

Hubert Wierciński

Etnograf w szpitalu. Uwagi na temat kłopotów z biomedycyną

Zeszyty Etnologii Wrocławskiej nr 2 (25), 71-92

2016

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Etnograf w szpitalu. Uwagi na temat kłopotów z biomedycyną

Gdy czytam zagraniczną literaturę z zakresu antropologii medycyny, czyli subdyscypliny antropologii medycznej skupionej na eksploracjach biomedycyny¹, budzi się we mnie zazdrość. Wyniki badaczy są imponujące, ranga pism i wydawnictw, w których je publikują – także. Ale nie to jest źródłem mojej zazdrości. Zazdroszczę autorom niebywałej wręcz łatwości, z jaką prowadzą swoje badania, łatwości wnikania w trudne, zamknięte tereny szpitala, poruszania się w nich i nawiązywania głębokich, niebanalnych, słowem antropologicznych relacji z personelem medycznym i pacjentami. Zazdroszczę więc badaczom tego, że obszar biomedycyny jest im tak łatwo dostępny. Można odnieść wrażenie, że we współczesnej literaturze przedmiotu (rzuć jasną nie całe) mamy do czynienia ze stosunkowo łagodnym obrazem badań terenowych w szpitalu czy też przychodni – antropolog tam przychodzi, nawiązuje kontakty, wnika w teren i po prostu działa. Niewiele jednak można przeczytać o trudnościach i ograniczeniach badań etnograficznych nad biomedycyną i w świecie biomedycyny. Niewiele znalazłem o tym, jak trudno nawiązać kontakt z personelem medycznym i pacjentami, jak trudno wejść w teren szpitala, i wreszcie – jak trudno znaleźć tam miejsce i wyszarpnąć niewielki kawałek przestrzeni, gdzie antropolog rozłoży swój „namiot”. Trudno także natrafić na prace, w których badacze w krytyczny sposób odnoszą się do narzędzi badań etnograficznych stosowanych w świecie biomedycyny. Nie stawiam przy tym zarzutu poszczególnym autorom i ich badaniom – moje refleksje mają ogólny i subiektywny charakter. Podkreślam jednak, że to właśnie piętrzące się trudności i ograniczenia są tymi elementami badania, z którymi ja jako badacz zawsze się zmagam, i którym za każdym razem poświęcam znaczą część swojej badawczej uwagi.

Moje doświadczenia i doświadczenia badaczy, którymi się inspiruję, wydają się jeśli nie odmienne, to jednak nie zawsze wspólne, choć przecież działamy

¹ M. Lock, Vin-Kim Nguyen, *An anthropology of biomedicine*, Oxford 2010; B.J. Good, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge 1994.

w tym samym terenie, jakim jest biomedycyna. Można zadać pytanie – dlaczego miałyby być wspólne? Przecież świat jest tak różnorodny, a uwaga ta dotyczy także, wydawałoby się dość homogenicznej, przestrzeni biomedycyny. Mimo to rzadko znajduję w czytanych artykułach i wysłuchiwanym referatach konferencyjnych sygnały świadczące o tym, że proces nawiązywania kontaktu przez badaczy ze środowiskiem medycznym był znaną mi gehenną, a sama obecność badacza w terenie – prawdziwym doświadczeniem odrzucenia. Rzadko też czytam o tym, jak w tym terenie sprawdzają się (bądź nie) klasyczne metody badań etnograficznych.

Dlaczego więc brak jest tych opisów? Czy polski kontekst terenowy w tak drastyczny sposób zmienia obraz badań i zasady, jakie rządzą terenem? A może „kłopoty z biomedycyną” są bardziej uniwersalnym doświadczeniem, o którym badacze – niestety – niezbyt często wspominają? Moim celem jest więc pewna refleksja o charakterze metodologicznym. Poszukując odpowiedzi na powyższe pytania, odwołam się do literatury przedmiotu, lecz podstawą do rozważań będą moje własne doświadczenia badawcze, wyniesione z oddziałów szpitalnych, przychodni i gabinetów lekarskich. Sięgnę do notatek i refleksji z dużego warszawskiego szpitala onkologicznego, zajrzę do zapisków sporządzonych w pewnej przyszpitalnej poradni w Białymstoku i wreszcie odwołam się do moich obecnych badań w przychodniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) w Warszawie, Białymstoku i okolicach tych miast.

Czego brakuje w literaturze?

Istnieje bogata literatura z szeroko rozumianych nauk społecznych i humanistycznych teoretyzująca problem społecznego, kulturowego i subiektywnego doświadczenia choroby. Jako że gros moich badań dotyczyło chorób onkologicznych, najpierw na warsztat wezmę literaturę skupioną na tym właśnie problemie, którą uznałem za w pewien sposób inspirującą dla moich własnych dociekań.

W pierwszej kolejności – *Dancing around death. Hospital-patient communication about serious illness*, artykuł opublikowany w prestiżowym „Qualitative Health Research” przez Wendy G. Anderson *et al.*² Tekst jest obszernym raportem i analizą badań prowadzonych – jak piszą autorzy – zgodnie z zasadami teorii ugruntowanej, w dwóch szpitalach w zachodnich Stanach

² W. Anderson *et al.*, *Dancing around death. Hospital-patient communication about serious illness*, „Qualitative Health Research” 2013, Vol. 23(1), s. 3–13.

Zjednoczonych. Po zatwierdzeniu projektu przez komisję przy Uniwersytecie Kalifornijskim, badacze przystąpili do działania. Opis organizacji badań znaleźć można w rozdziale *Methodes*. Oprócz standardowych danych zamieszczanych w rozdziałach metodologicznych można także przeczytać, że autorzy zrekrutowali szpitale, które uznali za właściwe tereny dla swego badania:

We recruited all hospitals attending on the service, and asked those participating to identify patients being admitted to their care – either to hospital or in transfer from another service – whose death or intensive care unit admission in the next year would not surprise them³.

W artykule próżno szukać informacji na temat reakcji na taką prośbę dyrekcji i pracowników „rekrutowanych” szpitali – można odnieść wrażenie, że badacze zwyczajnie wybrali sobie instytucje, skontaktowali się z ich władzami i – po bezproblemowym ustaleniu zasad współpracy z pacjentami i lekarzami – rozpoczęli badania. To badacze wydają się tu stroną dominującą, obdarzoną autorytetem i władzą, która pozwala im wybrać szpital, poprosić o dane ciężko chorych pacjentów i ustalić z personelem medycznym zasady rekrutowania chorych do badania.

Kolejny przykład także pochodzi z USA, również z Kalifornii. Juliet McMullin, zasłużona badaczka społeczno i kulturowego podłoża chorób onkologicznych, przeprowadziła badania wśród Latynosek cierpiących na nowotwór szyjki macicy. Na bazie tych badań powstał znakomity tekst *Experiencing diagnosis. Views from Latina cervical cancer patients*⁴. Znowż zaskakuje niemalże zupełny brak danych świadczących o złożonym procesie konstytuowania terenu badań. Na bazie California Cancer Registry badaczka „wyznaczyła” chore kobiety, które w tym spisie zostały określone jako „Latynoski”, a następnie przeprowadziła z nimi serię wywiadów według opracowanego kwestionariusza. Próżno tu szukać danych, które mogłyby sugerować ewentualne trudności w dostępie do spisu chorych lub też o problemach z dotarciem do pacjentek oraz ich reakcjami na zaproszenie do badania.

Podobne wątpliwości nasuwają się po lekturze artykułów, w których badacze podejmują problematykę bliską moim obecnym badaniom nad podstawową

³ *Ibidem*, s. 4.

