

Recenzja pracy doktorskiej mgr Karoliny Sowińskiej – Domagały

„Wpływ kultury organizacyjnej na poziom jakości usług medycznych w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej”

Promotor: prof. dr hab. inż. Radosław Wolniak

Promotor pomocniczy: dr Kinga Stecula

Politechnika Śląska, Wydział Organizacji i Zarządzania, Zabrze 2026

Formalne i prawne podstawy wykonania recenzji

Formalną podstawę opracowania niniejszej recenzji stanowi pismo z dnia 10.07.2026r. Przewodniczącej Rady Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości Politechniki Śląskiej dr hab. inż., Lilli Knop prof. PŚ, a w zakresie merytorycznym Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2024, poz. 1571, z późn. zm.).

1. Ocena doboru problematyki badawczej i tematu Rozprawy

Podjętą w pracy tematykę uważam za bardzo trafną, aktualną i ważną z punktu widzenia teorii i praktyki, co świadczy o dobrym rozeznaniu Doktorantki w aktualnych zagadnieniach nauk o zarządzaniu i jakości.

Przedłożona Rozprawa Doktorska podejmuje problematykę zależności między kulturą organizacyjną jednostek podstawowej opieki zdrowotnej a jakością świadczonych usług medycznych. Wybór podstawowej opieki zdrowotnej należy uznać za uzasadniony, a jednostki te stanowią pierwszy i najczęściej wykorzystywany poziom kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia. Warto podkreślić, że tematyka ta jest znacznie słabiej reprezentowana w

badaniach nad kulturą organizacyjną niż podmioty leczenia szpitalnego. Autorka trafnie wskazuje, że dotychczasowe badania koncentrowały się głównie na szpitalach i placówkach specjalistycznych.

Lukę badawczą stanowi orientacja na dwie perspektywy. Z jednej strony analizowana jest perspektywa pracowników, obejmująca kulturę organizacyjną, przywiązanie organizacyjne i motywację do służby publicznej. Z drugiej, uzupełnienie stanowi perspektywa pacjentów, dotycząca postrzegania jakości usług medycznych. Takie ujęcie ma istotną wartość poznawczą i aplikacyjną.

Autorka trafnie definiuje lukę badawczą a praca wpisuje się w subdyscypliny zarządzania publicznego, zarządzania jakością oraz zarządzania w ochronie zdrowia, akcentując szczególnie rolę kultury organizacyjnej.

2. Ocena formalnej strony pracy

Struktura rozprawy

Praca liczy 202 strony i składa się ze słownika pojęć, sześciu rozdziałów: pierwszy, wprowadzenie, kolejne dwa teoretyczne, metodyka badań, wyniki badań oraz podsumowania i rekomendacje. Zawiera także bibliografię, spisu tabel (51), rysunków (21), załączników (9) oraz załączniki.

Rozprawa ma standardowy układ w podziale na część teoretyczną i empiryczną. Prezentowane w pracy treści wynikają z przyjętego postępowania badawczego. Jest to układ o uporządkowanej, logicznej i spójnej strukturze. Zachowano właściwe następstwo: od identyfikacji problemu i luki badawczej, przez podstawy teoretyczne i metodykę, do wyników oraz autorskiego modelu. W objętości poszczególnych rozdziałów nie ma dysproporcji. Autorka wybrała strukturę z włączeniem wprowadzenia i podsumowania w numerację jako rozdział, co jest mniej powszechne, ale w pełni poprawne. Kompozycja Rozprawy jest przejrzysta i odpowiada standardom pracy doktorskiej.

Rozdział pierwszy to wprowadzenie zawierające genezę pracy; cele badawcze, pytania badawcze i hipotezy rozprawy doktorskiej.

