

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑ»

Συναντήσεις και δρώμενα στο χειρουργείο: Μια εθνογραφική μελέτη της
«παράστασης» της αναισθησιολογικής πρακτικής

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Άννα Μπίθα

Αθήνα, 2018

Τριμελής Επιτροπή

Ελένη Παπαγαρουφάλη, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπουσα)

Ειρήνη Τουντασάκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου

Αθηνά Αθανασίου, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου



Copyright © Άννα Μπίθα, 2018

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

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

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα.

Στον Γιώργο, το κυβόργγίό μου...

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα αυτής της διπλωματικής εργασίας, κα. Ελένη Παπαγαρουφάλη για την υποστήριξη, τις επισημάνσεις της και κυρίως για την υπομονή της. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες σε αυτήν τη μελέτη, ανθρώπινους και μη ανθρώπινους, καθώς χωρίς τη συλλογική δράση τους, αυτή η εργασία δεν θα υπήρχε.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	11
Εθνογραφίες στον χώρο του νοσοκομείου	11
Λόγοι περί «αναισθησίας»	13
Θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης.....	18
Το Δραματουργικό μοντέλο του Erving Goffman	18
Η θεωρία «Δράστη- Δικτύου» (Actor - Network Theory / ANT)	20
Μεθοδολογία	24
Μεθοδολογική προσέγγιση	24
Δράστες-Δρώντα της μελέτης	26
Μέθοδος ανάλυσης και παρουσίασης του εθνογραφικού υλικού	27
Στο χειρουργείο: Παραστάσεις στο παρασκήνιο και το προσκήνιο.....	29
Ο χώρος του χειρουργείου.....	29
Φωτογραφική περιγραφή του χώρου.....	36
Παράσταση κλεισμένων των θυρών	42
Πράξη 1 ^η : Εισαγωγή στην αναισθησία.....	42
Σκηνή 1 ^η	42
Σκηνή 2 ^η	46
Σκηνή 3 ^η	48
Σκηνή 4 ^η	51
Προσκηνιακές και παρασκηνιακές φωτογραφίες.....	55
Πράξη 2 ^η : Διατήρηση της αναισθησίας.....	58
Σκηνή 1 ^η	58
Φωτογραφίες υβριδίων	63
Πράξη 3 ^η : Ανάνηψη από την αναισθησία	66
Σκηνή 1η.....	66
Σκηνή 2 ^η	67
Μια παράδοξη παράσταση	69
Φωτογραφική αφήγηση της σκηνοθετημένης παράστασης	71
Επίλογος	80
Βιβλιογραφία	83
Ελληνόγλωσση	83
Ξενόγλωσση	83
Παράρτημα.....	92

Δήλωση Ενημερωμένης Συγκατάθεσης (Συνέντευξη)	92
Δήλωση Ενημερωμένης Συγκατάθεσης (Λήψη Φωτογραφιών).....	94

Φωτογραφίες

Φωτογραφίες 1, 2. «Έξω» περιοχή: Είσοδος προσωπικού και outsiders.....	36
Φωτογραφίες 3, 4. «Έξω» περιοχή: Είσοδος ασθενών.....	36
Φωτογραφία 5. «Ακάθαρτη» ζώνη: Προθάλαμος.....	37
Φωτογραφίες 6, 7. Από τον προθάλαμο στην «καθαρή» ζώνη.....	37
Φωτογραφία 8. «Καθαρή ζώνη»: Διάδρομος.....	38
Φωτογραφία 9. Σύστημα παρακολούθησης εισόδου/outsideers.....	39
Φωτογραφία 10. Είσοδος στις χειρουργικές αίθουσες.....	39
Φωτογραφίες 11, 12. «Διακόσμηση» τοίχων.....	40
Φωτογραφίες 13. Πράγματα.....	40
Φωτογραφία 14. «Άσηπτη» ζώνη: Χειρουργικό κρεβάτι.....	41
Φωτογραφία 15. Μολυσματικά και «καθαρά» απορρίμματα.....	41
Φωτογραφίες 16, 17, 18, 19. Παρασκήνιο: Γραφεία.....	55
Φωτογραφίες 20, 21. Αναισθησιολογικό διάγραμμα-παρασκήνιο και προσκήνιο....	55
Φωτογραφία 22 . Η τάξη των πραγμάτων στο παρασκήνιο.....	56
Φωτογραφία 23. Πράγματα στο προσκήνιο.....	56
Φωτογραφία 24. Πότε προσκήνιο και πότε παρασκήνιο.....	57
Φωτογραφίες 25, 26. Μονάδες αναισθησίας.....	57
Φωτογραφία 27. Πριν την παράσταση.....	58
Φωτογραφία 28. Ο/η ασθενής.....	63
Φωτογραφία 29. Ο/η νοσηλεύτρια/τρια.....	63
Φωτογραφία 30. Ο/η αναισθησιολόγος.....	64
Φωτογραφία 31. Το στατό.....	65
Φωτογραφία 32. Αίθουσα ανάνηψης.....	68
Φωτογραφία 33. Είσοδος στον προθάλαμο.....	71
Φωτογραφία 34. Θέα από το φορείο.....	71
Φωτογραφίες 35, 36. Διαβαίνοντας το «κατώφλι» του χειρουργείου.....	72
Φωτογραφία 37. Θέα από το φορείο.....	72
Φωτογραφία 38. Διασχίζοντας τον διάδρομο.....	73
Φωτογραφία 39. Θέα από το δωμάτιο προετοιμασίας.....	73
Φωτογραφίες 40, 41. Εισχωρώντας στο «άβατο» του χειρουργείου.....	74
Φωτογραφίες 42, 43. Διαδρομή προς τη χειρουργική αίθουσα.....	74
Φωτογραφίες 44, 45. Είσοδος στη χειρουργική αίθουσα.....	74

Φωτογραφίες 46, 47. Μεταφορά στο χειρουργικό κρεβάτι.....	75
Φωτογραφία 48. Θέα από το χειρουργικό τραπέζι.....	75
Φωτογραφίες 49, 50. Σύνδεση με μόνιτορ.....	76
Φωτογραφίες 51, 52. Περιορισμός χεριού.....	76
Φωτογραφία 53. «Κρυφή» ματιά στα μηχανήματα.....	76
Φωτογραφίες 54, 55, 56, 57. Φλεβοκέντηση.....	77
Φωτογραφίες 58, 59. Συνδέσεις και σταθεροποίησή τους.....	77
Φωτογραφία 60. Η προέκταση της φλέβας μου.....	78
Φωτογραφία 61. Ματιά προς το παρασκήνιο.....	78
Φωτογραφία 62. «Αυτή η μάσκα σας δίνει οξυγόνο».....	79
Φωτογραφία 63. Τέλος παράστασης.....	79

Περίληψη

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η ανθρωπολογική προσέγγιση των αναισθησιολογικών πρακτικών που διεξάγονται στον οριοθετημένο, αλλά ταυτόχρονα διαπερατό χώρο του χειρουργείου. Αντλώντας από το δραματουργικό μοντέλο του Goffman και τη θεωρία «Δράστη-Δικτύου» ερευνάται το δίκτυο σχέσεων σε ένα χώρο που άνθρωποι και μη άνθρωποι συναντώνται και διαδρούν. Η εθνογραφία βασίζεται στην πυκνή περιγραφή των δεδομένων που προέκυψαν από τη συμμετοχική παρατήρηση, τις σημειώσεις πεδίου, τις συνεντεύξεις και τη λήψη φωτογραφιών. Η παράσταση της αναισθησιολογικής πρακτικής, που έχει στόχο την ασφάλεια του ασθενή και λαμβάνει χώρα σε προσκηνιακές και παρασκηνιακές περιοχές του χειρουργείου, είναι το αποτέλεσμα ετερογενών δικτύων που συνδέονται μεταξύ τους και αλληλοδιαμορφώνονται. Η δράση αποδίδεται σε υβριδικές οντότητες, ανθρώπινες και μη ανθρώπινες που λειτουργούν ως διαμεσολαβητές και συγκροτούν μια συλλογικότητα. Η εξουσία και η γνώση βρίσκονται εντός του δικτύου, είναι σχεσιακές έννοιες και η διαδικασία της μετάφρασης εμπεριέχει έναν επαναπροσδιορισμό των ταυτοτήτων και της συμπεριφοράς των δραστών. Τα όρια μεταξύ ανθρώπου-μηχανής, υγιούς-ασθενή, ξύπνιου-αναίσθητου σώματος, αποστειρωμένου-μη αποστειρωμένου, αντικειμένου-υποκειμένου, γιατρού-νοσηλεύτη, ανθρώπινου-μηχανικού λάθους είναι θολά, αμφισβητούνται και πολλές φορές παραβιάζονται. Είναι αυτά τα θολωμένα όρια και οι δράστες, που δρουν ως διαμεσολαβητές, στοιχεία που καθιστούν αξιόπιστη την παράσταση και το κοινωνικό ορατό στον αναγνώστη.

Λέξεις κλειδιά: θεωρία δράστη-δικτύου, δραματουργικό μοντέλο Goffman, παράσταση, αναισθησιολογική πρακτική, εθνογραφία

Encounters and agency in surgery: An ethnographic study of anesthesia practice "performance"

Anna Bitha

Abstract

The aim of this study is the anthropological approach of the anesthesia practices carried out in the simultaneously bounded and permeable space of the surgery. Drawing on Erving Goffman's dramaturgical approach and on Actor-Network Theory, the networks of relationships are explored in a space where both humans and non-humans encounter and interact with each other. Ethnography is based on thick description of data that emerged from participant observation, field notes, interviews, and taking pictures. The anesthesia practice 'performance', which is aimed at patient safety and takes place in the front and back space areas of the surgery, is the effect of heterogeneous networks that are interconnected and mutated. The agency is attributed to hybrid entities, human and non-human, acting as mediators and forming a collectivity. Power and knowledge are within the network, they are relational concepts, and the process of translation involves a redefinition of actors' identities and behavior. Boundaries between human-machine, healthy-patient, awake-anaesthetised body, sterile-non-sterile, object-subject, doctor-nurse, human error-mechanical failure are blurred, questioned and often transgressed. It is these blurred boundaries and the actors, acting as mediators, that render the performance credible and the social visible to the reader.

Keywords: actor-network theory, Goffman's dramaturgical approach, performance anaesthetic practice, ethnography

Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη εντάσσεται στη λεγόμενη εθνογραφία του νοσοκομείου και έχει σαν στόχο της την ανθρωπολογική προσέγγιση των αναισθησιολογικών πρακτικών, έτσι όπως αυτές διεξάγονται στο χώρο του χειρουργείου και της διαδράσης μεταξύ ασθενών, νοσηλευτών/τριών, γιατρών και αντικειμένων-μηχανημάτων. Αντλώντας από το δραματουργικό μοντέλο του Goffman και τη θεωρία «Δράστη- Δικτύου» (Actor Network Theory – ANT), ερευνώνται το δίκτυο των σχέσεων, οι κοινωνικές σχέσεις, οι σχέσεις εξουσίας και η επιτέλεση και διαχείριση της ταυτότητας σε έναν χώρο όπου άνθρωποι και μη-άνθρωποι είναι εξίσου φορείς δράσης. Επίσης, διερευνώνται οι τρόποι με τους οποίους το υψηλής τεχνολογίας περιβάλλον αλληλεπιδρά με τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας και τους ασθενείς, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους τα εμπλεκόμενα μέλη παρουσιάζουν τους εαυτούς τους στον χώρο. Τέλος μελετάται η πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος που διεξάγεται η αναισθησιολογική πρακτική και προσεγγίζεται η αλληλεπίδραση όλων των μελών και η προσαρμογή τους στις τυχόν αλλαγές και μετασχηματισμούς της οργάνωσης και των πολιτικών του χώρου.

Εθνογραφίες στον χώρο του νοσοκομείου

Το νοσοκομείο καθιερώθηκε ως πεδίο ανθρωπολογικής έρευνας όταν το ενδιαφέρον της μελέτης των ανθρωπολόγων στράφηκε από το εξωτικό του «Άλλου» στο εξωτικό του «Εαυτού» (Long, Hunter & Van Der Geest, 2008). Η Coser (1962), σε μια από τις πρώτες εθνογραφικές μελέτες στον χώρο του νοσοκομείου, το παρουσίασε ως έναν κόσμο περιχαρακωμένο μέσα στον εαυτό του, σαν ένα μικρό νησί, σαν ένα πλοίο ή οχυρό (p.3), με τις κλινικές να παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά των «ολοκληρωτικών ιδρυμάτων» (p.8). Τη θεώρηση του νοσοκομείου ως «ολοκληρωτικού ιδρύματος» τη δανείστηκε από τον Goffman (1961), ο οποίος, στη μελέτη που πραγματοποίησε σε ψυχιατρική κλινική, περιέγραψε το πώς η κλινική-άσυλο, ως ένας κλειστός οργανισμός όπου επιβάλλονται αυστηροί κανόνες που αφορούν στις δραστηριότητες και τη συμπεριφορά των τροφίμων στον χώρο, επιδρά στον σχηματισμό της ταυτότητάς τους. Αντίθετα, οι Van Der Geest & Finkler (2004) έχουν υποστηρίξει ότι το νοσοκομείο δεν αποτελεί ένα κλειστό σύστημα, εκτός της υπόλοιπης κοινωνίας, αλλά ένα χώρο που αντικατοπτρίζει, αναπαράγει και ενισχύει τις κυρίαρχες κοινωνικές και πολιτισμικές διαδικασίες της κοινωνίας. Θεωρούν ότι το

νοσοκομείο είναι «ένα σημαντικό μέρος, αν όχι η πρωτεύουσα της ηπειρωτικής χώρας» και όχι ένα απομονωμένο μικρό νησί, όπως υποστήριζε η Coser (1962). Επίσης, οι Long et al. (2008) αναφέρουν ότι το νοσοκομείο είναι ένας χώρος έντασης, δράματος και διαβατήριων τελετών, ένας οριακός χώρος με τους ασθενείς να βρίσκονται σε μια κατάσταση “between & betwixt”, ένας χώρος στον οποίο κατασκευάζονται νέες ταυτότητες. Επισημαίνουν την ανάγκη για ευρύτερη σύνδεση της εθνογραφίας με το κλινικό περιβάλλον ως την πλέον κατάλληλη μέθοδο διερεύνησης της πολυπλοκότητάς του και τονίζουν ότι οι εθνογράφοι θα πρέπει αναστοχαστικά να εξετάζουν τα δεδομένα και τις εμπειρίες που προκύπτουν από την αλληλεπίδρασή τους με τις ομάδες που συναντούν στο περιβάλλον της κλινικής, χωρίς να λειτουργούν υποστηρικτικά υπέρ της μιας ομάδας και να αντιτάσσονται στην άλλη. Οι Street & Coleman (2012) θεωρούν ότι οι εθνογραφικές προσεγγίσεις που ερμηνεύουν το νοσοκομείο ως «νησί» ή ως «ηπειρωτική χώρα» τείνουν να απεικονίζουν τα νοσοκομεία ως στατικά και παραβλέπουν την ικανότητά τους να είναι ταυτόχρονα χώροι οριοθετημένοι και διαπερατοί. Προτείνουν ότι η έννοια της ετεροτοπίας του Foucault (1986) αποτυπώνει την πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ τάξης και αταξίας, σταθερότητας και αστάθειας, σχέσεων που ορίζουν το νοσοκομείο ως ένα νεωτερικό θεσμό γνώσης και διακυβέρνησης και υποστηρίζουν ότι η εθνογραφία του νοσοκομείου θα πρέπει να δίνει έμφαση στην ετερογένεια του χώρου.

Ειδικότερα, το περιβάλλον του χειρουργείου θεωρείται ένας από τους πιο δυναμικούς και περίπλοκους χώρους ενός νοσοκομείου, του οποίου η αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία εξαρτάται από τις επιμέρους δραστηριότητες διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων, που συνεργάζονται και επικοινωνούν μεταξύ τους με στόχο την ασφάλεια του ασθενή. Είναι ένας τόπος στον οποίον, σύμφωνα με τους Gillespie, Gwinner, Chaboyer & Fairweather (2013), καλλιεργείται η κουλτούρα της ομαδικής συνεργασίας, η οποία διαμορφώνεται από τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα μοιράζονται το φυσικό χώρο, τα αντικείμενα, τις στρατηγικές επικοινωνίας και τη διαδικασία της ομαδικής εργασίας. Ενώ η χειρουργική πρακτική έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των κοινωνικών επιστημών και έχει ερευνηθεί διεξοδικά (Collins, 1994; Fox, 1997; Hirschauer, 1991; Katz, 1981; Lynch, 1994), η αναισθησιολογική πρακτική είναι ένας τομέας που εθνογραφικά έχει κυρίως μελετηθεί στο πλαίσιο συσχετισμού της με τη χειρουργική διαδικασία (βλ. π.χ. Hirschauer, 1991; Katz, 1981), ή από μη ανθρωπολόγους στο πλαίσιο της

επικοινωνίας, της αλληλεπίδρασης και της ομαδικής δουλειάς των συμμετεχόντων στη διαδικασία (Goodwin, 2007; Goodwin, 2014; Goodwin, Pope, Mort & Smith 2005; Hindmarsh & Pilnick, 2002; Hindmarsh & Pilnick, 2007; Pilnick & Hindmarsh, 1999; Smith & Mishra 2010; Smith, Pope, Goodwin, & Mort, 2005; Smith, Goodwin, Mort, & Pope, 2003), ή ως μια σχεσιακή πρακτική μεταξύ ανθρώπων και αντικειμένων (Goodwin, 2008; Smith, Mort, Goodwin & Pope 2003). Κατά τη βιβλιογραφική αναζήτηση δεν βρέθηκε κάποια ανθρωπολογική εθνογραφική μελέτη που να εξετάζει τις πρακτικές της αναισθησιολογικής ομάδας αυτές καθαυτές.

Λόγοι περί «αναισθησίας»

Ως αναισθησία ορίζεται η αναστρέψιμη, προκαλούμενη από φάρμακα, νευροφυσιολογική κατάσταση, που κάνει ανεκτή από τον/την ασθενή μία συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση σε όλη τη διάρκειά της, ή ως η πράξη που προκαλεί μία τέτοια κατάσταση (Prineas, 2014). Ως «γενική αναισθησία» ορίζεται η εγκεφαλική κατάσταση πλήρους ψυχικής λήθης, που προκαλείται από φάρμακα, χαρακτηρίζεται από απουσία αισθητικών, αντιληπτικών εμπειριών, σκέψεων ή ανάκλησης γεγονότων και κάνει ανεκτή από τον ασθενή μία συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση (Pandit, 2014). Κατά τη γενική αναισθησία αποκλείονται τόσο οι πέντε βασικές αισθητηριακές αντιλήψεις –όραση, ακοή, γεύση, όσφρηση, αφή– όσο και η ικανότητα ανίχνευσης ερεθισμάτων, όπως της θερμοκρασίας και πίεσης, καθώς και η αίσθηση της θέσης του σώματος (ιδιοδεκτικότητα) και του πόνου (αναλγησία). Αντίθετα, κατά τη λεγόμενη «περιοχική αναισθησία» αποκλείονται μόνο οι αισθήσεις της αφής, της θερμοκρασίας, της πίεσης, της θέσης του σώματος και του πόνου (Ασκητοπούλου & Παπαϊωάννου, 2015, σ.24).

Ο Διοσκουρίδης θεωρείται αυτός που χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τη λέξη αναισθησία τον 1^ο μ. Χ. αιώνα και αναγνώρισε τη διαφορά μεταξύ των υπνωτικών και αναισθητικών επιδράσεων του φυτού μανδραγόρα (Dumas, 1932). Το ενδιαφέρον για τις υπνωτικές ικανότητες του μανδραγόρα επιτάθηκε κατά το Μεσαίωνα, όταν το πρόσθεταν στο κρασί του ατόμου που επρόκειτο να υποστεί χειρουργική τομή για να μην αισθάνεται και να μην πονάει (Druitt, 1865, p.705). Όπως αναφέρουν οι Ασκητοπούλου & Παπαϊωάννου (2015, σ.25), ο όρος αναισθησία είχε χρησιμοποιηθεί από τους αρχαίους Έλληνες συγγραφείς ως φιλοσοφική έννοια. Ο Πλάτων χρησιμοποίησε τη λέξη αναισθησία με την έννοια της «λήθης της ψυχής από τις αισθήσεις του σώματος», ενώ ο Αριστοτέλης περιγράφει την αναισθησία, ως

ενδιάμεση κατάσταση μεταξύ «ακολασίας και σωφροσύνης», και την αναλγησία ως ενδιάμεση κατάσταση μεταξύ «οργιλότητας και πραότητας». Ο Αριστοτέλης δέχεται ότι τόσο ο ύπνος όσο και η εγρήγορση είναι και οι δύο συνθήκες του «αισθητικού», που «ξεκινούν από ένα κέντρο που εδρεύει στην καρδιά και ελέγχει τις κινήσεις και τις αισθήσεις». Κατά τον ύπνο τα άτομα δεν αντιλαμβάνονται τον έξω κόσμο μέσω των αισθήσεων και επομένως «έχουν αναισθησία» (Askitoroulou, Ramoutsaki & Konsolaki, 2000). Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τη λέξη αναισθησία με την ιατρική έννοιά της, ορίζοντάς την ως «απώλεια της συνείδησης και των αισθήσεων», που προκαλείται, όμως, από κάποια νόσο ή θανατηφόρο έκβαση και όχι από φαρμακολογική δράση. Στο έργο του «Αναπνοές», η αναισθησία σχετίζεται για πρώτη φορά με την αναλγησία, όταν ο συγγραφέας παρατηρεί ότι ο ασθενής χωρίς συνείδηση είναι επίσης αναισθητός στον πόνο (Astyrakaki, Papaioannou & Askitoroulou, 2010).

Από τα μέσα του 19ου αιώνα που διεξήχθη η πρώτη χειρουργική επέμβαση με αιθέρα και καθιερώθηκε η πρακτική της αναισθησίας (Dumas, 1932), ο χώρος του νοσοκομείου μετατράπηκε από τόπο εκπαίδευσης των γιατρών, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν τους φτωχούς ως «αντικείμενα μελέτης» (Foucault, 1973, p.83), σε έναν χώρο υψηλής τεχνολογίας με επίκεντρο το χειρουργείο (Starr, 1982). Η διεξαγωγή της αναισθησίας δεν άλλαξε μόνο τον χαρακτήρα του νοσοκομείου αλλά και τη μορφή των κοινωνικών, πολιτικών και συναισθηματικών σχέσεων στον χώρο του χειρουργείου. Ωφελήθηκε τόσο ο ασθενής, που ανακουφίστηκε από τον πόνο, όσο και ο χειρουργός, καθώς πλέον ερχόταν αντιμέτωπος με ένα αδρανές, αναισθητο σώμα που μπορούσε να εργαστεί πάνω του χωρίς συναισθηματική εμπλοκή (Buck-Morss, 1992). Πριν την καθιέρωση της αναισθησίας, ο ασθενής, έχοντας τις αισθήσεις του, θα έπρεπε να συνεργαστεί ενεργά με τον χειρουργό, του οποίου η επιτυχής παρέμβαση ήταν αποτέλεσμα της βοήθειας του ασθενή. Οι χειρουργοί λάμβαναν υπόψη τη δράση των ασθενών, έπρεπε να μιλούν, να διαπραγματεύονται, να εξηγούν (Schlich, 2017). Η διεξαγωγή της αναισθησίας τους έδωσε τον έλεγχο και την εξουσία πάνω στα σώματα των ασθενών και ιδιαίτερα των γυναικών και των παιδιών που θεωρούνταν προβληματικοί ασθενείς. Ο Druitt (1865, p. 716) αναφερόμενος στα πλεονεκτήματα του χλωροφορμίου, τονίζει ότι καταστέλλει όχι μόνο «τους ηθικούς φραγμούς των σεμνών γυναικών, των οποίων η ντροπή που προκαλεί η έκθεση του σώματός τους στο βλέμμα των ανδρών γιατρών είναι χειρότερη από τον πόνο που προκαλεί το μαχαίρι» αλλά και «την αντίθεση μεταξύ

της σεμνότητας και της απειθαρχίας». Ως προς τα παιδιά, ο ίδιος αναφέρει ότι σκόπιμα μπορεί να χορηγηθεί γλωροφόρμιο, ακόμα και σε μικρές επεμβάσεις που θα μπορούσαν να γίνουν χωρίς αναισθησία, για να εκτελεστεί η επέμβαση με ακρίβεια και συντομία αλλά και για να αποφευχθούν οι κραυγές και η πάλη των παιδιών.

Πρόσφατοι ερευνητές, περιέγραψαν την αλλαγή που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης στο σώμα του ασθενή, το οποίο βρίσκεται σε μια ασαφή κατάσταση παρουσίας και απουσίας και υφίσταται μερική αποπροσωποποίηση (Hirschauer, 1991, 1994), ενώ δε παράλληλα με την απώλεια της αυτονομίας του παρατηρείται αύξηση της αυτονομίας του προσωπικού (Katz, 1981). Ωστόσο, σύμφωνα με τις υπάρχουσες εθνογραφικές μελέτες η θέση περί της αποπροσωποποίησης και αντικειμενοποίησης του ασθενή δεν είναι δόκιμη κατά την αναισθησιολογική πρακτική, καθώς σε όλα τα στάδια διεξαγωγής της είναι ενεργή η συμμετοχή και η παρουσία του ασθενή (Goodwin, 2008; Pilnick & Hindmarsh, 1999). Πιο συγκεκριμένα, η Goodwin (2008), υποστηρίζει ότι το αναισθητο σώμα του ασθενή δεν είναι ένα παθητικό σώμα, το οποίο στερείται τη δυνατότητα επικοινωνίας, καθώς η ανικανότητά του για λεκτική επικοινωνία αντικαθίσταται από τον τεχνολογικό εξοπλισμό που είναι προσαρμοσμένος τόσο στην επιφάνεια του σώματός του, όσο και μέσα στο σώμα του, και του παρέχει τη δυνατότητα να εκφράζεται και να διαμορφώνει την πορεία των αναισθησιολογικών πρακτικών βάσει των αναγκών του. Ο ασθενής κατά τη διάρκεια της αναισθησίας γίνεται ένα κυβόργιο, λέει η Goodwin εμπνευσμένη από την Haraway (1991/2014), η οποία ορίζει το κυβόργιο ως έναν κυβερνητικό οργανισμό, υβρίδιο από μηχανή και οργανισμό, δημιούργημα κοινωνικής πραγματικότητας και ταυτόχρονα μυθοπλασίας και τονίζει ότι η σύγχρονη ιατρική είναι γεμάτη από κυβόργια, από ζευγαρώματα οργανισμού και μηχανής. Η Haraway, στο Κυβοργικό μανιφέστο (1991/2014), παρουσιάζει το σώμα ως πεδίο αντιθέσεων, που αναδεικνύονται στη σφαίρα της πληροφορικής, και αμφισβητεί τις διακρίσεις ανάμεσα στο φυσικό και τεχνητό, στο οργανικό και ανόργανο, στο υποκείμενο και αντικείμενο. Έτσι, και ο ασθενής, όταν «αναισθητοποιείται» παραδίνεται κυριολεκτικά στα μηχανήματα, τα οποία είναι πλέον αυτά που διηγούνται και καταγράφουν τη συμπεριφορά του ηλεκτρονικά (Mort et al., 2005). Δημιουργείται μια ένωση ανθρώπου-μηχανής κατά την οποία και τα δύο μέλη συνεργάζονται και διαδρούν, αναδεικνύοντας τη δυναμική διάσταση της μεταξύ τους σχέσης (Goodwin, 2008).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένες μελέτες έχουν συγκρίνει τη δουλειά της

αναισθησιολογικής ομάδας με αυτή των πιλότων ή των ελεγκτών εναέριας κυκλοφορίας (Helmreich, 2000; Helmreich & Davies, 1996), καθώς σε αυτά τα υψηλής τεχνολογίας επαγγελματικά πεδία οι στρατηγικές που έχουν αναπτυχθεί για τη βελτίωση της ασφάλειας και της αποδοτικότητας και για τη μείωση των λαθών επικεντρώνονται τόσο σε τεχνολογικές λύσεις όσο και στον ανθρώπινο παράγοντα. Η αναισθησιολογική ομάδα, που αποτελείται από άνδρες και γυναίκες γιατρούς αναισθησιολόγους και από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, θα πρέπει, σύμφωνα με τους Helmreich & Davies (1996), να ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες και διαδικασίες, αλλά και να συντονίζει τις πρακτικές της ως προς την επίτευξη του στόχου της, παρά τις υπαρκτές ιεραρχικές διαφορές μεταξύ των μελών της, ιδίως σε σχέση με το φύλο τους.