⁴ J. McMullin, *Experiencing diagnosis. Views from Latina cervical cancer patients*, [w:] *Confronting cancer. Metaphors, advocacy, and anthropology*, eds. J. McMullin, D. Weiner, Santa Fe 2009, s. 63–82.

opieką zdrowotną. Jane Farmer i Sue Kilpatrick⁵, tak jak wcześniej zacytowani naukowcy, do badania nad rolą lekarzy podstawowej opieki medycznej w społecznościach o charakterze rolniczym „zrekrutowali” odpowiednich rozmówców lekarzy, rozsyłając im maile i korzystając z „szerokich koneksji w opiece medycznej w wybranych lokalizacjach badań terenowych”⁶. Co więcej, wybrańców „poproszono”, aby określili, czy są „formalnie lub nieformalnie zaangażowani w tworzenie stowarzyszeń lub sieci, które znaczą coś dla społeczności”⁷, cokolwiek by to znaczyło. Po tak przeprowadzonej rekrutacji badaczom udało się przeprowadzić 15 wywiadów z personelem medycznym na Tasmanii i 23 w Szkocji. Badacze nie tłumaczą jasno, dlaczego do badania wybrano dwa tak różnie i odległe tereny. W rozdziale poświęconym metodologii także nie ma choćby zdania o wyzwaniach związanych z organizacją badania, za to można się dowiedzieć, że nieustrukturyzowane wywiady trwały od 20 do 80 minut, rozmowy były przepisywane, poddawane analizie itd.

Podobne białe plamy wskazać można w artykułach o podstawowej opiece zdrowotnej autorstwa Briana McKenny⁸ – niewiele tam o problemach badawczych, za to badacz wielokrotnie wzmiankuje zawrotne sumy, liczone w milionach dolarów, przyznane na przeprowadzenie serii badań przez W.K Kellogg Foundation i rząd Stanów Zjednoczonych. O tym, jak te dziesiątki milionów wydano na ukonstytuowanie terenu badań, nawiązanie relacji z rozmówcami i wreszcie – czy te bająnskie sumy w ogóle przełożyły się na jakość wyników i innowacyjność powstałej w ten sposób antropologii – w artykułach jest naprawdę niewiele.

Takie przykłady można oczywiście mnożyć. Nasuwają się więc pytania – gdzie w tych opisach, skądinąd znakomitych badań, opublikowanych w prestiżowych pismach i wydawnictwach, „kłopoty z biomedycyną”? Gdzie siła instytucji biomedycznych, pilnie strzegących swych tajemnic? Gdzie dominująca rola lekarzy, obdarzonych autorytetem wspieranym przez naukę, prawo oraz kulturowo wytworzone normy dystrybuujące władzę? Przecież zakładając, że bogata literatura opisująca biomedycynę i pokazująca siłę jej struktur

⁵ J. Farmer, S. Kilpatrick, *Are rural health professionals also social entrepreneurs?*, „Social Science & Medicine” 2009, Vol. 69 s. 1651–1658.

⁶ *Ibidem*, s. 1653.

⁷ *Ibidem*, s. 1653.

⁸ B. McKenna, *The back medical education – the „primary care” shuffle*, „Medical Anthropology” 2010, Vol. 29(1), s. 6–14; B. McKenna, *The clash of medical civilizations: experiencing „primary care” in neoliberal culture*, „Journal of Medical Humanities” 2012, Vol. 33(4), s. 255–72.

mówi prawdę⁹, proces wnikania w teren tak pilnie obwarowany różnymi barierami powinien być trudniejszy. Co więcej, chorowanie na nowotwór – jak wskazują moje badania – jest doświadczeniem, którym nie każdy chory jest chętny się dzielić. Nie raz spotykałem się z odmową chorych, którzy po prostu nie chcieli lub nie byli gotowi na spowiedź przed etnografem. Dlatego też pozwalałam sobie wątpić w to, że w przytoczonych przykładach sam proces organizowania badań i ich realizacja przebiegały w tak prosty, można rzec podręcznikowy, sposób. Sądzę, że szpitale i inne instytucje medyczne to „małe wysepki”¹⁰, odcięte od świata zewnętrznego barierami dwóch rodzajów: widzialnymi i niewidzialnymi. Widzialne bariery są proste do zdefiniowania – to ogrodzenia, drzwi, kamery i pracownicy firm ochroniarskich dozorujący teren. Niewidzialne bariery zakorzenione są w relacjach międzyludzkich, lub też mają charakter instytucjonalny i reprezentują Foucaultiańskie rozproszone formy władzy, odcinające instytucje biomedyczne od przestrzeni społecznej. Świat za murami szpitalnymi rządzi się własnymi, wewnętrznymi regułami. Odnoszę więc wrażenie, że przywołani badacze jak gdyby prześlizgują po tych najtrudniejszych kwestiach metodologicznych, a nie wątpię, że z takimi musieli się zmierzyć. Dzięki opisom, jakiego rodzaju wywiadu użyto do zbadania problemu, czy też posiłkując się stroną bierną, tak charakterystyczną dla akademickiego języka angielskiego, niejako łąatają dziury, z których wycierają terenowe pęknięcia, zakręty i zawirowania. Cóż bowiem znaczy, że do badania „zrekrutowano” dane osoby, lub „poproszono” personel medyczny o wyznaczenie określonych pacjentów? Brakuje tu refleksji na temat prostej obserwacji, którą czyni Philippe Descola¹¹ – dane zdobywane w terenie nie mogą być oddzielone od sytuacji i miejsc, w których zostały zebrane.

Świat tych małych wysp-szpitali pełen jest emocji, bólu, cierpienia, ale też nadziei i wiary w sukces terapii. W szpitalu wszystkie emocje, zarówno dobre,

⁹ I. Illich, *Medical nemesis. The exploration of medicine*, London 2000; B.J. Good, *op. cit.*; P. Conrad, *The shifting engines of medicalization*, „Journal of Health and Social Behavior” 2005, Vol. 46(1), s. 3–14; J. Le Fanu, *The rise and the fall of modern medicine*, New York 2000; I.K. Zola, *Medicine as an instrument of social control*, „Sociological Review” 1972, Vol. 20, s. 487–504; M. Taussig, *Reification and the consciousness of patient*, „Social Science and Medicine” 1980, Vol. 14B, s. 3–13; L. Nijakowski, *Ciało w okowach medycyny. Czy możliwa jest transgresja cielesna w erze biowładzy?*, [w:] *Doświadczone, opisywane, symboliczne. Ciało w dyskursach kulturowych*, red. K. Łeńska-Bąk, M. Sztandara, Opole 2008, s. 337–355.

¹⁰ L.R. Coser, *Life in the ward*, East Lansing 1962.

¹¹ P. Descola, *On anthropological knowledge*, „Social Anthropology” 2005, Vol. 13(1), s. 65–73.

jak i złe, ulegają znacznej intensyfikacji. Dzieje się tak, ponieważ ludzie hospitalizowani żyją w pewnym zawieszeniu, inaczej mówiąc, doświadczają złożonego obrzędu przejścia – w szpitalu, przestrzeni liminalnej, przeżywają nowe doświadczenia, tam też ulegają redefinicji ich poglądy na ciało, tożsamość i codzienność. Stąd też badania nad poważną chorobą, ale także nad medycyną jako taką, to badania nad piętrzącymi się wyzwaniem natury organizacyjnej, metodologicznej i etycznej. Etnografia, tutaj rozumiana przede wszystkim jako badanie o charakterze jakościowym, opartym na pogłębionym kontakcie z drugim człowiekiem, to, jak pokazał chociażby Paul Rabinow¹², proces wnikania w przestrzeń relacji i zależności. Wątpię zatem, że wystarczy „zrekrutować” odpowiedni szpital, lub też sięgnąć do rejestru chorych, a następnie po prostu przejść do technicznej strony badania, czyli suchego zebrania danych. Takie badania do złudzenia przypominają zestandaryzowane procedury badawcze, znane chociażby z nauk biomedycznych. Badania jakościowe w antropologii medycznej – twierdzi Cecil Helman¹³ – coraz częściej są sprowadzane jedynie do zbierania określonej liczby wywiadów i jakichś form obserwacji, które razem mają doprecyzować kontekst ilościowy. Ta tzw. triangulacja metodologiczna skutkuje znaczącym skróceniem etnograficznych procedur badawczych i dostosowaniem ich do wymogów określanych jako *rapid assesment procedures*. Otrzymywane w ten sposób dane mają bardziej policzalny i zestandaryzowany wymiar i, jak pisze Helman, są również bardziej „praktyczne” i „wiarygodne”, cokolwiek te słowa znaczą.

