

DANUTA PENKALA-GAWĘCKA
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM, Poznań

NIEPEWNOŚĆ, RYZYKO, ZAUFANIE.
SYSTEM OPIEKI MEDYCZNEJ I JEGO REFORMY
W POSTSOWIECKIM KIRGISTANIE
A STRATEGIE ZDROWOTNE MIESZKAŃCÓW BISZKEKU

WPROWADZENIE

Celem artykułu jest wskazanie i analiza czynników, które wpływają na to, jak system opieki zdrowotnej we współczesnym Kirgistanie oceniają mieszkańcy stolicy kraju – Biszkeku. Konfrontuję, w szczególności, oceny reform państwowej służby zdrowia wprowadzanych w Republice Kirgiskiej od lat 1990., formułowane przez specjalistów, z opiniami i odczuciami „zwykłych ludzi”. Interesują mnie przede wszystkim oceny i doświadczenia tych ostatnich, często bardzo odbiegające od ewaluacji dokonywanych przez profesjonalistów, którzy powołują się na oficjalne dane i wskaźniki. Staram się odkryć przyczyny tych rozbieżności, rozważając wpływ czynników emocjonalnych, takich jak poczucie niepewności i nieufność, na podejście ludzi do systemu medycznego i jego reprezentantów – lekarzy oraz innego personelu medycznego. Skupiam się także na kwestii postrzegania i odczuwania ryzyka w kontekście spotkań z biomedycyną. Wskazuję na znaczenie takich nastawień i odczuć dla wyborów między dostępnymi rodzajami pomocy medycznej (włącznie z medycyną komplementarną), dokonywanych w przypadku zachorowania.

Zdrowie i choroba to stany/procesy, którym w życiu ludzkim nieodłącznie towarzyszą emocje, przy czym owe emocje są kulturowo kształtowane. Jak trafnie zauważają Małgorzata Rajtar i Justyna Straczuk we wprowadzeniu do zbioru prezentującego teksty antropologów badających emocje, to właśnie dlatego, że „różne systemy kulturowe (...) nadają im kształt i znaczenie (...) emocje mogą stać się narzędziem działania w świecie społecznym, służąc negocjowaniu jego różnych aspektów” (2012, s. 10). Zgodnie z sugestiami Johna Leavitta, traktuję tutaj emocje jako „doświadczenia, które rozpoznajemy jako związane i ze znaczeniem kulturowym, i z odczuciami cielesnymi” (2012, s. 91). Artykuł ten wpisuje się zatem w nurt antropologii emocji, a jednocześnie – antropologii medycznej, oraz w studia nad transformacjami post-socjalistycznymi w regionie Azji Środkowej.

Spośród ujęć teoretycznych dotyczących roli emocji w doświadczeniu choroby i poszukiwaniu leczenia, za szczególnie wartościowe uważam propozycje Davida

Parkina (2011), który zwraca uwagę na niepewność jako wręcz immanentną cechę czy jakość wszelkich „spotkań terapeutycznych” oraz podkreśla kluczowe znaczenie zaufania dla wyborów czynionych w wypadku choroby, a także wpływ, jaki wywiera ono (pośrednio) na obraz pluralizmu medycznego w danym społeczeństwie.

Oprócz tych dwóch czynników emocjonalnych – niepewności i zaufania, osiłą analizy uczyniłam ryzyko, traktując je jako silnie nacechowane afektywnie. Opowiadałam się za argumentacją tych badaczy, którzy podkreślają (jak np. Zinn 2006) nieodłączność emocji od ryzyka, ujmowanego jako „ucieleśnione” czy uwewnętrznione, a nie jako związane z kalkulacją.

Problemy zdrowia i choroby oraz sprawności systemu opieki zdrowotnej w ich rozwiązywaniu pozostają w centrum społecznej uwagi w różnych kontekstach społeczno-kulturowych. Szczególnie drażliwą kwestią są jednak w państwach, które przechodzą gwałtowne przeobrażenia polityczne i gospodarcze, mające znaczące konsekwencje również dla lokalnych struktur i instytucji medycznych. Do takich państw należą nowopowstałe republiki postsowieckiej Azji Środkowej, w odniesieniu do których (jak i innych organizmów państwowych obszaru postsowieckiego i szerzej, postsocjalistycznego) używa się nieraz określenia: „trauma zmiany ustrojowej”. W interesującym mnie tutaj zakresie owe często traumatyczne doświadczenia ludzi wiążą się, z jednej strony, ze znacznym pogorszeniem sytuacji epidemiologicznej i wskaźników stanu zdrowia ludności, a z drugiej – z załamaniem się sowieckiego systemu medycyny i trudnościami, jakie napotykały próby jego reformowania.

Staram się odpowiedzieć, czy w takich warunkach rola wspomnianych czynników emocjonalnych może być większa, czy silniej się one zaznaczają. Czy trudności związane z transformacją wpływają na pogłębienie niepewności, na większą nieufność do biomedycyny, systemu opieki medycznej, do samych lekarzy? Czy oddziałują na odczucie ryzyka w kontaktach z personelem medycznym? Czy owe afekty mogą, w jakimś stopniu, wyjaśnić rozbieżności ocen formułowanych przez specjalistów i przez „zwykłych ludzi”, zaobserwowane w toku badań?

Artykuł oparty jest na badaniach etnograficznych, które prowadziłam w Biszkeku w ciągu blisko czterech miesięcy, w trakcie trzech wyjazdów terenowych w latach 2011, 2012 i 2013¹. Mój projekt badawczy koncentrował się na strategiach i praktykach zdrowotnych mieszkańców tego miasta, w warunkach specyficznego krajobrazu tamtejszego pluralizmu medycznego, w którym – obok biomedycyny – silną pozycję mają różne gałęzi medycyny komplementarnej. Rozmawiałam – w różnych miejscach i okolicznościach, zarówno związanych z procesem terapeutycznym, jak i bardziej „neutralnych” pod tym względem, czyli np. w mieszkaniach informatorów bądź w przestrzeni publicznej – z pacjentami oraz osobami, które miały w przeszłości doświadczenia związane z leczeniem lub też towarzyszyły

¹ Badania te prowadziłam w ramach finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki projektu Nr NN109 186440 pt. „Zdrowie, choroba, leczenie we współczesnym Kirgistanie. Koncepcje zdrowia i choroby oraz strategie zdrowotne Kirgizów w warunkach miejskiego pluralizmu medycznego”, który realizowałam w latach 2011–2014.

chorym członkom rodziny czy znajomym². Prowadziłam również rozmowy z lekarzami i uzdrowicielami (czy np. sprzedawcami ziół i innych leków na bazarach), a także obserwacje ich spotkań terapeutycznych z pacjentami, oraz bardziej sformalizowane (choć również z dużym udziałem pytań otwartych) wywiady z „decydentami” – urzędnikami służby zdrowia, którzy uczestniczą bądź uczestniczyli w reformowaniu systemu opieki medycznej.

CELE, ZAKRES I PRZEBIEG REFORM SYSTEMU MEDYCZNEGO W KIRGISTANIE

Rozpad Związku Radzieckiego pociągnął za sobą, oprócz wielkiej zmiany ustrojowo-politycznej, także dramatyczne przeobrażenia ekonomiczne i społeczne. We wszystkich nowopowstałych republikach Azji Środkowej doszło do gwałtownego załamania socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej, ocenianego przez specjalistów zachodnich jako „kolos na glinianych nogach”, niewydolny w nowych warunkach ustrojowych i gospodarczych (Field 2002). Sytuacja ta wymagała przeprowadzenia głębokich reform, które miały na celu radykalną restrukturyzację odziedziczonego po czasach sowieckich systemu medycyny. W tych zamierzeniach znaczną pomoc władzom młodej Republiki Kirgiskiej, jak i innym państwom regionu, okazały różne instytucje międzynarodowe, w tym USAID – poprzez programy ZdravReform i ZdravPlus (zob. Borowitz 1995).

W ciągu dwudziestu lat od uzyskania niepodległości w Kirgistanie przeprowadzono dwie szeroko zakrojone reformy sektora medycznego: Manas (1996–2006) i Manas Taalimi („Lekcje Manasa³”) (2006–2010). Kirgistan był jednym z pierwszych krajów regionu środkowoazjatyckiego, które podjęły się trudnego zadania gruntownej przebudowy systemu opieki zdrowotnej. Wprowadzenie programu Manas poprzedził pilotażowy projekt reform wdrażany w obwodzie (*oblast*) issykkulskim od 1994 roku, wspierany przez USAID. Jego głównym celem było rozwinięcie podstawowej opieki zdrowotnej opartej na instytucji lekarza rodzinnego oraz wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego – początkowo na niewielką skalę, tylko w tym jednym, wytypowanym przez ekspertów regionie (McEuen 2004).

Celem programu Manas była radykalna rekonstrukcja systemu medycznego, z naciskiem na rozwój podstawowej opieki zdrowotnej i instytucji lekarza rodzinnego

² Nie poszukiwałam rozmówców według jakichś specjalnych kryteriów doboru próby – wyszłam z założenia, że doświadczenia chorobowe i „praktyki zdrowotne” dotyczą wszystkich, w pewnych okresach życia. Niemniej część osób, z którymi rozmawiałam miała bardziej złożone i rozciągnięte w czasie „trajektorie poszukiwania pomocy”, ze względu na choroby przewlekłe. Niektórych spotykałam przypadkowo, innych – poprzez wcześniejsze kontakty, „łańcuszek” kolejnych znajomości. Większą część rozmów (oraz bardziej sformalizowane wywiady) nagrywałam, inne – notowałam po spotkaniu. Łącznie rozmawiałam z około 80 osobami, przy czym z niektórymi kilkakrotnie, prowadząc kilkugodzinne rozmowy, a z innymi przelotnie.

³ Warto zauważyć, że nazwy programów reform nawiązują wprost do Manasa – bohatera wielkiego eposu kirgiskiego, postaci, która urosła do rangi narodowego symbolu Kirgizów.

oraz restrukturyzację rozbudowanej i kosztownej opieki szpitalnej. Zmiany polegały także na wdrożeniu nowych mechanizmów finansowania, z istotnym wkładem Funduszu Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego (FOMS) utworzonego w 1997 roku⁴. Następnie, w 2000 roku, wyznaczono koszyk gwarantowanych usług medycznych, dla zapewnienia pewnego zakresu bezpłatnych usług poszczególnym kategoriom obywateli⁵. Z kolei wprowadzenie (od 2002 r.) jasnych zasad określających oficjalne dopłaty do leczenia pacjentów hospitalizowanych miało na celu ograniczenie bardzo rozwiniętych nieformalnych płatności. Ważnym krokiem było także stopniowe wdrażanie, od 2001 do 2003 roku, systemu „pojedynczego płatnika”⁶ oraz, już w ramach programu Manas Taalimi, podejścia „sektorowego” (tzw. SWAp – ang. *sector-wide approach*)⁷, które odgrywa dużą rolę w efektywnym wykorzystaniu pomocy międzynarodowej. Należy nadmienić, że sektor medyczny Kirgistanu otrzymywał i nadal otrzymuje duże środki pomocowe przekazywane przez różne organizacje międzynarodowe; istotne znaczenie ma również pomoc ekspertów zagranicznych przy tworzeniu projektów reform. W drugim etapie reform postawiono sobie za główny cel wyrównanie dostępu do opieki medycznej oraz poprawę jej jakości.

