

Kraków, 12 luty 2025 r.

Dr hab. Beata Buchelt, prof. UEK
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
Katedra Zarządzania Kapitałem Ludzkim

Recenzja pracy doktorskiej

mgr Dariusza Kozakiewicza pt. *Model akceptacji teleporad przez lekarzy w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej*, napisanej pod kierunkiem naukowym
dr hab. Sylwii Sysko-Romańczuk, prof. uczelni.

Podstawę formalną przygotowania niniejszej recenzji stanowi pismo Przewodniczącej Rady Naukowej Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości dr hab. inż. Katarzyny Rostek, Prof. Politechniki Warszawskiej z dnia 8 listopada 2024 r. o powołaniu mojej osoby na recenzenta w przewodzie mgr Dariusza Kozakiewicza przez Radę Naukową Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości Politechniki Warszawskiej na posiedzeniu w dniu 22 października 2024 (sygn. pisma RNDNZJ/II/35/2024).

Przesłanki wyboru tematu, problem badawczy, cel i układ pracy

Problematyka stanowiąca przedmiot recenzowanej rozprawy doktorskiej mgr Dariusza Kozakiewicza wpisana jest w problematykę nauk o zarządzaniu i jakości. Dotyczy ona istotnego elementu systemu ochrony zdrowia, a mianowicie jednostek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Doktorant postanowił się przy tym skoncentrować na wybranym aspekcie funkcjonowania podmiotów POZ, a mianowicie na akceptacji przez lekarzy POZ teleporad (telekonsultacji). Jest to problem szczegółowy, acz strategicznie ważki dla systemu ochrony zdrowia z uwagi na kluczowe antecedencje sektorowe sprzyjające akceleracji zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, w tym m.in.: starzenie się społeczeństw, rozwój nowoczesnych technologii, niedobór personelu medycznego, w tym lekarzy, czy też pomiar efektywności realizacji świadczeń medycznych. Doktorant ma świadomość ważkości analizowanego zagadnienia o czym świadczy m.in. argumentacja zawarta we Wprowadzeniu do rozprawy doktorskiej, w którym zwraca również uwagę na fakt, iż to lekarze jako grupa zawodowa wskazywana jest nierzadko jako decydenci rozwiązań organizacyjnych, w tym innowacji. Ja ze swojej strony mogę jedynie dodać, że lekarzy od lat 70. minionego stulecia (kiedy to przeprowadzono jedne z pierwszych badań tematycznych) postrzega się jako dysponentów wszelakich zasobów materialnych i niematerialnych w podmiotach medycznych.



Zawarta we Wprowadzeniu argumentacja jest przekonująca. Poruszane w rozprawie zagadnienia wpisują się w przedmiot zainteresowania zarówno teorii, jak i praktyki zarządzania o czym świadczą tematyczne publikacje na które powołuje się w rozprawie Doktorant.

Całość opracowania składa się ze streszczenia w języku polskim i angielskim, spisu treści, wykazu skrótów i definicji, wprowadzenia, 5 rozdziałów, zakończenia, bibliografii, spisu rysunków i tabel oraz 13 załączników. Rozprawa obejmuje 207 stron tekstu podstawowego. Załączona bibliografia obejmuje 380 pozycji. Źródła bibliograficzne są w większości aktualne i połączone z problematyką pracy. Przy czym choć niektóre źródła związane są z tematyką ochrony zdrowia to ich specyficzne wykorzystanie w przypadku nielicznych fragmentów rozprawy budzi zastrzeżenia dlatego, że są przywołane nad wyrost.

Oceniając recenzowaną pracę doktorską od strony redakcyjnej i językowej należy stwierdzić, że została ona jako całość napisana poprawnie choć nie jest ona pozbawiona błędów stylistycznych czy też znaczeniowych (wykorzystywanie terminów niepoprawnie znaczeniowo). Sama edycja pracy jest dość oryginalna bowiem w miejsce zwartego tekstu pojawiają się łączone ze sobą przeważnie znaczeniowo fragmenty (dotyczy to zwłaszcza rozdziału 1 i 2). Tekst nie przybiera zatem formy zwartej.

