

dr hab. inż. arch. Anna Szewczenko, prof. PŚ

Politechnika Śląska

Wydział Architektury, Katedra Projektowania i Badań Jakościowych w Architekturze

ul. Akademicka 7, 44-100 Gliwice

anna.szewczenko@polsl.pl

R E C E N Z J A

**rozprawy doktorskiej Pana mgr inż. arch. Piotra Springera
pt. "Projektowanie partycypacyjne obiektów szpitalnych"
wykonana na zlecenie Rady Dyscypliny Architektura i Urbanistyka,
Wydziału Architektury, Politechniki Poznańskiej**

Promotor: dr hab. inż. arch. Ewa Pruszevicz-Sipińska, prof. PP

Promotor pomocniczy: dr hab. inż. arch. Agata Gawlak, prof. PP

Podstawę formalną opracowania stanowi pismo Dziekana Wydziału Architektury Politechniki Poznańskiej, dr hab. inż. arch. Ewy Pruszevicz-Sipińskiej, prof. PP, z dnia 17. lipca 2023 r. (pismo WA.63.07.2023). Podstawę merytoryczną stanowi załączona praca doktorska.

Tematyka i zawartość pracy

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska została napisana pod opieką naukową dr hab. inż. arch. Ewy Pruszevicz-Sipińskiej, prof. PP na Wydziale Architektury Politechniki Poznańskiej z udziałem promotora pomocniczego dr hab. inż. arch. Agaty Gawlak, prof. PP. Podjęta w rozprawie tematyka jest niezwykle cenna, dotyczy bowiem problematyki uwarunkowań partycypacji personelu medycznego w projektowaniu architektonicznym szpitali w Polsce. Doktorant porusza w pracy bardzo szerokie spektrum historycznych i obecnych tendencji w rozwoju architektury szpitali, w tym uwarunkowań legislacyjnych, psychologicznych, roli badań naukowych w projektowaniu szpitali oraz rozwoju idei projektowania partycypacyjnego. Rozprawa liczy 228 numerowanych stron, w tym 197 stron tekstu podstawowego, zawierającego 84 ilustracje i 62 tabele, oraz bibliografię z podziałem na literaturę (201 pozycji), akty prawne i normatywne, wyroki sądowe (35 pozycji), dane statystyczne (8 pozycji) i źródła internetowe (28 pozycji). Praca zawiera streszczenia w języku polskim i angielskim oraz słowa kluczowe.

Praca składa się z czterech rozdziałów. Rozdział 1. jako wprowadzenie do pracy zawiera określenie przedmiotu pracy, uzasadnienie wyboru tematu, cel i teza pracy badawczej, zakres badań, strukturę pracy oraz przyjęte metody badawcze. W rozdziale 2. przedstawiono stan badań w zakresach: kontekstu historycznego dla rozwoju architektury szpitalnej, rozwoju idei partycypacji i legislacji na ziemiach polskich; współczesnych tendencji w projektowaniu architektury ochrony zdrowia, w tym roli badań naukowych; projektowania partycypacyjnego, w szczególności w odniesieniu do doświadczeń personelu medycznego. W rozdziale 3. przedstawiono szczegółowe wyniki i analizę zrealizowanych badań ankietowych diagnozujących uwarunkowania dla projektowania partycypacyjnego z udziałem personelu medycznego w polskich szpitalach. Rozdział 4. stanowi podsumowanie pracy w zakresie

ogólnych wniosków, ograniczeń w prowadzeniu badań, możliwości wykorzystania osiągniętych wyników w praktyce architektonicznej oraz wskazania możliwych perspektyw w rozwoju badań.