Πράγματι, το νοσηλευτικό και το ιατρικό επάγγελμα έχουν καθιερωθεί ιστορικά ως επαγγέλματα με έντονη τη διάσταση του φύλου και την ιεραρχικότητα. Η σχέση μεταξύ των νοσηλευτών και των γιατρών έχει χαρακτηριστεί με αρνητικούς όρους (Blickensderfer, 1996; McMahan, Hoffman & McGee, 1994; Pavlovich-Danis et al., 1998; Prescott & Bowen, 1985), ενώ παράλληλα η συνεργασία μεταξύ τους έχει οριστεί ως συμπληρωματική σχέση αλληλεξάρτησης (Makaram, 1995; Fagin, 1992). Παράγοντες που δρουν αρνητικά στη διεπαγγελματική συνεργασία είναι οι έννοιες της αυτονομίας και της παραδοσιακής ιεραρχίας. Το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται «ημιεπάγγελμα», βοηθητικό του ιατρικού επαγγέλματος (Αλεξιάς, 2000, Loss, 2012), ενώ το ιατρικό ταυτίζεται με τη γνώση και την αυτονομία ως προς την επιτέλεση των καθηκόντων και τοποθετείται ιεραρχικά στην κορυφή των επαγγελματιών υγείας (Schein, 1972). Επιπλέον, η έμφυλη διάσταση των δύο επαγγελμάτων σε συνδυασμό με την ασάφεια των ρόλων, τα στερεότυπα και τους μύθους που κυριαρχούν, τον επαγγελματικό ελιτισμό, τις διαφορές στο μορφωτικό επίπεδο, στην κοινωνική θέση, στο λόγο και στον τρόπο επικοινωνίας, οδηγούν σε καθημερινές διαπραγματεύσεις και συγκρούσεις μεταξύ των γιατρών και νοσηλευτών με αρνητικές συνέπειες στους ασθενείς αλλά και στους ίδιους τους επαγγελματίες (Allen, 1997; Fagin, 1992; Hojat et al., 1997; Hojat et al., 2001; McMahan et al., 1994; Prescott & Bowen, 1985; Sprague-McRae, 1996; Sweet & Norman, 1995; Zelek & Phillips, 2003).

Ωστόσο, από τα δύο αυτά επαγγέλματα ιδιαίτερα αυτό της νοσηλευτικής συγκροτήθηκε με έμφυλους όρους, ως γυναικείο, με κυρίαρχο το λόγο περί φροντίδας και πρακτικής άσκησης, ως το «Άλλο» του ιατρικού επαγγέλματος που

κατασκευάστηκε ως αντρικό και ιεραρχικά ανώτερο, με κυρίαρχο το λόγο περί γνώσης και θεραπείας (Davies, 2003; Gamarnikow, 2013; Stein, 1967). Τη δεκαετία του 1960, περιγράφηκε από τον Stein (1967) το «παιχνίδι γιατρών-νοσηλευτών» (doctor-nurse game), μια πρακτική κατά την οποία οι νοσηλευτές/τριες παίρνουν την πρωτοβουλία και κάνουν σημαντικές συστάσεις στους γιατρούς, ενώ ταυτόχρονα οι ίδιοι/ες φαίνονται παθητικοί/ες σαν να μην έκαναν αυτοί/ες τη σύσταση αλλά οι γιατροί. Πρόκειται για ένα στερεότυπο σενάριο αλληλεπίδρασης, το οποίο κυριάρχησε για πολλές δεκαετίες με τους όρους όμως του παιχνιδιού να αλλάζουν σταδιακά (Stein, Watts & Howell, 1990). Η αμφισβήτηση της παντοδυναμίας των γιατρών από την κοινή γνώμη και η αναγνώριση ενδεχόμενων ιατρικών λαθών (Sweet & Norman, 1995), η αλλαγή της σύνθεσης του προσωπικού με τον αυξανόμενο αριθμό γυναικών γιατρών και ανδρών νοσηλευτών καθώς και η αναβάθμιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης συντέλεσαν στην αλλαγή παλαιότερων πρακτικών αλλά και στη δημιουργία νέων σχέσεων εξουσίας (Hojat et al., 2001).

Θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης

Το Δραματουργικό μοντέλο του Erving Goffman

Ο Erving Goffman (1959/2006), στο έργο του «Η παρουσίαση του εαυτού στην καθημερινή ζωή», εστιάζει στη δομή των κοινωνικών συναντήσεων, στην πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπίδραση και στις τεχνικές που υιοθετεί και εφαρμόζει το άτομο για να ελέγξει την εντύπωση που σχηματίζουν οι άλλοι για αυτό, έτσι όπως ένας ηθοποιός παρουσιάζει τον ρόλο του στο κοινό. Αναλύοντας και καταγράφοντας με θεατρικούς όρους τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αλληλεπιδρούν και παρουσιάζονται στους άλλους περιγράφει τον εαυτό ως κοινωνική κατασκευή. «Η έννοια του εαυτού είναι κοινωνικά προσδιορισμένη· ο εαυτός υπάρχει μόνο μέσω και εντός της αλληλεπίδρασης», «ο εαυτός του Γκόφμαν είναι εφήμερος και ορίζεται σύμφωνα με την περίσταση», τονίζει η Μακρυνιώτη (2006, σ.22-23) αναλύοντας τη δραματική προσέγγιση του Goffman.

Οι θεατρικές μεταφορές χρησιμοποιούνται στο έργο του για να περιγράψουν το περιβάλλον, τη συμπεριφορά και τις πρακτικές που διαμορφώνουν την ταυτότητα. Το άτομο ως ερμηνευτής ενός ρόλου παρουσιάζεται να έχει πολλαπλούς εαυτούς, καθώς ο χαρακτήρας που προβάλλει κατά τη διάρκεια μιας παράστασης εξαρτάται από τις προσδοκίες του κοινού στο οποίο απευθύνεται. Έτσι το άτομο ή εξιδανικεύει τον εαυτό ή τον υποβαθμίζει. Φροντίζει ότι το κοινό μπροστά στο οποίο υποδύεται έναν ρόλο, να μην είναι το ίδιο με το κοινό που θα υποδυθεί έναν άλλο ρόλο σε άλλο σκηνικό και καλλιεργεί την εντύπωση ότι η ερμηνεία του ρόλου και η σχέση με το παρόν ακροατήριο να έχουν κάτι το ιδιαίτερο και μοναδικό (Goffman, 1959/2006, σ.103-104).

Η παράσταση του εαυτού λαμβάνει χώρα σε δύο περιοχές: το προσκήνιο και το παρασκήνιο. Το προσκήνιο είναι ο χώρος που εκτυλίσσεται ή ενδέχεται να εξελιχθεί μια παράσταση, ενώ το παρασκήνιο είναι η περιοχή που προετοιμάζεται η ερμηνεία ενός ρόλου. Στο προσκήνιο το άτομο ή η συνεργατική ομάδα ως ερμηνευτές ενός ρόλου επικοινωνούν με το κοινό και αναμένεται να δεσπόζει ένας τόνος ευγένειας, ευπρέπειας απέναντι στο ακροατήριο (Goffman, 1959/2006, σ.160) και τυπικότητας ανάμεσα στα άτομα της ομάδας (σ.180), ενώ ταυτόχρονα αποκρύπτονται συμπεριφορές και συναισθήματα που μπορούν να εκφραστούν στο παρασκήνιο. Μια σωστά εκτελεσμένη παράσταση οδηγεί το κοινό να αποδώσει έναν εαυτό στον παρουσιαζόμενο χαρακτήρα ως προϊόν της σκηνης που εκτυλίσσεται και

όχι αίτιό της. Ο εαυτός για τον Goffman (1959/2006, σ.310-11) είναι «ένα δραματικό αποτέλεσμα που αναδύεται από την παρουσιάζομενη σκηνή και το βασικό μέλημα είναι αν θα θεωρηθεί αξιόπιστο ή αναξιόπιστο».

Το παρασκήνιο είναι ένας χώρος στον οποίο η εντύπωση που καλλιεργείται από την παράσταση «διαψεύδεται ενσυνείδητα» (Goffman, 1959/2006, σ.165) και στον οποίο «ο ερμηνευτής μπορεί βάσιμα να περιμένει ότι δεν θα παρεισφρήσει κανένα μέλος του κοινού» (σ.166). Το παρασκήνιο είναι ο τόπος όπου κατασκευάζονται οι εντυπώσεις, όπου γίνεται η πρόβα της παράστασης, όπου κρύβονται από το κοινό σκηνικά αντικείμενα, όπου διορθώνονται λάθη και ατέλειες και όπου μπορεί ο ερμηνευτής να βγει εκτός ρόλου (σ.165). Κυριαρχεί οικειότητα ανάμεσα στα μέλη της ομάδας και μπορεί οι ερμηνευτές να παραβιάζουν ανοιχτά τους αναμενόμενους τρόπους συμπεριφοράς αλλά και να μετασηματίσουν οποιαδήποτε περιοχή σε παρασκήνιο, υιοθετώντας παρασκηνιακό ύφος (σ.180-181). Η παρασκηνιακή περιοχή μπορεί να αποκόβεται από το χώρο διεξαγωγής της παράστασης με ένα διαχωριστικό (σ. 166).

Ο Goffman (1959/2006) περιγράφει και μια τρίτη περιοχή που ονομάζει εξωτερική ή «έξω», η οποία σε σχέση με την παράσταση δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ούτε ως προσκήνιο, ούτε ως παρασκήνιο. Είναι ο χώρος που βρίσκεται έξω από το περιβάλλον όπου λαμβάνει χώρα ένα συγκεκριμένο δρώμενο και τα άτομα που βρίσκονται σε αυτόν τον χώρο ονομάζονται «ξένοι» ή «οι απέξω» (outsiders) (σ.187). Ο τοίχος δε που αποκόβει τις προσκηνιακές και παρασκηνιακές περιοχές από το «έξω» επιτελεί μια λειτουργία σε σχέση με την παράσταση, μια λειτουργία που, κατά τον Goffman μπορεί να είναι και η σημαντικότερη (σ. 188).

Σύμφωνα με την Μακρυγιάννη (2006, σ.18-19) η σχέση προσκηνίου-παρασκηνίου ορίζεται από τον τρόπο με τον οποίο συμβάλλει η διάκριση αυτή στον έλεγχο της ροής των πληροφοριών. Πληροφορίες που δεν πρέπει να φανερωθούν στο κοινό «δημιουργούν ένα διαχωριστικό τείχος ανάμεσα στους ερμηνευτές και το κοινό, ανάμεσα στην προετοιμασία της παράστασης και την παρουσίασή της· γίνονται υπόβαθρο για την εμφάνιση ενός αισθήματος αλληλεγγύης μεταξύ των μετεχόντων, καθώς και της αίσθησης ότι ανήκουν σε ένα κοινό σύνολο». Το άτομο του Goffman διακρίνεται από αντιφατικές όψεις, κυνισμό-ευγένεια, ατομιστικό συμφέρον-φροντίδα για το συλλογικό καλό, διαχειρίζεται την αξιολόγηση του εαυτού του δίνοντας ηθελημένα ή όχι πληροφορίες που τον αφορούν, ελέγχει τον εαυτό του και ο ηθικός χαρακτήρας που προσλαμβάνει η παράστασή του καθώς και ο χειρισμός

των εντυπώσεων υπηρετούν την αλληλεπίδραση και την τάξη της (Μακρυγιώτη, 2006, σ.21).

Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο ότι ενώ ο Goffman (1959/2006, σ.78) αναφέρεται στο σκηνικό και τα σκηνικά αντικείμενα κατά την παρουσίαση του εαυτού ως μέσα ενίσχυσης της ανθρώπινης δράσης, δεν δίνει έμφαση στον τρόπο με τον οποίο τα αντικείμενα που συνθέτουν το σκηνικό επιδρούν στην παράσταση. Ο Latour (2005, p.84), σχολιάζοντας το σκηνικό του Goffman, επισημαίνει ότι τα πράγματα, ως φόντο στη σκηνή που οι άνθρωποι ερμηνεύουν ρόλους, δεν αρκούν για να περιγράψουν την εμπλοκή και τις πολλαπλές συνδέσεις των ανθρώπων και των μη ανθρώπων που συγκροτούν μια συλλογικότητα.

Στην παρούσα εργασία η υιοθέτηση του δραματουργικού μοντέλου του Goffman προσφέρει ένα πλαίσιο για την περιγραφή της δυναμικής της «παράστασης» της αναισθησιολογικής ομάδας. Θεωρώντας την αναισθησιολογική πρακτική ως παράσταση και ως μια μορφή διαχείρισης εντυπώσεων, επιδιώκω να περιγράψω και να προσδιορίσω τους τρόπους με τους οποίους διαμορφώνονται οι σχέσεις όλων των δραστών βάσει της διαχείρισης των εντυπώσεων, σε ένα περιβάλλον που κυριαρχεί ο υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμός.

Η θεωρία «Δράστη- Δικτύου» (Actor - Network Theory / ANT)

Η θεωρία «Δράστη- Δικτύου» (Actor Network Theory – ANT) αναπτύχθηκε στον χώρο της κοινωνιολογίας της επιστήμης και της τεχνολογίας τη δεκαετία του 1980, κυρίως από τους Bruno Latour, Michel Callon και John Law σε μια προσπάθεια επικέντρωσης στις διαδικασίες παραγωγής γνώσης στην επιστήμη και τεχνολογία. Κατηγορίες και έννοιες που είναι μέρος της δυτικής σκέψης για αιώνες αμφισβητούνται: «Αλήθεια και ψέμα. Μεγάλο και μικρό. Δράση και δομή. Ανθρώπινο και μη ανθρώπινο. Πριν και μετά. Γνώση και εξουσία. Πλαίσιο και περιεχόμενο. Υλικότητα και κοινωνικότητα. Ενεργητικότητα και παθητικότητα ... όλοι αυτοί οι διαχωρισμοί απορρίφθηκαν από τις μελέτες που έγιναν στο όνομα της θεωρίας του δράστη-δικτύου» (Law, 1999, p.2). Ακολουθώντας τους «δράστες», ανεξάρτητα με το πώς δρουν, οι υποστηρικτές της ANT ενδιαφέρονται για τη χαρτογράφηση του τρόπου με τον οποίο οι δράστες ορίζουν και διανέμουν ρόλους και κινητοποιούν ή επινοούν άλλους για να παίξουν αυτούς τους ρόλους (Law & Callon, 1988, p.285).

Αναλυτικότερα, η ANT ερευνά το πώς διαφορετικοί δράστες, ανθρωπinoi και μη-ανθρωπinoi, συλλογικά, συμμετέχουν στην κατασκευή της γνώσης. Η γνώση για την ANT δεν είναι ένα γεγονός προς ανακάλυψη, αλλά αναδύεται όταν συνδέσεις μεταξύ δραστών καθιερώνονται και σταθεροποιούνται. Οι συνδέσεις αυτές διαμορφώνουν ένα δίκτυο δραστών, μέσω του οποίου η γνώση διανέμεται. Κάθε φορά που εισχωρεί στο δίκτυο ένας νέος δράστης ή αποσύρεται κάποιος αυτό συνεπάγεται μια αλλαγή ή μια μετάφραση (translation) όλου του δικτύου, η οποία, σύμφωνα με τον Callon (1984), προκαλεί αλλαγή συμπεριφοράς και δράσης και αποσταθεροποιεί το υπάρχον δίκτυο. Καθώς οι δρώντες εμφανίζονται και μεταμορφώνονται ως συνέπεια του δικτύου με το οποίο εμπλέκονται, δεν μπορεί να υπάρξουν εκτός δικτύου. Είναι η μέθοδος με την οποία μια οντότητα ή μια ομάδα οντοτήτων διανέμει ένα ρόλο σε άλλες οντότητες και περιλαμβάνει όλες τις στρατηγικές μέσω των οποίων ένας δράστης αναγνωρίζει άλλους δράστες και διανέμει τους μεταξύ τους ρόλους. Η ανάλυση της μετάφρασης περιλαμβάνει τις έννοιες του προβληματισμού (Problematization), της παρέμβασης (Interessement), της εγγραφής (Enrolment) και της κινητοποίησης (Mobilization) (Callon, 1984). Προβληματοποίηση είναι το στάδιο κατά το οποίο συναντώνται οι δράστες που έχουν ένα κοινό συμφέρον, αναγνωρίζουν ένα πρόβλημα και το επαναπροσδιορίζουν έτσι ώστε να εμπλακούν και άλλοι δράστες. Παρέμβαση είναι το στάδιο κατά το οποίο οι άλλοι δράστες προσδιορίζουν τον ρόλο τους στο νέο δίκτυο ως εφικτό ή αποδεκτό. Η εγγραφή λαμβάνει χώρα όταν οι δράστες προσαρμόζονται και ευθυγραμμίζονται με τους ρόλους που έχουν καθοριστεί για αυτούς από άλλους δράστες, στα προηγούμενα στάδια της μετάφρασης. Στο τελευταίο στάδιο της μετάφρασης, στην κινητοποίηση των συμμάχων, οι δράστες αναλογίζονται την πορεία τους και επανεπιβεβαιώνουν ότι οι καθορισμένοι ρόλοι τους ταιριάζουν με τους άλλους δράστες του δικτύου. Αν η διαδικασία της μετάφρασης είναι επιτυχής τότε καθιερώνεται και σταθεροποιείται το δίκτυο δραστών. Γίνεται αντιληπτό ότι η διαδικασία της μετάφρασης είναι ρευστή και ευέλικτη καθώς είναι έκδηλη η αυτονομία των δραστών κατά τη σύσταση του δικτύου αλλά και χαρακτηρίζεται ως μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία οι δράστες μεταμορφώνονται και νέες σχέσεις δραστών ιδρύονται. Η εξουσία για την ANT βρίσκεται εντός του δικτύου, είναι σχεσιακή έννοια και σχετίζεται με την ικανότητα των δραστών να πείσουν άλλους δράστες για την επίτευξη των από κοινού στόχων τους (Latour, 1991). Ο Latour (1991, p.110) τονίζει δε, ότι η εξουσία δεν είναι ιδιοκτησία των δραστών αλλά

της αλυσίδας που συνδέει ανθρώπινους και μη ανθρώπινους δράστες, η οποία μπορεί να επεκταθεί ή να τροποποιηθεί.

Το καθετί για την ANT είναι και δράστης και δίκτυο και «..δεν περιορίζεται ούτε μόνο στον δράστη ούτε μόνο στο δίκτυο. Ένα δίκτυο δραστών είναι ταυτόχρονα ένας δράστης του οποίου η δραστηριότητα εντός δικτύου περιλαμβάνει ετερογενή στοιχεία και ένα δίκτυο που έχει τη δυνατότητα να επαναπροσδιορίζει και να μετασχηματίζει αυτό από το οποίο είναι κατασκευασμένο» (Callon 1987, p.93). «Το δίκτυο δεν είναι ένα πράγμα, αλλά είναι η καταγεγραμμένη κίνηση ενός πράγματος» και το ζητούμενο για την ANT δεν είναι το αν ένα δίκτυο είναι ένα πράγμα, μια αναπαράσταση ή ένα μέρος της κοινωνίας, της φύσης ή του λόγου, αλλά το τι κινείται και το πώς αυτή η κίνηση καταγράφεται (Latour, 1996, p.378). Η ANT συνεπώς στοχεύει στην παρουσίαση των δικτύων στην ετερογένειά τους και στον τρόπο που η διάταξη των ετερογενών συστατικών και η κίνησή τους μπορούν να παράγουν γνώση, ανισότητες, εξουσία.

Ο Latour δεν θεωρεί την ANT ως μια περίπλοκη κοινωνική θεωρία αλλά περισσότερο ως μια μέθοδο περιγραφής του χώρου, των πρακτικών και των συναθροίσεων της καθημερινής ζωής. Απορρίπτει δε τόσο τον ορισμό του δράστη, του δικτύου, της θεωρίας όσο και των μεταξύ τους σχέσεων. «Υπάρχουν τέσσερα πράγματα που δεν λειτουργούν με τη θεωρία δράστη-δικτύου: η λέξη δράστης, η λέξη δίκτυο, η λέξη θεωρία και το μεταξύ τους ενωτικό» (Latour, 1999a, p.15). Η ANT είναι η κοινωνιολογία των συναθροίσεων για τον Latour (2005, p.9) και το δίκτυο είναι μια σύνδεση συστατικών που καθορίζει τη ροή της μετάφρασης (p.132).

Στην ANT οι έννοιες δράστης (actor) και δρών (actant) είναι μεν συνώνυμες, αλλά η έννοια του δρώντος είναι εκείνη που φανερώνει με περισσότερη ακρίβεια ότι και ανθρώπινοι και μη-ανθρώπινοι δράστες μπορεί να δράσουν. Ένας δράστης για την ANT είναι ένας σημειωτικός ορισμός - ένας δρών - δηλαδή κάτι που δρα ή του οποίου η δραστηριότητα αναγνωρίζεται από άλλους. «Ένας δρών μπορεί κυριολεκτικά να είναι οτιδήποτε υπό τον όρο ότι αναγνωρίζεται ως πηγή δράσης» (Latour 1996, p.373). Τα πράγματα δεν γίνονται δράστες, αλλά δρώντες. Ένας δράστης αναλαμβάνει δράση, αλλά ο δρών είναι αυτός που θέτει τη δράση σε κίνηση και αφήνει ίχνη (Latour, 2005, p.72). Άνθρωποι και μη-άνθρωποι είναι εξίσου φορείς δράσης καθώς σύμφωνα με τον Latour (2005, p.71), «κάθε πράγμα που τροποποιεί μια κατάσταση πραγμάτων κάνοντας τη διαφορά, είναι ένας δράστης». Συνεπώς τα πράγματα δεν είναι ουδέτερα εργαλεία που ρυθμίζονται από την ανθρώπινη πρόθεση

αλλά βασικές πηγές και ενεργοποιητές δράσης, που προτείνουν, επιτρέπουν, εμποδίζουν, προκαλούν διαμορφώνουν, υπαγορεύουν διάφορες μορφές αλληλεπίδρασης. «... Δεν υπάρχει ένα δίκτυο και ένας δράστης κάτω από το δίκτυο, αλλά υπάρχει ένας δράστης του οποίου η ερμηνεία του κόσμου υπογραμμίζει, ανιχνεύει, οριοθετεί, σκιαγραφεί, περιγράφει, προδιαγράφει, ξετυλίγει, καταγράφει, καταχωρεί, σημαδεύει, ή υπογράφει μια τροχιά που ονομάζεται δίκτυο», τονίζει ο Latour (1996, p.378). Οι δράστες συμμετέχουν και λειτουργούν ως διαμεσολαβητές στα σχεσιακά δίκτυα αλλά είναι ταυτόχρονα και το αποτέλεσμα των σχεσιακών δικτύων. Άνθρωποι και μη άνθρωποι γίνονται κατανοητοί μέσα σε ένα δίκτυο όπου η ταυτότητά τους καθορίζεται μέσω της αλληλεπίδρασης με άλλους δράστες. Συνεπώς, το κοινωνικό δεν αφορά αποκλειστικά τις ανθρώπινες σχέσεις αλλά είναι το αποτέλεσμα σχέσεων που περιλαμβάνουν ανθρώπους και μη-ανθρώπους (Latour, 2005). Η αμφισβήτηση του δυϊσμού ανάμεσα στο ανθρώπινο και μη-ανθρώπινο δημιουργεί ένα κόσμο υβριδίων, στο οποίον τα όρια ανάμεσα στο φυσικό και το κοινωνικό είναι θολωμένα. Ο Latour (1993, p.55) χρησιμοποιεί τον όρο «οιονεί αντικειμένων» (quasi objects), τα οποία είναι ταυτόχρονα φυσικά και κοινωνικά, υποκείμενα και αντικείμενα και, όπως αναφέρει η Γιαλούρη (2012, σ.32), προτιμά να μιλά όχι τόσο για αντικείμενα, αλλά για πράγματα (things), καθώς ο όρος αυτός είναι πιο κοντά στην αρχική σημασία του “Ding”, λέξη που αναφερόταν σε ένα είδος παλιάς συνάθροισης.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, η ANT μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια προοπτική που οι άνθρωποι-δράστες θα πρέπει να βρουν τρόπους για να αποδώσουν νόημα στα πράγματα-δράστες, τα οποία από την πλευρά τους μπορούν να αλλάξουν την αντίληψη των ανθρώπινων δραστών. Αντλώντας από την ANT, η οποία είναι απαλλαγμένη από δυισμούς, είναι εφικτή η ισότιμη μελέτη της αναισθησιολογικής πρακτικής, τόσο από την πλευρά των μη ανθρώπινων δραστών όσο των ανθρώπινων. Η μελέτη αυτή ακολουθεί όλους τους δράστες, όπως προτρέπει ο Latour (2005, p.12) και τις συναθροίσεις τους και εξετάζει τα δίκτυα και τις σχέσεις που «μεταφράζονται», που οικοδομούνται ή λύονται.

Μεθοδολογία

Μεθοδολογική προσέγγιση

Σε αυτή τη μελέτη επιχειρώ να χαρτογραφήσω την παράσταση της αναισθησιολογικής πρακτικής και τη διάδραση μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων μερών, ανθρώπινων και μη ανθρώπινων, ακολουθώντας τη μέθοδο της εθνογραφίας. Η εθνογραφία ως μεθοδολογική ερευνητική προσέγγιση προσφέρει μια ολιστική προοπτική διερεύνησης των σχέσεων, των διαδικασιών, των νοημάτων εντός των υπό μελέτη πολιτισμικών συστημάτων και από την ημική και την ητική σκοπιά και, επιπλέον, κατευθύνεται προς την παραγωγή νέων γνώσεων και αληθειών για θέματα που μπορεί να θεωρούνται γνωστά (Whitehead, 2005).