Nowy, trzeci z kolei program reform – Den Sooluk („Zdrowie”) jest w trakcie realizacji. Zaplanowano go na lata 2012–2016, a jego głównym celem jest poprawa funkcjonowania opieki zdrowotnej i – w rezultacie – stanu zdrowia ludności w czterech wybranych, uznanych za szczególnie ważne, obszarach: chorób serca i układu krążenia; zdrowia matki i dziecka; gruźlicy oraz zakażenia HIV. Projekt zakłada przede wszystkim eliminację przeszkód, które utrudniają skuteczną pomoc chorym należącym do tych czterech kategorii.

O nadal dużych zagrożeniach zdrowotnych świadczą wskaźniki, z których przytoczę tylko kilka, dobrze obrazujących współczesną sytuację w kraju (dane pochodzą z 2009 r. – *Health... 2011*). Oczekiwana długość życia: 73,2 lata dla kobiet i 65,2 lata dla mężczyzn, mimo że z wolną rośnie, nadal utrzymuje się poniżej poziomu z 1990 roku. Śmiertelność niemowląt, choć wykazuje tendencję spadkową, jest bardzo wysoka – 25 na 1000 żywych narodzin – podobnie jak okołoporodowa śmiertelność matek (69,8 na 100 tys. żywych narodzin). Profil epidemiologiczny kraju pozostaje niepokojący pod wieloma względami. Wysoki jest wskaźnik występowania gruźlicy (101 na

⁴ Niemniej, w 2009 roku obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne pokrywało jedynie 5,5% kosztów opieki medycznej (Ibraimova i in. 2001a, s. 41).

⁵ Wszystkim obywatelom przysługuje bezpłatna opieka lekarza rodzinnego (dopłaty wnoszone są do leczenia szpitalnego); szereg kategorii ludności, np. weterani II wojny światowej czy emeryci, ma prawo także do innych bezpłatnych czy niemal bezpłatnych usług (Baschieri, Falkingham 2006, s. 444).

⁶ Czyli gromadzenie i rozprowadzanie funduszy na cele zdrowotne z jednej państwowej puli, a nie, jak uprzednio, w poszczególnych obwodach. Zdaniem specjalistów taka centralizacja umożliwiła bardziej równomierny podział środków i lepszy dostęp społeczeństwa do gwarantowanych usług (Baschieri, Falkingham 2006, s. 444–445; Ibraimova i in. 2011a, s. 50–53).

⁷ SWAp polega na centralizacji środków płynących od zagranicznych instytucji pomocowych – w miejsce uprzedniego rozproszenia wprowadzono zasadę przekazywania tych środków do Ministerstwa Zdrowia i dołączania ich do budżetu Ministerstwa (Johnson 2009, s. 282–284).

100 tys. mieszkańców), gwałtownie wzrasta liczba nowych, odnotowanych przypadków zakażeń HIV. Innym problemem jest niedożywienie kobiet w wieku rozrodczym – niemal 44% kobiet ciężarnych cierpi na anemię.

REFORMY SYSTEMU MEDYCZNEGO W OCZACH SPECJALISTÓW

Kirgistan był i jest nadal prezentowany jako regionalny lider w zakresie reform opieki zdrowotnej, model „dobrej praktyki” dla innych państw Azji Środkowej (np. Baschieri, Falkingham 2006, s. 459; Ibraimova i in. 2011b). Opinie ekspertów zagranicznych na temat reform zdrowotnych w Kirgistanie są z reguły pozytywne, a czasem wręcz entuzjastyczne. Na przykład Michael Borowitz (były szef programu ZdravReform w Azji Środkowej) i Rifat Atun podkreślają, że Kirgistan to jedyne środkowoazjatyckie państwo, któremu udało się skutecznie połączyć dawny, sowiecki model finansowania opieki zdrowotnej stworzony przez Nikołaja Siemaszkę⁸ z modelem Bismarckowskim, opartym na systemie ubezpieczeń. Wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia społecznego było dobrze przygotowane, jako część szeroko zakrojonego programu reform⁹. Zdaniem tych specjalistów, podejście takie „umożliwiło przeprowadzenie radykalnej reformy instytucji zdrowotnych odziedziczonych po czasach sowieckich” (Borowitz, Atun 2006, s. 434; zob. też Ibraimova i in. 2011b, s. 127–128). Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia uznała program reform Manas za racjonalny i wszechstronny, a SWAp – system wzmacniający efektywność pomocy międzynarodowej – wskazała jako „model do zaadoptowania przez inne kraje” (Johnson 2009, s. 282).

Nie pomijając trudności i wciąż nierozwiązanych problemów, poszczególne raporty międzynarodowe podkreślają sukcesy realizowanych dotąd programów. Ostatni raport dotyczący Kirgistanu, opublikowany w serii *Health Systems in Transition* (Ibraimova i in. 2011a) wydawanej przez European Observatory on Health Systems and Policies¹⁰, pozytywnie ocenia efekty reform, zwłaszcza poprawę jakości opieki lekarskiej, wprowadzony system finansowania oraz zwiększenie dostępności służb medycznych. Natomiast wśród problemów wciąż domagających się rozwiązania wymieniono m.in. niedostateczne nakłady na zdrowie publiczne i nierównomierne rozmieszczenie lekarzy w różnych regionach kraju. Podkreśla się, że brak stabilności politycznej i problemy gospodarcze oraz związana z tym emigracja wpływają negatywnie zarówno na epidemiologiczną sytuację w kraju, jak i na kondycję systemu opieki zdrowotnej.

Istotną bolączką są nadal tzw. nieformalne płatności za usługi, w tym łapówki. Według oficjalnych danych wydatki na zdrowie wzrosły od 2000 do 2009 roku z 4,4%

⁸ Lekarz Nikołaj Aleksandrowicz Siemaszko był pierwszym ludowym komisarzem zdrowia ZSRR, w latach 1918–1930.

⁹ Inaczej było w Kazachstanie, gdzie przedwczesne i źle przygotowane wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego zakończyło się niepowodzeniem (Borowitz, Atun 2006, s. 431–433).

¹⁰ <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory> (5.11.2013).

do 6,4% PKB¹¹ (Ibraimova i in. 2001a, s. 40), lecz mimo to w 2006 roku nadal 76% hospitalizowanych pacjentów wносиło dodatkowe nieformalne opłaty na rzecz personelu medycznego, a 44 % na lekarstwa, choć wskaźniki te zmalały w stosunku do – odpowiednio – 91% i 45% w roku 2001 (Ibraimova i in. 2001a, s. 133). W oparciu o przeprowadzone badania, Jane Falkingham, Baktygul Akkazieva i Angela Baschieri stwierdzają postępy w ograniczaniu nieformalnych płatności, zauważając jednak, że wiele jeszcze zostało do zrobienia w tym zakresie. Jak piszą, zmniejszył się wprawdzie procent pacjentów szpitalnych płacących z własnej kieszeni personelowi medycznemu, ale „jeśli wnosi się opłaty, są one wysokie, zwłaszcza dla chirurgów i anestezjologów” (Falkingham, Akkazieva, Baschieri 2010, s. 435). Bariery finansowe pozostają znaczące, aczkolwiek według oficjalnych wskaźników „obciążenia finansowe [wydatkami na zdrowie – D.P.G.] najbiedniejszych 40% populacji znacząco zmalały między 2003 i 2009 rokiem” (Ibraimova i in. 2001a, s. 124). Ważnym zadaniem jest, co dostrzegają specjaliści, zapewnienie dostępu do dobrej jakościowo opieki medycznej wszystkim kategoriom ludności.

Problemem pozostaje organizacja szpitalnictwa. Erica Johnson, która analizuje w swojej książce wpływ autorytarnych reżimów w postsowieckiej Azji Środkowej na opiekę medyczną, zwraca uwagę, że rząd Askara Akajewa, z przyczyn politycznych, manipulował reformami systemu zdrowia, m.in. opóźniając wykonanie planu racjonalizacji sektora szpitalnego (2009, s. 257–260). Program racjonalizacji nadal nie został w pełni zrealizowany, co skutkuje wydatkowaniem większości państwowych nakładów na zdrowie właśnie na działania instytucji szpitalnych.

W opozycji do zasadniczo pozytywnych ocen formułowanych przez międzynarodowych i lokalnych ekspertów od wdrażania reform, pozostaje negatywna ewaluacja efektów tych przemian przez socjologów kirgistańskich. Kusein Isaev, wraz ze swymi współpracownikami, realizował w 2001 roku badania w ramach międzynarodowego projektu LLH (Living Conditions, Lifestyles & Health), obejmującego osiem państw postsowieckich, a w latach 2010–2011 kolejne badania: „Zdrowie ludności i przemiany społeczne w okresie przejściowym”, w ramach projektu HITT (Health in Times of Transition). Badacze doszli do wniosku, że reformy były nieprzemysłane, ich konsekwencją okazało się przeniesienie znacznej części wydatków na zdrowie na barki ludności, co skutkowało ograniczeniem dostępu do opieki medycznej (Isaev i in. 2013b, s. 249). Oceniając nowy program reform Den Sooluk, socjologowie zwrócili uwagę na fakt, że planuje on przejście wszystkich instytucji medycznych na „autonomiczne finansowanie”. Ich zdaniem, może to doprowadzić do prywatyzacji służby zdrowia i dalszego zmniejszenia dostępu do usług medycznych dla większości obywateli Kirgistanu (Isaev i in. 2013a, s. 242).

