

Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
Τμήμα: Κοινωνική Ανθρωπολογία

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (2014-2016)
«ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑ»

Σοφία Σταματάκη
ΑΜ:5214Μ016

«Η κατασκευή του φύλου της γυναίκας χειρουργού»

Αθήνα 2016

Στα κορίτσια μου.....

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα αυτής της διπλωματικής εργασίας καθηγήτρια κα. Νότα Κυριαζή για την πολύτιμη βοήθεια, την υποστήριξη, τις κριτικές της επισημάνσεις και την υπομονή της. Ακόμη, θερμές ευχαριστίες οφείλω και στις άλλες δύο καθηγήτριες της συμβουλευτικής μου επιτροπής, την κα. Αθηνά Αθανασίου και κα. Ελένη Παπαγαρουφάλη για τη σημαντική αρωγή τους σε αυτή προσπάθεια.

Περιεχόμενα

1.Αντί προλόγου	σελ.9
2.Περιγραφή του φαινομένου	σελ.13
2.1.Το φαινόμενο της υποεκπροσώπησης των γυναικών στις χειρουργικές ειδικότητες - δημογραφικά στοιχεία	σελ.13
2.2. Αίτια της υποεκπροσώπησης των γυναικών στις χειρουργικές ειδικότητες	σελ.19
3.Θεωρητικό πλαίσιο	σελ.21
3.1 Εισαγωγή	σελ.21
3.2 Η θεωρία της πρακτικής του Bourdieu	σελ.22
3.3 Η θεωρία της επιτελεστικότητας της Butler	σελ.27
3.3 Η μελέτη των γυναικών χειρουργών από την Cassell	σελ.30
4. Μεθοδολογία	σελ.33
4.1 Σκοπός της μελέτης	σελ.33
4.2.Ερευνητικά ερωτήματα	σελ.33
4.3. Η συλλογή – παραγωγή του ερευνητικού υλικού	σελ.29
4.4. Η ποιοτική συνέντευξη	σελ.34
4.5. Επιλογή δείγματος-χώρος συνέντευξης	σελ.37
4.6. Ανθρωπολογική μελέτη «οίκοι»	σελ.37
5. Το εμπειρικό υλικό των συνεντεύξεων	σελ.41
5.1. Η ιατρική και κυρίως η χειρουργική έχει εντυπωθεί στην κοινή λογική ως «ανδρική» επιστήμη	σελ.41
5.2. Οι μοριακές εκρήξεις ελευθερίας των γυναικών χειρουργών	σελ.46
5.2.1. Η επιλογή της ειδικότητας	σελ.46
5.2.2. Εμφάνιση	σελ.48
5.2.3. Οι σχέσεις με τους συναδέλφους	σελ.50
5.2.4. Η αντιμετώπιση των ασθενών και των συγγενών τους	σελ.52
5.2.5. Σχέσεις με συντρόφους-οικογένεια	σελ.53
6. Συμπεράσματα	σελ.57
Παράρτημα	σελ.61
Βιβλιογραφία	σελ.63

1. Αντί προλόγου

Οι Παρασκευές είναι, όπως άλλωστε και στην πλειοψηφία των επαγγελματικών χώρων, οι πιο δύσκολες μέρες σ' ένα χειρουργείο. Το προσωπικό σε αναμονή του σαββατοκύριακου θέλει να ολοκληρώνονται γρήγορα και εύκολα όλα τα περιστατικά και να τελειώνει η βάρδιά τους χωρίς ιδιαίτερες εκπλήξεις.

Για τους χειρουργούς, συχνά, τα πράγματα είναι διαφορετικά. Εάν έχει προγραμματισθεί ή προκύψει εκτάκτως ένα βαρύ ή πολύπλοκο χειρουργείο ο χρόνος αποκτά μία εντελώς διαφορετική διάσταση. Τα λεπτά δεν μετρούν και φυσικά δεν τίθεται ποθενά η έννοια του ωραρίου. Από τη στιγμή που ο χειρουργός βυθιστεί στο χειρουργικό πεδίο του, περνά σε μία διαφορετική διάσταση, σε μία πρωτόγονη κατάσταση με ιδιαίτερα ένστικτα και αισθήματα που ίσως είναι δύσκολο να κατανοήσει κανείς εάν δεν έχει βιώσει την εμπειρία αυτή. Η απορρόφηση, η «έκσταση» του χειρουργείου είναι τέτοια που η επιθυμία του υπόλοιπου προσωπικού να τελειώσει τη βάρδιά του και να αποχωρήσει είναι τουλάχιστον αποκαρδιωτική και απογοητευτική.

Μία τέτοια Παρασκευή, λοιπόν, είχε προκύψει ένα περιστατικό που απαιτούσε χρόνο και ιδιαίτερο υλικοτεχνολογικό εξοπλισμό του οποίου το στήσιμο απαιτεί προσπάθεια, χρόνο και φυσικά τη συνεργασία τουλάχιστον 2-3 ατόμων. Και ενώ εμένα με είχε συνεπάρει η επικείμενη εγχειρητική εξερεύνηση των παραρρινίων κόλπων του ασθενούς μου, αδιαφορώντας για την κούραση και τον απαιτούμενο χρόνο, φαινόταν ότι από την αρχή του περιστατικού τίποτα δεν λειτουργούσε σωστά. Τα εργαλεία δεν ήταν τα κατάλληλα -άλλα έλειπαν και άλλα δεν λειτουργούσαν-όπως και η εργαλειοδοσία (να σου δίνουν τα κατάλληλα εργαλεία με το σωστό τρόπο γιατί όταν τα ζητάς δεν κοιτάς και δεν έχεις περιθώριο να ψάχνεις να το κρατήσεις σωστά) ήταν παντελώς λανθασμένη. Ακόμα και η αναισθησία του ασθενούς δεν φαινόταν να είναι η ιδανική. Και για να εξηγήσω, η μη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης σε χαμηλά επίπεδα οδηγεί σε αιμορραγία που καλύπτει το χειρουργικό πεδίο και δυσκολεύει την επέμβαση. Ταυτόχρονα, στην αίθουσα το χειρουργείου είχε στηθεί μία συζήτηση για τις δραστηριότητες του επικείμενου Σαββατοκύριακου. Ο νοσηλευτής που έκανε κίνηση (έπρεπε να φέρνει οποιοδήποτε εργαλείο ή άλλο υλικό που δεν ήταν στην αίθουσα αλλά ήταν απαραίτητο για την επέμβαση) αναφερόταν στα ψώνια που έπρεπε να κάνει ενώ η εργαλειοδότρια με την αναισθησιολόγο σχολίαζαν τα ακριβά γούστα

της συντρόφου του. Ακούγονταν γέλια και ταυτόχρονα αναστεναγμοί κάνοντας παντελώς έκδηλη την ανυπομονησία να τελειώνει το περιστατικό μη έχοντας την παραμικρή επιθυμία να συμμετέχουν στην δυσκολία της επέμβασης.

Ως γυναίκα χειρουργός, η ίδια, έχω παρατηρήσει ότι το προσωπικό του χειρουργείου εύκολα αποκτά ένα είδους οικειότητα με τη χειρουργό η οποία βρίσκεται στο χώρο ως «μητρική φιγούρα» για να δώσει λύση όχι μόνο στο πρόβλημα του ασθενούς αλλά σε όλων των ειδών τα προβλήματα του προσωπικού που μπορεί ν' αφορούν στις κοινωνικές σχέσεις τους, στις οικογένειές τους, στις καθημερινές δραστηριότητές τους. Η οικειότητα αυτή μπορεί να οδηγήσει σε μια «παράκαμψη» κανόνων που πρέπει ν' ακολουθούνται σε ένα τέτοιο χώρο, σε μια «ελαφρότητα» από την πλευρά του προσωπικού στην αντιμετώπιση των περιστατικών. Τέτοιου είδους οικειότητα φαίνεται ότι το προσωπικό δεν αποκτά εύκολα με τους άνδρες χειρουργούς.

Η κατάσταση, λοιπόν, που περιέγραψα παραπάνω δεν διευκόλυνε καθόλου την εξέλιξη του χειρουργείου και αποτελούσε σίγουρα την αλυσιδωτή εκείνη διαδικασία που μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω εκνευρισμό και ίσως λάθη. Αναρωτήθηκα λοιπόν ποιος είναι ο ενδεδειγμένος τρόπος για να επανέλθει η προσοχή όλων στο περιστατικό. Πως θα μπορούσε να επιβληθεί η «τάξη». Τι θα μπορούσα να κάνω χωρίς να χαρακτηριστώ ιδιόρρυθμη, δύσκολη, ή «ξινή».

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα ν αναφερθώ σ' ένα συνέδριο χειρουργικής που είχα παρακολουθήσει λίγο παλιότερα. Στην τελετή έναρξης, για να γίνει πιο ευχάριστη και ενδιαφέρουσα, συνηθίζεται να υπάρχει κάποιος επίτιμος προσκεκλημένος ομιλητής εκτός του ιατρικού χώρου. Στην προκειμένη περίπτωση ήταν ένας βετεράνος κυβερνήτης αεροσκάφους, ο οποίος, με ιδιαίτερα παραστατικό τρόπο παραλλήλιζε το επάγγελμα του πιλότου μ' εκείνο του χειρουργού. Ο κυβερνήτης, έλεγε, πρέπει να έχει ανά πάσα στιγμή τον απόλυτο έλεγχο του αεροσκάφους. Θα πρέπει να γνωρίζει το κάθε μηχανήμα και την κάθε ένδειξή του. Θα πρέπει να συντονίζει τις δραστηριότητες ολόκληρου του πληρώματος το οποίο θα πρέπει να τον σέβεται και όχι να τον φοβάται για να μπορεί να διατυπώσει τη γνώμη του ή να αναφέρει αν βλέπει κάτι περίεργο. Ο κυβερνήτης του αεροσκάφους θα πρέπει να έχει άψογη συνεργασία με τα μέλη του πληρώματος η οποία όμως διέπεται από κανόνες οι οποίοι εξασφαλίζουν την ομαλή και ασφαλή πτήση. Ο κυβερνήτης του αεροσκάφους είναι ο αρχηγός, ο οδηγός. Έτσι ακριβώς και ο χειρουργός, ο οποίος μπορεί να έχει το βλέμμα του στο χειρουργικό

πεδίο, ωστόσο παρακολουθεί με τις υπόλοιπες αισθήσεις ολόκληρη την χειρουργική αίθουσα. Κάθε ήχος μηχανήματος ή κάθε ψίθυρος γίνεται αντιληπτός και στο μυαλό του πραγματοποιείται μία συνεχής αξιολόγηση της γενικότερης κατάστασης.

Σε ολόκληρη τη διάρκεια της χειρουργικής μου καριέρας στην Ελλάδα και σε δύο χώρες του εξωτερικού, τόσο οι εκπαιδευτές μου όσο και οι τωρινοί μου συνάδελφοι, είναι κατά τη συντριπτική τους πλειοψηφία άνδρες. Η χειρουργική μου συμπεριφορά έχει με ελάχιστες εξαιρέσεις- επηρεαστεί από άνδρες. Τις περισσότερες φορές οι χειρουργοί αυτοί ήταν αυστηροί, επιθετικοί, θα μπορούσαμε ίσως να πούμε με ιδιαίτερα έντονη «ανδρική» συμπεριφορά. Οι δυο γυναίκες χειρουργοί από τις τρεις που συνέβαλαν ουσιαστικά στην εκπαίδευσή μου, ήταν πιο «μάτσο» από τους άνδρες. «Τα θηλυκά άγρια ζώα μπορούν να πετύχουν τα πιο θανατηφόρα χτυπήματα» έλεγε μία από αυτές.

Στις περισσότερες ανάλογες περιπτώσεις με αυτή που περιέγραψα παραπάνω ο χειρουργός θα έβγαζε μια κραυγή, ίσως θα χρησιμοποιούσε μη ευπρεπείς λέξεις, ίσως θα ζητούσε άγαρμπα αλλαγή εργαλειοδοσίας ή μπορεί να πετούσε επιδεικτικά τα άχρηστα εργαλεία στο πάτωμα ορίζοντας έτσι και επιβάλλοντας ότι αυτός είναι αρχηγός, ο κυβερνήτης της χειρουργικής αίθουσας. Μία τέτοια συμπεριφορά είναι λίγο έως πολύ αναμενόμενη.

Τι κάνει όμως μία γυναίκα χειρουργός σε ανάλογη περίπτωση; Ακολουθεί τα πρότυπα που έχει δει; Υιοθετεί αυτή τη στερεοτυπική «ανδρική» συμπεριφορά; Είναι αυτός ο κώδικας επικοινωνίας και λειτουργίας του χειρουργείου που αποτελεί έναν ανδροκρατούμενο χώρο; Είναι ενδεχομένως αυτός ο λόγος για τον πολύ μικρό συγκριτικά αριθμό γυναικών χειρουργών όταν ο αριθμός των εισακτέων στην ιατρική είναι ο ίδιος με αυτών των ανδρών; Οι γυναίκες χειρουργοί υποβάλλονται σε μία διαδικασία απόκτησης των θεωρούμενων «αρσενικών» χαρακτηριστικών προκειμένου να λειτουργήσουν στον χώρο αυτό; Ή μήπως ο αυξανόμενος αριθμός γυναικών χειρουργών αλλάζει το πρόσωπο της χειρουργικής και της ιατρικής γενικότερα;

Ως γυναίκα χειρουργός η ίδια έχω βρεθεί, ιδιαίτερα τα πρώτα χρόνια της καριέρας μου, μπροστά στο δίλημμα της υιοθέτησης μιας συμπεριφοράς ξένης, διαφορετικής, θα τολμούσα να πω πιο «ανδρικής», προκειμένου ν' ανταπεξέλθω στις απαιτήσεις του επαγγέλματός μου. Στο παραπάνω περιστατικό που συνέβη πρόσφατα σ' ένα χώρο που

χειρουργώ χρόνια, το πρόβλημα λύθηκε απλά με μια επιβλητική παρατήρηση σε υψηλό τόνο ωστόσο ήταν το έναυσμα για την παρούσα εργασία.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να γίνει μία ανθρωπολογική μελέτη της κατασκευής του φύλου του χειρουργού στη χώρα μας. Με βάση τις θεωρίες του Bourdieu και της Butler θα αναλυθούν οι νόρμες μέσα στις οποίες γεννιέται και αναπτύσσεται ο χειρουργός και θα διαφωτιστούν οι τυχόν προσαρμογές της γυναίκας χειρουργού. Ειδικά θα εξετασθεί εάν αποκτά αυτά που θεωρούνται «ανδρικά» χαρακτηριστικά και αποποιείται τα γνωστά ως «γυναικεία» προκειμένου να γίνει αποδεκτή «επί ίσους όρους» στον επαγγελματικό της και όχι μόνο κόσμο. Στο κείμενο αυτό παρουσιάζεται η σχετική διεθνής και μη βιβλιογραφία καθώς και τα αποτελέσματα από ελεύθερες συνεντεύξεις που πήρα από έξι γυναίκες συναδέλφους μου.

2. Περιγραφή του φαινομένου

2.1. Το φαινόμενο της υποεκπροσώπησης των γυναικών στις χειρουργικές ειδικότητες - δημογραφικά στοιχεία

Οι γυναίκες χειρουργοί είναι μειοψηφία στην Ιατρική (Cochran et al., 2013). Το φαινόμενο αυτό δεν παρατηρείται μόνο στην Ελλάδα, αλλά αντίθετα είναι παγκόσμιο (Burgos and Josephson, 2014; Ahmadiyah et al., 2010; Schroen, Brownstein and Sheldon, 2004). Αν και τα τελευταία χρόνια φαίνεται να αλλάζουν οι ισορροπίες και ν' αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών χειρουργών, αυτό γίνεται με εξαιρετικά αργό ρυθμό. Στη χώρα μας οι γυναίκες αποτελούν περίπου το 50% των εισερχομένων στις ιατρικές σχολές ωστόσο μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό από αυτές ακολουθεί κάποια χειρουργική ειδικότητα (School.med.uoa.gr, 2016). Είναι χαρακτηριστικό ότι μέχρι πρόσφατα στα νοσοκομεία της χώρας μας δεν υπήρχε γυναικεία κλίνη εφημερίας για χειρουργούς. Κατά τη διάρκεια της ειδικότητας μου, θυμάμαι, πάντα προβληματιζόμουν, σε αντίθεση με τους άνδρες συνάδελφούς μου, που θα μπορούσα ν' αλλάξω ρούχα ή να ξαπλώσω στην εφημερία μου. Και φυσικά η επαγγελματική πορεία των γυναικών χειρουργών δεν παρουσιάζει μόνο τα παραπάνω προβλήματα. Κατά την διάρκεια της εκπαίδευσής τους συχνά δέχονται κριτική που βασίζεται αποκλειστικά στο φύλο τους. Κάθε παράβλεψη ή λάθος τους αποδίδεται στις «διαταραγμένες» ορμόνες τους, υπονοώντας, ίσως, ότι το σώμα τους δεν είναι σώμα χειρουργού. Εάν ξεπεράσουν τον «κάβο» της εκπαίδευσης, η καριέρα τους πολύ δύσκολα φτάνει τις ανώτατες βαθμίδες. Είναι χαρακτηριστικό στη χώρα μας, δεν έχει υπάρξει γυναίκα καθηγήτρια χειρουργικής (School.med.uoa.gr, 2016). Εάν έχουν οικογένεια, κατηγορούνται ότι δεν είναι αρκετά αφοσιωμένες στην εργασία τους για να βρεθούν σε ανώτερες βαθμίδες, ενώ, εάν δεν έχουν οικογένεια, δέχονται άλλου τύπου σεξιστικά σχόλια (Boulis and Jacobs, 2008). Παρόμοια περιστατικά παρατηρούνται και σε άλλες χώρες. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ μία μέντοράς μου που έγινε καθηγήτρια διαπίστωσε ότι ο μισθός της ήταν χαμηλότερος από τον αντίστοιχο ενός άνδρα. Όταν διεκδίκησε την αύξηση του μισθού, μετά από πολλές δικαστικές διαμάχες, της δόθηκε η αύξηση αλλά κατά την συνταξιοδότησή της δεν της δόθηκε ο τίτλος της ομότιμης καθηγήτριας. Στις ΗΠΑ, στο πλαίσιο των ίσων ευκαιριών, όταν τα χειρουργικά τμήματα γεμίζουν από ανδρικό ιατρικό προσωπικό, δίνονται κάποια

κίνητρα για να προσελκύσουν γυναίκες χειρουργούς (Dageforde, Kibbe and Jackson, 2013), ωστόσο επειδή προσλαμβάνονται ως μειονότητα, τις περισσότερες φορές τις ακολουθεί το «στίγμα» αυτό και η καριέρα τους δεν έχει ανοδική πορεία.

Γιατί όμως οι χειρουργικές ειδικότητες έχουν αποκτήσει αυτό το αυξημένο κύρος σε σχέση με τις υπόλοιπες μη χειρουργικές;

Αν το εξετάσουμε ιστορικά θα διαπιστώσουμε ότι η χειρουργική πριν από την εισαγωγή της αναισθησίας και των αντιβιοτικών λόγω των φτωχών αποτελεσμάτων της δεν χαρακτηριζόταν από την αίγλη της σύγχρονης εποχής (Shorter, 1985). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι κατά τον μεσαίωνα υπήρχαν οι κουρείς χειρουργοί που μετέδιδαν πρακτικά γνώσεις χειρουργικής στους νεότερους χωρίς να υπάρχει κάποιο επιστημονικό υπόβαθρο (Pastena, 1993).

Ο διαχωρισμός της χειρουργικής ως ξεχωριστό επάγγελμα που στηρίζεται επιστημονικά και η εισαγωγή της αναισθησίας και των αντιβιοτικών κατάφεραν να αυξήσουν σημαντικά το κύρος των χειρουργών και αυτό αυξάνεται όσο τα αποτελέσματά τους είναι καλύτερα. Τις περισσότερες φορές η χειρουργική παρέμβαση αποτελεί την τελευταία επιλογή που θα δώσει την λύση στο πρόβλημα του ασθενούς και αυτό προσδίδει χαρακτηριστικά «Θεού» στο χειρουργό (Pringle, 1998; Cassell, 1986).

Η ιδέα μάλιστα ότι το σώμα του ασθενούς παραδίδεται αναίσθητο και παντελώς αδύναμο να αντιδράσει σε ένα άλλο σώμα που μπορεί να το εξετάσει από έξω αλλά κυρίως να το ανοίξει και να διερευνήσει τη κοιλιά του, τον εγκέφαλό του, όλα του τα εσωτερικά όργανα προσδίδει μία τεράστια εξουσία στον χειρουργό και δέος στην εικόνα του (Pringle, 1998).

Γιατί είναι τόσο δύσκολο για τις γυναίκες να ακολουθήσουν τη χειρουργική; Υπάρχει, άραγε, αρνητική προκατάληψη για το φύλο τους; Οι άντρες χειρουργοί, συχνά, τονίζουν ότι η χειρουργική δεν είναι στη «φύση» της γυναίκας, ενώ οι ασθενείς δεν τις εμπιστεύονται για τον απλό λόγο ότι δεν συμβαδίζουν με την εικόνα- πρότυπο του χειρουργού που έχουν στο μυαλό τους. Από την άλλη, οι ίδιες οι γυναίκες χειρουργοί παραδέχονται ότι μερικές φορές, προκειμένου να ασκήσουν το επάγγελμά τους, αποκτούν «ανδρική» συμπεριφορά (Cassell, 1986).