Ocena merytoryczna pracy

1. Wybór tematyki badawczej

Podjęta przez Doktoranta tematyka jest bardzo aktualna i znacząca z uwagi na rolę projektowania partycypacyjnego w kształtowaniu jakości architektury szpitali jako środowiska pracy i prowadzenia procesu leczenia. Wieloletnie doświadczenia w tym zakresie, wynikające z rozwoju metody *Evidence-based design*, dowodzą, że jest to forma procesu projektowego dająca efektywność oraz różnorodne i satysfakcjonujące dla użytkowników rozwiązania projektowe. Doświadczenia użytkowników są w tym procesie uznanym źródłem wiedzy o potrzebach i ograniczeniach wybranej przestrzeni, jednakże wciąż poszukuje się skutecznych metod i narzędzi pozyskiwania tej wiedzy i angażowania użytkowników w proces projektowy, co uzasadnia znaczenie podjętych zagadnień. Z uwagi na dynamiczny rozwój medycyny i technologii medycznych oraz z uwagi na znaczenie rozwiązań przestrzennych wspierających proces leczenia (ang. *healing environment*) poszukuje się efektywnych rozwiązań projektowych w architekturze szpitali.

Głównym celem pracy była „*diagnoza uwarunkowań sprzyjających partycypacji personelu w projektowaniu obiektów szpitalnych, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki polskiego systemu ochrony zdrowia*”. Mając na uwadze przyjęte założenia, w projektowaniu partycypacyjnym powinni uczestniczyć reprezentanci znaczących grup interesariuszy, natomiast Doktorant wyraźnie wskazuje wyłącznie personel medyczny jako grupę użytkowników obiektu szpitalnego, której poświęca uwagę w swoich badaniach, nie uzasadniając tej decyzji w założeniach i zakresie pracy. Nie brakuje bowiem wyników badań, w których analizowano doświadczenia i potrzeby pacjentów, uzyskując istotne dane, interpretując je głównie w nurcie psychologii środowiskowej. Przyjęty zakres dysertacji jest konsekwentny wobec przyjętego celu i warto podkreślić, że wynika on zarówno z wnikliwej analizy literatury, jak i z doświadczenia projektowego Autora. Na uznanie zasługuje również fakt, że praca ma charakter interdyscyplinarny, a przy tym zakres badań utrzymany jest w dyscyplinie naukowej Architektura i Urbanistyka. Autor porusza omawiane zagadnienia z dużą znajomością tematyki i metod badawczych.

W pracy została postawiona następująca teza: „***Partycypacja personelu medycznego w procesie projektowania architektonicznego szpitali jest determinowana jego cechami socjodemograficznymi oraz jakością przestrzeni szpitala***”. Przyjęto także pomocnicze hipotezy. Podjęta tematyka koncentruje się głównie na dwóch obszarach: uwarunkowaniach w kształtowaniu architektury obiektów szpitalnych oraz zagadnieniach dotyczących udziału użytkowników obiektu w procesie projektowym. Przeanalizowany został rozwój architektury szpitalnej w kontekście historycznego rozwoju podejścia do procesu leczenia, odkryć naukowych oraz zwrotnych punktów w organizacji procesu leczenia i przestrzeni szpitala wynikających z doświadczeń personelu. Autor słusznie przywołuje tu wspomnianą wcześniej metodę *Evidence-based design* jako istotny nurt badań, pozwalający doskonalić praktykę projektową, zmieniający paradygmaty definiujące projektowanie szpitali. W pracy przytoczono także współczesne wytyczne projektowe, które korzystają z wyników tego nurtu badawczego, podkreślając jednocześnie tendencję do odchodzenia od sztywnych zapisów legislacyjnych regulujących zasady kształtowania obiektów szpitalnych. Jednocześnie Doktorant w sposób dojrzały prowadzi polemikę z wynikami zebranych materiałów, w kontekście swoich doświadczeń naukowych i projektowych. Ponadto dzięki wnikliwej analizie literatury formułuje wnioski pozwalające na opracowanie koncepcji badań partycypacyjnych w warunkach polskich szpitali. Drugim obszarem badawczym są współczesne doświadczenia z zakresu projektowania partycypacyjnego.

