



INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. centr. (22) 45 82 800, fax (22) 651 93 01
www.ipin.edu.pl



Warszawa, 3 lipca 2023

dr hab. n. med. Justyna Klingemann
Kierownik Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9
02-957 Warszawa
e-mail: jklingemann@ipin.edu.pl

**Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Patrycji Zalewskiej-Blechar:
„LECZNICTWO NIEMEDYCZNE JAKO KONSTRUKT SPOŁECZNY”
napisanej pod kierunkiem prof. dr. hab. Włodzimierza Piątkowskiego
oraz dr. Michała Nowakowskiego jako promotora pomocniczego.**

W związku z decyzją Rady Naukowej Instytutu Socjologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie z dnia 21 kwietnia 2023 roku o powołaniu mnie na recenzenta rozprawy doktorskiej mgr Patrycji Zalewskiej-Blechar zatytułowanej „Lecznictwo niemedyczne jako konstrukt społeczny”, poniżej przedstawiam przygotowaną przeze mnie recenzję.

OGÓLNE UWAGI DOTYCZĄCE KONSTRUKCJI I TREŚCI PRACY

Przedstawiona do recenzji rozprawa stanowi wielowątkowe studium empiryczno-teoretyczne poświęcone, szeroko rozumianej, problematyce leczenia niemedycznego. Jest to tematyka stosunkowo rzadko podejmowana przez polskich badaczy, tym samym badania w tym obszarze uważam za ważne nie tylko z punktu widzenia poznawczego, ale również niezwykle istotne z perspektywy społecznej.

Instytut Socjologii UMCS
Wpłynęło dn. 06 LIP 2023

podpis

Rozprawa, licząca wraz z bibliografią i aneksem 262 strony, ma rozbudowaną strukturę i złożony charakter - składa się ze wstępu, sześciu rozdziałów o różnej objętości podzielonych na część teoretyczną, metodologiczną i badawczą oraz zakończenia, bibliografii i aneksu.

Wstęp (s. 1-11) ma charakter ogólnego wprowadzenia w problematykę badań i uzasadnienia wyboru przedmiotu dociekań Autorki rozprawy. Doktorantka opisuje szeroki zakres społeczny zjawiska leczenia niemedycznego, przedstawia wybrane dane sondażowe oraz kontekst historyczny badań w tym obszarze.

Część teoretyczna pracy (s. 12-78) składa się z dwóch rozdziałów. W pierwszym z nich, Doktorantka dokonuje charakterystyki koncepcji socjologicznych w jej ocenie użytecznych w interpretacji podjętego problemu badawczego. Rozdział 2 poświęcony jest kwestiom definicyjnym oraz zakresowi obszaru badawczego określanego jako leczenie niemedyczne.

Kolejny rozdział rozprawy to część metodologiczna (s. 79-119) gdzie omówiono cele realizowanego badania, założenia metodologiczne, przyjęte kryteria badawcze oraz sposób doboru próby i realizacji projektu, w tym bariery i wyzwania napotkane w procesie zbierania danych.

Wyniki analizy zebranych danych zostały zaprezentowane w trzech kolejnych rozdziałach składających się na część badawczą (s. 120-235) rozprawy doktorskiej. Pierwszy z nich opisuje wyniki analizy danych zebranych wśród praktyków pracujących przy użyciu metod z obszaru leczenia niemedycznego, drugi percepcję tych praktyk przez innych badaczy tego zjawiska. W rozdziale trzecim Autorka zestawia poglądy praktyków i badaczy ze sobą dokonując tym samym właściwej analizy zebranych danych jakościowych poprzez swoistą triangulację perspektyw.

Na str. 236-241 Doktorantka podsumowuje uzyskane wyniki, wskazując obszary badawcze wymagające pogłębionej analizy w przyszłych projektach naukowych.

