

Dr hab. Włodzimierz Piątkowski, prof. nadzw.

Zakład Socjologii Zdrowia, Medycyny i Rodziny

Instytut Socjologii UMCS

Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

## **RECENZJA PRACY DOKTORSKIEJ KATARZYNY WALENTYNOWICZ-MORYL**

### **„Utrudniona prokreacja – socjologiczna analiza doświadczenia choroby”**

napisanej pod kierunkiem Dr hab. Ewy Narkiewicz-Niedbałec, prof. U.Z.

/Promotor pomocniczy dr Emilia Paprzycka/

## **UWAGI WSTĘPNE**

Praca jest obszernym /294 str./ studium socjologicznym o charakterze teoretyczno-empirycznym dotyczącym problemu ludzkiej płodności. Podejmowane zagadnienia, określane przez autorkę jako „utrudniona prokreacja” definiowane jest przez nauki kliniczne /głównie przez szeroko rozumianą ginekologię/ w kategoriach rosnącego problemu o złożonym charakterze, dużym znaczeniu i niejasnej etiologii /abstrakcyjne „przyczyny cywilizacyjne”/. Ogólnie rzecz biorąc można powiedzieć więc, że zjawiska badane i opisywane przez doktorantkę sytuują się w głównym nurcie dyskusji na obszarze biomedycyny, jak też, z racji swej wielowymiarowości, na gruncie rozmaitych nauk behawioralnych takich jak socjologia i jej subdyscypliny, antropologia choroby, kierunki genderowe, różne orientacje feministyczne oraz psychologia choroby. W ramach socjologii naturalnymi polami odwołań może być socjologia choroby i medycyny, socjologia małżeństwa i rodziny, czy po części, np. socjologia ciała. Problematyka podejmowana przez mgr Moryl może być omawiana na różnych płaszczyznach i może stanowić przedmiot analizy w różnych kontekstach, co dla badacza społecznego jest zarówno szansą jak i wyzwaniem. Należy zgodzić się z oczywistą uwagą ze „Wstępu”, iż rodzicielstwo to kluczowy aspekt życia

małżeńskiego i rodzinnego; równocześnie jednak twierdzenie to przestaje być jednoznaczne, gdy weźmiemy pod uwagę zakres, tempo i głębokość przekształceń relacji międzyludzkich, w tym przemiany więzi społecznych opisane swego czasu np. przez M. Marody i A. Gizę-Poleszczuk /2004/. Dotyczy to zwłaszcza zjawiska zasadniczej reorientacji celów dla których ludzie podejmują decyzję „o byciu ze sobą” ujmowanego w kontekście nietrwałości oraz względności współczesnych interakcji [Giddens 2012; Bauman 1997; Beck 1997]. Naturalne, pełne determinacji dążenie ludzi do zakończonego sukcesem rodzicielstwa nie jest już zatem, w czasach „społeczeństwa ryzyka” i „płynnej ponowoczesności”, oczywistym scenariuszem będącym konsekwencją decyzji o podjęciu współżycia. Co więcej, waga rodzicielstwa bywa podważana, kwestionowana, a nawet wykpiwana, zaś wiele badań empirycznych sugeruje, że rodzicielstwo niekoniecznie stanowi : „ (...) jedno z zadań rozwojowych, którego realizacja jest oczekiwana społecznie” /s. 5 /. O ile oczywista jest diagnoza o narastaniu problemu niepłodności z jego niejednoznaczными i niejednorodnymi przyczynami, to trudno się zgodzić z twierdzeniem, że w Polsce dotychczas nie prowadzono badań określających /szacujących/ np. skalę niepłodności. Na gruncie nauk o zachowaniu poświęcono temu zagadnieniu ostatnio obszerną monografię [Radkowska-Walkowicz 2013]. W literaturze przedmiotu dostępne są także inne opracowania na ten temat, podejmowane, m.in., w ramach epidemiologii społecznej, ginekologii czy medycyny behawioralnej [dane Fundacji MaterCare, Ostaszewska-Mosak 2011; Raport PTMR; Bidzan 2010; Dembińska 2012; Krawczak 2011; Kuczyński 2004; i in.]. Podobnie polemicznie można odnieść się do ogólnego twierdzenia, że w i ę k s z o ś ć badaczy społecznych przyjmuje medyczną definicję niepłodności, podczas gdy nawet pobieżna analiza prac z pogranicza studiów genderowych, antropologicznych i feminologicznych przeczy temu twierdzeniu /s. 5/. Sytuują one swoje dociekania wyraźnie p o z a obszarem systemu medycznego; np. „krytyczna antropologia medycyny” wręcz kwestionuje medykocentryczne podejście do problematyki niepłodności. Przypnieć jednak należy, że zakres zainteresowania wśród badaczy społecznych analizami doświadczeń par nie mogących korzystać z wysokospecjalistycznych i drogich technik leczenia lub zapobiegania niepłodności, jak się wydaje, nie w pełni odpowiada aktualnym potrzebom społecznym. Należy tu jednak podkreślić, że odejście od „medykocentrycznego” analizowania obszaru: chory - choroba - chorowanie nie jest oczywiście niczym nowym; u źródeł tego pomysłu, już ponad 70 lat temu, legła teza o konieczności budowy klasycznej