Rozmowy, które prowadziłam z urzędnikami instytucji medycznych (lekkarkami pracującymi w organizacji służby zdrowia, w pewnej instytucji międzynarodowej oraz jednym ze stowarzyszeń profesjonalnych) pokazały, że podczas nieformalnych spotkań były one skłonne otwarcie i krytycznie wypowiadać się o problemach służby

¹¹ Co interesujące, podobny był w tym czasie wskaźnik procentowy wydatków na zdrowie w Polsce.

zdrowia. Osoby te, które same zaangażowane były w przygotowanie i wprowadzanie programów reform, i generalnie oceniały je wysoko, zwracały też uwagę na ich wady, a szczególnie na niedostateczną realizację przyjętych założeń, na przykład niedoprowadzenie do końca programu Manas Taalimi. Jako przykład rozbieżności między oficjalnymi, publikowanymi opiniami a nieoficjalnymi wypowiedziami można podać kwestie oceny systemu kształcenia personelu medycznego. W raporcie przygotowanym dla Światowej Organizacji Zdrowia przez lokalnych (w większości) specjalistów, są dość ogólne wzmianki o reformie systemu edukacji lekarzy w ramach programu Manas Taalimi, polegającej na wprowadzaniu „standardów międzynarodowych” (Ibraimova i in. 2011a, s. 75–76, 116–117). Tymczasem moje rozmówczynie szczególnie mocno podkreślały brak dobrych nauczycieli, bardzo niski poziom nauczania oraz rozpowszechnioną korupcję na wyższych uczelniach, w tym w szkołach medycznych. Mówiły także o ciągłych zmianach władz Ministerstwa Zdrowia oraz składu osobowego innych ważnych instytucji jako czynnika spowalniającym reformy. Jedną z urzędniczek, była wiceminister zdrowia, ujęła to lapidarnie: „Częsta zmiana kadr – to nas po prostu zabija!”. Wskazywały na palące problemy wywołane masową emigracją personelu medycznego do Kazachstanu i Rosji, która nie tylko nie maleje, ale wręcz nasila się, co odbija się – przy nierównomierności rozmieszczenia lekarzy w kraju – przede wszystkim na sytuacji podstawowej opieki medycznej na wsi. Należy jednak dodać, że o tej istotnej bolączce i innych słabościach systemu medycznego wypowiada się także oficjalnie minister zdrowia, Dinara Sagynbaeva¹². Zresztą obraz systemu opieki medycznej prezentowany w mediach malowany jest w bardzo ciemnych barwach; często omawia się krytycznie takie zagadnienia, jak niedoinwestowanie, słabość infrastruktury, niska jakość opieki lekarskiej czy korupcja.

NIEPEWNOŚĆ A REALIA POSTSOWIECKIEGO ŻYCIA

Przedstawione powyżej, w wielkim skrócie, problemy i bolączki systemu opieki medycznej we współczesnym Kirgistanie są ważne dla zrozumienia strategii zdrowotnych ludności. Wiele z nich jest bowiem wprost przywoływanych, gdy pyta się ludzi o tutejszą służbę zdrowia. Oficjalna informacja – medialna i rozpowszechniana wśród pacjentów przez instytucje medyczne – wydaje się nie mieć tu jednak podstawowego znaczenia. Na niedostateczne poinformowanie ludności w kwestiach związanych z obowiązkowym ubezpieczeniem medycznym czy z przysługującymi bezpłatnie usługami i lekarstwami wskazuje się zresztą w różnych raportach, widząc w tym znaczną przeszkodę na drodze ku polepszeniu działania systemu. Z moich obserwacji wynika, że środki masowego przekazu częściej zajmowały się w owym czasie różnymi skandalami w służbie zdrowia niż zapewnieniem rzetelnej informacji o prawach przysługujących obywatelom w zakresie opieki zdrowotnej. Niemniej

¹² <http://www.akipress.org/zdorovie/news:13937/> (7.11.2012), <http://kg.akipress.org/discus:563594/#comm> (8.11.2012).

w 2013 roku pojawiły się w państwowej telewizji filmiki pokazujące w skrótovej, przystępnej formie zasady działania systemu ubezpieczeń oraz starające się zniechęcić pacjentów do dawania lekarzom „prezentów” w pieniądzech bądź w naturze. Niedoinformowanie, jak można sądzić, wpływa na niepewność i nieufność w kontaktach ze służbą zdrowia. Poza tym, co istotne, widoczny jest znaczny poziom nieufności w stosunku do oficjalnych przekazów; większe zaufanie pokłada się w nieoficjalnych źródłach informacji, przy czym rola kręgu rodzinno-sąsiedzko-przyjacielskiego pozostaje pierwszorzędna¹³.

Niepewność w odniesieniu do efektów interwencji medycznych nie jest, oczywiście, czymś specyficznym dla kontekstu kirgistańskiego. Ten rodzaj niepewności jest nierozłącznie związany z procesem leczenia (zob. Parkin 2011), jego skala wydaje się jednak szczególnie duża w warunkach kraju przechodzącego długotrwały i bolesny proces transformacji. Nie można go, ponadto, izolować od innych rodzajów niepewności, braku wiary w lepszy los, polityczną stabilność i powodzenie materialne. Te odczucia były i w dużej mierze są nadal charakterystyczne dla całego obszaru postsowieckiego. W odniesieniu do Ukrainy Julia Holdsworth pisała, że wskutek upadku systemu socjalistycznego ludzie znaleźli się na niepewnym, umykającym spod nóg gruncie, zmuszeni zostali do „przewartościowania swojego życia, indywidualnych biografii i przekonań, w sytuacji beznadziei i frustracji” (2004, s. 3). W kontekście Kirgistanu Bernd Steimann (2011) uczynił niepewność centralnym pojęciem w swojej analizie przemian rolnictwa i gospodarki pasterskiej, źródeł tych postaw upatrując w całkowitym upadku instytucjonalnym poprzedniego systemu i dalszej dramatycznej destabilizacji politycznej, społecznej i gospodarczej. Zdaniem tego badacza życie w warunkach transformacji wymaga przede wszystkim znalezienia odpowiedzi, jak radzić sobie z różnymi formami niepewności (Steimann 2011, s. 224). Dodać trzeba, że w dzisiejszym Kirgistanie, po doświadczeniach rewolucji, poczucie niepewności potęguje powszechna obawa przed kolejnymi wstrząsami politycznymi i zamieszkami o podłożu etniczno-gospodarczym. Jak zaznaczają kirgistańscy socjologowie w swoim opracowaniu dotyczącym zdrowia ludności: „położenie gospodarki kraju pozostaje bardzo trudne, próby jej reanimacji nie przynoszą rezultatów, przede wszystkim z powodu niestabilności politycznej” (Isaev i in. 2013a, s. 230).

Wspomniane okoliczności odciskają się na węższej pojmowanej niepewności, odnoszącej się do sposobu funkcjonowania instytucji biomedycznych i ich reprezentantów oraz do procesu leczenia. Farideh Heyat (2004, s. 281) zauważa, że bieda, bezrobocie, brak poczucia bezpieczeństwa miały w społeczeństwie kirgistańskim także konsekwencje natury moralnej, w tym wzrost korupcji w wielu sferach, m.in. w sektorze medycznym. Dodaje, iż „pogarszająca się opieka zdrowotna, niezdolność większej części ludności do ponoszenia kosztów profesjonalnej pomocy medycznej i ogólny brak pomocy socjalnej (...) skłaniały wielu ludzi do zwracania się ku

¹³ Podobne postawy obserwują badacze także w innych krajach obszaru postsowieckiego. Ponadto należy podkreślić, że wśród Kirgizów wciąż duża jest siła tradycyjnych więzi rodzinnych i rodowo-plemiennych (zob. np. Ruget 2007).

tradycyjnym sposobom zwalczania chorób” (2004, s. 279). Gdy rozmawiałam z mieszkańcami Biszkeku o problemach związanych ze zdrowiem i chorobą, bardzo często nawiązywali do ogólnej, trudnej sytuacji kraju, będącej źródłem ich lęków i trosk o przyszłość. Należy zatem podkreślić, że „strategie poszukiwania zdrowia” (ang. *health-seeking strategies*) winny być w tym kontekście rozpatrywane jako część szerszych „strategii poszukiwania pomocy” (ang. *help-seeking strategies*) w różnych sytuacjach kryzysowych. Taką pomoc, wobec braku rozwiniętych państwowych czy społecznych instytucji pomocowych, niosą – z jednej strony – sieci kontaktów rodzinnych, sąsiedzkich i przyjacielskich, z drugiej – tradycyjni uzdrowiciele (*baqši, bübü*¹⁴ – szamani; *tabip* – inni uzdrowiciele duchowi) zajmujący się nie tylko leczeniem, ale także problemami domowymi, finansowymi i emocjonalnymi swoich klientów. Wiąże się to z tradycyjnym postrzeganiem choroby jako jednego z wielu aspektów ludzkich cierpień. Nie mogę tutaj rozwijać owych kwestii, jednak uderzające było dla mnie zaangażowanie poznanych biszkeckich uzdrowicielek w różnorodne życiowe kłopoty pacjentów, poczynając od niepowodzeń w biznesie, poprzez alkoholizm kogoś z członków rodziny, przemoc domową, do trudności ze znalezieniem męża. Ten ostatni problem często motywował młode kobiety do złożenia wizyty takiej specjalistce. Na przykład uzdrowicielka Kunduz¹⁵ utrzymywała, że dziewczęta nieraz proszą ją o „przyciągnięcie” upatrzonego chłopaka za pomocą zabiegów magicznych, ona jednak zawsze odmawia („bo to grzech”), proponuje natomiast pomoc poprzez duchowe oczyszczenie, „otwarcie drogi”, z zastosowaniem modlitw z Koranu.

Warto podkreślić, że niepewność ma duże znaczenie przy wyborze sposobu leczenia (włącznie z samoleczeniem bądź powstrzymaniem się od interwencji), wpływa na trajektorie szukania pomocy, nieraz bardzo skomplikowane, zwłaszcza w warunkach dużej różnorodności ofert medycznych, czyli pluralizmu medycznego, z którym mamy do czynienia we współczesnym Kirgistanie. Słusznie stwierdza David Parkin (powołując się na Susan R. Whyte), że niepewność jest „najbardziej pobudzającą emocjonalnie cechą każdej tradycji leczniczej” (2011, s. 9), kształtuje sposób postrzegania różnych instytucji i praktyków medycznych.

RYZYKO – JEGO POSTRZEGANIE I ODCZUWANIE W KONTEKŚCIE „POSZUKIWANIA ZDROWIA”

Z niepewnością wiąże się pojęcie ryzyka¹⁶. Zdaniem Steimanna (2011, s. 221), niepewność odnosi się do sytuacji, którą cechuje brak prawidłowości, co czyni niemożliwym kalkulowanie prawdopodobieństwa. Inaczej jest z ryzykiem, które – w tym ujęciu – wiąże się z możliwością czynienia takich kalkulacji. Jest to podejście często spotykane w naukach ekonomicznych i społecznych, tutaj jednak nie traktuję ryzyka

¹⁴ Tym ostatnim terminem określa się czasem szamanów płci żeńskiej.

¹⁵ Imiona rozmówców zmieniłam, by zachować ich anonimowość.

