

ΝΡ: 10192
ΚΟΕ: 7115

**ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ : Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΑΛΕΞΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ



05 ΑΠΡ. 1999

ΑΘΗΝΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 1998

Στους γονείς μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	9
----------------	---

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Εισαγωγή	17
ΣΤΑΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	
α) Από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο μέχρι τις Αρχές του 1960	18
β) Από τα Τέλη του 1960 μέχρι και τα Τέλη του 1980	20
γ) Από τα Τέλη του 1980 μέχρι και τις Μέρες μας	24
Συμπερασματικές Παρατηρήσεις	25

2) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

A) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Εισαγωγή	27
Ιπποκρατική Ιατρική	28
Ο Γαληνός	32
Η Περίοδος του Μεσαίωνα	35
Η Αναγέννηση	36
Ο Διαφωτισμός και η Σύγχρονη Ιατρική	39
Συμπερασματικές Παρατηρήσεις	40

B) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ.

Εισαγωγή	43
Το Νοσοκομείο	44
Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας	46

Συμπερασματικές Παρατηρήσεις	48
------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1) ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Εισαγωγή	50
Κλασική Γραφειοκρατική Προσέγγιση	53
Το Νοσοκομείο ως «Νοσηματοδοτούμενη Τάξη»	56
Το Νοσοκομείο ως «Διαπραγματευτική Τάξη»	58
Η Σύγκρουση των Δύο Εξουσιών	58
Η Έννοια του «Επικίνδυνου»	60
Η «Διαπραγματευτική Τάξη»	61
Ο Ρόλος του Κράτους	63
Συμπερασματικές Παρατηρήσεις	64

2) Ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ

Εισαγωγή	66
A) Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	
Εισαγωγή	67
Το Μάθημα της Ανατομίας (M. Foucault)	68
Επαγγελματοποίηση της Επιστημονικής Ιατρικής (E. Freidson)	79
Ο Επαγγελματισμός	81
Τυποποιημένη - Μη τυποποιημένη Γνώση	86
Ο Κοινωνικός Χαρακτήρας του Επιστημονικού Λόγου	87

B) Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ

Εισαγωγή	95
Η Έννοια της Εξουσίας στον M. Foucault	96
Η Έννοια της Εξουσίας στον E. Freidson	98
Η Έννοια της Εξουσίας στην Ανάλυση του Κοινωνικού Πλαισίου	99

Η Ιδιαιτερότητα της Ιατρικής Εξουσίας	100
Συμπερασματικές Παρατηρήσεις	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ

1) Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

Εισαγωγή	107
----------------	-----

A) Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

Καπιταλισμός και Ιατρική	107
Γυναίκες και Ιατρική	115
Ο Κοινωνικός Ρόλος της Ασθένειας	116
Συμπερασματικές παρατηρήσεις	125

B) Η ΔΟΜΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Κοινωνική Ανατομία	126
Η Απολύμανση	134
Συμπερασματικές Παρατηρήσεις	139

2) ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Εισαγωγή	140
Ο Θάνατος	140
Ο Θάνατος στο Πέρασμα του Χρόνου	141
Το Νόημα του Θανάτου	151
Ιατρική Πράξη	159
Η Ιδεολογική Χρήση του Θανάτου	166
Ιατρική Διαμεσολάβηση	178
Συμπερασματικές Παρατηρήσεις	189

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	191
--------------------------	-----

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	203
---------------------------------------	-----

ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Εισαγωγή	206
Οι Σχέσεις :	
ΓΙΑΤΡΟΣ-ΑΣΘΕΝΗΣ	208
ΓΙΑΤΡΟΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	214
ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΣΗ-ΓΙΑΤΡΟΙ	232
Συμπερασματικές παρατηρήσεις	243

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΟΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ Μ. Ε. Θ.

Εισαγωγή	245
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ	251
ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ	257
ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ	261
ΟΙ Μ.Ε.Θ. ΩΣ ΟΛΟΠΑΓΕΣ ΙΔΡΥΜΑ	271

Συμπερασματικές παρατηρήσεις	281
------------------------------------	-----

2) Η ΜΟΡΦΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ.

Οι Σχέσεις :

ΓΙΑΤΡΟΣ - ΑΣΘΕΝΗΣ	282
Ιατρική Ανάνηψη	284
ΓΙΑΤΡΟΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	292
ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΣΗ - ΓΙΑΤΡΟΙ	302

3) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι Σχέσεις :

ΓΙΑΤΡΟΣ - ΑΣΘΕΝΗΣ	306
ΓΙΑΤΡΟΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	324
ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΣΗ - ΓΙΑΤΡΟΙ	337

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	341
--------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	349
-----------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	365
--------------------	-----

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διατριβή αποτελεί το αποτέλεσμα μια σκληρής προσπάθειας πέντε χρόνων. Στο μεγαλύτερο διάστημα εκπόνησης της διατριβής η πορεία ήταν ομαλή και σύμφωνη με το χρονοδιάγραμμα που είχε οριστεί. Παρόλα αυτά υπήρξαν αρκετές δύσκολες στιγμές κατά τις οποίες σημαντική ήταν η βοήθεια συγκεκριμένων ατόμων τα οποία την στήριξαν και επιδοκίμασαν την συνέχιση της. Η βοήθεια αυτή τις περισσότερες φορές ήταν ηθική, ενώ κάποιες φορές είχε να κάνει με την κατανόηση, τόσο θεωρητικών εννοιών όσο και πρακτικών ενεργειών, ιδιαίτερα στο χώρο της μονάδας εντατικής θεραπείας. Κατά τη διάρκεια περάτωσης της διατριβής υπάρχει ένα σύνολο ατόμων τα οποία συντέλεσαν στην ολοκλήρωσή της.

Πρώτα απ' όλα θέλω να ευχαριστήσω τον πρόεδρο της επιτροπής, Επίκουρο καθηγητή κύριο Κωνσταντίνο Κοσκινά, για την συνεχή συμπαράσταση του όλα αυτά τα χρόνια. Ο κύριος Κοσκινάς αποτελεί άλλωστε και τον πυρήνα της παρούσης διατριβής. Το μόνο που μπορώ να του προσφέρω είναι τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη και ένα μεγάλο ευχαριστώ. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στα μέλη της επιτροπής τον Καθηγητή κύριο Νεοκλή Σαρρή και τον καθηγητή κύριο Στάμο Παπαστάμου για την εμπιστοσύνη και την βοήθεια την οποία μου προσέφεραν.

Σημαντική ήταν και η συμπαράσταση δύο ακόμη ατόμων, χωρίς την βοήθεια των οποίων η παρούσα διατριβή δεν θα είχε πραγματοποιηθεί. Της Καθηγήτριας Κυρίας Νότας Κυριαζή και του γιατρού Νικολάου Φίλια.

Σημαντική εν τέλει ήταν η βοήθεια όλου του προσωπικού της μονάδας στην οποία διεξήγαμε την συμμετοχική παρατήρηση, των οποίων οι κανόνες της εμπιστοσύνης δεν μας επιτρέπουν να αναφέρουμε τα ονόματα.

Εισαγωγή

Στη βιβλιογραφία η σχέση της κοινωνιολογίας με την ιατρική εκφράζεται στη βασική διάκριση μεταξύ **Κοινωνιολογίας στην Ιατρική** (Sociology in Medicine) και **Κοινωνιολογίας της Ιατρικής** (Sociology of Medicine).¹

Η «κοινωνιολογία στην ιατρική» εμφορείται από ιατρικές αξίες και ιατρικές επαγγελματικές ανάγκες. Πιο συγκεκριμένα, κυριαρχείται από την ιατρική οπτική θέασης της πραγματικότητας. Η κοινωνιολογία σε αυτήν την προσέγγιση, χρησιμοποιείται εργαλειακά για την επίλυση διαφόρων προβλημάτων (π.χ. στη σχέση του γιατρού με τον ασθενή), ιδιαίτερα όπως αυτά προσδιορίζονται από την πλευρά του γιατρού : ανάγκη συμμόρφωσης του ασθενή στις υποδείξεις του γιατρού.

Αντιθέτως, «η κοινωνιολογία της ιατρικής» ή / «κοινωνιολογία της ασθένειας και της υγείας» (Sociology of Health and Illness), όπως αλλιώς ονομάζεται, ασχολείται με την φύση της ιατρικής ως επάγγελμα και ως μορφή κοινωνικής δραστηριότητας. Ξεφεύγει έτσι αυτή η οπτική, από μια παθητική αναπαραγωγή της ιατρικής αντίληψης για την υγεία, την ασθένεια, την ζωή και το θάνατο, τη σχέση με τον ασθενή και την ευρύτερη κοινωνία, η οποία ιατρική αντίληψη αγνοεί το ρόλο και την σημασία των δρώντων υποκειμένων. Η κοινωνιολογία της ιατρικής αναλύει κριτικά την διαδικασία γέννησης, επαγγελματοποίησης και εδραίωσης της επιστημονικής ιατρικής, ως τη μονοπωλιακή μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες². Ασχολείται επίσης με την ανάδειξη του κοινωνικού χαρακτήρα της επιστημονικής γνώσης, επιχειρώντας την αποδόμηση του επιστημονικού ιατρικού λόγου, και την επανασύστασή του ως μορφή κοινωνικής δράσης. Ιδιαίτερο χώρο έρευνας αποτελεί το νοσοκομείο, ως την κυριότερη μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες, καθώς και η ανάλυση των σχέσεων οι οποίες παρατηρούνται μέσα στο πλαίσιο του καταμερισμού της νοσοκομειακής εργασίας (π.χ. σχέση γιατρού νοσηλεύτριας). Η κριτική διάσταση της κοινωνιολογίας της ιατρικής έγκειται στην προσπάθεια ανάδειξης του κοινωνικού χαρακτήρα και περιεχομένου των περισσότερων ιατρικών όρων (θάνατος, ασθένεια), και σχέσεων (γιατρός - ασθενής).

Όπως και η κοινωνιολογία ευρύτερα, ο χώρος της κοινωνιολογίας της ιατρικής χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη δύο γενικά θεωρητικών μοντέλων ανάλυσης

¹ Για την διάκριση βλέπε, Turner B. (1995), *Medical Knowledge and Social Power*, Sage, σελ. 2.

² Freidson E. (1970), *The Profession of Medicine*, Dodd, Mead and Co.

(τάσεις) : το συγκρουσιακό και το συναινετικό. Το πρώτο μοντέλο, το συγκρουσιακό, εστιάζοντας στην έννοια της εξουσίας προβάλλει το ανταγωνιστικό, εκμεταλλευτικό χαρακτήρα των κοινωνικών σχέσεων. Αντιθέτως στο πλαίσιο του συναινετικού μοντέλου ανάλυσης, συγκαλύπτεται η συγκρουσιακή διάσταση των κοινωνικών σχέσεων, στην παρουσίαση μιας λειτουργιστικής λογικής, όπου τα πάντα συνυπάρχουν συμπληρωματικά για την εξυπηρέτηση των αναγκών του συγκεκριμένου κοινωνικού συστήματος. Η κοινωνία στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, αναπαραγάγει αρμονικά χωρίς κοινωνικές συγκρούσεις και τριβές.

Ο θεωρητικός προσανατολισμός που υιοθετεί η παρούσα διατριβή προσεγγίζει την κοινωνιολογία της ιατρικής ακολουθώντας το συγκρουσιακό μοντέλο ανάλυσης αναδεικνύοντας κριτικά την εξουσιαστική παρέμβαση της ιατρικής πάνω στην κοινωνία, στο άτομο και στο σύνολο των κοινωνικών σχέσεων. Η έννοια της εξουσίας λοιπόν αποτελεί βασική αναλυτική κατηγορία της κοινωνιολογίας της ιατρικής στο πλαίσιο του συγκρουσιακού μοντέλου. Στο πλαίσιο μιας κριτικής, συγκρουσιακής κοινωνιολογίας της ιατρικής η ανάδειξη του εξουσιαστικού, παρεμβατικού χαρακτήρα της επιστημονικής ιατρικής θεμελιώνει την άποψη ότι η ιατρική είναι πρώτα και κύρια μορφή κοινωνικών σχέσεων.

Η παρούσα έρευνα εντασσόμενη στο χώρο της κοινωνιολογίας της ιατρικής, επιχειρεί την ανάλυση της οργάνωσης, της δομής και της λειτουργίας (στη βάση των σχέσεων εξουσίας που αναπτύσσονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) του σύγχρονου νοσοκομειακού συστήματος. Το νοσοκομείο είναι ο χώρος όπου παρατηρούνται οι σχέσεις οι οποίες εκφράζουν την σύγχρονη ιατρική : σχέση γιατρού - ασθενή, γιατρού - νοσηλεύτριας.

Ο χώρος του νοσοκομείου, και ειδικότερα ο χώρος των μονάδων εντατικής θεραπείας, δεν έχει αποτελέσει συχνά αντικείμενο κοινωνιολογικής έρευνας. Οι έρευνες οι οποίες έχουν διεξαχθεί στο χώρο των Μ.Ε.Θ. είναι ελάχιστες, και έχουν αναπτυχθεί κατά την τελευταία δεκαετία κυρίως από στο εξωτερικό. Στην Ελλάδα οι έρευνες στο συγκεκριμένο χώρο είναι ελάχιστες³ και προέρχονται κυρίως από το χώρο της ιατρικής.

Τόσο οι έρευνες οι οποίες απαντώνται στην ελληνική βιβλιογραφία, όσο και αυτές οι οποίες έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό, κυριαρχούνται από ένα εργαλειακό

μοντέλο. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των ερευνών εξαντλείται σε μια περιγραφική εικόνα της κατάστασης η οποία ισχύει στις Μ.Ε.Θ (ποσοστό θανάτων ανά μονάδα, ημερήσιο κόστος, κατανομή προσωπικού). Ακόμη όμως και στο πλαίσιο της περιγραφικής ανάλυσης, αυτό που αποτυπώνεται είναι η ύπαρξη διαφορετικών και συγκρουόμενων ομάδων (γιατροί, νοσοκόμοι, ασθενείς), που στο σύνολό τους συγκροτούν το χώρο των Μ.Ε.Θ. Η ανάδειξη αυτών των ομάδων, παρότι θεωρείται ως θετικό στοιχείο, συγκαλύπτει στο πλαίσιο μιας λειτουργιστικής θεώρησης το συγκρουσιακό στοιχείο στις αναμεταξύ και διαμεταξύ σχέσεις των ομάδων, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί μια θετικιστική αντίληψη για την αρμονική συνύπαρξη αυτών των διαφορετικών ομάδων. Κοινός λειτουργικός στόχος είναι η επιβίωση του ασθενή.

Το βασικό εγχείρημα της διατριβής συνίσταται στην ανάλυση της επιστημονικής ιατρικής γνώσης έτσι ώστε να γίνεται δυνατή η ανάδειξη του εξουσιαστικού χαρακτήρα της επιστημονικής ιατρικής. Ιδιαίτερα μάλιστα όπως αυτή εκφράζεται στο χώρο του νοσοκομείου, και ακόμη περισσότερο στις Μ.Ε.Θ. Μια τέτοια προσέγγιση απαιτεί την ανάλυση της παραγωγής και αναπαραγωγής της ιατρικής επιστημονικής γνώσης. Η έννοια της ιατρικής γνώσης, ως μορφή εξουσίας, θεωρείται για τις ανάγκες της έρευνας ως η βασική κατηγορία ανάλυσης της επιστημονικής ιατρικής.

Η σύγχρονη ιατρική γνώση χαρακτηρίζεται ως επιστημονική και αυτή ακριβώς η «επιστημονικότητα» της την ξεχωρίζει από τις άλλες μορφές ιατρικής προσδίδοντας της ιδιαιτερότητα. Αυτή η ιδιαιτερότητα, όπως θα παρουσιάσουμε στο τμήμα στο οποίο θα ασχοληθούμε με την ιστορία της επιστημονικής ιατρικής, πηγάζει και συνδέεται με την εμφάνιση και την εγκαθίδρυση της αστικής κοινωνίας η οποία προώθησε και νομιμοποίησε την έννοια του επιστημονικού λόγου. Κάθε σχέση η οποία αναπτύσσεται στο πλαίσιο της σύγχρονης ιατρικής (σχέση γιατρός-ασθενής, γιατρός-νοσηλεύτρια), δομείται πάνω σε αυτήν την ιδιαιτερότητα της ιατρικής γνώσης. Σε αυτή τη βάση νομιμοποιείται και η επέμβαση του «ειδικού», του επιστήμονα, σε κάθε διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Συνεπώς κάθε ανάλυση των σχέσεων τις οποίες διαμορφώνει η ιατρική πρέπει να ξεκινά με μια ανάλυση της ιατρικής γνώσης. Η σύνδεση της ιδιαιτερότητας της επιστημονικής ιατρικής γνώσης με την έννοια της εξουσίας θεωρούμε ότι οδηγεί στην εξήγηση του συγκρουσιακού χαρακτήρα του συ-

³ Βιβλιογραφία για έρευνες στο χώρο των Μ.Ε.Θ. τόσο από το εξωτερικό, όσο και κάποιες ελληνικές

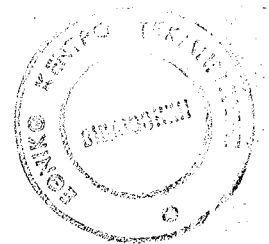
νόλου των σχέσεων οι οποίες συναντώνται στο πλαίσιο του νοσοκομείου. Τόσο οι αναλύσεις των θεωρητικών της Διοίκησης, όσο και οι κλασικές κοινωνιολογικές αναλύσεις περί γραφειοκρατίας⁴ αποτυγχάνουν να εξηγήσουν το σύνολο των οργανωτικών σχέσεων του νοσοκομείου, διότι δεν λαμβάνουν υπόψη τους την ιδιαιτερότητα του επιστημονικού εξουσιαστικού ιατρικού λόγου (επιστημονική γνώση), ο οποίος παρεμβαίνει ενεργά στην διαμόρφωση των σχέσεων.

Η μονοπώληση της επιστημονικής, «αντικειμενικής» γνώσης από τους γιατρούς διαμορφώνει ευθύς εξαρχής το σύνολο των εξουσιαστικών σχέσεων στο πλαίσιο του νοσοκομείου. Για το λόγο αυτό, στο πλαίσιο της παρούσης μελέτης οι απόψεις του Foucault προσφέρουν το αναγκαίο θεωρητικό πλαίσιο για την σύνδεση της γνώσης - εξουσίας, καθώς και τα κατάλληλα ερμηνευτικά «εργαλεία» ανάλυσης της οργάνωσης των σχέσεων οι οποίες διαμορφώνονται στο νοσοκομείο και ιδιαίτερα στις Μ.Ε.Θ. Στηριζόμενοι στην θεωρία του Foucault βλέπουμε από ένα νέο πρίσμα τις θεωρίες οι οποίες ασχολούνται με τη γέννηση, εδραίωση (επαγγελματοποίηση-Freidson) και άσκηση της επιστημονικής ιατρικής, ως τη μονοπωλιακή μορφή υπηρεσιών υγείας. Μέσω αυτής της πρότασης οδηγούμεθα στην διατύπωση προς διερεύνηση τριών εξουσιαστικών σχέσεων (α. γιατρός-ασθενής, β. γιατρός-νοσηλεύτρια και γ. γιατρός-ιατρική γνώση), στην διαμόρφωση των οποίων προσδιοριστικό, επεξηγηματικό ρόλο έχει ο βαθμός και η ποιότητα της κατοχής επιστημονικής γνώσης.

Οι δύο πρώτες σχέσεις, α) γιατρός - ασθενής και β) γιατρός - νοσηλεύτρια αφορούν την αναπαραγωγή της υπάρχουσας ιατρικής γνώσης, όπως αυτή παρεμβαίνει στο καθημερινό πλαίσιο διαμόρφωσης των εξουσιαστικών σχέσεων. Οι σχέσεις μεταξύ των ομάδων των γιατρών, των νοσηλευτριών και των ασθενών προσδιορίζονται, με άλλα λόγια, από την κατανομή της ήδη υπάρχουσας επιστημονικής γνώσης η οποία κατευθύνει τις εκάστοτε συμπεριφορές.

Η τρίτη σχέση γ) γιατρός - ιατρική γνώση, αφορά την παραγωγή της νέας ιατρικής γνώσης στα εργαστήρια, τα πανεπιστήμια και τα νοσοκομεία, της οποίας γνώσης κάτοχοι γίνονται οι γιατροί, μέσα από την εκπαιδευτική και ερευνητική τους δραστηριότητα, μέσα από την πείρα που αποκτούν κατά την άσκηση της ιατρικής και τέλος μέσα από τις επικοινωνιακές σχέσεις που αναπτύσσουν με άλλους συναδέλφους.

θα παρουσιαστούν σε επόμενο κεφάλαιο όπου ασχολούμαστε αποκλειστικά με το χώρο των Μ.Ε.Θ.



Βασιζόμενοι στο έργο του Foucault, και αξιοποιώντας τα βασικά στοιχεία των απόψεων του για την σύνδεση της εξουσίας με την γνώση και τη σχέση τους με την ευρύτερη κοινωνιολογική θεωρία μας δίνεται η δυνατότητα να προσεγγίσουμε πέρα από την σχέση γιατρός - ασθενής (στην οποία είχε περιορίσει την ανάλυσή του ο Foucault) και τις υπόλοιπες σχέσεις οι οποίες υπάρχουν στο νοσοκομείο. Συγκροτείται έτσι ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο εννοιολόγησης της ιατρικής εξουσίας, το οποίο θα αφορά το σύνολο των σχέσεων που αναπτύσσονται στο πλαίσιο της ιατρικής, ως επιστήμης (γνώση), ως επάγγελμα και ως κοινωνικής δράσης.

Ο χώρος των Μ.Ε.Θ. έχει επιλεγεί ως ο χώρος διεξαγωγής της έρευνας, διότι εκφράζει σχεδόν κατά απόλυτο τρόπο την εξουσιαστική λογική της επιστημονικής ιατρικής. Στο χώρο αυτό κυριαρχεί η σχέση ζωή - θανάτου, σχέση η οποία αποτελεί και τη θεμελιώδη αρχή στο ιδεολογικό κατασκεύασμα της επιστημονικής ιατρικής. Οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν κατά έναν τρόπο την ιδεοτυπική έκφραση του εξουσιαστικού χαρακτήρα της επιστημονικής ιατρικής, αποτελούν δηλαδή τον χώρο όπου οι σχέσεις τις οποίες αναπτύσσει η επιστημονική ιατρική, εμφανίζονται στην πιο «καθαρή» μορφή τους. Οι Μ.Ε.Θ. δηλαδή μας προσφέρουν το αντιπροσωπευτικό παράδειγμα των ιατρικών εξουσιαστικών σχέσεων και για το λόγο αυτό αποτελούν ιδανικό αντικείμενο της έρευνας.

Η βασική μέθοδος η οποία χρησιμοποιείται για την διεξαγωγή της έρευνας είναι η συμμετοχική παρατήρηση. Η παραμονή και η συμμετοχή στις δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρο στις Μ.Ε.Θ., η συλλογή και καταγραφή των καθημερινών δραστηριοτήτων, καθώς και η συζήτηση με τους παράγοντες που εμπλέκονται στη δομή και τη λειτουργία τους, θεωρείται ως η πλέον κατάλληλη μέθοδος για την κατανόηση και ανάδειξη της ιδιαίτερης λογικής την οποία εξυπηρετούν οι Μ.Ε.Θ.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, ένα θεωρητικό και ένα εμπειρικό.

Στο θεωρητικό μέρος, το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην παρουσίαση της γενικότερης βιβλιογραφίας η οποία έχει αναπτυχθεί στο χώρο της κοινωνιολογίας της ιατρικής, από τις απαρχές της εμφάνισής της ως ιδιαίτερο γνωστικό αντικείμενο. Επίσης το κεφάλαιο αυτό εμπεριέχει μια σύντομη ιστορική προσέγγιση της εμφάνισης της επιστημονικής ιατρικής, της ιστορικής πορείας του νοσοκομείου και των Μ.Ε.Θ.,

⁴ Βλέπε το κεφάλαιο όπου παρουσιάζονται οι θεωρίες της οργάνωσης.

παρουσιάζοντας τους κυριότερους σταθμούς στην γέννηση, εξέλιξη και εγκαθίδρυσή τους, ως τις νόμιμες μορφές παροχής υπηρεσιών υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες.

Το δεύτερο κεφάλαιο ασχολείται με την παρουσίαση των βασικών οργανωτικών θεωριών οι οποίες ασχολούνται με το χώρο του νοσοκομείου. Η ανάλυση αυτή στηρίζεται σε μια χρονολογική σειρά παρουσίασης των θεωριών, ξεκινώντας από την κλασική Βεμπεριανή θεωρία και φθάνοντας μέχρι και την θεωρία της «διαπραγματευτικής τάξης»⁵. Επίσης στο θεωρητικό αυτό κεφάλαιο παρουσιάζονται οι βασικότερες θεωρίες οι οποίες αναφέρονται στην γέννηση, εμφάνιση και επαγγελματοποίηση της επιστημονικής ιατρικής. Την παρουσίαση αυτών των θεωριών ακολουθεί η ανάδειξη της ιδιαίτερης εννοιολόγησης της ιατρικής εξουσίας, την οποία επιχειρεί η κάθε μία από αυτές τις προσεγγίσεις. Το κεφάλαιο καταλήγει στην διατύπωση της θεωρητικής μας πρότασης για την εννοιολόγηση της ιατρικής εξουσίας.

Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με την έκφραση της ιατρικής εξουσίας στο πλαίσιο της σχέσης ιατρική - κοινωνία. Μεθοδολογική βάση αποτελεί η έννοια της ιατρικής εξουσίας, η οποία εννοιολογείται ως η τάση προς τη μονοπώληση της επιστημονικής, «αντικειμενικής» γνώσης. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται οι μηχανισμοί και οι λειτουργίες μέσω των οποίων εκφράζεται η εξουσία της ιατρικής πάνω στην κοινωνία σε δύο επίπεδα : α) Ως αναπαραγωγή των ευρύτερων εξουσιαστικών σχέσεων και β) ως έκφραση της δομικής εξουσίας του ιατρικού λόγου. Μέσω της ανάλυσης της δομικής εξουσίας της ιατρικής αναδεικνύεται το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ιατρικής εξουσίας, η δυνατότητά της δηλαδή να επεκτείνεται σε κάθε σφαίρα, της ανθρώπινης ύπαρξης και των κοινωνικών σχέσεων⁶. Η ανάλυση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η σχέση ζωή - θάνατος είναι η σχέση στην οποία η εξουσία της ιατρικής πάνω στις κοινωνικές σχέσεις και το άτομο τείνει να απολυτοποιείται

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία η οποία ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας. Επίσης επιχειρείται η εξήγηση της σχέσης της έρευνας με την κοινωνιολογική θεωρία γενικότερα, καθώς και η παρουσίαση της δυνατότητας της κοινωνιολογίας να αναλύσει το συγκεκριμένο αντικείμενο.

Στο δεύτερο μέρος, το εμπειρικό, το πρώτο κεφάλαιο ασχολείται με την εμπειρική εγχειρηματοποίηση της έννοιας της ιατρικής εξουσίας, και τη διατύπωση

⁵ Strauss A. et. al. (1963), *The Hospital and its Negotiated Order*, στο Freidson E. (1963), *The Hospital in Modern Society*, Free Press.

⁶ Το χαρακτηριστικό αυτό υπάρχει και ως στοιχείο του ορισμού της ιατρικής εξουσίας.

των υποθέσεων της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα στο πρώτο αυτό κεφάλαιο αναλύεται η εμπειρική έκφραση της ιατρικής εξουσίας, όπως αυτή εκφράζεται στη μορφή οργάνωσης του νοσοκομείου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση του χώρου των Μ.Ε.Θ. Οι Μ.Ε.Θ. παρουσιάζονται από τη λειτουργική, την οργανωτική, τη χωροταξική και την τελετουργική πλευρά. Επίσης παρουσιάζεται το εμπειρικό / ερευνητικό μοντέλο της έρευνας. Εφόσον οι Μ.Ε.Θ. κυριαρχούνται από την σχέση ζωή - θάνατος, στην οποία σχέση η εξουσία της ιατρικής τείνει να απολυτοποιείται, τότε και οι εμπειρικές σχέσεις οι οποίες εκφράζουν την εξουσία της ιατρικής στην βάση της μονοπωλιακής κατοχής της γνώσης, πρέπει να τείνουν να απολυτοποιούνται. Σε αυτή τη λογική υποτίθεται ότι οι Μ.Ε.Θ. τείνουν να εκφράζουν την απολυτοποίηση της επιστημονικής ιατρικής. Οι δε τρεις σχέσεις που διερευνώνται και αναλύονται θα πρέπει επίσης στο χώρο των Μ.Ε.Θ. να τείνουν στην απολυτοποίησή τους. Τέλος στο κεφάλαιο αυτό γίνεται η παρουσίαση των δεδομένων τα οποία προέκυψαν κατά την διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης και τα οποία ελέγχουν την βασική ερευνητική υπόθεση.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα συμπεράσματα που καταλήγει η έρευνα στις Μ.Ε.Θ. Πιο συγκεκριμένα επιχειρείται η σύνδεση των αποτελεσμάτων τη έρευνας για την μορφή οργάνωσης των Μ.Ε.Θ. με τον ευρύτερο προσανατολισμό του επιστημονικού λόγου στην θεραπεία και όχι στην πρόληψη της ασθένειας.

Τέλος υπάρχει παράρτημα όπου παρουσιάζονται τα στοιχεία τα οποία συλλέχθηκαν στη Μ.Ε.Θ. Επίσης στο κεφάλαιο αυτό παρατίθεται και η μεθοδολογία η οποία χρησιμοποιείται για την διεξαγωγή της συμμετοχικής παρατήρησης, με αναφορά στην πλειάδα των προβλημάτων και των ζητημάτων τα οποία αντιμετωπίστηκαν κατά την διαδικασία διεξαγωγής της.

Συμπερασματικά θεωρούμε πως η κοινωνιολογική ανάλυση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας προσφέρει στην καλύτερη εννοιολόγηση του φαινομένου της ιατρικής εξουσίας παρέχοντας, ένα κλασικό εμπειρικό παράδειγμα έκφρασής της. Η τάση απολυτοποίησης ιδιαίτερα της ιατρικής εξουσίας, όπως αυτή εκφράζεται στο χώρο των μονάδων αυτών, θέτει επί τάπητος τις βασικές αρχές πάνω στις οποίες έχει γεννηθεί και λειτουργεί η επιστημονική ιατρική. Η ανάδειξη των απολυτοποιημένων εξουσιαστικών σχέσεων θέτει ανοικτά το ζήτημα για την τάση των εξουσιαστικών σχέσεων οι οποίες ισχύουν στον χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου. Φιλοσοφία της παρούσης έρευνας είναι τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα να αποτελέσουν ε-

ρέθισμα για την παραπέρα διερεύνηση και ανάλυση της σχέσης μεταξύ της ιατρικής και της κοινωνίας, ιδιαίτερα όσον αφορά την αναζήτηση ενός ατομοκεντρικού και κοινωνικά ευαίσθητου μοντέλου σχέσεων.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ⁷

Εισαγωγή

Το κεφάλαιο αυτό διαπραγματεύεται την ιστορική εξέλιξη της κοινωνιολογίας της ιατρικής. Σκοπός αυτής της ανάλυσης είναι η ανάδειξη της εξουσίας ως βασικής θεωρητικής έννοιας η οποία κυριαρχεί στο συγκρουσιακό μοντέλο στο χώρο της κοινωνιολογίας της ιατρικής. Σταδιακά η κοινωνιολογία της ιατρικής αποβάλλει τον συντηρητικό χαρακτήρα τον οποίο είχε στην αρχή της εμφάνισής της, και προσεγγίζει τα θέματα της υγείας, της ασθένειας, της ζωής και του θανάτου, στο πλαίσιο των σχέσεων εξουσίας. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διάκριση μεταξύ μικρο και μακρο επιπέδου αναλύσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν τον συγκεκριμένο χώρο. Ξεκινώντας από την ενασχόληση με το μικρο επίπεδο ανάλυσης (ανάλυση συγκεκριμένων, άμεσων εμπειρικών σχέσεων), η κοινωνιολογία της ιατρικής ανέπτυξε και το μακρο επίπεδο ανάλυσης (σύνδεση της ιατρικής κοινωνιολογικής θεωρίας με θέματα κοινωνικής δομής και ευρύτερων κοινωνικών - ταξικών σχέσεων εξουσίας).

Σε αυτό λοιπόν το κεφαλαίο επιχειρείται : α) η παρουσίαση της διαδικασίας ανάδειξης της έννοιας της εξουσίας σε βασική θεωρητική αναλυτική κατηγορία, βάση της οποίας προσεγγίζονται τα θέματα της υγείας, και β) η παρουσίαση της διάκρισης των δύο επιπέδων ανάλυσης (μικρο, μακρο).

ΣΤΑΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η ανάδειξη της ιατρικής ως αντικείμενο της κοινωνιολογίας είναι σχετικά πρόσφατη και ξεκινάει δειλά - δειλά την περίοδο μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Προσπαθώντας να παρουσιάσουμε τα κυριότερα έργα τα οποία σημάδεψαν την κοινωνιολογία της ιατρικής, θα στηριχθούμε βασικά στο έργο των Gabe J. Calnan M. και Bury M. *The Sociology of the Health Service*.⁸ Οι συγγραφείς αυτοί προχωρούν σε μια περιοδοποίηση της εξέλιξης της κοινωνιολογίας της ιατρικής, η οποία χωρίζει την ανάπτυξη της κοινωνιολογίας της ιατρικής σε τρεις περιόδους : α) από το τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου, μέχρι και τις αρχές του 1960. β) από τα τέλη του 1960, μέχρι και τα τέλη το 1970, και γ) από το τέλος του 1970, μέχρι και τις ημέρες μας⁹.

α) Από το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο μέχρι τις αρχές του 1960

Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου η κυρίαρχη τάση στην κοινωνιολογική έρευνα ήταν θέματα που αφορούσαν ζητήματα όπως φτώχεια, ανεργία, καθώς και ζητήματα κοινωνικής παθογένειας (όπως ο αλκοολισμός, η βία, η εγκληματικότητα). Ιδιαίτερη αναφορά γινόταν στην σύνδεση των φαινομένων αυτών με τις υπάρχουσες ταξικές ανισότητες. Σε άμεση σχέση με αυτήν την προβληματική, υπήρχε και η ενασχόληση με την κατανομή των παροχών του κράτους, και σε ότι αφορά την παρούσα έρευνα, με την κατανομή των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό¹⁰.

Κατά την διάρκεια λοιπόν αυτής της περιόδου η κοινωνιολογία της ιατρικής βρισκόταν σε εμβρυακή μορφή. Αυτό που ενδιέφερε τους κοινωνιολόγους ήταν : πρώτα από όλα, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί το σύστημα παροχής των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να ενημερωθούν οι χρήστες αυτού του συστήματος για τον τρόπο λειτουργίας του. Δεύτερον, να επιχειρηθεί η αλλαγή του συστήματος, η δημοκρατικοποίησή του, ώστε να είναι προσιτές οι υπηρεσίες του συστήματος στον καθένα, ανεξαρτήτου ταξικής ή οικονομικής προέλευσης και κατά-

⁷ Η παρουσίαση της βιβλιογραφίας δεν είναι εξαντλητική, αλλά αναφέρεται στα κυριότερα, κατά την άποψή μας έργα που συνδέονται με την παρούσα έρευνα. Για εκτενέστερη παρουσίαση της σχετικής βιβλιογραφίας βλέπε Bryan Turner (1995), *Medical Power Social Knowledge*, Sage, σελ. 240-264.

⁸ Gabe J. Calnan M. and Bury M (1991), *The Sociology of the Health Service*, Routledge.

⁹ Η τυπολογία αυτή αναφέρεται στην εξέλιξη της κοινωνιολογίας της ιατρικής όπως αυτή διαμορφώθηκε στην Αγγλία, η οποία αποτελεί άλλωστε και τη χώρα όπου αναπτύχθηκε το συγκεκριμένο αυτό αντικείμενο. Σε αυτήν την παρουσίαση γίνεται αναφορά και σε έργα αμερικανών θεωρητικών καθώς και άλλων οι οποίοι συνέβαλλαν στην ανάπτυξη της κοινωνιολογίας της ιατρικής.

στασης¹¹. Την περίοδο αυτή, τα περισσότερα προβλήματα με τα οποία ασχολείται η «ιατρική κοινωνιολογία», αν μπορεί να ονομασθεί έτσι γι' αυτή την περίοδο, προσδιορίζονταν από άλλες θεωρητικές και πρακτικές προβληματικές και όχι από την θεωρητική προβληματική που αναπτύσσει η κοινωνιολογία. Διάφοροι ειδικοί στα θέματα υγείας, καθώς και οι μεγάλες ιατρικές εταιρείες προσδιόριζαν την κατεύθυνση στις έρευνες των κοινωνιολόγων. Η κοινωνιολογία εκτελούσε έναν εργαλειακό ρόλο προσφέροντας υπηρεσίες για κάποιους άλλους. Αυτή η κατάσταση εργαλειοποίησης του κοινωνιολογικού λόγου φαίνεται άλλωστε και από το γεγονός ότι κατά την περίοδο αυτή :

οι ιατρικοί ορισμοί της υγείας και των θεμάτων παροχής των υπηρεσιών υγείας θεωρούνταν από την κοινωνιολογία ως *a priori* δεδομένοι. Και το σημαντικότερο, οι κοινωνιολόγοι οι οποίοι ασχολούνταν με τα ερωτήματα των θεμάτων υγείας γενικά θεωρούνταν πως δεν ήταν σύμφωνοι με τις γενικές αρχές του χώρου, και λειτουργούσαν σαν αποκομμένοι από τα τμήματα κοινωνιολογίας¹²

Κατά παράδοξο τρόπο το κλασικό κοινωνιολογικό έργο που γράφεται αυτήν την περίοδο και επηρέασε την μετέπειτα εξέλιξη της κοινωνιολογίας της ιατρικής, είναι το έργο του Talcot Parsons.¹³ Το έργο αυτό εκφράζει με τον καλύτερο τρόπο την κατάσταση στην οποία βρισκόταν η κοινωνιολογία της ιατρικής.

Στο έργο του αυτό, ο Parsons αναπτύσσοντας τα βασικά στοιχεία της συστημικής και δομολειτουργικής του προσέγγισης, χρησιμοποιεί την έννοια της υγείας, της ασθένειας, του ασθενή και του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, ως παράδειγμα του εύρυθμου τρόπου λειτουργίας του ευρύτερου κοινωνικού συστήματος. Τα θέματα της υγείας χρησιμοποιούνται εργαλειακά ως αποδεικτικά στοιχεία της λειτουργίας της εκάστοτε κοινωνιολογικής θεωρίας (Grand theory) και δεν αποτελούν ξεχωριστά αντικείμενα κοινωνιολογικής έρευνας. Συνεπώς, την περίοδο αυτή δεν είχε διαμορφωθεί ακόμη η κοινωνιολογία της ιατρικής ως μια ξεχωριστή θεωρητική προσέγγιση των θεμάτων της υγείας. Κατά την περίοδο αυτή η προσέγγιση των θεμάτων της υγείας ήταν μάλλον συντηρητικού χαρακτήρα καθ' ότι η παρουσίαση του ιατρικού συστήματος ως κλασικό παράδειγμα δομολειτουργικής προσέγγισης με αναφορά για το κοινωνικό σύστημα ευρύτερα δεν άφηνε περιθώρια κριτικής σύνδεσης

¹⁰ Στο ίδιο, σελ. 1.

¹¹ Στο ίδιο, σελ. 2.

¹² Gabe J. Calnan M. and Bury M. (1991), *The Sociology of the Health Service*, Routledge, σελ. 2.

¹³ Parsons T. (1951), *The Social System*, Glencoe : Free Press.

και αμφισβήτησης των κλασικών ιεραρχημένων δομών και λειτουργιών του ιατρικού συστήματος όπου παίζεται το παιχνίδι ζωής θανάτου.

β) Από τα τέλη του 1960 μέχρι και τα τέλη του 1980.

Στην περίοδο αυτή η έννοια της εξουσίας αναδεικνύεται από την κοινωνιολογία ως μία από τις βασικές συνιστώσες των κοινωνικών σχέσεων. Το ερώτημα που αρχίζει να τίθεται επιτακτικά στην κοινωνιολογική έρευνα είναι το «ποιος ωφελείται» από τις συγκεκριμένες και πραγματικές μορφές που παίρνουν τα κοινωνικά φαινόμενα και γεγονότα. Για αυτό και δεν είναι τυχαίο το ότι η εξέλιξη της κοινωνιολογίας της ιατρικής εκείνη την περίοδο είναι παράλληλη με την αναζήτηση του κριτικού κοινωνιολογικού λόγου και την αμφισβήτηση του δομολειτουργισμού ως κυρίαρχου κοινωνιολογικού παραδείγματος. Ήταν κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου που ο δομικός μαρξισμός από την Γαλλία, σε συνδυασμό με την Κριτική σχολή της Φραγκφούρτης και την φαινομενολογία, κλόνησε την κυριαρχία του δομολειτουργισμού και του Εμπειρισμού στην κοινωνιολογία. Παράλληλα, η ευρύτερη συνεχιζόμενη οικονομικοκοινωνική κρίση έκανε ορατή την ανεπάρκεια του δομολειτουργισμού να εξηγήσει την κοινωνική κατάσταση με συστημικές κατηγορίες και όρους ισορροπίας¹⁴. Η κοινωνιολογία υιοθέτησε πλέον ένα καινούργιο πρόσωπο, ένα νέο προσανατολισμό απέναντι στα κοινωνικά φαινόμενα. Τίποτα πλέον, δεν θεωρούνταν ως δεδομένο. Υπήρχε ένα γενικό κλίμα αμφισβήτησης, ακόμα και στους κόλπους της κλασικής κοινωνιολογικής θεωρίας. Τα κλασικά κοινωνιολογικά κείμενα γίνονται αντικείμενο κριτικής και επαναερμηνείας.¹⁵ Αυτό που αρχίζει πλέον να ισχύει είναι ένα κλίμα κριτικής της εξουσίας στο πλαίσιο της οποίας η ίδια η κριτική γίνεται η προσδιοριστική κατηγορία της «κοινωνιολογικής φαντασίας».¹⁶

Η κοινωνιολογία αρχίζει να ασχολείται με την αποδόμηση της πραγματικότητας και την ανάδειξη των εξουσιαστικών σχέσεων οι οποίες θεωρούνται ότι αποτελούν την βάση πάνω στην οποία δομείται η κοινωνική ζωή. Η έννοια της σύγκρουσης παίρνει την θέση του λειτουργικού ρεφορμισμού ως βασική αναλυτική κατηγο-

¹⁴ Στο ίδιο, σελ. 3.

¹⁵ Για παράδειγμα, ακόμα και στη μαρξιστική κοινωνιολογία η σύνδεση με το εργατικό κίνημα ως αποκλειστική ενασχόληση σπάει και εμφανίζονται νέα αντικείμενα αναφοράς (πχ. Φεμινιστικό κίνημα)

¹⁶ Η έννοια της κριτικής χρησιμοποιείται υπό την ευρύτερη εννοιολόγησή της, ως προσπάθεια αποβολής του συντηρητικού προσανατολισμού και της ανάδειξης μιας συγκρουσιακής κατάστασης η οποία ισχύει στις κοινωνικές σχέσεις και η οποία καλύπτεται από ένα πέπλο φαινομενικής ισορροπίας.