Η κατασκευή του φύλου από το επάγγελμα και η κατασκευή του επαγγέλματος από το φύλο είναι φαινόμενο που στηρίζεται σε κοινωνικά και πολιτισμικά κριτήρια και επιτελείται καθημερινά στην εργασία. Οι άνθρωποι που επιλέγουν να μην ακολουθήσουν τις «νόρμες», ονομάζονται «μετανάστες του φύλου» και παρουσιάζουν μία αντίστροφη κατάσταση σε σχέση με την έμφυλη σύνθεση και την ιστορία του επαγγέλματος που ακολουθούν (Οικονόμου, 2012). Ειδικά σε επαγγέλματα που η ιεραρχικότητα είναι εξαιρετικά έντονη υπάρχουν συνεχείς υπόγειες και μη συγκρούσεις που δημιουργούνται όπως είναι φυσικό από τη σύνθεση του προσωπικού με βάση το φύλο. Στα νοσοκομειακά ιδρύματα από την πρωτοίδρυσή τους, ο καταμερισμός της εργασίας αντικατόπτριζε την κυρίαρχη τάξη πραγμάτων της αστικής κοινωνίας με βάση το φύλο. Η Ιατρική είναι από την αρχή της σύγχρονης ιστορίας της μία «αρσενική» επιστήμη και με αυτή την εικόνα έχει εντυπωθεί στους ανθρώπους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία που συνέλεξα από τον Ιατρικού Σύλλογο Αθήνας. Η εγγραφή στον σύλλογο είναι υποχρεωτική προκειμένου κάποιος ν' ασκήσει το επάγγελμα. Στο site του συλλόγου υπάρχει κατάλογος όλων των εγγεγραμμένων ιατρών στο σύλλογο, ο οποίος είναι σε μορφή excel. Από τον κατάλογο αυτό διαχώρισα τους/τις χειρουργούς και τους ταξινόμησα με βάση τη δηλωμένη ειδικότητά τους και το φύλο τους όπως αναγνωριζόταν από το όνομα. Δεν υπήρχαν άλλα δημογραφικά στοιχεία (π.χ ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, κλπ). Τα στοιχεία παρατίθενται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Ο αριθμός των χειρουργών του νομού Αττικής κατά ειδικότητα και κατά φύλο.

Ειδικότητα	Άνδρες	Γυναίκες	Ποσοστό %
Αγγειοχειρουργική	124	10	8
Γυναικολογία	1026	250	24,3
Νευροχειρουργική	177	7	3,95
Ορθοπαιδική	917	62	6,76
Ουρολογία	399	8	2
Πλαστική Χειρουργική	196	57	29
Γενική Χειρουργική	826	119	14,4
Χειρουργική Θώρακος	227	7	3
Χειρουργική Παίδων	58	14	24
ΩΡΛ	412	130	31,55
Σύνολο	4362	664	15,2

Όπως προκύπτει στην περιφέρεια Αττικής, στο σύνολο των εγγεγραμμένων όλων των ειδικοτήτων χειρουργών, το 15,2% είναι γυναίκες, όταν στους εισακτέους στις ιατρικές σχολές τα ποσοστά των ανδρών και των γυναικών είναι παρόμοια (School.med.uoa.gr, 2016). Θα μπορούσα μάλιστα να υποστηρίξω ότι το παραπάνω ποσοστό είναι ακόμα μικρότερο αφού πολλές γυναίκες χειρουργοί δεν είναι «μάχιμες» χειρουργικά όπως για παράδειγμα αυτές που προτιμούν να στελεχώνουν μονάδες εντατικής θεραπείας. Ενδιαφέρον έχει εάν κοιτάξουμε αναλυτικά τις ειδικότητες. Στη γυναικολογία το ποσοστό των γυναικών έναντι των ανδρών είναι 24,3% ενώ στην ουρολογία είναι μόλις 2%. Η ανάλυση του φαινομένου αυτού αποτελεί μία εντελώς διαφορετική εργασία. Υπάρχουν μερικές ειδικότητες που εξακολουθούν και είναι εξαιρετικά ανδροκρατούμενες όπως η χειρουργική θώρακος, η ορθοπεδική και η ουρολογία και άλλες που επειδή -κάποιοι θα υποστήριζαν ότι έχουν κάποια «γυναικεία» χαρακτηριστικά ή είναι πιο «ήπιες»- έχουν μεγαλύτερα ποσοστά γυναικών όπως η ωτορινολαρυγγολογία και η πλαστική χειρουργική.

Το παραπάνω φαινόμενο συναντάται σε παγκόσμια κλίμακα. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, διαπιστώνεται ότι ενώ περισσότερο από μία δεκαετία ο αριθμός των γυναικών που τελειώνουν την ιατρική είναι ίσος με αυτόν των ανδρών ωστόσο οι γυναίκες υποεκπροσωπούνται στις χειρουργικές ειδικότητες (Jagsi et al., 2014).

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής (Jagsi et al., 2014) φαίνονται στον Πίνακα 2:

Πίνακας 2: Αριθμός απόφοιτων σε χειρουργικές ειδικότητες με βάση το φύλο

	Χρονιά αποφοίτησης					
	2006		2007		2008	
Ειδικότητα	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες
Σύνολο	7.734	8.172	7.910	8.204	7.956	8.188
Γενική χειρουργική	440	646	380	645	457	647
νευροχειρουργική	23	131	24	128	20	118
ορθοπεδική	78	524	82	545	103	543
ΩΡΛ	72	184	77	189	94	170
Ουρολογία	35	133	37	141	51	127

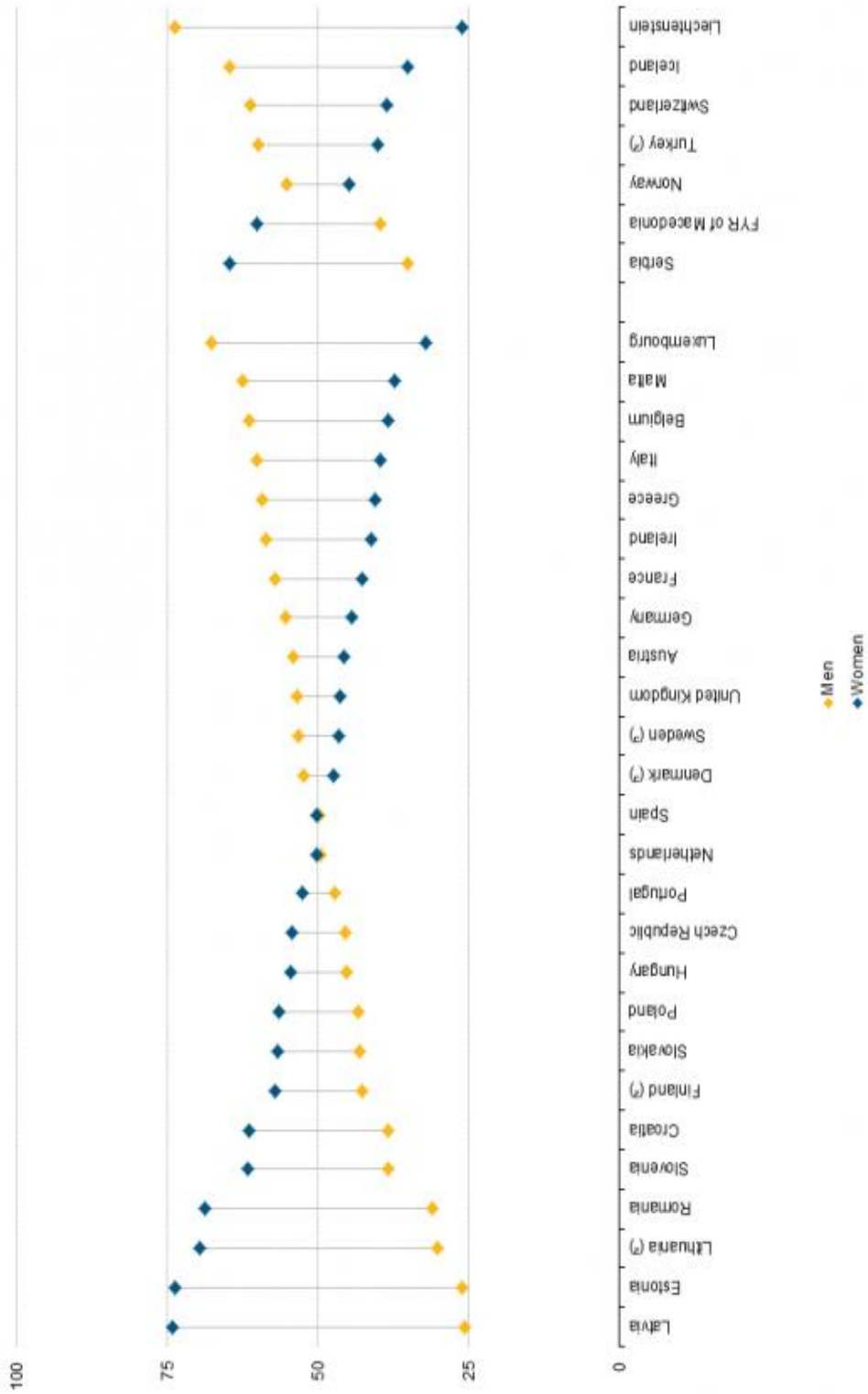
Πηγή: Association of American Medical College

Είναι φανερό ότι και στις ΗΠΑ, ορισμένες χειρουργικές ειδικότητες όπως η νευροχειρουργική, η ορθοπεδική και η ουρολογία θεωρούνται «ανδρικές». Μελέτες και σε άλλες χώρες παρουσιάζουν ανάλογα ευρήματα εμφανίζοντας το ποσοστό των γυναικών χειρουργών στο 10-16,5% στο σύνολο των χειρουργών τους. Για παράδειγμα στην Αυστραλία το ποσοστό είναι 16,5% (Rogers, Creed and Searle, 2012), στο Χονγκ Κονγκ 15,7% (Chan et al., 2010) και στη Μεγάλη Βρετανία είναι 10,5% (Surgicalcareers.rcseng.ac.uk, 2016). Ωστόσο, όλοι οι παραπάνω υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια σταθερή μικρή αύξηση του ποσοστού αυτού.

Στη Μεγάλη Βρετανία, με βάση το UCAS, το 2011 το 55% των απόφοιτων των ιατρικών σχολών ήταν γυναίκες. Ωστόσο, το 2014 οι γυναίκες αποτελούσαν μόνο το 10,5% των ειδικευμένων χειρουργών στην Αγγλία. Το ποσοστό των ειδικευόμενων γυναικών της χειρουργικής, όμως, ήταν 29,5%. Είναι φανερό λοιπόν ότι ο αυξημένος αριθμός των φοιτητριών της ιατρικής δεν αντιστοιχεί σε ανάλογη αύξηση του αριθμού των γυναικών χειρουργών αλλά υπάρχει μία αξιοσημείωτη ανοδική τάση. Η εκπαίδευση στη χειρουργική, βέβαια, συνήθως διαρκεί πάνω από 10 χρόνια που σημαίνει ότι θα πάρει αρκετό χρόνο ώστε να υπάρξουν πολλές γυναίκες ειδικευμένες στη χειρουργική (Surgicalcareers.rcseng.ac.uk, 2016).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία της Eurostat για τον αριθμό των γιατρών με βάση το φύλο τους στις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης (Ec.europa.eu, 2016). Σε όλες τις χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ ο αριθμός των γυναικών γιατρών είναι μεγαλύτερος από εκείνον των ανδρών. Υπάρχει μία πολύ ενδιαφέρουσα ερμηνεία για το φαινόμενο αυτό. Στις χώρες αυτές η αμοιβή των γιατρών είναι πολύ χαμηλή επομένως το επάγγελμα αυτό «αφήνεται» στις γυναίκες (Ehrenreich and English, 2010). Ωστόσο ενδιαφέρον θα είχε να δούμε την ανάλογη ταξινόμηση για τις χειρουργικές ειδικότητες αλλά δεν κατάφερα να βρω αυτά τα στοιχεία.¹ Τα στοιχεία αυτά παρατίθενται στο Διάγραμμα 1 που ακολουθεί:

¹ Στις χώρες του ανατολικού μπλοκ η πλειοψηφία των γιατρών είναι γυναίκες ενώ στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής είναι άνδρες. Συνειρμικά έρχονται πολλά δίπολα που επιζητούν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο αυτό. Άνδρας-γυναίκα, σοσιαλισμός-καπιταλισμός, ανατολή-δύση, δημόσια-ιδιωτική υγεία. Στο βάθος διαπιστώνεται ότι στις χώρες που οι γυναίκες γιατροί πλειοψηφούν έναντι των ανδρών η ιατρική έχει λιγότερο κύρος και αμειβεται χαμηλότερα. Και όπως σχολίασε ένας φίλος, η αμοιβή του γιατρού είναι σε απόλυτη συνάρτηση με την αξία της ανθρώπινης ζωής. Στην αίσθηση, λοιπόν, που υπάρχει ότι η δυτική ιατρική μοιάζει να πέφτει από το βάθρο της, το εύλογο ερώτημα που γεννάται είναι ποια η σχέση ανάμεσα στο status της ιατρικής και του φύλου (Ehrenreich and English, 2010).



(*) Bulgaria and Cyprus: not available.

(*) Estimates.

(*) 2012.

Source: Eurostat (online data code: h1th_rs_phys)

Πηγή: Ec.europa.eu, 2016

Διάγραμμα 1: Αριθμός γιατρών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά φύλο

2.2. Αίτια της υποεκπροσώπησης των γυναικών στις χειρουργικές ειδικότητες

Έχουν γίνει πολλές μελέτες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο του μικρού αριθμού γυναικών χειρουργών. Τα τελευταία, μάλιστα, χρόνια παρατηρείται μια γενικότερη μείωση του ενδιαφέροντος για τη χειρουργική. Σε γενικές γραμμές, αν και η χειρουργική θεωρείται ως ιδιαίτερου κύρους ειδικότητα, δεν προσφέρει ποιότητα ζωής (Creed, Searle and Rogers, 2010). Οι φοιτητές της ιατρικής και των δύο φύλων στρέφονται προς ειδικότητες που επιτρέπουν να οργανώσουν τη ζωή τους με τον τρόπο που επιθυμούν (Tambyraja et al., 2008). Πιο συγκεκριμένα, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες φαίνεται ότι προβληματίζονται με το ιδιαίτερα απαιτητικό ωράριο των χειρουργών (Evans, Goldacre and Lambert, 2000), και εκφράζουν την επιθυμία να έχουν ισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις της καριέρας και της οικογένειας (Dorsey, Jarjoura and Rutecki, 2005; Tolhurst and Stewart, 1999; Ek, Ek and Mackay, 2005). Η πολυετής και χωρίς ευελιξία εκπαίδευση είναι θέματα που αφορούν και στους άνδρες και στις γυναίκες με μελέτες να υποστηρίζουν ότι θα αυξανόταν το ενδιαφέρον για τη χειρουργική εάν υπήρχε μειωμένο ωράριο εκπαίδευσης (Wendel, Godellas and Prinz, 2003; Saalwachter, 2006). Ωστόσο, φαίνεται ότι όλα τα παραπάνω επηρεάζουν αρνητικά τις γυναίκες πολύ περισσότερο από στους άνδρες. Αναλυτικότερα, οι φοιτήτριες αναφέρουν ως αποτρεπτικούς παράγοντες για μία καριέρα στη χειρουργική την έλλειψη προτύπων (Baxter, Cohen and McLeod, 1996; Gabram, 1995), τις διακρίσεις που βασίζονται στο φύλο, το εξαιρετικά ανδροκρατούμενο περιβάλλον (Park et al., 2005; Walters, 1993) με τις ηγεμονικές «ανδρικές» προσωπικότητες (Gargiulo, 2006) και την αναγκαιότητα που δημιουργείται για αναβολή δημιουργίας οικογένειας (Gjerberg, 2002). Όπως, πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται από τους Chan et al (2010) «παραδοσιακά» η καριέρα στη χειρουργική δεν είναι συμβατή με τους «στόχους» των γυναικών ούτε και τις απαιτήσεις μιας οικογένειας. Μάλιστα σε αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες, με στατιστικά σημαντική διαφορά, είναι συχνότερα ανύπαντρες και χωρίς παιδιά σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Οι γυναίκες χειρουργοί, επίσης, αναφέρουν συχνότερα διακρίσεις με βάση το φύλο στην επιλογή προγραμμάτων εκπαίδευσης και στην επαγγελματική ανέλιξη (Chan et al., 2010).

3. Θεωρητικό πλαίσιο

3.1. Εισαγωγή

Το νοσοκομείο είναι κατεξοχήν χώρος με πολλά παιχνίδια εξουσίας. Από την εποχή της ίδρυσής του ο θεσμός του νοσοκομείου, υποστηρίζει ο Foucault (2012[1963]) είναι μηχανισμός ελέγχου της κοινωνίας που επιβάλλεται στην καθημερινή πράξη με τον παντοδύναμο λόγο της επιστήμης, τον πολύπαθο λόγο της σεξουαλικότητας και τον αμφιλεγόμενο λόγο του ανθρωπισμού οι οποίοι είναι κυρίαρχοι και εφευρίσκουν πολλούς μηχανισμούς για να διατηρούν την εξουσία τους. Σύμφωνα με τον Foucault, οι διάφοροι κοινωνικοί θεσμοί και σχέσεις βασίζονται στη διεισδυτική οικονομία των λόγων εξουσίας που τελικά καθορίζουν τις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων σε όλα τα διαφορετικά κοινωνικά επίπεδα. (Donnelly, 1984) Η διείσδυση είναι τόσο βαθιά και επιβλητική που η εξουσία παύει να είναι μόνο συνάρτηση των τυπικών πολιτικών θεσμών. αλλά ταυτόχρονα εγγράφεται με επιτυχία στην καθημερινή ζωή και εφαρμόζεται ως δεδομένη και «φυσική» (Foucault, 2002). Οι πολλοί διαφορετικοί ρόλοι που παίζουν τα άτομα μέσα στο νοσοκομείο όπως γιατροί, νοσηλευτές, ασθενείς, φοιτητές, άνδρες γυναίκες φέρουν όλοι τη σφραγίδα ορισμένων ειδών σχέσεων ανάμεσα στους ανθρώπους στις οποίες κάποιος κυριαρχούν και άλλοι είναι «υποταγμένοι». Και όπως, είναι επόμενο, εκείνος που κυριαρχεί στις σχέσεις αυτές ελέγχει και τις συνθήκες κάτω από οποίες ορίζεται η γνώση, η αλήθεια και κατά συνέπεια και η καθημερινή πραγματικότητα. Οι κυρίαρχες τάξεις εγγράφουν την εξουσία τους σε μια σειρά τακτικών και στρατηγικών που διδάσκουν τους ανθρώπους να υπάρχουν με ένα ορισμένο τρόπο στον κόσμο. Το σύστημα της ιεραρχίας είναι εξαιρετικά δεδομένο και εμπεδωμένο και ίσως είναι το πρώτο που διδάσκεται σε νεοεισερχομένους εκπαιδευόμενους μέσα στα νοσοκομεία. Διδάσκεται συνήθως σιωπηλά από στόμα σε στόμα με απόλυτο και αδιαμφισβήτητο τρόπο και τελικά διαπερνά πολύ αποτελεσματικά τα υποκείμενα. Πρόκειται, λοιπόν για την συμβολική βία η οποία δρα «...άμεσα, και ως δια μαγείας, έξω από κάθε σωματικό καταναγκασμό» ((Bourdieu, 2007b: 30) και τελικά είναι πιο επικίνδυνη από την πραγματική γιατί διαποτίζει και επηρεάζει σε βάθος τα υποκείμενα.

3.2. Η θεωρία της πρακτικής του Bourdieu

Η θεωρία του Bourdieu επιλέγεται ως θεωρητικό πλαίσιο επειδή παρέχει μια σειρά εννοιολογικών εργαλείων για την εξέταση του κοινωνικού φαινομένου που εξετάζω, και θα συμβάλει «εν μέρει» στην εξήγηση και στην ανάλυση των ερευνητικών ευρημάτων μου.

