

Luiza Nowakowska 
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Recenzja książki

Izabella Main (2018) *Lepsze światy medyczne? Zdrowie, choroba i leczenie polskich migrantek w perspektywie antropologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR

DOI: <http://dx.doi.org/10.18778/1733-8069.14.4.12>

Jedną z bardziej nośnych diagnoz dotyczących specyfiki współczesnych społeczeństw jest narastająca mobilność. Nieustający przepływ ludzi, rzeczy, informacji i kapitału sprawia, że nasza mentalność, wybory, projekty życiowe konstruują się i dokonują w paradygmatycznej atmosferze zmienności i braku trwałości. W ten sposób mobilność stała się ponowoczesnym imperatywem:

Luiza Nowakowska, dr n. społ., socjolog, asystentka w Samodzielnej Pracowni Socjologii Medycyny Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Jej zainteresowania naukowe to społeczno-kulturowe uwarunkowania zdrowia, choroby i medycyny, a w szczególności zagadnienia związane ze zdrowiem reprodukcyjnym oraz „praktykami cielesnymi”.

Adres kontaktowy:

Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4-6, 20-059 Lublin
e-mail: luiza.nowakowska@umlub.pl

nawet jeśli pozostajesz w miejscu logika zmiany i tymczasowości mniej lub bardziej świadomie towarzyszy ci w podejmowaniu wszelkich decyzji (Urry 2009). Wizja ta uzupełniana bywa konstatacją o globalizacji, starzeniu się społeczeństw, rozpadzie zastanych struktur, kruszeniu granic, rozmyciu tożsamości, nierównościach, władzy międzynarodowych korporacji, zagrożeniu terroryzmem czy kryzysie ekologicznym. Każdy z wątków snuje odrębną opowieść o współczesnym ruchu wędrownym, a w tej wielości narracji dostrzec można skomplikowaną naturę zagadnienia. Mamy bowiem do czynienia nie tylko z globalnym natężeniem migracji, ale także postępującą jej złożonością w zakresie wzorów, przyczyn oraz konsekwencji (IOM 2017). Migrowanie nie przypomina już linearnego, jednokierunkowego wychodźstwa. Jest to raczej ruchliwość meandryczna, wieloetapowa, tymczasowa, systematycznie skracana, przerywana okresami powrotu, ignorująca granice państw i kultur. Jako taka powoduje terminologiczne zamieszanie, niejednoznaczność statusu

migranta, trudności z dokładnym oszacowaniem skali zjawiska oraz brak spójności w strategiach zarządzania ruchem migracyjnym. Jej nasilenie i postępująca złożoność przekonuje więc, że mobilność nie jest wyłącznie efektowną metaforą współczesności, ale realną siłą, która wpływa na zmianę struktur społeczno-demograficznych państw i regionów świata, weryfikuje tradycyjne rozumienie państwowości oraz generuje nową ponadnarodową tożsamość. Stanowi także poważne wyzwanie dla rządów państw przyjmujących zarówno w kontekście tworzenia adekwatnego prawodawstwa, dostosowania systemu edukacji oraz rynku pracy do warunków multikulturowości, jak i przebudowy systemów zdrowotnych (Okólski 2004; Barriga 2013).

Postrzegana jako szansa, ale i zagrożenie, zjawisko współczesne, ale i odwieczna skłonność człowieka do poszukiwania miejsc, gdzie żyje się lepiej, migracja staje się pretekstem do wielokontekstowej debaty. Nie dziwi więc ogrom prac z zakresu studiów migracyjnych. Dotyczy to także analiz eksplorujących mobilność Polaków, zwłaszcza w okresie poakcesyjnym. Wśród wielu publikacji poruszających tę tematykę odnajdujemy pozycję wartą szczególnej uwagi. Chodzi o monografię antropolożki kultury i historyczki, adiunkt w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM Izabelli Main zatytułowaną *Lepsze światy medyczne? Zdrowie, choroba i leczenie polskich migrantek w perspektywie antropologicznej*. Książka zawiera bogaty, wielowątkowy opis doświadczeń związanych z korzystaniem z usług zdrowotnych przez kobiety-migrantki, które zamieszkały w Londynie, Barcelonie oraz Berlinie w okresie po wejściu Polski do Unii Europejskiej.