Rozdział drugi stanowi poprawnie przygotowaną podstawę teoretyczną rozprawy. Autorka przedstawia istotę kultury organizacyjnej w ochronie zdrowia, omawia Model Wartości Konkurencyjnych Camerona i Quinna, kulturę bezpieczeństwa oraz znaczenie zarządzania i zmian organizacyjnych dla jakości usług medycznych. Dobór problematyki jest trafny i odpowiada celowi pracy. Pozytywnie oceniam wykorzystanie zarówno klasycznej, jak i aktualnej literatury oraz odniesienie rozważań do specyfiki podmiotów leczniczych. Rozdział pokazuje dobrą orientację Autorki w analizowanej problematyce. Chcę także podkreślić duży walor syntezy dokonywanej w tabelach w części teoretycznej, co wpływa pozytywnie na przejrzystość wyводу logicznego. W strukturze rozdziału jedynym podpunktem jest 2.1.1 poświęcony typologii Camerona i Quinna. Mógłby z powodzeniem stanowić rozdział 2.2, bo to tylko jeden podpunkt. W ewentualnej publikacji wydawniczej pracy warto rozważyć odrębny podrozdział poświęcony ochronie zdrowia w Polsce oraz podmiotom na tym rynku m.in. POZ-om. Jednocześnie jest pewna niespójność definicji kultury organizacyjnej w słowniczku oraz na rys. 21 (brak artefaktów i podstawowych założeń). Proponuję także umieścić w słowniczku pojęcie kształtowanie kultury organizacyjnej. Pojęcie to pojawia się na s. 44, a dopiero rozdział 2.4 poświęcony jest zmianie kultury organizacyjnej. W trakcie publicznej obrony poproszę o odpowiedź na pytanie: *"Czy można kształtować kulturę organizacyjną, a jeśli tak to, jakie są strategie, metody i jak przebiega ten proces?.."*, ponieważ opinie badaczy są w tym zakresie bardzo podzielone. Pewną słabszą stroną tego rozdziału jest przewaga opisu nad krytyczną syntezą stanowisk. Niektóre zagadnienia są powtarzane, a zależności między kulturą organizacyjną, kulturą bezpieczeństwa i jakością usług nie zawsze zostały dostatecznie uporządkowane. Wskazane byłoby wyraźniejsze zakończenie rozdziału syntezą prowadzącą do przyjętego modelu badawczego i hipotez. Reasumując tę część pracy oceniam pozytywnie.

Rozdział trzeci prezentuje koncepcję jakości usług medycznych, znaczenie kultury organizacyjnej, przywództwa i systemów doskonalenia jakości, a także modele SERVQUAL i HEALTHQUAL+. Uwzględnia ponadto przywiązanie organizacyjne oraz motywację do służby publicznej jako potencjalne czynniki kształtujące jakość usług. Tytuł tego rozdziału jest niepoprawny i moim zdaniem zbyt obszerny. Dobór zagadnień odpowiada przyjętemu

modelowi badawczemu. Pozytywnie oceniam wielowymiarowe ujęcie jakości oraz próbę powiązania perspektywy pacjenta z postawami pracowników. Bardzo pozytywnie oceniam wykorzystanie modeli SERVQUAL, a szczególnie HEALTHQUAL. Pewien niedosyt stanowi uzasadnienie włączenia przywiązania organizacyjnego i motywacji do służby publicznej do modelu oraz sprecyzowanie, czy pełnią one funkcję zmiennych niezależnych, pośredniczących czy wyjaśniających. Tytuły podrozdziałów są moim zdaniem zbyt obszerne i niepotrzebnie pojawiają się ponownie powtórzenia dotyczące kultury organizacyjnej (s. 52. elementy kultury organizacyjnej, a było już o tym w rozdziale 2.). Ogólnie rozdział oceniam pozytywnie. Tworzy on odpowiednią podstawę dla badań empirycznych.

Rozdział czwarty zawiera metodykę badań empirycznych przedstawiając ją w sposób uporządkowany i poprawny. Autorka opisuje problem badawczy, etapy postępowania, zastosowane narzędzia, dobór próby oraz metody analizy danych. W metodyce warto prezentować konsekwentną kolejność metody, techniki narzędzia. Pozytywnie należy ocenić przeprowadzenie pilotażu oraz objęcie badaniem szerokiej grupy respondentów - 120 pracowników i 600 pacjentów. Pewne niedopowiedzenia dotyczą ograniczonej walidacji autorskiego kwestionariusza HEALTHQUAL+ i adaptowanej skali PSM. Współczynnik alfa Cronbacha nie jest wystarczającym dowodem ich trafności. Problemem jest także bardzo mała liczba badanych organizacji ($N = 3$), która uniemożliwia wiarygodną statystyczną weryfikację związków na poziomie placówek. Projekt określono ponadto jako mieszany i triangulacyjny, chociaż opiera się głównie na metodach ilościowych. Ogólnie rozdział oceniam pozytywnie. Metodykę badań cechuje logiczna i spójna konstrukcja oraz poprawność merytoryczna.

