UNIWERSYTET IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
**Wydział Antropologii i Kulturoznawstwa**
**Instytut Antropologii i Etnologii**

Dra hab. Izabella Main, prof. UAM
Instytut Antropologii i Etnologii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Poznań, 15.12.2025

**Recenzja**
**dorobku naukowego i osiągnięcia naukowego w formie cyklu powiązanych tematycznie artykułów naukowych pt. „Bariery i ułatwienia w dostępie migrantów do opieki zdrowotnej" w związku postępowaniem o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk społecznych, w dyscyplinie nauki socjologiczne Pani dr Elżbiecie Czapce – na podstawie powołania mnie przez Rady Dyscypliny Nauki socjologiczne Uniwersytetu Gdańskiego w skład komisji habilitacyjnej w charakterze recenzentki.**

Jak wskazuje art. 219 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce stopień doktora habilitowanego nadaje się osobie, która posiada stopień doktora, posiada w dorobku osiągnięcie naukowe, stanowiące znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny, w tym np. cykl powiązanych tematycznie artykułów oraz wykazuje się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.

Informacje ogólne

Dr Elżbieta Czapka otrzymała stopień doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii na podstawie pracy pt. „Stereotyp uchodźcy. Analiza porównawcza na podstawie badań studentów wybranych uczelni europejskich" na Wydziale Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego w 2004 r. Ścieżka zawodowa dr Elżbiety Czapki wiodła między uczelniami i centrami badawczymi w Polsce i Norwegii. W 1999 r. rozpoczęła pracę na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim oraz Olszyńskiej Szkole Wyższej im. Józefa Rusickiego w Olszynie (do 2011 r.). Następnie, w latach 2009-2014 i 2015-2017 pracowała na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Równolegle w latach 2007-2010 i 2013-2015 była zatrudniona w Norwegian Center for Minority Health Research w Oslo, w 2015 r. na Uniwersytecie w Bergen, w 2016 r. w Innlandet Hospital, a w latach 2017-2023 jako stażystka podoktorska oraz profesora uczelni na Uniwersytecie OsloMet w Norwegii. Od 2020 r. związana jest z Instytutem Socjologii na Uniwersytecie Gdańskim. Z tymi ścieżkami zawodowymi łączą się granty badawcze, publikacje i działalność upowszechniająca, które podejmowała dr Czapka, a do których nawiążę w dalszej części recenzji.

ul. Uniwersytetu Poznańskiego 7, 61-614 Poznań
tel. +48 61 829 1376
etnolo@amu.edu.pl
**www.etnologia.amu.edu.pl**

Dokument zanonimizowany za pomocą UG DLP Anonimizator, 2026-11-12 09:34:52

Osiągnięcie habilitacyjne

Na początku chciałabym wskazać, że dr Elżbieta Czapka od wielu lat zajmuje się naukowo obszarem socjologii zdrowia i medycyny. Właściwie już praca magisterska pt. *Uwarunkowania anoreksji i bulimii* wskazuje na zainteresowanie Habilitantki tym obszarem. Natomiast temat pracy doktorskiej (*Stereotyp uchodźcy. Analiza porównawcza na podstawie badań studentów wybranych krajów europejskich*) wskazuje na przesunięcie zainteresowań w kierunku studiów migracyjnych. Dr Czapka w swoich projektach badawczych i powstałych w ich rezultacie publikacjach, wykładach oraz wystąpieniach konferencyjnych w okresie po uzyskaniu stopnia doktora koncentrowała się na przecięciu tych dwóch pól, czyli badaniu zdrowia i leczenia osób migrujących.