orientacji określanej jako „sociology of medicine”, nazwanej przez M. Sokołowską „medycyną w socjologii” [Straus 1957, 2007]. Podsumowując, bardzo obszerne opisywanie przez doktorantkę ograniczeń podejścia medykoncentrycznego nie wydaje się ani celowe, ani potrzebne. Ciekawym natomiast pomysłem, co prawda wcześniej wielokrotnie prezentowanym w ramach „socjologii leczenia niemedyceznego”, jest ukazanie różnic i podobieństw pomiędzy medycznymi i społecznymi definicjami, tu bezpłodności /s. 10 i dalsze/. Brak legitymizowania diagnozami ginekologicznymi skutków związanych z laicką definicją bezpłodności jest przykładem zderzenia się dwóch rozbieżnych perspektyw powodującego podejmowanie przez jednostkę różnych „kompromisowych” zachowań mających zagwarantować udaną prokreację. Punktem odniesienia doktorantki w tych rozważaniach jest jednostka, jej motywy działania i stany świadomości nie zaś, zgodnie ze wskazaniami kanonu nauk społecznych: grupa, zbiorowość czy wybrana kategoria społeczna. [Szczepański 1970 ; Gidens 2012, Goodman 2009]. Chcąc analizować chorobę w perspektywie socjologicznej bardziej wskazany jest równocześnie wybór kategorii „sickness” niż „illness”. Jak podkreśla w swojej ostatniej monografii współtwórca współczesnej socjologii medycyny właśnie taka perspektywa pozwala na korzystanie w pełni z ram teoretycznych, pojęć i kategorii nauk społecznych [Cockerham, 2013]. Tymczasem pojęcie „illness” dotyczy raczej np. recepcji symptomów choroby, subiektywnego znaczenia przypisywanego chorowaniu, emocji wywołanych przez „bycie pacjentem”, zmian świadomości pod wpływem recepcji kolejnych faz terapii - tak więc „illness” to sfera przynależna psychologii choroby a jej eksploracja wymaga posiadania kwalifikacji w zakresie psychologii klinicznej czy psychologii stosowanej [Nasiłowska-Barud 2017, 2018]. Dodatkowo trzeba podkreślić, że granice demarkacyjne pomiędzy socjologią a psychologią choroby zostały już w literaturze socjologicznej wielokrotnie opisane [patrz: np. Bibliografie polskiej socjologii medycyny z lat 1969, 1978, 1989, 2010]. Konsekwencją przyjęcia przez doktorantkę perspektywy „illness” jest, m.in., analiza uzyskanych wyników w ujęciu interakcjonizmu symbolicznego, ale także tutaj należy pamiętać, że zasadniczą s o c j o l o g i c z n ą dyrektywę badawczą powinien stanowić społeczno-kulturowy kontekst przedmiotu badań /tu – społecznie warunkowanych doświadczeń indagowanych kobiet/. Wydaje się, że mgr Moryl, z niejasnych powodów, ignorując wyniki badań socjomedycznych, które winny być najbliższe podejmowanej problematyce, staje się nieświadomie przedstawicielką nurtu

określonego jako „orientacja postfreidsonowska” [Ostrowska, Skrzypek (red.), 2015]. Koncentracja doktorantki na kategorii „doświadczenia choroby” skłoniła ją, do, jak się wydaje, nadmiernego odtwarzania i kopiowania ram teoretycznych i sposobu rozumowania prezentowanego wcześniej przez M. Skrzypka [Skrzypek 2011] przy równoczesnym pominięciu innych ciekawych sposobów analizy podobnych doświadczeń pacjentów, koncentrujących się na kategoriach np. „autonomii”, „samodzielności” czy „podmiotowości” ludzi chorych [Patrz np. cykl publikacji A. Łaski-Formejster, 2005, 2015 ].