¹⁶ W rozważaniach o ryzyku nie odwołuję się do koncepcji globalnego, światowego ryzyka, autorstwa Ulricha Becka czy Anthony'ego Giddensa.

jako czegoś, co implikuje „chłodne” kalkulacje warunkujące czynione wybory; interesuje mnie sposób postrzegania ryzyka, ale przede wszystkim jego odczuwanie, aspekt emocjonalny. To on właśnie, w kontekście nowego postsocjalistycznego państwa, borykającego się ciągle z wieloma poważnymi trudnościami, wydaje się mieć zasadnicze znaczenie.

Według Mary Douglas (1990, s. 5) ryzyko „patrzy naprzód”, w takim znaczeniu, że mówiąc o nim niejako przewidujemy możliwe niebezpieczeństwa¹⁷. W tym wypadku – niebezpieczeństwa dla zdrowia. Jeśli odnieść to do typologii zaproponowanej przez Johna Tullocha i Deborah Lupton (2003, s. 25), byłyby to „ryzyka ucieleśnione” (*embodied risks*), inaczej – ryzyka zdrowotne i fizyczne (trzeba jednak dodać, że autorzy ci mówią o społecznie i kulturowo warunkowanej „wiedzy o ryzyku” – *risk knowledge*, a nie o odczuwaniu ryzyka).

Badacze coraz częściej postulują uwzględnianie emocji w badaniach nad ryzykiem i procesem podejmowania decyzji. Zwracają uwagę na nieodłączność czynników afektywnych od wszelkich przewidywań na temat przyszłości, od postrzegania tego, co ryzykowne/niebezpieczne. Zaznaczają, że emocji nie należy traktować jako przeszkody, czynnika zaburzającego proces podejmowania decyzji (jak dawniej czyniono w naukach ekonomicznych i po części społecznych). Przeciwnie, jak ujmuje to np. Jens Zinn (2006)¹⁸, są one wręcz niezbędnym warunkiem każdej decyzji, a więc także tych decyzji, które stanowią składnik strategii zdrowotnych.

Warto tu nawiązać do analizy percepcji ryzyka związanego z chorobą i leczeniem w pewnej wiejskiej społeczności w północno-wschodniej Tanzanii (Desmond, Prost, Wight 2012). Autorzy wskazują na znaczenie strategii ochrony przed ryzykiem w procesie przemieszczania się pacjentów pomiędzy sektorami medycyny tradycyjnej i biomedycyny. Godne uwagi jest stwierdzenie: „W niektórych przypadkach [ludzie – D.P.G.] żyjący w tym synkretycznym kontekście społecznym byli przekonani, że raczej zła decyzja [dotycząca wyboru leczenia – D.P.G.] niż zbyt późne uzyskanie skutecznego leczenia (...) może spowodować śmierć” (Desmond, Prost, Wight 2012, s. 166).

Uderzające w wypowiedziach kirgistańskich rozmówców było dla mnie to, że jako duże ryzyko często postrzegane jest podjęcie decyzji o poddaniu się interwencji biomedycznej, a szczególnie leczeniu szpitalnemu i operacji. Jest tak przede wszystkim dlatego, że niezależnie od przytaczanych w raportach wskaźników, które mają świadczyć o stopniowym polepszaniu kondycji tamtejszego systemu opieki zdrowotnej, w świadomości społecznej jego stan jest bardzo zły. Zmiany systemowe wdrażane w trakcie reform są na ogół oceniane krytycznie, aczkolwiek wiedza na ten temat jest zazwyczaj niewielka. Więcej mówiła o tym para moich rozmówców – socjologów, rysujących bardzo ponury obraz medycyny po przeprowadzonych reformach.

¹⁷ Zdaniem Douglas termin „ryzyko”, uprzednio oznaczający prawdopodobieństwo, zyskał w nowoczesnym społeczeństwie znaczenie „niebezpieczeństwa”, co m.in. pozwala na jego użycie do stygmatyzacji grup nieprzestrzegających przyjętych norm kulturowych.

¹⁸ W swoim interesującym studium autor ten rozpatruje kwestie powiązania ryzyka z emocjami w ekonomii, psychologii, socjologii i antropologii.

Twierdzili, że program „Manas” doprowadził do upadku systemu opieki zdrowotnej, likwidacji punktów opieki położniczej nawet w dużych ośrodkach rejonowych, załamania edukacji medycznej i wielu innych szkodliwych konsekwencji. Podsumowali: „Nie widzimy, by cokolwiek zmieniło się na lepsze. Z każdym rokiem gorzej i gorzej...”

Na ogół wypowiedzi moich rozmówców o reformach dotyczyły tych aspektów opieki zdrowotnej, z którymi ludzie spotykają się na co dzień. Częste były uwagi na temat wprowadzenia instytucji lekarza rodzinnego, które uznawano za niedobry pomysł. Według tych opinii, niewłaściwe jest, że teraz dziećmi zajmują się nie specjaliści-pediatrzy, a niedostatecznie wykształceni lekarze rodzinni, którzy „mają się znać na wszystkim”¹⁹; ponadto dzieci siedzą w poczekalni razem z osobami starszymi, chorymi, łatwo mogą się zarazić. Inni rozmówcy zauważali, że do ośrodków medycyny rodzinnej trafili słabi lekarze, a ci dobrzy wyemigrowali do różnych krajów. O bezpłatnych usługach medycznych wypowiedziano się zwykle z pewną dozą gorzkiej ironii, podkreślając, że także ta opieka, która w założeniu powinna być darmowa, w istocie wiąże się z ponoszeniem większych lub mniejszych kosztów. Na takie opinie silnie wpływa wspomniana wyżej niepewność, brak poczucia bezpieczeństwa socjalnego, a także nostalgia za wyidealizowanym ZSRR, częsta wśród starszych członków społeczeństwa.

Badania socjologiczne wykazały, iż niezadowolenie z systemu opieki zdrowotnej sięga ponad 50%, przy czym odnotowano jego wzrost między 2001 i 2011 rokiem. Autorzy opracowania tłumaczą to przede wszystkim „niską jakością usług medycznych i brakiem kwalifikowanych kadr na terenach wiejskich” (Isaev i in. 2013a, s. 242). Z moich badań wynika, że najgorsze oceny wystawiane są personelowi medycznemu, a zwłaszcza lekarzom. Wielokrotnie słyszałam sądy przedstawiające lekarzy jako niedouczone, niekompetentnych (mówi się o powszechnej praktyce kupowania egzaminów i dyplomów), chciwych i skorumpowanych. Jedna z moich rozmówczyń, Ajnagul, studentka wydziału humanistycznego, stwierdziła: „nasza medycyna jest dobra, ale lekarze źli i bezczelni”. Jej koleżanki i koledzy mnożyli przykłady, które miały potwierdzić tę ocenę. Ludzie pamiętający czasy sowieckie, mówią często: „dobrzy lekarze wymarli bądź wyjechali”²⁰. Trudno zatem, według przeważających opinii, spotkać kompetentnego lekarza i nie ma kto nauczać młodego pokolenia. Kirgizka w średnim wieku, Baktygul, wyraziła się dosadnie: „Jakość wykształcenia bardzo spadła. I wierzyć [obecnie – D.P.G.] medycynie – to niebezpieczne”. Starsi rozmówcy wspominają zwykle z nostalgią dawny, sowiecki system medyczny, „silny”, dający poczucie bezpieczeństwa, związany z gwarancjami socjalnymi – choć w istocie lepsza opieka była dostępna tylko uprzywilejowanym. Niektórzy wskazują także na

¹⁹ Lekarka, która uczestniczyła w przygotowywaniu i wprowadzaniu reform, uznała takie opinie za spuściznę okresu sowieckiego. Częste, zwłaszcza wśród mieszkańców Biszkeku (w mniejszym stopniu na wsi), jest przekonanie: „moje serce powinien leczyć kardiolog, moje nerwy neuropatolog, a moje dziecko – pediatra”. To zmieni się, zdaniem mojej informantki, gdy wymrą ludzie pamiętający Związek Radziecki.

²⁰ Niektórzy rozmówcy opowiadali o przybyłych do Biszkeku na początku wojny ojczyznianej „najlepszych lekarzach rosyjskich” z Leningradu, głównie Żydach, którzy tu pracowali i wykształcili kolejne pokolenie bardzo dobrych medyków – ci dobrzy lekarze jednak albo już nie żyją, albo też wyemigrowali.

załamanie moralne, zanik wartości, brak należytego wychowania młodzieży (jedna z rozmówczyń, lekarka, opisując tę sytuację odwołała się do czasów Związku Radzieckiego: „w komsomole była jakaś ideologia młodzieży”).

Bardzo dramatyczne i poruszające były relacje informatorów o ich doświadczeniach w kontaktach z dzisiejszymi lekarzami, zwłaszcza jeśli niezbędne okazywały się interwencje chirurgiczne. Baktygul ujęła to następująco: „niebezpiecznie jest dostać się pod nóż takich lekarzy”, wspominała też o kłótniach między samymi chirurgami o przeprowadzenie intratnego zabiegu i o tym, że nierzadko chorzy po operacji długo nie mogą przyjść do zdrowia. Nieraz mówiono o tym, że chciwi i pozbawieni skrupułów chirurdzy wykonują niepotrzebne, szkodliwe dla zdrowia pacjenta zabiegi, po to, by się wzbogacić. Historie o traumatycznych doświadczeniach szpitalnych słyszałam m.in. z ust młodych ludzi, studentów jednego z uniwersytetów w Biszkeku. Nazira opowiedziała, jak z powodu błędnej diagnozy (stwierdzono zapalenie woreczka żółciowego, podczas gdy było to zapalenie wyrostka robaczkowego) i niedbalstwa lekarzy znalazła się o krok od śmierci. Uratowało ją to, że miała w rodzinie lekarza, docenta, który zadbał o odpowiednią opiekę. Wspominała inną pacjentkę przywiezioną w tym samym czasie, pochodzącą ze wsi; nie chciano jej operować, bo nie miała pieniędzy. Nie miała też żadnej rodziny, która mogłaby się za nią wstawić i opłacić lekarzy. Gdy wreszcie doszło do operacji, „cięto ją na żywca”, traktując jak królika doświadczalnego, pokazywanego studentom. Relacje tego rodzaju były silnie nacechowane emocjonalnie. Nie jest istotne dla mojej analizy, jak korespondują one z faktycznym przebiegiem opisywanych zdarzeń; ważne jest to, że odzwierciedlają powszechne odczucia, niepewność i lęki, które wpływają na terapeutyczne wybory²¹.

Należy dodać, że – choć nieczęsto – słyszałam również pozytywne opinie o opiece medycznej i lekarzach, jednak dotyczyło to raczej pojedynczych przypadków dobrych specjalistów, których udało się znaleźć po długich poszukiwaniach. Czasem chwalono medyków za zdolność do mobilizacji i poświęcenia w ekstremalnych sytuacjach, takich jak krwawe zajścia, do których doszło w rezultacie konfliktu między Kirgizami i Uzbekami w Oszu i Dżalalabadzie w 2010 roku.