Dr Elżbieta Czapka wskazała 11 tekstów jako cykl stanowiący osiągnięcie naukowe i nadała im tytuł *Bariery i ułatwienia w dostępie migrantów do opieki zdrowotnej*. Są to artykuły opublikowane w międzynarodowych czasopismach, w języku angielskim, wszystkie teksty są współautorskie, przy czym w pierwszych pięciu jej praca stanowiła 80% wkładu, natomiast w kolejnych jej wkład był znaczący ale mniejszy, gdyż artykuły te powstały w wyniku pracy wielu osób. Zakres tematyczny tych tekstów bardzo dobrze określa nadany im tytuł *Bariery i ułatwienia w dostępie migrantów do opieki zdrowotnej*. W Autoreferacie bardzo dobrze zostały zarysowane główne tezy tekstów i wiele innych działań naukowych Habilitantki. Pokrótce postaram się omówić najbardziej istotnie tezy 11 artykułów. Dwa pierwsze teksty dotyczą barier i ułatwień, zarówno systemowych jak i wynikających z indywidualnych cech pacjentów pochodzących z Polski w korzystaniu z norweskiej opieki medycznej. W tekście nr 1 *"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), Autorka odniosła się do teorii systemu opieki zdrowotnej oraz modeli wyjaśniających choroby Arthura Kleinmana. Ważne jest wskazanie na rozróżnienie między prawem do korzystania (*entitlement*), dostępem (*access*) a faktycznym korzystaniem (*use*). Kolejnym ważnym wnioskiem jest wskazanie na cztery obszary, w których odbywa się kontakt pacjent-personel medyczny, wpływające na podjęcie i jakość leczenia: informacje i wiedza o systemie, kompetencje językowe i interakcje, percepcja organizacji i praktyk leczniczych oraz doświadczenie z personelem. Zwłaszcza ten ostatni temat skłonił mnie do refleksji i komentarza. Podczas moich badań polskie migrantki w Katalonii wskazywały na wysoką jakość relacji z personelem i wysoką kulturę osobistą, które moje rozmówczynie interpretowały jako przejaw kultury hiszpańskiej lub „południowej". Tymczasem w kontekście norweskim również wskazywano na takie aspekty jak życzliwość, uprzejmość i uśmiechanie się, jako istotne dla procesu wchodzenia w dobrą terapeutyczną relację. Jest to pole warte dalszych eksploracji, dobra relacja i komunikacja z personelem przekłada się na stosowanie terapii i poziom zaufania. W tekście tym za atut uważam odniesienia do tekstów analizujących podobne zagadnienia w innych krajach.

Artykuł nr 2 pt. *Invisible Rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway*, z 2018 r. powstał w oparciu analizę wyników badań z tą samą grupą a koncentruje się na korzystaniu z usług tłumaczeniowych. Autorka wskazała na rozdźwięk między prawem do korzystania bezpłatnie z usług tłumaczy w sytuacjach nieznajomości (lub niewystarczającej znajomości) języka norweskiego a realną sytuacją niekorzystania wynikającą z słabej dostępności, braku wiedzy o takiej ofercie wśród personelu, braku zintegrowania i koordynacji usług tłumaczeniowych, różnej jakości tych usług, niejasnej organizacji, itp. Moją uwagę zwróciły też wnioski odnoszące się do sytuacji migrantów, czyli przecenianie ich znajomości języka norweskiego przez personel, narażanie pacjentów na różne ryzyka i korzystanie przez pacjentów z wsparcia językowego udzielanego przez rodziny i lekarzy dwu- lub wielojęzycznych. Jako powód tej sytuacji wskazywano ograniczenia finansowe systemu, przy czym pacjenci częściej niż personel tak wyjaśniali sytuację. Te dwa artykuły uważam za ważne, gdyż przybliżają sytuację polskich migrantów w Norwegii pod względem dostępu i korzystania z opieki zdrowotnej, co jest samo w sobie ważnym poznawczo tematem. Dodatkowo dużą wartość stanowi możliwość przeniesienia i porównania wniosków z badań Autorki na inne obszary, przykładowo doświadczenia migrantów pod względem dostępu i korzystania z opieki zdrowotnej w Polsce czy zaprojektowania i organizacji systemu informacji w językach obcych i dostępu do wykwalifikowanych tłumaczy (por. Głodowska, 2019; Michalak, 2019). Według rankingu WHO z 2023 r. norweski system ochrony zdrowia plasuje się w pierwszej dziesiątce (8 miejsce), zaś polski dopiero w czwartej (31 miejsce), zatem analiza doświadczeń norweskich – barier i ułatwień w korzystaniu z leczenia przez migrantów, w kontekście przeobrażenia Polski z kraju emigracyjnego w kraj również imigracyjny (por. White 2024) jest bardzo cenna.

Kolejne trzy artykuły odzwierciedlają realizację projektu badawczego i przesunięcie zainteresowań Habilitantki na dostęp starszych osób z mniejszości etnicznych i ich rodzin do opieki zdrowotnej w przypadku zachorowania na demencję. Artykuł nr 3 pt. *"It is always me against the Norwegian system." Barriers and facilitators in accessing and using dementia care by minority ethnic groups in Norway: a qualitative study* (z 2020 r.) rozpoczyna się od wskazania na wzrost liczby osób chorujących na demencję oraz różnice w korzystaniu ze wsparcia, diagnostyki, leków i opieki instytucjonalnej, które są widoczne w populacji migrantów. Badania zaprojektowano i przeprowadzono z imigrantami, w rodzinach których jest osoba z demencją, przedstawicielami społeczności migranckich oraz środowiska medycznego pracującymi z pacjentami z demencją, zatem docierając do różnych perspektyw. Ważne pytanie badawcze, na które szuka odpowiedzi Autorka to czy status społeczno-ekonomiczny czy wzorce kulturowe związane z etnicznością są ważniejsze w definiowaniu sposobów opieki nad osobami z demencją. Tekst odnosi się też do zmian wzorców opieki, dylematów pokolenia środkowego, opiekującego się pokoleniem starszym i młodszym w rodzinach. W rezultacie badań wskazano na duży problem wynikający z bariery językowej jako głównej przeszkody w diagnozie, niechęci do instytucjonalnych form opieki wynikającej i z bariery językowej i innych wzorców kulturowych.