Autorka postawiła sobie za cel nie tylko rozpoznanie postaw wobec opieki medycznej w krajach docelowych między innymi w zakresie dostępności i specyfiki oferowanych usług zdrowotnych czy podejścia personelu medycznego do pacjenta, ale także uchwycenie dynamicznego procesu osvajania, korzystania i twórczego modyfikowania zastanych systemów medycznych. Podejmuje także próbę odpowiedzi na pytanie o wpływ migracji na kondycję zdrowotną swoich rozmówczyń oraz sposoby dbania o zdrowie w nowym miejscu zamieszkania. Rozważania na ten temat to rezultat kilkuletnich etnograficznych badań terenowych opartych na swobodnych, pogłębionych wywiadach z migrantkami. Autorka nie przyjęła konkretnych kryteriów doboru swoich rozmówczyń (np. ze względu na wiek, wykształcenie czy długość przebywania poza krajem), chociaż, jak przyznaje, starała się o dotarcie do kobiet reprezentujących zróżnicowane środowiska społeczne. Ostatecznie swoje rozważania prowadzi w oparciu o bogate spektrum „biografii” 66 Polek, uzupełniając ją gdzieniegdzie uwagami czerpanymi z obserwacji uczestniczącej. Praca zawiera także element autoetnografii – autorka odwołuje się, dość dyskretnie, do osobistych doświadczeń bycia migrantką w tych samych krajach, w których prowadziła badania. Pozyskany w ten sposób materiał analizuje z wykorzystaniem metodologii teorii ugruntowanej (MTU), a rezultaty dociekań ilustruje fragmentami danych w postaci cytatów wybranych wypowiedzi.

Izabella Main buduje swoją narrację w oparciu o przejrzystą strukturę rozprawy naukowej. Rozpoczyna zatem od wstępu, w którym przybliży kwestię inspiracji tą tematyką, charakterystykę

rozmówczyń oraz, szerzej, środowisk polskich migrantów w analizowanych krajach. Zapoznaje także czytelnika z przyjętą orientacją metodologiczną, dokonując jednocześnie autorefleksji w zakresie własnego statusu jako badaczki. Zasadnicza treść książki zawiera się w siedmiu rozdziałach, z których każdy reprezentuje oddzielny wątek prowadzonych przez autorkę rozmów. W ten sposób próbuje udzielić odpowiedzi na postawione w tytule pytanie – czy korzystając z lokalnych systemów zdrowotnych migrantki rzeczywiście przechodzą do „lepszego świata medycznego”? Zadedukowanie poszczególnych części konkretnemu aspektowi korzystania z „obcych” systemów zdrowotnych pozwala autorce zachować narracyjną dyscyplinę, o którą, ze względu na szeroki zakres poruszanych przez rozmówczynie tematów, zapewne nie było łatwo. Całość rozważań została podsumowana w zakończeniu, które stanowi streszczenie najważniejszych wniosków analizy. Autorka załącza także tabelę z podstawowymi informacjami na temat badanych kobiet (m.in. wiek, długość pobytu) oraz wykorzystaną literaturę.

W rozdziale pierwszym Izabella Main wprowadza czytelnika w ogólne rozważania dotyczące zależności między migracją a kondycją zdrowotną przybyłych do nowego kraju osób w różnych perspektywach badawczych, przez co zyskuje on niezbędny kontekst dla dalszych, bardziej szczegółowych analiz. Ciekawym wątkiem tej części jest próba oceny wpływu migracji na zdrowie badanych kobiet oraz prowadzony przez nie styl życia. Należy przyznać, że autorka podjęła się w tym względzie zadania niełatwego, bowiem zależność ta, jak wiadomo, ma charakter niezwykle złożony: status zdrowotny mi-

granta może być pochodną między innymi warunków socjoekonomicznych i kulturowych w kraju urodzenia, dotychczasowego dostępu do usług medycznych, a także indywidualnej historii zdrowia (Carballo, Mboup 2005: 4). W konsekwencji trudno oszacować realny wpływ opuszczenia rodzinnego kraju na kondycję zdrowotną badanych. Autorka poradziła sobie z tą skomplikowaną materią poprzez podział respondentek na „zdrowotne kategorie” – bierze na przykład pod uwagę wiek migrantek, rodzaj wykonywanej przez nie pracy czy znajomość języka lokalnego. Otrzymujemy w ten sposób obraz być może skomplikowany, ale dostatecznie uporządkowany.