Układ pracy nie jest zgodny z przyjętym schematem badawczym zaprezentowanym na s.19. Część kwestii metodycznych została ujęta w Rozdziale 1 (przegląd narracyjny), część w Rozdziale 2 (przegląd systematyczny), a część w Rozdziale 3. Podrozdziały są bardzo syntetyczne i moim zdaniem niepotrzebnie tak rozdrobnione. Szczegółowe uwagi co do struktury szczególnie Rozdziałów 1 i 2 zawarłam w dalszym tekście recenzji. Z uwagi na zawężenie się do analizy tylko do jednej profesji medycznej tj. lekarzy ewidentnie brakuje mi w pracy doktorskiej fragmentu dysertacji opartego na adekwatnym przeglądzie literatury przedmiotu poświęconego specyfice tej silnej profesji. Specyfika profesji lekarskiej jest wyraźnie zdefiniowana w nurcie zarządzania publicznego. Skoro zatem Doktorant zdecydował się na analizie tylko tej profesji powinien ją rozpoznać nie tylko w oparciu o podstawowe dane liczbowe, ale i jakościowe (zdefiniowane charakterystyki).

Analiza i ocena treści rozprawy

Rozprawę doktorską mgr Dariusza Kozakiewicza rozpoczyna bardzo szczegółowe Wprowadzenie, które zostało podzielone na kilka korespondujących ze sobą części. Moim zdaniem jest to fragment ponadprzeciętnie rozbudowany bowiem zawiera informacje, które zostały uwzględnione w pracy doktorskiej, w poszczególnych jej rozdziałach. Wydaje się uzasadnionym stwierdzenie, że fragment ten mógłby być ograniczony do kluczowych dla pracy

elementów tj.: krótkiego uzasadnienia wyboru tematu, zidentyfikowania luki badawczej, celu głównego i celów szczegółowych oraz założeń badawczych, a także schematu postępowania badawczego. Niepotrzebne jest takie powielanie tekstu zwłaszcza, że rozprawa została opatrzona streszczeniami w języku polskim i angielskim.

Rozdział pierwszy pracy doktorskiej pt. „*Teleporada jako forma świadczenia usług zdrowotnych na odległość*” inicjuje przedmiotową pracę doktorską. Jest on poprzedzony krótkim podsumowaniem wskazującym na zawartość tego fragmentu dysertacji. Analizowany rozdział został podzielony aż na osiem krótkich podrozdziałów. Ich układ w dużej mierze jest poprawny przy czym analiza zawartości wskazuje na to, że poszczególne rozdziały mogłyby ulec połączeniu np. 1.1. oraz 1.2. mogłyby tworzyć zwarty podrozdział. Nakreślenie ewolucji telemedycyny naturalnie prowadzi do tego, aby wskazać powstające na poszczególnych etapach ewolucji tego rozwiązania pojęcia. Za takim rozwiązaniem przemawia również fakt, iż to w tym miejscu rozprawy doktorskiej zdefiniowano pojęcie telemedycyny. Zbędne moim zdaniem jest specjalnie wyizolowane z tekstu podsumowanie zawarte w podrozdziale 1.2.

Połączeniu mogłyby ulec podrozdziały 1.3 i 1.4. Podczas lektury 1.3. ewidentnie brakuje informacji o adekwatnych przepisach prawnych wpływających na popularność zastosowania teleporad. W podrozdziale 1.4. Doktorant niepotrzebnie wraca do definicji teleporady. Natomiast niestety zbyt mało uwagi przywiązał do analizy przepisów prawnych regulujących teleporady. Moim zdaniem najpierw należałoby wymienić wszystkie regulacje prawne wpływające na proces i organizację teleporad POZ w Polsce, a następnie je omówić. Lektura tego podrozdziału (1.4) prowadzi też do refleksji nad tym, że aspekt regulacji jakościowych powinien być opisany w tym fragmencie dysertacji. Standardy jakości są de facto regulacją / normatywem i w Polsce ten aspekt jest regulowany ustawowo od 2023 r. (zob. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta). Aspekt systemów informatycznych wspierających teleporady powinien moim zdaniem być omówiony przy okazji organizacji teleporad w Polsce.

Nie za bardzo rozumiem konstrukt podrozdziału 1.7. bowiem „wrzucono” do niego i korzyści i opis sposobów realizacji teleporad. Przede wszystkim uważam, że ten podrozdział powinien dotyczyć zalet i wad wykorzystania teleporad w ochronie zdrowia. Punktem wyjścia mogłaby być tabela nr 1.4. Moim Zdaniem Doktorant aspekty realizacji teleporad w sposób synchroniczny i asynchroniczny oraz inne kwestie związane z technologią powinny być zagregowane w jednym podrozdziale.