Η Pink (2004, p.18) ορίζει την εθνογραφία ως «μια μεθοδολογία και ως μια προσέγγιση βίωσης, ερμηνείας και παρουσίασης του πολιτισμού και της κοινωνίας που ενημερώνει και ενημερώνεται από μια σειρά θέσεων από διάφορα επιστημονικά πεδία και από θεωρητικές αρχές, καθώς και ως μια διαδικασία δημιουργίας και παρουσίασης γνώσης που βασίζεται στην εμπειρία των εθνογράφων». Αντιλαμβάνεται την εθνογραφία όχι μόνο ως μια ερευνητική στρατηγική συλλογής στοιχείων αλλά και ως μια δημιουργική διαδικασία παρουσίασης γνώσης, με τον ερευνητή να γίνεται μέρος της ερευνητικής διαδικασίας. Η γνώση δε που αποκτάται γίνεται μια εκδοχή της πραγματικότητας που βασίζεται στις εμπειρίες του εθνογράφου (Pink, 2004, p.18). Η ενσωμάτωση του ερευνητή στην κατασκευή της εθνογραφίας εμπεριέχει αναστοχαστικές και συμμετοχικές μεθόδους. Η εθνογραφία για τον Law (1994, p.31) είναι «...το να βλέπεις, να ακούς, να παρατηρείς, να αισθάνεσαι, να μυρίζεις και στη συνέχεια να εξετάζεις προσεκτικά αυτό που έχει παρατηρηθεί και να προσπαθείς να βγάλεις κάποιο νόημα από αυτό». Τονίζει την επιτελεσματικότητα της ερευνητικής μεθόδου, καθώς υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει μία πραγματικότητα που να ανακαλύπτεται μέσω των μεθοδολογικών προσεγγίσεων, αλλά ότι είναι οι μεθοδολογικές πρακτικές που θεσπίζουν αυτήν την πραγματικότητα (Law, 2004, p. 143).

Η επιλογή του υπό μελέτη θέματος προέκυψε από προσωπικό ενδιαφέρον καθώς τα τελευταία δύο χρόνια εργάζομαι ως νοσηλεύτρια στο αναισθησιολογικό τμήμα ενός Δημόσιου Γενικού Νοσοκομείου της Αττικής. Παρά τα είκοσι ένα έτη προϋπηρεσίας μου, θεωρούμαι «καινούργια» τόσο από τους συναδέλφους μου όσο και από τον εαυτό μου που βρίσκεται καθημερινώς σε μια διαδικασία εκπαίδευσης

και εκμάθησης των διαδικασιών και του τεχνολογικού εξοπλισμού του χώρου. Συνεπώς στον χώρο εργασίας μου είμαι ταυτόχρονα καινούργια και παλιά και το αίσθημα της οικειότητας στον χώρο του νοσοκομείου εναλλάσσεται με αυτό της ξενικότητας στο συγκεκριμένο τμήμα. Αν προσθέσω και το γεγονός ότι η επιτόπια έρευνά μου διεξήχθη στον χώρο εργασίας μου, ήμουν ταυτόχρονα ερευνήτρια και αντικείμενο μελέτης, παρατηρήτρια και παρατηρούμενη. Κατά τη διάρκεια της μελέτης μου, οι αντίθετες αυτές έννοιες συνομιλούσαν μεταξύ τους και εναλλάσσονταν συνεχώς καθορίζοντας τη σχέση μου με το πεδίο. Όπως αναφέρει η Γκέφου-Μαδιανού (1993), οι ανθρωπολογικές μελέτες «οίκοι» δημιουργούν έναν πολλαπλό εαυτό, όπου οι ατομικές και κοινωνικές του ιδιότητες ποικίλουν ανάλογα με το ποια ταυτότητα επιλέγει το άτομο να υποδυθεί κάθε φορά. Η «αθαγένεια» του ερευνητή και η διαπραγμάτευση των πολλαπλών ταυτοτήτων του έχουν μελετηθεί ως προς την επίδραση που ασκούν στη διαδικασία συλλογής δεδομένων, στην κατανόηση και την ανάλυση του αντικειμένου μελέτης (Aberese-Ako, 2017; Zaman, 2008). Η Narayan (1993), ασκώντας κριτική σε αυτές τις διακρίσεις, αναγνωρίζει την υβριδική φύση της ταυτότητας των εθνογράφων και προτείνει την παραγωγή ανθρωπολογικών συγγραμμάτων που αναμειγνύουν τη ζωντανή αφήγηση και την ενδελεχή ανάλυση, αναπαριστώντας και θεσπίζοντας την υβριδικότητα του ερευνητή.

Η συλλογή των δεδομένων της εθνογραφικής μελέτης οίκοι περιορίστηκε σε διάστημα τριών μηνών και προήλθε από τη συμμετοχική παρατήρηση στο αναισθησιολογικό τμήμα στο οποίο εργάζομαι, από ανεπίσημες συνεντεύξεις, από ημιδομημένες συνεντεύξεις, από σημειώσεις πεδίου και από φωτογραφικό υλικό.

Το παράδοξο της συμμετοχικής παρατήρησης στην συγκεκριμένη μελέτη ήταν το δεδομένο της συμμετοχής και το ρευστό της παρατήρησης. Όντας εργαζόμενη στον χώρο η συμμετοχή μου στις πρακτικές της αναισθησιολογικής πρακτικής ήταν αυτονόητη, ενώ η διαδικασία της ερευνητικής παρατήρησης δεν ήταν πάντα εφικτή. «Το αίτημα της αποστασιοποίησης, η τύφλωση έναντι του οικείου και του αυτονόητου», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Γκέφου-Μαδιανού (1993), ήταν ένα κομβικό σημείο της μελέτης μου. Ο ρόλος μου ως παρατηρήτριας, κυρίως σε περιπτώσεις συγκρούσεων, οι οποίες θα μπορούσαν να αποτελέσουν, εν δυνάμει, σημαντικά και επιδεκτικά στοιχεία προς ερμηνεία, επιβεβαιώθηκε και από αρκετούς συναδέλφους μου που σχολίαζαν και εξέφραζαν την απορία τους και τον θαυμασμό (!) τους για τη διατήρηση της ψυχραιμίας μου και τη μη εμπλοκή μου στην ένταση.

Ως «ιθαγενής» στο πεδίο μελέτης δεν αντιμετώπισα προβλήματα αποδοχής, αλλά αντίθετα ήταν έκδηλο το ενδιαφέρον των μελών της υπό μελέτης ομάδας για την έρευνα. Τα περισσότερα δε μέλη ανέμεναν διανομή ερωτηματολογίων, καθώς η θεώρηση της έρευνας και του επιστημονικού στον χώρο του νοσοκομείου ανήκει στη σφαίρα των ποσοτικών μελετών ή του πειράματος.

Καθώς η εθνογραφική προσέγγιση επιτρέπει στον ερευνητή να είναι ευέλικτος και δημιουργικός, κατά τη συμμετοχική παρατήρηση έγινε λήψη φωτογραφιών. Εμπνεόμενη από την Pink (2004, p.18), υποστηρίζω ότι οι φωτογραφίες στη συγκεκριμένη μελέτη δεν αποτελούν απλώς εθνογραφικά προς συλλογή δεδομένα, αλλά μια συμπληρωματική και συμμετοχική μεθοδολογική προσέγγιση παραγωγής γνώσης. Ομοίως, για τους Collier & Collier (1999), η φωτογραφία είναι ένα ακριβές ντοκουμέντο της υλικής πραγματικότητας που στοχεύει στη βελτίωση των μεθόδων της συμμετοχικής παρατήρησης. Παρέχει δε εντυπωσιακά περιγραφικά δεδομένα, η δυναμική των οποίων είναι πολύ πιο πέρα από το οπτικό περιεχόμενο της φωτογραφίας. Τέλος, σύμφωνα με την Sontag (1977/2005, p.136), η φωτογραφία δεν παρέχει απλώς αποδείξεις αναπαράγοντας το αληθινό, αλλά το ανακυκλώνει. Όπως η ίδια τονίζει: «Με τη μορφή των φωτογραφικών εικόνων, τα πράγματα και τα γεγονότα τίθενται σε νέες χρήσεις, αποκτούν νέες έννοιες, οι οποίες υπερβαίνουν τις διακρίσεις μεταξύ του όμορφου και του άσχημου, του αληθινού και του ψεύτικου, του χρήσιμου και του το άχρηστου, του καλού και του κακού γούστου».

Η λήψη των φωτογραφιών έγινε από την ερευνήτρια, από έναν γιατρό αναισθησιολόγο και από έναν νοσηλευτή. Επιπλέον σκηνοθέτησα μια παράσταση κατά την οποία ενσάρκωσα τον ρόλο του ασθενή που περνά το κατώφλι του χειρουργείου και προετοιμάζεται για τη χορήγηση της αναισθησίας, με τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας να ενσαρκώνουν τους εαυτούς τους. Καθόλη τη διάρκεια της παράστασης λάμβανα φωτογραφίες του χώρου, των πραγμάτων και των διαδικασιών. Η εμπλοκή του υπό μελέτη πληθυσμού στη λήψη φωτογραφιών και στην παράσταση οδήγησε στην από κοινού δημιουργία ενός σημαντικού τμήματος της εργασίας. Η δράση (agency) μοιράστηκε με αυτή τη συνεργασία και η ανταμοιβή ήταν η ενεργή συμμετοχή στη μελέτη (Pink, 2004, p.44).

Δράστες-Δρώντα της μελέτης

Όλα τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας (12 γιατροί αναισθησιολόγοι, 7 γυναίκες και 5 άνδρες, εκ των οποίων 4 άνδρες ειδικευόμενοι και 12 νοσηλευτές/τριες, 9

γυναίκες και 3 άνδρες) του νοσοκομείου όπου εργάζομαι, αλλά και όλα τα έγγραφα, τα αντικείμενα και μηχανήματα του χώρου αποτέλεσαν το κύριο δείγμα της μελέτης μου. Αντλώντας από τη θεωρία Δράστη- Δικτύου, θεωρώ συμμετρική τη σχέση ανθρώπινου και μη ανθρώπινου και συνεπώς σε αυτήν τη μελέτη άνθρωποι και μη άνθρωποι προσλαμβάνονται και αναλύονται με τους ίδιους όρους. Κατά τη διάρκεια της επιτόπιας έρευνας, πραγματοποιήθηκαν ανεπίσημες συνεντεύξεις με τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας και με ασθενείς στο ερευνητικό πεδίο, οι οποίες δεν ηχογραφήθηκαν, αλλά αποσπάσματά τους καταγράφηκαν στο εθνογραφικό ημερολόγιο.

Συμπληρωματικά, ημιδομημένες συνεντεύξεις έγιναν σε δύο αναισθησιολόγους γιατρούς (1 άνδρα και 1 γυναίκα) και σε δύο νοσηλεύτριες (1 άνδρα και 1 γυναίκα) που εργάζονται στο αναισθησιολογικό τμήμα άλλου νοσοκομείου της Αττικής, τους/τις οποίους/ες μου σύστησε μια αναισθησιολόγος που ανήκει στο φιλικό μου περιβάλλον. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε καφετέρια πλησίον του νοσοκομείου όπου εργάζονταν, ήταν ατομικές, διήρκησαν περίπου 45 λεπτά και μαγνητοφωνήθηκαν με το κινητό μου με τη σύμφωνη και ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους.

Από τις συνεντεύξεις μου με ασθενείς, επέλεξα συνειδητά να μην ακουστεί η φωνή τους, ούτε να γίνει ορατή η παρουσία τους μέσω των φωτογραφιών, συναισθανόμενη την ευαλωτότητα της κατάστασής τους. Παρουσιάζονται όμως λόγια τους πριν την εισαγωγή στην αναισθησία και αφού επανέλθουν οι αισθήσεις τους και θεωρώ ότι είναι διαρκώς παρόντες και μιλούν, χωρίς να έχουν φωνή σε όλες τις φάσεις της αναισθησιολογικής πρακτικής.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης και τη λήψη φωτογραφιών εξασφαλίστηκε άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου. Οι συμμετέχοντες στις ημιδομημένες συνεντεύξεις και τις φωτογραφίες υπέγραψαν έντυπο Δήλωσης Ενημερωμένης Συγκατάθεσης (Παράρτημα, σ. 92-95).

Μέθοδος ανάλυσης και παρουσίασης του εθνογραφικού υλικού

Για την ανάλυση αυτής της εθνογραφικής μελέτης υιοθέτησα ως εργαλεία την «πυκνή περιγραφή» προσεγγίζοντας ερμηνευτικά τα γεγονότα και τις πρακτικές των δραστών (Geertz, 1973) και τη χρήση φωτογραφιών για να ενισχύσω και να επικοινωνήσω την «πυκνή περιγραφή». Ακολουθώντας το δραματουργικό μοντέλο του Erving Goffman, η γραπτή παρουσίαση της εθνογραφίας της αναισθησιολογικής

πρακτικής έχει τη μορφή θεατρικού έργου. Αποτελείται από τρεις πράξεις, με κάθε πράξη να έχει τη δική της πλοκή. Σε κάθε σκηνή περιγράφονται, αναλύονται και ερμηνεύονται οι χαρακτήρες και οι μεταξύ τους σχέσεις, οι διάλογοι, ο ρυθμός της γλώσσας, το θέαμα και η σημασία και το νόημα που επικοινωνείται καθώς και τα συναισθήματα που προκαλεί η δράση. Κατά την ανάλυση χρησιμοποιώ έννοιες από τη θεωρία Δράστη-Δικτύου και ακολουθώντας τους δράστες, σύμφωνα με την προτροπή του Latour, περιγράφω και αναλύω την παρουσίαση του εαυτού που φαίνεται να μετακινείται πέρα από τις κοινωνικές σχέσεις και να εξαρτάται και από σχέσεις με μη ανθρώπινους παράγοντες, οι οποίοι και αυτοί εν τέλει ως δράστες στο σχεσιακό δίκτυο, διαμορφώνουν την αίσθηση του εαυτού.

Στο χειρουργείο: Παραστάσεις στο παρασκήνιο και το προσκήνιο

Ο χώρος του χειρουργείου

Στα περισσότερα νοσοκομεία ο χώρος του χειρουργείου είναι μία απομονωμένη πτέρυγα, όπου η είσοδος και έξοδος απ' αυτήν δεν είναι ελεύθερη και γίνεται με προϋποθέσεις που εξασφαλίζουν την εύρυθμη διεξαγωγή των επεμβάσεων και τον περιορισμό των λοιμώξεων. Είναι ένας ελεγχόμενος χώρος, ίσως ο πιο απρόσιτος χώρος του νοσοκομείου, ένας παρασκηνιακός πίσω χώρος κατά Goffman (1959/2006), στον οποίο έχουν πρόσβαση μόνο οι έχοντες εργασία (insiders) και αποκλείονται επισκέπτες, ασθενείς και προσωπικό που δεν εργάζεται στο συγκεκριμένο τμήμα (outsiders).

Ο χώρος του χειρουργείου στον οποίο διεξήχθη η εθνογραφική μελέτη, βρίσκεται στον 1^ο όροφο ενός κτιρίου που στεγάζονται οι χειρουργικές κλινικές, τα εξωτερικά και επείγοντα χειρουργικά ιατρεία, η αποστείρωση και η αιμοδοσία. Μέσα στον χώρο, πλησίον των χειρουργικών αιθουσών στεγάζεται και η Μονάδα Χειρουργείου. Η πρόσβαση είναι εφικτή από δύο σημεία, δύο πόρτες οι οποίες είναι μόνιμα κλειστές. Από τη μία πόρτα εισέρχεται το προσωπικό που εργάζεται στον χώρο με ένα ειδικό ηλεκτρονικό κλειδί και διασχίζοντας τον προθάλαμο κατευθύνεται προς τα αποδυτήρια. Από αυτήν την πόρτα έχουν πρόσβαση και οι επισκέπτες των ασθενών που νοσηλεύονται στην Μονάδα και το προσωπικό του νοσοκομείου που δεν εργάζεται στον χώρο. Η πρόσβαση για αυτούς είναι ελεγχόμενη καθώς γίνεται σε συγκεκριμένο χρόνο όσο αφορά στο επισκεπτήριο ή κατόπιν συνεννόησης όσο αφορά στο προσωπικό του νοσοκομείου και εισέρχονται εφόσον τους ανοίξει κάποιος από μέσα. Οι outsiders προετοιμάζονται στον προθάλαμο φορώντας πάνω από τα ρούχα τους ποδιά μιας χρήσης, χειρουργικό σκουφάκι στα μαλλιά τους, χειρουργική μάσκα στο πρόσωπό τους και ποδονάρια για να καλύψουν τα υποδήματά τους. Αφού «μεταμφιεστούν», τότε τους επιτρέπεται η είσοδος. Έξω από αυτήν την πόρτα, εκτός από την ηλεκτρονική κλειδαριά, υπάρχει κουδούνι με κάμερα, μέσω της οποίας ελέγχεται η είσοδος των ατόμων που δεν εργάζονται στον χώρο, καθώς και σημάνσεις και απαγορευτικές πινακίδες που προσδιορίζουν τον χώρο ως κάτι διαφορετικό, επικίνδυνο ή εξωτικό. Εκεί είναι και η αίθουσα αναμονής, το σαλονάκι όπως λέγεται, όπου περιμένουν συνήθως οι επισκέπτες και οι συνοδοί των ασθενών, μέχρι να ολοκληρωθούν οι χειρουργικές επεμβάσεις. Στο σαλόνι, σε μια γωνία μένει και κοιμάται τα τελευταία τρία χρόνια μια άστεγη γυναίκα, η κυρία

Ελένη. Είναι ο πρώτος άνθρωπος που συναντά και καλημερίζει το προσωπικό λίγο πριν μπει στο χειρουργείο και ο τελευταίος που χαιρετάει όταν σχολάει. Η κυρία Ελένη είναι αυτή που κάποιες φορές, αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα με το ηλεκτρονικό κλειδί και δεν ανοίγει η πόρτα, ενημερώνει το προσωπικό που προσπαθεί να ανοίξει την πόρτα ότι είναι χαλασμένη και ότι θα πρέπει να μουν από την άλλη πόρτα.

Οι ασθενείς εισέρχονται στον χώρο του χειρουργείου, στον προθάλαμο, από τη δεύτερη είσοδο πάνω στο φορείο της κλινικής. Στην εξωτερική πλευρά αυτής της εισόδου υπάρχει σύστημα με κωδικό που είναι γνωστό μόνο στο προσωπικό του χειρουργείου, καθώς και απαγορευτικές πινακίδες. Στον προθάλαμο ο ασθενής μεταφέρεται από το «βρώμικο» φορείο της κλινικής στο «καθαρό» φορείο του χειρουργείου. Ο προθάλαμος θεωρείται ως η «ακάθαρτη» ζώνη του χειρουργείου, την οποία διασχίζουν οι εργαζόμενοι κατευθυνόμενοι στα αποδυτήρια για να φορέσουν τη στολή τους. Εκεί οι ασθενείς μεταφέρονται σε καθαρό φορείο και οι επισκέπτες φορούν την κατάλληλη προστατευτική ενδυμασία. Από τον προθάλαμο, η πρόσβαση για τους ασθενείς και τους επισκέπτες στην «καθαρή» ζώνη του χειρουργείου γίνεται μέσω μιας πόρτας που ανοίγει ηλεκτρονικά με το πάτημα ενός διακόπτη, ενώ για τους εργαζόμενους μέσω ενός μικρού διαδρόμου από τα αποδυτήρια. Η καθαρή περιοχή περιλαμβάνει έναν φαρδύ και μακρύ οριζόντιο διάδρομο κατά μήκος του οποίου, αριστερά, βρίσκονται η αποθήκη υλικού του χειρουργείου, ο χώρος διαλείμματος του προσωπικού, το γραφείο του προϊστάμενου του αναισθησιολογικού τμήματος, το γραφείο της προϊσταμένης του κεντρικού χειρουργείου, το δωμάτιο συλλογής και διατήρησης δειγμάτων προς εξέταση και το δωμάτιο προετοιμασίας ασθενών. Δεξιά βρίσκεται το γραφείο των αναισθησιολόγων και η Μονάδα Χειρουργείου. Ο διάδρομος καταλήγει σε μια πόρτα, πίσω από την οποία βρίσκονται πέντε χειρουργικές αίθουσες. Η πόρτα αυτή ανοιγοκλείνει με χρονοδιακόπτη και παραμένει ανοιχτή για περισσότερο χρόνο, εφόσον κάποιος πιέζει συνεχόμενα τον διακόπτη. Πρόκειται για τον πιο καθαρό χώρο του χειρουργείου, στον οποίο η είσοδος επιτρέπεται μόνο στους εργαζόμενους, με την προϋπόθεση ότι ακολουθούν τους κανόνες των ενδυματολογικών απαιτήσεων, και στους ασθενείς. Τα απαραίτητα χειρουργικά και αναισθησιολογικά υλικά για τον ανεφοδιασμό των αιθουσών εισέρχονται στον χώρο τοποθετημένα πάνω σε καθαρά τροχήλατα τραπεζίδια, συνήθως τις απογευματινές ώρες που δεν διεξάγεται κάποια προγραμματισμένη επέμβαση. Εκτός από τις χειρουργικές αίθουσες, υπάρχει ο χώρος με τους νιπτήρες για το πλύσιμο και την απολύμανση των χεριών, ο χώρος αποθήκευσης

αποστειρωμένου ιματισμού και εργαλείων και ο χώρος της ανάνηψης στον οποίο φιλοξενούνται οι ασθενείς που χρήζουν παρακολούθησης μετά το πέρας της επέμβασης. Στην Ανάνηψη υπάρχουν τρία φορεία, πέντε φορητά μηχανήματα παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών (monitors), παροχές οξυγόνου, αέρα και κενού, συσκευή αναρρόφησης εκκρίσεων, μάσκες οξυγονοθεραπείας, ηλεκτρικές κουβέρτες. Επιπλέον, σε αυτόν τον χώρο υπάρχουν ένα ψυγείο φαρμάκων στο οποίο συντηρούνται και τα αίματα που πιθανόν να χρησιμοποιηθούν κατά την επέμβαση, ντουλάπες με φάρμακα, ορούς καθώς και με όλον τον αναγκαίο εξοπλισμό για την εισαγωγή, διατήρηση και αφύπνιση από την αναισθησία.

Στον χώρο όπου βρίσκονται οι χειρουργικές αίθουσες, σε εμφανές σημείο του τοίχου υπάρχει κρεμασμένη μια εικόνα της Παναγίας και του Χριστού. Σε κάθε χειρουργική αίθουσα, στο κέντρο, βρίσκεται το χειρουργικό τραπέζι το οποίο έχει τη δυνατότητα να αλλάζει θέσεις ηλεκτρονικά. Πάνω από το τραπέζι υπάρχουν οι προβολείς. Αυτή η περιοχή, μετά από κατάλληλη προετοιμασία του ασθενή που πρόκειται να χειρουργηθεί, θεωρείται άσηπτη χειρουργική ζώνη και οι χειρουργοί και εργαλειοδότες/τριες που εμπλέκονται στην επέμβαση είναι και πρέπει να παραμείνουν αποστειρωμένοι/ες έτσι ώστε να μην «ξαποστειρώσουν», όπως λένε, το άσηπτο χειρουργικό πεδίο, δηλαδή το σώμα του ασθενή. Δίπλα στο χειρουργικό τραπέζι υπάρχουν δύο κάδοι στους οποίους απορρίπτουν οι χειρουργοί τις χρησιμοποιημένες γάζες. Επιπλέον υπάρχουν από δύο έως τρία τροχήλατα τραπέζια: ένα ψηλό τραπέζι εργαλειοδοσίας, ένα πιο χαμηλό, πάνω στο οποίο ανοίγονται όλα τα απαραίτητα αποστειρωμένα υλικά και ένα τρίτο βοηθητικό, αν η επέμβαση απαιτεί τη χρήση πολλών υλικών. Απαραιτήτως σε κάθε αίθουσα υπάρχουν φορητή αναρρόφηση, διαθερμία, ντουλάπα με υλικό (γάζες, κομπρέσες, ράμματα, ποτηράκια συλλογής δειγμάτων, γάντια, καθετήρες καθετηριασμού ουροδόχου κύστης, σύριγγες, παροχετεύσεις), κυτία απόρριψης αιχμηρών αντικειμένων και βελονών, κάδος για μη μολυσματικά απορρίμματα (περιτυλίγματα, χαρτιά από συσκευασίες), κάδος απόρριψης ακάθαρτου ιματισμού, σκαμπό. Στους τοίχους υπάρχει πληθώρα πριζών και παροχές οξυγόνου και κενού και σε εμφανές σημείο, ψηλά, υπάρχει ένα ρολόι τοίχου. Σε μία αίθουσα υπάρχει απινιδωτής με εξαρτήματα και για εσωτερική απινίδωση. Επίσης υπάρχουν οι «πύργοι» για λαπαροσκοπικές επεμβάσεις ή θωρακοσκοπήσεις, οι οποίοι μετακινούνται στις αίθουσες που είναι προγραμματισμένες τέτοιου είδους επεμβάσεις.

Ο χώρος πίσω από το χειρουργικό τραπέζι «ανήκει» στην αναισθησιολογική ομάδα. Στο πίσω δεξιά μέρος της κεφαλής του χειρουργικού τραπεζιού δεσπόζει το μηχάνημα αναισθησίας, στο πάνω μέρος του οποίου υπάρχει μόνιτορ παρακολούθησης του ασθενή και στο πλάι συσκευή και σωλήνες αναρρόφησης. Στο αναισθησιολογικό μηχάνημα υπάρχει χώρος που τοποθετούνται τα απαραίτητα για τη διασωλήνωση υλικά. Λαρυγγοσκόπιο, αεραγωγοί, ενδοτραχειακοί σωλήνες, οδηγοί, κηρία, μάσκες προσώπου βρίσκονται σε εμφανές σημείο, πάνω στο μηχάνημα, ενώ υλικά που πιθανώς να χρησιμοποιηθούν, όπως μάσκες οξυγονοθεραπείας, ρινοφαρυγγικοί αεραγωγοί, διάφορα συνδετικά εξαρτήματα βρίσκονται μέσα στα ντουλάπια που διαθέτει το μηχάνημα. Σε αυτόν τον πίσω χώρο βρίσκεται επίσης ένα τροχήλατο τραπέζι που στο πάνω μέρος του υπάρχουν τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν για τον ασθενή, υλικά για καθετηριασμό φλεβών και αρτηριών, κυτίο απόρριψης αιχμηρών αντικειμένων και βελονών, γάζες και αντισηπτικό. Στο κάτω μέρος βρίσκονται γάντια, γάζες, υγρά πτητικά, νεφροειδή, λαβίδες. Δίπλα στο τραπέζι υπάρχουν δύο κάδοι απορριμμάτων, ένας για τα μολυσματικά, δηλαδή για τα απορρίμματα που περιέχουν βιολογικά υγρά του ασθενή ή υπολείμματα φαρμάκων και ένας για τα καθαρά, δηλαδή για χαρτιά και συσκευασίες. Στον τοίχο, πίσω αριστερά του χειρουργικού τραπεζιού, υπάρχει μια ντουλάπα με φάρμακα, ορούς και υλικά όπως σύριγγες, φλεβοκαθετήρες, λευκοπλάστ, επιθέματα, συσκευές ορού, συσκευές μικροσταγόνων, αεραγωγοί και ενδοτραχειακοί σωλήνες. Σε όλες τις αίθουσες, όλα τα υλικά και τα φάρμακα είναι τοποθετημένα με την ίδια σειρά. Στα πλαϊνά της ντουλάπας υπάρχουν δύο σκαμπό. Προς το πάνω μέρος του χειρουργικού τραπεζιού υπάρχουν δύο στατό δεξιά και αριστερά, που χρησιμεύουν για να κρεμιούνται οι οροί και τα φάρμακα που χορηγεί η αναισθησιολογική ομάδα, αλλά και ως στήριγμα του αποστειρωμένου διαχωριστικού υφάσματος-σεντονιού που τοποθετούν οι χειρουργοί και λειτουργεί ως παραβάν, για να απομονώσουν το χειρουργικό πεδίο και να καθορίσουν το όριο μεταξύ άσηπτης και καθαρής περιοχής. Οι αναισθησιολόγοι και οι νοσηλεύτες/τριες θεωρούνται «καθαροί/ές» και δεν επιτρέπεται να πλησιάσουν ή να ακουμπήσουν την αποστειρωμένη ζώνη.