Tekst konkluduje, że norweskie domy opieki nie są inkluzyjne a bariery w dostępie do wsparcia dla osób z demencją i ich rodzin wynikają z wielu czynników o charakterze intersekcjonalnym. Szczególnie ciekawe było wskazanie na tabuizację demencji, wynikającą z poziomu edukacji, wieku czy (braku) wcześniejszego kontaktu z osobami z demencją. Słabą stroną jest jednak oparcie analizy o wywiady z tylko ośmioma rodzinami, pochodzącymi z siedmiu różnych krajów. Trudno na podstawie tak małej grupy wysuwać np. wnioski o różnicach kulturowych czy roli kontekstu społeczno-ekonomicznego.

Drugi artykuł (nr 4) w tym obszarze tematycznym pt. *Challenges related to providing care for parents with dementia across borders: a qualitative study on transnational carers in Oslo*, koncentruje się na osobach opiekujących się rodzicami z demencją, przebywającymi w Norwegii lub kraju pochodzenia. Jednym z rezultatów opisanym w artykule jest wielość motywacji do opieki: altruistyczne, związane z wzajemnością (*reciprocity*), przymusem (nawet w formie alimentów dla rodziców). Tu można było pogłębić analizę i postawić pytania o to jak poziom wykształcenia, status społeczny i ekonomiczny wpływają na motywacje i konkretne strategie. Za słabą stronę badań i tekstu uważam dobór rozmówców, którzy wszyscy posiadali wyższe wykształcenie. Ponadto grupa liczyła tylko 10 osób, pochodzących z czterech krajów, w większości z Polski. Nie dało to możliwości dokładniejszej analizy systemu opieki nad osobami z demencją oraz norm kulturowych dotyczących opieki w krajach pochodzenia rozmówców. W trzecim artykule (nr 5) dotyczącym opieki nad osobami z demencją pt. *"Good Care Means that you Make People Happy". A Qualitative Study on Perceptions Regarding Good Dementia Care among People with Different Ethnic Backgrounds in Norway* rozszerzono badaną grupę o rodziny norweskie, porównując je z rodzinami migranckimi. Głównym problemem badawczym jest zdefiniowanie dobrej opieki. Badania przeprowadzono wśród pięciu grup – opiekunów z rodzin migranckich i norweskich z osobą z demencją, osób opiekujących się transnarodowo, przedstawicieli środowisk migranckich i personelu medycznego, w sumie 30 osób, co dostarczyło bogatszego materiału i umożliwiło na wskazanie cech dobrej opieki. Przy tego rodzaju temacie i metodzie jakościowej cennym uzupełnieniem byłoby zastosowanie obserwacji w rodzinach i instytucjach, co dałoby możliwości zweryfikowania deklaracji dotyczących opieki i praktyk opiekuńczych oraz pogłębienia analizy. Ciekawym punktem odniesienia mogą być badania zespołu pod kierunkiem profesor Kristine Krause z Uniwersytetu w Amsterdamie na temat opieki nad niemieckimi seniorami w polskich i czeskich domach opieki (por. Jelinek 2025). W swoim tekście dr Czapka wskazała na szereg cech dobrej opieki: połączenie domowej i instytucjonalnej, odpowiednie cechy i kompetencje opiekunów, opieka skoncentrowana na pacjencie i holistyczna, zachowująca jego/jej godność, instytucja zapewniająca dobre wyżywienie jako ważny aspekt jakości życia i dobrostanu. Dobra opieka opierać się będzie na normach moralnych i zachowaniach w danej społeczności, które są stale renegocjowanie, co nasila się jeszcze w procesie migracji. Można by zatem rozwinąć bardziej temat na ile te przemiany powodują niezrozumienie, nieporozumienia i konflikty w rodzinach oraz między rodzinami a instytucjami. Podsumowując

wyniki badań zanalizowane w powyższych pięciu artykułach pokazują duże kompetencje badawcze i analityczne. Wybór tematów i grup badawczych jest przemyślany, choć szkoda, że nie rozszerzono katalogu metod i w niektórych przypadkach nie zwiększono liczebności grup badawczych. Z ciekawością przeczytałabym kolejne i bardziej pogłębione analizy, na które (ze względu na limity słów) nie ma często przestrzeni w obrębie artykułów. Tematyka tej części dorobku jest bardzo aktualna, umożliwia szereg porównań, może też znaleźć praktyczne zastosowania, zatem szkoda, że Habilitantka nie miała możliwości kontynuacji. Mogę przypuszczać, że wynika to z pracy w oparciu o projekty badawcze.