W podrozdziale 1.8. zaskakuje narracja Doktoranta. Zaskakuje nie tylko wykorzystane narzędzie badawcze (teoriopoznawcze), ale też uzasadnienie jego wykorzystania oraz sposób

realizacji tego etapu procesu badawczego. Metodyka prac badawczych jest ściśle zdefiniowana. Tak jak i jej etapy. Proponowałabym powrót to choćby jednego ze źródeł na jakie Doktorant się powołuje i zweryfikowanie tego jak powinien przebiegać przegląd narracyjny (zob. np. Ferrari 2015, s. 231-233).

Rozdział drugi pracy doktorskiej zatytułowany „*Akceptacja teleporad przez lekarzy POZ – konceptualizacja konstruktów badawczego*” składa się z pięciu podpunktów. W podrozdziale 2.1. o tytule „*Analiza czynników determinujących akceptację technologii*” Doktorant zadeklarował, że podejmuje się analizy czynników determinujących akceptację technologii. Za zbędny uznać należy fragment wprowadzający do analizowanego podrozdziału z uwagi na to, że po pierwsze odnosi się do celu głównego, a po drugie zwraca uwagę na podrozdział 2.4.

Moim zdaniem deklaracja Doktoranta związana z zawartością tego podrozdziału nie znalazła odzwierciedlenia w jego treści. W podrozdziale ujęto dość swobodnie następujące treści:

- Refleksja nad popularnością naukową akceptacją technologii;
- Zdawkowa refleksja o procesie adaptacji technologii;
- Tabelaryczne ujęcie etapów przyjęcia technologii przez organizacje z roku 1990 opatrzone komentarzem o znaczeniu pracowników w tym procesie;
- Fragment zatytułowany *Konceptualizacja akceptacji technologii*, w którym Doktorant zwraca uwagę na to, że cyt. „akceptacja technologii jest złożonym procesem, który obejmuje aspekty zarówno psychologiczne, jak i kontekstualne...(s.80)”. Niestety na tym w zasadzie wywód się kończy bowiem ani jedno ani drugie nie są szczegółowo opisane. Za to Doktorant zwraca uwagę na to, że różnorodne badania podejmują się wyjaśnienia adaptacji technologii – co wydaje się na poziomie pracy doktorskiej stwierdzeniem trywialnym. Z prowadzonego w tym fragmencie dysertacji wywodu odnoszę wrażenie, że Doktorant nadużywa terminu ‘konceptualizacja’. Zachodzi zatem pytanie co doktorant rozumie pod pojęciem konceptualizacja? Czy zwykłe zdefiniowanie czy stworzenie nowego pojęcia (por. Słownik Języka Polskiego). Na s. 81 zawarto treści w większości spójne z tematem podrozdziału – jest to mniej więcej pół strony tekstu gdzie wymieniono kilka z determinant akceptacji technologii *per se*;
- Podrozdział wieńczy fragment definiujący akceptację technologii przez lekarzy POZ.

W podrozdziale 2.2. Doktorant zajął się definicją intencji i zachowania. Fragment ten został napisany głównie w oparciu o literaturę z lat 70. lub 80. minionego stulecia co zasadniczo nie

jest wadą w przypadku powoływania się na badania tematyczne prowadzące do powstania modelu (zob. s. 84), ale budzi na pewno duży niedosyt w przypadku definiowania pojęć takich jak intencja lub zachowanie. Na s. 84 Doktorant przywołuje akronimy, które dopiero później wyjaśnia. Zasadą jest najpierw podawanie pełnej nazwy oraz wskazywanie akronimów. Moim zdaniem skoro tematem tego podrozdziału z założenia była relacja pomiędzy intencją a zachowaniem kluczowe modele teoretyczne powinny być omówione w tym właśnie podrozdziale.