Rozprawę kończy spis piśmiennictwa (s. 242-260), podzielony na listę wykorzystanych i cytowanych (a) publikacji zwartych, (b) publikacji ciągłych, (c) dokumentów urzędowych, komunikatów i raportów z badań oraz (d) źródeł internetowych. Aneks (s. 261-262) zawiera spis ilustracji (jedna), dyspozycje do częściowo

ustrukturyzowanych wywiadów jakościowych oraz legendę do oznaczeń cytowanych w pracy fragmentów wywiadów z praktykami i badaczami – w przypadku praktyków poznajemy rodzaj ich aktywności zawodowej z obszaru leczenia niemedyceznego, w przypadku pracowników naukowych ich dyscyplinę naukową, czy też obszar wiedzy eksperckiej.

WSTĘP

Lecznictwo niemedycezne to kompleksowy obszar badawczy wymykający się pozytywistycznemu podejściu do rzeczywistości społecznej. Proces ustalania granic pomiędzy *medycyną akademicką* a *lecnictwem niemedyceznym* ma charakter niezwykle dynamiczny, pola pokrywają się częściowo, a zakres tych wspólnych obszarów jest przestrzenią trwającej debaty pomiędzy nauką a praktyką. Mamy tu do czynienia ze zmieniającymi się w czasie i rozszerzającymi się znaczeniami takich pojęć jak *zdrowie* czy *choroba*, przekładającymi się na dynamikę instytucjonalnej odpowiedzi na problemy zdrowotne będące obszarem zainteresowania i aktywności w polu *medycyny*. Tym samym obszar praktyk leczniczych pozostających *poza* obszarem medycyny jest dynamicznym, wymykającym się analizie w pozytywistycznym tego słowa znaczeniu przedmiotem badań. Złożoność podjętej problematyki i szereg wyzwań badawczych z jakimi zmierzyła się Doktorantka obrazuje już *wstęp* pełniący funkcję ogólnego wprowadzenia w tematykę realizowanych badań. Jednocześnie jest to jeden z najmniej spójnych i uporządkowanych fragmentów rozprawy. Przy ogromnym rozproszeniu terminologii zabrakło tu podjęcia decyzji w odniesieniu do używanej w rozprawie terminologii (nawet jeśli decyzja ta jest do utrzymania wyłącznie na czas realizowanego projektu badawczego czy też na potrzeby pracy) oraz wyraźnego określenia celu prezentowanych badań i zdefiniowania przedmiotu analiz. Bez tych ram terminologicznych i koncepcyjnych zaprezentowane we wstępie, skądinąd ważne i ciekawe, dane dotyczące samoleczenia, suplementów diety, leków OTC, czy też wyniki badań populacyjnych nie tworzą wyraźnego i spójnego kontekstu dla prezentowanego na dalszych kartach rozprawy projektu badawczego.

CZĘŚĆ TEORETYCZNA

W części teoretycznej Doktorantka w kompetentny i wyczerpujący sposób opisała szereg perspektyw teoretycznych umożliwiających pogłębienie przedmiotu badań oraz interpretację uzyskanych wyników. Są to między innymi takie koncepcje teoretyczne jak konstruktywizm społeczny, medykalizacja i demedykalizacja, laickie i profesjonalne systemy odniesienia, czy też krytyczna socjologia medycyny. Społeczny konstruktywizm – koncepcja kluczowa dla podjętych przez Autorkę analiz, jest opisana w sposób przejrzysty i wyczerpujący, co wskazuje na dobrą znajomość literatury w tym obszarze. Podobnie zagadnienia związane z medykalizacją, przemedykalizowaniem oraz demedykalizacją zostały opisane szeroko i w wyczerpujący sposób. Jednak w drugiej części rozdziału Autorka odchodzi od problemowego ujęcia koncepcji teoretycznych na rzecz prezentacji poglądów i pojęć konkretnych autorów, niektórzy z nich (Navarro, Waitzkin, Illich, Freidson) doczekali się osobnych podrozdziałów, poglądy innych (Sokołowska, Giddens) zostały wplecione w warstwę narracyjną tej części.

Warto pamiętać, że każde z opisanych w pracy podejść teoretycznych powstawało w odpowiedzi na specyficzny kontekst społeczno-historyczny, potem ewoluując, pod naporem zmieniającej się rzeczywistości społecznej, ale też krytyki ze strony innych propozycji teoretycznych. W tej części pracy nieco brakuje ewolucyjnego zaprezentowania tych koncepcji, również w kontekście tego, na ile te podejścia teoretyczne są użyteczne w analizie i interpretacji świata współczesnego. Zdaję sobie jednak sprawę, że ze względu na swoją obszerność i złożoność zagadnienie to mogłoby być przedmiotem oddzielnej rozprawy doktorskiej.