Czy zatem badacze, którzy bez wątpienia chcą prowadzić swoje badania na jak najwyższym poziomie, świadomie lub nieświadomie ulegli procesowi standaryzacji i technicyzacji procesu badawczego oraz wpadli w rodzaj pułapki, jaką zdaniem Carole Browner¹⁴ jest medykalizacja antropologii medycznej? Choć zdaniem Browner zjawisko to objawia się głównie poprzez koncentrację antropologów na jednostkach chorobowych wyróżnianych przez lekarzy (co w zacytowanych artykułach faktycznie zachodzi), które nie oddają społecznego i subiektywnego kontekstu choroby, sądzę, że za przejaw medykalizacji antropologii medycznej można także uznać ciążenie w kierunku zestandaryzowanego procesu badawczego i analitycznego. W takich badaniach rozważania

¹² P. Rabinow, *Refleksje na temat badań terenowych w Maroku*, tł. K. Dudek, S. Sikora, Kęty 2010.

¹³ C.G. Helman, *New research methods in medical anthropology*, [w:] *Culture, health and illness*, Boca Raton 2007, s. 456–466.

¹⁴ C.H. Browner, *On the medicalization of medical anthropology*, „*Medical Anthropology Quarterly*” 1999, Vol. 13(2), s. 135–140.

o elementach metodologicznych, tych przygodnych, chaotycznych i często niepowtarzalnych, są usuwane z głównego tekstu publikacji, który w swojej formie i treści przypomina syntetyczne raporty badawcze, znane z nauk ścisłych i przyrodniczych. A przecież nie taki opis jest etnograficznie gęsty. Jak głosi Kirsten Hastrup¹⁵, empiria badacza, jego doświadczenia, przeżycia, kłopoty i sukcesy są równoprawnym źródłem wiedzy o jakościowym, etnograficznym charakterze. Bez tego niepowtarzalnego, unikatowego kontekstu doświadczeniowego, gdzie badacz jest jednocześnie operatorem narzędzia i narzędziem, wiedza antropologiczna jest wyblakła i niekompletna, ograniczona właśnie do jakiegoś technicznego, za to pozornie bardziej „wiarygodnego”, tekstu powstałego na bazie *rapid assesment procedures*, *rapid appraisal* lub innego, żargonowego dekalogu metodologicznego, nakazującego szybkie i skutecznie działanie w terenie. A przecież, jak zauważają Steffen Dalsgaard¹⁶ oraz Isabelle Rivoal i Noel Salazar¹⁷, antropologia to „nauka w zwolnionym tempie” (*slow-science*), która dzięki swej „powolności” zyskuje potencjał do krytycznego spojrzenia na zgłębiane zjawiska i samą siebie.

Być może właśnie o tę wzmiankowaną powyżej enigmatyczną „wiarygodność” rozbija się dyskusja o standaryzacji i medykalizacji antropologii medycznej. Jako że antropologia medyczna, a w szczególności antropologia medycyny, działa w świecie, gdzie za każdym rogiem czają się policzalne i mierzalne fakty, standardy i procedury, jest – w moim odczuciu – wielce prawdopodobne, że do bliskiej mi dyscypliny stale przesiąka część badanych dyskursów biomedycznych. Nie jest to jednak proces sterowany, który miałyby podporządkować antropologów lekarzom. Na styku różnych kultur – a przecież badacze i praktycy określonych zawodów także tworzą jakieś kultury, czasem określane mianem profesjonalnych – nieustannie dochodzi do kulturowej osmozy i hybrydyzacji, która to, jak pisze Andrzej Zaporowski¹⁸, jest dystynktywną cechą kultury współczesnej w ogóle. Ta hybrydyzacja, a co za tym idzie także zmiana metodologiczna, objawia się m.in. odejściem od ciągle żywego na gruncie antropologii kulturowej nurtu, w którym to empiria badacza

¹⁵ K. Hastrup, *Droga do antropologii. Między doświadczeniem a teorią*, tł. E. Klekot, Kraków 2008.

¹⁶ S. Dalsgaard, *The field as a temporal entity and the challenges of the contemporary*, „Social Anthropology” 2013, Vol. 21(2), s. 213–225.

¹⁷ I. Rivoal, N.B. Salazar, *Contemporary ethnographic practice and the value of serendipity*, „Social Anthropology” 2013, Vol. 21(2), s. 178–185.

¹⁸ A. Zaporowski, *Hybrydowy charakter współczesności i kultury. Studium krytyczne*, „Studia Kulturoznawcze” 2013, nr 1(3), s. 125–144.

jest podstawowym źródłem wiedzy. Taka wiedza jednak, zgodnie z wykładnią nauk biomedycznych i o zdrowiu, nie może być uznana za wartościową, gdyż jej zrab stanowią subiektywne, osobiste i niepowtarzalne doznania oraz refleksje badacza, który to na dodatek nie chce lub nie potrafi zdystansować się od podmiotu – a nie obiektu – badań.

Relacje antropologii medycyny i biomedycyny są zatem dość jednowymiarowe – to do antropologii przenika więcej z medycyny, niż z antropologii do medycyny. Koncentracja na wybranych medycznych jednostkach chorobowych oraz standaryzacja i usztywnienie procesu badawczego są tego przykładem. Choć coraz częściej w środowisku medycznym mówi się o renesansie medycyny humanistycznej¹⁹, o medycynie jako sztuce rozmowy²⁰, o chorobie jako opowieści²¹, to jednak są to głosy raczej marginalne. Wiele moich koleżanek i kolegów po fachu uzna tę uwagę za kontrowersyjną, ale sądzę, że w starciu z silną medycyną, antropologia medyczna jest tą dyscypliną, która ulega znacznie bardziej wpływom zewnętrznym i dostosowuje się do dyktowanych warunków współpracy oraz kryteriów „wiarygodności” badawczej. Nie jestem w tej opinii odosobniony. Oto, co o antropologii medycznej pisze Lorna Rhodes:

Western biomedicine and medical anthropology are intimately connected. Many western anthropologists work in biomedical settings or study problems that have been defined in biomedical terms. (...) In addition, most medical anthropologists are members of societies in which biomedicine provides the dominant forms of explanation and treatment for illness and are thus participants in as well as observers of the culture of biomedicine²².

Choć proces ten być może na polskim gruncie nie jest dość widoczny – jest nas, badających biomedycynę, ledwie garstka, zaczęliśmy też znacznie później niż „świat” – uważam, że globalne tendencje z antropologii medycyny

¹⁹ T. Rakowski, *Medycyna humanistyczna. Nowe wyzwania w praktyce lekarskiej*, „Medycyna po Dyplomie” 2008, nr 10, s. 206–212.

²⁰ http://wyborcza.pl/1,75402,11083642,Prof_Andrzej_Szczeklik_Medycyna_to_sztuka_rozmowy.html (data dostępu 17.03.2016 r.).

²¹ T. Pasierski, *Choroba jako opowieść*, „Medycyna po Dyplomie” 2008, nr 17(9), s. 68–71.

²² L. Rhodes, *Studying biomedicine as a cultural system*, [w:] *Medical anthropology. A handbook of theory and method*, Revised edition, eds. C.F. Sargent, T.M. Johnson, London 1996, s. 159.

z czasem zaznaczają swoją obecność także w Polsce. Trzeba również pamiętać, że korzenie antropologii medycznej tkwią w nurcie stosowanych nauk społecznych, które rządzą się innymi prawami niż akademie. Zatem obserwowane tendencje w antropologii medycyny wcale nie muszą oznaczać medykalizacji czy odejścia od paradygmatów antropologicznych – być może to po prostu powrót do stosowanych „korzeni”, gdzie liczy się przede wszystkim możliwość praktycznego implementowania rozwiązań wypracowanych na bazie pozyskanej wiedzy, co z kolei pociąga za sobą redefinicję narzędzi i paradygmatów metodologicznych.