Rozdział drugi został poświęcony kwestii dostępności do leczenia oraz wypracowanym przez migrantki strategiom zapewnienia sobie i swojej rodzinie optymalnej opieki. Analiza ta została poprzedzona niezbędną prezentacją sposobu organizacji systemów medycznych w poszczególnych krajach. Całość rozważań autorka uzupełnia teoretycznym komentarzem na temat prawa człowieka do leczenia oraz koncepcją zdrowia jako towaru. Tym, co wydaje się szczególnie interesujące w tej części, to uchwycenie praktyk nieformalnych podejmowanych zarówno przez badane kobiety (zwłaszcza te, które, nie mając dostępu do leczenia nieodpłatnego, starają się uzyskać pomoc bez ponoszenia kosztów), jak i przedstawicieli instytucji kwalifikujących do korzystania z systemu w danym kraju. Analiza zachowań „pozasystemowych” pozwala spojrzeć na instytucje medyczne państw przyjmujących jako twory mniej lub bardziej „responsywne” (Gałuszka 2012: 86), reagujące na liczne wyzwania, jakie niesie ze sobą postępująca wie-

lokulturowość. W tym znaczeniu można je traktować jako otwarty, nieskończony projekt, który w pewnym zakresie współtworzą sami migranci¹. Konstatacja ta skłania z kolei do refleksji na temat natury migracji jako takiej – przykład korzystania z usług zdrowotnych w kraju docelowym pokazuje, iż osiedlanie się w nowym miejscu jest twórczym procesem osvajania/przekształcania nowego otoczenia bardziej niż biernym dopasowaniem do zastanej rzeczywistości (Budakowska 2007). W tej perspektywie migracja oznacza spotkanie (a może zderzenie) dwóch, często bardzo oddalonych od siebie światów, dające początek nie zawsze bezproblemowej, ale dynamicznej relacji, o czym kolejne rozdziały przekonują w jeszcze większym stopniu.

Kolejna część pracy traktuje o zdrowiu prokreacyjnym migrantek. Jest to najbardziej rozbudowany wątek tej publikacji i większość refleksji nasuwa się właśnie po jego lekturze. Autorka analizuje wiele aspektów ciąży, porodu i okresu połogu – między innymi miejsce rodzenia, relacje z personelem medycznym, dostęp do badań, strategię wyboru specjalisty, podejście do bólu porodowego czy zakres stosowania ingerencji medycznych. Dotyka także kwestii poronień i aborcji. Ważnym wątkiem tej części rozważań są także teoretyczne uwagi na temat antropologicznego podejścia do narodzin, które ułatwiają czytelnikowi głębsze zrozumienie zachowań migrantek. Ponownie mamy tutaj do

¹ Oprócz przykładów, jakie podaje Izabella Main, ciekawe zmiany lokalnego rynku zdrowotnego pod wpływem ludności napływowej opisuje także M. Węgrzynowska, która przedstawiła praktykę otwierania polskich gabinetów specjalistycznych w Irlandii jako reakcję na odczuwane przez Polaków braki w opiece medycznej w tym kraju (Węgrzynowska 2012: 259–261).

czynienia z odkrywaniem zindywidualizowanych wzorów korzystania z usług zdrowotnych w kraju osiedlenia się. W jaki sposób badane twórczo weryfikują ofertę lokalnego systemu medycznego pokazuje przykład uzupełniania deficytów brytyjskiej opieki okołoporodowej refundowanymi badaniami specjalistycznymi w Polsce podczas okresowych pobytów. Po raz kolejny nasuwa się refleksja, iż uczestniczenie w innym „świecie medycznym” nie polega na prostym odwzorowywaniu zachowań „tubylców”, ale utrzymywaniu pewnej refleksyjności i kreatywnym synchronizowaniu dostępnej oferty z własnymi potrzebami. W ten sposób obraz migranta zyskuje mniej konwencjonalny rys – jest on nie tylko aspirantem nowej rzeczywistości, ale także jej krytycznym animatorem. Dzieje się to z oczywistego, choć nie zawsze dostrzeganego powodu – jest przecież człowiekiem ze swoją indywidualną historią ukształtowaną w konkretnych warunkach społeczno-kulturowych, historią, której nie może lub nie chce ignorować. Dostrzeżenie tego faktu znacząco humanizuje zbyt często upraszczaną narrację o migrantach jako pasywnych petentach kraju docelowego. Osobnym wątkiem, który porusza autorka w tej części, to kwestia odmiennych konceptualizacji ciąży, porodu i połogu w badanych krajach (pisze np. o powszechnym w Wielkiej Brytanii naturalnym podejściu do narodzin dziecka oraz traktowaniu tego etapu życia kobiety w kategoriach ryzyka i potencjalnych nieprawidłowości w naszym kraju). Obserwacja ta otwiera kolejną interesującą przestrzeń rozważań na temat uczestnictwa w odmiennych „światach medycznych”, które w pewnym zakresie bazują na teoretycznych założeniach dotyczących tak zasadniczych pojęć, jak zdrowie i choroba. Co

istotne, widzimy tutaj w praktyce, że ich znaczenia niekoniecznie są wyłącznym rezultatem obiektywnej klasyfikacji naukowej – stanowią także wypadkową panujących w danym społeczeństwie norm, wartości, wzorów zachowań i jako takie są negocjowalne (Ereshfsky 2009: 223–224; Tulli 2009: 339). Rozważając odmienne podejścia do opieki okołoporodowej, Izabella Main doskonale uchwyciła moment wpływu owych specyficznych dla danej kultury/regionu generalnych prekonceptji na kształt systemów medycznych, a w szczególności na zakres i rodzaj dystrybuowanych usług związanych z narodzinami dziecka (wspomina m.in. o szerszym w okresie ciąży dostępie do badań specjalistycznych w Polsce niż ma to miejsce w systemie brytyjskim).