W odniesieniu do obiektów szpitalnych łączy się ono ściśle z budowaniem wiedzy na temat ograniczeń i możliwości w kształtowaniu przestrzeni leczenia. Tym samym jest to zarówno wiedza wymagająca znajomości technik badawczych służących gromadzeniu wiedzy użytkowników, ale także wymuszająca stosowanie właściwych teorii i reguł psychologii środowiskowej oraz socjologii, pozwalających interpretować osiągnięte wyniki badań. Doktorant wyraźnie dostrzega lukę w badaniach naukowych w odniesieniu do projektowania partycypacyjnego szpitali. W swojej pracy prezentuje nieliczne wyniki badań z udziałem personelu szpitalnego, wskazując na specyfikę ich prowadzenia (konflikty interesów, ograniczony poziom zaangażowania, hierarchiczność struktury pracowników). Ponadto definiuje zależności między poszczególnymi grupami użytkowników wskazując na kluczowy zakres odpowiedzialności projektanta w tym zakresie. Dostrzegając braki w prowadzeniu procesu projektowego szpitali w Polsce w zakresie partycypacji i dostrzegając mankamenty modelu pracy polskiej służby zdrowia Doktorant podejmuje próbę zdefiniowania poziomu gotowości personelu do włączenia się w proces projektowy. Może to być wstępnym krokiem do świadomego prowadzenia procesu inwestycyjnego w szpitalach, nakierowanego na uzyskanie optymalnych i efektywnych rozwiązań.

Wyniki analiz przeprowadzonych w obu obszarach pozwoliły na zbudowanie założeń badawczych i zbudowanie narzędzia do badań, których celem jest znalezienie odpowiedzi na postawione w pracy pytania:

- *„P1. Czy udział personelu medycznego jest obecnie powszechny w projektowaniu architektonicznym szpitali w Polsce?*
- *P2. Czy i w jakim stopniu personel medyczny jest zainteresowany partycypacją w procesie kształtowania środowiska zbudowanego, własnego miejsca pracy?*
- *P3. Jakie czynniki socjodemograficzne mogą wpływać na deklarowany stopień zaangażowania personelu medycznego w partycypację w projektowaniu?*
- *P4. Jaki wpływ na zaangażowanie personelu medycznego w partycypację w projektowaniu ma jakość bieżącej przestrzeni jego pracy?”*

Podsumowując - podjęte zadanie jest istotne, wielowątkowe i interdyscyplinarne, gdyż dostrzec w nim można nie tylko syntezę obszernej wiedzy i wartości poznawcze w zakresie uwarunkowań w kształtowaniu jakości architektury szpitali, ale także element kształtowania świadomości projektantów pod kątem znaczenia doświadczeń użytkowników końcowych obiektu. Ponadto wielokrotnie w pracy prowadzona jest polemika z obecnymi formami legislacyjnymi i innymi instrumentami regulującymi proces projektowania szpitali w Polsce, co także jest cennym rezultatem pracy. Przedstawione zagadnienia i sposób ich prezentacji są dowodem wiedzy Doktoranta w dyscyplinie Architektura i Urbanistyka oraz potwierdzają jego umiejętność powiązania z wiedzą z innych obszarów: socjologii czy psychologii środowiskowej. Ta świadomość skłoniła Doktoranta do realizacji zadania badawczego, ukierunkowanego na zwiększenie efektywności procesu projektowania szpitali przez wykorzystanie wiedzy i doświadczeń użytkowników końcowych. Jest to zadanie ambitne, zwłaszcza w sytuacji niewielkiego znaczenia badań przedprojektowych w polskich procesach inwestycyjnych i rzadko stosowanego podejścia partycypacyjnego w odniesieniu do obiektów szpitalnych.

2. Struktura i zakres pracy

Ogólny układ treści zawartych w pracy można ocenić jako logiczny i konsekwentny względem przyjętych celów. W pierwszym rozdziale Autor zawarł opis przedmiotu pracy, uzasadnienie podjęcia

tematu, cel i tezę pracy badawczej, zakresy badań (merytoryczny, czasowy, terytorialny, przestrzenny w skali budynku szpitala) oraz opis struktury pracy i przyjęte metody badawcze. Jego uzupełnienie w zakresie opisu metodologii badań stanowi rozdział 3.