Etnograf w szpitalu

Jak zatem etnograficznie badać medycynę? Jak prowadzić badania w świecie biomedycyny w taki sposób, aby nie porzucić tego, co do badań jakościowych wnosi antropologia kulturowa?

Po pierwsze, uważam, że pomimo entuzjastycznych raportów z cytowanych badań, biomedycyna jest wyjątkowo zamkniętym światem, do którego dostęp nie jest łatwy, a antropolodzy, którzy pragną się tam znaleźć, muszą być gotowi na żmudne zmagania z licznymi przeszkodami i barierami. Polski kontekst terenowy jest wręcz doskonałym przykładem. Krajowi antropolodzy niezwykle rzadko przecież zmuszeni są do zbierania podpisów pod deklaracjami zgody na udział w badaniu (już sama taka deklaracja i podpisywanie czegoś dla wielu potencjalnych rozmówców jest wystarczającym powodem do odmowy udziału w badaniu, które nie ma *stricte* medycznego charakteru), do składania licznych podań o pozwolenie na prowadzenie badań do rozmaitych ciał, gremiów i komisji, a także do lawirowania w gąszczu regulacji prawnych, które blokują dostęp do wiedzy – mowa tu o restrykcyjnym prawie medycznym, o tajemnicy lekarskiej i ochronie danych osobowych. To, co blokuje pracę badaczy, to także odczuwalna nieufność środowiska medycznego wobec osób z zewnątrz, chcących rozmawiać z pacjentami i personelem. Wiele razy doświadczałem takiej nieufności i wiedziałem, że mijane na korytarzach osoby w białych fartuchach zadają sobie pytania: kto to jest? kto wpuścił tu tego człowieka? dlaczego ta osoba rozmawia z chorymi bez naszej kontroli? czy to kontrola z NFZ/Ministerstwa Zdrowia? po co te rozmowy z pacjentami – czy aby nie chodzi o szkalowanie środowiska medycznego?

Wszystko to sprawiało, że podczas moich badań niemalże zawsze dało się wyczuć pewną formę oporu ze strony środowiska medycznego. Jak celnie

zauważają Robert Hahn i Arthur Kleinman²³, opór ten wynika bezpośrednio ze statusu i charakteru biomedycyny. To biomedycyna i lekarze badają, to oni mają moc i władzę, pozwalającą wznosić się ponad zjawiska, ciała i osoby oraz spoglądać na nie za pomocą rozmaitych metodologii badawczych. Zatem sytuacja, w której porządek ten zostaje zachwiany przez etnografa, który nie tylko chce prowadzić badania z pacjentami, lecz także z lekarzami, prowokuje do różnych form buntu, wyrażanego np. obojętnością, dystansem, chłodem lub zwyczajnie odmową prawa do badania.

Tak więc biomedycyna to, jak pisze Lorna Rhodes²⁴, system kulturowy, w którym rządzi personel medyczny oraz instytucje wyłonione na mocy obowiązującego prawa. Pacjenci, choć bywa że niechętnie, z reguły akceptują ich wolę i uznają autorytet. A co z etnografem? Kim on jest w tym świecie i z jakimi regułami oraz źródłami władzy ma do czynienia? Przede wszystkim należy zauważyć, że choć na pierwszy rzut oka może się wydawać, że w instytucjach medycznych panuje chaos i dezorganizacja (szczególnie w Polsce), to ten świat pogrążony, zdawałoby się, w entropii, jest precyzyjnie zdefiniowany – pula ról, które można w nim odgrywać jest ograniczona przez prawo (ustawa o zawodach lekarza i dentysty, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej) W placówce medycznej można być pracownikiem medycznym („biały personel”, studenci uczelni medycznych), pacjentem albo bliskim odwiedzającym chorych. Nie ma więc gdzie „wcisnąć” etnografa, brakuje też dogodnego dla niego miejsca, w którym mógłby prowadzić swoje badania. Oczywiście etnograf będzie występował w roli „badacza”, lecz, jak pyta antropolog i była pielęgniarzka Gitte Wind²⁵, kim jest taki badacz? Jakie miejsce może on zająć w przestrzeni szpitala? Gdzie może zostać zakwalifikowany, zarówno przez personel medyczny, jak i pacjentów? Te pytania uważam za kluczowe, gdyż – podążając za myślą Philippe Descola²⁶ – należy stwierdzić, że przecież sam etnograf jest uwikłany w całe spektrum ról i sytuacji, które rzecz jasna stanowią podstawę charakteru danych, jakie otrzymujemy w trakcie badania. To, kim jest etnograf w szpitalu/przychodni, zdecyduje, jakie wyniki badania przedstawi w końcowym raporcie.

²³ R.A. Hahn, A. Kleinman, *Biomedical practice and anthropological theory. Framework and directions*, „Annual Review of Anthropology” 1983, Vol. 12, s. 305–333.

²⁴ L. Rhodes, *op. cit.*

²⁵ G. Wind, *Negotiated interactive observation. Doing fieldwork in hospital settings*, „Anthropology & Medicine” 2004, Vol. 15(2), s. 79–89.

²⁶ P. Descola, *op. cit.*

Status etnografa jest w świecie biomedycyny niejednoznaczny. Choć można powiedzieć, że podobnie rzecz ma się w innych terenach, warto jednak podkreślić, że w przypadku biomedycyny sprawę komplikuje dodatkowo kontekst prawny, szczególnie tematyka badań – niekiedy skoncentrowana na najintymniejszych sprawach – a także postawa pacjentów. Podczas swoich badań zauważyłem, że wielu z nich zaliczało mnie do świata biomedycyny, myślało o moich badaniach w kategoriach biomedycznych i zwracało się do mnie, używając form grzecznościowych i zwrotów charakterystycznych dla komunikacji między lekarzami a pacjentami. Wielokrotnie próbowałem tłumaczyć, kim jestem i na czym polegają moje badania, lecz wtedy zauważałem, że pacjenci mieli wyraźny problem z osadzeniem mojej osoby w przestrzeni zdominowanej przez definicje i praktyki biomedyczne. Rzecz jasna wpływało to na ogólną atmosferę podczas wywiadu i nie sprzyjało nawiązaniu głębszego kontaktu. Czasem też odnosiłem wrażenie, że pacjenci byli zwyczajnie rozczarowani tym, że badanie polegało tylko na rozmowie.

Z lekarzami wcale nie było łatwiej – ani z pracującymi w szpitalnych oddziałach, ani z zatrudnionymi w podstawowej opiece zdrowotnej. Odnosiłem wrażenie, że dla lekarzy byłem człowiekiem znikąd i – pomimo akademickiej afiliacji – nawet nie naukowcem. Byłem kimś, kto próbował robić coś, co zdaniem lekarzy mniej więcej robią raczej nisko cenieni w środowisku medycznym psycholodzy lub dziennikarze. Dlatego też nigdy nie znajdowaliśmy się na tym samym poziomie. Zawsze byłem zależny od lekarzy i zdany na ich dobrą wolę. To oni wyrażali zgodę na moją obecność w placówce i ustalali, kiedy mogę prowadzić badania – jakże różnił się więc mój teren i zastane w nim warunki od tych w cytowanych wcześniej pracach!

Medycy mieli także zastrzeżenia do koncepcji moich dociekań, a czasem nawet kwestionowali ich wartość. We wszystkich projektach poświęconych chorobom onkologicznym przyglądałem się narracjom chorych i to właśnie w tych opowieściach, zgodnie z zaleceniami bogatej literatury przedmiotu²⁷ doszukiwałem się alegorycznych sprawozdań z doświadczenia choroby. To w narracjach widziałem portale do subiektywnej strefy, istniejącej na pograniczu kultury i jednostki, w której to strefie rodzą się sensy, interpretacje i chronologie zdarzeń. Cóż jednak są warte takie luźne pogawędki z chorymi

²⁷ A. Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, New York 1988; C. Mattingly, L.C. Garro, *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, Berkeley–Los Angeles–London 2000; L.C. Hyden, *Illness and narrative*, „Sociology of Health and Illness” 1997, Vol. 19, s. 48–69; A. Frank, *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*, Chicago 1995.