Następny rozdział poświęcony jest zagadnieniom relacji i komunikacji z pacjentem z uwzględnieniem problemu braku znajomości języka lokalnego osób korzystających z opieki medycznej. Dominujący wydzźwięk prowadzonej w tym miejscu narracji to mocny kontrast między stosunkiem do chorego w kraju docelowym oraz sposobem traktowania pacjenta w Polsce. Właśnie w aspekcie relacji używamy jednoznacznej odpowiedzi na tytułowe pytanie: migrantki, korzystając z usług zdrowotnych w badanych krajach, bezspornie doświadczają lepszej rzeczywistości. O ile polski „świat medyczny” zachowuje wiele podobieństw z systemami innych krajów unijnych, to zapoznając się z relacjami przytaczanymi przez Izabellę Main, mamy wrażenie, że kontaktując się z personelem medycznym w zamieszkiwanych miejscach, doznają one swego rodzaju dobroczynnego szoku kulturowego. Otrzymujemy „egzotyczny” dla wielu Polaków obraz le-

karzy, pielęgniarek, położnych, którzy, bez względu na to kim jest pacjent, jak się zachowuje i ile mają czasu na rozmowę z nim, przestrzegają zasad dobrego wychowania, w kulturalny sposób zwracają się do chorego oraz potrafią udzielić emocjonalnego wsparcia. Obserwacja ta znajduje potwierdzenie w wielu innych badaniach traktujących o niskiej jakości relacji pacjentów z pracownikami polskiego systemu zdrowotnego (np. Blendon, Benson, Hero 2014; Sitek, Turkiewicz 2016; Libura i in. 2016). Autorka nie precyzuje tego wprost, jednak nasuwa się tutaj warta dalszego rozpatrzenia teza o istnieniu dwóch odrębnych rzeczywistości medycznych – zachodniej, reprezentującej bardziej partnerską relację z pacjentem i wysokie kompetencje komunikacyjne personelu oraz wschodniej, której kwintesencją jest paternalizm oraz zaniedbania w zakresie umiejętności interpersonalnych przedstawicieli zawodów medycznych.

W kolejnej części autorka rozpatruje kwestię pluralizmu medycznego rozumianego jako możliwość korzystania z lokalnych praktyk medycyny komplementarnej i alternatywnej (CAM). Ciekawym spostrzeżeniem jest tutaj uwaga na temat odrębnego w różnych krajach statusu CAM i różnego zakresu włączania takich terapii w system świadczeń refundowanych. Jak zauważa Izabella Main, w porównaniu z analizowanymi przez nią zachodnimi systemami zdrowotnymi, polska służba zdrowia wobec niekonwencjonalnych metod leczenia zachowuje dystans, a próby ich włączania jako opcji wyboru dla pacjentów spotykają się z dość dużym oporem środowisk medycznych. Pod tym względem „zachodnie światy medyczne” są znacznie bardziej otwarte, a pacjenci stali się mniej lub bar-

dziej świadomymi uczestnikami dążeń do scalenia nie do końca zweryfikowanych naukowo terapii z medycyną akademicką w ramach systemu usług zdrowotnych (Piątkowski, Nowakowska 2016; Jansen 2017). Próby stworzenia tak zwanej medycyny zintegrowanej, łączącej odmienne „tradycje medyczne”, mają swoje różne przyczyny, a w kontekście problematyki migracji istotna jest ta wskazująca na postępującą wieloetniczność społeczeństw. Obecność tak wielu kultur w ramach jednego państwa znacząco zmienia medyczny krajobraz – wzbogaca ofertę, ale może wprowadzać również pewnego rodzaju zamieszanie. Z jednej strony możliwość korzystania, zarówno w ramach usług refundowanych, jak i otwartego rynku zdrowotnego obfitującego w tego typu propozycje, z niekonwencjonalnych i alternatywnych metod leczenia jest przez badane migrantki bardzo doceniane. Jest to dla nich okazja do zapoznania się z nowymi sposobami leczenia schorzeń oraz wzmacniania zdrowia, co z pewnością znacząco poszerza „pacjencką świadomość”. Z drugiej strony mamy do czynienia z nowym katalogiem dylematów z tym związanych. Uczestniczenie w tak zróżnicowanym terapeutycznie „świecie medycznym” oznaczać może między innymi problemy z weryfikacją rzeczywistej przydatności/skuteczności „egzotycznych” niekiedy terapii.

