



UNIwersYTET
ZIELONOGÓRSKI

Prof. zw. dr hab. med. JERZY TADEUSZ MARCINKOWSKI
Kierownik Katedry Higieny i Epidemiologii, Collegium Medicum,
Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski
Tel. 505-545-057 lub 603-223-198
e-mail: j.marcinkowski@inz.uz.zgora.pl

Zielona Góra, dnia 13.02.2024 r.

RECENZJA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

na stopień doktora w dyscyplinie nauki o zdrowiu

mgr. Krzysztofa Czechowskiego

pt. „Ocena dostępności instytucji publicznych dla osób niepełnosprawnych na przykładzie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku”

Promotor: dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, prof. UŁa

wydana zgodnie z pismem INoZ 13/2024 z dnia 18.01.2024 r. Prof. UR dr hab. Lidii Perenc –
Uniwersytet Rzeszowski, Kolegium Nauk Medycznych, Instytut Nauk o Zdrowiu

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska mgr Krzysztofa Czechowskiego dotyczy stale aktualnych problemów funkcjonowania społecznego osób z niepełnosprawnościami a szczególnie barier architektonicznych, które utrudniają im życie w swoich domach, na ulicach, w obiektach użyteczności publicznych, itp. Pomimo już rozumienia problemu i wielu korzystnych rozwiązań są one nadal niewystarczające.

Zamieszczony na początku rozprawy „Spis treści” jest dostatecznie szczegółowy i sporządzony poprawnie, ale jest tam kilka drobnych nieprawidłowości w numeracji poziomów spisu treści, np. brakuje podrozdziału 3.4.

Oceniana rozprawa doktorska liczy ogółem aż 212 strony starannego wydruku komputerowego – co stanowi dwukrotność przeciętnej typowej rozprawy doktorskiej. Układ

rozprawy jest o typowym układzie i przedstawia się następująco: „Wykaz skrótów”, „I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA” [1.1. Wstęp, 1.2. Dostępność, 1.3. Dane demograficzne a znaczenie dostępności, 1.4. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR) do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), 1.5. Standardy dostępności, 1.6.1. *Bariery fizyczne*, 1.6.2. *Bariery komunikacyjne*, 1.7. Osoby niepełnosprawne a dostęp do zabezpieczenia społecznego, 1.8. Charakterystyka badanych podmiotów, 1.8.1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 1.8.2. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy CMKP], „II. CEL PRACY” [2.1. Materiał, 2.2. Metody i narzędzia badawcze], „III. WYNIKI BADAŃ” [3.1. Analiza dostępność Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, 3.2. Charakterystyka Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Adama Grucy, 3.3. Analiza dostępności Samodzielnego Publicznego Szpitala im. Prof. Grucy w Otwocku, 3.3.1. Dostępność architektoniczna, 3.5. Dostępność informacyjno-komunikacyjna. „IV. OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ I DYSKUSJA”, „V. WNIOSKI”, „VI. STRESZCZENIE”, „VII. PIŚMIENNICTWO”, „VIII. AKTY PRAWNE”, „IX. ZAŁĄCZNIKI”

„Wykaz skrótów” zawiera ich aż 48, ale – sprawdzając wersję elektroniczną doktoratu – okazuje się, że niektóre z tych skrótów w ogóle w treści rozprawy doktorskiej się nie pojawiają, jak np. BGK – Bank Gospodarki Krajowej, KPON – Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, MFiPR – Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, MOP Międzynarodowa Organizacja Pracy (ang. International Labour Organization - ILO) – dlatego należałoby pod tym kątem sprawdzić częstość występowania skrótów w tekście rozprawy i te niektóre niepojawiające się w ogóle, czy zaledwie jeden raz usunąć, bo są zbędne w wykazie skrótów.

W tytule recenzowanej pracy doktorskiej zawarto określenie: „(...) dla osób niepełnosprawnych (...)”. Funkcjonuje ono nadal w niektórych dokumentach, ale już w 2015 r. w Gazecie Prawnej omówiono problem zmiany nazewnictwa z „osoby niepełnosprawnej” na „osobę z niepełnosprawnością”, co ma zupełnie inne znaczenie nie tylko indywidualne ale też w wymiarze społecznego postrzegania. Otóż w 2012 r. Polska ratyfikowała Konwencję, która w oryginale nosi tytuł: „Convention on the Rights of Persons with Disabilities”. Określenie osoby z niepełnosprawnościami powstało w wyniku walki zachodnich organizacji tych osób mówiących „nic o nas bez nas”. Osoby te wskazywały, że niepełnosprawność nie jest *stricte* dysfunkcją organizmu (np. brak możliwości widzenia świata czy zdolności

poruszania się) ale utworzoną przez resztę społeczeństwa „barierą w dostępie do samodzielnego życia na równi z innymi”. To „otoczenie ze swoimi barierami (mentalnymi, architektonicznymi, prawnymi, itp.) powoduje, że jednostka zmagająca się z niepełnosprawnością”.

