dr hab. inż. arch. Marek Czyński
Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie
Wydział Budownictwa i Architektury
Ul. Żołnierska 50
71-210 Szczecin

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr inż.arch. Magdaleny Jamrozik – Szatanek pt. „ Przestrzeń społeczna i półprywatna w układzie funkcjonalno-przestrzennym szpitala dziecięcego"

Praca została wykonana pod opieką naukową prof. dr hab. inż. arch. Elżbiety Niezabitowskiej na Wydziale Architektury Politechniki Śląskiej.

Recenzja pracy doktorskiej z dziedziny nauk technicznych w dyscyplinie architektura i urbanistyka została wykonana na zlecenie Dziekana i Rady Wydziału Architektury Politechniki Śląskiej. Zadaniem recenzji jest ocena, czy rozprawa spełnia warunki zapisane w 13 art. Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2003 r., nr 65, poz. 595 z późniejszymi zmianami). Warunkiem art.13 Ustawy jest, aby rozprawa doktorska stanowiła oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, wykazywała ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w danej dyscyplinie naukowej lub artystycznej oraz umiejętność samodzielnej pracy naukowej.

1. Znaczenie problematyki rozprawy

Doktorantka w sposób trafny rozpoznała i opisała podstawowe problemy i zadania, jakie stoją przed projektantami obiektów opieki zdrowotnej, w tym szczególnie szpitali dziecięcych. Wykraczają one dziś poza powszechnie stosowane standardy i metody projektowania szpitali, które koncentrują się zwykle na rozwiązywaniu złożonych problemów techniczno-budowlanych, technologiczno-funkcjonalnych, czy higieniczno-sanitarnych. Przesłanką podjęcia badań był dramatyczny w wielu przypadkach stan polskich szpitali, niska jakość ich architektury oraz, jak stwierdzono, ograniczona wiedza, zarówno w środowisku architektonicznym, jak i medycznym, o doświadczeniach i tendencjach w światowym budownictwie szpitalnym. Istota zmian w podejściu do projektowania szpitali wiąże się obecnie z pojęciem „środowiska uzdrawiającego" (*healing environment*), w którym przestrzeń architektoniczna szpitala nie tylko stwarza racjonalne warunki dla skutecznego leczenia, ale staje się czynnikiem terapeutycznym, wspomagającym proces powrotu pacjenta do zdrowia. Ten nowy paradygmat w projektowaniu szpitali oznacza przede wszystkim konieczność zwrócenia większej uwagi na potrzeby psychiczne pacjentów oraz na jakość relacji społecznych w środowisku szpitalnym.

Uzasadnieniem dla tych tendencji w kształtowaniu przestrzeni szpitalnych jest proces upowszechniania się holistycznego, bio-psycho-społecznego podejścia do uwarunkowań ludzkiego zdrowia. Proces zdrowienia jest, bowiem uzależniony od

równowagi w układzie, jaki stanowi ludzki organizm (psyche i soma) oraz środowisko społeczne i fizyczne (przyrodnicze, kulturowe). Jak wiadomo ludzki organizm posiada zdolności samo leczenia, które mogą być wzmocnione poprzez wsparcie społeczne, szczególnie ze strony osób bliskich pacjentowi. Z kolei środowisko fizyczne, w tym odpowiednio ukształtowana przestrzeń architektoniczna może pozytywnie wpływać na samopoczucie, zachowania i interakcje społeczne pacjentów, wzmacniać ich siły psychiczne i nadzieję na wyzdrowienie. Tymczasem architektura obiektów szpitalnych (niezależnie od ich wieku i stanu technicznego) wpływa niekiedy depresyjnie na psychikę pacjentów i pogłębia ich reakcje stresowe. Ten negatywny wizerunek polskich i nie tylko szpitali dopełniają złe warunki pobytu pacjentów w szpitalu, np. przegęszczone sale, czy opisywane w mediach dramatyczne sytuacje rodziców pozbawionych możliwości sprawowania stałej opieki nad leczonymi dziećmi.

W tym kontekście problematyka rozprawy doktorskiej Pani Magdaleny Jamrozik-Szatanek odpowiada na ważne społecznie zapotrzebowanie. Wprowadza do obiegu naukowego i praktyki projektowej w kraju wiedzę o prowadzonych na świecie już od ponad 30 lat badaniach nad wpływem czynników środowiskowych na procesy zdrowienia pacjentów szpitali. Gotowość doktorantki zmierzenia się z tak trudnym tematem, w dodatku w sytuacji braku gotowości współpracy ze strony niektórych instytucji szpitalnych, (co zostało udokumentowane) zasługuje na szczególne uznanie.

