

dr hab. Igor Borkowski prof. UWr
Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej
Uniwersytet Wrocławski

**Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Janiny Kulińskiej
„Wizerunek wrocławskich szpitali publicznych w opinii pacjentów”
napisanej pod kierunkiem dr. hab. Andrzeja M. Fala prof. nadzw. oraz
promotorstwem pomocniczym dr Jolanty Grzebieluch
w Zakładzie Organizacji i Zarządzania Katedry Zdrowia Publicznego
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

Przedstawiona do recenzji praca obejmuje istotne i poznawczo wartościowe zagadnienie, jakim jest wartość wizerunku instytucji i organizacji połączona z obszarem badań dotyczących wyraźnego i jednoznacznie wyodrębnionego w systemie gospodarczym zakresu instytucjonalnego – ochrony zdrowia. Wzięcie na warsztat badawczy ważnego społecznie, ale i jako gałąź gospodarki zakresu ochrony zdrowia w jej instytucjonalnym ukształtowaniu zasługuje na zainteresowanie i samo w sobie stanowi argument za przyjęciem takiego obiektu badań jako wartościowego i przydatnego poznawczo. Tematyka pracy kwalifikuje się do szerokiego nurtu badań nad komunikacją społeczną, tożsamością i wizerunkiem, komunikacją marketingową. Z natury rzeczy jest też związana z aktywnościami podmiotów badanych w obszarze marek trudnych. Istotną zmienną jest tu także kontekst kulturowy, antropologiczny i psychologiczny, który w sposób niezwykle wyraźny ciąży na budowaniu wizerunku, zarządzaniu nim i ewentualnym korygowaniu.

1. Konstrukcja pracy, zagadnienia formalne i warsztatowe, zakres badań, obszary poznawcze

Doktorantka podzieliła pracę na sześć rozdziałów zasadniczych plus wyodrębniony nienumerowany Wstęp. Struktura pracy jest wyraźna i funkcjonalnie uzasadniona. Autorka najpierw przedstawia informacje związane z polskim systemem opieki zdrowotnej, kształtowaniem się systemu opieki zdrowotnej w Polsce, opiniami Polaków na temat

funkcjonowania tego systemu, rolą pacjenta w systemie, modelami komunikacji lekarz-pacjent oraz wyodrębnionym w podrozdziale przykładem instytucjonalnego rozwiązania systemowego: Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej.

W rozdziale drugim, który łączy w sobie dociekania dotyczące wizerunku (placówki medycznej) z refleksją nad kapitałem strategicznym firmy, Doktorantka omawia proces urynkwienia opieki zdrowotnej w Polsce, działalność promocyjną, specyficzne wartości dotyczące postrzegania wizerunku jako takiego oraz kwestie związane z zarządzaniem wizerunkiem podmiotu leczniczego.

W rozdziale trzecim przedstawione zostały cele i metodyka badań własnych. Niefunkcjonalne wydaje się, że dopiero tutaj (s. 62 i n.) czytelnik dowiaduje się, jaki jest cel pracy jako całości. Są to informacje, które powinny się znaleźć wyraźnie wyeksplikowane już na początku całej rozprawy, a tu mogą się one skupiać na przedstawieniu oczekiwanych celów badań własnych. W rozdziale tym otrzymujemy już jakąś część danych badawczych, obrazujących respondentów – pacjentów szpitali, a w dalszej kolejności wizytówki samych badanych instytucji. Takie ułożenie materiału wydaje się niefunkcjonalne. Byłoby czytelniej, gdyby najpierw omówić cele i metody badania oraz scharakteryzować instytucje (domyślnie: także grupy pacjentów), a dopiero w kolejnym rozdziale zająć się referowaniem wyników jakichkolwiek badań własnych.

Rozdział czwarty przynosi ciąg dalszy referowania wyników badań, które następnie Autorka omawia oraz poddaje krytycznej analizie w rozdziale piątym.

Rozdział szósty zawiera enumeratywnie sformułowane wnioski z pracy (rekomendacje). Całość uzupełniają: streszczenie w wersji polskiej i angielskiej, spisy wykresów, tabel oraz zestaw załączników. Praca nie zawiera klasycznie rozumianej bibliografii, w części nazwanej „Piśmiennictwo” znajdujemy przypisy do tekstu. Ich usytuowanie w formie wylistowanej na końcu pracy i jednocześnie stosowany w tekście głównym tradycyjny zapis nie pomagają w lekturze tekstu.