W Polsce, od lat 90. XX w. zamiast określenia inwalida używa się pojęcia niepełnosprawność a jeszcze przed 8 laty, kiedy redagowano ten artykuł wskazywano, że temat nie został przedyskutowany w debatach, niezrozumiały przez większość społeczeństwa i stąd termin „osoba z niepełnosprawnością” nie zawsze jest używany.

Pod artykułem zamieszczono dwa komentarze:

Agnieszka, 2015-02-20 18:07:30

„Nikt nie musi tego pisać, my sami powinniśmy pokazać, że jesteśmy normalnymi ludźmi, poruszamy się tylko inaczej/nie widzimy/nie słyszymy itd. Przestańmy oczekiwać, że wszystko załatwią za nas artykuły w gazetach, kampanie społeczne, clikliwe billboardy. Wyjdźmy, pokażmy się, mówmy normalnie o naszych brakach i o tym, czego oczekujemy. Skąd zdrowi/sprawni mają o tym wiedzieć? B. dużo od nas samych zależy”.

Jola, 2015-02-10 17:44:18

„Ja się cieszę że ktoś to opisał że nie jesteśmy inni”.

Rabiega H, Inwalida, niepełnosprawny czy osoba z niepełnosprawnością?, Gazeta Prawna [online: <https://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/852111.niepelnospawny-czyli-kto.html>] [dostęp 11.02.2024]

Rozdział „I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA” jest niezmiernie obszerny, bo liczy aż 86 stron, i przedstawia rozległy obszar zagadnień związanych z oceną dostępności instytucji publicznych dla osób niepełnosprawnych, z odwoływaniami się m.in. do norm prawnych. Na marginesie warto zauważyć, że już w 2015 r. pisano: „[WARSZAWA] Podziemne przejścia odchodzą do historii. Piesi wyjdą na powierzchnię”

<https://www.bryla.pl/bryla/1,85301,18833083,warszawa-miasto-bardziej-dostepne-kladki-i-podziemne-przejscia.html> [dostęp 01.02.2024]

Jednakże po 8 latach, w 2023 r. podaje się nadal: „Zakładnicy przejść podziemnych w Warszawie. Coraz dłuższa lista miejsc, w których mieszkańcy apelują o ich likwidację”.

Oczywiście można zrozumieć że od podjęcia decyzji do realizacji musi upłynąć trochę czasu, ale czy osoby niepełnosprawnościami mogą czekać?

<https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,29704570,zakladnicy-przejsc-podziemnych-w-warszawie-coraz-dluzsza-lista.html> [dostęp 01.02.2024]

Novak I., Morgan C., Adde L., et al.: Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA Pediatr 2017; 171: 897–907., <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28715518/> [dostęp 31.01.2024]

Recenzent przypomina końcowe lata XX w., kiedy mogło się wydawać, że w Polsce nie ma osób z niepełnosprawnościami ruchowymi - nie widywało się ich w przestrzeniach publicznych a ich życie zamknięte w czterech ścianach pozostawało tematem tabu. Z

doświadczeń rodzinnych można było tylko obserwować jak ten problem jest złożony. To nie tylko temat barier ale ówczesne wstydy się swojej niepełnosprawności, sprzętu koniecznego do poruszania się, być może spowodowane pamięcią gdy takie osoby były wyśmiewania, używano pejoratywnych określeń a nawet piętnowano.

Jeszcze w 1991 r., będąc w Japonii polscy doświadczeni już zawodowo lekarze przeżyli nieomal szok. Przyczyną był widok człowieka wwożonego do muzealnego pałacu cesarskiego przez kilkusobową ekipę (sądząc po kombinezonach - ratowników medycznych). Osobą bardzo zainteresowaną wnętrzami był spoczywający nieruchomo w pozycji horyzontalnej na mobilnych noszach chyba dość młody mężczyzna z rurką intubacyjną i respiratorem obok. Rozglądał się bacznie... I właśnie te żywe oczy zostały trwale zostały zapamiętane. Chyba nikt ze zwiedzających Japończyków nie zwracał na to uwagi...

Jak już wspomniano w rozdziale „I. CZĘŚĆ TEORETYCZNA” - obrazowany jest bardzo szeroki zakres omawianych problemów – i wszystkie dane są szczegółowe, z podaniem źródeł. Omawiana jest sytuacja osób z niepełnosprawnościami ale też ich rodzin, opiekunów. Wobec wielkiego postępu cywilizacyjnego i walki o prawa człowieka co najmniej od 1948 r. jakże przejmująco brzmią słowa doktoranta: „Istnieje jednak coraz więcej dowodów na to, że ponad miliard trzysta milionów osób niepełnosprawnych na świecie napotyka na bariery fizyczne, instytucjonalne lub związane z postawami społecznymi, które prowadzą do wielowymiarowego wykluczenia, ubóstwa i marginalizacji”. We „Wstępie” podano też szereg aktualnych ważnych informacji, jak np. struktura demograficzna społeczeństwa polskiego oraz liczba osób o uznanej niepełnosprawności, która stanowi niebagatelną liczbę aż 5 447 548 i wg obliczeń recenzenta przy 38 036 100 mieszkańców kraju (2021 r.) dotyczy to 14% ogółu. We „Wstępie” zostały precyzyjnie wyszczególnione i opisane obrazujące problem typowe rodzaje barier („fizyczne/architektoniczne, medialne/informacyjno-komunikacyjne, technologiczne/cyfrowe, systemowe/organizacyjne, poznawcze/społeczne”) które napotykają osoby z niepełnosprawnościami z ważną uwagą, że wielokrotnie dotyczy też to ich rodzin, przyjaciół, opiekunów, czy asystentów.