ρία. Στο πλαίσιο αυτής της αλλαγής του προσανατολισμού οι κατηγορίες οι οποίες μέχρι τώρα θεωρούνταν ως δεδομένες (υγεία, επιστημονική ιατρική γνώση) γίνονται αντικείμενο κριτικής.¹⁷

Η φαινομενολογία έδωσε ώθηση στην ανάπτυξη της κοινωνιολογίας της ιατρικής παρουσιάζοντας την σχέση γιατρός - ασθενής από την πλευρά του ασθενή. Για πρώτη φορά ο ασθενής εμφανίζεται ως ενεργό υποκείμενο στο πλαίσιο της σχέσης με τον γιατρό. Μέχρι εκείνη την στιγμή αντιμετωπιζόταν ως ο παθητικός πόλος της σχέσης, καθήκον του οποίου ήταν η συμμόρφωση στις εντολές του «ειδικού». Η σχέση γιατρός - ασθενής, για πρώτη φορά αντιμετωπίζεται ως συγκρουσιακή, ως εξουσιαστική και αποβάλλει το συναινετικό χαρακτήρα τον οποίο είχε στο πλαίσιο της δομολειτουργικής θεωρίας. Η ιατρική παύει να θεωρείται ως ουδέτερος διαχειριστής της ασθένειας και αρχίζει να αναδεικνύεται το εξουσιαστικό πλαίσιο πάνω στο οποίο διαμορφώνεται η σχέση της ιατρικής με την κοινωνία. Στο πλαίσιο αυτό εμφανίζεται στην βιβλιογραφία και η βασική διάκριση η οποία χρησιμοποιείται από την κοινωνιολογία της ιατρικής, μεταξύ της αρρώστιας : η οποία εκφράζει την υποκειμενική αίσθηση, και της ασθένειας : η οποία αναφέρεται στην διάγνωση του «ειδικού».

Σ' αυτή την περίοδο αρχίζουν να αναπτύσσονται οι βασικές θεματικές ενότητες της κοινωνιολογίας της ιατρικής. Πρώτο, οι θεραπευτικές σχέσεις οι οποίες λαμβάνουν χώρο στα διάφορα ιδρύματα (νοσοκομεία), αλλά και στο πλαίσιο ευρύτερων κοινωνικών χώρων (για παράδειγμα στο σπίτι από συγγενείς, η λαϊκή ιατρική) αποτελούν σημείο εκκίνησης της προβληματικής που αναπτύσσεται στην κοινωνιολογία της ιατρικής. Δεύτερο, η ιστορική διαμόρφωση της ιατρικής γνώσης, η γέννησή της, η εγκαθίδρυσή της μέσα από την σύνδεσή της με τις θεωρίες περί επαγγελμάτων, αποτελούν επίσης θεματικές της κοινωνιολογίας της ιατρικής. Η βασική ιδέα η οποία διαπερνά σήμερα τις αναλύσεις είναι ότι η ιατρική γνώση (επιστημονική, παραδοσια-

¹⁷ Κλασικά κοινωνιολογικά έργα αυτής της περιόδου αποτελούν τα έργα του Becker H. (1961), του Freidson E. (1963), του Illich I. (1975), του Mechanic D. (1968), του Zola I. (1978) και των Tuckett D. and Kaufert J. (1978). Σημαντικό επίσης είναι και το έργο του McKeown T. (1976), *The Modern Rise of Population*, Edward Arnold, στο οποίο με στατιστικά στοιχεία αποδεικνύεται πως η βελτίωση στα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού οφείλεται όχι στην πρόοδο της ιατρικής γνώσης, αλλά στην βελτίωση των συνθηκών υγιεινής, στην βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης και διατροφής. Επίσης έχουμε και την εμφάνιση πολλών άρθρων τα οποία παρουσιάζουν τον κοινωνικό χαρακτήρα πολλών ασθενειών. Helman C. (1978), Feed a Cold Starve a Fever, *Medicine and Psychiatry* 2 : 107-137. Sontag S. (1978), *Illness as a Metaphor*, Penguin. Brown G. (1978), Depression : a Sociological View, στο Tuckett D. and Kaufert J. *Basic Readings in Medical Sociology*, Tavistock, Gay B. (1992), Eager for Medicalization : The Social Production of Infertility as a Disease, *Sociology of Health and Illness*, Vol. N 14, 4 : 456.

κή) είναι κοινωνικά κατασκευασμένη. Πάνω σε αυτή την λογική έχουν αναπτυχθεί θεωρίες οι οποίες αναζητούν την έκφραση της ιατρικής εξουσίας στο επίπεδο του λόγου¹⁸, στο επίπεδο της αρχιτεκτονικής του νοσοκομείου¹⁹, στο συμβολικό επίπεδο²⁰, στο επίπεδο της ενδυμασίας²¹.

Στην φάση αυτή της ανάπτυξής της, η κοινωνιολογία της ιατρικής ασχολείται περισσότερο με το μικρό επίπεδο ανάλυσης, με συγκεκριμένες δηλαδή σχέσεις οι οποίες συμβαίνουν άμεσα στο επίπεδο της εμπειρίας. Αυτή η αποκλειστική ενασχόληση με το μικρό επίπεδο περιόριζε και την περαιτέρω ανάπτυξη της

Ήταν όμως η σύνδεση της κοινωνιολογίας της ιατρικής με το μάκρο επίπεδο ανάλυσης αυτή η οποία της επέτρεψε τη θεώρηση της κοινωνικής δομής (ταξικές σχέσεις, σχέσεις εκμετάλλευσης), και την ανάπτυξή της ως ξεχωριστό γνωστικό αντικείμενο. Η αναφορά στην μάκρο ανάλυση των θεμάτων της υγείας επέτρεψε την σύνδεση των θεμάτων αυτών με την ευρύτερη κοινωνιολογική θεωρία. Τόσο όμως στο μάκρο επίπεδο, όσο και στο μικρό, η κοινωνιολογική προσέγγιση της ιατρικής στηρίχθηκε στην έννοια της εξουσίας. Τα ιατρικά φαινόμενα προσεγγίσθηκαν βάση μιας κριτικής προσέγγισης της άσκησης της ιατρικής εξουσίας. Οι θεωρητικοί της κοινωνιολογίας της ιατρικής στηριζόμενοι στην μικρο ανάλυση των σχέσεων γιατρός - ασθενής επέκτειναν την ανάλυση της εξουσίας στις ευρύτερες σχέσεις ιατρική - κοινωνία. Έτσι για παράδειγμα η κριτική ανάλυση και ερμηνεία των διαπροσωπικών σχέσεων στο πλαίσιο του νοσοκομείου επέτρεψε την ανάδειξη του εξουσιαστικού χαρακτηριστικού των κοινωνικών σχέσεων που επεκτείνονται και στο μάκρο επίπεδο.

Στην πρόσφατη βιβλιογραφία ο Freidson E. (1970), (1986) ασχολείται με τον μονοπωλιακό προσδιορισμό, από το ιατρικό επάγγελμα, του τι αποτελεί υγεία και τι ασθένεια. Ο συγγραφέας ασχολείται με την κοινωνιολογία των επαγγελματιών και, πιο συγκεκριμένα, με την διαδικασία επαγγελματοποίησης της ιατρικής. Προωθώντας

¹⁸ Scambler G. (1987), Habermas and the Power of the Medical Expertise, στο Scambler G. *Sociological Theory and Medical Sociology*, Tavistock, Silverman D. (1987), *Communication and Medical Practice : Social Relations in the Clinic*, Sage, Mishler E. (1984), *The Discourse of Medicine*, Ablex, Atkinson P. (1995), *Medical Talk, Medical Work*, Sage.

¹⁹ Prior L. (1988), *The Architecture of the Hospital : A Study of the Spatial Organization and Medical Practice*, *British Journal Of Sociology*, Vol. 35 n 1 : 86-113. Markus T. (1993), *Buildings and Power*, Routledge.

²⁰ Roth J. (1957), *Ritual and Magic in the Control of Contagion*, *American Sociological Review*, Vol. 22 : 310-376, Strong (1967), *The Ceremonial Order of The Clinic*, Sage.

²¹ Fox N. (1992), *The Social Meaning of the Surgery*, Open University Press.

νέο-Βεμπεριανές απόψεις παρουσιάζει την εγκαθίδρυση της επιστημονικής ιατρικής στο χώρο της παροχής των υπηρεσιών υγείας ως το αποτέλεσμα μιας διαδικασίας σύγκρουσης όπου διαφορετικές ενασχολήσεις συναγωνίζονται για το κρατικό χρίσμα του επαγγέλματος. Η κατοχή του χρίσματος επιτρέπει την μονοπωλιακή παροχή των υπηρεσιών υγείας και τον αντίστοιχο αποκλεισμό των ανταγωνιστών. Έτσι το ιατρικό επάγγελμα παρουσιάζεται σε μια ευρύτερη προσπάθεια απόκτησης εξουσίας απέναντι στην κοινωνία. Η επιστημονική ιατρική αναζητά την επαγγελματοποίηση της, όχι για να προσφέρει υπηρεσίες υγείας στην κοινωνία, αλλά για να μπορέσει να υπερισχύσει απέναντι στους ανταγωνιστές της στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας (παραδοσιακή, λαϊκή ιατρική). Η επαγγελματοποίηση προσφέρει την δυνατότητα άσκησης μονοπωλιακής παροχής των υπηρεσιών υγείας, νομιμοποιώντας παράλληλα την εξουσία της επιστημονικής ιατρικής στον προσδιορισμό των θεμάτων της υγείας. Η επιστημονική ιατρική γίνεται η μοναδική, νόμιμη μορφή προσδιορισμού των θεμάτων της υγείας, αρχικά όχι εξαιτίας της ανωτερότητας της γνώσης της, αλλά εξαιτίας της υπερίσχυσης της σε μια πολιτική διαδικασία ανταγωνισμού. Έτσι η επιστημονική ιατρική δεν εκφράζει εξ' ορισμού τα συμφέροντα της κοινωνίας, αλλά πρώτιστα τα συμφέροντα της ομάδας των γιατρών ως νόμιμη επαγγελματική κατηγορία.

Στο πλαίσιο των μαρξιστικών προσεγγίσεων Navaro V. (1976), (1978^a), (1978) του Johnson T. (1977), Doyal L. (1981) η επιστημονική ιατρική θεωρείται ως μια μορφή έκφρασης των ταξικών εξουσιαστικών σχέσεων. Καθορίζεται έτσι μια σημαντική προσπάθεια ανάλυσης και ερμηνείας του κοινωνικού πλαισίου της ιατρικής και της επίδρασης αυτού στη διαμόρφωση του σύγχρονου χαρακτήρα της. Σε αυτές τις προσεγγίσεις θεωρείται ότι η επιστημονική ιατρική ασκεί εξουσία πάνω στην κοινωνία, για διαφορετικούς όμως λόγους από την προηγούμενη ανάλυση (Freidson). Στηριζόμενοι αυτοί οι θεωρητικοί στις αναλύσεις του Marx για την βιομηχανική κοινωνία και την ταξική πάλη, θεωρούν πως η επιστημονική ιατρική ασκεί εξουσία προς όφελος συγκεκριμένων τάξεων. Η εξουσία της ιατρικής πάνω στην κοινωνία, και ειδικότερα στην εργατική τάξη, εξηγείται βάση της σύνδεσης της ιατρικής με τα συμφέροντα της άρχουσας τάξης για την αναπαραγωγή του δοσμένου οικονομικο-κοινωνικού σχηματισμού.

Εξίσου σημαντικό έργο, που αφορά κυρίως την ανάλυση της γέννησης της επιστημονικής ιατρικής, είναι το έργο Michel Foucault (1973). Ο Foucault θεωρεί πως η επιστημονική ιατρική ασκεί εξουσία στο άτομο με το να το υποβαθμίζει σε

απλό αντικείμενο, σε ένα φορέα της ασθένειας. Ο ασθενής χειραγωγείται πλήρως και τίθεται ανά πάσα στιγμή κάτω από ένα πανταχού παρών ιατρικό βλέμμα (the New Gaze). Το μάθημα της ανατομίας του ανθρωπίνου σώματος είναι αυτό το οποίο σηματοδοτεί την αλλαγή και αυτό το οποίο εκφράζει την νέα ιατρική λογική, στην οποία τα πάντα είναι ανά πάσα στιγμή ορατά (πανοπτικών).

Αυτές οι τρεις προσεγγίσεις, (μαρξιστικές, Freudson, Foucault)²² είναι οι πλέον σημαντικές στην διαμόρφωση της κοινωνιολογίας της ιατρικής σε ξεχωριστό γνωστικό αντικείμενο²³.

γ) Από το τέλος του 1980 μέχρι τις Μέρες μας

Στην τρίτη περίοδο, από τις αρχές του 1980 μέχρι και τις ημέρες μας, η κοινωνιολογία της ιατρικής έχει διαμορφωθεί πλέον ως ξεχωριστό αντικείμενο και διδάσκεται ως ιδιαίτερο μάθημα στα τμήματα κοινωνιολογίας. Παράλληλα, αναπτύσσονται και οι εμπειρικές έρευνες οι οποίες ασχολούνται τόσο με την κοινωνιολογική εξήγηση διαφόρων ασθενειών, όσο και με την οργάνωση του νοσοκομείου, καθώς και των διαφόρων τμημάτων αυτού.

Η προηγούμενη περίοδος (δεύτερη), ήταν αυτή κατά την οποία είχαν διαμορφωθεί τα βασικά θεωρητικά σχήματα πάνω στα οποία ορθώθηκε η κοινωνιολογία της ιατρικής. Στην τρίτη τώρα περίοδο, έχουμε την εμφάνιση πολλών έργων τα οποία αποτελούνται από συλλογές άρθρων τα οποία αναφέρονται στον χώρο της κοινωνιολογικής θεωρίας.²⁴ Σε αυτά τα συλλογικά έργα γίνεται μια προσπάθεια ανάδειξης του κοινωνικού χαρακτήρα των ιατρικών κατηγοριών (ζωή, θάνατος, υγεία, ασθένεια)²⁵.

²² Σε επόμενο κεφάλαιο γίνεται αναλυτική παρουσίαση και των τριών αυτών θεωρητικών προσεγγίσεων.

²³ Το έργο των Bruhn J. Philips B. and Levine P. (1985), αποτελεί μια εξαντλητική συλλογή της βιβλιογραφίας για την περίοδο 1972-1982 στο χώρο της κοινωνιολογίας της ιατρικής. Στο έργο αυτό γίνεται μια παρουσίαση της βιβλιογραφίας της κοινωνιολογίας της ιατρικής με αναφορά σε ένα πλήθος θεματικών (θάνατος, ασθένεια, οργάνωση νοσοκομείου, σχέσεις γιατρού ασθενή). Στη δεύτερη αυτή περίοδο εκδίδονται και τα δύο περιοδικά τα οποία ασχολούνται με το ιδιαίτερο αντικείμενο της κοινωνιολογίας της ιατρικής, *Sociology of Health and Illness* και *Social Science and Medicine*. Στα περιοδικά αυτά έχουν δημοσιευθεί και τα κυριότερα άρθρα, και έρευνες οι οποίες έθεσαν και την βάση της κοινωνιολογίας της ιατρικής.

²⁴ Armstrong D. (1994), Gray A. and Seale C. (1995), Davey B. Gray A. and Seale C. (1995), Scambler G. (1987), (1994), Schwartz H. (1994), Seale C. and Pattison S. (1994), Stacey M. (1988), Turner B. (1995), Myfanway M. et al (1994).

²⁵ Για παράδειγμα βλέπε Green J. (1997), *Risk and Misfortune : The Social Construction of Accidents*, UCL Press, όπου παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο «κατασκευάστηκε» το ατύχημα ως ιατρική κατηγορία.

Την περίοδο αυτή έχουμε επίσης και την εμφάνιση πολλών έργων τα οποία χρησιμοποιούν τις απόψεις του Foucault στις αναλύσεις τους.²⁶

Μία σημαντική προσφορά την τρίτη αυτή περίοδο είναι η ανάπτυξη της κοινωνιολογίας του σώματος, η οποία και αποτελεί μια προσπάθεια ανακατασκευής της ιατρικής αντίληψης για το τι είναι το ανθρώπινο σώμα.²⁷ Και αυτή η προσπάθεια επικεντρώνεται στο να προβάλλει τον εξουσιαστικό χαρακτήρα της ιατρικής σε ένα ακόμα επίπεδο, στην κυριαρχία του βιολογικού πάνω στο κοινωνικό²⁸. Το χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτών των προσεγγίσεων είναι η άποψη που θέλει την εξουσία της ιατρικής να έγκειται στην νομιμοποιημένη αρμοδιότητά της να χειρίζεται μονοπωλιακά τα θέματα της υγείας και της ασθένειας, διότι αυτά θεωρούνται ως βιολογικές - αντικειμενικές κατηγορίες. Η κοινωνιολογία της ιατρικής αναδεικνύει την εξουσία της ιατρικής προβάλλοντας την άποψη ότι όλα αυτά τα φαινόμενα (υγεία, ασθένεια, ζωή, θάνατος, το ανθρώπινο σώμα), αποτελούν κοινωνικά διαμορφωμένες κατηγορίες οι οποίες δεν είναι διαχρονικές αλλά ορίζονται χώρο χρονικά και σύμφωνα με την εκάστοτε κοινωνία στην οποία εμφανίζονται.

Συμπερασματικές Παρατηρήσεις

Το αντικείμενο της παρούσας έρευνας είναι η μορφή οργάνωσης των Μ.Ε.Θ. Οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν το χώρο όπου μπορούμε να μελετήσουμε την αλληλεπίδραση κοινωνίας και ιατρικής πρακτικής. Παράλληλα, ως ο κατεξοχήν χώρος έκφρασης της επιστημονικής ιατρικής, οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν και το «κοινωνικό εργαστήριο» εφαρμογής των μάκρο αναλύσεων στις οποίες έχουμε αναφερθεί. Απαιτούν λοιπόν για την ανάλυσή τους τον συνδυασμό μιας μάκρο ανάλυσης για την εμφάνιση και την εγκαθίδρυση της επιστημονικής ιατρικής ως μορφή εξουσίας, και μια μικρο ανάλυση των σχέσεων εξουσίας οι οποίες συναντώνται στις καθημερινές δραστηριότητες του νο-

²⁶ Για παράδειγμα διάφοροι θεωρητικοί οι οποίοι εντάσσονται στην κατηγορία των Social Constructionists, ξεκινούν από τις απόψεις του Foucault για να εξηγήσουν τον κοινωνικό χαρακτήρα της επιστημονικής ιατρικής γνώσης. (Όλα τα έργα του Armstrong D. , Arney W. R. and Bergen B. J. (1984), Atkinson P. (1981a), (1981), (1995), Prior L. (1987), (1988), (1989), Fox N. (1992), Jones C. and Porter R. (1994), Wright P. and Treacher A. (1982). Η άποψη που διαπερνά αυτά τα έργα είναι ότι η γνώση δεν αποτελεί «αντικειμενική» γνώση, η οποία υπάρχει κάθε αυτή, αλλά είναι μια κοινωνική κατασκευή.

²⁷ Featherstone M. Hepworth M. and Turner B. (1991), Turner B (1992), Shilling C. (1993), Schepher-Hughes, Lock M. (1987), *The Mindful Body : A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology, Medical Anthropology Quarterly*, 1 : 6-41.

²⁸ Όπως θα δούμε σε επόμενα κεφάλαια και η δική μας προσέγγιση έγκειται στην ανάδειξη του κοινωνικού χαρακτήρα εννοιών, όπως η ιατρική, η ασθένεια, ο γιατρός, ο θάνατος, το νοσοκομείο.

σοκομείου. Θεωρούμε ότι, ιδιαίτερα στις Μ.Ε.Θ., η σύνθεση του μάκρο επιπέδου με το μικρο επίπεδο, ή καλύτερα η εξήγηση των σχέσεων οι οποίες συναντώνται στο νοσοκομείο με αναγωγή στις ευρύτερες συνθήκες γέννησης και εδραίωσης της επιστημονικής ιατρικής γνώσης, μπορεί να μας οδηγήσει στην κατανόηση της εξουσιαστικής μορφής οργάνωσης του νοσοκομείου.

Προκειμένου να αναλύσουμε την μορφή οργάνωσης του νοσοκομείου θα ξεκινήσουμε με την ανάλυση της ιδιαιτερότητας του επιστημονικού ιατρικού λόγου. Το κοινό ενοποιητικό στοιχείο που πιθανά συνδέει τις κυριότερες θεωρητικές προσεγγίσεις στην κοινωνιολογία της ιατρικής (Μαρξιστικές αναλύσεις, Foucault, Freidson) είναι η έννοια της ιδιαιτερότητας της επιστημονικής ιατρικής γνώσης, ως στοιχείο σύγκλισης μεθοδολογικής σημασίας. Για τις ανάγκες της παρούσης έρευνας και στο πλαίσιο της αναζήτησης του «ενιαίου» κοινωνιολογικού λόγου για την ιατρική, θεωρείται ότι κάθε σχέση που συναντάται στο νοσοκομείο (μικρο επίπεδο) παίρνει την ιδιαίτερη μορφή της από την ιδιαιτερότητα της ιατρικής επιστημονικής γνώσης (μάκρο επίπεδο).

2) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

A) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Εισαγωγή

Η περιοδοποίηση της κοινωνιολογίας της ιατρικής αποκτά νόημα και σημασία στο πλαίσιο της ανάλυσης και της κατανόησης της εξέλιξης και της ανάπτυξης της επιστημονικής ιατρικής σε αντιδιαστολή με άλλες ιστορικές μορφές ιατρικής, όπως η παραδοσιακή ιατρική. Θα δώσουμε το ιστορικό πλαίσιο πάνω στο οποίο θα κινηθεί η ανάλυσή μας, παρουσιάζοντας την εξέλιξη της ιατρικής στις διάφορες ιστορικές εποχές και κοινωνίες, αναδεικνύοντας τις αντιθέσεις που αναπτύσσονται στην κάθε περίοδο. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις ιστορικές κοινωνίες του δυτικού κόσμου, όπου εκεί άλλωστε πρωτοδιαμορφώθηκε η μορφή της επιστημονικής ιατρικής η οποία εξαπλώθηκε στον υπόλοιπο κόσμο, αποκτώντας σε ορισμένα σημεία μεγαλύτερο εύρος και κύρος

Επίσης στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει και η παραδειγματική ανάλυση του θεσμού του νοσοκομείου προσφέρεται προκειμένου να εξετασθεί η ιατρική, τόσο ως επιστημονικός λόγος, όσο και ως πρακτική έκφραση του εξουσιαστικού λόγου πάνω στα σώματα των ασθενών. Το νοσοκομείο άλλωστε αποτελεί και το κυριότερο χαρακτηριστικό διαφοροποίησης της σύγχρονης ιατρικής από τις προηγούμενες, ή από κάποιες άλλες σύγχρονες της μορφές (εναλλακτικές μορφές ιατρικής).

Από τις απαρχές της ανθρώπινης κοινωνίας ένα θέμα που απασχόλησε τόσο το άτομο, όσο και την κοινωνία ως σύνολο, ήταν αυτό της υγείας. Της εύρωστης δηλαδή σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής κατάστασης των μελών της κοινωνίας.

Η σταθερά επανερχόμενη απαίτηση για την κάλυψη αυτής της ανάγκης οδήγησε στην δημιουργία του θεσμού της ιατρικής. Μέσω της ιατρικής επιδιώκεται η ομαλή ύπαρξη και αναπαραγωγή της κοινωνίας.

Υπάρχει βέβαια διαφοροποίηση μεταξύ της θεσμικής διάστασης της ιατρικής σε κάποιες προηγούμενες ιστορικές ή φυλετικές κοινωνίες και τις κοινωνίες οι οποίες στηρίζονται στο δίκαιο και λειτουργούν βάση αυτού. Έτσι στις πρώτες μιλάμε για θεσμοποίηση της ιατρικής ενώ στις δεύτερες για θεσμοθέτηση. *Θεσμοποίηση*²⁹ είναι:

.... η μορφή κοινωνικής παραδεκτής δράσης που παγιώνεται, τυποποιείται και γίνεται θεσμός, με τη σταθερή και ομοιόμορφη επανάληψη της

Ενώ *Θεσμοθέτηση*³⁰:

..... η πρακτική δημιουργίας κοινωνικών θεσμών με ρητή και συγκεκριμένη κανονιστική ρύθμιση. Είναι η δημιουργία νέων κατά κανόνα μονόσκοπων θεσμών, με νόμο.

Στις δύο αυτές διαφορετικές, αλλά και σε κάποιο σημείο διαδοχικές πρακτικές (η δεύτερη ως επακόλουθο της δημιουργίας του κράτους στην σύγχρονη μορφή του και των κανόνων δικαίου με σαφές κανονιστικό περιεχόμενο) έγκειται η διαμόρφωση και διαφοροποίηση της ιατρικής στις διαφορετικές κοινωνίες. Το κοινό στοιχείο σε όλες τις κοινωνίες είναι η κάλυψη της ανάγκης της υγείας του πληθυσμού, και το στοιχείο διαφοροποίησης ο τρόπος σταθεροποίησης και νομιμοποίησης του ιατρικού θεσμού, μέσω του οποίου διαμορφώνονται οι κοινωνικές προσδοκίες, οι ρόλοι (ασθενή - γιατρού) και οι πρακτικές.

Η ιστορική πορεία της ιατρικής έχει ως κύριους σταθμούς : α) την Ιπποκρατική ιατρική, β) τον Γαληνό, γ) τον Μεσαίωνα, δ) την Αναγέννηση και ε) τον Διαφωτισμό και τη Σύγχρονη εποχή.

α) Ιπποκρατική ιατρική

Τόσο στην Αρχαία Ελλάδα, όσο και σήμερα, ο Ιπποκράτης θεωρείται ως ο πατέρας της ιατρικής³¹. Και αυτό, διότι πολλές από τις απόψεις που αυτός πρώτος διαμόρφωσε, (ο όρκος του γιατρού ο οποίος δίνετε μέχρι τις ημέρες μας σε όλες τις

²⁹Βασιλείου Θ. Σταματάκη Ν. (1992), *Λεξικό των Επιστημών του Ανθρώπου*, Gutenberg, σελ. 173.

³⁰στο ίδιο, σελ. 172.

³¹Για μια Ιστορική παρουσίαση της ιατρικής, βλέπε Παπαγιαννοπούλου Γ (1992), *Ιατρική*, Ιωάννινα, καθώς και Κυριακίδη (1992), *Κοινωνιολογία*, Ιωάννινα.

ιατρικές σχολές του κόσμου, καθώς και η ορολογία του για διάφορες ασθένειες) είναι αποδεκτές από την επιστημονική ιατρική των ημερών μας.

Οι απόψεις του Ιπποκράτη περί της ιατρικής θεμελιώνονται στη θεωρία των τεσσάρων στοιχείων, τα οποία στη σύνθεσή τους συγκροτούν το σύμπαν. Το δόγμα των τεσσάρων αδιαιρέτων στοιχείων θεωρείται πώς διαμορφώθηκε γύρω στο 639 - 544 π.χ. Αυτό το δόγμα πρότεινε πως όλες οι φυσικές ουσίες αποτελούνται από γη, αέρα, φωτιά και νερό σε ποικίλες αναλογίες. Ήταν ο Εμπεδοκλής αυτός που γύρω στο 400 π.χ. ενσωμάτωσε αυτό το δόγμα στο χώρο της φιλοσοφίας της ιατρικής. Για αυτόν, τα τέσσερα αυτά στοιχεία διαμόρφωναν την αρχή της βάσης όλων των πραγμάτων, επομένως και του σώματος. Η υγεία ήταν προϊόν μιας ισορροπημένης κατάστασης των τεσσάρων αυτών στοιχείων³², ενώ αντιθέτως, η ασθένεια ήταν προϊόν της ανισόρροπης κατανομής των στοιχείων αυτών.

Εκείνη την περίοδο ο Πυθαγόρας από τη Σάμο (580 - 489 π.χ.) εισήγαγε την αριθμητική μάθηση από την Αίγυπτο. Βάση αυτής της αριθμητικής διαμορφώθηκε το πρώτο ιατρικό σύστημα. Η εξέλιξη αυτού του ιατρικού συστήματος ήταν αργή, ξεκίνησε με τις θεωρίες του Πυθαγόρα και αναπτύχθηκε διαμέσου της διδασκαλίας του Πλάτωνα και του Αριστοτέλη. Η βασική ιδέα του δόγματος των τεσσάρων στοιχείων έχει ως εξής:

Πρώτα απ' όλα έχουμε την ευρεία αποδοχή από την συγκεκριμένη κοινωνία της θεωρίας των τεσσάρων στοιχείων και τη σημασία που αποδόθηκε στον αριθμό τέσσερα ως μεθοδολογικό επαγωγικό εργαλείο για την ανάπτυξη - εξέλιξη της θεωρίας. Η φύση των τεσσάρων στοιχείων πρότεινε τέσσερις ποιότητες:

Ζεστό + Υγρό = Αέρας Ζεστό + Ξηρό = Φωτιά

Κρύο + Ξηρό = Γη Κρύο + Υγρό = Νερό

Όπως βλέπουμε οι τέσσερις συνδυασμοί προκύπτουν από τα τέσσερα στοιχεία : Ζεστό, Κρύο, Ξηρό και Υγρό. Τα τέσσερα αυτά στοιχεία είναι ανά δύο αντίθετα μεταξύ τους, όπως και τα στοιχεία που παράγονται από τη σύνθεσή τους, είναι και αυτά ανά δυο αντίθετα μεταξύ τους, δηλαδή η Φωτιά και το Νερό, η Γη και ο Αέρας. Εφαρμοσμένες από τον Ιπποκράτη στην ιατρική οι τέσσερις ποιότητες γίνονται τέσσερις χυμοί που διαμορφώθηκαν ως εξής:

Ζεστό + Υγρό = Αίμα Ζεστό + Ξηρό = Κίτρινη Χολή

Κρύο + Υγρό = Φλέγμα Κρύο + Ξηρό = Μαύρη Χολή³³

³² Cartwright F. (1983), *A Social History of Medicine*, Longman, σελ. 3

³³ Foster A. Anderson B. (1978), *Medical Anthropology*, Newbery Award Records, σελ. 56-57.

Αυτά που αφορούν την αντιθετικότητα των στοιχείων ισχύουν όπως βλέπουμε και στους Χυμούς, οι οποίοι αφορούν το χώρο της ιατρικής. Έχουμε δηλαδή το Αίμα ως αντίθετο προς το Φλέγμα, και την Κίτρινη Χολή ως αντίθετη στην Μαύρη Χολή³⁴.

Η εποχή της Ιπποκρατικής ιατρικής είναι η εποχή του Χρυσού Αιώνα, η εποχή του Περικλή, ο αιώνας όπου η ελληνική τέχνη, η αρχιτεκτονική και η επιστήμη έφτασαν στο απόγειο τους. Ο Ιπποκράτης γεννήθηκε γύρω στο 460 π.χ. Η συμβολή του έγκειται στο ότι έδωσε επιστημονική χροιά στην μέχρι τότε διαμορφωμένη ιατρική. Απέρριψε τις υπερφυσικές αιτιολογήσεις και τις μαγικές δοξασίες για τη θεραπεία των ασθενειών και αποδέσμευσε την ιατρική από το χώρο της θρησκείας

Μέχρι το 460 π.χ. η ελληνική ιατρική εξακολουθούσε να αποτελεί φιλοσοφία όπου η θεραπεία³⁵ στηριζόταν λιγότερο στην θεωρία και περισσότερο στην θαυματουργία.

Η σημαντικότερη όμως συμβολή του ήταν η συστηματοποίηση και ταξινόμηση των στοιχείων περί ασθενειών που μέχρι τότε ήταν διάσπαρτα και αταξινόμητα. Κατά την περίοδο αυτή γεννιέται η επιστημονική μεθοδολογία.³⁶

Ο Ιπποκράτης αρχικά διατήρησε το δόγμα των τεσσάρων Χυμών. Η συμβολή του όμως έγκειται στην σύνδεση του δόγματος αυτού με την πρακτική, συστηματοποιημένη όπως είπαμε, γνώση της ανατομίας και της αρρώστιας, διαμορφώνοντας μια αληθινή Χυμική Παθολογία. Μετέτρεψε έτσι την απλή θεωρία σε εφηρμοσμένη επιστήμη. Αυτή η μετατροπή είναι που σηματοδότησε και την αρχή της ιατρικής πράξης.

Για τον Ιπποκράτη, η σωματική ασθένεια ήταν το αποτέλεσμα μιας εσωτερικής μάχης μεταξύ μιας νοσηρής κατάστασης και της φυσικής, αυτο - θεραπευτικής ικανότητας του σώματος, του οργανισμού.³⁷ Εδώ αργότερα θεμελιώνονται οι σύγχρονες θεωρίες των βακτηριών και των μικροβίων, καθώς και της αντοχής και αντίδρασης του οργανισμού.

³⁴ Υπάρχει δηλαδή μια δυαδική αντίληψη στην αρχαία ελληνική ιατρική η οποία απαρτίζεται από τις σχέσεις των αντιθέτων.

³⁵ Cartwright F. (1983), *A Social History of Medicine*, Longman, σελ. 4.

³⁶ Στο ίδιο, σελ. 4-5.

³⁷ Στο ίδιο, σελ. 5.

Η μέθοδος του Ιπποκράτη έγκειται στο να βοηθήσει τον ασθενή να δράσει ενάντια στην ανισορροπία που επικρατεί στο σώμα του, ανισορροπία που θεωρείται προϊόν της ασθένειας και η οποία προκαλεί διατάραξη της ισόρροπης διάταξης των τεσσάρων Χυμών. Στόχος είναι να προωθηθεί η υγιής ισορροπία στην οποία μπορεί να οδηγήσει το φυσικό αυτο - θεραπευτικό σύστημα. Η θεραπεία ως επαναφορά στην κατάσταση της ισορροπίας εμπειρείχε πρακτικές όπως διαίτα, άσκηση, αφαίμαξη και ξεκούραση.

Η ιατρική ως ιδιαίτερη μορφή συνείδησης της ανθρώπινης κοινωνίας παράγει την κοινωνία στη βάση των σχέσεων μεταξύ της Υγείας και της Ασθένειας, της Ζωής και του Θανάτου. Η ιατρική ως υποσύστημα ιδεών αναπαράγει το σύστημα των τεσσάρων στοιχείων (ευρύτερο σύστημα ιδεών) δομώντας παράλληλα πάνω στο ίδιο πλαίσιο το αντικείμενο μελέτης και επέμβασης της (Υγεία - Ασθένεια, Ζωή - Θάνατος). Από τις απαρχές λοιπόν της γέννησης της η ιατρική θεωρείται ως η πλέον αρμόδια να χειριστεί τα φαινόμενα της ασθένειας και του θανάτου, αποστερώντας τα εν μέρη από τη θρησκεία και τη μαγεία που μέχρι τότε κατείχαν το αποκλειστικό μονοπώλιο της αυθεντίας.

Η ιατρική λοιπόν ως προϊόν του ευρύτερου συστήματος ιδεών δομεί στην ουσία την κοινωνική πραγματικότητα επεμβαίνοντας πάνω της και ασκώντας δικαιώματα χειρισμού της. Οι ιατρικές ιδέες, με το δικό τους τρόπο, αποτελούν προϊόν της υπάρχουσας πραγματικότητας. Σε ένα δεύτερο στάδιο η ίδια η κοινωνική πραγματικότητα αποτελεί προϊόν (αντικείμενο χρήσης) των ιατρικών ιδεών, οι οποίες είχαν διαμορφωθεί από αυτήν. Αυτό που διαμεσολαβεί είναι η ανθρώπινη πράξη στην ιδιαίτερη μορφή της ιατρικής πρακτικής. Ο θεσμός της ιατρικής διαμορφώνεται για την κάλυψη μιας κοινωνικής ανάγκης (υγεία, ζωή), και στην συνέχεια, διαμορφώνει, ασκεί επίδραση στην πραγματικότητα.

Στηριγμένη στο φιλοσοφικό σύστημα των τεσσάρων ανά δυο αντίθετων στοιχείων, δομείται η ιατρική, η οποία με τη σειρά της στηρίζομενη στο σύστημα αυτών των ιδεών και αξιοποιώντας το, διαμορφώνει το χώρο επέμβασης της, οι παράμετροι του οποίου ορίζονται από τις κατηγορίες της Υγείας - Ασθένειας και της Ζωής - Θανάτου. Εδώ υπάρχουν και τα σπέρματα της σύγχρονης ιατρικής σκέψης που αφορά την σχεδόν αποκλειστική ενασχόληση της ιατρικής με το φαινόμενο του θανάτου.

β) Ο Γαληνός

Μετά τον Ιπποκράτη και το Χρυσό Αιώνα ακολούθησε ο Πελοποννησιακός Πόλεμος το 431 π.χ. όπου και οδήγησε το 404 π.χ. στην ολοκληρωτική ήττα της Αθήνας. Οι απόψεις του Ιπποκράτη συνεχίστηκαν από τους Δογματικούς οι οποίοι, όπως φανερώνει το όνομα τους, στηρίχτηκαν δογματικά στις απόψεις του αλλά δεν εφάρμοσαν τη μέθοδο που αυτός πρώτος πρότεινε, αυτή της ανάλυσης.³⁸

Ήταν ο Αριστοτέλης αυτός που προώθησε τις απόψεις του Ιπποκράτη. Ταξιδεύοντας σε ανατολικές χώρες και εργαζόμενος ως φυσιδίφης περιέγραψε περίπου πεντακόσια διαφορετικά ζωικά είδη. Έκανε ανατομία σε ζώα αλλά όχι σε ανθρώπους, και θεωρώντας την ύπαρξη αναλογιών μεταξύ του ανθρώπου και των ζώων εφάρμοσε τα ευρήματα του για την ανατομία και στον άνθρωπο. Το κυρίαρχο στοιχείο στον Αριστοτέλη όπως και στον Ιπποκράτη είναι αυτό των τεσσάρων ουσιών, στοιχείων, ποιότητων.

Η κυριαρχία και ανεξαρτησία του Ελληνικού πνεύματος διακόπηκε το 146 π.χ. όταν εισέβαλαν οι Ρωμαϊκές λεγεώνες και ακολούθησε η κυριαρχία της Ρώμης. Την περίοδο αυτή έχουμε ένα πικρό γούρισμα στην εξέλιξη της ιατρικής. Οι Ρωμαίοι πολίτες θεωρούσαν πως δεν είχαν ανάγκη για γιατρούς. Βασιζόμενοι σε μια πλειάδα οικογενειακών θεών, θεωρούσαν ότι η λατρεία τους αποτελούσε το αντίδοτο για κάθε ασθένεια. Είχαν μια συλλογή από οικογενειακά βότανα και ο αρχηγός κάθε οικογενείας, κάνοντας χρήση αυτών καλούσε το κατάλληλο πνεύμα για να θεραπεύσει τον άρρωστο. Σε περίπτωση αποτυχίας, την απέδιδαν σε λανθασμένη χρήση βοτάνου ή λανθασμένη επίκληση θεού και χρειαζόταν επανάληψη της όλης διαδικασίας.³⁹

Υπήρχαν όμως Έλληνες γιατροί οι οποίοι ασκούσαν την Ιπποκρατική ιατρική στην Ρώμη. Κύριος εκφραστής τους ήταν ο Ασκληπιάδης 100 π.χ. Το σύνολο αυτών των Ελλήνων γιατρών (που μάλλον πρόκειται όχι για ένα άτομο αλλά για μια ομάδα οι οποίοι ονομάστηκαν Ασκληπιάδης από τον προεξέχον) υποστήριζε κάποιες αλλαγές στις απόψεις του Ιπποκράτη. Η ομάδα αυτή των γιατρών απελευθέρωσε τη θεωρία του Ιπποκράτη από την ενδογενή ικανότητα του σώματος για αυτοθεραπεία και επίσης απέρριψε το δόγμα ότι η αρρώστια προέρχεται από την ανισορροπία των χυμών στο εσωτερικό του σώματος.⁴⁰

³⁸ Στο ίδιο, σελ. 6.

³⁹ Στο ίδιο, σελ. 7.

⁴⁰ Στο ίδιο, σελ. 7-8.

Μεγάλη επίδραση άσκησαν στην συνέχεια οι απόψεις του Γαληνού. Οι απόψεις αυτές κυριάρχησαν στο χώρο της ιατρικής για 1200 περίπου χρόνια. Ο Γαληνός ήταν Έλληνας ο οποίος γεννήθηκε στην Μικρά Ασία το 131 π.χ. και εγκαταστάθηκε στη Ρώμη γύρω στο 160 π.χ., όπου και απέκτησε μεγάλη φήμη. Οι απόψεις του, στο μεγαλύτερο μέρος τους, αποτελούν μετάφραση και σύνθεση παλαιότερων γνώσεων, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν παρήγαγε και καινούργια γνώση στο χώρο της ανατομίας και της πειραματικής φυσιολογίας. Και αυτός πειραματιζόταν πάνω σε πίθηκους και γουρούνια και όχι πάνω στον άνθρωπο⁴¹.

Ο Γαληνός αποδέχτηκε το δόγμα των Χυμών και την αντίληψη περί πνεύματος η οποία είχε διαμορφωθεί από τον Αριστοτέλη πρώτα και έπειτα από τον Ερασίστρατο. Η θεωρία του πνεύματος αρχικά προσπαθούσε να συνδέσει μια μεταφυσική προτεραιότητα της αρρώστιας με τη φυσική της αιτία. Αυτή η σύνδεση διευκόλυνε το πέρασμα, σε μια πρώτη φάση, και έπειτα την αρμονική συνύπαρξη των απόψεων του Ιπποκράτη με το δόγμα του Χριστιανισμού.

Ο Γαληνός λοιπόν ακολούθησε τη θεωρία και τη μέθοδο του Ιπποκράτη, αλλά εισήγαγε και ένα πλήθος από βότανα ως μέσα θεραπείας. Τα βότανα αυτά τα εισήγαγε όχι μόνο ως οντότητες, αλλά και ως μίγματα, και για αυτόν το λόγο θεωρείται ως ο πρώτος πολύ-φαρμακοποιός. Μέσω του έργου του Γαληνού επικράτησαν οι απόψεις του Ιπποκράτη. Η πίστη πάνω στο δόγμα του Ιπποκράτη οδήγησε το Γαληνό σε λαθεμένα συμπεράσματα τα οποία διατηρήθηκαν για αιώνες⁴².

Την περίοδο εκείνη έχουμε και την εμφάνιση του Χριστιανισμού στους Έλληνες και τους Ρωμαίους. Ο Χριστιανισμός θεμελιωνόταν στην μεταφυσική θεώρηση πως και η αρρώστια είχε μεταφυσική προέλευση. Δανειζόμενος το στοιχείο της δοτής ασθένειας από το θεό, από τους Εβραίους, και τη θεραπευτική δράση του Χριστού από τους αποστόλους, απέρριψε κάθε διδασκαλία η οποία επέμενε σε κάποια φυσική αιτία η οποία θεραπευόταν με την ανθρώπινη μεσολάβηση. Ο γιατρός μπορούσε να ελαφρύνει τον πόνο του ασθενή αλλά όχι να τον γιατρέψει. Η θεραπεία ήταν αποτέλεσμα θαύματος. Η οπισθοδρόμηση όμως αυτή αφορούσε μόνο το ένα τμήμα της ιατρικής επιστήμης και πιο συγκεκριμένα το πεδίο της πρακτικής, την ικανότητα δηλαδή του γιατρού να επιφέρει πρακτικά αποτελέσματα. Στο επίπεδο των ιδεών, έχουμε την διαίωνιση των παλαιότερων απόψεων. Ο Χριστιανισμός δηλαδή

⁴¹ Στο ίδιο, σελ. 9-10.