Ponadto, w moim odczuciu, Autorka nieco nadmiernie akcentuje rolę lekarzy, instytucji medycznych i medycyny, bagatelizując rolę (i obecność w przestrzeni medialnej) firm farmaceutycznych a nawet organizacji pacjenckich i innych sił społecznych, przy jednoczesnym opisie procesów demedykalizacyjnych przede wszystkim na poziomie jednostkowym. Ponadto Doktorantka niemal zupełnie pomija wątek ekonomiczny w odniesieniu do lecznictwa niemedyceznego oraz kwestię jatrogennych, nieuczciwych praktyk medycznych w tym kontekście (s. 42). Pomija też, dokonując nieco idealistycznych założeń, fakt, że oczekiwania pacjentów są również wypadkową ich

sytuacji życiowej, doświadczeń oraz wagi i złożoności problemu medycznego, z którym się mierzą – nie we wszystkich sytuacjach pacjenci oczekują od lekarza partnerstwa i dialogu (czasem oczekują zdecydowania i dyrektywności). *Last, but not least*, procesy medykaliacyjne w dużym stopniu były odpowiedzią na oczekiwania społeczne i postęp w obszarze nauk medycznych, a wyniki badań populacyjnych pokazują, że ratownik medyczny, lekarz, pielęgniarka to ciągle jedne z najbardziej prestiżowych zawodów w Polsce, znajdujące się w grupie tzw. zawodów zaufania publicznego.

Kolejną niezwykle ciekawą i istotną częścią tej pracy jest rozdział dotyczący kwestii definicyjnych, będący wnikliwym opisem zakresu przedmiotu badań podjętego przez Doktorantkę. Mamy tu do czynienia z trafnie zdiagnozowanym chaosem terminologicznym, choć podobnie jak w odniesieniu do koncepcji teoretycznych, porządkującym zabiegiem mogłoby tu być wskazanie, które z opisywanych pojęć, zakresów i propozycji mają charakter współczesny, a które mają walor historyczny, wskazujący na ewolucję percepcji problemu, przedmiotu badań, narastającego zrozumienia dla ogromnej ontologicznej i epistemologicznej heterogeniczności zjawiska nazwanego „lecnictwem niemedycznym”. Nie do końca zrozumiała jest decyzja Autorki, która z jednej strony wskazuje, że w jej przekonaniu *medycyna komplementarna i alternatywna* to współcześnie najbardziej adekwatne terminy na określenie przedmiotu jej badań (s. 57), a z drugiej strony ostatecznie wybiera termin *lecnictwo niemedyczne*, które w przekonaniu Recenzentki rozprawy jest pojęciem nadmiernie szerokim jak na potrzeby tej pracy, obejmującym również praktyki związane z samoleczeniem. Recenzentka zachęca Autorkę do większej odwagi w podejmowaniu własnych, dobrze uzasadnionych decyzji. Na marginesie, chciałabym jednocześnie zgłosić wątpliwość co do używania terminu *lecnictwo* w kontekście, w jakim pojawia się w tej pracy. Mam wrażenie, że profesor Piątkowski pisząc o *lecnictwie pozamedycznym* odnosi się tu w pewnym sensie do szerokiego, kompleksowego zjawiska, postrzegając je *systemowo*, (a właściwie *pozasystemowo*). W tradycji socjologicznej mówimy o *lecnictwie* właśnie w kontekście *systemowości* (nawet jeśli jest to cecha stopniowalna, a większość systemów charakteryzuje się *fragmentarycznością*). W odniesieniu do *praktyk i doświadczeń związanych z lecnictwem* mówimy o *leczeniu*, tu należałoby mówić o *leczeniu pozamedycznym*.