W podrozdziale „1.1.1. Niepełnosprawność” dokładnie opisano ten problem i tu należy zauważyć jak wielkie jest światło rzucane od dziesięcioleci przez promotora tej pracy i nieocenione zasługi pani Profesor Anny Wilmowskiej-Pietruszyńskiej – nie tylko naukowe ale praktyczno-organizacyjne. Jest to powszechnie znane nie tylko w środowisku osób z niepełnosprawnościami i trudno je wszystkie tu wymieniać. Recenzent także pozostaje pełen

szacunku dla Pani Profesor! Jakże ważną uwagę pani Profesor zamieszczono we wstępie do tego podrozdziału: „Niepełnosprawnym można stać się na każdym etapie życia (Wilmowska-Pietruszyńska, 2012)”. Jest to nie tylko zwrócenie uwagi na problem który choć w danej chwili nie dotyczy każdego, ale też ostrzeżenie by myśleć perspektywicznie przez pryzmat możliwych subiektywnych doświadczeń.

<https://konferencja.pfron.org.pl/prelegenci/prof-anna-wilmowska-pietruszynska/> [dostęp 01.02.2024]

<http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/860382> [dostęp 01.02.2024]

Wymieniono też szczegółowo wymiary niepełnosprawności za Światową Organizacją Zdrowia, które przybliżają konkretne problemy.

W podrozdziale „1.1.2. Definicja osoby niepełnosprawnej w Polsce” poza zamieszczoną już wcześniej uwagą recenzenta dotyczącą nazewnictwa, podaniem definicji, uwarunkowań prawnych wskazano też na zasady orzekania o niepełnosprawności np. w służbach mundurowych a także niezdolności do pracy m.in. rolników i innych grup zawodowych. Podano dane światowe: „Ponad 1,3 miliarda ludzi – około 16% światowej populacji – to osoby niepełnosprawne (tu warto używać nazwy osoby z niepełnosprawnościami) a liczba ta wzrasta ze względu na starzenie się populacji i wzrost częstości występowania chorób przewlekłych”, wskazując na trendy związane ze starzeniem się społeczeństw. Wymienione są też schorzenia prowadzące do niepełnosprawności w tym genetycznie uwarunkowane ale też metaboliczne czy zaburzenia psychiczne. Zwrócono też uwagę na znaczenie gromadzenia danych: „Historycznie brakowało danych na temat niepełnosprawności, zwłaszcza w krajach rozwijających się. Gromadzenie danych ma kluczowe znaczenie dla formułowania polityk opartych na dowodach oraz wszystkich aspektów wdrażania polityk i programów uwzględniających osoby niepełnosprawne. Wiarygodność danych ma kluczowe znaczenie dla monitorowania postępów, oceny skuteczności zastosowanych rozwiązań i rozwoju sprzyjającego włączeniu niepełnosprawności w celu wdrożenia Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych {World Health Organization (WHO), 2022}”.

W podrozdziale „1.2. Dostępność” wymieniono i omówiono zasady, akty prawne, ustawy krajowe i zagraniczne, traktaty a też np.: „Strategia UE na rzecz praw osób z niepełnosprawnościami na lata 2021–2030 (Komisja Europejska, 2021) przyjęta w marcu 2021 r. ma na celu postęp w realizacji wszystkich artykułów Konwencji Narodów

Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych, zarówno na szczeblu UE, jak i państw członkowskich”.

Recenzent zwrócił uwagę na podrozdział 1.2.3. „Holizm dostępności jako element odpowiedzialności społecznej” a w nim zdanie: „Bardziej uogólniona koncepcja dostępnego projektowania pojawiła się w latach 70. XX wieku i promowała włączanie dostępnych rozwiązań do ogólnego projektowania produktów, usług i środowisk”. Ten okres w Polsce już był dobrze znany recenzentowi z autopsji i dopiero po wielu latach można było zauważyć realizowanie tej koncepcji w dużym mieście w którym mieszkał. Przykładowo podjazd dla wózków też inwalidzkich na schodach wejściowych do bloku pojawił się dopiero w końcowych latach XX w.

Czytając: „W 1973 r. w USA uchwalono federalne prawo zakazujące dyskryminacji osób niepełnosprawnych, dot. obiektów zaprojektowanych, zbudowanych, przerobionych lub wydzierżawionych z funduszy federalnych”, recenzent ponownie zatrzymał się nad wspomnieniami własnymi dotyczącymi czasu „żelaznej kurtyny” i opóźnieniami nieomal we wszystkich dziedzinach życia...