μπορούσε να αποδεχτεί το δόγμα των Χυμών, επειδή ο Θεός είχε δημιουργήσει την υγιή ισορροπία και Αυτός μόνος του επέτρεπε την ανισορροπία. Συνεπώς, οι σχέσεις συνεργασίας μεταξύ γιατρού και ασθενή, εξακολουθούν να υφίστανται, μόνο που τώρα και οι δύο ως ίσοι βρίσκονται κάτω από τη θέληση του Θεού. Ο γιατρός υπάρχει, αναγνωρίζεται από την εκκλησία ως ο συν - διαχειριστής μαζί με τον ασθενή για την αποκατάσταση - στο μέτρο του ανθρώπινα εφικτού - της πολυπόθητης ισορροπίας των χυμών.⁴³

Ο Χριστιανισμός επίσης αποδέχτηκε τη θεωρία του πνεύματος, μεταφράζοντας την από το Βιταλισμό⁴⁴, ως η αρχή της ζωής, σε ένα Ανιμισμό όπου η ζωή αναπαράγεται από μια μη - υλική ψυχή, ή πιο συγκεκριμένα από το πνεύμα του Θεού το οποίο έχει εμψύσει μέσα σε ένα άψυχο κομμάτι πηλού. Αυτό δηλαδή που συμβαίνει στην συγκεκριμένη περίοδο είναι η διαπλοκή των Αρχαίων ελληνικών ιατρικών απόψεων με το Χριστιανικό δόγμα. Ο ιερέας - γιατρός της περιόδου αυτής επικαλούνταν το Θεό για να γιατρέψει έναν ασθενή αλλά έκανε και χρήση της φαρμακοποιίας. Το πιο σημαντικό απ' όλα είναι πως ο Χριστιανισμός αυτής της περιόδου, αν και δεν ήταν απόλυτα σύμφωνος με το Αρχαίο - Ελληνικό ιατρικό και θεωρητικό πνεύμα, δεν είχε απαγορεύσει τη διδασκαλία της ιατρικής. Η γνώση αυτή συνεχώς επεκτεινόταν μέσω των επιστημών και των ανατόμων. Αυτό δηλαδή που παρουσιάζεται αυτήν την περίοδο είναι η απαίτηση για μια επιτομή των επιστημών, η οποία βρέθηκε στο έργο του Γαληνού σε μια διαπλοκή με το δόγμα του Χριστιανισμού. Έχουμε λοιπόν μια αρμονική συνύπαρξη θρησκείας και ιατρικής ως επιστήμης, και όχι την αποκλειστική κυριαρχία της μιας πάνω στην άλλη. Τα όσα έχουμε πει για την ιατρική σκέψη ισχύουν λοιπόν και αυτήν την περίοδο κάτω από το μανδύα του θρησκευτικού δόγματος.

Η αρμονική συνύπαρξη του Χριστιανισμού και της ιατρικής ως επιστήμης επικράτησε για αιώνες.

Το Βυζάντιο προσέθεσε λίγο ή καθόλου στην ιατρική γνώση αλλά διατήρησε μέρος του πολιτισμού και πολλά από τα κείμενα της Ελλάδας. Τα κείμενα αυτά δεν ήταν τα πρωτότυπα αλλά ήταν τα πιο πρόσφατα και λιγότερο κατεστραμμένα από αυτά που διέθετε η

⁴² Στο ίδιο, σελ. 10.

⁴³ Στο ίδιο, σελ. 10-11.

⁴⁴ («Φιλοσοφική θεωρία κατά την οποία τα βιολογικά φαινόμενα οφείλονται σε ζωτική δύναμη - vis vitalis- με προκαθορισμένη σκοπιμότητα που ξεφεύγει από την επιστημονική ανάλυση και την εργαστηριακή έρευνα»), Τεγόπουλος Φυτράκης, (1993), Ελληνικό Λεξικό.

δυτική Ευρώπη.⁴⁵

Το έργο του Γαληνού θεωρείτο ως αυθεντία και κάθε μορφής ιατρική ήταν στηριγμένη πάνω σε αυτό. Σημαντική σε αυτό ήταν και η προσφορά των μοναστηριακών λόγιων οι οποίοι αντέγραφαν και συλλέγανε καθ' όλη την περίοδο τα κείμενα του Γαληνού, τα οποία θεωρούνταν ιερά όπως και τα αυθεντικά θρησκευτικά κείμενα. Παράλληλα οι σχέσεις μεταξύ ασθενή και γιατρού εξακολουθούσαν να αναπαραγόνται αρμονικά. Ο γιατρός εθεωρείτο ως ένα μέλος της κοινωνίας χωρίς ιδιαίτερο κύρος και εξουσία.

Από το 1453 μ.χ. μέχρι και το Μωχάμεντ II η πρακτική της ιατρικής έπεσε ολοκληρωτικά στα χέρια των κληρικών οι οποίοι κατά απόλυτο τρόπο συμμορφώθηκαν με την Αρχαία διδασκαλία.

Σημαντική ήταν η προσφορά των Αράβων γιατρών για το λόγο ότι είχαν στην κατοχή τους τα περισσότερα κείμενα του Γαληνού. Δεν ανέπτυξαν όμως τη θεωρία του γιατί η κύρια ενασχόληση τους ήταν πάνω στην ορθή ερμηνεία των κειμένων η οποία αποτελούσε αντικείμενο προστριβών⁴⁶.

γ) Η Περίοδος του Μεσαίωνα

Την περίοδο του Μεσαίωνα η ιατρική φιλοσοφία πέρασε αποκλειστικά στα χέρια της εκκλησίας, μετατρεπόμενη σε διδασκαλική αρχή τελείως ξεκομμένη από το κρεβάτι του αρρώστου, απλή θεωρία. Τη θέση της πρακτικής έρευνας πήρε η διαμάχη ερμηνείας. Η θρησκεία πήρε τα πρωτεία από την ιατρική και έκανε στην άκρη τον άνθρωπο - γιατρό, βάζοντας στη θέση του το Θεό - θαυματοποιό. Την περίοδο αυτή, η κυριαρχία της εκκλησίας ήταν απόλυτη και οποιοσδήποτε δε συμφωνούσε με τις δικές τις απόψεις χαρακτηριζόταν ως αιρετικός και καταδιωκόταν. Η ασθένεια θεωρούνταν ως αμαρτία και η μόνη θεραπεία ήταν η προσφυγή στον Θεό και τη μετάνοια. Το δίπτυχο αρρώστια - θεραπεία αντικαθίσταται από το δίπτυχο αμαρτία - μετάνοια. Σ' αυτήν την κοσμοθεωρία ο γιατρός φυσικά δεν είχε χώρο. Οι γιατροί περιορίζονταν σε απλή αναπαραγωγή των κειμένων του Γαληνού, τα οποία κατείχε η εκκλησία μέσω των μοναστηριών και τα ερμήνευε κατά το δικό της τρόπο. Τα κείμενα αυτά είχαν χάσει κάθε επιστημονικό χαρακτήρα και απλώς νομιμοποιούσαν την

⁴⁵ Cartwright F. (1977), *A social history of medicine*, Longman, σελ. 13.

⁴⁶ Στο ίδιο, σελ. 12-13.

εξουσία της εκκλησίας. Οποιοσδήποτε προσπάθειες έγιναν από πλευράς των γιατρών για προώθηση της επιστήμης μέσω της πρακτικής έρευνας και εφαρμογής χαρακτηριζόταν ως έγκλημα, ως αμαρτία και κατέληγε στην πυρά⁴⁷. Έχουμε μια περίοδο στείρας αναπαραγωγής, κάποιων ιατρικών κειμένων και την πάταξη κάθε προσπάθειας επιστημονικής προόδου.⁴⁸

Εδώ συμβαίνει και η μεγάλη αλλαγή στις σχέσεις μεταξύ γιατρού και ασθενή. Η σχέση διαρρηγνύεται μια και τη θέση του γιατρού παίρνει ο ιερέας, ή καλύτερα, ο ίδιος ο Θεός, αφού ο ιερέας θεωρείται απλό όργανο της Θείας Θέλησης. Ο ισότιμος βοηθός και άνθρωπος γιατρός, αντικαθίσταται από τον υπερκείμενο εξουσιαστή Θεό, θαυματουργό, θεραπευτή. Παράλληλα όμως το σύστημα ιδεών της ιατρικής αντανακλά τις αλλαγές που συμβαίνουν στην κοινωνική βάση. Η συγκεκριμένη κοσμοθεωρία που διαμορφώνει η δοσμένη κοινωνία είναι αυτή της θεοκρατίας. Αντανάκλαση αυτής της κοσμοθεωρίας αποτελεί το ιατρικό υποσύστημα ιδεών. Γεννιέται λοιπόν μια μορφή ιατρικής οποία έχει ξεφύγει από τα χέρια του κοινού, καθημερινού ανθρώπου και ασκεί εξουσιαστική δύναμη πάνω του.

δ) Η Αναγέννηση

Το 1453 η πτώση του Βυζαντίου οδήγησε ένα πλήθος από φυγάδες στην Ιταλία. Μαζί τους έφυγαν και πολλά ανεκτίμητα χειρόγραφα του Ιπποκράτη και του Γαληνού, τα οποία η Πόλη είχε διασώσει δια μέσου των αιώνων. Τα Λατινικά, όπως είχαν επιβληθεί από τον κλήρο ως ιδιαίτερη γλώσσα για εξειδικευμένους μελετητές παραμερίστηκαν και επανήλθε η χρήση της ελληνικής γλώσσας. Ο Μεσαίωνας και η Λατινική γλώσσα ανήκαν στο παρελθόν. Οι γιατροί είχαν τώρα τη δυνατότητα να εξετάσουν τα πολλά και συχνά αχρησιμοποίητα (καθότι πολλά από αυτά δεν εξυπηρετούσαν τις ανάγκες της εκκλησίας) κείμενα του Ιπποκράτη, του Γαληνού και του Αριστοτέλη. Άρχισαν να μελετούν τα κείμενα αυτά με κριτικό πνεύμα και ανακάλυψαν, έπειτα από τόσους αιώνες, τα πολλαπλά λάθη που είχαν οι προσεγγίσεις τους.

⁴⁷ Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι μαίες οι οποίες χαρακτηρίζονταν ως μάγισσες και οδηγούνταν στην πυρά καθ' όλη την διάρκεια του Μεσαίωνα. Ως μαίες είχαν γνώση της βιολογικής διαδικασίας της γέννησης και μπορούσαν να κρίνουν τον θρησκευτικό χαρακτήρα ο οποίος προσδιόριζε κατά απόλυτο τρόπο το φαινόμενο της γέννησης ως θεϊκό προνόμιο.

⁴⁸ Cartwright F. (1977), *A social history of medicine*, Longman, στο ίδιο, σελ. 13-16.

Έτσι μπόρεσαν να κρίνουν τους προγενέστερους τους, - και το βασικότερο - την ερμηνεία που η εκκλησία είχε αποδώσει σε αυτά τα κείμενα⁴⁹.

Η Αναγέννηση λοιπόν, δεν αποτελούσε απλώς την αναβίωση της κλασσικής σκέψης και τέχνης, αλλά και τη διαμόρφωση ενός ελεύθερου πνεύματος που μπορούσε να κρίνει τις παραδοσιακές ιδέες. Το νέο πνεύμα απαιτούσε μια επαναφορά των Αρχαίων δογμάτων στην γνήσια, μη παραμορφωμένη τους μορφή και ταυτόχρονα, μια κριτική των γνήσιων αυτών δογμάτων⁵⁰.

Η τομή εμφανίστηκε το 1543, όπου έγινε η πρώτη ανατομία σε ανθρώπινο σώμα από τον Andrea Vesalius. Το ενδιαφέρον που τράβηξε αυτή η ανατομία οδήγησε στην ανάπτυξη της χειρουργικής και έδωσε ώθηση στην ιατρική. Με το έργο του αυτό, ο Vesalius έκρινε για πρώτη φορά το έργο του Γαληνού και αμφισβήτησε την ορθότητα των απόψεών του. Εν συνεχεία εμφανίζονται και άλλα βιβλία ανατομίας. Σημαντικό ρόλο σε αυτή την εξέλιξη έπαιξε ο Pare Ambrose. Από το 1529 ο Ambrose ακολουθούσε τον γαλλικό στρατό όπου εκτελούσε χειρουργικές επεμβάσεις, προσφέροντας έτσι κύρος στην χειρουργική. Σημαντικός σταθμός στην εξέλιξη της επιστημονικής ιατρικής αποτελεί η ανατομία της καρδιάς και η κατανόηση της κυκλοφορίας του αίματος η οποία έγινε το 1628⁵¹.

Παρότι η Αναγέννηση αποδυνάμωσε την εξουσία της εκκλησίας, η πίστη στις υπερφυσικές δυνάμεις και στη μεσολάβηση του Θεού στα θέματα της κοινωνίας εξακολούθησε να υπάρχει, καθώς δεν είχαν διαμορφωθεί ακόμη εκείνες οι κοινωνικές συνθήκες οι οποίες θα επέτρεπαν την γέννηση της επιστημονικής ιατρικής ως ενιαίο σύστημα ιδεών και πρακτικής. Όπως διατυπώνεται από έναν γιατρό της περιόδου:

Εγώ χειρίστηκα τον ασθενή αλλά ο Θεός το γιάτρεψε.⁵²

Βλέπουμε λοιπόν πως ακόμα και την περίοδο της Αναγέννησης η Θεϊκή εξουσία πάνω στα εγκόσμια εξακολουθεί να υφίσταται. Η σχέση μεταξύ του γιατρού και του ασθενή έχει ανατραπεί υπέρ του γιατρού, ο οποίος αυτήν την περίοδο ταυτίζεται με το πρόσωπο του Θεού. Ο ασθενής κατέχει τώρα το παθητικό μέρος. Ο θεραπευτής επενδυόμενος με το θεϊκό χάρισμα εξουσιάζει το θεραπευόμενο.

⁴⁹ Στο ίδιο, σελ. 16

⁵⁰ Στο ίδιο, σελ. 16

⁵¹ Στο ίδιο, σελ. 16

Το μεγάλο ρήγμα στην επικρατούσα σκέψη και ταυτόχρονα χτύπημα στην θρησκευτική απόλυτη κυριαρχία έρχεται με τα έργα του Francis Bacon (*The Advancement of Learning* 1605, και *The Great Instauration of Learning* 1620) στην Αγγλία και αργότερα του Rene Descartes στην Ολλανδία. Ο Bacon παρότρυνε τους φιλοσόφους να αφήσουν στην άκρη τις παλιές μεθόδους και να τις αντικαταστήσουν από την επαγωγική εξήγηση - αιτιολόγηση, η οποία βασίζεται στην εμπειρία. Δηλαδή, ο Bacon διαμόρφωνε με την άποψη του αυτή τη μεθοδολογία των επιστημών του ανθρώπου οι οποίες πρόκειται να κυριαρχήσουν. Η παθολογική ανατομία η οποία, όπως είδαμε, είχε αρχίσει να αναπτύσσεται εκείνη την περίοδο δεν μπορούσε από μόνη της να ανατρέψει το ισχύων ιατρικό σύστημα. Αυτή η ανατροπή συντελέστηκε μόνο όταν η ανατομία αποτέλεσε τμήμα ενός ευρύτερου κινήματος : του Εμπειρισμού.

Ο Descartes (1637) θεωρείται ως ο πατέρας του μηχανιστικού υλισμού. Αυτός θεώρησε την σκέψη ως το κύριο στοιχείο της ύπαρξης και διατύπωσε τη θέση : «Σκέφτομαι άρα υπάρχω». Το σημαντικότερο όμως είναι ότι θεώρησε το σώμα ως μια μηχανή και υιοθετώντας το μηχανιστικό μοντέλο οδηγήθηκε στην διάκριση του σώματος από το περιβάλλον του. Εφόσον ο οργανισμός αποτελεί μηχανικό σύστημα, τότε μπορεί να διαχωριστεί, να αποσυνδεθεί και έπειτα να επανασυνδεθεί, εάν η δομή και η λειτουργία των οργάνων του γινόταν πλήρως γνωστά. Το μηχανιστικό μοντέλο οδήγησε την ιατρική στην άποψη ότι η κατανόηση της αρρώστιας ως διαδικασίας, και η γνώση της αντίδρασης του σώματος σε αυτή, θα έκανε πιθανή τη θεραπευτική μεσολάβηση με χειρουργικά, χημικά ή ηλεκτρικά μέσα - μεθόδους. Χωρίζοντας το σώμα από το πνεύμα, ο Descartes κατέληγε στο συμπέρασμα ότι το πνεύμα θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο ενασχόλησης της θρησκείας, και το σώμα αντικείμενο της επιστήμης. Την περίοδο αυτή συντελέστηκαν πολλές ιατρικές ανακαλύψεις και εφευρέσεις οι οποίες οδήγησαν στην ανάπτυξη της ιατρικής⁵³.

⁵² Στο ίδιο, σελ. 17.

⁵³ Για μια παρουσίαση ιστορικών γεγονότων και ανακαλύψεων όπως η ανακάλυψη των μικροβίων, του μικροσκοπίου κλπ. οι οποίες σημάδεψαν την πορεία της επιστημονικής ιατρικής βλέπε, Webster C. (1995), *Caring For Health : History and Diversity*, Open University Press, επίσης Seale C. and Pattison S. (1994), *Medical Knowledge : Doubt and Certainty*, Open University Press.

ε) Ο Διαφωτισμός και η Σύγχρονη Ιατρική

Αποκορύφωση αυτών των αλλαγών ήταν το κίνημα του Διαφωτισμού. Μια επανάσταση στον τρόπο σκέψης και πρακτικής, όσον αφορά το πνεύμα των επιστημών. Η επανάσταση αυτή, όπως άλλωστε και κάθε επανάσταση, είχε ως στόχο την ανατροπή του παλαιού καθεστώτος και την εγκαθίδρυση μιας καινούργιας κοινωνίας όπου η αιδελοφότητα, η ελευθερία και η ισότητα θα κυριαρχούσαν στον χώρο των κοινωνικών σχέσεων. Το πνευματικό και συγχρόνως κοινωνικό αυτό κίνημα, έδωσε ώθηση στην ανάπτυξη των επιστημών και διακήρυξε την απεριόριστη πρόοδο του ανθρωπίνου πνεύματος, απαλλαγμένο από κάθε μορφής δεισιδαιμονίες και προκαταλήψεις. Ο κύριος στόχος ήταν η απελευθέρωση από τον πνευματικό εγκλεισμό τον οποίο είχε δεχτεί η σκέψη κατά την προηγούμενη περίοδο. Το *ancien regime* ήταν ο εχθρός και ο διαφωτισμός αναπτύχθηκε ως κίνημα που χτύπησε ακριβώς τα παλαιά προνόμια και τις προκαταλήψεις. Μαζί με τους φεουδάρχες, ο κυριότερος εχθρός που είχε να αντιμετωπίσει το κίνημα του διαφωτισμού ήταν το κατεστημένο της εκκλησίας, το οποίο είχε κυριαρχήσει στο σύνολο της κοινωνίας και δεν επέτρεπε την κριτική σκέψη και τον ελεύθερο στοχασμό. Ο διαφωτισμός λοιπόν έδωσε τη δυνατότητα στην ιατρική να αναπτυχθεί κριτικά απέναντι στην εκκλησία και το φεουδαρχικό καθεστώς, ελεύθερα, ως επιστήμη, στηριγμένη στα νέα μεθοδολογικά εργαλεία : την παρατήρηση, το πείραμα και την επαγωγή. Πάνω από όλα επέτρεψε την ανεξαρτησία της ιατρικής από την θρησκευτική εξουσία. Με τις αρχές αυτές, έγινε η δόμηση της σύγχρονης επιστημονικής ιατρικής η οποία και έφτασε μέχρι τις ημέρες μας. Ο διαφωτισμός λοιπόν, διαμορφώνοντας την έννοια της επιστήμης ως αποτέλεσμα του ελεύθερου από παρεμβάσεις κριτικού στοχασμού και της παρατήρησης, έθετε τα θεμέλια της σύγχρονης ιατρικής.

Η κυριαρχία της θρησκείας εκφραζόταν στο σύνολο της κοινωνίας και των κοινωνικών σχέσεων, με αποτέλεσμα ο διαφωτισμός προάγοντας το τρίπτυχο Ισότητα, Ελευθερία, Αιδελοφότητα αποζητούσε την ανατροπή των δοσμένων κοινωνικών σχέσεων και την επαναφορά τους σε μια κατάσταση ισορροπίας. Διακηρύσσοντας τα ατομικά δικαιώματα ο διαφωτισμός επιζητούσε την αποδέσμευση του ατόμου από οποιεσδήποτε εξουσιαστικές σχέσεις, επομένως και από αυτές του ιερέα - γιατρού πάνω στον ασθενή. Επιζητούσε μια επαναφορά των σχέσεων γιατρού και ασθενή σε ένα επίπεδο ισοτιμίας και ισότητας. Η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης την περίοδο αυτή είχε ακριβώς ως στόχο την απελευθέρωση του ανθρώπου - ασθενή από το Θεό

- γιατρό. Αν η επιστήμη ήταν έργο ανθρώπινο, αυτό προέκυπτε από την ενδογενή τάση του ατόμου για απρόσκοπτη πρόοδο. Η επιστημονική ιατρική θα έπρεπε να επαναφέρει την χαμένη ισοτιμία στη σχέση του γιατρού με τον ασθενή. Η επιδιωκόμενη ισότιμη σχέση, θα προωθούσε την έννοια του ανθρωπισμού, βαθύ αίτημα του διαφωτισμού. Όμως αντιθέτως, αυτό που συνέβη ήταν η διαιώνιση της εξουσιαστικής σχέσης με ένα πιο κοσμικό χαρακτήρα. Δηλαδή ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης της επιστημονικής γνώσης, τη θέση του Θεού Γιατρού Εξουσιαστή πήρε τώρα ο άνθρωπος, γιατρός εξουσιαστής. Δηλαδή, καταρρίπτοντας τα είδωλα (θρησκεία) του παλαιού καθεστώτος, ο Διαφωτισμός όρθωσε καινούργια είδωλα (επιστήμη) στη θέση τους.

Ο διαφωτισμός, λοιπόν, παρότι θεωρήθηκε ως ανθρωπιστικό κίνημα, στην ουσία στράφηκε ενάντια στο υποκείμενο - άνθρωπος το οποίο τάχθηκε να υποστηρίξει. Ενώ λοιπόν διακήρυξε την ελευθερία του ατόμου και προώθησε τα δικαιώματα του (συνταγματικά), άσκησε βία πάνω στο πνεύμα και το κυριότερο για το θέμα μας, στο σώμα του υποκειμένου μέσω του εγκλεισμού του στο νοσοκομείο.

Σημαντικός σταθμός στην εξέλιξη της επιστημονικής ιατρικής αποτελεί ο νόμος ο οποίος έδινε στους γιατρούς το μονοπωλιακό δικαίωμα στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Η «Επαγγελματοποίηση» της επιστημονικής ιατρικής, με την διαμεσολάβηση του κράτους, έδινε πλέον το νομιμοποιημένο δικαίωμα άσκησης εξουσίας πάνω στην κοινωνία⁵⁴.

Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Το θέμα το οποίο μας απασχόλησε στο τμήμα αυτό, ήταν ο τρόπος εξέλιξης και συγκρότησης της σύγχρονης νοσοκομειακής ιατρικής, μιας «επιστημονικής» μορφής ιατρική, τα θεμέλια της οποίας βρίσκονται στην περίοδο των μεγάλων ανακαλύψεων, την περίοδο δηλαδή του διαφωτισμού. Ο διαφωτισμός αποτελεί το σημείο τομής, την περίοδο δηλαδή κατά την οποία αλλάζει κατά κόρον η μορφή της ιατρικής και η οποία πλέον παίρνει έναν πιο θεωρητικό και συγχρόνως εμπειρικό και πιο εξειδικευμένο χαρακτήρα. Όμως συγχρόνως την περίοδο αυτή, αναπτύσσεται και η ιατρική τεχνολογία προσφέροντας στην ιατρική ένα εφαρμοσμένο χαρακτήρα.

⁵⁴ Σε επόμενο κεφάλαιο υπάρχει εξαντλητική αναφορά σε αυτή την διαδικασία «επαγγελματοποίησης».

Η θέση την οποία υιοθετεί η παρούσα έρευνα είναι αντίθετη σε μια θετικιστική προσέγγιση βάση της οποίας η σύγχρονη ιατρική είναι προϊόν του «πολιτισμένου» ανθρωπίνου νου, ο οποίος βρίσκεται σε αντιδιαστολή με αυτόν του «πρωτόγονου» νου. Η θεώρηση της επιστημονικής ιατρικής ως το αποκορύφωμα, και ίσως και ως η ολοκλήρωση της ανθρώπινης διανοητικής ικανότητας κάτω από την ετικέτα επιστήμη, η οποία διαμορφώθηκε διαμέσου της εξέλιξης στο πέρασμα των αιώνων, ωθεί σε μιας μορφής εσχατολογική, βαθιά ελιτιστική προσέγγιση. (Δυτικοκεντρισμός). Είναι άλλωστε πολύ εγωιστικό και εγωκεντρικό - πέραν της μη επιστημονικότητας του - να θεωρούμε τη σύγχρονη ιατρική των δυτικών κοινωνιών στις οποίες ζούμε, ως την «καλύτερη» μορφή ιατρικής, απορρίπτοντας συγχρόνως όλες τις άλλες μορφές τις οποίες έχει πάρει ως απαραίτητο στοιχείο της ανθρώπινης εξέλιξης - διαβίωσης σε κάθε λογής κοινωνίες (παραδοσιακές, φυλετικές).

Συνεπώς μια γραμμική, εξελικτική προσέγγιση της σύγχρονης ιατρικής δεν αποτελεί τον προσανατολισμό της παρούσας έρευνας. Αντιθέτως η άποψη που διαπνέει την προβληματική μας είναι αυτή της κριτικής προσέγγισης. Της προσπάθειας δηλαδή ναδειχθεί ότι η μορφή της ιατρικής την οποία βιώνουμε, αποτελεί και αυτή ένα κοινωνικό δημιούργημα. Ένα προϊόν της συγκεκριμένης κοινωνίας στην οποία απαντάται. Ένα κοινωνικό - πολιτισμικό προϊόν των συγκρουσιακών και ανταγωνιστικών κοινωνικών σχέσεων, το οποίο έρχεται να υλοποιήσει και να προωθήσει τις αξίες, τα συμφέροντα και τις στοχοθετήσεις που οι κυρίαρχες μορφές κοινωνικών σχέσεων στη συγκεκριμένη κοινωνία θεωρούν ως απαραίτητες για την επιβίωσή τους. Στο πλαίσιο των σύγχρονων κοινωνικών σχέσεων η ιατρική δεν κρίνεται με ηθικούς όρους ως «καλή» ή «κακή», ή ως «ανώτερη» ή «κατώτερη». Μπορεί να θεωρηθεί όμως ως αποτελεσματική ή ως μη αποτελεσματική. Ως αποτελεσματική αν ανταποκρίνεται στους στόχους, στις απαιτήσεις και τις ανάγκες της συγκεκριμένης ιστορικής κοινωνίας η οποία και τη δημιούργησε για να καλύψει τις ανάγκες της, ή αντιθέτως ως αναποτελεσματική αν οδηγεί στο αντίθετο από το προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Το αξιολογικό κριτήριο της παρούσας προσέγγισης, που αποτελεί και τον κριτικό πυρήνα είναι κατά πόσο και σε ποιο βαθμό είναι δυνατή η κάλυψη της ανάγκης για την οποία δημιουργήθηκε η ιατρική και πρώτιστα απ' όλα την κάλυψη της βασικότερης ανάγκης του ανθρώπου τη διατήρηση στη ζωή. Συμπληρωματικά, με την ίδια όμως σημασία, θεωρούμε ως σημαντική την ανάγκη διαμόρφωσης του ανθρώπου σε πλήρη, ανεξάρτητη και ελεύθερη προσωπικότητα. Χρήσιμο είναι λοιπόν

αυτό που προάγει την έννοια του υποκειμένου που δημιούργησε την ιατρική επιστήμη, δηλαδή του ίδιου του ανθρώπου. Οι όροι της «αποτελεσματικότητας» - «αναποτελεσματικότητας» στο πλαίσιο της δικής μας θεώρησης δεν προσδιορίζονται μονοδιάστατα τεχνολογικά και οικονομίστικα, αλλά ως ανθρώπινες αξίες που έχουν να κάνουν με τον ιστορικό ορθό λόγο και αφορούν την χειραφέτηση της κοινωνίας συνολικά. Επομένως δεν μπορεί να θεωρηθεί ως χρήσιμο κάτι το οποίο εξυπηρετεί μεν την στενή ανάγκη που το δημιούργησε (επιβίωση), αλλά από την άλλη υποδουλώνει και προσβάλλει την ανθρώπινη προσωπικότητα, της οποίας η πραγμάτωση αποτελεί το υψηλότερο κοινωνικό αίτημα.

B) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ.

Εισαγωγή

Το σύγχρονο νοσοκομείο αποτελεί σήμερα το χώρο έκφρασης και άσκησης της ιατρικής - θεραπευτικής δραστηριότητας. Αποτελεί τμήμα της ιατρικής πρακτικής και χρησιμοποιείται ως ο πλέον κατάλληλος χώρος για τις περιπτώσεις ασθένειας οι οποίες εξαιτίας της πολυπλοκότητας της θεραπείας δεν μπορούν να θεραπευθούν στο πλαίσιο του γραφείου του γιατρού (ιδιωτικό ιατρείο), ή στο πλαίσιο του σπιτιού του ασθενή (επισκέψεις κατ' οίκο). Το νοσοκομείο εκφράζει την ορθολογική οργάνωση της ιατρικής επιστήμης και για το λόγο αυτό στη δομή και την λειτουργία του συνυπάρχουν όλες οι αντιθέσεις και οι αντιφάσεις που χαρακτηρίζουν την νεότερικότητα. Στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε με μια συνοπτική παρουσίαση της ιστορικής εξέλιξης του νοσοκομείου. Θα εξετάσουμε τους ρόλους τους οποίους επιτελούσε το νοσοκομείο σε συγκεκριμένες ιστορικές περιόδους, τονίζοντας την ποικιλία αυτών των ρόλων. Όπως θα δούμε κατά το παρελθόν το νοσοκομείο ασκούσε διαφορετικές λειτουργίες από ότι σήμερα. Ιδιαίτερα θα ασχοληθούμε με τις Μ.Ε.Θ., με την ιστορική τους εμφάνιση και εξέλιξη. Η ανάλυση των Μ.Ε.Θ. θα επικεντρωθεί στην ανάδειξη της σχέσης την οποία έχουν οι ελληνικές Μ.Ε.Θ. με τις αντίστοιχες του εξωτερικού.

Το Νοσοκομείο

Η μορφή και οι λειτουργίες τις οποίες ασκούσε το νοσοκομείο στα τέλη του 19ου αιώνα ήταν τελείως διαφορετικές από αυτές τις οποίες εκτελεί σήμερα.⁵⁵ Το νοσοκομείο στις αρχές της εμφάνισής του ήταν αποκομμένο από το πεδίο της ιατρικής πρακτικής. Αποτελούσε ένα χώρο όπου οι φτωχοί, οι ξένοι και τα ορφανά έβρισκαν καταφύγιο και περίθαλψη. Η βιομηχανική επανάσταση και η συνακόλουθη διαδικασία μαζικής αστικοποίησης, είχε ως αρνητικό αποτέλεσμα την δημιουργία των ανθυγιεινών συνθηκών διαβίωσης στις πόλεις. Έτσι, δημιουργήθηκαν τα νοσοκομεία για τον εγκλεισμό των φτωχών ασθενών προκειμένου να προστατευθούν οι πλούσιοι αστοί. Τα νοσοκομεία χρησίμευαν ως χώρος όπου έβρισκαν καταφύγιο οι πάσης φύσεως κοινωνικά εξαρτημένοι. Χρηματοδοτούνταν αρχικά από την εκκλησία και τα διάφορα φιλανθρωπικά ιδρύματα και, έπειτα, κατά τον 18ο αιώνα «από πλούσιους ιδρυτές ως επίδειξη κοινωνικού κύρους και φιλανθρωπίας»⁵⁶. Συχνά αποτελούσαν το χώρο όπου τοποθετούνταν βίαια οι λεπροί (γνωστά ως *lazar-houses*)⁵⁷ και οι παράφρονες. Αποτελούσαν δηλαδή άσυλα⁵⁸ κι ως τέτοια η κύρια λειτουργία τους ήταν ο εγκλεισμός και η εξουδετεροποίηση κάθε «αντικοινωνικού» στοιχείου με την επακόλουθη στιγματοποίηση του ατόμου που εντασσόταν σ' αυτά και το οποίο επιβαρυνόταν πλέον με μια ελαττωματική ταυτότητα.

Τα πρώτα αυτά άσυλα θα λειτουργήσουν ως ένας χώρος αναπαραγωγής όλων των "ιερών" αξιών που στηρίζουν την κεφαλαιοκρατική, αστική κοινωνία. Οι αξίες της οικογένειας της εργασίας, που ανάγονται σε πεφωτισμένα ιδανικά, σε κατεξοχήν αστικές αρετές βασιλεύουν και στη δομή λειτουργίας του ασύλου.

Η εξουσία των γιατρών σε αυτήν την αρχική φάση ήταν περιορισμένη.

Οι γιατροί δεν είχαν στην πραγματικότητα παρά λίγη εξουσία μέσα στο ίδρυμα και υπήρχε διένεξη μεταξύ της θρησκευτικής εξουσίας και της βασιλικής που προσπαθούσε να ελέγξει το νοσοκομείο.

⁵⁵ Για την ιστορία του νοσοκομείου βλέπε Rosen G. (1963), "The Hospital : Historical Sociology of a Community Institution", στο Freidson E. (1963), *The Hospital in Modern Society*, New York, The Free Press of Glencoe.

⁵⁶ Μεσθεναίου Ε. (1986), *Νοσοκομειακή Οργάνωση : Ιστορικές Καταβολές και Παράδοση*, Υγειονομική Σχολή.

⁵⁷ Turner B. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, Sage.

⁵⁸ Goffman E. (1994), *Άσυλα*, Ευρυαλός.

⁵⁹ Τσαλίκου Φ. (1987), *Ο Μύθος του Επικίνδυνου Ψυχασθενή*, Παπαζήσης, σελ. 38.

⁶⁰ Steudler F. *Sociologie Medicale*, ed. Colin, μετ. Παπαλόη Ελένη, Υγειονομική σχολή.

Σε μια δεύτερη φάση ανάπτυξης τους τα νοσοκομεία γίνονται ο χώρος «πειραματισμού» και μαθητείας της επιστημονικής ιατρικής.

Τα νοσοκομεία χρησιμεύουν για διδακτικούς σκοπούς και πειραματική δουλειά «π.χ. χειρουργική»⁶¹

Είναι ο χώρος όπου γίνονται οι πρώτες ανατομίες και όπου τίθενται οι βάσεις για την ανάπτυξη της επιστημονικής ιατρικής⁶².

Η δημιουργία των νοσοκομείων και ο τεράστιος αριθμός των φτωχών που εισήχθησαν σε αυτά είχε ως αποτέλεσμα σημαντικές αλλαγές στη φύση και το περιεχόμενο της ιατρικής γνώσης καθώς και στον τρόπο που η ιατρική γινόταν πρακτική. Οι ασθενείς πλέον δεν ήταν κυρίαρχοι στη σχέση γιατρός ασθενής. Οι γιατροί οργανώνονταν ως επάγγελμα, ενώ οι ασθενείς ως μέλη της εργατικής τάξης οι οποίοι εισήχθησαν στο νοσοκομείο, ήταν κατώτεροι στο status απέναντι στους γιατρούς οι οποίοι τους θέραπευαν. Οι ασθενείς δεν ήταν πλέον άτομα με τα δικά τους ατομικά, ιδιαίτερα συμπτώματα και προβλήματα, αλλά έγιναν, αντιμετωπίζονταν ως περιπτώσεις, η ασθένεια έγινε πιο σημαντική από τον ασθενή.⁶³

Η θέση του ασθενή αλλάζει και βαθμιαία γίνεται εξουσιαζόμενη κατηγορία, ο λόγος του πλέον δεν λαμβάνεται υπόψη. Ο γιατρός πιστεύει αυτό που βλέπει, δηλαδή το σύμπτωμα, και δεν ακούει το λόγο του ασθενή.

Αντί να έχουν να ακούσουν οι γιατροί το τι τους λένε οι κοινωνικά κατώτεροι τους για την ασθένεια τους, ήταν ικανοί να εξετάσουν επιμελώς μέσα στην απομόνωση του σώματος εκατοντάδων περιπτώσεων και να τοποθετήσουν τα αποτελέσματα σε στατιστική ανάλυση.⁶⁴

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση της ανατομίας. Η ανατομία, όπως άλλωστε θα παρουσιαστεί σε επόμενο κεφάλαιο, αλλάζει ριζικά τη σχέση του γιατρού με τον ασθενή και συνεπώς και το ρόλο του νοσοκομείου στο πλαίσιο αυτής της σχέσης.

Σε ένα τελευταίο στάδιο έχουμε την εμφάνιση του σύγχρονου νοσοκομείου ως το χώρο άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και παράλληλα ως την ορθολογική μορφή οργάνωσης της άσκησης των υπηρεσιών υγείας, σε συνδυασμό με την κρατι-

⁶¹Μεσθεναίου Ε. (1986), *Νοσοκομειακή Οργάνωση*, Υγειονομική Σχολή.

⁶²Foucault M. (1973), *The Birth of the Clinic*, London Tavistock.

⁶³Doyal L. (1981), *The Political Economy of Health*, Pluto Press, σελ. 31.

⁶⁴Στο ίδιο, σελ. 32.

κή παρέμβαση στο αγαθό της υγείας, το οποίο προσφέρεται ως αγαθό για όλους (Κράτος Πρόνοιας).⁶⁵

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελούν ένα σύγχρονο φαινόμενο, μία νέα μορφή οργάνωσης της σχέσης επιστημονικής ιατρικής - κοινωνίας. Η δημιουργία τους με την μορφή την οποία τις γνωρίζουμε, έχει γίνει τα τελευταία χρόνια, αν και η λογική που τις διέπει έχει τις ρίζες της αρκετά χρόνια πριν. Στη γέννηση αυτής της λογικής συνέβαλλε η επιδημία πολιομυελίτιδας που εμφανίστηκε στην Δανία το 1952⁶⁶. Από τους τριανταένα ασθενείς που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων της Κοπεγχάγης, οι είκοσι επτά απεβίωσαν στις τρεις πρώτες ημέρες. Η εικοστή όγδοη ασθενής, ένα δωδεκάχρονο κορίτσι, έμεινε στην ιστορία ως ο πρώτος ασθενής στον οποίο εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά αναπνευστικές τεχνικές, οι οποίες μέχρι τότε εφαρμόζονταν μόνο την ώρα των χειρουργικών επεμβάσεων (π.χ. τραχειοτομία, τοποθέτηση ενδοτραχειακού σωλήνα και παρατεταμένος αερισμός με το χέρι).⁶⁷

Με την εισαγωγή των εμβολίων κατά της πολιομυελίτιδας μειώθηκε ο αριθμός των κρουσμάτων και, αντίστοιχα, μειώθηκε και η ανάγκη για την ύπαρξη των Μ.Ε.Θ. Όμως καθώς η αντιμετώπιση των αναπνευστικών προβλημάτων των ασθενών στους θαλάμους ήταν ανεπαρκής, δόθηκε ώθηση για την επαναδραστηριοποίηση των Μονάδων Αναπνευστικής Ανεπάρκειας.

Τέτοιες μονάδες δημιουργήθηκαν το 1958 στο Toronto, στο Southampton και στο Churchill Hospital της Οξφόρδης. Την ίδια εποχή έγιναν οι πρώτες Πολυδύναμες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στη Βαλτιμόρη και στην Ουψάλα, ενώ το 1961 ιδρύθηκε η Μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου της Μασαχουσέτης.⁶⁸

Από το σημείο αυτό η εντατική ιατρική διαμορφώθηκε και εξελίχθηκε με ραγδαίους ρυθμούς.

⁶⁵ Θα υπάρξει ιδιαίτερη ανάλυση αυτής της φάσης της ιστορικής εξέλιξης στο επόμενο τμήμα της διατριβής.

⁶⁶ Τα ιστορικά στοιχεία προέρχονται από Γκαράνη Τ. (1992), *Εντατική Θεραπεία : Ηθικά, Δεοντολογικά και Νομικά προβλήματα*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα.

⁶⁷ Παρόλα αυτά προσπάθειες κατασκευής μηχανήματος αερισμού προϋπάρχουν του 1825. Για περισσότερες ιστορικές πληροφορίες σχετικά βλέπε στο ίδιο, σελ. 7-15.

⁶⁸ Στο ίδιο, σελ. 9.

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν στην Αμερική, το ποσοστό κλινών Εντατικής Θεραπείας αυξήθηκε κατά 29% από το 1976 μέχρι το 1982, ενώ στο ίδιο χρονικό διάστημα το ποσοστό κλινών γενικής νοσηλείας αυξήθηκε μόνον κατά 5%. Το 1983, 90% των νοσοκομείων των Ηνωμένων Πολιτειών διέθεταν μία Μ.Ε.Θ. ενώ περισσότερο από το 6% των συνολικών κλινών ήταν Εντατικής Θεραπείας.⁶⁹

Στην περίπτωση τώρα της Ελλάδας η εντατική θεραπεία αποτελεί ένα σύγχρονο φαινόμενο. Οι απαρχές της, σε συμφωνία με την αντίστοιχη εξέλιξη στις άλλες χώρες, βρίσκονται στην επιδημία πολιομυελίτιδας το 1959. Δημιουργήθηκε τότε η ανάγκη για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών, καθώς κάθε μέρα πέθαιναν επτά με οκτώ παιδιά μπροστά στην έλλειψη της υποδομής για την κατάλληλη περίθαλψη τους. Ιδρύθηκε τότε μετά από :

..... υπεράνθρωπες προσπάθειες της Κ. Μαγκριώτη και του τότε προέδρου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Κ. Γεωργακόπουλου σε συνεργασία με το νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία» το πρώτο τέτοιο κέντρο σε ένα περίπτερο του νοσοκομείου Λοιμωδών Νόσων. Οι προσπάθειες αυτές ενισχύθηκαν από τον Σουηδικό Ερυθρό Σταυρό ο οποίος έστειλε στην Ελλάδα μια ομάδα από ειδικευμένο προσωπικό (γιατρό, φυσιοθεραπεύτρια και νοσοκόμους) καθώς και τον απαραίτητο εξοπλισμό. Μεταχειρισμένος εξοπλισμός έφθανε ακόμη από την Ουγγαρία. Το κέντρο πλαισιώθηκε από εθελόντριες αδελφές του Ε.Ε.Σ.⁷⁰

Καθώς οι ανάγκες για εντατική θεραπεία ήταν μεγάλες, τον Οκτώβριο του 1959 ιδρύθηκε στο Νοσοκομείο Σωτηρία ένα Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας. Το Κ.Α.Α. ήταν μοναδικό στο είδος του και έπαιρνε ασθενείς από όλα τα νοσοκομεία. Το 1966 άρχισε να εκπονείται μία έρευνα με σκοπό την δημιουργία ειδικής πλέον Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Η έρευνα αυτή σταμάτησε με την δικτατορία και ολοκληρώθηκε μετά την πτώση της⁷¹.

Οι Μ.Ε.Θ. τελικά δημιουργούνται συγχρόνως με την σύσταση του Ε.Σ.Υ. καθώς για πρώτη φορά προκηρύσσονται θέσεις γιατρών με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στις Μ.Ε.Θ. Οι Μ.Ε.Θ. διαμορφώθηκαν στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πρότυπα του εξωτερικού (μετά από προτάσεις που υπέβαλλε η σχετική επιτροπή το 1983)⁷². Το 1986 στο νοσοκομείο Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού ιδρύθηκε η πρώτη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Από εκεί και πέρα οι Μ.Ε.Θ. αναπτύχθηκαν

⁶⁹Kelley M. (1988), Critical Care Medicine, A new Speciality. *New England J. Med.*318 (24), 1913-1617, στο ίδιο σελ. 10.

⁷⁰Στο ίδιο, σελ. 13.

⁷¹ Στο ίδιο, σελ 14.

⁷²Το κείμενο αυτό ήταν αδύνατο να βρεθεί από τις κατάλληλες υπηρεσίες και μας παραχωρήθηκε από το προσωπικό αρχείο του κ. Νικολάου Φύλα. *Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, (1983)* Έκθεση Ομάδας Εργασίας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, Αθήνα. Οκτώβρης.

ραγδαία και σχεδόν σε κάθε μεγάλο νοσοκομείο αντιστοιχεί και μία Μ.Ε.Θ. Παρόλα αυτά, ο αριθμός των κλινών στις Μ.Ε.Θ. της Ελλάδας, σε σχέση με τις αντίστοιχες του εξωτερικού, είναι μικρότερος.

