

# **JAK ROZMAWIAĆ Z CZŁOWIEKIEM UMIERAJĄCYM O JEGO CHOROBIĘ? ZASTOSOWANIE TECHNIKI WYWIADU NARRACYJNEGO ORAZ WYWIADU ROZUMIEJĄCEGO W BADANIACH WŁASNYCH**

## *Wstęp*

Cel niniejszego artykułu stanowi przedstawienie oraz charakterystyka użytej w badaniach własnych metody badawczej ze szczególnym uwzględnieniem techniki wywiadu rozumiejącego oraz wywiadu narracyjnego, które to stanowią narzędzie współcześnie szeroko stosowane, ponieważ funkcjonalne oraz wzajemnie siebie uzupełniające wobec podejmowanej problematyki dla choroby współczesnej i procesu umierania. Nakreślona wcześniej tematyka badawcza poświęcona przede wszystkim charakterystyce otwartego kontekstu świadomego umierania dla chorego i jego rodziny pozwoliła respondentowi opowiedzieć swoją historię ze szczególnym uwzględnieniem trudnego momentu choroby własnej bądź osoby bliskiej. Posłużenie się wymienionymi typami wywiadu w połączeniu z prowadzoną przez badacza obserwacją przyczyniło się do realizacji całego przedsięwzięcia.

W nawiązaniu do powyższego, poniżej zostaną omówione kwestie, które razem składają się na całościową treść dla niniejszego artykułu: uzasadnienie dla podejmowanej problematyki badawczej, cel oraz założenia badawcze, specyfika próby badawczej, charakterystyka wybranych technik badawczych, jako rozwiązań najbardziej korzystnych dla problematyki, a także czynniki destabilizujące realizowaną rozmowę i podsumowanie.

### **Dotychczasowy stan badań**

Choroba i umieranie są nieodłącznym i stałym elementem życia każdego człowieka. Charakter, ale też przeżywanie szeroko rozumianych dolegliwości związanych z tym etapem egzystencji człowieka są różne ze względu na emocjonalność jednostki, której dotyczy przypadłość oraz pozostałe elementy towarzyszące temu procesowi. Innymi słowy, można by stwierdzić, że występuje pewne prawdopodobieństwo, iż proces umierania będzie zróżnicowany dla wielu ludzi pod względem uczestniczenia w nim.

Realizowane przeze mnie badania stanowią bezpośrednie nawiązanie do przeprowadzonego w latach '60 XX wieku prekursorckiego projektu, którego autorami są Strauss A. i Glaser B [1]. Przedsięwzięcie to dotyczyło zagadnienia świadomości umierania (*awareness of dying*) oraz interakcji (*interactions*) zachodzących między pacjentem umierającym, a personelem medycznym (były to głównie pielęgniarki, ale nie tylko) w szpitalach publicznych, w Stanach Zjednoczonych. Glaser i Strauss posłużyli się w badaniu techniką wywiadu, obserwacji oraz studium przypadku. W tym miejscu chciałabym zaznaczyć, iż ja także swoje badania oparłam na jakościowym warsztacie metodologicznym, a doprecyzowując na założeniach charakterystycznych dla tzw. techniki triangulacji metodologicznej, Pozwoliło mi to pozyskać wielopłaszczyznowy, a co za tym idzie pełniejszy obraz dla opisu poruszanego problemu badawczego [2].

Glaser i Strauss wyodrębnili kilka kluczowych zagadnień, czy też kategorii pojęciowych (analitycznych) według, których dokonali dalej systematyzacji charakteru zjawiska umierania w nakreślonych kontekstach. A mianowicie, w sposób wyczerpujący naszkicowali oni portret typowych zachowań i relacji uwydatniających się między poszczególnymi partnerami interakcji w zależności od stopnia świadomości tychże wobec procesu umierania. A mianowicie, Glaser i Strauss wyodrębniają kolejno:

- Kontekst zamknięty
- Kontekst wzajemnego udawania
- Kontekst podejrzeń
- Kontekst otwarty [3]

Wszystkie wymienione powyżej typy kontekstów charakteryzują się konkretnymi cechami. Chciałabym w tym miejscu jedynie zaznaczyć (choć pogłębiona charakterystyka jest niezwykle interesująca), iż kontekst zamknięty (*closed awareness*) odnosi się do sytuacji, kiedy zarówno pacjent, jego rodzina, zespół medyczny, a także inni zainteresowani nie wiedzą, że chory umiera. Kontekst wzajemnego udawania (*mu-*

tual pretence) dotyczy relacji, w której jedna ze stron interakcji (bądź też wszystkie) z różnych powodów nie przedstawiają sobie nawzajem faktycznego stanu zaawansowania choroby, pozorując, że „wszystko będzie dobrze”. Kontekst podejrzeń (*suspicion awareness*) z kolei, uaktywnia się wówczas, gdy zaczynamy się domyślać na podstawie przesłanek, obserwowanych zachowań itd., że „coś jest nie tak” (np. krewny, z którym nie utrzymywaliśmy do tej pory żadnych kontaktów odwiedza nas z nadzwyczaj wysoką częstotliwością). I wreszcie, kontekst otwarty przedstawiający sytuację jasną, przejrzystą, ponieważ wszyscy posiadają świadomość tego, że stan chorego jest ciężki, że umiera [1]. Ostatni z pośród wymienionych kontekstów jest szczególnie dla mnie istotny, ponieważ w swoich badaniach postanowiłam dokonać deskrypcji właśnie interakcji typowych dla **kontekstu otwartego świadomości umierania** (*open awareness*) wobec pacjenta hospicjum domowego oraz jego opiekuna nieformalnego (najczęściej jest to osoba bliska, spokrewniona, zamieszkująca wspólnie z chorym). Jako, że prezentacja wyników badań własnych nie stanowi tematu niniejszego artykułu, pragnę w tym miejscu przejść do zaznaczenia o ważności następujących we współczesnym świecie zmian o profilu społeczno-demograficznym oraz kulturowym, mających niepodważalny wpływ na to, co mówi się o śmierci i umieraniu dzisiaj, a także w jaki sposób, i czy w ogóle.

### *Zmiany społeczno-demograficzne*

Istnieje kilka istotnych tendencji, które warunkują o tym, że zagadnienia związane ze śmiercią i umieraniem nie powinny być przemilczane, nie powinny podlegać tabuizacji. Przede wszystkim, społeczeństwo **globalne starzeje się** (aging) o czym nieubłaganie świadczą bieżące statystyki. To z kolei opowiada się za tym, że coraz większe grono osób, coraz dłużej uczestniczy w samym procesie umierania. W roku 2050 populacja osób tylko w wieku powyżej 80 roku życia wyniesie na całym świecie około 400 milionów ludzi [4]. Udział w społeczeństwie globalnym osób w wieku 65+ wzrośnie z 7% do 14% w roku 2040. W samej tylko Polsce liczba osób powyżej 65 roku średnia długość życia wynosi odpowiednio dla mężczyzn i kobiet 73,6 i 81,6 lat [5]. Co więcej, statystyki opracowane przez Światową Organizację Zdrowia zaznaczają, iż oczekiwana długość życia osób (*life expectancy*), które ukończyły 60 lat będzie ulegała w dalszej perspektywie czasowej dalszemu wydłużaniu [4]. Jednocześnie, odnotowuje się wzrost zachorowalności na choroby nowotworowe, przy czym tendencja ta jest zauważalnie obecna w samej tylko Polsce od lat '80 XX wieku. Według danych, na 100 tysięcy osób przypadało w roku 2015 240 zgonów w związku z wymienianą powyżej przypadłością nowotworową; w roku 1980 na raka odcho-

dziło na 100 tysięcy osób 201 przypadków [5].

Ponadto, mamy też współcześnie do czynienia ze zjawiskiem **medykalizacji procesu umierania**, co w najprostszym rozumieniu oznacza szeroką, czy też wielopłaszczyznową kontrolę nad stanem zdrowia jednostki. Przejawia się ona poprzez „*prawomocne działania w sferze zdrowia, oznacza to przeprowadzanie badań naukowych (laboratoryjnych i populacyjnych) mających określić zależności stanów zdrowia od kluczowych czynników oraz poszukać skutecznych rozwiązań, ponadto diagnozowanie jednostek pod kątem stanów patologicznych (klasyfikacja i selekcja) oraz zapobieganie tym stanom, leczenie ich lub sprawowanie opieki i dbanie o jakość życia*” [6]. Do podmiotów podejmujących inicjatywy tego rodzaju zaliczamy głównie grupy zainteresowane, potencjalnych konsumentów, lekarzy, czy też firmy farmaceutyczne oraz inne podmioty gospodarcze [6]. Takiej rozbudowanej sieci informacji z zakresu zdrowia towarzyszy deklarowana chęć ogółu do niechorowania, czy też nieprzebywania w instytucjach wobec pacjenta zewnętrznych [7]. Jak pokazują wyniki badań zrealizowanych przez Szukalskiego, Polacy najczęściej chcą umierać w domu. Sytuacją najbardziej natomiast pożądaną byłaby możliwość poddawania się temu procesowi mając do dyspozycji wsparcie osób bliskich oraz profesjonalną opiekę, które to zagwarantowałyby pacjentowi odpowiednią jakość jego egzystowania. Osiągnięcie tak oczekiwanego stanu komplikuje się z jednej strony dlatego, że społeczeństwo posiada niewielką wiedzę z zakresu np. funkcjonowania instytucji hospicjum domowego, które mogłoby być w tym przypadku pomocne. Z drugiej zaś, przemiany rodziny współczesnej coraz rzadziej gwarantują pomoc ze strony spokrewnionych. Możemy w tym miejscu zaznaczyć zatem o raczej bardziej powszechnym zjawisku defamilizacji (*defamilization*), aniżeli familizacji (*familization*) wobec wsparcia udzielanego choremu przez rodzinę. Ta ostatnia bowiem nie czerpie żadnych korzyści z tak zaistniałej sytuacji, a jest jedynie „*podmiotem niewidocznym (...), niewidzialną siłą roboczą, w którą nie inwestuje się (...)*”, co za tym idzie świadczenie opieki staje się dla niej nieopłacalne i będzie przez nią odsuwane, delegowane gdzie indziej [8]. Dlatego też, coraz większa liczba osób starszych, schorowanych i wreszcie niepełnosprawnych w Polsce, kierowana jest decyzją swojej rodziny do domów opieki społecznej. W roku 2005 ich liczba wyniosła 22861 osób, a prognozy przewidują, że ich liczba znacząco się zwiększy osiągając w roku 2030 do 38333 korzystających ze świadczeń tego rodzaju [9]. Taka sytuacja spowodowana jest dalej poprzez:

- wzrost liczby tzw. małych gospodarstw domowych,
- migrację (głównie zarobkową) przede wszystkim osób w wieku do 35 roku życia [10]

- „pogoń za karierą” wśród młodszych członków rodziny
- wzrost liczby rozwodów [11].