Ostatni rozdział omawia zjawisko podróży w celach medycznych. Autorka ponownie prezentuje tu zróżnicowane strategie stosowane w tym zakresie – od praktyk uzupełniania postrzeganych jako uciążliwe deficytów opieki w krajach docelowych, po korzystanie z usług w państwach, które nie są ani zamieszkiwane przez respondentki, ani nie jest

to ich kraj rodzimy. W tym ostatnim przypadku analizuje zachowania szczególnej grupy migrantek: dobrze wykształconych, znających języki obce, w dobrej sytuacji materialnej, mieszkanek strefy wolnego przepływu osób, które szacując pod kątem własnych potrzeb opłacalność oferowanych usług, czerpią benefity z miejscowych systemów medycznych. To nowa generacja pacjentów, medyczni *free movers* z łatwością poruszający się po europejskim rynku zdrowotnym, korzystają, ale się nie integrują, otrzymują, ale się nie identyfikują. Są klientami transnarodowego „zdrowotnego marketu” – efektu rzeczywistości Schengen, która stworzyła przestrzeń medycznych wyborów w poprzek granic i niespotykaną dotąd okazję wybiórczego uczestniczenia w konglomeracie odmiennych rozwiązań instytucjonalnych i kultur organizacyjnych (Connell 2013). Praktyka celowego korzystania z usług zdrowotnych w różnych miejscach Europy bez stałego/czasowego rezydowania poza krajem urodzenia demonstruje kolejną twarz współczesnych wędrówek: migracji „na chwilę”, doraźnej, selektywnej. To nowe wyzwanie dla państw przyjmujących, ale także ważny element doświadczenia mieszkańców kraju rodzimego – mobilny pacjent „importuje” bowiem spostrzeżenia pozyskane na szlakach medycznej turystyki (choćby poprzez rozmowy z bliskimi), wpływając w dłuższej perspektywie na wzory zachowań, sposoby myślenia o zdrowiu, chorobie, medycynie, opiece zdrowotnej i relacji z personelem medycznym w miejscu swojego pochodzenia. Ta swoista „autopsja zapożyczona”, może stać się wówczas istotnym czynnikiem zmiany istniejących rozwiązań systemowych. W ten sposób doświadczenie nabyte „tam” może stać się doświadczeniem zmieniającymi „tutaj”.

Omówienie treści poszczególnych rozdziałów uzupełnię kilkoma uwagami. W pierwszej kolejności należałoby podkreślić, że podejmując kwestię szeroko rozumianych praktyk związanych ze zdrowiem i chorobą stosowanych przez uczestniczki poakcesyjnej fali migracji, Izabella Main dotyka fundamentalnego aspektu zmagania się z rzeczywistością w miejscu osiedlenia. Jednocześnie poruszone zagadnienie zdecydowanie spełnia walor aktualności – zawarte w książce historie migrantek są udziałem bardzo wielu Polaków, jeśli nie jako doświadczenie osobiste, to na pewno w postaci zasłyszanych od rodziny czy znajomych opowieści. Pomimo faktu, że temat migracji Polaków po 2004 roku stał się w ostatnich kilkunastu latach niemal „klasyką” szeroko pojętych studiów migracyjnych, z pewnością nie mamy do czynienia z problemem nadmiaru literatury w tym zakresie. Przeciwnie, zarówno ze względu na dynamikę zjawiska, jak i bogactwo doświadczeń w tym względzie istnieje w moim przekonaniu konieczność dalszej systematycznej eksploracji tego obszaru. Wciąż bowiem wiele pytań pozostaje w tej materii bez odpowiedzi, nadal istnieją „białe plamy”, niedopowiedziane historie, a omawiana publikacja odkrywa przed nami po prostu jeszcze jedną przestrzeń migracyjnej rzeczywistości. Dużą wartością tej pozycji jest także szeroki zakres potencjalnych odbiorców. Jak podkreśla sama autorka, podjęta problematyka i sposób prowadzenia badań mieści się w nurcie antropologii medycznej, choć wielowątkowość jej obserwacji sprawia, że lektura może stać się przedmiotem zainteresowania także badaczy z zakresu socjologii medycyny, migracji, rodziny czy zdrowia publicznego, ale także osób planujących korzystanie z innych systemów zdrowotnych. Bogactwo

treści skłania także do licznych refleksji i w tym sensie książkę o różnych „światach medycznych” można z pewnością określić jako inspirującą.