Dalej doktorant podaje i omawia „projekt i kompozycja środowiska w taki sposób, aby było dostępne, rozumiane i wykorzystywane w możliwie największym stopniu przez wszystkich ludzi, niezależnie od ich wieku, wzrostu, zdolności lub niepełnosprawności” wskazując na „Siedem zasad Uniwersalnego Projektowania (*Universal Design*)”, oraz szczegółowe wytyczne co przybliży temat także zwykłemu czytelnikowi.

Zamieszczone w recenzowanej pracy doktorskiej aktualne dane dotyczące Polski niestety nie są optymistyczne: „Liczba barier architektonicznych w istniejącym zasobie mieszkaniowym jest ogromna. Większość z budynków mających poniżej 5. kondygnacji, które jednocześnie są najpopularniejszymi budynkami w Polsce, nie posiada windy ani innych rozwiązań umożliwiających dostanie się na piętra osobie z obniżonym poziomem sprawności motorycznej. Jednocześnie szacuje się, że blisko połowę mieszkańców tego typu budynków, wzniesionych przed 1990 rokiem, stanowią osoby starsze”.

A ponadto: „W sprawozdaniu Ministerstwa Funduszy i Rozwoju Regionalnego (Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, 2021) z realizacji rządowego programu Dostępność Plus według stanu na 31 grudnia 2020 r., w zadaniu nr 15 i 16 dot. obszaru ochrony zdrowia przedstawiono informacje, iż mimo trudności związanych z

funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w trakcie pandemii COVID-19, nie wstrzymano działań w jednym z najważniejszych z punktu widzenia celów Programu projekcie – „Dostępność Plus dla zdrowia”, mającym na celu pilotażowe wdrożenie zmian w ok. 300 placówkach medycznych. Należy odnotować, iż działania projektu uległy przesunięciu w czasie, a nadal niestabilna sytuacja dotycząca COVID-19 może powodować także komplikacje na dalszych etapach jego realizacji”.

W pracy doktorskiej przedstawiono też inne ważne informacje i w tym przypadku również warto przytoczyć obszernie fragmenty: „Każdy podmiot publiczny miał obowiązek do 31 marca 2021 r., a następnie co kolejne 4 lata, sporządzić krótki raport o stanie zapewniania swojej dostępności. Formularz raportu jest dostępny na stronie BIP ministerstwa właściwego ds. rozwoju regionalnego od stycznia 2021 r. Wypełniony raport trzeba opublikować na stronie BIP danego podmiotu (urzędu, szkoły, domu kultury, spółki wodociągowej, zarządu dróg miejskich itp.) lub stronie internetowej (jeśli podmiot nie ma BIP) oraz przekazać do właściwego podmiotu, o którym mowa w art. 11 ust. 4 pkt 1 i 2 w wyznaczonych terminach.

Pierwsze raportowanie stanu zapewnienia dostępności zakończyło się w marca 2021 r. dzięki współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym (GUS) i wykorzystaniu portalu sprawozdawczego GUS raporty zostały przekazane przez ponad 60 tys. podmiotów publicznych.

Od 6 września 2021 r. każdy obywatel może poinformować podmiot publiczny o braku jego dostępności w wymiarze architektonicznym i informacyjno-komunikacyjnym (opisanych w art. 6), Osoby ze szczególnymi potrzebami lub ich przedstawiciele ustawowi mogą także złożyć wnioski i skargi.

„Raport o stanie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami przez podmioty publiczne w Polsce według stanu na 1 stycznia 2021 r. przygotowany m.in. w oparciu o wyniki badania zrealizowanego przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) na zlecenie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej obrazuje najbardziej aktualny stan dostępności podmiotów publicznych. Diagnoza stanu dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej podmiotów publicznych była głównym celem badania zrealizowanego przez ministerstwo we współpracy z GUS. Raport powstawał w oparciu o analizy przeprowadzone wśród 57 740 podmiotów publicznych. Poziom dostępności ogółem dla całego kraju wyniósł ok. 41 procent, dla przychodni - ponad 70 proc. To jednak głównie

za sprawą przystosowania budynków (Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, Główny Urząd Statystyczny, 2021).

Wyniki raportu wskazują, że najwyżej prezentuje się poziom cyfrowej dostępności, ponieważ 50% podmiotów publicznych w tym obszarze jest częściowo dostępna. Wartość tego wskaźnika na poziomie 0,49 sugeruje, że podmioty publiczne zapewniają dostępność cyfrową w ok. 50% w stosunku do nałożonych na nie wymagań ustawowych (Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz.U. 2019 poz. 848). Badający określili ten poziom jako zdecydowanie niezadowolający i nie dający gwarancji przestrzegania praw osób ze szczególnymi potrzebami, a w szczególności osób z niepełnosprawnościami w dostępie do informacji czy usług świadczonych w sposób cyfrowy. Jest to szczególnie istotne we współczesnym świecie, gdzie przy znaczącym rozwoju technik komunikacyjnych, upowszechnieniu Internetu i sytuacji pandemii ograniczane są kontakty bezpośrednie na rzecz komunikacji mailowej i cyfrowej (...).