### *Zmiany kulturowe*

W toku następujących na przestrzeni lat przekształceń, można zaobserwować kilka widocznych aktualizacji w postawie społeczeństwa wobec posiadanej o chorobie wiedzy, a także obecnych norm w zakresie transparentności odnośnie stanu choroby wobec samego chorego.

Wielopłaszczyznowy i stały dostęp do mediów przyczynił się do tego, że tak naprawdę w każdym dowolnym momencie możemy pozyskać obszerną wiedzę na temat naszego stanu zdrowia [12]. Inną kwestię stanowi to, czy poznane informacje odpowiadają faktycznie rzeczywistości. Niemniej jednak, przyczyny, objawy, przebieg, a nawet sposoby leczenia (zarówno tzw. domowe, jak i medyczne) pozostają dzięki temu na wyciągnięcie naszej dłoni. Dostęp do mediów jest prosty i nieograniczony [12]. To z kolei powoduje o tym, że nasza wiedza dotycząca konkretnych zagadnień poszerza się, a my stajemy się quasi diagnostami, czy też specjalistami w dziedzinie choroby własnej i oczywiście choroby osób nam najbliższych. Zapoznanie się z terminologią lekarską, czy też trudnym nazewnictwem poszczególnych schorzeń i medykamentów, powoduje, iż możemy czuć się bardziej swobodnie w tym obrębie naszego działania, aniżeli jeszcze kilkanaście lat temu. Nabywanie świadomości chorowania, a potem także umierania częściej zależeć może od nas samych. Zanim usłyszymy bowiem lekarską diagnozę, często już wcześniej na podstawie zgromadzonych informacji potrafimy określić, jaki jest rzeczywisty stan naszego zdrowia. Wiadomość, jaką kieruje do pacjenta lekarz stanowi tego ostateczne potwierdzenie.

Kontynuując, seriale telewizyjne takie jak polskie „Na dobre i na złe”, czy zagraniczni „Chirurdzy” lub „Doktor House” kreują nader pozytywny obraz opieki nad chorym. Pacjent otoczony jest najlepszą możliwą opieką zaangażowanych w ratowanie jego życia ekspertów, którym zazwyczaj się to zresztą udaje. Także miejsce przebywania chorego jest czyste, przyjemne i po prostu ładne. Szpitalny personel pielęgniarski jest zawsze wyrozumiały i skory do niesienia wszelkiego wsparcia. W takim miejscu i z takimi ludźmi choroba, a nawet umieranie nie może być czymś brzydkim i smutnym, a przez to niepożądanym. W tej sytuacji osoba, która podejrzewa u siebie schorzenie może bardziej chcieć potwierdzenia tej informacji, ponieważ wie, że trafi „w dobre ręce”.

W polskiej kodyfikacji medycznej funkcjonuje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która jednoznacznie wskazuje, iż „Pacjent ma prawo do

informacji o swoim stanie medycznym”, a także „Pacjent ma prawo do dostępu, do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia (...)” [13]. Na wyraźną prośbę chorego, lekarz ma obowiązek przekazać mu informację o faktycznym stanie Jego zdrowia. Dla wielu lekarzy jest to zadanie trudne i wysoce obciążające emocjonalnie. Jednakże, tak zdefiniowana regulacja stanowi kolejną z wymienianych tu przyczyn, powodujących o tym, że o śmierci i umieraniu mówi się pacjentowi z pewnością nie tyle łatwiej, co (przynajmniej powinno się mówić) częściej.

Oprócz szerokiego dostępu do informacji i obecności konkretnych przepisów legislacyjnych przyznających choremu i jego opiekunom uprawnienia także, a może przede wszystkim sam chory może po prostu chcieć znać prawdę o swoim stanie zdrowia. Jako, że człowiek współczesny lubi być „panem swojego losu” i mieć kontrolę nad możliwie najszerszym obszarem spraw bezpośrednio go dotyczących [14], będzie zależało mu na otrzymaniu diagnozy w celu dalszego ustosunkowania się do niej i podjęcia konkretnych działań. Świadomość umierania pozwala mu bowiem przygotować siebie i najbliższych na ostateczne odejście [3]. Taka postawa dotyczy zarówno sfery duchowej, jak i materialnej. Dzięki tak pozyskanej prawdzie, umiერający oraz jego rodzina będą próbowali zrozumieć i pogodzić się z bliską śmiercią członka rodziny, będą chcieli wykorzystać pozostały im wspólny czas jak najpełniej, naprawić niekoniecznie właściwe jak do tej pory relacje między nimi, usunąć wzajemne animozje etc. Także pozostałe sprawy doczesne mają szansę zostać uporządkowane, oszczędzając bliskim niepotrzebnych rozczarowań związanych z tym, że chory nie wyjawiał im przed swoją śmiercią swojej ostatecznej woli.

Wymienione powyżej niektóre przejawy, czy też następstwa zmian kulturowych związanych bezpośrednio z obszarem tematycznym śmierci i umierania dzisiaj, pozwalają zobrazować pewną sytuację, a mianowicie: choć umieranie i śmierć wciąż nie są zjawiskiem pożądanym (i prawdopodobnie nigdy nie będą), to w granicznym dla nas czasie mamy prawo się z nimi skonfrontować. Takie rozwiązanie może być dla wielu o tyle trudnym przedsięwzięciem, że będzie ono tak różne, bądź tak spójne wobec wypracowanego na przestrzeni lat obrazu tegoż procesu, który zazwyczaj, w głównej mierze opierał się właśnie na tym, że czerpał swoją wiedzę z szeroko rozumianych mediów, a nie z bezpośredniej z nią styczności.

### *Wartość i istotność*

O ważności podejmowanego przeze mnie projektu świadczy jego wartość poznawcza. Nawiązanie do badań realizowanych blisko pół wieku temu pozwoliło na uchwycenie specyfiki świadomego oraz nieświadomego uczestniczenia w procesie

umierania osób bezpośrednio zaangażowanych w to wydarzenie. Podejmowana przeze mnie problematyka badawcza dotyka tematyki newralgicznej, tabuizowanej i wreszcie istotnej. Dlatego, w tym miejscu zostanie zaprezentowanych przeze mnie kilka dobrych praktyk na podstawie własnych doświadczeń, wobec tego, jak warto rozmawiać z umierającymi i jego rodziną o chorobie, umieraniu, życiu oraz pozostałych kwestiach- trudnych oraz emocjonalnych. Swoją typologię będę opierała na wybranych w tym celu założeniach techniki wywiadu rozumiejącego i wywiadu narracyjnego. Wcześniej jednak przybliżę charakter podejmowanej próby badawczej wraz z opisem „moich” respondentów, co jest kluczowe dla zrozumienia podejmowanych konkretnych inicjatyw względem rozmówcy.

### *Problematyka badawcza*

Główny obszar badawczy realizowanego projektu dotyczył, jak już zaznaczałam wcześniej świadomości umierania w kontekście otwartym. Innymi słowy, od samego początku szczególnie ważne było dla mnie dokonanie deskrypcji zachowań poszczególnych partnerów interakcji w sytuacji, w której wiedzą oni, że jedno z nich jest chore, że umiera. Istotny element otwartego kontekstu, stanowiący swojego rodzaju tło, miały odnosić się do poszukiwania odpowiedzi na zagadnienia związane z opisem relacji zachodzących między chorym, a jego opiekunem nieformalnym oraz funkcjonowaniem rodziny w sytuacji dla nich granicznej, a także działalności hospicjum domowego.

Jako, że swoją pracę oparłam na tzw. **teorii ugruntowanej** (grounded theory) już na samym początku przyjęte zostały pewne założenia, które w trakcie realizowanego projektu były nieco modyfikowane, jako, że teoria w tym przypadku była konstruowana na podstawie zgromadzonego już materiału empirycznego. Moje działania skoncentrowane były na wyjaśnianiu, przewidywaniu i rozumieniu [15]. Wcielając się w rolę badacza-aktora i dalej wychodząc w teren- mogłam poznać rzeczywistość społeczną respondenta, być bliżej tego wszystkiego co chciałam przecież wiedzieć o Nim i otaczającej Go przestrzeni. Dziś wiem, iż bezpośrednie uczestnictwo w podejmowanej inicjatywie pozwoliło mi otrzymać jeśli nie całkowicie pełne to obszerne i wyczerpujące dane dotyczące podejmowanej problematyki.

Przedstawione poniżej techniki badawcze, zgodnie z głównym założeniem **triangulacji metodologicznej**, pozwoliły uchwycić badany temat z kilku płaszczyzn jednocześnie [2]. Posłużenie się więcej niż tylko jedną z pośród nich poświadczyło o wysokiej spójności i wiarygodności dla pozyskiwanych z kilku źródeł jednocześnie danych [16].

## *Próba badawcza*

Grupa moich respondentów składała się z 20 osób, które tworzyły 10 par (diady) [17]. Spotkania odbywały się na przestrzeni około 14 miesięcy począwszy od grudnia 2015 r. do czerwca roku 2016 r. Rozmowy odbywały się w zdecydowanej większości, w miejscu zamieszkania rozmówcy. Dobór próby miał charakter celowy (*purposive sampling*). Metodę jej doboru należy tak więc określić, dalej jako nielosową i nieprobalistyczną [18]. Kategorię respondentów stanowiły dwie kluczowe dla poruszanej tematyki grupy:

1. Chorzy
2. Opiekun nieformalny (rodzina, tzw. bliski)

Każda *diada* określała o spójności i komplementarności przeprowadzanego przedsięwzięcia. Istotne w tym przypadku było bowiem to, aby rozmowa została zrealizowana zarówno z chorym, jak i jego opiekunem. Zależało mi na zaznaczeniu punktu widzenia, czy też opinii zarówno jednej, jak i drugiej strony. Zestawienie obydwu stanowisk miało pozwolić pozyskać pełny obraz tego, co badani wiedzą i uważają na temat instytucji hospicjum domowego, jak odnajdują się w przestrzeni choroby, umierania, a także w jaki sposób, sytuacja ta wpływa na charakter relacji oraz kształt więzi między nimi.

Pary były zróżnicowane ze względu na stopień i typ pokrewieństwa, a także wiek, płeć oraz wykształcenie. Osoby te współpracowały z hospicjum domowym od co najmniej dwóch miesięcy, a ich diagnozy oraz rokowania były różne.

Rozmowy z respondentami zawsze miały charakter dość emocjonalny (zwłaszcza dla opowiadającego) za czym przemawiała choćby już tylko tematyka prowadzonych wywiadów. Realizowane badania wymagały od słuchającego zachowania dużej ostrożności i rozważnej (nie zakłócającej wypowiedzi opowiadającego) reakcji na widoczne przejawy smutku, żalu, tęsknoty, a czasem również gniewu i radości [18].

Realizowana próba badawcza stanowiła grupę, której wypowiedzi pozwoliły pozyskać szerokie spektrum informacji w odniesieniu do stawianych im pytań, począwszy od opowieści związanych z wcześniejszymi etapami życia, aż po okres choroby i bieżącą charakterystykę relacji w rodzinie. Ze względu na założenia mojej pracy, dobór celowy próby był w tym przypadku jak najbardziej prawidłowy i uzasadniony. Pacjenci hospicjum domowego oraz ich opiekunowie nieformalni byli kategorią osób, która w sposób obszerny mogła wypowiedzieć się na temat instytucji hospicjum domowego, a także momentu choroby w ich życiu, czy obecności rodziny w tej sytuacji dla nich granicznej.

Jednakże, aby pozyskać niezbędne do przeprowadzenia dalszej analizy dane i otrzymać tym samym odpowiedzi na stawiane sobie pytania, konieczne było zasto-



sowanie bardzo konkretnych instrumentów, charakterystycznych dla poszczególnych technik badawczych, które postaram się wraz z uzasadnieniem dla ich wykorzystania opisać poniżej w sposób klarowny. Bowiem, to właśnie „ze wszystkich lęków człowieka lęk przed śmiercią jest najbardziej nieuchronny i niechybny... Śmierć to nadal niesmaczne, ale nieuniknione wydarzenie, o którym rzadko się mówi. Można by pomyśleć, że wychowany w świadomości naukowej człowiek dwudziestego wieku powinien nauczyć się radzić sobie z tym powszechnym strachem równie skutecznie, jak nauczył się przedłużać sobie życie... Ale postęp naukowy nie tylko nie pomógł, ale wręcz przeszkodził człowiekowi w przyjęciu śmierci z godnością” [18].

### *Wywiad narracyjny*

Jako bezpośrednie nawiązanie do powyższego cytatu, który stanowi trafną w mojej opinii refleksję nad aktualną kondycją podejścia do śmierci i umierania, pierwszą z pośród opisywanych przeze mnie technik badawczych będzie **wywiad narracyjny**. Koncepcją teorii tego wywiadu zajmował się szeroko Schütze. Zdaje się być ona nader użyteczna ze względu na możliwość wykorzystywania jej założeń w sposób częściowy, wybiórczy (będzie to oczywiście zależne od naszych wobec narzędzia oczekiwań) [19]. Jednakże, takie podejście daje badaczowi szersze możliwości, elastyczność w działaniu, co w przypadku podejmowanej przeze mnie tematyki stanowiło kryterium szczególnie istotne.

W tym miejscu, należałoby zaznaczyć, iż Schütze dokonał podziału wywiadu narracyjnego na poszczególne fazy, kolejno następujące po sobie etapy wypowiedzi rozmówcy [20]. Wywiad narracyjny posiada bowiem ściśle określone wytyczne na temat tego, jak badacz powinien się nim posługiwać. Zamiaru nie stanowi jednak tutaj dokonanie precyzyjnej charakterystyki tego narzędzia. Jako, że na potrzeby badań własnych zinternalizowałam konkretne jego elementy, postanowiłam skoncentrować się przede wszystkim nad rolą oraz uzasadnieniem wobec wybranych mechanizmów tegoż. Aby to o czym mówię zostało w pełni zrozumiane, zamieszczam poniżej tabelę, w której zawarłam główne postulaty właściwe dla omawianej metody badawczej wraz z krótkim opisem oraz argumentacją dla ich zastosowania. W celu ułatwienia odczytu, pogrubioną kursywą zaznaczone zostały te charakterystyki, którymi postanowiłam posłużyć się w badaniach własnych, zaś pochyłą- częściowo przyjęte przeze mnie postulaty.

Tabela 1 Wywiad narracyjny

Wywiad narracyjny		
Charakterystyka	Zastosowanie w badaniach własnych	Uzasadnienie
Respondent opowiada „swoją historię”	Tak	Badacz pozwala respondentowi na opis swojego życia lub jego części ze szczególnym uwzględnieniem momentu choroby.
Badacz zapewnia rozmówcy optymalne, komfortowe warunki dla prowadzonej rozmowy	Tak	Opowiadający powinien czuć się swobodnie podczas rozmowy, dlatego należy w miarę możliwości wybrać miejsce najbardziej dla respondenta naturalne, „swoje”.
Badacz wypracowuje zaufanie i „dobry kontakt” z respondentem.	Tak	Od tego, czy respondent obdarzy badacza zaufaniem, w dużej mierze będzie zależało, jaki będzie zakres udzielonych przez niego informacji
Badacz „Stymuluje narrację”: wyjaśnia i tłumaczy rozmówcy, na czym będzie polegał wywiad.	Tak	Rozmówca musi posiadać jasność tego, jaki jest cel prowadzonej rozmowy.
Badacz przybliży respondentowi swoją sylwetkę.	Tak	Badacz nie jest dla swojego rozmówcy osobą anonimową.
Wywiad jest nagrywany na dyktafonie.	Tak	Nagranie odbywa się po wyrażonej przez respondenta pisemnej zgodzie.
Treść wywiadu utrwała się na piśmie.	Tak	Zapisany materiał stanowi treść, która zostanie dalej poddana analizie.
Analiza zgromadzonego materiału jest przeprowadzana w ramach metodologii teorii ugruntowanej	Tak	Na podstawie zgromadzonego materiału badawczego, słuchający generuje główny cel, hipotezy oraz pytania badawcze (przedmiot badań).
<i>Badacz jest słuchaczem</i>	Częściowo	Badacz słucha, ale nie jest całkowicie bierny; wchodzi z respondentem w interakcje.
<i>Po zakończonej przez rozmówcę wypowiedzi, badacz zadaje dodatkowe pytania.</i>	Częściowo	Badacz może zadawać pytania dodatkowe również w trakcie prowadzonej rozmowy.
<i>Analiza tekstu zakłada zaznaczenie w tekście komunikatów pozawerbalnych</i>	Częściowo	W tekście oznaczone są te „momenty”, które w istotny sposób świadczą o emocjach towarzyszących danej wypowiedzi.
Badacz nie ingeruje w wypowiedź rozmówcy	Częściowo	Badacz może ingerować w rozmowę, zachowując przy tym szczególną ostrożność.

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z powyższej tabeli, większość założeń charakterystycznych dla wywiadu narracyjnego została przeze mnie zaaprobowana. Niemniej jednak nie wszystkie. Jak już zaznaczono bowiem powyżej, „Moi” rozmówcy stanowią specyficzną i trudną grupę badawczą, do której dotarcie nie jest zadaniem łatwym. Chory i jego opiekun, wymagają czegoś, co Gordon i Sterling Edwards nazywają *aktywnym słuchaniem*. Aktywne słuchanie z kolei można określić jako „*percepcję czyjegoś doświadczenia*”, przy czym jest to „*doświadczenie świata innego człowieka*”, które jednakże nie może powodować to, że badacz mógłby przestać być sobą [21]. W związku z powyższym, postanowiłam odegrać raczej rolę partnera konwersacji, aniżeli przyjąć postawę wobec respondenta zwierzchniczą, narzucającą. W następstwie czego, celem moim stało się zapewnienie rozmówcy, jak największego poczucia swobody. Dlatego też, nie stanowiło w tym przypadku błędu metodologicznego posługiwanie się przeze mnie komentarzem, udzielanie odpowiedzi na zadawane także przez respondenta pytania (czasem niezwiązane z treścią badania), czy też wykorzystywanie mniej formalnych, a bardziej potocznych form wypowiedzi. Nie. To było działanie zamierzone. Wszystko to miało przyczynić się do tego, aby opowiadający uznał badacza za kogoś bliższego, „swojego”, a nie obcego [22]. To z kolei miało spowodować o tym, że rozmówca mógł pozwolić sobie na otworzenie się przed słuchającym i zaczął mu się zwierzać. Według mnie, taka zależność zaowocowała uzyskaniem przeze mnie esencjonalnego materiału badawczego. Oczywiście, decydując się na takie podejście w prowadzonej rozmowie, należy być szczególnie uważnym, w taki sposób aby ciężar konwersacji nie osiadł po stronie badacza i nie pojawiały się skądinąd zwroty sugerujące oczekiwaną odpowiedź [23].

Jednocześnie, jakkolwiek może zabrzmieć to dziwnie, badacz nie może ukrywać się przed swoim rozmówcą. Ten ostatni ma prawo wiedzieć z kim ma do czynienia, kim jest ten, który przyszedł z Nim rozmawiać. Dlatego też, już na samym początku spotkania warto opowiedzieć coś o sobie i oczywiście o tematyce, której ma być poświęcone spotkanie. W tym sensie badacz staje się „aktywnym świadkiem lub więcej-uczestnikiem badanych zjawisk” [24]. Wszystkie te zabiegi mają posłużyć nadaniu pytającemu odpowiedniego wizerunku osoby, która jest przychylna wobec respondenta, nastawiona pro wobec Jego bieżących oczekiwań i tym samym okazująca swoje pozytywne nastawienie do prowadzonego przedsięwzięcia.

Ponadto uznałam, iż w odniesieniu do realizowanych przeze mnie wywiadów, nie ma ostatecznie znaczenia to, w którym momencie badacz zdecyduje się zadać tzw. „pytania dodatkowe”. Może dokonać tego w dowolnej chwili prowadzonej rozmowy. Jedynym, ale nie możliwym do pominięcia warunkiem jest natomiast to, aby nie zo-

stała zakłócona w ten sposób wypowiedź respondentą. Rozmowa ma mieć charakter możliwie najbardziej naturalny, dlatego zaznaczam jeszcze raz: kolejność pytań uzupełniających jest w tym konkretnym przypadku nieistotna, a przynajmniej drugoplanowa.

Wszystkie te zabiegi oprócz pełnienia funkcji informacyjnej, mają za zadanie skrócić dystans pomiędzy obydwojema partnerami konwersacji [24]. Zamysł ten stał się kluczowym kryterium warunkującym taki, a nie żaden inny charakter skonstruowanego narzędzia badawczego.

Ufam, iż zawarte w niniejszej treści omówienie dla wybranych przeze mnie założeń wobec wywiadu narracyjnego stanowi obraz czytelny, umożliwiający zrozumienie wykorzystania w badaniach własnych tejże metody badawczej. Opis wybranej techniki nie może być jednak kompletny bez zaprezentowania wytycznych do wywiadu rozumiejącego, który stał się dla mnie kolejną, ale niemniej znaczącą inspiracją wobec wygenerowania najbardziej konstruktywnego w mojej opinii podejścia do sposobu prowadzonego wywiadu.

### *Wywiad rozumiejący*

Autorem pojęcia i charakterystyki wywiadu rozumiejącego jest Jean Claude Kaufmann. Badacz ten porusza się w nurcie tzw. socjologii jednostki, mikrosocjologii, czy wreszcie socjologii codzienności. Obserwatorzy poczynąń Kaufmanna określają „Jego” metodologię mianem hybrydy, na którą składają się elementy następujących dziedzin badawczych: etnometodologia, psychologia kulturowa i historyczna, interakcjonizm symboliczny, fenomenologia, czy wreszcie konstruktywizm socjologiczny oraz socjologia pragmatyczna. Empirycznie interesowały Kaufmanna zwłaszcza relacje pomiędzy parą (rozumianą w tym przypadku, jako związek kobiety i mężczyzny) w ich naturalnym środowisku egzystowania, w trakcie wykonywania rutynowych czynności. Kauffman, podobnie jak pozostali reprezentanci teorii ugruntowanej, zakłada o konieczności budowania koncepcji teoretycznej na podstawie zgromadzonego materiału empirycznego [25]. W tym względzie panuje zatem pełna zgodność pomiędzy nim, a przywoływaną powyżej koncepcją Schütze. Poniżej przedstawiam w formie obrazu tabelarycznego opis techniki wywiadu rozumiejącego.

Tabela 2 Wywiad rozumiejący

Wywiad rozumiejący		
Charakterystyka	Zastosowanie w badaniach własnych	Uzasadnienie
Badacz przyjmuje rolę „rzemieślnika intelektualnego	Tak	Badacz nie może zostać zdominowany przez teorię, metodę oraz teren.
Badacz zachowuje postawę aktywną względem rozmówcy.	Tak	Słuchający angażuje się w rozmowę w celu pozyskania zaangażowania opowiadającego.
Badacza cechuje elastyczność wobec respondenta oraz zmian zachodzących w toku przeprowadzanego wywiadu.	Tak	Badacz dostosowuje się do tempa zachodzących zmian, poddając modyfikacji elementy tego wymagające.
Badacz traktuje opowiadającego, jako równego sobie partnera rozmowy.	Tak	Pomiędzy słuchającym, a opowiadającym nie zachodzi relacja nadrzędności i podrzędności.
Badacz rozpoczyna rozmowę od tzw. pytań otwierających, wprowadzających.	Tak	Słuchający stara się w ten sposób oswoić opowiadającego z sytuacją wywiadu.
Badacz przywiązuje dużą uwagę do posługiwania się komunikacją niewerbalną.	Tak	Badacz okazuje respondentowi zainteresowanie jego narracją.
Badacz odrzuca koncepcję wywiadu bezosobowego [Kaufman 2010: s. 32-34].	Tak	Słuchający skracza dystans między swoją osobą, a rozmówcą.
Badacz jest bardzo dokładnie przygotowany do przeprowadzanego wywiadu.	Tak	Należy zapoznać się z pytaniami, podzielić je na logiczne bloki tematyczne, zadawać pytania w sposób zrozumiały itp.
Wywiad jest nagrywany na dyktafonie.	Tak	Nagranie odbywa się po wyrażonej przez respondenta pisemnej zgodzie.
Treść wywiadu utrwała się na piśmie.	Tak	Zapisany materiał stanowi treść, która zostanie dalej poddana analizie.
Analiza zgromadzonego materiału jest przeprowadzana w ramach metodologii teorii ugruntowanej.	Tak	Na podstawie zgromadzonego materiału badawczego, słuchający generuje główny cel, hipotezy oraz pytania badawcze (przedmiot badań).
<i>Badacza cechuje elastyczne podejście wobec zachowania struktury wywiadu.</i>	Częściowo	Badacz nie ma obowiązku trzymać się sztywno określonego planu i kolejności zadawanych pytań.

Źródło: opracowanie własne

Aby powyższa tabela mogła zostać odczytana w pełni prawidłowo, przedstawiam poniżej krótką jej charakterystykę, która zakłada m. in. o tym, że badacz powinien być podmiotem silnie zaabsorbowanym sytuacją prowadzonej rozmowy. Pełni on bowiem jednocześnie kilka kluczowych dla prawidłowego przebiegu narracji ról. A mianowicie, jest on w tym samym momencie: „rzemieślnikiem” oraz „aktywnym i elastycznym” słuchającym [25]. Te trzy aspekty zdają się być najistotniejsze i warunkują pozostałe opisywane przeze mnie powyżej elementy, wynikające z (powtórzę raz jeszcze): aktywności, elastyczności i właściwego warsztatu pracy. Osoba, która steruje wywiadem rozumiejącym musi bowiem posiadać świadomość niestałości struktury narzędzia, w tym sensie, iż jest ona modyfikowalna i zależna od sytuacji rozmowy, a konkretnie od tego, z jakim typem charakterologicznym respondenta mamy w danym momencie do czynienia [26].

Powodzenie przeprowadzonej eksploracji zależy następnie od swoistej systematyki, od nieustającego monitoringu etapu, w którym aktualnie się znajdujemy, a także ewentualnej ingerencji w tempo działania, podejmowania decyzji, czy wreszcie refleksji nad stawianymi sobie pytaniami i ich prawidłowością ze względu na cel i założenia pracy [26]. Te ostatnie ukształtują się finalnie dopiero wówczas, gdy (zgodnie z założeniami teorii ugruntowanej) uznamy szczerze sami przed sobą, że pozyskailiśmy esencjonalne i rzetelne informacje.

Badacz pozostaje cały czas w gotowości, jest czujny. Kauffman podkreśla, iż okazywane opowiadającemu zainteresowanie w połączeniu z empatią i intuicją, likwidują dystans oraz nieufność między zadającym pytania oraz odpowiadającym. Nieposiadanie, czy też niewykorzystywanie tych zasobów prowadzi natomiast do zahamowania rozwoju w pracy nad treścią właściwą., gdyż to właśnie „(...) pełen rezerwy badacz wywołuje u osoby badanej specyficzną postawę polegającą na unikaniu nadmiernego zaangażowania: bezosobowość pytań znajduje oddźwięk w bezosobowości odpowiedzi” [25]. Porzucenie „ściśłego modelu” na rzecz subiektywnej ingerencji nie stanowi zagrożenia dla prowadzonych badań o tyle, o ile jest ono naturalne i dla obydwu stron nieprzymusowe. [25].

W celu zdobycia kluczowych z punktu widzenia badacza informacji, będzie on tak modulował ton swojego głosu, tak dobierał zwroty, aby jego rozmówca stał się mu jak najbardziej przychylny i tym samym jak najbardziej chętny do opowiadania, jak najbardziej równy i wreszcie bliski, co kolei wyeliminuje relację nadrzędności między jednym, a drugim [25]. Nie można jednak przy tej okazji zapominać o celu rozmowy, o konieczności zdobycia konkretnych odpowiedzi. Kluczem do sukcesu, jak zaznacza Kaufmann jest więc „zbliżenie się (...) do stylu rozmowy, nie wdając się jednak w rozmowę” [25].

Wszystkie opisane powyżej zabiegi składają się na obraz realizowanych przez badacza działań. Wytyczne te, stanowiły właściwy punkt odniesienia wobec moich własnych oczekiwań dotyczących tego, jak chcę, aby wyglądała relacja moja i respondenta. Elementy wywiadu rozumiejącego zostały przeze mnie zaaprobowane i wykorzystane na potrzeby badań właściwych. Podobnie bowiem, jak dla autora przedstawionych założeń, dla mnie również powodzenie wywiadu, pozyskanie kluczowych informacji, zależało przede wszystkim od tego, w jakim stopniu będę potrafiła zaangażować się w prowadzoną rozmowę.

Połączenie wybranych założeń wywiadu narracyjnego oraz rozumiejącego, które zostało tutaj scharakteryzowane uczyniło moją pracę z rozmówcą wartościową i efektywną. Przejawiło się to m. in. tym, że respondent potrafił się przede mną otworzyć, ukazywał emocje – np. płacz, gniew, smutek, które pojawiły się jako rezultat poruszanej tematyki śmierci i umierania oraz choroby towarzyszącej mu na co dzień. Okazane mu zainteresowanie i spokój, ale także serdeczność sprawiły, że nierzadko chciał opowiadać. Jeśli natomiast, pozyskanie od rozmówcy informacji było trudne, (bo był on np. osobą zamkniętą w sobie, małomówną z natury etc.) to zastosowanie takich mechanizmów jak: odpowiedni ton głosu, nawiązanie do własnych doświadczeń, czy przeformułowanie pytania w taki sposób, aby mógł na nie odpowiedzieć, okazały się bardzo pomocne. Finalnie bowiem, nawet jeśli nie zawsze w stopniu bardzo obszernym, to przynajmniej spełniającym oczekiwania badacza, pozwoliły na zgromadzenie opowieści stanowiących odpowiedź na stawiane sobie w tym miejscu założenia badawcze.

### *Pytania*

Powodzenie naszego wywiadu zależy nie tylko od tego, jak mówimy i w jaki sposób zwracamy się do odpowiadającego. Taki, a nie inny przebieg rozmowy jest wynikiem przede wszystkim tego, co mówimy. Dlatego warto na samym początku przygotować sobie plan i założenia dla naszej rozmowy (co też poczyniłam), pamiętając przy tym, iż ich zmienność w toku pracy jest jak najbardziej naturalna i zazwyczaj nieunikniona [25]. Wobec powyższego siatkę pytań należy traktować fundamentalnie, ale i elastycznie. Funkcjonalnym zabiegiem jest nauczenie się jej na pamięć, aby w zależności od dynamiki i kierunku konwersacji móc pozwolić sobie na modyfikację kolejności poruszanych zagadnień.

Scenariusz badania powinien zostać przygotowany zdecydowanie dokładnie. Ze względów technicznych dobrze jest podzielić go w sposób logiczny na bloki tematyczne. Badacz powinien unikać zadawania tzw. pytań zaskakujących, nie związa-

nych z treścią poprzednich [26]. Istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że w ten sposób spłoszy swojego informatora, który po prostu nie zrozumie zamiaru słuchającego i nie będzie chciał podejmować wysiłku, aby to zmienić. Wytyczne wywiadu rozumiejącego zaznaczają, iż rozmowę należy rozpocząć od pytań otwierających (łatwiejszych, bardziej luźnych), które pomagają respondentowi oswoić się z sytuacją wywiadu [Tamże]. Pamiętajmy przy tym, że to w jaki sposób zadawane są pytania także oddziałuje na feedback ze strony rozmówcy. Ze swojej strony, od samego początku starałam się unikać takich sformułowań dla moich interpelacji, które mogłyby zawierać w sobie sugestie odpowiedzi, mając na uwadze negatywne konsekwencje dla rzetelności prowadzonego przedsięwzięcia.

### *Obserwacja uczestnicząca jawna*

Kolejną wykorzystaną przeze mnie techniką badawczą była obserwacja uczestnicząca, a doprecyzowując obserwacja określana w badaniach, jako *obserwator jako uczestnik*. Choć typologia ta została opracowana jeszcze w połowie XX wieku to jej założenia i postulaty pozostają aktualne po dzień dzisiejszy. Ten typ obserwacji zakłada o tym, iż badacz spotyka się z respondentem zaledwie raz bądź dwa razy. Przebywanie z rozmówcą ma zatem charakter określony czasowo i zazwyczaj nie powoduje o wygenerowaniu się tzw. głębszej relacji, więzi [27]. Ze względu na określone w badaniach własnych założenia, obserwacja „obserwator jako uczestnik” stanowiła rozwiązanie jak najbardziej funkcjonalne, pozwalające na jeszcze dokładniejsze zaznajomienie się z opowiadającym i jego najbliższym otoczeniem [28].

Charakter praktykowanej przeze mnie obserwacji określiłabym jako częściowo jawny i pośredni [29]. Specyfika takiego stanu rzeczy polegała na tym, że „mój monitoring” zachowania i przestrzeni wokół respondenta odbywał się podczas wizyty, w trakcie której przeprowadzany był wywiad. Rozmówca był tak więc w pełni świadomy mojej obecności i celu naszego spotkania. Jednocześnie nie był one przeze mnie informowany o tym, że zostanie poddany także swojego rodzaju „podglądowi” (o ile można użyć takiego sformułowania), dlatego w tym sensie powinien on czuć się w pełni naturalnie.

Kolejno, w celu dokonania pełnej charakterystyki zastosowanej techniki badawczej, należy opisać ją jako niekontrolowaną (wobec obserwowanego obiektu) [30]. Oznacza to, że została ona przeprowadzona w sposób swobodny i naturalny, zależny przede wszystkim od bieżących spostrzeżeń badacza. To ostatnie może być akurat ryzykowne ze względu na subiektywność spostrzeżeń słuchającego. Niemniej jednak, postulat istotniejszy wobec powyższego, stanowiło w moim przypadku szczególne



uwrażliwienie się na sytuacje nagłe i być może nieoczywiste, a z tego względu kluczowe dla prowadzonych badań. Obserwacja niekontrolowana pozbawiona jest tzw. klucza odpowiedzi, do którego należałoby się wówczas odwoływać i współpracować z nim [31]. Świadomie postanowiłam z tego zrezygnować na rzecz nieograniczania się i pozyskania szerszej swobody w działaniu, aniżeli w przypadku założeń obserwacji kontrolowanej.

Nawiązując w tym miejscu do dokonanej przez Doktor klasyfikacji dla obserwacji uczestniczącej, pragnę podkreślić, iż stosowana przeze mnie technika badawcza cechuje się ponadto następującymi elementami:

- Uczestnictwo w życiu badanej zbiorowości ma charakter ograniczony
- Identyfikacja uczuciowa badacza z respondentem opiera się na postawie sympatycznej, ewentualnie neutralnej
- Stopień zgodności badacza z normami badanego środowiska jest zależny od bieżącej sytuacji
- Rola obserwatora ma charakter bierny
- Badacz posługuje się językiem terenowym
- Doświadczenie badacza w obserwacji tej kategorii respondenta jest minimalne [32]

Obserwacja uczestnicząca towarzyszyła mi podczas każdego spotkania z rozmówcą. Jak już zaznaczyłam powyżej, wywiady prowadzone były zazwyczaj w przestrzeni domowej chorego bądź Jego rodziny. Dzięki temu możliwe stało się zaobserwowanie badanego w jego naturalnym środowisku codziennego funkcjonowania

Obserwacja uczestnicząca stanowi w tym przypadku zabieg uzupełniający wobec wykorzystanej przeze mnie techniki wywiadu indywidualnego. Jednocześnie, należy podkreślić o jej niepodważalnej istotności, jako elementu dodatkowo (i mam nadzieję jeszcze bardziej wnikliwie) pogłębiającego wiedzę z zakresu interesującego mnie tutaj obszaru badawczego. Wykorzystanie techniki obserwacyjnej pozwala na pozyskanie kompletnego obrazu jednostki wraz z charakterystyką najbliższej jej przestrzeni domowej, która to przecież także stanowi zmienną opisową dla sylwetki badanego obiektu. W ogóle, jak zaznacza Creswell, obserwacja typu uczestnik jako obserwator powoduje o tym, iż „monitorujący” „(...) w trakcie obserwacji może poczynić nietypowe spostrzeżenia”, co z kolei stanowi o wyjątkowości gromadzonego materiału badawczego. Dlatego właśnie, tak ważne jest to, aby badacz przynajmniej część rozmów z respondentem przeprowadzał osobiście. Zrezygnowanie z tego przedsięwzięcia najprawdopodobniej spowodowałoby o pozyskaniu uboższych danych właściwych, co z kolei miałoby swoje przełożenie na wynik końcowy prowadzonej analizy zebranych informacji.