Podrozdział 2.3. został zatytułowany „Modele i teorie akceptacji technologii” i temu powinien być poświęcony. Niestety Doktorant wraca do klasycznych modeli teoretycznych związanych z wyjaśnieniem zachowań ludzkich. Na s. 86 Doktorant zaczyna omawiać Model Akceptacji Technologii powołując się na źródło, którego nie ma w bibliografii – jest to doktorat jednego z twórców Modelu Akceptacji Technologii. Dodam przy tym, że za datę oficjalną publikacji modelu przejęto 1989 r. Szkoda, że Doktorant nie postarał się dotrzeć do źródłanego manuskryptu Prof. Davisa z University of Michigan, USA. W analizowanym podrozdziale Doktorant wraca do modeli teoretycznych, które miały wpływ na powstawanie nowej wersji modelu TAM ale nie są one związane z technologiami *per se* (zob. teoria planowanego zachowania). Dla usystematyzowani wiedzy w tym względzie proponuję ogólnodostępną lekturę artykułu: Gromadka, D. (2020). *Modele akceptacji technologii-krytyczna analiza piśmiennictwa*, którego treść jest dość zbieżna z zawartością podrozdziału 2.3. ale zakładam, że Doktorant nie napotkał się na ten artykuł skoro się na niego nie powołał. W przywołanym artykule Autor wskazuje pozycję literaturową Davies (1985), której w pracy doktorskiej nie uwzględniono.

W podrozdziale 2.4. scharakteryzowano aktywności związane z systematycznym przeglądem literatury. Przyjmując, że systematyczny przegląd literatury ma stanowić wartość dodaną i przesłankę samodzielności realizacji prac badawczych doktoranta wydaje się uzasadnionym stwierdzenie, że samo wykorzystanie tej techniki badawczej powinno być oparte na przeglądzie literatury metodycznej uzasadniającej wykorzystanie tej techniki badawczej (teoriopoznawczej). Niestety tak nie jest. Doktorant powołuje się na jedną definicję Prof. Wojciecha Czakona, który bezdyskusyjnie jest autorytetem w zakresie badań jakościowych i nie tylko. Osobiście jednak z uwagi na domyślne znaczenie systematycznego przeglądu literatury dla analizowanej dysertacji zabrakło mi podstawowej pozycji polskojęzycznej w temacie a mianowicie: Lenart-Gansiniec R. (2021), Systematyczny przegląd literatury w naukach społecznych: przewodnik dla studentów, doktorantów i nie tylko, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa. Przegląd literatury dokonano poprawnie.



Zastanawia mnie jednak dlaczego wykluczono z analiz artykuły oparte na metodyce badań jakościowych a włączono materiały konferencyjne i artykuł o charakterze ilościowym opartym na grupie 40 lekarzy (zob. s. 103 Kim i in. 2010). Na s. 106 Doktorant pisze cyt.: W tabeli 2.6. przedstawiono szczegółową analizę czynników...”. Nie wiadomo jednak o jakich czynnikach mowa. Reszta tekstu rozdziału bez uwag.

W podrozdziale 2.5. Doktorant wskazuje rozszerzony model TAM jako teoretyczne ramy badawcze. I taka decyzja nie budzi w zasadzie wątpliwości biorąc pod uwagę wynik systematycznego przeglądu literatury. To co budzi wątpliwości to sposób doboru czynników mających wpływ na decyzje lekarzy POZ do korzystania z teleporad. Na s. 113 Doktorant wypisał 7 czynników komentując to w następujący sposób cyt.: „cztery pierwsze czynniki zostały zidentyfikowane na podstawie systematycznego przeglądu literatury, .. trzy pozostałe... na podstawie narracyjnego. Uwzględnienie dodatkowych czynników wynika z ich potencjalnego wpływu...”. Ten sam Doktorant na s. 72 zwraca uwagę, że narracyjny przegląd stosowany jest wówczas gdy bada się zjawiska niedostatecznie zbadane. To prawda przegląd narracyjny może być w takich sytuacjach stosowany, tak jak i systematyczny, ale powinien być on w poprawny sposób opisany (zob. uwaga dot. Rozdziału 1).

W doborze składników modelu Doktorant bez jakiegokolwiek wsparcia merytorycznego (literatura przedmiotu) dobiera sobie swobodne czynniki do dalszych analiz. Czynniki dobrane są i z przeglądu systematycznego i z narracyjnego i z uwagi na to aby być oryginalnym w badaniach. W nauce zasada jest prosta, zresztą jak w każdym procesie biznesowym: jakość informacji wejściowych determinuje produkt końcowy procesu. Swobodność doboru zatem niepoparta jakimkolwiek wyjaśnieniem merytorycznym (metodyka badawcza / literatura) określa wynik takich prac badawczych. Doktorant może się pomylić w kalkulacjach matematycznych czy statystycznych ale nie może sobie swobodnie żonglować teorią! Doktorat to praca badawcza ujawniająca lub nie umiejętność przeprowadzenia badań własnych opartych na kanonie prac naukowych.

