Poznań, 22.12.2025

dr hab. Monika Frąckowiak-Sochańska, prof. UAM

Wydział Socjologii

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Recenzja w sprawie postępowania habilitacyjnego dr Elżbiety Czapki w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie nauk socjologicznych realizowanego na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego

Wstęp

Na recenzentkę dorobku dr Elżbiety Czapki w postępowaniu w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie nauk socjologicznych zostałam powołana na podstawie **Uchwały nr 14/2025 Rady Dyscypliny Nauki socjologiczne Uniwersytetu Gdańskiego z dnia 6 października 2025 r.**

Habilitantka uzyskała stopień doktora nauk humanistycznych w zakresie socjologii w roku 2004. Od roku 2020 pracuje na etacie adiunkta w Instytucie Socjologii, na Wydziale Nauk Społecznych, na Uniwersytecie Gdańskim.

Wniosek habilitacyjny dotyczy osiągnięcia naukowego pt. „Bariery i ułatwienia w dostępie migrantów do opieki zdrowotnej", na które składa się 11 artykułów, opublikowanych w języku angielskim, w latach 2016-2025, których Habilitantka była współautorką.

Analiza całości dorobku naukowego Habilitantki od momentu uzyskania stopnia doktora wskazuje na ciągłość najważniejszych zainteresowań naukowych związanych z problematyką migracji oraz zdrowia migrantów_ek.

Dokument zanonimizowany za pomocą UG DLP Anonimizator, 2026-11-12 09:34:03

Ocena głównego osiągnięcia naukowego

Wartość naukowa artykułów tworzących wskazany cykl publikacji została potwierdzona pozytywnymi recenzjami wydawniczymi, a funkcjonowanie prac współtworzonych przez Habilitantkę w obiegu naukowym potwierdzają wskaźniki cytowani, zatem w mojej ocenie skupię się na analizie spójności cyklu publikacji oraz doniosłości i oryginalności wkładu w rozwój dyscypliny naukowej.

W całym cyklu Habilitantka konsekwentnie ilustruje empirycznie sytuacje, w których pomimo formalnej równości dostępu do świadczeń zdrowotnych, migranci nie korzystają z nich w stopniu wynikającym jedynie z formalnej dostępności, a następnie poszukuje społecznokulturowych barier i czynników ułatwiających dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz informacji na ich temat. Wyniki tych badań mają zarówno wartość poznawczą jak i aplikacyjną na poziomie projektowania rozwiązań zwiększających dostęp migrantów do systemu ochrony zdrowia w kraju przyjmującym.

W cyklu publikacji wyraźnie zaznacza się spójna koncepcja metodologiczna badań usytuowanych w paradygmacie interpretatywnym, prowadzonych zgodnie z zasadami współczynnika humanistycznego oraz analizy fenomenologicznej (artykuły 1-6 i 8-10). Równocześnie Habilitantka udokumentowała swoje doświadczenia w zakresie prowadzenia badań mieszanych (artykuł 11) oraz ilościowych. (artykuł 7). Wkład empiryczny zaprezentowanych artykułów sprowadza się do dostarczania nowej, aktualnej wiedzy w odpowiedzi na bieżące zjawiska i problemy społeczne. Wkład metodologiczny polega na opracowaniu modelu badawczego umożliwiającego pozyskanie danych jakościowych wrażliwych na kontekst międzykulturowy. Relatywnie najmniej uwidoczniony jest wkład teoretyczny. W tym miejscu stawiam zatem pytanie, na które chętnie usłyszałabym odpowiedź podczas rozmowy z Habilitantką – **czy, a jeśli tak, to w jaki sposób Jej dotychczasowy wkład naukowy może posłużyć do budowania własnej koncepcji teoretycznej i/lub podjęcia dyskusji z dotychczasowymi ujęciami teoretycznymi?** Pytanie to może być impulsem do dalszego rozwoju naukowego Habilitantki.