Οι έννοιες του αποστειρωμένου, καθαρού και βρώμικου είναι ουσιώδεις ως προς την οργάνωση των δραστηριοτήτων στον χώρο του χειρουργείου, στον οποίο διεξάγονται και οι αναισθησιολογικές πρακτικές. Άνθρωποι και μη άνθρωποι προσδιορίζονται ως «βρώμικου», «καθαροί», «αποστειρωμένοι» και πρέπει να κινούνται αναλόγως. Η αρχιτεκτονική κατασκευή του χώρου με τις ζώνες που

προσδιορίζουν τις έννοιες αυτές δεν συμβάλλει μόνο στη δημιουργία ενός ασφαλούς για τον ασθενή περιβάλλοντος ή στη διευκόλυνση των τελετουργικών εργασιών που λαμβάνουν χώρα ή στον προσδιορισμό των σχέσεων μεταξύ των εργαζόμενων, αλλά μπορεί να θεωρηθεί ως ένα δίκτυο, ως ένας δράστης που μαζί με άλλα δίκτυα-δράστες συμβάλλουν στη δημιουργία γνώσης για τον τρόπο που άνθρωποι και μη άνθρωποι συμπεριφέρονται και κινούνται στον χώρο και μεταξύ τους. Οι χώροι λειτουργούν ως πολλαπλές διασταυρώσεις σχέσεων μεταξύ δραστών με ετερογενή προέλευση, όπως αναφέρουν οι Γιαννακόπουλος και Γιαννιτσιώτης (2010) και ο χώρος του χειρουργείου, σύμφωνα με τον Fox (1997), δεν είναι μόνο προϊόν της τεχνολογίας ή του ιατρικού λόγου, αλλά και της συνεχούς αλληλεπίδρασης των ατόμων και των αντικειμένων που αναπτύσσουν τη δράση τους σύμφωνα με τις διαδικασίες του σύγχρονου χειρουργείου.

Σύμφωνα με την παραπάνω «πυκνή» περιγραφή, γίνεται εμφανές ότι δεν είναι μόνο οι άνθρωποι φορείς δράσης που προσδιορίζουν και προκαλούν συμπεριφορές ή κοινωνικές μεταβολές, αλλά και οτιδήποτε ανήκει στην κατηγορία των μη-ανθρώπων που συμμετέχει εξίσου στο ίδιο δίκτυο. Έτσι, για παράδειγμα, οι απαγορευτικές σημάνσεις ή οι πινακίδες που αναγράφουν την ώρα επισκεπτηρίου έξω από την πόρτα του χειρουργείου αντικαθιστούν έναν ανθρώπινο δράστη, π.χ. έναν φύλακα, και υποχρεώνουν τους ανθρώπους να ακολουθούν κανόνες και τρόπους συμπεριφοράς. Οι outsiders δεν πρέπει να εισέλθουν στον χώρο, οι επισκέπτες μόνο εφόσον είναι εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου και αφού φορέσουν την κατάλληλη ενδυμασία και οι εργαζόμενοι στον χώρο μόνο έχοντας στην κατοχή τους το ειδικό κλειδί ή γνωρίζοντας τον κωδικό εισόδου. Όλοι υπακούουν σε αυτούς τους κανόνες οι οποίοι προέρχονται από ένα δίκτυο δρώντων όπου δεν είναι διακριτό το ποιος είναι ο φορέας δράσης. Το δίκτυο του χώρου στο οποίο άνθρωποι και μη άνθρωποι «διπλώνονται» ο ένας μέσα στον άλλο δεν εκφράζει απλώς σχέσεις εξουσίας και πειθαρχίας, αλλά τις διαμορφώνει (Latour, 1999b).

Ο επισκέπτης θεωρείται συνεργάσιμος και του επιτρέπεται η είσοδος εφόσον υπακούει στους κανόνες, ο δε ο εργαζόμενος αποκτά την ταυτότητα του συνεπούς και καλού υπαλλήλου, εφόσον ακολουθεί όλες τις οδηγίες που έχουν καθοριστεί από άλλα δίκτυα για το πώς θα πρέπει να κινείται στο χώρο του χειρουργείου. Η είσοδός τους στον χώρο και η κίνησή τους δεν ελέγχεται και επιτηρείται μόνο από άλλα δίκτυα π.χ. από τους υπεύθυνους προϊστάμενους ή από την κάμερα του κουδουνιού ή από τις πινακίδες αλλά και από τον ίδιο τους τον εαυτό. Στο ελεγχόμενο περιβάλλον

του χειρουργείου τα άτομα αυτοελέγχονται και αυτοεπιτηρούνται. Γνωρίζουν ότι θα πρέπει να ακολουθήσουν συγκεκριμένη διαδρομή, να ντυθούν κατάλληλα με καθαρή ποδιά, σαμπό, μάσκα και σκούφο, να απολυμάνουν τα χέρια τους, να κινηθούν σωστά ανάμεσα στις καθαρές και άσηπτες ζώνες και διαρκώς ελέγχουν τον εαυτό τους.

Η Κατερίνα, αναισθησιολόγος, μόλις αντιλαμβάνεται ότι μπήκε στη χειρουργική αίθουσα χωρίς μάσκα και σκούφο, λέει στη νοσηλεύτρια του αναισθησιολογικού: «Ξέχασα να βάλω μάσκα και σκουφί. Έρχομαι αμέσως». Βγαίνει γρήγορα από την αίθουσα με τα χέρια στα μαλλιά της, κοιτώντας δεξιά και αριστερά μήπως την βλέπει κάποιος. Επιστρέφει μετά από ένα λεπτό τακτοποιώντας εν κινήσει τα μαλλιά της μέσα στον σκούφο και σταθεροποιώντας τη μάσκα σωστά στο πρόσωπό της.

Η Μαίρη, νοσηλεύτρια του αναισθησιολογικού, μετά την τοποθέτηση ενός φλεβοκαθετήρα στο χέρι ενός ασθενή πετάει τα γαζάκια που χρησιμοποίησε στο κάδο απορριμμάτων που βρίσκεται δίπλα στο χειρουργικό τραπέζι. Στον κάδο αυτόν τοποθετούν οι χειρουργοί τις χρησιμοποιημένες κατά την επέμβαση γάζες, οι οποίες καταμετρώνται σχολαστικά πριν το κλείσιμο της τομής, έτσι ώστε να μην υπάρχει υπόνοια ότι ξεχάστηκε κάποια γάζα μέσα στο σώμα του ασθενή. Μετά από λίγο τις βλέπει και ψελλίζοντας «Γαμώτο. Τι βλακεία», σκύβει, τις μαζεύει από τον κάδο και τις απορρίπτει στον κάδο που βρίσκεται στον πίσω χώρο, συλλογισζόμενη προφανώς τι μπέρδεμα θα μπορούσε να είχε προκύψει, αν οι γάζες παρέμεναν εκεί.

Η δράση στον χώρο του χειρουργείου φαίνεται ότι αποδίδεται στη σχέση υβριδικών οντοτήτων (γιατρών, νοσηλευτών, σκούφων, γαζών, εργαλείων, κ.ά.) και οι σχέσεις ελέγχου και πειθαρχίας που διαμορφώνονται, εμπλέκονται με τη γνώση που καθορίζει και προσδιορίζει τον χώρο ως ασφαλή και ελεύθερο μικροβίων. Σύμφωνα με τον Foucault (1975/1995, p.136), το υποκείμενο κατασκευάζεται μέσω ενός πειθήνιου σώματος, το οποίο μπορεί να υποταχθεί, να χρησιμοποιηθεί, να μεταμορφωθεί και να βελτιωθεί. Η πειθαρχία για τον Foucault υποβάλλεται και μέσω της «τέχνης της κατανομής», δηλαδή της διαίρεσης του χώρου. Ο χώρος μέσω των διαχωρίσεων και των επιμέρους διαιρέσεων του επιβάλλει κανόνες και υποχρεώσεις και διευκολύνει την παρακολούθηση. Περιγράφοντας το πανοπτικό του Jeremy Bentham ως διαρρύθμιση του πειθαρχικού χώρου, καταδεικνύει ότι η έννοια της εξουσίας μέσω του ελέγχου και η έννοια της γνώσης αλληλοεξαρτώνται, συνυπάρχουν και συνθέτουν η μία την άλλη (Foucault, 1975/1995). Ο Foucault (1975/1995, p.307), ήδη πριν από την παρουσίαση των ετερογενών δικτύων από τους

θεωρητικούς της ANT, αναφέρεται στην εξουσία «όχι ως δίκτυο δυνάμεων, αλλά ως πολλαπλό δίκτυο διαφόρων στοιχείων - τοίχων, χώρων, θεσμών, κανόνων, λόγου ... ως στρατηγική κατανομή στοιχείων διαφορετικής φύσης και επιπέδων», δηλαδή, όχι ως αιτία αλλά ως αποτέλεσμα των αλληλοεξαρτήσεων της εξουσίας-γνώσης (p.27-28).

Σύμφωνα με τον Schlich (2007), η αρχιτεκτονική του νοσοκομείου με τους κανόνες πρόσβασης στους διάφορους χώρους και τον σχεδιασμό τους αντανακλά και διαμορφώνει την ταυτότητα των ασθενών, των γιατρών και των μεταξύ τους σχέσεων. Ο αγγλικός όρος “operating theater” όπου ορίζει τον χώρο που διεξάγονται οι χειρουργικές επεμβάσεις, καθιερώθηκε τον 18^ο αιώνα. Για να καλυφθούν οι εκπαιδευτικές ανάγκες της χειρουργικής κατασκευάστηκαν αμφιθεατρικοί χώροι με βάση τα παλαιότερα θέατρα ανατομίας, στους οποίους διεξάγονταν οι επεμβάσεις, υπό το βλέμμα άλλων επαγγελματιών και φοιτητών (Essex-Lopresti, 1999). Ο όρος αυτός παραπέμπει σε μια θεατρική σκηνή στην οποία μπορεί να λάβει χώρα μια παράσταση, με την προϋπόθεση όμως πρωταγωνιστές και κοινό να έχουν προετοιμαστεί κατάλληλα και να διαθέτουν ειδικές γνώσεις. Στην επόμενη ενότητα, ακολουθεί η παράσταση της αναισθησιολογικής πρακτικής, μια παράσταση κεκλεισμένων των θυρών, με πρωταγωνιστές ανθρώπους και μη ανθρώπους που συναθροίζονται στον χώρο, παίζουν, δρουν, φωτογραφίζονται, αλλάζουν και προκαλούν εντύπωση.

Φωτογραφική περιγραφή του χώρου



Φωτογραφίες 1, 2. «Εξω» περιοχή: Είσοδος προσωπικού και outsiders



Φωτογραφίες 3, 4. «Εξω» περιοχή: Είσοδος ασθενών



Φωτογραφία 5. «Ακάθαρτη» ζώνη: Προθάλαμος



Φωτογραφίες 6, 7. Από τον προθάλαμο στην «καθαρή» ζώνη



Φωτογραφία 8. «Καθαρή ζώνη»: Διάδρομος



Φωτογραφία 9. Σύστημα παρακολούθησης εισόδου/outsideers



Φωτογραφία 10. Είσοδος στις χειρουργικές αίθουσες



Φωτογραφίες 11, 12. «Διακόσμηση» τοίχων



Φωτογραφίες 13. Πράγματα



Φωτογραφία 14. «Ασηπτη» ζώνη: Χειρουργικό κρεβάτι



Φωτογραφία 15. Μολυσματικά και «καθαρά» απορρίμματα

Παράσταση κεκλεισμένων των θυρών

Πράξη 1^η: Εισαγωγή στην αναισθησία

Η εισαγωγή στη γενική αναισθησία είναι η φάση έναρξης της διεργασίας της αναισθησίας, η οποία πρέπει να είναι γρήγορη και ευχάριστη, ώστε ο ασθενής να μην αισθάνεται τα βλαπτικά ερεθίσματα (Ασκητοπούλου & Παπαϊωάννου, 2015, σ.78). Κάθε αναισθησιολογική πρακτική είναι προϊόν αλληλεπίδρασης σωμάτων ανθρώπινων και μη ανθρώπινων, που κινούνται, επικοινωνούν και συνεργάζονται στον χώρο της χειρουργικής αίθουσας. Πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση, ο/η νοσηλεύτης/τρια προετοιμάζει τα τεχνικά σημεία που συνθέτουν το σκηνικό στο οποίο θα δοθεί η παράσταση της αναισθησιολογικής πρακτικής και ο/η αναισθησιολόγος ενημερώνεται από το διάγραμμα για την κατάσταση του ασθενή, ο οποίος είναι το κοινό της παράστασης. Όταν οι πρωταγωνιστές/στριες είναι έτοιμοι/ες και το κοινό έχει καταφτάσει, η αυλαία ανοίγει και ξεκινάει το έργο.

Σκηνή 1^η

Ο/η νοσηλεύτης/τρια του αναισθησιολογικού τμήματος, αφού ενημερωθεί από τον προϊστάμενό του/της σε ποια αίθουσα θα εργαστεί και με ποιόν/ά αναισθησιολόγο, καταγράφει βάσει προγράμματος, τα στοιχεία του ασθενή, το είδος επέμβασης και αναισθησίας και τον αριθμό των μονάδων αίματος που θα πρέπει να είναι διαθέσιμα κατά τη διεξαγωγή της επέμβασης. Κατόπιν ενημερώνεται για την κατάσταση του ασθενή από το αναισθησιολογικό διάγραμμα. Τα στοιχεία, που είναι καταγεγραμμένα στο πίσω μέρος του, λαμβάνονται την προηγούμενη ημέρα, συνήθως από τον εφημερεύοντα ειδικευόμενο γιατρό, ύστερα από προσωπική συνέντευξη με τον ασθενή και περιλαμβάνουν, εκτός από τα αποτελέσματα των αιματολογικών εργαστηριακών εξετάσεων, του καρδιολογικού και πνευμονολογικού ελέγχου και πληροφορίες που αφορούν το ύψος και το βάρος, την εμφάνιση τυχόν αλλεργιών, τις συνήθειες σε σχέση με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ, την ύπαρξη ξένων σωμάτων, οδοντοστοιχιών και την κατηγορία Mallampati. Η ταξινόμηση κατά Mallampati είναι ένα απλό σύστημα βαθμολόγησης που βοηθάει στην πρόβλεψη της δύσκολης διασωλήνωσης της τραχείας με βάση τα ορατά στοιχεία του φάρυγγα (Ασκητοπούλου & Παπαϊωάννου, 2015, σ.112). Η μπροστινή όψη του διαγράμματος συμπληρώνεται από τον/την αναισθησιολόγο κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, όπου καταγράφει όλες τις παρεμβάσεις που γίνονται. Στη συνέχεια ο/η

νοσηλευτής/τρια, αφού βεβαιωθεί ότι φοράει το χειρουργικό σκούφο και τη μάσκα, εισέρχεται στην χειρουργική αίθουσα και ανοίγει το αναισθησιολογικό μηχάνημα για να ελέγξει τη σωστή λειτουργία του. Παράλληλα ανοίγει το μόνιτορ παρακολούθησης ζωτικών λειτουργιών και το θέτει σε θέση αναμονής, ελέγχει την αναρρόφηση και το λαρυγγοσκόπιο και επιλέγει το κατάλληλο νούμερο ενδοτραχειακού σωλήνα ανάλογα με το φύλο και τη σωματική διάπλαση του ασθενή. Σε περίπτωση υψηλής βαθμολογίας Mallampati, συνεννοείται με τον/την αναισθησιολόγο για την εξασφάλιση πιο εξειδικευμένου εξοπλισμού. Εκεί, στον παρασκηνιακό χώρο, προετοιμάζει με προσοχή και ευλάβεια τα ενδοφλέβια για την εισαγωγή στην αναισθησία φάρμακα, τα αναρροφά σε σύριγγες διαφόρων μεγεθών ή τα διαλύει σε οράκια, τοποθετεί στο καθένα ταμπελάκι με το όνομά του και την περιεκτικότητα της ουσίας σε mg/ml και τα τοποθετεί σε συγκεκριμένες θέσεις πάνω στο τροχήλατο καρότσι. Τσεκάρει την ντουλάπα φαρμάκων και υλικού και την ανεφοδιάζει. Κατά την προετοιμασία αυτή ο/η νοσηλευτής/τρια κινείται στην παρασκηνιακή περιοχή της αίθουσας και στο δωμάτιο της ανάνηψης. Στην Ανάνηψη βρίσκονται κλειδωμένα τα ναρκωτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην αναισθησία και πρόσβαση σε αυτά έχουν μόνο οι νοσηλευτές/τριες και οι αναισθησιολόγοι με χρήση τετραψήφιου κωδικού. Τα ναρκωτικά φάρμακα μετριοούνται και καταγράφονται στη λογοδοσία των νοσηλευτών/τριών στο τέλος κάθε βάρδιας. Στον χώρο της Ανάνηψης ο/η νοσηλευτής/τρια μπορεί να συναντήσει άλλους νοσηλευτές/τριες του αναισθησιολογικού τμήματος και να ανταλλάξει κουβέντες προσωπικές ή σχετικές με τη δουλειά, να αστειευτεί ή να τσακωθεί. Στη φάση αυτή η Ανάνηψη είναι ένας παρασκηνιακός χώρος. Οι νοσηλευτές/τριες μπαίνουν εκεί μέσα με άδεια χέρια και φεύγουν κρατώντας αντικείμενα και έχοντας στο νου πληροφορίες που προέρχονται τόσο από ανθρώπινους όσο και από μη ανθρώπινους δράστες. Αν για παράδειγμα παραγγελθεί ένα καινούργιο φάρμακο, ενημερώνονται και από τον προϊστάμενο και διαβάζουν τις οδηγίες χρήσης που «επικοινωνούν» τον τρόπο χορήγησής του. Οι νοσηλευτές/τριες, αφού ελέγξουν ξανά τον χώρο και επιβεβαιώσουν ότι όλα είναι έτοιμα, εξέρχονται από την αίθουσα και κατευθύνονται προς το γραφείο των αναισθησιολόγων.

Οι αρμοδιότητες και οι πρακτικές των νοσηλευτών/τριών σε αυτήν τη φάση φαίνεται ότι περιορίζονται κυρίως στην προετοιμασία και τον έλεγχο του χώρου. Ελέγχουν, μετρούν, καταγράφουν ακολουθώντας καθημερινά επαναλαμβανόμενες, οργανωμένες και λεπτομερείς διαδικασίες που παίρνουν τη μορφή τελετουργιών. Ο

Van der Geest (2005), αναφέρει ότι οι τελετουργίες είναι μέρος των πρακτικών που λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο, από τη πιο απλή ενέργεια έως την πιο προηγμένη ιατρική τεχνική. Η Katz (1981) μελετώντας τις τελετουργίες της χειρουργικής πρακτικής σχετικά με τις αρχές της αποστείρωσης κατέληξε ότι συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα μιας τεχνικής, στοχευμένης, επιστημονικής δραστηριότητας, επιτρέποντας την αυτόνομη δράση των συμμετεχόντων και διευκολύνοντας την ικανότητά τους να λειτουργούν σε περιπτώσεις αμφιβολίας. Οι τελετουργίες για την Katz δημιουργούν κατηγορίες όπως καθαρό-βρώμικο, σωστή-ανάρμοστη συμπεριφορά και καθορίζουν τα στάδια της επέμβαση, διευκρινίζοντας τα όρια, τις αρμοδιότητες και τις ευθύνες. Οι νοσηλεύτές/τριες του αναισθησιολογικού τμήματος και οι γιατροί αναισθησιολόγοι δεν αναγνωρίζουν την τελετουργική διάσταση των πρακτικών τους, καθώς προβάλλουν μια ορθολογική εξήγηση, βασισμένη σε κανόνες και πρωτόκολλα. Οι κατευθυντήριες, βασισμένες σε ενδείξεις, οδηγίες ορίζουν τις πρακτικές που ακολουθούν και εξασφαλίζουν την ασφάλεια του ασθενή. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2009) έχει προωθήσει ένα παγκόσμιο πρωτόκολλο με οδηγίες και συστάσεις που αφορούν στην ασφαλή χειρουργική και αναισθησιολογική πρακτική. Γι' αυτό και ένα από τα πιο σημαντικά έντυπα που συμπληρώνεται στον χώρο του χειρουργείου είναι η Λίστα Ασφαλούς Χειρουργικής, που βασίζεται στις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Πρόκειται για ένα τυποποιημένο έγγραφο που όλοι οι εμπλεκόμενοι σε κάθε χειρουργική επέμβαση τσεκάρουν τα πεδία που τους αφορούν και υπογράφουν.

Η Μαίρη, νοσηλεύτρια στο αναισθησιολογικό τμήμα τα τελευταία δέκα χρόνια, αναφέρει σχετικά με τη Λίστα Ασφαλούς Χειρουργικής: «Στην αρχή, όταν μας είπαν ότι πρέπει υποχρεωτικά να το συμπληρώνουμε δεν ήθελα καθόλου. Σκέφτηκα... πάλι χαρτούρα. Μέχρι να το συνηθίσω μου πήρε χρόνο. Τώρα έχει γίνει ρουτίνα και λέω ότι τουλάχιστον κάπου φαίνεται αυτό που κάνουμε (οι νοσηλεύτές/τριες) για τον άρρωστο»

Ο Κώστας, νοσηλεύτης εδώ και πέντε χρόνια στο αναισθησιολογικό τμήμα λέει: «Νομίζω ότι είναι σωστό. Αν κάτι πάει στραβά τουλάχιστον είμαστε κατοχυρωμένοι ότι έχουμε κάνει αυτά που πρέπει».

Οι τελετουργίες για τους/τις νοσηλεύτές/τριες είναι η ρουτίνα της δουλειάς τους και αν κάποιες από αυτές αποτυπώνονται κάπου, αυτή γίνεται ορατή. Υπάρχει περίπτωση να δημιουργήσουν και άλλες τελετουργίες, μη απαραίτητες, μυστικές για να αποφύγουν τυχόν διαταραχές στην παράστασή τους. Η Σούλα που εργάζεται στο

αναισθησιολογικό τμήμα επτά χρόνια, αναφέρει χαρακτηριστικά: «Αν δω ότι το περιστατικό έχει πολλά προβλήματα, μαζί με τα βασικά φτιάχνω και άλλα φάρμακα χωρίς να μου πει ο γιατρός. Τα κρύβω σε ένα συρτάρι και αν χρειαστεί, τα εμφανίζω. Ξέρεις πάνω στον πανικό ο άλλος (ο γιατρός) αγχώνεται, φωνάζει, θέλει δέκα πράγματα ταυτόχρονα. Δεν είμαι και χταπόδι. Τα έχω έτοιμα, τα βάζω αμέσως και όλα ωραία και καλά. Ξέρεις πόσες φορές έχω γλιτώσει από γκρίνιες και υστερίες;»

Οι νοσηλεύτριες, όπως φαίνεται, δρουν αποτελεσματικά και αποκτούν την ταυτότητα του καλού/ής νοσηλεύτη/τριας μόνο μέσω της αλληλεπίδρασής τους με ανθρώπινες και μη ανθρώπινες οντότητες, π.χ. μέσω των μηχανημάτων που ελέγχουν, των δεδομένων που συλλέγουν για τον ασθενή από το διάγραμμα, των πρωτοκόλλων που ρυθμίζουν την εργασία τους, του προϊστάμενου στον οποίον είναι υπόλογοι/ες, των γιατρών που συνεργάζονται. Οι οντότητες αυτές έχουν, σύμφωνα με την ANT, τη δυνατότητα να παράγουν αλλαγές και με τη σειρά τους να μετασχηματιστούν από την πορεία δράσης άλλων δραστών. Ακολουθώντας τους/τις νοσηλεύτριες, ως δράστες-δίκτυα, φαίνεται ότι διαμορφώνουν δικές τους ομάδες-δίκτυα με ετερογενή στοιχεία κατά τη διάδρασή τους με αυτά, αλλά ταυτόχρονα διαμορφώνονται και οι ίδιοι/ες από άλλα ετερογενή δίκτυα. Στόχος όλων των δραστών στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η ασφάλεια των ασθενών και μέσω της διαδικασίας της μετάφρασης (Callon, 1984), το δίκτυο δραστών ή καθιερώνεται ή αποτυγχάνει. Η μετάφραση, ως ρευστή και ευέλικτη διαδικασία, περιλαμβάνει δράστες και συνδέσεις δραστών που μεταμορφώνονται και ο κάθε δράστης, έχοντας αυτονομία, μπορεί να εκφράσει στρατηγικές συμφερόντων ή πειθούς, να διαπραγματευθεί ή να δράσει υπολογιστικά.

Επιπλέον, η Λίστα Ασφαλούς Χειρουργικής είναι ένα παράδειγμα που δείχνει το πώς ένα δίκτυο (Λίστα Ασφαλούς Χειρουργικής) που εντάσσεται σε ένα ευρύτερο παγκόσμιο δίκτυο (WHO), κατόρθωσε να καθιερωθεί σε ένα τοπικό δίκτυο (Νοσοκομείο Αττικής) με την εμπλοκή άλλων δικτύων (Υπουργείο Υγείας, Διοίκηση) και να υιοθετηθεί από άλλα δίκτυα (εργαζόμενοι) καταλήγοντας σε αλλαγές των εργασιακών πρακτικών ως προς την ασφάλεια των ασθενών, που είναι το ζητούμενο, αλλά και ως προς την επίσημη αναγνωρισιμότητα ενός δικτύου (νοσηλεύτριες). Σύμφωνα με την ANT, οι δράστες εγγράφονται σε ένα δίκτυο επειδή αντιλαμβάνονται ότι τα συμφέροντά τους ευθυγραμμίζονται με αυτά των άλλων και παρέχουν την εξουσία σε έναν κύριο δράστη να ενεργεί, να ελέγχει και να συντονίζει τις ενέργειες του δικτύου έτσι ώστε όλοι να μπορούν να επιτύχουν τους στόχους τους (Latour, 1987). Οι νοσηλεύτριες κατά την αναισθησιολογική πρακτική φαίνεται

να αναγνωρίζουν στο πρόσωπο του γιατρού τον κύριο δράστη ως συντονιστή του δικτύου αλλά ταυτόχρονα, όπως έδειξα παραπάνω, αντιστέκονται κάποιες φορές σε αυτό, αναπτύσσοντας «κρυφές» δράσεις, εμπλέκοντας άλλα δίκτυα που ή θα εγγραφούν στο δίκτυο ή θα χαθούν στη μετάφραση. Ο στόχος που είναι η ασφάλεια του ασθενή παραμένει σταθερός, ενώ οι σχέσεις μεταξύ των δραστών ανθρώπινων και μη ανθρώπινων αλλάζουν.

