



Kraków, dnia 08.09.2026 r.

dr hab. inż. Piotr Kafel, prof. UEK
Kolegium Nauk o Zarządzaniu i Jakości
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

RECENZJA

rozprawy doktorskiej *mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały* pt. *Wpływ kultury organizacyjnej na poziom jakości usług medycznych w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej* pod kierunkiem prof. dr hab. inż. Radosława Wolniaka – promotora i dr Kingi Stecuły – promotorki pomocniczej.

1. Przesłanki formalno-prawne przygotowania recenzji

Podstawą formalną sporządzenia recenzji jest powołanie na recenzenta rozprawy doktorskiej przez Radę Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości Politechniki Śląskiej uchwałą nr 52/2026 z dnia 08.07.2026 r.

2. Uwagi wstępne

Rozprawa doktorska *mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały* pt. *Wpływ kultury organizacyjnej na poziom jakości usług medycznych w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej* o łącznej objętości 202 stron, składa się ze streszczenia w języku polskim i angielskim, słownika pojęć i terminów, sześciu rozdziałów, spisów i bibliografii oraz 9 załączników. Załączniki rozprawy doktorskiej to wykorzystane w badaniach kwestionariusze ankiet oraz zestawienia wyników badań Autorki. Układ rozprawy oceniam jako właściwy dla prac doktorskich, zawierający wymagane w tego typu pracach elementy. Zachowano logiczne przejście od części teoretycznej do empirycznej, a kolejność prezentowanych treści nie budzi istotnych zastrzeżeń.

3. Wybór tematu pracy, celów i hipotez

Wybór problematyki pracy doktorskiej mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały dotyczy relacji między kulturą organizacyjną jednostek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) a poziomem jakości świadczonych przez nie usług. Praca koncentruje się na analizie zależności między kulturą organizacyjną a jakością usług medycznych świadczonych przez placówki POZ. Wybór tego problemu wynika z faktu, że jakość usług medycznych stanowi obecnie jeden z kluczowych czynników determinujących skuteczność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, satysfakcję pacjentów oraz efektywność realizowanych procesów medycznych. Jednocześnie kultura organizacyjna jest uznawana za istotny element wpływający na zachowania pracowników, sposób zarządzania, poziom zaangażowania personelu i jakość obsługi pacjentów. Doktorantka trafnie wskazała, że dotychczasowe badania nad zależnościami między kulturą organizacyjną a jakością usług medycznych koncentrowały się przede wszystkim na podmiotach lecznictwa szpitalnego, podczas gdy jednostki podstawowej opieki zdrowotnej pozostawały relatywnie słabo rozpoznany obszarem badawczym. Tak określona luka ma charakter zarówno poznawczy, jak i praktyczny, a jej wypełnienie stanowi wartościowy wkład w rozwój nauk o zarządzaniu i jakości oraz wiedzy dotyczącej funkcjonowania placówek POZ. Uważam, że wybrany obszar badawczy jest ważny i aktualny, a sam temat mieści się w zakresie dyscypliny nauk o zarządzaniu i jakości. Jednocześnie swoboda, z jaką mgr Karolina Sowińska-Domagała porusza się po praktycznych aspektach związanych z tematem pracy, zasługuje z pewnością na uznanie.

Za cel główny rozprawy doktorskiej przyjęto *wypracowanie propozycji modelu kultury organizacyjnej sprzyjającej wysokiej jakości usług medycznych w jednostkach POZ*.

Cel ten został rozpisany na cele szczegółowe wpisujące się w obszar diagnostyczny, eksploracyjny, analityczny i praktyczny. W pracy sformułowano również pięć pytań badawczych, którym odpowiadało pięć hipotez badawczych.