### **OGÓLNA OCENA PRZYJĘTYCH W ROZPRAWIE ZAŁOŻEŃ TEORETYCZNYCH**

Do zastosowanych założeń teoretycznych doktorantka nawiązuje w różnych częściach swej rozprawy, najpełniej wątek ten jest eksponowany w R. 1 /Założenia teoretyczne, ss. 16-75/. Autorka zaczyna swe rozważania od charakterystyki relacji pomiędzy medycyną i socjologią oraz wyjaśnia zagadnienie genezy podejmowania problematyki socjologii choroby na gruncie klasycznej socjologii medycyny. Należy jednak zauważyć, że problematyka ta jest już od lat dobrze znana i została szczegółowo opisana w dwóch ogólnopolskich podręcznikach „medical sociology” oraz w kilku monografiach, dziesiątkach artykułów i rozpraw poczynając od lat 60-tych XX wieku. Nie do końca są w tej sytuacji jasne intencje autorki poświęcania temu obszarowi tak wiele miejsca i wysiłku, /na marginesie - błąd w danych osobowych jednej z twórczyń socjologii medycyny, s. 19/. Trzeba jednocześnie zauważyć, że doktorantka wykazała się tu znajomością podstawowej literatury socjomedycznej i umiejętnością interpretacji jej dorobku. Kolejnym podejmowanym tematem jest omówienie ewolucji „świadomości teoretycznej i tożsamości empirycznej” subdyscypliny przesuwanej od ścisłych relacji z medycyną do szerszej kooperacji z socjologią, w trakcie której badania socjomedyczne absorbowały w coraz większym stopniu elementy teoretyczne, metodologię i taksonomię nauk społecznych; symbolem tych przekształceń stała się rosnąca popularność orientacji nazywanej za R. Strausem „sociology of medicine”. Opisując przykłady koncepcji bio-psycho-społecznych mgr Moryl słusznie odnosi się do modeli stworzonych przez G. Engela, pomijając jednak inną koncepcję autorstwa jednego z klasyków socjologii medycyny - S. Grahama, który wprowadził do nauk o zdrowiu konstrukt nazwany „łańcuchem etiologicznym chorób” [1974 , tłum. polskie 2002]. Innym nurtem składającym się na

tożsamość problematyki socjologii choroby, który nie znajduje odbicia w Bibliografii doktoratu jest orientacja „krytyczno-demaskatorska”, obecna również w polskiej wersji subdyscypliny i prezentowana w cyklu monotematycznych publikacji. Odwołując się do procesu konceptualizacji pojęcia „choroby” i omawiając perspektywę przyjmowaną przez „socjologię humanistyczną” Mgr Walentynowicz-Moryl pomija dorobek klasyka tego obszaru badań E. Mokrzyckiego. Z drugiej strony trzeba jednak docenić opis dokonań nieco zapomnianego nestora socjologii medycyny Davida Mechanica i jego wkładu w rozwój wiedzy o zachowaniach w chorobie /s. 31/ [Cockerham 2013]. W charakterystyce podejścia interakcjonistycznego do opisu doświadczeń jednostki w roli społecznej pacjenta, chyba właściwe jest odwołanie się do dorobku „socjologii leczenia niemedycznego” oraz nawiązanie do „nurtu postfreidsonowskiego” podsumowanego niedawno, co wskazano wcześniej, przez A. Ostrowską i M. Skrzyпка [Ostrowska, Skrzypek /red./ 2015]. W pkt 1.3.1 trudno się zgodzić z dość ultymatywnym twierdzeniem, że kategoria „illness” postrzegana była jako „produkt kulturowy społeczeństwa”; równocześnie nie jest jasne, dlaczego pojęcie „sickness” omawiane jest na przykładzie podejścia właściwego antropologii medycznej a nie socjologii. Odpowiednim punktem odniesienia byłaby tu znana praca A.C. Twaddle`a z 1977, przywoływana zresztą w Bibliografii [Patrz Twaddle, Hessler 1977]. Właśnie dla tego klasyka badań socjomedycznych „sickness” jest pojęciem *par excellence* społecznym. Osobny podrozdział części teoretycznej dysertacji /1.3.2., s. 40 i dalsze/ poświęcona została symbolicznemu interakcjonizmowi. Podrozdział ten stanowi ciekawy i erudycyjny fragment recenzowanej rozprawy, lecz pozostaje zagadką z jakich powodów doktorantka nie odnosi się do dorobku socjologów piszących na ten sam temat i przyjmujących identyczną perspektywę badawczą /m.in.: L. Nowakowska, A. Sadowski- Dudkowska, M. Lichoń, M. Rajtar/. Sposób interpretowania choroby i chorowania przyjęty przez Juliusa Rotha do badania doświadczeń osób chorych na gruźlicę wiele lat temu nie wydaje się być do końca właściwym punktem odniesienia dla wyjaśnienia współczesnego „syndromu utrudnionej prokreacji”. Może lepiej byłoby odnieść się do aktualnych analiz A. Ostrowskiej [2008], opisujących sposób recepcji choroby przez pacjentów z ostrą niewydolnością nerek. Dobrym natomiast pomysłem jest nawiązanie do znanej koncepcji Freda Davisa dotyczących doświadczeń rodzin posiadających dzieci z zdiagnozowanym poliomyelitis, przy czym