Σκηνή 2^η

Οι αναισθησιολόγοι βρίσκονται στο γραφείο τους και συζητούν, άλλοτε χαμηλόφωνα και άλλοτε πιο έντονα. Η πόρτα του γραφείου είναι ανοιχτή και μπαινοβγαίνουν χειρουργοί, νοσηλευτές/τριες, τραυματιοφορείς. Καλημερίζονται, συνομιλούν μεταξύ τους για θέματα της επικαιρότητας ή για ασθενείς, αστειεύονται, πειράζονται. Ταυτόχρονα κοιτούν το ημερήσιο πρόγραμμά τους που ορίζει σε ποια χειρουργική αίθουσα θα είναι υπεύθυνοι και ψάχνουν τα αναισθησιολογικά διαγράμματα των ασθενών που θα χορηγήσουν αναισθησία. Την ώρα που ενημερώνονται από το διάγραμμα παραμένουν σιωπηλοί και με προσοχή διαβάζουν την προεγχειρητική εκτίμηση, που αποτυπώνει εν συντομία το ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό του ασθενή. Βρίσκουν τον/η νοσηλευτή/τρια που θα συνεργαστούν και συνεννοούνται σχετικά με τα φάρμακα και τον εξοπλισμό που θα χρειαστούν. «Πάμε με τα κλασικά», λένε, αν ο ασθενής δεν έχει συνοδά προβλήματα. «Λέω να μη κοιμήσουμε με προποφόλη, ετοίμασε ετομιδάτη», «Ας έχουμε κοντά και το ινοπτικό. Πιθανόν θα το χρησιμοποιήσω», «Φέρε και το μακρύ μπουζί», είναι κάποιες οδηγίες που δίνουν στους/στις νοσηλευτές/τριες. Κάποιες φορές επισκέπτονται τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας του, τον εξετάζουν, τον αξιολογούν άμεσα και αν κρίνουν ότι η κατάστασή του δεν επιτρέπει την ασφαλή χορήγηση αναισθησίας συνεννοούνται με τον/την χειρουργό για πιθανή αναβολή του χειρουργείου.

Ως ιατρική πράξη, η χορήγηση αναισθησίας στο χειρουργείο δεν είναι θεραπευτική, καθώς δεν υπάρχει ασθένεια που να θεραπεύεται με την αναισθησία και συνεπώς, η ταυτότητα του αναισθησιολόγου ως γιατρού-θεραπευτή είναι δυσδιάκριτη. Όμως, όπως αναφέρουν οι Ασκητοπούλου & Παπαϊωάννου (2015, σελ.26), οι αναισθησιολόγοι είναι ίσως οι μόνοι γιατροί που αναγνωρίζουν άμεσα τη θεραπευτική ανάγκη για χορήγηση φαρμάκων, ενώ παράλληλα παρακολουθούν την άμεση επίδρασή τους στις ζωτικές λειτουργίες, γεγονός το οποίο αποτελεί και την επιστημονική μεθοδολογία για την ανάπτυξη στην ιατρική της αλληλουχίας

«υπόθεση- πείραμα- παρατήρηση- συμπέρασμα». Επιπλέον, όπως φαίνεται στον χώρο του χειρουργείου, αποκτούν τον ρόλο του κύριου δράστη που καλείται να κινητοποιήσει άλλα δίκτυα με σκοπό την ασφαλή αναισθησιολογική πρακτική. Το αναισθησιολογικό διάγραμμα λειτουργεί ως διαμεσολαβητής που δεν απεικονίζει απλά την κατάσταση του ασθενή. Αντίθετα φαίνεται ότι είναι αυτό που καθορίζει τη συλλογική δουλειά που πρέπει να γίνει, καθώς οι πληροφορίες που παρέχει προκαλούν τη δράση άλλων δικτύων. Ρυθμίζει τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθηθούν, το ποιος θα πρέπει να τις εφαρμόσει και απονέμει στον/την αναισθησιολόγο τον ρόλο του κύριου δράστη. Κάνει διαχειρίσιμο ή όχι το σώμα του ασθενή και παράλληλα μεταμορφώνει τις πρακτικές των δραστών, νοσηλευτών/τριών και γιατρών. Λειτουργεί και ως διαμεσολαβητής στα δίκτυα αλλά είναι ταυτόχρονα και το αποτέλεσμα των σχεσιακών δικτύων. Όπως αναφέρει ο Latour (2005, p.39), «οι διαμεσολαβητές μεταμορφώνουν, μεταφράζουν, διαστρεβλώνουν και τροποποιούν το νόημα των στοιχείων που υποτίθεται ότι φέρουν». Επίσης πάνω στο διάγραμμα αποτυπώνονται οι ιεραρχικές διαφορές ανάμεσα στους/τις νοσηλευτές/τριες και τους/τις γιατρούς. Συμπληρώνεται μόνο από ειδικευμένους/ες ή ειδικευμένους/ες αναισθησιολόγους και, ως επίσημο έγγραφο του αναισθησιολογικού τμήματος, δεν αναφέρει πουθενά το όνομα του/της νοσηλευτή/τριας που είναι μέλος και συμμετέχει στις πρακτικές της αναισθησιολογικής ομάδας και που οφείλει, όμως, να το διαβάζει και να ενημερώνεται από αυτό. Η εξουσία συνεπώς βρίσκεται εντός του δικτύου, είναι σχεσιακή έννοια και προέρχεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ετερογενών δικτύων. Ο Law (1997), περιγράφοντας τον τρόπο που ένα μεγάλο γραφείο, ένας υπολογιστής, ένα fax, ένα χαλί, μια γραμματέας, συμβάλλουν στη δημιουργία του διευθυντή ενός οργανισμού ως πηγή εξουσίας, ενώ η απουσία τους τον μετατρέπουν σε ένα «γυμνό πίθηκο», με εξουσία που πηγάζει μόνο από τη σωματική του δύναμη, αναφέρει: «Δεν είμαστε τίποτα παραπάνω από ένα δίκτυο κοινωνικών και τεχνικών σχέσεων. Είμαστε κατασκευασμένοι από τις οργανωτικές μας σχέσεις. Η εξουσία εδρεύει αλλού. Πάντα μετατίθεται. Είναι πάντα ένα προϊόν. Είναι πάντα ένα αποτέλεσμα».

Οι αναισθησιολόγοι θεωρούν ομαδική την πρακτική της αναισθησίας και τους/τις νοσηλευτές/τριες απαραίτητους/ες συνεργάτες τους, αλλά αναγνωρίζουν ότι κύρια ευθύνη ανήκει σε αυτούς. Ο Γιάννης, αναισθησιολόγος, αναφέρει χαρακτηριστικά: «Η συνεργασία είναι το άλφα και το ωμέγα. Με τους νοσηλευτές

έχω άριστη σχέση. Συμπληρώνουμε ένας τον άλλο, άλλωστε με τα περισσότερα παιδιά δουλεύουμε χρόνια μαζί. Έχουν μεγάλη εμπειρία, είναι εξειδικευμένοι. Νομίζω ότι ο πιο νέος στο τμήμα δουλεύει ήδη έξι χρόνια... Βέβαια, αν γίνει η στραβή, εγώ πρέπει να ράψω κουστουμάκι για το δικαστήριο».

«Είναι τόσο το άγχος της δουλειάς, που αν έχεις έναν καλό νοσηλευτή δίπλα σου ηρεμείς. Είναι πραγματικό στήριγμα... Αυτό που θαυμάζω σε πολλές νοσηλεύτριες είναι ότι αντιμετωπίζουν τον άρρωστο με ιδιαίτερη ανθρωπιά. Και είναι τόσο σημαντικό αυτό... Τσακωμοί υπάρχουν, στα πλαίσια της κούρασης, όμως. Όταν υπάρχει δουλειά, υπάρχει φασαρία. Αναμενόμενο», λέει η Εύα, η οποία χαρακτηρίζει «κουρασμένα τμήματα» τους χώρους παροχής υγείας, καθώς έχουν να γίνουν προσλήψεις πολλά χρόνια. Η ίδια θεωρεί ότι πρέπει να αλλάξουν πολλές πρακτικές, ιδιαίτερα κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο του ασθενή. «Δεν είναι δυνατόν να μην είναι σωστά ενημερωμένος ο ασθενής. Γιατί δηλαδή να μην πίνει νερό οκτώ ώρες πριν το χειρουργείο, ενώ τα νεώτερα δεδομένα μιλούν για δύο ώρες. Γιατί να υποβάλλεται ο άνθρωπος σε ένα σωρό εξετάσεις που στην ουσία δεν είναι απαραίτητες και κοστίζουν; Εμένα με ενδιαφέρουν οι εξετάσεις που μπορεί να αλλάξουν το πλάνο εργασίας μου, εξατομικευμένες για τον κάθε ασθενή. Είναι πράγματα όμως που θέλουν πολλή δουλειά», αναφέρει χαρακτηριστικά. Εδώ φαίνεται η αρχική σκέψη για τη μεταμόρφωση ενός δικτύου που απαιτεί αλληλεπίδραση και διαπραγμάτευση μεταξύ διαφόρων δραστών. Αν δεν υπάρχει αλληλεπίδραση, δεν υπάρχει μετάφραση και συνεπώς ούτε δίκτυο.

Οι αναισθησιολόγοι, στον χώρο του χειρουργείου, κινούνται τόσο στο προσκήνιο όσο και στο παρασκήνιο και αλληλεπιδρούν με ανθρώπινες και μη ανθρώπινες οντότητες. Η παράσταση που δίνουν καθημερινά μεταφράζεται για αυτούς/ές ως κλινική επίδοση και ορίζει αυτό που πραγματικά κάνουν οι γιατροί στην κλινική τους πρακτική (Ασκητοπούλου & Παπαϊωάννου, 2015, σ.38).

Σκηνή 3^η

Ο/η ασθενής, ως κοινό της παράστασης της αναισθησιολογικής πρακτικής αλλά και ως ο μόνος/η αμύητος/η στις τελετουργίες που αφορούν στη χειρουργική επέμβαση, οδηγείται στον παρασκηνιακό χώρο του χειρουργείου πάνω σε φορείο από τον τραυματιοφορέα. Ο τραυματιοφορέας είναι αυτός που τον βοηθάει να μεταφερθεί στο καθαρό φορείο, σηκώνει τα προστατευτικά κάγκελα που βρίσκονται δεξιά και αριστερά του φορείου και τον οδηγεί στο δωμάτιο προετοιμασίας. Διαβαίνοντας το

κατώφλι του χειρουργείου έρχεται αντιμέτωπος με έναν κόσμο διαφορετικό από αυτόν που ερχόταν σε επαφή στο δωμάτιο όπου νοσηλευόταν. Όπως αναφέρει ο Σταυρίδης (1999), το «κατώφλι» δεν είναι μόνο τόπος αλλά μια εμπειρία διάβασης με προσδιορισμένο κάθε φορά κοινωνικό συμβολικό νόημα. Οι άνθρωποι που συναντά στη διαδρομή που κάνει φορούν χρωματιστές στολές, πράσινες, μπλε, μωβ, καφέ, μαύρες και σκουφάκια πολύχρωμα με διάφορα σχέδια, λουλούδια, γάτες, πουλιά, σήματα από ποδοσφαιρικές ομάδες. Δεν μπορεί να διακρίνει αν πρόκειται για νοσηλευτές, χειρουργούς, αναισθησιολόγους ή τραυματιοφορείς. «Τι είστε εσείς;» ρωτούν συχνά οι ασθενείς άτομα από το προσωπικό που τους προσεγγίζουν και τους εύχονται καλή επιτυχία. Το προσωπικό στον διάδρομο, υποδέχεται τους ασθενείς με χαμόγελο, τους ρωτούν το όνομά τους, τον τόπο καταγωγής, αν έχουν παιδιά ή εγγόνια και καταλήγουν με ευχές για το αίσιο πέρας της επέμβασης.

Όταν το σώμα του ασθενή μεταφέρεται στο χειρουργείο, έχει ήδη προετοιμαστεί για τη μεταμόρφωσή του σε ένα «αναίσθητο» σώμα, το οποίο θα μπορεί να χειρουργηθεί με ασφάλεια. Ο Arnold Van Genner (1909/2016) διερεύνησε τις τελετουργίες που συνοδεύουν το πέρασμα του ανθρώπου ή μιας ομάδας από μια κατάσταση στην άλλη. Οι τελετουργίες διάβασης σύμφωνα με τον Van Genner υποδιαιρούνται σε τελετουργίες αποχωρισμού, μετάβασης και τελετουργίες ενσωμάτωσης. Όπως και με άλλες στιγμές που σηματοδοτούν το πέρασμα ενός ανθρώπου από μια κατάσταση στην άλλη, η εμπειρία της νοσηλείας σε ένα νοσοκομείο λειτουργεί ως τελετή διάβασης από την ασθένεια στην υγεία. Σε σχέση με τη διαδικασία της αναισθησίας που λαμβάνει χώρα προεγχειρητικά, το ένα εμπλεκόμενο μέρος, ο ασθενής αποχωρίζεται από μια προηγούμενη κατάσταση πλήρους συνείδησης, διέρχεται ένα μεταβατικό στάδιο αναισθησίας, για να οδηγηθεί στο τελευταίο στάδιο της ανάνηψης, να ανακτήσει τη συνείδησή του και να ενσωματωθεί σε μια νέα κατάσταση που θα του αποδώσει την ταυτότητα του υγιούς ή θα επιβεβαιώσει κάποια χρόνια ασθένεια ή αναπηρία. Ο ασθενής, προεγχειρητικά, κατά το στάδιο του αποχωρισμού, έχει ενημερωθεί για τη διαδικασία, έχει δώσει ενυπόγραφα τη συγκατάθεσή του για τις παρεμβάσεις που πρόκειται να ακολουθήσουν και έχει υποβληθεί στις απαραίτητες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Του έχουν δοθεί διαιτητικές οδηγίες αναλόγως της επέμβασης και έχει παραμείνει «νήστις» για τουλάχιστον οκτώ με δώδεκα ώρες, πριν διαβεί τον «ιερό» χώρο του χειρουργείου. Επιπλέον έχει γίνει κένωση του εντέρου, καθώς και καθαριότητα και ξύρισμα της περιοχής που θα διεξαχθεί η επέμβαση. Λίγο πριν

μεταφερθεί στο χειρουργείο του αφαιρείται κάθε ξένο σώμα από πάνω του, όπως κοσμήματα, οδοντοστοιχίες, βερνίκι νυχιών, ρούχα, υποδήματα. Το σώμα του όμως δεν παραμένει γυμνό, καθώς ντύνεται με ρόμπα και εσώρουχο μιας χρήσης, σκουφάκι και ποδονάρια και σκεπάζεται με πράσινο σεντόνι, μια απαραίτητη «αμφίεση» για να του επιτραπεί η είσοδος στον χώρο του χειρουργείου.

Ο ασθενής οδηγείται στο δωμάτιο προετοιμασίας, όπου εκεί συναντάται με τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας. Ο/η νοσηλεύτης/τρια τον υποδέχεται και επιβεβαιώνει τα στοιχεία του. «Είμαι ο/η(όνομα), νοσηλεύτης/τρια του αναισθησιολογικού. Θα είμαστε μαζί στο χειρουργείο», λέει και συνεχίζει ρωτώντας, αν δεν έχει εμφανιστεί ακόμα ο/η αναισθησιολόγος, πληροφορίες που σχετίζονται με τη σωστή προεγχειρητική προετοιμασία. Αν για κάποιο λόγο το χειρουργείο καθυστερεί, μπορεί να τοποθετήσει στο χέρι του ένα φλεβοκαθετήρα, να πάρει δείγμα αίματος για διασταύρωση έτσι ώστε να ετοιμαστούν οι φιάλες αίματος που πιθανόν να χρησιμοποιηθούν κατά την επέμβαση και να συνδέσει έναν ορό. Ο/η αναισθησιολόγος, έχοντας στα χέρια του/της το διάγραμμα συστήνεται λέγοντας: «Καλημέρα κύριε/α... Λέγομαι...(επώνυμο). Είμαι ο/η αναισθησιολόγος σας. Να σας ρωτήσω... Έχετε φάει, πει κάτι τις τελευταίες ώρες;... Παίρνετε φάρμακα; ... Πότε καπνίσατε τελευταία; ...Έχετε αλλεργία σε κάτι; ... Τα δόντια είναι δικά σας;... Ανοίξτε μου λίγο το στόμα σας. Ωραία. Τι λέτε, να ξεκινήσουμε;»

Ο ασθενής, ξαπλωμένος στο φορείο, απαντά συνήθως μονολεκτικά. Άλλωστε έχει ακούσει ξανά αυτές τις ερωτήσεις. Πολλοί ασθενείς λένε: «Όχι, δεν έχω αλλεργίες. Τα είπα και χθες το απόγευμα στον αναισθησιολόγο που ήρθε και με είδε στο δωμάτιό μου». Ο φόβος που οι περισσότεροι ασθενείς εκφράζουν μέσα στο δωμάτιο προετοιμασίας, δεν αφορά στη χειρουργική επέμβαση, αλλά στη διαδικασία της αναισθησίας. «Για να δούμε, θα ξυπνήσω;», «Θα καταλάβω τίποτα;», «Θα ακούω;», «Θα πονάω;», «Θα ξαναδώ άραγε τα παιδιά μου;», είναι τα συνήθη ερωτήματα των ασθενών που καλούνται να απαντήσουν τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας. «Όλα θα πάνε καλά, μην ανησυχείτε... Θα κάνετε έναν όμορφο ύπνο σαν πουλάκι... Δεν θα πονάτε... Δεν θα καταλάβετε τίποτα... Θα πάρετε μια τέλεια αναισθησία», είναι οι διαβεβαιώσεις που ακούγονται.

Τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας, κατά την πρώτη επαφή τους με τους ασθενείς στον χώρο του χειρουργείου, προσπαθούν από τη μια να αποκομίσουν τα στοιχεία που αποδεικνύουν ότι έχει γίνει σωστή προετοιμασία και συνεπώς η πρακτική τους θα είναι πιο ασφαλής και από την άλλη να καλλιεργήσουν ένα κλίμα

εμπιστοσύνης με τους ασθενείς, εξασφαλίζοντας τη συνεργασία τους που είναι απαραίτητη στα επόμενα στάδια της πρακτικής τους. Η αξιοπιστία, ως στόχος, προέρχεται ως αποτέλεσμα της παράστασης που δίνουν κατά την αλληλεπίδρασή τους με τους ασθενείς. Ο χώρος της προετοιμασίας αν και θεωρείται παρασκήνιο του χειρουργείου, για την αναισθησιολογική ομάδα είναι προσκήνιο. Σε καμία περίπτωση δεν αποκαλύπτονται πληροφορίες και ανησυχίες για την κατάσταση του ασθενή, οι οποίες όμως θα ήταν το κύριο θέμα συζήτησης μεταξύ των ερμηνευτών στο παρασκήνιο, π.χ. στο γραφείο των αναισθησιολόγων. Επικρατεί ευγένεια κατά την αλληλεπίδραση, λόγια καθησυχασμού και το επίκεντρο είναι ο ασθενής, ο οποίος καλείται να δώσει και λεκτική συγκατάθεση για να προχωρήσει η παράσταση.

Σκηνή 4^η

Ο ασθενής οδηγείται στην χειρουργική αίθουσα και τοποθετείται σε ύπτια θέση στο χειρουργικό τραπέζι με τη βοήθεια των τραυματιοφορέων. Αφαιρείται η ρόμπα, το σώμα του περιορίζεται με ιμάντες στην περιοχή των μηρών και των χεριών και σκεπάζεται με σεντόνι και ηλεκτρική κουβέρτα. Τότε ξεκινάει η δράση και η κίνηση των μελών της αναισθησιολογικής ομάδας γύρω από το σώμα του ασθενή αλλά και η δράση των πραγμάτων του χώρου.

Ο/η νοσηλεύτης/τρια συνδέει τον ασθενή με το μόνιτορ παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών. Ενώ βρίσκεται πίσω από το κεφάλι του, τοποθετεί την περιχειρίδα του πιεσόμετρου στο χέρι, τα καλώδια καταγραφής του καρδιογραφήματος στον θώρακα και το οξύμετρο στο δάκτυλό του, ενημερώνοντάς τον για την κάθε κίνηση. Πολλοί ασθενείς προσπαθούν, γέρνοντας το κεφάλι τους προς τα πίσω, να δουν το άτομο που τους μιλάει ή το μόνιτορ που καταγράφονται τα ζωτικά σημεία τους. Άλλοι απλώς ρωτούν τις τιμές της πίεσης ή του οξυγόνου. Αν είναι καλές, τότε αποκαλύπτονται ακριβώς. Αν όχι, συνήθως ακούγεται ένα «όλα καλά» και η συζήτηση οδηγείται σε άλλα θέματα, όπως: «Από πού είπαμε ότι είστε;». Κατόπιν ο/η νοσηλεύτης/τρια κατευθύνεται αριστερά προς το χέρι του ασθενή για να τοποθετήσει έναν μεγάλου εύρους περιφερικό φλεβικό καθετήρα, ενώ ταυτόχρονα ο/η αναισθησιολόγος πίσω από το κεφάλι του και αναμένει να ξεκινήσει τη χορήγηση οξυγόνου μέσω μιας μάσκας προσώπου, που είναι προσαρμοσμένη στο κύκλωμα του μηχανήματος αναισθησίας. Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής είναι ξύπνιος, έχει συνείδηση και μπορεί να συνεργαστεί και να βοηθήσει. Η μάσκα οξυγόνου είναι το μοναδικό εμπόδιο, καθώς τον περιορίζει ως προς την ομιλία και για αυτό τον λόγο

μπαίνει σε δεύτερο χρόνο. Τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας δεν μιλούν μεταξύ τους παρά μόνο απευθύνονται στον ασθενή ζητώντας τη συνεργασία του σε κάθε διαδικασία. Τα λόγια που συνήθως ακούγονται είναι: «Ανοιγοκλείστε λίγο το χέρι σας», «Πάρτε μια ανάσα και μην κουνήσετε για λίγο το χέρι σας», «Έτοιμος/η, δεν θα πονέσετε άλλο», «Σας βάζω ένα φάρμακο για το στομάχι». Τα λόγια που ακούγονται και απευθύνονται στον ασθενή μεταφέρουν μηνύματα προς τα μέλη της ομάδας και καθορίζουν την πορεία της πρακτικής. Για παράδειγμα, όταν ακούγεται από τον/την νοσηλεύτη/τρια η φράση «Έτοιμος/η», σημαίνει ότι ολοκληρώθηκε η διαδικασία της φλεβοκέντησης που απαιτεί και τη συνεργασία του ασθενή και τότε ο αναισθησιολόγος τοποθετεί τη μάσκα οξυγόνου στον/ην ασθενή λέγοντας: «Πάρτε βαθιές ανάσες. Η μάσκα αυτή σας δίνει οξυγόνο». Όταν ολοκληρωθεί η απαραίτητη προετοιμασία του σώματος του ασθενή, ο/η αναισθησιολόγος τον ενημερώνει: «Ξεκινάμε. Θα κοιμηθείτε τώρα. Όνειρα γλυκά. Καλή επιτυχία». Ο/η νοσηλεύτης/τρια κινείται προς το τραπέζι που βρίσκονται τα φάρμακα, τα παίρνει και πηγαίνει στο χέρι που βρίσκεται ο φλεβοκαθετήρας του ασθενή. Τότε ξεκινάει η χορήγηση φαρμάκων, γενικών αναισθητικών και μυοχαλαρωτικών, ενώ ταυτοχρόνως συνεχίζεται ο αερισμός του ασθενή με τη μάσκα προσώπου και αν κριθεί απαραίτητο, με τη βοήθεια ενός αεραγωγού. Μέχρι να κοιμηθεί, ο ασθενής ενθαρρύνεται από τον γιατρό να παίρνει ήρεμες και βαθιές ανάσες. Τα μάτια των γιατρών και των νοσηλευτών κινούνται μεταξύ του θώρακα του ασθενή, του μόνιτορ και του ρολογιού, καθώς ο ασθενής πλέον δεν αναπνέει μόνος του. Ο αερισμός γίνεται διαμέσου της μάσκας και με την χειροκίνητη πίεση ενός ασκού που προωθεί το οξυγόνο από το μηχάνημα αναισθησίας. Με τα συνήθη φάρμακα που χρησιμοποιούνται, ο χρόνος χειροκίνητου αερισμού κυμαίνεται περίπου στα τρία λεπτά. Πλέον το προσωπικό δεν απευθύνεται στον ασθενή αλλά μιλά χαμηλόφωνα για αυτόν. Μπορεί να διατυπωθούν υπόνοιες σχετικά με τη δυσκολία της επακόλουθης διασωλήνωσης ή να δοθούν διευκρινίσεις π.χ. για το νούμερο του ενδοτραχειακού σωλήνα που πιθανόν να χρειαστεί να αλλάξει. Όταν συμπληρωθεί ο απαιτούμενος χρόνος και ο ασθενής έχει πλήρως αναισθητοποιηθεί, ξεκινάει η διαδικασία της διασωλήνωσης, η οποία θεωρείται η πιο κρίσιμη στιγμή της αναισθησιολογικής πρακτικής. Είναι η στιγμή που απαιτείται πλήρης ησυχία στην αίθουσα και που διεξάγεται απουσία λόγου. Καθώς ο ασθενής δεν οξυγονώνεται και δεν έχει δική του αναπνοή ο χρόνος έχει μεγάλη σημασία. Ο/η νοσηλεύτης/τρια δίνει το λαρυγγοσκόπιο στον/ην αναισθησιολόγο, ο/η οποίος/α αφού εντοπίσει τις

φωνητικές χορδές απλώνει το χέρι και παίρνει, χωρίς να κοιτάει, τον ενδοτραχειακό σωλήνα που έχει «σερβιριστεί» από τον/ην νοσηλευτή/τρια και τον εισάγει στην τραχεία του ασθενή. Ο νοσηλευτής φουσκώνει τον αεροθάλαμο του σωλήνα και τον συνδέει στο μηχάνημα αναισθησίας, ενώ το βλέμμα του/της αναισθησιολόγου κινείται στον θώρακα του ασθενή και στο μόνιτορ. Κατόπιν ακροάζεται τον/την ασθενή με τα ακουστικά και αφού επιβεβαιωθεί για τη σωστή του θέση, τον σταθεροποιεί προσεκτικά, ενώ ο/η νοσηλευτής/τρια πηγαίνει να τοποθετήσει μια δεύτερη φλεβική και μια αρτηριακή γραμμή, αν χρειάζεται. «Φωνάζτε τους χειρουργούς. Ο ασθενής είναι έτοιμος», λέει ο/η αναισθησιολόγος στους νοσηλευτές χειρουργείου, οι οποίοι εισέρχονται στον χώρο για να αναλάβουν τη δική τους δράση. Συνολικά ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση αυτής της διαδικασίας κυμαίνεται από 15 έως 20 λεπτά.

Όταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της διασωλήνωσης μπορεί να γίνει χρήση πιο εξειδικευμένου αναισθησιολογικού εξοπλισμού και να ζητηθεί βοήθεια από κάποιον άλλο/η αναισθησιολόγο ή νοσηλευτή/τρια. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να δημιουργηθούν εντάσεις ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. Ο χώρος μετατρέπεται σε παρασκήνιο. Καθώς προετοιμάζονται οι επόμενες κινήσεις και πρακτικές, ο τόνος της φωνής είναι πιο δυνατός, χωρίς ευγένειες και τυπικότητες. Πράγματα που καλούνται για να βοηθήσουν την κατάσταση, μπορεί να βρεθούν πεταμένα στο πάτωμα, αν δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν το σκοπό τους. Μέχρι να βρεθεί λύση και να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα, επικρατεί μια αναστάτωση. Το αίσιο τέλος φέρνει μια λύτρωση στα μέλη της ομάδας. «Δεν το πιστεύω. Τα καταφέραμε επιτέλους», «Μπράβο. Τέλος καλό. Όλα καλά», είναι εκφράσεις που ακούγονται στον χώρο. Ο Γιώργος, αναισθησιολόγος, κάθε φορά που αντιμετωπίζει κάτι απρόοπτο και στρεσογόνο στην πρακτική του, συνηθίζει να λέει: «Γιατί έγινα γιατρός, δεν το καταλαβαίνω. Καλά λένε ότι πρέπει να ακολουθείς τα όνειρά σου. Ποδοσφαιριστής ήθελα να γίνω».