– pytali się mnie medycy – skoro rozmawia pan z ludźmi, którzy dziś tu są, a jutro ich nie będzie? Takie badanie nie spełnia kryteriów poprawności metodologicznej, nie jest oparte na reprezentatywnej grupie – zarzucali mi. I w pewnym sensie mieli rację. W szpitalach i poradniach musiałem się zmierzyć z rotacją pacjentów – wielu z nich przebywało w danej placówce tylko przez krótki czas, a do tego często, szczególnie w poradni, po raz pierwszy. Znacząca liczba osób odwiedzających szpital, gdzie prowadziłem badania, to chorzy, którzy poddawali się okresowym kontrolom. Tylko część z nich to pacjenci przygotowujący do zabiegu lub przechodzący terapię. Ci ostatni pojawiali się w szpitalu cyklicznie, na dzień lub kilka dni, po czym wracali do domów w całej Polsce. Przekrój społeczny pacjentów był zatem ogromny. Kategorie opisu rozmówców, takie jak wiek, wykształcenie, płeć i pochodzenie, które mogłyby rzucać więcej światła na kontekst społeczny i kulturowy, rzadko kiedy stanowiły wartość naukową – były po prostu zbyt zróżnicowane i pozbawione klucza doboru. To choroba była tym kluczem, a choroba, jak wiadomo, nie wybiera. Niezmiernie trudno było mi także spotkać się z pacjentami więcej niż jeden raz, chociażby po to, aby uzupełnić pierwszy wywiad albo poszukać nowych tropów, nie wspominając już o jakimś głębszym, etnograficznym zbliżeniu.

W ogóle prowadzenie wywiadów w placówkach medycznych nie jest łatwe. Brakuje tam spokojnych miejsc, w których można usiąść z rozmówcą i liczyć na choćby odrobinę intymności. Wiele rozmów przeprowadziłem gdzieś w korytarzu, przy oknie albo w akurat wolnym pokoju lekarskim w przychodni. W przyszpitalnej poradni w Białymstoku dostałem malutkie biurczko-ławkę na zapleczu socjalnym, wciśnięte między toaletę a salę, na środku której stały dwa fotele stomatologiczne, obok których, na niewielkiej przestrzeni, tłoczyli się lekarze, pacjenci i pielęgniarki. Gdy prowadziłem rozmowę, widziałem dokładnie, co się działo w sercu przychodni. Trzeba przyznać, że szpitalne korytarze i zaplecza socjalne nie są miejscami, w których rozmówcy czują się komfortowo. Ja zresztą też nie. Podczas rozmów mijali nas lekarze i inni pacjenci. Sami rozmówcy, w chwili naszego spotkania, poddani byli ogromnej presji – doświadczali stresującego stanu niepewności, bólu fizycznego i cierpienia psychicznego. W takiej sytuacji, w przestrzeni odartej z intymności, chorym niezwykle trudno przychodziło wygłaszanie głębokich refleksji na temat swojego doświadczenia i, jak piszą badacze²⁸, porządkowanie życia oraz nadawanie mu sensu poprzez konstruowanie narracji

²⁸ A. Frank, *op. cit.*; L.C. Hyden, *op. cit.*

o chorobie. Jako badacz uzbrojony w wiedzę teoretyczną, przeżyłem głębokie rozczarowanie i zdziwienie, gdy przyszło mi zweryfikować bogate oraz inspirujące opisy badań i analizy narracji chorych z rzeczywistością zastaną w nieliterackim, a realnym świecie placówki medycznej. Jakże to możliwe – zastanawiałem się – że te światy, tekstualny, zamknięty w bogatej literaturze przedmiotu i doświadczeniowo-terenowy, zakorzeniony w szpitalnym oddziale i przychodni są tak rozbieżne? Gdzie są te głębokie i wnikliwe pacjentkie analizy doświadczeń i przemyślenia, dotyczące niemalże fundamentów ludzkiego istnienia? Gdzie ta etnograficzna i semantyczna dramaturgia? Jak, gdy na podłogę spada strzykawka śródwędzidłowa i lekarz przeklina wszystkich diabłów, gdy na obiad jest papka „tysiąc kalorii” podana pozajelitowo, a pod drzwiami do pokoju lekarskiego kłębi się tłum zdenerwowanych ludzi, zorganizować spotkanie etnografa i rozmówcy, jak to pisze Nigel Rapport²⁹ w narracji, która jest stabilnym schronieniem przed wściekle napierającym światem? Jako etnograf czułem, że nie mam żadnej, nawet iluzorycznej kontroli nad terenem i tym, co mogę z niego wyciągnąć. Byłem poza i spoza – poza chorobą, spoza medycyny – i w to poza/spoza musiałem wcisnąć palce, aby chwycić coś niby etnograficznego, czego kształtu i faktury nie byłem do końca świadomy.

Sytuacja wygląda nieco lepiej w przypadku badań wśród lekarzy POZ. Ze względu na specyficzny charakter tej medycznej praktyki, która oparta jest na raczej spersonalizowanej koncepcji medycyny, zdecydowanie bardziej otwartej na problemy społeczności lokalnej³⁰, moi rozmówcy wykazywali nieco więcej zrozumienia wobec etnograficznego podejścia do badań. Sami w końcu uprawiali bodajże najbardziej „etnograficzną” odmianę medycyny, bazującą na długotrwałym kontakcie z pacjentami i ich rodzinami. To właśnie w POZ spotykam się najczęściej z hermeneutycznym wymiarem praktyki lekarskiej, nastawionej na interpretację symptomów zgłaszanych przez pacjentów, upodabniającej ten zawód do pracy etnografa³¹.

Lekarze POZ zasadniczo uważają się za grupę, z którą państwo i instytucje medyczne nie zawsze postępowało fair, stąd też być może widzieli oni w moich

²⁹ N. Rapport, *The narrative as fieldwork technique. Processual ethnography for a world in motion*, [w:] *Constructing the field. Ethnographic fieldwork in contemporary world*, ed. V. Amit, New York 2000, s. 71–95.

³⁰ B. McKenna, *op. cit.*

³¹ B. Good, M-J. Delvecchio Good, *The meaning of symptoms. A cultural hermeneutic model for clinical practice*, [w:] *The relevance of social science for medicine*, eds. L. Eisenberg, A. Kleinman, Dordrecht–Boston–London 1980, s. 165–196.

badaniach platformę do wyartykułowania potrzeb i uwag na temat warunków ich pracy i w ogóle organizacji służby zdrowia. Często zresztą słyszałem, że pomysł na badania w POZ, w którym to lekarze są głównymi bohaterami, jest ważny – bo przecież wszędzie można usłyszeć głos pacjenta, a lekarze przeważnie są gdzieś w tle, ponoć zajęci rozporządzaniem niewyobrażalnymi fortunami. Lekarze z POZ lepiej rozumieli, jakie znaczenie może mieć czyjaś subiektywna historia – przecież słyszeli codziennie wiele takich opowieści od swoich pacjentów, których niekiedy znali tak dobrze, że opisywali ich przez pryzmat doświadczeń biograficznych i innych, szczególnych cech, takich jak wykonywany zawód, rola/pozycja społeczna czy wreszcie nietypowa/specyficzna diagnoza.