Cel rozprawy, cele szczegółowe oraz hipotezy uważam za odpowiednie. Część z hipotez (np. H1, H3) zawiera po 3 zmienne, pozostające ze sobą w związku, np. kultura klanu (czy też jej poziom) oraz przywiązanie organizacyjne i motywacja pracowników. Takie podejście znacząco utrudniło późniejszą weryfikację hipotez badawczych. Pewne zastrzeżenie budzi także relacja pomiędzy pytaniem badawczym P3 a odpowiadającą mu hipotezą H3. Pytanie P3 odnosi się do związków między typami kultury organizacyjnej a poziomem motywacji i

przywiązania organizacyjnego pracowników jednostek POZ, co sugeruje analizę wszystkich typów kultur wyróżnianych w modelu wartości konkurujących Camerona i Quinna. Tymczasem hipoteza H3 została zawężona wyłącznie do kultury klanu, pomijając pozostałe typy kultur organizacyjnych. W konsekwencji zakres hipotezy nie odpowiada w pełni zakresowi postawionego pytania badawczego. Dla zachowania większej spójności metodologicznej zasadne byłoby albo rozszerzenie hipotezy na wszystkie analizowane typy kultur organizacyjnych, albo odpowiednie doprecyzowanie treści pytania badawczego poprzez wskazanie, że dotyczy ono przede wszystkim kultury klanu.

4. Ocena merytoryczna rozprawy - wskazanie oraz ocena zastosowanych metod badawczych; ocena części rozprawy doktorskiej dotyczącej omówienia wyników badań; informacje dotyczące praktycznego zastosowania uzyskanych wyników badań

Kluczowym osiągnięciem Autorki jest opracowanie modelu kultury organizacyjnej sprzyjającej jakości usług medycznych w jednostkach POZ oraz możliwości praktycznego wykorzystania modelu rozpisanego na czterofazowy proces diagnostyczno-wdrożeniowy. Sam model oraz rekomendacje dla poszczególnych POZ opracowane na podstawie zebranego materiału badawczego są mocną stroną pracy nie tylko z punktu widzenia badawczego, ale również w warstwie aplikacyjnej.

Oryginalny wkład naukowy rozprawy polega przede wszystkim na empirycznej identyfikacji zależności pomiędzy kulturą organizacyjną, motywacją pracowników, przywiązaniem organizacyjnym oraz jakością usług medycznych w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej, a także na opracowaniu modelu integrującego te zależności w specyficznym kontekście organizacyjnym placówek POZ.

Cel główny pracy, hipotezy badawcze oraz zidentyfikowana luka badawcza znajdują zasadniczo uzasadnienie w rozważaniach teoretycznych przedstawionych we Wprowadzeniu oraz w rozdziałach 2 i 3. Autorka dokonała przeglądu literatury przedmiotu i przedstawiła najważniejsze koncepcje związane z badaną problematyką, co stanowi podstawę do sformułowania założeń badawczych pracy. Choć argumentacja mogłaby zostać przedstawiona w bardziej pogłębiony i syntetyczny sposób, a związki pomiędzy analizą literatury a poszczególnymi hipotezami wyeksponowane wyraźniej, należy uznać, że przedstawione

rozdziały teoretyczne w wystarczającym stopniu uzasadniają zarówno przyjęty cel badania, jak i wskazaną lukę badawczą oraz sformułowane hipotezy.

Należy stwierdzić, że postawiony cel główny rozprawy został osiągnięty, a cele szczegółowe zostały zrealizowane poprzez przeprowadzenie badań empirycznych oraz próbę weryfikacji hipotez badawczych.