Kolejne trzy (cztery) artykuły odnoszą się do dostępu migrantów do informacji i opieki zdrowotnej w sytuacji pandemii Covid-19. Badania prowadzone były w międzynarodowym zespole a teksty są wieloautorskie, jak sama Autorka wskazuje była zaangażowana na różnych etapach realizacji, a w jednym tekście jest pierwszą Autorką. Z jednej strony utrudnia to ocenienie tej części dorobku naukowego ale z drugiej pokazuje też inne kompetencje, które dr Elżbieta Czapka mogła rozwinąć w globalizującym się świecie akademickim. Artykuł 6 pt. *The evolvement of trust in response to COVID-19 pandemic among migrants in Norway* (2022) powstał w oparciu o badania przeprowadzone w początkowym okresie pandemii i dotyczył zaufania migrantów z pięciu krajów (Somalia, Syria, Sri Lanka, Chile i Polska) do odpowiedzi rządu norweskiego na pandemię. Dane zanalizowane w artykule zebrano podczas częściowo ustrukturyzowanych wywiadów z 55 osobami, przeprowadzonymi ze względu na pandemię telefonicznie. Autorzy zidentyfikowali cztery obszary, w których kształtowało się zaufanie (lub jego brak): sfera osobista (gdzie rolę odgrywały wcześniejsze doświadczenia kryzysów, religia czy teorie spiskowe), relacje z społeczeństwem norweskim (m.in. poziom integracji), działania władz i transnarodowość. Bardzo ciekawe są wnioski dotyczące kluczowego wpływu wcześniejszych relacji w Norwegii, poczucia włączenia i przynależności a także wzrostu teorii spiskowych i braku zaufania do ekspertów.

W artykule 7 pt. *COVID-19: access to information, level of trust and adherence to health advice among migrants in Norway. A cross-sectional study*, też z 2022 r., Autorzy rozszerzyli przedmiot zainteresowania i zanalizowali dostęp do informacji, zaufanie i dostosowanie do reguł wśród migrantów w Norwegii podczas pandemii. Tu podstawą był kwestionariusz on-line składający się z 45 pytań, na który uzyskano 529 odpowiedzi, zróżnicowanych ze względu na kraje pochodzenia, płeć i wiek. Artykuł mapuje podstawowe zagadnienia, np. pokazuje wysoki poziom zadowolenia z uzyskiwanych informacji od władz na temat pandemii, spadek zaufania podczas pandemii i wysoki poziom dostosowania do reguł. Jednocześnie pojawia się szereg pytań, na które autorzy nie odpowiadają: np. z czego wynika większe zaufanie do mediów społecznościowych przedstawicieli niektórych narodowości, z czego wynika większy sceptycyzm niektórych grup wobec reguł, nie dowiadujemy się też dlaczego akurat do Somalijczyków skierowano dodatkową kampanię informacyjną. Słabo wybrzmiewa w analizie zróżnicowanie badanych pod względem płci i wieku. Przyjęta metoda spowodowała brak głosu osób niepracujących czy nie korzystających z komputera. Trzeci artykuł (nr 8) zatytułowany *"Who is telling the truth?" Migrants' experiences*

*with COVID-19 related information in Norway – a qualitative study* (z 2023 r.), koncentruje się na aspekcie informacji i oparty jest na materiale analizowanym w artykule nr 6 (wywiady telefoniczne). Autorka (dr Czapka jest wymieniona jako pierwsza) wskazuje na bardzo różne źródła pozyskiwania informacji przez badanych, które czasem miały sprzeczny charakter (co częściowo wynikało z kompetencji językowych i transnarodowego życia), znaczną barierę językową, korzystanie z teorii spiskowych. Tu uwaga krytyczna, od 2020 r. prowadzone były badania na temat roli teorii spiskowych podczas pandemii w Polsce a Autorka cytuje tylko portal Notes from Poland i badanie wskazujące, iż 45% Polaków uważało, że za pandemią stoją obce mocarstwa. Co więcej zależność między wiarą w teorie konspiracyjne a unikaniem zachowań prewencyjnych nie jest jednoznaczna, badania zespołu Tomasza Oleksego na Uniwersytecie Warszawskim wskazują m.in. zróżnicowanie teorii spiskowych i ich efektów, dalej, że spiskowe przekonania mogą prowadzić do zachowań prozdrowotnych, czy wreszcie stosowanie środków prewencyjnych może wpływać na zmianę poglądów konspiracyjnych (Oleksy i in. 2021). Podobało mi się natomiast włączenie do tekstu rekomendacji.

