliktu zbrojnego między państwami, narodami itd. Cechą wspólną dla tych dwóch pojęć jest prowadzenie walki zbrojnej, działań wojennych, które co do swej istoty podlegają pewnym zasadom, regułom, prawom czy przyjętej strategii[3].

Z jednej strony mamy do czynienia z uzasadnioną historycznie i naukowo wiedzą o sposobach prowadzenia działań wojennych (walk, bitew, operacji) czyli sztuką prowadzenia wojen, nazwaną sztuka wojenną, mówiącą o jej zasadach i prawach wojny, a także umiejętnego praktycznego ich zastosowania w konkretnej sytuacji. Z drugiej strony funkcjonuje międzynarodowe prawo konfliktów zbrojnych, które stanowi zbiór norm zaakceptowanych przez społeczność międzynarodową, dotyczących dozwolonych sposobów prowadzenia konfliktów zbrojnych, ochrony ich ofiar oraz uczestników. Mam na myśli podstawowe normy oraz zasady międzynarodowego prawa humanitarnego[4].

Porównując zasady sztuki wojennej i zasady MPH zauważamy, że są one odmienne dla zaistniałej sytuacji konfliktu zbrojnego czy wojny. Zasady sztuki wojennej nie podejmują tematu humanitaryzmu w konflikcie zbrojnym, ponieważ celem konfrontacji militarnej ma być fizyczne rozbicie sił przeciwnika oraz pozbawienie go woli walki. Istotne jest pokonanie przeciwnika, a właściwie jego zniszczenie.

Normy i zasady MPH starają się ograniczyć użycie różnych środków i metod walki stosowanych w czasie wojny i konfliktu zbrojnego. Ale jak uczy historia, zasady te nie są przestrzegane w czasie konfliktu zbrojnego. Nie będę omawiał wszystkich zasad, ale odniosę się do jednej zasady, zakazu zadawania zbędnego cierpienia. Zakaz zadawania zbędnego cierpienia – zabrania stosowania broni, pocisków i materiałów, które mogą powodować zbędne cierpienia. Zdarzało się, że poprzez środki masowego przekazu budowano w naszej świadomości obraz takiej nazwijmy to „czystej wojny" gdzie ginie tylko przeciwnik, nie ma strat własnych i strat w ludności cywilnej np. obraz wojny w Iraku. W wojnie gdzie stosujemy inteligentne środki rażenia typu „wystrzel i zapomnij", amunicję precyzyjną, czy środki BSP (tzw. drony) to i tak nie unikniemy strat w ludności cywilnej. Środki rażenia mają system rozpoznania swój-obcy, ale nie mają przecież systemu rozpoznania typu żołnierz-osoba cywilna. I historyczną prawdą jest też to, że jeśli istnieje w magazynach wojskowych środek, który może zapewnić danej stronie

3 Zob.: *Leksykon obronności. Polska i Europa*, red. M. Huzarski, J. Wołejszo. Wydawnictwo „Bellona", Warszawa 2014, s. 31 oraz R. Kuźniar, *Polityka i siła. Studia strategiczne – zarys problematyki*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006, s. 46-54.

4 Zob.: R. Szynowski, *Prawo konfliktów zbrojnych zagadnienia podstawowe* [w:] *Podstawy wiedzy o państwie i prawie. Podręcznik dla studentów bezpieczeństwa narodowego i bezpieczeństwa wewnętrznego* [w:] red. A. Korybskiego, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2012, s. 193-206.

zwycięstwo w konflikcie zbrojnym, to na pewno zostanie użyty, bez względu na przywołane zasady MPH. To samo dotyczy stosowania metod walki np. represalia w stosunku do ludności cywilnej – symetryczna działalność odwetowa, będąca odpowiedzią na bezprawną działalność drugiego państwa, środkami takimi samymi (czyli także bezprawnymi), lecz usprawiedliwionymi w konkretnej sytuacji (np. zajęcie majątku drugiego państwa, czy egzekucje ludności cywilnej, w odwecie za działania partyzanckie).

Aspekt organizacyjny i prawny dotyczy tworzenia organizacji mających status międzynarodowy, których celem jest ochrona i pomoc ludności cywilnej w czasie konfliktu zbrojnego, a których to organizacji zabrakło dla ludności cywilnej w oblężonej Alezji. Znamiennym jest, że organizacje te przez wiele lat tworzyły się samoistnie, oddolnie np. w Polce, po pierwszej wojnie światowej, różnego rodzaju stowarzyszenia obrony przeciwlotniczej czy przeciwgazowej, a tworzenie ich wynikało ze stosowania przez wojsko nowych środków walki. Dopiero po II wojnie światowej organizacje te w Polsce zyskały status państwowy i międzynarodowy, a myślę tutaj o Obronie Cywilnej i innych organizacjach, które widzimy jak dzisiaj są potrzebne, czy to na Ukrainie czy też w Strefie Gazy. Niestety w Polsce Obrona Cywila nie istnieje pod względem prawnym.

Bariera trzecia: myślenie o wojnie. Konsekwencje dla ludności cywilnej.

W literaturze i sztuce patrzymy na zjawisko wojny powiedziałbym różnie. Z jednej strony gloryfikujemy nasze zwycięstwa, a z drugiej uzasadniamy nasze porażki. Często możemy to zauważyć w słowach śpiewanych piosenek np. „Wojenko, wojenko, cóżeś Ty za Pani, że za tobą idą chłopcy malowani", czy też piosenka o żołnierzach z Westerplatte „Kiedy się wypełniły dni i przyszło zginąć latem, prosto do nieba czwórkami szli, żołnierze z Westerplatte. I tak śpiewali: Ach, to nic, że tak bolały rany, bo jakże słodko teraz iść, na te niebiańskie polany". Myślenie o wojnie to też kwestie wychowania. Pamiętam, że kiedy byłem małym chłopcem, naszą ulubioną zabawą była właśnie zabawa w wojnę, podobne sceny z mojego dzieciństwa, w minionym roku obserwowałem w jednej z dzielnic w Jerozolimie – chłopców bawiących się w wojnę. Dzisiaj ta „zabawa" w tej części świata stała się faktem. Zabawy w wojnę są ogólnie dostępne i powszechne, ponieważ możemy znaleźć wiele gier w tzw. sieci, właśnie związanych z wojną i zabijaniem, zabaw niby niewinnych np. War of Taks, ale jakie spustoszenie w umysłach młodych ludzi czynią takie zabawy – bezmyślne zabijanie.

A jakie są konsekwencje wojny dla ludności cywilnej? Do negatywnych konsekwencji konfliktów zbrojnych zaliczymy straty ludnościowe, ale także patologie

społeczne (np. narkomanię czy nadmierną skłonność społeczeństw do agresji), udział dzieci w konfliktach zbrojnych (tzw. dzieciżołnierze), niekontrolowane migracje, nadmierne zbrojenia, zniszczenia i załamanie gospodarcze czy podejmowanie prób produkcji broni masowego rażenia.

Trudno oszacować, ile osób w skali globalnej zginęło w wojnach. Systematycznie jednak wzrasta liczba ofiar cywilnych. Dla porównania: w I wojnie światowej ludność cywilna stanowiła 5% strat ludzkich, w II wojnie światowej – 50%, w niektórych konfliktach etnicznych w Afryce straty te wynoszą nawet 80–85%[5]. Polska po drugiej wojnie światowej straciła około 17% populacji z przed wojny. W wyniku bezpośrednich działań wojennych zginęło ok. 644 tys. osób – 5,3 mln osób zginęło za sprawą terroru. Liczba osób zabitych przez Armię Radziecką lub zmarłych w ZSRR jest szacowana na od 0,5 do 1,5 mln Polaków. Największe straty poniosła inteligencja, głównie adwokaci (58%), lekarze (38%), pracownicy wyższych uczelni (28%)[6]. W wyniku działań wojennych, terroru, spadku przyrostu naturalnego oraz emigracji ludność Polski w 1945 roku stanowiła 23,9 mln osób. Stan z 1939 roku (34,8 mln) udało się osiągnąć dopiero w 1978 roku[7].

Do negatywnych konsekwencji konfliktów zbrojnych zaliczymy także patologie społeczne:

- Narkomania – patrz: wojna w Wietnamie czy wojna w Czeczenii, ale także wojna w Afganistanie, która przyczyniła się do rozwoju „przemysłu" narkotykowego.
- Nadmierna skłonność społeczeństw do agresji – wojna futbolowa lub wojna stu godzin – krótkotrwały konflikt zbrojny pomiędzy Salwadorem a Hondurasem, a powodem wybuchu wojny był przegrany przez Honduras 15 czerwca 1969 mecz w czasie eliminacji do mistrzostw świata w piłce nożnej.
- Udział dzieci w konfliktach zbrojnych – tzw. dzieciżołnierze czyli każdej osoby w wieku poniżej osiemnastego roku życia, która jest członkiem wszelkiego rodzaju regularnych i nieregularnych sił zbrojnych oraz ugrupowań zbrojnych i występuje w nich w jakimkolwiek charakterze, włączając w to między innymi funkcje kucharzy, bagażowych, posłańców oraz wszelkich innych osób takim grupom towarzyszących, z wyłączeniem jedynie członków ich rodzin. Definicja powyższa dotyczy także dziewcząt rekrutowanych do celów seksualnych oraz zmuszanych do małżeństw.

5 *Konflikty zbrojne we współczesnym świecie*, https://zpe.gov.pl/a/konflikty-zbrojne-we-wspolczesnym-swiecie/DtXFbf0BZ (dostęp: 10.05.2024) oraz zob.: R. Borkowski, *Konflikty zbrojne współczesnego świata*, Wydawnictwo AGH, Kraków 2001.

6 *Straty osobowe i ofiary represji pod okupacją niemiecką,* Instytut Pamięci Narodowej, (dostęp: 10.05.2024) https://www.straty.pl/ oraz S. Sieradzki, *Niemiecki koń trojański*. Wprost (nr 38/03), 2003.

7 *Zmiany liczby ludności Polski i Europy po 1945 r. na podstawie danych statystycznych,* https://zpe.gov.pl/a/zmiany-liczby-ludnosci-polski-i-europy-po-1945-r-na-podstawie-danych-statystycznych/DSMSLSptZ (dostęp: 10.05.2024).

- Traktowanie kobiet – gwałt jako strategia wojenna, opisana w książce Christiny Lamb, brytyjskiej dziennikarki i korespondentki, „Nasze ciała, ich pole bitwy. Co wojna robi kobietom?", czy regulacje Traktatu Rzymskiego Międzynarodowego Trybunału Karnego z 1 lipca 2002 r., które zaliczają gwałt, niewolnictwo seksualne, przymusową prostytucję, przymusową ciążę, przymusową sterylizację oraz „każdą inną formę przemocy seksualnej o porównywalnym ciężarze gatunkowym", do zbrodni wojennych i zbrodni przeciwko ludzkości,
- Niekontrolowane migracje i rosnąca fala uchodźców. Do Europy ucieka coraz większa grupa ludzi, szukając ochrony przed krwawymi wojnami, biedą i głodem. Rodzi to liczne problemy i obawy społeczeństw.
- Nadmierne zbrojenia – W 2023 roku na wojsko przeznaczono na całym świecie przeszło 2443 mld dolarów. Oznacza to, że każdy mieszkaniec naszej planety, bez względu na płeć, wiek czy status społeczny, wydał na obronność w ubiegłym roku ponad 300 dolarów[8].
- Zniszczenia i załamanie gospodarcze – według szacunków, w Polsce w trakcie II wojny światowej, zniszczono ok. 38% wartości majątku narodowego (podczas gdy po I wojnie światowej zniszczenia oszacowano na ok. 10%). Straty w majątku trwałym przekroczyły 38% przedwojennej wartości – 35% budynków przemysłowych oraz 52% urządzeń elektrycznych[9].

Podsumowanie

Podsumowując moje wystąpienie, posłużę się cytatami wielkich pisarzy na temat wojny i jej istoty, tak w odniesieniu do samego zjawiska wojny i konfliktów zbrojnych jak również do ochrony ludności cywilnej w czasie ich trwania, które przytoczyłem. „Wojna. Straszna jest, straszniejsza niż ją malują. Nawet najgroźniejszy obraz jej brzydoty nie pokaże wszystkiego. Okropna jest ona, paskudna. Nienawistna. Potworna. … Kiedy wreszcie człowiek przestanie być wilkiem dla człowieka?"(Henryk Sienkiewicz). „Co za różnica, kto wygrał? Czy to w ogóle ma jakieś znaczenie? Nieważne, kto wygra, kto przegra. Wojna wygrywa zawsze i tak. A co dostajemy z wojny? Nic. Czystą pustkę. A potem, do następnego okrągłego stołu, znowu zaczyna się od nowa" (Ernest Hemingway).

Postanowiłem również przedstawić mój własny pogląd na to zjawisko, który wykrystalizował się szczególnie w ostatnich kilkudziesięciu latach. Postępujący

8 Globalne wydatki na wojsko galopują. Te regiony zbroją się najszybciej, https://forsal.pl/swiat/bezpieczenstwo/artykuly/9494517,globalne-wydatki-na-wojsko-galopuja-te-regiony-zbroja-sie-najszybciej.html, (dostęp: 10.05.2024).

9 I. Kienzler, *Gospodarka i pieniądze. Kronika PRL 1944–1989.* T. 33. Wydawnictwo Edipresse Kolekcje, Warszawa 2017, s. 7.

proces uruchamiania mechanizmów przybliżających Europę do wojny, nazywam zjawiskiem kameleona polującego na swą ofiarę, który porusza się ruchem „drżącego na wietrze liścia". W latach 90 minionego wieku zachłysnęliśmy się nową drogą w demokrację i pochwałą do pokojowego współistnienia wyłaniających się z państwowego niebytu narodów. Zniknęły bloki wojskowe, nastąpiła redukcja broni masowego rażenia i broni konwencjonalnych. Nastąpiło masowe obniżenie stanów osobowych w armiach dotychczasowych przeciwników zorganizowanych w dwóch blokach militarnych.

Przez trzydzieści lat strategie państw, w tym Polski, mówiły że wojny w Europie i w pobliżu granic naszego kraju nie będzie. I taki stan trwał aż do 2014 roku. Czy faktycznie mogliśmy tak sądzić? Przecież ta wojna, ten kameleon przybliżał się powoli do granic Europy i naszego kraju, przybierając różne barwy (nazwy): zimna, gorąca, hybrydowa, cybernetyczna, asymetryczna, jako forma mimetyzmu czatująca na potencjalne ofiary. Ten kameleon jest daleko od Europy gdzie poluje na swe ofiary: w Liberii (1989-1996), w Etiopii (1989-1991), w Zatoce Perskiej (1990 Irak). Czasem podchodzi do Europy: wojna w Chorwacji (1991-1995) czy wojna w Bośni (1992-1995), następnie się wycofuje do Konga (1998-2003) czy Afganistanu (2001) i ponownie wraca do Europy, do Gruzji (2008) i na Ukrainę (2014). Wtedy jeszcze wielu polityków nie wierzy że wojna w Europie jest możliwa. Ostatecznie „lew na ziemi" dopada swoją ofiarę w Europie, na Ukrainie i mocno trzyma (2022). Trwająca wojna na Ukrainie, wciąga powili inne kraje europejskie, budzi obawy w społeczeństwach wielu państw i legitymizuje działania wielu polityków, którzy posługując się pojęciem bezpieczeństwa (militarnego) przygotowują się do ewentualnego, a w mniemaniu wielu z nich, nieuchronnego konfliktu zbrojnego.

Bibliografia

Borkowski R., Konflikty zbrojne współczesnego świata, Wydawnictwo AGH, Kraków 2001.

Globalne wydatki na wojsko galopują. Te regiony zbroją się najszybciej, https://forsal.pl/swiat/bezpieczenstwo/artykuly/9494517,globalne-wydatki-na-wojsko-galopuja-te-regiony-zbroja-sie-najszybciej.html, (dostęp: 10.05.2024).

Kienzler I., Gospodarka i pieniądze. Kronika PRL 1944–1989. T. 33. Wydawnictwo Edipresse Kolekcje, Warszawa 2017.

Konflikty zbrojne we współczesnym świecie, https://zpe.gov.pl/a/konflikty-zbrojne-we-wspolczesnym-swiecie/DtXFbf0BZ (dostęp: 10.05.2024).

Kuźniar R., Polityka i siła. Studia strategiczne – zarys problematyki. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006.

Leksykon obronności. Polska i Europa, red. M. Huzarski, J. Wołejszo. Wydawnictwo „Bellona", Warszawa 2014.

Romanowski T., Alezja 52 r. p.n.e., Wydawnictwo Bellona, Warszawa 2006.

Straty osobowe i ofiary represji pod okupacją niemiecką, Instytut Pamięci Narodowej, (dostęp: 10.05.2024) https://www.straty.pl/ oraz S. Sieradzki, Niemiecki koń trojański. Wprost (nr 38/03), 2003.

Szynowski R., Administracja wojskowa w systemie bezpieczeństwa narodowego. Wydawnictwo Akademii Obrony Narodowej, Warszawa 2013.

Szynowski R., Prawo konfliktów zbrojnych zagadnienia podstawowe [w:] Podstawy wiedzy o państwie i prawie. Podręcznik dla studentów bezpieczeństwa narodowego i bezpieczeństwa wewnętrznego [w:] red. A. Korybskiego, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2012.

Zmiany liczby ludności Polski i Europy po 1945 r. na podstawie danych statystycznych, https://zpe.gov.pl/a/zmiany-liczby-ludnosci-polski-i-europy-po-1945-r-na-podstawie-danych-statystycznych/DSMSLSptZ (dostęp: 10.05.2024).

Q&A

- W jaki sposób (krok po kroku) rozpocząć na uczelni wyższej procedury zmierzające do wprowadzenia faktycznych zmian ułatwiających pracę dydaktykom ze szczególnymi potrzebami? (dr Karolina Paluszek)

W tej kwestii jest bardzo wiele do zrobienia. Przede wszystkim, należy zadbać o to, aby organy/ jednostki uczelniane powołane do zwiększania dostępności uczelni miały formalne kompetencje do wspierania pracowników/zleceniobiorców/współpracowników ze szczególnymi potrzebami (w tym dydaktyków i badaczy). Uczelnie mają jednostki wyspecjalizowane we wsparciu niepełnosprawnych, zatrudniają kompetentny personel. Niestety w wielu uczelniach wsparcie oferowane przez takie jednostki ogranicza się do wsparcia nauczycieli w kształceniu osób niepełnosprawnych (np. przez szkolenia), niezwykle często brakuje nawet formalnego umocowania takich jednostek do wspierania osób niepełnosprawnych pracujących w uczelni, chociaż dotacja dla uczelni na cele wspierania osób niepełnosprawnych zawiera komponent pracowniczy. Następnie trzeba stworzyć katalog usług oferowanych pracownikom, który powinien powstawać przy współpracy samych zainteresowanych. Nie zawsze potrzeby pracowników będą zbieżne z potrzebami osób pobierających kształcenie (np. winda w budynku będzie służyła zarówno studentom, jak i nauczycielom akademickim, ale studentowi wystarczy bezprogowe wejście do auli, podczas gdy wykładowca powinien mieć możliwość dojścia do mównicy, katedry, mikrofonu). Uważam, że uczelnia powinna zaproponować katalog przykładowych usług wspierających (a nie ograniczać się do wzniosłych haseł tolerancji i niedyskryminacji), ale procedura musi uwzględniać zindywidualizowanie świadczeń na rzecz konkretnej osoby, na wzór procedur stosowanych wobec studentów w toku adaptacji procesu dydaktycznego.

Działania powinny objąć zarówno kwestie związane ze stosunkiem pracy (np. uwzględnienie możliwości obniżenia pensum dydaktycznego w regulaminie pracy, organizacja pracy,m.in. w zakresie godzin pracy możliwych do powiązania z rehabilitacją, jak i praca w możliwie dostosowanej sali, brak

konieczności częstej zmiany sali czy budynku w ciągu dnia, dostęp do drukarki czy sprzętu kompensującego dysfunkcję, wzmocnienie możliwości pracy zdalnej dydaktyków niepełnosprawnych), jak również kwestie korzystania z biblioteki, adaptacji materiałów dydaktycznych i naukowych, zwiększenie dostępności wydarzeń organizowanych przez uczelnię, dostosowanie procedur związanych z dyplomowaniem i awansem naukowym (np. w kwestii wymagań dotyczących prac dyplomowych czy przebiegu obrony/kolokwium habilitacyjnego).

Warto uwzględnić kwestie pracownicze w planowaniu i realizacji projektów z zakresu dostępności, finansowanych ze źródeł zewnętrznych (co w aktualnych naborach wniosków o finansowanie pojawia się już w wymaganiach konkursowych). Dobrym rozwiązaniem jest przykładowo powołanie zespołu ekspertów z różnych dziedzin związanych z dostępnością (np. z zakresu dostępności architektonicznej, cyfrowej, informacyjno-komunikacyjnej, prawa, psychologii, pedagogiki), w celu proponowania i dyskusji rozwiązań planowanych do wdrożenia. W pracach zespołu powinni brać udział także sami zainteresowani (zarówno studenci i doktoranci, jak i pracownicy niepełnosprawni). Wypracowane rozwiązania powinny uwzględniać potrzeby wszystkich.

- Jakie przepisy w zakresie prawa pracy należy zmienić by nauczyciel akademicki ze szczególnymi potrzebami mógł pracować w komfortowych warunkach? (dr Karolina Paluszek)

Bardzo dziękuję za to pytanie. Niestety, wyczerpująca odpowiedź wymagałaby odrębnego opracowania, ale postaram się zasygnalizować pewne kwestie.. Uważam, że podstawowym problemem obowiązujących przepisów w zakresie prawa pracy jest nieskuteczność przyjętych rozwiązań (np. dofinansowań do wynagrodzeń pracowników) oraz brak możliwości ich zastosowania do różnorodnych, często nowoczesnych form wykonywania pracy. Przykładowo, obniżenie wymiaru czasu pracy przewidziane w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 100, 173, 240, 852, 1234, 1429) nie daje się wprost zastosować do regulacji z zakresu pensum dydaktycznego nauczycieli akademickich (i zadaniowego czasu pracy w ogóle), a w ustawie prawo o szkolnictwie wyższym i nauce brakuje szczególnego przepisu uwzględniającego potrzeby niepełnosprawnych pracowników, proporcjonalnie zmniejszającego im pensum, na wzór art. 42a Karty Nauczyciela – (Dz. U.2023.984 t.j. z dnia 2023.05.23). Nie przewidują tego regulaminy pracy uczelni, chociaż z reguły zawierają one regulacje dotyczące obniżenia pensum niektórym pracownikom (np. ze względu na pełnione funkcje). Wprowadzona niedawno regulacja pracy zdalnej w kodeksie pracy przewiduje

wzmocnienie pozycji opiekunów osób niepełnosprawnych w zakresie wnioskowania o pracę zdalną (wniosek taki trudniej jest pracodawcy odrzucić), podczas gdy sami niepełnosprawni pracownicy nie zyskali analogicznych uprawnień. Paradoksalnie więc, małżonek osoby niepełnosprawnej może pracować zdalnie ze względu na niepełnosprawność tej osoby, podczas gdy ona sama musi pracować stacjonarnie. Nawet wymiar tzw. okazjonalnej pracy zdalnej nie jest zwiększony w przypadku niepełnosprawnych, którzy np. w zimie z powodu śliskiej nawierzchni mają okresowo ograniczone lub nawet wyłączone możliwości wychodzenia z domu. Nie przysługują im z tego tytułu żadne uprawnienia, mogą liczyć jedynie na empatię pracodawcy. Uważam, że kształt tej regulacji nie wykorzystuje potencjału pracy zdalnej jako instrumentu wspierającego aktywność zawodową niepełnosprawnych, zwłaszcza niepełnosprawnych w zakresie narządu ruchu i stoi w sprzeczności z celem nowelizacji, wysłowionym w jej uzasadnieniu.

Nie uwzględniają niepełnosprawności przepisy dotyczące delegacji poza stałe miejsce wykonywania pracy (pracownik niepełnosprawny nie może się temu sprzeciwić), ani regulacje dotyczące zwrotu kosztów za podróże służbowe pracowników (pracodawca może co prawda zwrócić dodatkowe koszty pracownikowi, ale nie ma takiego obowiązku). Te same tabele kosztów diet i przejazdów są wykorzystywane w regulacjach grantowych, brakuje formalnej możliwości zwiększenia finansowania np. w przypadku, kiedy potrzeba specjalistycznego transportu, albo noclegu w centrum miasta, skąd łatwiej się przemieścić, albo niezbędne jest uzyskanie adaptowanych materiałów (regulacje grantowe ograniczają się do możliwości finansowania pobytu opiekuna). Regulacje dotyczące przystosowania stanowiska pracy są bardzo ogólne i przewidują obowiązkową konsultację zakresu przystosowania stanowiska z PIP jedynie w sytuacji zainteresowania pracodawcy dofinansowaniem na ten cel. Oczywiście, pracownik ma możliwość złożenia skargi w tym przedmiocie, ale jestem przekonana, że jest to możliwość rzadko wykorzystywana, zwłaszcza w kontekście ogólnie trudnej sytuacji osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy. Wiążących wskazówek w kwestii przystosowania stanowiska czy organizacji pracy nie mogą formułować lekarze medycyny pracy (formalnie ich orzeczenia są zerojedynkowe, tzn. mają wskazać, czy pracownik jest zdolny do pracy w warunkach wskazanych przez pracodawcę, a ewentualne dopiski czy zalecenia nie mają żadnej mocy). Wobec powyższego, niepełnosprawny pracownik jest zdany na wrażliwość pracodawcy, nie zawsze może liczyć na realną diagnozę jego potrzeb i uzyskanie potrzebnego wsparcia.

- Czy ubezwłasnowolnienie obowiązuje do końca życia tej osoby (z niepełnosprawnością) czy można je cofnąć? (dr hab. Anna Wilk, prof. AWSB)

Ubezwłasnowolnienie może być w każdej chwili uchylone bądź zmienione (z całkowitego na częściowe lub odwrotnie, jeżeli stan zdrowia osoby ubezwłasnowolnionej ulegnie zmianie.

- Co się dzieje/stanie z osobą ubezwłasnowolnioną po śmierci opiekunów prawnych? (dr hab. Anna Wilk, prof. AWSB)

Po śmierci opiekuna prawnego osoba ubezwłasnowolniona nie może pozostać bez opieki, więc sąd ustanowi jej innego opiekuna – może to być członek rodziny lub osoba obca, która wyrazi na to zgodę.

- Co się stanie z osobą ubezwłasnowolnioną (jaki status będzie miała) gdy trafi do DPS? (dr hab. Anna Wilk, prof. AWSB)

W przypadku osób ubezwłasnowolnionych przebywających w DPS, jeżeli nie mają ustanowionego opiekuna prawnego spośród rodziny, najczęściej funkcję opiekuna sąd powierza pracownikowi DPS.

- Dlaczego kryzys psychiczny może wyzwalać specjalne potrzeby ? I jak na to reagować? (dr hab. Monika Bąk-Sosnowska, prof. AWSB)

Kryzys psychiczny można określić jako stan załamania psychicznego lub emocjonalnego. Może być reakcją na nagłe, szczególnie trudne dla osoby wydarzenie albo konsekwencją przewlekłego, trudnego do zniesienia stresu. W tych przypadkach możemy mówić o kryzysie sytuacyjnym. Ale kryzys może również towarzyszyć naturalnym zmianom życiowym, takim jak wejście w okres dojrzewania, rozpoczęcie studiów, zawarcie związku małżeńskiego. Jest wtedy nazywany kryzysem rozwojowym. Niezależnie od charakteru kryzysu, wywołuje on stan zwiększonego napięcia psychicznego, pogorszenie funkcjonowania, mogą mu towarzyszyć różnego rodzaju symptomy somatyczne (np. ból, zmęczenie, bezsenność) oraz psychiczne (np. lęk, obniżony nastrój, zaburzenia pamięci). Osoba w kryzysie zdecydowanie gorzej radzi sobie z wyzwaniami, które wcześniej nie sprawiały jej trudności. Może mieć problem z podejmowaniem decyzji, adekwatnym reagowaniem na sygnały z otoczenia, komunikowaniem się z innymi. Jej stan psychiczny może zmieniać się w czasie, od poczucia całkowitej utraty kontroli nad swoim życiem

i beznadziejności, po próby mobilizowania się i podejmowania działań zaradczych. Dopóki jednak sytuacja nie zostanie rozwiązana, stanowi ogromne obciążenie psychofizyczne i wpływa na wszystkie sfery funkcjonowania. Z tego właśnie względu osoba w kryzysie jest osobą o specjalnych potrzebach i wymaga pomocy. Bardzo cenną formą wsparcia jest w tym przypadku życzliwe towarzyszenie drugiego człowieka – jego obecność, słuchanie, podtrzymywanie na duchu, dbanie o podstawowe potrzeby osoby w kryzysie (np. schronienie, jedzenie). Istotny jest dostęp do informacji, które mogą pomóc zrozumieć sytuację i znaleźć zasoby przydatne w poradzeniu sobie z nią. Czasem potrzebna jest pomoc specjalistyczna, np. medyczna, prawna, socjalna. Najczęściej istotną rolę odgrywa również profesjonalna pomoc psychologiczna. Zatem odpowiednie reagowanie w stosunku do osoby w kryzysie polega na jak najlepszym rozeznaniu jej potrzeb i pomocy w ich zaspokojeniu. Pomoc ta może polegać na obecności, ale często wymaga czasowego przejęcia inicjatywy, np. wyręczenia w codziennych obowiązkach, wypełnienia dokumentów, skontaktowania ze specjalistą.

- Jakie są najczęściej popełniane błędy żywieniowe w kontekście rozwoju otyłości? (dr hab. Monika Bąk-Sosnowska, prof. AWSB)

Podstawową przyczyną otyłości jest dodatni bilans energetyczny, wynikający z nadmiernej podaży energii w stosunku do jej wydatkowania. Jednak przyczyny, dla których osoba spożywa nadmiar pożywienia lub nie metabolizuje go efektywnie są złożone, często indywidualnie zróżnicowane. Odnosząc się konkretnie do nawyków żywieniowych, można wymienić trzy, które w istotny sposób są związane z przyrostem nadmiernej masy ciała. Są to ilość, jakość i regularność jedzenia. Wielkość porcji powinna być uzależniona od wieku, płci oraz poziomu aktywności fizycznej konkretnej osoby. Jest wtedy adekwatna do jej zapotrzebowania energetycznego i nie skutkuje magazynowaniem nadmiaru energii w postaci tkanki tłuszczowej, ani też nie wymaga czerpania z wcześniej zmagazynowanych zasobów. Oznacza to, że ilość pożywienia powinna dynamicznie zmieniać się w zależności od warunków oraz etapu życia. Pożywienie właściwe jakościowo zaspokaja zapotrzebowanie człowieka na składniki odżywcze, czyli białko, tłuszcze, węglowodany, witaminy i minerały. Kiedy te składniki pokarmowe występują w diecie w odpowiednich proporcjach, dietę uznaje się za zbilansowaną, korzystną dla zdrowia oraz sprzyjającą utrzymaniu normatywnej masy ciała. Regularność jedzenia jest ważna z kilku powodów: wspomaga prawidłowe funkcjonowanie układu pokarmowego, w tym trawienie i przyswajanie składników odżywczych; wspiera układ hormonalny i metabolizm; zapewnia stabilny poziom energii przez cały dzień, sprzyja lepszej jakości diety, dzięki systematycznemu planowaniu i przygotowywaniu

posiłków; stabilizuje poziom cukru we krwi, co zmniejsza ryzyko nadmiernego zmęczenia, drażliwości, problemów z koncentracją, obniżonego nastroju; sprzyja higienie psychicznej dzięki robieniu przerw na posiłki w pracy czy nauce oraz kontaktom społecznym, kiedy posiłki są spożywane w towarzystwie.

- Jakie są największe zagrożenia wynikające z tzw. „ciałopozytywności"? (dr hab. Monika Bąk-Sosnowska, prof. AWSB)

Ciałopozytywność (ang. body positive) to ruch społeczny propagujący pozytywne nastawienie wobec własnego ciała, bez względu na jego rozmiar czy wygląd, a także odejście od rygorystycznych ćwiczeń fizycznych i intensywnych zabiegów kosmetycznych lub chirurgicznych upiększających ciało. Idea tego ruchu jest ze wszech miar pożądana, promuje bowiem szacunek do ciała i akceptację jego naturalnego wyglądu. Należy jednak pamiętać, iż w swoim pierwotnym założeniu idea ta uwzględnia również dbałość o zdrowie i troskę o ciało. Pozostaje to w sprzeczności z pojawiającymi się w mass mediach oraz mediach społecznościowych przekazami sugerującymi, że skrajnie niska oraz nadmierna masa ciała są kwestią gustu i odnoszą się wyłącznie do wymiaru atrakcyjności fizycznej. Takie podejście przeczy wiedzy naukowej oraz praktyce klinicznej. Zarówno niedobór, jak i nadmiar tkanki tłuszczowej w organizmie ma swoje dalekosiężne konsekwencje zdrowotne, ponieważ w tkance tłuszczowej zmagazynowanych jest kilkadziesiąt substancji czynnych (np. witaminy, hormony), wpływających na stan zdrowia i samopoczucia. Otyłość jest przewlekłą, postępującą chorobą skutkującą poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, takimi jak np. cukrzyca typu 2, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, udar, symptomy mięśniowo-szkieletowe, zaburzenia psychiczne, obniżona jakość i krótsza długość życia. Niewłaściwe jest zatem sprowadzanie otyłości do kwestii dużego rozmiaru ciała i rozpatrywanie jej wyłącznie w kategoriach estetycznych. Ciałopozytywność to akceptacja ciała ale też troska o jego zdrowie i sprawność, dlatego powinna łączyć się ze zdrowym stylem życia, a także diagnozowaniem i leczeniem chorób.

- Czy chory „kardiologiczny" w wieku senioralnym jest bezpieczny w górach? (dr hab. Mariola Szulik, prof. AWSB)

Jednym słowem – nie. Niemniej, można tak się przygotować, zaplanować i rozpoznać siebie podczas wysiłku, że taka wycieczka będzie możliwa. Czynniki modyfikujące plan to: - podstawowa choroba kardiologiczna, - dotychczasowe wytrenowanie seniora. Pacjenci, którzy niedawno przeszli zawał serca lub dekompensację niewydolności serca (obrzęki, nasilenie duszności, pobyt z tego powodu

w szpitalu) powinni do 6 tygodni odpocząć (potem tryb spacerowy w miejscowości górskiej w niskich górach), do 6 miesięcy (potem góry niskie typu Droga nad reglami w Tatrach, Gorce, Beskid Mały).

