

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ

Η Νοσηλευτική Πράξη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Λήψη κλινικών αποφάσεων και σχέσεις εξουσίας

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Στυλιανός Παρισσόπουλος

Αθήνα, 2021

Τριμελής επιτροπή

Ελένη Παπαγαρουφάλη, Ομότιμη Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου
(επιβλέπουσα)

Αθηνά Αθανασίου, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου

Δήμητρα Μακρυνιώτη, Καθηγήτρια ΕΚΠΑ



Copyright © Στυλιανός Παρισσόπουλος, 2021

All right reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διδακτορικής διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Στη γιαγιά μου Μαίρη Χρυσafiίδου

Αδελφή Νοσοκόμα

Αθήνα, 1915-1968

Στο προσωπικό της κλινικής P3

Royal Hallamshire Hospital

Σέφιλντ, Αγγλία, 2000

Ευχαριστίες

Η παρούσα διδακτορική διατριβή αποτελεί εκπαιδευτικό πόνημα και προσωπικό ταξίδι που δεν θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς τη βοήθεια και υποστήριξη σημαντικών για μένα ανθρώπων, τους οποίους θα ήθελα να ευχαριστήσω κατά το πέρας της.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσά μου Καθηγήτρια, την ανθρωπολόγο Ελένη Παπαγαρουφάλη, η οποία με την αδιάλλειπτη φροντίδα, καθοδήγηση και ενσυναίσθησή της με οδήγησε σε αυτό το ταξίδι. Πραγματικά την ευχαριστώ πολύ για την γενναιδωρία της στο να μοιραστεί μαζί μου τις γνώσεις της, την ανθρωπολογική της ματιά - μέσα από τα δικά της εξαιρετικά γραπτά και τις μεταξύ μας συζητήσεις - τις συμβουλές της, τα βιβλία από τη προσωπική της συλλογή που με πήγαν σε άγνωστα για μένα μονοπάτια, τα πολλά ερευνητικά ερωτήματα που μου έθετε, αλλά και τις παρατηρήσεις και διορθώσεις της στα drafts της διατριβής. Ελένη με πήγες πιο μπροστά, πιο μακριά, και το έκανες ερχόμενη πιο κοντά στις δικές μου νοσηλευτικές αναζητήσεις και προβληματισμούς.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά τα δυο μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, την Καθηγήτρια Αθηνά Αθανασίου και την Καθηγήτρια Δήμητρα Μακρυνιώτη, για τη στήριξη και ενθάρρυνση κατά τη διάρκεια της έρευνας, αλλά και γιατί τα κείμενά σας που αφορούν στην ανθρωπολογία της υγείας και του σώματος υπήρξαν πηγές έμπνευσης αλλά και *καταφύγιο* για μένα στις δύσκολες στιγμές της ανάλυσης των δεδομένων.

Αναγνωρίζω ότι, χωρίς τους πληροφορητές και τις πληροφορήτριες της μελέτης, η παρούσα εργασία δεν θα είχε πραγματοποιηθεί. Θα τους/τις είμαι πάντα ευγνώμων για τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις εμπειρίες - ακόμα και αν κάποιες από αυτές ήταν δυσάρεστες για εκείνους/ες όταν τις ανακαλούσαν στις συνεντεύξεις - που μοιράστηκαν μαζί μου.

Επίσης, ευχαριστώ, *ξανά και ξανά*, τους/τις νοσηλευτές/ριες και τους/τις γιατρούς που με δέχτηκαν να μοιραστούν μαζί μου τις δικές τους ιστορίες και βάρδιες στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) που μελέτησα, τον Διευθυντή της Μονάδας για την αμέριστη υποστήριξή του και ενδιαφέρον για τη μελέτη, τη Νοσηλευτική Υπηρεσία και τη Διοίκηση του Νοσοκομείου. Προϊστάμενε, σας υπερ-ευχαριστώ για τη *φιλοξενία* στη Μονάδα σας. Ιδιαίτερα κατά το στάδιο της επιτόπιας έρευνας, η υπομονή, η εμπιστοσύνη και η φιλοξενία του νοσηλευτικού και

ιατρικού προσωπικού με «ξεκλείδωσαν» και μου επέτρεψαν να εισέλθω στον *κόσμο* της ΜΕΘ πιο εύκολα. Ήταν τιμή μου να δουλέψω δίπλα σε τέτοιους επαγγελματίες υγείας. Τώρα γνωρίζω, και εθνογραφικά, ότι πίσω από τις κλειστές πόρτες της Μονάδας, νοσηλευτές/ριες και γιατροί δίνουν τον καλύτερο τους εαυτό φροντίζοντας τον βαρέως πάσχοντα ασθενή.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω τους/τις/ συναδέλφους στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, οι οποίοι/ες στήριξαν την προσπάθειά μου, έδειχναν συνεχώς ενδιαφέρον και με εμπύχωναν προκειμένου να ολοκληρώσω τη διατριβή μου. Επίσης, ευχαριστώ θερμά τις καθηγήτριες νοσηλευτικής από τα φοιτητικά μου χρόνια, γιατί με το ήθος και τις γνώσεις τους στάθηκαν πρότυπο για μένα κατά την επαγγελματική μου πορεία ως κλινικός νοσηλευτής.

Προς την οικογένειά μου, τους γονείς μου, τους φίλους και τις φίλες μου, τους εντός και εκτός Ελλάδας, και τους πολύ κοντινούς μου ανθρώπους... το ξέρω, και χάθηκα, και ήμουν παρών απών... thank you for your understanding... σας ευχαριστώ που με ανεχτήκατε.. θα επανορθώσω...

Τέλος, but not least... δεν θα ήμουν αυτός που είμαι σήμερα αν δεν είχα μαθητεύσει και δουλέψει δίπλα σε κάποιους υπέροχους ανθρώπους. Αναφέρομαι στους/τις μέντορές μου, στους/τις παλιούς μου αγαπημένους συναδέλφους, τους/τις nurses στην Αγγλία, εκεί όπου πέρασα ένα μεγάλο μέρος της επαγγελματικής μου ζωής. Από εσάς έμαθα τι σημαίνει να είσαι *νοσηλευτής*, να έχεις *ήθος*, να *ενσυναισθάνεσαι* τον ασθενή σου, να έχεις γνώσεις και να τις εφαρμόζεις. Αγαπημένοι/ες μου συνάδελφοι και φίλοι/ες στα τμήματα/κλινικές και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στο Sheffield (Northern General Hospital) και Brighton (Royal Sussex County Hospital), σας ευχαριστώ...

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	7
Περίληψη	13
Abstract	15
Κεφάλαιο 1^ο	17
Εισαγωγή στον κόσμο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας	17
Εισαγωγή	18
Ερευνητικά ερωτήματα	24
Εντατική νοσηλευτική και «φροντίδα»	27
Νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη ή ειδική γνώση.....	38
Θεωρητικές παραδοχές και προσεγγίσεις	43
Το εθνογραφικό παράδειγμα	53
Μεθοδολογικά βήματα	56
Η διάρθρωση των κεφαλαίων	64
Κεφάλαιο 2^ο	69
Η «ρουτίνα» ως τεχνολογία πειθαρχίας στην Εντατική	69
Θεωρίες περί «ρουτίνας» και «πειθαρχίας» στο νοσοκομείο	70
Η «ρουτίνα» στο εθνογραφικό παράδειγμα	82
Αναστοχασμός των εθνογραφικών ευρημάτων.....	97
Κεφάλαιο 3^ο	101
Το πρωινό «στρώσιμο» των αρρώστων στο εθνογραφικό παράδειγμα.....	101
Το πρωινό «στρώσιμο» των αρρώστων	102
Το έμπειρο χέρι της Ακριβής που ξέρει να «φροντίζει» το σώμα της ασθενούς.....	107
Το τρίπτυχο της λάτρης του σώματος	117
Ο/Η νοσηλεύτης/ρια ως τα «αυτιά» και «μάτια» των γιατρών και των ασθενών	126
Ανακεφαλαίωση των κύριων σημείων.....	134
Κεφάλαιο 4^ο	137
Η βιωμένη εμπειρία του «φροντίζειν» στην Εντατική	137
Φροντίζειν σημαίνει «να είσαι παρών», «κοντά» στον ασθενή σου, «να μπαίνεις στη θέση του»	139
«Τον χρεώνεσαι τον ασθενή»: αίσθημα ευθύνης και διαπραγμάτευση με τον γιατρό	146
Εντατική νοσηλευτική σημαίνει να «το παλεύεις με ό,τι έχεις»: αυτοσχέδιες πατέντες και υψηλή τεχνολογία	153

«Το παράπονό μου είναι ότι δεν με ενημερώνουν»	163
Με λίγα λόγια	171
Κεφάλαιο 5°	173
Ιστορίες «πρόσβασης» στην Εντατική	173
Η «παράδοση» των περιστατικών στη ΜΕΘ	175
Το «διάγραμμα» ως προβολή της ταυτότητας του ασθενούς και προέκταση του νοσηλευτικού βλέμματος	188
Κατασκευάζοντας τον άρρωστο ως «κρυστάλλινο»/«διάφανο» ασθενή ΜΕΘ	199
<i>Η «κρυσταλλότητα» του ασθενούς και η διαίσθηση</i>	<i>208</i>
Συμπερασματικά	215
Κεφάλαιο 6°	219
Ιστορίες «αποκλεισμού» στην Εντατική	219
Η «επίσκεψη» των γιατρών ως επίσημο «κέντρο» λήψης αποφάσεων	220
<i>Η επίσκεψη των γιατρών: «μια σκόρπια κατάσταση»</i>	<i>224</i>
<i>Λόγοι και σχέσεις εξουσίας: η ιδιαιτερότητα της ιατρικής</i>	<i>238</i>
Η «απουσία» ως παρουσία και ταυτότητα	252
Εν συντομία	264
Επίλογος	265
Πηγές – Βιβλιογραφία	277
Ελληνόγλωσση	277
Ξενόγλωσση	282
Παράρτημα	307

Πίνακας εικόνων

Εικόνα 1: κλίνη Εντατικής και μηχανήματα	308
Εικόνα 2: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	308
Εικόνα 3: νοσηλευτής και διασωληνωμένος ασθενής σε Εντατική	309
Εικόνα 4: μία από τις πτέρυγες της Μονάδας που μελετήθηκε	309
Εικόνα 5: απόσπασμα πρακτικών - έγκριση δειξαγωγής μελέτης	312
Εικόνα 6: έντυπο ενημέρωσης του προσωπικού στο Εθνογραφικό παράδειγμα	314
Εικόνα 7: έντυπο πληροφορημένης συναίνεσης συμμετεχόντων/ουσών	315

Εικόνα 8 Παράδειγμα κωδικοποίησης συνέντευξης στο Atlas.ti	317
Εικόνα 9 Λεπτομέρεια της προηγούμενης εικόνας - κωδικοποίηση κειμένου στο Atlas.ti	317
Εικόνες 10α και 10β : εθνογραφικές σημειώσεις και β: οι εθνογραφικές ιστορίες / scenes σε περιβάλλον atlas.ti	318
Εικόνα 11: η είσοδος στη Μονάδα.....	322
Εικόνα 12: λουτρό επί κλίνης στην Εντατική.....	323
Εικόνα 13: Νοσηλεύτρια ΜΕΘ	324
Εικόνα 14: απόσπασμα από τη συνέντευξη με τη νοσηλεύτρια Δούκισσα.....	325
Εικόνα 15: Μόνιτορ παρακολούθησης παραμέτρων ασθενούς σε ΜΕΘ.	329
Εικόνα 16: Νοσηλεύτρια εξετάζει τον ασθενή	329
Εικόνα 17: ο «γεμάτος» ασθενής ΜΕΘ με πολλά μηχανήματα και αντλίες φαρμάκων	330
Εικόνα 18: αναπνευστήρας συνδεδεμένος σε ασθενή σε Εντατική.	330
Εικόνα 19: προφορική παράδοση μεταξύ νοσηλευτών/ριών.	331
Εικόνα 20: το φύλλο/διάγραμμα 24ωρης παρακολούθησης στη ΜΕΘ.....	332
Εικόνα 21: παράδειγμα ζωτικών σημείων σε διάγραμμα παρακολούθησης	333
Εικόνα 22 Γιατροί κάνουν επίσκεψη σε ΜΕΘ και οι Νοσηλεύτριες χορηγούν τη νοσηλεία	333
Εικόνα 23: Διάδρομος σε ΜΕΘ.....	334

Περίληψη

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή μελετώ εκ των έσω τον κοινωνικό κόσμο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) σε γενικό νοσοκομείο της Αθήνας, και διερευνώ το είδος νοσηλευτικής πράξης που παράγεται από τους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες μέσα σε αυτόν τον «μεταβατικό» και «μετέωρο» για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς κόσμο. Η έρευνά μου εστιάζει στους τελετουργικούς ή άλλους τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές/τριες ΜΕΘ επιχειρούν να συμμετέχουν, έστω άτυπα, στη λήψη κλινικών αποφάσεων που αποτελεί επί το πλείστον τομέα ευθύνης των ιατρών, καθότι θεωρούνται οι κατεξοχήν φορείς επιστημονικής γνώσης.

Πιο συγκεκριμένα, συζητώ κριτικά τις σχέσεις εξουσίας στις οποίες οι συμμετέχοντες/ουσες στη μελέτη συγκροτούνται ως υποκείμενα, καθώς και το είδος των σημασιών, νοημάτων και ταυτοτήτων που ανακύπτουν στο πολιτισμικό έθος της Εντατικής. Πρόκειται για εθνογραφική έρευνα, η οποία εμπίπτει στο πεδίο της κριτικής ιατρικής ανθρωπολογίας και της φαινομενολογίας. Η συλλογή και ερμηνεία των δεδομένων έγινε μέσω μακροχρόνιας συμμετοχικής παρατήρησης στη ΜΕΘ και μέσω ημι-δομημένων εις βάθος συνεντεύξεων με είκοσι (20) πληροφορητές/ριες. Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν επί το πλείστον με έμπειρους/ες νοσηλευτές/ριες εντός και εκτός εθνογραφικού παραδείγματος.

Υποστηρίζω ότι αν και η «ρουτίνα», δηλαδή ο αυστηρός χρονικός προγραμματισμός εργασιών και φροντίδας στη ΜΕΘ, συνιστά τεχνολογία πειθαρχίας και μηχανισμό (αυτο-)ελέγχου και (αυτο-)επιτήρησης του προσωπικού, το «ξεχωριστό» από το υπόλοιπο νοσοκομείο επιστημονικό και πολιτισμικό έθος της Εντατικής ενεργοποιεί στο μέγιστο έναν λόγο φροντίδας και γνώσεων εκ μέρους των έμπειρων νοσηλευτών/ριών, που με τη σειρά του παράγει νοσηλευτική πράξη επιστημονικά και πολιτισμικά κατάλληλη για τους ασθενείς της. Για παράδειγμα, εξετάζω την αυστηρώς χορογραφημένη πρακτική του πρωινού «στρωσίματος» των αρρώστων και υποστηρίζω ότι η *παρεξηγημένη* «λάτρα» του σώματος του ασθενούς παρουσιάζει τρία χαρακτηριστικά ή ιδιότητες: φέρνει το/τη νοσηλευτή/ρια πιο κοντά στον ασθενή του και σε απόλυτη εναρμόνιση με τις κλινικές του ανάγκες και κατάσταση υγείας· δημιουργεί μια «ζώνη» ιδιωτικότητας όπου οι συμμετέχοντες/ουσες μοιράζονται μεταξύ τους και με τους ασθενείς τους βιώματα και συναισθήματα σε συνθήκες ασφάλειας· και επιβεβαιώνει, τελετουργικά, την

κυριαρχία της ιατρικής επιστήμης μέσω της τεχνικής της «απολύμανσης» και της απομάκρυνσης της μιαιρότητας.

Η ανάλυση των συνεντεύξεων έδειξε ότι οι συμμετέχοντες/ουσες αναπτύσσουν πολυαισθητηριακή σωματική σχέση φροντίδας με τους ασθενείς τους η οποία χαρακτηρίζεται από σχέσεις «εγγύτητας» με τον ασθενή, υψηλό αίσθημα ευθύνης προς τον ασθενή και ενσυναίσθησης του πόνου του, αλλά και από ικανότητα αξιοποίησης των όποιων εργαλείων φροντίδας και θεραπείας διαθέτουν. Η επιτόπια έρευνα έδειξε ότι οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ συγκροτούνται ως δια-σωματικοί φορείς Εντατικής θεραπείας και νοσηλευτικής πράξης, ως τα «αυτιά» και τα «μάτια» των γιατρών και των ασθενών στις πτέρυγες, ως διαμεσολαβητές/ριες μεταξύ του ασθενούς και της τεχνολογίας ΜΕΘ που τον καθιστά «κρυστάλλινο», ως οι «παλιοί/ές» κατά την ετεροτοπία της μεταξύ τους προφορικής «παράδοσης» των περιστατικών, ως *ορατοί/ές* διαπραγματευτές/ριες φροντίδας και θεραπείας στο επείγον και κρίσιμο περιστατικό. Παρ' όλα αυτά, συγκροτούνται και ως *αόρατοι/ες*, ή *ορατοί/ές* *απόντες/απούσες* από την επίσκεψη των γιατρών όπου λαμβάνονται οι κλινικές αποφάσεις.

Συμπερασματικά, οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ με τον δικό τους σωματικό τρόπο διαχειρίζονται τις σχέσεις εξουσίας στην Εντατική και, κάνοντας χρήση της ειδικής γνώσης που κατέχουν, ενισχύουν λιγότερο ή περισσότερο επιτυχημένα τη διαπραγματευτική τους δύναμη στις σχέσεις τους με τους/τις γιατρούς. Όμως, ενώ καθίστανται όλο και περισσότερο «ορατοί» και «ορατές», μέσα από τη σχέση φροντίδας που εδραιώνουν με τους ασθενείς τους, οι ίδιοι/ες, ως φορείς κλινικών αποφάσεων που λαμβάνονται άτυπα και στο περιθώριο, συνεχίζουν να είναι αόρατοι και αόρατες, να απουσιάζουν από τον επίσημο λόγο και τα «επίσημα» κέντρα λήψης αποφάσεων που αφορούν στη διαχείριση των περιστατικών τους στο Ελληνικό εθνογραφικό παράδειγμα. Το τελευταίο εύρημα συνιστά και σημαντική διαφοροποίηση από τις αντίστοιχες μελέτες σε ΜΕΘ του εξωτερικού.

Λέξεις-κλειδιά: εντατική, νοσηλευτική πράξη, κλινικές αποφάσεις, σχέσεις εξουσίας, νοσηλευτές, νοσηλεύτριες, εμπειρογνωμοσύνη, η βιωμένη εμπειρία του φροντίζουν, ρουτίνα, αορατότητα, ταυτότητα, σώμα, ετεροτοπία.

“NURSING PRAXIS IN INTENSIVE CARE UNIT. CLINICAL DECISION MAKING AND POWER RELATIONS”

Abstract

In this doctoral dissertation I examine the world of the Intensive Care Unit (ICU) in a general hospital of Athens, and I specifically explore the type of “nursing praxis” produced by Greek ICU nurses in this "transitional" and "liminal" - technologically advanced - clinical environment. The study focuses on clinical decision-making and especially on the "rituals" or other practices by which ICU nurses intervene, sometimes successfully and sometimes less successfully, in order to participate, albeit mostly informally in the “margin” of this ICU, in clinical decision-making that nevertheless seems to still be mostly considered the responsibility of physicians.

More specifically, I critically discuss not only the power relations in which the participants of the study are constructed as subjects, but also the sorts of meanings, representations and identities that arise and unfold in the cultural *ethos* of Intensive Care. This study falls within the realm of critical medical anthropology and phenomenology. Data were collected (produced) via long-term participant observation in a large public ICU and via semi-structured in-depth interviews with twenty (20) informants. The interviews were mostly conducted with experienced nurses. Interviews were transcribed, coded and analysed according to the thematic approach of Braun and Clarke.

"Routine", the strict scheduling of work and care in the ICU, emerges as a technology of discipline and a mechanism of (self-) control and (self-) supervision of the nursing staff in the ethnographic example. However, the "distinct" scientific and cultural *ethos* of Intensive Care activates to the maximum a discourse of care and knowledge on the part of the experienced ICU nurses, which in turn produces nursing praxis that is scientifically and culturally suitable for the severely ill patients. As an outstanding example of that routine, I examine the highly choreographed morning practice of “patient bedmaking” (the indigenous term in Greek is “*σπρώσιμο των αρρώστων*”), which could be described as meticulous morning care and assessment of the patient in ICU. I argue that this “underrated” practice of patient care encompasses a lot more than simply “washing/bathing bodies” and “doing beds”. It has three characteristics: nurses are in total synch with patient care needs and clinical status

whilst they get closer and enter the “polychronic” time dimension of the patient; it creates a safe “zone” of privacy where participants share experiences and feelings with each other and with their patients in safe conditions. It is a *ritual* which re-confirms the dominance of medical science through the technique of “disinfection” and “dirt removal”.

The in-depth interviews look at the ICU nurses’ phenomenological experience of “caring”. Participants’ narratives demonstrate that ICU nurses develop a multi-sensorial somatic relationship with their patients, which in turn is characterized by “proximity” to their patient, a high sense of responsibility for their patient, empathy for their pain and trauma, and a unique ability to put in motion all available care and treatment modalities. In addition, fieldwork reveals that nurses are subjectified as embodiments of Intensive Therapy and Care, as the “ears” and “eyes” of doctors and patients at the bedside, as mediators between the patient and ICU technology, which renders the patients “transparent”, as “the experienced” ones in the heterotopia of the intershift verbal handover, as visible negotiators of care and treatment in the event of emergency and patient deterioration. However, they are also subjectified as the invisible or visible absent during routine medical rounds, where clinical decisions are reached by medical staff.

In conclusion, the ICU nurses in this study, in their own bodily/embodied way, were found to settle power relations and strengthen – more or less successfully - their negotiating power towards the doctors by applying their specialist knowledge in practice. Nevertheless, they themselves continue to subjectify as “invisible” and informal clinical decision makers, although they are rendering themselves even more “visible” via the somatic relation they establish with their patients. Therefore, they continue to be absent from the formal discourse and practices of clinical decision-making concerning the management of their cases. This particular finding constitutes a significant differentiation from similar studies at ICUs abroad.

Keywords: intensive care, ICU, nursing praxis, clinical decisions, power relations, nurses, expertise, the lived experience of caring, routine, technologies, discipline, invisibility, identity, body, embodiment, phenomenology, medical anthropology, heterotopia.

Κεφάλαιο 1^ο

Εισαγωγή στον κόσμο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

*Η Αγνή, έμπειρη νοσηλεύτρια και συμμετέχουσα στη μελέτη,
αφηγείται την πρώτη της ημέρα εργασίας σε Μονάδα
Εντατικής Θεραπείας – Αθήνα*

*«Ναι, όταν πρωτομπήκα ένα χάος, αυτό θυμάμαι. Δεν
είχα ξαναπάει στη Μονάδα, πήγα σε ώρα που ήταν ώρα
αιχμής... είχαν τελειώσει ήδη την πρωινή περιποίηση όπου
είναι μόνο οι νοσηλευτές στο χώρο την ώρα που γίνεται η
πρωινή περιποίηση. Όταν βγαίνουν οι γιατροί από την
ενημέρωση και αρχίζουν και ασχολούνται με τους
ασθενείς και τις παρεμβάσεις, επικρατεί το χάος.
Εγώ πήγα στην φάση αυτή.*

*Είδα προσωπικό που φορούσε μπλε [εννοεί το χρώμα της
στολής], γιατί είχα συνηθίσει να φοράω τα άσπρα εγώ, και δεν
καταλάβαινα ποιοι ήταν οι νοσηλευτές, ποιοι ήταν οι γιατροί,
ποιοι ήταν το βοηθητικό προσωπικό, ποιοι ήταν οι
φυσικοθεραπευτές.*

*Δεν καταλάβαινα πώς ήτανε καταμερισμένοι, πώς
ήτανε χωρισμένοι, γιατί έβλεπα δύο-τρία άτομα που ήτανε
πάνω από το κρεβάτι και έλεγα 'είναι όλοι μαζί σε όλο το
χώρο;'*

*Δεν καταλάβαινα, δηλαδή δεν είχα ιδέα από το πώς λειτουργεί
μια ΜΕΘ, εε, και όταν το περιγράψω σε φίλους που με ρωτάνε
'πού δουλεύεις, τι ακριβώς κάνετε εκεί;' λέω 'βαριά
περιστατικά, είναι ένας χώρος που έχει πολλά μηχανήματα,
πολύ θόρυβο, απαιτητικός χώρος' γιατί παρέχεις πλήρη
υποστήριξη στον ασθενή και θέλει τρομερή οργάνωση, δηλαδή,
πραγματικά εγώ θαύμασα - όσο γνώριζα τον χώρο
περισσότερο - θαύμασα το πώς μπορούνε τόσες ειδικότητες να
λειτουργούνε με τόσο τέλεια οργάνωση, που με την πρώτη
ματιά νομίζεις ότι επικρατεί το χάος αλλά τελικά δεν
επικρατεί καθόλου το χάος.*

*Ξέρει ο κάθε ένας τι γίνεται στον ασθενή του ανά
πάσα στιγμή, ξέρεις τι κάνει ο γιατρός, τι κάνει ο
φυσικοθεραπευτής, τι εκκρεμότητες έχεις εσύ να κάνεις, και
είσαι σαν να βλέπεις μια συμφωνική ορχήστρα που
τα κλαρίνα μπαίνουνε εκεί που πρέπει να μπουόνε,
τα βιολιά μπαίνουνε εκεί που πρέπει να μπουόνε, και
ο μαέστρος απλά διευθύνει.*

Αυτό το πράγμα μου θύμιζε η 'Μονάδα'.»

Εισαγωγή

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή προσεγγίζω και εξετάζω εκ των έσω τον κοινωνικό κόσμο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) σε ένα γενικό νοσοκομείο της Αθήνας, προκειμένου να μελετήσω και αναδείξω το είδος της νοσηλευτικής πράξης που παράγεται και αναπαράγεται από τους/τις νοσηλευτές/ριες μέσα σε αυτόν τον «μεταβατικό» και «μετέωρο» για τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς κόσμο. Η ΜΕΘ είναι γνωστή και ως «η Εντατική» ή «η Μονάδα». Αποδίδω ιδιαίτερη σημασία και προσεγγίζω από διαφορετικές απόψεις τη λήψη κλινικών αποφάσεων από τους/τις νοσηλευτές/ριες, καθώς αυτή συνιστά και το βασικό θέμα της εργασίας μου. Ως κλινική απόφαση ορίζεται η διαδικασία κατά την οποία οι νοσηλευτές/ριες συγκεντρώνουν πληροφορίες που αφορούν στους ασθενείς τους, τις αξιολογούν και στη συνέχεια επιλέγουν το είδος της φροντίδας και παρέμβασης που αρμόζει στον ασθενή τους (Taylor, Lillis & Lemone, 2010). Κατά τη διάρκεια της έρευνας, έδωσα ιδιαίτερη έμφαση στους/τις «έμπειρους/ρες» νοσηλευτές/ριες, στο είδος της γνώσης που χρησιμοποιούν, και στον τρόπο που προσλαμβάνουν οι ίδιοι και οι ίδιες τη νοσηλευτική φροντίδα και την επαγγελματική τους ταυτότητα στο πλαίσιο των σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών/ριών και ιατρών αλλά και μεταξύ νοσηλευτών/ριών και ασθενών κατά την κλινική πράξη. Βασικό ερώτημα της έρευνας αποτελεί το εάν και με ποιους τρόπους οι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα συμμετέχουν, τυπικά ή άτυπα, στη λήψη κλινικών αποφάσεων, κάτι που ακόμα αποτελεί ως επί το πλείστον τομέα ευθύνης των ιατρών που είναι φορείς ιατρικής επιστημονικής γνώσης. Η λήψη κλινικών αποφάσεων, στη βιβλιογραφία, προσεγγίζεται ως μια σύνθετη διεργασία όπου διασταυρώνονται οι επαγγελματικές ταυτότητες των εμπλεκομένων (ατομικές και συλλογικές) και οι καθιερωμένοι λόγοι περί της ιατρικής και της νοσηλευτικής (ή της «θεραπείας» και της «φροντίδας» αντίστοιχα), στα πλαίσια ενός διακριτού κοινωνικού «κόσμου» που ανατροφοδοτείται αδιαλείπτως από κυρίαρχους λόγους εξουσίας.

Στη διεθνή βιβλιογραφία οι ΜΕΘ έχουν αναγνωριστεί ως εξαιρετικά περίπλοκοι χώροι εργασίας αναφορικά με την κάλυψη των αναγκών των βαρέως πασχόντων ασθενών και τη φροντίδα που τους παρέχεται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Στη ΜΕΘ, ο αιμοδυναμικά ασταθής ασθενής με τις καρδιακές αρρυθμίες και τη σχεδόν ανύπαρκτη αρτηριακή πίεση, τα πολλών ειδών καλώδια και οι αγγειακοί καθετήρες που συνδέουν το άρρωστο σώμα του ασθενούς με κάποιου

είδους απεικονιστική τεχνολογία και μόνιτορ (monitor), το μηχάνημα του αναπνευστήρα που μαρτυρά την παρουσία του με ηχητικούς συναγερμούς ή με τις μακρόσυρτες ανάσες που χορηγεί σε κάθε λεπτό της ώρας, και το «επείγον» της κατάστασης υγείας του ασθενούς, στο σύνολό τους συνυφαίνουν ένα πυκνό δίκτυο παροχής φροντίδας και θεραπείας, πάνω στο οποίο «πατάνε» και συγκροτούν τους εαυτούς και τις επαγγελματικές ταυτότητές τους τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ αναλαμβάνουν τη φροντίδα και τη συνεχή παρακολούθηση ασθενών που χρήζουν εντατικής περίθαλψης, κάτι που επιτυγχάνεται με τη βοήθεια προηγμένης τεχνολογίας. Η λήψη κλινικών αποφάσεων και η επιθυμία των νοσηλευτών/ριών για συμμετοχή σε αυτές αποτελούν σημαντική έκφανση της νοσηλευτικής πράξης στη ΜΕΘ, γι' αυτό και αυτά τα θέματα έχουν αποτελέσει αντικείμενο πραγμάτευσης και διερεύνησης σε ποικίλες μελέτες σε διεθνές επίπεδο.

Σε μελέτες στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχει ισχυρό έλλειμμα ως προς τη συμμετοχή των νοσηλευτών/ριών στις κλινικές αποφάσεις, φαινόμενο που αποτυπώνεται σε έρευνες που έχουν επισημάνει τα χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης μεταξύ των νοσηλευτών/ριών στις Ελληνικές ΜΕΘ και τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των νοσοκομείων (Iliopoulou & While, 2010· Papathanassoglou, Tseroni & Karydaki, 2005· Papathanassoglou, Karanikola & Kalafati, 2012). Πράγματι, αυτό που διαφάνηκε από την αρχή της παρούσας επιτόπιας έρευνας, ήταν ο έντονος προβληματισμός των συμμετεχόντων/ουσών ως προς το ποια είναι η «θέση» και λειτουργία τους στη συγκεκριμένη ΜΕΘ. Στην παρούσα έρευνα η «θέση» αυτή αναδύεται και ερμηνεύεται φαινομενολογικά μέσα από τις αφηγήσεις των εμπειριών τους ως νοσηλευτών/ριών. Στη συζήτηση που αναπτύσσω στα επόμενα κεφάλαια υποστηρίζω ότι οι νοσηλευτές/ριες στη ΜΕΘ που μελέτησα αναπτύσσουν συλλογικές και ατομικές νοσηλευτικές πρακτικές, καθώς και στρατηγικές επικοινωνίας, που τους/τις βοηθούν στο να συμμετέχουν στα λεγόμενα άτυπα και τυπικά «κέντρα» λήψης αποφάσεων, είτε μέσω διαπραγμάτευσης, είτε μέσω σύγκρουσης και αντιπαράθεσης, έστω και σε θέματα περιφερειακής σημασίας για τους ασθενείς. Η γνώση των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ και οι σχέσεις εξουσίας που υφαίνονται στο νοσοκομείο διαμορφώνουν το είδος της εργασίας που ασκούν τόσο σε θεσμικό όσο και μη θεσμικό ή άτυπο επίπεδο. Επίσης, ο βαθμός κλινικής εμπειρίας και εμπειρογνωμοσύνης που κατέχει ο/η κάθε νοσηλευτής/ρια διαμορφώνει τον τρόπο που οι άλλοι/ες επαγγελματίες υγείας στη ΜΕΘ τον/την κρίνουν ως προς

την αντίληψη που έχει για τον ασθενή και την κλινική του κατάσταση, καθώς και ως προς το βαθμό ευθύνης που αναλαμβάνει. Αυτό, πολλές φορές, μεταφράζεται και ως εμπιστοσύνη και σεβασμός στις κλινικές δεξιότητες και επαγγελματική κρίση που επιδεικνύουν οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες, ακόμα και από υψηλά ιστάμενα άτομα στην ιεραρχία της Μονάδας.

Στη διάρκεια σχεδόν τριών ετών (2012-2014), ακολούθησα τις επαγγελματικές ζωές των νοσηλευτών και νοσηλευτριών σε μια πολυδύναμη ΜΕΘ μεγάλου γενικού Νοσοκομείου στη περιοχή της Αθήνας, και κατέγραψα τον κοινωνικό κόσμο στη Μονάδα, όπως αυτός αποκαλύφθηκε μπροστά μου μέσα από την επιτόπια παρατήρηση. Όπως θα δείξω στις επόμενες ενότητες, η καθημερινότητα στην Εντατική άλλοτε προσφέρει διαπραγματευτικό χώρο στους/τις νοσηλευτές/ριες, και άλλοτε κυριαρχείται από τον ιατρικό λόγο σε βαθμό που να αποκλείεται η διαπραγμάτευση μεταξύ νοσηλευτών/ριών και γιατρών. Έτσι, καταλήγω στο να διακρίνω ότι οι συνομιλητές/ριες της παρούσας μελέτης βιώνουν στιγμές είτε πρόσβασης είτε αποκλεισμού κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων από τους/τις γιατρούς της συγκεκριμένης ΜΕΘ. Άλλοτε ως εθνογράφος ανθρωπολόγος και άλλοτε ως πρώην νοσηλεύτης ΜΕΘ και νυν καθηγητής νοσηλευτικής που διδάσκει φοιτητές/ριες στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, είχα και συνεχίζω να έχω πρόσβαση σε μια πτέρυγα του νοσοκομείου όπου η είσοδος είναι ελεγχόμενη, περιορισμένη έως και απαγορευμένη για τους μη ανήκοντες στη Μονάδα, τους «άλλους». Αν υπάρχει κάτι που θα ήθελα να καταθέσω εξ' αρχής, είναι ότι έγινα μάρτυρας υψηλής φροντίδας στη Μονάδα που παρατήρησα, όπου οι νοσηλευτές/ριες φρόντιζαν τους ασθενείς τους με υψηλό αίσθημα ευθύνης, αξιοποιώντας ειδικές γνώσεις, συλλογικές ή ατομικές επικοινωνιακές τακτικές και πρακτικές, προκειμένου να συνεισφέρουν στην αποτροπή κάποιας επιδείνωσης ή τη σταθεροποίηση της κατάστασης των αρρώστων τους.

Ωστόσο, η παρούσα εργασία δεν έχει την πρόθεση να κρίνει και να αξιολογήσει την ποιότητα φροντίδας στο εθνογραφικό παράδειγμα, αλλά να συζητήσει και να προκρίνει ανθρωπολογικές ερμηνείες για τη νοσηλευτική πράξη σε ΜΕΘ της Ελλάδας. Με άλλα λόγια, πρόκειται για την ιστορία μιας ΜΕΘ, εξιστορούμενη μέσα από τις αφηγήσεις που μοιράστηκαν μαζί μου οι συνομιλητές και συνομιλήτριές μου, και εθνογραφικά υποστηριζόμενη από τις επιτόπιες παρατηρήσεις μου ως ερευνητή. Αν και στο εξωτερικό υπάρχει ένας αυξανόμενος

όγκος μελετών για το περιβάλλον και το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ, όταν ξεκίνησα την έρευνά μου το 2012 δεν υπήρχε αντίστοιχη επιτόπια εθνογραφική μελέτη που να αφορούσε ειδικά τους/τις νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ στην Ελλάδα. Η μόνη αντίστοιχη επιτόπια μελέτη σε ελληνική Μονάδα ήταν αυτή του κοινωνιολόγου Γεώργιου Αλεξιά (2000), στην οποία μελέτησε την ιατρική πράξη ως μορφή κοινωνικής αλληλόδρασης στις ΜΕΘ με έμφαση στον «Λόγο περί ζωής και θανάτου». Επομένως η συνεισφορά και πρωτοτυπία της παρούσας έρευνας έγκειται στο ότι εστιάζω στο ζήτημα των κλινικών αποφάσεων εκ μέρους της συγκεκριμένης επαγγελματικής κατηγορίας, των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ, την οποία γνωρίζω εκ των έσω, καθώς και στο ότι ως ερευνητής υιοθετώ την εθνογραφική προσέγγιση η οποία σπανίζει στις μελέτες για τις κλινικές αποφάσεις γενικότερα στην Ελλάδα.¹

Έχει εκπονηθεί πλήθος μελετών για τη φροντίδα στη ΜΕΘ και τους/τις νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ, κυρίως στο εξωτερικό, στις οποίες τους/τις απεικονίζουν με θετικές ή αρνητικές αναπαραστάσεις της επαγγελματικής τους ταυτότητας,² στο

¹ Κατά τη συγγραφή των κεφαλαίων αντλώ υλικό από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, προκειμένου να δώσω νόημα και πλαίσιο στα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Όπου είναι εφικτό, αξιοποιώ μελέτες που αφορούν τόσο σε νοσοκομεία όσο και σε ΜΕΘ, αν και οι μελέτες για τις εντατικές είναι λίγες, οι δε εθνογραφικές μελέτες είναι εξαιρετικά λίγες. Επίσης, η πλειονότητα των μελετών που αναλύω, αν και είναι επί το πλείστον ποιοτικές, δεν μπορούν να εκληφθούν ως ανθρωπολογικές. Έτσι, ενώ εντόπισα εθνογραφίες για ΜΕΘ, οι ανθρωπολογικές είναι σπάνιες, ίσως γιατί ο χώρος της ΜΕΘ είναι δύσκολα προσβάσιμος στους κοινωνικούς επιστήμονες που δεν έχουν ιατρικό ή νοσηλευτικό υπόβαθρο. Συνεπώς, στα κεφάλαια που ακολουθούν προσφεύγω – ίσως και καταχρηστικά – κυρίως σε νοσηλευτικές έρευνες, στις οποίες όμως υιοθετείται η επιτόπια παρατήρηση για τη συλλογή των δεδομένων. Οι «αμιγώς» κοινωνιολογικές και ανθρωπολογικές μελέτες για ΜΕΘ, αν και εξαιρετικά πλούσιες σε θεωρίες και ευρήματα, παραμένουν λίγες στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία.

² Για ευρύτερη παρουσίαση της έννοιας της ταυτότητας στην ανθρωπολογία βλ. Δ. Γκέφου-Μαδιανού (1999). Ο όρος εισήχθη στις κοινωνικές επιστήμες από τον Erikson (1959), ο οποίος ορίζει την ταυτότητα ως μέρος του ασυνείδητου και ως «μια σταθερή και ανθεκτική στο χρόνο αίσθηση του εαυτού» (Γκέφου-Μαδιανού, σ.192), η οποία στο μη παθολογικό άτομο στα πολύ βασικά της χαρακτηριστικά παραμένει αναλλοίωτη. Στην ανθρωπολογία ο όρος ταυτότητα έχει πολιτισμικό χαρακτήρα «δίνοντας έμφαση στο κοινωνικό και ιστορικό περιβάλλον του ατόμου και στους πολιτισμικούς μηχανισμούς της κοινωνικοποίησης» (ό.π.). Ο Παπαταξιάρχης (1996) προσεγγίζει την ταυτότητα στα πλαίσια του κονστρουκτιβισμού, αναγνωρίζει την ρευστότητα της έννοιας, και την ορίζει ως «πολιτισμική εννοιολόγηση του εαυτού» μέσα από τη χρήση συμβόλων. Από τη άλλη, η Comaroff (1985) προσλαμβάνει την ταυτότητα ως μια διαδικασία αντίστασης των τοπικών κοινωνικών ομάδων εναντίον των εξωτερικών ηγεμονικών δυνάμεων της αποικιοκρατίας. Όπως αναφέρει και η Γκέφου-Μαδιανού, πληθυσμιακές ομάδες που αντιλαμβάνονται την υποδεέστερη κοινωνική τους θέση και «περιθωριοποίησής τους στη δημόσια ζωή λόγω του φύλου, της φυλής, της καταγωγής ή των σεξουαλικών τους προτιμήσεων αναζητούν την αναγνώριση της νέας τους ταυτότητας» (σ.195). Επίσης, επειδή ο όρος ταυτότητα παραπέμπει σε πολλές έννοιες και αυτό μπορεί να αποτελέσει πηγή σύγχυσης, ο Harris (1995) προτείνει τη χρήση του όρου στον πληθυντικό, «ταυτότητες».

πλαίσιο μιας ευρύτερης κριτικής συζήτησης για τη φροντίδα που παρέχεται και για τις σχέσεις εξουσίας και επιτήρησης που αναπτύσσονται γενικότερα στο νοσοκομείο και ειδικότερα στις ΜΕΘ (Beedy, 2000· Bucknall, 2000· Bucknall, 2003· Coombs, 2003· Currey & Botti, 2006· Halford & Leonard, 2003· Manias & Street, 2001β· Price, 2013· Trapani, 2014· Turnbull, Flabouris & Iedema, 2005· White, 2007). Αν και τα ερευνητικά δεδομένα αυτών των μελετών δεν συμπίπτουν πάντα, συνηγορούν ωστόσο στο να αποδεχτώ τις ακόλουθες παραμέτρους ως εξαιρετικά σημαντικές για την προβληματική της παρούσας έρευνας: την επιστημονικότητα (ή μη) της νοσηλευτικής γνώσης, τον έμφυλο καταμερισμό της θεραπευτικής εργασίας, την ειδική γνώση – νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη, τη χρήση της τεχνολογίας και τις συνέπειές της στις τεχνολογίες της εξουσίας με τη μορφή της κατά Φουκώ πειθαρχίας και επιτήρησης.³ Έτσι, στην παρούσα μελέτη αναπτύσσω ζητήματα που άπτονται της σφαίρας της νοσηλευτικής και του «φροντίζουν», της ειδικής γνώσης των νοσηλευτών/ριών και της τεχνολογίας στη ΜΕΘ, της «ρουτίνας» ως τεχνολογίας πειθαρχίας και των συλλογικών πρακτικών που παρατηρήθηκαν, αλλά και ζητημάτων ταυτότητας και υποκειμενοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού.⁴ Όλα τα

³ Κατά τον Φουκώ (1973/1963), πειθαρχία είναι το σύνολο των τεχνικών, με τις οποίες τα συστήματα εξουσίας θέτουν ως στόχο τη μοναδοποίηση των ατόμων. Είναι η εξουσία της εξατομίκευσης της οποίας το θεμελιακό εργαλείο βρίσκεται στη διαδικασία της εξέτασης του ανθρώπου. Έτσι η ατομικότητα (individuality) γίνεται στοιχείο για την άσκηση της εξουσίας. Παράλληλα, οι έννοιες που αναδύονται στο χώρο της υγείας είναι η καταστολή και η απομόνωση (καραντίνα). Η καταστολή συνοδεύει την πειθαρχία και περιλαμβάνει ένα σύνολο μέτρων και θεσμών, ρυθμίσεων και κανόνων, που έχουν στόχο την οργάνωση του χώρου της υγείας και την καταπολέμηση της αρρώστιας. Επίσης, βλ. Κορασίδου (2002) σχετικά με τη σύσταση του ανεξάρτητου ελληνικού κράτους και τη συγκρότηση και ανάπτυξη του θεσμού της υγειονομικής αστυνομίας η οποία καθιερώνει την απομόνωση και τον αποκλεισμό παράλληλα με την ιατρικοποίηση του κοινωνικού σώματος. Στόχος της υγειονομικής αστυνομίας ήταν το «δημόσιο καλό» και η συστηματική αύξηση των συλλογικών και ατομικών δυνάμεων στη κοινωνία.

⁴ Η διαδικασία της υποκειμενοποίησης (subjectivation) μπορεί να οριστεί ως η συγκρότηση του υποκειμένου. Κατά τον Φουκώ (1987/1980), το υποκείμενο συγκροτείται μέσω της υπαγωγής του στην εξουσία, στο πλαίσιο ιστορικά διακριτών «καθεστώτων εξουσίας/γνώσης» ή, αλλιώς, «καθεστώτων αλήθειας». Ως εκ τούτου, το υποκείμενο δεν είναι εκ φύσεως ανεξουσίαστο, ουσιαστικά ελεύθερο, αλλά υπάρχει χάρη στην εξουσία. Ωστόσο, τόσο κατά τον Φουκώ, όσο και σύμφωνα με άλλες θεωρίες υποκειμενοποίησης, η εξουσία δεν μπορεί να ιδωθεί μόνο ως αρνητική και κατασταλτική, αλλά και ως θετική, ενεργητική, οργανωτική και παραγωγική (χωρίς να αναιρείται η κατασταλτική της διάσταση). Δηλαδή, η εξουσία δεν βρίσκει ήδη συγκροτημένο αυτό που καταστέλλει - το υποκείμενο - αλλά το παράγει, το συγκροτεί έως και το ενδυναμώνει (για τα θέματα γνώσης, εξουσίας και υποκειμενοποίησης, βλ. και Δοξιάδης, 1988· Τζανάκης 2006· Φουρτούνης 2009, στο πεδίο της ψυχιατρικής). Το γνώρισμα της ενδυνάμωσης γίνεται σαφέστερο στο μεταγενέστερο έργο του, σχετικά με τη «μέριμνα του εαυτού» και τις «τεχνολογίες του εαυτού», οι οποίες, κατά τον Φουκώ,

παραπάνω τέμνονται επανειλημμένως από τεχνολογίες εξουσίας στο συγκεκριμένο εθνογραφικό παράδειγμα. Εξ ου και το κεντρικό ερώτημα της έρευνας: *αν και κατά πόσο ακούγονται οι φωνές και ενστάσεις των έμπειρων νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ, και τι είδους πρακτικές αξιοποιούν προκειμένου να συμμετέχουν στη λήψη κλινικών αποφάσεων*. Τελικά, θα υποστήριζα ότι στον πυρήνα αυτής της έρευνας βρίσκεται το ερώτημα: τι είδους μορφή έχει λάβει αυτό το «αρχαίο» επάγγελμα, αυτό της «αδελφής νοσοκόμας» στην Εντατική θεραπεία;⁵

Η έρευνά μου για το συγκεκριμένο είδος νοσηλευτικής πράξης που πραγματώνεται κάθε μέρα στη Μονάδα που μελέτησα, μπορεί να ιδωθεί ως σημείο συνάντησης της δικής μου πρότερης εμπειρίας ως ειδικευμένου νοσηλευτή Εντατικής σε Μονάδες του εξωτερικού, του Η.Β. (Ηνωμένο Βασίλειο), και των εμπειριών και αφηγήσεων των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ σε Μονάδες στην Ελλάδα. Δεν ξέρω το πότε και πώς ξεκίνησε η επιθυμία μου να καταγράψω τον δικό μου κόσμο της ΜΕΘ μέσα

είναι «έλλογες και θελημένες πρακτικές, που επιτρέπουν στον άνθρωπο όχι μόνο να ορίζει κανόνες διαγωγής, αλλά και να μεταμορφώνει τον εαυτό του» (2013/1984). Ομοίως, η μεταδομίστρια φιλόσοφος Judith Butler υποστηρίζει ότι «έχουμε συνηθίσει να σκεπτόμαστε την εξουσία ως κάτι που πιέζει το υποκείμενο από έξω, ως κάτι που το κυριαρχεί, το υποτάσσει και το περιστέλλει σε μια υποδεέστερη τάξη. Αυτό είναι βέβαια μια ακριβής περιγραφή ενός μέρους αυτού που η εξουσία κάνει. Αλλά εάν [...] κατανοούμε την εξουσία και ως διαμορφωτική του υποκειμένου, ως παρέχουσα την ίδια τη συνθήκη ύπαρξής του, τότε η εξουσία δεν είναι απλώς αυτό εναντίον του οποίου αντιτιθέμεθα αλλά επίσης, κατά μια ισχυρή έννοια, αυτό από το οποίο εξαρτιόμαστε για την ύπαρξή μας και αυτό που εγκολπωνόμαστε και διαβιώνουμε διά των όντων που είμαστε» (Butler, 1997, σ.2). Ωστόσο, όπως υποστηρίζει, βασιζόμενη στην έννοια «επιτελεστικότητα», που η ίδια εισήγαγε στην πολιτισμική-φεμινιστική θεωρία, όσο κι αν το υποκείμενο ενσωματώνει τα «ιζηματοποιημένα» καθεστώτα αλήθειας ή τις νόρμες της κοινωνίας του, και όσο κι αν αυτοπειθαρχεί σε αυτές, επαναλαμβάνοντάς τις καθημερινά, ώστε να καθίσταται αναγνωρίσιμο, διανοητό, επομένως να μην «αποϋποκειμενοποιηθεί» (abjectification), ο ίδιος ο επαναληπτικός χαρακτήρας της επιτέλεσής τους το καθιστά ταυτόχρονα ανοιχτό - δεν μπορεί να επαναλαμβάνονται τα ίδια - σε νέες ερμηνείες έως και ανατρεπτικές πρακτικές (Butler, 2009/1990).

⁵ Ο Κριμαϊκός πόλεμος (1853 - 1856) ήταν μια σημαντική εξέλιξη στην ιστορία της νοσηλευτικής όταν η βρετανίδα νοσοκόμα Florence Nightingale έθεσε τα θεμέλια της επαγγελματικής νοσηλευτικής με τις αρχές που συνοψίζονται στο βιβλίο «Notes on Nursing». Ένα ταμείο ιδρύθηκε το 1855 από μέλη του κοινού για να συγκεντρώσει χρήματα για τη δουλειά της Florence Nightingale και των «νοσηλευτριών» της. Το 1856, συγκεντρώθηκαν £44.039 (ισοδύναμο με περίπου 2 εκατομμύρια £ [λίγες Αγγλίας] σήμερα). Η Nightingale αποφάσισε να χρησιμοποιήσει τα χρήματα αυτά για να θεθούν τα θεμέλια για μια σχολή κατάρτισης αδελφών νοσοκόμων στο St. Thomas Hospital. Το 1860 ξεκίνησε η εκπαίδευση για την πρώτη τάξη νοσοκόμων. Μετά την αποφοίτησή τους από το σχολή νοσηλευτικής, αυτές οι νοσοκόμες ονομάζονταν «Nightingales». Κατά τον Κριμαϊκό πόλεμο, υποστηρίζει ότι η Nightingale μείωσε το ποσοστό θανάτων από 42% σε 2%, είτε βελτιώνοντας η ίδια τις συνθήκες υγιεινής είτε επικαλούμενη την ανώτατη Υγειονομική Επιτροπή (Sanitary Commission). Για παράδειγμα, η Nightingale επέβαλε το πλύσιμο των χεριών και άλλες συνθήκες υγιεινής στο πολεμικό νοσοκομείο όπου εργαζόταν. Για λεπτομέρειες της ιστορίας της νοσηλευτικής βλ. https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale.

από τα λόγια των άλλων, αλλά τώρα σκέφτομαι και το καταθέτω με πλήρη επίγνωση ότι ο δικός μου κόσμος Εντατικής θεραπείας στο H.B. δεν διαφέρει τόσο πολύ από τον κόσμο που βιώνουν οι συνάδελφοι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ στην Ελλάδα. Τουλάχιστον τώρα τον προσέγγισα μέσα από τις μαρτυρίες άλλων, και αυτή η διαδρομή με βοήθησε στο να εντοπίσω διαφορές και ομοιότητες, όπως και στο να επιβεβαιώσω τις υποθέσεις μου, ότι οι συνάδελφοι εδώ έχουν πλήρη επίγνωση των δυνατοτήτων που θα μπορούσαν να έχουν ως προς την παροχή φροντίδας και συνεισφοράς στην καλύτερη έκβαση των περιστατικών τους, και ότι κάνουν τις δικές τους μικρές «επαναστάσεις» απέναντι στις υφιστάμενες σχέσεις εξουσίας στο νοσοκομείο.

Ερευνητικά ερωτήματα

Εδώ και πολλά χρόνια είναι πλέον αποδεκτό ότι οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες ΜΕΘ σε όλα τα κράτη διαχειρίζονται καταστάσεις κρίσης και εντάσεων, όπου καλούνται οι ίδιοι/ες να αποφασίσουν το είδος στοιχείων και πληροφοριών που θα συλλέξουν και θα ερμηνεύσουν, να σχεδιάσουν και να διαχειριστούν τις πλέον κατάλληλες παρεμβάσεις, και να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα των παρεμβάσεών τους (Bucknall, 2000· Storesund & McMurray, 2009). Ωστόσο, το εάν και κυρίως σε ποιο βαθμό συμμετέχουν οι νοσηλευτές/ριες στη λήψη αυτών των αποφάσεων αμφισβητείται και έχει αποτελέσει αντικείμενο μακροχρόνιων συζητήσεων και ερευνών, καθότι παραμένουν ισχυρές οι εικόνες του παρελθόντος, όπου η «αδελφή νοσοκόμα» είχε ως κύριο έργο μόνο την παροχή βασικής φροντίδας (περιποίησης) σώματος, τη χορήγηση φαρμάκων και την πιστή εκτέλεση ιατρικών οδηγιών.

Οι υφιστάμενες ιεραρχίες, οι σχέσεις εξουσίας και η δυνατότητα διαπραγμάτευσης μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών συνιστούν παραμέτρους που τέμνουν όλες τις εκφάνσεις του κοινωνικού κόσμου του νοσοκομείου, κατ' επέκταση και της ΜΕΘ, οι δε κλινικές αποφάσεις για τους ασθενείς αποτελούν ζωτικής σημασίας πρακτικές των γιατρών και των νοσηλευτών/ριών. Για να γίνουν κατανοητές οι διαδικασίες και τα νοήματα που εμπλέκονται στη λήψη κλινικών αποφάσεων, ήταν απαραίτητο - και θα υποστήριζα επιτακτικό - να εξετάσω εθνογραφικά τόσο το επίσημο όσο και το ανεπίσημο πλαίσιο στα οποία αυτές διεξάγονται. Όπως θα δείξω στη συνέχεια της εργασίας μου, οι σχέσεις εξουσίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας συνήθως καθορίζονται από το θεσμικό πλαίσιο

λειτουργίας του νοσοκομείου, ενώ η διαπραγμάτευση και η οριζόντια επικοινωνία τους χαρακτηρίζουν κυρίως το ανεπίσημο πλαίσιο λειτουργίας. Σύμφωνα με τον Strauss et al. (1963), η προσέγγιση της «διαπραγματευτικής τάξης» (negotiated order) προσφέρει ικανοποιητικό πλαίσιο εξήγησης των συμπεριφορών που παρατηρούνται στο νοσοκομείο γενικά, καθώς αναγνωρίζει ότι, πέρα από τις τυπικές σχέσεις που προσδιορίζονται από γραπτούς κανόνες, παρατηρείται κι ένα πλήθος άτυπων σχέσεων στις καθημερινές δραστηριότητες και διαδράσεις του προσωπικού, οι οποίες δημιουργούνται εκ νέου και καλύπτουν εκφάνσεις της καθημερινότητας που αδυνατούν να ρυθμίσουν οι γραπτοί κανόνες (εσωτερικός κανονισμός ιδρύματος).⁶ Πράγματι, όπως υποστηρίζω και στην παρούσα διατριβή, η καθημερινή ζωή στο νοσοκομείο γενικά δείχνει να οργανώνεται γύρω από μια σειρά διαπραγματεύσεων, ανάλογων με τις προτεραιότητες των εμπλεκόμενων υποκειμένων και με τις περιστάσεις. Ωστόσο, η κάθε μορφή διαπραγμάτευσης μεταξύ των εμπλεκόμενων στο εθνογραφικό παράδειγμα της ΜΕΘ πραγματοποιείται υπό το πρίσμα ενός πυκνού πλέγματος σχέσεων εξουσίας, γεγονός που προσδίδει στη ΜΕΘ και μια συγκρουσιακή διάσταση, η οποία πρέπει να ληφθεί υπόψη όταν η ΜΕΘ μελετηθεί όχι μόνο ως χώρος διαχείρισης της απειλητικής ασθένειας αλλά και ως χώρος εργασίας για τους/τις επαγγελματίες υγείας.

Επιπρόσθετα, η κατάσταση στη ΜΕΘ περιπλέκεται και από την τεχνολογία που χρησιμοποιείται για τη διαχείριση των βαρέως πασχόντων ασθενών (βλ. παράρτημα: εικόνα 1, κλίνη Εντατικής και μηχανήματα). Πιο συγκεκριμένα, αναφέρομαι στην προηγμένη ιατρική τεχνολογία που διέπει την εντατική θεραπεία και στην οποία εκπαιδεύονται και οι νοσηλευτές/ριες προκειμένου να εφαρμόζουν κατάλληλες πρακτικές «παρακολούθησης» και «φροντίδας» προς τους ασθενείς τους. Όμως, το είδος της υψηλής τεχνολογίας που διέπει τη ΜΕΘ, αλλά και ο συνολικός υλικός πολιτισμός της,⁷ με την ειδική γνώση/χρήση του οποίου οι νοσηλευτές/ριες

⁶ Βασιζόμενοι στην έννοια «διαπραγματευτική τάξη», οι Fagerhaugh και Strauss (1977) υποστηρίζουν ότι το ίδιο συμβαίνει και με τους ασθενείς, καθώς η φροντίδα επιτυγχάνεται μέσα από μια διαδικασία «παζαρέματος» μεταξύ προσωπικού και ασθενών.

⁷ Ο υλικός πολιτισμός της ΜΕΘ περιλαμβάνει από τους αναπνευστήρες μηχανικής υποστήριξης του αναπνευστικού συστήματος (ventilators), τα μόνιτορ παρακολούθησης του ασθενούς με τα καλώδια και τους ενδοαγγειακούς καθετήρες των ασθενών, τους τεχνητούς αεραγωγούς (τραχειοσωλήνες και

νοσηματοδοτούν τις πράξεις τους, προκαλεί επιπλέον νοήματα, τόσο ως προς την πρόσληψη και διαχείριση του ανθρώπινου σώματος, όσο και ως προς την αυτοεικόνα των νοσηλευτών/ριών. Συγκεκριμένα, η χρήση προηγμένης τεχνολογίας και ειδικών γνώσεων που απαιτούνται για τη διαχείριση της τεχνολογίας και της απειλητικής ασθένειας, αφενός αποσταθεροποιούν την εικόνα του σώματος ως ολότητας (η οποία υποτίθεται ότι μας ανήκει), και αφετέρου αλλάζουν τις σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών/ριών και γιατρών. Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω προκύπτουν τα ακόλουθα ερωτήματα που έχουν τεθεί και διερευνηθεί και στην ξένη βιβλιογραφία: Πώς περιγράφουν και ερμηνεύουν τη «νοσηλευτική πράξη» οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ στο ελληνικό παράδειγμα; Πώς αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν την επαγγελματική τους ταυτότητα στα πλαίσια της ιδεολογίας της φροντίδας; Πιστεύουν ότι συμβάλλουν οι νοσηλευτές/ριες στο βαθμό που θα ήθελαν - μέσω της νοσηλευτικής πράξης - στη γενική «διαχείριση» και θετική έκβαση των περιστατικών τους, και κατά πόσο θεωρούν ότι γίνεται ορατή η συμβολή της νοσηλευτικής πράξης στη ΜΕΘ; Τι είδους επικοινωνιακές στρατηγικές κινητοποιούν (υιοθετούν) οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ ώστε να εισακουστούν από τους/τις γιατρούς; Ο/η νοσηλευτής/τρια ΜΕΘ στην Ελλάδα βρίσκει το αντίκρισμα που επιζητά (ικανοποίηση, υψηλή αυτοεκτίμηση), τόσο στις σχέσεις του/της με τους ιατρούς όσο και στη σχέση που φαίνεται να διαμορφώνεται με τον/την ασθενή και το πάσχον σώμα του; Τέλος, καθώς το ζήτημα της νοσηλευτικής εμπειρογνωμοσύνης ή ειδικής γνώσης έχει ελάχιστα διερευνηθεί στην Ελλάδα, αναπόφευκτα προκύπτει και το ερώτημα εάν συναντάται αυτό που στη διεθνή βιβλιογραφία ονομάζεται «νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη» (expertise) ή «ειδική νοσηλευτική γνώση», ως διακριτό γνώρισμα στο υπό μελέτη ελληνικό παράδειγμα, και, αν ναι, πώς επηρεάζει τη νοσηλευτική πράξη και τη λήψη αποφάσεων.

Τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα αφορούν σε μερικά από τα ζητήματα που με απασχόλησαν στην παρούσα έρευνα, σε μια προσπάθεια ανθρωπολογικής

ενδοτραχειακοί σωλήνες), τις μονάδες αναρρόφησης και τον απινιδωτή για τις καρδιακές ανακοπές, έως και τις κλίνες και τα κλινοσκεπάσματα, το ωριαίο φύλλο 24ωρης παρακολούθησης του ασθενούς, τα νοσηλευτικά και ιατρικά αρχεία, το ιατρικό υλικό που χρησιμοποιείται στις νοσηλείες και νοσηλευτικές πράξεις.

ερμηνείας του κοινωνικού γίνεσθαι της ΜΕΘ σε ελληνικό νοσοκομείο, όπου η νοσηλευτική πράξη επιτελείται ακροβατώντας ανάμεσα στις τωρινές ανάγκες των ασθενών ΜΕΘ και τις ιστορικές (παρελθοντικές) εικόνες του νοσηλευτικού επαγγέλματος, σε έναν κλειστό χώρο του νοσοκομείου που οριοθετείται, τόσο από φυσικά σύνορα και προηγμένα τεχνολογικά μέσα παρακολούθησης και θεραπείας, όσο και από τις ζωές των ασθενών που αιωρούνται (αμφιταλαντεύονται) ανάμεσα στη ζωή και το θάνατο. Το περιεχόμενο και το εύρος αυτού που ονομάζεται «Νοσηλευτική ΜΕΘ» ή «Εντατική Νοσηλευτική» περιγράφεται στην επόμενη ενότητα.

Εντατική νοσηλευτική και «φροντίδα»

Στα μάτια κάποιου/ας που εισέρχεται σε μια ΜΕΘ για πρώτη φορά, το πιο πιθανόν είναι όλα – οι πόρτες που δεν επιτρέπουν την ελεύθερη πρόσβαση στο χώρο, το απρόσιτο περιβάλλον, οι στολές του προσωπικού, οι διασωληνωμένοι ασθενείς, τα μηχανήματα με τα φωτάκια, οι ήχοι των μηχανημάτων – να φαντάζουν περίεργα, αλλόκοτα, σαν «εσωτερικό διαστημοπλοίου» όπως την περιέγραψαν φοιτητές/ριες νοσηλευτικής, και εν τέλει πολύ «διαφορετικά» από το υπόλοιπο νοσοκομείο. Η Αγνή, μια από τις πολύ έμπειρες νοσηλεύτριες στη μελέτη, όταν τη ρώτησα για την πρώτη της ημέρα εργασίας σε «Μονάδα», γελώντας και με μάτια που έλαμπαν, θυμήθηκε το «χάος» που επικρατούσε. Η πληροφορήτριά μου δεν καταλάβαινε «πώς ήτανε καταμερισμένοι, πώς ήτανε χωρισμένοι» αυτοί που εργάζονταν στη Μονάδα, γιατί έβλεπε δύο-τρία άτομα πάνω από το κρεβάτι του ασθενούς και αναρωτιόταν «είναι όλοι μαζί σε όλο το χώρο;». Δεν καταλάβαινε αυτό που έμαθε στη συνέχεια της καριέρας της στις ΜΕΘ, ότι ο καθένας και η καθεμία έχει τη δική του/της θέση και λειτουργία στην Εντατική.

Οι απαρχές της Εντατικής θεραπείας εντοπίζονται στην επιδημία πολιομυελίτιδας στη Δανία στη δεκαετία του '50. Προκειμένου οι υγειονομικές αρχές να απομονώσουν και διαχειριστούν τα κρούσματα πολιομυελίτιδας με αναπνευστική δυσχέρεια από τους υπόλοιπους ασθενείς, τα μετέφεραν σε ιδιαίτερο χώρο του νοσοκομείου της Κοπεγχάγης, ώστε να λάβουν εντατική και συνεχή διεπιστημονική φροντίδα από ιατρούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, οι οποίοι ανέπτυξαν προηγμένες δεξιότητες προκειμένου να φροντίσουν επαρκώς τους βαριά πάσχοντες ασθενείς. Οι προαναφερθέντες ασθενείς είχαν υποβληθεί σε τραχειοτομία και

μηχανικό αερισμό θετικής πίεσης, ενώ η αιμοδυναμική τους κατάσταση και τα επίπεδα διοξειδίου του άνθρακα ήταν υπό στενή παρακολούθηση, πράγμα που επέτρεπε την άμεση παρέμβαση όταν ήταν απαραίτητο. Συνέπεια των παραπάνω εξελίξεων ήταν να βελτιωθεί άρδην η έκβαση των ασθενών. Παρόλα αυτά, η επακόλουθη ανάπτυξη των ΜΕΘ ήταν αρκετά υποτονική έως την δεκαετία του '60 όπου, ιδιαίτερα στις Η.Π.Α., υπήρξε μεγάλη αύξηση στον αριθμό των Μονάδων (βλ. παράρτημα: εικόνα 2, άποψη μιας ΜΕΘ από τη στάση των νοσηλευτών/ριών) με σκοπό αυτές να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες φροντίδας των ασθενών που υποβάλλονταν σε προοδευτικά περισσότερα εξελιγμένες και μεγαλύτερης διάρκειας χειρουργικές επεμβάσεις (ICS, 2003). Όσο η ειδικότητα της Εντατικής εξελισσόταν, ο διαχωρισμός της από το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου και τα άλλα τμήματα εντεινόταν. Οι ασθενείς μεταφέρονταν από τις κλινικές σε ΜΕΘ, περιθάλλονταν από ξεχωριστή ομάδα εξειδικευμένου προσωπικού και, εφόσον επιβίωναν, διακομίζονταν ξανά στη κλινική τους με ελάχιστη ή καθόλου παρακολούθηση από το προσωπικό της ΜΕΘ. Η ώθηση στην αύξηση των ΜΕΘ σχετίζεται με την ανάγκη για περισσότερο εξειδικευμένο προσωπικό, για ειδικούς πόρους (όπως αναπνευστήρες και μόνιτορ/καρδιογράφους παρακολούθησης καρδιακού ρυθμού), και για επαρκείς εγκαταστάσεις (δίκτυο αερίων, μεγαλύτεροι χώροι για τα κρεβάτια νοσηλείας). Η ΜΕΘ έγινε πιο προηγμένη, η εκπαίδευση του προσωπικού έγινε πιο εξελιγμένη και επίσημη, και αναγνωρίστηκε η ανάγκη για ικανό, έμπειρο και τεχνικά καταρτισμένο προσωπικό (Adam, Osborne & Welch, 2017). Στην Ελλάδα, η λήψη ειδικότητας στην «Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική», σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (The European Federation of Critical Care Nursing Association - EFFCNA), αναγνωρίστηκε και ενεργοποιήθηκε μόλις το καλοκαίρι του 2020 – στον απόηχο των δραματικών συνεπειών της πανδημίας του νέου κορωνοϊού COVID-19 και της έλλειψης καταρτισμένων και εξειδικευμένων νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ - με τη μορφή προκήρυξης και πρόσληψης (1.650) θέσεων ειδικευόμενων «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής» του ν. 4690/2020.⁸

⁸ Σύμφωνα με το ν. 4690/2020, ΦΕΚ 2656, για τη λήψη νοσηλευτικής ειδικότητας, το πρόγραμμα

Στην ξένη και ελληνική βιβλιογραφία οι ΜΕΘ παρουσιάζονται ως χώροι εργασίας με αυξανόμενες δεοντολογικές και επικοινωνιακές πολυπλοκότητες για τους/τις νοσηλευτές/ριες (Αλεξιάς, 2000· Beedy, 2000· Berwind, 1975· Bucknall, 2000· Bucknall, 2003· Cassell, 2005· Glaser & Strauss, 1965· Iliopoulou & While, 2010· Papathanassoglou et al., 2012· Papathanassoglou et al., 2005· Seymour, 2001· Sudnow, 1967· Zussman, 1992). Η Εντατική και η φροντίδα που λαμβάνει χώρα μέσα σε αυτή περιγράφεται από τους/τις παραπάνω ερευνητές/ριες ως κάτι ιδιαίτερο και ξεχωριστό, τόσο για τους ασθενείς όσο και για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Για παράδειγμα, ο Αλεξιάς (2000) συσχετίζει τη ΜΕΘ με τους λόγους ζωής και θανάτου που τέμνουν τις ζωές των διασωληνωμένων ασθενών. Ανάμεσα σε άλλα, οι μελέτες αυτές μιλάνε και για τις αλλαγές που έχουν μεσολαβήσει στον επαγγελματικό τομέα της εντατικής θεραπείας. Έτσι, η Beedy (2000) επισημαίνει ότι οι παραδοσιακοί επαγγελματικοί ρόλοι των ιατρών και νοσηλευτών/ριών υποβάλλονται σε συνεχή δοκιμασία, καθώς η φροντίδα που διαμεσολαβείται από τεχνολογικά μέσα τείνει να «παραβιάζει» - εν μέρει ακυρώνει - τα παραδοσιακά όρια καθηκόντων μεταξύ του νοσηλευτικού και του ιατρικού επαγγέλματος. Κι αυτό, γιατί η προηγμένη τεχνολογία έχει οδηγήσει σε διευρυμένες ευθύνες των νοσηλευτών και νοσηλευτριών στη λήψη κλινικών αποφάσεων, με αποτέλεσμα η ιατρική να μη διατηρεί πλέον τον αποκλειστικό έλεγχο των ιατρικών τεχνολογιών (βλ. και Bucknall, 2000). Με άλλα λόγια, τουλάχιστον σε μελέτες του εξωτερικού, οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ θεωρήθηκε ότι έχουν αποκτήσει μια αίσθηση υπεροχής του ρόλου τους, λόγω της ειδικής γνώσης που κατέχουν και της εξοικειώσής τους με την τεχνολογία της Εντατικής (Hon, Hedelin & Athlin, 2006), και ότι ο ρόλος τους αναβαθμίζεται στη λήψη κλινικών αποφάσεων (Bucknall, 2000 και 2003). Σε αυτές τις μελέτες οι έμπειροι νοσηλευτές και έμπειρες νοσηλεύτριες ΜΕΘ περιγράφονται ως τεχνικοί εμπειρογνώμονες ή ειδήμονες (experts) ή κάτοχοι ειδικής γνώσης που καλούνται να διαχειριστούν

εκπαίδευσης θα έχει διάρκεια δεκαοκτώ (18) μήνες. Ως Εκπαιδευτικές Μονάδες (ΕΜ) για την ειδικότητα της «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής» ορίζονται οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), οι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) και τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των Νοσοκομείων. Οι θέσεις στο σύνολό τους αφορούν υποψήφιους που δεν εργάζονται στον δημόσιο τομέα. Νοσηλευτές εργαζόμενοι στον δημόσιο τομέα δύνανται να καταλαμβάνουν με απόσπαση θέση υπεράριθμου ειδικευόμενου σε ποσοστό μέχρι 25% των θέσεων ειδικευόμενων νοσηλευτών κάθε εκπαιδευτικής μονάδας.

ασθενείς με βαριά και απειλητική νόσο, χρησιμοποιώντας προηγμένο εξοπλισμό (βλ. παράρτημα: εικόνα 3, νοσηλευτής και διασωληνωμένος ασθενής σε Εντατική). Δηλαδή, το νοσηλευτικό προσωπικό πλέον κατέχει γνώσεις και δεξιότητες που απαντώνται αποκλειστικά σε αυτούς/ές, και αυτό τους/τις καθιστά εξαιρετικά σημαντικούς/ές στη διαχείριση των περιστατικών στη ΜΕΘ. Όταν η Αγνή περιγράφει σε φίλους που τη ρωτάνε «πού δουλεύεις, τι ακριβώς κάνετε εκεί;», τους απαντάει «βαριά περιστατικά, είναι ένας χώρος που έχει πολλά μηχανήματα, πολύ θόρυβο, απαιτητικός χώρος», και συνεχίζει, «γιατί παρέχεις πλήρη υποστήριξη στον ασθενή και θέλει τρομερή οργάνωση».

Πράγματι, ενώ η σχέση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών συνιστά – ακόμα και σήμερα όπως θα δείξω – μια ιεραρχική σχέση, εντούτοις μια σημαντική αλλαγή συντελείται εδώ και καιρό στις ΜΕΘ του εξωτερικού, από τη στιγμή που ο/η νοσηλευτής/τρια αναγνωρίζεται ως σημαντικός παράγοντας για την παροχή υψηλού επιπέδου κρίσιμης φροντίδας και τη λήψη αποφάσεων (Department of Health, 2000· EFCCNA, 2004· ICS Standards Committee, 2003). Έτσι, ο ρόλος των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ επεκτάθηκε, εμπλουτίστηκε με προηγμένες παρεμβάσεις και εργασίες και συμπεριέλαβε ευθύνες και καθήκοντα που μέχρι πρόσφατα ανήκαν αποκλειστικά στη σφαίρα της ιατρικής. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος που όχι μόνο η Εντατικολογία (Intensive Therapy) αλλά και η Εντατική Νοσηλευτική (Intensive Care Nursing) αποτελούν στο εξωτερικό διακριτές ειδικότητες στην ιατρική και στη νοσηλευτική αντίστοιχα.

Παρ' όλα αυτά, η νοσηλευτική, ως επιστήμη και ως επάγγελμα, έχει συσχετιστεί περισσότερο με την έννοια της φροντίδας (care) – έναντι της θεραπείας (cure),⁹ η οποία προσλαμβάνεται ως κάτι που βρίσκεται στον «πυρήνα» και στην «καρδιά» της νοσηλευτικής, σε τέτοιο βαθμό μάλιστα, που πολλές φορές η νοσηλευτική ορίζεται και διακρίνεται από τις άλλες επιστήμες περισσότερο μέσω της έννοιας της φροντίδας παρά μέσω της ειδικής γνώσης που παράγει και αξιοποιεί. Το

⁹ Οι Jecker και Self (1991), στη μελέτη τους για την έννοια της φροντίδας, εντοπίζουν τις απαρχές της διάκρισης μεταξύ φροντίδας (care) και θεραπείας (cure) σε ιστορικούς λόγους, και μάλιστα στον έμφυλο επιμερισμό της θεραπευτικής εργασίας.

γεγονός αυτό, το οποίο έχει αποδοθεί στην ιστορική σύνδεση της φροντίδας με τις γυναίκες-νοικοκυρές-τροφούς-θεραπεύτριες,¹⁰ έχει ως αποτέλεσμα, αφενός, να προσλαμβάνεται η νοσηλευτική ως (γυναικείο) λειτούργημα με κύριο έργο τη φροντίδα-περιποίηση, εις βάρος της όποιας «επιστημονικότητας» θα μπορούσε να διεκδικήσει· αφετέρου, να διαιωνίζεται ο άνισος καταμερισμός της θεραπευτικής εργασίας ανάμεσα στον άνδρα-γιατρό και τη γυναίκα-νοσηλεύτρια, ο οποίος, κατά τον Αλεξιά (2000), χαρακτηρίζει την επιστημονική ιατρική από τις απαρχές της επαγγελματοποίησής της.¹¹ Όπως δε επισημαίνει, από τη στιγμή που η κοινωνική σχέση άνδρας-γυναίκα υιοθετήθηκε ως έχει και «εντάχθηκε στο ιατρικό σύστημα ιδεών», στη συνέχεια συντηρήθηκε και «νομιμοποιήθηκε» από την ίδια την επιστήμη

¹⁰ Ωστόσο, σύμφωνα με τους Jecker και Self (1991), η φροντίδα, ως έγνοια και συμπόνια προς τον ασθενή μπορεί να αναγνωρισθεί και στον/την γιατρό, στα πλαίσια της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Έτσι, η φροντίδα ως «to be caring» προς τον ασθενή, θα μπορούσε να μελετηθεί ως γνώρισμα τόσο των νοσηλευτών/ριών όσο και των γιατρών. Οι συγγραφείς αναζητούν τις ρίζες της έννοιας φροντίδα-care σε έμφυλα στερότυπα, αρσενικό-θηλυκό, και σε ιστορικές συγκυρίες, που διατρέχουν την εξέλιξη τόσο της νοσηλευτικής όσο και της ιατρικής. Υποστηρίζουν ότι η νοσηλευτική συνδέθηκε με την έννοια της φροντίδας γιατί αυτή ελάμβανε χώρα κυρίως στην οικογένεια και στο νοικοκυριό, παρά στο νοσοκομείο. Οπότε, υπήρξε ένα είδος επιμερισμού της θεραπευτικής εργασίας μεταξύ γιατρών και «αδελφών νοσοκόμων», όταν οι γιατροί ανέλαβαν το επιστημονικό έργο στο νοσοκομείο, ενώ οι πρώτες «νοσηλεύτριες» δραστηριοποιήθηκαν στην κοινότητα. Επίσης, η Stacey (1988) έχει επισημάνει ότι, ενώ με τη συμβολή της Florence Nightingale οι πρώτες νοσηλεύτριες εκπαιδεύτηκαν και απέκτησαν επαγγελματική υπόσταση στον νοσοκομειακό χώρο, εντούτοις κατείχαν μια θέση ενδιάμεση μεταξύ των γιατρών και των «οικιακών» νοσοκόμων. Αυτή η κίνηση διαιώνισε την εξάρτηση τόσο των νοσηλευτών όσο και των νοσηλευτριών από τους/τις γιατρούς κι έτσι το νοσηλευτικό κίνημα από τη γέννησή του χειραγωγήθηκε από την ιατρική, αναπαράγοντας έμφυλες σχέσεις ανισότητας.

¹¹ Κατά τον Αλεξιά (2000), η εξέταση της ιστορίας της ιατρικής δείχνει ότι α) η επαγγελματοποίηση της ιατρικής και η προβολή της ιατρικής γνώσης ως ανώτερης των άλλων, β) ο έλεγχος και προσδιορισμός άλλων επαγγελματικών ομάδων ως υποδεέστερων και παραϊατρικών (μαιευτική, ραδιογραφία, οδοντιατρική, νοσηλευτική), γ) η παραδοχή ότι η ιδεολογία της θεραπείας στην ιατρική είναι αξιολογικά ανώτερη της ιδεολογίας της φροντίδας στη νοσηλευτική, δ) η μετεξέλιξη της νοσηλευτικής από νοσηλεία στον οικογενειακό χώρο ως μέρος του οικιακού καταμερισμού εργασίας και, τέλος, ε) η ένταξη της επαγγελματικής νοσηλευτικής στο νοσοκομείο υπό την επίβλεψη των γιατρών, προσέδωσαν τον ιδιότυπο χαρακτήρα της σχέσης γιατρού-νοσηλεύτριας στο νοσοκομείο. Ακόμα κι αν η νοσηλευτική επαγγελματοποιήθηκε και υιοθέτησε τον δικό της κώδικα δεοντολογίας και την ιδεολογία της φροντίδας, δηλαδή, τον ιδιαίτερο τρόπο επαγγελματικής σκέψης, όπου στόχος των παρεμβάσεων των νοσηλευτών/ριών είναι οι ανάγκες και τα «νοσηλευτικά» προβλήματα του ασθενούς, υποστηρίζει ότι η επαγγελματοποίηση αυτή στάθηκε ημιτελής, γιατί η νοσηλευτική α) στερείται αυτονομίας καθώς δεν έχει δικός της διακριτό σύνολο γνώσης, β) εξαρτάται από την ιατρική γνώση, καθώς αναπαράγει ένα μέρος της γνώσης που η ιατρική έχει «κατασκευάσει», και γ) οι υπηρεσίες υγείας διατηρούν τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα, όπου οι γιατροί έχουν τον πρώτο λόγο και την κύρια ευθύνη για τους ασθενείς.

(2000, σ.381).¹² Στην επικράτηση του ανδροκεντρικού χαρακτήρα στις επιστήμες υγείας οφείλεται και το ότι, στην Ελλάδα, η αναφορά στον επαγγελματικό τίτλο των πτυχιούχων νοσηλευτών/ριών γίνεται ως επί το πλείστον σε γένος αρσενικό (νοσηλευτής), παρόλο που η πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στελεχώνεται από γυναίκες νοσηλεύτριες. Ο όρος του/της νοσηλευτή-νοσηλεύτριας είναι σχετικά πρόσφατος και αντικατέστησε τον παλιό του αδελφού-νοσοκόμου και της αδελφής-νοσοκόμας με τη δημοσίευση του Νόμου 1579/1985/Φ217.¹³

Ο ορισμός της νοσηλευτικής ως φροντίδας προς τους άλλους μπορεί να περιλαμβάνει πλήθος δραστηριοτήτων, από πολύπλοκες τεχνικές διαδικασίες και παρεμβάσεις, μέχρι το κράτημα του χεριού του/της ασθενούς που πονάει. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις (π.χ. περιποίηση ασθενούς, παρακολούθηση και εκτίμηση φυσικής κατάστασης, εκπαίδευση ασθενούς, χορήγηση θεραπευτικών σκευασμάτων, προαγωγή υγείας, εκπόνηση έρευνας, διοίκηση μονάδας υγείας) απευθύνονται στο άτομο, στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο, κατά την Αφροδίτη Ραγιά (1991). Για τις Taylor et al. (2010), η έννοια της φροντίδας ξεπερνά τα όρια της περιποίησης του/της ασθενούς, και ορίζεται ως η ενασχόληση με ανθρώπους σε κατάσταση ψυχικής έντασης, η παροχή άνεσης και υποστήριξης σε περιόδους άγχους, η χρησιμοποίηση της κλινικής νοσηλευτικής κρίσης για τη λήψη αποφάσεων, και ο

¹² Για παράδειγμα, αρχικά δεν επιτρεπόταν στις γυναίκες να σπουδάσουν ιατρική, γιατί έπρεπε να προστατευθούν και να διατηρήσουν την πρωτογενή αγνότητα της θηλυκότητας (Αλεξιάς 2000, σ.381).

¹³ Από τη δημοσίευση του Νόμου 1579/1985/Φ217 καθιερώθηκε ο επαγγελματικός τίτλος του νοσηλευτή και νοσηλεύτριας στους πτυχιούχους ή διπλωματούχους των α) τμημάτων νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο, β) τμημάτων νοσηλευτικής στο ΤΕΙ, γ) τέως ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Κ.Α.Τ.Ε.Ε. δ) ισότιμων σχολών αλλοδαπής των αντίστοιχων σχολών α, β, γ (σελίδα 4183). Αυτό που παρατήρησα κατά τη διερεύνηση και εξέταση του θεσμικού και επιστημονικού πλαισίου που διέπει το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα, ήταν η αποκλειστική χρήση του αρσενικού γένους (νοσηλευτής) στον δημόσιο λόγο. Η αποκλειστική χρήση του αρσενικού γένους στον δημόσιο λόγο είναι συντριπτική και γνωστή ως 'γλωσσικός σεξισμός' (Γενική Γραμματεία Ισότητας, 2015 <https://www.tovima.gr/2015/12/09/society/to-thilyko-genos>). Σχεδόν όλες οι κατηγορίες εργαζομένων εντοπίζονται στο αρσενικό γένος: Γιατροί, Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Νοσηλευτές, Χειριστές, Δικηγόροι. Αυτό έχει ως κύρια επίπτωση την αορατότητα του γυναικείου φύλου στον γραπτό λόγο. Κάτι αντίστοιχο, ως προς την αποκλειστική χρήση του αρσενικού γένους, συμβαίνει και με τα επίσημα επαγγελματικά και επιστημονικά όργανα εκπροσώπησης του κλάδου της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα. Για παράδειγμα, το επαγγελματικό επιμελητήριο που ρυθμίζει το επάγγελμα «του νοσηλευτή» και την άδεια άσκησης του επαγγέλματος στην Ελλάδα ονομάζεται «Ενωση Νοσηλευτών Ελλάδος» (<http://enne.gr/>, τελευταία πρόσβαση 18.9.20), και ο αντίστοιχος επιστημονικός σύνδεσμος ονομάζεται «Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος» (<https://www.esne.gr/index.php/el/>, τελευταία πρόσβαση 18.9.20).

συντονισμός υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, η φροντίδα περιγράφεται ως «ανθρώπινο γνώρισμα», «ηθική υποχρέωση», «διαπροσωπική σχέση», «θεραπευτική παρέμβαση» και εκφράζεται μέσα από δραστηριότητες, συμπεριφορές, στάσεις και σχέσεις. Δηλαδή, αυτό που φαίνεται να έχει σημασία για την ουσία της νοσηλευτικής, είναι το είδος της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτή/ριας και ασθενούς, όπου η θετική «παρουσία» του/της νοσηλευτή/ριας και η πρόθεσή του/της για προσφορά είναι σημαντική και απαραίτητη προϋπόθεση. Η παρουσία του/της νοσηλευτή/ριας ως «είμαι εκεί» δίπλα στον ασθενή υποδηλώνει την επαγρύπνησή του/της (Cohen, Hausner & Johnson, 1994· Price, 2013). Σύμφωνα με τους Κοτρώτσιου κ.ά. (2008), και Παπασταύρου κ.ά. (2010), το κάθε άτομο, τόσο ο/η επαγγελματίας υγείας όσο και ο/η ασθενής, διαμορφώνει συγκεκριμένη στάση για τη φροντίδα ανάλογα και με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο έχει μεγαλώσει, με τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις και με το πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ανήκει.

Αξίζει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι, αν και έχουν αποδοθεί πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί ως προς το τι συνιστά νοσηλευτική,¹⁴ το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nursing – ICN, 1973), ως ο επίσημος επιστημονικός φορέας εκπροσώπησης των νοσηλευτών/ριών σε θέματα φροντίδας και υγείας, έχει υιοθετήσει τον ορισμό της νοσηλεύτριας Virginia Henderson, όπως αυτός διατυπώθηκε στη δεκαετία του 1960:

«Η μοναδική λειτουργία του νοσηλευτή (η απόδοση του όρου 'nurse's στα ελληνικά είναι σε γένος αρσενικό) είναι να βοηθάει τον άνθρωπο, ασθενή ή υγιή, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συνεισφέρουν στην υγεία, την ανάρρωση (ή τον ειρηνικό θάνατο), τις οποίες θα εκτελούσε χωρίς βοήθεια εάν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση. Πρέπει δε ο νοσηλευτής να λειτουργεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει την ανεξαρτησία του το συντομότερο δυνατό» (Henderson, 1966:53, στο Taylor et al., 2010 [πρωτότυπο στα αγγλικά, 1997])

¹⁴ Ενδεικτικά, η φροντίδα στη νοσηλευτική έχει περιγραφεί ως: κινητήρια δύναμη της νοσηλευτικής (Leininger, 1988), συν-παρουσία και αγάπη, αυθεντικότητα και διαθεσιμότητα του/της νοσηλευτή/ριας για τον/την ασθενή (Ray, 1988), σκέψη, συναίσθημα και δράση (Benner & Wrubel, 1994). Σύμφωνα με την Αφροδίτη Ραγιά, Ομότιμη Καθηγήτρια νοσηλευτικής στο ΕΚΠΑ, η Νοσηλευτική είναι «θείο έργο, πνοή και ποίημα αγάπης, μορφή ηρωισμού και θυσίας» (1991, σ.15). Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (American Nurses Association, 1980, στο Taylor et al., 2010), τα βασικά στοιχεία της επαγγελματικής νοσηλευτικής είναι η φροντίδα υγείας, η θεραπεία και ο συντονισμός, όπου η προαγωγή υγείας και η φροντίδα υγείας αποτελούν τη θεραπευτική διάσταση της νοσηλευτικής.

Πάντως, η συνεχής νοσηλευτική έρευνα –στον κλινικό και ακαδημαϊκό χώρο – δείχνει ότι η νοσηλευτική ως επιστημονικό πεδίο συνεχίζει να εξελίσσεται και να τροποποιείται, προκειμένου να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της κοινωνίας, και παράλληλα η άσκηση του επαγγέλματος ρυθμίζεται μέσω νομοθετικών πλαισίων σε εθνική και διεθνή κλίμακα, συνομιλώντας με πρότυπα κλινικής άσκησης και οδηγίες των νοσηλευτικών επαγγελματικών συμβουλίων και συνδέσμων (ομοσπονδίες νοσηλευτών και επαγγελματικά επιμελητήρια).

Επίσης, διαπιστώνεται ότι πέρα από τις αμιγώς τεχνοκρατικές και «επιστημονικές» πληροφορίες που θεωρείται ότι υποβοηθούν στη βέλτιστη αντιμετώπιση των κλινικών καταστάσεων στις ΜΕΘ, εξελίσσεται και ένας επίσημος δημόσιος λόγος, που θέτει πρότυπα «δεοντολογικής» και επαγγελματικής συμπεριφοράς, και ορίζει μια δεξαμενή υποχρεώσεων (καθηκόντων) και ευθυνών (αρμοδιοτήτων) για τους/τις νοσηλευτές/ριες. Για παράδειγμα, οι ομοσπονδίες Ιατρών και Νοσηλευτών Εντατικολογίας και Εντατικής θεραπείας αντίστοιχα (European Society of Intensive Care Medicine [ESICM], και World Federation of Critical Care Nursing [WFCCN]) έχουν διατυπώσει και επίσημα τη θέση τους ως προς τον ενδεικνυόμενο τρόπο ανάπτυξης και παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών στις ΜΕΘ (Valentin, Ferdinande and ESICM Working Group on Quality Improvement, 2011· World Federation of Critical Care Nurses, 2005 και 2019), και έχουν περιγράψει την «Έντατική Νοσηλευτική» ως μια σύνθετη ειδικότητα φροντίδας που στοχεύει στην ικανοποίηση ποικίλων αναγκών υγείας των ασθενών που υποφέρουν από βαριά και απειλητική νόσο. Σύμφωνα πάντα με τη διακήρυξη της WFCCN, ο/η εξειδικευμένος/η (ειδικός/ή) νοσηλευτής/τρια ΜΕΘ παρέχει «ολιστική» φροντίδα σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, συνδυάζοντας την εξειδικευμένη γνώση, τις τεχνικές δεξιότητες και τις ανθρωπιστικές αξίες (βλ. και Brill et al., 2001). Ως ολιστική φροντίδα (holistic care) νοείται αυτή που αντιμετωπίζει τον ασθενή ως ψυχοκοινωνική οντότητα και όχι μόνο ως βιολογική μονάδα. Επίσης, η WFCCN, στοχεύοντας στην περαιτέρω ανάπτυξη της εντατικής νοσηλευτικής, προτείνει την εφαρμογή ειδικής εκπαίδευσης και τη δυνατότητα παροχής δυνατοτήτων στους/τις νοσηλευτές/ριες, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών τους. Στη διακήρυξη του Buenos Aires (2005), προτείνει:

«[...] την εκπόνηση και εφαρμογή εκπαίδευσης (προς το νοσηλευτικό προσωπικό) ώστε να διασφαλίζεται η ύπαρξη επαρκούς και κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού στις ΜΕΘ με τις απαραίτητες δεξιότητες και χαρακτηριστικά, που θα

επιτρέπουν την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας (care). Επίσης, τη δημιουργία περιβάλλοντος μάθησης για τους αρχάριους νοσηλευτές ΜΕΘ, την ανάπτυξη ευελιξίας εκ μέρους των υπηρεσιών υγείας ώστε να ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και στόχους αποδοτικότητας, ώστε να εξασφαλίζεται η οικονομική βιωσιμότητά τους χωρίς να συνοδεύεται από μείωση του επιπέδου κλινικής φροντίδας [...] Η πολιτεία, οι διοικήσεις των νοσοκομείων και οι επαγγελματικοί φορείς πρέπει να αναγνωρίσουν τη σημασία στελέχωσης των ΜΕΘ με επιδέξιους/ες και επαρκώς εκπαιδευμένους/ες νοσηλευτές/ριες εντατικής θεραπείας, με γιατρούς και λοιπό βοηθητικό προσωπικό, για τη διασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας των πιο ευάλωτων ασθενών στο σύστημα υγείας» (WFCCN, 2005)

Η παραπάνω διακήρυξη της WFCCN, την οποία αποδέχεται και ο Τομέας Εντατικής και Επείγουσας Νοσηλευτικής (TEEN) του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ, βλ. παρακάτω), μας επιτρέπει να αναγνωρίσουμε ορισμένα από τα χαρακτηριστικά των ΜΕΘ, των επαγγελματικών ομάδων που τις στελεχώνουν και του τυπικού «προφίλ» υγείας των ασθενών ΜΕΘ: το νοσηλευτικό προσωπικό διακρίνεται και διαφοροποιείται με βάση την εργασιακή και κλινική εμπειρία που φέρει, τις γνώσεις και δεξιότητες που έχει αποκτήσει κατόπιν παρακολούθησης σεμιναρίων ή ειδικότητας, κι έχει ως κύρια μέριμνα την παροχή «φροντίδας» σε υποκείμενα που περιγράφονται ως πάσχοντες από βαριά και απειλητική νόσο. Στη διακήρυξη της WFCCN, ο όρος «care» (φροντίδα) στη ΜΕΘ ξεπερνά τα όρια της απλής φροντίδας του σώματος, αν και αυτή συνεχίζει να αποτελεί θεμέλιο γνώρισμα της νοσηλευτικής πράξης, και περιλαμβάνει μια ευρεία γκάμα τεχνολογικά σύνθετων και απαιτητικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων, στις οποίες έχουν εκπαιδευτεί οι νοσηλευτές/ριες μέσα στη ΜΕΘ και σε προγράμματα σπουδών (π.χ. μεταπτυχιακό πρόγραμμα ειδίκευσης [Master's Degree], ειδικότητα/εξειδίκευση στην εντατική νοσηλευτική στο εξωτερικό, σεμινάρια διάρκειας μερικών ημερών).¹⁵ Ωστόσο, αποτολμώντας μια δεύτερη ανάγνωση της παραπάνω διατύπωσης, παρατηρώ ότι πέρα από το αίτημα για φροντίδα υψηλής ποιότητας προς τους/τις ασθενείς, η WFCCN αναπαράγει μια ιεραρχική ιδεολογία, με κατεύθυνση από πάνω προς τα

¹⁵ Στην Ελλάδα προσφέρονται μεταπτυχιακά προγράμματα ειδίκευσης για νοσηλευτές/ριες στα περισσότερα πανεπιστήμια και ΤΕΙ της Ελλάδας. Πάντως, η νοσηλευτική ακαδημαϊκή και επαγγελματική κοινότητα είχε διατυπώσει επανειλημμένως την ανάγκη για ενιαία πανεπιστημιακή εκπαίδευση των νοσηλευτών/ριών, ως απαραίτητη προϋπόθεση για την αναβάθμιση του ρόλου των νοσηλευτών/ριών στην Ελλάδα. Βλ. σχετικό υπόμνημα από ΕΝΕ (2013): <http://enne.gr/5373>. Αυτό κατέστη εφικτό το 2018 με την μετατροπή των ΤΕΙ σε ιδρύματα ή τη συγχώνευσή τους με άλλα πανεπιστήμια.

κάτω, κάνοντας συχνά χρήση μια σειράς ρημάτων, όπως «requires», «ensure» και «must» (προαπαιτεί, διασφαλίζει, οφείλει), και παρουσιάζοντας έναν ιδανικό τύπο νοσηλευτή και νοσηλεύτριας Εντατικής, που «πρέπει» ή «οφείλει» να χαρακτηρίζεται από γνώσεις και ικανότητες επαρκείς για τις ανάγκες των ασθενών. Έτσι, σχηματίζονται και διαχέονται προς την κοινότητα των νοσηλευτών/ριών αναπαραστάσεις και εικόνες για έναν εξιδανικευμένο σούπερ-παντογνώστη επαγγελματία υγείας, ο οποίος οφείλει να επικαιροποιεί συνεχώς τις γνώσεις και τις δεξιότητές του.

Στην Ελλάδα, η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος γενικά ρυθμίζεται από μια σειρά διατάξεων και κανόνων εθνικής και διεθνούς ισχύος (νόμοι, προεδρικά διατάγματα, υπουργικές αποφάσεις),¹⁶ που συνιστούν το εκάστοτε θεσμικό πλαίσιο. Προβάλλεται ως προτεραιότητα η «ασφαλής» άσκηση του επαγγέλματος σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, η προστασία του επαγγέλματος, το είδος της επιστημονικής γνώσης που παράγεται με τις έρευνες, και το περιεχόμενο σπουδών. Σύμφωνα με τα προεδρικά διατάγματα ΠΔ 1989/351/Φ159 και ΠΔ 2001/216/Φ167, που ορίζουν τα επαγγελματικά δικαιώματα και τον κώδικα δεοντολογίας των νοσηλευτών/ριών στην ελληνική επικράτεια, και σε αρμονία προς τη σχετική ευρωπαϊκή νομοθεσία, οι πτυχιούχοι νοσηλευτές/ριες «αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας» και οφείλουν να «αποτελούν υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής τους και να προστατεύουν την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος».

Διαπιστώνω ότι, όπως στο εξωτερικό, έτσι και στην Ελλάδα, εξίσου σημαντικές είναι και οι τοποθετήσεις, διακηρύξεις και οδηγίες των επιστημονικών και επαγγελματικών φορέων που εκπροσωπούν τους/τις επαγγελματίες νοσηλευτές/ριες στο δημόσιο διάλογο με την κοινωνία και την πολιτεία. Η Ένωση

¹⁶ Ενδεικτικά, βλ. Νόμους 2071/1992/123 για τον εκσυγχρονισμό και οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), τον οποίο ακολούθησαν περαιτέρω νόμοι με αλλαγές και «βελτιωτικές» διατάξεις, όπως οι 2889/2001/37, 3329/2005/81, και 3868/2010/129. Τα προεδρικά διατάγματα 1980/351/Φ159 και 2001/216/Φ167 καθορίζουν τα επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων τμημάτων νοσηλευτικής και τον κώδικα νοσηλευτικού επαγγέλματος αντίστοιχα.

Νοσηλευτών Ελλάδος (ENE)¹⁷ και ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ)¹⁸ είναι τα επίσημα όργανα εκπροσώπησης του νοσηλευτικού κλάδου, και κατά αναλογία συνιστούν συντελεστές κατασκευής και εκδήλωσης ενός δημόσιου νοσηλευτικού αφηγήματος, ως προς το περιεχόμενο και τις αρμοδιότητες του επαγγέλματος. Έτσι, η ΕΝΕ και ο ΕΣΝΕ οργανώνουν σε τακτά χρονικά διαστήματα συνέδρια, ημερίδες και σεμινάρια, και στήνουν διάυλους επικοινωνίας με την πολιτεία και άλλους φορείς υγείας. Ο ΕΣΝΕ, που ιδρύθηκε το 1923, δηλώνει ότι είναι το επιστημονικό σωματείο και αποτελεί τον φορέα έκφρασης όλων των Ελλήνων/ίδων Νοσηλευτών/ριών. Σύμφωνα με το καταστατικό λειτουργίας, σκοπός του ΕΣΝΕ είναι η προαγωγή της νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης για την εξασφάλιση «υψηλής στάθμης νοσηλευτικής φροντίδας», ο καθορισμός των «καθηκόντων των νοσηλευτών γενικής νοσηλευτικής και ειδικοτήτων», δίνει δε ιδιαίτερη σημασία στην «ανύψωση» του κύρους του νοσηλευτικού επαγγέλματος και «στην καλύτερη κάλυψη του κοινωνικού συνόλου» (Άρθρο 2, παρ. α, β, στ).

Ειδικά για την εντατική νοσηλευτική, ο Τομέας Εντατικής και Επείγουσας Νοσηλευτικής (TEEN) του ΕΣΝΕ οργανώνει σεμινάρια που απευθύνονται στις ανάγκες μάθησης των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ, και εκπονεί μελέτες που εξετάζουν κλινικά και επιστημονικά θέματα (πρωτόκολλα, δείκτες ποιότητας φροντίδας, στάσεις νοσηλευτικού προσωπικού). Επίσης, παρακολουθεί ό,τι συμβαίνει στο χώρο της Εντατικής Νοσηλευτικής και αναδεικνύει με μελέτες τα σημαντικά προβλήματα στελέχωσης των ΜΕΘ στην Ελλάδα με επαρκές και κατάλληλα εκπαιδευμένο

¹⁷ Η ΕΝΕ είναι ο επίσημος φορέας που, μεταξύ άλλων, ρυθμίζει την απόκτηση επαγγελματικής άδειας και συστήνεται με τον Νόμο 3252/2004/Φ132, είναι πλήρως αυτοδιοικούμενος αλλά υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Είναι επίσης υπεύθυνη για την έρευνα, ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών θεμάτων, τη σύνταξη και υποβολή επιστημονικά τεκμηριωμένων μελετών, την έκδοση των απαιτούμενων για την απόκτηση και ανανέωση της άδειας άσκησης επαγγέλματος, καθώς και τον περιορισμό της αντιποίησης της άσκησης του επαγγέλματος. Τακτικά μέλη της ΕΝΕ είναι υποχρεωτικά όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι τμημάτων νοσηλευτικής προκειμένου να ασκήσουν το επάγγελμα. Διεύθυνση ιστοσελίδας: www.enne.gr

¹⁸ Ο ΕΣΝΕ είναι μέλος του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses, ICN) από το 1929, της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Συνδέσμων Νοσηλευτών (European Federation of Nurses Associations, EFN), καθώς και πολλών άλλων διεθνών συμβουλίων (π.χ. Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσηλευτικών Ενώσεων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας - The European Federation of Critical Care Nursing Association, EFFCNA). Ο ΕΣΝΕ λαμβάνει μέρος σε όλα τα συνέδρια του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών και σε όλες τις συναντήσεις και συνέδους των ευρωπαϊκών νοσηλευτικών οργανώσεων και των επιτροπών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Διεύθυνση ιστοσελίδας: www.esne.gr

νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και της έλλειψης σε κλίνες εντατικής θεραπείας, το οποίο ήταν και εξακολουθεί να είναι ένα μέγιστο ζήτημα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας,¹⁹ ιδιαίτερα κατά τις περιόδους του χειμώνα με τις επιδημίες γρίπης.²⁰

Νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη ή ειδική γνώση

Ένα από τα ερωτήματα που θέτω είναι το εάν οι νοσηλευτές/ριες που εξετάζω στο εθνογραφικό παράδειγμα είναι κάτοχοι ειδικής γνώσης ή εμπειρογνωμοσύνης Στο νοσοκομείο, οι εργαζόμενοι/ες ανήκουν σε διαφοροποιημένες επαγγελματικές ομάδες, η κάθε μία με θεσμοποιημένες υποχρεώσεις, ευθύνες και δικαιώματα. Όπως παρατηρεί και η Nettleton (2002), η ισχύς και το προφίλ των επαγγελματιών υγείας συνδέονται με την αξίωση της εξειδικευμένης (ειδικής) γνώσης. Για παράδειγμα, οι επετηρίδες των επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιούνται για να εξασφαλίζουν ότι μόνο όσοι/ες έχουν παρακολουθήσει αναγνωρισμένη επαγγελματική εκπαίδευση επιτρέπεται να εξασκούν το επάγγελμα. Ωστόσο, η διεπιστημονική και συνεργατική προσέγγιση των αναγκών του/της ασθενούς θεωρείται εξίσου καίριας σημασίας και απαιτεί την αλληλεξάρτηση των μελών της ομάδας φροντίδας (Hickey et al., 1996). Έχει υποστηριχθεί, ήδη από τη δεκαετία του '80, ότι η διεπιστημονική συνεργασία βελτιστοποιεί την ατομική συμβολή των επαγγελματιών στην τελική έκβαση των ασθενών (Weiss & Davis, 1985), και ότι εξαρτάται περισσότερο από την ειδική γνώση ή εμπειρογνωμοσύνη (expertise) του/της κάθε επαγγελματία (των διάφορων επαγγελματικών ομάδων), παρά από τους παραδοσιακούς ρόλους των επιστημών

¹⁹ Κατά γενική ομολογία και σύμφωνα με σχετικές έρευνες, ο μέσος όρος αναλογίας νοσηλευτή/ριας προς ασθενή στην Εντατική, στην Ελλάδα, είναι πολύ χαμηλός σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Συνήθως αναλογεί ένας/μία νοσηλευτής/ρια προς δύο ή τρεις ασθενείς στην πρωινή βάρδια (1:2, 1:3), και ένας/μία νοσηλευτής/ρια προς τρεις ασθενείς στην απογευματινή και βραδινή βάρδια (1:3). Στο Η.Β., η αναλογία νοσηλευτή/ριας προς ασθενή (επιπέδου 3 - εντατική) είναι ένας/μία προς ένα (1:1) και μάλιστα η αναλογία αυτή τηρείται σε όλες τις βάρδιες του 24ώρου.

²⁰ Τα δημοσιεύματα για την έλλειψη σε γιατρούς και νοσηλευτές/ριες είναι συχνό θέμα στην ελληνική δημοσιογραφία αλλά και στον επιστημονικό τύπο. Ενδεικτικά, κάποιο τίτλοι άρθρων/ειδήσεων από το διαδίκτυο το 2019: «Ογδόντα κλειστές ΜΕΘ λίγο πριν την επιδημία γρίπης» (Η Καθημερινή, 26.11.2019, <https://www.kathimerini.gr/1053495/article/epikairothta/>), «Κλειστές πλήρως εξοπλισμένες κλίνες ΜΕΘ λόγω έλλειψης γιατρών και νοσηλευτών», (CNN Greece, 25.11.2019, <https://www.cnn.gr/news/ellada/story/198551/>), «ΠΟΕΔΗΝ: Η 'μαύρη τρύπα' στις εντατικές - Λειτουργούν 557 και χρειαζόμαστε 3.500» (Πρώτο θέμα, 26.11.19, <https://www.protothema.gr/>), «Χρονίζει το πρόβλημα με τις κλίνες στις ΜΕΘ» (Το Βήμα, 5.12.19, η πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας παραχωρεί συνέντευξη, Αναστασία Κοτανίδου, <https://www.tovima.gr/2019/12/05/vimatv/>).

υγείας (Kraus, 1980). Παρόλα αυτά, ο Abbott (1988) μας καλεί να μελετήσουμε το ζήτημα της «συνεργασίας», όχι μόνο στη βάση της «δικαιοδοσίας» (jurisdiction) ή του φάσματος των εργασιών και καθηκόντων (professional task area) που καλύπτει το κάθε επάγγελμα, αλλά εξετάζοντας *πρωτίστως* τη μεταξύ τους καθημερινή σχέση. Εννοεί ότι, ενώ η ανάπτυξη της έννοιας της ειδημοσύνης ή εμπειρογνωμοσύνης μπορεί να ιδωθεί ως μια στρατηγική εδραίωσης και βελτίωσης του κοινωνικού status μιας επαγγελματικής ομάδας, οφείλουμε ταυτόχρονα να λαμβάνουμε υπόψη και το ότι αυτή συντελείται και μέσω της επί τόπου επικοινωνίας και κοινωνικής διάδρασης, καθώς τα υποκείμενα που πρωταγωνιστούν διαπραγματεύονται αδιαλείπτως τη φύση του επαγγελματικού τους ρόλου και σχέσεων. Με άλλα λόγια, ακόμα κι αν αυτή η διαπραγμάτευση είναι μια δημόσια, συνεχής και απρόβλεπτη διαδικασία μεταξύ πολιτείας, επαγγελματικών επιμελητηρίων και εκπαίδευσης, στην πράξη, τα περιγράμματα εργασίας θα πάρουν μορφή στον χώρο εργασίας μόνο αφού προηγηθεί, μεταξύ των εργαζομένων, μια διεργασία διαπραγμάτευσης σε συνθήκες αμοιβαίας αλληλεγγύης, υποχώρησης ή έντασης, αλλά και καθιερωμένων συνηθειών (Abbott, 1988· βλ. και Nugus et al., 2010).

Σύμφωνα με τη νοσηλεύτρια Patricia Benner, που ανέπτυξε τη θεωρία της «νοσηλευτικής εμπειρογνωμοσύνης» (1984), οι νοσηλευτές/ριες διαφοροποιούνται και καθίστανται σταδιακά από περισσότερο και λιγότερο «αρχάριοι/ες» (novice, advance beginner), σε «επαρκείς» (competent), «καταρτισμένους/ες» (proficient) και τελικά «εμπειρογνώμονες» ή «ειδήμονες» (expert), μέσα από την απόκτηση δεξιοτήτων και εμπειρικής γνώσης στην κλινική πράξη. Ο/Η εμπειρογνώμονας νοσηλευτής/ρια, κάθε φορά που προκύπτουν θέματα ή προβλήματα που χρήζουν παρέμβασης, μπορεί να εστιάσει με ακρίβεια στο πρόβλημα που τον/την απασχολεί, χωρίς να προβεί σε περιττές παρεμβάσεις, εκτιμήσεις και άκαρπες διαγνώσεις (βλ. και Christensen & Hewitt-Taylor, 2006). Επιπρόσθετα, η επαγγελματική του/της «πράξη» θεωρείται ότι είναι ρευστή (fluid), ευέλικτη (flexible), πολύ υψηλού

επιπέδου (highly proficient), αν και δεν έχει πάντα πλήρη επίγνωση των βημάτων που ακολουθούνται κατά τη λήψη αποφάσεων καθώς δρα και «διαισθητικά».²¹

Με δεδομένη την ευρεία εμπλοκή των έμπειρων – δηλαδή των καταρτισμένων και εμπειρογνομόνων - νοσηλευτών/ριών στη διαχείριση των περιστατικών ΜΕΘ, ο/η γιατρός συχνά αναζητά την άποψή τους σε θέματα φροντίδας και λήψης αποφάσεων, καθιστώντας τη μεταξύ τους σχέση «σχέση αλληλεξάρτησης» και ταυτόχρονα επιτρέποντας τη δυνατότητα αυτόνομης δράσης στους/τις νοσηλευτές/ριες. Κατά συνέπεια, το εργασιακό περιβάλλον σε κάποιες ΜΕΘ, κυρίως του εξωτερικού, μετεξελίσσεται σε κάτι διαφορετικό από αυτό που ήταν πριν την ανάπτυξη της νοσηλευτικής εμπειρογνωμοσύνης. Δηλαδή, ακόμα και αν στο κανονιστικό πλαίσιο του νοσοκομείου οι γιατροί έχουν και τυπικά τον πρώτο λόγο στη διαχείριση των ασθενών, στις ΜΕΘ δεν κυριαρχούν οι απρόσωπες, τυπικές επαγγελματικές σχέσεις, αλλά οι προσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών των δύο επαγγελματικών ομάδων, με κύριο γνώρισμα όμως τη μεταξύ τους διαπραγμάτευση, μέσα από την οποία οι νοσηλευτές/ριες προσπαθούν να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων.

Παρόλο που έχει υποστηριχθεί ότι, στη ΜΕΘ, ακόμη και οι έμφυλες σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών/ριών και γυναικών και ανδρών ιατρών γίνονται πιο ισότιμες (Porter, 1992), εντούτοις συνεχίζει να υπάρχει σημαντική διαφορά εξουσίας γενικότερα μεταξύ ιατρικής και νοσηλευτικής, λόγω του ότι, όπως έχω ήδη αναφέρει, η νοσηλευτική γνώση δεν θεωρείται πάντα εξίσου επιστημονική (Brier-Mackie, 2001· Hewitt 2002), αλλά και επειδή οι μεταξύ των γιατρών και νοσηλευτών/ριών σχέσεις είναι πρωτίστως κοινωνικές και, ως τέτοιες, αντικατοπτρίζουν τη σχέση μεταξύ «αρσενικού» και «θηλυκού» στην κοινωνία, όπου το «αρσενικό» ταυτίζεται με το ιατρικό επάγγελμα και το «θηλυκό» με τη νοσηλευτική. Ο Davies επισημαίνει το ρόλο του πολιτισμικού πλαισίου σε αυτό το θέμα ως εξής:

²¹ Όπως μας λέει η Meerabeau (1992), η πράξη του/της νοσηλευτή/ριας δεν είναι απόρροια μόνο συστηματικών κανόνων που πρέπει να ακολουθήσει, αλλά και αποτέλεσμα «διαίσθησης», βαθιάς γνώσης, επηρεασμένης από παρελθούσες εμπειρίες που είναι ενσωματωμένες στην πράξη, ώστε να επιτρέπουν την κατανόηση καταστάσεων χωρίς απαραίτητα να υπάρχει λογική και πρόδηλη αιτιολογία. Θα επανέλθω στην ιδιότητα της διαίσθησης στη νοσηλευτική σε επόμενο κεφάλαιο.

«Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης διαμορφώνονται και επηρεάζονται πολιτισμικά από κώδικες και νοήματα που αφορούν την ιδιότητα της αρσενικότητας και της θηλυκότητας, οι οποίοι όμως είναι βαθιά ριζωμένοι στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των οργανισμών. Κατ' αυτό τον τρόπο, πρόκειται για οργανισμούς που δε συνιστούν απλώς μια συλλογή ουδέτερων θέσεων εργασίας που καταλαμβάνονται από άτομα με έμφυλες ταυτότητες. Αντίθετα, προκειμένου να καταστούν κατανοητές οι ρυθμίσεις και οι κανονισμοί σε επίπεδο οργάνωσης, πρέπει να ιδωθούν ως κοινωνικές κατασκευές που χτίζουν ιεραρχίες στο επίπεδο της οργάνωσης και διοίκησης και καθήκοντα / δεξιότητες που βασίζονται στη διαφορά των φύλων, και που εξαρτώνται κυρίως από τις 'αρσενικές' αξίες της κοινωνίας» (Davies, 1995, στο Allen & Hughes, 2002:8)

Επομένως, αν και οι νοσηλεύτές/ριες προβαίνουν σε διαπραγματεύσεις με το ιατρικό προσωπικό με γνώμονα την εμπειρογνωμοσύνη τους, οι καθιερωμένοι ανδροκεντρικοί συσχετισμοί φύλου και βαθμού επιστημονικότητας συνεχίζουν να ρυθμίζουν σε σημαντικό βαθμό τις παρατηρούμενες συμπεριφορές στη ΜΕΘ.²² Εξάλλου, η επιστημονική ιατρική διαμόρφωσε από πολύ νωρίς μια στάση εξουσιαστική και υποτιμητική ακόμη και απέναντι στις γυναίκες ιατρούς (Nettleton, 2002· Stacey, 1988). Πιο συγκεκριμένα, το ιατρικό επάγγελμα δεν κατέλαβε την κυρίαρχη θέση του μεταξύ των επαγγελματιών υγείας εξαιτίας των εξαιρετικών δεξιοτήτων του μόνο, αλλά και επειδή κατάφερε να αποκτήσει και να διατηρήσει τον έλεγχο ορισμένων τεχνολογικών διαδικασιών και πρακτικών (Nettleton, 2002). Επίσης, προκειμένου να προστατέψει δικαιώματα και εξουσίες του, το ιατρικό επάγγελμα άσκησε έλεγχο σε άλλες επαγγελματικές ομάδες, ιδίως στις γυναικοκρατούμενες (νοσηλεύτριες, μαίες), ώστε να τις προσδιορίσει ως υποδεέστερες απέναντι στη δική του. Έτσι, όπως θα αναπτύξω εκτενώς παρακάτω, η «επιστημονικότητα» της ιατρικής γνώσης παγίωσε αυτές τις σχέσεις και τους έδωσε «μόνιμο χαρακτήρα».

Η συζήτηση έως αυτό το σημείο ελπίζω να έδειξε μέχρι ένα βαθμό το θεσμικό πλαίσιο της επαγγελματικής άσκησης της νοσηλευτικής στο εξωτερικό και στην Ελλάδα, καθώς πιστεύεται ότι το πλαίσιο αυτό επηρεάζει τον τρόπο που εμπεδώνονται νοήματα και επιστημολογίες, και τον τρόπο που συγκροτούνται

²² Σύμφωνα με την φεμινιστική ανθρωπολογία, η οικουμενικότητα και η φυσικότητα των εννοιών «άνδρας» και «γυναίκα» αμφισβητείται, αν και διαπιστώνεται ότι το φύλο έχει καθοριστική επίδραση στις κοινωνικές σχέσεις και στην πολιτισμική συγκρότηση του εαυτού (Αθανασίου, 2007 και 2011β· Παπαταξιάρχης, 2006/1992· Strathern, 1980). Βλ. και Δ. Γκέφου-Μαδιανού, 2003.

κοινωνικά οι εννοιολογήσεις ταυτότητας και υποκειμενικότητας των νοσηλευτών/ριών. Όπως εξηγεί η Αθηνά Αθανασίου (2011α), στη συγκρότηση της ταυτότητας συμβάλλουν τα τοπικά καθεστώτα γνώσεων, οι τεχνικές εξουσίας, και οι τοπικές κοσμολογίες που ορίζουν το ανθρώπινο σώμα. Στην περίπτωση της Ελλάδας, ωστόσο, παράλληλα προς την επιστημονική νοσηλευτική κοινότητα που διακηρύσσει δημόσια ότι το έργο του/της νοσηλευτή/ριας στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας είναι «αυτόνομο» και σημαντικό, καθώς συμμετέχει ως «ισότιμο» μέλος της θεραπευτικής ομάδας στη λήψη αποφάσεων,²³ έχει αρχίσει να γιγαντώνεται μια άλλη φωνή και διαμαρτυρία εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού.²⁴ Εκφράζονται «παράπονα» και αισθήματα δυσaráσκειας, λόγω της μειωμένης επαγγελματικής τους αυτονομίας, της ύπαρξης και βίωσης ενός διάχυτου ιατροκεντρικού μοντέλου στις υπηρεσίες υγείας, και της μειωμένης συμμετοχής τους στη λήψη κλινικών αποφάσεων (Αδάμου κ.ά., 2011· Αλεξιάς, 2000· Πιορουλou & While, 2010· Merkouris et al., 2003· Papathanassoglou et al., 2005· Papathanassoglou et al., 2012). Δηλαδή, συμβαίνει το εξής παράδοξο. Ενώ ο ρόλος των νοσηλευτών/ριών έχει κατοχυρωθεί θεσμικά σε επίπεδο εκπαίδευσης και άσκησης του επαγγέλματος (π.χ. ορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων), εντούτοις η πλειονότητα των νοσηλευτών/ριών δε βιώνει κάτι ανάλογο στον ιατρο-κεντρικό χώρο εργασίας. Οπότε, ενώ η νοσηλευτική εκπαίδευση απέκτησε ακαδημαϊκά χαρακτηριστικά, η νοσηλευτική έρευνα αυξήθηκε σημαντικά, και οι ίδιοι/ες οι νοσηλευτές/ριες αναγνώρισαν την ανάγκη για συνεχή ενημέρωσή τους σε θέματα νοσηλευτικής και τεχνολογίας, εντούτοις η νοσηλευτική φροντίδα

²³ Σχετικά με την αυτονομία του/της νοσηλευτή/ριας, ο ΕΣΝΕ υιοθέτησε στο καταστατικό του τον ορισμό του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών με έμφαση στο *αυτόνομο* έργο των νοσηλευτών/ριών και στη συμμετοχή τους στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας. Επίσης, εισηγήθηκε: «οι νοσηλευτές, ως *ισότιμα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων*, στον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό των θεραπευτικών διαδικασιών σε συνεργασία με το άτομο ή και το περιβάλλον του» (ΕΝΕ: «Εισήγηση Σχεδίου Καταγραφής Νοσηλευτικών Πράξεων», 2012, έμφαση δική μου). Η συγκεκριμένη Εισήγηση και το αντίστοιχο νομοσχέδιο που θα επέφερε μια επικαιροποίηση στα επαγγελματικά δικαιώματα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, σύμφωνα με τις σύγχρονα διεθνή δεδομένα, και θεσμική «κατοχύρωση» στους/τις νοσηλευτές/ριες που ασκούν το επάγγελμα στην Ελλάδα, αποσύρθηκε την τελευταία στιγμή (2015) και δεν κατατέθηκε στη Βουλή για ψηφοφορία γιατί προκάλεσε αντιδράσεις στους ιατρικούς κύκλους <https://www.efsyn.gr/politiki/paraskinia/>, <https://www.reader.gr/ellada/o-voridis-ekane-toys-nosileytes-giatroys->).

²⁴ Το ίδιο συμβαίνει εδώ και πολλά χρόνια και σε άλλες χώρες, όπως π.χ. το Ηνωμένο Βασίλειο, βλ. ενδεικτικά Bucknall και Thomas, 1997· Erlén και Sereika 1997· Hamers et al., 1994· Luker et al., 1998.

συνεχίζει να υποτιμάται επειδή παρέχεται κυρίως από τις γυναίκες, των οποίων η θέση στη κοινωνία και οι γνώσεις τους (νοσηλευτικές) θεωρούνταν ανέκαθεν υποδεέστερες και λιγότερο επιστημονικές από αυτές των ανδρών (ιατρικές). Επομένως, προκύπτουν ζητήματα επαγγελματικής ταυτότητας για τους/τις νοσηλευτές/ριες στο ελληνικό νοσοκομείο.

Θεωρητικές παραδοχές και προσεγγίσεις

Οι έννοιες «Εντατική Θεραπεία» ή «Εντατική Φροντίδα» («Intensive Therapy» ή «Intensive Care»), αντιστοιχούν στην ιατρική εξειδίκευση και τη νοσηλευτική ειδικότητα, και έχουν τη δική τους ορολογία, τους δικούς τους κώδικες επικοινωνίας, τις δικές τους αξίες και πρακτικές. Κατά συνέπεια, η λήψη κλινικών αποφάσεων στον κλινικό χώρο δεν αποτελεί μόνο προσωπική υπόθεση του/της κάθε νοσηλευτή/ριας, αλλά συνιστά και σημείο τομής, όπου ποικίλες συλλογικές πρακτικές της Εντατικής αναδύονται με επαναλαμβανόμενο, σχεδόν τελετουργικό χαρακτήρα,²⁵ πάνω σε έναν ιστό συμβολισμών και νοημάτων που δίνουν μορφή σε αυτό που στην ανθρωπολογία προσλαμβάνεται ως *πολιτισμός* (culture),²⁶ ή πολιτισμικά συμφραζόμενα, ή, με όρους

²⁵ Στην ανθρωπολογία, έχουν γραφτεί πολλά για την τελετουργία (Arnold van Gennep, 2016/1909· Turner, 1969 και 1974) η οποία κατά την Παπαγαρουφάλη, συνιστά μια επαναλαμβανόμενη κοινωνική πρακτική, η οποία ξεχωρίζει από την κοινωνική ρουτίνα της καθημερινότητας και αποτελείται από αλληλουχία συμβολικών πράξεων που μπορεί να πάρει τη μορφή του χορού ή του τραγουδιού, συγκεκριμένων ομιλιών ή λόγων, σωματικών κινήσεων, του χειρισμού συγκεκριμένων αντικειμένων, σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο (2003, σ.239). Για τον τελετουργικό χαρακτήρα της λήψης αποφάσεων επανέρχομαι αναλυτικότερα στο 3^ο κεφάλαιο, όπου προσεγγίζω το «στρώσιμο» των αρρώστων ως έκφραση μιας καλά ενορχηστρωμένης συλλογικής νοσηλευτικής πρακτικής, και στο τελευταίο, 6^ο κεφάλαιο, όπου παρουσιάζω την πρακτική της «ιατρικής επίσκεψης» στο εθνογραφικό παράδειγμα.

²⁶ Η Γκέφου-Μαδιανού (1999 και 2009) παρουσιάζει τις περιπέτειες και μετασχηματισμούς της έννοιας του πολιτισμού και διακρίνει τον *Πολιτισμό* (civilization) από τον *πολιτισμό* (culture). Η συγγραφέας προσπαθεί να επιληφθεί του προβλήματος που αφορά στην προβληματική απόδοση του όρου *culture*, στα ελληνικά, ως πολιτισμός, κουλτούρα, πολιτισμικό μόρφωμα (βλ. και Τσαούσης, 1983· Αγραφιώτης, 1999). Ο *Πολιτισμός* (civilization) περιγράφει το τελικό και ανώτερο επίπεδο οργάνωσης, τον έναν και μοναδικό πολιτισμό, και εκφράζει το εξελικτικό σχήμα της ανθρωπολογίας του 19^{ου} αιώνα, ενώ, οι *πολιτισμοί* στην πλουραλιστική μορφή (cultures) εκφράζουν πρότυπα συμπεριφοράς σε διαφορετικές συνάφειες, είναι πολλοί και διαφορετικοί (Γκέφου-Μαδιανού, 1999, σ.44). Ενώ ο Ingold (1994) προτείνει τη χρήση του όρου ως ρήμα παρά ως ουσιαστικό, δηλαδή «οι άνθρωποι ζουν πολιτισμικά (culturally) παρά ότι ζουν σε πολιτισμούς (in cultures)», η Γκέφου-Μαδιανού προσεγγίζει τον πολιτισμό ως εθνογραφική κατηγορία και την απασχολούν ερευνητικά ζητήματα όπως, το πού εδράζεται ο πολιτισμός και πώς αυτός μπορεί να προσεγγισθεί προκειμένου να κατανοηθεί καλύτερα.

Μπουρντιέ, *habitus* ή *έθος*.²⁷ Μέχρι και τα τέλη του '70, η λεγόμενη συμβολική ανθρωπολογία προσλάμβανε τον πολιτισμό ως σύστημα νοημάτων, τα οποία οι ανθρωπολόγοι όφειλαν να διερευνήσουν και ερμηνεύσουν «αποκωδικοποιώντας» τα κυρίαρχα σύμβολα, τα «σύμβολα-κλειδιά» και τις τελετουργίες της υπό μελέτη κοινωνίας (βλ. Geertz, 2003α/1973· Schneider, 1968· Turner, 1967).²⁸ Ωστόσο, σήμερα, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στους φορείς της κοινωνικής δράσης, στα «δρώντα υποκείμενα», και στις κοινωνικές διαδικασίες μέσω των οποίων αυτά «δια-δρουν», σε σχέση με τα «δομικά χαρακτηριστικά» μιας κοινωνίας, που παλιά θεωρούνταν ότι υπάρχουν «ανεξάρτητα από τη δράση συγκεκριμένων ατόμων» (Γκέφου-Μαδιανού 1999, σ.140-141· βλ. επίσης, Ingold, 1996· Ortner, 1984· Παπαταξιάρχης, 1996· Sahlins, 1976). Σε αυτό συνέβαλαν η ανάπτυξη της θεωρίας της «κοινωνικής κατασκευής» (κονστρουκτιβισμός), στην ανθρωπολογία τη δεκαετία του 1980, η οποία προσεγγίζει τη δράση και τις κοινωνικές σχέσεις ως πολιτισμικά κατασκευασμένες (επ' αυτού βλ. Γκέφου-Μαδιανού, 1999)· η θεωρία της «πρακτικής» του Bourdieu (1987/1977), με την οποία ο θεωρητικός γεφυρώνει το δίπολο δράση-υποκείμενο μέσω των εννοιών *habitus* ή/και της ενσωμάτωσης/σωματοποίησης των κανονιστικών προτύπων.²⁹ το ρεύμα της πολιτισμικής κριτικής (Clifford & Marcus 1986) που αποφυσικοποίησε πολλές από

²⁷ Σύμφωνα με τον Pierre Bourdieu (1987/1977, σ.22), *habitus* ή *έθος* είναι «το σύστημα σταθερών και μεταβιβάσιμων διαθέσεων που δημιουργούνται από τις πολιτικο-οικονομικές δομές μια κοινωνίας και ενσωματώνονται, δηλαδή μαθαίνονται με τη μίμηση ή άλλους επιβεβλημένους αισθητηριακούς μηχανισμούς απομνημόνευσης, με αποτέλεσμα να μετατρέπονται σε «τρόπους ζωής, εθισμούς (κυρίως σωματικούς) σε προδιαθέσεις, τάσεις ή ροπές» και γενικότερα σε «σταθερούς τρόπους του συναισθάνεσθαι και του σκέπτεσθαι» (στο Παπαγαρουφάλη, 2012/2002, σ.40). Κατά τον Bourdieu, το *habitus* συνιστά πηγή της/των πρακτικής/ών.

²⁸ Η συμβολική ανθρωπολογία προήλθε από τη συνεργασία των δύο σχολών, της αμερικανικής πολιτισμικής και βρετανικής κοινωνικής ανθρωπολογίας, και μάλιστα στο Πανεπιστήμιο του Σικάγο, όταν εκεί συναντήθηκαν ο Βρετανός Victor Turner και οι Αμερικανοί David Schneider και Clifford Geertz. Η συμβολική ανθρωπολογία προσλαμβάνει τον πολιτισμό ως σύστημα νοημάτων, «τα οποία οι ανθρωπολόγοι έπρεπε να ξετυλίξουν μέσα από την αποκωδικοποίηση και την ερμηνεία συμβόλων-κλειδιών και τελετουργιών» (Γκέφου-Μαδιανού, 1999, σ.133).

²⁹ Η θεωρία της πρακτικής παρέχει ικανοποιητικό θεωρητικό υπόβαθρο για την ερμηνεία των ευρημάτων της παρούσας μελέτης. Η αμερικανίδα ανθρωπολόγος Sherry Ortner (1984), επηρεασμένη από τον «Πρακτικό Λόγο» του Marshall Sahlins (1976), και την έννοια της «πρακτικής» του Pierre Bourdieu (1987/1977 και 1990), έδωσε έμφαση στους «λόγους» για τον πολιτισμό στην καθημερινή πρακτική και εισήγαγε στην ανθρωπολογική ανάλυση την έννοια της «πρακτικής», εστιάζοντας την προσοχή της όχι μόνο στα α-χρονικά σύμβολα-κλειδιά αλλά και στις «πράξεις» των ατόμων, ως «δρώντων υποκειμένων», «στον τρόπο δηλαδή που τα άτομα διαχειρίζονται τα σύμβολα για να δώσουν νόημα σε αυτά που κάνουν στη δράση τους» (βλ. και Γκέφου-Μαδιανού, 1999, σ.165).

τις ουσιοποιημένες αναλυτικές κατηγορίες της συμβολικής-δομιστικής ανθρωπολογίας και επέμεινε στο θέμα του αναστοχασμού, της πολιτικής αυτοσυνείδησης των ανθρωπολόγων και της επικέντρωσης της ανθρωπολογίας στις «φωνές» των υποκειμένων· ακόμη δε περισσότερο συνέβαλαν οι επηρεασμένες από τους Φουκώ και Ντερντά μεταδομιστικές, φεμινιστικές θεωρίες στις προσεγγίσεις του υποκειμένου, ως ταλαντεύομενου μεταξύ της ταυτοποίησής ή υποκειμενοποίησής του και της αποταυτοποίησής ή αποϋποκειμενοποίησής του και τις έμφυλες, φυλετικές, ταξικές και άλλες σχέσεις εξουσίας που διαπερνούν την καθημερινή κοινωνική πρακτική (Butler, 2008/1993 και 2009/1990· Haraway, 1984).³⁰

Στη δική μου έρευνα υιοθέτησα τις παραπάνω θεωρητικές μετατοπίσεις, που με βοήθησαν στην κοινωνική, πολιτική και πολιτισμική πρόσβαση στο ζήτημα της νοσηλευτικής πρακτικής, των βιωμένων εμπειριών των νοσηλευτών/ριών και των αφηγήσεών τους γι' αυτές. Έτσι, ερωτήσεις του είδους «πώς το κάνετε αυτό, γιατί το κάνετε έτσι, τι σκέφτεσαι όταν το κάνεις», και απαντήσεις όπως «εδώ έτσι γίνεται, ο τάδε γιατρός θέλει αυτό να γίνεται έτσι, ο άλλος αλλιώς, ξεκινάμε έτσι και στη συνέχεια κάνουμε αυτό...», είχαν σαν αποτέλεσμα να με βοηθήσουν στο να προσεγγίσω τους/τις συμμετεχόντες/ουσες ως δρώντα υποκείμενα που δεν αποδέχονται τυφλά τα νοήματα κατά τη διαδικασία της νοσηματοδότησης καταστάσεων και εμπειριών τους, ή αλλιώς, ως υποκείμενα που επινοούν και αναπτύσσουν στρατηγικές δράσης, προκειμένου είτε να συμμετέχουν στη λήψη κλινικών αποφάσεων είτε να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους προς τους/τις γιατρούς. Με άλλα λόγια, όσο και αν ο πολιτισμός της ΜΕΘ έχει ενσωματωθεί ως τρόπος ζωής ή έθος από τους/τις νοσηλευτές/ριες της Εντατικής, ή όσο και αν η, κατά τον Φουκώ, τριχοειδής φύση της εξουσίας και το ιατρικό βλέμμα έχουν διεισδύσει σε κάθε πλευρά της ζωής τους, σε βαθμό που να έχουν γίνει επιτηρητές/ριες του εαυτού

³⁰ Οι παραπάνω βιβλιογραφικές αναφορές είναι μόνο ενδεικτικές. Για τον κονστρουκτιβισμό και το ρεύμα της πολιτισμικής κριτικής, βλ. την ανασκόπηση της Γκέφου-Μαδιανού (1999). Για μια συνοπτική επισκόπηση του φύλου στην ανθρωπολογία, βλ. Αστρινάκη (2011), και για την εμπειρισταωμένη ανασκόπηση της φεμινιστικής θεωρίας, βλ. Αθανασίου (2006 και 2011β).

τους,³¹ έχω υιοθετήσει τη θέση ότι υπάρχουν πάντα περιθώρια για εμπρόθετη δράση, καθώς τίποτα δεν είναι πλήρως προκαθορισμένο (Αθανασίου, 2003).³²

Στο εθνογραφικό παράδειγμα που μελέτησα, οι νοσηλευτές/ριες επανειλημμένα γίνονταν δέκτες/ριες συγκεχυμένων - θετικών και αρνητικών - αναπαραστάσεων και μηνυμάτων ως προς την ιδιότητα και ταυτότητά τους, κάτι που τους προκαλούσε προβληματισμό και εύλογη σύγχυση. Διέκρινα στις αφηγήσεις τους ένα δισταγμό ως προς το τι κάνουν στη Μονάδα, το βλέμμα χαμήλωνε καθώς μου περιέγραφαν κάποιο δυσάρεστο συμβάν στη δουλειά, αλλά και μια σιγουριά ως προς τη συνεισφορά τους στη διαχείριση των ασθενών τους. Αποτέλεσμα της συγκεχυμένης πρόσληψης του επαγγέλματος των νοσηλευτών/ριών είναι να παραγνωρίζεται, τόσο από τους/τις ίδιους/ες όσο και από τους/τις γιατρούς, η συμμετοχή τους στη λήψη κλινικών αποφάσεων ως θεμελιώδους σημασίας έκφραση της σύγχρονης νοσηλευτικής πρακτικής και να τους/τις παραπέμπει σε τελείως διαφορετικές εικόνες και αναπαραστάσεις, όπως αυτής του/της «βοηθού» του/της γιατρού. Ωστόσο, ο/η κάθε νοσηλευτής/ρια αντιλαμβάνεται διαφορετικά την παρουσία και ύπαρξή του/της στο χώρο του νοσοκομείου, και αυτό αποτέλεσε βασικό ερέθισμα για μένα στο να επιδιώξω να διερευνήσω το είδος της αναπαράστασης αυτής στο εθνογραφικό παράδειγμα της ΜΕΘ, συμπεριλαμβάνοντας στην ανάλυσή μου τη βιωμένη εμπειρία των πληροφορητών/ριών μου, το πώς δηλαδή οι ίδιοι/ες προσλαμβάνουν-ερμηνεύουν την παρουσία και εργασία τους στον κόσμο της ΜΕΘ, ο οποίος ανατροφοδοτείται συνεχώς από ισχυρούς ανδροκεντρικούς-ιατροκεντρικούς λόγους εξουσίας.

Με άλλα λόγια, λαμβάνοντας υπόψη το συνολικό σύστημα σχέσεων εξουσίας που χαρακτηρίζει τον κόσμο του νοσοκομείου, ιδιαίτερα τον κόσμο της Εντατικής, καθώς και το ότι οι νοσηλευτές/ριες είναι υποκείμενα που βιώνουν, ενσωματώνουν και ταυτόχρονα ασκούν αυτή την ενσωματωμένη εξουσία στη ΜΕΘ, οδηγήθηκα στη φαινομενολογική προσέγγιση και την κριτική ιατρική ανθρωπολογία (critical medical

³¹ Επανέρχομαι αναλυτικότερα στις παραπάνω έννοιες του Φουκώ σε επόμενες ενότητες.

³² Υπάρχει αξιοσημείωτη βιβλιογραφία που αναγνωρίζει την ικανότητα των υποκειμένων για διαπραγμάτευση και εμπρόθετη δράση (Αθανασίου, 2003 και 2011α· Good, 2008/1994· Lester, 2011· Ong, 2011· Παπαγαρουφάλη, 2012/2002· Petryna, 2002).

anthropology). Η πρώτη δίνει έμφαση στην υποκειμενική, θεωρούμενη ως άμεση εμπειρία και νοηματοδότηση ή ερμηνεία του κόσμου γύρω μας. Υποστηρίζει ότι ο εξωτερικός κόσμος αποκτά νόημα και σημασία μόνο μέσα από τη συνείδηση που διαμορφώνεται για αυτόν, ότι δηλαδή προσλαμβάνεται ως μια σειρά από «φαινόμενα», ανάλογα με τις νοηματικές διεργασίες ή ερμηνείες που τους αποδίδει η υποκειμενική συνείδηση, και ότι δεν αρκεί να τον δούμε ως αντικειμενική πραγματικότητα με την καθοδήγηση μιας «ορθής» μεθόδου.³³ Η δεύτερη υποστηρίζει ότι τα κοινωνικοπολιτισμικά συμφραζόμενα δεν αποτελούν απλώς συστήματα σημασιών και νοημάτων που προσανατολίζουν τις υποκειμενικές νοηματοδοτήσεις του κόσμου γύρω μας, αλλά συνιστούν πρακτικές εξουσίες που τείνουν να συγκαλύπτουν τις πολιτικές και οικονομικές πραγματικότητες. Κατά τον Byron Good, η κριτική ιατρική ανθρωπολογία συμπληρώνει τη φαινομενολογία γιατί αναγνωρίζει ότι τα πολιτισμικά συμφραζόμενα - ένα από αυτά και το βιοϊατρικό μοντέλο³⁴ - δεν είναι τόσο αθώα και κενά πολιτικής σημασίας, αλλά ασκούν επιρροές που πρέπει να διερευνώνται, να προβληματοποιούνται και να λαμβάνονται υπόψη, ιδιαίτερα όταν εξετάζονται έννοιες όπως αυτές της ασθένειας, της θεραπείας και της ταυτότητας υποκειμένων.