Jak sama Autorka wskazuje, zasadniczym ograniczeniem badań jest niewielka liczba objętych analizą placówek POZ ($N = 3$ na poziomie organizacyjnym). Powoduje to, że uzyskane wyniki dotyczące zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi należy interpretować z dużą ostrożnością. Przy tak ograniczonej liczbie jednostek analizy zaplanowane i przeprowadzone testy statystyczne oraz obserwowane związki mają przede wszystkim charakter eksploracyjny i kierunkowy, co ogranicza możliwości formułowania wniosków o charakterze uogólniającym oraz potwierdzania stabilności zidentyfikowanych zależności. W tym kontekście pojawia się wątpliwość dotycząca zasadności formułowania części hipotez badawczych w sposób sugerujący możliwość ich pełnej weryfikacji statystycznej, choć już na poziomie planowania badań i doboru próby badawczej wiadomym było, że ich weryfikacja statystyczna będzie dyskusyjna. Z drugiej strony, pomimo ograniczeń związanych z niewielką liczbą badanych jednostek POZ na poziomie organizacyjnym, pozytywnie należy ocenić samą wielkość i dobór próby na poziomie każdego z trzech badanych POZ. Jednocześnie wskazane hipotezy tworzą spójny i logiczny układ odpowiadający celowi pracy oraz projektowanemu modelowi będącemu ostatecznie efektem tych badań.

Na ogólną pozytywną ocenę zasługuje również przyjęta procedura badawcza. Zastosowane metody i techniki badawcze są zasadniczo adekwatne do charakteru problemu badawczego oraz sformułowanych hipotez. Pewne zastrzeżenia dotyczą przede wszystkim szczegółowych rozwiązań związanych z konstrukcją i walidacją wybranych narzędzi badawczych.

Narzędzia badawcze

Mocną stroną pracy jest oparcie procesu badawczego na rozpoznawalnych i dobrze ugruntowanych w literaturze konstruktach pomiarowych oraz ich zaadaptowanych autorskich wersjach. Pomimo pewnych niedociągnięć w sposobie ich opracowania i wykorzystania, sam dobór narzędzi należy ocenić pozytywnie, gdyż sprzyja wiarygodności wyników oraz ich odniesieniu do dorobku światowej literatury. Jest to niewątpliwie jeden z atutów rozprawy.

Poniższe uwagi krytyczne mają natomiast charakter szczegółowy i wskazują możliwe kierunki dalszego doskonalenia samodzielnej pracy naukowej. Autorka wykorzystuje w swoich badaniach cztery kwestionariusze:

1. Kwestionariusz OCAI.
2. Polską wersję Skali Przywiązania do Organizacji Meyera i Allen.
3. Kwestionariusz motywacji pracowników służby zdrowia, adaptacja narzędzia Perry'ego.
4. Kwestionariusz HEALTHQUAL+ jako autorskie narzędzie do oceny jakości usług w POZ, którego podstawą jest model Servqual.

Opis wykorzystanego narzędzia badawczego w odniesieniu do badania motywacji pracowników do pracy w służbie zdrowia zawiera informację o adaptacji narzędzia Perry'ego (1996), który został rozwinięty przez Coursey'ego i Pandey'ego (2007). Wskazana w pracy adaptacja w opisie Autorki dotyczy (str. 72):

„- przeformułowaniu poszczególnych pozycji tak, aby odnosiły się bezpośrednio do realiów pracy w przychodni POZ

- uwzględnieniu aktualnych uwarunkowań polskiego systemu ochrony zdrowia w 2025 roku,

- zachowaniu czterowymiarowej struktury teoretycznej modelu PSM”

Analizując kwestionariusz Perry'ego (1996), jego wersja zawiera 4 wymiary i łącznie 24 pytania, natomiast wersja Coursey'ego i Pandey'ego (2007) zawiera jedynie 3 wymiary i 10 pytań. W związku z tym, zawarty w załączniku kwestionariusz nie odpowiada w pełni opisowi wykonanej adaptacji zawartej w pracy doktorskiej. Dodatkowo zmieniona została 5 punktowa skala Likerta (wprost wskazane przez Perry'ego oraz pośrednio przez Coursey'ego i Pandey'ego, na podstawie zastosowanych wyników oraz statystyk wskazanych w publikacji) na skalę 7 punktową. W mojej ocenie zmiany te należało dokładniej przedstawić i uzasadnić w pracy.