Choć brzmi to wszystko dość optymistycznie, muszę przyznać, że w przypadku badań w POZ moim podstawowym problemem jest znajdowanie rozmówców. Kontakt z tymi lekarzami nie należy do najłatwiejszych. Zazwyczaj pracują oni przez większość dnia, często łączą pracę w kilku przychodniach naraz – zarówno prywatnych, jak i finansowanych w ramach kontraktu z NFZ. Takie „mieszanie systemów” – prywatnego z publicznym – jest szczególnie widoczne w Warszawie. Lekarze zazwyczaj tę praktykę określali jako „elastyczność”, tudzież „wolność”. Jest ona dla nich jednym z fundamentów tożsamości zawodowej, opartej przede wszystkim na dość liberalnych dyskursach i praktykach ekonomicznych, możliwych dzięki wielu zmianom, jakie zaszły w tym sektorze medycyny po 1997 roku. Choć moje badania posuwają się do przodu, niestety, większość lekarzy, których prosiłem o spotkanie, nie znalazła dla mnie czasu lub w ogóle mnie zignorowała. Czyżby znów praktyki oporu? Metoda kuli śniegowej także zawodzi – lekarze niechętnie dzielą się kontaktami do swoich znajomych. Zresztą ci znajomi także raczej nie palą się do udziału w badaniu, o czym przekonałem się kilka razy, gdy, pomimo namowy rozmówcy już po skończonym wywiadzie, pozostali lekarze z poradni odmówili udziału w badaniu. Rzecz jasna czynili to w uprzejmy sposób, lecz odnoszę wrażenie, że przebicie się przez tę ścianę uprzejmości graniczy z cudem. Uprzejmość zatem to doskonała strategia oporu.

Redefinicja metod

Za dużo miałem problemów w terenie i zbyt wiele było w nim demotywiących pęknięć. Znalazłem się w Foucaultianskim stanie *stultitia*³², pochłonięty donkiszotowskim naprostowywaniem terenowych krzywizn, poskramianiem złych emocji i brakiem dystansu wobec zastanych zjawisk. Tak jednak nie można było prowadzić badań. Jako że skończyłem badania w szpitalu onkologicznym w Warszawie i właśnie rozpocząłem kolejne projekty w POZ i poradni przyszpitalnej w Białymstoku, postanowiłem wprowadzić konieczne zmiany. Podjąłem decyzję o zreformowaniu strategii badawczych i dostępnego mi przybornika etnograficznego. Aby tego dokonać, musiałem na samym początku zidentyfikować, zgodnie z zaleceniami Paula Rabinowa i Anthony’ego Stavrianakisa³³, główne problemy w moich badaniach. Choć Rabinow i Stavrianakis nie prowadzili badań w środowisku *stricte* biomedycznym, tj. w szpitalu czy przychodni, to jednak ich wspólne badania były skoncentrowane na eksploracjach pokrewnego świata profesjonalistów, naukowców reprezentujących nauki biologiczne i medyczne, skoncentrowanych na badaniach nad ludzką genetyką. Uznałem zatem, że bliskość tematyczna i terenowa – laboratoria medyczne oraz podmiot badań, czyli ludzkie ciało i jego problemy, pozwalają na przyjęcie strategii proponowanych przez przywołanych badaczy.

Tak więc przed przystąpieniem do realizacji kolejnych projektów oceniłem, gdzie do tej pory załamywały się moje badania. W tym celu przeprowadziłem skrupulatną analizę doświadczenia w terenie, a także jego najbardziej charakterystycznych cech. Jak twierdzą wspomniani badacze, dokonałem w ten sposób swoistej obserwacji uczestniczącej drugiego poziomu, na bazie której zidentyfikowałem wiele relacji pojęciowych, tj. artefaktów. Oto one: miejsce badań i jego specyfika, współpraca i relacje terenowe; metoda i spodziewany efekt badań. Następnie, do każdego z powyższych elementów przyłożyłem opis i analizę zjawisk oraz doświadczeń, z którymi zmagiałem się podczas zakończonych badań i w trakcie tych, które właśnie rozpocząłem. W ten sposób zbudowałem metodologiczno-analityczny obraz badania terenowego w świecie biomedycyny, który traktuję jako pewną mapę do poruszania się w tej grząskiej przestrzeni. Oto, co ustaliłem.

³² A. Zaporowski, *Różne oblicza współczesności*, „Lud” 2014, nr 98, s. 299–307.

³³ P. Rabinow, A. Stavrianakis, *Demands of the day. On the logic of anthropological inquiry*, Chicago–London 2013.

Przed wszystkim oddział szpitalny, przyszpitalna poradnia i przychodnie lekarzy POZ to wyjątkowo intensywne i, można powiedzieć, „gęste świąty”. Obraz oddziału szpitalnego, gdzie czas płynie wolno, a chorzy i lekarze mają mnóstwo czasu i nigdzie się nie spieszą jest jedynie częściowo zgodny z zastanym przeze mnie stanem. Wyobrażenie o spowolnieniu czasowym, wydawałoby się wręcz idealnym dla etnografa, jest natomiast całkowicie fałszywe w kontekście przyszpitalnej poradni i przychodni POZ. Te przestrzenie – włączając w to oddział szpitalny – są intensywne i gęste dla wszystkich uczestników, którzy je tworzą – dla lekarzy (szybkie, nagłe decyzje, ogromna ilość decyzji w krótkim czasie i na małej przestrzeni), pacjentów i ich bliskich. Są to więc miejsca, w których emocje, zjawiska, działania i komunikacja ulegają niesłychanej intensyfikacji. W przychodni przyszpitalnej i w POZ rzeczy dzieją się szybko, szybka jest także komunikacja pomiędzy lekarzami, pacjentami i innymi członkami personelu medycznego. Na niewielkiej przestrzeni (przychodnia przyszpitalna to ledwie 60–70 metrów kwadratowych, przychodnie POZ nieco więcej), w pomieszczeniu, w którym przebywa niekiedy kilkanaście osób naraz – lekarzy, pielęgniarek, pacjentów i ich bliskich – kulminuje się napięcie wszystkich aktorów uczestniczących w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Do tak zdefiniowanej rzeczywistości terenowej musiałem dobrać stosownie zreformowany aparat metodologiczny. Podstawą do rozważań na temat narzędzi badawczych uczyniłem następującą konstatację: klasycznie pojmowane badania etnograficzne są stworzone do przyglądania się raczej długotrwałym procesom, zachodzącym w mniej intensywnej przestrzeni niż placówki zdrowia. Tak więc jednym z punktów, w którym moje badania się załamywały, jest relacja między kontekstem terenowym a narzędziami zbierania danych. Aby rozwiązać ten problem, postanowiłem zastosować bardziej zestandaryzowane formy kwestionariusza badawczego, nie rezygnując przy tym z otwartej formuły wywiadu etnograficznego; ponadto odrzucić imperatyw obserwacji uczestniczącej i zastąpić ją techniką proponowaną przez Gitte Wind³⁴, określaną jako „negocjowana obserwacja interaktywna”.

Wywiady, które prowadziłem w ramach badań w przyszpitalnej przychodni, przebiegały według wcześniej opracowanego kwestionariusza, który zbudowałem po konsultacjach z lekarzami pracującymi w tej jednostce. W ogóle w tym miejscu muszę zaznaczyć, że to właśnie lekarze byli pomysłodawcami badania – ja zostałem do niego zaproszony w charakterze badacza specjalisty od

³⁴ G. Wind, *op. cit.*

„ludzkich dusz”, który pomoże nie tylko przeprowadzić rozmowy z chorymi, lecz także doprecyzuje i „uhumanistyczni” pierwotny pomysł wywodzący się ze środowiska medycznego. Temu pomysłowi brakowało przede wszystkim jakiejś formy pozyskiwania innych danych niż ankietowe. Takie informacje lekarze już mieli. Medycy nie wiedzieli jednak, jak dowiedzieć się czegoś więcej o swoich pacjentach i ich bliskich, czegoś, czym wcześniej nie dysponowali, a co niewątpliwie rzuciłoby więcej światła na to, jak postrzegają życie swoich podopiecznych i – może przede wszystkim – na praktyczny, codzienny wymiar efektów pracy z chorymi – wszak chcieli się dowiedzieć, jaka jest jakość życia (termin zaproponowany przez lekarzy) chorych, u których zdiagnozowano i zoperowano złośliwe formy nowotworów w obrębie głowy i szyi. Niebawym przykład antropologizacji medycyny – pomyślałem. Wszak „jakość życia” to problem badawczy typowy dla nauk społecznych.