Wszystkie publikacje wskazane w ramach głównego osiągnięcia to artykuły współautorskie (w tym wieloautorskie), co jest wyraźnym sygnałem, że Habilitantka potrafi efektywnie współpracować w międzynarodowych zespołach badawczych oraz publikować, zgodnie z współczesnymi standardami obowiązującymn i w międzynarodowym obiegu naukowym. Równocześnie prace współautorskie nie dają możliwości pełnej oceny

indywidualnego potencjału Habilitantki. Niemniej jednak jasne dla mnie jest, że tematyka podjęta w zaprezentowanych artykułach wymagała pracy w międzynarodowych zespołach (szczegółowej argumentacji dostarczają opisy metodologii badań).

Artykuł pierwszy - *"Where to Find those Doctors?" – A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway* (2016), przygotowany wspólnie z Mette Sagbakken stanowi punkt wyjścia dla całego cyklu, ponieważ Habilitantka z współautorką dystansują się od uproszczonego rozumienia „dostępu do opieki zdrowotnej" jako samej dostępności instytucjonalnej. Odwołując się do ujęcia Penchansky'ego i Thomasa, Habilitantka przyjmuje perspektywę, w której dostęp rozumiany jest jako swoiste dopasowanie pomiędzy pacjentem a systemem opieki zdrowotnej. Tym samym problematyka migrantów wobec systemu opieki zdrowotnej migracji zostaje osadzona nie w logice deficytu jednostki, lecz w relacyjnej przestrzeni interakcji między doświadczeniem migracyjnym a funkcjonowaniem instytucji państwa przyjmującego. Na podkreślenie zasługuje refleksyjność metodologiczna wyrażona w tekście. Transparentny i niepozbawiony krytycznego namysłu opis zastosowanych procedur badawczych w powiązaniu z wglądem w pozycjonowanie osoby prowadzącej badanie w relacji do badanych wzmacnia wiarygodność interpretacji i wpisuje pracę w tradycje dobrych praktyk jakościowych badań z udziałem migrantów_ek. Refleksja nad pozycjonowaniem badaczki daje wyraz świadomości asymetrii władzy i statusu oraz ich wpływu na sytuację badań oraz wyniki.

Drugi artykuł - *Invisible Rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway* (2018), napisany przez Habilitantkę wspólnie z Jennifer Gerwing i Mette Sagbakken, stanowi poszerzenie problematyki zarysowanej we wcześniejszej pracy. O ile pierwszy artykuł diagnozuje szerokie spektrum barier w dostępie do opieki zdrowotnej, o tyle drugi koncentruje się na jednym wymiarze tego dostępu – komunikacji językowej i prawie do korzystania z profesjonalnych usług tłumaczeniowych. Artykuł wpisuje się w międzynarodowy nurt badań nad zdrowiem migrantów, potwierdzając znane ustalenia, że brak kompetencji językowych istotnie ogranicza możliwość korzystania z usług zdrowotnych. Równocześnie jednak artykuł pokazuje, że dostęp do usług tłumaczeniowych nie jest jedynie technicznym ułatwieniem, lecz fundamentalnym warunkiem realizacji praw pacjenta, a w skrajnych sytuacjach – kwestią decydującą o bezpieczeństwie, a nawet życiu chorego. W ten sposób komunikacja zostaje

umieszczona w centrum debaty o jakości i sprawiedliwości systemu opieki zdrowotnej. Szczególnie interesująca poznawczo jest analiza przyczyn nierezerwowania tłumaczy przez personel medyczny. Badania pokazują, że problem ten nie wynika przede wszystkim z barier ekonomicznych czy organizacyjnych, lecz z przekonań i praktyk personelu, który postrzega korzystanie z tłumaczy jako rozwiązanie niepraktyczne lub zbędne. Tym samym rozumienie problemu zostaje przesunięte z poziomu struktur formalnych na poziom świadomości zawodowej i kultury instytucjonalnej. Autorki formułują w tym kontekście tezę: to nie brak narzędzi, lecz niedocenianie znaczenia komunikacji z pacjentem stanowi kluczową barierę w realizacji „niewidzialnych praw" migrantów. W tym miejscu artykuł otwiera także szersze pole interpretacyjne, stawiając pytanie, czy opisywany problem nie jest częścią bardziej generalnego zjawiska marginalizowania komunikacji w praktyce medycznej. Wskazanie na personel pierwszego kontaktu jako „strażników" dostępu do usług tłumaczeniowych przesuwa odpowiedzialność z abstrakcyjnego „systemu" na konkretnych aktorów instytucjonalnych, którzy – jak argumentują autorki – powinni stać się aktywnymi agentami zapewniającymi migrantom bezpieczne i zgodne z prawami pacjenta leczenie.