2. Określenie przedmiotu i zakresu badań

Przedmiotem badań są dwie kategorie przestrzeni w szpitalach dziecięcych, które według Doktorantki mają podstawowe znaczenie dla kształtowania przyjaznych, sprzyjających zdrowieniu warunków hospitalizacji pacjentów. Nazwano je przestrzeniami społecznymi i półprywatnymi. Zadaniem tych pierwszych jest zagospodarowanie, w sposób możliwie najbardziej atrakcyjny, wolnego od badań i zabiegów czasu pobytu dzieci w szpitalu. Ich program funkcjonalny, powierzchnia i lokalizacja, a także aranżacja w budynku powinny pełnić rolę czynników odstresowujących, sprzyjających różnorodnym formom aktywnego wypoczynku, zabawy, edukacji, rekreacji sportowej etc. Ich rolą powinno być także stworzenie odpowiednich warunków dla swobodnych, niekrępujących kontaktów zarówno w grupach rówieśniczych, jak z osobami bliskimi, a nawet, co wydaje się nieprawdopodobne w obowiązujących rygorach sanitarnych, np. ze zwierzętami domowymi (s.98). Ukształtowanie tych przestrzeni powinno łagodzić stres ponownych pobytów dziecka w szpitalu.

Drugi analizowany rodzaj przestrzeni szpitalnych to pokoje pacjentów, określane przez Autorkę jako przestrzenie półprywatne. Ich wielkość i aranżacja powinny, stosownie do poziomu intensywności opieki, zapewniać pacjentom poczucie bezpieczeństwa, wygody i komfortu psychicznego, a także możliwość kontaktów i kontroli nad otoczeniem. Znaczenie ma charakter i klimat wnętrz zbliżony maksymalnie do domowego, a także warunki umożliwiające pobytu opiekunów w pokoju, jak i efektywną pracę personelu medycznego.

Te dwie kategorie przestrzeni zostały wyróżnione dla potrzeb badań ze złożonej struktury funkcjonalno-przestrzennej szpitala obok przestrzeni diagnostycznych i przestrzeni głównej komunikacji. Jest to uzasadnione ograniczenie zakresu badań. Pojawiają się jednak pewne wątpliwości terminologiczne. W opisie podstawowych elementów struktury szpitala Jachowicz (*Zarys technologii współczesnego szpitala*, PZWL 1970) wyróżnia 5 działów (zespołów funkcjonalnych) wypełniających określone zadania i czynności. Są to m.in. działy diagnostyczno-lecznicze i pielęgnacji chorych. Nazwanie ich (tj. pokoi chorych) „przestrzeniami półprywatnymi" powoduje przemieszanie porządku funkcjonalnego z behawioralnym oraz przypadkowe, jak się

wydaje, otwarcie nowego pola badań nad statusem i kryteriami gradacji prywatności/publiczności przestrzeni szpitalnej, co chyba nie było zamiarem doktorantki. Jeśli spojrzymy na ewolucję przestrzeni szpitalnych, stwierdzimy, że status sal chorych ulegał zmianie. Następowało stopniowe odchodzenie od ich wielofunkcyjności i publicznego charakteru w stronę pokoi bardziej prywatnych, jednołóżkowych. Na status przestrzeni mogą mieć wpływ również wzorce kulturowe, a także liczba użytkowników, jak i charakter ich wzajemnych relacji. Niewykluczone, że także ich stan zdrowia. Nasuwa się w związku z tym szereg pytań.

- Co wyznacza dzisiaj granicę półprywatnego charakteru pokoju (czy obejmuje ona np. maksymalną do niedawna w polskich, już nieaktualnych, wymaganiach liczbę 5 pacjentów w pokoju stałego pobytu)?
- Czy sześcioosobowe pokoje w Centrum Rehabilitacji w Radziejowie (s.94) mają jeszcze status przestrzeni półprywatnych?
- Czy pokoje jednoosobowe mogą być w szpitalu przestrzeniami prywatnymi?
- W jakich okolicznościach pokoje chorych mogą stać się „przestrzenią społeczną o ograniczonych prawach" (s.24)?

Niewątpliwie status przestrzeni (tj. nieformalna, wynikająca z faktu jej użytkowania własność) może mieć istotne znaczenie dla terapeutycznych właściwości przestrzeni architektonicznej szpitala i redukcji poziomu stresu środowiskowego w relacjach społecznych. Dotyczy to wszystkich kategorii przestrzeni, w tym także, a może przede wszystkim przestrzeni komunikacyjnych. Ich status nie był jednak przedmiotem badań. Na str.70. pojawia się jedynie stwierdzenie, że mogą one pełnić również rolę przestrzeni społecznych. To skądinąd pożądane, by poprzez odpowiednie rozwiązania architektoniczne i plastyczne traktów komunikacyjnych, szczególnie tych intensywnie użytkowanych przez pacjentów stwarzać warunki nie tylko dla transportu, ewakuacji czy przemieszczania się, ale także dla kontaktów i zachowań prospołecznych. Dotyczy to np. poczekalni w poradniach przyszpitalnych, korytarzy oddziałowych, czy obsługujących funkcje społeczne. Tłok, jak i pustka w tych miejscach wyzwalają często reakcje ucieczkowe. Pożądana byłaby zatem waloryzacja tych przestrzeni pod kątem ich jakości behawioralnych. Przedstawiona dokumentacja fotograficzna przekonuje, jak istotną rolę w budowaniu przyjaznego pacjentom klimatu odgrywają właśnie wnętrza komunikacyjne.