Rozdział 2 jest interesującą i dojrzałą prezentacją stanu badań podzielonego na trzy części. Pierwsza przedstawia kontekst historyczny najistotniejszych dla pracy zagadnień: rozwoju architektury szpitali, idei projektowania partycypacyjnego oraz legislacji w zakresie projektowania szpitali w Polsce. Druga część odnosi się do roli badań naukowych w projektowaniu szpitali, zwłaszcza z zakresu psychologii środowiskowej oraz determinant wskazujących kierunki projektowania, w tym rozwoju nurtu *Evidence-Based design*, który znacząco wpłynął na dokumenty definiujące kształt przestrzeni obiektów leczniczych. W tej części literaturowej na podkreślenie zasługuje fakt kompleksowego i syntetycznego ujęcia omawianych zagadnień, co dowodzi dojrzałego podejścia Autora do podjętej tematyki. Nie mniej w rozdziale dotyczącym warto było poświęcić więcej uwagi brytyjskim narzędziom ewaluacyjnym (np. AEDET Evolution, ASPECT) jako praktycznym instrumentom w wytyczaniu jakości architektury szpitali. Poza tym – wzmiankowana w tytule rozdziału proksemika nie znajduje adekwatnego odzwierciedlenia w jego treści; Autor nie poświęca należytej uwagi tym aspektom i pomija ich istotne znaczenie, szczególnie w przestrzeni pacjenta. Trzecia część stanu badań dotyczy roli partycypacji we współczesnym projektowaniu architektonicznym szpitali. Zdaniem Recenzentki dostępny jest nieco szerszy zakres wyników badań w zakresie projektowania partycypacyjnego z udziałem personelu i nurtu *Evidence-based design*, który należy rozumieć jako proces angażujący opinie i wiedzę użytkowników, czyli z natury rzeczy ma charakter partycypacyjny. Jest to prawdopodobnie efekt przyjętych słów kluczowych zawężających poszukiwania wyłącznie do projektowania partycypacyjnego (s. 106, „*participatory design*” oraz „*hospital*”). Nie mniej w efekcie analizy tego zakresu literatury zawarte zostały interesujące wnioski dotyczące realizacji badań z udziałem personelu medycznego, np. odnośnie możliwości i ograniczeń różnych technik, a także stosunku personelu do przestrzeni pracy wynikającej ze specyfiki pracy (konieczność częstych adaptacji). Najbardziej wartościowym fragmentem tej części jest autorska synteza w postaci schematu sieci zależności pomiędzy grupami interesariuszy w tradycyjnym procesie projektowym i zakresu ich kompetencji oraz dyskusja tego schematu i uwarunkowań procesu inwestycyjnego szpitali w warunkach polskich. W pracy zabrakło ogólnych wniosków z przeprowadzonej analizy stanu badań, stanowiących podstawę do określenia założeń i metody badawczej. Nie mniej, przedstawiony stan badań dowodzi wiedzy Doktoranta i jego przygotowania do prowadzenia badań w wybranym zakresie.

Rozdział 3 prezentuje autorską metodę badawczą, opis warunków przeprowadzenia ilościowych badań sondażowych z wykorzystaniem autorskiego arkusza ankietowego oraz wyniki badań wraz z ich analizą. Przy analizie posłużono się następującymi metodami statystycznymi: test U Manna-Whitney’a, korelacja rang Spearmana, test ANOVA Kruskala-Wallisa oraz krokowo postępujące modele regresyjne. W opisie metodologii nie uzasadniono wyboru powyższych metod. Zebrane wyniki zostały przedstawione w sposób uporządkowany i zilustrowane graficznie. Natomiast analiza danych została uporządkowana względem przyjętych pytań badawczych, a poszczególne zagadnienia są podsumowane wnioskami.

Rozdział 4 podsumowuje pracę w formie ogólnych wniosków z przeprowadzonych badań, ograniczeń w ich prowadzeniu oraz możliwości ich wykorzystania i dalszego rozwoju badań. Wnioski zostały uporządkowane względem kluczowych zagadnień w procesie projektowania partycypacyjnego z udziałem personelu, potwierdzających prawdziwość przyjętych hipotez. Doktorant wskazuje potencjalne możliwości wykorzystania wyników badań w praktyce architektonicznej. Pracę zamyka wykaz bibliografii, zestawienia fotografii, rysunków, tabel i wykresów oraz wykaz kluczowych dla pracy pojęć i załącznik prezentujący wzór ankiety.