Takie ukształtowanie pracy jest jednak generalnie poprawne, zrównoważone, część teoretyczna stanowi dobre wprowadzenie do dalszych dociekań i prac badawczych własnych. Doktorantka trafnie wskazała zaplecze teoretyczne, łącząc informacje dotyczące systemu opieki zdrowotnej z kontekstem gospodarczym, kapitałowym, komunikacyjnym i wreszcie zarządczym. Wszystko to znajduje odzwierciedlenie i dobrze tłumaczy się w części badawczej, w której znajdują się rezultaty badań z tych właśnie poziomów: respondentami byli bowiem nie tylko sami pacjenci (jak mogłaby sugerować konstrukcja tytułu pracy!), ale także osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie i organizację zakładów opieki zdrowotnej czy

środowiska dziennikarskiego. Można się domyślać, że ta ostatnia grupa ma tutaj niejako podwójny status – z jednej strony pojawia się jako lustro i probierz skutecznej aktywności komunikacyjnej placówek ochrony zdrowia, z drugiej w jakiejś mierze pokazuje świadomość i jakość wizerunku tych placówek wśród (potencjalnych) pacjentów.

2. Metody analityczne i dobór materiału teoretycznego do pracy

Praca została przygotowana w sposób nie budzący większych zastrzeżeń, jeśli chodzi o dobór materiału i metod badawczych. Jej konstrukcja pozwala się zorientować w obszarach, do których sięga Doktorantka, a tekst Wstępu instruktywnie pokazuje, że ma świadomość tak, a nie inaczej dobranych prób badawczych. Upomnę się znów o relacje między tytułem rozprawy a jej zawartością, która jest znacznie szersza niż to, co zapowiada sam tytuł. Z oczywistych względów pierwsza część pracy dotyczy zagadnień teoretycznych związanych z kształtowaniem się i funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej. W mojej ocenie nie budzi też wątpliwości fakt, że Autorka sporo miejsca poświęca kontekstowi historycznemu, w tym ukształtowaniu systemu służby zdrowia w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Wydaje się, że okres ten bardzo mocno rzutuje i bardzo wyraźnie obciąża świadomościowo (i nie tylko) wyzwania, które pojawiają się przed współczesnym systemem ochrony zdrowia w Polsce. Niedosyt pozostawia w mojej ocenie decyzja, by bardzo skrótowo potraktować zagadnienia formalnoprawne i gospodarcze związane z aktualnym statusem systemu ochrony zdrowia w Polsce (trudno się zgodzić z Autorką, że stan zaprowadzony ustawą w lipca 2011 roku jest ostateczny i w ciągu mijającej niemal dekady nic się w ustroju systemu ochrony zdrowia nie zmieniło). Byłoby też dobrze, by w tej części pokazać kluczową dla całości pracy perspektywę regionalną, wszak praca ostatecznie dotyczy kontekstu wrocławskiego, który musi być jakoś specyficzny także w porównaniu do całości systemu ochrony zdrowia, systemu placówek ochrony zdrowia, kwestii właścicielskich, poziomu finansowania, dostępności regionalnej dla pacjentów i konkurencyjności w regionie i ponadregionalnie. Kolejne składowe teoretyczne dotyczą kwestii wizerunku, jego kształtowania, komunikowania i zarządzania nim, a także praktycznych aspektów komunikacyjnych takich jak relacje lekarz-pacjent, kreowanie wizerunku narzędziami public relations (wraz ze szczegółowym odniesieniem do poszczególnych typów narzędzi PR zarówno praktycznych, jak i pomiarowych), zarządzania komunikacją i zarządzania kryzysowego w obszarze informacyjnym oraz wizerunkowym.

Część pierwsza pracy (rozdział 1 i 2) wymagałyby w mojej ocenie pewnych korekt konstrukcyjnych. Dotyczyłyby one po pierwsze w rozdziale pierwszym usytuowania zagadnień, które stanowią jednak odrębną całość i nie mieszczą się w zakresie charakterystyki polskiego systemu opieki zdrowotnej. Graniczne są tu omawiane przez Doktorantkę zagadnienia związane z opiniami Polaków na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej (niezwykle stałe, ale też labilne, bardzo mocno związane i mocno odnoszące się do bieżącej sytuacji społeczno-ekonomicznej, politycznej i kreowanej przez media, szczególnie w odniesieniu do manipulacji wizerunkiem poszczególnych grup zawodów, wizerunkiem społecznym oraz statusem społeczno-ekonomicznym grup uprzywilejowanych, a za taką grupę można uznać lekarzy). Podobnie – uwaga druga - rzecz ma się z omawianymi w tym rozdziale modelami komunikacyjnymi lekarz-pacjent, które oczywiście mają fundamentalny wpływ na kształtowanie się wizerunku zawodu, profesjonalizacji tegoż oraz w konsekwencji na wizerunek systemu (w tym instytucji szpitala jako takiego). Niemniej powinny się one znaleźć w osobnym rozdziale, który pokazywałby właśnie tę holistyczną, antropologiczną perspektywę budowania wizerunku poprzez konteksty społeczne, konstrukty i stereotypy, skrypty komunikacyjne itd. Rozdział drugi wymagałby jeszcze pewnej refleksji i wyraźnego zadeklarowania ze strony Autorki co do kategorii wizerunku i tożsamości, w pewnych momentach są one płynne, a ich odgraniczenie wydaje się konieczne (np. w rozdziale 2.4 i tu 2.4.1.1).