3. Krytyczne omówienie merytorycznej treści pracy

W rozdziale wstępnym Autorka przedstawia motywy podjęcia badań, ich cel, analizuje stan wiedzy. Wyjaśnia zastosowaną terminologię i metodykę pracy. Niestety niewyartykułowana i nie wyodrębniła w tekście w sposób czytelny podstawowych tez swojej pracy. Można je jedynie pośrednio próbować zrekonstruować. Na wstępie padają dość kontrowersyjne stwierdzenia o potrzebie „wyrafinowanego podejścia projektowego" i o „nowoczesnych, terapeutycznych formach szpitali". Można to rozumieć jako konieczność łączenia kreatywności architektonicznej z pogłębioną, opartą na badaniach wiedzą o wpływie środowiska szpitalnego na efekty leczenia oraz z empatią projektującego i umiejętnością pogłębionego, pozbawionego rutyny podejścia potrzeb pacjentów i pracowników szpitala. Nowoczesność szpitala kojarzy się na ogół ze skutecznością leczenia, stosowaniem najnowszych technologii medycznych. Jednak tzw. nowoczesna architektura szpitala niekoniecznie musi posiadać własności terapeutyczne. Może się pacjentom kojarzyć np. z zimną, sterylną fabryką leczenia. Niewątpliwie o nowoczesności szpitala decydują dziś rozbudowane działy diagnostyczno-zabiegowe. Jej wyznacznikiem jest relacja ich powierzchni do powierzchni działów pielęgnacyjnych. Jest to zasadnicza zmiana w stosunku do daw-

nych szpitali, które były w zasadzie głównie przestrzeniami pielęgnacji. Zbytnim uproszczeniem jest zatem stwierdzenie (s.7) o organizacji szpitala głównie, jako „przestrzeni diagnostyki". Zawsze w strukturze funkcjonalno-przestrzennej współczesnego szpitala decydującą architektonicznie rolę odgrywały horyzontalne lub wertykalne relacje pomiędzy tymi dwoma działami. Najczęściej to raczej tzw. bloki łóżkowe stawały się dominantą struktury architektonicznej szpitala. Ważną tezą Autorki jest natomiast stwierdzenie, iż pomiędzy tymi dwoma działami w szpitalu dziecięcym powinno być miejsce dla przestrzeni i funkcji społecznych. Brak tych przestrzeni lub ich niewystarczająca wielkość (zapewne i jakość) jest cechą polskich szpitali odróżniającą je od szpitali zagranicznych.

Cel główny pracy badawczej, jakim jest przedstawienie sposobów podejścia do projektowania i programowania przestrzeni społecznej i półprywatnej w szpitalach dziecięcych został rozpisany na zadania pośrednie związane z poszczególnymi etapami pracy. Ich czytelny i logiczny schemat przedstawiono na ryc.4.

W punkcie 1.3 dokonano przeglądu literatury i stanu wiedzy dotyczącej trzech zagadnień: szpitali dziecięcych, jako środowiska uzdrawiającego, psychologii rozwojowej dziecka i wpływu środowiska szpitalnego na psychikę małych pacjentów, a także metodologii badań z wykorzystaniem studium przypadków i technik partycypacji społecznej. Autorka omawia szereg interesujących badań na temat wpływu środowiska i rozwiązań architektonicznych na zdrowie pacjentów, efektywność pracy personelu, jakość kontaktów społecznych. Publikacje te mają także kluczowe znaczenie w metodzie EBD (Evidence Based Design – projektowaniu opartym na dowodach). Informacje na ten temat są niestety rozproszone w pracy. Pojawiają się w sposób dość przypadkowy w p.1.4 (uzasadnienie wyboru tematyki), p.1.5 (wyjaśnienie terminów) i 2.4 (światowe organizacje wspierające funkcjonowanie szpitali).

W przeglądzie stanu wiedzy brakuje mi natomiast ogólnego omówienia problematyki proksemicznej. Spojrzenie na przestrzenie szpitalne przez pryzmat dystansów i relacji międzyludzkich ma kluczowe znaczenie dla obrony pokoi szpitalnych przed ich bezkrytycznym zagęszczaniem. Wydaje się, że definicja przestrzeni społecznej stałaby się wówczas mniej urbanistyczno-socjologiczna (Wallis), a bardziej zbliżona do skali architektonicznej i ergonomicznej oraz kulturowych wzorców aranżacji i użytkowania przestrzeni. Uwagę tę traktuję raczej, jako głos w dyskusji i postulat ew. przyszłych badań nad jakością przestrzeni społecznych, ale i osobistych pacjenta w szpitalu.