ciekawe byłoby także odniesienie się do polskich badań socjologicznych na temat podobnych chorób chronicznych np. hemofilii czy mózgowego porażenia dziecięcego /1990, 1992/. Doktorantka słusznie zalicza J. Rotha, F. Davies`a, E. Freidsona i A. Straussa do grona współtwórców negocjacyjnego modelu, może nie tyle choroby, co raczej procesu chorowania. Jak już wskazano zastrzeżenia może budzić uczynienie jedynym punktem interpretacyjnego modelu wyjaśniania wyłącznie jednej wybranej koncepcji [Skrzypek 2011]. W krótkim „Podsumowaniu” /1.3.4/ mgr Moryl dokonuje ciekawej syntezy wcześniejszych rozważań szczegółowych dotyczących przemian koncepcji „doświadczenia choroby” w perspektywie ewolucji problematyki socjomedycznej od kluczowych koncepcji z lat 60-tych do współczesności. Omawiając rolę Internetu /1.4./ w kontekście analizowania interesujących pojęć i terminów, autorka odwołuje się głównie do literatury zachodniej /ss. 64-65 i dalsze/ oraz cytuje znane badanie CBOS-u oraz starsze analizy A. Doroszewskiej /2010/. Ten fragment części teoretycznej jest solidnym przeglądem stanu badań z oryginalnymi komentarzami, przy czym doktorantka nie wiąże głównego nurtu swoich rozważań z takimi zagadnieniami jak socjologiczne analizy autonomii pacjenta, koncepcje „empowered patient”, z analizami zjawisk określanymi jako „pacjenci w sieci”. Stanowią one, od lat przedmiot analiz socjomedycznych [patrz: np. obszerna Bibliografia zamieszczona w monografii A. Łaski-Formejster 2015 ].

#### **OPINIA O ZAŁOŻENIACH METODOLOGICZNYCH ROZPRAWY DOKTORSKIEJ**

W osobnym rozdziale /s. 76 i dalsze/ Mgr Walentynowicz-Moryl opisuje i uzasadnia wybór metod i technik badawczych stosowanych do gromadzenia analizowanego materiału, prezentując, m.in.: przyjęty model badań, przedmiot badań, narzędzia badawcze oraz przebieg procesu gromadzenia danych. Uzasadnia także /kolejny raz/ swoją decyzję o wyborze interakcjonizmu symbolicznego, jego teoretycznych ram odniesienia, w tym „negocjacyjnego modelu choroby”. Definiuje również, za Denzinem i Lincolnem, zakres i charakter metod jakościowych, które są dla doktorantki podstawową dyrektywą metodologiczną, równocześnie podkreślając cel swoich decyzji: konieczność zrozumienia motywów i przyczyn działania jednostek w ich naturalnym środowisku społecznym /s. 78/. Autorka przyjmuje tu strategię komunikacyjno-wyjaśniającą /fenomenologiczno-