Από τους πρώτους που υιοθέτησαν τη φαινομενολογική προσέγγιση και την κριτική ιατρική ανθρωπολογία σε θέματα υγείας ήταν οι ανθρωπολόγοι Arthru Kleinman (1977 και 1988) και Byron Good (2008/1994). Ο Kleinman, θεωρώντας ότι

³³ Σύμφωνα με τον Curtis (1978), κύρια χαρακτηριστικά της φαινομενολογίας, στις διάφορες εκδοχές της, είναι: α) η πίστη στη σπουδαιότητα της υποκειμενικής συνειδητότητας, β) η πρόσληψη της συνειδητότητας ως πηγή νοήματος στη ζωή, και γ) ο «αναστοχασμός» είναι σημαντικός στην πρόσβαση μας σε ουσιώδεις δομές της συνειδητότητας (βλ. και Cohen et al., 2008). Στην ανθρωπολογία, έχει επικρατήσει μάλλον η εκδοχή της φαινομενολογίας του Merleau-Ponty (2016/1945 και 1977), σύμφωνα με τον οποίο, η «εξωτερική πραγματικότητα» δεν προϋπάρχει της «αντίληψης», αλλά προσδιορίζεται και αντικειμενικοποιείται από την αντίληψη, η οποία «ξεκινάει» από το σώμα. Το σώμα όμως βρίσκεται ήδη και πάντα μέσα στον κόσμο και τον βιώνει προ-αντικειμενικά αλλά όχι προ-πολιτισμικά. Άρα, η αντίληψη μπορεί να ιδωθεί ως μια πολιτισμικά επηρεασμένη σωματική εμπειρία. Για μια λεπτομερή ανάλυση των παραπάνω, βλ. Παπαγαρουφάλη 2012/2002, σ.40-41. Επίσης, ως προς την θεωρητική πρόσληψη και αναπαράσταση της εμπειρίας των υποκειμένων, βλ. Desjarlais και Throop (2011) για μια ενδελεχή παρουσίαση και συζήτηση των φαινομενολογικών προσεγγίσεων στην ανθρωπολογία και την έννοια της σωματοποίησης (embodiment), Duranti (2010) για τις εννοιολογικές διαδρομές της διυποκειμενικότητας ως αφετηρία για τη διερεύνηση της ανθρώπινης εμπειρίας, και Throop (2003) για μια πιο ανθρωπολογική ερμηνεία της ανθρώπινης εμπειρίας.

³⁴ Αναπτύσσω τα περί βιοϊατρικού μοντέλου στη συνέχεια του κεφαλαίου.

το σώμα προϋπάρχει της ασθένειας, είναι φορέας γνώσης, προηγούμενων εμπειριών και ερμηνειών, εστίασε στην ενσώματη εμπειρία (embodied experience), ως βάση ανάλυσης και προβληματικής των αναπαραστάσεων της ασθένειας σε διάφορα πολιτισμικά συμφραζόμενα.³⁵ Ο ίδιος είδε το «ιατρικό μοντέλο» (αλλιώς γνωστό και ως βιοϊατρικό μοντέλο θεώρησης) ως ένα ακόμα πολιτισμικό μοντέλο και επομένως ως ένα αντικείμενο μελέτης, κι έδωσε ώθηση στην ανάπτυξη της ερμηνευτικής ανθρωπολογίας (interpretive anthropology), με επίκεντρο διερεύνησης τη σχέση πολιτισμού και ασθένειας (illness).³⁶ Το έργο του Kleinman είναι εξαιρετικά σημαντικό, γιατί ανέδειξε, μέσα από το τεράστιο ερευνητικό του έργο, ότι η ερμηνεία των συμπτωμάτων είναι πολιτισμικά καθοριζόμενη και «συνδεδεμένη με τις κανονιστικές αντιλήψεις» για το σώμα. Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και το πολιτισμικό πλαίσιο της βιολογικής βάσης δεδομένων. Εξίσου αξιοσημείωτη είναι η καινοτομία για την εποχή θέση του ότι η «νόσος» (disease), την οποία διακρίνει από την «ασθένεια», δεν είναι οντολογία (entity) αλλά επεξηγηματικό / αφηγηματικό μοντέλο.³⁷

³⁵ Οι θεωρίες της φαινομενολογίας, της κοινωνικής κατασκευής (κοινωνικού κονστρουκτιβισμού) και κριτικής ανθρωπολογίας, συνεισέφεραν στην αμφισβήτηση του οικουμενικού και ενιαίου χαρακτήρα του σώματος. Πιο συγκεκριμένα, η σημασία του σώματος έχει αποτελέσει ξεχωριστό τομέα μελέτης στην ανθρωπολογία και την κοινωνιολογία με βάση τις θεωρίες της κοινωνικής κατασκευής (βλ. Brian Turner, 1987). Υποστηρίζεται ότι ο τρόπος αντίληψης του σώματος στην κάθε κοινωνία εξαρτάται τόσο από τις κοινωνικές και ιστορικές του συνάψεις (Armstrong, 1983· Φουκώ, 1976), όσο και από τη φαινομενολογική πρόσληψή του, σύμφωνα με την οποία η έννοια της βιωμένης εμπειρίας υποδηλώνει ότι τα δρώντα υποκείμενα του προσδίδουν προσωπικό νόημα και σκοπό (Merleau-Ponty, 2016/1945). Μια σειρά μελετών αναδεικνύουν τη συγκρότηση του κοινωνικού σώματος και τη σύνδεσή του με τις πολιτισμικές διαδικασίες (Mauss, 2004/1979· Douglas, 2004/1966· Foucault, 1973· Φουκώ, 1976/1975). Η φεμινιστική θεωρία συνδέει το σώμα με το φύλο, τη φυλή και το χρώμα, την κοινωνική τάξη και την αρτιμέλεια και αναδεικνύει τις έμφυλες, φυλετικές κ.ά. ασυμμετρίες που αναπαράγονται μέσω των κλασικών δυϊσμών νους - σώμα, πολιτισμός - φύση.

³⁶ Στην ανθρωπολογία, η συμβολή του Clifford Geertz με το έργο του *Η Ερμηνεία των Πολιτισμών* (2003α/1973) στην ερμηνευτική προσέγγιση υπήρξε καθοριστική. Ο Geertz, στα πλαίσια της συμβολικής ανθρωπολογίας, προσθέτει την ερμηνευτική διάσταση και εστιάζει στην συναισθηματική και υποκειμενική διάσταση του εκάστοτε πολιτισμού. Στο έργο του για την «πυκνή περιγραφή» (2003β/1973) προσλαμβάνει την ανθρωπολογική προσέγγιση ως καθαρά «ερμηνευτική διαδικασία» (Γκέφου-Μαδιανού, 1999, σ.143).

³⁷ Όμοια, οι Good και Good (1981, σ.53), οι οποίοι έχουν επηρεαστεί από το έργο του Kleinman (1973 και 1977), υποστηρίζαν ότι: «Η νόσος ανήκει στον πολιτισμό, και μάλιστα στο εξειδικευμένο πολιτισμικό πλαίσιο της ιατρικής. Ο πολιτισμός δεν είναι μόνο ένα μέσο αναπαράστασης της νόσου, αλλά είναι και απαραίτητη προϋπόθεση για την καθαυτή σύστασή της ως ανθρώπινης πραγματικότητας [...] Κάθε φορά που ένα σύνθετο ανθρώπινο φαινόμενο θεωρείται ότι είναι 'ασθένεια', αυτόματα καθίσταται και αντικείμενο ιατρικής πράξης».

Από την άλλη πλευρά, ο ανθρωπολόγος Byron Good (2008/1994), συνομιλώντας με το έργο του Kleinman (1988), επανερμηνεύει τον κόσμο της ιατρικής, αμφισβητώντας τον μύθο ότι το σύστημα της ιατρικής γνώσης αντανακλά τη φυσική τάξη ή «απόλυτη αλήθεια», γιατί η Βιολογία δεν είναι άνευ νοημάτων και ερμηνειών, αντίθετα είναι πρωτίστως πολιτισμική, γι' αυτό και συνιστά μια ειδική κουλτούρα (specialized culture). Ο Good έχει υποστηρίξει ότι το υφιστάμενο επιστημολογικό παράδειγμα (paradigm) και η γλώσσα που χρησιμοποιείται από τις επιστήμες της συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση θεμάτων σχετικά με την ασθένεια και την εκπροσώπησή της έχουν τα όριά τους, δηλαδή δεν μπορούν να αποδώσουν ικανοποιητικά όλες τις εκφάνσεις της πραγματικότητας, όπως π.χ. τις εμπειρίες των ασθενών. Επομένως, όπως ο φαινομενολόγος Kleinman, ο Good θεωρεί ότι η σχέση μας με το σώμα είναι και βιωματική, και επιδέχεται πολλαπλές ερμηνείες. Ωστόσο, ο Good επιμένει περισσότερο στην κριτική προσέγγιση της ιατρικής, προσθέτοντας στη συζήτηση τις πολιτικές και οικονομικές εξουσιαστικές πρακτικές ως πλαίσιο και απαραίτητη προϋπόθεση ανάλυσης των νοημάτων που αποδίδουν τα υποκείμενα στις εμπειρίες τους. Υποστηρίζει ότι οι επιρροές της κριτικής ιατρικής ανθρωπολογίας ανιχνεύονται σε δύο φυσιογνωμίες, στον Gramsci και στην ανάλυσή του για την ηγεμονία (hegemony), και στον Φουκώ για την γενεαλογία της εξουσίας: ο Gramsci ανέδειξε τον ρόλο των πολιτισμικών μορφωμάτων στο να καθιστούν τις σχέσεις εξουσίας δεδομένες (common sense), και ο Φουκώ το στοιχείο της αντίστασης των υποκειμένων στην άσκηση εξουσίας (power/ resistance). Κατά τον Good, οι μελέτες της κριτικής ιατρικής ανθρωπολογίας είναι αυτές που έδωσαν φως στις κοινωνικές διαστάσεις της γέννησης και κατανομής της ασθένειας, στον μηχανισμό μετατροπής κοινωνικών καταστάσεων σε ιατρικά προβλήματα, δηλαδή, στην ιατρικοποίησή τους,³⁸ καθώς και σε καθημερινές τελετουργίες αντίστασης εργαζομένων υπό τη μορφή ιατρικών συμπτωμάτων.

³⁸ Ιατρικοποίηση είναι η διαδικασία κατά την οποία φαινόμενα που αρχικά δεν χαρακτηρίζονταν ως «ιατρικά» στη συνέχεια ορίστηκαν και προσεγγίστηκαν ως τέτοια (βλ. και Bradby, 2009). Με άλλα λόγια, η ιατρικοποίηση συμβαίνει από τη στιγμή που η ιατρική γνώση αξιώνει τη θέση του «εμπειρογνώμονα» σε τομείς της ζωής που προηγουμένως δεν θεωρούνταν ιατρικά προβλήματα, όπως ο τοκετός και το γήρας (Nettleton, 2002, σ.55). Ο Zola (1972) έχει υποστηρίξει ότι η ιατρική εξελίχθηκε σε ισχυρό θεσμό κοινωνικού ελέγχου, και συνδέει τη διαδικασία της ιατρικοποίησης με

Πράγματι, όπως θα φανεί στην παρούσα διατριβή, οι μελέτες νοσηλευτικής που εμπνέονται τόσο από το έργο του Φουκώ,³⁹ όσο και από την κριτική ιατρική ανθρωπολογία για να εξετάσουν τις αισθητές και ανεπαίσθητες τεχνολογίες εξουσίας στη ΜΕΘ, φαίνεται να έχουν συνεισφέρει εποικοδομητικά όχι μόνο στα παραπάνω, αλλά και σε μια ευρύτερη θεματική για την εμπειρία του «πάσχειν» (suffering) των ασθενών και του «φροντίζειν» (caring) των νοσηλευτών/ριών (Coombs, 2003· Coombs & Ersser, 2004· May, 1992· Manias & Street, 2001β), και έχουν προσφέρει μια πολιτισμικά και πολιτικά επηρεασμένη ανάγνωση και ερμηνεία του κοινωνικού γίνεσθαι στη ΜΕΘ.

Την εμπνεόμενη από το έργο του Φουκώ κριτική προσέγγιση της ασθένειας και των πολιτικών υγείας έχουν υιοθετήσει και αρκετές ανθρωπολογικές μελέτες στην Ελλάδα. Πρόκειται για εθνογραφικές έρευνες θεμάτων, όπως ο αυτισμός, η δωρεά οργάνων/σώματος, η τύφλωση, η μεσογειακή αναιμία και το αναπηρικό κίνημα, στα οποία οι ερευνητές/ριες έχουν επίσης ακολουθήσει διάφορες εκδοχές της φαινομενολογικής θεωρίας και ορισμένες έχουν δώσει ιδιαίτερη έμφαση στις έννοιες δι-υποκειμενικότητα και πολυαισθητηριακότητα (π.χ. Μαρινούδη, 2014· Παπαγαρουφάλη, 2012/2002· Τεντόμας, 2017· Χαρίδη, 2016· Χατζούλη, 2012). Για παράδειγμα, στη μελέτη της για τους δωρητές οργάνων/σώματος στην Ελλάδα, η Ελένη Παπαγαρουφάλη, επηρεασμένη από τον Merleau-Ponty (1977), τον Bourdieu

ευρύτερες αλλαγές, όπως με το πολύπλοκο γραφειοκρατικό σύστημα, το οποίο ενισχύει την εξάρτηση από τους ειδικούς. Βλ. και Κορασίδου (2002, σ.27) για την περίπτωση της Ελλάδας.

³⁹ Ο Φουκώ, στο έργο του «Η γέννηση της κλινικής» (Foucault 1973/1963 [2012 - Ελληνική έκδοση]), παρουσιάζει τον τρόπο με τον οποίο γεννήθηκε και διαμορφώθηκε η επιστημονική ιατρική διαμέσου της επέμβασης στο εσωτερικό του ανθρώπινου σώματος (ανατομία), και περιγράφει τη γέννηση ενός καινούργιου συστήματος ιατρικής και πρακτικής, της βιο-εξουσίας και της βιο-πολιτικής, το οποίο από τον 18^ο αιώνα και εξής διαμόρφωσε μια νέα σχέση τόσο μεταξύ της ιατρικής και της κοινωνίας όσο και μεταξύ του γιατρού και του/της ασθενούς. Θεωρεί ότι η επιστημονική ιατρική ασκεί εξουσία υποβαθμίζοντας το άτομο σε απλό αντικείμενο καθώς ο ασθενής χειραγωγείται και τίθεται κάτω από το «ιατρικό βλέμμα». Η εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης στη διάγνωση και στη θεραπεία συνέβαλε στην ανάπτυξη του ιατρικού επαγγέλματος ως φορέα με κώδικα δεοντολογίας και σημαντική κοινωνική δύναμη, αποκλείοντας τους αυτοδίδακτους θεραπευτές του Παλαιού Καθεστώτος και αξιωνόοντας τη θέση του εμπειρογνώμονα ακόμα και σε τομείς υγείας που προηγουμένως δεν θεωρούνταν καν ιατρικά προβλήματα, με αποτέλεσμα την ολοένα αυξανόμενη ιατρικοποίησή τους. Ο Φουκώ δεν αναγνωρίζει την αρρώστια ως φυσιολογικό συμβάν αλλά ως προϊόν του ιατρικού λόγου, ο οποίος αντανάκλα τον κυρίαρχο τρόπο σκέψης της εποχής, αυτόν της επιστήμης. Η ανάγκη για το σώμα να ρυθμιστεί και να επιτηρηθεί το καθιστά κατεξοχήν πολιτικό στόχο και πεδίο εγκατάστασης όλης της πολιτικής τεχνολογίας της ζωής.

(1987/1977 και 1984/1979) και τον ανθρωπολόγο Csordas (1990 και 1994), υποστηρίζει ότι το σώμα, τα συναισθήματα και οι αισθήσεις των υποκειμένων είναι μονίμως «κοινωνικά επηρεασμένα»,⁴⁰ και δείχνει πώς η (οποιαδήποτε) κοινωνικοπολιτική πραγματικότητα προσδιορίζεται και κατασκευάζεται από την πολιτισμικά-ιστορικά-πολιτικά επηρεαζόμενη «δι-υποκειμενική» και «πολυαισθητηριακή» διάδραση των υποκειμένων μάλλον, παρά από τις μεμονωμένες υποκειμενικές συνειδήσεις τους (2012/2002, σ.40-41. Βλ. και Παπαγαρουφάλη, 2002). Ακολουθώντας την παραπάνω θέση, υποστηρίζω ότι ο/η κάθε νοσηλευτής/ρια του εθνογραφικού παραδείγματος συν-αισθάνεται και συν-βιώνει σωματικά – κάτι που αναλύω παρακάτω – τον κόσμο του/της και την ταυτότητά του/της σε συνθήκες δι-υποκειμενικότητας/ πολυαισθητηριακότητας, και επομένως συν-παράγει την (οποιαδήποτε) πολιτισμική και πολιτική πραγματικότητα μάλλον, παρά τη βρίσκει ως κάτι που προϋπάρχει.

Τέλος, μέσα από τις αφηγήσεις των πληροφορητών/ριών στη μελέτη μου, προσεγγίζω τον πολιτισμό ή τα πολιτισμικά συμφραζόμενα της συγκεκριμένης Μονάδας και από την πλευρά των συναισθημάτων ως (δι-)υποκειμενικών εμπειριών τους. Οι συμμετέχοντες/ουσες στο εθνογραφικό παράδειγμα εξέφρασαν μια ευρεία γκάμα συναισθημάτων κατά τις αφηγήσεις τους σε μένα. Για παράδειγμα, η απογοήτευση, το αίσθημα ευθύνης για τον ασθενή τους, ο θυμός και το παράπονο, όπως και η ικανοποίηση της προσφοράς είναι μερικά από τα στοιχεία που ανέκυψαν στα δεδομένα της παρούσας μελέτης. Έτσι, επηρεασμένος από τις μελέτες της δεκαετίας του 1990 που συνέβαλαν στην ένταξη των συναισθημάτων στη σφαίρα του πολιτισμού (Abu-Lughod & Lutz, 1993/1990· Feldman, 1991· Papataxiarchis, 1991· Scheper-Hughes, 1992· Papagaroufali, 1992),⁴¹ ακολουθώ τη θέση της Γκέφου-

⁴⁰ Ο Csordas υποστηρίζει ότι «το σώμα είναι το πρωταρχικό αντικείμενο πάνω στο οποίο συντελείται το έργο του πολιτισμού και ταυτόχρονα το πρωταρχικό εργαλείο με το οποίο το έργο αυτό φέρεται εις πέρας» (1990, σ.11).

⁴¹ Για παράδειγμα, οι Abu-Lughod και Lutz μιλούν για «λόγο (discourse) συναισθημάτων». Δηλαδή, προσεγγίζουν τα συναισθήματα ως λόγο, ως ρηματοποιημένες εμπειρίες στις οποίες εμπλέκεται και το σώμα, και θεωρούν ότι τα συναισθήματα επηρεάζουν όχι μόνο το πεδίο δράσης αλλά και τη συγκρότηση το ίδιου του δρώντος υποκειμένου. Η προσέγγιση αυτή συνάδει με την ιδέα ότι ο πολιτισμός έχει και κοινωνικό και ατομικό χαρακτήρα, δηλαδή αν και κοινός «βιώνεται με ατομικό και μοναδικό τρόπο» (Γκέφου-Μαδιανού, 1999, σ.202). Έτσι, η ανθρώπινη εμπειρία, ακόμα και οι

Μαδιανού (1999) ότι η ανάλυση των «εντόπιων συναισθημάτων» συνιστά αναλυτικό εργαλείο για τη μελέτη των ποικίλων μορφών της καθημερινής ζωής και των σωματικών έξεων που αναπτύσσονται ως πολιτισμικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο θεμελιώνονται τα συναισθήματα.⁴²

Οι προαναφερθείσες θεωρητικές παραδοχές και προσεγγίσεις, στις οποίες επανέρχομαι σε επόμενα κεφάλαια, μου επέτρεψαν, ως ανθρωπολόγο και πρώην νοσηλεύτη ΜΕΘ, να προσεγγίσω και διερευνήσω εκ των έσω τον κόσμο των νοσηλευτών/ριών, εκεί που η ταυτότητά τους και η νοσηλευτική πράξη σχηματοποιούνται σε καθημερινή βάση, αλλάζουν και αποτελούν αντικείμενο συνεχούς επαναδιαπραγμάτευσης. Η λήψη αποφάσεων παραμένει ο κύριος άξονας της μελέτης, καθώς φαίνεται ότι είναι μια σύνθετη διεργασία όπου διαπλέκονται οι ταυτότητες (ατομικές και συλλογικές) των συμμετεχόντων/ουσών με τους καθιερωμένους επαγγελματικούς λόγους περί ιατρικής και νοσηλευτικής (της θεραπείας και της φροντίδας αντίστοιχα), στα πλαίσια ενός κοινωνικού «κόσμου» που κυριαρχείται από το λεγόμενο βιοϊατρικό μοντέλο.

Το βιοϊατρικό μοντέλο της ιατρικής επιστήμης συνιστά εξίσου σημαντική παράμετρο στην παρούσα ενότητα γιατί, όπως θα δείξω στα ευρήματα της μελέτης, στη δυτική ιατρική είναι ένα από τα πιο γνωστά μοντέλα θεώρησης του ασθενούς και της ασθένειας, με αποτέλεσμα να εξακολουθεί να επηρεάζει σημαντικά τη νοσηλευτική πράξη στη ΜΕΘ. Το βιοϊατρικό μοντέλο κυριαρχεί στην επίσημη φροντίδα υγείας της Δύσης από τον 18^ο αιώνα και υποστηρίζει ότι: α) το πνεύμα και το σώμα είναι ξεχωριστές οντότητες, β) το σώμα μπορεί να επισκευαστεί όπως επισκευάζεται μια μηχανή, και μόνο με τις ιατρικές παρεμβάσεις, γ) η ασθένεια προκαλείται από παθογόνους οργανισμούς, επομένως η ιατρική πρέπει να εστιάζει μόνο στα βιολογικά αίτια της ασθένειας (Nettleton, 2002). Αν και για πολλούς λόγους

αντιφατικές εμπειρίες ατόμων του ίδιου πολιτισμού, είναι μέρος του ανθρωπολογικού ενδιαφέροντος και της εθνογραφικής ανάλυσης (Turner & Bruner, 1986).

⁴² Σύμφωνα με τη Γκέφου-Μαδιανού (1999, σ.205), η έννοια της σωματικής έξξης του Bourdieu (1987/1977) είναι χρήσιμη στην ανάλυση καθώς, όπως οι σωματικές τεχνικές μαθαίνονται αυτόματα μέσω της κοινωνικοποίησης, έτσι και τα «συναισθήματα εν-σωματώνονται μέσω του *habitus* χωρίς να επιβάλλονται διά της βίας στο άτομο», αλλά επηρεάζοντας τον τρόπο σκέψης του.

το προαναφερθέν μοντέλο τέθηκε υπό αμφισβήτηση,⁴³ εξακολουθεί να κυριαρχεί στη δυτική ιατρική για τον λόγο ότι αυτή βασίζεται στις αρχές της παρατήρησης, επομένως της ιατρικής ως επιστήμης αντικειμενικής, και της επαγωγικής μεθόδου. Στον χώρο της Εντατικής, η απειλητική για τη ζωή νόσος και η προηγμένη τεχνολογία της ΜΕΘ συνηγορούν στο να υιοθετείται στο μέγιστο το βιοϊατρικό μοντέλο θεώρησης του ασθενούς, του σώματος και της ασθένειας, σε βαθμό που το «πρόσωπο» του αρρώστου τείνει να συρρικνώνεται και να εξαφανίζεται πίσω από τις οθόνες παρακολούθησης, τους καθετήρες και τον προηγμένο εξοπλισμό. Ωστόσο, οι Good και Good (1993) έχουν επισημάνει ότι η άποψη αυτή είναι απλά ένα γενικευτικό και υπεραπλουστευμένο αφήγημα για το βιοϊατρικό μοντέλο, όπου η δυτική ιατρική παρουσιάζεται ως το αντίθετο της μη δυτικής ιατρικής.⁴⁴ Στην παρούσα έρευνα έχω επιχειρήσει να αναδείξω και τις δύο αυτές απ-όψεις.

Το εθνογραφικό παράδειγμα

Διεξήγαγα την παρούσα έρευνα σε γενική πολυδύναμη ΜΕΘ, την οποία επέλεξα επειδή γνώριζα ότι θα είχα πρόσβαση για τη διεξαγωγή της επιτόπιας έρευνάς μου, λόγω της εργασιακής εμπλοκής μου στη συγκεκριμένη ΜΕΘ με την ιδιότητα του καθηγητή νοσηλευτικής που παρακολουθώ την πρακτική άσκηση φοιτητών/ριών. Για λόγους ανωνυμίας των πληροφορητών/ριών επέλεξα να δώσω ψευδώνυμα στους/στις

⁴³ Το βιοϊατρικό μοντέλο αμφισβητήθηκε από την κοινωνιολογία και την ανθρωπολογία της υγείας επειδή διαχωρίζει το σώμα από το πρόσωπο του ασθενούς, παραβλέπει τις κοινωνικές και υλικές αιτίες της ασθένειας, χαρακτηρίζει κάθε υποκειμενική ερμηνεία και προσπάθεια κατανόησης της υγείας και της ασθένειας ως «ήσσονος σημασίας» και παρουσιάζεται ως η μοναδική αυθεντική πρόταση για την κατανόηση της νόσου και της ασθένειας. Στην έρευνα της νοσηλευτικής, η κριτική εθνογραφία σκοπεύει να «ενημερώσει τις νοσηλευτικές δραστηριότητες με την κατανόηση ότι η κοινωνία είναι άνιστα κατασκευασμένη και ρυθμισμένη από κυρίαρχες ιδεολογίες (δηλ. βιοϊατρικό μοντέλο) που καταστέλλουν την εναλλακτική κατανόηση» (Manias & Street, 2001α, σ.235).

⁴⁴ Οι ερευνητές αναφέρονται σε μελέτες όπου οι «γιατροί της δυτικής ιατρικής» απεικονίζονται με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, και οι εικόνες αυτές δεν παραπέμπουν σε μία και μοναδική κουλτούρα αλλά σε πολλές διαφορετικές υπο-κουλτούρες και εκδοχές του λεγόμενου βιοϊατρικού μοντέλου στη δυτική ιατρική, καθώς οι ίδιοι οι γιατροί «φέρνουν» το δικό τους πολιτισμικό υπόβαθρο και πεποιθήσεις στην ιατρική πρακτική (Cassell, 1987· Gaines, 1985). Για παράδειγμα, βιώνουν πολύ διαφορετικά μεταξύ τους την ασθένεια, τον ασθενή και τις πρακτικές που διεξάγουν ως κομμάτι της καθημερινής τους εργασίας (ιατρική διάγνωση), και γι' αυτό παρατηρούνται και διαφορετικές κουλτούρες μεταξύ των ειδικοτήτων και των κλινικών στις μελέτες αυτές (χειρουργική, εντατική, ψυχιατρική), και μεταξύ των αντιλήψεών τους ως προς κάποιες παθήσεις (παχυσαρκία, εμμηνόπαυση, χρόνια νόσος).

πληροφορητές/ριες και να μην καταγράψω στο τελικό κείμενο της διατριβής το όνομα της κλινικής που μελέτησα.

Η συγκεκριμένη πανεπιστημιακή Μονάδα ιδρύθηκε το ---έτος---[δεκαετία 00΄ς] και από τον Νοέμβριο του ίδιου έτους εγκαταστάθηκε και λειτουργεί μέχρι σήμερα σε Γενικό νοσοκομείο της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας. Σύμφωνα με την ιστοσελίδα της, η Μονάδα έχει συνολικά τη δυνατότητα να λειτουργήσει δέκα οκτώ κλίνες πολυδύναμης ΜΕΘ ενηλίκων, εάν φυσικά στελεχωθεί με επαρκές ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Μέχρι να υπάρξει πλήρης στελέχωση, ο αριθμός των κλινών ΜΕΘ σε λειτουργία μεταβάλλεται έτσι ώστε κάθε νοσηλευτής/ρια στη βάρδια του/της να μην είναι υπεύθυνος/η για περισσότερους από τρεις ασθενείς. Ακολουθώντας τα διεθνή πρότυπα Εντατικής θεραπείας, στην πολυδύναμη ΜΕΘ της Κλινικής νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς που χρειάζονται Εντατική Θεραπεία για οποιοδήποτε λόγο (παθολογικά περιστατικά, χειρουργικά περιστατικά, πολυτραυματίες κλπ.), ενώ δεν αποκλείεται η μεταφορά ασθενών από άλλες εξειδικευμένες Μονάδες του Νοσοκομείου π.χ. Καρδιολογική ή Καρδιοχειρουργική, σε περίπτωση που υπάρξουν επιπλοκές στην εξέλιξη της βασικής νόσου (π.χ. του εμφράγματος ή του by-pass αντίστοιχα), οι οποίες απαιτούν μια πολυδύναμη υποστήριξη όλων των συστημάτων του ασθενούς.

Την περίοδο της επιτόπιας έρευνας (2012-14) απασχολούνταν περίπου έξι μέλη ΔΕΠ, δεκαπέντε μόνιμοι γιατροί ΕΣΥ, και είχαν εξειδικευτεί μέχρι τριάντα ειδικοί γιατροί στην εντατικολογία. Επίσης, στο πρόγραμμα εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού ήταν καταγεγραμμένοι είκοσι έξι νοσηλευτές/ριες συμπεριλαμβανομένων του προϊστάμενου και της αναπληρώτριας προϊσταμένης, δεκαπέντε επικουρικοί/ες νοσηλευτές/ριες με σύμβαση ΕΚΠΑ ή ΚΕΕΛΠΝΟ (το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων που καταργήθηκε και αντικαταστάθηκε από τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας ΕΟΔΥ), δεκατρείς βοηθοί νοσηλευτών/ριών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ), δύο βοηθοί θαλάμου και περίπου δώδεκα νοσηλευτές/ριες σε μακροχρόνια άδεια. Ο αριθμός των κλινών σε λειτουργία και νοσηλευόμενων αντίστοιχα ανά έτος είχε διακυμανθεί σημαντικά (διαδίκτυο, ιστοσελίδα κλινικής). Σε κάθε νοσηλευτή και νοσηλεύτρια αναλογούσαν τρεις ασθενείς ΜΕΘ σε όλες τις βάρδιες (πρωινή, απογευματινή, νύχτα). Στο μεγαλύτερο μέρος της έρευνας, η ΜΕΘ ήταν αναπτυγμένη και στις τρεις πτέρυγες (Α', Β, Γ') και ο αριθμός των ασθενών κυμαινόταν κατά προσέγγιση από 15 έως 18

(βλ. παράρτημα: εικόνα 4, μια από τις πτέρυγες στο εθνογραφικό παράδειγμα). Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης,⁴⁵ αρκετοί/ές από τους/τις γιατρούς έφυγαν για να συνεχίσουν τη καριέρα τους στο εξωτερικό, και παράλληλα μειώθηκε ο αριθμός των νοσηλευτών/ριών στη ΜΕΘ, ειδικά αυτών που απασχολούνταν με συμβάσεις ιδιωτικού δικαίου, λόγω αδυναμίας του νοσοκομείου να ανανεώσουν τις συμβάσεις. Αυτό είχε ως συνέπεια να αυξομειώνεται σημαντικά ο αριθμός των ανεπτυγμένων κλινών στις πτέρυγες, σε τέτοιο βαθμό που η μία από τρεις πτέρυγες δεν χρησιμοποιείται καθόλου εδώ και περίπου τρία χρόνια.

Η επιλογή της συγκεκριμένης Μονάδας ως πεδίο παρατήρησης έγινε για δύο λόγους. Το εθνογραφικό παράδειγμα συνιστά μια μεγάλη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σε δημόσιο νοσοκομείο με 24ωρη εφημερία στα επείγοντα (ΤΕΠ), η οποία δέχεται περιστατικά όλων των ειδικοτήτων. Επομένως, θεώρησα ότι πρόκειται για

⁴⁵ Η διεξαγωγή της επιτόπιας έρευνας (2012-2014), χρονικά, συνέπεσε με τα πρώτα χρόνια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Επρόκειτο για μια περίοδο σοβαρής οικονομικής δυσκολίας, η οποία, όπως και σε κάποιες χώρες του εξωτερικού, επέφερε αλλαγές και περικοπές σε επίπεδο οργάνωσης υπηρεσιών προς τον πολίτη στην έναρξη της κρίσης αλλά και σε βάθος χρόνου. Αυτό που παρατηρήθηκε στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα ήταν ότι, οι προσλήψεις των νοσηλευτών/ριών – όπως και άλλων ειδικοτήτων στο δημόσιο τομέα - είχαν παγώσει, οι συμβάσεις του επικουρικού νοσηλευτικού προσωπικού δεν ανανεώθηκαν, το καλύτερο ποιοτικό αλλά πιο ακριβό υγειονομικό υλικό αντικαταστάθηκε με χαμηλότερης ποιότητας φθηνότερο, πολλοί/ές νοσηλευτές/ριες και γιατροί αναζήτησαν θέσεις εργασίας στο εξωτερικό με καλύτερες αποδοχές και ευκαιρίες εξειδίκευσης, και ο αριθμός των ασθενών που αναζήτησαν υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε κατακόρυφα καθώς δεν μπορούσαν να καλύψουν τις ιδιωτικές ασφάλειες υγείας. Ειδικά στις ΜΕΘ το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού έγινε εντονότερο. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσηλευτικών Συνδέσμων (European Federation of Nursing Associations), όπου η έκβαση των ασθενών στις ΜΕΘ εξαρτάται όχι μόνο από τη δαπανηρή τεχνολογία και τα φάρμακα, αλλά σε μεγάλο βαθμό και από τη διαθεσιμότητα και επάρκεια σε εξειδικευμένους/ες και έμπειρους/ες νοσηλευτές/ριες στην Εντατική, παρατηρήθηκαν σημαντικές μειώσεις στις οργανικές θέσεις στελέχωσης και εξειδίκευσης νοσηλευτών/ριών σε όλη την Ευρώπη (EFN, 2012). Πλέον ξέρουμε ότι ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας ήταν τόσο μεγάλος και αισθητός στην Ελλάδα (Mprouzika et al., 2018· Papathanassoglou & Mprouzika, 2012· Timmins et al., 2017) και σε άλλες χώρες στο εξωτερικό, όπως Ιρλανδία, Αυστραλία, Ισπανία και Πορτογαλία (Wells & White, 2014· Willis et al., 2017), ώστε να γίνεται λόγος για ένα νέο φαινόμενο στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, αυτό της «φροντίδας που δεν έλαβε χώρα» (στα αγγλικά: episodes of missed care) (Ausserhofer et al., 2014· Timmins et al., 2017). Σύμφωνα με την ακαδημαϊκό και ερευνήτρια Fiona Timmins, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η επιβαρυνόμενη αναλογία νοσηλευτή/ριας προς ασθενή εμποδίζουν τους/τις νοσηλευτές/ριες στο να παρέχουν βασική φροντίδα σε βαριά πάσχοντες (Timmins et al., 2017). Συνεπώς, αρκετά συχνά, ανατίθενται επιπλέον εργασίες στο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου αυτό να καλύψει το «κενό» φροντίδας που δεν μπορούν να παρέχουν οι νοσηλευτές/ριες. Έτσι, οι ΔΕ βοηθούν τους/τις νοσηλευτές/ριες στη φροντίδα σώματος των ασθενών (λουτρό επί κλίνης, τοπικό πλύσιμο, τουαλέτα), και επίσης τους ανατίθεται – κατόπιν εκπαίδευσης - η εκτέλεση και νοσηλευτικών παρεμβάσεων που παραδοσιακά εκτελούνταν μόνο από τους/τις νοσηλευτές/ριες (π.χ. λήψη ζωτικών σημείων, έλεγχος σακχάρου αίματος, φροντίδα στόματος). Θα επανέλθω στο ζήτημα αυτό σε επόμενο κεφάλαιο.

μια Μονάδα που το προφίλ των ασθενών και του προσωπικού είναι σχετικά κοντά στο προφίλ και των άλλων Μονάδων στην Αθήνα. Επίσης, ήξερα ήδη το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ, και με γνώριζαν αρκετά καλά μέσα από προηγούμενες επισκέψεις μου στη ΜΕΘ με την ιδιότητα του συνοδού-καθηγητή φοιτητών νοσηλευτικής στη διάρκεια των σπουδών τους σε εκπαιδευτικό ίδρυμα της Αθήνας. Επομένως, όταν σκεφτόμουν ποια Μονάδα θα μπορούσα να προσεγγίσω για την επιτόπια έρευνα, η συγκεκριμένη φάνηκε ως η πιο εφικτή και λογική επιλογή. Θεωρώ ότι και η επαγγελματική μου ταυτότητα ως νοσηλεύτη ΜΕΘ με βοήθησε να «μετάσχω» εκ των έσω στον κόσμο της ΜΕΘ, τόσο ώστε να μπορώ να εντοπίζω και να «συλλαμβάνω» και τις λιγότερο έκδηλες εκφάνσεις της λεγόμενης νοσηλευτικής πράξης στη ΜΕΘ. Δηλαδή, ήμουν ήδη οικείος με τον κόσμο της Εντατικής, αλλά παρέμενα ανοιχτός σε μια εκ νέου ερμηνεία από μένα αυτών που παρατηρούσα. Ομολογώ όμως ότι το δεύτερο έγινε σταδιακά και προς το τέλος ή μετά το στάδιο της επιτόπιας, ειδικά κατά την μεταγραφή-κωδικοποίηση των σημειώσεων πεδίου και μακριά από το πεδίο, αν και κάποιες από τις αναλυτικές κατηγορίες προέκυψαν πολύ πιο μετά το πέρας της επιτόπιας. Έτσι, γνώριζα ότι η προαναφερθείσα επιστημολογική μου «εγγύτητα» στο πεδίο της Εντατικής νοσηλευτικής μπορούσε να λειτουργήσει και ανασταλτικά στον απαραίτητο εθνογραφικό «εμβαπτισμό» μου, καθώς αναγνωρίζω ότι, έως ένα βαθμό, συνέχιζα να ερμηνεύω τον κόσμο της ΜΕΘ με την ιδιότητα του νοσηλεύτη ΜΕΘ, και επομένως αναγνωρίζω και αξιοποιώ πρωτίστως κυρίαρχους λόγους, σημασίες και εννοιολογήσεις που προήλθαν από την πρότερη κλινική μου εμπειρία, παρά της ανθρωπολογίας. Ωστόσο, μέσα από τη διαδικασία της αναστοχαστικής γραφής και της συνομιλίας μου με τις κοινωνικές επιστήμες, προσπάθησα να αποκαταστήσω τον παραπάνω μεθοδολογικό περιορισμό.

Μεθοδολογικά βήματα

Η παρούσα μελέτη συνιστά εθνογραφική έρευνα, κατά την οποία η συλλογή δεδομένων διήρκεσε σχεδόν τρία χρόνια (2012-2014) και η εξέλιξή της από το ένα στάδιο στο άλλο έγινε σχετικά αβίαστα. Ειδικά τα στάδια της συλλογής και της ανάλυσης των δεδομένων από ένα χρονικό σημείο και μετά εξελίχθηκαν παράλληλα, καθώς το ένα στάδιο ενημέρωνε το άλλο και η δική μου μετατόπιση από το ένα στο άλλο ήταν πλέον αυτονόητη αλλά και αναγκαστική. Αυτό με βοήθησε ως ερευνητή να αναγνωρίσω από πολύ νωρίς τον βαθμό στον οποίο η μεθοδολογία της έρευνας είναι διαπλεγμένη με τη θεωρία και αμφότερες σχετίζονται στενά με τη γνώση για τα

κοινωνικά φαινόμενα. (Γκέφου-Μαδιανού, 1999, σ.275· Emerson et al., 2011· Kaplan & Manners, 1972). Επίσης, η όλη εμπειρία μου ως εθνογράφου, μου επιβεβαίωσε το ότι η επιτόπια εθνογραφική έρευνα συνιστά μεθοδολογική προσέγγιση, η οποία, χάρη στη στενή διάδραση μεταξύ του ερευνητή ανθρωπολόγου και του πεδίου, επιτρέπει και παράγει μια μορφή θεωρητικής γνώσης που δεν θα μπορούσε να παραχθεί διαφορετικά, ιδιαίτερα στον χώρο της Εντατικής.⁴⁶

Η επιτόπια έρευνα έγινε κυρίως μέσω μακροχρόνιας συμμετοχικής παρατήρησης,⁴⁷ σε διαφορετικές ημέρες της εβδομάδας στην υπό μελέτη Μονάδα (συμπεριλαμβανομένου του σαββατοκύριακου), και σε όλες τις βάρδιες εργασίας (πρωινή 7-3, απογευματινή 3-11, βραδινή 11-7), αλλά και μέσω ημι-δομημένων εις βάθος συνεντεύξεων με τους/τις είκοσι (20) συμμετέχοντες/ουσες. Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν αρχικά με έμπειρους/ες νοσηλευτές/ριες, δηλαδή, με τουλάχιστον τέσσερα χρόνια προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ, και στη συνέχεια με λιγότερο έμπειρους/ρες

⁴⁶ Πράγματι, χάρη σε αυτή την προσέγγιση, ένας σημαντικός αριθμός μελετών για ΜΕΘ έχει συμβάλει στη δημιουργία ουσιαστικού συνόλου γνώσεων που αφορούν στο βίωμα του πόνου, οργάνωσης της φροντίδας και του φροντίζεин (caring) (Allen & Hughes, 2002· Beedy, 2000· Carroll et al., 2008· Coughlin, 2013· Coombs & Ersser, 2004· Coombs, 2003· Glaser & Strauss, 1965· Halford & Leonard, 2003· Hamilton & Manias, 2008· Liu et al., 2013· Liu et al., 2014· Loos, 2012· May, 1992· MacLeod, 1994· Manias & Street, 2000· Price, 2013· Storesund & McMurray, 2009· White et al., 2012).

⁴⁷ Η συμμετοχική παρατήρηση κατά την επιτόπια έρευνα συνδέεται άμεσα με την ερμηνευτική φαινομενολογική προσέγγιση στην ανθρωπολογία. Κατά τη συμμετοχική παρατήρηση ο/η ερευνητής/ρια ενδιαφέρεται για την αλληλεπίδραση των μελών μιας κοινωνίας και για τα νοήματα όπως αυτά αποδίδονται από τη σκοπιά των μελών της κοινωνίας (Γκέφου-Μαδιανού, 1999, σ.242). Επίσης, α) εστιάζει στις «εδώ και τώρα» πτυχές της καθημερινής ζωής και επιλέγει ως θεωρητική κατεύθυνση την έμφαση στην περιγραφή, την ερμηνεία και την κατανόηση της ανθρώπινης ύπαρξης, β) προσλαμβάνει την ερευνητική διαδικασία ως μια ανοιχτή και ευέλικτη διαδικασία, η οποία αναθεωρεί συνεχώς και ορίζει εκ νέου το εκάστοτε πρόβλημα στη βάση των δεδομένων και στη συγκεκριμένη κάθε φορά πολιτισμική συνάφεια [η ανάλυση των δεδομένων δεν αποτελεί ξεχωριστό στάδιο αλλά στο νοητικό επίπεδο συμβαίνει και κατά την συλλογή και οργάνωση των δεδομένων], γ) περιλαμβάνει εις βάθος ποιοτική περιπτωσιολογική μελέτη ως μια από τις μεθοδολογικές της προσεγγίσεις, και δ) θεωρεί την άμεση παρατήρηση ως μια από τις βασικές μεθόδους της συλλογής δεδομένων. Επιλέγοντας ορισμένα άτομα της κοινότητας ως «πληροφορητές/ριες-κλειδιά» της μελέτης, με τους/τις/τους οποίους/ες ο/η ερευνητής/ρια συνεργάζεται στενότερα, χτίζεται μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ερευνητή/ριας και πληροφορητών/ριών, που περιλαμβάνει την εξιστόρηση εμπειριών και συναισθημάτων εκ μέρους όλων των πλευρών. Για μια συζήτηση της σχέσης μεταξύ συμμετοχικής παρατήρησης και ερμηνευτικής προσέγγισης στην ανθρωπολογία, αρχικά στα πλαίσια της συμβολικής ανθρωπολογίας (Turner, 1967· Geertz, 2003β/1973) και πιο πρόσφατα κατά την πολιτισμική κριτική (Marcus & Fischer, 1986), βλ. Γκέφου-Μαδιανού (1999). Η αξία της συμμετοχικής παρατήρησης εμπεριέχει ερμηνεία εκ μέρους του/της ερευνητή/ριας, και σε αυτό το σημείο εντοπίζεται ο διαμορφωτικός της ρόλος. Όπως επισημαίνει η Γκέφου-Μαδιανού, η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης ενέχει δύναμη από μόνη της και μπορεί να σταθεί «ανεξάρτητη από οποιαδήποτε κατοπινή ανάλυση» (σ.277).

συναδέλφους.⁴⁸ Ωστόσο, παρακολουθούσα τη Μονάδα και το προσωπικό στο σύνολό τους ως μια μικρή ομάδα ατόμων που συνυπάρχουν στο ίδιο χώρο, ο οποίος είναι διακριτός από το υπόλοιπο νοσοκομείο. Επομένως, οι σημειώσεις μου δεν περιορίστηκαν στους έμπειρους και τις έμπειρες νοσηλευτές/ριες, αλλά συμπεριέλαβαν τους/τις λεγόμενους/ες άπειρους/ες ή αρχάριους/ες, το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό (τους/τις/τις λεγόμενους/ες ‘ΔΕ’), τους ασθενείς και, βέβαια, τους/τις γιατρούς της Μονάδας. Η πρώτη μου επαφή ως καθηγητή νοσηλευτικής στη συγκεκριμένη ΜΕΘ είχε συμβάλει στην εξοικείωσή μου με το περιβάλλον και τη ρουτίνα της κλινικής, και στη γνωριμία μου με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπλέον, αυτή η πρώτη σχέση συνεργασίας και επικοινωνίας με τον Διευθυντή της Κλινικής και τον Προϊστάμενο της νοσηλευτικής υπηρεσίας συνέβαλε στο να συναινέσουν σχετικά εύκολα στη διεξαγωγή της μελέτης στην κλινική.⁴⁹

Ως αρχάριος εθνογράφος, στο στάδιο της συμμετοχής μου στη ΜΕΘ, παρατηρούσα και κατέγραφα – με διάφορους αυτοσχέδιους τρόπους – οτιδήποτε μπορούσα και νόμιζα ότι θα ήταν χρήσιμο για ο ερευνητικό μου ζήτημα. Ειδικά στην αρχή, προσπάθησα να καταγράψω τα ακόλουθα: να παρατηρήσω και να καταγράψω τη χωροταξική κατανομή της ΜΕΘ, να εντοπίσω έμπειρους και έμπειρες νοσηλευτές/ριες, να οργανώσω τη παραμονή μου στο πεδίο σύμφωνα με τις βάρδιες τους, να εντοπίσω κρίσιμα/αξιοσημείωτα «επεισόδια» λήψης κλινικών αποφάσεων από τους/τις νοσηλευτές/ριες, να παρακολουθήσω και καταγράψω την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών/ριών και γιατρών/συγγενών/ασθενών, όπως και να συμβουλευτώ τη λογοδοσία και τον ιατρικό φάκελο του/της κάθε ασθενούς, και να αξιοποιήσω ευκαιρίες της καθημερινής ζωής στη ΜΕΘ (ιατρική επίσκεψη, συναντήσεις

⁴⁸ Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν κατόπιν γραπτής συναίνεσης των συμμετεχόντων/ουσών νοσηλευτών/ριών, και οι ερωτήσεις αφορούσαν την εμπειρία τους στη ΜΕΘ, τα συναισθήματά τους, τυχόν σκέψεις και περιγραφές ως προς το τι είναι αυτό που κάνουν στη διάρκεια μιας τυπικής βάρδιας, συμπεριλαμβανομένης της σχέσης τους προς γιατρούς και ασθενείς στο εθνογραφικό παράδειγμα.

⁴⁹ Στη συνέχεια κατέθεσα τροποποιημένο ερευνητικό πρωτόκολλο τον Ιούνιο του 2012, και η μελέτη εγκρίθηκε από την επιτροπή βιοηθικής δεοντολογίας (αριθμός απόφασης 7/11-7-12, θέμα 1ο) και το επιστημονικό συμβούλιο (7η συνεδρίαση στις 11-7-2012) του νοσοκομείου «Όνομα Νοσοκομείου» τον Ιούλιο του 2012. Ακολούθησε η πιλοτική και η κύρια επιτόπια έρευνα στα έτη 2012, 2013 και 2014 (βλ. παράρτημα: εικόνες 5, 6 και 7, έγκριση από το νοσοκομείο, φυλλάδιο ενημέρωσης του προσωπικού ΜΕΘ για τον πίνακα ανακοινώσεων, έντυπο πληροφορημένης συναίνεσης συμμετεχόντων/ουσών).

προσωπικού).⁵⁰ Οι συνεντεύξεις με τους/τις νοσηλευτές/ριες με βοήθησαν στη φαινομενολογική διερεύνηση της προβληματικής της μελέτης, και οι επιτόπιες παρατηρήσεις στο να εξετάσω τον «κόσμο» της ΜΕΘ. Βέβαια, ο ζήλος μου στο να συμμετέχω στις δουλειές της Μονάδας και όχι απλά να παρατηρώ από απόσταση, κάποιες φορές παρεξηγήθηκε από το προσωπικό. Ευτυχώς επρόκειτο για μεμονωμένα συμβάντα, χωρίς επιπτώσεις στο προσωπικό και στην πρόσβασή μου στη ΜΕΘ.

Αν και τυπικά η επιτόπια έρευνα έλαβε χώρα από τον Σεπτέμβριο 2012 έως τον Οκτώβριο 2014, αισθάνομαι ότι κατά κάποιο τρόπο ποτέ δεν τελείωσε αλλά συνέχισε να υφίσταται ασύνειδα και σιωπηλά, σε κάθε μου επίσκεψη στη Μονάδα αυτή αλλά και σε άλλες ΜΕΘ. Πέρα από το γεγονός ότι συνεχίζω να εκπαιδεύω φοιτητές/ριες του Τμήματός μου στη συγκεκριμένη ΜΕΘ, κι επομένως έχω ακόμα πρόσβαση στις πτέρυγες με τους ασθενείς, στους φακέλους των ασθενών και στο δικό μου ντουλάπι-ερμάριο για τα ρούχα μου, έχω πλέον συνάψει φιλική και συναδελφική σχέση με σχεδόν όλους/ες τους/τις συμμετέχοντες/ουσες που συνεχίζουν να δουλεύουν στη Μονάδα, και στην πρώτη ευκαιρία θα μου πουν τα νέα τους και τις αλλαγές της Μονάδας. Έτσι, θέλοντας και μη, γίνομαι κι εγώ μάρτυρας της ιστορίας και της συνέχειας αυτής της Μονάδας που έχει φιλοξενήσει πλήθος συλλογικών μνημών στο παρελθόν. Οι πληροφορητές/ριές μου, ενδεικτικά ο Γρηγόρης, η Άρτεμις, η Γαλήνη, η Ακριβή, η Ελπίδα, η Μαρκέλλα, η Κλεοπάτρα και η Αγνή, όλοι τους και όλες τους, συνεχίζουν να μοιράζονται μαζί μου ένα κομμάτι της ψυχής τους

⁵⁰ Προσπάθησα να παρατηρήσω και καταγράψω οτιδήποτε μπορούσε να ρίξει φως στο ερευνητικό πρόβλημα της μελέτης. Ενδεικτικά, α) τους ανθρώπους (εμπειρίες, αφηγηματικές αναφορές, ερμηνείες, αναμνήσεις, απόψεις, τρόπος κατανόησης των πραγμάτων, σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα και αισθήματα, συμπεριφορές και πρακτικές, πράξεις, το χιούμορ, τα μυστικά τους, και πολλά άλλα, στο πλαίσιο της καθημερινότητας, στο λεγόμενο πεδίο, β) το λόγο (πχ κουβέντες ανάμεσα σε δύο ή και περισσότερους συμμετέχοντες), γ) τη γλώσσα (τρόπος προσφώνησης, κώδικες επικοινωνίας), δ) τη γραφή (λογοδοσία, διάγραμμα ασθενούς, ποιος υπογράφει, συντομογραφίες; το είδος της ιατρικής ορολογίας; που φυλάσσεται ο ιατρικός φάκελος;), ε) κείμενα (γραπτά τεκμήρια και οπτικό υλικό (Mason, 2003, σ.156). Παραδείγματα: πρακτικά συνελεύσεων, βιβλία, ημερολόγια, ιατρικός φάκελος, λογοδοσία, πίνακες ανακοινώσεων, κατάλογοι, φωτογραφίες, ταινίες, στ) αφηγήσεις, ιστορίες (προγραμματισμένες συνεντεύξεις και ad hoc εθνογραφικές συνεντεύξεις), ζ) συλλογικές μορφές οργάνωσης (συναντήσεις προσωπικού, έκφραση παραπόνων), η) γεγονότα (εισαγωγή ασθενούς, θάνατος).

και των εμπειριών τους, και δείχνουν να ενδιαφέρονται και να συμπάσχουν μαζί μου ως προς την πορεία και «επιτυχία» της παρούσας μελέτης.⁵¹

Το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ μοιράστηκε μαζί μου βιώματα, συναισθήματα και σκέψεις. Τα εξετάζω όλα αυτά ως στοιχεία του πολιτισμού ή του έθνους της Εντατικής, το οποίο μοιράζονται οι πληροφορητές και οι πληροφορήτριες της μελέτης ως «νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ». Καθώς, όμως, οι πολιτισμικές σημασίες και ταυτότητες των υποκειμένων δεν περιορίζονται σε ένα μόνο συγκεκριμένο χώρο αλλά διαχέονται «πολυτοπικά», δηλαδή, σε πολλαπλά πεδία και ταυτόχρονα (Marcus, 1995), η μελέτη του πολιτισμού ή του έθνους των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ απαίτησε την αναζήτηση αφηγήσεων και δεδομένων και εκτός του ενός εθνογραφικού παραδείγματος.⁵² Έτσι, αν και η ΜΕΘ στο συγκεκριμένο νοσοκομείο παρέμεινε η βασική εστία της μελέτης, θεώρησα χρήσιμο να γίνει μια επιλεκτική συνομιλία και με νοσηλευτές/ριες που έχουν εξαιρετική γνώση της εντατικής νοσηλευτικής και που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της εντατικής νοσηλευτικής με έρευνες και διδασκαλία, ώστε να συνδεθεί η οποιαδήποτε δική μου εθνογραφική ερμηνεία και ευρήματα στο ελληνικό παράδειγμα της ΜΕΘ με τα κοινωνικά και πολιτισμικά

⁵¹ Ωστόσο, κάποιοι/ες από τους/τις πληροφορητές/ριες έχουν μετακινηθεί υπηρεσιακά σε άλλες κλινικές ή Μονάδες, ενώ έχουν έρθει νεότεροι συνάδελφοι στη Μονάδα. Έτσι, η Μονάδα δεν είναι η ίδια, όπως την άφησα, κάτι που μου φέρνει μελαγχολία όταν θυμάμαι τη Μονάδα και τους/τις πληροφορητές/ριες από την περίοδο της επιτόπιας παρατήρησης.

⁵² Κατά την Γκέφου-Μαδιανού, παλιά, το ερευνητικό πεδίο οριζόταν ως ένας «συγκεκριμένος χώρος: τοπικά καθορισμένος, συχνά απομονωμένος και χωρικά περιγεγραμμένος» (2009, σ.17). Το αίτημα όμως των εκπροσώπων της πολιτισμικής κριτικής (Clifford & Marcus, 1986), για νέες αναστοχαστικές μορφές επιτόπιας έρευνας οδήγησε σε περισσότερο ευέλικτες μορφές μεθοδολογικού πλουραλισμού (2009, σ.19), και εν τέλει σε μια «πολυ-τοπική» εθνογραφία, η οποία υποστηρίζει την «απομάκρυνση» από τη μια και μοναδική εγκατεστημένη στο χώρο κοινότητα και εστιάζει στην «εξέταση της κυκλοφορίας πολιτισμικών νοημάτων, αντικειμένων και ταυτοτήτων σε διεσπαρμένο χρόνο-χώρο» (την ολόένα και περισσότερο (Marcus, 1998, σ.79). Σε πρόσφατο τεύχος του βρετανικού περιοδικού «Nurse Researcher» με ειδικό αφιέρωμα στην εθνογραφία ως ερευνητική μέθοδο και τη σχέση της προς τη νοσηλευτική (Conroy, 2017· Molloy et al., 2017· Sinead Ryan, 2017), επιβεβαιώνεται ξανά η αίσθηση ότι ο πολιτισμός (στο πρωτότυπο κείμενο αποδίδεται ως «culture») που μοιράζονται κάποιοι άνθρωποι δεν περιορίζεται πλέον σε γεωγραφικά οριοθετημένους χώρους, αλλά τους τέμνει και τους ξεπερνάει και συνεπώς ο πολιτισμός μπορεί να διερευνηθεί παράλληλα σε ποικίλους προσωρινούς «εν κινήσει» (shifting locations) χώρους που αφορούν το φαινόμενο που μελετάται (Clifford, 1997). Πλέον θεωρείται αποδεκτό ότι το εθνογραφικό παράδειγμα μιας επιτόπιας μελέτης χαρακτηρίζεται από μια ρευστότητα ως προς τις χωροχρονικές του διαστάσεις, καθώς οι ερευνητές δεν είναι τόσο σίγουροι ότι η τοποθεσία (location) εν τέλει καθορίζει κατά αποκλειστικότητα το ύφος και είδος του πολιτισμού.

συμφραζόμενα στην Ελλάδα.⁵³ Συνεπώς, στους/τις συμμετέχοντες/ουσες συμπεριλήφθηκαν, εκτός από τους/τις έντεκα νοσηλευτές και νοσηλεύτριες της υπό μελέτη ΜΕΘ, ένας/μία γιατρός Εντατικολόγος και οχτώ εξαιρετικά έμπειροι/ες ή αλλιώς ειδήμονες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες στο αντικείμενο της εντατικής νοσηλευτικής (expert nurses), που δεν ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ στο νοσοκομείο που διεξήγαγα τη μελέτη (βλ. παράρτημα: πίνακας 1, οι συμμετέχοντες/ουσες της μελέτης).⁵⁴

Πάντως, γενικότερα, όσον αφορά στη λεγόμενη συλλογή δεδομένων, ως εθνογράφος βίωσα την κοινή πλέον παραδοχή ότι στην επιτόπια έρευνα δε «συλλέγουμε» απλώς, αλλά και «παράγουμε» ή «κατασκευάζουμε» δεδομένα, μέσω των ερμηνειών των όσων «παρατηρούμε» (Γκέφου-Μαδιανού, 2009), αλλά και μέσω της διαδικασίας του ερευνητικού αναστοχασμού.⁵⁵ Αυτή η ενδοσκοπική και απαιτητική διαδικασία μου επέτρεψε την ακρόαση «πολλαπλών φωνών» και με

⁵³ Όπως ανέφερα παραπάνω, στο εθνογραφικό παράδειγμα εντόπισα έμπειρους και έμπειρες νοσηλευτές/ριες με >5 έτη απασχόλησης σε ΜΕΘ. Κάποιοι/ες είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια ή μεταπτυχιακό στην Εντατική Νοσηλευτική. Αν και το τελευταίο δεν συνιστά θεσμική κλινική «Ειδικότητα» και δεν οδηγεί σε συγκεκριμένες προηγμένες κλινικές δεξιότητες, εντόπισα τρία άτομα που όντως θα τα περιέγραφα ως «experts» στην Εντατική Νοσηλευτική. Αλλά, σε γενικές γραμμές, όσο κι αν οι έμπειροι/ες συμμετέχοντες/ουσες στηρίζονταν στην κλινική εμπειρία, σε γνώσεις από το μεταπτυχιακό και στην μη τυπική γνώση που κατείχαν, παρατήρησα ότι «γνωστικά» και «κλινικά» υπολείπονταν των νοσηλευτών/ριών του εξωτερικού ως προς το ότι δεν είχαν τυπικά «εξειδικευτεί» στην Εντατική μέσω αναγνωρισμένου προγράμματος ειδίκευσης. Επομένως, ο όποιος βαθμός εμπειρογνομosύνης που κατείχαν ναι μεν συνέβαλλε στις κλινικές αποφάσεις, αλλά αυτό γινόταν άτυπα, στη σφαίρα του ανεπίσημου. Οι γιατροί θεωρούνταν οι κύριοι κατοχής της γνώσης. Από την άλλη, οι λεγόμενοι/ες experts/εμπειρογνώμονες της μελέτης είναι νοσηλευτές/ριες εκτός εθνογραφικού παραδείγματος (ερευνητές, μέλη ΔΕΠ, προϊσταμένες σε άλλες ΜΕΘ). Είναι πολύ λίγοι/ες σε όλη την Ελλάδα και θεωρούνται «top» στο αντικείμενο της Εντατικής Νοσηλευτικής. Έφτασαν στο σημείο να αναγνωρίζονται – από τους άλλους – ως experts χάρη στο ερευνητικό έργο τους σε αντικείμενα της ΜΕΘ, την παρακολούθηση μεταπτυχιακού και διδακτορικού κύκλου σπουδών, και τη μακροχρόνια κλινική εμπειρία τους σε ΜΕΘ. Στη παρούσα μελέτη συμπεριέλαβα στο δείγμα μου και άτομα εκτός εθνογραφικού παραδείγματος γιατί είχα, κι ακόμα έχω, την πεποίθηση ότι οι αφηγήσεις τους και οι εμπειρίες τους θα συνεπικουρούσαν στην ανάλυση και σύνδεση των επιτόπιων ιστοριών του εθνογραφικού πεδίου με τις άλλες ΜΕΘ στην Ελλάδα.

⁵⁴ Το δείγμα στην παρούσα μελέτη χαρακτηρίζεται ως δείγμα σκοπιμότητας (purposive sampling), ευκολίας και χιονοστιβάδας, γιατί οι πληροφορητές/ριες που συμμετείχαν, εντός και εκτός εθνογραφικού παραδείγματος, είχαν τη γνώση, τα χαρακτηριστικά και τη θέληση να μου δώσει πιο ολοκληρωμένες και σε βάθος απαντήσεις στην ερευνητική ερώτηση της μελέτης.

⁵⁵ Στην εθνογραφία, ο/η ερευνητής/ρια αναγνωρίζει όλους τους κοινωνικούς και ιστορικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τον ερευνητή και το πεδίο του, ώστε η σχέση μεταξύ ερευνητή και πληροφορητών να καταστεί λιγότερο άνιση και λιγότερο εξουσιαστική (Cudmore & Sondermeyer, 2007· Manias & Street, 2001a). Στην παρούσα έρευνα, η γνωστοποίηση της ιδιότητάς μου από την αρχή και η όσο το δυνατόν πιο κοντά στην αρχική τους μορφή εκπροσώπηση της φωνής και οπτικής των συμμετεχόντων/ουσών στο κείμενο της μελέτης, ήταν ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση.

οδήγησε στην ανάδειξη ισχυρών «ντόπιων» ιστοριών ή εθνογραφικών ιστοριών (ethnographic accounts) (Clifford & Marcus, 1986· Emerson et al., 2011· Geertz, 1988). Αναγνωρίζοντας ότι εισερχόμουν σε ένα χώρο που είναι συμβολικά προ-δομημένος και επικοινωνιακά συγκροτημένος από τους δρώντες, συγκρότησα επικοινωνιακές σχέσεις με τα μέλη της ΜΕΘ, τέτοιες που θα τους επέτρεπαν να λειτουργήσουν στη βάση του δικού τους συστήματος αναφορών και έκφρασης (Τσιώλης, 2014). Επίσης, αναγνώρισα ότι τα νοήματα που παράγονται εξαρτώνται από το πώς τα μηνύματα της κάθε πλευράς προσλαμβάνονται και αποκωδικοποιούνται εντός του νοηματικού πλαισίου της άλλης. Επομένως, όχι μόνο δεν είδα τον εαυτό μου ως αμερόληπτο συγγραφέα των δεδομένων, αλλά τον είδα ως συμπαραγωγό αυτών, καθώς μετείχα/μετέχω ενεργά στη διαδικασία παραγωγής και ανάλυσής τους. Επιπλέον, η διάθεσή μου για αναστοχασμό συνέβαλε στο να εντοπίζω την επικρατούσα τάξη του κόσμου της ΜΕΘ και να ρωτώ πώς προέκυψε αυτή η τάξη πραγμάτων (social order) (Cox, 1981). Με άλλα λόγια, ακολούθησα τους κριτικούς εθνογράφους που λαμβάνουν υπόψιν την ιστορία του ερευνητικού πλαισίου και τις πολιτικές διαστάσεις της προσπάθειας ερευνητών-συμμετεχόντων (Hammersley, 1992), σε αντίθεση με άλλες ερευνητικές προσεγγίσεις που δεν αναγνωρίζουν τις σχέσεις εξουσίας που υπάρχουν μεταξύ των εμπλεκόμενων υποκειμένων. Ή για να το πω αλλιώς, η διάθεσή μου για αναστοχασμό και αυτο-έλεγχο ως ερευνητή συμβάδισε με την αναγνώριση του ότι ο ερευνητής είναι πάντοτε τοποθετημένος εντός ενός συστήματος ιεραρχημένων σχέσεων και γι' αυτό η τήρηση λεπτομερών καταγραφών των εντυπώσεων, συναισθημάτων, διλημμάτων και προβληματισμών του αποτελεί σημαντική διάσταση στην εκπόνηση ποιοτικής έρευνας.

Ως προς την ανάλυση των όσων προέκυψαν από τη συμμετοχική παρατήρηση και τις συνεντεύξεις, ακολούθησα σε γενικές γραμμές τη θεματική ανάλυση των Braun και Clarke (2006), η οποία περιγράφεται ως μια μέθοδος εντοπισμού, περιγραφής, αναφοράς και «θεματοποίησης» επαναλαμβανόμενων νοηματικών μοτίβων, δηλαδή «θεμάτων» τα οποία προκύπτουν από τα ερευνητικά δεδομένα, και

αποτελεί ένα από τα βασικά εργαλεία για τους/τις ερευνητές/ριες που ασχολούνται με την ποιοτική έρευνα (Vaismoradi, Turunen & Bondas, 2013).⁵⁶ Ένα από τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης ανάλυσης είναι ότι χαρακτηρίζεται από «θεωρητική ελευθερία» ή «ευελιξία», καθώς η επιλογή της ως μεθόδου ανάλυσης δεν προϋποθέτει, από μόνη της, τη δέσμευση των ερευνητών σε συγκεκριμένες οντολογικές ή επιστημολογικές θέσεις. Παρ' όλα αυτά η «θεωρητική ελευθερία» ή «ευελιξία» δεν σημαίνει διεξαγωγή της ανάλυσης χωρίς επιστημολογική πλαισίωση. Με δεδομένο ότι η θεματική ανάλυση είναι συμβατή με μεγάλο εύρος επιστημολογικών θέσεων (π.χ. ρεαλισμός, φαινομενολογία, κονστρουκτιβισμός) (Ισαρη & Πουρκός, 2015· Willig, 2013), αξιοποίησα την προσέγγιση των Braun και Clarke προκειμένου να προσεγγίσω φαινομενολογικά τη «βιωμένη» εμπειρία της φροντίδας/φροντίζουν (experience of caring) των νοσηλευτών/ριών της στο εθνογραφικό παράδειγμα. Ενώ η αρχική ανάλυση των ευρημάτων άρχισε παράλληλα με τη συλλογή και οργάνωση των ερευνητικών μου σημειώσεων πεδίου και την απομαγνητοφώνηση των είκοσι συνεντεύξεων, οι επιτόπιες σημειώσεις αναλύθηκαν εκ νέου και εντοπίστηκαν επαναλαμβανόμενες «εθνογραφικές ιστορίες» ή αλλιώς γνωστές ως «σκηνές» (scenes, acts, stories, Emerson et al., 2011) από το εθνογραφικό παράδειγμα, από τις οποίες επιλέχθηκαν αυτές που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν εθνογραφικά τις ενότητες των κεφαλαίων.⁵⁷ Οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν

⁵⁶ Οι αρχικές σημειώσεις πεδίου καταγράφηκαν κατά ημερολογιακή σειρά ως περιγραφές και παρατηρήσεις και στη συνέχεια οργανώθηκαν σε «εθνογραφικές ιστορίες» ή αλλιώς γνωστές ως «σκηνές» (scenes, acts, stories) σύμφωνα με τις οδηγίες των Emerson et al. (2011). Η απόδοση νοήματος μπορεί να σημαίνει ομαδοποίηση, κατηγοριοποίηση και θεωρητικοποίηση των δεδομένων με στόχο την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων που είτε είχαν διατυπωθεί από πριν είτε προέκυψαν από τα δεδομένα κατά την διάρκεια της ερευνητικής προσπάθειας (Ιωσηφίδης, 2003). Όπως επισημαίνουν και οι Hammersley και Atkinson (2010), στην εθνογραφία η ανάλυση των δεδομένων δεν αποτελεί ένα ξεχωριστό στάδιο της έρευνας, αλλά αρχίζει στη φάση της διαμόρφωσης και αποσαφήνισης των ερευνητικών προβλημάτων και συνεχίζει μέχρι τη διαδικασία της συγγραφής. Επομένως η αρχική ανάλυση των δεδομένων άρχισε παράλληλα με τη συλλογή και οργάνωση των ερευνητικών του δεδομένων και σημειώσεων πεδίου, την απομαγνητοφώνηση των είκοσι συνεντεύξεων και την περαιτέρω ανάπτυξη των σημειώσεων πεδίου.

⁵⁷ Οι Braun και Clarke (2006) προτείνουν έξι συγκεκριμένα βήματα για τη διεξαγωγή της θεματικής ανάλυσης, τα οποία ωστόσο δεν προϋποθέτουν μια γραμμική πορεία. Αφορούν μια διαδικασία κίνησης, επαναφοράς, ή κυκλικότητας που χαρακτηρίζεται από συστηματικότητα αλλά και από ευελιξία και είναι αλληλένδετη με άλλες διαδικασίες στο πλαίσιο του ερευνητικού σχεδιασμού. Πιο συγκεκριμένα, τα στάδια αυτά, τα οποία και ακολούθησα, διακρίνονται σε α) εξοικείωση με τα δεδομένα, β) κωδικοποίηση, γ) αναζήτηση θεμάτων υψηλότερου αφαιρετικού

κατά λέξη (η απομαγνητοφώνηση ολοκληρώθηκε το 2015) και οι αποκρίσεις των ερωτώμενων κωδικοποιήθηκαν για την περαιτέρω ανάλυση. Όλα τα δεδομένα εισήχθησαν, οργανώθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν στο πρόγραμμα ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων Atlas.ti version 8.⁵⁸ Κατά την επεξεργασία των δεδομένων στο Atlas.ti οι συνεντεύξεις και το εθνογραφικό υλικό οργανώθηκε, αποδόθηκαν κώδικες και προέκυψαν θεματικές κατηγορίες και τα ανάλογα απεικονιστικά σχήματα που με βοήθησαν να εκτιμήσω τη συνολική εικόνα των ευρημάτων και τη σχέση μεταξύ τους (βλ. παράρτημα: εικόνες 8, 9, 10α και 10β, παραδείγματα χρήσης του λογισμικού Atlas.ti για κωδικοποίηση συνέντευξης, εθνογραφικές σημειώσεις και ιστορίες [scenes]). Τα κεφάλαια που ακολουθούν συνιστούν τα κύρια ευρήματα της παρούσας μελέτης και προέκυψαν μετά από μακροχρόνια και επίπονη ανάλυση, συγγραφή, επανεξέταση και αναθεώρηση των αποτελεσμάτων της μελέτης.

Η διάρθρωση των κεφαλαίων

Στο πρώτο κεφάλαιο (Εισαγωγή στον κόσμο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας) αναπτύσσω το αντικείμενο της μελέτης, αυτό της λήψης κλινικών αποφάσεων από το νοσηλευτικό προσωπικό, τα ερευνητικά ερωτήματα και τη θεωρητική μου προσέγγιση, όπως και τις αξίες της νοσηλευτικής και της Εντατικής θεραπείας. Η φροντίδα, στις διάφορες μορφές της, συνιστά ένα από αυτά τα χαρακτηριστικά. Κάνω ειδική αναφορά στη νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη και εισάγω τον/την αναγνώστη/ρια στον κόσμο της Εντατικής, περιγράφοντας τη Μονάδα Εντατικής

επιπέδου, δ) επανεξέταση των θεμάτων, ε) ορισμός και ονομασία θεμάτων, και στ) συγγραφή των ευρημάτων (Braun & Clarke, 2006· Ίσαρη & Πουρκός, 2015).

⁵⁸ Το πρόγραμμα atlas.ti είναι ένα από τα λογισμικά οργάνωσης και ανάλυσης δεδομένων που χρησιμοποιούνται στην έρευνα ποιοτικής κατεύθυνσης. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέχει εργαλεία στον/την ερευνητή/ρια να εντοπίσει, να κωδικοποιήσει και να σχολιάσει πρωτογενές ερευνητικό υλικό (π.χ. συνεντεύξεις), να δημιουργήσει κατηγορίες κωδικών (code categories), να αξιολογήσει τη σημασία τους και να απεικονίσει – με διαγράμματα/ γραφήματα - τις συχνά περίπλοκες σχέσεις μεταξύ τους. Το atlas.ti επιτρέπει την ποιοτική ανάλυση μεγάλου όγκου εγγράφων (κείμενο, απομαγνητοφωνήσεις, εικόνες, ήχο, βίντεο και γεωγραφικά δεδομένα). Το πλεονέκτημα ενός τέτοιου προγράμματος είναι ότι υποστηρίζει την οργάνωση και ανάλυση μεγάλων χωρίων κειμένου και μεγάλου αριθμού αρχείων, με δυνατότητες αποθήκευσης δεδομένων και ανάλυσης στο cloud. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε εκτενώς από τον ερευνητή, γιατί εκτός του ότι αξιοποιήθηκε κατά την κωδικοποίηση και ανάλυση τόσο των συνεντεύξεων όσο και των σημειώσεων πεδίου, επίσης κατέστησε εφικτή και εύκολη την ανάκτηση χωρίων και αποσπασμάτων κειμένου (συνεντεύξεις) με βάση τον κωδικό/ κωδικούς που τους αποδόθηκε κατά την ανάλυση των δεδομένων.

Θεραπείας που αποτέλεσε και το εθνογραφικό παράδειγμα της μελέτης μου. Επίσης, αναδεικνύω τα προτερήματα της επιτόπιας προσέγγισης, καθώς και της φαινομενολογικής θεώρησης και κριτικής ιατρικής ανθρωπολογίας ώστε να εξετάσω το ερευνητικό ζήτημα της παρούσας έρευνας. Τέλος, αναφέρομαι στο βιοϊατρικό μοντέλο της δυτικής ιατρικής και στο ιατρικό «βλέμμα» που της αντιστοιχεί και που διαπερνά τις κλινικές των νοσοκομείων, όπως και στους λόγους επικινδυνότητας που χαρακτηρίζουν τον κόσμο και τα νοήματα της ΜΕΘ. Στη συνέχεια της εργασίας αναπτύσσω τα κεφάλαια σύμφωνα με τις κύριες θεματικές κατηγορίες που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων.

Έχοντας αναδείξει στο πρώτο κεφάλαιο την εντατική νοσηλευτική ως μια σύνθετη ειδικότητα φροντίδας, στο δεύτερο κεφάλαιο (Η «ρουτίνα» ως τεχνολογία πειθαρχίας στην Εντατική), αναπτύσσω τη θεματική του καθημερινού προγραμματισμού εργασιών και φροντίδας, ή αλλιώς της «ρουτίνας», ως μίας από τις εφαρμογές της τεχνολογίας της πειθαρχίας και (αυτο-)ελέγχου στη ΜΕΘ. Η ενότητα αυτή εισάγει τον/την αναγνώστη/ρια στον μικρόκοσμο του εθνογραφικού παραδείγματος και στις πρακτικές του νοσηλευτικού προσωπικού. Ανασκοπώ τις θεωρητικές προσεγγίσεις της ρουτίνας, τις χωρικές και χρονικές της διαστάσεις, παρουσιάζω τις θετικές και αρνητικές συνέπειές της στο νοσοκομείο και εμβαθύνω στο συμβολικό ρόλο της, ειδικά στο περιβάλλον της Εντατικής. Καταλήγω στο ότι η ρουτίνα έχει διαμορφωτικό ρόλο στον πολιτισμό της ΜΕΘ, η οποία αναδύεται ως «μεταβατικός» χώρος για τους ασθενείς.

Στο τρίτο κεφάλαιο (Το πρωινό «στρώσιμο» των αρρώστων στο εθνογραφικό παράδειγμα), επικεντρώνομαι σε μία από τις πολλές πρακτικές της ρουτίνας, αυτή του πρωινού «στρώσιματος» των αρρώστων από το νοσηλευτικό προσωπικό, γιατί ως «νοσηλευτική παρέμβαση» και ως συλλογική πρακτική επιτρέπει την ανάδειξη πολλαπλών νοημάτων, από το τι μπορεί να σημαίνει για τους/τις πληροφορητές/ριες της μελέτης η «νοσηλευτική πράξη» στην Εντατική, έως το τι θεωρείται μιανό ή βρώμικο και καθαρό σε αυτόν τον περικλειστο και «αποστειρωμένο» χώρο του νοσοκομείου. Το «στρώσιμο» των αρρώστων είναι κάτι πολύ παραπάνω από την αλλαγή κλινοσκεπασμάτων. Μέσα από την πρακτική του στρώσιματος, που εμπεριέχει το κύριο χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής, την παροχή λουτρού και φροντίδας του σώματος, οι νοσηλευτές/ριες (ανα-)παράγουν τον λόγο περί νοσηλευτικής περιποίησης και φροντίδας με τριπλό τρόπο: έρχονται πολύ κοντά στο

σώμα των αρρώστων, γίνονται ένα με αυτούς, τους εν-συναισθάνονται, και ικανοποιούν την ανάγκη τους να είναι «καθαροί», ελεύθεροι μικροβίων, και «καλλωπισμένοι», πράγμα που αντανακλά και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν· γίνονται τα μάτια και τα αυτιά των γιατρών και των αρρώστων ασκώντας το «ιατρικό» και το «νοσηλευτικό βλέμμα» καθώς αξιολογούν την κλινική κατάσταση των ασθενών τους· «σκανάρουν» και επιτηρούν όλη την πτέρυγα με τους ασθενείς τους.

Στο επόμενο, το τέταρτο κεφάλαιο, (Η βιωμένη εμπειρία του «φροντίζειν» στην Εντατική), αναλύω φαινομενολογικά την εμπειρία του «φροντίζειν» με βάση τις παρατηρήσεις μου, κυρίως δε τις αφηγήσεις των πληροφορητών/ριών μου. Ειδικά στη ΜΕΘ, όπου ο άρρωστος είναι καθ' όλα εξαρτώμενος από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ο/η νοσηλεύτης/ρια βλέπει και βιώνει τον εαυτό του/της και την παρουσία του/της μέσα από τις ανάγκες του ασθενούς. Η εμπειρία του «φροντίζειν» χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες θεματικές κατηγορίες: την εγγύτητα και την ενσυναίσθηση που αναπτύσσει ο/η νοσηλεύτης/ρια με τον ασθενή που έχει «χρεωθεί», το υψηλό αίσθημα ευθύνης που νιώθει γι' αυτόν, την «πάλη» που δίνει με την υψηλή τεχνολογία για να επαναφέρει ή διατηρήσει την ισορροπία/ομοιόσταση του οργανισμού στον ασθενή, αλλά και την αίσθηση ότι δεν τον/την «ακούν» οι γιατροί. Ο/Η κάθε νοσηλεύτης/ρια συνθέτει και συντάσσει το δικό του/της αφήγημα ως προς το τι πράττει στην Εντατική και ως προς το ποια είναι η θέση του/της στην ομάδα της ΜΕΘ.

Στο δύο επόμενα κεφάλαια, δανείζομαι τις έννοιες της «πρόσβασης» και του «αποκλεισμού» από τους White et al. (2012), οι οποίοι ερμήνευσαν την καθημερινή ζωή στο νοσοκομείο ως στιγμές πρόσβασης σε, ή αποκλεισμού από, δραστηριότητες, πρακτικές και χώρους του νοσοκομείου. Έτσι, στο πέμπτο κεφάλαιο (Ιστορίες «πρόσβασης» στην Εντατική), μιλάω κυρίως για ιστορίες πρόσβασης και αναδεικνύω τις πρακτικές με τις οποίες οι «έμπειροι» και «έμπειρες» νοσηλευτές/ριες, είτε λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις, είτε επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των γιατρών. Αναλύω τους τρόπους με τους οποίους οι συμμετέχοντες/ουσες ασκούν κάποια μορφή εξουσίας και επιρροής στον εργασιακό τους χώρο – κυρίως μέσα από την κατοχή ειδικής γνώσης – ακόμα κι αν αυτό συνέβαινε περισσότερο στη σφαίρα του ανεπίσημου παρά του επίσημου. Η ανάλυση των εθνογραφικών ιστοριών πρόσβασης έδειξε ότι όταν οι νοσηλευτές/ριες κάνουν χρήση της γνώσης που κατέχουν, ιδιαίτερα

σε επείγουσες καταστάσεις ζωής και θανάτου, ενισχύεται η διαπραγματευτική τους δύναμη στις σχέσεις τους με τους/τις γιατρούς και επιτυγχάνεται η συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, έστω άτυπα. Στο εθνογραφικό παράδειγμα, οι πιο έμπειροι/ες συμμετέχοντες/ουσες μπορούσαν να ελιχθούν επιδέξια ανάμεσα στις διάφορες δυνάμεις εξουσίας προκειμένου να πετύχουν αυτό που θεωρούν σωστό για τον ασθενή τους στην κάθε περίπτωση, με αποτέλεσμα, τα στεγανά μεταξύ των επαγγελματικών ρόλων των πιο έμπειρων νοσηλευτών/ριών και των γιατρών να καταρρίπτονται πρόσκαιρα.

Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο (Ιστορίες «αποκλεισμού» στην Εντατική) αναλύω την ιατρική επίσκεψη, ως ιστορία αποκλεισμού, ως μια από τις πλέον εμβληματικές πρακτικές των γιατρών στο νοσοκομείο, προκειμένου να προσεγγίσω τις κλινικές αποφάσεις και ιδιαίτερα το ζήτημα της μη συμμετοχής των νοσηλευτών/ριών στην επίσημη τάξη πραγμάτων στη ΜΕΘ. Έτσι, αναλύοντας εθνογραφικά δεδομένα αλλά και αντίστοιχες περιγραφές των συμμετεχόντων/ουσών, διαπίστωσα ότι οι λεγόμενες «σχέσεις εξουσίας» ενισχύονται ακόμα περισσότερο προς όφελος της ιατρικής ομάδας κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης. Από την άλλη, οι νοσηλευτές/ριες, και αυτό συνιστά σημαντικό και πρωτότυπο εύρημα στην παρούσα μελέτη, αρκετά συχνά επιλέγουν να απέχουν, δηλαδή να μη συμμετέχουν στην επίσκεψη των γιατρών και να συγκροτούν την ταυτότητα του «απόντα», της «απούσας». Έτσι, και εθνογραφικά πλέον, ανακύπτει εκ νέου και επιβεβαιώνεται το ζήτημα της αορατότητας (invisibility) της νοσηλευτικής στην Εντατική και στο ελληνικό παράδειγμα.

Κεφάλαιο 2^ο

Η «ρουτίνα» ως τεχνολογία πειθαρχίας στην Εντατική

Διάλογος μεταξύ προϊσταμένης νοσηλεύτριας και βοηθού νοσηλεύτριας (Λυδία) στη Β' πτέρυγα της Μονάδας

Η προϊσταμένη «Τέλειωσες Λυδία με τις δουλειές σου εσύ;»

Η Λυδία «Όχι έχω ακόμα στόματα να κάνω»

«Έκανες κανένα;»

«Όχι δεν άρχισα ακόμα»

Η προϊσταμένη με απορία ρωτάει «Γιατί; τι έκανες; ...»

«Γιατί τελειώσαμε [το «στρώσιμο»] εννέα και τέταρτο (09.15)... τελειώσαμε εννέα και τέταρτο το στρώσιμο...»

«Και τώρα; που έχεις τόσα στόματα; δεν θα μένουν τα στόματα πίσω ... εντάξει τελειώστε αυτό αγάπη μου και μετά, αλλά μη καθυστερείτε»

[απόσπασμα σημείωσης από την επιτόπια]

07.00-08.00

«Παραλαβή ασθενών, παραλαβή τμήματος (ο υπεύθυνος ορίζεται από τον προϊστάμενο), λουτρό ασθενούς επί κλίνης, περιποίηση κατακλίσεων»

08.00-10.00

«Περιποίηση προσώπου, περιποίηση στοματικής κοιλότητας, λήψη ΗΚΓ κάθε Δευτέρα και ανάλογα με την ιατρική οδηγία, σίτιση ασθενών, χορήγηση φαρμάκων, ενημέρωση «δελτίου» 24ωρης παρακολούθησης, περιποίηση περιφερικών και κεντρικών καθετήρων»

10.00-12.00

«Παρακολούθηση ιατρικής επίσκεψης, διεκπεραίωση ιατρικών οδηγιών, αλλαγή ενδοφλέβιων διαλυμάτων, αλλαγή συσκευών ορών, φίλτρων ασθενούς και κυκλωμάτων αναπνευστήρα με αναγραφή ημερομηνίας αλλαγής»

[απόσπασμα από το «επίσημο» πρόγραμμα των εργασιών στο εθνογραφικό παράδειγμα]

Έχοντας αναδείξει στο πρώτο κεφάλαιο την εντατική νοσηλευτική ως μια σύνθετη ειδικότητα φροντίδας, η οποία όμως επιτελείται σε ένα χώρο που ταυτίζεται με την επιστημονικότητα της ανδροκεντρικής ιατρικής, στο παρόν κεφάλαιο αναπτύσσω τη θεματική του καθημερινού προγραμματισμού εργασιών και φροντίδας, ή αλλιώς της «ρουτίνας», ως μίας από τις εφαρμογές της τεχνολογίας της πειθαρχίας και (αυτο-)ελέγχου στη ΜΕΘ.

Πιο συγκεκριμένα, ανασκοπώ τις θεωρητικές προσεγγίσεις της ρουτίνας και παρουσιάζω τις θετικές και αρνητικές συνέπειές της στο νοσοκομείο, ειδικότερα στο περιβάλλον της Εντατικής θεραπείας και κυρίως της νοσηλευτικής. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία, η οποία όμως αφορά μόνο τις κλινικές νοσοκομείων, και ο εκ μέρους μου αναστοχασμός κατά την παραγωγή και ερμηνεία των εθνογραφικών δεδομένων επιβεβαιώνουν ότι η βασισμένη σε πρωτόκολλα ρουτίνα εσωτερικεύεται και ενσωματώνεται τόσο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όσο και από τους ασθενείς, γι' αυτό και θεωρείται μηχανισμός πειθαρχίας και (αυτο-)ελέγχου με κεντρικό διαμορφωτικό ρόλο στον κόσμο της ΜΕΘ. Η χωρική και χρονική οργάνωση της φροντίδας στη Μονάδα λειτουργεί ως ένα είδος νοητικού χάρτη για τους/τις συμμετέχοντες/ουσες, που τους επιτρέπει να διατηρούν κάποια κανονικότητα στην καθημερινότητά τους και να ανταπεξέρχονται στις αρκετά συχνά απρόβλεπτες και στρεσογόνες συνθήκες της εργασίας τους. Κατά την επιτόπια έρευνα διαπίστωσα ότι η ρουτίνα, είτε όταν ακολουθεί την επίσημη εκδοχή της (ωρολογιακός προγραμματισμός εργασιών) στην καθημερινότητα της Εντατικής, είτε όταν αποκλίνει από αυτή, συνεχίζει σε γενικές γραμμές να οργανώνει τη νοσηλευτική πράξη με ένα τρόπο που απομακρύνει τους/τις νοσηλευτές/ριες, χωρικά και χρονικά, από τις κλινικές αποφάσεις των γιατρών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η παρούσα ανάλυσή μου έρχεται να καλύψει εθνογραφικά το κενό που υπάρχει στην ελληνόγλωσση και ξένη βιβλιογραφία για το ζήτημα της ρουτίνας στις Εντατικές.

Θεωρίες περί «ρουτίνας» και «πειθαρχίας» στο νοσοκομείο

Η ρουτίνα, ως χωρο-χρονική οργάνωση των εργασιών και της φροντίδας στο νοσοκομείο εμπλέκει το προσωπικό και τον άρρωστο και αναπτύσσει τεχνολογίες πειθαρχίας για όλους και όλες, αλλά όχι κατά τον ίδιο τρόπο. Τόσο στο νοσοκομείο όσο και στο περιβάλλον της ΜΕΘ, η υιοθέτηση κάποιου είδους ρουτίνας δε χαρακτηρίζει απλώς τον κοινωνικό κόσμο και την καθημερινότητα στις «κλινικές»

και στις ΜΕΘ, αλλά διαμορφώνει το είδος της πράξης που παράγει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς ρυθμίζει όλες τις συμπεριφορές και πρακτικές – προσωπικού και ασθενών - κατά τη διάρκεια της κάθε βάρδιας.

Πρέπει να ομολογήσω ότι, αρχικά, παρότι κλινικός νοσηλευτής με προγενέστερη πολυετή εμπειρία σε ΜΕΘ στο εξωτερικό και την Ελλάδα, εξέλαβα τον καθημερινό προγραμματισμό των εργασιών και της φροντίδας ως κάτι απόλυτα φυσικό, ως αναγκαία συνθήκη που διευκολύνει το προσωπικό της Μονάδας στην οργάνωση και ομοιόμορφη παροχή της φροντίδας σε όλους τους ασθενείς. Για εμένα, η ρουτίνα ή αλλιώς ο προγραμματισμός των εργασιών στη βάρδια, ήταν κάτι το δεδομένο, το οποίο δεν επιδεχόταν αλλαγές ή ερμηνείες, και συνεπώς δεν την είχα αντιληφθεί ως μέρος του ερευνητικού μου ζητήματος.⁵⁹ Είχα δηλαδή την πεποίθηση ότι η τήρηση κάποιου είδους ρουτίνας στο εθνογραφικό παράδειγμα δικαιολογείται γιατί ελαχιστοποιεί την πιθανότητα λαθών και παραλείψεων εκ μέρους του προσωπικού στην παροχή φροντίδας. Έτσι, για αρκετό καιρό κατά την επιτόπια συμμετοχική μου παρατήρηση, δεν είχα αντιληφθεί τη χωρο-χρονική οργάνωση των εργασιών των συμμετεχόντων/ουσών ως σημαντική συνιστώσα στο ερευνητικό πρόβλημα της λήψης ή μη λήψης κλινικών αποφάσεων από εκείνους/ες. Ωστόσο, χάρη στην αναστοχαστική διάθεσή μου κατά την ανάλυση των σημειώσεων πεδίου, η ρουτίνα και ειδικά της πρωινής βάρδιας στη Μονάδα αναδύθηκε ως σημαντική θεματική κατηγορία στη διερεύνηση της λήψης κλινικών αποφάσεων, γιατί συνειδητοποίησα ότι η «ρουτίνα» όχι μόνο δεν επιτρέπει, αλλά έμμεσα αποθαρρύνει τη συμμετοχή των νοσηλευτών/ριών στις κλινικές αποφάσεις που ως επί το πλείστον λαμβάνουν οι γιατροί της ΜΕΘ. Ή, αλλιώς, ότι το είδος της ρουτίνας που έχει υιοθετηθεί στο εθνογραφικό παράδειγμα δύναται, ως μηχανισμός ελέγχου, να ενθαρρύνει συγκεκριμένους μόνο λόγους και πρακτικές της νοσηλευτικής, με αποτέλεσμα να αποκλείει τους/τις νοσηλευτές/ριες από τις αποφάσεις των γιατρών.

⁵⁹ Η δομή, η προτεινόμενη στελέχωση, η οργάνωση των εργασιών, και ο τρόπος λειτουργίας των ΜΕΘ περιγράφεται με λεπτομέρεια στην ιατρική και νοσηλευτική βιβλιογραφία και πρέπει να ακολουθεί κάποιες διεθνείς οδηγίες, κανόνες και συστάσεις που αναθεωρούνται ανά τακτικά διαστήματα από ευρωπαϊκά και παγκόσμια forum, επαγγελματικά επιμελητήρια, κολλέγια και συνομοσπονδίες που αφορούν στην Εντατική ιατρική και νοσηλευτική (European Federation of Critical Care Nursing Association - EfCCNa, 2007· European Society of Intensive Care Medicine – ESICM, 2011).

Σε γενικές γραμμές, η κάθε κλινική, το κάθε νοσηλευτικό τμήμα και ειδική «Μονάδα» στο νοσοκομείο έχει τη δική της ρουτίνα, την οποία γνωρίζει και πρέπει να ακολουθεί το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό. Κάθε νέο μέλος του προσωπικού μυείται σε αυτή, στο «πώς γίνονται εδώ τα πράγματα» και οφείλει να την ακολουθεί. Αυτού του είδους η «ρουτίνα» αναφέρεται από παλιά στη βιβλιογραφία ως χρονική οργάνωση της φροντίδας στο νοσοκομείο. Οι Αμερικανοί κοινωνιολόγοι Anselm Strauss και Barney Glaser, στο βιβλίο τους *Anguish: a case history of a dying trajectory* (1970), περιγράφουν τη νοσοκομειακή φροντίδα μιας γυναίκας με καρκίνο μαστού μέσα από τις εμπειρίες δύο νοσηλευτριών υπό τη μορφή διαλόγων μεταξύ των νοσηλευτριών και των κοινωνιολόγων, που συμπληρώνονται με θεωρητικά σχόλια των τελευταίων. Η ανάλυση της περιπτώσιακής μελέτης της «κυρίας Abel», όπου η ασθενής με καρκίνο σε τελικό στάδιο παρουσιάζει μια «τροχιά επιβραδυνμένου θανάτου» στο νοσοκομείο, αναδεικνύει, μεταξύ άλλων, και τα χρονικά όρια που έχει η ιατρονοσηλευτική εργασία στο τμήμα/όροφο του νοσοκομείου. Η οργάνωση δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της πορείας προς το θάνατο επηρεάζεται από ζητήματα διαθέσιμου χρόνου, γιατί στον όροφο υπάρχει προγραμματισμός και για τη σίτιση των ασθενών, το λουτρό καθαριότητας, τις αλλαγές θέσης στην κλίνη, τη χορήγηση φαρμάκων, τη διεξαγωγή εξετάσεων, τη στενή παρακολούθηση και τη χορήγηση θεραπειών. Με άλλα λόγια, η διαχείριση του χρόνου είναι ζωτικής σημασίας για την οργάνωση της φροντίδας, καθώς οι γιατροί και οι νοσηλευτές/ριες σχεδιάζουν την παροχή φροντίδας ανάλογα με το διαθέσιμο χρόνο τους.⁶⁰ Οι Caldeira

⁶⁰ Κατά τον Φουκώ (1976/1975), η διαχείριση και ο έλεγχος της διάστασης του χρόνου συνυπάρχει με τη διαχείριση του χώρου ως τεχνολογία ελέγχου της κοινωνικής δραστηριότητας. Για τον Φουκώ, ο χρόνος μοιράζεται σε μικρότερες μονάδες ώστε, ιδανικά, κάθε στιγμή να αντιστοιχεί σε συγκεκριμένη δράση στη μέγιστη ταχύτητα και απόδοση. Σύμφωνα με τους Riley και Manias (2002), ο χρόνος είναι και εστία διαμάχης για την άσκηση της εξουσίας και μπορεί να επιφέρει και εντάσεις μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων στο νοσοκομείο, ειδικά όταν τα ενδιαφέροντα και προτεραιότητες των εμπλεκόμενων ατόμων εξαρτώνται από το διαφορετικό κύρος και σφαίρες ευθύνης που έχουν. Για παράδειγμα, συχνά οι λίστες των χειρουργείων είναι αντικείμενο διαπραγμάτευσης ή έντασης μεταξύ χειρουργών και προϊσταμένων νοσηλευτών, οι πρώτοι θέλουν να κάνουν όσο πιο πολλά χειρουργεία γίνεται, οι δεύτεροι φροντίζουν πρωτίστως για την ασφάλεια των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς ο αυξημένος φόρτος εργασίας οδηγεί σε λάθη, τραυματισμούς προσωπικού και βλάβες υλικού. Ωστόσο, οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/ριες μπορούν να επηρεάσουν και να κάμψουν τον χρόνο, δηλαδή να καθυστερήσουν με τον τρόπο τους κάποια χειρουργεία προκειμένου να δώσουν την ευκαιρία σε κάποιον να δει τον συγγενή του πριν την αναισθησία, και το καταφέρνουν τέμνοντας λόγους ιεραρχικής τάξης και φύλου (Walker & Adam, 2001).

και Timmins (2015), μιλώντας για τη μη επαρκή ενασχόληση των νοσηλευτών/ριών με τις πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες των ασθενών επικαλούμενοι/ες την έλλειψη χρόνου, επισημαίνουν ότι, όταν οι νοσηλευτές/ριες κρίνουν ότι δεν έχουν χρόνο, φαίνεται να δίνουν προτεραιότητα στην τήρηση της ρουτίνας και τη διεκπεραίωση συγκεκριμένων καθηκόντων που δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να παρεκκλίνουν από το προκαθορισμένο χρονοδιάγραμμα του νοσοκομείου, παρόλο που η εκτίμηση των πνευματικών αναγκών του ασθενούς χρειάζεται μόλις 16-30 λεπτά. Κατά τους συγγραφείς της συγκεκριμένης μελέτης, ο χρόνος, πέρα από τις αρνητικές συνδηλώσεις που φέρει ως εμπόδιο στην παροχή ποιοτικής φροντίδας, θα μπορούσε να αποκτήσει θετική χροιά ως «ευκαιρία για δράση» (παρέμβαση) και ως δυνατότητα για ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης με τον άρρωστο που ξεπερνά τις βασικές σωματικές του ανάγκες. Κάτι τέτοιο όμως θα ήταν εφικτό μόνο αν οι νοσηλευτές/ριες προσελάμβαναν τον χρόνο και τη διαχείρισή του περισσότερο ως «χώρο» (space) και ως τη διάσταση μεταξύ δύο ρημάτων, α) του κάνω (do/doing) και β) του είμαι παρών/ούσα στο εδώ και τώρα (be/being), παρά ως εμπόδιο και πηγή άγχους. Έτσι ο χρόνος – ως χώρος - θα προσφερόταν για δημιουργική παρέμβαση και θα λειτουργούσε ως σύμμαχος των νοσηλευτών/ριών (Caldeira & Timmins, 2015).

Ωστόσο, η ρουτίνα αφορά όχι μόνο στη διαχείριση του χρόνου αλλά και στην οργάνωση των ατόμων στο χώρο. Για παράδειγμα, οι Allen και Hughes (2002), στη συλλογή τους από εθνογραφικές μελέτες σε νοσοκομεία της Αγγλίας υποστηρίζουν ότι οι χωροχρονικές διαστάσεις του νοσοκομείου συνιστούν μία από τις κυριότερες παραμέτρους που διαμόρφωσαν το σύγχρονο νοσηλευτικό επάγγελμα στην Αγγλία.⁶¹ Η Davina Allen (2002), έχει υποστηρίξει ότι η νοσοκομειακή εργασία καθίσταται απρόβλεπτη και συνάμα προβληματική επειδή το νοσοκομείο συνιστά πεδίο

⁶¹ Οι Allen και Hughes αναδεικνύουν τις ακόλουθες παραμέτρους ως σημαντικούς παράγοντες στη διαμόρφωση του σύγχρονου νοσηλευτικού επαγγέλματος στο Αγγλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System, NHS): α) την ιστορική διάσταση του επιμερισμού της θεραπευτικής εργασίας, β) τις διαστάσεις του χώρου και του χρόνου στο νοσοκομείο, γ) την κρισιμότητα της κατάστασης του/της ασθενούς, και δ) την πρόσληψη της έννοιας της «ομαδικής προσέγγισης» (teamwork) από τους/τις γιατρούς και τους/τις νοσηλευτές/ριες. Να σημειωθεί ότι στην κοινωνιολογία της υγείας, η σημασία των χωρικών (spatial) και χρονικών (temporal) διαστάσεων στη διαμόρφωση της κοινωνικής οργάνωσης και εμπειρίας της υγείας και της ασθένειας έχει αναγνωρισθεί εδώ και πολλά χρόνια (Glaser & Strauss, 1965 και 1968; Strauss et al., 1985).

συνάντησης πολλών ατόμων, το καθένα με το δικό του πολιτισμικό και «βιο-χρονικό» ορίζοντα, οι δε ασθενείς βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο επιδείνωσης ή ανάρρωσης ο καθένας, και διαγράφουν τη δική τους ξεχωριστή τροχιά στο συνεχές της ασθένειας. Αυτοί είναι και οι λόγοι που, κατά κάποιο τρόπο, το νοσοκομείο αναλαμβάνει να ταξινομήσει όλα αυτά τα άτομα όχι μόνο χρονικά αλλά και χωροταξικά (Allen, 2002, σ.26). Στην εθνογραφική έρευνά της η Allen (2002) έχει συμπεριλάβει και τις δύο διαστάσεις, του χώρου και του χρόνου, για να αναλύσει τα επεισόδια αλληλόδρασης σε νοσοκομείο της Αγγλίας και να δια φωτίσει το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ερευνήτρια διαπιστώνει ότι η ζωή στο νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από τυποποίηση (standardization), κανονικότητα (regularity), και συντονισμό (co-ordination): οι ασθενείς περνούν από διάφορους χώρους, δηλαδή τμήματα και πτέρυγες του νοσοκομείου, ανάλογα με τις ιατρικές τους ανάγκες, και όλοι – προσωπικό και ασθενείς - εσωτερικεύουν ένα κοινό πρόγραμμα χωρικών δραστηριοτήτων, προκειμένου να υπάρχει προβλεψιμότητα (predictability) για ασθενείς και προσωπικό (Allen, 2002, σ.27).

Ειδικότερα για το θέμα του χρόνου, η Allen διαπιστώνει δύο συστήματα μέτρησης και αντίληψής του στο νοσοκομείο: τη μονοχρονική διάσταση (monochronic) και την πολυχρονική διάσταση (polychronic) του χρόνου. Η μονοχρονική διάσταση ή γραμμική ώρα (linear time) αφορά στη δημόσια σφαίρα και την οργάνωση των εργασιών σε μεγάλη κλίμακα, δεν υπακούει στην ανθρώπινη ανάγκη, αλλά αποδίδει σημασία στην ταχύτητα διεκπεραίωσης του προγράμματος εργασιών και στην εξοικονόμηση χρόνου. Εδώ ο χρόνος έχει καθαρά ωρολογιακή και ποσοτική διάσταση, κατανέμεται σε μικρότερες μονάδες και δίνει την αίσθηση ότι δεν επαρκεί ποτέ για τις δουλειές που έχουν προγραμματιστεί. Από την άλλη, η πολυχρονική διάσταση του χρόνου αφορά περισσότερο στην ιδιωτική σφαίρα του βίου των εμπλεκόμενων υποκειμένων, είναι δηλαδή η φύση της διαδικασίας της νοσηλευτικής παρέμβασης που καθορίζει τη χρονική διάρκεια και όχι το αντίστροφο. Η ρουτίνα του νοσηλευτικού τμήματος/κλινικής βοηθάει το προσωπικό στο να διαχειριστεί τη μονο-χρονική ή γραμμική ώρα για να παράσχει την απαραίτητη νοσηλευτική φροντίδα, ταυτόχρονα, σε όλους/ες τους/τις ασθενείς σε προκαθορισμένους χρόνους. Ωστόσο, όπως υπογραμμίζει η Allen, ο χρόνος (time) συνδέεται στενά με τις σχέσεις εξουσίας και, γι' αυτό, κάθε φορά που προκύπτει η ανάγκη να συντονιστούν τα χρονικά προγράμματα πολλαπλών υποκειμένων, ο

χρόνος κάποιων υποκειμένων προσλαμβάνεται ως πιο σημαντικός από το χρόνο κάποιων άλλων. Στο νοσοκομείο, (κλινικές, επείγοντα, ανάνηψη) ο χρόνος των γιατρών θεωρείται πιο σημαντικός από το χρόνο των ασθενών, αλλά και των νοσηλευτών/ριών. Οι νοσηλευτές/ριες, σε αντιδιαστολή με τους γιατρούς που δεν περιορίζονται σε ένα μόνο χώρο του νοσοκομείου άλλα απολαμβάνουν μεγάλη ελευθερία κινήσεων στο νοσοκομείο, είναι συνεχώς παρόντες/ούσες δίπλα στους/τις ασθενείς τους στο τμήμα, συμμετέχουν στους ιδιωτικούς χωρο-χρονικούς κόσμους των ασθενών, ενώ συγχρόνως καλούνται να τους διαχειριστούν βάσει της γραμμικής-μονοχρονικής ώρας του ιδρύματος, με αποτέλεσμα να διαφοροποιούνται - και αναπόφευκτα να απομακρύνονται - από τις προτεραιότητες φροντίδας και εργασιών των γιατρών και να προκαλείται διάσταση απόψεων και προτεραιοτήτων μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών. Η Allen συμπεραίνει ότι, η ανάγκη για αποτελεσματική ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών, και το αναπόφευκτο πάντρεμα των δύο κόσμων, του ιδιωτικού (ασθενούς) και του δημόσιου (νοσοκομείου), επιφέρει ένταση και ταραχή στο νοσηλευτικό προσωπικό κατά την προσπάθειά του να ανταποκριθεί στις διαφορετικές ανάγκες υγείας των ασθενών του, χωρίς να αναστατωθεί η ρουτίνα του τμήματος ή να διακοπεί η προβλεπόμενη ροή δραστηριοτήτων (Allen, 2002, σ.39).

Στη βιβλιογραφία η ρουτίνα στο νοσοκομείο παρουσιάζεται ως φαινόμενο με επαναληπτικότητα και τελετουργική χροιά, με θετικές αλλά και αρνητικές διαστάσεις (Caldeira & Timmins, 2015· Young, 1988· Zisberg et al., 2007). Ο Young (1988) προκρίνει τη θετική διάσταση της ρουτίνας και επισημαίνει ότι στα πλεονεκτήματά της είναι η βελτίωση κάποιων δεξιοτήτων, λόγω της επαναληπτικότητας κάποιων εργασιών σε τακτά χρονικά διαστήματα, η μείωση της αίσθησης της κόπωσης, η εξοικονόμηση ενέργειας και υλικού για επείγουσες και απρόοπτες καταστάσεις, και η ανάπτυξη «μνήμης» καθώς πολλές από τις εργασίες διεξάγονται αυτόματα και χωρίς ιδιαίτερο προγραμματισμό ή εκμάθηση νέων διαδικασιών. Επίσης, οι Zisberg et al. (2007) συμπεραίνουν ότι η ρουτίνα στο νοσοκομείο λειτουργεί ως εργαλείο προσαρμογής όλων των εμπλεκόμενων, ειδικά δε όταν το διαθέσιμο υλικό (έμψυχο και άψυχο) είναι ανεπαρκές, καθώς οι διαδικασίες αυτοματοποιούνται, η κατανομή του διαθέσιμου υλικού γίνεται εφικτή και το περιβάλλον οργανώνεται σε μικρότερες μονάδες διαχείρισης, ώστε όλες οι προβλεπόμενες διαδικασίες να εκτελούνται στους προβλεπόμενους χρόνους και με βάση κάποια πρότυπα ποιότητας. Η ρουτίνα και η

τήρηση της ρουτίνας του ιδρύματος διαπερνά βέβαια και τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας στο νοσοκομείο, όπου φαίνεται να τηρούνται αυστηρά οι ώρες του γεύματος, της ανάπαυσης των αρρώστων, του πλυσίματος και της έγερσης από το κρεβάτι, της εξέτασης των ασθενών από τους γιατρούς και τους/τις νοσηλευτές/ριες. Κατά τους Zisberg et al. (2007), η ρουτίνα του νοσοκομείου λειτουργεί βοηθητικά και στην προσαρμογή των ασθενών, για τους οποίους η εμπειρία της ασθένειας και η εισαγωγή και παραμονή σε νοσοκομείο συνιστά σύμπτωμα παρεκτροπής από τη ρουτίνα και τον τρόπο οργάνωσης της καθημερινότητάς τους. Με άλλα λόγια, χάρη στη ρουτίνα, συστήνεται μια νέα ρουτίνα και νέο πρόγραμμα για τους ασθενείς υπό τη μορφή νέων συμπεριφορικών κανόνων στο χώρο και στο χρόνο του ιδρύματος.⁶²

Από την άλλη, η ρουτίνα έχει ιδωθεί και ως μηχανισμός πειθαρχίας, έχει δηλαδή συνδεθεί με τον (αυτο-)έλεγχο των ατόμων και των πληθυσμών μέσα από την αυτοματοποίηση κάποιων πρακτικών και την τελετουργική μορφή κάποιων δράσεων, όπου η εξουσία - ως χωρο-χρόνος που διατρέχει τα σώματα και ως πρότυπα συμπεριφορών που παραπέμπουν στο σωστό και το λάθος - επιτυγχάνει να διατηρήσει τον κοινωνικό έλεγχο στον κόσμο που υπόκειται στη δράση της. Για παράδειγμα, οι Zisberg et al. (2007), έχουν υποστηρίξει ότι σε σημαντικό βαθμό η ρουτίνα στον επαγγελματικό χώρο αποκτά συμβολικό ρόλο για το κύρος μιας επαγγελματικής ομάδας και, ως εκ τούτου, στο χώρο του νοσοκομείου, εξυπηρετεί περισσότερο τις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας παρά αυτές των ασθενών. Επίσης, στην εθνογραφική μελέτη των Hamilton και Manias (2008) σε ψυχιατρική κλινική της Αυστραλίας, η διενέργεια υποχρεωτικών ωριαίων παρατηρήσεων και η λεγόμενη λήψη των ζωτικών σημείων, δηλαδή η μέτρηση της θερμοκρασίας, της αρτηριακής πίεσης κλπ., σε συγκεκριμένη ομάδα ασθενών που είχαν θεωρηθεί άτομα σε κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας, εκλήφθηκε από τους ερευνητές ως τεχνολογία

⁶² Οι Zisberg et al. (2007) παρουσιάζουν τον τρόπο που αυτή δείχνει να διασταυρώνεται επιδέξια με τους κύκλους της ζωής των αρρώστων που εισέρχονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα, και αναγνωρίζουν ότι η ρουτίνα όχι μόνο χρησιμεύει στο να οργανώνει και να συντονίζει τις ενέργειες και δραστηριότητες του ατόμου στο χώρο και το χρόνο, αλλά αποτελεί για κάποιους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις και στρατηγική προσαρμογής του ίδιου του ατόμου που ασθενεί σε μια νέα πραγματικότητα, και ειδικά στις αλλαγές και τις στρεσογόνες καταστάσεις που αντιμετωπίζει.

ελέγχου και πανοπτισμού. Οι νοσηλευτές/ριες, ως φορείς ιατρικών αποφάσεων, εκτελούσαν τακτικούς ελέγχους ή «εφόδους» στους ασθενείς, ακόμα και στις πιο ιδιωτικές τους στιγμές στη διάρκεια της ημέρας, και τους διαχώριζαν σε αυτούς που χρειάζονταν επιτήρηση και σε αυτούς που δε χρειάζονταν. Η διενέργεια αυτών των παρατηρήσεων ενείχε και τελετουργικά στοιχεία, καθώς ο φάκελος (το ντοσιέ) με τις «ωριαίες παρατηρήσεις» κατείχε κεντρική θέση στην όλη διαδικασία.

Οι παραπάνω μελετητές είναι προφανώς επηρεασμένοι από το έργο του Μισέλ Φουκώ, σύμφωνα με τον οποίο, η πειθαρχία, ή οι μηχανισμοί πειθαρχίας, συνδέονται πολύ στενά με την εμφάνιση του «νέου» ιατρικοποιημένου νοσοκομείου τον 18^ο αιώνα. Σύμφωνα με το εξαιρετικό κείμενο του Φουκώ *Η ενσωμάτωση του νοσοκομείου στη σύγχρονη τεχνολογία*,⁶³ αν και τα νοσοκομεία συνέχισαν να είναι χώροι περίθαλψης της φτώχειας, από τα τέλη 18^{ου} μετατράπηκαν σε χώρο κλινικής παρατήρησης, παραγωγής και μετάδοσης επιστημονικής γνώσης.⁶⁴ Η μεγάλη αλλαγή

⁶³ Για μια πληρέστερη και εκτενή παρουσίαση του μηχανισμού της πειθαρχίας και της μετάβασης από την προ-Νεωτερική στη Νεωτερική κοινωνία, βλ. Φουκώ Μ. 1994, 1975/1964, 1973/1963. Επίσης, βλ. Αλεξίου 2007 και Κορασίδου 2002. Η πειθαρχία χρησιμοποιήθηκε ως ένα νέο μέσο για την άσκηση εξουσίας πάνω στον άνθρωπο και την καλύτερη διαχείρισή του, ώστε να αξιοποιηθούν στο έπακρο οι δυνατότητες του και να επιφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με παράλληλο έλεγχο των κινήσεών του. Μία από τις αλλαγές που επέφερε η νέα εκδοχή της πειθαρχίας ήταν η οργανωμένη «κατανομή» των ανθρώπων στο χώρο, όπως στα νοσοκομεία, στα σχολεία, στο στρατό και στα εργοστάσια. Η πειθαρχία δεν κατευθύνει τον έλεγχό της στο αποτέλεσμα μίας πράξης αλλά στο πώς αυτή αναπτύσσεται. Έτσι βλέπουμε για πρώτη φορά τον ρόλο του επιστάτη στα εργοστάσια καθώς χρειαζόταν συνεχής έλεγχος ως προς τις κινήσεις ώστε να γίνουν ευκολότερες και να είναι πιο παραγωγικοί οι εργαζόμενοι. Επιπλέον βλέπουμε στο στρατό τον υπαξιωματικό να επιβλέπει τις διάφορες γυμναστικές ασκήσεις για την καλύτερη κίνηση στο χώρο των στρατιωτών. Τέλος μέσω της πειθαρχίας καθιερώνεται και το μόνιμο αρχείο, έτσι υπάρχει αναφορά για κάθε άτομο, σημειώσεις γι' αυτό, καθώς και παραπτώματα ώστε να μην ξεφεύγει κάποια λεπτομέρεια από τις ανώτερες βαθμίδες.

⁶⁴ Η ιατρική αποκτά κλινικό χαρακτήρα, η αρρώστια περνάει από τη δικαιοδοσία της εκκλησίας σε αυτή της ιατρικής και του γιατρού, κι έχουμε τις πρώτες εκδοχές του κοινωνικής πρόνοιας (ιδρύματα, φιλανθρωπία). Η ιατρικοποίηση του νοσοκομείου εντάσσεται στα πλαίσια ανάδυσης νέας τεχνολογίας εξουσίας και πολιτικής, τη βιο-εξουσία και τη βιο-πολιτική, και αναδεικνύει τη σπουδαιότητα που έχουν για τη συνολική ισορροπία του πληθυσμού η αναπαραγωγή, η γεννητικότητα, η θνησιμότητα. Ως προς το νέο νοσοκομείο, η τοποθεσία και ο εσωτερικός χώρος άρχισαν να μελετώνται διεξοδικά. Το νοσοκομείο δεν έπρεπε να είναι ένα σκοτεινό και ζοφερό μέρος στο κέντρο της πόλης όπου πήγαιναν οι άνθρωποι για να πεθάνουν, αλλά έπρεπε να υπάγεται στους υγειονομικούς ελέγχους της πόλης ώστε να μη μεταδίδονται μιάσματα και ασθένειες. Πλέον, στο κάθε άτομο αναλογεί εξατομικευμένος χώρος και το δικό του κρεβάτι, και ρυθμίζεται η κυκλοφορία του καθαρού και ακάθαρτου ιματισμού. Την εξουσία ασκεί πλέον ο γιατρός και αυτός έχει τον πρώτο λόγο για την οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου. Επιπλέον, ο γιατρός καθώς είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία και το διαιτολόγιο των ασθενών, έχει την ευθύνη και για τα οικονομικά του νοσοκομείου. Επίσης, εντείνονται οι «επισκέψεις» του γιατρού στους ασθενείς, παραμένει γιατρός το βράδυ για τους

γίνεται τέλη 18^{ου} αρχές 19^{ου} αιώνα, όταν η ορθολογιστική προσέγγιση αντικαθιστά τη θρησκευτική προσέγγιση της προ-Νεωτερικής εποχής και στο προσκήνιο έρχονται οι επιστήμες, οι εφευρέσεις, το μικροσκόπιο, τα μικρόβια. Στην Ιατρική, μέσα από τα μαθήματα της ανατομίας των πτωμάτων, το «ιατρικό βλέμμα» διεισδύει στο εσωτερικό του σώματος, και στις κλινικές του νοσοκομείου αναπτύσσεται η νοσοκομειακή ιατρική. Ο Φουκώ περιγράφει το πώς τα νοσοκομεία, από άσυλα «ανθρωπο-αποθήκες» μετατράπηκαν σε θεραπευτικές μηχανές και σε χώρους συστηματικής ιατρικής παρακολούθησης. Ο μηχανισμός της πειθαρχίας λειτούργησε προς αυτή την κατεύθυνση. Στο «νέο» νοσοκομείο απαντά η τεχνική της πειθαρχίας, η οποία μεταξύ άλλων, οργανώνει και κατανέμει στο χώρο και στο χρόνο τους ασθενείς και το προσωπικό, εισάγει πλήρες σύστημα αρχείων εισόδου/εξόδου, φαρμάκων, θαλάμου και ιατρικών σημειώσεων, και καθιερώνει την «κλινική» ως χώρο εκπαίδευσης των γιατρών και μεταβίβασης γνώσης. Έτσι, η εισαγωγή πειθαρχικών μηχανισμών μέσα στον άτακτο χώρο του νοσοκομείου επέτρεψε την ιατροποίησή του. Οικονομικοί λόγοι, η μεγαλύτερη «αξία» που αποδόθηκε στο άτομο και η επιθυμία να αποφευχθεί η μετάδοση των επιδημιών, εξηγούν το γιατί το νοσοκομείο υποβλήθηκε σε πειθαρχικό έλεγχο. Αλλά, σύμφωνα με τον Φουκώ (1994), το ότι «η πειθαρχική αυτή εξουσία ανατίθεται στον γιατρό, οφείλεται στην μεταβολή της ιατρικής γνώσης» (σ.81). Έτσι, το «ιατρικό» νοσοκομείο οφείλει την ύπαρξή του, τόσο στη μετατόπιση της ιατρικής παρέμβασης, όσο και στην εφαρμογή της πειθαρχίας στο νοσοκομειακό χώρο.

Όσον αφορά ειδικά στις ΜΕΘ, οι μελέτες που έχουν γίνει παρουσιάζουν την Εντατική ως ένα ξεχωριστό «κόσμο» στο νοσοκομείο, επειδή οι ιατρονοσηλευτικές πρακτικές αφορούν αποκλειστικά και μόνο στη διαχείριση της απειλητικής ασθένειας και όχι σε άλλες δομές παροχής υγείας, πράγμα το οποίο επιτάσσει και υψηλότερο επίπεδο οργάνωσης της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας σε σύγκριση με τις κλινικές στους ορόφους. Η υιοθέτηση και τήρηση μιας αυστηρά προκαθορισμένης ρουτίνας, την οποία ο Αλεξιάς (2000) περιγράφει ως «γραφειοκρατική οργάνωση» στη μελέτη

βαρέως πάσχοντες ασθενείς, και εισάγεται στο νοσοκομείο η τελετουργία της «ιατρικής επίσκεψης» στον κάθε άρρωστο από όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Φουκώ, 1994).

του για τη ΜΕΘ, παρέχει «χώρο» και δυνατότητα στους/τις νοσηλευτές/ριες και τους/τις γιατρούς να αναπτύξουν τις πλέον πρόσφορες πολιτισμικά αρμόζουσες πρακτικές φροντίδας και θεραπείας στη ΜΕΘ. Επομένως η ιδιαιτερότητα που αποδίδεται στη ΜΕΘ δεν έχει μόνο την έννοια του ιδιαίτερου φυσικού χώρου, αλλά και του ότι η Εντατική φέρει τον δικό της πολιτισμό και ιστό νοημάτων και συμβόλων. Στη ΜΕΘ, το νοσηλευτικό προσωπικό οργανώνει και βιώνει ένα δικό του πολιτισμικό σύστημα αξιών και έξεων (*habitus*), μοιράζεται τη δική του ιδιόμορφη γλώσσα επικοινωνίας, και επιδίδεται σε νοσηλευτικές πρακτικές, που αφορούν αποκλειστικά και μόνο στη διαχείριση ασθενών που λίγο απέχουν από τον θάνατο (Beedy, 2000· Coombs, 2003· Halford & Leonard, 2003· Manias & Street, 2001β· Turnbull et al., 2005· White, 2007).

Πιο αναλυτικά, ο Paul White (2007), στην εθνογραφική μελέτη του σε ΜΕΘ της Ουαλίας, παρουσιάζει το χώρο της ΜΕΘ ως ένα τόπο φυσικής ύλης, συγκέντρωσης τεχνολογικών και ανθρώπινων «πόρων», που έχει δημιουργήσει σύνορα, τόσο φυσικά και μεταφορικά, μεταξύ αυτής και του «αλλού», του διαφορετικού. Κατά τον White, η ΜΕΘ μπορεί να ιδωθεί ως ένας χώρος «στασιμότητας» όπου τα σώματα των ασθενών νοσηλεύονται σε κατάσταση «στάσης» (*stasis*), καθόσον τα όργανα και συστήματα του σώματός τους υπολειπονται και υποστηρίζονται τεχνητά.⁶⁵ Έτσι, είναι ένας χώρος «προσωρινότητας και μεταβατικότητας» για τον άρρωστο ασθενή, όπου ο τελευταίος γειτνιάζει με τον θάνατο εισερχόμενος σε μια γκριζα ζώνη μεταξύ ζωής και θανάτου. Αυτό δημιουργεί νέες ταξινομήσεις του τι συνιστά θάνατο και τι ζωή, ταξινομήσεις που «εξαπατούν» τη διάκριση μεταξύ ζωής και θανάτου. Ο White καταλήγει στο συμπέρασμα ότι, εντός της ΜΕΘ, υπάρχουν πολυάριθμοι «δυσδιάκριτοι» χώροι (*blurred spaces*) μεταξύ σωμάτων και μηχανημάτων, μεταξύ ασθενών και της «καθημερινής» κοινωνικής ζωής που χαρακτηρίζει την Εντατική (βλ. και Rapport,

⁶⁵ Ο/η «διασωληνωμένος/η» ασθενής στη ΜΕΘ φέρει τεχνητό ενδοτραχειακό αεραγωγό προκειμένου να του/της χορηγηθεί ορισμένος αριθμός αναπνοών ανά λεπτό από το μηχανήμα του αναπνευστήρα. Συνήθως, οι «μηχανικώς αεριζόμενοι» ασθενείς λαμβάνουν φαρμακευτική καταστολή, προκειμένου να ανεχθούν καλύτερα τη μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, έχουν καθετήρες σε μεγάλες φλέβες και αρτηρίες, και είναι συνδεδεμένοι στο monitor για συνεχή αιμοδυναμική και αναπνευστική παρακολούθηση.

1997). Η ΜΕΘ είναι ένας χώρος δράματος και ελπίδας, μας λέει, ένας χώρος που δημιουργεί πολλαπλούς εαυτούς, είναι ένας χώρος προσπελάσιμος για ορισμένους και μη προσπελάσιμος για τους πολλούς.

Όμοια, στην εθνογραφία των Turnbull et al. (2005) σε ΜΕΘ της Αυστραλίας, η ρουτίνα παρουσιάζεται ως αναπόσπαστο στοιχείο ενός «βιόκοσμου» (lifeworld) με τους δικούς του ρυθμούς και πρακτικές, υπό την έννοια ότι το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό παράγει συλλογικές αναπαραστάσεις και ενσωματώνει μια συλλογική μνήμη στον «ημι-σφραγισμένο» φυσικό χώρο της Εντατικής, η οποία αποκαλύπτεται μέσα από τις αφηγήσεις των μελών του.⁶⁶ Οι ερευνητές επισημαίνουν τον «παράδοξο» χαρακτήρα της ΜΕΘ, ότι δηλαδή ενώ είναι ένας δημόσιος χώρος με πολλούς «περαστικούς» ανθρώπους, την ίδια στιγμή είναι και ένας χώρος όπου οι πιο «ιδιωτικές» σωματικές λειτουργίες λαμβάνουν χώρα. Οι ασθενείς κείτονται αβοήθητοι στα κρεβάτια τους και υπόκεινται σε συστήματα προηγμένης τεχνολογικής παρακολούθησης. Κάποιοι από αυτούς είναι διασωληνωμένοι, σε κωματώδη κατάσταση, αδύναμοι και εξαντλημένοι. Το ανθρώπινο σώμα εκτίθεται «αβοήθητο» και γυμνό, σπλάχνα ανθρώπων (κυριολεκτικά, όχι μεταφορικά) αποκαλύπτονται. Αυτή η δημόσια πτυχή φαίνεται να προκαλεί άγχος στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στη ΜΕΘ, κάτι που αφηγούνται συχνά και οι συμμετέχοντες και συμμετέχουσες στην παρούσα έρευνα. Για τους Turnbull et al. η ΜΕΘ αποτελεί έναν κόσμο έντονο, έναν κόσμο με απειλές, κίνδυνο, απογοήτευση και απώλειες, αλλά και ελπίδα και θαύματα, καθώς και αγαλλίαση. Ή αλλιώς θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι αποτελεί αυτό που ο ανθρωπολόγος Victor Turner ονόμασε «ενδιάμεσο» ή «μεθοριακό χώρο» μετασχηματισμού (liminal space),⁶⁷ δηλαδή, τον

⁶⁶ Σύμφωνα με τους Turnbull et al. (2005, σ.71): «Η κεντρική θέση της ΜΕΘ στον χώρο του νοσοκομείου όχι μόνο μας ενημερώνει για την αμεσότητα και βαρύτητα που αποδίδεται στον τρόπο με τον οποίο η ειδικότητα της εντατικής αλληλεπιδρά και τέμνεται με τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες και υπηρεσίες, αλλά επίσης συμβολίζει τη ΜΕΘ ως τον πρωτογενή χώρο όπου αντιμετωπίζονται οι πιο 'απειλητικές' και 'καταστροφικές' σωματικές παρεκκλίσεις των ασθενών. Η είσοδος στη ΜΕΘ οριοθετείται από κλειδωμένες πόρτες (βλ. παράρτημα: εικόνα 11, η είσοδος στη Μονάδα), γεγονός που δηλώνει ότι πρόκειται να εισέλθουμε [οι ερευνητές] σε έναν χώρο που ο έλεγχος και η επιτήρηση αποτελούν συστατικά στοιχεία της ταυτότητάς του στο νοσοκομείο, προκειμένου να αντιμετωπισθούν επιτυχώς οι καταστάσεις κρίσεως που συνοδεύουν τους/τις ασθενείς με βαριά και απειλητική νόσο».

⁶⁷ Η έννοια του ενδιάμεσου χώρου οφείλεται στο έργο του ανθρωπολόγου Arnold van Gennep (2016/1909) που μελέτησε τις τελετές μύησης ή «διάβασης» σε μη δυτικές κοινωνίες. Ως τέτοιες όρισε

χώρο που υποδέχεται και υποστηρίζει μια κατάσταση πόνου και τραύματος, μια κατάσταση αβεβαιότητας μεταξύ ζωής και θανάτου, από την οποία όμως το πάσχον υποκείμενο προσδοκάται να εξέλθει αναγεννημένο (βλ. και Armstrong, 2006/1994). Η παραπάνω αίσθηση ενισχύεται και από τα διακριτά φυσικά σύνορα της ΜΕΘ, μέσα στο νοσοκομείο, τα οποία αναπαριστούν το όριο-κατώφλι (threshold) που εγκαθιστά τη γραμμή ανάμεσα στη ζωή και ό,τι άλλο είναι ενάντια της. Ο άρρωστος που το διαβαίνει βρίσκεται «μεταξύ και ανάμεσα» (betwist and between), γίνεται οριακή περσόνα, γίνεται «ασθενής ΜΕΘ», κατά τον Paul White, και οι γύρω του (γιατροί, νοσηλεύτές/ριες, συγγενείς) προσδοκούν την «αναγέννησή» του.⁶⁸

Οι Turnbull et al. επιτυγχάνουν να αποδώσουν το «πλέγμα» εξουσιών και το ρυθμό της ΜΕΘ μέσω των αφηγήσεων των συμμετεχόντων/ουσών. Περιγράφουν τις εντάσεις και εναλλαγές στη ροή των δραστηριοτήτων στη διάρκεια της ημέρας, και αναγνωρίζουν ότι η διάσταση του χρόνου (time) φαίνεται να διαστέλλεται ή να συστέλλεται για τους/τις συμμετέχοντες/ουσες ανάλογα με τις επείγουσες ή μη περιστάσεις:

τις τελετές που σηματοδοτούν την είσοδο και αποδοχή ενός ατόμου σε μια κοινωνία ή μια ομάδα, «περνώντας» από μια κατάσταση της ζωής του σε μια άλλη, αυτή που επιτάσσει η κοινωνία-ομάδα του. Οι διαβατήριες τελετές οργανώνονται σε περιόδους κρίσιμων αλλαγών στη ζωή ενός ατόμου ή ενός πολιτισμού (π.χ. γέννηση, περιτομή, εφηβεία, γάμος), και σημαίνουν την «αναγέννηση» του μουσμένου σε έναν καινούριο ρόλο: το άτομο ή η κοινωνική ομάδα αφήνουν πίσω τους έναν τρόπο ύπαρξης και οδεύουν προς νέες συνθήκες ζωής. Ο van Gennep διέκρινε στις διαβατήριες τελετουργίες τρία στάδια: αποχωρισμός/απομάκρυνση, μετάβαση, ενσωμάτωση. Ο ανθρωπολόγος Victor Turner (1969), επηρεασμένος από τον van Gennep, επεξεργάστηκε περαιτέρω τη δεύτερη φάση της τελετουργίας όπου εντόπισε το στοιχείο της «μεθοριακότητας» (liminality), ειδικά στις τελετουργίες της μύησης. Κατά τη διάρκεια αυτής της (μεσολαβητικής) περιόδου, οι «νεοφώτιστοι» βρίσκονται «μεταξύ και ανάμεσα» (betwist and between), είναι οριακές περσόνες, και εισάγονται σε νέα κατάσταση πραγμάτων και πραγματικότητας όπου τα ενδεχόμενα είναι πολλά. Ο Turner και όσοι τον ακολούθησαν τόνισαν τη σημαντικότητα των τελετουργιών και της μεθοριακότητας και στις σύγχρονες κοινωνίες ως το πλαίσιο όπου συντελείται η κοινωνική μεταβολή και η προαγωγή της συλλογικότητας (Γκέφου-Μαδιανού, 1999).

⁶⁸ Στη ΜΕΘ που μελέτησαν οι Turnbull et al. (2005) οι συγγενείς των ασθενών πολλές φορές κάθονται γύρω από το κρεβάτι και δημιουργούν μια σφαίρα οικειότητας για τα αγαπημένα τους πρόσωπα, κάτι που στη ΜΕΘ που μελέτησα εγώ δεν επιτρεπόταν καθώς οι συγγενείς εισέρχονταν στην εντατική μόνο κατά την ώρα ενός περιορισμένου επισκεπτηρίου το απόγευμα, για 30 λεπτά, κατά τη διάρκεια των οποίων δεν διεξάγονται επεμβατικές διαδικασίες από το προσωπικό. Αντίθετα, στην παραπάνω μελέτη, το προσωπικό συνεχίζει επάνω στους ασθενείς τις τεχνολογικές διαδικασίες, εστιάζοντας την προσοχή του στις οθόνες παρακολούθησης παρά στους/τις ίδιους/ες τους/τις ασθενείς. Όπως και στο εθνογραφικό παράδειγμα της παρούσας μελέτης, οι οικογένειες των ασθενών γρήγορα μαθαίνουν να επικεντρώνουν τη προσοχή τους στις οθόνες παρακολούθησης (monitors) και να κάνουν ερωτήσεις – με αγωνία - προς το προσωπικό, κάθε φορά που χτυπούσε ο ηχητικός συναγερμός.

«Η ΜΕΘ έχει το δικό της βιόκοσμο, με την έννοια ότι είναι ένας σχετικά κλειστός διυποκειμενικός κόσμος. Το προσωπικό της Μονάδας, στο εσωτερικό του ημισφραγισμένου φυσικού χώρου της ΜΕΘ, φαίνεται να ενσωματώνει μια κοινή ιστορία καθώς και μια σειρά από ρόλους και σχέσεις, εντάσεις και συμμαχίες [...] Οι συναγερμένοι στις οθόνες των monitor παρακολούθησης ενεργοποιούνται και αναβοσβήνουν συνεχώς, οι αναπνευστήρες «βουίζουν» [hum] καθώς «αναπνέουν» και το τηλέφωνο χτυπάει. Παράλληλα, ακούγονται οι συνομιλίες και τα γέλια του προσωπικού καθώς φροντίζουν τους/τις ασθενείς τους, αστειεύονται, φλερτάρουν και κουτσομπολεύουν όση ώρα περιμένουν για την έναρξη της ιατρικής επίσκεψης [...] Η επίσκεψη των γιατρών, η οποία έχει περιγραφεί ως μια διαδικασία ρουτίνας για τη λήψη αποφάσεων ως προς τη διαχείριση των ασθενών, αναδύεται και ως μια τελετουργική πράξη που εμπλέκει σχέσεις ιεραρχίας, όπου παρατηρούμε [οι ερευνητές] επίδειξη εξουσίας, υποχώρησης και κατοχής γνώσεων. [από την πλευρά των γιατρών]» (Turnbull et al. 2005, σ.72-73, μετάφραση δική μου)

Όπως θα φανεί στην επόμενη ενότητα, η παρούσα μελέτη, αν και πρωτότυπη ως προς το ότι δεν είχε γίνει ανάλογη επιτόπια έρευνα με έμφαση στη νοσηλευτική πράξη και τη λήψη αποφάσεων εκ μέρους των νοσηλευτών/ριών σε ΜΕΘ στην Ελλάδα, εντούτοις επιβεβαιώνει ή τουλάχιστον ενισχύει σε κάποιο βαθμό τα ευρήματα προηγούμενων μελετών στο εξωτερικό, οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι ΜΕΘ συνιστούν ένα ξεχωριστό κόσμο στο νοσοκομείο με τη δική του ρουτίνα και τις δικές του μοναδικές αναπαραστάσεις και αφηγήσεις. Οι εργασίες των νοσηλευτών/ριών και οι παρεμβάσεις στη ΜΕΘ είναι μέρος μιας σύνθετα χορογραφημένης πράξης, όπου ο/η κάθε επαγγελματίας γνωρίζει το «έργο» που του/της αναλογεί και συνεπώς φροντίζει να το εκτελεί όσο το δυνατό καλύτερα και με βάση την κλινική κατάσταση του ασθενούς. Η διερεύνηση τόσο της έννοιας της ενσωματωμένης συλλογικής μνήμης των νοσηλευτών/ριών, η οποία δύναται να αναδείξει συγκεκριμένες αντιλήψεις και προδιαθέσεις που έχουν διερευνηθεί ελάχιστα, όσο και η έννοια του «βιόκοσμου» που αναφέρουν οι Turnbull et al., με βοήθησαν στο να εντοπίσω ένα ιδιαίτερο, κοινό σύστημα πρακτικών ή ένα ιδιαίτερο έθος, κατά τον Bourdieu (1987/1977), και στη συγκεκριμένη ΜΕΘ.

Η «ρουτίνα» στο εθνογραφικό παράδειγμα

Σε αυτή την ενότητα εξετάζω τη ρουτίνα στη ΜΕΘ όπου διεξήγαγα την επιτόπια έρευνα. Ρουτίνα στο εθνογραφικό παράδειγμα, ως στοιχείο της καθημερινότητας και του περιβάλλοντος που το χαρακτηρίζει, θεωρώ και το ραδιόφωνο που παίζει συνεχώς στον νοσηλευτικό σταθμό σε κάθε πτέρυγα, όπως και τους επαναλαμβανόμενους ήχους των συναγερμένων των αναπνευστήρων που ξεδιπλώνονται σε κάθε μεριά της πτέρυγας, δίπλα από το προσκέφαλο του σιωπηλού

αρρώστου, για να μας θυμίζουν ότι υπάρχουν και αυτοί/ές και ότι αδιαλείπτως επιζητούν τη φροντίδα και τη συνεχή επαγρύπνηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο/η νοσηλεύτης/ρια τους/τις αφουγκράζεται κι έχει στο νου του/της τους συναγερμούς των αναπνευστήρων και των monitor παρακολούθησης, οτιδήποτε και αν κάνει εκείνη τη στιγμή ή τον/την απασχολεί και, συνεπώς, τον/την κρατάει μακριά από το κρεβάτι του ασθενούς.

Όπως φάνηκε από την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση, η ρουτίνα αποτελεί μια συνεχή πραγματικότητα με στοιχεία επαναληπτικότητας στην οποία «εμβαπτίζονται» πλήρως οι νοσηλευτές/ριες, καθώς η εργασία τους και η ροή των δραστηριοτήτων τους οργανώνονται με βάση μια προσυμφωνημένη αλληλουχία προβλεπόμενων συμβάντων και εκβάσεων, αρχίζοντας από τις ίδιες τις βάρδιες των νοσηλευτών/ριών που καλύπτουν το 24ωρο, και φτάνοντας ακόμα και στη λήψη ζωτικών σημείων (τη μέτρηση και καταγραφή π.χ. αναπνοών, σφυγμού, αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας, κεντρικής φλεβικής πίεσης, διούρησης) κάθε μία ή δύο ώρες ή και το πλύσιμο των αρρώστων ή τη φροντίδα στόματος που πρέπει να ολοκληρώνεται πριν από τις δέκα πρωί. Επομένως, η ρουτίνα, πέρα από τις πειθαρχικές και περιοριστικές διαστάσεις της, αποκτάει και θετική χροιά ως απαραίτητο συστατικό στην «κανονική» λειτουργία (normal functioning) και «σταθερότητα» (stability) της ζωής στην καθημερινότητα (Olson et al., 2002). Η σταθερότητα – υπό τη μορφή τήρησης της ρουτίνας - στην καθημερινότητα της Μονάδας προσδίδει μια προσχεδιασμένη κανονικότητα η οποία βοηθάει τους/τις συμμετέχοντες/ουσες στο ερευνητικό παράδειγμα να διαχειριστούν τον απαιτητικό κόσμο της ΜΕΘ, και να διαχειριστούν τα προβλήματα «ομοιόστασης» των βαρέως πασχόντων αρρώστων, δηλαδή, της απουσίας οποιασδήποτε ικανότητας του οργανισμού τους να διατηρεί σταθερές τις συνθήκες του εσωτερικού του περιβάλλοντος (θερμοκρασία, συγκεντρώσεις διάφορων συστατικών) σε επίπεδο κυττάρων και ιστών.⁶⁹

⁶⁹ Καθώς η χημική ανισορροπία του κυττάρου οδηγεί στον θάνατο, οι γιατροί και οι νοσηλευτές/ριες στο εθνογραφικό παράδειγμα αναλαμβάνουν την παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς, έχοντας στο επίκεντρο του έργου τους έναν κατάλογο από τιμές στοιχείων και παραμέτρων του οργανισμού (π.χ. αιμοσφαιρίνη, οξυγόνο, κάλιο, γαλακτικό οξύ, αέρια αίματος), ο οποίος τους βοηθάει στο να επιλέγουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις για τη διατήρηση της ζωής του ασθενούς και την επαναφορά

Παρακάτω παραθέτω απόσπασμα των σημειώσεών μου σχετικά με την «τυπική» ή «επίσημη» εκδοχή της πρωινής βάρδιας στο εθνογραφικό παράδειγμα, αυτή δηλαδή που ακολουθεί τη μονοχρονική ή γραμμική ώρα του νοσοκομείου και της ΜΕΘ. Επέλεξα τη συγκεκριμένη βάρδια, επειδή το πρωί λαμβάνουν χώρα οι περισσότερες εργασίες της ημέρας, ενδεικτικά το «στρώσιμο» ή αλλιώς πλύσιμο των αρρώστων, η αλλαγή τραυμάτων και κατακλίσεων, οι ακτινογραφίες, η αποστολή δειγμάτων για εργαστηριακά, η εξέταση των ασθενών από τους γιατρούς, οι φυσικοθεραπείες, οι επεμβατικές διαδικασίες, η επίσκεψη των γιατρών, οι διοικητικές εργασίες.