Na s. 113 Doktorant pisze cyt. „W tabeli 2.8. zaprezentowano konstrukt teoretyczny każdego z czynników w modelu badawczym akceptacji teleporad”. Przepraszam ale zupełnie nie rozumiem tego stwierdzenia w kontekście wcześniejszego opisu doboru czynników zawartego na tej samej stronie. Jak już zauważyłam czynników w tabeli 2.8. jest o 1 więcej niż na s. 113. Przy nowym czynniku (wcześniej nie wskazanym) powielona jest bibliografia z poprzednich. I stąd pojawia się kolejne pytanie: skoro ten ostatni czynnik pojawiał się w literaturze, która analizowana była w przeglądzie systematycznym to dlaczego go nie uwzględniono jako efekt przeglądu systematycznego literatury?

W dalszej części doktoratu wskazane są hipotezy z opisem. Z analizy tekstu wynika, że wyznaczono 12 hipotez. W recenzowanych do tej pory Doktoratach dopuszczano maksymalnie 2-3 założeń badawczych, a następnie je zoperacjonalizowano poprzez hipotezy badawcze.

W tabeli 2.9 opisanej jako opracowanie własne Doktorant w zasadzie skopiował Tabelę 1 z artykułu Walczak, Gierszewska i Bitkowska 2022. Stwierdzenia w niektórych przypadkach zostały przypisane do innych czynników, ale w zasadzie wiele w niej nie zmieniono. Z tej przyczyny nieuzasadnionym jest stwierdzenie, że jest to opracowanie Doktoranta. Pod Tabelą powinno znajdować się konkretne źródło z którego korzystał z dokładnymi stronami. Następujące czynniki mają identyczną operacjonalizację jak w ww. artykule:

- Postrzeganie użyteczności teleporad;
- Postrzegana łatwość korzystania z systemu teleporad;
- Postrzegana interakcja z pacjentem;
- Autonomia decyzyjna;
- Poczucie własnej skuteczności;
- Wpływ społeczny;
- Wizerunek;
- Zamiar korzystania z teleporad.

Wskazany artykuł załączam do niniejszej recenzji (zob. zał. 1).

Korzystanie z wcześniej skonstruowanych narzędzi badawczych innych autorów / badaczy nie jest czymś zakazanim czy nie prawidłowym. W wielu przypadkach jest to wręcz prawidłowy zabieg. W tym jednak przypadku Doktorant do s. 118 prowadził dyskurs pracy tak, jakby zmierzał do samodzielnego opracowania narzędzia badawczego na podstawie systematycznego przeglądu literatury przedmiotu. Później dołączył przegląd narracyjny oraz inne przesłanki wyboru czynników wpływających na decyzję lekarzy POZ o wykorzystaniu teleporady. W efekcie skorzystał z operacjonalizacji wybranych czynników dokonanej przez Walczak, Gierszewska i Bitkowska 2022. Pozycji, która z uwagi na kryteria systematycznego przeglądu literatury nie ujawniła się jako jej efekt. Co nie dziwi bo z logicznego punktu widzenia nie mogła się ona nawet pojawić (pomijając inne kryteria) ponieważ wskazany artykuł został opublikowany w roku 2022 czyli w rok po przeprowadzonych badaniach ankietowych na które powołuje się Doktorant w swojej pracy cyt. s. 123 „Badanie ankietowe zostało zrealizowane we współpracy z firmą zewnętrzną... W badaniu brało udział 24 ankietowanych. Dane badawcze pozyskano w dn. 26.08-14.09.2021 r. techniką ..”. Kontrola jakości tego badania nastąpiła w

roku 2021 (zob. s. 124). Analiza treści wskazuje zatem na to, że operacjonalizacji konstruktu dokonano na podstawie nieistniejącego artykułu.

Rozdział 3 zatytułowany został „*Procedura i metody empirycznej analizy modelu akceptacji teleporad*” inicjuje dwu-akapitowy wstęp. Moim zdaniem zbędny. W rozdziale 1 też się pojawia taki wstęp, w Rozdziale 2 nie pojawia się, a w Rozdziale 3 ponownie został uwzględniony. Takie rozwiązanie powinno być jednolite w całej pracy.