Κατά τη διαδικασία προετοιμασίας του ασθενή για την εισαγωγή στην αναισθησία, οι αναισθησιολογικές πρακτικές που ακολουθούνται έχουν τη μορφή ενός σκηνοθετημένου θεάματος, με τον κάθε πρωταγωνιστή να εκτελεί τον ρόλο του. Ο ασθενής αναμένεται να είναι ενημερωμένος και συνεργάσιμος, τα μέλη της ομάδας να ακολουθούν κινήσεις που έχουν από πριν σχεδιαστεί από τους ίδιους, να «διαβάζουν» ο ένας τον άλλο και τα πράγματα να βρίσκονται σε καθορισμένες θέσεις, έτοιμα προς χρήση, σε έναν χώρο που μετατρέπεται από προσκήνιο σε

παρασκήνιο, και αντιστρόφως, ανάλογα με τις απαιτήσεις της παράστασης. Οι Hindmarsh & Pilnick (1999, 2002, 2007), μελετώντας τις αναισθησιολογικές πρακτικές, έδειξαν το πώς τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας κατά την αλληλεπίδρασή τους, συνεργάζονται μεταξύ τους, παρακολουθώντας προσεκτικά και μαθαίνοντας ο ένας τις κινήσεις του άλλου, ενώ δρουν ο καθένας ξεχωριστά πάνω στο σώμα του ασθενή, καθιστώντας τη ρουτίνα της δουλειάς κατόρθωμα. Στις μελέτες αυτές δεν είναι ορατή η δράση των πραγμάτων, που όπως φαίνεται από την παραπάνω περιγραφή κυριαρχούν στον χώρο και πρωταγωνιστούν εξίσου μαζί με τους ανθρώπινους πρωταγωνιστές.

Το κάθε πράγμα που συναντάει και αλληλοεπιδρά με τους ασθενείς και με τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας, θα μπορούσε να αναλυθεί ξεχωριστά ως ένας δράστης που εισχωρεί στο δίκτυο και προκαλεί αλλαγές. Η ANT εστιάζει στα δίκτυα και στον σχηματισμό τους και επιδιώκει να περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο καθιερώνονται, το πώς λειτουργούν και ποια αποτελέσματα έχουν (Latour, 2005). Ο Law (2006) αναφέρει ότι τα δίκτυα μπορεί να γίνουν κατανοητά ως σενάρια, τα οποία αν διαβαστούν, περιγράφουν τους ρόλους που το κάθε δίκτυο προσδοκά από τους άλλους δράστες του δικτύου να παίζουν. Τα πράγματα για τον Latour (2005, p.87-120), ως αντικείμενα προβληματισμού (matters of concern) και όχι ως αυτόνομα και δεδομένα (matters of fact), είναι δράστες και η σύνδεσή τους με άλλους δράστες είναι αυτή που συγκροτεί μια συλλογικότητα.

Προσκηνιακές και παρασκηνιακές φωτογραφίες



Φωτογραφίες 16, 17, 18, 19. Παρασκήνιο: Γραφεία



Φωτογραφίες 20, 21. Αναισθησιολογικό διάγραμμα-παρασκήνιο και προσκήνιο



Φωτογραφία 22 . Η τάξη των πραγμάτων στο παρασκήνιο



Φωτογραφία 23. Πράγματα στο προσκήνιο



Φωτογραφία 24. Πότε προσκήνιο και πότε παρασκήνιο



Φωτογραφίες 25, 26. Μονάδες αναισθησίας



Φωτογραφία 27. Πριν την παράσταση

Πράξη 2^η: Διατήρηση της αναισθησίας

Η διατήρηση της αναισθησίας είναι η φάση κατά την οποία ο ασθενής διατηρείται εν ύπνω όσο χρόνο χρειάζεται να διενεργηθεί η χειρουργική επέμβαση (Ασκητοπούλου & Παπαϊωάννου, 2015, σ. 79). Σε αυτή τη φάση ο ασθενής βρίσκεται σε μια οριακή κατάσταση “between & betwixt”, κατά Turner (1969, p. 94-95), όπου τα όρια μεταξύ ξύπνιου-αναίσθητου, ανθρώπου-μηχανήματος, ζωής-θανάτου είναι ασαφή. Ο ασθενής δεν ανήκει σε καμία συγκεκριμένη παλιά ή νέα κατηγορία, αλλά ταυτόχρονα ανήκει σε όλες. Οι αναισθησιολογικές πρακτικές θέτουν τα όρια και τις προϋποθέσεις που εξασφαλίζουν την ασφαλή διατήρηση της αναισθησίας και την ασφαλή διάβαση σε όλα τα κρίσιμα στάδια της αναισθησίας.

Σκηνή 1^η

Μετά το πέρας της διασωλήνωσης ειδοποιείται η χειρουργική ομάδα και τοποθετείται το σώμα του ασθενή προσεκτικά σε κατάλληλη θέση, αναλόγως της περιοχής που θα

γίνει η επέμβαση. Ο/η αναισθησιολόγος κρατά το κεφάλι, προσέχοντας να μη μετακινηθεί ο σωλήνας, ενώ ο/η νοσηλεύτης/τρια τα χέρια, φροντίζοντας να παραμείνουν οι φλεβικές και αρτηριακές γραμμές στη θέση τους. Οι χειρουργοί, καθώς προετοιμάζουν το άσηπτο πεδίο, τοποθετούν ένα αποστειρωμένο σεντόνι ως διαχωριστικό, το οποίο αφήνει ορατό μόνο το κεφάλι και τα χέρια των ασθενών στην αναισθησιολογική ομάδα, διαχωρίζοντας ταυτόχρονα την αποστειρωμένη περιοχή από τη μη αποστειρωμένη και τα αποστειρωμένα μέλη της χειρουργικής ομάδας από τα καθαρά, μη αποστειρωμένα της αναισθησιολογικής. Ο χώρος της αίθουσας όπου δρα η αναισθησιολογική ομάδα, που προηγουμένως ήταν παρασκήνιο, μετατρέπεται σε προσκήνιο όπου συνεχίζεται η παράσταση. Ο ασθενής και τα μηχανήματα βρίσκονται υπό συνεχή επίβλεψη, καθώς πάντα κάποιος/α από την ομάδα είναι παρών/ούσα. Αν κάποιο από τα μέλη απομακρυνθεί προς κάποιο παρασκηνιακό χώρο και παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα, μπορεί να κληθεί στο κινητό του από το άλλο μέλος, για να επιστρέψει άμεσα στην αίθουσα. Σε αυτό το στάδιο, καθώς η χειρουργική ομάδα έχει λάβει δράση, η μέριμνα της αναισθησιολογικής ομάδας επικεντρώνεται στη συνεχή παρακολούθηση και καταγραφή της αναπνευστικής και καρδιαγγειακής λειτουργίας του ασθενή, μέσω του μηχανήματος αναισθησίας και του μόνιτορ καθώς και στη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων για τη διατήρηση της αναισθησίας, της μυοχάλασης και της αναλγησίας και για την αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών ή επιπλοκών. Ο/η νοσηλεύτης/τρια τακτοποιεί τον χώρο, αντικαθιστά τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν, προετοιμάζει και χορηγεί φάρμακα, ενώ ο/η αναισθησιολόγος καταγράφει και συμπληρώνει το αναισθησιολογικό διάγραμμα. Κατά το στάδιο αυτό, αν η κατάσταση του ασθενή το επιτρέπει, τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας κάθονται στα σκαμπό και κουβεντιάζουν χαμηλόφωνα, έχοντας το βλέμμα τους στον ασθενή και τα μηχανήματα που τον υποστηρίζουν. Αν χτυπήσει κάποιος συναγερμός (alarm) από το μόνιτορ ή το μηχανήμα αναισθησίας, τον αξιολογούν και δρουν αναλόγως. Οι συναγερμοί χτυπούν όταν το μόνιτορ «διαβάσει» μια τιμή που αφορά στην αναπνευστική και καρδιαγγειακή λειτουργία, η οποία είναι πιο χαμηλή ή πιο ψηλή από τα κατώτερα και ανώτερα αντίστοιχα φυσιολογικά όρια μιας μέτρησης. Μπορεί, επίσης, να είναι ένδειξη ότι ο ασθενής ξυπνά ή πονάει ή ότι κάποια σύνδεση είναι εκτός θέσης. Ο συναγερμός μπορεί να ανησυχήσει και τους χειρουργούς, οι οποίοι συχνά «σηκώνουν το βλέμμα τους από το χειρουργικό πεδίο και προσπαθώντας να δουν τις ενδείξεις που καταγράφονται στο μόνιτορ, ρωτούν: «Είμαστε εντάξει; Έχουμε κάποιο πρόβλημα;». «Όλα καλά»,

απαντούν οι αναισθησιολόγοι πατώντας το κουμπί σιγής του συναγερμού. Οι αριθμητικές ενδείξεις και τα γραφήματα αποτυπώνουν την κατάσταση του ασθενή σε πραγματικό χρόνο και η «αφήγησή» τους παρέχει τη γνώση που καθορίζει την πρακτική τόσο της αναισθησιολογικής όσο και της χειρουργικής ομάδας. Οι συναγερμοί μπορεί να οφείλονται σε πλαστό αποτέλεσμα (artefact), αν το μηχάνημα αδυνατεί να καταγράψει τις πραγματικές τιμές, π.χ. λόγω κακών συνδέσεων, ή να δηλώνουν αλλαγή της κατάστασης του ασθενή που χρήζει παρέμβασης. Η αξιολόγηση της πλαστής και της αληθινής ένδειξης γίνεται άμεσα με την ενεργοποίηση όλων των αισθήσεων των μελών της αναισθησιολογικής ομάδας. Το βλέμμα τους κινείται εξονυχιστικά σε όλες τις συνδέσεις και τα καλώδια που ενώνουν τα μηχανήματα με το σώμα του ασθενή. Αν μυρίσουν πτητικό, κατευθύνονται προς το κύκλωμα αναισθησίας του μηχανήματος και ελέγχουν οπτικά για τυχόν αποσύνδεση ή βάζουν το αυτί τους κοντά μήπως ακούσουν διαρροή από κάποια πιθανή, μη ορατή οπή στο κύκλωμα. Παρατηρούν το χρώμα του/της ασθενή, τον/την ακουμπούν και αν τα χέρια του/της είναι κρύα, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την οξύμετρία, αλλάζουν θέση στο οξύμετρο προσπαθώντας να εξασφαλίσουν μια πιο αξιόπιστη μέτρηση και τα ζεσταίνουν. Οι αληθινές ενδείξεις αξιολογούνται πιο εύκολα, καθώς συνοδεύονται από συμμετρικά γραφήματα και κινητοποιούν τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας να παρέμβουν αναλόγως.

Φαίνεται ότι σε αυτή τη φάση της αναισθησίας οι πρακτικές είναι το αποτέλεσμα της σχέσης μεταξύ του ασθενή, των μηχανημάτων και των μελών της ομάδας. Κανένας εμπλεκόμενος σε αυτήν τη σχέση δεν μπορεί να δράσει ανεξάρτητα, ενώ ταυτόχρονα όλοι παρέχουν πληροφορίες και κινητοποιούν τη δράση των άλλων, έχοντας όλοι κοινό στόχο την ασφάλεια της διαδικασίας. Τα μηχανήματα φαίνεται να είναι οι διαμεσολαβητές ανάμεσα στον ασθενή και τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας, τα οποία από την πλευρά τους είναι οι διαμεσολαβητές ανάμεσα στον ασθενή και τα μηχανήματα. Καθώς δε τα μηχανήματα είναι αυτά που επικοινωνούν και καταγράφουν τις λειτουργίες του ασθενή, τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας «βλέπουν» σε αυτά τον ασθενή. Η Goodwin (2008), μελετώντας τη δράση του αναισθητικού σώματος του ασθενή, αναφέρει ότι ο ασθενής κατά την αναισθησιολογική πρακτική δεν είναι ένα παθητικό σώμα, αλλά γίνεται κυβόργιο, μια μίξη οργανικών και τεχνολογικών συστατικών. Η τεχνολογική επέκταση του σώματος του λόγω της σχέσης εξάρτησης που έχει με τα μηχανήματα αναισθησίας, του επιτρέπει να επικοινωνεί τις ανάγκες του και συνεπώς να διαμορφώνει τη δράση

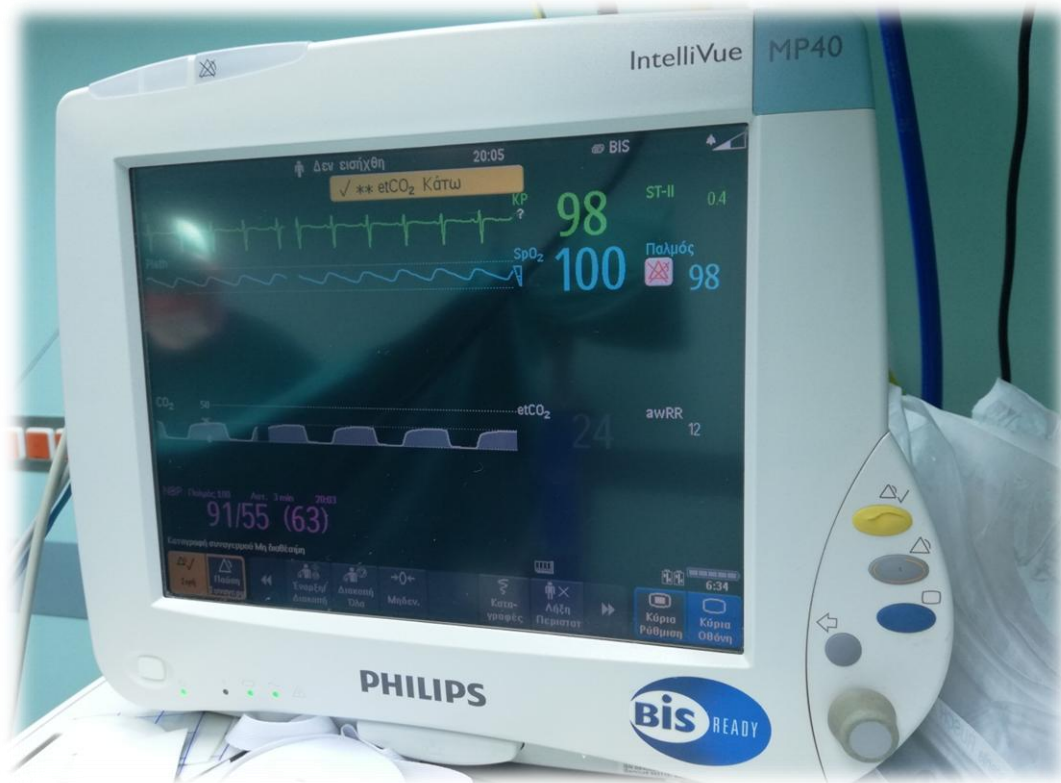
των μελών της αναισθησιολογικής ομάδας. Ομοίως όμως, το μηχάνημα αναισθησίας δεν είναι ένα παθητικό και ουδέτερο αντικείμενο με παρασκευαστική θέση, αλλά έχει και αυτό τη δυνατότητα να επηρεάζει και να ενδυναμώνει τη δράση. Συνεπώς άνθρωποι και μη άνθρωποι εμπλέκονται μεταξύ τους, καθιστώντας τις μεταξύ τους σχέσεις ρευστές. Ο Latour (1999b, p.176) κάνει λόγο για υβρίδια και συλλογικότητες, για ένα δίκτυο συναθροίσεων μεταξύ ανθρώπων και μη ανθρώπων και υποστηρίζει ότι άνθρωποι και μη άνθρωποι «διπλώνονται» ο ένας μέσα στον άλλο και δρουν διαμορφώνοντας ο ένας τον άλλο. Θεωρεί ότι το σώμα μπορεί να γίνει αντιληπτό ως μια επιφάνεια, ως ένα σημείο σύνδεσης, το οποίο διαφοροποιείται καθώς αλληλεπιδρά με άλλες οντότητες (Latour, 2004). Το νοσοκομείο δεν μπορεί να μετατρέψει τον ασθενή σε ένα απλό αντικείμενο, καθώς το σώμα του έρχεται σε επαφή, γνωρίζει και συνδέεται με ένα πλήθος άγνωστων μέχρι στιγμής πραγμάτων και δράσεων, που αντί να το περιορίσουν, το επεκτείνουν (Latour, 2004).

Κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης πνεύμονα, ο Γιώργος, ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος της αίθουσας συζητά με την Κατερίνα, νοσηλεύτρια του αναισθησιολογικού. Όλα κυλούσαν ομαλά, χωρίς προβλήματα μέχρι τη στιγμή που ακούστηκε ένας συναγερμός από το μόνιτορ. «Έχουμε πρόβλημα... Μπαίνει σε κοιλιακή μαρμαρυγή... Ξεκίνα μαλάξεις γρήγορα.», λέει ο Γιώργος στον χειρουργό, ενώ η Κατερίνα κατευθύνεται στο ντουλάπι φαρμάκων, παίρνει ένα κουτί αδρεναλίνες και ξεκινά να τις αναρροφά σε σύριγγα. «Φωνάξτε για βοήθεια και ετοιμάστε τον απινιδωτή», συνεχίζει ο Γιώργος απευθυνόμενος στον νοσηλευτή κυκλοφορίας της χειρουργικής ομάδας, ενώ ταυτόχρονα ξεκινάει χειροκίνητο αερισμό του ασθενή και πατάει τη σιγή του συναγερμού. Ο χειρουργός κατεβάζει το αποστειρωμένο διαχωριστικό πιο χαμηλά για να έχει οπτική επαφή με το μόνιτορ και ξεκινάει τις μαλάξεις κατευθείαν στην καρδιά περιμένοντας να ετοιμαστεί ο απινιδωτής. Το σεντόνι που όριζε το αποστειρωμένο από το μη αποστειρωμένο πεδίο δεν υπάρχει πια. Στην αίθουσα καταφτάνουν δύο αναισθησιολόγοι και δύο νοσηλεύτες. «Φωνάζω καρδιολόγο», λέει η μία αναισθησιολόγος και η άλλη πλησιάζει τον Γιώργο και συζητά μαζί του χαμηλόφωνα. Ο ένας νοσηλευτής παίρνει αέρια αίματος από την αρτηριακή γραμμή και ο άλλος ετοιμάζει φάρμακα και τα δίνει στην Κατερίνα να τα χορηγήσει. Ο απινιδωτής είναι έτοιμος, ο χειρουργός τοποθετεί τις αποστειρωμένες κουτάλες απευθείας στην καρδιά, χορηγεί την απινίδωση και συνεχίζει τις μαλάξεις. Σταματάει για λίγο για να ελέγξει τον ρυθμό και συνεχίζει. Απινίδωση, μαλάξεις, χορήγηση αδρεναλίνης και άλλων φαρμάκων, έλεγχος για

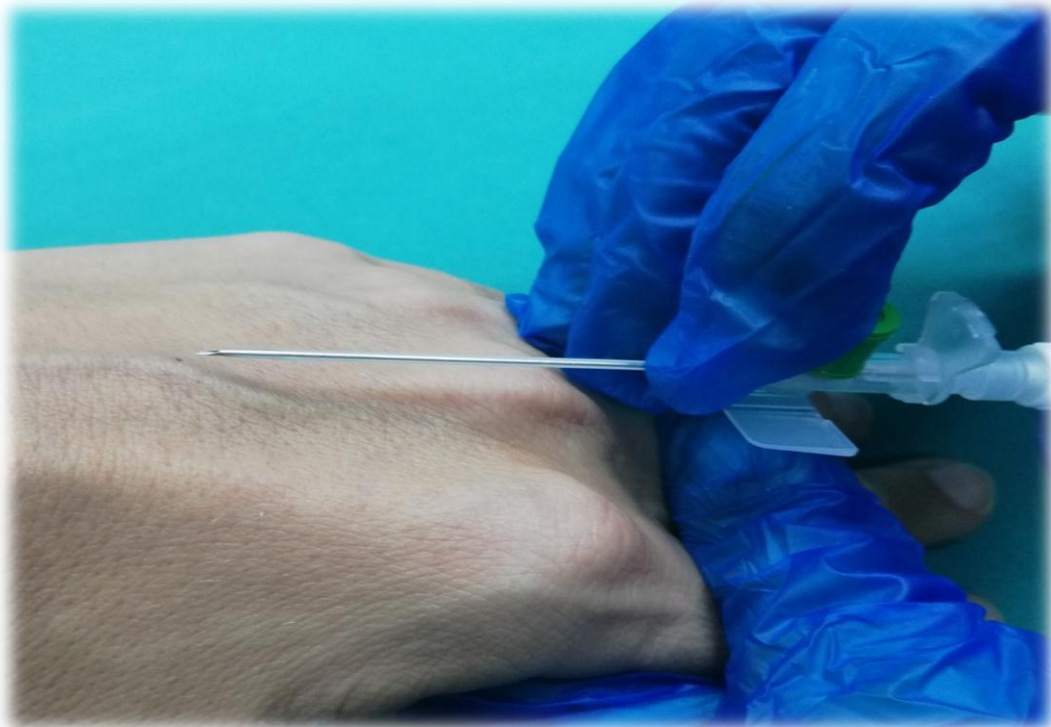
ύπαρξη σφυγμού με το χέρι συνεχίζονται βάσει πρωτοκόλλου. Όταν ολοκληρώνεται ο κύκλος των απινιδώσεων εμφανίζεται η καρδιολόγος, η οποία ενημερώνεται για το συμβάν και δίνει οδηγίες για χορήγηση άλλων φαρμάκων. Ο ασθενής έχει πλέον ρυθμό που καταγράφεται στο μόνιτορ, αλλά για πόσο; Ο χειρουργός λέει: «Κλείνουμε και πάει μονάδα... αν προλάβει». Ο Γιώργος κάθεται όρθιος δίπλα στο μηχάνημα αναισθησίας, σκεπτικός, χωρίς πλέον να μιλά. Βλέπει τα αέρια αίματος και πετά το χαρτάκι κάτω. Απενεργοποιεί τους συναγερμούς από το μόνιτορ. Στην αίθουσα βρίσκονται δέκα άτομα και επικρατεί απόλυτη σιγή, νεκρική. Ο ασθενής μεταφέρεται στη μονάδα χειρουργείου και ο χειρουργός μαζί με τον αναισθησιολόγο βγαίνουν από το χειρουργείο για να ενημερώσουν τους συγγενείς. Ο Γιώργος ειδοποιεί τις καθαρίστριες να μην πετάξουν τα σκουπίδια. Επιστρέφει στην αίθουσα και βρίσκει την Κατερίνα να τακτοποιεί τον χώρο. «Θέλω να μετρήσω τι δώσαμε. Δεν έχω γράψει τίποτα στο διάγραμμα», της λέει. «Έλα πάμε, θα σε βοηθήσω», του απαντάει εκείνη. «Δεν χρειάζεται, άλλωστε σχολάζ τώρα. Θα το κάνω μόνος μου». «Δεν υπάρχει περίπτωση. Μαζί ξεκινήσαμε και μαζί θα τελειώσουμε», του λέει και φέρνει δύο πράσινα σεντόνια. Τα στρώνουν κάτω, σκύβουν στα γόνατά τους, φορούν γάντια και αδειάζουν τους κάδους. Αραδιάζουν τις αμπούλες και τα φιαλίδια από τα φάρμακα και τους ορούς, τα μετρούν και τα καταγράφουν. Τελειώνοντας λέει ο Γιώργος: «Πάμε να κάνουμε ένα τσιγάρο και να φύγεις. Αρκετά περάσαμε σήμερα» και κατευθύνονται προς τα αποδυτήρια.

Στο παραπάνω περιστατικό που έλαβε χώρα κατά τη φάση διατήρησης της αναισθησίας εμφανίζεται μια πληθώρα δραστών, ανθρώπινων και μη ανθρώπινων, σε μια συνεχή και απρόβλεπτη αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Πρόκειται για υβριδικά δίκτυα που δεν δρουν ξεχωριστά, αλλά συλλογικά και το αποτέλεσμα της σχέσης τους είναι και τεχνικό και κοινωνικό. Η παράσταση δε που εν τέλει δίνουν, προκύπτει και αυτή ως αποτέλεσμα της μεταξύ τους σχέσης και αλληλεπίδρασης.

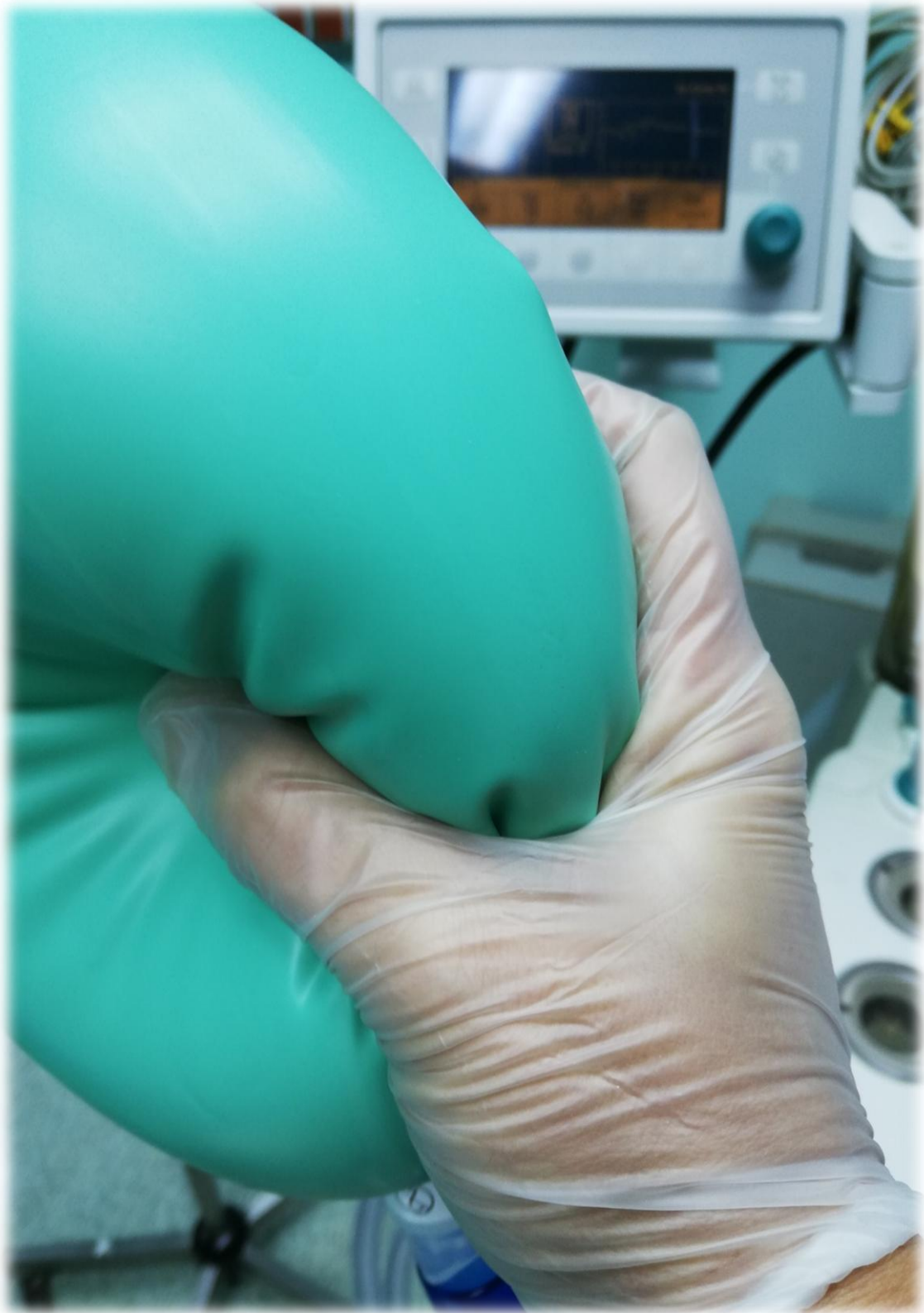
Φωτογραφίες υβριδίων



Φωτογραφία 28. Ο/η ασθενής



Φωτογραφία 29. Ο/η νοσηλεύτριας/τρια



Φωτογραφία 30. Ο/η αναισθησιολόγος



Φωτογραφία 31. Το στατό

Πράξη 3^η : Ανάνηψη από την αναισθησία

Η ανάνηψη από την αναισθησία είναι η φάση που γίνεται διακοπή της αναισθησίας και αφύπνιση του ασθενή. Αρχίζει με το τέλος της επέμβασης και διαρκεί μέχρις ότου ο ασθενής επανακτήσει τις αισθήσεις του και όλες τις λειτουργίες που έχουν επηρεαστεί από τους αναισθητικούς παράγοντες (Ασκητοπούλου & Παπαϊωάννου, 2015, σ.80). Ο ασθενής σταδιακά ανακτά τις αισθήσεις του και τον έλεγχο της αναπνοής του και αποδεσμεύεται από τον τεχνολογικό εξοπλισμό, που ήταν η επέκταση του σώματός του κατά τα προηγούμενα στάδια. Είναι μια περίοδος υψηλού κινδύνου που λαμβάνει χώρα στη χειρουργική αίθουσα και στο δωμάτιο ανάνηψης.