07:00-08:00

07.00 Προσέλευση του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΕΘ λίγο πριν τις 07:00. Η χρέωση των αρρώστων έχει ήδη γίνει από τον προϊστάμενο, και έχει γραφτεί στο βιβλίο της Μονάδας με τις αναθέσεις.⁷⁰ Το βιβλίο φυλάσσεται στο γραφείο της εποπτείας. Οι νοσηλευτές/ριες καθώς προσέρχονται στο διάδρομο έξω από την εποπτεία, ανταλλάσσουν μερικές κουβέντες, κοιτάζουν τις αναθέσεις τους και στη συνέχεια μπαίνουν στις πτέρυγες για να αναλάβουν τα περιστατικά από τους/τις νοσηλευτές/ριες της προηγούμενης [βραδινής] βάρδιας.

Στις 07.05 ανάληψη βάρδιας, παραλαβή των περιστατικών από τους/τις νοσηλευτές/ριες μέσα στη πτέρυγα και δίπλα από το κρεβάτι του αρρώστου. Δηλαδή, προφορική λογοδοσία των νοσηλευτών/ριών και παράδοση των περιστατικών από την προηγούμενη βάρδια, όπου παρουσιάζεται η κλινική

των τιμών συγκέντρωσης των ουσιών σε φυσιολογικά επίπεδα. Σύμφωνα με τον Αμπυρζέ στο «*Δύναμη και Αδυναμία. Οι μεταμορφώσεις της Ιατρικής και του Ανθρώπου*», (1973), η ομάδα στη ΜΕΘ επεμβαίνει με τη μορφή κάποιους είδους «ιατρικού συνεργείου» (στο Αλεξιάς, 2000) και ρυθμίζει τον οργανισμό κατά την περίοδο της κρίσιμης ασθένειας και απορρύθμισης του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού και των κυττάρων.

⁷⁰ Ο προϊστάμενος της μονάδας έχει 24ωρη ευθύνη για τη λειτουργία της μονάδας, και ο ρόλος τους είναι περισσότερο οργανωτικός και διοικητικός παρά κλινικός. Παρόλο που ενημερώνεται από τους/τις νοσηλευτές/ριες για τα περιστατικά κάθε μέρα, δε συμμετέχει στην κλινική φροντίδα, αλλά συντονίζει παραγγελίες αναλώσιμου υλικού, φροντίζει για τη συντήρηση και λειτουργία των μηχανημάτων, οργανώνει το πρόγραμμα με τις βάρδιες των νοσηλευτών/ριών, επικοινωνεί και άλλα τμήματα και δομές του νοσοκομείου για εξετάσεις, εργαστηριακά, αποστείρωση, και παρέχει υποστήριξη στο νοσηλευτικό προσωπικό. Δηλαδή, για όποιο πρόβλημα ή θέμα απασχολούσε το προσωπικό της ΜΕΘ, ο προϊστάμενος ήταν διαθέσιμος για να ακούσει, λύσει και αν χρειαστεί να μεσολαβήσει για να λυθεί. Θα έλεγα ότι η καρδιά της ΜΕΘ χτυπούσε στην εποπτεία, εκεί όπου ήταν ο προϊστάμενος ή η αναπληρώτρια προϊσταμένη φρόντιζε ώστε να υπάρχει υλικό και επαρκές προσωπικό για να παρέχεται η φροντίδα στους ασθενείς σε καθημερινή βάση. Ο προϊστάμενος θα έδινε κουράγιο στους/στις νοσηλευτές/ριες στις δύσκολες βάρδιες, αλλά και θα «μάλωνε» τους γιατρούς αν αυτοί δεν συνταγογραφούσαν τα φάρμακα της ημέρας στην ώρα τους. Αυτός θα επιτηρούσε τις πτέρυγες, περνώντας από την κάθε πτέρυγα για λίγα λεπτά για να δει αν οι δουλειές και η φροντίδα είχαν δοθεί και ολοκληρωθεί όπως προβλεπόταν. Επίσης, ήταν ο άνθρωπος που θα άκουγε τον/την συνάδελφο που είχε να μοιραστεί μαζί του κάποιο σοβαρό πρόβλημα.

κατάσταση του ασθενούς ανά σύστημα (αερισμός ασθενή, καρδιαγγειακή κατάσταση, σίτιση, φάρμακα, ιστορικό αλλά με ελάχιστες πληροφορίες, προβλήματα/επιπλοκές στη διάρκεια της βάρδιας).

Με την ολοκλήρωση της προφορικής λογοδοσίας από αυτόν/ή που παραδίδει το περιστατικό, η ευθύνη για το περιστατικό περνάει σε αυτόν/ή που το παραλαμβάνει. Το περιεχόμενο, η δομή και η διάρκεια της παράδοσης εξαρτάται από την κλινική εμπειρία του/της κάθε νοσηλεύτη/ριας. Άλλοτε είναι συστηματική και συγκροτημένη και άλλοτε χαοτική και άναρχη.

Ακολουθεί ένας ταχύς έλεγχος των αρρώστων και των μόνιτορ, των ιατρικών οδηγιών, των ενδοφλέβιων εγχύσεων των αρρώστων από τους/τις νοσηλευτές/ριες, και των παραμέτρων στους αναπνευστήρες. Αυτό δεν γινόταν πάντα και όχι από όλους/ες, και νομίζω ότι όταν το είδα αυτό γινόταν άτυπα και στα γρήγορα. Μια γρήγορη ματιά στις καρτέλες των ασθενών και στα φάρμακα ώστε να ξέρουν τι παίρνει ο άρρωστος και αν πρέπει να ετοιμάσουν κάποιο διάλυμα/φάρμακο πριν αρχίσουν το στρώσιμο. Αν δεν έχουν σταλεί τα εργαστηριακά από τους βραδινούς, γίνεται πρωινή λήψη και αποστολή δειγμάτων αίματος, πτυέλων, κοπράνων και ούρων για εργαστηριακές εξετάσεις. Παράλληλα η βοηθός νοσηλεύτρια ΔΕ ετοιμάζει το τροχήλατο με όλο το απαραίτητο υλικό για το "στρώσιμο" των αρρώστων.

Λίγο μετά τις 07.00, κατά τις 07.15 ξεκινάει το λουτρό ασθενών επί κλίνης και η περιποίηση κατακλίσεων. Φροντίδα σώματος, πλην προσώπου, πλύσιμο φροντίδα γύρισμα των ασθενών, και καθαρισμός των κατακλίσεων και αλλαγή επιθεμάτων. Αλλαγή κλινοσκεπασμάτων. Νοσηλευτές/ριες, πτυχιούχοι και μη πτυχιούχοι μοιράζονται σε ζευγάρια ανά πτέρυγα και στρώνουν και τους έξι ασθενείς της πτέρυγας. Συνήθως βοηθάει και η αναπληρώτρια προϊσταμένη όταν τα περιστατικά είναι βαριά ή ο/η νοσηλεύτης/ρια της πτέρυγας άπειρος/η ή αν μπήκε νέα εισαγωγή ασθενή στη Μονάδα.

08:00-10:00

Όταν πια έχει ολοκληρωθεί το στρώσιμο των αρρώστων, τότε το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό ΔΕ: Φροντίδα προσώπου και στόματος, φροντίδα τραχειοτομίας, αλλαγή φακαρόλας/κορδέλας στους ενδοτραχειακούς σωλήνες και τους τραχειοσωλήνες, ξύρισμα ανδρών ασθενών 3 φορές την εβδομάδα. Παράλληλα, ο/η [πτυχιούχος] νοσηλεύτης/ρια κάνει τα ζωτικά σημεία των 08.00 και αρχίζει την ετοιμασία της πρωινής νοσηλείας, που στη συνέχεια τη χορηγεί στους τρεις ασθενείς του/της. Η πλειονότητα της νοσηλείας είναι ενδοφλέβια και χορηγείται μέσω κεντρικής φλεβικής γραμμής με ηλεκτρονικές αντλίες ή χορηγείται εντερικώς μέσω ρινογαστρικού καθετήρα. Οι άρρωστοι στη ΜΕΘ λαμβάνουν πολλά φάρμακα ενδοφλεβίως υπό τη μορφή στάχδην έγχυσης σε υψηλή συγκέντρωση μέσω πολλών ενδοφλεβίων γραμμών [καθετήρων] και σε συνθήκες συνεχούς παρακολούθησης σε μόνιτορ. Η χορήγηση των φαρμάκων παίρνει κάποιο χρόνο (προετοιμασία, συλλογή αποστειρωμένου υλικού, άσηπτη τεχνική) και ο/η νοσηλεύτης/ρια πρέπει να προνοεί να ετοιμάζει έγκαιρα τα διαλύματα των φαρμάκων πριν τελειώσουν αυτά που ήδη χορηγούνται ώστε τα νέα διαλύματα να είναι έτοιμα προς χορήγηση και ο ασθενής να μη μένει χωρίς φάρμακο.

Η καταγραφή των ζωτικών σημείων γίνεται κάθε 2 ώρες [στις 8, στις 10, 12, 14, 16 κλπ.] και οι παρατηρήσεις των νοσηλευτών/ριών καταγράφονται στο δελτίο/φύλλο/διάγραμμα παρακολούθησης του ασθενούς. Στο δελτίο γράφουν οι

γιατροί τις ιατρικές οδηγίες και περνούν τα αποτελέσματα των αερίων αίματος. Το δελτίο παρακολούθησης αλλάζει κάθε 24 ώρες, στις 08.00 το πρωί.

Λίγο μετά τις 08.00 οι γιατροί που εφημέρευαν από το προηγούμενο απόγευμα μέχρι και το πρωί περνάνε και από τις τρεις πτέρυγες της ΜΕΘ και διεξάγουν έναν σύντομο έλεγχο των αρρώστων και των διαγραμμάτων παρακολούθησης (ζωτικά σημεία, ισοζύγιο υγρών, φάρμακα), σε κάποιους από τους ασθενείς διενεργούν σύντομη φυσική εκτίμηση, νευρολογική εκτίμηση της απόκρισης του αρρώστου στη φαρμακευτική αγωγή, ελέγχουν την οξυγόνωση του και το επίπεδο συνείδησης. Οι εφημερεύοντες γιατροί χρειάζονται όλες αυτές τις πληροφορίες της τελευταίας στιγμής προκειμένου να ετοιμαστούν επαρκώς για την πρωινή ενημέρωση των γιατρών και να παραδώσουν τα περιστατικά στην ιατρική ομάδα που αναλαμβάνει στις 09.00. Κατά τις 08.30 φτάνει και το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό, οι εξειδικευόμενοι μπαίνουν στις πτέρυγες και παίρνουν αέρια αίματος για να έχουν μια εικόνα για την οξυγόνωση των ασθενών στην πρωινή ενημέρωση. Οι νοσηλεύτές/ριες μπορούν να ζητήσουν διευκρινήσεις από τους γιατρούς και να δώσουν πληροφορίες πριν οι τελευταίοι αποσυρθούν για την ενημέρωση.

09.45: ξεκινάει η πρωινή ενημέρωση των γιατρών στον χώρο των συσκέψεων. Οι εφημερεύοντες γιατροί [ένας για κάθε πτέρυγα] παραδίδουν τα περιστατικά στον Καθηγητή Διευθυντή της ΜΕΘ, τους Διευθυντές ΕΣΥ που είναι υπεύθυνοι για τις τρεις πτέρυγες της Μονάδας, στα μέλη ΔΕΠ και στους επιμελητές Α' και Β' βαθμού. Όση ώρα κρατάει η ενημέρωση [περίπου μια ώρα], οι νοσηλεύτές/ριες στις πτέρυγες ασχολούνται με τη φροντίδα περιφερικών και κεντρικών ενδοφλεβίων γραμμών, την πρωινή νοσηλεία, την αλλαγή εντερικής σίτισης, την αλλαγή αναλώσιμου υλικού σύμφωνα με τα πρωτόκολλα της Μονάδας. Οι νοσηλεύτές/ριες δεν παρίστανται στην ενημέρωση των γιατρών.

10:00-12:00

Συνεχίζεται η «τακτοποίηση» του ασθενούς και του εξοπλισμού (γραμμές, σεντόνια, έλεγχος ορθότητας φαρμάκων, έλεγχος για ελλείψεις, και παρακείμενου τεχνολογικού εξοπλισμού, εκτίμηση ασθενούς, σχεδιασμός φροντίδας και το υπόλοιπο της βάρδιας. Αλλαγή ενδοφλεβίων διαλυμάτων, κυκλωμάτων αναπνευστήρα. Οι γιατροί βγαίνουν από την πρωινή ενημέρωση λίγο μετά τις 10.00 και μπαίνουν στις πτέρυγες. Στη συνέχεια, οι γιατροί, και σύμφωνα με όσα έχουν συζητήσει με τους εφημερεύοντες και συμφωνήσει ως πλάνο δράσης με τον διευθυντή κατά την ενημέρωση, εξετάζουν στους ασθενείς τους, ελέγχουν τα διαγράμματα και τα ζωτικά σημεία των ασθενών, τροποποιούν τις ιατρικές οδηγίες στο διάγραμμα, συζητούν αλλαγές με τους νοσηλεύτές/ριες, παραγγέλνουν ακτινογραφίες και άλλες εξετάσεις, εξετάσεις, παραπέμπουν ασθενείς σε άλλους γιατρούς, και χρεώνουν τα φάρμακα της επόμενης ημέρας των αρρώστων στο φαρμακείο ηλεκτρονικά [online] ώστε να τα παραγγείλει ο προϊστάμενος της ΜΕΘ. Ο κάθε άρρωστος έχει τους δικούς του θεράποντες γιατρούς, άρα η κάθε ομάδα γιατρών φροντίζει μόνο για τους δικούς της αρρώστους. Άρα, μετά την ενημέρωση οι γιατροί «καταλαμβάνουν» τις πτέρυγες και οργανώνουν την εργασίας τους, με στόχο να διατηρήσουν την ομοιόσταση του αρρώστου ή και να καταλήξουν σε ιατρική διάγνωση. Τώρα πλέον οι φυσικοθεραπευτές βλέπουν τους ασθενείς, και οι ακτινολόγοι διενεργούν ακτινογραφίες.

Μου προκαλεί αίσθηση το πόσο πολλοί είναι οι γιατροί και πόσο λίγοι οι νοσηλεύτές/ριες στην πτέρυγα. Οι νοσηλεύτές/ριες που έχουν σχεδόν ολοκληρώσει τις πρωινές εργασίες, «δίνουν» χώρο στους γιατρούς και κατόπιν συνεννόησης αποσύρονται από την πτέρυγα για ολιγόλεπτο κολατσιό στην κουζίνα της ΜΕΘ ή

στην ταράτσα για τσιγάρο. Ωστόσο, πάντα παραμένει ένας/μία νοσηλευτής/ρια στην πτέρυγα που θα επιβλέπει και τους έξι ασθενείς.

10.00-12.00

Ιατρική επίσκεψη, διεκπεραίωση ιατρικών οδηγιών, αλλαγή ενδοφλέβιων διαλυμάτων, αλλαγή συσκευών ορών, φίλτρων ασθενούς και κυκλωμάτων αναπνευστήρα με αναγραφή ημερομηνίας αλλαγής

Ωστόσο, σε γενικές γραμμές, η «ρουτίνα» της Μονάδας διέφερε σημαντικά από τον επίσημο προγραμματισμό των εργασιών, κυρίως ως προς τα χρονικά όρια. Υπήρχαν δηλαδή διαφοροποιήσεις μεταξύ των ημερών που παρατήρησα, ανάλογα με τη βαρύτητα των περιστατικών, την ύπαρξη έκτακτων συμβάντων (θάνατος ασθενή, επιδείνωση ασθενούς, νέα εισαγωγή ασθενή στη Μονάδα), και τους/τις νοσηλευτές/ριες που είχαν αναλάβει τους ασθενείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις, επικρατούσε η, κατά την Allen, πολυχρονική διάσταση του χρόνου στη ΜΕΘ, η οποία διατάρασσε την (ταυτόχρονη) μονοχρονική-γραμμική διάσταση του προγράμματος και προκαλούσε πολλές εντάσεις και άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό.

[Σημειώσεις πεδίου] 13-12-12: είναι Πέμπτη πρωί λίγο μετά τις 9 το πρωί και σήμερα ήρθα στη Μονάδα από τις 7 το πρωί για να βοηθήσω στην πρωινή φροντίδα των αρρώστων. Όπως συνηθίζω να κάνω όταν καταφέρνω να πάω νωρίς το πρωί στην πρωινή βάρδια, βοηθάω τους/τις νοσηλευτές/ριες στο πρωινό στρώσιμο των αρρώστων σε μια από τις τρεις πτέρυγες της Μονάδας. Σήμερα ήρθα στη Β' πτέρυγα όπου νοσηλεύονται έξι ασθενείς, τους έχουν αναλάβει δύο πτυχιούχοι νοσηλευτές/ριες και μια βοηθός ΔΕ νοσηλεύτρια.

Ο εφημερεύων εξειδικευόμενος γιατρός εξετάζει τους αρρώστους πριν πάει στην πρωινή ενημέρωση των γιατρών. Έχει μόλις ολοκληρωθεί το πρωινό στρώσιμο των αρρώστων και η τομεάρχης της νοσηλευτικής υπηρεσίας περνάει από κάθε πτέρυγα και κάνει τον συνήθη καθημερινό έλεγχο, μελετάει διαγράμματα αρρώστων, συζητά με τους/τις νοσηλευτές/ριες για τυχόν προβλήματα, τους/τις ρωτάει πώς είναι οι ίδιοι/ες.

Η τομεάρχης νοσηλευτικής υπηρεσίας ξεχωρίζει από τους άλλους γιατί φοράει στολή σκούρο μπλε πανωφόρι και παντελόνι αντί των χειρουργικών ρούχων scrubs που φορούν οι γιατροί και οι νοσηλευτές/ριες στη Μονάδα.

Ο προϊστάμενος της Μονάδας μόλις μπήκε στην πτέρυγα όπου βρίσκομαι. Η πτέρυγα έχει έξι κλίνες ανεπτυγμένες σε σειρά ημικυκλίου, περιμετρικά και σε παράταξη αντικριστά από το κεντρικό έδρανο – ή «πάγκος» – που βρίσκεται σε κάθε πτέρυγα με μόνιτορ παρακολούθησης, με τηλέφωνο και υπολογιστή/εκτυπωτή. Το έδρανο λειτουργεί ως πάγκος εργασίας για τις διοικητικές εργασίες, όπου γιατροί και νοσηλευτές/ριες γράφουν και φυλάσσουν τους φακέλους και τα διαγράμματα παρακολούθησης. Η τομεάρχης κοντοστέκεται και εξετάζει ενδελεχώς με τα μάτια

της το χώρο και τους ασθενείς πάνω από τα πρεσβυωπικά γυαλιά της, δείχνει σκεπτική και κοιτάζει ένα προς ένα τα δελτία 24ωρης παρακολούθησης των ασθενών. Εστιάζει το βλέμμα της στην Λυδία (βοηθός νοσηλεύτρια δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης - ΔΕ), την παρατηρεί που ετοιμάζει το τροχήλατο με το υλικό για την πρωινή φροντίδα στόματος των ασθενών στην πτέρυγα. Ακολουθεί μέρος του διαλόγου μεταξύ τους, με αφορμή τη χρονική «παρεκτροπή» που παρατηρήθηκε από το «επίσημο» πρόγραμμα εργασιών.

[Σημειώσεις πεδίου] Η τομεάρχης: «Τελειώσες Λυδία με τις δουλειές σου εσύ;», η Λυδία «Όχι έχω ακόμα στόματα να κάνω», «Έκανες κανένα;», «Όχι δεν άρχισα ακόμα», η τομεάρχης με απορία ρωτάει «Γιατί; τι έκανες;...», «Γιατί τελειώσαμε 09:15... τελειώσαμε 09:15 το στρώσιμο [των αρρώστων] γιατί έπεσε ο κορεσμός οξυγόνου στην __όνομα ασθενή__ και μετά...», «Και τώρα; που έχεις τόσα στόματα; δεν θα μένουν τα στόματα πίσω;... εντάξει τελειώστε αυτό, αγάπη μου, και μετά, αλλά μη καθυστερείτε!»

Η Λυδία επιστρέφει στις δουλειές της, κι εγώ χαμογελάω αλλά δε λέω κάτι, δε θέλω να παρέμβω. Εντούτοις, η τομεάρχης πλησιάζει προς εμένα και μου λέει ψιθυριστά «αφού μπορούσε να τα κάνει, ξέρω ότι μπορούσε, να δω τι ώρα θα τελειώσει τις δουλειές», συνεχίζει με την πλάτη γυρισμένη στους άλλους «μα να τελειώσουν 09:30 το στρώσιμο;»

Προσπαθώ να δικαιολογήσω την Λυδία, λέω στην τομεάρχη με αφέλεια ότι «κάθε μέρα είναι και διαφορετική», κι εκείνη μου απαντάει «δεν είναι καθόλου διαφορετική για το στρώσιμο, δεν είχανε ανακοπή, δεν είχανε εισαγωγή, μη με τρελαίνεις κι εσύ κιόλας». Μου χαμογελάει, διατηρεί μια αυστηρότητα η έκφραση του προσώπου της και απομακρύνεται από την πτέρυγα.

Διακρίνω στα λόγια της προϊσταμένης τη σημασία που έχει για εκείνη η διατήρηση μιας κάποιας ομαλότητας και προβλεψιμότητας στη ΜΕΘ, όπως και η τήρηση του επίσημου προγράμματος των εργασιών για την κάθε βάρδια. Οι νοσηλευτικές εργασίες πρέπει να ολοκληρώνονται «στην ώρα τους». Σήμερα, το πρωινό «στρώσιμο» των αρρώστων ή αλλιώς το «πλύσιμο» των αρρώστων δεν είχε ολοκληρωθεί στην ώρα του, με αποτέλεσμα να μένουν πίσω ή να καθυστερήσουν άλλες σημαντικές εργασίες και άλλη φροντίδα που είναι εξίσου σημαντική για τον ασθενή, όπως για παράδειγμα η «φροντίδα στόματος». Αυτή η παρατυπία ή «παρεκτροπή» από τη ρουτίνα της πρωινής βάρδιας έδωσε αφορμή στην προϊσταμένη να δυσανεστηθεί και στη συνέχεια να κάνει παρατήρηση στο νοσηλευτικό προσωπικό.

[Σημειώσεις πεδίου – μια τυπική βάρδια το πρωί στην Εντατική]

Παρατηρώ γύρω μου τη Β' πτέρυγα, σήμερα είναι σχετικά μια ήσυχη μέρα, τουλάχιστον για τώρα, γιατί αργότερα η βάρδια μπορεί να πάρει οποιαδήποτε τροπή. Η νοσηλεύτρια Μεταξία, η βοηθός νοσηλεύτρια Λυδία και ο Πέτρος,

εξειδικευόμενος γιατρός, δουλεύουν σχετικά αθόρυβα – χωρίς πολλές κουβέντες – πάνω από τους αρρώστους τους. Η Μεταξία και η συνάδελφός της έχουν «χρεωθεί» από τρία περιστατικά. Και οι δύο τους δείχνουν να είναι απορροφημένες σε ό,τι κάνουν και συνεχίζουν στους δικούς τους ρυθμούς με την ετοιμασία και χορήγηση της πρωινής νοσηλείας (φαρμακευτική αγωγή) στους/τις ασθενείς τους. Κάποιοι από τους γιατρούς μόλις μπήκαν στην πτέρυγα και εκτιμούν εν τάχει την κλινική κατάσταση των ασθενών και ετοιμάζονται για την πρωινή ενημέρωση των γιατρών που θα ξεκινήσει σε λίγο με τον Διευθυντή της ΜΕΘ, τους επιμελητές και τα λοιπά μέλη της ιατρικής ομάδας. Ο εξειδικευόμενος γιατρός, κοντά στα 40, μου ζητά να κρατήσω το χέρι ενός ασθενούς προκειμένου να του περάσει έναν φλεβοκαθετήρα.

Ο Πέτρος, αν και έμπειρος και επιδέξιος γιατρός, δυσκολεύεται να εισαγάγει επιτυχώς τον καθετήρα, εγώ συγκρατώ σταθερά με τα δύο μου χέρια τον καρπό του χεριού της έτσι ώστε να μπει ο καθετήρας αλλά η φλέβα δεν είναι εύκολα ψηλαφητή, είναι μικρή και εύθραυστη. Κάθε φορά που ο Πέτρος εισάγει τον καθετήρα, η φλέβα σπάει και θρομβώνει. Ο ασθενής πονάει και δείχνει ανησυχία, έχει και τραχειοσωλήνα και αναπνέει σχετικά γρήγορα. Η ανάσα του είναι υγρή, έχει ανεβάσει πολλές βρογχικές εκκρίσεις, είναι αυτό που στην Εντατική λέμε «γεμάτος» και χρήζει αναρρόφησης με ειδικό καθετήρα.

Ο Πέτρος φωνάζει τη νοσηλεύτρια «Δούκισσα, μπορείς να έρθεις λίγο εδώ, ο άρρωστος βήχει» Η Δούκισσα πλησιάζει, «περνάει» (εισάγει) αποστειρωμένο καθετήρα στη τραχεία με άσηπτη τεχνική και κάνει αναρρόφηση εκκρίσεων, καθαρίζει τον σωλήνα από τις εναπομείνουσες εκκρίσεις και η αναπνοή του ασθενούς επανέρχεται στο φυσιολογικό. Ο άρρωστος δείχνει να ανακουφίζεται και ηρεμεί. Η ταχύπνοια υποχωρεί.

Λίγο πιο πέρα, σε άλλο κρεβάτι, η (βοηθός ΔΕ) Λυδία έχει πλέον αρχίσει τα «στόματα», δηλαδή αυτό που καλούμε στην εντατική «φροντίδα στοματικής κοιλότητας» στους αρρώστους της πτέρυγας.

Της Λυδίας της αρέσει να μιλάει στους αρρώστους κάθε φορά που τους φροντίζει, ακόμα κι αν αυτοί/ές δεν μπορούν να απαντήσουν και αναγκαστικά αρκούνται στο να γνέφουν, να χαμογελάνε, να «μιλάνε» με τα μάτια και κατά κάποιο τρόπο να δείχνουν ότι καταλαβαίνουν αυτά που τους λέει και εκμυστηρεύεται το προσωπικό της ΜΕΘ. Άλλοτε πάλι, δεν είναι σε θέση να κάνουν ούτε αυτό γιατί είναι σε πλήρη φαρμακευτική καταστολή, δηλαδή έχουν υποβληθεί σε τεχνητό κόμα. «Με ακούς; ... με ακούς; ... με ακούς;» Η Λυδία του καθαρίζει το στόμα, τα δόντια, το πρόσωπο και τον ενθαρρύνει να μιλήσει, «μίλα μου ντε, εντάξει;».

Την ίδια ώρα, η νοσηλεύτρια Μεταξία, η οποία «τακτοποιεί» τους ασθενείς της, τον έναν μετά τον άλλον, χορηγεί την πρωινή νοσηλεία (φάρμακα) στους ασθενείς της και περιποιείται – βάσει «πρωτοκόλλου» - τις κεντρικές φλεβικές γραμμές καθαρίζοντας το σημείο εισόδου του καθετήρα και αλλάζοντας τα επιθέματα που συγκρατούν τον καθετήρα στο δέρμα του ασθενούς.

Επίσης, όπως συνηθίζεται σε αυτή τη Μονάδα, Η Μεταξία, κάθε δύο ώρες, «παίρνει» και καταγράφει τα ζωτικά σημεία των τριών ασθενών που έχει αναλάβει στο φύλλο/δελτίο/διάγραμμα παρακολούθησης. Επιπλέον, διευθετεί οτιδήποτε προκύπτει ως εκκρεμότητα και οργανώνει τη φροντίδα των αρρώστων προκειμένου να μη μένουν πίσω οι δουλειές της

Η Μεταξία διεξάγει μετρήσεις και εκτιμάει τα ζωτικά σημεία των ασθενών της κάθε δύο ώρες, και τα καταγράφει, δηλαδή τα περνάει, στο διάγραμμα 24ωρης παρακολούθησης, του κάθε αρρώστου της. Η καταγραφή των παρατηρήσεων από την Μεταξία στην ώρα τους είναι πολύ σημαντική, πρωτίστως γιατί οι καταγραφές της παρέχουν εικόνα για την κλινική κατάσταση των ασθενών, και δευτερευόντως γιατί συνιστούν το μοναδικό τεκμήριο για την Μεταξία, ότι πράγματι έκανε τα ζωτικά σημεία των ασθενών της. Έτσι, η Μεταξία αναπαράγει τελετουργικά την ενσωματωμένη πρακτική της λήψης των ζωτικών σημείων κάθε δύο ώρες, πράγμα το οποίο επιβεβαιώνει και νομιμοποιεί το *habitus* ή έθος αυτής της Μονάδας. Βέβαια, η Μεταξία και οι συνάδελφοί της δεν το εκλαμβάνουν ως κάτι τέτοιο, αλλά ως μια ακόμα παράμετρο της εργασίας τους, ως κομμάτι της «ρουτίνας» στη Μονάδα που εργάζεται.

[Ανάρτηση στον πίνακα ανακοινώσεων στη ΜΕΘ]:

Σε κάθε βάρδια θα πρέπει να γίνονται τα εξής:

- *Ζωτικά σημεία ανά δώρο ή συχνότερα ανάλογα με τη βαρύτητα του ασθενούς*
- *Νοσηλεία στις καθορισμένες ώρες*
- *Μέτρηση τριχοειδικού σακχάρου ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς*
- *Ενδοτραχειακή αναρρόφηση κατά την αλλαγή θέσης, πριν το επισκεπτήριο και ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς*
- *Παραλαβή ναρκωτικών - Έλεγχος τροχήλατου καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης - βαλίτσας μεταφοράς, βηματοδοτών, αναπνευστήρα και μόνιτορ μεταφοράς*

[Απόσπασμα από το πρόγραμμα εργασιών της υπό μελέτη ΜΕΘ]

Η Μεταξία έχει «χρεωθεί» τα τρία από τα έξι περιστατικά και μοιράζεται την πτέρυγα με άλλη μια νοσηλεύτρια. Η συνάδελφος θα λείπει για λίγο γιατί έχει πάει για πρωινό τσιγάρο και καφέ και για τώρα ή Μεταξία έχει την ευθύνη για όλη την πτέρυγα. Έχοντας το νου της σε όλους τους ασθενείς της πτέρυγας, τους τρεις δικούς της και τους τρεις της συναδέλφου της, ολοκληρώνει τις πρωινές δουλειές και τώρα εισάγει και έναν ρινογαστρικό καθετήρα σε μια ασθενή που τον αφαίρεσε στη διάρκεια της νύχτας. Οι μορφασμοί στο πρόσωπο της ασθενούς έδειξαν ότι δεν ήταν καθόλου

ευχάριστη για την ίδια η διαδικασία του περάσματος του καθετήρα από τη μύτη στο στομάχι, καθώς δείχνει να αισθάνεται τον καθετήρα να τη «γαργαλάει» και να την ενοχλεί στο πίσω μέρος του φάρυγγα, και το αντανakλαστικό του βήχα την κάνει να θέλει να βήξει και να τον τραβήξει με τα χέρια της πάλι προς τα έξω. Η Μεταξία αφήνει να βγει από μέσα της ένας αναστεναγμός απελπισίας. Χωρίς ρινογαστρικό καθετήρα η ασθενής δε θα μπορεί να λάβει τα πρωινά της φάρμακα. Η Μεταξία οπλίζεται με υπομονή, την καθησυχάζει και της ζητά να μη βάζει τα χέρια της στο πρόσωπό της. «Τελειώσαμε, ναι!», το λέει γλυκά με χαμόγελο, «κάτσε καλή μου λίγο μη φοβάσαι τελειώσαμε». Η Μεταξία με βρίσκει με το βλέμμα της και με καλεί στο πλευρό της για βοήθεια. Φοράω στα γρήγορα ένα ζευγάρι γάντια μιας χρήσεως, μου δίνει τα ακουστικά της να ελέγξω τη θέση του καθετήρα, «μήπως μπορείς λίγο να τον ακούσεις αν είναι μέσα;» Η Μεταξία εισάγει 20 ml (μονάδα όγκου) αέρα με σύριγγα στον καθετήρα κι εγώ ακροάζομαι πάνω από την περιοχή του στομάχου για στροβιλισμό αέρος με το στηθοσκόπιο ώστε να δούμε αν ο καθετήρας κατέληξε στο στομάχι και όχι στους πνεύμονες της ασθενούς. Όλα καλά, άκουσα τον αέρα στο στομάχι της ασθενούς, η Μεταξία αναφωνεί «τελειώσαμε, αυτό ήτανε» της χαμογελά, την ακουμπά στον ώμο καθησυχαστικά, η ασθενής ηρεμεί, χαμογελά. Στη συνέχεια οι γιατροί της πτέρυγας αποφασίζουν για τις ακτινογραφίες της ημέρας, τις παραγγέλλουν μέσω τηλεφώνου στο ακτινολογικό, «4 και 5 αν χρειάζεται, να έχουμε μια [ακτινογραφία]». Κάπου λίγο πιο πέρα ο ηχητικός συναγερμός ενός αναπνευστήρα ενεργοποιείται, δηλαδή «χτυπάει» κάθε φορά που ο διασωληνωμένος ασθενής βήχει. Και κάπως έτσι εξελίσσεται η βάρδια το πρωί, οι νοσηλευτές/ριες δουλεύουν «πάνω» στους αρρώστους τους, ετοιμάζουν την πρωινή νοσηλεία, αλλάζουν και τακτοποιούν επιθέματα και υλικό, διευθετούν προβλήματα και καταγράφουν τα ζωτικά σημεία.

Αναφέρθηκα στα παραπάνω «στιγμιότυπα» ή «σκηνές» από την επιτόπια προκειμένου να εισαγάγω τον/την αναγνώστη/ρια στην καθημερινότητα της ΜΕΘ και στις μορφές που παίρνει, στην πράξη, η καθημερινή «ρουτίνα» της συγκεκριμένης ΜΕΘ. Η κάθε εργασία διαδέχεται την άλλη και, ενώ τα μέλη του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού εναλλάσσονται στην κάθε βάρδια, οι ασθενείς παραμένουν ως έχουν στις κλίνες τους, ευάλωτοι και ευάλωτες στο χώρο της ΜΕΘ, ως σταθερό και αναπόσπαστο στοιχείο ενός καλά ενορχηστρωμένου συνόλου παρεμβάσεων και εργασιών που συνιστούν αυτό που ονομάζεται νοσηλευτική πράξη και φροντίδα,

θεραπεία και διαχείριση ασθενών στη ΜΕΘ. Ο καθένας και η καθεμία από το προσωπικό γνωρίζει τί πρέπει να γίνει και με ποια χρονική ακολουθία, διατηρώντας όσο το δυνατό ένα βαθμό «ρουτίνας», ομαλότητας, επαναληπτικότητας και προβλεψιμότητας στον κόσμο της ΜΕΘ. Εδώ αξίζει να επαναλάβω τα λόγια της Αγνής που περιγράφουν γλαφυρά αυτό που λαμβάνει χώρα στη ΜΕΘ:

«Ξέρει ο κάθε ένας τι γίνεται στον ασθενή του ανά πάσα στιγμή, ξέρεις τι κάνει ο γιατρός, τι κάνει ο φυσικοθεραπευτής, τι εκκρεμότητες έχεις εσύ να κάνεις, και είσαι σαν να βλέπεις μια συμφωνική ορχήστρα που τα κλαρίνα μπαίνουνε εκεί που πρέπει να μπούνε, τα βιολιά μπαίνουνε εκεί που πρέπει να μπούνε, και ο μαέστρος απλά διευθύνει. Αυτό το πράγμα μου θύμιζε η Μονάδα.»

Ωστόσο, όπως έδειξα και παραπάνω, εκείνο που ήταν συχνότατα ορατό σε μένα ήταν το άγχος των νοσηλευτών/ριών ως προς το αν θα ολοκληρώνονταν οι πρωινές εργασίες της ΜΕΘ στην ώρα τους – σύμφωνα με τον επίσημο προγραμματισμό, και μάλιστα πριν την «έξοδο» των γιατρών από τη δική τους πρωινή ενημέρωση και την «είσοδό» τους στις πτέρυγες με τους ασθενείς. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, ειδικά στην Εντατική, υπεισέρχεται το ζήτημα της υψηλής επικινδυνότητας των νοσημάτων και το στοιχείο του «απρόβλεπτου» από την επιδείνωση των ασθενών, τα οποία «αναστατώνουν» τη ρουτίνα και οδηγούν σε «παρεκτροπές» από την κανονικότητα. Οι νοσηλευτές/ριες στο εθνογραφικό παράδειγμα είχαν πλήρως ενσωματωμένη τη μονογραμμική αίσθηση του χρόνου του ιδρύματος, με αποτέλεσμα να νιώθουν συνεχώς την ανάγκη να μη μένουν οι δουλειές τους «πίσω» ακόμα και αν αυτό ήταν για μερικά μόνο λεπτά της ώρας. Η Ακριβή, νοσηλεύτρια με αρκετά χρόνια εμπειρίας στη Μονάδα, ένα πρωί άργησε να καταγράψει τα ζωτικά σημεία των ασθενών της και αυτό της δημιούργησε άγχος και εκνευρισμό.

Ήταν Πέμπτη πρωί περασμένες 09:00 και η Ακριβή, σχετικά έμπειρη νοσηλεύτρια, έδειχνε αγχωμένη αν και προσπαθούσε να μη το δείχνει. Νωρίτερα εκείνο το πρωί, ένας από τους ασθενείς της ήταν αιμοδυναμικά ασταθής (χαμηλή πίεση) και έπρεπε να ασχοληθεί μαζί του λίγο περισσότερο χρόνο προκειμένου να τον σταθεροποιήσει και να επαναφέρει την «ομοιόσταση» στον οργανισμό του. Τελικά, η αρτηριακή πίεση του ασθενούς βελτιώθηκε σημαντικά γιατί η Ακριβή «αύξησε» τα ινóτροπα φάρμακα που ρυθμίζουν την πίεση, οι παράμετροι στο μόνιτορ ήταν πάλι σε φυσιολογικά επίπεδα, και ο συναγερμός στο μόνιτορ σταμάτησε να «χτυπάει» (ηχεί).

Η παραπάνω σημείωση συγκροτεί παράδειγμα άτυπης κλινικής απόφασης εκ μέρους της νοσηλεύτριας. Ωστόσο, είχε περάσει η ώρα και κοιτώντας το ρολόι του τοίχου πάνω από τον νοσηλευτικό σταθμό σκέφτεται δυνατά, και κοιτώντας τη συνάδελφό της λέει εμφανώς αγχωμένη και στα γρήγορα «πω, πω, δεν έχω γράψει τίποτα... εννέα η ώρα και δεν έχω γράψει τίποτα».

Η Ακριβή εννοεί ότι δεν έχει περάσει τα ζωτικά σημεία για τις οχτώ το πρωί στα δελτία/διαγράμματα 24ωρης παρακολούθησης, αν και αυτά πρέπει να καταγράφονται κάθε δύο ώρες. Ο χρόνος περνάει, και η λίστα με τις δουλειές που έχει να κάνει είναι μεγάλη. Ο χρόνος είναι ανελέητος, όλα πρέπει να γίνονται σε καθορισμένους χρόνους, και σήμερα το «πρωινό» στρώσιμο των αρρώστων δεν έχει ολοκληρωθεί.

Παρατήρησα τέτοιου είδους ξεσπάσματα ανησυχίας και άγχους πολλές φορές κατά την επιτόπια, καθώς οι νοσηλεύτές/ριες επιδίδονταν στο δικό τους αγώνα να μη μένουν πίσω οι δουλειές τους. Όπως εξήγησε η συμμετέχουσα Λυδία, σε μια από τις συνεντεύξεις μας, «προσπαθούμε να είμαστε σε ετοιμότητα για το αναπάντεχο και το επείγον»,⁷¹ πράγμα που τους δημιουργεί άγχος και στρες.

[Άρτεμις, συνέντευξη 1η, έμπειρη νοσηλεύτρια]

«...εγώ προσωπικά ζορίζομαι, όταν ξέρω ότι έχω πρωινό... εεε... και με στρεσάρει ότι θα ξυπνήσω πρωί, ότι έχω το πλύσιμο των αρρώστων, πρέπει να προλάβω πριν μπουν οι γιατροί, βιώνω στρες το πρωί εδώ πέρα. Αν δεν έχω πολλή δουλειά, αρχίζω και ηρεμώ μετά τη νοσηλεία και βλέπω ότι έχω ελέγξει, αρχίζω και ελέγχω τους αρρώστους. Αν αρχίσουν τώρα αξονικές, γραμμές, χειρουργεία, καμιά εισαγωγή μέσα στο πρωινό, εκεί με στρεσάρει, δηλαδή αν πει ο άλλος θα πάρεις εισαγωγή μέσα στο πρωί στρεσάρομαι πάρα πολύ. Αν μου πει θα πάρεις απόγευμα και νύχτα καθόλου. Γιατί είμαι πιο ήρεμη. Σίγουρα η νύχτα είναι κουραστική από μόνη της. Άλλο το ένα άλλο το άλλο. Αλλά για μένα στρεσογόνα είναι το πρωί. Προσπαθώ να τα προλάβω, νομίζω ότι δε με φτάνει ο χρόνος.... Στην πρωινή βάρδια ο χρόνος σου είναι μετρημένος, γιατί όταν ξεκινάς εφτά η ώρα τα μπάνια, μέχρι τις οχτώ μισή πρέπει να έχεις τελειώσει, πρέπει να γίνει η νοσηλεία των οχτώ η οποία ήδη έχει καθυστερήσει, τρέχεις να την κάνεις (νοσηλεία). Μετά πρέπει να δεις τα cardex, να δεις τον άρρωστο, να αρχίσεις να κάνεις τις αλλαγές (στις ιατρικές οδηγίες) και εκεί που τελειώνεις και λες ότι τώρα θα ξεκινήσω να μπω στον άρρωστο έναν, έναν, έναν άρρωστο να κάνω αυτά, μπαίνουν οι γιατροί και εκεί αρχίζεις και χάνεις το χρόνο. Δηλαδή μπορεί να ξεκινήσεις να πας στον άρρωστό σου και ξαφνικά να βομβαρδιστείς με άλλες πληροφορίες, ότι πρέπει να κάνουμε αυτό στον άλλον άρρωστο να τον αφήσεις και να πηγαίνεις έτσι. Ενώ το απόγευμα και τη νύχτα είναι πιο κοντρολαρισμένα τα πράγματα στο θέμα χρόνου. Εκτός κι αν τύχει κάτι αναπάντεχο που στην εντατική συμβαίνει, εντάξει, άλλο αυτό.»

Η Άρτεμις, πολύ έμπειρη νοσηλεύτρια στην ίδια Μονάδα, προσλαμβάνει και διαφορετικά την κατάσταση. Η στενότητα χρόνου, όπως μου είπε σε μια από τις πολλές κουβέντες που είχαμε κατά την επιτόπια, δεν της επιτρέπει να συζητάει τα

⁷¹ Οι Turnbull et al. (2005) διαπιστώνουν ότι το επείγον περιστατικό και η επιδείνωση του ασθενούς με απειλητική ασθένεια αλλάζει και τροποποιεί τη ρουτίνα της ΜΕΘ, καθώς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανατρέπει και προσαρμόζει τους ρυθμούς της εργασίας του κατά τρόπο που να ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στην κλινική κατάσταση των αρρώστων.

περιστατικά της με τους γιατρούς, και ειδικά στην πρωινή βάρδια βιώνει άγχος, όχι μόνο γιατί είναι πολλές οι δουλειές αλλά και πολλοί οι γιατροί με τους οποίους πρέπει να συνεννοηθεί. Όσο καλά κι αν οργανώνει τις εργασίες της πρωινής βάρδιας, προκειμένου να προλάβει να ολοκληρώσει το πρωινό στρώσιμο των αρρώστων πριν μπουν οι γιατροί στις πτέρυγες της Μονάδας, εάν τα περιστατικά της «στραβώσουν» και επιδεινωθούν, η ομαλότητα της Μονάδας διαταράσσεται και οι ανάγκες των ασθενών επιτάσσουν τους δικούς τους ρυθμούς. Σε αυτή την περίπτωση, δίνει προτεραιότητα στον ασθενή που έχει τη μεγαλύτερη ανάγκη και στην επαναφορά του σε κατάσταση σταθερότητας, πράγμα το οποίο δείχνει πως η κλινική κατάσταση των αρρώστων επιβάλλει τους ρυθμούς εργασίας στη ΜΕΘ.

Ωστόσο, προκειμένου να μην διαταράσσεται τόσο πολύ η κανονικότητα στη ΜΕΘ, κάθε φορά που προκύπτει «επείγον» περιστατικό, οι νοσηλευτές/ριες επιδίδονται στην πρακτική της «προ-οικονομίας» του χρόνου. Η Ελπίδα, μια άλλη εξαιρετικά έμπειρη νοσηλεύτρια με προϋπηρεσία σε ΜΕΘ εκτός του εθνογραφικού παραδείγματος, μου αφηγήθηκε ότι, όταν δούλεψε σε άλλες μονάδες στο παρελθόν, η ίδια και οι συνάδελφοί της έκαναν προ-οικονομία χρόνου, έκαναν δηλαδή κάποιες εργασίες ταυτόχρονα και, προσπαθώντας να οργανώσουν το υπόλοιπο της βάρδιας, ασκούσαν πίεση στους γιατρούς, άλλοτε με άμεσο τρόπο και άλλοτε έμμεσα με ευγενική λανθάνουσα προτροπή. Πιο συγκεκριμένα, προέτρεπαν τους γιατρούς να κάνουν τις εργασίες τους «στην ώρα τους» (π.χ. να χρεώνουν τα φάρμακα, να γράφουν τις ιατρικές οδηγίες) και να τις ενημερώνουν για τυχόν επεμβατικές παρεμβάσεις (π.χ. αλλαγή φλεβικής γραμμής ή τραχειοσωλήνα), ώστε να μη μένουν οι «νοσηλευτικές» εργασίες «πίσω». Οι νοσηλευτές/ριες στο εθνογραφικό παράδειγμα, επανειλημμένα, επαγρυπνούσαν για τυχόν μεταβολές στους ασθενείς τους και παράλληλα προσπαθούσαν να είναι ένα βήμα πιο μπροστά στις εργασίες τους, καθώς υπήρχε πάντα ο κίνδυνος κάποιο από τα περιστατικά τους να «στραβώσει» ή να έρθει μια νέα «εισαγωγή», νέος άρρωστος, από το τμήμα ή τα επείγοντα) στη Μονάδα. Ακόμα και όταν δούλευαν πάνω από τον άρρωστο και ήταν «ντυμένοι/ες» για μια επεμβατική διαδικασία (περιποίηση γραμμής, αναρρόφηση, αλλαγή τραύματος), έδειχναν να έχουν πλήρη επίγνωση και για ό,τι ελάμβανε χώρα στον περιβάλλοντα χώρο στην πτέρυγα, όπως και το να έχουν πλήρη αντίληψη του χρόνου. Δηλαδή, παρατηρούσαν τους άλλους ασθενείς, αφουγκράζονταν την πτέρυγα για ήχους συναγερμών: *«για δες το τέσσερα, σαν να βήχει... μη βγάλει το σωλήνα του»*,

και διακριτικά επιτηρούσαν τις κινήσεις και εργασίες των γιατρών: *«πού πάνε οι γιατροί... ωχ πάλι ήρθαν», «για πες στον γιατρό να δει την κυρία στο τρία».*

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς γράφουν τη δική τους τροχιά κρίσιμης νοσηλείας στη ΜΕΘ, οξυγονώνονται και μηχανικώς αερίζονται μέσα από τεχνητούς αεραγωγούς με τη βοήθεια τεχνολογικά προηγμένων αναπνευστήρων. Η κλινική τους κατάσταση, που συνεχώς μεταβάλλεται και φλερτάρει με τη σφαίρα της κρισιμότητας και του θανάτου, επιτάσσει την παροχή φροντίδας και θεραπείας σε συνθήκες συνεχούς επιτήρησης και επαγρύπνησης τόσο από τους/τις νοσηλευτές/ριες όσο και τους/τις γιατρούς. Τελικά, σε όλη τη διάρκεια της επιτόπιας έρευνας, οποιαδήποτε ώρα και στιγμή πήγα στη ΜΕΘ, όλο και κάτι διαδραματιζόταν που φαινόταν σημαντικό για τη φυσιολογική λειτουργία των ασθενών. Η Εντατική ήταν ο ενδιαμέσος «μεταβατικός» χώρος για τους ασθενείς της που βρίσκονταν σε «κρίσιμη» κατάσταση, και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τους υποστήριζε με όποιο τρόπο μπορούσε, σε αυτή τη γκρίζα, «ενδιάμεση», ζώνη μεταξύ ζωής και θανάτου. Στις στιγμές που γιατροί και νοσηλευτές/ριες έδιναν τη μάχη τους, είτε ατομικά είτε συνεργατικά, μιλούσαν μεταξύ τους, αστειεύονταν, διαπραγματεύονταν τη διαχείριση των περιστατικών, κάποιες φορές έρχονταν σε αντιπαράθεση όταν είχαν διαφορετικές απόψεις, αντάλλασσαν νέα ιδιωτικής φύσης, ή συζητούσαν για τα πιο ομαλά περιστατικά τους χωρίς ένταση. Ωστόσο, όλες αυτές οι πρακτικές φαίνονταν να καλύπτονται ή να πλαισιώνονται από ένα προσχεδιασμένο πλάνο φροντίδας και οργανόγραμμα εργασιών για τη Μονάδα, το οποίο προβλέπει μια πολύ συγκεκριμένη χρονική οργάνωση των εργασιών στη ΜΕΘ (σε κάθε μια από τις τρεις βάρδιες του 24ώρου), και από το οποίο εξαρτάται η κλινική «σταδιοδρομία» των ασθενών στη ΜΕΘ (όπως και σε όλο το νοσοκομείο).

Κατά την ανάλυση αυτού του ευρέως φάσματος εργασιών και της φροντίδας που παρατήρησα, συνειδητοποίησα ότι συνιστούν στοιχεία ενός ευρύτερου λόγου φροντίδας (discourse of care) και γνώσης (discourse of knowledge) στη Μονάδα. Ο/Η κάθε επαγγελματίας νοσηλευτής/ρια γνώριζε καλά πώς και πότε να κάνει αυτό που χρειαζόταν ο ασθενής του/της, είχε επίγνωση του δικού του/της μεριδίου ευθύνης, και ταχέως κινητοποιούσε το γνωστικό κεφάλαιο το δικό του/της και το αντίστοιχο των γιατρών, προκειμένου να λύσει προβλήματα και γρίφους της κατάστασης του ασθενούς. «Γιατί έριξε πίεση;», «Γιατί ανέβασε πίεση τώρα; μήπως πονάει;» «Δεν μου αρέσει η εικόνα του... νομίζω ότι κάτι δεν πάει καλά». Έτσι, αυτό που συχνά

άκουσα στις αφηγήσεις και είδα στο πεδίο ήταν πρακτικές κινητοποίησης γνώσεων και δεξιοτήτων φροντίδας, είτε μεμονωμένα από τον/την κάθε νοσηλεύτή/ρια για τους δικούς του/της ασθενείς, είτε από κοινού ως ομάδα. Με άλλα λόγια, πρόκειται για λόγους περιποίησης του ασθενούς τους, ανακούφισης από τον πόνο, πρόληψης από κάποια επιπλοκή, επαναφοράς του σώματος στα όρια της ομοιόστασης και σταθερότητας στο επείγον και βαρύ περιστατικό. Πολλά από τα παραπάνω καλύπτονται και ενσωματώνονται στη ρουτίνα της Μονάδας, κι έτσι όλοι και όλες δείχνουν να ξέρουν τι και πότε χρειάζεται να γίνει κάτι για τους ασθενείς τους.

[Σημειώσεις πεδίου - 64 24.09.12]: Οι δύο νοσηλεύτριες της πτέρυγας έχουν χρεωθεί από τρεις ασθενείς. Η αναλογία νοσηλεύτη/ριας προς ασθενή είναι 1:3, σημαντικά επιβαρυνόμενη σε σύγκριση με την αναλογία 1:1 ή 1:2 που επικρατεί στις οικονομικά «αναπτυγμένες» χώρες της Δύσης. Δεν διακρίνω μια ομαδική προσέγγιση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών, δηλαδή φροντίδα που να παρέχεται από κοινού και ταυτόχρονα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Κατά κάποιο τρόπο, η κάθε επαγγελματική ομάδα διαχειριζόταν το χρόνο και το χώρο ως αυτόνομη Μονάδα και όχι σε συνάρτηση με τις δραστηριότητες του υπόλοιπου προσωπικού της ΜΕΘ. Αν και η κάθε νοσηλεύτρια αναλαμβάνει από τρεις ασθενείς, η περισσότερο έμπειρη από τις δύο στην πτέρυγα έχει υπ' όψιν και τους ασθενείς της λιγότερο έμπειρης συναδέλφου, την οποία και καθοδηγεί στη διάρκεια της βάρδιας. Παράλληλα, παρατηρώ αρκετά σημεία οικειότητας και καλής συναδελφικότητας ανάμεσα στους γιατρούς και τις δύο νοσηλεύτριες της πτέρυγας. Σαν να γνωρίζονται καλά εδώ και καιρό, σαν να έχουν βγάλει δύσκολες βάρδιες μαζί. Το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό επικοινωνούσαν μεταξύ τους σε πρώτο όνομα και στον ενικό.

Σε μια από τις συνεντεύξεις, η Αγνή, μια από τις expert συμμετέχουσες της μελέτης με μεταπτυχιακές σπουδές και πολυετή εμπειρία σε άλλη ΜΕΘ της Αθήνας, παρομοίασε τη ΜΕΘ σαν μια «υγρή σκοτεινή σπηλιά», για να απεικονίσει το δέος που προκαλεί σε εκείνους και εκείνες που δεν έχουν πρόσβαση σε αυτή την πτέρυγα του νοσοκομείου, καθώς πρόκειται για μια σαφώς οριοθετημένη φυσική ολότητα με ξεχωριστό έθος και ελεγχόμενη πρόσβαση. Αυτές οι στιγμές πρόσβασης και αποκλεισμού στη ΜΕΘ ανατροφοδοτούν τον κόσμο των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ, με εικόνες και αναπαραστάσεις που τους/τις παρουσιάζουν ως οι «σουπέρ» νοσηλευτές/ριες και παντογνώστες/ριες. Ωστόσο, όπως έδειξα παραπάνω, οι ίδιοι/ες οι νοσηλευτές/ριες μέσα στον δικό τους κοινωνικό κόσμο βιώνουν την επαγγελματική τους ιδιότητα σε συνθήκες συνεχούς άγχους και διαπραγμάτευσης, επομένως πολύ διαφορετικά απ' ό,τι θα νόμιζε κάποιος εκτός Μονάδας.

Αναστοχασμός των εθνογραφικών ευρημάτων

Από την ανάλυση των δικών μου παρατηρήσεων πεδίου και των αφηγήσεων των νοσηλευτών/ριών, ελπίζω να έγινε σαφές ότι οι τρόποι με τους οποίους επιτελείται η νοσηλευτική πράξη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι απόρροια της εφαρμογής της λεγόμενης «ρουτίνας» σε αυτή. Ανέδειξα τη σημαντικότερη διάσταση της ρουτίνας, αυτή της πειθαρχίας ως μηχανισμού (αυτο-)ελέγχου του προσωπικού στη ΜΕΘ, και έδειξα το πώς το «ξεχωριστό» επιστημονικό και πολιτισμικό έθος της Εντατικής ενεργοποιεί στο μέγιστο έναν λόγο φροντίδας και γνώσεων εκ μέρους των νοσηλευτών/ριών, που με την σειρά του παράγει νοσηλευτική πράξη επιστημονικά κατάλληλη για τους ασθενείς της.

Ο αναστοχασμός, τόσο της εμπειρίας μου ως νοσηλεύτη Εντατικής στο Η.Β. και ως καθηγητή νοσηλευτικής στην Ελλάδα, όσο και των εμπειριών των νοσηλευτών/ριών που παρατήρησα και που μου αφηγήθηκαν, με ώθησε στο να αναγνωρίσω (εκ νέου) ότι η υιοθέτηση ενός αυστηρού προγράμματος εργασιών διασφαλίζει την παροχή ορθής καθημερινής φροντίδας σε όλους τους υπό εντατική νοσηλεία ασθενείς και μάλιστα με τρόπο που να γίνεται εφικτός ο έλεγχος από τους ανώτερους στην ιεραρχία συναδέλφους και τη διοίκηση του νοσοκομείου. Συγχρόνως, όμως, με οδήγησε και στην, πρωτόγνωρη για εμένα, συνειδητοποίηση πως η συγκεκριμένη ρουτίνα στο εθνογραφικό παράδειγμα περιορίζει και «εγκλωβίζει» σημαντικά τους/τις συμμετέχοντες/ουσες της έρευνας σε ένα πολύ στενό φάσμα φροντίδας του σώματος, που δεν τους/τις επιτρέπει να γνωρίζουν τα περιστατικά τους και να τα παρουσιάζουν το ίδιο καλά και εκτενώς, σε σύγκριση με τους/τις νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ στο εξωτερικό. Για παράδειγμα, σε αντίθεση με το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ στο Η.Β. που συμμετέχει *ενεργά* στη λήψη κλινικών αποφάσεων και κατά την ιατρική επίσκεψη, οι συμμετέχοντες/ουσες στο εθνογραφικό παράδειγμα έχουν λιγότερες πιθανότητες εμπλοκής και συνεισφοράς στις κλινικές αποφάσεις των γιατρών. Αυτό οφείλεται βέβαια στις από τον ελληνικό νόμο στενά προσδιοριζόμενες αρμοδιότητες των νοσηλευτών/ριών, καθώς και στη μη προβλεπόμενη από το νόμο εξειδικευμένη εκπαίδευση των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ στην Ελλάδα. Προκύπτει όμως και από άλλους παράγοντες.

Όπως θα δείξω αναλυτικότερα στα επόμενα κεφάλαια, αν και η ρουτίνα στο ελληνικό παράδειγμα ΜΕΘ συνιστά μια αξιέπαινη προσπάθεια οργάνωσης της

εντατικής φροντίδας και θεραπείας, κατά το καλύτερο δυνατό τρόπο και με βάση το διαθέσιμο προσωπικό, διαπίστωσα ότι η χωρο-χρονική οργάνωση των εργασιών σε αυτή τη Μονάδα συντελεί σε μεγάλο βαθμό στην απομάκρυνση έως και αποκλεισμό των νοσηλευτών/ριών από τη συμμετοχή τους στη λήψη κλινικών αποφάσεων, οι οποίες συνεχίζουν λαμβάνονται κυρίως από τους γιατρούς. Αν και στη συγκεκριμένη Μονάδα προκρίνεται η περιποίηση των ασθενών στο πρώτο δίωρο της πρωινής βάρδιας («στρώσιμο» και πρωινή λάτρα των αρρώστων), η οποία αναμφίβολα είναι μια από τις προτεραιότητες της νοσηλευτικής, διαπίστωσα ότι ο χωροχρονικός προγραμματισμός αυτής της φροντίδας εμποδίζει τους/τις νοσηλευτές/ριες να παρουσιάζουν τα περιστατικά τους στους γιατρούς και να συμμετέχουν στις συζητήσεις και αποφάσεις τους, επειδή, σε αντίθεση με τους/τις γιατρούς που κινούνται ελεύθερα στους χώρους του νοσοκομείου, οι νοσηλευτές/ριες είναι δεσμευμένοι/ες «δίπλα» στους ασθενείς τους και, εκ των πραγμάτων, απασχολημένοι/ες από τους ιδιωτικούς ή πολυχρονικούς κόσμους των ασθενών, χωρίς όμως τη δυνατότητα να παραγνωρίζουν και τις απαιτήσεις του μονοχρονικού-γραμμικού προγράμματος. Επιπλέον, όπως έδειξα στις περιγραφές των νοσηλευτικών πρακτικών, αν και οι νοσηλευτές/ριες αναλαμβάνουν την πρωτοβουλία αρκετών κλινικών αποφάσεων στα περιστατικά που παρουσιάζουν ξαφνική επιδείνωση (π.χ. η περίπτωση της Ακριβής με τον υποτασικό ασθενή της), αυτές δε λαμβάνονται τόσο υπόψη ώστε να οδηγήσουν και στην περαιτέρω θεσμική συμμετοχή τους στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Με λίγα λόγια, η ίδια η «ρουτίνα» της Μονάδας, είτε όταν ακολουθεί πιστά τους χρόνους και τα πρωτόκολλα της ΜΕΘ, είτε όταν αποκλίνει από αυτά, συντελεί στο να προκρίνεται ο χωρο-χρόνος των γιατρών, ως περισσότερο «σημαντικός», εις βάρος του νοσηλευτικού χωρο-χρόνου.

Η εξέταση της ρουτίνας στο εθνογραφικό παράδειγμα λειτουργεί ως το διαβατήριό μου στην μετέπειτα ανάλυση των δεδομένων. Στο επόμενο κεφάλαιο εξετάζω το πρωινό «στρώσιμο» των αρρώστων, ως παράδειγμα πρακτικής των νοσηλευτών/ριών που δείχνει την οριζόντια δράση της «ρουτίνας», δηλαδή, αυτή που επιτελείται ταυτόχρονα και στις τρεις πτέρυγες των αρρώστων (σύνολο δεκαπέντε κλίνες) στο εθνογραφικό παράδειγμα, τουλάχιστον στην επίσημη εκδοχή της. Επικεντρώνομαι σε αυτή την πρακτική, επειδή η ανάλυση-ερμηνεία της μου δίνει τη δυνατότητα να αναδείξω το τι μπορεί να σημαίνει για τους/τις νοσηλευτές/ριες της μελέτης η νοσηλευτική πράξη στην Εντατική, καθώς και τα νοήματα που εξάγονται

από την προβληματοποίηση της περιποίησης του σώματος των ασθενών σε μια σύγχρονη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Κεφάλαιο 3^ο

Το πρωινό «στρώσιμο» των αρρώστων στο εθνογραφικό παράδειγμα

*Είναι μόλις λίγο πιο μετά τις επτά το πρωί, μόλις άνοιξαν τα
φώτα...*

*ο κατακεκλιμμένος ασθενής ξεγυμνώνεται από την
νοσηλεύτρια,*

*τα λερωμένα κλινοσκεπάσματα απορρίπτονται σε ειδικό
πάνινο σάκο που θα πάει στο πλυντήριο του νοσοκομείου...*

*οι δύο νοσηλεύτριες έχουν μαζί τους λεκάνη με ζεστό νερό και
υφασμάτινα λευκά πανάκια...*

οι δύο τους, από κοινού, αντικρυστά, τον πλένουν...

καθαρίζουν το ταλαιπωρημένο σώμα του με την εξής σειρά...

*από το κεφάλι προς τα πόδια, μια νοσηλεύτρια σε κάθε πλευρά
του κρεβατιού.*

*Σαπουνίζουν, ξεπλένουν, στεγνώνουν. Και ξανά,
σαπουνίζουν, ξεπλένουν, στεγνώνουν.*

Δε μιλάνε [μεταξύ τους],

*τα έμπειρα χέρια τους πάνε εκεί που πρέπει, σε αθέατες
επιφάνειες του σώματος του ασθενή...*

*Αυτές ξέρουν που και πώς... στήθος, χέρια, μασχάλες, πόδια,
βουβωνική περιοχή....*

[σημείωση από την επιτόπια, Β' Πτέρυγα]

Η εξέταση της «ρουτίνας» της ΜΕΘ που μελέτησα με βοήθησε στο να μυηθώ στην καθημερινότητα των πληροφορητών/ριών μου και να προχωρήσω σε μια λεπτομερέστερη ανάγνωση των εθνογραφικών μου σημειώσεων. Στο παρόν κεφάλαιο, επικεντρώνομαι σε μία από τις πολλές πρακτικές της ρουτίνας, αυτή του λεγόμενου «στρώσιματος» των αρρώστων από το νοσηλευτικό προσωπικό της πρωινής βάρδιας, γιατί ως «νοσηλευτική παρέμβαση» και ως συλλογική πολυεπίπεδη πρακτική επιτρέπει την ανάδειξη πολλαπλών νοημάτων: από το τι μπορεί να σημαίνει για τους/τις πληροφορητές/ριες της μελέτης η «νοσηλευτική πράξη» στην Εντατική, έως το τι θεωρείται μιανό ή βρώμικο και καθαρό σε αυτόν τον περικλειστο χώρο του

νοσοκομείου. Όπως θα φανεί σε όλο το κεφάλαιο, το στρώσιμο των αρρώστων είναι κάτι πολύ παραπάνω από την αλλαγή κλινοσκεπασμάτων, όπως υποδηλώνει αυτός ο εντός νοσοκομείου χρησιμοποιούμενος όρος. Μέσα από την πρακτική του στρώσιματος, που εμπεριέχει το κύριο χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής, την παροχή λουτρού και φροντίδας του σώματος, οι νοσηλευτές/ριες (ανα-)παράγουν τον λόγο νοσηλευτικής περιποίησης και φροντίδας με τριπλό τρόπο: έρχονται πολύ κοντά στο σώμα των αρρώστων, τους ενσυναισθάνονται, και ικανοποιούν την ανάγκη τους να είναι «καθαροί», ελεύθεροι μικροβίων, και καλλωπισμένοι, πράγμα που αντανακλά και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν· γίνονται τα μάτια και τα αυτιά των γιατρών και των αρρώστων ασκώντας το «ιατρικό» και το «νοσηλευτικό βλέμμα» καθώς αξιολογούν την κλινική κατάσταση των ασθενών τους: «σκανάρουν» και επιτηρούν όλη την πτέρυγα με τους ασθενείς τους.

Το πρωινό «στρώσιμο» των αρρώστων

Το «στρώσιμο» των αρρώστων που, αρχικά, παρά την επαγγελματική εμπειρία και πείρα μου, είχα αντιληφθεί ως απλή αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων των ασθενών, αναδείχθηκε σε μια από τις κύριες θεματικές της μελέτης μέσα από την ανάλυση των σημειώσεων, καθώς συνειδητοποίησα ότι περιλαμβάνει πολύ περισσότερες και σημαντικότερες πτυχές της νοσηλευτικής πράξης. Ως πρακτική των νοσηλευτών/ριών, συνιστά αναπόσπαστο κομμάτι της πρωινής ρουτίνας που ξεκινάει με τη φροντίδα των αρρώστων στο κρεβάτι και πρέπει να ολοκληρώνεται πολύ νωρίς το πρωί. Στο παρόν κεφάλαιο προσεγγίζω το «στρώσιμο» ως επιτέλεση μιας καλά ενορχηστρωμένης συλλογικής πρακτικής του νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία συγκροτείται από συγκεκριμένες πράξεις που επαναλαμβάνονται κάθε ημέρα, σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο και με συγκεκριμένη ορολογία, στοιχεία που, όπως έχω ήδη αναφέρει, παραπέμπουν στην ανθρωπολογική έννοια «τελετουργία». Κατά την επιτόπια, η πρακτική του «στρώσιματος» των αρρώστων στις πτέρυγες της Μονάδας μονοπωλούσε όχι μόνο το ενδιαφέρον και τις εργασίες της Μονάδας, καθώς συνιστούσε την πιο «σημαντική» πρακτική για τους/τις νοσηλευτές/ριες στις πρώτες δύο ώρες της πρωινής βάρδιας, αλλά και το λεξιλόγιό τους. Στην πραγματικότητα, ο «εντόπιος» όρος των συμμετεχόντων/ουσών, «στρώσιμο των αρρώστων», (στα αγγλικά *bed making*), παραπέμπει σε μια θεμελιώδη αρχή και παρέμβαση της νοσηλευτικής, αυτή του πρωινού λουτρού και φροντίδας του σώματος των αρρώστων επί κλίνης. Το πλύσιμο του ασθενούς στο κρεβάτι συνιστά κοινή νοσηλευτική

πρακτική στο νοσοκομείο, εφαρμόζεται σε ασθενείς που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, και οι φοιτητές νοσηλευτικής μινούνται σε αυτή στο πρώτο έτος σπουδών στις νοσηλευτικές σχολές όλων των κρατών. Επειδή το έλλειμμα υγιεινής και η μειωμένη κινητικότητα θέτουν τον ασθενή σε αυξημένους κινδύνους ανάπτυξης λοιμώξεων και κατακλίσεων, οι μαθητευόμενοι/ες νοσηλευτές/ριες ασκούνται στο να βοηθούν τον ασθενή που παρουσιάζει έλλειμμα αυτοφροντίδας στη βασική φροντίδα του δέρματος, την προσωπική υγιεινή, και τη διατήρηση της ακεραιότητας των βλεννογόνων και του δέρματος. Οι νοσηλευτές/ριες, μέσα από τη φροντίδα και την υγιεινή του σώματος «επί κλίνης», προλαμβάνουν τις λοιμώξεις που μπορεί να αναπτυχθούν στη στοματική κοιλότητα, στα μάτια, στους καθετήρες ουροδόχου κύστης. Οι Adam et al. (2017), στο εγχειρίδιο εντατικής νοσηλευτικής *Critical Care Nursing*, έχουν υποστηρίξει ότι οι νοσηλευτές/ριες στη ΜΕΘ συχνά δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στη βιολογική-σωματική διάσταση των ασθενών, παρά στην ψυχολογική και στο κοινωνικό ιστορικό τους. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Taylor et al. (2010), τα μέτρα για την προσωπική καθαριότητα και περιποίηση, τα οποία ορίζουν ως «προσωπική υγιεινή», προάγουν όχι μόνο τη σωματική αλλά και ψυχολογική ευεξία.

Όπως ήδη ανέφερα, ακούγοντας τους/τις συμμετέχοντες/ουσες να μου μιλάνε πολύ συχνά για το στρώσιμο των αρρώστων αρχικά νόμιζα ότι αυτό περιελάμβανε μόνο την αλλαγή των σεντονιών. Επειδή έχω δουλέψει σε ΜΕΘ και ξέρω ότι οι ασθενείς πλένονται και φροντίζονται κάθε πρωί, δεν με προβλημάτισε από την αρχή η χρήση του όρου. Και ενώ είχα καταλάβει και καταγράψει στις σημειώσεις μου ότι το «στρώσιμο» παρέπεμπε σε κάτι πολύ ευρύτερο που εμπεριείχε νοσηλευτικές πράξεις και πολλές δεξιότητες εκ μέρους των νοσηλευτών/ριών της Μονάδας, δεν είχα αντιληφθεί ότι όταν μιλούσαν γι' αυτό, αναφερόνταν σε μια ευρεία γκάμα νοσηλευτικών παρεμβάσεων ζωτικής σημασίας για την αναγκαία νοσηλευτική εκτίμηση και φροντίδα των ασθενών: στον καθαρισμό και τη φροντίδα του δέρματος σε όλο το σώμα με σαπωνοειδή παράγοντα, στην αλλαγή κατακλίσεων/πληγών, στην επάλειψη του δέρματος με κρέμες, στην αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, τη φροντίδα του τριχωτού της κεφαλής, στην αναρρόφηση εκκρίσεων από το στόμα, στο πλύσιμο δοντιών και στόματος, στην περιποίηση του προσώπου, στην επικοινωνία και εκτίμηση επιπέδων πόνου, και τέλος την αλλαγή των σεντονιών. Έτσι, το στρώσιμο των αρρώστων αποκαλύφθηκε μπροστά μου ως η πρακτική που συμπύκνωνε την

περιποίηση του ασθενούς, κυρίως του σώματός του, στην Εντατική, όπως άλλωστε αναγνωρίζουν και οι Adam et al..

Πρέπει να επισημάνω ότι οδηγήθηκα σε αυτή την αποκάλυψη και μέσα από τη σύγκριση που έκανα μεταξύ της ρουτίνας στις ΜΕΘ του Η.Β. όπου εργάστηκα και στις ΜΕΘ της Ελλάδας, πιο συγκεκριμένα αυτής στο εθνογραφικό παράδειγμα. Στις ΜΕΘ του Η.Β. η νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς και η συλλογή πληροφοριών και δεδομένων συνιστά κοινή και από το νόμο προβλεπόμενη «επίσημη» πρακτική των νοσηλευτών/ριών στην αρχή της πρωινής βάρδιας, η οποία προηγείται όλων των άλλων παρεμβάσεων. Οι νοσηλευτές/ριες θα εξετάσουν τους ασθενείς τους, θα καταγράψουν τα νοσηλευτικά προβλήματα και ανάγκες των αρρώστων και θα εκπονήσουν ένα νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας για τις επόμενες 24 ώρες. Έτσι, έχοντας μια καλή εικόνα για τη φυσική κατάσταση του ασθενή τους, κι έχοντας μελετήσει τη λογοδοσία των προηγούμενων ημερών και τον ιατρικό φάκελο, οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ θα μπορούν να συμμετέχουν στην επίσκεψη των γιατρών και να προσφέρουν πληροφορίες που αφορούν στην κλινική σταδιοδρομία του ασθενή τους. Στο εθνογραφικό παράδειγμα, όπως και γενικότερα στις ΜΕΘ της Ελλάδας, η εκτίμηση των ασθενών, ως επίσημη πρακτική των νοσηλευτών/ριών, απουσιάζει και δίνει τη θέση της σε μια καθολική και *οριζόντια* παραγωγή φροντίδας σώματος στις πτέρυγες της Μονάδας, όπου όλοι και όλες επιδίδονται ταυτόχρονα στο «στρώσιμο» των αρρώστων. Οι συμμετέχοντες/ουσες, μέσα από την πρακτική της περιποίησης και της «άτυπης» νοσηλευτικής εκτίμησης των αρρώστων τους, συνέλεξαν πληροφορίες τις οποίες και κατέγραφαν στο διάγραμμα νοσηλείας ή ενημέρωναν προφορικά στους γιατρούς, πριν αυτοί μουν στην πρωινή ενημέρωση. Συνεπώς, οι νοσηλευτές/ριες καθιστούσαν διαθέσιμη την πληροφορία που είχαν συλλέξει κατά το στρώσιμο στους γιατρούς, οι οποίοι στη συνέχεια την αξιοποιούσαν για τις κλινικές αποφάσεις της ημέρας. Οπότε, οι νοσηλευτές/ριες σε αυτή τη Μονάδα επηρέαζαν τις κλινικές αποφάσεις των γιατρών μόνο έμμεσα και κυρίως μέσα από τις εκτιμήσεις των ασθενών τους και τη φροντίδα που τους παρείχαν. Όπως θα δείξω στη συνέχεια της μελέτης, οι νοσηλευτές/ριες απουσίαζαν από την πρωινή ενημέρωση των γιατρών και την ιατρική επίσκεψη. Ωστόσο, όπως προανέφερα και θα δείξω στη συνέχεια του κεφαλαίου, αυτό που εκ πρώτης όψεως δείχνει να είναι μόνο το «πλύσιμο» των αρρώστων, τελικά εμπεριέχει στοιχεία νοσηλευτικής εκτίμησης της κατάστασης των αρρώστων και συνεχούς επιτήρησής τους μέσω του νοσηλευτικού βλέμματος.

Στη ΜΕΘ, το ίδιο το «στρώσιμο» των αρρώστων αποτελεί σύνθετη πρακτική, γιατί η εντατική νοσηλεία/περίθαλψη αφορά σε διασωληνωμένους κατεσταλμένους ασθενείς με παροχετεύσεις, καθετήρες και πολλά σωληνάκια, με άλλα λόγια σε ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική καταστολή και υποβάλλονται σε «τεχνητό κώμα». Επομένως οι ασθενείς είναι ανήμποροι να βοηθήσουν, εκτελώντας εντολές των νοσηλευτών/ριών, και το στρώσιμο γίνεται συνήθως από δύο άτομα. Κατά την επιτόπια, έγινε εμφανές σε μένα ότι ήταν σημαντικό για τους/τις νοσηλευτές/ριες το στρώσιμο να λαμβάνει χώρα στην πλήρη του έκφραση, και να ολοκληρώνεται νωρίς το πρωί, πριν βγουν οι γιατροί από την πρωινή τους ενημέρωση. Αν κάποιοι/ες γιατροί έμπαιναν στις πτέρυγες, αυτοί/ες παρέμεναν για λίγο χρόνο στην πτέρυγα, τόσο όσο χρειαζόταν για να δουν τους ασθενείς τους και να ετοιμαστούν για την πρωινή ενημέρωση. Έτσι, οι νοσηλευτές/ριες, για ένα σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα – περίπου μια ώρα - παραμένουν μόνοι/ες στις πτέρυγες χωρίς παρεμβολές από γιατρούς και άλλο προσωπικό.

Αν και έχουν περάσει πολλά χρόνια από τότε που μπήκα για πρώτη φορά σε Εντατική, (Ιανουάριος 2000), θυμάμαι πόσο μεγάλη εντύπωση μου έκανε η φροντισμένη εικόνα των ασθενών. Επίσης θυμάμαι πόσο ανίκανος ένιωθα να ανταποκριθώ σε όσα έβλεπα στη ΜΕΘ, δουλεύοντας ως «shadow worker», «στη σκιά» των «παλιών» συναδέλφων, δηλαδή, ως ο άπειρος και αρχάριος νοσηλευτής που μάθαινα δίπλα τους και απλά προσπαθούσα να τους/τις αντιγράψω, όταν εκείνοι/ες ήξεραν ανά πάσα στιγμή τι να κάνουν και πώς να ανταποκριθούν σε πιθανή επιδείνωση της κατάστασης των ασθενών τους. Την ίδια εμπειρία αναφέρει και μια από τις συμμετέχουσες, στα πρώτα βήματά της στη ΜΕΘ, «μαθαίνεις από τις top», εννοώντας από τις πιο έμπειρες νοσηλεύτριες που έχουν κερδίσει τον σεβασμό όλων μέσα στη Μονάδα. Η Ολυμπία, μια από τις πιο έμπειρες συμμετέχουσες στο εθνογραφικό παράδειγμα, θυμάται από τις πρώτες της μέρες σε Μονάδα, ότι της είχε κάνει ιδιαίτερη εντύπωση το ότι «όλοι» οι ασθενείς πλένονταν το πρωί, αναξάρτητα από τη βαρύτητα της κλινικής τους κατάστασης. Μου μιλάει, γελώντας πια, για τον Ηλία, ένα νέο άντρα που είχε υποστεί σοβαρές κακώσεις και πολλαπλά κατάγματα από ατύχημα με τρένο, και ήταν σε κώμα.

Ολυμπία, συνέντευξη 14η, νοσηλεύτρια ΜΕΘ: ... πάω τώρα [στη Μονάδα] είναι η ώρα που κάναμε τα μπάνια των ασθενών, οπότε «εντάζει πηγαίνετε μέσα, και δέστε τι κάνουν οι άλλοι», δηλαδή εκεί δεν υπήρχε αυτό, θα σε πάρω και θα σε εκπαιδεύσω, παίρνουμε αυτό, καθαρίζουμε έτσι, κάνουμε αυτό, αρχίζουμε από τα

καθαρά πάμε προς τα ακάθαρτα, δεν υπήρχε αυτό. Εε, οπότε κοιτάω τι κάνουν οι άλλοι, μου λένε «πάρε μια λεκάνη εκεί είναι η βρύση», παίρνω την λεκάνη, πάω προς τα εκεί να δω τι κάνουν οι άλλοι, τελειώνουμε το ένα ημιπτερύγιο, «πήγαινε από το άλλο», πάω από το άλλο, κοιτάω στο πρώτο box [δωμάτιο], ήταν ένα παλικάρι ο Ηλίας που τον είχε χτυπήσει ένα τρένο, ο Ηλίας (γελάει) ήταν στον αναπνευστήρα, είχε οστική οξυγόνωση, είχε εξωτερικές οστεοσυνδέσεις λεκάνη, πόδια, χέρια, τέτοια. Είχε εκατομμύρια – έτσι μου φάνηκε - αντλίες πίσω με διαλύματα διάφορα... τον βλέπω, λέω «α, αυτόν δεν θα τον κάνουμε μπάνιο» [γελάμε] και πήγα στον επόμενο. Πήγα στον επόμενο ασθενή, δεν μου είπαν βέβαια τίποτα, αν και ότι το αντιληφθήκανε ότι δεν θα πήγαινα σε αυτόν. Αρχίζω εγώ και κάποια φάση συνειδητοποιώ ότι έχουνε πάει σε αυτόν!... και έχω πάει στην πόρτα, κοιτάζω, πρέπει να είχαν γίνει τα μάτια μου τόσα και κοιτούσα έτσι, «τον πλένουμε και αυτόν!» και είχα πάθει, ναι. Μετά κατάλαβα ότι τους πλένουμε όλους. [γελάμε]

Όπως ανέφερα και στο δεύτερο κεφάλαιο, κατά την επιτόπια έρευνα παρατήρησα ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει πάντα κατά νου τους ήχους, τους συναγερμούς που προέρχονται από τη μεριά των ασθενών, και ότι φαίνεται ότι ελέγχει και την πηγή προέλευσης και αιτιολογία, ακόμα και όταν δείχνει ότι είναι απασχολημένο με άλλες διαδικασίες και πράξεις. Υπάρχουν βέβαια και οι στιγμές που οι νοσηλευτές/ριες δεν κάνουν κάτι «κλινικό», αλλά κάθονται στο νοσηλευτικό έδρανο και κάνουν γραφική εργασία, «περνάνε τα ζωτικά» κάθε δύο ώρες, διευθετούν προβλήματα από το τηλέφωνο, προετοιμάζουν το υλικό για τις δουλειές της επόμενης ώρας, ή απλά στέκονται όρθιοι/ες ή κάθονται σε καρέκλες, σχηματίζοντας ένα νοητό κύκλο μεταξύ τους και δημιουργώντας διακριτό «ιδιωτικό χώρο» με τα σώματά τους, όπου συζητάνε θέματα εργασίας ή ιδιωτικής φύσεως.

Παρά ταύτα, διατηρούν οπτική επαφή με τους ασθενείς, ή γυρνάνε το κεφάλι τους και τους αναζητούν με τα μάτια τους κάθε φορά που χτυπάει ο συναγερμός. Από την άλλη, οι ασθενείς δεν μπορούν να κάνουν κάτι ανάλογο. Εισπνοή μέσα, εκπνοή έξω, ο αναπνευστήρας δίνει τις ανάσες που πρέπει, τα φάρμακα πέφτουν στάγδην και εισέρχονται στο σώμα από τους καθετήρες στις φλέβες, το μόνιτορ καταγράφει τους παλμούς, την πίεση, την αρρυθμία... και οι έξι ασθενείς κείτονται στις κλίνες τους πλυμένοι και «στρωμένοι» μόλις μερικά μέτρα δίπλα από τους νοσηλευτές/ριες.

Αν έχουν να «πουν» κάτι οι ασθενείς, «μιλάνε» με τα σώματά τους, το «λένε» με μια αρρυθμία, μια επιπλέον ανάσα, μια κραυγή που ξεφεύγει – παρόλο που είναι διασωληνωμένοι - τις στιγμές που θα ξυπνήσουν από το λήθαργο του τεχνητού κώματος, είτε με μια τρομαγμένη ματιά. Στην επόμενη ενότητα συνεχίζω με πυκνή περιγραφή του στρωσίματος και εμβαθύνω στα τελετουργικά βήματα που το χαρακτηρίζουν.

Το έμπειρο χέρι της Ακριβής που ξέρει να «φροντίζει» το σώμα της ασθενούς

Η διαδικασία του λουτρού των ασθενών επί κλίνης παρουσιάζει σχεδόν τα ίδια ακριβώς βήματα κάθε φορά που πραγματώνεται στη Μονάδα, ακόμα κι αν τα πρόσωπα των υποκειμένων αλλάζουν (βλ. παράρτημα: εικόνα 12, λουτρό επί κλίνης). Η περιποίηση του σώματος του ασθενούς βρίσκεται στον πυρήνα της φροντίδας που παρέχεται γενικότερα στο νοσοκομείο, η δε φροντίδα του σώματος προσλαμβάνεται ως η πράξη που συνιστά τον «πυρήνα» της νοσηλευτικής, με αποτέλεσμα πολλές φορές να ορίζεται και διακρίνεται από τις άλλες επιστήμες στη βάση αυτής της εμπλοκής των νοσηλευτών/ριών με το «σώμα» των ασθενών. Κατά το «στρώσιμο» των αρρώστων, η κάθε κίνηση των συμμετεχόντων/ουσών είναι προμελετημένη, το κάθε βήμα της διαδικασίας έχει λόγο που υπάρχει, και η χρονική ακολουθία αυτών των βημάτων παραπέμπει σε πρακτικές με τελετουργικό χαρακτήρα, τις οποίες γνωρίζουν όλοι και όλες που εργάζονται σε κάποια κλινική ή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

[Σημειώσεις πεδίου-31 08.11.12 Πέμπτη πρωί]:

Η Ακριβή και η Στέλλα «στρώνουν» τους ασθενείς της πτέρυγας και αλλάζουν τα επιθέματα στις κατακλίσεις. Παράλληλα φροντίζουν και για ό,τι άλλο προκύψει κατά τη διάρκεια του «στρώσιματος», πχ γιατροί, συναγερμοί, φάρμακα, τηλέφωνα. Ο άρρωστος ξεγυμνώνεται, τα βρώμικα κλινოსκεπάσματα απορρίπτονται σε ειδικό σάκο που θα πάει στο πλυντήριο, έχουν μαζί τους είτε λεκάνη με ζεστό νερό και πανάκια, είτε υγρά πανάκια που τα έχουν ζεστάνει στο φούρνο μικροκυμάτων. Πλένουν από το κεφάλι προς τα πόδια, μια νοσηλεύτρια σε κάθε πλευρά του κρεβατιού... Σαπουνίζουν, ξεπλένουν, στεγνώνουν... επαναλαμβάνουν το ίδιο πράγμα... σαπουνίζουν, ξεπλένουν, στεγνώνουν. Δε μιλάνε, τα έμπειρα χέρια τους πάνε εκεί που πρέπει, αυτές ξέρουν... στήθος, χέρια, μασχάλες, πόδια, βουβωνική περιοχή. Τώρα γυρνάνε τον διασωληνωμένο άρρωστο στο πλάι του, βλέπουν ότι έχει κοκκινίσει κι έχει κατάκλιση, όση ώρα τον έχουν στο πλάι φροντίζουν να μην αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα και το μόνιτορ. Τρέχουν σάλια από το στόμα πάνω στο μαξιλάρι. Η Ακριβή εισάγει έναν εύκαμπτο καθετήρα στο στόμα (μοιάζει με αυτό των οδοντιάτρων) και το καθαρίζει από τα σάλια, και μετά με άλλο αποστειρωμένο πλαστικό καθετήρα αναρροφάει τις τραχειοβρογχικές εκκρίσεις μέσα από τον ενδοτραχειακό σωλήνα. Ο ασθενής βήχει, ο αναπνευστήρας του μας προειδοποιεί με ηχητικό συναγερμό. Στη συνέχεια καθαρίζουν την πλάτη και τη γλουτιαία περιοχή. Δεν είναι λερωμένος αλλά έχει ιδρώσει από τον πυρετό. Η Ακριβή και η Στέλλα αλλάζουν το κάτω σεντόνι σε δύο χρόνους, σε πρώτο χρόνο το μισό κατωσέντονο μέχρι εκεί που φτάνουν τα χέρια τους κάτω από τον άρρωστο, τις αδιάβροχες πάνες κάτω από τη λεκάνη, και σε δεύτερο χρόνο αλλάζουν το υπόλοιπο μισό του κατωσέντονου, αφού πρώτα έχουν γυρίσει τον άρρωστο στο αντίθετο πλευρό του. Το σώμα του υπακούει, δεν αντιστέκεται. Αλλαγή μαξιλαροθήκης. Μια τελευταία αναρρόφηση εκκρίσεων γιατί ο ασθενής βήχει. Ο ασθενής ευθυγραμμίζεται στην ύπτια θέση, το σεντόνι τεντώνεται πάνω στο αερόστρωμα, έγερση της κεφαλής και πάνω μέρους του κρεβατιού με το control του κρεβατιού. Ένας τελευταίος οπτικός έλεγχος για το αν όλα είναι τακτοποιημένα - χέρια πάνω από το πανωσέντονο και

ευθυγραμμισμένα εκατέρωθεν του κορμού - ελέγχουν το μόνιτορ, ηλεκτροκαρδιογράφημα δείχνει φυσιολογικό, ο κορεσμός του οξυγόνου στο αίμα είναι οκ, η αρτηριακή πίεση είναι οκ. Μια χαρά, η Ακριβή και η συνάδελφος δείχνουν ικανοποιημένες με το αποτέλεσμα της δουλειάς τους. Το πάνω σεντόνι φτάνει και καλύπτει τον ασθενή μέχρι λίγο πιο πάνω από τον θώρακα... δεν φοράει κάτι άλλο κάτω από το σεντόνι, αυτό και μόνο καλύπτει τη γύμνια του. Μαζεύουν το βρώμικο υλικό, βγάζουν τα πλαστικά γάντια, είναι λερωμένα, βγάζουν τη πλαστική ποδιά, αλλάζουν ποδιά και γάντια, σειρά έχει ο επόμενος άρρωστος. Αλλάζουν στα γρήγορα κάποιες κουβέντες με τις άλλες συναδέλφους που κι αυτές στρώνουν στη πτέρυγα, «πήγατε στο 4;» «όχι ακόμα, ήμουν στο 6» «το 5 ξέρεις τι έγινε;»

Όπως ανέφερα στην προηγούμενη ενότητα, ίσως και εξαιτίας της πολυετούς εμπειρίας μου σε ΜΕΘ, μου πήρε πολύ χρόνο για να αντιληφθώ ότι εκφράσεις, όπως «πάμε για στρώσιμο... άντε να στρώσουμε... πότε θα ξεκινήσουμε στρώσιμο;», αφορούσαν πολλές περισσότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις από αυτή της αλλαγής κλινοσκεπασμάτων, και, το κυριότερο, ότι η χωρο-χρονική οργάνωση όλων αυτών των δραστηριοτήτων ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με το ζήτημα της λήψης αποφάσεων στη συγκεκριμένη Μονάδα. Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές/ριες όχι μόνο «έστρωναν» και τακτοποιούσαν τους αρρώστους πάνω στην κλίνη τους, λες και οι ίδιοι/ες ήταν προέκταση των κλινοσκεπασμάτων που άλλαζαν, αλλά εκτιμούσαν την αναπνευστική και νευρολογική τους κατάσταση, τους φρόντιζαν, τους μιλούσαν και συνέλεγαν τα πρώτα δεδομένα για την κλινική τους κατάσταση και στις τρεις πτέρυγες της Μονάδας.

Στο στρώσιμο, ο ασθενής της ΜΕΘ, από βρώμικος, ιδρωμένος και «τσαλακωμένος», μετατρέπεται σε ασθενή καθαρό, ελεύθερο βιολογικών υγρών, φροντισμένο, «στρωμένο» και «ευθυγραμμισμένο» στην κλίνη του. Ο ασθενής και, πιο συγκεκριμένα, το σώμα του ασθενούς, γίνεται ξανά καθαρό για την καθημερινή «φυσική εξέταση» από τον γιατρό της Μονάδας. Τα χέρια της Ακριβής έχουν κάνει δεύτερη φύση το να ακουμπάνε και να περιποιούνται το σώμα του ασθενούς. Το πανάκι με το ζεστό σαπουνόνερο είναι το εργαλείο «περιποίησης» της Ακριβής, η οποία ξέρει πώς να χειριστεί και ακουμπήσει το σώμα της ασθενούς της. Είτε φοράει γάντια είτε όχι, οι γνώσεις, οι δεξιότητες και η κλινική της εμπειρία περνάνε από τα ακροδάχτυλά της προς τον ασθενή που βιώνει την προδοσία του σώματός του. Ο επιπλέον προστατευτικός εξοπλισμός (δηλαδή η χειρουργική μάσκα προσώπου, η χειρουργική ποδιά πάνω από τη στολή της, τα γάντια) δεν επιδρά ανασταλτικά σε αυτό που η Ακριβή και η Στέλλα προσπαθούν να κάνουν, να παρέμβουν στις ανάγκες σωματικής φροντίδας που ο ασθενής δεν μπορεί να διαχειριστεί μόνος του. Κατά την

Bradby (2009), οι νοσηλεύτές/ριες δουλεύουν με λερωμένα και ευπαθή σώματα και παραβιάζουν σε καθημερινή βάση τις συμβάσεις που ακολουθούμε στις δυτικές κοινωνίες, όπου ο καθένας διαχειρίζεται τις σωματικές του λειτουργίες όσο το δυνατόν πιο ιδιωτικά και χωρίς τη βοήθεια άλλων. Στην Εντατική, όπως και στις κλινικές του νοσοκομείου, οι νοσηλεύτές/ριες έχουν την «άδεια» να ακουμπήσουν, καθαρίσουν, εξετάσουν και ελέγξουν κάθε πτυχή του δέρματος του ασθενούς. Με όρους Φουκώ, όπως και στην περίπτωση της ιατρικής, η γνώση που οι νοσηλεύτές/ριες κατέχουν για τη φροντίδα και περιποίηση του σώματος, του στόματος, των κατακλίσεων και των τραυμάτων, συνιστά τεχνολογία εξουσίας που τους δίνει το δικαίωμα να χειρίζονται και φροντίζουν το σώμα του ασθενούς (Φουκώ, 1973/1963).

Η Ακριβή δουλεύει επτά χρόνια στη ΜΕΘ, ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 25-34 ετών, κάνει το μεταπτυχιακό της πάνω στην επείγουσα νοσηλευτική και θεωρείται μια από τις σχετικά έμπειρες νοσηλεύτριες στη Μονάδα. Έτυχε να την δω στη Μονάδα αρκετές φορές και με εντυπωσίασε η μεθοδική προσέγγιση που είχε όταν έκανε τις εργασίες της. Είναι επιδέξια στους χειρισμούς της, ώστε να μην προκαλεί πόνο και δυσφορία στον άρρωστό της, και δίνει σημασία στη λεπτομέρεια όταν διαχειρίζεται υλικό (καθετήρες, καλώδια, σωλήνες) που είναι συνδεδεμένο με το σώμα του ασθενούς. Η ίδια κάνει πολλά πρωινά, είναι άτομο χαμηλών τόνων με διακριτική παρουσία, γυναίκα με ωραία χαρακτηριστικά και απλή απέρρικτη εμφάνιση με τα μαλλιά μαζεμένα πίσω και με ελάχιστο μακιγιάζ στο πρόσωπο. Η Ακριβή, όπως και η συνάδελφός της η Στέλλα, φοράει βαμβακερή μπλε κοντομάνικη μπλούζα και παντελόνι τα οποία δείχνουν καθαρά και φροντισμένα, - ρούχα χειρουργείου γνωστά και ως «scrubs» - είναι ευγενική προς όλους, συναδέλφους και ασθενείς, προσπαθεί να αποφεύγει τις ανοιχτές αντιπαραθέσεις ή συγκρούσεις αλλά φροντίζει να εκφράζει τις τυχόν ερωτήσεις και σκέψεις της προς τους γιατρούς ακόμα και όταν αμφισβητούνται από τους τελευταίους. Κάθε φορά που είναι υπηρεσία στην πτέρυγα αποτελεί μια παρουσία που εκπέμπει ηρεμία γύρω της. Παρόλα αυτά, όπως μου εκμυστηρεύτηκε, συχνά αγχώνεται μήπως κάνει κάτι λάθος αλλά περισσότερο για το αν θα προλάβει να ολοκληρώσει τις δουλειές της στον προβλεπόμενο χρόνο πριν έρθουν οι γιατροί ή στη περίπτωση που προκύψει κάτι επείγον.

[Σημειώσεις πεδίου]:

Οι δύο νοσηλεύτριες [Ακριβή και Στέλλα] και το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό (γνωστό και ως ΔΕ – δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) φορούσαν χειρουργικές μάσκες προσώπου, σκούφους και λεπτές υφασμάτινες χειρουργικές ποδιές μιας χρήσης, από αυτές που αγκαλιάζουν όλο το σώμα και ασφαλίζονται με κορδόνι γύρω από τη μέση, και έπλεναν μοιρασμένοι σε ομάδες των δύο όλους τους αρρώστους. Αυτό γινόταν χωρίς το πρωί σε κάθε μια από τις τρεις πτέρυγες.

Η γύμνια του κορμιού δεν τους φαίνεται παράταιρη στο περιβάλλον της ΜΕΘ, το σώμα πρέπει να γυμνωθεί από τα ρούχα και τα σεντόνια, αλλιώς πώς θα δουν το δέρμα; Το πολιτισμικό πλαίσιο της ΜΕΘ είναι τέτοιο που η γύμνια δικαιολογείται, δεν παρεξηγείται. Το τροχήλατο με τον ιματισμό είναι «παρκαρισμένο» στο κέντρο της πτέρυγας. Η παρουσία του στο δωμάτιο σημαίνει ότι το τελετουργικό του στρώσιματος έχει ξεκινήσει και ότι δεν έχει ολοκληρωθεί.

Και αυτή τη φορά, λίγο μετά τις επτά το πρωί, όπως συνήθως, η Ακριβή έχει μαζέψει τα μαλλιά της πίσω, με μεγάλα μάτια καθαρά και χαμογελαστά πίσω από τα γυαλιά που φοράει, και μαζί με τη βοηθό νοσηλευτών/ριών «ΔΕ» Λυδία,⁷² «στρώνουν» μια από τις ασθενείς στην πτέρυγα. Παρατηρώ ότι, καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας, η Ακριβή «σκανάρει» με το «βλέμμα» της όχι μόνο την ασθενή αλλά και τον υπόλοιπο χώρο και τους ασθενείς της, και δείχνει να σκέφτεται τις επόμενες εργασίες της. Λειτουργεί σιωπηρά και αρκεί κάποιος/α, ακόμη και μη ειδικός/ή, να την παρακολουθήσει για να εκτιμήσει το εύρος και βάθος των γνώσεων και δεξιοτήτων που κατέχει και κινητοποιεί στην εργασία της. Οι κινήσεις των έμπειρων χεριών της Ακριβής κατά την φροντίδα και τακτοποίηση των αρρώστων και του εξοπλισμού

⁷² Η Λυδία είναι μια από τους/τις ΔΕ της Μονάδας που μελέτησα και συμμετέχει ενεργά στην φροντίδα και στο στρώσιμο των αρρώστων κάθε πρωί. Όπως θα εξηγήσω και σε επόμενο κεφάλαιο, οι ΔΕ στις Εντατικές συνιστούν πολύτιμα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας και υποστηρίζουν τους/τις νοσηλευτές/ριες στη φροντίδα των ασθενών. Οι βοηθοί/ες νοσηλευτών/ριών παρακολουθούν διετή νοσηλευτική εκπαίδευση σε σχολές νοσοκομείων/ΙΕΚ/σχολές ΟΑΕΔ και υπάγονται στο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου. Στην Ελλάδα, ο όρος «ΔΕ» αναφέρεται στους/τις βοηθούς νοσηλευτών/ριών που αναφέρονται στον/την προϊστάμενο/η του τμήματος, λογοδοτούν στους/τις νοσηλευτές/ριες και εργάζονται υπό τις οδηγίες τους και επίβλεψη των νοσηλευτών/ριών. Σε γενικές γραμμές, οι ΔΕ: βοηθούν το νοσηλευτικό προσωπικό σε καθορισμένες νοσηλείες και στη φροντίδα και περίθαλψη των ασθενών και λαμβάνουν οδηγίες μόνο από αυτό· εκτελούν την καθαριότητα και την φροντίδα του ασθενούς· βοηθούν τον ασθενή κατά την διάρκεια που παίρνει την τροφή του και όταν υπάρχει αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης· εκτελούν το στρώσιμο του κρεβατιού του ασθενούς· δεν αναλαμβάνουν μόνοι/ες τους κανένα είδος νοσηλείας, παρά μόνο με την παρουσία νοσηλευτή/ριας· αναφέρουν στον/την νοσηλευτή/ρια ότι υποπέσει στην αντίληψή τους κι αφορά τους ασθενείς· συμπεριφέρονται ευπρεπώς στους αρρώστους και διατηρούν την ατομικότητα της προσωπικότητάς τους· ευθύνονται για την δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος στο θάλαμο του ασθενούς· βοηθούν τους αρρώστους που έχουν ανάγκη για ούρηση και αφόδευση και φροντίζουν την καθαριότητά τους (<http://pasyno.gr/>). Θα υποστήριζα ότι, οι ΔΕ στο εθνογραφικό παράδειγμα σωματοποιούνταν ως προέκταση του κλινικού βλέμματος των νοσηλευτών/ριών, αλλά και ως «γέφυρα» επικοινωνίας και σωματικής φροντίδας μεταξύ των νοσηλευτών/ριών της πτέρυγας και των ασθενών τους.

χαρακτηρίζονται από πραότητα και απαράμιλλη μεθοδικότητα – η οποία δεν συναντάται σε όλους/ες τους/τις νοσηλευτές/ριες της Μονάδας, όσο κι αν δίνουν προσοχή στην καθαριότητα του δέρματος, στο πόσο καλά είναι στρωμένο και τεντωμένο το σεντόνι, προς τα πού κοιτάζει το άνοιγμα της μαξιλαροθήκης, το αν το στόμα το ασθενούς έχει φροντιστεί, και στο αν ο ασθενής δείχνει καλά φροντισμένος πέρα από το να είναι σταθερός ως προς την κλινική του κατάσταση.

Η Ακριβή, η Στέλλα και η Λυδία έχουν φορέσει επιπλέον προστατευτικό ιματισμό, γάντια μιας χρήσεως και χειρουργικές μάσκες προσώπου που καλύπτουν στόμα και μύτη. Θα «στρώσουν» μια από τις ασθενείς στη πτέρυγα. Κατά το στρώσιμο κάποιοι/ες από τους/τις νοσηλευτές/ριες μιλάνε στους ασθενείς, αλλά αυτό δε συμβαίνει πάντα καθώς εξαρτάται από το αν ο άρρωστος είναι σε καταστολή ή όχι. Η ασθενής της Ακριβής, κυρία μεγάλης ηλικίας αλλά σε σταθερή κατάσταση, ανοίγει τα μάτια της και κοιτάζει γύρω της, δείχνει καταβεβλημένη. Όταν η οξεία φάση της νόσου έχει περάσει, τότε η φαρμακευτική καταστολή μειώνεται, και ο ασθενής σταδιακά ξυπνάει, ανοίγει τα μάτια του, κοιτάζει γύρω του με απορία και φόβο στα μάτια. Είναι η στιγμή που «επανεμφανίζεται» το πρόσωπο, ο άνθρωπος που κρύβεται πίσω από το πρησμένο και γεμάτο σωληνάκια σώμα. Η Λυδία, η βοηθός της Ακριβής, καθησυχάζει την ασθενή κατά την ώρα του πλυσίματος και μετατρέπει μια απρόσωπη πρακτική απομάκρυνσης της ρυπαρότητας σε πράξη φροντίδας, η οποία χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση⁷³ και ενδιαφέρον για τον άλλον. Πρόκειται για μια ιδιωτική (πολυχρονική) στιγμή μεταξύ τριών ανθρώπων, εδώ της Ακριβής, της Λυδίας και της ασθενούς, όπου οι νοσηλεύτριες μπαίνουν στη θέση της ασθενούς με μόνο σκοπό να την οδηγήσουν στο δρόμο της ανάρρωσης.

Η Λυδία έχει σκύψει πάνω από την ασθενή, τη κοιτάζει στο πρόσωπο, χαμηλόφωνα της λέει, «Καλημέρα τι κάνεις;» η ασθενής της γνέφει καταφατικά σαν να λέει καλά, δε μπορεί να μιλήσει γιατί εκπνέει μέσω τραχειοσωλήνα και ο εκπνεόμενος αέρας παρακάμπτει τις φωνητικές της χορδές.

⁷³ Η έννοια «ενσυναίσθηση», την οποία αναπτύσσω στο 3^ο κεφάλαιο, προέκυψε ως μια από τις διαστάσεις που χαρακτηρίζουν την εμπειρία του φροντίζεин στην Εντατική. Κάτι που εξηγώ και παρακάτω, είναι ότι ενσυναίσθηση δε σημαίνει μόνο «συν-αισθάνομαι», αλλά και «κάνω κάτι γι' αυτό». Ο/Η νοσηλευτής/ρια είναι «διαθέσιμος/η» για τον ασθενή, αναπτύσσει θεραπευτική σχέση, είναι «κοντά του», και ανταποκρίνεται με όρους Εντατικής Θεραπείας στις ανάγκες του.

«Θα σου αλλάξουμε λίγο τα σεντόνια, εντάξει; Άνοιξε λίγο τα μάτια καλά».

Συγκεντρώνουν το απαιτούμενο υλικό και ιματισμό για πλύσιμο και στρώσιμο, έχουν ήδη «ντυθεί» με πράσινες λεπτές υφασμάτινες χειρουργικές ποδιές μιας χρήσης. Τις ρωτάω αν χρειάζεται να ντυθώ κι εγώ και να βοηθήσω.

«Μόνο στο 3 αν χρειαστεί» [δηλαδή στον ασθενή που είναι στο κρεβάτι «3»]

Η Ακριβή συνηθίζει να μιλάει στους ασθενείς της, να λέει τι κάνει και να κάνει και ερωτήσεις στους ασθενείς της. Η φωνή της διακρίνεται από μια ευγένεια, τους μιλάει σχεδόν μελωδικά με σταδιακές αλλαγές στην ένταση της φωνής, κοιτάζει την άρρωση στα μάτια και πιάνει τον ώμο της σταθερά, της μιλάει στον ενικό και της δίνει χρόνο να απαντήσει. Ενδεικτικά, από αυτά που ακούω,

«Να σου πλύνω το ποδαράκι... μη φοβάσαι σε κρατάω... θα γυρίσουμε σε λίγο...».

Η Ακριβή και η Λυδία έχουν σφουγγίσει με ζεστό σαπουνόνερο το στήθος και την κοιλιακή χώρα της ασθενούς, τα χέρια της, μετά τις μασχάλες, τη βουβωνική περιοχή. Την έχουν ξεσκεπάσει πλήρως, η ασθενής δείχνει μικροσκοπική και ωχρή πάνω στο κρεβάτι της ΜΕΘ με τα ηλεκτρόδια και τους καθετήρες πάνω της. Η Ακριβή έχει γυρίσει την ασθενή επί κλίνης όπως είναι ξαπλωμένη στο πλάι προς τη μεριά της και έτσι αποκαλύπτεται η πλάτη της, ζαρωμένη και κόκκινη στις ωμοπλάτες, τα οπίσθια της, ελαφρώς λερωμένα και ιδρωμένα από τη πάνα ακράτειας, και το πίσω μέρος των ποδιών της, οι γάμπες και οι πτέρνες της δείχνουν κόκκινες. Ο ουροκαθετήρας συλλέγει τα ούρα της σε ουροσυλλέκτη. Η Λυδία, την οποία παρακολουθεί η Ακριβή, σφουγγίζει την πλάτη της ασθενούς με υγρά μαντιλάκια, της σκουπίζει το δέρμα με το σεντόνι γιατί δεν έχει πετσέτα, εξετάζει το δέρμα για κατακλίσεις και περνάει κατά μήκος της ασθενούς καθαρό σεντόνι στο ήμισυ του κρεβατιού. Η ασθενής δείχνει να ζορίζεται να παραμείνει στο πλάι της – πολύ πιθανόν να πονάει – δεν μπορεί να το εκφράσει με λόγια αλλά η έντονη σύσπαση των λιγιστών μυών που έχει, το τρεμούλιασμα και η αγωνία στο πρόσωπο, δείχνουν ότι για κάποιο λόγο θέλει να γυρίσει σε ύπτια θέση πριν καν στρωθεί το καθαρό σεντόνι στο κρεβάτι. Ο πόνος και η οδύνη είναι μια από τις διαστάσεις που έχουν μελετηθεί εκτενώς στην ανθρωπολογία. Όπως έχουν υποστηρίξει η Das (1996), η Scary (2004/1985) και η Σερεμετάκη (1996) μεταξύ άλλων,⁷⁴ η μοναδικότητα του πόνου εκφράζεται μέσω της

⁷⁴ Ο πόνος, ως μοναδική προσωπική εμπειρία, υπενθυμίζει τόσο τα πεπερασμένα όρια των επιστημονικών επιτευγμάτων όσο και τα όρια του ίδιου του σώματος. Η Scary αναφέρει τις δυσκολίες που απαντώνται στην έκφραση του πόνου, στην αδυναμία να εκφραστεί ο σωματικός πόνος, καθώς

αφήγησης του/της πάσχοντος/σας, της χρήσης ή συχνά και της επινόησης ενός πολύ ιδιαίτερου λόγου, ενός προσωπικού γλωσσικού ιδιώματος στο οποίο καταφεύγει ο/η πάσχων/ουσα προκειμένου να αφηγηθεί ενώπιον μαρτύρων το πώς βιώνει τον πόνο του/της, ή αλλιώς να προβεί σε μια δημόσια δήλωση που απαιτεί αναγνώριση. Το αίτημα της αναγνώρισης μπορεί να ικανοποιηθεί, αλλά μπορεί και όχι, κατά την ανθρωπολόγο Veena Das (1996). Αυτό εξαρτάται από το πόσο η αντι-γλώσσα του πόνου αναγνωρίζεται ως τέτοια και καθίσταται κατανοητή τόσο από τους γιατρούς όσο και από τους/τις νοσηλευτές/τριες (Μακρυνιώτη, 2004). Οι νοσηλευτές/τριες μοιράζονται τον πόνο με τον/την ασθενή (Βουζάβαλη, 2008). Η Ακριβή αντιλαμβάνεται το τράβηγμα της ασθενούς ως σημάδι πόνου. Της λέει, «Μη ζορίζεσαι γιατί έτσι δεν μπορώ να σε γυρίσω». Ο ηχητικός συναγερμός του αναπνευστήρα χτυπάει λόγω ταχύπνοιας της ασθενούς, η άρρωστη παίρνει πολλές ανάσες, μήπως τώρα πονάει περισσότερο; Βήχει γιατί έχει πολλές βρογχικές εκκρίσεις που με την αλλαγή θέσης ανέβηκαν από τους πνεύμονες, μέσω της τραχείας, ψηλά πάνω στον τραχειοσωλήνα. Η ασθενής αναζητάει με τα χέρια της την Ακριβή, θέλει να κρατηθεί από αυτή, νομίζει ότι θα πέσει από το κρεβάτι. Η Λυδία της χαϊδεύει την πλάτη.

«Εντάξει σε κρατάω, μη φοβάσαι... έτσι... μπράβο... να σε γυρίσουμε από την άλλη πλευρά;»

Ο τεχνητός φωτισμός της Μονάδας είναι λευκός, δυνατός και σκληρός, με ευκολία αποκαλύπτει όλες τις ρυτίδες του δέρματος, το προχωρημένο της ηλικίας. Τα σημάδια στο γυμνό σώμα από τους φλεβοκαθετήρες είναι εμφανή. Οι μελανιές και τα οιδήματα, οι τσακίσεις του σεντονιού που έχουν αφήσει το αποτύπωμα στο ιδρωμένο σώμα της ασθενούς, η κάθε χειρουργική τομή και ταλαιπωρία που έχει υποστεί φαίνονται απροκάλυπτα καθώς η Ακριβή και η Λυδία το χειρίζονται με λεπτούς χειρισμούς, κάνοντας τη καλύτερη χρήση των έμπειρων χεριών τους, κάποιες φορές

αυτός αντιστέκεται και ενεργά καταστρέφει την γλώσσα. Επίσης, η ίδια αναγνωρίζει ότι σε πολλές περιπτώσεις οι γιατροί δεν εμπιστεύονται τη μαρτυρία του ασθενούς: «στην πραγματικότητα αντιλαμβάνονται τη φωνή του ασθενούς ως τη φωνή ενός αναξιόπιστου αφηγητή των σωματικών συμβάντων... αν όμως το μοναδικό εξωτερικό σημάδι της βιωμένης εμπειρίας του πόνου είναι η λεκτική αναφορά του ασθενούς, τότε το να προσπερνάται η φωνή του είναι σαν να προσπερνάται το σωματικό συμβάν... το πρόσωπο που πονάει» (Scary, 2004, σ.365).

μόνο με την άκρη των δακτύλων τους για να μη τους πονέσουν, εν μέσω των άλλων κλινών στην πτέρυγα. Το ακουμπούν, το φροντίζουν, το σφουγγίζουν, το στεγνώνουν με ζεστό νερό και σαπούνι. Το δέρμα της ασθενούς είναι ζαρωμένο, ωχρο και αφυδατωμένο. Η Ακριβή και η Λυδία ξέρουν με λεπτομέρεια ποιο είναι το επόμενο βήμα, είναι συγχρονισμένες μεταξύ τους και εναρμονισμένες με τις ανάγκες του σώματος της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια Martha Macleod (1994), σε έρευνα που διεξήγαγε σε νοσοκομείο του Καναδά, υποστηρίζει ότι «τα μικρά πράγματα» και οι λεπτομέρειες της καθημερινότητας (everyday life) είναι αυτά που αποκρύπτουν τι πράγματι συμβαίνει στην κλινική πράξη του νοσοκομείου (*it's the little things that count*). Όπως και στο παρόν εθνογραφικό παράδειγμα, στη μελέτη της Macleod, πρώτιστο το μέλημα των νοσηλευτών/ριών ήταν να κατευθύνουν τους ασθενείς τους – με τις υποστηρικτικές τους παρεμβάσεις – στο δρόμο προς την ανάρρωση, μέσα από την παρατήρηση, την κατανόηση και την παρέμβαση για το «καλό του ασθενή». Κατά τη Macleod, ενώ κατά τις πρώτες μέρες της νοσηλείας, το κλινικό βλέμμα των νοσηλευτών/ριών χαρακτηρίζεται πρωτίστως από το βιοϊατρικό μοντέλο και το αντίστοιχο «ιατρικό βλέμμα»,⁷⁵ όπου ο ασθενής εξετάζεται με όρους ανατομίας και φυσιολογίας, στη συνέχεια, καθώς ο ασθενής αναρρώνει και ο «άνθρωπος» επανέρχεται στην επιφάνεια και επικοινωνεί με το περιβάλλον του, οι νοσηλευτές/ριες τροποποιούν το βλέμμα τους και συμπεριλαμβάνουν σε αυτό και την ανθρώπινη διάσταση του ασθενούς, αναπτύσσουν δηλαδή το «νοσηλευτικό βλέμμα».

⁷⁵ Σύμφωνα με τον Armstrong (2006/1994), η υπεροχή του βιοϊατρικού μοντέλου, από το οποίο αντλεί η νοσηλευτική σημαντικό μέρος του δικού της γνωστικού κεφαλαίου, είναι μαρτυρία της ιατρικής εξουσίας που κυκλοφορεί στο νοσοκομείο και που ασκείται στο ανθρώπινο σώμα μέσω της παρατήρησης. Η εξέταση και παρακολούθηση των λειτουργιών του σώματος σε περιβάλλον Πανοπισμού στην Εντατική καθορίζει τη σχέση εξάρτησης που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και το είδος της εργασίας και «βλέμματος» που ασκείται στο νοσοκομείο και στη ΜΕΘ. Η επιστημονική γνώση και ο επιστημονικός λόγος υποχρεώνει γιατρούς και νοσηλευτές/ριες να συμπεριφερθούν και να ασκήσουν πολύ συγκεκριμένο κλινικό βλέμμα. Για παράδειγμα, κάθε φορά που εφαρμόζεται στον ασθενή το στηθοσκόπιο ή το πιεσόμετρο από τον επαγγελματία υγείας, αυτό βρίσκεται σε διαπλοκή με το κλινικό βλέμμα, γιατί «ενισχύει το γεγονός ότι ο ασθενής διαθέτει σώμα 'αναλύσιμο' με διακριτά όργανα και ιστούς που μπορούν να φιλοξενήσουν μια παθολογική βλάβη» (Armstrong, 2006/1994, σ.24). Δηλαδή, το γνωστό στηθοσκόπιο «ανακατασκεύασε» αυτό που αντιλαμβανόμαστε ως εσωτερικό του ανθρώπινου σώματος, και υποχρέωσε τον επαγγελματία υγείας να διεκδικεί συνεχώς το γνωστικό του κεφάλαιο προκειμένου να ερμηνεύει σωστά τα ευρήματα κατά τη φυσική εξέταση.

Του απευθύνουν το λόγο, τον ενημερώνουν για ό,τι συνέβη τις ημέρες που «κοιμόταν», τον ρωτάνε αν πονάει, και τον καθησυχάζουν για την περίπτωση που αυτός δεν μπορεί να μιλήσει λόγω της τραχειοτομίας του. Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές/ριες βοηθούν τους ασθενείς στο «να ξεπεράσουν το εμπόδιο» (they help patients over the hump). Έτσι, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό συνεχίζει να ανασκοπεί, να διαβάζει και να ερμηνεύει το σώμα του ασθενούς με όρους ανατομίας και φυσιολογίας κατά τη θεώρηση του Φουκώ,⁷⁶ συγχρόνως αναπτύσσουν νοσηλευτική πράξη η οποία αναγνωρίζει το «πρόσωπο», τις ιδιαιτερότητες και την ανθρώπινη διάσταση του ασθενούς. Δηλαδή, η νοσηλευτική πράξη εμπεριέχει χαρακτηριστικά «εξατομικευμένης» φροντίδας, θεραπεύει όχι μόνο τις βιοφυσιολογικές ανάγκες που προκύπτουν από τη «νόσο», αλλά και τις ιδιαιτερότητες και ανάγκες του ασθενούς που προκύπτουν από την εμπειρία της «ασθένειας», την αρρώστια.⁷⁷ Όμοιες παρατηρήσεις έχει κάνει και ο κοινωνιολόγος Carl May (1992), στη μελέτη του σε νοσοκομείο του Η.Β. όπου οι νοσηλευτές/ριες έδειξαν πως ήταν σημαντικό για εκείνους/ες να ξέρουν τον ασθενή τους και ως «άτομο», όχι μόνο ως

⁷⁶ Ο Φουκώ, στο βιβλίο «The birth of the clinic» (1973, στην αγγλική γλώσσα· μτφρ στην ελληνική 2012: *Η γέννηση της κλινικής*), υποστήριξε ότι η θεώρηση του σώματος στο χώρο της υγείας συνδέεται άρρηκτα με τη νέα ιατρική γνώση, την τεχνολογία της πειθαρχίας και τον Πανοπτισμό. Τόσο η ανατομία των πτωμάτων, που ανέδειξε τα μυστικά του στους ζωντανούς, όσο και η νέα αρχιτεκτονική του ιατρικού ιδρύματος (κλινική, νοσοκομείο, χειρουργείο), κατέστησαν το ανθρώπινο σώμα αντικείμενο παρατήρησης και άρχισαν να το προσεγγίζουν όλο και πιο αφηρημένα, καθώς τα συγκεκριμένα σώματα εντάχθηκαν σε μια γενική τοπογραφία των ασθενειών. Η προσωπική ιστορία των ασθενών σταμάτησε να ενδιαφέρει τον γιατρό, καθώς εκείνος εστίαζε στο σύμπτωμα και στη διάγνωση του. Οι Snyder και Mitchell (2011/2001, σ.296) θεωρούν ότι οι κατακλυσμιαίες αλλαγές που παρατηρήθηκαν στην ιατρική σήμαναν και την υποβίβαση του σώματος σε προκαθορισμένες κατηγορίες απόκλισης, με τους γιατρούς να λειτουργούν ως ρυθμιστές της παθολογίας.

⁷⁷ Όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο με αφορμή το έργο του ανθρωπολόγου Arthur Kleinman (1973), η «νόσος» (disease) μας παραπέμπει στο σύμπτωμα και στη πάθηση, ενώ η «ασθένεια» (illness) στο βίωμα του πόνου, της δυσφορίας. Ή αλλιώς, η «νόσος» αναφέρεται στη βιολογική δυσλειτουργία, που είναι αρμοδιότητα των επαγγελματιών υγείας ή επιστημόνων, και η «αρρώστια/ασθένεια» αναφέρεται στην υποκειμενική ή διυποκειμενική βίωση, απόκριση και πολιτισμική ερμηνεία από πλευρά ατόμου-ασθενούς» (Αθανασίου, 2011α, σ.68). Ωστόσο ο ανθρωπολόγος Michael Taussig (2011/1980) υποστηρίζει ότι η παραπάνω διχοτομία οδηγεί στην άκριτη διάκριση μεταξύ γιατρού και ασθενούς, και μας αφαιρεί τη δυνατότητα εξέτασης και ανάδειξης της «πραγματικότητας ως κλινικής κατασκευής», ή και της «πολιτισμικής κατασκευής της κλινικής πραγματικότητας». Κατά τον Taussig οι ενδείξεις και τα συμπτώματα της ασθένειας, καθώς και η θεραπευτική τεχνολογία, δεν είναι απλώς «πράγματα καθαυτά» (οντολογίες), δεν είναι μόνο βιολογικά και σωματικά, αλλά επίσης σημάδια κοινωνικών σχέσεων που εμφανίζονται σαν φυσικά πράγματα εξαιτίας της ιατρικής γλώσσας. Όμοια, κατά την Αθηνά Αθανασίου, εξαιτίας αυτής και γενικότερα του βιοϊατρικού μοντέλου, «η νόσος καθίσταται πράγμα, διακριτό και διαχωρίσιμο από το κοινωνικό υποκείμενο [πραγματοποίηση]» (Αθανασίου, 2011α, σ.17).

«σώμα», ως ιατρική διάγνωση. Ως προς τη διάσταση του «σώματος», το νοσηλευτικό προσωπικό όριζε την κλινική ταυτότητα του ασθενούς με βάση τα συμπτώματα και το ιατρικό ιστορικό. Ή αλλιώς (όπως θα φανεί και στο δικό μου παράδειγμα), ερμήνευαν και ανακατασκεύαζαν το σώμα του ασθενούς με μια σειρά εργαστηριακών τιμών. Εδώ υπερείχε το ιατρικό βλέμμα και οι γνώσεις που πηγάζουν από το βιοϊατρικό μοντέλο της ιατρικής. Ως προς τη διάσταση του ατόμου, οι νοσηλεύτές/ριες ήθελαν να ξέρουν πώς ήταν οι ασθενείς τους ως άτομα και ως άνθρωποι με συνήθειες στην κοινότητα, πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.⁷⁸ Ο May υποστηρίζει ότι η εστίαση στο κοινωνικό και ατομικό τους ιστορικό βοηθάει το νοσηλευτικό προσωπικό στο να εδραιώσει μια πιο προσωπική σχέση με τον ασθενή, να διατηρήσει ένα είδος ρουτίνας και κανονικότητας για τους ασθενείς που θα τους επιτρέψει να αναρρώσουν ταχύτερα, και τέλος στο να ασκήσει κλινικό βλέμμα το οποίο είναι περισσότερο νοσηλευτικό παρά αμιγώς ιατρικό, καθώς περιλαμβάνει και την ανθρώπινη διάσταση του ασθενούς και όχι μόνο συμπτώματα και εργαστηριακές τιμές. Οι συμμετέχοντες/ουσες στη παρούσα μελέτη ομοίως ασκούν κλινικό βλέμμα, το οποίο ήταν και ιατρικό, ειδικά στην οξεία φάση της νόσου, όπου η σαρκική και βιολογική διάσταση του σώματος υπερέχει αυτής του ατόμου, και νοσηλευτικό, ειδικά στη φάση της ανάρρωσης, όπως στην περίπτωση της Ακριβής και της Στέλλας. Οι δύο νοσηλεύτριες ήξεραν καλά την άρρωση ως «άτομο», όπως και την οικογένειά της.

[Από τις σημειώσεις μου] Την ίδια ώρα, στο διπλανό κρεβάτι, δύο άλλες νοσηλεύτριες πλένουν και αυτές επί κλίνης έναν από τους ασθενείς της πτέρυγας. Μπορώ και τις βλέπω γιατί η Μονάδα δεν έχει κουρτίνες ή παραβάν μεταξύ των κλινών, οπότε δεν απομονώνεται με κουρτίνα το κρεβάτι του ασθενούς από την

⁷⁸ Στη βάση της παραπάνω αξίωσης, το νοσηλευτικό προσωπικό συλλέγει το λεγόμενο «νοσηλευτικό ιστορικό» κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική ή στην Εντατική, όπου σε ειδικό έντυπο (εισαγωγή ασθενούς, στα αγγλικά ‘admission sheet’) καταγράφει όλες τις πληροφορίες που εμπίπτουν στο ιατρικό, κοινωνικό και οικογενειακό του προφίλ (π.χ. επάγγελμα, διεύθυνση κατοικίας, οικογενειακή κατάσταση, hobby, θρησκεία), το είδος της κατοικίας στην οποία διαμένει, το επίπεδο αυτοφροντίδας του (π.χ. ένδυση, καθαριότητα, κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή), όπως και το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, φαρμακευτική αγωγή και τα ζωτικά σημεία κατά την εισαγωγή στην κλινική. Έχουν αναπτυχθεί νοσηλευτικές θεωρίες – μοντέλα (nursing theories – models) που προσδιορίζουν τον τρόπο θέασης και εξέτασης του ασθενούς. Στην Αγγλία χρησιμοποιείται ευρέως το μοντέλο των Roper-Logan-Tierney στα νοσοκομεία, το οποίο εκτιμάει τις νοσηλευτικές ανάγκες του ασθενούς με βάση το επίπεδο αυτοφροντίδας τους στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (daily living activities). Στην Ελλάδα δεν εφαρμόζεται κάτι ανάλογο στα νοσοκομεία.

υπόλοιπη Μονάδα κάθε φορά που αποκαλύπτεται το σώμα του ασθενούς.⁷⁹ Κατά το στρώσιμο, η πτέρυγα με τους έξι ασθενείς καθίσταται χώρος ασφαλής, ζώνη ιδιωτικότητας, η οποία συμβολικά και χωροταξικά είναι διακριτή από τους άλλους χώρους της ΜΕΘ, στην οποία μετέχουν κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό και οι ασθενείς τους. Ακόμα και οι γιατροί, όταν εισέρχονται στην πτέρυγα, το κάνουν για λίγο και συνήθως μελετούν τους φακέλους στη κεντρική στάση και παίρνουν δείγμα αίματος. Μετά απομακρύνονται, πάνε στην πρωινή ενημέρωση. Ο ασθενής στο διπλανό κρεβάτι είναι σε καταστολή (τεχνητό κώμα), είναι διασωληνωμένος, φέρει πολλά καλώδια που τον συνδέουν σε μόνιτορ και το αναπνευστικό του σύστημα υποστηρίζεται μηχανικά στον αναπνευστήρα.⁸⁰ Οι νοσηλεύτριες «στρώνουν» τον άρρωστο κατά τρόπο παρόμοιο με αυτόν που περιέγραψα, αλλάζουν και το αυτοκόλλητο επίθεμα τραύματος σε σημείο του σώματος που έχει αναπτύξει μια μικρή πληγή, σε αυτή την περίπτωση πρόκειται για κατάκλιση στον κόκκυγα. Ακούω τις δύο νοσηλεύτριες να ανταλλάσσουν μεταξύ τους οδηγίες, όπως «δώσε μου το μαξιλάρι», «κάνε αυτό», «γύρνα τον στο πλάι... πιάσε το σωλήνα... πρόσεχε τη γραμμή... δώσε μου τον καθετήρα... για δεξ τη πληγή...». Ο συναγερμός της ηλεκτρονικής αντλίας χορήγησης φαρμάκων χτυπάει δυνατά, ο ήχος είναι εκνευριστικός.... «Γιατί χτυπάει; Τσάκισε ο καθετήρας στη φλέβα;» Παρατηρώ ότι κατά το στρώσιμο δεν μιλούν στον άρρωστο αλλά μόνο μεταξύ τους αν και οι δύο τους είναι πάνω από τον άρρωστο και πολύ κοντά στο σώμα του με τα δικά τους «θωρακισμένα» με ποδιές σώματα κι έχουν γίνει ένα με το σώμα του ασθενούς. Σαν να γίνεται το πλύσιμο σώματος κάπως μηχανικά, αν και βλέπω από το διπλανό κρεβάτι ότι προσέχουν να μην τον πονέσουν ή τραυματίσουν κατά την αλλαγή θέσης στο κρεβάτι.

Το τρίπτυχο της λάτρας του σώματος

Η πρωινή λάτρα του σώματος των ασθενών στο εθνογραφικό παράδειγμα αποτελεί το κατάλληλο πλαίσιο για να αναπτύξουν οι νοσηλευτές/ριες μια περισσότερο «σωματική» και «ιδιωτική» σχέση με τους/τις ασθενείς τους. Η λάτρα ή αλλιώς το σφούγγισμα του σώματος του ασθενούς έχει τρία χαρακτηριστικά ή ιδιότητες: φέρνει το/τη νοσηλευτή/ρια πιο κοντά στον ασθενή του, αφού σκοπός της είναι η απομάκρυνση των μυρών ουσιών από το δέρμα, δημιουργεί μια «ζώνη» ιδιωτικότητας μεταξύ νοσηλευτών/ριών και ασθενών στις πτέρυγες και επιβεβαιώνει, τελετουργικά, την κυριαρχία της ιατρικής επιστήμης μέσω της τεχνικής της «απολύμανσης».

⁷⁹ Σε αντίθεση με τις ΜΕΘ στην Αγγλία, όπου κάθε φορά που οι γιατροί και οι νοσηλευτές/ριες κάνουν κάποια παρέμβαση/διαδικασία, ο ασθενής προστατεύεται από τα βλέμματα των άλλων και επιμελώς απομονώνεται από την υπόλοιπη Μονάδα με κουρτίνες για προστασία της ιδιωτικότητας (privacy), δε συμβαίνει κάτι ανάλογο στο εθνογραφικό παράδειγμα. Ωστόσο, στο ελληνικό παράδειγμα δεν επιτρέπονται οι επισκέψεις συγγενών παρά μόνο για μισή ώρα το απόγευμα.

⁸⁰ Ο αναπνευστήρας παρέχει ανάσες με συγκεκριμένη εισπνευστική ροή μείγματος αέρος στον ασθενή μέσα από ένα κλειστό κύκλωμα σωλήνων.

Το πρώτο χαρακτηριστικό της λάτρας, που αφορά στο ζήτημα του κατά πόσο «κοντά» έρχεται ο/η νοσηλευτής/ρια με το σώμα των ασθενών και τις ανάγκες φροντίδας που προκύπτουν από τη σοβαρή νόσο, σχετίζεται γενικότερα με τη συζήτηση της σχέσης της νοσηλευτικής προς το ανθρώπινο σώμα και τη φροντίδα των βιολογικών του αναγκών. Κατά την εξέταση της φύσης της νοσηλευτικής, ως τέχνης και ως επιστήμης, δηλαδή της κλινικής και θεωρητικής της διάστασης, η ενασχόληση με το πάσχον και μιαρό σώμα συνιστά αναπόσπαστο συστατικό στοιχείο και σπουδή για όποιον και όποια μυείται σε αυτή. Όπως έχω ήδη αναφέρει στο πρώτο κεφάλαιο, η νοσηλευτική έχει συσχετιστεί άμεσα με την έννοια της φροντίδας (care), η οποία μπορεί να περιλαμβάνει πλήθος δραστηριοτήτων, από πολύπλοκες τεχνικές διαδικασίες και παρεμβάσεις, μέχρι το κράτημα του χεριού του/της ασθενούς που πονάει. Αν και οι Taylor et al. (2010/1997) υποστηρίζουν ότι είναι πολύ δύσκολο να απεικονιστεί με σαφήνεια και ακρίβεια το περιεχόμενο και ο στόχος της Νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης, διαπιστώνουν ότι η εγγύτητα με το σώμα και η διάθεση προσφοράς φροντίδας του, με την έννοια της περιποίησης και της «έγνομιας» γι' αυτό, βρίσκονταν και συνεχίζουν να βρίσκονται στην καρδιά της νοσηλευτικής.⁸¹ Η συμμετέχουσα Άρτεμις μου μιλάει για τον ασθενή που της έχει «χρεωθεί» από τον προϊστάμενο της Μονάδας σαν να είναι «δικός της». Κατά παρόμοιο τρόπο, η εγγύτητα μεταξύ Ακριβής και ασθενούς δεν μπορεί να απουσιάζει από αυτό που λαμβάνει χώρα κατά το «στρώσιμο», καθώς το ίδιο το στρώσιμο των αρρώστων δημιουργεί ένα περιβάλλον κατάλληλο για να έρθουν πιο κοντά η Ακριβή και η ασθενής της.

Είναι ενδιαφέρουσα η παρατήρηση της Nettleton (2002) ότι η φροντίδα υγείας του ανθρώπινου σώματος, η οποία συχνά προσκρούει στις ευαισθησίες του δυτικού πολιτισμού, έχει διεκδικήσει το δικό της κομμάτι στην καθημερινή ρουτίνα των νοσηλευτών/ριών και του νοσοκομείου. Ενώ δηλαδή ορισμένες λειτουργίες του σώματος και οι εκκρίσεις του φαίνεται ότι ανατρέπουν την πολιτισμικά

⁸¹ Οι Taylor et al. (2010/1997, σ.33) ορίζουν την επιστήμη και τέχνη της νοσηλευτικής ως εξής: «Η επιστήμη της νοσηλευτικής είναι η βάση των γνώσεων της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, ενώ η τέχνη είναι η κατάλληλη εφαρμογή της γνώσης, η οποία συμβάλλει στην επίτευξη της μέγιστης λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής των ατόμων».

κατασκευασμένη έννοια του «καθαρού» σώματος, ο/η νοσηλευτής/ρια καλείται να περιποιηθεί, να έρθει πιο «κοντά» και να «συν-αισθανθεί» - με τρόπους που αναπτύσσω στο τέταρτο κεφάλαιο όπου περιγράφω τη βιωμένη εμπειρία του «φροντίζειν» - το «βρώμικο» και μιαρό σώμα του/της πάσχοντος/ουσας ασθενούς, ακολουθώντας συγκεκριμένους κανόνες συμπεριφοράς στο νοσοκομείο. Κατά συνέπεια, δραστηριότητες φροντίδας και περιποίησης του σώματος, που έχουν «εκπολιτιστεί» και περιορίζονται στον ιδιωτικό βίο, συχνά επιτελούνται «δημόσια» - στο νοσοκομείο - από τους/τις νοσηλευτές/ριες και εν μέσω ενός πλήθους άλλων παράλληλων δραστηριοτήτων και φυσικών προσώπων (Nettleton, 2002· βλ. και Bradby, 2009· Lawler, 1991).⁸²

Στο εθνογραφικό παράδειγμα, οι νοσηλευτές/ριες διαχειρίζονται τα σώματα των ασθενών με διακριτικότητα και με τρόπο που να μη δημιουργούν αμηχανία στους ασθενείς. Έτσι, η απομάκρυνση του ιματισμού από το γυμνό σώμα του ασθενούς, οι καθετήρες και οι παροχετεύσεις, τα ούρα στον σάκο συλλέκτη ούρων, οι λερωμένες πάνες, το τραύμα στην κοιλιά, το λερωμένο στόμα, δεν προσβάλλουν και δεν συνιστούν «ασέβεια» προς τον ασθενή.

Ωστόσο, το προνόμιο που έχουν οι «νοσοκόμες» να διαχειρίζονται, να ακουμπάνε, να καθαρίζουν το «άρρωστο» σώμα του άλλου εκλαμβάνεται και ως «στίγμα» από τους/τις πληροφορητές/ριές μου, οι οποίοι/ες νιώθουν ότι ο ρόλος τους

⁸² Κατά τη Bradby (2009), το γεγονός ότι στη Δύση μαθαίνουμε να διαχειριζόμαστε τα σώματα και τα συναισθήματά μας σε καθημερινή βάση για να κρατήσουμε συγκεκριμένες δραστηριότητες (π.χ. αφόδευση, ούρηση, προσωπική καθαριότητα) και συναισθήματα μακριά από τον δημόσιο χώρο φαίνεται όταν ο ασθενής «λερώνεται» ή αλλιώς κάνει την τουαλέτα του στην πάνα και στο κρεβάτι, πράγμα που του δημιουργεί δυσφορία. Σύμφωνα με τη Lawler (1991) στη μελέτη *Behind the Screens: Nursing, Somology and the Problem of the Body*, οι νοσηλευτές/ριες σε νοσοκομεία του Η.Β., προκειμένου να διαχειριστούν το αίσθημα ντροπής των ασθενών τους, προσπαθούν να εξασφαλίζουν πέντε συνοδευτικές πρακτικές: να φορούν στολή εργασίας, να φέρονται με τον αρμόζοντα τρόπο, να μη δίνουν έμφαση σε ατυχή συμβάντα (σε επεισόδιο ακράτειας ούρων/κοπράνων), να ζητούν από τους συγγενείς να αποχωρήσουν πριν ασχοληθούν με τη φροντίδα του σώματος του ασθενή, και να διατηρούν την ιδιωτικότητα των συνομιλιών κατά τη διάρκεια του πλυσίματος (Lawler, 1991). Ο Elias (1978), εξετάζοντας τις διαδικασίες του «εκπολιτισμού» από τον Μεσαίωνα κ.ε., δηλαδή τις «εκπολιτιστικές» αλλαγές που σχετίζονται με το σώμα ως προς την εθιμοτυπία, τους κώδικες συμπεριφοράς, τους τρόπους ένδυσης, τις συνήθειες ύπνου, τους τρόπους διατροφής, την αιδώ και την ευπρέπεια, επισημαίνει ότι, α) το άτομο ενθαρρύνεται να κρύβει τις φυσιολογικές του λειτουργίες, β) το σώμα καταλήγει να εκτιμάται με όρους περισσότερο κοινωνικούς παρά φυσικούς, και γ) πολλές φυσιολογικές λειτουργίες θεωρούνται προσβλητικές και κακόγουστες (π.χ. το να ουρήσει κάποιος σε «ακατάλληλο» μέρος του σπιτιού). Οι διαδικασίες αυτές οδήγησαν στο λεγόμενο «εκπολιτισμένο σώμα».