Pacjenci z niewydolnością serca zwykle sami wiedzą, „na ile ich stać". Niska frakcja wyrzutowa lewej komory (tzw. LVEF) zwykle ogranicza wysiłek – nie tylko ze względu na naturę chory z obniżonym rzutem serca, ale i ze względu na to, że leki które biorą zwalniają akcję serca i obniżają ciśnienie. Mało tego bardzo często mają tzw. ograniczenia płynowe (tzn. nie mogą wypić więcej w dniu niż 1.5 litra na dobę), co w górach narażałoby ich na odwodnienie i dekompensację krążenia w postaci nasilenia duszności. Takim chorym odradzałabym wysiłek w górach. Możliwe są spacery. Natomiast chorzy z dobrze kontrolowaną niewydolnością serca z prawidłową frakcja wyrzutową – to najczęściej pacjenci z nadciśnieniem tętniczym – mogą pod pewnymi warunkami wybrać się we wspomniane powyżej góry niskie. Warunkiem jest dobre nawodnienie. Ponadto, pamiętajmy, ze wysiłek nasila odwodnienie, a seniorzy tracą uczucie pragnienia samoistnie lub blokują nawodnienie z różnych powodów, np. z powodu obawy przed nocnymi spacerami do toalety. Jeżeli senior z chorobami kardiologicznymi wchodzi na czwarte piętro bez odpoczynku – może w niskich górach spędzić relaksujący czas. Jeżeli senior ma duszności lub – co groźne – bóle w klatce piersiowej podczas wejścia na czwarte (w zasadzie jakiekolwiek) piętro powinien zostać w domu. Z gór wysokich – typu Alpy i powyżej oraz forsownych wycieczek w Tatrach Słowackich i czy Polskich – taki senior powinien definitywnie zrezygnować.

Pamiętajmy o kilku rzeczach: wysiłek zwiększa tętno, a po wysiłku naturalnie spada na chwilę ciśnienie. Adekwatne nawodnienie jest kluczowe. Jeśli senior ma obrzęki podudzi, duszność lub ból w klatce piersiowej przy codziennym wysiłku – góry są dla niego wykluczone.

dr hab. prof. AWSB Olga Nowotny-Czupryna

Collegium Medicum – Wydział Medyczny
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

dr Krzysztof Czupryna

Collegium Medicum – Wydział Medyczny
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Możliwości funkcjonalne człowieka a jakość jego życia i szczególne potrzeby

Streszczenie

Możliwości funkcjonalne człowieka w znacznej mierze determinują jego samowystarczalność i stanowią podstawę do samooceny jakości życia. Są one swoistą kombinacją sprawności funkcjonowania w zakresie postawy, lokomocji, posługiwania się rękami oraz komunikowania się. Z kolei ich ograniczenia – zaburzenie i dysfunkcje, wskazują na rodzaj szczególnych potrzeb przypisywanych danej osobie.

Celem pracy było przedstawienie 4 sfer funkcjonalnych człowieka, ich wzajemnych powiązań i odniesień ich ograniczeń do szczególnych potrzeb oraz oceny jakości życia.

Słowa kluczowe

funkcjonowanie człowieka, ICF, jakość życia, postawa, lokomocja, funkcja kończyn górnych, komunikowanie się

Wstęp

Możliwości funkcjonalne człowieka – definicja i ocena

Słowo „funkcja" oznacza czynność, działanie, wykonywanie określonych zadań. Funkcjonowanie człowieka jest pojęciem wieloaspektowym. Możemy mówić o nim w kontekście działań zabezpieczających jego podstawowe potrzeby życiowe poprzez funkcjonowanie organizmu – oddychanie, odżywianie itp.. Można też brać pod uwagę możliwość wykonywania tzw. czynności życia codziennego (ang. activities daily living – ADL), a także funkcjonowanie danej osoby w środowisku społecznym (np. w rodzinie, w szkole, w pracy). Cechą wspólną wszystkich tych działań jest ruch. Przy czym nie chodzi wyłącznie o możliwość wykonywania ruchów jako takich, lecz patrząc z szerszej perspektywy – o sprawne wykonywanie różnych czynności. W taki sposób postrzegane możliwości funkcjonalne człowieka, umownie podzielono na: posturalne, lokomocyjne, dotyczące czynności kończyn górnych oraz porozumiewania się. Wszystkie te elementy są ze sobą zintegrowane podczas codziennego funkcjonowania i poza przebywaniem w bezruchu (np. staniem lub leżeniem bez wykonywania jakichkolwiek ruchów) nie występują rozłącznie. Zarówno lokomocja (chód), jak i wykonywanie czynności z użyciem rąk (czynności manualnych) zawsze odbywają się w jakiejś pozycji (np. stojącej, siedzącej), a więc wymagają przyjęcia i utrzymania określonej postawy (możliwości posturalne). Bywają też takie szachowania człowieka, w których konieczna jest integracja wszystkich wspomnianych wcześniej składowych. Przykładowo, integracja czynności manualnych z lokomocyjnymi (przemieszczaniem się) w życiu codziennym najczęściej występuje podczas przesuwania bądź przenoszenia różnych przedmiotów, czemu dodatkowo mogą towarzyszyć uwagi/instrukcje słowne na temat sposobu ich wykonania (porozumiewanie się). Tak kompleksowo (łącznie) pojmowane możliwości funkcjonalne człowieka w znacznej mierze determinują jakość jego życia (Loudon J. K. et all, 2013; Nowotny J. et all, 2015)

Przeciętny człowiek zazwyczaj nie wie jak się to dzieje, że może się poruszać w określony sposób i wykonywać konkretne czynności. Dopiero w sytuacji pojawienia się jakiegoś problemu funkcjonalnego (tzw. dysfunkcji), ograniczającego jego normalne funkcjonowanie zaczyna szukać pomocy u specjalistów. Przywracanie możliwości normalnego funkcjonowania w życiu jest jednym z podstawowych celów rehabilitacji, co dosłownie oznacza przywracanie sprawności, a działania ukierunkowane na ten cel nazywane są usprawnianiem. Warto też przytoczyć definicję rehabilitacji zaproponowaną przez Sekcję Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (MFiR) Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), według której rehabilitacja jest specjalnością medyczną zajmującą się poprawianiem funkcjonowania […] aktywności i uczestnictwa (w tym jakości życia) oraz modyfikowaniem czynników osobowych

i środowiskowych warunkujących funkcjonowanie. Zatem – jak wynika z powyższego – za nadrzędne uznano udział i funkcjonowanie (Nowotny J. et all, 2015).

Zmieniło sie też podejście do oceny funkcjonowania człowieka. Obecnie obowiązującym standardem jest klasyfikacja WHO, opisująca i oceniająca stan zdrowia i niepełnosprawności – tzw. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania i Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF – International Classification of Functioning Disability and Health). Ma ona zastosowanie w programowaniu rehabilitacji i choć uwzględnia aspekty kliniczne, to w nieco innym ujęciu niż typowe opisy kliniczne. Jest ona istotna właśnie w kontekście aspektów funkcjonalnych, a obejmuje 4 domeny dotyczące: struktury ciała, funkcjonowania organizmu, aktywności i udziału oraz czynników środowiskowych, rozpatrywane w kontekście uszkodzeń, ograniczeń i upośledzeń, układających się w specyficzny łańcuch przyczynowo-skutkowy.

Pod względem struktury i funkcji prawdopodobieństwo uszkodzenia i upośledzenia funkcji dotyczy oczywiście każdego narządu. W klasyfikacji ICF szczególnie rozwinięto zagadnienia dotyczące struktury i funkcji elementów anatomicznych związanych z ruchami człowieka, z rozbiciem na konkretne elementy i uwzględnieniem okolicy ciała, natomiast w zakresie aktywności i uczestnictwa (udziału) uwzględniono m.in. mobilność (przemieszczanie się w przestrzeni), samoobsługę, życie domowe i relacje interpersonalne.

Podstawowe kwestie dotyczą tego, jakie struktury i funkcje organizmu zostały uszkodzone przez chorobę, które działania (formy aktywności życiowej) zostały ograniczone i w jakich formach życia społecznego uczestniczenie (udział) został ograniczony.

Ograniczenia wynikają z uszkodzeń i dotyczą zmniejszenia możliwości wykonywania różnorodnych czynności w taki sposób lub w takim rozmiarze, jakie uznaje się za normalne. Ograniczenia te mogą być okresowe lub trwałe, odwracalne lub nieodwracalne, postępujące, stacjonarne lub ustępujące. Ocenia się je w skali 0 – 6:

- 0 – brak ograniczeń
- 1 – uciążliwość z wykonywaniem czynności
- 2 – wykonywanie czynności z pomocą (np. techniczną)
- 3 – wykonywanie czynności z pomocą drugich osób
- 4 – uzależnienie od drugiej osoby
- 5 – zależność od drugiej osoby, która potrzebuje dodatkowej pomocy (technicznej lub kolejnej osoby)
- 6 – całkowita niezdolność wykonywania czynności.

Upośledzenia wynikają z uszkodzeń i ograniczeń i oznaczają niemożność prowadzenia takiej działalności, jaka jest dla danej osoby normalna. Mogą one dotyczyć:

- orientacji (m.in. odbierania sygnałów z otoczenia i reagowania na nie);
- niezależności fizycznej;
- ruchliwości (przemieszczania się);
- udziału w zajęciach zwykłych dla danej osoby (np. wykonywania zawodu, udziału w zajęciach rekreacyjnych itp.);
- kontaktów społecznych;
- samowystarczalności życiowej (w tym także finansowej) (Prodinger B. et all, 2016).

Ogólną oceną stanu zdrowia człowieka (diagnostyką chorób) zajmuje się lekarz, natomiast szczegółowa ocena możliwości i deficytów funkcjonalnych należy do kompetencji fizjoterapeuty. Na podstawie uzyskanych wyników fizjoterapeuta określa bliższe (krótkoterminowe) i dalsze (długoterminowe) cele planowanego postępowania (leczenia/usprawniania). Podstawowym narzędziem temu służącym jest powyższa klasyfikacja ICF

Możliwości funkcjonalne człowieka a jakość jego życia

Jak już wspomniano wcześniej, możliwości funkcjonalne człowieka w znacznej mierze determinują jakość jego życia. Sprawne, samodzielne (niezależne) funkcjonowanie w obszarze postawy, lokomocji, posługiwania się rękami oraz komunikowania się decydują o samowystarczalności człowieka oraz o zakresie jego uczestnictwa w życiu społecznym. Wiadomo, że człowiek funkcjonuje jako psychofizyczna całość (jedność). Zatem wszelkie ograniczenia, a zwłaszcza te – powodujące coraz większe uzależnienie od pomocy osób trzecich oraz narastająca izolacja poprzez stopniowe ograniczanie kontaktów społecznych, mogą generować złożone problemy natury psychicznej, prowadząc do poważnych stanów chorobowych z depresją włącznie (Kaplan RM, Ries A.L.; 2007)

Osoba ze szczególnymi potrzebami

Powołując sie na definicję zawartą w Ustawie o Zapewnianiu Dostępności (Dz. U. 2019 poz. 1696 oraz Dz. U. 2022 poz. 2240) za osobę ze szczególnymi potrzebami uznaje się osobę, która „ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, by móc uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami". W świetle powyższej definicji, ograniczone możliwości funkcjonalne człowieka stanowią podstawę do określenia danej osoby, jako posiadającej szczególne potrzeby. W zależności od tego, która ze sfer funkcjonowania jest ograniczona

(upośledzona) i w jakim stopniu, osoba taka będzie zmuszona do podejmowania różnych działań w celu przezwyciężenia zaistniałych trudności o określonym podłożu. Pomoc ta zazwyczaj musi być wielokierunkowa, z uwagi na wspomniane już we wstępie współzależności i wzajemne przenikanie funkcji poszczególnych sfer.

Możliwości posturalne

Postawa ciała to sposób trzymania się człowieka w swobodnej pozycji stojącej, czego wyrazem jest przestrzenny układ poszczególnych segmentów ciała. Prawidłowa postawa ciała powinna spełniać szereg kryteriów ogólnych: ma ona zapewniać zrównoważenie ciała i jego stabilność, powinna stanowić dogodną pozycję dla różnorodnych ruchów, nie powinna zaburzać czynności narządów wewnętrznych oraz jej utrzymywanie nie powinno męczyć. Powyższe sformułowania określają stan pożądany. Warto jednak pamiętać, że idealnie pionowy układ ciała utrzymywany jest raczej rzadko i w krótkich wycinkach czasu. Na ogół mamy więc do czynienia nie tyle ze zdefiniowaną powyżej postawą ciała, a raczej z mniej lub bardziej pionową pozycją ciała, przy czym określenie „pozycja pionowa" odnosi się przede wszystkim do układu tułowia.

Postawa ulega pewnym przemianom w sposób naturalny – najpierw w trakcie rozwoju dziecko uczy się przyjmowania coraz wyższych pozycji (i poruszania się w nich), a następnie wskutek procesów inwolucyjnych (początek zazwyczaj między 40. a 50. r.ż, z nasileniem po 60. roku życia) dochodzi do stopniowego pogarszania się jakości postawy. Są one wynikiem niedoskonałości funkcjonowania układu nerwowego (zaburzeń równowagi), typowej dearanżacji układu ciała (konsekwencja rozwijającej się osteoporozy, zaników mięśniowych i przykurczy w stawach), a także utrwalonych zachowań nawykowych oraz charakterystycznego dla tego okresu życia lenistwa ruchowego seniorów.

W zasadzie w każdej grupie wiekowej mogą zachodzić zmiany postawy na niekorzyść. Powodują je ograniczanie aktywności ruchowej z jednoczesnym częstszym przebywaniem w „zgarbionej" pozycji siedzącej oraz wykonywanie czynności codziennych w pozycjach z zaokrągleniem pleców (nasilających kifotyzację kręgosłupa), co generując (lub nasilając istniejące) dolegliwości bólowe prowadzi do dalszego obniżenia jakości postawy. Jak zatem widać, nie tylko wiek, ale i styl życia ma wpływ na jakość postawy i jej przemiany.

Możliwości posturalne człowieka można zdefiniować jako jego zdolność do przyjmowania i utrzymywania przez wymagany czas określonej pozycji oraz zmian tego układu ciała stosownie do jego bieżącej aktywności. Dotyczy to więc zarówno możliwości przebywania w różnych pozycjach podczas wykonywania codziennych

czynności, jak i swobodnych zmian jednej pozycji na inną – np. podczas siadania, klękania, wstawania, pochylania się, obracania itp. (Nowotny J. et all, 2015).

Zwrócenie uwagi na zmieniającą się, a precyzyjnie mówiąc, pogarszającą się jakość postawy jest istotne w kontekście jakości życia człowieka. W znacznej mierze właśnie ta niedbała postawa przyczynia się do szybszego pojawienia się dolegliwości bólowych w obrębie przeciążonych struktur mięśniowo-stawowych oraz innych problemów posturalnych. Do najczęściej popełnianych w tym obszarze błędów, prowadzących do rozwoju zaburzeń posturalnych o podłożu funkcjonalnym (i w dalszej konsekwencji generujących/nasilających dolegliwości bólowe) zalicza się przebywanie w tzw. nieergonomicznych pozycjach i wykonywanie w nich pracy. Typowymi przykładami takich zachowań są: pozycje z głową ustawioną w protrakcji (wysuniętą do przodu), z nadmiernym zaokrągleniem pleców (kifotyzacją odcinka piersiowego kręgosłupa) zwłaszcza przy jednoczesnej pracy rąk z przodu – przed tułowiem czy też wypychanie do przodu brzucha (lordotyzacja odcinka lędźwiowego kręgosłupa) przy jednoczasowym cofnięciu barków i/lub bioder. Będów takich, popełnianych codziennie jest bardzo wiele. To właśnie one powielane wielokrotnie, a nie tylko skomplikowane jednostki chorobowe, będą stopniowo pogarszały możliwości posturalne człowieka, generując kolejne niekorzystne objawy i obniżając w ten sposób jakość życia człowieka.

Z kolei brak możliwości przyjmowania pozycji stojącej, a także samodzielnych zmian pozycji, powoduje w życiu codziennym szereg problemów, obniżając jakość życia zarówno tej osoby, jak i jej opiekunów. Typowymi problemami dla takiej sytuacji są: uzależnienie od pomocy innej osoby – zarówno w domu, jak i poza nim, pojawiające i narastające wraz upływem czasu przeciążenia posturalne u opiekuna, wynikające ze sprawowanej opieki – częstych zmian pozycji chorego oraz pomocy podczas wstawania i/lub przenoszenia, rosnące koszty sprzętu ułatwiającego pionizację czyli podnoszenie chorego (stawianie, sadzanie) oraz zmiany jego pozycji, co wiązać się może z koniecznością modernizacji mieszkania lub domu (np. zakup pionizatora, zakup i montaż podnośnika sufitowego, zakup parapodium), ogranicza sposób spędzania wolnego czasu, utrudnia podróżowanie oraz wymaga edukacji w zakresie pokonywania tzw. barier architektonicznych.

Możliwości lokomocyjne

Lokomocja to przemieszczanie się w przestrzeni (łac. *locus* = miejsce + *motus* = ruch), której podstawową formą dla człowieka jest chód. Możliwości lokomocyjne zdeterminowane są wieloma czynnikami takimi jak: prawidłowy wzorzec chodu, jego szybkość i zasięg (możliwość pokonywania dystansu), a także zdolność pokonywania przeszkód terenowych, chodzenia po schodach czy zdolność do

odpowiednio szybkiego ruszania i zatrzymywania się oraz zmian kierunku chodu. Dość oczywistym i powszechnie znanym uwarunkowaniem samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym człowieka jest jego możliwość przemieszczania się, a ta jest kolejnym z wyznaczników jakości życia.

Podobnie jak w przypadku wzorca postawy, tak i tu – ukształtowany w trakcie rozwoju prawidłowy wzorzec chodu stanowi doskonale podłoże dla normalnego funkcjonowania człowieka i dopiero procesy inwolucyjne stają się kanwą dla pewnych, aczkolwiek fizjologicznych ograniczeń. Rodzaj i stopień tych zmian zależy od wielu czynników – m.in. od ogólnego stanu danej osoby, głównie od poziomu jej sprawności i wydolności. Typowymi zmianami inwolucyjnymi w zakresie lokomocji są przede wszystkim spowolnienie chodu i zmniejszenie jego zasięgu. Pojawiają się też problemy z chodzeniem pod górę oraz pokonywaniem schodów i przeszkód terenowych. Z kolei problemy z utrzymaniem równowagi (powiązane z inwolucyjnymi zmianami postawy) powodują, że osoby starsze chodzą raczej na ugiętych nogach charakterystycznie „powłócząc nogami" i stawiają krótsze kroki. Kłopoty sprawiać też mogą nagłe zmiany kierunku np. podczas omijania przeszkód, zwłaszcza jeśli są nieprzewidziane, a dodatkowym problemem są zagrożenia upadkiem oraz samo podnoszenie się – wstawanie z podłoża po takim incydencie (Nowotny J. et all, 2015). (Nowotny J. et all, 2015).

Należy też wyraźnie zaznaczyć, że ograniczenie możliwości lokomocyjnych niekoniecznie musi wiązać się wyłącznie ze zmianami inwolucyjnym związanymi ze starzeniem się organizmu. Sedenteryjny tryb życia, dominujący w dzisiejszym świecie, przyczynia się do występowania ograniczeń w funkcjonowaniu nawet wśród osób w tzw. „sile wieku" oraz młodych, włączając w to również dzieci. Przyczyną są wspomniane wcześniej stany przeciążeniowe – zwłaszcza odcinka lędźwiowego kręgosłupa – wywołujące dolegliwości bólowe. Stany te zostały zakwalifikowane przez WHO jako choroba cywilizacyjna tzn. choroba (stan), który dotyczy większości całej populacji ludzkiej. Dodać należy, że ograniczenie możliwości lokomocyjnych człowieka wynikać może zarówno z występowania określonych „medycznych" jednostek chorobowych, jak i z powodu wystąpienia nagłych urazów (np. komunikacyjnych czy upadków). Jak już wspomniano, możliwości lokomocyjne człowieka mogą zmniejszać się w miarę pojawienia się i pogłębiania dolegliwości bólowych – występujących zarówno w przebiegu różnych chorób, jak i wynikających z przeciążeń lokalnych i pogarszającej się postawy ciała. Należy jednak podkreślić, że w wielu przypadkach regularny trening chodu może korzystnie wpływać na zmniejszenie stwierdzonych dolegliwości bólowych – głównie wynikających ze stanów przeciążenia spowodowanych nieprawidłowym wzorcem postawy (np. u człowieka przebywającego przez kilka godzin dziennie w nieprawidłowej pozycji siedzącej).

Brak możliwość samodzielnego przemieszczania się generuje szereg problemów w życiu codziennym: uzależnia od stałej obecności i pomocy innej osoby – w domu i poza nim, generuje koszty na sprzęt techniczny wspomagający lokomocję (np. wózek, podnośnik sufitowy), zazwyczaj wymaga modernizacji mieszkania lub domu, ogranicza sposób spędzania wolnego czasu – nie tylko osoby z ograniczeniem lokomocji, ale również jej bliskich, utrudnia podróżowanie oraz wymaga edukacji w zakresie pokonywania tzw. barier architektonicznych.

Możliwości czynnościowe (funkcjonalne) kończyn górnych

Oczywistym wydaje się, że odpowiednie funkcjonowanie kończyn górnych, w tym rąk, jest wręcz niezbędne do wykonywania większości czynności życia codziennego, podczas pracy zawodowej, odpoczynku, a nawet do sprawnego porozumiewania się. To właśnie funkcjonowanie kończyn górnych w znacznej mierze decyduje o samowystarczalności danej osoby, zaspakajaniu jej różnorodnych potrzeb oraz o jej możliwościach uczestniczenia w szeroko pojętym życiu społecznym.

Na czynność kończyn górnych warto też spojrzeć z nieco innej perspektywy, postrzegając ich rolę poprze funkcję swoistego wysięgnika (sięganie do przedmiotów) oraz specyficznego narzędzia do manipulowania trzymanymi przedmiotami (np. chwytanie, puszczanie). Nie bez znaczenia jest także fakt, że człowiek jest istotą oburęczną. Owa dwuręczność jest niezbędna przede wszystkim przy podnoszeniu większych ciężarów (przedmiotów) oraz wykonywaniu czynności wymagających precyzji. Do czynności związanych z przenoszeniem obciążeń zewnętrznych wykonywanych z użyciem obu kończyn górnych (dwuręcznie, oburącz) wymagane są 2 składowe – sprawne obustronne sięganie oraz dostateczna siła chwytu obu rąk. Z kolei podczas tych drugich tj. ruchów precyzyjnych, jedna z kończyn pełni zwykle rolę wiodącą (ręka dominująca), a druga pełniąc rolę pomocniczą jest wręcz niezbędna. Czynności te wymagają sprawnych chwytów precyzyjnych oraz dobrej koordynacji (współdziałania), w tym także koordynacji wzrokowo-ruchowej (Boscheinen-Morrin J., Conolly WB, 2003;Nowotny J. et all, 2015).

Tak jak w przypadku postawy i funkcji chodu, tak i w przypadku funkcjonowania kończyn górnych z czasem dochodzi do niekorzystnych zmian w obrębie aparatu mięśniowo-więzadłowego, co może prowadzić do pojawienia się najpierw niewielkich, a następnie coraz bardziej nasilonych dolegliwości bólowych i ograniczeń funkcji. Pomijając „typowe" jednostki chorobowe powodujące ograniczenie możliwości posługiwania się kończynami górnymi, warto zwrócić uwagę na te stany, które bezpośrednio związane są z niedoborem ruchu, nadmiernym obciążeniem lokalnym oraz ponownie – z istniejącymi zaburzeniami posturalnymi. Najsłabszym ogniwem kończyny górnej jest staw ramienny potocznie nazywany

barkiem. Wynika to ze specyficznej budowy anatomicznej samego stawu, jak również otaczających go mięśni i nerwów obwodowych. Nie wchodząc w szczegóły anatomiczne, wystarczy nadmienić, że nawet niewielkie przemieszczenie elementów składowych tego stawu może powodować występowanie znacznych dolegliwości bólowych nie tylko lokalnie, ale w obrębie całej kończyny. Co więcej, dolegliwości te mogą być potęgowane również poprzez ucisk nieprawidłowo ustawionych względem siebie kręgów szyjnych na korzenie nerwów obwodowych, przebiegających wzdłuż całej kończyny, aż do końcówek palców. Konsekwencją tego stanu mogą być różnie nasilone niedowłady czynnościowe manifestujące się np. wypuszczaniem przedmiotów z rąk oraz trudnościami w unoszeniu ręki powyżej linii barku (np. podczas sięgania do przedmiotów usytuowanych wysoko – na górnych półkach), a także sięgania za plecy (np. podczas zapinania biustonosza).

Możliwości dotyczące porozumiewania się

Człowiek może porozumiewać się z użyciem różnych form komunikacji – werbalnie (poprzez wydawanie dźwięków, wypowiadanie słów) i niewerbalnie. Najczęściej do tej drugiej grupy zaliczane są gesty oraz słowa pisane (odręcznie, z użyciem klawiatury), a także piktogramy (ilustracje, schematy). Gesty w swej istocie stanowią komunikaty niewerbalne i są jedną z form tzw. mowy ciała. Takim komunikatem mogą być również pozycja i ruchy ciała, mimika, czy ruchy oczu. Proste gesty (poza językiem migowym) nie wymagają raczej specjalnej sprawności, natomiast pisanie – zarówno odręczne, jak i z użyciem klawiatury – wymaga sprawnie funkcjonującej ręki. Z funkcjonalnego punktu widzenia, łatwiejsze jest pisanie na klawiaturze (tzw. otwarta praca ręki), gdyż do pisania odręcznego niezbędny jest nie tylko precyzyjny chwyt, ale i ruchy nadgarstka, a nawet udział drugiej ręki w celu przytrzymania papieru (Boscheinen-Morrin J., Conolly WB, 2003; Nowotny J. et all, 2015).

Możliwości dotyczące porozumiewania się (przekazywania i odbierania informacji) wymagają przede wszystkim pewnej sprawności intelektualnej tj. rozumienia mowy, umiejętności wyrażenia swoich myśli (wysławiania się), czy w sytuacji jej upośledzenia – odpowiedniego doboru gestu czy wydania dźwięku o określonym, zrozumiałym dla odbiorcy znaczeniu. W przypadku werbalnego porozumiewania się potrzebne jest sprawne funkcjonowanie aparatu słuchu, w pozostałych sytuacjach możliwości te zależą głównie od funkcjonowania wykonawczego aparatu ruchu (Nowotny J. et all, 2015).

Mowa jest narzędziem nie tylko do zdobywania wiedzy, ale także do nawiązywania interakcji z otoczeniem oraz wyrażania swoich potrzeb. Dlatego, w przypadku osób, których mowa jest na tyle niewyraźna, że staje się niezrozumiała dla

otoczenia, stosuje się tzw. k**omunikację wspomagającą.** Natomiast w sytuacji, gdy dana osoba nie jest w stanie wogóle mówić, zastosowanie znajduje tzw. k**omunikacja alternatywna**. Zdarzają się też skrajnie trudne przypadki osób pozbawionych jakichkolwiek możliwości porozumiewania się. Zarówno ograniczenie, jak i brak mowy to bardzo poważny deficyt, powodujący szereg utrudnień w życiu codziennym – nie tylko tej osoby, ale również jej opiekuna. Przede wszystkim sytuacja taka wymaga jego stałej obecności i pomocy, ponieważ opiekun staje się niezbędnym „tłumaczem".

Podsumowanie

W przypadku istnienia zaburzeń funkcjonalnych, zarówno rodzaj generowanych szczególnych potrzeb, jak i zakres wymaganej pomocy jest indywidualnie zróżnicowany. Jednakże stały postęp w zakresie doskonalenia środków wspomagających samodzielne funkcjonowanie osób tego wymagających, w połączeniu z dążeniem do tworzenia przyjaznych, pozbawionych barier środowisk, niosą ze sobą potencjał, który pozwala z nadzieją patrzeć w przyszłość.

Bibliografia

Boscheinen-Morrin J., Conolly W.B. Ręka podstawy terapii. Tłum. A. Tuz. Elipsa-Jaim s.c. Kraków 2003

Kaplan R.M, Ries A.L. Quality of Life: Concept and Definition, COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 4:3, 263-271. 2007. DOI: 10.1080/15412550701480356

Loudon, J.K., Manske R.C., Reiman M.P. Clinical mechanics and kinesiology. Human Kinetics, 2013.

Nowotny J, Nowotny-Czupryna O, Czupryna K. Kinezjologiczno-funkcjonalne aspekty rehabilitacji. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów. Wyd. α-medica press, 2015.

Prodinger B, Reinhardt J, Selb M, Stucki G, Yan T, Zhang X, Li J. Towards system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in routine practice: Developing simple, intuitive descriptions of ICF categories in the ICF Generic and Rehabilitation Set.2016.

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696 oraz Dz. U. 2022 poz. 2240).

dr Krzysztof Czupryna

Collegium Medicum – Wydział Medyczny
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

dr hab. Grzegorz Sobota, prof. AWF

Katedra Motoryczności Człowieka
Akademia Wychowania Fizycznego
im. Jerzego Kukuczki w Katowicach

Techniczne środki wspomagające chód

Streszczenie

Rozwój technologii sprawił istotny wzrost możliwości ułatwiania funkcjonowania osobom z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Chód (przemieszczanie się, lokomocja) może być wspomagany poprzez wykorzystanie różnorodnych nowoczesnych środków technicznych. Zaobserwowano, że mogą one m.in. wpływać na zwiększenie pobudzenia mięśni oraz stymulację układu nerwowego w sposób często nieosiągalny przez terapię w systemie tradycyjnym. Dodatkowo, niektóre z tych środków stwarzają możliwości wspomagania terapii poprzez elementy biofeedbacku, który jest istotnym elementem neurorehabilitacji. Dzięki zastosowaniu wspomnianych środków, możliwości funkcjonalne pacjentów i uzyskiwanie przez nich wymiernych efektów leczenia (w tym doskonalenia chodu) mogą być większe.

Celem pracy było przedstawienie niektórych, rozwiązań technicznych wspomagających lokomocję człowieka od biernych elementów nowoczesnego zaopatrzenia ortopedycznego działające lokalnie w obrębie jednego stawu, po specjalistyczne, nowoczesne urządzenia robotyczne. W pracy zostaną przedstawione głównie zalety tych urządzeń stosowanych w rehabilitacji funkcjonalnej.

Słowa kluczowe

lokomocja, reedukacja chodu, środki techniczne, biofeedback

Wstęp

Lokomocja rozumiana jako możliwość przemieszczania się człowieka w przestrzeni, jest zarówno ważnym elementem funkcjonowania społecznego, jak i jedną z ważniejszych czynności życia codziennego determinującą jakość życia.

Z kinezjologicznego punktu widzenia chód (ang. gait) to aktywność angażująca całe ciało człowieka., definiowana jako seria cyklicznych, naprzemiennych ruchów kończyn (zarówno dolnych, jak i górnych) oraz tułowia, powodujących przemieszczenie środka ciężkości ciała do przodu. Chód składa się z dwóch rytmicznie następujących po sobie faz: fazy podporu (obciążenia) oraz fazy wykroku (przenoszenia), a każda z nich z krótkotrwałych subfaz. Prawidłowy chód określany jest mianem chodu fizjologicznego. Jego podstawowymi cechami są: dwunożność, naprzemienność (gdy jedna kończyna dolna jest w fazie podporu, druga jest w fazie wykroku), przedsiębieżność, harmonia i symetria, na którą składają się 3 elementy – izometria, izochronia oraz izotonia. By chód spełniał swoją funkcję i aby był ekonomiczny (nie powodował zmęczenia) niezbędne jest spełnienie kilku warunków. Po pierwsze człowiek musi mieć możliwość przyjęcia swobodnej pozycji stojącej z możliwością obciążania każdej kończyny dolnej (nogi) z osobna. Powinien też mieć możliwość wykonywania ruchów swoim ciałem w wymaganych zakresach – dotyczy to głównie stawów kończyn dolnych (zgięcie, wyprost, rotacja) oraz tułowia (wyprost i rotacja). By powyższy warunek mógł być spełniony potrzebna jest dostateczna siła mięśniowa oraz odpowiedni poziom koordynacji. Jeżeli natomiast u danej osoby stwierdzone są jakieś nieprawidłowości w zakresie lokomocji, mówi się o chodzie patologicznym. Istnieje wiele przejawów chodu patologicznego – od drobnych jego zaburzeń spowodowanych bólem i/lub upośledzeniem jednego z wyznaczników chodu (pracy stopy, kolana, miednicy), aż po całkowity brak możliwości samodzielnego przemieszczania się – jedynie z użyciem odpowiednich środków technicznych. Rozróżnia się szereg typów chodu patologicznego, których nazwy obrazują wygląd chorego i sposób jego poruszania się – np. chód brodzący, kaczkowaty, koszący czy spastyczny. Jednakże dla potrzeb prowadzenia terapii potrzebna jest szczegółowa diagnoza funkcjonalna, a sam typ chodu ma znaczenie drugorzędne (Nowotny J. i inni., 2015)

Znaczenie treningu chodu w procesie rehabilitacji

Brak lub utrata zdolności do samodzielnego przemieszczania się w przestrzeni (czyli chodu) często wiąże się ze znaczną niepełnosprawnością i powoduje zależność od osób trzecich. Z tego powodu jednym z głównych celów rehabilitacji jest

przywrócenie i/lub doskonalenie funkcji chodu. Proces ten nosi nazwę reedukacji chodu.

Reedukacja chodu jest zazwyczaj procesem długotrwałym, zależnym m.in. od przyczyny stwierdzonych zaburzeń chodu. Zdarza się – w sytuacji braku możliwości uzyskania lub przywrócenia fizjologicznego wzorca chodu, że trwa do końca życia. W każdym przypadku przebiega w sposób indywidualny. Z uwagi na fakt, że najczęstszą przyczyną zaburzeń chodu są urazy i stany chorobowe o podłożu neurologicznym, reedukacja chodu jest niezbędnym elementem fizjoterapii w przebiegu rehabilitacji neurologicznej i ortopedycznej.

Reedukacja chodu składa się z 3 etapów:

- etap pierwszy: przygotowanie do nauki chodzenia;
- etap drugi: właściwa nauka (reedukacja) chodu;
- etap trzeci: doskonalenie chodu (Nowotny J. i inni., 2015).