Średni wskaźnik dostępności architektonicznej wyniósł dla całego kraju 0,43, tym samym poziom dostępności architektonicznej podmiotów publicznych to ok. 43%. Również w tym przypadku należy uznać to za wynik zdecydowanie niezadowolający – choć najmniej zaskakujący (...). Poziom dostępności informacyjno-komunikacyjnej okazał się najniższy – wartość wskaźnika dla Polski wyniosła bowiem tylko 0,31, co oznacza, że podmioty publiczne zapewniają ją w ok. 31% (...).

Jak wykazał raport placówki ochrony zdrowia są najbardziej dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami spośród badanych instytucji publicznych. Warto jednak zaznaczyć, że dostępność ogranicza się tylko do podjazdu, windy i dostosowanej toalety. Placówki ochrony zdrowia nie prowadzą stron internetowych spełniających standardy WCAG 2.1 [PAKIET DOSTĘPNOŚĆ 360°KOMPLEKSOWE WDROŻENIE STANDARDU WCAG 2.1 DLA TWOJEJ INSTYTUCJI]

https://dostepnapolska.pl/?gclid=CjwKCAiA_aGuBhACEiwAly57MVDIeCIR0t0uW0H4BX_gzSiBGvcftEg24SD-9ypa8n0p5Ed5HXlOp3xoC4AoQAvD_BwE], nie umożliwiają zdalnej rejestracji oraz są zamknięte dla psów przewodników. Dostępność cyfrowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej została oceniona na 0,50. Co istotne nie wszystkie przychodnie publiczne prowadzą strony internetowe – z ankietowanych jednostek ma ją tylko 77 proc. Jeśli chodzi o dostępność informacyjno-komunikacyjną przychodni, to w raporcie została

oceniona tylko na 0,33, ale i tak nieco wyżej niż ogólna dostępność instytucji publicznych w tym obszarze (0,31). - Publiczne zakłady opieki zdrowotnej rządziej umożliwiają jednak komunikację audiowizualną, w tym z wykorzystaniem komunikatorów internetowych (25,40 proc. SP ZOZ przy średniej dla kraju równej 40,56 proc.) – czytamy w raporcie. Niecałe 11 proc. publicznych przychodni zastosowało w ostatnim czasie dostęp alternatywny w jakiegokolwiek formie dla osób ze szczególnymi potrzebami”.

Ważnym uzupełnieniem tego rozdziału są tabele i ryciny – właściwie dobrane do treści.

Podsumowując ten rozdział, recenzent zauważa ogrom pracy doktoranta który zdobył tak liczne informacje, ułożył je starannie i przystępnie zredagował tak, że jest to opracowanie godne odrębnej publikacji obrazującej temat.

W rozdziale „II. CEL PRACY” podano poprawnie cztery cele pracy, które są zgodne z tytułem pracy i ostatecznie sformułowanymi wnioskami.

Z rozdziału „2.1. Materiał” recenzent dowiedział się jaki charakter miały badania prowadzone w ramach tylko tej jednej pracy doktorskiej, w jaki sposób zostały przeprowadzone, podziwiając jednocześnie bardzo szeroki zakres pracy niezbędnej do podsumowania wyników: „Badania miały charakter terenowy i zostały przeprowadzone na podstawie autorskich matryc diagnostycznych. Badaniu zostały poddane 424 budynki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz kompleks 15 budynków Szpitala im. Prof. Grucy w Otwocku. (...). Badania dostępności w obu podmiotach zostały przeprowadzone według tych samych narzędzi badawczych i w ten sam sposób – poprzez przeprowadzenie wizji lokalnej”.

Doktorant podaje też, że praca ma charakter ściśle badawczy i oryginalny gdyż: „Zarówno ZUS jak i Szpital nie były w swojej historii poddawane ocenie dostępności. Temat ten jest bardzo istotny z uwagi na fakt, że zarówno klientami ZUS jak i Szpitala są w większości osoby ze szczególnymi potrzebami tj. osoby niepełnosprawne, seniorzy etc.”. W tym miejscu recenzent zauważa pewne poszerzenie przyjętych w tytule i celach pracy granic badania, gdyż doktorant używa sformułowania „osoby ze szczególnymi potrzebami” co zresztą autor wyjaśnia obejmując terminem dostępność również np. „seniorów etc.”. Można by tu wskazać na niewymienione osoby które nie są osobami z niepełnosprawnością ale np. z uwagi na bardzo niski wzrost mogą nie mieć dostępu np. do przycisków do wind a także bardzo wysokie, które np. przy zbyt niskich dla nich wejściach mogą doznać urazu głowy.

W rozdziale „2.2. Metody i narzędzia badawcze” opisano szczegółowo metody wymieniając też narzędzia badawcze. W celu zbadania dostępności obiektów ZUS „skierowano do oddziałów prośbę o wypełnienie <<List kontrolnych dostępności>>” tzw. LKD gdzie zawarto opracowane już wcześniej przez Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, 2017 i Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy w 2014 r. informacje „pogrupowane w sześciu obszarach utrudnień. W drugim etapie, wszystkie stwierdzone bariery należało wykazać w pliku Excel pod nazwą „Macierz barier i utrudnień”.

