

Исследовательские дискурсы: субъектность исследователя



DOI: 10.19181/inter.2026.18.3.3

EDN: KLMWBS

Стерильность невозможна: риски включенного наблюдения в медицине

Ссылка для цитирования:

Тукина Д. И. Стерильность невозможна: риски включенного наблюдения в медицине // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2026. Т. 18. № 3. С. 42–61. <https://doi.org/10.19181/inter.2026.18.3.3> EDN: KLMWBS

For citation:

Tukina D. I. (2026) Sterility Is Impossible: The Risks of Participant Observation in Medical Settings. *Interaction. Interview. Interpretation*. Vol. 18. No. 3. P. 42–61. <https://doi.org/10.19181/inter.2026.18.3.3>



Тукина Дарья Игоревна

Социологический институт РАН —
филиал ФНИСЦ РАН; Европейский университет
в Санкт-Петербурге, Санкт-Петербург, Россия

E-mail: dtukina@eu.spb.ru

В статье рассматривается, как телесно переживаемый риск в ситуации первичной включенности в медицинскую практику становится условием производства этнографического знания. На материале включенного наблюдения в хирургическом отделении городской больницы в Западной Сибири (2020–2023), где автор работала волонтером-санитаркой, анализируется одна из первых полевых заметок. В центре внимания то, каким образом страх исследователя-новичка заразиться через кровь, заминка во время оказания помощи, сенсорная избирательность при взаимодействии с телом пациента и последующее нарративное самообъяснение этого делают видимыми некоторые аспекты социального порядка отделения. Теоретически статья опирается на карнальную социологию Лоика Вакана, концепцию embodied action и подход Джайды Ким Самудры к «насыщенному участию» (thick participation), переосмысленные применительно к анализу полевых заметок как формы фиксации кинестетических, сенсорных и нарративных следов телесного опыта. Показано, что страх перед контактом с кровью не просто сопровождает



включенное наблюдение, а организует внимание исследователя, выявляет различия в практических режимах восприятия опасности у санитарки, медсестры и исследователя-новичка, а также делает заметными профессиональные границы допуска, ответственности и контроля в практиках обращения с телом пациента, его ранами и отходами жизнедеятельности. Одновременно анализируются отсутствие страха и автоматизм действия в другом эпизоде наблюдения как не менее важные источники данных, позволяющие проследить вмешательство ранее усвоенного медицинского опыта в текущее полевое участие. Риск осмысляется как продуктивное условие, позволяющее наблюдать за скрытой организацией медицинской практики. Статья показывает, что самые первые дневниковые записи могут рассматриваться не только в качестве описания полевого случая, но и в качестве материала, в котором телесное вхождение в поле уже преобразуется в аналитически доступные данные.

Ключевые слова: включенное наблюдение; госпитальная этнография; карнальная социология; полевой дневник

Введение

Поле медицины и медицинского ухода сложно не назвать чувствительным, учитывая как то, что пациенты испытывают физические и эмоциональные страдания, вызванные болезнями, травмами и увечьями, так и то, что медицинские институции чувствительны к разного рода исследовательскому вторжению, которое может ставить под сомнение клиническую и организационную практику конкретных медицинских специалистов, руководителей и целых отделений. Вход в такое поле может становиться чувствительным и для исследователя медицины: встреча со смертью, наблюдение за уязвимыми группами информантов в ситуации (социального) страдания или практическое бессилие перед кажущейся несправедливой здравоохранительной системой порождают множество методологических рефлексий относительно того, что в итоге мы (не) спрашиваем у информантов, (не) записываем в полевой блокнот или на диктофон и (не) представляем читателю на выходе [Ansprach, Mizrahi, 2006]. Именно в этой перспективе чувствительность медицинского поля и исследовательского присутствия в нем стала предметом специфической рефлексии в западной медицинской антропологии и социологии медицины. Здесь ключевым чувствительным аспектом для исследователя выступает, как правило, этическое регулирование исследования, а также связанные с ним юридические и профессиональные риски для ученого, информантов-пациентов и информантов-медработников [Dilger, Huschke, Mattes, 2014]. В российских социальных медицинских исследованиях данная тематика также набирает оборот, приобретая форму анализа конкретных исследовательских затруднений, этнографических удивлений и удач, как, например: позиционирование феминистского социолога в процессе наблюдения за лечебным учреждением

[Новкунская, Литвина, Темкина, 2021], неожиданные способы выхода в закрытое поле на фоне эпидемиологического кризиса [Вятчина, 2022]; неизбежная телесная включенность исследователя в альтернативный лечебный процесс, находящийся в фокусе исследования [Алтухова, Клепикова, Пироговская, 2022]. Последняя статья примечательна тем, что выходит за рамки обсуждения этико-юридических рисков и последствий исследовательской работы в медицинской среде, вновь ставя вопрос о рисках для жизни и здоровья самого исследователя.

Риски данного рода обсуждаются крайне редко, поскольку современная этнография значительно вышла за пределы перманентной физической опасности в «диком» и неизведанном поле [Samudra, 2015: 18–19], а психологические риски теперь поддаются превентивному управлению, как кажется, благодаря психотерапевтическому повороту. В целом риски для жизни, здоровья исследователя и этические риски для исследования присущи этнографической работе в любом поле [Форум: Опасности поля, 2021: 29], не только в медицине, а вопросы позиционирования или шире — дистанции и вовлеченности [Пинчук, 2025] — общее место в антропологии и социологии на фоне послерефлексивного поворота.

Однако именно в медицинском поле, в отличие от многих других этнографических контекстов, риск для жизни и здоровья не выступает эпизодическим обстоятельством полевой работы, а составляет рутинный элемент институциональной и профессиональной среды: инфекционная опасность, контакт с кровью, другими телесными выделениями и медицинскими отходами, а также необходимость действовать в непосредственной близости к страдающему и уязвимому телу. И если для медицинских работников эти угрозы повседневно нормализуются режимами профессионального практического действия, то для исследователя, использующего метод включенного наблюдения, особенно когда он(а) впервые вовлекается в работу руками и телом, эта нормализованная профессионалами опасность проступает как личный и методологически значимый риск. Личный — потому что включенность в медицинскую среду сопряжена с реальной вероятностью инфицирования: от сезонных респираторных заболеваний (ротавирусы, ОРВИ) до инфекций с тяжелыми медицинскими и социальными последствиями (гепатиты, ВИЧ). Методологический — потому что можно легко упустить из виду то, что переживание опасности заражения не просто сопровождает включенное наблюдение, оно организует его: перенаправляет внимание исследователя, меняет темп и степень включенности, обостряет восприятие телесных и моральных границ ситуации, что отражается в записанных материалах. Такую зависимость я обнаружила при перечитывании первых полевых заметок, сделанных в моем первом медицинском поле. Я работала в нем не как сторонний наблюдатель, а через ритмы смен, чужую и собственную боль, рутину ухода и лечения, эпидемиологическую (не)безопасность больничного пространства, исполняя роль одновременно антрополога и младшего медицинского работника. Такой формат включенности позволяет поставить вопрос не только о риске как