W wypowiedziach często podkreślano, jak ważne jest posiadanie dobrych koneksji rodzinnych/rodowych, wpływowych znajomych i protektorów. Taka sieć powiązań i kontaktów jest z reguły wykorzystywana, gdy podejmuje się decyzję o leczeniu biomedycznym i poszukuje lekarza. Szczególnie duże znaczenie ma pomoc krewnych w razie hospitalizacji. Rozmówcy twierdzili, że gdy ktoś trafi do szpitala, od razu pytany jest, czy ma krewnych bądź innych bliskich, którzy zapewnią mu wsparcie – dostarczą niezbędnych lekarstw, środków higieny, pożywienia, a także zabezpieczą finansowo. Pieniądze są potrzebne (zresztą nie tylko przy hospitalizacji) na łapówki

²¹ W rozmowach z reguły nie pytałam wprost o postrzeganie ryzyka. Zadawałam pytania dotyczące sposobów postępowania w przypadku różnych problemów zdrowotnych, doświadczeń w kontaktach z lekarzami i innymi praktykami, opinii o systemie opieki zdrowotnej, lekarzach i uzdrowicielach. Odpowiedzi i spontaniczne opowieści rozmówców ujawniały, że ta sfera życia, doświadczenia choroby (swojej bądź bliskich) i radzenia sobie z nią, związana jest z bardzo silnymi emocjami.

(ros. *vzâtki*) i dodatkowe „nieformalne płatności”, np. na zakup leków czy środków opatrunkowych, choć informatorzy nieraz zaznaczali, że powinny one być zapewnione każdemu pacjentowi. Te opinie potwierdziła jedna z rozmówczyń – lekarka obecnie niepraktykująca, lecz dobrze znająca system jako urzędniczka Stowarzyszenia Lekarzy Medycyny Rodzinnej, która przyznała, że w szpitalach powszechnie „bierze się”. Dodała: „nawet jeśli chorego przywiezie karetka pogotowia, ani jeden lekarz nie podejdzie, póki nie dostanie pieniędzy”. Taki obraz, choć odbiegający od oficjalnej wizji, według której wprowadzenie oficjalnych dopłat znacząco zmniejszyło obciążenia pacjentów nieformalnymi płatnościami, jest zgodny z pewnymi wzmiankami w literaturze. Na przykład Erica Johnson podaje, że przeciętnie około 50% dochodów lekarza pochodzi z „nieoficjalnych opłat”, a w specjalnościach takich, jak chirurgia czy położnictwo i ginekologia wskaźnik ten jest jeszcze wyższy (2009, s. 255). Dodatkowo daje się różne dary w naturze.

Nieraz uskarżano się na panującą korupcję, ale bardziej ze względu na obciążenia finansowe pacjenta niż z przekonania o nieetyczności takiego postępowania – można było zauważyć, że wiele osób traktuje dawanie (i branie przez personel) pieniędzy i podarunków jako coś oczywistego. Starsi byli przyzwyczajeni do tych praktyk, dobrze znanych z okresu sowieckiego (por. Johnson 2009, s. 255–256), choć nie w tak wielkiej skali. Niektórzy wyjaśniali, że zarobki medyków są bardzo niskie, więc można zrozumieć przyjmowanie, a nawet otwarte domaganie się łapówek. Farideh Heyat zauważa, że korupcję – w policji, sądownictwie, szkolnictwie, służbie zdrowia – traktuje się jako niezbędną strategię pozwalającą na przeżycie (2004, s. 281). W 2011 roku znacznie podwyższono zarobki lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, ale mimo to, jak tłumaczy Kusein Isaev i jego współpracownicy, wskutek wzrostu cen na towary i usługi „poziom życia medyków praktycznie nie podwyższył się, co także odbija się na jakości opieki zdrowotnej” (2013a, s. 243). To, że podwyżki nie wpłynęły na zmianę postaw wobec nieformalnych płatności w służbie zdrowia wskazuje jednak na złożoność zagadnienia, którego nie można ujmować tylko w aspekcie ekonomicznym.

Michele Rivkin-Fish (2005) argumentuje, że w postsowieckiej Rosji praktyka ofiarowywania prezentów i pieniędzy personelowi służby zdrowia służy tworzeniu i podtrzymywaniu więzi społecznych, dla których przestrzeń znacznie zmniejszyła się wskutek wprowadzenia gospodarki rynkowej. Jej zdaniem: „Konieczność wnoszenia nieoficjalnych opłat (...) została przekształcona w pozytywny akt, wyrażający szacunek dla wysiłków i kompetencji [osoby udzielającej pomocy medycznej – D.P.G.]” (Rivkin-Fish 2005, s. 52).

Jak sądzę, dawanie lekarzowi pieniędzy przed operacją czy oczekiwanym porodem jest także swoistym zabiegiem ochronnym stosowanym dla obniżenia ryzyka, mimo świadomości, iż nie daje to gwarancji powodzenia. Moja znajoma z Biszkeku, Rosjanka Marina, opowiadała o przygotowaniach czynionych w związku z oczekiwanym przyjściem na świat dziecka jej syna. Sama znalazła godną zaufania lekarkę – wybrała tę, która wcześniej – w podobnej sytuacji w rodzinie – okazała się dobrze wykwalifikowaną i pomocną specjalistką. Zapewnienie synowej jej asysty przy

porodzie (jak i badań w trakcie ciąży) okazało się kosztowne, jednak poród zaczął się przed oczekiwanym czasem. Synowa Mariny urodziła po przewiezieniu do szpitala, bez pomocy „umówionej” lekarki; miała szczęście, bo „trafiła na dobrych lekarzy, którzy mieli tego dnia dyżur, a następnego dnia mieli akurat dyżur źli lekarze”.

Dodać trzeba, że prywatne kliniki i prywatnie praktykujący lekarze są nieco lepiej oceniani niż państwowa służba zdrowia, choć słyszy się opinie, że ich płatne usługi także nie gwarantują dobrej jakości leczenia. Ponadto bywa, że i wówczas trzeba dopłacać do formalnych stawek. Znacząca jest historia opowiedziana mi przez dobrze sytuowaną młodą Kirgizkę, Damirę, która urodziła dziecko w prywatnej klinice. Sądziła, że wystarczy – poza oficjalną zapłatą – ofiarować lekarzom i pielęgniarkom torty, tymczasem personel utworzył szpaler przy wyjściu, czekając na dodatkowe gratyfikacje, i mąż Damiry w pośpiechu przetrząsał kieszenie w poszukiwaniu pieniędzy.

Mimo częstych narzekania na problemy finansowe, zasadniczo przeważała postawa traktowania owych dodatkowych opłat i prezentów jako „przykrej konieczności”. Przypuszczam, idąc tropem Rivkin-Fish, że jest to także swego rodzaju inwestycja na przyszłość, bowiem takim sposobem inicjuje się znaczący kontakt z danym lekarzem, więź, która może okazać się użyteczna w potrzebie. Niemniej w pewnych przypadkach rozmówcy wyrażali swoje oburzenie, szczególnie wtedy, gdy opowiadali o bardzo wysokich sumach (zwykle podawanych w dolarach), których otwarcie, „na przywitaniu”, żądali niektórzy lekarze (ros. *vymogatel'stvo*). Wydaje się, że młodzi ludzie byli bardziej krytyczni wobec takich zachowań.

Można zaryzykować twierdzenie, że – w ukazanych warunkach – często za bardziej niebezpieczne uważa się leczenie (biomedyczne) niż niepodjęcie takiego leczenia. Zatem strategii unikania ryzyka wiązałyby się ze strategiami unikania lekarzy²². Zdanie to nie wydaje się przesadzone, w świetle licznych opowieści nie tylko o nieumiejętnym leczeniu, ale wręcz groźnych dla zdrowia i życia pacjentów spotkaniach z lekarzami. Niezależnie od tego, jaka jest podstawa takich odczuć, niewątpliwie sprzyjają one poszukiwaniom innych sposobów radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Należy do nich samoleczenie, z użyciem różnych domowych środków oraz produktów i leków kupowanych na bazarze albo w aptece, jak i korzystanie z pomocy różnych praktyków medycyny komplementarnej. Nie jest to jedyna przyczyna popularności medycyny komplementarnej, wydaje się jednak w omawianym kontekście bardzo ważna, ponadto często wymieniana przez samych rozmówców.

Dodać trzeba, że czasem niepodjęcie nie tylko leczenia biomedycznego, ale w ogóle żadnego nie jest postrzegane jako ryzyko, co wiąże się ze stawianiem kwestii zdrowia na dalszym planie. Stereotypowe, niemniej powszechnie przytaczane nie tylko przez przedstawicieli innych narodowości, lecz także przez samych Kirgizów opinie podkreślają, że ich tradycyjny stosunek do zdrowia cechuje lekceważenie

²² Wnioski moje są zbliżone do tych, które formułuje Polina Aronson na podstawie badań prowadzonych w Petersburgu. Autorka podaje liczne przykłady strategii unikania lekarzy, wynikającej z generalnej postawy, którą określa jako „odrzućcie profesjonalnej opieki medycznej”, a nawet „delegitymizację medycyny profesjonalnej” (Aronson 2007).

problemów zdrowotnych, często wręcz szukanie pomocy lekarskiej dopiero wtedy, gdy jest już za późno²³. Rozmówcy twierdzą przy tym, że taka postawa jest bardziej charakterystyczna dla osób starszych, zwłaszcza mężczyzn. Młodzi ludzie niejednokrotnie wyrażali się krytycznie o swoich ojcach, pracujących „aż padną”, lekceważących swoje dolegliwości póki jeszcze mogą chodzić, myślących tylko o zarabianiu pieniędzy. Tak mówił np. student Akylbek o ojcu, który miał dolegliwości sercowe, bardzo puchły mu nogi, ale do lekarza udał się dopiero wtedy, gdy nie był już w stanie pracować. Jednak i młodzi często przyznawali, że do lekarza chodzą w ostateczności, np. gdy już nie mogą wytrzymać bólu albo odniosą poważną ranę czy złamanie. Moja znajoma, Ajgul (z zawodu ekonomistka), sprzedająca warzywa i owoce na bazarze, zapytana o powody takiego podejścia do zdrowia odrzekła: „musieliby mi zdjąć głowę i przyprawić inną”. Metafora ta doskonale oddaje obiegowy pogląd o szczególnej „mentalności” Kirgizów²⁴, do którego zresztą rozmówczyni odwołała się bezpośrednio w dalszej części wypowiedzi.