Pierwszy etap reedukacji – przygotowanie do właściwego treningu chodu

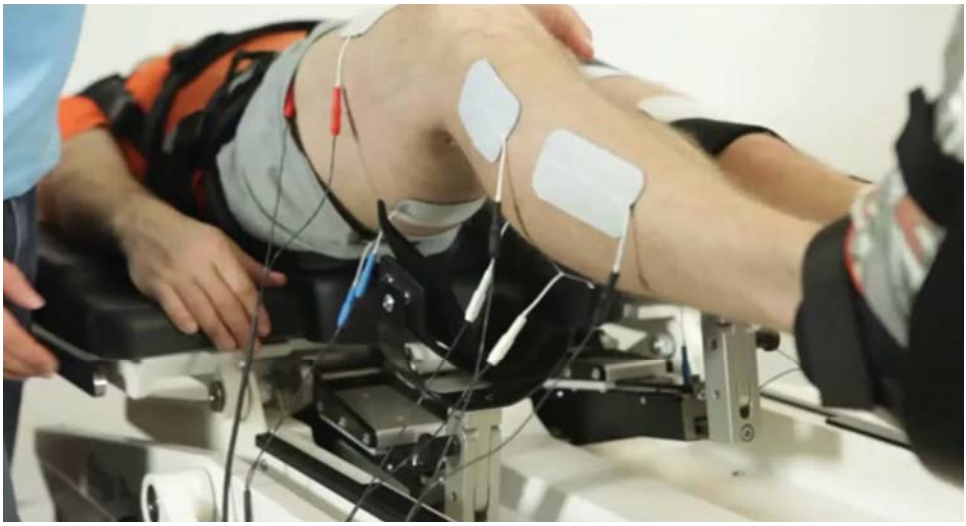
Pierwszy etap reedukacji chodu zawiera (o ile dotyczy) tzw. pionizację chorego. Stosuje się ją u chorych leżących, a jej celem jest stopniowe przystosowanie układu krążenia do pracy w zmienionych warunkach (w pozycji innej niż leżąca) oraz przygotowanie kończyn dolnych do ponownego obciążenia ciężarem ciała. Jest ona szczególnie istotna w przypadku osób, które będąc wcześniej aktywne w wyniku urazu lub incydentu chorobowego nagle, na różnie długi czas utraciły możliwości przebywania w pozycji stojącej. Warto w tym miejscu zauważyć, że brak przebywania w pozycji pionowej skutkuje negatywnymi zmianami dotyczącymi praktycznie całego organizmu. Upośledzona zostaje praca układów: krążenia, nerwowego, oddechowego, mięśniowego i szkieletowego, czyniąc proces rehabilitacji bardziej złożonym i wykraczającym poza problem samej lokomocji.

By zapobiec powyższym następstwom, jak najwcześniej wprowadza się pionizację chorego – już w pierwszym okresie terapii, jeżeli nie występują określone przeciwwskazania. Pionizacja może odbywać się czynnie czyli wykonuje ją sam pacjent przy asyście fizjoterapeuty. Ten rodzaj pionizacji (p. czynna) polega na stopniowym (poprzez przyjmowanie pozycji pośrednich) przechodzeniu chorego z pozycji leżącej do stojącej. Fizjoterapeuta nie tylko asekuruje chorego, ale często również ułatwia zmiany jego pozycji. W trudniejszych przypadkach pionizacja wykonywana jest z użyciem środków technicznych – stołów do pionizacji oraz tzw. pionizatorów i wówczas określana jest mianem pionizacji biernej. W kolejnych etapach jej stosowania (w kolejnych dniach) stopniowo zwiększa się kąt nachylenia urządzenia, czas przebywania w zmienionej pozycji (początkowo krótko

3 – 5 minut, by dojść do pionu i kilkudziesięciu minut) oraz dodatkowo wprowadza się też ćwiczenia, które mają przygotować chorego do bezpiecznego przemieszczania się w pozycji stojącej. Zazwyczaj są to ćwiczenia naprzemiennego obciążania kończyn dolnych – przenoszenia ciężaru ciała z jednej nogi na drugą oraz prostych reakcji równoważnych (Nowotny J. i inni., 2015).

Przykładem nowoczesnego stołu pionizacyjnego z funkcją kroczenia jest system Erigo marki Hocoma. Pozwala on u pacjenta przebywającego jeszcze w pozycji leżącej na wykonywanie biernych ruchów imitujących kroczenie (Rosenfelder M.J. i inni; 2023). Jest możliwe dzięki siłownikom, za pomocą których kończyny dolne są poruszane w żądanym zakresie i zaprogramowaną prędkością. System sterowania siłownikami pozwala powiem na dostosowanie zakresów zgięcia i wyprostu bioder oraz kolan, jak również dostosowanie szybkości ruchu kroczenia. Na tym jednak nie koniec. Możliwe jest dodatkowe wspomaganie pracy pacjenta poprzez funkcjonalną elektrostymulację mięśni, przebiegającą bez świadomej jego kontroli. Co istotne, tego typu trening może być prowadzony w dowolnym ustawieniu kątowym względem podłoża – od pozycji poziomej do pionowej, a zatem przy zróżnicowanym oddziaływaniu siły grawitacji (De Luca R. i inni, 2024). Takie postępowanie pozwala na uniknięcie wystąpienia lub zminimalizowanie niekorzystnych objawów ortostatycznych, będących efektem obniżania się ciśnienia tętniczego krwi wskutek zbyt szybkiego ustawienia ciała w pozycji pionowej.

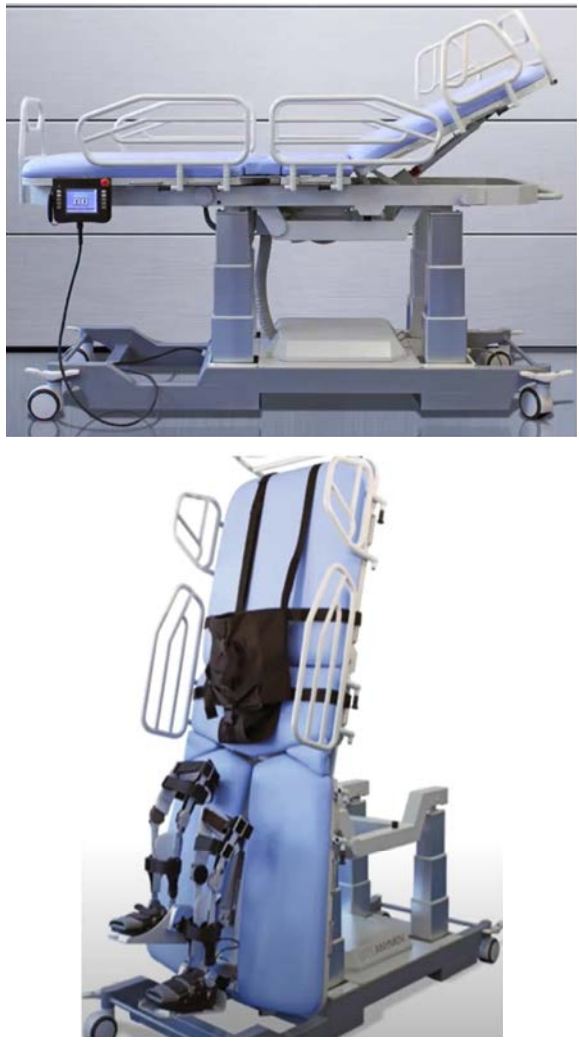
Fot. 1. System Erigo marki Hocoma



(za zgodą firmy Meden-Inmed)

Innym przykładem nowoczesnego stołu pionizacyjnego jest stół ANYMOV marki BTS. Podobnie jak wyżej prezentowany, stół ten pozwala również na wykonywanie ruchów kroczenia przez bierną mobilizację stawu kolanowego lub skokowego przy użyciu siłowników elektrycznych. Możliwe jest także wykonywanie ruchów odwodzenia i przywodzenia w stawie biodrowym. Analogicznie do poprzedniego, i ten system daje możliwość wykonania funkcjonalnej elektrostymulacji mięśni, poprzez dołączenia zewnętrznego aparatu.

Fot. 2. Stół pionizacyjny ANYMOV



(źródło: https://www.btsbioengineering.com)

Dodatkową funkcją stołu ANYMOV jest możliwość wykonywania przechyłów bocznych oraz przyjmowania tzw. pozycji Trendelenburga (głową w dół). Zmiany pozycji chorego, poprzez ruchy we wspomnianych kierunkach pozwalają nie tylko na stymulację błędnika, ale także funkcja ta ma istotne znaczenie w przypadku pacjentów z problemami pulmonologicznymi, u których doszło do zalegania wydzieliny w określonych segmentach płuc.

Drugi i trzeci etap reedukacji chodu – trening chodu i jego doskonalenie

Drugi etap reedukacji chodu zwany właściwą nauką chodu jest procesem wysoce zindywidualizowanym, ściśle powiązanym z bieżącym stanem funkcjonalnym chorego. Z kolei trzeci etap polega na doskonaleniu chodu, co osiągane jest głównie poprzez stopniowe likwidowanie ułatwień i wprowadzanie utrudnień. Granica pomiędzy drugim a trzecim etapem reedukacji chodu jest zatem umowna i dość płynna.

W ostatnim czasie coraz powszechniejsze staje się zastosowanie urządzeń robotycznych, pozwalających na stymulację układu nerwowego w pionowym układzie ciała w sposób często nieosiągalny przez terapię prowadzoną sposobem tradycyjnym. Dzięki ich zastosowaniu trening chodu może rozpoczynać się w bardzo wczesnym okresie od wystąpienia incydentu. Zaletą zastosowania takich urządzeń jest nie tylko szybkie uzyskanie możliwości pracy w pionowej pozycji, ale także – co bardzo istotne – przy optymalnym obciążeniu kończyn dolnych i tułowia. Możliwość taką (tzw. dynamiczne odciążenie) dają kamizelki, w których trenują chorzy, za pomocą których są umocowani do urządzenia. Kolejną korzyścią wynikającą z tej sytuacji jest zabezpieczenie chorego przed ryzykiem upadku podczas treningu, co ma istotne znaczenie, zwłaszcza u pacjentów ze znacznie ograniczonymi możliwościami lokomocyjnymi. Zastosowanie omawianych urządzeń robotycznych umożliwia prowadzenie treningu chodu na powierzchniach innych niż płaskie – po schodach czy też na wzniesieniach, a zatem na etapie doskonalenia chodu.

Przykładem takiego stacjonarnego urządzenia jest Lokomat firmy Hacoma. Jego zastosowanie pozwala na prowadzenie treningu funkcjonalnego tj. w ułożeniu ciała i z wykonywaniem ruchów w swej istocie zbliżonych do występujących podczas chodu fizjologicznego oraz możliwość stymulacji sensorycznej – szczególnie istotnej dla pacjentów z problemami ortopedycznymi i neurologicznymi. Wskazując na zalety Lokomatu należy podkreślić, że prowadzenie treningu chodu z jego użyciem często jest bardziej efektywne niż tradycyjnym sposobem (bez zastosowania urządzeń robotycznych), w szczególności u pacjentów ze znacznie ograniczonymi możliwościami lokomocyjnymi, w tym z klinicznymi objawami spastyczności. Lokomat daje możliwość zastosowania tzw. biofeedbacku. W trakcie treningu pacjent na bieżąco

otrzymuje informacje o parametrach jego ruchu, co porównywane jest z prawidłowym przebiegiem cyklu chodu, widocznym na ekranie. Taka bieżąca informacja zwrotna nie tylko pozwala na świadomą kontrolę swojego chodu, wpływając na jego jakość, ale także dodatkowo zwiększa motywację pacjenta. Bieżące kontrolowanie chodu zapobiega utrwalaniu patologicznych wzorców, umożliwiając bardzo wczesne rozpoczęcie odtwarzania fizjologicznego ruchu u pacjenta (Drużbicki M. i inni, 2013). Trening chodu z użyciem Lokomatu może być prowadzony zarówno u dzieci (od 4 roku życia), jak i u osób dorosłych (Baronchelli F. i inni2021). Jest to możliwe dzięki zastosowaniu różnych rozmiarów dopasowanej do gabarytów pacjenta kamizelki stabilizującej oraz dodatkowych akcesoriów.

Fot. 3. Lokomat

(za zgodą firmy Meden-Inmed)

Oprócz robotycznych urządzeń stacjonarnych do treningu chodu, istnieją urządzenia mobilne, których konstrukcja umożliwia przemieszczanie się wewnątrz

budynku na większym dystansie. Jednym z takich urządzeń jest podnośnik Luna sterowany pilotem. Dzięki specjalnym szynom zamontowanym pod sufitem umożliwia on przemieszczanie (się) chorego w obrębie domu, w tym także na różnych poziomach, pokonując schody. Daje on możliwość treningu chodu na większym dystansie – np. na korytarzu placówki medycznej.

Innym systemem mobilnym pozwalającym na trening chodu na podłożu stałym, w pełni bezpiecznym i z dynamicznym odciążeniem pacjenta jest system Andago. W dużym uproszczeniu można stwierdzić, że jest to specjalna rama na kółkach stale podążająca za pacjentem. Jej zastosowanie pozwala m.in. na trening pokonywania i omijania przeszkód.

Fot. 4 System Luna

(za zgodą firmy Meden-Inmed)

Nowoczesnymi urządzeniami robotycznymi wspomagającymi lokomocję zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz budynków są egzoszkielety (Trzyna A. i inni, 2022). Obecnie na rynku istnieje już kilka wersji tego urządzenia. Poniżej zostanie pokrótce zaprezentowany egzoszkielet Indego o modularnej budowie. To właśnie ta cecha sprawia, że istnieje możliwość rozłączenia części miednicy, ud i podudzi, co daje możliwość nawet samodzielnego zakładania i zdejmowania urządzenia w dowolnym momencie, w tym także na wózku inwalidzkim. Egzoszkielet Indego wprawiany jest w ruch systemem siłowników sterownych komputerowo, a zakres wspomagania ruchu może być dopasowywany w zależności od potrzeby. Dzięki temu nawet pacjent z niewielkimi możliwościami funkcjonalnymi nóg (niechodzący) może korzystać z tego urządzenia, co również wpływa bardzo korzystnie na jego stan emocjonalny. Zastosowanie egzoszkieletu Indego umożliwia łączenie stosowanych środków – np. z takimi, które zwiększają stabilizację układu ciała podczas przemieszczania się. Możliwe jest więc użycie egzoszkieletu łącznie z zastosowaniem kul lub balkonika, zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz budynku, oraz podczas chodzenia po pochylniach w górę i w dół.

Fot. 5 Egzoszkielet Indego

(za zgodą firmy Meden-Inmed)

Podsumowanie

Zaprezentowany w niniejszym opracowaniu przegląd nowoczesnych środków technicznych wspomagających lub umożliwiających lokomocję nie został wyczerpany. To tylko przykładowe rozwiązania funkcjonujące na rynku, pokazujące kierunek rozwoju nowoczesnej fizjoterapii.

Na zakończenie, raz jeszcze warto podkreślić, że podstawową zaletą zastosowania urządzeń robotycznych w treningu chodu jest fakt, iż ich użycie pozwala na stymulację układu nerwowego w sposób często nieosiągalny przez terapię prowadzoną w systemie tradycyjnym. Jednakże w dalszym ciągu jest to element jedynie uzupełniający terapię konwencjonalną.

Bibliografia

Baronchelli F, Zucchella C, Serrao M, Intiso D, Bartolo M. The Effect of Robotic Assisted Gait Training With Lokomat® on Balance Control After Stroke: Systematic Review and Meta-Analysis. Front Neurol. 2021 Jul 6;12:661815. doi: 10.3389/fneur.2021.661815. PMID: 34295298; PMCID: PMC8289887.

De Luca R, Gangemi A, Bonanno M, Fabio RA, Cardile D, Maggio MG, Rifici C, Vermiglio G, Di Ciuccio D, Messina A, Quartarone A, Calabrò RS. Improving Neuroplasticity through Robotic Verticalization Training in Patients with Minimally Conscious State: A Retrospective Study. Brain Sci. 2024 Mar 27;14(4):319. doi: 10.3390/brainsci14040319. PMID: 38671971; PMCID: PMC11048571.

Drużbicki M., Rusek W., Snela S., Dudek J., Szczepanik M., Zak E., Durmala J., Czernuszenko A., Bonikowski M., Sobota G. Functional effects of robotic-assisted locomotor treadmill thearapy in children with cerebral palsy. J Rehabil Med 2013; 45(4): 358-363).

Nowotny J, Nowotny-Czupryna O, Czupryna K. Kinezjologiczno-funkcjonalne aspekty rehabilitacji. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów. Wyd. α-medica press, 2015.

Rosenfelder MJ, Helmschrott VC, Willacker L, Einhäupl B, Raiser TM, Bender A. Effect of robotic tilt table verticalization on recovery in patients with disorders of consciousness: a randomized controlled trial. J Neurol. 2023 Mar;270(3):1721-1734. doi: 10.1007/s00415-022-11508-x. Epub 2022 Dec 19. PMID: 36536249; PMCID: PMC9971146.

Trzyna A, Brachman A, Łosień T, Sobota G. *Influence of exoskeleton therapy on gait parameters in patients with cerebral palsy. Fizjoterapia Polska 2022; 22(2); 194-201*

dr Aneta Orczyk

Collegium Medicum – Wydział Medyczny
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Aleksandra Czopek, Patrycja Chwałek

Collegium Medicum – Wydział Medyczny Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej,
Koło Naukowe Fizjoterapii FizjoUP

Technologie wspomagające mobilność osób z niepełnosprawnościami

Streszczenie

Nowoczesne innowacje wspierające mobilność osób z niepełnosprawnościami oferują obecnie szeroki wachlarz rozwiązań, które rewolucjonizują sposób, w jaki te osoby poruszają się i funkcjonują na co dzień.

Robotyka rehabilitacyjna: Te zaawansowane konstrukcje pomagają w usprawnieniu regeneracji poprzez powtarzalne, funkcjonalne ruchy i zwiększonej plastyczności neuronalnej oraz służą jako pomoc w poruszaniu się poza ortezami i wózkami inwalidzkimi. Ponadto wykazano, że egzoszkielety kończyn dolnych zapewniają korzyści w przypadku wtórnych schorzeń po urazie rdzenia kręgowego, takich jak ból, spastyczność, zmniejszona gęstość kości i neurogenne jelita. Dzięki symulacji naturalnych ruchów ciała i dostosowywaniu terapii do potrzeb pacjenta, te roboty wspierają skuteczną rehabilitację (np. protezy, Erigo, Lokomat Pro, Lokomat Nanos, Andago).

Interfejsy mózg-komputer (BCI): Pozwalają one na kontrolę urządzeń za pomocą aktywności neuronowej mózgu, może wpływać na regenerację motoryczną, co jest niezwykle pomocne dla osób z ciężkimi niepełnosprawnościami ruchowymi. Wykorzystując algorytmy sztucznej inteligencji, protezy kończyn mogą interpretować sygnały nerwowe pochodzące z mięśni pacjenta, co zapewnia bardziej precyzyjną kontrolę i działanie. Postępy oparte na sztucznej inteligencji obejmują protezy mioelektryczne wykorzystujące sygnały elektromiograficzne, bioniczne nogi.

Aplikacje mobilne i platformy internetowe: Technologie mobilne, dzięki swojej ogólnodostępności rewolucjonizują mobilność osób z niepełnosprawnościami. Narzędzia te pomagają w planowaniu podróży, lokalizowaniu udogodnień dla osób niepełnosprawnych oraz

dostarczają informacji na temat barier architektonicznych lokalizator kopert (np. aplikacja DISpot lub Parking Mobility aplikację Messay i Umoove Experience) oraz codziennych czynnościach: aplikacje czytające tekst, rozpoznające obrazy (np. Be My Eyes), monitorujące zdrowie (np. MyTherapy), pisanie, czytanie książek, technologie, które ułatwiają np. otwieranie drzwi czy zarządzanie przedmiotami w domu.

Postęp technologiczny ma ogromny wpływ na poprawę jakości życia osób z niepełnosprawnościami. Kiedy w wielu czynnościach życia nadal w dużym stopniu polega się na opiekunach, technologie wspomagające mobilność i komunikacje zwiększają niezależność, dążąc do poprawy zdrowia i sprawności fizycznej. Zwiększają możliwości w integracji społecznej i zawodowej oraz umożliwiają pełniejsze uczestnictwo w społeczeństwie.

Słowa kluczowe

lokomocja, mobilność, nowe technologie, jakość życia, technologia wspomagająca.

Wprowadzenie

Nowoczesne innowacje wspierające mobilność osób z niepełnosprawnościami stanowią istotny obszar rozwoju technologicznego, który pozytywnie wpływa na poprawę jakości życia tej grupy społecznej. Oferowane obecnie rozwiązania nie tylko znacząco ułatwiają codzienne poruszanie się, ale także rewolucjonizują sposób, w jaki osoby z niepełnosprawnościami funkcjonują we współczesnym społeczeństwie. Dostępna technologia stwarza szeroki wachlarz możliwości dla osób z niepełnosprawnościami, dzięki czemu mogą aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym i zawodowym. Technologia wspomagająca mobilność obejmuje zarówno rozwiązania sprzętowe, jak i aplikacje, które są projektowane z myślą o różnorodnych potrzebach osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. W efekcie mobilność staje się nie tylko prostsza, ale też bardziej dostępna i dostosowana do indywidualnych potrzeb.

W niniejszym artykule przedstawimy technologie wspomagające mobilność osób z niepełnosprawnościami. Celem artykułu jest pogłębienie zrozumienia różnorodnych rozwiązań, prezentując ich znaczenie oraz wpływ na życie jednostek z niepełnosprawnościami. Poprzez szczegółowe omówienie najnowszych technologii oraz aplikacji, artykuł ten dąży do odkrycia nowych perspektyw dotyczących sposobów wykorzystania technologii w celu poprawy jakości życia osób z niepełnosprawnościami.

Robotyka rehabilitacyjna w usprawnianiu regeneracji

Robotyka rehabilitacyjna to dziedzina, która wykorzystuje zaawansowane technologie do wspierania procesu rehabilitacji osób z urazem rdzenia kręgowego (SCI) [1] lub innymi schorzeniami neurologicznymi lub ortopedycznymi. Jest to rodzaj terapii, w której roboty wykonują różnorodne zadania i ćwiczenia, które pomagają pacjentom w odzyskiwaniu lub poprawie funkcji ruchowych. Robotyka rehabilitacyjna może przyjmować różne formy, od prostych urządzeń wspomagających ruch, takich jak egzoszkielety, po zaawansowane roboty manipulacyjne kontrolowane przez komputer. Mogą być używane do wspierania rehabilitacji kończyn górnych lub dolnych, w zależności od potrzeb pacjenta i rodzaju urazu.

Głównym celem jest przywrócenie mobilności oraz funkcji rąk lub nóg, w zależności od rodzaju i poziomu urazu. W kontekście tetraplegii, istotnym obszarem rehabilitacji jest przywracanie funkcji rąk, podczas gdy w przypadku paraplegii kluczowym celem jest umożliwienie chodzenia. Osoby z tetraplegią często widzą funkcjonowanie rąk jako kluczowy dla powrotu do zdrowia, podczas gdy dla osób z paraplegią priorytetem jest poruszanie się. Uzależnienie od opiekunów

w codziennych czynnościach jest nadal wyzwaniem, zwłaszcza bez funkcji rąk. Technologie mogą jednak istotnie wspierać dostęp do otoczenia w takiej sytuacji. Dla osób z niekompletną paraplegią istnieją ortezy, które mogą poprawić ich zdolność do chodzenia, jednakże korzystanie z nich wymaga znacznej siły i energii. Natomiast dla osób z całkowitą paraplegią, które nie mają żadnej możliwości ruchu, główną opcją pozostaje wózek inwalidzki. Choć wózki te zapewniają pewną niezależność, osoby z ograniczoną mobilnością nadal często borykają się z trudnościami w dostępie do różnych miejsc i poruszaniu się w codziennym życiu. Egzoszkielety kończyn dolnych okazały się skutecznym narzędziem nie tylko w przywracaniu funkcji ruchowej, lecz także w łagodzeniu wtórnych schorzeń związanych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (SCI), takich jak ból, spastyczność, zmniejszona gęstość kości oraz zaburzenia jelit wynikające z uszkodzenia układu nerwowego. [1]

Przykłady urządzeń w robotyce rehabilitacyjnej [2]

Erigo Pro to zaawansowane urządzenie medyczne zaprojektowane do wczesnej rehabilitacji pacjentów neurologicznych. Wczesna mobilizacja pacjentów unieruchomionych w łóżku zapobiega powikłaniom związanym z długotrwałym unieruchomieniem, takim jak odleżyny, zakrzepy czy zapalenie płuc. Ponadto skraca czas pobytu pacjentów na oddziale intensywnej terapii i opiece szpitalnej. Praca urządzenia wynika z połączenia zrobotyzowanej pionizacji z funkcjonalną stymulacją elektryczną (FES). [2] Dzięki wykorzystaniu elektrostymulacji, urządzenie precyzyjnie steruje skurczami mięśni. Ta kombinacja technologii umożliwia przeprowadzenie skutecznej terapii, która znacząco wpływa na poprawę wyników leczenia oraz jakość życia pacjentów. Standardowe metody pionizacji często niosą ryzyko nagłego spadku ciśnienia krwi, co może powodować zawroty głowy i omdlenia. Pacjenci, którzy są wcześnie mobilizowani za pomocą tego urządzenia, nie doświadczają negatywnych skutków ortostatycznych, ponieważ regularne ruchy kończyn dolnych i cykliczne obciążenia pomagają utrzymać prawidłowy przepływ krwi.

Istotne elementy Erigo Pro we wczesnej rehabilitacji:

- pionizacja: zapewnia bezpieczne unieruchomienie, poprawia krążenie i tolerancję ortostatyczną;
- ruch: wykorzystuje cykliczne obciążenie i poruszanie kończyn dolnych, wspiera odzyskiwanie funkcji motorycznych;
- stymulacja FES: funkcjonalna stymulacja elektryczna, zwiększa przepływ krwi i umożliwia precyzyjne sterowanie skurczami mięśni;
- napęd wymuszający pracę kończyn dolnych: efektywnie angażuje mięśnie, przyspiesza proces rehabilitacji i redukuje ryzyko powikłań związanych z unieruchomieniem.

Lokomat to zaawansowany system rehabilitacyjny, który znacząco wspiera terapię chodu u pacjentów z różnymi schorzeniami neurologicznymi, takimi jak osoby po udarach, urazach kręgosłupa czy stwardnieniu rozsianym (SM). Warto podkreślić, że Lokomat Pro i Lokomat Nanos mogą być stosowane zarówno u pacjentów dorosłych, jak i dzieci.

Główną koncepcją działania Lokomatu jest wykorzystanie neuroplastyczności mózgu. Poprzez realizację różnorodnych zadań funkcjonalnych, system ten aktywuje mechanizmy neuroplastyczne, co prowadzi do poprawy funkcji ruchowych. Regularne wykonywanie ćwiczeń pozwala pacjentom doskonalić ich zdolności ruchowe, co z kolei przekłada się na istotne postępy w procesie rehabilitacji.

Intensywność treningu oferowana przez Lokomat Pro i Lokomat Nanos przekłada się na szybsze postępy w procesie rehabilitacji. Systemy te umożliwiają dłuższe i bardziej intensywne treningi w porównaniu z terapią manualną.

Kolejną istotną korzyścią jest precyzyjne odciążenie pacjenta podczas terapii. Dynamiczne odciążenie, które można regulować, pozwala terapeutom na zapewnienie fizjologicznego ruchu i zmniejszenie obciążenia fizycznego podczas treningu. Dzięki temu osiągane są lepsze efekty terapeutyczne, a pacjenci odczuwają większy komfort. Dodatkowo, wbudowany system biofeedbacku monitoruje ruchy pacjenta w czasie rzeczywistym, co dodatkowo motywuje ich do jeszcze cięższej pracy.

Korzyści stosowania urządzeń są liczne. System ten oferuje szeroki zakres możliwości treningowych, przyspiesza postępy w procesie rehabilitacji, redukuje obciążenie fizyczne terapeutów oraz umożliwia łatwą obserwację i ocenę aktywności pacjenta podczas terapii.

Andago to mobilny robot stworzony z myślą o dynamicznym odciążaniu pacjentów, zapewniając im możliwość utrzymania poprawnej postawy fizjologicznej oraz swobodnego wykonywania ruchów przy zachowaniu wolnych rąk. Dzięki tej innowacyjnej technologii pacjenci mogą skupić się na treningu chodu, co stanowi kluczowy element poprawy ich mobilności i niezależności w życiu codziennym. Andago wyposażony jest w zaawansowany system zabezpieczeń przed upadkiem, zapewnia on pacjentom stabilność i pewność siebie podczas treningu. Różnorodne tryby treningowe, takie jak chód po prostej, wchodzenie na stopień czy chód zróżnicowany, umożliwiają dostosowanie intensywności ćwiczeń do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta. Dzięki temu osiągane są lepsze efekty terapeutyczne i szybsza poprawa funkcji chodu. Dodatkowym atutem systemu Andago jest możliwość obiektywnej dokumentacji treningu. Dzięki temu terapeuci mogą monitorować postępy pacjentów, analizować dane treningowe i dostosowywać terapię do ich potrzeb. To pozwala na bardziej skuteczne i spersonalizowane podejście do rehabilitacji.

Interfejsy mózg-komputer (BCI) w wspomaganiu regeneracji motorycznej

Interfejsy mózg-komputer (BCI ang. Brain-Computer Interfaces) to urządzenia, które rejestrują sygnały aktywności mózgu, analizują je i tłumaczą na polecenia przekazywane do urządzeń wyjściowych. Stały się przełomową technologią, która może zrewolucjonizować dziedzinę zaburzeń neurologicznych. [5] Wypełniając lukę między ludzkim mózgiem, a urządzeniami zewnętrznymi, BCI umożliwiają bezpośrednią komunikację i kontrolę, otwierając nowe możliwości diagnozowania, leczenia i rehabilitacji. Ten temat zagłębia się w różnorodne zastosowania i postępy BCI w zaburzeniach neurologicznych, badając ich potencjał w zakresie poprawy jakości życia i niezależności funkcjonalnej osób dotkniętych takimi schorzeniami jak: udar, uraz rdzenia kręgowego, stwardnienie zanikowe boczne (ALS, SLA) i uraz mózgu. [3] Od dekodowania sygnałów neuronowych do kontroli motorycznej po wykorzystanie neurofeedbacku do poprawy funkcji poznawczych, temat ten obejmuje najnowsze badania, wyzwania i przyszłe kierunki w dziedzinie BCI dla zaburzeń neurologicznych.

Ważną zasadą korzystania z takich systemów jest to, że roboty pomagają pacjentowi aktywnie wykonywać zalecany ruch, a nie biernie poruszać kończyną pacjenta. Oznacza to, że konieczne jest, aby system wyczuwał, kiedy pacjent próbuje wygenerować wymagany ruch. Jednym z potencjalnych rozwiązań tego problemu jest zastosowanie czujników siły, które mogą wykryć, kiedy pacjent zaczyna generować ruch. Możliwe jest również wykorzystanie pomiarów aktywacji mięśni (EMG) w celu wykrycia zamiaru wykonania ruchu. W ciągu ostatnich dwóch dekad grupy klinicystów, neuronaukowców i inżynierów podjęły wspólny wysiłek w celu zintegrowania systemów robotycznych z sygnałami mózgowymi skorelowanymi z pacjentem, próbującym aktywnie wygenerować ruch lub wyobrazić sobie działanie motoryczne, aby zwiększyć skuteczność i efektywność m.in. rehabilitacji po udarze – systemy te mieszczą się w definicji interfejsów mózg-komputer. [3] Podczas gdy BCI w swojej ogólnej formie są rozwijane od prawie 50 lat i teoretycznie były możliwe od czasu odkrycia ludzkiego elektroencefalogramu (EEG) [5] rejestrowanego na skórze głowy w latach dwudziestych XX wieku, ich zastosowanie w rehabilitacji jest nowsze. BCI jako sztuczny system, który zapewnia bezpośrednią komunikację między mózgiem, a urządzeniem w oparciu o intencje użytkownika, z pominięciem normalnych ścieżek eferentnych obwodowego układu nerwowego organizmu. BCI rozpoznaje intencje użytkownika, mierząc aktywność mózgu i tłumacząc ją na wykonywalne polecenia, zwykle wykonywane przez komputer, stąd termin „interfejs mózg-komputer". [4] Strategia systemów BCI-robot (tj. systemów, które integrują BCI i roboty w jeden ujednolicony system)

w rehabilitacji polega na rozpoznaniu zamiaru pacjenta do poruszania się lub wykonania zadania za pomocą sygnału neuronowego lub fizjologicznego, a następnie wykorzystaniu urządzenia robotycznego do zapewnienia sił wspomagających. Uzyskane w ten sposób informacje zwrotne są sterowane przez pacjenta i mają pomóc w zamknięciu pętli neuronowej od zamiaru do wykonania. Proces ten promuje neuroplastyczność zależną od użycia w nienaruszonych obszarach mózgu i opiera się na powtarzającym się doświadczeniu inicjowania i osiągania określonego celu; czyniąc aktywny udział pacjenta w wykonywaniu ćwiczeń terapeutycznych integralną częścią procesu ponownego uczenia się motorycznego. [4]

Wspomniany wcześniej sygnał EEG rejestrowany na skórze głowy jest powszechnie stosowanym narzędziem do pozyskiwania danych w systemach BCI, ponieważ jest nieinwazyjny, łatwy w użyciu i może wykrywać odpowiednią aktywność mózgu z wysoką rozdzielczością czasową. Rozpoznawanie wyobraźni ruchowej (MI), czyli wyobraźni ruchu bez jego wykonywania, za pośrednictwem EEG może pozwolić na sterowanie urządzeniem niezależnie od aktywności mięśni. Sprzężenie zwrotne jest ważne w tych procesach, a zatem ich jakość jest niezbędna.