Podstawę empiryczną trzeciego artykułu cyklu - *"It is always me against the Norwegian system." Barriers and facilitators in accessing and using dementia care by minority ethnic groups in Norway* (2020) stanowi badanie jakościowe obejmujące trzy perspektywy – rodzin z mniejszości etnicznych, przedstawicieli personelu medycznego oraz reprezentantów społeczności imigranckich. Przeprowadzone badania pozwoliły na ujęcie dostępu do opieki nad osobami z demencją jako zjawiska relacyjnego, wielopoziomowego, podtrzymywanego poprzez codzienne praktyki uwarunkowane społecznie, kulturowo i strukturalnie. W tym kontekście ważne jest wykorzystanie perspektywy intersekcjonalnej jako narzędzia interpretacji wyników. Doświadczeń badanych nie da się bowiem zredukować do wpływu pojedynczych zmiennych, takich jak pochodzenie etniczne czy status migracyjny. Ich zrozumienie wymaga analizy interakcji takich zmiennych jak płeć, klasa społeczna, pozycja ekonomicznej oraz odmienne reżimy opieki w kraju pochodzenia i kraju przyjmującym. Takie ujęcie pozwala zrozumieć złożoność sytuacji rodzin migrantów i unika błędu esencjalistycznych wyjaśnień trudności w dostępie do opieki nad osobami z demencją. Równocześnie jednak badania jakościowe mają charakter eksploracyjny i wiążą się z istotnymi ograniczeniami w analizowaniu interakcji zmiennych w ramach modelu intersekcjonalności (uwaga ta dotyczy także pozostałych uwzględnionych w cyklu badań jakościowych wykorzysujących perspektywę intersekcjonalnoości). Habilitantka daje jednak

wyraz świadomości tych ograniczeń w sekcjach „Research limitatations". W omawianym artykule, podobnie ja w dwóch poprzednich Habilitantka analizuje własną pozycję badawczą, negocjowaną się pomiędzy rolą insiderki i outsiderki. Jednocześnie tekst otwiera pole do dalszej, pogłębionej dyskusji nad granicami refleksyjności w badaniach z zakresu socjologii zdrowia i medycyny. W szczególności można postawić pytanie, **czy refleksja nad pozycjonowaniem badacza_ki nie powinna również obejmować osobistych doświadczeń związanych ze zdrowiem własnym lub bliskich osób, które – choć trudne do artykulacji z powodów etycznych i związanych z wrażliwością danych – mogą wpływać na interpretację materiału empirycznego.** Uwaga ta ma charakter ogólny i odnosi się szerzej do subdyscypliny socjologii medycyny, a nie do ograniczeń konkretnego badania przedstawionego w omawianym artykule. Jestem ciekawa refleksji Habilitantki na ten temat. W warstwie empirycznej artykuł wnosi ustalenia dotyczące późnego zgłaszania się rodzin po pomoc, często wynikającego z przekonania, że utrata pamięci jest naturalnym elementem starzenia się. Niewystarczająca wiedza o demencji nie jest jednak czynnikiem specyficznym wyłącznie dla migrantów, lecz nabiera szczególnego znaczenia w kontekście migracyjnym, gdzie ograniczony dostęp do informacji, bariery językowe i kulturowe wzmacniają opóźnienia w korzystaniu z usług. Ciekawe poznawczo są także ustalenia dotyczące roli religijności, zwyczajów żywieniowych (w tym społecznokulturowej roli jedzenia) oraz zróżnicowanych kulturowo wzorów zaangażowania rodziny w opiekę, wskazując na potrzebę bardziej elastycznych i kulturowo adekwatnych form opieki.