Walorem pracy jest precyzyjne podanie ograniczeń czasowych przeprowadzenia badania i dokonania ostateczna analiza. Jest to bardzo istotne dla wiarygodności pracy doktorskiej, gdyż jedynie dokładne umieszczenie badań w określonym czasie może dawać obraz aktualnego stanu rzeczywistego.

Ważnym uzupełnieniem tego rozdziału są: „Tabela 2. Zestawienie danych obejmujące liczby analizowanych barier w podziale na obszary utrudnień” i „Rycina 16. Dane w podziale na działania kosztowe i bezkosztowe w poszczególnych obszarach utrudnień”.

W rozdziale „III. WYNIKI BADAŃ” - „3.1. Analiza dostępność Zakładu Ubezpieczeń Społecznych” podano, iż: „Analiza przeprowadzona w 424 budynkach ZUS wskazuje, że nadal istnieje wiele barier utrudniających funkcjonowanie osobom ze szczególnymi potrzebami”. Już ten pierwszy ogólny wynik stanowi smutny obraz aktualnej sytuacji w Polsce nie tylko z uwagi na niespełnianie norm ale przekłada się na miliony bezradnych w tej sytuacji klientów....W tym miejscu, podobnie jak w rozdziale 2.1. Materiał pojawia się określenie „osoby ze szczególnymi potrzebami” co już recenzent omówił we wskazanym rozdziale. Recenzent zauważa też oryginalną obserwację: „WE09. W przypadku stosowania bramek dostępu – nie zapewniono przynajmniej jednej bramki kontroli dostępu z możliwością otwarcia (bez tzw. kołowrotka) o szerokości przejścia min. 90 cm (...)

- WE11 Drzwi wejściowe nie mają w świetle ościeżnicy minimum: szerokości 90 cm i wysokości 200 cm; (max. wysokość progów powyżej 2 cm)”. Te dane, skopiowane z pracy doktorskiej zostały podane w podrozdziale „3.1.1.2. Dostępność wejścia do budynku” mogą również dotyczyć barier które spotykają nie tylko osoby z niepełnosprawnościami ale też inne - będące „osobami ze szczególnymi potrzebami” jak np. wspomniane już osoby bardzo wysokie, jak w przypadku wnuka koleżanki recenzenta, który ma 2,08 m wzrostu, jest wspaniałym siatkarzem ale wchodząc do większości obiektów zawsze musi pamiętać o pochyleniu głowy. W tej grupie

mieszczą się też osoby ze skrajną otyłością. Recenzent w tym miejscu wspomina nieżyjącego już przyjaciela, znanego profesora medycyny, którego masa ciała wynosiła znacznie powyżej 200 kg i podawana szerokość bramki dostępu mogłaby się okazać znacznego stopnia utrudnieniem.

Także w podrozdziale „3.1.1.3. Dostępność ciągów komunikacyjnych w budynku – analogiczna ocena każdej kondygnacji (parter, poszczególne piętra)” podano m.in.:

- CK01 W budynku nie znajduje się recepcja/punkt informacyjny/SOK.
- CK02 Recepcja/punkt informacyjny/SOK nie jest zlokalizowany w pobliżu wejścia”.

Wskazywanie na te elementy utrudniające dostępność świadczy też to o myśleniu o różnych osobach, np. starszych czy z utrudnioną orientacją itp. ale nie będących osobami z niepełnosprawnością - co mieści się we wspomnianym parokrotnie określeniu ogólnym „osoby ze szczególnymi potrzebami”.

W podrozdziale „3.1.1.4 Dostępność ciągów komunikacyjnych w budynku...” podano, że: „stwierdzono 4 969 barier sformułowanych na podstawie LKD w 335 budynkach oraz 178 innych barier” o czym recenzent wiedział, ale nie zdawał sobie sprawy ze skali tego nierozwiązanego problemu na obszarze całego kraju, który utrudnia dostępność nieomal wszystkim „osobom ze szczególnymi potrzebami”. Podobnie dość ponuro brzmią kolejne wyniki, jak np.: „W 63% budynków wykazano brak na każdym piętrze toalet przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami” czy „Stwierdzono również braki wind/platform/podnośników umożliwiających ominięcie schodów (CP09) w 33% obiektów”. Nieco w mniejszym zakresie ale jakże istotnym w wymiarze indywidualnej bariery/niedostępności jest informacja: „27% budynków nie jest wyposażona w windy”. Należałoby w tym miejscu wymienić szereg innych zauważonych przez doktoranta nieprawidłowości z zakresie elementów dostępności ocenianych obiektów i każdy kolejny punkt stanowi obraz aktualnej sytuacji w Polsce a też powinien być rozważany i w miarę możliwości poprawiany przez decydentów.