Σύμφωνα με τον Παναγιωτόπουλο (Εισ. Παναγιωτόπουλου, Bourdieu, 1992: 15) με τη θεωρία της πρακτικής ο Bourdieu επιθυμεί να υπερκεράσει την αντίθεση αντικειμενισμός -υποκειμενισμός και την πόλωση ανάμεσα σε μια δομική προσέγγιση που θεωρεί τις αντικειμενικές σχέσεις ανεξάρτητες από την ατομική συνείδηση και βούληση και μια φαινομενολογική προσέγγιση, που επιθυμεί να κατανοήσει την εμπειρία που συνοικοδομούν τα κοινωνικά υποκείμενα και τη συμβολή τους στη νοητική και πρακτική δομή του κοινωνικού γίνεσθαι. Η θεωρία της πρακτικής του Bourdieu:

«...γεννιέται κατά ένα μέρος από την απάντηση που δίνει στην ερώτηση: “πώς οι πρακτικές μπορούν να προσανατολίζονται” σε σχέση με σκοπούς, χωρίς να οδηγούνται συνειδητά σε αυτούς τους σκοπούς, ή εξαιτίας της υποταγής σε έναν κανόνα...» (Bourdieu, 1992: 30)

Κατά τον Bourdieu οι γυναίκες έχουν υπάρξει κατεξοχήν θύματα της συμβολικής βίας² με την έννοια της αυθαίρετης επιβολής των αντιλήψεων, ερμηνειών, αρχών και αξιολογήσεων και τελικά οδηγούνται να αποδεχτούν και να επιτελέσουν τις κατώτερες ή εξαρτημένες εργασίες που αντιστοιχούν στις αρετές τους δηλαδή την υποταγή, την ευγένεια, την υπακοή, την αφοσίωση και την αυταπάρνηση ((Bourdieu, 2007b) .Ο Bourdieu, στο έργο του «Ανδρική Κυριαρχία» (2007), σημειώνει ότι οι γυναίκες καθίστανται συμβολικά αντικείμενα, ευρισκόμενες σε μία κατάσταση διαρκούς σωματικής ανασφάλειας, η δε υποτιθέμενη «θηλυκότητά» τους υπό τη μορφή της υποταγής, της διακριτικότητας, της διάθεσης για φροντίδα, δεν είναι τίποτε άλλο από μία μορφή συγκατάβασης απέναντι στις ανδρικές προσδοκίες. Ο άνδρας χειρουργός

² Ο ίδιος ορίζει τη συμβολική βία ως «...μια βία ήπια, ανεπαίσθητη, αόρατη, ακόμα και για τα ίδια τα θύματά της, η οποία στην ουσία της ασκείται μέσω των καθαρά συμβολικών οδών της επικοινωνίας και της γνώσης, ή, για να είμαστε πιο ακριβείς, της παραγνώρισης, της αναγνώρισης ή, οριακά, του συναισθήματος», ενώ την έννοια συμβολική κυριαρχία την ορίζει ως κυριαρχία ασκούμενη στο όνομα μιας αρχής συμβολικής (μιας γλώσσας, ενός τρόπου ζωής, σκέψης ή συμπεριφοράς), η οποία είναι γνωστή και αναγνωρισμένη εξίσου από τους κυρίαρχους και κυριαρχούμενους στο πεδίο στο οποίο αυτή ασκείται (Bourdieu, 2007b: 30)

διευθυντής πολύ συχνά κατέχει μια θέση πολύ ψηλά αν όχι την ψηλότερη -ιδιαίτερα αν έχει να επιδείξει πολλές ιατρικές επιτυχίες στο ενεργητικό του- στην ιεραρχία του νοσοκομείου. Το είδωλο του περιβάλλεται από ένα πέπλο μυστηρίου και μαγείας με απόλυτη εξουσία να καθορίζει τη μοίρα τόσο των ασθενών, των νοσηλευτών αλλά και των νεότερων συναδέλφων του. Η εικόνα του είναι απόλυτη και η εξουσία αδιαμφισβήτητη. Είναι άνδρας με «ανδρική» συμπεριφορά και εικόνα με δύναμη και αποφασιστικότητα –χαρακτηριστικά που δεν έχουν οι γυναίκες-. Η εικόνα αυτή είναι τόσο ισχυρά εμπεδωμένη που θεωρείται «φυσική».

Γιατί λοιπόν η νεαρή γυναίκα που γίνεται γιατρός όταν πρόκειται να επιλέξει ειδικότητα διστάζει να δηλώσει τη χειρουργική; Το ερώτημα αυτό έχει απασχολήσει ανθρωπολόγους και κοινωνιολόγους, ωστόσο το θέτω και η ίδια συχνά σε φοιτητές/τριες ιατρικής. Τις περισσότερες φορές οι φοιτήτριες απαντούν ότι δεν τους αρέσει, ωστόσο, εάν συζητήσει κανείς περισσότερο μαζί τους αναφέρουν ότι είναι δύσκολη, ότι είναι «ανδρική» ειδικότητα, ή μπορεί να δείξουν αμφιβολία αν μπορούν να ανταπεξέλθουν με επιτυχία. Συχνά, αναφέρουν ότι θέλουν να κάνουν οικογένεια και παιδιά, ότι δεν είναι στη «φύση» της γυναίκας και επίσης αναρωτιούνται αν τελικά θα τις εμπιστεύονταν οι ασθενείς στην περίπτωση που επιλέξουν τη χειρουργική. Οι σκέψεις αυτές δεν είναι σκέψεις που εμφανίζονται τη στιγμή της επιλογής της ειδικότητας αλλά αντίθετα είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας εντύπωσης που ξεκινά στις νεαρές γιατρίνες από την παιδική ηλικία, μέσα στο συγκεκριμένο περίγυρο που αναπτύσσονται, με την συγκεκριμένη εκπαίδευση που δέχονται και τελικά το κορίτσι αποκτά συνήθειες που στην κυριολεξία «διαμορφώνουν» τον νου και το σώμα του και οδηγούν σε συγκεκριμένες αποφάσεις.

Σ' αυτό το σημείο, λοιπόν, ο Bourdieu, με την αναστοχαστική θεωρία του, έρχεται να ερμηνεύσει το φαινόμενο αυτό. Είναι ολοφάνερο ότι οι νεαρές γιατρίνες βρίσκονται αντιμέτωπες με το σύνολο των έξεων ή αλλιώς προδιαθέσεων (habitus)³ με βάση τις οποίες χειρίζονται διάφορες κοινωνικές περιστάσεις. Σταδιακά αλλά και συστηματικά από την ώρα που γεννιούνται τις διαπερνούν οι κανονισμοί εκείνοι που ήδη

³ Το habitus ορίζεται ως το σύστημα σταθερών και μεταβιβάσιμων «διαθέσεων» που δημιουργούνται από τις πολιτικό-οικονομικές δομές μιας κοινωνίας και ενσωματώνονται, δηλαδή, μαθαίνονται με τη μίμηση ή άλλους επιβεβλημένους μηχανισμούς απομνημόνευσης, με αποτέλεσμα να μετατρέπονται σε «τρόπους ζωής, εθισμούς, σε προδιαθέσεις, τάσεις ή ροπές» και γενικότερα σε «σταθερούς τρόπους του συναισθάνεσθαι και του σκέπτεσθαι» (Bourdieu, 1977) (Από Παπαγαρουφάλη, *Δώρα ζωής μετά θάνατον*. Σελ: 40)

προϋπάρχουν της γέννησής τους και που ορίζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου τους. Η διαδικασία της κοινωνικοποίησης τους επιβάλλει τη κοινωνική κατασκευή του βιολογικού τους φύλου και κατά συνέπεια εγχαράσσει μία σωματική έξη, η οποία συνιστά ουσιαστικά μία ενσωματωμένη πολιτική. Παράλληλα σωματοποιεί σταδιακά τις σχέσεις κυριαρχίας ανάμεσα στα δύο φύλα και καταλήγει στην νομιμοποίηση της ανδρικής κυριαρχίας. Μάλιστα, η εγγραφή της ανδρικής κυριαρχίας στη βιολογική φύση του υποκείμενου οικοδομεί την έμφυλη ταυτότητά του, η οποία αποτελεί ακρογωνιαίο στοιχείο της κοινωνικής του ταυτότητας. Η εργασία αυτή της εγχάραξης επιβάλλει στους άνδρες και στις γυναίκες διαφορετικά σύνολα διαθέσεων (habitus) σε σχέση με τις κοινωνικές απαιτήσεις. (Bourdieu, 2007b: 13)

Οι γυναίκες μπορούν, βέβαια, πλέον ν' ακολουθούν την επιστήμη της ιατρικής ωστόσο η ειδικότητα τους θα πρέπει να είναι πιο «γυναικεία». Είναι βασικό ν' ανταποκρίνεται περισσότερο στη φύση τους που είναι τρυφερή, ευαίσθητη και αδύναμη. Η χειρουργική δεν έχει αυτά τα χαρακτηριστικά και ταυτόχρονα ίσως αποτελεί για πολλούς την ανώτερη βαθμίδα εξουσίας στο νοσοκομείο. Η γυναικεία φύση είναι αδύναμη να επωμισθεί τον ρόλο αυτό. Ο Bourdieu υποστηρίζει πως το κυριαρχούμενο από τους άνδρες κοινωνικό πεδίο επιβάλλει και εγχαράσσει το habitus, κατά τρόπο που αποκλείει τις γυναίκες από τις πιο «ευγενείς» εργασίες, δίνοντάς τους τις κατώτερες θέσεις (Bourdieu, 2007b: 65). Οι γυναίκες κατά τον Bourdieu είναι συμβολικά προορισμένες για την υποχωρητικότητα και τη διακριτικότητα και έτσι δεν μπορούν να ασκήσουν κάποια εξουσία παρά μόνο:

«...χρησιμοποιώντας ενάντια στον ισχυρό την ίδια τη δύναμή του ή αποδεχόμενες να μείνουν στη σκιά και, σε κάθε περίπτωση, να απαρνηθούν μία εξουσία την οποία δεν μπορούν να ασκήσουν παρά μόνο διά αντιπροσώπου». (Bourdieu, 2007b: 76)

Οι έξεις, όπως αναφέρει ο Bourdieu, ως δομημένες εντυπώσεις αντανakλούν τις κοινωνικές συνθήκες κάτω από τις οποίες αποκτήθηκαν και είναι σχετικά ομοιογενείς σε συγκεκριμένες ομάδες ή τάξεις ατόμων. Άτομα της ίδιας κοινωνικής τάξης τείνουν να ενεργούν με παρόμοιους τρόπους (Μυλωνάς, 1998). Το φαινόμενο που εξετάζουμε στο κείμενο αυτό έχει περάσει σε όλο τον δυτικό κόσμο και είναι εξαιρετικά διαδεδομένο. Και όπως συνεχίζει ο Bourdieu, οι δομημένες αυτές εντυπώσεις είναι, ταυτόχρονα, διαρκείς δηλαδή χαρακτηρίζονται από σχετική σταθερότητα και λειτουργούν με προσυνειδητό τρόπο. Δηλαδή, αλλάζουν δύσκολα, μόνο μετά από

συνειδητή προσπάθεια και κάτω από διαφορετικές πολιτισμικές και εκπαιδευτικές συνθήκες (Μυλωνάς, 1998).

Ένας καθοριστικός παράγοντας που συμβάλλει στην «οικουμενικότητα» και την παγίωση των έμφυλων προδιαθέσεων είναι ο λόγος της επιστήμης. Κατά τον Bourdieu, η επιστήμη αποτελεί ένα κοινωνικό πεδίο με συσχετισμούς δυνάμεων ανάμεσα στα δρώντα υποκείμενα, τα διακυβεύματα, τα οφέλη, τα συμφέροντα, τους αγώνες και τις στρατηγικές τους (Bourdieu, 1992: 86). Σύμφωνα με τον Bourdieu (2007a) κυρίαρχο στο επιστημονικό πεδίο είναι:

«...ένας μικρός αριθμός δρώντων και θεσμών που συγκεντρώνουν ένα κεφάλαιο ικανό ώστε να ιδιοποιηθούν κατά προτεραιότητα τα οφέλη που παρέχει το πεδίο, για να ασκήσουν εξουσία πάνω στο κεφάλαιο που διαθέτουν οι άλλοι, οι κυριαρχημένοι κάτοχοι μικρού επιστημονικού κεφαλαίου»(Bourdieu, 2007a: 144).

Οι κυρίαρχοι επιβάλλουν, με την ύπαρξή τους και μόνο, τη δική τους πρακτική και καθιστούν το επιστημονικό πεδίο ένα χώρο άνισης πάλης ανάμεσα σε φορείς με άνισο επιστημονικό κεφάλαιο, άνισα ικανούς να οικειοποιηθούν το προϊόν της επιστημονικής εργασίας που παράγουν από την αντικειμενική τους συνεργασία. Οι κυρίαρχοι αφιερώνονται σε στρατηγικές συντήρησης με στόχο τη διατήρηση της καθεστηκυίας τάξης με την οποία και έχουν κοινό παιχνίδι (Bourdieu, 1992: 102). Μπορούν να επιβάλλουν την ευνοϊκότερη για τα συμφέροντά τους αναπαράσταση της επιστήμης, να επιβάλλουν δηλαδή τον πιο πρόσφορο για αυτούς τρόπο διεξαγωγής του παιχνιδιού, αποτελώντας τους φυσικούς θεματοφύλακες της εκάστοτε επικρατούσας «κανονικής επιστήμης» (Bourdieu, 2007a: 87-88).

Με βάση τα παραπάνω, συχνά, ιδιαίτερα παλιότερα, αναφερόταν σε επιστημονικά περιοδικά ότι η χειρουργική αντιτίθεται στη «φύση» της γυναίκας. Είναι εντυπωσιακή μία παλαιότερη δημοσίευση στο Lancet-το οποίο είναι ένα εξαιρετικά έγκυρο επιστημονικό περιοδικό- γραμμένη από έναν κορυφαίο χειρουργό που υποστηρίζει ότι «...στη χειρουργική συχνά απαιτείται ένας συγκεκριμένος τρόπος σκέψης και συγκεκριμένο επίπεδο αυτοπεποίθησης με ελάχιστο δισταγμό και καμία ένδειξη πανικού... αυτά τα προσόντα σε σημαντικό βαθμό είναι φυλοεξαρτώμενα και συναντώνται κυρίως στους άνδρες» (Benson, 1992) . Όταν οι απόψεις προέρχονται από άτομα με σημαντικό επιστημονικό κύρος και περιτυλίγονται με «αδιαμφισβήτητη»

επιστημονική εγκυρότητα τότε γίνονται εύκολα αποδεκτά και υιοθετούνται ως «φυσικά».

Είναι γεγονός ότι εισαγωγή του φύλου στην ιστορία της επιστήμης και η εξέταση του ρόλου των έμφυλων αντιλήψεων στην παραγωγή της επιστημονικής γνώσης έδειξε ότι η βιολογία δεν αναπαριστά το ίδιο το σώμα αλλά ένα σύνολο λόγων για το σώμα και ότι οι επιστημονικές θεωρίες και πρακτικές αποτελούν κοινωνική και πολιτισμική δραστηριότητα που είναι αδύνατο να διαχωριστεί από το χρόνο και τον τόπο δημιουργίας της (Χατζαρούλα, 2011).

Στο σημείο αυτό ενδιαφέρον έχει να θυμηθούμε το κείμενο της Emily Martin (2006 [1991]) για τα έμφυλα στερεότυπα και τις μεταφορές που οργανώνουν τον επιστημονικό λόγο στην προκειμένη περίπτωση της βιολογίας της αναπαραγωγής. Η Martin εξετάζοντας ιατρικά κείμενα αποκαλύπτει πως τα γεγονότα στη βιολογία της αναπαραγωγής κατασκευάζονται με κοινωνικούς και πολιτισμικούς όρους. Το ωάριο επιπλέει και περιμένει το σπερματοζώαριο το οποίο ύστερα από ένα περιπετειώδες ταξίδι θα διεισδύσει μέσα του. Η αναπαράσταση στηρίζεται σε κλασικά πολιτισμικά στερεότυπα της γυναικείας παθητικότητας και της ανδρικής ενεργητικότητας και αποφασιστικότητας και τελικά αποτελούν τις πρώτες ύλες για την φυσικοποίηση των κοινωνικών συμβάσεων για το φύλο (Martin, 2006).

Ο ιατρικός λόγος έχει συχνά μεταφορές οι οποίες προέρχονται από την πολεμική τέχνη (Sontag, 1978). Οι αρρώστιες είναι εχθροί που πρέπει να εξουδετερωθούν και οι χειρουργοί πολύ συχνά παρομοιάζονται ως πολεμιστές. Η ανάλυση των μεταφορών που χρησιμοποιούνται στην ιατρική έδειξε ότι καθορίζονται από διχοτομικές αντιθέσεις αρσενικό/θηλυκό, πολιτισμός/φύση, ενεργητικό/παθητικό δημόσιο/ιδιωτικό οι οποίες είχαν άμεσες αναφορές στη διαφορά των φύλων και αποτελούσαν συστατικά στοιχεία της διαμόρφωσης της επιστήμης (Fox Keller, 1992). Το γυναικείο σώμα μπορεί άραγε να σταθεί ως πολεμιστής στο χειρουργείο;

«...Ο άνδρας χειρουργός είναι ο «σαμάνος» που βρίσκεται σε επαφή με το απαγορευμένο, το μυστικιστικό πολύπλοκο κόσμο της επιστήμης που οι γυναίκες διδάχτηκαν για χρόνια ότι είναι πέρα από το πεδίο δράσης τους. Στις γυναίκες επώθησε αυτή η δουλοπρεπής στάση είναι βιολογικά καθορισμένη: οι γυναίκες εκ φύσεως θέλουν να φροντίζουν και να περιποιούνται, είναι μητρικές φιγούρες και όχι γιατροί πόσο μάλλον χειρουργοί. Ενίοτε βρίσκουν παρηγοριά στη θεωρία ότι έχουν νικηθεί από την ίδια την ανατομία τους πολύ πριν νικηθούν από τους άνδρες. Οι γυναίκες είναι παγιδευμένες στις ορμονικές τους

«ανισορροπίες» και στην αναπαραγωγή και ποτέ δεν θα είναι ελεύθερες και δημιουργικές έξω από τα σπίτια τους» (Ehrenreich and English, 2010: 26).

3.3. Η θεωρία της επιτελεστικότητας της Butler

Κατά τη διάρκεια της προσωπικής πολυετούς πείρας μου στα χειρουργεία αλλά και από τις συνεντεύξεις, μου δημιουργήθηκε έντονα η αίσθηση ότι οι γυναίκες χειρουργοί, φαίνεται, να επαναπροσδιορίζουν-έως ένα σημείο βέβαια- τους όρους του φύλου τους οι οποίοι έχουν εμποτίσει βαθύτατα τις αντιλήψεις της κοινωνίας. Ο επαναπροσδιορισμός αυτός συνειρμικά οδηγεί στην Judith Butler, η οποία μέσα από τη μεταμοντέρνα προσέγγιση της στην έννοια του φύλου, υποστηρίζει ότι οι έμφυλες κατηγορίες είναι εγγενώς ασταθείς και ότι διέπονται από αβέβαιο και αμφισβητούμενο χαρακτήρα. Η αμφισβήτησή της αυτή απέναντι στις πάγιες και αδιασάλευτες βάσεις των κατηγοριών του φύλου αποτελεί, ουσιαστικά, αμφισβήτηση της σταθερότητας όλων των ιδεών, προτύπων και ταυτοτήτων και ασφαλώς εδώ συγκαταλέγεται και η ταυτότητα του χειρουργού.

Στο *Αναταραχή Φύλου*, η Butler (2009) επιδιώκει να αναδείξει τους τρόπους με τους οποίους οι αντιλήψεις μας για το φύλο και το σώμα είναι οροθετημένες, είναι προσδιορισμένες, από συγκεκριμένες εθιμικές λογικές. Επίσης, στοχεύει στην υπονόμηση όλων των προσπαθειών να χτιστεί ένας λόγος αλήθειας που απονομιμοποιεί μειονοτικές έμφυλες και σεξουαλικές πρακτικές. Αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει ότι για την Butler κάθε μειονοτική πρακτική πρέπει να θεωρείται σωστή και να επιδοκιμάζεται. Σημαίνει ότι θα πρέπει προηγουμένως να τη στοχαστούμε. Αυτό, όμως, απαιτεί την τήρηση μιας απόστασης από τους λόγους που κυριαρχούν και οι οποίοι, με μια έννοια, μας έκαναν αυτό που είμαστε, απαιτεί μια προβληματοποίηση όλων εκείνων των αντιλήψεων που θεωρούμε ως δεδομένες.

Κατά την Butler, ο ριζοσπαστισμός του φύλου δεν αφορά την κίνηση γύρω από μια ταυτότητα (όπως π.χ. «γυναίκες»), αλλά γύρω από δραστικές και ρηξικέλευθες ενέργειες που ανατρέπουν την ταυτότητα, διαταράσσουν την έμφυλη διχοτομία και αντικαθιστούν ή και εξαλείφουν τις έμφυλες νόρμες (Butler, 1990; Connell, 2006).

Η Butler αντλεί από τους στοχασμούς της Σιμόν ντε Μποβουάρ όταν υποστηρίζει ότι «το προσωπικό είναι πολιτικό» θέλοντας να διατρανώσει την άποψη ότι η

υποκειμενική και προσωπική εμπειρία δομείται με βάση τις υπάρχουσες πολιτικές διευθετήσεις και δομές. Κατά συνέπεια, το να είναι κάποια θηλυκού γένους δεν έχει κανένα νόημα, αλλά το να είναι γυναίκα σημαίνει ότι έχει γίνει γυναίκα, ότι έχει μάθει να φέρεται σαν γυναίκα, ότι το σώμα της έχει εξαναγκαστεί σε μια ιδέα περί γυναίκας και να μετατραπεί σε «πολιτισμικό σημείο». Έχει αναγκαστεί δηλαδή, να υποτάξει την υλική της υπόσταση σε ιστορικά περιορισμένες και προδιαγεγραμμένες δυνατότητες, επιτελώντας ένα διαρκές και επαναλαμβανόμενο σωματικό εγχείρημα.

Η Butler, υποστηρίζει ότι:

«...είναι αδύνατο να διακρίνουμε το βιολογικό από το κοινωνικό φύλο μέσα στα συμφοραζόμενα του πολιτισμού. Το φύλο αναπαράγεται και επιτελείται και σε πολιτική (και όχι μόνο πολιτισμική) κλίμακα, π.χ. όταν οι γυναίκες κατακτούν ορισμένα δικαιώματα ή όταν αλλάζει σημαντικά ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται από τον πολιτικό ή τον νομικό λόγο...» (Butler, 2006: 390 – 91).