Przedstawiono w zasadzie wystarczający przegląd wybranych publikacji zagranicznych, w większości z ostatnich kilkunastu lat, dotyczących nowego, opartego na badaniach, podejścia do terapeutycznych aspektów środowiska szpitalnego. Nie trudno zgodzić się z opinią Autorki na temat deficytu prac krajowych na ten temat. Znaczące publikacje architektoniczne z zakresu szpitalnictwa przywołane w rozprawie pochodzą w większości z lat 70.. Niestety wraz z zanikiem specjalistycznych czasopism (Szpitalnictwo Polskie) i rozpadem pod koniec PRL-u scentralizowanej struktury biur studiów i projektów służby zdrowia, przerwaniem kształcenia podyplomowego architektów, zamarły również prace badawcze w tej dziedzinie. Do krótkiej listy krajowych publikacji z zakresu szpitalnictwa można ew. dodać jeszcze wspomnianą wcześniej książkę R. Jachowicza, a także publikacje M. Ostrowskiej dotyczące szpitali klinicznych i ogólnej metodologii projektowania szpitali, czy prace A. Kohnkego.

Opracowany w p.1.5 słownik nie rozprasza sygnalizowanych wcześniej wątpliwości co do zakresów znaczeniowych stosowanych pojęć. Definicje różnych kategorii przestrzeni opracowane na potrzeby pracy mają niekiedy charakter zbyt ogólny,

nie zawsze odnoszący się do kontekstu szpitalnego. Brak ustalonej i akceptowanej terminologii jest jednak ogólną słabością badań naukowych nad architekturą.

P. 1.6 poświecony jest omówieniu ogólnej metodologii pracy. Zastosowano trzy rodzaje metod badawczych: badania literaturowe, studia przypadków i badania partycypacyjne. W procesie badawczym wydzielono 7, względnie autonomicznych, ale logicznie powiązanych etapów. Badania partycypacyjne z udziałem pacjentów, a także ich rodziców i personelu medycznego zostały przeprowadzone *„in situ"* w trzech, wybranych szpitalach na terenie województwa małopolskiego i śląskiego.

Rozdział 2 zatytułowany „szpitalnictwo pediatryczne" rozpoczyna się od syntetycznej prezentacji historycznego rozwoju placówek dziecięcych na tle ogólnych tendencji w budownictwie szpitalnym. Wzbogaceniem tej problematyki byłoby zilustrowanie ewolucji przestrzeni społecznych, opiekuńczych i leczniczych w dawnych szpitalach. Przedstawiona na ryc.2 ewolucja układów przestrzennych szpitali, szczególnie w kontekście typologii z ryc.6 wydaje się zbyt dużym uproszczeniem. Określenie typowej dla XX wieku struktury przestrzenno-funkcjonalnej szpitala jako „pawilonów usytuowanych na platformie" jest raczej niespotykane w polskiej nomenklaturze.

W p.2.2 Autorka powraca do zagadnień psychologii wieku dziecięcego. Omawia badania (głównie amerykańskie) dotyczące wpływu wieku dziecka na sposób postrzegania świata oraz problemy psychologiczne związane z pobytem i hospitalizacją szpitalną. Stwierdza, że różnice w sposobie percepcji środowiska przestrzennego i społecznego uzasadniają podział wiekowy pacjentów na trzy grupy (dzieci młodsze do 3 roku, średnich od 3 -12 lat i starszych do lat 18) podczas, gdy wymagania stawiane w krajowych rozporządzeniach dotyczących projektowania zakładów opieki zdrowotnej redukują ten podział do dwóch przedziałów wiekowych (do 3 i od 3 -18 lat). Nieco uwagi poświęcono również rozwiązaniom kolorystycznym oraz problematyce percepcji i znaczenia kolorów we wnętrzach szpitali pediatrycznych. Jest to ujęcie dość ogólne i oparte jedynie na badaniach przeprowadzonych w jednym ze szpitali w Pittsburghu. Interesujących informacji dostarcza natomiast analiza porównawcza regulacji prawnych określających wymagania stawiane placówkom szpitalnym w Polsce USA i Wielkiej Brytanii (tab.4). Różnice są widoczne zarówno w zakresie, jak i charakterze tych regulacji. W Polsce są one stosunkowo ogólne i ograniczone głównie do techniczno-budowlanych, funkcjonalnych i higieniczno-sanitarnych aspektów bezpiecznego pobytu pacjentów w szpitalu. Wytyczne brytyjskie i amerykańskie są bardziej szczegółowe i wszechstronne. Są antropocentryczne. Koncentrują się na potrzebach społecznych i psychicznych użytkowników oraz tworzeniu im przyjaznych warunków hospitalizacji i pracy.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r., na którym oparte zostały powyższe porównania jest już niestety nieaktualne. Zostało zastąpione przez Rozporządzenie MZ z dnia 29 czerwca 2012 r.. Zmiany są w nim dość istotne. Zrezygnowano bowiem z parametryzacji przestrzeni, określania minimalnych wielkości pomieszczeń, max liczby łóżek etc. Teoretycznie może to oznaczać większą swobodę w kształtowaniu przestrzeni szpitalnych i szansę na stworzenie pacjentom większego poczucia komfortu fizycznego i psychicznego. Ale skutkiem może być także presja na minimalizację powierzchni użytkowych i komunikacyjnych oraz zagęszczanie pomieszczeń. Mechanizmy rynkowe, które wymuszałyby zabieganie o pacjentów wysokimi standardami hospitalizacji i warunkami pracy personelu w polskim, publicznym szpitalnictwie niestety nie funkcjonują. Polskie instytucje szpitalne są ciągle, jak pisze Autorka, zorientowane na chorobę i opiekę leczniczą, a nie na zdrowie pacjentów. Stąd też np. w procesach akredytacji szpitali, w ocenie standardów i procedur

opieki nad pacjentem nie uwzględnia się czynników środowiska przestrzennego, w jakich pacjent przebywa.