Ponieważ praca w części praktycznej będzie się odnosiła także do wątków praktyki medialnej i czerpała z ustaleń badawczych związanych z ewaluacją aktywności komunikacyjnej placówek ochrony zdrowia przez reprezentantów środowiska dziennikarskiego, dobrze byłoby – a tego w pracy brakuje – wskazać wcześniej poprzez refleksję nad zawartością mediów, jak jest kształtowany i jak ostatecznie wygląda wizerunek placówek ochrony zdrowia w mediach. Byłoby to o tyle celowe, a jednocześnie o tyle wykonalne, że rozprawa dotyczy jednorodnego zespołu przykładów, które można byłoby odnieść do badań prowadzonych na przykładzie mediów regionalnych, nawet nie trzeba byłoby tu sięgać do zasobów mediów ogólnokrajowych.

W części teoretycznej Doktorantka dobrze dobrała literaturę przedmiotu, korzystając w zasadzie z tych publikacji, które są w aktualnym obiegu naukowym w Polsce. Wskazałbym tu na dwie słabości tak dobranej i operacjonalizowanej literatury przedmiotu. Pierwszą z nich jest mimo wszystko odnoszenie się do ogólnych opracowań, pewnej „klasyki gatunku”: datowanych na pierwszą połowę drugiej dekady XXI wieku. Bardzo rzadko Autorka wzbogaca tę literaturę analizami bieżącymi, szczególnie z zasobów profesjonalnych,

monitoringu danych medialnych, raportów środowiskowych. W części tej nie pojawia się też istotna dla budowania i kontrolowania wizerunku kwestia mediów społecznościowych (w takim wymiarze, który realnie byłby odpowiedni do ich roli), w dalszym ciągu – uwidocznione jest to w literaturze przedmiotu, która w latach 2017-2019 bardzo wyraźnie wzbogaciła się o obszar refleksji dotyczących hejtu w sieci, tożsamości i anonimowości w sieci, działań opierających się na fake newsach oraz weryfikowania informacji. Szczególnie to ważne, gdy weźmie się pod uwagę, że w samych badaniach ankietowych pacjenci wskazują internet jako główne źródło informacji o ochronie zdrowia w Polsce. Druga kwestia to nierównomierność doboru i odniesienia się do literatury przedmiotu ze źródeł innojęzycznych. Doktorantka udowodniła, że ma kompetencje i świadomość ich wagi (oraz orientację w takich źródłach), gdyż w części dyskusji nad wynikami badań własnych dobiera liczne i instruktywne przykłady z literatury fachowej anglojęzycznej. Bardzo dobre byłoby uzupełnienie także części teoretycznej o tego typu źródła lub chociaż zasygnalizowanie, że się przeglądu źródeł dokonało (choćby w perspektywie narastającej świadomości praw pacjenta oraz postaw roszczeniowych w tym względzie). Wydaje mi się bowiem, że w wielu sytuacjach komunikacyjnych i wizerunkowych wyzwania, przed którymi stoją placówki polskiego systemu ochrony zdrowia, mogłyby znaleźć ciekawe rozwiązanie w literaturze światowej.

3. Empiryczne badania własne

Zdecydowanie najmocniejsza (co zrozumiałe i dla pracy właściwe) jest część poświęcona przedstawieniu badań własnych Doktorantki. Świadomie tak o tym piszę, gdyż nie mam na myśli wyłącznie referowania wyników tych badań, ale też właśnie same badania: ich przygotowanie, metodyczne skonstruowanie narzędzi badawczych oraz zaplecza formalnego i instytucjonalnego, które pozwoliło na ich przeprowadzenie wśród licznej grupy pacjentów. Doktorantka nie prowadzi badań z zakresu nauk społecznych, które wymagają doboru reprezentatywnej próby, stąd nie zajmuję się kwestią reprezentatywności i miarodajności wyników. W mojej ocenie badania wizerunkowe mogą mieć charakter sondażowy i nie muszą gwarantować pełnej reprezentatywności próby i wyników. Nie rzutuje to na ich zasadność.