Η είσοδος, λοιπόν των γυναικών στο χειρουργικό επάγγελμα και η συνεχής αύξηση του αριθμού τους αναγκαστικά οδηγεί σε μία αμφίδρομη σχέση με τον πολιτισμό και τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου. Όσο περισσότερο εδραιώνεται η θέση της γυναίκας χειρουργού τόσο πιο πολύ αμβλύνονται τα λεγόμενα «ανδρικά» χαρακτηριστικά του χειρουργού και μια νέα ισορροπημένη ταυτότητα του/της χειρουργού αναδύεται.

Οι γυναίκες χειρουργοί ξεπερνούν με τις επιλογές τους το εμπεδωμένο *habitus* και ουσιαστικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι μπερδεύουν την εικόνα του κοινωνικού τους φύλου όπως αυτό είναι εντυπωμένο στην κοινή αντίληψη. Διότι, όπως αναφέρει η Butler το κοινωνικό φύλο είναι «πράττειν» και όχι «είναι». Δεν εκφράζει το ποιος είσαι αλλά τι πράττεις. Η Butler εξηγεί ότι το κοινωνικό φύλο εκφράζεται με έναν συνεχή και επαναλαμβανόμενο τρόπο, και τελικά επαναδημιουργείται και ενσωματώνεται στην κοινωνική συνείδηση. Έτσι, το θεωρούμενο «βιολογικό» φύλο δεν είναι το υπόβαθρο για την παραγωγή του κοινωνικού φύλου αλλά ουσιαστικά το αποτέλεσμα του (Butler, 2009). Οι γυναίκες χειρουργοί αλλάζουν το πρότυπο του κοινωνικού τους φύλου προκαλώντας «αναταραχή» στα υποκείμενα γύρω τους και στις παγιωμένες σχέσεις εξουσίας. Η μεγάλη αμερικανίδα φιλόσοφος, στην «Αναταραχή του Φύλου», επισημαίνει ότι τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού φύλου στο σύνολό τους, αντί να αποτελούν την έκφραση ή την εξωτερική εκδήλωση κάποιας προϋπάρχουσας «ουσίας», συγκροτούνται σταδιακά στην επιφάνεια του σώματος, μέσω μιας καθορισμένης

συνεχούς επανάληψης κινήσεων και πράξεων (Butler, 2009). Τέτοιες επαναλαμβανόμενες κινήσεις, χειρονομίες, στάσεις και πράξεις παράγουν την εντύπωση μιας βαθύτερης και «αληθινής» έμφυλης ταυτότητας, η οποία ενώ μοιάζει να είναι η γενεσιουργός τους αιτία, στην πραγματικότητα είναι το αποτέλεσμα τους. Το φύλο, αν και εκλαμβάνεται ως αυθεντικό, ουσιαστικά είναι μία επαναλαμβανόμενη μίμηση που επιτρέπει ν' αναταράξει τις κατηγοριοποιήσεις του και να επιτραπεί η ανασήμανσή του. Εξάλλου, καμία μίμηση δεν είναι ακριβώς ίδια με την προηγούμενη μίμηση. Οι γυναίκες χειρουργοί ξεφεύγουν από αυτή την τυπική επαναληπτική διαδικασία καθορισμού του γυναικείου κοινωνικού φύλου και παίρνουν στοιχεία από τη διαδικασία καθορισμού του ανδρικού φύλου καθημερινά μέσα από την επαγγελματική τους δραστηριότητα που φαίνεται να ορίζει όλους τους ρόλους της ζωής τους.

Η διαμόρφωση της έμφυλης ταυτότητας είναι μία διαδικασία εντός της οποίας συγκροτείται και αναδύεται το υποκείμενο. Η διαδικασία αυτή, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι ιστορικά, πολιτισμικά και πολιτικά πολύ συγκεκριμένα τοποθετημένη και οριοθετημένη με αποτέλεσμα να συνθέτει αυστηρά τις συνθήκες συγκρότησης του υποκειμένου και να ορίζει τις δυνατότητες αλλά και την τροπικότητα της ύπαρξής του. Με βάση αυτό φαίνεται ότι οι γυναίκες χειρουργοί αναταράσσουν τα πολιτισμικά και πολιτικά δεδομένα της έμφυλης ταυτότητάς τους.

Η Butler (2009) σημειώνει ότι ο αυθαίρετος τρόπος που έχει επιβληθεί το πρότυπο της έμφυλης ταυτότητας οδηγεί στην ανάγκη μιας διαδικαστικής επιτελεστικής επανάληψης των κανόνων που καθορίζουν το πρότυπο, που συνιστά την διαδικασία υλικοποίησής του. Η διαδικασία της υλικοποίησης του φύλου, κατά την Butler, παγιώνεται, μέσα στον χρόνο μέσω της επαναληπτικής συνεχούς επανεπιβεβαίωσής του. Το ίδιο το φύλο είναι ουσιαστικά το ίζημα αυτής της διαδικασίας, μέσω της οποίας φυσικοποιείται.

Για την Butler, η φύση, η «ουσία» του έμφυλου υποκειμένου δεν είναι παρά το προϊόν ενός είδους παραγωγικής εξουσίας, η οποία ασκείται πάνω στα σώματα. Το φύλο υποδηλώνει, όπως επισημαίνει η Αθανασίου (2007), τις κοινωνικές διαδικασίες μέσω των οποίων καθιερώνεται και νομιμοποιείται πολιτισμικά –με όρους αδιαμφισβήτητης αλήθειας- η φυσική θεμελίωση του φύλου. Επομένως, οι λόγοι για την αντρική και γυναικεία φύση δεν αποτελούν ούτε επιστημονικούς λόγους που περιγράφουν μία

αντικειμενική πραγματικότητα, ούτε την αφετηρία μιας ριζοσπαστικής πολιτικής προσπάθειας. Αντιθέτως, αποτελούν ένα παράγωγο του φαλλοκρατικού συστήματος που στο πλαίσιο ενός φαύλου κύκλου βοηθά πάρα πολύ στην αναπαραγωγή του τελευταίου.

Για την Butler το σώμα υφίσταται ένα είδος πολέμου από σημαίνουσες πρακτικές της πατριαρχίας οι οποίες συγκροτούν το πειθαρχικό καθεστώς του σώματος που παράγει το κοινωνικό φύλο. Ουσιαστικά δηλαδή, η πατριαρχία δρα πάνω στο σώμα του έμφυλου υποκειμένου με τρόπο που το εξαναγκάζει να προσεγγίσει ένα συγκεκριμένο μοντέλο συμπεριφοράς και εικόνας. Γι' αυτό λοιπόν η φύση, η «ουσία» του υποκειμένου, δεν είναι παρά το κανονιστικό πρότυπο που έχει χαράξει η εξουσία πάνω του. «Γι' αυτό και τα κοινωνικά υποκείμενα που δεν επιτελούν το φύλο τους σύμφωνα με τους προβλεπόμενους και διαθέσιμους κώδικες της έμφυλης ταυτότητας αντιμετωπίζουν όχι μόνο κυρωτικές συνέπειες αλλά και τη διαρκή ακύρωση της πραγματικότητάς τους» (Αθανασίου, 2007). Οι γυναίκες χειρουργοί, όπως έχει δείξει η ιστορία, στα πρώτα βήματά τους τουλάχιστον έχουν υποστεί κυρώσεις για τις «αδιόρθωτες» επιλογές τους.

3.4. Η μελέτη των γυναικών χειρουργών από την Cassell

Η Joan Cassell έχει κάνει σημαντικές ανθρωπολογικές μελέτες πάνω στους χειρουργούς και μάλιστα στο δεύτερο βιβλίο της με αυτό θέμα ασχολείται αποκλειστικά με τις γυναίκες χειρουργούς. Πιο συγκεκριμένα ασχολείται με το φύλο και διερευνά εάν οι γυναίκες χειρουργοί διαφέρουν από τους άνδρες και σε τι. Το αποτέλεσμα αποτελεί σημαντικό τόσο για τους μελετητές της ιστορίας της ιατρικής αλλά και του θεωρητικού των διαφορών των φύλων. Η Cassell μελέτησε 33 γυναίκες χειρουργούς σε διαφορετικά νοσοκομεία σε πολλές πόλεις της Αμερικής. Οι ιστορίες που περιγράφει είναι συναρπαστικές αλλά περισσότερο ενδιαφέρον και διαφωτιστικό είναι το θεωρητικό της πλαίσιο. Υποστηρίζει ότι ο ανδροκρατούμενος κόσμος της χειρουργικής είναι τόσο τελετουργικός όσο οι αυστηρά ενορχηστρωμένες τελετές των ανδρών σε πολιτισμούς φυλών που μελέτησαν προηγούμενων γενεών ανθρωπολόγοι.

Η Cassell αναφέρει ότι:

«... οι χειρουργοί σαν μοντέρνοι πιλότοι, οδηγοί αγώνων αυτοκινήτων και στρατιωτικοί ουσιαστικά κατοικούν σε έναν στοιχειωμένο από τον

θάνατο κόσμο που δεν είναι απλώς κλειστός για τις γυναίκες αλλά το γυναικείο σώμα είναι εντελώς εκτός τόπου. Και καθώς τα γυναικεία σώματα απειλούν να μολύνουν τις πρωταρχικές έννοιες της «ανδρικότητας» (maleness) όπως προβάλλονται στις αρχαίες τελετές των φυλών και σε όλες τις ανδρικές κρυφές δραστηριότητες, έτσι και το «ιερό» έργο των χειρουργών χάνει τη δραστηριότητά του όταν οι γυναίκες ανακαλύπτουν τα μυστήρια...» (Cassell, 1998: 161)

Η Cassell σημειώνει ότι και στις δύο περιπτώσεις οι άνδρες θεωρούν ότι κάνουν πράγματα στις και για τις γυναίκες αλλά ποτέ μαζί τους.

Τα ερωτήματα που θέλει να απαντήσει η Cassell είναι τα εξής: τι σημαίνει όταν ο χειρουργός είναι γυναίκα ; σχετίζεται με τους ασθενείς με τον ίδιο τρόπο όπως οι άνδρες; Πως την αντιμετωπίζουν οι προϊστάμενοι και υφιστάμενοι;

Τα στοιχεία που συνέλεξε ήταν αντιφατικά. Για παράδειγμα, κάποιες γυναίκες χειρουργοί εμφανίζονται ως μητρικές φιγούρες στους ασθενείς τους επιδεικνύοντας τρυφερότητα και φροντίδα σε αντίθεση με κάποιες που διατηρούν πιο απόμακρη στάση χωρίς εκδήλωση συναισθημάτων. Ήταν πρόκληση, λοιπόν, για τη συγγραφέα να βρει ένα θεωρητικό πλαίσιο για να δια φωτίσει αυτή την πολυπλοκότητα. Η Cassell χωρίς να είναι ικανοποιημένη από τη θεωρία των δομιστών για το φύλο, καταλήγει ότι κάτι άλλο συμβαίνει στη συμπεριφορά των γυναικών χειρουργών που μελετούσε-«κάτι το οποίο δεν είναι λεκτικό»- το οποίο γίνεται καλύτερα αντιληπτό με την επεξεργασία της θεωρίας της ενσωμάτωσης και του habitus του Bourdieu. Αυτό που περιγράφει η Cassell είναι ότι μαθαίνουμε μέσα από το σώμα και η γνώση κατακτάται με μη λεκτικούς τρόπους. Το habitus, αναφέρει, είναι ένα ξεχωριστό περιβάλλον το οποίο βάζει σε καλούπια τα άτομα τα οποία στη συνέχεια ενσωματώνουν τις επικρατούσες κοινωνικές συνθήκες, εμπειρίες και αντιλήψεις για τον κόσμο. Με αυτό τον τρόπο οι δυσκολίες και η «εχθρικότητα που προσλαμβάνουν οι γυναίκες χειρουργοί εξηγείται από το γεγονός ότι έχουν το λάθος σώμα στο λάθος μέρος. Εφόσον, δηλαδή, οι γυναίκες είναι «θηλυκές» και δεν μπορούν να εξουσιάζουν με τον τρόπο που το κάνουν οι χειρουργοί, τότε οι γυναίκες που ασκούν τη χειρουργική ή δεν είναι πραγματικές γυναίκες ή δεν είναι καλοί γιατροί. Η Cassell υποστηρίζει, ότι η διευκόλυνση της εισόδου των γυναικών στη χειρουργική στο τέλος του εικοστού αιώνα, επιβεβαιώνει το γεγονός ότι οι αποκλειστικά ανδρικοί κόσμοι έχουν διαβρωθεί από οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές δυνάμεις οι οποίες απειλούν να καταστήσουν τον «μάτσο» χειρουργό-πολεμιστή σε είδος υπό εξαφάνιση. Τελικά, η Cassell είναι αισιόδοξη για το μέλλον υποστηρίζοντας ότι η προσπάθεια των γυναικών ν' αντλήσουν νέα μοντέλα

«θηλυκής» εξουσίας η οποία μπορεί να ενσωματώσει έναν διαφορετικό τρόπο προσέγγισης του ασθενούς έχει ως αποτέλεσμα ενώ διατηρείται η δυσκολία της χειρουργικής σταδιακά ν' αναδιαμορφώνεται (Morantz-Sanchez, 2002).

4. Μεθοδολογία

4.1. Σκοπός της μελέτης

Όπως προαναφέρθηκε στην εισαγωγή του κειμένου, στόχος της εργασίας αυτής είναι να γίνει μία ανθρωπολογική μελέτη της κατασκευής του φύλου της γυναίκας χειρουργού στη χώρα μας. Με βάση τις θεωρίες του Bourdieu και της Butler, γίνεται μία απόπειρα να ερμηνευτούν οι συνθήκες και οι κανόνες με τους οποίους διαμορφώνεται η ταυτότητα της. Πιο συγκεκριμένα, θα εξετασθεί εάν έχει ή αποκτά τα λεγόμενα «ανδρικά» χαρακτηριστικά και αποποιείται τα γνωστά ως «γυναικεία» προκειμένου να γίνει αποδεκτή «επί ίσοις όροις» στον επαγγελματικό της και όχι μόνο κόσμο.

4.2. Ερευνητικά ερωτήματα

- Πως ορίζεται στον χώρο της η γυναίκα χειρουργός; Ποια είναι η ταυτότητά της και πως γίνεται αυτή αντιληπτή από τον εργασιακό και κοινωνικό περίγυρό της; Είναι η χειρουργική «ανδρική» επιστήμη;
- Οι γυναίκες χειρουργοί, με τις επιτελέσεις τους στον επαγγελματικό και κοινωνικό χώρο τους, εμφανίζουν χαρακτηριστικά τα οποία δεν είναι «φυσικά» γυναικεία;

4.3. Η συλλογή – παραγωγή του ερευνητικού υλικού

Στις ποιοτικές έρευνες, και κυρίως στις έρευνες που ασχολούνται με το φύλο, ως βασικό εργαλείο για τη συλλογή δεδομένων προτείνεται η ποιοτική συνέντευξη/συζήτηση, καθώς η ποιοτική διερεύνηση⁴ είναι η καταλληλότερη για τη μελέτη πολύπλοκων καταστάσεων και τη συνειδητοποίησή τους⁵, όπως οι σχέσεις εξουσίας που απορρέουν από το κοινωνικό φύλο ή οι επιτελεστικές δραματουργίες που

⁴ Η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην αποκάλυψη των κοινωνικών πρακτικών σχετικά με το ζήτημα/θέμα που εξετάζουμε (Frank and Uy, 2004).

⁵ Η έρευνα πρέπει να είναι πάντοτε μια διαδικασία (αυτο-)συνειδητοποίησης. Σε καμιά περίπτωση η έρευνα δεν μπορεί να προέρχεται από τους/τις ειδικούς και να περιορίζεται αποκλειστικά σε αυτούς/-ές. Στόχος της θα πρέπει να είναι να ενδυναμώσει τους/τις συμμετέχοντες/-ουσες που υφίστανται καταπίεση (Haig 1999).

ακολουθούνται για τη διαμόρφωση της ταυτότητας της γυναίκας χειρουργού που εξετάζεται στην παρούσα έρευνα. Για τη συλλογή και παραγωγή του ερευνητικού υλικού στηρίχθηκα σε ποιοτικές μεθόδους συλλογής και συγκεκριμένα στην ποιοτική συνέντευξη.

Για τη μελέτη πήρα συνέντευξη από 6 γυναίκες χειρουργούς που ζουν και εργάζονται στην Αθήνα. Τα χαρακτηριστικά των γυναικών αυτών παρατίθενται στο παράρτημα 1.

4.4. Η ποιοτική συνέντευξη

Εφόσον πρόκειται για μία ποιοτική έρευνα η οποία αποσκοπεί στην ανάδειξη μιας θεωρίας από τα δεδομένα, το ανοιχτό, μη τυποποιημένο, ευέλικτο σχήμα της ποιοτικής συνέντευξης είναι το πιο κατάλληλο γι' αυτό τον σκοπό (Κυριαζή, 2011). Όπως συγκεκριμένα αναφέρει η Κυριαζή:

Βασικό χαρακτηριστικό της ποιοτικής συνέντευξης είναι ότι δίνει στον ερωτώμενο τη δυνατότητα να αναπτύξει τα θέματα όπως εκείνος θέλει, καθώς περιγράφει ελεύθερα τις εμπειρίες, αναφέρεται σε γεγονότα και καταστάσεις που είχαν ιδιαίτερη σημασία για τον ίδιο και εκφράζει γενικώς τις απόψεις του. Ο ερευνητής παρεμβαίνει με κατάλληλες ερωτήσεις εκεί όπου χρειάζεται για να εκμαιεύσει περισσότερες ή να προκαλέσει άλλο θέμα συζήτησης το οποίο θεωρεί πιο σημαντικό για την έρευνα (Κυριαζή, 2011: 254).

Σε αυτού του τύπου τις συνεντεύξεις ο ερευνητής στηρίζεται πάνω σε κάποιους άξονες-ερωτήσεις οι οποίοι κατευθύνουν τη συζήτηση ωστόσο επιτρέπουν στους ερωτώμενους να αποδώσουν ένα λεπτομερέστερο προσδιορισμό της δικής τους εκδοχής για την πραγματικότητα – εμπειρία τους (Χωριανόπουλος, 2006). Οι βασικοί άξονες-ερωτήματα των συνεντεύξεων μου ήταν οι ακόλουθοι:

- Κριτήρια επιλογής ειδικότητας
- Ύπαρξη γυναικών προτύπων στο στενό ή ευρύτερο περιβάλλον
- Επισήμανση τυχόν ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους σε σχέση με τις συμφοιτήτριες τους
- Προσαρμογές στην εμφάνιση η/και στη συμπεριφορά με την άσκηση του επαγγέλματος
- Σχολιασμός των σχέσεων με τους συναδέλφους, τους ασθενείς και τους/τις συντρόφους τους

Οι απαντήσεις των συνομιλητριών μου συνέβαλαν στη διαμόρφωση των ερωτήσεων που ακολουθούσαν καθώς διαπλεκόταν η διαδικασία συλλογής και ερμηνείας των δεδομένων. Η διαδικασία αυτή απέτρεψε και τη δική μου προσήλωση στις προγενέστερες και ήδη υπάρχουσες γνώσεις, γεγονός που θα εμπόδιζε την παραγωγή νέου – αυθεντικού ερευνητικού υλικού. Έτσι, η μια απάντηση έφερε την επόμενη ερώτηση που διαμορφωνόταν ανάλογα με την πλοκή της συζήτησης. Ταυτόχρονα έδιναν ιδιαίτερη σημασία και στον τρόπο με τον οποίο εμφανιζόταν μια αντίδραση στη συνέντευξη (ο τόνος της φωνής, οι εκφράσεις του προσώπου, ο δισταγμός, κ.λπ.) έφερναν στο φως σημαντικές πληροφορίες. Σε κάθε περίπτωση, πρόσεξα το βαθύτερο νόημα των λέξεων, τα συναισθήματα, ακόμη και τη σιωπή, επιχειρώντας να διαβάσω - στο μέτρο του δυνατού - «ανάμεσα στις γραμμές» (Παπαγεωργίου, 2010), δηλαδή πίσω από τα προφανή και οφθαλμοφανή. Βοηθούσε εξαιρετικά το γεγονός ότι είμαι η ίδια χειρουργός αλλά στη συνέντευξη απέφυγα συστηματικά τις καθοδηγητικές, υποθετικές ερωτήσεις.

Η συζήτηση μαγνητοφωνούνταν με το κινητό και αυτό με απάλλασσε από την καταγραφή δεδομένων που θα με αποσπούσαν από τα λεγόμενα των συνομιλητριών μου και από πιθανές εκφράσεις, μορφασμούς και αντιδράσεις τους.

Γενικότερα, η συνέντευξη έδωσε τη δυνατότητα στις χειρουργούς να παρουσιάσουν τις ερμηνείες τους για τον κόσμο μέσα στον οποίο ζουν και να εκφράσουν τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν διάφορες καταστάσεις μέσα από το προσωπικό τους πρίσμα και τη δικιά τους οπτική γωνία. Παρουσίασαν την προσωπική τους θέαση - εμπειρία για την κοινωνική πραγματικότητα του φύλου, μια θέαση που ο εμποτισμός της από το ανθρώπινο στοιχείο είναι αναπόδραστος και αδιαμφισβήτητος.

Καταβλήθηκε ωστόσο, σθεναρή προσπάθεια προκειμένου το προσωπικό ενδιαφέρον μου γύρω από ζητήματα φύλου, αλλά και οι δικές του εμπειρίες να τοποθετηθούν στην άκρη, χωρίς να αποτελούν καθοδηγητικά ερείσματα για τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, στις οποίες τον πρωταγωνιστικό ρόλο του ομιλητή – αφηγητή κατείχαν οι χειρουργοί⁶.