Rozdział piąty ma charakter badawczy i stanowi najważniejszą i najbardziej rozbudowaną część empiryczną rozprawy. Autorka szczegółowo przedstawia wyniki diagnozy kultury organizacyjnej trzech placówek POZ, poziom przywiązania i motywacji pracowników oraz ocenę jakości usług przez pacjentów. Pozytywnie należy ocenić przejrzystą prezentację rezultatów, porównanie przychodni i próbę powiązania wyników z literaturą oraz rekomendacjami zarządczymi. Najważniejszym ograniczeniem jest oparcie kluczowych korelacji na danych zagregowanych dla jedynie trzech placówek. Nie w pełni uzasadniono uznanie hipotezy H3 za potwierdzoną, ponieważ związek kultury klanu z motywacją pracowników nie osiągnął istotności statystycznej. Proponowany model należy zatem traktować jako koncepcyjny i eksploracyjny, wymagający walidacji na większej liczbie

placówek. Ogólnie rozdział oceniam pozytywnie pod względem wartości diagnostycznej i aplikacyjnej.

Rozdział szósty stanowi logiczne podsumowanie Rozprawy. Autorka dokonuje syntezy najważniejszych wyników, potwierdza realizację celów odpowiadając na pytania odnoszące się do weryfikacji hipotez badawczych. Przedstawia także ograniczenia, kierunki dalszych badań oraz rekomendacje dla placówek POZ. Szczególnie pozytywnie należy ocenić świadomość ograniczeń związanych z małą liczbą badanych placówek, przekrojowym charakterem badań i zastosowaniem subiektywnych miar jakości. Wątpliwości budzi nieco nadmierna kategoryczność stwierdzeń o potwierdzeniu części hipotez i osiągnięciu celu wyjaśniającego. Przy liczbie trzech placówek wyniki mogą wskazywać jedynie kierunki potencjalnych zależności. Nie uzasadniają również uznania przywiązania i motywacji za mediatory ani kultury hierarchii za moderator. Proponowany model jest bardzo wartościowy, powinien jednak zostać określony jako model koncepcyjny i diagnostyczno-rekomendacyjny, wymagający dalszej walidacji. Reasumując rozdział ten oceniam pozytywnie, zwłaszcza pod względem wartości praktycznej.

W strukturze pracy pozytywnie należy ocenić wyraźne określenie celu głównego i celów szczegółowych; zestawienie pytań badawczych z odpowiadającymi im hipotezami; rozbudowaną prezentację rezultatów dla poszczególnych przychodni; wyodrębnienie ograniczeń badania i kierunków dalszych prac; opracowanie rekomendacji praktycznych dla badanych placówek. Autorka nie uniknęła w niektórych miejscach nadmiernej szczegółowości części opisowych i pojawiające się powtórzenia. Te same wyniki, zwłaszcza współczynniki korelacji na poziomie trzech placówek, są wielokrotnie przywoływane w podrozdziałach 5.6–5.9 i w zakończeniu. Rozprawa zyskałaby jeszcze na zwartości po ograniczeniu powtórzeń oraz bardziej konsekwentnym oddzieleniu wyników empirycznych od ich interpretacji i rekomendacji zarządczych. Nie są to błędy, a raczej wskazówki w zakresie doskonalenia do wydania pracy jako monografii. Ogólna ocena struktury pracy jest bardzo pozytywna.

Wykorzystana literatura Rozprawy

Można stwierdzić, że analiza literatury przeprowadzona została w dobry i kompletny sposób. Pomimo, że nie zastosowano systematycznego przeglądu literatury praca jest rzetelnie

udokumentowana literaturowo. Autorka wskazała łącznie 227 pozycje literaturowe oraz 3 akty prawne. Bibliografia rozprawy jest obszerna i zasadniczo właściwie dobrana do jej problematyki. Obejmuje klasyczne opracowania dotyczące kultury organizacyjnej, jakości usług, przywiązania organizacyjnego i motywacji do służby publicznej, a także liczne aktualne publikacje poświęcone zarządzaniu w ochronie zdrowia. Pozytywnie należy ocenić połączenie literatury polskiej i zagranicznej oraz wykorzystanie artykułów z uznanych czasopism naukowych. Ogólnie bibliografia stanowi mocną stronę Rozprawy pod względem zakresu tematycznego i aktualności.