στη συγκεκριμένη ΜΕΘ περιορίζεται κυρίως στην περιποίηση και «λάτρα» του σώματος. Με άλλα λόγια, η φροντίδα και «λάτρα» του σώματος νοσηματοδοτείται από τους/τις νοσηλευτές/ριες ως μια εργασία υποδεέστερη και λιγότερο επιστημονική από τις άλλες παρεμβάσεις και νοσηλευτικές εργασίες που λαμβάνουν χώρα στη ΜΕΘ (π.χ. ετοιμασία και χορήγηση φαρμάκων, αιμοδυναμική παρακολούθηση, διαχείριση του αναπνευστήρα), κάτι που νομίζω ότι υποδηλώνεται τόσο από τον εντόπιο όρο «στρώσιμο», όσο και από τα λεγόμενα του συμμετέχοντα Γρηγόρη, έμπειρου νοσηλευτή, ο οποίος παραδέχεται ότι σε αυτή τη ΜΕΘ το πρωί ξεκινάνε με «πλύσιμο» και «σφουγγάρισμα» αντί να παρακολουθούν μαθήματα με τους γιατρούς. Επίσης, η έναρξη της βάρδιας με το «πλύσιμο» των ασθενών μαρτυρά και την πρώτιστη σημασία που αποδίδει η Νοσηλευτική Υπηρεσία του νοσοκομείου στην καθαριότητα και φροντίδα των ασθενών μάλλον, παρά στην καλύτερη γνώση των περιστατικών και επομένως τη βελτίωση του σώματος νωρίς το πρωί.

Γρηγόρης, συνέντευξη ΙΙ', νοσηλευτής ΜΕΘ: «Ξεκινούσαμε [αναφέρεται σε άλλη Εντατική που δούλευε] με μάθημα εφτά η ώρα και όχι με πλύσιμο και σφουγγάρισμα που ξεκινάμε εδώ, όχι ότι δεν είναι σημαντικό, δεν το καταργώ, θα γίνει και αυτό, εννοείται είναι στην περιποίηση του ασθενούς, ούτε εγώ είπα να καταργηθεί η περιποίηση του ασθενούς, ξεκινούσαμε όμως με μάθημα γιατροί-νοσηλευτές μαζί. Έβγαζαν τις ακτινογραφίες και τους έλεγαν «εδώ ορίστε έχει κλείσει ο πνεύμονας, εδώ έχει αυτό, εδώ έχει το άλλο». Εδώ δεν βλέπουμε τίποτα. Πάμε μόνοι μας και λέω «να δω λίγο;»

Αρκετού/ές από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες νιώθουν ότι οι γιατροί δεν επικοινωνούν σε αυτούς/ες τα δεδομένα που αφορούν στους ασθενείς τους στο βαθμό που θα ήθελαν. Επίσης, νιώθουν εγκλωβισμένοι/ες σε ένα περιορισμένο φάσμα φροντίδας με πυρήνα την υγιεινή του σώματος.

Το δεύτερο χαρακτηριστικό της λάτρας αφορά στη δημιουργία μιας «ζώνης» ιδιωτικότητας στην πτέρυγα με τους ασθενείς, όπου οι συμμετέχοντες/ουσες μοιράζονται μεταξύ τους και με τους ασθενείς τους βιώματα και συναισθήματα σε συνθήκες ασφάλειας. Πρόκειται για ένα χαρακτηριστικό που δεν εντόπισα στην ξένη και ελληνική βιβλιογραφία και που παρατήρησα πολλές φορές στο εθνογραφικό παράδειγμα: την ώρα που οι συμμετέχοντες/ουσες «στρώνουν» τους ασθενείς τους και ξεγυμνώνουν το σώμα τους για να το περιποιηθούν, εξιστορούν μεταξύ τους προσωπικές τους ιστορίες. Τόσο η έκθεση του σώματος του ασθενούς, όσο και η εξομολογητική διάθεση του προσωπικού για αφήγηση προσωπικών ιστοριών, πλαισιώνονται από ένα προστατευτικό περιβάλλον στο φυσικό χώρο της Εντατικής, το οποίο κρατάει μακριά τα αδιάκριτα βλέμματα των «άλλων», γιατί κατά το πρωινό

στρώσιμο στη ΜΕΘ, η πτέρυγα των ασθενών μετατρέπεται σε κέλυφος φροντίδας όπου εισέρχονται μόνο όσοι/ες εμπλέκονται σε αυτό. Κατά έναν πολύ αβίαστο και φυσικό τρόπο, οι ιστορίες και οι αφηγήσεις των νοσηλευτών/ριών, αφηγήσεις πλούσιες σε συναισθήματα, «περνούν» πάνω από το σώμα των ασθενών τους, αν και οι τελευταίοι/ες αδυνατούν να συμμετέχουν ενεργά με δικές τους ιστορίες. Οι ιδιωτικές στιγμές των ασθενών στη ΜΕΘ, όπως το πλύσιμο του σώματος, η «τουαλέτα» τους και η λεγόμενη «αλλαγή θέσης» στο κρεβάτι κάθε δύο ώρες, προσφέρουν τον ιδιωτικό χώρο, τον ιδανικό χωροχρόνο για τους/τις νοσηλευτές/ριες - οι οποίοι/ες έχουν συγχρονιστεί απολύτως με τα σώματα και τις ανάγκες των αρρώστων – για να ανταλλάξουν τα νέα της Μονάδας και, μεταξύ άλλων, να γκρινιάσουν, να γελάσουν, ή και να εκμυστηρευτούν τα προσωπικά τους προβλήματα. Πρόκειται για τη στιγμή που οι νοσηλευτές/ριες, ενώ εισέρχονται στον «χρόνο» των ασθενών (στη «πολυχρονική» διάσταση του νοσοκομειακού χρόνου) και ενώ συμμετέχουν αποκλειστικά σε αυτόν, ταυτόχρονα δημιουργούν έναν αποκλειστικά δικό τους χωρο-χρόνο με στοιχεία ιδιωτικότητας, για όση ώρα παραμένουν μόνοι/ες το πρωί στη πτέρυγα με τους ασθενείς τους. Ο μεν άρρωστος, αν και αδυνατεί να συμμετέχει με τις δικές του ιστορίες, προσφέρει το σώμα του ως το πλαίσιο και την ευκαιρία για επικοινωνία μακριά από τα αδιάκριτα μάτια, οι δε νοσηλευτές/ριες αποσύρονται για λίγο από τη δημόσια σφαίρα της πτέρυγας και συγκροτούν, μέσω της νοσηλευτικής φροντίδας που παράγουν, ένα είδος «συνταύτισης» με αυτόν/τήν. Έτσι, κατά τη λάτρα των αρρώστων η ίδια η πτέρυγα της Μονάδας δείχνει να παρέχει μια ασφαλή ζώνη ιδιωτικότητας για το πρώτο δώρο της πρωινής βάρδιας, τόσο για τους/τις νοσηλευτές/ριες όσο και για τους ασθενείς, των οποίων οι βιολογικές ανάγκες διευθετούνται από τους νοσηλευτές/ριες κατά τρόπο κατάλληλο για το πολιτισμικό περιβάλλον της ΜΕΘ.

Τέλος, θα αναφερθώ στην τρίτη ιδιότητα της λάτρας, που αφορά στην απομάκρυνση της ρυπαρότητας και την αποκατάσταση της καθαρότητας του σώματος. Εξετάζοντας εκ νέου τις επιτόπιες παρατηρήσεις μου και αναστοχαζόμενος τις προηγούμενες δικές μου κλινικές εμπειρίες σε ΜΕΘ, όπου με τους/τις συναδέλφους αποδίδαμε μεγάλη σημασία στην φροντισμένη εικόνα του ασθενούς και όχι μόνο στο αν ήταν κλινικά σταθερός ο ασθενής (όταν τον παραλαμβάναμε ή παραδίδαμε στον επόμενο συνάδελφο), διαπιστώνω ότι όλοι μας - συμμετέχοντες/ουσες στο εθνογραφικό παράδειγμα κι εγώ - καταβάλλαμε ιδιαίτερη

προσπάθεια ώστε ο ασθενής όχι μόνο να «είναι», αλλά και να «δείχνει», «καθαρός», «φροντισμένος», ελεύθερος από εκκρίσεις, βιολογικά υγρά και αίμα, και τελικά «καλλωπισμένος».⁸³ Χαρακτηριστικό παράδειγμα η απόκριση της Άρτεμις σε έλεγχο που έκανε ο προϊστάμενος όταν περνούσε από τις πτέρυγες μετά την ολοκλήρωση του στρωσίματος.

Άρτεμις «Τι θες προϊστάμένέ μου;»

Προϊστάμενος «Δεν μπορώ να βλέπω, βρε παιδιά;»

«Τι;»

«Σε όλα υπάρχει νόμος, στα μάτια όχι όμως». Ξεκαρδίζονται

«Τι θες; Πες μου, τον άρρωστο; Κουφέτο τον έχω»

«Δηλαδή μόνη σου τον έφτιαξες; Ο Βασίλης δε συνεισφέρει σε τίποτε;»

«Καλέ, εννοείται, εγώ τον στρώνω όμως, ο Βασίλης είναι πολύτιμη βοήθεια δεν το συζητάμε πώς θα τον έφτιαχνα χωρίς τον Βασίλη;»

Η μιαιρότητα και η «βρωμιά» δεν έχουν θέση στην Εντατική. Η βρωμιά στην Εντατική είναι «εκτός τόπου» και συνδέεται με τον κίνδυνο (Douglas, 2004/1966), καθώς η μόλυνση και ο αποικισμός των καθετήρων και των τραυμάτων από μικρόβια μπορεί να προκαλέσει το θάνατο του ασθενούς. Έτσι, εκείνη που επικρατεί στην Εντατική είναι η πρακτική της απολύμανσης: ο χώρος της Εντατικής πρέπει να είναι καθαρός, οι επιφάνειες και ο εξοπλισμός καθαρίζονται και απολυμαίνονται από το βοηθητικό προσωπικό κάθε μέρα, και οι ασθενείς πρέπει να είναι ελεύθεροι μικροβίων.⁸⁴ Το σχολαστικό πλύσιμο του σώματος και του στόματος, η αλλαγή των

⁸³ Σύμφωνα με τον Vigarello (2000/1985), ο καλλωπισμός συμβόλιζε και συμβολίζει την καθαριότητα αλλά και την ευπρέπεια. Ως καθαριότητα, ο καλλωπισμός δεν θεωρείται ότι προσπερνά απλώς το δέρμα - όπως πίστευαν στον 16^ο και 17^ο αιώνα - αλλά το πλησιάζει περισσότερο, το αγγίζει και το καθαρίζει. Από την άλλη, ο καλλωπισμός του ασθενή ως «ευπρέπεια» συνεχίζει να περνά και μέσα από την εικόνα και την καθαρότητα του σεντονιού, της πιζάμας του αρρώστου, των καθαρών γαζών στο τραύμα. Όπως και τον 17^ο αιώνα, όπου η καθαριότητα δηλώνει το διακεκριμένο παρουσιαστικό, το ευπρεπές, σε τέτοιο βαθμό που «το ένα νόημα γλιστρά προς το άλλο» [σ.105], έτσι και στη ΜΕΘ η μη φροντισμένη εικόνα, η «έλλειψη καλλωπισμού μπορεί τώρα να κατηγορηθεί ως έλλειψη καθαριότητας» [σ.105]. Ο καλλωπισμός και ευπρεπισμός αφορά στην τακτοποίηση και έλεγχο του ασθενούς στο κρεβάτι, στην τακτοποίηση και καθαριότητα καθετήρων και παροχετεύσεων, στην αλλαγή επιθεμάτων στα σημεία φλεβοκέντησης, στην τακτοποίηση του οικείου εξοπλισμού και χώρου.

⁸⁴ Κατά τον Αλεξιά (2000), η ανακάλυψη των μικροβίων και η απολύμανση νομιμοποίησαν την ανωτερότητα της επιστημονικής ιατρικής απέναντι στις άλλες μορφές ιατρικής (λαϊκή, μαγεία). Οι γιατροί και ο νοσηλευτές/ριες παρουσιάζονται ως οι φρουροί της μόλυνσης και ασκούν εξουσία. Η «απολύμανση» συμβολίζει την απόλυτη καθαριότητα, (έναντι της απόλυτης μιαιρότητας στην

επιθεμάτων και του αναλώσιμου υλικού κάθε μέρα, η απομάκρυνση των ούρων, των κοπράνων και άλλων βιολογικών υγρών, αποτελούν πρακτικές φροντίδας που συνεπικουρούν στη διατήρηση ενός αποδεκτού καθεστώτος καθαρότητας στη ΜΕΘ. Η διαδικασία του λουτρού επί κλίνης και αλλαγής σεντονιών σε κλινήρη ασθενή διδάσκεται στη Νοσηλευτική ως μια σειρά διακριτών βημάτων, αλλά όσο μεγαλώνει η κλινική εμπειρία, τα διακριτά βήματα δίνουν τη θέση τους σε μια χορογραφημένη, χωρίς διακοπές κίνηση, όπου τα σώματα νοσηλευτών/ριών και των ασθενών συμμετέχουν από κοινού στο τελετουργικό της λάτρας. Η Ακριβή και η Λυδία, που «δουλεύουν» πάνω στους αρρώστους τους, συνεννοούνται με τα μάτια, ανταλλάσσουν μεταξύ τους κοφτές κουβέντες, ξέρουν τι πρέπει και πώς να το κάνουν. Και, ενώ η Ακριβή στρώνει τον άρρωστό της και συνάμα βρίσκεται σε εγρήγορση για οποιαδήποτε αλλαγή στους ασθενείς της που ίσως χρήζει άμεσης παρέμβασης εκ μέρους της, πολύ συχνά η λάτρα έχει απρόοπτα και ανατροπές, που σημαίνει ότι το πρωινό «στρώσιμο» θα πάρει και περισσότερο χρόνο. Για παράδειγμα, η ασθενής της Ακριβής, σήμερα, έχει επανειλημμένα επεισόδια ακράτειας κοπράνων και λερώνει το σεντόνι της, ξανά, κατά την αλλαγή των σεντονιών.

Η Ακριβή, «έλα γιαγουλίτσα μου, οοοπαλάκια» [τη γυρνάνε στο πλάι] «βάλε κι αυτά» οι δύο της κάνουν συντονισμένες κινήσεις, γρήγορα, η Ακριβή της χτυπάει απαλά τη πλάτη για φυσικοθεραπεία στο στήθος, και ξαφνικά η Ακριβή αναφωνεί «ααααα» η συνάδελφος που δεν μπορεί να δει τι γίνεται αναρωτιέται «"τι; μη μου πεις ότι τα κάνει;»

Η Ακριβή δεν θέλει να λερωθεί το καθαρό και ήδη στρωμένο σεντόνι, αναφωνεί με αγωνία «μη... μη... κράτα κράτα κράτα» αλλά τι να κάνει, βάζει μια πάνα ακράτειας από κάτω και γύρω από τους γλουτούς, ώστε να μη λερωθεί το σεντόνι, «γιαγιούλα

παραδοσιακή ιατρική), η οποία συμβολίζεται με το λευκό χρώμα του ιματισμού, των τοίχων, την άσπρη ιατρική μπλούζα, τις λευκές στολές των νοσηλευτών/ριών. Οι τελετουργίες καθαριότητας που συνοδεύουν την απολύμανση και χαρακτηρίζουν την Εντατική, όχι μόνο δεν επιτρέπουν στη μόλυνση να περάσει στο χώρο της ΜΕΘ, αλλά προσδιορίζουν αυτό που θεωρείται μιαρό και βρώμικο. Έτσι, οι νοσηλευτές/ριες, μέσα από το πρωινό στρώσιμο των αρρώστων στην Εντατική και τη χρήση του προστατευτικού εξοπλισμού (μάσκα, γάντια, χειρουργική ποδιά), ως φρουροί της καθαρότητας, διατηρούν το σώμα του ασθενούς ελεύθερο μικροβίων, και συνάμα επιβεβαιώνουν την εξουσία της ιατρικής και της δικής τους ως «εκπρόσωποι» της ιατρικής εξουσίας.

μου μη μου τα κάνεις τώρα αυτά», «να βάλουμε μια πάνα», και περιμένουμε να ολοκληρώσει την τουαλέτα της.

Η ασθενής κάνει τη τουαλέτα της πάνω στη πάνα ακράτειας, ενώ είναι είμαστε εκεί δίπλα στο κρεβάτι, στην πτέρυγα ανάμεσα στους άλλους ασθενείς, και περιμένουμε. Λέω στην Ακριβή, «είδες τι κάνει η πρωινή άσκηση;» [το γύρισμα από πλάι σε πλάι] «αυτό είναι, κινητοποίηση του εντέρου» και ενώ η γιαγιά κάνει τη τουαλέτα της, η Νίκη αναφέρεται στις ειδήσεις της ημέρας, για κάποιον που κάηκε από χρήση ξυλόσομπας. Η ασθενής ολοκλήρωσε, η Νίκη καθαρίζει την περιοχή και απομακρύνει τη βρώμικη πάνα, η Ακριβή βάζει επίθεμα με άργιλο πάνω σε κατάκλιση κι εγώ συνεχίζω να κρατώ την ασθενή στο πλάι προς εμένα. Η μυρωδιά από τη κένωση της αρρώστου είναι έντονη μέσα στο δωμάτιο, οι νοσηλεύτριες χωρίς πολλά λόγια και με γοργές κινήσεις τακτοποιούν άρρωστη και υλικό, τώρα μπορούν να αλλάζουν και τα υπόλοιπα σεντόνια. Η υπεύθυνη βάρδιας περνάει από την πτέρυγα και παρατηρεί ότι το κεφάλι της ασθενούς προεξέχει ελαφρώς από το πάνω μέρος της κλίνης, «έχει πάει τόσο ψηλά στο κρεβάτι, έχει φύγει το κεφάλι της έξω».

Γελάνε με την παρατήρηση της συναδέλφου γιατί δεν είχαν αντιληφθεί ότι η ασθενής είχε τοποθετηθεί τόσο ψηλά στο κρεβάτι, και συνεχίζουν με το πλύσιμο και στρώσιμο, αλλάζουν μαξιλαροθήκες, ευθυγραμμίζουν το σώμα της ασθενούς στην ύπτια θέση, τεντώνουν τα σεντόνια ακόμα περισσότερα και κάνουν γωνίες στα σεντόνια ώστε να μη φεύγει από τη θέση του, κατεβάζουν την άρρωστη λίγο πιο χαμηλά στο κρεβάτι γιατί ο σβέρκος είναι σε υπερ-έκταση, τη σκεπάζουν με πανωσέντονο και μετά περνούν ειδικούς επιδέσμους γύρω από τους καρπούς των χεριών της και τους ασφαλίζουν (δένουν) στα πλαϊνά κάγκελα του κρεβατιού, προκειμένου η άρρωστη να μη μπορέσει να τραβήξει και βγάλει τον ενδοτραχειακό σωλήνα και άλλες γραμμές/καθετήρες με τα χέρια της. Όσο συμβαίνουν τα παραπάνω, κατά τη διάρκεια της λάτρας, η Ακριβή συνεχίζει να έχει το νου της και στους άλλους δύο ασθενείς που έχει χρεωθεί, ρίχνει κλεφτές ματιές στα μόνιτορ και των τριών ασθενών της ανά τακτά διαστήματα, και μαζί με τη συνάδελφο αφουγκράζονται για τυχόν συναγερμούς αναπνευστήρων και μόνιτορ στην πτέρυγα. Ό,τι δεν είναι επείγον μπορεί να περιμένει για αργότερα ή να το επιληφθεί άλλος συνάδελφος, γιατί για λόγους πρόληψης ενδο-νοσοκομειακών λοιμώξεων δεν μπορεί να διακόπτει το λουτρό του ασθενούς, να απομακρύνεται από το κρεβάτι και να πηγαίνει από άρρωστο σε άρρωστο με τα ίδια γάντια και ποδιά.

Οι συμμετέχοντες/ουσες, στο τέλος της πρωινής λάτρας, βιώνουν συναισθήματα ικανοποίησης γιατί η εικόνα του καλώς φροντισμένου και καλλωπισμένου ασθενούς στο νοσοκομείο είναι ένδειξη παραγωγής εντατικής νοσηλευτικής φροντίδας. Στο εθνογραφικό παράδειγμα, κατά την ώρα του 30λεπτου

επισκεπτηρίου των συγγενών το μεσημέρι, οι ασθενείς έδειχναν ιδιαίτερα φροντισμένοι, ειδικά στη περιοχή του προσώπου και των άνω άκρων, ακόμα και όταν δεν ήταν εφικτό – σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις - οι ασθενείς να είναι πλήρως «πλυμένοι» και «καθαροί» κάτω από το σεντόνι, λόγω της κλινικής τους βαρύτητας, των τραυμάτων τους ή του αυξημένου φόρτου εργασίας στη βάρδια. Κι αυτό γιατί οι ασθενείς στη διάρκεια της ημέρας ανέβαζαν πυρετό και μετά ίδρωναν από την χορήγηση αντιπυρετικών, λερωνόντουσαν τοπικά από επεμβατικές διαδικασίες, παροχετεύσεις και κατακλίσεις ή χειρουργικά τραύματα/κολοστομιές, πονούσαν και άλλαζαν μόνοι τους θέση στο κρεβάτι τους, ή ήταν σε τόσο βαριά κατάσταση και αιμοδυναμικά ασταθείς, που σήμαινε ότι η επίτευξη ομοιόστασης και επαρκούς αιμάτωσης των βασικών οργάνων του σώματος για το προσωπικό της ΜΕΘ ήταν πιο σημαντική από την τακτοποίηση και καθαριότητα του ασθενούς.

Όπως ανέφερα παραπάνω, το στρώσιμο δεν αποτελεί μόνο ζήτημα καθαριότητας και απομάκρυνσης βιολογικών υγρών του ασθενούς, αλλά και εικόνας και καλλωπισμού, επομένως και ζήτημα ευπρεπούς νοσηλευτικής φροντίδας. Κεντρικό ρόλο στη τήρηση των παραπάνω διαδραματίζει ο/η προϊστάμενος/η της κλινικής. Στην παρούσα μελέτη, για μια από τις προϊστάμενες, η κατάσταση στη Μονάδα ως προς τη φροντίδα των ασθενών ήταν, την εποχή της συνέντευξης, αποκαρδιωτική. Πίστευε ότι οι ασθενείς δεν έδειχναν φροντισμένοι γιατί δεν φροντίζονταν επαρκώς, όπως παλιότερα ή στη παλιά της ΜΕΘ. Η ίδια περιγράφει με τον δικό της τρόπο τα ευρήματά της στο καθημερινό πρωινό στρώσιμο των αρρώστων. Πιο συγκεκριμένα,

Ελισάβετ, συνέντευξη 20^η, προϊσταμένη ΜΕΘ.

Εγώ: «Τους ασθενείς πώς τους βλέπετε; Είναι καλά φροντισμένοι» Ελισάβετ: «όχι, δεν είναι, δεν είναι Στέλιο καλά φροντισμένοι. Γιατί σου λέω ο καθένας κάνει αγγαρεία εκεί μέσα, δεν ξέρω γιατί και πώς... και προσπαθώ να δω την αιτία και μη μου πουν ότι είναι κουρασμένοι γιατί εγώ αυτό δεν το δέχομαι. Γιατί εγώ δούλευα στο ---όνομα νοσοκομείου 21 χρόνια και έκανα νύχτες και απογεύματα Στέλιο. Δεν το δέχομαι. Η αναλογία είναι ίδια, ότι το πρωί έχει πάρα πολύ κούραση και εγώ ξέρω, απόγευμα και νύχτα όμως, εδώ το απόγευμα, να σου πω εγώ τώρα το απόγευμα, αρρώστους δεν φτιάχνουν. Μη μου πεις ότι έχουν πολύ φόρτο δουλειάς. Δηλαδή ο άρρωστος, έχω την εντύπωση όπως τους βλέπω και ξέρω και ξέρεις πότε τον βλέπεις τον άρρωστο, όταν θα πας και θα στρώσεις το πρωί, εκεί θα δεις. Θα δεις καπάκια [από βελόνες], θα δεις βελόνες, θα δεις ότι μπορείς να φανταστείς, σεντόνια έτσι, λερωμένους, ξεραμένα, εκεί θα δεις, εκεί θα δεις. Όσες φορές, τώρα έχω καιρό να μπω μέσα πρωί να στρώσω, όσες φορές μπαίνω μέσα, εκεί βλέπεις... και μην μου πεις ότι δεν προλαβαίνουν, έτσι; Γιατί αυτό δεν το δέχομαι με τίποτα. Μόνο αν έχουνε ανακοπή, αν έχουνε πολυτραυματία που στράβωσε, αν έχουνε εισαγωγή μες τη νύχτα, ε δεν θα

προλάβεις, το καταλαβαίνω. Όμως δεν είναι σε καθημερινή βάση αυτό, και εγώ τους ασθενείς δεν τους βλέπω φροντισμένους. Για αυτό σου λέω είμαι στα καρφιά, δεν είμαι ευχαριστημένη εγώ με την μονάδα τώρα πια.»

Η παραπάνω αφήγηση αποκαλύπτει την απογοήτευση και συνάμα παραδοχή εκ μέρους της Ελισάβετ ως προς το τι θεωρεί η ίδια καλή φροντίδα στην Εντατική, όπως και τη σημασία που έχει για εκείνην το στρώσιμο κάθε πρωί. Η κατάσταση του ασθενούς πριν το πρωινό στρώσιμο αντανακλά και το πόσο καλά φροντίστηκε ο ασθενής από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της νύχτας. Επίσης, τέτοιου είδους εκμυστηρεύσεις επιβεβαιώνουν ότι ο κόσμος της ΜΕΘ βιώνεται διαφορετικά από τον/την κάθε συμμετέχοντα/ουσα.⁸⁵

Ο/Η νοσηλεύτής/ρια ως τα «αυτιά» και «μάτια» των γιατρών και των ασθενών

Όπως έχω ήδη αναφέρει, το πρωινό «στρώσιμο» στη Μονάδα που μελέτησα εισάγει τον/τη νοσηλεύτή/ρια στη χωροχρονική διάσταση του ασθενούς, επομένως του/της δίνει την ευχέρεια να δημιουργήσει μια περισσότερο σωματική επαφή μαζί του και να ασκήσει το λεγόμενο «νοσηλευτικό βλέμμα», παράλληλα ή ταυτόχρονα με το «κλινικό» ή «ιατρικό βλέμμα». Όπως εξηγώ αναλυτικότερα σε επόμενο κεφάλαιο, ο/η νοσηλεύτής/ρια ανακατασκευάζει τον ασθενή του/της, μέσα από το νοσηλευτικό βλέμμα,⁸⁶ και με τη συνδρομή της ειδικής γνώσης που κατέχει τον καθιστά «διάφανο» και «κρυστάλλινο» στα μάτια του/της. Έτσι, η πρωινή «μπουγάδα» του

⁸⁵ Με αφορμή το καθημερινό λουτρό επί κλίνης και στρώσιμο των αρρώστων συμβουλευτήκα το έργο του Vigarello για να αναδιφήσω την ιστορική διάσταση της φροντίδας του σώματος και της χρήσης του νερού στην Ευρώπη από τα χρόνια του Μεσαίωνα μέχρι και τον 20^ο αιώνα. Επίσης ήθελα να δω τη σχέση μεταξύ νοσηλευτικής και φροντίδας σώματος. Ο Vigarello (2000/1985) στο εξαιρετικά καλογραμμένο βιβλίο *Το καθαρό και το βρώμικο, η σωματική υγιεινή από τον μεσαίωνα ως σήμερα*, μας παρουσιάζει μια ιστορία της σωματικής καθαριότητας, όπως και τα ποικίλα φαντασιακά του νερού μέσα στο χρόνο, και υποστηρίζει ότι υπάρχει μεγάλη απόσταση στις αναπαραστάσεις του Μεσαίωνα από τις σημερινές ως προς το νερό και τη χρήση του, και γενικά σε αυτό που ονομάζουμε «σωματική πάστρα» [σ.270]. Ο Vigarello διαπιστώνει μια μετατόπιση στη χρήση του νερού και της σχέσης του προς το σώμα και το ρουχισμό από την ευπρέπεια του σώματος (που αφορούσε το φαίνεσθε και τον καλλωπισμό) στην υγιεινή του σώματος, αλλά αυτή η διαδικασία της μετατόπισης περνάει μέσα από πολλά στάδια και αναδιπλώσεις. Τον Μεσαίωνα, ένα μπάνιο δεν αφορά στην πραγματικότητα την καθαριότητα, αλλά οι θέρμες ως «*χώροι πνιγμένοι στους ατμούς*» και τα μπάνια, όπου το ερωτικό στοιχείο κυριαρχούσε πολύ παραπάνω από το πλύσιμο, αφορούν περισσότερο σε συγκεκριμένες απολαύσεις του σώματος [σ.270].

⁸⁶ Ο κοινωνιολόγος Carl May ήταν από τους πρώτους ερευνητές που μίλησε για «νοσηλευτικό βλέμμα» nursing gaze) στη μελέτη *Nursing work, nurses' knowledge, and the subjectification of the patient* (1992), και που αναγνώρισε ότι οι μέχρι τότε μελέτες δεν είχαν εξετάσει επαρκώς ή ερμηνεύσει την νοσηλευτική πράξη με όρους Φουκώ.

ασθενούς, όπως την αποκαλεί ο νοσηλευτής Γρηγόρης, δε συνιστά μόνο έκφραση των προαναφερθεισών ιδιοτήτων, αλλά επίσης αποτελεί σωματοποιημένη προέκταση του νοσηλευτικού βλέμματος. Όπως ανέφερα και στην προηγούμενη ενότητα, το νοσηλευτικό βλέμμα θεωρείται το είδος κλινικού βλέμματος που έχει ως προτεραιότητα την εξέταση νοσηλευτικών παρά ιατρικών αναγκών του ασθενούς, είναι τροποποιημένη εκδοχή του λεγόμενου κλινικού ή ιατρικού βλέμματος. Μέσω όμως αυτού του συνδυασμού βλεμμάτων κατά τη διάρκεια του στρώσιματος των αρρώστων, οι συμμετέχοντες/ουσες γίνονταν τα «αυτιά» και τα «μάτια» των γιατρών και των ασθενών. Κατά το στρώσιμο η Ακριβή θα εκτιμήσει τους ασθενείς ως προς το βάθος καταστολής, θα δει το αν ξυπνάνε κατά τη διάρκεια του πλυσίματος, θα εκτιμήσει την ικανότητά τους για λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, θα λάβει γνώση για την νευρολογική τους κατάσταση κάθε φορά που τους ρωτάει να κάνουν κάτι, θα έχει πλήρη εικόνα για την ύπαρξη ή μη βρογχικών εκκρίσεων στους πνεύμονες, θα γνωρίζει την αιμοδυναμική κατάσταση όπως και την λειτουργία του εντέρου και του ουροποιητικού, και με τα χέρια της θα νιώσει τη θερμοκρασία του δέρματος (βλ. παράρτημα: εικόνα 13, νοσηλεύτρια διεξάγει εκτίμηση ασθενούς). Στρώσιμο και νοσηλευτικό βλέμμα τέμνουν το ένα το άλλο και έτσι παράγουν τη νοσηλευτική πράξη στη ΜΕΘ.

Στην Εντατική, η εκτίμηση κατάστασης υγείας του ασθενούς εμπλέκει και τη χρήση βιοϊατρικής τεχνολογίας, κάτι που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτό το σώμα από όλο το προσωπικό της ΜΕΘ. Η τεχνολογία, το monitoring και οι εργαστηριακές εξετάσεις ανακατασκευάζουν το σώμα ως σειρά μετρήσεων και γνωματεύσεων.⁸⁷ Οι κοινωνικοί επιστήμονες Berg και Harterink (2004), επηρεασμένοι από τον Φουκώ, έχουν υποστηρίξει ότι, με τον ένα ή άλλο τρόπο, ο

⁸⁷ Ο Byron Good (2008/1994) δείχνει πώς οι αμερικανοί φοιτητές ιατρικής μαθαίνουν να «βλέπουν» (seeing), να «ανακατασκευάζουν» το σώμα και να το οικειοποιούνται μέσα από καλά οριοθετημένη ορολογία και μεθόδους εξέτασης (εργαστήρια ανατομίας και ιστολογίας, μικροσκόπιο), όπως και να γράφουν σημειώσεις και να παρουσιάζουν περιστατικά (writing και speaking), σύμφωνα με συγκεκριμένη τυπολογία που περιγράφουν. Δεν πρόκειται για απλή συλλογή, καταγραφή και παρουσίαση του περιστατικού (write-ups), αλλά για μια διαμορφωτική πρακτική (formative practice), καθώς ο φοιτητής αλλάζει το αντικείμενο της παρατήρησης (στην περίπτωση αυτή αντικείμενο είναι ο/η ασθενής) και το προβάλλει με δικούς του όρους ώστε να καταστεί κατανοητό και διαχειρίσιμο από όλους.

ασθενής «αποξενώνεται» από το ίδιο του το σώμα καθώς αφήνεται εξ ολοκλήρου στο «ιατρικό βλέμμα» μέσω των διαφόρων εργαστηριακών και κλινικών εξετάσεων. Οι δυο ερευνητές εντοπίζουν διάχυτα τα στοιχεία της τεχνικής του πανοπτισμού και της πειθαρχίας στο νοσοκομείο,⁸⁸ όπως π.χ. στην ταξινόμηση των ασθενών και των εργαζομένων στο νοσοκομείο, στη χωροταξική οργάνωση της ΜΕΘ που επιτρέπει τη συνεχή εποπτεία των ασθενών από το προσωπικό, καθώς και στον τρόπο θεώρησης ενός εκάστου ασθενούς στο νοσοκομείο μέσω του ιατρικού φακέλου που ακολουθεί τον ασθενή και περιλαμβάνει τη βιοϊστορία του, και του ημερήσιου διαγράμματος παρακολούθησής του στη ΜΕΘ, με το οποίο ο «ειδικός» επιστήμονας πιστοποιεί την αλήθεια του υποκειμενικού βιώματος και το καταγράφει ως τεκμήριο (εύρημα, στοιχείο).⁸⁹ Γενικά, έχει υποστηριχθεί ότι, με την ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, η ασθένεια «εγκαταλείπει» το κρεβάτι του/της ασθενούς, το σώμα διαμελίζεται, αναλύεται και κατανέμεται σε πολύπλοκες αναλύσεις (ιατρικός φάκελος, αναλύσεις αίματος, μαγνητική τομογραφία) και οι σωματικές λειτουργίες του/της ασθενούς καθημερινά αναπαρίστανται ως μια σειρά από μετρήσεις (Moore, 1996· Noble, 2005). Για τους Berg και Harterink, όλα τα παραπάνω, ιδιαίτερα δε ο ιατρικός

⁸⁸ Κατά τον Φουκώ (1976/1975), Πανοπτισμός είναι ένα σύστημα που καθιερώνεται από τη Γαλλική Επανάσταση κ.ε. για την επιτήρηση των υποκειμένων και την άσκηση εξουσίας επί αυτών. Οι απαρχές του ανάγονται στην πρότυπη μορφή φυλακής «Πανοπτικών» του Ιερεμία Μπένθαμ. Χάρη στην κυκλοτερή της αρχιτεκτονική, η φυλακή παρέχει τη δυνατότητα στον εποπτευόμενο να επιτηρεί τον εποπτευόμενο, χωρίς ο τελευταίος να βλέπει τον πρώτο. Σύμφωνα με τον Φουκώ (1976/1975), η ορατή εξουσία καθίσταται «αόρατη, ανώνυμη, αθόρυβη», και ασκείται ακόμη και όταν «λείπει» το βλέμμα του εποπτευόντος. Αντίστοιχα, και στην ευρύτερη κοινωνία δημιουργούνται συνθήκες για τον «εθισμό» των κοινωνιών στην «κανονικότητα» μέσω της τεχνολογίας της πειθαρχίας, ή αλλιώς «πειθαρχική εξουσία».

⁸⁹ Ωστόσο, οι παραπάνω τεχνολογίες της πειθαρχίας αφορούν και το ίδιο το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό. Η, με όρους Φουκώ, τριχοειδής φύση της εξουσίας διεισδύει σε κάθε πλευρά της κοινωνικής ζωής τους εντός του νοσοκομείου και τα άτομα συνδέονται μεταξύ τους μέσω της εξουσίας. Παρόλο που η εξουσία είναι ατελής και αποσπασματική, ως βλέμμα (gaze), εσωτερικεύεται από το κάθε άτομο που υπόκειται σε αυτό, σε βαθμό που να γίνεται το ίδιο το άτομο επιτηρητής του εαυτού του και να ασκεί την επιτήρηση πάνω και ενάντια στον εαυτό του (Emily Martin, 1992). Η αυτο-παρακολούθηση και αυτορρύθμιση έχουν ως αποτέλεσμα την κανονικοποίηση της συμπεριφοράς τόσο των γιατρών όσο και των νοσηλευτών/ριών, σύμφωνα με την αρχή του πανοπτισμού (Foucault, 1973/1963· Gothill & Armstrong, 1999· Smith, 2006). Με άλλα λόγια, η εξουσία παίρνει όλο και περισσότερο τη μορφή της επιτήρησης, της πειθαρχικής, ή πανοπτικής εξουσίας, κατά την οποία οι επαγγελματίες υγείας όχι μόνον εποπτεύουν αλλά και εποπτεύονται με τη βοήθεια της τεχνολογίας και ενθαρρύνονται να παρακολουθούν την ίδια τους τη συμπεριφορά (Nettleton, 2002). Για παράδειγμα, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να συμμετέχουν σε μια διαδικασία συνεχούς επικαιροποίησης γνώσεων και δεξιοτήτων. Η διαδικασία αυτή εσωτερικεύεται από τους/τις περισσότερους/ες και ως τρόπος ζωής σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας.

φάκελος, το φύλλο νοσηλείας (με τα ζωτικά σημεία του/της ασθενούς) και το βιοκοινωνικό ιστορικό δηλώνουν το νέο, ελεγκτικό και εξουσιαστικό τύπο σωματοποίησης και πρόσληψης του/της ασθενούς στην ύστερη νεωτερικότητα (βλ. και Αλεξιάς, 2000· Moore, 1996· Noble, 2005). Όμοια, ο Αλεξιάς διαπιστώνει ότι στη ΜΕΘ του ελληνικού νοσοκομείου που μελέτησε, η εξουσία της ιατρονοσηλευτικής πρακτικής μέσω του ελέγχου του σώματος των ασθενών ήταν καθολική και εκφραζόταν και χωροταξικά στη ΜΕΘ:

«Η θέση στην οποία βρίσκεται ο έδρανο της προϊσταμένης, όπου κάθονται οι νοσηλεύτριες, είναι τοποθετημένο, ώστε να μπορεί να επιβλέπει όλα τα κρεβάτια και να μπορεί να εντοπίζει κάθε αλλαγή στη θέση του ασθενούς» (Αλεξιάς, 2000, σ.359)

Στην παρούσα μελέτη, το έδρανο των νοσηλευτών/ριών ήταν σε κεντρική θέση στην κάθε πτέρυγα, και η απουσία παραβάν, κουρτινών ή άλλων διαχωριστικών κατασκευών μεταξύ των κλινών επέτρεπε στους/τις συμμετέχοντες/ουσες να επιτηρούν τους ασθενείς στο σύνολό τους. Έτσι, η Ακριβή, κατά το πρωινό στρώσιμο, αποκαθιστά την καθαρότητα του δέρματος και ταυτόχρονα αξιολογεί την κλινική κατάσταση των ασθενών της, διευθετεί προβλήματα στην πτέρυγα, ετοιμάζει ερωτήματα για την «επίσκεψη» των γιατρών, οργανώνει την εργασία της και θέτει προτεραιότητες στη διαχείριση των αναγκών των ασθενών της. Η αναπληρώτρια προϊσταμένη Ολυμπία, συμμετέχουσα στη μελέτη με πολλά χρόνια εμπειρίας σε αυτή και σε άλλη ΜΕΘ, υποστηρίζει θερμά ότι οι νέοι/ες νοσηλευτές/ριες πρέπει να καταλάβουν ότι είναι τα «αυτιά» και τα «μάτια» όχι μόνο των γιατρών αλλά και των ασθενών τους και ότι από τις γνώσεις που έχουν εξαρτάται η ποιότητα ζωής που θα έχουν οι ασθενείς τους στο μέλλον.

Ολυμπία, νοσηλεύτρια, συνέντευξη 14^η: «Κοίτα, εγώ θέλω να καταλάβουν [οι νέοι συνάδελφοι] ότι όταν έχεις τρεις αρρώστους ΜΕΘ που οι αρρώστοι αυτοί δεν μπορούν, εξαρτώνται από το πόσο αντίληψη έχεις εσύ, εξαρτάται η ζωή τους από αυτό και η ποιότητα ζωής τους μετά, πρέπει να καταλάβουν ότι είσαι εκεί για να τους φροντίζεις και είσαι εσύ τα μάτια τους, τα αυτιά τους, το πώς θα καταλάβεις ότι πονάνε τα πάντα»

Στην παρούσα μελέτη, οι πληροφορητές/ριές μου νιώθουν ότι συνεχώς «τρέχουν» να προλάβουν τις δουλειές και παρομοιάζουν τους εαυτούς τους με τις «κατσαρίδες» γιατί καταφέρνουν και επιβιώνουν σε τόσο δύσκολες εργασιακές καταστάσεις. Ο υψηλός φόρτος εργασίας, μου λένε, είναι τέτοιος που δεν τους επιτρέπει ούτε να πάνε στην «επίσκεψη» των γιατρών. Έτσι, αν και θεωρούν το «στρώσιμο» εξαιρετικής σημασίας πρακτική για παροχή φροντίδας, συλλογής δεδομένων και εκτίμησης των

αρρώστων, η μεταφορά όλων αυτών των πληροφοριών στους γιατρούς, προφορικά ή γραπτά, περνάει σε δεύτερη μοίρα εξαιτίας της προτεραιότητας που αναγκάζονται να δίνουν στην καθαριότητα των ασθενών και στην ολοκλήρωση αυτής πριν βγουν οι γιατροί από την ενημέρωση και εισέλθουν στις πτέρυγες της Μονάδας. Κατά συνέπεια, στη συνείδηση και συλλογική μνήμη των νοσηλευτών/ριών, το «στρώσιμο» εγγράφεται πάνω τους ως υποτιμημένη και μπελαλίδικη εργασία, ως «μπουγάδα» μάλλον, παρά ως σύνθετη νοσηλευτική παρέμβαση και εκτίμηση των ασθενών. Η Ολυμπία αναγνωρίζει ότι είναι προβληματικό που οι συνάδελφοι στη Μονάδα δεν παρακολουθούν την επίσκεψη των γιατρών και συνάμα το κατανοεί γιατί, όπως λέει, δεν «έχουν το χρόνο» να κάνουν κάτι τέτοιο λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας.

Ολυμπία, νοσηλεύτρια, συνέντευξη 14^η: «Εμείς εδώ δεν.... δεν πάμε στην επίσκεψη, δεν την παρακολουθούμε και είναι και λίγο, είναι αρκετή η δουλειά μας για να μπορέσουμε να την παρακολουθήσουμε δηλαδή είναι δύσκολο να... ωστόσο εντάξει μπορείς την ώρα που κάνουν επίσκεψη εκεί να τους πεις ότι «ο ασθενής, έχουν αλλάξει οι εκκρίσεις του ή η κατάκλισή του είναι έτσι, έτσι κλπ», όμως δεν παρακολουθούμε την επίσκεψη και, εντάξει, αν είχαμε λίγο περισσότερο προσωπικό ώστε να έχουμε λίγο λιγότερους ασθενείς για να έχουμε λίγο περισσότερο χρόνο, θα ήταν καλύτερα να παρακολουθούμε την επίσκεψη, γιατί θα μπορούσαμε καλύτερα να παρακολουθήσουμε και τον άρρωστο. Ενώ τώρα όσοι ενδιαφερόμαστε πρέπει να διαβάζουμε τα ιατρικά δελτία συνέχεια που και εκεί δεν καταγράφονται όλα. Καταγράφονται και εκεί τα βασικά.»

Μια τέτοιου είδους συνθήκη οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Το παράδοξο είναι ότι αυτό συμβαίνει όχι μόνο στην παρούσα μελέτη, αλλά και σε μελέτες στο εξωτερικό, όπου, όπως έχω αναφέρει, οι συνθήκες εργασίας είναι πολύ καλύτερες (αναλογία νοσηλευτή/ριας προς ασθενή 1:1 ή 1:2 αντί της αναλογίας 1:3 στην Ελλάδα). Πράγματι, όπως και στο εθνογραφικό παράδειγμα της παρούσας έρευνας, σε πολλές μελέτες του εξωτερικού, οι νοσηλευτές/ριες νιώθουν ότι οι γνώσεις τους δεν λαμβάνονται υπόψη από τους γιατρούς στις κλινικές αποφάσεις των τελευταίων. Στην εθνογραφική μελέτη των Scholtz et al. (2016) σε ΜΕΘ της Νότιας Αφρικής, οι νοσηλευτές/ριες αναφέρουν ότι, ενώ ουσιαστικά «υιοθετούν» τους ασθενείς τους μέσω της «ολιστικής» φροντίδας που παράγουν, η νοσηλευτική διοίκηση δεν τους στηρίζει όσο θα ήθελαν και αυτό επιφέρει χαμηλό αίσθημα ικανοποίησης και ένα κλίμα απαξίωσης για τους/τις ίδιους/ες. Κατά τον Bucknall (2000), αυτό το αίσθημα της απαξίωσης και μειωμένης επαγγελματικής ικανοποίησης επιτείνεται από τον υψηλό φόρτο εργασίας, ο οποίος έχει συνδεθεί με λιγότερο διαθέσιμο νοσηλευτικό χρόνο για λήψη αποφάσεων από

τους/τις νοσηλευτές/ριες, και συνεπώς με λιγότερες κλινικές αποφάσεις από τους/τις νοσηλευτές/ριες.⁹⁰ Επίσης, έχει βρεθεί ότι παρόλο που σε κάποιες ΜΕΘ οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες είναι αυτοί/ές που καθοδηγούν και εκπαιδεύουν τους άπειρους εξειδικευόμενους γιατρούς, εντούτοις η νοσηλευτική γνώση που κατέχουν πολλές φορές εκλαμβάνεται ως λιγότερο σημαντική και χρήσιμη από αυτή των διευθυντών και των γιατρών (Bucknall, 2000· Lally, 1999· Manias & Street, 2001β· Scholtz et al., 2016). Έτσι, αν και οι νοσηλευτές/ριες αποτελούν πράγματι τα αυτιά και τα μάτια των γιατρών, προκύπτει το φαινόμενο του/της «αόρατου/ης νοσηλευτή/ριας» (invisible nurse), κατά τους Manias και Street (2001β), όπου ο/η νοσηλευτής/ρια δεν συμμετέχει στις κλινικές αποφάσεις, και αναγκάζεται να προσφύγει σε επικοινωνιακές στρατηγικές και παιχνίδια επικοινωνίας (Stein, 1967 και 1978),⁹¹ προκειμένου να επηρεάσει έμμεσα τις αποφάσεις των γιατρών. Πιο

⁹⁰ Όπως ήδη ανέφερα στο 1^ο κεφάλαιο, αυτό που προτείνεται στη βιβλιογραφία κι σε μεγάλο βαθμό εφαρμόζεται σε ΜΕΘ στο εξωτερικό, όπως σε κάποιες χώρες της Βόρειας Ευρώπης (π.χ. Η.Β., Σκανδιναβικές χώρες), είναι ότι η αναλογία νοσηλευτή/ριας προς ασθενή πρέπει να είναι τουλάχιστον είναι 1:1 ή 1:2. Επομένως, ο φόρτος εργασίας για τον/την κάθε νοσηλευτή/ρια είναι τέτοιος που να του/της επιτρέπει να οργανώνει τη δουλειά του/της πολύ διαφορετικά απ' ό,τι στο ελληνικό παράδειγμα, όπου υπάρχει καταγεγραμμένη υποστελέχωση των ΜΕΘ στα ελληνικά νοσοκομεία με αναλογία νοσηλευτή/ριας προς ασθενή 1:3. Έτσι, η καλύτερη στελέχωση των ΜΕΘ στο εξωτερικό επιτρέπει στο νοσηλευτικό προσωπικό να εκπονεί πλάνο φροντίδας, να εκτιμά τις ανάγκες των ασθενών τους πληρέστερα, και να προσαρμόζει τις νοσηλευτικές εργασίες με βάση τις ιδιαιτερότητες των περιστατικών (ανάγκες φροντίδας, επιθυμίες). Αυτού του είδους η οργάνωση της φροντίδας στη βιβλιογραφία περιγράφεται ως ανθρωποκεντρική (patient centered care). Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές/ριες σε ΜΕΘ χωρών του εξωτερικού εξατομικεύουν τη φροντίδα, εισέρχονται σε μεγαλύτερο βαθμό στην πολυχρονική ή αλλιώς βιωματική διάσταση των ασθενών, και παράγουν νοσηλευτική πράξη ως μέρος αυτής, παρά ως μέρος της μονοχρονικής ωρολογιακής διάστασης της ρουτίνας του νοσοκομείου. Συνεπώς, το πλύσιμο των αρρώστων σε αυτές τις μονάδες δεν συνιστά γνώρισμα μιας απარέγκλιτης και ανελαστικής ρουτίνας στη ΜΕΘ. Αντιθέτως, η πρωινή φροντίδα των αρρώστων εξατομικεύεται στις ανάγκες φροντίδας του. Η κατά σύστημα νοσηλευτική εκτίμηση των ασθενών (π.χ. αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, νευρολογικό) πριν την πρωινή υγιεινή των ασθενών, θέτει τους νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ στο εξωτερικό εγγύτερα στην άμεση λήψη κλινικών αποφάσεων, καθώς ξέρουν εις βάθος τα περιστατικά τους. Η κατάσταση αυτή, σε συνδυασμό με τις ειδικές γνώσεις που αποκτούν οι νοσηλευτές/ριες στη ΜΕΘ μέσα από κάποια είδους θεσμική μορφή εκπαίδευσης στην εντατική νοσηλευτική, και την εξοικείωσή τους με τη τεχνολογία της ΜΕΘ, ενθαρρύνει πρακτικές και συμπεριφορές εκ μέρους των νοσηλευτών/ριών οι οποίες βρίσκουν πρόσφορο έδαφος σε κουλτούρα διεπιστημονικής προσέγγισης στις ΜΕΘ, όπου γιατροί και νοσηλευτές/ριες συζητούν μαζί τα περιστατικά και όλοι συμμετέχουν με δικαίωμα λόγου στην καθημερινή επίσκεψη των γιατρών.

⁹¹ Όπως θα αναπτύξω και σε επόμενο κεφάλαιο, σύμφωνα με τον Stein (1967 και 1978), η επαγγελματική σχέση νοσηλευτών/ριών και γιατρών στο νοσοκομείο, και κατά επέκταση στη ΜΕΘ, χαρακτηρίζεται από ένα ιδιαίτερο μοτίβο επικοινωνίας, γνωστό από τον ίδιο και ως «doctor-nurse game». Πρόκειται για μια επικοινωνιακή στρατηγική των νοσηλευτών/ριών που αναφέρεται στον ιδιαίτερο τρόπο συμμετοχής στη λήψη κλινικών αποφάσεων, κατά τον οποίο οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ, ενώ διατηρούν και δεν διαταράσσουν την υπάρχουσα ιεραρχική σχέση με τους γιατρούς, κάνουν προς αυτούς σημαντικές συστάσεις και ταυτόχρονα προβάλλουν τη συμβολή τους ως παθητική.

συγκεκριμένα, οι Manias και Street, στην εθνογραφία τους σε ΜΕΘ της Αυστραλίας, διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές/ριες συνεισέφεραν στις ιατρικές αποφάσεις, άλλοτε εμφανώς (visible nurse) και άλλοτε όχι (invisible nurse), και ότι η επικοινωνία μεταξύ γιατρών-νοσηλευτών/ριών συχνά ήταν έτσι «στημένη», ώστε να επιτρέπεται στους/τις νοσηλευτές/ριες να επηρεάζουν τις αποφάσεις αλλά και να αποφεύγεται η ανοιχτή αντιπαράθεση. Έτσι, συχνά, το νοσηλευτικό προσωπικό ελάμβανε αποφάσεις συγκαλυμμένες (covert decisions), οι οποίες προωθούνταν υπό τη μορφή παθητικών εισηγήσεων (passive suggestions) και υπενθυμίσεων για παραλείψεις στους γιατρούς της Μονάδας, πράγμα που σημαίνει ότι πολλές φορές υπερέβαινε τα τυπικά και επίσημα όρια ευθυνών και αρμοδιοτήτων του. Κατά παρόμοιο τρόπο, οι Schluter et al. (2011) που συνομίλησαν με είκοσι νοσηλευτές/ριες σε νοσοκομείο της Νέας Ζηλανδίας, κατέληξαν στο ότι η διαπραγμάτευση των νοσηλευτών/ριών με τους γιατρούς (και με τους ασθενείς) διέπει όλες τις νοσηλευτικές πράξεις, προκειμένου να παρέχεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα και ειδικότερα η διαφύλαξη της ασφάλειας των ασθενών τους. Επίσης, η Loos (2012), στη μελέτη της για τον επιμερισμό εργασίας, σε κλινική γερμανικού νοσοκομείου, και τις διαπραγματεύσεις μεταξύ νοσηλευτών/ριών και γιατρών, διαπίστωσε ότι καθημερινά λαμβάνουν χώρα εντατικές διαπραγματεύσεις μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων, σχετικά με ποιου αρμοδιότητα είναι να κάνει κάποιες δουλειές (τακτοποίηση πραγμάτων και ιατρικών εργαλείων, γραφειοκρατική εργασία για τα φάρμακα και μεταφορές ασθενών, πραγμάτων, εργαστηριακών αποτελεσμάτων αίματος), οι οποίες οδηγούν σε συγκαλυμμένες συγκρούσεις. Για παράδειγμα, οι γιατροί μεταθέτουν τη λήψη αίματος και την ενημέρωση των συγγενών στο νοσηλευτικό προσωπικό για να ανακουφιστούν οι ίδιοι από το φόρτο εργασίας, κάτι που δεν θέλουν να κάνουν οι νοσηλευτές/ριες. Οι τελευταίοι/ες, μέσα από την άρνησή τους, απορρίπτουν την υποδεέστερη θέση τους απέναντι στους γιατρούς. Κάποιες φορές η διαπραγμάτευση δεν οδηγεί ούτε σε σύγκρουση αλλά ούτε και σε κάποιο απότέλεσμα. Άλλοτε πάλι, οι νοσηλευτές/ριες αποδέχονται τις εργασίες για λόγους συναδελφικότητας, για να εξασφαλίσουν καλή συνεργασία ή για να αποφύγουν την αντιπαράθεση. Ωστόσο, «εάν οι γιατροί αποφεύγουν να δείχνουν την κυρίαρχη θέση τους με προφανή τρόπο στις επαφές τους με το νοσηλευτικό προσωπικό, τότε οι νοσηλευτές δεν επιτίθενται τρόπος του λέγειν ανοιχτά στη θέση τους» (Loos, 2012, σ.218). Πέρα από το ότι κάποιοι ρητοί κανόνες περιγράφουν μια πιο ισότιμη σχέση εργασίας (π.χ. περιγραφή αρμοδιοτήτων από τους νοσηλευτικούς συνδέσμους), αυτό που επίσης καθιστά την

κατάσταση στο νοσοκομείο έκρυθμη είναι ότι οι νοσηλευτές/ριες συνεχώς θεσπίζουν νέους κανόνες στο παιχνίδι (π.χ. τις νέες δεξιότητες που οι νοσηλευτές/ριες είτε αναπτύσσουν είτε ενσωματώνουν στον επαγγελματικό τους ρόλο) και συνεπώς οι γιατροί πρέπει να αντιδράσουν σε αυτούς. Παρά ταύτα, αν και η ευθύνη για την φροντίδα εξακολουθεί να παραμένει στους/τις νοσηλευτές/ριες, το επαγγελματικό κύρος προκύπτει μόνο από τη δικαιοδοσία για κάποια καθήκοντα.⁹²

Στο εθνογραφικό παράδειγμα που μελέτησα, παρατήρησα όμοιες συμπεριφορές, ως προς τις επικοινωνιακές στρατηγικές και τα επικοινωνιακά παιχνίδια, τις συγκρούσεις και τις διαπραγματεύσεις μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων με αφορμή τον επιμερισμό εργασιών. Επειδή μιλάω αναλυτικότερα γι' αυτά τα ζητήματα σε επόμενο κεφάλαιο, αρκεί να αναφέρω εδώ ότι τέτοιες διαπραγματεύσεις συνέβαιναν και εντός της ίδιας ομάδας. Για παράδειγμα, παρατήρησα περιπτώσεις κατά τις οποίες οι νοσηλευτές/ριες συχνά αποφεύγουν να πλένουν τους ασθενείς τους και «πασάρουν» το πλύσιμο στους/τις βοηθούς νοσηλευτές/ριες, γιατί το θεωρούν αγγαρεία και υποδεέστερο του ρόλου τους στη ΜΕΘ. Επίσης, ήταν αρκετές οι φορές που άκουσα να λέγεται από νοσηλευτές/ριες ότι η λήψη αερίων αίματος είναι «δουλειά των γιατρών».

Από την άλλη, η Ακριβή νιώθει ικανοποίηση όταν ξέρει ότι συνεργάζεται με αξιολογους επιστήμονες γιατρούς, και αναγνωρίζει ότι κάποιοι από αυτούς την εμπιστεύονται. Επίσης, η Δούκισσα, μια από τις πιο έμπειρες συμμετέχουσες νοσηλεύτριες στη μελέτη, αν και πίστευε ότι οι κλινικές αποφάσεις ήταν κάτι που «ανήκαν» στους γιατρούς σε αυτή τη Μονάδα, ταυτόχρονα παραδεχόταν ότι αντλούσε ικανοποίηση στη δουλειά της, γιατί έβλεπε άμεσα τα αποτελέσματα των δικών της κλινικών παρεμβάσεων πάνω στους ασθενείς της. Ειδικά όταν «αντιλαμβάνεσαι ότι ο άρρωστος δεν πάει καλά ή του συμβαίνει κάτι, πριν ακόμα του συμβεί κάτι έκτακτο».

⁹² Κάτι για το οποίο ευθύνονται οι λεγόμενοι *υπόρρητοι* κανόνες που ρυθμίζουν τη διαπραγμάτευση μεταξύ νοσηλευτών/ριών και γιατρών. Πιο συγκεκριμένα, οι κανόνες αυτοί συνδέονται με την ιστορία και εξέλιξη των δύο αυτών επαγγελλμάτων με την έμφυλη σύνθεση, κατά την οποία η νοσηλευτική αναπτύχθηκε και καθιερώθηκε ως υποδεέστερο επάγγελμα σε σχέση προς την ιατρική (Loos, 2012).

[Δούκισσα, συνέντευξη 3η, έμπειρη νοσηλεύτρια, σ.54-67] «...εάν ο άρρωστος δεν πάει καλά ή εάν ο άρρωστος πάει καλά [ήχος τηλεφώνου] συμβάλλει σίγουρα ο νοσηλευτής για πολλούς λόγους γιατί αν δεν πάει καλά και έχεις ας πούμε την εμπειρία και έχεις και τις γνώσεις αντιλαμβάνεσαι ότι ο άρρωστος δεν πάει καλά ή του συμβαίνει κάτι, πριν ακόμα του συμβεί κάτι έκτακτο. Εεε, έχεις κριτήρια και γνώσεις για να καταλάβεις ότι ο άρρωστος, δηλαδή, έχεις τη δυνατότητα να του πάρεις ένα αέριο να κρίνεις τα αέρια του να καταλάβεις τι γίνεται, αν οι ρυθμίσεις στον αναπνευστήρα είναι σωστές ή δεν είναι, εάν ο άρρωστος, ξέρω εγώ, ρίχνει πίεση μπορείς να του μετρήσεις μια κεντρική φλεβική, ξέρεις να τα κάνεις αυτά τα πράγματα, εεε και αισθάνεσαι ότι [...] και αισθάνεσαι ότι προσφέρεις δηλαδή και εσύ σε αυτό το πράγμα. Γιατί σε άλλα τμήματα - για τα ανοιχτά μιλάω πιο πολύ όχι για τα άλλα που είναι κλειστά - δεν έχεις τη δυνατότητα αυτά να τα κάνεις για πολλούς λόγους.»

Ανακεφαλαίωση των κύριων σημείων

Σε αυτό το κεφάλαιο ανέλυσα το λεγόμενο «στρώσιμο» των αρρώστων ως αναπόσπαστο κομμάτι της πρωινής ρουτίνας στη ΜΕΘ και ως παράδειγμα επαναλαμβανόμενης πρακτικής των νοσηλευτών/ριών. Όπως έδειξα, το στρώσιμο αποτελείται από συστάδα νοσηλευτικών παρεμβάσεων που απαιτούν έμπειρο κλινικό-νοσηλευτικό βλέμμα και ειδικές γνώσεις εκ μέρους των νοσηλευτών/ριών, καθώς κύριος στόχος του είναι η απομάκρυνση της μιαιρότητας από τον ασθενή και τον χώρο της Εντατικής και η αποκατάσταση της υγείας των βαριά πασχόντων ασθενών. Η αυστηρώς «χορογραφημένη» επιτέλεση του «στρωσίματος» κάθε πρωί σε κάθε πτέρυγα του προσδίδει τελετουργικό και συμβολικό χαρακτήρα. Ως πρωινή πρακτική στη ΜΕΘ, το στρώσιμο προσφέρεται ως παράδειγμα αυστηρής και απαρέγκλιτης χωροχρονικής διαχείρισης των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και του ίδιου του νοσηλευτικού προσωπικού. Ελπίζω να έγινε σαφές ότι η παρεξηγημένη «μπουγάδα» του ασθενούς – όπως αλλιώς αποκαλούν το στρώσιμο οι ίδιοι/ες συμμετέχοντες/ουσες – συνεισφέρει στην εδραίωση μιας διασωματικής, δι-υποκειμενικής και πολυαισθητηριακής σχέσης μεταξύ νοσηλευτών/ριών και ασθενών, αφού οι νοσηλευτές/ριες γίνονται τα αυτιά και τα μάτια των σιωπηλών αρρώστων τους. Είναι χάρη σε αυτή τη στενή εγγύτητα με τα σώματα των ασθενών που οι νοσηλευτές/ριες καθίστανται ικανοί/ές να προβαίνουν στη λεπτομερή εκτίμηση της βαριάς κατάστασης του κάθε ασθενούς που έχουν αναλάβει, στη συλλογή σημαντικών πληροφοριών που αναφέρουν στους γιατρούς, και, εν τέλει, στην (ανα-) παραγωγή Εντατικής φροντίδας που αποτελεί τον θεμέλιο λίθο του πολιτισμού ή έθους της ΜΕΘ.

Ωστόσο, όπως έδειξα, ο αριθμός των νοσηλευτών/ριών στο εθνογραφικό παράδειγμα είναι τόσο μικρός, σε σχέση με τα όσα ορίζουν οι διεθνείς οδηγίες, που δεν αφήνει περιθώρια για παρεκκλίσεις από τη ρουτίνα της Μονάδας και για συμμετοχή τους στην επίσκεψη των γιατρών, όπου και λαμβάνονται πολλές κλινικές αποφάσεις. Αυτός είναι ο κύριος λόγος που οι νοσηλευτές/ριες στη συγκεκριμένη ΜΕΘ και γενικότερα στην Ελλάδα θεωρούν ότι κυρίως «πλένουν», ή απλώς «εκτελούν» ιατρικές οδηγίες στο να δίνουν φάρμακα, και βιώνουν το αίσθημα της απαξίωσης. Η απαρέγκλιτη έναρξη της βάρδιας με την καθολική υγιεινή του σώματος και την αλλαγή των σεντονιών αποτελεί ισχυρή ένδειξη ότι η φροντίδα και περιποίηση του σώματος των αρρώστων συνιστά ένα από τα πιο θεμελιώδη στοιχεία της ταυτότητας των συμμετεχόντων/ουσών στην παρούσα μελέτη. Το πλύσιμο του ασθενούς αποτελεί ακράδαντη απόδειξη της προτεραιότητας που δίνει η Νοσηλευτική Υπηρεσία στη Μονάδα. Εντούτοις, σε αυτή τη Μονάδα, το λεγόμενο «στρώσιμο», συνάδει και με ένα πολιτισμικό πλαίσιο ιεραρχίας και αποκλεισμού, το οποίο ορίζει τους/τις νοσηλευτές/ριες ως φορείς βασικής μάλλον, παρά επιστημονικής, φροντίδας και λήψης κλινικών αποφάσεων, και τους γιατρούς ως κάτοχους της επιστημονικής γνώσης που αποφασίζουν για τη διαχείριση των περιστατικών τους. Όταν ο διαθέσιμος χρόνος είναι περιορισμένος, η επιστημονικότητα της ιατρικής έχει το προβάδισμα έναντι των άλλων επιστημονικών ή βοηθητικών πεδίων, με αποτέλεσμα, όπως θα δείξω αναλυτικότερα σε επόμενο κεφάλαιο, η πλειονότητα των κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών/ριών να γίνεται ανεπίσημα, εκτός κι αν ο/η νοσηλευτής/ρια που εμπλέκεται στη διαχείριση του περιστατικού είναι τόσο έμπειρος/η που δε διστάζει να λάβει αποφάσεις μόνος/η του/της ή να συμμετέχει «ανοιχτά» - μη φοβούμενος/η να έρθει σε ρήξη με τους γιατρούς την ώρα των αποφάσεών τους. Με άλλα λόγια, η χαμηλή/επιβαρυμένη αναλογία νοσηλευτή προς ασθενή 1:3 μπορεί να προσληφθεί ως άλλη μια τεχνολογία πειθαρχίας/εξουσίας στο περιβάλλον της ΜΕΘ, καθώς ο αυξημένος φόρτος εργασίας μειώνει τον διαθέσιμο νοσηλευτικό χρόνο για την ερμηνεία κλινικών παρατηρήσεων, και συνεπώς δεν επιτρέπει στο νοσηλευτικό προσωπικό να εφαρμόσει πλήρως τη λεγόμενη «νοσηλευτική διεργασία» στον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Τελικά, ενώ σε χώρες του εξωτερικού η περιποίηση των ασθενών αναδεικνύει την έννοια της φροντίδας και συνιστά κομμάτι της νοσηλευτικής διεργασίας στη νοσηλευτική, στην Εντατική της παρούσας μελέτης η πρωινή «λάτρα» των αρρώστων – με τη μορφή του πρωινού στρωσίματος – ενέχει περισσότερο το στοιχείο της μπελαλίδικης δουλειάς

στη συλλογική μνήμη και αφήγημα των πληροφορητών/ριών, και εγκλωβίζει τους/τις συμμετέχοντες/ουσες σε μια αυστηρή ρουτίνα του εθνογραφικού παραδείγματος.

Σε αυτό το κεφάλαιο βασίστηκα στις παρατηρήσεις μου κατά την επιτόπια έρευνα και κατέληξα στα παραπάνω ευρήματα έχοντας ως νήμα-οδηγό την κριτική προσέγγιση της εθνογραφίας και τον αναστοχασμό των δικών μου προηγούμενων εμπειριών ως νοσηλεύτη Εντατικής στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Στο επόμενο κεφάλαιο εστιάζω στη φαινομενολογική θεώρηση των αφηγήσεων και συνεντεύξεων που συνέλεξα, προκειμένου να ερμηνεύσω τη βιωμένη εμπειρία του «φροντίζειν» σε ΜΕΘ στην Ελλάδα, από την πλευρά των πληροφορητών/ριών μου.

Κεφάλαιο 4^ο

Η βιωμένη εμπειρία του «φροντίζειν» στην Εντατική

Η Ερασμία, έμπειρη νοσηλεύτρια, περιγράφει τον ασθενή της Εντατικής:

«Να σου πω κάτι, κοίτα. Κρισιμότητα της κατάστασης. Ένας άρρωστος ο οποίος είναι καθ' όλα εξαρτώμενος, ε; από το πιο απλό, δηλαδή κρυνώνει ο άρρωστος και δεν μπορεί να στο πει, πονάει και δεν μπορεί να στο πει ή στο δείχνει με κάποιο τρόπο. Μπορεί να τον ζύνει το πόδι του και να μην μπορεί να βάλει το χέρι του εκεί.

Άρα λοιπόν ένα περιβάλλον, ένας άρρωστος που δεν μπορεί να εκφράσει καμία του ανάγκη, και πρέπει εσύ να σκέφτεσαι για αυτόν, πέρα από την τεχνογνωσία, το μόνιτορ και τον αναπνευστήρα, και τα πιο απλά, εεε η οικογένεια των αρρώστων... Ακόμα πιο στρεσογόνο μπορώ να σου πω από τον άρρωστο... η οικογένεια, η επικοινωνία με το περιβάλλον...

Και νομίζω ναι, ότι είναι δηλαδή πιο, ο άρρωστος της Μονάδας είναι διαφορετικός άρρωστος.

Τον αγαπάς τον άρρωστο, καταρχήν είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να είσαι νοσηλεύτης»

Σε αυτό το κεφάλαιο προσεγγίζω φαινομενολογικά τη βιωμένη εμπειρία του «φροντίζειν» στη ΜΕΘ που μελέτησα, με βάση τις παρατηρήσεις μου, κυρίως δε τις αφηγήσεις των πληροφορητών/ριών μου. Όπως έχω ήδη αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην Εντατική συνδέεται τόσο με την επάρκεια σε ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, όσο και με την επίδειξη αγάπης προς τον ασθενή και ενσυναίσθησης του πόνου και της οδύνης του. Ειδικά στη ΜΕΘ, όπου ο άρρωστος είναι καθ' όλα εξαρτώμενος από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, η νοσηλεύτρια Ερασμία βλέπει τον εαυτό της και την παρουσία της μέσα από τις ανάγκες του ασθενούς, «από το πιο απλό, δηλαδή κρυνώνει ο άρρωστος και δεν μπορεί να στο πει, πονάει και δεν μπορεί να στο πει ή στο δείχνει με κάποιο τρόπο». Στη ΜΕΘ, όπου ο άρρωστος δεν μπορεί να εκφράσει καμία του ανάγκη, «πρέπει εσύ να σκέφτεσαι για αυτόν, πέρα από την τεχνογνωσία, το μόνιτορ και τον αναπνευστήρα, και τα πιο απλά», λέει η Ερασμία. Στην Εντατική, η αυστηρή οργάνωση, το επείγον περιστατικό, η βαριά κλινική κατάσταση των ασθενών, οι

σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ νοσηλευτών/ριών, γιατρών και ασθενών, καθορίζουν τη βιωμένη εμπειρία του «φροντίζειν» και την ταυτότητα των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ. Ο/Η κάθε νοσηλευτής/ρια συνθέτει και συντάσσει το δικό του/της αφήγημα ως προς το τι πράττει στη Εντατική, ως προς το ποια είναι η θέση του/της στην ομάδα της ΜΕΘ, αλλά και ως προς το είδος των συναισθημάτων που βιώνει ως επαγγελματίας υγείας.

Πριν καν μπω σε Εντατική, εργαζόμουν σε κλινικές/τμήματα του Παθολογικού Τομέα. Θυμάμαι ότι τότε, ένιωθα δέος κάθε φορά που παραλάμβανα ασθενή που διακομιζόταν από τη ΜΕΘ του νοσοκομείου. Επίσης, ένιωθα σεβασμό προς τους/τις νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ και γενικότερα προς τον κόσμο της Εντατικής. Όλη αυτή η προηγμένη τεχνολογία παρακολούθησης από τις οθόνες μηχανημάτων (monitor), οι κεντρικές φλεβικές γραμμές, τα ισχυρά φάρμακα, η άρρωστη όψη του ασθενούς και οι ιατρικές οδηγίες για συχνή παρακολούθηση, με τρόμαζαν – αλλά και κέντριζαν το ενδιαφέρον μου. Τότε, σήκωνα τα μανίκια και δούλευα πάνω στον άρρωστο, αν και δεν ήξερα πώς να διαχειριστώ την τεχνολογία, ούτε και πώς να αξιοποιήσω την πληροφορία που μου προσέφερε, καθώς το τμήμα/κλινική δεν ήταν ο πιο κατάλληλος χώρος για να φροντίζεις επαρκώς τον άρρωστο που, για παράδειγμα, έριξε κατά πολύ την πίεση και χρειάζεται αυτό που εμείς ονομάζουμε συνεχή επισκόπηση και παρακολούθηση (monitoring). Σε αντίθεση με το τμήμα, στη ΜΕΘ έχεις όλο τον εξοπλισμό έτοιμο προς χρήση και, επίσης, έχεις πρόσβαση σε έμπειρους και έμπειρες νοσηλευτές/ριες και προϊστάμενους/ες με εξαιρετικές γνώσεις και μακροχρόνια κλινική εμπειρία, οι οποίοι/ες είναι εκεί για να σε βοηθήσουν και να σε εκπαιδεύσουν στα θέματα φροντίδας και θεραπείας της Μονάδας. Η πρότερη εμπειρία μου σε κλινικές, όπου νοσηλεύονται ασθενείς που διατρέχουν χαμηλό ή μεσαίο κίνδυνο επιδείνωσης της κατάστασής τους, με οδήγησε στο να αναρωτηθώ όχι μόνο σε τι διαφέρει η Εντατική που μελέτησα από την κλινική του ορόφου, αλλά και τι είδους φροντίδα παράγουν οι πληροφορητές/ριές μου και πώς την προσλαμβάνουν κατά τη βίωσή της/βιώνοντάς την. Αυτό ήταν και το έναυσμα στο να επιχειρήσω να αναπληρώσω το ερευνητικό έλλειμμα που υπάρχει γενικότερα στην ελληνική βιβλιογραφία ως προς τη βιωμένη εμπειρία των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ, πολύ περισσότερο στα πλαίσια μιας ανθρωπολογικής εθνογραφικής μελέτης.

Η ανάλυση των αφηγήσεων και των εθνογραφικών σημειώσεων έδειξε ότι η εμπειρία του φροντίζειν στην Εντατική ταυτίζεται από τους/τις πληροφορητές/ριές

μου με τις εξής κύριες θεματικές κατηγορίες: με την εγγύτητα και την ενσυναίσθηση που αναπτύσσει ο/η νοσηλεύτης/ρια με τον ασθενή που έχει «χρεωθεί», με το υψηλό αίσθημα ευθύνης που νιώθει γι' αυτόν, με την «πάλη» που δίνει με την υψηλή τεχνολογία για να επαναφέρει ή διατηρήσει την ομοιόσταση του πάσχοντος οργανισμού, και τέλος με την αίσθηση ότι «απουσιάζει» από τις κλινικές αποφάσεις των γιατρών, καθώς δεν ενημερώνεται επαρκώς από τους τελευταίους. Η ανάλυση της βιωμένης εμπειρίας του «φροντίζειν» από την πλευρά των συμμετεχόντων/ουσών στο εθνογραφικό παράδειγμα, αναδεικνύει το πώς προσλαμβάνουν και επιτελούν την επαγγελματική τους ταυτότητα, ή αλλιώς το πώς υποκειμενοποιούνται/συγκροτούνται σε υποκείμενα στο ιατροκεντρικό περιβάλλον της ΜΕΘ, και το πώς προσεγγίζουν και παίρνουν τις κλινικές αποφάσεις στο πλαίσιο του «φροντίζειν». Οι συμμετέχοντες/ουσες στην παρούσα μελέτη παράγουν και αναπαράγουν «Εντατική Φροντίδα» μέσω προηγμένων γνώσεων και δεξιοτήτων Εντατικής Θεραπείας. Οι περισσότεροι/ες από τους/τις νοσηλεύτες/ριες συγχρονίζονται με τις ανάγκες των ασθενών τους και γίνονται «κομμάτι» του περιβάλλοντός τους με ευεργετικά αποτελέσματα για αυτούς/ες.

Φροντίζειν σημαίνει «να είσαι παρών», «κοντά» στον ασθενή σου, «να μπαίνεις στη θέση του»

«Κατά τη διάρκεια του «στρωσίματος», η Ακριβή έχει το νου της και στους άλλους δύο ασθενείς που έχει χρεωθεί, ρίχνει ματιές στα μόνιτορ και των τριών ασθενών της ανά τακτά διαστήματα, και μαζί με τη συνάδελφο της έχουν το νου τους για τυχόν συναγερμούς αναπνευστήρων και μόνιτορ μέσα στην πτέρυγα. Η ίδια θα κρίνει αν πρόκειται για κάτι που πρέπει να διευθετήσει άμεσα ή για κάτι που μπορεί να περιμένει για αργότερα»

Η Ακριβή είναι «εκεί», «παρούσα» και «κοντά» - μεταφορικά και κυριολεκτικά - στον ασθενή της, τον έχει συνεχώς στο νου της, «έχει την έγνοια του», όπως λέει, και κάνει ό,τι είναι απαραίτητο για να τον διατηρήσει στη ζωή. Κι ενώ το κάνει, συναισθάνεται τον πόνο του ασθενούς, του μιλάει, του συμπαρίσταται, τον ακουμπά απαλά με τα χέρια της, τον καθησυχάζει και τον φροντίζει. Ειδικά όταν η επικοινωνία με τον ασθενή δεν είναι εφικτή λόγω της απειλητικής νόσου ή της καταστολής, η έγνοια της Ακριβής για το αν ο ασθενής πονάει ή βιώνει δυσφορία, όχι μόνο μεγεθύνεται αλλά την επηρεάζει και «πολύ άσχημα».

Ακριβή: «Μερικές φορές το σκέφτομαι πολύ έντονα, το σκέφτομαι, ναι, με πιάνει κάποια ψυχολογία και τα σκέφτομαι πάρα πολύ έντονα, αλλά, με επηρεάζει πάρα πολύ άσχημα [...] δηλαδή μπορεί να είναι συγκεκριμένοι ασθενείς που μπορεί να

κάθομαι εδώ να κοιτάω και να σκέφτομαι ότι αυτός ο άνθρωπος είναι στο κρεβάτι, ακίνητος, αν είναι κάποιο, που να είναι λίγο ζύπνιο, ε, πονάνε.»

Όπως θα δείξω αναλυτικότερα παρακάτω, οι συμμετέχοντες/ουσες στην παρούσα μελέτη αντιλαμβάνονται την εμπλοκή τους στη φροντίδα και παρακολούθηση του ασθενούς ως εγγύτητα και συν-παράσταση προς τον άρρωστο που έχουν «χρεωθεί». Ανατρέχοντας στις αφηγήσεις των πληροφορητών/ριών (βλ. παράρτημα: εικόνα 14, απόσπασμα συνέντευξης με τη συμμετέχουσα Δούκισσα) και στις παρατηρήσεις πεδίου, προσλαμβάνω την συμπαράσταση και εγγύτητα που παρατηρώ στη σχέση τους με τους ασθενείς τους ως κάτι περισσότερο από μια «χωρική» διάσταση. Αντί αυτής, την αντιλαμβάνομαι ως μια δια-σωματική, δι-υποκειμενική και πολυαισθητηριακή ποιότητα που στη βιβλιογραφία ορίζεται ως «ενσυναίσθηση» (empathy). Η ενσυναίσθηση, το να μπορεί δηλαδή κάποιος να συναισθάνεται τον σωματικό ή ψυχικό πόνο του άλλου, να «μπαίνει στη θέση» του άλλου και να προσπαθεί να τον ανακουφίσει, είναι πολύ βασική για κάποιον όταν πρωτο-εισέρχεται στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Ενσυναίσθηση όμως δε σημαίνει μόνο «συν-αισθάνομαι», σημαίνει επίσης «κάνω κάτι γι' αυτό», είμαι διαθέσιμος/η για τον ασθενή, αναπτύσσω θεραπευτική σχέση και ανταποκρίνομαι στις ανάγκες του. Η ενσυναίσθηση είναι ένα θεμελιώδες και αναπόσπαστο συστατικό του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Ο ψυχολόγος Carl Rogers (2007) προσλαμβάνει την ενσυναίσθηση ως την «εμπειρία να διεισδύεις στον ιδιωτικό χώρο του άλλου και να μείνεις εκεί [...] να ζεις προσωρινά στη ζωή του άλλου». Υποστηρίζει ότι η ενσυναίσθηση έχει τρεις διαστάσεις: τη γνωστική, τη συναισθηματική και τη συμπεριφορική. Στις επιστήμες υγείας, η γνωστική ενσυναίσθηση (cognitive) είναι η ικανότητα να αναγνωρίζει ο/η επαγγελματίας υγείας με ακρίβεια τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς. Η συναισθηματική ενσυναίσθηση (emotional) περιγράφει την ικανότητα να φανταστεί τη συναισθηματική εμπειρία που έχει ένας ασθενής και να μοιραστεί τα συναισθήματά του. Τέλος, η θεραπευτική ή συμπεριφορική διάσταση (therapeutic – behavioral) αναφέρεται στην ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να επικοινωνούν αυτά τα συναισθήματα στους αποδέκτες φροντίδας και να ανταποκρίνονται στα συναισθήματα και τις ανάγκες τους (Stavropoulou et al., 20207· βλ. και Larson & Yao, 2005· Sedaghati Kesbakhi et al., 2017).

Οι κατηγορίες της εγγύτητας και της ενσυναίσθησης απαντώνται στην ξένη και την ελληνόγλωσση βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, η νοσηλεύτρια Beedy (2000) περιέγραψε τη βιωμένη εμπειρία των νοσηλευτριών ΜΕΘ σε νοσοκομείο του Η.Β. ως

μια εμπειρία του «φροντίζειν» (caring) με ενσυναίσθηση, και μέσα από την ανάλυση των εις βάθος συνεντεύξεων που διεξήγαγε με εννέα νοσηλεύτριες εντόπισε τρεις θεματικές κατηγορίες. Οι συμμετέχουσες κατά τη νοηματοδότηση της φροντίδας που παρείχαν στην παραπάνω ΜΕΘ μίλησαν για «ενεργή εμπλοκή στη φροντίδα», για «διατήρηση της υποστήριξης» αλλά και για συναισθήματα «απογοήτευσης». Ως προς την ενεργή εμπλοκή τους (being involved), εννοούσαν ότι είναι σημαντικό «να είσαι κοντά στον άρρωστο», «να είσαι εκεί», αλλά και «να κάνεις πράγματα γι' αυτόν». Ως προς τη διατήρηση της υποστήριξης (maintenance, support), η περιποίηση και η προώθηση της άνεσης του ασθενούς, η επαρκής κλινική εμπειρία του νοσηλευτή/ριας, η κατοχή ειδικής γνώσης και η θετική προδιάθεση για τη δουλειά ήταν κάποιες από τις παραμέτρους που οι νοσηλευτές/ριες ανέφεραν στις αφηγήσεις τους.

Ως προς την εγγύτητα μεταξύ νοσηλευτή/ριας και ασθενή, στη φαινομενολογική μελέτη της νοσηλεύτριας Vouzavali et al. (2011), όπου αναλύονται οι αφηγήσεις δώδεκα έμπειρων νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ της Αττικής, οι πληροφορητές/ριες δηλώνουν ότι συμμετέχουν στον κόσμο των ασθενών, μοιράζονται τα βιώματά τους και μαθαίνουν από αυτά. Οι ερευνήτριες παρομοιάζουν τη σχέση ασθενή και νοσηλευτή/ριας, με «γειτονικά κύτταρα» που αποτελούν ένα «συγκύτιο»⁹³ όπου, κατ' αναλογία με τον φυσιολογικό μηχανισμό, η διέγερση του ενός επεκτείνεται ταχύτατα στον/ην άλλο/η με αποτέλεσμα να λειτουργούν μαζί, ταυτοχρόνως. Ο/Η ασθενής ανήκει στον/στη νοσηλευτή/τρια, ο/η οποίος/α τον διεκδικεί τόσο από τους/τις συναδέλφους του/της, όσο και από τους/τις γιατρούς, και κάποιες φορές τον διεκδικεί και από την οικογένειά του. Αν και η ευθύνη που αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές/ριες είναι βαριά και συντριπτική γι' αυτούς και αυτές, παραμένει αναπόσπαστο στοιχείο της νοσηλευτικής τους ταυτότητας (βλ. και Βουζάβαλη, 2008). Τα ευρήματα αυτά περιγράφουν αυτό που η Βουζάβαλη ονομάζει

⁹³ Ο όρος «συγκύτιο» χρησιμοποιείται στη φυσιολογία για να περιγράψει γειτονικά κύτταρα, όπου η νευρολογική διέγερση του ενός επεκτείνεται απευθείας στο άλλο κύτταρο μέσω κυτταρικών συνάψεων. Όλα τα κύτταρα αντιδρούν σε νευρολογικά ερεθίσματα μαζί και συντονισμένα ως «λειτουργικό συγκύτιο». Για παράδειγμα, οι μυϊκές ίνες των κόλπων στην καρδιά διαπλέκονται μεταξύ τους και αποτελούν το συγκύτιο των κόλπων και οι ίνες των κοιλιών διαπλέκονται μεταξύ τους και αποτελούν το συγκύτιο των κοιλιών.

«διαπροσωπική θεραπευτική σχέση», όπου οι ασθενείς φαίνεται να αποτελούν τον βιωμένο «χρόνο» και «τόπο» των νοσηλευτών/ριών, το χωροχρονικό πεδίο όπου ο/η νοσηλευτή/ρια μοιάζει να αναπτύσσει μια έντονη σχέση με τον/την ασθενή, να επηρεάζεται και προσωπικά, να εξελίσσεται υπαρξιακά και να διαμορφώνει νέες στάσεις απέναντι στον εαυτό του/της και τους άλλους (Βουζάβαλη, 2008). Επίσης, στη μελέτη των Stavropoulou et al. (2020) σε νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ της Ελλάδας, η ενσυναίσθηση έγινε αντιληπτή από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες ως το να βάζεις τον εαυτό σου στη θέση του άλλου. Η βίωση/εμπειρία των συναισθημάτων του ασθενούς, η κατανόηση των αναγκών του ασθενούς και η παροχή βοήθειας προς τους ασθενείς ήταν τα κύρια θέματα που αναφέρθηκαν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Επιπλέον, η «ενσυναίσθητη» φροντίδα περιεγράφηκε ως επικοινωνία, ως παροχή υποστήριξης και ως απαραίτητη συνθήκη και προϋπόθεση για διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού.

Η Αγνή θυμάται πόσο έντονα είχε βιώσει ένα περιστατικό, το «θαύμα των Χριστουγέννων», κοπέλας πολυτραυματία που είχε μεταφερθεί στη ΜΕΘ παραμονή Χριστουγέννων. Η ασθενής, τριάντα δύο χρονών με κόρη δύο χρονών, είχε σχολάσει από την ταβέρνα που δούλευε και περίμενε έξω από το μαγαζί, όταν τράκαραν δύο αυτοκίνητα μπροστά της. Το ένα καβάλησε το πεζοδρόμιο και την σφήνωσε στον τοίχο και έχασε το πόδι της. Την φέρανε με ακρωτηριασμένο το ένα πόδι από τον μηρό πολύ ψηλά, κάταγμα λεκάνης, και σε πολύ βαριά κατάσταση μετά το χειρουργείο. Η Αγνή θυμάται ότι είχε περάσει επτά ώρες πάνω από αυτό το περιστατικό, και ότι η ίδια είχε πειστώσει και θεωρούσε δεδομένο ότι η ασθενής θα τα πήγαινε καλά. Η γυναίκα έχανε αίμα και μεταγγιζόταν με πολλές μονάδες αίμα και πλάσμα.

Αγνή, expert νοσηλεύτρια: «Η κοπέλα προφανώς έχανε από κάπου αίμα, είχε εσωτερική αιμορραγία, και δεν μπορούσαν οι γιατροί να καταλάβουν εάν είχε να κάνει με το νεφρό της, εάν είχε να κάνει με το κάταγμα λεκάνης που είχε, αν αιμορραγούσε από το άλλο πόδι.... Θυμάμαι να την μεταγίζω συνέχεια, να ακόμα το λέω και ανατριχιάζω, ο γιατρός που εφημέρευε ήταν εξειδικευόμενος τότε, τώρα είναι επιμελητής ο γιατρός, θυμάμαι και οι δύο να κρατάμε τους ασκούς αίματος και να πιέζουμε για να προλάβει να πάρει το αίμα όσο πιο γρήγορα γίνεται. Και κάποια στιγμή, εγώ το θεωρούσα τόσο δεδομένο ότι αυτή η κοπέλα παλεύεται, είναι περιστατικό που παλεύεται, θυμάμαι μια συνάδελφος από απέναντι που είχε έρθει, είχε πάει η ώρα εννιά το βράδυ, δεν είχα καταλάβει εγώ πώς πέρασε η ώρα και λέει 'καλά τόσα αίματα; αφού το περιστατικό δεν θα ζήσει'. Και μου κακοφάνηκε εκείνη την ώρα, λέω 'τι μου λέει; Τι λες δεν θα ζήσει, εννοείται ότι θα ζήσει το περιστατικό!' Το πίστευα δηλαδή ακράδαντα ότι θα ζήσει το περιστατικό, παρόλα αυτά με έβαλε σε σκέψεις, λέω, μήπως εγώ επειδή το βιώνω τώρα μέσα

από αυτή τη θέση δεν έχω αντικειμενική εικόνα; μήπως όντως το περιστατικό είναι μη βιώσιμο απλά είμαι τόσο απορροφημένη εδώ πέρα που δεν έχω αντιληφθεί τις άλλες παραμέτρους ότι το περιστατικό δεν έχει ελπίδα; Και όμως λέω, θα συνεχίσω δεν θέλω να πιστέψω αυτό που είναι φανερό απέξω... Και είχα πάει - την άλλη μέρα ήμουν πρωινή στη δουλειά - και πίστευα ότι θα πάω στη δουλειά και δεν θα την δω αφού ήταν τόσο βαριά και θα πήγαινε χειρουργείο, και όμως αυτή η κοπέλα έφυγε από τη Μονάδα, έφυγε. Και έχουν περάσει τώρα πέντε-έξι-εφτά χρόνια; και λέω τώρα, θα έχει γίνει και το κοριτσάκι της δέκα χρονών, έχει και τη μαμά στο σπίτι, έστω και με ένα πόδι, και πιστεύω ότι ναι, η πίστη μου στο ότι είναι περιστατικό που παλεύεται βοήθησε»

Οι ποιότητες της έγνοιας για τον ασθενή και της ενσυναίσθησης με αυτόν αφορούν όχι μόνο τη νοσηλευτική αλλά και την ιατρική. Οι ανθρωπολόγοι Good και Good (1993· Good, 2008) μιλάνε για το δίπολο caring (να νοιάζεσαι) και competence (να είσαι ικανός/ή) στην ιατρική, το οποίο περιγράφουν ως σημαντικό στοιχείο στις εμπειρίες των φοιτητών ιατρικής και ειδικά κατά την εκμάθηση και εφαρμογή της ιατρικής ως επιστήμης και τέχνης στην κλινική εκπαίδευση στο νοσοκομείο. Οι φοιτητές της ιατρικής που ρωτήθηκαν για το πώς βλέπουν τον ιδανικό γιατρό με βάση τις εμπειρίες τους στις σπουδές τους – κάτι που οι Good και Good περιέγραψαν ως μύηση στον κόσμο της ιατρικής - αντιλαμβάνονται ότι, προκειμένου να γίνουν οι ίδιοι καλοί γιατροί, θα πρέπει να κατανοούν τη βασική επιστήμη της ιατρικής και ταυτόχρονα να αναπτύσσουν ηθικές αξίες, συμπεριφορές και στάσεις συμπόνιας προς τους ασθενείς τους, ώστε να εκμαιεύουν σημαντικές πληροφορίες από τον ασθενή τους και να καταλήγουν στη σωστή ιατρική διάγνωση. Η ικανότητα (competency) του/της γιατρού συνιστά την τεχνική πλευρά της ιατρικής και αφορά στις δεξιότητες και τις γνώσεις, ενώ το να νοιάζεσαι (caring) συνιστά τη συναισθηματική και προσωπική (μη-τεχνική) πλευρά της ιατρικής και αφορά στις ιδιότητες του/της ίδιου/ίδιας του/της γιατρού, στον ανθρωπισμό του.

Παρακάτω περιγράφω ένα είδος σχέσης φροντίδας μεταξύ νοσηλευτή/ριας και ασθενούς, η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού νοσηλευτική ενσυναίσθηση, και η οποία δεν συναντάται συχνά στις κλινικές ή στα «ανοιχτά» τμήματα του νοσοκομείου.

Η Δούκισσα, μια από τις πιο έμπειρες πληροφορήτριες στην έρευνα, αντιλαμβάνεται ότι ο ενδοτραχειακός σωλήνας του ασθενή της έχει μετακινηθεί κατά τη διάρκεια της νύχτας και προσπαθεί να πείσει τη γιατρό της πτέρυγας να τον αλλάξει. Η Δούκισσα, μέσω της εγγύτητας και ενσυναίσθησης που έχει αναπτύξει στη σχέση της με τον ασθενή της, ανησυχεί για αυτόν και κινητοποιεί το προσωπικό

της ΜΕΘ προκειμένου να αποτραπεί επιπλοκή από τη λάθος θέση του ενδοτραχειακού σωλήνα. Στη ΜΕΘ, οι νοσηλεύτές/ριες πολύ συχνά καλούνται να επιλύσουν τέτοιου είδους προβλήματα, και προκειμένου να το πετύχουν, κινητοποιούν και τους/τις γιατρούς της ΜΕΘ. Είναι νωρίς το πρωί, το ράδιο παίζει μουσική [χαμηλόφωνα], δεν έχει πολύ κόσμος, είναι ήσυχα, και το μόνο που ακούω είναι τους αναπνευστήρες να παρέχουν ανάσες στους ασθενείς της πτέρυγας. Το τροχήλατο με τα σεντόνια είναι τοποθετημένο σε κεντρικό σημείο της πτέρυγας, καθώς είναι η ώρα του πρωινού «στρωσίματος» των αρρώστων. Οι νοσηλεύτριες ανά ζευγάρια καθαρίζουν και στρώνουν τους ασθενείς. Οι γιατροί δεν έχουν έρθει ακόμα, είναι νωρίς το πρωί και προς το παρόν υπάρχουν μόνο οι εφημερεύοντες/ουσες γιατροί της νύχτας αλλά όχι μέσα στην πτέρυγα. Διακρίνω τη Δούκισσα να μιλάει στην εξειδικευόμενη γιατρό προβληματισμένη και ελαφρώς εκνευρισμένη. Αυτό που διακυβεύεται είναι εάν και πότε μετακινήθηκε ο ενδοτραχειακός σωλήνας του ασθενή της, κάτι στο οποίο δεν μπορούν να συμφωνήσουν ούτε η Δούκισσα ούτε η Νεκταρία, η γιατρός. Ωστόσο, η Δούκισσα επιμένει ότι υπάρχει πρόβλημα με τον σωλήνα στον ασθενή και επιμένει να αλλάχθεί ο σωλήνας από τη Νεκταρία. Η Δούκισσα εκτιμάει ότι ο σωλήνας πιθανόν μετακινήθηκε προς τα έξω κατά τη διάρκεια της νύχτας, και επιμένει ότι τον βρήκε έτσι το πρωί. Η Δούκισσα κινητοποιεί τη γνωστική, τη συναισθηματική και θεραπευτική ενσυναίσθησή της και υποστηρίζει ότι «ακούει» εκπνευστικό ήχο από το στόμα του ασθενούς, το οποίο σημαίνει ότι είτε ο σωλήνας μετακινήθηκε είτε το μπαλόνι (cuff) ξεφούσκωσε. Από την άλλη, η Νεκταρία επιμένει ότι, με βάση τη δική της εξέταση νωρίς το πρωί, ο σωλήνας, αν μετακινήθηκε προς τα έξω, αυτό έγινε κατά το πρωινό στρώσιμο του ασθενούς και όχι κατά τη διάρκεια της νύχτας. Έτσι, αντίθετα από τη Δούκισσα, η Νεκταρία, με βάση την πρωινή ακρόαση, εκτιμάει ότι ο σωλήνας είναι στη σωστή θέση, δεν πρέπει να αλλάχθεί, γιατί «ακροαστικά» δεν παρουσιάζει αλλαγές. Ο εκνευρισμός της Δούκισσας οφείλεται στο ότι η Νεκταρία δεν πείθεται από το επιχείρημά της, κάτι που η Δούκισσα εκλαμβάνει ως μομφή/προσβολή στις ικανότητές της να αξιολογήσει «ορθά» τη θέση του ενδοτραχειακού σωλήνα. Η γιατρός υποστηρίζει ότι, στην περίπτωση που ο σωλήνας μετακινήθηκε, αυτό έγινε μετά τη δική της ακρόαση (των πνευμόνων), συνεπώς κατά το στρώσιμο του αρρώστου, από λάθος χειρισμό της Δούκισσας. Η Δούκισσα, αρνούμενη ότι διέπραξε λάθος χειρισμό αλλά και φοβούμενη ότι «στο τέλος θα την πληρώσει αυτή», προειδοποιεί τη γιατρό ότι, «εν πάση περιπτώσει, εγώ σας έχω ενημερώσει ότι ο

σωλήνας είναι έτσι, θα το γράψω και στο cardex [φύλλο παρακολούθησης] και από εκεί και πέρα θα κάνετε ό,τι θέλετε», και ταυτόχρονα δε επιστρατεύει την εξουσία της προϊσταμένης της, της Ελισάβετ.

Η αλλαγή του σωλήνα συνιστά κλινική απόφαση, προς την οποία η Δούκισσα προσπαθεί να κατευθύνει τη γιατρό. Η Δούκισσα είναι σίγουρη για τα ευρήματά της, κατά την εκτίμηση του ασθενούς, γιατί τα στηρίζει στη γνωστική, τη συναισθηματική και τη θεραπευτική ενσυναίσθηση που έχει αναπτύξει με τον ασθενή της. Παρά ταύτα, η εξειδικευόμενη γιατρός, η οποία έχει εκπαιδευτεί στη διασωλήνωση, έχει διαφορετική άποψη και, με τη σειρά της, επιστρατεύει την ιεραρχικά ανώτερή της, επιμελήτρια γιατρό, τη Χρύσα. Στο τέλος, η ένταση εκτονώνεται με την παρέμβαση της προϊσταμένης νοσηλεύτριας, η οποία αποφασίζει ότι ο σωλήνας «είναι φτιαγμένος, τελείωσε η ιστορία», και προτείνει να αλλαχθεί η «φακαρόλα» (κορδέλα) του σωλήνα από τη βοηθό νοσηλεύτρια, με την επιμελήτρια γιατρό παρούσα στην πτέρυγα, προκειμένου να εκτιμηθεί εκ' νέου κατά πόσο ο σωλήνας είναι στη θέση του ή όχι.

Το ότι οι νοσηλευτές/ριες, έμπειροι/ες και άπειροι/ες, είναι τόσο «κοντά» στους ασθενείς τους και γνωρίζουν και τις πιο μικρές λεπτομέρειες των καθετήρων τους, των τραυμάτων τους, του τρόπου που αναπνέουν, το αν πονάνε ή όχι, οφείλεται στον υψηλό βαθμό ενσυναίσθησής τους με τους ασθενείς – οι νοσηλευτές/ριες είναι τα αυτιά και τα μάτια των ασθενών στη ΜΕΘ. Στην περίπτωση που ο/η νοσηλευτής/ρια – όπως η Δούκισσα - αποτυγχάνει να «πείσει» τον γιατρό ότι κάτι συμβαίνει με τον ασθενή του/της, κατακλύζεται από ανησυχία εξαιτίας της ευθύνης που νιώθει για εκείνον.

Αντιπαραθέσεις, όπως αυτή μεταξύ Δούκισσας και Νεκταρίας, συμβαίνουν πολύ συχνά στη ΜΕΘ και αποκαλύπτουν το ότι, όταν κάποια ζητήματα δεν λύνονται σε κλίμα διαπραγμάτευσης, οι συμμετέχοντες/ουσες καταφεύγουν στα ανώτερα κλιμάκια ιεραρχίας της επαγγελματικής κατηγορίας όπου ανήκουν, προκειμένου να «κλείσουν» το θέμα. Επίσης, στο παραπάνω παράδειγμα διαφωνίας, όταν η Νεκταρία επιμένει ότι ο ασθενής «είχε τα ίδια ακροαστικά», ουσιαστικά, ως γιατρός, υποστηρίζει την άποψή της με το επιστημονικό «ακροαστικό» εύρημα της φυσικής εκτίμησης που έκανε το πρωί στην ασθενή της. Η χρήση, δηλαδή, του ακουστικού και τα ακροαστικά ευρήματα της γιατρού φαίνονται να υπερέχουν της άποψης της νοσηλεύτριας που βασίζεται στην ενσυναισθητική σχέση της με τον ασθενή. Το ότι ο

ασθενής παρουσιάζει ακροαστικά ευρήματα που δε διαφέρουν από αυτά της προηγούμενης νύχτας, συνιστά «επιστημονικό» επιχείρημα, εκ μέρους της εξειδικευόμενης, και συγχρόνως παράδειγμα της εξουσίας που ασκούν οι γιατροί, επειδή, όπως έχω ήδη αναφέρει, ο υψηλός βαθμός επιστημονικότητας αναγνωρίζεται μόνο ή κυρίως στην ιατρική γνώση, τόσο στον κόσμο του νοσοκομείου όσο και της Εντατικής.

Αν και αξιοποίησα την εθνογραφική ιστορία της Δούκισσας ως παράδειγμα ενσυναίσθησης στην Εντατική, εκ του αποτελέσματος φαίνεται ότι η βιωμένη εμπειρία της Δούκισσας τέμνεται από τον ισχυρό λόγο της ιατρικής εξουσίας. Η Δούκισσα θα μπορούσε να αντικρούσει το επιχείρημα της Νεκταρίας, μόνο αν και η ίδια είχε «θεσμικά» εκπαιδευτεί στην ακρόαση των πνευμόνων – όπως στις ειδικότητες Εντατικής νοσηλευτικής στο εξωτερικό. Έτσι, εν τέλει, δεν καταφέρνει να αποσπάσει την επιθυμητή κλινική απόφαση της γιατρού. Αυτό ωστόσο δεν την αποθαρρύνει από το να προσπαθεί. Η ενσυναίσθηση της Δούκισσας συνοδεύεται από αυξημένο αίσθημα ευθύνης για το ασθενή, και αυτό την παρακινεί (όπως και όλους/ες τους/τις συμμετέχοντες/ουσες) να προβάλει τη δική της πρόσληψη του φροντίζειν και να τη διαπραγματευτεί με τους/τις γιατρούς προκειμένου να επηρεάσει τις κλινικές αποφάσεις των τελευταίων.

«Τον χρεώνεσαι τον ασθενή»: αίσθημα ευθύνης και διαπραγμάτευση με τον γιατρό

Έχει διαπιστωθεί και αποτυπωθεί στη βιβλιογραφία ότι, παρά τις δύσκολες συνθήκες εργασίας τους, οι νοσηλευτές/ριες, προκειμένου να «προστατεύσουν» τον/την ασθενή που έχουν «χρεωθεί», παραμένουν άγρυπνοι/ες κοντά στον ασθενή και συχνά αναλαμβάνουν και ευθύνες των γιατρών (Cohen et al., 1994· Hov et al., 2006). Το να είναι ο/η νοσηλευτής/ρια «κοντά» στον ασθενή και υπεύθυνος/η γι' αυτόν είναι νοσηλευτικές αξίες και αρετές που επισημαίνονται ως αναγκαίες προϋποθέσεις στη βιβλιογραφία (Beedy, 2000· Price, 2013· Schluter et al., 2011· Vouzavalli et al., 2011).

Στην αρχή της κάθε βάρδιας, οι νοσηλευτές/ριες «χρεώνονται» τα «περιστατικά» τους, δηλαδή, αναλαμβάνουν την ευθύνη εκείνων των ατόμων που βιώνουν την «προδοσία του σώματός» τους και την απώλεια της προηγούμενης ταυτότητάς τους (Kleinman, 1988). Μάλιστα, για κάποιους/ες από τους/τις

νοσηλευτές/ριες το αίσθημα ευθύνης είναι τόσο μεγάλο και βαρύ που αυτό έχει επίπτωση στον τρόπο που προσλαμβάνουν το δικό τους σώμα. Ο Short (1997) έχει επισημάνει ότι οι νοσηλευτές/ριες βλέπουν τα σώματά τους ως εργαλεία στη δουλειά τους, τα δε σώματα των ασθενών ως χώρους εργασίας τους.⁹⁴ Με άλλα λόγια, στη ΜΕΘ, ανάμεσα στους αναπνευστήρες και τις οθόνες παρακολούθησης, είναι σαν να έχουν «σημασία» όλα τα σώματα, πάσχοντα και μη πάσχοντα. Ένα τυχαίο στιγμιότυπο (snapshot) από την καθημερινότητα μιας ΜΕΘ θα μας επέτρεπε πολύ εύκολα να διακρίνουμε τα σώματα των νοσηλευτών/ριών και ασθενών να συνδιαλέγονται μεταξύ τους σε ρυθμούς που επιβάλλονται από την κρισιμότητα της κατάστασης των ίδιων των ασθενών, αλλά και από τον πόνο τους που, ως μια μοναδική προσωπική εμπειρία, μας υπενθυμίζει τόσο τα πεπερασμένα όρια των επιστημονικών επιτευγμάτων όσο και τα όρια του ίδιου του σώματος. Στην περίπτωση του εθνογραφικού παραδείγματος, οι συμμετέχοντες/ουσες αυτο-διέθεταν και επιστράτευαν το σώμα τους, τις αισθήσεις τους και το βλέμμα τους για τους ασθενείς που είχαν «χρεωθεί», τις κλινικές δεξιότητες που κατείχαν προκειμένου να εισέλθουν στην πολυχρονική διάσταση των τελευταίων. Τα χέρια και τα ακροδάχτυλα των συμμετεχόντων/ουσών συνιστούσαν έκφραση της προ-θετικότητάς τους να κατευθύνουν τον ασθενή προς την επούλωση και ανάρρωση. Το άγγιγμα του ασθενούς με τα χέρια τους, η συνεχής κατάληψη του χώρου με γρήγορους βηματισμούς γύρω από το κρεβάτι του ασθενούς κατά την αναπαραγωγή της νοσηλευτικής πράξης, το συνεχές «σκανάρισμα» του σώματος και της τεχνολογίας που το συνόδευε μέσω της οπτικής και απτικής επαφής με τον ασθενή, εξασφάλιζαν την πλήρη συναρμογή των νοσηλευτών/ριών με το σώμα των ασθενών – όπως κάνουν δύο γειτονικά κύτταρα με όρους «συγκυτίου» κατά τις Vouzavali et al.

⁹⁴ Ο Good (2008/1994) υποστηρίζει ότι οι τρόποι με τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας ορίζουν το σώμα, και οι συμπεριφορές που διαμορφώνουν όταν διαχειρίζονται το πάσχον σώμα, μας λένε κάποια πράγματα για τη παιδεία, το λεξιλόγιο και γνωστικό κεφάλαιο που έχουν αποκτήσει στις σπουδές τους, και μας προδιαθέτουν για ένα συγκεκριμένο φάσμα αντιλήψεων και ερμηνειών. Κατά τη διάρκεια των ιατρικών σπουδών, οι επιστήμες της ανατομίας, ιστολογίας, και της βιοχημείας, ενσταλάζουν στους/τις φοιτητές/ριες συγκεκριμένη κοσμοθεωρία της πραγματικότητας και μια νέα γλώσσα για το ανθρώπινο σώμα. Αυτό το μοντέλο θεώρησης παραμένει με τον/την φοιτητή/ρια σε όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας του/της και ορίζει και τον τρόπο οργάνωσης δεδομένων κατά την εκτέλεση της εργασίας τους. Η διεργασία αυτή είναι πρωτίστως πολιτισμική, γιατί η Βιολογία δεν είναι άνευ νοημάτων και ερμηνειών, άρα είναι μια ειδική κουλτούρα (specialized culture).

(2011). Αν και θωράκιζαν τους εαυτούς τους με προστατευτικό εξοπλισμό (μάσκες προσώπου, χειρουργικές ποδιές, γάντια), το κάθε «ακούμπισμα» ή «χάδι» υπόρρητα διαβεβαίωνε τον ασθενή ότι δεν ήταν μόνος/η σε αυτή την κατάσταση μεθοριακότητας μεταξύ ζωής και θανάτου στην Εντατικής.

Ερασμία, συνέντευξη: «ναι να είμαι συνειδητά... για αυτό και βλέπεις το (τακ), το ακούμπισμα, εγώ πέρναγα ας πούμε από τον άρρωστο και ακόμα και όταν δεν επικοινωνούσα τον ακουμπούσα ή δηλαδή ξέρω εγώ του έκανα ένα χάδι γιατί νιώθω ότι 'είμαι εδώ και σου κάνω αυτό που σου κάνω, είμαι εδώ συνειδητά', αυτό σημαίνει... το θέμα είναι το συνειδητό, δηλαδή ακουμπάω τον άρρωστο, ξέρεις ο άρρωστος, ακόμα και ο πιο βρώμικος άρρωστος, ποτέ δεν σιχάθηκα βρε παιδί μου, δεν ένιωσα ποτέ ας πούμε, 'τι είναι αυτό που κάνω'»

Υπάρχουν μελέτες όμως που αναφέρουν την οδύνη και ως καθημερινό σύντροφο στους/τις νοσηλευτές/τριες ΜΕΘ (ενδεικτικά βλ. Hon et al. 2006). Ο μεν ασθενής υποφέρει την οδύνη, ο/η δε νοσηλευτής/τρια το μαρτύριο του/της ασθενούς. Η διάσταση της οδύνης και του πόνου επιβεβαιώνεται ως σημαντική παράμετρος στη καθημερινότητα των συμμετεχόντων/ουσών στη παρούσα μελέτη. Σε μια από τις συνεντεύξεις ρωτάω την Άρτεμις τι σημαίνει για αυτήν να «χρεώνεται» ασθενή στην αρχή της βάρδιας. Μου διευκρινίζει ότι η συνηθισμένη έκφραση «είναι δικός μου ασθενής» δε σημαίνει ότι της ανήκει ο ασθενής, με καθησυχάζει και γελάει:

«Όχι δεν ανήκει σε κανέναν ο ασθενής, εεε, και όταν είμαι στο τμήμα [ΜΕΘ] μέσα στην εξάκλινη [πτέρυγα] που χωρίζονται έτσι οι Μονάδες μας όλοι οι ασθενείς είναι ασθενείς, δεν είναι ούτε δικός μου ούτε τον έφερα από το σπίτι μου [γελάει] εννοείται. Ναι - εννοείς ότι τον χρεώνομαι και είμαι εγώ υπεύθυνη γι' αυτόν ενώ για σένα δεν είμαι υπεύθυνη».

Ένας από τους λόγους που κάνει την Άρτεμις να θεωρεί τον εαυτό της υπεύθυνο για τους ασθενείς που της ανατίθενται ή που «χρεώνεται» είναι και γιατί για αυτούς τους τρεις ασθενείς – τους αρρώστους της - λογοδοτεί στο τέλος της βάρδιας και είναι αυτή που γράφει το διάγραμμα νοσηλείας και το υπογράφει. Δεν παραλείπει όμως να με διαβεβαιώσει ότι φροντίζει και για τους ασθενείς άλλων συναδέλφων στην πτέρυγα, και ότι διακατέχεται από ένα αίσθημα ευθύνης που είναι αναπόσπαστο στοιχείο της εργασίας της.

Άρτεμις, συνέντευξη Ι", νοσηλεύτρια: «Όχι, απλά επειδή έχω να λογοδοτήσω για αυτούς που μου δίνονται και γράφω λογοδοσία και υπογράφω γι' αυτούς, θεωρώ υπεύθυνο τον εαυτό μου για τους αρρώστους αυτούς. Βέβαια, όταν είμαι με κάποιον άλλον συνάδελφο, ακόμα και μεγαλύτερο από μένα να 'ναι, και αντιληφθώ κάτι στους δικούς του αρρώστους - πάλι τους δικούς του - εννοείται πως θα επέμβω γιατί είναι ο άρρωστος! Δεν είναι, 'δεν είναι δικός μου δε θα ασχοληθώ Όλοι οι άρρωστοι είναι άρρωστοι, απλά επειδή λογοδοτώ, ό,τι

συμβεί στους δικούς μου αρρώστους [γελάει] θα πρέπει να λογοδοτήσω εγώ. Εγώ υπογράφω, αυτό εννοώ με δικούς μου αρρώστους [γελάει]»

Ο επιπλέον φόρτος εργασίας είναι ένας άλλος λόγος που κάνει το/τη νοσηλεύτη/ρια να νιώθει το αίσθημα της ευθύνης βαρύ. Η Αγνή, πολύ έμπειρη νοσηλεύτρια που συμπεριέλαβα στην ερευνά μου ως ειδική-expert, μου ομολόγησε ότι το αίσθημα ευθύνης του/της νοσηλεύτη/ριας είναι έτσι και αλλιώς υψηλό και έντονο, αλλά ότι η ίδια το βιώνει εντονότερο, γιατί η φροντίδα της δεν περιορίζεται στους ασθενείς που έχει «χρεωθεί» αλλά επεκτείνεται και στους ασθενείς που έχουν χρεωθεί οι λιγότερο έμπειροι/ες συνάδελφοί της. Οπότε, η Αγνή «επιτηρεί» και ασκεί κάποιου είδους έλεγχο προς τους/τις συναδέλφους της. Αν και το κάνει διακριτικά, ώστε να «μη τους προσβάλει» ή φέρει σε δύσκολη θέση, δεν παύει να είναι κάτι που «δυσκολεύει» τα δικά της καθήκοντα. Έτσι, αν και το αίσθημα ευθύνης για τους/τις λιγότερο έμπειρους/ες συναδέλφους βιώνεται ως κάτι «βαρύ» από την Αγνή, η ίδια επιλέγει να καταφεύγει σε λανθάνουσες και διαπραγματευτικές τεχνικές στη μεταξύ τους επικοινωνία και συνεργασία παρά σε κάθετη άσκηση εξουσίας.

Αγνή, συνέντευξη 9^η, νοσηλεύτρια, expert: «...σου δίνουν ασθενείς, δηλαδή βλέπω τώρα, δίνουν ασθενείς σε έναν καινούργιο νοσηλεύτη, εγώ σαν πιο παλιά θα έχω τους διπλανούς ασθενείς αλλά εννοείται αυτός είναι υπό την επίβλεψή μου, έχω την ευθύνη, έχω τον νου μου, πρέπει να έχω και τους δικούς μου και τους δικούς του, να είμαι από πίσω με διακριτικό τρόπο για να μην καταλάβει ότι τον ελέγχω, να ανοίξω το ντοσιέ να σιγουρευτώ ότι κάτι δεν [του/της] έχει ξεφύγει - χωρίς να τον προσβάλω, για αυτό γίνονται όλα στα κρυφά - αλλά παρότι βρέθηκα σε αυτή την θέση - είναι πολύ δύσκολη η θέση, γιατί όταν πήγα είχα ήδη πέντε χρόνια που εργαζόμουν στον Ευαγγελισμό - θεωρητικά είχα μια άλφα εμπειρία, αλλά όταν πήγα στη Μονάδα ένιωθα σαν να μην ήξερα τίποτα. Ότι ήξερα μου ήταν άχρηστα. Και ένιωθα άσχημα που την πρώτη περίοδο είχα συνέχεια κάποιον δίπλα μου που, επειδή εγώ δεν ήμουν ασφαλής, εγώ η ίδια δεν ένιωθα ασφάλεια, και αν τύχαινε, δεν έβγαινα καθόλου από τη Μονάδα, δεν πήγαινα για διάλειμμα, δεν το συζητάω, καθόμουνα εκεί γιατί φοβόμουνα οτιδήποτε συνέβαινε, δεν ήθελα ούτε τον συνάδελφο να επιβαρύνω, ούτε να έχω την ευθύνη κάποιου λάθους που θα γινόταν στον ασθενή από δική μου αμέλεια ή παράλειψη. Μου πήρε περίπου ένα χρόνο να νιώσω ασφαλής ότι παραδίδω τους ασθενείς μου και ξέρω ότι δεν αφήνω εκκρεμότητες.»

Το αίσθημα της ευθύνης για τον ασθενή αναφέρεται συχνά από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες ως κάτι που το βιώνουν «πολύ προσωπικά». Οι Scholtz et al. (2016), σε εθνογραφική μελέτη τους για την κουλτούρα μιας ΜΕΘ στη Νότια Αφρική, υποστηρίζουν ότι οι νοσηλεύτές/ριες κατά κάποιο τρόπο «νιοθετούν» τους ασθενείς τους (patient adoption) κατά τη νοσηλεία στη Μονάδα, νιώθουν δηλαδή ότι αναλαμβάνουν πλήρως την ευθύνη του, με αποτέλεσμα να παίρνουν πολύ προσωπικά κάθε είδους δυσκολία ή κακή έκβαση στο περιστατικό τους.

Διέκρινα το παραπάνω χαρακτηριστικό έντονα στην Ελπινίκη, η οποία εργαζόταν μερικούς μόνο μήνες στη Μονάδα και γενικά δυσκολευόταν με τη διαχείριση των δύσκολων περιστατικών. Οι έμπειροι νοσηλευτές/ριες την καθοδηγούσαν, και η ίδια έδειχνε μεγάλη προθυμία και ζήλο για τη δουλειά της. Την Ελπινίκη τη χαρακτήριζε η αγωνία της για το αν κάτι δεν πήγαινε καλά με τον ασθενή της, και αυτό ακριβώς μοιράζεται μαζί μου στη συνέντευξη που μου παραχώρησε ένα πρωινό. Αν και ήταν κουρασμένη γιατί βγήκε από νύχτα, στην οποία δεν έκατσε καθόλου λόγω αιμοδυναμικής αστάθειας του ασθενή της, διατηρούσε το πάθος και τον ενθουσιασμό της αρχάριας νοσηλεύτριας που μόλις βγήκε από μια δύσκολη και έντονη βάρδια στο νοσοκομείο. Αν και άπειρη νοσηλεύτρια, η Ελπινίκη είχε έντονη την αίσθηση της ευθύνης για τον άρρωστο και είχε αναστατωθεί όταν μια σειρά απανωτών θανάτων έλαβε χώρα στη μονάδα. Από τα λεγόμενά της κατάλαβα ότι εξέλαβε τους θανάτους ως προσωπική της «γκαντεμιά», κάτι που την είχε ενοχλήσει πολύ.

Ελπινίκη, συνέντευξη 17^η, άπειρη νοσηλεύτρια: δηλαδή να πέφτει στον άλλον η πίεση και να νιώθω ότι θα πεθάνω εγώ. Πόσες φορές δεν ένιωσα να χάνω τη γη κάτω από τα πόδια μου; είτε ήταν δικό μου περιστατικό, είτε δεν ήτανε... ήταν ένα διάστημα που συνέχισα πέθαιναν. Μπορεί να μην ήταν στη δική μου την βάρδια αλλά άκουγα «πέθανε ο ένας, πέθανε ο άλλος»... Στη ΜΑΦ παθαίνει ανακοπή μια νεαρή κοπέλα, νομίζω λιγότερο από τριάντα, και μετά, ήρθε σε εμάς πάλι μια νέα εισαγωγή η οποία ήταν μια δεκαοχτάχρονη, η οποία δεν ήταν δική μου ασθενής ποτέ. Είχε ένα κοιλιακό τραύμα που έβγαζε συνέχεια η παροχέτευση, έβγαζε αρκετά λίτρα, είχε βγάλει τρία-τέσσερα λίτρα, δεν θυμάμαι, πολύ πάντως, και το βράδυ ήμουν πάλι στη Β' πτέρυγα, εγώ είχα πάλι τα περιστατικά που είχα το πρωί, δεν ήταν αυτή η κοπέλα, και η άλλη κοπέλα είχε την κοπέλα αυτή και άλλη. Αυτή η κοπέλα δεν ήταν διασωληνωμένη, ήταν με μάσκα Ventouri, όλη την νύχτα μίλαγε, ζήτηγε νερό, κινούσε χέρια, και στις έξι η ώρα παθαίνει ανακοπή [...] και προσπαθούσαμε, εντάξει μετά μαζεστήκαμε όλοι εκεί, δεν πήρε ποτέ μπρος, ε μετά για δύο μέρες είχα δύσπνοια. Δεν ξέρω, ενώ ρώταγα και την άλλη κοπέλα «πώς είναι; αν είναι καλά» γιατί ήτανε πολύ ξαφνικό, δεν ξέρω, μου στοίχησε απίστευτα πολύ».

Επίσης, η ευθύνη για τον ασθενή λειτουργεί και ως αφετηρία για την εμπλοκή των νοσηλευτών/ριών σε ένα είδος διαπραγμάτευσης για τη διαχείριση των ασθενών τους με τους γιατρούς. Όπως έχω ήδη αναφέρει, οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ διαχειρίζονται καταστάσεις κρίσης και εντάσεων, όπου καλούνται οι ίδιοι/ες να αποφασίσουν το είδος στοιχείων που θα συλλέξουν, να ερμηνεύσουν τις πληροφορίες, να σχεδιάσουν και να διαχειριστούν τις πλέον κατάλληλες παρεμβάσεις, και να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα των παρεμβάσεών τους. Για όλους αυτούς τους λόγους, όποιες αποφάσεις κι αν λαμβάνονται στη ΜΕΘ, επηρεάζονται από ένα πλήθος άτυπων

διαπραγματευτικών σχέσεων στις καθημερινές δραστηριότητες και διαντιδράσεις του όλου προσωπικού, οι οποίες αναπτύσσονται συνεχώς για να λύνουν προβλήματα της καθημερινότητας που αδυνατούν να ρυθμίσουν οι γραπτοί κανόνες (εσωτερικός κανονισμός ιδρύματος). Όπως και στο παράδειγμα της Δούκισσας, στην προηγούμενη ενότητα, τέτοιου είδους διαπραγματεύσεις εκ μέρους των νοσηλευτών/ριών στο εθνογραφικό παράδειγμα επιτείνονται ακόμα περισσότερο από το αίσθημα ευθύνης που νοιώθουν για τον ασθενή τους ή αλλιώς την έγνοια τους γι' αυτόν.

Οι Schluter et al. (2011) εντόπισαν στοιχεία διαπραγμάτευσης όταν προσπάθησαν να κατανοήσουν το πεδίο (scope) της νοσηλευτικής πράξης σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές δύο νοσοκομείων στην Αυστραλία. Αν και ο στόχος των ερευνητών ήταν περισσότερο να μελετήσουν το πώς αντιλαμβάνονταν οι είκοσι συμμετέχοντες/ουσες νοσηλευτές/ριες τη φροντίδα που παρείχαν και το εάν αυτή πρέπει να ανατίθεται σε περισσότερο ή λιγότερο έμπειρο προσωπικό, τα ευρήματα αφορούσαν επίσης και στο ποιος/α είναι/θεωρείται καλός/ή νοσηλευτής/ρια και το είδος των διαπραγματεύσεων στις σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών/ριών με διαφορετική κλινική εμπειρία και εκπαίδευση. Σύμφωνα με τη μελέτη τους, ικανοί/ες νοσηλευτές/ριες θεωρούνταν όσοι/ες βρίσκονται κοντά στους ασθενείς τους, όσοι/ες δρουν για το καλό του ασθενούς, όσοι/ες δε διστάζουν να βγάλουν εις πέρας τις δουλειές/εργασίες που δεν έγιναν από τους άλλους, επομένως όσοι/ες επιδεικνύουν πνεύμα ομαδικότητας, και τέλος όσοι/ες διαπραγματεύονται αποτελεσματικά τις θέσεις τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η διαπραγμάτευση ως αξία διαπερνά όλα τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, καθώς οι νοσηλευτές/ριες είπαν ότι διαπραγματεύονταν μέσα από αλλαγές τον τρόπο οργάνωσης των εργασιών τους αλλά και επικαλούμενοι/ες τον υψηλό βαθμό εγγύτητας προς τους ασθενείς τους.

Η ανάλυση των δεδομένων στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει ότι η καθημερινή ζωή στο νοσοκομείο και στη ΜΕΘ δείχνει να οργανώνεται γύρω από μια σειρά διαπραγματεύσεων μεταξύ των νοσηλευτών/ριών και των γιατρών. Από τις παρατηρήσεις μου και την ανάλυση συνεντεύξεων, διαπίστωσα ότι το αίσθημα ευθύνης μεταξύ των συμμετεχόντων/ουσών ήταν υψηλό και αποτελούσε τον κύριο λόγο που τους/τις ωθούσε στο να διαπραγματεύονται ξανά και ξανά με τους γιατρούς το πλάνο διαχείρισης των αρρώστων τους, και να μη διστάζουν να αμφισβητούν κάποιες από τις κλινικές αποφάσεις των γιατρών, ακόμα και όταν δεν ήταν

σίγουροι/ες για την πλήρη κλινική εικόνα και ιστορικό του ασθενή τους. Έτσι, μια από τις κύριες προτεραιότητές τους ήταν να υπερασπίζονται το καλό του ασθενούς, παρόλο που ο αυξημένος φόρτος εργασίας τους προκαλούσε αισθήματα απαξίωσης και ματαίωσης. Η Άρτεμις, μια από τις πιο έμπειρες συμμετέχουσες συνομιλήτριές μου, βρίσκεται σε συνεχείς διαπραγματεύσεις με τους γιατρούς, ειδικά τώρα που είναι έμπειρη και νοιώθει το αίσθημα της ευθύνης εντονότερα. Τώρα πια νιώθει ότι μπορεί και αυτή να τους ασκεί έως κάποιο βαθμό επιρροή ως προς τη χρονική οργάνωση των εργασιών στη βάρδια. Διαπραγματεύεται σχεδόν για όλα, για την αναλγησία του ασθενούς, για το αν θα «ξυπνήσουν» τον άρρωστο ή όχι, για το πότε θα μπει νέα «γραμμή» στο περιστατικό της, για το πότε θα πάει ο άρρωστος στον αξονικό τομογράφο, ενώ πριν χρόνια «παράταγε» τις δουλειές τις και τον προγραμματισμό της προκειμένου να εκτελέσει τις οδηγίες του γιατρού.

Άρτεμις, συνέντευξη 1^η, έμπειρη νοσηλεύτρια ΜΕΘ: ...μετά από δέκα χρόνια τώρα που είμαι εδώ, με τους γιατρούς έχω μια σχέση που μπορώ να τους εε [...] πώς να σας το πω, μπορώ να τους κοντρολάρω, δηλαδή δεν είναι όπως ήμουν πριν πέντε χρόνια που μου έλεγε 'τώρα κάνουμε αυτό', ενώ εγώ δεν μπορούσα να κρίνω 'πρέπει να γίνει τώρα ή πρέπει να γίνει μόλις τελειώσω αυτό που κάνω; Τώρα έχω την κρίση και μπορώ να πω ότι 'κοίταξε να δεις μπορείς να περιμένεις ένα τέταρτο μισή ώρα να τελειώσω αυτό που κάνω;', ενώ πριν χωρίς να έχω την εμπειρία και χωρίς να μπορώ να κρίνω - όχι πριν πέντε χρόνια, πριν εφτά ας πούμε, οχτώ - εμ, εντός εισαγωγικών ακολουθούσα τι μου έλεγαν οι γιατροί, δηλαδή αν έμπαινε ο γιατρός μέσα και εγώ έκανα περιποίηση γραμμής και μου έλεγε ο γιατρός, εε 'σε δέκα λεπτά από τώρα θα κατέβει για αξονική', τα παράταγα όλα γιατί αφού το έλεγε ο γιατρός έπρεπε να το κάνω, πήγαινα και άρχιζα να ετοιμάζω την αξονική. Τώρα, πλέον μετά από δέκα χρόνια, έχω την επαφή μαζί τους και τους λέω, γιατί τους γνωρίζω όλους τόσα χρόνια, με το που μπαίνουν μέσα 'πέστε μου τι έχουμε να κάνουμε να προγραμματίσω κι εγώ τις δουλειές μου'. Και όταν έρχονται και λένε 'θα βάλουμε γραμμή στον τάδε', λέω 'θα μπορούμε σε μια ώρα από τώρα να το κάνουμε αυτό ώστε να τελειώσουμε τις δουλειές μας;'

Για να προσφέρουν τη φροντίδα τους, οι νοσηλευτές/ριες εμπλέκονται και σε ένα είδος διαπραγμάτευσης ή επαναπροσδιορισμού του ρόλου τους με τους γιατρούς - επομένως και της επαγγελματικής τους ταυτότητας. Η Γαλήνη, άλλη έμπειρη νοσηλεύτρια, νιώθει υπεύθυνη για τους ασθενείς της. Η Γαλήνη «τους ελέγχει» τους ασθενείς της γιατί αυτή θα είναι η πρώτη που θα παρατηρήσει μια επιπλοκή και αυτή που θα πρέπει να ενημερώσει τον γιατρό. Η Γαλήνη βλέπει τον ρόλο της ως αναπόσπαστο μέρος τους υποστηρικτικού περιβάλλοντας των γιατρών και των ασθενών της.

Γαλήνη, συνέντευξη 4^η, έμπειρη νοσηλεύτρια: «Ο ρόλος; Σαφώς είναι σημαντικός με την έννοια ότι, είσαι υπεύθυνος για τον άρρωστό σου, εσύ πρέπει να εκτιμήσεις δύο βασικά πράγματα, εσύ θα πρέπει να ελέγξεις [...], εε, να το πάω τελείως

νοσηλευτικά; όλα τα συστήματα του ασθενούς για να δεις τι γίνεται; ότι εσύ θα είσαι ο πρώτος παρατηρητής μιας επιπλοκής πιθανόν, ότι ίσως κάτι δε σου ταιριάζει καλά σε αυτό τον άρρωστο, ότι έκανε μια αντίδραση σε ένα φάρμακο. Πιστεύω ότι είναι κάτι που θα έκανε ο κάθε νοσηλευτής σε οποιοδήποτε χώρο και να βρισκόταν. Εμ, ναι, ή θα πεις τη γνώμη σου για κάτι, ότι 'αυτό δε μου αρέσει, μήπως να το κάνουμε έτσι;'. Γιατί δεν είναι όλοι παλιοί ιατροί, έρχονται και γιατροί που εξειδικεύονται εδώ, οπότε στην αρχή και εμείς πιστεύω ότι είμαστε βοηθητικοί απέναντί τους [...] δεν ξέρω αν αυτοί το αναγνωρίζουν ή όχι, ή πώς το εκλαμβάνουν, θεωρώ όμως ότι με αυτούς τους ανθρώπους που συνεργαζόμαστε εμείς θα είμαστε το περιβάλλον το υποστηρικτικό τους [χαμογελάει]. Πιθανόν.»

Εντόπισα ανάλογες εμπειρίες και στις μαρτυρίες των άλλων νοσηλευτών/ριών στο εθνογραφικό παράδειγμα. Πρόκειται για αφηγήσεις οι οποίες ήταν κάποιες φορές και συναισθηματικά φορτισμένες, καθώς έβγαιναν στην επιφάνεια κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, εικόνες, μνήμες και προσωπικές εμπειρίες που σχετίζονταν με την επαγγελματική τους παρουσία και ταυτότητα στη Μονάδα που εργάζονταν - π.χ. ως τι αυτο-προσδιορίζονται; ως βοηθοί των γιατρών ή διαμεσολαβητές και φορείς ειδικής νοσηλευτικής φροντίδας; Άλλοτε κόμπιαζαν και σταματούσαν την αφήγηση, άλλοτε δάκρυζαν, άλλοτε πάλι μιλούσαν τόσο χαμηλόφωνα που οι λέξεις τους μετά βίας καταγράφονταν από το ψηφιακό καταγραφέα. Λες και οι τοίχοι της Μονάδας θα υπέκλεπταν τις μαρτυρίες τους που ήταν φορτισμένες με νοήματα και εικόνες από έναν κόσμο μοναδικά δικό τους.

Εντατική νοσηλευτική σημαίνει να «το παλεύεις με ό,τι έχεις»: αυτοσχέδιες πατέντες και υψηλή τεχνολογία

Η διατήρηση στη ζωή συνιστά τον κύριο λόγο εισαγωγής των ασθενών σε Εντατική Μονάδα, γι' αυτό το λόγο πρώτιστο μέλημα των πληροφορητών/ριών μου ήταν η παροχή υποστηρικτικής φροντίδας και η σταθεροποίηση της κλινικής κατάστασης των ασθενών, η έγκαιρη αναγνώριση της κλινικής επιδείνωσης και η διατήρηση της ομοιόστασης των ασθενών τους. Οι συνομιλητές/ριές μου, όπως θα δείξω στο πέμπτο κεφάλαιο, εστιάζουν το βλέμμα τους στο βιολογικό προφίλ των ασθενών τους και καταγράφουν τις λειτουργίες του σώματος στο φύλλο παρακολούθησης, αναγνωρίζουν καταστάσεις απορρύθμισης του σώματος και απώλειας της ομοιόστασης του οργανισμού, ασκούν κλινικό βλέμμα στους ασθενείς τους σε τακτά χρονικά διαστήματα, διαχειρίζονται άμεσα το επείγον και κρίσιμο περιστατικό, λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις για τους ασθενείς τους κατά τη διάρκεια της φροντίδας που παρέχουν, και μαθαίνουν να αξιοποιούν την τεχνολογία της ΜΕΘ προκειμένου να πάνε τον ασθενή τους «πιο μπροστά» στο δρόμο της διατήρησης της

ζωής και της ανάρρωσης. Κοινός παρονομαστής στα παραπάνω είναι το σώμα του ασθενούς, οι γνώσεις και οι δεξιότητες που κατέχουν και η χρήση της τεχνολογίας.

Η Ελπίδα, προϊσταμένη νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε νοσοκομείο και μια από τις πιο έμπειρες πληροφορήτριες που αποδέχτηκε να μου παραχωρήσει συνέντευξη, πιστεύει ότι «ο νοσηλευτής»⁹⁵ χρησιμοποιεί το σώμα του, τις γνώσεις του, τις δεξιότητες και την εξοικειώσή του/της με τη τεχνολογία σε αυτή «τη μάχη» όπου «παλεύει» για τον άρρωστο. Επίσης, ο νοσηλευτής συνεργάζεται, κάνει χιούμορ, είναι αυταρχικός, και παλεύει με το χρόνο συνεχώς. Η Ελπίδα, την ίδια ώρα που συνεργάζεται με τους γιατρούς και τους/τις συναδέλφους νοσηλευτές/ριες, μιλάει με τους συγγενείς, και ασκεί πίεση στον τραυματιοφορέα ή του «υπόσχεται γλυκό», όπως μου αφηγείται, προκειμένου να μεταφέρει τον άρρωστο στον όροφο για να έρθει στην Εντατική το επόμενο περιστατικό από τα επείγοντα.

[Ελπίδα, Συνέντευξη 6η, expert συμμετέχουσα, σ.98-126] «εε, το 'παλεύεις', εγώ το έχω στο μυαλό μου όλη αυτή την προσπάθεια που κάνεις εκείνη την ώρα και συνήθως το 'παλεύω' μου έρχεται στο μυαλό με τις ανακοπές, στην καρδιολογική τη μονάδα έχουμε πάρα πολλές ανακοπές, καταλαβαίνεις πολλές ταχυκαρδίες, πολλά πράγματα, πολλά τέτοια τα οποία ήτανε, εκείνη την ώρα χρησιμοποιείς τα πάντα, χρησιμοποιείς το μυαλό σου, χρησιμοποιείς το σώμα σου, χρησιμοποιείς τις γνώσεις που είχες, χρησιμοποιείς τις δεξιότητες, δεξιότητες που δεν ήξερες ότι είχες [χαμογελάει] δηλαδή, μπορεί να σου έχει πάρει όλη την βάρδια να προσπαθείς να ξεβιδώσεις ένα stopcock [βαλβίδα ελέγχου ροής υγρών] και εκείνη την ώρα της ανακοπής να το ξεβιδώνεις έτσι [γελάμε] δηλαδή, νομίζεις δηλαδή πραγματικά, εε, δεν ξέρω αν καταλαβαίνεις τι λέω, αλλά εκείνη την ώρα δηλαδή κάνεις πράγματα τα οποία πίστευες ότι δεν μπορείς να τα κάνεις και χρησιμοποιείς ό,τι δεξιότητες έχεις δηλαδή σε αυτή την μάχη, δηλαδή χρησιμοποιείς τη δυνατότητα της συνεργασίας, χρησιμοποιείς και το χιούμορ καμιά φορά για να πεις πράγματα που δεν μπορείς να πεις, ... Νομίζω ό,τι έχεις και δεν έχεις σε επίπεδο δηλαδή δεξιοτήτων, ό,τι ο καθένας έχει, κάθε φορά χρησιμοποιείς και διαφορετικά πράγματα αλλά κάνουν όλα το ίδιο. Εμ, και επίσης το 'παλεύεις' - τώρα δεν ξέρω εντάξει μπορεί να ήταν παλιά λέξη - αλλά παλεύεις με το χρόνο ας πούμε κάποιες φορές, δηλαδή να προλάβεις, δηλαδή έχεις κάποια πράγματα στο μυαλό σου τα οποία θες να κάνεις - μπορεί να μην έχεις κάτι να σώσεις την ζωή κάποιου αρρώστου, να είναι μια ήρεμη βάρδια - αλλά παρόλα αυτά να έχεις πολλά πράγματα να κάνεις, να πρέπει να διαχειριστείς το χρόνο [...]»

Εκτός από την πάλη που δίνουν με το χρόνο, ο οποίος είναι σχεδόν πάντα λιγοστός γι' αυτό και αποτελεί αντικείμενο διαπραγμάτευσης – ή και αιτία έντασης - με τους

⁹⁵ Η Ελπίδα, όπως και οι περισσότεροι/ες συμμετέχοντες/ουσες αναφέρονται στους/στις συναδέλφους της κάνοντας χρήση του όρου "νοσηλευτή" στο αρσενικό γένος και όχι στο θηλυκό γένος.

γιατρούς, οι νοσηλευτές/ριες του εθνογραφικού παραδείγματος «παλεύουν» και με το υλικό το οποίο δεν είναι καλής ποιότητας, «παλεύουν» με τα «καπάκια» από τις βελόνες και τις συσκευές ορού που «αρνούνται» να συνεργαστούν μαζί τους όταν ο άρρωστος αιμορραγεί και «ρίχνει την πίεση». Όταν δεν έχουν αναλώσιμο υλικό σε περίοδο κρίσης (όπως στην περίοδο της έρευνάς μου), οι συνομιλητές/ριές μου διαθέτουν εξαιρετική εφευρετικότητα στο να σκέφτονται πατέντες και αυτοσχέδιους τρόπους χρήσης υλικού προκειμένου ο ασθενής να πάρει τη θεραπεία του με το καλύτερο δυνατό τρόπο. Αυτός ήταν ο λόγος που μια μέρα μου είπαν κάποιες νοσηλεύτριες, αστεειευόμενες, ότι οι νοσηλευτές στην Ελλάδα επιβιώνουν σαν τις κατσαρίδες:

[Σημειώσεις πεδίου 9.2.13] Σάββατο πρωί, η Άρτεμις και Γρηγόρης επιστρέφουν από το διάλειμμα, η Άρτεμις συνεχίζει με τις εργασίες της, παρατηρώ μια κενή κρεμασμένη πλαστική φιάλη ορού, κομμένη από πάνω και καλυμμένη με γάζα. «Το έχουν τρυπήσει για να βάλουν την τροφή, είναι ελληνικά συστήματα αυτά! Δεν τα βρίσκεις πουθενά αλλού!» γελάει, η Νάντια «εμείς παιδί μου όπου και να είμαστε θα επιβιώσουμε, δεν υπάρχει περίπτωση!» [γελάνε] «σαν τις κατσαρίδες» «είμαστε είμαστε... κι αυτό γιατί δεν έχουμε την συσκευή την ανάλογη» [η εταιρεία που παρέχει την εντερική σίτιση (φιάλες) δεν παρέχει και τις ανάλογες συσκευές χορήγησης].