условии работы в поле, но и о его эпистемической продуктивности. В данной статье я предлагаю рассмотреть, как переживаемый исследователем риск в ситуации первичной включенности в медицинскую практику становится условием видимости некоторых аспектов социального порядка, которые труднее «схватить» из позиции внешнего наблюдения или при уже ставшей рутинной вовлеченности. Каким образом телесно переживаемые опасность, страх, уязвимость и вовлеченность исследователя становятся частью производства этнографического знания? Для концептуализации этой связи между телесной вовлеченностью, практическим действием и производством знания я обращаюсь к подходу Лоика Вакана — к его «социологии плоти и крови» и идее энактивной этнографии, где включенное наблюдение мыслится как отказ от созерцательной дистанции ради схватывания *действия в производстве* и реконструкции тех когнитивных, конативных и аффективных схем (габитуса), которые вписаны в тело и проявляются как практическое знание *in actu* [Wacquant, 2015; Wacquant, Vandebroek, 2024]. Я анализирую свои первые полевые заметки о хирургическом отделении, в которых отражается, как некоторые разворачивающиеся события ощущались мной как опасные, а действия медработников воспринимались как рискованные. Меня будет интересовать, как этот риск и эта опасность, переживаемые телесно и ситуативно, структурировали мой режим внимания и включенного действия, запускали моральные самооправдания, а затем дискурсивно оформлялись в дневнике, то есть выступали одним из механизмов производства полевого знания.

Полевой контекст

В 2020–2023 годах я проводила включенное наблюдение в одной городской больнице в малом городе в Западной Сибири¹. Больница бюджетного стационарного типа, в ней находятся несколько отделений, в том числе хирургическое, которое было моим основным местом работы. Исследованный² больничный городок сталинских времен, расположенный на таежном закутке-отшибе среди частного сектора в получасе езды от центра города, — единственный на несколько близлежащих городов и деревень, где можно получить стационарную помощь. За четыре года систематических полевых выездов (от трех до семи недель) я сделала сотню заметок и дневниковых записей

¹ Такая анонимизация города и места, инициированная в бумажном виде администрацией больницы, была обязательным условием допуска в поле.

² По результатам этого исследования защищены магистерская и аспирантская диссертации: «Социальный порядок хирургического отделения и выстраивание профессиональных границ на примере одной городской больницы Западной Сибири», «Больница в малом городе глазами младшего медперсонала: моральная экономика и профессиональная этика» (факультет антропологии ЕУСПб, 2021 и 2024 годы соответственно). Также по материалам исследования готовится к защите кандидатская диссертация в СИ РАН — филиале ФНИСЦ РАН и монография «Будни санитарки: этнография больничной жизни» (при поддержке Фонда социальных исследований «Хамовники»).

общим объемом более 50 авторских листов, собрала более 30 аудиозаписей³ рабочих дней отделения и глубинных интервью с некоторыми санитарками, медсестрами и врачами. Особенностью моей включенности в поле было то, что я работала волонтером-санитаркой по гибкому графику. По предварительной договоренности с информантами я либо отработывала полную смену фактически наравне с ними (чаще всего в качестве санитарки перевязочного кабинета), либо помогала эпизодически и параллельно вела наблюдения, не привязанные к темпорально-пространственному измерению работы санитаря: я бывала в ординаторской, сопровождала медсестер по их делам в другие отделения, присутствовала на обходах врачей, малых операциях.

На всем протяжении полевой работы я находилась в близком контакте с пациентами, а также с биологическими жидкостями и отходами, хирургическими инструментами и медицинским оборудованием. Я встретила вторую волну пандемии COVID-19 в отделении, когда была наспех организована красная зона, а после хирургия закрылась на карантин вместе со всеми медиками, кто был на смене (через день после моего отъезда в другой город). В разные годы мы вместе наблюдали эпидемии ОРВИ, болезни и травмы пациентов, характерные для разных сезонов года и эндемичные данному региону. С каждым годом усиливался дефицит расходных материалов и медикаментов в отделении: не хватало даже стерильных перчаток для хирургов (пять пар на смену при загруженности в сорок пациентов!).

Эпидемиологическую неопределенность задавал и особый режим госпитального скрининга пациентов на опасные инфекции (гепатиты В, С, ВИЧ и сифилис). С 2020 года отделение отменило плановые госпитализации, при которых пациенты заранее сдавали анализы. В течение года в хирургическое отделение поступали только экстренные пациенты, доставленные бригадами СМП или прибывшие самотеком⁴. Результаты данного скрининга при поступлении зачастую отсутствовали, а местная лаборатория не всегда успевала выполнить исследования либо испытывала дефицит реагентов для их проведения. Получалось, что некоторые операции и последующий уход в первые сутки проводились без результатов тестов. Даже если врачи точно знали инфекционный статус пациентов, для медицинских сестер, а тем более для санитарок, эта информация была менее доступной. Постовые медицинские сестры могли ознакомиться с результатами анализов в медицинской карте пациента (это также передавалось перевязочным медсестрам), тогда как санитарки

³ Продолжительность каждой записи от трех до шести часов. Диктофонные записи были сделаны на телефон, вложенный в карман моей рабочей формы либо открыто лежавший на столах, тумбочках и подоконниках служебных и процедурных помещений. Медицинский коллектив не возражал против систематических записей. Методологическая рефлексия о том, как явленные информантам девайсы для сбора данных влияют на ситуативное взаимодействие с ними же, и об особенностях саундскейпа в медицинском пространстве (микрофон в шуршащих штанах медицинской формы!) специально не обсуждаются здесь, но учитываются при анализе полевой ситуации в данной статье.

⁴ Самостоятельное прибытие пациента (либо его доставка родственниками) в приемное отделение стационара за экстренной медицинской помощью без вызова скорой помощи и без направления врача.



узнавали о том или ином статусе из разговоров между медработниками. Так или иначе, такая неопределенность должна компенсироваться профессиональным медицинским правилом считать любого пациента потенциально инфицированным и принимать соответствующие меры предосторожности. Однако остается вопрос, как в действительности складываются практики работы с кровью (и другими биологическими жидкостями) у сотрудников разных уровней профессиональной иерархии. Для меня как исследователя со сложным статусом и ролью в отделении эта ситуация приобретала дополнительное измерение, которое будет обсуждаться далее.

Хотя основное наблюдение, разбираемое дальше в статье, относится к самым первым дням моего пребывания в отделении, мой вход в медицинское поле был не совсем первичным. Еще в школьные годы у меня был краткий опыт работы санитаркой в процедурном кабинете малых гинекологических операций другой больницы. Этот опыт не включал уход за пациентами в палатах и антропологическую исследовательскую работу, однако он оставил некоторые фрагментарные знания о больничной рутине, уборке, обращении с инструментами и утилизации отходов в хирургии. Для дальнейшего анализа это обстоятельство оказывается существенным: в поле 2020 года я одновременно была и новичком в конкретном отделении другого города, и носителем некоторого усвоенного медицинского опыта, который в тот момент оставался для меня самой не вполне явным, но который был эксплицирован по ходу анализа материалов.