Ocena pracy pod względem formalno-redakcyjnym

Praca napisana jest bardzo starannie pod względem formalno-redakcyjnym. Jest ilustrowana tabelami, które bardzo syntetycznie prezentują istotę problemów. Autorka posiada umiejętność precyzyjnego wyrażania się językiem naukowym obowiązującym w ramach dyscypliny nauk o zarządzaniu i jakości. Świadczy to o odcytaniu i wysokim poziomie wiedzy z tej dyscypliny naukowej.

W niektórych fragmentach zastosowano niejednolity sposób zapisu pozycji bibliograficznych. Pomimo wysokiego poziomu merytorycznego i redakcyjnego można wskazać drobne błędy interpunkcyjne, niejednolity zapis nazw narzędzi, np. HEALTHQUAL+ i Healthqual+; błędy numeracji, np. pominięcie „po trzecie” w opisie celów pilotażu; wskazanie w tabeli 5.35, że wyniki empiryczne pochodzą z „rozdziału 4”, podczas gdy są prezentowane w rozdziale 5. Nie umniejsza to jednak mojej bardzo wysokiej oceny tego aspektu pracy.

3. Metodyka badań

Bardzo pozytywnie oceniam część metodyczną pracy, staranność w sformułowaniu celów, pytań badawczych i hipotez. Konsekwentnie do ich realizacji Autorka dobrała metody, techniki i narzędzia badawcze.

Głównym celem Pracy było: „*Wypracowanie propozycji modelu kultury organizacyjnej sprzyjającej wysokiej jakości usług medycznych w jednostkach POZ*”. Cel jest poznawczo interesujący i odpowiada problematyce pracy. Sformułowano również cztery cele szczegółowe oraz pięć pytań i pięć hipotez badawczych. Za zaletę uznaję bezpośrednie powiązanie pytań z

hipotezami. Pewna nieścisłość wiąże się z P5, w którym Autorka posługuje się terminem „wpływają”, natomiast hipoteza H5 mówi jedynie o dodatniej korelacji.

Badanie właściwe objęło 120 pracowników oraz 600 pacjentów trzech przychodni należących do jednej sieci na terenie aglomeracji górnośląskiej. Liczebność respondentów na poziomie indywidualnym należy uznać za znaczną. Szczególnie wartościowe jest objęcie badaniem około 96–97% pracowników analizowanych placówek. Wykorzystano cztery narzędzia badawcze: OCAI Camerona i Quinna; polską Skalę Przywiązania do Organizacji; adaptację kwestionariusza PSM; autorską adaptację HEALTHQUAL+. Przeprowadzono również badanie pilotażowe z udziałem 18 osób. Sam fakt realizacji pilotażu należy ocenić pozytywnie.

Warto także podkreślić, że Autorka określa badania jako mieszane, łączące metody ilościowe i jakościowe. Praktycznie większość opiera się na standaryzowanych kwestionariuszach i analizach statystycznych. Nie przedstawiono samodzielnego materiału jakościowego, takiego jak wywiady, obserwacje, analiza dokumentów czy procedura kodowania danych. Można zatem mówić o triangulacji, ale tylko w odniesieniu do źródeł danych lub perspektyw respondentów. Uproszczona procedura oceny zrozumiałości pytań w pilotażu nie stanowi wystarczającej podstawy do uznania całego badania za mieszane. Nie jest błąd merytoryczny, tylko wymaga doprecyzowania.

Kwestionariusz OCAI polega na porównywaniu cech wewnętrznych, w każdym obszarze respondent rozdziela 100 punktów między cztery typy kultury. Powoduje to współzależność wyników poszczególnych typów kultury. Zwiększenie udziału jednego typu prowadzi mechanicznie do zmniejszenia udziału pozostałych. Klasyczne korelacje i interpretacja alfy Cronbacha wymagają więc szczególnej ostrożności.