Podrozdział 3.1. zatytułowany „Charakterystyka oraz opis procedury badania ilościowego. Na stronie 123 Doktorant stwierdza, że cyt. „Kwestionariusz ankiety został przetestowany w ramach projektu pt. *Model pracy zdalnej...*”. Nie do końca rozumiem taki zabieg bowiem stwierdzenia ankietowe zostały zaczerpnięte z ankiety wykorzystanej przez Walczak, Gierszewska i Bitkowska 2022. Do czego zatem doprowadził ten zabieg i czemu on służył w kontekście analizowanej pracy doktorskiej? Opis tego pilotażu wymaga nie tylko uzasadnienia ale i lepszej charakterystyki. Co bowiem oznacza N=1 lub N=3? Na jakiej próbie stosowany już w badaniach arkusz ankiety weryfikowano?

Nie wnoszę uwag do doboru próby oraz przeprowadzenia badania opisanego w dalszej części podrozdziału bowiem badanie zostało zaplanowane przez zespół badawczy pracujący w ramach projektu „*Model pracy zdalnej dla placówek służby zdrowia zapewniających ciągłą opiekę zdrowotną w warunkach ograniczonej mobilności społecznej*”, a zrealizowane przez firmę zewnętrzną ASM Research Solutions Strategy co jest zabiegiem spotykanym w tego typu projektach. Nie wnoszę też uwag do wyboru metod analizy danych ilościowych bowiem domniemam, że z uwagi na specyfikę wskazanego projektu badawczego dobór ten był efektem decyzji zespołowej, a nie jednostkowej. Tak wynika z dyskursu opisu procedury badawczej. Zakładam, być może błędnie, że Pan dr Tomasz Napiórkowski był członkiem zespołu projektowego, a przy okazji czuwał nad poprawnością analiz statystycznych przeprowadzonych w niniejszej pracy doktorskiej. Bardzo chciałabym wiedzieć czym różni się zakres analiz przeprowadzonych we wskazanym projekcie od tych przeprowadzonych w niniejszej pracy doktorskiej zwłaszcza, że Doktorant w zespole (co jest naturalnym efektem prac projektowych) ma następujące publikacje:

- “Organizational e-Health Readiness: How to Prepare the Primary Healthcare Providers’ Services for Digital Transformation” Kruszyńska-Fischbach Agnieszka, Sysko-Romańczuk Sylwia, Napiórkowski Tomasz M. [i in.], *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, vol. 19, nr 7, s.1-22. DOI:10.3390/ijerph19073973

Podrozdział 3.3. zatytułowano „Charakterystyka oraz opis procedury badania jakościowego”. W analizowanym fragmencie dysertacji Doktorant pisze uzasadniając dołączenie badań jakościowych (wywiadów) cyt. „Choć metoda ilościowa umożliwia weryfikację modelu teoretycznego, ma ona pewne ograniczenia..”. Całkowicie się z tym stwierdzeniem zgadzam. Jednakże pragnę równocześnie zauważyć, że stworzony przez Doktoranta model nie ma charakteru teoretycznego. Jest on semi-teroretyczny. Powołując się na wcześniejsze fragmenty analizowanej dysertacji 4 czynniki pochodzą z systematycznego przeglądu, 3 z narracyjnego (właściwego dla metodyki jakościowej), a dobór 8 czynnika jest w zasadzie przypadkowy. Proponuję pogłębić wiedzę tematyczną m.in. o publikacje Pani Profesor Beaty Glinki, Pana Profesora Wojciecha Czakona lub Pana Profesora Łukasza Sułkowskiego.

W dalszej części dysertacji Doktorant opisuje ewaluację narzędzia badawczego (kwestionariusza wywiadów). Pilotażu dokonano w oparciu o rozmowę z 1 osobą i z grupą doktorantów Wydziału Zarządzania Politechniki Warszawskiej. Zauważyć należy, że konsultacji narzędzia badawczego powinno się dokonać na grupie zbliżonej do potencjalnych respondentów. Znowu zachęcam do lektury literatury związanej z przeprowadzaniem badań jakościowych.