Podobne uwagi dotyczą doskonale udokumentowanych poprzez podanie szczegółowych danych samodzielnie zauważonych przez doktoranta, ich analizę a też zdjęcia sporządzone w czasie wizji lokalnej nie tylko samego szpitala, budynku Przychodni Specjalistycznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. A. Grucy CMKP w Otwocku, ale też dostępności terenu i znajdujących się tam traktów komunikacyjnych. Dane zostały zawarte w podrozdziale „3.2. Charakterystyka Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Adama Grucy”. Co ważne - podano też precyzyjnie, że dane dotyczą

okresu od X.2021 r. do XII.2021 r., kiedy to „przeprowadzono audyt dostępności szpitala”. Ponadto podano, że: „Przyjęta metodologia oraz narzędzia badawcze były tożsame z tymi które zostały wykorzystane przy badaniu dostępności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Na podstawie matryc diagnostycznych przeprowadzono wizję lokalną terenu oraz budynków wchodzący w kompleks szpitalny”. Ta ważna uwaga wskazuje na jednolitość metodologii i wynikających wniosków dotyczących całej pracy doktorskiej.

Bardzo ważnym elementem uzupełniającym rozdziału „III. WYNIKI BADAŃ” są dobrze dobrane liczne ryciny, w szczególności fotografie o których recenzent wspomniał już wcześniej.

W rozdziale „IV. OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ I DYSKUSJA” szczegółowo omówiono wszystkie dane dotyczące też liczby osób korzystających zarówno z obiektów ZUS na terenie Polski jak i Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Adama Grucy CMKP w Otwocku. Istotne jest też zwrócenie uwagi na inny aspekt społeczny, nie tylko dotyczący klientów czy pacjentów, ale „Ważne jest to również z punktu zatrudniania nowych pracowników, którzy mogą być osobami z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Z tego właśnie powodu badanie dostępności nie odnosiło się wyłącznie do pomieszczeń w których obsługiwani są interesanci lub pacjenci, a przeprowadzone było we wszystkich pomieszczeniach z wyjątkiem pomieszczeń technicznych (np. kotłownia)”.

Interesująca jest uwaga obrazująca stan i związane z tym trudności w realizacji wszystkich elementów dostępności dla wszystkich tego typu obiektów w Polsce: „W badaniu własnym ustalono, że ok. 30% z audytowanych obiektów, to stare budynki (często wpisane na listę zabytków) i dlatego też, ciężko w nich szukać rozwiązań architektonicznych zgodnych z uniwersalnym projektowaniem, z uwagi na lata kiedy były projektowane i wznoszone”. Jednakże nie można w ten sposób wytłumaczyć faktu zauważonego przez doktoranta, że: „meble utrudniające poruszania się po korytarzach i zawężające wymaganą szerokość korytarza (120 cm) dotyczyło to 79% budynków”. Także trudna do wytłumaczenia czynnikami obiektywnymi jest: „Bardzo istotną zdiagnozowaną barierą były włączniki światła, klimatyzacji czy czytniki kart, które w 79% budynków nie były zainstalowane na wysokości 80-120 cm, co tym samym utrudnia a czasami nawet uniemożliwia ich obsługę przez osoby poruszające się na wózku inwalidzkim”.

Pewnego rodzaju optymistyczna, choć opóźniona co najmniej o 50 lat w świetle wcześniej zamieszczonych w pracy doktorskiej danych: „W 1973 r. w USA uchwalono

federalne prawo zakazujące dyskryminacji osób niepełnosprawnych, dot. obiektów zaprojektowanych, zbudowanych, przerobionych lub wydzierżawionych z funduszy federalnych” jest informacja podana przez doktoranta, że: „Zarówno Szpital jak również ZUS podjęły działania zmierzające do zdiagnozowania dostępności. W obu podmiotach zostały przeprowadzone audyty samooceny w zakresie dostępności architektonicznej oraz komunikacyjno-informacyjnej. W obszarze dostępności cyfrowej oba podmioty zleciły przeprowadzenie audytów podmiotom zewnętrznym. Zarówno w Szpitalu jak również w ZUS sporządzono plany wdrażania i monitorowania dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Zarząd ZUS, wydatki związane z dostępnością zakwalifikował jako priorytetowe”. Także brzmi optymistycznie uwaga doktoranta, o tym że: „Szpital przystąpił do konkursu Ministerstwa Zdrowia w ramach programu dostępność plus. Pozwoliło to na sfinansowanie inwestycji w zakresie dostępności w kwocie 2 milionów złotych”.

Uwagi odnośnie rozdziału „V. WNIOSKI” to stwierdzenie, że 5 wniosków wyprowadzonych na podstawie całości kształtu pracy doktorskiej odpowiada na cele pracy; zostały one sformułowane przejrzysto i podane w formie skondensowanej – tak jak powinny brzmieć w doktoracie – a ponadto ściśle wiążą się z tytułem i wspomnianymi już celami rozprawy doktorskiej.

Rozdziały „VI. STRESZCZENIE” i „SUMMARY” zostały opracowane poprawnie i nadano im wyrazistą postać streszczeń strukturalnych z następnymi kolejnymi częściami: wstęp, cel pracy, materiał i metoda, wyniki i wnioski. Ważne jest, że podano też w streszczeniu tytuł rozprawy, co jest szczególnie ważne w odniesieniu do tytułu w języku angielskim – przecież ten tytuł znajdzie się na stronie internetowej Uniwersytetu Rzeszowskiego. Należy pozytywnie ocenić fakt, że pod streszczeniami w języku polskim i angielskim zamieszczono właściwie dobrane słowa kluczowe.