Na marginesie (i włączając się w dyskusję rozpoczętą w tym niezwykle ciekawym rozdziale), stoję na stanowisku, że powinniśmy mówić o *samoleczeniu* a nie *samolecznictwie* jako o jednej z najbardziej naturalnych zachowań, praktyk *prozdrowotnych* człowieka. Pytaniem otwartym pozostaje zakres, w jakim praktyki te można włączyć w obszar pojęciowy *lecznictwa niemedycznego*. Innym terminem, z którego należałoby zrezygnować jest termin *healer* (w wersji spolszczonej *hiler?*), na rzecz terminu *uzdrowiciel*.

CELE BADAWCZE

Głównym celem pracy jest *analiza dyskursów dotyczących lecnictwa niemedycznego, ze szczególnym uwzględnieniem ich wzajemnych powiązań i relacji oraz znaczeń i kontekstów kulturowych*. Cel badania (sformułowany na bardzo ogólnym poziomie) odnosi się do zagadnień zarówno interesujących teoretycznie, jak i ważnych ze społecznego punktu widzenia. Doprecyzowując przedmiot badań Autorka postawiła główne pytanie badawcze: *W jaki sposób praktycy i eksperci lecnictwa niemedycznego konstruuja rzeczywistość w ramach uniwersum lecnictwa niemedycznego?*, którego uszczegółowienie jest 13 szczegółowych pytań badawczych (s. 80-81) odnoszących się wprost do dyspozycji do wywiadu jakościowego (s. 261-262).

Doktorantka pyta o:

- a. sposób w jaki praktycy stosujący metody lecnictwa niemedycznego określają formę i kontekst swojej działalności;
- b. rozumienie takich pojęć jak: lecnictwo niemedyczne, choroba, zdrowie;
- c. ocenę efektywności stosowanych praktyk;
- d. powody i konsekwencje korzystania z lecnictwa niemedycznego;
- e. stosunku pracowników ochrony zdrowia do podejmowania leczenia w obszarze praktyk lecnictwa niemedycznego oraz percepcji społecznej tego zjawiska;
- f. trudności w pracy z pacjentem;
- g. optymalne i najbardziej prawdopodobne kierunki rozwoju relacji pomiędzy medycyną akademicką a lecnictwem niemedycznym.

CZĘŚĆ METODOLOGICZNA

Na podkreślenie zasługuje fakt, że mgr Patrycja Zalewska-Blechar bardzo dokładnie i precyzyjnie udokumentowała zarówno założenia metodologiczne, jak i przeprowadzony proces badawczy. Metody oceny kluczowych zmiennych zostały właściwie dobrane, solidnie uzasadnione i starannie przedstawione. Rekrutacja metodą kuli śniegowej została precyzyjnie i szczegółowo opisana. Przekonuje też wykorzystanie metodologii jakościowej, a konkretnie metodologii teorii ugruntowanej, choć było to założenie niezwykle ambitne i nie zostało w pełni zrealizowane. Jedyne zastrzeżenie można poczynić do faktu, że badaczka wskazuje na potrzebę ujawnienia własnego stanowiska do przedmiotu badania (s. 110), po czym nie ujawnia go.

W badaniu wzięło udział jedenastu badanych, ośmiu praktyków reprezentujących szereg różnych podejść w ramach leczenia pozamedycznego oraz trzech naukowców prowadzących badania w obszarze psychologii, historii medycyny oraz antropologii (celowo nie wprowadzam rozróżnienia praktycy – eksperci, stojąc na stanowisku, iż w kontekście wywiadów jakościowych odwołujących się do indywidualnych doświadczeń percepcji każdy z uczestników badania winien być uznawany za *eksperta*). Wywiad z każdym z ekspertów trwał około godziny (w pracy nie podano średniego czasu trwania wywiadu oraz wartości minimum i maximum). W toku realizacji badania Autorka napotkała szereg wyzwań i barier, o których pisze w tej części pracy i które z pewnością uświadomiły jej z jaką ilością potencjalnych ryzyk i zagrożeń mierzą się badacze wkraczający w nowy, dotychczas eksplorowany tylko w ograniczonym stopniu, obszar badawczy. Opis tych trudności jest niezamierzonym, ale istotnym z perspektywy poznawczej elementem tej pracy, ponieważ badacze zdecydowanie zbyt rzadko ujawniają porażki na polu naukowym. Ograniczona wielkość próby badawczej, różnorodność doświadczeń i praktyk, brak usystematyzowanych informacji na temat cech społeczno-demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie) i ogromna heterogeniczność pola badawczego nie pozwoliły na pełną realizację zakładanych przez Doktorantkę celów badawczych i pogłębioną analizę zarysowanych w pracy wątków – nic nie wskazuje, aby udało się osiągnąć *teoretyczne nasycenie* danych. Niezwykle ciekawym wątkiem zarysowanym w teoretycznej części pracy, niestety nie pogłębionym w części badawczej (częściowo ze względu na zbyt małą wielkość próby przy jej dużej różnorodności) jest kwestia wewnętrznej spójności (a właściwie jej