Σκηνή 1η

Μετά το πέρας της επέμβασης, το σώμα του ασθενή τοποθετείται σε ύπτια θέση πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. Τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας του χορηγούν αντίδοτα φάρμακα και αναμένουν να ξυπνήσει. Όταν ανιχνεύεται κάποια σωματική ή αναπνευστική κίνηση, ο /η νοσηλευτής/τρια και ο/η αναισθησιολόγος απευθύνεται πλέον στον ασθενή με το όνομά του λέγοντας: «Ξυπνήστε (όνομα). Τελείωσε το χειρουργείο σας... Πάρτε βαθιές ανάσες... Βγάλτε τη γλώσσα έξω... Σφίξτε μου το χέρι». Ο ασθενής αποκτά πάλι όνομα και καλείται να συνεργαστεί για να ολοκληρωθεί η διαδικασία. Ο/η αναισθησιολόγος, όταν κρίνει ότι ο ασθενής αναπνέει επαρκώς και έχει ανακτήσει επικοινωνία με το περιβάλλον με το να εκτελεί απλές εντολές, αφαιρεί τον ενδοτραχειακό σωλήνα και αποδεσμεύει τον ασθενή από το μηχάνημα αναισθησίας. Εξακολουθεί όμως να είναι συνδεδεμένος στο μόνιτορ παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών και ενθαρρύνεται να βήξει και να παίρνει ήρεμες και βαθιές ανάσες. Ο/η νοσηλευτής/τρια του βάζει στο πρόσωπο μάσκα οξυγόνου και καλείται ο τραυματιοφορέας για να τον μεταφέρει ή στο δωμάτιο της ανάνηψης ή στη μονάδα εντατικής φροντίδας, αν χρήζει περαιτέρω παρακολούθησης. Πριν αποχωρήσει από την αίθουσα αποσυνδέεται από το μόνιτορ, τοποθετείται στο χειρουργικό φορείο και οδηγείται στο δωμάτιο ανάνηψης.

Η Goodwin (2008), αναφέρει ότι κατά την αποσωλήνωση του ασθενή ελαττώνεται η επέκταση του σώματός του, καθώς λύνεται η επικοινωνία του με τα μηχανήματα και ο ασθενής βγαίνει από την κυβοργική κατάσταση. Η σύνδεση των σωμάτων με ένα δίκτυο ανθρώπων και τεχνολογιών είναι αυτό που απαιτείται για να μπορούν τα σώματα να μπαίνουν και να βγαίνουν από την κυβοργική κατάσταση. Ο

ασθενής μπορεί να βγαίνει από την κυβοργική αλλά δεν βγαίνει από την υβριδική, αλλά ANT, κατάσταση. Εξακολουθεί να είναι ένα ετερογενές δίκτυο, υποκείμενο και αντικείμενο ταυτόχρονα, που σχετίζεται και αλληλεπιδρά με άλλα νέα ανθρώπινα και μη ανθρώπινα δίκτυα, καθώς μεταβάλλεται η κατάστασή του.

Σκηνή 2^η

Ο ασθενής βρίσκεται πλέον στην αίθουσα ανάνηψης (Φωτογραφία 32). Η αναπνευστική του λειτουργία υποστηρίζεται με χορήγηση οξυγόνου, μέσω μιας μάσκας που εφαρμόζει στο πρόσωπό του και η καρδιακή του λειτουργία παρακολουθείται μέσω ενός μόνιτορ. Υπεύθυνος/η για την παραμονή του/ ασθενή στην ανάνηψη είναι ο/η νοσηλεύτης/τρια που αξιολογεί συνεχώς τις ενδείξεις παρατηρώντας ταυτόχρονα και την κλινική του εικόνα. Ελέγχει το επίπεδο συνείδησής του και τον κρατά σε εγρήγορση μιλώντας του και ενθαρρύνοντας τον να παίρνει βαθιές ανάσες και να βήχει. Η παρακολούθηση των ασθενών σε αυτή τη φάση είναι μείζονος σημασίας και στοχεύει στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση τυχόν μετεγχειρητικών επιπλοκών. Ο χώρος της ανάνηψης, που λειτουργούσε ως παρασκήνιο κατά τη φάση της προετοιμασίας, μετατρέπεται σε προσκήνιο με κύριο δράστη-πρωταγωνιστή τον/τη νοσηλεύτη/τρια που συνεχίζει την παράστασή του/της μπροστά στον ασθενή, που και αυτός από το μέρος του συνεχίζει να αλληλεπιδρά μαζί του/της.

Ο ασθενής στην ανάνηψη ξεκινά να επικοινωνεί λεκτικά. Συνήθως ρωτά: «Τι ώρα είναι;... Τελείωσε το χειρουργείο;... Πόση ώρα κράτησε;... Πώς πήγε το χειρουργείο;... Πότε θα πάω στο δωμάτιό μου;». Το σώμα του είναι περιορισμένο στο στενό φορείο με τα σηκωμένα κάγκελα και η κίνησή του εμποδίζεται από ένα πλήθος αντικειμένων που βρίσκονται σε επαφή με το σώμα του. Παροχετεύσεις από το χειρουργικό τραύμα, ουροκαθετήρες, φλεβικοί και αρτηριακοί καθετήρες, οροί, οξύμετρα, πιεσόμετρα, ηλεκτρόδια, ηλεκτρική κουβέρτα. Ο/η ασθενής εκφράζει τις ανάγκες του και αναζητά λύσεις: «Δεν μπορώ να ουρήσω... Πονάω αρκετά... Διψάω... Αισθάνομαι ένα βάρος στο στήθος... Δεν μπορώ να πάρω ανάσα... Σας παρακαλώ, κάντε κάτι.». Άλλοι ασθενείς λένε: «Δεν κατάλαβα τίποτα... Σίγουρα τελείωσε το χειρουργείο;... Έκανα πολύ ωραίο ύπνο... Δεν πονάω καθόλου... Μπορώ να κοιμηθώ λίγο ακόμη;». Άλλοι μπορεί να μη ξυπνήσουν καλά. Είναι ανήσυχοι, στριφογυρίζουν, προσπαθούν να σηκωθούν από το φορείο, μπορεί να «ξηλώσουν» τις φλέβες και να λερωθούν με αίματα. Σε περίπτωση που αφαιρεθεί για

κάποιο λόγο ο φλεβοκαθετήρας, ο/η νοσηλευτής/τρια άμεσα τοποθετεί άλλο, καθώς μέσω αυτού χορηγούνται ενδοφλέβια φάρμακα σε επείγουσες καταστάσεις.

Η σχέση των νοσηλευτών με τους φλεβοκαθετήρες και τη διαδικασία τοποθέτησής τους είναι ιδιαίτερη. Αν και η φλεβοκέντηση ανήκει στις ιατρικές πράξεις, οι νοσηλευτές/τριες έχουν αναλάβει να εκτελούν αυτό το καθήκον και ο φλεβοκαθετήρας έχει γίνει προέκταση του χεριού τους. Ο Γιάννης, νοσηλευτής σε αναισθησιολογικό τμήμα τα τελευταία οκτώ χρόνια αναφέρει χαρακτηριστικά: «Όταν έρχεται ο ασθενής στο χειρουργείο, ενώ του μιλάω, κοιτάω τα χέρια του. Αν οι φλέβες του είναι μεγάλες και φαίνονται, ξέρω ότι θα τελειώσω τη δουλειά μου γρήγορα. Αν είναι λεπτές και ταλαιπωρημένες, σκέφτομαι ότι πιθανόν θα έχουμε πρόβλημα. Βέβαια, δεν ξέρω αν το παθαίνεις και εσύ αυτό, ακόμα και αν είμαι εκτός δουλειάς, π.χ. στο μετρό, πιάνω τον εαυτό μου να κοιτάει τα χέρια των ανθρώπων. Αν βλέπω μεγάλες φλέβες, λέω ωραία, εδώ άνετα μπαίνει γκρι (φλεβοκαθετήρας μεγάλου εύρους)».

Όταν ο ασθενής είναι πλήρως προσανατολισμένος στον χώρο και τον χρόνο, η αναπνευστική και καρδιαγγειακή λειτουργία του είναι σταθερή και δεν παρουσιάζει επιπλοκές από την επέμβαση ετοιμάζεται για την έξοδό του από το χώρο του χειρουργείου. Αφαιρούνται οι συνδέσεις από το μόνιτορ, η αρτηριακή γραμμή και η ηλεκτρική κουβέρτα, ενώ παραμένει ο φλεβοκαθετήρας με τον ορό και η μάσκα οξυγόνου, αν χρήζει οξυγονοθεραπείας. Ο τραυματιοφορέας οδηγεί τον ασθενή στον προθάλαμο του χειρουργείου, τον βοηθά να μεταφερθεί από το καθαρό στο βρώμικο φορείο και τον μεταφέρει στον θάλαμό του. Μαζί του έχει ένα αντίγραφο από το αναισθησιολογικό διάγραμμα, το οποίο μπαίνει στον ατομικό του φάκελο. Η παράσταση της αναισθησιολογικής πρακτικής έλαβε τέλος και το κοινό αποχωρεί.



Φωτογραφία 32. Αίθουσα ανάνηψης

Μια παράδοξη παράσταση

Προσπαθώντας να επινοήσω νέους τρόπους για να εξετάσω την πολυπλοκότητα της αναισθησιολογικής πρακτικής σκηνοθέτησα μια παράσταση κατά την οποία ενσάρκωσα τον ρόλο του ασθενή, μέχρι τη στιγμή που του χορηγούνται τα αναισθητικά φάρμακα, ενώ ταυτόχρονα λάμβανα φωτογραφίες του χώρου, των πραγμάτων και των διαδικασιών. Σε αυτήν την παράσταση τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας και ο τραυματιοφορέας υποδύθηκαν τους εαυτούς τους.

Το παιχνίδι ρόλων (role playing) υφίσταται ως στρατηγική ενίσχυσης της ενσυναίσθησης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και κατευθύνεται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και τεχνικών επικοινωνίας, κυρίως των φοιτητών (Halpern, 2007; Kelley & Kelley, 2013). Αντίθετα, η δική μου βιωματική εμπειρία, ως ασθενής, είναι μια μεθοδολογική πρακτική στο πλαίσιο της συμμετοχικής παρατήρησης της μελέτης, με στόχο να επικοινωνήσω τη γνώση που αποκόμισα κατά την αλληλεπίδρασή μου με ανθρώπους και πράγματα. Η λήψη φωτογραφιών ήταν ένας τρόπος διερεύνησης των σχέσεων μεταξύ ανθρώπων και μη ανθρώπων και αποτύπωσης της μεταξύ τους δυναμικής στο περιβάλλον διεξαγωγής της αναισθησιολογικής πρακτικής. Θεωρώντας την παράσταση αυτή και ως μια αισθητηριακή και σωματική εμπειρία με τον κόσμο των πραγμάτων, προσπάθησα όλες μου οι αισθήσεις να είναι σε εγρήγορση και να συντονιστώ με το καθετί που ερχόμουν σε επαφή. Έτσι εκτός από το οπτικό σκέλος που αποτυπώνεται στις φωτογραφίες αναγνώρισα μυρωδιές και ήχους και το πώς μπορεί να αισθάνεται ένα σώμα που είναι περιορισμένο και που έρχεται σε άμεση επαφή με μια πληθώρα πραγμάτων και ανθρώπων στο περιβάλλον του χειρουργείου.

Ως ασθενής θεωρώ ότι ήμουν απολύτως συνεργάσιμη, καθώς εκτελούσα πιστά τις οδηγίες που μου έδιναν. Αλλά και το προσωπικό ήταν ευγενικό απέναντί μου και καθοδηγητικό, εξηγώντας ακριβώς την κάθε κίνησή του. Η μεταμόρφωσή μου σε ασθενή και η μεταφορά μου με φορείο από τον διάδρομο προς το δωμάτιο προετοιμασίας και τη χειρουργική αίθουσα ήταν μια διαφορετική και ιδιαίτερη εμπειρία, καθώς το αίσθημα αμηχανίας που ένιωθα εμπλεκόταν με τον εκνευρισμό που μου προκαλούσε ο ήχος από τις ρόδες του φορείου. Μπαίνοντας στη χειρουργική αίθουσα αισθάνθηκα έντονα τη μυρωδιά του απολυμαντικού και τη χαμηλή θερμοκρασία του χώρου. Ο περιορισμός μου στο σκληρό χειρουργικό κρεβάτι ήταν απαραίτητος, όπως με ενημέρωσαν, για την ασφάλειά μου. Το προσωπικό κινούνταν

και δρούσε γύρω μου με ρομποτική ακρίβεια. Έβλεπα και αισθανόμουν χέρια να με ακουμπούν και να με συνδέουν με τα μηχανήματα. Η περιχειρίδα από το πιεσόμετρο τυλίχθηκε γύρω από το μπράτσο μου, σφικτά και ξεκίνησε να με «διαβάζει», φουσκώνοντας και περιορίζοντας ακόμα περισσότερο την κινητικότητά μου. Αυτό επαναλαμβανόταν κάθε τρία λεπτά. Τα ηλεκτρόδια και το οξύμετρο κατέγραφαν τις τιμές των παλμών και του οξυγόνου, τις οποίες κατόρθωσα με δυσκολία να δω στρίβοντας προς τα πίσω το κεφάλι μου. Ένας φλεβοκαθετήρας τοποθετήθηκε σε μια φλέβα μου και συνδέθηκε με έναν ορό. Δεν πόνεσα, μόνο ένα τσίμπημα αισθάνθηκα και μια κρύα αίσθηση κατά μήκος της φλέβας που «έτρεχε» ο ορός. Ήμουν πλέον έτοιμη να δεχθώ την αναισθησία, συνδεδεμένη με το μόνιτορ και τον ορό και με μια μαύρη μάσκα να κατευθύνεται προς το πρόσωπό μου.

Φωτογραφική αφήγηση της σκηνοθετημένης παράστασης



Φωτογραφία 33. Είσοδος στον προθάλαμο



Φωτογραφία 34. Θέα από το φορείο



Φωτογραφίες 35, 36. Διαβαίνοντας το «κατόφλι» του χειρουργείου



Φωτογραφία 37. Θέα από το φορείο



Φωτογραφία 38. Διασχίζοντας τον διάδρομο



Φωτογραφία 39. Θέα από το δωμάτιο προετοιμασίας



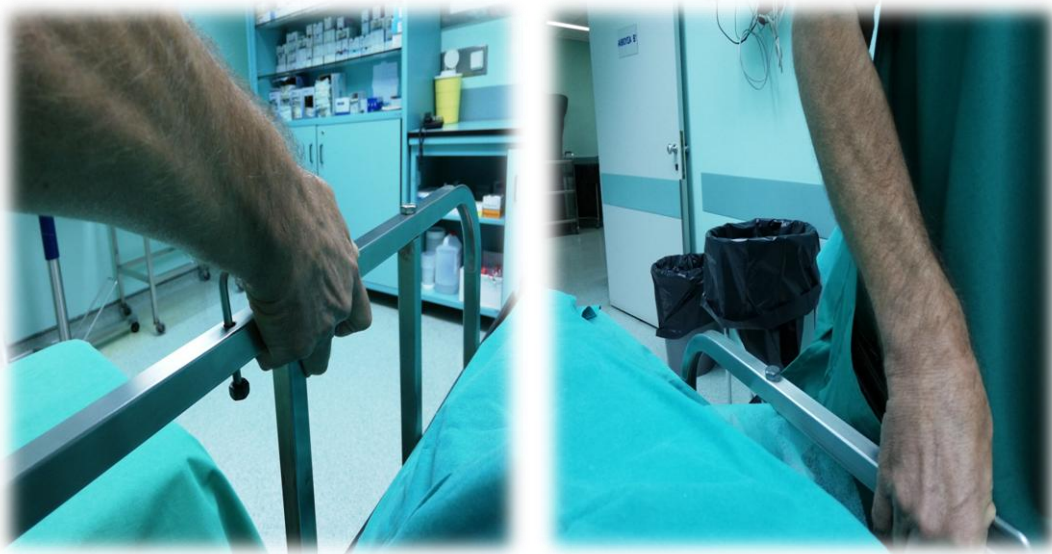
Φωτογραφίες 40, 41. Εισχωρώντας στο «άβατο» του χειρουργείου



Φωτογραφίες 42, 43. Διαδρομή προς τη χειρουργική αίθουσα



Φωτογραφίες 44, 45. Είσοδος στη χειρουργική αίθουσα



Φωτογραφίες 46, 47. Μεταφορά στο χειρουργικό κρεβάτι



Φωτογραφία 48. Θέα από το χειρουργικό τραπέζι



Φωτογραφίες 49, 50. Σύνδεση με μόνιτορ



Φωτογραφίες 51,52. Περιορισμός χεριού



Φωτογραφία 53. «Κρυφή» ματιά στα μηχανήματα



Φωτογραφίες 54, 55, 56, 57. Φλεβοκέντηση



Φωτογραφίες 58, 59. Συνδέσεις και σταθεροποίησή τους



Φωτογραφία 60. Η προέκταση της φλέβας μου



Φωτογραφία 61. Ματιά προς το παρασκήνιο



Φωτογραφία 62. «Αυτή η μάσκα σας δίνει οξυγόνο»



Φωτογραφία 63. Τέλος παράστασης

Επίλογος

Στην παρούσα μελέτη έγινε μια ανθρωπολογική προσέγγιση των αναισθησιολογικών πρακτικών, που διεξάγονται στο χώρο του χειρουργείου ενός δημοσίου νοσοκομείου της Αττικής. Ακολουθώντας τη μέθοδο της εθνογραφίας, διερεύνησα την αλληλεπίδραση, τις σχέσεις και τη δράση ανθρώπινων και μη ανθρώπινων οντοτήτων, σε ένα χώρο που είναι ταυτόχρονα οριοθετημένος και διαπερατός (Street & Coleman, 2012), και που η ασφάλεια του ασθενή είναι το ζητούμενο. Υιοθετώντας το δραματουργικό μοντέλο του Goffman και τη θεωρία «Δράστη-Δικτύου» για να περιγράψω τους τρόπους με τους οποίους διαμορφώνονται οι σχέσεις και η ταυτότητα των δραστών σε έναν κόσμο όπου άνθρωποι και μη άνθρωποι είναι εξίσου δράστες, ακολούθησα τους δράστες στην καθημερινότητά τους, σύμφωνα με την προτροπή του Latour (2005, p.12), και αποτύπωσα την παράστασή τους με λόγια και φωτογραφίες.

Η παράσταση της αναισθησιολογικής πρακτικής είναι το αποτέλεσμα ετερογενών δικτύων που συνδέονται μεταξύ τους και αλληλοδιαμορφώνονται. Η παράσταση δεν είναι πάντα ίδια, καθώς εξαρτάται από τις σχέσεις μεταξύ των δραστών και τη διαδικασία της μετάφρασης. Η μετάφραση ως διαδικασία υπονοεί έναν επαναπροσδιορισμό των ταυτοτήτων και της συμπεριφοράς των δραστών, οι οποίοι αποκτούν έναν ισοδύναμο ρόλο εντός του δικτύου, αναλαμβάνοντας ο ένας τον ρόλο του άλλου. Όπως αναφέρει ο Callon (1984) η μετάφραση είναι η διαδικασία κατά την οποία η ταυτότητα των δραστών, η δυνατότητα αλληλεπίδρασης και τα περιθώρια ελιγμών είναι υπό διαπραγμάτευση και οριοθετούνται.

Ως δρώντα άτομα, τα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας συμμετέχουν σε τελετουργικές, επαναληπτικές και επιτελεστικές πρακτικές, χρησιμοποιώντας το σώμα τους, τις γνώσεις τους αλλά και στρατηγικές επικοινωνίας κατά την αλληλεπίδρασή τους με τον ασθενή. Ελέγχουν και αυτοελέγχονται, καθώς δρουν συνεργατικά με το σώμα του ασθενή αλλά και με τον τεχνολογικό εξοπλισμό, τα οποία είναι ο τόπος εργασίας τους. Μετατρέπουν τον χώρο που κινούνται σε προσκήνιο και παρασκήνιο ανάλογα με την αλλαγή της συνειδησιακής κατάστασης του ασθενή, ο οποίος, ως «κοινό», είναι συνεχώς παρών, ρυθμίζοντας και αυτός τη δράση άλλων δικτύων. Συγκροτούνται συνεπώς από σχέσεις ανάμεσα σε ανθρώπινες και μη ανθρώπινες οντότητες και ταυτόχρονα διαμορφώνουν σχέσεις και υποκινούν συνδέσεις με άλλα δίκτυα. Ως δράστες εντός του δικτύου είναι μεσάζοντες καθώς

διαμεσολαβούν και συνδέονται πάντα με κάτι άλλο. Οι πρωταγωνιστές της παράστασης είναι υβρίδια που συγκροτούν συλλογικότητες. Δεν μπορούν να δράσουν αυτόνομα και λειτουργούν ως διαμεσολαβητές. Τα όρια μεταξύ τους είναι θολά. Το αναισθησιολογικό διάγραμμα και το μηχάνημα αναισθησίας είναι διαμεσολαβητές ανάμεσα στα μέλη της αναισθησιολογικής ομάδας και τον ασθενή. Οι πληροφορίες που παρέχουν προκαλούν τη δράση άλλων δικτύων, ενώ ταυτόχρονα είναι τα ίδια αποτέλεσμα σχεσιακών δικτύων. Ως μέλος της συλλογικότητας, το σώμα του ασθενή που ζευγαρώνει με τον τεχνολογικό εξοπλισμό δεν είναι παθητικό, αλλά μεταβάλλεται, επικοινωνεί τις ανάγκες του και προειδοποιεί για τυχόν κινδύνους καθορίζοντας και αυτό τη δράση άλλων δικτύων. Ομοίως, η αναισθησιολογική ομάδα είναι υβριδική, βρίσκεται στο ενδιάμεσο μεταξύ του ασθενή και των μηχανημάτων ή εγγράφων και αποτελείται η ίδια από δύο διαφορετικά δίκτυα, τους γιατρούς και τους νοσηλευτές. Η ταυτότητα του επαγγελματία γιατρού που δρα αυτόνομα και θεραπεύει είναι δυσδιάκριτη, καθώς ο/η αναισθησιολόγος δεν θεραπεύει, ούτε μπορεί να δράσει αυτόνομα. Μπορεί όμως να είναι ο κύριος δράστης και συντονιστής του δικτύου που ξεκινά τη διαδικασία της μετάφρασης. Οι νοσηλευτές/τριες, κατά τη διεξαγωγή της αναισθησιολογικής πρακτικής, αναγνωρίζουν τον/την αναισθησιολόγο ως κύριο δράστη του δικτύου αλλά και οι ίδιοι/ες αναλαμβάνουν αυτόν τον ρόλο. Επιπλέον, ενώ ιστορικά, στο χώρο του νοσοκομείου η σχέση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/τριών υφίσταται σε ένα ιεραρχικό και έμφυλο πλαίσιο, κατά το οποίο οι νοσηλευτές/τριες λειτουργούν ως βοηθοί των γιατρών κάτω από το εξουσιαστικό βλέμμα τους (Campbell-Heider & Pollock, 1987; Fairman & D'Antonio 2008), στον παρασκηνιακό χώρο όπου διεξάγεται η αναισθησία, τα όρια του ρόλου του/ης γιατρού-αναισθησιολόγου και του/της νοσηλευτή/τριας δοκιμάζονται, καθώς το υψηλής τεχνολογίας περιβάλλον στο οποίο κινούνται και η φύση των πρακτικών που εφαρμόζονται φαίνεται ότι παραβιάζουν τα όρια της νοσηλευτικής και ιατρικής πρακτικής. Η μεταξύ τους αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση, που έχει ως στόχο την ασφάλεια του ασθενή, δεν αφήνει χώρο για επικοινωνιακά παιχνίδια και στρατηγικές, όπως αυτή που περιέγραψε ο Stein (1967) ως “doctor-nurse game”. Η εξουσία βρίσκεται εντός του δικτύου, είναι σχεσιακή έννοια και προέρχεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ετερογενών δικτύων, όπως φάνηκε από την ανάλυση του αναισθησιολογικού διαγράμματος. Το ίδιο και η γνώση. Αυτή είναι και μια βασική αρχή της ANT, που αποτυπώνει στο

λόγο του ο (Law (1992): «Όλα τα φαινόμενα είναι το αποτέλεσμα ή το προϊόν ετερογενών δικτύων».

Κατά την παράσταση της αναισθησιολογικής πρακτικής τα όρια μεταξύ ανθρώπου-μηχανής, υγιούς-ασθενή, ξύπνιου-αναίσθητου σώματος, αποστειρωμένου-μη αποστειρωμένου, αντικειμένου-υποκειμένου, γιατρού-νοσηλεύτη, ανθρώπινου-μηχανικού λάθους αμφισβητούνται και πολλές φορές παραβιάζονται, όπως αμφισβητούνται και οι διακρίσεις ανάμεσα στο φυσικό και τεχνητό, στο ανθρώπινο και μη ανθρώπινο από τους υποστηρικτές της ANT. Είναι αυτά τα θολωμένα όρια και η αλληλεπίδραση μεταξύ των ετερογενών δικτύων που φαίνεται ότι είναι πολύ σημαντικές πτυχές για τη λειτουργία ενός δικτύου και για την αξιοπιστία της παράστασης, που έχει ως στόχο την ασφάλεια του ασθενή.