⁶ Κατά την Γιώτα Παπαγεωργίου (2010) ο ερευνητής / η ερευνήτρια πρέπει να είναι ένας καλός/μια καλή ακροατής/-τρια και να αφήνει το υποκείμενο να μιλάει αυθόρμητα. Συχνά, όμως, ο ερευνητής/-τρια εκφράζεται και με μη λεκτικούς τρόπους συμπεριφοράς (με νεύματα, νοήματα, επιφωνήματα, σιωπή, κ.λπ.), προκειμένου να ενθαρρύνει το υποκείμενο να συνεχίσει να μιλά αυθόρμητα.

Η συνέντευξη ήταν κυρίως ατομική. Σε μία περίπτωση, η ειδικευόμενη ΩΡΛ έφερε μαζί της την από ετών φίλη της που ήταν ειδικευόμενη της γενικής χειρουργικής. Είναι σαφές ότι σε τέτοιου είδους συνεντεύξεις υπάρχει κάποιου είδους διάδραση μεταξύ των συμμετεχόντων οι οποίοι μπαίνουν σε μια διαδικασία αλληλοσυμπλήρωσης ως προς την παροχή πληροφοριών και η αυτή συνδιαλλαγή δρα ανατροφοδοτικά. Αν και αυτή η συνέντευξη δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως «ομαδική» κατά τη διάρκεια της έπρεπε να ελέγχονται τυχόν αρνητικά σημεία που δημιουργούνται από τη δυναμική της σχέσης των δύο φίλων, έτσι ώστε καμία από τις δύο να μην μονοπωλεί τη συζήτηση. Μερικές φορές τα άτομα αισθάνονται ότι μπορεί επικριθούν για κάτι που θα πουν και τα εμποδίζει να εκφραστούν ελεύθερα για τις απόψεις και τις γνώμες τους, ειδικά όταν οι απόψεις τους αντιτίθενται μ' αυτές των άλλων (Bergold & Thomas, 2012). Επιπλέον, πρέπει να έχουμε υπόψη ότι στην περίπτωση τέτοιου είδους συνέντευξης οι συμμετέχοντες/-ουσες τείνουν περισσότερο να εκφράσουν απόψεις που είναι πολιτισμικά αναμενόμενες, σε σύγκριση με εκείνη της προσωπικής συνέντευξης (Παπαγεωργίου,2010).⁷

Βέβαια, στο σημείο αυτό θα ήθελα να τονίσω ότι θεωρείται ότι η κοινή συζήτηση έχει το προτέρημα να μην ευνοεί σκόπιμη παραποίηση της πραγματικότητας (ή

⁷ Ίσως είναι σκόπιμο στο σημείο αυτό να αναφερθούν δύο βασικές συνισταμένες της έρευνας, τις οποίες προσπάθησα να λάβω σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό της μελέτης αυτής: την **αξιοπιστία** και την **εγκυρότητα**. Για να μπορέσει η ερευνητική μελέτη να θεωρηθεί αξιόπιστη, πρέπει να κατορθώσει να αποδείξει ότι στην περίπτωση που θα διεξαγόταν δεύτερη και τρίτη φορά, την ίδια χρονική περίοδο σε μια παρόμοια ομάδα απαντώντων/-ουσών και σε ένα παρόμοιο περιβάλλον (όπως κι αν αυτό προσδιορίζεται), θα είχαμε ως αποτέλεσμα τα ίδια ερευνητικά αποτελέσματα/δεδομένα.

Από τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε ότι η αξιοπιστία είναι ουσιαστικά συνώνυμη της συνέπειας και της δυνατότητας αναπαραγωγής σε ερευνητικά εργαλεία και σε ομάδες απαντώντων/-ουσών. Έχει, δηλαδή, να κάνει με τη συνέπεια αλλά και την ακρίβεια. Από την άλλη, η έρευνα πρέπει να είναι και έγκυρη, δηλαδή να μελετά αυτό για το οποίο υποτίθεται ότι σχεδιάστηκε να μελετά. Ασφαλώς, μια ερευνητική μελέτη, δεν μπορεί να είναι 100% έγκυρη. Ειδικότερα, στα ποιοτικού τύπου δεδομένα η υποκειμενικότητα των συμμετεχόντων/-ουσών, οι απόψεις τους, οι συμπεριφορές τους και οι αντιλήψεις τους συμβάλλουν συνολικά σε κάποιο βαθμό προκατάληψης. Συνεπώς, η εγκυρότητα, πρέπει να θεαθεί περισσότερο ως ένα θέμα που έχει να κάνει με ένα επίπεδο βαθμού παρά ως μια απόλυτη κατάσταση. Εκείνο που πρέπει να προσπαθούμε να πετύχουμε είναι να μειώσουμε τα επίπεδα μη εγκυρότητας και να αυξήσουμε τα επίπεδα εγκυρότητας. Η προσπάθεια να αφαιρέσουμε από την έρευνά μας τα στοιχεία που την καθιστούν μη έγκυρη είναι απαραίτητη στην περίπτωση που ο/η ερευνητής/-τρια θέλει να είναι ικανός/-ή να δείχνει εμπιστοσύνη στα στοιχεία της έρευνας που έχουν να κάνουν με το ερευνητικό σχέδιο, την απόκτηση των δεδομένων, την ανάλυση της διαδοχής των δεδομένων, την ερμηνεία και τα επακόλουθα συμπεράσματα. Πάντως, σε κάθε περίπτωση, πέραν της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας, οι μέθοδοι έρευνας πρέπει να διέπονται και από ακρίβεια, όπως εξηγεί η Pati Lather (2005).

τουλάχιστον την ελαχιστοποιεί), αφού η παρουσία πολλών ατόμων λειτουργεί ως «δημόσιος» κριτής⁸.

Η διάρκεια των συνεντεύξεων με τις χειρουργούς κυμάνθηκε, κατά μέσο όρο, γύρω στα 50 λεπτά στις ατομικές ενώ αυτή με τις δύο φίλες διήρκησε περίπου 80. Τις διαβεβαίωσα όλες για εχεμύθεια και εμπιστευτικότητα.

4.5. Επιλογή δείγματος-χώρος συνέντευξης

Το δείγμα των έξι γυναικών είναι σαφώς μικρό, ωστόσο, θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για την ανάπτυξη ιδεών και νέων ερευνητικών ερωτημάτων στο μέλλον. Μόνο η ορθοπεδικός είναι φίλη μου και την γνωρίζω από την εποχή της σχολής ενώ οι υπόλοιπες ήταν εντελώς άγνωστες πριν τη συνέντευξη. Σαφώς, και έχω στο περιβάλλον μου πολλές άλλες γυναίκες χειρουργούς αλλά, ηθελημένα απέφυγα αυτές με τις οποίες έχουμε φιλική σχέση ή και κοινές εμπειρίες. Τις συγκεκριμένες, μου τις κατονόμασαν γνωστοί του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός μου. Με τις συνομιλήτριες μου επικοινωνήσα πρώτα τηλεφωνικά και στη συνέχεια κανονίστηκε η συνάντησή μας. Όλες έδειξαν προθυμία να συμμετέχουν- αν και υπήρξε δυσκολία να βρεθεί ελεύθερος χρόνος- και νομίζω ότι σε αυτό έπαιξε ρόλο η ταυτότητά μου. Όλες οι συνεντεύξεις έγιναν σε χώρο γύρω από το νοσοκομείο (καφετέρια ή εστιατόριο) που εργάζονται οι χειρουργοί ή στο ιατρείο τους για να «κερδίσουμε χρόνο» όπως χαρακτηριστικά ανέφεραν σχεδόν όλες. Στο τέλος της συνέντευξης ένιωθα και πιστεύω ότι ένιωθαν και οι ίδιες ενθουσιασμό και κάποιου είδους ψυχική ανάταση αφού είχε έστω και ανεπίσημα η φωνή τους ακουστεί, είχαν βρεθεί ομοιότητες και είχαν σχηματιστεί στρατηγικές.

4.6. Ανθρωπολογική μελέτη «οίκου»

Είναι φανερό ότι τίθεται μεθοδολογικό ζήτημα στη μελέτη αυτή αφού τόσο η ίδια όσο και οι συνομιλήτριες μου είμαστε όλες γυναίκες χειρουργοί. Ουσιαστικά πρόκειται για μία ανθρωπολογική μελέτη «οίκου». Το ζήτημα λοιπόν που προβληματίζει είναι διπλό. Από την μία δηλαδή προσπαθούσα να εκμεταλλευτώ την εκ των έσω θέαση των

⁸ Κατά την Pati Lather (1988), οι ομαδικές συνεντεύξεις παρέχουν τη δυνατότητα για βαθύτερη μελέτη του υπό εξέταση θέματος με περισσότερη αξιοπιστία

πραγμάτων του δικού μου οικείου χώρου και από την άλλη θα έπρεπε να εξασφαλίσω την απαιτούμενη απόσταση που χρειάζεται για να αντικειμενοποιηθεί η γνώση (Γκέφου-Μαδιανού, 2009). Με άλλα λόγια θα έπρεπε να διατηρήσω μία θέση εξωτερικού παρατηρητή ενώ η μελέτη ήταν εντελώς από μέσα. Χρειαζόταν δηλαδή μια πολύ λεπτή ισορροπία ανάμεσα στην ημική και την ητική διάσταση της ανθρωπολογικής πρακτικής (Headland, Pike and Harris, 1990).

Όπως άλλωστε αναφέρουν οι υποστηρικτές της ανθρωπολογίας «οίκοι», η πολύχρονη εμπειρία μου στις χειρουργικές αίθουσες μου έδωσε τη δυνατότητα να προσεγγίζω πιο εύκολα τις συνομιλήτριες μου και μου ήταν σαφώς πιο εύκολη διαδικασία να καταλάβω τους λεπτούς εκείνους κώδικες επικοινωνίας. Μπορούσα εύκολα να καταλάβω τι ακριβώς εννοούσαν οι συνομιλήτριες μου στις περιγραφές τους αλλά και στις παύσεις των περιγραφών τους και «έβλεπα» όλες εκείνες τις μικρές λεπτομέρειες που θα έπαιρνε πολύ χρόνο για κάποιον εκτός του συγκεκριμένου χώρου να καταλάβει. Το χειρουργείο είναι ένας χώρος με αυξημένο ego και όπως σε κάθε ανθρωπολογική μελέτη χρειάζεται χρόνος για να περάσεις τη γυαλιστερή επιφάνεια. Οι περισσότερες συγκρούσεις είναι υπόγειες και κρύβονται πολύ καλά κάτω από κανόνες και συνθήκες.

Για την όσο πιο πολύ αντικειμενική ματιά μου τα επιχειρήματα που θα μπορούσα να παραθέσω είναι αρχικά το γεγονός ότι τα τελευταία 20 χρόνια έχω εργαστεί σε διάφορα νοσοκομεία σε τρεις διαφορετικές χώρες σε όλες τις βαθμίδες -της φοιτήτριας, της ειδικευόμενης και της νέας και της πιο έμπειρης επιμελήτριας- και θα μπορούσα με σχετική σιγουριά να αναφέρω ότι όσα αναφέρονται τα έχω παρατηρήσει σε όλα τα χειρουργεία στα οποία έχω εργαστεί δίνοντας έτσι μία πιο οικουμενική χροιά στο φαινόμενο κρατώντας φυσικά μία επιφύλαξη για χώρες που απέχουν πολύ από το δυτικό πολιτισμό μας.

Θα πρέπει να τονίσω, βέβαια, ότι η ενασχόληση μου με την ανθρωπολογία τα τελευταία δύο χρόνια είχε ως αποτέλεσμα να μπορέσω να δω τα πράγματα από άλλη οπτική γωνία, με βοήθησε, δηλαδή, να απομακρυνθώ από τον «εαυτό» και τελικά να επιστρέψω πάλι πίσω για να τον μελετήσω ως μέρος του «εμείς» (Γκέφου-Μαδιανού, 2009). Πρόκειται δηλαδή ουσιαστικά για μία αναστοχαστική μελέτη όπου ο «εαυτός» καταφέρνει και αντικειμενοποιεί τον ίδιο του τον «εαυτό» (Babcock, 1980).

Μέσα από αυτή την αναστοχαστική προσέγγισή μου οποία προκάλεσε και την αναστοχαστική θεώρηση των πληροφορητριών μου πιστεύω ότι ακούστηκαν το ίδιο δυνατά με τη δική μου και οι φωνές τους. Αν και η έρευνα καθαυτή έχει εξαιρετική σημασία, συχνά, έχει ενδιαφέρον και η ανάδειξη του υποκειμενικού στοιχείου στην ανθρωπολογική έρευνα, δηλαδή, οι βιωματικές εμπειρίες του ατόμου όπως αυτές διαμορφώνονται μέσα από την αλληλόδραση με τους άλλους (Stoller, 1989). Γνωρίζοντας, βέβαια πάντα ότι οι εμπειρίες αυτές επηρεάζονται από τις εκάστοτε πολιτικές, πολιτισμικές και κοινωνικές συνθήκες.

5. Το εμπειρικό υλικό των συνεντεύξεων

5.1. Η ιατρική και κυρίως η χειρουργική έχει εντυπωθεί στην κοινή λογική ως «ανδρική» επιστήμη

Η κοινωνική κατηγοριοποίηση σε άνδρα ή γυναίκα οδηγεί πολύ συχνά σε στερεοτυπικές αντιλήψεις οι οποίες καταδεικνύουν την έννοια του habitus και μπορούν να βοηθήσουν στην ερμηνεία των ανισοτήτων των δύο φύλων. Δηλαδή, οι άνθρωποι στην προσπάθειά τους να μειώσουν την κοινωνική πολυπλοκότητα δημιουργούν τα στερεότυπα τα οποία, είναι ουσιαστικά συστήματα αντιλήψεων και αποτελούν έναν σύντομο δρόμο για την αξιολόγηση των άλλων. Όπως αναφέρει η Κυριαζή (2012):

Τα άτομα από την παιδική τους ηλικία μαθαίνουν τον τρόπο με τον οποίο το πολιτισμικό και το κοινωνικό πλαίσιο καθορίζει τους διακριτούς ρόλους του άνδρα και της γυναίκας και εσωτερικοποιούν αυτή την γνώση ως σχηματοποιημένη αναπαράσταση του φύλου ή ως αναμφισβήτητη βασική πεποίθηση (Κυριαζή, 2012: 96).

Μία συνομιλήτρια μου, χαρακτηριστικά, λέει:

«Μονίμως με φωνάζουν αδερφή...ακόμα και όταν τους δίνω τις μετεγχειρητικές οδηγίες...μου έχει συμβεί να ενημερώνω αναλυτικά τους συγγενείς για κάποιο χειρουργείο και μετά να μου λένε...τώρα μπορούμε να δούμε τον γιατρό που τον χειρουργήσε; Πιο τρομακτικό μου φαίνεται όταν ένα παιδάκι με φωνάζει νοσοκόμα! Μα πότε πρόλαβε να εντυπωθεί στο μυαλό του ότι είμαι νοσοκόμα επειδή απλώς είμαι γυναίκα;» (MN)

Με βάση, λοιπόν, τα στερεότυπα⁹ οι γυναίκες χαρακτηρίζονται ως άτομα με ευαισθησίες και τρυφερότητα κάτι που συνδέεται με τον ρόλο της μητέρας. Ταυτόχρονα όμως χαρακτηρίζονται ως παθητικές, συναισθηματικές ασταθείς, μη αποφασιστικές, χωρίς την ικανότητα να ηγηθούν. Οι άνδρες, απεναντίας, χαρακτηρίζονται από κυριαρχία, επιβλητικότητα, αποφασιστικότητα και κύρος. Κατά συνέπεια με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά κάποια επαγγέλματα χαρακτηρίζονται ως ανδρικά και κάποια ως γυναικεία. Και όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Bourdieu:

⁹ Με βάση τους K. Deaux και L.Lewis (1984) οι βασικοί άξονες γύρω από τους οποίους περιστρέφονται τα στερεότυπα του φύλου είναι τα χαρακτηριστικά, τα πρότυπα συμπεριφοράς, τα φυσικά γνωρίσματα και οι τομείς απασχόλησης (Deaux and Lewis, 1984)

Οι γυναίκες μεγαλώνουν σε μια κοινωνική τάξη «σεξουαλικά» διευθετημένη, ανακαλούμενες στην τάξη από τους γονείς, τους καθηγητές και τους συμμαθητές τους, ενσωματώνοντας, χωρίς τη θέλησή τους, ένα *habitus*: «... που τις οδηγεί να θεωρούν φυσιολογική, ή ακόμα και φυσική, την κοινωνική τάξη έτσι όπως είναι και να προλαμβάνουν κατά κάποιον τρόπο το πεπρωμένο τους αρνούμενες κατευθύνσεις ή σταδιοδρομίες από τις οποίες είναι σε κάθε περίπτωση αποκλεισμένες, σπεύδοντας προς εκείνες για τις οποίες εντέλει και προορίζονται» (Bourdieu, 2007b: 174).

Ωστόσο στην ιατρική φαίνεται ότι τα πράγματα δεν ήταν πάντα έτσι. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το βιβλίο των B. Ehrenreich και D. English (2010) στο οποίο οι συγγραφείς κάνουν μία ιστορική αναδρομή και επιχειρούν να ερμηνεύσουν αναλύοντας κοινωνικοπολιτισμικά φαινόμενα την επικράτηση των ανδρών στη σύγχρονη ιατρική. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι η επικράτηση των ανδρών στην ιατρική ήταν αποτέλεσμα της πάλης τόσο των φύλων όσο και των κοινωνικών τάξεων για το ποιος θα αναλάβει την εξουσία.¹⁰

¹⁰ Σύμφωνα λοιπόν με τις συγγραφείς πάντα υπήρχαν γυναίκες θεραπεύτριες και η ιατρική υπήρξε πάντα η αρένα όπου αγωνίζονταν οι γυναίκες θεραπεύτριες (healers) και οι άνδρες επαγγελματίες (professionals). «Στη ιστορία της δύσης οι γυναίκες βοηθούσαν σε εκτρώσεις, ήταν νοσηλεύτριες, ήταν φαρμακοποιοί. Καλλιεργούσαν βότανα και αντάλλαζαν τα μυστικά της χρήσης τους. Υπήρξαν μαμές που έτρεχαν από σπίτι σε σπίτι στα χωριά. Για αιώνες οι γυναίκες υπήρξαν γιατροί χωρίς διπλώματα, μάθαιναν η μία από την άλλη, μεταδίδοντας τις εμπειρίες από μάνα σε κόρη. Ήταν αυτές που οι απλοί άνθρωποι αποκαλούσαν σοφές ενώ οι αρχές αποκαλούσαν μάγισσες». Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η ιατρική είναι μέρος της κληρονομιάς της ιστορίας των γυναικών. Ωστόσο, όπως παρατηρούν, το ιατρικό σύστημα σήμερα είναι ιδιοκτησία των ανδρών επαγγελματιών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών είναι άνδρες όπως άνδρες βρίσκονται και στα ανώτερα κλιμάκια της διοίκησης της υγείας. Οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των εργαζομένων στο χώρο της υγείας αλλά στο μεγαλύτερο ποσοστό βρίσκονται σε χώρους όπου τα αφεντικά είναι οι άνδρες.

Η θέση τους για το σύγχρονο ιατρικό σύστημα είναι ότι η μορφή του δεν είναι φυσική. Η κατάπιξη των γυναικών θεραπευτριών και η άνοδος και τελικά η επικράτηση των ανδρών επαγγελματιών δεν ήταν μία φυσική διαδικασία που προέκυψε αυτόματα από τις αλλαγές στην ιατρική επιστήμη, ούτε βέβαια οφείλεται στην αποτυχία των γυναικών ν' αναλάβουν τα ηνία. Η μάχη αυτή είχε κριθεί πριν την ανάπτυξη της επιστήμης. Και μάλιστα το στοίχημα αυτής της μάχης ήταν πολύ μεγάλο: πολιτικό και οικονομικό μονοπώλιο της ιατρικής σήμαινε έλεγχο των θεσμικών οργάνων, τόσο στη θεωρία τους όσο και στην πρακτική τους, τα κέρδη τους και το κύρος τους. Και φυσικά το στοίχημα είναι ακόμα μεγαλύτερο σήμερα γιατί ο έλεγχος της ιατρικής προσφέρει την εξουσία για να αποφασιστεί ποιος θα ζήσει και ποιος θα πεθάνει, ποιος θα αναπαραχθεί και ποιος όχι, ποιος θεωρείται τρελός και ποιος όχι.

Ουσιαστικά, λοιπόν, για τις συγγραφείς η καταπίεση των γυναικών θεραπευτριών από το ιατρικό κατεστημένο ήταν μία πολιτική πάλη μέρος της μάχης των δύο φύλων. Το κύρος των γυναικών θεραπευτριών ανέβηκε και έπεσε μαζί με το κύρος των γυναικών. Ταυτόχρονα όμως, όπως υποστηρίζουν, ήταν και πάλη των κοινωνικών τάξεων. Οι γυναίκες ήταν θεραπεύτριες των απλών ανθρώπων και η ιατρική τους ήταν μέρος της κουλτούρας των

Στην σημερινή εποχή ένας σημαντικός αποτρεπτικός παράγοντας για την χειρουργική που αφορά κυρίως τις γυναίκες είναι ο χρόνος που πρέπει να αναλώσουν. Αρχικά είναι ο χρόνος της εκπαίδευσης που είναι εξαιρετικά μακρύς και κοπιαστικός.