braku) na obszarze określonym w pracy jako leczenie niemedyczne. Bardzo ciekawym tematem *analiz byłaby próba prześledzenia wewnętrznych napięć leczenia niemedycznego*, pojawiających się pomiędzy praktykami zajmującymi się różnymi *typami* CAM w odniesieniu do nagromadzonej wiedzy naukowej z tego konkretnego obszaru, poziomu współpracy ze środowiskiem medycznym, ryzyka skutków ubocznych, postrzeganej rzetelności, wiarygodności, skuteczności. Kwestie te są częściowo zasygnalizowane w pracy (s. 173 o współpracy; s. 181 o praktykach po jednodniowych kursach; s. 191 – cytata eksperta), ale bez odniesień do szczegółowych danych czy też literatury przedmiotu.

W dalszej części pracy Autorka dość prowokacyjnie przytacza indyjską przypowieść o słoniu (s. 189). Warto wskazać, że istnieją metody badań lepiej dostosowane do celu jakim byłoby wypracowywanie konsensusu wśród ekspertów – na przykład metoda delficka (zdają sobie sprawę, że wypracowanie konsensusu nie było celem tej pracy, a jego brak jest jednym z ważnych wyników badania).

CZĘŚĆ BADAWCZA

Wyniki badania zostały opisane dosyć obszernie, na 115 stronach. W kolejnych podrozdziałach Autorka opisuje proces konstruowania uniwersum leczenia niemedycznego w narracjach praktyków stosujących metody wchodzące w skład leczenia niemedycznego oraz w narracjach badaczy tego obszaru w odniesieniu do poszczególnych pytań badawczych opisanych w części metodologicznej, aby w trzecim z rozdziałów tej części dokonać zestawienia badanych perspektyw.

Szczególnie wartościowe są podrozdziały pracy na temat różnych wymiarów rozumienia i postrzegania terminów *zdrowie* i *choroba*, choć warto chyba zaznaczyć, że nie są to wymiary rozłączne czy też wzajemnie się wykluczające. Autorka słusznie sugeruje, że również przedstawiciele medycyny akademickiej poproszeni o definicje *zdrowia* lub *choroby*, prawdopodobnie wskazaliby na szereg różnych wymiarów i dynamikę tych pojęć i nie odwoływaliby się wyłącznie do klasyfikacji medycznych czy definicja zdrowia WHO. Warto byłoby też nieco więcej miejsca poświęcić niezwykle ciekawemu wątkowi rozróżnienia pomiędzy *disease*, *illness* i *sickness*. Na marginesie trzeba tu wskazać, że tytuł podrozdziału 1.4.2 ma odwrotny kierunek logiczny – Autorka pisze tu nie o „chorobie jako przyczynie problemów emocjonalnych”, a o

schorzeniach psychosomatycznych czy też sytuacjach, w których kryzys emocjonalny wpływa na pogorszenie stanu zdrowia lub pogarsza rokowania jeśli chodzi o przezwycięzenie choroby.

Intersujące są też wyniki związane z opisywanym brakiem gotowości do przestrzegania zaleceń praktyków leczenia niemedycznego, które bardzo bliskie są wynikom badań wśród pacjentów medycyny akademickiej, którzy nie stosują się do zaleceń lekarskich, nie wykupują recept, przerywają rozpoczęty proces leczenia. Wątek to o tyle ważny, że wskazuje, na fakt, że przestrzeganie zaleceń lekarskich czy praktyka leczenia niemedycznego nie jest wyłącznie kwestią skutecznej komunikacji, dobrej relacji i zaufania.