Część empiryczna dostarcza wartościowej diagnozy trzech badanych przychodni. Przekonująco wykazano, że: we wszystkich placówkach dominuje kultura hierarchii; pracownicy oczekują ograniczenia hierarchii i wzmocnienia kultury klanu; placówki wyraźnie różnią się ocenami jakości postrzeganej przez pacjentów; występują deficyty w zakresie dostępności, komunikacji, empatii i organizacji obsługi; kultura klanu na poziomie indywidualnym jest dodatnio związana z przywiązaniem organizacyjnym.

Pozytywnie oceniam metodykę badań, dobór metod, technik i narzędzi badawczych. Doktorantkę cechuje staranność i rzetelność, a zastosowane instrumentarium świadczy o

wysokim poziomie wiedzy z zakresu metodologii nauk o zarządzaniu i jakości. Warto także pokreślić, że Autorka potrafi trafnie formułować wnioski z badań własnych oraz odnosić je do aktualnej literatury.

4. Szczegółowa ocena merytoryczna zawartości Rozprawy

Poziom merytoryczny pracy jest dobry. Świadczy o tym rzetelny przegląd literatury, odniesienie do najnowszych badań polskich i zagranicznych oraz trafnie zidentyfikowana luka badawcza.

W pracy poprawnie sformułowano cele, pytania badawcze oraz hipotezy i dokonano ich weryfikacji. O wartości merytorycznej Pracy świadczą wyniki badań Autorki i jej wkład do nauk o zarządzaniu i jakości.

Część teoretyczna świadczy o dobrej orientacji Autorki w literaturze z zakresu kultury organizacyjnej, zarządzania jakością usług medycznych, bezpieczeństwa pacjentów, przywiązania organizacyjnego i motywacji do służby publicznej. Podstawowym modelem kultury organizacyjnej wykorzystanym w pracy jest Model Wartości Konkurencyjnych Camerona i Quinna. W odniesieniu do jakości usług wykorzystano przede wszystkim model SERVQUAL oraz jego medyczne adaptacje HEALTHQUAL+. Rozważania uzupełniono koncepcjami: kultury bezpieczeństwa; przywiązania organizacyjnego Meyera i Allen; Public Service Motivation Perry'ego; profesjonalnej biurokracji Mintzberga; klimatu usługowego i organizacyjnych zachowań obywatelskich.

Bibliografia jest obszerna i obejmuje zarówno klasyczne opracowania, jak i liczne stosunkowo aktualne artykuły zagraniczne. Wskazane byłoby również mocniejsze wykorzystanie systematycznych przeglądów literatury i metaanaliz.

Deklarowana luka badawcza została przedstawiona w sposób zrozumiały, choć miejscami może zbyt kategoryczny. Stwierdzenia o „braku badań” proponuję zastąpić raczej ostrożniejszym wskazaniem ograniczonej liczby badań albo braku badań spełniających łącznie przyjęte przez Autorkę kryteria. Nie przedstawiono bowiem systematycznej procedury przeglądu literatury, która pozwalałaby jednoznacznie potwierdzić całkowity brak podobnych opracowań.

Jednocześnie praca ma istotne walory użyteczne, zawiera bowiem rekomendacje opracowanie dla poszczególnych jednostek opieki zdrowotnej i ich kadr kierowniczych.

Zaprezentowane wyniki badań wnoszą wkład w subdyscypliny zarządzania publicznego, zarządzania w służbie zdrowia, zarządzanie jakością czy zachowań organizacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem kultury organizacyjnej w naukach o zarządzaniu i jakości.

Pozytywnie oceniam zarówno treści merytoryczne stanowiące dorobek poznaczy jak i walory metodyczne, empiryczne oraz użyteczne.

Za główne osiągnięcie Doktorantki uznaję opracowanie dwuwymiarowego modelu kultury organizacyjnej sprzyjającej jakości usług medycznych, obejmującego: wymiar relacyjny; wymiar operacyjny; przywiązanie i motywację jako mediatory; hierarchię jako moderator; proces diagnostyczno-wdrożeniowy. Wysoko oceniam rekomendacje w wymiarze relacyjnym i operacyjnym, które są wartościowe i mają zastosowanie praktyczną. Model dobrze syntetyzuje literaturę oraz wyniki diagnozy trzech placówek. Propozycję Autorki proponuję określić jako wartościowy model koncepcyjny lub diagnostyczno-rekomendacyjny.