W autorskim kwestionariuszu Healthqual+ zastosowano w kilku przypadkach pytania/stwierdzenia sformułowane w liczbie mnogiej, np. „Pacjenci są zadowoleni z jakości opieki medycznej”. Taka konstrukcja pozycji budzi wątpliwości metodologiczne, ponieważ skłania respondenta do oceny opinii całej grupy pacjentów, a nie własnych doświadczeń i odczuć. W przypadku badań opartych na koncepcji SERVQUAL, której istotą jest pomiar indywidualnych oczekiwań i percepcji jakości usług przez respondenta, bardziej zasadne wydaje się formułowanie pytań w sposób bezpośredni, odnoszący się do osoby badanej (np. „Jestem zadowolony/-a z opieki medycznej”).

Analizując wyniki badań, Doktorantka podała wyniki oceny rzetelności skali OCAI z wykorzystaniem współczynnika alfa Cronbacha. Analiza tego wyniku nie zawiera informacji o istotnych ograniczeniach w takim postępowaniu. Autorka podobnie jak Cameron i Quinn w wersji oryginalnej, stosuje procedurę podziału 100 punktów między konkurujące alternatywy, co w literaturze psychometrycznej jest klasyfikowane jako pomiar ipsatywny. Taki podział punktów powoduje wewnętrzne korelacje pomiędzy odpowiedziami, które są ograniczeniem w wykorzystaniu metody Cronbacha w analizie rzetelności skali. Podobny problem pojawia się w interpretacji statystycznie istotnych korelacji dla np. stanu obecnego kultury hierarchii i kultury klanu POZ 2 (str. 94). Wartości korelacji można wyliczyć i zostało to wykonane właściwie, jednak przy interpretacji wyników należy zachować ostrożność i wskazać to wyraźnie jako ograniczenie.

Analiza rzetelności skali wyliczona i podana została dla kwestionariusza OCAI oraz HEALTHQUAL+. Brak jest informacji o wynikach dla pozostałych dwóch narzędzi badawczych lub też uzasadnienia wskazującego na pominięcie tej analizy. Jest to o tyle zastanawiające, że narzędzie OCAI zostało przyjęte w niezmienionej formie (poza pytaniem o tłumaczenie na język polski) a PSM uległ jednak sporej modyfikacji.

Pytanie 1: Czy dla zastosowanej skali PSM przeprowadzono analizę rzetelności z wykorzystaniem współczynnika alfa Cronbacha? Jeśli tak, jakie wartości uzyskano dla całego narzędzia?

Pilotaż

W ramach prowadzonych badań przeprowadzono pilotaż, co biorąc pod uwagę zakres wykorzystanych/adaptowanych i opracowanych narzędzi, jest niezbędnym elementem procesu badawczego. Zasadność tego etapu potwierdzają wprowadzone w narzędziach badawczych zmiany. Doktorantka wskazała jako efekt pilotażu, m.in. zmianę opisu do badania HEALTHQUAL+ poprzez dodanie przykładowego pytania w kwestionariuszu wraz z przykładem odpowiedzi. Niestety wersja kwestionariusza zawarta w pracy (załącznik nr 2) nie zawiera takiego przykładu, a jedynie pytania badawcze. Nie zamieszczono również metryczki do trzech pozostałych narzędzi, które wypełniane były przez pracowników POZ. Pilotaż obejmował również analizę czasu wypełniania ankiet. Autorka czas ten podała łącznie jako ok. 20 minut nie różnicując badanych na pacjentów i pracowników. Jest to o tyle istotne, że korzystali oni z innych narzędzi badawczych poddawanych weryfikacji. Dodatkowo podział na

2 grupy badanych prowadzi do zmniejszenia liczby odpowiedzi dla konkretnego narzędzia z łącznie 18 respondentów, do grupy 8 pracowników i 10 pacjentów. Taka liczba respondentów jest w sprzeczności z tym co Autorka sama wskazała na stronie 79 jako minimalną liczbę odpowiedzi dla której należy przeprowadzić pilotaż cytując pracę Johansona i Brooks (2010). Na szczęście zakres zmian po pilotażu nie obejmował weryfikacji statystycznej np. dotyczącej rzetelności, co częściowo wykonano na podstawie wyników z badań właściwych.