Lekturę wyników utrudnia nieco fakt, że Autorka nie oznaczyła cytatów przynajmniej podstawowymi informacjami na temat osób uczestniczących w badaniu (np. mężczyzna, naturoterapeuta), a jedynie numerami. Zastanawia na ile kompozycja grupy badawczej jest reprezentatywna dla szerokiego grona praktyków zajmujących się leczeniem niemedycznym w Polsce, z ich wypowiedzi wynika, że są to osoby, mocno wpisujące się przede wszystkim w model medycyny komplementarnej. Niestety, nie znalazłam w pracy informacji o odsetku odmów oraz wynikach analizy różnic w zakresie podstawowych cech społeczno-demograficznych pomiędzy uczestnikami badania a praktykami i badaczami, którzy odmówili udziału.

Ponadto czytelnik bywa zagubiony w zderzeniu z nadmiernie generalizującymi i kwantyfikującymi (*najpowszechniejszą opinią* – s. 233; *zasadniczo wszyscy* - s. 235; *większość ekspertów* - s. 235) a nawet ocennymi sformułowaniami, których pada wiele w pracy i co do których trudno stwierdzić, czy jest to wniosek z analizy danych, opinia Autorki, czy też parafraza wypowiedzi badanych. Przykładów jest mnóstwo: *Pacjenci częściej szukają innych form leczenia, aniżeli medycyna oficjalna* (s. 177); *Scenariusz pesymistyczny* (s.185), *Relacje pomiędzy leczeniem niemedycznym a medycyną akademicką są niechętnie i nieufne* (s. 213); *Postawa taka jawi się jako zwyczajnie arogancka w swojej ignorancji* (s. 233). Ostatni przykład odnosi się do rozważań na temat integracji pomiędzy leczeniem niemedycznym (określanym w tej części pracy jako CAM; 2.8.1) nie skonfrontowanych czy skontekstualizowanych w żaden sposób z opisem treści Kodeksu Etyki Lekarskiej (2.4.2 i dalej) zaprezentowanym we

wcześniejszej części pracy. Brakuje w pracy podsumowań zawierających interpretację i oferujących walidację uzyskanych danych poprzez zestawienie ich z literaturą przedmiotu, danymi statystycznymi, stanem prawnym, czy koncepcjami teoretycznymi prezentowanym w pierwszej części pracy.

Można by poczynić zastrzeżenia co do niektórych pytań badawczych, które wykraczają poza zakres wiedzy i doświadczenia osób biorących udział w badaniu. Przykładowo pytania o *najczęstsze powody korzystania z metod leczenia pozamedycznego* odnoszą się właściwie do jednostkowych percepcji i wyobrażeń na ten temat - należałoby zapytać o powody *zgłaszane* przez klientów leczenia niemedyceznego (choć najlepiej byłoby o to po prostu zapytać ich samych). Odnoszę też wrażenie, że pytania o *efektywność*, są właściwie pytaniami o *skuteczność*, trudno też oczekiwać od praktyków, że ujawnią *nieskuteczność* czy też *iatrogenność* podejmowanych przez nich praktyk. Podobnie rozdziały o relacji praktyków leczenia niemedyceznego i przedstawicieli zawodów medycznych trudne są do analizy, jeśli mamy do czynienia z percepcją i doświadczeniami tylko jednej strony tej interakcji. Warto w przyszłych projektach wykorzystać opisywaną w pracy triangulację i spróbować dotrzeć do klientów leczenia niemedyceznego czy przedstawicieli zawodów medycznych i przyjrzeć się tym relacjom w bardziej pełny sposób. Na potrzeby tej pracy, wyjściem byłaby też interpretacja uzyskanych wyników w zestawieniu z wynikami badań na ten temat realizowanymi na grupie klientów leczenia niemedyceznego czy lekarzy.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I WNIOSKI

Przesłanką uzasadniającą podjęcie omawianych tu badań była nie tylko niewielka liczba analiz tej problematyki w Polsce, ale coraz większa waga tych zagadnień wynikająca z coraz większej uważności na takie kwestie jak autonomia pacjenta, jego prawa i możliwości wyboru oraz jakość opieki zdrowotnej i polityka zdrowotna uzasadniona naukowo. Te wszystkie względy decydują, że rozprawa doktorska mgr Patrycji Zalewskiej-Blechar ma charakter prekursorski, łącząc elementy kompleksowej analizy teoretycznej z badaniem empirycznym.