Omawiana pozycja jest szczególnie interesująca także ze względu na fakt, że prowokuje liczne pytania dotyczące metodologii badań migracji. Jak wiadomo, zjawisko to może być rozpatrywane nie tylko w różnych kontekstach problemowych, ale także na wielu poziomach – jednostkowym, grupowym, globalnym czy instytucjonalnym. Perspektywą, którą przyjęła Izabella Main są doświadczenia bezpośrednich uczestników zdarzeń – migrantów (tzw. *migrant-centric approach*). Jest to orientacja, którą w swoim ostatnim raporcie doceniła Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji (IOM) – wiodąca na świecie instytucja w zakresie problematyki przepływu ludności (IOM 2017: 171–189). Prowadzenie badań tego rodzaju jest szczególnie istotne po pierwsze ze względu na deficyt analiz na tym poziomie – większość opracowań dotyczy bowiem wymiaru globalnego lub też psychologicznych aspektów funkcjonowania migrantów (Cohen, Sirkeci 2011). Po drugie, „orientacja na bezpośredniego aktora” jest niezastąpiona jeśli chodzi o odczytywanie i rozumienie indywidualnie konstruowanego świata znaczeń. To właśnie doświadczenie jako centralna kategoria analityczna pozwala zejść na elementarny poziom społecznej obserwacji, a także stwarza czytelnikom okazję do obcowania z intymnością „cudzego życia” i zapoznania z sytuacją szczególną – migracja bowiem to moment krytyczny, oznaczający wychodzenie z rzeczywistości względnie przewidywalnej oraz zmaganie z nową, nie zawsze zrozumiałą. Odbiorca otrzymuje w ten sposób obraz sugestywny, bogaty w treść, nieodar-

ty z emocji i codziennych problemów. Prezentując w taki sposób problematykę migracji, autorka nie skazuje nas jednak na relację kazuistyczną. W odpowiednich momentach umiejętnie oddala się od drobiazgowości ludzkiego doświadczenia i osadza dany wątek w szerszym społeczno-kulturowym kontekście. Wynosi w ten sposób swoją narrację na bardziej abstrakcyjno-teoretyczny grunt, przez co zyskujemy pogłębioną analizę ludzkich motywacji, wyborów, postaw.

Pozostając przy kwestiach metodologicznych, należałoby docenić prowadzenie przez Izabellę Main swego rodzaju autorskiej refleksyjności, właściwej dla badań jakościowych, a już na pewno tych, które prowadzone są zgodnie z zasadami MTU. Autorka czyni liczne uwagi na temat trudności, wątpliwości, ograniczeń oraz wyzwań jakich doświadczyła w długim procesie zbierania i analizowania danych. Ukazując „metodologiczną kuchnię”, zachowuje szczerą z odbiorcą, który ma szansę uzyskać lepszy wgląd w prezentowaną problematykę. Pozytywnym zabiegiem jest także uzupełnianie tego bogatego opisu etnograficznego fragmentami wypowiedzi migrantek. Autorka osiąga w ten sposób atrakcyjny dla czytelnika balans między wywodem popularnonaukowym, cechującym się pewną lekkością narracji, a monografią naukową, której wymogi omawiana publikacja z pewnością spełnia. Wydaje się również, że słusznym rozwiązaniem była decyzja o wyborze kobiet jako referentek migracyjnych doświadczeń w zakresie zdrowia i choroby. Po pierwsze, wielu badaczy zgadza się z tezą, że to kobiety, bardziej niż mężczyźni, podlegają medycznemu rygorowi – między innymi Adrienne Rich, autorka prac zaliczanych do

klasyki literatury feministycznej, zwraca uwagę, że biologiczna specyfika kobiet implikuje wręcz społeczno-polityczne konsekwencje, bowiem ich sposób życia w znacznym stopniu determinowany jest procesami fizjologicznymi: cyklem menstruacyjnym, ciążą, porodem, karmieniem piersią, menopauzą (Rich 2000: 80–81). Zwracając się do tej grupy respondentów, autorka dotarła więc do migrantów, którzy potencjalnie dysponują najbogatszym doświadczeniem związanym z korzystaniem z usług medycznych. Po drugie, wybór kobiet wydaje się jak najbardziej zasadny także ze względu na fakt, że migracja zyskuje dziś nową, kobiecą właśnie „twarz”. Aktualność zjawiska feminizacji ruchu migracyjnego sprawia, że istnieje szczególna potrzeba prowadzenia systematycznych analiz tego interesującego obszaru (Barriga 2013; Kawczyńska-Butrym 2014; IOM 2017: 185).