Motywacja odgrywa ważną rolę w promowaniu aktywnego uczestnictwa w terapii. Dlatego też dobry system BCI powinien obejmować podejście (takie jak gry i nagrody), które zwiększa motywację. Ostatnie postępy technologiczne znacznie ułatwiają tworzenie środowiska rehabilitacyjnego, które zapewnia bogate wskazówki, daje istotne informacje zwrotne i jest motywujące. Na przykład rozwój technologii immersyjnych, w tym platform rzeczywistości wirtualnej (VR) i rzeczywistości rozszerzonej, pozwala na tworzenie angażujących doświadczeń wizualnych, które mogą potencjalnie poprawić poczucie własnej skuteczności pacjenta, a tym samym zachęcić go do utrzymania dyscypliny w rehabilitacji. Jednym z konkretnych przykładów jest wizualne wzmocnienie ruchu wykonywanego przez pacjenta, gdy ruch ten ma ograniczony zakres, tak aby pacjent mógł zobaczyć, że jego wysiłki przynoszą rezultaty.[3]

Aplikacje mobilne i platformy internetowe Mobilne wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami

Rozwój technologii pozwolił pracownikom ochrony zdrowia dostosowywać się do zmian i świadczyć opiekę zdrowotną w nowy, zdalny sposób. Aplikacje na smartfony zapewniają nowy i rozwijający się sposób prowadzenia fizjoterapii, który promuje aktywny udział zarówno fizjoterapeuty, jak i pacjenta w trakcie leczenia. Wykorzystanie technologii do świadczenia usług rehabilitacyjnych przynosi wiele korzyści nie tylko klinicystom, ale także samym pacjentom. Zapewnia pacjentowi poczucie osobistej autonomii i upodmiotowienia, umożliwiając mu przejęcie

kontroli nad swoim stanem. W istocie stają się aktywnym partnerem, a nie biernym uczestnikiem opieki. Technologie umożliwiają dostęp do opieki osobom w odległych obszarach lub osobom, które mają problemy z mobilnością, dostępem do transportu i czynnikami społeczno-ekonomicznymi. [7] Aplikacje mobilne zmniejszają koszty podróży i czas spędzony na dojazdach zarówno przez świadczeniodawcę, jak i pacjenta. Wraz z rozwojem telerehabilitacji poprawia się ciągłość opieki nad pacjentem. Umożliwia ona rehabilitantom zdalne zaangażowanie i zapewnienie opieki pacjentowi poza placówką medyczną, eliminując w ten sposób kwestię odległości między klinicystą a pacjentem. Możliwość kontynuowania rehabilitacji we własnym środowisku społecznym i zawodowym pacjenta powinna prowadzić do lepszych wyników funkcjonalnych. Ma na celu świadczenia usług rehabilitacyjnych zdalnie, w ich domach lub innych środowiskach. Takie usługi obejmują interwencje terapeutyczne, zdalne monitorowanie postępów, edukację, konsultacje, szkolenia i środki tworzenia sieci dla osób z niepełnosprawnością. Nowe oblicze aplikacji do fizjoterapii może ułatwić pacjentom przestrzeganie zaleceń poprzez stworzenie interaktywnego środowiska ćwiczeń, które promuje poczucie własnej skuteczności i zmianę zachowania poprzez ulepszoną komunikację, wyznaczanie celów i raportowanie postępów. Skuteczność aplikacji na smartfony w celu poprawy zachowań zdrowotnych jest nowym obszarem badań. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że niestety sukces aplikacji pokazujących dostępność danych miejsc zależy od zaangażowania użytkowników dodających odpowiednie informacje na mapie.

Przykłady kilku aplikacji, które mają znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami

- **Miasta bez barier** – polska aplikacja dostępna na Androida, której celem jest pomoc w przezwyciężaniu barier napotykanych w infrastrukturze miejskiej. Twórcy zachęcają użytkowników do dodawania nowych miejsc i rozszerzania bazy zawartej w aplikacji. [11]
- **Access Earth** – aplikacja, której celem jest ocenienie hoteli, restauracji i innych atrakcji turystycznych. Użytkownicy mają możliwość zostawienia informacji na temat łazienek, wind, schodów, a także pozostawienia własnej opinii. Acces Earth – TripAdvisor dla osób z niepełnosprawnościami. [11]
- **ParrotOne** to aplikacja mobilna ułatwiająca komunikację osobom z niepełnosprawnościami. Może służyć zarówno do wymiany wiadomości ze znajomymi, jak i do poznawania nowych osób. Aplikację ParrotOne jest darmowa, prosta w obsłudze, tworzenie całych zdań możliwe jest za pomocą dosłownie kilku kliknięć. Aplikacja uczy się tego, jakich zwrotów używa użytkownik, jak układa zdania. [10]

- **Assist Mi** to z kolei innowacyjna aplikacja, której celem jest łączenie osób niepełnosprawnych z ludźmi, którzy mogą im pomóc w określonym czasie. Dzięki aplikacji można znaleźć opiekunów, ale także osoby oferujące takie usługi jak – dostanie się do pracy, zakupy podstawowych rzeczy, pomoc w podróży. [11]
- **E-wademekum** to poradnik dla dorosłych osób z niepełnosprawnością, dzieci oraz rodzin i opiekunów. Można w niej znaleźć przydatne informacje począwszy od zniżek, świadczeń i ulg jakie przysługują osobą z niepełnosprawnością w Polsce, aż po zbiór wszystkich istotnych kontaktów. [10]
- **HearUs** aplikacja dla osób z niedosłuchem oraz z zaburzeniami komunikacji werbalnej. Pozwala na swobodną komunikację osoby niemówiącej z innymi osobami. Dzięki niej łatwiej wyrazić swoje potrzeby, wykonać proste czynności (np. zakupy), ale także bardziej skomplikowane, jak wizyta w urzędzie. Aplikacja zawiera funkcje, takie jak odczytanie listy przyjmowanych leków, czy też zaalarmuje bliskich w sytuacji zagrożenia. Blisko 1000 kategorii i podkategorii, przewidujących codzienne sytuacje życiowe. Wciśnięcie przycisku, powoduje odczytanie wypowiedzi z głośnika każdego urządzenia mobilnego. [10]
- **Seeing Assistant** to doskonałe wsparcie dla osób niewidomych i niedowidzących. Aplikacjami można kierować za pomocą poleceń głosowych, zadaniem jest rozpoznawanie, odczytywanie kodów kreskowych i kodów QR na głos i przekazywanie podstawowych informacji na ich temat. Natomiast **Seeing Assistant Move** asystuje nas w terenie, na przykład w czasie pieszego przemieszczania się. Możemy być informowani o wszystkich punktach, które mijamy lub do których się zbliżamy. [11]
- **Aipoly Vision** aplikacja, która ma pomagać osobom niewidomym, niedowidzącym i daltonistom. Rozpoznaje otaczające nas przedmioty i kolory. Wystarczy skierować smartfon na jakiś obiekt i nacisnąć przycisk u dołu ekranu, aby go zidentyfikował, wyświetlił i odczytał nazwę lub kolor przedmiotu. Aipoly Vision jest w stanie rozpoznać nawet przedmioty, które nie są standardowe, rozpoznaje żywność oraz odróżnia odmiany roślin i zwierząt, na przykład rasy psów. [11]
- **Be My Eyes** łączy społeczność niedowidzących i niewidomych z osobami w pełni sprawnymi. Poprzez videorozmowę ochotnicy pomagają osobom niedowidzącym i niewidomym w rozwiązaniu codziennych problemów – przeczytanie instrukcji, przygotowanie posiłku, dobór ubioru, rozróżnienie przedmiotów, sprawdzenie terminu ważności na etykiecie, czy rozkładu jazdy. [10]
- Aplikacja **m-Health** odnosi się do koncepcji korzystania z urządzeń mobilnych, takich jak telefony, tablety i smartfony, zarówno w medycynie, jak i zdrowiu publicznym. [6] Nieprzestrzeganie zaleceń pozostaje głównym problemem

w poprawie wyników opieki zdrowotnej, pomimo wielu badań podkreślających ten ciągły problem na przestrzeni lat.

- Wirtualne platformy, takie jak **Hinge Health** i **IncludeHealth**, wykorzystują zaawansowane technologie, takie jak uczenie maszynowe i komputerowa wizja 3D, aby zapewnić spersonalizowaną opiekę mięśniowo-szkieletową. [8] Platformy te oferują kompleksowe cyfrowe kliniki, które obejmują dostosowane programy ćwiczeń, informacje zwrotne w czasie rzeczywistym za pośrednictwem czujników oraz technologię do noszenia w celu zarządzania bólem i monitorowania postępów. Takie podejście nie tylko zwiększa zaangażowanie pacjentów, ale także zapewnia dostępność dla osób w odległych obszarach lub o ograniczonej mobilności. [9]

Podsumowanie

Zainteresowanie na świadczenie usług z wykorzystaniem robotyki w dziedzinie rehabilitacji wynika z rosnącej liczby osób wymagających rehabilitacji oraz globalnego zjawiska niewystarczającej liczby terapeutów zdolnych do prowadzenia ćwiczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów. Stale rozwijająca się technologia i aplikacje sprawiają, że przyszłe pokolenie fizjoterapeutów musi być świadoma ewoluujących zmian w technologii, aby fizjoterapia stała się interaktywnym środowiskiem z pacjentem. Pomoże to zwiększyć motywację i ułatwi uczestnictwo w domowym programie ćwiczeń. Przywracanie utraconych funkcji sensorycznych i motorycznych za pomocą protez neuronowych czy BCI tworzy przyszłe kierunki w rehabilitacji ruchowej.

Bibliografia

Aplilkacje, które mają znaczenie http://dobrastronainternetu.pl/aplikacje-ktore-maja--znaczenie/ (02.03.2018)

A. Q., Kelley M, Hanners A, Yen P, Sustainable Development for Mobile Health Apps Using the Human-Centered Design Process https://formative.jmir.org/2023/1/e45694 (25.08.2023)

Baniqued P., Stanyer E., Awais M., Alazmani A, Jackson A, Mon-Williams M, Mushtag M, Holt R, Brain–computer interface robotics for hand rehabilitation after stroke: a systematic review https://jneuroengrehab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12984-021-00820-8 (23.01.2021)

Brain-Computer Interfaces in Neurological Disorders: Expanding Horizons for Diagnosis, Treatment, and Rehabilitation https://www.frontiersin.org/research-topics/57633/brain-computer-interfaces-in-neurological-disorders-expanding-horizons-for-diagnosis-treatment-and-rehabilitation (05.12.2023)

Degavre F, Kieffer S, Bol D, Dekimpe R, Desterbecq C, Pirson T, Sandu G, Tubeuf S, Searching for Sustainability in Health Systems: Toward a Multidisciplinary Evaluation of Mobile Health Innovations https://www.mdpi.com/2071-1050/14/9/5286 (13.04.2022)

Fundacja Votum https://fundacjavotum.pl/dla-beneficjenta/5-aplikacji-mobilnych/

Marbury D, Virtual Physical Therapy Platforms Go Beyond the App https://healthtech-magazine.net/article/2022/01/virtual-physical-therapy-platforms-go-beyond-app (07.01.2022)

Mekki M., D Delgado A., Fry A.,Putrino D., Huang V., Robotic Rehabilitation and Spinal Cord Injury: A Narrative Review https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29987763/#full-view-affiliation-1 (15.07.2018)

Poryzała P, Interfejsy BCI (ang. Brain-Computer Interface) http://pstrumil.eletel.p.lodz.pl/pstrumil/swosin/bci.pdf

Robotyka w rehabilitacji-broszura. https://meden.com.pl/wp-content/uploads/2023/09/Broszura_robotyka_w_rehabilitacji-2023.pdf (05.09.2023)

Telerehabilitation and Smartphone Apps in Physiotherapy https://www.physio-pedia.com/Telerehabilitation_and_Smartphone_Apps_in_Physiotherapy

dr inż. Paweł Buchwald
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej
Katedra Transportu i Informatyki
pbuchwald@wsb.edu.pl

Symulacja dostosowania miejsc użyteczności publicznej dla osób ze szczególnymi potrzebami z zastosowaniem rzeczywistości wirtualnej i środowiska metawersum

Streszczenie

Opracowanie koncentruje się na wykorzystaniu technologii rzeczywistości wirtualnej (VR) i metawersum do projektowania i oceny przestrzeni publicznych, z naciskiem na dostosowanie ich do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W artykule przedstawiono rozwój VR i metawersum jako narzędzi wspomagających tworzenie dostępnych przestrzeni. Technologie te pozwalają na realistyczne symulacje, umożliwiające testowanie i optymalizację rozwiązań architektonicznych, co jest szczególnie istotne w kontekście zmieniających się potrzeb demograficznych i rosnącej świadomości społecznej. Opracowanie przedstawia różnorodne zastosowania VR i metawersum w poprawie jakości życia osób ze szczególnymi potrzebami, od symulacji środowisk pracy, przez szkolenia, aż po rehabilitację – w świetle przeanalizowanej literatury. Przykłady obejmują symulacje architektoniczne, szkolenia w zakresie prezentacji informacji w przemyśle, oraz treningi społeczne i zawodowe w symulowanych środowiskach pracy. Przedstawiono również wykorzystanie zestawu Meta Quest 2 oraz silnika Unity do tworzenia interaktywnych aplikacji VR dla celów symulacji. Platforma spatial.io została wybrana ze względu na jej możliwości interaktywne i integracyjne. Symulacje w środowisku VR umożliwiają identyfikację barier architektonicznych, co pozwala na ich eliminację na etapie projektowania. Przedstawiono eksperyment symulacyjny, który miał na celu ocenę ergonomii i dostępności wirtualnej przestrzeni biurowej. Symulacja uwzględniała różne scenariusze, takie jak poruszanie się na wózku inwalidzkim i interpretacja informacji wizualnych przez osoby z różnymi rodzajami daltonizmu. Opracowanie pokazuje, iż technologie VR i metawersum oferują szerokie możliwości w zakresie projektowania dostępnych przestrzeni. Pozwalają na realistyczne testowanie rozwiązań, co

może obniżyć koszty późniejszych modyfikacji. Przedstawiona platforma symulacyjna umożliwia ocenę rozwiązań architektonicznych i poprawę dostępności przestrzeni publicznych, co ma również zastosowanie edukacyjne.

Słowa kluczowe

Symulacja, Rzeczywistość wirtualna, Metawersum, Dostępność, Projektowanie uniwersalne

Wstęp

Rozwój nowoczesnych technologii informatycznych, a zwłaszcza rzeczywistości wirtualnej (VR) oraz metawersum, otwiera nowe możliwości w różnych dziedzinach, w tym w obszarze poprawy jakości życia osób ze szczególnymi potrzebami. Rzeczywistość wirtualna, która umożliwia tworzenie immersyjnych trójwymiarowych środowisk, zyskała na znaczeniu nie tylko w rozrywce, ale także w edukacji, szkoleniach oraz projektowaniu dostępnych przestrzeni. Symulacje oparte na VR mogą być wykorzystane do realistycznego odwzorowania różnorodnych środowisk, co pozwala na testowanie i optymalizację rozwiązań architektonicznych, które mają na celu poprawę komfortu i dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. W kontekście dynamicznych zmian demograficznych oraz rosnącej świadomości społecznej dotyczącej potrzeb osób niepełnosprawnych, wykorzystanie VR staje się coraz bardziej istotne. Jest to widoczne w świetle literatury na temat zastosowania VR oraz metawersum w różnych aspektach życia osób ze szczególnymi potrzebami, począwszy od symulacji środowisk pracy, przez szkolenia i rehabilitację ruchową, aż po interaktywne środowiska edukacyjne. W artykule przedstawiono platformę symulacyjna oparta o środowisko metawersum, która może służyć do oceny rozwiązań architektonicznych i komfortu ich użytkowania dla osób ze szczególnymi potrzebami. Platforma umożliwiła przetestowanie w przestrzeni wirtualnej wybranych rozwiązań w zakresie potrzeb osób z problemami wzrokowymi, oraz osób o obniżonej sprawności ruchowej.

Analiza zastosowania metawersum i technologii VR na podstawie literatury

Nowoczesne technologie informatyczne, zwłaszcza środowiska rzeczywistości wirtualnej, rozszerzonej, oraz systemy metawersum są wykorzystywane w obszarach badawczych – w tym takich, które służą poprawie komfortu osób ze szczególnymi potrzebami. Ma to potwierdzenie w świetle literatury naukowej z tej dziedziny przedmiotowej.

Kanonicznym zastosowaniem wirtualnej rzeczywistości jest symulacja środowisk, które są w jakiś sposób różne od rzeczywistości, niebezpieczne lub czysto wyimaginowane. W artykule (Maver, Harrison, Grant 2001) opisano prace badawczo-wdrożeniowe, które dotyczą koncepcji modernizacji budynków dla ludzi ze szczególnymi potrzebami. Według autorów około 15% populacji to osoby wymagające udogodnień związanych z ich dysfunkcjami fizycznymi. Odsetek ten prawdopodobnie wzrośnie wraz ze wzrostem średniego wieku społeczeństwa. Nowe przepisy, przeciwdziałające dyskryminacji osób

niepełnosprawnych, nakładają na właścicieli budynków dodatkową odpowiedzialność za zapewnienie odpowiedniego dostępu osobom ze szczególnymi potrzebami, a to z kolei nakłada dodatkową odpowiedzialność na architekta. Obecne metody kontroli dostępności dla nowego budynku są archaiczne i wymagają interpretacji planów proponowanego budynku w oparciu o listę kontrolną wymagań specyficznych dla specjalnych potrzeb. W artykule przedstawiono podejście związane z wykorzystaniem obiektu budynku zaprezentowanego w środowisku VR do symulacji dostępności poszczególnych rozwiązań architektonicznych. Skupiono się na dwóch grupach użytkowników: osoby z niepełnosprawnością ruchową, oraz osoby z wadą wzroku.

W pracy (Gattullo, Laviola, Evangelista, Fiorentino, Uva, 2022) zbadano możliwość symulacji badań użytkowników rzeczywistości rozszerzonej (AR) w zakresie prezentacji informacji dla potrzeb realizacji rozwiązań przemysłowych. Planowanie instalacji przemysłowej jest procesem złożonym. Z tego powodu większość badań pod tym kątem jest przeprowadzana w laboratoriach. Jednak eksperymenty laboratoryjne wiążą się z ograniczeniami, np. liczbą i różnorodnością uczestników oraz dostępnością obiektów. Badania użytkowników można również przeprowadzić wykorzystując symulowaną rzeczywistość rozszerzoną i środowisko metawersum w którym ludzie są połączeni niezależnie od ich lokalizacji. Tę alternatywę można wykorzystać do przeprowadzenia eksperymentów z prezentacją informacji w celu rozwiązania typowych problemów, takich jak brak sprzętu fizycznego do wykonywania zadań związanych z lokalizacją komponentów oraz długi czas wymagany do zebrania dużej próby użytkowników. Przeprowadzone badania wykorzystywały modele 3D zawierające informacje symulujące ten sam realizm wizualny jaki można uzyskać w przypadku prawdziwej rozszerzonej rzeczywistości. Co więcej, wiele testów można przeprowadzić równolegle, nie polegając na ograniczonej liczbie sprzętu fizycznego na użytkownika. W ramach badań opracowano środowisko testowe symulowane na komputerze stacjonarnym, aby zdalnie przeprowadzać eksperymenty z prezentacją informacji. Przeprowadzone eksperymenty empiryczne wykazały przydatność tej metody symulacyjnej.

Według publikacji (Rahaman, Ansari, Biswas, Memon, 2017) interakcje społeczne pozostają jednym z głównych czynników branych pod uwagę przez pracodawców przy zatrudnianiu pracownika. Aktualne badania pokazują, że odsetek zatrudnienia osób ze specjalnymi potrzebami jest wyjątkowo niski. Jednym z powodów wskazywanych przez pracodawców jest brak umiejętności społecznych. Chociaż osoby ze specjalnymi potrzebami okazały się dobrymi pracownikami, ich niezdolność do przystosowania się do zmian w otoczeniu społecznym utrudnia ich zatrudnienie, ponieważ umiejętności te są

bardzo ważne w wykonywaniu zadań służbowych.. Dzięki ukierunkowanemu szkoleniu można udoskonalić te umiejętności niezbędne w miejscu pracy. Podejściem szeroko stosowanym w szkoleniach w kilku branżach, jest także czynnikiem rozkwitającym w dziedzinie informatyki, jest wykorzystanie rzeczywistości wirtualnej do wielu celów terapeutycznych, rekreacyjnych i edukacyjnych. Rzeczywistość wirtualna zapewniająca symulowane środowisko, które można wykorzystać do szkolenia osób ze specjalnymi potrzebami, udostępniając im symulowaną wersję miejsca pracy, w którym będą wykonywać zadania. Pomoże im to pokonać barierę społeczną i poczują się bardziej komfortowo w środowisku pracy.

Szeroko stosowaną metodą z wykorzystaniem nowoczesnych technologii grafiki komputerowej są szkolenia symulacyjne w lotnictwie i zastosowaniach morskich (Luimula i in. 2022). W związku z szybkim postępem rozwoju technologii i pandemią, w szkoleniu zawodowym intensywnie poszukuje się przełomowych rozwiązań. Symulatory lotnicze i morskie to przykłady środowisk szkoleniowych, w których w bezpiecznych warunkach można przeszkolić nawet niebezpieczne scenariusze. Przedstawione w opracowaniu badania wykazały, że rzeczywistość wirtualna oferuje narzędzia do tworzenia rozwiązań szkoleniowych. Przedstawiono to na przykładzie wirtualnej aplikacji przeciwpożarowej wykorzystywanej w ewakuacji pożarowej. Ponadto rzeczywistość wirtualną i rozszerzoną można wykorzystać do tworzenia cyfrowych środowisk edukacyjnych w szkoleniach z zakresu bezpieczeństwa pożarowego, łączących wymiar fizyczny, psychologiczny, społeczny i pedagogiczny. W artykule skupiono się także na wirtualnych szkoleniach z zakresu bezpieczeństwa pożarowego. Pożary statków powietrznych wymagają specjalnego traktowania podczas gaszenia pożarów ze względu na palące się materiały. Wynika to z faktu, że około połowa samolotu składa się z kompozytów włóknistych, które podczas spalania mogą uwalniać wiele drobnych cząstek, szkodliwych dla płuc. Jednak szkolenie w zakresie gaszenia pożarów statków powietrznych jest obecnie możliwe tylko przy dużym wysiłku na kilku specjalnych poligonach. Aplikacja szkoleniowa do symulacji z funkcjami gry wieloosobowej została stworzona przy użyciu silnika gry Unity. W fazie projektowania gry położono nacisk na stworzenie środowiska, w którym do realizacji scenariusza potrzebna jest praca zespołowa i przywództwo. Podejście to jest dość bliskie koncepcji środowiska metawersum, w której komunikacja społeczna jest połączona z praktycznymi działaniami szkoleniowymi wśród dużej grupy uczestników w immersyjnym cyfrowym środowisku szkoleniowym. Zadaniem uczestników jest przede wszystkim ocena sytuacji, ugaszenie pożaru i niedopuszczenie do rozprzestrzenienia się ognia. Scenariusz aplikacji został zaprojektowany w taki

sposób, aby uczestnicy musieli efektywnie się ze sobą komunikować podczas salki z wirtualnym pożarem aby zapewnić szybką akcję gaśniczą.. Rozwiązanie to można również postrzegać jako wstępne badanie przed masowym eksperymentem szkoleniowym dotyczącym katastrof, w ramach którego dziesiątki lub setki profesjonalistów zostaną przeszkoleni w środowisku metawersum z wykorzystaniem aplikacji symulacyjnej.

Zastosowanie technologii rzeczywistości wirtualnej we wspomaganiu rehabilitacji ruchowej przedstawia opracowanie (Jee, 2023). Według Autora w naszym społeczeństwie zmniejsza się śmiertelność osób starszych i niepełnosprawnych, a średnia długość życia wzrasta dzięki rozwojowi technologii medycznej. W związku z tym w przyszłości będzie coraz więcej osób cierpiących na różne rodzaje niepełnosprawności lub niedogodności, a także może nadejść czas, gdy młodzi ludzie będą obciążeni rolą opiekunów. Aby przygotować się na tę przyszłość, należy opracować ćwiczenia rehabilitacyjne i medycynę rehabilitacyjną z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości. Dobrym przykładem są niedawno opracowywane „roboty opiekuńcze". Rehabilitacja ruchowa odnosi się do przywracania zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego poprzez ruch człowieka, aby pomóc osobom starszym i niepełnosprawnym fizycznie prowadzić niezależne życie. Rehabilitacja ruchowa obejmuje koncepcję holistycznej usługi zdrowotnej, która pomaga pacjentom w wykonywaniu codziennych czynności, a także służy jako program profilaktyki i powrotu do zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Aby sprostać tym wyzwaniom, opracowano ostatnio wirtualne programy rehabilitacji ruchowej dla osób ze szczególnymi potrzebami po kontuzjach i urazach..Według autorów opracowania technologia VR do rehabilitacji ruchowej cieszy się zainteresowaniem opinii publicznej wraz ze wzrostem liczby użytkowników środowisk wirtualnych. Co więcej, w różnych badaniach donoszono również o skuteczności, wydajności i wygodzie rehabilitacji ruchowej przy użyciu metawersum. W opracowaniu można znaleźć przykłady rehabilitacji i ćwiczeń w środowisku metawersum, które stosowano w leczeniu choroby Parkinsona, urazowego uszkodzenia mózgu, zapalenia stawów, choroby Alzheimera, udarów mózgu, urazów kręgosłupa oraz stwardnienie rozsianego. Wyniki badań pokazują, że technologia metawersum zwiększa zadowolenie pacjentów ze względu na jej użyteczność i pozytywną interakcję z użytkownikiem. Technologia ta jest istotnym czynnikiem w rehabilitacji ruchowej. Wymagany będzie jednak postęp technologiczny w dalszym doskonaleniu imersji, bardziej wydajny rozwój oprogramowania i opracowanie różnych scenariuszy rehabilitacyjnych.

Według autorów opracowania (Alpala, Quiroga-Parra, Torres, Peluffo-Ordóñez, 2022) wirtualna rzeczywistość klasy konsumenckiej może na nowo

zdefiniować sposób uczenia się, tworząc angażujące, praktyczne scenariusze szkoleniowe. Obecnie aplikacje VR wykorzystują bogatą interaktywność w środowisku wirtualnym bez konsekwencji w świecie rzeczywistym, aby optymalizować programy szkoleniowe w firmach i instytucjach edukacyjnych. Głównym celem opracowania było ulepszenie praktyk współpracy i komunikacji w wirtualnych światach 3D i metawersum skupionych na sektorze edukacyjnym i produkcyjnym w inteligentnej fabryce. Kluczowym założeniem pracy jest to, że cechy prawdziwego środowiska można odtworzyć w świecie wirtualnym za pomocą cyfrowych bliźniaków, w których można tworzyć nowe, konfigurowalne, innowacyjne i wartościowe sposoby wspólnej pracy i uczenia się przy użyciu modeli trójwymiarowych i awatarów. W tym celu przedstawiono propozycję opracowania platformy eksperymentalnej, która stanowi kluczowy pierwszy krok w procesie formalizowania współpracy w środowiskach wirtualnych za pośrednictwem metawersum. Przeprowadzono testy funkcjonalności które wykazały zadowalające wyniki potencjalnego zastosowania edukacyjnego i komercyjnego rozwiązań rzeczywistości wirtualnej. Wreszcie wyniki eksperymentów pokazują, że komercyjna platforma oprogramowania dla gier VR może przyspieszyć rozwój eksperymentów w metaświecie, aby łączyć użytkowników z różnych części świata w czasie rzeczywistym.

Problematyka związana z zachowaniem realizmu w rozwiązaniach edukacji zdalnej przy użyciu środowiska metawersum została przedstawiona w publikacji (Lee, Woo, Yu, 2022). W związku z pandemią COVID-19 nastąpiło przejście z edukacji stacjonarnej na rzecz edukacji zdalnej, a większość uczniów uczestniczy w zajęciach za pośrednictwem spotkań wideo. Zmiana ta uniemożliwia aktywny udział uczniów w zajęciach. W szczególności edukacja wideo ma ograniczenia w zastępowaniu zajęć praktycznych, które wymagają zarówno wiedzy teoretycznej, jak i empirycznej. W przeprowadzonym badaniu zapropoowano system, który wykorzystuje rzeczywistość wirtualną i rozwiązania metawersum w klasie, aby zrekompensować ograniczenia istniejących zdalnych modeli edukacji praktycznej. W oparciu o zaproponowany system opracowano symulację obsługi technicznej statku powietrznego oraz przeprowadzono eksperyment porównujący nowy system z metodą szkolenia wideo. Aby zmierzyć skuteczność edukacji, przeprowadzono testy zdobywania i zapamiętywania wiedzy, które sprawdzono za pomocą odpowiedzi w ankietach. Wyniki eksperymentu pokazują, że w testach wiedzy grupa korzystająca z systemu VR i metawersum uzyskała wyższe wyniki niż grupa trenująca z zastosowaniem technologii wideo.

Przedstawione powyżej przykłady zastosowań środowiska rzeczywistości wirtualnej oraz metawersum były inspiracją do zaprojektowania własnego

rozwiązania dla celów oceny dostępności rozwiązań architektonicznych modernizowanego budynku dla osób ze szczególnymi potrzebami.

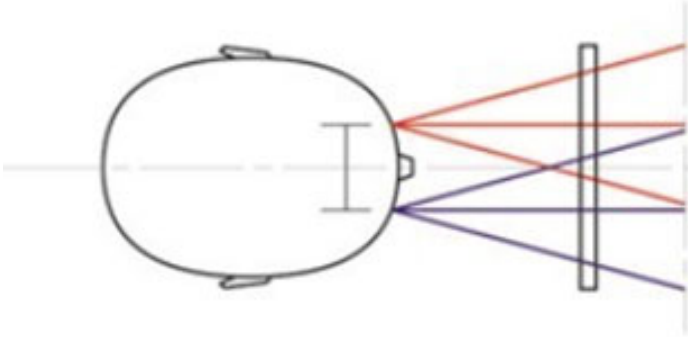
Dobór technik realizacji środowiska symulacyjnego dla potrzeb oceny dostępności rozwiązań architektonicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami

Wirtualna rzeczywistość umożliwia tworzenie trójwymiarowych, immersyjnych środowisk, które użytkownicy mogą eksplorować w sposób interaktywny. Dzięki VR, architekci i projektanci mają możliwość przetestowania różnych rozwiązań projektowych w realistycznych warunkach, zanim zostaną one zrealizowane w rzeczywistości. To podejście pozwala na identyfikację i eliminację potencjalnych barier architektonicznych już na etapie projektowania. W przygotowanym rozwiązaniu symulacyjnym jako kryterium wyboru zastosowanych technologii sprzętowych i oprogramowania wzięto pod uwagę koszty użytkowania narzędzi i urządzeń, czas realizacji prototypu, oraz możliwość dystrybucji końcowego rozwiązania dla użytkownika końcowego.

W obszarze zastosowania platform sprzętowych dla realizacji sceny VR wybrano okulary rzeczywistości wirtualnej Meta Quest 2. Badania wskazują, że ta platforma jest w stanie efektywnie obsługiwać złożone środowiska wirtualne, wspierając funkcje takie jak śledzenie ruchów użytkownika i interakcje z wieloma awatarami. To sprawia, że jest on odpowiedni do aplikacji wymagających wysokiego poziomu interakcji użytkownika i wydajności graficznej (Berthault, Kato, Shirai, 2023). Zdolność zestawu do wykonywania zarówno lokalnego, jak i z zastosowaniem rozproszonych środowisk współpracy wielu użytkowników zapewnia elastyczność w różnych scenariuszach użytkowania, od szkolenia z zakresu zarządzania kryzysowego po gry, co pokazuje jego wszechstronność i niezawodność (Romagnoli, Mattia, Beraldi, 2023).

Wysoka możliwość odwzorowania realistycznej grafiki zestawu Meta Quest 2 bazuje na możliwościach rzeczywistego odwzorowania grafiki trójwymiarowej z wykorzystaniem stereowizji. Wizualizacja wirtualnej sceny jest możliwa z zastosowaniem wygenerowanych dwóch obrazów (osobno dla prawego i lewego oka). Podczas obserwacji obrazów przy pomocy okularów użytkownik ma wrażenie przestrzennej obecności przedmiotów. Ułatwia to śledzenie obiektów i interakcję z wirtualną sceną. Koncepcja wizualizacji trójwymiarowej poprzez stereoskopowe wykorzystanie dwóch obrazów przedstawiona została na rysunku 1.

Rysunek 1. Stereoskopowe generowanie grafiki trójwymiarowej w goglach VR.



(Buchwald, P. 2018)

Zestaw Meta Quest 2 daje możliwość interakcji z obiektami trójwymiarowymi, oraz sterowanie przebiegiem symulacji poprzez zastosowanie dedykowanych kontrolerów (Rysunek 2). Działają one z wykorzystaniem czujników położenia, oraz przyspieszenia. W podobny sposób system śledzi położenie głowy użytkownika umożliwiając mu obserwację poszczególnych elementów wirtualnej sceny.

Rysunek 2. Zestaw Meta Quest 2 wraz z konrolerami

źródła: strona producenta zestawu www.meta.com)

Dla systemu Meta Quest 2 dostępny jest bogaty zestaw bibliotek i komponentów programistycznych umożliwiający projektowanie i implementację spersonalizowanych aplikacji działających w sieci Internet.

Jedną z głównych platform programistycznych obsługujących urządzenie Meta Quest 2 jest silnik Unity, szeroko stosowany do tworzenia aplikacji VR. Wszechstronność silnika Unity pozwala deweloperom na tworzenie interaktywnych aplikacji, wykorzystując jego kompleksowe narzędzia i wsparcie społeczności. Z tego względu silnik Unity jest jednym z najbardziej znanych środowisk programistycznych dla systemów rzeczywistości wirtualnej, które wspiera wieloplatformowe podejście i pozwala na implementację oprogramowania dla środowisk VR, aplikacji stacjonarnych i urządzeń mobilnych (Buchwald, 2018).