Do zbioru tekstów o tematyce pandemicznej dołączyłabym też wieloautorski artykuł o nr 11 pt. *Deployment and Uptake of COVID-19 Vaccines for Refugees and Migrants in Regular and Irregular Situations: a Mixed-Method Multi-Country Study*. Jest to porównawcze studium dostępu i przyjmowania szczepień na podstawie badań ankietowych (1378) i wywiadów fokusowych (52 uczestników) przeprowadzonych w pięciu krajach: Ekwadorze, Nepalu, Pakistanie, Filipinach i Rwandzie. Główne pytanie badawcze to w jaki sposób czynniki indywidualne, społeczne i strukturalne współgrały i wpływały na chęć przyjęcia szczepień przez trzy podgrupy migrantów (o uregulowanym statusie, nieuregulowanym statusie i uchodźców). Tekst wzbudził moje mieszane odczucia. Z jednej strony Autorzy wskazali na szereg barier oraz ułatwień, które wydawały się dość logiczne – bariery takie jak czas oczekiwania na szczepienie, dystans do punktu szczepień, brak dokumentów dających uprawnienie do szczepienia, obawy przed skutkami ubocznymi czy słaby dostęp do informacji a wśród ułatwień: dobrze zorganizowany system informacji, specjalne szybsze ścieżki dla migrantów, czy altruistyczne przekonania szczepiących się i chęć ochrony innych. Z drugiej strony w tekście brakowało szeregu informacji: nie jest dla mnie jasne na jakiej podstawie wybrano właśnie te pięć krajów do badań, analiza danych dodatkowych dostępnych online nie pozwoliła mi np. dowiedzieć się z jakich krajów byli badani migranci i uchodźcy w pięciu krajach. Definicje trzech kategorii: migranci o uregulowanym, o nieuregulowanym statusie i uchodźcy przyjęte z dokumentów UN i IOM budzą wątpliwości, np. uchodźcy mogę mieć status uregulowany lub nie, zaś między uregulowanym i nieuregulowanym statusem migrantów może być duża płynność. Czy osoby same deklarowały do jakiej kategorii przynależą? Wreszcie sposób prezentacji wyników w tekście, z kolejnymi liniami zawierającymi cyfry jest mało przejrzysty. Z deklaracji dr Czapki nie jest jasne jaką część badań projektowała i danych analizowała. Myślę, że za pozytywną stronę udziału w tym przedsięwzięciu badawczym

można uznać pracę w zespole międzynarodowym (16 współautorów), przeprowadzającym analizę w oparciu o dane jakościowe i ilościowe z różnych kontekstów geograficznych.

Ostatnie dwa teksty w cyklu habilitacyjnym przenoszą czytelników i czytelniczki znowu do Norwegii i poruszają temat programów profilaktycznych i badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego (dalej, program badań przesiewowych), jednej z najpowszechniejszych chorób onkologicznych o wysokiej śmiertelności.