Czwarty artykuł - *Challenges related to providing care for parents with dementia across borders* (2020), rozwija wątki opieki w ujęciu transnarodowym. Perspektywa intersekcjonalna będąca wspólną ramą łączącą artykuły 3 i 4 kieruje uwagę na to, w jaki sposób interakcja płci, klasy społecznej oraz reżimów opieki w kraju pochodzenia i kraju przyjmującym różnicuje wyzwania związane z opieką nad rodzicami z demencją. Tekst ten ukazuje koszty transnarodowej opieki, ponoszone przez migrantów_ki w wymiarze zdrowotnym, ekonomicznym i zawodowym. W artykule zwrócono uwagę na brak adekwatnych regulacji – zarówno krajowych, jak i międzynarodowych – które umożliwiałyby łączenie ról opiekuńczych z innymi zobowiązaniami życiowymi. Polemicznie można zauważyć, że postulaty zmian powinny być rozpatrywane sekwencyjnie: od wzmocnienia rozwiązań systemowych na poziomie krajowym, po stopniowe ujednolicanie regulacji w szerszych strukturach, takich jak Unia Europejska. Nie osłabia to jednak trafności diagnozy

dotyczącej strukturalnego niedopasowania istniejących systemów do realiów transnarodowego życia migrantów.

Piąty artykuł - *"Good Care Means that you Make People Happy"* (2022), wskazuje, że „dobra opieka" nie jest kategorią jednoznaczną, lecz rezultatem stałego negocjowania pomiędzy rodziną, instytucją i samym pacjentem. Szczególnie istotne jest wskazanie na zasadność elastycznych, hybrydowych modeli opieki, łączących wsparcie instytucjonalne z zaangażowaniem rodziny, jako rozwiązań najlepiej odpowiadających progresywnemu charakterowi demencji, równocześnie pozwalających uwzględniać zróżnicowane kulturowo i pokoleniowo wzory relacji rodzinnych i osadzone w ich ramach normy dotyczące opieki. W artykule pojawia się postulat opieki skoncentrowanej na pacjencie, choć w moim przekonaniu treść artykułu skłania raczej do sformułowania postulatu opieki skoncentrowanej na pacjencie i jego relacjach ze środowiskiem społeczno-kulturowym. Łącznie artykuły trzeci, czwarty i piąty wykazują spójność konceptualną: od analizy barier dostępu do opieki nad osobami z demencją, przez badanie transnarodowych praktyk opiekuńczych, po refleksję nad kulturowo negocjowanymi kategoriami dobrej opieki.

Artykuły szósty, siódmy i ósmy tworzą blok tematyczny poświęcony doświadczeniom migrantów w czasie pandemii COVID-19, który wiąże się jednak z wcześniejszymi publikacjami w ramach cyklu habilitacyjnego. W pracach tych wypracowany wcześniej model analityczny uwzględniający: dostęp i dostępność, komunikację, relacje z instytucjami oraz nierówności strukturalne został przeniesiony w nowy, dynamiczny kontekst kryzysu wynikającego z pandemii. Badania będące podstawą artykułów 6-8 zostały zrealizowane już w pierwszych miesiącach pandemii, co świadczy o zdolności szybkiego reagowania badawczego oraz o umiejętności rejestrowania procesów społecznych *in statu nascendi*. Co ważne, artykuły 6-8 nie są wyłącznie pracami deskryptywnymi, gdyż wnioski formułowane na podstawie przeprowadzonych badań stały się podstawą rekomendacji dalszego zarządzania sytuacją kryzysową wynikającą z pandemii, a w przyszłości także i innymi sytuacjami kryzysowymi.

Artykuł szósty - *The evolvement of trust in response to COVID-19 pandemic among migrants in Norway* (2022), w mojej ocenia wyróżnia się na tle całego cyklu najbardziej rozbudowanymi i *explicite* zarysowanymi ramami teoretycznymi. Centralną kategorią analityczną staje się tu zaufanie, analizowane jako proces dynamiczny, relacyjny i wielopoziomowy. Zgodnie z tezą artykułu, pandemia – jako sytuacja radykalnej niepewności