W przypadku problematyki symulacji dostosowania elementów infrastrukturalnych obiektów użyteczności publicznej ważnym czynnikiem jest możliwość śledzenia zachowania użytkowników, obserwacja ich interakcji oraz reakcji związanych z utrudnieniami lub komfortowym użytkowaniem wprowadzonych rozwiązań. Z tego względu eksperyment symulacyjny zrealizowano w oparciu o metawersum. Środowisko metawersum różni się od klasycznych aplikacji VR pod wieloma względami, w tym złożonością, interaktywnością oraz integracją różnych technologii. Metawersum to wirtualna przestrzeń, w której użytkownicy mogą wchodzić w interakcje z komputerowo generowanym światem wirtualnym i innymi użytkownikami w czasie rzeczywistym. Oferuje ono nieprzerwaną i bardziej złożoną interaktywność niż tradycyjne aplikacje VR. W metawersum wykorzystuje się technologie takie jak VR, AR, blockchain oraz awatary, tworząc nową fuzję świata rzeczywistego i wirtualnego. Kluczowe jest tutaj połączenie rzeczywistości fizycznej i wirtualnej, umożliwiające wielozmysłowe interakcje z cyfrowymi obiektami i innymi użytkownikami. Metawersum to sieć społecznościowych, sieciowych środowisk immersyjnych, które są dostępne dla wielu użytkowników. W przeciwieństwie do klasycznych aplikacji VR, które często są zamkniętymi środowiskami, metawersum pozwala na dynamiczne interakcje i komunikację w czasie rzeczywistym (Mustafa, 2022)

Obecnie nie istnieje na rynku jedna dominująca platforma tego typu. Przykładami platform, które rozważano do zastosowania w realizowanym zagadnieniu symulacyjnym są:

- Second Life: Jeden z pierwszych wirtualnych światów, który pozwala użytkownikom na tworzenie własnych awatarów i uczestniczenie w wirtualnych społecznościach. Second Life nadal cieszy się popularnością i jest używany do różnych celów, w tym edukacyjnych i biznesowych.
- VRChat: Platforma społecznościowa, która umożliwia użytkownikom tworzenie i eksplorowanie wirtualnych światów za pomocą awatarów. VRChat jest znany z dużej interaktywności i różnorodności dostępnych interakcji.

- Meta (dawniej Facebook): Meta inwestuje znaczne środki w rozwój własnego metawersum, które ma na celu połączenie wirtualnej rzeczywistości z codziennymi aktywnościami, takimi jak praca, nauka i zabawa.
- Decentraland: Blockchainowa platforma wirtualnej rzeczywistości, która pozwala użytkownikom na zakup, sprzedaż i budowanie na wirtualnych działkach za pomocą NFT. Decentraland umożliwia użytkownikom tworzenie budynków, gier i innych immersyjnych rozwązań.
- Spatial.io: Platforma skupiająca się na tworzeniu wirtualnych przestrzeni do pracy i współpracy, umożliwiająca użytkownikom tworzenie wirtualnych galerii, biur i innych miejsc spotkań. Spatial.io korzysta z technologii VR i AR, aby zapewnić interaktywne i angażujące doświadczenia.

Ze względu na oferowane cechy, możliwości integracyjne z programistycznymi narzędziami w ramach platformy Unity, oraz doświadczenie programistów biorących udział w realizacji eksperymentu wybrano platformę spatial.io. Spatial.io oferuje funkcjonalności, które pozwalają na wirtualne modelowanie i testowanie przestrzeni w sposób interaktywny i immersyjny. Dzięki technologii VR, spatial.io umożliwia przeprowadzenie wirtualnych symulacji przestrzeni, które mogą być dostosowane do potrzeb różnych użytkowników, w tym osób z niepełnosprawnościami. Symulacje te mogą obejmować różne scenariusze użytkowania i pozwalają na ocenę dostępności i ergonomii przestrzeni. Narzędzia te mogą symulować perspektywę osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim, co pozwala na identyfikację barier architektonicznych i optymalizację projektów budynków w celu poprawy dostępności. Projektowanie uniwersalne dąży do tworzenia przestrzeni, które są dostępne i użyteczne dla jak największej liczby osób, bez konieczności adaptacji czy specjalistycznego projektowania. Spatial.io umożliwia projektantom testowanie różnych rozwiązań projektowych w wirtualnym środowisku, co pozwala na eksperymentowanie z różnymi układami i konfiguracjami przestrzeni. Dzięki temu możliwe jest wczesne wykrywanie problemów związanych z dostępnością i ergonomią, a także optymalizacja projektów pod kątem potrzeb wszystkich użytkowników.

Budowa środowiska symulacyjnego na platformie Spatial.io

Dla potrzeb przeprowadzenia eksperymentu symulacyjnego na platformie spatial.io odwzorowano budynek pełniący funkcje biurowca. Odzwierciedlono budynek klasy Lipsk. Tego rodzaju rozwiązania architektoniczne zyskały popularność w latach 60., są charakterystycznym przykładem architektury powojennej w Polsce. Powstały one w ramach masowego budownictwa, mającego na celu szybkie zaspokojenie potrzeb rosnącej populacji miejskiej. Budynki te były wznoszone z wielkiej

płyty, co pozwalało na szybkie i tanie wznoszenie zabudowy. Typowe dla tej klasy budynków były prostota, funkcjonalne bryły o czterech lub pięciu kondygnacjach z jednolitą elewacją i powtarzalnym układem pomieszczeń. Wewnątrz pomieszczeń stawiano na minimalizm i praktyczność, z układami dostosowanymi do użytkowania. Budynki klasy Lipsk, choć krytykowane za monotonię i brak estetyki, były istotnym elementem rozwoju miast. Obecnie modernizacja budynków z lat 60., takich jak budynki klasy Lipsk, jest realizowana z myślą o dostosowaniu ich do współczesnych standardów, w tym adaptacji do funkcji biurowych. Proces ten często obejmuje kompleksowe remonty mające na celu poprawę efektywności energetycznej, estetyki oraz komfortu użytkowania. (Hamadah, Elseragy, Eldeeb, 2023)

W eksperymencie symulacyjnym odzwierciedlono strukturę zmodernizowanego budynku, który pełni funkcje biurowe. Projekt zrealizowanego z zastosowaniem środowiska Unity 3D, oraz biblioteki spatial creator toolkit. Elementy biblioteki Spatial Creator Toolkit, które umożliwiają symulację zachowania użytkowników wewnątrz budynków, obejmują różne narzędzia i technologie wspierające modelowanie, analizę i optymalizację przestrzeni. Kluczowe komponenty pomocne w przygotowaniu środowiska do przeprowadzenia eksperymentu symulacyjnego to:

- Modelowanie 3D i mapowanie przestrzenne: Narzędzia takie jak HoloLabel wykorzystują technologie rozszerzonej rzeczywistości (AR) do tworzenia szczegółowych trójwymiarowych modeli budynków i przestrzeni wewnętrznych. HoloLabel pozwala na odwzorowanie scen w 3D na miejscu, co jest kluczowe dla tworzenia semantycznie bogatych modeli budynków.
- Symulacja zachowania użytkowników: Algorytmy symulujące zachowanie populacji, takie jak te stosowane w inteligentnych budynkach, pozwalają na modelowanie ruchu i interakcji użytkowników w przestrzeniach budynków. Symulacje te mogą obejmować zmiany zachowania użytkowników w zależności od ich pozycji, prędkości i innych warunków.
- Interakcje użytkownika i środowiska: Narzędzia do analizy interakcji użytkownika z przestrzenią umożliwiają projektowanie i symulację interakcji przestrzennych, co pozwala na tworzenie bardziej intuicyjnych i naturalnych środowisk
- Analiza trajektorii i ruchu użytkowników: Narzędzia takie jak STAG (ang. Spatial Trajectory and Gaze Information) umożliwiają rejestrowanie i analizę trajektorii ruchu i kierunku spojrzenia użytkowników w czasie rzeczywistym. Pozwala to na szczegółową analizę zachowania użytkowników w immersyjnych środowiskach

Dostosowanie modelu do rzeczywistego obrazu symulowanego budynku było możliwe również dzięki funkcjonalności platformy Spatial.io, która umożliwia

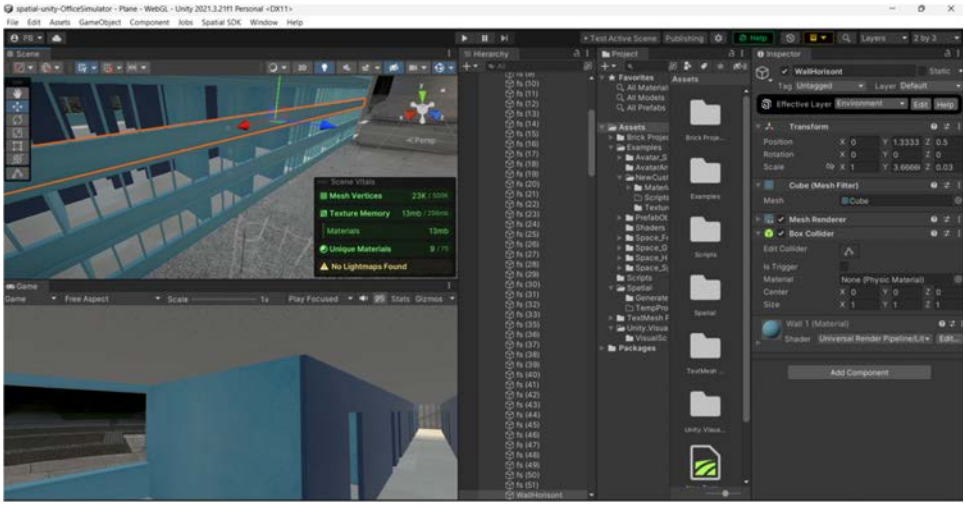
dodawanie dodatkowych obiektów trójwymiarowych. Dzięki temu użytkownicy mogą być włączeni w proces modyfikacji projektu, aby nie tylko ocenić dotychczasowe rozwiązania architektoniczne, ale również zaproponować ich ulepszenie.

Bazowy projekt topologii budynku z uwzględnieniem najważniejszych elementów architektury został utworzony za pomocą środowiska Unity 3D. Wykorzystując możliwości budowania logiki biznesowej oprogramowania z zastosowaniem języka c# opisano podstawowe zdarzenia pozwalające na interakcję użytkownika z wirtualnym środowiskiem. Konieczne było zastosowanie technicznych rozwiązań dostępnych przy realizacji wizualizacji trójwymiarowych, takich jak budowa części modelu technologią blueprint, czy odzwierciedlenie tekstur poszczególnych obiektów. Unity 3D oferuje różnorodne elementy umożliwiające symulację fizycznego zachowania i interakcji pomiędzy obiektami. Oto kluczowe komponenty:

- Model ciała fizycznego Rigid Body: Unity 3D pozwala na wykorzystanie fizyki modelu rigid body, która umożliwia realistyczne symulowanie ruchów i kolizji pomiędzy sztywnymi obiektami. Moduł ten wspiera interakcje w czasie rzeczywistym i jest często używany w grach oraz symulacjach AR/VR.
- Symulacja deformowalnych obiektów: Narzędzia takie jak DefGraspSim umożliwiają symulację chwytania deformowalnych obiektów, co jest przydatne w aplikacjach takich jak przetwórstwo żywności czy robotyka medyczna. Wykorzystują one metodę elementów skończonych (FEM) do symulacji odkształceń i stresów w obiektach.
- Silnik fizyki opartej na pozycjach (PBD): Unity 3D umożliwia symulację miękkich ciał i tkanek poprzez PBD, co jest używane do modelowania dynamicznych interakcji i kolizji. PBD jest stosowane w symulacjach chirurgicznych i innych aplikacjach wymagających realistycznych deformacji obiektów (Khan et al., 2022).
- Interakcje człowiek-obiekt: Framework InterDiff wykorzystuje modele dyfuzji do symulowania interakcji pomiędzy ludźmi a obiektami w 3D, uwzględniając przy tym fizyczne ograniczenia i zasady dynamiki (Xu et al., 2023).
- Symulacja cięcia i deformacji: Unity 3D umożliwia symulację cięcia miękkich ciał za pomocą PBD, co jest kluczowe dla aplikacji takich jak wirtualna chirurgia. Algorytmy te pozwalają na dynamiczną aktualizację topologii siatki i realistyczne symulowanie interakcji z narzędziami chirurgicznymi (Khan et al., 2022).

Przedstawione funkcje środowiska Unity3D pozwoliły na odzwierciedlenie wyglądu budynku w środowisku wirtualnym. Wygląd projektu w aplikacji Unity 3D został przedstawiony na rysunku 3.

Rysunek 3. Projekt symulacji zrealizowany w środowisku VR



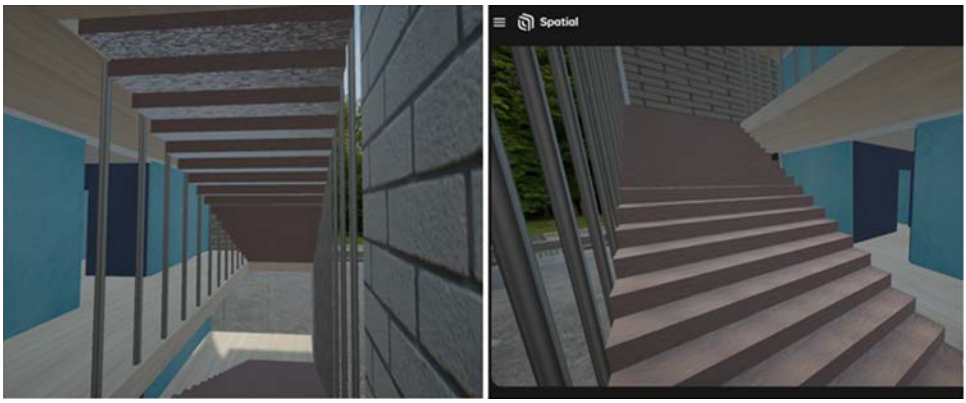
(opracowanie własne na podstawie narzędzia Unity 3D)

Uruchomienie oprogramowania symulacyjnego na platformie Spatial.io pozwoliło na połączenie się z symulacją użytkowników i wykonanie eksperymentu symulacyjnego, który pozwolił na empiryczne sprawdzenie dostosowania budynku dla szczególnych potrzeb jego użytkowników w środowisku wirtualnym.

Przeprowadzenie oceny rozwiązań architektonicznych przez użytkowników z pomocą symulacji na platformie Spatial.io

Eksperyment symulacyjny przeprowadzono w postaci sesji na platformie Spatial w której brało udział 15 uczestników w czasie rzeczywistym. Celem była ocena w środowisku wirtualnym ergonomii rozwiązań przestrzeni biurowej, oraz sprawdzenie możliwości efektywnego poruszania się po obiekcie poprzez poszczególnych użytkowników. W przypadku platformy spatial.io i dedykowanego środowiska symulacyjnego możliwe było wprowadzenie dla użytkownika pewnych ograniczeń. Jednym z symulowanych ograniczeń jest poruszanie się przez użytkownika na wózku inwalidzkim, co pozwala na empiryczne przetestowanie możliwości przemieszczania się. Eksperyment pozwolił dostrzec użytkownikom bezpośrednie ograniczenia architektoniczne, które uniemożliwiały pokonanie przez osobę ze szczególnymi potrzebami wyznaczonego w symulacji dystansu (przejście z jednego biura na 4 piętrze do innego położonego na niższej kondygnacji budynku). Osoby wskazały natychmiast ograniczenia w postaci schodów, które nie były możliwe do pokonania (rys 3)

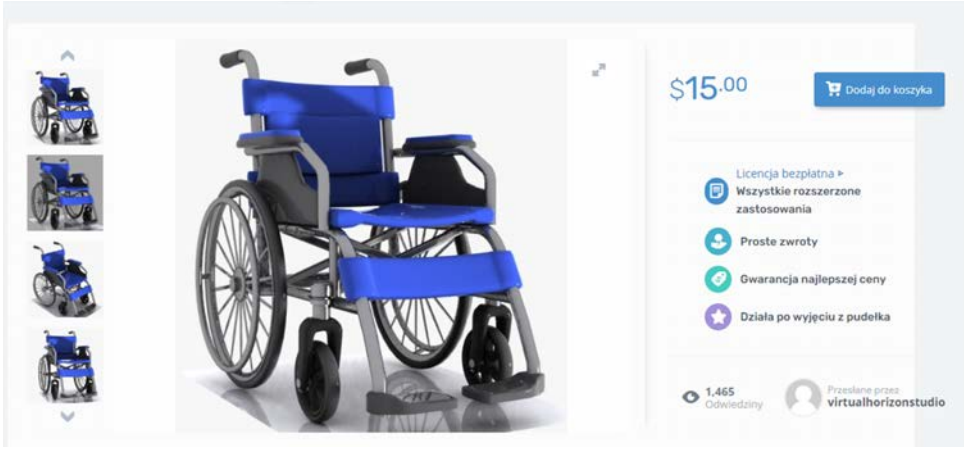
Rysunek 4. Schody będące ograniczeniem architektonicznym



(opracowanie własne na podstawie autorskiej symulacji z zastosowaniem platformy spatial.io)

Ważnym ograniczeniem architektonicznym dla osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie ruchu mogą być również miejsca nie oferujące dużejprzestrzeni. Szczególnie drzwi lub wąskie przejścia pomiędzy elementami infrastruktury mogą stanowić bariere dla osób na wózkach. Z tego względu w przestrzeni VR dokonano oceny możliwości przejścia przez korytarze, oraz drzwi w wirtualnym biurowcu przez osoby ze szczególnymi potrzebami ruchowymi w zakresie poruszania się na wózku inwalidzkim. W symulacji zastosowano model wózka inwalidzkiego przedstawiony na rysunku 5. Model ten został pozyskany jako darmowy komponent i przystosowany do użycia w ramach projektu symulacyjnego.

Rysunek 5. Model wózka inwalidzkiego dostępny jako komponent graficzny obj.



(źródło: free3d.com)

Możliwość korzystania z dodatkowych komponentów umożliwia nie tylko realne odzwierciedlenie wyposażenia, ale również umożliwia użytkownikom wyposażanie wirtualnych pomieszczeń w elementy infrastruktury takie jak meble, roślinność i inne obiekty wyposażenia biurowego. Optymalne rozmieszczenie tych obiektów wpływa pozytywnie na komfort poruszania się, oraz użytkowanie pomieszczeń. Z tego względu symulacja umożliwiała personalne zagospodarowanie pomieszczeń wirtualnych, które natychmiast mogły być ocenione przez użytkowników. Wygląd przygotowanego pomieszczenia podczas symulacji przedstawiono na rysunku 6.

Rysunek 6. Kastomizowane przez użytkowników modele pomieszczeń odpowiadające ich potrzebom

Źródło: opracowanie własne na podstawie autorskiej symulacji i platformy spatial.io)

Możliwości w zakresie dodawania nowej zawartości informacyjnej przez platformę Spatial.io pozwoliły na ocenę w warunkach symulacyjnych prawidłowości postrzegania informacji przez osoby ze szczególnymi potrzebami. W tym celu zastosowano informacje wizualną w postaci mapy ewakuacji. Przy pomocy odpowiednich filtrów graficznych dokonano symulacji jak taka informacja jest postrzegana przez osobę ze szczególnymi potrzebami w zakresie widzenia kolorów. Poprzez zastosowanie dodatkowego oprogramowania symulacyjnego jest możliwe wygenerowanie odpowiedniej informacji graficznej i zasymulowanie postrzegania jej przez osoby z różnymi formami daltonizmu (Dawid, Buchwald, 2023). Przykład różnic w postrzeganiu informacji graficznej przez takie osoby jest przedstawiony na rysunku 7.

Rysunek 7. Przykład informacji graficznej postrzeganej przez osoby ze specjalnymi potrzebami w zakresie interpretacji informacji kolorystycznej.

Rysunek 8. Różnice w możliwości interpretacji informacji graficznej w zależności od odległości.

Utworzone środowisko symulacyjne pozwoliło również na przetestowanie, czy informacja graficzna może być zinterpretowana przez użytkowników słabiej widzących z odpowiedniej odległości. Przeprowadzone eksperymenty pozwalają na dobranie odpowiedniej wielkości tablic informacyjnych, ich rozmieszczenia oraz użycia odpowiedniej kolorystyki. Różnice w możliwości interpretacji informacji graficznej przedstawione z zastosowaniem symulacji zostały przedstawione na rysunku 8.

Wnioski

Technologie rzeczywistości wirtualnej oraz metawersum oferują szerokie spektrum możliwości w zakresie dostosowania środowisk architektonicznych i przestrzeni publicznych do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami. Przeprowadzone badania i symulacje wykazują, że VR może skutecznie wspierać proces projektowania dostępnych przestrzeni, umożliwiając architektom

i projektantom testowanie różnych rozwiązań w realistycznych warunkach, zanim zostaną one zrealizowane w rzeczywistości. To podejście pozwala na identyfikację i eliminację potencjalnych barier architektonicznych na wczesnym etapie projektowania, co może znacznie obniżyć koszty późniejszych modyfikacji.

Przedstawiona w artykule platforma symulacyjna pozwoliła na realizację przedstawionych w artykule eksperymentów, które pozwalają ocenić przydatność rozwiązań architektonicznych i usprawnień dla osób ze szczególnymi potrzebami. Tego typu rozwiązania mogą być również wykorzystywane w wymiarze edukacyjnym. Pozwalają one doświadczyć osobom o pełnej sprawności problemów jakie spotykają osoby ze szczególnymi potrzebami. Zastosowanie środowiska VR daje jednocześnie bezpieczeństwo przeprowadzenia eksperymentów i jest związane z możliwością obniżenia ich kosztów (Dawid, Buchwald 2024).

Ważnym aspektem omawianym w artykule jest również rola metawersum jako platformy integrującej różne technologie, takie jak VR, AR (rzeczywistość rozszerzona), blockchain oraz awatary. metawersum oferuje nieprzerwaną i bardziej złożoną interaktywność, umożliwiając użytkownikom wielozmysłowe interakcje z cyfrowymi obiektami oraz innymi użytkownikami w czasie rzeczywistym. Przykłady zastosowań metawersum obejmują zarówno wirtualne środowiska pracy, jak i przestrzenie edukacyjne oraz rehabilitacyjne, co dowodzi jego wszechstronności i potencjału w różnych dziedzinach. Zaprezentowana metoda symulacji została również zastosowana w innych aspektach oceny obiektów użyteczności publicznej, np. możliwości poprawności przeprowadzenia akcji ewakuacyjnych podczas pożarów w budynkach.

Konkluzje z przeprowadzonych badań podkreślają potrzebę dalszego rozwoju technologii bazujących na rzeczywistości wirtualnej oraz metawersum. Technologia ta nie tylko poprawia dostępność przestrzeni publicznych, ale także oferuje nowe możliwości w zakresie edukacji, rehabilitacji oraz szkoleń, co przyczynia się do ogólnego wzrostu jakości życia osób ze szczególnymi potrzebami. Aby w pełni wykorzystać potencjał tych technologii, konieczne jest kontynuowanie badań oraz inwestowanie w rozwój oprogramowania i sprzętu, które umożliwią tworzenie jeszcze bardziej realistycznych i interaktywnych środowisk wirtualnych.

Bibliografia

Alpala, L., Quiroga-Parra, D., Torres, J., & Peluffo-Ordóñez, D., 2022. Smart Factory Using Virtual Reality and Online Multi-User: Towards a Metaverse for Experimental Frameworks. Applied Sciences. https://doi.org/10.3390/app12126258.

Berthault, A., Kato, T., & Shirai, A., 2023. Avatar Fusion Karaoke: Research and development on multi-user music play VR experience in the metaverse. 2023 IEEE International Conference on Metaverse Computing, Networking and Applications (MetaCom), pp. 281-289.

Buchwald, P. (2018) Urządzenia Mobilne w Systemach Rzeczywistości Wirtualnej. Wydawnictwo AWSB

Dawid A, Buchwald P.,A validation algorithm of applications designed for people with color vision deficiency, Procedia Computer Science, Volume 225, 2023, Pages 1388-1396, ISSN 1877-0509

Dawid A., Buchwald P., The system of headlights operation recognition using the digital twin methodIn INTL JOURNAL OF ELECTRONICS AND TELECOMMUNICATIONS, 2024, VOL. 70, NO. 1, PP. 51-58

Gattullo, M., Laviola, E., Evangelista, A., Fiorentino, M., & Uva, A., 2022. Towards the Evaluation of Augmented Reality in the Metaverse: Information Presentation Modes. Applied Sciences. https://doi.org/10.3390/app122412600.

Hamadah, M., Elseragy, A., & ElDeeb, S. (2023). Well-being as a tool to improve productivity in existing office space: Case study in Alexandria, Egypt. F1000Research. https://doi.org/10.12688/f1000research.133199.1.

Jee, Y. (2023). Application of metaverse technology to exercise rehabilitation: present and future. Journal of Exercise Rehabilitation, 19, 93 – 94. https://doi.org/10.12965/jer.2346050.025.

Lee, H., Woo, D., & Yu, S. (2022). Virtual Reality Metaverse System Supplementing Remote Education Methods: Based on Aircraft Maintenance Simulation. Applied Sciences. https://doi.org/10.3390/app12052667.

Luimula, M., Majapuro, J., Bellalouna, F., Jedidi, A., Somerkoski, B., & Haavisto, T., 2022. Hazardous Training Scenarios in Virtual Reality – A Preliminary Study of Training Scenarios for Massive Disasters in Metaverse. Human Factors in Virtual Environments and Game Design. https://doi.org/10.54941/ahfe1002062.

Maver, T., Harrison, C., & Grant, M. (2001). Virtual Environments for Special Needs., 151-159. https://doi.org/10.1007/978-94-010-0868-6_12.

Mustafa, B. (2022). Using 3D Animation and Virtual Reality in Educations. Technium Social Sciences Journal, 27(1), 269–289. https://doi.org/10.47577/tssj.v27i1.5393

Rahaman, S., Ansari, Z., Biswas, P., & Memon, S., 2017. Virtual Reality for Combating Social Awkwardness in Special Needs., 2017, pp. 1-5. https://doi.org/10.4172/2324-9307.1000186.

Romagnoli, L., Mattia, G., & Beraldi, R., 2023. A Study on Energy Efficiency in Edge-assisted VR Applications with Meta Quest 2 for Disaster Management. 2023 International Conference on Information and Communication Technologies for Disaster Management (ICT-DM), pp. 1-7.

dr Aneta Orczyk

Collegium Medicum – Wydział Medyczny
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Marta Orczyk

Koło Naukowe KataLog
Uniwersytet Śląski w Katowicach

Innowacje technologiczne wspierające funkcjonowanie osób z niepełnosprawnościami w przestrzeni publicznej

Streszczenie

System informacji przestrzennej (SIP) pozwala na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie danych posiadających odniesienie przestrzenne w konsekwencji umożliwiając ich wizualizowanie. Udostępnia zasób geodezyjny mieszkańcom miasta. Jego funkcjonalność obejmuje: przeglądanie mapy miasta w tym mapy własności, wyszukiwanie ulic, adresów, działek ewidencyjnych, sekcji mapy zasadniczej, dynamiczny odczyt współrzędnych oraz prezentacja aktywnej skali mapy, pomiar odległości, powierzchni, podgląd wydruku oraz wydruk treści mapy. Z kolei System Informacji Miejskiej (SIM) to w głównej mierze system informacji wizualnej z informacją dedykowaną obiektom miejskim. Budowa Systemu Informacji Miejskiej wpływa pozytywnie na wizerunek miasta i pozwala dodatkowo wyeksponować i promować wybrane obszary, obiekty czy wydarzenia. SIM zwykle obejmuje: oznakowanie dzielnic, obszarów i parków, oznakowanie obiektów użyteczności publicznej (np. urzędy, szpitale), oznakowanie zabytków, oznakowanie obiektów kulturalnych i rekreacyjnych (np. muzea, teatry, hale sportowo-widowiskowe), oznakowanie nazw ulic i punktów adresowych, oznakowanie węzłów komunikacyjnych. System Fakturowych Oznaczeń Nawierzchniowych (FON) to rodzaj identyfikacji miejsc i korytarzy poruszania się, składający się z kombinacji faktur, które są możliwe do wykrycia przez osoby z dysfunkcjami wzroku. Zadaniem informacji fakturowej jest zwiększenie orientacji przestrzennej oraz kierowanie osoby z ograniczeniami percepcji wzrokowej do bezpiecznych miejsc pokonywania przeszkód.

Słowa kluczowe

przestrzeń publiczna, osoby z niepełnosprawnościami, projektowanie uniwersalne, SIM, SIP, FON

Wstęp

Obecnie żyjemy w wielowarstwowym systemie, czyli systemie złożonym z wielu elementów, które mogą wzajemnie na siebie oddziaływać – klimat, ekosystemy, ale też infrastruktura, sieci energetyczne, systemy transportowe, komunikacyjne, złożone oprogramowanie i systemy elektroniczne, organizacje społeczne i gospodarcze. Ilość i charakter wyzwań, przed którymi stoimy jako społeczeństwo, staje się coraz bardziej skomplikowana, a konwencjonalne sposoby rozwiązywania problemów już się nie sprawdzają i nie działają. Dlatego tak ważnym narzędziem umożliwiającym zmianę jest projektowanie (design) i myślenie projektowe (design thinking), a w szczególności projektowanie systemowe i społeczne.

Koncepcja projektowania uniwersalnego (z ang. universal design) odegrała ważną rolę w kształtowaniu pojęcia funkcjonalności i dostępności środowiska zbudowanego dla wszystkich użytkowników i przynosi korzyść wszystkim członkom społeczeństwa. Przyczynia się do promowania równego, a tym samym sprawiedliwego dla wszystkich, dostępu do dóbr i usług, z uwzględnieniem potrzeb tych użytkowników, których funkcjonowanie jest w pewnym aspekcie ograniczone. Nie istnieje jedna, powszechnie uznana definicja niepełnosprawności. Światowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych (The World Programme of Action for Disabled Persons) oraz Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych (The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities) podkreślają, iż niepełnosprawność jest problemem społecznym i nie ogranicza się do konkretnej osoby. Mówiąc o niepełnosprawności mamy na względzie relację między zdrowiem człowieka (uwzględniając jego wiek, płeć i wykształcenie), a społeczeństwem i środowiskiem, które go otacza.[1]

Projektowanie społeczne w głównej mierze to proces projektowania kompatybilny z wyzwaniami społecznymi gdzie główną zasadą jest projektowanie skoncentrowane na człowieku (Human Centered Design). Polega na tworzeniu nowych warunków społecznych w przestrzeni publicznej, społecznościach, zespołach, miejscach pracy. W konsekwencji możemy zauważyć szersze zaangażowanie obywatelskie lub kulturowe oraz większą kreatywność, odporność czy równość. W trakcie procesów powstają produkty i usługi, które są środkiem do celu, są częścią większego systemu, który obejmuje procesy i dynamikę społeczną i w którym wykorzystywana jest w nim metoda design thinking oraz różne inne metody kreatywne. W efekcie prowadzenia procesów projektowania społecznego często powstają innowacje społeczne. Istnieje wiele definicji innowacji, ale ich wspólnym elementem jest skupienie się na nowości, ulepszaniu i rozpowszechnianiu

1 Ministerstwo Rozwoju i Technologii Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa, „Budowlane ABC" Warszawa, 2017.

pomysłów lub technologii. Innowacja to praktyczne wdrożenie pomysłów, których wynikiem jest wprowadzenie nowych towarów lub usług albo udoskonalenie ich oferty. Innowacja to także tworzenie lub redystrybucja wartości. Istnieje wiele definicji innowacji, ale ich wspólnym elementem jest skupienie się na nowości, ulepszaniu i rozpowszechnianiu pomysłów lub technologii. Innowacja różni się od kreatywności – kreatywność to „tworzenie nowatorskich i użytecznych pomysłów przez jednostkę lub małą grupę osób pracujących razem", a innowacja to „udane wdrażanie kreatywnych pomysłów w ramach organizacji". (Fischer, Malycha, Schafmann, 2019) [2]

Projektowanie uniwersalne

Projektowanie uniwersalne jest strategicznym podejściem do planowania i projektowania zarówno produktów, jak i odpowiedniego otoczenia, mających na celu promowanie społeczeństwa włączającego wszystkich obywateli oraz zapewniającego im pełną równość oraz możliwość uczestnictwa w życiu społecznym. Koncepcja uniwersalnego projektowania jest oparta na zasadzie równości w większym stopniu niż koncepcja ogólnej dostępności dla osób z obniżoną funkcjonalnością. Rozwiązania przestrzenne zgodne z zasadą projektowania uniwersalnego przewidują, iż podstawowe działania będą z założenia odpowiadały potrzebom wszystkich użytkowników i nie będą wymagały specjalnych rozwiązań. (Stępień, 2023)[3]

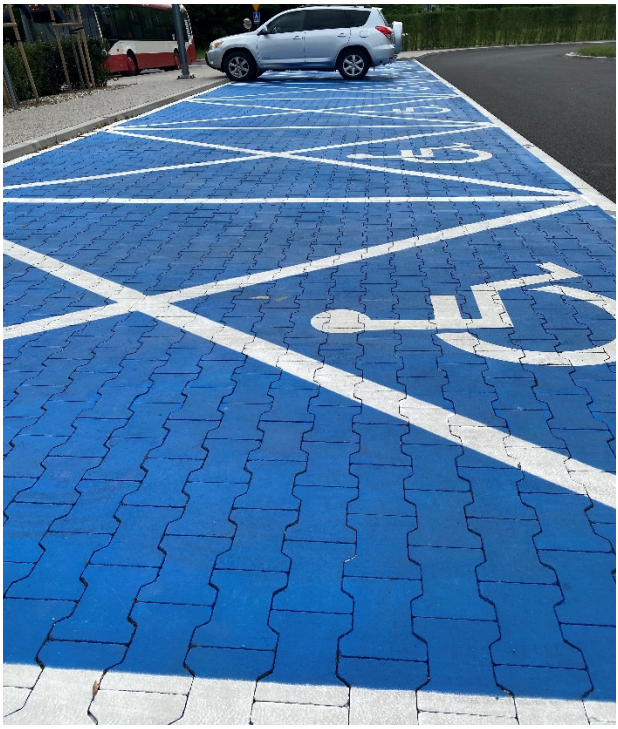
Wyżej wymienione projektowanie umożliwia dostępność każdej osobie, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na równi z innymi osobami. Projektowanie jest zatem pojmowane jako wspólny termin na określenie wszystkich działań, które dotyczą kształtowania otoczenia. Obejmuje to m.in. planowanie w ramach społeczności lokalnej, użytkowanie gruntów, jak również architekturę, prace budowlane, czy też produkcję. (Baryłka, 2023)[4]

2 Fischer C., Malycha C.P., Schafmann E. The Influence of Intrinsic Motivation and Synergistic Extrinsic Motivators on Creativity and Innovation. Front Psychology, 2019.

3 Stępień B. Standardy dostępności oraz wymagania w zakresie równości szans i niedyskryminacji wynikające z wytycznych MIiR. Poradnik dostępności"., Warszawa, 2018.