Стоит также добавить, что в 2024 году я поступила в медицинский колледж на «Сестринское дело», и в 2024/2025 учебном году проходила практику в нескольких больницах Санкт-Петербурга, большую часть времени — на базе городской многопрофильной больницы с иным уровнем диагностических возможностей и ресурсным обеспечением (но все еще неравномерным) и иной организационной плотностью. В своем новом статусе студентки-медика я участвовала в процессе лечения и ухода уже на других основаниях, с более расширенным перечнем возможностей проведения медицинских манипуляций. В каком-то смысле из «участника в роли» за шесть лет я превратилась, возможно, в «участника в роли по опыту» [Пинчук, 2025: 48–49], поскольку моя вовлеченность в медицинскую среду стала в какой-то момент нерефлексируемой повседневностью, которую я пытаюсь переосмыслить, инициировав обсуждение в данной статье. Важным в этом контексте остается то, что, попав в хирургическое отделение впервые шесть лет назад, я пребывала там в роли новичка, который мало ориентировался в местном социальном порядке дискурсивно и практически, а также не умел действовать профессионально, по-медицински. Тем ценнее видится анализ первых полевых записей в дневнике с позиции карнальной социологии. Такие заметки можно читать как документ не просто о чуждом социальном порядке отделения, который предстоит описать исследователю, а как о моменте столкновения двух телесных культур — обыденной и профессиональной, когда некоторые сенсорные, кинестетические, когнитивные режимы еще не успели стать для меня само собой разумеющимися.

Как сделать телесный опыт данными

В первый день работы я пыталась одновременно видеть всех и вся, еще не умея настраивать «фокус», «линзу», «оптику». Я старалась быть полезной любому медицинскому работнику, который мог окликнуть меня, попросить что-то сделать, хотя совершенно не знала, как устроены любые виды работ в этой больнице. Другими словами, я входила в это поле в позиции двойного новичка: с одной стороны, как антрополог, поскольку это была моя первая самостоятельная полевая работа в таком качестве во время обучения в магистратуре; с другой — как санитарка конкретного хирургического отделения, поскольку, несмотря на имевшийся у меня краткий опыт схожей работы, я еще не обладала какой-либо практической уверенностью и не освоилась в местной больничной рутине, что позволило бы мне действовать в подобной среде как в привычном профессиональном пространстве.

В моем полевом дневнике первой была сделана заметка, написанная почти без временной дистанции от самого полевого случая. Она приводится здесь как знак того, как поле впервые «собрало» меня, и как я в ответ начала «собирать» его в письме. Заметка была написана от руки в тетради формата А4, а затем перепечатана без изменений в электронный документ:

«В одной из палат лежит мужчина около 65 лет, у него холецистит и еще ряд других проблем, связанных с печенью. Его доставили в отделение в состоянии алкогольного делирия (белая горячка алкогольная), и у него временно отказали ноги. Он не может ходить, но по ночам и иногда днем у него проявляется возбужденное состояние организма: он пытается убежать, падает с кровати, кричит. Сейчас в обед он опять упал с кровати, а постовая медсестра крикнула всем санитаркам, что его надо поднять. Получилось так, что рядом оказалась только я и Надя (палатная санитарка, 65 лет). Я была без перчаток, потому что не успела натянуть их, ведь мы бежали помогать пациенту. Когда мы пришли на место, я не решалась взять его за руки, потому что помнила, что ему постоянно ставят капельницы, а он пытается вырвать катетер. То есть его руки могли быть запачканы кровью, и я боялась притрагиваться к мужчине, не зная, болеет ли он какими-либо инфекциями. Надя заметила, как я мешкаюсь, и сказала: „Бери под руки, чего боишься, чистый дед, я мыла его“. Она подумала, что я брезгую, потому что весь медперсонал, включая меня, знали, что этот пациент был доставлен в больницу не в самом „опрятном“ состоянии. Меня же беспокоила возможность заражения, ведь я была без перчаток».

На этом же развороте тетради спустя два дня появилась запись в продолжение:

«Спустя пару дней я совершала перевязочный обход с медсестрой к этому же пациенту. Я была в перчатках, аккуратно снимала с него



лейкопластырь с повязкой. Медсестра заметила, что я делаю это не так, как с другими пациентами: я старалась касаться его меньше, чем других. Она указала мне на это: „Да не бойся ты его, отрывай“. Я боялась, потому что на его повязке был достаточный объем крови и других выделений для заражения при неаккуратном обращении. Но интересно, что когда я сложила повязку в специальный медицинский лоток для отходов и собиралась его отнести в перевязочную, медсестра сказала, чтобы я не трогала его и что она отнесет сама. Подобное уже случалось в моей практике работы санитаркой в хирургическом отделении: мне не позволяли обращаться с отходами разного класса от пациентов, у которых были диагностированы ВИЧ или СПИД».

Полевой дневник — основной инструмент работы антрополога и социолога при включенном наблюдении. Способам этнографического письма, жанровости и стилистике полевых заметок посвящена богатая методическая и методологическая литература [Sanjek, 1990; Atkinson, 1992; Emerson, Fretz, Shaw, 2001, 2011]. Однако фактически исследователи редко презентуют свои «сырые» полевые записи — заметки, зафиксированные почти непосредственно в ситуации наблюдения и еще не претерпевшие последующей аналитической обработки. Именно поэтому далее я сосредотачиваюсь только на одной, самой первой заметке, делая видимой эту часть этнографической работы. Аналитическая ценность первой заметки антрополога связана не с репрезентативностью описанного сюжета, а с тем, что в ней еще не сглажены первоначальные аффективные и телесные реакции на поле. В ситуации первого вхождения в отделение микродинамика взаимодействия между мной, медработниками и пациентом происходит не в контексте уже знакомого и упорядоченного профессионального мира, а в условиях страха, сомнения, подозрения, заминки, неловкости и телесной неуверенности новичка. Такая запись позволяет анализировать не только сам эпизод, но и процесс настройки исследовательского восприятия: что именно оказывается видимым, какие опасности аффективно выделяются в письме, какие элементы взаимодействия остаются за пределами внимания, а также с помощью каких слов исследователь впоследствии делает собственные действия для себя объяснимыми и приемлемыми.