Pozwolę sobie na jeszcze jedną uwagę. Otóż zaprezentowane badania zakotwiczone są w szeroko rozumianym podejściu jakościowym, a autorka pisze, że stosuje metodologię teorii ugruntowanej. Ze względu na tę deklarację omawiając wyniki badań, unikałabym określenia typu „większość/mniejszość przypadków” (co charakteryzuje raczej podejście ilościowe) na rzecz zaprezentowania wyłaniających się z danych ogólnych kategorii, co byłoby zgodne z wymogami tej orientacji, a ponadto dużo bardziej uporządkowałyby demonstrowanie rezultatów. Warto byłoby więc wyeksponować osobno w tekście te wątki, które są spójne i jednoznaczne dla wszystkich migrantek – byłby to swego rodzaju użyteczny katalog zbieżności i rozbieżności ocen/doświadczeń/opinii badanych kobiet, swoista „mapa drogowa” orientująca czytelnika w gąszczu treści. Oczywiście autorka nie pozostawia

nas całkowicie z mozaiką niespójnych informacji, bowiem z pewnym ogólnym poziomem kategoryzowania danych mamy jak najbardziej do czynienia – na przykład poprzez samą selekcję dominujących w badanych relacjach wątków, które znalazły się w książce czy typologię respondentek według oceny wpływu migracji na ich stan zdrowotny. Doszukując się innych jeszcze konkluzji, z całą pewnością można stwierdzić, że to co spaja narrację w spójną całość, to fakt, iż w ramach podejmowanych praktyk głównym punktem odniesienia migrantek jest zawsze doświadczenie korzystania z polskiego systemu zdrowotnego. Jest to swego rodzaju punkt orientacyjny, który zapośrednicza i modyfikuje ich zachowania w kontekście zdrowia i choroby w krajach docelowych. W konkretyzowaniu treści pomocne są także komentarze autorki, w których odwołuje się do różnych wyjaśnień teoretycznych, które osadzają „opowieści” kobiet w ogólnych społeczno-politycznych i kulturowych kontekstach. Uwaga o potrzebie kategoryzacji wyników w postaci teoretycznych pojęć w duchu MTU wynika z mojego przeświadczenia z konieczności dążenia do wypracowywania ujęć coraz bardziej syntetycznych, czy wręcz tworzenia teorii migracji (choćby średniego zasięgu), o które nie jest łatwo. Zastrzeżenie, jakie poczyniłam zdecydowanie nie przekreśla wartości pracy. Brak konkluzji w kształcie o jakim wspomniałam może wynikać po pierwsze z faktu, że jak się wydaje, w toku analizy zwyciężyła u autorki konwencja etnograficzna zorientowana na swobodny i gęsty opis. Mam wrażenie, że ostatecznie Izabelli Main chodziło o oddanie indywidualnej perspektywy badanych kobiet bardziej niż aspirowanie do zwięzłych rekapitulacji i finalnej jednoznaczności. Liczy się tutaj bogactwo doświadczeń, codzienne dylematy i próby radzenia

sobie z rzeczywistością. Po drugie, zapewne było to związane z niejednoznacznością i wielowątkowością obrazu, jaki otrzymała w toku badań (decyzja o badaniu kobiet, korzystających z systemów zdrowotnych aż w trzech krajach z pewnością nie ułatwiła autorce zadania). Należy w tym miejscu wyrazić zrozumienie, że dla badacza konieczność esencjalizowania tak obfitej treści bez szkody dla prawdy jest momentem szczególnie wrażliwym.

Warto na koniec pokusić się o krótką refleksję na temat tytułowego pytania. Zacytuję fragment wywiadu z jedną z badanych kobiet: „ja wiem, że wchodząc do gabinetu, to rozmawiam z osobą, która mnie traktuje tak samo jak siebie, jak na tym samym stanowisku, nie czuję się niedouczona, niedokształcona jak w Polsce” (Main 2018: 115). Przytoczona wypowiedź sugeruje, że wyjeżdżający do zachodnich krajów europejskich zdecydowanie przechodzą do „lepszego świata medycznego”. Można zadać w tym miejscu pytanie, czy po lekturze książki Izabelli Main uzyskujemy aż tak stanowczą odpowiedź? Generalna intuicja jest taka, że migracja motywowana jest chęcią poprawy warunków życia – są to więc podróże tam, gdzie jest lepiej. Zapoznając się bliżej z treścią omawianej pozycji, przekonanie o jednoznacznych korzyściach związanych z wyprowadzką z rodzimego kraju nieco słabnie. Pod pewnymi względami rzeczywistość są to światy lepsze, ale są również takie elementy analizowanych systemów opieki zdrowotnej, które stały się przedmiotem krytyki rozmówczyń autorki. Konstatacja ta wzbogaca z pewnością naszą krajową perspektywę na usługi zdrowotne udzielane w państwach, które są w lepszej kondycji ekonomicznej niż Polska.