4 Baryłka A. Standardy dostępności budynków dla osób z niepełnosprawnościami, 2023.

Zdjęcie 1. Przystosowanie przestrzeni publicznej do osób poruszających się na wózkach inwalidzkich



(źródło własne)

Geneza pojęcia „projektowanie uniwersalne" wskazuje na siedem zasad, według których należy postępować przy projektowaniu środowiska zabudowanego, produktów i usług ogólnodostępnych:

1. sprawiedliwe wykorzystanie – projekt jest użyteczny i atrakcyjny dla ludzi o różnych umiejętnościach (możliwościach),
2. elastyczność użytkowania – projekt uwzględnia szeroki zakres indywidualnych preferencji i umiejętności odbiorców,
3. prosta i intuicyjna obsługa – zastosowany projekt jest łatwy do zrozumienia, niezależnie od doświadczenia, wiedzy, umiejętności językowych czy obecnego poziomu koncentracji użytkownika,
4. zauważalna informacja – projekt w sposób efektywny łączy ze sobą niezbędne informacje dla użytkownika, niezależnie od warunków otoczenia lub zdolności sensorycznych użytkownika,

5. tolerancja błędu – projekt minimalizuje zagrożenia i negatywne skutki przypadkowego lub zamierzonego działania,
6. niewielki wysiłek fizyczny – projektowanie w taki sposób, aby produkt był efektywny, wygodny i wymagał minimalnego wysiłku użytkownika,
7. wymiary i przestrzeń dostępne i użyteczne – odpowiednia wielkość i przestrzeń przewidziana do podejścia, działania i wykorzystania produktu, niezależnie od wielkości, postawy lub mobilności użytkownika. (Benek, Labus, Kampka, 2016)[5]

Zdjęcie 2. Przystosowanie przestrzeni publicznej do osób poruszających się w ciągach dla rowerzystów oraz pieszych z uwzględnieniem systemu fakturowego dla osób niedowidzących

(źródło własne)

5 Fundacja Laboratorium Architektury 60+ skład zespołu: Benek I., Labus A., Kampka M., Wytyczne w zakresie projektowania uniwersalnego mając na uwadze potrzeby osób niepełnosprawnych – ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Infrastruktury i Budownictwa, Warszawa, 2016.

Projektowanie odpowiednich warunków w przestrzeni dla zróżnicowanej grupy użytkowników jest z całą pewnością wyzwaniem dla wszystkich uczestników procesu inwestycyjnego. Sektor publiczny jest zobowiązany do zapewnienia co najmniej minimalnej dostępności, która zagwarantuje dostępność podmiotu publicznego do:

- dostępności architektonicznej (zarówno korytarze, jak i klatki schodowe powinny być wolne od barier i zapewniać możliwość poruszania się po nich między innymi osób na wózku, osób korzystających z kul, lasek i innych pomocy ortopedycznych, osób starszych, a także osób z wózkami dziecięcymi)
- dostępności cyfrowej (została kompleksowo uregulowana w ustawie o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych)
- dostępności informacyjno-komunikacyjnej (zapewnienie informacji na temat tego, jakie zadania wykonuje dany podmiot w postaci nagrania w polskim języku migowym dla osób głuchych, informacji w tekście łatwym do czytania (ETR) – m.in dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, czy pliku odczytywalnego maszynowo, dzięki któremu taką informację może udźwiękowić osoba niewidoma).[6]

System Informacji Przestrzennej

System Informacji Przestrzennej (SIP – ang. Saptial Information System SIS) pozwala na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie danych posiadających odniesienie przestrzenne w konsekwencji umożliwiając ich wizualizowanie.

Jego funkcjonalność obejmuje:

- przeglądanie mapy miasta w tym mapy własności
- wyszukiwanie ulic, adresów, działek ewidencyjnych, sekcji mapy zasadniczej
- dynamiczny odczyt współrzędnych oraz prezentacja aktywnej skali mapy
- pomiar odległości, powierzchni, podgląd wydruku oraz wydruk treści mapy. (Feltynowski, 2009)[7]

System Informacji Przestrzennej udostępnia zasób geodezyjny mieszkańcom miasta poprzez:

6 Ministerstwo Infrastruktury, Standardy dostępności budynków, Warszawa, 2017.

7 Feltynowski M., Systemy informacji przestrzennej jako narzędzie wzmacniania innowacyjności regionu , [w:] Budowanie zdolności innowacyjnych regionów, red. Aleksandra Nowakowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2009.

- Systemy Informacji Geograficznej (SIG – ang. Geographical Information System GIS) należy definicję tę powiązać z danymi geograficznymi, które odnoszą się do elementów zlokalizowanych na powierzchni globu, mające charakter naturalny lub antropogeniczny. Opracowania GIS odnoszą się do skal o mniejszej dokładności niż 1:5000
- Systemy Informacji o Terenie (SIT – ang. Land Information System LIS), które są opracowaniami w dokładniejszych skalach niż 1:5000.
- Systemy Informacji o Budynkach (SIB – ang. Building Information System BIS), które pozwalają na zarządzanie budynkami lub grupami budynków. (Monarcha-Matlak, 2018)[8]

System Informacji Miejskiej

System Informacji Miejskiej (SIM – ang. City Information System CIS) to w głównej mierze system informacji wizualnej z informacją dedykowaną obiektom miejskim. SIM zwykle obejmuje oznakowanie: dzielnic, obszarów i parków, obiektów użyteczności publicznej (np. urzędy, szpitale), obiektów kulturalnych i rekreacyjnych (np. muzea, teatry, hale sportowo-widowiskowe), nazw ulic i punktów adresowych, węzłów komunikacyjnych, zabytków. Budowa Systemu Informacji Miejskiej wpływa pozytywnie na wizerunek miasta i pozwala dodatkowo wyeksponować i promować wybrane obszary, obiekty czy wydarzenia.

Cechy katowickiego wariantu SIM:

- nawiązuje do kolorów heraldycznych, czyli zestawienia wykorzystywanego w identyfikacji miasta,
- charakterystyczne połączenie, które już jest kojarzone z Katowicami i może wzmocnić tożsamość wizualną miasta,
- zestawienie ciemnej szarości, bieli i żółci gwarantuje maksymalne kontrasty,
- połączenie kolorystyczne rekomendowane dla osób starszych i z dysfunkcją wzroku,
- kolorystyka zapewniająca odcinanie się od tła.

8 Monarcha-Matlak A., Wykorzystanie systemów informacji przestrzennej w administracji publicznej, C.H. Beck, Warszawa, 2018.

Zdjęcie 3. Przykład 1 katowickiego wariantu SIM

(źródło: Urząd Wojewódzki w Katowicach)

Zdjęcie 4. Przykład 2 katowickiego wariantu SIM

(źródło: Urząd Wojewódzki w Katowicach)

System Fakturowych Oznaczeń Nawierzchniowych

System Fakturowych Oznaczeń Nawierzchniowych (FON – ang. TWSIs – Tactile Walking Surface Indicators na podstawie normy ISO 21542:2011) to rodzaj identyfikacji miejsc i korytarzy poruszania się, składający się z kombinacji faktur, które są możliwe do wykrycia przez osoby z dysfunkcjami wzroku. Zadaniem informacji fakturowej jest zwiększenie orientacji przestrzennej oraz kierowanie

osoby z ograniczeniami percepcji wzrokowej do bezpiecznych miejsc pokonywania przeszkód.

Każda przestrzeń powinna umożliwiać maksymalnie samodzielne i świadome jej użytkowanie. Powinna być dostępna i pozbawiona barier architektonicznych, tak aby wszystkie pomieszczenia i urządzenia jej towarzyszące były dostępne dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, osób z dysfunkcjami wzroku, słuchu i innymi. Jednym słowem, przestrzeń powinna umożliwiać jej użytkowanie przez wszystkich użytkowników, tym samym spełniając ich potrzeby i oczekiwania.

System fakturowy należy projektować tak, aby przekaz informacji był jednoznaczny i pozwalał osobom z niepełnosprawnością wzroku na samodzielne poruszanie się w przestrzeni publicznej. Dla lepszego rozpoznawania oznaczeń fakturowych przez osoby z krótkowzrocznością zaleca się stosowanie kontrastu barwnego z powierzchnią chodnika. Najlepszym do zastosowania jest kolor żółty ze względu na jego wyraźny kontrast w stosunku do standardowych materiałów używanych na powierzchniach ciągów pieszych oraz z uwagi na to, że jest kolorem najdłużej postrzeganym (rozpoznawalnym) przez osoby tracące wzrok.

Bezpieczna (wolna od przeszkód) skrajnia ruchu pieszego powinna być wyznaczona w sposób czytelny i zrozumiały, ze szczególnym zwróceniem uwagi na potrzeby osób z ograniczeniem widzenia. Udogodnieniem dla osób z niepełnosprawnością wzroku są elementy kontrastujące, zarówno w warstwie fakturowej, jak i kolorystycznej. Do tzw. naturalnych linii kierunkowych, które wykorzystują osoby niewidome i słabo widzące zaliczyć można:

- kontrastowe różnice fakturowe posadzek,
- krawężniki i pierzeje budynków,
- cokoły przegród pionowych,
- elementy poziome balustrad oraz pochwyty poręczy,
- liniowe oświetlenie w posadzce i na suficie (duża część osób niewidomych ma tzw. poczucie światła i może rozpoznać kierunki wyznaczone przez oświetlenie i kontrast kolorystyczny).

Nawierzchnie ciągów pieszych powinny zapewnić możliwość swobodnego poruszania się tzn. powinny być twarde, równe i mieć powierzchnię antypoślizgową, która spełnia swoje cechy również w trudnych warunkach atmosferycznych. Faktura i kolorystyka tras nie może sprawiać wrażenia różnic wysokości. Należy ograniczyć stosowanie wzorów poprzecznych do kierunku poruszania się. Kolorystyka i zróżnicowanie materiałowe nawierzchni powinny podkreślać główne kierunki poruszania się i zaznaczać różne obszary funkcjonalne.

System FON składa się z oznaczeń:

- Faktury informacyjne (typ A)
  A1 – wyniesione prążki,

A2 – wyniesione wałki,
A3 – bruzdy (tylko do wnętrz)
A1 – na zewnątrz i wewnątrz obiektów,
A2 – do wnętrz i zadaszonych peronów zewnętrznych.

- Faktury informacyjne (typ B)
  B1 – „ścięte kopułki",
  B2 – „ścięte stożki"
- Faktury informacyjne (typ C)
  C1 – faktura jako informacja lokalizacji elementów wyposażenia przestrzeni i punktów orientacyjnych wykorzystywanych przez osoby z dysfunkcją wzroku,
  C2 – faktura do wykorzystania na polu oczekiwania,
  C3 – dowolna faktura kontrastująca z podstawową nawierzchnią chodnika i fakturą typu A i B,
  C4 – faktura pola uwagi do wykorzystania na skrzyżowaniach ścieżek kierunkowych. (Kowalski, 2024)[9]

Zdjęcie 5. Przykład fakturowego oznaczenia typu A i B na peronie dworca kolejowego

(źródło własne)

9 Kowalski K., Włącznik projektowanie bez barier, Warszawa,2024.

System FON należy stosować na trasach wolnych od przeszkód w obszarach stref transferu ruchu pieszego, w miejscach potencjalnie niebezpiecznych dla osób z niepełnosprawnością wzroku (np. przy pokonywaniu schodów), na obszarach o ograniczonej orientacji (np. ciągi piesze o szerokości powyżej 4 metrów, place przydworcowe itp.). Dla lepszego rozpoznawania oznaczeń fakturowych przez osoby z krótkowzrocznością zaleca się stosowanie kontrastu barwnego z powierzchnią chodnika. Najlepszym do zastosowania jest kolor żółty ze względu na jego wyraźny kontrast w stosunku do standardowych materiałów używanych na powierzchniach ciągów pieszych oraz z uwagi na to, że jest kolorem najdłużej postrzeganym (rozpoznawalnym) przez osoby tracące wzrok. (Ujma-Wąsowicz, 2017)[10]

Podsumowanie

Głównym celem pracy jest pokazanie możliwości dostosowania przestrzeni publicznej do potrzeb korzystających z niej osób nie tylko z niepełnosprawnością**.** Mówimy o różnorodności i neuroróżnorodności, nie chodzi bowiem tylko o uwzględnianie potrzeb osób poruszających się na wózku, ale również osób słabowidzących i niewidomych, słabosłyszących i niesłyszących, starszych i młodych, rodziców z dziećmi i wielu innych. Przestrzeń publiczna powinna być przystosowana do osób z różnymi potrzebami, nie tylko z dysfunkcjami. System Informacji Przestrzennej przetwarzający dane i posiadający odniesienie przestrzenne w rezultacie umożliwia ich wizualizowanie, natomiast budowa Systemu Informacji Miejskiej wpływa nie tylko na pozytywny wizerunek miasta poprzez wyeksponowanie, a przez to promowanie konkretnych obiektów, obszarów, imprez, ale przede wszystkim ułatwia poruszanie się osobom ze szczególnymi potrzebami. Niezbędne jest projektowanie systemowe mające podejście, które wykorzystuje całościowy zestaw interdyscyplinarnych metod i narzędzi, służące transformacji systemowej. Takie projektowanie nakierowane jest na uwzględnianie potrzeb możliwie szerokich grup odbiorców, w tym osób z różnorakimi dysfunkcjami. Umożliwia ono radzenie sobie ze złożonością i z wyzwaniami spowodowanymi załamaniem systemów bezpieczeństwa, edukacji, zdrowia, opieki społecznej w całej Europie.

10 Ujma-Wąsowicz K., Czy współczesne miasta są dla ludzi?. Ergonomiczne aspekty kształtowania przestrzeni zurbanizowanej, Wrocław, 2017.

Bibliografia

Baryłka A. Standardy dostępności budynków dla osób z niepełnosprawnościami, 2023, 6.

Benek I., Labus A., Kampka M. Fundacja Laboratorium Architektury 60+.Wytyczne w zakresie projektowania uniwersalnego mając na uwadze potrzeby osób niepełnosprawnych – ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Infrastruktury i Budownictwa, Warszawa, 2016.

Feltynowski M., Systemy informacji przestrzennej jako narzędzie wzmacniania innowacyjności regionu, w: Budowanie zdolności innowacyjnych regionów, red. Aleksandra Nowakowska, Łódź, 2009, 34-42.

Fischer C., Malycha C.P., Schafmann E. The Influence of Intrinsic Motivation and Synergistic Extrinsic Motivators on Creativity and Innovation. Front Psychology, 2019, 3-5.

https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkow-dla-osob-niepelnosprawnych

Kowalski K., Włącznik projektowanie bez barier, Warszawa,2024, 71-73.

Ministerstwo Infrastruktury, Standardy dostępności budynków, Warszawa, 2017. https://www.gov.pl/static/mi_arch/2-514324a4ec938-1798168-p_25.html

Ministerstwo Rozwoju i Technologii Plac Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa, „Budowlane ABC" Warszawa, 2017.

Monarcha-Matlak A., Wykorzystanie systemów informacji przestrzennej w administracji publicznej, C.H. Beck, Warszawa, 2018, 13-15.

Stępień B. Standardy dostępności oraz wymagania w zakresie równości szans i niedyskryminacji wynikające z wytycznych MIiR. Poradnik dostępności, Warszawa, 2018, 6-8.

Ujma-Wąsowicz K., Czy współczesne miasta są dla ludzi?. Ergonomiczne aspekty kształtowania przestrzeni zurbanizowanej, w: Ergonomia w architekturze i urbanistyce. Kierunki badań w 2017 roku. red. Jerzy Charytonowicz, Wrocław, 2017, 35-46.

Piotr Uchroński
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Marlena Twardokęs
Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

System zarządzania dostępnością zintegrowanych węzłów przesiadkowych

Abstrakt

Dane statystyczne GUS w zakresie ilości osób z niepełnosprawnościami wskazują, iż wartość ta stanowi 12 – 18% populacji ogółem (5,5 – 6,4 mln osób). Z czego 5% populacji to osoby niewidome lub niedowidzące (1,8 mln osób), 0,3% populacji to osoby niesłyszące (0,1 mln osób). Szacuje się, iż do 2030 roku udział osób w wieku pow. 60 lat w strukturze ludności Polski ogółem przekroczy 28%. Przewiduje się, że w 2050 roku populacja osób powyżej 60 lat będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności Polski. Wszystko to skłania do podjęcia skutecznych działań mających na celu zwiększenie dostępności transportowej dla osób ze szczególnymi potrzebami, o ograniczonej mobilności oraz dla osób z niepełnosprawnościami. Wdrożenie rozwiązań usprawniających komunikację lub ograniczających w stopniu znacznym dotychczasowe bariery spowoduje włączenie tych osób do grupy aktywnych zawodowo oraz społecznie. Celem niniejszej pracy jest wskazanie na te elementy zarządzania zintegrowanymi węzłami przesiadkowymi, poprzez które w sposób znaczny wpływa się na poprawę dostępności komunikacyjnej dla osób z niepełnosprawnościami oraz ze szczególnymi potrzebami.

Poprawa mobilności osób z niepełnosprawnościami czy innych użytkowników przestrzeni publicznej to przede wszystkim możliwość korzystania z komunikacji zbiorowej w tym korzystania z przystanków i węzłów przesiadkowych, poprzez dostosowane ich do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami. Kluczową rolę odgrywają tu dostępne obiekty kolejowe wraz z otaczającą infrastrukturą komunikacyjną, często tworzące zintegrowane węzły komunikacyjne. Projektując nowe lub modernizując istniejące węzły przesiadkowe należy je połączyć harmonijnie, w sposób dostępny dla użytkowników o różnej sprawności, z komunikacją pieszą, rowerową, drogową i szynową. Zintegrowane węzły przesiadkowe powinny być również łączone z terminalami transportu lotniczego i wodnego.

Słowa kluczowe

dostępność, węzeł przesiadkowy, transport, niepełnosprawność

Wprowadzenie

Szczegółową definicję niepełnosprawności zawiera art. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, gdzie niepełnosprawność – oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy [14]. Wskazywana jest jedna z trzech stopni niepełnosprawności (znacznego, umiarkowanego, lekkiego) oraz o niezdolności do pracy. Osoby niepełnosprawne dzieli się według różnych kryteriów: rodzaju niepełnosprawności, okresu życia, w którym ona wystąpiła oraz stopnia niepełnosprawności, a także zdolności do samodzielnej egzystencji.

Niepełnosprawność, zgodnie z kryterium ustawowym, to niemożność efektywnego pełnienia ról społecznych tj. wypełniania zobowiązania wynikającego z zajmowanej pozycji społecznej przy korzystaniu przez osobę z przysługujących jej przywilejów i praw według bardziej lub mniej określonego wzoru, a więc niemożność bądź trudności w codziennej aktywności i uczestnictwie wynikające z naruszenia sprawności organizmu.

Rozporządzenie (WE) nr 1107/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006 r. w sprawie praw osób niepełnosprawnych oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej podróżujących drogą lotniczą za osobę niepełnosprawną lub o ograniczonej sprawności ruchowej uważa każdą osobę, której możliwość poruszania się jest ograniczona podczas korzystania z transportu na skutek jakiejkolwiek niesprawności fizycznej (zmysłowej lub ruchowej, trwałej lub przejściowej), upośledzenia lub niesprawności umysłowej, lub każdej innej przyczyny niepełnosprawności, lub wieku, i której sytuacja wymaga specjalnej uwagi oraz dostosowania usług dostępnych dla wszystkich pasażerów do szczególnych potrzeb takiej osoby [9].

Zgodnie z definicją przyjętą w 1980 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) niepełnosprawność to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uznawanym za normalny dla człowieka, wynikający z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu. Termin „niepełnosprawność" jest często używany zamiennie z terminem „inwalidztwo", chociaż zakresy obu pojęć nie pokrywają się w pełni, a niepełnosprawność jest pojęciem szerszym, obejmującym aspekt aktywności życiowej [6].

W myśl definicji WHO osoby niepełnosprawne to osoby, które nie są w stanie samodzielnie, częściowo lub całkowicie, zapewnić możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego w wyniku wrodzonego lub nabytego upośledzenia zdolności fizycznych lub umysłowych. Przyjęto podział skutków choroby na

uszkodzenia, niezdolność do pracy i ograniczenie ról [1]. Uszkodzenie odnosi się do nieprawidłowości w budowie i wyglądzie ciała, a także funkcji narządów lub układów, niezależnie od przyczyny. Oznacza to zatem zaburzenie na poziomie narządów. Niezdolność do pracy odzwierciedla skutki szkody wyrządzonej podczas wykonywania czynności i działań danej osoby. Z drugiej strony ograniczenia ról to konsekwencje uszkodzeń i niezdolności, które wpływają na interakcje międzyludzkie i adaptację do środowiska [2].

Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych z 2006 roku wskazuje, że do osób z niepełnosprawnościami zalicza się osoby z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać pełne i efektywne uczestnictwo tych osób w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami [7]. Istnieje przy tym bardzo dużo rodzajów niepełnosprawności, wśród których można wymienić m.in.: osoby niewidome lub słabowidzące, osoby głuche lub słabo słyszące, osoby głuchoniewidome, osoby z niepełnosprawnością ruchową, osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby z zaburzeniami mowy, osoby z protezą ręki lub nogi, osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby niskiego wzrostu, osoby ze schorzeniami przewlekłymi, osoby z niepełnosprawnością intelektualną, osoby ze schorzeniami neurologicznymi, osoby z epilepsją, osoby ze spektrum autyzmu.

Świadomość niepełnosprawności

Problematyka dotycząca osób z niepełnosprawnościami jest niezwykle szeroka i interdyscyplinarna. Wskazując na osoby z niepełnosprawnościami mamy na myśli nie tylko osoby z niepełnosprawnością fizyczną, osoby z niepełnosprawnością poznawczą, osoby z niepełnosprawnością sensoryczną, osoby z niepełnosprawnością psychiczną ale również osoby starsze gdzie widoczna jest utrudniona komunikacja w aspekcie przemieszczania się.

Powszechnie wskazuje się, że niezbędne jest podejmowanie działań mających na celu eliminację barier architektonicznych, urbanistycznych i transportowych. Z drugiej strony zasada swobody przemieszczania się jest jednym z podstawowych praw w Unii Europejskiej. Do tego potrzebny jest pozbawiony barier publiczny i prywatny transport. Jak zostało wspomniane wcześniej: swobodne przemieszczanie się stanowi jedno z podstawowych praw i potrzeb społeczeństwa. Brak dostosowania szeroko pojętego transportu do potrzeb osób z niepełnosprawnościami ogranicza ich dostęp do świadczeń zdrowotnych, edukacji, kultury itp. oraz stanowi przeszkodę w znalezieniu zatrudnienia. W efekcie jest to jedna z przyczyn wykluczenia społecznego osób z niepełnosprawnościami, co przekłada się na większe

zapotrzebowanie tych osób na pomoc społeczną. Warto również wskazać, że niepełne dostosowanie transportu, (zwłaszcza zbiorowego transportu publicznego), do potrzeb osób z niepełnosprawnościami zmniejsza także komfort korzystania z tej usługi dla pozostałych użytkowników. [4]

Osoby niepełnosprawne traktują podróż w taki sam sposób jak osoby pełnosprawni. Najlepszym rozwiązaniem jest zapewnienie komfortowej, bezpiecznej i nieprzerwanej podróży oraz udzielenie pomocy w razie nieprzewidzianych sytuacji dostosowanej do indywidualnych potrzebo osoby niepełnosprawnej. Większość osób niepełnosprawnych, bez względu na rodzaj niepełnosprawności, jest w stanie do pewnego stopnia działać samodzielnie. Zawsze należy zapytać osobę jakiego rodzaju pomocy potrzebuje aby lepiej zrozumieć jej oczekiwania. Należy pamiętać, że osoba niepełnosprawna może posiadać negatywne doświadczenia w podobnych sytuacjach w przeszłości. Informacja o niepełnosprawności jest osobista. Niektóre osoby są niechętne aby ujawnić swoje potrzeby szczegółowo i należy to uszanować. Poszukiwać należy informacji zwrotnej od osoby niepełnosprawnej aby upewnić się, że zapewniamy odpowiednią pomoc. Jednocześnie pomoc należy oferować w taki sposób, aby osoba niepełnosprawna nie miała wrażenia że okazuje się jej nadmierne współczucie.

Istnieją różne rodzaje barier komunikacyjnych a bariery te wpływają na ludzi z różnymi rodzajami niepełnosprawności w inny sposób. Wspólną dla wszystkich oraz najtrudniejszą przeszkodą dla osób niepełnosprawnych do pokonania jest nierównie traktowanie. Osoba nie jest równa jeśli nie traktuje się jej na równi z innymi. Świadomość niepełnosprawności to rzetelna wiedza na jej temat, walka ze stereotypami, informowanie o metodach wsparcia aktywnego. Jest to podejście wymagające zaangażowania ze naszej strony i samych osób niepełnosprawnych, ale przynoszące duże korzyści dla obu stron.

Osoby niepełnosprawne w swoim życiu mierzą się z wieloma barierami i ograniczeniami – architektonicznymi czy komunikacyjnymi. Niepełnosprawność wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami, a barierami związanymi z postawami ludzkimi i środowiskiem, które utrudniają tym osobom pełny, skuteczny udział w życiu społecznym. Podstawowymi czynnikami ograniczającymi integrację społeczną osób z niepełnosprawnością są stopień i rodzaj niepełnosprawności oraz miejsce zamieszkania. Bariery utrudniające niepełnosprawnemu aktywne funkcjonowanie w społeczeństwie spiętrzają się, gdy osoba jest mieszkańcem małej społeczności o niskim poziomie przystosowania infrastrukturalnego dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Brak zapewnienie odpowiedniej przestrzeni komunikacyjnej dla osób ze szczególnymi potrzebami często ma swoje odbicie w wykształceniu, statusie zawodowym, a w konsekwencji w sytuacji materialnej.

Koncepcja projektowania uniwersalnego

Koncepcja projektowania uniwersalnego (z ang. Universal Design) odegrała ważną rolę w kształtowaniu pojęcia funkcjonalności i dostępności środowiska zbudowanego dla wszystkich użytkowników i przynosi korzyść wszystkim członkom społeczeństwa. Przyczynia się do promowania równego, a tym samym sprawiedliwego dla wszystkich, dostępu do dóbr i usług, z uwzględnieniem potrzeb tych użytkowników, których funkcjonowanie jest w pewnym aspekcie ograniczone. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 „Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych" poprzez projektowanie uniwersalne należy rozumieć projektowanie produktów, środowiska, programów i usług w taki sposób, by były użyteczne dla wszystkich w możliwie największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania [7].

Koncepcja uniwersalnego projektowania jest oparta na zasadzie równości w większym stopniu niż koncepcja ogólnej dostępności dla osób z obniżoną funkcjonalnością. Rozwiązania przestrzenne zgodne z zasadą projektowania uniwersalnego przewidują, iż podstawowe działania będą z założenia odpowiadały potrzebom wszystkich użytkowników i nie będą wymagały specjalnych rozwiązań. Projektowanie jest zatem pojmowane jako wspólny termin na określenie wszystkich działań, które dotyczą kształtowania otoczenia. Obejmuje to m.in. planowanie w ramach społeczności lokalnej, użytkowanie gruntów, jak również architekturę, roboty budowlane, czy też produkcję. Projektowanie uniwersalne jest strategicznym podejściem do planowania i projektowania zarówno produktów, jak i odpowiedniego otoczenia, mających na celu promowanie społeczeństwa włączającego wszystkich obywateli oraz zapewniającego im pełną równość oraz możliwość uczestnictwa w życiu społecznym.

Geneza pojęcia „projektowanie uniwersalne" wskazuje na siedem zasad, według których należy postępować przy projektowaniu środowiska zabudowanego, produktów i usług ogólnodostępnych: [5]

a. **sprawiedliwe wykorzystanie** – projekt jest użyteczny i atrakcyjny dla ludzi o różnych umiejętnościach (możliwościach),
b. **elastyczność użytkowania** – projekt uwzględnia szeroki zakres indywidualnych preferencji i umiejętności odbiorców,
c. **prosta i intuicyjna obsługa –** zastosowany projekt jest łatwy do zrozumienia, niezależnie od doświadczenia, wiedzy, umiejętności językowych czy obecnego poziomu koncentracji użytkownika,
d. **zauważalna informacja** – projekt w sposób efektywny łączy ze sobą niezbędne informacje dla użytkownika, niezależnie od warunków otoczenia lub zdolności sensorycznych użytkownika,
e. **tolerancja błędu** – projekt minimalizuje zagrożenia i negatywne skutki przypadkowego lub zamierzonego działania,

f. **niewielki wysiłek fizyczny** – projektowanie w taki sposób, aby produkt był efektywny, wygodny i wymagał minimalnego wysiłku użytkownika,
g. **wymiary i przestrzeń dostępne i użyteczne** – odpowiednia wielkość, przestrzeń przewidziana do podejścia, działania i wykorzystania produktu, niezależnie od wielkości, postawy lub mobilności użytkownika

Analiza dostępności infrastruktury transportowej

Zbadanie dost**ęp**ności infrastruktury transportowej sprowadza się do analizy dostępności wszelkich udogodnień pozwalających na sprawną organizację podróży dla osób z niepełnosprawnościami oraz o ograniczonej sprawności ruchowej. Zasadnym jest podział badanej przestrzeni ze względu na rodzaj węzłów komunikacyjnych. Swoim zasięgiem obejmuje okoliczne gminy, pozwala na integrację transportu kolejowego z przewozem autobusowym oraz transportu indywidualnego lub regionalnego transportu autobusowego z transportem indywidualnym [3].

Rodzaje węzłów komunikacyjnych:

– Węzeł międzynarodowy – Węzeł obsługujący znaczny ruch krajowy z uwzględnieniem ruchu międzynarodowego, umożliwiający integrację multimodalną (transport autobusowy, transport kolejowy, transport miejski, transport lotniczy).
– Węzeł krajowy – Swoim zasięgiem obejmuje znaczny obszar województwa, województwa ościenne, umożliwiając integrację multimodalną (transport autobusowy, transport kolejowy, transport lotniczy, transport miejski). W niektórych przypadkach obsługują również pewną ilość transportu międzynarodowego.
– Węzeł regionalny – Swoim zasięgiem obejmuje kilka powiatów (głównie powiatów ościennych) i umożliwia integrację w zakresie transportu kolejowego, autobusów regionalnych, autobusów miejskich oraz transportu indywidualnego. W niektórych przypadkach obsługują również pewną ilość transportu krajowego.
– Węzeł metropolitalny – Obsługuje co najmniej dwie linie dojeżdżające do pracy pasażerów z innej gminy i co najmniej 2 000 pasażerów dziennie, co pozwala na integrację transportu kolejowego z transportem autobusowym lub transportem indywidualnym lub regionalnym transportem autobusowym z transportem indywidualnym; Jedna linia przewożąca pasażerów z innej gminy i co najmniej 1 000 pasażerów dojeżdżających do pracy transportem indywidualnym z innej gminy; Infrastruktura węzła składa się z dworca lub przystanku kolejowego, dworca lub przystanku autobusowego i tramwajowego, parkingu samochodowego i parkingu dla rowerów. Elementy te powinny być połączone

ze sobą oraz z systemem zewnętrznym jak najkrótszymi i jak najbardziej efektywnymi odcinkami jezdni, tras rowerowych i chodników.

– Węzeł lokalny – Swoim zasięgiem obejmuje co najwyżej okoliczne gminy, pozwala na integrację transportu kolejowego z przewozem autobusowym oraz transportu indywidualnego lub regionalnego transportu autobusowego z transportem indywidualnym.

Istotną rolą informacyjną dla budowania świadomości o potrzebie uwzględnienia uniwersalnego projektowania infrastruktury transportowej na zdolność osób ze szczególnymi potrzebami do korzystania z transportu. Na podstawie definicji zawartej w art. 2 „Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych" projektowanie uniwersalne należy rozumieć jako projektowanie produktów, środowisk, programów i usług w taki sposób, aby mogły być używane przez wszystkich w jak największym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub specjalistycznego projektowania [7].

Rozwiązania wspomagające komunikację osób ze szczególnymi potrzebami

Punkty krytyczne to miejsca, które powinny być wskazane w zintegrowanych węzłach przesiadkowych. Takimi elementami są: rampy, windy, schody, poręcze, wejścia, wiatrołapy, drzwi, korytarze i toalety, elementy małej architektury, przejścia dla pieszych, parkingi. Są one najczęściej obecne w pomieszczeniach oraz w ich okolicach dla takich jak obiektów jak dworce kolejowe i centra handlowe [8]. Niedostępność lub niewłaściwe rozmieszczenie tych elementów uznaje się za bariery dla użytkowników niepełnosprawnych. Bariery te ograniczają mobilność, dlatego należy je odpowiednio zidentyfikować jako kwestię budzącą obawy. Wymienić należy podział elementów infrastruktury (barier) na sześć głównych grup:

- luki integracyjne: ta kategoria obejmuje luki, stopnie, schody i inne podobne bariery.
- przejścia dla pieszych: urządzenia i bariery związane ze skrzyżowaniami dróg, takie jak przejścia dla pieszych, sygnalizacja świetlna i światła dźwiękowe.
- przeszkody: do tej kategorii należą elementy, które mogą blokować ścieżkę ruchu.
- znaki, słupy stałe, kosze na śmieci, przewody, powalone drzewa i trwające roboty drogowe to rodzaje przeszkód.
- parking: informacje o parkingach i ich cechach, takich jak lokalizacja, wymiary, liczba, miejsc parkingowych i miejsca wyjazdowe.
- nawierzchnie: właściwości takie jak nierówna nawierzchnia drogi, parking i opis powierzchni ramp są zawarte w tej kategorii.

Identyfikowanie, rozpoznawanie powyższych barier jest bezpośrednio związane z identyfikacją przestrzenną umożliwiającą dodawanie lub oznaczanie interesującego punktu/miejsca wraz z dodatkowymi informacjami. Związane z tym dodatkowe informacje dotyczą elementów infrastruktury, takich jak ulice, chodniki dla pieszych oraz zdjęcia przeszkód [12]. Spersonalizowana trasa wolna od przeszkód zapewnia trasę bez utrudnień i nawigację dla osób na wózkach inwalidzkich zgodnie z ich preferencjami.

Pomocnymi narzędziami do częściowego rozwiązania powyższych problemów jest zastosowanie np.: Identyfikacja radiowa – technologia RFID, Globalny System Pozycjonowania (GPS), System Mobile Pervasive Accessibility Social Sensing (mPASS), EasyWheel, WeMAP Wegoto, EasyGo.