Ułożyłem dwa kwestionariusze – dla chorych oraz dla ich bliskich – w taki sposób, aby znalazło się w nich jak najwięcej pytań cennych dla lekarzy, których nie mieli oni czasu lub z jakiegoś powodu nie mogli zadać pacjentom podczas wcześniejszych wizyt i okresu hospitalizacji. A więc znów medykalizacja antropologii – skonstatowałem, ciągle jednak pełny entuzjazmu, bo przecież dzięki tak zaprojektowanym badaniom lekarze dowiedzą się o problemach chorych, o których wcześniej najpewniej w ogóle nie myśleli. Ze względu na specyfikę badanej grupy (problemy z mową i oddychaniem, świeże stany pooperacyjne, trudności natury psychoemocjonalnej), kwestionariusz ograniczał się do dziesięciu starannie sformułowanych pytań. Wywiady prowadziłem w zapleczu socjalnym w przychodni. Były one krótkie – trwały po kilkanaście minut, czasem nieco dłużej – lecz nie przekraczały trzydziestu minut. Bywało, że nie padało w nich wiele słów (ze względu na kłopoty z mówieniem lub kwestie emocjonalne), często musiałem także prosić bliskich, aby pełnili rolę tłumaczy lub wręcz samodzielnych narratorów.

Pomimo pozornie ubożego semantycznie materiału wiem i czuję, że zebrane rozmowy wyrażają niekiedy znacznie więcej niż nawet dłuższe i wydawałoby się bardziej pogłębione narracje z moich wcześniejszych badań. Te krótkie, pełne emocji wywiady, intensywne i czasem niemalże naładowane elektrycznością, to forma wyrażająca i oddająca świat, w którym powstały i w którym zostały przeprowadzone. Były one takie, jaka była przestrzeń przychodni – intensywne i skoncentrowane, wiele w nich napięcia i emocji, czasem niewyrażanych słowami, a jedynie spojrzeniem, gestem, czy wręcz milczeniem. Bezcenni okazali się członkowie rodziny chorych – to oni, w niemalże magiczny sposób, tłumaczyli zupełnie niezrozumiałe dla mnie monosylaby

i pomrukiwania chorych, doskonale odczytywali i interpretowali emocje swoich bliskich i przekładali mi je tak, abym mógł je zrozumieć i przekazać potem lekarzom. W tym translacyjnym procesie część danych, szczególnie pochodzących ze źródeł pozajęzykowych, niemożliwych do zapisania (nagrywanie kamerą nie wchodziło w grę – zdecydowały o tym względy prawne, praktyczne i przede wszystkim etyczne), uległo rozproszeniu bądź spłyceniu. Niemniej jednak starałem się możliwe rzetelnie i „obiektywnie” (słowo przekłete w antropologii) oddać to, czego się dowiedziałem od chorych. Chętnie także dzieliłem się z lekarzami swoimi interpretacjami i spostrzeżeniami. W tym sensie myślę, że te trzymiesięczne badania miały w sobie coś pierwotnego dla antropologii medycznej – chodzi mi o pierwiastek, jeśli nie stosowności, to pewnej przydatności. Choć nie powstał na ich bazie żaden tekst naukowy, wierzę, że udało mi się podzielić swoimi refleksjami w inny, pozatekstualny sposób – przekazałem swoją wiedzę lekarzom, a oni podzielili się ze mną swoją. Nigdy wcześniej nie uczestniczyłem w tak – można powiedzieć – pełnym spotkaniu etnograficznym, choć paradoksalnie głębia spotkania wynikała z unikatowej relacji między mną a personelem medycznym, nie zaś rozmówcami. Nie uważam jednak tego za błąd metodologiczny.

Stronię także od wszędobylskiego i nieco już wyświechtanego imperatywu „zaangażowania” w antropologii, lecz w tym przypadku mogę powiedzieć, że doświadczyłem czegoś, co można nazwać pewną formą zaangażowania. Uczestniczyłem w wyjątkowym – jak na polskie warunki – badaniu i spotkaniu etnograficznym, którego celem było pozyskanie i zaaplikowanie do praktyki lekarskiej takiej wiedzy, o jakiej zazwyczaj piszą antropolodzy – wiedzy subiektywnej, osobistej, dotyczącej indywidualnego i społecznego wymiaru choroby, określanego w literaturze przedmiotu jako – *illness*³⁵. Nigdy wcześniej także nie odczułem tej kategorii w tak niepowtarzalny sposób. Co prawda dzięki wcześniejszym badaniom dysponuję pewnie o wiele bardziej złożonym i pogłębionym materiałem na jej temat, lecz nie była ona dla mnie tak czytelna. Mniemam, że zdecydował o tym cel i charakter badań – musiałem często niemalże na bieżąco dokonywać interpretacji materiału, głównie za sprawą lekarzy, którzy kilka razy dziennie zadawali pytania typu: no i co mówią, co mówią ciekawego? Zatem, ja sam także padłem ofiarą przyspieszonego i zintensyfikowanego świata przyszpitalnej poradni, a na próbę zostały wystawione moje zdolności szybkiego myślenia i analizowania.

³⁵ H. Fabrega, *Ethnomedicine and medical science*, „Medical Anthropology” 1978, Vol. 2(2), s. 11–24.

W tym miejscu mojego wywodu docieram do pewnego, mogącego budzić kontrowersje, punktu – do obserwacji. Często można usłyszeć i przeczytać, że dobra etnografia to ta, w której badacz prowadzi obserwację uczestniczącą. To dzięki uczestnictwu badacz pozyskuje wiedzę tajemną, głęboką i różną od innej wiedzy generowanej przez pokrewne nauki społeczne i humanistyczne. Obserwacja uczestnicząca to więc zdawałoby się nienaruszalny filar, a może nawet fetysz etnografii. Gdyby etnografowie mogli wybrać sobie klanowy totem, pewnie wybrali by obserwatora z lupą, który jest i obserwatorem i lupą jednocześnie. Wszystko to brzmi pięknie, podniosłe i humanistycznie. Ale czy w warunkach oddziału szpitalnego możliwe jest prowadzenie obserwacji uczestniczącej? Oto kolejny punkt, w którym załamywały się moje badania – chciałem uczestniczyć, ale nie wiedziałem, jak i przede wszystkim w czym.

Zadałem sobie następujące pytania: czy można mówić o obserwacji uczestniczącej w antropologii medycyny? na czym miałyby polegać „uczestnictwo” w takich badaniach? jak antropolog ma zbliżyć się i zrozumieć perspektywę chorego, szczególnie wtedy, gdy rozmówca cierpi na poważną chorobę, a badacz cieszy się dobrym zdrowiem? jak antropolog może uczestniczyć w świecie lekarzy, pełniących swoje obowiązki dzięki specjalnym kwalifikacjom i regulacjom prawnym? Różnice doświadczeń między aktorami ze świata biomedycyny a etnografem to fenomen zdaje się zupełnie innego gatunku niż dystans etniczny czy społeczny. Trudno tu odłożyć własne kulturowe okulary i spojrzeć na świat oczami chorego na raka. Trudno też wczuć się w rolę lekarza, bez naginania prawnych i etycznych reguł.

Z pomocą przyszła mi Gitte Wind i jej rozważania dotyczące obserwacji w warunkach szpitalnych. Wind, która oprócz doświadczenia czysto etnograficznego może poszczycić się dogłębną znajomością realiów pracy w przestrzeni biomedycznej – była pielęgniarzką – proponuje zastąpienie obserwacji uczestniczącej „negocjowaną obserwacją interaktywną”. Oto jak definiuje ten termin:

The concept of negotiated interactive observation captures what happens when you are doing fieldwork without at the same time assuming that you become one of “them”³⁶.