Badania właściwe

Na pozytywną ocenę zasługuje także sposób przeprowadzenia i prezentacji analizy wyników. Zastosowane metody zostały dobrane właściwie do charakteru zgromadzonych danych i postawionych celów badawczych, a uzyskane wyniki zaprezentowano w sposób przejrzysty, logiczny i czytelny. Sposób komunikowania rezultatów badań jest poprawny pod względem metodologicznym, co ułatwia śledzenie toku rozumowania Autorki oraz ocenę trafności formułowanych wniosków.

W ramach badań właściwych Doktorantka przeprowadziła badania na grupie 120 pracowników i 600 pacjentów w trzech POZ. Tak dobrana próba jest odpowiednia do zakładanych w pracy celów badawczych. Sam opis doboru próby zawiera odniesienie do szacowania jej wielkości na podstawie estymacji proporcji z populacji skończonej. Na tej podstawie Autorka oszacowała minimalną wielkość próby pacjentów na 581 osób. Jednocześnie nie zawarto w tym miejscu (podrozdział 4.4.5) opisu szacowania wielkości próby dla grupy pracowników. Informacje te podano w kolejnym rozdziale wskazując na próbę zbadania wszystkich pracowników i ostateczny rezultat na poziomie 96-97% respondentów.

Za pewną utraconą szansę badawczą, należy uznać stosunkowo ograniczoną głębokość części analiz. Autorka najczęściej operuje zagregowanymi wynikami poszczególnych konstruktów, traktując je jako jednorodne całości. Tymczasem zastosowane narzędzia badawcze umożliwiały bardziej szczegółową analizę ich poszczególnych wymiarów i wzajemnych zależności. Podobnie potencjał zgromadzonych danych metryczkowych nie został wykorzystany w pracy. Bardziej pogłębione analizy porównawcze pomiędzy grupami respondentów mogłyby dostarczyć dodatkowych, interesujących poznawczo wniosków oraz wzbogacić interpretację uzyskanych wyników. Przykładowo interpretacja wskazanej na stronie 96 zależności – motywacja vs. przywiązanie wydaje się dyskusyjna. Autorka podkreśla znaczenie przywiązania emocjonalnego. Jednak przywiązanie emocjonalne można powiązać z

przywiązaniem afektywnym, czyli jedynie jedną trzecią całej skali dla której ostatecznie wyliczono korelację. Pozostałe komponenty tj. trwałościowe i normatywne nie mają charakteru pozytywnej emocjonalnej więzi z organizacją a w przypadku komponentu trwałościowego raczej jest to chłodna kalkulacja np. ekonomiczna lub wynikająca z braku alternatyw. Nie umniejsza to wartości przeprowadzonych badań, wskazuje jednak na obszar, w którym możliwe było pełniejsze wykorzystanie zgromadzonego materiału empirycznego.

Interesującym obszarem do dalszych analiz jest również rola kultury hierarchii w kształtowaniu jakości usług medycznych. Autorka w części teoretycznej trafnie wskazuje, że kultura hierarchiczna może sprzyjać jakości usług, w tym do zmniejszenia liczby błędów medycznych poprzez standaryzację procesów, formalizację działań oraz zwiększanie przewidywalności funkcjonowania organizacji. Jednocześnie zwraca uwagę na ryzyko nadmiernej biurokratyzacji i ograniczenia elastyczności organizacyjnej wynikające z wysokiego poziomu cech tej kultury. Takie rozważania sugerują możliwość występowania bardziej złożonej relacji pomiędzy kulturą hierarchii a jakością usług niż prosta zależność liniowa, przy czym najwyższy poziom jakości mógłby być osiągnięty przy określonym, optymalnym poziomie formalizacji i kontroli organizacyjnej. Jest to jednocześnie zgodne z założeniami Lean Management, w których podkreśla się konieczność zachowania równowagi pomiędzy standaryzacją procesów a ograniczaniem nadmiernej biurokracji i zachowaniem zaangażowania pracowników w doskonalenie organizacji. W pracy zależności pomiędzy analizowanymi konstruktami oceniano jednak głównie z wykorzystaniem analiz korelacyjnych, które nie pozwalają na pełną identyfikację tego typu relacji. Stanowi to interesujący kierunek dalszych badań i potencjalnego pogłębienia interpretacji uzyskanych wyników.