Identyfikacja radiowa – technologia RFID jest jedną z szeroko stosowanych technologii komunikacyjnych do zbierania informacji. Technologia wykorzystuje fale radiowe do przesyłania danych oraz zasilania elektronicznego układu (etykieta RFID) stanowiącego etykietę obiektu przez czytnik, w celu identyfikacji obiektu. Systemy lokalizacji RFID składają się z tagu RFID, czytnika RFID oraz systemu przetwarzania danych. Ze względu na integrację możliwości odczytu RFID i tagów RFID w nowoczesnych urządzeniach mobilnych, technologia ta jest bardzo przydatna w projektowaniu systemów zorientowanych na użytkownika zarówno w środowisku wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Ponadto minimalny koszt i łatwość wdrożenia tej technologii zapewnia możliwość integracji z kartami wykonanymi z tworzywa sztucznego, takimi jak m.in. dowody osobiste, karty bankowe, klucze elektroniczne i metki odzieżowe. Pomimo zalet tej technologii, jej stosowanie ma kilka wad [11]. Głównym wyzwaniem związanym z wykorzystaniem RFID w lokalizacji jest wielościeżkowa propagacja, zakłócenia i lokalizacja wielu obiektów, co powoduje błąd w dokładności lokalizacji, modyfikację lub zakłócenie sygnałów RFID przez niepożądane sygnały, co jest trudne do wyeliminowania. Proponowany projekt jest wyzwaniem, ponieważ potrzebne jest urządzenie pośredniczące między nimi. Trudno jest jednak osiągnąć odpowiedni mechanizm włączenia systemu przetwarzania danych dla RFID na dużym obszarze. Technologia ta może jednak znaleźć zastosowanie w mniejszych obiektach. Istotnym rozwiązaniem zastosowanie RFID na przykładzie obiektów opieki dla osób niepełnosprawnych w zakresie: rejestrowanie i śledzenie pacjentów niepełnosprawnych fizycznie i niepełnosprawnych, śledzenie rzeczy osobistych mieszkańców opieki, automatyczne przypomnienia o harmonogramie, regulowanie rozprzestrzeniania się leków.

Globalny System Pozycjonowania (GPS) to system nawigacji satelitarnej, uważany za główną technologię identyfikacji aktualnej lokalizacji. Będąc darmowym, GPS zapewnia przede wszystkim ciągłe pozycjonowanie i informacje w czasie rzeczywistym za pomocą 24 satelitów operacyjnych krążących wokół Ziemi. Jest to

system jednokierunkowy (pasywny), w którym sygnały mogą być tylko odbierane, a nie przesyłane. Postępy w technologii GPS dostarczają danych o lokalizacji i ruchu użytkownika dokładniej niż jakiekolwiek inne narzędzie. Jego przystępna cena i dostępność na prawie każdym smartfonie daje przewagę w pozyskiwaniu danych o lokalizacji i trajektorii w czasie rzeczywistym. Korzystając z tych danych, można analizować wzorzec mobilności i przewidywać dzienny ruch. Dokładność GPS jest nadal jedną z głównych kwestii, która jest zawsze podnoszona. Jednak ostatnie postępy w rozwoju technologii satelitarnej mogą zapewnić pozycjonowanie z dokładnością do 2 metrów, co jest już wystarczające do śledzenia ruchów np. wózka inwalidzkiego. Na szczególną uwagę zasługują rozwiązania zastosowania GPS jak narzędzie wspomagające dla osób z dysfunkcją wzroku lub słuchu. Głuchoniewidomi, jeśli ich stan wzroku na to pozwala, korzystają z powszechnie używanego oprogramowania lub urządzeń. by wspierać odnajdywanie i przemieszczanie się w przestrzeni. Jeśli nie są w stanie zobaczyć na wyświetlaczu map, korzystają z dedykowanych urządzeń lub oprogramowania. To ostatnie zainstalowane jest najczęściej w smartfonie, który posiada oprogramowanie udźwiękawiające, informujące za pomocą mowy syntetycznej o tym, co wyświetlone jest na wyświetlaczu. Mowa ta słyszalna jest bezpośrednio ze smartfonu, podłączonej pętli indukcyjnej, bądź z aparatu słuchowego czy procesora dźwięku, do których sygnał przekazywany jest za pośrednictwem łącza bezprzewodowego. Niektórzy głuchoniewidomi korzystają ze specjalnie zaprojektowanych dla osób niewidomych, udźwiękowionych urządzeń do nawigacji GPS.

System Mobile Pervasive Accessibility Social Sensing (mPASS) posiada spersonalizowany, poręczny interfejs, który został zbudowany w oparciu o specjalne potrzeby i wymagania wszystkich typów użytkowników, w tym osób niepełnosprawnych. Głównym celem tego systemu jest gromadzenie danych za pomocą czujników (wykrywanie) i crowdsourcing oraz prezentowanie wyników za pomocą różnych systemów wizualizacji geoprzestrzennej oraz oferowanie użytkownikom niestandardowych ścieżek i tras zgodnie z ich preferencjami.

EasyWheel – mobilny system nawigacji społecznościowej ma na celu zapewnienie wsparcia osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich, aby stały się bardziej niezależne, zapewniając im bezpieczniejszy i łatwiejszy w użyciu system nawigacji. Podstawowa koncepcja architektury EasyWheel obraca się wokół trzech głównych elementów: identyfikacji przestrzennej punktów szczególnych, spersonalizowanych, pozbawionych barier tras i społeczności.

WeMAP to aplikacja wspomagająca mobilność oparta na trzech różnych podejściach: zintegrowanym źródle, źródle biznesowym i crowdsourcingu. Ma na celu zapewnienie spersonalizowanych usług mapowania dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Zbudowana w oparciu o semantyczną, połączoną

technologię danych, aplikacja zapewnia łatwe rozwiązanie do wizualizacji danych dla osób niepełnosprawnych w celu planowania podróży. Zintegrowane informacje dostarczane przez lokalne przedsiębiorstwa i inne źródła są definiowane i integrowane przy użyciu technologii danych. Wykorzystanie i ustanowienie struktury powiązanych danych może pomóc w identyfikacji i integracji informacji, które zwykle są rozproszone, a w niektórych okolicznościach trudno dostępne. Ponadto do systemu klasyfikacji danych wprowadzono system oceny w celu weryfikacji wiarygodności danych. Pierwszeństwo w ocenie mają użytkownicy z niepełnosprawnościami w oparciu o założenie, że dane od nich są bardziej wiarygodne. Lista zawierała zestaw interesujących miejsc na podstawie pozycji użytkownika w promieniu 300 metrów. Gdy użytkownik wybierze punkt zainteresowania, system automatycznie przeszukuje i łączy informacje o punkcie z innymi otwartymi ontologiami, co jest główną cechą systemu WeMAP.

Wegoto to mobilne podejście do oceny i poprawy dostępności, zaprojektowane specjalnie dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Ta konkretna aplikacja na smartfony wykorzystuje różne rodzaje danych z czujników mobilnych, takich jak akcelerometr, żyroskop i GPS, i przetwarza je przy użyciu określonego algorytmu. Informacje o najlepszej dostępnej trasie, prezentowane są za pomocą map GIS według kategorii i możliwości osób poruszających się na wózkach inwalidzkich [13,16]. System Wegoto rejestruje w czasie rzeczywistym dane GPS użytkownika, przednie i tylne nachylenie wózka inwalidzkiego, jego tor jazdy, prędkość, przyspieszenie i opóźnienie. Ponadto specjalne punkty szczególne mogą być dostarczane do systemu na różne sposoby, które dodatkowo można eksportować w różnych formatach. Aplikacja wymaga jednak specjalnych smartfonów z dostępnością czujników, takich jak akcelerometr, żyroskop i GPS.

EasyGo to przyjazny dla osób niepełnosprawnych mobilny system nawigacji, który zapewnia spersonalizowane rozwiązanie nawigacyjne dla osób z niepełnosprawnością ruchową w oparciu o ich preferencje [15]. Oparta na użytkownikach platforma crowdsourcingowa gromadzi dane o barierach i obiektach, przetwarza te dane w celu wygenerowania odpowiednich informacji i zapewnia spersonalizowane trasy z informacjami o barierach i obiektach po drodze. Głównym celem tego systemu jest:

- Gromadzenie barier i udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami dostępnych na terenie całego miasta.
- Zapewnienie spersonalizowanej trasy i nawigacji z informacjami o barierach i udogodnieniach w okolicy.
- Stworzenie zbioru danych elementów infrastruktury związanych z niepełnosprawnościami i udostępnienie ich jako otwarty dostęp dla wszystkich stron.

Podsumowanie

Swobodne przemieszczanie się stanowi jedno z podstawowych praw i potrzeb społeczeństwa. Brak dostosowania szeroko pojętego transportu do potrzeb osób z niepełnosprawnościami ogranicza ich dostęp do świadczeń zdrowotnych, edukacji, kultury itp. oraz stanowi przeszkodę w znalezieniu zatrudnienia. W efekcie jest to jedna z przyczyn wykluczenia społecznego osób z niepełnosprawnościami, co przekłada się na większe zapotrzebowanie tych osób na pomoc społeczną. Warto również wskazać, że niepełne dostosowanie transportu, (zwłaszcza zbiorowego transportu publicznego), do potrzeb osób z niepełnosprawnościami zmniejsza także komfort korzystania z tej usługi dla pozostałych użytkowników. W szczególności dotyczy to osób o ograniczonej zdolności poruszania się (np. osoby starsze, rodzice z wózkami dziecięcymi). Obowiązek realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami wynika z zapisów art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 roku i jest horyzontalną zasadą obowiązującą w całej Unii Europejskiej [10]. W związku z tym wszystkie programy operacyjne realizowane w ramach funduszy polityki spójności przewidują mechanizmy pozwalające na przeciwdziałanie wszelkim formom dyskryminacji, w tym dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Ponadto zapisy ratyfikowanej 6 września 2012 roku przez Polskę Konwencji ONZ zobowiązują Polskę do zwiększenia możliwości korzystania z praw przez osoby z niepełnosprawnościami, w tym eliminacji barier oraz zapewnienia pełnego uczestnictwa we wszystkich sferach życia [6]. Zasada może być realizowana poprzez zastosowanie uniwersalnego projektowania oraz mechanizmu racjonalnych usprawnień. Podstawowym sposobem osiągnięcia tego celu jest wymaganie od realizatorów projektów stosowania zasad uniwersalnego projektowania.

Drugim ze sposobów na dostosowanie jest tzw. racjonalne usprawnienie. Mechanizm ten jest definiowany, jako konieczne zmiany w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami możliwości korzystania z wszelkich praw człowieka i podstawowych wolności oraz ich wykonywania na zasadzie równości z innymi osobami. Trzeba jednak pamiętać, że racjonalne usprawnienia powinny być mechanizmem wtórnym w zakresie zapewnienia dostępności, gdyż z zasady każde wsparcie, zarówno w projektach dedykowanych osobom z niepełnosprawnościami, jak i ogólnodostępnych, powinno być dostępne.

Na przestrzeni ostatnich lat sytuacja osób z niepełnosprawnościami oraz o ograniczonej możliwości poruszania się w zakresie dostępności do transportu publicznego zmieniła się znacząco a zmiany idą w dobrym kierunku.

Odnosi się wrażenie, że rozwiązania dostosowane do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością skutkują podniesieniem jakości i komfortu podróżowania dla wszystkich użytkowników. Warto pamiętać o tworzeniu takiej przestrzeni, aby mogła ona służyć jak największej liczbie osób. Przestrzeń uniwersalna wymaga kompromisów pomiędzy potrzebami różnych użytkowników. Termin „pełna dostępność" powinien być rozumiany jako możliwie pełna dostępność, niepociągająca za sobą nadmiernych obciążeń. Do takiej dostępności powinni dążyć wszyscy, którzy uczestniczą we wdrażaniu projektów transportowych. Stale konieczne jest podnoszenie świadomości znaczenia dostępności transportu dla osób z niepełnosprawnościami, w tym osób o ograniczonej mobilności. Pamiętać należy, że każda z osób mających wpływ na projektowanie i wdrażanie innowacyjnych rozwiązań w transporcie, w każdym momencie życia, może stać się ich beneficjentem.

Bibliografia

(2004, 29/09). Accessibility for the Disabled A Design Manual for a Barrier Free Environment [Manual]. Available:

(2008). GLOBAL POSITIONING SYSTEM STANDARD POSITIONING SERVICE PERFORMANCE STANDARD. Available: https://www.gps.gov/technical/ps/2008-SPS-performancestandard. Pdf

Actions to improve the quality of life of people with special needs in Poland and around the world PRACE NAUKOWE – POLITECHNIKA WARSZAWSKA. TRANSPORT, 2019.

Edyta Boratyńska-Karpiej – Koordynatorka ds. dostępności, ekspertka ds. analiz w Centrum Unijnych Projektów Transportowych Warszawa, lipiec 2022. Transport dla wszystkich.

Fundacja Laboratorium Architektury 60+ skład zespołu: Benek I., Labus A., Kampka M. (red.) „Wytyczne w zakresie projektowania uniwersalnego mając na uwadze potrzeby osób niepełnosprawnych" – ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Infrastruktury i Budownictwa, Warszawa, 2016.

https://static.un.org/esa/socdev/enable/designm/index.html

https://www.who.int/activities/collection-of-data-on-disability.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. Dz. U. 2012 poz. 1169.

Q. Mourcou, A. Fleury, P. Dupuy, B. Diot, C. Franco i N. Vuillerme, "Wegoto: A Smartphone-based approach to assess and improve accessibility for wheelchair users" [Wegoto: Podejście oparte na smartfonach do oceny i poprawy dostępności dla użytkowników wózków inwalidzkich], w: 2013 35th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), 2013, s. 1194–1197: IEEE.

Rozporządzenie (WE) nr 1107/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 lipca 2006r. w sprawie praw osób niepełnosprawnych oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej podróżujących drogą lotniczą.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 roku ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego str. 118 Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego.

S. L. Suen i C. Mitchell, "Accessible transportation and mobility" ("Dostępny transport i mobilność"), Transportation in the New Millennium, 2000.

S. N. Chowdhury, S. Dhawan i A. Agnihotri, "Crowd-sourcing for smart cities" [Crowdsourcing dla inteligentnych miast], w: Recent Trends in Electronics, Information & Communication Technology (RTEICT), IEEE International Conference on, 2016, s. 360–365: IEEE.

Sapa R.: Potencjał bibliotecznych katalogów online w zakresie sprzyjania zjawisku przypadkowego pozyskiwania informacji o literaturze naukowej. „Przegląd Biblioteczny" R. 76 z. 1 (2008), s. 87- 110. ISSN 0033-202X.

Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. D z.U. 1997 nr 123 poz. 776.

V. Gilart-Iglesias, H. Mora, R. Perez-delHoyo i C. Garcia-Mayor, „A computational method based on radio frequency technologies for the analysis of accessibility of disabled people in sustainable cities" [Metoda obliczeniowa oparta na technologiach częstotliwości radiowych do analizy dostępności osób niepełnosprawnych w zrównoważonych miastach], Sustainability, vol. 7, nr 11, s. 14935–14963, 2015.

Wojciech Moczulski, Metody pozyskiwania wiedzy dla potrzeb diagnostyki maszyn, Mechanika, z. 130, 1997 r.

Katarzyna Chruzik

Akademia WSB, Katedra Transportu i Informatyki,
kchruzik@wsb.edu.pl

Iwona Krzyżewska

Akademia WSB, Katedra Transportu i Informatyki,
ikrzyzewska@wsb.edu.pl

Analiza i ocena dostępności zintegrowanych węzłów przesiadkowych na przykładzie Międzynarodowego Dworca Autobusowego w Katowicach

Streszczenie

Celem publikacji było przeprowadzenie analizy i oceny dostępności zintegrowanych węzłów przesiadkowych na przykładzie nowoutworzonego Międzynarodowego Dworca Autobusowego w Katowicach, który jest strategicznym miejscem przesiadek wielu podróżujących osób. Ten zintegrowany węzeł przesiadkowy należy do jednych z najnowocześniejszych oraz dostępnych punktów komunikacyjnych dla osób ze szczególnymi potrzebami. W niniejszej pracy została przedstawiona metodyka prowadzenia oględzin węzła, zidentyfikowano bariery i udogodnienia. Podczas oględzin węzła zidentyfikowano wiele barier dostępnościowych, które zakłócają możliwość korzystania z tego miejsca przez osoby ze szczególnymi potrzebami.

WSTĘP

Międzynarodowy dworzec autobusowy w Katowicach, usytuowany przy ulicy Sądowej, jest jednym z najważniejszych węzłów komunikacyjnych w Polsce, łączącym miasto z wieloma europejskimi metropoliami. Powstanie tego nowoczesnego obiektu stanowiło odpowiedź na rosnące zapotrzebowanie na wygodne i efektywne połączenia międzynarodowe, jednocześnie odciążając centrum miasta od nadmiernego ruchu autobusowego. Planowanie budowy dworca rozpoczęto w odpowiedzi na dynamiczny rozwój Katowic oraz potrzebę modernizacji istniejących obiektów transportowych. Stare dworce, zarówno autobusowy przy ul. Piotra Skargi, jak i kolejowy, mimo modernizacji, nie spełniały już współczesnych standardów i oczekiwań pasażerów. Projekt nowego dworca został zaprezentowany w 2017 roku, a jego realizacja rozpoczęła się w 2018 roku. Inwestycja ta była współfinansowana ze środków Unii Europejskiej, co pozwoliło na zastosowanie najnowocześniejszych rozwiązań technologicznych i architektonicznych. Ukończenie budowy miało miejsce w 2020 roku, a oficjalne otwarcie nastąpiło w styczniu 2021 roku. Nowy dworzec autobusowy na Sądowej to obiekt o powierzchni kilku tysięcy metrów kwadratowych, zaprojektowany z myślą o komforcie i wygodzie podróżnych. Znajduje się tu nowoczesna hala odpraw z licznymi kasami biletowymi, elektronicznymi tablicami informacyjnymi oraz punktami informacyjnymi, które pomagają pasażerom w organizacji podróży [1].

Powstanie dworca autobusowego na Sądowej przyniosło liczne korzyści zarówno dla mieszkańców Katowic, jak i całego regionu Śląska. Przede wszystkim poprawiło to dostępność międzynarodowych połączeń autobusowych, co przyciągnęło więcej turystów i inwestorów do miasta. Dworzec stał się również ważnym węzłem przesiadkowym, ułatwiającym podróże pomiędzy różnymi środkami transportu. Nowy dworzec przyczynił się także do poprawy estetyki przestrzeni miejskiej w tej części Katowic. Dzięki przemyślanemu zagospodarowaniu terenu oraz nowoczesnej architekturze, obiekt ten stał się wizytówką miasta, pozytywnie wpływając na jego wizerunek [1].

Międzynarodowy dworzec autobusowy w Katowicach przy ulicy Sądowej to przykład nowoczesnej inwestycji infrastrukturalnej, która nie tylko spełnia współczesne standardy transportowe, ale także przyczynia się do zrównoważonego rozwoju miasta. Jego powstanie było odpowiedzią na potrzeby rosnącej liczby podróżnych oraz na konieczność modernizacji miejskiej infrastruktury, a sam dworzec stanowi teraz ważny element europejskiej sieci transportowej [1].

Zintegrowane węzły przesiadkowe odgrywają kluczową rolę w nowoczesnych systemach transportowych, umożliwiając płynne przesiadki między różnymi środkami komunikacji, takimi jak autobusy, tramwaje, pociągi czy rowery miejskie.

Jednym z najważniejszych aspektów ich funkcjonowania jest dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami, co obejmuje zarówno osoby z niepełnosprawnościami, jak i m.in. seniorów, rodziców z małymi dziećmi oraz osoby z ograniczoną mobilnością. W zintegrowanych węzłach przesiadkowych szczególną uwagę zwraca się na zapewnienie infrastruktury i udogodnień, które umożliwiają swobodne poruszanie się wszystkim pasażerom. Dostępność zintegrowanych węzłów przesiadkowych jest regulowana przez szereg wytycznych i norm, które muszą być spełnione przez projektantów i zarządców infrastruktury. W Unii Europejskiej, dyrektywy takie jak Rozporządzenie (UE) nr 1371/2007 dotyczące praw i obowiązków pasażerów w ruchu kolejowym, określają minimalne standardy dostępności [2]. W Polsce, podobne wymagania są zawarte w krajowych przepisach budowlanych oraz w ustawach dotyczących transportu publicznego [3]. Brak dostępności to obecnie częsty problem transportu publicznego z powodu braku odpowiedniego projektowania i brak odpowiednich procedur. Czas jest również przeciwnikiem wprowadzania dostępności ze względu na szybko zmieniające się regulacje prawne oraz innowacje technologiczne, które okazują się przestarzałymi rozwiązaniami. Kolejnym aspektem braku dostępności są wysokie koszty przebudowy i adaptacji przestrzeni publicznej. Jednym z powodów braku dostępności jest brak jednolitych przepisów, standardów i dobrych praktyk, które stanowią wzorzec postępowania [4, 5].

Na etapie planowania i projektowania zintegrowanych węzłów przesiadkowych powinny zostać poczynione ustalenia osiągnięcia ciągłości między strefą węzła a samym węzłem. Wszystkie elementy węzła przesiadkowego (budynek, punkty przesiadkowe, dojścia i przejścia) powinny pozwalać na szybkie korzystanie z dostępnych przestrzeni publicznej przez użytkowników ze szczególnymi potrzebami. Najnowsze trendy w projektowaniu uniwersalnym uwzględniają wytyczne zrównoważonego rozwoju [6, 7].

Celem niniejszego artykułu jest dokonanie analizy i oceny dostępności wybranego zintegrowanego węzła przesiadkowego na przykładzie Międzynarodowego Dworca Autobusowego zlokalizowanego przy ul. Sądowej w Katowicach. Metoda prowadzenia badań została opracowana w formie formularza oceny (Tabela 1).

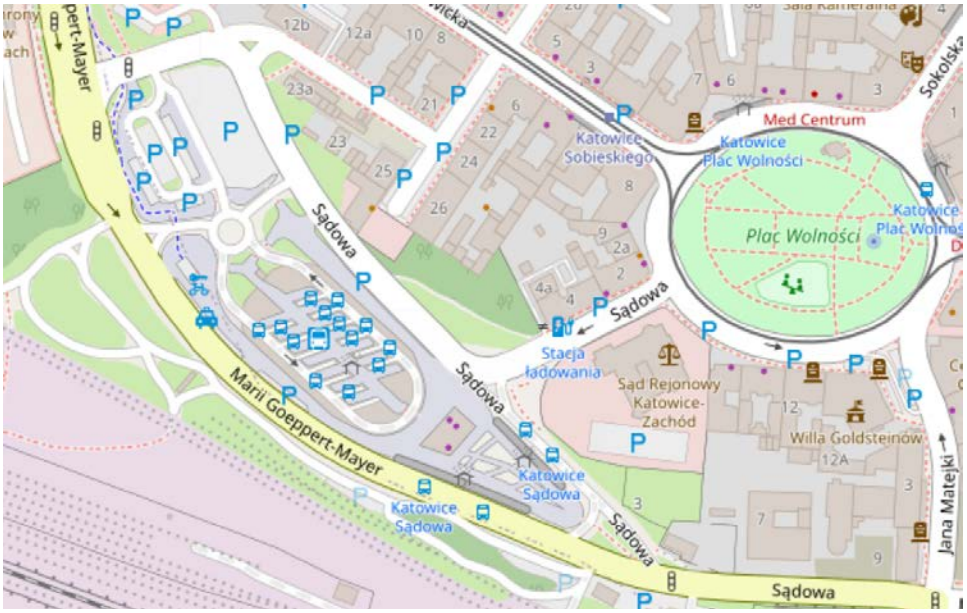
METODYKA BADAŃ

Oględziny miejsca zostały przeprowadzone we wrześniu 2023 roku (Rysunek 1). Warunki atmosferyczne optymalne, temperatura otoczenia 25°C. Brak dodatkowych utrudnień.

Inwestycja o wartości 66 mln zł pozwala obsługiwać zarówno połączenia lokalne i regionalne w ramach Metropolii, pełni również funkcję międzynarodowego dworca autobusowego. W skład inwestycji wchodzą: budynek obsługi pasażerskiej,

zadaszone perony autobusowe i przystanki komunikacji miejskiej, parking rowerowy ze stacją rowerów miejskich oraz parking samochodowy. Postój samochodem jest płatny, natomiast osoby podwożące lub odbierające pasażerów z dworca, mogą korzystać z miejsc tzw. Kiss&Ride, na których można nieodpłatnie zatrzymać się do trzech minut. Na przystankach zainstalowane są tablice wyświetlające informacje o kursach autobusów. W budynku znajdują się m.in.: poczekalnia dla podróżnych, toalety, schowki bagażowe, kiosk, bistro i kasy.

Rysunek 1. Mapa MDA Katowice „Sądowa"



Źródło: openstreetmap

W tabeli 1 przedstawiono zidentyfikowane bariery i udogodnienia, które podczas realizacji audytu/oględzin zintegrowanego węzła przesiadkowego badano z uwzględnieniem aspektów dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Katalog barier i udogodnień został wcześniej utworzony na potrzeby realizacji oględzin. Jest on uniwersalnym narzędziem dla każdego rodzaju węzła przesiadkowego ze względu na podobne elementy budowy. Parametry odpowiadają dwuetapowej analizie w postaci określenia czy dana bariera/udogodnienie spełnia lub nie spełnia (TAK/NIE) kryterium dostępności oraz czy jest odpowiednia dla osób ze szczególnymi potrzebami za pomocą wartości 0, gdy nie spełnia oraz 1, gdy spełnia kryteria.

W końcowym etapie badania (Tabela 2), określono dodatkowo kolorem czerwonym krytyczny brak spełnienia kryterium dostępności.

Tabela 1. Formularz oceny ZWP – bariery i udogodnienia

Bariery/Udogodnienia fizyczne	
Kategoria bariery/udogodnienia	Bariera/Udogodnieni
Ograniczona dostępność	Bezpieczne ciągi pieszych
	Duża (nieakceptowana) odległość dojścia
	Urządzenia do obsługi pasażerów
	Powierzchnia do prawidłowej obsługi OzSP
	Elementy systemu FON lub naturalnego prowadzenia
	Parking
	Odległość od parkingu
	Nadmierne przeszklenia
	Nieoznakowane przeszklenia
	Elementy kontrastujące
	Linie kierunkowe
	Przejścia przez jezdnię
	Piktogramy
	Drzwi automatyczne obrotowe
	Drzwi automatyczne przesuwne
	Chodniki ruchome
Różnica poziomów terenu	Pochylenie terenu
	Urządzenia wspomagające pokonywanie różnicy wysokości (Windy)
	Schody
	Stopnie lub progi
Występowanie przeszkód fizycznych	Ciągłość trasy przemieszczania się podróżnych (skrzyżowania kolizyjne)
	Słupy konstrukcyjne w ciągach pieszych
Ograniczona skrajnia	Szerokość przejścia
	Wysokość przejścia
Oznakowanie tras dla pieszych	Oznaczenia wizualne
	Słyszalność sygnałów dźwiękowych
	Nakładanie się dźwięków

WYNIKI BADAŃ

Zgodnie z deklaracją zarządcy obiekt jest dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych i posiada bezpłatne WiFi. W ramach audytu zidentyfikowano jednak brak w spełnieniu wymagań dostosowania węzła do osób ze szczególnymi potrzebami (OzSP) (Tabela 2) – zgodnie z kryteriami zidentyfikowanymi w Tabeli 1.

W ramach analizy stwierdzono nie spełnienie następujących kryteriów:

- E2. Słyszalność sygnałów dźwiękowych (Brak informacji głosowej)
- I6. Punkty informacyjne (Brak punktów informacyjnych)
- M2. Pętle indukcyjne
- O1. Przeszkolony personel
- O2. Asystent lub opiekun do obsługi OzSP
- O3. Możliwości tłumaczenia online
- O4. Tłumacz języka migowego
- O5. Miejsce dla psa asystującego
- P1. Procedury, instrukcje dedykowane OzSP
- P2. Narzędzia do oceny funkcjonowania i zarządzania urządzeniami dla OzSP (w tym procedury audytu)
- Q2. Dostępność obsługi
- S3. Komunikacja wspomagająca i alternatywna (ang. Augmentative and Alternative Communications – AAC)
- W ramach analizy częściowe spełnienie następujących kryteriów:
- A4. Powierzchnia do prawidłowej obsługi OzSP (Brak dostosowania przestrzeni kasowej oraz skrytek, wiaty ZTM bez osłoniętego miejsca dla osoby na wózku)
- A15. Drzwi automatyczne przesuwne (Przestrzeń kasowa bez dostępu przez drzwi przesuwne)
- B4. Stopnie lub progi (Próg przy zejściach do autobusów dalekobieżnych, brak ramp)
- G1. Oświetlenie (Parter budynku o ograniczonym oświetleniu)
- G2.Punktowe zaciemnienia (Parter budynku)
- G3. Linię sygnalizujące zmianę/zagrożenie (Nie spełniają wymagań konstrukcyjnych)
- I1. System informacji (Brak dedykowanego punktu obsługi)
- I3. Stan odczytywania i interpretacji rozkładów jazdy (Bez rozkładów dalekobieżnych)
- I4. Stan odczytywania i interpretacji planów (Występuję w jedynie budynku. Brak mapy terenu)

- I5. Stan odczytywania i interpretacji map (Występuję w budynku. Brak mapy terenu)
- J1. System prowadzenia podróżnych (Niedopracowany)
- M1. Informacja audio (Jedynie w ZTM)
- N1. Strona internetowa dla osób ze szczególnymi potrzebami (Nie spełnia wymagań dla osób niewidomych, brak mapy)
- S1. Informacja w wielu językach (rozumienie informacji) (Jedynie wizualne)
- S2. Obsługa urządzeń automatycznych (Nie wszystkie dostosowane)

Tabela 2. Analiza ZWP Centrum Przesiadkowe „Sądowa" Katowice

Kategoria bariery/ udogodnienia	Bariera/ Udogodnienie	Parametr ogólnie TAK/NIE, 1/0	INNE/UWAGI
Bariery/Udogodnienia fizyczne			
A. Ograniczona dostępność	Ciągi pieszych	T, 1	Występują na terenie całego ZWP, nie występują poza ZWP, nie zawsze są symetryczne
	Duża (nieakceptowana) odległość dojścia	N, 1	
	Urządzenia do obsługi pasażerów	T, 1	ZTM – przycisk do rozkładu głosowego bez Brajla, dostęp do karty w biletomacie za wysoko
	Powierzchnia do prawidłowej obsługi OzSP	T, 0/1	Brak dostosowania przestrzeni kasowej oraz skrytek, wiaty ZTM bez osłoniętego miejsca dla osoby na wózku
	Elementy systemu FON lub naturalnego prowadzenia	T, 1	Czasami niesymetryczne
	Parking	T, 1	
	Odległość od parkingu	T, 1	
	Nadmierne przeszklenia	N, 1	
	Nieoznakowane przeszklenia	N, 1	
	Elementy kontrastujące	N, 1	
	Linie kierunkowe (np. strzałki)	T, 1	
	Przejścia przez jezdnię	T, 1	
	Piktogramy	T, 1	
	Drzwi automatyczne obrotowe	N, 1	
	Drzwi automatyczne przesuwne	T, 0/1	Przestrzeń kasowa bez dostępu przez drzwi przesuwne
	Chodniki ruchome	N, 1	

Kategoria bariery/ udogodnienia	Bariera/ Udogodnienie	Parametr ogólnie TAK/NIE, 1/0	INNE/UWAGI
Bariery/Udogodnienia fizyczne			
B. Różnica poziomów terenu	Pochylenie terenu	N, 1	
	Urządzenia wspomagające pokonywanie różnicy wysokości (Windy)	T, 1	
	Schody	T, 1	
	Stopnie lub progi	T, 1/0	Próg przy zejściach do autobusów dalekobieżnych, brak ramp
C. Występowanie przeszkód fizycznych	Ciągłość trasy przemieszczania się podróżnych (skrzyżowania kolizyjne)	N, 1	
	Słupy konstrukcyjne w ciągach pieszych	N, 1	
D. Ograniczona skrajnia	Szerokość przejścia	T, 1	
	Wysokość przejścia	T, 1	
E. Oznakowanie tras dla pieszych	Oznaczenia wizualne	T, 1	
	Słyszalność sygnałów dźwiękowych	N, 0	Brak informacji głosowej
	Nakładanie się dźwięków	N, 1	
F. Stan nawierzchni: chodników, korytarzy itp.	Nierówności terenu	N, 1	
	Powierzchnie antypoślizgowe	T, 1	
G. Widoczność	Oświetlenie	T. 0/1	Parter budynku o ograniczonym oświetleniu
	Punktowe zaciemnienia	T, 0/1	Parter budynku
	Linię sygnalizujące zmianę/zagrożenie	T, 0/1	Nie spełniają wymagań konstrukcyjnych
H. Urządzenia towarzyszące	Zadaszenia	T, 1	
	Toalety dla OzSP	T, 1	
	Miejsca odpoczynku	T, 1	
	Osłony przed wiatrami	T, 1	Wiaty ZTM bez osłoniętego miejsca dla osoby na wózku

Kategoria bariery/ udogodnienia	Bariera/ Udogodnienie	Parametr ogólnie TAK/NIE, 1/0	INNE/UWAGI
Bariery/Udogodnienia organizacyjne			
I. Informacja ogólna	System informacji	N, 0/1	Brak dedykowanego punktu obsługi
	Informacja o konieczności i sposobie ewakuowania się	T, 1	Budynek
	Stan odczytywania i interpretacji rozkładów jazdy	T, 0/1	Bez rozkładów dalekobieżnych
	Stan odczytywania i interpretacji planów	T, 0/1	Występuję w jedynie budynku. Brak mapy terenu
	Stan odczytywania i interpretacji map	T, 0/1	Występuję w budynku. Brak mapy terenu
	Punkty informacyjne	N, 0	Brak punktów informacyjnych
J. System prowadzenia (znajdywanie) drogi	System prowadzenia podróżnych	N, 0/1	Niedopracowany
	Mapa dotykowa	T, 1	Występuję w jedynie budynku
K. Informacja wizualna	Jakość przekazywania informacji wizualnej (czcionka itp.)	T, 1	
	Ilość reklam	T, 1	Bez wiaty ZTM
L. Informacja dotykowa	Oznakowania dla niewidomych	T, 1	Bez wiaty ZTM
	Napisy w systemie Braille'a	T, 1	
M. Informacja audio	Informacja audio	T, 0/1	Jedynie w ZTM
	Pętle indukcyjne	N, 0	
	Pogłos	N, 1	
N. Informacja internetowa	Strona internetowa dla osób ze szczególnymi potrzebami	T, 0/1	Nie spełnia wymagań dla osób niewidomych, brak mapy

Kategoria bariery/ udogodnienia	Bariera/ Udogodnienie	Parametr ogólnie TAK/NIE, 1/0	INNE/UWAGI
Bariery/Udogodnienia organizacyjne			
O. System wspomagania	Przeszkolony personel	N, 0	
	Asystent lub opiekun do obsługi OzSP	N, 0	
	Możliwości tłumaczenia online	N, 0	
	Tłumacz języka migowego	N, 0	
	Miejsce dla psa asystującego	N, 0	
P. System zarządzania	Procedury, instrukcje dedykowane OzSP	N, 0	
	Narzędzia do oceny funkcjonowania i zarządzania urządzeniami dla OzSP (w tym procedury audytu)	N, 0	
Q. Niska jakość obsługi	Zawodność obsługi	N, 1	
	Dostępność obsługi	N, 0	
Bariery/Udogodnienia poznawcze			
R. Poczucie zagrożenia bezpieczeństwa	Wiele zaułków	N, 1	
S. Trudność w zrozumieniu	Informacja w wielu językach (rozumienie informacji)	N, 0/1	Jedynie wizualne
	Obsługa urządzeń automatycznych	N, 0/1	Nie wszystkie dostosowane
	Komunikacja wspomagająca i alternatywna (ang. Augmentative and Alternative Communications – AAC)	N, 0	

WNIOSKI

Podczas realizacji audytu/oględzin zintegrowanego węzła przesiadkowego – Międzynarodowego Dworca Autobusowego w Katowicach, zlokalizowanego przy ul. Sądowej, stwierdzono, że największymi barierami dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami były m.in.: brak informacji głosowej, brak punktów informacyjnych, brak pętli indukcyjnych oraz brak możliwości komunikowania się alternatywnego i wspomagającego. Najbardziej niezaopiekowaną grupą barier są bariery/udogodnienia organizacyjne. Brak asystenta lub brak tłumacza języka migowego prowadzi do braku możliwości skorzystania lub doinformowania się podróżujących osób. Na wielu zintegrowanych węzłach przesiadkowych w Polsce brakuje uniwersalnych zasad i reguł a także procedur które określiłyby sposób postępowania i działania w przypadku korzystania z usług ZWP osób ze szczególnymi potrzebami. Opracowanie systemu zarządzania dostępnością oraz utworzenie procedury ciągłego doskonalenia dostępności na terenie zintegrowanych węzłów przesiadkowych będzie odpowiedzią na brakujące udogodnienia oraz sposobem na redukcję barier dostępnościowych.