3. Metodologia pracy

Wybór metody badawczej, wynikającej z trafnie określonego celu i zakresu badań, pozwolił na potwierdzenie przyjętej w pracy tezy. Analiza stanu wiedzy wykazała jednoznacznie, że podjęte zagadnienie jest interdyscyplinarne i wymaga rozważnej decyzji w określeniu założeń oraz metodologii badań. Doktorant w sposób syntetyczny zdefiniował kluczowe zagadnienia i sformułował pytania badawcze. Skoncentrował uwagę na zagadnieniach mieszczących się w dyscyplinie i wnoszących efekty poszerzające stan wiedzy w tym obszarze, z uwzględnieniem uwarunkowań wyływających z dziedzin pokrewnych. Pytanie o wpływ czynników socjodemograficznych na stopień zaangażowania personelu w partycypację w projektowaniu wykracza poza zakres dyscypliny, jest jednak niezbędnym tłem dla pozostałych zagadnień.

Przyjęta teza pracy odzwierciedla aspekt poszukiwania skutecznych rozwiązań w zakresie tworzenia jakości funkcjonalnej i behawioralnej przestrzeni szpitala. Natomiast głównym pojęciem, wokół którego Doktorant zbudował treść i strukturę pracy jest partycypacja, a konkretnie projektowanie partycypacyjne szpitala z udziałem personelu medycznego. Konsekwentnie zatem w pracy analizuje dotychczasowe doświadczenia i metody, które mogą wspomóc ten proces. W swoich badaniach podejmuje próbę wskazania czynników mających wpływ na poziom gotowości personelu do przyjęcia aktywnej postawy w procesie projektowym w zakresie trzech przyjętych poziomów partycypacji: informowania, konsultowania i partnerstwa. Zbudowane narzędzie badawcze zawiera kluczowe aspekty pozwalające zdefiniować dane socjodemograficzne, wolę partycypacji, ocenę jakości bieżącej przestrzeni pracy (na uzasadnionym poziomie ogólności) oraz dotychczasowe doświadczenia personelu w zaangażowaniu w proces projektowy. Zebrane wyniki zostały przedstawione w sposób uporządkowany i klarowny, co należy podkreślić jako dobrą jakość warsztatu naukowego Doktoranta. Wyniki uzyskane w pytaniach otwartych mają charakter danych jakościowych, są dlatego wartościowym źródłem informacji na temat znaczących dla personelu cech przestrzeni. W tym miejscu pojawia się pytanie: czy były rozważane dodatkowe narzędzia i metody jakościowe, np. badania fokusowe? oraz jak ocenia Doktorant sposób doboru próby badawczej (dystrybucja ankiet nie była skierowana bezpośrednio do każdej z grup zawodowych, co mogło zaniżyć liczbę ankiet wśród pracowników niższego szczebla).

Przy analizach zgromadzonych danych Doktorant posłużył się testem U Manna-Whitney'a, korelacją rang Spearmana, testem ANOVA Kruskala-Wallisa oraz krokowo postępującymi modelami regresyjnymi. Pozwoliło to na powiązanie poszczególnych wskazań w badaniu: uwarunkowań gotowości do partycypacji względem danych socjodemograficznych i oceny jakości przestrzeni. W zaprezentowanych wynikach zastanawiający jest brak korelacji wyników oceny jakości poszczególnych przestrzeni względem grup zawodowych, co może być dodatkowym detektorem poczucia decyzyjności pracowników względem zajmowanego szczebla w strukturze organizacyjnej. Z kolei może to mieć istotny wpływ na wnioski dla projektowania procesu partycypacji, uwzględniając jego demokratyczność. W przedstawionych badaniach potwierdziło się poczucie sprawczości grupy lekarzy, co jednoznacznie wskazuje rolę hierarchicznej struktury organizacyjnej szpitala w procesach decyzyjnych. Interesujące wyniki uzyskano w wyniku pytań otwartych, w których personel udzielał odpowiedzi nie tylko z perspektywy własnych korzyści i poprawy warunków pracy, ale także w kontekście potrzeb pacjentów.