Ενώ στα μεγάλα πολυδύναμα νοσοκομεία του εξωτερικού ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί στο 6% του συνολικού αριθμού των κλινών, στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό δεν αγγίζει ούτε το 2%.⁷³

Και το σημαντικότερο, η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των κλινών βρίσκεται στην αττική με αποτέλεσμα η άλλη χώρα να μένει ακάλυπτη.⁷⁴

Συμπερασματικές Παρατηρήσεις

Από την ιστορική παρουσίαση η οποία προηγήθηκε γίνεται αντιληπτό πως το νοσοκομείο από τη στιγμή της γέννησής του έχει κληθεί να εξυπηρετήσει ένα πλήθος διαφορετικών λειτουργιών. Άλλες ήταν οι λειτουργίες τις οποίες επιτελούσε στις απαρχές της εμφάνισής του και άλλες αυτές τις οποίες εξυπηρετεί σήμερα. Αυτή η σύνομη ιστορική αναδρομή είχε ως στόχο να παρουσιάσει την μη διαχρονικότητα των λειτουργιών τις οποίες ασκούσε και ασκεί το νοσοκομείο. Η πλειάδα των λειτουργιών αυτών αναδεικνύει και τη σχετικότητα του ρόλου του νοσοκομείου στο χώρο της επιστημονικής ιατρικής. Το νοσοκομείο αποτελεί μια μορφή οργάνωσης των σχέσεων ιατρικής - κοινωνίας, η οποία κατασκευάζεται από την εκάστοτε κοινωνία για να εξυπηρετήσει ένα συγκεκριμένο ρόλο. Άλλοτε λειτουργεί ως άσυλο, άλλοτε ως χώρος μαθητείας και άλλοτε ως το τέμενος της θεραπευτικής δραστηριότητας των γιατρών. Οποιαδήποτε λειτουργία όμως και να επιτελεί το νοσοκομείο, το σημαντικό είναι ότι αυτή η λειτουργία είναι χωρο - χρονικά προσδιορισμένη, είναι κατασκευασμένη, προκύπτει από τις ανάγκες της συγκεκριμένης κοινωνίας, σε συνδυασμό πάντα, με τις ανάγκες ανάπτυξης της επιστημονικής ιατρικής.

Στην συνέχεια είδαμε πως οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν ένα σύγχρονο μας δημιούργημα, ένα από τα πιο προηγμένα επιτεύγματα της επιστημονικής ιατρικής. Από την ιστορική αναδρομή στον χώρο των Μ.Ε.Θ. έγινε αντιληπτό πως στην Ελλάδα οι μονάδες αυτές αποτελούν απλή αντανάκλαση των εξελίξεων που έχουν συντελεσθεί στο εξωτερικό. Ως χώρος έρευνας λοιπόν προσφέρουν το ίδιο υλικό που προσφέρει

⁷³ Στο ίδιο.

οποιαδήποτε μονάδα ανά τον κόσμο, σε συνδυασμό πάντοτε με τις εκάστοτε πολιτισμικές και οικονομικοκοινωνικές ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η συγκεκριμένη περίπτωση. Το σημαντικό όμως είναι πως οι βασικές αρχές οι οποίες διέπουν την οργάνωση και την λειτουργία των ελληνικών Μ.Ε.Θ. προσδιορίζονται από συγκεκριμένα δεδομένα τα οποία ισχύουν ανά τον κόσμο.

⁷⁴Για μια παρουσίαση της γενικότερης κρίσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα βλέπε, Κυριόπουλος Γ. (1980), Η Υγειονομική Κρίση στην Ελλάδα, *Οικονομία και Κοινωνία*, : 8 - 13.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1) ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Εισαγωγή

Σκοπός του κεφαλαίου που ακολουθεί είναι η παρουσίαση μιας κοινωνιολογικής θεώρησης των σχέσεων εξουσίας μεταξύ γιατρών, ασθενών και νοσηλευτριών, όπως αυτές αναπτύσσονται στο πλαίσιο της ορθολογικής οργάνωσης του σύγχρονου νοσοκομείου. Το ερώτημα το οποίο τίθεται, και στο οποίο θα επιχειρήσουμε να δώσουμε απάντηση, είναι ποιες είναι οι μορφές εξουσίας που δημιουργούνται στο πλαίσιο της σύγχρονης ρασιοναλιστικής, γραφειοκρατικής μορφής οργάνωσης του νοσοκομείου.

Οι εξουσιαστικές σχέσεις, οι οποίες εμφανίζονται μέσα στο νοσοκομείο είναι αποτέλεσμα της σύγκρουσης δύο διαφορετικών μορφών εξουσίας : μιας ιεραρχικής, γραφειοκρατικού τύπου εξουσίας (διοικητική), και της εξουσίας του «ειδικού», του γιατρού, ο οποίος ως φορέας της εξειδικευμένης επιστημονικής γνώσης κυριαρχεί πάνω στον μη-γνώστη, τον ασθενή και τον διοικητικό.

Διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί για την εξήγηση της συγκρουσιακής αυτής κατάστασης η οποία ισχύει στο νοσοκομείο. Οι θεωρίες αυτές χρησιμοποιώντας διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα αναλύουν τον συγκεκριμένο χώρο. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τις θεωρητικές προσεγγίσεις (μοντέλα), που επικρατούν στο χώρο της κοινωνιολογίας της οργάνωσης του νοσοκομείου. Οι θεωρίες αυτές ανα-

πτύχθηκαν χρονικά η μία μετά την άλλη, και η κάθε θεωρία η οποία εμφανιζόταν ερχόταν να καλύψει τις ανεπάρκειες της προηγούμενης θεωρητικής προσέγγισης. Συνεπώς αυτές οι θεωρίες παρουσιάζονται στο πλαίσιο μιας λογικής συμπλήρωσης, η οποία όμως λογική αναπόφευκτα κινείται μέσα σε μια ιστορική λογική όπου κυριαρχεί ο εξορθολογισμός και η λειτουργικότητα του νοσοκομειακού οργανισμού.

Η πρώτη κοινωνιολογική θεωρία η οποία ασχολείται με το χώρο της οργάνωσης του νοσοκομείου είναι η κλασική γραφειοκρατική προσέγγιση (Βεμπεριανή), η οποία εστιάζει στην ανάλυση των τυπικών σχέσεων της οργάνωσης. Η προσέγγιση αυτή δηλαδή ασχολείται με το σύνολο των οργανωτικών σχέσεων οι οποίες προσδιορίζονται αυστηρά, βάση γραπτών, συγκεκριμένων κανόνων.

Εν συνεχεία έχουμε την εμφάνιση των απόψεων των Bucker R. και Stelling J., οι οποίοι κριτικάροντας τον μονοδιάστατο χαρακτήρα της προηγούμενης προσέγγισης (εστιάζει μόνο στο σύνολο των τυπικών σχέσεων αφήνοντας έξω από το πλαίσιο ανάλυσης όλες τις άλλες σχέσεις), εστιάζουν στο σύνολο των άτυπων σχέσεων της οργάνωσης. Ασχολούνται δηλαδή αυτοί οι συγγραφείς με τις σχέσεις οι οποίες αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της οργάνωσης σε καθημερινή βάση, και οι οποίες σχέσεις είναι αδύνατο να προσδιοριστούν από τους γραπτούς κανόνες, όσο λεπτομερειακοί και εκτεταμένοι και αν είναι αυτοί.

Τέλος έχουμε την εμφάνιση της θεωρίας της "διαπραγματευτικής τάξης", η οποία όπως θα δούμε προσπαθεί να καλύψει τα κενά των προηγούμενων θεωρητικών προσεγγίσεων.

Και οι τρεις αυτές θεωρίες περιγράφουν, η κάθε μια ξεκινώντας από διαφορετική αφετηρία, το σύνολο των οργανωτικών σχέσεων του νοσοκομείου. Άποψη μας όμως είναι ότι η οργανωτική μορφή του νοσοκομείου ενέχει μια δική της ιδιαιτερότητα, μια δική της δυναμική η οποία ξεφεύγει από τις θεωρητικές αυτές προσεγγίσεις, και η οποία ιδιαιτερότητα έχει να κάνει με τη κριτική θεώρηση της οργάνωσης στο πλαίσιο της καπιταλιστικής αστικής κοινωνίας.

Ιστορικά το νοσοκομείο αποτελούσε αρχικά ένα χώρο όπου η εξουσία των γιατρών ασκούσαν χωρίς κανέναν έλεγχο πάνω στον ασθενή. Το νοσοκομείο έκφρασε, συντήρησε και αναπαρήγαγε την ιατρική εξουσία. Μια απόλυτη εξουσία, απέναντι τόσο στους ασθενείς, όσο και στο υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου.

.....την εξουσία του ελέγχου η οποία ανήκε στους γιατρούς και τους

χειρούργους οι οποίοι ήταν ικανοί να διοικούν το νοσοκομείο ολοκληρωτικά.⁷⁵

Επίσης :

Για το πρώτο μισό του αιώνα η εξουσία της ιατρικής ήταν αυθαίρετη και απόλυτη : έφτανε η επιρροή της σε όλο το προσωπικό, ξεκινώντας από τους νέους γιατρούς, τους ειδικούς και τους άλλους επαγγελματίες, στον χώρο της υγείας, στους διοικητικούς και το υπηρετικό προσωπικό.⁷⁶

Το νοσοκομείο, αρχικά ήταν ο χώρος έκφρασης της ιατρικής εξουσίας. Ήταν το μέρος όπου ο γιατρός κατείχε την απόλυτη εξουσία, τόσο απέναντι στους ασθενείς, όσο και απέναντι στο κατώτερο, (λόγω της μη συμμετοχής στην επιστημονική γνώση), προσωπικό. Η εξουσιαστική σχέση ήταν προσωπική (άτομο απέναντι σε άλλο άτομο) και ταυτόχρονα κοινωνική. Σχέση εξουσίας όπου τα άτομα υπήρχαν στις μεταξύ τους σχέσεις ως κοινωνικές κατηγορίες (γιατρός, ασθενής, νοσηλεύτρια) a priori δομημένες στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο πριν φτάσουν στο νοσοκομειακό. Η κοινωνική μορφή εξουσίας (κυριαρχία ειδικού πάνω στην κατηγορία του μη - ειδικού) μαζί με την προσωπική (άσκηση φυσικής βίας π.χ. πειραματισμός στον ασθενή - μαθήματα ανατομίας), συμβιώνουν δομώντας την εξουσία της επιστημονικής ιατρικής ως a priori νομιμοποιημένης στο κοινωνικό επίπεδο.

Εν συνεχεία έχουμε, με την εμφάνιση του διαφωτισμού, την ορθολογική μορφή οργάνωσης, η οποία εκφράζεται μέσω του γραφειοκρατικού διοικητικού ελέγχου, και η οποία μορφή οργάνωσης προσπαθεί να ελέγξει την συμπεριφορά των γιατρών. Οι σχέσεις μετατρέπονται σε απρόσωπες, η δε παρέμβαση οδηγείται σε ένα εργαλειακό εγχείρημα.

Η βασική υπόθεση εργασίας αυτού του κεφαλαίου είναι η διερεύνηση της θέσης του Crozier⁷⁷, κατά πόσο οι εξουσιαστικές σχέσεις μέσα στο νοσοκομείο είναι αποτέλεσμα της δυνατότητας που έχουν τα εμπλεκόμενα μέρη της οργανωτικής σχέσης (γιατρός, ασθενής, νοσηλεύτρια), να προσδώσουν ένα ποσοστό αβεβαιότητας και απρόβλεπτου στην οργανωτική τους συμπεριφορά, η οποία όμως εξ ορισμού προσδιορίζεται από τους ορθολογικούς, νόμιμους γραπτούς κανόνες. Όπως θα δούμε παρά την ισχυρότητα και δεσμευτικότητα των γραπτών κανόνων (ορθολογική μορφή οργάνωσης), οι οποίοι έχουν ως στόχο τον περιορισμό της ιατρικής εξουσίας, η ια-

⁷⁵ Freddi G. and Bjorkman J. (1989), *Controlling Medical Professionals*, Sage, σελ. 8.

⁷⁶ Στο ίδιο, σελ. 8

⁷⁷ Crozier M. (1963), *The Bureaucratic Phenomenon*, The University of Chicago Press.

τρική εξουσία εξακολουθεί να είναι ισχυρή απέναντι στην ομάδα των ασθενών και των διοικητικών. Η παρουσίαση των οργανωτικών θεωριών έχει ακριβώς ως στόχο να αναδείξει αυτή την προβληματική.

Κλασική Γραφειοκρατική Προσέγγιση

Όπως σε κάθε μορφή σύγχρονης οργάνωσης, έτσι και στο νοσοκομείο, επιβάλλεται η τυπική γραφειοκρατική μορφή οργάνωσης, η οποία βασίζεται : α) σε ένα σύστημα γραπτών κανόνων, που προσδιορίζουν την συμπεριφορά των μελών και β) σε μια ιεραρχική κατανομή καθηκόντων. Η ορθολογική προς το σκοπό δράση (zweckrationalität), όπως εκφράστηκε από τον Weber, εκφράζεται μέσα στην γραφειοκρατική οργάνωση ως το προϊόν της διαδικασίας του εξορθολογισμού. Η ορθολογική μορφή οργάνωσης του νοσοκομείου είναι η πλέον διαδεδομένη.⁷⁸ Στο πλαίσιο όμως του οργανωτικού μορφώματος του νοσοκομείου συναντάμε μια δεύτερη εξουσία, πλάι σε αυτή των διοικητικών (ιεραρχική), την εξουσία των γιατρών. Ενώ η διαδικασία του εξορθολογισμού με την ιεραρχική κατανομή των καθηκόντων, βάση γραπτών κανόνων, έδωσε εξουσία στα υψηλά διοικητικά πόστα απέναντι στους υφισταμένους, αναγκάστηκε να έρθει σε σύγκρουση με την εξουσία της ομάδας των γιατρών. Η γραφειοκρατική - ρασιοναλιστική μορφή οργάνωσης του νοσοκομείου είχε ως στόχο τον περιορισμό της απόλυτης εξουσίας των γιατρών, η οποία ίσχυε όπως είδαμε, από την στιγμή εμφάνισης του νοσοκομείου. Η γραφειοκρατική - ρασιοναλιστική μορφή οργάνωσης σηματοδοτεί την παρέμβαση του σύγχρονου κράτους στην ιατρική επιστήμη.

Συμπληρωματικά με την ανάλυση της γραφειοκρατίας θα πρέπει να αναφερθούμε στην έννοια του χαρίσματος, βάση της οποίας νομιμοποιείται το ιατρικό επάγγελμα⁷⁹. Το χάρισμα θεωρείται ότι μπορεί να υπάρξει όχι μόνο σε ένα άτομο, ως προσωπικό χαρακτηριστικό, αλλά και σε μια ομάδα ατόμων τα οποία :

περιλαμβάνουν ιδιαίτερες μαγικές ιδιότητες, αποκάλυψη ηρωισμού, εξουσία πνευματική και εξουσία ομιλητική.⁸⁰

⁷⁸ Hillier S. (1987), *Rationalism, Bureaucracy and the Organization of the Health Services* : Max' Weber Contribution to Understanding Modern Health Care Systems, στο Scambler G. (1987), *Sociological Theory and Medical Sociology*, Tavistock Publications.

⁷⁹ Βλέπε Χιωτάκης Σ. (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθέρων Επαγγελματιών : Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών*, Οδυσσέας, : 94-100.

⁸⁰ Weber M. (1980), *The Three Types of Legitimate Rule*, στο Etzioni A. (1980), *A Sociological Reader on Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston, σελ. 10.

Η νομιμοποίηση δίνεται στην ομάδα των χαρισματικών, εξαιτίας των μη-καθημερινών ιδιοτήτων (νέος αξιακός προσανατολισμός) και όχι εξαιτίας της θέσης την οποία κατέχουν ή εξαιτίας της παράδοσης. Οι γιατροί αποτελούν μια κατηγορία ατόμων τα οποία εξαιτίας ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, (κατοχή εξειδικευμένης γνώσης και χρησιμοποίηση ιδιαίτερου λεξιλογίου, δηλαδή εξουσία πνευματική και ομιλητική), ξεχωρίζουν απέναντι στον άλλο πληθυσμό και προάγουν την κοινωνική πρόοδο στη βάση της επιστημονικής ιατρικής (νέος αξιακός προσανατολισμός). Η εννοιολόγηση της επιστημονικής ιατρικής και των εκφραστών της ως χαρισματικών, οδηγεί στην αντιμετώπιση της άσκησης της ως εντελώς ανεξάρτητης από κάθε βιοποριστικό σκοπό. Η ιατρική συλλαμβάνεται περισσότερο ως καθήκον, λειτουργήμα και κοινωνική προσφορά, παρά ως βιοποριστικό επάγγελμα με στόχο τον πλουτισμό. Η πληρωμή του γιατρού θεωρείται ως μέσο για την άσκηση του επαγγέλματος και όχι ως αυτοσκοπός. Μέσα στο πλαίσιο της θεώρησης της ιατρικής ως "χαρισματικής", η νομιμοποίηση της ιατρικής έγκειται στην έμφαση η οποία δίνεται στο διανοητικό περιεχόμενο, την (ασυνήθιστη) ποιότητα και το κοινωνικό έργο της επιστημονικής παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ απορρίπτεται η ανταλλακτική οικονομική αρχή η οποία διέπει το οικονομικοκοινωνικό σύστημα.

Έτσι ελευθέρια επαγγέλματα όπως του κληρικού, του γιατρού, του καθηγητή, ενώ αποτελούν θεσμοποιημένες μορφές της καθημερινότητας, διατηρούν σπέρματα αυθεντίας που τα κάνει να φαίνονται σαν να αποτελούν ένα είδος «θείας δωρεάς» και σαν να μην έχουν σχέση με τον κόσμο της καθημερινότητας και των βιοποριστικών -«ατομικιστικών» επαγγελμάτων. Παρουσιάζονται μάλλον σαν κοινωνικό λειτουργήμα και λιγότερο ως επάγγελμα που είναι στην πραγματικότητα. Το χάρισμα αυτό της «θέσης» ή του «αξιώματος» των παραπάνω επαγγελμάτων μοιάζει να είναι η αγνή μεταστοιχείωση του πηγαίου και προσωπικού χαρίσματος που είχαν σε παλαιότερους κοινωνικούς σχηματισμούς οι σπάνιες και ασυνήθιστες μορφές του μάγου, του ήρωα, του προφήτη και του φιλόσοφου-διδασκάλου.⁸¹

Με την εισαγωγή της γραφειοκρατικής μορφής οργάνωσης του νοσοκομείου λαμβάνει χώρα η «καθημερινοποίηση του χαρίσματος»⁸².

Σε κάθε περίπτωση η φύση της χαρισματικής εξουσίας είναι πρόσκαιρη⁸³ και παροδική, υποχρεωτικά πρέπει να περάσει σε μια μορφή διαρκέστερη.

⁸¹ Χιωτάκης Σ. (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθέρων Επαγγελμάτων : Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών*, Οδυσσέας, σελ. 96.

⁸² Weber M. (1980), *The Three Types of Legitimate Rule*, στο Etzioni A. (1980), *A Sociological Reader on Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston, σελ. 8.

Η γραφειοκρατική οργάνωση του νοσοκομείου, η ενίσχυση της εξουσίας των διοικητικών, στην ουσία εκφράζει την αναγκαιότητα του χαρίσματος να πάρει μια μορφή πιο σταθερή, πιο μόνιμη, η οποία αναπόφευκτα οδηγεί και στον περιορισμό της εξουσίας του χαρίσματος (ιατρική εξουσία).

Το γραφειοκρατικοποιημένο, ορθολογικοποιημένο νοσοκομείο οδηγεί στον περιορισμό της εξουσίας των γιατρών. Η γνώση φαίνεται να υποτάσσεται στον ορθολογισμό.⁸⁴

Η ιστορία του μοντέρνου νοσοκομείου είναι η ιστορία της σταθερής παρακμής της ιεραρχικής εξουσίας του γιατρού στο να ελέγχει το περιβάλλον της εργασίας του.⁸⁵

Βλέπουμε λοιπόν πως μέσα στο νοσοκομείο δεν υπάρχει μόνο μιας μορφής εξουσία, αυτή των διοικητικών αλλά πλάι σε αυτή υπάρχει η εξουσία των «ειδικών», των γιατρών. Μια δεύτερη μορφή εξουσίας η οποία είναι πολύ ισχυρή και η οποία βασίζεται εκτός από την μονοπώληση της γνώσης και στους ισχυρούς ενδο-ομαδικούς δεσμούς. Οι ισχυροί ενδο - ομαδικοί δεσμοί είναι το αποτέλεσμα της διαδικασίας της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης την οποία δέχονται οι γιατροί μέσα στο πανεπιστήμιο. Μέσω της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης τα ιατρικά ιδεώδη και η ιατρική ιδεολογία μεταβιβάζονται στην επόμενη γενιά φοιτητών. Η μορφή των μαθημάτων «δένει» τον φοιτητή στο επάγγελμά του και επίσης «δένει» τον ένα φοιτητή με τον άλλο, γιατί μοιράζονται κοινές αρχές. Μια συγκεκριμένη έρευνα στο χώρο του ιατρικού πανεπιστημίου⁸⁶ έδειξε ότι οι φοιτητές αναπτύσσουν ισχυρούς ενδο - ομαδικούς δεσμούς προκειμένου να ξεφύγουν από το άγχος που υφίστανται

⁸³ Φίλιας Β. (1976), *Μαξ Βέμπερ: Συστηματική Κοινωνιολογία και Μεθοδολογία*, Νέα Σύνορα, σελ. 102.

⁸⁴ Για τη διαδικασία μεταλλαγής του νοσοκομείου από Ινστιτούτο το οποίο αντανακλά τις αξίες, τα αισθήματα και τους στόχους της συνολικής κοινωνίας σε οργάνωση η οποία αποτελεί ορθολογικό εργαλείο για την επίτευξη του στόχου βλέπε, Burns L. (1994), *The transformation of the American Hospital from Community Institution toward Business Enterprise*, στο Schwartz H. (1994), *Dominant Issues in Medical Sociology*, Mc-graw Hill, σελ. 312-331. Η κύρια διαφορά μεταξύ ινστιτούτου και οργάνωσης έγκειται στο ότι η δεύτερη μπορεί να επεκταθεί και να αλλάξει σύμφωνα με τις απαιτήσεις τις οποίες συναντά. Αντιθέτως τα ινστιτούτα είναι συνδεδεμένα με τις αξίες της συνολικής κοινωνίας. Σε σύνδεση με την έκφραση τεχνικών δραστηριοτήτων εκφράζουν και μια ποικιλία κοινωνικών και ψυχολογικών λειτουργιών οι οποίες θεωρούνται απαραίτητες για το καλό τους. Άρα δεν θεωρούνται ως επεκτεινόμενα, καλύτερα η επιβίωσή τους θεωρείται συνδεδεμένη οργανικά με την επίτευξη των κοινωνικών στόχων.

⁸⁵ Freddi G. and Blorgman J. (1989), *Controlling Medical Professionals*, Sage, σελ. 8.

⁸⁶ Becker H. et al. (1961), *Boys in White*, University of Chicago Press.

λόγω της υπερβολικής εργασίας, αποκτώντας έτσι ομοιογένεια και σύνδεση με το ιατρικό επάγγελμα.

Οι σχέσεις των γιατρών χαρακτηρίζονται από μια συντροφική οργάνωση ίσων σε αντιπαράθεση με την ιεραρχική, γραφειοκρατική οργάνωση. Διαμέσου αυτής της οριζόντιας κοινότητας των ιδεατά ίσων επαγγελματιών διατηρούν τον έλεγχο στο πεδίο τους.

Ως ομάδα, συνεργάζονται για τον περιορισμό της ιεραρχικής διοικητικής εξουσίας μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

Το νοσοκομείο συνεπώς κυριαρχείται από τις δύο αυτές ομάδες. Οι δύο αυτές γραμμές εξουσίας, μία γραφειοκρατική, η οποία αντιπροσωπεύεται από τους διοικητικούς και μία χαρισματική η οποία εκφράζεται από τους γιατρούς, με τις νοσηλεύτριες να υπόκεινται στον διπλό έλεγχο και των δύο ομάδων.

Η ύπαρξη αυτών των δύο γραμμών εξουσίας αναδεικνύει την ανεπάρκεια της κλασικής οργανωτικής θεωρίας να εξηγήσει το σύνολο των οργανωτικών σχέσεων του νοσοκομείου, μιας και η προσέγγιση αυτή δεν λαμβάνει υπόψη της τη δεύτερη μορφή εξουσίας, αυτή των γιατρών. Στο πλαίσιο της κλασικής οργανωτικής θεωρίας η εξουσία πηγάζει από την κορυφή, από ένα σύνολο γραπτών κανόνων στους οποίους υποτάσσονται τα μέλη της οργάνωσης (γραφειοκρατία).

Η μέχρι τώρα ανάλυση αναφέρεται στο σύνολο των **Τυπικών Σχέσεων** (αυτές οι οποίες προσδιορίζονται από γραπτούς κανόνες) οι οποίες παρατηρούνται στην μορφή οργάνωσης του νοσοκομείου, και οι οποίες εξηγούν ένα μόνο μέρος των σχέσεων. Παράλληλα έχουμε όμως και την ύπαρξη των **Προσωπικών, Άτυπων Σχέσεων**, οι οποίες αναπτύσσονται κατά την διάρκεια των καθημερινών επαφών του προσωπικού. Η παρουσίαση των σχέσεων αυτών είναι συμπληρωματική της παρουσίασης των τυπικών σχέσεων διότι εξετάζει τις οργανωτικές σχέσεις στο σύνολό τους, μιας και οι τυπικές σχέσεις αποτελούν απλώς την επιφάνεια του συνόλου των σχέσεων οι οποίες διαμορφώνονται μεταξύ των μελών της οργάνωσης.

Το Νοσοκομείο ως "Νοσηματοδοτούμενη Τάξη"

Στο πλαίσιο της θεωρητικής προσέγγισης των Bucker R. and Stelling J. η κατανόηση του νοσοκομείου έγκειται στην εννοιολόγηση του ως μοναδική μορφή ορ-

⁸⁷Foster G. Anderson B. (1978), *Medical Anthropology*, Newbery, σελ. 178.

γάνωσης, στο πλαίσιο της δικής της λογικής.⁸⁸ Σε αυτή την θεωρητική πρόταση απορρίπτονται οι τυπικές δομές εξουσίας και η εστίαση γίνεται στην γενική διαδικασία μέσω της οποίας πράξεις και νοήματα συμβαίνουν στο νοσοκομείο. Αυτή η άποψη προσφέρει μεγαλύτερη ελαστικότητα στην ανάλυση της οργάνωσης του νοσοκομείου, μιας και η εξουσία βρίσκεται τόσο στη θέση (διευθυντής), όσο και στο άτομο και τις πράξεις του. Η θέση διευθυντής δεν αποτελεί ένα κουτί στο οποίο μπαίνει το άτομο, αλλά ένα σύστημα πράξεων βάση των οποίων τα άτομο κάνει το προσωπικό διαπραγματευτικό του παιχνίδι. Ο ανταγωνισμός και η σύγκρουση μοιάζει πιο πολύ με πολιτικό αγώνα, και δεν αποτελεί αναγκαστικά συνάρτηση της ιεραρχικής γραφειοκρατίας⁸⁹.

Σε ένα μετέπειτα άρθρο τους⁹⁰ οι Bucker R. and Stelling J. απορρίπτουν τελείως την έννοια της ιεραρχίας. Προτείνουν πως η επαγγελματική δράση μέσα στο νοσοκομείο μπορεί να γίνει κατανοητή με όρους «ελαστικής αυτονομίας». Μιλώντας για "ελαστική αυτονομία" οι συγγραφείς αυτοί, εξυπονούν πως η ατομική δράση κάθε επαγγελματία είναι διαπραγματεύσιμη με κάθε ένα ξεχωριστό άτομο της οργάνωσης και ο έλεγχος κάθε επαγγελματία από τους άλλους, δικαιολογεί το ποσοστό της διαπραγματεύσιμης αυτονομίας την οποία αυτός μπορεί να ασκήσει. Η "ελαστική αυτονομία" στηρίζεται στην διαδικασία διανομής της πληροφορίας, παρά στην υπακοή των κανόνων. Με άλλα λόγια, αν μια πράξη μπορεί να δικαιολογηθεί από τη δύναμη του διαπραγματεύσιμου, μοιρασμένου νοήματος (π.χ. ένα επειγών περιστατικό), τότε ο επαγγελματίας ο οποίος εμπλέκεται, μπορεί να επεκτείνει το μέγεθος της αυτονομίας που μπορεί να ασκήσει σε αυτό το χώρο. Αυτή η προσέγγιση δεν ασχολείται με την ανεξάρτητη υπάρχουσα κανονιστική δόμηση (γραφειοκρατία) αλλά επικεντρώνεται στα μέλη της οργάνωσης τα οποία θεωρούνται σημαντικά, δηλαδή τους επαγγελματίες, αφήνοντας έξω από την ανάλυση άλλα μέλη της οργάνωσης, όπως οι νοσηλεύτριες⁹¹ και οι ασθενείς⁹². Ειδικότερα η ομάδα των ασθενών εξουσιάζεται τόσο από τους γιατρούς, όσο και από τις νοσηλεύτριες και τους διοικη-

⁸⁸Bucker R. and Stelling J. (1969), Characteristics of Professional Organizations, *Journal of Health and Social Behaviour*, 10 : 2 - 13.

⁸⁹Myfanway M. et. al. (1994), *Sociological Approaches to Health and Illness*, Routledge, σελ. 143.

⁹⁰Stelling J. and Bucker R. (1972), Autonomy and Monitoring on Hospital Wards, *Sociological Quarterly*, 13 : 431 - 436.

⁹¹Όπως θα δούμε παρακάτω οι νοσηλεύτριες δεν χαρακτηρίζονται ως επαγγελματίες αλλά ως ημι-επαγγελματίες.

τικούς. Από οργανωτική άποψη η ομάδα των ασθενών υπόκειται στην εξουσία των άλλων ομάδων :

Στο πλαίσιο της αγοράς αυτής οι γιατροί εξασφαλίζουν την πατρωνία και ελέγχουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν επειδή εκτός των άλλων, η ευρεία μάζα των ασθενών τους είναι ανοργάνωτη και η κοινή ιδιότητά τους, ως πελατών, δεν δρα συνεκτικά.

Το Νοσοκομείο ως "Διαπραγματευτική Τάξη"

Τα κενά της προσέγγισης των Bucker R. and Stelling J. έρχεται να καλύψει η θεωρία της "Διαπραγματευτικής Τάξης". Προκειμένου όμως να παρουσιάσουμε αυτή την θεωρία, η οποία αποτελεί και την κυρίαρχη στο χώρο της κοινωνιολογίας της ιατρικής για την κατανόηση της οργάνωσης του νοσοκομείου, θα πρέπει να αναφερθούμε σε κάποιες έννοιες "κλειδιά" για την θεωρία αυτή.

Η Σύγκρουση των Δύο Εξουσιών

Η προσέγγιση την οποία επιχειρούμε για την ανάλυση των οργανωτικών, εξουσιαστικών σχέσεων μέσα στο νοσοκομείο βασίζεται στις απόψεις του Crozier M.⁹⁴ Αυτός θεωρεί πως η οργανωτική συμπεριφορά των μελών της οργάνωσης προσδιορίζεται από μια συγκρουόμενη εξουσιαστική ισορροπία. Μέσα στο πλαίσιο του νοσοκομείου οι αποφάσεις λαμβάνονται μεταξύ διαφόρων ομάδων (γιατροί, διοικητικοί, νοσοκόμες, βοηθητικό προσωπικό), όπου η κάθε ομάδα επιδιώκει να μεγιστοποιήσει την εξουσία της πάνω στις άλλες ομάδες. Το νοσοκομείο είναι ένας χώρος όπου ένα εξουσιαστικό παιχνίδι λαμβάνει χώρα. Κάθε ομάδα προσπαθεί να αυξήσει την επιρροή, την εξουσία της πάνω στις άλλες ομάδες, μεγιστοποιώντας την αβεβαιότητα της συμπεριφοράς της απέναντι στις προσμονές των άλλων ομάδων. Με άλλα λόγια η κάθε ομάδα προσπαθεί να αυξήσει την εξουσία της διαμορφώνοντας μια κατάσταση στην οποία οι άλλες ομάδες δεν είναι σίγουρες ότι η συγκεκριμένη ομάδα θα εκτελέσει το ρόλο της, όπως είναι αναμενόμενο και προσδιορισμένο από τους

⁹²Myfanway M. et. al. (1994), *Sociological Approaches to Health and Illness*, Routledge, σελ. 143-144.

⁹³Χιωτάκης Σ. (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθεριών Επαγγελματιών.Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών*, Οδυσσέας, σελ. 81.

⁹⁴Για την διατύπωση της υπόθεσης βλέπε Freddi G. and Bjorkman J. (1989), *Controlling Medical Professionals*, Sage, σελ. 49-50.

γραπτούς κανόνες. Ο ορισμός της εξουσίας τον οποίο δίνει ο Crozier στο πεδίο της οργανωτικής κοινωνιολογίας είναι :

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, η εξουσία του Α πάνω στον Β εξαρτάται από την ικανότητα του Α να προβλέψει την συμπεριφορά του Β και στην αβεβαιότητα του Β για την συμπεριφορά του Α.

Σύμφωνα με τον Crozier η εξουσιαστική σχέση εγκαθιδρύεται μεταξύ των δύο ατόμων όταν η συμπεριφορά του ενός γίνεται μη - προβλέψιμη από τον άλλο. Στην προσπάθεια του ενός μέλους της σχέσης να ελέγξει με διάφορους τρόπους το απρόβλεπτο της συμπεριφοράς του άλλου, του παραχωρεί κάποια προνόμια, αποδέχεται κάποια παραχώρηση προνομίων στο άλλο μέρος, εξαναγκασμένος έτσι να κάνει πράγματα τα οποία αλλιώς δεν θα έκανε.⁹⁶ Και εκεί διαμορφώνεται η εξουσιαστική σχέση. Το σημαντικό είναι πως η κατάσταση αυτή σύγκρουσης, η οποία πηγάζει από την προσπάθεια θεμελίωσης του απρόβλεπτου στην συμπεριφορά, κρατιέται σε μια ισορροπία και καμιά ομάδα δεν πιέζει τα ενδιαφέροντα της στο σημείο να απειλήσει την επιβίωση της οργάνωσης. Το νοσοκομείο λοιπόν χαρακτηρίζεται από μια δυναμική κατάσταση σύγκρουσης στην οποία δύο μορφών εξουσίες λαμβάνουν μέρος και διαμορφώνουν την δομή της οργάνωσης. α) Από την μια πλευρά υπάρχει «η εξουσία του ειδικού : η εξουσία, δηλαδή, που έχει ένα άτομο πάνω σε άλλα άτομα, τα οποία επηρεάζονται από τις πράξεις του, εξαιτίας της ικανότητας που έχει να χειρίζεται μια πηγή σχετικής αβεβαιότητας,. β) θα προκύψει η εξουσία που είναι απαραίτητη για να ελεγχθεί η εξουσία του ειδικού».⁹⁷ Η εξουσία του «ειδικού», δηλαδή του γιατρού, βασίζεται στην γνώση την οποία κατέχει, και έπειτα, υπάρχει η εξουσία εκείνου που τον ελέγχει - δηλαδή η διοικητική εξουσία. Η αρχική σύγκρουση για την λήψη των αποφάσεων υπάρχει μεταξύ των γιατρών και των διοικητικών και έπειτα μεταξύ αυτών των δύο ομάδων και των άλλων οργανωτικών ομάδων του νοσοκομείου (νοσοκόμες και βοηθητικό προσωπικό). Η αρχική αυτή σύγκρουση των δύο εξουσιών επηρεάζει και αντανακλάτε στις άλλες σχέσεις του νοσοκομείου και για αυτό το λόγο αντικείμενο μας είναι μόνο αυτή η σχέση. Άρα η βασική εξουσιαστική σύ-

⁹⁵ Crozier M. (1963), *The Bureaucratic Phenomenon*, The University of Chicago Press, σελ. 158.

⁹⁶ Ορισμός της εξουσίας : Dahl R. (1957), *The Concept of Power*, *Behavioral Science II*, July 201-15, «Εξουσία ενός προσώπου Α πάνω σε ένα πρόσωπο Β είναι η ικανότητα του Α να κάνει τον Β να κάνει κάτι που δεν θα έκανε αλλιώς», στο ίδιο, σελ. 157.

⁹⁷ Crozier M. (1963) *The Buraeucratic Phenomenon*, The University of Chicago Press, σελ. 163.

γκρουση είναι μεταξύ του επιστημονικού ιατρικού λόγου και της εργαλειακής ορθολογικότητας των διοικητικών.

Η Έννοια του «Επικίνδунου»

Το ενδιαφέρον στην συγκρουσιακή κατάσταση που ισχύει στο νοσοκομείο είναι ότι οι γιατροί, αν και «ειδικοί», υπόκεινται και στον διοικητικό έλεγχο. Η συμπεριφορά τους δηλαδή προσδιορίζεται βάση γραπτών κανόνων, οι οποίοι κανόνες επεμβαίνουν στην λήψη αποφάσεων. Η βασική διάσταση της σύγκρουσης μεταξύ γιατρών και διοικητικών για τη λήψη των αποφάσεων στρέφεται γύρω από τον έλεγχο εκείνων των στοιχείων που καθιστούν μη προβλέψιμη την εκτέλεση των οργανωτικών καθηκόντων. Το χαρακτηριστικό το οποίο προσδιορίζει την ομάδα των γιατρών, είναι η μονοπώληση της ιατρικής γνώσης, η οποία τους απελευθερώνει από ένα μέρος του ελέγχου της διοίκησης του νοσοκομείου.

Λειτουργώντας μέσα σε ένα μύρο κοντί γεμάτο με την ειδική γνώση η οποία κυριαρχεί την ιατρική διαδικασία λήψης αποφάσεων στην οποία μόνο αυτοί είναι μυημένοι, οι γιατροί είναι ικανοί να μεγιστοποιήσουν την αβεβαιότητα ότι θα πραγματοποιήσουν την λειτουργία τους όπως αναμένεται.

Λόγω της κατοχής της επιστημονικής γνώσης οι γιατροί μπορούν να προσδώσουν ένα ποσοστό αβεβαιότητας στην αναμενόμενη συμπεριφορά τους. Η τεχνική η οποία χρησιμοποιείται από τους γιατρούς για την επίτευξη του ορθολογικού αυτού στόχου είναι ο χαρακτηρισμός κάθε κατάστασης ως «επείγουσας». Ο γιατρός μπορεί να αναμειχθεί σε πολλές περιπτώσεις λήψης αποφάσεων οι οποίες εντάσσονται στο χώρο αρμοδιότητας των διοικητικών (π.χ. στελέχωση βοηθητικού προσωπικού), δικαιολογώντας την επέμβαση του με τον χαρακτηρισμό της δοσμένης κατάστασης ως «ιατρικό επείγων» περιστατικό. Ως μια κατάσταση δηλαδή, όπου η υγεία του ασθενή βρίσκεται σε κίνδυνο και όπου ο γιατρός είναι ο μόνος ο οποίος ξέρει το τι είναι το καλύτερο να γίνει, και έτσι επεμβαίνει στη λήψη των αποφάσεων. Η έννοια του επικίνδунου περιστατικού εξυπνοεί την έννοια του ζητήματος ζωής και θανάτου. Το επικίνδυνο θεωρείται ως μη προβλέψιμο, ως κάτι που ξεφεύγει από την φυσιολογική κατάσταση. Το επικίνδυνο φέρνει στην μνήμη την εικόνα του ελοχεύο-

⁹⁸Saltman and Young (1981), *The Hospital Power : Equilibrium : An Alternative View of the Cost Containment Dilemma*, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, στο Freddi G. and Bjorkman J. (1989), *Controlling Medical Professionals*, Sage, σελ. 50.

ντως θανάτου και για αυτό το λόγο ο κάθε ένας (διοικητικός ή ασθενής) αποδέχεται την εξουσία του γιατρού στην λήψη των αποφάσεων⁹⁹. Κάποια υπέρταση, κάποιο εγκεφαλικό, κάποια ανωμαλία δικαιολογεί την επέμβαση του «ειδικού», ο οποίος ανατρέποντας την προσδιορισμένη από τους κανόνες συμπεριφορά, σώζει μια ζωή. Και ενώ αυτό συμβαίνει συχνά, είναι πάγια τακτική των γιατρών να χαρακτηρίζουν κάποιες αβέβαιες καταστάσεις ως «εν δυνάμει» επικίνδυνες μόνο και μόνο για να αποκτήσουν εξουσία απέναντι στην διοίκηση και πρωτοπορία όσον αφορά στην λήψη αποφάσεων. Όπως αναφέρει ο Eliot Freidson σε πολλά νοσοκομεία έχουν δημιουργηθεί ειδικές επιτροπές οι οποίες ελέγχουν ακριβώς αν ο προσδιορισμός του επείγοντος περιστατικού που έχουν προσδώσει οι γιατροί σε ορισμένες καταστάσεις, ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Αυτό και μόνο αποδεικνύει ότι, πολλές φορές, το ετικετάρισμα μιας κατάστασης ως επικίνδυνης αποτελεί τακτική των γιατρών στο πλαίσιο του εξουσιαστικού παιχνιδιού με την διοίκηση.

Είναι η ικανότητα του γιατρού να επικαλείται ως επικίνδυνα περιστατικά τα οποία απειλούν την ζωή και να απαιτεί την αποκλειστική δυνατότητα να τα εκτιμά και να τα λύνει¹⁰⁰ που ξεχωρίζει τον γιατρό από τους «ειδικούς» σε άλλες οργανώσεις.

Η «Διαπραγματευτική Τάξη»

Στο νοσοκομείο λοιπόν ισχύει ένα εξουσιαστικό παιχνίδι μεταξύ των γιατρών και των διοικητικών. Οι δεύτεροι υπερισχύουν στις περισσότερες περιπτώσεις και οι πρώτοι αποκτούν κάποιες πηγές εξουσίας όπου μπορούν να χαρακτηρίσουν κάποιες καταστάσεις, υπαρκτές ή μη, ως επικίνδυνες ή ως εν δυνάμει επικίνδυνες. Τη θέση λοιπόν της απόλυτης εξουσίας της μίας ομάδας πάνω στην άλλη έχει λάβει ένα διαπραγματευτικό παιχνίδι που προσδιορίζει μια δυναμική διαδικασία και όχι μια σταθερή κατάσταση σχέσεων, προσδίδοντας έτσι μια δυναμική διάσταση στην οργάνωση του νοσοκομείου. Το παιχνίδι αυτό παίζεται μέσα στα όρια ύπαρξης και αναπαραγωγής της συγκεκριμένης οργάνωσης, η επιβίωση της οποίας προσδιορίζει και τα περιθώρια μέσα στα οποία μπορεί να κυμανθεί η κάθε συμπεριφορά. Σε αυτήν την κατάσταση δυναμικής ισορροπίας σε ορισμένα θέματα λήψης αποφάσεων υπερισχύουν οι

⁹⁹ Η έννοια του επικίνδυνου είναι αυτή η οποία όπως θα δούμε χαρακτηρίζει την μορφή οργάνωσης των Μ.Ε.Θ.

¹⁰⁰ Freidson E. (1980), *Patterns of Practice in the Hospital*, σελ. 181, στο Etzioni A, (1980) *A Sociological Reader on Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston.

διοικητικοί (γραφειοκρατία) και σε άλλα οι γιατροί (αποφάσεις για θέματα υγείας, ασθένειας, ζωής, θανάτου).