Tekst nr 9 pt. *Polish immigrants' access to colorectal cancer screening in Norway*, z 2022 r., koncentruje się na dostępie polskich migrantów do profilaktyki. Badania przeprowadzono w 2021 r. metodą wywiadów z dziesięcioma osobami (7 kobiet i 3 mężczyzn) w wieku średnim. Badanie miało charakter stosowany i jego celem było zidentyfikowanie czynników, które wpływają na korzystanie z programów badań przesiewowych, ze względu na znacząco mniejszy udział migrantów w pilotażowym badaniu przesiewowym w regionie Viken w latach 2012-2018 i w związku z planowanym wprowadzeniem powszechnych badań od maja 2022 r. w Norwegii. Innym celem było sprawdzenie czy migranci w Polski unikają badań przesiewowych w ogóle czy też odbywają je w Polsce i dlaczego. W systemie norweskim badania przesiewowe składają się z dwóch etapów, badania immunochemicznego kału, który badani powinni odesłać w opłaconej przesyłce do laboratorium, a w przypadku nieprawidłowej obecności krwi, badania kolonoskopowego. Na podstawie analizy wyodrębniono trzy najważniejsze zagadnienia i wnioski, jako pierwsze, wiedzę o raku jelita grubego, o profilaktyce związanej ze stylem życia, i badaniach medycznych, przy czym większość badanych polskich migrantów miała wiedzę o kolonoskopii lecz nie ufało metodzie badania kału. Jako drugie zagadnienie wskazano binationalism, obejmujące kompetencje językowe, kraj, w którym korzysta się z badań profilaktycznych, zaufanie do kompetencji personelu. Nie jest dla mnie jasne dlaczego użyto termin binationalism, który stosuje się do państw dwunarodowych, zamiast transnarodowość, które jest przyjętym terminem oddającym sytuację funkcjonowania w dwóch (kilku) państwach i kulturach. Trzecie zagadnienie związane jest z stosowanym aspektem badań i dotyczy potrzeb odnośnie informacji, sposobów ich dostarczania, źródeł informacji i ulotki o badaniu kału. W dyskusji i konkluzjach Autorzy wskazali na szereg wniosków dotyczących działań zwiększających dostępność badań przesiewowych, m.in. potrzebę tłumaczeń na język polski, dostępność informacji w internecie, zwiększenie roli lokalnych lekarzy i lekarek w przekazie informacji. Jednocześnie przeprowadzone badanie nie pozwoliło odpowiedzieć na pytanie czy kolonoskopia w Polsce była zawsze wykonywana odpłatnie, czy była głównym celem podróży. Moim zdaniem jednym z powodów była mała próba (tylko 10 osób), której wynikiem byłą też nadreprezentacja osób z diagnozą onkologiczną.

W artykule 10 pt. *Access to colorectal cancer screening for Pakistani immigrants in Norway – a qualitative study* Autorzy zanalizowali sytuację migrantów z Pakistanu. Cel przebieg badania jest bardzo zbliżony do tego zanalizowanego powyżej. Autorzy odnieśli się do wiedzy na temat chorób

onkologicznych i jej źródeł, systemu leczenia w Norwegii i Pakistanie, wiedzy, informacji i przebiegu badań przesiewowych oraz wpływu czynników społecznych jak język i religia. Bardzo ciekawe są wnioski, które pokazują znaczenie czynników kulturowych, ale też strukturalnych i indywidualnych decyzji. W kontekście społeczności pakistańskiej dużą rolę w decyzjach podejmowanych przez migrantów odgrywały ich dorosłe dzieci. Autorzy postulowali przede wszystkim zwiększenie kompetencji zdrowotnych i wiedzy medycznej (*health literacy*) wśród migrantów.

Reasumując, warto podkreślić, że Habilitantka podjęła się badań, analizy i opisu ważnego zagadnienia jakim jest dostęp migrantów do opieki zdrowotnej, co stanowi istotny wkład w rozwój nauki z kilku względów. Po pierwsze, przedstawione do oceny teksty koncentrowały się na aspektach o dużym znaczeniu naukowym: barierach i ułatwieniach w dostępie migrantów do leczenia, dostępie do tłumaczeń, barierach i ułatwieniach w opiece nad osobami z demencją, opiece transnarodowej osób z demencją, dostępie do informacji, zaufaniu i dostosowaniu do regulacji w czasie pandemii COVID-19 oraz profilaktyce i badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Tym samym w tekstach pojawiają się tematy ważne w kontekście norweskim, międzynarodowym i polskim. Habilitantka wskazała na znaczenie czynników instytucjonalnych, kulturowych i indywidualnych, w tym nie tylko znajomości języka i systemu ale także poziom zaufania do lekarzy, procedur itp.

Po drugie, we wskazanych tekstach analizowano sytuację migrantów z różnych krajów mieszkających w Norwegii, odnoszono się też do sytuacji w krajach pochodzenia a także jeden tekst dotyczył migrantów i uchodźców w krajach pozaeuropejskich. Podobało mi się uniknięcie ograniczenia się do polskich migrantów, co jest dość częste w przypadku polskich badaczy i badaczek.

Po trzecie, większość artykułów zawiera aspekt stosowany, a niektóre zawierają też rekomendacje. Jest to szczególnie cenne gdyż pozwala przypuszczać, że w wyniki i rekomendacje znajdą zastosowanie. Po czwarte, jak już wspomniałam artykuły przedstawione do recenzji są wieloautorskie, w pracach badawczych, analizie i tworzeniu tekstów uczestniczyły osoby reprezentujące różne instytucje, dyscypliny czy kompetencje kulturowe i językowe. Zdaję sobie sprawę, że nie zawsze głos poszczególnych autorów ma przestrzeń w tych tekstach i można go łatwo wyodrębnić. Jednocześnie umiejętność pracy w takich zespołach, posługujących się różnymi paradygmatami i metodami jest dużą wartością.