«...η σχολή, η ειδικότητα και η υποειδικότητα μου πήραν 17 χρόνια...οι συμμαθήτριες μου ετοιμάζονται για σύνταξη και εγώ τώρα βρίσκομαι στην αρχή της καριέρας μου» (ΣΑ)

Η εκπαίδευση στη χειρουργική είναι μακροχρόνια και δεν είναι σπάνιο ειδικά στην εξαιρετικά μεγάλου κύρους ιατρική των ΗΠΑ οι χειρουργοί να «γράφουν» πάνω από 100 ώρες την εβδομάδα μέσα στο νοσοκομείο. Μάλιστα, πριν μερικά χρόνια αποφασίστηκε να τεθεί ως όριο οι 80 ώρες-για να αποφευχθούν ιατρικά λάθη λόγω εξάντλησης-ωστόσο πρόκειται για ένα ωράριο που ξεπερνά σημαντικά τα ωράρια άλλων επαγγελμάτων. Στην Ευρώπη, που γίνεται προσπάθεια να μειωθούν οι ώρες εργασίας, θεωρείται ότι πέφτει το επίπεδο της εκπαίδευσης και ότι οι ειδικευόμενοι δεν έχουν αρκετό χρόνο για να εκπαιδευτούν σωστά.

Από την άλλη ο χειρουργικός χρόνος δεν σχετίζεται καθόλου με τον βιολογικό. Οι χειρουργοί, όταν πρέπει να επέμβουν, ο χρόνος, η μέρα, η ώρα, πολλές φορές δεν μετράει. Ακολουθούν τους χρόνους της ασθένειας και μάλιστα κατά τη διάρκεια ενός χειρουργείου όλες οι βιολογικές ανάγκες του/της χειρουργού καταστέλλονται και επανεμφανίζονται στο τέλος της επέμβασης ακόμα και αν αυτό είναι δώδεκα ώρες αργότερα! Η νύχτα και η μέρα δεν ξεχωρίζουν και οι απαιτούμενες ώρες ύπνου είναι ένα αστείο θέμα.

«...όταν τελειώνει ένα χειρουργείο αντιλαμβάνομαι, συχνά, ότι έχουν περάσει έξι, οχτώ, ακόμα και πάνω από 12 ώρες που είμαι ακίνητη, όρθια χωρίς νερό, χωρίς τουαλέτα...συχνά δεν νιώθω τα πόδια μου τα οποία είναι πρησμένα...μου αρέσει, όμως, η δουλειά μου!» (ΟΚ)

Οι γυναίκες χειρουργοί έχουν ν' αντιμετωπίσουν και τον χρόνο που αφορά τη δημιουργία οικογένειας, της απόκτησης και της φροντίδας των παιδιών. Και ενώ η πορεία της καριέρας των ανδρών μοιάζει να είναι ευθεία γραμμή, των γυναικών κάνει συνεχείς κύκλους και αναπροσαρμογές για να καλύψουν και τις ανάγκες και

ανθρώπων αυτών. Οι άνδρες επαγγελματίες, σε αντίθεση από την πρωτοεμφάνισή τους υπηρέτησαν την άρχουσα τάξη-τόσο ιατρικά όσο και πολιτικά. Τα ενδιαφέροντα τους προωθήθηκαν τόσο από τα πανεπιστήμια και την εκκλησία όσο και από τις φιλανθρωπικές οργανώσεις και τον νόμο. Ουσιαστικά, καταλήγουν, η νίκη τους οφείλεται στην επέμβαση και παρέμβαση της άρχουσας τάξης που υπηρετούν (Ehrenreich and English, 2010).

υποχρεώσεις του σπιτιού ενώ αντίθετα οι άνδρες αφήνουν αυτές τις υποχρεώσεις στη σύντροφο ή τη σύζυγό τους η οποία τις αναλαμβάνει ασυζητητί.

Οι συνομιλήτριες μου μέσα από τις αφηγήσεις τους σκιαγραφούν τις έμφυλες αντιλήψεις για τη φύση του επαγγέλματός τους, νομιμοποιώντας την ανδρική κυριαρχία στο πεδίο, αποδεχόμενες πως οι άνδρες συνάδελφοί τους είναι από τη φύση τους πιο καλά προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις του.

«...μερικές γυναίκες επειδή έχουν αυτή την αίσθηση αυτοσεβασμού, αλλά δεν έχουν βρει έναν τρόπο να εκφράζονται, δεν διεκδικούν καθόλου και έτσι χάνουν το τρένο. Σας βεβαιώνω όμως ότι δεν είναι και τόσο εύκολο να πρέπει κάθε μέρα να διεκδικείς το αυτονόητο...»(MN)

«...για τους άνδρες είναι πιο εύκολο να μείνουν το μεσημέρι, να κάνουν τη δουλειά τους, να ξενυχτήσουν το βράδυ. Γιατί ξέρουν ότι πίσω είναι κάποιος άλλος και έχει αναλάβει τα πράγματα...μάλιστα όταν πήγα σε μια καθηγήτρια που με έστειλε ο τότε καθηγητής μου να κάνω αίτηση, στο interview αυτό που με ρώτησε και επέμεινε πάρα πολύ ήταν αν έχω δεσμό ή εάν σκέφτομαι να παντρευτώ, διότι η χειρουργική απαιτεί θυσίες και δεν πρέπει να παντρευτώ, μου το είπε ευθέως αυτό...» (OK)

Όπως αναφέρει η ΛΒ

«...η επιτυχία εξαρτάται από τις ικανότητες που έχει κάποιος στη διαχείριση του χρόνου. Κλείνω όλα τα ραντεβού των ασθενών μου μόνη μου χωρίς τη παρέμβαση της γραμματέας μου για να τα προσαρμόζω όσο γίνεται καλύτερα στο πρόγραμμα των παιδιών μου. Σηκώνομαι πολύ νωρίς το πρωί όταν όλοι κοιμούνται για να πω τον καφέ μου με ηρεμία και να ασχοληθώ με την εμφάνισή μου. Μετά, όταν ξυπνούν οι υπόλοιποι όλα είναι υπολογισμένα με δεκάλεπτη απόκλιση χρόνου. Τις ημέρες που έχω χειρουργεία έχω φροντίσει τα παιδιά να έχουν ολόήμερες δραστηριότητες και φυσικά έχω κοντά μου άτομα εμπιστοσύνης. Ακόμα και η γραμματέας μου ή κάποια φίλη μου τα έχει παραλάβει από το σχολείο...»

Οι γυναίκες χειρουργοί φαίνεται ότι αναπτύσσουν πολλές στρατηγικές ρύθμισης του χρόνου ωστόσο αυτές με τις οποίες συνομίλησα δεν απαιτούσαν καμία αλλαγή στο εκπαιδευτικό και εργασιακό σύστημα. Δέχονταν τους όρους όπως αυτοί είναι από χρόνια καθορισμένοι με βάση ανδρικά αποκλειστικά κριτήρια και προσαρμόζονταν ανάλογα. Στο παρελθόν και ιδιαίτερα στο εξωτερικό όπου παρέχονται ευκολίες μειωμένου ωραρίου όσες επιζητούσαν ένα μειωμένο ωράριο θεωρούνταν ότι δεν είναι απόλυτα αφοσιωμένες στο επάγγελμά τους και ότι σταδιακά έχαναν τις χειρουργικές τους δεξιότητες.

Σ ένα άρθρο του, ο Άγγλος καθηγητής χειρουργικής Meirion Thomas (2014) αναφέρει ότι η αύξηση των γυναικών γιατρών σημαίνει πτώση του επιπέδου των παροχών υγείας αφού οι γυναίκες δεν αναλαμβάνουν απαιτητικές ειδικότητες αφού επιζητούν ισορροπία στην προσωπική και επαγγελματική ζωή τους. Επίσης, αναφέρει ότι για κάθε θέση χρειάζονται τώρα δύο άτομα αφού οι γυναίκες έχουν συνήθως μειωμένο ωράριο (Mail Online, 2014).

Σε ένα τέτοιο, λοιπόν, «εχθρικό» ανδροκρατούμενο περιβάλλον, οι γυναίκες χειρουργοί προσπαθούν να αποδείξουν ότι το σώμα τους το οποίο είναι κοινωνικό και πολιτισμικό αντικείμενο, ότι αντέχει και μπορεί να εναρμονιστεί με το χώρο του χειρουργείου. Οι γυναίκες χειρουργοί που θεωρούνται επιτυχημένες καταλαμβάνοντας μια θέση κύρους υιοθέτησαν ένα σύνολο ιδιοτήτων που κατέχουν οι άνδρες ομότεχνοί τους, και για τις οποίες οι ίδιοι ήταν ήδη σιωπηρά προετοιμασμένοι (Bourdieu, 2007b):

«...μέσα στις αντικειμενικές δυσκολίες είναι κι η γνώμη που έχουν οι άλλοι ότι “επειδή είσαι γυναίκα, θα πρέπει να κάνεις κι αυτό”. Ενώ για έναν άνδρα συνάδελφό μου δεν τίθεται, δηλαδή μπορεί να κάνει τον ίδιο δρόμο που κάνω κι εγώ και να γυρίσει στο σπίτι του και να συνεχίσει να δουλεύει. Δεν είναι μαμά... φαίνεται λοιπόν ότι πάρα πολλές γυναίκες...χρειάστηκε να συμπεριφερθούν και σαν άνδρες για να μπορέσουν να έχουν εκ μέρους του περιβάλλοντος την αναγνώριση και την άδεια τελικά...» (ΛΒ)

Αναγκάζονταν δηλαδή, ειδικά παλιότερα, να κάνουν κάποιες «προσαρμογές» με βάση τα ανδρικά πρότυπα που αφορούσαν τόσο στην εμφάνισή τους, στη στάση του σώματος ή και στη γλώσσα που χρησιμοποιούν όσο και στην συμπεριφορά τους. Ειδικά μερικά χρόνια πριν, η εμφάνιση τους ήταν πολύ συγκεκριμένη. Τα ρούχα τους ήταν λιτά, με σκούρα χρώματα και σε καμία περίπτωση δεν τόνιζαν τη θηλυκότητα τους. Η στάση του σώματος ήταν περισσότερο σε θέση επίθεσης, «ανδρική», και επίσης ο λόγος τους γινόταν ευθύς, σκληρός, απότομος (Pringle, 1998).

«...στο διάστημα που έκανα τον χρόνο της γενικής χειρουργικής (είναι απαραίτητος πριν ξεκινήσει την ΩΡΛ) άλλαξα πολύ εκεί μέσα...μου το είπαν όλοι... υιοθέτησα ανδρική συμπεριφορά...έλεγα, για παράδειγμα, άντε μαλ... κες, πάμε για μπύρες (άλλαζε και η χροιά της φωνής της όταν το έλεγε. Γινόταν πιο μπάσα)... αδιανόητο για μένα πριν!» (ΜΝ)

Οι γυναίκες χειρουργοί σπάνια αναφέρουν γυναικολογικό πρόβλημα υγείας ακόμα και αν τις απασχολεί έντονα.

«Αν πονάω λέω ότι έχω πονοκέφαλο... δεν χρησιμοποιώ τις ορμόνες μου γιατί θα το εκμεταλλευτούν με την πρώτη ευκαιρία» (ΟΚ)

Μία χειρουργός μέντορας μου, που δυστυχώς πια δεν ζει, μετρούσε τις διαστολές του τραχήλου λίγο πριν τον τοκετό του παιδιού της στο χρόνο μεταξύ των περιστατικών που χειρουργούσε χωρίς να αποφασίζει να σταματήσει λες και ο τοκετός δεν υφίσταντο. Συχνά δεν είναι παντρεμένες ή δεν έχουν παιδιά. Ακόμα, όμως, και αν έχουν, η δημόσια εκδήλωση των μητρικών τους αισθημάτων δεν είναι συνηθισμένη. Μοιάζει να απαρνιούνται τελείως αυτό που η κοινωνία ονομάζει γυναικεία φύση, μπορεί κιόλας να ντρέπονται για αυτήν και την κρύβουν όσο περισσότερο μπορούν. Η θηλυκή τους πλευρά αποτελεί γι' αυτές πρόβλημα αφού κάθε επαγγελματική δυσκολία τους θα αποδοθεί σ' αυτήν. Ακόμα όμως και οι επιτυχίες τους αποδίδονται στη γυναικεία φύση τους με μάλλον υποτιμητικό τρόπο. Η συμπεριφορά αυτή είναι πιο έντονη όταν ασκούν τη χειρουργική αλλά μπορεί να τη δει κανείς και στην καθημερινή ζωή τους. Πολλές αναφέρουν ότι στο σπίτι τους ασχολούνται με τα ηλεκτρολογικά και υδραυλικά προβλήματα που μπορούν να προκύψουν κάτι το οποίο δεν είναι συνηθισμένο στο ευρύ κοινό. Φυσικά, γίνονται αντικείμενο κυρίως σεξιστικών σχολίων για την συμπεριφορά τους αυτή. Είναι χαρακτηριστικό ότι περισσότερο στην Αγγλία και λίγο λιγότερο στην Αμερική ήταν απαραίτητο κατά τη διάρκεια του ιατρείου να βάζω φούστα ή φόρεμα και παπούτσια με τακούνια. Ίσως γιατί το να ντυνόμαστε ως «κυρίες» καθιστούσε το κοινό ότι δεν απειλούνταν τα ανδρικά προνόμια (Pringle, 1998).

5.2. Οι «μοριακές εκρήξεις ελευθερίας» των γυναικών χειρουργών

5.2.1. Η επιλογή της ειδικότητας

Ολοένα και περισσότερες γυναίκες γιατροί δεν διστάζουν να επιλέξουν να κάνουν την ειδικότητα που τους αρέσει ξεπερνώντας τα βαθιά εγκατεστημένα στερεότυπα και φαίνονται να είναι συμφιλωμένες με την ταυτότητά τους.

«...η νευροχειρουργική ότι έχει τις ίδιες τεχνικές με τις άλλες χειρουργικές ειδικότητες απλά οι συνέπειες είναι σοβαρές... μου άρεσε πολύ το κεντρικό νευρικό σύστημα...έκανα νευροχειρουργική γιατί μου άρεσε πάρα πολύ...προσπάθησαν να αλλάξουν τη γνώμη μου αλλά ακολούθησα το όνειρό μου και αυτό που μου αρέσει...δεν θεωρώ ότι είμαι διαφορετική» (OK)

«...μου αρέσει πολύ να παίζω με κατσαβίδια...για αυτό διάλεξα την ορθοπεδική. Επειδή η εικόνα μου είναι τόσο διαφορετική, δεν είμαι μεγαλόσωμη, ούτε αθλητική είχα τις ανασφάλειες μου... ρώτησα τον πατέρα μου που ήταν ορθοπεδικός αν μπορούσα να κάνω αυτή την ειδικότητα και μου είπε ναι...έτσι πείσμως...» (ΑΣ)

«...αποφάσισα να κάνω χειρουργική στο έκτο έτος της χειρουργικής...μπήκα μέσα σ'ένα χειρουργείο και μου άρεσε πάρα πολύ...και σκέφτηκα γιατί να καταπιέζομαι; αυτό θα κάνω!» (ΧΠ)

Η γιατρός αυτή (ΧΠ) που βρίσκεται στο τέταρτο έτος της γενικής χειρουργικής μεγάλωσε σε ένα σπίτι που ο πατέρας της είναι γενικός χειρουργός ενώ η μητέρα της είναι χειρουργός μαστού διευθύντρια δημόσιου νοσοκομείου.

Κάποιες φαίνεται ότι διστάζουν στην επιλογή της ειδικότητας αλλά δεν υποχωρούν τελείως. Επιλέγουν πιο «εκλεπτυσμένες» χειρουργικές ειδικότητες.

Η ΜΝ που είναι φίλη της ειδικευόμενης της γενικής χειρουργικής και κάνει ειδικότητα ΩΡΛ αναφέρει

«... Μαζί κάναμε όνειρα...αλλά εγώ υποχώρησα...κοιτάζοντας την ΧΠ της λέει «... εσύ είσαι πιο σκληρή...φοβήθηκα ότι δεν θα εμπιστευτεί κανένας...πως θα μπορούσα να δουλέψω στον ιδιωτικό τομέα; Η χειρουργική του μαστού που κάνει η μητέρα σου δεν μου αρέσει. Βλέπω και τη νονά μου που είναι ορθοπεδικός...έχει εξειδικευτεί σε οστεοσαρκώματα (τα οποία είναι πιο βαριά περιστατικά) και δεν κάνει κανένα...που και που βάζει κανένα κάταγμα. Σιγά το χειρουργείο!» (ΜΝ)

Συχνά οι ιδιαιτερότητες στις επιλογές τους ξεκινούν από πολύ νωρίς

«Πάντα ήμουν πιο άγρια...η μαμά μου θεωρεί ότι με μεγάλωσε σαν άντρα.. ότι έκανε λάθη με μένα. Η πορεία μου οφείλεται στα κατάλοιπα της παιδικής μου ηλικίας λέει ένας φίλος μου ψυχίατρος. Με μεγάλωναν σαν κορίτσι αλλά εγώ ήθελα ανδρικά πράγματα. Ήθελα τζούντο και με έστελναν μπαλέτο. Η μάνα μου τα έχει βάλει μαύρα...ιατρική σημαίνει καριέρα άρα όχι οικογένεια...ήθελε να γίνω δασκάλα» (ΜΝ)

Η οικογένεια, «αυτό το ιερό κρυφό σύμπαν που κλείνει τις πόρτες του στον έξω κόσμο», είναι ένας τρόπος παροχής, αλλά συγχρόνως και μια συγκροτητική αρχή η

οποία ενυπάρχει σε όλα τα habitus. Έτσι ως μια νοητική αρχή αναπαραστάσεων, αξιών και πράξεων αποτελεί αντικειμενική κατηγορία, αλλά συνεπώς και υποκειμενική κοινωνική κατηγορία η οποία συμβάλλει στην κοινωνική αναπαραγωγή (Bourdieu, 2000: 123-127)

Αν και τα πρότυπα στο κοντινό κοινωνικό περιβάλλον παίζουν σημαντικό ρόλο κάποιες ωστόσο επιλέγουν τη χειρουργική με βάση την επιθυμία τους και μόνο

«...δεν έχω κανένα γιατρό στο σοι μου αλλά από τότε που θυμάμαι τον εαυτό μου έλεγα ότι θέλω να γίνω γιατρός και μάλιστα χειρουργός. Δεν θα μπορούσα να κάνω κάτι διαφορετικό» (ΣΑ)

Βέβαια, μερικές φορές τελικά καταλήγουν -ίσως από αντίδραση- να σχηματίζουν δικά τους στερεότυπα.

«Η χειρουργική είναι καλή για τις γυναίκες...είναι πιο ντελικάτες...»

(ΧΠ)

«Μια συνειδικευόμενη, προσπαθώντας να μπει σε αυτόν τον κύκλο, συμπεριφερόταν σαν άνδρας... ..αλλά ήταν τόσο ψεύτικο...ενοχλούσε τους πάντες...ήταν πολύ ανασφαλής... δεν το θεωρώ σωστό αυτό...»

(ΟΚ)

5.2.2. Εμφάνιση

Αν και γενικά θεωρείται ότι οι γιατροί ακολουθούν ένα συγκεκριμένο κώδικα ένδυσης ο οποίος είναι κάπως αυστηρός για να τους προσδίδει περισσότερο κύρος, οι γυναίκες χειρουργοί φαίνεται ότι είναι πιο μοντέρνες από τις γυναίκες άλλων ειδικοτήτων (Pringle, 1998). Αυτό από τη μια μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι συχνά χρειάζεται να αλλάξουν ρούχα και να βάλουν τα χειρουργικά με το που φτάνουν στο νοσοκομείο επομένως μπορούν να φορέσουν ότι θέλουν μπορεί όμως, και το θεωρώ πιθανότερο ότι η εμφάνιση τους και η ένδυσή τους είναι και αυτή απελευθερωμένη από τα στερεότυπα όπως ακριβώς και η επιλογή τους για την ειδικότητα που ακολουθούν. Ωστόσο δεν παύουν να κρίνονται. Η ΜΝ αναφέρει ότι φεύγοντας από ένα νοσοκομείο ο διευθυντής της είπε:

«Μας βγήκες πολύ καλή ειδικευόμενη...όταν μπήκες μέσα με το φορεματάκι βαμμένη με φτιαγμένα τα μαλλιά σχολιάσαμε ότι δεν θα αντέξεις ούτε μια μέρα»

Οι ίδιοι οι ασθενείς μπερδεύονται με τους ρόλους και με την εικόνα της χειρουργού.

Οι συνομιλήτριες μου έχουν ακούσει διάφορα σχόλια όπως:

«Εσύ είσαι γιατρός...δεν πρέπει να φοράς κολόνια».

«Το κόκκινο κραγιόν μπορείς να το φοράς...να διασωληνώσεις δεν ξέρεις».

Για κάποιους είναι εξαιρετικά αντιφατική και να προκαλεί σύγχυση η εικόνα της γυναίκας χειρουργού που μπορεί να τονίζει ταυτόχρονα τα θηλυκά χαρακτηριστικά της ωστόσο αυτό το μοντέλο χειρουργού εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα.

«Τα ρούχα είναι πρόβλημα των ανδρών...αυτοί μας το έχουν περάσει. Μ' αρέσουν τα θηλυκά και ροκ ρούχα...ωστόσο προσέχω λίγο τι φοράω...είναι έντονα και τα μαλλιά μου...» (OK)

Τελικά η εμφάνισή τους υπογραμμίζεται καταρχήν από τις δικές τους επιλογές.