Badania zasadnicze - wywiady, przeprowadzono na grupie 6! respondentów. I choć w badaniach jakościowych nie chodzi o ilość to jednak dobór respondentów powinien być starannie uzasadniony i zaplanowany. Powinien on odzwierciedlać specyfikę POZ w Polsce. Niestety za wyjątkiem powszechnie znanych specyfik Doktorant w niedostatecznym stopniu poznał środowisko swoich badań. Wywiady z uwagi na specyfikę polskiego POZ powinny być przeprowadzone z:

- Lekarzami różnej specjalizacji lub bez (specyfika zatrudnienia) – kryterium spełnione przez Doktoranta;
- Lekarzami w różnych POZ (duże, średnie, małe, sieci i pojedyncze POZ) – nie wiadomo czy spełnione;
- Lekarzami w różnym wieku (specyfika starzejącej się populacji lekarzy) – nie wiadomo czy spełnione;
- Lekarzami pracującymi w różnych lokalizacjach (aglomeracje, duże miasta, średnie miasta, małe miasta i wsie) – częściowo spełnione;
- Region – oddalenie od aglomeracji, specyfika populacji pacjentów (wiek) – spełnione w minimalnym stopniu (mapa rozkładu terytorialnego lekarzy);
- Poziom zaawansowania we wdrażaniu nowoczesnych technologii POZ.

Kryterium własności zastosowane przez Doktoranta moim zdaniem nie ma tu większego znaczenia bowiem placówki POZ świadczą usługi dla społeczności finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia, a więc z natury rzeczy funkcjonują w sektorze publicznym. Polecam lekturę publikacji m.in. Pani Profesor Aldony Frączkiewicz-Wronki, a jednocześnie zwracam uwagę na to, że Doktorant wspomina o tym na s. 138. Pragnę przy tym podkreślić, że wywiady są jedynym samodzielnie realizowanym etapem badania na jakie powołuje się Doktorant w swojej dysertacji. Przeprowadzenie wywiadu na większej i dopasowanej do specyfiki polskiego systemu POZ sprzyjałoby dalszemu wnioskowaniu i ocenie samodzielności Doktoranta. Dobór respondentów wywiadu nie ujawnia dobrej znajomości uwarunkowań systemu Doktoranta.

Rozdział 4 pracy doktorskiej został zatytułowany „*Determinanty akceptacji teleporad przez lekarzy POZ – wyniki badań empirycznych*”. W tym rozdziale brak jest wstępu o którym wspominałam wcześniej. W podrozdziale 4.1. pobieżnie scharakteryzowano podmioty POZ oraz lekarzy POZ. W podrozdziale 4.2. opisano próbę badawczą badań ilościowych ankietowych realizowanych w ramach wspomnianego wcześniej projektu. Zakładam, że wielkość próby musiała być reprezentatywna z uwagi na wymagania projektowe bo przecież Doktorant samodzielnie nie przeprowadzał badań ani też nie konstruował ankiety. W kolejnym podrozdziale tj. 4.3. dokonano analizy czynnikowej, a w podrozdziale 4.4. analizy statystycznej modelu pomiarowego i strukturalnego. Rozdział 4.5. dedykowano weryfikacji hipotez. Rozdział 4.6. nazwano dość enigmatycznie „*Analiza treści wywiadów i triangulacja danych ilościowych i jakościowych – ewaluacja modelu akceptacji teleporad*”. Zupełnie nie rozumiem tego konstruktów myślowego. Skoro weryfikacji hipotez dokonano na podstawie analiz statystycznych (potwierdzenie lub zaprzeczenie założeniom badawczym,) a badania jakościowe miały służyć „pogłębieniu wiedzy tematycznej”. To w jakim celu konfrontowano te badania? Niepoprawnie moim zdaniem użyto tu terminu triangulacja ponieważ w treści podrozdziału triangulacja nie występuje. Prowadzona przez Doktoranta narracja jest czasami zaskakująca np. zob. s. 169 „podczas wywiadów przeprowadzonych z lekarzami po zakończeniu pandemii...”. Wywiady przeprowadzone zostały w roku 2024! Jaki jest cel wracać w ich opisie do czasów pandemii? Tabelę 4.14 nazwano „Triangulacją wyników badań” a jest to zwykłe zestawienie wyników badań ilościowych i jakościowych. Zresztą Doktorant sam tak nazywa tabelę na s. 181. Nie wiem czemu miał służyć zabieg skonstruowania i zamieszczenia tej obszernej tabeli w tekście dysertacji, ale moim zdaniem nic on nie wniósł nowego do pracy.