Bibliografia

- Barriga William (2013) *Migration Trends in the Contemporary World. An Overview*. „Migration Policy Review”, vol. 5, s. 150–171.
- Blendon Robert J., Benson John M., Hero Joachim O. (2014) *Public Trust in Physicians – U.S. Medicine in International Perspective*. „The New England Journal of Medicine”, vol. 371, no. 17, s. 1570–1572.
- Budakowska Elżbieta (2007) *Współczesny migrant: nomada czy lokalny współkreator?* [w:] Zamojski Jan Eugeniusz, red., *Migracje i społeczeństwa współczesne*. „Migracje i Społeczeństwo”, tom 12, s. 29–41.
- Carballo Manuel, Mboup Mourtala (2005) *International Migration and Health*. A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration by International Centre for Migration and Health (GCIM).
- Cohen Jeffery H., Sirkeci Ibrahim (2011) *Cultures of Migrations: The Global Nature of Contemporary Mobility*. Austin: University of Texas Press.
- Connell John (2013) *Contemporary Medical Tourism: Conceptualisation, Culture and Commodification*. „Tourism Management”, vol. 34, s. 1–13.
- Ereshesky Mark (2009) *Defining ‘Health’ and ‘Disease’*. „Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences”, no. 40, s. 221–227.
- Gałaszka Mieczysław (2012) *Kompetencja zdrowotna w społeczeństwie ryzyka biomedycznego* [w:] Gałaszka Mieczysław, Wieczorkowska Magdalena, red., *Społeczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*. Łódź: Uniwersytet Medyczny w Łodzi, s. 85–104.
- International Organization for Migration (2017) *World Migration Report 2018*. Geneva: IOM.
- Jansen Eva (2017) *The Role of Complementary and Alternative Medicine in the Healthcare System: A German Paradox*. „Complementary Medicine Research”, vol. 24, no. 5, s. 290–294.
- Kawczyńska-Butrym Zofia (2014) *Feminizacja migracji – globalny i rodzinny kontekst opieki* [w:] Jabłoński Arkadiusz, Szyszka Małgorzata, Gizicka Dorota, red., *Współczesna rodzina polska. Przemiany, zagrożenia i wyzwania*. Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 189–202.
- Libura Maria i in. (2016) *Lekarze i pacjenci w Polsce – model relacji w gabinecie lekarskim AD 2016. Raport z badania opinii lekarzy i pacjentów*. Warszawa: Fundacja MY Pacjenci.
- Okólski Marek (2004) *Demografia zmiany społecznej*. Warszawa: SCHOLAR.
- Piątkowski Włodzimierz, Nowakowska Luiza (2016) *Pseudoterapie w Polsce. Wybrane aspekty socjologiczne i prawne* [w:] Płonka-Syroka Bożena, Daśal Mateusz, Wójcik Wiesław, red., *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie*. Warszawa: Wydawnictwo DiG, s. 405–422.
- Rich Adrienne (2000) *Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja*. Przełożyła Joanna Mizielińska. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Sitek Anna, Turkiewicz Joanna (2016) *Lekarze w badaniach opinii społecznej 2016*. Warszawa: Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej.
- Tulli Renata (2009) *Rozwój koncepcji zdrowia, choroby i leczenia* [w:] Ostrowska Antonina, red., *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, s. 339–367.
- Urry John (2009) *Socjologia mobilności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Węgrzynowska Maria (2012) *Wobec medykalizacji – transnarodowe praktyki zdrowotne polskich migrantek w Irlandii* [w:] Penkala-Gawęcka Danuta, Main Izabella, Witeska-Młynarczyk Anna, red., *W zdrowiu i chorobie... Z badań antropologii medycznej o dyscyplin pokrewnych*. Poznań: Komitet Nauk Etnologicznych Polskiej Akademii Nauk, Biblioteka Telgte Wydawnictwo, s. 257–268.

Cytowanie

Nowakowska Luiza (2018) *Recenzja książki: Izabella Main (2018) „Lepsze światy medyczne? Zdrowie, choroba i leczenie polskich migrantek w perspektywie antropologicznej”*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR. „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 14, nr 4, s. 220–225 [dostęp dzień, miesiąc, rok]. Dostępny w Internecie: <www.przegladsocjologiijakosciowej.org>. DOI: <http://dx.doi.org/10.18778/1733-8069.14.4.12>.