Στην παρούσα μελέτη η ANT υιοθετήθηκε όχι τόσο ως θεωρία αλλά ως μεθοδολογική προσέγγιση, μέσω της οποίας παρουσιάζεται ο τρόπος που μη ανθρώπινες οντότητες επιδρούν στην κατασκευή και την παρουσίαση της παράστασης της αναισθησιολογικής πρακτικής. Ο χειρισμός των εντυπώσεων, που είναι το ζητούμενο κατά την παράσταση και παρουσίαση του εαυτού στο δραματουργικό μοντέλο του Goffman, υφίσταται εντός ενός δικτύου που η ετερογένεια των συστατικών του και η μεταξύ τους σύνδεση μεταβάλλει ή ακόμα αντικαθιστά την πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπίδραση. Άνθρωποι και πράγματα είναι όλοι δίκτυα που συμμετέχουν συλλογικά στη συγκρότηση του κοινωνικού.

Η εμπλοκή μου στο πεδίο, η αλληλεπίδρασή μου με ανθρώπινες και μη ανθρώπινες οντότητες και η λήψη φωτογραφιών ως μια συμπληρωματική και συμμετοχική μεθοδολογική προσέγγιση παραγωγής γνώσης με οδήγησαν στην ανακάλυψη δικτύων και δραστών που δρουν ως διαμεσολαβητές. Η περιγραφή αυτών των δικτύων αποτυπώνονται σε αυτήν την εργασία, που με τη σειρά της μπορεί να θεωρηθεί ως ένας δρών που αφήνει ίχνη και καθιστά το κοινωνικό ορατό στον αναγνώστη.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Αλεξιάς, Γ. (2000). *Λόγος περί ζωής και θανάτου. Η ιατρική πράξη ως μορφή κοινωνικής αλληλόδρασης στις μονάδες εντατικής φροντίδας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ασκητοπούλου, Ε. & Παπαϊωάννου, Α. (2015). *Εγχειρίδιο Αναισθησιολογίας & Περιεγχειρητικής Φροντίδας*. [ηλεκτρονικό βιβλίο] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3786>
- Γιαλούρη, Ε. (2012). Υλικός Πολιτισμός: Οι περιπέτειες των πραγμάτων στην ανθρωπολογία. Στο Ε. Γιαλούρη (επιμ.), *Υλικός Πολιτισμός. Η Ανθρωπολογία στη Χώρα των Πραγμάτων* (σ. 11-74). Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.
- Γιαννακόπουλος, Κ. & Γιαννιτσιώτης, Γ. (2010). Εισαγωγή: Εξουσία, αντίσταση και χωρικές υλικότητες. Στο Κ. Γιαννακόπουλος & Γ. Γιαννιτσιώτης (επιμ.), *Αμφισβητούμενοι χώροι στην πόλη* (σ.11-57). Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.
- Γκέφου – Μαδιανού, Δ. (1993). Ανθρωπολογία Οίκοι: Για μια κριτική της «Γηγενούς Ανθρωπολογίας». *Διαβάζω*, 323, 44-51.
- Μακρυνιώτη, Δ. (2006). Εισαγωγή στη ελληνική έκδοση. Στο Κ. Λιβιεράτος (επιμ.), *Η παρουσίαση του εαυτού στην καθημερινή ζωή* (σ. 9-50). Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Σταυρίδης, Σ. (1999). Προς μια ανθρωπολογία του κατωφλιού. *Ουτοπία*, 33, 107-121.

Ξενόγλωσση

- Aberese-Ako, M. (2017). 'I won't take part!': Exploring the multiple identities of the ethnographer in two Ghanaian hospitals. *Ethnography*, 18(3), 300-321. <https://doi.org/10.1177/1466138116673380>
- Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order?. *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498-520. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00415.x>
- Askitopoulou, H., Ramoutsaki, I. A., & Konsolaki, E. (2000). Analgesia and anesthesia: etymology and literary history of related Greek words. *Anesthesia & Analgesia*, 91(2), 486-491. doi: 10.1213/00000539-200008000-00048

- Astyrakaki, E., Papaioannou, A., & Askitopoulou, H. (2010). References to anesthesia, pain, and analgesia in the Hippocratic Collection. *Anesthesia & Analgesia*, 110(1), 188-194. doi: 10.1213/ane.0b013e3181b188c2
- Blickensderfer, L. (1996). Nurses and physicians: Creating a collaborative environment. *Journal of Intravenous Nursing*, 19(3), 127-131.
- Buck-Morss, S. (1992). Aesthetics and anaesthetics: Walter Benjamin's artwork essay reconsidered. *October*, 62, 3–41. doi: 10.2307/778700
- Callon, M. (1984). Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. *The Sociological Review*, 32(1_suppl), 196-233. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1984.tb00113.x>
- Callon, Michel. (1987). Society in the Making: The Study of Technology as a Tool For Sociological Analysis. In W. Bijker, T. Hughes & T. Pinch (Eds.), *The Social Construction of Technological Systems* (p.83-103). Cambridge: MIT Press.
- Campbell-Heider, N. & Pollock, D. (1987). Barriers to physician-nurse collegiality: An anthropological perspective. *Social Science & Medicine*, 25(5), 421-425. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90166-3](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(87)90166-3)
- Collier, J., & Collier, M. (1999). *Visual anthropology: Photography as a research method*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Collins, H. M. (1994). Dissecting Surgery: Forms of Life Depersonalized. *Social Studies of Science*, 24(2), 311–333. <https://doi.org/10.1177/030631279402400205>
- Coser, R. L. (1962). *Life in the ward*. East Lansing, Michigan: State University. Press.
- Davies, K. (2003). The body and doing gender: the relations between doctors and nurses in hospital work. *Sociology of Health & Illness*, 25(7), 720-742. <https://doi.org/10.1046/j.1467-9566.2003.00367.x>
- Druitt, R. (1865). *The surgeon's vade mecum: A manual of modern surgery*. London: Henry Renshaw. Διαθέσιμο στο: <https://books.google.mw/books?id=8VBxzzx1AD8C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Dumas, A. (1932). The History of Anaesthesia. *Journal of the National Medical Association*, 24(1), 6-9.
- Essex-Lopresti, M. (1999). Operating theatre design. *The Lancet*, 353(9157), 1007-1010. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)11356-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)11356-9)

- Fagin, C. M. (1992). Collaboration between nurses and physicians: No longer a choice. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 67(5), 295-303. doi: 10.1097/00001888-199205000-00002
- Fairman, J., & D'Antonio, P. (2008). Reimagining nursing's place in the history of clinical practice. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 63(4), 435-446. doi: 10.1093/jhmas/jrn018
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic*. New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1986). Of other spaces. *Diacritics*, 16(1), 22-27. doi: 10.2307/464648
- Foucault, M. (1995). *Discipline and punish: The birth of the prison* (A. Sheridan, trans.). New York: Vintage. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1975).
- Fox, N. J. (1997). Space, sterility and surgery: Circuits of hygiene in the operating theatre. *Social Science and Medicine*, 45(5), 649–657. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00381-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00381-4)
- Gamarnikow, E. (2013). Sexual division of labour: the case of nursing. In A. Kuhn & A. Wolpe (eds.), *Feminism and materialism: Women and modes of production* (p. 96-123). London, New York: Routledge Library Editions: Feminist theory.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery – creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 387–393. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.784243>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and others inmates*. Harmondsworth, UK: Penguin Books.
- Goffman, E. (2006). *Η παρουσίαση του εαυτού στην καθημερινή ζωή* (μτφρ. Μ. Γκόφρα & επιμ. Κ. Λιβιεράτος). Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1959).
- Goodwin, D. (2007). Upsetting the Order of Teamwork: Is The Same Way Every Time a Good Aspiration?. *Sociology*, 41(2), 259-275. <https://doi.org/10.1177/0038038507074973>
- Goodwin, D. (2008). Refashioning bodies, reshaping agency. *Science, Technology, & Human Values*, 33(3), 345–363. <https://doi.org/10.1177/0162243907306694>
- Goodwin, D. (2014). Decision-making and accountability: differences of distribution. *Sociology of Health & Illness*, 36(1), 44-59. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12042>

- Goodwin, D., Pope, C., Mort, M., & Smith, A. (2005). Access, boundaries and their effects: legitimate participation in anaesthesia. *Sociology of Health & Illness*, 27(6), 855-871. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00477.x>
- Halpern, J. (2007). Empathy and patient–physician conflicts. *Journal of general internal medicine*, 22(5), 696-700. doi: 10.1007/s11606-006-0102-3
- Haraway, D. (2014). Κυβερνητικό μανιφέστο: Επιστήμη, τεχνολογία και σοσιαλιστικός φεμινισμός στον ύστερο 20ό αιώνα. Στο Π. Μαρκέτου (μτφρ.), *Ανθρωποειδή, κυβόργια και γυναίκες: Η επανεπιινόηση της φύσης* (σ. 222-270). Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1991).
- Helmreich, R. L. (2000). On error management: lessons from aviation. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 781–785. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.781>
- Helmreich, R. L., & Davies, J. M. (1996). Human factors in the operating room: Interpersonal determinants of safety, efficiency and morale. *Bailliere's Clinical Anaesthesiology*, 10(2), 277–295. [https://doi.org/10.1016/S0950-3501\(96\)80017-1](https://doi.org/10.1016/S0950-3501(96)80017-1)
- Hindmarsh, J., & Pilnick, A. (2002). The tacit order of teamwork: Collaboration and embodied conduct in anesthesia. *The Sociological Quarterly*, 43(2), 139–164. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2002.tb00044.x>
- Hindmarsh, J., & Pilnick, A. (2007). Knowing Bodies at Work: Embodiment and Ephemeral Teamwork in Anaesthesia. *Organization Studies*, 28(9), 1395–1416. <https://doi.org/10.1177/0170840607068258>
- Hirschauer, S. (1991). The Manufacture of Bodies in Surgery. *Social Studies of Science*, 21(2), 279–319. <https://doi.org/10.1177/030631291021002005>
- Hirschauer, S. (1994). Towards a Methodology of Investigations into the Strangeness of One's Own Culture : A Response to Collins. *Social Studies of Science*, 24(2), 335–346. <https://doi.org/10.1177/030631279402400206>
- Hojat, M., Fields, S. K, Rattner, S. L., Griffiths, M., Cohen, M. J. & Plumb, J. D. (1997). Attitudes toward physician-nurse alliance: Comparisons of medical and nursing students. *Academic Medicine*, 72(10), S1-S3.
- Hojat, M., Nasca, T. J., Cohen, M. J., Fields, S. K., Rattner, S. L., Griffiths, M., Ibarra, D., de Gonzalez, A., Torres-Ruiz, A., Ibarra, G. & Garcia, A. (2001). Attitudes toward physician-nurse collaboration: a cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. *Nursing Research*, 50(2), 123-128. doi: 10.1097/00006199-200103000-00008

- Katz, P. (1981). Ritual in the Operating Room. *Ethnology*, 20(4), 335–350.
<https://doi.org/10.2307/3773355>
- Kelley, K. J. & Kelley, M. F. (2013). Teaching empathy and other compassion-based communication skills. *Journal for nurses in professional development*, 29(6), 321-324. doi: 10.1097/01.NND.0000436794.24434.90
- Latour, B. (1987). *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Latour, B. (1991). Technology is society made durable. In J. Law (eds.), *A sociology of Monsters. Essays on Power, Technology and Domination* (p.103-131). London: Routledge.
- Latour, B. (1993). *We have never been modern*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Latour, B. (1996). On Actor-Network Theory: A Few Clarifications. *Soziale Welt*, 47(4), 369-381.
- Latour, B. (1999a). On recalling ANT. *The Sociological Review*, 47(1_suppl), 15-25.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1999.tb03480.x>
- Latour, B. (1999b). *Pandora's hope: Essays on the reality of science studies*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Latour, B. (2004). How to Talk About the Body? The Normative Dimension of Science Studies. *Body & Society*, 10(2–3), 205–229.
<https://doi.org/10.1177/1357034X04042943>
- Latour, B. (2005b). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Law, J. & Callon, M. (1988). Engineering and sociology in a military aircraft project: A network analysis of technological change. *Social Problems*, 35(3), 284-297.
<https://doi.org/10.2307/800623>
- Law, J. (1992). Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity. *Systems Practice*, 5(4), 379-393. doi: 10.1007/BF01059830
- Law, J. (1994). *Organizing Modernity*. Oxford: Blackwell.
- Law, J. (1997). *The manager and his powers*. Lancaster: Centre for Science Studies, Lancaster University, <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Law-Manager-and-his-Powers.pdf>
- Law, J. (1999). After ANT: complexity, naming and topology. *The Sociological Review*, 47(1_suppl), 1-14. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1999.tb03479.x>

- Law, J. (2004). *After Method: Mess in Social Science Research*. London: Routledge
- Law, J. (2006). Traduction/trahison: Notes on ANT. *Convergencia*, 13(42), 47-72.
- Long, D., Hunter, C. & Van der Geest, S. (2008). When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography. *Anthropology & Medicine*, 15(2), 71-78.
<https://doi.org/10.1080/13648470802121844>
- Loss, M. (2012). Κατασκευάζοντας φύλο και επάγγελμα: Συγκρούσεις ανάμεσα σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό σε νοσοκομειακά ιδρύματα στη Γερμανία. Στο Χ. Οικονόμου & Μ. Σπυριδάκης (επιμ.), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας* (σ. 207-236). Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Lynch, M. (1994). Collins, Hirschauer and Winch: Ethnography, Exoticism, Surgery, Antisepsis and Dehorsification. *Social Studies of Science*, 24(2), 354–369.
<https://doi.org/10.1177/030631279402400208>
- Makaram, S. (1995). Interprofessional cooperation. *Medical Education*, 29(Suppl. 1), 65-69. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1995.tb02893.x>
- McMahan, E., Hoffman, K. & McGee, G. (1994). Physician-nurse relationships in clinical settings: A review and critique of the literature, 1966-1992. *Medical Care Research and Review*, 51(1), 83-112.
<https://doi.org/10.1177/107755879405100105>
- Mort, M., Goodwin, D., Smith, A. F. & Pope, C. (2005). Safe asleep? Human-machine relations in medical practice. *Social Science and Medicine*, 61(9), 2027-2037. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.008>
- Narayan, K. (1993). How native is a “native” anthropologist?. *American anthropologist*, 95(3), 671-686. <https://doi.org/10.1525/aa.1993.95.3.02a00070>
- Pandit, J. J. (2014). Monitoring (un) consciousness: the implications of a new definition of ‘anaesthesia’. *Anaesthesia*, 69(8), 801-807.
<https://doi.org/10.1111/anae.12668>
- Pavlovich-Danis, S., Forman, H. & Simek, P. P. (1998). The nurse-physician relationship: Can it be saved?. *Journal of Nursing Administration*, 28(7/8), 17-20.
- Pilnick, A. & Hindmarsh, J. (1999). “When You Wake Up It’ll All Be Over”: Communication in the Anaesthetic Room. *Symbolic Interaction*, 22(4), 345–360. <https://doi.org/10.1525/si.1999.22.4.345>
- Pink, S. (2004). *Doing visual ethnography*. London: Sage Publications.

- Prescott, P. A. & Bowen, S. A. (1985). Physician-nurse relationships. *Annals of Internal Medicine*, 103(1), 127-133. doi: 10.7326/0003-4819-103-1-127
- Prineas, S. (2014). A new definition of ‘anaesthesia’. *Anaesthesia*, 69(11), 1297-1297. <https://doi.org/10.1111/anae.12855>
- Schein, E.H. (1972). *Professional education*. New York: McGraw-Hill.
- Schlich, T. (2007). Surgery, science and modernity: Operating rooms and laboratories as spaces of control. *History of Science*, 45(3), 231-256. <https://doi.org/10.1177/007327530704500301>
- Schlich, T. (2017). The history of anaesthesia and the patient—reduced to a body?. *The Lancet*, 390(10099), 1020-1021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32362-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32362-0)
- Smith, A. F. & Mishra, K. (2010). Interaction between anaesthetists, their patients, and the anaesthesia team. *British journal of anaesthesia*, 105(1), 60-68. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq132>
- Smith, A. F., Mort, M., Goodwin, D. & Pope, C. (2003). Making monitoring ‘work’: human-machine interaction and patient safety in anaesthesia. *Anaesthesia*, 58(11), 1070-1078. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2003.03404.x>
- Smith, A. F., Pope, C., Goodwin, D., & Mort, M. (2005). Communication between anesthesiologists, patients and the anesthesia team: a descriptive study of induction and emergence. *Canadian Journal of Anesthesia*, 52(9), 915-20. doi: 10.1007/BF03022051
- Smith, A., Goodwin, D., Mort, M. & Pope, C. (2003). Expertise in practice: an ethnographic study exploring acquisition and use of knowledge in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 91(3), 319-328. <https://doi.org/10.1093/bja/aeg180>
- Sontag, S. (2005). *On Photography*. [ebook] New York: Rosetta Books LLC. <http://www.lab404.com/3741/readings/sontag.pdf> (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1977).
- Sprague-McRae, J. M. (1996). The advanced practice nurse and physician relationship: Considerations for practice. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 2(1), 33-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9447056>
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.
- Stein, L. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16(6), 699–

703. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730240055009>
- Stein, L. I., Watts, D. T. & Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. *The New England journal of medicine*, 322(8), 546-549. doi: 10.1056/NEJM199002223220810
- Street, A. & Coleman, S. (2012). Introduction: real and imagined spaces. *Space and Culture*, 15(1), 4-17. <https://doi.org/10.1177/1206331211421852>
- Sweet, S. J. & Norman, I. (1995). The nurse-doctor relationship: A selective literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 165-170. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22010165.x>
- Turner, V. W. (1969). *The ritual process: Structure and anti-structure*. Chicago: Aldine Publishing. Company.
- Van der Geest, S. (2005). ‘Sacraments’ in the hospital: Exploring the magic and religion of recovery. *Anthropology & Medicine*, 12(2), 135-150. doi:10.1080/13648470500139957
- Van Der Geest, S. & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: Introduction. *Social Science and Medicine*, 59(10 SPEC. ISS.), 1995–2001. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.004>
- Van Gennepe, A. (2016). *Τελετουργίες διάβασης. Συστηματική μελέτη των τελετών* (μτφρ. Θ. Παραδέλης & επιμ. Φ. Τερζάκης). Αθήνα: Εκδόσεις Ηριδανός. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1909).
- Whitehead, T. L. (2005). Basic Classical Ethnographic Research Methods Secondary Data Analysis, Fieldwork, Observation/Participant Observation, and Informal and Semi-structured Interviewing. Ethnographically informed community and cultural assessment research systems (EICCARS) working paper series. <http://www.cusag.umd.edu/documents/WorkingPapers/ClassicalEthnoMethods.pdf>
- WHO Patient Safety & World Health Organization. (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives*. Geneva : World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/44185>
- Zaman, S. (2008). Native among the natives: Physician anthropologist doing hospital ethnography at home. *Journal of Contemporary Ethnography*, 37(2), 135-154. <https://doi.org/10.1177/0891241607312495>

Zelek, B., & Phillips, S. P. (2003). Gender and power: Nurses and doctors in Canada. *International journal for equity in health*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-2-1>

Παράρτημα

Δήλωση Ενημερωμένης Συγκατάθεσης (Συνέντευξη)

Ονομασία της έρευνας:

Συναντήσεις και δρώμενα στο χειρουργείο: Μια εθνογραφική μελέτη της «παράστασης» της αναισθησιολογικής πρακτικής.

Ερευνήτρια:

Άννα Μπίθα

Χορηγοί:

Δεν υπάρχουν

Πριν ξεκινήσει η συνέντευξη, είναι σημαντικό να διαβάσετε τις ακόλουθες επεξηγήσεις. Η δήλωση περιγράφει το σκοπό, τις μεθόδους, τα οφέλη, τους κινδύνους και τις δυσχέρειες στη μελέτη. Επίσης, αναφέρεται το δικαίωμα που έχετε να αποσυρθείτε από τη μελέτη σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Δεν μπορούν να δοθούν εγγυήσεις ή διαβεβαιώσεις ως προς τα αποτελέσματα της μελέτης.

Σκοπός της έρευνας:

Η ανθρωπολογική προσέγγιση των αναισθησιολογικών πρακτικών, έτσι όπως αυτές διεξάγονται στο χώρο του χειρουργείου, και της διάδρασης μεταξύ ασθενών, εμπλεκόμενου προσωπικού και αντικειμένων-μηχανημάτων.

Τι θα σας ζητηθεί να κάνετε κατά τη διάρκεια της έρευνας:

Σας ζητείται να λάβετε μέρος σε μία ποιοτική μελέτη-εθνογραφία μέσω προσωπικής συνέντευξης. Η συνέντευξη θα καταγραφεί ηχητικά και κατόπιν θα απομαγνητοφωνηθεί.

Κίνδυνοι και δυσχέρειες:

Δεν διαβλέπω κανένα κίνδυνο ή δυσχέρεια είτε σωματική είτε ψυχολογική που να απορρέει από τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

Οφέλη από την έρευνα και οφέλη για το συμμετέχοντα:

Δεν υπάρχουν άμεσα οφέλη για το συμμετέχοντα στην παρούσα ποιοτική μελέτη. Εντούτοις, η μελέτη αναμένεται να επιφέρει γνώσεις σχετικά με τις πρακτικές της αναισθησιολογικής ομάδας και αυτή η γνώση θα μας δώσει τη δυνατότητα σχεδιασμού παρεμβάσεων προσανατολισμένων στην ασφαλή χορήγηση αναισθησίας, καθώς και να αναγνωριστούν τυχόν ανάγκες και προβλήματα που απαιτούν λύση.

Εθελοντική συμμετοχή:

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι τελείως εθελοντική και μπορείτε να επιλέξετε να σταματήσετε να συμμετέχετε σε οποιαδήποτε στιγμή. Η απόφαση για μη συμμετοχή ή διακοπή της συμμετοχής σας δεν έχει κανένα αντίκτυπο, ούτε τώρα, ούτε και στο μέλλον.

Απόσυρση από την έρευνα:

Μπορείτε να σταματήσετε να συμμετέχετε στη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή και για οποιοδήποτε λόγο, εάν εσείς το αποφασίσετε. Εάν δεν συμφωνείτε να απαντήσετε σε κάποια/-οιες ερώτηση/-εις αυτή η απόφασή σας δεν έχει κανένα αντίκτυπο, ούτε τώρα, ούτε και στο μέλλον.

Κόστος και/ή αμοιβή στους συμμετέχοντες στην ερευνητική μελέτη:

Δεν υπάρχει κανένα κόστος για να συμμετέχετε στη μελέτη και δεν προβλέπεται καμία αμοιβή για τη συμμετοχή σας.

Εμπιστευτικότητα:

Όλες οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν από τη μελέτη θα παραμείνουν εμπιστευτικές. Η συμμετοχή σας δεν θα αποκαλυφθεί σε κανένα μη εξουσιοδοτημένο άτομο και δεν υπάρχει κανένας τρόπος αναγνώρισης της ταυτότητάς σας. Επίσης, τηρείται η εμπιστευτικότητα σε όλη τη δυνατή, από το νόμο, έκταση.

Ερωτήσεις σχετικά με την έρευνα:

Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία για την έρευνα γενικά ή για το ρόλο σας στη μελέτη, παρακαλώ μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου είτε τηλεφωνικά (6939246099) είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (bithaanna@gmail.com).

Συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα

Μονογραφή _____

Δήλωση Ενημερωμένης Συγκατάθεσης (Λήψη Φωτογραφιών)

Ονομασία της έρευνας:

Συναντήσεις και δρώμενα στο χειρουργείο: Μια εθνογραφική μελέτη της παράστασης της αναισθησιολογικής πρακτικής.

Ερευνήτρια:

Άννα Μπίθα

Χορηγοί:

Δεν υπάρχουν

Πριν ξεκινήσει η λήψη φωτογραφιών, είναι σημαντικό να διαβάσετε τις ακόλουθες επεξηγήσεις. Η δήλωση περιγράφει το σκοπό, τις μεθόδους, τα οφέλη, τους κινδύνους και τις δυσχέρειες στη μελέτη. Επίσης, αναφέρεται το δικαίωμα που έχετε να αποσυρθείτε από τη μελέτη σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Δεν μπορούν να δοθούν εγγυήσεις ή διαβεβαιώσεις ως προς τα αποτελέσματα της μελέτης.

Σκοπός της έρευνας:

Η ανθρωπολογική προσέγγιση των αναισθησιολογικών πρακτικών, έτσι όπως αυτές διεξάγονται στο χώρο του χειρουργείου, και της διάδρασης μεταξύ ασθενών, εμπλεκόμενου προσωπικού και αντικειμένων-μηχανημάτων.

Τι θα σας ζητηθεί να κάνετε κατά τη διάρκεια της έρευνας:

Σας ζητείται να λάβετε μέρος σε μία ποιοτική μελέτη-εθνογραφία μέσω λήψης φωτογραφιών στο χώρο του χειρουργείου και σε χρόνο που να μη διαταράσσεται η εύρυθμη λειτουργία του τμήματος.

Κίνδυνοι και δυσχέρειες:

Δεν διαβλέπω κανένα κίνδυνο ή δυσχέρεια είτε σωματική είτε ψυχολογική που να απορρέει από τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

Οφέλη από την έρευνα και οφέλη για το συμμετέχοντα:

Δεν υπάρχουν άμεσα οφέλη για το συμμετέχοντα στην παρούσα ποιοτική μελέτη. Εντούτοις, η μελέτη αναμένεται να επιφέρει γνώσεις σχετικά με τις πρακτικές της αναισθησιολογικής ομάδας και αυτή η γνώση θα μας δώσει τη δυνατότητα σχεδιασμού παρεμβάσεων προσανατολισμένων στην ασφαλή χορήγηση αναισθησίας, καθώς και να αναγνωριστούν τυχόν ανάγκες και προβλήματα που απαιτούν λύση.

Εθελοντική συμμετογή:

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι τελείως εθελοντική και μπορείτε να επιλέξετε να σταματήσετε να συμμετέχετε σε οποιαδήποτε στιγμή. Η απόφαση για μη συμμετοχή ή διακοπή της συμμετοχής σας δεν έχει κανένα αντίκτυπο, ούτε τώρα, ούτε και στο μέλλον.

Απόσυρση από την έρευνα:

Μπορείτε να σταματήσετε να συμμετέχετε στη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή και για οποιοδήποτε λόγο, εάν εσείς το αποφασίσετε. Εάν δεν συμφωνείτε με τη λήψη κάποιας/ων φωτογραφίας/ιών και αποφασίσετε να αποσυρθείτε από τη συγκεκριμένη διαδικασία, αυτή η απόφασή σας δεν έχει κανένα αντίκτυπο, ούτε τώρα, ούτε και στο μέλλον.

Κόστος και/ή αμοιβή στους συμμετέχοντες στην ερευνητική μελέτη:

Δεν υπάρχει κανένα κόστος για να συμμετέχετε στη μελέτη και δεν προβλέπεται καμία αμοιβή για τη συμμετοχή σας.

Εμπιστευτικότητα:

Όλες οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν από τη μελέτη θα παραμείνουν εμπιστευτικές. Η συμμετοχή σας δεν θα αποκαλυφθεί σε κανένα μη εξουσιοδοτημένο άτομο και δεν υπάρχει κανένας τρόπος αναγνώρισης της ταυτότητάς σας, εκτός και αν αποφασίσετε εγγράφως ότι θέλετε να φανεί το πρόσωπό σας στις φωτογραφίες. Επίσης, τηρείται η εμπιστευτικότητα σε όλη τη δυνατή, από το νόμο, έκταση.

Ερωτήσεις σχετικά με την έρευνα:

Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία για την έρευνα γενικά ή για το ρόλο σας στη μελέτη, παρακαλώ μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου είτε τηλεφωνικά (6939246099) είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (bithaanna@gmail.com).

Συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα

Μονογραφή _____