Ο Strauss A.¹⁰¹ είναι αυτός που παρουσίασε το νοσοκομείο ως «διαπραγματευτική τάξη» (negotiated order). Αυτή η άποψη αντί να πάρει την οργάνωση του νοσοκομείου ως δεδομένη, ασχολείται με τον τρόπο με τον οποίο οι δραστηριότητες και οι σχέσεις του νοσοκομείου συνεχώς επαναδημιουργούνται. Αντί να εστιάζει στους τυπικούς κανόνες (κλασική γραφειοκρατική προσέγγιση) ή στους επαγγελματίες (Bucker R. and Stelling J.), η πρόταση του A. Strauss εστιάζει στις αλληλοεπιδράσεις και στις σχέσεις όλων των μελών της οργάνωσης. Η προσέγγιση αυτή κρίνοντας την κλασική Βεμπεριανή προσέγγιση για την γραφειοκρατία θεωρεί πως μέσα στο πλαίσιο της οργάνωσης του νοσοκομείου υπάρχει ο χώρος για ανάπτυξη αυτόνομης, άτυπης επικοινωνίας μεταξύ των μελών. Η ανάλυση αυτή βασίζεται στην άποψη πως μέσα στο πλαίσιο του νοσοκομείου οι τυπικοί κανόνες δεν αρκούν για να ρυθμίσουν λεπτομερειακά τις καθημερινές δραστηριότητες και διαντιδράσεις των μελών, οι οποίες ως συνέπεια αυτής της ανεπάρκειας των τυπικών κανόνων, υπόκεινται σε διαπραγματεύση. Συνεπώς, η καθημερινή ζωή οργανώνεται γύρω από μια σειρά διαπραγματεύσεων, καινούργιων ή παλιών, οι οποίες επαναδημιουργούνται σύμφωνα με την διάθεση του υποκειμένου. Διαμέσου λοιπόν αυτής της τακτικής, καλύτερα μέλη της οργάνωσης όπως οι νοσηλεύτριες, μπορούν να επηρεάσουν την τυπική μορφή της οργάνωσης μέσω της διαπραγματεύσης της συμπεριφοράς τους διαμέσου συμφωνιών. Με άλλα λόγια, επενδύουν με ένα ποσοστό αβεβαιότητας την οργανωτική τους συμπεριφορά¹⁰².

Η προσέγγιση της "διαπραγματευτικής τάξης" αποτελεί μια θετική συνεισφορά στην ανάλυση της οργάνωσης του νοσοκομείου. Αναδεικνύει τον δυναμικό χαρακτήρα των σχέσεων, προβάλλοντας ταυτόχρονα την ιδιαιτερότητα του χώρου. Παρόλα τα θετικά στοιχεία, αυτής της συμπληρωματικής προς την κλασική ανάλυση της γραφειοκρατίας, προσέγγιση, κατά την γνώμη μας και αυτή η πρόταση αποτυγχάνει να αναδείξει την βαθύτερη λογική, βάση της οποίας εξηγούνται οι οργανωτικές σχέσεις οι οποίες παρατηρούνται στο χώρο του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο ανάλυσης της «διαπραγματευτικής τάξης» αποτυγχάνει να εξηγήσει την βαθύ-

¹⁰¹ Strauss A. et. al. (1963), *The Hospital and its Negotiated Order*, in Freidson E. (1963), *The Hospital in Modern Society*, Free Press.

τερη εξουσιαστική λογική, πάνω στην οποία δομείται το διαπραγματευτικό παιχνίδι, και η οποία λογική αποτελεί κάτι το ποιοτικά διαφορετικό από την απλή, τυπική ή άτυπη σχέση προϊστάμενος - υφιστάμενος.

Ο ρόλος του Κράτους

Αυτό το οποίο μας ενδιαφέρει για την ανάλυσή μας είναι πιο είναι το αποτέλεσμα της ορθολογικής, γραφειοκρατικής μορφής οργάνωσης του νοσοκομείου για τις σχέσεις μεταξύ γιατρού, νοσηλεύτριας και ασθενή. Στις αρχές εμφάνισης του νοσοκομείου η εξουσία του γιατρού απέναντι στον ασθενή ήταν απόλυτη. Ο δεύτερος ήταν ένα αντικείμενο επέμβασης της επιστημονικής ιατρικής χωρίς καμιά δυνατότητα διαπραγμάτευσης με τον γιατρό. Στην ορθολογική μορφή οργάνωσης του νοσοκομείου η διοικητική εξουσία περιόρισε την εξουσιαστική δύναμη του γιατρού, προστατεύοντας έτσι τον ασθενή. Η γραφειοκρατική, διοικητική εξουσία διαμορφώθηκε ως δύναμη πάνω από τον γιατρό και εκφράζει την επέμβαση του κράτους στην θεραπευτική διαδικασία. Όσον αφορά τη δόμηση των ιεραρχικών σχέσεων γιατρού-ασθενή, γιατρού-νοσηλεύτριας μέσα στο πλαίσιο της γραφειοκρατικής οργάνωσης του νοσοκομείου, πρέπει να επισημάνουμε πως οι εξουσιαστικές σχέσεις δεν αποτελούν προϊόν της οργάνωσης του νοσοκομείου, αλλά αντιθέτως οι εξουσιαστικές σχέσεις διαμορφώνονται στο πλαίσιο της ευρύτερης κοινωνικής συγκρότησης και αντανακλώνται στην οργάνωση. Οι κοινωνικές εξουσιαστικές σχέσεις νομιμοποιούνται εξαιτίας της ποιότητας της γνώσης του «ειδικού» (επιστημονική, αντικειμενική γνώση). Στην συνέχεια, οι κοινωνικά αυτές δομημένες εξουσιαστικές σχέσεις με την διαμεσολάβηση του κράτους και της θεσμικής αναπαραγωγής, επιβάλλονται ως legal - rational σε κάθε γραφειοκρατική και ιεραρχικά συγκροτημένη μορφή οργάνωσης. Συνεπώς, το κράτος ως ιδεοτυπική μορφή εξουσίας στην αστική κοινωνία νομιμοποιεί και σταθεροποιεί τις κοινωνικές εξουσιαστικές σχέσεις. Τις αναπαραγάγει δε στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό κατ' εικόνα και ουσία. Κάθε θεσμός παίρνει με τη διαμεσολάβηση του κράτους μια συγκεκριμένη ορθολογική μορφή οργάνωσης (νοσοκομείο), η οποία στην ουσία αναπαραγάγει και παγιώνει τις εξουσιαστικές σχέσεις δίνοντας τους μια ορθολογική μορφή. Το κράτος επεμβαίνει ενεργητικά στη σχέση γιατρός-ασθενής αναπαράγοντας την υποτέλεια του ασθενή απέναντι στον

¹⁰²Myfanway M. et. al. (1994), *Sociological Approaches to Health and Illness*, Routledge, σελ.149-

γιατρό. Αυτή η εξάρτηση από το κράτος έχει ως ιδιότυπο χαρακτηριστικό τις ιεραρχημένες μορφές εδραίωσης των καταμερισμένων και θεσμικά οργανωμένων δραστηριοτήτων. Δηλαδή, το κράτος επεμβαίνει δίνοντας στις κοινωνικά δομημένες εξουσιαστικές σχέσεις μια ορθολογική ιεραρχική, γραφειοκρατική, νόμιμη μορφή. Το κράτος ως διαμεσολαβητής, θεσπίζοντας την ελεύθερη πρόσβαση στην υγεία ως δικαίωμα για όλους τους πολίτες, ρυθμίζει τις σχέσεις γιατρού - ασθενή περιορίζοντας και οριοθετώντας την εξουσία του γιατρού ο οποίος θεωρητικά κάτω από τον έλεγχο των διοικητικών εκτελεί το προκαθορισμένο καθήκον του για τη θεραπεία του ασθενή. Το κράτος αφαιρεί από τη σχέση γιατρού - ασθενή το προσωπικό στοιχείο (π.χ. άσκηση βίας) εντάσσοντας και τους δύο στο πλαίσιο μιας δομημένης, θεσμοθετημένης κατάστασης (νοσοκομείο) όπου ο καθένας έχει το δικό του ρόλο. Αυτό που κάνει δηλαδή το κράτος, είναι να νομιμοποιεί δύο κοινωνικές κατηγορίες, αυτή του γιατρού και αυτή του ασθενή, και να τους εντάσσει πλέον ως νομιμοποιημένες όχι απλώς στο κοινωνικό αλλά και στο θεσμικό επίπεδο κατηγορίες. Στην ουσία δηλαδή δεν αναιρεί τις σχέσεις εξουσίας που διέπουν τις κοινωνικές κατηγορίες του γιατρού και του ασθενή (την κοινωνική δηλαδή αποδοχή της εξουσίας του γιατρού από τον ασθενή λόγω του ότι βασίζεται στην ευρέως αποδεκτή επιστημονική γνώση), αλλά τις ανάγει, αποπροσωποποιώντας τις σχέσεις των ατόμων, σε μορφές εξουσίας υπό κανονιστικές συνθήκες οι οποίες διέπουν τις σχέσεις τους. Ο ασθενής εντάσσεται στο νοσοκομείο όχι ως άτομο αλλά και ως κατηγορία.

Συμπερασματικές Παρατηρήσεις

Το συμπέρασμα της ανάλυσης η οποία προηγήθηκε, είναι πως ο ορισμός του Crozier για την εξουσία δεν έχει απόλυτη ισχύ στην μορφή οργάνωσης του σύγχρονου νοσοκομείου, διότι τόσο ο ασθενής, όσο η νοσηλεύτρια και ο γιατρός, δεν είναι πλέον άτομα που μπορούν κατά απόλυτο τρόπο να παίζουν το παιχνίδι της εξουσίας, προσδίδοντας ένα στοιχείο αβεβαιότητας στην συμπεριφορά τους, αλλά αποτελούν κοινωνικές κατηγορίες οι οποίες είναι α γρίοσι και θεσμικά προσδιορισμένες (ο ασθενής και η νοσηλεύτρια ως υποδεέστερες, ως εξουσιαζόμενες, απέναντι στην κατηγορία των γιατρών). Με την διαμόρφωση λοιπόν του σύγχρονου νοσοκομείου και την παρέμβαση του κράτους στην θεραπευτική διαδικασία, οι εξουσιαστικές σχέσεις με-

ταξύ ιατρικής - κοινωνίας (μάκρο - επίπεδο) εκφράζονται και νομιμοποιούνται και στο μικρο - επίπεδο ανάλυσης, μεταξύ του γιατρού - ασθενή, και του γιατρού - νοσηλεύτριας, όπου στις σχέσεις αυτές τα δύο μέρη δεν είναι άτομα, αλλά κοινωνικές κατηγορίες.

Η ανάλυση η οποία προηγήθηκε οδηγεί στο συμπέρασμα πώς οι κλασικές οργανωτικές θεωρίες αδυνατούν κατά απόλυτο τρόπο να εξηγήσουν την ιδιαίτερη μορφή οργάνωσης του νοσοκομείου διότι δεν λαμβάνουν υπόψη τους την ιδιαιτερότητα του επιστημονικού λόγου. Η οργανωτική μορφή του νοσοκομείου είναι κάτι ποιοτικά διαφορετικό από την ανάλυση των τυπικών και των άτυπων σχέσεων των μελών της οργάνωσης. Υπάρχει μια ιδιαίτερη λογική, ένα ιδιαίτερο νήμα πάνω στο οποίο διαμορφώνονται οι σχέσεις αυτές. Αυτό το νήμα είναι η ιδιαιτερότητα του επιστημονικού ιατρικού λόγου.

Προκειμένου να αναλυθούν οι οργανωτικές σχέσεις οι οποίες συγκροτούν το μόρφωμα του νοσοκομείου, είναι απαραίτητη η ανάλυση της γέννησης και εγκαθίδρυσης του επιστημονικού λόγου. Θα χρησιμοποιήσουμε για την ανάλυση των οργανωτικών σχέσεων του νοσοκομείου δύο επίπεδα ανάλυσης, ένα μάκρο- και ένα μικρο- επίπεδο ανάλυσης. Η εξήγηση των οργανωτικών σχέσεων οι οποίες συναντώνται στο νοσοκομείο (μικρο- επίπεδο) γίνεται με αναγωγή στην ιδιαιτερότητα των συνθηκών οι οποίες εξηγούν την γέννηση και την εδραίωση της επιστημονικής ιατρικής (μάκρο- επίπεδο).

2) Ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ

Εισαγωγή

Η οργανωτική σχέση γιατρός-ασθενής η οποία υπάρχει στο νοσοκομείο, αποτελεί την ορθολογικά νομιμοποιημένη εξουσιαστική σχέση των κοινωνικών κατηγοριών γιατρός και ασθενής. Προκειμένου λοιπόν να ασχοληθούμε με την οργανωτική σχέση γιατρός - ασθενής, πρέπει πρώτα να αναφερθούμε στην κοινωνική σχέση γιατρός - ασθενής. Η κοινωνική όμως σχέση γιατρός-ασθενής, δομείται πάνω στις συνθήκες γέννησης του επιστημονικού ιατρικού λόγου, ο οποίος λόγος επαναορίζει τις υπάρχουσες κατηγορίες του γιατρού και του ασθενή δίνοντάς τους ένα νέο περιεχόμενο. Οι κοινωνικές αυτές κατηγορίες εξηγούνται βάση του ιατρικού επιστημονικού λόγου του 18^{ου} αιώνα (ορθολογισμός, «αντικειμενική» γνώση), ο οποίος λόγος, ως προϊόν των νέων κοινωνικών σχέσεων, προσδίδει ορθολογική νομιμοποίηση στην υπάρχουσα κοινωνική σχέση θεραπευτή-θεραπευμένου. Ο επιστημονικός λόγος παράγει εξουσία υπό την έννοια ότι νομιμοποιεί ως ορθολογική την εξουσία του γιατρού, δίνοντάς έτσι την δυνατότητα για απόλυτη επέκταση των αρμοδιοτήτων του «ειδικού», σε κάθε σφαίρα των ανθρωπίνων δραστηριοτήτων και σχέσεων. Προκειμένου να κατανοήσουμε την εξουσία του γιατρού πρέπει να αναφερθούμε στην διαδικασία εμφάνισης και εγκαθίδρυσης της επιστημονικής ιατρικής¹⁰³. Στο πλαίσιο της δικής μας θεωρητικής πρότασης η εξήγηση της ιατρικής εξουσίας βρίσκεται : α) στις ιδιαίτερες συνθήκες οι οποίες επέτρεψαν την γέννηση της επιστημονικής ιατρικής, και προδιέγραψαν την άσκηση της σε συγκεκριμένο χώρο (σωματική έκφραση ασθέ-

νειας - ανατομία), και β) στην ιδιαιτερότητα του επιστημονικού λόγου καθ' αυτού, ο οποίος όπως θα παρουσιάσουμε, έχει ως κύριο χαρακτηριστικό του την επεκτεινόμενη διάσταση της ιατρικής εξουσίας και σε άλλες σφαίρες (κοινωνικό, συναισθηματικό χώρο), πέρα από τον πυρήνα όπου αρχικά εμφανίσθηκε (ανατομία σώματος). Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τις θεωρητικές προσεγγίσεις οι οποίες αναφέρονται στην γέννηση και την εγκαθίδρυση της επιστημονικής ιατρικής ως τη νόμιμη μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην συνέχεια θα παρουσιάσουμε την ιδιαίτερη εννοιολόγηση στην οποία καταλήγουν αυτές οι θεωρητικές προσεγγίσεις για την ιατρική εξουσία.

Α) Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Εισαγωγή

Κάθε ιατρικό σύστημα ιδεών το οποίο ισχύει σε μια κοινωνία, αποτελεί προϊόν της συγκεκριμένης κοινωνίας, το οποίο παράγεται για την κάλυψη ευρύτερων κοινωνικών αναγκών, με τα μέσα τα οποία η ίδια η κοινωνία διαθέτει. Έτσι σε μια κοινωνία η οποία πιστεύει στα πνεύματα, η ιατρική θα πάρει την μορφή της μαγείας. Κάθε ιατρικό σύστημα αποτελεί μορφή ανθρώπινης κοινωνικής δραστηριότητας, η οποία έχει γεννηθεί από την συγκεκριμένη κοινωνία. Η θέση αυτή απορρίπτει το Θετικιστικό μοντέλο ανάπτυξης, το οποίο θεωρεί πως η επιστημονική ιατρική είναι αποτέλεσμα της διαδικασίας προόδου, στην κορωνίδα της οποίας βρίσκεται η «αντικειμενική», επιστημονική γνώση. Το σύγχρονο ιατρικό σύστημα ιδεών αποτελεί ένα συγκεκριμένο, ιδιαίτερο σύστημα ιδεών το οποίο παίρνει την μορφή του από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης κοινωνίας, στο πλαίσιο της οποίας γεννιέται. Αλλά φυσικά η σχέση της κοινωνίας με την ιατρική, όπως θα δούμε, δεν είναι μονόδρομη, αλλά με την σειρά του και το ιατρικό σύστημα ιδεών επηρεάζει την συγκεκριμένη κοινωνία.

Θα προσεγγίσουμε την επιστημονική ιατρική παρουσιάζοντας : 1) Την περιγραφή του ιατρικού Λόγου καθ' αυτού ακολουθώντας τις απόψεις του Foucault. 2) Την διαδικασία διαμέσου της οποίας η επιστημονική ιατρική απέκτησε τη μονοπωλιακή της θέση (Freidson). 3) Την διαδικασία και τους λόγους εμφάνισής της επιστη-

¹⁰³Young A. (1981), *The Creation of Medical Knowledge : Some Problems in Interpretation*, *Soc. Sci.*

μονικής ιατρικής στην συγκεκριμένη κοινωνία. Η τρίτη αυτή ανάλυση, ασχολείται με την παρουσίαση του κοινωνικού πλαισίου πάνω στο οποίο γεννήθηκε και κυριάρχησε η επιστημονική ιατρική.

1) Το Μάθημα της Ανατομίας (Foucault)

Ακολουθώντας την κριτική στο Θετικιστικό μοντέλο εξέλιξης, το οποίο υποστηρίζει την απρόσκοπτη πρόοδο και συνέχεια, ο Foucault θεωρεί πως η επιστημονική ιατρική διακόπτει την μέχρι τότε μορφή εξέλιξης της ιατρικής σκέψης προάγοντας το μάθημα της ανατομίας. Για πρώτη φορά το ανθρώπινο σώμα, το οποίο μέχρι τότε θεωρείτο ιερό (η ανατομία θεωρούνταν ως ταμπού), γίνεται **αντικείμενο**. Το σώμα¹⁰⁴ εργαλειοποιείται και ο ασθενής υποβιβάζεται σε ένα παθητικό σώμα, η πραγματικότητα του οποίου φανερώνει αυτό που υπάρχει και αυτό που θα υπάρξει. Τα πάντα είναι σώμα. Η γνώση αυτή τίθεται ως αντικειμενική, ως η μόνη πραγματική (επιστημονική). Έτσι το πρόσωπο του γιατρού επενδύεται με το χαρακτηριστικό του απόλυτου γνώστη, του τεχνικού πλέον, του αντικειμένου ασθένεια και όχι του ασθενή. Ο ασθενής, από την άλλη, υποβιβάζεται σε ένα απλό σκεύος, έναν φορέα της ασθένειας. Αποκτά ένα μη λόγο, απέναντι στον μόνο νόμιμο λόγο, αυτό του επιστήμονα γιατρού. Τα συμπτώματα, η κλινική εικόνα, παίρνουν τη θέση του λόγου του ασθενή.

Στο έργο του, *The Birth of The Clinic*¹⁰⁵, ο Foucault αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο γεννήθηκε και διαμορφώθηκε η επιστημονική ιατρική μέσω της επέμβασης στο εσωτερικό του ανθρώπινου σώματος (ανατομία). Όπως αναφέρουν οι Dreyfus H. και Rabinow P. μιλώντας για το συγκεκριμένο έργο του Foucault :

Η Γέννηση της Κλινικής είναι μια προσπάθεια να φανεί η σιωπηλή δομή η οποία διαμορφώνει πρακτικές, λόγους, την αντιληπτική εμπειρία (το βλέμμα), όπως επίσης και το γνωρίζων υποκείμενο και το αντικείμενό του.¹⁰⁶

Med. V. 15b : 379-386.

¹⁰⁴ Η ιατρική διάκριση σώμα - πνεύμα είναι προβληματική διότι η αποκλειστική εστίαση και ενασχόληση της επιστημονικής ιατρικής με το σώμα δεν λαμβάνει μια σημαντική διάσταση του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα η Φαινομενολογική προσέγγιση πάνω στην οποία έχει αναπτυχθεί η Κοινωνιολογία του Σώματος εστιάζει σε μια άλλη διάσταση του σώματος, αυτή του κοινωνικού σώματος, (Living Body). Στην έρευνα μας γίνεται παρουσίαση της βιβλιογραφίας της Κοινωνιολογίας του σώματος διότι έτσι αναδεικνύεται η σχετικότητα των επιστημονικών απόψεων σε ένα ακόμα τομέα, αυτό του σώματος.

¹⁰⁵ Foucault M. (1973), *The Birth of the Clinic*, Tavistock.

Με το έργο του αυτό, ο Foucault περιγράφει την γέννηση ενός καινούργιου, τελείως διαφορετικού συστήματος ιατρικής σκέψης και πρακτικής, το οποίο διαμόρφωσε μια νέα σχέση, τόσο μεταξύ της ιατρικής και της κοινωνίας, όσο και μεταξύ του γιατρού και του ασθενή.

Ο Foucault ασχολήθηκε με την άσκηση της ιατρικής εξουσίας. Η ιατρική ως επιστήμη, ως βιο-πολιτική πάνω στον πληθυσμό, άσκησε εξουσία στο σώμα με την μορφή της υποταγής-πειθαρχίας. Το σύστημα αυτό επιτήρησης, ως μορφή εξουσίας, ασκείται από ένα πλήθος θεσμών (άσυλο, νοσοκομείο, φυλακή) και ονομάστηκε Πανοπτικών¹⁰⁷. Μια εξουσία που ανά πάσα στιγμή είναι παρούσα δια της απουσίας της.

Η θεωρία του Foucault αποτελεί μια γενική κριτική στον Διαφωτισμό. Ανήκοντας στο ρεύμα της Επιστημολογίας¹⁰⁸, άσκησε κριτική στην εμπειρική βάση των επιστημών. Ο Εμπειρισμός πρότεινε πως μπορούμε να αντιληφθούμε μέσω των αισθήσεών μας ότι είναι αληθινό, καθώς και ότι η επιστήμη μπορεί να προαχθεί μόνο μέσω της εμπειρικής έρευνας και του πειράματος. Ο Foucault, επηρεαζόμενος από τον Nietzsche, θεωρεί πως δεν μπορούμε να εμπιστευτούμε το βλέμμα του υποκειμένου, καθώς γνωρίζουμε ή βλέπουμε μόνο ό,τι η γλώσσα μας επιτρέπει. Δεν μπορούμε να καταλάβουμε ή να γνωρίσουμε τον κόσμο έξω από τη γλώσσα. Όπως όλες οι μορφές της ανθρώπινης γνώσης, ο επιστημονικός λόγος είναι μια συλλογή από μεταφορές, μια μεγάλη αφήγηση. Η ίδια η γλώσσα αυθαίρετα, βάση συμβατικότητας τις οποίες έχουμε υιοθετήσει, περιγράφει τον κόσμο. Διαφορετικές κοινωνίες και διαφορετικές ιστορικές περιόδους έχουν διαφορετικές συμβατικότητες και συνεπώς διαφορετικές πραγματικότητες¹⁰⁹. Οι απόψεις αυτές οδηγούν στην σχετικοποίηση της ιατρικής γνώσης. Το τι είναι αρρώστια, δεν αποτελεί ένα φυσιολογικό συμβάν, αλλά είναι προϊόν του ιατρικού λόγου ο οποίος προέρχεται από τη χωρο-χρονικά συγκεκριμένη γλώσσα, και ο οποίος με τη σειρά του αντανακλά τον κυρίαρχο τρόπο σκέψης, για παράδειγμα αυτόν της επιστήμης. Έτσι γίνεται δυνατή η σύνδεση μεταξύ γνώσης και εξουσίας. Η πρόσβαση στην επιστημονική, άρα και έγκυρη γνώση, έδωσε στους γιατρούς τη δυνατότητα να ασκήσουν εξουσία και να προσδιορίσουν, τι είναι

¹⁰⁶ Dreyfus H. Rabinow P. (1982), *Michel Foucault*, Harvester, σελ. 15.

¹⁰⁷ Για το Πανοπτικόν βλέπε, Michel Foucault, (1976) *Επιτήρηση και Τιμωρία*, Ράππα, σελ. 259.

¹⁰⁸ Μέρος της φιλοσοφίας της θεωρίας της γνώσης που ενδιαφέρεται για το τι μπορεί να γίνει γνωστό

¹⁰⁹ Turner B. (1987) *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, σελ. 10 - 11.

αρρώστια (παθολογικό) και τι υγεία (φυσιολογικό). Την άσκηση ωμής βίας για κυριαρχία, αντικατέστησαν η μικρό-πολιτική της πειθαρχίας και του κονφορμισμού ό-που οτιδήποτε παρεκκλίνει από το φυσιολογικό γίνεται αντικείμενο επέμβασης του εκάστοτε «ειδικού».

Η εξουσία του ιατρικού λόγου στηρίχτηκε στην ανατομία (νέο κλινικό βλέμμα). Η ανατομία των πτωμάτων οδήγησε σε μια νέα κατανόηση της ζωής, του θανάτου και της αρρώστιας. Μέχρι εκείνη την περίοδο, οι γιατροί γνώριζαν ανατομία από ζώα (πιθήκους) και όχι από ανθρώπους. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις για την ιερότητα των πτωμάτων δεν επέτρεπαν τον τεμαχισμό τους. Η ανάσταση των νεκρών δεν επέτρεπε την βεβήλωση των πτωμάτων :

Βασικά υπήρχαν δύο μορφές ανατομίας. Πρώτα υπήρχαν ιδιωτικές ανατομίες από αριστοκρατικές ομάδες, όπου υπήρχε η υποψία μη φυσικού θανάτου η οποία προκλήθηκε π.χ. από δηλητηρίαση. Δεύτερον, υπήρχαν μη φυσιολογικές, δημόσιες ανατομίες σωμάτων εγκληματιών κατά των μεσαιώνων, αλλά αυτές δεν καθοδηγούνταν από ένα ιατρικό ενδιαφέρον στην ανακάλυψη και τον πειραματισμό. Η παθολογική ανατομία συνδέεται με την ανάπτυξη της επαγγελματικής εκπαίδευσης στην ιατρική, η οποία εθεωρείτο ως επιστήμη.

Η ανατομία κάτω από την πολιτισμική κουλτούρα του διαφωτισμού συνδέεται με την εμπειρική έρευνα και την παρακμή των θρησκευτικών απαγορεύσεων. Ο Foucault αναφέρει τον Bichat :

Ανοίξτε μερικά πτώματα, θα διασκορπίσετε αμέσως τον σκραδιμό που η παρατήρηση μόνη της δεν μπορούσε να διασκορπίσει.¹¹¹

Η εκκοσμίκευση της εκκλησίας οδήγησε στην διαφορετική κατηγοριοποίηση της αταξίας σε αμαρτία, αρρώστια, παρέκκλιση και έγκλημα. Η ψυχή δόθηκε στην εκκλησία, και το σώμα στα χέρια της επιστήμης. Αυτό έγινε ανοικτό στο ανατομικό βλέμμα και έδειξε τα μυστικά που έκρυβε :

η ανατομία έγινε ηθικό δίδαγμα που έδειχνε την περατότητα της ζωής.¹¹²

Η ανατομία είναι, όπως την ονομάζει ο Foucault, το νέο κλινικό βλέμμα, πάνω στο οποίο στηρίζεται και νομιμοποιείται η ιατρική εξουσία. Διαμέσου του θανά-

¹¹⁰ Στο ίδιο, σελ. 31.

¹¹¹ Foucault M. (1991), Ανοίξτε μερικά πτώματα, *Λεβιάθαν*, τ. 9.

¹¹² Στο ίδιο, σελ. 35.

του, το ανοικτό πτώμα έδωσε τα μυστικά του στους ζωντανούς. Ο θάνατος, και η αρρώστια θεωρούνταν μέχρι τότε ως εξωτερικά γεγονότα. Η αρρώστια αποτελούσε μια ξεχωριστή οντότητα. Σε έργα της περιόδου αυτής ο θάνατος και η ασθένεια παρουσιάζονται μεταφορικά ως οντότητες οι οποίες έρχονται από τα έξω¹¹³, από ένα ανοικτό παράθυρο και επιτίθενται στον άνθρωπο, ο οποίος παρουσιάζεται ως ένα σπίτι¹¹⁴. Ο Foucault υποστηρίζει πως στο πλαίσιο του νέου κλινικού βλέμματος, ο θάνατος θεωρείται όχι ως αόρατος, αλλά ως χιλιάδες θάνατοι σε διάφορα μέρη του οργανισμού σε διαφορετικούς χρόνους :

Ο χρόνος του θανάτου μπορεί να κυλάει σε όλη τη διάρκεια της νοσηρής εξέλιξης : και καθώς αυτός ο θάνατος έχει χάσει τον αδιάφανο χαρακτήρα του, γίνεται παραδόξως και με την επενέργεια του ως χρονικής διακοπής, το εργαλείο που επιτρέπει να εντάξουμε τη διάρκεια της ασθένειας στον ακίνητο χώρο ενός τεμαχισμένου πτώματος.¹¹⁵

Η ανατομία του πτώματος προσδίδει στην έννοια του θανάτου εργαλειακό ρόλο:

Ο θάνατος θα πάγει να αποτελεί το απόλυτο στο οποίο αναλώνεται η ουσία της αρρώστιας και της ζωής, για να σχετικοποιηθεί και να διαμοιραστεί στο χώρο και το χρόνο εγκαταλείποντας την αχρονικότητα του μετατρέπόμενος σε τεχνικό εργαλείο μέσα από τους τμηματικούς και δευτερεύοντες θανάτους.¹¹⁶

Η αρρώστια παίρνει την εσωτερική, συνεχή, δυναμική διάσταση της σχέσης μεταξύ ζωής και θανάτου. Ο θάνατος της αρρώστιας και του πόνου, κάνει την ζωή να είναι ζωή. Η αρρώστια παύει να ενσαρκώνει την ιδέα της «αντι - φύσης» που προσβάλλει από τα έξω τη ζωή. Η ίδια η αρρώστια υπάρχει μέσα στη ζωή, μια ζωή που τείνει στον θάνατο. Το φαινόμενο της ζωής δεν αποτελείται μόνο από φυσιολογικές, αλλά και από παθολογικές μορφές¹¹⁷. Με τον τρόπο αυτό γεννιέται και ο διαχωρισμός του φυσιολογικού από το παθολογικό. Ορίζεται δηλαδή το φυσιολογικό, το ομαλό και οτιδήποτε παρεκκλίνει από αυτό, θεωρείται όχι ως διαφορετικό, αλλά ως παθολογικό. Η ασθένεια ορίζεται ως παθολογία, σε σχέση με τη φυσιολογική λειτουργία. Το ανθρώπινο σώμα διαμέσου του κλινικού βλέμματος της ανατομίας, απο-

¹¹³ Agies P. (1981), *The Hour of Our Death*, Penguin Books, σελ. 332.

¹¹⁴ Για την παρουσίαση των στάσεων απέναντι στον θάνατο μέσα από τα έργα της περιόδου βλέπε, Αριές Φ. (1997), *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου : Η Εποχή των Κοιμωμένων Ι*, Εστία.

¹¹⁵ Foucault M. (1991), *Ανοιχτές μερικά πτώματα, Λεβιάθαν*, τ. 9. σελ. 53.

¹¹⁶ Ρήγου Μ. (1990), *Επικοινωνιακή, Ηθική και Πολιτική Διάσταση του Θανάτου στην Νεοτερικότητα*, Πάντειο, Διδακτορική Διατριβή, σελ. 130.

¹¹⁷ Στο ίδιο, σελ. 130.

κτάει μια συγκεκριμένη εικόνα φυσιολογικότητας. Οτιδήποτε ξεφεύγει από την εικόνα της φυσιολογικότητας, ορίζεται ως παθολογικό.¹¹⁸ Έτσι η ασθένεια αποτελεί απλά μια ποσοτική αλλαγή στις υπάρχουσες λειτουργίες και δομές. Η ασθένεια με άλλα λόγια, υπάρχει μέσα στην ίδια τη φύση του ανθρωπίνου οργανισμού και δεν επιτίθεται σε αυτόν (π.χ. σαν τιμωρία από τον θεό). Εάν λοιπόν το παθολογικό, η ασθένεια, είναι απλά μια ποσοτική ποικιλομορφία του φυσιολογικού, της εύρυθμης δηλαδή λειτουργίας του οργανισμού (σώματος), τότε δεν υπάρχει η ανάγκη να αναζητούμε στον κοινωνικό χώρο την εξήγηση της ασθένειας. Τα πάντα είναι σώμα και μόνο σώμα. Δεν πεθαίνει ο άνθρωπος επειδή αρρωσταίνει, αλλά αντίστροφα, αρρωσταίνει επειδή μπορεί και πεθαίνει. Ο θάνατος πλέον γίνεται από αόρατος, προσωποποιημένος. Το καινούργιο κλινικό βλέμμα του έδωσε επαρκή υπόσταση.

Η ζωντανή νύχτα διασκορπίζεται στην λαμπρότητα του θανάτου¹¹⁹

Ταυτόχρονα έγινε δυνατός και ο εγκλεισμός του ασθενή στο νοσοκομείο. Εκεί ο ασθενής είναι εκτεθειμένος στο καλοπροαίρετο, πανταχού παρών ιατρικό βλέμμα. Η αόρατη εξουσία - βλέμμα οδήγησε στην μικρο-εξουσία του ιατρικού βλέμματος το οποίο πλέον αποτελεί απλώς ένα μέρος του συνολικού συστήματος κοινωνικής επιτήρησης (άσυλο, φυλακή).

Ο φυλακισμένος στο Πανοπτικόν και ο ασθενής στην άκρη του στηθοσκοπίου παραμένουν σιωπηλοί καθώς οι τεχνικές της επιτήρησης ασκούνται πάνω τους. Ξέρουν ότι παρακολουθούνται, αλλά δεν γνωρίζουν του τι έχει δειχθεί ή του τι έχει ακουστεί.¹²⁰

Το νοσοκομείο εν συνεχεία, παρουσιάζεται ως η εξέλιξη της ορθολογικής και γραφειοκρατικής διαχείρισης του σώματος και του πληθυσμού. Επέρχεται ο «μεγάλος εγκλεισμός»¹²¹ όπου πλέον το σώμα του ασθενή ως αντικείμενο, κλείνεται στο νοσοκομείο.

Η σύγχρονη ιατρική είναι ένα στοιχείο των προσωρινών μορφών

¹¹⁸ Αυτή η λογική έπειτα αντικατοπτρίζεται σε διάφορες σφαίρες της κοινωνικής ζωής (τρέλα, ομοφυλοφιλία), ορίζοντας συγκεκριμένες συμπεριφορές ως απόκλιση από τον κανόνα, από την νόρμα ετικετάροντας τες ως παθολογικές. Με τον τρόπο αυτό η ιατρική ασκεί έντονο κοινωνικό έλεγχο.

¹¹⁹ «The Living Night is Dissipated in the Brightness of Death». Foucault M. (1973) *The Birth of the Clinic*, Tavistock, σελ. 146.

¹²⁰ Scambler G. (1987), *Sociological Theory and Medical Sociology*, Tavistock, σελ. 70.

¹²¹ Foucault M. (1964), *Η Ιστορία της Τρέλας*, Ηριδανός, σελ. 41.

κοινωνικής διαχείρισης και ελέγχου.¹²²

Μέσα στο νοσοκομείο η ανάλυση συμβαίνει. Τα συμπτώματα εμφανίσθηκαν. Το σύμπτωμα είναι η μορφή μέσω της οποίας η αρρώστια εκδηλώνεται. Το σύμπτωμα δείχνει το τι πρόκειται να συμβεί. Πάνω στην ερμηνεία των συμπτωμάτων στηρίζει τον εξουσιαστικό του ρόλο ο επιστημονικός ιατρικός λόγος.

Βλέπουμε λοιπόν, πως το στοιχείο διαφοροποίησης της επιστημονικής ιατρικής είναι η ανατομία, η οποία ασκείται πάνω στο ανθρώπινο σώμα για πρώτη φορά. Η πρώτη δημοσίευση βιβλίου ανατομίας έγινε το 1858 από τον Henry Gray.¹²³ Ο Foucault υποστηρίζει πως το γεγονός ότι το σώμα έγινε -διαμέσου της ανατομίας- ορατό, δεν σημαίνει πως κάποια βιολογική πραγματικότητα, η οποία ήταν κρυμμένη τόσα χρόνια, ήρθε τελικά στην επιφάνεια. Η ανατομία δηλαδή δεν αποτελεί την αντικειμενική γνώση μιας πραγματικότητας, η οποία προϋπάρχει (εσωτερικά όργανα), και η οποία έρχεται στο φως. Αντιθέτως, το σώμα γίνεται ορατό και μπορεί να ερευνηθεί, μόνο διότι υπάρχει, στις καινούργιες τεχνικές, μια γλώσσα διαμέσου της οποίας το σώμα μπορεί να διαβασθεί¹²⁴.

Ο ανατομικός άτλας εστιάζεται σε συγκεκριμένες δομές σε συγκεκριμένες ομοιότητες, σε συγκεκριμένα συστήματα και όχι σε άλλα, και κάνοντας αυτό ορίζει μια σειρά κανόνων διαμέσου των οποίων το σώμα μπορεί να διαβασθεί και να γίνει ορατό. Σε αυτή τη λογική η πραγματικότητα του σώματος εγκαθιδρύεται διαμέσου του ματιού το οποίο παρατηρεί το αντικείμενο.¹²⁵

Εστιάζει λοιπόν η ανατομία σε συγκεκριμένα στοιχεία και αγνοεί κάποια άλλα. Η ίδια η ανατομία δημιουργεί, «κατασκευάζει», μέσω μιας διαδικασίας επιλογής την πραγματικότητα, την οποία στην συνέχεια παρατηρεί. Αυτό που βλέπει ο φοιτητής της ιατρικής δεν είναι ο ανατομικός χάρτης, ως η αναπαράσταση του ανθρώπινου σώματος, αλλά το σώμα αποτελεί αναπαράσταση του ανατομικού άτλαντα¹²⁶. Ο τελευταίος, αποτελεί ένα μέσο ερμηνείας και θέασης του σώματος, διαμέσου του οποίου εγκαθιδρύεται η ίδια η πραγματικότητα του ανθρώπινου σώματος.

Η ανάλυση του τρόπου με τον οποίο το σώμα βλέπεται, περιγράφεται και δομείται, όπως προτείνει ο Foucault, μπορεί να ονομασθεί «Πολιτική

¹²²Turner B. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, σελ. 35.

¹²³Scambler G. (1987), *Sociological Theory and Medical Sociology*, Tavistock, σελ. 63.

¹²⁴Armstrong D. (1983), *The Political Anatomy of the Body : Medical Knowledge in the Twentieth Century*, Cambridge University Press, σελ. 2

¹²⁵Στο ίδιο, σελ. 2.

¹²⁶Αναφέρεται στο ίδιο, σελ. 2.

Ανατομία». Και είναι πολιτική διότι οι αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο το σώμα περιγράφεται δεν είναι αποτέλεσμα κάποιου τυχαίου αποτελέσματος ή αποτέλεσμα της προοδευτικής εξέλιξης της γνώσης, αλλά βασίζεται σε συγκεκριμένους εξουσιαστικούς μηχανισμούς.

Μέσω της ανατομίας γεννιέται η επιστημονική ιατρική και διαφοροποιείται από τις προηγούμενες μορφές ιατρικής, σπάζοντας την συνέχεια μαζί τους και καταστρέφοντας την ιερότητα του σώματος. Εκτελώντας την ανατομία η ιατρική επεμβαίνει πλέον στην διαχείριση του σώματος του ασθενή κατά βούληση.

Υιοθετώντας το μάθημα της ανατομίας ως τη δική της λογική, η επιστημονική ιατρική ταυτίζει τον εαυτό της με ένα λόγο ο οποίος αναφέρεται στη ζωή και το θάνατο, του οποίου λόγου η εξουσία έγκειται όχι στην διεξαγωγή διαλόγου με έναν άλλο, αλλά στην ικανότητα να μιλάει στον άλλο, ο οποίος πρέπει να ακούει χωρίς να αντιμιλά, εάν θέλει να ακούσει την αλήθεια να λέγεται.¹²⁸

Στο μάθημα της ανατομίας υπάρχουν στοιχεία που πρέπει να ταξινομηθούν, γεγονότα που πρέπει να φανούν, αλλά δεν υπάρχει αβεβαιότητα για αυτό που παρουσιάζεται. Όλοι βλέπουν το ίδιο πράγμα :

Όταν ο Vesalius δείχνει το σώμα, συμβιβάζει κάθε διαφορετική άποψη η οποία υπάρχει στο αμφιθέατρο -το οποίο είναι γεμάτο με άτομα από διαφορετικές τάξεις- σε μια κοινή εστίαση, η οποία ονομάζεται Αλήθεια. Κάποιος όμως πρέπει να μάθει πως να κοιτάξει για να μπορέσει να δει αυτήν την Αλήθεια. Όταν ο Vesalius μιλάει, το κάνει προκειμένου να υποδείξει. Τα λόγια του γίνονται αδιαχώριστα από τα σημανόμενα.¹²⁹

Έτσι επιτυγχάνεται μια μορφή διαμεσολάβησης μεταξύ του σώματος του ασθενή και της προσωπικότητάς του, και υποβιβάζεται η ύπαρξη του στην απλή σωματική, βιολογική του λειτουργία. Αντιμετωπίζεται η προσωπικότητα του ασθενή ως ένα αντικειμενικό σύνολο σωλήνων και υγρών μιας καλοκουρδισμένης μηχανής της οποίας η άριστη λειτουργία τίθεται ως στόχος της ιατρικής. Ο ασθενής ως προσωπικότητα (ως σύνολο βιολογικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και συναισθηματικών στοιχείων) χάνεται και στην θέση του παραμένει μόνο η απλή σωματική (βιολογική) λειτουργία του.

¹²⁷ Στο ίδιο, σελ. 2.

¹²⁸ Arney W. R. and Bergen B. J. (1984), *Medicine and the Management of Living : Taming the Last Great Beast*, University of Chicago Press, σελ. 26.

¹²⁹ Στο ίδιο, σελ. 26.

Η σύγχρονη ιατρική βλέπει την αρχή της στην διαμόρφωση μιας καινούργιας συμμαχίας μεταξύ λέξεων και πραγμάτων, η οποία επιτρέπει σε κάποιον να δει και να μιλήσει για αυτό που βλέπει. Αυτή είναι μια συμμαχία η οποία αναρρεί τον ασθενή ως ένα ενεργό υποκείμενο από το σώμα του, το οποίο αποτελεί το αντικείμενο το οποίο ενέχει όλες τις σχετικές πληροφορίες οι οποίες δείχνουν την αλήθεια της μπερδεμένης από τον ασθενή κατάσταση ταλαιπωρίας την οποία αισθάνεται.¹³⁰

Οι απόψεις αυτές του Foucault αποτελούν μια κριτική στην άποψη η οποία παρουσιάζει την επιστημονική ιατρική ως «αντικειμενική» γνώση. Η ιατρική γνώση παρουσιάζεται ως αντικειμενική διότι αυτό που θεωρείται πως κάνει είναι να παρατηρεί, να μετράει κάτι το οποίο προϋπάρχει, το ανθρώπινο σώμα δηλαδή, ως σύνολο οργάνων και μορίων. Η επιστημονική ιατρική θέτει τον εαυτό της ως «αντικειμενική», ως μια προσέγγιση η οποία «βλέπει» την «αληθινή» πραγματικότητα απαλλαγμένη από οποιονδήποτε αξιολογικό προσανατολισμό, κάτι που συμβαίνει με όλες τις άλλες μορφές μη - επιστημονικής ιατρικής.

Προχωρώντας την κριτική στην άποψη η οποία θεωρεί την επιστημονική ιατρική ως «αντικειμενική γνώση», μπορούμε να παρουσιάσουμε το έργο των Social Constructionists¹³¹, οι οποίοι στηριζόμενοι στο έργο του Foucault θεωρούν πως όλες οι ιατρικές κατηγορίες αποτελούν κοινωνικές κατασκευές.