Παράλληλα προς αυτά, ωστόσο, η χρήση προηγμένης τεχνολογίας⁹⁶ από τους/τις νοσηλευτές/ριες κατέχει εξέχουσα θέση στην παροχή φροντίδας ή του φροντίζουν, γιατί τους βοηθάει στην ερμηνεία των λειτουργιών του σώματος, στη χορήγηση θεραπευτικών παρεμβάσεων (π.χ. τεχνητός νεφρός, αναπνευστήρας), στη λήψη κλινικών αποφάσεων και στη συνεργασία τους με τους γιατρούς – όπως θα δείξω σε επόμενο κεφάλαιο. Αρκεί μια επίσκεψη στην Εντατική για να αντιληφθεί κανείς ότι ο/η νοσηλευτής/ρια ΜΕΘ δεν δύναται να παράγει νοσηλευτική πράξη στη ΜΕΘ δίχως τεχνολογία, αλλά και ότι η τεχνολογία της ΜΕΘ δεν δύναται να καταστεί

⁹⁶ Ως τεχνολογία εννοείται κάθε είδους παρέμβαση που μας επιτρέπει να παρακολουθούμε και να επεμβαίνουμε στη λειτουργία του σώματος, όπως για παράδειγμα: το σύστημα παρακολούθησης monitor (καρδιογράφος), ο αναπνευστήρας (μηχάνημα υποβοήθησης της αναπνοής), ηλεκτρονικές αντλίες χορήγησης φαρμάκων, κάθε είδους «έξυπνοι» καθετήρες που επιτρέπουν την παρακολούθηση του εσωτερικού του σώματος (π.χ. αρτηριακή και κεντρική φλεβική γραμμή), παροχτεύσεις, καθετήρας κύστεως, όργανα για τη μέτρηση των ζωτικών σημείων του/της ασθενούς, ηχητικοί συναγερμοί που προειδοποιούν το προσωπικό κάθε φορά που οι παράμετροι (ζωτικά σημεία, π.χ. αρτηριακή πίεση, αναπνοές) του/της ασθενούς είναι εκτός των αποδεκτών φυσιολογικών ορίων, ο εργαστηριακός εξοπλισμός για την ανάλυση κάθε είδους υγρών (π.χ. αίμα) και ιστών.

χρήσιμη χωρίς το νοσηλευτικό βλέμμα και τις κλινικές νοσηλευτικές δεξιότητες και παρεμβάσεις.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι το ζήτημα της τεχνολογίας στην ιατρική αποτέλεσε συχνά πηγή (τεχνοφοβικού) προβληματισμού σε κοινωνικούς επιστήμονες της υγείας, ως προς την ηθική διάσταση της χρήσης της για την παράταση της ζωής και τον μετέπειτα πολιτικοοικονομικό χαρακτήρα που απέκτησε ο θάνατος (Lock, 2008/1997· Μακρυγιάννη, 2008· Price, 2013). Για παράδειγμα, η ανθρωπολόγος Margaret Lock μας προειδοποιεί για την ηθική διάσταση που συνεπάγεται η χρήση της τεχνολογίας - ειδικά στη μεταμόσχευση οργάνων όπου χρησιμοποιείται τεχνητός αναπνευστήρας για βραχύχρονη ικανοποίηση της αναπνοής - και προβληματίζει την ορθολογική αιτιολόγηση για την ανάπτυξη και χρήση της. Επισημαίνει ότι ενώ από κάποιους προβάλλεται η κοινωνική και πολιτικοοικονομική διάσταση της τεχνολογίας, από άλλους θεωρείται δικαιολογημένη η χρήση της αφού στόχος της είναι η κάλυψη «οικουμενικών ανθρώπινων αναγκών» (Lock, 2008/1997, σ.206).⁹⁷ Γενικότερα, στο πλαίσιο μιας ευρύτερης κριτικής (DelVecchio Good, 2011/2007· Rapp, 1997· Rabinow, 1996· Ross, 2005) αναγνωρίζεται ότι οι εξελίξεις στο πεδίο της ιατρικής (φαρμακευτική, μητρότητα, μεταμοσχεύσεις, ανοσολογία, βιοϊατρική, μηχανική υποστήριξη οργάνων, αξονική τομογραφία, επεμβατικό monitoring) έχουν καθοριστικές συνέπειες στη διαχείριση του βαρέως πάσχοντα ασθενούς, γιατί η τεχνητή επιμήκυνση της ζωής επηρεάζει τα όρια μεταξύ ζωής και θανάτου και γιατί κλονίζονται οι βεβαιότητες της βιολογίας ως προς το τι συνιστά ανθρώπινο ον και την ανθρώπινη ατομικότητα (Haraway, 1991· Lock, 2008/1997). Επίσης, όπως αναφέρει η Δήμητρα Μακρυγιάννη (2004), οι προαναφερθείσες εξελίξεις έχουν καθοριστικές συνέπειες στην πρόσληψη και την καθιερωμένη απεικόνιση του σώματος, εξαιτίας της δημιουργίας νέων, όλο και περισσότερο «ιατρικοποιημένων» σωμάτων μέσα από διαδικασίες όπου το σώμα καθίσταται όλο και πιο ανοιχτό σε

⁹⁷ Η Lock δείχνει να συμφωνεί και με μελετητές, όπως ο Basalla (1988), που αναγνωρίζει την ωφελιμότητα εκείνων των τεχνολογιών που μας επιτρέπουν να διεισδύσουμε όλο και περισσότερο στο εσωτερικό του σώματος, καθώς κι εκείνων που ανακουφίζουν τον πόνο και επιμηκώνουν τη ζωή, ακόμα και αν τα συμφέροντα πανίσχυρων ελίτ και εταιρειών συνδέονται άμεσα με την παραγωγή, τη διανομή και την εφαρμογή της ιατρικής τεχνολογίας. Ταυτόχρονα, όμως, εκφράζει σοβαρές επιφυλάξεις για τον ρόλο της τεχνολογίας, ειδικά στην περίπτωση της μεταμόσχευσης οργάνων και τον παρεπόμενο επαναπροσδιορισμό του «θανάτου» αυτού ως του «εγκεφαλικού νεκρού».

παρεμβάσεις, όλο και πιο διαχειρίσιμο από τη σύγχρονη τεχνολογία (cyborg-σώμα μηχανή). Η υποτιθέμενη σαφήνεια των ορίων του σώματος αποσταθεροποιείται, όπως και τα όρια ανάμεσα στους ανθρώπινους οργανισμούς και τις μηχανές, καθώς η πλειονότητα των ασθενών είναι συνδεδεμένη με προηγμένο τεχνολογικό εξοπλισμό, είτε για διαγνωστικούς, είτε για θεραπευτικούς σκοπούς.⁹⁸

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι νοσηλευτική πράξη και ο τρόπος πρόσληψής της συνδέεται και με τους λόγους περί τεχνολογίας (είτε τεχνοφοβικούς, είτε τεχνοφιλικούς). Ειδικά για τη ΜΕΘ, η (τεχνοφιλική) νοσηλεύτρια και ερευνήτρια Ann Price (2013), σε εθνογραφική μελέτη της σε Εντατική του Η.Β., υποστηρίζει η τεχνολογία στη ΜΕΘ δεν μπορεί να ιδωθεί χωριστά από τη φροντίδα, καθώς η ικανότητα των νοσηλευτών/ριών να χειριστούν την τεχνολογία θεωρείται απαραίτητη δεξιότητα και προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας (βλ. και Bull & FitzGerald, 2006· Ray, 1987). Συγκεκριμένα, μέσα από τη συμμετοχική παρατήρηση, τις συνεντεύξεις και την εξέταση γραπτών τεκμηρίων, η Price υποστηρίζει ότι η φροντίδα σε Μονάδες αυξημένου κινδύνου και τα χαρακτηριστικά της προϋποθέτουν μια απαιτητική διαδικασία συνεχούς και επιδέξιας σύνθεσης από τους/τις νοσηλευτές/ριες, στην οποία συνδυάζονται επιτυχώς οι κλινικές δεξιότητες, η εστίαση στη λεπτομέρεια και η τεχνολογία. Η ίδια ονομάζει τη διεργασία αυτή «διεργασία επιδέξιας δημιουργίας φροντίδας σε Μονάδες υψηλού κινδύνου» (a crafting process of critical care practice).⁹⁹ Ταυτόχρονα, όμως, η Price διερωτάται κατά πόσο η φροντίδα σε Μονάδες αυξημένου κινδύνου και η χρήση της τεχνολογίας συνυπάρχουν σε ισορροπία μεταξύ τους, και εκφράζει το φόβο ότι η εκτεταμένη

⁹⁸ Στις πρακτικές αργού μετασχηματισμού συμπεριλαμβάνονται η μεταμόσχευση οργάνων, η προσθετική/πλαστική χειρουργική και η παρέμβαση στη λειτουργία σωματικών οργάνων (βηματοδότες, μηχανικός πνευμονικός αερισμός), βλ. Featherstone 2000.

⁹⁹ Σε αυτή τη διεργασία διακρίνει τα ακόλουθα στοιχεία: α) τη συνεχή επαγρύπνηση (vigilance) για τυχόν επιδείνωση των αρρώστων και ενεργοποίηση των συναγερμών των μηχανημάτων, αλλιώς γνωστή και ως συνεχής επισκόπηση και παρακολούθηση (monitoring) των αρρώστων, β) την εστίαση της προσοχής (focus of attention) των νοσηλευτών/ριών, ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών, και με τη βοήθεια της τεχνολογίας πάνω τους με στόχο τη διασφάλιση της σταθερότητας της κλινικής κατάστασης, γ) την παρουσία του/της νοσηλευτή/ριας, δηλαδή το να «είναι εκεί» (being present) με συνεχή δέσμευση δίπλα στον ασθενή και την οικογένεια, και δ) τις προσδοκίες (expectations) που είχε η μονάδα και η διοίκηση της Μονάδας από τους/τις νοσηλευτές/ριες ως προς την ολοκλήρωση των εργασιών στους προβλεπόμενους χρόνους (Price, 2013).

χρήση τεχνολογίας «επισκιάζει» την εντατική φροντίδα στη ΜΕΘ, την καθιστά σχεδόν αόρατη, παρόλο που η τελευταία συνιστά αναπόσπαστο τμήμα της.

Αναλογιζόμενος τις προσωπικές μου εμπειρίες σε ΜΕΘ και τις μαρτυρίες των νοσηλευτών/ριών στο εθνογραφικό παράδειγμα, υποστηρίζω ότι δεν είναι μόνο η φροντίδα που καθίσταται αόρατη στους/τις νοσηλευτές/ριες, αλλά και η ίδια η τεχνολογία, εξαιτίας του ότι θεωρείται δεδομένη ή αλλιώς φυσική από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες. Το πρώτο συμβαίνει γιατί το ίδιο το κλινικό βλέμμα του/της νοσηλευτή/ριας, όπως και των γιατρών, απομακρύνεται από την επιφάνεια, από τη «σάρκα», του σώματος του/της ασθενούς, καθώς εκπαιδεύεται στο να αναγνωρίζει τις αλλαγές που συμβαίνουν στο εσωτερικό του σώματος κάνοντας εκτεταμένη χρήση επεμβατικού τεχνολογικού εξοπλισμού (monitor, καθετήρες, αναπνευστήρες). Αυτό έχει σαν συνέπεια η τεχνολογία να μονοπωλεί τις αισθήσεις του προσωπικού και των επισκεπτών στις Εντατικές, αλλά – αναπόφευκτα – να τις απομακρύνει από οτιδήποτε συνιστά βασική νοσηλευτική φροντίδα (π.χ. άγγιγμα, επικοινωνία, φροντίδα σώματος), καθιστώντας την αφανή και ήσσονος σημασίας. Με άλλα λόγια, η τεχνολογία σε όλες της τις μορφές μετατοπίζει την εστίαση και την προσοχή των νοσηλευτών/ριών από το σώμα του ασθενούς στην οθόνη παρακολούθησης (βλ. παράρτημα: εικόνα 15, μόνιτορ παρακολούθησης) και στα μηχανήματα (βλ. παράρτημα: εικόνα 16, νοσηλεύτρια εξετάζει τον ασθενή της). Κάθε φορά που ακούγεται ένας συναγερμός η προσοχή του/της νοσηλευτή/ριας στρέφεται προς αυτόν, ανεξάρτητα από το αν πρόκειται για «δικό» του/της ασθενή. Το βλέμμα εστιάζει στο μόνιτορ και η οθόνη παρακολούθησης «κλέβει» μέρος του βλέμματος που θα κατευθυνόταν προς τον ασθενή που υποφέρει, με αποτέλεσμα το πάσχον σώμα να γίνεται ορατό μόνο εκεί όπου η τεχνολογία υποστήριξης διασταυρώνεται με το βλέμμα του προσωπικού. Στο εθνογραφικό παράδειγμα, η τεχνολογία συνυφαίνεται με τη νοσηλευτική πράξη, σε τέτοιο βαθμό που οι συμμετέχοντες/ουσες εστίαζαν και κατεύθυναν αυτομάτως το νοσηλευτικό βλέμμα στην τεχνολογία που «συνόδευε» τον ασθενή τους. Ωστόσο, οι ίδιοι/ες οι πληροφορητές/ριες, ενώ την εκλαμβάνουν ως μια ιδιαίτερη διάσταση της ΜΕΘ, τη θεωρούν μόνο βοηθητικό παράγοντα στην επιτήρηση και ορθή χορήγηση της νοσηλευτικής θεραπείας. Έτσι, αν και όλοι και όλες τους θεωρούν αυτονόητη συνθήκη το ότι πρέπει να γνωρίζουν καλά την τεχνολογία της Εντατικής, δεν την προσλαμβάνουν ως εσωτερικό στοιχείο της εντατικής νοσηλευτικής, αλλά ως κάτι «επιπλέον» που δεν ανήκει στη σφαίρα της

φροντίδας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι συμμετέχοντες/ουσες να μην αντιλαμβάνονται την τεχνολογία της ΜΕΘ σε όλη της τη διάσταση και πόσο μάλλον ως αναπόσπαστο μέρος του «φροντίζουν» στην πολυαισθητηριακή σχέση τους με το πάσχον σώμα.

Η Ελπίδα αφηγείται και εξηγεί το πόσο πολύ έχουν συνηθίσει οι νοσηλευτές/ριες στην τεχνολογία και τη χρήση της, αφού είναι οι ίδιοι/ες που αντιλαμβάνονται ή «κρίνουν» τη βαρύτητα της κατάστασης του ασθενούς με βάση τον αριθμό των αντλιών χορήγησης φαρμάκων και τον αριθμό των μηχανημάτων που υπάρχει δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς. Στη γλώσσα των νοσηλευτών/ριών, ο ασθενής είναι είτε «γεμάτος» είτε «άδειος» μηχανημάτων (βλ. παράρτημα, εικόνα 17, ο «γεμάτος» ασθενής ΜΕΘ με πολλά μηχανήματα και αντλίες φαρμάκων). Η τεχνολογία στην Εντατική φυσικοποιείται σε τέτοιο βαθμό που οι νοσηλευτές/ριες σταματούν να τη «βλέπουν».

Ελπίδα, συνέντευξη 6^η, νοσηλεύτρια expert: «...τα μηχανήματα, ο εξοπλισμός. Κοίταξε, τώρα τα μηχανήματα νομίζω είναι συνυφασμένα με τη Μονάδα, δηλαδή, [...] δε νομίζω ότι μας φαίνεται τόσο πολύ το πόσο πολλά μηχανήματα βάζουμε στους ασθενείς, γιατί είμαστε συνηθισμένοι σε αυτή την εικόνα, δηλαδή νομίζω ότι αυτό είναι σοκαριστικό όταν το βλέπει κάποιος ο οποίος δεν το έχει συνηθίσει, γιατί εμείς έχουμε συνηθίσει αυτή την εικόνα ενός ασθενή, ο οποίος έχει γύρω του πάρα πολλές αντλίες, πάρα πολλά μόνιτορ, δυο-τρία μηχανήματα υποστήριξης, έναν αναπνευστήρα, ένα μόνιτορ του αναπνευστήρα, δηλαδή όλα αυτά θα είναι εκεί! είναι πολύ οικεία εικόνα.»

Η τεχνολογία προκάλεσε άγχος αλλά και δέος στους/τις νοσηλευτές/ριες στις πρώτες μέρες τους σε ΜΕΘ, σε διαφορετικό βαθμό για τον καθένα και την καθεμία. Για κάποιους/ες, όπως η Ερασμία, η πρώτη μέρα στη ΜΕΘ με όλα τα μηχανήματα είχε κάτι το «μαγικό».

Ερασμία, συνέντευξη 10^η, προϊσταμένη σε άλλο νοσοκομείο, expert: «...με το που μπήκα στη Μονάδα έγινε ένα κλικ και νομίζω είναι ο χώρος που μου ταίριαζε απόλυτα. Ήταν δηλαδή κάτι μαγικό. Ενώ μέχρι εκείνη την ώρα σκεφτόμουν και να μην εξασκήσω την νοσηλευτική. Δεν μου είχε αρέσει τίποτα μέχρι εκείνη την στιγμή στην εφαρμογή της νοσηλευτικής. Όταν ήρθα στον ---νοσοκομείο----- και έκανα την πρακτική μου, άρχισε λίγο να με εξιτάρει και όταν πλέον πήγα σαν φοιτήτρια που έκανα την πρακτική μου, και όταν πήγα πια στον ----νοσοκομείο---- -- και διορίστηκα και μου είπαν θα πας στη ΜΕΘ, εε, και νομίζω δεν είχα ξαναμπει ποτέ σε Μονάδα μέχρι τότε, έγινε ένα μαγικό, οπότε, νομίζω ότι η Μονάδα είναι ένας χώρος που μου ταίριαζε πάρα πολύ, δηλαδή βρήκα την απόλυτη εφαρμογή όλων αυτών που έχω στο μυαλό μου εγώ για την νοσηλευτική.»

Η άμεση παρέμβαση στη ΜΕΘ πραγματώνεται σε περιβάλλον που είναι επί το πλείστον τεχνητό (π.χ. τεχνητός φωτισμός, σταθερή θερμοκρασία του χώρου, χρήση

προηγμένου ιατρικού εξοπλισμού). Επομένως, δεν είναι παράδοξο που αυτός ο τεχνολογικά εξοπλισμένος χώρος προκαλεί στους/τις νοσηλευτές/ριες άγχος και δέος, όσο έμπειρος/η κι αν είναι ο/η νοσηλευτής/ρια. Η έμπειρη Ακριβή θυμάται ακόμα το δέος που προκάλεσαν τα μηχανήματα σε δύο φοιτήτριες νοσηλευτικής, κάποια νύχτα που επισκέφτηκαν τη ΜΕΘ.

[Ακριβή, συνέντευξη 2η, έμπειρη νοσηλεύτρια] «εε θυμάμαι χαρακτηριστικά [...] μια νυχτερινή βάρδια. Είχαμε ασθενείς, πολύ βαριά όμως ασθενείς, οι οποίοι παίρνανε από πίσω τους δεν μπορείς να φανταστείς πόσα πράγματα, αντλίες [εννοεί τις ηλεκτρονικές αντλίες χορήγησης ενδοφλεβίων υγρών], φωτάκια, παραφωτάκι... τότε μας είχανε έρθει και οι διπλές έγχυσης που είχαν έντονο φως και τότε μια στιγμή φέρνουν ένα περιστατικό και έρχονται δύο κοπέλες... εεε... φοιτήτριες ήτανε ή μαθητευόμενες; Οι οποίες ήταν άπειρες, φαινότανε, ερχόντουσαν από όροφο. Είχαμε κλειστά τα φώτα στην Α' [πτέρυγα] και μπαίνουνε μέσα και λένε 'ουάου λες και είναι διαστημόπλοιο'. [γελάει χαχα] εντάξει, οκ, σαφώς η τεχνολογία είναι ό,τι καλύτερο σε αυτά τα τμήματα. Αλλά είναι μερικές φορές που λες ωχ αυτή η αντλία, μια αντλία να χτυπάει έστω και μια φορά. Είναι φορές που θα σε [...] ο θόρυβος γενικά δεν κάνει καλό πιστεύω γενικότερα.»

Στη ΜΕΘ, η νοσηλευτική και τεχνολογία συμπορεύονται κατά τρόπο που τα όρια μεταξύ τους γίνονται θολά και δυσδιάκριτα, τέμνονται μεταξύ τους από ειδική γνώση, επαγρύπνηση και κλινική εμπειρία, που αναπόφευκτα μεταλλάσσει την νοσηλευτική πράξη σε μια ιδιότυπη πρακτική που χαρακτηρίζεται από προσαρμοστικότητα, ρευστότητα, εφευρετικότητα και μια γλώσσα που είναι κατανοητή μόνο στο προσωπικό της ΜΕΘ. Το μόνιτορ παρακολούθησης «συνδιαλέγεται» με, έως και γίνεται το σώμα του ασθενούς καθώς αναμεταδίδει προειδοποιήσεις και μηνύματα (alerts) στον/τη νοσηλευτή/ρια, τα οποία μόνο αυτός/η και ο γιατρός μπορούν να αποκωδικοποιήσουν και ερμηνεύσουν. Κατά συνέπεια, ειδικότερα στην περίπτωση των ΜΕΘ, αναπόφευκτα αναρωτιέται κανείς, πού τελειώνει το σώμα του/της ασθενούς και πού αρχίζει ο εξοπλισμός. Άραγε, «χάνει» ο ασθενής μέρος του εαυτού του, καθώς η παρουσία του συρρικνώνεται στο πλήρως εξοπλισμένο κρεβάτι της ΜΕΘ, ή «επεκτείνεται» και πέρα από τα παραδοσιακά «φυσικά» όρια του σώματός του; Δυσκολεύομαι να απαντήσω το παραπάνω ερώτημα με απόλυτη σαφήνεια, αλλά, αν και μέσα σε όλη αυτή την τεχνολογία ο ασθενής αρχικά «χάνεται» και «συρρικνώνεται», έχω την εντύπωση ότι, απεναντίας, ο ασθενής «επεκτείνεται» πέρα από τα φυσικά του όρια, διαμέσου των ζωτικών σημείων, των ηχητικών προειδοποιήσεων των μηχανημάτων, του ιατρικού φακέλου και των καταγραφών των νοσηλευτών/ριών. Ο ασθενής «καταλαμβάνει» το χώρο της πτέρυγας.

Κάποιο Σάββατο πρωί είχα πάει στη Μονάδα και παρακολουθούσα την πρωινή φροντίδα των αρρώστων, δηλαδή το «στρώσιμο». Το Σάββατο είναι πιο ήσυχα από τις καθημερινές, έχει λιγότερο κόσμο, παρόντες στην πτέρυγα ήταν οι δύο νοσηλευτές/ριες, η βοηθός (ΔΕ) και οι εφημερεύοντες γιατροί. Σήμερα και οι έξι ασθενείς είναι διασωληνωμένοι ή τραχειοτομημένοι. Μια από τους ασθενείς επιδεινώνεται και είναι σε κρίσιμη κατάσταση. Η ασθενής είναι αιμοδυναμικά και αναπνευστικά ασταθής, λαμβάνει περισσότερη υποστήριξη από τον αναπνευστήρα (βλ. παράρτημα: εικόνα 18, αναπνευστήρας) και τα φάρμακα, φέρει πολλούς καθετήρες σε φλέβες και αρτηρίες που μεταφέρουν πληροφορίες στο μόνιτορ, και δεν είναι λίγες οι φορές που «ρίχνει» την πίεσή της και ανεβάζει σφυγμούς. Η κλινική της εικόνα παραπέμπει σε καταπληξία, γνωστή ως κατάσταση «shock».

[Σημειώσεις πεδίου 9.2.13 - σκηνή: η αιμοδυναμικά ασταθής ασθενής και το κλινικό βλέμμα (gaze) του νοσηλευτή]: Οι πέντε από τους έξι ασθενείς στην πτέρυγα είναι «σταθεροί», το πρωινό στρώσιμο έχει ολοκληρωθεί αλλά μια ασθενής είναι αιμοδυναμικά ασταθής και με αυξημένες ανάγκες φροντίδας, πολλαπλές και παράλληλες ενδοφλέβιες στάγδην εγχύσεις (αγγειοδραστικά, αντιαρρυθμικά, καταστολή, ενδοφλέβιοι οροί, καθετήρας πνευμονικής αρτηρίας [όχι τόσο σύνηθες στη ΜΕΘ]. Συλλέγω μερικά στοιχεία για να συλλάβω τη γενικότερη εικόνα της αρρώστου.

Κλινική εικόνα ασθενούς με περιφερική αγγειοπάθεια και μυασθένεια. Πλήρης μηχανικός αερισμός και ασθενής σε βαθιά καταστολή, καθετήρες, αντλίες με φάρμακα που ρυθμίζουν τη πίεση και το καρδιακό ρυθμό, ο νοσηλευτής αυξομειώνει και τροποποιεί τη ροή των ενδοφλεβίων εγχύσεων σε χρόνους live σύμφωνα με την αρτηριακή πίεση της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια επαγρυπνεί και ειδοποιεί το γιατρό σε κάθε νέα αρρυθμία ή αυξομείωση της πίεσης της αρρώστου, πολλά τα φάρμακα που πρέπει να φτιαχτούν, και ηλεκτρολύτες για τις αρρυθμίες. Το μόνιτορ έχει «τρελαθεί», ο ηχητικός συναγερμός «χτυπάει» ασταμάτητα. Ο κορεσμός του οξυγόνου στο αίμα πέφτει σε επίπεδα κάτω από τα φυσιολογικά, η ασθενής χρήζει αναρρόφησης εκκρίσεων.

Η νοσηλεύτρια σκύβει πάνω από την άρρωστη και με αποστειρωμένο καθετήρα αναρροφάει τις τραχειακές εκκρίσεις και ο κορεσμός του αίματος σε οξυγόνο επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα. Μετά από λίγο η ασθενής είναι αιμοδυναμικά ασταθής, ξανά, δηλαδή παρουσιάζει καρδιακές αρρυθμίες που ρίχνουν την αρτηριακή της πίεση. Και οι δύο νοσηλεύτριες της πτέρυγας εκτιμούν την κατάσταση της άρρωστης, αυξάνουν τη ροή του φαρμάκου που ρυθμίζει την πίεση και η ασθενής είναι πάλι κάπως σταθερή, δηλαδή η πίεση έχει βελτιωθεί. Η πίεση ρυθμίζεται από αγγειοδραστικά φάρμακα και παραπέμπω ενδεικτικά κάποιες από τις μετρήσεις που κατέγραψα, γιατί ως νοσηλευτής ΜΕΘ με βοηθούν στο να σχηματίζω μια πληρέστερη εικόνα για την κλινικά κατάσταση και βαρύτητα της ασθενούς.

Η όψη της δεν είναι καλή, το χρώμα του δέρματος ωχρό, τα άκρα κρύα. Πληθώρα καλωδίων περιβάλλουν το σώμα της. Η ορολογία και γλώσσα στη ΜΕΘ είναι αναπόφευκτα πολύ συγκεκριμένη και επί το πλείστον κατανοητή μόνο στους γιατρούς και νοσηλευτές/ριες που δουλεύουν σε ΜΕΘ.

-Αναπνευστήρας – οι παράμετροι:

Volume Control 40% O₂, 420ml x 15 resp, peep 5

-Αιμοδυναμικά – ζωτικά σημεία:

BP 135/50 map 74, SR and Atrial Fibrillation [Κολπική Μαρμαρυγή]

-Μετρήσεις από τον καθετήρα πνευμονικής αρτηρίας

PAP 67/39 [50]

O₂Sats 100%

CVP 12 , SV 33

PAM 40 VO₂ 193 DO₂ 429

PAOP 21 O₂ER 45%

CO 37 SVR 1305

CI 2 PVR 526

SVO₂ 37%

-Αρτηριακό αίμα, ανταλλαγή αερίων και οξεοβασική ισορροπία

pH 7,47 PCO₂ 36 PO₂ 166 - καλή οξυγόνωση

HCO₃ 26,2

Ht 24%

Na 146 ηλεκτρολύτης

K 3,6 ηλεκτρολύτης

Lac 1,8

Ca .91 ηλεκτρολύτης

Glucose 100 σάκχαρο

Παρέθεσα το παραπάνω απόσπασμα από τις σημειώσεις μου για να δείξω ότι, χωρίς τις καταγραφές των νοσηλευτών/ριών, τα συμπτώματα του ασθενούς (κρύος ιδρώτας, υπόταση, ωχρό χρώμα) από μόνα τους δεν θα μπορούσαν να εξηγήσουν ικανοποιητικά την κλινική κατάστασή του.

Παρόλα αυτά, όπως ανέφερα παραπάνω, οι νοσηλευτές/ριες της ΜΕΘ που μελέτησα δε συμπεριλαμβάνουν την τεχνολογία και τις ειδικές τεχνικές γνώσεις τους στις πρακτικές του «φροντίζουν» στη ΜΕΘ. Κατά συνέπεια δεν τις περιλαμβάνουν και στα κύρια γνωρίσματα της ταυτότητάς τους ως νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ και έμμεσα τις καθιστούν αόρατες. Όπως δείχνω στην επόμενη ενότητα και

αναλυτικότερα στο τελευταίο κεφάλαιο, η εκ μέρους τους αξίωση ή απαξίωση της ταυτότητάς τους εξαρτώνται από θέματα που σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων, από τις οποίες έχουν την αίσθηση ότι επί το πλείστον «απουσιάζουν». Σχετίζονται όμως και με τη συνεχιζόμενη σύγχυση γύρω από το περιεχόμενο της νοσηλευτικής πράξης και ταυτότητας, σύγχυση που παρατηρείται, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, και που οφείλεται σε διάφορους παράγοντες οι οποίοι έρχονται από το παρελθόν και έχουν επιδεινωθεί τις τελευταίες δεκαετίες παγκοσμίως (περικοπές στον τομέα υγείας, χαμηλή αναλογία νοσηλευτή/ριας/ασθενών στις Εντατικές, αυξανόμενος φόρτος εργασίας, χαμηλές οικονομικές απολαβές, αύξηση ΔΕ νοσηλευτών/ριών).

«Το παράπονό μου είναι ότι δεν με ενημερώνουν»

Τα συναισθήματα των νοσηλευτών/ριών ως προς την παρουσία τους και συνεισφορά τους στη ΜΕΘ είναι ανάμεικτα. Κυμαίνονται από συναισθήματα ικανοποίησης για το έργο που παράγουν, μέχρι και συναισθήματα απαξίωσης, ειδικά όταν αυτοί και αυτές πιστεύουν ότι δεν αναγνωρίζονται στο βαθμό που θα έπρεπε από τους γιατρούς - αλλά και από τους συγγενείς των ασθενών. Στις συνεντεύξεις μας μου τόνιζαν την «αίσθηση της προσφοράς τους» στον άλλον, την «αγάπη» τους έως και τον «εθισμό» τους για τη ΜΕΘ, το «αίσθημα ευθύνης» προς τον ασθενή τους και το πόσο «συναισθάνονται» τον πόνο τους, αλλά ταυτόχρονα παραπονιόντουσαν ότι κάποιες από τις εργασίες τους ήταν «μπελαλίδικες» και ήσσονος σημασίας, ότι «τρέχουνε σαν μουλάρια», ότι καταφέρνουν και επιβιώνουν γιατί είναι «σαν τις κατσαρίδες», κυρίως όμως ότι δεν τους επιτρέπεται να είναι μέσα στην ενημέρωση των γιατρών το πρωί - «Το παράπονό μου είναι ότι δεν μ' ενημερώνουν». Από τη μια, το να σε λένε «άσχετη», ο «φόβος μη κάνουμε λάθος», και από την άλλη το «χάνω μια ζωή τώρα» και επομένως «πρέπει να κάνω κάτι», όλα αυτά μας δίνουν μια ιδέα για το πώς οι συμμετέχοντες/ουσες βιώνουν την εμπειρία τους ως νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ.

Η Ακριβή έχει κουραστεί και νιώθει απογοήτευση όταν δεν την εμπιστεύονται ή την ειρωνεύονται κάποιοι από τους γιατρούς με τους οποίους δουλεύει πολλά χρόνια μαζί, ή όταν δεν αναγνωρίζουν τη κούραση και την προσπάθειά της στο να παρέχει την καλύτερη φροντίδα.

«εεε [-] [μακρά παύση] υπάρχουν προβλήματα. Υπάρχει γενικά. Εγώ.... είναι πάρα πολλά... που με απογοητεύουν πάρα πολύ. Η δυσπιστία και [...] πολλές φορές η ειρωνεία των γιατρών απέναντί μας... [...] πάρα πολύ...[σιωπή]... είναι

συγκεκριμένα άτομα που... αλλά γενικά, τα συζητάνε μεταξύ τους, και βλέπεις κάποιον γιατρό που ήταν συζητήσιμος μαζί σου και συζητούσατε κάποια πράγματα μαζί, μετά να είναι λίγο πιο επιφυλακτικός και διστακτικός. [ναι] [...] αυτό το διακρίνω, αυτό με απογοητεύει πάρα πολύ και με έχει κουράσει πάρα πολύ στη Μονάδα [...] ενώ δεν υπάρχει λόγος που γίνεται αυτό [...]. ειδικά άμα ξέρεις ότι τα βασικά τα πράγματα τα κάνεις σωστά, ακολουθείς τις διαδικασίες και κουράζεσαι για να το κάνεις αυτό.»

Όσο κι αν οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες επιδεικνύουν τρομερή εξοικείωση και τεχνογνωσία ως προς τη διαχείριση της τεχνολογίας και των ασθενών στις Μονάδες εντατικής θεραπείας, η επιστημονικότητα της ιατρικής συνεχίζει να είναι ο κύριος σχηματισμός λόγου ως ρυθμιστής σχέσεων και κατανομής εξουσίας στη ΜΕΘ. Όπως θα δείξω στο έκτο κεφάλαιο, αν και η εξειδίκευση των νοσηλευτών/ριών στη ΜΕΘ και η κατάρτισή τους σε τεχνικά και επιστημονικά θέματα όχι μόνο τους έχουν επιτρέψει κάποιο βαθμό αυτονομίας στις πράξεις τους, αλλά και έχουν οδηγήσει τους γιατρούς στην εξάρτησή τους από αυτούς/ές, εντούτοις, οι πληροφορητές/ριές μου παραπονούνταν ότι η συνεισφορά τους στη ΜΕΘ δεν αναγνωρίζεται τυπικά στο βαθμό που επιθυμούν, παρά μόνο στις λεγόμενες άτυπες σχέσεις τους με τους γιατρούς.

Στην Ελλάδα έχει δημοσιευτεί σειρά μελετών, κυρίως από νοσηλευτές/ριες που εξετάζουν τον «ρόλο» των νοσηλευτών/ριών στη ΜΕΘ, το αίσθημα ικανοποίησης ή μη ικανοποίησης που δηλώνουν, το βαθμό αυτονομίας τους στη λήψη κλινικών αποφάσεων και στην εκτέλεση τεχνικών διεργασιών, τη δική τους αντίληψη ως προς τη δημόσια εικόνα του επαγγέλματος, την ένταση συμπτωμάτων άγχους, καθώς και το είδος της σχέσης που αναπτύσσουν με τους/τις ασθενείς τους. Πρόκειται για μια προσπάθεια να καταγραφεί ερευνητικά – κυρίως με στατιστικά δεδομένα – ο βαθμός «συνεισφοράς» του νοσηλευτικού προσωπικού στην περίθαλψη των βαρέως πασχόντων ασθενών σε επίπεδο εκτέλεσης παρεμβάσεων και λήψης αποφάσεων – τις οποίες όμως αποφάσεις δεν διαχωρίζουν σε τυπικές/άτυπες. Στις μελέτες αυτές, ενώ επιβεβαιώνεται η εδραίωση σχέσης υψηλής ευθύνης μεταξύ νοσηλευτή/ριας και ασθενούς (Vouzavali et al., 2011), ταυτόχρονα επισημαίνεται ότι ο βαθμός αυτονομίας των νοσηλευτών/ριών ΜΕΘ στη λήψη κλινικών αποφάσεων είναι από μέτριος έως σημαντικά χαμηλός (Αδάμου κ.ά., 2011· Αλεξιάς, 2000· Πιοπούλου & While, 2010· Karanikola et al., 2011· Merkouris et al., 2003· Papathanassoglou et al., 2005· Papathanassoglou et al., 2012).

Πιο αναλυτικά, οι Papathanassoglou et al. (2005) στην έρευνά τους για τις απόψεις 803 νοσηλευτών/ριών σε 53 ΜΕΘ της Ελλάδας διαπίστωσαν ότι, ενώ η πλειονότητα των συμμετεχόντων/ουσών εκτελούσαν με σχετική αυτονομία ένα μακρύ κατάλογο καθηκόντων και τεχνικών διαδικασιών που δεν θεωρούνταν «παραδοσιακές» νοσηλευτικές παρεμβάσεις (π.χ. λήψη αερίων αρτηριακού αίματος, τιτλοποίηση αγγειοδραστικών φαρμάκων, ρύθμιση των παραμέτρων της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής), εντούτοις συμμετείχαν ελάχιστα, ή καθόλου, σε αποφάσεις που αφορούσαν την εισαγωγή, το εξιτήριο και τη θεραπευτική αγωγή των ασθενών - οι ερευνητές αναγνωρίζουν ότι η μεθοδολογία των ερωτηματολογίων δεν επέτρεψε να ανιχνευτούν οι σιωπηρές μορφές κλινικών αποφάσεων (silent decision-making). Επίσης, σε μεταγενέστερη έρευνα και δείγμα 250 νοσηλευτών/ριών από 17 χώρες της Ευρώπης, όπου οι Papathanassoglou et al. (2012) μελέτησαν την επαγγελματική αυτονομία σε σχέση με την ποιότητα της συνεργασίας με τους/τις γιατρούς, διαπιστώθηκε ότι οι Ιταλοί/ίδες και Έλληνες/ίδες νοσηλευτές/ριες ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα συνεργασίας από αυτά που δήλωσαν οι συνάδελφοί τους στην υπόλοιπη Ευρώπη, καθώς και υψηλότερα επίπεδα ηθικού προβληματισμού/αγωνίας (moral distress), μαζί με τους/τις Γερμανούς/ίδες. Σε όμοια ευρήματα οδηγήθηκαν και οι Αδάμου κ.ά. (2011), σε μελέτη όπου αναλύθηκαν ερωτηματολόγια σε δείγμα 222 νοσηλευτών και νοσηλευτριών από δώδεκα νοσοκομεία της Αττικής: μειωμένη αυτονομία ως προς την εκτέλεση παρεμβάσεων που δεν συνοδεύονται από ιατρική οδηγία, ανεξάρτητα από τον επείγοντα ή μη χαρακτήρα αυτών. Η χαμηλή αυτονομία φαίνεται να αφορά το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού, ανεξάρτητα από δημογραφικούς παράγοντες και από αλλά χαρακτηριστικά, όπως η εμπειρία και το επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης (απόφοιτοι/ες Πανεπιστημίου ή Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος) των νοσηλευτών/ριών. Επίσης, οι Karanikola et al. (2011) διερεύνησαν το πώς δώδεκα νοσηλευτές/ριες σε ΜΕΘ και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στην Ελλάδα προσλαμβάνουν και βιώνουν τη δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οι αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων/σών μαρτυρούν ότι, ενώ έχουν επίγνωση της

αρνητικής εικόνας που συνοδεύει τη νοσηλευτική στην Ελλάδα, επειδή έχει συνδεθεί με τα βιολογικά υγρά του σώματος (ούρα, κόπρανα, φλέγμα), και ενώ παραπονούνται για έλλειψη αυτονομίας, ταυτόχρονα δηλώνουν ότι νιώθουν επαγγελματική ικανοποίηση χάρη στη φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς.¹⁰⁰

Όλα τα παραπάνω παραπέμπουν στους διάφορους τρόπους με τους οποίους κατασκευάζεται/συγκροτείται η νοσηλευτική ταυτότητα και με τους οποίους νοσηματοδοτείται η νοσηλευτική φροντίδα στην Ελλάδα. Ωστόσο, παρόμοιες διαπιστώσεις έχουν γίνει και σε χώρες του εξωτερικού. Η Grinspun (2010), στην έρευνά της για την κοινωνική κατασκευή της φροντίδας στη νοσηλευτική, σε τέσσερα τμήματα νοσηλείας ασθενών νοσοκομείου του Καναδά, διαπίστωσε ότι οι νοσηλεύτριες συχνά υποβάθμιζαν στις αφηγήσεις τους τη φροντίδα ρουτίνας του σώματος, τις τεχνικές εργασίες και τις σχετικές δεξιότητές τους σε απλά «καθήκοντα» (tasks), και ότι αποσιωπούσαν τη δική τους ειδική γνώση και εμπειρογνωμοσύνη, προκειμένου να διατηρούνται οι υπάρχουσες ισορροπίες ισχύος. Επίσης, διαπίστωσε ότι, αν και επρόκειτο για καλά καταρτισμένες επαγγελματίες υγείας, η εξειδικευμένη γνώση τους δεν αναγνωριζόταν από το ιατρικό προσωπικό παρά μόνο όταν αυτή συνοδευόταν από χρήσιμες «βασικές» δεξιότητες και από συμπόνια στην κλινική πράξη. Κατά την Grinspun, οι νοσηλεύτριες που μελέτησε έχουν αποδεχτεί εδώ και καιρό την «κατωτερότητα» της φροντίδας και των υποστηρικτικών παρεμβάσεων που ξέρουν τόσο καλά να προσφέρουν στους ασθενείς τους, αναγνωρίζουν την υπεροχή της θεραπευτικής ταυτότητας της ιατρικής και, συνεπώς, αποδέχονται κι αυτές την προσδοκία ότι οι γιατροί έχουν το μεγαλύτερο μέρος ευθύνης για τη λήψη αποφάσεων στη διαχείριση των ασθενών.

¹⁰⁰ Σε προηγούμενη περιγραφική μελέτη των Καρανικόλα κ.ά. (2009), σε δείγμα που αποτέλεσαν 229 νοσηλεύτές/τριες ΜΕΘ και ΤΕΠ της Αττικής, διερευνήθηκαν η ένταση των συμπτωμάτων άγχους και η σχέση της με δημογραφικούς, εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς παράγοντες. Τα συμπτώματα που απαντήθηκαν πιο συχνά ήταν διαταραχές ύπνου, αγχώδης διάθεση και υπερένταση, και παρατηρήθηκε ότι η ελλιπής νοσηλευτική στελέχωση, δηλαδή η μη βέλτιστη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς ασθενών σχετιζόταν με τα παραπάνω. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό λαθών κατά τη χορήγηση φαρμάκων και αύξηση επιπλοκών στην πορεία υγείας του/της ασθενούς. Το φύλο φάνηκε να συνδέεται με τα επίπεδα άγχους, καθώς οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του άγχους.

Μεγάλο μέρος της κατάστασης που περιγράφει η Grinspun οφείλεται στις δραστικές αλλαγές που έχουν γίνει από τη δεκαετία του 90' στις υπηρεσίες υγείας του Καναδά: μειώθηκαν οι θέσεις εργασίας των πτυχιούχων (Registered Nurses: 4ετούς εκπαίδευσης) νοσηλευτών/ριών, οι γιατροί ανέλαβαν θέση manager με απόλυτο έλεγχο στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας και αυξήθηκε το φτηνό βοηθητικό προσωπικό, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές/ριες να απομακρυνθούν από το κρεβάτι του ασθενούς και τη φροντίδα του σώματος και να αναλάβουν τον συντονισμό μιας ομάδας φροντιστών (carers) με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο - παρά την παροχή από τους/τις ίδιους/ες άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας. Η νέα κατάσταση πραγμάτων επέφερε το λεγόμενο «de-skilling», δηλαδή τη μερική απώλεια βασικών δεξιοτήτων και γνώσεων φροντίδας από τους/τις νοσηλευτές/ριες οι οποίοι/ες άρχισαν να στηρίζονται όλο και περισσότερο στις αναφορές και τα δεδομένα τρίτων προσώπων και να χάνουν την γενική εικόνα του ασθενούς. Μάλιστα, ειδικά σε ένα από τα τμήματα του νοσοκομείου που μελετήθηκαν, οι ίδιοι/ες οι πληροφορητές/ριες της ερευνήτριας ιεραρχούσαν τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αυτές που απαιτούσαν τεχνογνωσία και τις περιέγραφαν ως παρεμβάσεις «υψηλού επιπέδου» (χορήγηση φαρμάκων, αλλαγή τραυμάτων, λογοδοσία) και σε αυτές που περιέγραφαν ως «φροντίδα προώθησης της άνεσης του ασθενούς» (comfort care), τις λεγόμενες και «βασικές» νοσηλευτικές πρακτικές (πλύσιμο ασθενούς, αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, κινητοποίηση ασθενούς).¹⁰¹ Στην πραγματικότητα, αυτό σήμαινε ότι οι νοσηλευτές/ριες δεν εμπλέκονταν με το πρωινό πλύσιμο των αρρώστων τους, επομένως δεν είχαν συνολική και επαρκή εικόνα των ασθενών τους, δηλαδή, δεν ήξεραν το πλήρες ιστορικό υγείας του ασθενούς, τα τελευταία εργαστηριακά, ούτε διεξήγαγαν εκτίμηση υγείας. Η μελέτη της Grinspun επιβεβαιώνει, ανάμεσα σε άλλα, αυτό που γνωρίζουμε ήδη από άλλες μελέτες: ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η νέα κατανομή νοσηλευτικών εργασιών σε βοηθητικό προσωπικό, ιδιαίτερα τις τελευταίες

¹⁰¹ Η Grinspun παρατήρησε σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου που μελέτησε, οι οποίες σχετίζονταν με το αν οι νοσηλευτές/ριες είχαν το ρόλο του πρωτοβάθμιου/ας νοσηλευτή/ριας με ευθύνη για τη συνολική φροντίδα του ασθενούς, με την κουλτούρα του τμήματος ως προς το εάν η φροντίδα ήταν διεπιστημονική ή κυρίως ιατροκεντρική, με το κλίμα συναδελφικότητας γιατρών και νοσηλευτών/ριών, και με τον βαθμό υποστήριξης που παρείχε ο/η συντονιστής/ρια νοσηλευτής/ρια στο προσωπικό στη διάρκεια της βάρδιας.

δεκαετίες των περικοπών, μειώνει τον χρόνο που μπορούν να αφιερώσουν οι εξειδικευμένοι/ες νοσηλευτές/ριες στον ασθενή τους και επηρεάζει αρνητικά τόσο το είδος και την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης τους με τον ασθενή (η ολιστική φροντίδα του ασθενούς δεν τίθεται ως προτεραιότητα), όσο και την εκ μέρους τους πρόσληψη της νοσηλευτικής ταυτότητάς τους. Παρόμοια κατάσταση ισχύει στις υποστελεχωμένες κλινικές των νοσοκομείων στην Ελλάδα, όπου οι συγγενείς αναγκάζονται να προσλάβουν συνοδό ασθενούς ή αποκλειστικό/η νοσοκόμο/α για τη βασική φροντίδα των ασθενών (βλ. τους/τις αποκλειστικούς/ες νοσοκόμους/ες, Papageorgiou et al., 2012).

Στην περίπτωση της Εντατικής, η ιδιαιτερότητα της κλινικής κατάστασης των ασθενών και της προηγμένης βιοϊατρικής τεχνολογίας των ΜΕΘ δεν επιτρέπουν την εφαρμογή του μοντέλου χρήσης αποκλειστικών νοσοκόμων. Έτσι, στις περισσότερες ΜΕΘ, τοποθετείται και βοηθητικό προσωπικό προκειμένου να εκτελεί υποστηρικτικό νοσηλευτικό έργο (π.χ. αποστείρωση εργαλείων, παροχή βοήθειας στους/τις νοσηλευτές/ριες κατά το πλύσιμο των ασθενών, σίτιση των ασθενών, τακτοποίηση αναλώσιμου υλικού, αλλαγή θέσης στους ασθενείς). Έτσι, αυτό που ίσχυε στο εθνογραφικό παράδειγμα ΜΕΘ, ήταν ότι μέρος της φροντίδας των ασθενών είχε ανατεθεί σε μεγάλο βαθμό στο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό.¹⁰² Όπως έχω ήδη δείξει (στο 2^ο και 3^ο κεφάλαιο), ενώ οι νοσηλευτές/ριες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης δεν είχαν αποδεσμευτεί από τη σφαίρα της άμεσης φροντίδας προς τους ασθενείς

¹⁰² Οι «ΔΕ» βοηθοί/ες νοσηλευτών/ριών, στους/τις οποίους/ες αναφέρθηκα και στο 3^ο κεφάλαιο, παρακολουθούν διετή νοσηλευτική εκπαίδευση σε σχολές νοσοκομείων/IEK/σχολές ΟΑΕΔ και υπάγονται στο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου. Η Εντατική που μελέτησα διαφοροποιείται από άλλες ΜΕΘ, ως προς το ότι είχε ανατεθεί στο βοηθητικό προσωπικό ένα διευρυμένο πλαίσιο καθηκόντων, προκειμένου ο/η ΔΕ να υποστηρίξει ακόμα καλύτερα τους/τις νοσηλευτές/ριες της Μονάδας. Επίσης, οι διευρυμένες εργασίες των ΔΕ λειτουργούσαν και ως άλλοθι για την 1:3 αναλογία νοσηλευτών/ριών προς ασθενή. Έτσι, σε σύγκριση με τις ΜΕΘ του εξωτερικού (όπου η αναλογία είναι 1:1 ή 1:2), οι ΔΕ στο εθνογραφικό παράδειγμα αναλάμβαναν και εργασίες που στο εξωτερικό δεν θα είχαν ανατεθεί ποτέ σε βοηθητικό προσωπικό. Έτσι, παρατήρησα ότι, κατά τη διάρκεια της επιτόπιας και κατόπιν αυτής, εν μέσω βαθιάς οικονομικής κρίσης, οι ΔΕ εκτελούσαν – ομολογώ με επιτυχία – και «νοσηλευτικές πράξεις» που υπό διαφορετικές συνθήκες θα αναλάμβαναν οι νοσηλευτές/ριες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αυτό δεν ακυρώνει όσα είπα για τη συνεχή επαγρύπνηση και ευθύνη των νοσηλευτών/ριών για τους ασθενείς που χρεώνονταν στην πτέρυγα, καθώς οι τελευταίοι/ες συνέχιζαν να επαγρυπνούν για τις ανάγκες και κλινική κατάσταση των ασθενών τους. Οι ΔΕ, στο εθνογραφικό παράδειγμα, λειτουργούσαν υπό την επίβλεψη και καθοδήγηση των νοσηλευτών/ριών της Μονάδας, και αναφέρονταν σε αυτούς/ες κατά τη διάρκεια της βάρδιας.

τους στις πρώτες ώρες της πρωινής βάρδιας, κάποιες από τις παρεμβάσεις της άμεσης φροντίδας είχαν ανατεθεί – βάσει καθηκοντολογίου που είχε σχεδιάσει η νοσηλευτική υπηρεσία - σε επίπεδο πτέρυγας και Μονάδας στους/τις ΔΕ βοηθούς νοσηλευτές/ριες, γιατί η αναλογία 1:3 νοσηλευτή/ριας προς ασθενή καθιστούσε αδύνατη τη ταυτόχρονη φροντίδα και των τριών ασθενών μόνο από τον/τη νοσηλευτή/ρια που τους είχε χρεωθεί. Έτσι, σε κάθε έξι ασθενείς αναλογούσαν δύο νοσηλευτές/ριες και ένας/μία βοηθός νοσηλευτής/ρια, ο /η οποίος/α αναλάμβανε τη φροντίδα στόματος, κατάκλισης, αεραγωγού και τραχειοτομίας κάθε πρωί και απόγευμα, τη φροντίδα και καταγραφή των κατακλίσεων το πρωί, την αλλαγή θέσης και το τοπικό πλύσιμο του ασθενούς το απόγευμα, όπως και την παροχή υποστηρικτικής βοήθειας στους γιατρούς σε κάθε επεμβατική διαδικασία (σερβίρισμα υλικού, συλλογή υλικού). Με άλλα λόγια, η υποστηρικτική ή «μπελαλίδικη» εργασία – γιατί έτσι περιγράφεται σε άλλες μελέτες, όπως αυτές της Grinspun στον Καναδά και της Loos σε νοσοκομείο της Γερμανίας- όπως η πρωινή φροντίδα (π.χ. η φροντίδα στόματος, η αλλαγή θέσης του ασθενούς στο κρεβάτι, το τοπικό πλύσιμο του ασθενούς που έχει λερώσει την πάνα του) πολλές φορές ανατίθεται σε άλλους, στο βοηθητικό προσωπικό.

Το γεγονός όμως ότι κατά την πρωινή φροντίδα σώματος παρέχεται η ευκαιρία για λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία με τον ασθενή, σήμαινε ότι οι βοηθοί/ες νοσηλευτών/ριών ΔΕ που φρόντιζαν το πρωί και το μεσημέρι το στόμα και αεραγωγό των ασθενών και ξύριζαν τους άνδρες ασθενείς είχαν περισσότερες ευκαιρίες να γνωρίσουν τον άρρωστο που φρόντιζαν, την ώρα που οι υπεύθυνοι/ες νοσηλευτές/ριες της πτέρυγας ήταν απασχολημένοι/ες με την ετοιμασία της νοσηλείας (φάρμακα), την παρακολούθηση άλλου ασθενούς ή τη διευθέτηση άλλων εργασιών. Το επίπεδο φροντίδας που παρείχαν οι ΔΕ ήταν υψηλό, γιατί είχαν λάβει κάποια μορφή εκπαίδευσης στη ΜΕΘ, και στη πλειονότητά τους ανέφεραν τις παρατηρήσεις τους στους/τις νοσηλευτές/ριες της πτέρυγας. Ωστόσο, οι ίδιοι/ες οι νοσηλευτές/ριες, ενώ συμφωνούσαν με την ανάθεση εργασιών στο υποστηρικτικό προσωπικό σε συνθήκες οικονομικής κρίσης και χαμηλής αναλογίας νοσηλευτών/ριών προς ασθενείς, ειδικά όταν το τελευταίο είναι επαρκώς εκπαιδευμένο, αναγνώριζαν ότι έτσι «χάνουν» ένα μέρος της γενικής εικόνας του ασθενούς, αλλά και ένα μέρος του ίδιου του ασθενή «τους», καθώς μεταξύ αυτών και των αρρώστων τους παρεμβαλλόταν συχνά το βοηθητικό προσωπικό. Για

παράδειγμα, ήταν αρκετές οι φορές που οι «δικοί τους» ασθενείς υποβάλλονταν σε επεμβατική διαδικασία (σε αλλαγή κεντρικής φλεβικής γραμμής, βρογχοσκόπηση, αλλαγή τραχειοσωλήνα) από τους γιατρούς με τη βοήθεια των νοσηλευτών/ριών ΔΕ, ενώ αυτές/οί παρακολουθούσαν τις εξελίξεις πάνω στον άρρωστο «τους» από μακριά, από τον νοσηλευτικό σταθμό, ετοιμάζοντας φάρμακα για τη νοσηλεία, ή από το κρεβάτι κάποιου άλλου ασθενούς. Βέβαια, όταν «στράβωνε» το περιστατικό, τότε άφηναν στη μέση ό,τι έκαναν και πήγαιναν προς τον άρρωστο και συμμετείχαν ενεργά στη σταθεροποίηση της κλινικής τους κατάστασης.

Από όλα τα παραπάνω φαίνεται ότι η χαμηλή αναλογία νοσηλευτή/ριας προς ασθενή στις ΜΕΘ συνιστά το κυριότερο εμπόδιο στην εκτέλεση μιας ολοκληρωμένης εντατικής φροντίδας και συντελεί στο να αποκτά η ταυτότητα των νοσηλευτών/ριών μια συγκεχυμένη εικόνα (από τους/τις ίδιους/ες και τους/τις γιατρούς): ορατοί/ές ως φορείς φροντίδας και συνεχούς βλέμματος στη ΜΕΘ, και συγχρόνως αόρατοι/ες και αμέτοχοι/ες στις κλινικές αποφάσεις των γιατρών.

Εδώ, ωστόσο, αξίζει να προσθέσω τις διαφορετικές απόψεις της ειδικής/expert σε θέματα Εντατικής συμμετέχουσας Μεταξίας, με προϋπηρεσία νοσηλεύτριας και προϊσταμένης σε άλλη ΜΕΘ της Αθήνας στο παρελθόν, και με μακροχρόνια ενεργή προσφορά στην έρευνα και προώθηση θεμάτων εντατικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα. Η Μεταξία, ενώ αναγνωρίζει ότι η μη ικανοποιητική αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς ασθενή σίγουρα ευθύνεται για ό,τι συμβαίνει στις ΜΕΘ στην Ελλάδα, υποστηρίζει ότι είναι και «θέμα κουλτούρας και εκπαίδευσης». Υποστηρίζει ότι υπάρχει έλλειμμα στο πνεύμα συνεργασίας στις Μονάδες, και ότι οι νοσηλευτές/ριες δεν έχουν εκπαιδευτεί στο πώς να επιχειρηματολογούν με στοιχεία ούτε στο πώς να παρουσιάζουν το περιστατικό τους με συνοχή στους/τις γιατρούς, έτσι ώστε να συζητάνε τα περιστατικά τους με τους/τις γιατρούς, ακόμα και αν έχουν μεγάλο αριθμό περιστατικών, και να συμμετέχουν στις κλινικές αποφάσεις, ακόμα και σε συνθήκες που δεν τις ευνοούν. Η Μεταξία αποδίδει το «έλλειμμα στη λήψη αποφάσεων, ακόμα και από τους/τις πιο έμπειρους/ες στη ΜΕΘ» και στην απουσία του κλάδου της νοσηλευτικής στην πολιτική υγείας. Όπως λέει, όταν ο ίδιος ο κλάδος δε συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την πολιτική υγείας, ή για θέματα εκπαίδευσης στις επιστήμες της υγείας, είναι αναμενόμενο να αποφασίζουν άλλοι κλάδοι γι' αυτόν. Έτσι, συνεχίζουν να αναπαράγονται οι σχέσεις άνισης κατανομής εξουσίας μεταξύ των δύο επιστημών, της εντατικής ιατρικής και νοσηλευτικής, κατά

τρόπο που να μην επιτρέπουν στους/τις εκπροσώπους της δεύτερης να έχουν τυπική συμμετοχή στη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Αν και η Μεταξία υποστηρίζει ότι πρόκειται για έναν τρόπο σκέψης και εργασίας στον οποίο οι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες δεν έχουν μυηθεί, εντόπισα νοσηλευτές/ριες – ενδεικτικά την Άρτεμις, τη Δούκισσα, τον Γρηγόρη - που μπορούσαν να επικοινωνήσουν άμεσα στο γιατρό την γνώμη τους για το άρρωστό τους. Ωστόσο, ο χρόνος που διέθεταν κατά τη διάρκεια της βάρδιας, πολύ στενότερος σε σχέση με αυτόν που έχουν οι συνάδελφοί τους στο εξωτερικό, δεν τους επέτρεπε να δουν τον ασθενή τους λίγο καλύτερα, να ανατρέξουν στο φάκελο του ασθενούς, να μελετήσουν τα εργαστηριακά και να συσχεφτούν με τους/τις γιατρούς της πτέρυγας κατά τη διάρκεια της ενημέρωσης και της ιατρικής επίσκεψης.

Με λίγα λόγια

Η ανάλυση της βιωμένης εμπειρίας του «φροντίζειν» από τους/τις πληροφορητές/ριές μου επιβεβαίωσε το πόσο σύνθετη και φορτισμένη με νοήματα και σημασίες είναι η «εντατική φροντίδα» για τους/τις ίδιους/ες. Αν και ο καθένας και η καθεμία από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες βιώνουν τον κόσμο της ΜΕΘ με τον δικό τους μοναδικό τρόπο, εντόπισα κοινά νοήματα και θεματικές, οι οποίες αποτέλεσαν και τις ενότητες του κεφαλαίου. Η απειλητική ασθένεια, ο κόσμος της Εντατικής, η επιθυμητή «ομοιόσταση» του σώματος του ασθενούς που βρίσκεται ανάμεσα και μεταξύ ζωής και θανάτου, και η σημασία της φροντίδας στη νοσηλευτική συνιστούν το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο οι συμμετέχοντες/ουσες κινητοποιούν λόγους και πρακτικές φροντίδας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από σχέσεις εγγύτητας με τον ασθενή, υψηλό αίσθημα ευθύνης προς τον ασθενή και ενσυναίσθησης του πόνου του, αλλά και από ικανότητα αξιοποίησης των όποιων εργαλείων φροντίδας και θεραπείας διαθέτουν. Οι νοσηλευτές/ριες «παράγουν» νοσηλευτική πράξη στην Εντατική και ταυτόχρονα λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις για τους ασθενείς που έχουν «χρεωθεί», οι οποίες, όμως, όπως έδειξα, δεν αναγνωρίζονται από το ιατρικό προσωπικό στο βαθμό που οι πληροφορητές/ριές μου επιθυμούν και πιστεύουν ότι τους αξίζει. Αυτό, όπως θα δείξω αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο, έχει σαν αποτέλεσμα οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ να αισθάνονται μειονεκτικά απέναντι στους/τις γιατρούς και να βιώνουν την ταυτότητά τους, είτε συγκεκριμένα, είτε μέσα από τα μάτια του κυρίαρχου ιατρικού λόγου: ορατοί/ές ως φορείς βασικής φροντίδας και συνεχούς

βλέμματος στη ΜΕΘ, και συγχρόνως αόρατοι/ες και αμέτοχοι/ες στις κλινικές αποφάσεις των γιατρών.

Επομένως, το ζήτημα της λήψης κλινικών αποφάσεων και οι σχέσεις εξουσίας που το πλαισιώνουν χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, ιδιαίτερα όταν στο πλαίσιο αυτό εμπλέκονται η εξουσία και η κατανομή της μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, οι ταυτότητες που συνοδεύουν τους/τις εμπλεκόμενους/ες, και η υψηλή τεχνολογία που δημιουργεί νέες όψεις ζωής και θανάτου. Πώς ασκούν εξουσία οι επαγγελματίες υγείας προκειμένου οι ίδιοι να επηρεάσουν τις κλινικές αποφάσεις; Τι είδους στρατηγικές επικοινωνίας αξιοποιούν οι νοσηλεύτές/ριες; Στο επόμενο κεφάλαιο αναπτύσσω θεματικές κατηγορίες οι οποίες βοηθούν στην αναλυτικότερη εξέταση των παραπάνω ερωτημάτων. Συγκεκριμένα, αξιοποιώ τις εθνογραφικές ιστορίες και αφηγήσεις των συμμετεχόντων/ουσών, αναδεικνύω τους τρόπους και τις πρακτικές με τις οποίες οι νοσηλεύτές/ριες δημιουργούν χώρο για διαπραγμάτευση με τους/τις γιατρούς προκειμένου να επιτύχουν την άτυπη – λανθάνουσα - συμμετοχή τους στις κλινικές αποφάσεις των τελευταίων.

Κεφάλαιο 5^ο

Ιστορίες «πρόσβασης» στην Εντατική

Στο κεφάλαιο αυτό αναδεικνύω τις πρακτικές με τις οποίες οι νοσηλεύτές/ριες της ΜΕΘ που μελέτησα, είτε λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις, είτε επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των γιατρών. Αναλύω δηλαδή τους τρόπους με τους οποίους οι συμμετέχοντες/ουσες στην έρευνά μου, ιδιαίτερα οι «έμπειροι» και «έμπειρες», αλλά και οι εμπειρογνώμονες (experts) πληροφορητές/ριες που συμμετείχαν εκτός του εθνογραφικού παραδείγματος, ασκούν κάποια μορφή εξουσίας και επιρροής στον εργασιακό τους χώρο – κυρίως μέσα από την κατοχή ειδικής γνώσης – ακόμα κι αν αυτό συνέβαινε περισσότερο στη σφαίρα του ανεπίσημου παρά του επίσημου.

Πιο συγκεκριμένα, παράλληλα με τις εθνογραφικές μου παρατηρήσεις, εστιάζω στις εθνογραφικές ιστορίες των πληροφορητών/ριών μου που μας δείχνουν ότι η κατοχή ειδικής νοσηλευτικής γνώσης, η πολύ καλή γνώση της κατάστασης του ασθενούς, η χρήση της τεχνολογίας και η κρισιμότητα της κατάστασης των ασθενών έχουν αλλάξει σημαντικά τις επαγγελματικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών/ριών– ασθενών και κατά προέκταση νοσηλευτών/ριών-ιατρών, στο βαθμό που οι νοσηλεύτές/ριες κατ' εξακολούθηση λαμβάνουν – και αναφέρομαι στο εθνογραφικό παράδειγμα - κλινικές αποφάσεις στη διάρκεια της βάρδιας. Το ότι αυτό δε συμβαίνει επίσημα, για παράδειγμα στη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, αλλά κυρίως ανεπίσημα, (απουσία των γιατρών ή μέσα από διαπραγματεύσεις και στρατηγικές επικοινωνίας με τους/τις γιατρούς), συνιστά και την κύρια διαφορά μεταξύ της ΜΕΘ που μελέτησα και των ΜΕΘ του εξωτερικού, όπου, τα τελευταία χρόνια, το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ αναγνωρίζεται ως κάτοχος υψηλού επιπέδου γνώσεων και σημαντικός αρωγός στη λήψη των διεπιστημονικών κλινικών αποφάσεων στην Εντατική.

Στις ενότητες που ακολουθούν, οι έννοιες της «πρόσβασης» και του «αποκλεισμού» υπήρξαν χρήσιμες, καθώς και οι δύο αναδύθηκαν ως θεματικές κατηγορίες που τέμνουν πολλές από τις εθνογραφικές ιστορίες της μελέτης. Κατέληξα στο να ερμηνεύσω και αναλύσω τον κόσμο της Εντατικής ως χώρο – κυριολεκτικά και συμβολικά - όπου αφθονούν ιστορίες πρόσβασης των πληροφορητών/ριών στις κλινικές αποφάσεις της ημέρας αλλά και αποκλεισμού τους

από αυτές. Δανείζομαι το εννοιολογικό σχήμα πρόσβαση/αποκλεισμός από τους ερευνητές Paul White et al. (2012), που, επηρεασμένοι από το έργο του Φουκώ, υποστήριξαν ότι η καθημερινότητα και η ζωή στο νοσοκομείο αποτελείται από «στιγμές» (moments) πρόσβασης σε, ή αποκλεισμού από, δραστηριότητες, πρακτικές και χώρους του νοσοκομείου, οι οποίες (ανα)παράγουν και γενικότερα επηρεάζουν τις ταυτότητες των επαγγελματιών υγείας.

Στην παρούσα μελέτη προσλαμβάνω ως ιστορίες ή και «στιγμές» πρόσβασης εκείνες τις πρακτικές κατά τις οποίες οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες λαμβάνουν σωτήριες για τη ζωή των ασθενών κλινικές αποφάσεις, καθιστούν «ορατή» την ειδική γνώση τους προς τους/τις γιατρούς και τους/τις συναδέλφους νοσηλευτές/ριες, και επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των γιατρών με τις πληροφορίες που διαχέουν προς αυτούς. Πρόκειται για στιγμές ή ιστορίες όπου οι νοσηλευτές/ριες «καταλαμβάνουν» το χώρο της ΜΕΘ – συμβολικά και κυριολεκτικά – με το κλινικό βλέμα τους και με τις ειδικές γνώσεις που κατέχουν. Αναλύω όλα τα παραπάνω εστιάζοντας στις ακόλουθες πρακτικές: στην προφορική «παράδοση» των περιστατικών στην αλλαγή βάρδιας, στη διαρκή ενημέρωση του διαγράμματος (φύλλου) παρακολούθησης του ασθενούς, και στις τεχνικές με τις οποίες οι νοσηλευτές/ριες καθιστούν τον ασθενή «κρυστάλλινο» ή «διάφανο», συμπεριλαμβανομένης της λεγόμενης διαίσθησης.

Η «παράδοση» των περιστατικών στη ΜΕΘ

Η Έλσα παραδίδει το περιστατικό της στην έμπειρη Δούκισσα

Έλσα «εδώ είναι αιμοδυναμικά ασταθής, κρατάμε πίεση στα 12, είναι απύρετος

*Η Δούκισσα τη διακόπτει «δεν έχει 'γραμμή' αυτός;»
[εννοεί καθετήρα στην αρτηρία που διαβάζει την αρτηριακή πίεση]*

Έλσα «τη βγάλανε, έχει διούρηση μέτρια, λασίχ μισή x 3, μέχρι 200 [ml], αν είναι χαμηλή κάνεις λασίχ, αν είναι πάνω από 200 [ml] δεν τη κάνεις, κόψαμε το ντόρμικομ, παίρνει Propofol με 10 [ml/hr], άπαξ δύο φυσιολογικούς [ορούς], έχει ψιλοαιματηρές εκκρίσεις [βρογχικές], κόρες ελέγχουμε είναι 2 [στο μέγεθος], αργό φωτοκινητικό, αφαιρέθηκε το σύστημα παρακολούθησης ενδοκράνιας πίεσης, είχε χαμηλές [πιέσεις], 9-8 αλλά θέλαν να το αφαιρέσουν, τον φτιάξαμε [καθαρίσαμε] τώρα το μεσημέρι»

Δούκισσα «δεν έχουμε οδηγία να είναι η μέση 'πίεση' πάνω από τόσο;»

Έλσα «ρώτησα τώρα και θέλει τη πίεση γύρω στο 12, και αύξησα το λέβο γιατί ήταν στο 10-11»

Δούκισσα «απλά επειδή η 'μέση' είναι αυτή που μετράει όχι η συστολική»

Έλσα «εμένα μου είπε αυτό, θέλεις να τη ρωτήσουμε ξανά;»

Δούκισσα «δεν αντιλέγω σε αυτό που μου λες εσύ»

Έλσα «συνήθως είναι πάνω από 8, πήγα έξω και την ρώτησα, θέλει συστολική πάνω από 12 και αυτό προσπάθησα να κάνω, τον φτιάξαμε το μεσημέρι τον γυρίσαμε, αλλάξαμε σεντόνια»

η Δούκισσα τη διακόπτει, ξανά «να σου πω, έχει κάκωση στον αυχένα;»

Έλσα «ναι, δεν ξέρω να σου πω σε ποιο σημείο...».

Η «παράδοση» των περιστατικών συνιστά συλλογική πρακτική στις κλινικές των νοσοκομείων και στις ΜΕΘ κατά την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό συνέρχεται ως ομάδα και συζητάει τα περιστατικά (τους ασθενείς) με σκοπό να μεταφέρει πληροφορίες από τη μια βάρδια στην επόμενη και να διασφαλίσει τη συνέχεια στη

θεραπευτική αγωγή και φροντίδα του ασθενούς. Έχει υποστηριχθεί ότι ο λανθάνων έλεγχος που ασκεί το έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό στους άπειρους, η ενδυνάμωση της νοσηλευτικής ομάδας και η ανασύσταση του ασθενούς ως αφηγήματος που εκφράζει τις νοσηλευτικές προτεραιότητες, είναι κάποιες από τις λειτουργίες της παράδοσης των περιστατικών. Ωστόσο, υποστηρίζω ότι η «παράδοση» των περιστατικών συνδέεται υπόρρητα και με τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Υποστηρίζω δηλαδή ότι η «παράδοση» δεν παρέχει μόνο το πλαίσιο επαναπροσδιορισμού της νοσηλευτικής πράξης και προτεραιοτήτων, αλλά και το πλαίσιο «κατάληψης» του χώρου της ΜΕΘ από τους/τις έμπειρους/ες νοσηλευτές/ριες, όπου αποσαφηνίζονται και τεκμηριώνονται οι κλινικές αποφάσεις της προηγούμενης βάρδιας και προετοιμάζεται το έδαφος για νέες κλινικές αποφάσεις της επόμενης βάρδιας.

Σε μελέτες που έχουν γίνει σε κλινικές/τμήματα νοσοκομείων του εξωτερικού, έχει υποστηριχθεί ότι η παράδοση των ασθενών στην αλλαγή της βάρδιας, γνωστή και ως προφορική λογοδοσία (verbal report), άσχετα από το αν αυτή λαμβάνει χώρα δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς ή σε κάποιο γραφείο ή στο κεντρικό έδρανο των νοσηλευτών/ριών, αποτελεί μία από τις πολύ βασικές νοσηλευτικές «συνήθειες» και παραδοσιακές πρακτικές (rituals) των νοσηλευτών/ριών (Lally, 1999· Manias & Street, 2000· Strange, 1996). Οι γιατροί δε συμμετέχουν στην παράδοση των περιστατικών. Όση ώρα διαρκεί η παράδοση, η οποία γίνεται πάντα σε προκαθορισμένη ώρα, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την ευκαιρία να συνέλθει ως διακριτή ομάδα, να συζητήσει τα περιστατικά που νοσηλεύονται, να δει τι έγινε κατά το προηγούμενο 24ώρο, να προγραμματίσει τις εργασίες και να αναθέσει τα περιστατικά στους/τις νοσηλευτές/ριες της επόμενης βάρδιας. Ως νοσηλευτική πρακτική, η «παράδοση» των περιστατικών θεωρείται «αερή», ο/η νοσηλευτής/ρια που αναλαμβάνει υπηρεσία πρέπει να είναι στην ώρα του/της ντυμένος/η, για να την παρακολουθήσει από την αρχή και να κρατήσει σημειώσεις. Πρόκειται για μια πρακτική που διαρκεί από μερικά λεπτά μέχρι και μισή ώρα κι επιτρέπει στο νοσηλευτικό προσωπικό να απομονωθεί από τους άλλους, σε κάποιο χώρο (εκτός κλινικού χώρου) προκειμένου να συζητήσει σε συνθήκες ιδιωτικότητας τα προσωπικά δεδομένα των περιστατικών. Ο/Η ιεραρχικά ανώτερος/η νοσηλευτής/ρια συντονίζει τη λογοδοσία, η οποία δεν πρέπει να είναι μακροσκελής ούτε βιαστική και ανούσια αλλά να παρουσιάζει όλα τα σημαντικά στοιχεία ώστε να ξέρει ο/η

επόμενος/η στη βάρδια τι θα αντιμετωπίσει στο τμήμα. Μόνον επείγουσες καταστάσεις, όπως η καρδιακή ανακοπή, δικαιολογεί τη διακοπή της λογοδοσίας. Οι γιατροί δεν επιτρέπεται να διακόπτουν, το τηλέφωνο όσο κι αν χτυπάει δεν το σηκώνουν.

Ο τρόπος που διεξάγεται το τυπικό της παράδοσης διαφέρει από τμήμα σε τμήμα του νοσοκομείου, κάτι που σχετίζεται με τον/την προϊστάμενο/η και τους διαθέσιμους χώρους του τμήματος. Σύμφωνα με τη βρετανίδα νοσηλεύτρια Lally (1999), στην πρωινή «παράδοση» των περιστατικών, παρουσία όλου του νοσηλευτικού προσωπικού και υπό την επίβλεψη του/της προϊστάμενου/ης της Μονάδας, το νοσηλευτικό προσωπικό αποκτάει μια ικανοποιητική εικόνα για όλα τα περιστατικά της Μονάδας, αλλά και ενδυναμώνεται ως διακριτή επαγγελματική ομάδα δείχνοντας προς τα έξω μια εικόνα εσωτερικής συνοχής και συναδελφικότητας. Επίσης, η Strange (1996), στην εθνογραφική μελέτη της σε κλινική νοσοκομείου της Αγγλίας, υποστηρίζει ότι η παράδοση των περιστατικών ενεργοποιεί προστατευτικούς μηχανισμούς για το νοσηλευτικό προσωπικό στην κλινική και η μελέτη της πρακτικής αυτής μας λέει πολλά για το τι συνιστά πυρήνα της νοσηλευτικής πρακτικής και γνώσης. Παρόλο που οι πληροφορίες που μεταφέρονται, εκ πρώτης όψεως εκλαμβάνονται ως απλές περιγραφές και πληροφορίες, πίσω από αυτές κρύβονται πολλά περισσότερα. Δηλαδή, για παράδειγμα, το αν κάποιος επιδεινώνεται και χρήζει μεγαλύτερης προσοχής, υποδηλώνεται από το αυξημένο ποσοστό οξυγόνου, την ανησυχία των συγγενών του, τη μειωμένη αρτηριακή πίεση, και διάφορα στοιχεία που αφορούν στη φαρμακευτική αγωγή. Έτσι, αυτοί/ές που αποχωρούν προετοιμάζουν το προσωπικό που θα αναλάβει για τη βάρδια που θα ακολουθήσει και τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών. Κατά την Strange, η παράδοση των περιστατικών ενέχει το στοιχείο της τελετουργίας μύησης, επειδή μέσα από την καθημερινή πρακτική της λογοδοσίας της κάθε βάρδιας, ο/η νέος/α και λιγότερο έμπειρος/η νοσηλευτής/ρια μυείται στα μυστικά του επαγγέλματος, στην ορολογία που χρησιμοποιείται, στον τρόπο αντιμετώπισης περιστατικών, και στις συμπεριφορές που θεωρούνται αποδεκτές και πρέπουσες. Πρόκειται για νοσηλευτική πρακτική όπου ο/η έμπειρος/η και ιεραρχικά ανώτερος/η συνάδελφος περνάει εικόνες και γνώσεις στο λιγότερο έμπειρο προσωπικό, αλλά και ασκεί υπόρρητο έλεγχο προς εκείνους/ες που παραδίδουν τα περιστατικά τους. Η εθνογραφία της Lally (1999) επιβεβαιώνει τα περί μύησης των νεοτέρων στον

πολιτισμό του τμήματος/κλινικής, στη γλώσσα και ορολογία, στο τι θεωρείται αποδεκτό και μη αποδεκτό από την ομάδα. Έτσι, όπως θα φανεί και στη δική μου μελέτη, οι λιγότερο έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες που παρέδιδαν τα περιστατικά τους αναζητούσαν με το βλέμμα τους για να λάβουν μια είδους επιβεβαίωση από τους/τις υπεύθυνους/ες νοσηλευτές/ριες της βάρδιας. Επίσης, συχνά αναφέρονταν στους/τις γιατρούς ως «αυτοί, εκείνοι» (them) με περισσότερη γνώση, και στους/τις νοσηλευτές/ριες ως «εμείς» (us). Η προφορική λογοδοσία αφορούσε κυρίως το βιολογικό προφίλ του ασθενούς και τις δυνατότητές του ως προς τις καθημερινές δραστηριότητες αυτοφροντίδας (πχ σίτιση, ένδυση, κινητικότητα). Η προϊσταμένη της κλινικής παρείχε υποστήριξη με το βλέμμα της και ανέθετε τα περιστατικά στις ομάδες των νοσηλευτών/ριών με την ολοκλήρωση της λογοδοσίας.

Στην περίπτωση των ΜΕΘ, όπου πρέπει να παραδοθούν πολύ περισσότερες πληροφορίες ανά ασθενή, η «παράδοση» εμπλουτίζεται με ένα επιπλέον μέρος, αυτό της εις βάθος λογοδοσίας μπροστά στο κρεβάτι του ασθενούς. Επομένως η λογοδοσία στις Εντατικές, συνήθως, διακρίνεται σε δύο μέρη: αρχικά μια σύντομη σφαιρική λογοδοσία (global handover) για όλα τα περιστατικά της ΜΕΘ (όπως και στις κλινικές), όπου παρίσταται όλο το προσωπικό, και στη συνέχεια μια εις βάθος λογοδοσία – μπροστά στο κρεβάτι του ασθενούς - από τον/την νοσηλευτή/ρια που παραδίδει στον/την νοσηλευτή/ρια που αναλαμβάνει βάρδια (βλ. παράρτημα: εικόνα 19, προφορική παράδοση νοσηλευτών/ριών). Στην Εντατική, τόσο η σφαιρική όσο και η εις βάθος λογοδοσία των περιστατικών λαμβάνουν χώρα σε κάθε αλλαγή της βάρδιας στη διάρκεια του 24ώρου (inter-shift verbal report).

Σε αυτά τα ευρήματα οδηγήθηκαν και οι Manias και Street (2000), στην εθνογραφία τους σε Εντατική της Αυστραλίας και με ερευνητικό αντικείμενο τις λανθάνουσες πρακτικές (hidden practices) ελέγχου και μύησης του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την προφορική λογοδοσία στην αλλαγή της βάρδιας. Παρατήρησαν ότι ο/η συντονιστής/ρια νοσηλευτής/ρια της προηγούμενης βάρδιας, αρχικά, διεξάγει «σφαιρική» παράδοση όλων των ασθενών σε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό, όπου έμφαση δίνεται στην συνοπτική εικόνα για τον κάθε ασθενή, αιτία εισόδου, μέρες νοσηλείας, πορεία νόσου και πλάνο ημέρας. Στη συνέχεια ακολουθεί η ανάθεση των περιστατικών στους/τις νοσηλευτές/ριες και μια πιο αναλυτική λογοδοσία μεταξύ των νοσηλευτών/ριών στο κρεβάτι του ασθενούς. Κατά τους Manias και Street, όπως και στις έρευνες που ανέφερα παραπάνω για τις κλινικές/τμήματα, η παράδοση των

περιστατικών στην έρευνά τους εμπεριέχει και τελετουργικές πρακτικές μύησης. Επίσης, διαπίστωσαν ότι η παράδοση των περιστατικών αποτελεί και ευκαιρία επίδειξης γνώσεων από τον/την πιο έμπειρο/η που αναλαμβάνει τη βάρδια στον/στην λιγότερο έμπειρο/η νοσηλευτή/ρια και γι' αυτό το λόγο οι νεότεροι/ες νοσηλευτές/ριες είναι αγχωμένοι/ες κατά την παράδοση (βλ. και Lally, 1999· Strange, 1996,). Επιπλέον, όπως θα δείξω και στο δικό μου εθνογραφικό παράδειγμα, στην εθνογραφία των Manias και Street (2000), ερωτήσεις και παρατηρήσεις από τους/τις νοσηλευτές/ριες που αναλάμβαναν τα περιστατικά πολλές φορές εκλαμβάνονταν ή αλλιώς «ακούγονταν» περισσότερο ως παρατηρήσεις προς αυτούς/ές που αποχωρούσαν. Κάτι τέτοιο παρατηρήθηκε, όπως δείχνω παρακάτω, στην περίπτωση της Έλσας που παρέδωσε τα περιστατικά της στη Δούκισσα.

Στο τελετουργικό της παράδοσης κεντρική θέση έχει και η ειδική ορολογία και γλώσσα, η οποία, κατά τη παρουσίαση των περιστατικών, είναι ιατρική και εξειδικευμένη. Επίσης γίνεται χρήση πολλών συντομογραφιών χάριν συντομίας. Η ορολογία και η γλώσσα εκφράζουν τον τρόπο που οι νοσηλευτές/ριες και οι γιατροί προσλαμβάνουν του ασθενείς και ειδικά το σώμα τους.¹⁰³ Στην Εντατική, οι νοσηλευτές/ριες χρησιμοποιούν ιατρική και νοσηλευτική ορολογία στην οποία έχουν μυηθεί, ανασκοπούν και αναπαράγουν τον ασθενή με βάση τις ιατρικές και νοσηλευτικές και του ανάγκες. Με άλλα λόγια, παρουσιάζουν τα περιστατικά τους σύμφωνα με τις αξίες και τον πολιτισμό της Εντατικής, προκειμένου ο ασθενής να καταστεί πολιτισμικά κατανοητός και διαχειρίσιμος από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Σε αντίθεση με τις κλινικές, οι νοσηλευτές/ριες στις ΜΕΘ εστιάζουν κυρίως στο βιολογικό προφίλ των ασθενών τους και αφήνουν στην άκρη την οικογένεια και το κοινωνικό ιστορικό. Σε γενικές γραμμές, η λογοδοσία των νοσηλευτών/ριών αντικατοπτρίζει τον πολιτισμό της ΜΕΘ, τις επαγγελματικές τους

¹⁰³ Το ίδιο ισχύει και στη γραπτή λογοδοσία, δηλαδή τις σημειώσεις των νοσηλευτών/ριών. Η γραπτή λογοδοσία γράφεται πριν το τέλος της βάρδιας στον νοσηλευτικό φάκελο ή στο φύλλο παρακολούθησης του ασθενή. Οι γιατροί κάνουν κάτι ανάλογο στον ιατρικό φάκελο σε ειδικά έντυπα για την πορεία νόσου του ασθενούς. Ο Good (2008/1994) υποστηρίζει ότι οι τρόποι με τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας ορίζουν το σώμα, και οι συμπεριφορές που διαμορφώνουν όταν διαχειρίζονται το πάσχον σώμα, μας λένε κάποια πράγματα για τη παιδεία, το λεξιλόγιο και γνωστικό κεφάλαιο που έχουν αποκτήσει στις σπουδές τους, και μας προδιαθέτουν για ένα συγκεκριμένο φάσμα αντιλήψεων και ερμηνειών.

αξίες, τον τρόπο που προσλαμβάνουν και νοσηματοδοτούν τον άρρωστο ως «ασθενή ΜΕΘ».

Στο εθνογραφικό παράδειγμα, η σφαιρική λογοδοσία παραλείπεται και λαμβάνει χώρα μόνο η εις βάθος λογοδοσία στο κρεβάτι του ασθενούς. Ο/η κάθε νοσηλευτής/ρια παραδίδει τους τρεις ασθενείς του/της στον/την συνάδελφο της επόμενη βάρδιας. Η προφορική παράδοση διαρκεί από δεκαπέντε μέχρι και είκοσι λεπτά και ολοκληρώνεται με την αποχώρηση της βάρδιας που παραδίδει. Οι συμμετέχοντες/ουσες συζητούν πρωτίστως με όρους ανατομίας και φυσιολογίας τα περιστατικά στην αλλαγή της βάρδιας, εστιάζουν στη φυσιολογία και στις βιολογικές λειτουργίες του σώματος, ενώ το «πρόσωπο» του ασθενούς συρρικνώνεται κατά την κρίσιμη αυτή φάση της νόσου. Αυτός/ή που παραδίδει έχει τον πρώτο λόγο και καθοδηγεί την παράδοση, αλλά συχνά αυτός/ή που παραλαμβάνει διακόπτει και κάνει διευκρινιστικές ερωτήσεις. Έτσι, η παρουσίαση του περιστατικού μπορεί να πάρει και τη μορφή συζήτησης με ερωτο-απαντήσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων νοσηλευτών/ριών. Όπως έχω επισημάνει πολλές φορές, αυτό που προέχει στη ΜΕΘ είναι η ομοιόσταση του σώματος και η διατήρηση στη ζωή. Αν και οι πληροφορητές/ριές μου θεωρούν τον κάθε ασθενή ξεχωριστό, με τη δική του βιογραφία, το δικό του κοινωνικό ιστορικό και ξεχωριστές ανάγκες φροντίδας, εντούτοις τον ερμηνεύουν επί το πλείστον σύμφωνα με τη βιοϊατρική διάσταση της ιατρικής. Έτσι, κάποιες φορές οι συμμετέχοντες/ουσες αναφέρονταν στα νευρολογικά περιστατικά της πτέρυγας ως «κεφάλια». Για παράδειγμα, «θα έρθει κεφάλι στο 2», αν και αυτό γινόταν σπάνια και μόνο στις μεταξύ τους συνομιλίες. Η αναφορά σε κάποιο περιστατικό ως το «κεφάλι στο 2» (στο κρεβάτι 2), «ανακοπή στο 3», ή «ήρθε ένα συκώτι», συντελούσε όχι μόνο στη συμπύκνωση του περιστατικού στην πρωταρχική αιτία εισαγωγής στη Μονάδα, αλλά και στο να προϊδεάσει τον/την συνάδελφο στις προτεραιότητες, στα μηχανήματα και τη θεραπευτική αγωγή που πρέπει να έχει κατά νου η ομάδα της ΜΕΘ. Παρομοίως, ο Αλεξιάς (2000) στη μελέτη του σε Εντατική της Αθήνας αναφέρει ότι ένας νοσηλευτής είχε χαρακτηρίσει τη ΜΕΘ ως «θερμοκήπιο», για να δείξει ότι ο ασθενής υποβιβάζεται στη σωματική και βιολογική του διάσταση, ότι δηλαδή ο ασθενής δεν αντιμετωπίζεται ως άτομο αλλά ως «ένα σώμα το οποίο κείτεται και δεν μπορεί να αντιδράσει» (Αλεξιάς, σ.369).

Η παρούσα επιτόπια έρευνα, σε γενικές γραμμές, επιβεβαιώνει ποικιλοτρόπως τα ευρήματα των μελετών που παρέθεσα σχετικά με την «παράδοση». Ακολουθούν

εθνογραφικές σημειώσεις, όπου η Έλσα και η Ελπινίκη παραδίδουν τα περιστατικά τους στη Δούκισσα που αναλαμβάνει υπηρεσία το μεσημέρι. Είναι περίπου 14:30, στις 15.00 τελειώνει η πρωινή βάρδια. Η Έλσα παραδίδει τα περιστατικά της στη Δούκισσα, μια από τις πιο έμπειρες νοσηλεύτριες της Μονάδας. Παρίσταται μερικά βήματα πιο πέρα, εκτός οπτικού πεδίου αλλά μέσα στην πτέρυγα, κρατάω σημειώσεις. Όπως συνηθίζεται σε αυτή τη ΜΕΘ, η παράδοση λαμβάνει χώρα στο κάτω μέρος των κλινών των αρρώστων. Καθώς δεν προηγήθηκε σφαιρική παράδοση, η Δούκισσα δεν γνωρίζει τα περιστατικά της. Η Δούκισσα παραλαμβάνει τρία περιστατικά από την σχετικά έμπειρη Έλσα και την πολύ λιγότερο έμπειρη Ελπινίκη. Η Δούκισσα είναι «τρίτη» στη σειρά ως προς την ιεραρχία στη Μονάδα.

[Σημειώσεις πεδίου 10.10.12, παράδοση των περιστατικών]:

1^ο περιστατικό // Έλσα «Έχει διούρηση καλή, υπό lasix στάγδην, και βομέξ, δεν ξέρω αν το απόγευμα θα τη κάνετε, το σάκχαρό του καλό, παίρνει ορό με ... την ώρα.... όταν τελειώσουμε θα μπει ο όρος με τόσα ml την ώρα....». Δούκισσα «92 % κορεσμός έχει;» παρατηρεί το μόνιτορ και την άρρωση, «93% 94% μέχρι 95% έχει κορεσμό;» «μέχρι 95% είχε, τώρα ανεβαίνει... έχει φλέγμα» «ναι».

2^ο περιστατικό // Η Έλσα, και την ακολουθεί η Δούκισσα, προσεγγίζει το κρεβάτι του επόμενου ασθενή της «εδώ είναι αιμοδυναμικά ασταθής, κρατάμε πίεση στα 12, είναι απύρετος, [η Δούκισσα τη διακόπτει, «δεν έχει γραμμή αυτός;»] τη βγάλανε, έχει διούρηση μέτρια, λασίχ μισή χ 3, μέχρι 200, αν είναι χαμηλή κάνεις λασίχ, αν είναι πάνω από 200 [η συστολική πίεση] δεν τη κάνεις, κόψαμε το Dormicum, παίρνει Propofol με 10, άπαξ δύο φυσιολογικούς, έχει ψιλοαιματηρές εκκρίσεις, κόρες ελέγχουμε είναι 2, αργό φωτοκινητικό, αφαιρέθηκε το σύστημα παρακολούθησης ενδοκράνιας πίεσης, είχε χαμηλές [πίεσεις], 9-8 αλλά θέλαν να το αφαιρέσουν, τον φτιάξαμε [καθαρίσαμε] τώρα το μεσημέρι». Δούκισσα «δεν έχουμε οδηγία να είναι η μέση πίεση πάνω από τόσο;» Έλσα «ρώτησα τώρα και θέλει τη πίεση γύρω στο 12, και αύξησα το λέβο γιατί ήταν στο 10-11» Δούκισσα «απλά επειδή η μέση είναι αυτή που μετράει όχι η συστολική» η Έλσα «εμένα μου είπε αυτό, θέλεις να τη ρωτήσουμε ξανά» Δούκισσα «δεν αντιλέγω σε αυτό που μου λες εσύ» Έλσα «συνήθως είναι πάνω από 8, πήγα έξω και την ρώτησα, θέλει συστολική πάνω από 12 και αυτό προσπάθησα να κάνω [η Έλσα ακούγεται και δείχνει ενοχλημένη, συνεχίζει με τη λογοδοσία], τον φτιάξαμε το μεσημέρι τον γυρίσαμε, αλλάξαμε σεντόνια», η Δούκισσα τη διακόπτει «να σου πω, έχει κάκωση στον αυχένα;» «ναι, δεν ξέρω να σου πω σε ποιο σημείο, να σταλεί πήγμα στον ευαγγελισμό σε παγάκια».

3^ο περιστατικό // Η Δούκισσα έχει να παραλάβει και τον τρίτο ασθενή της αλλά από άλλη συνάδελφο, την Ελπινίκη, νοσηλεύτρια σχετικά καινούργια και άπειρη, την αναζητά και της λέει «Ελπινίκη [θα έρθεις να μου παραδώσεις;;; Θα ήθελα να μου πεις το νούμερο 6...» Ελπινίκη «έχει μάσκα venturi 60%, έχε καλό κορεσμό, αιμοδυναμικά σταθερή, είχαμε κλειστή τη διατροφή γιατί ήταν να διασωληνωθεί, τελικά δεν θα διασωληνωθεί, το τελευταίο σάκχαρο ήταν 212» Δούκισσα «τελικά να ρωτήσω κάτι, αυτή η άρρωση είναι έτσι με δύσπνοια [;;] γενικώς». Σε αυτό το σημείο παρεμβαίνει η Έλσα, ως η πιο έμπειρη της πρωινής βάρδας, «ήταν πιο ξύπνια, τώρα κοιμάται» η Δούκισσα «ήταν στο bivar;» [μοντέλο μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού, μικρός αναπνευστήρας που δίνει

ανάσες στην άρρωστο μέσω μάσκας] Έλσα «όχι» η Δούκισσα ξαναρωτάει «δεν πάει στο bīpar;» Έλσα «Όχι, δεν την έχουν βάλει όλη μέρα, έτσι ήταν όλη μέρα σε αυτή τη μάσκα, έτσι τη βρήκα από το πρωί, είναι σε αυτή τη κατάσταση, είναι ψυχιατρικό περιστατικό, δεν μιλάει, προσπαθεί να τη κάνουν να μιλήσει» Δούκισσα «Δεν μίλαγε εξαρχής; γιατί εγώ δεν τους ξέρω αυτούς τους ασθενείς» Έλσα «αποσωληνώθηκε χθες, αλλά γενικώς επειδή είναι ψυχιατρικό περιστατικό πιστεύουν ότι... πριν ήταν λίγο πιο ξύπνια, της μιλούν αλλά δεν μιλάει, τώρα δεν ξέρουμε αν ήταν επειδή έπαιρνε λίθιο...» Δούκισσα «ναι», εδώ μιλάει η Ελπινίκη «δεν ξέρω αν θα διασωληνωθεί ή όχι, τα είχαν ετοιμάσει γιατί είναι έτοιμα εκεί πάνω αν χρειαστεί» Έλσα «από χθες το απόγευμα είναι έτοιμα» Δούκισσα «αυτή χρειάζεται αναρρόφηση από τη μύτη» Ελπινίκη «δεν της έκανα εγώ... δεν έχω να σου πω κάτι άλλο» Δούκισσα «αυτούς, φτάνουν για μένα».

Η Δούκισσα πιάνει τα μακριά μαύρα μαλλιά της πίσω σε ψηλή κοτσίδα, ανασκουμπώνεται, πλένει τα χέρια της, δεν δείχνει ικανοποιημένη από τη κλινική κατάσταση των δύο αρρώστων που της παρέδωσαν, σκανάρει με τα μάτια της στα γρήγορα τις ιατρικές οδηγίες στα διαγράμματα των ασθενών, ελέγχει τους αναπνευστήρες, τις ηλεκτρονικές αντλίες που χορηγούν ενδοφλεβίως τα φάρμακα στους τρεις ασθενείς της. Η Δούκισσα με κοιτάζει με νόημα, σαν να μου λέει ότι θα έχει μια «πολύ ωραία βάρδια» (δηλαδή το αντίθετο). Απομακρύνεται, αναζητάει τους/τις γιατρούς για να ζητήσει διευκρινήσεις για τους ασθενείς της. Την επόμενη μέρα έμαθα ότι, μετά από την παρέμβαση της Δούκισσας και την επίμονη διαπραγματεύσή της με τον γιατρό, το τρίτο περιστατικό διασωληνώθηκε λίγο πιο μετά το απόγευμα και συνδέθηκε ξανά στον αναπνευστήρα ως «αποτυχημένη διασωλήνωση».

Από τον τρόπο που κάποιος/α παραδίδει τα περιστατικά του καταλαβαίνω τι είδους βάρδια είχε αλλά και τι είδους νοσηλεύτης/ρια είναι. Δηλαδή, είναι οργανωμένος/η; Η Έλσα παραδίδει τα περιστατικά της και αναφέρει τι έγινε και τι δεν έγινε στις οχτώ ώρες της βάρδιας της. Η λογοδοσία της δεν παρουσιάζει μία λογική συνέχεια, καθώς πηγαίνει από το ένα οργανικό σύστημα στο άλλο χωρίς να έχει ολοκληρώσει το κάθε σύστημα και χωρίς να ακολουθεί μια συγκεκριμένη σειρά. Για παράδειγμα, μια ενδεικνυόμενη ακολουθία θα ήταν: αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, νευρολογικό, καταστολή και πόνος, σίτιση και υγρά, αποβαλλόμενα, ενδοφλέβιες γραμμές και τραύματα, οικογένεια και επικοινωνία. Η νοσηλεύτρια αναφέρει ό,τι θεωρεί αυτή σημαντικό, διαβάζοντας το διάγραμμα με τα ζωτικά σημεία και τη γραπτή τη λογοδοσία, αλλά δεν αναφέρει την αιτία εισόδου στη Μονάδα, την κλινική πορεία του ασθενούς τις προηγούμενες ημέρες, ούτε συγγενείς και οικογένεια. Η Έλσα δείχνει «κουμπωμένη» και ενοχλημένη από τις ερωτήσεις της

Δούκισσας. Από την άλλη, η Δούκισσα την διακόπτει με ερωτήσεις ως προς τους στόχους της θεραπείας, την επιθυμητή αρτηριακή πίεση, το επίπεδο συνείδησης, για το εάν η ασθενής ήταν σε κωματώδη κατάσταση όλη μέρα και που οφείλεται αυτό. Η Δούκισσα, όπως και στις μελέτες που παρέθεσα, ασκεί «λανθάνοντα» έλεγχο κάνοντας ερωτήσεις και ζητώντας διευκρινήσεις από την Έλσα. Από τη γλώσσα του σώματός της, το διευρηνητικό της βλέμμα που εστιάζει κυρίως στους ασθενείς και στη τεχνολογία που τους περιβάλλει, καταλαβαίνω ότι η Δούκισσα δεν είναι πλήρως πεισμένη ως προς την υποτιθέμενη βελτίωση της ασθενούς που αποσωληνώθηκε «πρόωρα» την προηγούμενη μέρα, αλλά και για τον άλλο ασθενή με τη χαμηλή αρτηριακή πίεση. Η Δούκισσα γρήγορα αναγνώρισε προβλήματα – Εντατικής - που έπρεπε να επιλυθούν άμεσα, όπως, το μειωμένο επίπεδο συνείδησης στην ασθενή που απογαλακτιζόταν από το αναπνευστήρα και βρισκόταν σε μάσκα οξυγόνου για πολλές ώρες αλλά με εμφανή τα συμπτώματα κούρασης και αναπνευστικής δυσχέρειας. Η Δούκισσα προχώρησε σε έναν γρήγορο έλεγχο του εξοπλισμού των παραμέτρων του αναπνευστήρα προκειμένου να έχει μια ολοκληρωμένη άποψη για την κλινική κατάσταση των ασθενών της.

Η παράδοση πλαισιώνεται από πληθώρα δραστηριοτήτων στην πτέρυγα. Κατακλύζεσαι από ηχητικούς συναγερμούς των μηχανημάτων, το τηλέφωνο χτυπάει ασταμάτητα, οι γιατροί στον υπολογιστή χρεώνουν φάρμακα, κάποια γέλια και συνομιλίες από το μέρος των νοσηλευτών/ριών, η νοσηλεύτρια Βούλα παραδίδει σε άλλη συνάδελφο *«η γαστροστομία εξακολουθεί να βγάζει γύρω υγρό, ο ... είναι σταθερός, καλή επικοινωνία, τρώει καλά.... - (Βούλα) δεν μου κατούραγε και κάποια στιγμή έκανα μία πλύση, είχα βάλει ένα χιλιάρι [υγρό] και μετά τη πλύση ένα 500άρι, αυτά, τίποτα άλλο... υπάρχει οδηγία για....»*. Η Δούκισσα που μόλις ξεκίνησε τώρα μιλάει με τους/τις γιατρούς για να φέρει στη προσοχή τους ότι η ασθενής της έριξε τα επίπεδα κορεσμού σε οξυγόνο στο αίμα της. Η Δούκισσα βασίζεται στο γεγονός ότι η παλμική οξυμετρία της ασθενούς είναι εμφανώς μειωμένη παρόλο που είχε αυξηθεί το κλάσμα εισπνεόμενου οξυγόνου. Ενημερώνει το γιατρό και ρωτάει ως προς την αλλαγή μοντέλου αερισμού και για το αν θα κάνουν αέρια αίματος, δηλαδή εάν θα λάβουν δείγματα αρτηριακού αίματος για να εξετάσουν το κατά πόσο επαρκής είναι η ανταλλαγή αερίων στο αρτηριακό αίμα. Η Δούκισσα απαιτεί από τους/τις γιατρούς να εξετάσουν την άρρωση γιατί δείχνει να μην τα καταφέρνει χωρίς τον αναπνευστήρα και έχει πέσει σε κώμα.

Για το άπειρο προσωπικό, η παράδοση του περιστατικού σε έμπειρο/η συνάδελφο μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία, ειδικά όταν ο/η έμπειρος/η επιλέξει να ασκήσει εξουσία μέσα από την τεχνολογία του ελέγχου. Ωστόσο, όπως μου εκμυστηρεύτηκαν αρκετοί/ές πληροφορτές/ριες, μέσα από αυτόν τον έλεγχο των παλιών, των «top» νοσηλευτών/ριών, «έμαθαν» (έστω με «κακό τρόπο») το νέο του/της ρόλο, καθώς κάθε φορά που ως αρχάριοι/ες παρέδιδαν τα περιστατικά τους, ταυτόχρονα κρίνονταν από τους άλλους ως προς την ικανότητά τους να παραδίδουν τα περιστατικά τους σωστά και σύμφωνα με τις προσδοκίες της ΜΕΘ.

Σε άλλο περιστατικό προφορικής λογοδοσίας, όπου η Λίτσα παραλαμβάνει από την Άρτεμις και την Ακριβή, όταν ήρθε η σειρά της Άρτεμις να παραδώσει τα περιστατικά της, ήταν γρήγορη, είχε αυτοπεποίθηση και έδειχνε να ξέρει πολύ καλά τους ασθενείς της. Η κλινική εμπειρία της Άρτεμις φαίνεται. Εκείνη την ημέρα ήταν η υπεύθυνη της πτέρυγας, καθώς η Ακριβή είναι λιγότερο έμπειρη από αυτή, είχε ολοκληρώσει τις δουλειές της και προσωρινά «καταλαμβάνει» το χώρο στο κάτω μέρος του κρεβατιού των ασθενών της για να εξιστορήσει τα περιστατικά της στην νοσηλευτική τους εκδοχή. Η εξουσία της Άρτεμις, με όρους Φουκώ, κυκλοφορεί και συμπορεύεται με τη γνώση που κατέχει. Η Άρτεμις παρουσιάζει τη δική της εκδοχή της αλήθειας και ως η «έμπειρη» της πτέρυγας υφαίνει το δικό της νοσηλευτικό αφήγημα. Η Άρτεμις έκανε εκτενή χρήση του διαγράμματος του ασθενούς και, επιχειρηματολογώντας, προετοίμασε τη Λίτσα για την απογευματινή βάρδια. Οι γιατροί της πτέρυγας συνηθίζουν να μη διακόπτουν την «παράσταση» που ξεδιπλώνεται μπροστά στον άρρωστο. Παρομοίως, αν και λιγότερο έμπειρη, η Ακριβή μεταφέρει στις συναδέλφους της τις πληροφορίες που χρειάζεται η Λίτσα και εστιάζει στις αλλαγές της κλινικής κατάστασης. Δεν γίνεται αναφορά στο πρόσωπο, στο άτομο, ενδεικτικά, «το τέσσερα παίρνει πέντε κάλια και έναν ορό, απύρετη, διούρηση καλή και τα λοιπά». Επίσης, η Ακριβή επισημαίνει στη Λίτσα αυτά που ξέχασε να πει στους/τις γιατρούς το πρωί και δίνει έμφαση στις δουλειές και εξετάσεις που πρέπει να γίνουν.

Κατά την «παράδοση» και «παραλαβή» των νοσηλευτών/ριών, ο ασθενής, ενώ συρρικνώνεται ως «πρόσωπο», ανασυστήνεται ως αφήγημα από τον/τη νοσηλευτή/ρια που τον φρόντιζε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης βάρδιας. Η ποιότητα και το ύφος του αφηγήματος της παράδοσης εξαρτάται από το βαθμό της

κλινικής εμπειρίας του/της νοσηλευτή/ριας, ο/η οποίος/α συγκροτείται ως αφηγητής/ρια του βιοϊατρικού προφίλ των αρρώστων του. Όσο πιο έμπειρος/η ο/η αφηγητής/ρια, τόσο πιο καλά δομημένη είναι η ανασύσταση και παρουσίαση της βιοϊστορίας και κλινικής σταδιοδρομίας του περιστατικού. Υποστηρίζω ότι η παράδοση των περιστατικών θα μπορούσε να εκληφθεί ως «νοσηλευτική επίσκεψη», αντίστοιχη της «ιατρικής επίσκεψης», (βλ. επόμενο κεφάλαιο), αφού έχει ως στόχο όχι μόνο την παράδοση της φροντίδας από τη μία βάρδια στην άλλη, αλλά και την αποσαφήνιση και συζήτηση των θεραπευτικών μέτρων και στόχων. Κατά την παράδοση, το νοσηλευτικό προσωπικό συνειδητοποιεί τι λάθη έκανε, τι παρέλειψε να κάνει, καθιστά ορατές τις κλινικές αποφάσεις που έλαβε κατά τη διάρκεια της βάρδιας που προηγήθηκε και επικυρώνει την ειδική γνώση που κατέχει. Μια πολύ καλή παράδοση όπου αναδεικνύονται αυτά που έχουν κλινική σημασία για τον ασθενή, όχι μόνο προετοιμάζει στο μέγιστο τον/τη συνάδελφο για το περιστατικό, αλλά επίσης διαχέει σημαίνουσες κλινικές πληροφορίες που δυνητικά θα επηρεάσουν ή θα οδηγήσουν σε μελλοντικές κλινικές αποφάσεις των γιατρών. Επομένως, για όση ώρα κρατάει η παράδοση των περιστατικών, επιτυγχάνεται μια πρόσκαιρη μετατόπιση των νοσηλευτών/ριών από μια κατάσταση αορατότητας σε μια κατάσταση «παρουσίας» και ορατότητας στην Εντατική: οι άτυπες νοσηλευτικές αποφάσεις αναπαρίστανται μέσω της αφηγηματικής παρουσίασης των περιστατικών και η νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη καθίσταται από λανθάνουσα ορατή.

Επίσης, η παράδοση των περιστατικών στην Εντατική θα μπορούσε να εκληφθεί και ως προσωρινή «ετεροτοπία» με όρους Φουκώ.¹⁰⁴ Ο φιλόσοφος, εμπνεόμενος από δοκίμιο του Μπόρχες για την κινέζικη εγκυκλοπαίδεια, προσεγγίζει

¹⁰⁴ Ο όρος «ετεροτοπία» προέρχεται από το πεδίο της ιατρικής και υποδηλώνει την παρουσία ιστών σε θέση/σημείο του οργανισμού διαφορετική από την «κανονική», την αναμενόμενη — όπου συνυπάρχει με τους «κανονικούς» ιστούς. Η πρώτη φορά που εμφανίζεται ο όρος «ετεροτοπία» στο έργο του Φουκώ είναι στον πρόλογο του βιβλίου του *Οι λέξεις και τα πράγματα* (1986 [1966 Γαλλική έκδοση]) όπου κάνει αναφορά στον Borges και στην παράξενη συνύπαρξη μιας σειράς ετερόκλητων - πραγματικών και φανταστικών - ζώων σε μία κινέζικη εγκυκλοπαίδεια που παραθέτει ο Borges σε ένα δοκίμιό του. Ο Φουκώ προσεγγίζει την εγκυκλοπαίδεια ως μια «ετεροτοπία», έναν παράξενο χώρο όπου μπορούν να βρεθούν οντότητες που πουθενά αλλού, σε κανέναν άλλο πραγματικό χώρο, δεν θα μπορούσαν να συνυπάρχουν (Foucault, 1984 [1967 – Γαλλική έκδοση], βλ. και Torinka, 2010). Για περισσότερα στο θέμα της ετεροτοπίας, βλ. Foucault, M. (2012), *Ετεροτοπίες και άλλα κείμενα*, μτφρ. Τ. Μπέτζελος, Αθήνα (Πλέθρον).

την «ετεροτοπία» ως έναν παράξενο χώρο, διαφορετικό από τους «κανονικούς», όπου μπορούν να βρεθούν ετερόκλητες οντότητες που πουθενά αλλού, σε κανέναν άλλο πραγματικό χώρο, δεν θα μπορούσαν να «συνυπάρχουν» (Foucault, 1984/1967· βλ. και Torinka, 2010). Οι φουκωϊκές ετεροτοπίες είναι πραγματικοί και λειτουργικοί τόποι, οι οποίοι έχουν σχεδιαστεί εντός ενός θεσμού της ίδιας της κοινωνίας και οι οποίοι, ενώ έχουν την ιδιότητα να αντιστρέφουν, να αμφισβητούν, να αναστέλλουν, να εξουδετερώνουν τις σχέσεις που αναπτύσσονται στους «κανονικούς» χώρους, δεν μπορούν να μελετηθούν παρά μόνο σε σχέση με αυτούς. Κατά τον Φουκώ, «Οι ετεροτοπίες προϋποθέτουν πάντοτε την ύπαρξη ενός συστήματος ανοίγματος και κλεισίματος το οποίο τις απομονώνει και συγχρόνως τις καθιστά προσπελάσιμες. Γενικώς, ένας ετεροτοπικός τόπος δεν είναι τόσο ελεύθερα προσβάσιμος. Δεν μπορούμε να εισέλθουμε εάν δεν διαθέτουμε μια ειδική άδεια και αφού επιτελέσουμε συγκεκριμένες κινήσεις» (Foucault, 1984/1967, σ.7). Κατ' αναλογία με τα παραπάνω, την ώρα της παράδοσης στην Εντατική, έχουν δικαίωμα να «εισέρχονται» μόνο οι νοσηλευτές/ριες που παραδίδουν ή παραλαμβάνουν τα περιστατικά τους στην αλλαγή της βάρδιας. Καθ' όλη τη διάρκεια της παράδοσης, οι νοσηλευτές/ριες δεν είναι διαθέσιμοι/ες για τους «άλλους/ες», τους/τις γιατρούς, και οι γιατροί δεν προσκαλούνται να συμμετάσχουν ούτε εισέρχονται, παρά μόνο σε συνθήκες εξαιρετικά επείγουσας ανάγκης. Στην ετεροτοπία της παράδοσης, οι μεταξύ ζωής και θανάτου ασθενείς, οι λειτουργίες του σώματός τους, τα μηχανήματα και τα φύλλα παρακολούθησής τους, παρότι ετερόκλητα, «συνυπάρχουν» και κατέχουν κεντρική θέση. Ο χρόνος – στη πολυχρονική του διάσταση - δείχνει να μεγενθύνεται και να επιβραδύνεται, οι δε νοσηλευτές/ριες να «χάνονται» και να συμπαραρασύρονται στον κόσμο των ασθενών. Με λίγα λόγια, η παράδοση των νοσηλευτών/ριών μπορεί να ιδωθεί και ως Φουκωϊκή ετεροτοπία, ικανή, για το χρονικό διάστημα που διαρκεί, να αντιστρέφει, να αμφισβητεί, να αναστέλλει και να εξουδετερώνει τις σχέσεις και την άνιση κατανομή εξουσίας που σηματοδοτούνται στους κανονικούς χώρους.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Οι White et al. (2012) διατυπώνουν ρητά την ιδιότητα του νοσοκομείου ως ετεροτοπικό χώρο με συμβολικές και φυσικές διαστάσεις. Σύμφωνα με τους ερευνητές, στην ετεροτοπία του νοσοκομείου καλούνται υποκείμενα από διαφορετικούς κόσμους, πεποιθήσεις και λόγους Αλήθειας, να

Στην επόμενη ενότητα αναλύω το ωριαίο διάγραμμα παρακολούθησης (φύλλο νοσηλείας), καθώς αποτελεί χρήσιμο εργαλείο των νοσηλευτών/ριών κατά την παράδοση των περιστατικών, και προέκταση του κλινικού βλέμματος του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΕΘ.

«συνταιριάζουν» και να συνυπάρξουν (fit) στα πλαίσια των οργανωτικών απαιτήσεων του νοσοκομείου.

Το «διάγραμμα» ως προβολή της ταυτότητας του ασθενούς και προέκταση του νοσηλευτικού βλέμματος

Εθνογραφικές σημειώσεις

«Ο κάθε ασθενής έχει το δικό του διάγραμμα [εννοώ το φύλλο 24^{ης} παρακολούθησης].

Συνήθως θα το βρεις [το διάγραμμα] πάνω στην κεντρική στάση των νοσηλευτών/ριών μέσα στην πτέρυγα. Οι λειτουργίες του σώματος των ασθενών αποτυπώνονται ως ζωτικά σημεία που οι νοσηλευτές/ριες τις «περνάνε» στο διάγραμμα (αλλιώς γνωστό ως φύλλο) παρακολούθησης. Αν και οι ασθενείς κείτονται κατεσταλμένοι στο κρεβάτι της Μονάδας, μέσα από τις λειτουργίες του σώματος 'επιτάσσουν' το ρυθμό των εργασιών στη ΜΕΘ.

Οι παρατηρήσεις καταγράφονται από τον/την νοσηλευτή/ρια κάθε ώρα ή κάθε δύο ώρες. Σε οποιαδήποτε απότομη αλλαγή της κλινικής κατάστασης του ασθενούς, η ομάδα της ΜΕΘ κινητοποιείται και ανταποκρίνεται άμεσα, προκειμένου αυτή να αποκαταστήσει την ομοιόσταση στον οργανισμό του ασθενούς.»

Το «διάγραμμα» του ασθενούς στις ΜΕΘ είναι ένα από τα πιο βασικά και χρήσιμα έντυπα που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές/ριες και οι γιατροί. Το διάγραμμα, γνωστό και ως «έντυπο/ φύλλο ημερήσιας νοσηλείας», συμπληρώνεται ανά τακτικά χρονικά διαστήματα και αποτελεί «αναπαράσταση» της εικόνας του ασθενούς (Αλεξιάς, 2000). Σε αυτή την ενότητα υποστηρίζω ότι, το διάγραμμα του ασθενούς (φύλλο νοσηλείας, καρτέλα, cardex) συνιστά ιστορία πρόσβασης για τους/τις νοσηλευτές/ριες, καθώς αυτό αποτελεί προέκταση και τεκμήριο του κλινικού-νοσηλευτικού βλέμματος, μέσω του οποίου οι τελευταίοι/ες επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις στην Εντατική. Η προσεκτική εξέταση του διαγράμματος του ασθενούς αποκαλύπτει το είδος της κλινικής σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτή/ριας και ασθενούς στη ΜΕΘ, τις ειδικές γνώσεις που κατέχει ο/η νοσηλευτής/ρια, αλλά και το είδος των δεδομένων που επιλέγουν οι νοσηλευτές/ριες να καταγράψουν στο διάγραμμα, προκειμένου στη συνέχεια να τα δουν και να τα λάβουν υπόψη τους οι γιατροί στην ιατρική επίσκεψη ή όταν εξετάζουν τους ασθενείς τους. Έτσι, το διάγραμμα αναδύεται ως συστατικό στοιχείο του πολιτισμού της Εντατικής, καθώς δε νοείται ασθενής ΜΕΘ ή προφορική παράδοση νοσηλευτών/ριών και ιατρική

επίσκεψη χωρίς το διάγραμμα παρακολούθησης. Όπως θα φανεί παρακάτω, τα ευρήματά μου ενισχύουν αυτά προγενέστερων ερευνών, στις οποίες και θα αναφερθώ στη συνέχεια. Δείχνουν δηλαδή ότι το διάγραμμα του ασθενούς, εκτός του ότι μεγενθύνει την παθητικοποίηση των ασθενών ΜΕΘ σε συνθήκες Πανοπτισμού, αντανακλά και την κλινική νοσηλευτική πρακτική στη ΜΕΘ και εν πολλοίς τη διαμορφώνει.

Στο εθνογραφικό παράδειγμα, το διάγραμμα του ασθενούς είναι έντυπο δύο όψεων, εκτυπωμένο σε σκληρό χαρτί (χαρτόνι) μέγεθος Α3, το οποίο περιέχει συγκεκριμένα πεδία όπου το προσωπικό της ΜΕΘ περνάει ανά ώρα τα ζωτικά σημεία των ασθενών (βλ. παράρτημα: εικόνα 20, πρόσθια και απόσθια όψη του φύλλου παρακολούθησης). Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό «περνάει» στο διάγραμμα παρατηρήσεις, φάρμακα, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, αλλαγές στην κλινική κατάσταση, τη νοσηλευτική λογοδοσία και τα εργαστηριακά. Η πλειονότητα των καταχωρήσεων γίνεται από τους/τις νοσηλευτές/ριες, ενώ οι γιατροί γράφουν τις ιατρικές οδηγίες της ημέρας, τα αέρια αίματος και τις παραμέτρους του αναπνευστήρα. Οι ιατρικές οδηγίες καταγράφονταν από τους/τις γιατρούς το πρωί, πριν την πρωινή ενημέρωση των γιατρών, στο κάθε πεδίο του διαγράμματος. Σημαντικές παρατηρήσεις, συχνά, καταγράφονταν με κόκκινο χρώμα.

Ο ρόλος του διαγράμματος είναι διττός. Πρώτον, απεικονίζει την κλινική ταυτότητα του ασθενούς και, δεύτερον, μας ενημερώνει για το πώς επηρεάζει και διαμορφώνει την νοσηλευτική πράξη, δηλαδή, για το είδος της σχέσης που αναπτύσσουν με τον ασθενή οι νοσηλευτές/ριες. Ως προς το πρώτο, οι νοσηλευτές/ριες ορίζουν και περιγράφουν την κλινική ταυτότητα του ασθενούς με όρους βιολογίας (π.χ. αρτηριακή πίεση, αναπνοές, καρδιακή συχνότητα, θερμοκρασία, διούρηση και όχι μόνο), η οποία απεικονίζεται σε σειρά μετρήσεων και τιμών ανά ώρα στο cardex (βλ. παράρτημα: εικόνα 21, λεπτομέρεια από τα ζωτικά σημεία ασθενούς). Συνεπώς, το διάγραμμα αντανακλά την εικόνα που έχουν κατασκευάσει οι νοσηλευτές/ριες για τον ασθενή τους, το τι θεωρούν άξιο καταγραφής και εν τέλει τεκμηριώνουν το είδος της φροντίδας που παρέχουν στη Μονάδα. Όταν για παράδειγμα ο ασθενής ρίχνει την πίεση και χρειάζεται υγρά για να αναπληρωθεί ο όγκος των υγρών του, το νοσηλευτικό προσωπικό συνηθίζει να καταγράφει την πίεση του ασθενούς στο διάγραμμα, χορηγεί κάποια υγρά ενδοφλεβίως εν τάχει (bolus), και στη συνέχεια καταγράφει εκ νέου την πίεση. Μόλις

έδωσα παράδειγμα κλινικής απόφασης, την οποία οι νοσηλευτές/ριες στις ΜΕΘ «άτυπα» καλούνται να πάρουν αρκετά συχνά απουσία των γιατρών. Ως προς το δεύτερο, το λεγόμενο cardex του ασθενούς όχι μόνο απεικονίζει αλλά προσδιορίζει το είδος της νοσηλευτικής πράξης και σχέσης προς τους ασθενείς που αναπτύσσεται στη ΜΕΘ. Με άλλα λόγια, το διάγραμμα, το οποίο «οργανώνει» το σώμα σε συστήματα οργάνων (αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, νευρολογικό), οργανώνει και την εργασία των νοσηλευτών/ριών. Δηλαδή, οι νοσηλευτές/ριες τείνουν να «συμμορφώνονται», τόσο ως προς την καταγραφή των υποδεικνυόμενων παραμέτρων του διαγράμματος, όσο και ως προς τη συχνότητα καταγραφής λήψης των ζωτικών σημείων, με βάση την οποία πολύ συχνά οργανώνουν τις εργασίες τους. Έτσι, το διάγραμμα, πέραν του επικουρικού του ρόλου στην ερμηνεία του σώματος του ασθενούς με όρους βιοϊατρικής και φυσιολογίας, αποκτά και ρόλο ρυθμιστή της νοσηλευτικής πράξης. Για παράδειγμα, όταν οι νοσηλευτές/ριες ελάμβαναν κατά την επιτόπια άτυπες κλινικές αποφάσεις προκειμένου να επαναφέρουν εν τάχει την ομοιόσταση του ασθενούς, αυτό το τεκμηριώναν με επιπλέον καταχωρήσεις και σημειώσεις στο διάγραμμα του ασθενούς. Με αυτό τον τρόπο, οι νοσηλευτές/ριες φρόντιζαν να επικοινωνούν στους/τις γιατρούς και να τεκμηριώνουν – γραπτώς - τις κλινικές αποφάσεις που ελάμβαναν για τον ασθενή τους.

Οι γιατροί, με τη σειρά τους, συμβουλευούνται τα διαγράμματα για να έχουν μια εικόνα για τον ασθενή τους, ενώ οι νοσηλευτές/ριες μεταφέρουν τα ευρήματα της εκτίμησής τους σε αυτά. Οι «νέοι/ες» νοσηλευτές/ριες εκπαιδεύονται από τους/τις παλιούς/ές στο πώς να περνούν σωστά τα ζωτικά σημεία κάθε δύο ώρες, σε τι χρώμα θα περαστεί η θερμοκρασία, οι σφύξεις και η πίεση του ασθενούς (π.χ. μπλε, κόκκινο, μαύρο χρώμα), αλλά και πώς να διαβάζουν σωστά τις ιατρικές οδηγίες της ημέρας. Το διάγραμμα συνιστά μια «Α3» εκδοχή του «καταγεγραμμένου σώματος» (recorded body, στο Henderson, 1994) του ασθενούς, η οποία πρέπει να είναι ενημερωμένη και επικαιροποιημένη στο μέτρο του δυνατού, καθώς ο γιατρός θα κάνει χρήση αυτής για να λάβει κλινικές αποφάσεις (αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής, αποκλιμάκωση ή εντατικοποίηση της περίθαλψης) στη βάρδια και κατά την επίσκεψη των γιατρών.

Αρκετές μελέτες εξετάζουν την κοινωνική και συμβολική διάσταση του διαγράμματος του ασθενούς στο νοσοκομείο και στη ΜΕΘ (Αλεξιάς, 2000· Henderson, 1994· White et al., 2012). Η Henderson (1994) έχει μελετήσει το διάγραμμα παρακολούθησης σε εντατική της Αυστραλίας και το έχει ερμηνεύσει ως

συμβολική μεταφορά του καταγεγραμμένου σώματος του ασθενούς (recorded body). Εκκινώντας από το διεισδυτικό «κλινικό βλέμμα» (clinical gaze) του Φουκώ, που αναπτύχθηκε με την ανατομία και την ανάπτυξη των «κλινικών» στα νοσοκομεία, μας προσφέρει μια πλούσια εθνογραφική ερμηνεία για τη συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς και την καταγραφή των δεδομένων στο φύλλο παρακολούθησης του ασθενούς (observation sheet), την οποία θεωρεί ότι αποτελεί αναπόσπαστο έργο και ευθύνη των νοσηλευτών/ριών στην Εντατική. Ωστόσο, σύμφωνα με την ερευνήτρια, το διάγραμμα ημερήσιας παρακολούθησης αναπαριστά τις βιολογικές λειτουργίες του ασθενούς πρωτίστως σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο της δυτικής ιατρικής, όπου η βιολογική και φυσική διάσταση της ασθένειας έχει υπερκεράσει την αντίστοιχη κοινωνική και ψυχολογική. Υποστηρίζει δηλαδή ότι το προβάδισμα της ανατομίας και της βιοχημείας στις ιατρικές και νοσηλευτικές σπουδές επηρεάζει τον χαρακτήρα της κλινικής «σχέσης» μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας, όπου ο ασθενής γίνεται πλέον το «κλινικό περιστατικό» που προσφέρεται προς εξέταση και «ανάγνωση» (reading).

Με άλλα λόγια, η συνεχής επιτήρηση και καταγραφή των λειτουργιών του ασθενούς εγείρουν ζητήματα εξουσίας και αλλοτρίωσης του ασθενούς. Για παράδειγμα, ο Αλεξιάς (2000), στη μελέτη του για τη σχέση γιατρού-ασθενούς, υποστηρίζει ότι η εξουσία του πρώτου πηγάζει από τη «χρησιμοποίηση» του σώματος του ασθενούς ως αντικειμένου. Η άποψη αυτή μπορεί – κατά αναλογία - να συμπεριλάβει και τη σχέση νοσηλευτή/ριας και ασθενούς. Ο ασθενής αλλοτριώνεται από το σώμα του, μεταφορικά, και αυτό περνάει στον έλεγχο του/της ειδικού γιατρού και νοσηλευτή/ριας στη Μονάδα. Το σώμα χωροταξικά σταματά να περιορίζεται στο κρεβάτι του ασθενούς, επαναδομείται και «διευρύνεται» μέσα από τις παρεμβάσεις πληθώρας «ειδικών», και αυτό όχι μόνο αναπαρίσταται με μια σειρά σημείων και γραφημάτων, αλλά παίρνει όλο και πιο εξειδικευμένες μορφές (π.χ. απεικονιστικές εξετάσεις). Όλα αυτά συνθέτουν, σύμφωνα με τον Αλεξιά, ένα «νέο βλέμμα», όπου το ανθρώπινο σώμα αντιμετωπίζεται ολικά και όχι ως αλληλεξαρτόμενα όργανα. Το βλέμμα αυτό ονομάστηκε «ιατρική ανάνηψη» ή αναζωογόνηση από τον Ζαν Αμπυρζέ

(1973, στο Αλεξιάς, 2000).¹⁰⁶ Επειδή στόχος των γιατρών και των νοσηλευτών/ριών στη ΜΕΘ είναι η διατήρηση της ομοιόστασης του ασθενούς κατά την κρίσιμη φάση της ασθένειας, ο ασθενής ελέγχεται ανά πάσα στιγμή και ο εξουσιαστικές σχέσεις μεταξύ γιατρού ασθενή στη ΜΕΘ απολυτοποιούνται, καθώς ο πρώτος αναλαμβάνει τη συνολική ρύθμιση των βιολογικών λειτουργιών στον δεύτερο, ο δε ασθενής δεν μπορεί – όντας σε κώμα και στον αναπνευστήρα – να αρνηθεί την παρέμβαση του/της γιατρού (Αλεξιάς, 2000). Η πλήρης παθητικοποίηση και αντικειμενοποίηση του ασθενούς συνοδεύεται από την εξαφάνιση της ατομικότητάς του, την μετατροπή του σε σύνολο αριθμών, εξετάσεων και βιολογικών λειτουργιών (έβηξε, ανέβασε πυρετό, έριξε την πίεση, δεν ανοίγει τα μάτια, έδωσε ούρα) και από μια απόλυτη έκφραση του Πανοπτισμού στο εσωτερικό του σώματος – το οποίο καθίσταται έτσι «διάφανο» στα μάτια των νοσηλευτών/ριών.

Αυτό που προκύπτει από τα παραπάνω είναι ότι το διάγραμμα του ασθενούς αποτελεί προέκταση του ασθενούς και προβολή του κλινικού βλέμματος των νοσηλευτών/ριών. Όταν ο ασθενής χάνει την ικανότητα αυτορρύθμισης ισορροπιών, ο/η γιατρός και ο/η νοσηλεύτης/ρια το αντιλαμβάνονται από τις μετρήσεις και τα αθροίσματα στο διάγραμμα, στο οποίο και προσαρμόζουν τη φροντίδα και θεραπεία του ασθενούς, κάτι που καταγράφεται επιμελώς και αναπαριστάται σε ωριαία βάση στο διάγραμμα του κάθε ασθενούς. Σύμφωνα με τον Αλεξιά (2000), η γραφική απεικόνιση των ζωτικών σημείων, εκτός του ότι κατασκευάζει ένα «διευρυμένο σώμα», μετατρέπει την υποκειμενική παροδική εμπειρία ενός φυσικού γεγονότος σε μια οπτική, γραφική απεικόνιση που θεωρείται αντικειμενική και μπορεί να μελετηθεί από ένα γιατρό (Αλεξιάς 2006). Αυτό έχει ως συνέπεια η αναφορά στο σώμα του ασθενούς να γίνεται επί το πλείστον όχι απευθείας αλλά μέσω των λειτουργιών του

¹⁰⁶ Σύμφωνα με τον Ζαν Αμπυρζέ (1973), ο θάνατος του ασθενούς δεν οφείλεται στην απώλεια δομικών οργάνων, αλλά στις απώλειες των χημικών ισορροπιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη ζωή των κυττάρων. Επομένως, προτεραιότητα της ιατρικής στη ΜΕΘ δεν είναι η θεραπεία του ασθενούς, αλλά η υποστήριξη και φροντίδα του ασθενούς που έχει χάσει την ικανότητα αυτορρύθμισης των ισορροπιών σε κυτταρικό επίπεδο. Η εντατικολογία πράγματι εξετάζει τον ασθενή στο σύνολό του και όχι μόνο ως προς ένα σύστημα ή όργανο του οργανισμού. Στην περίπτωση που υπάρχει βαριά νόσος/ τραύμα όπου ο ασθενής απορρυθμίζεται και κινδυνεύει να πεθάνει, η εντατικολογία καλείται να αναλάβει και να παρέχει το θεραπευτικό περιβάλλον – τεχνολογία, νοσηλευτές/ριες, φάρμακα – που θα υποστηρίξει τον ασθενή με κάθε μέσο μέχρις ότου ο οργανισμός του ασθενούς αρχίσει να αυτορυθμίζεται.

και των δυσλειτουργιών του. Το διάγραμμα του ασθενούς λειτουργεί ως διαμεσολαβητής, καθώς γιατροί και νοσηλευτές/ριες, αντί να απευθύνονται απευθείας στον ασθενή και το σώμα του, κατευθύνουν το βλέμμα τους στο διάγραμμα προκειμένου να διαπιστώσουν αν το σώμα πονάει, αν λερώνεται με κόπρανα και ούρα, αν παροχετεύεται σε σάκους συλλογής υγρών, αν ανεβάζει σφύξεις, αν ρίχνει πίεση, αν αλλάζει θέση στο κρεβάτι, αν κοκκινίζει, αν ανοίγει πληγές, αν χάνει αίμα.

Μέσα από την «τακτοποίηση» του σώματος (sorting out), τις αναφορές στα υγρά που παράγει, τις καταγραφές για τις οπές και τις δύσοσμες εκκρίσεις από τα τραύματα, τα ζωτικά σημεία που καταγράφονται στο ωριαίο διάγραμμα παρακολούθησης, το νοσηλευτικό προσωπικό στη ΜΕΘ αναπαράγει τη σαρκική διάσταση του σώματος κωδικοποιώντας το ως μετρήσεις υγρών, υφές, χρώματα, οσμές, αριθμούς, γραφήματα και σύμβολα στο διάγραμμα (White 2007). Σε αυτό βέβαια συντελεί η τεχνολογία της ΜΕΘ.¹⁰⁷ Οι πολλαπλές μετρήσεις και καταγραφές του σώματος προκύπτουν από τη σχέση που εγκαθίσταται μεταξύ σώματος και των πολιτισμικών υλικών που έχουν τοποθετηθεί γύρω από αυτό (Strathern, 2008/1992). Αυτές διαβάζονται με συγκεκριμένο μόνο τρόπο, (π.χ. στο διάγραμμα παρακολούθησης), ο οποίος, κατά τον Hacking (2000), θεωρείται και ο μόνος «νόμιμος» τρόπος ανάγνωσης του σώματος. Τη θέση αυτή επιβεβαιώνει και η μελέτη των White et al. (2012) που κατέληξαν στην παραδοχή ότι η Εντατική συνιστά τόπο αυστηρής ρύθμισης των φυσιολογικών παραμέτρων των ασθενών: οι παράμετροι του ασθενούς καθίστανται ορατές, ελεγχόμενες, οι ανατροπές και απότομες αλλαγές στην κλινική κατάσταση είναι ανεπιθύμητες. Η συχνή παρακολούθηση της φυσιολογίας του ασθενούς, το λεγόμενο monitoring, ο αυστηρός έλεγχος της χημείας του αίματος, ο τρόπος οργάνωσης, ανάπτυξης και τοποθέτησης των κλινών και οι υποστηρικτικές θεραπείες ελέγχονται τόσο στενά, στο βαθμό που ακόμη και ο θάνατος θεωρείται

¹⁰⁷ Η τεχνολογία διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στο να καταστεί στο σώμα του ασθενούς «ευανάγνωστο» και διαχειρίσιμο από το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ. Αν και οι ανατομικό-φυσιολογικές παραδοχές που διέπουν το σώμα είναι «παγκόσμιες», από μόνες τους αυτές δεν αρκούν ώστε ο/η νοσηλευτής/ρια να το καταλάβει [το σώμα] στη ΜΕΘ. Προκειμένου το σώμα να διαβαστεί σύμφωνα με τις αρχές της εντατικής, αυτό πρέπει να συνδεθεί στη τεχνολογία για να ταιριάζει στο περιβάλλον και τον πολιτισμό της ΜΕΘ.

διαχειρίσιμος και ελεγχόμενος κάθε φορά που η ανάνηψη ή επιβίωση του ασθενούς θεωρείται από τη θεραπευτική ομάδα αδύνατη (Seymour, 2001).

Όπως ανέφερα παραπάνω, το διάγραμμα διαμορφώνει και τη νοσηλευτική πράξη στη ΜΕΘ, καθώς έχει φανεί ότι εργασία των νοσηλευτών/ριών στη ΜΕΘ χαρακτηρίζεται από την αναγκαιότητα για τη συχνή καταγραφή του διαγράμματος και της διατήρησης των τιμών του εντός φυσιολογικών ορίων. Στις περιπτώσεις οξείας επιδείνωσης κάποιου ασθενούς ή νέας εισαγωγής στη Μονάδα, οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες ήταν πρόθυμοι/ες να καθυστερήσουν τη καταγραφή των ζωτικών σημείων και αντί αυτού έγραφαν «στα πρόχειρα» τα ζωτικά σημεία «στο πόδι» πάνω σε πρόχειρο χαρτί και στη συνέχεια, σε συνθήκες ομαλότητας, τα καθαρόγραφαν στο διάγραμμα. Ήταν πολύ σημαντικό να μη «χαθεί» η ευκαιρία να ληφθούν τα ζωτικά σημεία στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, διότι έτσι θα έλειπε κάτι από τις μετρήσεις του ασθενούς στο διάγραμμα.

Κατά την επιτόπια έρευνα διαπίστωσα ότι οι εργασίες των γιατρών και των νοσηλευτών/ριών πολλές φορές διασταυρώνονται και συναντώνται στα λεγόμενα cardex ή διαγράμματα των αρρώστων. Στην ακόλουθη εθνογραφική σημείωση, η Στέλλα, έμπειρη νοσηλεύτρια με μερικούς μόνο μήνες στην Εντατική, ανησυχεί για την ταχυκαρδία που παρουσιάζει η ασθενής της. Η Στέλλα παρατηρεί επεισόδιο ταχυκαρδίας η οποία προκαλεί αίσθημα αδιαθεσίας στην ασθενή. Τι σκέφτεται για το περιστατικό η Στέλλα; Συμβουλευτεί την πιο έμπειρη συνάδελφο την Καρολίνα και αναζητεί οδηγία από την επιμελήτρια γιατρό. Ακολουθεί συνομιλία μεταξύ των δύο νοσηλευτριών και της γιατρού, ενώ ταυτόχρονα αναζητούν το διάγραμμα της ασθενούς και το εξετάζουν προκειμένου να σχηματίσουν εικόνα για το περιστατικό και για το αν πρέπει να χορηγήσουν κάτι για την ταχυκαρδία ή όχι. Η επιμελήτρια ανασκοπεί τα διαγράμματα των προηγούμενων ημερών γιατί σε αυτά θα εντοπίσει αν η ασθενής είχε παρόμοιο επεισόδιο ταχυκαρδίας. Το διάγραμμα αναπαριστά την ασθενή και συνιστά προέκταση του κλινικού βλέμματος των νοσηλευτών/ριών. Όσο πιο ενδεδειγμένο και συνεχές το νοσηλευτικό βλέμμα, τόσο καλύτερα ενημερωμένο είναι το διάγραμμα του ασθενούς.

[Σημειώσεις πεδίου 8.5.14 13.00]:

Ασθενής παρουσιάζει κολπική μαρμαρυγή στο μόνιτορ παρακολούθησης, η (νοσηλεύτρια) Στέλλα το αντιλαμβάνεται την ώρα που ρυθμίζει τις αντλίες έγχυσης των φαρμάκων και είναι δίπλα στην ασθενή της.

Η Στέλλα προς την επιμελήτρια «το δύο έχει 240 σφύξεις...» [εννοεί το κρεβάτι δύο]

Επιμελήτρια «από πότε δηλαδή;»

Στέλλα "έχει μπει σε κολπική μαρμαρυγή, και μου είπε η Πηνελόπη (νοσηλεύτρια) ότι ενημέρωσε τον –όνομα εξειδικευόμενου γιατρού--»

Καρολίνα [η πιο έμπειρη] «και της είπε να βάλει ένα 500αρι και ότι γενικά αυτή μπαίνει και βγαίνει" [από μαρμαρυγή]

Επιμελήτρια «και δεν πέφτει;» [η συχνότητα]

Στέλλα «όχι»

Επιμελήτρια «Ούτε με τα blocker;» [φάρμακο]

Στέλλα «όχι»

Επιμελήτρια «που είναι το διάγραμμα;»

Στέλλα «εδώ»

Καρολίνα «είναι να φύγει σήμερα» [να πάρει εξιτήριο]

Στέλλα «πήρε ένα 500άρι» [εννοεί ότι χορηγήθηκαν 500 ml υγρών ενδοφλεβίως]

Η πιο προσεκτική «εξέταση» του διαγράμματος έδειξε αν ο ασθενής τις προηγούμενες μέρες ήταν σε σταθερή κατάσταση, εάν έλαβε χώρα κάποιο κλινικό συμβάν (π.χ. πτώση της πίεσης, χειρουργείο, μετάγγιση, ανακοπή), αλλά και τα νοσηλευτικά προβλήματα που αντιμετώπισε ο/η νοσηλευτής/ρια της βάρδιας. Η επιμελήτρια γιατρός πλησιάζει και εξετάζει το μόνιτορ, παρακολουθεί τον καρδιακό ρυθμό, νιώθει τον σφυγμό της ασθενούς, «ναι είναι αρκετά υψηλός». Επιστρέφει στο έδρανο των νοσηλευτών/ριών, μελετάει προσεκτικά το διάγραμμα της ασθενούς και εξετάζει τα φάρμακα που παίρνει και τις ιατρικές οδηγίες της ημέρας και των προηγούμενων ημερών. Έτσι, το σώμα του ασθενούς ερμηνεύεται με όρους που θα είναι πολιτισμικά κατανοητοί στον επαγγελματία υγείας.¹⁰⁸ Το παράδειγμα της ασθενούς με την ταχυκαρδία ενισχύει τα ευρήματα των Berg και Harterink (2004), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι ο ιατρικός φάκελος και το διάγραμμα νοσηλείας υποδηλώνουν τον νέο τύπο σωματοποίησης και πρόσληψης του ασθενούς στην

¹⁰⁸ Η διαδικασία εκμάθησης της ορολογίας και της παρουσίασης των περιστατικών συνιστά μάθημα στις ιατρικές σπουδές και συγκρίνεται με την εκμάθηση μιας ξένης γλώσσας. Η μεταφορά του ασθενούς στο διάγραμμα και στον ιατρικό φάκελο, ως εύρημα φυσικής εκτίμησης ή μέτρηση κάποιας παραμέτρου, πρέπει να είναι κατανοητή από τους υπόλοιπους της ομάδας, και να ικανοποιεί τις αποδεκτές μεθόδους καταγραφής συμπτωμάτων και κλινικών σημείων.