В настоящей статье я обращаюсь к заметке в следующей аналитической перспективе. Меня интересует не только то, какие локальные классификации чистоты и загрязнения в ней проявляются, но и то, как через телесную вовлеченность, аффективную реакцию и сенсорную избирательность производится знание о поле. Иными словами, я рассматриваю запись не только как источник сведений о профессиональной культуре отделения, но и как след практического познания, возникающего внутри действия и под давлением ситуации. Подобную рамку предлагает Лоик Вакан. В его карнальной социологии исследователь, будучи социальным агентом и носителем определенного габитуса, познает изучаемый мир не только через наблюдение и последующее описание, но и через телесное освоение практик, ритмов, реакций и форм внимания, организующих повседневную жизнь исследуемого сообщества

[Wacquant, 2004]. Обучаясь какой-либо компетенции исследуемого сообщества, например, способам ухода в медицине, мы можем детально описать embodied action, подобно тому, как этнометодологи анализируют речь, чтобы вскрыть социальные схемы миров своих информантов [Wacquant, Vandebroek, 2024: 138]. В этой перспективе телесные реакции исследователя не сводятся к субъективным помехам или дескрипциям наблюдения, напротив, именно через них можно уловить те изменения практики, которые еще не успели превратиться в оторефлексируемое знание.

Однако признание эвристической значимости телесного опыта сразу ставит две методологические проблемы. Во-первых, как перевести этот опыт в данные? Как превратить страх, сенсорное подозрение, паузу, заминку, импульс отдернуть руку или, наоборот, автоматизм действия в аналитически значимый материал? Иначе говоря, как перевести телесное участие в форму письма, не уничтожив при этом ситуативность и «плотность» события? Во-вторых, чем успешнее исследователь осваивает поле, тем быстрее усваиваемые способы движения, реакции, распределения внимания и обращения с телами и биологическими жидкостями начинают работать как само собой разумеющиеся. В какой-то момент исследователь не только учится действовать нормативно, но и перестает замечать саму социальную специфичность этих телесных схем.

Для уточнения вакановской логики важна работа Джайды Ким Самудры, медицинского антрополога, изучающей боевые искусства силат [Samudra, 2008]. Размышляя о лингвистической ограниченности описания телесного опыта, Самудра предлагает рассматривать то самое embodied action не как нечто принципиально невыразимое, а как то, что может быть зафиксировано в письме разными способами. Она выделяет несколько уровней такой фиксации: во-первых, запись кинестетических деталей — поз, жестов, перемещений, положений тела в пространстве; во-вторых, фиксацию сенсорных ощущений (sensory impressions), то есть того, как ситуация ощущается разными органами чувств; в-третьих, фиксацию соматических нарративов, через которые телесный опыт получает первичное словесное оформление и становится высказанным [Samudra, 2008: 669–677]. В этом отношении полевая заметка оказывается не просто описанием события, а местом, где телесное участие начинает преобразовываться в данные, то есть формой аналитической артикуляции воплощенного опыта. Более того, анализ полевых заметок по этим трем осям может быть способом развоплощения (disembodiment) [Prentice, 2008: 55]. Если у Вакана телесное освоение практики выступает условием познания, то развоплощение обозначает рефлексию над этим освоением, то есть процедуру, позволяющую вновь сделать заметными те практические схемы, которые стремятся стать привычкой. Именно в этом смысле ранняя полевая запись представляет особую аналитическую ценность. Она фиксирует еще не завершившуюся рутинизацию восприятия и действия и тем самым позволяет увидеть момент формирования профессионально релевантной чувствительности. Мое повторное обращение к этой заметке выступает как практика частичного развоплощения: я анализирую не просто описанный случай, а собственный процесс телесной настройки на поле, еще не успевший



полностью стать автоматическим. Далее я вновь обращаюсь к этой записи, удерживая во внимании все три уровня фиксации телесного опыта, выделенные Самудрой, и рассматриваю, как через страх, заминку, сенсорную избирательность и последующее самообъяснение в ней становятся наблюдаемыми различия в режимах восприятия опасности, загрязнения и допустимого контакта в исследуемом отделении.

Страх как аналитический ресурс

В магистерской диссертации данная заметка уже становилась предметом анализа и легла в основу насыщенного описания локальных представлений о «чистом» и «грязном» в хирургическом отделении. В том анализе я опиралась на работу Мэри Дуглас [Дуглас, 2000] и показывала, каким образом символические классификации чистоты и загрязнения поддерживают и воспроизводят социальный порядок отделения и профессиональную иерархию. Так, для санитарок чистота относится прежде всего к бытовой и моральной опрятности пациента и помещения, что также видно из заметки, когда санитарка Надя говорит: *«я мыла его», «чистый дед»*. В этой системе координат кровь сама по себе не обязательно становится центральным объектом внимания, если она не маркирована сверху как источник инфекционной угрозы или опасности (например, медсестрой или врачом), и может отступать на второй план. Она воспринимается как часть неубранного пространства и «грязного» пациента, которого необходимо привести в порядок для дальнейшей работы медсестер и врачей, для процедур и операций. Поэтому Надя не высматривает повязку на руке пациента, не фокусирует внимание на состоянии катетера, которое так волновало меня, — она спешит быстрее поднять пациента, ожидая моей посильной помощи. Я же опасаюсь крови пациента, которую даже не вижу, останавливаю активные действия и замираю, как видно из отрывка.

На кинестетическом уровне заметка прежде всего фиксирует сбой в привычном для медсестры и санитарки действии, а также мою неопытность как участника такого медицинского взаимодействия. Страх перед кровью пациента, чей инфекционный статус был для меня неочевиден, проявляется в записи через выражения *«не решалась взять за руки», «боялась притрагиваться», «мешкаюсь», «аккуратно снимала его», «старалась касаться меньше»*. Эти формулировки важны как следы телесной настройки в самой ситуации. Пауза перед тем, как взять пациента под руки, и последующая нарочитая осторожность при снятии повязки показывают момент столкновения разных режимов практического знания. И санитарка, и медсестра реагируют именно на мои движения — еще до того, как я успеваю проговорить смысл своих колебаний. Санитарка замечает мою заминку, переводит ее в регистр гигиенической грязи, поторапливает меня: *«Бери под руки, чего боишься»*, — и призывает не брезговать именно потому, что она уже привела пациента в тот порядок, который делает мужчину опрятным, а прикосновения к нему — безопасными, в смысле — не противными для санитарок (*«чистый дед, я мыла его»*).

Медсестра же считает мою осторожность как неправильную технику выполнения микропроцедуры отрыва пластыря: она сочла, что мой темп слишком медленный, а движения неловки (*«Да не бойся, отрывай»*), — то есть переводит мою технику тела в регистр профессиональной манипуляции с телом пациента. Я же осознаю свои заминки и описываю их в категориях действия уже после, при этом обосновываю чувство страха и опасности через очевидную (для меня) биомедицинскую угрозу крови (*«Меня же беспокоила возможность заражения, ведь я была без перчаток»*). То, что в обоих случаях мои действия поддаются коррекции сразу, без вопросов о том, что же случилось, показывает, что значимая часть знания в рабочем пространстве существует в форме телесных готовностей и процедурных автоматизмов, а не формулируется набором артикулированных правил. В вакановском смысле, здесь профессиональное знание разных акторов о том, как надо делать, доклично и процедурно [Wacquant, Vandebroek, 2024: 137; Wacquant, 2015: 3]. Оно вписано в тела как разные перцептивные решетки и готовность действовать, образуя социальный порядок отделения. А сбой в действовании показывает, какие опасности считаются реальными и как они делегируются вниз по иерархии.