Tymczasem obrona przed szkodliwymi dla pacjentów działaniami administracji szpitalnej może być bardziej skuteczna w krajach, w których, funkcjonują niezależne instytucje badawcze i organizacje społeczne zajmujące się certyfikacją i promocją wysokich standardów jakościowych w projektowaniu, budowie, zarządzaniu szpitalami, w hospitalizacji chorych ect.. Przegląd tych organizacji oraz omówienie zakresu ich działań zawiera p.2.4. Niektóre z ich koncentrują się na wykorzystywaniu badań naukowych w procesie projektowania szpitali, głównie na etapie programowania i prac przedprojektowych (*pre-design*). The Center for Health Design w USA dysponuje np. stale aktualizowaną bazą ok. 600 wiarygodnych naukowo badań nad wpływem czynników środowiskowych na funkcjonowanie szpitali. EBD jest metodologią/strategią wdrażania wyników tych badań. Sformułowanie „organizacja EBD" (s.64) jest błędne albo nieprecyzyjne. Schemat procesu EBD (ryc.23) jest w zasadzie poprawny, aczkolwiek należałoby go uzupełnić o etap POE (Post Occupancy Evaluation).

Rozdział 3 dotyczy analizy zagranicznych rozwiązań szpitali pediatrycznych. Skoncentrowano się na badaniu oraz porównaniu trzech aspektów tych rozwiązań: lokalizacji przestrzeni społecznych i półprywatnych, procentowego ich udziału w powierzchni całkowitej szpitala oraz ich funkcji i wizerunkowi. Korzystano głównie z materiałów dostępnych w internecie oraz pozyskanych w firmach projektowych. Jeśli oceniać jakość materiałów graficznych na podstawie ich prezentacji w aneksie 2 można sądzić, że pozwalały one jedynie na przybliżony pomiar parametrów powierzchniowych, a niekiedy również i identyfikację poszczególnych funkcji. Przeanalizowano 142 obiekty szpitalne z różnych, kulturowo odległych regionów świata. Ze względu na globalizację procesu projektowania różnice kulturowe są, być może poza niektórymi detalami architektonicznymi trudne do uchwycenia na prezentowanych fotografiach. Autorka nic szerzej na temat ew. różnic w programowaniu i kształtowaniu przestrzeni społecznych i półprywatnych nie pisze. Zdecydowana większość to szpitale amerykańskie (94). Dla 25 wybranych szpitali opracowano karty obiektów (aneks 2). Tu także szpitale amerykańskie są nadreprezentowane kosztem obiektów europejskich, a zwłaszcza skandynawskich, tradycyjnie znacznie bardziej antropocentrycznych. Kryteria wyboru, poza ogólnym profilem pediatrycznym i rokiem powstania obiektu (min. rok 2000), miały charakter dość subiektywny (ciekawa architektura i układ funkcjonalno-przestrzenny). Sądzę, że możliwe byłoby podjęcie próby selekcji także w oparciu o ogólne zasady EBD np. wysokość i rozległość obiektu, łatwość orientacji w wewnętrznej strukturze, dostęp pomieszczeń i korytarzy do światła dziennego etc.. Moim (subiektywnym) zdaniem np. amerykański wertykalny szpital dziecięcy nie kojarzy się ze terapeutycznym, przyjaznym dzieciom środowiskiem szpitalnym. Jest to, być może, właśnie jedna z owych różnic kulturowych.

Efektem studiów literaturowych było rozpoznanie programu funkcjonalnego stref społecznych w szpitalach zagranicznych oraz tendencji w projektowaniu pokoi pacjentów. Omówiono zalety i wady pokoi jednołóżkowych oraz argumenty na rzecz zapewnienia pacjentom możliwości swobodnego wyboru. Zamieszczone dwa przykładowe rozwiązania funkcji tych pokoi przekonują, jak dogłębnego namysłu i wiedzy wymaga ich innowacyjne, odbiegające od rutyny projektowanie. Analizowano i porównano podstawowe parametry powierzchniowe wybranych stref funkcjonalnych w 25 wyselekcjonowanych obiektach szpitalnych w celu określenia ich wzajemnych proporcji. Na tej podstawie stwierdzono, iż powierzchnia stref społecznych i pielęgnacyjnych zajmuje przeciętnie ok. 24% powierzchni całkowitej szpitali pediatrycz-