ύστερη νεωτερικότητα (βλ. και Αλεξιάς, 2000· Moore, 1996· Noble, 2005). Εδώ, η αλήθεια του υποκειμενικού βιώματος πιστοποιείται από τον/την «ειδικό». Σημασία έχει τι θα δείξει το μόνιτορ, η εκτίμηση του/της γιατρού και το ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Η Στέλλα ετοιμάζει το φάρμακο «βάζω το blocker τώρα»

Επιμελήτρια «αλλά.... να δω... να δούμε, δεν υποψιάζομαι κάτι να έχει... γιατί δεν τη ξέρω, την είχατε εσείς ποτέ; της έχουν δώσει angoron;»

Καρολίνα «εγώ δεν την είχα αλλά ρώτησα και μου είπαν ότι δεν της έχουν δώσει»

Επιμελήτρια «το Lopresol είναι για να ελέγχει το ρυθμό, κοίτα έχει ξανακάνει 150 σφύξεις το λεπτό» [το είδε στο διάγραμμα παρακολούθησης]

Στέλλα «έχει ξανακάνει και μου είπε, το καρδιογράφημά της που έγινε... είναι κάπου εδώ, μου είπανε ότι, το έχει, της είπε ο ---όνομα άλλου γιατρού, ότι»

Επιμελήτρια «ότι είναι γνωστό, βλέπεις; είναι γνωστό, είναι εντάξει»

Καρολίνα «για ξεσκεπάστε τη....»

Επιμελήτρια «παίρνει clexane, μικρή δόση, λοπρέσσολ x2, βλέπω [εξετάζει στο διάγραμμα]... Άρα έχουμε αποδεχτεί ότι είναι μαρμαρυγή... μας ενδιαφέρει να κάνουμε ρύθμιση της συχνότητας όχι του ρυθμού...»

Καρολίνα «ωραία»

Επιμελήτρια «εεε, μπορείς να της κάνεις ένα μαγνήσιο; ---- και έπαιρνε και λέβο;»

Στέλλα «σε μένα όχι»

Επιμελήτρια «ανγορόν, 4 Μαΐου, εγώ βλέπω ότι πήρε μια φορά, όχι όμως στάγδην»

Στέλλα «ααα... κασέτα;» [εννοεί είδος ηλεκτρονικής αντλίας χορήγησης φαρμάκου]

Επιμελήτρια «όχι στάγδην»

Στέλλα «αα.... φόρτιση»

Επιμελήτρια «ναι, μια αμπούλα στα 100 [εννοεί στα 100 ml υγρού]»

Όση ώρα η επιμελήτρια μελετά το φάκελο της ασθενούς, η Στέλλα ετοιμάζει τον ηλεκτρολύτη και μιλάει στην ασθενή της, η οποία δείχνει εξαντλημένη. Η ασθενής φοράει μάσκα οξυγόνου γιατί παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα οξυγόνου στην οξυμετρία.

Στέλλα «κα -όνομα ασθενούς----! Πάρε αναπνοούλες, πάρε αναπνοούλες...», της περνά τη μάσκα καλύτερα στο πρόσωπο, παρακολουθεί τον αναπνευστικό ρυθμό

Η επιμελήτρια «τώρα τι της έδωσες;»

Στέλλα «Τίποτα»

Επιμελήτρια «κάτσε να της γράψω»

Καρολίνα «90% κορεσμό λέει [το μόνιτορ]»

Επιμελήτρια «ποιος;»

Καρολίνα «το δύο»

Επιμελήτρια «και δώσε της και μια αμπούλα ανγκορόν...»

Καρολίνα «εντάξει ανέβηκε» [ο κορεσμός οξυγόνου]

Θα έχει γίνει σαφές ότι οι συμμετέχοντες/ουσες στην εντατική που μελέτησα είναι καλά εξοικειωμένοι/ες με την ανατομία και τη φυσιολογία του σώματος, με το ηλεκτροκαρδιογράφημα και με άλλες κλινικές εξετάσεις - στις οποίες το νοσηλευτικό προσωπικό στις κλινικές υστερεί. Έτσι, αναπτύσσουν δεξιότητες και κάνουν φυσικές εκτιμήσεις των ασθενών, οι οποίες είναι ιδιαίτερα χρήσιμες και στο έργο των γιατρών στην Εντατική.¹⁰⁹ Μέσω της συνεχούς επιτήρησης, αντικειμενοποιούν τον ασθενή και καταγράφουν – με τιμές και γραφήματα - τη δική τους «καταγεγραμμένη» εκδοχή του ανθρώπινου σώματος (Henderson (1994). Με άλλα λόγια, το νοσηλευτικό προσωπικό εστιάζει την προσοχή του όχι μόνο στο σώμα αλλά και στις μετρήσεις που αντλεί με την τεχνολογία της ΜΕΘ, με αποτέλεσμα να παράγεται μια μορφή γνώσης για τους ασθενείς που είναι απόρροια του κλινικού-νοσηλευτικού βλέμματος. Ωστόσο, δεν πρόκειται για απλή καταγραφή τυχαίων δεδομένων, αλλά για μια αυστηρώς προσχεδιασμένη διεργασία καταγραφής, ανάγνωσης και ερμηνείας των λειτουργιών του ανθρώπινου σώματος, η οποία έχει ενσωματωθεί στην επίσημη ρουτίνα του εθνογραφικού παραδείγματος ως υποχρεωτική καταγραφή και τήρηση των διαγραμμάτων των ασθενών κάθε μία ώρα.

Συμπερασματικά, το διάγραμμα του ασθενούς αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την διερεύνηση της νοσηλευτικής πράξης, καθώς συνιστά προβολή του κλινικού βλέμματος των νοσηλευτών/ριών, με το οποίο επηρεάζουν και τις κλινικές αποφάσεις των γιατρών. Κατά μια έννοια, μέρος της νοσηλευτικής πράξης και της ειδικής γνώσης των συμμετεχόντων/ουσών τεκμηριώνεται και μετουσιώνεται στο διάγραμμα,

¹⁰⁹ Σύμφωνα με την Henderson (1994), ίσως το υψηλό status και τα επίπεδα αυτοπεποίθησης που βιώνουν οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ σε σύγκριση πάντα με τους/τις νοσηλευτές/ριες στα άλλα τμήματα του νοσοκομείου οφείλονται στην επιστημονικότητα γνώσεων που έχουν και εμπίπτουν στη σφαίρα της ανατομίας, φυσιολογίας και θεραπευτικής παρά στη σφαίρα της φροντίδας.

το οποίο συνιστά πολιτισμικό τεκμήριο της Εντατικής. Οι πληροφορητές/ριές μου, ως θεματοφύλακες της διεργασίας αυτής, προβάλλουν πάνω στο έντυπο Α3 τις λειτουργίες του σώματος του ασθενούς, αναδεικνύουν την κλινική ταυτότητα των περιστατικών τους και συμβάλλουν στις κλινικές αποφάσεις. Εν τέλει, το νοσηλευτικό βλέμμα κατασκευάζει τον άρρωστο και το κλινικό περιβάλλον, με όρους και γλώσσα που είναι κατανοητά στο προσωπικό της ΜΕΘ, και διεισδύει «άτυπα» στις κλινικές αποφάσεις των γιατρών, μέσω του διαγράμματος, όταν οι τελευταίοι το χρησιμοποιούν κατά την ανασκόπηση των περιστατικών της πτέρυγας.

Κατασκευάζοντας τον άρρωστο ως «κρυστάλλινο»/«διάφανο» ασθενή ΜΕΘ

Στην παρούσα ενότητα συζητώ τις περιπτώσεις όπου η ειδική γνώση και εμπειρογνωμοσύνη των νοσηλευτών/ριών στην Εντατική καθιστούν τον ασθενή «κρυστάλλινο» ή «διάφανο». Ερμηνεύω τον κρυστάλλινο/διάφανο ασθενή ως αντανάκλαση ή και κατασκευή της νοσηλευτικής εμπειρογνωμοσύνης, της βαθιάς γνώσης που κατέχουν οι έμπειροι και έμπειρες νοσηλευτές/ριες στο εθνογραφικό παράδειγμα. Για την Ελπίδα, νοσηλεύτρια με διδακτορικό και κλινική εμπειρία σε ΜΕΘ, ο ασθενής στα μάτια της είναι «διάφανος» γιατί μπορεί και «βλέπει» μέσα από το σώμα του, δηλαδή μπορεί και «διαβάζει» το σώμα του με τη βοήθεια της τεχνολογίας στη Μονάδα. Αυτό την βοηθάει στο καταλάβει το τι συμβαίνει μέσα στο σώμα και στο πώς να διατηρήσει την ομοιόσταση του ασθενούς.

[Ελπίδα, συνέντευξη δη, expert] : «[...] Εντάζει η αλήθεια είναι ότι ο ασθενής είναι διάφανος στη Μονάδα, δηλαδή, βλέπεις το εσωτερικό του, βλέπεις το εξωτερικό του, [χαμογελάει] βλέπεις όλες τις παραμέτρους, σου κάνει μερικές φορές λίγο έτσι [...] διάφανος, δεν ξέρω, για αυτό και δεν τον βλέπεις, τον βλέπεις πάρα πολύ, είναι, ξέρεις, σαν κρυστάλλινο, βλέπεις το μέσα του, βλέπεις τα πάντα του, βλέπεις ό,τι γίνεται, δηλαδή έχεις τη δυνατότητα να τον δεις, τον ξέρεις πάρα πολύ καλά, ξέρεις όλες του τις λεπτομέρειες - που στην ουσία μπορεί να μην τον ξέρεις και ποτέ - Αλλά παρόλα αυτά ξέρεις τα πάντα για αυτόν, δηλαδή, πού έχει ουλές, πού δεν έχει ουλές, πού έχει ελιές ξέρω εγώ, δεν ξέρω, πού έχει σημάδια, τι παιδικές αρρώστιες πέρασε, μπορεί να ξέρεις τα πάντα αλλά στην ουσία δεν ξέρεις τίποτα...»

Η Ελπίδα, όταν «διαβάζει» και αναπαράγει τον ασθενή της σε «διάφανο», ουσιαστικά μετατρέπει τον άρρωστο της κλινικής σε «ασθενή ΜΕΘ», ο οποίος πρέπει να συνοδεύεται από το μόνιτορ και τον τεχνικό εξοπλισμό της Μονάδας, προκειμένου αυτός να είναι διαχειρίσιμος από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της εντατικής.¹¹⁰ Υποστηρίζω ότι αυτή η ειδική κλινική σχέση που αναπτύσσουν οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες με τους ασθενείς της Μονάδας συνιστά απόρροια της ειδικής γνώσης ή εμπειρογνωμοσύνης τους – στην οποία οδηγεί και η κλινική εμπειρία - και είναι αυτή που ευθύνεται – κατά πολύ - για το βαθμό συμμετοχής τους στις κλινικές

¹¹⁰ Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται και το συμπέρασμα του ερευνητή White (2007), ο οποίος επισημαίνει ότι η εντατική θεραπεία δεν «παράγεται» οπουδήποτε αλλά μόνο στην εντατική, εκεί όπου ο ασθενής καθίσταται πολιτισμικά κατάλληλος για το περιβάλλον της ΜΕΘ, ώστε να μπορεί να «διαβαστεί» και λάβει περίθαλψη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

αποφάσεις της Μονάδας. Δηλαδή, οι προηγμένες γνώσεις που κατέχουν οι νοσηλευτές/ριες στη ΜΕΘ είναι αυτές που θα επηρεάσουν και το αν θα συμμετέχουν ή όχι στη λήψη κλινικών αποφάσεων και στην τελική έκβαση των ασθενών, και όχι τόσο οι σχέσεις εξουσίας ή οι ιεραρχίες στη ΜΕΘ. Η κλινική απόφαση στη ΜΕΘ μπορεί να αφορά οποιαδήποτε αλλαγή, διατήρηση, έναρξη ή διακοπή κάποιας θεραπευτικής παρέμβασης, όπως η αυξομείωση στη ροή χορήγησης ενός φαρμάκου που ρυθμίζει την αρτηριακή πίεση, η αλλαγή θέσης του ασθενούς στο κρεβάτι, η αλλαγή των παραμέτρων στον αναπνευστήρα, η διακοπή ενός φαρμάκου, η απόφαση να αναρροφήσουν τον ασθενή, η αύξηση του οξυγόνου. Οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες που έχουν ξεκάθαρη εικόνα για τις σωματικές λειτουργίες του ασθενούς, λαμβάνουν επανειλημμένα τέτοιου είδους κλινικές αποφάσεις στη διάρκεια της βάρδιας. Αυτό έχει ως συνέπεια η διαπερατότητα του ασθενούς στο νοσηλευτικό βλέμμα να αναδύεται ως κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα της νοσηλευτικής πράξης των πολύ έμπειρων συναδέλφων στο εθνογραφικό παράδειγμα.

Στην έρευνά μου εντόπισα την εμπειρογνωμοσύνη των συμμετεχόντων/ουσών μέσα από τις άμεσες κλινικές αποφάσεις που ελάμβαναν σε καταστάσεις που κρίνονταν ως «επείγουσες», και μέσα από τον τρόπο που αυτοί/ές καθιστούσαν τον ασθενή τους «διάφανο» και «κρυστάλλινο» στις παρατηρήσεις τους. Η ικανότητα των πολύ έμπειρων νοσηλευτών/ριών να «διαβάζουν» τον άρρωστο και τις λειτουργίες του τόσο καλά, δηλαδή να τους καθιστούν «κρυστάλλινους» και «διαφανείς» ως προς τις βιολογικές λειτουργίες ενός σώματος που ασθενεί στη ΜΕΘ, είναι και ένα πολύ βασικό στοιχείο που διαφοροποιεί τους/τις έμπειρους/ες από τους/τις μη έμπειρους/ες κλινικούς νοσηλευτές/ριες στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Ωστόσο, το ελληνικό παράδειγμα διαφοροποιείται από τις Εντατικές του Η.Β. και άλλων χωρών του εξωτερικού ως προς το ότι αυτό συνέβαινε περισσότερο άτυπα παρά τυπικά.¹¹¹ Η κατοχή υψηλού επιπέδου γνώσης ήταν σημαντική για την expert

¹¹¹ Όπως έχω ήδη αναφέρει, σε διάφορες χώρες του εξωτερικού, η εμπειρογνωμοσύνη των νοσηλευτών/ριών τους επιτρέπει να συμβάλλουν στην διεπιστημονική ομάδα εργασίας. Ειδικά στην Εντατική, έχει υποστηριχθεί ότι η αλληλεξάρτηση των μελών της ομάδας φροντίδας για τη κάλυψη των αναγκών του/της ασθενούς θεωρείται καίριας σημασίας και από τους/τις γιατρούς και από τους/τις νοσηλευτές/ριες (Hickey et al. 1996). Επίσης, η ατομική συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην τελική έκβαση του/της ασθενούς εξαρτάται περισσότερο από την ειδική γνώση/ εμπειρογνωμοσύνη

νοσηλεύτρια Ερασμία, προϊσταμένη νοσηλευτικής με διδακτορικό, γιατί μόνο με αυτή μπορούσε να επιβιώσει στο περιβάλλον της ΜΕΘ και να προσφέρει τον καλύτερό της εαυτό. Η Ερασμία θυμάται ότι διάβαζε πολύ, για να την εμπιστευτούν οι γιατροί της Μονάδας, και όπως λέει «μου ταίριαζε και προσπαθούσα να είμαι κάθε μέρα καλύτερη, αλλά με πολλή δουλειά όμως.»

[Ερασμία, συνέντευξη 10^η expert συμμετέχουσα] «Νομίζω αυτό, ότι εγώ απεδείκνυα μέρα με την μέρα, ας πούμε με πολύ διάβασμα, ότι προφανώς αξίζω να με εμπιστευτούν, και κάπως έτσι λειτουργήσε, δηλαδή δεν θεωρώ ότι έκανα κάποιον υπερβολικό αγώνα κι εγώ, ή ότι ταλαιπωρήθηκα πολύ, απλά ένιωθα ότι ως άνθρωπος έβρισκα ένα χώρο που μου ταίριαζε και προσπαθούσα να είμαι κάθε μέρα καλύτερη, αλλά με πολλή δουλειά όμως. Δούλευα και πολύ μέσα στη Μονάδα, δούλευα σκληρά. Μου άρεσε πάρα πολύ ο άρρωστος. Παθιαζόμουν. Ακόμη και τώρα παθιάζομαι που μιλάω... παθιάζομαι, μου αρέσει τόσο πολύ ο άρρωστος της Μονάδας. Και βέβαια σε συνδυασμό σου λέω με το ότι διάβαζα πολύ και δεν άφηνα να, δεν μου έλεγες ξέρω εγώ 'κάνε εκείνο' και έλεγα 'μα γιατί;', αφού το κάλιο είναι 4,8 το σημερινό, είχαμε πάρει ήδη το αέριο πριν μπει ο γιατρός μέσα. Δεν μπορεί να μου λες εσύ την τιμή με βάση το χθες! Και έτσι χτίστηκε αυτή η σχέση [με το γιατρό] νομίζω αλλά πολύ νωρίς όμως.»

Αν και η εμπειρογνωμοσύνη των νοσηλευτών/ριών χαρακτηρίζεται πρωτίστως από την κατοχή επιστημονικής γνώσης, στη βιβλιογραφία της Νοσηλευτικής γίνεται αρκετός λόγος και για τη μη τυπική, τη λεγόμενη «τοπική» ή «εμπειρική» γνώση στον κλινικό χώρο του νοσοκομείου και των ΜΕΘ, η οποία θεωρείται ότι συμπληρώνει και ενδυναμώνει την τυπική γνώση. Οι μελέτες αυτές δείχνουν ότι, όχι μόνο το βάθος και η έκταση της γνώσης, αλλά και το είδος της γνώσης που αξιοποιούν οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες επηρεάζει τη σχέση και τη μορφή επικοινωνίας που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτών/ριών και γιατρών. Για παράδειγμα, οι Allen και Hughes (2002), οι οποίοι γράφουν για την «τοπική γνώση» (topical knowledge) των νοσηλευτριών σε τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) σε νοσοκομείο του Η.Β., υποστηρίζουν ότι η γνώση που κατείχαν οι νοσηλεύτριες για το υλικό και τις διαδικασίες του τμήματος ήταν τόσο καλή που τις καθιστούσε όχι μόνο απαραίτητες στους/τις γιατρούς αλλά εξαιρετικά σημαντικές στη σωστή διαχείριση των περιστατικών. Οι νοσηλευτές/ριες προσπαθούσαν να συνεισφέρουν στη

των διάφορων επαγγελματικών ομάδων παρά από τους παραδοσιακούς ρόλους των επιστημών υγείας (Kraus, 1980· Weiss & Davis, 1985). Δηλαδή, οι υψηλού επιπέδου γνώσεις των νοσηλευτών/ριών στη ΜΕΘ είναι αυτές που θα επηρεάσουν το βαθμό συμμετοχής τους στη λήψη κλινικών αποφάσεων και όχι τόσο οι σχέσεις εξουσίας ή οι ιεραρχίες στη ΜΕΘ.

διαχείριση των περιστατικών γενικότερα, ιδιαίτερα δε στις περιπτώσεις που ένιωθαν ότι μπορούσαν να χειριστούν κάποια θέματα πολύ καλύτερα από τον γιατρό. Όταν όμως το έκαναν αυτό, τότε αξιοποιούσαν όλες τις γνώσεις, τυπικές και μη τυπικές, καθώς και την πρότερη κλινική εμπειρία τους (Allen & Hughes, 2002· βλ. και Rushing, 1965). Κατά ανάλογο τρόπο, στη μελέτη των Prowse και Allen (2002) σε Μονάδα ανάνηψης νοσοκομείου στο Η.Β., η λεγόμενη «εμπειρική» και «τοπική» γνώση διαχείρισης καταστάσεων (local and empirical knowledge) των νοσηλευτών/ριών λειτουργούσε σε υπερθετικό βαθμό υπέρ των ιδίων, τόσο ώστε αυτοί/ές να επικοινωνούν με τους/τις γιατρούς με άμεσο τρόπο και ανοιχτή αντιπαράθεση παρά με λανθάνουσες προτροπές.¹¹² Επίσης, στη μελέτη του Hughes (1988) σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), όπου οι γιατροί είχαν μικρή κλινική εμπειρία, οι πολύ έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες έδειχναν λιγότερο ζήλο στο να επιδείξουν συμπεριφορές ανοιχτής υποταγής προς τους/τις γιατρούς. Έκαναν, δηλαδή, έμμεσες υποδείξεις λιγότερο συχνά απ' ό,τι έχει υποστηρίξει ο Stein (1967 και 1978· Stein et al., 1990), σύμφωνα με τον οποίο η σχέση νοσηλευτών/ριών και γιατρών στο νοσοκομείο και στη ΜΕΘ, χαρακτηρίζεται από το «παιχνίδι γιατρού-νοσηλεύτριας» (doctor-nurse game), όπου οι νοσηλευτές/ριες, ενώ δε διαταράσσουν την υπάρχουσα ιεραρχική σχέση με τους/τις γιατρούς, κάνουν προς αυτούς σημαντικές συστάσεις και ταυτόχρονα προβάλλουν τη συμβολή τους ως παθητική (βλ. και Coombs, 2003· Hofling et al., 1966· Hughes, 1988· Manias & Street, 2001β).

Γενικότερα, όπως δείχνουν όλες οι σχετικές μελέτες, όσο πιο έμπειροι/ες και εμπειρογνώμονες είναι οι νοσηλευτές/ριες, τόσο πιο «ανοιχτές» και ευθείες είναι οι συστάσεις τους προς τους/τις γιατρούς. Αυτό συμβαίνει και στη δική μου μελέτη,

¹¹² Οι ερευνητές Prowse και Allen (2002) ερμήνευσαν το εύρημα αυτό ως εξής: η φροντίδα στη μονάδα ανάνηψης εστίαζε σε κάποιες σημαντικές φυσιολογικές παραμέτρους του σώματος και είχε ως πρωταρχικό στόχο τη σταθερότητα της κλινικής κατάστασης του/της ασθενούς (π.χ. διαφύλαξη αναπνευστικού αεραγωγού, επίτευξη αναλγησίας, σταθεροποίηση αρτηριακής πίεσης, και επαρκής οξυγόνωση), μέσω παρεμβάσεων και διαδικασιών που δεν είχαν οριστεί ως μόνο ιατρικές ή νοσηλευτικές. Ως εκ τούτου, και οι δύο επαγγελματικές ομάδες ήταν ή όφειλαν να είναι εξίσου ικανές στη διασφάλισή τους, με γενικό στόχο την ομαλοποίηση της γενικής κατάστασης του/της ασθενούς. Κατά συνέπεια, η έμφαση στις παρεμβάσεις που θα απέτρεπαν την επιδείνωση της κατάστασης του/της ασθενούς απαιτούσε την εμπλοκή έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού και καθιστούσε τα όρια μεταξύ της ιατρικής και νοσηλευτικής πράξης ιδιαίτερα «ρευστά», δυσδιάκριτα και διαπραγματεύσιμα (Prowse & Allen, 2002, σ.84).

όπως στην περίπτωση της νοσηλεύτριας Δούκισσας, η οποία επιμόνως και ευθέως ζητούσε και κατά κάποιο τρόπο «απαιτούσε» να αντικατασταθεί ο ενδοτραχειακός σωλήνας του ασθενούς της από τη γιατρό της Μονάδας. Η Δούκισσα, έκανε χρήση της «εμπειρικής» και «τοπικής» γνώσης της, καθώς γνώριζε τόσο καλά και τον ασθενή της, και τον τρόπο που ανέπνεε, αλλά και τη θέση που είχε ο ενδοτραχειακός του σωλήνας το προηγούμενο βράδυ. Αυτό βέβαια την έφερε σε αντιπαράθεση με τη γιατρό της Μονάδας, κατά την προσπάθειά της να τη πείσει να αλλάξει τον τραχειοσωλήνα.

Ουσιαστικά, η γνώση των νοσηλευτών/ριών, ακόμα κι αν αυτή δεν πληροί πάντα τα κριτήρια της επίσημης γνώσης, συνιστά ιστορία πρόσβασης των νοσηλευτών/ριών στη άτυπη λήψη κλινικών αποφάσεων. Οι νοσηλευτές/ριες δημιουργούν συνθήκες «διαπραγματευτικού χώρου» (Svensson, 1996), με τους/τις γιατρούς, έστω κι αν αυτό επιτυγχάνεται περισσότερο έμμεσα και άτυπα παρά άμεσα και επίσημα.¹¹³ Όπως λένε και οι Prowse και Allen,

«Κάθε φορά που η κλινική εικόνα του/της ασθενούς παρουσίαζε επιδείνωση, οι λιγότερο έμπειροι γιατροί βίωναν καταστάσεις αβεβαιότητας ως προς το τι να κάνουν. Η κατάσταση αυτή έδινε ώθηση στη δημιουργία ενός χώρου διαπραγμάτευσης (negotiated space). Κάθε φορά που οι γιατροί αποτύγχαναν να παρέμβουν έγκαιρα και να λάβουν την ενδεικνυόμενη απόφαση, οι νοσηλευτές/ριες παρέμβαιναν αυτόνομα με πράξεις ή οδηγίες/παραινέσεις προς τους γιατρούς» (Prowse & Allen 2002, σ.86-87)

Στην παρούσα μελέτη, η εμπειρογνωμοσύνη των νοσηλευτών/ριών σε θέματα διαχείρισης τους βαρέως πάσχοντος ασθενούς, και η άριστη τεχνογνωσία της τεχνολογίας, από κοινού τους επιτρέπουν να διεκδικούν τη συμμετοχή τους στις κλινικές αποφάσεις των γιατρών, ακόμα κι αν αυτό γίνεται κυρίως έμμεσα παρά άμεσα. Οι εθνογραφικές παρατηρήσεις μου και οι ιστορίες των πληροφορητών/ριών μου, αυτών που εργάζονταν τόσο εντός όσο και εκτός της ΜΕΘ που μελέτησα, με

¹¹³ Σύμφωνα με τη θέση περί «διαπραγματευτικού χώρου» (negotiated space) του Svensson (1996), σε κάποιες περιπτώσεις, η «εγγύτητα» του νοσηλευτικού προσωπικού προς τον/την ασθενή, η καλύτερη εκπαίδευση στις νοσηλευτικές σχολές και πανεπιστήμια, και η έμφαση στην κοινωνική διάσταση της ασθένειας έχουν ενισχύσει σημαντικά τον διαπραγματευτικό ρόλο των νοσηλευτών/ριών στη λήψη κλινικών αποφάσεων, ειδικά όταν πρόκειται για έμπειρο/η νοσηλευτή/ρια με ανεπτυγμένη την κλινική διαίσθηση (intuition - clinical feel) για τον ασθενή, και για νοσηλευτή/ρια με εξειδικευμένες γνώσεις (βλ. και Christensen & Hewitt-Taylor, 2006).

οδηγούν στη διαπίστωση ότι, όπου κρινόταν από αυτούς/ές απαραίτητο να διασφαλιστεί η σταθερότητα της κλινικής κατάστασης του/της ασθενούς, οι συμμετέχοντες/ουσες δεν δίσταζαν να «σπρώχνουν» και να «προκαλούν» τα θεσμοποιημένα όρια της επαγγελματικής τους άσκησης, δηλαδή, να κάνουν χρήση άμεσων και έμμεσων μεθόδων διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης, άλλοτε παρακινώντας ή δίνοντας οδηγίες στους/τις γιατρούς με ανεπαίσθητες νύξεις, και άλλοτε με ανοιχτή συζήτηση που κάποιες φορές οδηγούσε, είτε σε μια ανοιχτή ισότιμη συζήτηση, είτε σε αντιπαράθεση και ένταση μεταξύ νοσηλευτών/ριών και γιατρών. Σε μια από τις συζητήσεις μας ρωτάω την ειδική Ελπίδα «πώς προσελκύουν την προσοχή των γιατρών οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες στη δική της ΜΕΘ»

Ελπίδα: «Ναι, συνήθως έτσι γίνεται δηλαδή μπορεί να μην το κάνεις άμεσα και να πεις, ξέρω εγώ, αυτό είναι δική μου δουλειά, βλέπω πόσο διοξείδιο έχει, ρυθμίζω τον αναπνευστήρα, αλλά σίγουρα με κάποιο τρόπο θα το τονίσεις... θα του δείξεις [του γιατρού] την κατεύθυνση, και αυτό ήταν η κατεύθυνση ας πούμε με τους ειδικευόμενους [γιατρούς], που εκεί το βλέπεις πάρα πολύ, δηλαδή τους δείχνεις ακριβώς την κατεύθυνση. Είσαι πάντα εκεί πέρα δίπλα και του λες 'ότι εδώ, αυτό' δηλαδή τώρα και του λες 'δες αυτά τα αέρια' και σου λέει 'μια χαρά' και μετά του λες 'δηλαδή αυτό το διοξείδιο σου αρέσει;' μέχρι να του δώσεις να καταλάβει ότι πρέπει να σκεφτεί γιατί σίγουρα οι νοσηλευτές τα ξέρουν, εγώ δεν πιστεύω ότι οι νοσηλευτές δεν τα ξέρουν, γιατί αποκλείεται ένας νοσηλευτής να δουλεύει στη Μονάδα 4-5-10 χρόνια και να μην έχει μάθει πώς ερμηνεύονται τα αέρια αίματος»

Έτσι, αναπτύσσεται ένα φάσμα τύπων επικοινωνίας, που πολλές φορές θυμίζει το επικοινωνιακό «παιχνίδι γιατρού-νοσηλεύτριας» (doctor-nurse game) του Stein (1967 και 1978). Σύμφωνα με την Ελπίδα, οι νοσηλευτές/ριες «δείχνουν την κατεύθυνση» στους λιγότερο έμπειρους γιατρούς, και «είναι δίπλα τους» για να τους στηρίξουν, χωρίς τα αλλάζουν την κατάσταση των πραγμάτων. Ωστόσο, οι αφηγήσεις των συμμετεχόντων/ουσών στην παρούσα μελέτη δείχνουν ότι οι συμπεριφορές τους, ιδιαίτερα των έμπειρων, αλλάζουν σημαντικά σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης (κρισιμότητας), υιοθετώντας μια περισσότερο δυναμική στάση απέναντι στους/τις γιατρούς. Αυτό που φαίνεται να έχει σημασία για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι το κατά πόσο άμεσα χρειάζεται να παρέμβουν οι νοσηλευτές/ριες και οι γιατροί προκειμένου να αποτραπεί η επιδείνωση της κατάστασης του/της ασθενούς. Η μελέτη των Prowse και Allen (2002) δείχνει ότι ο χρόνος και η πίεση του χρόνου έχουν σημασία και δικαιολογούν συμπεριφορές των νοσηλευτών/ριών που σε διαφορετικές συνθήκες θα είχαν θεωρηθεί ανάρμοστες και ασεβείς προς τους/τις γιατρούς. Με άλλα λόγια, σε συνθήκες επείγουσας ανάγκης, οι νοσηλευτές/ριες, ιδιαίτερα οι

έμπειροι/ες, όπως παρατήρησα κι εγώ στο ελληνικό παράδειγμα, δείχνουν να επικοινωνούν με αμεσότητα και αυτοπεποίθηση χωρίς να παίζει τόσο σημαντικό ρόλο για αυτούς/ές η διαφορά του επαγγελματικού στάτους μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών – αν και πολλές φορές δυσκολεύονταν να «πείσουν» τους/τις γιατρούς για την ανάγκη λήψης αποφάσεων, γιατί δεν ήξεραν πώς να παρουσιάσουν τα επιχειρήματά τους με «επιστημονικό» τρόπο. Αντίθετα, σε συνθήκες ομαλότητας, ακόμα κι αν η εμπειρική και ειδική γνώση έκανε τους/τις νοσηλευτές/ριες περισσότερο αρμόδιους/ες από τους/τις λιγότερο έμπειρους/ες γιατρούς, αναγνώριζαν ως σημαντικό να μη τους προσβάλουν και τους παρέκαμπταν ή και κατέφευγαν στην τακτική των νύξεων. Διαπίστωσα ότι αυτή η τακτική λειτουργούσε αρκετά καλά για τους/τις νοσηλευτές/ριες και οι γιατροί ανταποκρίνονταν θετικά στις προτροπές των νοσηλευτών/ριών. Με άλλα λόγια, οι περισσότεροι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες κατάφερναν με επιτυχία να «εισχωρούν» στη διεργασία λήψης αποφάσεων των γιατρών και οι γνώσεις τους διαδραμάτιζαν σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις των τελευταίων. Ως συνέπεια των παραπάνω, και ο θεραπευτικός στόχος ικανοποιείτο και δεν διαταράσσονταν οι ισορροπίες και οι προσωπικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών/ριών και γιατρών με δια-επαγγελματικές αντιπαραθέσεις.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι οι έμπειροι/ες συμμετέχοντες/ουσες καταφέρνουν προσωρινά ρήγματα στις σχέσεις εξουσίας μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών που διαπερνούν τη ΜΕΘ. Υποστηρίζω ότι ένα από τέτοιο ρήγμα αποτελεί και ο «κρυστάλλινος» ή «διάφανος» ασθενής, το οποίο συντελείται κυρίως κατά τις μικρές μάχες που παρατήρησα να διαδραματίζονται πάνω από τον άρρωστο, κάθε φορά που ο/η νοσηλευτής/ρια αντιλαμβάνεται κάτι επείγον στην κατάσταση του ασθενούς για το οποίο επιτυχώς - κατόπιν διαπραγμάτευσης - αποσπά από τον/τη γιατρό την ιατρική οδηγία που αυτός/ή θεωρεί πρέπουσα με βάση τη νοσηλευτική του/της εκτίμηση. Έτσι, οι συμμετέχοντες/ουσες, αν και αποκλεισμένοι/ες από τα επίσημα κέντρα λήψης κλινικών αποφάσεων, για παράδειγμα από την επίσκεψη των γιατρών που παρουσιάζω στο επόμενο κεφάλαιο, ξεδιπλώνουν τις ειδικές γνώσεις και δεξιότητες που έχουν στο κρεβάτι του ασθενούς, δηλαδή στον χώρο που με άνεση καταλαμβάνουν στη ΜΕΘ. Στο κρεβάτι του ασθενούς ο χώρος και ο χρόνος λειτουργεί υπέρ των νοσηλευτών/ριών. Εκεί, σε πλήρη συγχρονισμό με τις ανάγκες του «κρυστάλλινου» ασθενούς και εκτός του περιοριστικού επίσημου κανονιστικού

πλαίσιου της ιατρικής επίσκεψης, αντικειμενοποιούν τον ασθενή τους, επιφέρουν μικρές αλλαγές στη διαχείρισή του και αναδύονται ως διαπραγματευτές/ριες φροντίδας και θεραπείας.

Η Δούκισσα, στο απόσπασμα που ακολουθεί, ενεργοποιεί τις δικές της δυνάμεις και «εξουσία» με τρόπους που δεν θα μπορούσε στην ιατρική επίσκεψη. Η Δούκισσα, έμπειρη νοσηλεύτρια της ΜΕΘ που μελέτησα, με αυτοπεποίθηση στον τόνο της φωνής της, ενημερώνει τους/τις γιατρούς για τις αλλαγές που έκανε στην αγωγή του ασθενούς της γιατί αυτές οι αλλαγές δε συνάδουν με την ιατρική οδηγία που της είχε δοθεί το πρωί. Τώρα αναζητάει την εκ των υστέρων έγκριση από τη γιατρό για να είναι και η ίδια «νομικά» κατοχυρωμένη. Ένας από τους ασθενείς της έχει σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ), είναι κατεσταλμένος και αναπνευστικά υποστηρίζεται με τον αναπνευστήρα. Λαμβάνει πλήθος ενδοφλεβίων εγχύσεων γιατί έχει αξιοσημείωτη αιμοδυναμική αστάθεια (υπέρταση, αρρυθμίες, νευρολογική επιδείνωση). Ο ασθενής λαμβάνει ενδοφλεβίως νοραδρεναλίνη για την χαμηλή αρτηριακή πίεση, για την καταστολή του μιδαζολάμη και προποφόλη, και παρακολουθείται η ενδοκράνια πίεση του ασθενούς γιατί είναι ιδιαίτερα υψηλή και μεγαλύτερη του φυσιολογικού. Κάθε φορά που η αρτηριακή και η ενδοκράνια πίεση μεταβάλλεται, η Δούκισσα αυξομειώνει αναλόγως και τις ροές των σχετικών εγχύσεων που «πέφτουν» (χορηγούνται) στάγδην προκειμένου να επαναφέρει και διατηρήσει καρδιαγγειακή, αναπνευστική και νευρολογική ομοιόσταση/ σταθερότητα στον ασθενή της. Η Δούκισσα το παλεύει με ό,τι έχει στη διάθεσή της προκειμένου να διατηρήσει την ομοιόσταση του ασθενούς της. Ωστόσο, σε διάστημα μερικών λεπτών ο ασθενής μπορεί να ρίξει εκ νέου την αρτηριακή πίεση ή να ρίξει τον κορεσμό του οξυγόνου στο αίμα και αυτό δημιουργεί την ανάγκη για εκ νέου εκτίμηση του ασθενούς και λήψη νέων ταχέων κλινικών αποφάσεων από τη Δούκισσα, χωρίς να έχει γιατρό δίπλα της μέσα στην πτέρυγα για αναζήτηση νέας ιατρικής οδηγίας. Η Δούκισσα κινητοποιεί την εμπειρία και τις γνώσεις της για να ρίξει την ενδοκράνια πίεση του ασθενούς. Έτσι, με χρονική καθυστέρηση μερικών λεπτών, η Δούκισσα θα ενημερώσει και τον θεράποντα γιατρό, ο οποίος θα είναι είτε μέσα στη πτέρυγα είτε σε κάποιο άλλο χώρο (γραφείο, διάδρομο, άλλη πτέρυγα, αξονικό τομογράφο, διάλλειμα, ενημέρωση των γιατρών). Το αρχικό πλάνο των γιατρών για τον ασθενή με την κρανιοεγκεφαλική κάκωση ήταν να τον αφήσουν να ξυπνήσει το πρωί μειώνοντας σταδιακά την καταστολή του, αλλά αυτό φάνηκε

δύσκολο στην πράξη γιατί ο ασθενής έριξε την αρτηριακή του πίεση και ταυτόχρονα παρουσίασε αυξημένη ενδοκράνια πίεση. Εάν η Δούκισσα είχε κάνει μόνο ό,τι της είπαν οι γιατροί ή της μεταφέρθηκε από τον νυχτερινό, χωρίς να κρίνει εκ νέου την κλινική κατάσταση του ασθενούς, ο εγκεφαλικός ιστός του ασθενούς θα υφίσταντο πολύ υψηλές πιέσεις και αυτές θα δυσχέραιναν την οξυγόνωση του ιστού. Ο ασθενής θα κινδύνευε από μη ανατρέψιμες εγκεφαλικές δευτεροπαθείς βλάβες. Επίσης, θα παρουσίαζε αιμοδυναμική αστάθεια, δυσφορία και επεισόδια διέγερσης με πιθανή αρνητική επίπτωση στην ανταλλαγή των αερίων στους πνεύμονες και στους ιστούς. Τελικά, η Δούκισσα, στο απόσπασμα διαλόγου που ακολουθεί, ενημερώνει τους/τις γιατρούς ότι δεν μείωσε τη ροή της στάγδην έγχυσης Dormicum (Μιδαζολάμη) που δρα ως κατασταλτικό, όπως είχε αρχικά ζητηθεί από τους/τις γιατρούς σε προγενέστερο χρόνο στη νυχτερινή βάρδια, γιατί η ίδια έκρινε στη διάρκεια της βάρδιας το πρωί ότι η κλινική κατάσταση του ασθενούς δεν το επέτρεπε:

[ΕΠ 19-11-12 η Δούκισσα αποφασίζει για τη ροή της καταστολή και των ινóτροπων σε κρανιοεγκεφαλική κάκωση]: είναι μεσημέρι 13.00-13.10, συναγερμοί, αντλίες, αναπνευστήρες, αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, είμαι στην πτέρυγα, έχει τέσσερις ασθενείς με ενδοτραχειακό σωλήνα και άλλους δύο με τραχειοσωλήνα. Η Δούκισσα είναι δίπλα σε ασθενή της και δίνει ενδοφλέβια φάρμακα μέσω της κεντρικής φλεβικής γραμμής, αλλά ο ασθενής της έριξε την αρτηριακή πίεση, δηλαδή είναι υποτασικός. Η Δούκισσα αύξησε τη χορήγηση ροής της νοραδρεναλίνης που ανεβάζει την πίεση, και δεν μείωσε την καταστολή - αντίθετα προς ό,τι της είχε ζητηθεί από τον εφημερεύοντα γιατρό το πρωί - γιατί ο ασθενής εξακολουθεί να έχει σημαντικά αυξημένη ενδοκράνια πίεση.

Η κατάσταση του ασθενούς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση χρήζει συνεχούς κλινικής εκτίμησης του νευρολογικού και καρδιαγγειακού συστήματος. Ο ασθενής καταστέλλεται και μηχανικώς αερίζεται στον αναπνευστήρα. Η Δούκισσα, αν και ξέρει ότι συνέτρεχε σοβαρός λόγος που δε μείωσε την καταστολή, θέλει να ενημερώσει τη γιατρό για ό,τι έγινε και να εξηγήσει γιατί δε μείωσε την καταστολή.

Εθνογραφική σημείωση: Η Δούκισσα και η λήψη απόφασης από την ίδια με βάση τη δική της ερμηνεία και εμπειρία. Στη συνέχεια γνωστοποιεί στους/τις γιατρούς ότι δεν μείωσε τη μιδαζολάμη όπως είχε αρχικά ζητηθεί γιατί η κλινική κατάσταση του ασθενούς δεν το επέτρεπε.

Η Δούκισσα προς την εξειδικευόμενη γιατρό «να ρωτήσω για το 7 (εννοεί τον ασθενή στο κρεβάτι 7), αυτονού έχω βάλει το ντόρμικουμ με 5 (ροή ML/ώρα) και τη προποφόλη με 10 (ροή ML/ώρα)».

Η γιατρός δεν απαντά αλλά δείχνει ότι την ακούει, γνέφει, συμφωνεί, περνάει οδηγίες σε διάγραμμα αρρώστου.

Δούκισσα «είχε 10.5 πίεση και το πήγα στο 5, θέλεις να μειώσω τη προποφόλη;»

«ναι»

«αφήνω λίγο το levorphanol (η αρτηριακή πίεση ανεβαίνει) να δω αν θα αλλάξει η πίεση, αν ανέβει θα το χαμηλώσω... αυτός κάθε δύο ώρες παίρνει στεντόν, εγώ δεν έχω μειώσει doxycycline - γιατί μου κάνει πίεση II»

«δεν πειράζει άστο προς το παρόν, άστο»

Η Δούκισσα δίνει φάρμακα – τακτοποιεί γραμμές και υλικό – ελέγχει τους ασθενείς της – ζωτικά σημεία – μεθοδική, κρατά σημειώσεις αριθμούς σε πρόχειρο χαρτί για να τα μεταφέρει στο διάγραμμα, και η γιατρός Νεκταρία ετοιμάζεται να τις δώσει νέες οδηγίες για το υπόλοιπο της βάρδιας.

Η Δούκισσα τη διακόπτει, από το κρεβάτι αρρώστου, της λέει «σταμάτα γιατί έχω μείνει πολύ πίσω με τις δουλειές μου» «δεν φταίω» «εσύ φταις πάντα» και γελάει συνεχίζοντας τις εργασίες της πάνω από τον άρρωστο, στέκεται, παρατηρεί το μόνιτορ, τροποποιεί τη ροή των φαρμάκων και περιμένει την απόκριση του αρρώστου στο μόνιτορ. Η Δούκισσα ζητάει από τη συνάδελφο Χρυσάνθη να ελέγξει την ιατρική οδηγία της μανιτόλης γιατί δεν θυμάται σε τι ροή πρέπει να πέφτει στάγδην»

Οι νοσηλευτές/ριες γίνονται «ένα σώμα» με τους/τις ασθενείς κατά τη διάρκεια της φροντίδας, κυρίως μέσα από όλες αυτές τις πρακτικές που επιτελούν στη διάρκεια της βάρδιας (π.χ. από ωριαία έως δίωρη καταγραφή ζωτικών σημείων, νοσηλεία, πλύσιμο). Μια τέτοιου είδους συνύπαρξη με τους ασθενείς παρέχει θεραπευτικό περιβάλλον στον ασθενή της ΜΕΘ. Το ενδιαφέρον όμως σε αυτή την περίπτωση είναι ότι η πρακτική των έμπειρων νοσηλευτών/ριών στη ΜΕΘ χαρακτηρίζεται και από την ικανότητά τους να αξιοποιούν όχι μόνο τυπική γνώση αλλά και τη διαίσθησή τους στη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Η «κρυσταλλότητα» του ασθενούς και η διαίσθηση

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών/ριών Εντατικής Θεραπείας, ο/η εξειδικευμένος/η νοσηλευτής/ρια ΜΕΘ παρέχει ολιστική φροντίδα σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, συνδυάζοντας την εξειδικευμένη γνώση, τις τεχνικές δεξιότητες και τις ανθρωπιστικές αξίες (Brilli et al., 2001· Lieberman, 1981· Moore, 1970). Ωστόσο, έχει υποστηριχθεί ότι η επαγγελματική νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη εμπεριέχει και δράσεις χωρίς απαραίτητα συνειδητή επίγνωση της γνώσης που κινητοποιείται από τον/τη νοσηλευτή/ρια (Benner, 1984· Woolery, 1990). Το τελευταίο στοιχείο παραπέμπει στη λεγόμενη διαίσθηση (intuition), η οποία θεωρείται ένα από τα σημαντικά συμπληρωματικά στοιχεία της νοσηλευτικής εμπειρογνωμοσύνης και κλινικής εμπειρίας. Βασική παραδοχή είναι η διάκριση της γνώσης σε τυποποιημένη και μη, όπου η διαίσθηση ανήκει στη μη τυποποιημένη γνώση. Έτσι, η πράξη του/της έμπειρου/ης νοσηλευτή/ριας δε θεωρείται απόρροια

μόνο συστηματικών κανόνων που πρέπει να ακολουθήσει, αλλά και αποτέλεσμα «διαίσθησης», βαθιάς γνώσης, επηρεασμένης από παρελθούσες εμπειρίες που είναι ενσωματωμένες στην πράξη, ώστε να επιτρέπουν την κατανόηση καταστάσεων χωρίς απαραίτητα να υπάρχει λογική και πρόδηλη αιτιολογία (Meerabeau, 1992). Βέβαια, η παραπάνω πραγματικότητα είναι δύσκολο να περιγραφεί και να εντοπιστεί σε μια εθνογραφική μελέτη όπως στην παρούσα έρευνα.

Έχουν γραφτεί πολλά για τη διαίσθηση στην νοσηλευτική πρακτική, και οι περισσότεροι μελετητές εντοπίζουν τις απαρχές του ενδιαφέροντος στη μελέτη της Patricia Benner, η οποία και ανέπτυξε το συνεχές μεταξύ αρχάριων και εμπειρογνομόνων νοσηλευτών/ριών.¹¹⁴ Αξίζει ωστόσο να τονισθεί ότι στην έρευνά μου, οι συμμετέχοντες/ουσες απέφευγαν να χρησιμοποιούν τον όρο «διαίσθηση» ή «ένστικτο» για να μου περιγράψουν δικές τους παρελθούσες εμπειρίες στη ΜΕΘ, όταν για παράδειγμα είχαν λάβει ή συνεισφέρει με το δικό τους τρόπο σε καίριες κλινικές αποφάσεις. Αντιθέτως, οι περιγραφές τους παραπέμπουν περισσότερο στην αξία της πρότερης κλινική τους εμπειρία, παρά σε αυτό που καταγράφεται ως διαίσθηση (intuition στα αγγλικά), ένστικτο ή προαίσθημα στη βιβλιογραφία. Αυτό, ίσως, οφείλεται στο ότι η διαίσθηση συνιστά – κατά την Benner – εγγενές στοιχείο της εμπειρογνωμοσύνης και της πρακτικής που τη συνοδεύει, επομένως είναι δύσκολο να διαχωριστεί από την εμπειρία και την επαγγελματική γνώση. Ίσως όμως

¹¹⁴ Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, κλινικοί και ακαδημαϊκοί νοσηλευτές/τριες έχουν αναγνωρίσει ότι η διαίσθηση, ενώ η εμπειρική της τεκμηρίωση είναι πολύ δύσκολη, είναι σημαντική πηγή πληροφόρησης και αποτελεί σημαντικό συστατικό στοιχείο των κλινικών αποφάσεων (Bakalis, 2006· Benner et al., 1992· Benner & Tanner, 1987· Evans, 2005· King & Macleod, 2002· McCutcheon & Pincombe, 2001· McKinnon, 2005· Polge, 1995· Rew & Barrow, 2007· Rovithis & Parissopoulos, 2005· Schraeder & Fischer, 1987· Young, 1987). Κατά τη Benner (1984), οι νοσηλευτές/τριες της Εντατικής χρησιμοποιούν τη διαίσθηση συχνότερα από άλλους/ες νοσηλευτές/τριες, για να συλλάβουν τι αποτελεί προτεραιότητα, να αναγνωρίσουν προβλήματα και να βρουν τις λύσεις. Επομένως η «διαίσθηση» αποτελεί στοιχείο (συστατικό) της κλινικής επαγγελματικής κρίσης (βλ. και Benner & Tanner, 1987). Ειδικότερα, σύμφωνα με τις επιτόπιες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε ΜΕΘ του εξωτερικού (Andrews & Waterman, 2005· Bailey et al., 2004· Grossman & Wheeler, 1997· King & Clark, 2002· Kosowski, 2003· Lauri et al., 2001· Leners, 1992· Reischman & Yarandi, 2002), αλλά και στην Ελλάδα (Βουζάβαλη, 2008), η διαίσθηση αναφέρεται ως σημαντική, αποδεκτή και έγκυρη παράμετρος των κλινικών αποφάσεων και της νοσηλευτικής φροντίδας ιδιαίτερα από έμπειρους/ες νοσηλευτές/τριες. Για την ακρίβεια, η διαισθητική σκέψη θεωρείται ότι δίνει ώθηση στην εξειδικευμένη μάθηση, κάτι που όταν υιοθετείται από τον/την επαγγελματία που αναστοχάζεται (reflective practitioner) δημιουργεί «τέχνη» στην επαγγελματική πρακτική (Schon, 1987), και παράλληλα καθιστά την παρουσία του/της νοσηλευτή/τριας διακριτή και ξεχωριστή στη ΜΕΘ.

προκύπτει και από μια λανθάνουσα απόρριψη της διαίσθησης ως χαρακτηριστικού που συνήθως αποδίδεται στις γυναίκες και τα όσα έχουν καθορίσει την κοινωνική τους ταυτότητα – κυρίως ως μητέρες με «μητρικό φίλτρο» και εδώ ως αδελφές νοσοκόμες. Η Άρτεμις περιγράφει μια δική της εμπειρία, από τις πρώτες της μέρες σε ΜΕΘ, όταν ήταν ακόμα άπειρη και αρχάρια στη Μονάδα και μάθαινε τη δουλειά δίπλα σε μια έμπειρη συνάδελφο. Ο ασθενής κάνει «καρδιακή» ανακοπή λίγα λεπτά αφότου της είχε πει η Ιφιγένεια, «παλιά» συνάδελφος, «θα σου κάνει ανακοπή ο άρρωστος».

Άρτεμις, συνέντευξη Ι': «ήμουν καινούρια, είχα έναν άρρωστο τότε και ήμουν με μια παλιά νοσηλεύτρια τότε, εννιά χρόνων (εμπειρία) νοσηλεύτρια η οποία ήταν παλιά για μένα όταν εγώ ήμουν μηνών και μου έλεγε 'θα σου κάνει ανακοπή ο άρρωστος'. Εννοείται πως εγώ δεν ήξερα γιατί πρέπει να μου κάνει ανακοπή [γελάει], πώς γίνεται να μου κάνει ανακοπή; γιατί πρέπει να την κάνει; Να έχει ταχυσφυγμία! να ρίχνει πίεση! να έχει στο καρδιογράφημά του αλλοιώσεις, λέω 'τι μου λέει τώρα, γιατί να μου κάνει ανακοπή ο άρρωστος;' (η νοσηλεύτρια) πήγαινε έκανε τη δουλειά της από δω και από κει, οι γιατροί ήταν έξω, μου λέει 'θα σου κάνει ανακοπή ο άρρωστος'. Τι μου λέει τώρα λέω και αυτά. 'Γιατί να μου κάνει ανακοπή;' να της λέω εγώ. Μου λέει 'δεν είναι καλά ο άρρωστος. Τα είδες τα αέρια του;' Εγώ δεν ήξερα τα αέρια, τα είχαν πάρει οι γιατροί και τα είχανει δει, πήγα προσπάθησα να τα πάρω, μέχρι να πάω τελικά ο άρρωστος μου έκανε ανακοπή. Γίνεται ανάταξη, ήταν η πρώτη μου ανακοπή που είδα τότε με την νοσηλεύτρια εννιά χρόνων η οποία μου φάνηκε θεός μπροστά μου, εγώ καθόμουν και κοίταγα και αυτή έκανε τα πάντα, εε, και μου συνέβη αλλά δεν το θεωρώ διαίσθηση αυτό! Πιστεύω ότι ήταν η μεγάλη εμπειρία της.» [00.43.26]

Για την Ελπίδα, οι «εμπειρογνώμονες», οι «top», είχαν ένα «μαγικό άγγιγμα», ήξεραν ακριβώς τι συνέβαινε με τον ασθενή τους, και μπορούσαν να προβλέπουν και να παρεμβαίνουν άμεσα με τις πιο πρέπουσες κλινικές αποφάσεις.

Ελπίδα, συνέντευξη Β': «Εκείνα τα χρόνια υπήρχαν και αυτοί οι οποίοι ήταν οι εμπειρογνώμονες, οι top! Στους οποίους εγώ δεν μπορούσα καν να τους μιλήσω, δηλαδή πραγματικά τους πολύ top δεν μπορούσα να τους μιλήσω! Στέλιο σου μιλάω ειλικρινά [γελάει], ακόμα και τώρα τους θυμάμαι, δηλαδή τις πρώτες βάρδιες με αυτά τα παιδιά - ερχόντουσαν στο ιδιωτικό κάποιες κοπέλες οι οποίες ερχόντουσαν από τις Μονάδες στα στρατιωτικά - που είχαν ξέρω εγώ δέκα-δεκαπέντε χρόνια στις Μονάδες, οι οποίοι πραγματικά, και τώρα που το σκέφτομαι δηλαδή πάλι την ίδια εντύπωση έχω ότι καλιγώνανε το ψύλλο ρε παιδί μου, δηλαδή ήταν πάρα πολύ καλές στην δουλειά τους. Οι ασθενείς τους ήταν πάντα jet, πάντα καλύτεροι, δηλαδή, δεν ξέρω, είχαν ένα μαγικό άγγιγμα, έτσι μου φαινόταν τότε....»

Σύμφωνα με τους King και Macleod (2002), η διαίσθηση πυροδοτεί στο νοσηλευτικό προσωπικό μια συνειδητή αναζήτηση για στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την υποψία τους για πιθανή επιδείνωση/αλλαγή στην κατάσταση του/της ασθενούς. Όσο υψηλότερο το επίπεδο εμπειρογνωμοσύνης, τόσο πιο πολύ αναγνωρίζεται η σημασία

και η αποτελεσματικότητα της διαίσθησης στη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, η διαφορά μεταξύ εμπειρογνώμωνων και μη δεν έγκειται στην παρουσία ή την απουσία της διαίσθησης, αλλά περισσότερο στην ικανότητα του εμπειρογνώμονα να χρησιμοποιεί τη διαίσθησή του πιο επιδέξια, πιο γρήγορα και αποτελεσματικά. Η Liz Meerabeau (1992) έχει υποστηρίξει ότι η εμπειρογνομοσύνη στην Εντατική δεν παραπέμπει μόνο σε υψηλό και εκτενές επίπεδο γνώσεων, αλλά και στην ικανότητα του/της νοσηλευτή/ριας να συνδυάσει τις γνώσεις του/της με τα κυριότερα σημεία ενός κλινικού προβλήματος με ταχύτητα και ακρίβεια, να δράσει αποτελεσματικά σε αυτά. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τις κλινικές αποφάσεις που αφορούν στους ασθενείς. Με άλλα λόγια, αυτά του Gary Rolfe (1996), ο συνδυασμός της σιωπηρής (tacit), βιωματικής (experiential) και θεωρητικής γνώσης παράγει βέλτιστη πρακτική (best practice).¹¹⁵ Στη μελέτη των King και Macleod (2002) σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές νοσοκομείου στο Η.Β., οι εμπειρογνώμονες νοσηλευτές/ριες είχαν τη μεγαλύτερη ικανότητα να αξιοποιήσουν τόσο τα διαισθητικά όσο και τα αναλυτικά στοιχεία της λήψης αποφάσεων, ώστε να αναγνωρίσουν γρήγορα τις σχετικές κλινικές ενδείξεις, να προσδιορίσουν τις παρεμβάσεις (πράξεις) που απαιτούνται και τα πιθανά αποτελέσματά τους, και να οργανώσουν αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία των μελών της θεραπευτικής ομάδας κατά τη φροντίδα του/της ασθενούς.

Στο εθνογραφικό παράδειγμα, οι «παλιοί/ές», οι «top», οι «εμπειρογνώμονες», συμμετέχοντες/ουσες «χτενίζουν» τον ασθενή με τις ωριαίες παρατηρήσεις που συλλέγουν στη διάρκεια της βάρδιας, συνθέτουν τα δεδομένα τους, κινητοποιούν τις γνώσεις που κατέχουν, και συνθέτουν το παζλ του ασθενούς, κατά τρόπο όμοιο με αυτόν που περιγράφουν οι ερευνητές Schluter et al. (2011) σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές στην Αυστραλία. Αλλά δεν αρκούνται σε αυτό. Οι «top» στη

¹¹⁵ Ο/Η εμπειρογνώμονας νοσηλευτής/ρια στη ΜΕΘ μπορεί να αποφασίσει ότι, για παράδειγμα, ο ασθενής δεν είναι έτοιμος για απογαλακτισμό/αποδέσμευση από την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Οι κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τον απογαλακτισμό μπορεί να υποδεικνύουν ότι η αναπνευστική προσπάθεια του ασθενή, ο κορεσμός οξυγόνου, τα αέρια αίματος και η καρδιακή λειτουργία επιτρέπουν τον απογαλακτισμό. Εντούτοις, η διαισθητική κρίση (intuitive feeling) ή προαίσθημα του/της εμπειρογνώμονα/νης νοσηλευτή/ριας για τον συγκεκριμένο ασθενή, μπορεί να τον/την αποτρέψει από την πιστή εφαρμογή του πρωτοκόλλου απογαλακτισμού, και να επιλέξει μια πιο προσεκτική προσέγγιση.

συνέχεια παρεμβαίνουν με ενσυναίσθηση – την οποία ανέπτυξα σε προηγούμενο κεφάλαιο - και λαμβάνουν τις δέουσες κλινικές αποφάσεις. Με άλλα λόγια, οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες, έχοντας ως πρώτη προτεραιότητα την παροχή φροντίδας που διατηρεί την ομοιόσταση του ασθενούς, ενεργούν αντ’ αυτού για αυτόν και υποστηρίζουν τις λειτουργίες του σώματος του ασθενούς προκειμένου αυτό να διατηρηθεί στη ζωή και να ανανήψει.

Μια τέτοια περίπτωση είναι το περιστατικό της νοσηλεύτριας Ιφιγένειας, η οποία αναγνώρισε σε διάστημα μόλις μερικών λεπτών ότι ο ασθενής της χρειάζεται επείγουσα τραχειακή διασωλήνωση. Όπως αναφέρω παρακάτω, χωρίς να έχει όλα τα στοιχεία στη διάθεσή της, (π.χ. αέρια αίματος, μετρήσεις), η Ιφιγένεια έκρινε με βάση την κλινική εικόνα του ασθενούς ότι από λεπτό σε λεπτό ο ασθενής θα παρουσιάσει αναπνευστική ανακοπή. Η Ιφιγένεια ήξερε τόσο καλά τον ασθενή της, σε σημείο που η ίδια «διάβαζε» και ερμήνευε τις βιολογικές λειτουργίες του οργανισμού του χωρίς καθυστέρηση, προλαμβάνοντας την επιδείνωση της κατάστασής του. Αυτού του είδους η «διαφάνεια» των ασθενών συνιστά χαρακτηριστικό γνώρισμα κυρίως των νοσηλευτών/ριών που έχουν εκτενή κλινική εμπειρία και γνώσεις στην εντατική νοσηλευτική.

Η Ιφιγένεια αναγνωρίζει από μόνη της συμπτώματα οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας και ραγδαίας επιδείνωσης στον ασθενή της. Είναι 07:30 το πρωί – λίγο μετά την έναρξη της πρωινής βάρδιας - και η Ιφιγένεια παρατηρεί ότι ένας από τους ασθενείς της δείχνει εξαντλημένος και παίρνει πολλές ανάσες στο λεπτό. Το μόνιτορ δείχνει χαμηλά επίπεδα οξυγόνου. Πλησιάζει γοργά τον ασθενή της, εκτελεί εν τάχει νευρολογική και αναπνευστική εκτίμηση, είναι σύντομη και άμεση, ο ασθενής φέρει μάσκα οξυγόνου αλλά δεν αφυπνίζεται εύκολα, παρουσιάζει υπνηλία, δεν αντιδρά σε λεκτικά και επώδυνα ερεθίσματα, οι ανάσες του είναι πολλές, επιπόλαιες και ρηχές. Αυτή η εν τάχει εκτίμηση του ασθενούς εκ μέρους της Ιφιγένειας, αρκούσε να την πείσει ότι έπρεπε να κάνει κάτι πολύ γρήγορα και άμεσα.

[Σημειώσεις πεδίου 10.6.13 Δευτέρα 07.30-13.00: επείγουσα διασωλήνωση]

Η Ιφιγένεια αναφωνεί δυνατά «να έρθει ένας γιατρός γρήγορα!» Οι εφημερεύοντες είναι λίγο πιο πέρα στο διάδρομο, η Ιφιγένεια φέρνει από μόνη της το καρότσι της ανάνηψης και διασωλήνωσης και ετοιμάζει το χώρο για διασωλήνωση πριν καν οι γιατροί εξετάζουν τον ασθενή. Στέκομαι λίγο πιο πέρα και παρατηρώ για να μην είμαι στη μέση και ενοχλώ. Σε μια στιγμή όλοι είναι πάνω από τον άρρωστο καθώς ο ασθενής σταματά να αναπνέει. Πρόκειται για αναπνευστική ανακοπή. Γιατρός: «ο άρρωστος χρειάζεται διασωλήνωση», το

καρότσι της διασωλήνωσης είναι ήδη δίπλα στο κρεβάτι, οι δύο νοσηλεύτριες ετοιμάζουν το υλικό της διασωλήνωσης χωρίς να μιλάνε, ξέρουν τι να κάνουν, σερβίζουν το υλικό στη γιατρό. Η διασωλήνωση της τραχεία σε αυτό τον άρρωστο είναι δύσκολη, δεν τα καταφέρνει η γιατρός και καλούν αναισθησιολόγο από τα χειρουργεία γιατί ο ενδοτραχειακός σωλήνας δεν μπήκε σωστά.

Στο μόνιτορ: παλμική οξυμετρία 54% που είναι πολύ χαμηλή, σφίξεις κάτω από 45 το λεπτό, δηλαδή σημαντική βραδυκαρδία, και κάποια στιγμή βλέπουμε απουσία σφυγμών, ο άρρωστος είναι άσφυγμος, η κατάσταση αυτή είναι γνωστή ως καρδιακή ασυστολία. Τώρα πρόκειται για καρδιο-πνευμονική ανακοπή.

Η ομάδα ξεκινάει καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Η νοσηλεύτρια εφαρμόζει καρδιακές συμπίεσεις στο στήθος/θώρακα, χορηγούν ενδοφλεβίως αδρεναλίνη, βλέπουμε στο μόνιτορ την επαναφορά του καρδιακού ρυθμού σε φλεβοκομβικό ρυθμό. Ο άρρωστος έχει πάλι σφυγμό. Διακρίνω σημάδια ανακούφισης, οι γιατροί επιστρέφουν στις εργασίες τους, παίρνουν και δείγμα αίματος για εξέταση, η Β' πτέρυγα επανέρχεται σταδιακά σε ρυθμούς ρουτίνας και ομαλότητας, η ομοιόσταση του ασθενούς κατά μια έννοια αποκαταστάθηκε, το επείγον αντιμετωπίστηκε, οι νοσηλεύτριες και οι γιατροί δούλεψαν συνεργατικά πάνω στον άρρωστο, συγχρονίστηκαν και οι μεν και οι δε και μεταξύ τους και με το σώμα του ασθενούς.

Σήμερα, αντιλαμβάνομαι τη συμβολή της Ιφιγένειας ως καθοριστική στην τελική έκβαση καθώς αυτή ήταν που αναγνώρισε πρώτη από όλους την κλινική επιδείνωση του ασθενούς, και κινητοποίησε την ομάδα.

Η εκτενής κλινική εμπειρία της Ιφιγένειας ήταν σωτήρια για τον ασθενή της στην αναγνώριση μιας κατάστασης η οποία δεν ήταν φυσιολογική αλλά κρίσιμη. Ήταν θέμα ζωής και θανάτου. Η ίδια έκρινε ότι νοσηλευτές/ριες και γιατροί έπρεπε να παρέμβουν ως ομάδα για την αποκατάσταση της ομοιόστασης του ασθενούς της. Η κινητοποίηση της ομάδας ΜΕΘ, η συγκέντρωση του κατάλληλου υλικού και η ερμηνεία της κατάστασης του ασθενούς από την Ιφιγένεια συνιστά παράδειγμα κλινικής απόφασης. Όπως προτείνεται και στη βιβλιογραφία, κάθε επεισόδιο λήψης κλινικών αποφάσεων επηρεάζεται από το είδος της γνώσης που κατέχουν οι νοσηλευτές/ριες (τυποποιημένη, εμπειρική), την κλινική εμπειρία και από την κρισιμότητα της κλινικής κατάστασης του/της ασθενούς.

Διαπίστωσα ότι η κρισιμότητα της κατάστασης των ασθενών, άλλοτε ενισχύει τη θέση των γιατρών και άλλοτε τη θέση των νοσηλευτών/ριών, όταν οι τελευταίοι/ες επικοινωνούν με αμεσότητα και αυτοπεποίθηση τις παρατηρήσεις τους στους/τις γιατρούς της πτέρυγας. Στο εθνογραφικό παράδειγμα, στην πλειονότητά τους οι έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες αναγνώριζαν και καλούσαν άμεσα τους/τις γιατρούς στο επείγον περιστατικό, ενώ οι λιγότερο έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες απευθύνονταν πρώτα στους/τις έμπειρους/ες συναδέλφους για να πάρουν μια δεύτερη γνώμη και μετά στους/τις γιατρούς της πτέρυγας. Στο παράδειγμα της Ιφιγένειας, η κινητοποίηση των γιατρών της Μονάδας, κατόπιν δικής της προτροπής, θα μπορούσε

να ιδωθεί ως παράδειγμα ορατότητας (visibility) της συμμετέχουσας σε κλινική απόφαση στη ΜΕΘ. Αυτό όμως συμβαίνει ανεπίσημα και όχι στα πλαίσια μιας πιο επίσημης πρακτικής, όπως αυτής της επίσκεψης των γιατρών. Το γεγονός ότι η λήψη απόφασης εκ μέρους των νοσηλευτών/ριών δεν γίνεται τόσο έκδηλα και ορατά στη ΜΕΘ, αλλά επί το πλείστον συνιστά μια υποβόσκουσα και λανθάνουσα κατάσταση, αποτελεί πρόβλημα για τους νοσηλευτές/ριες. Όπως έχω ήδη αναφέρει στο πρώτο κεφάλαιο, η κατάσταση αυτή στη βιβλιογραφία περιγράφεται ως «αορατότητα» (invisibility) της νοσηλευτικής στη λήψη αποφάσεων (Liu et al., 2013 και 2014· Manias & Street, 2001β). Την αναπτύσσω αναλυτικά στο επόμενο και τελευταίο κεφάλαιο της διατριβής μου, όπου και υποστηρίζω ότι κατά διάρκεια της βάρδιας, επιτελείται μια αμφίδρομη μετάβαση ή μετάπτωση μεταξύ μιας κατάστασης ορατότητας και μια κατάστασης αορατότητας της νοσηλευτικής.

Συμπερασματικά

Στο παρόν κεφάλαιο έδειξα ότι, όταν οι νοσηλευτές/ριες κάνουν χρήση της γνώσης που κατέχουν, ιδιαίτερα σε επείγουσες καταστάσεις ζωής και θανάτου, ενισχύεται η διαπραγματευτική τους δύναμη στις σχέσεις τους με τους/τις γιατρούς και επιτυγχάνεται η συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, έστω άτυπα. Στο εθνογραφικό παράδειγμα, ιδιαίτερα οι πιο έμπειροι/ες συμμετέχοντες/ουσες μπορούσαν να ελιχθούν επιδέξια ανάμεσα στις διάφορες δυνάμεις εξουσίας προκειμένου να πετύχουν – άτυπα - αυτό που θεωρούν σωστό για τον ασθενή τους στην κάθε περίπτωση, με αποτέλεσμα, τα στεγανά μεταξύ των επαγγελματικών ρόλων των πιο έμπειρων νοσηλευτών/ριών και των γιατρών να καταρρίπτονται πρόσκαιρα. Στο επείγον και ασταθές περιστατικό, οι νοσηλευτές/ριες αφήνουν κατά μέρος αυτό που ονομάζουν «φροντίδα» του αρρώστου, και αξιοποιούν τις δεξιότητες και τη γνώση τεχνολογίας που κατέχουν, προκειμένου να «σώσουν» τον άρρωστο, να προλάβουν την ανακοπή, να αναχαιτίσουν το μοιραίο, και φυσικά το θάνατο του ασθενούς. Με αυτόν τον τρόπο, καταφέρνουν να δημιουργούν χώρο διαπραγμάτευσης με τους/τις γιατρούς, ο οποίος τους επιτρέπει να συμμετέχουν – αν και άτυπα - στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Βέβαια, όπως φάνηκε, σημαντικός παράμετρος στα παραπάνω, είναι η εξειδικευμένη και πολύ καλή γνώση των περιστατικών από τους/τις νοσηλευτές/ριες της Μονάδας, αυτή που καθιστά τον άρρωστο «κρυστάλλινο» ή «διάφανο» ασθενή ΜΕΘ.

Πράγματι, στις περιπτώσεις που περιέγραψα, οι πιο έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες είχαν τέτοια εξοικείωση με το βιολογικό προφίλ των ασθενών τους, όπως και με το υλικό και τις διαδικασίες/πρωτόκολλα της Μονάδας, που η παρουσία τους ήταν απαραίτητη όχι μόνο για το στήσιμο του εξοπλισμού, αλλά και για την εύρυθμη λειτουργία του κατά τη νοσηλεία και παρακολούθηση του ασθενή τους. Έτσι, στη ΜΕΘ, η εμπειρογνωμοσύνη του νοσηλευτικού προσωπικού απαγκιστρώνει – μερικώς - τους/τις έμπειρους/ες νοσηλευτές/ριες από τις σχέσεις εξουσίας, και αναπτύσσουν νοσηλευτική πράξη η οποία – αν και τέμνεται από την ιατρική επιστήμη και επάγγελμα – έχει το δικό της πυρήνα και αντικείμενο. Με άλλα λόγια, ορίζουν ένα διακριτό «ετεροτοπικό» πεδίο επιρροής στη Μονάδα και απελευθερώνουν κομμάτι της ταυτότητά τους από την επιρροή των γιατρών. Ειδικά κάποιοι και κάποιες από τους/τις εξαιρετικά έμπειρους/ες νοσηλευτές/ριες,

επικαθορίζουν την τελική έκβαση των ασθενών τους, επιφέροντας – αν και μόνο ανεπίσημα - μικρές ρωγμές στην τάξη πραγμάτων.

Παρά ταύτα, οι πληροφορητές/ριες στο εθνογραφικό παράδειγμα ουδέποτε αμφισβήτησαν την επιστημονικότητα της ιατρικής γνώσης - όπως θα φανεί αναλυτικότερα στο επόμενο κεφάλαιο. Αντιθέτως, η ειδική γνώση που κατείχαν ανήκε κατά πολύ στη σφαίρα της βιοϊατρικής, την οποία είχαν οικειοποιηθεί και αναπτύξει περαιτέρω στον βαθμό που μπορούσαν. Αυτός ήταν και ένας από τους λόγους που πολλά από τα επιτεύγματά τους νομιμοποιούνταν ή φαίνονταν ότι χρειάζεται να νομιμοποιηθούν μέσω της εξουσίας των γιατρών. Για παράδειγμα, το γεγονός ότι οι περισσότεροι/ες έμπειροι/ες νοσηλευτές/ριες καλούσαν αμέσως τους/τις γιατρούς στο επείγον περιστατικό που είχαν οι ίδιοι/ες διαγνώσει, δείχνει ότι η επιρροή τους έπρεπε να ασκηθεί μέσα από την εξουσία των γιατρών. Στην ίδια διαπίστωση καταλήγει και η Polifroni (2010), στην ανασκόπηση για την άσκηση κλινικής εξουσίας, με όρους Φουκώ, στο νοσοκομείο, όπου πολύ συχνά οι νοσηλευτές/ριες προσέφευγαν στην ισχύ και εξουσία που κατέχουν οι γιατροί, και την οποία θεωρούσαν μεγαλύτερη από αυτή που κατείχαν οι ίδιοι/ες, προκειμένου να περάσουν κάποιες αλλαγές στην αντιμετώπιση των αρρώστων. Στη συνέχεια, ο/η γιατρός εκτιμάει τα στοιχεία που παρουσιάζει ο/η νοσηλευτής/ρια και αξιολογεί αν αυτό που προτείνει είναι καλή ιδέα, γράφει την ιατρική οδηγία ή δίνει τη συγκατάθεσή του. Πρόκειται για την περίπτωση που ο/η νοσηλευτής/ρια υποθέτει ότι ο/η ίδιος/α δεν έχει εξουσία/δύναμη (ακόμη κι όταν τη διαθέτει θεσμικά) και αναγκαστικά εμπλέκει τον/τη γιατρό και κάνει χρήση της εξουσίας του/της γιατρού προκειμένου να πετύχει τον στόχο του/της.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, όπως έδειξα, οι νοσηλευτές/ριες στο ελληνικό παράδειγμα, ακόμη και οι πιο έμπειροι/ες, κατέφευγαν στην τακτική της διαπραγμάτευσης και σε στρατηγικές επικοινωνίας που παρέπεμπαν στο «παιχνίδι γιατρού-νοσηλεύτριας» του Stein (1967). Η Δούκισσα, η Άρτεμις, η Ελπίδα και η Ακριβή, παραδέχονταν ότι είχαν φτάσει σε ένα επίπεδο που μπορούσαν να «κοντρολάρουν» τους/τις γιατρούς ή να διαπραγματευτούν με τους/τις γιατρούς το τι και πότε θα γίνει κάτι στον άρρωστο, άλλοτε μέσω ανοικτής αντιπαράθεσης και σύστασης προς τους γιατρούς, και άλλοτε με το χιούμορ, τις ανεπαίσθητες νύξεις και τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις που ανέπτυσαν με κάποιους από τους/τις γιατρούς.

Παρά τούτα, ένιωθαν προβληματισμένες για την «απουσία» τους από την επίσκεψη των γιατρών, καθώς αναγνώριζαν ότι η συμμετοχή τους θα προσέδιδε άλλο κύρος στην «παρουσία» τους στη ΜΕΘ. Στο επόμενο κεφάλαιο επεκτείνομαι στο ζήτημα αυτό, αναλύοντας τους τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές/ριες αποκλείονται έως και αυτο-αποκλείονται από την ιατρική επίσκεψη και την τυπική συμμετοχή τους στις κλινικές αποφάσεις των γιατρών.

Κεφάλαιο 6^ο

Ιστορίες «αποκλεισμού» στην Εντατική

Στο προηγούμενο κεφάλαιο ανέδειξα τις πολλαπλές μορφές λήψης κλινικών αποφάσεων από τους/τις νοσηλευτές/ριες του εθνογραφικού παραδείγματος που μελέτησα, ιδιαίτερα αυτές που ελάμβαναν δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς, στην καθημερινή φροντίδα μακριά από τα μάτια των γιατρών, κατά την εισαγωγή του στη ΜΕΘ, στην οξεία επιδείνωση του περιστατικού, και γενικότερα στο λεγόμενο ανεπίσημο πλαίσιο της ΜΕΘ, εκεί όπου η διαπραγμάτευση, οι στρατηγικές επικοινωνίας και η εμπειρογνωμοσύνη των νοσηλευτών/ριών έκαμπταν τις σχέσεις εξουσίας, έκαναν τις σχέσεις γιατρών και νοσηλευτών/ριών λιγότερο κάθετες και απόλυτες, και επέφεραν ρωγμές στην ανωτερότητα της ιατρικής. Ωστόσο, υπάρχει και η άλλη πλευρά του ζητήματος, αυτή της λήψης αποφάσεων στο επίσημο πλαίσιο της ΜΕΘ. Πώς επιτελούν το έργο τους οι νοσηλευτές/ριες κατά τις επίσημες πρακτικές των γιατρών στη Μονάδα;

Σε αυτό το κεφάλαιο προσεγγίζω το ζήτημα της λήψης κλινικών αποφάσεων, μέσα από την πρακτική της «επίσκεψης» των γιατρών, και αναδεικνύω όλο το «παρασκήνιο» δηλαδή, τις δυνάμεις εξουσίας που ασκούνται έμμεσα, κατά την επίσκεψη, προς όλες τις κατευθύνσεις, κυρίως δε αυτήν από τους/τις γιατρούς προς τους/τις νοσηλευτές/ριες αλλά και αντιστρόφως. Παρουσιάζω την επίσκεψη των γιατρών στις διάφορες εκδοχές της και αναλύω τις πρακτικές και τους επαγγελματικούς λόγους αλήθειας που συνθέτουν το τυπικό της επίσκεψης στη Μονάδα. Εξετάζοντας το είδος της γνώσης στο οποίο δίνεται πρωταρχική βαρύτητα κατά την επίσκεψη, εστιάζω στους τρόπους με τους οποίους οι πληροφορητές/ριες της παρούσας μελέτης υποκειμενοποιούνται, δηλαδή, στους κατασταλτικούς και παραγωγικούς μηχανισμούς συγκρότησης της ταυτότητάς τους ή των ταυτοτήτων τους στο πλαίσιο της ΜΕΘ, ιδιαίτερα αυτό της επίσκεψης των γιατρών.

Η «επίσκεψη» των γιατρών ως επίσημο «κέντρο» λήψης αποφάσεων

Ρωτάω τη Γαλήνη «τι σε αποθαρρύνει όμως από το να συμμετέχεις; [στην επίσκεψη]»

Γαλήνη: [παύση...]

«Ο φόρτος εργασίας, καταλάβατε; Γιατί εγώ εκείνη την στιγμή - όταν τρέχει η δουλειά μου και η σκέψη μου στις πόσες εκκρεμότητες θα αφήσω στον συνάδελφό μου - και να θέλω, πολλές φορές δεν θα τις αφήσω γιατί δεν έχω την δυνατότητα να πάω να καθυστερήσω στην δουλειά μου μία και δύο ώρες επιπλέον για να μπορέσω να καλύψω τις εκκρεμότητες που πιθανόν να μην έχω καλύψει αυτό το μισάωρο που θα αναλογεί, όταν γίνεται η επίσκεψη.

Θέλω να πω ότι το χρόνο αυτό της επίσκεψης, που δεν είναι καθορισμένος, και δεν γίνεται πάντα, εγώ μπορώ να τον εκμεταλλευτώ να κάνω κάτι άλλο ...»

Όταν απευθύνω την ίδια ερώτηση σε άλλη πληροφορήτρια, μου απαντάει:

«Γίνεται επίσκεψη; Δεν γίνεται»

Η επίσκεψη των γιατρών είναι μία από τις πιο εμβληματικές και τυπικές πρακτικές που λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο. Η ιατρική επίσκεψη συμβαίνει κάθε ημέρα, τουλάχιστον τις καθημερινές, και συνιστά αναπόσπαστο κομμάτι της ρουτίνας τόσο στις κλινικές/τμήματα, όσο και στις ΜΕΘ των νοσοκομείων. Ως πρακτική, η επίσκεψη των γιατρών έχει περιγραφεί ως σύνθετη κλινική διεργασία και ως συνεδρία τυποποιημένης ενδο-νοσοκομειακής επικοινωνίας στη διάρκεια της οποίας συζητείται και αποφασίζεται το πλάνο αντιμετώπισης του ασθενούς (RCP & RCN, 2012).¹¹⁶ Πρόκειται για πρακτική όπου η ιατρική ομάδα με τον Συντονιστή Διευθυντή ιατρό, συνοδεία της νοσηλευτικής ομάδας και των φοιτητών (αν υπάρχουν), ανασκοπούν τα περιστατικά υπό την ηγεσία του/της ιεραρχικά ανώτερου/ης γιατρού του τμήματος/κλινικής (βλ. παράρτημα: εικόνα 22, η επίσκεψη των γιατρών σε

¹¹⁶ RCP: Royal College of Physicians, RCN: Royal College of Nursing.

ΜΕΘ). Συνήθως συνοδεύει και ο/η προϊστάμενος/η της κλινικής ή Μονάδας τους/τις γιατρούς στην επίσκεψη, και παρέχει πληροφορίες στους/τις γιατρούς και υποστήριξη στους/τις νοσηλευτές/ριες. Κατά την ιατρική επίσκεψη συζητούνται – εξονυχιστικά – όλα τα προβλήματα του ασθενούς (ιατρικά, φαρμακευτική αγωγή, νοσηλευτικά, σίτιση), όπως και αυτά που άπτονται της ευθύνης των φυσικοθεραπευτών, των εργοθεραπευτών, των κοινωνικών λειτουργών και άλλων μελών της ομάδας περίθαλψης (Weber et al., 2007). Στη συνέχεια, αφού έχει προηγηθεί η ανταλλαγή πληροφοριών, ορίζεται το γενικό πλάνο δράσης και διαχείρισης του περιστατικού. Συνεπώς, μια από τις λειτουργίες της ιατρικής επίσκεψης είναι και η λήψη κλινικών αποφάσεων. Συνήθως την τελική απόφαση την παίρνει ο Συντονιστής Διευθυντής της κλινικής/τμήματος που είναι και ο θεράπων ιατρός του ασθενούς. Ιδανικά, όλα τα μέλη της ομάδας περίθαλψης έχουν την ευκαιρία να παρουσιάσουν ζητήματα και προβλήματα του ασθενούς που θεραπεύει το δικό τους επιστημονικό πεδίο. Η επιτυχία της επίσκεψης των γιατρών απαιτεί δεξιότητες επικοινωνίας - από όλους και όλες τους/τις εμπλεκόμενους/ες - και πιστεύεται ότι η αμεσότητα της επικοινωνίας σε συνδυασμό με τη φυσική παρουσία του ασθενούς δίνει τέτοια δυναμικότητα και πνοή στη μοναδικότητα του κάθε περιστατικού που δεν συγκρίνεται με άλλες μεθόδους επισκόπησης του ασθενούς.¹¹⁷

Οι Coombs και Ersser (2004) έχουν υποστηρίξει ότι οι κλινικές αποφάσεις στη ΜΕΘ δεν μπορούν πια να χαρακτηρισθούν ως αμιγώς ιατρικές. Η σύγχρονη έρευνα σχετίζεται με πολλά επιστημονικά πεδία πλέον και προσφέρει απαντήσεις σε

¹¹⁷ Η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι, ενώ η επίσκεψη των γιατρών είναι ιδανικό πλαίσιο για την ανταλλαγή πληροφοριών (Weber et al., 2007), υπάρχουν πολλές επιφυλάξεις ως προς τον παραδοσιακό της χαρακτήρα εξαιτίας της μεγάλης διάρκειας που απαιτεί - ενδεικτικά από 90 έως 420 λεπτά (Ten Have et al., 2013) - και του αυξημένου φόρτου εργασίας των γιατρών και των νοσηλευτών/ριών. Τα τελευταία χρόνια προτείνονται εναλλακτικές «επισκέψεις» όπως αυτές της σύσκεψης και χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών σε ΜΕΘ με ηλεκτρονικό φάκελο και καταχώρηση όλων των δεδομένων (electronic database) (Aitken et al., 2011), της χρήσης λιστών (check-list) με τυποποιημένες τις παραμέτρους του αρρώστου που *πρέπει* να συζητηθούν (Ten Have et al., 2013), και τον ωριαίο νοσηλευτικό έλεγχο των αρρώστων με *έμφαση* στην ασφάλεια και πρόληψη επιπλοκών (hourly rounding) (Harrington et al., 2013). Εξαιτίας των παραπάνω, οι επαγγελματικοί σύλλογοι συνέστησαν τρόπους για την αναζωπύρωση της ιατρικής επίσκεψης ώστε η πρακτική αυτή να ανακτήσει τη κεντρική θέση που της αρμόζει στο νοσοκομείο γιατί είναι ένα εξαιρετικό πλαίσιο επικοινωνίας που δεν πρέπει να χαθεί (Triggle, 2012). Παρά ταύτα, σε αντίθεση με ό,τι φαίνεται να συμβαίνει στις κλινικές/τμήματα των νοσοκομείων, η επίσκεψη των γιατρών στις ΜΕΘ στο εξωτερικό διεξάγεται πάντα με τους/τις νοσηλευτές/ριες των ασθενών παρόντες/ούσες.

διεπιστημονικά ζητήματα, με αποτέλεσμα και οι γιατροί, στις αποφάσεις τους κατά την επίσκεψη (ή και εκτός αυτής), να αναγκάζονται να επιλέγουν διεπιστημονικές λύσεις στα σύνθετα ιατρικά προβλήματα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ούτε τα παραδοσιακά όρια μεταξύ ιατρικής και νοσηλευτικής μπορούν να ισχύουν, αφού οι νοσηλευτές/ριες έχουν αναπτύξει ειδικές και προηγμένες (advanced) γνώσεις και ειδικούς ρόλους στις ΜΕΘ. Γι' αυτό και, ιδανικά, θα έπρεπε να συμμετέχουν όλοι/ες όσοι/ες εμπλέκονται στη διαχείριση των περιστατικών (Coombs & Ersser, 2004).¹¹⁸ Αυτός είναι και ο λόγος που, για παράδειγμα, τα Βασιλικά Κολλέγια γιατρών και νοσηλευτών/ριών στο Η.Β., σε από κοινού δηλώσεις και διακηρύξεις τους, προκρίνουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών/ριών και την εκπαίδευσή τους στο πώς να διαμορφώνουν την επιχειρηματολογία τους με την υποστήριξη των προϊστάμενων νοσηλευτών/ριών, γιατί η *συνεχής* παρουσία τους *δίπλα* στον άρρωστο τους/τις αναδεικνύει σε κύριο παράγοντα για την βέλτιστη παροχή φροντίδας και αντιμετώπισης (RCP & RCN, 2012). Αναγνωρίζουν, δηλαδή, ότι οι νοσηλευτές/ριες είναι εκείνοι/ες που έχουν θέση κλειδί στη διάχυση των πληροφοριών και στην υπεράσπιση των αρρώστων τους με το να προωθούν τις ιατρικές επισκέψεις ως ευκαιρία για διεπιστημονική επικοινωνία μάλλον, παρά ως τελετουργική πρακτική που επιβεβαιώνει την ανωτερότητα της ιατρικής έναντι των άλλων.

Ωστόσο, η Maureen Coombs, καθηγήτρια νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο του Southampton, στο άρθρο της «*Power and conflict in intensive care clinical decision making*» (2003), όπου παρουσιάζει τα αποτελέσματα της εθνογραφικής μελέτης που διεξήγαγε σε τρεις ΜΕΘ στο Η.Β., ισχυρίζεται ότι η «κυριαρχία» της ιατρικής και η απορρέουσα δύναμη που κατέχει συνεχίζουν να επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο που διεξάγεται η επίσκεψη των γιατρών στη ΜΕΘ (Ward Round). Η ανάλυση της Coombs προσφέρει μια κριτική ανάγνωση της «επίσκεψης», όπου το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζεται ως μια καθαρά περιθωριοποιημένη ομάδα στη λήψη τυχόν

¹¹⁸ Έχει υποστηριχθεί ότι, ενώ το ιατρικό επάγγελμα παραμένει η κυρίαρχη εργασιακή ομάδα (Nettleton, 2002), ο όρος «κυριαρχία» γίνεται σχετικός (Freidson, 1986), και τα όρια του ιατρικού ελέγχου γίνονται ρευστά και διαπραγματεύσιμα (Webb, 1996). Η σχετική αύξηση του κύρους και της αυτονομίας των παραϊατρικών επαγγελματιών (Elston, 1977), καθώς και η μεγαλύτερη πολυπλοκότητα και ευρύτερος καταμερισμός της εργασίας και της επιστημονικής της γνώσης, σημαίνουν ότι οι γιατροί εξαρτώνται όλο και περισσότερο από την εξειδίκευση και εμπειρογνωμοσύνη άλλων επαγγελματιών ομάδων.

αποφάσεων. Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές/ριες αντιμετώπιζαν δυσκολίες ακόμα και απλώς να παρακολουθήσουν, ως ισότιμα μέλη, την ιατρική επίσκεψη, οι δε γιατροί συχνά αγνοούσαν ή επεδείκνυν δυσπιστία σε όσα τους ανέφεραν για την κατάσταση του/της ασθενούς, με αποτέλεσμα να δίνουν προτεραιότητα στις δικές τους απόψεις:

«Αν και το ιατρικό προσωπικό αναγνώριζε την αξία του νοσηλευτή/ριας ΜΕΘ που είχε βαθιά γνώση της κατάστασης του/της ασθενούς, αρκετά συχνά δεν αξιοποιούσε αυτή τη γνώση κατά τη λήψη των αποφάσεων στην ιατρική επίσκεψη. Κάθε φορά που αυτό συνέβαινε, το νοσηλευτικό προσωπικό διακατεχόταν από συναισθήματα απογοήτευσης λόγω της μη αναγνώρισης του ρόλου του από τους γιατρούς. [...] Ακόμα και η θέση που καταλάμβαναν [με το σώμα τους] οι νοσηλευτές/ριες σε σχέση προς με τους γιατρούς κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης – στην οποία συμμετέχουν ο επιμελητής, οι ειδικευόμενοι γιατροί και οι φοιτητές της ιατρικής – ποίκιλε κάθε φορά. Έτσι, κάποιοι/ες από τους/τις νοσηλευτές/ριες κατάφεραν να σταθούν κοντά στον ασθενή και δίπλα στους γιατρούς, αφού είχαν καταφέρει να περάσουν μέσα από την ομάδα των γιατρών, και άλλοι/ες πάλι δεν μπορούσαν καν να τοποθετηθούν κοντά στο κρεβάτι του/της ασθενούς, προκειμένου να ακούνε αυτά που λέγονταν και να συμμετέχουν στην επίσκεψη» (Coombs, 2003, σ.131)

Πάντως, αυτού του είδους συμπεριφορές από την πλευρά των γιατρών προς τους/τις νοσηλευτές/ριες της ΜΕΘ φαίνεται να αποτελούν αρκετά συνηθισμένη πρακτική και στις κλινικές – τα ανοικτά τμήματα - των νοσοκομείων του εξωτερικού. Ερευνητές που εξέτασαν τους συμβολισμούς που κρύβονται πίσω από το τυπικό της ιατρικής επίσκεψης, έδειξαν ότι οι εκτιμήσεις των νοσηλευτών/ριών για τους ασθενείς, ακόμα και στα πιο πρόσφατα χρόνια, δεν εκπροσωπούνται στις ιατρικές επισκέψεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές/ριες στο Η.Β. σταμάτησαν πλέον να επιδιώκουν να συμμετέχουν στην ιατρική επίσκεψη επικαλούμενοι/ες τον αυξημένο φόρτο εργασίας (Liu et al., 2013 και 2014). Δημοσιεύσεις επιβεβαιώνουν ότι στην εποχή της λεγόμενης «πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις» (Evidence Based Practice),¹¹⁹ το τυπικό της ιατρικής επίσκεψης έχει υπονομευτεί και από το ίδιο το

¹¹⁹ Σύμφωνα με τον Νίκο Ρίκο (2017), οι όροι «τεκμηριωμένη πρακτική» και «πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις» αναφέρονται στις τεκμηριωμένες με έρευνα νοσηλευτικές πρακτικές που οδηγούν στη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας προς όφελος του ασθενή. Οι ορισμοί που αναφέρονται στη βιβλιογραφία είναι πολυάριθμοι με πλέον διαδεδομένο τον ορισμό των Sackett et al. (2000) σύμφωνα με τον οποίο, ως «τεκμηριωμένη πρακτική» ορίζεται «ο συνδυασμός των καλύτερων πρακτικών με τη γνώμη των ειδικών και τις αξίες και προτιμήσεις των ασθενών». Στα πλαίσια της τεκμηριωμένης νοσηλευτικής, οι νοσηλευτές/ριες πρέπει να γνωρίζουν τα εξής: α) τι συνιστούν

νοσηλευτικό προσωπικό: πολλοί και πολλές νοσηλευτές/ριες, από τη μια, τη θεωρούν ως μια όχι τόσο σημαντική πτυχή και συλλογική πρακτική της καθημερινότητας στο βρετανικό νοσοκομείο (Duffin, 2012), από την άλλη, πιστεύουν ότι δεν είναι πλέον κομμάτι του νοσηλευτικού τους ρόλου να παρακολουθούν την επίσκεψη των γιατρών, εξαιτίας της ανάγκης να ικανοποιούν πληθώρα άλλων στόχων που θέτει το Βρετανικό Υπουργείο Υγείας στον ήδη πιεσμένο χρόνο που έχουν (Herring et al., 2013), αλλά και λόγω της έλλειψης εμπιστοσύνης από τη δική τους πλευρά στην οποιαδήποτε συνεισφορά και αξία της ιατρικής επίσκεψης στην έκβαση του ασθενούς (Parissopoulos et al., 2013). Στη συνέχεια παρουσιάζω κάποιες από τις παρατηρήσεις μου ως προς την επίσκεψη των γιατρών στη ΜΕΘ που μελέτησα.

Η επίσκεψη των γιατρών: «μια σκόρπια κατάσταση».

Στην ενότητα που ακολουθεί στηρίζομαι κυρίως στις εμπειρίες των πληροφορητών/ριών, οι οποίοι/ες, όπως θα δείξω, βίωναν κατά την επίσκεψη των γιατρών όλες αυτές τις σχέσεις εξουσίας που αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Η Κλεοπάτρα μου λέει για την επίσκεψη στη Μονάδα που δούλευε, «είναι μια σκόρπια κατάσταση». Η Γαλήνη θέλει να την παρακολουθήσει, αλλά ο επιβαρυσμένος φόρτος εργασίας δεν της το επιτρέπει, κι ενώ ξέρει ότι «πρέπει», τελικά προτιμάει να μην αφήσει τις δουλειές της πίσω. Η Βούλα πάλι, διακόπτει τους/τις γιατρούς που κάνουν επίσκεψη στο διάδρομο και αναζητάει τις πληροφορίες και το διάγραμμα παρακολούθησης που χρειάζεται για τον ασθενή της και επιστρέφει στην πτέρυγα. Ο Γαληνός, αν και τολμάει να πάει να κάτσει δίπλα τους στο διάδρομο, δεν καταφέρνει να μείνει για πολλή ώρα, δεν του δίνουν σημασία και μετά από λίγο φεύγει, γιατί νιώθει «παρείσακτος». Στην περίπτωση της Αγνής, όπως λέει, δουλεύει κι έχει τα αυτιά της στραμμένα προς στην επίσκεψη – στη δική της Μονάδα αυτή γίνεται στο κρεβάτι του ασθενούς – αλλά δεν έχει την πολυτέλεια να αφήσει τις δουλειές της πίσω.

ερευνητικά δεδομένα, β) πώς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτά, γ) πώς να τα χρησιμοποιήσουν στην κλινική πρακτική, δ) πώς τα δεδομένα μπορούν να αξιολογηθούν, ε) ποια είναι τα ενδεδειγμένα εργαλεία αξιολόγησής τους, και στ) πόσο αποτελεσματικές είναι οι παρεμβάσεις που σχεδιάζονται και εφαρμόζονται στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική.

Είχα την ευκαιρία να παρακολουθήσω πολλές φορές την επίσκεψη των γιατρών στη διάρκεια της επιτόπιας έρευνας, και σχετικά γρήγορα αντιλήφθηκα ότι αυτή ελάμβανε χώρα σε ποικίλες εκδοχές: από αυτή της ανεπίσημης χαλαρής συνομιλίας των ιατρών στο γραφείο τους με κλειστή την πόρτα ή στο διάδρομο της Μονάδας, έως την επίσημη εκδοχή της με τον Διευθυντή ιατρό και την ιατρική ομάδα στην πτέρυγα των ασθενών. Η κάθε πτέρυγα είχε τη δική της ιατρική ομάδα με τον Διευθυντή γιατρό, επομένως και τη δική της επίσκεψη κάθε μέρα. Η πιο συνήθης εκδοχή της ήταν αυτή της επίσκεψης στο διάδρομο έξω από τις πτέρυγες, ή σε ένα από τα γραφεία των γιατρών. Σε όλη τη διάρκεια της επιτόπιας, οι περιπτώσεις που αυτή έγινε μέσα στην πτέρυγα των ασθενών μπροστά από τις κλίνες τους ήταν πολύ σπάνιες. Ωστόσο, σε όλες τις εκδοχές της, ο Διευθυντής ή επιμελητής Α' ιατρός της πτέρυγας ήταν αυτός/η που συντόνιζε το τυπικό και το περιεχόμενο της συζήτησης. Οι νεότεροι ιατροί παρούσιάζαν τα περιστατικά της πτέρυγας στους/τις ιεραρχικά ανώτερους/ες γιατρούς της ομάδας. Οι νοσηλευτές/ριες δε συμμετείχαν στην επίσκεψη.

Στην πρώτη περίπτωση που παρουσιάζω, η ομάδα των γιατρών συζητάει τα περιστατικά της πτέρυγας Α' στο διάδρομο, καθήμενοι σε καρέκλες σε σχετικά κυκλική παράταξη ακριβώς έξω από την πτέρυγα Α'. Ο διάδρομος, πλάτους 2-2,5 μέτρων, και, κατά μήκος των παραθύρων, κάποια γραφεία/έδρανα με έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή και γραφική ύλη, λειτουργούν και ως «χώρος των γιατρών» για να μελετάνε φακέλους ασθενών, να εξετάζουν ακτινογραφίες, να ανασκοπούν εργαστηριακές εξετάσεις και να συζητάνε τα περιστατικά τους. Φυλλάδια της Μονάδας βρίσκονται πάνω στα έδρανα εδώ κι εκεί, και μια στοίβα ιατρικών φακέλων για ασθενείς που έχουν πάρει εξιτήριο ή έχουν πεθάνει, μαρτυρά το πλήθος των ασθενών που έχουν περάσει από την πτέρυγα, όπως και την απουσία γραμματειακής υποστήριξης για αρχειοποίηση και τακτοποίηση των εγγράφων. Το καρότσι με τους φακέλους της πτέρυγας είναι δύο μέτρα πιο πέρα. Η πτέρυγα των ασθενών είναι δίπλα, διαχωρίζεται χωροταξικά από το διάδρομο με τοίχιο που φέρει και τζαμαρία, και η πρόσβαση στην πτέρυγα είναι ελεύθερη καθώς η είσοδος προς αυτή δε φέρει θύρες. Επομένως, οι γιατροί μπορούν να έχουν οπτική επαφή με ασθενείς και νοσηλευτές/ριες από το διάδρομο, και παράλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό τους εντοπίζει/βρίσκει το ίδιο εύκολα. Στις άλλες πτέρυγες (Β' και Γ') υπάρχουν γραφεία των γιατρών, αλλά στην πτέρυγα Α' το τελείωμα του διαδρόμου, που φαρδαίνει,

χρησιμεύει και ως χώρος συνάντησης και σύσκεψης των γιατρών. Ο φαρδύς διάδρομος της ΜΕΘ (σε σχήμα πετάλου) λειτουργεί ως χώρος διέλευσης στις τρεις πτέρυγες και στους βοηθητικούς χώρους (δωμάτιο εποπτείας, γραφεία γιατρών και προϊστάμενου, αναλώσιμο υλικό, κουζίνα, αποστείρωση), και ως χώρος εναπόθεσης μηχανημάτων έτοιμων προς χρήση, φύλαξης των φακέλων, ακτινογραφιών. Είναι μεσημέρι και λίγο πριν την αλλαγή βάρδιας των νοσηλευτών/ριών. Στέκομαι λίγο πιο πέρα, πάντως αρκετά κοντά στους/τις γιατρούς, εξετάζω κάποιους φακέλους και δείχνω απορροφημένος στο να κρατάω σημειώσεις, αλλά προσπαθώ να ακούσω και τι λένε.

[Σημειώσεις πεδίου 05-11-12 η επίσκεψη των γιατρών στο διάδρομο]: «Ο επιμελητής Α' ξεκινάει την επίσκεψη και κάνει κάποιες ερωτήσεις, οι επιμελητές Β' απαντάνε, συμβουλευόνται το φάκελο του ασθενούς, ανατρέχουν στην κλινική εξέταση της ημέρας και ο εξειδικευόμενος γιατρός, ο νεότερος και λιγότερο έμπειρος της ιατρικής ομάδας, τους παρουσιάζει τις απαντήσεις των εργαστηριακών της ημέρας και όποια νεότερα δεδομένα του έχουν παραδώσει οι νοσηλευτές/ριες του ασθενούς. Κάποια από τα περιστατικά τους προβληματίζουν, δεν είναι ξεκάθαρο ακόμα ποια είναι η πάθηση που τα ταλαιπωρεί και προκαλεί την κλινική εικόνα που παρουσιάζουν (πυρετό, αυξημένη τιμή κάποιας ουσίας στο αίμα).»

Η «επίσκεψη» που παρακολουθώ παραπέμπει περισσότερο σε άτυπη συζήτηση μεταξύ των γιατρών της πτέρυγας - σε χαμηλούς τόνους - μακριά από ασθενείς και νοσηλευτές/ριες, με τον επιμελητή Α' της πτέρυγας σε ρόλο συντονιστή της πτέρυγας, παρά στην επίσκεψη στην τυπική της μορφή, ως ανασκόπηση των περιστατικών με την ομάδα των γιατρών να περνάει από κρεβάτι σε κρεβάτι. Η επίσκεψη είχε πολύ συχνά αυτή τη μορφή, στο διάδρομο έξω από την πτέρυγα ή στο γραφείο των γιατρών, χωρίς την συμμετοχή των νοσηλευτών/ριών της πτέρυγας. Σε αυτή την επίσκεψη, κύριο διακύβευμα είναι η διαφοροδιάγνωση¹²⁰ των περιστατικών και ο προγραμματισμός κάποιων εξετάσεων. Προκειμένου να έχουν όλα τα στοιχεία ανά χείρας, οι γιατροί έχουν δανειστεί τα διαγράμματα παρακολούθησης των ασθενών, τα οποία συνήθως φυλάσσονται στο κεντρικό έδρανο των νοσηλευτών/ριών στην πτέρυγα. Οι γιατροί μελετάνε τα ζωτικά σημεία για αποκλίσεις και τυχόν

¹²⁰ Διαφορική διάγνωση ή διαφοροδιάγνωση είναι η διαγνωστική διαδικασία μέσω της οποίας αποκλείονται παθήσεις με παρόμοια συμπτώματα ώστε οι γιατροί να καταλήξουν στην επικρατέστερη διάγνωση.

απότομες αλλαγές στα φάρμακα, στον μηχανικό αερισμό, στα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Η νοσηλεύτρια Βούλα χρειάζεται να «δανειστεί» το διάγραμμα για να περάσει τα ζωτικά σημεία του ασθενούς της, η ώρα είναι 14.00 και χωρίς δισταγμό διακόπτει τους/τις γιατρούς και παίρνει το διάγραμμα παρακολούθησης του ασθενούς.

[Σημειώσεις πεδίου 05-11-12 η επίσκεψη των γιατρών στο διάδρομο]:

«Όση ώρα κρατάει η επίσκεψη, ακούγονται από την πτέρυγα Α' οι νοσηλεύτές και οι νοσηλεύτριες της πρωινής βάρδιας να μιλάνε μεταξύ τους, να αστεϊεύονται, ενώ παράλληλα ετοιμάζουν τη μεσημβρινή νοσηλεία [φάρμακα]. Κάποια στιγμή η Βούλα, η νοσηλεύτρια που έχει τους τρεις από τους έξι ασθενείς, έρχεται στο διάδρομο και στα γρήγορα περνάει τα ζωτικά σημεία του ασθενούς της στο διάγραμμα και υπολογίζει το ισοζύγιο υγρών.

Επειδή οι γιατροί παίρνουν τα διαγράμματα μαζί τους έξω από την πτέρυγα, οι νοσηλεύτές/ριες συνήθως παραπονούνται όταν δεν τα έχουν μέσα στη πτέρυγα γιατί χωρίς αυτά δεν μπορούν να περάσουν τις ωριαίες παρατηρήσεις, να ελέγξουν τις ιατρικές οδηγίες, να γράψουν τη λογοδοσία. Το διάγραμμα είναι προέκταση του αρρώστου τους και παράλληλα προέκταση και του δικού τους εαυτού αφού πάνω σε αυτό καταγράφουν τις δικές τους εκτιμήσεις. Η Βούλα ανησυχεί για έναν από τους ασθενείς της. Δεν συμμετέχει στην επίσκεψη, αλλά έχει το νου της γιατί έχει ήδη αναφέρει κάποια πράγματα που την ανησυχούν στον εξειδικευόμενο γιατρό. Σήμερα θέλει οπωσδήποτε να δουν την ακτινογραφία του, ανησυχεί για το αναπνευστικό του γιατί βλέπει ότι δεν μπορεί να τον αποδεσμεύσει από τον αναπνευστήρα.

Η Βούλα πάει προς τους/τις γιατρούς, λέει στον εξειδικευόμενο «Πέτρο», την ακτινογραφία στο 3 την είδατε;»

Ο Πέτρος προς τους άλλους γιατρούς «Ακτινογραφία στο 3 είδαμε;»

Βούλα «Αυτός βρε παιδιά τον αποσυνδέεις από τον αναπνευστήρα και κάνει 86% κορεσμό, δεν κρατάει καθόλου» (εννοεί ότι τα επίπεδα του οξυγόνου στο αίμα μειώνονται πέρα από το φυσιολογικό).

«Είναι φορτωμένος» (εννοεί με υγρά)

«Τόσο πολύ;» Η Βούλα επιστρέφει στην πτέρυγα.

Έχω παρατηρήσει ότι η επίσκεψη δε λαμβάνει χώρα την ίδια ώρα κάθε μέρα, αν και σύμφωνα με τον επίσημο προγραμματισμό των εργασιών υποτίθεται ότι ξεκινάει στις 11:00. Ο Διευθυντής της ΜΕΘ συνήθως δεν παρίσταται, κι εγώ δεν πέτυχα ποτέ – κατά την επιτόπια - επίσκεψη των γιατρών με τον Διευθυντή παρόντα, αν και οι συμμετέχοντες/ουσες με διαβεβαιώνουν ότι κάποτε το έκανε τακτικά. Οι νοσηλεύτές/ριες δε φαίνεται να συμμετέχουν στο τυπικό της επίσκεψης, μπορεί μεν να παρευρίσκονται στην πτέρυγα, και όχι πάντα, αλλά όχι για την επίσκεψη. Συνήθως δείχνουν να είναι απασχολημένοι/ες με τις δικές τους εργασίες. Πολύ σπάνια έχω δει κάποιους/ες από τους/τις επιμελητές/τριες να κάνουν επίσκεψη μέσα στην πτέρυγα, αλλά αυτό φαίνεται να εξαρτάται αποκλειστικά από τον/την ίδιο/α τον/την γιατρό. Έτσι, ο διάδρομος σε αυτή τη ΜΕΘ είναι, εκτός από χώρος μετάβασης και πρόσβασης στις πτέρυγες, και συνάντησης και συνέντευξης των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων, και χώρος λήψης αποφάσεων των γιατρών (βλ. παράρτημα: εικόνα 23, ο διάδρομος).

Δηλαδή έχει τη δική του μοναδική λειτουργία στη ΜΕΘ, όπου μηνύματα, πληροφορίες και εντολές μεταβιβάζονται μεταξύ των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού, ο προϊστάμενος εποπτεύει το προσωπικό και συντονίζει τις τρεις πτέρυγες, οι συγγενείς ενημερώνονται από τους/τις γιατρούς για τους συγγενείς τους κάθε απόγευμα, τα μεγάλα μηχανήματα αποθηκεύονται, αλλά και οι γιατροί διεξάγουν την ιατρική επίσκεψη.»

Άλλες φορές, η λεγόμενη επίσκεψη γινόταν στο γραφείο των γιατρών. Αυτό καταδείκνυαν και οι μαρτυρίες των νοσηλευτών/ριών. Σύμφωνα και με τη Δούκισσα, η επίσκεψη σπάνια γίνεται πάνω από τον ασθενή, «ό,τι λένε το λένε μέσα [στο γραφείο των γιατρών] και ποτέ πάνω από τον ασθενή». Στην πλειονότητά τους, οι γιατροί στη ΜΕΘ συνηθίζουν να επισημαίνουν στους/τις νοσηλευτές/ριες ότι πέρασαν νέες οδηγίες ή ότι άλλαξαν υπάρχουσες οδηγίες. Σε αντίθεση με τις κλινικές/τμήματα στους ορόφους του νοσοκομείου, η επικοινωνία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών στην Εντατική είναι συχνή, λόγω της κλινικής κατάστασης των ασθενών, αλλά και αρκετά άμεση, φιλική, λόγω της συνύπαρξής τους στο χώρο της ΜΕΘ για πολλές ώρες. Όπως έχω ήδη δείξει, η διαπραγμάτευση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών συνιστά καθημερινή πρακτική. Παρά ταύτα, αυτό που αντιλήφθηκα να ενοχλεί περισσότερο τους/τις νοσηλευτές/ριες ήταν ότι, αρκετά συχνά λόγω της καθυστερημένης έναρξης της ιατρικής επίσκεψης, οι αλλαγές στις ιατρικές οδηγίες και οι νέες ιατρικές οδηγίες καταγράφονταν στο φύλλο παρακολούθησης σχετικά αργά το μεσημέρι, όταν δηλαδή οι νοσηλευτές/ριες ήδη ετοίμαζαν τη μεσημβρινή νοσηλεία (φάρμακα στις 12.00 και 14.00). Δηλαδή, η καθυστέρηση των γιατρών στο να ξεκινήσουν την επίσκεψη νωρίς ή σύμφωνα με το επίσημο προγραμματισμό της μονάδας, τους/τις δυσκόλευε και τους/τις «έβγαζε» από τον προγραμματισμό των εργασιών τους γιατί στο υπόλοιπο της βάρδιας έπρεπε να προλάβουν να ολοκληρώσουν τη φροντίδα των αρρώστων, πριν προσέλθει η επόμενη βάρδια για λογοδοσία, και να υλοποιήσουν τις νέες οδηγίες των γιατρών γρήγορα, αλλιώς οποιαδήποτε παράλειψη και καθυστέρηση στην χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής εκλαμβάνεται ως «φαρμακευτικό λάθος» από την υπηρεσία. Αυτό σήμαινε ότι πολλές φορές έπρεπε να ξαναφτιάξουν τη μεσημβρινή νοσηλεία με βάση τις νέες και επικαιροποιημένες οδηγίες και να απορρίψουν τη νοσηλεία που είχαν ήδη ετοιμάσει (ορούς, σίτιση, φάρμακα) κι ελάμβανε ενδοφλεβίως ο ασθενής.

Η Δάφνη, συμβασιούχος νοσηλεύτρια, με εμπειρία δύο ετών στη Μονάδα αυτή, μου εξηγεί ότι σε μια άλλη ΜΕΘ όπου εργαζόταν πριν έρθει σε αυτή, ο Διευθυντής ιατρός της Μονάδας ερχόταν στις επτά το πρωί και ρώταγε για τα περιστατικά

τον/την κάθε νοσηλεύτη/ρια τους ξεχωριστά, «πώς πήγε το βράδυ», και ενημερωνόταν από τον/την νοσηλεύτη/ρια. Επίσης, η προϊσταμένη, όπως και ο προϊστάμενος σε αυτή τη Μονάδα, ερχόταν στις έξι το πρωί και την ενημέρωναν (οι νυχτερινοί/ες) για τον κάθε ασθενή. Η Δούκισσα υποστηρίζει ότι οι νοσηλεύτές/ριες σε αυτή τη ΜΕΘ «δεν κάνουν τίποτα πέρα από το να προσφέρουν την αντιβίωση και να κάνουν φροντίδα». Προφανώς και δεν έκαναν μόνο αυτό, αλλά η ίδια νιώθει ότι δεν έχει ούτε άποψη ούτε πλήρη εικόνα για το περιστατικό της, καθώς δεν ενημερώνεται από τους/τις γιατρούς, και ούτε αυτή ενημερώνει τους/τις γιατρούς. Η εμπειρία του να μη ρωτιούνται για τα περιστατικά τους αναφέρεται από όλους/ες τους/τις συνομιλητές/ριες της έρευνας:

[Επιτόπια Παρατήρηση 19.10.12 διάλογος με τη νοσηλεύτρια Δάφνη]

«Εδώ πέρα δεν έχει άποψη [ο νοσηλεύτης/ρια] για το περιστατικό, δεν τον ρωτάει κανένας, δηλαδή, να, ενημερωνόμαστε μεταξύ μας οι νοσηλεύτές και δεν έχουμε πλήρη άποψη για το περιστατικό μας. Θα τον ρωτήσουν πώς πήγε, αλλά ουσιαστικά δεν τον έχει ενημερώσει ο ίδιος ο γιατρός... και ο γιατρός δεν ενημερώνεται γενικά από εμάς, γιατί ο νοσηλεύτης δεν έχει γενική άποψη για το περιστατικό του, δεν ξέρει τι είναι αυτό που έχει, δεν ξέρει αν καλυτερεύει, δεν ξέρει τι καλλιέργειες έχει, δεν ξέρει τι μικρόβια έχει...».

Ρωτάω τη Δάφνη «εσύ ξέρεις αν καλυτερεύει το περιστατικό σου;»

«Όχι, δεν ξέρω, δεν έχω ιδιαίτερη εμπειρία, η μόνη εμπειρία μου είναι δύο χρόνια εδώ - με σύμβαση - θα τελειώσω και όταν μου λέει 'τι είναι αυτό' δεν ξέρω, δεν με έχει ενημερώσει κανένας. Βέβαια δεν έχω πάρει - φάκελο - να κάτσω να δω από μόνη μου να δω τι είναι αυτό. Αλλά το πώς πάει το περιστατικό μου δεν ξέρω, δηλαδή συνήθως είμαι εδώ στη Γ' Μονάδα, αυτά τα περιστατικά δεν τα ξέρω. Πέρα από εμφανισιακά όπως τα βλέπω, στην πορεία δεν ξέρω τι έχει το κάθε ένα. Μπορεί να παίρνουμε καλλιέργειες, και πιο παλιά υπήρχε πρωτόκολλο με αιμοσφαιρίνη και κάναμε πολύ περισσότερη δουλειά, υπήρχε περισσότερη επιτήρηση σχετικά με την ασηψία, περνούσαν και μας επιτηρούσαν, και ακόμα νομίζω ότι ακόμα πάμε καλά γιατί μάθαμε να δουλεύουμε έτσι, αλλά τότε κάναμε κάποια μαθήματα, αλλά πάνω στο περιστατικό μας δεν έρχονται οι γιατροί, να είμαστε μπροστά ώστε να ακούσουμε κι εμείς, να ρωτήσουμε, ενώ στις άλλες Μονάδες το κάνουνε αυτό, ο νοσηλεύτης έχει άποψη, λέει ο ίδιος στον διευθυντή τι έχει, έχουμε ακούσει ότι στο νοσοκομείο ----- παίρνει και ο ίδιος μέρος στην επίσκεψη. Η διευθύντρια ρωτάει τους νοσηλεύτές για προτάσεις. Εμείς δεν γνωρίζουμε... άλλοι συνάδελφοι συμβασιούχοι στο -τάδε νοσοκομείο-----, έχουν πλήρη άποψη για τα περιστατικά τους και τα φάρμακα που χορηγούν... δηλαδή δεν έχουμε άποψη, ό,τι λένε το λένε μέσα στο γραφείο των γιατρών) και ποτέ πάνω από τον ασθενή... αυτό το πράγμα γίνεται στο εξωτερικό;.... είμαστε πανεπιστημιακή κλινική αλλά ούτε μάθημα... νοσοκομείο... είμαστε στο κενό, είμαστε τελείως πίσω, εκτελούμε μόνο οδηγίες, δεν έχουμε άποψη, κι άμα βλέπουμε ασθενή να καλυτερεύει, αν πέρασε από τον αναπνευστήρα στο bivar, αναπνευστικά μόνο». Χτυπάει ο συναγερμός του αναπνευστήρα, η Δάφνη πάει να τον ελέγξει και συνεχίζει με τις εργασίες της.»

Σε επίσκεψη με τον υπεύθυνο γιατρό της πτέρυγας, μέλος ΔΕΠ, με μικρή ομάδα φοιτητών και την εξειδικευόμενη γιατρό σε μια από τις πτέρυγες, ο υπεύθυνος γιατρός απευθύνει ερωτήσεις σε φοιτήτρια της ιατρικής, η τελευταία δεν ξέρει την απάντηση, ο γιατρός την πιέζει και τη «μαλώνει» γιατί θα έπρεπε να ξέρει. Η φοιτήτρια δακρύζει, η εξειδικευόμενη την ενθαρρύνει και την καθησυχάζει, και η έμπειρη νοσηλεύτρια Γαλήνη παρακολουθεί την επίσκεψη από μακριά και ακούει για τυχόν αλλαγές στις ιατρικές οδηγίες.

Η Γαλήνη ετοιμάζει τη μεσημβρινή νοσηλεία του ασθενούς της που νοσηλεύεται στο διπλανό κρεβάτι. Οι παρατηρήσεις μου επιβεβαιώνουν αυτό που υποστήριξε η Γαλήνη όπως και άλλοι/ες νοσηλευτές/ριες στις αφηγήσεις τους, εντός και εκτός εθνογραφικού παραδείγματος, ότι δηλαδή τους είναι από δύσκολο ως πρακτικά αδύνατο να συμμετέχουν στην επίσκεψη των γιατρών. Για κάποιους/ες φταίει ο ακατάστατος χρόνος διεξαγωγής της επίσκεψης, για άλλους ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η κακή αναλογία νοσηλευτή/ριας προς ασθενείς. Βασικά, η επίσκεψη συνιστά πρακτική κυρίως των γιατρών που αφορά τη δική τους ρουτίνα και οργάνωση του χρόνου τους, και σε αυτήν οι νοσηλευτές/ριες δεν έχουν λόγο για τον τρόπο ούτε για την ώρα διεξαγωγής. Η Γαλήνη θα ήθελε να μπορεί να συμμετέχει, αλλά τις περισσότερες φορές είναι αδύνατο να ακολουθήσει τους/τις γιατρούς και να αφήσει τις δουλειές της σε εκκρεμότητα.

Η Γαλήνη «[πάυση...] Ο φόρτος εργασίας, καταλάβατε; Γιατί εγώ εκείνη την στιγμή - όταν τρέχει η δουλειά μου και η σκέψη μου στις πόσες εκκρεμότητες θα αφήσω στον συνάδελφό μου - και να θέλω, πολλές φορές δεν θα τις αφήσω γιατί δεν έχω την δυνατότητα να πάω να καθυστερήσω στην δουλειά μου ένα και δύο ώρες επιπλέον για να μπορέσω να καλύψω τις εκκρεμότητες που πιθανόν να μην έχω καλύψει αυτό το μισάωρο που θα αναλογεί όταν γίνεται η επίσκεψη. Θέλω να πω ότι το χρόνο αυτό της επίσκεψης που δεν είναι καθορισμένος και δεν γίνεται πάντα, εγώ μπορώ να τον εκμεταλλευτώ να κάνω κάτι άλλο ...»

Όλα αυτά συνθέτουν ένα δύσκολο εργασιακό περιβάλλον για τους/τις νοσηλευτές/ριες της μονάδας, το οποίο επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο και από το ότι οι ίδιοι οι γιατροί δε φαίνεται να θεωρούν την παρουσία και συμμετοχή τους απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της ιατρικής επίσκεψης, κάτι το οποίο αναπαράγει την περιφερειακή θέση του νοσηλευτικού προσωπικού στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Οι γιατροί κάνουν την επίσκεψη με βάση αποκλειστικά τη δική τους ρουτίνα και χρονοδιάγραμμα, χωρίς να υπολογίζουν το κατά πόσο οι νοσηλευτές/ριες είναι διαθέσιμοι/ες και ικανοί/ες να συμμετέχουν στην επίσκεψη. Έτσι, είτε αυτή γίνεται τυπικά και μπροστά στο κρεβάτι του ασθενούς και με όλη την

θεραπευτική ομάδα παρούσα, συμπεριλαμβανομένων του διευθυντή και της προϊσταμένης, είτε άτυπα σε κάποιο γραφείο ή διάδρομο σε χρόνο μη προκαθορισμένο και χωρίς τη φυσική παρουσία των νοσηλευτών/ριών, εκπέμπονται εξίσου αρνητικές εικόνες απαξίωσης και μη αποδοχής των νοσηλευτών/ριών ως ισότιμων συνεργατών/ριών των γιατρών. Στην πλειονότητά τους οι συμμετέχοντες/ουσες νιώθουν ότι η φυσική τους παρουσία στην επίσκεψη δεν επιδιώκεται από τους/τις γιατρούς, ότι ο βαρύς φόρτος εργασίας της ρουτίνας της ΜΕΘ δεν το επιτρέπει και ότι η Διεύθυνση της ΜΕΘ δεν έχει κάνει κάτι ώστε οι ίδιοι/ες να αποδεσμεύονται προκειμένου να συμμετέχουν επί ίσοις όροις στην επίσκεψη. Οι ίδιοι/ες έχουν πλέον σταματήσει να επιζητούν και να διεκδικούν τη συμμετοχή τους στην ιατρική επίσκεψη, ο/η προϊστάμενος/η και η αναπληρώτρια προϊσταμένη επίσης δεν συμμετέχουν στην επίσκεψη ή στην πρωινή ενημέρωση των γιατρών. Πολλές φορές είχα την αίσθηση ότι, ακόμα και τις λίγες φορές που θα μπορούσαν να συμμετάσχουν ή έστω να παρακολουθήσουν την επίσκεψη σε κάποια πρωινή βάρδια όπου οι ασθενείς είναι σχετικά σταθεροί, επέλεξαν να απουσιάζουν και να κάνουν κάτι άλλο. Οι συμμετέχοντες/ουσες αναγνωρίζουν ότι αυτή η τακτική έχει αρνητικές συνέπειες όχι μόνο ως προς το πώς προσλαμβάνουν οι γιατροί τη δική τους παρουσία στη ΜΕΘ, αλλά και ως προς το πώς προσλαμβάνουν οι ίδιοι/ες τη συνεισφορά της φροντίδας και των παρατηρήσεών τους στη κλινική διαχείριση των περιστατικών, καθώς και τη δική τους ικανότητα να συμμετέχουν σε κλινικές αποφάσεις. Σε όλη τη διάρκεια της επιτόπιας έρευνας παρατήρησα ότι, ακόμα και τις φορές που ο/η γιατρός διεξήγαγε την επίσκεψη στην πτέρυγα μπροστά από τα κρεβάτια των ασθενών, οι νοσηλευτές/ριες παρακολουθούσαν διακριτικά από μακριά και δε συμμετείχαν στην επίσκεψη. Εκείνες τις στιγμές, οι νοσηλευτές/ριες, είτε ήταν απασχολημένοι/ες με τις δικές τους εργασίες, είτε μιλούσαν μεταξύ τους ως νοσηλευτική ομάδα για άλλα θέματα.

Οι πληροφορητές/ριες της μελέτης δείχνουν να είναι εγκλωβισμένοι/ες σε μια ρουτίνα φροντίδας, η οποία δε συμβαδίζει με αυτή των γιατρών - τις περισσότερες φορές η ιατρική επίσκεψη συνέπιπτε χρονικά με τη νοσηλεία των φαρμάκων, την παροχή φροντίδας ή και την ώρα του διαλείμματος - αλλά και από την οποία δε φαίνονται να είναι διατεθειμένοι/ες να βγουν προκειμένου να συμμετέχουν, γιατί, όπως λένε, δεν μπορούν να παρακολουθούν κάτι στο οποίο νιώθουν ότι δεν «συμμετέχουν» ενεργά. Οι συμμετέχοντες/ουσες θέλουν να είναι επιθυμητή η

παρουσία τους, να τους δίνεται η ευκαιρία να παρουσιάζουν το περιστατικό τους, να τους κάνουν οι γιατροί ερωτήσεις.

Δεν ήταν λίγες οι φορές που οι νοσηλευτές/ριες της Μονάδας ισχυρίστηκαν ότι η επίσκεψη των γιατρών «δεν γίνεται», τουλάχιστον όχι στην κλασική της μορφή που γινόταν στο παρελθόν – «Γίνεται επίσκεψη; Δεν γίνεται». Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές/ριες δεν αναγνώριζαν ως κανονική επίσκεψη την πρακτική των γιατρών να συζητούν τα περιστατικά στο γραφείο ή στο διάδρομο, έξω από την πτέρυγα με τους ασθενείς. Παρά ταύτα παρατήρησα ότι έστω και από μακριά έχουν το νου τους στο να ακούσουν και να «πιάσουν» τυχόν πληροφορίες που μπορεί να κριθούν χρήσιμες για αυτούς/ές όταν οι γιατροί συζητούν τα περιστατικά τους, έτσι ώστε οι ίδιοι/ες θα είναι σε ετοιμότητα για αλλαγές στην αντιμετώπιση των αρρώστων, π.χ. νέες εξετάσεις, αλλαγές φαρμάκων και γραμμών, αποτελέσματα εξετάσεων. Η Αγνή μου εμπιστεύτηκε ότι, όσο δουλεύει «πάνω» στους ασθενείς της, την ώρα που οι γιατροί συζητούν μεταξύ τους τα περιστατικά τους, αυτή έχει τα αυτιά της τεντωμένα σαν «χωνί» για να πιάσει κουβέντες και τυχόν νέες ιατρικές οδηγίες, γιατί θέλει να τις ξέρει έγκαιρα, προκειμένου να είναι προετοιμασμένη για το υπόλοιπο της βάρδιας. Όμοιες όμως εμπειρίες και απόψεις για το πώς διεξάγεται η ιατρική επίσκεψη στην Εντατική μου εκμυστηρεύθηκε και η Κλεοπάτρα, προϊσταμένη σε άλλη ΜΕΘ αθηναϊκού νοσοκομείου: η ιατρική επίσκεψη δε γίνεται και όταν αυτό συμβαίνει είναι μια «σκόρπια κατάσταση», χωρίς προκαθορισμένη δομή.

[Κλεοπάτρα, συνέντευξη 8^η, expert νοσηλεύτρια] «Με λύπη μου λέω ότι δεν γίνεται ιατρική επίσκεψη στη Μονάδα έτσι όπως την ξέρουμε σαν καθιερωμένη επίσκεψη, επειδή υπάρχει μια αδυναμία του management, θα έρθει ο ένας, μετά θα έρθει και ο επόμενος, θα πάνε από τον έναν άρρωστο θα ξαναπάνε μετά στον διπλανό, δεν είναι αυτή η καθιερωμένη στην ώρα με συνέπεια, θα γίνει κατά το δοκούν και δεν με φωνάζουνε όταν είμαι στο γραφείο μου. Περιστασιακά θα με φωνάζουνε, υπάρχουν φορές που γίνεται για ένα μήνα και μετά για τρεις μήνες δεν θα γίνει, γίνεται έτσι ένα σκόρπιο, μια σκόρπια κατάσταση. Οπότε αυτό δεν δίνει την δυνατότητα για ένα ολοκληρωμένο πλάνο του ασθενούς, να πούμε τα προβλήματα, να τα ακούσουμε όλοι και να δούμε τι θα κάνουμε. Θα μπει ο ένας γιατρός θα πει για την διατροφή, θα έρθει ο άλλος ο γιατρός θα πει για το γαστρεντερικό [Ερευνητής: αλλά όχι συγχρονισμένα;] συγχρονισμένα με τη δομή της κλασικής επίσκεψης που γίνεται ακόμα, που γίνεται και στην Ελλάδα, εμείς υπολείπομεθα πολύ [Ερευνητής: αυτό σημαίνει] // αυτό σημαίνει ότι η νοσηλεύτρια αναγκάζεται να ρωτάει τα χίλια δύο συνέχεια, 'τι θα κάνω με εκείνο ...' και επειδή υπάρχει και ένας συγκεκριμένος γιατρός ο οποίος συνέχεια περιφέρεται και ανακατεύεται για να - κατά την δική μου άποψη είναι ένας τρόπος δικής του εξουσίας της κατάστασης- είναι πολύ βολικό και για τις νοσηλεύτριες να ρωτάνε συνέχεια.»

Στην παρούσα μελέτη, ο Διευθυντής της ΜΕΘ είχε διαφορετική αντίληψη για την κατάσταση στην ιατρική επίσκεψη. Αν και γνώριζε και καταλάβαινε τις πρακτικές δυσκολίες των νοσηλευτών/ριών στο να παρακολουθούν την επίσκεψη, θεωρούσε ότι αυτός που ήθελε να ξέρει καλά τον άρρωστο του θα έβρισκε τρόπο να το κάνει - «Ο νοσηλευτής που νοιάζεται για τον άρρωστο να ρωτήσει και λοιπά, δεν νομίζω... δηλαδή αν ήτανε πιο..., θα μπορούσε να...». Υποστήριξε ότι, ναι μεν φταίει η ελλιπής αναλογία νοσηλευτών/ασθενών, αλλά και ότι η μη συμμετοχή του προϊστάμενου νοσηλευτή στην πρωινή ενημέρωση των γιατρών, έστω λόγω των πρωινών εργασιών του στη ΜΕΘ, έχει ως συνέπεια «να τους βλέπουν οι γιατροί ως βοηθητικό μέλος της ομάδας και όχι ως βασικό μέλος της».

Προφανώς, η επιβαρυνμένη αναλογία νοσηλευτή/ριας προς ασθενή 1:3, σε συνδυασμό με τον ακατάστατο χρόνο διεξαγωγής της επίσκεψης, δεν επιτρέπουν την απρόσκοπτη συμμετοχή των νοσηλευτών/ριών στην επίσκεψη. Ωστόσο, το γιατί δεν επιζητείται η συμμετοχή τους από τους/τις γιατρούς σημαίνει πολλά, ως προς το τι αναπαραστάσεις έχουν οι γιατροί για το ρόλο της νοσηλευτικής και ως προς το κατά πόσο εκλαμβάνεται ως επιστημονική και χρήσιμη για αυτούς η γνώση των νοσηλευτών/ριών.

Τελικά, στο εθνογραφικό παράδειγμα, η επίσκεψη των γιατρών δείχνει να έχει αποσυνδεθεί, χωρικά και χρονικά, από τη ρουτίνα και τη σφαίρα ενδιαφερόντων των νοσηλευτών/ριών. Η ίδια η επίσκεψη των γιατρών συνιστά πρακτική από την οποία αποκλείονται ή (αυτο)-αποκλείονται οι νοσηλευτές/ριες του εθνογραφικού παραδείγματος. Κι ενώ η ετεροτοπία¹²¹ της νοσηλευτικής «παράδοσης» των περιστατικών ενεργοποιεί τη μετάβαση των νοσηλευτών/ριών σε μια κατάσταση ορατότητας και παρουσίας γιατί αμβλύνει τις σχέσεις εξουσίας στην Εντατική, η

¹²¹ Αναφέρθηκα ήδη παραπάνω στην έννοια της ετεροτοπίας όταν εξέτασα την πρακτική της νοσηλευτικής «παράδοσης» των περιστατικών. Ενδεικτικά, ετεροτοπία μπορεί να είναι το νοσοκομείο, μια κλινική, οι φυλακές, ένα νεκροταφείο, ένα πανηγύρι. Σύμφωνα με το κείμενο του Φουκώ *Of Other Spaces: Utopias and Heterotopias* (1984), το οποίο προήλθε από διάλεξη που είχε δώσει το 1967, η έννοια της ετεροτοπίας αποδείχθηκε ιδιαίτερα γόνιμη σε ότι αφορά τη θεωρητική συζήτηση για το χώρο και αποτέλεσε στοιχείο της θεωρητικής επεξεργασίας αρχιτεκτόνων, πολεοδόμων, γεωγράφων και φιλοσόφων στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν τη χωρική διάσταση των σύγχρονων κοινωνικών φαινομένων. Οι ετεροτοπίες, ως τόποι του «έτερου», δηλαδή του άλλου, του διαφορετικού, του μη κανονικού, είναι εκεί όπου οι κοινωνικές σχέσεις διαφοροποιούνται από τις κυρίαρχες, αν και ταυτόχρονα εξαρτώνται από αυτές.

πρακτική της ιατρικής επίσκεψης επιβεβαιώνει – και ενισχύει τις σχέσεις εξουσίας που διέπουν το νοσοκομείο και λειτουργεί αποκλειστικά υπέρ της ενδυνάμωσης και ορατότητας της ιατρικής ομάδας στην Εντατική.¹²²

Ως συλλογική πρακτική, η επίσκεψη καταλήγει να αφορά μόνο τους/τις γιατρούς και τους ασθενείς τους. Όπως θα δείξω παρακάτω, οι συμμετέχοντες/ουσες στο εθνογραφικό παράδειγμα δεν επιλέγουν απλώς να συγκροτούν τους εαυτούς τους ως απόντες/ούσες από την επίσκεψη, αλλά επιλέγουν να είναι παρόντες/ούσες σε δικό τους ιδιωτικό χώρο, διακριτό από αυτόν των γιατρών κατά την επίσκεψη. Αυτό έχει ως συνέπεια να μη συνεισφέρουν τη γνώση τους στην επίσκεψη, να μην έχουν όλες τις πληροφορίες για τον άρρωστο και η κατάσταση αυτή να θέτει τους/τις γιατρούς σε θέση ισχύος και απέναντί τους.

Η Γαλήνη, μια από τις έμπειρες νοσηλεύτριες με μεταπτυχιακό στην Εντατική και Επείγουσα νοσηλευτική και με κλινική εμπειρία σε ΜΕΘ μεγάλου εξειδικευμένου ιδιωτικού νοσοκομείου, συχνά αναρωτιέται ποιοι είναι οι λόγοι που συντελούν στην αποθάρρυνση της ενεργής εμπλοκής των νοσηλευτών/ριών σε αυτό που ονομάζεται διαχείριση των περιστατικών στη ΜΕΘ. Η Γαλήνη είναι ιδιαίτερα αναστοχαστική για το τι συμβαίνει στη ΜΕΘ και στους ασθενείς της, αλλά και για τη ταυτότητά της ως νοσηλεύτριας με δέκα χρόνια εμπειρίας σε ΜΕΘ. Είναι μητέρα δύο παιδιών με λιγοστό χρόνο στο σπίτι πλέον για διάβασμα, αλλά εξακολουθεί να συμμετέχει σε ερευνητικά πρωτόκολλα, στην παρουσίαση ερευνητικών εργασιών και στην παρακολούθηση συνεδρίων σε ετήσια βάση. Η ίδια θεωρεί την ενημέρωση από τους/τις γιατρούς και τη δια βίου εκπαίδευση ως ασφαλιστικές δικλίδες στην παροχή καλής φροντίδας στους ασθενείς ΜΕΘ, και μου επισημαίνει ότι, σε αντίθεση με τη παλιά της Μονάδα, το περιβάλλον στο εθνογραφικό παράδειγμα «δεν είναι υποστηρικτικό», γι' αυτό και κάποιοι συνάδελφοι αποφεύγουν να αναλαμβάνουν νέα καθήκοντα και αντί αυτού αναπτύσσουν συμπεριφορές και πρακτικές αντίστασης.

¹²² Αν και το νοσοκομείο έχει περιγραφεί και αναλυθεί ως ετεροτοπικός χώρος από τους κοινωνικούς επιστήμονες (Carter, 2019· Street & Coleman, 2012· White et al., 2012), δεν εντόπισα νοσηλευτικές μελέτες με ανάλογα ευρήματα για το παράδειγμα της Εντατικής και της επίσκεψης των γιατρών. Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα συζήτηση ως προς τις ετεροτοπίες στο χώρο του νοσοκομείου, είναι αυτή των Street και Coleman, «Introduction: Real and Imagined Spaces», στο περιοδικό *Space and Culture* 2012, 15(1).