Rozdział „VII. PIŚMIENNICTWO” zawiera 40 pozycji prawidłowo dobranych od strony zakresu tematycznego podjętych badań. W większości są to pozycje z linkami dostępu do stron internetowych. Recenzent klikał w podane linki do stron internetowych i przekonywał się o ich prawidłowym tematycznie doborze do rozprawy doktorskiej oraz o tym, że podane jest tam bardzo wiele informacji, które są przydatne w zgłębianiu oceny dostępności do instytucji publicznych dla osób z niepełnosprawnościami, a także dla dydaktyki. Ważne jest też to, że podano daty uzyskania dostępu do poszczególnych stron internetowych.

Rozdział „VIII. AKTY PRAWNE” zawiera 39 aktów prawnych prawidłowo dobranych do tematu do rozprawy doktorskiej.

Ostatni rozdział „IX. ZAŁĄCZNIKI” jest obszerny, zawarty aż na 53 stronach. Zawiera 14 załączników. Dwoma pierwszymi załącznikami [Załącznik 1 – Lista kontrolna dostępności; Załącznik 2 – Lista kontrolna ewakuacji] Autor posługiwał się prowadząc badania własne. Kolejne zawierają wyniki badań własnych Autora: „Podsumowanie Macierze...” odnoszące się do budynków ZUS oraz „Macierz zdiagnozowanych barier...” w poszczególnych budynkach Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Adama Grucy. To także ilustracja ogromu pracy, którą Autor wykonał. Ostatni „Załącznik nr 14. Wskaźniki rezultatu programu Dostępność plus osiągnięte w latach 2017-21 z wartością docelową planowaną na 2025 r.” to opracowanie własne Autora na podstawie danych systemu Strateg na dzień: 23.05.2022 r.

PODSUMOWANIE I WNIOSEK

Należy podkreślić, że przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska mgr. Krzysztofa Czechowskiego dotyka stale aktualnych problemów funkcjonowania społecznego osób z niepełnosprawnościami a szczególnie barier architektonicznych, które utrudniają im życie w swoich domach, na ulicach, w obiektach użyteczności publicznych i w innych jeszcze sytuacjach. Pomimo coraz lepszego rozumienia tego problemu i wielu korzystnych rozwiązań są one nadal niewystarczające – o czym świadczy m.in. przedstawiony powyżej załącznik nr 14. Doktorant na 212 stronach obszernego doktoratu zawarł i omówił znaczną liczbę ważnych problemów z tego obszaru – i przedstawił to w sposób przejrzysty, wyczerpujący i nowoczesny. Studiowanie tej pracy sprawiło recenzentowi dużą przyjemność, nawet czasem uzupełniło dotychczasową wiedzę, pobudziło do komentarzy i zapytań zamieszczanych w recenzji, bezpośrednio przy omawianym w doktoracie problemie. Autor, pomimo wskazywanych powyżej a poczynionych z obowiązku recenzenta bardzo drobnych, nielicznych uchybień, jednoznacznie potwierdził założone cele badań, odpowiedział na tytuł pracy, wykazał się bardzo dobrym opanowaniem warsztatu pracy naukowej – co przejawia się wysoką jakością merytoryczną rozprawy doktorskiej. Ponadto w pracy widać duży mózół Doktoranta, przejawiający się tym, że musiał włożyć sporo wysiłku w staranność redakcyjną rozprawy, liczne i o ciekawej edycji tabele, obszerne i wyczerpujące omówienie wyników badań własnych oraz dogłębną dyskusję z uwzględnieniem wyników badań własnych i wyników badań innych autorów, także z ostatnich lat. Dlatego recenzent uważa, że

przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska spełnia wszystkie warunki ustawowe określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj. Dz. U. z 2023 r., poz. 742 z późn. zm.). Rozprawa doktorska powinna stanowić oryginalne rozwiązanie problemu naukowego oraz wykazywać ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w danej dyscyplinie naukowej i umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej – i te wszystkie warunki oceniana rozprawa spełnia i składa się to na wysoką ocenę rozprawy doktorskiej – i dlatego mam pełne i rzetelne podstawy ku temu, aby występować do Kolegium Nauk Medycznych Instytutu Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Rzeszowskiego o dopuszczenie Magistra Krzysztofa Czechowskiego Autora rozprawy doktorskiej pt. „Ocena dostępności instytucji publicznych dla osób niepełnosprawnych na przykładzie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku” do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Ponadto z uwagi na wysoką jakość rozprawy doktorskiej recenzent wnosi o jej wyróżnienie i jak najszybsze opublikowanie *on line* – gdyż stanowi cenny materiał pozwalający na przyspieszanie działań ułatwiających dostępność do instytucji publicznych dla osób z niepełnosprawnościami.

Prof. zw. dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski