Abstrakt

Uśmierzanie ostrych i przewlekłych dolegliwości bólowych jest ważnym zadaniem lekarza, zarówno ze względu na etyczne przesłanki, jak i wyniki badań dowodzących negatywnego wpływu doświadczanego bólu na funkcjonowanie organizmu pacjenta. Skuteczne uśmierzanie bólu warunkowane jest jego adekwatnym badaniem, które po pierwsze poprzedzać ma leczenie, po drugie –z racji przyjętej definicji bólu jako subiektywnego doświadczenia –opierać się ma na samoopisie pacjenta, a po trzecie przebiegać z użyciem odpowiedniej, obiektywizującej metody. Jednocześnie konsekwencje dla badania bólu tego, iż jest doznaniem cielesnych, a badanie samoopisowe zapośredniczone jest w mowie i przebiega w społecznej interakcji między pacjentem i lekarzem, oraz w określonym kontekście wizyty lekarskiej, rodzą pytania o możliwość i sposób wcielania w życie tego postulatu.

Krytyczny przegląd literatury pozwolił zidentyfikować i wyjaśnić wynikłe z teorii dylematy, lecz ich nie rozwiązał, pozostawiając otwartym pytanie o znaczenie i możliwość badania bólu. W jego efekcie postawiłam szczegółowe pytania badawcze: o sensy nadawane przedsięwzięciu badania bólu i proponowanym do tego metodom, o relacje między badaniem bólu i działaniem w praktyce medycznej, o faktycznie podejmowane przez lekarzy sposoby poznawania bólu chorego, na które odpowiedzi poszukiwałam za pomocą inspirowanego hermeneutyką jakościowego badania lekarskich praktyk badania bólu pacjentów. Częściowo ustrukturyzowane wywiady eksperckie z lekarzami różnych specjalności pozwoliły uzyskać szczegółowe opisy ich doświadczenia, które poddałam analizie interpretatywno-fenomenologicznej.

Analiza uzyskanego materiału ujawniła, iż lekarze praktycy rozumieją badanie bólu jako stosowanie sformalizowanych narzedzi klinicznej oceny bólu, choć sami nie korzystają z nich do poznawania bólu swoich pacjentów, większość w ogóle nie stosuje ich w własnej praktyce i jest wobec nich krytyczna. Ponadto wyłoniły się trzy główne kategorie znaczenia badania bólu –badanie bólu jako zadanie lekarza, badanie bólu jako działanie lekarza i badanie bólu jako poznawanie bólu pacjenta –a w każdej z nich szczegółowe podkategorie. Źródłem badania bólu jako zadania lekarza, które jednak, jako nieakceptowane, często delegowane jest innym członkom personelu, jest z perspektywy lekarzy teoria, projekt badania bólu i instytucja badania bólu. Badanie bólu (za pomocą skali klinicznej oceny bólu) jako działanie lekarza nie służy poznawaniu bólu, ale racjonalizowaniu postępowania przeciwbólowego, służy jako pamięć własnych doznań dla pacjenta, a także samo oddziałuje uśmierzająco na jego dolegliwości. Badanie bólu jako poznawanie bólu pacjenta przebiega natomiast, w zależności od kontekstu praktyki medycznej, zazwyczaj dzięki obserwacji pacjenta, lub w swobodnej rozmowie, które jednak przenikają się tworząc całość badania (współtworzona przez badanie fizykalne i diagnozę *ex iuvantibus*), które możliwe jest wyłącznie przez odniesienie do świata życia chorego.