Pytanie 2: Czy na podstawie zgromadzonych wyników można wskazać optymalny poziom kultury hierarchii zapewniający najwyższą jakość usług medycznych, zgodnie z założeniami Lean Management?

Za szczególnie wartościowy należy uznać wniosek wynikający z porównania trzech placówek funkcjonujących w ramach tej samej sieci organizacyjnej. Uzyskane wyniki wskazują na znaczące zróżnicowanie ocen jakości pomiędzy placówkami (różnica średnich ogólnych wynosząca 1,71 punktu w skali 0-6), mimo występowania zbliżonych uwarunkowań systemowych, prawnych i finansowych. Stanowi to mocną stronę rozprawy, ponieważ pozwala wyjść poza prosty opis poziomu jakości i prowadzi do pogłębionej interpretacji determinant jakości świadczeń zdrowotnych. Autorka trafnie wykorzystuje uzyskane wyniki do wykazania,

że na postrzeganą jakość usług opieki istotnie wpływają także czynniki organizacyjne i zarządcze występujące na poziomie poszczególnych placówek. Wniosek ten ma nie tylko wartość poznawczą, lecz również ważny wymiar aplikacyjny dla zarządzania organizacjami ochrony zdrowia.

5. Ocena zastosowanego piśmiennictwa w ramach rozprawy doktorskiej

W recenzowanej pracy Autorka wykorzystała łącznie 230 pozycji bibliograficznych, w większości stanowiących publikacje w czasopismach naukowych. Dobór źródeł w przeważającej mierze jest w mojej ocenie odpowiedni i potwierdza znajomość literatury przedmiotu przez Autorkę. Niestety nie obyło się tu bez potknięć, np.: moją wątpliwość budzą cytowane pozycje:

- „*Patrzyk, M., Woźnińska, M., (2022). Kultura organizacyjna a jakość świadczeń zdrowotnych w opinii personelu medycznego. Problemy Zarządzania w Ochronie Zdrowia, 20(3), s. 45-58.*” Wskazane czasopismo nie figuruje na liście „czasopism punktowanych”, a wyszukanie tej pozycji w dostępnych zasobach bibliotecznych czy popularnych serwisach internetowych (Google Scholar; Researchgate) nie pozwoliło mi na jej identyfikację. Podobnie nie udało mi się odszukać pozycji: „*Kim, J., & Jung, H.-S. (2022). Organizational culture, employee competencies, and workplace stress. Journal of Occupational Health Psychology, 27(1), pp. 89–102.*”

Natomiast publikacja „*Parasuraman, A., Berry, L.L., & Zeithaml, V.A. (1991). Postrzegana jakość usług jako miara efektywności oparta na kliencie: empiryczne badanie barier organizacyjnych z wykorzystaniem rozszerzonego modelu jakości usług. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi. <https://doi.org/10.1002/hrm.3930300304>*” zawiera odniesienie do właściwej pozycji, jednak Autorka dokonała tłumaczenia tytułu i nazwy czasopisma na język polski.