Wbrew wspomnianym stereotypom, zaobserwowałam różne interesujące strategie prewencyjne stosowane przez mieszkańców miasta. Wśród nich warto wymienić tradycyjne, popularne przede wszystkim wśród Kirgizów sposoby utrzymania sprawności i zdrowia – wyjazdy w maju/czerwcu w góry na kurację oczyszczania organizmu, polegającą na picciu (kilka razy dziennie) świeżego, jeszcze ciepłego kobyłego mleka (*saamal*).

Zaprezentowany obraz odczuwania ryzyka i prób jego zmniejszenia jest niewątpliwie uproszczony. Nie mogę ukazać tutaj w wyczerpujący sposób sytuacji, która jest o wiele bardziej zniuansowana – wymagałoby to m.in. pełniejszego uwzględnienia zróżnicowania etnicznego (tu piszę przede wszystkim o Kirgizach), płci, wieku i wykształcenia, a także omówienia różnorodnych przekonań na temat zdrowia i choroby, które znacząco wpływają na poczucie ryzyka, lęki i oczekiwania oraz związane z nimi strategie „poszukiwania zdrowia”.

ZAUFANIE I BRAK ZAUFANIA A STRATEGIE ZDROWOTNE

Niepewność i ryzyko ściśle splatają się z zaufaniem/brakiem zaufania. W tej części artykułu, pamiętając o powiązaniu tych czynników, staram się pokazać, jakie znaczenie dla wyboru sposobu leczenia i osoby leczącej ma zaufanie²⁵.

²³ Kilkakrotnie słyszałam, z ust i starszych, i młodszych ludzi, przysłowie: „Niemiec idzie do lekarza, żeby nie zachorować, Rosjanin idzie do lekarza, gdy zachoruje, a Kirgiz idzie do lekarza, gdy ma umrzeć”. Częste było też stwierdzenie: „My Kirgizi nie lubimy się leczyć” (tzn. leczyć u lekarza).

²⁴ To zagadnienie niewątpliwie wymagałoby szerszej dyskusji, na którą brak tutaj miejsca. Interesujące uwagi na temat powszechnych przekonań o „mentalności Kirgizów” oraz rozważania o jej „społecznej skuteczności” w kontekście więzi rodowych i plemiennych, można znaleźć w książce Davida Gullette (2010).

²⁵ Nie analizuję tutaj kwestii powiązań między ryzykiem, zaufaniem i władzą – tak ważnych w spotkaniach pacjenta z lekarzem. Rozpatruje je szczegółowo, w odniesieniu do zachodniego kontekstu

David Parkin zauważa, że mimo niepewności co do rezultatów leczenia (cechującej wszystkie „spotkania terapeutyczne”) podejmuje się jednak decyzje o skorzystaniu z takiej czy innej terapii, a podstawą takich decyzji jest właśnie zaufanie (*trust*). Dodaje, iż „paradoksalnie, zaufanie opiera się na niepewności, ale ponadto próbuje tę niepewność przezwyciężyć” (Parkin 2011, s. 9).

Na obszarze postsowieckim, nie tylko w Azji Środkowej, poziom zaufania do biomedycyny, a właściwie nie tyle do jej technik i procedur, ile do lekarzy i innego personelu medycznego, jest oceniany przez badaczy jako niski. Pokazują to na przykład wspomniane studia Poliny Aronson (2007) prowadzone w Petersburgu. Autorka jest zdania, że do zdiagnozowanego przez nią odrzucenia biomedycyny doprowadził powszechny brak zaufania, a nawet silna nieufność w stosunku do lekarzy, ich kwalifikacji zawodowych i etycznych. Uznaje, że chociaż czynniki ekonomiczne ograniczające dostępność opieki medycznej są istotne, to jednak podstawową rolę w wyborze rodzaju leczenia odgrywa właśnie zaufanie.

Moje spostrzeżenia z Kirgistanu są podobne. O tym, co powoduje ogromną nieufność w stosunku do przedstawicieli biomedycyny pisałam już wcześniej, zastanawiając się nad znaczeniem niepewności i odczuwanego ryzyka. Warto przytoczyć tu trafną uwagę Parkina (2011, s. 9), iż zaufanie wpływa na obraz różnorodności medycznej w danym kontekście społeczno-kulturowym, w tym również na miejsce praktyków medycyny alternatywnej i komplementarnej w tym krajobrazie²⁶.

Co jednak, poza nieufnością do lekarzy, przyczynia się do korzystania z pomocy tradycyjnych uzdrowicieli i innych reprezentantów medycyny komplementarnej działających w Kirgistanie? Pole medycyny komplementarnej w tym kraju jest niezwykle zróżnicowane, a w mieście można spotkać szczególne bogactwo jej form, od takich, które stanowią kontynuację tradycyjnych sposobów uzdrawiania (często uzupełnianych nowszymi metodami, np. bioenergoterapią), poprzez typy leczenia nawiązujące do „wielkich tradycji medycznych”, np. medycyny chińskiej, do rozmaitych nowych czy relatywnie nowych niekonwencjonalnych metod i technik, które przenikają z Rosji, Ukrainy albo z Zachodu i często praktykowane są przez lekarzy²⁷. Generalnie, stopień zaufania do praktyków medycyny komplementarnej wydaje się duży, choć rozmówcy podkreślają często, że obecnie spotyka się wielu szarlatanów.

biomedycznego, Harald Grimen (2009). Nie przedstawiam również szerszego kontekstu zaufania do różnych instytucji państwowych, które również oddziałuje na stosunek do systemu opieki medycznej. Według badań kirgistańskich socjologów, zaufanie do wszelkich instytucji państwowych w Kirgistanie znacząco spadło między 2001 a 2011 rokiem; wyjątkiem jest niewielki wzrost zaufania do organizacji religijnych (muzułmańskich i prawosławnych) (Isaev i in. 2013a, s. 239–240).

²⁶ Parkin tak pisze o popularności uzdrowicieli jako konsekwencji zaufania do nich: „Uzdrowiciele znają się na rzeczy i można na nich polegać, bo inaczej – po co byliby do nich chodzić?” (2011, s. 9).

²⁷ W innym artykule (Penkala-Gawęcka 2012) prezentuję dokładniej różnorodność medycyny komplementarnej w Kirgistanie oraz jej status w ramach tamtejszego pluralizmu medycznego. Uzasadniam również użycie, w tym kontekście, terminu „medycyna komplementarna” – ludzie korzystają z niej najczęściej obok, a nie zamiast „konwencjonalnego” leczenia; również w oficjalnym dyskursie państwa prezentuje się ją (a zwłaszcza niektóre jej dziedziny) jako wartościowe uzupełnienie biomedycyny.

O popularności uzdrowicieli i innych praktyków nie-biomedycznych w Kirgistanie świadczą m.in. wyniki badań socjologicznych przeprowadzonych w 2001 roku na próbie 2000 osób, które pokazały, że 25% pytanych zwraca się do nich o pomoc w przypadku różnych dolegliwości²⁸; przy tym wskaźnik braku zaufania do lekarzy wyniósł 20,8% (Stickley i in. 2013).

Antropologdy (np. Heyat 2004; Ozimek 2011; Pelkmans 2005), zwykle wiążą popularność praktyków nie-biomedycznych w Kirgistanie z permanentnym kryzysem tamtejszego systemu opieki medycznej. Zagadnienie to jest jednak złożone, bo „czynniki przyciągające” są na pewno różne w przypadku poszczególnych typów medycyny komplementarnej. Uciekanie się do magicznych i magiczno-religijnych sposobów uzdrawiania jest często wyjaśniane przez badaczy jako efekt niepewności i lęków spowodowanych przez dramatyczne transformacje społeczne (zob. Lindquist 2006 – w odniesieniu do postsowieckiej Rosji). Dodać trzeba, że duże znaczenie dla kontynuacji lokalnych kirgiskich metod leczenia ma także trwałość tradycyjnych przekonań, m.in. dotyczących świata duchów i możliwości kontaktu z nimi, przyczyn chorób czy znaczenia pielgrzymowania do miejsc świętych. W powszechnym przekonaniu, wbrew nauczaniu zwolenników „czystego” islamu, jest to część tutejszej „muzułmańskości”. Jednocześnie lokalne tradycje uzdrawiania należą do tego, co określa się mianem „kirgiskości” (*kyrgyzçylyk*), czyli traktowane są jako część kirgiskiej, kulturowo określonej tożsamości (Toktogulova 2007). Pokazuje to wyraźnie, że wybory zdrowotne nie mogą być postrzegane jako czysto pragmatyczne – odzwierciedlają one także zasady moralne i prądy ideologiczne²⁹.

Pomimo nieufności do lekarzy³⁰ i postrzegania spotkań z nimi jako niosących ryzyko, jest wiele sytuacji, w których te spotkania są nieuniknione. Podejmuje się wówczas różne strategie, które służą zmniejszeniu ryzyka; czasem są to raczej doraźne taktyki, zależne od dostępnych środków finansowych z jednej strony, a od źródeł wiarygodnej informacji oraz wsparcia – z drugiej. Poszukuje się lekarza, któremu można by zaufać, co polega na „kwerendzie” wśród krewnych, sąsiadów i znajomych. Nie dowierza się natomiast reklamom w prasie czy telewizji. Jedna z moich biszkeckich znajomych twierdziła, że mimo wieloletnich poszukiwań nie znalazła dobrego lekarza, który pomógłby w jej kłopotach zdrowotnych; sukcesem zakończyło się natomiast poszukiwanie pediatry dla córki. Dodać trzeba, że bardzo ceni się posiadanie medyka bądź farmaceuty w kręgu rodziny albo przyjaciół. Prosi się taką osobę

²⁸ Był to najwyższy wskaźnik spośród ośmiu państw postsowieckich, w których przeprowadzono to badanie.

²⁹ Co interesujące, z usług kirgiskich uzdrowicieli w Biszkeku nieraz korzystają także nie-muzułmanie, np. Rosjanie. Może się do tego przyczyniać siła przekonań upatrujących przyczyn chorób w „złym oku” (ros. *sglaz*) i czarnej magii (ros. *porča*), szeroko rozpowszechnionych wśród przedstawicieli różnych grup etnicznych.

³⁰ Warto zauważyć, że perspektywa ludności z rejonów wiejskich może różnić się od postaw i ocen wyrażanych przez mieszkańców stolicy. Świadczą o tym badania pilotażowe prowadzone w 2000 roku w górskich miejscowościach dwóch rejonów obwodu naryńskiego – poziom zaufania tamtejszej ludności do usług medycznych w Biszkeku był wysoki (Schüth 2001, s. 32).

o radę w wypadku choroby swojej bądź kogoś z bliskich, a także o pomoc w dotarciu do specjalisty. Student Akylbek opowiedział o swojej ciotce, która jest doktorem nauk biologicznych, ale „zna się trochę na leczeniu” i zawsze radzi, jakich lekarstw używać, jeśli ktoś w rodzinie zachoruje. Porady takie są cenne, bo osoby bliskie są obdarzane zaufaniem, natomiast – według panującej opinii – lekarze często zapisują drogie lekarstwa, ponieważ umawiają się z reklamującymi je przedstawicielami firm farmaceutycznych i otrzymują procent od sprzedaży.