Rozdział 5 zatytułowany „Dyskusja wyników badań” jest rozdziałem który z założenia ma konkludować przeprowadzone badania. Z premedytacją unikam terminu „przez Doktoranta” bowiem badania ankietowe są wynikiem projektu zespołowego, a nie są badaniami Doktoranta.

Dodam przy tym, że w kontekście tego, iż analizowana dysertacja jest ewidentnie skorelowana z pracą zespołu projektowego podstawowym załącznikiem do niej powinna być deklaracja każdego członka zespołu o udziale w poszczególnych etapach projektu. Bez takiej szczegółowej informacji praca nie powinna być dopuszczona do dalszego procedowania (etap recenzji i następujące). Jest to zabieg stosowany od lat przy okazji wspólnych projektów badawczych i wspólnych publikacji. Nie jest bowiem niczym nadzwyczajnym, że w efekcie pracy zespołowej powstaje doktorat członka zespołu. Przedmiotowa Ustawa przewiduje takie rozwiązanie. Natomiast jeśli takie było zamierzenie to udział tej osoby powinien być skrupulatnie, ewidentnie i systematycznie mierzony i udokumentowany. Taka dokumentacja powinna być załącznikiem dysertacji.

Schemat procedury badawczej (pełnej) który zidentyfikowałam na podstawie analizy treści dysertacji jest następujący:

- Konceptualizacja badań w ramach projektu „*Model pracy zdalnej dla placówek służby zdrowia zapewniających ciągłą opiekę zdrowotną w warunkach ograniczonej mobilności społecznej*” – Doktorant dołączył, ale nie wiemy jaki miał udział. Praca zespołowa.
- Doktorant przeprowadza przegląd narracyjny co wg kanonów metodyki badawczej przeglądem narracyjnym nie jest. Praca indywidualna.
- Doktorant przeprowadza systematyczny przegląd literatury. Praca indywidualna.
- Doktorant wybiera 7, a w zasadzie 8 czynników do modelu. Swobodny dobór Doktoranta).
- Czynniki zostają zoperacjonalizowane w oparciu o art. Walczak, Gierszewska i Bitkowska 2022.
- Powstaje narzędzie badawcze - ankietę. Zakładam, że jest to praca zespołowa w ramach ww. projektu gdyż ankietę ma większy zakres niż zestaw czynników które chce badać Doktorant.
- Firma zewnętrzna przeprowadza badania i gromadzi dane.
- Zespół analizuje dane w ramach projektu. Doktorant jest częścią tego projektu.
- Doktorant decyduje się po 3 latach na wywiady z lekarzami POZ cyt. s. 132 „Wywiady z respondentami zostały przeprowadzone od 8 marca 2024 r. do 26 maja 2024”. Dodam, że w zasadzie w przededniu oddania doktoratu do oceny. Robi to aby uzasadnić podejście mieszane. Wywiad przeprowadza z 6 lekarzami POZ. Dobór swobodny w



zasadzie. Wywiady powinny być przeprowadzone w uzupełnieniu badań ankietowych – jeśli było takie zamierzenie, a nie 3 lata po.

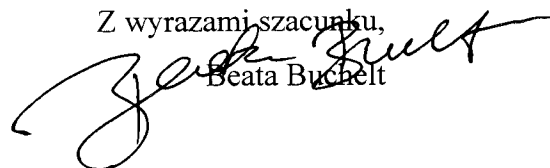
— Doktorant wnioskuje.

Uwagi jakie zawarłam w poszczególnych częściach niniejszej recenzji oraz konstatacja odnosząca się do procedury badawczej zawarta powyżej sprawia, iż nie podejmuję się oceny wniosków z badań Doktoranta.

Konkluzja

Biorąc pod uwagę poszczególne elementy oceny, pragnę wyrazić jednoznaczną opinię, że recenzowana rozprawa doktorska autorstwa mgr-a Dariusza Kozakiewicza nie stanowi oryginalnego rozwiązania problemu naukowego, Doktorant legitymuje się podstawowym zakresem wiedzy teoretycznej z zarządzania oraz nie wykazał się umiejętnością samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Tym samym nie zostały spełnione wymogi sformułowane 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.). Wnoszę tym samym do Rady Naukowej Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości Politechniki Warszawskiej o niedopuszczenie mgr-a Dariusza Kozakiewicza do obrony.

Z wyrazami szacunku,


Beata Buchelt