«...Μ' αρέσει να ντύνομαι σαν αγόρι...η μητέρα μου η οποία είναι χειρουργός μαστού ντύνεται πιο γυναικεία» (ΧΠ)

«...εφόσον δεν μπορώ να αποκτήσω μούσια, αποφάσισα να τονίσω τη διαφορετικότητα μου!! Φοράω φούστες, τακούνια και βάφομαι πάντα. Αφού δεν μπορώ να είμαι άνδρας, τότε θα είμαι γυναίκα! Θα βλέπουν όλοι πόσο διαφορετική είμαι!» (ΑΣ)

Το σώμα και ο τρόπος προβολής του, για παράδειγμα η ένδυση, είναι πάντα ένα κοινωνικό και πολιτισμικό αντικείμενο και ορίζεται και καθορίζεται από τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες. Η εικόνα του σώματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις σχέσεις που το υποκείμενο διατηρεί με τον εαυτό του, τους άλλους και τον κόσμο γενικότερα. (Jodelet, 1984). Ωστόσο, το σώμα δεν είναι μόνο παθητικό δημιούργημα του πολιτισμού. Είναι και δημιουργός του. (Παπαγαρουφάλη, 2011)¹¹

¹¹ Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Παπαγαρουφάλη (2011) μετά από την ανάλυση της ενσωμάτωσης του Bourdieu και του Merleau-Ponty : η ενσωμάτωση είναι και σωματοποίηση...το σώμα προσεγγίζεται πλέον ως ενσώματο δρών υποκείμενο, που βιώνει τον κόσμο στο σώμα και με το σώμα, το δικό του αλλά και των άλλων. Πολιτισμικές κατηγορίες-όπως «σώμα» δεν προϋπάρχουν των ενσώματων υποκειμένων, αλλά κατασκευάζονται από τις κοινωνικά επηρεασμένες αισθητηριακές και συναισθηματικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους διυποκειμενικά και προβάλλονται και επιτελούνταιμε περισσότερη ή λιγότερη ένταση ως αιώνιες αλήθειες ή σύμβολα (Παπαγαρουφάλη, 2011: 43-44)

5.2.3. Οι σχέσεις με τους συναδέλφους

Οι σχέσεις τους με του συναδέλφους τους περνάνε από διάφορα στάδια. Οι περισσότερες αναφέρουν αρκετές δυσκολίες αρχικά. Η εισβολή των γυναικών σ' ένα τόσο ανδροκρατούμενο περιβάλλον δημιουργεί συγκρούσεις γιατί θέτει σε αμφιβολία το habitus των χειρουργών. Η «ανησυχία» των ανδρών τις περισσότερες φορές οδηγεί σε συμπεριφορές και σχόλια που στόχο έχουν να προσβάλλουν τη «θεσμοθετημένη» γυναικεία ταυτότητα

«Ο επιμελητής δεν έμαθε ποτέ το όνομά μου με έλεγε το κοριτσάκι».(ΛΒ)

«Μια φορά μου είχε πειδεν έπρεπε να κάνεις χειρουργική εσύ...έπρεπε να χορεύεις στα μπαρ της Πάρου...Έφυγα από το χειρουργείο» (ΣΑ)

Η νευροχειρουργός έχει ακούσει πολύ σκληρά λόγια από τους παλαιότερους συναδέλφους της

«Τι νομίζεις ότι είσαι ...πάντα θα είσαι ένα αιδοίο...» (ΟΚ)

«Έχεις γίνει 39 και δεν έχεις γίνει ακόμα μητέρα, δεν έχεις παιδιά» (ΟΚ)

«Οι κατηγορίες συνήθως αφορούν το γεγονός ότι είμαι γυναίκα...και στο άλλο νοσοκομείο που δούλευα μόλις εξέφρασα γνώμη άρχισαν να μου φέρεται άσχημα» (ΟΚ)

Μου περιγράφει, χωρίς πικρία, ένα περιστατικό

«...Στην ώρα της επίσκεψης, ο διευθυντής λέει κοιτάζοντας με μπροστά στους ασθενείς ...η γυναίκα γεννήθηκε και ζει με την πονηριά να μην την εμπιστεύεστε....με κοιτάζει και λέει...εσύ δεν είσαι γυναίκα...είσαι νευροχειρουργός...απάντησα έντονα...δεν είμαι ερμαφρόδιτο. Είμαι Γυναίκα παύλα νευροχειρουργός!!» (ΟΚ)

Τίθεται πολύ συχνά θέμα εμπιστοσύνης αφού όπως πολύ χαρακτηριστικά ανέλυσε η Cassell το σώμα της γυναίκας έρχεται σε σύγκρουση με το σώμα του χειρουργού

«Με τους χειρουργούς των άλλων τμημάτων είχα θέμα στην αρχή...δεν μ' εμπιστεύονταν. Συχνά ήθελα να κλάψω γι' αυτόπήγαινα σε κάποιο δωμάτιο μόνη μου ...δεν με έβλεπε κανείς...» (ΜΝ)

«...στην Ορθοπαιδική χρειάζεται να έχεις καλή τεχνική και όχι δύναμη. Ωστόσο κάθε φορά που έβαζε μία βίδα κάποιος συνάδελφος θα έλεγχε αν την έσφιξα αρκετά. Σε άνδρα, ακόμα και πιο λεπτεπίλεπτο από μένα δεν το έκαναν ποτέ αυτό.» (ΑΣ)

«... Η κοινωνία η ίδια σε κάνει να πιστεύεις ότι είσαι το ασθενέστερο φύλο... και όταν ξεκινάς αυτή τη δουλειά όση αυτοπεποίθηση και να έχεις δυσκολεύεσαι. Εγώ η ίδια έχω πιάσει τον εαυτό μου, τουλάχιστον στην αρχή, έλεγα μέσα μου σκέψου απλά ότι είσαι άνδρας...έτσι μπορούσα να απεμπλακώ από αυτή τη σκέψη...» (ΧΠ)

Παρόλο που αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες με τους συναδέλφους τους τελικά δημιουργείται μία αμφίδρομη σχέση που επαναορίζει τη ταυτότητα του χειρουργού αμβλύνοντας τα φυλετικά κριτήρια.

«Στο τμήμα μου είμαστε οι περισσότερες γυναίκες. Ο διευθυντής με βλέπει σαν κόρη του... έχει συνηθίσει να έχει γυναίκες στο τμήμα του. Όταν πάω σε άλλο τμήμα να κάνω εκτίμηση ασθενούς, (εάν δεν έχουν συνηθίσει από γυναίκες χειρουργούς) μπορεί να δώ την αμφιβολία στα μάτια τους.... Αν είναι αυτοί κομπλεξικοί εγώ δεν μπορώ να κάνω τίποτα. Βρισκόμαστε σε μεταβατικό στάδιο...θα μας μάθουν»(ΧΠ)

«Έχω ακούσει να λένε...είσαι στις μέρες σου...και τους έλεγα αστεειύμενη όχι είναι σε λίγες μέρες...σταδιακά δέχονται τη φύση σου... αλλάζουν.» (ΟΚ)

«Κατά τη διάρκεια της ειδικότητας μετά από λίγο χαλάρωσα.... Στην αρχή ήμουν επιφυλακτική ...Δεν είναι όλα μαύρα...δεν χρειάζεται να φωνάζω.. θέλει λίγο χρόνο και έτσι δεν αναλώνομαι πια..» (ΧΠ)

Η ΑΣ εντοπίζει ένα άλλο πρόβλημα:

«με τους άνδρες συναδέλφους δεν είχα πολλά προβλήματα...έτσι και αλλιώς αυτοί με έβλεπαν σαν φιλική συμμετοχή. Δεν μου έδιναν ιδιαίτερη σημασία. Με τις γυναίκες ήταν διαφορετικά. Ο ανταγωνισμός ήταν τεράστιος. Δεν έχω δει γυναίκα ορθοπεδικό να συμπαθεί άλλη γυναίκα ορθοπεδικό. Εφόσον δεν μπορούμε, έτσι κι αλλιώς να συγκριθούμε με τους άνδρες, μεταφέρουμε όλη την ένταση στις σχέσεις μεταξύ μας» (ΑΣ)

Είναι απόλυτα αναμενόμενο ότι σε ένα περιβάλλον με έντονη ιεραρχική οργάνωση, αυτοί που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, αυτοί που ανήκουν και δεν ανήκουν στο περιβάλλον αυτό, και που τελικά δεν έχουν ταυτότητα, βιώνουν αρνητικά αυτή την εξουσία που ασκείται πάνω τους και η οριακότητα αυτή ενδεχομένως τα οδηγεί και σε εντάσεις μεταξύ τους.

5.2.4. Η αντιμετώπιση των ασθενών και των συγγενών τους

Η σχέση γιατρού ασθενή, όσο και αν ευαγγελιζόμαστε ότι σεβόμαστε την αυτονομία του ασθενούς, δεν παύει να είναι εξουσιαστική. Ιδιαίτερα, στη χειρουργική ο ασθενής πρέπει να «παραδώσει» το αναίσθητο σώμα του είναι βασικό να εμπιστεύεται τον χειρουργό του. Φαίνεται ότι οι γυναίκες εξαιτίας του φύλου τους και μόνο, πρέπει να αγωνιστούν περισσότερο για να γίνουν αποδεκτές από τους ασθενείς και να αναπτύξουν την ιδιαίτερη εκείνη σχέση μαζί τους που είναι απαραίτητη για τη θεραπεία τους.

«Η συμπεριφορά των ασθενών ήταν άκρως σεξιστική. Ένας μόλις με είδε είπε...ααα τώρα με σένα τα πιάσαμε τα λεφτά μας» (MN)

«...έχω παρατηρήσει ότι όταν πρόκειται για κάτι μικρό, μια αλλαγή τραύματος για παράδειγμα με προτιμούν που είμαι γυναίκα γιατί θεωρούν ότι θα το περιποιηθώ πιο προσεχτικά ...όταν είναι να αλλάξω γαζούλες ή να κάνω κάποια νοσηλευτική δουλειά με φωνάζουν συνέχεια...όταν πρόκειται για κάποιο χειρουργείο τα πράγματα αλλάζουν τελείως» (ΧΠ)

Ωστόσο φαίνεται ότι όταν οι γυναίκες χειρουργοί έρχονται σε στενότερη σχέση με τους ασθενείς τους φαίνεται ότι γίνονται όχι μόνο αποδεκτές αλλά ακόμα και η συνειδητή επιλογή τους.

«Οι συγγενείς, μου με φωνάζουν στην αρχή ...κοπελιά!!! Όμως οι δικοί μας ασθενείς μένουν 2-3 εβδομάδες και τελικά με μαθαίνουν και με κοιτάζουν για να επιβεβαιώσω αν αυτό που λέει κάποιος συνάδελφος άνδρας είναι σωστό ή όχι. Τελικά οι ασθενείς και οι συγγενείς τους καταλαβαίνουν...»(OK)

«...στα επείγοντα καμιά φορά με μπερδεύουν με νοσηλεύτρια αλλά απλά πλέον χαμογελώ...ξέρω ότι αν με χρειαστούν θα μάθουν τι είμαι και τι κάνω...υπάρχουν γονείς που επιλέγουν εγώ να χειρουργήσω το παιδί τους...στην αρχή μπορεί να ρωτήσουν αν χειρουργώ...μετά γίνονται φανατικοί οπαδοί μου...ο δικός μας χειρουργός είναι γυναίκα και μάλιστα ωραία...λένε» (ΣΑ)

«...τα πρώτα χρόνια που ήταν πραγματικά δύσκολα, περίεργα...θεωρώ ότι κατοχυρώθηκα όταν έγιναν γκρι τα μαλλιά μου. Πήρε πολλά χρόνια αλλά δεν το έβαλα κάτω...τους έδειξα ποια είμαι...Πάντως αν είμαι με άνδρα συνάδελφο, ακόμα και ειδικευόμενο, συνήθως απευθύνονται στον άνδρα...» (ΛΒ)

Μία συνάδελφος ακολουθεί άλλη τακτική με τους ασθενείς της:

«...εφόσον δεν μπορώ να είμαι άνδρας αποφάσισα να πουλήσω κάτι άλλο στους ασθενείς μου...είμαι εξαιρετικά τρυφερή και δείχνω πολύ κατανόηση στους ίδιους και τους συγγενείς τους...ουσιαστικά πουλάω τη γυναικεία περιποιητική φύση. Αυτό είναι το brand μου!»(ΑΣ)

Καθώς στη σύγχρονη εποχή είναι έντονο το αίτημα για πιο ανθρωποκεντρική ιατρική, με την παραπάνω διατύπωση δημιουργείται το εύλογο ερώτημα μήπως τελικά η αύξηση του αριθμού των γυναικών χειρουργών οδηγήσει σε μία «εκ βαθέων» αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών υγείας.

5.6.5. Σχέσεις με συντρόφους-οικογένεια

Το στερεότυπο της γυναίκας μητέρας και της γυναίκας που επωμίζεται όλες τις οικογενειακές υποχρεώσεις είναι, ίσως, από τα ισχυρότερα που συναντάει κάποιος. Ακόμα και στις γυναίκες αυτές που καταλύουν άλλα στερεότυπα φαίνεται ότι το συγκεκριμένο αδυνατούν να το παραβλέψουν τελείως.

«...η κοινωνία δεν είναι δίκαιη για τις γυναίκες... πρέπει να κάνεις παιδιά και να κάτσεις σπίτι να τα μεγαλώσεις γιατί ο άνδρας δεν θα κάνει κάτι τέτοιο» (ΧΠ).

Μία άλλη αφήγηση εμπεριέχει ρητά ή άρρητα τη συμβολική βία την οποία υφίστανται οι γυναίκες:

«... αποτρέπονται από τα δεδομένα της ζωής τους, δηλαδή το να φτιάξουν οικογένεια, ο χρόνος που δεν τον έχουν, γιατί αν δεν τις στηρίξει το άμεσό τους περιβάλλον δεν θα τον βρουν βεβαίως τον χρόνο ή αν δεν τον απαιτήσουν τον χρόνο. Επομένως δεν θα μπορέσουν να εξελιχθούν και θα τη φοβηθούν μια τέτοια καριέρα. Πιστεύω περισσότερο ότι είναι και στο μυαλό των γυναικών και ότι δεν είναι οι άνδρες που τις αποτρέπουν. Δεν το απαιτούν, δεν το διεκδικούν οι γυναίκες, που σημαίνει κάποιες θυσίες βέβαια μόλις μπαίνουν σ' έναν τέτοιο χώρο. Και βέβαια δεν μπορούν να εξελιχθούν, ίσως και στις ανώτερες βαθμίδες δε φτάνουν τόσες γυναίκες, είναι φανερό βέβαια αυτό, γιατί δεν έχουν το χρόνο. Έχουν όλες τις άλλες ευθύνες. Κι εγώ άργησα να ανέβω. Αλλά δεν είναι ότι με απέτρεψαν οι άνδρες. Είναι γιατί εγώ είχα ένα διαφορετικό ρυθμό να το φτάσω αυτό. Κι όταν προχωρούσα σε αυτό, έβαζα τους στόχους μου κι έλεγα τώρα έχω τα παιδιά...» (ΛΒ)

Οι γυναίκες υφίστανται τη συμβολική βία στα διάφορα κοινωνικά πεδία, δεχόμενες πως για τα εμπόδια που συναντούν κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους σε ένα ιδιαίτερα ανδροκρατούμενο πεδίο, δεν ευθύνονται οι άνδρες ομότεχνοί τους αλλά οι ίδιες επειδή δεν είναι το ίδιο διεκδικητικές ή αξίες για γρήγορη εξέλιξη, λόγω των αυξημένων οικογενειακών τους υποχρεώσεων, που δικαίως έχουν ως γυναίκες. (Bourdieu, 2007b: 30, 86).

Ενίοτε παρατηρείται μια αντιφατική συμπεριφορά των ανδρών συντρόφων τους ο οποίοι μπορεί να υπήρξαν αρχικά ενισχυτικοί όμως καθώς η σύντροφός τους εξελίσσεται δεν είναι το ίδιο υποστηρικτικοί.

«Ο άνδρας μου είναι υποστηρικτικός αλλά μέχρι το σημείο που δεν ενοχλείται! Μετά κλωτσάει... Άσε που ζηλεύει που βρίσκομαι συνεχώς ανάμεσα σε άνδρες.» (ΑΣ)

Μια εξήγηση στο φαινόμενο αυτό θα μπορούσε να ήταν πως οι άνδρες στην προσπάθειά τους να υπερασπισθούν τα πόστα τους ενάντια στον εκθηλυσμό, αντιδρούν αρνητικά στην είσοδο και την εξέλιξη των γυναικών σε ένα επάγγελμα ανδροκρατούμενο προστατεύοντας στην πραγματικότητα τη βαθύτερη ιδέα τους για τον ίδιο τους τον εαυτό ως ανδρών (Bourdieu, 2007a: 175).

Ωστόσο κάποιες έχουν άλλες εμπειρίες. Η ειδικευόμενη της χειρουργικής μιλά για την μητέρα της που είναι επίσης χειρουργός.

«...Η μητέρα μου είχε πάρα πολύ βοήθεια, μεγαλώσαμε με τέσσερεις γονείς, τους κανονικούς και τους θείους μου που έμεναν από πάνω μας και δεν είχαν δικά τους παιδιά. Επίσης βοηθούσαν οι γιαγιάδες μας. Δεν ξέρω αν ακολούθησε όλα τα όνειρα της αλλά έκανε πολλά» (ΧΠ)

Η ίδια, επίσης, αναφέρει πιθανόν επηρεασμένη από το πρότυπο της οικογένειας της:

«...Όχι παιδιά προς το παρόν... αλλά το σκέφτομαι. Αν μου έβαζαν το δίλημμα παιδιά ή καριέρα θα τα έκανα όλα. Ούτε ο σύντροφός μου δεν το θεωρεί περίεργο...δεν είναι καθόλου ανταγωνιστικός»

Οι σχέσεις τους περνούν δυσκολίες μέχρι να ισορροπήσουν όλοι στις «αναδιαμορφωμένες» ταυτότητες. Φαίνεται ότι όπως αλλάζει ο όρος «γυναίκα» έτσι αλλάζει και ο όρος «άνδρας». Οι απόλυτες κατηγοριοποιήσεις με τα στερεότυπά τους αμβλύνονται. Οι σύντροφοί τους, φαίνεται, ότι δεν είναι ανταγωνιστικοί.

«... Ο σύζυγος μου δεν είναι ανταγωνιστικός. Η μητέρα του είναι πολύ ισχυρός ανεξάρτητος χαρακτήρας...πιστεύω ότι έχει μάθει με τέτοιες γυναίκες και του αρέσει» (ΣΑ)

«Στις σχέσεις δεν ήθελα δεσμεύσεις...δεν είχα και χρόνο...το άγχος να μην με υποτιμήσουν στη δουλειά το μετέφερα και στις σχέσεις μου...δεν ήθελα να με υποτιμούν και τελικά τα μεγαλοποιούσα όλα και έκανα εκρήξεις .. σιγά σιγά ηρέμησα...αναθεώρησα και το θέμα στη δουλειά...οι σχέσεις μου με γιατρούς ήταν κάκιστες ...ο τωρινός μου σύντροφος με ηρέμησε...δεν είναι γιατρός... είμαστε 6 χρόνια μαζί και νιώθω ήδη παντρεμένη...μένουμε μαζί και βέβαια θέλω να κάνω παιδιά...»(ΟΚ)

Από τις συνομιλήτριές μου, μία έχει τρία παιδιά που τα έκανε σε στην ηλικία των 26 εως 30 χρόνων. Μία ακόμα έχει ένα παιδί το οποίο το απέκτησε στην ηλικία των 40. Οι υπόλοιπες δεν έχουν. Δύο από αυτές δηλώνουν ότι το επιθυμούν αλλά όχι τώρα αν και η μία είναι 39 χρόνων. Οι άλλες δύο δηλώνουν ότι δεν επιθυμούν τη μητρότητα γιατί απλά δεν τους αρέσουν καθόλου τα παιδιά. Σε κάθε περίπτωση, βέβαια, τα ποσοστά τεκνοποίησης των γυναικών χειρουργών είναι χαμηλά. Επίσης, η τεκνοποίηση συμβαίνει σε μεγαλύτερη ηλικία, όπως, συμβαίνει στις περισσότερες γυναίκες στις μέρες μας που βάζουν ως βασική προτεραιότητα την καριέρα τους.

«Γέννησα και σε λιγότερο από μήνα ήμουν πίσω στη δουλειά μου. Ήταν θέμα τιμής για μένα...Για να είμαι ειλικρινής δεν ξέρω γιατί το έκανα.. ήθελα ν 'αποδείξω ότι είμαι απόλυτα αφοσιωμένη στη δουλειά μου και τίποτα δεν με σταματά. Είμαι ηπερήρωας!! Είναι εντυπωσιακό, όμως, πως δύο άνδρες συνάδελφοί μου ζήτησαν δύο εβδομάδες άδεια πατρότητας και όλοι τους σχολιάσαμε αρνητικά. Πραγματικά, κάτι κάνουμε λάθος!!» (ΣΑ)

6. Συμπεράσματα

Στο κείμενο αυτό έγινε απόπειρα να ερμηνευτεί το φαινόμενο του εξαιρετικά μικρού αριθμού γυναικών χειρουργών συγκριτικά με των συνολικό αριθμό γυναικών γιατρών και ταυτόχρονα να διαφωτιστούν τα «διαίτερα χαρακτηριστικά» τους της ταυτότητάς τους.