Το κάταγμα του υπερεβδομηκοντούτης μηνιαίου οστού, μέσα στον κόσμο της φύσης, δεν έχει περισσότερο σημασία από την πτώση ενός φθινοπωρινού φύλλου από το κλωνάρι του και η εισβολή ενός ανθρώπινου οργανισμού από το μικρόβιο της πανούκλας, δεν εμπεριέχει περισσότερο την στάμπα της ασθένειας από το ξίνισμα του γάλατος από άλλες μορφές βακτηρίων.¹³²

Διάφορα λοιπόν φυσικά γεγονότα όπως το σπάσιμο κοκάλων ή η ανάπτυξη όγκων δεν αποτελούν ασθένεια :

παρά αποτελούν την προτεραιότητα των ανθρώπινων κοινωνικών νοηματοδοτήσεων τις οποίες τοποθετούμε πάνω σε αυτά.¹³³

¹³⁰ Arney W R. and Bergen B. J. (1984), *Medicine and the Meaning of Living : Taming the Last Great Beast*, University of Chicago Press, σελ. 27.

¹³¹ Όπως παρουσιάζει την προσέγγιση αυτή ένας από τους κυριότερους εκπροσώπους της ο οποίος θεωρεί «...πως τα κοινωνικά αντικείμενα κατασκευάζονται διαμέσου της αντίληψης.όμως η άποψη του constructionism δεν αποτελεί μια σολιμιστική θέση διότι ο πυρήνας της άποψης είναι ότι αυτές οι αντιλήψεις διαμορφώνονται από και διαμέσου κοινωνικών μορφών» Armstrong D. (1994), *Bodies of Knowledge/Knowledge of Bodies*, στο Jones C. and Porter R. (1994), *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the Body*, Routledge, σελ. 22.

¹³² Sedgwick P. (1982), *Psycho Politics*, Pluto Press, σελ. 30 στο Myfanwy M. et. al. (1993), *Sociological Approaches to Health and Illness*, Routledge, σελ. 29.

¹³³ Στο ίδιο σελ. 28.

Συνεπώς η ασθένεια δεν υπάρχει ως αντικειμενική οντότητα ανεξάρτητη από τον γιατρό, από την επιστήμη, αλλά αντιθέτως η ασθένεια προσδιορίζεται ως κάτι το παθολογικό, ως αντικείμενο προσέγγισης, μέσα από τον γνωστικό αξιακό προσανατολισμό του επιστήμονα γιατρού. Η ασθένεια με την μορφή των μικροβίων, όπως την παρουσιάζει η επιστημονική ιατρική, δεν αποτελεί βέβαια φανταστική κατηγορία, η οποία υπάρχει μόνο στο μυαλό των γιατρών, αλλά αποτελεί μορφή κοινωνικής πρακτικής, η οποία παρατηρεί, κωδικοποιεί και καταλαβαίνει τον ανθρώπινο πόνο με ένα συγκεκριμένο τρόπο. Συνεπώς, το συγκεκριμένο σχέδιο της ασθένειας το οποίο προβάλλει η επιστημονική ιατρική δεν έχει κανένα απαραίτητο δι-ιστορικό, απαλλαγμένο από αξίες σχήμα, αλλά αντιθέτως αποτελεί έναν συγκεκριμένο τρόπο θέασης του κόσμου¹³⁴.

Η ανάλυση (του Foucault) -στην οποία μπορεί να εμπεριέχονται κομμάτια γνώσης και οι συναφείς με αυτή τη γνώση τεχνικές και πρακτικές - είναι η διαδικασία διαμέσου της οποίας η πραγματικότητα του σώματος γεννιέται. Ένα σώμα το οποίο αναλύεται για χυμούς, εμπεριέχει χυμούς, Ένα σώμα το οποίο αναλύεται για όργανα και ιστούς αποτελείται από όργανα και ιστούς, Ένα σώμα το οποίο αναλύεται για ψυχοκοινωνική λειτουργία αποτελεί ένα ψυχοκοινωνικό αντικείμενο.¹³⁵

Η επιστημονική ιατρική αποτελεί μια ιστορική, υποκειμενική προσέγγιση¹³⁶ του φαινομένου της ασθένειας¹³⁷.

¹³⁴ Στο ίδιο, σελ. 29

¹³⁵ Armstrong D. (1995), *Bodies of Knowledge/Knowledge of Bodies*, στο Jones C. and Porter (1995), *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the Body*, Routledge, σελ. 25

¹³⁶ Ως παράδειγμα μπορούμε να παρουσιάσουμε το έργο ενός εκπροσώπου αυτής της άποψης για την οδοντιατρική Nettleton S. (1995), *Protecting a Vulnerable Margin : Towards an Analysis of How the Mouth came to be Separated from the Body*, στο Davey B. Gray A. and Seale C. (1995), *Health and Disease : A Reader*, Open University Press, σελ. 672-68. Η οδοντιατρική θεωρείται όχι ως αποτέλεσμα κάλυψης της ανάγκης για ανακούφιση του πονόδοντου. Ο οδοντίατρος δεν εμφανίστηκε για να χειρισθεί το στόμα, αντιθέτως ο πληθυσμός των σωμάτων παρήγαγε την οδοντιατρική γνώση καθώς αποτέλεσε αντικείμενο της οδοντιατρικής. Το στόμα έγινε αντικείμενο επιτήρησης, ένα υποκείμενο των μηχανισμών πειθαρχίας του 20ου αιώνα. Μόνο μέσω αυτών των μηχανισμών μπόρεσε να γίνει αποδεκτό το επάγγελμα και να αναπαραχθεί στα βιβλία, τα περιοδικά και τα Πανεπιστήμια. Μόνο τότε η υγιεινή του στόματος μπόρεσε να γίνει καθημερινή πρακτική του πληθυσμού.

¹³⁷ Αρκεί να αναφέρουμε μια σειρά από έρευνες τις οποίες διεξήγαγε το 1973 ο Ψυχολόγος Rosenham D. Αυτός προχώρησε στις έρευνες αυτές προκειμένου να μελετήσει τις διαδικασίες εισαγωγής στα ψυχιατρικά ιδρύματα. Χρησιμοποίησε οκτώ «λογικούς» ανθρώπους - οι οποίοι ποίκιλαν, από απόφοιτους φοιτητές μέχρι και έναν γιατρό - και οι οποίοι προσπάθησαν να εισαχθούν ως ασθενείς σε δώδεκα διαφορετικά ψυχιατρικά ιδρύματα - νοσοκομεία. Όλοι έφθασαν στα νοσοκομεία παραπονούμενοι ότι άκουγαν φωνές οι οποίες τους έλεγαν «άδειο», «κούφιο» και «τρίτος». Έπειτα, αφού είχαν εισαχθεί, οι «ασθενείς» αυτοί συμπεριφέρονταν φυσιολογικά και έλεγαν στους γιατρούς ότι αισθάνονταν περίφημα. Παρά τις εκδηλώσεις αυτές φυσιολογικότητας δεν τους δόθηκε εξιτήριο. Εφόσον είχαν ετικεταρισθεί ως ψυχικά ασθενείς - ειδικότερα ως σχιζοφρενείς - παρέμεναν «ασθενείς» έως ότου τους ανακοινώθηκε ότι είχαν γίνει καλά από τις ενέργειες του νοσοκομείου. Ακόμα και φυσιολογική συμπεριφορά όπως το να κρατάς σημειώσεις, χαρακτηριζόταν ως «καταναγκα-

Η μορφή που θα πάρει η οργάνωση των θεσμών υγείας είναι συνυφασμένη με την μορφή των άλλων κοινωνικών θεσμών, καθώς και με την οικονομική και οργανωτική μορφή της κοινωνίας στην οποία ανήκουν.¹³⁸

Στην αντικειμενικοποίηση του ασθενή συντελεί σε ένα μετέπειτα στάδιο η ανάπτυξη των διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων (καρδιολόγος, πνευμονολόγος) όπου πλέον το σώμα τεμαχίζεται και το αντικείμενο ασθενής τμηματοποιείται.

Η αντιμετώπιση του σώματος ως μηχανής επηρεάζει και την αντίληψη που το ίδιο το άτομο έχει για το σώμα του και για την ύπαρξη του. Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο συλλαμβάνει και κατανοεί τη λειτουργία του εσωτερικού του σώματος (ως μηχανή, ως σύστημα σωληνώσεων), επηρεάζει και το πώς αισθάνεται και το πως εκφράζει τα παράπονά και τους πόνους του. Μέσα στο πλαίσιο της σύγχρονης κοινωνίας, ο δυτικός πολιτισμός μαθαίνει στα άτομα πώς να εισπράττουν και να ερμηνεύουν τις πολλές αλλαγές οι οποίες συμβαίνουν στο σώμα τους, καθώς και στο σώμα των άλλων. Αντιμετωπίζοντας το σώμα ως λειτουργική μηχανή τα άτομα μαθαίνουν πώς να ξεχωρίζουν ένα νεανικό από ένα γέρικο σώμα, ένα υγιές από ένα άρρωστο. Μαθαίνουν πώς να προσδιορίζουν τον πόνο, τον πυρετό, και πώς να ερμηνεύουν αυτές τις εμπειρίες. Η εικόνα του σώματος είναι λοιπόν κάτι το οποίο αποκτιέται από κάθε άτομο ως μέλος μιας κοινωνίας (ομάδας).

Το σώμα και οι αισθήσεις είναι κοινωνική κατασκευασμένες με ποικίλους τρόπους από διαφορετικούς πολιτισμούς Το σώμα δεν είναι δοσμένο αλλά αποτελεί κοινωνική κατηγορία η οποία επενδύεται με διαφορετικά νοήματα τα οποία επιβάλλονται και αναπτύσσονται σύμφωνα με την ηλικία, και για διαφορετικά τμήματα του πληθυσμού. Το σώμα είναι λοιπόν σαν σφουγγάρι, εξαιτίας της ικανότητάς του να απορροφά μηνύματα.¹³⁹

στική τάση για γραφή» (compulsory writing), προκειμένου να ταιριάξει με την ταμπέλα των ασθενών ως σχιζοφρενείς. Η διάρκεια η οποία κρατήθηκαν στα νοσοκομεία ήταν μεταξύ επτά και πενήντα δύο ημερών, με μέσο όρο διαμονής για τον κάθε ασθενή τις δεκαεννιά ημέρες. Ο Rosenham παρουσιάζει στο έργο του σκηνές οι οποίες δείχνουν καθαρά την αδυναμία στην οποία καταδικάζεται ο ασθενής, του οποίου ο λόγος είναι ανύπαρκτος : Ρωτά π.χ. ο ψευτοασθενής «Παρακαλώ γιατρέ, μπορείτε να μου πείτε αν μπορώ να κάνω έναν περίπατο στο πάρκο ;». Και η απάντηση του γιατρού : «Καλημέρα σας κύριε Δαβίδ, πώς αισθάνεστε σήμερα ;». Το συμπέρασμα το οποίο έβγαλε ο Rosenham ήταν πως η ιατρική ταμπέλα έχει την δική της ζωή. Η αντίληψη την οποία έχει το προσωπικό αποδείχθηκε ως πιο σημαντική από την συμπεριφορά των ατόμων.

¹³⁸ Mechanic D. (1968), *Medical Sociology*, The Free Press, σελ. 325.

¹³⁹ Synnott A. (1993), *The Body Social : Symbolism, Self and Society*, Routledge, σελ. 1. Επίσης βλέπε στο ίδιο για μια παρουσίαση της κοινωνικής εικόνας του σώματος και μια παρουσίαση του κοινωνικού χαρακτήρα των χαρακτηριστικών του (μολλία, ομορφιά κλπ.) και των αισθήσεων (ακοή, όραση, αφή κλπ.).

Η εικόνα λοιπόν του σώματος ως μηχανής διαμορφώνει και αυτήν την αλλαγή την οποία διαπιστώνει ο Armstrong¹⁴⁰ στην σχέση γιατρού - ασθενή. Οι γιατροί βλέπουν πέρα από την επιφάνεια των συμπτωμάτων και των σημαδιών. Πλέον ρωτάνε όχι «τι σου συμβαίνει ;», αλλά «πού σε πονάει ;». Η καινούργια ερώτηση συνδέεται, προσδιορίζει την απάντηση, με κάτι που μπορεί να υπάρξει μόνο μέσα στο σώμα. Οποιαδήποτε άλλα στοιχεία (ψυχολογικά, συναισθηματικά, κοινωνικά) απορρίπτονται. Ο ασθενής χάνει ακόμα και το όνομά του και αντιμετωπίζεται ως άλλη μια περίπτωση (case), στοιχείο που αποδεικνύει ότι αυτό το οποίο προσδιορίζει την υπόστασή του δεν είναι η προσωπικότητά του, αλλά η ασθένειά του.

Όπως αναφέρει η Anspach (1988) στην παρουσίαση της κατάστασης της υγείας κάθε ασθενή χρησιμοποιούνται τρία βασικά στοιχεία, τρεις τεχνικές: α) συντελείται ο αποχωρισμός της βιολογικής διαδικασίας εξέλιξης της ασθένειας από το άτομο που ασθενεί (αποπροσωποποίηση της ασθένειας), β) αφαιρείται η αναφορά στο υποκείμενο (γιατρός) το οποίο ενεργεί. Αντί αυτού χρησιμοποιείται η παθητική φωνή για να εκφράσει τις ενέργειες οι οποίες γίνονται στον ασθενή (π.χ. «οι εξετάσεις αίματος έδειξαν ότι...»). γ) η ιατρική τεχνολογία χρησιμοποιείται ως το ενεργό υποκείμενο. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα οι αποφάσεις οι οποίες παίρνονται από τους γιατρούς να νομιμοποιούνται, να παρουσιάζονται ως αντικειμενικές, αποβάλλοντας το στοιχείο της προσωπικής κρίσης του γιατρού, οδηγώντας έτσι στον απεμπολισμό της ευθύνης. Συνεπώς ο λόγος, η γλώσσα η οποία χρησιμοποιείται για την παρουσίαση της κατάστασης του κάθε ασθενή εμπεριέχει στοιχεία τα οποία αναδεικνύουν την κρίση της ιατρικής γνώσης. Αυτή η γνώση :

... αντανακλά και δημιουργεί μια κοσμοθεωρία στην οποία οι βιολογικές διαδικασίες υπάρχουν ανεξάρτητα από τα άτομα, και οι παρατηρήσεις μπορούν να αποχωρισθούν από τα άτομα που τις κάνουν, ενώ η γνώση η οποία αποκτιέται από τα μηχανήματα ενέχει μια αντικειμενικότητα ξεχωριστή από τα άτομα, που χρησιμοποιούν και ερμηνεύουν αυτή την διαγνωστική τεχνολογία.¹⁴¹

Μέσω της χρησιμοποίησης αυτής της γλώσσας, όπως θα δούμε πιο κάτω, τα άτομα υιοθετούν την πίστη στην ανωτερότητα της επιστημονικής ιατρικής γνώσης,

¹⁴⁰ Armstrong D. (1983), *Political Anatomy of the Body. Medical Knowledge in Britain in the twentieth Century*. Cambridge University Press, σελ. xi.

¹⁴¹ Anspach R. (1988), Notes on the Sociology of Medical Discourse : The Language of Case Presentation, *Journal of Health and Social Behaviour*, N. 29 : 357-375, σελ. 373.

ως άθροισμα «αντικειμενικών» μετρήσεων, και οδηγούνται έτσι στην υποβάθμιση της υποκειμενικής τους εμπειρίας ως ασθενείς.

Στο τμήμα αυτό παρουσιάσαμε την ανάλυση του επιστημονικού ιατρικού λόγου καθ' αυτού. Ασχοληθήκαμε δηλαδή με την ανάδειξη των στοιχείων εκείνων τα οποία προσδίδουν στην επιστημονική ιατρική την ιδιαιτερότητά της απέναντι στις άλλες μορφές ιατρικής.

Στην συνέχεια, θα ασχοληθούμε με την παρουσίαση της διαδικασίας μέσω της οποίας η επιστημονική ιατρική κατάφερε να αποκτήσει το μονοπώλιο στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Θα δούμε δηλαδή, τον τρόπο διαμέσου του οποίου κατάφερε να νομιμοποιηθεί ως η μοναδική μορφή παροχής υπηρεσιών στην κοινωνία.

2) Επαγγελματοποίηση της Επιστημονικής Ιατρικής (Freidson)

Κάθε κοινωνία στην προσπάθειά της να αμυνθεί στην ασθένεια και τον θάνατο, διαμορφώνει ένα συγκεκριμένο ιατρικό σύστημα. Μέσα στο πλαίσιο του ιατρικού αυτού συστήματος παρατηρούμε τρεις αλληλο-διαπλεκόμενους τομείς : τον λαϊκό, τον μη επιστημονικά καταξιωμένο και τον επιστημονικό¹⁴². Ο κάθε τομέας έχει το δικό του τρόπο εξήγησης και θεραπείας της αρρώστιας - υγείας, προσδιορίζοντας τόσο ποιος είναι ο θεραπευτής και ποιος ο θεραπευόμενος, όσο και τους διαφορετικούς ρόλους για τον καθένα στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Μέσα στο πλαίσιο του σύγχρονου ιατρικού συστήματος έχουμε την κυριαρχία του τομέα της επιστημονικής, επαγγελματικής ιατρικής πάνω στους άλλους τομείς. Η επιστημονική ιατρική έχει καταφέρει να επιβληθεί πάνω στις άλλες μορφές παροχής ιατρικής βοήθειας, οι οποίες συναντώνται στις σύγχρονες κοινωνίες. Η παρουσία τους είναι υπαρκτή, αλλά η έμφαση η οποία δίνεται σε αυτούς τους τομείς έχει μειωθεί. Αυτό το οποίο έχει σημασία είναι να εξηγηθεί ο τρόπος με τον οποίο ξεκινώντας η επιστημονική ιατρική από ένα στάδιο, στο οποίο βρισκόταν στο ίδιο σημείο αποδοχής από την κοινωνία (νομιμοποίησης) με τις άλλες μορφές ιατρικής, κατάφερε να εξελιχθεί στην κυρίαρχη μορφή παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Σημαντική και επίκαιρη στο σημείο αυτό είναι η διαπίστωση του Max Weber ότι :

Η ανεξέλεγκτη και μονοπωλιακή άσκηση της κάθε εξουσίας πολιτικής ή τεχνικής - επιστημονικής δημιουργεί αναπόφευκτα καταστάσεις

¹⁴²Για περισσότερες πληροφορίες για αυτήν την διάκριση βλέπε, Helman C. (1990), *Culture, Health and Illness*, Wright, σελ 55-65.

αυθαιρεσίας και κατ' επέκταση εκφυλιστικά φαινόμενα και αντίστοιχα προβλήματα.¹⁴³

Στην διαδικασία ανάδειξης της επιστημονικής ιατρικής ως κυρίαρχης, σημαντικό ρόλο έπαιξε η βάση πάνω στην οποία στηρίζεται, η επιστημονική δηλαδή γνώση. Η ανάλυση του Foucault η οποία προηγήθηκε προβάλλει την άποψη πως η εξουσία της ιατρικής βασίζεται στην ιδιαιτερότητα της επιστημονικής γνώσης (ανατομικό βλέμμα).

Το πρόβλημα όμως με την προσέγγιση του Foucault είναι πως καταλήγει σε μια ιδεαλιστική ερμηνεία της εγκαθίδρυσης της επιστημονικής ιατρικής σε κυρίαρχη μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας. Φυσικά και το καινούργιο σύστημα ιδεών (επιστημονική γνώση), έδωσε στην επιστημονική ιατρική την δυνατότητα να κυριαρχήσει πάνω στις άλλες μορφές, αλλά αυτό έγινε με έμμεσο τρόπο και με τη συνδρομή άλλων διαδικασιών. Πιο συγκεκριμένα :

Καμιά ανάλυση της σχέσης μεταξύ γνώσης και εξουσίας, δεν μπορεί να είναι πειστική χωρίς να δείχνει το πώς αυτά τα δύο συνδέονται και μετατρέπονται σε πράξη από ανθρώπινους δράστες στα ιδρύματά τους.¹⁴⁴

Σύμφωνα με τον Freidson, στη σχέση γνώσης - εξουσίας, η γνώση καθ' αυτή δεν θεωρείται ως ένα σύστημα κυριαρχίας το οποίο ελέγχει και κατευθύνει την εξουσία. Η γνώση αποτελεί μια αφαίρεση. Αποκτά θέση και υπόσταση, επηρεάζει την κοινωνία και τις σχέσεις των ατόμων, μόνο μέσω της έκφρασής της διαμέσου των ατόμων και των ιδρυμάτων τα οποία είναι φορείς της. Με αυτήν την εννοιολόγηση της ιατρικής γνώσης, ξεφεύγουμε από το στενό πλαίσιο της ανάλυσης της γνώσης καθ' αυτής (Foucault) και μελετάμε και τα χαρακτηριστικά των ατόμων και των ιδρυμάτων, τα οποία είναι φορείς αυτής της γνώσης και τα οποία συνδέονται με την διαδικασία του εξορθολογισμού. Μέσα στο πλαίσιο της διαδικασίας του εξορθολογισμού έχουμε την εμφάνιση του θεσμικά κατοχυρωμένου καταμερισμού της εργασίας. Κάθε δραστηριότητα διακρίνεται από τις άλλες, και με την κρατική νόμιμη αποδοχή αποκτά το μονοπώλιο πάνω σε ένα εργασιακό χώρο. Έτσι υποτίθεται ότι η κοινωνία προστατεύεται από τυχόν σφετεριστές, μιας και για κάθε εργασιακό τομέα υπάρχει ο

¹⁴³Weber M. Politische Schriften J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tubingen, σελ. 332, στο Χιωτάκης Σ. (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθέρων Επαγγελματιών. Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών Υγείας*, Οδυσσέας, σελ. 16.

¹⁴⁴Freidson E. (1986), *Professional Powers*, Chicago, σελ. 2.

«ειδικός», ο «επαγγελματίας»¹⁴⁵. Το ζήτημα τώρα μετατίθεται στον τρόπο με τον οποίο ο «ειδικός» απέκτησε την κυρίαρχη θέση μέσα στο σύστημα παροχής υπηρεσιών¹⁴⁶.

Για να γίνει κατανοητή η διαδικασία εγκαθίδρυσης της επιστημονικής ιατρικής, ως τη νόμιμη μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες, είναι απαραίτητο να αναφερθούμε στην έννοια του επαγγελματία.

Ο Επαγγελματισμός

Οι επαγγελματίες τονίζουν ότι χρησιμοποιούν την ειδική γνώση την οποία κατέχουν για το συμφέρον της κοινωνίας και υποστηρίζουν πως τόσο ο αλτρουισμός όσο και ο προσανατολισμός τους προς την παροχή υπηρεσιών προστατεύει την κοινωνία από την εκμετάλλευση. Μέσα απ' αυτή την λογική έχει δοθεί στο ιατρικό επάγγελμα ο αποκλειστικός έλεγχος των θεμάτων της υγείας και της ασθένειας στις βιομηχανικές κοινωνίες, διότι το επάγγελμα αυτό προασπίζει τα ενδιαφέροντα των «εν δυνάμει» ασθενών και έχει αφοσιωθεί στην διατήρηση της υγείας της κοινωνίας¹⁴⁷.

Η κύρια κριτική στην άποψη αυτή είναι ότι στοχεύει στην νομιμοποίηση της δοσμένης κοινωνίας. Απορρίπτει τα εξουσιαστικά στοιχεία της σχέσης επαγγελματίες - κοινωνία και προάγει μόνο τα στοιχεία συνεργασίας. Ειδικότερα η άποψη αυτή εκφράζει την γνώμη την οποία έχουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες για το έργο τους. Ότι δηλαδή λειτουργούν όχι προς δικό τους όφελος, αλλά αντιθέτως λειτουργούν ανιδιοτελώς για το συμφέρον της κοινωνίας. Στην πραγματικότητα αυτό που επικρατεί δεν είναι αυτή η κατάσταση ισορροπίας, αλλά μια δυναμική κατάσταση εξουσιαστικής

¹⁴⁵ Η ιατρική ονομάζεται και «ελευθέριο» επάγγελμα. Για την εννοιολόγηση του όρου και την διαφορά από τα «ελεύθερα» επαγγέλματα, καθώς και την ιστορική παρουσίαση του όρου, βλέπε Χιωτάκης Σ. (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθέρων Επαγγελμάτων. Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών*. Οδυσσεάς, σελ. 58-70.

¹⁴⁶ Η αναφορά γίνεται στην επιστημονική ιατρική όπως αυτή διαμορφώθηκε στις δυτικές κοινωνίες. Έτσι και η έννοια επαγγελματίας αναφέρεται σε αυτές τις κοινωνίες στις οποίες απαντώνται τα χαρακτηριστικά που θα αναφέρουμε στο μέρος αυτό. Πιο εκτεταμένα για το θέμα αυτό θα αναφερθούμε στο κομμάτι το οποίο αφορά τις σχέσεις γιατρού, νοσηλεύτριας. Όπως αναφέρει ο Freidson «... όπου το επάγγελμα πρέπει να χρησιμοποιηθεί με μια συγκεκριμένη ιστορική έννοια» σελ. 35. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την άνοδο των επαγγελμάτων στις δυτικές κοινωνίες βλέπε Freidson E. (1986), *Professional Powers*, Chicago, σελ. 32 - 35.

¹⁴⁷ Αυτή είναι και σε γενικές γραμμές η παρουσίαση της λειτουργιστικής προσέγγισης (Parsons T.) για τα επαγγέλματα, η οποία θα παρουσιασθεί σε επόμενο τμήμα της διατριβής. Σύμφωνα με την λειτουργιστική άποψη, τα επαγγέλματα εμφανίστηκαν στο πλαίσιο οργάνωσης της σύγχρονης δυτικής κοινωνίας, και με τη σειρά τους αναπαράγουν αυτήν την μορφή οργάνωσης. Η λειτουργία τους συντελεί στην αρμονική διατήρηση του κοινωνικού συστήματος σε ισορροπία.

σύγκρουσης μεταξύ διαφορετικών ομάδων συμφερόντων. Η επιστημονική ιατρική δεν αναδύθηκε ως κυρίαρχη διότι είχε να προσφέρει σημαντικές κοινωνικές λειτουργίες, αλλά διότι μέσα στο πλαίσιο της πολιτικής σύγκρουσης ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες (παραδοσιακή, λαϊκή ιατρική), οι οποίες προσπαθούσαν να αποκτήσουν υψηλό κύρος - θέση προάγοντας τα συμφέροντά τους, κατάφερε να αναδυθεί ως κυρίαρχη. Η επέκταση των μεσαιών αστικών στρωμάτων και η σύνδεση της εξυπηρέτησης των συμφερόντων τους με την ανάδυση των επαγγελματιών, διαμόρφωσε τις κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες οι οποίες ευνόησαν την δημιουργία των επαγγελματικών οργανώσεων και την απόκτηση της συνακόλουθης επαγγελματικής αυτονομίας και εξουσίας.

Σύμφωνα με τον Johnson η απόκτηση εξουσίας από τα ανερχόμενα μεσαιών αστικά στρώματα στο πλαίσιο της βιομηχανικής επανάστασης από τα μέσα του 19ου αιώναδημιούργησε ζήτηση για τις υπηρεσίες που προσφέρουν αυτά τα επαγγέλματα προωθώντας με αυτό το τρόπο και τη ραγδαία αύξησή τους.¹⁴⁸

Μέσα σε αυτή την ανταγωνιστική, εξουσιαστική κατάσταση η επιστημονική ιατρική κατάφερε να επαγγελματοποιηθεί αποκτώντας την κρατική εύνοια και νομιμοποίηση. Ο Freidson προτείνοντας αυτές τις θέσεις θεωρεί, πως το επάγγελμα είναι μια δομική θέση, στο πλαίσιο του κοινωνικού καταμερισμού της εργασίας, η οποία πρέπει να αποκτηθεί και να διατηρηθεί διαμέσου μιας διαδικασίας πολιτικής σύγκρουσης και προσπάθειας να πεισθούν οι άλλοι. Επομένως η κατάσταση της εξουσιαστικής θέσης (επαγγελματικής) της επιστημονικής ιατρικής δεν ήταν αναπόφευκτη, αλλά ήταν το αποτέλεσμα της ικανότητας της να επικρατήσει απέναντι στις άλλες μορφές ιατρικής. Η προσέγγιση του Freidson αποτελεί μια επέκταση των Βεμπεριανών απόψεων. Η άποψη αυτή διαφοροποιείται από την Λειτουργιστική προσέγγιση διότι δεν έχει ως στόχο την νομιμοποίηση της δοσμένης οικονομικοκοινωνικής και πολιτικής κατάστασης, αλλά προσπαθεί να εκφράσει την ανισότητα των σχέσεων οι οποίες υπάρχουν στην σύγχρονη κοινωνία.

Η θεώρηση του ιατρικού επαγγέλματος από τη σκοπιά της εξουσίας του επί των υπηρεσιών υγείας (Power Approach) έχει ως αφετηρία τον κοινωνικό καταμερισμό εργασίας, ¹⁴⁹ όπως αυτός διαμορφώθηκε ιστορικά στις μοντέρνες δυτικές κοινωνίες.

¹⁴⁸ Χιωτάκης Σ. (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθέρων Επαγγελματιών. Επιστημονική Επαγγελματοποιήση των Ιατρικών Υπηρεσιών*, Οδυσσέας, σελ. 80.

¹⁴⁹ Στο ίδιο, σελ. 77.

Η διαφοροποίηση μεταξύ επαγγελματία και των άλλων ενασχολήσεων έγκειται :

Στην νομιμοποιημένη οργανωμένη αυτονομία.¹⁵⁰

Στην ικανότητά του επαγγελματία δηλαδή, να ελέγχει το χώρο εργασίας του.

Όπως αναφέρει ο Freidson στο έργο του *The Profession of Medicine* :

Διαφορετικά από άλλες ενασχολήσεις στους επαγγελματίες έχει σκόπιμα δοθεί η αυτονομία συμπεριλαμβανόμενου και του απόκλειστικού δικαιώματος να αποφασίζουν ποιος νόμιμα μπορεί να κάνει την δουλειά και το πώς αυτή πρέπει να γίνει. Όλες οι ενασχολήσεις μάχονται για να αποκτήσουν αυτά τα δύο δικαιώματα και μερικά κατάφεραν να τα αποκτήσουν, αλλά μόνο ο επαγγελματίας είναι εφοδιασμένος με το δικαίωμα να τα ασκεί νόμιμα.¹⁵¹

Η νομιμοποίηση αυτών των δικαιωμάτων δόθηκε στην επιστημονική ιατρική από το κράτος¹⁵². Αυτή η νομιμοποίηση από το κράτος, αυτή η απονομή του χρίσματος του επαγγέλματος, έδωσε στην επιστημονική ιατρική την κυρίαρχη θέση της, παρά μια εσωτερική της ποιότητα (επιστημονική γνώση).

..... η ειδική γνώση καθώς και άλλα στοιχεία τα οποία έχουν αναγνωρισθεί ως διακριτικά στοιχεία του επαγγέλματος χρησιμοποιούνται από αυτές τις ομάδες ως ιδεολογικά εφόδια για την απόκτηση της επαγγελματικής θέσης, όσο και για την διατήρησή της.¹⁵³

Συνεπώς η επιστημονική γνώση καθ' αυτή δεν είναι αυτή η οποία δίνει την εξουσία στην επιστημονική ιατρική (Foucault), αλλά αυτή η ιδιαιτερότητα χρησιμοποιείται ως ιδεολογία στον εξουσιαστικό αγώνα της επιστημονικής ιατρικής με τις άλλες αντιμαχόμενες ομάδες για την κρατική εύνοια¹⁵⁴. Σε αυτή την διαδικασία η

¹⁵⁰ Myfanway M et. al. (1994), *Sociological Approaches to Health and Illness*, Routledge, σελ. 109.

¹⁵¹ Στο ίδιο, σελ. 109.

¹⁵² Για μια παρουσίαση, σύγκριση της σύνδεσης της επαγγελματικής ιατρικής εξουσίας με το κράτος και την κοινωνία των πολιτών πάνω στην οποία οι γιατροί επενεργούν, στις δυτικές κοινωνίες σε σχέση με άλλες κοινωνίες βλέπε, Arenors L. and Kennedy M. (1991), *The Constitution of Physicians Power : A Theoretical Framework for Comparative Analysis*, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 32, 6 : 643 - 648.

¹⁵³ Στο ίδιο, σελ. 109.

¹⁵⁴ Από σχετικές έρευνες αναδεικνύεται ότι από μόνο του το χαρακτηριστικό της γνώσης δεν προσφέρει στο επάγγελμα την δυνατότητα να αποκτήσει την αυτονομία και να επιβάλλει την εξουσία του επί των «πελατών» του. Πιο συγκεκριμένα ο Johnson T. (1973) υποστηρίζει ότι με την επέκταση της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης στις πρώην αποικιοκρατικές χώρες δημιουργήθηκε ένα στρώμα επιστημονικής - τεχνικής διανοήσης από τους εκεί ιθαγενείς, το οποίο όμως δεν είχε την θέση της αντίστοιχης επαγγελματικής τάξης στην Ευρώπη αλλά ήταν υπό την πατρωνία της τοπικής ευρωπαϊκής ελίτ η οποία είχε και την εξουσία. Johnson T. (1973), *Imperialism and the Professions* (Notes on the

γνώση, και πιο συγκεκριμένα η αποτελεσματικότητα της επιστημονικής ιατρικής απέναντι στις ασθένειες, περνάει σε δεύτερη μοίρα.

Ωστόσο δεν φαίνεται, δεν είναι απαραίτητο, αυτή η γνώση να είναι αποτελεσματική και τουλάχιστον στην περίπτωση της ιατρικής, η θεραπευτική αποτελεσματικότητά¹⁵⁵ ήταν μια συνέπεια παρά μια προϋπόθεση της επαγγελματοποίησης.

Επίσης :

Οι γιατροί έκαναν το καλύτερο το οποίο μπορούσαν με την περιορισμένη γνώση την οποία¹⁵⁶ είχαν, αλλά γενικά τους φοβόντουσαν και είχαν χαμηλό κύρος.

Πριν λοιπόν την διαδικασία της επαγγελματοποίησης οι γιατροί είχαν χαμηλό κύρος, προϊόν της μη-αποτελεσματικότητας τους απέναντι στην ασθένεια.

Ειδικά πολλές θεραπείες (ιδιαίτερα η χειρουργική), είχε εξαιρετικά υψηλό δείκτη θνησιμότητας. Άρα το αυξανόμενο κοινωνικό κύρος της ιατρικής δεν μετριόταν¹⁵⁷ σε καμία περίπτωση από την θεραπευτική της αποτελεσματικότητα.

Από την στιγμή που η επιστημονική ιατρική χρήστηκε από το κράτος ως επάγγελμα, αποκτώντας την «νομιμοποιημένη αυτονομία», μπόρεσε πλέον ως κυρίαρχη, να ασκήσει την επιρροή της ελεύθερη από τις πιέσεις των άλλων ομάδων. Ως συνέπεια αυτής της αυτονομίας μπόρεσε να αναπτυχθεί αποκτώντας αποτελεσματικότητας απέναντι στις ασθένειες.

Η αυτονομία είναι ο πολιτικός πυρήνας του ιατρικού επαγγέλματος και μπορεί να κατανοηθεί μόνο ως το αποτέλεσμα μιας πολιτικής μάχης για τον έλεγχο των πηγών συμπεριλαμβανόμενης και της αυτονομίας της ίδιας.¹⁵⁸

Development of Professional Occupations in Britain's Colonies and the New States, in *Sociological Review Monograph 20* (ed.), Halmos 1973, στο Χιωτάκης Σ. (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθέρων Επαγγελματιών. Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών*. Οδυσσέας, σελ. 82.

¹⁵⁵ Scambler G. (1994), *Sociology as Applied to Medicine*, Bailliere Tindall, σελ. 230

¹⁵⁶ Robertson I. (1987), *Sociology*, Worth, σελ. 433.

¹⁵⁷ Doyal L. (1981), *Political Economy of Health*, Pluto Press, σελ. 32.

¹⁵⁸ Bjorkman J. (1982). Professionalism in the Welfare State : Sociological Saviour of Political Pariah ? *European journal of Political Research*, 10 : 407-428, στο Freddi G. and Bjorkman J. (1989), *Controlling Medical Professionals : The Comparative Politics of Health Conference*, Sage, σελ. 49.

Ο επαγγελματίας γιατρός γίνεται ο «ειδικός» σε θέματα υγείας και ασθένειας, ζωής και θανάτου.

Η εξουσία των γιατρών δεν υπάρχει σε αυτά τα οποία γνωρίζουν αλλά σε αυτά που πιστεύεται πως γνωρίζουν. Αυτή η εξουσία είναι ανορθολογική αν και βασίζεται στην Zweckrationalität. Αποτελεί μέρος του ιατρικού επαγγελματικού προφίλ και αυτός θεωρείται ως κάποιος ο οποίος¹⁵⁹ φέρνει εις πέρας τεχνικές δραστηριότητες έξυπνα και ειδικά.

Αυτή η μονοπωλιακή θέση οδηγεί κατά ένα τρόπο και στην ιατροποίηση της κοινωνικής ζωής. Η ιατροποίηση, είναι στην ουσία η επέκταση του κοινωνικού ρόλου - ελέγχου τον οποίο ασκεί η ιατρική.¹⁶⁰ Για παράδειγμα η ιατρική επεμβαίνει σε φυσιολογικές διαδικασίες όπως ο τοκετός ή η γέννα, οι οποίες για χρόνια δεν χρίζανε ιατρικής επέμβασης. Επίσης προσδιορίζει την κατάθλιψη ή τον αλκοολισμό, το πάχος ή το πολύ αδύνατο σώμα ως ιατρικά προβλήματα και αφού τα ορίσει ως τέτοια, επεμβαίνει πάνω στο άτομο, το οποίο ετικετάρεται ως ασθενής. Το ιατρικό επάγγελμα χρησιμοποιεί την ικανότητά του να κατασκευάζει ορισμούς για νέες ασθένειες προκειμένου να επεκτείνει και σε άλλους χώρους την επαγγελματική του κυριαρχία (ιατρικός ιμπεριαλισμός). Αυτή πηγάζει βασικά από την επαγγελματική του θέση.¹⁶¹ Μιλώντας για την εξουσία των γιατρών η οποία βασίζεται στην ικανότητά τους να ορίσουν κάθε κατάσταση ως ασθένεια ή ως «εν δυνάμει» ασθένεια, ο Zola αναφέρει :

Στην πρόληψη της ασθένειας η επέκταση της ιατρικής μέσα στη ζωή γίνεται ακόμη πιο βαθιά, μιας και η ιδέα της πρωτογενούς πρόληψης σημαίνει το να είσαι εκεί πριν η διαδικασία της ασθένειας αρχίσει. Ο γιατρός πρέπει όχι μόνο απλώς να ψάχνει για την πελατεία του, αλλά και όταν τους βρει πρέπει να τους πείσει ότι πρέπει να κάνουν κάτι τώρα και ειδικότερα την στιγμή όταν ο «εν δυνάμει» ασθενής ασθάνεται καλά ή τουλάχιστον όχι ιδιαίτερα άσχημα.¹⁶²

¹⁵⁹Hillier S. (1987), Rationalism, Bureaucracy and the Organization of the Health Care Services : Max Weber's Contribution to Understanding Modern Health Care System, στο Scambler G. (1987), *Sociological Theory and Medical Sociology*, Tavistock, σελ. 205.

¹⁶⁰Για το ρόλο της ιατρικής ως ελεγκτή της παρεκκλίνουσας από τα φυσιολογικά πρότυπα συμπεριφοράς, και ιδιαίτερα για τον ορισμό της πνευματικής ασθένειας ως μη κονφορμιστική και την συνακόλουθη ιατρική επέμβαση, βλέπε Szasz T. (1961), *The Myth of Mental Illness*, Free Press.

¹⁶¹Συμπληρωματικά βλέπε Illich I. (1975), *Limits to Medicine*, Marion Boyars, όπου ο συγγραφέας θεωρεί πως η ιατρική αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης κοινωνικής διαδικασίας όπου γίνεται η επαγγελματικοποίηση και γραφειοκρατικοποίηση της ζωής του ατόμου και η εξουσία του από τις ορθολογικές οργανώσεις. Για μια κριτική των απόψεων του Illich I. βλέπε Ζωτόλης Γ. Περιορισμοί στην Ιατρική Νέμεση : Η Απαλλοτριώση της Υγείας. *Επιστημονική Σκέψη*, σελ. 101 - 105.

Ως συμπληρωματική ανάλυση της εξουσιαστικής σχέσης ιατρική - κοινωνία απαιτείται και η παρουσίαση της νομιμοποίησης της εξουσίας της ιατρικής από την πλευρά της κοινωνίας (Weber). Η ανάλυση της διαδικασίας της επαγγελματοποίησης της ιατρικής δεν είναι εξαντλητική. Η προσέγγιση των απόψεων του Freidson χρειάζεται να συμπληρωθεί με την εξήγηση του «χαρισματικού» ρόλου του γιατρού στην κοινωνία. Η εξουσία η οποία έχει παρασχεθεί στην ιατρική σε κάθε μορφή της νομιμοποιείται και καταξιώνεται ηθικά από την κοινωνία με έναν πολυσύνθετο τρόπο ο οποίος αποτελείται συγχρόνως, τόσο από παραδοσιακά, όσο και από χαρισματικά και νόμιμα στοιχεία.¹⁶³ Έτσι σε ένα πρώτο στάδιο στο κοινωνικό επίπεδο η ιατρική έχει νομιμοποιηθεί ως η κυρίαρχη μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τυποποιημένη και Μη - Τυποποιημένη Γνώση

Σημαντικό στοιχείο της ανάλυσης του Freidson αποτελούν και οι απόψεις του για την ποιότητα της επιστημονικής γνώσης. Η σύγχρονη επιστημονική ιατρική χαρακτηρίζεται από αυτό που ο Freidson ονομάζει «τυποποιημένη γνώση» (Formal Knowledge). Η γνώση αυτή είναι μια εξειδικευμένη γνώση η οποία και αποτελεί την υψηλότερη, την πλέον αναγνωρισμένη μορφή γνώσης στην σύγχρονη κουλτούρα. Η τυποποιημένη γνώση διαφέρει από τη γνώση η οποία στηρίζεται στην καθημερινή γλώσσα, μιας και χρησιμοποιεί ένα εξειδικευμένο λεξιλόγιο (επιστημονική ορολογία) μη προσιτό στις μάζες. Επίσης διαφέρει και από τη μη τυποποιημένη, ειδική γνώση (Λαϊκή ιατρική). Η τυποποιημένη γνώση είναι αυτή η οποία βρίσκεται σε ειδικά βιβλία, προσιτά μόνο σε λίγους, σε γλώσσα απροσπέλαστη για τους πολλούς και εκφρασμένη από ένα λόγο και μια τεχνική (εγχειρίδια για ιατρικά μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας) που δεν είναι γνωστή στους μη ειδικούς¹⁶⁴. Ο Freidson θεωρεί την *Zweckrationalitat* ως αυτή που καλύτερα χαρακτηρίζει την τυποποιημένη γνώση.

Η τυποποιημένη ιατρική γνώση εκφράζεται σε δύο επίπεδα. Πρώτον, ως επιστημονική γνώση απέναντι στην κοινωνία και δεύτερον, ως διοικητικός οργανωτικός μηχανισμός (νοσοκομείο) απέναντι στην κοινωνία. Το νοσοκομείο λειτουργεί τόσο ως εκφραστής της ιατρικής γνώσης απέναντι στην κοινωνία όσο και ως προσω-

¹⁶² Zola I. (1978) *Medicine as an Institution of Social Control : The Medicalization of Society* : 254-255, στο Tuckett D. and Kaufert J. (1978), *Basic Reading in Medical Sociology*, Tavistock, σελ. 255.

¹⁶³ Αυτή η διαδικασία νομιμοποίησης έχει παρουσιασθεί στο κεφάλαιο όπου παρουσιάσαμε την Κλασική Γραφειοκρατική Προσέγγιση για την οργάνωση του νοσοκομείου..