Mimo powyższych wątpliwości dobór metodologii i jej konsekwentne zastosowanie dowodzi znakomitego warsztatu naukowego Doktoranta. Dobór statystycznych metod analizy i ich precyzyjne wykorzystanie jest rzadkością w pracach doktorskich w dyscyplinie Architektura i Urbanistyka, co podnosi ocenę wartości naukowej pracy.

4. Wartość naukowa pracy

W ocenie wartości naukowej pracy podkreślić należy przede wszystkim, że badania jakości obiektów szpitalnych nie są zbyt powszechną tematyką podejmowaną przez badaczy w Polsce, dlatego niniejsza dysertacja jest cennym wkładem popularyzującym współczesne kierunki kształtowania jakości behawioralnej obiektów szpitalnych. Jest to istotna praca zwłaszcza wobec braku doniesień naukowych na temat projektowania partycypacyjnego w procesach projektowych polskich szpitali. Najważniejsze osiągnięcia i wyniki pracy świadczące o jej wartości naukowej to:

- analiza rozwoju architektury szpitali, zwłaszcza w kontekście znaczenia badań w obszarze psychologii środowiskowej i nurtu *Evidence-based design*, czyli roli wiedzy gromadzonej na podstawie doświadczeń użytkowników,
- podkreślenie znaczenia projektowania partycypacyjnego, a w szczególności wartości wynikających ze zintegrowanego procesu projektowania z udziałem personelu medycznego, praktycznego wymiaru ich uwag i spostrzeżeń,
- określenie zasadniczych uwarunkowań socjodemograficznych dla prowadzenia procesu partycypacyjnego w projektowaniu obiektów szpitalnych w Polsce.

Poddając pod dyskusję wartość uzyskanych efektów naukowych należy podkreślić, że założonym efektem pracy była diagnoza uwarunkowań sprzyjających partycypacji personelu w projektowaniu obiektów szpitalnych w warunkach polskich. Doktorant podejmuje zadanie określenia warunków realizacji procesu partycypacyjnego. W tym celu analizuje wnikliwie wyniki dla poszczególnych korelacji, co pozwoliło wskazać znaczenie kluczowych czynników dla angażowania personelu w proces partycypacyjny: cech respondentów (pełniony zawód i płeć) oraz oceny jakości przestrzeni oddziału. Wyniki badań wskazują typy przestrzeni, które w sposób szczególny pobudzają personel do wyrażania opinii. Osiągnięte wyniki badań pozwoliły określić grupy personelu deklarujące zainteresowanie udziałem w projektowaniu partycypacyjnym. W pracy nie wykorzystano jednak w pełni potencjału osiągniętych wyników; przede wszystkim nie dokonana została rewizja przedstawionego schematu sieci zależności pomiędzy grupami interesariuszy w tradycyjnym procesie projektowym. Wyniki badań dają podstawę do zbudowania schematu zależności interesariuszy dla modelu partycypacyjnego procesu projektowego. Ten rezultat mógłby być cennym efektem pracy, będąc jednocześnie praktyczną wskazówką dla projektowania samego procesu partycypacyjnego. Ponadto kolejnym krokiem w badaniach może być poszukiwanie metod angażujących pozostałe grupy zawodowe, mając na uwadze demokratyczny charakter procesu partycypacji. Bardzo cennym aspektem pracy jest przyjęta perspektywa świadomego badacza i projektanta, tak znamieną dla realizacji badań w projektowaniu i tym samym pozwalającą na doskonalenie warsztatu projektowego.

Po analizie przedstawionych wniosków w rozdziale 4 pojawia się pytanie, co rozumie Autor przez stwierdzenie, że „*Analiza stanu badań w zakresie projektowania partycypacyjnego oraz architektury szpitalnej pozwoliły na zidentyfikowanie możliwych scenariuszy implementowania partycypacji do procesu kształtowania przestrzeni zbudowanej obiektów medycznych*”. Jak Autor definiuje te scenariusze?