Dzięki zastosowaniu techniki wywiadu, obserwacji, a także analizy danych zastanych, opisane w tym miejscu narzędzia „kontrolowały się (...) niejako nawzajem, pozwalając spojrzeć na dane zjawisko z wielu punktów widzenia” [33].

### *Przygotowania do badań właściwych*

Etap poprzedzający pracę właściwą w terenie można określić jako proces dość długi, pełen „wzlotów i upadków” badacza, który pragnie jak najlepiej przygotować się do konfrontacji ze „swoim” rozmówcą. W odniesieniu do realizowanego projektu, praca nad nim rozpoczęła się na długo zanim udało mi się „zanurzyć” w obszar badawczy. Wydarzenie to zostało poprzedzone przygotowaniem narzędzia badawczego, które było zresztą kilkakrotnie modyfikowane, uzupełniane etc. Nie chodziło w tym wypadku jednak o niepoprawność sformułowanych pytań z technicznego oraz logicznego punktu widzenia. Po przeprowadzeniu badania pilotażowego okazało się, iż kolejność zadawanych pytań powinna być bardziej swobodna, tak aby respondenci czuli się na tyle komfortowo i bezpiecznie, aby bez przeszkód mogli opowiadać o swoich przeżyciach związanych z chorobą [34], o czym przedstawię bardziej dokładnie w następnej części niniejszego artykułu

### *Bezpośredni kontakt z respondentem*

Na początku wywiady nie były prowadzone przeze mnie osobiście. Był to zabieg z mojej strony przemyślany- świadomy i celowy. Po zrealizowaniu serii kilku rozmów przez wyznaczoną przeze mnie osobę, okazało się jednak, iż nie jest do końca (a właściwie w ogóle) w przypadku realizowanych badań rozwiązanie konstruktywne. Owszem, zdawałam sobie sprawę z tego, że specyfika grupy badawczej, do której pragnęłam dotrzeć, a także poruszana tematyka niekoniecznie spowodują, iż respondenci będą chcieli, czy też potrafili rozmawiać swobodnie z „obcym”. To właśnie założenie tego rodzaju stanowiło istotną przyczynę ku temu, że zdecydowałam się skorzystać ze wsparcia osoby „ze środka”, zaufanej, „naszej”, a właściwie „ich” [35]. Czasochłonna praca w terenie w tym sensie, została przeze mnie porzucona (jak się okazało zresztą tymczasowo). Wkrótce jednak po pierwsze, skonstruowane narzędzie badawcze okazało się nie do końca wystarczająco dobrze zaprojektowane. Nie dostarczało bowiem w mojej opinii odpowiednio obszernego materiału empirycznego. Po drugie, osoba przeprowadzająca rozmowy, jakkolwiek jak najbardziej rzetelnie i profesjonalnie podjęła się realizacji powierzonego jej zadania, to w toku modernizacji scenariusza wywiadu, nie do końca pozwalała sobie na elastyczność w trakcie konwersacji oraz pogłębianie wątków, które prawdopodobnie dostarczyć mogły jeszcze więcej danych.

Kolejną kwestią, która przekonała mnie do tego, aby bezpośrednio realizować rozmowy z respondentem, była świadomość tego, iż moja nieobecność na tym etapie gromadzenia danych, spowoduje o utracie, czy też nieuchwyceniu przekazu niewerbalnego [36]. Ów przekaz niewerbalny, a więc mimika twarzy, gesty, spojrzenia, sposób mówienia, a nawet niemówienia, to wszystko dopiero wraz z wypowiedzią ustną, dostarczyło kompletnego obrazu rzeczywistych emocji rozmówcy, które potwierdzają bądź zaprzeczają wypowiedzianym słowom.

W związku z tym, iż pytania scenariusza dotyczyły m. in. choroby, i radzenia sobie w tym granicznym momencie życiowym, a badanie realizowane było z osobami uczestniczącymi w tych trudnych przecież wydarzeniach, odrzucenie możliwości konfrontacji „face to face” byłoby dla całego przedsięwzięcia niepowetowaną stratą. To czy badacz zdecyduje się ostatecznie na bezpośrednie uczestnictwo w przeprowadzanych wywiadach zdaje się zależeć przede wszystkim od: obszaru, tematyki badawczej (czynnik zewnętrzny) oraz możliwości i ograniczeń badacza (czynnik wewnętrzny).

Dokonując porównania pomiędzy jakością, a także rozmiarem informacji pozyskanych, gdy spotykałam się z rozmówcami osobiście, a także w momencie, kiedy wywiad prowadzony był przez osobę trzecią, pragnę zaznaczyć o dysproporcji między materiałem zgromadzonym w sytuacji pierwszej oraz drugiej na korzyść tej wcześniejszej. Konkludując, droga właściwa od momentu powstania pierwotnego narzędzia badawczego oraz pierwszego podejścia do rozmówców była „kręta”, dynamiczna, a także zmienna w czasie. Ostatecznie, w następstwie przeprowadzonego pilotażu z badań, który pozwolił wychwycić opisane powyżej mankamenty, dotarłam do miejsca, w którym wyposażona w wywiad narracyjny i rozumiejący jednocześnie, a także obserwację, osobiście odwiedzałam „swoich” badanych w celu porozmawiania z nimi, a co za tym idzie pozyskania frapujących mnie z tytułu założeń mojej pracy, treści.

W tym miejscu pragnę zaznaczyć: rozmowy z człowiekiem umierającym oraz jego rodziną powinny być realizowane bezpośrednio przez badacza (a przynajmniej ich część). Zignorowanie tego postulatu skazuje według mnie badania na porażkę. Nieobecność bowiem oraz brak jakiegokolwiek interakcji z respondentem ze strony badacza, powoduje o niemożności wyłonienia kontekstu jednostki. Kontekst ten, generują przecież szeroko rozumiane cechy fizyczne osoby wraz z całą jej dynamiką, a także bezpośrednio jej otoczenie-dom [37]. Ponadto, spotykając się chorymi i ich opiekunami, często byłam świadkiem codziennej relacji między nimi, sposobu w jaki się do siebie zwracają, cyklu ich dnia. Gdybym nie zdecydowała się przyjść do Ich

domów, odkrycie tego byłoby po prostu niemożliwe. Jediną formę przekazu tej treści stanowiłby zgromadzony na taśmie dyktafonu materiał głosowy pozbawiony „esencji” miejsca i osoby. Doświadczenie tego rodzaju wzbogaciło mnie nie tylko jako socjologa, badacza, ale również (jeśli nie przede wszystkim), jako człowieka. Już sam ten fakt powoduje o tym, jak bardzo emocjonalne były to spotkania, a opowiadane historie „żywe”, ale i trudne, bo o doświadczanym bólu i cierpieniu opowiada się zazwyczaj niełatwo.

### *Pre-analiza badacza wobec środowiska pracy*

W aspekcie przygotowań do realizowanych w terenie badań, chciałabym podjąć jeszcze jeden ważny dla mnie wątek, który uważam - pozostał nie bez znaczenia dla treści pozyskanych w wyniku pracy z rozmówcą, danych. A mianowicie, pragnę w tym miejscu zaznaczyć o istotności nastawienia i powiedzmy, swojego rodzaju przygotowaniu wewnętrznym badacza do spotkania z respondentem. W moim przypadku (a przyznam szczerze, że mam nadzieję, iż u innych badaczy jest podobnie) takowe miało rzeczywiście miejsce. Mam tutaj na myśli konkretne przemyślenia, czy też postawę, która towarzyszyła mi w momentach poprzedzających badanie właściwe. Zanim przystąpiłam do bezpośredniej konfrontacji z opowiadającym musiałam uświadomić sobie kilka rzeczy. A mianowicie:

- Spotkanie będzie miało miejsce w domu chorego lub jego rodziny
- Reakcja respondenta na zadawane pytania może być bardzo emocjonalna
- Stan zdrowia chorego może oddziaływać na charakter prowadzonej rozmowy
- Poruszana tematyka badań może okazać się dla mnie zbyt trudna

Wszystkie wymienione powyżej zagadnienia przez cały okres realizowania badań starałam się mieć na swojej uwadze. Chciałam uniknąć sytuacji, gdzie zaskoczenie spowodowane wystąpieniem danego elementu mogło ostatecznie oddziaływać na nieskuteczność w pozyskiwaniu danych.

### *Miejsce spotkania*

Od samego początku starałam się wypracować w sobie swojego rodzaju swobodę, ale jednocześnie szacunek i umiarkowaną ostrożność wobec miejsca zamieszkania „moich” rozmówców. Przekraczanie bowiem progu domu opowiadających, powodowało o wkroczeniu przeze mnie do „ich świata”, do strefy intymnej umierającego oraz jego rodziny, do świata, do którego zwyczajowy wstęp mają jedynie najbliżsi [38]. Odwiedziny tego rodzaju stanowiły dla mnie doświadczenie zawsze wyjątkowe i pierwsze. Jak już zaznaczyłam powyżej towarzyszyły temu przeważnie emocje, we-

wewnętrzne napięcie. Powodzenie spotkania, a tym samym realizowanych wywiadów mogło zakończyć się sukcesem tylko wówczas, gdy zapanowałabym nad wspomnianymi stanami ducha w stopniu optymalnym. Uważam, iż przedsięwzięcie to zostało zrealizowane pomyślnie. Ostatecznie Ja- badacz oraz respondent poczuliśmy się w mojej opinii na tyle komfortowo i bezpiecznie w swoich rolach, że dialog pomiędzy nami okazał się konstruktywny i esencjonalny.