¹⁶⁴ Freidsson E. (1986), *Professional Powers*, Chicago Press, σελ. 13.

ρινός φορμαλισμός του επιστημονικού τρόπου σκέψης απέναντι στους ίδιους τους εκφραστές της. Η τυποποιημένη γνώση λοιπόν συνδέεται με την αύξηση της ορθολογικής - νόμιμης γραφειοκρατίας. Αποτελεί μέσο για την επέκταση της επιστήμης και την εφαρμογή των επιστημονικών μεθόδων στα τεχνικά (οργάνωση) και κοινωνικά (υγεία) προβλήματα. Η επιστημονική γνώση υπάρχει όμως όχι μόνο ως τυποποιημένη, αλλά και ως «εν δυνάμει» μη τυποποιήσιμη. Χαρακτηρίζει έτσι ο Freidson την ικανότητα της επιστημονικής ιατρικής γνώσης να αναπτύσσεται και να εξελίσσεται. Ενέχει δηλαδή η επιστημονική ιατρική την ικανότητα εξέλιξης. Με τον τρόπο αυτό μπορεί και ασκεί, όπως θα δούμε, εξουσία στους ίδιους τους γιατρούς.

Στο τμήμα αυτό κριτικάροντας το μονοδιάστατο χαρακτήρα των απόψεων του Foucault για τον επιστημονικό ιατρικό λόγο (ανάλυση του ιατρικού λόγου καθ' αυτού), παρουσιάσαμε τις απόψεις του Freidson, ο οποίος ασχολείται με την διαδικασία επαγγελματοποίησης της επιστημονικής ιατρικής, προσφέροντας στην ανάλυση της ιατρικής γνώσης ένα πραγματιστικό περιεχόμενο (ασχολείται με τα άτομα τα οποία είναι φορείς της ιατρικής γνώσης και όχι με την ιατρική γνώση καθ' αυτή). Σειρά έχει να ασχοληθούμε με την παρουσίαση των συγκεκριμένων ιστορικών κοινωνικών συνθηκών οι οποίες επέτρεψαν και προώθησαν την εμφάνιση (Foucault) και εγκαθίδρυση (Freidson) της επιστημονικής ιατρικής.

3) Ο Κοινωνικός Χαρακτήρας του Επιστημονικού Λόγου

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει η σύγχρονη ιατρική έχει τις βάσεις της στο κίνημα του Διαφωτισμού. Η επανάσταση στο ιατρικό σύστημα ιδεών είχε ξεκινήσει με το έργο του F. Bacon (Εμπειρισμός) και του R. Descartes (Μηχανιστικός Υλισμός). Ο τελευταίος χώρισε την ανθρώπινη ύπαρξη σε σώμα και πνεύμα, και παρέδωσε το σώμα στην ιατρική, η οποία αποτελούσε πλέον τον αποκλειστικό διαχειριστή του, και το πνεύμα στην εκκλησία. Το ερώτημα το οποίο τίθεται και το οποίο αδυνατεί να απαντήσει η ανάλυση του Foucault, είναι γιατί ο διαχωρισμός αυτός συντελέσθηκε αυτήν την συγκεκριμένη περίοδο (ανάδυση καπιταλισμού) και στην συγκεκριμένη δυτική κοινωνία. Η διάκριση σώματος και πνεύματος υπήρχε ήδη από το παρελθόν, από την αρχαία Ελλάδα (Πλάτων), όπου οι δύο αυτές ποιότητες είχαν οντολογική ύπαρξη. Ο Descartes θέλοντας να αποσπάσει το άτομο από την εξουσία της θρησκείας τον χώρισε στα δύο.

Ο διαχωρισμός από τον Descartes του Homo - Sapiens, σε πνεύμα και σώμα, παρέδωσε αποτελεσματικά το πνεύμα στην εκκλησία και το σώμα στην επιστήμη με έναν σαφή καταμερισμό των εξουσιών. Ο διαχωρισμός του εαυτού (του ατόμου) συνέπεσε και αποτέλεσε ανταπόκριση του διαχωρισμού της κοινωνίας (σε εκκλησία και σε επιστήμη).¹⁶⁵

Από την μία το πνεύμα το οποίο ανήκει στην εκκλησία και η οποία ασχολείται με την σωτηρία του, και από την άλλη το σώμα το οποίο δίνεται στην επιστήμη, η οποία μπορεί, απελευθερωμένη από την θρησκευτική εξουσία να κατανοήσει την λειτουργία του. Το σώμα πλέον γίνεται αντικείμενο επιστημονικής μελέτης και ανάλυσης. Οι φραγμοί τους οποίους έθετε η θρησκεία λόγω της ιερότητας του σώματος, μιας και ανήκει στην δικαιοδοσία του θεού, άρα και των εκπροσώπων αυτού παύει και η επιστήμη μπορεί πλέον ελεύθερα να το διαχειρισθεί. Πάνω στην ανατομία του ανθρώπινου σώματος διαμορφώνονται ιατρικοί νόμοι, οι οποίοι μπορούν με επιτυχία να προβλέψουν την ακολουθία των γεγονότων.

Κάθε γεγονός A είναι συνδεδεμένο με ένα μετέπειτα γεγονός B, έτσι ώστε δοσμένου του A, το B πρέπει να συμβεί.¹⁶⁶

Ο Ντετερμινισμός του Descartes εισχωρεί στον χώρο της ιατρικής και διαμορφώνεται πλέον η εικόνα του ανθρώπινου σώματος, ως μηχανής η οποία αποτελείται από ένα πλήθος αλληλοσυμπληρούμενων οργάνων, όπου γνωρίζοντας την λειτουργία του καθενός και την σύνδεση μεταξύ τους, μπορούμε να προβλέψουμε το πώς αλληλεπιδρούν. Το ντετερμινιστικό αυτό στοιχείο οδηγεί και στην διατύπωση νόμων για την λειτουργία του σώματος. Οι νόμοι αυτοί δεν αποτελούν τίποτε άλλο, από την πρακτική έκφραση της αισιοδοξίας του διαφωτισμού, ότι το σύμπαν - οπότε και το ανθρώπινο σώμα - μπορεί να γνωσθεί και να χρησιμοποιηθεί κατά βούληση.

Έτσι στην επιστημονική λογική μια εξήγηση δίνετε για το πώς το γεγονός A συνδέεται με το γεγονός B, ποιος μηχανισμός τα συνδέει.¹⁶⁷

και εξηγώντας τον μηχανισμό :

Ο μηχανισμός εξυπνοεί το ότι αγνοείται η πανταχού παρούσα ατομικότητα του πραγματικού και η συγκάλυψη της από έναν

¹⁶⁵Synnott A. (1993), *The Body Social : Symbolism, Self and Society*, Routledge, σελ. 23.

¹⁶⁶Blancard B. (1961), *The Case for Determinism in Determinism and Freedom in the Age of Modern Science*, Collier Books, New York, σελ. 20, στο Ledermann E. (1970), *Philosophy and Medicine*, σελ. xix.

¹⁶⁷Στο ίδιο σελ. xix.

αφηρημένο νόμο ο οποίος προσδιορίζει κάθε περίπτωση χωρίς να λαμβάνει υπόψη το εξωτερικό.¹⁶⁸

Στον χώρο της ιατρικής έχουμε πλέον την γέννηση μιας καινούργιας φιλοσοφικής θεώρησης του ανθρωπίνου σώματος, όπου το σώμα προσδιορίζεται πλέον λειτουργικά, βάση συγκεκριμένων νόμων.

Στην ολική μηχανιστική προσέγγιση, το πνεύμα αντικαθίσταται από το μυαλό και ολόκληρο το σώμα¹⁶⁹ (συμπεριλαμβανομένου και του μυαλού) αναγνωρίζεται ως μηχανή.

Επιπλέον η αρχική παραχώρηση προς την εκκλησία λαμβάνει άλλη μορφή και το πνεύμα εντάσσεται στο επιστημονικό σχήμα ως μυαλό (νους), ως κάτι δηλαδή το οποίο έχει υλική υπόσταση. Η εκκλησία κρατάει την εξουσία του πνεύματος ως κάτι το άυλο, και η επιστήμη εξουσιάζει πλήρως την υλική υπόσταση του ατόμου.

Η υιοθέτηση αυτού του μοντέλου προσδιόρισε και το τι αποτελεί ιατρικό καθήκον. Η επιστημονική ιατρική έγινε θεραπευτική, ατομικιστική, διαμεσολαβητική, αντικειμενικοποιώντας τους ασθενείς αρνούμενη την κοινωνική τους ύπαρξη.¹⁷⁰ Αυτό που έχει σημασία για την μετέπειτα ανάλυση είναι πώς για πρώτη φορά στην ανθρώπινη ιστορία, η ανθρώπινη οντότητα ανάγεται στην υλική, λειτουργική της έκφραση. Η ξεχωριστή ανθρώπινη προσωπικότητα χάνεται, και στην θέση της μπαίνει το ανώνυμο σώμα.

Το ζήτημα το οποίο τίθεται είναι να εξηγήσουμε τη σχέση του φιλοσοφικού αυτού συστήματος με τις ευρύτερες ιστορικές συνθήκες, και τη βιομηχανική επανάσταση. Η βιομηχανική επανάσταση επιχειρεί εκτός από την αλλαγή των οικονομικοκοινωνικών συνθηκών και μια ανατροπή των δοσμένων φιλοσοφικών τοποθετήσεων και κοσμοθεωριών. Αποτελεί την κορύφωση μιας διαδικασίας ανατροπής των δοσμένων φιλοσοφικών απόψεων, η οποία εξελίχθηκε και βρήκε την κορύφωση, την έκφρασή της στο κίνημα του διαφωτισμού. Η περίοδος πριν το διαφωτισμό χαρακτηρίζεται από μια διαδικασία διάβρωσης απόψεων και θεωριών οι οποίες είχαν ισχύ για εκατοντάδες χρόνια. Η κατάληξη αυτή αποτελούσε στην ουσία κοινωνικό αίτημα της ανερχόμενης αστικής κοινωνίας η οποία προσπαθούσε να αναπτυχθεί απελευθερωμέ-

¹⁶⁸Collingwood R. (1924) *Speculum Mentis or The Map of the Knowledge*, Oxford at the Clarendon Press, σελ 166, στο ίδιο, σελ. xix.

¹⁶⁹Στο ίδιο, σελ. 5.

¹⁷⁰Doyal L. (1981), *The Political Economy of Health*, Pluto Press, σελ. 28 - 30.

νη από τα δεσμά της μεσαιωνικής κοινωνίας (θρησκεία, προλήψεις, συντεχνίες, φεουδάρχες). Η ανερχόμενη αστική τάξη στην προσπάθειά της να ορθωθεί σε κυρίαρχη τάξη τόσο στο οικονομικό, όσο στο κοινωνικό, πολιτικό και ιδεολογικό επίπεδο, είχε να αντιμετωπίσει την εξουσία της εκκλησίας. Μια εξουσία η οποία ασκούσαν σε κάθε έκφραση της κοινωνικής ζωής. Ο εναγκαλισμός της κοινωνίας από την εκκλησία ήταν καθολικός κατά την διάρκεια του μεσαίωνα. Τα ιδεολογικά εφόδια σε αυτόν τον αγώνα ήταν το κίνημα του διαφωτισμού και ιδιαίτερα η διαδικασία εξορθολογισμού της ανθρώπινης δράσης. Ο εξορθολογισμός της κοινωνικής ζωής επέβαλλε την εκκοσμίκευση της θρησκευτικής εξουσίας από ένα πλήθος κοινωνικών εκφράσεων, όπου πλέον την θέση της έπαιρνε η επιστημονική εξήγηση. Η εκκλησία έπαψε πλέον να αποτελεί την δύναμη η οποία εξηγούσε κάθε κατάσταση βάση των δικών της δογμάτων και τη θέση της πήρε η επιστημονική εξήγηση. Η εκκοσμίκευση αυτή της θρησκευτικής εξουσίας, ως εξηγηματικός πυρήνας κάθε φαινομένου, εκφράζεται και στην περίπτωση της ιατρικής γνώσης και θεραπείας.

Το πιο σημαντικό όμως, είναι η αλλαγή η οποία έγινε στη σχέση σώμα - πνεύμα. Η αλλαγή αυτή ξεκινά από τις γενικότερες όπως είπαμε φιλοσοφικές αντιλήψεις οι οποίες διαμορφώνονται αυτήν την περίοδο και επηρεάζουν την γέννηση της επιστημονικής ιατρικής θέτοντας τις βάσεις της εξέλιξής της. Τεκμήριο των γενικότερων φιλοσοφικών αυτών αντιλήψεων αποτελεί το βιβλίο του Rather L. J. (1965), *Mind and Body in Eighteenth Century Medicine*. Στο έργο αυτό ο συγγραφέας μεταφράζει δύο κλασικά κείμενα του 18^{ου} αιώνα. Τα κείμενα αυτά δημοσιεύτηκαν στα λατινικά στην Ολλανδία το 1747 και το 1763 από τον Jerome Gaub, ο οποίος ήταν καθηγητής ιατρικής και χημείας στο πανεπιστήμιο του Leiden. Τα κείμενα αυτά αποτελούν γνήσια παρουσίαση των απόψεων οι οποίες διαμορφώνονταν την περίοδο εκείνη για τη σχέση σώμα και πνεύμα. Ο Jerome Gaub ήταν μια από τις πιο εξέχουσες ιατρικές προσωπικότητες της περιόδου εκείνης (είχε ζητηθεί από την αυλή του Τσάρου ως προσωπικός γιατρός του Τσάρου), και είχε προσωπική φιλία με τον ίδιο τον Descartes. Οι απόψεις του λοιπόν, όπως εκφράζονται μέσα από αυτά τα κείμενα, αποτελούν τεκμήριο των φιλοσοφικών απόψεων οι οποίες έφεραν στην επιφάνεια την επιστημονική ιατρική. Όπως αναφέρει ο Rather L. :

Το τόσο γνωστό σχήμα σύνδεσης του Πνεύματος με το Σώμα ...αποτελεί μια υπόθεση η οποία έχει να κάνει με την φυσιολογία και όχι κάτι το οποίο

αποτελεί αντικείμενο φιλοσοφικής ερμηνείας.¹⁷¹

Η σύνδεση του πνεύματος με το σώμα αναφέρεται στο πρακτικό επίπεδο, στη λύση των προβλημάτων τα οποία αντιμετωπίζει ο γιατρός στην καθημερινή πρακτική, όπου χρειάζεται άμεσες, αποτελεσματικές λύσεις. Και η αποτελεσματικότητα αυτή μπορεί να προκύψει μόνο μέσα από μια πρακτική αλληλεσύνδεσης των δύο.

Έτσι για παράδειγμα όταν :

έγραφε στην βασίλισσα Elisabeth της Βοημίας το 1643 ο Descartes την συμβούλευε ότι η σύνδεση του μυαλού-πνεύματος μπορούσε να κατανοηθεί μόνο στο πλαίσιο της καθημερινής πράξης.¹⁷² Η βασίλισσα τον πίεζε επανηλκειμένα για μια απάντηση στο πώς δύο πράγματα τόσο ανόμοια όπως το μυαλό και το πνεύμα μπορούσαν να λειτουργούν το ένα πάνω στο άλλο. Της απάντησε ότι το πνεύμα μπορούσε να κατανοηθεί μόνο μέσα από τον γνήσιο πνευματικό άνθρωπο. Ο τρόπος όμως σύνδεσης των δύο μπορούσε να κατανοηθεί μόνο μέσω της καθημερινής εμπειρίας. Για αυτόν τον λόγο, την διαβεβαίωνε ότι αυτοί οι οποίοι δεν ήταν φιλόσοφοι δεν αμφισβητούσαν την σύνδεση των δύο.¹⁷³

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το ζήτημα το οποίο τίθεται, είναι γιατί η διάκριση μεταξύ πνεύματος - σώματος, ενώ ήταν γνωστή από το παρελθόν, ήλθε στην επιφάνεια τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο με το έργο του Descartes. Το ζήτημα όμως διαφοροποίησης των προηγούμενων απόψεων με το έργο του Descartes δεν είναι οι φυσιολογικοί μηχανισμοί της διαντίδρασης του πνεύματος με το σώμα, αλλά η ίδια η διαντίδραση καθ' αυτή, η ποιότητά της δηλαδή. Στην αρχαία Ελλάδα οι δύο έννοιες υπήρχαν οντολογικά ως δύο ξεχωριστές πραγματικότητες της ανθρώπινης ύπαρξης. Με τον Descartes, η διαντίδραση των δύο παίρνει τη μορφή ενός φυσιολογικού μηχανισμού. Η επίδραση του σώματος πάνω στο πνεύμα έχει την ίδια σημασία και ένταση, όσο και η αντίστροφη πορεία. Σημασία όμως εδώ έχει η **ποιότητα** της διαντίδρασης

Ο Descartes συνήθως παρουσιάζεται ως αυτός ο οποίος κάνει την διάσπαση, αλλά είναι εμφανές ότι το φιλοσοφικό και θεολογικό πρόβλημα Πνεύμα - Σώμα εμπεριέχεται στην Πλατωνική-Αυγουστιανή παράδοση και ότι το εγχείρημα του Descartes ήταν να θέσει το πρόβλημα καθαρά και ιδιαίτερα, σε μια κρίσιμη στιγμή στην ανάπτυξη της δυτικής σκέψης.¹⁷⁴

¹⁷¹ Rather L. J. (1965), *Mind and Body in Eighteenth Century Medicine*, The Wellcome Historical Medical Library, σελ. 8.

¹⁷² Descartes R. (1958), *Eu vres et lettres*, Paris, σελ. 1157, *Lettre a Elisabeth 28 Juin 1643*.

¹⁷³ Rather L. J. (1965), *Mind and Body in Eighteenth Century Medicine*, The Wellcome Historical Medical Library, σελ. 8.

¹⁷⁴ Στο ίδιο, σελ. 8-9.

Ο Descartes με το φιλοσοφικό του σύστημα κατάφερε (ανεξάρτητα αν το είχε ως σκοπό ή όχι) να αποσπάσει την εξουσία από την θρησκεία, εξηγώντας την διαντίδραση του σώματος-πνεύματος με όρους καθημερινής υλικής βάσης, θέτοντας τις βάσεις της επιστημονικής ιατρικής.

Αναφερόμενοι στα ίδια τα λόγια του Jerome Gaub βλέπουμε ανάγλυφα αυτήν την λογική, όπου η διάκριση σώμα-πνεύμα επανέρχεται στο προσκήνιο της ιατρικής ενασχόλησης.

(ο γιατρός) είναι διανοητικά ικανός να αποχωρίσει το σώμα από το πνεύμα και να το θεωρήσει, να το σκεφτεί ξεχωριστά, προκειμένου να είναι λιγότερο μπερδεμένος στην διαμόρφωση των ιδεών του..... (στην πρακτική τώρα) όπου ασχολείται με το άτομο όπως αυτό είναι, πρέπει να αφιερώσει τις προσπάθειες του στο σώμα και μόνο και να μη λάβει υπόψη του το πνεύμα οι προσπάθειές του για την θεραπεία δεν θα είναι πολύ χαρούμενες (διότι) η αιτία επειδή ένα υγιές σώμα γίνεται ασθενικό ή ένα ασθενές σώμα γίνεται υγιές βρίσκεται στο σώμα.

Τα δύο μέρη της σχέσης χάνουν την οντολογική τους υφή και γίνονται, από ουσιαστικά στοιχεία της ύπαρξης, αφηρημένες εργαλειακές έννοιες, οι οποίες ανάλογα με την περίπτωση κυριαρχεί η μία πάνω στην άλλη (στο επίπεδο της πρακτικής το σώμα, στην γενικότερη αντίληψη της ανθρώπινης λειτουργίας το πνεύμα).

Το ότι όλη αυτή η διάκριση έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της εκκλησιαστικής εξουσίας φαίνεται από την άποψη του Gaub ότι το σώμα και το πνεύμα έχουν αρχικά την ίδια επιρροή, την ίδια εξουσία το ένα πάνω στο άλλο. Προσπαθώντας να αντισταθμίσει την προτεραιότητα την οποία αποδίδει σε προηγούμενη πρότασή του στο σώμα, αναφέρει :

.....Ο έλεγχος, η εξουσία η οποία ασκείται από το Πνεύμα πάνω στο Σώμα είναι εμφανής. Καθένας συμφωνεί με αυτή την γνώμη, και εάν κάποιος προσπαθεί να ενισχύσει αυτή την άποψη είναι σαν να προσπαθεί να δώσει φως στον ήλιο.¹⁷⁵

Επίσης ο ίδιος απορρίπτει τις φιλοσοφικές απόψεις οι οποίες θεωρούν ότι το πνεύμα είναι φυλακισμένο μέσα στο σώμα (Πλάτων), ή αυτές οι οποίες το θεωρούν ως «θεό μέσα σε μια μηχανή», θεωρώντας πως έτσι η εξουσία του πνεύματος, είτε υπερτονίζεται είτε υποβαθμίζεται. Δέχεται ότι η σχέση είναι σχέση ισοτιμίας.

Στην προηγούμενη πρότασή του ο Gaub, όπως άλλωστε μας εξηγείται από τις παραπομπές του μεταφραστή προσπαθεί να κρατήσει κάποιες ισορροπίες :

¹⁷⁵ Στο ίδιο, σελ. 37.

Ο Gaub προφανώς πίστευε ότι ήταν απαραίτητο να υπενθυμίσει στο ακροατήριό του αυτή τη στιγμή ότι το σώμα, πέρα από όλα ήταν κάτω από τον έλεγχο του πνεύματος, διότι η προηγούμενη επιχειρηματολογία του μπορεί να ήταν αντίθετη από τα γούστα τους. Το να εξυπονοείς πως το πνεύμα, δηλαδή το ίδιο το άτομο, ήταν απόλυτα υποκείμενο στον τυφλό καταναγκασμό του σώματος θα ήταν πολύ κοντά σε θρησκευτική αίρεση. Η Αυγουστινιανή άποψη για τη Χριστιανική σκέψη έδινε έμφαση στην εξουσία του πνεύματος ή της ψυχής πάνω στο σώμα και εντέλει την έσχατη υπευθυνότητα στο άτομο για τις πράξεις του.¹⁷⁶

Αυτό το απόσπασμα, δείχνει τον τρόπο με τον οποίο η επιστημονική ιατρική διαμορφώνεται αρχικά ως μια προσπάθεια περιορισμού της εξουσίας της θρησκείας, όπου σε ένα μετέπειτα στάδιο επιχειρείται ο αποκλεισμός της θρησκείας από την διαχείριση της ανθρώπινης ύπαρξης. Στο μεταβατικό όμως αυτό στάδιο η εξουσία της εκκλησίας είναι πολύ μεγάλη και είναι εξαιρετικά δύσκολο για κάποιον να την αμφισβητήσει. Στο τέλος όμως των κειμένων του ο συγγραφέας αφήνει να φανεί η άποψή του περί της κυριαρχίας του σώματος πάνω στο πνεύμα. Όπως αναφέρεται στις επεξηγήσεις του μεταφραστή :

Μιας και η εξουσία του πνεύματος να κινεί τα μέλη του σώματος είναι πολύ περιορισμένη, ενώ τα όργανα των αισθήσεων στα οποία το πνεύμα είναι υπόδουλο βρίσκονται παντού στο σώμα, και μιας και το σώμα μπορεί να κάνει τόσα χωρίς το πνεύμα ενώ το πνεύμα λίγα ή τίποτα χωρίς το σώμα, ο Gaub ολοκληρώνει (εκφράζοντας αντίθετη άποψη σε αυτά που είχε πει στην αρχή), ότι το σώμα είναι ο αφέντης στην μεταξύ τους συμμαχία.¹⁷⁷

Εφόσον η εξουσία της εκκλησίας είχε περιορισθεί με την κυριαρχία του σώματος πάνω στο πνεύμα, το πνεύμα μετατρέπεται σε νου, κάτι δηλαδή υλικό το οποίο εντάσσεται στην ανατομική λογική. Πλέον η διαχείριση της ανθρώπινης ύπαρξης ανήκει αποκλειστικά στην ιατρική.

Η επιστημονική ιατρική λοιπόν είναι κοινωνικά κατασκευασμένη, αποτελεί προϊόν συγκεκριμένων κοινωνικών σχέσεων οι οποίες συναντώνται στην συγκεκριμένη ιστορική κοινωνία και όχι ένα αφηρημένο σύστημα ιδεών¹⁷⁸. Η ανάπτυξη του συστήματος ιδεών της επιστημονικής ιατρικής στην ουσία αποτελεί την έκφραση ευρύτερων κοινωνικών δυναμικών και ιδιαίτερα στον συγκεκριμένο χώρο (υγεία-

¹⁷⁶ Στο ίδιο, σελ. 39.

¹⁷⁷ Στο ίδιο, σελ. 52.

¹⁷⁸ Jewson N. (1975), Medical Knowledge and the Patronage System in 18th Century England, *Sociology* 83 : 309-385.

ασθένεια) αποτελεί έκφραση της προσπάθειας της αστικής τάξης να περιορίσει, και εντέλει να εξαλείψει, την εξουσία της εκκλησίας πάνω στην ανθρώπινη ύπαρξη.

Με την παρουσίαση του κοινωνικού πλαισίου το οποίο έφερε στην επιφάνεια την επιστημονική ιατρική δίνεται απάντηση στο ερώτημα το οποίο οι προσεγγίσεις του Foucault και του Freidson δεν μπορούσαν να απαντήσουν. Την παρουσίαση δηλαδή, τόσο των λόγων για τους οποίους εμφανίστηκε η επιστημονική ιατρική την συγκεκριμένη χρονική περίοδο, όσο και την αιτία που επιλέχθηκε η επαγγελματοποίησης της, έναντι των άλλων μορφών ιατρικής (π.χ. λαϊκή ιατρική), ως τη νόμιμη μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας.

B) Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ

Εισαγωγή

Η παρουσίαση η οποία προηγήθηκε ανέδειξε τα κύρια χαρακτηριστικά των θεωρητικών προσεγγίσεων οι οποίες ασχολούνται με την εμφάνιση και εγκαθίδρυση της επιστημονικής ιατρικής. Τις αδυναμίες τους ήρθε να καλύψει η παρουσίαση του ιστορικού και κοινωνικού πλαισίου, το οποίο έφερε στην επιφάνεια και νομιμοποίησε την επιστημονική ιατρική. Πάνω στο κοινωνικό αυτό πλαίσιο οι προηγούμενες θεωρητικές προσεγγίσεις αποκτούν άλλη διάσταση.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, θεωρούμε πως η ανάλυση των οργανωτικών σχέσεων του νοσοκομείου και ειδικότερα των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, απαιτεί την εξήγηση της εμφάνισης της επιστημονικής ιατρικής. Σε προηγούμενο κεφάλαιο παρουσιάστηκε η αδυναμία των οργανωτικών θεωρητικών προσεγγίσεων να εξηγήσουν την ιδιαιτερότητα της μορφής οργάνωσης του νοσοκομείου. Η οργανωτική μορφή του νοσοκομείου ενέχει μια δική της δυναμική, η οποία πηγάζει από την ιδιαίτερη δομή της επιστημονικής ιατρικής γνώσης. Στο σημείο αυτό παρατηρούμε ένα κενό στην γενικότερη βιβλιογραφία της κοινωνιολογίας της ιατρικής, ειδικότερα όσον αφορά την ανάλυση της δομής της ιατρικής γνώσης και του ρόλου που αυτή διαδραματίζει στην διαμόρφωση του σύγχρονου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ιατρική γνώση, εκτός από συγκεκριμένες εξαιρέσεις, δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας αυτή καθ' αυτή¹⁷⁹. Ακόμα και οι έρευνες οι οποίες έχουν ασχοληθεί με το φαινόμενο της ιατρικής γνώσης προχωρούν σε μια περιγραφική παρουσίαση της δομής, της παραγωγής και αναπαραγωγής της, χωρίς να επιχειρούν την σύνδεση αυτής της ιδιαιτερότητας της γνώσης, με την εξήγηση των σχέσεων οι οποίες διαμορφώνονται μεταξύ των γιατρών, των ασθενών και των νοσηλευτριών. Θεωρούμε πως η σύνδεση της ιδιαιτερότητας της ιατρικής γνώσης με την κοινωνία στην οποία αυτή εμφανίζεται, μπορεί να μας οδηγήσει στην εξήγηση της μορφής οργάνωσης του νοσοκομείου. Με άλλα λόγια, η ιδιαιτερότητα της ιατρικής γνώσης αποτελεί την έννοια κλειδί η οποία μπορεί να προχωρήσει την κοινωνιολογική ανάλυση της οργάνωσης

¹⁷⁹ Wright P. and Treacher A. (1984), *The Problem of Medical Knowledge : Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh University Press, Young A. (1981), *The Creation of Medical Knowledge : Some Problems in Interpretation*, *Soc. Sci. Med.* Vol. 15b, : 379-386.

νωσης πέρα από τα πλαίσια των κλασικών οργανωτικών θεωριών τις οποίες έχουμε αναφέρει.

Βασική υπόθεση μας είναι, ότι οι οργανωτικές σχέσεις του νοσοκομείου εξηγούνται με αναφορά στην ευρύτερη θέση την οποία κατέχει η ιατρική μέσα στην κοινωνία. Η σχέση της ιατρικής με την κοινωνία στηρίζεται στην ιδιαιτερότητα της ιατρικής γνώσης. Αναλύοντας την παραγωγή και την αναπαραγωγή της ιατρικής γνώσης μπορούμε να εξηγήσουμε την σχέση της επιστημονικής ιατρικής με την κοινωνία.

Οι προηγούμενες προσεγγίσεις (Foucault, Freidson) «κινούνται» σε δύο επίπεδα ανάλυσης. Ένα επίπεδο ανάλυσης το οποίο αναφέρεται στον ιατρικό λόγο καθ' αυτό και ένα το οποίο ασχολείται με την σύνδεση του λόγου αυτού με την ευρύτερη κοινωνία, η οποία τον έφερε στην επιφάνεια. Όπως είδαμε τα δύο αυτά επίπεδα ανάλυσης εμπεριέχουν αντιθέσεις μεταξύ τους, μιας και κινούνται από διαφορετικές θεωρητικές παραδόσεις. Το κύριο στοιχείο διαφοροποίησης αυτών των αναλύσεων είναι η έμφαση η οποία δίνεται στην δυναμική του επιστημονικού λόγου. Ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζεται ο επιστημονικός λόγος, προσδιορίζεται και το τι αποτελεί για την κάθε προσέγγιση η ιατρική εξουσία. Έτσι : 1) στην προσέγγιση του Foucault παρουσιάζεται ο επιστημονικός λόγος ως η βασική έννοια της ανάλυσης, 2) στην προσέγγιση του Freidson η έμφαση δίνεται στα άτομα τα οποία είναι φορείς αυτού του επιστημονικού λόγου (επιστημονική γνώση), και 3) στην ανάλυση του κοινωνικού πλαισίου η έμφαση δίνεται στην συγκεκριμένη ιστορική κοινωνία η οποία παρήγαγε το επιστημονικό σύστημα ιδεών, τμήμα του οποίου αποτελεί το ιατρικό σύστημα σκέψης.

Η Έννοια της Ιατρικής Εξουσίας στον Foucault

Ο Foucault στην ανάλυση του επιστημονικού λόγου την οποία επιχειρεί, κάνει εφαρμογή της γενικότερης μεθοδολογίας του. Εστιάζει στις ιστορικές τομές, τονίζοντας την ιστορική ασυνέχεια. Απορρίπτει το θετικιστικό μοντέλο εξέλιξης υποστηρίζοντας πως υπάρχουν συστήματα σκέψης τα οποία διαφοροποιούν την κάθε ιστορική περίοδο. Δεν δέχεται την σύνδεση, το πέρασμα με την μορφή συνέχειας από το ένα ιστορικό πλαίσιο στο άλλο. Στην ανάλυση του επιστημονικού ιατρικού λόγου, ο Foucault τονίζει την ανατομία του ανθρωπίνου σώματος ως το προσδιοριστικό στοιχείο διαφοροποίησης του επιστημονικού ιατρικού λόγου από τις προηγούμενες μορ-

φές ιατρικής. Η ανατομία «σπάει» την ιστορική συνέχεια, αποτελεί την τομή πάνω στην οποία ορθώνεται το νέο σύστημα σκέψης. Προκειμένου να στηρίξει ο Foucault το θεωρητικό του σχήμα οδηγείται στη θέση ότι οι ανατομίες δεν γίνονταν κατά το παρελθόν.¹⁸⁰

Ένα δεύτερο στοιχείο της ανάλυσής του Foucault, είναι ο ιδεαλιστικός της χαρακτήρας. Η επιστημονική ιατρική παρουσιάζεται ως μια μορφή εξουσίας η οποία ασκείται πάνω στο υποκείμενο. Ο ασθενής «κατασκευάζεται» ως πραγματικότητα, ως αντικείμενο από τον ιατρικό λόγο, διαμορφώνοντας μια ιδιόμορφη εξουσιαστική σχέση. Ο λόγος αποκτάει μιας μορφής ύπαρξη σαν υποκείμενο, το οποίο δρα, επεμβαίνει στην κοινωνία. Σε αυτήν την ιδιόμορφη εξουσιαστική σχέση, η εξουσία δεν ασκείται προς όφελος των ατόμων τα οποία είναι φορείς αυτού του λόγου (γιατροί). Σε αυτήν την εξουσιαστική σχέση η έννοια της εξουσίας γίνεται αφηρημένη, βρίσκεται διάχυτη σε κάθε κοινωνική σχέση, αποκτάει υπόσταση, υπάρχει διαμέσου της έκφρασής της. Δεν πηγάζει η εξουσία από ένα πυρήνα, ή προς χάρη ενός υποκειμένου το οποίο την χρησιμοποιεί για δικό του συμφέρον. Αποκτάει έτσι η εξουσία ιδεαλιστική χροιά και γίνεται μια αφαίρεση.

Η εξουσία στον Foucault δεν αποτελεί μια σχέση στην οποία κάποιος κάνει κάτι πάνω σε κάποιον άλλον, αλλά αποτελεί ένα πλαίσιο όπου και οι δύο πόλοι της σχέσης υπάρχουν, εκφράζονται διαμέσου της εξουσίας η οποία τους «κατασκευάζει» ως πραγματικότητες. Ο λόγος γεννά το πλαίσιο, την ίδια δηλαδή την πραγματικότητα, η οποία στην ουσία είναι κατασκευή. Η εξουσία δεν ασκείται προς όφελος κάποιας ομάδας αλλά διαμορφώνει και ταυτόχρονα διαμορφώνεται από το πλαίσιο το οποίο «κατασκευάζει» ο λόγος. Πιο συγκεκριμένα ο γιατρός μόνο φαινομενικά ασκεί εξουσία προς όφελός του απέναντι στην κοινωνία. Στην ουσία η ιατρική, ο γιατρός, δεν ασκεί εξουσία στην κοινωνία, στον ασθενή, αλλά και οι δύο πόλοι βρίσκονται σε μια ιδιόμορφη εξουσιαστική σχέση, εκφράζονται, «κατασκευάζονται» διαμέσου αυτής της σχέσης. Ο ιατρικός λόγος ωθεί και τους δύο, τόσο τον γιατρό, όσο και τον

¹⁸⁰ Από τις κυριότερες κριτικές οι οποίες έχουν ασκηθεί στο έργο του Foucault είναι ότι τα ιστορικά στοιχεία τα οποία παρουσιάζει π.χ. για την εμφάνιση της ανατομίας, είναι παραπλανητικά. Έτσι ανατομίες δειλά δειλά συντελούνταν και πριν την περίοδο την οποία αναφέρει ο Foucault. Αυτό το γεγονός αποδεικνύει πως η ιστορική τομή είναι περισσότερο μια εφεύρεση παρά μια πραγματικότητα. Η ιστορική συνέχεια υπάρχει, όχι με την μορφή της προόδου, αλλά με την μορφή της προσαρμογής στις κοινωνικές σχέσεις. Έτσι η ανατομία γινόταν δειλά δειλά πριν την περίοδο την οποία παρουσιάζει ο Foucault ως την τομή, και απλά έκανε δημόσια την εμφάνισή της όταν το επέτρεψαν οι κοινωνικές συνθήκες, το επίπεδο δηλαδή ανάπτυξης των κοινωνικών σχέσεων.

ασθενή σε αυτή τη σχέση. Συνεπώς η εξουσία χάνει τον χαρακτήρα της έκφρασης της προς όφελος κάποιου και γίνεται ένα πλαίσιο, όπου και οι δύο πόλοι της σχέσης (στην κλασική ορολογία ο εξουσιαστής και ο εξουσιαζόμενος) αποκτούν την υπόστασή τους διαμέσου της έκφρασης της σχέσης. Είναι δηλαδή και οι δύο δέσμιοι της σχέσης μέσω της οποίας εκφράζονται. Έτσι όμως η έννοια της ιατρικής εξουσίας αποκτάει έναν αφηρημένο, ιδεαλιστικό χαρακτήρα μιας και υπάρχει παντού δίχως να πηγάζει από ένα κέντρο.

Συμπληρωματικό στοιχείο της ιατρικής εξουσίας σύμφωνα με τον Foucault είναι ο επεκτεινόμενος της χαρακτήρας. Η ικανότητα δηλαδή του ιατρικού επιστημονικού λόγου να «κατασκευάζει» νέα αντικείμενα επέμβασης, άσκησης της εξουσίας¹⁸¹.

Ένα τρίτο σημείο κριτικής της θεωρίας του Foucault είναι η αδυναμία της να εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους η επιστημονική ιατρική εμφανίστηκε την συγκεκριμένη χρονική στιγμή, στην συγκεκριμένη ιστορική δυτική κοινωνία. Σε άμεση συμφωνία με την γενικότερη μεθοδολογία του απορρίπτει τον ανθρώπινο παράγοντα ως ενεργητικό στοιχείο της ιστορικής εξέλιξης. Η ιστορία παρουσιάζεται ως το αποτέλεσμα τυφλών δυνάμεων οι οποίες υπάρχουν ανεξάρτητα από τον άνθρωπο. Για το λόγο αυτό αδυνατεί να εξηγήσει τους λόγους εμφάνισης της επιστημονικής ιατρικής στην συγκεκριμένη κοινωνία. Συμπερασματικά ο Foucault δεν συνδέει την επιστημονική ιατρική με τα άτομα και την ιστορικά δοσμένη κοινωνία και έτσι η ανάλυσή του αποκτά ιδεαλιστικό χαρακτήρα.

Η Έννοια της Εξουσίας στον Freidson

Η ανάλυση του Freidson συμπληρώνει την ανάλυση του Foucault, αποβάλλοντας εν μέρει τον ιδεαλιστικό της χαρακτήρα. Ο Freidson θεωρεί πως προκειμένου να ασκηθεί ο επιστημονικός λόγος, πρέπει να εκφρασθεί μέσω ατόμων και θεσμών. Ο επιστημονικός λόγος αποτελεί μορφή κοινωνικής δράσης και ασκείται, εκφράζεται διαμέσου ατόμων. Η εξουσία αποκτάει έτσι υλική βάση. Παρόλα όμως τα θετικά στοιχεία της ανάλυσης του Freidson, η θεωρία του περί επαγγελματοποίησης προάγει την εικόνα των γιατρών ως ομάδα συμφερόντων. Οι γιατροί παρουσιάζονται ως μια κλειστή ομάδα η οποία επιζητά να αποκτήσει το μονοπώλιο της άσκησης των υπηρε-

σιών υγείας για δικό της όφελος, προκειμένου να μπορέσει να ασκήσει την εξουσία της.

Στο πλαίσιο αυτής της θεώρησης τα ιστορικά γεγονότα προσωποποιούνται και παίρνουν το χαρακτήρα μιας συνομοσίας. Η ιστορία της επιστημονικής ιατρικής παρουσιάζεται ως η προσπάθεια μιας ομάδας συμφερόντων να κυριαρχήσει πάνω στην κοινωνία. Χάνοντας δηλαδή η ιστορία τον ιδεαλιστικό χαρακτήρα τον οποίο είχε με την ανάλυση του Foucault, παίρνει την μορφή μιας συνομοσίας ατόμων ενάντια στην κοινωνία. Οι γιατροί παρουσιάζονται ως οι «κακοί», αυτοί οι οποίοι από προσωπική ιδιοτέλεια κινούν την ιστορική εξέλιξη.

Μια δεύτερη συμπληρωματική κριτική στην άποψη του Freidson αποτελεί και το γεγονός ότι η θεωρία του δεν εξηγεί τους λόγους για τους οποίους το κράτος (ως η ιδεοτυπική μορφή εξουσίας στην αστική κοινωνία) απονέμει το χρίσμα της μονοπωλιακής άσκησης των υπηρεσιών στην επιστημονική ιατρική. Εφόσον όπως ο ίδιος υποστηρίζει, το σύστημα γνώσης δεν έπαιξε ρόλο στην επιλογή, ποιοι είναι οι λόγοι που επικράτησαν ; Γιατί δηλαδή επιλέχθηκε η ομάδα των επιστημόνων και όχι κάποια άλλη (π.χ. παραδοσιακή ιατρική) ;

Η Έννοια της Εξουσίας στην Ανάλυση του Κοινωνικού Πλαισίου

Υπάρχει τέλος η ανάλυση η οποία επιχειρεί την σύνδεση της εμφάνισης και εγκαθίδρυσης -νομιμοποίησης- της επιστημονικής ιατρικής με τα ευρύτερα ιστορικά φαινόμενα και διαδικασίες. Η εμφάνιση και επικράτηση της επιστημονικής ιατρικής ερμηνεύεται ως το αποτέλεσμα της προσπάθειας της αστικής τάξης να περιορίσει την εξουσία της θρησκείας πάνω στην κοινωνία. Στον συγκεκριμένο τομέα της ιατρικής, η επιστημονική ιατρική, τμηματικά εκφράζει αυτή την γενικότερη τάση. Εν συνέχεια το κράτος ως εκφραστής της αστικής εξουσίας νομιμοποιεί την επιστημονική ιατρική ως τη μοναδική μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας, απορρίπτοντας τις θρησκευτικές εξηγήσεις περί ασθένειας (σύνδεση με αμαρτία). Η εγκαθίδρυση της ιατρικής αποτελεί λοιπόν τμήμα μιας ευρύτερης διαδικασίας εκκοσμίκευσης της θρησκευτικής εξουσίας και ανόδου της αστικής τάξης στην εξουσία. Στο πλαίσιο αυτής της ανάλυσης η ιατρική χάνει κάθε ιδιαιτερότητα ως ξεχωριστό σύστημα σκέψης και αποτελεί

¹⁸¹ Σε αυτό το χαρακτηριστικό της ιατρικής εξουσίας θα αναφερθούμε διεξοδικά στο επόμενο κεφάλαιο.

απλά την αντανάκλαση μιας ευρύτερης κοινωνικής διαδικασίας. Η ιατρική εξουσία αποτελεί τμήμα των ευρύτερων εξουσιαστικών σχέσεων.

Η Ιδιαιτερότητα της Ιατρικής Εξουσίας

Στο πλαίσιο της δικής μας θεωρητικής πρότασης ο χώρος της ιατρικής εμπειρίας έχει μια δική του ιδιαιτερότητα και δεν αποτελεί απλά μόνο μια αντανάκλαση ευρύτερων κοινωνικών αλλαγών¹⁸². Θεωρούμε πως για την εξήγηση τόσο της εμφάνισης, όσο και της λειτουργίας της επιστημονικής ιατρικής γνώσης, είναι απαραίτητη μια σύνθεση των θεωρητικών προσεγγίσεων τις οποίες έχουμε παρουσιάσει. Η συμβολή κάθε μιας είναι σημαντική για την εξήγηση της σχέσης ιατρική-κοινωνία.

Μέχρι το σημείο αυτό έχουμε την ύπαρξη δύο διαφορετικών αναλύσεων. Μία ανάλυση όπου εξετάζουμε τους λόγους και τις διαδικασίες διαμέσου των οποίων η επιστημονική ιατρική γεννήθηκε, εγκαθιδρύθηκε και ασκείται (Freidson - ανάλυση κοινωνικού πλαισίου), και μία δεύτερη ανάλυση, όπου εξετάσαμε την δομή του ιατρικού λόγου καθ' αυτού, από όπου και προκύπτει ο δομικός, εξουσιαστικός του χαρακτήρας (Foucault). Έχουμε λοιπόν την **δομική εξουσία** του ιατρικού επιστημονικού λόγου και την **εξουσία η οποία δίνεται από το κράτος**, και η οποία επιτρέπει την άσκηση της δομικής εξουσίας.