Interakcjonistyczną /. Doktorantka, jak już wiemy, postanowiła badać „doświadczenia utrudnionej prokreacji, w tym proces dążenia do posiadania dziecka definiowany w kategoriach „problemu”. Mgr Moryl uzasadnia, zdaniem recenzenta nie w pełni przekonująco, wyłączny wybór kobiet jako obiektu badań własnych. Zauważmy przy tym, że opis doświadczeń prokreacyjnych kobiet ma już swoją bogatą literaturę, m.in., w ramach wpływowych w zachodniej socjologii kierunków genderowych i feministycznych. Z tego względu ciekawy byłby pomysł równoczesnego wyboru mężczyzn jako informatorów i komentatorów podejmowanych zagadnień. Tak więc uzasadnienia postawienia na „opcję kobiecą” nie przekonuje; dobry metodolog zna sposoby by przekonać „sceptycznych respondentów – mężczyzn” do udziału w projekcie. Nawiasem mówiąc rekonstrukcja domniemyanych motywacji mężczyzn postawionych wobec sytuacji „utrudnionej prokreacji” jest zdawkowa i dość banalna a cechy przypisywane „homogenicznej męskości” wątpliwe. Warto zauważyć także brak komentarza dotyczącego zakończonej niepowodzeniem rekrutacji panów do udziału w projekcie. Dziwi twierdzenie : „ (...) w s z y s c y ci mężczyźni nie wyrazili zgody na uczestnictwo w projekcie badawczym” /s. 81/. Ogólnie rzecz biorąc pytania badawcze i założenia dotyczące przebiegu projektu należy uznać za poprawne. Z drugiej jednak strony - wybór forów internetowych jako „przestrzeni do realizacji projektu” - wymaga z pewnością krytycznej autorefleksji i ostrożności /patrz: uwagi metodologiczne w monografii Łaski-Formejster, 2015/. Podobnie jest z wykorzystywaniem „indywidualnego wywiadu online”, które obciążone jest znanymi ograniczeniami, np. niemożnością bezpośredniego kontaktu z badanym, interpretacji mowy ciała, bliskiej relacji „face to face”. Należy raczej przychylić się do opinii, że dystans zubaża i spłaszcza charakter relacji z badanym; trzeba też brać pod uwagę kłopoty z ustaleniem rzeczywistej „tożsamości” indagowanych rozmówców. Niezrozumiałe jest, dlaczego autorka projektu nie analizowała głębiej tych, znanych metodologom, zastrzeżeń. Warto przy tym zaznaczyć, że dobrze przeprowadzone wywiady swobodne ukierunkowane stanowią swoistą „wartość dodaną” w badaniach socjomedycznych, zwłaszcza w analizach na polu „socjologii choroby”. Równocześnie, przy wyborze technik wywiadu asynchronicznego badacz zostaje /przynajmniej w części/ postawiony przed ryzykiem utraty kontroli nad procesem pozyskiwania pożądaných informacji. Otwartą kwestią jest, czy „osobisty charakter”

poruszanej problematyki powinien skłaniać badacza społecznego do wchodzenia w „bezosobową interakcję”? O napotkanych trudnościach doktorantki z pokonaniem nieufności i niechęci respondentów mogą świadczyć informacje dotyczące efektów indywidualnej rekrutacji /np. proporcje pomiędzy liczbą wysłanych zaproszeń (328) a pozyskanymi odpowiedziami (53)! /s. 103/. Równocześnie, jak się dowiadujemy z 81 rozpoczętych wywiadów udało się doprowadzić do końca jedynie 50. /s. 105/, 25 kobiet zrezygnowało z dalszego udziału w projekcie, zaś żadna z nich nie nawiązała później kontaktu z badaczką (być może nie widziały dla siebie żadnych korzyści w dalszym uczestnictwie?). Te wybrane fakty dotyczące przebiegu procesu pozyskiwania danych wydają się potwierdzać tezę, że część uczestniczek badania brała udział w dalszych jego fazach głównie z powodu wielkiej determinacji, cierpliwości i ogromnego wysiłku doktorantki, której udało się utrzymać z nimi kontakt. Ten wysoki poziom motywacji mgr Moryl do ukończenia badania należy zaliczyć do jej niewątpliwych „aktywów”. Należy jednak zauważyć niebezpieczeństwo zniekształcenia uzyskanych wyników wskutek zawężenie badanej próby do grupy osób komunikujących się z badaczką za pośrednictwem Internetu (były to w znacznej części kobiety z dużych miast, posiadające wyższy poziom wykształcenia).