Odnosząc się do literatury, która nie znalazła się w bibliografii, można wskazać np. pozycję prof. M.Z. Wiśniewskiej pt. *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Radom 2021, Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium” gdzie na stronie 54. napisano: „...Dla przykładu, wedle badań Ł. Sułkowskiego dotyczących szpitali, dominuje w nich kultura hierarchiczna, objawiająca się znaczącą akceptacją różnic statusowych pomiędzy pracownikami, jak również całymi grupami zawodowymi. Na szczycie hierarchii znajdują się najczęściej lekarze pełniący funkcje

*kierownicze, lekarze specjaliści oraz inni menedżerowie. Środek drabiny zajmuje personel pielęgniarski, technicy medyczni, ratownicy oraz kadra administracyjna. Natomiast dół hierarchii to pracownicy fizyczni obsługi i salowe*¹⁸⁹„, przywołując pracę: Ł. Sułkowski, Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 14, 2013, nr 10, cz. I, s. 83–96. Dlatego też, w kontekście powyższego cytatu, proszę Autorkę o odniesienie się do niego i wskazanie:

Pytanie 3. Czy analizując wyniki badań brała Pani pod uwagę wpływ hierarchicznej struktury POZ? Jeśli dane na to pozwalają, czy można na ich podstawie wyciągnąć wnioski dotyczące różnic w postrzeganiu poziomu kultury organizacyjnej, przywiązania i motywacji przez poszczególne grupy zawodowe biorące udział w badaniu?

Pomimo wskazanych powyżej uwag bibliografia jest obszerna, aktualna i odpowiada standardom rozpraw doktorskich realizowanych w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości.

6. Pozostałe uwagi do pracy, niewskazane wcześniej

Uwzględniając generalnie pozytywny charakter pracy, poniżej zamieszczam listę niedociągnięć lub wątpliwości, na które warto, aby Autorka zwróciła uwagę np. przygotowując kolejne publikacje naukowe.

W rozdziale 4 (str. 76) Autorka wskazała na przyjęty poziom istotności statystycznej $p < 0,05$ dla wszystkich analiz statystycznych, natomiast w tabeli 4.2 podano wartość $p < 0,01$ dla testu t do weryfikacji hipotez H2, H4 i H5.

Weryfikacja hipotezy H3, która brzmi: „H3: Kultura klanu jest pozytywnie skorelowana z przywiązaniem organizacyjnym i motywacją pracowników jednostek POZ” została zweryfikowana pozytywnie. Weryfikacja wskazuje na statystycznie istotną różnicę pomiędzy:

- obecnie postrzeganym poziomem kultury organizacyjnej i poziomem przywiązania oraz
- pożądanym poziomem kultury organizacyjnej i poziomem motywacji.

Przy stosunkowo ogólnie sformułowanej hipotezie H3 dla jej potwierdzenia oczekiwać można weryfikacji poprzez wskazanie wszystkich możliwości, które będą statystycznie istotne, tj. także zależności:

- pożądanym poziomem kultury organizacyjnej i poziomem przywiązania oraz
- obecnie postrzeganym poziomem kultury organizacyjnej i poziomem motywacji.

Ponieważ zależności takie nie są statystycznie istotne, w mojej ocenie hipoteza H3 została zweryfikowana tylko częściowo.

Tabela 2.1. zawiera zestawienie różnego sposobu rozumienia kultury organizacyjnej w opiece zdrowotnej. W ostatniej pozycji (Domańska-Szaruga i in. 2024) zawarto raczej diagnozę stanu obecnego, a nie sposób definiowania tego pojęcia.

Rys. 5.16. poziom korelacji podany dla kultury hierarchii prawdopodobnie pomyłono z poziomem r dla kultury klanu.

Konkluzja

Po zapoznaniu się z rozprawą doktorską *mgr Karoliny Sowińskiej-Domagaty* stwierdzam, że **spełnia ona** wymagania określone w art. 187 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668 ze zm.), w szczególności stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego oraz prezentuje ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

Wnoszę tym samym do Rady Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości Politechniki Śląskiej o dalsze procedowanie w sprawie nadania Pani mgr Karolinie Sowińskiej-Domagale stopnia doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości.

dr hab. Piotr Kafel, prof. UEK