Podsumowując, omówione artykuły mają wysoką wartość merytoryczną, są napisane według najwyższych standardów naukowych i opublikowane w renomowanych czasopismach. Struktura tekstów jest przejrzysta a język dopracowany. Wskazane powyżej wątpliwości dotyczą doboru prób i liczby badanych, który powodował czasem ograniczenia interpretacyjne, oraz poszerzenia niektórych tematów o dodatkowe aspekty. Publikacje wskazane jako osiągnięcie w postępowaniu habilitacyjnym stanowią nowe ujęcie tematu barier i ułatwień w dostępie migrantów do opieki

zdrowotnej a dr Elżbieta Czapka ma wyraźny wkład w rozwój nauk społecznych, dyscypliny nauki socjologiczne.

Działalność naukowa po uzyskaniu stopnia doktora

W okresie od 2004 roku badaczka zrealizowała sześć projektów badawczych a obecnie realizuje siódmy, pełniąc w nich różne funkcje. Pierwszy (2012-2017 r.), w którym pełniła rolę badaczki, zatytułowany *Polish female migrants and their families - a study of care deficyt*, finansowany był przez Polish-Norwegian Research Programme a realizowany przez Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej i Uniwersytet w Bergen (kierowniczką projektu była prof. Zofia Kawczyńska-Butrym). Kolejny projekt, w którym dr Czapka była kierowniczką i wykonawczynią, pt. *Aging, dementia and the need for care: a qualitative study of experiences and responses to cognitive impairment among families of different cultural backgrounds living in Norway*, realizowała na Uniwersytecie OsloMet w latach 2017-2021, finansowany z środków norweskich. W 2020 r. uczestniczyła w projekcie pt. *Inncovid.Norge*, którym kierowała prof. Esperanza Diaz, na Uniwersytecie w Bergen. W latach 2020-2025 dr Czapka prowadziła badania w grancie zespołowym pt. *Increasing access to cancer screening among immigrants*, finansowanym przez The Norwegian Cancer Society (kierowniczka projektu dr Paula Berstad). Kolejny międzynarodowy projekt badawczy pt. *Deployment of COVID-19 Vaccines for Refugees and Migrants: A Mixed-Method Multi-Country Study* dr Czapka realizowała w latach 2022-2023, w Geneva Centre of Humanitarian Studies, był to projekt finansowany przez WHO, a jego kierownikiem był prof. Karl Blanchet. Ostatni zakończony już projekt badawczy realizowany był w Polsce, w latach 2023-2024 dr Elżbieta Czapka kierowała projektem pt. *Zwiększenie dostępu migrantów do informacji o szczepionkach w Trójmieście*, był to projekt interwencyjny NAWA. W latach 2025-2029 jest badaczką w projekcie Horizon Europe, pt. *MAGnituDe: Migration, Affective Geopolitics and European Democracy in Times of Military Conflicts*, którym kieruje Olga Sasunkevich, na Uniwersytecie w Göteborgu. Zaangażowanie w tak wiele projektów badawczych, o różnej tematyce, skalach, metodach, ale też realizowanych w różnych międzynarodowych zespołach pokazuje nie tylko dużą umiejętność prowadzenia badań ale też pracy w różnorodnych zespołach, skalach, kontekstach. Za duży atut dotychczasowej pracy badawczej dr Elżbiety Czapki uważam umiędzynarodowienie sposobu uprawiania przez nią nauki.

Po uzyskaniu stopnia doktora dr Elżbieta Czapka opublikowała trzy monografie, w tym jedną w oparciu o pracę doktorską i dwie współautorskie po projekcie *Polish female migrants and their families*, 19 rozdziałów w monografiach (w tym 5 w języku angielskim), 16 artykułów w czasopismach (7 w języku angielskim, 2 w języku norweskim), 11 artykułów wykazanych jako cykl publikacji, ponadto współredagowała dwie monografie. Teksty powstały w oparciu o wspomniane wyżej projekty badawcze oraz liczne mniejsze badania zrealizowane przez Habilitantkę. Odnosząc się do innych form działalności naukowej, Habilitantka wygłosiła 13 wykładów na zaproszenie (m.in. w Norwegii, Polsce, Finlandii, Włoszech), wystąpiła na 36