Санитарка и медсестра обучают меня «правильной» чувствительности тела, но эта норма отлична для обеих профессиональных позиций. Для палатной санитарки кровь оказывается частью нормализованной рутины ухода, тогда как ключевая различительная схема выстраивается вокруг опрятности, гигиенической чистоты пациента. Для перевязочной медсестры кровь включена в рутину иначе: она тоже является частью ухода, но читается прежде всего через технику перевязки и инфекционный контроль процедуры (надеты ли перчатки, стоит ли специальный лоток для отходов). Надя, палатная санитарка, бежит поднимать пациента без перчаток, потому что *«постовая медсестра крикнула всем санитаркам, что его надо поднять»*. Она находится в прямом подчинении медсестры и выполняет именно свою работу, но что более важно — большей проблемой для себя и для меня она считает немытость мужчины, чем то, что его повязка могла развязаться, а из катетера — литься кровь.

Если на кинестетическом уровне заметка «схватывает» мою заминку, то на сенсорном уровне она показывает, каким образом опасность определяется в моем поле восприятия. Мой взгляд буквально (в тексте) сужается до катетера, повязки, крови, голых рук и отсутствия перчаток. Напротив, одежда пациента, его общая телесная (не)опрятность, состояние палаты или иные признаки «грязи», значимые для санитарки, почти не попадают в мой фокус. Как не попадают и другие гипотетические описания физического окружения: запахи хлорки и урины, часто витающие в пациентских палатах; было ли солнечно за окном или дождливо; покраснела ли я от бега и волнения за первое задание. Заметка совершенно ничего не сообщает нам и о внешности пациента, санитарки или медсестры. А также о том, как реагирует пациент на действия медработников. Страх в этом контексте не просто замедляет действие, он организует избирательность восприятия. Кровь становится фокусом. При этом крови могло и не быть на месте повязки (контакта с кровью



без перчаток действительно не произошло), но в заметке явно отражается то, что у меня в принципе возникло настороженное подозрение об опасности, «...потому что помнила, что ему постоянно ставят капельницы» и «его руки могли быть запачканы кровью». Такое же подозрение возникло и повторно, когда я работала уже в перчатках, но непосредственно с повязкой пациента, что видно во второй заметке: «На его повязке был достаточный объем крови и других выделений для заражения при неаккуратном обращении». Медсестра не считала такой контакт угрозой, ведь мы работали сообразно правильной технике манипуляции, то есть были в перчатках. Но то, что я опять подозревала опасность (вдруг эта несчастная перчатка порвется!), говорит нам о другой соматической организации работы. Тело медсестры автоматически доверяет процессу манипуляции в перчатках, тело санитарки готово трогать любого пациента голыми руками, в то время как мое тело новичка в отделении — еще нет.

Отсутствие страха как аналитический ресурс

Ранняя заметка позволяет увидеть не только те моменты, где мое тело тормозит, но и те, где оно действует без колебания. Если в предыдущем эпизоде аналитически продуктивным был страх, то здесь не менее важным оказывается отсутствие страха или, точнее, отсутствие пауз. Именно такие фрагменты особенно хорошо выявляются в перспективе развоплощения, поскольку в момент записи они почти не переживаются как проблемные и потому легко остаются незамеченными. В начале статьи я отметила, что пребывала в отделении в статусе новичка на момент написания анализируемой заметки. Но в этой же заметке видно, что я уже имела опыт работы в больнице в схожей роли: «Подобное уже случалось в моей практике работы санитаркой в хирургическом отделении...». С точки зрения развоплощения упоминание моего прежнего опыта работы санитаркой приобретает иной смысл. В самой заметке оно появляется лишь как фрагмент знания-что (knowing that): я помню, что «мне не позволяли обращаться с отходами... ВИЧ или СПИД». Но повторное чтение записи показывает, что в действии присутствовало и знание-как (knowing how to) [Wacquant, Vandebroek, 2024: 137]: некоторые практические схемы уже были телесно седиментированы (sedimented) [Wacquant 2015: 3–4] прежним опытом, хотя в момент работы в поле я этого не осознавала. А именно: в последнем абзаце заметки отмечено, что я без специальной отмашки медсестры взялась за лоток с отходами, чтобы отнести его и рассортировать в перевязочном кабинете, поскольку так *всегда делали* перевязочные санитарки в отделении, где я подрабатывала в школьные годы. Здесь у меня не возникло пауз, страха, чувства опасности, и даже более — сработало инициативное действие, потому что оно является обыкновением для моего тела, помещенного в контекст утилизации медицинских отходов («...я сложила повязку в специальный медицинский лоток для отходов и собиралась его отнести в перевязочную»).

Если в первом эпизоде полевая запись удерживает телесную паузу, то здесь она, напротив, позволяет заметить автоматизм. На кинестетическом уровне это выражено в инициативности самого жеста: я без дополнительной инструкции беру лоток и собираюсь отнести его в перевязочную. На уровне переживания этот жест не маркируется страхом или сомнением, но «правильность» моего жеста делает заметной последующую коррекцию со стороны медсестры. Она резко остановила меня, что делает видимым еще один слой соматической организации труда в отделении: риск не только по-разному определяется, но и по-разному распределяется. Я как санитарка-волонтер, не имевшая формализованной позиции медицинского работника в отделении, оказалась в тот момент не допущенной к утилизации отходов класса Б и выше⁵. Все инструменты и материалы, что *потенциально* инфицированы (имели контакт с биологическими жидкостями пациента), находятся в зоне ответственности медсестер. Они отвечают за их предстерилизационную обработку и утилизацию. В заметке мое действие и реакция медсестры оформлены связкой «*Но интересно, что...*», и это произвело мое полевое знание в тексте через парадокс. Мне казалось, что контактировать с повязкой пациента в перчатках более рискованно, чем контактировать в перчатках с лотком (тем более, подхватив его за донышко), поэтому меня риторически удивила логика реакции медсестры. Я была убеждена, что пациент — это менее контролируемый и безопасный объект, который может еще и «кровить» в отличие от лотка, в который не обязательно лезть руками даже в перчатках. Я объяснила себе этот парадокс здесь же в заметке, обращая внимание на то, что этот протокол связан с распределением риска заражения ВИЧ и СПИД среди медицинских работников, о чем я знала из предыдущего опыта. А раз я к этой категории не относилась, то, по логике отделения, на меня не должны были возлагать этот уровень риска и ответственности за потенциально инфицированные отходы, ведь последствия могли конвертироваться в юридическую ответственность отделения. Отчасти такое объяснение может работать, но имея в виду недавний опыт профессиональной социализации среди медсестер, хочется добавить, что правило утилизации — не просто дискурсивное, но воплощенное в том, как медсестры контролируют обращение с отходами. Меня и моих коллег-практикантов медсестры разных отделений не раз останавливали и уточняли, что мы можем выкидывать, а что нет; демонстративно наблюдали, как мы сортируем отходы, обучая СанПиНам и локальным правилам утилизации медицинских отходов. Тот факт, что медсестра из приведенного отрывка обратила внимание на мое действие с лотком и пресекла меня, очерчивает профессиональные границы дозволенного и возможного в отделении. При этом лоток и отходы попадают в поле видимости медсестры и удерживаются ею сенсорно как зона повышенного внимания и контроля, что стало очевидным для меня только при возвращении к старой полевой заметке, то есть в момент аналитического развоплощения того, что тогда казалось