Η Jane Flax (1990) υποστηρίζει πως για να μπορέσει να αποδομίσει κάποιος το φαινόμενο αυτό θα πρέπει να μην σέβεται την ισχύουσα αρχή, να είναι προσεκτικός με κατεσταλμένες εντάσεις και συγκρούσεις και καχύποπτος μπροστά σε ότι αναφέρεται ως «φυσική» κατηγορία.

Στο νοσοκομείο με την πολύ έντονη ηγεμονική οργάνωση του όπου τα επαγγελματικά παιχνίδια εξουσίας τελούνται καθημερινά φαίνεται ότι η έμφυλη ταυτότητα των υποκειμένων παίζει έναν καθοριστικό ρόλο στην επιλογή της επαγγελματικής τους θέσης και στην μετέπειτα εξέλιξή τους. Οι γυναίκες χειρουργοί είναι ένα από παράδειγμα για το πως το φύλο αποτελεί μια αυθαίρετη πολιτισμική σύμβαση η οποία καθίσταται κανονιστική, αφού ορίζει και παράγει μια σειρά από εγκλεισμούς και αποκλεισμούς στα υποκείμενα. Στην θεωρία του Bourdieu το πεδίο των κανονιστικών προτύπων προϋπάρχει του υποκειμένου και οι νόρμες της έμφυλης ταυτότητας υπάρχουν πριν καν τη γέννησή του. Στην επιτελεστική θεωρία της Butler το υποκείμενο δημιουργείται ταυτόχρονα με το πεδίο δίνοντάς του αυτονομία, μέσω της επιτέλεσης αλλά, όχι πλήρη ελευθερία. Η σχέση πεδίου υποκειμένου στην πρώτη περίπτωση είναι σχετικά στενά οριοθετημένη ενώ στη δεύτερη είναι σχέση δυναμικής αλληλεπίδρασης. Σε κάθε περίπτωση, όμως, κανείς δεν αρνείται ότι δεν υπάρχει μια ρυθμιστική ισχύς που οριοθετεί, διαφοροποιεί και σημασιοδοτεί, τα σώματα.

Απ' τη στιγμή που θα κατανοήσουμε το φύλο ως πολιτισμική και κοινωνική κατασκευή, και όχι ως αξεπέραστη «φύση», μπορούμε να οραματιστούμε την αποδόμησή του. Αυτό βέβαια προϋποθέτει μια πολύ επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία συνειδητοποίησης, αλλά σίγουρα θα προσφέρει την απαραίτητη ισορροπία και αρμονία στο υποκείμενο και στους ρόλους που πρέπει και επιθυμεί να διεκπεραιώσει.

Μια μελέτη για τις γυναίκες χειρουργούς ουσιαστικά μας ανοίγει ένα ακόμα παράθυρο στις αλλαγές που εξελίσσονται στη μεταμοντέρνα εποχή μας. Καθώς στο ιατρικό

επάγγελμα επαναπροσδιορίζονται και επανακαθορίζονται οι σχέσεις των γιατρών με τους ασθενείς αλλά και με τους συνεργάτες τους, οι γυναίκες φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο και να αλλάζουν το πρόσωπο της ιατρικής. Και το πρόσωπο της ιατρικής είναι τόσο το θέμα της αρχής και της εξουσίας αλλά και της οργάνωσης ολόκληρου του συστήματος εργασίας. Το αίτημα οι γυναίκες να γίνουν πραγματικά αποδέκτες ως ισότιμα μέλη θα πρέπει να αλλάξει όλο το πακέτο της ιατρικής της σύγχρονης εποχής. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Rosemary Pringle:

Μερικές φορές οι γυναίκες φαίνεται να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της πατριαρχικής ιατρικής και ταυτόχρονα να είναι εκτός. Η παρουσία τους όμως σε μεγάλο αριθμό φαίνεται ότι αποσταθεροποιεί το σύστημα αυτό. Ο λόγος τους επιβεβαιώνει και ταυτόχρονα υποσκάπτει την ιατρική εξουσία έτσι όπως αυτή έχει διαμορφωθεί. Αν ο ανδρισμός του ιατρικού επαγγέλματος φωλιάζει ανάμεσα στο δίπολο γυναίκα -ιατρική τότε οι γυναίκες γιατροί αποτελούν μία άλλη κατηγορία που υπονομεύει τη λειτουργία του (Pringle, 1998: 3).

Καθώς η χειρουργική με την τεράστια συνεχή εξέλιξή της γίνεται ολοένα και περισσότερο εκλεπτυσμένη τελικά έχει ίσως διαμορφωθεί ένα είδος ανδρόγυνου ως βασικό χαρακτηριστικό για μία επιτυχημένη χειρουργική παρέμβαση. Δηλαδή, εάν κατά κάποιο τρόπο, είναι επιθυμητό ο άνδρας χειρουργός να βγάζει μία «θηλυκή», πιο δημιουργική και λεπτεπίλεπτη πλευρά, το ίδιο με τη σειρά της η γυναίκα δεν θα πρέπει να αποθαρρύνεται να βγάζει μια αρσενική πλευρά γιατί είναι «παράξενο» και μη «φυσικό» (Pringle, 1998). Η εκλέπτυνση της χειρουργικής έχει ταυτόχρονα οδηγήσει στην εμφάνιση νέων παρομοιώσεων στο λόγο της χειρουργικής. Εάν ο ακρωτηριασμός ενός άκρου είναι βάρβαρος και το ίδιο χαρακτηρίζεται ο χειρουργός, επεμβάσεις που περιλαμβάνουν λεπτομερή παρασκευή νεύρων χαρακτηρίζονται ως κέντημα και παραπέμπει κατευθείαν σε γυναίκες.

Καθώς περνούν τα χρόνια και αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών χειρουργών φαίνεται ότι αλλάζει και η εικόνα που παρουσιάζουν. Οι γυναίκες χειρουργοί που συνομίλησα μαζί τους μου, έδωσαν την εντύπωση, ότι είναι πιο ήρεμες και κατασταλαγμένες με την «διαίτηρη» ταυτότητά τους από παλιότερα. Κυρίως οι μεγαλύτερες σε ηλικία, και συμπεριλαμβανώ και τον εαυτό μου σε αυτές, φαίνεται ότι έχουν συμφιλιωθεί τόσο με

την «γυναικεία» όσο και με την «ανδρική» τους φύση τις οποίες προσπαθούν να κρατούν σε ισορροπία. Φυσικά εξακολουθούν να υπάρχουν πολλές δυσκολίες.

Το πρόσωπο της ιατρικής και πιο συγκεκριμένα της χειρουργικής φαίνεται ότι αλλάζει. Στο πιο αισιόδοξο σενάριο, η αύξηση του αριθμού των γυναικών χειρουργών θα δημιουργήσει ολοένα και περισσότερα πρότυπα που θα προσελκύσουν ακόμα περισσότερες γυναίκες στο επάγγελμα αυτό και τελικά όλες μαζί ίσως κάνουν πιο σημαντικά βήματα για την ουσιαστική ισότητα των ανθρώπων γενικά. Παραμένω πολύ συγκρατημένα αισιόδοξη.

Παράρτημα 1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΣΥΝΝΕΤΕΥΕΙΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΒΑΘΟΣ

Όνομα	Ηλικία	Ειδικότητα	Θέση	Παντρεμένη	Παιδιά
ΛΒ	60	Γεν. χειρουργική	Διευθύντρια	ναι	3
ΑΣ	43	Ορθοπαιδικός	ΕΕ	ναι	όχι
ΟΚ	39	Νευροχειρουργός	ΕΕ	Όχι (σε σχέση)	όχι
ΜΝ	27	ΩΡΛ	Ειδικευόμενη	όχι	όχι
ΧΠ	28	Γεν. Χειρουργική	Ειδικευόμενη	Όχι (σε σχέση)	όχι
ΣΑ	41	Χειρουργός παιδων	Επιμελήτρια Α	ναι	1

Βιβλιογραφία

Α.Ελληνόγλωσση

Αθανασίου, Α. (2006). Φύλο, εξουσία και υποκειμενικότητα μετά το «δεύτερο κύμα». Στο: *Φεμινιστική θεωρία και πολιτισμική κριτική* (επιμ. Αθηνά Αθανασίου). Αθήνα: Νήσος.

Αθανασίου, Α. (2007). *Ζωή στο όριο. Δοκίμια για το σώμα, το φύλο και τη βιοπολιτική*. Αθήνα: Εκκρεμές.

Αθανασίου, Α. (2008). Εισαγωγή – Υλοποιώντας το έμφυλο σώμα: Η πολιτική υπόσχεση της επιτελεστικότητας. Στο: Μπάτλερ, Τζ. *Σώματα με σημασία: Οριοθετήσεις του «φύλου» στο λόγο* (μετ. Πελαγία Μαρκέτου) (επιμ. Αθηνά Αθανασίου). Αθήνα: Εκκρεμές.

Αθανασίου, Α. (2009). Επίμετρο. Επιτελεστικές Αναταράξεις: Για μια ποιητική της έμφυλης ανατροπής. Στο: Judith Butler *Αναταραχή Φύλου: ο Φεμινισμός και η ανατροπή της ταυτότητας* (μετ. Γιώργος Καράμπελας), (επιμ. Βενετία Καντσά). Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

Anon, (2016). [online] Available at: http://www.24grammata.com/wp-content/uploads/2014/08/shoretsaniitis-soldatu-women-madic-24grammata.com_.pdf [Accessed 14 Jun. 2016].

Bourdieu, P. (1992). *Μικρόκοσμοι. Τρεις μελέτες πεδίου*. Αθήνα: Δελφίνι

Bourdieu, P. (2007α). *Επιστήμη της επιστήμης και αναστοχασμός*. Αθήνα: Πατάκη

Bourdieu, P. (2007β). *Η ανδρική κυριαρχία*. Αθήνα: Πατάκης

Butler, J. (2009 [1990]). *Αναταραχή Φύλου: Ο Φεμινισμός και η ανατροπή της ταυτότητας* (μετ. Γιώργος Καράμπελας), (επιμ. Βενετία Καντσά), (επίμετρο Αθηνά Αθανασίου). Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

Butler, J. (2006) [1988]. Παραστασιακές επιτελέσεις και συγκρότηση του φύλου: Δοκίμιο πάνω στη φαινομενολογία και τη φεμινιστική θεωρία. Στο: *Φεμινιστική θεωρία και πολιτισμική κριτική* (μετ. Μαργαρίτα Μηλιώρη), (επιμ. Αθηνά Αθανασίου). Αθήνα: Νήσος.

Butler, J. (2008[1993]) *Σώματα με σημασία: Οριοθετήσεις του «φύλου» στο λόγο*, μτφρ. Πελαγία Μαρκέτου, εισαγωγή και επιστημονική επιμέλεια Αθηνά Αθανασίου. Αθήνα: Εκκρεμές.

Γκέφου-Μαδιανού, Δ. (2009). *ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΕΘΝΟΓΡΑΦΙΑ. Σύγχρονες τάσεις*. 8th ed. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Foucault, M. (2002). *Για την ΥΠΕΡΑΣΠΙΣΗ Της ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ*. 2nd ed. Αθήνα: Ψυχογιός.

- Foucault, M. (2012). *Η γέννηση της κλινικής*. μτφ Καψαμπέλη. Αθήνα: Νήσος.
- Κυριαζή, Ν. (2011). *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Πεδίο.
- Κυριαζή, Ν., Κυριαζή, Σ., Νασιώκα, Κ. and Πασχαλίδου, Δ. (2012). *Φύλο και δημοσιογραφία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Πεδίο.
- Martin, E. (2006), *Το ωάριο και το σπερματοζωάριο: πως η επιστήμη έπλασε ένα ειδύλλιο βασισμένο στους στερεοτυπικούς ανδρικούς και γυναικείους ρόλους*. μτφ Πελαγία Μαρκέτου. Στο Αθηνά Αθανασίου (επιμ.), *Φεμινιστική Θεωρία και Πολιτισμική Κριτική*. Αθήνα: Νήσος.
- Μυλωνάς, Θ., (1998), *Η πολυπρισματική κοινωνική εικόνα του Δασκάλου*. Ανακτήθηκε 9/2/2009 από: <http://www.auth.gr/virtualschool/1.2/TheoryResearch/CongressMylonas.html>
- Οικονόμου, Χ. (2012). *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας. Martina Loos. Κατασκευάζοντας φύλο και επάγγελμα: συγκρούσεις ανάμεσα σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό σε νοσοκομειακά ιδρύματα στη Γερμανία*. Αθήνα: Σιδέρης.
- Παπαγαρουφάλη, Ε. (2011). *Δώρα ζωής μετά θάνατον. Πολιτισμικές εμπειρίες*. Αθήνα: Πατάκης.
- Παπαγεωργίου, Γ. (2010). *Φύλο και Έρευνα*. Αθήνα: Gutenberg.
- School.med.uoa.gr. (2016). *Ιατρική Σχολή Παν/μίου Αθηνών - Βιογραφικά Μελών ΔΕΠ*. [online] Available at: <http://school.med.uoa.gr/melhdep/bio.html> [Accessed 9 Jun. 2016].
- Χαντζαρούλα, Π. (2011). *Ιστοριογραφικές Προσεγγίσεις του Φύλου. Μελέτες για το φύλο στην ανθρωπολογία και την ιστορία*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Χωριανόπουλος, Ι. (2006). Η ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις και το πρόβλημα της εισόδου στο πεδίο: Η περίπτωση της αστικής πολιτικής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στο: Ιωσηφίδης, Θ. & Σπυριδάκης, Μ. (επιμ.). *Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα* (σ. 157 - 175). Αθήνα: Κριτική.

B. Ξενόγλωσση

- Ahmadiyeh, N., Cho, N., Kellogg, K., Lipsitz, S., Moore, F., Ashley, S., Zinner, M. and Breen, E. (2010). Career Satisfaction of Women in Surgery: Perceptions, Factors, and Strategies. *Journal of the American College of Surgeons*, 210(1), pp.23-28.
- Babcock, B. (1980). Reflexivity: Definitions and discriminations. *Semiotica*, 30(1-2), pp.1-14.

Baxter, N., Cohen, R. and McLeod, R. (1996). The impact of gender on the choice of surgery as a career. *The American Journal of Surgery*, 172(4), pp.373-376.

Benson, J. (1992). Surgical careers and female students. *The Lancet*, 339(8805), p.1361.

Bergold, J. & Thomas, S. (2012). Participatory research methods: a methodological approach in motion. *Forum: Qualitative Social Research*, 13 (1). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.qualitative-research.net/fqs/>

Boulis, A. and Jacobs, J. (2008). *The changing face of medicine*. Ithaca, N.Y.: ILR Press/Cornell University Press.

Burgos, C. and Josephson, A. (2014). Gender differences in the learning and teaching of surgery: a literature review. *International Journal of Medical Education*, 5, pp.110-124.

Cassell, J. (1986). Dismembering the Image of God: Surgeons, Heroes, Wimps and Miracles. *Anthropology Today*, 2(2), p.13.

Cassell, J. (1998). *The woman in the surgeon's body*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Chan, S., Cheung, P., Lee, J., Fung, J., Patil, N., Kwok, S. and Lam, S. (2010). Women surgeons in Hong Kong. *Surgical Practice*, 14(1), pp.2-7.

Cochran, A., Hauschild, T., Elder, W., Neumayer, L., Brasel, K. and Crandall, M. (2013). Perceived gender-based barriers to careers in academic surgery. *The American Journal of Surgery*, 206(2), pp.263-268.

Cochran, A., Hauschild, T., Elder, W., Neumayer, L., Brasel, K. and Crandall, M. (2013). Perceived gender-based barriers to careers in academic surgery. *The American Journal of Surgery*, 206(2), pp.263-268.

Creed, P., Searle, J. and Rogers, M. (2010). Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. *Social Science & Medicine*, 71(6), pp.1084-1088.

Dageforde, L., Kibbe, M. and Jackson, G. (2013). Recruiting women to vascular surgery and other surgical specialties. *Journal of Vascular Surgery*, 57(1), pp.262-267.

Deaux, K., Winton, W., Crowley, M. and Lewis, L. (1985). Level of Categorization and Content of Gender Stereotypes. *Social Cognition*, 3(2), pp.145-167.

Donnelly, M. (1984). Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics. Hubert L. Dreyfus Paul Rabinow. *American Journal of Sociology*, 90(3), pp.660-663.

Dorsey, E., Jarjoura, D. and Rutecki, G. (2005). The Influence of Controllable Lifestyle and Sex on the Specialty Choices of Graduating U.S. Medical Students, 1996-2003. *Academic Medicine*, 80(9), pp.791-796.

Ec.europa.eu. (2016). *Healthcare personnel statistics - physicians - Statistics Explained*. [online] Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians [Accessed 11 Jun. 2016].

Ehrenreich, B. and English, D. (2010). *Witches, midwives, & nurses*. New York City: Feminist Press at the City University of New York.

Ek, E., Ek, E. and Mackay, S. (2005). Undergraduate experience of surgical teaching and its influence and its influence on career choice. *ANZ Journal of Surgery*, 75(8), pp.713-718.

Evans, J., Goldacre, M. and Lambert, T. (2000). Views of UK medical graduates about flexible and part-time working in medicine: a qualitative study. *Med Educ*, 34(5), pp.355-362.

Frank, C. and Uy, F. (2004). Ethnography for Teacher Education. *J teacher educ*, 55(3), pp.269-283.

Gabram, S. (1995). Surgical Residents in the 1990s. *Arch Surg*, 130(1), p.24.

Gargiulo, D. (2006). Women in Surgery. *Arch Surg*, 141(4), p.405.

Gjerberg, E. (2002). Gender similarities in doctors' preferences — and gender differences in final specialisation. *Social Science & Medicine*, 54(4), pp.591-605.

Headland, T., Pike, K. and Harris, M. (1990). *Emics and etics*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

Haig, B. D. (1999). Feminist Research Methodology. In: J. P. Keeves and G. Lakomski (edit.). *Issues in Educational Research* (pp. 222 - 231). Oxford: Elsevier Science Ltd.

Jagsi, R., Griffith, K., DeCastro, R. and Ubel, P. (2014). Sex, Role Models, and Specialty Choices Among Graduates of US Medical Schools in 2006–2008. *Journal of the American College of Surgeons*, 218(3), pp.345-352.

Jodelet D. (1984). The representation of the body and its transformations, στο R. M.Farr, S. Moscovici (Eds). *Social representations*. Cambridge University Press.

Lather, P. (1988). Feminist perspectives on empowering research methodologies. *Women's Studies Int. Forum*, 11 (6), 569 – 581.

Lather, P. (2005). Scientism and scientificity in the rage for accountability: A feminist deconstruction. Εισήγηση στο: *First International Congress of Qualitative Inquiry* (Champaign Illinois, May 5 – 7 2005).

Mail Online. (2014). *COMMENT: Why having so many women doctors is hurting the NHS*. [online] Available at: <http://www.dailymail.co.uk/debate/article-2532461/Why->

having-women-doctors-hurting-NHS-A-provocative-powerful-argument-leading-surgeon.html [Accessed 14 Jun. 2016].

Morantz-Sanchez, R. (2002). Book Review *Hearts of Wisdom: American Women Caring for Kin, 1850–1940*. By Emily Abel. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2000. *The Woman in the Surgeon's Body*. By Joan Cassell. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1998. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 27(3), pp.926-930.

Pastena, J. (1993). Women in Surgery. *Arch Surg*, 128(6), p.622.

Pringle, R. (1998). *Sex and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

Park, J., Minor, S., Taylor, R., Vikis, E. and Poenaru, D. (2005). Why are women deterred from general surgery training?. *The American Journal of Surgery*, 190(1), pp.141-146.

Rogers, M., Creed, P. and Searle, J. (2012). Why are junior doctors deterred from choosing a surgical career?. *Aust. Health Review*, 36(2), p.191.

Saalwachter, A. (2006). Part-time Training in General Surgery. *Arch Surg*, 141(10), p.977.

Schroen, A., Brownstein, M. and Sheldon, G. (2004). Women in Academic General Surgery. *Academic Medicine*, 79(4), pp.310-318.

Shorter, E. (1985). *Bedside Manners: The Troubled History of Doctors and Patients*. New York: Simon & Schuster.

Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

Stoller, P. (1989). *The taste of ethnographic things*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Surgicalcareers.rcseng.ac.uk. (2016). *Women Surgeon Statistics — Surgical Careers | The Royal College of Surgeons of England*. [online] Available at: <http://surgicalcareers.rcseng.ac.uk/wins/statistics> [Accessed 10 Jun. 2016].

Tambyraja, A., McCrea, C., Parks, R. and Garden, O. (2008). Attitudes of Medical Students toward Careers in General Surgery. *World J Surg*, 32(6), pp.960-963.

Tolhurst, H. and Stewart, S. (1999). Balancing work, family and other lifestyle aspects: a qualitative study of Australian medical students' attitudes. *Medical Journal Australia*, 181, pp.361-4.

Walters, B. (1993). Why don't more women choose surgery as a career?. *Academic Medicine*, 68(5), pp.350-1.

Wendel, T., Godellas, C. and Prinz, R. (2003). Are there gender differences in choosing a surgical career?. *Surgery*, 134(4), pp.591-596.

Ec.europa.eu. (2016). *Healthcare personnel statistics - physicians - Statistics Explained*. [online] Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians [Accessed 11 Jun. 2016].