Niemniej jednak, osiągnięcie warunków optymalnych dla konwersacji tego rodzaju zawsze wymaga od pytającego intensywnego wysiłku, wygenerowania w sobie postawy nastawionej na innych; nie na siebie. Zwłaszcza w sytuacji, kiedy „Nasz” respondent jest obciążony piętnem nie tak odległego „odejścia na zawsze”, świadomością niepewnego jutra. Ponadto, „*skrępowanie przynosi niekompletność kostiumu*”. Wstydlive jest pokazywanie się w pidżamie, szlafroku, czy w pościeli [39]. Całej sytuacji nierzadko towarzyszy zarówno ból fizyczny, jak i psychiczny, co dodatkowo potęguje efekt trudności i tragiczności sytuacji.

Kontynuując, można zatem stwierdzić, iż przestrzeń, do której każdorazowo przyszło mi wkraczać, stanowiła namacalne odbicie bieżącej kondycji danej rodziny, z którą miałam możliwość się spotkać. Jakkolwiek była to dla mnie sposobność z punktu widzenia metodologicznego najlepsza z możliwych, to jako osoba empatyczna starałam się w tym trudnym momencie życia rozmówców, mimo swojej fizycznej obecności nie naruszać ich prywatnej strefy w taki sposób, w który mogłabym ich do siebie zniechęcić i zdystansować [39]. W następstwie czego najprawdopodobniej nie chcieliby się przede mną w rozmowie odpowiednio otworzyć i zwierzyć, w ogóle ze mną przebywać.

Należy wypracować w sobie swojego rodzaju profesjonalizm wobec wspomnianej sytuacji wkroczenia do domu chorego i Jego rodziny. Ów profesjonalizm powinien polegać na wyzbyciu się poczucia nieswojości dla nowego miejsca, a także sceptycyzmu, czy też jawnego zaskoczenia innością przestrzeni, w której przyszło nam się znaleźć. Respondent – gospodarz, do którego przychodzimy, nie może mieć poczucia dyskomfortu wobec naszej reakcji na obecność sprzętu medycznego, „dziwnego” zorganizowania pomieszczeń, czy też braku lub wręcz przeciwnie – miejscowego nagromadzenia danych przedmiotów. Dlatego, należy sobie uświadomić odpowiednio wcześniej prawdopodobieństwo zastania w miejscu, do którego się wybieramy, odmiennej organizacji i obecności przedmiotów, które stanowią dla chorego istotę wsparcia w chorobie [40]. I jakkolwiek jesteśmy naturalnie zaskoczeni, czasem wręcz poruszeni tą wszechobecną i materialną prezentacją konkretnej ułomności, to zalecam zachowanie wewnętrznego spokoju i koncentrację na rozmówcy. Prze-

cież, mimo tak poważnej dysfunkcji psychofizycznej wyraził On zgodę na spotkanie i chęć udzielenia wywiadu na temat jego choroby. Już choćby z tego powodu należy docenić, porozmawiać, okazać zaangażowanie.

### *Emocjonalność respondenta*

Kolejną pozostającą nie bez znaczenia dla przeprowadzanych wywiadów sprawą była kwestia zastanowienia się nad tym, co zrobić w sytuacji, gdy reakcja respondenta na zadawane pytanie będzie trudna, bo gwałtowna, emocjonalna. Rozmawiając z chorymi i rodziną o ich życiu, w tym również (a właściwie przede wszystkim) o chorobie, a więc aktualnej dla nich sytuacji, nie mogłam szczęśliwie zakładać, że będą to zawsze rozmowy łatwe i proste. Zanim ruszyłam w teren, musiałam zaakceptować, że „takie” momenty najprawdopodobniej się po prostu wydarzą. Postanowiłam kolejno, iż jeśli w trakcie wywiadu pojawią się np. elementy takie jak łzy bądź krzyk, zaakceptuję to. Pozwolę „swojemu” rozmówcy być sobą w pełni, nawet jeśli stany emocjonalne tego rodzaju zarezerwowane były do tej pory tylko dla nich samym bądź dla osób tylko z najbliższego kręgu ich zaufania. Tym na co miałam jednak przy tej okazji zwrócić szczególną uwagę, było stworzenie naturalnych warunków dla konwersacji. Co z kolei zakładało o tym, że nie miałam zamiaru stopować reakcji respondenta – nawet jeśli z tego powodu miałabym poczuć się nieswojo, jako naoczny świadek tej intymnej reakcji opowiadającego. W trakcie występowania (jak się wkrótce okazało wcale nie wyjątkowej) sytuacji tego rodzaju, miałam jednak na uwadze fakt, aby owa reakcja nie zapanowała całkowicie nad opowiadającym, uniemożliwiając mu w ten sposób dalsze „relacjonowanie” [25]. Dlatego postanowiłam, że po tym, jak emocje opadną, będę starała się powrócić do właściwego tematu, o ile respondent wyrazi na to swoją zgodę i wolę. Należało się zatem wyposażyć w dużą dozę cierpliwości, ostrożności, ale przede wszystkim empatii.

W odniesieniu do specyfiki realizowanych badań, śmiem twierdzić, iż przeprowadzenie ich byłoby po prostu niemożliwe, gdyby badacz pozbawiony był cechy, jaką stanowi wspomniana decentracja. Umiejętność bowiem, czy też uwrażliwienie na odczuwane stany emocjonalne drugiej osoby są w tym wypadku kluczowe [41]. Odnoszą się one również do założeń charakterystycznych dla opisywanego wcześniej wywiadu rozumiejącego. Elastyczność, ale także udzielanie bieżącego wsparcia w trakcie realizowanej rozmowy, zacieśnienia pomiędzy badaczem, a respondentem więzi, budując w ten sposób relację oraz zaufanie [25]. W następstwie czego, mamy możliwość dowiedzieć się o chorym i członku jego rodziny więcej. Okazując rozmówcy zrozumienie, ale także wsparcie dbamy o jego komfort emocjonalny. Współ-

praca tego rodzaju zdaje się tak więc przynosić korzyści obydwu stronom. Respondent posiada w tym sensie sposobność nawiązania dialogu z kimś z zewnątrz (co często ma właściwości dla niego terapeutyczne); badacz z kolei pozyskuje obszerny materiał właściwy [42]. Postawa pro empatyczna jest tak więc w tym przypadku właściwą oraz niemożliwą do pominięcia dla obydwu rozmawiających ze sobą stron.

### *Stan zdrowia respondentów*

Przed spotkaniem z respondentami musiałam uświadomić sobie przede wszystkim, że są to osoby chore, a to powoduje istotne i konkretne dla prowadzonego wywiadu następstwa. Starłam się zatem w pierwszej kolejności zastanowić czym ów aktualna dysfunkcja opowiadającego się charakteryzuje. Wiedziałam, że próba wcześniejszego zobrazowania sobie tego, co mogę zastać na miejscu spotkania, pozwoli mi zminimalizować efekt zaskoczenia, współczucia, smutku, czy innych emocji towarzyszącym przebywaniu z osobą ciężko chorą. Posiadając wiedzę na temat choroby nowotworowej i jej następstw, uświadomiłam sobie, iż w trakcie realizowanej rozmowy, mogą pojawić się konkretne przyczyny ze strony ograniczeń zdrowotnych respondenta, w związku z którymi wywiad może zostać przerwany lub rozciągnięty w czasie. Brałam taką ewentualność pod uwagę. Należało pamiętać o prawdopodobieństwie zdarzenia tego rodzaju. Mogły bowiem w związku z tym pojawić się następujące problemy, a właściwie zjawiska bezpośrednio oddziałujące na możliwość zebrania informacji: senność chorego, luki w pamięci, niewyraźne mówienie, zbyt cichy ton wypowiedzi, ograniczenia słuchowe, osłabienie w wyniku zażytych leków i inne [43].

W przypadku szczególnie „chorych” respondentów powyższe były elementem towarzyszącym tale. Jeśli któraś z nich miała się w trakcie rozmowy „zakorzenić” na dobre, planowałam po prostu przerwać w sposób taktowny rozmowę i za zgodą respondenta powrócić do niej, kiedy ten będzie w lepszej formie. Drugą kwestię stanowiło poinformowanie osoby opiekującej się o stanie podopiecznego tak, aby ten miał wiedzę na temat jego aktualnego samopoczucia. Jakkolwiek bowiem, zależało mi na pozyskaniu informacji, nie mogłam przecież realizować badań kosztem kondycji psychofizycznej opowiadającego. W tym przypadku przede wszystkim zamierzałam brać pod uwagę jego bieżący stan zdrowia. Jeśli deklarowane oraz faktyczne samopoczucie było przynajmniej dostateczne, rozmowa była możliwa do przeprowadzenia.

## *Tematyka badań*

Ostatnią, co nie oznacza, że najmniej ważną kwestią o której chciałabym zaznaczyć, wobec przygotowań do realizacji badań własnych, było postawienie sobie pytania: „Czy dam radę?”. Wątpliwości tego rodzaju nachodziły mnie niejednokrotnie. Uważam, że było to jak najbardziej właściwe i naturalne. Bezpośredni kontakt z chorobą, bólem, gniewem, smutkiem, czy wreszcie ze śmiercią nigdy dla człowieka nie był i nie jest łatwy. Obawiamy się bowiem zazwyczaj tego czego nie znamy. Śmierć stanowi odwieczną tajemnicę, która od zawsze budzi w nas niepewność i lęk [44].