nych. Jest to bardzo ogólna przesłanka do oceny jakości hospitalizacji pacjentów w szpitalu. Analiza procentowego udziału tych dwóch stref w powierzchni poszczególnych kondygnacji nie ma już takiego znaczenia. Jest przede wszystkim pochodną typu struktury funkcjonalno-przestrzennej szpitala (wertykalnej lub horyzontalnej). I to raczej ona będzie wpływać na lokalizację oraz jakość powiązań komunikacyjnych między strefami pielęgnacji, społeczną i diagnostyczną. Wydaje się, że relacje horyzontalne w obrębie tej samej kondygnacji są bardziej przyjazne dla dzieci, niż konieczność przemieszczania się w pionie przy pomocy urządzeń technicznych. Dla oceny jakości przestrzeni społecznych szpitala znaczenie może mieć również ewaluacja przestrzeni komunikacyjnych.

W zamierzeniu Autorki analiza przykładów zagranicznych miała zapewne dostarczyć rozwiązań wzorcowych, pozwalających na ocenę szpitali krajowych. Ich badania przeprowadzone według podobnego schematu, na próbie tylko trzech obiektów. Przyniosły one jednak niespodziewany w jednym aspekcie wynik. Wydawało się, pisze Autorka, że „ w polskim szpitalnictwie brakuje przestrzeni społecznych". Tymczasem dane dotyczące procentowego udziału powierzchni dwóch badanych stref okazały się być podobne i mieściły się w granicach 27%. Jak zwykle uśrednienie wskaźników daje fałszywy obraz stanu faktycznego. Ryc.40 wskazuje na wyraźną dysproporcję pomiędzy dwoma, typowymi obiektami szpitalnymi, w których powierzchnia funkcji społecznych stanowi ok. 7%, a trzecim, w którym osiąga ok. 23%, przy porównywalnej wielkości stref pielęgnacji wynoszącej 14% powierzchni całkowitej. Nietrudno zgodzić się z podaną interpretacją przyczyn tej sytuacji – zbyt duża dysproporcja standardów powierzchniowych wynikająca z odmiennych specjalizacji (onkologia, pediatria i rehabilitacja) oraz zbyt mała liczba objętych badaniami placówek. Podejmowane próby uzyskania dostępu do innych placówek pediatrycznych zakończyły się niestety niepowodzeniem ze względu na brak zgody administracji szpitalnych. Paradoksalność powyższej sytuacji wynika jeszcze stąd, o czym recenzent miał okazję dowiedzieć się z innej publikacji Autorki, że ośrodek rehabilitacyjny w Radziszowie powstał w zaadaptowanym do potrzeb tej specjalizacji dawnym, partyjnym ośrodku wypoczynkowym. Wyróżnia go mniejsza intensywność zabudowy, bardziej kameralna skala, względnie szerokie, doświetlone światłem dziennym trakty wewnętrznej komunikacji oraz rozbudowane zaplecze pomieszczeń rehabilitacyjno-zabiegowych. Brak natomiast szerszej informacji na temat pokoi pacjentów, ich wielkości, sposobu aranżacji, etc.. Warto byłoby porównać ich plany, wskaźniki powierzchniowe i zdjęcia z tymi w obiektach zagranicznych. W obu przypadkach dla oceny warunków pobytu pacjentów w pokojach cenniejsze byłoby podanie i porównanie wskaźników zagęszczenia, ale nie jako stosunku liczby łóżek do powierzchni całkowitej szpitala (ryc.26) ale przede wszystkim do ogólnej powierzchni stref/oddziałów pielęgnacji/przestrzeni półprywatnych.

Rozdział 4 ma kluczowe znaczenie dla oceny jakości pracy. Poświęcono go prezentacji przeprowadzonych badań partycypacyjnych oraz omówieniu zastosowanych metod i technik badawczych. Badania poprzedzono rozpoznaniem wybranych trzech obiektów oraz obserwacjami funkcjonowania szpitali i, jak można domniemywać, zachowań przestrzennych i interakcji społecznych jego użytkowników. Badania partycypacyjne przebiegały w trzech etapach: od etapu programowania, pisania scenariuszy, przygotowania ankiet i kwestionariuszy, poprzez etap eksperymentów warsztatowych z udziałem dzieci i młodzieży oraz ankiet służących ocenie jakości obiektów szpitalnych oraz środowiska pacjentów i personelu do etapu. W tym celu zaadaptowano i wykorzystano nieznane dotychczas w kraju kwestionariusze AEDET i ASPECT wydane przez brytyjski Departament Zdrowia. W trzecim etapie dokonano

opracowania zebranego materiału. Badania zakończono sformułowaniem wniosków i wytycznych do projektowania szpitali dziecięcych.