Δηλαδή, αναγνωρίζει το ότι αρκετοί/ές συνάδελφοί της αντιδρούν στην εξουσία που τους ασκείται με το να μην συμμετέχουν και να μην αναλαμβάνουν να κάνουν σε καθημερινή βάση άλλες διαδικασίες που στο εξωτερικό ή σε άλλη ΜΕΘ της Ελλάδας θα αποτελούσαν αναπόσπαστο μέρος του ρόλου τους, όπως λήψη και ερμηνεία αερίων αίματος, χωρίς την προφορική άδεια από τον/τη γιατρό, και αλλαγή παραμέτρων στον αναπνευστήρα με βάση την οξεοβασική ισορροπία του ασθενούς. Ως προς την τεχνολογία στη ΜΕΘ, η Γαλήνη πιστεύει ότι «χρησιμοποιούμε τα μισά» από τις δυνατότητες καθώς δεν υπάρχει εκπαίδευση πάνω στα μηχανήματα, ενώ στη παλιά της Μονάδα υπήρχε «εκπαίδευση και το μάθαινες [το μηχάνημα] πάρα πολύ καλά». Στην ερώτησή μου αν υπάρχουν όρια μεταξύ ιατρικής και νοσηλευτικής στη ΜΕΘ, η Γαλήνη, αναστενάζοντας πριν απαντήσει, ομολογεί ότι οι προτεραιότητες είναι «λίγο διαφορετικές». Σωπαίνει, χαμογελάει, «αναλαμβάνουμε άλλα πράγματα εμείς, κάποια άλλα οι γιατροί μας. Από την άλλη όμως, ναι, υπάρχει κοινή γλώσσα και η ιατρική επίσκεψη θα βοηθούσε πολύ τους/τις νοσηλευτές/ριες στο να μάθουν καλύτερα τα περιστατικά τους». Ενώ θεωρεί ότι είναι και δική της υποχρέωση να διαβάξει τον ιατρικό φάκελο του των τριών ασθενών της, προκειμένου να ενημερώνεται και να αποκτά συνολική εικόνα για αυτούς/ες, υποστηρίζει ότι αν η ιατρική επίσκεψη γινόταν μέρος της ρουτίνας τους, οι νοσηλευτές/ριες θα προετοιμάζονταν για αυτήν και θα μάθαιναν από αυτή, δηλαδή θα αναπτυσσόταν μια αμφίδρομη σχέση ανταλλαγής πληροφοριών και γνώσης μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών. Ωστόσο, η Γαλήνη αναγνωρίζει ότι αυτό δε συμβαίνει στο εθνογραφικό παράδειγμα, και αναπολεί τις μέρες που δούλευε σε άλλο νοσοκομείο. Η ίδια θέλει να ενημερώνεται για τους ασθενείς που χρεώνεται γιατί έτσι θα ξέρει τι να κάνει στο επείγον περιστατικό και «δεν θα χρειάζεται να ενοχλεί κάποιον [τον/τη γιατρό]».

Αν η Γαλήνη ήταν περισσότερο ενημερωμένη για το περιστατικό της, δεν θα ανησυχούσε τον/τη γιατρό για κάτι που είναι ήδη γνωστό σε αυτούς, ενώ τώρα δεν έχει όλες τις πληροφορίες που θα έπρεπε να έχει προκειμένου να σχηματίσει άποψη για τον ασθενή της. Η περιορισμοί στη διάχυση της πληροφορίας δημιουργούν ένα είδος αποκλεισμού για τη Γαλήνη. Όπως περιγράφει η ίδια,

«...Το να ξέρεις για τον άρρωστό σου πέντε βασικές, πέντε βασικά προβλήματα που είχε ή τι μπορεί να συμβεί, ή μου έχει τύχει να πω στον γιατρό 'αα ο άρρωστος είναι σε, ή μπήκε σε κολπική μαρμαρυγή', και να μου λέει 'εντάξει είναι γνωστό

αυτό'. Γιατί εγώ θα πρέπει να νιώσω εκείνη την στιγμή ότι είναι γνωστό αυτό και εγώ δεν το ήξερα; Καταλάβατε; Κάποια μικρά πράγματα.»

Η Γαλήνη έχει το πλεονέκτημα να συγκρίνει το δικό της απαιτητικό περιβάλλον σε δημόσιο νοσοκομείο με την πρότερη εμπειρία της ως νοσηλεύτρια σε υποστηρικτικό περιβάλλον σε μεγάλο εξειδικευμένο νοσοκομείο, γιατί η συγκεκριμένη ΜΕΘ και ίδρυμα προωθούσε υπηρεσίες όπου προΐσταντο νοσηλευτές/ριες (nurse led practice)¹²³ με κλινικές κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα, και της παρείχε τις γνώσεις για να συμμετέχει στη διαχείριση των περιστατικών και στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Η Γαλήνη νιώθει πώς ένα εργασιακό περιβάλλον με έμφαση στην εκπαίδευση και τη συμπληρωματικότητα του προσωπικού θα την έκανε να στέκεται καλύτερα στο πόδια της:

«Προέρχομαι από έναν χώρο που [...] και το λέω συνεχώς και μου λένε, τώρα αυτό δεν ξέρω αν θα πρέπει να καταγραφεί ή όχι, 'μα τόσο κολλημένη ήσουν με αυτή την δουλειά που ήσουν;' Όχι ήμουν κολλημένη τελικά γιατί [...] σε έκανε να στέκεσαι στα πόδια σου, σου παρείχε γνώσεις, σου παρείχε εκπαίδευση, ήξερες να διαχειρίζεσαι το υλικό σου, ήξερες που είναι το υλικό σου, σε έκανε αυτόνομο νοσηλεύτη, συμμετείχες στην αντιμετώπισή του [βήχει], ήταν σεβαστή η παρατήρησή σου, εε, και έπρεπε αυτό να το κάνεις, ήτανε μέσα στα πλαίσια της δουλειάς σου. Ήξερες ότι θα έρθει ένα (fallot) για παράδειγμα και ότι αυτή θα είναι η εξέλιξή του, αυτό περίμενες, δε σε τρόμαζε. Ήξερες ότι θα γίνει μια στένωση αορτής και ήξερες τι είναι, εγώ τώρα μπορεί να έχω ένα (wirlplet) εδώ και να μην ξέρω πώς θα εξελιχθεί, ή να βλέπω μια ηπατική εγκεφαλοπάθεια, και μπορεί να έχουν έρθει και πέντε-έξι περιστατικά να έχω δει; Και να μη ξέρω ποια είναι η αντιμετώπιση. Είμαι στη Μονάδα και ντρέπομαι που το λέω αυτό, και δεν ξέρω σε τι περίπτωση χορηγείται το κάθε αντιβιοτικό. Αυτά είναι τραγικά τώρα που τα σκέφτομαι και τα συνειδητοποιώ λέγοντάς τα [χαμογελάει], είναι τραγικό [...] να είσαι νοσηλεύτης, ενώ μαθαίνεις σε ένα περιβάλλον να ξέρεις για ποιο λόγο θα δώσεις αυτό, είναι τόσο σημαντικό; Θα έπρεπε να είναι.»

¹²³ Αυτό που επιχειρώ να περιγράψω ονομάζεται στα αγγλικά «nurse led practice» και σε αδρή μετάφραση στα ελληνικά αποδίδεται ως «πρακτική οδηγούμενη από τη νοσηλευτική». Η νοσηλευτική πράξη δεν μπορεί να είναι ίδια παντού και αυτό γιατί οι ισορροπίες και κατανομή εργασιών και ευθυνών μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων είναι σε κάθε περίπτωση διαφορετικές και μοναδικές. Για παράδειγμα, δεν αρκεί η απόκτηση «προηγμένων» κλινικών δεξιοτήτων όταν η χρήση τους αποθαρρύνεται στη ΜΕΘ χωρίς ιατρική οδηγία. Έτσι, παρατηρείται σε κάποιες «προοδευτικές» ΜΕΘ στο εξωτερικό οι νοσηλευτές/ριες να εμπλέκονται σε καθημερινή βάση σε παρεμβάσεις και εκτιμήσεις ασθενούς που δεν ανήκαν παραδοσιακά στο έργο των νοσηλευτών/ριών (αλλαγή παραμέτρων στον αναπνευστήρα, ακρόαση αρρώστων για αναπνευστικούς ήχους, αερισμό αρρώστων με μάσκα και ασκό ambu), ενώ σε άλλες οι νοσηλευτές/ριες δεν ενθαρρύνονται να παρεμβαίνουν σε πεδία πέρα από τη φροντίδα του ασθενούς χωρίς ιατρική οδηγία (medical prescription), ακόμα κι αν αυτοί/ές κατέχουν την αντίστοιχη γνώση και δεξιότητες μέσω πιστοποιημένων προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης.

Στο ερώτημά μου τι θα μπορούσε να αλλάξει τα παραπάνω, η Γαλήνη αναζητά και ελπίζει σε περισσότερη ενημέρωση, δηλαδή περισσότερη συνεχή εκπαίδευση από τη Μονάδα. Ενώ δεν παραλείπει να αναφέρει τους εξαντλητικούς ρυθμούς εργασίας στις βάρδιες και την έλλειψη χρόνου για συμμετοχή στην ιατρική επίσκεψη, παραδέχεται ότι έχει και η ίδια μερίδιο ευθύνης που δεν γνωρίζει κάποια σημαντικά πράγματα για τους ασθενείς της. Στην ερώτησή μου τι θα βοηθούσε στη καλύτερη διάχυση των πληροφοριών στη Μονάδα, αναφέρει ότι η επίσκεψη των γιατρών θα βοηθούσε υπό τον όρο όμως να γίνεται κατά τρόπο που να μπορούν να συμμετέχουν όλοι/ες μπροστά στον ασθενή.

Οι αφηγήσεις των πληροφορητών/ριών θίγουν θέματα συνεργασίας και συμπληρωματικότητας επαγγελματικών ρόλων. Διαπίστωσα ότι ήταν ενήμεροι και ενήμερες για το ότι έχει αναγνωριστεί πλέον πως η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής ομάδας στις ΜΕΘ εξαρτάται από το κατά πόσο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό συνειδητοποιούν την εγγενή δύναμη (*inherent power*) που προκύπτει από τη συμπληρωματικότητα των γνώσεων και ρόλων που κατέχει και χειρίζεται η ομάδα εργασίας, αλλά και από το πόσο έχει συντελεστεί το πέρασμα από μια αντίληψη αποκλεισμού και κλειστού κλοιού (*inner circle*) όπου κυριαρχούν οι γιατροί, σε μια κουλτούρα ένταξης (*inclusiveness*) και αναγνώρισης της συμβολής όλων (Coombs, 2003).

Παρόλα αυτά, η αδυναμία των νοσηλευτών/ριών να συμμετέχουν στην επίσκεψη των γιατρών, όπου ανασκοπούνται τα περιστατικά, ανταλλάσσονται πληροφορίες και λαμβάνονται αποφάσεις για τη γενική διαχείριση των ασθενών, συνεχίζει να ισχύει σε νοσοκομεία της Ελλάδας και του εξωτερικού και εξηγείται ποικιλοτρόπως στη βιβλιογραφία. Όπως θα δείξω παρακάτω, σύμφωνα με τις σχετικές μελέτες, οι οποίες έχουν γίνει κυρίως στο εξωτερικό, οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται γι' αυτή την κατάσταση είναι: α) η ιδιαιτερότητα της ανδροκεντρικής ιατρικής, η οποία επικαλούμενη την αποκλειστικότητα της επιστημονικότητας τοποθετεί τη νοσηλευτική σε υποδεέστερη θέση στον καταμερισμό της θεραπευτικής εργασίας, β) η εκ μέρους των γιατρών διαχείριση του χώρου της ΜΕΘ κατά την επίσκεψη έτσι ώστε να (αυτο-)αποκλείονται οι νοσηλευτές/ριες από αυτή και τις αποφάσεις που λαμβάνονται, γ) η εκ μέρους των νοσηλευτών/ριών τακτική της αποφυγής αντιπαράθεσης. Η «απουσία» της νοσηλευτικής ή και η βιωμένη ταυτότητα των νοσηλευτών/ριών ως

«απόντων/ουσών» προκύπτουν ως απόρροια των παραπάνω ζητημάτων, τα οποία αναπτύσσω στο υπόλοιπο του κεφαλαίου.

Λόγοι και σχέσεις εξουσίας: η ιδιαιτερότητα της ιατρικής.

Όπως έχω επανειλημμένως τονίσει, στο νοσοκομείο και ειδικά στη ΜΕΘ διασταυρώνονται επαγγελματικές ιδεολογίες και ταυτότητες που ανήκουν σε διαφορετικά θεωρητικά και επιστημολογικά πεδία. Οι ΜΕΘ είναι ένας ιδιαίτερος κόσμος του νοσοκομείου, που τοποθετεί τους/τις νοσηλευτές/ριες και γιατρούς σε διαφορετικές «θέσεις» απέναντι στους/τις ασθενείς τους: το μεν νοσηλευτικό προσωπικό έχει συνεχή παρουσία δίπλα στους/τις ασθενείς, οι δε γιατροί βρίσκονται μακριά από αυτούς και λαμβάνουν τις κλινικές αποφάσεις για αυτούς.

Το ζήτημα της επικοινωνίας - ή της απουσίας της - μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών αναφέρθηκε πολύ συχνά στις συνεντεύξεις. Πράγματι, εάν λάβουμε υπόψη τον υψηλό βαθμό κινδύνου της επιδείνωσης της κλινικής κατάστασης των ασθενών και τον απρόβλεπτο χαρακτήρα του έργου στη ΜΕΘ, αυτό που απαιτείται από τις περιστάσεις είναι η ανοιχτή, συνεχής και έγκαιρη επικοινωνία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας υγείας (Iedema et al., 2006). Ωστόσο, υπάρχουν σιωπηροί ή έμμεσοι μηχανισμοί αποκλεισμού των νοσηλευτών/ριών που έχουν τις ρίζες τους κατά πολύ στην έμφυλη ιστορία των επαγγελμάτων της ιατρικής και της νοσηλευτικής – ιστορία στην οποία έχω ήδη αναφερθεί στο πρώτο κεφάλαιο.¹²⁴ Ένας από αυτούς τους μηχανισμούς είναι η διαχείριση του χώρου – εδώ της ΜΕΘ.

¹²⁴ Η νοσηλευτική ως επάγγελμα και επιστημονικό πεδίο ιστορικά αναπτύχθηκε περισσότερο ως λειτουργήμα με αντικείμενο τη φροντίδα του άλλου από γυναίκες, και στη σκιά της ιατρικής, η οποία ήταν – και ίσως είναι ακόμα – ένα πεδίο ανδροκρατούμενο και σίγουρα ανδροκεντρικό που παρουσιάζει πολλά κοινά σημεία αναφοράς με τις φυσικές και βιολογικές επιστήμες. Ο Pierre Bourdieu (2007) στην «Ανδρική Κυριαρχία» όπου μελετάει την κοινωνία των Καβύλων, παρουσιάζει τους κοινωνικούς μηχανισμούς φυσικοποίησης κοινωνικών κατασκευών, μέσω των οποίων διαιωνίζεται η σχέση που μας κάνει να δεχόμαστε ως φυσικές τις κοινωνικά εγκαθιδρυμένες έμφυλες διαιρέσεις και ανισότητες σε διάφορα πεδία της κοινωνίας. Έτσι, η κοινωνική τάξη πραγμάτων διαιωνίζεται γιατί επιβάλλει σχήματα ταξινόμησης που «παράγουν μια παραγνωρισμένη τάξη πραγμάτων» (σ.11). Η ανδρική τάξη και κυριαρχία είναι τόσο βαθιά ριζωμένες που να μη χρειάζεται δικαιολόγηση αφού «επιβάλλεται η ίδια ως προφανής και καθολική» (σ.12). Ο Bourdieu υποστηρίζει ότι, η ανδρική τάξη είναι αποδεκτή ως αυτονόητη χάρη στην εγκαθίδρυση μιας συμφωνίας ανάμεσα στις κοινωνικές δομές, όπως αυτές εκφράζονται στην κοινωνική οργάνωση του χώρου και του χρόνου και στον καταμερισμό της εργασίας μεταξύ των δύο φύλων. Στην περίπτωση της νοσηλευτικής ως επάγγελμα και επιστημονικό πεδίο, η θέση της στην κοινωνία προσδιορίζεται και κατανοείται πολύ πιο εύκολα μέσω της σχέσης της προς

Σήμερα αποτελεί πλέον κοινό τόπο στην κοινωνική-πολιτισμική θεωρία ότι ο λεγόμενος «χώρος» οργανώνεται/ορίζεται από τις πολιτισμικές, ταξινομητικές και (ανα)νοηματοδοτικές πρακτικές των διαδρώντων υποκειμένων και, ταυτόχρονα, ορίζει/οργανώνει/ταξινομεί τις πολιτισμικές εμπειρίες και ταυτότητες ατόμων και συλλογικοτήτων (Bourdieu, 2007· Lefebvre, 1991· Φουκώ 1987/1980). Αυτή η αμφίδρομη διαχείριση του χώρου εμπεριέχει σχέσεις εξουσίας, γίνεται μέσω άμεσων ή έμμεσων μηχανισμών πρόσβασης σε, ή αποκλεισμού από, συγκεκριμένους χώρους και οδηγεί στην κατασκευή άνισων ταυτοτήτων, έμφυλων, ηλικιακών, εθνικών, εθνοτικών κ.ά, στην προκειμένη περίπτωση των επαγγελματικών ταυτοτήτων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου και της ΜΕΘ. Όπως έχω ήδη δείξει, η χωρική οργάνωση της ΜΕΘ και η εκ μέρους του προσωπικού διαχείρισή της σχετίζεται άμεσα με τη λήψη κλινικών αποφάσεων, καθώς διαμεσολαβείται από επεισόδια ελεγχόμενης πρόσβασης ή αποκλεισμού (White et al., 2012) που, τελικά, συγκροτούν διαφορετικούς κόσμους και εμπειρίες για τους/τις νοσηλευτές/ριες και τους/τις γιατρούς.

Πιο συγκεκριμένα, μελέτες που ερευνούν τις χωρικές διαστάσεις της επίσκεψης έχουν εντοπίσει ότι οι γιατροί συχνά λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις στο γραφείο τους προτού πάνε στο κρεβάτι του ασθενούς στη ΜΕΘ (Manias & Street, 2001β). Καθώς οι νοσηλευτές/ριες κατά κύριο λόγο εκτελούν τις εργασίες τους σε «ανοιχτό» χώρο, όπως οι πτέρυγες/θάλαμοι με τους ασθενείς, δημιουργείται μια «χωρική» απόσταση μεταξύ νοσηλευτών/ριών και κλειστών ιατρικών γραφείων, η οποία δεν επιτρέπει στους/τις νοσηλευτές/ριες να επηρεάζουν τις αποφάσεις των γιατρών (Spain, 1992).¹²⁵ Επίσης, σε άλλη μελέτη όπου εξετάστηκε η «ανατομία»

την ιατρική και τους γιατρούς, ως *βοηθός γιατρού* ή *παραϊατρικό επάγγελμα*, παρά μέσω της ειδικής ανασχόλησής της με την εξειδικευμένη φροντίδα και έρευνα.

¹²⁵ Σε αντιδιαστολή με αυτές τις έρευνες, η Tracey Bucknall, στις δύο μελέτες της στην Αυστραλία (2000 και 2003), όπου εξέτασε κριτικά το φαινόμενο της λήψης αποφάσεων από το νοσηλευτικό προσωπικό, ανέδειξε τον κεντρικό ρόλο των νοσηλευτριών, οι οποίες βρέθηκαν να λαμβάνουν αποφάσεις για τη φροντίδα του/της ασθενούς κάθε 30 δευτερόλεπτα, και μάλιστα στα ακόλουθα πεδία: παρέμβαση, επικοινωνία και αξιολόγηση (Bucknall, 2000). Διέκρινε τις αποφάσεις σε καινούργιες και παλαιές, και το δείγμα των 18 συμμετεχόντων/ουσών έλαβε κατά μέσο όρο 238 αποφάσεις στη χρονική περίοδο των δύο ωρών παρατήρησης. Στη δεύτερη μελέτη της (Bucknall, 2003), η ερευνήτρια εντόπισε τις παραμέτρους που επηρέαζαν θετικά ή αρνητικά τη λήψη αποφάσεων από τους/τις νοσηλευτές/ριες. Μία από τις κυριότερες ήταν η χωροταξική οργάνωση της μονάδας και οι

την επίσκεψης, διαπιστώθηκε ότι οι γιατροί συνηθίζουν να συζητούν τη «φροντίδα» ασθενών δίπλα στο κρεβάτι, αλλά να εξετάζουν τα ευαίσθητα ζητήματα «θεραπείας» μακριά από τον ασθενή (O' Hare, 2008). Όμοιες συμπεριφορές διαπίστωσαν και οι Liu et al. (2013) στην εθνογραφική μελέτη τους για τον τρόπο διεξαγωγής της ιατρικής επίσκεψης σε δύο παθολογικά τμήματα νοσοκομείου της Αυστραλίας μέσα από τον τρόπο κατάληψης του χώρου από τους/τις γιατρούς και τους/τις νοσηλευτές/ριες. Οι γιατροί καθόριζαν τον χώρο που θα ελάμβανε χώρα η επίσκεψη (γραφείο γιατρών, δωμάτιο ασθενούς, διάδρομος) και την ατζέντα της επίσκεψης. Οι επισκέψεις των γιατρών χαρακτηρίζονταν από τυχαιότητα (haphazard) ως προς τον χρόνο διεξαγωγής τους, δηλαδή δεν οριζόταν συγκεκριμένη ώρα έναρξης, σε αυτές συμμετείχε η ιατρική θεραπευτική ομάδα με τον διευθυντή, οι νοσηλευτές/ριες συμμετείχαν πολύ σπάνια και η επίσκεψη είχε συνήθως τρεις φάσεις: α) οι γιατροί συζητούσαν το περιστατικό κατ' ιδίαν στο έδρανο των νοσηλευτών/ριών, β) ανασκοπούσαν τον ασθενή δημοσίως μπροστά στο κρεβάτι του αρρώστου, και γ) ελάμβαναν τελικές αποφάσεις στο διάδρομο καθ' οδόν προς τη στάση των νοσηλευτών/ριών. Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο διευθυντής είχε τον πρώτο λόγο στην ατζέντα της συζήτησης, κατεύθυνε τη συζήτηση σε επιμέρους θέματα της επιλογής του, και οι γιατροί της ομάδας προσπαθούσαν να ανταποκριθούν στις ερωτήσεις και σε ζητήματα που έχρηζαν λύσης. Οι νοσηλευτές/ριες και οι ασθενείς αποκλείονταν από αυτή τη διαδικασία. Αυτό γινόταν με πολλούς τρόπους. Σε κάποιες περιπτώσεις δεν υπήρχε αρκετός χώρος στο δωμάτιο του ασθενούς και οι νοσηλευτές/ριες αναγκάζονταν να σταθούν μακριά από τον/τη γιατρό και τον διευθυντή ή να μην παραστούν καθόλου. Άλλες φορές, οι γιατροί δημιουργούσαν με τα σώματά τους ένα είδος ιδιωτικού χώρου στο διάδρομο και μιλούσαν χαμηλόφωνα μεταξύ τους και επομένως οι νοσηλευτές/ριες δεν είχαν τη δυνατότητα να ακούσουν και να συνεισφέρουν στην επίσκεψη. Ακόμα και όταν οι νοσηλευτές/ριες επέμεναν να παρίστανται στην επίσκεψη, οι γιατροί δεν τους/τις απηύθυναν ερωτήσεις ούτε τους/τις έδιναν την ευκαιρία να μιλήσουν ή να εκφράσουν τους προβληματισμούς τους. Τέλος, στην εθνογραφική τους έρευνα σε κλινικές/τμήματα δύο νοσοκομείων

διαπροσωπικές σχέσεις που αποτελούσαν απόρροια των χρήσεων του χώρου. Η επάρκεια σε χώρο (και χρόνο) είχαν θετική επίδραση και μείωναν το αίσθημα του άγχους.

στο Η.Β., οι Halford και Leonard (2003) μελέτησαν τη χρήση των πολλαπλών χώρων του νοσοκομείου από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και έδειξαν ότι ο βαθμός πρόσβασης που είχαν οι νοσηλευτές/ριες σε αυτούς ήταν περιορισμένος, καθώς οι περισσότεροι/ες περιορίζονταν στους θαλάμους των κλινικών όπου απασχολούνταν με τους ασθενείς. Λαμβάνοντας υπόψη μάλιστα ότι το ποσοστό γυναικών νοσηλευτριών που εργάζονταν στις κλινικές ήταν υψηλότερο από των αντρών, οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η άνιση πρόσβαση στους νοσοκομειακούς χώρους αποκτούσε και έμφυλη ταυτότητα. Από τις συγκρίσεις τους ανάμεσα σε νοσηλευτές/ριες και γιατρούς, διαπίστωσαν επίσης ότι οι τελευταίοι όχι μόνο έχουν μεγαλύτερη ελευθερία στο να περιφέρονται αλλά έχουν και μεγαλύτερη δυνατότητα να αποσύρονται σε ιδιωτικούς χώρους. Όλα τα παραπάνω συγκροτούν διαφορετικές συνθήκες εργασίας και έμφυλες ταυτότητες μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών και επιβεβαιώνουν την παραδοχή ότι όχι μόνο οι άνθρωποι δημιουργούν τους χώρους τους, αλλά και οι χώροι με τη σειρά τους διαμορφώνουν τους ανθρώπους, ως υποκείμενα, περιορίζοντάς τους ή δίνοντάς τους ευκαιρίες στο να κατασκευάσουν και επιτελέσουν κάποιο είδος ταυτότητας. Υπό αυτή την έννοια, ο οργανωτικός χώρος του νοσοκομείου, όπως οι κλινικές και οι θάλαμοι με τους ασθενείς, ο διάδρομος της κλινικής, η κλειστή Μονάδα με την περιορισμένη πρόσβαση, το έδρανο των νοσηλευτών/ριών και το γραφείο των γιατρών, σημαίνουν κάτι παραπάνω από ένα παθητικό σκηνικό στη καθημερινότητα του νοσοκομείου. Σε οποιοδήποτε νοσοκομείο, η τελική διαμόρφωση των στοιχείων που συνθέτουν ένα χώρο είναι το αποτέλεσμα πολύπλοκων παραγόντων και της αλληλεπίδρασης των οικονομικών, κοινωνικών, πολιτικών και ιστορικών διεργασιών. Ωστόσο, όπως ισχυρίζονται οι Halford και Leonard (2003), το τελικό «χωρικό» αποτέλεσμα δεν μας λέει και πολλά για το πώς εν τέλει θα «κατοικούνται» και θα χρησιμοποιούνται οι χώροι από το προσωπικό. Όποιες δηλαδή κι αν είναι οι προθέσεις των αρχιτεκτόνων, των σχεδιαστών και της διοίκησης, οι οποίες σίγουρα επηρεάζουν το ύφος του τελικού χωρικού αποτελέσματος, ο τρόπος οργάνωσης και χρήσης του χώρου από τα

υποκείμενα που έχουν πρόσβαση σε αυτόν εξαρτάται από τις πρακτικές των ατόμων που τον αποικίζουν.¹²⁶

Οι διαφορετικές χρήσεις της χωρικής διάταξης της ΜΕΘ μπορεί να μας πει πολλά για το είδος της σχέσης που έχει η κάθε επαγγελματική ομάδα και προς τους ασθενείς. Στη μελέτη του Αλεξιά για ΜΕΘ αθηναϊκού νοσοκομείου, το 2000, οι γιατροί περνούσαν αρκετό από το χρόνο τους στα γραφεία τους ή στο γραφείο του διευθυντή, έξω από τις πτέρυγες των ασθενών ΜΕΘ. Από την άλλη, οι νοσηλεύτριες «καταλάμβαναν» τις πτέρυγες των ασθενών, γιατί είχαν αναλάβει τη συνεχή φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών που είχαν «χρεωθεί», «πλένοντάς τους, καθαρίζοντάς τους, φροντίζοντάς τους (Αλεξιάς, 2000, σ.413).¹²⁷ Οι γιατροί στο γραφείο μελετούσαν τιμές, εξετάσεις και «ανακατασκεύαζαν την εικόνα τους ασθενούς». Η εμπλοκή τους με το πάσχον σώμα ήταν σπάνια. Αυτό ήταν δουλειά των νοσηλευτριών. Αυτού του είδους η διαφοροποίηση στην κατάληψη του χώρου αναδεικνύει τη διάκριση μεταξύ «φροντίδας» (από τους/τις νοσηλευτές/ριες) και «θεραπείας» (από τους/τις γιατρούς) για την οποία έχουν μιλήσει και οι Jecker και Self (1991), συνεπώς και τη διάκριση της λήψης αποφάσεων από τους/τις γιατρούς και της εκτέλεσης των αποφάσεων από τους/τις νοσηλευτές/ριες.

Στην παρούσα μελέτη, η οποία διεξήχθη μεταξύ 2012 και 2014, αρκετά δηλαδή αργότερα από τη μελέτη του Αλεξιά, το 2000, οι νοσηλευτές/ριες συνεχίζουν

¹²⁶ Παρά ταύτα, οι Nugus et al. (2010) στη μελέτη τους σε νοσοκομεία της Αυστραλίας επιμένουν ότι το αρχιτεκτονικό σχέδιο των τμημάτων αντανάκλασε το εάν το προσωπικό συνεργαζόταν ή δούλευε ξεχωριστά.

¹²⁷ Ο Αλεξιάς μιλάει μόνο για νοσηλεύτριες και όχι και για νοσηλευτές. Κατά τον Αλεξιά, ο χώρος της ΜΕΘ διαχωρίζεται συμβολικά σε αυτόν που ανήκει στους γιατρούς έναντι αυτού που χρησιμοποιείται από τις νοσηλεύτριες. Επιπλέον, η ίδια η αρχιτεκτονική και διοικητική οργάνωση της ΜΕΘ κατανέμει διαφορετικά και τις μορφές πληροφορίας ανάμεσα σε αυτούς που εργάζονται σε αυτή και, κάνοντας αυτή την κατανομή, προσδιορίζει το χαρακτήρα των δεδομένων που κάθε επαγγελματική ομάδα (ιατρική, νοσηλευτική) φέρνει στη λήψη των αποφάσεων για τη ζωή και το θάνατο (Αλεξιάς, 2000, σ.413). Σε αυτό συνεπικουρούν και εθιμοτυπικές διαδικασίες που επιβεβαιώνουν τη διαφορά ισχύος: η ιατρική επίσκεψη κάθε ημέρα λειτουργεί συμβολικά υπέρ των γιατρών, καθώς η ιατρική ομάδα προβάλλει προς τα έξω την εικόνα της συμπαγούς, ομοιογενούς ομάδας που επιτελεί το κοινωνικό λειτουργήμα της θεραπείας. Όπως και σε άλλες μελέτες, φαίνεται πως οι νοσηλεύτριες, αν και αποκτούν τεχνικές δεξιότητες και εκτελούν εργασίες που κάποτε «ανήκαν» στους γιατρούς, δεν κερδίζουν το κύρος των γιατρών ούτε συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων (σ.411). Αντιθέτως, οι νοσηλεύτριες περιγράφονται ως «υπηρετίες» και απόλυτα υποταγμένες στον ιατρικό λόγο, καθώς η νοσηλευτική συνεχίζει να κατέχει ένα μικρό μέρος της συνολικής ιατρικής γνώσης, κι έχοντας προκαθορίσει το έργο της μόνο ως «φροντίδα».

να καταλαμβάνουν κυρίως τις πτέρυγες με τους ασθενείς, και οι γιατροί το γραφείο τους. Οι τελευταίοι έχουν μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων και πρόσβασης σε όλο το νοσοκομείο, ενώ οι νοσηλευτές/ριες είναι λίγο πολύ καθηλωμένοι/ες δίπλα στο κρεβάτι των ασθενών κυρίως λόγω φόρου εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, στο εθνογραφικό μου παράδειγμα, οι πτέρυγες με τους ασθενείς, η εποπτεία και οι βοηθητικοί χώροι είναι οι χώροι των νοσηλευτών/ριών. Ειδικά οι έμπειροι και έμπειρες νοσηλευτές/ριες με αυτοπεποίθηση καταλάμβαναν το χώρο, μετακινούνταν από και προς τους ασθενείς τους με γοργό ρυθμό και αποφασιστικότητα, εκτός κι αν επρόκειτο για άπειρο/η νοσηλεύτης/ρια που χρειαζόταν την καθοδήγηση έμπειρου/ης συναδέλφου. Στις πτέρυγες με τους ασθενείς, οι νοσηλευτές/ριες «μεγεθύνονται», καταλαμβάνοντας με αυτοπεποίθηση το χώρο και οργανώνοντας το χρόνο τους στο βαθμό που μπορούν. Η ειδική γνώση και η παραγωγή Εντατικής νοσηλευτικής, η συνεχής επαγρύπνηση και το νοσηλευτικό βλέμμα, η φροντίδα και η διατήρηση ή επαναφορά της ομοιόστασης του οργανισμού στους ασθενείς τους, τους/τις καθιστά περισσότερο «ορατούς» και «ορατές» προς τους/τις άλλους/ες μέσα στη πτέρυγα των ασθενών, εκεί δίπλα στο «κρεβάτι» του αρρώστου. Άλλοτε πάλι, οι νοσηλευτές/ριες δείχνουν να «συρρικνώνονται» ως ομάδα και να αποσύρονται, δουλεύοντας κάπου στο παρασκήνιο, στο περιθώριο της πτέρυγας (ετοιμασία φαρμάκων/νοσηλείας), όπως όταν οι γιατροί κάνουν επίσκεψη και οι συγγενείς των ασθενών έρχονται στη ΜΕΘ κατά το επισκεπτήριο για μισή ώρα το απόγευμα.

Ωστόσο, σε αντίθεση με τους/τις γιατρούς, στη συγκεκριμένη ΜΕΘ, οι νοσηλευτές/ριες δεν είχαν τη δυνατότητα να έχουν δικούς τους ιδιωτικούς χώρους, χώρους «ανάπαυσης» όπως λέγονται, ούτε να αποσύρονται συχνά και το ίδιο εύκολα με τους/τις γιατρούς. Κατά τη διάρκεια της βάρδιας δημιουργούσαν κάποιους προσωρινούς ιδιωτικούς χώρους μεταξύ τους, είτε με άλλους/ες νοσηλευτές/ριες, είτε με τους/τις γιατρούς για έκφραση παραπόνων, διευθέτηση ζητημάτων της ΜΕΘ ή και προσωπικών θεμάτων. Αυτό γινόταν μέσα στην πτέρυγα, στην κουζίνα της ΜΕΘ την ώρα του διαλείμματος, στο διάδρομο, στους χώρους φύλαξης και αποθήκευσης αναλώσιμου υλικού της ΜΕΘ και, πολύ συχνά, στο δωμάτιο της «εποπτείας» του προϊστάμενου, δηλαδή σε ένα μεγάλο χώρο που λειτουργούσε και ως αποθήκη για τα φάρμακα, τα ναρκωτικά και άλλο αναλώσιμο υλικό, και ως κέντρο οργάνωσης και διαχείρισης της Μονάδας από τον προϊστάμενο το πρωί και τους υπεύθυνους βάρδιας το απόγευμα και τη νύχτα. Σε αυτούς τους *ad hoc* ιδιωτικούς χώρους, οι

νοσηλευτές/ριες είχαν τη δυνατότητα να εκφραστούν και να κινηθούν πιο ελεύθερα και χαλαρά, μακριά από το δημόσιο χώρο της πτέρυγας – όπου βρίσκονται σε κατάσταση συνεχούς έκθεσης στο βλέμμα των άλλων, σαν σε σκηνή θεάτρου, όπως έχουν επισημάνει οι Halford και Leonard (2003). Παρόλα αυτά, η «συρρίκνωσή» τους στην ώρα της ιατρικής επίσκεψης, σε συνδυασμό με την ανυπαρξία ιδιαίτερου χώρου ανάπαυσης για τους/τις νοσηλευτές/ριες, με αποτέλεσμα να (αυτο-)αποκλείονται σε χώρους άσχετους με την επαγγελματική τους ταυτότητα (π.χ. κουζίνα, αποθήκες), επιβεβαιώνουν την παραδοχή ότι τα νοήματα που παράγονται στη ΜΕΘ για τις εμπλεκόμενες επαγγελματικές κατηγορίες και η διαφορετική βαρύτητα που αποδίδεται στην κάθε μια τους, συνομιλούν με, και (ανα)παράγονται από, τους χώρους και τις καθημερινές χρήσεις που μπορούν να κάνουν τα άτομα σε αυτούς. Η κίνηση των σωμάτων στους νοσοκομειακούς χώρους, το είδος της πρόσβασης σε αυτούς και το ποιος/α επιτρέπεται ή, όπως στην προκειμένη περίπτωση, δεν επιτρέπεται να τους χρησιμοποιεί, συνιστούν δυνατότητες και περιορισμούς στην κατασκευή ταυτοτήτων.

Έχει υποστηριχθεί από τους White et al. (2012) ότι τα έγγραφα και αρχεία του νοσοκομείου και της ΜΕΘ, τα οποία μπορούν να ιδωθούν και ως πολιτισμικά τεκμήρια, λειτουργούν και ως προβολές - προεκτάσεις των σχέσεων εξουσίας μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών, ανάλογα με τη δυνατότητα πρόσβασης των νοσηλευτών/ριών σε αυτά και, γενικότερα, των τρόπων χρήσης τους. Στα έντυπα αυτά μπορεί να συγκαταλέγονται από ένα πρόχειρο χαρτί όπου οι νοσηλευτές/ριες γράφουν τις δουλειές που πρέπει να γίνουν από τους/τις γιατρούς (Hardey et al., 2000), έως τις καρτέλες των φαρμάκων των ασθενών (Manias & Street, 2001β), τον πίνακα τοίχου στον οποίο οι νοσηλευτές/ριες γράφουν με μαρκαδόρο μηνύματα προς τους/τις γιατρούς για αλλαγή θεραπείας ή ανάγκη εκτίμησης του ασθενούς από τους/τις γιατρούς (Riley et al., 2007), το φύλλο γραπτής λογοδοσίας των νοσηλευτών/ριών, όπου καταγράφεται κυρίως ή μόνο το βιοϊατρικό προφίλ του ασθενούς, και βέβαια τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών (Hyde et al., 2005).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, μηχανισμός έμμεσου αποκλεισμού των νοσηλευτών/ριών μπορεί να γίνει και η μη πρόσβασή τους στους ιατρικούς φακέλους των αρρώστων. Παρατήρησα ότι οι ιατρικοί φάκελοι με το πλήρες ιστορικό και την πορεία της νόσου των ασθενών φυλάσσονταν, είτε στα γραφεία της κάθε ομάδας γιατρών που ήταν υπεύθυνη για την κάθε πτέρυγα, είτε στο διάδρομο και μόλις

μερικά βήματα από την κάθε πτέρυγα, δηλαδή κοντά στο χώρο που νοσηλεύονταν οι ασθενείς. Αν και επρόκειτο ουσιαστικά για μια μικρή απόσταση, ήταν σχετικά δύσκολο για τους/τις νοσηλευτές/τριες να αναζητήσουν τους φακέλους κατά τη διάρκεια της βάρδιας, ακόμα και όταν οι φάκελοι ήταν διαθέσιμοι, γιατί η κλινική κατάσταση των ασθενών ήταν τέτοια που απαιτούσε τη συνεχή παρουσία των νοσηλευτών/ριών δίπλα τους. Αντίθετα, οι γιατροί είχαν άμεση και πλήρη πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο του/της ασθενούς, όπως και στις εξετάσεις και τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

Μια από τις εργασίες της ιατρικής επίσκεψης είναι ο καθορισμός και η τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών. Συχνά, οι νοσηλευτές/ριες θέλουν να αναφέρουν κάποια αντίδραση των ασθενών στα φάρμακα που χορήγησαν, όπως και να προτείνουν αλλαγές στη δοσολογία με βάση τις μετρήσεις στα ζωτικά σημεία του τελευταίου εικοσιτετράωρου. Ειδικά ο τρόπος που επικοινωνούνται, τροποποιούνται και γράφονται οι οδηγίες από τους/τις γιατρούς στην καρτέλα των φαρμάκων, μας αποκαλύπτουν και συγκαλυμμένες πρακτικές αποκλεισμού, όπως ο τρόπος με τον οποίο οι γιατροί δεν επικοινωνούν και ανακοινώνουν τις αποφάσεις τους και τις φαρμακευτικές αλλαγές στους/τις νοσηλευτές/ριες. Στο εθνογραφικό παράδειγμα, οι γιατροί περνούσαν τις ιατρικές οδηγίες (π.χ. φαρμακευτική αγωγή, αποσωλήνωση ασθενούς, παύση καταστολής, αλλαγή αρτηριακής/κεντρικής γραμμής) στα διαγράμματα νοσηλείας και στη συνέχεια τα επέστρεφαν στο έδρανο των νοσηλευτών/ριών. Άλλοτε ενημέρωναν τους/τις νοσηλευτές/ριες ότι περάστηκαν νέες ιατρικές οδηγίες ή ότι τροποποιήθηκαν οι παλιές, και άλλοτε – ειδικά όταν οι νοσηλευτές/ριες ήταν απασχολημένοι/ες με τους ασθενείς τους και μη διαθέσιμοι/ες - άφηναν το ντοσιέ με το διάγραμμα του ασθενούς «ανοιχτό» στο έδρανο των νοσηλευτών/ριών. Με αυτόν μόνο τον τρόπο, οι τελευταίοι/ες, όταν επέστρεφαν στο έδρανο των νοσηλευτών/ριών, καταλάβαιναν ότι είχαν περαστεί «νέες οδηγίες» από τους/τις γιατρούς, τις οποίες και διάβαζαν με προσοχή. Με βάση τις νέες οδηγίες των ιατρών, οι πληροφορητές/ριες οργάνωναν τις εργασίες τους, αλλά πολύ συχνά, αναζητούσαν τους/τις γιατρούς για να τους θέσουν νέους προβληματισμούς και ερωτήματα που αφορούσαν στους ασθενείς τους και τα οποία δεν είχαν διευθετηθεί ή συζητηθεί κατά την επίσκεψη των ιατρών.

Οι ερευνητές Liu et al., που ανέφερα παραπάνω, εκτός από τις σχέσεις εξουσίας που γίνονται ορατές κατά την ιατρική επίσκεψη μέσα από τον τρόπο

κατάληψης του χώρου από τους/τις γιατρούς και τους/τις νοσηλευτές/ριες σε νοσοκομείο της Αυστραλίας, μελέτησαν και αυτές που αναπτύσσονται μέσα από τις γραπτές ιατρικές οδηγίες στις καρτέλες των φαρμάκων (Liu et al., 2014). Με κέντρο αναφοράς τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών, οι ερευνητές ανέδειξαν τις δυσκολίες και τις αντιπαραθέσεις εξουσίας που υφίσταντο μεταξύ των νοσηλευτών/ριών, των γιατρών και των φαρμακοποιών. Υποστηρίζουν ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών/ριών για τα φάρμακα και η δύναμη/ισχύς που αξιοποιούσαν για να ελέγχουν την ακρίβεια και την πληρότητα των φαρμακευτικών καρτελών και ιατρικών οδηγιών, ήταν ελάχιστα εμφανής, επειδή οι ιατρικές οδηγίες ήταν υπογεγραμμένες μόνο από τους/τις γιατρούς, οπότε κάθε έμμεσο είδος εξουσίας που χρησιμοποιούσαν οι νοσηλευτές/ριες δεν αποτυπωνόταν ούτε στη λογοδοσία ούτε στα γραπτά αρχεία των τμημάτων.¹²⁸ Η καλή γνώση των φαρμάκων, ο έλεγχος που ασκούσαν οι νοσηλευτές/ριες και ο επιπλέον φόρτος εργασίας δεν αποτυπώνονταν στο τέλος της ημέρας αλλά κρυβόντουσαν πίσω από την υπογραφή του/της γιατρού πάνω στην καρτέλα. Η συνεισφορά και προσφορά των κλινικών φαρμακοποιών ήταν επίσης σημαντική στην ορθή συνταγογράφηση από τους/τις γιατρούς και στη σωστή χορήγηση των φαρμάκων από τους νοσηλευτές/ριες γιατί έλεγχαν καθημερινά τις καρτέλες για παραλείψεις και λάθη. Παρόλα αυτά και ίσως λόγω φόρτου εργασίας, και οι φαρμακοποιοί απέφευγαν την προφορική επικοινωνία με γιατρούς και νοσηλευτές/ριες, και πολλές φορές περιοριζόνταν στα υπομνήματα που έγραφαν με χρωματιστό στυλό στην καρτέλα, τα οποία είχαν τη μορφή ευγενικής προτροπής ή

¹²⁸ Ενδεικτικά, οι γιατροί δεν ενημέρωναν προφορικά τους/τις νοσηλευτές/ριες για τα εφάπαξ φάρμακα (stat doses), και οι τελευταίοι/ες έχαναν πολύτιμο χρόνο στο να τους εντοπίσουν για να διασταυρώσουν την ορθότητα της συνταγογράφησης, άλλοτε δε δεν εντόπιζαν έγκαιρα την οδηγία με αποτέλεσμα το φάρμακο να μη δοθεί ή να δοθεί με σημαντική χρονική καθυστέρηση. Αυτό προκαλούσε αισθήματα δυσαρέσκειας στο νοσηλευτικό προσωπικό γιατί οι γιατροί δεν τους ενημέρωναν για τις αλλαγές, αλλά και γιατί οι γιατροί έπαιρναν κλινικές αποφάσεις για τους αρρώστους τους εν απουσία τους. Από τη άλλη πλευρά, οι γιατροί είτε δεν θεωρούσαν δικό τους ρόλο να ενημερώνουν για τις οποιεσδήποτε αλλαγές στην καρτέλα των φαρμάκων, είτε δικαιολογούσαν τους εαυτούς τους λόγω αυξημένου κλινικού φόρτου εργασίας (clinical busyness). Επίσης, ακόμα και κάθε φορά που έγραφαν κάποιο φάρμακο οι γιατροί δεν φρόντιζαν να ελέγξουν για τις αλληλεπιδράσεις όλων των φαρμάκων και την ορθότητα των ιατρικών οδηγιών, κάτι που διεκπεραίωναν οι νοσηλευτές/ριες και ο κλινικός φαρμακοποιός του τμήματος. Για τυχόν παραλείψεις, λάθη στη δοσολογία και οδό χορήγησης και δυσανάγνωστες οδηγίες οι νοσηλευτές/ριες διέκοπταν τη χορήγηση των φαρμάκων και έψαχναν τους γιατρούς για να διασταυρώσουν και τροποποιήσουν την καρτέλα των φαρμάκων.

πρότασης για δράση προς τους/τις γιατρούς, ώστε να μην διαταράσσονται οι ισορροπίες μεταξύ τους καθώς οι γιατροί ήταν αυτοί που είχαν την ευθύνη και αρμοδιότητα της συνταγογράφησης. Δηλαδή, τόσο οι νοσηλευτές/ριες όσο και οι φαρμακοποιοί ασκούσαν με λανθάνοντα και διακριτικό τρόπο εξουσία μέσω της καρτέλας των φαρμάκων στους/τις γιατρούς προκειμένου να επηρεάζουν τις αποφάσεις των τελευταίων. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι, ενώ οι νοσηλευτές/ριες συχνά διάβαζαν τις παρατηρήσεις των γιατρών στον ιατρικό φάκελο για να ενημερωθούν για τον ασθενή, οι φαρμακοποιοί και οι γιατροί έδειχναν πολύ λιγότερο ενδιαφέρον και προσπάθεια στο να κάνουν το ίδιο με τη νοσηλευτική λογοδοσία, παρότι η τελευταία συχνά περιείχε διασαφηνίσεις για κάποιο φάρμακο που δεν δόθηκε στον άρρωστο. Στη μελέτη της Liu et al. (2014) οι γιατροί θεωρούσαν τη νοσηλευτική λογοδοσία φτωχή και ελάχιστα χρήσιμη για να συμβάλει στην κλινική γνώση που αναζητούσαν για το περιστατικό, και αυτό επιβεβαίωνε την υπερίσχυση της βιοϊατρικής γνώσης έναντι των άλλων ειδών γνώσης στον κλινικό χώρο.

Σύμφωνα με όλα όσα ανέφερα παραπάνω, θα έχει γίνει σαφές ότι, στη συγκεκριμένη Εντατική, ο τρόπος οργάνωσης και διεξαγωγής της επίσκεψης των γιατρών είναι πρωτίστως ιατροκεντρικός. Το ίδιο, όμως, υποστηρίζει και η Κλεοπάτρα, προϊσταμένη σε άλλη Μονάδα της Αθήνας, και την στενοχωρεί γιατί αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές/ριες αποθαρρύνονται από το να παίρνουν πρωτοβουλίες. Καθώς η ιατρική εξουσία είναι διάχυτη, και οι νοσηλευτές/ριες έχουν ελλείψεις στις γνώσεις τους, οι κλινικές αποφάσεις διεξάγονται κατά κύριο λόγο από τους/τις γιατρούς της ΜΕΘ:

[Κλεοπάτρα, συνέντευξη 8^η, expert νοσηλεύτρια] «εε, το σύστημα εργασίας στην ΜΕΘ είναι ιατροκεντρικό. Τις αποφάσεις..., δεν αναφέρομαι στην δική μου Μονάδα, αναφέρομαι γενικά, υπάρχει όμως και στην δική μου Μονάδα κατά περίπτωση. Αρα λοιπόν αυτό που αποθαρρύνει την νοσηλεύτρια είναι ότι, υπάρχει διάχυτη αυτή η ιατρική εξουσία, την αποθαρρύνει η έλλειψη γνώσης που έχει, δηλαδή την αποθαρρύνει - όχι ότι κάποιος την εμποδίζει - αλλά μέσα της αναγνωρίζει ότι δεν μπορείς να πάρεις πρωτοβουλία όταν δεν ξέρεις τι να κάνεις. Την αποθαρρύνει ότι δεν υπάρχει, δεν υπάρχουν πρωτόκολλα στις Μονάδες. Από την στιγμή λοιπόν που δεν υπάρχει ένα πλαίσιο, δεν μπορεί αυτό, αυτή η λήψη αποφάσεων να στηρίζεται στην διάθεση του κάθε γιατρού ή της κάθε προϊσταμένης. Όλα αυτά λοιπόν μαζί, η έλλειψη μιας συνεχιζόμενης εκπαίδευσης που θα σου βελτιώσει το γνωστικό αντικείμενο, η έλλειψη πρωτοκόλλων και η αποφυγή των γιατρών να υπάρχουν πρωτόκολλα και να κάνουνε πολλά πράγματα κατά το δοκούν, ή η ιατρο-κεντρική εξουσία και επίσης ένα σύστημα το οποίο δεν επικροτεί αυτή την πρωτοβουλία, την καταστέλλει θα έλεγα. Λοιπόν, στην δική μας Μονάδα αυτό έχει διαφοροποιηθεί σημαντικά, θα ήταν ακόμη καλύτερα εάν υπήρχε μεγαλύτερη συνοχή στο medical management της Μονάδας μου. Το ότι δεν

έχουνε συνοχή οι γιατροί, αποδυναμώνει μετά την λήψη πρωτοβουλίας, εε, βοηθάει η δική μου παρουσία [εννοεί ως προϊσταμένη] που είμαι [...] proactive, και υπάρχουν φορές που πηγαίνω πίσω από τους γιατρούς και τους τα ψιθυρίζω και τους τραβάω την μπλούζα, 'άστη να μιλήσει, θα εκπαιδευτεί, μην τα λες όλα εσύ, ρώτα την, ρώτα την πώς το σκέφτεται', και υπάρχουν νοσηλεύτριες που έχουν πάρει αποφάσεις βράδυ που ήταν μόνες τους, που είχαν να κάνουν σχέση και με στοιχεία αναπνευστήρα, και με χορήγηση φαρμάκων, γιατί δεν υπήρχε χρόνος και λειτούργησαν πολύ αποτελεσματικά.»

Μέχρι τώρα περιέγραψα τους παράγοντες που αποθαρρύνουν έως και εμποδίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό να συμμετέχει στην επίσκεψη των γιατρών όπου παίρνονται οι αποφάσεις για τη διαχείριση των περιστατικών. Όπως τονίζει και η Δούκισσα, έμπειρη νοσηλεύτρια που παρακολουθεί μεταπτυχιακό στην Εντατική νοσηλευτική,

«Σε γενικές γραμμές αυτό το καθεστώς που υπάρχει είναι ότι, οι νοσηλευτές δεν εμπλέκονται στις αποφάσεις των γιατρών. Αυτό ισχύει γενικά. Απλά μπορεί να υπάρξουν κάποιες εξαιρέσεις που ο γιατρός να ακούσει ας πούμε κάποιον νοσηλευτή. Όμως αυτό που επικρατεί και είναι καθεστώς είναι ότι τις αποφάσεις τις παίρνουν μόνο οι γιατροί.»

Η Δούκισσα ομολογεί ότι, ακόμα και όταν μοιράζεται την επαγγελματική της κρίση με τους/τις γιατρούς, τελικά δεν επηρεάζει τις κλινικές αποφάσεις τους. Αν και «εμπλέκεται» στην επίσκεψη των γιατρών, «ουσιαστικά δεν εμπλέκεται» στις κλινικές αποφάσεις, όπως λέει η ίδια.

Δούκισσα: Ναι εμπλέκομαι [εννοεί στην επίσκεψη] απλά θέλω να πω ότι δεν εμπλέκομαι γιατί και να πεις κάτι δε γίνεται ποτέ, με αυτή την έννοια εννοώ 'δεν εμπλέκομαι'.

Εγώ: Σε ακούν οι γιατροί γενικά;

Δούκισσα: Ε, κάποιες φορές ναι κάποιες φορές όχι.

Εγώ: Πιστεύεις ότι σου επιτρέπεται... ότι η Μονάδα αυτή - κατά ποιον τρόπο σου επιτρέπει ή σε αποτρέπει από το να συμμετέχεις στις κλινικές αποφάσεις; [...]

Δούκισσα: Σε γενικές γραμμές αυτό το καθεστώς που υπάρχει είναι ότι οι νοσηλευτές δεν εμπλέκονται στις αποφάσεις των γιατρών. Αυτό ισχύει γενικά. Απλά μπορεί να υπάρξουν κάποιες εξαιρέσεις που ο γιατρός να ακούσει ας πούμε κάποιον νοσηλευτή. Όμως αυτό που επικρατεί και είναι καθεστώς είναι ότι τις αποφάσεις τις παίρνουν μόνο οι γιατροί.

Εγώ: Άτυπα; Μπορείτε να συμμετέχετε; Δηλαδή με τον τρόπο σου; Υπάρχουν τρόποι που μπορείς αν επηρεάσεις κάποια απόφαση ή να προτείνεις κάτι;

Δούκισσα [...] Ναι, απλά λέω ότι αυτό θα γίνει ίσως λίγες φορές. Συνήθως όταν υπάρχει μια απόφαση ή ένα σκεπτικό ακολουθείται με αυτόν τον τρόπο και δεν αποκλίνει. Υπάρχουν βέβαια κάποιες περιπτώσεις που [...] μπορεί ας πούμε να πάρουμε μέρος αλλά όχι με το δημοκρατικό [γελάει] τρόπο [Ε: Ναι], δηλαδή έχει γίνει κάποιο θέμα και αναγκαστικά έχουνε ακολουθήσει ας πούμε αυτό που λες.

Έτσι, η «επίσκεψη», ως επίσημο κέντρο κλινικών αποφάσεων, συνιστά περισσότερο υπόθεση των γιατρών παρά των νοσηλευτών/ριών, και παρέχει ένα πλαίσιο ισχυροποίησης της ιατρικής ομάδας έναντι αυτής των μη-γιατρών της ΜΕΘ. Όπως μου εξήγησε και η ίδια, παρά ταύτα, κάποιες φορές οι νοσηλευτές/ριες βρίσκουν τρόπους να επιβάλλουν την άποψή τους όταν νιώθουν ότι η αντιμετώπιση των περιστατικών από τους/τις γιατρούς δεν είναι η πρέπουσα, όπως όταν η θεραπεία είναι μάταια και επιβραδύνει το πέρασμα από τη ζωή στο θάνατο. Αλλά, αυτό γίνεται ανεπίσημα και δεν καταγράφεται ως ιατρική οδηγία. Η Δούκισσα έχει πολύ καλή γνώση Εντατικής νοσηλευτικής, διαβάζει τους φακέλους των ασθενών της, και δε διστάζει να εκφράζει ανοιχτά την επαγγελματική της κρίση στους/τις γιατρούς, ούτε να προσπαθεί να διαπραγματευτεί την πρέπουσα διαχείριση του ασθενούς με τους/τις γιατρούς, ακόμα κι αν έρθει σε ρήξη μαζί τους. Η Δούκισσα ξεχωρίζει από μακριά γιατί έχει πλούσια μακριά μαύρα μαλλιά που τονίζουν το λευκό της επιδερμίδας της. Τα μαλλιά της γυαλίζουν, δείχνουν φρεσκολουσμένα και φτάνουν περίπου μέχρι τη μέση της πλάτης. Στη Μονάδα προσέρχεται με τα μαλλιά λυμένα, αυτά πέφτουν πάνω στους ώμους της, όλα είναι κομμένα στο ίδιο μήκος. Η Δούκισσα έχει πάντα το κεφάλι ψηλά και χαιρετάει τους συναδέλφους της προηγούμενης βάρδιας. Η στολή της, πράσινα χειρουργικά scrubs, βαμβακερό παντελόνι με κορδόνι στη μέση και κοντομάνικη μπλούζα με λαιμόκοψη V, δείχνει καθαρή και σιδερωμένη. Αφού πρώτα ελέγξει στο βιβλίο με τις αναθέσεις σε ποια πτέρυγα δουλεύει, με ποιον/α συνάδελφο θα δουλεύει και ποιους ασθενείς χρεώνεται, στη συνέχεια θα κατευθυνθεί προς την πτέρυγα για να της παραδώσει προφορικά (προφορική παράδοση) τα περιστατικά ο/η συνάδελφος της προηγούμενης βάρδιας. Έχω παρατηρήσει ότι κάθε φορά που η Δούκισσα αναλαμβάνει βάρδια και αμέσως πριν την προφορική παράδοση των περιστατικών από το/τη συνάδελφο που της παραδίδει, μαζεύει επιμελώς τα μαλλιά της και τα δένει ψηλά στο κεφάλι πιάνοντάς τα με μια μεγάλη παραμάνα/βελόνα. Το μάζεμα το μαλλιών της χαρίζει όχι μόνο μερικά εκατοστά ύψος, αλλά και μια περισσότερο «αυστηρή» και επαγγελματική όψη. Πέρα από το γεγονός ότι η πολιτική ένδυσης/στολής του νοσοκομείου προβλέπει τα μακριά μαλλιά των νοσηλευτών/ριών να είναι δεμένα κατά την ώρα υπηρεσίας, αντιλαμβάνομαι αυτή την κίνηση και ως μια ασύνειδη πράξη μερικής απέκδυσης του θηλυκού στοιχείου από πάνω της στην αρχή της βάρδιας, και υιοθέτησης μιας πιο επαγγελματικής και αυστηρής εικόνας/εκδοχής του εαυτού της η οποία παραπέμπει περισσότερο στο ισχυρό ανδρικό φύλο παρά στη γυναικεία φύση της νοσηλευτικής. Η αλλαγή στην εικόνα

της, στην αρχή της βάρδιας, την μετουσιώνει σε μια περισσότερο επιβλητική παρουσία μεταξύ των γιατρών και νοσηλευτών/ριών της ΜΕΘ, και σε μια νοσηλεύτρια που είναι περισσότερο «ορατή» στους άλλους και άλλες κατά τη διάρκεια της βάρδιας. Ο καθαρός και σταθερός βηματισμός της, τα χέρια στις τσέπες, η εικόνα της έμπειρης νοσηλεύτριας που είναι πάντα απασχολημένη και σχολαστική με τη φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών της, της δίνουν το επιπλέον πλεονέκτημα στο να διαπραγματεύεται με τους/τις γιατρούς με λιγότερο άνισους όρους.

Η Δούκισσα, ενώ αναγνωρίζει και αποδέχεται, εν μέρει, το καθεστώς της Μονάδας όπου οι νοσηλευτές/ριες δε συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, φροντίζει να τονίζει τα θέματα που χρήζουν επίλυσης στους εξειδικευόμενους πριν την έναρξη της επίσκεψης, και αυτό το κάνει πάντα με επιχειρήματα και δεδομένα από την νοσηλευτική αξιολόγηση του ασθενούς κατά το πρωινό στρώσιμο. Το σίγουρο είναι ότι η Δούκισσα «κατέχει» το χώρο της ΜΕΘ, και ισχυροποιεί τη θέση της στην πτέρυγα κατά δύο τρόπους ταυτόχρονα: προβάλλοντας μια «αρσενική» και αυστηρή εκδοχή του εαυτού της, και αναδεικνύοντας την ειδική γνώση που έχει και τη μακρά κλινική της εμπειρία στη διαχείριση των ασθενών της. Με άλλα λόγια, η Δούκισσα ιδιοποιείται τη συμπεριφορά των γιατρών (ανδρών και γυναικών), προκειμένου να συμμετέχει, έως ένα βαθμό, στη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Παρόμοια διαπίστωση έχει κάνει η Loos (2012) στην έρευνά της σε κλινική νοσοκομείου της Γερμανίας, με αντικείμενο το πώς προσλαμβάνουν και αναπαράγουν τα έμφυλα στερεότυπα του επαγγέλματός τους οι γυναίκες γιατροί και οι άνδρες νοσηλευτές. Στην εθνογραφική μελέτη της Loos, αν και όλες οι ερωτηθείσες γυναίκες γιατροί παραδέχτηκαν ότι, ως προς τη λήψη αποφάσεων, η εργασία τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις δεξιότητες και ικανότητες των νοσηλευτών και νοσηλευτριών, θεωρούσαν ότι αυτές οι δεξιότητες δεν «μετράνε» στη θεραπευτική διαδικασία. Η ερευνήτρια υποστηρίζει πως ο/η κάθε εργαζόμενος/η στην κλινική τείνει να υιοθετεί τα έμφυλα χαρακτηριστικά που έχουν αποδοθεί και καθιερωθεί στο επάγγελμά του/της. Έτσι, οι μεν γυναίκες γιατροί διαιωνίζουν την αρρενωπότητα μέσω της αποδοχής του κύρους και της αυθεντίας του ιατρικού επαγγέλματος, οι δε άνδρες νοσηλευτές, ασκώντας ένα επάγγελμα συνδεδεμένο από την κοινωνία με το γυναικείο φύλο, δέχονται να έχουν μια υποδεέστερη και κυριαρχούμενη θέση στο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να διαιωνίζουν τη θηλυκότητα

ως έμφυλη διάσταση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Με άλλα λόγια, το status της ανδροκεντρικής ιατρικής παραμένει υψηλό και συνεπώς το ιατρικό επάγγελμα παραμένει πρότυπο μίμησης για όσες και όσους από τα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας επιθυμούν να επιτύχουν αντίστοιχη κοινωνική αναγνώριση και κύρος. Σε αντίθετη περίπτωση, αναπαράγουν την υποδεέστερη θέση τους προς αυτή των ανδρών γιατρών (Οικονόμου & Σπυριδάκης, 2012).¹²⁹

Όλα τα παραπάνω μας υπενθυμίζουν τον ισχυρισμό του Αλεξιά (2000) ότι η άνιση κατανομή εξουσίας στη ΜΕΘ – και στο νοσοκομείο – οφείλεται στην «ιδιαιτερότητα» της ιατρικής και του επιστημονικού ιατρικού λόγου/γνώσης. Στο ότι, δηλαδή, η εξουσία που παράγεται από τον ιατρικό επιστημονικό λόγο, ενώ οφείλεται σε συγκεκριμένους ιστορικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, έχει ακολουθήσει τη δική της πορεία αναπαραγωγής και επέκτασης. Με άλλα λόγια, το ιατρικό σύστημα και η εξουσία που πηγάζει από αυτό παρουσιάζει στοιχεία αυτονομίας και καταφέρνει να αναπτύσσει ιδιόμορφες σχέσεις ανισότητας προς τους «άλλους», τα άλλα επαγγέλματα και την κοινωνία. Οι νοσηλευτές/ριες συγκαταλέγονται μεταξύ αυτών των «άλλων» και η σχέση τους προς τους/τις γιατρούς πάντα θα επηρεάζεται από την παραδοχή ότι η επιστημονική ιατρική γνώση είναι μοναδική, είναι το παράδειγμα προς μίμηση, στο βαθμό που η ίδια η γνώση ασκεί εξουσία μάλλον, παρά ο/η γιατρός.

¹²⁹ Ο συλλογικός τόμος των Οικονόμου και Σπυριδάκη, «*Ανθρωπολογικές και Κοινωνιολογικές Προσεγγίσεις της Υγείας*» (2012), περιλαμβάνει κείμενα ανθρωπολόγων, κοινωνιολόγων καθώς και άλλων επιστημόνων που προσεγγίζουν την υγεία και την ασθένεια μέσα από διαφορετικές ερευνητικές μεθόδους. Οι ερευνητές/τριες, αν και δεν καταγράφουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης/κρίσης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, μέσα από τα κείμενα/μελέτες που συνθέτουν το όλο εγχείρημα, με ευαισθησία εγείρουν, μεταξύ άλλων: κοινωνιολογικούς προβληματισμούς για τον τρόπο λειτουργίας της γενετικής (Αλεξιάς, 2012)· ζητήματα φύλου και ταυτότητας των επαγγελματιών υγείας (Loos, 2012)· όψεις της εμπειρίας της ψυχικής και σωματικής υγείας (Riboli, 2012) και νοσηματοδότησης της ψυχιατρικής φροντίδας (Παπαϊωάννου & Σπυριδάκης, 2012)· ερωτήματα για το ρόλο της κοσμητικής πλαστικής χειρουργικής και τον τρόπο διαχείρισης του σώματος και της γήρανσης (Δηλάκη & Αλεξιάς, 2012)· ζητήματα ταξικών ανισοτήτων στη ψυχική υγεία σε άτομα που υπόκεινται σε μακροχρόνιες κοινωνικές πιέσεις και μορφές καταπίεσης (Ζήση, 2012)· και τέλος, θέματα διαχείρισης κρίσεων και περιστατικών που απειλούν τη δημόσια υγεία (Ηλιόπουλος, 2012). Οι Οικονόμου και Σπυριδάκη παρουσιάζουν διεπιστημονικές μελέτες που φέρνουν πιο «κοντά» τα πεδία της ανθρωπολογίας και της κοινωνιολογίας της υγείας. Οι μελέτες αυτές, εντός και εκτός Ελλάδος, αντλούν στοιχεία από την πολιτική οικονομία και τις επιπτώσεις της οικονομικής δομής της κοινωνίας στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της, την κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας και το ενδιαφέρον για το πώς ο υλικός και κοινωνικός κόσμος δεν συνιστούν καθολικές και δεδομένες πραγματικότητες.

Η «απουσία» ως παρουσία και ταυτότητα

Στις προηγούμενες ενότητες ανέδειξα τους τρόπους με τους οποίους η εμβληματική πρακτική της επίσκεψης των γιατρών κινητοποιεί τις δυνάμεις εξουσίας που διαθέτουν ή δεν διαθέτουν οι επαγγελματικές κατηγορίες και ταυτότητες των γιατρών και των νοσηλευτών/ριών. Έδωσα ιδιαίτερη έμφαση στις μορφές εξουσίας που ασκούνται άμεσα αλλά κυρίως έμμεσα στον κοινωνικό κόσμο της ΜΕΘ, στο παρασκήνιο του, προς όλες τις κατευθύνσεις, ιδιαίτερα όμως από τους/τις γιατρούς προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι πληροφορητές/ριες στη ΜΕΘ που μελέτησα φάνηκαν να υπόκεινται σε ιεραρχίες, οι οποίες γίνονται περισσότερο ορατές και αισθητές κατά την ιατρική επίσκεψη και τις οποίες εγγράφουν στην ταυτότητά τους. Στην παρούσα ενότητα εστιάζω στις πρακτικές που αναπτύσσουν οι συμμετέχοντες/ουσες κατά τη διάρκεια της ιατροκεντρικής επίσκεψης και στους τρόπους υποκειμενοποίησής τους. Όπως θα δείξω, οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες, προκειμένου να ανταπεξέλθουν ή και αντισταχθούν στην ασκούμενη εξουσία των γιατρών, επιλέγουν την ταυτότητα του απόντα και της απύσας από τη θεραπευτική ομάδα.

Οι Lewin και Reeves (2011) ερμήνευσαν τις ιατρικές επισκέψεις ως «παραστάσεις πάνω σε σκηνή» που παρουσιάζονται για «το κοινό των ασθενών». Ωστόσο, η ιατρική επίσκεψη συνοδεύεται από αρκετό «παρασκήνιο» (Bucknall, 2003· Coombs, 2003. Carroll et al., 2008· Parissopoulos et al., 2013), τόσο πριν από την έναρξη, όσο κατά τη διάρκεια της επίσκεψης αλλά και μετά το πέρας της, όταν οι νοσηλευτές/ριες προσπαθούν να μάθουν τις νέες ιατρικές οδηγίες που έχουν περαστεί στο διάγραμμα του ασθενούς για να προγραμματίσουν τη ροή των εργασιών τους στο υπόλοιπο της βάρδιας. Η Γαλήνη δεν διστάζει να πει ότι θα έπρεπε η ίδια και οι συνάδελφοί της να συμμετέχουν στην ιατρική επίσκεψη γιατί κάποια από τα προβλήματα του ασθενούς, αν και καταγράφονται στο διάγραμμα παρακολούθησης, δεν τυγχάνουν της πρέπουσας προσοχής από τους/τις γιατρούς επειδή τα θεωρούν ήσσονος σημασίας. Η Γαλήνη έχει αντιληφθεί ότι οι γιατροί δεν αξιοποιούν το διάγραμμα παρακολούθησης – όπου η ίδια καταγράφει τα ζωτικά σημεία και τη γραπτή λογοδοσία – όσο θα έπρεπε. Έτσι, αφού οι γιατροί δεν αποδίδουν την ίδια βαρύτητα σε όλες τις παραμέτρους του ασθενούς, θα πρέπει η ίδια – κατά την επίσκεψη – να φροντίσει να το κάνει. Εδώ έγκειται και η απογοήτευση της Γαλήνης, η οποία, αν και βλέπει τον εαυτό της ως τα «μάτια» και «αυτιά» των γιατρών και ως

χρήσιμη πηγή πληροφοριών, οι γιατροί δεν τη θεωρούν τόσο «σημαντική» για την επιτυχία της επίσκεψης. Αυτό την υποχρεώνει να αρκείται στο να επισημαίνει οτιδήποτε θεωρεί σημαντικό στον/την εφημερεύοντα/ουσα γιατρό το πρωί, πριν την έναρξη της πρωινής ενημέρωσης των γιατρών. Η Γαλήνη πιστεύει ότι, με τη συμμετοχή της στην επίσκεψη, θα κάλυπτε το νοσηλευτικό μέρος της, δηλαδή τα ζητήματα και τις ανάγκες φροντίδας του ασθενούς, τα οποία, αν και θεωρούνται πολύ σημαντικά από τους/τις νοσηλευτές/ριες, αντιμετωπίζονται ως περιφερειακής σημασίας θέματα από τους/τις γιατρούς. Επομένως, δεν υπάρχει λόγος και να συζητηθούν κατά την ιατρική επίσκεψη.

Από τα παραπάνω, ελπίζω να έγινε σαφές ότι οι δυνατότητες συμμετοχής που έχουν οι νοσηλευτές/ριες στο εθνογραφικό παράδειγμα είναι περιορισμένες, καθώς έχουν μάθει να κινούνται, χρονικά και χωρικά, μέσα από ένα πλέγμα εξουσιών και σημασιών, το οποίο τονίζει σε όλες του τις πτυχές την υπεροχή και διείσδυση της ιατρικής σε όλες τις εκφάνσεις του κόσμου της ΜΕΘ. Αυτή η διαπίστωση εγείρει το εξής ερώτημα: τι είδους επαγγελματική ταυτότητα διαμορφώνουν/συγκροτούν οι πληροφορητές/ριές μου ως αποτέλεσμα της ανισομερούς άσκησης εξουσίας κατά την ιατρική επίσκεψη στη συγκεκριμένη ΜΕΘ; Ή αλλιώς: όταν για το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών/ριών Εντατικής, η λήψη κλινικών αποφάσεων ή η δυνατότητα συμμετοχής τους σε αυτές αποτελεί σημαντική παράμετρο της νοσηλευτικής πράξης, ως παροχής βέλτιστης περίθαλψης των ασθενών, και της επαγγελματικής ταυτότητας των νοσηλευτών/ριών, τι μπορεί να σημαίνει αυτό για την Γαλήνη που δεν μπορεί να βιώσει κάτι ανάλογο στη Μονάδα που εργάζεται; Η ίδια βιώνει την απουσία ή σιωπηρή παρουσία της ως επαγγελματική ανεπάρκεια και ως αδυναμία ολοκλήρωσης του επαγγελματικού της ρόλου. Από την άλλη, πολλοί/ες από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες της μελέτης αυτής, πλέον, «νιώθουν πολύ άβολα» και «έξω από τα νερά τους», ως «παρείσακτοι/ες» και ως μη απαραίτητοι/ες στη διεξαγωγή της επίσκεψης και στις κλινικές αποφάσεις των γιατρών. Αυτό συμβαίνει ακόμη κι αν η επίσκεψη διεξαχθεί μέσα στην πτέρυγα με τους ασθενείς – αν και φάνηκε ότι αυτό γινόταν σπάνια. Ο Γαληνός νιώθει «παρείσακτος» τις λίγες φορές που αποπειράται να παρακολουθήσει από κοντά την επίσκεψη των γιατρών. Κάθεται κάπου στην άκρη, ακούει «στο ύπουλο και στο υποχθόνιο» αυτά που λένε οι γιατροί, όταν βρει την ευκαιρία κάνει ερωτήσεις, αλλά τις πιο πολλές φορές «δεν υπάρχει χρόνος» για τον Γαληνό, κι έτσι συνεχίζει τις δουλειές του.

Γαληνός, νοσηλευτής, συνέντευξη. 15^η: «Όχι δεν υπάρχει χρόνος, δεν πάμε, όχι δεν μπορούμε να πάμε. [Εγώ: ούτε σας καλούνε όμως;] Όχι! Ναι, ναι, ναι, κατά περιόδους και για πολύ λίγο χρονικό διάστημα εφαρμόζεται από κάποιους γιατρούς που παίρνουν ένα τροχήλατο, μπαίνουν στη Μονάδα και πάνε γύρω σε κάθε κρεβάτι. Εε, βέβαια πολλές φορές ξέρεις είναι και λίγο χρονοβόρο γιατί θα καθίσουν ένα εικοσάλεπτο στους ασθενείς σου, δεν μπορείς να κάθεται είκοσι-σαράντα-εξήντα λεπτά για τους τρεις ασθενείς σου από πάνω, έτσι; βέβαια σε αυτό τώρα μεγάλη ευθύνη παίρνουν οι γιατροί γιατί δεν έχουν συγκεκριμένη ώρα επίσκεψης. Μπορείς να κανονίσεις τις δουλειές σου και αυτή την ώρα να είσαι έτοιμος. Αν ξέρεις ότι δέκα με έντεκα κάνουν την επίσκεψη, δέκα με δώδεκα δεν ξέρω πόση ώρα κάνουν την επίσκεψη, θα κανόνιζες εσύ να έχεις τελειώσει τις δουλειές σου δέκα η ώρα και να ξεκινήσεις μαζί τους. Τώρα όμως, όταν σου πάνε μιάμιση η ώρα δεν μπορείς να το κάνεις. Πολλές φορές βέβαια, επειδή το έχω επιχειρήσει να σου πω την αλήθεια, στο ύπουλο και στο υποχθόνιο ειδικά στη Γ' [πτέρυγα] που κάθονται έξω από την Γ', να πάω στην επίσκεψή τους, να ακούσω τι λένε τέλος πάντων, πάω να ρωτήσω κάτι για κάποιον ασθενή, πάω και κάθομαι δίπλα τους. Δεν νιώθω καλά όμως, νιώθω λίγο σαν παρείσακτος δηλαδή, δεν με κάνει να αισθάνομαι και άνετα [-] δηλαδή θα πάω να ρωτήσω ας πούμε, έχουν την επίσκεψη, θα ρωτήσω 'να βάλω μια Apotel [παυσίπονο] ας πούμε στο [κρεβάτι] 5 που έκανε πυρετό;» Θα μου πούνε 'ναι', κάθομαι εγώ και προσπαθώ έτσι λιγάκι να ρωτήσω ας πούμε ή να ακούσω και να συμμετέχω. Αλλά δεν, δεν σου απευθύνει το λόγο, δεν... πολλές φορές ξέρεις κωλυσιεργούν με διάφορα εντελώς ιατρικά θέματα και τέτοια που... που δεν ασχολείσαι και μετά φεύγεις...»

Επίσης, κάποιου/ες από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες, όχι μόνο νιώθουν ότι αποκλείονται από την «επίσκεψη» των γιατρών, αλλά και φτάνουν στο σημείο να μην αναγνωρίζουν ως «επίσκεψη» την πρακτική των γιατρών να συζητούν τα περιστατικά τους στο διάδρομο ή στο γραφείο τους.

Ιφιγένεια, νοσηλεύτρια ΜΕΘ, διάλογος κατά την επιτόπια: «Μπορώ να παρέμβω λίγο; Ένα μεγάλο κακό που γίνεται εδώ μέσα είναι ότι δεν γίνεται επίσκεψη των γιατρών... γιατί δεν γίνεται πάνω στους ασθενείς με τους νοσηλευτές, μεγάλο κακό».

Γρηγόρης, νοσηλευτής ΜΕΘ «Ακριβώς. Συν τις πολλές επισκέψεις, Ιφιγένεια»

Ιφιγένεια: «Μπαίνουν μέσα, κλεισμένων των θυρών... [ο Γρηγόρης τη διακόπτει «Ιφιγένεια πες και για τις πολλές επισκέψεις»]... δεν καταλαβαίνουμε τι γίνεται στον ασθενή, ούτε από πού ήρθε, τι ιστορικό έχει, γιατί σίγουρα έχει και κάποια άλλα πράγματα που πρέπει να προσέξουμε, μπορεί να έχει έναν αρρυθμισμό διαβήτη ο χριστιανός, ξέρω εγώ; Κάτι, οτιδήποτε. Δεν το ξέρουμε... αν δεν έχεις την ώρα και την θέληση να καθίσεις, δεν έχουμε γενική εικόνα του ασθενούς ... να καθίσεις να διαβάσεις το ιστορικό του ασθενούς, το μόνο που ξέρεις είναι αν θα παίρνει αγγειοσπαστικά, πυρετό κι αν έχει εκκρίσεις, δηλαδή η νοσηλευτική μας περιορίζεται σε πολύ συγκεκριμένα, μηδαμινά για μένα πράγματα»

Γρηγόρης: «Επίσης δεν μας εξηγούν για ποιο λόγο κάνουν κάποια παρέμβαση και αυτό είναι το μεγάλο μας παράπονο»

Ιφιγένεια: «Συν του ότι ο καθένας κάνει τη δικιά του επίσκεψη και άλλα, άλλη ιατρική έχει ο καθένας στο μυαλό του»

Γρηγόρης: «Αλλάζονται οι οδηγίες για πλάκα, ενώ έχεις βάλει έναν ορό εσύ, εκεί να δεις burnout, ενώ έχεις βάλει έναν ορό...»

Για τον Αλεξιά (2000), η εξουσιαστική συμπεριφορά των γιατρών οφείλεται στο ότι οι γιατροί προσλαμβάνουν τις νοσηλεύτριες ως επαγγελματική κατηγορία που γνωρίζει και χρησιμοποιεί ένα μόνο μέρος της γνώσης που κατέχουν οι ίδιοι. Αυτό δικαιολογεί και τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα του νοσοκομείου και των υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερα δε στις ΜΕΘ, η κρίσιμη κατάσταση των ασθενών ευθύνεται για τη συγκαλυμμένη εξουσιαστική συμπεριφορά των γιατρών οι οποίοι, επικαλούμενοι την «επικίνδυνη κατάσταση» των ασθενών, επιβάλλουν περισσότερες εργασίες στις νοσηλεύτριες. Οι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες στη δική μου μελέτη, αναγνωρίζουν ότι το αντικείμενό τους διαφέρει από αυτό των γιατρών, καθώς εστιάζουν περισσότερο στις νοσηλευτικές ανάγκες των αρρώστων παρά στο ιατρικό πρόβλημα. Όπως όμως έχω ήδη αναφέρει, το περιεχόμενο της νοσηλευτικής πράξης στην Εντατική υπερβαίνει τα παραδοσιακά φάσμα των νοσηλευτικών εργασιών που επιτελούνται στις κλινικές του νοσοκομείου. Ήδη από τη δεκαετία του 1970, η Berwind (1975) διαπίστωνε ότι, «από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια αναγνωρίστηκε ως σημαντικό στοιχείο των ΜΕΘ, ο/η γιατρός επαφίεται συχνά σε αυτή για τεχνικά θέματα καθώς και στην εξειδίκευση και στη γνώση της για του καλό του ασθενούς» (Berwind, 1975, στον Αλεξιά, 2000, σ.403).¹³⁰ Σχετικά με αυτό το ζήτημα, ο Αλεξιάς έχει υποστηρίξει ότι, επειδή στις ΜΕΘ δίνεται προτεραιότητα στη διατήρηση του ασθενούς στη ζωή και στην καθημερινή παροχή πλήρους υποστήριξης και φροντίδας του μάλλον, παρά στη θεραπεία του, η σχέση γιατρού-νοσηλεύτριας αλλάζει, με τη δεύτερη να απαιτεί μεγαλύτερη αυτονομία, δυνατότητα διαπραγμάτευσης με τους/τις γιατρούς και δικαίωμα λήψης κλινικών αποφάσεων. Οι νοσηλεύτριες απαιτούν από τους/τις γιατρούς μια πιο ισότιμη και συνεργατική σχέση. Ωστόσο, ο ερευνητής έχει επίσης διαπιστώσει ότι οι επιπλέον ικανότητες που αποκτούν οι νοσηλεύτριες στη ΜΕΘ, χρεώνονται στη σφαίρα της θεραπείας και όχι της φροντίδας, πράγμα το οποίο, από τη μια πλευρά, τις καθιστά «υπερνοσηλεύτριες» και, από την άλλη, τις

¹³⁰ Σε αυτό μάλλον οφείλεται, κατά τον Αλεξιά, η ελαστικότερη μορφή οργάνωσης της ΜΕΘ, όπου κυριαρχεί η διαπραγματευτική τάξη και οι προσωπικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών/ριών και γιατρών. Αυτό όμως σημαίνει επίσης ότι στη ΜΕΘ, η σταθερή κατάσταση των αυστηρών κανόνων δίνει τη θέση της σε υποβόσκουσα ένταση και μια ισορροπία δυνάμεων η οποία όμως διαρκώς αμφισβητείται.

απομακρύνει από τον ιδεολογικό πυρήνα της νοσηλευτικής, της φροντίδας. Οπότε, στη ΜΕΘ που μελέτησε, ακόμη κι όταν οι νοσηλεύτριες αναλάμβαναν πρόσθετες προηγμένες τεχνικές εργασίες, λόγω της εξοικείωσής τους με την τεχνολογία της ΜΕΘ, δεν αποκτούσαν περισσότερο κύρος γιατί οι εργασίες αυτές πιστώνονταν στις αρμοδιότητες των γιατρών.¹³¹

Ίσως έτσι εξηγείται το ότι οι νοσηλευτές/ριες στις ΜΕΘ αναπτύσσουν τις δικές τους μορφές αντίστασης απέναντι στην εξουσία των γιατρών, όπως έχει διαπιστωθεί και από τη βιβλιογραφία (Αλεξιάς, 2000· Coombs, 2003· Loos, 2012). Πρόκειται για συμπεριφορές, κυρίως στο πλαίσιο των μεταξύ τους διαπροσωπικών σχέσεων, με τις οποίες οι νοσηλευτές/ριες ακυρώνουν εν μέρει τις «επίσημες» κανονιστικές διατάξεις του νοσοκομείου. Κατά τον Αλεξιά, το νοσηλευτικό προσωπικό ΜΕΘ, μέσα από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, αναπτύσσει μια «ιδιόμορφη μορφή αντίδρασης» (2000, σ.404), η οποία τον παραπέμπει στις πρακτικές ασθενών (τροφίμων) που αναλύει ο Goffman (1994) και που παρατηρούνται στο πλαίσιο των ολοκληρωτικών θεσμών (άσυλα, ολοπαγή ιδρύματα). Τις πρακτικές αυτές ο Goffman τις ονομάζει «εθιμοτυπικές τελετουργικές εξεγέρσεις» και επισημαίνει ότι συνοδεύονται από ένα «λεξιλόγιο παραπόνων» (1994).¹³² Στο παράδειγμα του Goffman οι τρόφιμοι

¹³¹ Σύμφωνα με τον Αλεξιά (2000), η «θεραπεία» και η «φροντίδα» δε συνιστούν απόλυτες κατηγορίες αλλά ιδεότυπους θέασης του έργου που συμβαίνει στο νοσοκομείο. Αυτό που περιπλέκει την κατάσταση στο ελληνικό νοσοκομείο είναι ότι, αν και δεν υπάρχει σαφής προσδιορισμός του περιεχομένου της ιατρικής και νοσηλευτικής πράξης και σαφής καταμερισμός της εργασίας, οι ενέργειες που αφορούν στη λήψη αποφάσεων αποτελεί αρμοδιότητα των γιατρών, ενώ οι ενέργειες που αφορούν την εκτέλεση αυτών των αποφάσεων αποτελεί ευθύνη των νοσηλευτών/ριών. Παρόλο που οι γιατροί χάνουν το μονοπώλιο της άσκησης τεχνικών ενεργειών, οι ενέργειες αυτές αποτελούν το κατώτερο τμήμα της ιδεολογίας της θεραπείας και οι γιατροί συνεχίζουν να λαμβάνουν αποφάσεις που βασίζονται στην επιστημονική γνώση που κατέχουν μόνο αυτοί/ες.

¹³² Ο Goffman στο έργο του «Άσυλα» (1994/1961) με τις επιτόπιες κοινωνιολογικές μελέτες που πραγματοποίησε σε διάφορα ιδρύματα ψυχιατρικού εγκλεισμού στις ΗΠΑ στη δεκαετία του 1950, παρουσιάζει τον κόσμο των εγκλειστών και μας προσφέρει «τον κοινωνιολογικό πίνακα των μικρο-σχέσεων» της καθημερινής ζωής του θεσμού (Παναγιωτόπουλος, 1995). Ο Goffman επικεντρώνεται στους τρόφιμους και στις σχέσεις τους με το προσωπικό για να μελετήσει «αντιστάσεις» και «γραμμές διαφυγής» των τροφίμων. Κατά τον Goffman, η άσκηση εξουσίας μέσα στο θεσμό συνυπάρχει με τη διαρκή αναψηλάφηση και παράκαμψή της, η οποία επιτυγχάνεται χάρη σε δεσμούς κοινωνικότητας από τη πλευρά των τροφίμων. Στο ολοπαγές ίδρυμα του Ασύλου, οι τρόφιμοι προβαίνουν σε μικρο-στρατηγικές που αποβλέπουν στην ωφελιμιστική χρήση όσων πεδίων ελευθερίας τους επιτρέπει ο θεσμός να δημιουργήσουν. Όπως στη μελέτη του Goffman διακρίνονται δύο διακριτοί κόσμοι, το σύμπαν του προσωπικού και το σύμπαν των ασθενών, έτσι και στην περίπτωση της παρούσας μελέτης διακρίνω το σύμπαν των νοσηλευτών/ριών και το σύμπαν των γιατρών. Οι δύο αυτοί κόσμοι χαρακτηρίζονται από τοπικότητα και σχέση εγγύτητας μεταξύ τους, η οποία χαρακτηρίζεται από

επιδίδονται σε μη-συστηματικές προσπάθειες βελτίωσης της ζωής τους (π.χ. το κάπνισμα ενός λαθραίου τσιγάρου, η χρήση μη προβλεπόμενων καρυκευμάτων στο φαγητό της καφετέριας του ιδρύματος) και στόχος αυτών των περιοδικών «εξεγέρσεων» των τροφίμων ήταν η αμφισβήτηση και απόρριψη της ιεραρχικής δομής του ιδρύματος σε συμβολικό επίπεδο (Αλεξιάς, 2000), όπως και η «επιβίωση, η απόσπαση μιας προνομιακής περιοχής απόλαυσης, ενδομύχειας και σκιάς – μέσα σε μια ‘επικράτεια’ που κυριαρχείται από το φως ενός πανταχού παρόντος εξουσιαστικού βλέμματος...» (Παναγιωτόπουλος, 1995, σ.191).

Στην περίπτωση της μελέτης του Αλεξιά, οι νοσηλεύτριες παραπονούνται συνεχώς για τη σχέση τους με τους/τις γιατρούς. Για παράδειγμα, εκφράζουν δυσαρέσκεια για την έλλειψη ελέγχου πάνω στο εργασιακό τους περιβάλλον, αλλά και για το ότι οι γιατροί δεν τις ενημερώνουν για τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν. Όταν οι νοσηλεύτριες παραπονούνται ότι οι γιατροί δεν επιζητούν τη γνώμη τους αλλά αποφασίζουν μόνοι/ες τους, διαμορφώνουν «μια συμπαγή, ομοιογενή νοσηλευτική δύναμη απέναντι στη γραφειοκρατική (θεσμική) κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος» (σ.405). Έτσι, η σημασία των άτυπων σχέσεων είναι διττή: οι νοσηλεύτριες ακυρώνουν εν μέρει τις κανονιστικές διατάξεις του νοσοκομείου και ταυτόχρονα διαμορφώνουν ιδιότυπες μορφές αντίδρασης απέναντι στην εξουσία των γιατρών.

Στο παρόν εθνογραφικό παράδειγμα, όπως και στη μελέτη του Αλεξιά, οι νοσηλευτές/ριες αναπτύσσουν ανάλογο «λεξιλόγιο παραπόνων», προκειμένου να ακυρώσουν συμβολικά την εξουσία των γιατρών, να εκφράσουν δυσαρέσκεια για την έλλειψη ελέγχου του εργασιακού τους περιβάλλοντος, για να δηλώσουν το παράπονό τους για τη μη συμμετοχή τους στις κλινικές αποφάσεις των γιατρών.¹³³ Αυτού του είδους τα παράπονα, κατά πρώτο λόγο, λαμβάνουν τη μορφή απουσίας από την επίσκεψη των γιατρών και, κατά δεύτερο, ορίζουν εκ νέου την ενότητα, αλληλεγγύη

μακροχρόνια σχέση συμβίωσης ανάμεσα σε δύο επαγγελματικές κατηγορίες ανθρώπων. Η σχέση αυτή χαρακτηρίζεται από «πολλαπλές σχεσιακές αλληλο-εξαρτήσεις».

¹³³ Ωστόσο, κατά τον Bryan Turner (1987), παρόλο που αυτές οι εξεγέρσεις δεν οδηγούν σε συστηματικές αλλαγές στις αντικειμενικές συνθήκες, εντούτοις η αλληλεγγύη μεταξύ των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού ορίζεται εκ νέου.

και ομόνοια των νοσηλευτών/ριών ως διακριτής ομάδας απέναντι στην ομάδα των γιατρών. Όπως θα εξηγήσω στη συνέχεια, η απουσία τους από την επίσκεψη των γιατρών ενεργοποιούσε και «μετατοπίσεις» ταυτότητας μεταξύ αορατότητας και ορατότητας στον κόσμο της ΜΕΘ. Έτσι, οι νοσηλεύτριες προσπαθούν να ακυρώσουν – συμβολικά - την εξουσία των γιατρών μέσα από τις προσωπικές και άτυπες σχέσεις που αναπτύσσουν με αυτούς/ες.

Η απουσία των νοσηλευτών/ριών από το παραδοσιακό τελετουργικό της επίσκεψης των γιατρών έχει περιγραφεί από την Loos (2012) ως τακτική αποφυγής της σύγκρουσης και ανοιχτής αντιπαράθεσης, ως τρόπος μη αντιμετώπισης των ανασφαλειών που σχετίζονται με το επαγγελματικό κύρος των μεν και των δε. Δηλαδή, παρόλο που οι νοσηλευτές/ριες διεκδικούν ισότιμο διάλογο με τους/τις γιατρούς για την ανταλλαγή πληροφοριών και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, εν τέλει προφασίζονται έλλειψη χρόνου και υπερβολικό φόρτο εργασίας, προκειμένου να μη βρεθούν σε συνθήκες «ομαδικής εργασίας στα πλαίσια ιεραρχίας» – όπως αυτές της επίσκεψης – όπου τονίζεται η δευτερεύουσα θέση της νοσηλευτικής στη ΜΕΘ. Αυτό φαίνεται να εξυπηρετεί και τους/τις γιατρούς, οι οποίοι επίσης εκλαμβάνουν τις παρατηρήσεις/ερωτήσεις των νοσηλευτών/ριών ως αμφισβήτηση της επιστημονικής τους υπεροχής. Έτσι, οι γιατροί, οι οποίοι δεν επιθυμούν να έρθουν σε αντιπαράθεση με τους νοσηλευτές/ριες της κλινικής, κάνουν την επίσκεψη των ασθενών στα δωμάτια χωρίς την παρουσία των νοσηλευτών. Παρά ταύτα, οι νοσηλευτές/ριες της Loos δε διστάζουν να εμπλακούν σε ανοιχτές συγκρούσεις για θέματα ανακουφιστικής φροντίδας και κατανομής των ασθενών (σε ποιο δωμάτιο-κρεβάτι θα μπει ο ασθενής) στο τμήμα.¹³⁴

¹³⁴ Ωστόσο, σε άλλες μελέτες το νοσηλευτικό προσωπικό υιοθετούσε τελείως διαφορετική προσέγγιση στο ζήτημα της ιατρικής επίσκεψης. Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές/ριες στην εθνογραφική μελέτη της Maureen Coombs (2003) για τη λήψη κλινικών αποφάσεων σε τρεις ΜΕΘ του Η.Β., οι περισσότεροι έμπειροι/ες συμμετέχοντες/ουσες χρησιμοποιούσαν το σώμα τους για να εισχωρήσουν στον κλειστό «κύκλο» των ιατρών (στα αγγλικά: breaking through the inner circle), προκειμένου να προσεγγίσουν τον διευθυντή της Μονάδας και να κάνουν την παρουσία τους περισσότερο αισθητή κατά την επίσκεψη. Επειδή κάτι τέτοιο δεν ήταν εύκολο για αυτούς/ες, υποστήριζαν ότι ήταν σημαντικό να προετοιμάζονται ψυχολογικά προτού το κάνουν, αλλά και να έχουν την υποστήριξη του/της προϊστάμενου/ης. Σε γενικές γραμμές, οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε χώρες με θεσμοποιημένη την εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ στην Εντατική νοσηλευτική (π.χ. Η.Β., Αυστραλία), αναφέρουν συμπεριφορές, στάσεις και πρακτικές που ενισχύουν το εύρημα της Berwind

Το γιατί όμως κάποιοι/ες από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες επιλέγουν να απέχουν από την επίσκεψη των γιατρών, θα μπορούσε να εξηγηθεί και ως μορφή αντίστασης που «προβάλλουν τα υποκείμενα όταν καλούνται να καταλάβουν συγκεκριμένες θέσεις στους ποικίλους [άνισους] σχηματισμούς του λόγου» (Γκέφου-Μαδιανού 2003, σ.65). Οι συμμετέχοντες/ουσες, με το να μη συμμετέχουν σε μια πρακτική των γιατρών, η οποία έχει ένα συγκεκριμένο τελετουργικό και συνιστά έκφραση εξουσίας από την ιατρική στο νοσοκομείο, αποστασιοποιούνται από αυτή, διαφοροποιούνται από τον κυρίαρχο λόγο της ιατρικής και «καταλαμβάνουν μία από τις πολλαπλές, διασταυρούμενες θέσεις υποκειμένου ή ταυτότητες» (Γκέφου-Μαδιανού, 2003, σ.65). Στην παρούσα μελέτη, κάποιοι/ες από τους/τις νοσηλευτές/ριες επιλέγουν να συγκροτούν την ταυτότητά τους μέσα από τη φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς τους, παρά μέσω της δευτερεύουσας θέσης που θα κατείχαν κατά την επίσκεψη των γιατρών.

Σήμερα αποτελεί κοινό τόπο στην κοινωνική-πολιτισμική θεωρία ότι οι ταυτότητες προκύπτουν μέσα στη διαφορά και όχι εκτός αυτής (Laclau, 1990· Γκέφου-Μαδιανού, 1999). Σύμφωνα με την Γκέφου-Μαδιανού (1999), η ταυτότητα συγκροτείται μέσα από τη σχέση με τον «Άλλο», που στην περίπτωση των νοσηλευτών/ριών ο «Άλλος» είναι οι γιατροί, και στην περίπτωση των γιατρών είναι οι νοσηλευτές/ριες. Οπότε, αν η συγκρότηση της ιατρικής ταυτότητας σχετίζεται με τον αποκλεισμό των νοσηλευτών/ριών από τη λήψη κλινικών αποφάσεων, τότε η απουσία των νοσηλευτών/ριών από την επίσκεψη θα μπορούσε να ερμηνευτεί και ως πράξη υπονόμευσης στην καθιέρωση και επιβεβαίωση της ιατρικής ιεραρχίας και εξουσίας. Επίσης, η απουσία των νοσηλευτών/ριών, με πρόφαση το φόρτο εργασίας τους, θα μπορούσε να ερμηνευτεί και ως συγκρότηση διακριτής συλλογικής νοσηλευτικής ταυτότητας, η οποία διαφοροποιείται από τον σχηματισμό λόγου της ιατρικής και βασίζεται – εν μέρει – στον αποκλεισμό των γιατρών – ως «άλλου». Ουσιαστικά, οι νοσηλευτές/ριες απομακρύνονται από τις κλινικές αποφάσεις των γιατρών, οι οποίες δεν λαμβάνουν υπόψιν τους «λόγους φροντίδας» των

(1975), ότι οι νοσηλευτές/ριες «απαιτούν» μια περισσότερο ισότιμη και οριζόντια επαγγελματική σχέση με τους γιατρούς.

νοσηλευτών/ριών, δηλαδή, τους λόγους μέσα από τους οποίους μούνται στη νοσηλευτική και οι οποίοι «περιορίζουν αλλά και ταυτόχρονα επιτρέπουν τη συγκρότηση των ταυτοτήτων» (Γκέφου-Μαδιανού, 2003, σ.65). Εδώ, φαίνεται ότι η ιδεολογία της φροντίδας συνιστά ενοποιητικό στοιχείο για τη συγκρότηση της αίσθησης του ανήκειν σε μια συλλογικότητα για το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά συνάμα συνιστά και στοιχείο διαφοράς από το ιατρικό προσωπικό, το οποίο συγκροτεί τη δική του συλλογική ταυτότητα μέσα από την ιδεολογία της θεραπείας.

Στην παρούσα μελέτη, κάποιοι και κάποιες από τους/τις έμπειρους/ες πληροφορητές/ριες διαφοροποιούνται από τους/τις γιατρούς ακόμη περισσότερο, παράγοντας παρουσία μέσα από τη μη συμμετοχή τους στην επίσκεψη των γιατρών. Η απουσία μετατρεπόταν σε ηχηρή παρουσία, όταν οι νοσηλευτές/ριες φανερά αγνοούσαν τους/τις γιατρούς που έκαναν επίσκεψη μέσα στην πτέρυγα, και συνέχιζαν τις εργασίες τους, έκαναν γραφική εργασία στον νοσηλευτικό σταθμό της πτέρυγας, και συζητούσαν μεταξύ τους. Έτσι, κατά τη διάρκεια κάποιων από τις λιγοστές επισκέψεις που διαδραματιζόνταν μέσα στην πτέρυγα με τους ασθενείς, μόλις μερικά βήματα πιο πέρα στον παρακείμενο διάδρομο, οι νοσηλευτές/ριες δεν απουσίαζαν απλώς από την επίσκεψη, αλλά φρόντιζαν να κάνουν την «απουσία» τους από την επίσκεψη ακόμα πιο αισθητή μέσα στην πτέρυγα δημιουργώντας με το σώμα τους - και γυρνώντας την πλάτη τους προς τους/τις γιατρούς - ένα είδος έτερου ιδιωτικού χώρου στον δημόσιο χώρο της πτέρυγας, όπου τον ενοικούσαν μόνο νοσηλευτές/ριες και ίσως και οι ασθενείς τους. Κύριο χαρακτηριστικό στην παραπάνω συμπεριφορά τους ήταν ότι έδειχναν απασχολημένοι/ες και ότι συνέχιζαν κανονικά τις εργασίες τους, και δε συμμετείχαν στην επίσκεψη εκτός κι αν οι ίδιοι οι γιατροί τους/τις αναζητούσαν για να τους/τις ρωτήσουν κάτι. Έτσι, η παρουσία τους στην πτέρυγα ουσιαστικά συνιστούσε όχι μόνο απουσία από την επίσκεψη αλλά και διαφοροποίηση από το ιατρικό κατεστημένο. Η δημιουργία ιδιωτικού χώρου ή έτερου τόπου τόνιζε τη διαφοροποίησή τους και τη σιωπηρή διαμαρτυρία τους στη ρουτίνα των γιατρών, όπως και απροθυμία να προσαρμοστούν στο πρόγραμμα των γιατρών. Συμπερασματικά, οι συμμετέχοντες/ουσες, δημιουργώντας έναν ιδιωτικό χώρο που αυτή τη φορά αποκλείει τη συμμετοχή των γιατρών, ανθίστανται στην απαίτηση των τελευταίων οι νοσηλευτές/ριες να είναι απλώς σιωπηλοί/ές μάρτυρες σε μια πρακτική που δεν τους αφορά. Παρά ταύτα, μια τέτοιου τύπου πρακτική εκ μέρους του

νοσηλευτικού προσωπικού, δεν τοποθετεί τους/τις πληροφορητές/ριες πιο κοντά στις «επίσημες» κλινικές αποφάσεις που αφορούν στον ασθενή τους.

Οι επαγγελματικοί ρόλοι, ο βαθμός επαγγελματικής αυτονομίας, η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών και οι τεχνολογίες πειθαρχίας/εξουσίας στον χώρο εργασίας ανατροφοδοτούν την επαγγελματική ταυτότητα των υποκειμένων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Στην ανθρωπολογία αποτελεί κοινή παραδοχή πια ότι οι ταυτότητες είναι πολιτισμικά κατασκευασμένες και υπό συνεχή (ανα)κατασκευή μέσα στο λόγο, στα κοινωνικά συμφραζόμενα ενός συγκεκριμένου ιστορικού πλαισίου. Είναι σύνθετες, πολύπλευρες και αλλάζουν με το χρόνο (Γκέφου-Μαδιανού, 2003). Η άποψη της Fraser (1992) για τις συλλογικές ταυτότητες παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον:

«Οι ομάδες σχηματίζονται όταν οι άνθρωποι συναντιούνται, υιοθετούν συλλογικές ταυτότητες και συγκροτούν τον εαυτό τους ως συλλογικό κοινωνικό δρών υποκείμενο [...] Νοήματα που προϋπήρχαν σε άλλες ταυτότητες συνυφαίνονται αποκτώντας νέα βαρύτητα και σημασία. Τα νοήματα αυτά, που μέχρι τότε παρέμεναν κρυμμένα ανάμεσα σε πολλά άλλα, επανεγγράφονται στην καρδιά του νέου αυτοκαθορισμού και ταυτότητας.» (Fraser, 1992, σ.179)

Η απουσία δε χαρακτηρίζει την ταυτότητα των νοσηλευτών/ριών στο σύνολό της, αλλά συνιστά στοιχείο της, ειδικά στον επίσημο λόγο της ΜΕΘ. Ναι μεν οι συμμετέχοντες/ουσες απουσίαζαν από τις θεσμικά επίσημες πρακτικές των γιατρών, όπου συνέρχονταν ως ομάδα και ασκούσαν εξουσία κατά τη λήψη αποφάσεων για τους «ασθενείς τους», αλλά, όπως έδειξα στο προηγούμενο κεφάλαιο, αναπλήρωναν αυτό το κενό με το να λαμβάνουν πολλές άλλες κλινικές αποφάσεις, σημαντικές και περιφερειακές, αμιγώς νοσηλευτικές και τέτοιες που ακροβατούν στα όρια μεταξύ ιατρικής και νοσηλευτικής, μέσα στην πτέρυγα με τους ασθενείς. Επομένως, οι πληροφορητές/ριες της παρούσας μελέτης, κινητοποιούσαν τις δικές τους δυνάμεις και τεχνολογίες εξουσίας στο πλήρες των δυνατοτήτων τους στη σφαίρα του ανεπίσημου, γεγονός που δικαιολογούσε το αίσθημα ικανοποίησης και προσφοράς που βίωναν ως «νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ».

Από τα λεγόμενα της Γαλήνης και των συναδέλφων της φάνηκε ότι, κάθε φορά που ο/η νοσηλευτής/ρια (αυτο-)αποκλείεται από την ιατρική επίσκεψη, η κυριαρχία της ιατρικής εγγράφεται μεν εκ νέου πάνω στο σώμα του/της σε συλλογικό και ατομικό επίπεδο, αλλά ο/η ίδιος/α έχει περιθώρια αναστοχαστικής και εμπρόθετης δράσης. Σύμφωνα με την Παπαγαρουφάλη (2012/2002), ο οποιοσδήποτε θεσμός μιας

κοινωνίας δεν εγγράφεται απλώς στα σώματα των μελών της «από τα πάνω», δηλαδή θεσμικά, αλλά «συν-γράφεται», καθώς «συν-βιώνεται» από όλα τα μέλη της κοινωνίας με σιωπηρούς, κινητικούς ή λεκτικούς, σωματοποιημένους τρόπους προσοχής (2012, σ.332-33). Δηλαδή, ο τρόπος που το άτομο βιώνει και προσλαμβάνει τον κόσμο του, δεν είναι αποκλειστικό αποτέλεσμα παθητικής ενσωμάτωσης συμπεριφορών, νοημάτων και ιδεολογιών από τον έξω κόσμο, αλλά υποδηλώνει και μια εμπρόθετη αναστοχαστική – και ταυτόχρονα μετασχηματιστική – διεργασία σωματοποίησης, κατά την οποία το άτομο, ως δρών υποκείμενο, συν-γράφει και συν-επιμελείται την ταυτότητά του. Έτσι, στη μελέτη αυτή, όταν οι νοσηλευτές/ριες λαμβάνουν «άτυπα» και στο περιθώριο κλινικές αποφάσεις για τους ασθενείς τους, στο χώρο της πτέρυγας και των ασθενών που χωρικά καταλαμβάνουν για το μεγαλύτερο μέρος της βάρδιας, όλοι/ες μαζί αλλά και ατομικά «συν-επιμελούνται» και ολοκληρώνουν τη νοσηλευτική τους ταυτότητα και νιώθουν ότι προσφέρουν στους ασθενείς τους στο πλήρες των δυνατοτήτων τους. Με αυτόν τον τρόπο, αποποιούνται τον ρόλο του/της «βοηθού» του/της γιατρού και του εκτελεστή ιατρικών οδηγιών και διαφοροποιούνται από την εικόνα που έχουν οι άλλοι για αυτούς/ές. Όπως υποστηρίζει και η Αθηνά Αθανασίου, «η πειθαρχική βιοπολιτική πράξη δεν παράγει αναγκαστικά και αναπόδραστα πειθήνια σώματα, αλλά ένα πολυφωνικό και ατελές κείμενο που δε φέρει πάντοτε υπογραφή και σφραγίδα, σε ένα πεδίο καταστατικά συγκρουσιακό που διέπεται από εγγενείς παραδοξότητες και ετερολογίες» (2003, σ.49). Συνεπώς, οι ταυτότητες και η αίσθηση του εαυτού στο εθνογραφικό παράδειγμα δεν είναι πλήρως προκαθορισμένες και σχηματισμένες από πριν, αλλά υπάρχει η δυνατότητα να διαμορφωθούν σε πολλές διαφορετικές εκδοχές. Και όπως φαίνεται, η υποκειμενοποίησή τους ως απόντων/απουσών από την επίσκεψη των γιατρών συνιστά απλώς μία από τις πολλές εκδοχές του επαγγελματικού τους εαυτού - η οποία είναι και σημαντικά επιβαρυνμένη με αρνητικά συναισθήματα.

Έτσι, οι συμμετέχοντες/ουσες αποδεικνύονται ικανότατοι/ες σιωπηλοί/ές συμπαίκτες/ριες της θεραπευτικής ομάδας στο εθνογραφικό παράδειγμα, όπου, κατά

τη διάρκεια του 24ωρου, εμπλέκονται σε μια συνεχή, ασύνειδη και συνειδητή μετατόπιση της θέσης τους, από μια κατάσταση απουσίας (παρούσας και ορατής ή αόρατης) στο επίσημο πλαίσιο της Μονάδας, σε μια κατάσταση παρουσίας και ορατότητας στην ανεπίσημη πραγματικότητά της, και τανάπαλι.¹³⁵ Αυτού του είδους οι μετατοπίσεις φαίνεται να είναι αναπόσπαστο στοιχείο της επαγγελματικής ταυτότητας των νοσηλευτών/ριών - αν και όχι πάντα αντιληπτό από τους/τις ίδιους/ες ιδίως στις περιπτώσεις άτυπων πρωτοβουλιών τους. Δηλαδή, η νοσηλευτική ταυτότητα δε συνιστά μια μονίμως κατοχυρωμένη και μονοδιάστατη κατάσταση, αλλά μια πολιτισμικά διαμορφωμένη εμπειρία η οποία, μέσα από τις κατ' επανάληψη επιτελέσεις της, δύναται να ενεργοποιεί και να απολαμβάνει αλληπάλληλες προσωρινές και μη μετατοπίσεις μεταξύ απουσίας και παρουσίας, αορατότητας και ορατότητας. Αυτή η διαπίστωση δεν παραπέμπει μόνο στις «εθιμοτυπικές τελετουργικές εξεγέρσεις» του Goffman (1994), αλλά και στην έννοια της «επιτελεστικότητας» την οποία, όπως έχω ήδη αναφέρει στο πρώτο κεφάλαιο, εισήγαγε στην πολιτισμική-φεμινιστική θεωρία η φιλόσοφος Judith Butler (2008/1993) και χάρη στην οποία αντιλαμβανόμαστε ότι η λεγόμενη ταυτότητα είναι περιορισμένη από τις ενσωματωμένες κοινωνικοπολιτικές κανονικότητες που, όμως, λόγω της ατελούς επαναληπτικότητάς τους, την καθιστούν ταυτόχρονα ανοιχτή σε εναλλακτικές έως και ανατρεπτικές επανασηματοδοτήσεις της.¹³⁶

¹³⁵ Όπως εξήγησα ήδη, κάτι αντίστοιχο συμβαίνει στην παράδοση των περιστατικών, όπου παρατήρησα μετατόπιση των νοσηλευτών/ριών από μια κατάσταση αορατότητας σε μια κατάσταση ορατότητας στον πολιτισμό της Εντατικής.

¹³⁶ Όπως επισημαίνει η Αθανασίου (2011α:24), το φύλο/η έμφυλη ταυτότητα εγκαθιδρύεται συνεχώς μέσω μιας τελετουργικά τυποποιημένης - αν και ατελούς - επανάληψης σωματικών έξεων που υπαγορεύει το εξιδανικευμένο πρότυπο της έμφυλης κανονικότητας. Επ' αυτού, βλ. και Μακρυγιώτη 2004: 22.

Εν συντομία

Σε αυτό το τελευταίο κεφάλαιο εστίασα στην ιατρική επίσκεψη ως μια από τις πλέον emblematicκές πρακτικές των γιατρών στο νοσοκομείο, προκειμένου να προσεγγίσω το ζήτημα των κλινικών αποφάσεων, ιδιαίτερα αυτό της μη-συμμετοχής των νοσηλευτών/ριών σε αυτές και γενικότερα στην επίσημη τάξη πραγμάτων στη ΜΕΘ.

Αναλύοντας τα εθνογραφικά δεδομένα από την επιτόπια έρευνα και τις εμπειρίες που μου αφηγήθηκαν οι συμμετεχόντες/ουσες, επιχείρησα να εξετάσω το είδος των επαγγελματικών ταυτοτήτων που αναπτύσσουν και βιώνουν στην Εντατική. Διαπίστωσα ότι οι λεγόμενες «σχέσεις εξουσίας» ενισχύονται ακόμα περισσότερο προς όφελος της ιατρικής ομάδας, κατά τη διάρκεια της πρακτικής της ιατρικής επίσκεψης. Εξαιτίας αυτού και προς αποφυγή του, οι νοσηλευτές/ριες, και αυτό συνιστά σημαντικό και πρωτότυπο εύρημα στην παρούσα μελέτη, αρκετά συχνά επιλέγουν να μη συμμετέχουν στην επίσκεψη των γιατρών και να συγκροτούν τη ταυτότητα της «απουσίας», ορατής ή και αόρατης. Με άλλα λόγια, αρκετοί/ές από τους/τις νοσηλευτές/ριες επιλέγουν να συγκροτούν την ταυτότητά τους μέσα από τη «φροντίδα» που παρέχουν στους ασθενείς τους, παρά μέσα από τη δευτερεύουσα, περιθωριακή θέση που κατέχουν κατά την επίσκεψη των γιατρών. Έτσι, και εθνογραφικά πλέον, ανακύπτει εκ νέου και επιβεβαιώνεται το ζήτημα της αορατότητας (invisibility) της νοσηλευτικής στην Εντατική γενικότερα και στο ελληνικό παράδειγμα ειδικότερα.

Επίλογος

Ο επίλογος της παρούσας διδακτορικής διατριβής ολοκληρώθηκε την Άνοιξη του 2021, στην περίοδο που έχουμε κλείσει ένα χρόνο πανδημίας της νόσου Covid-19. Το 2020 και 2021 θα τα θυμόμαστε λόγω των επιπτώσεων αυτής της πρωτόγνωρης πανδημίας που δοκίμασε τις αντοχές των συστημάτων υγείας και των κυβερνήσεων, σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο. Η πανδημία της νόσου Covid-19 προκλήθηκε από τον κορωνοϊό SARS-CoV-2 και αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά στην πόλη Ουχάν, πρωτεύουσα της επαρχίας Χουπέι της Κίνας. Τον Δεκέμβριο του 2019 έφτασαν ανησυχητικές αναφορές στον (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) για την εμφάνιση κρουσμάτων πνευμονίας άγνωστης ιικής προέλευσης. Ένα μήνα αργότερα ο ΠΟΥ ανακοίνωσε ότι ένα νέο στέλεχος κορωνοϊού που ονομάζεται SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus) ή αλλιώς νέος κορωνοϊός του 2019 (Coronavirus Disease-2019), ήταν υπεύθυνος για την εμφάνιση των οξέων αναπνευστικών συνδρόμων. Πλέον, εδώ και μήνες, συνιστούν καθημερινή συνήθεια τα τηλεοπτικά «παράθυρα» με τους/τις εμπειρογνώμονες λοιμωξιολόγους στα δελτία των ειδήσεων, όπως και η καθημερινή ενημέρωσή μας ως προς τον αριθμό των κρουσμάτων και θανάτων συμπολιτών μας. Καθώς πολλά από τα κρούσματα χρήζουν διασωλήνωσης και σύνδεσης σε αναπνευστήρα, οι ΜΕΘ έχουν δεχθεί μεγάλη πίεση στο να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες για κλίνη Εντατικής. Στις ειδήσεις παρακολουθούμε τον αριθμό των διασωληνωμένων ασθενών στις ΜΕΘ σε εθνικό επίπεδο, ενώ παράλληλα ανακινείται και το ζήτημα της έλλειψης σε κλίνες ΜΕΘ, σε γιατρούς και νοσηλευτές/ριες.

Όλοι/ες μας είμαστε, πλέον, λίγο ή περισσότερο εξοικειωμένοι/ες με τις εικόνες μέσα από τις Εντατικές στα ρεπορτάζ των δελτίων ενημέρωσης των ΜΜΕ, όπου το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με επιπλέον προστατευτικό εξοπλισμό (μάσκες, ολόσωμες στολές, προσωπίδες, γάντια) μας μιλάνε για την εμπειρία τους σε καιρούς πανδημίας. Έτσι, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, οι γιατροί και οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ μπήκαν στο σαλόνι μας, στις ειδήσεις στο κινητό μας, στις μεταξύ μας κουβέντες. Η Μονάδα που μελέτησα συνεχίζει να είναι «μάχιμη» αλλά δεν υφίσταται πλέον στην αρχική της μορφή, πρωτίστως επειδή έχει μετατραπεί σε ΜΕΘ διαχείρισης περιστατικών Covid, και δευτερευόντως επειδή το «κουρασμένο» νοσηλευτικό προσωπικό κατά καιρούς ανανεώνεται με νέο «ξεκούραστο» άπειρο ή

έμπειρο προσωπικό. Παρά ταύτα, γνωρίζω ότι κάποιου/ες από τους/τις πληροφορητές/τριες συνεχίζουν να εργάζονται σε αυτή ή σε άλλες ΜΕΘ, και συνεχίζουν να παράγουν νοσηλευτική πράξη, όμοια προς αυτή που ανέδειξα κατά τη διάρκεια της παρούσας πολυετούς έρευνας.

Οι επιπτώσεις της πανδημίας είναι ολέθριες. Χιλιάδες γιατροί και νοσηλευτές/ριες έχουν προσβληθεί από τον κορωνοϊό σύμφωνα με τον ΠΟΥ. Το Παγκόσμιο Συμβούλιο Νοσηλευτών/ριών (International Council of Nurses [ICN], 2021) εκτιμάει ότι από την έναρξη της πανδημίας τουλάχιστον 3.000 νοσηλευτές/ριες πέθαναν από τη νόσο COVID-19, αν και υποστηρίζεται ότι ο αριθμός αυτός είναι πολύ μεγαλύτερος γιατί υπάρχει σοβαρό πρόβλημα υποεκτίμησης της κατάστασης.¹³⁷ Η εκ νέου αναγνώριση της προσφοράς των ελλήνων/ίδων γιατρών και νοσηλευτών/ριών από τον κόσμο στη μάχη κατά του κορωνοϊού είναι μια από τις «θετικές», αν μπορώ να την περιγράψω ως τέτοια, συνέπειες της πανδημίας.¹³⁸ Σε αντιδιαστολή προς τις χώρες όπου η νοσηλευτική απολαμβάνει εδώ και χρόνια υψηλό κοινωνικό status (π.χ. Η.Β., Σκανδιναβικές χώρες, Αυστραλία) και τα ΜΜΕ αναφέρονται συχνά στο έργο και την προσφορά του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους πολίτες της χώρας, στην περίπτωση της Ελλάδας είναι από τις λίγες φορές που

¹³⁷ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Συμβούλιο Νοσηλευτών/ριών (ICN, March 2021), η πανδημία έχει ασκήσει τεράστια πίεση στο νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα την αύξηση αυτών που σκοπεύουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Ο ICN προειδοποιεί ότι η έξοδος από το επάγγελμα των έμπειρων νοσηλευτών/ριών θα επιδεινώσει τις τρέχουσες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Ακόμη και αν οι κυβερνήσεις επενδύσουν στην κατάρτιση περισσότερων νοσηλευτών/ριών, όχι μόνο θα χρειαστούν τουλάχιστον τρία χρόνια για να αποφοιτήσουν αλλά οι νέοι/ες επαγγελματίες υγείας θα είναι αρχάριοι/ες και θα χρειαστούν χρόνο για να μπορέσουν να αντικαταστήσουν επάξια τους/τις έμπειρους/ες συναδέλφους τους. Το 90% από αυτούς/ές που σκέφτονται να εγκαταλείψουν το επάγγελμα είναι «κάπως ή εξαιρετικά ανήσυχου» για το μεγάλο φόρτο εργασίας, τους ανεπαρκείς πόρους, την εξάντληση και το στρες. Ο ΠΟΥ επιβεβαίωσε το μαζικό «τραύμα» των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η πρόεδρος του ICN, Annette Kennedy, είπε: «Ανησυχώ βαθιά για την κατάσταση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι νοσηλευτές/ριες έχουν υποστεί σωματικό και ψυχικό τραύμα τον τελευταίο χρόνο και πολλοί/ές μπορεί να υποφέρουν από μετα-τραυματικό στρες. Η πίεση που οι νοσηλευτές/ριες υφίστανται είναι απαράδεκτη και δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι τόσοι πολλοί/ές από αυτούς/ές αισθάνονται πίεση και αποφασίζουν ότι δεν μπορούν πλέον να συνεχίσουν στις δουλειές που αγαπούν».

¹³⁸ Όταν το 2014 ο φονικός ιός του Έμπολα με ταχύτατους ρυθμούς εξαπλώθηκε στις χώρες της Δυτικής Αφρικής, γιατροί και νοσηλευτές/ριες που κλήθηκαν να διαχειριστούν την κατάσταση σε κλινικές Ebola, εξυμνήθηκαν στα ΜΜΕ ως «Ebola fighters». Κρούσματα του ιού έκαναν την εμφάνισή τους στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη. Επειδή ήταν αξιοσημείωτη η αυταπάρνηση και συμβολή των νοσηλευτών/ριών και των γιατρών στην αντιμετώπιση και περιορισμό της εξάπλωσης του ιού, το περιοδικό **TIMES** τους/τις απένειμε τον τιμητικό τίτλο «Person of the Year», τεύχος 10.12.2014 (<https://time.com/time-person-of-the-year-ebola-nurses/>, <https://www.bbc.com/news/>).

οι νοσηλευτές/ριες απασχόλησαν «θετικά» την κοινή γνώμη και «ακούστηκαν» – μαζί με τους/τις γιατρούς – μέσα από τα ΜΜΕ. Οι νοσηλευτές/ριες, μαζί με τους γιατρούς, αναγνωρίστηκαν ως οι «ήρωες» και «ηρωίδες» της πανδημίας πίσω από τις «διαστημικές» στολές και τις μάσκες υψηλής προστασίας στον αγώνα κατά του νέου ιού. Ταυτόχρονα, η συζήτηση που άνοιξε για τη σοβαρή έλλειψη του ΕΣΥ σε κλίνες και νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ στην Ελλάδα ανέδειξε εκ νέου το έργο των αφανών αυτών ηρώων και ηρωίδων.

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή επιχείρησα να αναδείξω αυτό ακριβώς το έργο και τις πολλαπλές πτυχές του. Συγκεκριμένα παρουσίασα τον κόσμο της Εντατικής και τις τεχνολογίες που τον διατρέχουν, ανέλυσα τις πρακτικές που υιοθετούν οι νοσηλευτές/ριες ΜΕΘ καθώς παράγουν νοσηλευτική πράξη, και στάθηκα στη βιωμένη εμπειρία του φροντίζεин μέσα από τις αφηγήσεις των πληροφορητών/ριών. Επίσης, εντόπισα τους/τις έμπειρους/ες νοσηλευτές/ριες και μελέτησα τις κλινικές αποφάσεις τους προκειμένου να συζητήσω κριτικά και να ερμηνεύσω το πλαίσιο στο οποίο αυτές λαμβάνουν χώρα, τις σχέσεις εξουσίας στις οποίες οι συμμετέχοντες/ουσες συγκροτούνται ως υποκείμενα, αλλά και το είδος των σημασιών και νοημάτων που ανακύπτουν και ξεδιπλώνονται στον πολιτισμό της ΜΕΘ.

Μία από τις σύγχρονες αφανείς ηρωίδες ΜΕΘ ήταν η Γαλήνη, νοσηλεύτρια με πάνω από 20 χρόνια κλινικής εμπειρίας σε Εντατικές. Ακόμα θυμάμαι τα λόγια της, όταν την είχα ρωτήσει τι σήμαινε για εκείνη να είναι νοσηλεύτρια σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Η Γαλήνη απάντησε κοιτώντας με στα μάτια:

«Ο ρόλος; σαφώς είναι σημαντικός με την έννοια ότι, είσαι υπεύθυνος για τον άρρωστό σου, εσύ πρέπει να εκτιμήσεις δύο βασικά πράγματα, εσύ θα πρέπει να ελέγξεις [... σιωπή ενός λεπτού], εε, να το πάω τελείως νοσηλευτικά; όλα τα συστήματα [του οργανισμού] του ασθενούς για να δεις τι γίνεται... ότι εσύ θα είσαι ο πρώτος παρατηρητής μιας επιπλοκής πιθανόν, ότι ίσως θα δεις κάτι που δε σου ταιριάζει καλά σε αυτό τον άρρωστο, ότι έκανε μια αντίδραση σε ένα φάρμακο.»

Τα λόγια της Γαλήνης με συνόδευσαν κατά την πορεία της έρευνάς μου, όχι μόνο γιατί η συγκεκριμένη συμμετέχουσα διέθετε τον κατάλληλο λόγο και τον τρόπο να μοιραστεί μαζί μου ένα κομμάτι του δικού της κόσμου στη Μονάδα, αλλά και επειδή η νοσηλευτική πράξη που η ίδια παρήγαγε για τους ασθενείς της – ως απόρροια της κλινικής της εμπειρίας και ειδικής γνώσης που την χαρακτήριζαν – συνδεόταν απόλυτα με τις εμπειρίες που μοιράστηκε στις συζητήσεις μας. Στην περίπτωση της

Γαλήνης, αλλά και κατά την ανάλυση των εθνογραφικών μου σημειώσεων που αφορούσαν και στο υπόλοιπο έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό, επανειλημμένα ανέδειξα περιπτώσεις και εθνογραφικές ιστορίες λήψης κλινικών αποφάσεων από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες. Οι πιο πολλές από αυτές τις περιπτώσεις ελάμβαναν χώρα «δίπλα» στο κρεβάτι του αρρώστου, κατά την καθημερινή λάτρα και φροντίδα του σώματος το πρωί, στο *monitoring* του ασθενούς, στην οξεία επιδείνωση του ασθενούς. Αναφέρομαι στο «περιθώριο» της Μονάδας, εκεί όπου η νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη ή αλλιώς η ειδική γνώση (ειδημοσύνη) και κλινική εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού έδινε ώθηση και προβάδισμα σε πρακτικές και στρατηγικές επικοινωνίας που του εξασφάλιζε πρόσβαση στις κλινικές αποφάσεις και διαπραγματευτικό χώρο μεταξύ αυτών και των γιατρών. Σε συνδυασμό με πρακτικές – συλλογικές και ατομικές - που παρουσίαζαν τελετουργικό χαρακτήρα, οι πληροφορητές/ριες έκαμπταν προς όφελος των ασθενών τους τις σχέσεις εξουσίας που διέπουν τον χώρο της Εντατικής.

Σύμφωνα με την Αγνή, εξίσου εμπειρότατη συμμετέχουσα, ο καθένας και η καθεμιά έχει τη δική του/της θέση και λειτουργία στην Εντατική. Έτσι, εκεί που οι άλλοι/ες, δηλαδή όσοι/ες από εμάς είμαστε εκτός του πολιτισμού της ΜΕΘ βλέπουμε μόνο χάος στη ΜΕΘ, για τους/τις νοσηλευτές/ριες και τους/τις γιατρούς της Εντατικής υπάρχει κανονικότητα, συνέργεια και «συμφωνία». Με τα λόγια της Αγνής,

«Ξέρει ο κάθε ένας τι γίνεται στον ασθενή του ανά πάσα στιγμή, ξέρεις τι κάνει ο γιατρός, τι κάνει ο φυσικοθεραπευτής, τι εκκρεμότητες έχεις εσύ να κάνεις, και είσαι σαν να βλέπεις μια συμφωνική ορχήστρα που τα κλαρίνα μπαίνουνε εκεί που πρέπει να μπούνε, τα βιολιά μπαίνουνε εκεί που πρέπει να μπούνε, και ο μάεστρος απλά διευθύνει.»

Οι πληροφορητές/ριές μου χρησιμοποιούσαν τα χέρια, το σώμα τους, όλες τις αισθήσεις τους και την υψηλή τεχνολογία της ΜΕΘ για να ανιχνεύσουν και παρέμβουν – υποστηρικτικά και θεραπευτικά - στις παραμικρές φυσιολογικές αλλαγές στο σώμα των αρρώστων τους. Με κάθε κύτταρο του είναι τους εμπλέκονταν σε πρακτικές και τεχνικές νοσηλευτικής πράξης, οι οποίες στο σύνολό τους έδιναν σχήμα και βάση σε μια πολυαισθητηριακή δια-σωματική σχέση με τους ασθενείς τους.

Προκειμένου να κατανοήσω τον κόσμο ή τον πολιτισμό της Εντατικής και το είδος της επαγγελματικής συνείδησης που συγκροτεί το έμπειρο νοσηλευτικό στο

ελληνικό παράδειγμα, επικεντρώθηκα – στο πνεύμα του κονστρουκτιβισμού - στη «δράση ως διαδικασία», γιατί όπως επισημαίνει και ο Παπαταξιάρχης (2006/1992, σ.23), στη δράση «συγκροτείται, δηλαδή κατασκευάζεται, ο κόσμος» των υποκειμένων (έμφαση στο πρωτότυπο). Στην προκειμένη περίπτωση, μελέτησα την Εντατική και ειδικά τη νοσηλευτική πράξη μέσα από τη δράση των υποκειμένων και μέσα «στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο αυτή συντελείται» (σ.23), μέσα δηλαδή στους ιεραρχικούς λόγους και πρακτικές, στο πολιτισμικό συμφραζόμενο των επαγγελματικών καθεστώτων αλήθειας που επιτελούνται «τοπικά». Έτσι, αυτό που *εθνογραφικά* και *φαινομενολογικά* διαπίστωσα κατά τη διάρκεια της διατριβής μου είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ΜΕΘ στο παράδειγμα της Ελλάδας, όπως και στο εξωτερικό, αφουγκράζεται και συγχρονίζεται με τις ανάγκες των ασθενών στη ΜΕΘ, εισχωρεί στην πολυχρονική διάσταση του ασθενούς, συνιστά – με το σώμα του και το βλέμμα του - το συνδετικό δια-σωματικό κρίκο μεταξύ ασθενούς και μεταβατικού κόσμου της ΜΕΘ, και μέσω της νοσηλευτικής πράξης που παράγει *καθοδηγεί* τον βαρέως πάσχοντα ασθενή προς τροχιά ομοιόστασης και ανάρρωσης. Σε αυτό το στάδιο, όλα μα όλα μετράνε. Η τράπουλα με όλα τα πιθανά σενάρια ανάρρωσης ή επιδείνωσης του ασθενή ανακατεύεται, όλα τα φύλλα – με τα πιθανά σενάρια - είναι στον αέρα, και ο/η νοσηλευτής/ρια θα προσπαθήσει να τραβήξει το πιο *σωστό* φύλλο. Το παραμικρό λάθος, η οποιαδήποτε αστοχία και αμέλεια θα επηρεάσουν την κλινική πορεία του ασθενούς στον αμφίσημο χώρο της ΜΕΘ. Το χαμηλό κάλιο στο αίμα που δεν θα διορθωθεί έγκαιρα θα βάλει στον ασθενή σε καρδιακή αρρυθμία, η «λερωμένη» φλεβική γραμμή που θα επιτρέψει στο μικρόβιο να μπει στο αίμα του ασθενούς, οι βρογχικές παχύρευστες εκκρίσεις που δεν θα απομακρυνθούν έγκαιρα με άσηπτη αναρρόφηση, όπως και η κοκκινίλα στον κόκκυγα που θα «ανοίξει» αν δεν αλλαχθεί η θέση του ασθενούς στο κρεβάτι, όλα αυτά θα *βγάλουν* τον μετέωρο ασθενή από την κλινική τους τροχιά προς την έξοδο από τη ΜΕΘ. Οι νοσηλευτές/ριες, με το χαρτί της εμπειρογνωμοσύνης, θα «πλοηγήσουν» - σιωπηλά και με γνώμονα την υποτιμημένη «φροντίδα» - τον ασθενή προς μια κατάσταση σταθερότητας και ομοιόστασης. Σε αυτό είναι μαζί του ως ανεκτίμητος/η συνεργάτης/ρια ο/η έμπειρος/η γιατρός. Τον/την έχει ανάγκη, αλλά θέλει και να εισακούγεται και ο/η ίδιος. Ωστόσο, οι καθιερωμένοι ανδροκεντρικοί συσχετισμοί φύλου και βαθμού επιστημονικότητας συνεχίζουν να ρυθμίζουν σε σημαντικό βαθμό τις παρατηρούμενες συμπεριφορές και ταυτότητες των νοσηλευτών/ριών στη ΜΕΘ.

Η συνεισφορά της παρούσας διατριβής είναι διττή και αφορά τόσο στην ερευνητική προσέγγιση που υιοθέτησα όσο και στα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων. Ως προς το πρώτο, οι μελέτες που πρωτίστως εξέτασαν εθνογραφικά τη νοσηλευτική πράξη και τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών/ριών στην Εντατική ήταν – και εξακολουθούν να είναι – ελάχιστες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Ως προς το δεύτερο, η γενναιοδωρία των πληροφορητών/ριών και η επιτόπια συμμετοχική παρατήρηση με οδήγησαν σε ενδιαφέροντα και πρωτότυπα ευρήματα.

Ενδεικτικά, κατέληξα στο ότι οι τρόποι με τους οποίους επιτελείται η νοσηλευτική πράξη στη ΜΕΘ είναι απόρροια της εφαρμογής της λεγόμενης «ρουτίνας» σε αυτή, δηλαδή, του καθημερινού προγραμματισμού εργασιών και φροντίδας από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Επίσης, ανέδειξα τη σημαντικότερη διάσταση της ρουτίνας, αυτή της τεχνολογίας της πειθαρχίας ως μηχανισμού (αυτο-)ελέγχου και (αυτο-)επιτήρησης του προσωπικού στη ΜΕΘ, και έδειξα το πώς το «ξεχωριστό» από το υπόλοιπο νοσοκομείο επιστημονικό και πολιτισμικό έθος της Εντατικής ενεργοποιεί στο μέγιστο έναν λόγο φροντίδας και γνώσεων εκ μέρους των έμπειρων νοσηλευτών/ριών, που με τη σειρά του παράγει νοσηλευτική πράξη επιστημονικά κατάλληλη για τους ασθενείς της. Συγχρόνως, όμως, το εύρημα αυτό με οδήγησε και στη συνειδητοποίηση πως η συγκεκριμένη «ρουτίνα» στο εθνογραφικό παράδειγμα εκφράζει περισσότερο τον βιοϊατρικό λόγο της ιατρικής παρά της νοσηλευτικής, και περιορίζει – χωρικά και χρονικά – τους/τις νοσηλευτές/ριες σε ένα πολύ στενό φάσμα φροντίδας του σώματος, που δεν τους/τις επιτρέπει να συμμετέχουν ενεργά στις *επίσημες* πρακτικές της Μονάδας, όπου οι γιατροί ανασκοπούν και αποφασίζουν για την κλινική διαχείριση των περιστατικών τους. Έτσι, οι συμμετέχοντες/ουσες στο εθνογραφικό παράδειγμα είχαν λιγότερες πιθανότητες εμπλοκής και συνεισφοράς στις κλινικές αποφάσεις των γιατρών.

Στη συνέχεια ανέλυσα μία από τις πολλές πρακτικές της ρουτίνας, αυτή του πρωινού «στρωσίματος» των αρρώστων. Η πρωινή «λάτρα» του σώματος των ασθενών στο εθνογραφικό παράδειγμα αποτελούσε το κατάλληλο πλαίσιο για να αναπτύξουν οι νοσηλευτές/ριες μια περισσότερο «σωματική» και «ιδιωτική» σχέση με τους/τις ασθενείς τους. Η λάτρα (υγιεινή) του σώματος του ασθενούς παρουσίαζε τρία χαρακτηριστικά ή ιδιότητες: τοποθετούσε τον/τη νοσηλευτή/ρια πιο κοντά στον ασθενή του/της, δημιουργούσε μια ζώνη ιδιωτικότητας μεταξύ νοσηλευτών/ριών και

ασθενών στις πτέρυγες, αλλά και επιβεβαίωνε, τελετουργικά, την κυριαρχία της ιατρικής επιστήμης μέσω της τεχνικής της απομάκρυνσης της μιαιρότητας και της «απολύμανσης». Κατέληξα στο συμπέρασμα ότι η αυστηρώς «χορογραφημένη» επιτέλεση του πρωινού «στρώσιματος» του προσδίδει τελετουργικό και συμβολικό χαρακτήρα. Δηλαδή, το «στρώσιμο» αναδείχθηκε σε παράδειγμα αυστηρής και απαρέγκλιτης χωροχρονικής διαχείρισης όχι μόνο των ασθενών αλλά και του ίδιου του νοσηλευτικού προσωπικού. Με άλλα λόγια, η παρεξηγημένη «μπουγάδα» του αρρώστου – όπως αλλιώς αποκαλούν το στρώσιμο οι ίδιοι/ες συμμετέχοντες/ουσες – συνεισέφερε στην εδραίωση μιας δια-σωματικής, δι-υποκειμενικής και πολυαισθητηριακής σχέσης μεταξύ νοσηλευτών/ριών και ασθενών, αφού οι νοσηλευτές/ριες γίνονταν τα *αυτιά* και τα *μάτια* των γιατρών και των ασθενών τους. Ήταν χάρη σε αυτή τη στενή εγγύτητα με τα σώματα των ασθενών που οι νοσηλευτές/ριες καθίσταντο ικανοί/ές να προβαίνουν στη λεπτομερή εκτίμηση της βαριάς κατάστασης του κάθε ασθενούς που είχαν αναλάβει, στη συλλογή σημαντικών πληροφοριών που στη συνέχεια ερμήνευαν και ανέφεραν στους/τις γιατρούς, και, εν τέλει, στην (ανα-) παραγωγή Εντατικής φροντίδας που αποτελεί τον θεμέλιο λίθο του πολιτισμού ή έθους της ΜΕΘ.

Ωστόσο, όπως έδειξα, ο αριθμός των νοσηλευτών/ριών στο εθνογραφικό παράδειγμα ήταν τόσο μικρός, σε σχέση με τα όσα ορίζουν οι διεθνείς οδηγίες, που δεν άφηνε περιθώρια για απομάκρυνσή τους από τη «ρουτίνα» της Μονάδας και για συμμετοχή τους στην πρωινή ενημέρωση και στην επίσκεψη των γιατρών. Αυτός είναι ο κύριος λόγος που οι νοσηλευτές/ριες στη συγκεκριμένη ΜΕΘ και γενικότερα στην Ελλάδα θεωρούν ότι κυρίως «πλένουν», ή απλώς «εκτελούν» ιατρικές οδηγίες στο να δίνουν φάρμακα, και βιώνουν – αρκετά έντονα - το αίσθημα της απαξίωσης και μειωμένης επαγγελματικής ικανοποίησης. Έτσι παρατηρήθηκε το εξής φαινόμενο. Αν και η φροντίδα και περιποίηση του σώματος των αρρώστων συνιστούσε ένα από τα πιο θεμελιώδη στοιχεία της ταυτότητας των συμμετεχόντων/ουσών στην παρούσα μελέτη, το λεγόμενο «στρώσιμο» παρέπεμπε και σε ένα πολιτισμικό πλαίσιο ιεραρχίας και αποκλεισμού, το οποίο όριζε τους/τις νοσηλευτές/ριες ως φορείς «βασικής» μάλλον, παρά επιστημονικής, φροντίδας και λήψης κλινικών αποφάσεων, και τους γιατρούς ως κάτοχους της επιστημονικής γνώσης που αποφάσιζαν για τη διαχείριση των περιστατικών τους. Όπως έδειξα μέσα από τη βιβλιογραφική επισκόπηση, το φαινόμενο αυτό δεν αφορά μόνο την ελληνική

περίπτωση αλλά διαφέρει σημαντικά ως προς τον υψηλό βαθμό που συμβαίνει στις ελληνικές ΜΕΘ σε σύγκριση με τις ΜΕΘ του εξωτερικού. Για παράδειγμα, αν και οι νοσηλευτές/ριες στο Η.Β. αφιερώνουν εξίσου σημαντικό νοσηλευτικό χρόνο στη φροντίδα σώματος του ασθενούς, αυτό προσλαμβάνεται από τους/τις ίδιους/ες περισσότερο ως μια θεμελιώδης αξία και κατάκτηση της νοσηλευτικής ως επιστημονικό πεδίο, παρά ως κάτι υποδεέστερο των καθηκόντων τους (WFCC Workforce, 2005· Valentin et al., 2011). Βέβαια, οφείλω να αναγνωρίσω ότι ως πρώην ειδικευμένος νοσηλευτής Εντατικής νοσηλευτικής σε νοσοκομεία της Αγγλίας, από το 2000 μέχρι και το 2009, συνεχίζω να έχω μια ρομαντικοποιημένη εικόνα των Εντατικών και του βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο σήμερα έχει «συρρικνωθεί» λόγω περικοπών οικονομικών πόρων, με αποτέλεσμα και οι νοσηλευτές/ριες στις ΜΕΘ στο Η.Β. να νιώθουν αυτή την πίεση και να αναγκάζονται κάποιες φορές να φροντίζουν παραπάνω από έναν ασθενή. Έτσι, παραβιάζεται ο χρυσός κανόνας της αναλογίας νοσηλευτή/ριας προς ασθενή 1:1.