Nie dowierzając postawionej diagnozie, niejednokrotnie szuka się jej potwierdzenia bądź zaprzeczenia u innego lekarza. Podobnie, co podkreślało wiele osób, nieraz powtarza się badania analityczne, poszukując wiarygodnego laboratorium (niektórzy lekarze jakoby zalecają przeprowadzenie drogich analiz w „zaprzyjaźnionym” prywatnym laboratorium, otrzymując pewien procent od dochodu). Kobieta w starszym wieku, Rosjanka Nadia, po wypadku, który spowodował uszkodzenie kości łonowej zasięgała kolejno porady medycznej u trzech specjalistów, z których każdy inaczej odczytał zdjęcie rentgenowskie. Jeden z nich stwierdził pęknięcie, drugi złamanie, trzeci powiedział, że „nic tam nie widzi”. Na moje pytanie, w jaki sposób podjęła decyzję co do sposobu leczenia, jeśli diagnozy były tak rozbieżne, odrzekła, że kierowała się doświadczeniem i „wycuciem”, które pozwoliło jej ocenić kompetencję tych lekarzy i dokonać wyboru. Dodać trzeba, że wielu pacjentów próbuje kolejno różnych metod leczenia bądź w tym samym czasie łączy rozmaite terapie, biomedyczne i komplementarne. Jest to strategia często obserwowana przez antropologów w sytuacji pluralizmu medycznego. W Biszkeku decydujące znaczenie dla tych „trajektorii terapeutycznych” mają doświadczenia i rady osób bliskich.

Oprócz omówionych czynników, na czynione wybory mają niewątpliwie wpływ także inne ważne okoliczności. Wśród nich antropolodzy często wymieniają bariery finansowe oraz przekonania dotyczące skuteczności danego sposobu leczenia. Zarysuję je poniżej tylko skrótowo, ponieważ w tekście tym kładę nacisk na czynniki emocjonalne, do których zwykle badacze przywiązywali mniejszą wagę, koncentrując się w analizach na pragmatyzmie strategii zdrowotnych.

Ograniczenia finansowe, zwłaszcza w wypadku biednych rodzin, mogą przyczyniać się do zaniechania leczenia biomedycznego i poszukiwania tańszych sposobów radzenia sobie z chorobą, poczynając od samoleczenia do różnych terapii niekonwencjonalnych³¹. Dobrym przykładem może być przypadek Zamiry, Dunganki w średnim wieku, mieszkanki wioski nieodległej od Biszkeku. Kobietę tę spotkałam w koreańskim ośrodku „Nuga best”, gdzie dostępne było leczenie na specjalnym „masującym” łóżku. Narzekała na chroniczną chorobę serca, wymagającą operacji, na którą jednak nie było jej stać. Za radą znajomej spróbowała bezpłatnej terapii w „Nuga best” i zaczęła ją stosować regularnie, wraz z dodatkowymi, niedrogimi zabiegami w tejże firmie. Była zadowolona z efektów – twierdziła, że wyniki badań wykazały znaczną poprawę.

³¹ Za linią ubóstwa pozostawało w 2010 roku 1 mln 846 tys. ludzi, z tego 74,4% stanowili mieszkańcy wiejskich regionów Kirgistanu (Isaev i in. 2013b, s. 248).

Niewątpliwie czynniki ekonomiczne mają duże znaczenie, są też często wskazywane przez rozmówców³². Jednakże wiele osób, z którymi rozmawiałam utrzymywało, że jeśli konieczna jest nawet bardzo kosztowna operacja, mogą liczyć na pomoc krewnych, którym kiedyś odwdzięczą się przy podobnej okazji. Jest to zgodne z „tradycyjną solidarnością”, nadal obserwowaną wśród Kirgizów, przy czym oparciem jest przede wszystkim najbliższa rodzina, następnie ród oraz sąsiedzi i przyjaciele, a pomoc polega głównie na wzajemnych pożyczkach (Ruguet 2007, s. 70–73)³³. Również autorki jednego z raportów dotyczących stanu systemu medycznego w Kirgistanie zaznaczają, jak ważna jest „solidarność i możliwość korzystania z relacji rodzinnych dla uzyskania dostępu do opieki [medycznej – D.P.G.]” (Ibraimova i in. 2011b, s. 151)³⁴.

„Skuteczność” to pojęcie często przywoływane przez badaczy jako istotny czynnik w przyjmowanych strategiach zdrowotnych. Jak podkreślają antropolodzy, nie należy jej jednak rozpatrywać w terminach biomedycznych. Thomas Csordas (1997) odróżnił „skuteczność terapeutyczną” (*therapeutic efficacy*) od „skuteczności rytualnej” (*ritual efficacy*), w wypadku której to jaźń stanowi *locus* skuteczności; uzdrowienie dokonuje się poprzez transformację doświadczeń pacjenta. James Waldram (2000) postuluje, by antropolodzy badali skuteczność – płynną, zmienną, negocjowaną – tak, jak jest rozumiana w obrębie danej tradycji medycznej. Twierdzi także słusznie, że należy zająć się epistemologicznymi podstawami tego pojęcia w danej tradycji leczniczej; podobnie jak Csordas, rozróżnia skuteczność leczenia traktowaną jako transformacja od skuteczności rozumianej jako przywrócenie zdrowia (Waldram 2013). Moje badania w Biszkeku pokazują, że tamtejsze pojmowanie skuteczności jest ściśle związane z „dobrą opieką”, uczciwą pomocą otrzymaną od kogoś, komu można zaufać. Ponadto w przypadku sposobu leczenia praktykowanego przez tradycyjnych kirgiskich uzdrowicieli pojęcie to jest ulokowane w ramach szerszych poglądów dotyczących duchowości, oczyszczenia, religijnego odrodzenia. W tej tradycji leczniczej skuteczność odnosi się nie tyle do pozbycia się choroby, co właśnie do transformacji chorego – do duchowej przemiany człowieka cierpiącego, poprzez obrzędy uzdrawiania, przeżycie głębokich doświadczeń podczas pielgrzymek do mazarów, uwewnętrznienie religii muzułmańskiej.

³² W innych pracach pisałam o znaczeniu czynników ekonomicznych w odniesieniu do wyborów terapeutycznych w Kazachstanie (Penkala-Gawęcka 2002; 2006, s. 223–225). Socjologowie prowadzący w 2001 roku badania nad zdrowiem ludności Kirgistanu stwierdzili, że za sprawą właśnie tych czynników jedynie połowa badanych (próbą 2 tys. osób) w wypadku choroby zwracała się o pomoc medyczną. Na poparcie swoich tez przytoczyli także wypowiedź, podobno częstą wśród respondentów: „Jeśli nie ma pieniędzy na leczenie, pozostaje tylko umierać” (Isaev, Borsokbaeva, Moldokeeva 2001, s. 12). Jednak tego rodzaju praktyki dyskursywne kondensują w sobie, jak można sądzić, wiele złożonych czynników, wykraczających poza problemy ekonomiczne.

³³ Wskazuje się jednak, że mimo iż nieformalne sieci pomocy społecznej mają wciąż duże znaczenie, osłabły one w wypadku najbiedniejszych, ponieważ nie są oni w stanie dopełniać obowiązku wzajemności (Ruguet 2007, s. 73).

³⁴ Autorki dodają tutaj, że wskutek zaufania do nieformalnych kanałów informacji zdarza się, iż rodzice nie rozpoznają niebezpiecznych symptomów chorobowych u swoich dzieci i późno zaczynają szukać pomocy medycznej.

WNIOSKI

Mimo pozytywnych opinii ekspertów międzynarodowych o rezultatach reform oraz oficjalnych wskaźników świadczących o polepszeniu stanu opieki zdrowotnej w Kirgistanie, oceny formułowane przez „zwykłych ludzi”, mieszkańców Biszkeku, pozostają bardzo krytyczne. Szczególnie nisko ocenia się kwalifikacje zawodowe i standardy moralne lekarzy i innych pracowników służby zdrowia. Ten rozdziew można w dużym stopniu wyjaśnić odwołując się do niepewności, jako społecznie podzielanego stanu emocjonalnego odbijającego problemy długiego i trudnego, pod wieloma względami, procesu transformacji politycznej, ekonomicznej i społecznej Kirgistanu. Niepewność bardziej „skonkretyzowana”, dotycząca kwestii zdrowotnych i jakości dostępnego leczenia, związana z generalnym brakiem zaufania do personelu medycznego, niewątpliwie potęguje odczucie ryzyka w kontaktach z biomedycyną.

Nieufność do służb medycznych wzmagana jest przez wiele zjawisk, które odzwierciedlają wciąż niezadowolający stan systemu opieki zdrowotnej, takich jak niedostatki kształcenia lekarzy, ich odpływ z kraju oraz nierówności w dostępie do pomocy medycznej. Z drugiej strony, postępy w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Kirgistanie są znaczące, szczególnie na tle innych państw regionu środkowoazjatyckiego. Należy jednak pamiętać, że ogólna sytuacja w kraju, wywołująca niepewność i lęki, wpływa na bardzo krytyczne oceny również tej sfery działalności państwa. Ważne jest to, że takie oceny są oparte na splocie przekonań i emocji, które silnie oddziałują na czynione przez ludzi wybory i podejmowane strategie zdrowotne. Właśnie czynniki afektywne, jak wykazują moje badania, mogą w znacznym stopniu wyjaśnić rozbieżności między wynikami oficjalnych ekspertyz i opiniami „zwykłych” mieszkańców Biszkeku na temat stanu systemu opieki zdrowotnej i skuteczności przeprowadzanych reform. Skupiając się na analizie tych czynników, niniejszy artykuł stanowi przyczynek do toczących się w antropologii debat dotyczących znaczenia emocji i odczuć w wytwarzaniu doświadczeń społecznych ludzi i ich percepcji świata.

LITERATURA

- Aronson Polina 2007, Rejecting professional medicine in contemporary Russia, *Vestnik. The Journal of Russian and Asian Studies*, issue 6, (http://www.sras.org/rejecting_professional_medicine_in_contemporary_russia, 5.06.2013).
- Baschieri Angela, Falkingham Jane 2006, Formalizing informal payments: the progress of health reform in Kyrgyzstan, *Central Asian Survey*, vol. 25, no. 4, s. 441–460.
- Borowitz Michael 1995, Reinverting the pyramid: reforming primary health care in NIS health systems, *Vital Signs*, issue 2, s. 1–4, 10.
- Borowitz Michael, Atun Rifat 2006, The unfinished journey from Semashko to Bismarck: health reform in Central Asia from 1991 to 2006, *Central Asian Survey*, vol. 25, no. 4, s. 419–440.
- Csordas J. Thomas 1997, *The sacred self: a cultural phenomenology of charismatic healing*, University of California Press, Berkeley–Los Angeles.