Dla potrzeb badań z udziałem dzieci Doktorantka przeprowadziła studia specjalistycznej literatury. Stąd też techniki badań partycypacyjnych (tab.7) zostały dostosowane do poszczególnych grup użytkowników szpitali. W grupie pacjentów młodszych (3-12 lat) i starszych (13-18 lat) wykorzystano warsztaty plastyczne oraz gry i zabawy połączone z wywiadem. W grupach rodziców i nauczycieli, a także personelu medycznego posłużono się ankietami, wywiadem i kwestionariuszami AEDET i ASPECT. W sumie w latach 2011 i 2013 w badaniach wzięło udział 179 osób.

Ogólnym celem badań (w innym nieco, niż na s.91 stylistycznym ujęciu) było poznanie potrzeb użytkowników oraz ich opinii na temat szpitala, jego układu funkcjonalno-przestrzennego, wad i zalet placówki, zidentyfikowanie elementów architektonicznych ważnych dla odbioru jego funkcji terapeutycznych. Oczywiście powyższe cele w kontaktach z dziećmi, a także pozostałymi uczestnikami badań powinny być sformułowanie innym, mniej hermetycznym językiem. Stąd też pytania adresowane do poszczególnych grup badanych zostały odpowiednio zmodyfikowane i dostosowane do technik badawczych. Pytano dzieci o wygląd wymarzonego (?) pokoju w placówce i szerzej o charakter wnętrz szpitalnych, pytania o to, co się im podoba w szpitalu, a co nie, czego im brakuje, gdzie lubią spędzać czas i których miejsc nie lubią. Pytania do rodziców i opiekunów i personelu dotyczyły potrzeb dzieci, a także wad i zalet placówki, tego, co można zmienić dla poprawy jakości i estetyki obiektu. Krytyczne opinie dzieci dotyczyły najczęściej wyposażenia pokoi, braku odpowiednich pomieszczeń społecznych i ograniczonego do nich dostępu, możliwości indywidualnej organizacji czasu wolnego, aktywnego wypoczynku, estetyki obiektu, kolorystyki jego wnętrz etc..

Własne ankiety i listy pytań adresowane początkowo do rodziców i personelu zastąpiono w kolejnych etapach kwestionariuszami AEDET i ASPECT, które wymagały już niestety bardziej fachowej wiedzy od adresatów. Stąd też uzyskano dość ograniczony ilościowo i jakościowo materiał. Tym niemniej wnioski Autorki sformułowane na podstawie badań poszczególnych obiektów szpitalnych mogą stanowić dla ich administracji materiał wyjściowy, ukierunkowujący ew. działania programowe i modernizacyjne. Poprawa jakości hospitalizacji w szpitalu wymaga działań wykraczających poza wymogi zmieniających się regulacji prawnych. Zabieg w p. 4.4 polegający na scaleniu danych z kwestionariuszy przeprowadzonych w trzech różnych szpitalach i uśrednieniu wag poszczególnych kryteriów jakościowych wydaje się recenzentowi nieuzasadniony merytorycznie. Oba kwestionariusze można bowiem wykorzystać także jako instrumenty certyfikacji szpitali, wzmacniające konkurencję w pozyskiwaniu pacjentów i personelu.

Przeprowadzone badania partycypacyjne miały na celu określenie możliwości wykorzystania opinii użytkowników, a zwłaszcza małych pacjentów w procesie projektowania szpitali pediatrycznych, a także zweryfikowania twierdzeń o ograniczonej przydatności badań z udziałem dzieci w profesjonalnych procesach projektowych. Wyniki badań nie potwierdziły tych obaw. Obszarem zastosowania wykorzystanych w rozprawie metod i technik badań partycypacyjnych wydaje się być przede wszystkim etap studiów i prac przedprojektowych oraz etap weryfikacji zrealizowanych projektów przez użytkowników. Zapewne badania te będą miały większe praktyczne znaczenie w pracach modernizacyjnych istniejących szpitali niż w projektowaniu nowych obiektów. W tym drugim przypadku mogą ew. być (w aktualnej sytuacji prawnej) punktem wyjścia dla stworzenia uzupełniającej, ale nie obligatoryjnej, listy wymagań istotnych z punktu widzenia terapeutycznej roli środowiska szpitalnego. Zapropono-

wany przez Autorkę w podsumowaniu pracy (tab.8) dość niejednorodny, rozbudowany i na pewno nie zamknięty zbiór zagadnień nie jest jeszcze listą takich wymagań. Sygnalizuje jedynie istnienie prawdopodobnych zależności i uwarunkowań pomiędzy wszystkimi konstytutywnymi składnikami architektury i jej otoczenia, a ideą środowiska uzdrawiającego. Zadaniem stojącym przed Doktorantką to zdefiniować i opisać w przyszłości przynajmniej niektóre z tych zależności.