⁵ Спустя время, когда я убедила медсестер и врачей в том, что готова работать с отходами на свой страх и риск, беря полную на ответственность на себя, меня допустили к работе с инструментами, лотками и пр.



парадоксом. Развоплощение, таким образом, помогает проблематизировать и собственную автоматичность (инициативу без паузы, отсутствие страха, уверенное обращение с отходами) в поле, которое только кажется *новым*. До этого анализа я не видела настолько отчетливо, как краткосрочный опыт десятилетней давности телесно вмешался в мое практическое действоание и задал траекторию инициативной работы с банальным лотком. А сам запрет трогать лоток подсветил не столько реальную опасность объекта как такового, сколько границу допуска, ответственности и контроля. В этом смысле отсутствие паузы с моей стороны и последующая внешняя коррекция показывают то же самое, что и заминка из предыдущего раздела: социальный порядок отделения вписан в тело и воспроизводится через телесно распознаваемые пределы дозволенного.

Методологическая проблема энактивной этнографии, собственно, и состоит в опасности привыкания к каким-либо практикам, особенно воплощенным через тело исследователя. На длинной дистанции осваиваемые навыки, привычки превращаются в рутину и перестают фиксироваться, потому что становятся частью «рабочего тела». Достаточно быстро, уже в ту же первую поездку в поле, мои руки регулярно оказывались запачканными кровью, но какое-либо опасение перестало попадать в полевой дневник. Даже когда я отбирала полевые фотографии для доклада, ставшего заделом для данной статьи, то с удивлением обнаружила, как из них с течением времени исчезло присутствие крови. Через шесть лет после первой заметки я перевела свой объектив телефона на рабочее место медсестер и врачей, их «одомашненные» оазисы в медицинских помещениях, инфраструктуру отделений, пациентские карты. Из фотоархива ушли отходы с кровью, раны пациентов, почечные камни после операций и другие хирургические «находки». В этом смысле то, что со временем исчезает из поля зрения и перестает восприниматься как опасность, — такой же полевой факт, как и изначальное чувство страха новичка.

Почему было страшно?

До этого момента я анализировала главным образом телесную организацию действия, однако производство полевого знания не исчерпывается описанием уровней кинестетических схем и сенсорных ощущений. Не менее важен и тот факт, что уже в самой записи пережитое действие немедленно получает моральную и риторическую обработку. Это третья ось анализа полевых заметок по Самудре — соматический нарратив. На уровне соматического нарратива заметка фиксирует уже не сами движения и профессиональные телесные интуиции и не непосредственное сенсорное выделение опасности, а те словесные формы, через которые я делаю собственное действие понятным для себя самой и — впоследствии — для читателя (однокурсников-антропологов, преподавателей и академического сообщества). Здесь развоплощение означает внимание к тому, как телесно пережитая ситуация ретроспективно упорядочивается в письме: какие детали получают объяснительную силу, какие

моральные акценты расставляются, какие подозрения остаются не до конца проговоренными.

В этом смысле мой анализ опирается на более широкую традицию рефлексии о позициональности исследователя. Конечно, мы активно анализируем и имеем в виду схемы восприятия через призмы бурдьезианской включенной объективации [Пинчук, 2025: 45–46], феминистской позициональности [Новкунская, Литвина, Темкина, 2021: 64–65] и антропологического рефлексивного поворота, иногда даже сознательно используя культурно приемлемые отговорки для информантов, чтобы поле не сломало наше тело [Алтухова, Клепикова, Пироговская, 2022: 187–188]. Однако в данном случае меня интересует прежде всего не управление исследовательской позицией, а то, как она проявляется внутри конкретной полевой записи — через риторический отбор деталей и моральное самообъяснение собственных действий. В анализируемой заметке нельзя обойти некоторые риторические детали, очевидным образом отражающие мои преддискурсивные схемы и влияющие на производство полевого знания и последующие интерпретации.

Описание пациента (*«мужчина около 65 лет, у него холецистит и еще ряд других проблем, связанных с печенью»*) выполняет сразу несколько функций. С одной стороны, оно воспроизводит жанр клинического рассказа, где тело объективируется через диагноз и набор симптомов. С другой — незаметно включает пациента в социально-моральную категоризацию: *«алкогольный делирий»*, *«проблемы с печенью»*, *«неопрятность»*, *«неконтролируемое поведение»* начинают складываться в образ неблагополучного пациента. В полевой заметке виднеется узел ассоциаций (алкоголь во взрослом возрасте, болезнь печени, неопрятность → алкозависимый и из-за этого неблагополучный пациент), который риторически аргументирует страх заражения. В заметке я эксплицитно объясняю самой себе, почему возникло чувство опасности, когда мне нужно было поднять пациента за руки без перчаток: пациент мог расшатать свой катетер. Создаваемая фигура неблагополучного пациента не проговаривается как источник опасности напрямую, но именно она, по видимому, поддерживает фоновое подозрение в инфицированности крови пациента. Письменно я сделала акцент на физическом состоянии катетера и повязки, а не на социальном подозрении пациента в инфекционной неблагонадежности. В таком фокусе кровь является и биологической жидкостью, и носителем морального, при этом важно не то, что изобличает мой собственный стереотип, а то, как он активировал определенную схему настороженности, а полевая запись потом дала ей приемлемую форму объяснения.

Аналогичным образом работает и фраза о том, что *«мы бежали помогать пациенту»*. Она не просто сообщает обстоятельства ситуации, а ретроспективно оформляет мой вход в эпизод в морально приемлемом ключе. Спешка здесь получает гуманистическое оправдание: я не успела надеть перчатки не только из-за неопытности, а потому что была включена в безусловно правильное оказание помощи, которое продемонстрировала мне санитарка Надя, также не надевшая перчатки и побежавшая к пациенту по зову медсестры. Такая риторическая рамка важна именно как элемент соматического



нарратива: она описывает, как телесно рискованное действие становится для меня самой этически допустимым. Встраиваясь в этически приемлемый для меня сюжет безоговорочной помощи, я ретроспективно легитимирую спешку. Однако в реальном рабочем прагматизме подобная спешка палатной санитарки Нади означала скорее необходимость предотвратить дополнительные рабочие проблемы: если пациент окажется на полу, то он его испачкает, откажется вставать, мешая другим пациентам и медработникам, попытается убежать, иными словами, произведет ту самую «грязь» в помещении и беспорядок в отделении. Мне же было важно представить себя старательной работницей и оправдать свое присутствие в поле через полное вовлечение наравне с медицинскими работниками: раз Надя побежала, то и я побегу — ведь пациент в приоритете.