Doktorantka przebadala pacjentów ośmiu wrocławskich szpitali. Przygotowała czytelne, sensowne i bogate badanie ankietowe, które udało jej się zrealizować podczas badań terenowych (samo w sobie jest to wartościowe doświadczenie badawcze dla Piszącej).

Nie czas, by dyskutować nad samą konstrukcją ankiety, niemniej warto zasugerować na przyszłość przemyślenie konstrukcji niektórych pytań w taki sposób, by miały one lepsze odniesienie do powszechnej praktyki badań wizerunkowych, w których istotną zmienną jest kontrola relacji między komunikacją a autowizerunkiem. Wtedy zawsze lepiej postarać się, by nie pojawiała się zmienna, która np. narzuca pewne odpowiedzi jako takie, które w ocenie odpowiadającego postawią go w lepszym świetle, zbudują lepszy jego wizerunek. W części analitycznej dotyczącej wyników ankiety wśród pacjentów taka refleksja byłaby bardzo przydatna. Może ona sprawiać wrażenie trudnej do ujęcia w rygorach badawczych, ale otwiera pole do szerszej refleksji (dla przykładu: pacjenci relatywnie krytycznie oceniają procedury i nowoczesność sprzętu, którym dysponuje placówka, w której są leczeni – jakie mogą być okoliczności tej krytycznej oceny, jakie są kompetencje i kryteria jej formułowania przez pacjentów; pacjenci deklarują rozpatrywanie wielu zmiennych przy wyborze szpitala, czy w ogóle mieli wpływ na decyzję, gdzie będą leczeni; pacjenci wskazują rodzinę i bliskich jako podstawowe źródło informacji o szpitalu oraz dyskredytują wiarygodność mediów w tym zakresie – dlaczego dzieje się tak, że tak właśnie odpowiadają, UWAGA: rzecz nie w tym, dlaczego tak jest, tylko dlaczego pacjenci mówią, że tak jest).

Część dalsza przedstawia bardzo szczegółowe i przejrzyste opracowane (w ogóle warstwa wizualizacji wyników badań jest godna pochwały) wyniki w ujęciu, które zaskakuje. Zaskakuje, bo wydaje się dla Doktorantki oczywiste i chyba nic niewnoszące, a jest bardzo ciekawym obszarem do analiz. Mam na myśli analizy dotyczące poszczególnych badanych szpitali. Wtedy pojawia się bardzo inspirująca dyferencjacja, której Autorka nie pokazuje w analizach statystycznych (choć starannie uwzględnia w nich metrykalne cechy demograficzne, związane z płcią, wiekiem, wykształceniem). Bardzo pouczający jest przecież rozkład odpowiedzi, który wiąże się z typem schorzeń i z tym, na jakim oddziale pacjent jest leczony (por. s. 95 – w odpowiedziach pacjentki oddziału położniczo-ginekologicznego skupiają się przede wszystkim na kontekście socjalnym relacji z personelem, a pacjenci oddziału kardiologicznego na kompetencjach profesjonalnych – dlaczego tak jest i co z tego wynika).

W dalszej części pracy jest niestety wyraźnie słabiej. Bardzo dyskusyjna jest bowiem ostatecznie część (dwustronicowy fragment) dotycząca II etapu badania – Wyniki badania opinii dziennikarzy na temat współpracy z wrocławskimi szpitalami). W tym fragmencie (s. 116-117) Doktorantka nie przedstawia żadnych wyników badań. W odpowiednim załączniku prezentowany jest wzór rozmowy z potencjalnymi dziennikarzami wraz z licznym zestawem dodatkowych pomocniczych pytań o charakterze sondażowym. Recenzent rad by się