Podsumowanie części badawczej jest jednym z ciekawszych elementów przeprowadzonej analizy, gdyż tu właśnie dokonuje się obiecana wcześniej triangulacja

perspektyw, która pozwala otworzyć pole do interpretacji danych i wykroczyć poza systematyczny opis uzyskanych wyników.

Wyniki badania zostały omówione w sposób adekwatny, zabrakło jednak odniesienia się do wcześniejszych wyników badań, uzyskanych przez innych autorów zajmujących się tą samą lub podobną problematyką oraz koncepcji zaprezentowanych w części teoretycznej pracy. Część wyników Autorka opisuje jako *zastanawiające* – na przykład: *Swoista binarność jest zastanawiająca, wygląda to tak, że Ci źli zajmują się lecnictwem niemedycznym, a inni dobrzy medycyną komplementarną.* (s. 196). Nasuwa się wniosek, że badany w swojej narracji dokonuje swobodnego rozróżnienia zakresów znaczeniowych obu terminów i tym samym przedmiotu badania. Dopytanie w trakcie wywiadu o te kwestie, mogłoby rzucić nieco więcej światła na chaos znaczeniowy a co za tym idzie interpretacyjny, szczególnie, że przyjęta metodologia teorii ugruntowanej pozwala na modyfikacje w protokole badania w celu umożliwienia badaczowi eksploracji nowych, dostrzeżonych w procesie zbierania danych wątków.

Opisywane badanie jest niezaprzeczalnie jedną z pionierskich prób eksploracji tego niezwykle złożonego obszaru badawczego, tym samym wszystkie przedstawione wyżej zastrzeżenia mają charakter przede wszystkim polemiczny a Recenzentka zdaje sobie sprawę, że prowadzenie badań na słabo poznanym gruncie może być źródłem problemów trudnych do przewidzenia na etapie konstruowania badania, nawet w przypadku bardzo doświadczonego badacza. Na wiele z postawionych pytań Doktorantka nie znalazła jeszcze odpowiedzi, jednak praca ta jest ważnym i potrzebnym krokiem we właściwym kierunku. Kluczem jest tu świadoma analiza ograniczeń metodologicznych i interpretacyjnych i wyciągnięcie wniosków na przyszłość. W zakończeniu zabrakło jednak refleksji na temat ograniczeń metodologicznych i interpretacyjnych prezentowanych danych, zdaniem Recenzentki, miejscem na wyciągnięcie takich wniosków jest właśnie zakończenie pracy (o ograniczeniach metodologicznych i interpretacyjnych Autorka wspomina częściowo we wstępie pracy).

OCENA KOŃCOWA

W mojej ocenie pracę doktorską mgr Patrycji Zalewskiej-Blechar należy uznać za istotny wkład uzupełniający problematykę leczenia niemedyceznego w Polsce i poszerzający wiedzę naukową w tym zakresie. Doktorantka właściwie sformułowała istotny z teoretycznego i praktycznego punktu widzenia problem badawczy i poddała go eksploracji w sposób świadczący o wiedzy w zakresie podjętej tematyki i świadomości metodologicznej. Podniesione przeze mnie zastrzeżenia i uwagi mają charakter polemiczny i nie dyskredytują żadnego z aspektów rozprawy, a jedynie wskazują na elementy analizy, prezentacji i interpretacji wyników, które można udoskonalić przed ich publikacją w recenzowanych czasopismach naukowych.

Podsumowując, stwierdzam, że recenzowana rozprawa doktorska zatytułowana „Lecznictwo niemedycezne jako konstrukt społeczny” spełnia warunki określone art. 187 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 742, z późn. zm.). i wnioskuję o dopuszczenie mgr Patrycji Zalewskiej-Blechar do dalszych etapów postępowania w sprawie nadania stopnia doktora.

Kierownik
Zakładu Badań nad Alkoholizmem
i Toksykomaniami
Klingemann
dr hab. n. med. Justyna Klingemann