В этом смысле полевая заметка действительно может быть прочитана как срез габитуса в перспективе Вакана: не потому, что она напрямую раскрывает некую внутреннюю систему установок, а потому, что в ней фиксируется переход от телесной реакции к ее словесному оформлению. Через риторический отбор деталей, через моральную легитимацию собственной спешки, через смещение акцента с социального подозрения на биомедицинскую угрозу запись демонстрирует, как воплощенный опыт становится нарративизированным и тем самым превращается в данные. Сам способ письма не только сообщает, что произошло, но и демонстрирует, как я училась быть телом в поле и одновременно училась делать это тело читабельным для академического текста.

Таким образом, повторное чтение ранней полевой заметки в подобной теоретической сборке позволяет увидеть, что она удерживает сразу несколько слоев воплощенного действия, которое затем конвертируется в записанное полевое знание. На кинестетическом уровне в ней фиксируются пауза, заминка и последующая коррекция действий со стороны разных участников профессионального взаимодействия; на сенсорном — избирательность восприятия, где кровь, катетер, повязка и отсутствие перчаток становятся центральными маркерами опасности для меня, но не для санитарки и медсестры; на нарративном — моральные самообъяснения, стереотипизирующие ассоциации и риторические формы, делающие чужое и собственное поведение осмысленным и приемлемым. Именно совмещение этих трех уровней и позволяет рассматривать заметку не просто как описание эпизода, а как материал, в котором телесное вхождение в поле уже преобразуется в аналитически доступные данные.

Заключение

Риски включенного наблюдения в медицинском поле, сопряженные с вероятностью заражения, стоит понимать не только как ограничение, которое, например, закрывает доступ к работе с определенной группой информантов или в определенном отделении. И не только как условие самого наблюдения, хотя в медицинском поле кровь, как и смерть, боль, страдания, по-видимому,

оказываются одной из тех «цен участия», которые в принципе делают возможным этнографическое знание. Негласные порядки и привычный для медицины способ работать с кровью вмонтированы в темп и структуру труда, и это открывается только при непосредственном участии в обращении с кровью, к сожалению или к счастью начинающих исследователей. Но главное, что риски включенного наблюдения являются условиями производства этнографического знания. В ситуации первичного вхождения в работу хирургического отделения страх заражения, телесная неловкость, настороженность и последующая рефлексивная обработка собственного действия позволяют зафиксировать те профессиональные практические нормы, иерархии чувствительности и режимы обращения с опасностью, которые для самих участников уже стали рутинными и потому малозаметными. В этом смысле риск оказывается способом сделать поле аналитически видимым.

Обращение к embodied-подходу позволяет показать, что исследователь в медицинском поле никогда не является «стерильным» инструментом сбора данных. Сама медицинская среда далека от стерильности как социальная практика: несмотря на нормативное стремление к асептике и антисептике, она постоянно организована вокруг контакта с кровью, телесными выделениями, болью, инфекционной угрозой и нарушением границ тела. Санитарки могут работать без перчаток, перчатки медсестер могут рваться, а в ситуации ресурсного дефицита даже врачи могут работать без стерильных СИЗов. Но не «стерилен» и сам процесс наблюдения: вход в поле сопровождается страхом новичка, более или менее осознаваемыми предрассудками и стереотипами, предшествующим телесным опытом и ситуативными схемами настороженности, которые формируют не только поведение исследователя, но и способ фиксации происходящего в полевом дневнике. Полевая запись потому представляет собой уже обработанный след embodied-вовлеченности, в котором телесная реакция получает приемлемую форму описания и объяснения. «Стерильность» невозможна и как буквальное состояние медицинского пространства, и как эпистемологический идеал этнографического присутствия. Исследователь входит в социально организованные режимы работы с полевыми рисками, не избавляясь от собственной телесности, а узнает через нее устройство поля. Это позволяет рассматривать ранние полевые заметки не как вторичный или «черновой» материал, которого молодые исследователи могут стесняться, а как удивительную точку доступа к тому, каким образом опасность, уязвимость и телесная включенность становятся частью исследовательского знания.

Литература / References

- Алтухова А. Н., Клепикова А. А., Пироговская М. М. Здравствуй, хрусть! или Печальные хроники // Антропологический форум. 2022. № 54. С. 177–190. EDN: [MWWEWZ](#)
- Altukhova A. N., Klepikova A. A., Pirogovskaya M. M. (2022) Hello, Crunch! or Sad Chronicles. *Antropologicheskii forum* [Forum for Anthropology and Culture]. No. 54. P. 177–190. (In Russ.)
- Вятчина М. В. О больничной этнографии и возрастающем пациентском неравенстве // Антропологический форум. 2022. № 52. С. 27–31. DOI: <https://doi.org/10.31250/1815-8870-2022-18-52-11-82> EDN: [YRSYVU](#)



Vyatchina M.V. (2022) On Hospital Ethnography and Growing Patient Inequality. *Antropologicheskii forum* [Forum for Anthropology and Culture]. No. 52. P. 27–31. DOI: <https://doi.org/10.31250/1815-8870-2022-18-52-11-82> (In Russ.)

Дуглас М. Чистота и опасность. Анализ представлений об осквернении и табу / Под ред. С. Баньковской / Пер. с англ. Р. Громовой. М.: Канон-пресс, 2000.

Douglas M. (2000) *Chistota i opasnost. Analiz predstavleniy ob oskvernenii i tabu* [Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo]. Ed. by S. Bankovskaya. Transl. from Eng. by R. Gromova. Moscow: Kanon-press. (In Russ.)

Новкунская А., Литвина Д., Темкина А. «Социологи в белом»: конструирование профессиональной позиции в медицинском поле // *Laboratorium: журнал социальных исследований*. 2021. Т. 13. № 3. С. 57–87. DOI: <https://doi.org/10.25285/2078-1938-2021-13-3-57-87> EDN: UFPMFG

Novkunskaia A., Litvina D., Temkina A. (2021) "Sociologists in White": Constructing a Professional Position in the Medical Field. *Laboratorium: zhurnal sotsial'nykh issledovaniy* [Laboratorium: Journal of Social Research]. Vol. 13. No. 3. P. 57–87. DOI: <https://doi.org/10.25285/2078-1938-2021-13-3-57-87> (In Russ.)