Można odnieść wrażenie, że taka obserwacja pozbawiona jest etnograficznej soli. Co zatem wersja interaktywna oferuje w zamian? Przede wszystkim badacz ciągle chłonie teren, jest w nim obecny i doświadcza go całym sobą, lecz

³⁶ G. Wind, *op. cit.*, s. 87.

czyni to bez imperatywu doświadczania tego, co czują i kim są „tubylcy”, gdyż dostęp do ich perspektywy jest ograniczony. Akcent zostaje przesunięty na dziejące się w terenie interakcje, działania i praktyki, które badacz, rzecz jasna w subiektywny sposób, obserwuje i analizuje. Ogłaszanie, iż w jakiś sposób udało się zdrowemu etnografowi dogłębnie zrozumieć problemy życia człowieka chorego na raka byłoby zwyczajną fikcją. Zresztą sami moi rozmówcy wiele razy to podkreślali – nikt nie wie nic o raku do chwili, gdy sam na niego zachoruje.

Sądzę, że dzięki takiej konstatacji badacz, paradoksalnie, zyskuje pewien wgląd w inność. Wie on, że inny, nieprzetłumaczalny świat doświadczeń, praktyk i emocji istnieje, lecz nie sposób się do niego dostać. Jest on bowiem tak inny, iż nie prowadzą do niego dostępne etnografowi ścieżki. Oto więc badacz staje przed ścianą złożoną z inności, wyczuwa ją, może jej dotknąć, jest jej zatem świadom w szczególności, można rzecz refleksyjny, sposób. Badacz uwalnia się tu od potrzeby generowanej przez ślepy imperatyw metodologiczny głoszący, iż warunkiem *sine qua non* dobrego badania jest zasmakowanie tejże inności od wewnątrz. Badacz staje więc przed innością wolny od napięć, zdolny do opisu i zbadania tego, co możliwe oraz dostępne.

Pisałem już, iż podczas badań w przyszpitalnej poradni padłem ofiarą presji czasowej, która wymusiła na mnie dostosowanie metodologii badawczej do lokalnych warunków. Z podobnym problemem muszę także mierzyć się w przychodniach POZ. Czyżby więc wirus *rapid appraisal/assessment*? Nie. Raczej szczególna forma etnograficznego doświadczenia działania w placówce medycznej, które można zaliczyć do następstw stosowania obserwacji interaktywnej. Po raz pierwszy poczułem na swojej etnograficznej skórze, co czuje i co musi robić w pracy lekarz – przede wszystkim musi być szybki. Być może ktoś powie, że to nic nowego – to przecież obserwacja uczestnicząca. Ja wolę jednak określenie „obserwacja uświadamiająca”, bo przecież nie uczestniczyłem w świecie lekarzy, nie to też było celem badania – szczególnie w przypadku przyszpitalnej poradni. A jednak uświadomiłem sobie w trakcie badań, jaki jest kontekst tej poradni i jak osoba pracująca tam na co dzień musi się zachowywać, aby niejako surfować na fali zdarzeń – odnajdywać się w nim przez kilkadziesiąt (a często więcej) godzin w tygodniu, aż do zasłużonej emerytury. Dzięki temu zupełnie przypadkowemu objawieniu mogłem nieco lepiej modelować wnioski płynące z badań. Intuicyjnie i empirycznie czułem już, co będzie możliwe do przyjęcia i wdrożenia w tak dynamicznym środowisku. Choć jest to wiedza subiektywna, która przecież mogła wpłynąć na relacje między lekarzami i pacjentami, to pozwolę sobie powiedzieć to, co

rzekła moja koleżanka po fachu, podczas jednej z naszych burzliwych dyskusji wokół problemu obiektywności i zaangażowania w antropologii – „wolno mi”. Skoro wielu antropologów pozwala sobie na subiektywizm, z którego często czyni metodologiczną cnotę, to ja także udzieliłem sobie prawa do oddziaływania na badany świat poprzez jego subiektywną interpretację.

Taką możliwość, oprócz uzyskanej świadomości, z czym i w jaki sposób musi mierzyć się lekarz w swojej pracy (zarówno w przyszpitalnej poradni, jak i przychodni POZ), widzę właśnie jako interaktywną część obserwacji. Czuję, że zdefiniowana w ten sposób interaktywność stymuluje moją etnograficzną samowiedzę, daje wgląd w teren i zachodzące w nim zjawiska oraz nie zmusza mnie do udawania w przygotowywanych pracach i przed samym sobą, że w czymś uczestniczyłem (w czym – w chorobie? w terapii?) i spojrzałem na badany problem oczami lekarza lub pacjenta. Uczestniczyłem w badaniach etnograficznych i spojrzałem na teren oczami etnografa, świadka zdarzeń i słuchacza historii, którego umysł i percepcja poddane zostały próbom presji, czyjeś dramatu i nadziei, wiedzy, woli i strategii działania. Interaktywność to więc wielorakość bodźców płynących z terenu. Jest to także strategia komunikowania się z samym terenem w sytuacji, gdy niektóre z jego tajemnic, takie jak realne doświadczenie choroby czy kontekst bycia lekarzem, na który składa się unikatowa wiedza i empiria, są dla badacza niedostępne na poziome doświadczeniowym.

Podsumowanie – mijające się światy

Często spotykane w antropologicznej literaturze krytyczne spojrzenie na praktykę lekarską jest w moim odczuciu rezultatem niewłaściwego podejścia metodologicznego, stosowanego przez antropologów do badania biomedycyny. To podejście nie tylko determinuje otrzymywane wyniki i ich interpretacje, lecz także kształtuje linię szanów odgradzających dwa światy – etnograficzny i lekarski. Antropolodzy, pochłonięci „angażowaniem się”, skupieni na demystyfikowaniu relacji władzy lub próbujący uczestniczyć w zgłębianym terenie, nie dostrzegają specyfiki badanego świata. Wydaje się, że odpowiedzi na dręczące ich pytania są przed nimi, ale badacze ich nie dostrzegają. Zajęci są bowiem szukaniem zmiany, opresji, różnicy i podobieństwa – inność w tym układzie przestaje się liczyć, już nie fascynuje i nie pociąga.

Uważam, że refleksje Byrona Gooda³⁷, dotyczące hermeneutycznego podobieństwa zawodu lekarza z praktyką etnografa, są nie do końca trafne. Podobieństwa istnieją, choć w wielu punktach są raczej złudne – i nie powinno to dziwić nikogo, kto zauważa różnice w światach, w jakich działają antropolodzy i lekarze. Świat antropologów jest refleksyjny, czasem automitologizowany, przesadnie urefleksyjniony, dążący do niedookreślonej głębi. Świat lekarzy to świat emocjonalnego wysokiego napięcia, świat w stanie alarmu i wzbudzenia, niezwykle szybki i intensywny, w którym podejmuje się dziesiątki decyzji dziennie, niekiedy o niebagatelnym znaczeniu, zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy – błąd może każdego z nich wiele kosztować. Celem działań lekarzy jest szybka zmiana, antropologów zaś pogłębiona i rozciągnięta w czasie refleksja. Sądzę, że jeżeli faktycznie się mijamy, to właśnie z powodu światów, w których operujemy i rządzącej w nich skali czasowej – z naszych punktów obserwacyjnych nie widzimy siebie, bo znajdujemy się w innych wymiarach doświadczenia, działania i myślenia o świecie. Jakże więc my, antropolodzy, mamy uczestniczyć w przestrzeni ich – lekarzy? Czy nie owocniej będzie ograniczyć się do intelektualnego stawienia się pod ścianą inności, wycucia jej i określenia parametrów jej istnienia? To przecież też wartościowa etnografia, która dostrzega i refleksyjnie opisuje przepaści między światami. W ten sposób mówi wiele o tych światach, zamiast uporczywie próbować maskować różnice między nimi poprzez złudne „uczestniczenie”.

Summary

Ethnographer in hospital. Notes on the issues with biomedicine

In the following article I draw my attention to methodological and theoretical issues concerning biomedicine as the anthropological fieldwork. I argue that much of the contemporary research tend to ignore or skip the burning methodological issues, which, in my opinion, constitute the unique field context in the medical setting. Furthermore, basing on my personal field experiences, I suggest that a classic ethnographic toolbox – in-depth interviews and participant observation – has important limitations in the medical setting. Thus, it should be redefined and adapted to a specific field's demands.

³⁷ B. Good. *op. cit.*