dowiedzieć, jak naprawdę wyglądała ta część badań: ilu dziennikarzy, z jakich redakcji brało w nich udział. Jakie (statystycznie) były wyniki tych badań. Czy w ogóle można było na ich podstawie przygotować miarodajne rozpoznanie tego obszaru badanej problematyki. Tu znów warto byłoby zadać sobie pytanie, jakie są możliwości porównywania tego, co Autorka zbadała w części badań prowadzonych na pacjentach, z tym, co ewentualnie mogliby dostarczyć dziennikarze-respondenci. Badane obszary mają się do siebie nijak lub bardzo luźno są ze sobą związane. W wypadku pacjentów badanie dotyczy jednak zupełnie innego poziomu struktury, jaką jest placówka ochrony zdrowia. Tu zgoda, że badanie innego poziomu ma bardzo istotne znaczenie, bo może poszerzyć ogląd całości. Pamiętajmy jednak, że wcześniej respondenci wykazywali deklaratywnie wysoką nieufność wobec informacji medialnych, a także relatywnie niski stopień wykorzystania informacji medialnych jako źródła wiedzy o szpitalu (oraz bardzo niski stopień wykorzystania komunikacji profesjonalnej – materiały, strona internetowa szpitala – do konstruowania wizerunku placówki). Pojawia się tutaj bardzo ważny problem i wielkie wyzwanie poznawcze oraz praktyczne. Sugeruję, by Autorka w dalszej swojej pracy naukowej i praktycznej podjęła to wyzwanie: jak komunikować do pacjenta i/lub klienta usług medycznych w sytuacji, gdy nie wchodzi on w dyskurs formalny, tylko zapośrednicza konstrukcję wizerunku w sferach nieprofesjonalnych (ale dla niego deklaratywnie wiarygodnych). Fragment, o którym tu wspominam, jest zapewne częścią planu, który Doktorantka miała na początku przygotowywania rozprawy. Niczego w tym zakresie nie udało się pozyskać, ale żal było z pracy usunąć, więc otrzymaliśmy taki trudny do obrony szkic. Na przyszłość radziłbym, by nie bać się śmiałego gospodarowania zgromadzonym materiałem i bez żalu usuwać te fragmenty, które nie wnoszą niczego ważnego.

Znacznie lepiej prezentuje się część dotycząca komunikacji służb profesjonalnych w poszczególnych szpitalach. Widać wyraźnie, że Autorka tym razem dotarła do odpowiednich źródeł, przeprowadziła badanie i mogła na jego podstawie sformułować konkretne wnioski. Całość wyводу praktycznego zamyka bardzo korzystnie niejako dwukrotne podsumowanie. Jego część pierwsza, a więc dyskusja, pokazuje nabycie przez Piszącą umiejętności odwołania się do wyższego poziomu refleksji badawczej i formułowanie wniosków z uwzględnieniem wielu zmiennych. Ta część trafnie dopełnia (przede wszystkim w odniesieniu do badań wśród pacjentów) całość prowadzonego w pracy wyvodu. Gdyby Autorka poddała tę część krytycznej lekturze, zapewne usunęłyby z niej pojawiające się zupełnie niepotrzebnie banały, które sprowadzałyby pracę to tego, że udowadnia ona, że

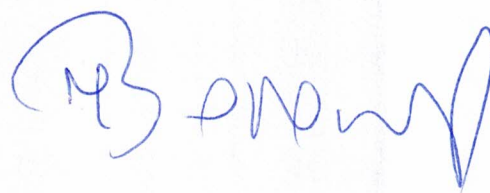
public relations w ochronie zdrowia się rozwija (nie jest takich sformułowań wiele, ale naprawdę warto je z tekstu usunąć).

Bardzo cennym pomysłem są rekomendacje rozpisane jako Wnioski (optowałbym za określaniem ich mianem rekomendacji, co byłoby przejrzyste i poręczne). W sposób jednoznaczny pokazują one, że całość przeprowadzonych badań była zaplanowana świadomie, przyniosła sensowne i instruktywne dane, a także finalnie pozwoliła przygotować funkcjonalne i wartościowe wskazania, które mogą być śmiało przedstawiane jako klucz do poprawy działania komunikacyjnego placówek ochrony zdrowia i stanowić wstęp do budowania wszelkich strategii komunikacji, kreowania i zarządzania wizerunkiem.

4. Podsumowanie

W rozprawie doktorskiej mgr Janiny Kulińskiej spotykamy badaczkę, która gruntownie zapoznała się z zapleczem teoretycznym związanym z komunikacją profesjonalną w systemie otwartej komunikacji społecznej. Praca udowodniła w mojej ocenie, że Doktorantka potrafi świadomie i trafnie sformułować problem badawczy, tezy i hipotezy badawcze, wyszukać i dobrać adekwatne do postawionych pytań narzędzia badawcze, przeprowadzić badanie, omówić wynikające ze zgromadzonych danych wyniki i sformułowań na ich podstawie wnioski.

Przedstawiona do oceny rozprawa doktorska „Wizerunek wrocławskich szpitali publicznych w opinii pacjentów” spełnia stawiane rozprawom doktorskim wymagania. Z pełnym przekonaniem opowiadam się za jej przyjęciem oraz dopuszczeniem mgr Janiny Kulińskiej do dalszych etapów postępowania.



Włodan

24.02.2020