Ocena Pracy jest wysoce pozytywna jednak chciałam wskazać ewentualne obszary doskonalenia, które mogą być pomocne przy wydaniu monografii:

- posłużenie się pojęciem „wpływu” w tytule, ponieważ przekrojowy i korelacyjny charakter badania nie pozwala na ustalanie zależności przyczynowo - skutkowych. Adekwatniejsze byłoby sformułowanie mówiące o „związkach” lub „relacjach między kulturą organizacyjną a jakością usług”;
- nadmierna szczegółowość i powtarzanie tych samych wyników w rozdziale piątym i podsumowaniu;
- zbyt rozbudowany rozdział empiryczny, który można byłoby podzielić na analizę wyników oraz odrębny rozdział poświęcony modelowi i rekomendacjom;
- niewystarczająco wyraźne oddzielenie wyników badań od ich interpretacji.

Ogólna ocena jest wysoce pozytywna, a wskazane propozycje doskonalenia nie wpływają na jej finalny odbiór.

Można stwierdzić, że Doktorantka swoją Dysertacją wnosi istotny wkład poznawczy, metodyczny i praktyczny do nauk o zarządzaniu i jakości oraz wskazuje dalsze kierunki badań.

które mogą stanowić inspirację dla innych badaczy i przyszłych eksploracji naukowych. Wkład poznawczy polega na przeprowadzeniu empirycznej diagnozy kultury organizacyjnej, postaw pracowników i postrzeganej jakości usług w trzech jednostkach POZ. Wkład metodyczny obejmuje udaną próbę połączenia OCAI, skali przywiązania, adaptacji PSM oraz HEALTHQUAL+ w jednym projekcie badawczym. Wkład aplikacyjny jest najmocniejszym elementem Rozprawy. Autorka formułuje konkretne rekomendacje dotyczące m.in. komunikacji, delegowania decyzji, ograniczania nadmiernej formalizacji, rozwijania empatii oraz doskonalenia organizacji obsługi pacjentów.

5. Wnioski

Rozprawa mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały podejmuje ważny i niedostatecznie rozpoznany problem zarządzania jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej. Autorka wybrał bardzo trafnie problematykę Rozprawy, która jest aktualna oraz istotna zarówno dla teorii, jak i praktyki zarządzania oraz określił lukę badawczą. Dokonał rzetelnego przeglądu literatury światowej oraz poprawnie zaprojektował metodykę badawczą. Przeprowadziła rozbudowane badania ankietowego oraz wykazała się zdolnością formułowania rekomendacji praktycznych. Za szczególnie wartościowe uznaję zebranie danych od 120 pracowników i 600 pacjentów oraz próbę integracji perspektywy organizacyjnej z oceną jakości usług. Zaprezentowała wyniki i przeprowadziła wnikliwą merytoryczną dyskusję. Wnioski z badań odnoszą się do aktualnej literatury. Jednocześnie praca ma charakter pragmatyczny i zawarto w niej rekomendacje dla placówek opieki zdrowotnej. Pozytywnie oceniam poziom merytoryczny, metodykę badań oraz aspekty użytkowe.

6. Konkluzja końcowa

Ja, niżej podpisana stwierdzam, że recenzowana Rozprawa Doktorska **mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały** spełnia warunki określone w Art. 187. Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r., Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2024, poz. 1571).

Rozprawa doktorska prezentuje ogólną wiedzę teoretyczną Kandydatki w dyscyplinie nauk o zarządzaniu i jakości oraz wysoko oceniam Jej umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

Jednocześnie przedmiotem Rozprawy Doktorskiej jest oryginalne rozwiązanie problemu naukowego oraz oryginalne rozwiązanie w zakresie zastosowania wyników własnych badań naukowych w sferze gospodarczej lub społecznej.

Wnioskuje do Rady Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości Politechniki Śląskiej w Zabrzu o dopuszczenie **mgr Karoliny Sowińskiej-Domagaly** do dalszych etapów postępowania o nadanie stopnia doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości.