4. Ocena formalna rozprawy

Efekty przeprowadzonych przez Autorkę badań zostały przedstawione w dwóch tomach. W pierwszym tomie, podstawowym dla merytorycznej oceny pracy, złożonym z czterech rozdziałów, omówiono przedmiot, cele, metody i wyniki badań. Tom ten ma wraz z bibliografią, spisem rysunków i tabel 163 strony (w rzeczywistości 166, ze względu na podwójną numerację stron 142-144). W tomie drugim o podobnej objętości 162 stron zamieszczono 14 aneksów będących prezentacją zebranych w trakcie badań materiałów, wzorów użytych ankiet i kwestionariuszy oraz kopii korespondencji prowadzonej z placówkami szpitalnymi. Na bogaty materiał graficzny składają się w tomie pierwszym: 116 ilustracji kolorowych i czarnobiałych (w tym liczne wieloelementowe, również na składanych stronach) oraz 8 tabel. Tom drugi zawiera karty wybranych 25 zagranicznych oraz 3 krajowych szpitali dziecięcych wraz z ich opisem, rzutami, zdjęciami architektury obiektów oraz ich wnętrz, a także pełny wykaz źródeł, z których pozyskano te materiały. Jakość graficzna większości rysunków jest w zasadzie wystarczająca, aczkolwiek ich skala nie zawsze pozwala zorientować się w detalach układów funkcjonalno-przestrzennych analizowanych obiektów szpitalnych. Rozprawa została przedstawiona do recenzji w wersji papierowej i elektronicznej. Pod względem formalnym rozprawa doktorska spełnia wymogi stawiane tego typu opracowaniom w zakresie ich ogólnej struktury formalnej, objętości i języka dyskursu naukowego.

Rozprawa nie jest wolna od pewnych wad redakcyjnych. Punkt pt. „Uzasadnienie wyboru tematu" powinien pojawić się raczej na początku rozdziału, a nie po przeglądzie literatury przedmiotu. Mankamentem wydaje się również powracanie do omawiania zagadnień z zakresu psychologii dziecka, EBD w kilku miejsca rozprawy.

Praca jest poprawna językowo, jednorodna narracyjnie, napisana w formie bezosobowej. Dostrzeżono jednak pewne błędy stylistyczne i merytoryczne:

- s.12 – czynniki takie, jak zdrowie psychiczne etc. nie mogą zwiększyć waloru terapeutycznego szpitala, już prędzej odwrotnie;
- s.18 – w błędnym znaczeniu używane jest w pracy słowo „obłożenie", gdyż dotyczy nie liczby łóżek w pokojach pacjentów, ale raczej stopnia ich wykorzystania (obłożenia) w jakimś przedziale czasu;
- s.24 – pojecie „badania kliniczne" dotyczy, wg. polskiej nomenklatury, badań diagnostycznych prowadzonych tylko w szpitalach klinicznych;
- s.45 – przypis 106 jest błędny, dotyczy innego rozporządzenia;
- s.46 – pojęcia: środowisko symboliczne, estetyczne i behawioralne są dość znaczeniowo wątpliwe i raczej niepotrzebne w rozprawie;
- s.48 – pojecie normy w odniesieniu do rozporządzeń ministerialnych jest niewłaściwe (norma jest wynikiem prac normalizacyjnych, tu mamy do czynienia z efektem prac administracyjnych);
- s.75 – poprawa warunków nie socjologicznych ale socjalnych;
- s.78 – zamiast przestrzeń pielęgniarska kliniczna – zabiegowa;
- s.89 – powtórzenia w zdaniu: „Partycypacje poprzedzono ...";

5. Wnioski końcowe

Praca jest oryginalnym wkładem w rozwiązanie problematyki partycypacji dzieci - pacjentów w projektowaniu architektury obiektów szpitalnych. Autorka wykazała się dobrym opanowaniem i przyswojeniem literatury z zakresów objętych przedmiotem badań oraz umiejętnością i inwencją w organizacji, programowaniu i przeprowadzeniu tych badań. Recenzent dostrzega potrzebę doskonalenia metodologii badań jakościowych nad szpitalami dziecięcymi oraz ich kontynuacji na większej liczbie, bardziej zbliżonych pod względem specjalizacji medycznej, obiektów. Warte rozważenia jest wyodrębnienie badań przestrzeni społecznych również na poziomie oddziałów szpitalnych. Należy wyrazić nadzieję, że dzięki tego typu badaniom poziom legislacji dotyczącej polskiego szpitalnictwie zbliży się w przyszłości do standardów wiodących w tym zakresie krajów.

Podsumowując recenzję stwierdzam, że rozprawa Pani mgr inż. arch. Magdaleny Jamrozik – Szatanek pt. „ Przestrzeń społeczna i półprywatna w układzie funkcjonalno-przestrzennym szpitala dziecięcego" wykonana pod kierunkiem prof. dr hab. inż. arch. Elżbiety Niezabitowskiej na Wydziale Architektury Politechniki Śląskiej spełnia wymagania art.13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2003 r., nr 65, poz. 595 z późniejszymi zmianami). W związku z powyższym wnioskuję o dopuszczenie Pani mgr inż. arch. Magdaleny Jamrozik – Szatanek do dalszych etapów postępowania o nadanie stopnia doktora.

POLITECHNIKA ŚLĄSKA BIBLIOTEKA GŁÓWNA w Gliwicach

Szczecin 08.09.2013