Στο πλαίσιο της πολυαισθητηριακής σωματικής σχέσης που ανέπτυσαν οι νοσηλευτές/ριες με τους ασθενείς τους, έδιναν «πάλη» με δικές τους πατέντες εργαλείων αλλά και τη χρήση υψηλής τεχνολογίας για να επαναφέρουν ή διατηρήσουν την ισορροπία/ομοιόσταση του οργανισμού στον ασθενή. Η ανάλυση των δεδομένων με προσανατόλισε στην παραδοχή ότι η απειλητική ασθένεια στον κόσμο της Εντατικής, η επιθυμητή «ομοιόσταση» του σώματος του ασθενούς που βρίσκεται μεταξύ ζωής και θανάτου, και η σημασία της φροντίδας στη νοσηλευτική συνιστούν το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο οι συμμετέχοντες/ουσες κινητοποιούν λόγους και πρακτικές φροντίδας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από σχέσεις εγγύτητας με τον ασθενή, υψηλό αίσθημα ευθύνης προς τον ασθενή και ενσυναίσθησης του πόνου του, αλλά και από ικανότητα αξιοποίησης των όποιων εργαλείων φροντίδας και θεραπείας διαθέτουν. Οι νοσηλευτές/ριες «παράγουν» νοσηλευτική πράξη στην Εντατική και ταυτόχρονα λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις για τους ασθενείς που έχουν «χρεωθεί», οι οποίες, όμως, δεν αναγνωρίζονται από το ιατρικό προσωπικό στο βαθμό που οι ίδιοι/ες επιθυμούν και πιστεύουν ότι τους/τις αξίζει. Έτσι, μέσω των αφηγήσεών τους στις συνεντεύξεις που μου παραχώρησαν, ο/η κάθε νοσηλευτής/ρια συνθέτει και συντάσσει το δικό του/της αφήγημα ως προς το τι *πράττει* στην Εντατική, ως προς το *είδος* της υποκειμενικότητας που συγκροτεί, και συνεπώς ως προς τη *θέση* που καταλαμβάνει στην ομάδα της ΜΕΘ. Οι αφηγήσεις

των πληροφορητών/ριών συνθέτουν ένα συλλογικό αφήγημα που υποδηλώνει πολλαπλές εκδοχές ενσώματης ταυτότητας και υποκειμενικότητων που, υπό το πρίσμα του έργου του Φουκώ, επιβεβαιώνουν ότι ο άνθρωπος και το σώμα του «δεν κείται εκτός σχέσεων εξουσίας» αλλά «συγκροτούνται μέσω των συσχετισμών γνώσης/εξουσίας (Αθανασίου, 2007, σ.18). Οι πληροφορητές/ριες της μελέτης νοσηματοδοτούν την επαγγελματική τους ταυτότητα και αυτό που κάνουν μέσα από τη σχέση τους προς τους/τις γιατρούς και την ιατρική εξουσία που ενσωματώνουν. Αλλά το τελευταίο γίνεται με τη συνειδητή αποδοχή τους. Με όρους βιοεξουσίας (Αθανασίου, 2007), στην Εντατική εντοπίζονται «καθεστώτα αλήθειας», «στρατηγικές παρέμβασης» και «τεχνικές υποκειμενοποίησης» (σ.18), στις οποίες οι νοσηλεύτές/ριες συναινούν και (αυτο-)επιτηρούνται. Έτσι, οι συμμετέχοντες/ουσες δεν είναι «απλώς πειθήνιοι υποτελείς ενός νόμου καθολικής επιτήρησης και ελέγχου» αλλά «φορείς ηθικής ευθύνης και εμπρόθετης δράσης» (σ.19).

Με άλλα λόγια, οι νοσηλεύτές/ριες με τον δικό τους σωματικό τρόπο διευθετούν τις σχέσεις εξουσίας στη ΜΕΘ. Οι νοσηλεύτές/ριες έκαναν χρήση της γνώσης που κατείχαν, ιδιαίτερα σε επείγουσες καταστάσεις ζωής και θανάτου, ενίσχυαν τη διαπραγματευτική τους δύναμη στις σχέσεις τους με τους/τις γιατρούς και επιτύγχαναν τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων έστω στο περιθώριο, έστω άτυπα. Φάνηκε μάλιστα ότι ιδιαίτερα οι πιο έμπειροι/ες συμμετέχοντες/ουσες μπορούσαν να ελιχθούν επιδέξια ανάμεσα στις διάφορες δυνάμεις εξουσίας προκειμένου να επιτύχουν – άτυπα - αυτό που θεωρούσαν σωστό για τον ασθενή τους στην κάθε περίπτωση, με αποτέλεσμα, τα στεγανά μεταξύ των επαγγελματικών ρόλων των πιο έμπειρων νοσηλευτών/ριών και των γιατρών να καταρρίπτονται πρόσκαιρα. Στο επείγον και ασταθές περιστατικό, οι νοσηλεύτές/ριες άφηναν κατά μέρος αυτό που ονόμαζαν «φροντίδα» του ασθενούς, και αξιοποιούσαν τα δικά τους «καθεστώτα αλήθειας», δεξιότητες, γνώσεις και τεχνολογία, προκειμένου να «σώσουν» τον άρρωστο, να προλάβουν την ανακοπή, να αναχαιτίσουν το μοιραίο, και φυσικά το θάνατο του ασθενούς. Όπως φάνηκε, σημαντική παράμετρος στα παραπάνω, ήταν η εξειδικευμένη γνώση από τους/τις νοσηλεύτές/ριες της Μονάδας, γιατί αυτή καθιστούσε τον άρρωστο «κρυστάλλινο» ή «διάφανο» στα μάτια των πληροφορητών/ριών. Έτσι, στη ΜΕΘ στην Ελλάδα, όπως και στο εξωτερικό, η εμπειρογνωμοσύνη του νοσηλευτικού προσωπικού απαγκιστρώνει – μερικώς - τους/τις έμπειρους/ες νοσηλεύτές/ριες από τις σχέσεις εξουσίας, και τους/τις

επιτρέπει να αναπτύσσουν νοσηλευτική πράξη η οποία – αν και τέμνεται από την ιατρική επιστήμη και επάγγελμα – έχει το δικό της πυρήνα και αντικείμενο. Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές/ριες ορίζουν ένα διακριτό, «ετεροτοπικό», πεδίο επιρροής στη Μονάδα και απελευθερώνουν κομμάτι της ταυτότητάς τους από την επιρροή των γιατρών.

Έδειξα ότι η εμπειρογνωμοσύνη αυξάνει τον βαθμό κρυσταλλότητας των ασθενών και αυτό δημιουργεί χώρο για ταχείες κλινικές αποφάσεις. Οι συμμετέχοντες/ουσες στο εθνογραφικό παράδειγμα της Αθήνας, όπως και οι νοσηλευτές/ριες στη μελέτη του White (2007), μετατρέπουν τον άρρωστο της κλινικής σε «ασθενή ΜΕΘ» μέσω μιας σειράς πολιτισμικά κατάλληλων διευθετήσεων, όπως η εισαγωγή και τακτοποίηση του ασθενούς στη Μονάδα, η τοποθέτηση καθετήρων και καλωδίων για παρακολούθηση στη ΜΕΘ, η φροντίδα σώματος. Έτσι, οι νοσηλευτές/ριες εισχωρούν στη πολυχρονική διάσταση του ασθενή και, όταν δεν διακόπτονται από τους/τις άλλους/ες, γίνονται «ένα» με τους ασθενείς τους, και συγχρονίζονται απολύτως με τις λειτουργίες του σώματος και τους συναγερμούς και ενδείξεις των μηχανημάτων. Με όρους Φουκώ (1987/1980), όπως η άσκηση της εξουσίας και η κατοχή γνώσης είναι στενά συνδεδεμένες και ανατροφοδοτούν η μία την άλλη (Henderson, 1994), η νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη που εντόπισα στο ελληνικό παράδειγμα επικαθορίζει κατά ανάλογο τρόπο τη σχέση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/ριών στη ΜΕΘ, η οποία αποκτά πλαστικότητα και δυναμική και μπορεί να περιγραφεί από οριζόντια ή συνεργατική μέχρι και κάθετη ή ιεραρχική.

Η παρούσα μελέτη συνεισφέρει σε έναν ήδη υπάρχοντα όγκο μελετών υγείας όπου το σώμα προσλαμβάνεται ως «έμβιος, βιούμενος και προθετικός ενσώματος εαυτός» (Αθανασίου, 2011α, σ.23). Έτσι, η εθνογραφική μελέτη πρακτικών στην Εντατική όχι μόνο επιβεβαιώνουν την εδραίωση συναισθαντικής σωματικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτών/ριών και ασθενών, αλλά και μας προσκαλούν στο να εξετάσουμε τις πολιτισμικά επεξεργασμένες διυποκειμενικότητες που προκύπτουν από τις βιούμενες, πολυσθητηριακές, συναισθαντικές και διαισθητικές εμπλοκές με τον κόσμο και τους άλλους (Csordas, 1994 και 1990). Οι νοσηλευτές/ριες συγκροτούνται ως δια-σωματικοί φορείς Εντατικής θεραπείας και νοσηλευτικής πράξης, ως εμπειρογνώμονες εντατικής νοσηλευτικής, ως τα «αυτιά» και τα «μάτια» των γιατρών και των ασθενών στις πτέρυγες, ως διαμεσολαβητές/ριες μεταξύ ασθενούς και

τεχνολογίας ΜΕΘ, ως οι «παλιοί/ές» κατά την ετεροτοπία της προφορικής «παράδοσης» των περιστατικών, ως *ορατοί/ές* διαπραγματευτές/ριες φροντίδας και θεραπείας στο επείγον και κρίσιμο περιστατικό, αλλά, όπως έδειξα στο τελευταίο κεφάλαιο, συγκροτούνται και ως *αόρατοι/ες* ή *ορατοί/ές* *απόντες/απούσες* από την επίσκεψη των γιατρών. Ως προς την «παράδοση» των περιστατικών, υπενθυμίζω ότι αυτή μπορεί να εκληφθεί και ως προσωρινή «ετεροτοπία» με όρους Φουκώ γιατί όση ώρα διαρκεί, επιτυγχάνεται μια πρόσκαιρη μετατόπιση των νοσηλευτών/ριών από μια κατάσταση αορατότητας σε μια κατάσταση «ξεχωριστής» παρουσίας και ορατότητάς τους στην Εντατική: οι άτυπες νοσηλευτικές αποφάσεις αναπαρίστανται μέσω της αφηγηματικής παρουσίασης των περιστατικών αποκλειστικά μεταξύ των νοσηλευτών/ριών και η νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη καθίσταται από λανθάνουσα ορατή. Το συγκεκριμένο εύρημα θα μπορούσε να ιδωθεί ως μια δυναμική κατάσταση όπου οι συμμετέχοντες/ουσες στην παρούσα μελέτη εμπλέκονται σε μια συνεχή μετατόπιση της θέσης τους στον κοινωνικό κόσμο της ΜΕΘ, από μια κατάσταση αορατότητας σε μια κατάσταση ορατότητας, και τανάπαλι.

Τέλος, διαπίστωσα ότι, αν και εντόπισα πολλαπλούς θύλακες νοσηλευτικής εμπειρογνωμοσύνης στην υπό μελέτη ΜΕΘ, οι λεγόμενες «σχέσεις εξουσίας» ενισχύονταν ακόμα περισσότερο προς όφελος της ιατρικής ομάδας κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης. Εξαιτίας αυτού και προς αποφυγή του, οι νοσηλευτές/ριες, και αυτό συνιστά σημαντικό και πρωτότυπο εύρημα στην παρούσα μελέτη, αρκετά συχνά επέλεξαν να μη συμμετέχουν στην επίσκεψη των γιατρών και να συγκροτούν την ταυτότητα της «απουσίας», ορατής ή και αόρατης. Με άλλα λόγια, αρκετοί/ές από τους/τις νοσηλευτές/ριες επέλεξαν να συγκροτούν την ταυτότητά τους περισσότερο μέσα από τη «φροντίδα» που παρείχαν «δίπλα» στους ασθενείς τους, παρά μέσα από τη δευτερεύουσα, περιθωριακή θέση που θα κατείχαν κατά την επίσκεψη των γιατρών. Οι νοσηλευτές/ριες της μελέτης αισθάνονταν μειονεκτικά απέναντι στους/τις γιατρούς και βίωναν την ταυτότητά τους συγκεχυμένα: ορατοί/ές ως φορείς φροντίδας και συνεχούς βλέμματος στη ΜΕΘ και συγχρόνως αόρατοι/ες και αμέτοχοι/ες στις κλινικές αποφάσεις των γιατρών. Έτσι, και εθνογραφικά πλέον, ανακύπτει εκ νέου και επιβεβαιώνεται το ζήτημα της λεγόμενης αορατότητας (invisibility) της νοσηλευτικής στην Εντατική γενικότερα και στο ελληνικό παράδειγμα ειδικότερα.

Συμπερασματικά, αν και στην παρούσα εθνογραφική μελέτη οι έμπειροι/ες πληροφορητές/ριες καθίστανται όλο και περισσότερο «ορατοί» και «ορατές», ως εμπειρογνώμονες μέσα από τη σχέση φροντίδας που εδραιώνουν με τους ασθενείς τους, οι ίδιοι/ες συνεχίζουν να είναι αόρατοι και αόρατες, ως φορείς κλινικών αποφάσεων (clinical decision makers), και να απουσιάζουν από τον επίσημο λόγο και τα κέντρα λήψης αποφάσεων που αφορούν στη διαχείριση των περιστατικών τους στο Ελληνικό παράδειγμα.

Πηγές – Βιβλιογραφία

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Αγραφιώτης, Δ. (1999). Πολιτισμικό/πολιτιστικό: το αβέβαιον της οριοθέτησης. Στο Χρ. Κωνσταντοπούλου, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη, Δ. Γερμανός, & Θ. Οικονόμου (επιμ.), «Εμείς» και οι «άλλοι» - αναφορά στις τάσεις και τα σύμβολα. Αθήνα: Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών [ΕΚΚΕ] και Τυπωθήτω – Γ. Δαρδανός.
- Αδάμου, Ε., Γιακουμιδάκης, Κ., Καδδά, Ο., Αργυρίου, Γ., Καπάδοχος, Θ., Βασιλόπουλος, Γ., & Μαρβάκη, Χ. (2011). Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(2): 221-239.
- Αθανασίου, Α. (2003). Η πειθαρχία της συνέχειας – σώμα, χρόνος, βιοπολιτική. *Σύγχρονα Θέματα*, 82: 45-52.
- Αθανασίου, Α. (2006). Εισαγωγή: Φύλο, εξουσία και υποκειμενικότητα μετά το 'δεύτερο κύμα'. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.) *Φεμινιστική θεωρία και πολιτισμική κριτική*, (σ. 13-138). Αθήνα: Νήσος.
- Αθανασίου, Α. (2007). Η πειθαρχία της συνέχειας: χρόνος, σώμα και βιοπολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.), *Ζωή στο όριο, δοκίμια για το σώμα, το φύλο και τη βιοπολιτική* (σ. 79-96). Αθήνα: Εκκρεμές.
- Αθανασίου, Α. (2011α). Επιτελέσεις της τρωτότητας και του κοινωνικού τραύματος. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.-εισ.), *Βιοκοινωνικότητες - θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας* (σ. 13-88). Αθήνα: Νήσος.
- Αθανασίου, Α. (2011β). Το φύλο και η σεξουαλικότητα στους λόγους και τις πρακτικές της βιο-επιστήμης: Επιστημολογίες και τεχνολογίες του έμφυλου σώματος. Στο Β. Καντσά, Β. Μουτάφη, & Ε. Παπαταξιάρχης (επιμ.), *Μελέτες για το φύλο στην ανθρωπολογία και την ιστορία*, (σ. 227-315). Αθήνα: Αλεξάνδρεια.

- Αλεξιάς, Γ. (2000). *Λόγος περί Ζωής και θανάτου. Η ιατρική Πράξη ως Μορφή Κοινωνικής Αλληλόδρασης στις Μονάδες Εντατικής Φροντίδας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αλεξιάς, Γ. (2006) *Κοινωνιολογία του Σώματος. Από τον «άνθρωπο του Νεότερνταλ» στον «Εξολοθρευτή»*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Αλεξίου, Θ. (2007). *Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση: η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθάρχησης*. Αθήνα: Παπαζήσης
- Αμπυρζέ, Ζ. (1973). *Δύναμη και Αδυναμία. Οι μεταμορφώσεις της Ιατρικής και του ανθρώπου*. Αθήνα: Ράππα.
- Αστρινάκη, Ρ. (2011). Ανθρωπολογικές προσεγγίσεις του φύλου: Μια επισκόπηση. Στο Β. Καντσά, Β. Μουτάφη, & Ε. Παπαταξιάρχης (επιμ.), *Μελέτες για το φύλο στην ανθρωπολογία και την ιστορία* (σ. 17-99). Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Βουζάβαλη, Φ. (2008). *Φαινομενολογική διερεύνηση της θεραπευτικής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτών και ατόμων με βαριά απειλητική νόσο* (Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Γκέφου-Μαδιανού Δ. (επιμ.) (2009). *Όψεις ανθρωπολογικής έρευνας, πολιτισμός, ιστορία, αναπαραστάσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. [2011, Ανατύπωση χωρίς προσθήκες. Σειρά «Ανθρωπολογικοί Ορίζοντες», Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη).
- Γκέφου-Μαδιανού, Δ. (1999). Ο πολιτισμός ως σύμβολα και κοινά νοήματα. Στο Δ. Γκέφου-Μαδιανού (επιμ.), *Πολιτισμός και εθνογραφία: από τον εθνογραφικό ρεαλισμό στην πολιτισμική κριτική* (σ.131-152). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. [2011 Νέα έκδοση: εκδόσεις Πατάκη]
- Γκέφου-Μαδιανού, Δ. (επιμ.) (2003). *Εαυτός και «Άλλος»: Εννοιολογήσεις, Ταυτότητες και Πρακτικές στην Ελλάδα και την Κύπρο*. Αθήνα: Gutenberg.
- Δηλάκη, Γ., & Αλεξιάς, Γ. (2012). «Πλαστικά» σώματα και μορφές σωματοποίησης της γήρανσης. Στο Χ. Οικονόμου & Μ. Σπυριδάκης (επιμ.) *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας* (σ. 163-182). Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Δοξιάδης, Κ. (1988). Foucault, ιδεολογία, επικοινωνία. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 71: 18-43.

- Ζήση, Α. (2012). Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και ψυχική υγεία: η ψυχοκοινωνική εξήγηση. Στο Χ. Οικονόμου & Μ. Σπυριδάκης (επιμ.) *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας* (σ. 107-131). Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Ηλιόπουλος, Δ. (2012). Εκτίμηση κινδύνου απειλών στον τομέα της υγείας. Στο Χ. Οικονόμου & Μ. Σπυριδάκης (επιμ.) *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας* (σ. 511-536). Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Ίσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στην ψυχολογία και στην εκπαίδευση* [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. [www.kallipos.gr]
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Εισαγωγή στην ανάλυση δεδομένων ποιοτικής κοινωνικής έρευνας* [Σημειώσεις μαθήματος]. Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μυτιλήνη.
- Καρανικόλα, Ν.Κ.Μ., Σταθοπούλου, Χ., Καλαφάτη, Μ., Τερζή, Α.Μ., Μπουζίκια, Μ., & Παπαθανάσογλου, Ε.Δ.Ε. (2009). Αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους σε νοσηλευτικό προσωπικό εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 48(4): 447-457.
- Κορασίδου, Μ. (2002). *Όταν η αρρώστια απειλεί*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Κυπαρίση, Γ., Ριζούλης, Α., (2008). Η έννοια της φροντίδας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(1): 57-71.
- Μακρυνιώτη, Δ. (2004). Εισαγωγή. Στο Δ. Μακρυνιώτη (επιμ.), *Τα Όρια του Σώματος. Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις* (σ. 11-73). Αθήνα: Νήσος.
- Μακρυνιώτη, Δ. (2008). Εισαγωγή: κοινωνικές και πολιτικές μορφές διαχείρισης της θνητότητας. Στο Δ. Μακρυνιώτη (επιμ.-εισ.), *Περί θανάτου, η πολιτική διαχείριση της θνητότητας* (σ. 13-72). Αθήνα: Νήσος.
- Μαρινούδη, Θ. (2014). *Υποκειμενικότητα, Σώμα και Λόγος Ατόμων με Αυτισμό: Ανθρωπολογικές Προσεγγίσεις* (Διδακτορική διατριβή). Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.
- Οικονόμου, Χ., & Σπυριδάκης, Μ. (2012). Υγεία και κοινωνία: η ανθρωπολογική και κοινωνιολογική οπτική. Στο Χ. Οικονόμου & Μ. Σπυριδάκης (επιμ.)

- Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας* (σ. 11-53). Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Παναγιωτόπουλος, Π. (1995). Σημειώματα: Erving Goffman, Άσυλα. Δοκίμια για την κοινωνική κατάσταση των ασθενών του ψυχιατρείου και άλλων τροφίμων. *Δοκίμες*, 3: 185-192.
- Παπαγαρουφάλη, Ε. (2002). Η συνέντευξη ως σωματική επικοινωνία των συνομιλητών και πολλών άλλων. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών* 107, Α': 29-46. Ειδικό τεύχος με τίτλο «Όψεις της Προφορικής Ιστορίας στην Ελλάδα».
- Παπαγαρουφάλη, Ε. (2003). Δωρητές οργάνων ή σώματος: η εμπειρία μιας ανώνυμης και δυνητικής ταυτότητας. Στο Δ. Γκέφου-Μαδιανού (επιμ.), *Εαυτός και «Άλλος»: Εννοιολογήσεις, Ταυτότητες και Πρακτικές στην Ελλάδα και την Κύπρο* (σ. 229-260). Αθήνα: Gutenberg.
- Παπαγαρουφάλη, Ε. (2012). *Δώρα Ζωής Μετά Θάνατον, Πολιτισμικές Εμπειρίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2002: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα).
- Παπαϊωάννου, Κ., & Σπυριδάκης, Μ. (2012). Αποασυλοποίηση και ψυχιατρική: μια διαμφισβητούμενη σχέση. Η περίπτωση του Δρομοκαϊτείου. Στο Χ. Οικονόμου & Μ. Σπυριδάκης (επιμ.), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας* (σ. 133-158). Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Παπασταύρου, Ε., Ευσταθίου, Γ., Νικηταρά, Μ., Τσαγκάρη, Χ., Μερκούρης, Α., Κάρλου, Χ., ... Πατηράκη Ε. (2010). Η Έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα από μια Πιλοτική Ερευνητική Εργασία. *Νοσηλευτική*, 49(4): 406-417.
- Παπαταξιάρχης, Ε. (1996). Περί πολιτισμικής κατασκευής της ταυτότητας. *Τοπικά Β'*, σ.197-216. Αθήνα: ΕΜΕΑ Νήσος
- Παπαταξιάρχης, Ε. (2006). Εισαγωγή. Από τη σκοπιά του φύλου: ανθρωπολογικές θεωρήσεις της σύγχρονης Ελλάδας. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), *Ταυτότητες και φύλο στη σύγχρονη Ελλάδα* (σ. 11-98). Αθήνα: Αλεξάνδρεια. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1992).
- Ραγιά Α.Χ. (1991). *Βασική Νοσηλευτική, θεωρητικές και δεοντολογικές Αρχές* (Β' έκδοση). Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε. [2005 Ανατύπωση της έκδοσης].

- Ρίκος, Ν. (2017). Η τεκμηριωμένη πρακτική στην καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 16(1): 1-6. ISSN: 2241-6005.
- Σερεμετάκη, Κ.Ν. (1996). Όσο διαρκεί ο πόνος: Η αντιφώνηση του θανάτου και η ισχύς των γυναικών στη Νότια Ελλάδα. Στο Κ.Ν. Σερεμετάκη (επιμ.), *Διασχίζοντας το Σώμα. Πολιτισμός, Ιστορία και Φύλο στην Ελλάδα*, (σ. 137-172). Αθήνα: Νέα Σύνορα – Α.Α. Λιβάνης,
- Τεντόμας, Λ. (2017). *Παιδιά Εξωτικά Παιδιά Οικόσιτα. Ανθρωπολογική Μελέτη της Αναπηρίας και της Ειδικής Εκπαίδευσης στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις RedMarks.
- Τζανάκης, Μ. (2006). Τεχνικές του Σώματος, Τεχνικές του Εαυτού. Η Ηθική Διάσταση της Χρόνιας Ασθένειας. *Ουτοπία*, 72: 67-80.
- Τσαούσης, Δ.Γ. (1983). *Η κοινωνία του ανθρώπου: εισαγωγή στην κοινωνιολογία*. Αθήνα: Gutenberg.
- Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική ΑΕ.
- Φουκώ Μ. (1987). *Εξουσία, γνώση και ηθική* (μτφρ. Ζ. Σαρίκας). Αθήνα: ύψιλον/βιβλία. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1980 – Αγγλική έκδοση: *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings*, 1972-1977).
- Φουκώ, Μ. (1975). *Η ιστορία της τρέλας* (μτφρ. Φ. Αμπατζοπούλου). Αθήνα: Ηριδανός. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1964 - Γαλλική έκδοση).
- Φουκώ, Μ. (1976). Επιτήρηση και Τιμωρία. *Η γέννηση της φυλακής*. Αθήνα: Κέδρος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1975 – Γαλλική έκδοση). [Αγγλική έκδοση: Foucault M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. London: Allen Lane/Penguin Books]
- Φουκώ, Μ. (1986). *Οι λέξεις και τα πράγματα* (μτφρ. Κ. Παπαγιώργης). Αθήνα: Εκδόσεις Γνώση. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1966 – Γαλλική έκδοση].
- Φουκώ, Μ. (1994). Η Ενσωμάτωση του Νοσοκομείου στη Σύγχρονη Τεχνολογία. Στο Ι. Σολομών & Γ. Κουζέλης (επιμ.), *Πειθαρχία και Γνώση, Τοπικά Α'* (σ. 75-84). Αθήνα: Εταιρεία Μελέτης Επιστημών του Ανθρώπου,

- Φουκώ, Μ. (2013). *Ιστορία της σεξουαλικότητας. 3. Η επιμέλεια εαυτού* (μτφρ. Β. Πατσογιάννης). Αθήνα: Πλέθρον. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1984 - Γαλλική έκδοση].
- Φουρτούνης Γ. (2009). Η απορία του υποκειμένου: Φουκώ, Αλτουσέρ, Μπάτλερ. *Σύγχρονα Θέματα*, 106: 51-58
- Χαρίδη, Ε. (2016). «Μέσα από τα μάτια των τυφλών»: μια ανθρωπολογική ερμηνεία της «όρασης» (Διδακτορική διατριβή). Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.
- Χατζούλη, Α. (2012). *Θαλασσαιμικές ζωές. Βιολογική διαφορά, κανονικότητα, βιοκοινωνικότητα. Μια ανθρωπολογική προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη, 2012.

Ξενόγλωσση

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labour*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abu-Lughod, L., & Lutz, C.A. (eds.) (1993). *Language and the Politics of Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1990).
- Adam, S., Osborne, S., & Welch, J. (2017). *Critical care nursing: science and practice* (3rd ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Aitken, L.M., Burmeister, E., Clayton, S., Dalais, C., & Gardner, G. (2011). The impact of Nursing Rounds on the practice environment and nurse satisfaction in intensive care: pre-test post-test comparative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(8): 918-25. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.10.004. Epub 2010 Nov 16. PMID: 21084087.
- Allen D., & Hughes, D. (2002). Nursing and the division of labour: sociological perspective. Στο D. Allen & Hughes D. (eds.). *Nursing and the division of labour in healthcare* (σ. 1-21). UK: Palgrave Macmillan.

- Andrews, T., & Waterman, H. (2005). Packaging: a grounded theory of how to report physiological deterioration effectively. *Journal of Advanced Nursing*, 52(50): 473–481.
- Armstrong, D. (1983). *Political anatomy of the body: medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Armstrong, D. (2006). Bodies of knowledge / knowledge of bodies. Στο C. Jones & Porter R. (eds.) *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*, (σ. 17-27). London: Routledge. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1994).
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A.M., ... RN4CAST consortium. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality and Safety*, 23(2): 126-35. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318. Epub 2013 Nov 10. PMID: 24214796.
- Bailey, P.H., Colella, T., & Mossey, S. (2004). COPD - Intuition or Template: nurses' stories of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6): 756–764. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00927.x. PMID: 15317516.
- Bakalis, N. (2006). Clinical decision-making in cardiac nursing: a review of the literature. *Nursing Standard*, 21(12): 39-46.
- Basalla, G. (1988). *The evolution of technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beedy, P.J. (2000). Intensive care nurses' experiences of caring Part 2: research findings. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(3): 151-163.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1994). *The primacy of caring*. Menlo Park, California: Addison-Wesley. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1989).
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. New York: Addison Wesley Publishing.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 81(1): 23-31.

- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1992). From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*, 14: 13-28.
- Berg, M., & Harterink, P. (2004). Embodying the patient: records and bodies in early 20th-century US Medical Practice. *Body & Society*, 10(2-3): 13-41. doi:10.1177/1357034X04042931
- Berwind, A. (1975). The Nurse in the Coronary Care Unit. Στο B. Bullough, *The law and the expanding nursing role*. Appleton: Century Crofts.
- Bloomer, M.J., Fulbrook, P., Goldsworthy, S., Livesay, S.L., Mitchell, M.L., Williams, G., Friganovic, A., & World Federation of Critical Care Nurses [WFCCN] (2019). Position Statement: Provision of a Critical Care Nursing Workforce. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 13(1) 3-7 doi: 10.1891 / 1748-6254.13.1.3
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge M.A. Harvard University Press, 1984 (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1979).
- Bourdieu, P. (1987). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1977).
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (2007). *Η ανδρική κυριαρχία* (επιμ. Ν. Παναγιωτόπουλος). Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκης.
- Bradby, H. (2009). *Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας* (επιμ. Γ. Αλεξιάς). Αθήνα: Πεδίο.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research Psychology*, 3(2): 77-101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brier-Mackie, S. (2001). Patient autonomy and medical paternity: can nurses help doctors to listen to patients? *Nursing Ethics* 8(6):510-21. doi: 10.1177/096973300100800605. PMID: 16004106.
- Brilli, R.J., Spevetz, A., Branson, R.D., Campbell, G.M., Cohen, H., Dasta, J.F., ... American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical

- Care Delivery. The American College of Critical Care Medicine Guidelines for the Definition of an Intensivist and the Practice of Critical Care Medicine (2001). Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. *Critical Care Medicine*, 29(10):2007-19. doi: 10.1097/00003246-200110000-00026. PMID: 11588472.
- Bucknall, T.K. (2000). Critical care nurses decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing*, 9: 25–36.
- Bucknall, T.K. (2003). The clinical landscape of critical care: nurses' decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3): 310–319.
- Bucknall, T.K., & Thomas, S. (1997). Nurses' reflections on problems associated with decision-making in critical care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 229–237.
- Bull, R., & FitzGerald, M. (2006). Nursing in a Technological Environment: Nursing Care in the Operating Room. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 3-7. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00542.x>
- Butler, J. (1997). *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*. Stanford: Stanford University Press.
- Butler, J. (2008). *Σώματα με σημασία. Οριοθετήσεις του «φύλου» στο λόγο* (μτφρ. Π. Μαρκέτου, εισ., επιμ. Α. Αθανασίου). Αθήνα: Εκκρεμές. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1993).
- Butler, J. (2009). *Αναταραχή φύλου: ο φεμινισμός και η ανατροπή της ταυτότητας* (μτφρ. Γ. Καραμπέλας, εισ. & επιμ. Β. Καντσά, επίμετρο Α. Αθανασίου). Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1990).
- Caldeira, S., & Timmins, F. (2015). Editorial: Time as presence and opportunity: the key to spiritual care in contemporary nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18): 2355-6. doi: 10.1111/jocn.12909. Epub 2015 Jul 27. PMID: 26219527.
- Carroll, K., Iedema, R., & Kerridge, R. (2008). Reshaping ICU ward round practices using video-reflexive ethnography. *Qualitative Health Research*, 18: 380-390.
- Carter, M. (2019). Political discourse and the hospital heterotopia. *Nursing Philosophy*, 20: e12263. <https://doi.org/10.1111/nup.12263>

- Cassell, J. (1987). On control, certitude, and the "paranoia" of surgeons. *Culture, Medicine, and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research*, 11(2): 229–249. <https://doi.org/10.1007/BF00122565>
- Cassell, J. (2005). *Life and Death in Intensive Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Christensen, M., & Hewitt-Taylor, J. (2006). Defining the expert ICU nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(5): 301-7. doi: 10.1016/j.iccn.2005.07.003. Epub 2006 Feb 28. PMID: 16513352.
- Clifford, J. & Marcus, G.E. (eds.) (1986). *Writing culture: the poetics and politics of ethnography*. Berkeley: University California press.
- Clifford, J. (1997). *Routes, Travel and Translation in the late twentieth century*. Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Cohen, M.Z., Hausner, J. & Johnson, M. (1994). Knowledge and presence: accountability as described by nurses and surgical patients. *Journal of Professional Nursing*, 10(3): 177-85. doi: 10.1016/8755-7223(94)90011-6. PMID: 7518479.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison K., (2008). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας* (μτφρ. στην ελληνική γλώσσα). Αθήνα: Μεταίχμιο. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2000).
- Comaroff, J. (1985). *Body of power and spirit of resistance: the culture and history of a South African people*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Conroy, T.A. (2017). Beginner's guide to ethnographic observation in nursing research. *Nurse Researcher*, 22: 24(4):10-14. doi: 10.7748/nr.2017.e1472. PMID: 28326918.
- Coombs, M. (2003). Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19: 125–135.
- Coombs, M., & Ersser, S.J. (2004). Medical hegemony in decision-making – a barrier to interdisciplinary working in intensive care? *Journal of Advanced Nursing*, 46(3): 245–252.

- Coughlin, C. (2013). An ethnographic study of main events during hospitalisation: perceptions of nurses and patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16): 2327-37. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04083.x. Epub 2012 Jun 7. PMID: 22672526.
- Cox, R.W. (1981). Social Forces, States and World Orders: Beyond International Relations Theory. *Millennium*, 10(2): 126-155. <https://doi.org/10.1177/03058298810100020501>
- Csordas, T.J. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1): 5-47. DOI:10.1525/ETH.1990.18.1.02A00010Corpus ID: 38515901
- Csordas, T.J. (ed.) (1994). *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cudmore, H., & Sondermeyer, J. (2007). Through the looking glass: being a critical ethnographic researcher in a familiar nursing context. *Nurse Researcher*, 14(3): 25-35. doi: 10.7748/nr2007.04.14.3.25.c6030. PMID: 17494466.
- Currey, J., & Botti, M. (2006). The influence of patient complexity and nurses' experience on haemodynamic decision-making following cardiac surgery. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(4): 194-205. doi: 10.1016/j.iccn.2005.06.005. Epub 2006 Mar 24. PMID: 16563767.
- Curtis, B. (1978). Introduction. Στο B. Curtis & W. Mays (eds.), *Phenomenology and Education*. London: Methuen.
- Das, V. (1996). Language and body: transactions in the construction of pain. *Daedalus* 125(1): 67-91.
- Davies, C. (1995). *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press.
- DelVecchio Good, M-J. (2011). The Medical Imaginary and the Biotechnical Embrace Subjective Experiences of Clinical Scientists and Patients. Στο B.J. Good, M.M.J. Fischer, S.S. Willen, M-J. DelVecchio Good (Eds.), *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities* (σ. 272-283). Malden MA, USA: Wiley Blackwell. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2007).

- Desjarlais, R., & Throop C.J. (2011). Phenomenological Approaches in Anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 40:1, 87-102.
- Douglas, M. (2004). Καθαρότητα και κίνδυνος, κοσμική μίανση. Στο Δ. Μακρυνιώτη (επιμ.-εις,) *Τα Όρια του Σώματος, Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις* (σ. 113-123). Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1966).
- Duffin, C. (2012). Ward rounds best practice report calls for more nurse involvement. *Nursing Standard*, 27(6): 9-9. doi: 10.7748/ns2012.10.27.6.9.p9610.
- Duranti, A. (2010). Husserl, intersubjectivity and anthropology. *Anthropological Theory*, 10(1-2): 16-35. <https://doi.org/10.1177/1463499610370517>
- Elias, N. (1978). *The civilizing Process, vol. 1, The History of Manners*. Oxford: Basil Blackwell.
- Elston, M.A. (1977). Medical Autonomy: Challenge and Response. Στο K. Bernard & Lee K (eds.) *Conflicts in the National Health Service*, (σ. 26-51). London: Croom Helm.
- Emerson, R.M., Fretz, R.I., & Shaw, L.L. (2011). *Writing ethnographic fieldnotes* (2nd ed.) Chicago: The University of Chicago Press.
- Erikson, E. (1959). *Identity and the Life Cycle*. New York: W.W Norton.
- Erlen, J.A., & Sereika, S.M. (1997). Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5): 953–961.
- European Federation of Critical Care Nursing Association [EFCCNA] (2007). *Position Statement on workforce requirements within European Critical Care Nursing*, available at: <http://www.efccna.org/downloads/Position%20Statement%20Workforce%20EFCCNa%202007.pdf>
- Evans, C. 2005. Clinical decision-making theories: patient assessment in Accident and Emergency. *Emergency Nurse*, 13(5): 16-19. doi: 10.7748/en2005.09.13.5.16.c1192. PMID: 16180649.
- Fagerhaugh, S.Y., & Strauss, A. (1977). *Politics of pain management: Staff-patient interaction*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley Pub. Co., Health Sciences Division.

- Featherstone, M. (2000). Body modification: an introduction. Στο M. Featherstone (ed.), *Body Modification*. London: Sage.
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. London: Routledge Classics. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1963 – Γαλλική έκδοση). [Ελληνική έκδοση: Φουκώ Μ. (2012). *Η γέννηση της κλινικής* (μτφρ. Κ. Κασαμπέλη). Αθήνα: Νήσος]
- Foucault, M. (1984). Of Other Spaces: Utopias and Heterotopias (μτφρ. J. Miskowiec), *Architecture /Mouvement/ Continuité*, August issue. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1967 – Γαλλική έκδοση).
- Foucault, M. (2012). *Ετεροτοπίες και άλλα κείμενα* (μτφρ. Τ. Μπέτζελος). Αθήνα: Πλέθρον.
- Fraser, N. (1992). The uses and abuses of French discourse theories for feminist politics. Στο N., Fraser & Bartky, S.L. (eds.) *Revaluing French Feminism. Critical Essays on Difference, Agency, and Culture* (σ. 177-194). Bloomington: Indiana University Press.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. London: University of Chicago Press.
- Gaines, A. (1985). The once- and twice- born: self and practice among psychiatrists and Christian psychiatrists. Στο R. Hahn & A. Gaines (eds.), *Physicians of Western Medicine* (σ.223-246). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Geertz, C. (1988). *Works and lives: the anthropologist as author*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Geertz, C. (2003α). *Η Ερμηνεία των Πολιτισμών* (επιμ.-μτφρ. Θ. Παραδέλλης), Αθήνα: Αλεξάνδρεια. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1973).
- Geertz, C. (2003β). Πυκνή περιγραφή: προς μια ερμηνευτική θεωρία του πολιτισμού. Στο C. Geertz (επιμ.-μτφρ. Θ. Παραδέλλης), *Η Ερμηνεία των Πολιτισμών* (σ.13-41). Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Glaser, B., & Strauss, A.L. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B., & Strauss, A.L. (1968). *Time for dying*. Chicago: Aldine.

- Goffman, E. (1994). *Άσυλα* (μτφρ. Ξ. Κομνηνός). Αθήνα: Ευρυαλός. (Το πρωτότυπο έργο Asylums εκδόθηκε το 1961).
- Good, B.J. (2008). *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1994).
- Good, B.J., & DelVecchio-Good, M.J. (1981). The Semantics of Medical Discourse. Στο E., Mendelsohn & Y. Elkana (eds.) *Sciences and Cultures. Sociology of the Sciences a Yearbook* 5:177-212. Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-009-8429-5_6
- Good, B.J., & DelVecchio-Good, M.J. (1993). Learning medicine: the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. Στο S. Lindenbaum & M., Lock (eds.) *Knowledge, Power & Practice. The anthropology of medicine and everyday life*, California: University of California Press.
- Gothill, M., & Armstrong, D. (1999). Dr. No-Body: the construction of the doctor as an embodied subject in British general practice 1955-97. *Sociology of Health & Illness*, 21(1): 1-12.
- Grinspun, D. (2010). *The social construct of Caring in Nursing* (Unpublished Doctoral Dissertation). York University, Toronto, Ontario.
- Grossman, S.C., & Wheeler, K. (1997). Predicting patients' deterioration and recovery. *Clinical Nursing Research*, 6(1): 454-67.
- Hacking, I. (2000). *The social construction of what? Massachusetts*: Harvard University Press.
- Halford, S. & Leonard, P. (2003). Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2): 201-8. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02601.x. PMID: 12670387.
- Hamers, J., Abu-Saad, H.H., Halfens, R.J.G. & Schumacher, J.N.M. (1994). Factors influencing nurses' pain assessment and interventions in children. *Journal of Advanced Nursing*, 20: 853-860. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20050853.x>

- Hamilton, B., & Manias, E. (2008). The power of routine and special observations: producing civility in a public acute psychiatric unit. *Nursing Inquiry*, 15(3): 178-88. doi: 10.1111/j.1440-1800.2008.00406.x. PMID: 18786210.
- Hammersley, M. (1992). *What's Wrong with Ethnography?*. London: Routledge
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2010). *Ethnography: principles in practice*. London: Routledge.
- Haraway, D. (1991). A Cyborg manifesto: science, technology and socialist feminism in the late twentieth century. Στο D. Haraway (ed.) *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1984).
- Hardey, M., Payne, S., & Coleman, P. (2000). 'Scraps': hidden nursing information and its influence on the delivery of care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1): 208-14. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01443.x. PMID: 10886453.
- Harrington, A., Bradley, S., Jeffers, L., Linedale, E., Kelman, S., & Killington, G. (2013). The implementation of intentional rounding using participatory action research. *International Journal of Nursing Practice*, 19(5): 523-9. doi: 10.1111/ijn.12101. Epub 2013 Jul 8. PMID: 24093744.
- Harris, H. (1995). Preface. Στο H. Harris (ed.) *Identity* (σ.ν-vi). Oxford: Clarendon Press.
- Henderson, A. (1994). Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing*, 20(5):935-9. doi: 10.1046/j.1365-2648.1994.20050935.x. PMID: 7745186.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its Implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan Publishing.
- Herring, R., Richardson & T., Caldwell, G. (2013). Ward rounds: what goes around comes around. *Lancet*, 381(9864):373-4. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60169-5. PMID: 23374475.
- Hewitt, J. (2002). A critical review of the arguments debating the roles of the nurse advocate. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5): 439-45.

- Hickey, V., Ouimette, R.M. & Venegoni, S.L. (Eds.), (1996). *Advanced practice nursing: changing roles and clinical applications*. Philadelphia: Lippincott.
- Hofling, C.K., Brotzman, E., Dalrymple, S., Graves, N., Pierce, C.M. (1966). An experimental study in nurse-physician relationships. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143(2): 171–180. doi: 10.1097/00005053-196608000-00008. PMID: 5957275.
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2006). Being an intensive care nurse related to questions of withholding or withdrawing curative treatment. *Journal of Clinical Nursing* 16: 203-211.
- Hughes, D. (1988). When nurse knows best: some aspects of nurse-doctor interaction in a casualty department. *Sociology of Health and Illness*, 10(1): 1-22.
- Hyde, A., Treacy, M.P., Scott, P.A., Butler, M., Drennan, J., Irving, K. ... Hanrahan M. (2005). Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the 'voice of nursing'. *Nursing Inquiry*, 12(2): 66-77. doi: 10.1111/j.1440-1800.2005.00260.x. PMID: 15892722.
- ICS Standards Committee (2003). *Evolution of Intensive Care in the UK. Report, Intensive Care Society*, London.
- Iedema, R., Long, D., Forsyth, R., & Lee, B. (2006). Visibilising clinical work: Video ethnography in the contemporary hospital. *Health Sociology Review*, 15(2): 156-168.
- Iliopoulou, K.K., & While, A.E. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11): 2520-2531.
- Ingold, T. (1994). Introduction to culture: what is culture. Στο T. Ingold (ed.). *Companion encyclopedia of anthropology. Humanity, Culture, and Social Life* (σ. 329-349). London & New York: Taylor & Frances/Routledge.
- Ingold, T. (1996). *Key Debates in Anthropology*. London & New York: Routledge
- Jecker, N.S., & Self, D.J. (1991). Separating care and cure: an analysis of historical and contemporary images of nursing and medicine. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16(3): 285-306. doi: 10.1093/jmp/16.3.285. PMID: 1880465.

- Kaplan, D., & Manners, R. (1972). *Culture Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Karanikola, M.N., Papathanassoglou, E.D., Nicolaou, C., Koutroubas, A., & Lemonidou, C. (2011). Greek Intensive and emergency care nurses' perception of their public image: a phenomenological approach. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 30(2): 108-116. doi: 10.1097/DCC.0b013e3182052250. PMID: 21307691.
- King, L., & Macleod, C.J. (2002). Intuition and the development of expertise in surgical ward and intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 37(4): 322-329.
- Kleinman, A. (1973). Medicine's symbolic reality: on the central problem in the philosophy of medicine. *Inquiry*, 16: 206-213.
- Kleinman, A. (1977). Depression, Somatization and the New Cross-Cultural Psychiatry. *Social Science and Medicine*, 11: 3-10.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, New York: Basic Books.
- Kosowski, M.M. (2003). When protocols are not enough: intuitive decision making by novice nurse practitioners. *Journal of Holistic Nursing*, 21(1): 52-72.
- Kraus, W.A. (1980). *Collaboration in Organisations*. New York: Human Science Press.
- Lally, S. (1999). An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *Journal of Nursing Management*, 7(1): 29-36. doi: 10.1046/j.1365-2834.1999.00095.x. PMID: 10076262.
- Larson, E.B., & Yao X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, 293(9): 1100-6. doi: 10.1001/jama.293.9.1100. PMID: 15741532.
- Lauri, S., Salanterä, S., Chalmers, K., Ekman, S.L., Kim H.S., Käppeli, S., & MacLeod, M. (2001). An exploratory study of clinical decision-making in five countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1): 83-90. doi: 10.1111/j.1547-5069.2001.00083.x. PMID: 11253589.

- Lawler, J. (1991). Behind the screens : nursing, somology, and the problem of the body. Στο J. Lawler (ed.) *The Body in Nursing* (σ. 229-240). South Melbourne: Churchill Livingstone.
- Lefebvre, H. (1991). *The Production of Space* (Μτφρ. D. Nicholson-Smith στην Αγγλική γλώσσα). Oxford, England: Blackwell.
- Leininger, M.M. (1988). *Care, the essence of nursing and health*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leners, D.W. (1992). Intuition in nursing practice: deep connections. *Journal of Holistic Nursing*, 10(2): 137–153.
- Lester, R.J. (2011). Ο (απο)σωματοποιημένος εαυτός της νευρικής ανορεξίας. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.-εισ.), *Βιοκοινωνικότητες - θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας* (σ. 327-399). Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1997).
- Lewin, S., & Reeves, S. (2011). Enacting 'team' and 'teamwork': using Goffman's theory of impression management to illuminate interprofessional practice on hospital wards. *Social Science & Medicine*, 72(10): 1595-602. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.03.037. Epub 2011 Apr 13. PMID: 21549467.
- Lieberman, J. (1981). *Tyranny of expertise*. New York: Walker and Company.
- Liu, W., Manias, E., & Gerdtz, M. (2013). Medication communication during ward rounds on medical wards: Power relations and spatial practices. *Health (London)*, 17(2): 113-134. doi:10.1177/1363459312447257
- Liu, W., Manias, E., & Gerdtz, M. (2014). Medication communication through documentation in medical wards: knowledge and power relations. *Nursing Inquiry*, 21(3): 246-258. doi:10.1111/nin.12043
- Lock, M. (2008). Μεταθέτοντας την οδύνη: η ανακατασκευή του θανάτου στη Βόρεια Αμερική και την Ιαπωνία. Στο Δ. Μακρυνιώτη (επιμ.-εισ.), *Περί θανάτου, η πολιτική διαχείριση της θνητότητας* (σ. 206-234). Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1997).
- Loos, M. (2012). Κατασκευάζοντας φύλο και επάγγελμα: Συγκρούσεις ανάμεσα σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό σε νοσοκομειακά ιδρύματα στη

- Γερμανία. Στο Χ. Οικονόμου & Σπυριδάκης Μ. (επιμ.), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας* (σ. 207-233) Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Luker, K.A., Hogg, C., Austin, L., Ferguson, B., & Smith K. (1998). Decision making: the context of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3): 657-65. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00592.x. PMID: 9543054.
- MacLeod, M. (1994). 'It's the little things that count': the hidden complexity of everyday clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 3(6): 361-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.1994.tb00413.x. PMID: 7532077.
- Manias, E., & Street, A. (2000). The handover: uncovering the hidden practices of nurses. *Intensive & Critical Care Nursing*, 16(6): 373-83. doi: 10.1054/iccn.2000.1523. PMID: 11091469.
- Manias, E., & Street, A. (2001α). Rethinking ethnography: reconstructing nursing relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2): 234-242.
- Manias, E., & Street, A. (2001β). The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. *International Journal of Nursing Studies*, 38: 129–140.
- Marcus, G. & Fischer, M.J. (1986). *Anthropology as cultural critique: An experimental moment in the human sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- Marcus, G. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24: 95-117.
- Marcus, G., (ed.) (1998). *Ethnography through thick and thin*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Martin, E. (1992). The end of the body? *American Ethnologist*, 19(1): 121-140.
- Mauss, M. (2004). Τεχνικές του σώματος. Στο Δ. Μακρυγιώτη (επιμ.), *Τα Όρια του Σώματος, Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις* (σ. 77-82). Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1979).
- May, C. (1992). Nursing work, nurses' knowledge, and the subjectification of the patient. *Sociology of Health & Illness*, 14: 472-487. doi.org/10.1111/1467-9566.ep10493107

- McCutcheon, H., & Pincombe, J. (2001). Intuition: an important tool in the practice of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3): 342-348.
- McKinnon, J. (2005). Feeling and Knowing: neural scientific perspectives on intuitive practice. *Nursing Standard*, 20(1): 41-46.
- Meerabeau, L. (1992). Tacit nursing knowledge: an untapped resource or a methodological headache? *Journal of Advanced Nursing*, 17: 108—12.
- Merkouris, A., Papathanassoglou, E.D., Pistolas, D., Papagiannaki, V., Floros, J., & Lemonidou, C. (2003). Staffing and organisation of nursing care in cardiac intensive care units in Greece. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(2): 123-9. doi: 10.1016/S1474-5151(03)00029-X. PMID: 14622637.
- Merleau-Ponty, M. (1977). *Προοίμιο στη φαινομενολογία της αντίληψης*. Αθήνα: Εκδόσεις Έρασμος.
- Merleau-Ponty, M. (2016). *Φαινομενολογία της Αντίληψης* (μτφρ. Κ. Καψαμπέλη). Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1945).
- Molloy, L., Walker, K., & Lakeman, R. (2017). Shared worlds: multi-sited ethnography and nursing research. *Nurse Researcher*, 24 (4), 22-26.
- Moore, O. (1996). *PWA: Looking AIDS in the Face*. London: Picador.
- Moore, W. (1970). *The professions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Mpouzika, D.A., Mpouzika, E., & Papathanassoglou, E.D.E. (2018). The effect of the Greek financial crisis on the operation of public intensive care units. *The World of Critical Care Nursing*, 12(2): 48-51.
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας* (επιμ. Δ. Αγραφιώτης) Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Noble, I. (2005). *Like a Hole in the Head: Living with a Brain Tumour*. London: Hodder & Stoughton.
- Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2010). How and where clinicians exercise power: interprofessional relations in health care. *Social Science & Medicine*, 71(5): 898-909. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.029. Epub 2010 Jun 4. PMID: 20609507.

- O'Hare, J.A. (2008). Anatomy of the ward round. *European Journal of Internal Medicine*, 19(5): 309-13. doi: 10.1016/j.ejim.2007.09.016. Epub 2008 Feb 20. PMID: 18549930.
- Olson, K., Tom, B., Hewitt, J., Whittingham, J., Buchanan, L., & Ganton, G. (2002). Evolving routines: preventing fatigue associated with lung and colorectal cancer. *Qualitative Health Research*, 12(5): 655-70.
- Ong, A. (2011). Κατασκευάζοντας το βιοπολιτικό υποκείμενο: μετανάστες/ριες από την Καμπότζη, ιατρική για πρόσφυγες και πολιτισμική ιδιότητα του/της πολίτη στην Καλιφόρνια. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.-εισ.), *Βιοκοινωνικότητες - θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας* (σ.591-642). Αθήνα: Νήσος. (To
- Ortner, S. (1984). Theory in Anthropology since the Sixties. *Comparative Studies in Society and History*, 26(1): 126-165.
- Papageorgiou, D., Fouka, G., Plakas, S., Kelesi, M., Fasoi, G., Vardaki, Z. (2012). Private duty nurses in Greek hospitals: a literature review. *International Nursing Review*, 59(4): 458-65. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01023.x. Epub 2012 Jul 30. PMID: 23134128.
- Papathanassoglou, E.D., & Mpouzika, M.D. (2012). Critical care in the era of global economic crisis: a nursing ethics perspective. *Nursing in Critical Care*, 17(6): 275-8. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00536.x. PMID: 23061616.
- Papathanassoglou, E.D., Karanikola, M.N., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., & Albarran, J.W. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*, 21(2): e41-52. doi: 10.4037/ajcc2012205. PMID: 22381995.
- Papathanassoglou, E.D., Tseroni, M., Karydaki, A., Vazaiou, G., Kassikou, J., & Lavdaniti, M. (2005). Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 13(2): 154-64. doi: 10.1111/j.1365-2934.2004.00510.x. PMID: 15720485.
- Parissopoulos, S., Timmins, F., & Daly, L. (2013). Re-exploring the ritual of the ward round. *Nursing in Critical Care*, 18(5): 219-21. doi: 10.1111/nicc.12042. PMID: 23968439.

- Petryna, A. (2002). *Life exposed biological citizens after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press.
- Polge, J. (1995). Critical thinking: the use of intuition in making clinical nursing judgements. *Journal of the New York State Nurses Association*, 26: 4-9.
- Polifroni, E.C. (2010). Power, Right, and Truth: Foucault's Triangle as a Model for Clinical Power. *Nursing Science Quarterly*, 23(1): 8-12. doi:10.1177/0894318409353811
- Porter, S. (1992). Women in a women's job, the gendered experience of nurses. *Sociology of Health and Illness*, 14(4): 510-27.
- Price, A.M. (2013). Caring and technology in an intensive care unit: an ethnographic study. *Nursing in Critical Care*, 18(6): 278-288. doi: 10.1111/nicc.12032. Epub 2013 Jul 10. PMID: 24165069.
- Prowse, M., & Allen, D. (2002). Routine and emergency in the PACU: the shifting contexts of nurse-doctor interaction. Στο D. Allen & Hughes D. (eds.), *Nursing and the Division of Labour in Healthcare* (σ. 75-97), UK: Palgrave Macmillan.
- Rabinow, P. (2011). Τεχνητότητα και Διαφωτισμός: Από την κοινωνιοβιολογία στη βιοκοινωνικότητα. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.-εισ.), *Βιοκοινωνικότητες - θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας*, (σ. 489-511), Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1996).
- Rapp, R. (2011). Κατασκευάζοντας την αμνιοπαρακέντηση: Λόγοι μητρότητας και ιατρικής. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.-εισ.), *Βιοκοινωνικότητες - θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας*, (σ. 463-488), Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1997).
- Rapport, N. (1997). *Transcendent Individual: Towards a Literary and Liberal Anthropology*. London: Routledge.
- Ray, M. (1988). A philosophical analysis of caring within nursing. Στο National Caring Conference., & Leininger, M.M., *Caring, an essential human need: Proceedings of the three National Caring Conferences*, Detroit: Wayne State University Press.

- Ray, M.A. (1987). Technological caring: a new model in critical care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 6(3): 166-73. PMID: 3647866.
- Reischman, R.R., & Yarandi, H.N. (2002). Critical care cardiovascular nurse expert and novice diagnostic cue utilization. *Journal of Advanced Nursing*, 39: 24–34.
- Rew, L., & Barrow, E.M. Jr. (2007). State of the Science - Intuition in Nursing, a generation of studying the phenomenon. *Advances in Nursing Science*, 30(1):E15-25. doi: 10.1097/00012272-200701000-00011. PMID: 17299273.
- Riboli, D. (2012) «Άνθρωποι χωρίς ζούγκλα είναι ετοιμοθάνατοι άνθρωποι». Υγεία και αρρώστια στους Semang-Negrito (Μαλαισία) υπό την οπτική της ιατρικής ανθρωπολογίας. Στο Χ. Οικονόμου & Μ. Σπυριδάκης (επιμ.) *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας* (σ. 333-359. Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Riley, R., & Manias, E. (2002). Foucault could have been an operating room nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4): 316-24. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02292.x. PMID: 12139643.
- Riley, R., Forsyth, R., Manias, E., & Iedema, R. (2007). Whiteboards: mediating professional tensions in clinical practice. *Communication & Medicine*, 4(2): 165-75. doi: 10.1515/CAM.2007.020. PMID: 18052816.
- Rogers, C.R. (2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 44(3): 240-8. doi: 10.1037/0033-3204.44.3.240. PMID: 22122245.
- Rolfe, G. (1996). Closing the theory—practice gap: a model of nursing praxis. *Journal of Clinical Nursing*, 2:173—7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1993.tb00157.x>
- Rose, N., & Novas, C. (2011). Βιολογική ιδιότητα του πολίτη. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.-εισ.), *Βιοκοινωνικότητες - θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας* (σ. 545-590). Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2005).
- Rovithis, M., & Parissopoulos, S. (2005). Intuition in nursing practice. *ICUS and Nursing Web Journal*, 22: 1-10.
- Royal College of Physicians, & Royal College of Nursing. (2012). *Ward Rounds in Medicine: Principles for Best Practice*. London: RCP

- Rushing, W.A. (1965). Social influence and the social psychological function of deference: a study of psychiatric nursing. Στο J.K. Skipper & Leonard, R.C. (eds.), *Social interaction and patient care* (σ. 366-376). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Sackett, D., Strauss, S., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2000). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM* (2nd ed.) Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sahlins, M. (2003). *Πολιτισμός και πρακτικός λόγος* (Μτφρ. επιμέτρου: Ε. Καλπουρτζή, εισ. Ε. Παπαταξιάρχης, επιμ. Θ. Παραδέλλης). Αθήνα: Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1976).
- Scary, E. (2004). Το σώμα που πονά. Η οικοδόμηση και η διάλυση του κόσμου. Στο Δ. Μακρυνιώτη (επιμ.), *Τα Όρια του Σώματος, Διεπιστημονικές Προσεγγίσεις* (σ. 361-374). Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1985).
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkley: University of California Press.
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2011). Understanding nursing scope of practice: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 48(10): 1211-22. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.004. Epub 2011 Apr 6. PMID: 21470610.
- Schneider, D.M. (1968). *American Kinship: A Cultural Account*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Scholtz, S., Nel, E.W., Poggenpoel, M., & Myburgh, C.P.H. (2016). The Culture of Nurses in a Critical Care Unit. *Global Qualitative Nursing Research*, 10;3: 2333393615625996. doi: 10.1177/2333393615625996. PMID: 28462324; PMCID: PMC5342286.
- Schon, D.A. (1987). *The Reflective practitioner: How Professionals Think in Action*. London: Temple Smith.
- Schraeder, B., & Fischer, F. (1987). Using Intuitive Knowledge in Neonatal Intensive Care Nursery. *Holistic Nursing*, 1(3): 45-51.

- Sedaghati Kesbakhi, M., Rohani, C., Mohtashami, J., & Nasiri M. (2017). Empathy from the perspective of oncology nurses. *Journal of Compassionate Health Care*, 4: 7. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0036-0>
- Seymour, J.E. (2001). *Critical Moments: Death and Dying in Intensive Care*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Short, P. (1997). Picturing the body in nursing. Στο J. Lawler (ed.), *The Body in Nursing* (σ.7-9). South Melbourne: Churcill Livingston
- Sinead Ryan, G. (2017). An introduction to the origins, history and principles of ethnography. *Nurse Researcher*, 24(4): 15-21. doi: 10.7748/nr.2017.e1470. PMID: 28326919.
- Smith, P. (2006). *Πολιτισμική Θεωρία, μια Εισαγωγή* (επιμ. Ν. Μπουμπάρης), Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Snyder, S.L. & Mitchell, D.T. (2011). Αναθεωρώντας το σώμα: σπουδές αναπηρίας και η αντίσταση στην εν-σωμάτωση. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.-εισ.), *Βιοκοινωνικότητες - θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας* (σ. 291-325). Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2001).
- Spain, D. (1992). *Gendered Spaces*. Chapel Hill, NC and London: University of North Carolina Press.
- Stacey, M. (1988). *The sociology of Heath and Healing*, London: Unwin Hyman.
- Stavropoulou, A., Rovithis, M., Sigala, E., Pantou, S., & Koukouli, S. (2020). Greek nurses' perceptions on empathy and empathic care in the Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 58: 102814. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102814.
- Stein, L.I. (1967). The doctor nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16: 699-703.
- Stein, L.I. (1978). The doctor-nurse game. Στο R. Dingwall & McIntosh J. (eds.), *Readings in the Sociology of Nursing* (σ. 107-117). Edinburg: Churchill Livingstone.
- Stein, L.I., Watts, D.T., & Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine*, 322(8): 546-549.

- Storesund, A., & McMurray, A. (2009). Quality of practice in an Intensive Care Unit (ICU), A mini ethnographic case-study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25: 120-127.
- Strange, F. (1996). Handover: an ethnographic study of ritual in nursing practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12(2): 106-12. doi: 10.1016/s0964-3397(96)81074-3. PMID: 8845621.
- Strathern, M. (1980). "No nature, no culture: the Hagen Case". Στο C. MacCormack & M. Strathern (eds.), *Nature, Culture and Gender* (σ. 174-222). Cambridge: Cambridge University Press.
- Strathern, M. (2008). *Αναπαράγοντας το Μέλλον. Ανθρωπολογία, συγγένεια και νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής*, (μτφρ. Π. Μπουρλάκης, επιμ. Ο. Αστρινάκη, εισ. Δ. Γκέφου-Μαδιανού). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα 1992]. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1992).
- Strauss, A.L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1985). *The social organisation of medical work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Strauss, A.L., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R. & Sabshin, M. (1963). The Hospital and its Negotiated Order. Στο E. Freidson (ed.), *The Hospital in Modern Society*. New York: Free Press.
- Strauss, A.L., & Glaser, B.G. (1970). *Anguish: a case history of a dying trajectory*. Mill Valley, California: Sociology Press.
- Street, A., & Coleman, S. (2012). Introduction: Real and Imagined Spaces. *Space and Culture*, 15(1): 4-17. DOI: 10.1177/1206331211421852
- Sudnow, D. (1967). *Passing on: The Social Organization of Dying*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Svensson, R. (1996). The interplay between doctors and nurses - a negotiated order perspective. *Sociology of Health and Illness*, 18(3): 379-98.
- Taussig, M. (2011). Η πραγματοποίηση και η συνείδηση των ασθενών. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.-εισ.), *Βιοκοινωνικότητες - θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας* (σ. 361-400). Αθήνα: Νήσος. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1980).

- Taylor, C., Lillis, C., & Lemone, P. (2010). *Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής, η επιστήμη και η τέχνη* (Επιμ. Β.Χ. Λεμονίδου). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Ten Have, E.C., Hagedoorn, M., Holman, N.D., Nap, R.E., Sanderman, R., & Tulleken, J.E. (2013). Assessing the quality of interdisciplinary rounds in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 28(4): 476-82. doi: 10.1016/j.jcrc.2012.12.007. Epub 2013 Feb 18. PMID: 23428713.
- Throop, C.J. (2003). Articulating Experience. *Anthropological Theory*, 3(2): 219-241. <https://doi.org/10.1177/1463499603003002006>
- Timmins, F., Parissopoulos, S., Plakas, S., & Fouka, G. (2017). Economic recession in Greece and effects on quality nursing care. *Journal of Nursing Management*, 25: 163-166. <https://doi.org/10.1111/jonm.12477>
- Topinka, R.J., (2010). Foucault, Borges, Heterotopia: Producing Knowledge in Other Spaces. *Foucault Studies*, 9: 54-70 ISSN: 1832-5203
- Trapani, J. (2014). Critical care nurses as dual agents: enhancing inter-professional collaboration or hindering patient advocacy? *Nursing in Critical Care*, 19(5): 219-21. doi: 10.1111/nicc.12131. PMID: 25131350.
- Triggle, N. (2012). *Call to make ward rounds 'cornerstone of hospital care'*. <http://www.bbc.co.uk/news/health-19816017>
- Turnbull, E., Flabouris, A., & Iedema, R. (2005). An outside perspective on the lifeworld of ICU. *Australian Critical Care*, 18(2): 71-75.
- Turner, B. (1987). *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage.
- Turner, V.W. & Bruner, E. (1986). *The Anthropology of experience*. Urbana & Chicago: University of Illinois Press.
- Turner, V.W. (1967). *The forest of symbols: Aspects of Ndembu ritual*. Ithaca, N.Y: Cornell University Press.
- Turner, V.W. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Turner, V.W. (1974). *Dramas, fields, and metaphors: Symbolic action in human society*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. 2013. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3): 398-405. doi: 10.1111/nhs.12048. Epub 2013 Mar 11. PMID: 23480423.
- Valentin, A., Ferdinande, P., & European Society of Intensive Care Medicine – ESICM, Working Group on Quality Improvement (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10): 1575-87. doi: 10.1007/s00134-011-2300-7. Epub 2011 Sep 15. PMID: 21918847.
- van Gennepe, A. (2016). *Τελετουργίες Διάβασης. Συστηματική μελέτη των τελετών* (εισ.-μτφρ.-σχόλια Θ. Παραδέλλης). Αθήνα: Ηριδανός. (Το πρωτότυπο έργο Asylums εκδόθηκε το 1909).
- Vigarelli, G. (2000). *Το καθαρό και το βρώμικο, η σωματική υγιεινή από τον μεσαίωνα ως σήμερα* (μτφρ. Σ. Μαρκέτος). Αθήνα: Αλεξάνδρεια. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1985).
- Vouzavali, F.J., Papathanassoglou, E.D., Karanikola, M., Koutroubas, A., Patiraki, E.I., & Papadatou, D. (2011). ‘The patient is my space’: hermeneutic investigation of the nurse-patient relationship in critical care. *Nursing in Critical Care*, 16(3): 140-151. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00447.x. PMID: 21481116.
- Walker, R., & Adam, J. (2001). Changing time in an operating suite. *International Journal of Nursing Studies*, 38(1): 25-35. doi: 10.1016/s0020-7489(00)00057-2. PMID: 11137720.
- Webb, A.R. (1996). Medical staffing and training: The United Kingdom perspective. Στο J. Tinker, Browne D. & Sibbald W.J. (eds.) *Critical Care Standards Audit and Ethics*. New York: Arnold Press.
- Weber, H., Stöckli, M., Nübling, M., & Langewitz, W.A. (2007). Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling*, 67(3): 343-8. doi: 10.1016/j.pec.2007.04.011. Epub 2007 Jun 5. PMID: 17553652.

- Weiss, S.J., & Davis, H. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nursing Research*, 34(4): 299–305.
- Wells, J., & White, M. (2014). The impact of the economic crisis and austerity on the nursing and midwifery professions in the Republic of Ireland – ‘boom’, ‘bust’ and retrenchment. *Journal of Research in Nursing*, 19(7-8): 562-577. doi:10.1177/1744987114557107
- White, P. (2007). *On producing and reproducing intensive care: The place of the patient, the place of the other* (Unpublished doctoral dissertation). Cardiff: Cardiff University.
- White, P., Hillman, A., & Latimer, J. (2012) Ordering and dismissing: moments of access across hospital spaces. *Space and Culture*, 15(1): 68 –87 DOI: 10.1177/1206331211426063
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (3rded.). Maidenhead: Open University Press.
- Willis, E., Carryer, J., Harvey, C., Pearson, M., & Henderson, J. (2017). Austerity, new public management and missed nursing care in Australia and New Zealand. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12): 3102-3110. doi: 10.1111/jan.13380. Epub 2017 Aug 14. PMID: 28714137.
- World Federation of Critical Care Nurses – WFCCN (2005). *Position statement on the provision of critical care nursing world force* – declaration of Buenos Aires.
- Young, C.E. (1987). Intuition and Nursing Process. *Holistic Nursing Practice*, 1(3): 52-62.
- Young, M. (1988). *The metronomic society: natural rhythms and human timetable*. Cambridge, MA: Harvard University
- Zisberg, A., Young, H.M., Schepp, K., & Zysberg, L. (2007). A concept analysis of routine: relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4): 442-453
- Zola, I.K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20: 487-504.

Zussman, R. (1992). *Intensive Care: Medical Ethics and the Medical Profession*.
Chicago: University of Chicago Press.

Παράρτημα

Εικόνα 1: κλίνη Εντατικής και μηχανήματα



Πηγή: προσωπικό αρχείο του ερευνητή, φωτογραφία από νοσοκομείο στο Η.Β., 2009

Εικόνα 2: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.



Πηγή: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:US_Navy_030423-N-6967M-090 με άδεια χρήσης CC BY-SA

Εικόνα 3: νοσηλευτής και διασωληνωμένος ασθενής σε Εντατική.



Πηγή: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:US_Navy Αυτή η φωτογραφία από Άγνωστος συντάκτης με άδεια χρήσης CC BY-SA

Εικόνα 4: μία από τις πτέρυγες της Μονάδας που μελετήθηκε.



Πίνακας 1 Οι πληροφορητές/ριες της μελέτης – συνεντεύξεις

	Ψευδώνυμο	ηλικία	ιδιότητα	Έτη κλινικής εμπειρίας σε ΜΕΘ [όταν διεξήχθη η συνέντευξη]	Expert: εμπειρογνώμον πληροφορητής/τρια εκτός εθνογραφικού παραδείγματος
1.	Άρτεμις [#1]	25-34	Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, ΤΕΙ	10	
2.	Ακριβή [#2]	25-34	Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, ΤΕΙ, φοιτήτρια σε μεταπτυχιακό	7	
3.	Δούκισσα [#3]	25-34	Νοσηλεύτρια ΜΕΘ	13	
4.	Γαλήνη [#4]	25-34	Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, Μεταπτυχιακό	10	
5.	Στέφανος [#5]	25-34	Νοσηλευτής ΜΕΘ, ΤΕΙ, Μεταπτυχιακό	6	
6.	Ελπίδα [#6]	35-44	Πρώην Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, ΠΕ, Μεταπτυχιακό, PhD, Υπεύθυνη Εκπαίδευσης	9	expert
7.	Μαρκέλλα [#7]	35-44	Πρώην Προϊσταμένη ΜΕΘ, ΤΕ, ΠΕ, Μεταπτυχιακό, ΥΔ, Δημόσια Υγεία	10	expert
8.	Κλεοπάτρα [#8]	45-54	Προϊσταμένη ΜΕΘ, ΠΕ, Μεταπτυχιακό, ΥΔ	19	expert
9.	Αγνή [#9]	35-44	Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, ΤΕΙ, Μεταπτυχιακό	10	expert
10.	Ερασμία [#10]	35-44	Προϊσταμένη Εκπαίδευσης, πρώην νοσηλεύτρια ΜΕΘ, ΤΕ, Ειδικότητα, Μεταπτυχιακό, ΥΔ	14	expert
11.	Γρηγόρης [#11]	35-44	Νοσηλευτής ΜΕΘ, ΤΕΙ	6	
12.	Μόνικα [#12]	35-44	ΔΕΠ, Πρώην αναπληρώτρια Προϊσταμένη ΜΕΘ, ΠΕ, Μεταπτυχιακό, PhD	13	expert
13.	Θαλής	35-44	ΔΕΠ, πρώην Νοσηλευτής ΜΕΘ,	10	expert

	[#13]		ΤΕΙ, Μεταπτυχιακό, PhD		
14.	Ολυμπία [#14]	35-44	Αναπληρώτρια Προϊσταμένη ΜΕΘ, ΤΕΙ	13	
15.	Γαληνός [#15]	35-44	Νοσηλεύτης ΜΕΘ, ΤΕΙ	6	
16.	Σωτήρης [#16]	45-54	Προϊστάμενος ΜΕΘ, ΤΕΙ, Εξειδίκευση	22 σύνολο 2,5 ΜΕΘ	
17.	Ελπινίκη [#17]	25-43	Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, ΤΕΙ	1,5	
18.	Μεταξία [#18]	35-44	Ερευνήτρια σε πανεπιστήμιο, πρώην Νοσηλεύτρια ΜΕΘ, ΠΕ, Μεταπτυχιακό, PhD	7	expert
19.	Αλέξανδρ ος [#19]	45-54	ΔΕΠ, Ιατρός Εντατικολόγος, PhD	34	
20.	Ελισάβετ [#20]	45-54	Τομεάρχης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, πρώην Προϊσταμένη ΜΕΘ, ΤΕ, Ειδικότητα, φοιτήτρια μεταπτυχιακού	20	

Εικόνα 5: απόσπασμα πρακτικών - έγκριση διεξαγωγής μελέτης


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ **ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ**
 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
7ης Συνεδρίασης
στις 11-7-2012

ΑΠΟΦΑΣΗ

Θέμα 1ο : Έγκριση διεξαγωγής κλινικής μελέτης με τίτλο: «Η νοσηλευτική πράξη στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας» η οποία αποτελεί τη διδακτορική διατριβή του Καθηγητή Εφαρμογών Νοσηλευτικής Β' κ. Παρισσόπουλου Στυλιανού (ΜΕΘ, ΕΒΔ 176/ 29-6-12)

Το Επιστημονικό Συμβούλιο (παρόντες: Καθηγητής)

- 1) την αριθμ. 7/11-7-12 απόφαση της Επιτροπής Βιοηθικής Δεοντολογίας (θέμα 1^ο),
Καθ
- 2) τις διαδικασίες και τους κανονισμούς υποβολής πρωτοκόλλων για διενέργεια κλινικής δοκιμής στο Νοσοκομείο
- 3) το γεγονός ότι οι φάκελοι είναι πλήρεις και καλύπτουν όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της μελέτης
- 4) ότι από τη διενέργεια της μελέτης δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο

Ομόφωνα αποφασίζει

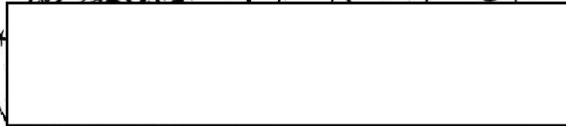
Εγκρίνει τη διεξαγωγή κλινικής μελέτης με τίτλο: «Η νοσηλευτική πράξη στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας» η οποία αποτελεί τη διδακτορική διατριβή του Καθηγητή Εφαρμογών Νοσηλευτικής Β' κ. Παρισσόπουλου Στυλιανού που θα διεξαχθεί στην ☐ Κλινική Εντατικής Θεραπείας.

Διευθυντής:

Υποβάλλει το θέμα στις αρμόδιες Υπηρεσίες για περαιτέρω ενέργειες.



Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου



Ακριβές αντίγραφο
εκ του πρωτοτύπου

Λογότοι... 18.9.12



Εικόνα 6: έντυπο ενημέρωσης του προσωπικού στο Εθνογραφικό παράδειγμα

Διεξαγωγή Έρευνας στη	☐	Κλινική Εντατικής Θεραπείας (Διευθυντής:)
Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ		
ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ:		
Στέλιος Παρισσόπουλος, Υποψήφιος Διδάκτορας, Κοινωνικός Ανθρωπολόγος, Νοσηλεύτης ΤΕ Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, Τηλ: (κινητό) , E-mail: spariss@teiath.gr		
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:		
Ελένη Παπαγαρουφάλη, PhD, Κοινωνικός Ανθρωπολόγος, Καθηγήτρια Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας, E-mail:		
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ & ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ		
Το έντυπο αυτό έχει σκοπό να σας ενημερώσει για τη συμμετοχή σας σε μια Εθνογραφική μελέτη που έχει εγκριθεί από την ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (αριθμός απόφασης 7/11-7-12, θέμα 1^η) και το ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ (7^η συνεδρίαση στις 11-7-2012) του ☐ Γ.Ν. « », και διεξάγεται από το Τμήμα ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ του ΠΑΝΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ στο πλαίσιο της διδακτορικής μου διατριβής. Οι ΜΕΘ έχουν αναγνωριστεί ως εξαιρετικά περίπλοκοι χώροι εργασίας αναφορικά με την κάλυψη των αναγκών των βαρέως πασχόντων ασθενών και τη φροντίδα που τους παρέχεται από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλεύτριες/τριες ΜΕΘ διαχειρίζονται καταστάσεις κρίσης και εντάσεων, όπου καλούνται οι ίδιοι/ες να συλλέξουν και να ερμηνεύσουν πληροφορίες και δεδομένα, να σχεδιάσουν και να διαχειριστούν τις πλέον κατάλληλες παρεμβάσεις, και να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα των παρεμβάσεών τους.		
ΣΚΟΠΟΣ		
Η καταγραφή και ερμηνεία του έργου των νοσηλευτών/τριών ΜΕΘ. Η έρευνα θα δώσει τη δυνατότητα στους ίδιους νοσηλεύτριες/τριες να αφηγηθούν σε δικούς τους όρους αυτό που αντιλαμβάνονται ως νοσηλευτική πρακτική / έργο στη ΜΕΘ.		
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ - ΑΠΟΡΡΗΤΟ ΚΑΙ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΟΦΕΛΗ		
Ο ερευνητής θα παραμείνει στη ΜΕΘ ως παρατηρητής περίπου 10-12 μήνες. Αρχικά, ο ερευνητής θα παρίσταται στη ΜΕΘ για μη στοχευόμενη παρατήρηση της καθημερινής λειτουργίας στη ΜΕΘ με έμφαση στο νοσηλευτικό έργο (φροντίδα ασθενών, αλλαγή βάρδιας, λογοδοσία, επικοινωνία, επίσκεψη γιατρών, συνεδρίες της θεραπευτικής ομάδας). Στη συνέχεια, εάν συμφωνήσετε και λάβετε μέρος σε αυτή τη μελέτη, ο ερευνητής θα προγραμματίσει μερικές βάρδιες μαζί σας, και θα διεξάγει μαζί σας συνέντευξη μέχρι 90 λεπτών της ώρας, σε χρόνο και τόπο της επιλογής σας. Η συνέντευξη θα ηχογραφηθεί, και ίσως χρειαστεί να ακολουθήσει και δεύτερη συνέντευξη προκειμένου να αποσαφηνιστούν απορίες. Προκειμένου να εξασφαλιστεί αυστηρά το απόρρητο των πληροφοριών και η ανωνυμία σας, το όνομά σας δεν θα εμφανισθεί σε καμιά φάση της έρευνας, σε καμιά ανακοίνωση και σε καμιά δημοσίευση της μελέτης. Τα αποτελέσματα της έρευνας ενδεχομένως να δημοσιευθούν σε επιστημονικά περιοδικά/βιβλία, και θα χρησιμοποιηθούν για διδακτικούς σκοπούς. Η έρευνα γίνεται για καθαρά επιστημονικούς λόγους και δεν υπάρχει εκμετάλλευση. Δεν υπάρχουν προβλεπόμενοι κίνδυνοι από τη συμμετοχή σας στη μελέτη, και η συμμετοχή σας είναι απόλυτα εθελοντική. Δεν υπάρχουν άμεσα οφέλη για εσάς από την παρούσα μελέτη, ωστόσο ελπίζουμε ότι θα μπορέσουμε μέσα από αυτή να συμβάλουμε στην καλύτερη κατανόηση του ρόλου του νοσηλευτή και της νοσηλευτικής διάστασης στη ΜΕΘ. Μπορείτε να αποχωρήσετε από το πρωτόκολλο οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς αυτό να έχει επιπτώσεις στον τρόπο εργασίας σας. Αν αποφασίσετε να διακόψετε τη συμμετοχή σας, τα στοιχεία που ήδη έχουν συλλεχθεί παραμένουν προς χρήση του ερευνητή, εκτός κι εάν επιθυμείτε το αντίθετο. Είστε ευπρόσδεκτος/κα, να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή για περισσότερες πληροφορίες οποιαδήποτε στιγμή.		
Με εκτίμηση Στέλιος Παρισσόπουλος		

ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ:

Στέλιος Παρισσόπουλος, Κοινωνικός Ανθρωπολόγος, Νοσηλευτής
Διδακτορικό Πρόγραμμα, Πάντειο Πανεπιστήμιο
Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας
Επαγγελματική Ιδιότητα: Τακτικός Καθηγητής Εφαρμογών
Νοσηλευτική Β', ΤΕΙ Αθήνας

Τηλ: (γραμματεία) [redacted]
E-mail: [redacted]

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Ελένη Παπαγαρουφάλη, PhD, Κοινωνικός Ανθρωπολόγος
Καθηγήτρια Πάντειο Πανεπιστήμιο,
Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας

Τηλ: (γραμματεία) [redacted]
E-mail: [redacted]

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το έντυπο αυτό έχει σκοπό να σας ενημερώσει για τη συμμετοχή σας στη μελέτη «Η νοσηλευτική πράξη στη μονάδα εντατικής θεραπείας». Η μελέτη έχει εγκριθεί από την ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (αριθμός απόφασης 7/11-7-12, θέμα 1^ο) και το ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ (7^η συνεδρίαση στις 11-7-2012) του Γ.Ν. «[redacted]», και διεξάγεται από το Τμήμα Κοινωνικής Ανθρωπολογίας το Παντείου Πανεπιστημίου στο πλαίσιο της διδακτορικής μου διατριβής.

Οι ΜΕΘ έχουν αναγνωριστεί ως εξαιρετικά περίπλοκοι χώροι εργασίας αναφορικά με την κάλυψη των αναγκών των βαρέως πασχόντων ασθενών και τη φροντίδα που τους παρέχεται από το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές/τριες ΜΕΘ διαχειρίζονται καταστάσεις κρίσης και εντάσεων, όπου καλούνται οι ίδιοι/ες να αποφασίσουν το είδος στοιχείων που θα συλλέξουν, να ερμηνεύσουν τις πληροφορίες, να σχεδιάσουν και να διαχειριστούν τις πλέον κατάλληλες παρεμβάσεις, και να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα των παρεμβάσεών τους.

Για να γίνουν κατανοητές οι διαδικασίες που εμπλέκονται στη λήψη κλινικών αποφάσεων, είναι απαραίτητο να εξεταστεί το πλαίσιο στο οποίο διεξάγονται. Επίσης, πώς προσλαμβάνουν και βιώνουν τον επαγγελματικό τους ρόλο, καθώς και την ταυτότητά τους οι ίδιοι/ες οι νοσηλευτές/τριες. Αυτές είναι οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει το κοινωνικό τοπίο στη ΜΕΘ, καθώς η κρίσιμη κατάσταση των ασθενών

Εισάγει στη συζήτηση τις έννοιες της ζωής και του θανάτου, του πόνου και της αυξημένης ευθύνης του νοσηλευτή/τριας στη σχέση του/της με τον ασθενή.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην ελληνική νοσηλευτική πρακτική (ΜΕΘ) το θέμα είναι σχετικά αδιερεύνητο, οπότε είναι επιτακτική η χαρτογράφηση - καταγραφή και ερμηνεία του έργου των νοσηλευτών ΜΕΘ. Η έρευνα θα δώσει τη δυνατότητα στους ίδιους νοσηλευτές/τριες ΜΕΘ να αφηγηθούν σε δικούς τους όρους αυτά που αντιλαμβάνονται ως νοσηλευτική πρακτική.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Ο ερευνητής θα παραμείνει στη ΜΕΘ ως παρατηρητής περίπου 10-12 μήνες. Κατά το διάστημα αυτό, εάν συμφωνήσετε και λάβετε μέρος σε αυτή τη μελέτη, ο ερευνητής θα προγραμματίσει μερικές βάρδιες μαζί σας, και θα διεξάγει μαζί σας συνέντευξη μέχρι 60 λεπτών της ώρας, σε χρόνο και τόπο της επιλογής σας. Η συνέντευξη θα ηχογραφηθεί, και ίσως χρειαστεί να ακολουθήσει και δεύτερη συνέντευξη προκειμένου να αποσαφηνιστούν απορίες.

ΑΠΟΡΡΗΤΟ ΚΑΙ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΟΦΕΛΗ

Προκειμένου να εξασφαλιστεί αυστηρά το απόρρητο των πληροφοριών και η ανωνυμία σας, το όνομά σας δεν θα εμφανισθεί σε καμιά φάση της έρευνας, σε καμιά ανακοίνωση και σε καμιά δημοσίευση της μελέτης. Τα αποτελέσματα της έρευνας ενδεχομένως να δημοσιευθούν σε επιστημονικά περιοδικά / βιβλία, και θα χρησιμοποιηθούν για διδακτικούς σκοπούς.

Η έρευνα γίνεται για καθαρά επιστημονικούς λόγους και δεν υπάρχει εκμετάλλευση. Δεν υπάρχουν προβλεπόμενοι κίνδυνοι από τη συμμετοχή σας στη μελέτη, και η συμμετοχή σας είναι απόλυτα εθελοντική. Δεν υπάρχουν άμεσα οφέλη για εσάς από την παρούσα μελέτη, ωστόσο ελπίζουμε ότι θα μπορέσουμε μέσα από αυτή να συμβάλουμε στην καλύτερη κατανόηση του ρόλου του νοσηλευτή και της νοσηλευτικής διάστασης στη ΜΕΘ.

Μπορείτε να αποχωρήσετε από το πρωτόκολλο οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς αυτό να έχει επιπτώσεις στον τρόπο εργασίας σας. Αν αποφασίσετε να διακόψετε τη συμμετοχής σας, τα στοιχεία που ήδη έχουν συλλεχθεί παραμένουν προς χρήση του ερευνητή, εκτός κι εάν επιθυμείτε το αντίθετο. Είστε ευπρόσδεκτος/κη να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή για περισσότερες πληροφορίες οποιαδήποτε στιγμή.

Διάβασα την περιγραφή της μελέτης και είχα την ευκαιρία να λάβω επαρκείς απαντήσεις στις ερωτήσεις. Συμφωνώ να συμμετάσχω στη μελέτη

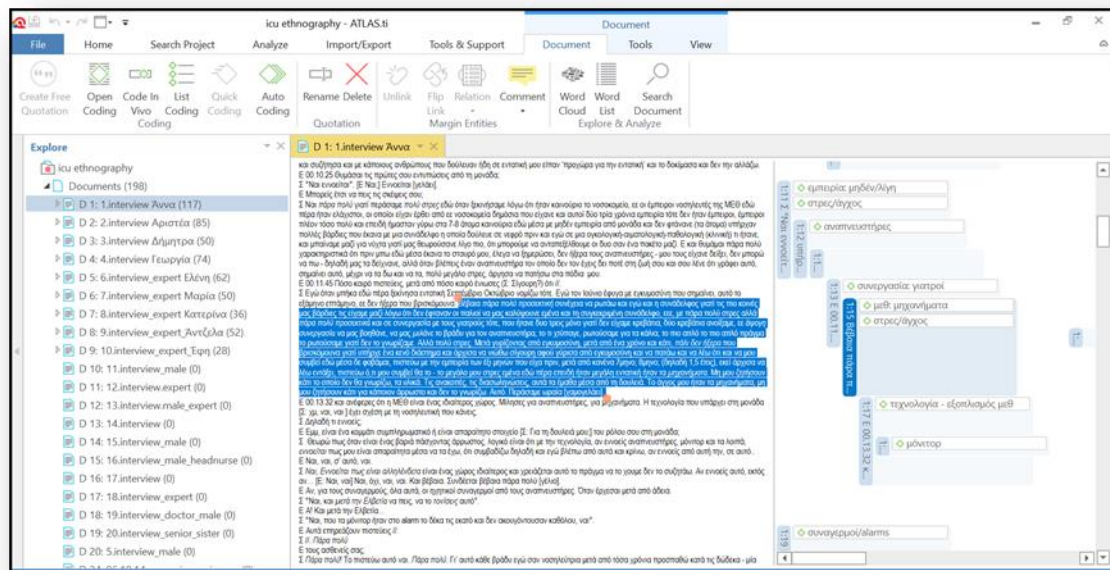
Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντα:.....

Υπογραφή συμμετέχοντα:.....

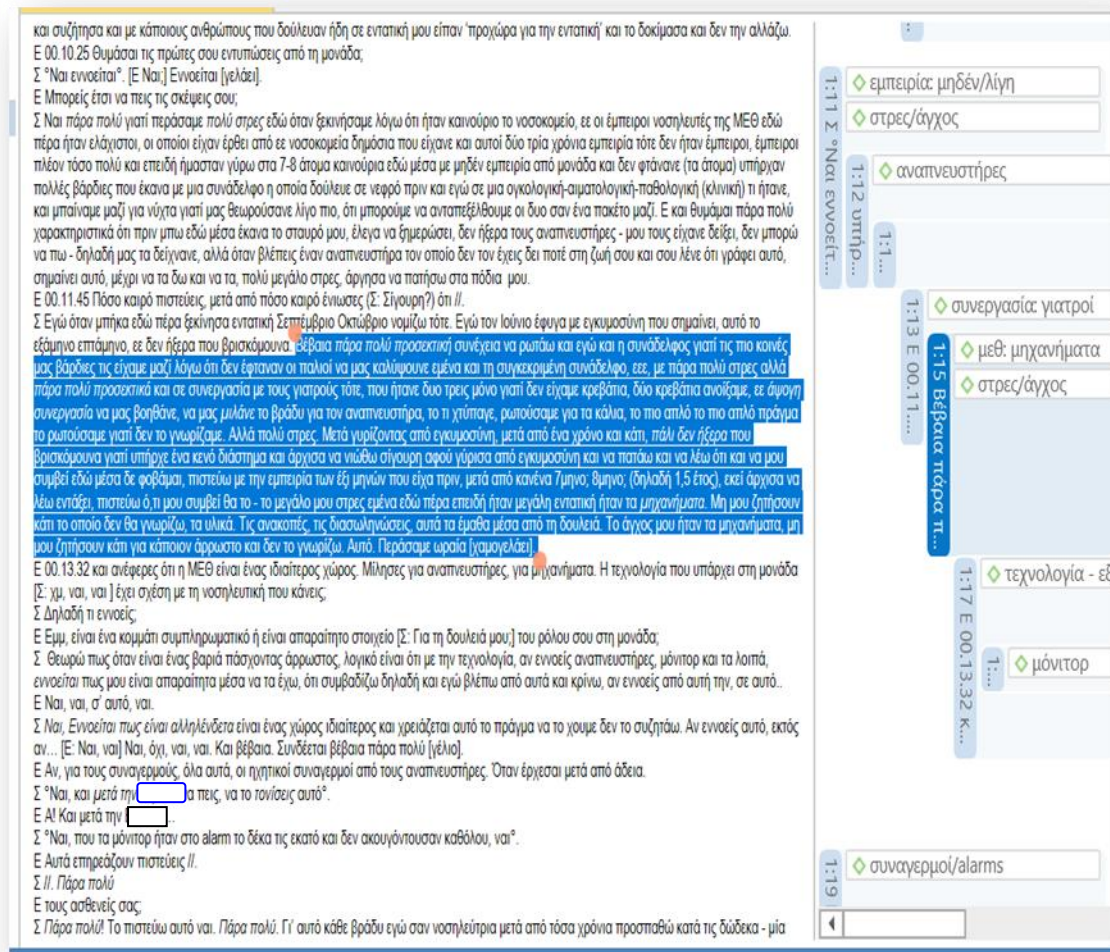
Υπογραφή Ερευνητή:.....

Τηλέφωνο:..... E-mail:

Εικόνα 8 Παράδειγμα κωδικοποίησης συνέντευξης στο Atlas.ti



Εικόνα 9 Λεπτομέρεια της προηγούμενης εικόνας - κωδικοποίηση κειμένου στο Atlas.ti



Εικόνες 10α και 10β : εθνογραφικές σημειώσεις και β: οι εθνογραφικές ιστορίες / scenes σε περιβάλλον atlas.ti
10α. απόσπασμα από εθνογραφικές σημειώσεις

πάνω στο
ηφιστείο *

Δεν έχουμε
άποψη

Εμάστε στο κέντρο

Fieldnotes-version 1-february 2015 - v2 ITU ethnography-Stelios

45 πάνω στο περιστατικό μας δεν έρχονται οι γιατροί, να είμαστε μπροστά ώστε να ακούσουμε κι

46 εμείς, να ρωτήσουμε, ενώ στις άλλες μονάδες το κάνουνε αυτό, ο νοσηλεύτης έχει άποψη,

47 λέει ο ίδιος στον διευθυντή τι έχει, έχουμε ακούσει ότι στο νοσοκομείο σωτηρία παίρνει και ο

48 ίδιος μέρος στην επίσκεψη. Η διευθύντρια ρωτάει τους νοσηλευτές για προτάσεις. Εμείς δεν

49 γνωρίζουμε... άλλοι συνάδελφοι συμβασιούχοι στο σωτηρία, έχουν πλήρη άποψη για τα

50 περιστατικά τους και τα φάρμακα που χορηγούν. δηλαδή δεν έχουμε άποψη ό,τι λένε το λένε

51 μέσα και ποτέ πάνω από τον ασθενή... αυτό το πράγμα γίνεται στο εξωτερικό;

52 -όχι- και εξηγή τη ρουτίνα της επίσκεψης στη παλιά μου μονάδα

53 -Είναι πάνω από τον ασθενή (?)

54 -ναι (χρηστικό)

55 [redacted] εμείς δεν έχουμε άποψη, είμαστε πανεπιστημιακή κλινική αλλά ούτε μάθημα...

56 νοσοκομείο. είμαστε στο κέντρο είμαστε τελείως πίσω, εκτελούμε μόνο οδηγίες, δεν έχουμε

57 άποψη, κι άμα βλέπουμε κανά ασθενή να καλυτερεύει, αν πέρασε από τον αναπνευστήρα στο

58 bipap, αναπνευστικά μόνο

59 -στην αρχή της βάρδιας έχεις στόχους θεραπείας; Παραμέτρους; Τόσες ώρες εκτός

60 αναπνευστήρα; Έχεις πλάνο;

61 -όχι, μόνο αν μπαίνει κάποιος συστηματικά, και παλιά του πηγαίναμε - στα στάδια του

62 απογαλακτισμού-σταδιακά. Εξηγεί τα στάδια, τώρα δεν το κάνουν ούτε αυτό, ενώ είναι σε

63 assist τον βάζουν κάτω και τον αποσωληνώνουν, γιατί το κάνουν αυτό;

64 Την καλούν να βοηθήσει και επιστρέφει μετά από λίγο

65 [redacted]

66

67 [redacted] συζητάμε για τον τρόπο ανάθεσης περιστατικών σε μεθαγγλία

68 ο συναγεμμός αναπνευστήρα ενεργοποιείται, η [redacted] έχει δουλίτσα και διακόπτουμε τη

69 συζήτηση για να συνεχίσει με τις δουλειές της.

70

71φυσιοθεραπευτής

Σχόλιο [SP81]:

η [redacted] θεωρείται ο
επικεφαλής του εξοπλισμού
εάν το κέντρο
επιχειρήσεων
η ιδρύτρια ή η επικεφαλής
δίνεται λένε στο εξωτερικό

- σκηνή: !α χάος αλλαγή βάρδιας μεσμβρν αλλαγή ΚΦΓ ΕΝΤΑΣΗ
- σκηνή: !β χάος Ακριβή αιμοδυναμ αστάθεια ινότροπα εξειδικ Στέλλα
- σκηνή: !γ χάος προϊστάμενος επίπληξη γιατρούς μη συνταγ φαρμάκων ένταση
- σκηνή: !δ χάος μεσμβρν αλλαγή θέση διαχείριση πολυτραυματία
- σκηνή: # η πτέρυγα περιγραφή νοσηλεύτριες ασθενείς
- σκηνή: # θάνατος ο άρρωστος στο 10 - πιστοποίηση
- σκηνή: # θάνατος ο άρρωστος στο 10 πεθαίνει - ιδιωτικότητα
- σκηνή: @α βράδυ, ασταθής ασθενής στο φίλτρο αρρυθμίες lenorphen Γαλήνη
- σκηνή: @β περιγραφή μεθ το βράδυ, ρουτίνα
- σκηνή: Αναξαγόρας, μιλάει για την αξία της λογοδοσίας/παράδοσης
- σκηνή: αλλαγή τραχειακού και ενδοτράχειου σωλήνα, πρωί
- σκηνή: αλλαγή τραχειοσωλήνα, Γαλήνη
- σκηνή: Άρτεμις Γαληνός πρωινή ρουτίνα νοσηλεία δουλειές Θωμαής γιατροί
- σκηνή: Άρτεμις Γρηγόρης Νάντια ρουτίνα νοσηλεία γραμμές στόματα ΚΡΔ ασταθής ασθενής gaze
- σκηνή: Άρτεμις παραλαμβάνει περιστατικά απόγευμα παράδοση
- σκηνή: απόγευμα Γαλήνη Δούκισσα γιατρός δίνει οδηγίες
- σκηνή: απόγευμα ήσυχα ΚΕΚ κουβέντα με Ακριβή και νέα συνάδελφο [ασυνεννοησία γιατρών]
- σκηνή: απόγευμα νοσηλεία ΖΣ αιμοκάθαρση ινότροπο δεν τρέχει Ακριβή Χρυσάνθη Λυδία
- σκηνή: αποδιασωλήνωση ασθενούς, Θεοδοσία προς γιατρό "κάθεσαι;"
- σκηνή: αργά το πρωί ήσυχα νοσ γιατροί σε καλή διάθεση ρουτίνα αναρρόφηση επίσκεψη ετοιμασία για παρεμβάσεις
- σκηνή: Ακριβή Βούλα νοσηλεία ΚΦΓ μόνιτορ εντερική σίτιση Στέφανος παράπονα
- σκηνή: Ακριβή, Άρτεμις, δουλεύουν στους ασθενείς τους
- σκηνή: άρρωστος αιμορραγεί, διάλογος Άρτεμις τα κεφάλια
- σκηνή: ασθενής ARDS - ασταθής, γραμμή στάζει, Δούκισσα Νεκταρία
- σκηνή: ασθενής κοιλιακή μαρμαρυγή γιατροί βλέπουν περιστατικά στόματα
- σκηνή: Βούλα παραδίδει περιστατικά [μεσημέρι]
- σκηνή: βραδινή παράδοση Απόστολος Βαίτσα αναλαμβάνει Γαλήνη Γρηγόρης
- σκηνή: γιατροί συζητούν περιστατικά, Άρτεμις ετοιμασία ασθενών για τμήμα και αξονικό
- σκηνή: Γρηγόρης κ γιατρός, ακύρωση αξονικής, εκνευρισμός
- σκηνή: Γρηγόρης, αφαίρεση γραμμής αιμορραγία
- σκηνή: Γρηγόρης, φόρτος εργασίας burnout, εκτελούν ό,τι λέει ο γιατρός
- σκηνή: Δούκισσα γιατροί διαχείριση της καταστολής ινότροπα ΚΕΚ , μεσημβρ νοσηλεία, ΖΣ
- σκηνή: Δάφνη ζητάει οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή, παρεντερικές θεμιστοκλής τσιγάρο
- σκηνή: Δούκισσα φροντίδα και διαχείριση καταστολής μειωμ σφύξεις με επιμελήτρια
- σκηνή: Δούκισσα, ινότροπα
- σκηνή: διάλογος Δάφνη,

- σκηνή: διασωλήνωση ΚΑΡΠΑ έμπειρη νοσ αναγνώρισε επιδείνωση
- σκηνή: εισαγωγή ασθενούς αρρυθμίες αιματοχεσία Κατερίνα Στέφανος
- σκηνή: εισαγωγή ΕΚΑΒ Ακριβή Γρηγόρης Διασώστρια εντιπαράθεση σύνδεση/τακτοποίηση ασθενούς
- σκηνή: εισαγωγή ΕΚΑΒ επαρχία ΟΑΑ Γαληνός επιμ Μυρτώ ΧΩΡΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ
- σκηνή: εισαγωγή καθετήρα κύστεως ασηψία Δούκισσα
- σκηνή: ενδοτράχειος κάνει παρατήρηση σε ΔΕ για ενδοτράχειο σωλήνα
- σκηνή: ενδοτράχειος σωλήνας, Δούκισσα γιατροί
- σκηνή: ενημέρωση και επισκεπτήριο συγγενών
- σκηνή: επισκεπτήριο συγγενών
- σκηνή: επισκεπτήριο συγγενών, υπόταση+υγρά Μάρθα, συγχυτικός ασθενής, φίλτρο, Νοσηλεία Ακριβή
- σκηνή: επίσκεψη γιατροί συζητούν αξονική γραφείο γιατρών Β' πτέρυγα Βούλα ακτινογραφία
- σκηνή: επίσκεψη γιατρών με φοιτητές στην πτέρυγα νοσηλευτές νοσηλεία
- σκηνή: επίσκεψη γιατρών στο διάδρομο, νοσηλευτές στην πτέρυγα
- σκηνή: επίσκεψη γιατρών συζητούν τα περιστατικά της α' πτέρυγας Βούλα ακτινογραφία
- σκηνή: επιστροφή στη ΜΕΘ, αλλαγές, κρίση, νέα πρωτόκολλα
- σκηνή: εποπτεία - συνάντηση νοσ. προσ.
- σκηνή: ετοιμασία αναπνευστήρα για εισαγωγή, ασθενής αιμορραγεί μύτη, Γρηγόρης Απόστολος
- σκηνή: ετοιμασία και μεταφορά ασθενούς σε άλλη πτέρυγα
- σκηνή: ετοιμασία κρεβατιού/εξοπλισμού για εισαγωγή ΕΚΑΒ Ακριβή Γρηγόρης + απογευμ νοσηλεία
- σκηνή: εφημερεύοντες ελέγχουν ασθενείς βράδυμ αναρρόφηση
- σκηνή: η Άρτεμις επέστρεψε από Ελβετία, εμπειρίες
- σκηνή: η Έλπινίκη, νέα στη μονάδα
- σκηνή: καθετηριασμός κύστης, Λυδία, Γρηγόρης
- σκηνή: κεφ1 περιγραφή μονάδας - η πρώτη μέρα
- σκηνή: κεφ2 Ακριβή, δεν έχω γράψει τίποτα [ΖΣ] υποτασικό επεισόδιο
- σκηνή: κεφ2 περιγραφή πρωινή ρουτίνα εργασίες
- σκηνή: κεφ2 ρουτίνα στρώσιμο αρρώστου περιγραφή - πρωί γυμνό σώμα, Νάντια
- σκηνή: κεφ2 ρουτίνα στρώσιμο βήμα βήμα περιγραφή υποτασικό επεισόδιο Levorphanol πρωί Ακριβή
- σκηνή: κεφ2 στόματα Νάντια, 'δεν έχουμε κόσμο να δουλέψει'
- σκηνή: κεφ2 στρώσιμο περιγραφή Ακριβή Λυδία Θεοδοσία πρωί ασθενής λερώνεται
- σκηνή: κεφ2 τομεάρχης και ΔΕ, δε θα μένουν τα στόματα πίσω στρώσιμο έντυπο φόρτου εργασίας
- σκηνή: Λίτσα, παράπονα
- σκηνή: μάθημα στη μεθ, εργαλείο tiss
- σκηνή: μάθημα φοιτητών φροντίδα αναρρόφηση τραχειοστομίας
- σκηνή: μειωμένη διούρηση, Βούλα
- σκηνή: μεσημβρ. παράδοση Άρτεμις>Δούκισσα
- σκηνή: μεσημβρινή παράδοση, Ακριβή>Λίτσα, Άρτεμις
- σκηνή: μεσημβρ παράδοση Γαλήνη Βούλα & εκπαίδευση Ωνάσειο
- σκηνή: μεσημβρ αλλαγή βάρδιας, Καρολίνα παράδοση Λίτσα
- σκηνή: μεσημβρ νοσηλεία ρουτίνα, αναρρόφηση, διδασκαλία
- σκηνή: νοσηλευτής μαθαίνει γιατρό να παίρνει αέρια αίματος
- σκηνή: νοσηλευτικό βλέμμα, επιτήρηση ασθενών
- σκηνή: Νάντια & εξειδικευόμενη, γραμμή

- σκηνή: Ολυμπία Βούλα πρωινή νοσηλεία ρουτίνα επαγρύπνηση κανόνες εκπαίδευση
- σκηνή: παράδοση Έλσα+Ελπινίκη>Δάφνη
- σκηνή: περιγραφή μεθ πριν από διακοπή επιτόπιας
- σκηνή: περιστατικό ρίχνει πίεση, Ακριβή, διατάραξη ρουτίνας
- σκηνή: προϊστάμενος για το πώς ήρθε στη μεθ
- σκηνή: πρωινή ενημέρωση γιατρών - εφημερεύοντες παραδίδουν
- σκηνή: πρωινή ενημέρωση γιατρών - πριν ξεκινήσει
- σκηνή: πρωινή ρουτίνα Στέφανος Δάφνη γιατροί εξετάζουν ασθενείς
- σκηνή: πρωινή ρουτίνα στρώσιμο, νοσηλεία, εργασίες, τομεάρχης, έλεγχος TISS
- σκηνή: πρωινή ρουτίνα, θωμάς, στόματα, γραμμές, γιατροί εξετάζουν αρρωστούς
- σκηνή: ρουτίνα πρωινή νοσηλεία, γραμμές, ζωτικά σημεία, Δούκισσα
- σκηνή: ρουτίνα πρωινή νοσηλεία, Μάρθα, αλλαγή θέσης, ρινογαστρικός, στρώσιμο ΖΣ, γιατροί εξετάζουν
- σκηνή: ρουτίνα πρωινή νοσηλεία, στρώσιμο φροντίδα, γιατροί, στόματα
- σκηνή: ρουτίνα στρώσιμο πρωί νοσηλεία ΖΣ στόματα Άρτεμις Ιφιγένεια Νάντια

- σκηνή: σηπτικός, αιμοδυναμική αστάθεια, Στέφανος
- σκηνή: στρώσιμο η ασθενής χωρίς πρόσωπο/δάκτυλα
- σκηνή: στρώσιμο αρρώστων κατακλίσεις ειλεοστομία Ολυμπία Στέλλα
- σκηνή: στρώσιμο ασθενής χωρίς πρόσωπο, κατακλίσεις
- σκηνή: στρώσιμο πρωινό Ολυμπία Βούλα
- σκηνή: στρώσιμο φροντίδα κατακλίσεις Άρτεμις Γρηγόρης γιατροί Τομεάρχης ΖΣ αξονικός
- σκηνή: συνάντηση προσωπικού, γιατροί στις πτέρυγες
- σκηνή: τεχνητός αεραγωγός, περιγραφή πτέρυγας, αναπνευστήρες
- σκηνή: το ημι-πετύγιο, οι άρρωστοι
- σκηνή: τομεάρχης στην πτέρυγα κατακλίσεις έλεγχος διάγραμμα
- σκηνή: τομεάρχης-γιατρός - ανοιχτή αντιπαράθεση [φάρμακα]
- σκηνή: φάκελοι ασθενών AEE και ARDS - επισημάνσεις κόκκινο χρώμα
- σκηνή: χειρ καθαρισμός κατάκλισης ασθ χαμηλή οξύμετρία επιμ μάθημα φοιτητές

Εικόνα 11: η είσοδος στη Μονάδα.



Πηγή: προσωπικό αρχείο του ερευνητή

Εικόνα 12: λουτρό επί κλίνης στην Εντατική.



πηγή: Αυτή η φωτογραφία από Άγνωστος συντάκτης με άδεια χρήσης CC BY-NC-ND

Εικόνα 13: Νοσηλεύτρια ΜΕΘ



Πηγή: Αυτή η φωτογραφία από Άγνωστος συντάκτης με άδεια χρήσης CC BY-SA-NC

Εικόνα 14: απόσπασμα από τη συνέντευξη με τη νοσηλεύτρια Δούκισσα

1st level
↓

Συνέντευξη 3^η - ΜΕΘ, 5440 λέξεις, διάρκεια αρχείου 00:57:00, 19.6.13

Συνέντευξη με Συμμετέχων/ουσα: 05 [redacted] ψευδώνυμο: XXXX, 19.6.13, ΜΕΘ [redacted]

Χώρα: ΜΕΘ επιτομία, άλλα: [redacted]

Δημογραφικά στοιχεία

4 Φύλο: Α Θ Ηλικία: [redacted] 25-34, 35-44, 45-54, 55-64

5 Ιδιότητα: νοσηλεύτης / νοσηλεύτρια, άλλο:

6 Κυκλικό πρόγραμμα – βάρδιες: ΝΑΙ ΟΧΙ νυχτερινές βάρδιες / μήνα: [redacted]

7 Σε ποιο τμήμα φοιτήσατε; ΤΕΙ [redacted]

8 Έχετε πτυχίο στη νοσηλευτική επιπέδου ΔΕ ΤΕ ΠΕ ΜΑΣΤΕΡ τότε αποφοιτήσατε;

9

10 Σεμινάρια – ειδικότητα: ΟΧΙ

11 Δεύτερο πτυχίο: ΟΧΙ

12 Πόσα έτη επαγγελματικής εμπειρίας έχετε; 1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25

13 Έχετε επιπλέον πτυχία – μεταπτυχιακά; ΚΑΝΕΙ ΜΤΠΧ ΜΕΘ [redacted]

14 Πόσα έτη εμπειρίας έχετε σε μονάδα εντατικής θεραπείας; ΑΠΟ ΜΑΙΟ 2000 [redacted] 3^η έτη ΜΕΘ

15 Σε αυτή τη μονάδα; [redacted]

16 Πόσους ασθενείς φροντίζεις στη βάρδιά σου; 1, 2, 3 (ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΗΤΑΝ 2)

17 Τύπος μονάδας: ΓΕΝΙΚΗ

18 (Ε = ερευνητής, Σ = συμμετέχων/ουσα)^{2,3}

19 έναρξη συνέντευξης (χρόνος 00.05.00)

20

21 Ε 00.06.20 Πριν αρχίσω κάποια γενική, ειδική ερώτηση θα ήθελα λίγο να διώσω σε

22 σένα την ευκαιρία να μου πεις, τι σημαίνει για σένα να είσαι νοσηλεύτρια, είστε και

23 νοσηλεύτρια βλέπω και με αρκετά χρόνια δηλαδή είστε μετά από την αντικαθιστώσα

24 προϊσταμένη ή μετά από –όνομα–, ακολουθείτε εσείς. Άρα εσείς που είστε νοσηλεύτρια με

25 εμπειρία τι σημαίνει για σας να δουλεύετε σε μονάδα εντατικής θεραπείας;

26 Σ (Μ' αρέσει να δουλεύω εδώ πέρα, μ' αρέσει ο χώρος. Έχω μάθει πολλά, το έχω

27 συνηθίσει, μ' αρέσει.)

28 Ε Είναι δύσκολο; Δηλαδή διαφορές σε σχέση ένα τμήμα από συναδέλφους που θα

29 έχετε συζητήσει; Δεν έχετε δουλέψει σε τμήμα //

30 Σ // Ναι εντάξει έχει τύχει να δω σε σχέση και από αυτά που μου έχουσε πει από

31 συναδέλφους που βλέπω, αλλά και σε σχέση που έχω πάει σαν συγγενής ενός αρρώστου

32 στο τμήμα, είναι τελείως διαφορετικά γιατί στο τμήμα είναι πάρα πολλοί οι ασθενείς και

33 πολύ λίγοι νοσηλευτές οπότε οι νοσηλευτές που υπάρχουν εκεί πέρα είναι για να δίνουν τα

34 φάρμακα χωρίς να γνωρίζουν ούτε τα περιστατικά, ούτε τί δίνουν, γιατί το δίνουν και όλα

35 τα σχετικά. Εδώ είναι λίγο διαφορετικά [...] αρκετά διαφορετικά, γιατί γνωρίζεις το

36 περιστατικό το αναλαμβάνεις μόνος σου, το έχεις δηλαδή από την αρχή μέχρι το τέλος της

37 βάρδιας, εεεμ το ξέρεις, τι πρέπει να κάνεις [...] είναι αλλιώς, μ' αρέσει.

38 Ε Άρα πώς βλέπεις το ρόλο σου εδώ ως νοσηλεύτρια και ποιές είναι οι ευθύνες σου

39 που έχεις;

40 Σ Σε σχέση με το τμήμα ή γενικά;

41 Ε Όχι, εδώ στη μονάδα.

42 Σ Εντάξει οι ευθύνες είναι πολλές [...] Δηλαδή τι ακριβώς θέλετε να πω;

2nd level
↓

Ενώ το έλεγα κατ'ή

Είναι τι/αυτή

Το αναλαμβάνεις μόνος σου.

Από την αρχή

Από την αρχή

¹ [...] μικρή παύση, [...] = μεγάλη παύση στην ομιλία, (σε παρένθεση η πιθανή εκδοχή αυτού που ενυπόκει), σε [αγκύλες] (λέξη μη κατανοητή), μέσα σε [] συμπεριφορές του συμμετέχοντα/ουσας (χαμογελάει, γελάει, κλαίει), *italics* ή *υπογράμμιση* (για να αποδώσουμε έμφαση στον τόνο της φωνής), *λέξη*, *ΛΕξη*, *ΛΕξη*, *ΔΕξη* δηλώνει κάποια μορφή έμφαση, είτε μέσω αύξησης της έντασης της φωνής είτε μέσω αύξησης του ύψους της φωνής. Όταν η ένταση της ομιλίας είναι ιδιαίτερα μεγάλη, τότε χρησιμοποιείται η μεγαλογράμματη γραφή, ενώ για εξαιρετικές περιπτώσεις έντασης χρησιμοποιείται ο συνδυασμός μεγαλογράμματης γραφής και υπογράμμισης, ***bold letters*** όταν μιλάει φωναχτά. //, κάθε φορά που διακόπτεται ο ομιλητής από άλλον και αυτό είτε καταγράφεται μέσα σε αγκύλες στην ίδια πρόταση ή με αλλαγή σειράς και παραγράφου //., Το σύμβολο * χρησιμοποιείται για να δηλώσει την ένωσή και λήξη χαμηλόφωνης εκφοράς του λόγου. Η χρήση του διευλού συμβόλου * σημαδεύει την πολύ χαμηλόφωνη εκφορά του λόγου. η - παύλα μετά από λέξη ή τμήμα λέξης δηλώνει απόσπασμα «κόψιμο» του λόγου ή αυτο-διακοπή του ομιλητή/ομιλήτριας. Τα σύμβολα «λέξη» διάλογος που απομαγνητοφωνήθηκε *verbatim* και ήταν μάρτυρας ο ερευνητής, και τα σύμβολα «λέξη» για ομιλία που μας μεταφέρθηκε από άλλον συμμετέχοντα, άρα ο ερευνητής δεν ήταν μάρτυρας/παρών.

² Ένδεκα χρόνου, μόνο στις δικές μου ερμηνείες και όχι πάντα, περίπου κάθε 5 λεπτά, για να μπορώ να εντοπίζω εύκολα το κείμενο στο ηχητικό αρχείο.

³ Ταυ μεταξύ των λέξεων χωρίς επευλόγηση διαστήματα

Γραφειοκρατία
στην ημερ

Προσθήκη δ

Ομορφιά
να φανεί
στο πρόσωπο

να μην φαίνεται
το πρόσωπο

Ποιότητα
του συστήματος

99 στη βάρδιά τους αλλά μέχρι εκεί, και άλλοι που θέλουν να μάθουν περισσότερα
100 πράγματα. Ανάλογα σε ποια κατηγορία ανήκει ο καθένας, συμπεριφέρονται.
101 Ε Άρα ο καθένας έχει και άλλη ίσως αντίληψη //.
102 Σ // Ναι έχει.
103 Ε Για το τι ρόλο παίζει εδώ μέσα.
104 Σ Έχει, έχει, έχει. Ο καθένας έχει διαφορετική αντίληψη. Και ο καθένας από τους
105 νοσηλευτές που υποτίθεται μαθαίνει κάποιον άλλο νοσηλευτή, επίσης του - τέλος πάντων,
106 διδάσκει, δεν ξέρω, διδάσκει; Δεν είμαστε δάσκαλοι να διδάσκουμε - του λέει και αυτά που
107 θεωρεί πιο σημαντικά να του πει.
108 Ε 00.14.06 Αυτό έχει αντίκτυπο στον τρόπο, σε αυτό που βλέπεις εσύ, στη φροντίδα
109 που παρέχει ο κάθε νοσηλευτής;
110 Σ Αυτά που έχει μάθει;
111 Ε Ναι.
112 Σ Ναι, έχει.
113 Ε Δηλαδή έχει ο καθένας το δικό του στιλ ίσως; Το δικό του τρόπο; Ή άλλες
114 προτεραιότητες; //
115 Σ // Υπάρχουν κάποια πράγματα που γίνονται ρουτίνα, που ξέρεις ότι αυτά πρέπει
116 να τα κάνεις εε και υπάρχουν και πράγματα που δεν είναι θέμα ρουτίνας, είναι θέμα
117 γνώσεων και είναι και θέμα, ξέρω εγώ, πώς να το πω, ενδιαφέροντος για το επάγγελμα το
118 αν θα τα κάνει κάποιος ή όχι.
119 Ε Ναι. Εάν σε ρώταγα αν μπορείς να θυμηθείς κάποιο περιστατικό, όχι
120 συγκεκριμένο, δηλαδή υπάρχουν περιστατικά στην καριέρα σας που τα θυμάστε ως
121 ιδιαίτερη θετική εμπειρία; Δηλαδή ήταν περιστατικά που πιστεύεις ότι συνέβαλες κατά
122 πολύ είτε στη βελτίωσή τους, είτε στο να έχουν έναν καλό θάνατο ίσως στο τέλος; [...] Στον
123 τρόπο που το διαχειρίστηκαν.
124 Σ Στην έκβαση;
125 Ε Ναι, στην έκβαση.
126 Σ Εεε, για το θάνατο [...] όχι γιατί νομίζω ότι [...] εεε, δεν είναι στο χέρι του νοσηλευτή
127 ο θάνατος [διακοπή από τρίτο πρόσωπο, ήρθε να πάρει ένα φάρμακο, σύντομος διάλογος]
128 γιατί δεν είναι στο δικό μας χέρι. Συνήθως το αποφασίζουν οι γιατροί αυτό. Αλλά για το αν
129 θα πάει καλύτερα ένα περιστατικό, ναι, δηλαδή, ένα συγκεκριμένο, ένα συγκεκριμένο με
130 την έννοια ότι δεν είναι ότι σήμερα έγινε [Ε: Ναι] και αύριο έγινε καλύτερα ο άρρωστος! [Ε:
131 Ναι, ναι]. Απλά ότι εντάξει ας πούμε συμβάλεις, ίσως και στο γεγονός ότι μπορεί κάποια
132 πράγματα να τα προλάβεις οπότε η εικόνα του αρρώστου μπορεί να βελτιώθηκε την
133 επόμενη μέρα [...] ναι.
134 Ε [...] Και με την οικογένειά τους ποια είναι η σχέση σου γενικά;
135 Σ Συνήθως προσπαθώ να είμαι αποστασιοποιημένη [...] για δικό μου, γιατί
136 αισθάνομαι ότι είναι καλύτερο για μένα για να μην εμπλακώ συναισθηματικά.
137 Ε Μάλιστα [...]
138 Σ Ναι, δηλαδή, ας πούμε παλιά επηρεαζόμουν πάρα πολύ από τους συγγενείς εε
139 στην αρχή δηλαδή που είχα πρωτοπαύσει δουλειά, εμ, έκλαιγα, τα σκεφτόμουν στίπι μου
140 και τα λοιπά και νομίζω ότι είναι ένας τρόπος άμυνάς μου αυτός [...] προσπαθώ να είμαι
141 δηλαδή τυπική και να μην εμπλακώ συναισθηματικά μαζί τους.
142 Ε Τι, εεε, προσδοκούν από εσένα οι συγγενείς πιστεύεις και γι' αυτό προσπαθείς να
143 έχεις μια απόσταση; Παίζει και αυτό; Δηλαδή θα κάνουν ερωτήσεις; Μήπως; Γενικά ή
144 καθαρά μετράει για σένα το συναισθηματικό κομμάτι.
145 Σ // Όχι. Είναι πολλά πράγματα γιατί είναι ανάλογα και με τον συγγενή. Προσπαθώ
146 να είμαι τυπική γενικώς. Συνήθως όταν μου κάνουν ερωτήσεις για πράγματα απαντώ, εεε,
147 σε ό,τι και να με ρωτάνε, γιατί πρώτον είμαι σε θέση να απαντήσω και θεωρώ ότι πρέπει
148 να το κάνω γιατί πρέπει να ξέρουν οι συγγενείς ότι οι νοσηλευτές εδώ μέσα γνωρίζουν και
149 δεν είναι ας πούμε εκτελεστικά όργανα, εεε [...] και νομίζω ότι [...] μπορώ να τους δώσω
150 απαντήσεις για αυτά τα οποία - εντάξει είναι και στην αρμοδιότητά μου να τους απαντήσω
151 - δεν είναι κακό να σε ρωτήσουν ας πούμε γιατί χτυπάει ο αναπνευστήρας, γιατί χτυπάει
152 [Ε: Ναι] Ούτε αν σε ρωτήσουν ας πούμε γιατί χτυπάει ο αναπνευστήρας, γιατί χτυπάει
153 αυτό, γιατί χτυπάει το άλλο, ότι δεν πρέπει να τους πεις. Απλά, εεε, αυτό είναι κάτι να
154 ξέρεις και εσύ όμως σε τι σημείο πρέπει να φτάσεις, δηλαδή υπάρχουν από ένα σημείο και

Αντα

ο θάνατος
δεν είναι
στην
χέρη

Προσπαθώ
να είμαι
αποστασιοποιημένη
για δικό μου, γιατί
αισθάνομαι ότι είναι
καλύτερο για μένα για
να μην εμπλακώ
συναισθηματικά

οι νοσηλευτές
πρέπει να
είναι
εμπλεκόμενοι
στην
φροντίδα

43 Ε Πώς θα το περιγράφατε σε μια φοιτήτρια που δεν ξέρει τι είναι η εντατική και θα
44 ήθελε να έρθει να δουλέψει και δε ξέρει //
45 Σ // Θα ήθελα απλά να είναι διαφορετικές οι συνθήκες. Το αντικείμενο της δουλειάς
46 μου αρέσει απλά δε μου αρέσουν οι συνθήκες που επικρατούν γιατί συνήθως εάν, ακόμα
47 και να σου αρέσει και η δουλειά σου και το τμήμα, πολλές φορές δεν κάνεις αυτά έτσι
48 όπως πρέπει να τα κάνεις σωστά και όπως θα ήθελες να τα κάνεις γιατί απλά δεν
49 προλαβαίνεις να τα κάνεις.
50 Ε Άρα είναι και ο χρόνος και τι; Ναι. [...] Άμα νιώθεις ότι σε κόβω κάποιες φορές μου
51 λες. Δηλαδή αν θες να συνεχίσεις. Τι είναι δηλαδή που σου αρέσει ειδικά, όταν, αυτή η
52 επαφή που έχεις με έναν τέτοιο κρίσιμο άρρωστο ασθενή; Τι είναι αυτό που σου δίνει, ή
53 που πιστεύεις, που παίρνεις //
54 Σ // Μ' αρέσει καταρχήν το γεγονός που προσφέρω και φαίνεται άμεσα. Άμεσα
55 μπορεί να μη φαίνεται άμεσα αλλά αισθάνομαι ότι προσφέρω [ήχος τηλεφώνου] και όταν ο
56 άρρωστος πηγαίνει καλά εεε νομίζω [ήχος τηλεφώνου] ότι έχω βοηθήσει και εγώ σε αυτό το
57 πράγμα γιατί, εεε, [ήχος τηλεφώνου] εάν ο άρρωστος δεν πάει καλά ή εάν ο άρρωστος πάει
58 καλά [ήχος τηλεφώνου] συμβάλλει σίγουρα ο νοσηλευτής για πολλούς λόγους γιατί αν δεν
59 πάει καλά και έχεις ως πούμε την εμπειρία και έχεις και τις γνώσεις αντιλαμβάνεσαι ότι ο
60 άρρωστος δεν πάει καλά ή του συμβαίνει κάτι, πριν ακόμα του συμβεί κάτι έκτακτο. Εεε,
61 έχεις κριτήρια και γνώσεις για να καταλάβεις ότι ο άρρωστος, δηλαδή, έχεις τη δυνατότητα
62 να του πάρεις ένα αέριο να κρίνεις τα αέρια του να καταλάβεις τι γίνεται, αν οι ρυθμίσεις
63 στον αναπνευστήρα είναι σωστές ή δεν είναι. Εάν ο άρρωστος, ξέρω εγώ, ρίχνει πίεση
64 μπορείς να του μετρήσεις μια κεντρική φλεβική, ξέρεις να τα κάνεις αυτά τα πράγματα, Εεε
65 και αισθάνεσαι ότι [...] και αισθάνεσαι ότι προσφέρεις δηλαδή και εσύ σε αυτό το πράγμα.
66 Γιατί σε άλλα τμήματα - για τα ανοιχτά μιλώ πιο πολύ όχι για τα άλλα που είναι κλειστά -
67 δεν έχεις τη δυνατότητα αυτά να τα κάνεις για "πολλούς λόγους".
68 Ε 00.11.00 Σωστά. Πότε άρχισες να νιώθεις αυτή την αυτοπεποίθηση στη μονάδα;
69 Σ Εεε...
70 Ε Στα πόσα χρόνια;
71 Σ Νομίζω μετά από δύο χρόνια περίπου.
72 Ε Και τι σε βοήθησε στο να, στο να νιώθεις αυτή την αλλαγή σταδιακά; Τι
73 υποστήριξη είχες;
74 Σ Με βοήθησε εξ αρχής το γεγονός, εκεί που είχα προσληφθεί, [ήχος τηλεφώνου] ότι
75 οι νοσηλευτές που ήδη δουλεύανε εκεί [ήχος τηλεφώνου] είχαν πολλή εμπειρία, και είχαν
76 και πολλές γνώσεις τις οποίες [ήχος τηλεφώνου] τις μετέδιδαν στους πιο καινούριους οι
77 νοσηλευτές [ήχος τηλεφώνου]. Είχανε καλό επίπεδο, εεε, [ήχος τηλεφώνου] εμπαινες στη
78 διαδικασία να θες να τους μοιάσεις, να θες να [ήχος τηλεφώνου] διαβάσεις για να μάθεις
79 παραπάνω πράγματα, γιατί αισθανόσουν ότι [ήχος τηλεφώνου] μέσα στην εποπτεία,
80 σηκώνεται για να το απαντήσει] Συγνώμη.
81 Ε Ναι, ναι, ναι.
82 Σ [συνομιλία στο τηλέφωνο] ΜΕΘ λέγεται; Έλα. Όχι δεν είναι εδώ. Ναι; -όνομα
83 φαρμάκου-; Εντόξει. Έγινε. Γεια
84 Ε έλεγε, εμπειροί νοσηλευτές που μοιραζόντουσαν τις γνώσεις τους και εμπαινες
85 στη διαδικασία να διαβάσεις...
86 Σ Ναι, εμπαινες στη διαδικασία να διαβάσεις για να μπορείς και εσύ ως πούμε να
87 ξέρεις, να μπορείς και εσύ να σταθείς στα πόδια σου και τα λοιπά. Και γιατί όσο μετά
88 διάβαζες, σου κινούσε το ενδιαφέρον (χαμογελάει) να μάθεις και κάτι παραπάνω.
89 Ε Και τότε είδες ότι άρχισες και εσύ να εμπλέκασαι στην εκπαίδευση των νεότερων;
90 Ήρθε φυσικά αυτό; Ακολούθησε ως φυσικό επακόλουθο;
91 Σ Εεε, συνήθως εεε, είτε πο ήθελες...
92 Ε Γιατί το έχω δει στη βάρδια ότι...
93 Σ Είτε το ήθελες είτε όχι, κάποια στιγμή αυτό γινόταν γιατί δούλευες με κάποιον που
94 ήταν καινούριος, έπρεπε αναγκαστικά [γελάει] να του δείξεις πράγματα [...] γιατί αλλιώς δεν
95 μπορεί να σταθεί κάποιος μόνος του.
96 Ε Ναι.
97 Σ Βέβαια, από κει και πέρα είναι, βλέπεις και τον άλλον τι είναι διαθέσιμος να μάθει.
98 Είναι άνθρωποι οι οποίοι θέλουν να μάθουν τα βασικά και να ξέρουν να τα βγάλουν πέρα

δουλειά μου
24/6/13

αισθάνομαι ότι
προσφέρω

γνώσεις
ή πείρα

14/2
έπειτα

οι ασθενείς ως

ο καινούριος

14/2
14/2
14/2

14/2
14/2

14/2
14/2

14/2
14/2

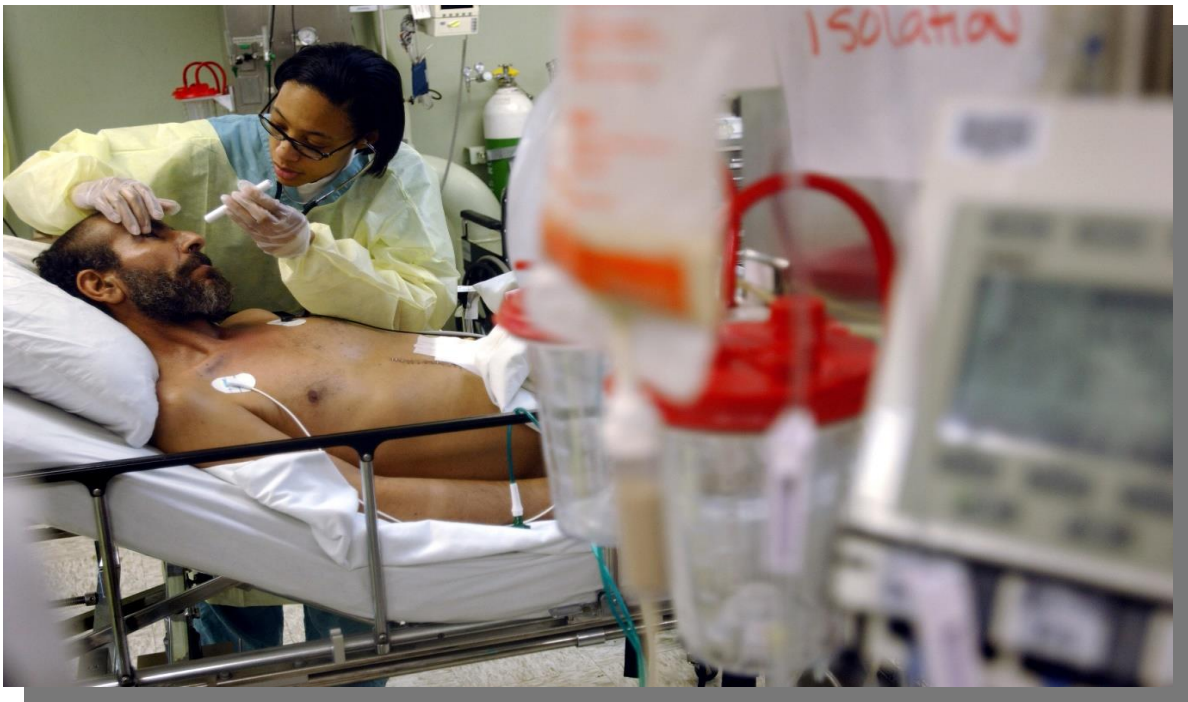
14/2
14/2

Εικόνα 15: Μόνιτορ παρακολούθησης παραμέτρων ασθενούς σε ΜΕΘ.



Πηγή: προσωπικό αρχείο του ερευνητή

Εικόνα 16: Νοσηλεύτρια εξετάζει τον ασθενή



Πηγή: Αυτή η φωτογραφία από Άγνωστος συντάκτης με άδεια χρήσης CC BY-SA

Εικόνα 17: ο «γεμάτος» ασθενής ΜΕΘ με πολλά μηχανήματα και αντλίες φαρμάκων



[Αυτή η φωτογραφία](#) από Άγνωστος συντάκτης με άδεια χρήσης [CC BY-SA](#)

Εικόνα 18: αναπνευστήρας συνδεδεμένος σε ασθενή σε Εντατική.



Πηγή: προσωπικό αρχείο του ερευνητή.

Εικόνα 19: προφορική παράδοση μεταξύ νοσηλευτών/ριών.

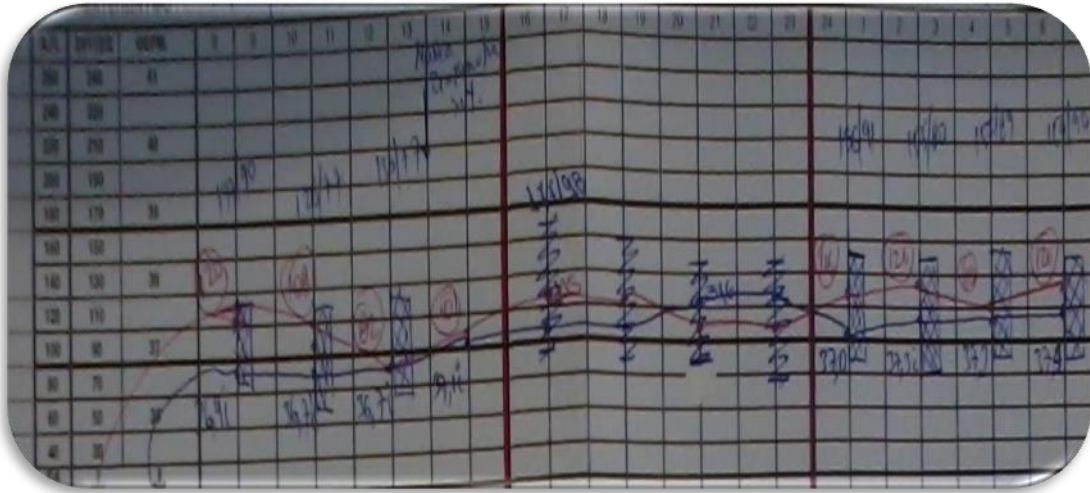


Πηγή: εικόνα από το διαδίκτυο, creative commons

Πηγή: αρχείο του ερευνητή

[illegible]

Εικόνα 21: παράδειγμα ζωτικών σημείων σε διάγραμμα παρακολούθησης.



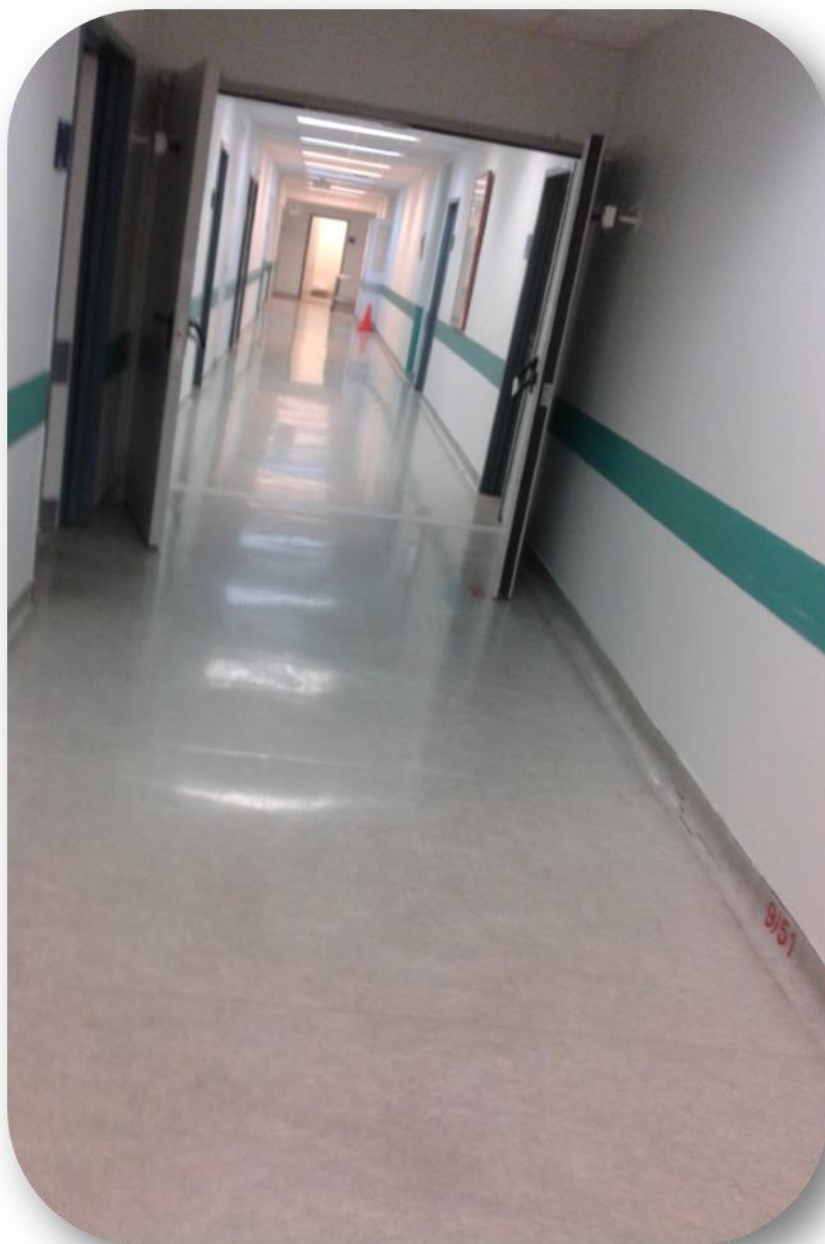
Πηγή: αρχείο του ερευνητή

Εικόνα 22 Γιατροί κάνουν επίσκεψη σε ΜΕΘ και οι Νοσηλεύτριες χορηγούν τη νοσηλεία



[Αυτή η φωτογραφία](#) από Άγνωστος συντάκτης με άδεια χρήσης [CC BY-SA](#)

Εικόνα 23: Διάδρομος σε ΜΕΘ



πηγή: προσωπικό αρχείο ερευνητή