- Desmond Nicola, Prost Audrey, Wight Daniel 2012, Managing risk through treatment-seeking in rural north-western Tanzania: categorising health problems as malaria and *nzoka*, *Health, Risk and Society*, vol. 14, issue 2, s. 149–170.
- Douglas Mary 1990, Risk as a forensic resource, *Daedalus*, vol. 119, no. 4, s. 1–16.
- Falkingham Jane, Akkazieva Baktygul, Baschieri Angela 2010, Trends in out-of-pocket payments for health care in Kyrgyzstan, 2001–2007, *Health Policy and Planning*, vol. 25, issue 5, s. 427–436.
- Field Mark G. 2002, The Soviet legacy: the past as a prologue, [w:] *Health Care in Central Asia*, red. M. McKee, J. Healy, J. Falkingham, *European Observatory on Health Care System Series*, WHO, Open University Press, Buckingham–Philadelphia, s. 67–75.
- Grimen Harald 2009, Power, trust, and risk: some reflections on an absent issue, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 23, issue 1, s. 16–33.
- Gullette David 2010, *The genealogical construction of the Kyrgyz Republic: Kinship, state and “tribalism”*, Global Oriental – Brill, Folkestone.
- Health... 2011, *Health care sector in Kyrgyzstan*, (www.musavirikler.gov.tr/.../Health%20care%20sector%20in%20Kyr... 20.02.2013).
- Heyat Farideh 2004, Re-Islamisation in Kyrgyzstan: gender, new poverty and the moral dimension, *Central Asian Survey*, vol. 23, no. 3–4, s. 275–287.
- Holdsworth Julia 2004, Exploring and representing uncertainty: the demand to create order from chaos, *Anthropology Matters Journal*, vol. 6, no. 2, s. 1–10.
- Ibraimova Ainura, Akkazieva Baktygul, Ibraimov Aibek, Manzhieva Elina, Rechel Bernd 2011a, Kyrgyzstan. Health system review, *Health Systems in Transition*, vol. 13, no. 3, s. 1–152.
- Ibraimova Ainura, Akkazieva Baktygul, Murzalieva Gulgun, Balabanova Dina 2011b, Kyrgyzstan: a regional leader in health system reform, [w:] *‘Good health at low cost’ 25 years on. What makes a successful health system?*, red. D. Balabanova, M. McKee, A. Mills, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, s. 117–157.
- Isaev Kusein, Borsokbaeva Sabyrkuł, Moldokeeva Ženišgul’ 2001, *Osobnosti sostoâniâ zdorovâ naseleniâ Kyrgyzstana v sovremennykh usloviâh*, (http://www.llh.at/llh_project_publications.html, 3.06.2013).
- Isaev Kusein, Borsokbaeva Sabyrkuł, Usubalieva Bermet, Alimbekova Gul’žan, Drobysheva Mariâ 2013a, Ob’ektyvnye pokazateli i sub’ektyvnye ocenki izmeneniâ uslovij žizni žitelâmi Kyrgyzstana, [w:] *Zdorov’e naseleniâ i social’nye peremeny v postsovet-skih gosudarstvah*, red. P. Brigadin i in., GIUST BGU, Minsk, s. 230–247.
- Isaev Kusein, Borsokbaeva Sabyrkuł, Usubalieva Bermet 2013b, Obraz žizni i zdorov’e žitelej Kyrgyzstana v èpohu peremen i social’nykh potrâsenij, [w:] *Zdorov’e naseleniâ i social’nye peremeny v postsovet-skih gosudarstvah*, red. P. Brigadin i in., GIUST BGU, Minsk, s. 247–260.
- Johnson Erica J. 2009, *Authoritarian regimes and nongovernmental organizations: transitions in health care provision in Central Asia*, Doctoral dissertation, ProQuest, Ann Arbor.
- Leavitt John 2012, Znaczenie i czucie w antropologii emocji, przeł. A. Kościńska, M. Petryk, [w:] *Emocje w kulturze*, red. M. Rajtar, J. Straczk, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa, s. 59–99.
- Lindquist Galina 2006, *Conjuring hope: magic and healing in contemporary Russia*, Berghahn Books, New York–Oxford.
- McEuen Mark 2004, *The pilot process: case study on piloting complex health reforms in Kyrgyzstan*, Partners for Health Reformplus, Bethesda–Maryland.
- Ozimek Jakub 2011, Medycyna komplementarna w Kirgistanie – między szamanizmem a islamem ludowym, [w:] *Kirgistan. Problemy kulturowe i społeczno-polityczne*, red. A. K. Džusupbekov, W. Jakubowski, P. Załęski, Wydział Dziennikarstwa i Nauk Politycznych Uniwersytetu Warszawskiego, Biszkek–Warszawa, s. 79–94.

- Parkin David 2011, *Trust talk and alienable talk in healing: a problem of medical diversity*, MMG Working Paper 11–11, Max Planck Institute for the Study of Religious and Ethnic Diversity, Göttingen.
- Pelkmans Mathijs 2005, *Clairvoyants and healers in Kyrgyzstan: new guises and uses of an old profession*, (referat wygłoszony na konferencji *Popular religiosity after socialism*, Czerniejewo, maj 2005 – maszynopis w zbiorach autorki).
- Penkala-Gawęcka Danuta 2002, Korean medicine in Kazakhstan: ideas, practices and patients, [w:] *Countervailing creativity: patient agency in the globalisation of Asian medicines*, red. E. Hsu, E. Høg, Special Issue, *Anthropology & Medicine*, vol. 9, no. 3, s. 315–336.
- 2006, *Medycyna komplementarna w Kazachstanie. Siła tradycji i presja globalizacji*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- 2012, Profesjonalizacja czy zwrot ku „tradycji”? Problemy legitymizacji praktyków medycyny komplementarnej w postsowieckim Kazachstanie i Kirgistanie, [w:] *W zdrowiu i w chorobie... Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*, red. D. Penkala-Gawęcka, I. Main, A. Witeska-Młynarczyk, KNE PAN, Biblioteka Telgte, Poznań, s. 305–330.
- Rajtar Małgorzata, Straczuk Justyna 2012, Wprowadzenie, [w:] *Emocje w kulturze*, red. M. Rajtar, J. Straczuk, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa, s. 7–21.
- Rivkin-Fish Michele 2005, Bribes, gifts and unofficial payments: rethinking corruption in post-Soviet Russian health care, [w:] *Corruption: anthropological perspectives*, red. D. Haller, C. Shore, Pluto Press, London–Ann Arbor, s. 47–64.
- Rugot Vanessa 2007, Social rights and citizenship in Kyrgyzstan: a communitarian perspective, [w:] *Theorising social change in post-Soviet countries. Critical approaches*, red. B. Sanghera, S. Amsler, T. Yarkova, Peter Lang, Bern, s. 61–85.
- Schüth Tobias 2000, “If we were the minister of health...” *People’s perspectives on health care*, Kyrgyz-Swiss Health Reform Support Project, Swiss Red Cross, Bishkek.
- Steimann Bernd 2011, *Making a living in uncertainty: agro-pastoral livelihoods and institutional transformations in post-socialist rural Kyrgyzstan*, Dept. of Geography, University of Zurich, Zürich.
- Stickley Andrew, Koyanagi Ai, Richardson Erica, Roberts Bayard, Balabanova Dina, McKee Martin 2013, Prevalence and factors associated with the use of alternative (folk) medicine practitioners in 8 countries of the former Soviet Union, *BMC Complementary and Alternative Medicine*, vol. 13, no. 83 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6882/13/83>, 12.03.2014).
- Toktogulova Mucaram 2007, Syncretism of beliefs (Kyrgyzchylık and Musulmanchylık), [w:] *Mazar worship in Kyrgyzstan: rituals and practitioners in Talas*, red. G. Aitpaeva, A. Egemberdieva, M. Toktogulova, Aigine Research Center, Bishkek, s. 507–518.
- Tulloch John, Lupton Deborah 2003, *Risk and everyday life*, Sage, London.
- Waldram James B. 2000, The efficacy of traditional medicine: current theoretical and methodological issues, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 14, issue 4, s. 603–625.
- 2013, Transformative and restorative processes: revisiting the question of efficacy of indigenous healing, *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, vol. 32, issue 3, s. 191–207.
- Zinn Jens O. 2006, Risk, affect and emotion, *Forum: Qualitative Social Research*, vol. 7, no. 1, (<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/67/138>, 4.02.2013).

Źródła internetowe:

- <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory> (European Observatory on Health Systems and Policies), 5.11.2013
- <http://www.akipress.org/zdorovie/news:13937/> (AKIpress, *Diskussii o zdravoohranenii i nauke*), 7.11.2012
- <http://kg.akipress.org/discus:563594/#comm> (AKIpress), 8.11.2012

DANUTA PENKALA-GAWĘCKA

UNCERTAINTY, RISK, AND TRUST. REFORMS OF HEALTH CARE SYSTEM
IN POST-SOVIET KYRGYZSTAN AND HEALTH-SEEKING STRATEGIES
OF THE INHABITANTS OF BISHKEK

Key words: Health-seeking strategies, Reforms of health care system, Uncertainty,
Risk, Trust, Post-Soviet Central Asia, Kyrgyzstan, Bishkek

This paper, based on fieldwork conducted between 2011–2013, deals with the attitudes of the inhabitants of Bishkek to the health care system and its reforms implemented in post-Soviet Kyrgyzstan, and focuses on emotional factors that influence people's health-seeking strategies in the context of medical pluralism.

I outline the aims and results of the reforms and their evaluation by international and local experts, and confront their opinions with assessments made by the “ordinary” people. In my view, an apparent discrepancy between the official and popular views is due mainly to uncertainty and anxiety related to political instability and economic difficulties of the country, paired with general distrust in medical institutions and, particularly, in professional and moral standards of doctors. Corruption, greed and incompetence of physicians are mentioned among the causes that make therapeutic encounters risky. Such common approach leads to the often observed “doctor-avoiding strategies” and contributes to the increase in popularity of complementary medicine. I discuss some tactics and strategies employed by the people when coping with health problems in those circumstances. As I argue, despite some evident success in reforming health care system, it is important both to recognize its faults and deficiencies, and to take into account emotional factors that significantly shape people's choices.

D. P. G.

Adres Autorki:

Dr hab., prof. UAM Danuta Penkala-Gawęcka
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Collegium Historicum
ul. Umultowska 89D, 61-614 Poznań
e-mail: danagaw@amu.edu.pl