Cennym aspektem pracy jest wnikliwa dyskusja jej rezultatów, prezentująca ograniczenia badań, możliwości ich dalszego wykorzystania w praktyce architektonicznej oraz kierunki dalszych badań. Wzmiankowane przez Autora doświadczenie w realizacji innych prac naukowych z wykorzystaniem metod jakościowych jest w tym miejscu interesującym i intrygującym wątkiem wartym rozwinięcia.

5. Pozostałe uwagi

W interpretacji wyników pojawiają się drobne nieścisłości: w analizie zebranych danych, na str. 170 Autor pisze, że „*wiek respondenta miał znikomy wpływ na deklarację woli partycypowania*”, natomiast na str. 172 znajduje się stwierdzenie, że „*Pierwsza część analizy korelacyjnej wykazała, iż istotnymi statystycznie aspektami wpływającymi na wolę partycypowania w projektowaniu architektonicznym wśród personelu medycznego są: płeć, wiek oraz wykonywany zawód*”. Wątpliwość wzbudza też interpretacja wyniku korelacji oceny woli partycypacji względem płci, zawarta w tab. 33 na str. 168: czy na pewno uzyskane wartości wskazują, że kobiety wykazują większe zainteresowanie partycypacją?

Autor wskazuje także, że wyniki badań potwierdzają skuteczność narzędzia badawczego, jakim jest ankieta sondażowa w gromadzeniu danych od personelu (s. 189). Można przyjąć, że to ogólne stwierdzenie odnosi się do zrealizowanych badań, gdyż przy formułowaniu takich ogólnych wniosków należy zachować pewną ostrożność. Zdaniem Recenzentki ważnym wynikiem pracy jest wniosek, że proces partycypacyjny wymagałby zastosowania także metod jakościowych (s. 190). Skuteczność narzędzia badawczego zawsze jest definiowana przez cele, które chcemy osiągnąć oraz przez stopień jego szczegółowości. Potwierdzeniem jest choćby fakt ujęcia w ramach ankiety pytań otwartych, co - jak słusznie zauważa Autor - pozwoliło zebrać dane odnoszące się bezpośrednio do cech poszczególnych oddziałów. Ponadto w pracy przytoczony jest przykład pracy badawczej Autora w Hospicjum Palium (str. 193), gdzie w procesie projektowym posłużono się uzupełniającym wywiadem pogłębionym.

Powyższe uwagi nie mają wpływu na wysoką i pozytywną ocenę przedstawionej pracy, znakomity warsztat naukowy Doktoranta oraz szeroką wiedzę i znajomość podjętej tematyki.

6. Podsumowanie

Podsumowując, można stwierdzić, że rozprawa doktorska Pana mgr inż. arch. Piotra Springera pt. „Projektowanie partycypacyjne obiektów szpitalnych” opracowana pod kierunkiem dr hab. inż. arch. Ewy Pruszewicz-Sipińskiej, prof. PP na Wydziale Architektury Politechniki Poznańskiej i z udziałem promotora pomocniczego dr hab. inż. arch. Agaty Gawlak, prof. PP jest oryginalnym rozwiązaniem problemu naukowego dzięki opracowanej metodologii pozwalającej na realizację przyjętych celów. Przedstawiona analiza literatury dowodzi wiedzy Doktoranta i jej umiejętnego zastosowania w badaniach. Uzyskane wyniki badań potwierdzają przygotowanie Doktoranta do prowadzenia badań oraz umiejętność zastosowania odpowiednich metod badawczych i analiz uzyskanych wyników. Przedstawione rezultaty są oryginalnym osiągnięciem i dają szansę na uzupełnienie procesu projektowego obiektów szpitalnych w zakresie projektowania procesu partycypacji z udziałem personelu. Praca świadczy o opanowaniu warsztatu badawczego oraz o umiejętności syntezowania interdyscyplinarnej wiedzy, zatem spełnia wymagania Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 742). Wnioskuje o dopuszczenie Pana mgr inż. arch. Piotra Springera do publicznej obrony rozprawy doktorskiej.

Gliwice, dnia 30 sierpnia 2023 r.