Пинчук О. В. На границе ролей: ролевая двойственность и лиминальное знание в полевой этнографии // *Интеракция. Интервью. Интерпретация*. 2025. Т. 17. № 4. С. 33–55. DOI: <https://doi.org/10.19181/inter.2025.17.4.2> EDN: NUPEGW

Pinchuk O.V. (2025) At the Boundary of Roles: Role Duality and Liminal Knowledge in Field Ethnography. *Interakciya. Intervyu. Interpretaciya*. [Interaction. Interview. Interpretation]. Vol. 17. No. 4. P. 33–55. DOI: <https://doi.org/10.19181/inter.2025.17.4.2> (In Russ.)

Форум: Опасности поля: перспектива исследователя // Антропологический форум. 2021. № 48. С. 11–88. DOI: <https://doi.org/10.31250/1815-8870-2021-17-48-11-88> EDN: IDWMVQ

Forum: Dangerous Field: a Researcher's Perspective (2021) *Antropologicheskii forum* [Forum for Anthropology and Culture]. No. 48. P. 11–88. DOI: <https://doi.org/10.31250/1815-8870-2021-17-48-11-88> (In Russ.)

Anspach R.R., Mizrahi N. (2006) The Field Worker's Fields: Ethics, Ethnography and Medical Sociology. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 28. No. 6. P. 713–731. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00538.x>

Atkinson P. (1992) *Understanding Ethnographic Texts*. Newbury Park: Sage. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781412986403>

Dilger H., Huschke S., Mattes D. (2014) Ethics, Epistemology, and Engagement: Encountering Values in Medical Anthropology. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*. Vol. 34. No. 1. P. 1–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01459740.2014.960565>

Emerson R.M., Fretz R.I., Shaw L.L. (2001) Participant Observation and Fieldnotes. In: P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland, L. Lofland (eds.) *Handbook of Ethnography*. London: Sage. P. 352–368. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781848608337>

Emerson R.M., Fretz R.I., Shaw L.L. (2011) *Writing Ethnographic Fieldnotes*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press. DOI: <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226206868.001.0001>

Prentice R. (2008) Knowledge, Skill, and the Inculcation of the Anthropologist: Reflections on Learning to Sew in the Field. *Anthropology of Work Review*. Vol. 29. No. 3. P. 54–61. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1548-1417.2008.00020.x>

Samudra J.K. (2008) Memory in Our Body: Thick Participation and the Translation of Kinesthetic Experience. *American Ethnologist*. Vol. 35. No. 4. P. 665–681. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1548-1425.2008.00104.x>

Samudra J.K. (2015) Attacked in the Field: Encountering a Street Gang while Studying Peace in Java. In: S. Finney, M. Conran, G. Pigliascio, F. Young (eds.) *Cultural Encounters: Ethnographic Updates from Asia and the Pacific Islands*. Honolulu: University of Hawaii Press. P. 18–23. DOI: <https://doi.org/10.21313/hawaii/9780824847593.001.0001>

- Sanjek R. (ed.) (1990) *Fieldnotes: The Making of Anthropology*. Ithaca: Cornell University Press.
DOI: <https://doi.org/10.7591/9781501711954>
- Wacquant L., Vandebroek D. (2024) Carnal Concepts in Action: The Diagonal Sociology of Loïc Wacquant. *Thesis Eleven*. Vol. 180. No. 1. P. 111–143. DOI: <https://doi.org/10.1177/07255136221149782>
- Wacquant L. (2004) *Body & Soul: Notebooks of an Apprentice Boxer*. Oxford: Oxford University Press.
- Wacquant L. (2015) For a Sociology of Flesh and Blood. *Qualitative Sociology*. Vol. 38. No. 1. P. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11133-014-9291-y>

Сведения об авторе:

Тукина Дарья Игоревна — младший научный сотрудник, Социологический институт РАН — филиал ФНИСЦ РАН; магистр культурной антропологии, исследователь, Институт междисциплинарных медицинских исследований, Европейский университет в Санкт-Петербурге, Санкт-Петербург, Россия.
E-mail: dtukina@eu.spb.ru. **РИНЦ Author ID:** [1021793](https://elibrary.ru/1021793); **ORCID ID:** [0000-0002-3166-8308](https://orcid.org/0000-0002-3166-8308); **ResearcherID:** [MBG-3996-2025](https://www.researcherid.org/MBG-3996-2025).

Статья поступила в редакцию: 15.02.2026

Принята к публикации: 01.06.2026

БАК: 5.4.4

.....

Sterility Is Impossible: The Risks of Participant Observation in Medical Settings

DOI: [10.19181/inter.2026.18.3.3](https://doi.org/10.19181/inter.2026.18.3.3)

Daria I. Tukina

*Sociological Institute of RAS —
Branch of the FCTAS RAS;
Institute for Interdisciplinary Health Research,
European University at St. Petersburg, St. Petersburg, Russia
E-mail: dtukina@eu.spb.ru*

The article examines how bodily experienced risk, in situations of initial immersion in medical practice, becomes a condition for the production of ethnographic knowledge. Drawing on participant observation conducted in the surgical ward of a municipal hospital in Western Siberia (2020–2023), where the author worked as a volunteer orderly, the article analyzes an early fieldnote through the lens of carnal sociology. At the center of the analysis is how the novice researcher's fear of infection through contact with blood, bodily hesitation while assisting in care, sensory selectivity in interactions with the patient's body, and the subsequent narrative self-explanation of these reactions render certain aspects of the ward's social order visible. Theoretically, the article builds on Loïc Wacquant's carnal sociology, the concept of embodied action, and Jaida Kim Samudra's approach to "thick participation", reworked here for the analysis of fieldnotes as a form of recording the kinesthetic, sensory, and narrative traces of bodily experience. It shows that fear of contact with blood does not merely accompany participant observation, but actively organizes the researcher's attention, reveals differences in the practical regimes through which danger is



perceived by the orderly, the nurse, and the novice researcher, and makes visible the professional boundaries of access, responsibility, and control within practices of dealing with the patient's body, wounds, and bodily waste. At the same time, the absence of fear and the automatisisation of action are analyzed as equally important sources of data, making it possible to trace the intrusion of previously acquired medical experience into ongoing field participation. The article argues that an early fieldnote can be understood not only as a description of a field episode, but also as material in which bodily entry into the field has already been transformed into analytically accessible data. Risk is thus conceptualized as a specific yet productive condition under which the otherwise hidden organization of medical practice becomes especially observable.

Keywords: participant observation; hospital ethnography; carnal sociology; fieldnotes

Author Bio:

Daria I. Tukina — Junior Researcher, Sociological Institute of RAS — Branch of the FCTAS RAS; MA in Cultural Anthropology, Researcher, Institute for Interdisciplinary Health Research, European University at St. Petersburg, St. Petersburg, Russia. **E-mail:** dtukina@eu.spb.ru. **RSCI Author ID:** 1021793; **ORCID ID:** 0000-0002-3166-8308; **ResearcherID:** MBG-3996-2025.

Received: 15.02.2026

Accepted: 01.06.2026