– mogła pełnić zarówno funkcję czynnika wzmacniającego zaufanie migrantów do instytucji i państwa przyjmującego, jak i czynnika to zaufanie podkopującego. To ambiwalentne działanie kryzysu stanowi jeden z najciekawszych wniosków przedstawionych w artykule. Istotnym wkładem pracy jest także pokazanie, że relacje opisane wcześniej w modelach biopsychospołeczno-ekologicznych w kontekście migracyjnym, w warunkach światowego kryzysu ulegają dalszemu skomplikowaniu. Doświadczenia pandemii krzyżują się bowiem z wcześniejszymi trajektoriami życiowymi migrantów, ich relacjami z systemami opieki zdrowotnej zarówno w kraju pochodzenia, jak i w kraju przyjmującym, a także z praktykami transnarodowymi, takimi jak porównywanie strategii zarządzania pandemią w różnych państwach. Jeden z wniosków sprowadza się do konstatacji, że zaufanie do norweskich instytucji było kształtowane nie tylko przez „kulturę pochodzenia", lecz w decydującym stopniu przez bieżące doświadczenia relacyjne w Norwegii. Tym samym podkreślona zostaje waga bezpośrednich relacji społecznych, w których funkcjonują jednostki i mikrogrupy.

Siódmy artykuł - *COVID-19: access to information, level of trust and adherence to health advice among migrants in Norway* (2022), stanowi metodologiczne i poznawcze uzupełnienie analiz jakościowych, poprzez wprowadzenie perspektywy ilościowej. Ogólnokrajowe badanie sondażowe przeprowadzone wśród migrantów posługujących się różnymi językami ojczystymi (m.in. polskim, arabskim, somalijskim, tamilskim i hiszpańskim) pozwala na porównanie grup migrantów oraz identyfikację zróżnicowanych wzorców dostępu do informacji, poziomu zaufania wobec instytucji i władz oraz przestrzegania zaleceń zdrowotnych w czasie pandemii. Artykuł potwierdza, że większość respondentów deklarowała wystarczający dostęp do informacji oraz wysoki poziom stosowania się do rekomendowanych procedur bezpieczeństwa, jednocześnie ujawniając istotne różnice między grupami w zakresie wykorzystywanych kanałów informacyjnych oraz poziomu zaufania do instytucji i władz. Wartość tej pracy polega na empirycznym potwierdzeniu tezy, że skuteczna komunikacja zdrowotna nie może być jednolita i wymaga dostosowania do specyfiki poszczególnych grup migrantów. Artykuł ten wzmacnia wnioski płynące z badań jakościowych będących podstawą artykułów 1,2 i 6, pokazując ich znaczenie w skali populacyjnej, a jednocześnie podkreśla konieczność budowania długofalowego zaufania jako warunku trwałego przestrzegania zaleceń formułowanych w ramach polityk zdrowia publicznego.

Ósmy artykuł - *"Who is telling the truth?" Migrants' experiences with COVID-19 related information in Norway* (2023), powraca do perspektywy jakościowej, tym razem koncentrując się na doświadczeniach informacyjnego chaosu, sprzecznych przekazów i negocjowania wiarygodności źródeł wiedzy w czasie pandemii. Artykuł ten przesuwa akcent z poziomu instytucjonalno-relacyjnego (kluczowego w dwóch poprzednich artykułach) na poziom relacyjno-epistemiczny, w ramach którego kluczowe jest pytanie o to, komu i dlaczego migranci ufają w sytuacji kryzysu. Wnioski pracy prowadzą do konstatacji, iż w społeczeństwach wielokulturowych niezbędna jest długoterminowa strategia zapewniania rzetelnej, zrozumiałej i wiarygodnej komunikacji z migrantami, wykraczająca poza doraźne działania podejmowane w sytuacjach nadzwyczajnych. Sformułowane rekomendacje wskazują na potrzebę przyszłych badań testujących modele komunikacji z migrantami, co czyni ten artykuł prospektywnym.