Bibliografia

[1] https://mdakatowice.pl/ dostęp: 21.05.2024

[2] ROZPORZĄDZENIE (WE) NR 1371/2007 PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY z dnia 23 października 2007 r. dotyczące praw i obowiązków pasażerów w ruchu kolejowym.

[3] Sitarz M., Chruzik K., Krzyżewska I., Graboń-Chałupczak M., Uchroński P. „Dostępność Zintegrowanych Węzłów Przesiadkowych w Polsce" [w] "Transport w epoce zróżnicowanych potrzeb. Przesiadka bez barier" pod redakcją Marek Sitarz, Dąbrowa Górnicza, 2023, Wydawnictwo Akademii WSB.

[4] Zając A.P. City accessible for everyone – improving accessibility of public transport using the universal design concept. 6th Transport Research Arena April 18-21, 2016. Transportation Research Procedia 14 (2016) 1270 – 1276.

[5] Nielsen A.F. How laws of universal design discriminate between different types of disabilities – Lessons learned from Norway. Journal of Transport & Health 37, 2024, 101821.

[6] Lucietti L., Hoogendoorn C., Cré I. New tools and strategies for design and operation of urban transport interchanges. 6th Transport Research Arena April 18-21, 2016. Transportation Research Procedia 14 (2016) 1240 – 1249.

[7] Nielsen A.F. Universal design for people with psychosocial disabilities – The effect of COVID-19. Research in Transportation Economics 98, 2023, 101280.

Marek Sitarz

Akademia WSB, Katedra Transportu i Informatyki,
msitarz@wsb.edu.pl

Katarzyna Chruzik

Akademia WSB, Katedra Transportu i Informatyki,
kchruzik@wsb.edu.pl

Kazimierz Jamroz

Politechnika Gdańska, Wydział Inżynierii Lądowej i Środowiska,
Katedra Inżynierii Transportowej,
kazimierz.jamroz@pg.edu.pl

Romanika Okraszewska

Politechnika Gdańska, Wydział Inżynierii Lądowej i Środowiska,
Katedra Inżynierii Transportowej,
romanika.okraszewska@pg.edu.pl

Mariusz Zieja

Instytut Techniczny Wojsk Lotniczych,
Zakład Informatycznego Wsparcia Logistyki,
mariusz.zieja@itwl.pl

Justyna Tomaszewska

Instytut Techniczny Wojsk Lotniczych,
Zakład Informatycznego Wsparcia Logistyki,
justyna.tomaszewska@itwl.pl

Iwona Krzyżewska

Akademia WSB, Katedra Transportu i Informatyki,
ikrzyzewska@wsb.edu.pl

Dostępność wybranego zintegrowanego węzła przesiadkowego dla osób ze szczególnymi potrzebami

Streszczenie

W ostatnich latach obserwuje się działania mające na celu poprawę funkcjonowania pasażerów w obszarze zintegrowanych węzłów przesiadkowych. Analiza źródeł literaturowych i wymagań prawnych wskazała na brak uwarunkowań prawnych w zakresie transportu publicznego. Brak wytycznych dotyczy zarówno środków transportu jak i elementów infrastruktury w odniesieniu do osób niepełnosprawnych oraz osób o szczególnych potrzebach. Istnieją szczątkowe wytyczne dla osób z niepełnosprawnością ruchową, natomiast brakuje poszerzenia lub utworzenia zasad i regulacji dla osób z niepełnosprawnością sensoryczną. Poszczególne miasta przyjmują

własne opracowania i dobre praktyki, za pomocą których posługują się na etapie projektowania lub modernizacji węzłów przesiadkowych. W niniejszej opracowaniu przedstawiono uniwersalne katalogi osób ze szczególnymi potrzebami oraz barier/udogodnień na zintegrowanych węzłach przesiadkowych oraz przeprowadzono wstępne badanie dostępności na wybranym węźle w województwie śląskim.

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwuje się działania mające na celu poprawę funkcjonowania pasażerów w obszarze zintegrowanych węzłów przesiadkowych. Powodem podejmowania takich działań jest przyjęcie w 2019 roku ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, poprzez usuwanie barier a także zapobieganie ich powstawania. Użytkownicy zintegrowanych węzłów przesiadkowych są zróżnicowani pod względem należności do określonych grup osób ze szczególnymi potrzebami [1, 2]. Ustawa o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami reguluje również definicję osoby ze szczególnymi potrzebami jako osobę, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami [2]. W opracowaniach dotyczących tworzenia standardów i wytycznych projektowania i klasyfikowania zintegrowanych węzłów przesiadkowych można odnaleźć podział użytkowników zawierających grupy osób starszych, kobiet w ciąży, osób o niskim lub wysokim wzroście, a także osoby z zaburzeniami tymczasowymi (np. te, które uległy wypadkowi, czasowo poruszające się na wózku czy o kuli) oraz osoby podróżujące z dzieckiem w wózku lub z dużym bagażem. Ze względu na istniejące zaburzenia, niepełnosprawności, choroby a także tymczasowe utrudnienia, poszczególne grupy osób będą wskazywały na zróżnicowane potrzeby w odbyciu podróży z przesiadką [3].

Na przybliżenie definicji zintegrowanego węzła przesiadkowego wskazuje ustawa o publicznym transporcie zbiorowym, wedle której jest to miejsce umożliwiające dogodną zmianę środka transportu wyposażone w niezbędną dla obsługi podróżnych infrastrukturę, w szczególności: miejsca postojowe, przystanki komunikacyjne, punkty sprzedaży biletów, systemy informacyjne umożliwiające zapoznanie się zwłaszcza z rozkładem jazdy, linią komunikacyjną lub siecią komunikacyjną [4]. Dotychczas wielu autorów opracowań i publikacji naukowych podejmuje próbę bardziej szczegółowego zdefiniowania tego obiektu. Jak wskazuje opracowanie Transport for London (TfL) zintegrowany węzeł przesiadkowy będzie definiowany jako *obiekt wybudowany w celu dokonywania przesiadek – jak na przykład stacja kolejowa lub autobusowa albo zespół przystanków tramwajowo-autobusowych* [5]. Podczas realizacji projektu „Masterplan dla Poznańskiej Kolei Metroplitalnej" również określono definicję węzła przesiadkowego i według autorów jest to "*obszar w urbanistyce, w którym zachodzi bezpośredni kontakt lokalizacyjny sieci drogowej i transportu publicznego z elementami infrastruktury służącej do przemieszczania się ludzi poza środkami transportu i oczekiwania na środki transportu*" [6].

Olszewski (i in. 2014) określa węzeł przesiadkowy jako *miejsce, gdzie dokonywane są przesiadki pomiędzy różnymi liniami lub środkami transportu* [7].

W każdej z podanych definicji wynika, że funkcję węzła przesiadkowego mogą pełnić same elementy dworca lub przystanku (np. chodnik, peron). W celu uściślenia definicji i wytycznych, określono dodatkowe aspekty węzła przesiadkowego, które muszą być zapewnione. Są nimi m.in.: możliwość zmiany środka transportu w ramach jednego peronu (optymalny przypadek), minimalizacja pokonywanej wysokości, minimalizacja pokonywanego dystansu w ramach węzła, wyposażenie w dobrą informację pasażerską, wyposażenie w komfortowe miejsce oczekiwania, wyposażenie w usługi powiązane z funkcją transportową [8].

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczącym praw pasażerów w transporcie autobusowym i autokarowym, zarządcy dworców autobusowych podczas większych modernizacji powinni starać się uwzględniać potrzeby osób z niepełnosprawnościami oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej zgodnie z wymogami „projektowania dla wszystkich". Powinni też wyznaczyć na terenie dworców punkty spotkań, gdzie osoby z niepełnosprawnościami mogą zgłosić przybycie i potrzebę pomocy [9, 10].

Większe polskie miasta wdrażają standardy dostępności i wytyczne w jaki sposób projektować i modernizować dworce kolejowe i autobusowe. Na przykładzie miast, takich jak Warszawa czy Łódź, możliwe jest zwiększenie dostępności infrastruktury transportu drogowego oraz zmodernizowanie elementów zintegrowanych węzłów przesiadkowych. W mniejszych miastach niestety rozwój dostępności węzłów przesiadkowych jest niemożliwy ze względu na niskie dofinansowanie inwestycji z samorządów gmin i powiatów [9]. Analiza źródeł literaturowych i wymagań prawnych wskazała na brak uwarunkowań prawnych w zakresie transportu publicznego. Brak wytycznych dotyczy zarówno środków transportu jak i elementów infrastruktury w odniesieniu do osób niepełnosprawnych oraz osób o szczególnych potrzebach. Istnieją szczątkowe wytyczne dla osób z niepełnosprawnością ruchową, natomiast brakuje poszerzenia lub utworzenia zasad i regulacji dla osób z niepełnosprawnością sensoryczną. Poszczególne miasta przyjmują własne opracowania i dobre praktyki, za pomocą których posługują się na etapie projektowania lub modernizacji węzłów przesiadkowych. To powoduje, że pasażer przemieszczający się więcej niż jednym środkiem transportu lub przemieszczający się między poszczególnymi miastami, zwłaszcza wojewódzkimi, będzie spotykać się z dużą różnorodnością wdrożonych rozwiązań i udogodnień [9].

Niniejsze opracowanie ma na celu zidentyfikowanie barier i udogodnień na wybranym zintegrowanym węźle przesiadkowym w województwie śląskim podczas badania dostępności tego węzła dla osób ze szczególnymi potrzebami. Ponadto

zostanie przedstawione opracowanie katalogu osób ze szczególnymi potrzebami oraz katalogu barier/udogodnień.

Metodyka badań

Użytkownicy zintegrowanych węzłów przesiadkowych

Na podstawie przeprowadzonej analizy literaturowej zestawiono wszystkie rodzaje osób ze szczególnymi potrzebami oraz opracowano katalog grup osób ze szczególnymi potrzebami zawierając w nim uniwersalny zbiór ze względu na typ i zakres ograniczenia a także o czas trwania ograniczenia (Tabela 1).

Tabela 1. Katalog osób ze szczególnymi potrzebami

Typ ograniczenia	Zakres ograniczenia	Ograniczenie	Wpływ na bariery
1. Sprawność ruchowa	Osoby poruszające się na wózku	Trwale	Wózek
		Czasowo	Wózek – trudności z poruszaniem
	Osoby korzystające z dodatkowych punktów podparcia	Trwale	Kula
		Czasowo	Kule – trudności z poruszaniem
	Ograniczenia ruchowe wynikające z obciążeń	Czasowo	Opieka nad osobą wymagającą wsparcia
			Wózek dziecięcy
			Opiekun z dzieckiem na rękach
			Bagaż
	Ograniczenia ruchowe wynikające z nietypowych cech biometrycznych	Czasowe	Waga
			Wymiary
			Siły biometryczne
			Ograniczenia manualne nie wynikające z dodatkowych punktów podparcia
			Wytrzymałość
		Trwałe	Waga
			Wymiary
			Siły biometryczne
			Ograniczenia manualne nie wynikające z dodatkowych punktów podparcia
			Wytrzymałość

Typ ograniczenia	Zakres ograniczenia	Ograniczenie	Wpływ na bariery
2. Sprawność widzenia	Osoby niewidome	Trwałe	Brak widzenia
	Osoby słabo widzące	Trwale	Ograniczone widzenie
		Czasowo	Ograniczone widzenie – wzmożone trudności
			Szczątkowcy/Resztkowcy
	Osoba z zaburzeniami widzenia kolorów	Trwałe	Ograniczone widzenie
3. Sprawność słyszenia	Osoby Głuche/głuche	Trwałe	Brak słuchu
	Osoby słabo słyszące	Trwale	Ograniczone odbieranie dźwięku
		Czasowo	Ograniczone odbieranie dźwięku – wzmożone trudności
4. Sprawność komunikowania się	Osoby nie komunikujące się	Trwale	Brak komunikacji werbalnej
	Osoby słabo komunikujące się	Trwale	Ograniczona komunikacja werbalna
		Czasowo	Ograniczona komunikacja werbalna
5. Sprawność psycho-społeczną	Osoby neuroatypowe	Trwale	Utrudnione funkcjonowanie w przestrzeni
	Osoby z ograniczeniami neuropoznawczymi	Trwale	Utrudnione funkcjonowanie w przestrzeni

Bariery dostępności na zintegrowanych węzłach przesiadkowych

Zaobserwowano zależność zidentyfikowanej bariery od rodzaju niepełnosprawności użytkowników zintegrowanych węzłów przesiadkowych. Niektóre rodzaje udogodnień dla jednej grupy osób ze szczególnymi potrzebami mogą być jednocześnie barierami dla innej grupy użytkowników, i odwrotnie. Przykładem mogą być drzwi obrotowe, które stanowią barierę dla osób niewidomych lub słabo widzących a udogodnieniem dla osób głuchych i słabo słyszących. Podobnie w przypadku kontrastowych elementów, które stanowią udogodnienie dla osób słabo widzących i jednocześnie barierę dla grupy osób z niepełnosprawnością psychospołeczną. W tym celu opracowano uniwersalne zestawienie – katalog barier/udogodnień występujących na zintegrowanych węzłach przesiadkowych, według którego przeprowadzone zostaną badania dostępności tych węzłów. Katalog został podzielony na rodzaje barier/udogodnień: fizyczne, informacyjne, organizacyjne i poznawcze (Tabela 2).

Tabela 2. Katalog barier/udogodnień na zintegrowanych węzłach przesiadkowych

Bariery/Udogodnienia fizyczne	
Kategoria bariery/udogodnienia	**Bariera/Udogodnienie**
Ograniczona dostępność	Bezpieczne ciągi pieszych
	Duża (nieakceptowana) odległość dojścia
	Urządzenia do obsługi pasażerów
	Powierzchnia do prawidłowej obsługi OzSP
	Elementy systemu FON lub naturalnego prowadzenia
	Parking
	Odległość od parkingu
	Nadmierne przeszklenia
	Nieoznakowane przeszklenia
	Elementy kontrastujące
	Linie kierunkowe
	Przejścia przez jezdnię
	Piktogramy
	Drzwi automatyczne obrotowe
	Drzwi automatyczne przesuwne
	Chodniki ruchome
Różnica poziomów terenu	Pochylenie terenu
	Urządzenia wspomagające pokonywanie różnicy wysokości (Windy)
	Schody
	Stopnie lub progi
Występowanie przeszkód fizycznych	Ciągłość trasy przemieszczania się podróżnych (skrzyżowania kolizyjne)
	Słupy konstrukcyjne w ciągach pieszych
Ograniczona skrajnia	Szerokość przejścia
	Wysokość przejścia
Oznakowanie tras dla pieszych	Oznaczenia wizualne
	Słyszalność sygnałów dźwiękowych
	Nakładanie się dźwięków
Stan nawierzchni: chodników, korytarzy itp.	Nierówności terenu
	Powierzchnie antypoślizgowe

Bariery/Udogodnienia fizyczne	
Kategoria bariery/udogodnienia	**Bariera/Udogodnienie**
Widoczność	Oświetlenie
	Punktowe zaciemnienia
Urządzenia towarzyszące	Zadaszenia
	Toalety dla OzSP
	Miejsca odpoczynku
	Osłony przed wiatrami
	Ciągi komunikacyjne dla OzSP
Bariery/Udogodnienia informacyjne	
Informacja ogólna	System informacji
	Informacja o konieczności i sposobie ewakuowania się
	Stan odczytywania i interpretacji rozkładów jazdy, planów, map
	Punkty informacyjne
System prowadzenia (znajdywanie) drogi	System prowadzenia podróżnych
	Mapa dotykowa
Informacja wizualna	Jakość przekazywania informacji wizualnej (czcionka itp.)
	Ilość reklam
Informacja dotykowa	Oznakowania dla niewidomych
	Napisy w systemie Braille'a
Informacja audio	Informacja audio
	Pętle indukcyjne
	Pogłos
Informacja internetowa	Strona internetowa dla osób ze szczególnymi potrzebami
Bariery/Udogodnienia organizacyjne	
System wspomagania	Przeszkolony personel
	Asystent lub opiekun do obsługi OzSP
	Możliwości tłumaczenia online
	Tłumacz języka migowego
	Miejsce dla psa asystującego
System zarządzania	Procedury, instrukcje dedykowane OzSP
	Narzędzia do oceny funkcjonowania i zarządzania urządzeniami dla OzSP (w tym procedury audytu)
Niska jakość obsługi	Zawodność obsługi
	Dostępność obsługi

Bariery/Udogodnienia fizyczne	
Kategoria bariery/udogodnienia	**Bariera/Udogodnienie**
Bariery/Udogodnienia poznawcze	
Poczucie zagrożenia bezpieczeństwa	Wiele zaułków
Trudność w zrozumieniu	Informacja w wielu językach (rozumienie informacji)
	Obsługa urządzeń automatycznych
	Komunikacja wspomagająca i alternatywna (ang. Augmentative and Alternative Communications – AAC)

Przeprowadzenie wstępnego badania dostępności zintegrowanego węzła przesiadkowego

Opracowane katalogi pozwoliły na przeprowadzenie wstępnych badań dostępności wybranych zintegrowanych węzłów przesiadkowych określając występowanie danych barier/udogodnień oraz oceniając spełnienie wymagań dla osób ze szczególnymi potrzebami. W niniejszej pracy zostanie omówiony przykład wybranego zintegrowanego węzła przesiadkowego. Jest nim „Centrum Przesiadkowe Chorzów Rynek" w mieście Chorzów w województwie śląskim.

Wyniki

Centrum Przesiadkowe Chorzów Rynek zostało utworzone w 2016 roku. W odległości pieszej, kierując się ulicami Pocztową i Jana Faski oraz Dworcową i Jagiellońską, do 450 m znajduje się Dworzec PKP i stacja kolejowa „Chorzów Miasto". Rodzajami transportu obsługiwanymi przez ten zintegrowany węzeł przesiadkowy są: zbiorowy transport kolejowy i autobusowy, transport tramwajowy, indywidualny transport samochodowy i alternatywny. Węzeł składa się z dwóch stanowisk autobusowych oraz dwóch stanowisk tramwajowych. Ze względu na znajdujący się w pobliżu Dworzec kolejowy oraz przystanek autobusowy „Chorzów estakada", węzeł ma charakter krajowy oraz metropolitalny. W odległości około 100 m od zintegrowanego węzła przesiadkowego znajdują się: stanowisko „Kiss&Ride", postój taksówek, parking samochodów osobowych rozciągający się pod całą Estakadą.

Na badanym węźle zidentyfikowane zostały takie udogodnienia dla osób ze szczególnymi potrzebami:

- Interaktywne tablice z rzeczywistymi czasami odjazdu/przyjazdu autobusów i tramwajów z możliwością odczytu głosowego dla osób niewidomych oraz słabo widzących (rys. 1, rys. 5),
- Powierzchnia do prawidłowej obsługi osób ze szczególnymi potrzebami (rys.2, rys.4),
- Elementy kontrastujące,
- Przejścia przez jednię z głosowym informowaniem o zbliżającym się pojeździe i sygnałem dźwiękowym (rys. 6),
- Piktogramy i oznaczenia wizualne (rys. 3),
- Toalety dostosowane do osób ze szczególnymi potrzebami,
- Punkt obsługi pasażera,
- System prowadzenia podróżnych,
- Biletomaty ŚKUP z systemem oznaczeń w języku Brail'a,
- Informacja w języku angielskim.

Podczas badania dostępności na „Centrum Przesiadkowym Chorzów Rynek" zostały zidentyfikowane następujące bariery dla osób ze szczególnymi potrzebami:

- Brak ciągu komunikacyjnego dla osób niewidomych lub słabo widzących, obecna jest tylko linia sygnalizująca krawędź skrajni (rys. 2),
- Na przystankach pod wiatami nie istnieje wyodrębnione miejsce na wózek inwalidzki (rys. 2),
- Na przystankach występują nadmierne przeszklenia,
- Bardzo wąskie przejścia i dojścia na stanowiskach przystankowych, uniemożliwiające swobodne poruszanie się pasażerów oraz osób ze szczególnymi potrzebami (rys. 2),
- Nakładanie się dźwięków i pogłos – komunikaty głosowe informujące o zbliżającym się nadjeżdżającym pojeździe z kilku przejść przez jezdnię mogą się nakładać,
- Brak planu i mapy węzła, również z możliwością odczytu dla osób ze szczególnymi potrzebami,
- Skrzyżowanie kolizyjne – bardzo wąskie przejścia, przestrzenie dla wysiadających/wsiadających na wszystkich stanowiskach przystankowych (rys. 2).

Rysunek 1. Interaktywne tablice z rozkładem jazdy autobusów i tramwajów

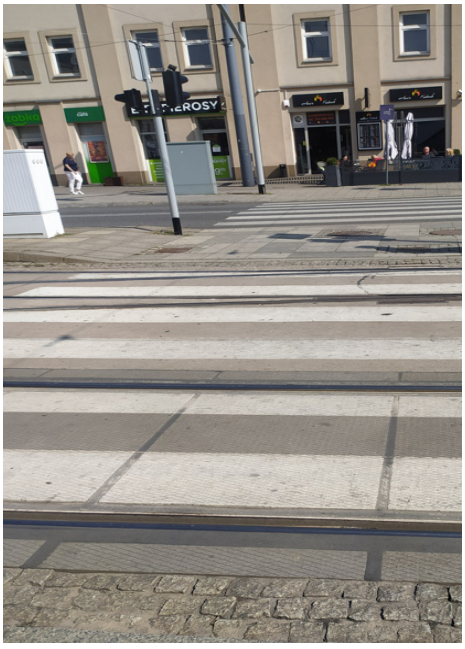
Rysunek 2. Wąskie przejścia i przestrzenie dla pasażerów

Rysunek 3. System informacji

Rysunek 4. Linia informująca o krawędzi skrajni

Rysunek 5. Przycisk do głosowego odczytu informacji na interaktywnej tablicy

Rysunek 6. Przejścia przez jezdnię



Wnioski

Poprawa możliwości przemieszczania się osób ze szczególnymi potrzebami przede wszystkim korzystanie z komunikacji zbiorowej poprzez dostosowane do ich potrzeb przystanki i zintegrowane węzły przesiadkowe. Problematyka swobodnego poruszania się osób ze szczególnymi potrzebami jest coraz dokładniej analizowana i badana w ostatnich latach. Osoby ze szczególnymi potrzebami borykają się z brakiem możliwości przemieszczania się między miastami z wykorzystaniem różnych środków publicznego transportu zbiorowego. Zapewnienie osobom z niepełnosprawnościami oraz osobom ze szczególnymi potrzebami swobody przemieszczania się oraz podniesienie poziomu dostępności należy do obecnie najważniejszych problemów transportowych.

Na zintegrowanych węzłach przesiadkowych obecnych jest wiele udogodnień dla osób ze szczególnymi potrzebami. Wśród nich można wymienić m.in.: powierzchnię do prawidłowej obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, elementy kontrastujące obecne na krawędzi schodów/jezdni/skrajni peronów, interaktywne tablice z odczytem głosowym informacji na temat odjazdu/przyjazdu środków publicznego transportu zbiorowego, piktogramy i oznaczenia wizualne, przejścia przez jezdnię z głosowym komunikatem, informacje w języku Brail'a na urządzeniach obsługi pasażerów, parkingi oraz system prowadzenia podróżnych. Do najważniejszych barier jakie występują na zintegrowanych węzłach przesiadkowych zalicza się: brak ciągu komunikacyjnego, wąskie przejścia/dojścia na stanowiskach przystankowych, mała (niewystarczająca) przestrzeń dla wysiadających/wsiadających pasażerów na stanowiskach autobusowych, skrzyżowania kolizyjne, nakładanie się dźwięków i pogłos – pochodzące z komunikatów głosowych, brak planów oraz map ZWP z możliwością odczytu dla OzSP.

Dostępność zakłada pełną swobodę w poruszaniu się osób ze szczególnymi potrzebami publicznymi środkami transportu, bez ograniczeń związanych z barierami w obszarze infrastruktury, taboru czy samego świadczenia usługi transportowej. Rozpatrywanie pojedynczego przystanku autobusowego lub stacji kolejowej w odniesieniu do dostępności jest niewystarczające. Ważne jest spojrzenie na dostępność całego systemu transportu publicznego oraz stopniowe usuwanie barier również w miejscach zmiany pojazdu a także rodzaju transportu. Stopniowa likwidacja barier oraz zwiększanie udogodnień na zintegrowanych węzłach przesiadkowych wpłynie na poprawę mobilności osób ze szczególnymi potrzebami jak również wzrost atrakcyjności publicznego transportu zbiorowego.

Bibliografia

[1] Bul R. Węzły przesiadkowe jako główny element zintegrowanego systemu transportu publicznego w aglomeracji poznańskiej. Transport miejski i regionalny 09, 2017.

[2] Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2019 poz. 1696).

[3] Standardy i wytyczne techniczne dla węzłów przesiadkowych z uwzględnieniem ich klasyfikacji. Opracowanie wytycznych i standardów technicznych dla węzłów przesiadkowych z uwzględnieniem ich klasyfikacji (guidebook – schematy węzłów) miasto stołeczne Warszawa, wrzesień 2019.

[4] Ustawa z dnia 16 grudnia 2010 r. o publicznym transporcie zbiorowym (Dz. U. 2011 poz. 13).

[5] Transport for London Interchange Best Practice Guidelines, Comprehensive guide, 2021.

[6] Koncepcja budowy funkcjonalnych węzłów przesiadkowych Poznańskiej Kolei Metropolitalnej w kierunku zwiększenia ich dostępności oraz oferowania usług komplementarnych do komunikacji publicznej. Opracował zespół Blue Ocean Business Consulting ds. transportu publicznego 2015, "Master Plan dla Poznańskich Kolei Metropolitalnych".

[7] Olszewski P., Krukowska H., Krukowski P. Metodyka oceny wskaźnikowej węzłów przesiadkowych transportu publicznego, Transport miejski i regionalny, 6, 2014.

[8] Rychlewski J. Rola zintegrowanych węzłów przesiadkowych w integracji transportu szynowego w ramach mobilności miejskiej, Prezentacja w ramach konferencji Zintegrowane węzły przesiadkowe – zrównoważona mobilność miejska w metropoliach. Dobre praktyki, Poznań, 5.04.2016 r.

[9] Poradnik "Projektowanie uniwersalne w transporcie jest na +" Transport dla wszystkich, Fundusze Europejskie, Publikacja przygotowana na podstawie ekspertyzy zrealizowanej w ramach Umowy nr P026/2019-00 finansowanej z funduszy Unii Europejskiej przez Spółdzielnię socjalną FADO dla Centrum Unijnych Projektów Transportowych.

[10] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 181/2011 z dnia 16 lutego 2011 r., dotyczące praw pasażerów w transporcie autobusowym i autokarowym.

Q&A

- Jakie błędy zdaniem pracowników portu lotniczego oraz samej załogi najczęściej popełniają osoby z niepełnosprawnością (zarówno w porcie lotniczym, jak i podczas samego lotu), co obniża komfort ich podróży? (dr hab. inż. Piotr Uchroński, prof. AWSB)

Brak wcześniejszego zgłoszenia potrzeby asysty, zbyt późne przybycie na lotnisko, brak szczegółowo doprecyzowania jakości pomocy jakiej oczekuje się, brak informacji o posiadanym wózku inwalidzkim – jeśli elektryczny brak wiedzy w zakresie pojemności baterii lub sposobu jej wyjęcia, mimo zgłoszonej asysty ominięcie punktu odprawy biletowo-bagażowej i udanie się wprost do gate – asystenci PWD nie posiadają wiedzy o przybyciu pasażera na lotnisko, podróżowanie osób z dużym stopniem niepełnosprawności ruchowej lub z niepełnosprawnością umysłową w pojedynkę – przepisy przewoźnika wskazują, iż za osobę zdolną do lotu uznaje się taką która będzie wykonywać polecenia załogi w przeciwnym razie konieczna jest podróż z opiekunem.

- Czy formalnie można zażądać od bardzo otyłego pasażera by wykupił 2 miejsca w samolocie? Jak powinien się ten pasażer poprawnie zachować w takiej sytuacji? (dr hab. inż. Piotr Uchroński, prof. AWSB)

Nie na takiego wymogu. Stosowane na zasadzie dobrej praktyki. Jeśli zostało wykupione dodatkowe miejsce (EXTS) wówczas jest ono przydzielane bezpośrednio obok siedzenia zabookowanego dla pasażera.

- Czy istnieją jakieś projekty/ programy usprawniające samodzielne (bez asystenta) dotarcie do odległego portu lotniczego osobom poruszającym się na wózkach z bagażem? Nie chodzi tu o „zwykłe" zamówienie taksówki czy podróż wieloetapową. (dr hab. inż. Piotr Uchroński, prof. AWSB)

Nie spotkaliśmy się z takim programem. Nikt z obsługiwanych pasażerów nie wskazywał na to, iż korzystał z podobnej pomocy na innych lotniskach w kraju lub na świecie. W przypadku szeroko rozumianej nieregularności rejsów w tym opóźnień, odwołań, przekierowań należy zapewnić kompleksową pomoc pasażerom z niepełnosprawnościami. Jeśli rejs zostaje przekierowany do innego portu a dla pasażerów konieczny jest do zorganizowania transport naziemny, należy zapewnić taki transport, aby spełniał wymagania osób z niepełnosprawnościami dla komfortowej podróży do miejsca docelowego.

- Czy jest realna szansa na powstanie kolei „podwieszanej"/"wiszącej" w naszym regionie? Kiedyś były takie plany. I czy ten wariant byłoby lepszy dla osób ze szczególnymi potrzebami (jeśli tak to w jaki sposób) czy może nie ma różnicy względem już funkcjonujących rozwiązań? (dr hab. inż. Katarzyna Chruzik, prof. AWSB)

W 2022 roku Sejm znowelizował ustawę o dozorze technicznym oraz ustawę o transporcie kolejowym, wprowadzając przepisy umożliwiające rozwój nowego rodzaju publicznego transportu zbiorowego – urządzeń do przewozu osób lub rzeczy poruszających się po jednej szynie (tzw. monorail) lub na poduszkach powietrznych czy magnetycznych. Niestety projekt monorail na śląsku zakończył się na etapie koncepcji. Barierami są oczywiście koszty, własność gruntów i bliskość budynków mieszkalnych oraz szkody urbanistyczne w naszej metropolii. Na dzień dzisiejszy rozwijana jest kolej metropolitalna, również w obszarze dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami.

- Na czym polega adaptacja pojazdów dla potrzeb osób (kierowcy/pasażera) ze szczególnymi potrzebami? (firma ASDON)

Najczęściej występujące kategorie rozwiązań w samochodzie kierowcy i pasażera niepełnosprawnego to:
- ręczne sterowanie gazem i hamulcem,
- fotele obrotowe dla niepełnosprawnych,
- uchwyty na kierownice,

- podnośnik dla osoby niepełnosprawnej,
- windy do samochodów,
- ramy najazdowe,
- systemy wspomagania przesiadania się.

Transport w sektorze publicznym i prywatnym osób niepełnosprawnych ruchowo to bardzo wymagający temat pod względem technicznym, ponieważ do każdego pasażera należy podejść indywidualnie, jednocześnie biorąc pod uwagę warunki techniczne pojazdu i zasady bezpieczeństwa. Scharakteryzowaliśmy sposoby wprowadzania osoby na wózku do wnętrza auta z uwzględnieniem różnych rozwiązań:

- szyny najazdowej,
- rampy najazdowej,
- windy elektrycznej (hydraulicznej).

Firma ASDON zakłada, że dla 97% osób chcących samodzielnie prowadzić auto pod kątem inżynieryjnym nie stanowi to już problemu. Aktualny poziom zawansowania urządzeń pozwala zaopatrzyć szeroki wachlarz dysfunkcji ruchu. Jedynym problemem przy tych najbardziej zawansowanych technologiach (takich jak sterowanie autem za pomocą joysticka) jest ich aspekt finansowy, bo koszty wdrożenia takich rozwiązań zaczynają się od 180 tys. zł.

© Zbigniew Zawada

© Zbigniew Zawada

© Zbigniew Zawada

© Zbigniew Zawada

© Zbigniew Zawada

© Zbigniew Zawada

© Zbigniew Zawada

© Zbigniew Zawada

Akademia WSB
Dąbrowa Górnicza, Kraków, Cieszyn, Żywiec, Olkusz, Gliwice, Tychy

WSB University

Wydawnictwo Naukowe Akademii WSB
ul. Cieplaka 1c, 41-300 Dąbrowa Górnicza
www.wsb.edu.pl

ISBN 978-83-67673-43-3