Zanim bezpośrednio skonfrontowałam się ze „swoimi” rozmówcami, niejednokrotnie nachodziły mnie wątpliwości, w odniesieniu do założeń pracy. Zastanawiałam się, czy będą Oni chcieli poświęcić mi swój czas na spotkanie. Stanowiło to przecież czynnik już na samym początku rozstrzygający o powodzeniu badań. A jeśli już zechcą podzielić się ze mną swoimi przeżyciami, to czy powiedzą na tyle dużo i szczerze, abym mogła stwierdzić o komplementarności wypowiedzi? I wreszcie, czy temat naszej rozmowy nie okaże się zbyt trudny, nie przerośnie mnie, czy nie dam się zawładnąć emocjom, jakie mogą pojawić się w trakcie wywiadu? Wszystkie te pytania powodowały o tym, że musiałam ustalić sama ze sobą kilka kluczowych dla realizacji wywiadu postulatów. Postulatów tych zamierzałam przestrzegać w trakcie prowadzonej z respondentem rozmowy. W związku z czym kluczowe stało się dla mnie:

- Pozwolenie respondentowi na dowolne tempo odpowiedzi na stawiane pytania
- Minimalna ingerencja w wypowiedź właściwą respondenta
- Umożliwienie respondentowi „bycia sobą”
- Udzielenie respondentowi (jeśli zajdzie taka konieczność) wsparcia
- Umiarkowana reakcja ze strony badacza wobec wypowiedzi respondenta

Innymi słowy, opowiadający miał posiadać pełną swobodę w aspekcie procesu narracjonowania. Ewentualna ingerencja z mojej strony powinna wystąpić w sytuacji wypowiedzi, z technicznego punktu widzenia niezrozumiałej. Zakładałam ponadto, możliwość sporadycznego odbiegania od tematu kluczowego, o ile respondent nie robił tego nazbyt często, a pozwalało mu to na pogłębienie, czy też ukontekstowanie wątku dla poruszanej tematyki nadrzędnego. Wśród poruszanej kwestii choroby, byłam świadoma sposobności pojawienia się „momentów trudnych” dla opowiadającego. To z kolei powodowało o tym, iż postanowiłam nastawić się na okazanie respondentowi zrozumienia, pogody ducha i wszystkich takich stanów, które w stopniu umiarkowanym mogły mu w danym momencie pomóc, nie wpływając jednocze-



śnie w sposób diametralny na cel prowadzonej rozmowy. W ramach tychże starań, uwzględnione zostały przez mnie wszystkie zasady etyki badacza. Od samego początku chciałam aby rozmówca czuł się bezpiecznie i komfortowo [45, 46].

### *Interakcja*

Na samym końcu chciałabym zaznaczyć o istotności dostosowywania się do aktualnej kondycji psycho-fizycznej opowiadającego. Bycie miłym, sympatycznym dla drugiego człowieka (zwłaszcza takiego, którego jesteśmy gośćmi) wydaje się być czymś naturalnym i oczywistym [40]. Jednakże od samego początku prowadzonych badań, starałam się do całego przedsięwzięcia nie pochodzić mechanicznie i tylko zadaniowo. Niejednokrotnie na łamach niniejszej pracy, podkreślałam ważność dopasowywania się do potrzeb respondenta, jego odczuć i ekspresji. Pierwsze spotkania z rozmówcami utwierdziły mnie w przekonaniu, że przeświadczenie tego rodzaju jest właściwe i owocne dla treści pozyskiwanych danych. Taka moja postawa gwarantowała wypracowanie zaufania, chęci podzielenia się z badaczem swoimi doświadczeniami. Dlatego tak też określone działania były przeze mnie praktykowane w ramach badania właściwego.

### *Konkluzja*

Niniejszy artykuł poświęcony został prezentacji wybranych technik z zakresu metodologii socjologii dla realizacji badania poświęconego poznaniu opinii umiarkowanego i jego opiekuna na temat choroby, hospicjum domowego i życia w ogóle. Posłużenie się wybranymi założeniami wywiadu narracyjnego i rozumiejącego, a także obserwacji, okazało się zadaniem niezwykle ciekawym, ale przede wszystkim funkcjonalnym wobec realizowanego przedsięwzięcia. Tak wykorzystana triangulacja metodologiczna nadała całej sprawie komplementarności oraz ukazała wielopłaszczyznowy obraz dla omawianych tutaj zagadnień.

Wierzę, iż zaprezentowane narzędzie pozwoliło dotrzeć mi do „mojej” grupy badawczej, która ostatecznie obdarzyła mnie zaufaniem i zechciała podzielić się z badaczem historią swojego życia. Myślę, że przedsięwzięcie to nie mogłoby zakończyć się powodzeniem, gdyby nie „zapraktykowane” przeze mnie założenia, o których traktowałam powyżej, a które ukażą swoje pozytywne następstwa w części poświęconej prezentacji oraz analizie opracowanych wyników badań.

## *Bibliografia*

- [1] Glaser B., Strauss A. L., Świadomość umierania, Gdańsk, 2016.
- [2] Denzin N. K., The research act, Nowy York.
- [3] Glaser B., Strauss A. L., Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research, Chicago, Aldine, 2009.
- [4] World Health Organization, Good health adds life to years. Global grief for World Health Day 2012, Genewa, 2012.
- [5] Główny Urząd Statystyczny, Rutkowska L., Trwanie życia w 2015 r., Warszawa, 2016.
- [6] Kłos J., Gromadecka- Sutkiewicz M., Zysnarska M., Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku, Hygeia Public Health, 2014.
- [7] Szukalski P., Jak Polacy umierają?, Demografia i gerontologia społeczna- biuletyn informacyjny, nr 1, Łódź, 2013.
- [8] Raclaw M. Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłaconej pracy [w:] Hryniewicz J. (red.), O sytuacji ludzi starszych, Tom III, II Kongres Demograficzny, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, 2012.
- [9] Szweda-Lewandowska Z., Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej, Polityka społeczna, nr 5-6, Warszawa, 2007.
- [10] [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_ageing)
- [11] D. Clark, C. Centeno, Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis, Clinical Medicine No 2, March/April 2006, s. 199.
- [12] Zarycki T., Społeczne konsekwencje rozwoju internetu- rewolucja, czy reprodukcja struktur społecznych?, Warszawa, 2014.
- [13] Dziennik Ustaw, Ustawa o prawach pacjenta I Rzeczniku Praw Pacjenta, Warszawa, 2008.
- [14] Bauman Z., Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia.
- [15] Jick D. Todd, Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action, Qualitative methodology, nr. 4, 1979.
- [16] Sztompka P., Kapitał społeczny. Teoria przestrzeni międzyludzkiej, 2016.
- [17] Szreder M., Losowe i nielosowe próby w badaniach statystycznych, Przegląd statystyczny, Zeszyt IV, 2010.
- [18] Kubler-Ross E., Rozmowy o śmierci i umieraniu II polskie, Poznań, 1998.
- [19] Kaźmierska K., Badania biograficzne w naukach społecznych, Przegląd socjologii jakościowej. Metoda biograficzna w naukach społecznych, Tom IX, nr 4, Łódź, 2013.
- [20] Hermans H., Narrative interview- a new tool for sociological field research, Folia Sociologica 13, Łódź 1987.
- [21] Sterling, Edwards, 2007.
- [22] Znaniński F., Nauka o kulturze. Narodziny i rozwój, Warszawa, 1992.
- [23] Babbie, E., Badania społeczne w praktyce, Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 2007.
- [24] Wyka A., Badacz społeczny wobec doświadczenia, Instytut Socjologii i Filozofii PAN.
- [25] Kaufmann J. C., Wywiad rozumiejący, 2010.
- [26] Lutyński J., Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia, Łódź, 1994.
- [27] Gruszczyński L., Kwestionariusze w socjologii, Katowice, 2001.
- [28] Gold R., Roles in sociological field observation, Social forces (36).
- [29] Kostera M., Antropologia organizacji, Warszawa 2003-2005.
- [30] Konecki K., Strategia badań jakościowych metodologii ugruntowanej, Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana, Warszawa, 2000.

- [31] Cybulski K., *Badania marketingowe*, nr 8, Warszawa, 2016.
- [32] Frankfort-Nachmias C., Nachmias D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, Poznań, 2001.
- [33] Doktor K., *„Przedsiębiorstwo przemysłowe. Studium socjologiczne Zakładów Przemysłu Metalowego „H. Cegielski”*, Warszawa, 1964.
- [35] Creswell J. W., *Qualitative inquiry and research design*, 2013.
- [36] Wildemuth B., Zhang Y., *Qualitative analysis*.
- [37] Bauman Z., *Socjologia*, Wydanie IPoznań, 1996.
- [38] Kaźmierska K., *Badania biograficzne w naukach społecznych, Przegląd socjologii jakościowej. Metoda biograficzna w naukach społecznych, Tom IX, nr 4, Łódź 2013.*
- [39] Hinde, R. A., Stevenson-Hinde, J., *Związki interpersonalne a rozwój dziecka [w:] A. Brzezińska, G. Lutomski (red.) Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*, Poznań, 1994.
- [40] Derrida J., *Gościnność nieskończona, Przegląd Filozoficzno-Literacki*, nr 3, 2004.
- [41] Łukasiuk M., Jedwokimow M., (red.), *Socjologia zamieszkiwania*, Warszawa, 2014.
- [42] Kaufmann J. C., Wakar K., *Ego. Socjologia jednostki. Inna wizja człowieka i konstrukcji podmiotu*, Warszawa, 2004.
- [43] Aronson E., Wieczorkowska G., *Kontrola naszych myśli i uczuć*, Warszawa, 2001.
- [44] Golecka B., *Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych metodą chemioterapii*, Głogów, 2013.
- [45] English H. B., English A. C., *A Comparative Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms*, [w:] Spielberger Ch. D., *Anxiety and Behavior*, New York, 1971.
- [46] *Kodeks Etyki Socjologa*, pkt 7-16, Warszawa, 2012.