Artykuł dziewiąty - *Polish immigrants' access to colorectal cancer screening in Norway* (2022) koncentruje się na dostępie polskich imigrantów do norweskiego programu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego datowanego od maja 2022 r. W badaniach będących podstawą empiryczną artykułu zastosowano spójną z wcześniejszymi projektami badawczymi metodologię jakościową (wywiady pogłębione), co pozwoliło ma eksplorację indywidualnych (lecz powtarzalnych społecznie) doświadczeń i postaw wobec badań profilaktycznych. Artykuł jest, podobnie jak wcześniejsze prace w ramach cyklu osadzony w ramach teorii transnarodowości, intersekcjonalności oraz modelu dostępności opieki zdrowotnej. Wnioski z artykułu są spójne z wymową pozostałych tekstów w cyklu – wskazują, że warunki dostępności znacznie wykraczają poza fakt oferowania przez państwo publicznych usług i obejmują także przystępność informacji, dostosowanie społeczno-kulturowe oraz zaufanie do systemu. Szczegółowe ustalenia badawcze wskazują, że bariery językowe, preferencje dotyczące personelu medycznego (w tym narodowości i płci) oraz dostępność informacji mogą ograniczać skuteczny dostęp do badań, podczas gdy strach przed rakiem w badanej grupie działał paradoksalnie jako czynnik motywujący. W tym kontekście zwracam uwagę na możliwe różnice w natężeniu oraz kontekstach przeżywania strachu (lęku) jako czynniki różnicujące postawy unikania *versus* motywacji do uczestnictwa. Propozycja ta wymaga jednak przeprowadzenia pogłębionych badań.

Artykuł 10, *Access to colorectal cancer screening for Pakistani immigrants in Norway – a qualitative study* (2024) analizuje dostęp pakistańskich imigrantów do tego samego

programu przesiewowego. Podobnie jak w artykule 9, punktem wyjścia jest model Levesque'a. Badanie zwraca uwagę na szczególną rolę rekomendacji lekarzy rodzinnych oraz wpływu bliskiego otoczenia społecznego, w tym dorosłych dzieci, w podejmowaniu decyzji o uczestnictwie w badaniach. Artykuł podkreśla, że dla faktycznego wykorzystania programu przesiewowego oprócz barier językowych i kulturowych, istotne znaczenie mają relacje społeczne i sieci wsparcia. Traktowane jako wzajemnie uzupełniające się artykuły 9 i 10 wskazują, że różne grupy migrantów mogą doświadczać odmiennych barier i ułatwień, co ma istotne implikacje dla polityki zdrowotnej i praktyki medycznej w kontekście rosnącej różnorodności społecznej.

Artykuł 11, *Deployment and Uptake of COVID-19 Vaccines for Refugees and Migrants in Regular and Irregular Situations: a Mixed-Method Multi-Country Study* (2025) na podstawie badań mieszanych analizuje problem wdrażania i przyjmowania szczepień przeciw COVID-19 wśród uchodźców i migrantów o uregulowanym i nieuregulowanym statusie w pięciu krajach obejmujących pięć z sześciu regionów WHO: Ekwadorze, Nepalu, Pakistanie, na Filipinach i w Rwandzie. Artykuł dokumentuje udział Habilitantki w dużym, międzynarodowym projekcie – na etapie projektowania badań oraz analizy i interpretacji wyników. Ważnym doświadczeniem jest również udzielanie przez Habilitantkę wsparcia merytorycznego dla zespołów badawczych z Nepalu i Filipin. Artykuł podejmuje dyskusję z danymi na poziomie globalnym, na podstawie których nie stwierdzono istotnych nierówności w zasięgu szczepień między migrantami, uchodźcami a ogółem populacji, a w części krajów uchodźcy mieli nawet relatywnie lepszy dostęp do szczepień. W artykule, analizowane są, niedoceniane z perspektywy globalnej, bariery w dostępie do szczepień w konkretnych populacjach migrantów. Artykuł pokazuje między innymi, że skuteczność kampanii szczepień adresowanych do migrantów i uchodźców była nierówna; przykład Pakistanu wskazuje, że formalna dostępność szczepień nie wystarcza bez uwzględnienia barier logistycznych i deficytów zaufania. Istotnym wątkiem analizy są doświadczenia dyskryminacji, wyraźnie zróżnicowane między krajami – najwyższe w Pakistanie, najniższe w Rwandzie. Wyniki te skłaniają jednak do postawienia pytań o sposób operacjonalizacji dyskryminacji oraz o możliwy wpływ poziomu świadomości społecznej na jej zgłaszanie i rozpoznawanie. Podsumowując, artykuł podkreśla znaczenie kontekstowo wrażliwych interwencji oraz budowania zaufania jako warunku tworzenia bardziej inkluzywnych i rezylientnych systemów ochrony zdrowia. Konkluzje artykułu umieszczają problematykę podejmowaną w całym cyklu publikacji w kontekście glokalnym.