konferencjach krajowych i zagranicznych, na których prezentowała referaty i prowadziła warsztaty. Ponadto dr Elżbieta Czapka jest członkinią międzynarodowych zespołów i stowarzyszeń, m.in. European Sociological Association, International Sociological Association, International Political Science Association, Global Society on Migration, Ethnicity, Race and Health (GSMERH). Jest zaangażowana w prace recenzyjne w ponad 10 czasopismach oraz członkinią Rady Redakcyjnej w BMC Public Health. Oprócz wymienionych wcześniej projektów uczestniczyła i pełniła/pełni role zarządzające też w szeregu zespołów badawczych, m.in. „Observatory of Human Rights and Migration" i „SEA-EU Goes Greener" w projekcie SEA-EU 2.0 European University of the Seas, oraz w Akcji COST pt. Transnational Family Dynamics in Europe, "ADAPT" (Adapting European Health Systems to Diversity) i "Home" (Health and Social Care of Migrants and Ethnic Minorities in Europe). Wśród wielu realizowanych przez nią projektów były też: w 2022 r. pogłębione badanie jakościowe sytuacji uchodźczyń wojennych z Ukrainy: *Gościna w polskich domach oraz dostęp do pracy i opieki zdrowotnej w Polsce*, badanie realizowane przez zespół Instytutu Socjologii UG, a w latach 2021-2023 projekt *Bariery komunikacyjne migrantów w środowisku polskojęzycznym. Sytuacja osób słowiańsko- i niesłowiańskojęzycznych zamieszkujących region pomorski*. Habilitantka współpracowała i współpracuje z licznymi instytucjami: Muzeum Emigracji w Gdyni, Urzędem Marszałkowskim Województwa Pomorskiego, Urzędem Miasta Gdańsk, Samorządem Województwa Lubelskiego, m.in. przygotowując ekspertyzy i prowadząc warsztaty. Przygotowywała też ekspertyzy dla European Commission's Directorate for Health and Food Safety (DG SANTE) i Międzynarodowej Organizacji ds. Migracji (IOM), była konsultantką w projekcie MINO2 Cancer Association w Norwegii. W latach 2020-2021 była członkinią Rady Imigrantów w organizacji Norsk Friluftsliv i w latach 2022-24 przewodniczącą zarządu European Network on Intercultural Elderly Care.

Dr Elżbieta Czapka od wielu lat prowadzi działalność dydaktyczną, prowadziła wiele zajęć na UMCS, Uniwersytecie Gdańskim, w Olsztyńskiej Szkole Wyższej, na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim oraz w Oslo Metropolitan University. Była i jest zaangażowana w kształcenie studentów, też na poziomie studiów doktoranckich. Była członkinią rad wydziałów i innych gremiów uczelnianych. Dr Czapka jest również mocno zaangażowana w popularyzację nauki.

Konkluzje

Stwierdzam, że kryteria stawiane przy staraniach o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk społecznych, dyscyplinie nauki socjologiczne zostały spełnione przez dr Elżbietę Czapkę. Przedstawiony do oceny cykl powiązanych tematycznie artykułów naukowych pt. „Bariery i ułatwienia w dostępie migrantów do opieki zdrowotnej" reprezentuje dojrzałą pracę naukową, jest oryginalny i wnosi istotny wkład w rozwój dyscypliny. Habilitantka zrealizowała wiele projektów badawczych, zespołowych i indywidualnych, uzyskując materiał empiryczny, który zanalizowała publikacjach. Od wielu lat zaangażowana jest w działalność naukową na

uczelniach zagranicznych i międzynarodowe projekty badawcze. Z pełnym przekonaniem wnioskuję o dopuszczenie dr Elżbiety Czapki do dalszych etapów postępowania habilitacyjnego uznając jej wniosek za zasadny.

Izabella Main

Głodowska, K. 2019. Procedura pracy z pacjentem obcojęzycznym. W: Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem. Red. E. Baum, K. Głodowska, R. Staszewski, E. Murawska. Poznań.

Jelínek. M. 2025. Shared language as a scarce resource: Organizing communication in care homes with foreign clientele, Human Organization, 84:3, 304-315.

Michalak, M. 2019. Pacjent obcojęzyczny a uzyskanie świadomej zgody na proces leczenia przez pracowników ochrony zdrowia. W: Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem. Red. E. Baum, K. Głodowska, R. Staszewski, E. Murawska. Poznań.

Oleksy T, Wnuk A, Gambin M, Łyś A. 2021. Dynamic relationships between different types of conspiracy theories about COVID-19 and protective behaviour: A four-wave panel study in Poland. Soc Sci Med. 280: 114028.

White, A. 2025. Polish Cities of Migration The migration transition in Kalisz, Piła and Płock. London.