### **KRÓTKI KOMENTARZ DOTYCZĄCY EFEKTÓW BADAŃ**

Jeszcze raz powtórzmy, że celem badań własnych, według autodeklaracji mgr Moryl, była charakterystyka doświadczeń utrudnionej prokreacji badanych kobiet poprzez pryzmat ich aktywności interpretacyjnych /s. 120/. Autorka analizuje w tym kontekście okres poprzedzający doświadczenie utrudnionej prokreacji, czas utrudnionej prokreacji /faza początkowa, faza konfrontacji, faza redefinicji oraz oczekiwania/. W tym miejscu można uczynić uwagę że ilustrujące hipotezy autorki, bardzo liczne oraz lapidarne, i schematyczne /krótkie, 2-3 zdaniowe/ wypowiedzi kobiet, pozbawione są wobec braku szerszego kontekstu głębszego społecznego znaczenia. Powstaje w tym kontekście pytanie: czy jest to nieunikniony efekt wybranej metodologii, czy może skutek niepełnego zaangażowania kobiet w proces badawczy [Korolczuk, Hryciuk 2012; Piecha 2009; Peperkamp 2012; Hanke 2011]. W pkt.3.2.2.2 /kontekst konfrontacyjny/ autorka opisuje doświadczenia znacznej części



badanych kobiet /s. 166/, zwłaszcza interesujących się przyczynami braku ciąży /wariant „brak ciąży - ty decydujesz”/. Wydaje się, że uzyskane wypowiedzi warto było opatrzyć szerszym komentarzem. Z wielu socjologicznych badań poświęconych wartości informacji pozyskiwanych z Internetu związanych ze zdrowiem i medycyną wynika, że część tej wiedzy jest w znacznym /lub w pewnym/ stopniu niezgodna z kanonami wiedzy medycznej [Doroszewska 2010]. Badania sondażowe wskazują, iż prawie 20% użytkowników sieci postąpiło pod wpływem tych informacji inaczej niż zalecił lekarz, zaś wśród osób mających małe zaufanie do lekarzy 46 % szuka informacji o leczeniu na stronach internetowych i skłania się do poglądu, że informacje uzyskane od innych chorych w Internecie są bardziej wartościowe niż otrzymane w instytucjach ochrony zdrowia [CBOS, Komunikat z badań 148/2016].

#### **KONKLUZJE I WNIOSKI**

1/ Mgr Katarzyna Walentynowicz-Moryl oceniana w kategorii „młodych pracowników nauki” ma zauważalny dorobek w zakresie socjologii zdrowia, choroby i medycyny /współorganizacja konferencji naukowych, współredakcja monografii z zakresu subdyscypliny etc./;

2/ Oceniana praca doktorska „Utrudniona prokreacja - socjologiczna analiza doświadczenia choroby” /ss. 294/ jest próbą zbadania i interpretacji istotnego zjawiska społecznego, dotąd słabo eksplorowanego w ramach subdyscypliny;


3/ Recenzowana rozprawa doktorska, mimo wskazanych w recenzji pewnych niedostatków, mankamentów i deficytów jest ciekawą próbą socjologicznej analizy trudno dostępnej dla badacza społecznego problematyki. Doktorantka wykazała się dużą dozą wyobraźni i inwencji w fazie planowania, projektowania, realizacji oraz interpretacji zebranych materiałów. Na podkreślenie zasługuje też fakt zgromadzenia licznych materiałów źródłowych /patrz Bibliografia/;

4/ Głównymi atutami uzyskanych wyników są :

- opis i interpretacja doświadczeń kobiet, które zetknęły się z problemem utrudnionej prokreacji,

- charakterystyka zjawiska konfrontacji „diagnozy społecznej” z „diagnozą medyczną” dotyczących niepłodności,
- odniesienie analizy zgromadzonych danych do ram teoretycznych koncepcji „lay referral system” i twórcza aplikacja tej dyrektywy badawczej,
- skonstruowanie własnych, oryginalnych typologii kategorii „utrudnionej prokreacji”.

**KONKLUDUJĄC STWIERDZAM, ŻE PRACA DOKTORKA MGR KATARZYNY WALENTYNOWICZ-MORYL „UTRUDNIONA PROKREACJA – SOCJOLOGICZNA ANALIZA DOŚWIADCZENIA CHOROBY” W ŚWIETLE USTAWY O STOPNIACH ITYTUŁACH Z DNIA 14.03.2003 ROKU /DZ.USTAW ,65, POZ. 595 Z PÓŹNIEJSZYMI ZMIANAMI / SPEŁNIA KRYTERIA STAWIANE PRZEZ PRACAMI NAUKOWYMI TEGO RODZAJU, CO SKŁANIA MNIE DO POSTAWIENIA FINALNEGO WNIOSKU O KONTYNUOWANIE PRZEWODU MGR K. WALENTYNOWICZ – MORYL I DOPUSZCZENIE JEJ DO PUBLICZNEJ OBRONY.**

Kierownik Zakładu  
  
dr hab. Włodzimierz Piątkowski  
prof. nadzw.