Na podstawie powyższych wniosków uznaję cykl przedstawionych publikacji prezentowanych jako osiągnięcie pod nazwą „Bariery i ułatwienia w dostępie migrantów do opieki zdrowotnej" za osiągnięcie stanowiące istotny wkład w rozwój socjologii medycyny oraz socjologii migracji. Dorobek naukowy w ramach przedstawionego cyklu ma także potencjał rozwoju na przyszłość, co dobrze rokuje dla dalszego rozwoju naukowego Habilitantki.

Ocena pozostałego dorobku naukowego, organizacyjnego i dydaktycznego Habilitantki

Istotny wątek dorobku naukowego Habilitantki stanowią badania dotyczące opieki w kontekście migracji. W publikacjach poruszających te kwestie widać pewną ewolucję perspektyw – od uwzględniającej płeć społecznokulturową z punktu widzenia tradycyjnych norm i wartości – wiążących rodzinne role kobiet z powinnościami opiekuńczymi zarysowującej się w badaniach kobiet migrantek w ramach projektu POLFAMIGRA (i publikacjach będących jego pokłosiem) do perspektywy neutralnej płciowo obecnej w badaniach w ramach stażu podoktorskiego w Oslo Metropolitan University z udziałem migrantek i migrantów w Norwegii sprawujących opiekę nad bliskimi osobami z demencją (które zaowocowały artykułami 3-5 w ramach osiągnięcia głównego). W badaniach tych płeć nie została wyodrębniona jako kategoria analityczna, co w moim przekonaniu warto wykorzystać jako kierunek przyszłych analiz, biorąc pod uwagę 1) interkulturowy charakter feminizacji opieki, 2) zaangażowanie Habilitantki w działalność RN 33 ESA Women's and Gender Studies, 3) kompetencje Habilitantki w zakresie równoważenia analiz zjawisk międzykulturowych ze specyficznymi kulturowo.

Autoreferat przedstawia także bogate doświadczenia konferencyjne, eksperckie, organizacyjne, dydaktyczne i popularyzatorskie dr Elżbiety Czapki. Na uwagę zasługuje wysoki stopień jego zgodności z profilem naukowym Habilitantki. Niewątpliwie mocną stroną Habilitantki jest współpraca międzynarodowa będąca stałym i sukcesywnie rozwijanym elementem Jej biografii naukowej.

Dotychczasowe doświadczenia Habilitantki w zakresie: wsparcia merytorycznego magistrantów na Oslo Metropoolitan University (2021-2023), tutoringu akademickiego na Uniwersytecie Gdańskim (2022-2024), prowadzenia zajęć dla doktorantów w ramach międzynarodowej szkoły letniej na Uniwersytecie w Bergen (2023), członkostwa w komisji doktorskiej na Uniwersytecie Islandzkim (2025), udziału w śródokresowej ocenie

doktorantów w Oslo Metropolitan University (2021-2023) pozwalają stwierdzić, że Habilitantka jest również przygotowana do pełnienia funkcji promotorki prac doktorskich.

Konkluzja

Biorąc pod uwagę zaprezentowaną powyżej ocenę dorobku naukowego, badawczego, eksperckiego, dydaktycznego, organizatorskiego oraz popularyzatorskiego jak i jakość głównego osiągnięcia naukowego stwierdzam, że Habilitantka posiada udokumentowane kompetencje kwalifikujące ją do nabycia statusu samodzielnej pracowniczki badawczej – autonomicznego decydowania o kierunkach i metodach prowadzonych badań. W moim przekonaniu Habilitantka spełnia wymogi stawiane osobom wnioskującym o nadanie stopnia doktora habilitowanego określone w art. 16 Ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym.

Zatem wnioskuję o dopuszczenie dr Elżbiety Czapki do dalszych etapów postępowania habilitacyjnego.

M. Frąckowiak-Sochaczewska