Προκειμένου να περιγράψουμε την σχέση μεταξύ αυτών των δύο επιπέδων ανάλυσης μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε το Μαρξιστικό σχήμα της βάσης και του εποικοδομήματος. Η επιστημονική ιατρική αρχικά ως ένα σύστημα ιδεών αποτελεί μέρος του εποικοδομήματος. Παράγεται ως προϊόν των δοσμένων οικονομικοκοινωνικών σχέσεων οι οποίες ισχύουν στη βάση. Έπειτα όμως από την εγκαθίδρυσή της, ακολουθεί την δική της πορεία αναπαραγωγής και επέκτασης, πάντα σε αντιστοιχία με τις υπάρχουσες κοινωνικές σχέσεις. Έτσι το ιατρικό σύστημα δεν αποτελεί μονόδρομη αντανάκλαση της βάσης, αλλά είναι σχετικά αυτόνομο. Αυτό το χαρακτηριστικό εξηγεί το γεγονός ότι η ιατρική γνώση είναι εν δυνάμει μη - τυποποιήσιμη (Freidson). Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι σε μια πρώτη φάση οι ιατρικοί θεσμοί εκφράζουν τις δοσμένες οικονομικοκοινωνικές σχέσεις, δίνοντας ταυτόχρονα μορφή στην δομική εξουσία. Έπειτα όμως, μέσα σε αυτούς τους θεσμούς η ιατρική εξουσία

¹⁸² Βλέπε και Wright P. and Treacher A. (1984), *The Problem of Medical Knowledge*, Edinburgh University Press.

ως σχετικά αυτόνομη διαμορφώνει ιδιόμορφες σχέσεις.¹⁸³ Φυσικά το χαρακτηριστικό της αυτονομίας είναι άμεσα συνδεδεμένο με τον δυναμικό χαρακτήρα των κοινωνικών σχέσεων, αλλά υπάρχει η σχετική αυτονομία, ως μια ιδιαίτερη μορφή οργάνωσης, η οποία διαμορφώνει ιδιόμορφες, ξεχωριστές σχέσεις. Για αυτό το λόγο εξετάζουμε το ιατρικό σύστημα ιδεών. Είναι ιατρικό, διότι ενέχει μια δική του αυτόνομη δυναμική, ξεχωριστή από όλα τα άλλα συστήματα ιδεών της συγκεκριμένης κοινωνίας. Όλα αυτά τα συστήματα ιδεών έχουν βέβαια την ίδια κοινή λογική, η οποία είναι η εξυπηρέτηση των υπαρχουσών κοινωνικών σχέσεων. Μιας λοιπόν και η ιατρική είναι ημι αυτόνομη, για το λόγο αυτό χρειαζόμαστε την προσέγγιση του Foucault στο επίπεδο ανάλυσης του ιατρικού λόγου καθ' αυτού, όπου πρέπει να δούμε πώς το ιατρικό σύστημα ιδεών λειτουργεί με μια ιδιαίτερη λογική.

Ιδωμένο μέσα από αυτό το πλαίσιο το έργο του Foucault, αποκτάει άλλη διάσταση, άλλη δυναμική και δυνατότητα εφαρμογής. Το έργο του μας δίνει την ευχέρεια να θεωρήσουμε το επιστημονικό ιατρικό σύστημα ιδεών καθ' αυτό, με τη δική του δυναμική. Πρακτικά αυτό σημαίνει, όπως θα δούμε παρακάτω, πως το σύνολο των σχέσεων τις οποίες διαμορφώνει η ιατρική εξηγούνται βάση αυτής της ιδιαίτερης, σχετικής αυτονομίας. Αποτελούν δηλαδή οι σχέσεις τις οποίες διαμορφώνει η ιατρική, προϊόν όχι απλά των κοινωνικών συνθηκών (αντανάκλαση), αλλά διαμορφώνονται και από την ιδιαιτερότητα του επιστημονικού συστήματος γνώσης.

Από την θεωρητική αυτή σύνθεση της σχετικής αυτονομίας προκύπτει, αποκτάει την ιδιαίτερη εννοιολόγησή της και η ιατρική εξουσία. Όπως είπαμε η ιατρική εξουσία υπάρχει μέσω δύο μορφών. Μία η εξουσία την οποία ενέχει ο επιστημονικός ιατρικός λόγος και η οποία βασίζεται στην επιστημονική γνώση, και δεύτερον η εξουσία η οποία παρέχεται από το κράτος (επαγγελματοποίηση) για την εξυπηρέτηση συγκεκριμένων συμφερόντων¹⁸⁴. Αυτό το οποίο μας ενδιαφέρει για την ανάλυση μας είναι η εξουσία με την πρώτη μορφή. Η εξουσία αυτή πηγάζει από την ιδιαιτερότητα της επιστημονικής γνώσης. Μια γνώση η οποία λειτουργεί βάση νομοτελειών και προβάλλεται ως «αντικειμενική». Το σημαντικότερο στοιχείο της σύνθεσης την οποία επιχειρούμε είναι η ιδιαίτερη εννοιολόγηση της εξουσίας η οποία γίνεται και βάση της οποίας όπως έχουμε ήδη αναφέρει θα επιχειρηθεί η ανάλυση των οργανω-

¹⁸³ Παρακάτω θα εξηγηθεί τι ακριβώς εννοείται με αυτή τη φράση.

τικών σχέσεων του νοσοκομείου. Η εννοιολόγηση της εξουσίας την οποία επιχειρούμε βασίζεται στις απόψεις του Foucault¹⁸⁵.

Οι απόψεις του Foucault για την εξουσία διαφοροποιούνται τόσο από τις μαρξιστικές, όσο και από τις γενικότερες απόψεις για την εξουσία οι οποίες έχουν διατυπωθεί (Weber, Dahl). Στη μαρξιστική θεωρία η εξουσία θεωρείται ως κάτι το οποίο καταπιέζει και περιορίζει. Ως μια δύναμη δηλαδή η οποία ασκείται από κάποιον ή από κάποιους (κράτος) πάνω σε κάποιους άλλους, επεμβαίνοντας και καταπιέζοντας τους. Συνεπώς η λύση, η ανατροπή, η υπέρβαση της εξουσιαστικής σχέσης επέρχεται με την διαδικασία της επανάστασης όπου το υποκείμενο ξαναβρίσκει τον εαυτό του, την ίδια του την ύπαρξη, η οποία είχε αλλοτριωθεί μέσα στο πλαίσιο της εξουσιαστικής σχέσης. Αυτή είναι η μορφή της κυριαρχικής εξουσίας (sovereign power). Η πειθαρχική εξουσία (disciplinary power) η οποία εκφράζει τις απόψεις του Foucault είναι μια μορφή εξουσίας η οποία δεν καταπιέζει αλλά «κατασκευάζει». Ονομάζεται πειθαρχική εξουσία διότι βασίζεται στην πειθαρχία, την υπακοή και την επιτήρηση. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι «κατασκευάζει» το ίδιο το αντικείμενό της, το οποίο στην συνέχεια επιτηρεί. Συνεπώς η εξουσία στον Foucault δεν έχει μόνο αρνητικό χαρακτήρα (δεν καταπιέζει, δεν περιορίζει), αλλά έχει και θετικό χαρακτήρα (κατασκευάζει πραγματικότητες, δίνει λόγο στο υποκείμενο). Συνεπώς ο ασθενής, η ασθένεια, ή καλύτερα το σώμα του ασθενή, είναι προϊόν του επιστημονικού λόγου. Το σώμα το οποίο έχει γίνει γνωστό διαμέσου της ανατομίας, είναι ταυτόχρονα το κατασκευασμένο υποκείμενο, αλλά και το αντικείμενο επέμβασης της ιατρικής εξουσίας. Στην μαρξιστική οπτική η κατάργηση της ιατρικής εξουσίας θα οδηγήσει στην απελευθέρωση του σώματος. Αντιθέτως, στην άποψη του Foucault το σώμα υπάρχει μόνο μέσω των εξουσιαστικών μηχανισμών οι οποίοι το κατασκεύασαν και το συντηρούν διότι αναπαραγάγονται μαζί του. Έτσι η εξουσία αποκτάει την ικανότητα κατασκευής της πραγματικότητας. Η θετική διάσταση της εξουσίας φαίνεται και στο γεγονός ότι αυτή λειτουργεί όχι μόνο αποκλείοντας, αλλά και δίνοντας λόγο στο υποκείμενο.

¹⁸⁴ Για την κατανόηση της σύνδεσης της ιατρικής με τα συμφέροντα του κράτους και τα συμφέροντα όπου αυτό εκφράζει στην καπιταλιστική κοινωνία βλέπε, Navarro V. (1976), *Medicine Under Capitalism*, Prodist.

¹⁸⁵ Για τις απόψεις του Foucault για την εξουσία και την ιατρική εξουσία ειδικότερα βλέπε και Mc Gown R. (1994), *Power and Humanity*, στο Jones C. and Porter R (1994), *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the Body* Routledge : 91-112.

... Αλλάζοντας το πεδίο της εξουσίας και επιχειρώντας την συσσωμάτωση νέων περιοχών, η ιατρική τροποποιεί τις διόδους άσκησης της εξουσίας, τους κάνει πιο ευέλικτους, πιο διεισδυτικούς και πολύ πιο επεκτατικούς.¹⁸⁶

Η εξουσία στον Foucault λειτουργεί και ως αυτοέλεγχος του υποκειμένου πάνω στον ίδιο τον εαυτό του. Ο κανόνας της σιωπής, όπου μόνο ο «ειδικός» μιλάει, σπάει και προβάλλεται η συμμετοχή.

Η ιατρική δεν επιτρέπει απλά στους ασθενείς να μιλήσουν, η ιατρική το απαιτεί διότι μόνο διαμέσου του λόγου του ασθενή τα πιο ιδιωτικά και απόκρυφα τμήματα του σώματός του όπως τα ζει ο ίδιος γίνονται διαθέσιμα για την ιατρική πράξη.¹⁸⁷

Και εξηγώντας την διάκριση των δύο μορφών εξουσίας :

Οι τεχνολογίες της κυριαρχίας και του ελέγχου απαιτούν σιωπή, οι τεχνολογίες της παρακολούθησης και της πειθαρχίας προτρέπουν τον λόγο. Τα πάντα, ανεξάρτητα το πόσο ασήμαντα φαίνονται πρέπει να ειπωθούν, να σημειωθούν, να καταγραφούν και να αναλυθούν.¹⁸⁸

Στην δική μας τώρα προσέγγιση του φαινομένου της ιατρικής εξουσίας αρχικά είμαστε αντίθετοι στις θεωρίες, όπου ένα υποκείμενο A, υποχρεώνει ένα άλλο υποκείμενο B, να κάνει, ή να μην κάνει κάτι¹⁸⁹. Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο η επιστημονική ιατρική, ή καλύτερα οι γιατροί, παρουσιάζονται ως μια ομάδα η οποία επιβάλλεται στην κοινωνία ασκώντας την εξουσία της. Έχουμε δηλαδή από την μια πλευρά τον γιατρό, τον εξουσιαστή και από την άλλη τον ασθενή, τον εξουσιαζόμενο. Ο γιατρός χρησιμοποιεί την γνώση του και εξουσιάζει τον ασθενή, ο οποίος αποκλείεται από την κατοχή αυτής της γνώσης. Η επιστημονική γνώση αποκτά, στο πλαίσιο μιας τέτοιας θεώρησης, έναν εργαλειακό χαρακτήρα στα χέρια ενός υποκειμένου το οποίο αποζητά την εξουσία. Στην δική μας θεώρηση η γνώση δεν αποτελεί ένα εργαλείο για την άσκηση της εξουσίας, αλλά η ίδια η επιστημονική ιατρική γνώση, ο επιστημονικός λόγος γεννά, «κατασκευάζει» την εξουσιαστική σχέση. Ο επιστημονικός ιατρικός λόγος κατασκευάζει ένα συγκεκριμένο εξουσιαστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αποκτά την ιδιαίτερη του υπόσταση τόσο το υποκείμενο A (γιατρός),

¹⁸⁶ Arney W. R. and Berger B. J. (1984), *Medicine and the Management of Living : Taming the Last Great Beast*, The University of Chicago Press, σελ. 169.

¹⁸⁷ Στο ίδιο, σελ. 170.

¹⁸⁸ Στο ίδιο, σελ. 170.

¹⁸⁹ Βλέπε Κοσκινάς Κ. (1996), *Η Κοινωνιολογία της Εξουσίας*, Συμείων

όσο και το υποκείμενο Β (ασθενής). Και οι δύο πόλοι της σχέσης υπάρχουν και εκφράζονται διαμέσου του πλαισίου το οποίο τους κατασκεύασε.

.... έτσι στην ιστορία της ιατρικής δεν είναι οι γιατροί οι οποίοι έχουν κυριαρχήσει, έχουν υποτάξει και αντικειμενικοποιήσει τον ασθενή, αλλά είναι το στηθοσκόπιο το οποίο βρίσκεται σε μια διαπλοκή με ένα ανώνυμο βλέμμα το οποίο είχε μια σημαντική επιρροή στην διακήρυξη και διατήρηση της φυσικής υπόστασης του σώματος κατά τον 19^ο και 20ο αιώνα.¹⁹⁰

Και αυτό το πλαίσιο στην περίπτωση της επιστημονικής ιατρικής είναι ο επιστημονικός ιατρικός λόγος. Συνεπώς στην εξουσιαστική σχέση γιατρός - ασθενής δεν υποχρεώνει ο γιατρός τον ασθενή να κάνει κάτι, αλλά ο ίδιος ο επιστημονικός λόγος έχει διαμορφώσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά η οποία αναμένεται από τα δύο μέλη.

Το καινούργιο ιατρικό πεδίο της εξουσίας είναι σαν το πρόσωπο του Ιανού, μια πλευρά ασκεί τα αποτελέσματα στον ασθενή, η άλλη επηρεάζει και ελέγχει την συμπεριφορά του γιατρού.¹⁹¹

Η εξουσία του γιατρού απέναντι στον ασθενή δεν ασκείται προς όφελος του πρώτου, απλά είναι μια απόρροια του συγκεκριμένου πλαισίου. Το γεγονός δηλαδή ότι ο γιατρός εξουσιάζει ή θέλει να εξουσιάσει τον ασθενή δεν αποτελεί το αίτιο διαμόρφωσης της εξουσιαστικής σχέσης, δεν αποτελεί την ιδιαίτερη λογική πάνω στην οποία γεννιέται και την οποία εξυπηρετεί, απλά είναι ένα αποτέλεσμα της ήδη διαμορφωμένης σχέσης. Η θέληση του γιατρού να επιβληθεί στον ασθενή δεν αποτελεί το αίτιο διαμόρφωσης της εξουσιαστικής σχέσης, αλλά είναι το αποτέλεσμα της διαμόρφωσης των ρόλων των δύο πόλων της εξουσιαστικής σχέσης τις οποίες επιβάλλει το πλαίσιο. Με άλλα λόγια και οι δύο πόλοι εξυπηρετούν την ευρύτερη λογική. Η ίδια η γνώση, ο επιστημονικός λόγος ενέχει την εξουσία και όχι ο γιατρός. Η γνώση «κατασκευάζει» το πλαίσιο πάνω στο οποίο κινούνται ως άτομα, τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής.

Το πρόβλημα με την ανάλυση του Foucault είναι ότι ενώ μεν ο επιστημονικός λόγος δεν ταυτίζεται με ένα υποκείμενο το οποίο τον χρησιμοποιεί, δεν υπάρχει η σύνδεση με τις ευρύτερες υλικές, ιστορικές συνθήκες οι οποίες εξηγούν την εμφά-

¹⁹⁰ Armstrong D. (1994), *Bodies of Knowledge/Knowledge of Bodies*, στο, Jones C. and Porter R. (1994), *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the body* : 17-27, σελ. 24.

¹⁹¹ Arney W. and Bergen B. (1984), *Medicine and the Management of Living : Taming the Last Great Beast*, The University of Chicago Press, σελ. 170.

νιση του. Για το λόγο αυτό θεωρούμε πως η σύνδεση του Foucault με την ευρύτερη Μαρξιστική θεωρία, η θεώρηση των απόψεων του μέσα από ένα μαρξιστικό πρίσμα, οδηγεί στην καλύτερη εξήγηση του φαινομένου της ιατρικής εξουσίας. Μέσω αυτής της σύνθεσης αναδεικνύεται η σύνδεση του επιστημονικού λόγου με τα συγκεκριμένα ιστορικά φαινόμενα τα οποία τον υποστήριζαν -αν όχι τον γέννησαν.

Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Από την ανάλυση η οποία προηγήθηκε παρουσιάστηκαν οι κυριότερες θεωρητικές προσεγγίσεις, οι οποίες αναφέρονται στην εμφάνιση και εγκαθίδρυση της επιστημονικής ιατρικής. Η παρουσίαση αυτών των θεωριών μας βοήθησε πρώτα απ' όλα αναδεικνύοντας την ιδιομορφία του ιατρικού λόγου καθ' αυτού, να διακρίνουμε την ιδιαιτερότητα της επιστημονικής ιατρικής, απέναντι στις άλλες μορφές ιατρικής. Παράλληλα, είδαμε την διαδικασία της επαγγελματοποίησης, μέσω της οποίας η επιστημονική ιατρική απέκτησε το νόμιμο, μονοπωλιακό δικαίωμα στην άσκηση των υπηρεσιών υγείας στην σύγχρονη κοινωνία. Η παρουσίαση του κοινωνικού πλαισίου, πάνω στο οποίο έλαβε χώρα η γέννηση και εγκαθίδρυση της επιστημονικής ιατρικής μας βοήθησε να αναδείξουμε τις ανεπάρκειες των προηγούμενων αναλύσεων. Οι αναλύσεις του Foucault και του Freidson θεωρούμενες μέσα από τα πλαίσια της παρουσίασης του κοινωνικού πλαισίου, εξηγούν πιο ικανοποιητικά την γέννηση και εγκαθίδρυση της επιστημονικής ιατρικής.

Στην συνέχεια προχωρήσαμε στην παρουσίαση της ιδιαίτερης εννοιολόγησης της ιατρικής εξουσίας, την οποία επιχειρεί κάθε μία από αυτές τις προσεγγίσεις και η οποία εννοιολόγηση στηρίζεται στην διαφορετική στάση την οποία τηρεί η κάθε προσέγγιση απέναντι στον επιστημονικό λόγο. Ο Foucault θεωρεί πως η ιατρική εξουσία πηγάζει από τον επιστημονικό ιατρικό λόγο καθ' αυτό, ενώ ο Freidson ότι η ιατρική εξουσία πηγάζει από τα άτομα τα οποία είναι φορείς αυτού του λόγου. Στην ανάλυση του κοινωνικού πλαισίου η ιατρική εξουσία θεωρείται ότι αποτελεί απλή αντανάκλαση τη ευρύτερης κοινωνικής εξουσίας της αστικής κοινωνίας, χωρίς καμιά ιδιαιτερότητα. Στην συνέχεια προχωρήσαμε στην διατύπωση της δικής μας πρότασης για την ιδιαιτερότητα της ιατρικής εξουσίας. Η δικής μας εννοιολόγηση της ιατρικής εξουσίας στηρίζεται σε μια σύνθεση των απόψεων του Foucault με την ευρύτερη μαρξιστική μεθοδολογία. Θεωρούμε πως η ιατρική εξουσία, ως στοιχείο του εποικοδομήματος (ιατρικό σύστημα ιδεών), αναπαραγάγεται σε συμφωνία με την ανάπτυξη

των ευρύτερων κοινωνικών σχέσεων, διατηρώντας παράλληλα μια σχετική αυτονομία. Η ιατρική λοιπόν λειτουργεί εξυπηρετώντας τόσο τα ευρύτερα κοινωνικά συμφέροντα, όσο και την ιδιαιτερότητά της. Με άλλα λόγια ο επιστημονικός λόγος λειτουργεί σχετικά αυτόνομα (ημιαυτονομία).

Στην συνέχεια θα προχωρήσουμε στην ανάλυση της μορφής, και στην παρουσίαση των λειτουργιών τις οποίες επιτελεί η επιστημονική ιατρική στις σύγχρονες κοινωνίες, στηριζόμενοι στην ιδιαίτερη εννοιολόγηση της ιατρικής εξουσίας, η οποία όπως είπαμε λειτουργεί εξυπηρετώντας, τόσο το επίπεδο ανάπτυξης των κοινωνικών σχέσεων, όσο και την δική της δυναμική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ

1) Η ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

Εισαγωγή

Στο προηγούμενο κεφάλαιο καταλήξαμε στην διατύπωση της δικής μας θεωρητικής πρότασης για την έννοια της ιατρικής εξουσίας. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τη μορφή και τις λειτουργίες μέσω των οποίων εκφράζεται η ιατρική εξουσία σε δύο επίπεδα : α) ως αντανάκλαση των ευρύτερων κοινωνικών σχέσεων και β) ως σχετικά αυτόνομο σύστημα. Με την βοήθεια αυτών των δύο αναλύσεων θα αναδειχθεί στην πληρότητά της η εξουσιαστική σχέση ιατρική-κοινωνία, προκειμένου να μπορέσουμε έπειτα να περάσουμε στην ανάλυση των οργανωτικών σχέσεων του νοσοκομείου και των Μ.Ε.Θ.

A) Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

Καπιταλισμός και Ιατρική

Έκφραση της αναπαραγωγής στο χώρο της ιατρικής, των ευρύτερων κοινωνικών εξουσιαστικών σχέσεων, αξιών και στοχοθετήσεων, αποτελεί πρώτα απ' όλα, η

υπευθυνότητα για την ασθένεια. Σε άμεση σχέση με την ατομικιστική ιδεολογία, η ασθένεια, στο πλαίσιο της επιστημονικής ιατρικής, αποτελεί ατομικό σφάλμα. Θεωρείται δηλαδή από την επιστημονική ιατρική ότι το άτομο που ασθενεί είναι υπεύθυνο για την κατάσταση του, διότι δεν ακολούθησε τους επιβεβλημένους κανόνες υγιεινής διατροφής, το σωστό δηλαδή διαιτολόγιο και στυλ ζωής, το οποίο στυλ ζωής στηρίζεται στην άσκηση και τη γυμναστική (βιομηχανία υγιεινής). Όπως τονίζει ο Navarro V. στην ανάλυσή του για το ρόλο της ιατρικής στην καπιταλιστική κοινωνία, ο εξουσιαστικός ρόλος της ιατρικής δεν βρίσκεται στη σχέση του γιατρού με τον ασθενή και στο μονοπώλιο της γνώσης που ο γιατρός κατέχει, όπως θεωρούν οι Foucault M. και Freidson E. Για τον Navarro V. η ιατρική εξουσία βρίσκεται στην ικανότητα του ιατρικού επαγγέλματος να ασκεί πετυχημένο κοινωνικό έλεγχο. Η άσκηση κοινωνικού ελέγχου από την επιστημονική ιατρική, έγκειται στην ικανότητά της να μετατρέπει τα συλλογικά, κοινωνικά και πολιτικά προβλήματα της υγείας και της ασθένειας, σε ατομικά προβλήματα. Δηλαδή ο ρόλος της ιατρικής έγκειται στο να κάνει τις δυσλειτουργίες οι οποίες προκύπτουν από το σύστημα (π.χ. μόλυνση περιβάλλοντος) υποφερτές, θεωρώντας τες ως ατομικό σφάλμα, νομιμοποιώντας παράλληλα την εξουσιαστική βάση του συστήματος (καπιταλισμός). Θεωρεί συνεπώς ο Navarro V., πως η εξουσία της ιατρικής η οποία διακηρύσσεται ότι πηγάζει από την κατοχή της γνώσης και μόνο, συγκαλύπτει την πραγματική εξουσία της ιατρικής, η οποία προκύπτει από την ταξική διάρθρωση της κοινωνίας.¹⁹²

Εκφραση της άσκησης από την επιστημονική ιατρική κοινωνικού ελέγχου, σε άμεση σχέση με τα ευρύτερα κοινωνικά συμφέροντα, αποτελεί και η στάση την οποία διαμορφώνει η επιστημονική ιατρική απέναντι στο ανθρώπινο σώμα. Η ομορφιά (το αδύνατο σώμα), καθώς και η εικόνα που έχουμε για το σώμα μας, είναι κάτι που ένα άτομο αποκτάει από την κοινωνία στην οποία ανήκει¹⁹³. Αφότου τα κοινωνικά πρότυπα της ομορφιάς δίδονται, η ιατρική επεμβαίνει μέσω των *lifting*, των πλαστικών εγχειρήσεων και των επιστημονικών διαιτολογίων να αποκαταστήσει την κοινωνικά προσδιορισμένη ομορφιά. Το σώμα γίνεται αντικείμενο χειραγώγησης μιας βιοπολιτικής οικονομίας, η οποία ανθεί στην καπιταλιστική κοινωνία. Μέσω της δια-

¹⁹²Navarro V. (1978), *Class, Struggle, the State and Medicine*, Martin Robertson

¹⁹³Στην σύγχρονη κοινωνία οι άνθρωποι ασχολούνται με τον εαυτό τους, την εξωτερική τους ομορφιά και την προσωπική τους υγεία (υγιεινές τροφές, αερόμπικ), όπως αυτή επιβάλλεται από την ιατρική. Αυτή η στάση ζωής συνδέεται με την ανάδυση του Ναρκισσιστικού τύπου ανθρώπου. Βλέπε, Lasch C. (1979), *The Culture of Narcissism*, Warner.

φήμισης, το σώμα ωραιοποιείται, και προβάλλεται το υγιές, αδύνατο σώμα¹⁹⁴ ως ένδειξη δύναμης, ενεργητικότητας, ομορφιάς, ως αντικείμενο πόθου. Αυτή η στάση απέναντι στο σώμα εκφράζει την γενικότερη τάση εξορθολογισμού του σώματος την οποία αναφέρει ο B Turner :

Φαίνεται να υπάρχει μια γενική διαδικασία (τάση) όπου το σώμα παύει να αποτελεί στοιχείο μιας θρησκευτικής κουλτούρας και εντάσσεται μέσω της ιατρικοποίησης, ως ένα θέμα στο πλαίσιο ενός επιστημονικού λόγου. ...το σώμα γίνεται το σύμβολο του κύρους και της αξίας στις σύγχρονες κοινωνίες. Εν συντομία το να φαίνεσαι ωραίος σημαίνει και το να είσαι ωραίος. Επομένως υπάρχει ένας αυξημένος ρόλος για τα καλλυντικά και την διαχείριση και την άσκηση του σώματος, σε μια κοινωνία η οποία επιδεικνύει το προσωπικό status μέσα σε ένα ανταγωνιστικό πλαίσιο, όπου ο ναρκισσισμός αποτελεί το κυρίαρχο χαρακτηριστικό.¹⁹⁵

Σε μια περίοδο κρίσης των καταναλωτικών αγορών του καπιταλισμού, η εμπορευματοποίηση του σώματος, μέσω των υγιεινών τροφών, των βιομηχανιών ενδυμασίας και καλλωπισμού και των γυμναστηρίων, προσφέρει λύση στα οικονομικά αδιέξοδα. Το σώμα όμως δεν εκπροσωπεί πλέον αρχές και ιδέες αλλά γίνεται αντικείμενο, εμπόρευμα, το οποίο εκφράζει και συντηρεί ιδεολογήματα και φαινομενικότητες (εξωτερική ομορφιά, πώληση προσωπικότητας).¹⁹⁶ Αυτή η πρακτική αντιμετώπισης του σώματος εκφράζει τη διέξοδο στα οικονομικά αδιέξοδα του συστήματος. Μια διέξοδο η οποία αποδίδει στο σώμα :

«ιδεολογικό αντίκρουσμα» ανατρέποντας μέσω της κατανάλωσης τη⁹⁷
«πραγματιστικό στοιχείο του» (υγεία) από το «ιδεοληπτικό» (εμφάνιση).

Ο ρόλος λοιπόν της ιατρικής είναι ενεργητικός στην διαμόρφωση και διατήρηση του κοινωνικού κατεστημένου. Μέσα στο πλαίσιο αυτά προκύπτουν δυσλειτουργίες και στο ατομικό επίπεδο. Η νευρώδης ανορεξία αποτελεί παθολογική μορφή ανικανότητας ταύτισης με το σώμα, σε μια κοινωνία που εκτιμά και ανταμείβει τη γυναικεία αδύνατη σιλουέτα. Η ασθένεια λοιπόν δεν είναι μόνο βιολογικά αλλά και

¹⁹⁴ Για το ρόλο της δίαιτας στην παραγωγή του πειθαρχημένου, υπάκουου σώματος βλέπε, Turner B. (1991), *The Discourse of Diet*, στο Featherstone M. Hepworth M. and Turner B. (1991), *The Body : Social Process and Cultural Theory*, Sage, σελ. 157-169.

¹⁹⁵ Turner B. (1987), *The Rationalization of the Body : Reflexion of Modernity and Discipline*, στο, Lasch S. and Whimster S. (1987), *Max Weber. Rationality and Modernity*, Allen and Unwin, : 222-241, σελ. 225-226.

¹⁹⁶ Featherstone M. (1991), *The Body in Consumer Culture*, στο Featherstone M. Hepworth M and Turner B. (1991), *The Body : Social Process and Cultural Theory*, Sage, σελ. 170-196.

κοινωνικά προσδιορισμένη. Η κοινωνία ελέγχει το σώμα του υποκειμένου και ασκώντας την πολιτική του σώματος (body politic), μέσω της ιατρικής, ασκεί τον εξουσιαστικό της έλεγχο πάνω σε όλα τα στοιχεία του ατομικού σώματος : τη μορφή του, το μέγεθος του, τη διαίτα του, τις στάσεις του, τη συμπεριφορά του απέναντι στην υγεία και την ασθένεια, την αναπαραγωγή, την εργασία και ξεκούραση του.

Ο ιατρικός λόγος λοιπόν, αποτελεί ένα τμήμα του συνολικού εξουσιαστικού λόγου, ο οποίος προσδιορίζεται από τις δεδομένες σχέσεις εξουσίας. Η ιατρική λοιπόν υποτάσσεται στις κυρίαρχες επιταγές της εξουσίας, εξυπηρετώντας τη διαχείριση της λειτουργικότητας και αποδοτικότητας του ανθρωπίνου σώματος για την εξυπηρέτηση των σκοπών της παραγωγής.

Τα νοσοκομεία λειτουργούν έχοντας την ίδια ιδεολογική, πολιτική, οικονομική πλατφόρμα και στοχεύουν όχι στην προάσπιση της υγείας αλλά στην επισκευή της για λόγους που συνδέονται με τις κυρίαρχες οικονομικές σχέσεις.

Ο Navarro¹⁹⁹ εκφράζοντας αυτήν την λογική η οποία συνδέει την ιατρική πρακτική με τα δοσμένα οικονομικά συμφέροντα του καπιταλισμού, θεωρεί πως το οικονομικό κεφαλαιοκρατικό κατεστημένο έχει διεισδύσει, έχει τροποποιήσει και έχει κυριαρχήσει το χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η υγεία έχει γίνει εξαιτίας αυτής της επέμβασης ένα εμπόρευμα το οποίο πωλείται και αγοράζεται στην ελεύθερη αγορά. Ως άμεση συνέπεια, όλες οι αποφάσεις στο χώρο της υγείας κινούνται πάνω στη λογική του κέρδους. Δραστηριότητες όπου το κέρδος είναι αβέβαιο (π.χ. αντιμετώπιση του τραύματος) δεν αναπτύσσονται. Ενώ έχουν χαθεί πολλά περισσότερα άτομα από ατυχήματα (4.100.00 έτη ζωής), παρά από καρκίνο (1.700.000), έχουν επενδυθεί πολύ περισσότερα χρήματα για την αντιμετώπιση του καρκίνου (998.000.000 δολάρια) παρά για την αντιμετώπιση του τραύματος (112.000.000 δολάρια). Η σχιζοφρενική αυτή δυσαναλογία :

Οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι το τραύμα είναι ακριβό στην αντιμετώπισή του, αφορά κυρίως νέους χωρίς ανάλογη οικονομική και

¹⁹⁷Καραποστόλη Π. (1983), Η Καταναλωτική Συμπεριφορά στην Ελληνική Κοινωνία 1960 - 1975, Ε.Κ.Κ.Ε., σελ. 250-251, στο Ρήγου Μ. (1990), *Επικοινωνιακή, Ηθική και Πολιτική Διάσταση του Θανάτου στην Νεοτερικότητα*, Πάντειο, Διδακτορική Διατριβή, σελ. 138.

¹⁹⁸Γρίβας Κ. (1984), *Η κακοποίηση της κοινωνικοποίησης*, Στοχαστής, σελ. 50.

¹⁹⁹Navarro V. (1976), *Social Class, Political Power and the State and their Implications in Medicine*, *Social Science Medicine*, 10, 437-457.

κοινωνική ευρωστία και δεν αποφέρει άμεσα οικονομικά οφέλη.²⁰⁰

Χαρακτηριστική επίσης είναι η περίπτωση του επιδόματος ανθυγιεινού το οποίο δίνεται στους βιομηχανικούς εργάτες. Πληρώνονται αυτοί οι εργάτες απλώς περισσότερα χρήματα για την καταστροφή της υγείας τους, η οποία καταστροφή της υγείας προκύπτει από την εργασία την οποία ασκούν, ενώ η ιατρική λύση θα έπρεπε να επιβάλλει την απαγόρευση τέτοιων εργασιών. Στο ατομικό επίπεδο, η προτεραιότητα του κέρδους συνίσταται στην οικονομική εκμετάλλευση του ασθενή παρά στην χορήγηση βοήθειας σε αυτόν. Ο Navaγγο επεκτείνει την ανάλυσή του θεωρώντας ότι δεν είναι το καπιταλιστικό σύστημα, αλλά είναι το κράτος αυτό, το οποίο έχει τον έλεγχο της ιατρικής. Ενώ κάποιοι θεωρητικοί θεωρούν το κράτος ως υπηρέτη της άρχουσας τάξης²⁰¹, ο Navaγγο θεωρεί πως το κράτος ενεργεί προς το όφελος του καπιταλισμού αλλά δεν κυριαρχείται από αυτόν. Έτσι και σε μη καπιταλιστικές κοινωνίες, το κράτος έχει υιοθετήσει άμεσες σχέσεις με την ιατρική. Συχνά το κράτος επιθυμεί να λύσει διάφορα προβλήματα με αυτή του τη σχέση με την ιατρική²⁰². Προβλήματα όπως να έχει μια υγιή εργατική δύναμη και όχι να αποσπάσει κέρδος ή παραγωγικότητα.

Στην προσπάθεια να διερευνηθεί η σχέση της επιστημονικής ιατρικής με τις ανάγκες διατήρησης και αναπαραγωγής του καπιταλιστικού συστήματος κυριαρχούν δύο μορφές απόψεων : α) οι απόψεις οι οποίες θεωρούν πως η επιστημονική ορθολογικότητα και η συναφής με αυτή την ορθολογικότητα τεχνολογία, ευθύνονται για τα αρνητικά της βιομηχανικής κοινωνίας (βλέπε Illich I.), και β) η κλασική Μαρξιστική άποψη η οποία διακρίνει μεταξύ Επιστήμης και Ιδεολογίας. Σκοπός στην μαρξιστική άποψη είναι η κίνηση από την Ιδεολογία σε μία φυσική, μη μολυσμένη από την ιδεολογία Επιστήμη, μέσα στον σοσιαλισμό.

²⁰⁰ Για τα στοιχεία σχετικά με το τραύμα και την παραπομπή βλέπε, Φίλιας Ν. (1994), *Μεθοδολογία ή Κατευθυνόμενη Γνώση, Ομοιοπαθητική Ιατρική*, τ. 11, σελ. 17.

²⁰¹ Για μια παρουσίαση, εφαρμογή του Μαρξιστικού θεωρητικού σχήματος για τις υπηρεσίες υγείας στον καπιταλισμό βλέπε, Rodberg L. Stevenson G. (1978), *Η Βιομηχανία Ιατρικής Περίθαλψης στον Προηγμένο Καπιταλισμό, Σύγχρονα Θέματα*, 3, Δεκέμβριος 1978, σελ. 34-46.

²⁰² Στην ανάλυση της σχέσης της δομής του καπιταλιστικού συστήματος με την ιατρική κυριαρχεί ο προσδιορισμός της ιατρικής όπως αυτός μας δίνεται από τους γιατρούς, όπου η ιατρική εννοιολογείται ως επιστημονική, ως αντικειμενική η οποία εφόσον μπορεί να ξεχωρίσει το αντικείμενό της (μικρόβια) όπως οι φυσικές επιστήμες, μπορεί να προσφέρει γνώση η οποία είναι ανεξάρτητη από κοινωνικούς και οικονομικοκοινωνικούς προσδιορισμούς.

Σύμφωνοι με την άποψη του L. Doyal²⁰³ θεωρούμε πως και οι δύο αυτές απόψεις είναι ανεπαρκείς. Η σύγχρονη ιατρική, όπως και κάθε μορφή ιατρικής, αποτελεί πρώτιστα, μορφή κοινωνικής σχέσης, αποτελεί μορφή ανθρώπινης δραστηριότητας. Αυτό λοιπόν που επιβάλλεται για την κατανόησή της, είναι η ανάλυση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία η επιστήμη αυτή παράγεται και λειτουργεί. Συνεπώς, μια διεξοδική ανάλυση της επιστημονικής ιατρικής πρέπει : 1) Να ασχοληθεί με την ανάλυση των πραγματικών περιεχομένων της γνωσιακής βάσης της επιστήμης, περιλαμβάνοντας τις υποβόσκουσες κοσμοθεωρίες και θεωρίες (ανατομία), την εννοιολογική παρουσίαση του τι ακριβώς είναι η ιατρική εξουσία, (η γνώση είναι εξουσία) και τις συναφείς τεχνολογίες άσκησης της ιατρικής εξουσίας. 2) Να αναλύσει τις κοινωνικές πρακτικές της δοσμένης ιατρικής επιστήμης, εξετάζοντας ερωτήσεις, όπως ποιος έχει πρόσβαση στη γνώση και με ποιους όρους, την φύση του καταμερισμού της εργασίας στην παραγωγή, καθώς και τι κριτήρια, και τι τεχνολογία χρησιμοποιείται από την ιατρική, και για τα ενδιαφέροντα ποιανού. 3) Να συνδεθεί η θεωρία (1) και η πρακτική (2) της ιατρικής επιστήμης με τον κοινωνικό χώρο του καπιταλισμού. Πρέπει να δούμε τον ρόλο της ιατρικής στην διαδικασία της καπιταλιστικής συσσώρευσης, όπως και την μετατροπή της επιστημονικής γνώσης σε χρησιμότητα. Επίσης είναι εξίσου σημαντικό να εξετάσουμε τον ρόλο που παίζει η επιστήμη στην παραγωγή ιδεολογίας και στην συναφή άσκηση κοινωνικού ελέγχου.²⁰⁴

Στο συγκεκριμένο οικονομικοκοινωνικό σύστημα η ασθένεια και γενικότερα η κακή υγεία απαντώνται ως άμεση συνέπεια της οικονομικής ανάπτυξης, όπου το κέρδος προβάλλεται ως πρώτη αξία. Ως προτεραιότητα τίθεται η επιδίωξη του κέρδους, η διακίνηση της διευρυμένης παραγωγής, εις βάρος της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης. Η ανάπτυξη του καπιταλιστικού συστήματος έχει προσφέρει βελτίωση στη γενική υγεία του πληθυσμού (έχει αυξηθεί ο μέσος όρος ηλικίας θανάτου), αλλά βρισκόμαστε πλέον σε ένα σημείο όπου οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού, λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης της ιατρικής τεχνολογίας, έρχονται σε σύγκρουση με τις προϋποθέσεις της συνεχιζόμενης κεφαλαιοκρατικής συσσώρευσης. Η βελτίωση της υγείας των μελών των δυτικών κοινωνιών εξαρτάται, έχει σχέση με δύο πράγματα. α) Μέσα στο πλαίσιο μιας παγκόσμιας προσέγγισης, η βελτίωση αυτή εξαρτάται από

²⁰³Η ανάλυση η οποία ακολουθεί βασίζεται στο έργο, Doyal L. (1981), *The Political Economy of Health*, Pluto Press.

²⁰⁴Στο ίδιο, σελ. 22.

την οικονομική και κοινωνική εκμετάλλευση των μη ανεπτυγμένων χωρών. Οι πληθυσμοί αυτών των χωρών μαστίζονται, αποδεκατίζονται από ασθένειες πληρώνοντας το τίμημα της ανάπτυξης, της ανόδου του επιπέδου υγείας των βιομηχανικών κοινωνιών. β) Με την εμφάνιση ενός πλήθους νέων ασθενειών. Ενώ η επιστημονική ιατρική καταπολέμησε αποτελεσματικά πολλές ασθένειες (τύφο, πανούκλα) δημιούργησε ένα πλήθος νέων (καρδιοπάθειες, καρκίνοι).

Η λειτουργία του καπιταλιστικού συστήματος γεννά αντιθέσεις μεταξύ της υγείας και του κέρδους. Η εξειδίκευση, το άγχος, οι υπερωρίες, τα εργατικά ατυχήματα υποσκάπτουν την υγεία των εργατών. Οι (ταξικές) διαφορές στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα είναι εμφανείς²⁰⁵. Οι εργάτες αρρωσταίνουν πιο συχνά και πεθαίνουν πιο νέοι από ότι οι μικροαστοί. Οι πιο κακοπληρωμένες εργασίες είναι και οι πιο επικίνδυνες. Στις μη ανεπτυγμένες χώρες το πρόβλημα είναι πιο οξύ. Εκεί οι αιτίες του θανάτου δεν είναι, όπως συνήθως υποστηρίζεται τροπικές, αλλά για τους θανάτους φταίει η κακή διατροφή και οι μολύνσεις. Αυτές οι αιτίες δεν είναι «φυσικές», αλλά διαμορφώνονται από τα οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ιμπεριαλισμού. Συνεπώς η υγεία και η ασθένεια δεν μπορούν να κατανοηθούν έξω από το πλαίσιο του τρόπου παραγωγής στο οποίο λαμβάνουν χώρα.

Το περιεχόμενο, η θεωρία και η πρακτική της επιστημονικής είναι συνδεδεμένα με την κοινωνία στην οποία αναπτύχθηκαν.²⁰⁶

Η λειτουργία και αναπαραγωγή του συστήματος τίθεται ως πρώτιστος σκοπός. Η ιατρική στην συνέχεια τίθεται στην εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού και ενδιαφέρεται για την παραγωγική ικανότητα των ατόμων (εργατών), παρά για τις ελπίδες, τους φόβους, τις ανησυχίες, τους πόνους ή τις στεναχώριες τους.

Προσδιορίζοντας την υγεία και την ασθένεια με αυτόν τον τρόπο, το ιατρικό μοντέλο περιορίζει τις προσδοκίες των ατόμων για το τι είναι υγεία και έτσι γίνεται ελεγχόμενη η αρρώστια και η απαίτηση για ιατρική περίθαλψη.²⁰⁷

Ο εργάτης μαθαίνει το τι είναι η υγεία, αγνοώντας ότι η υγεία είναι η ολοκλήρωση της προσωπικότητας του, και περιορίζει έτσι την υγεία σε αυτό που του

²⁰⁵ Dutton D. (1986), *Social Class, Health and Illness*, στο Aiken L. Mechanic D. (1986), *Application of Social Sciences to Clinical Medicine and Health Policy*, Rytgers University Press.

²⁰⁶ Doyal L. (1981), *The Political Economy of Health*, Pluto Press, σελ. 27.

²⁰⁷ Στο ίδιο, σελ. 35.

έχουν γνωρίσει. Η υγεία αποκτάει έτσι επαναστατική διάσταση, διότι η γνήσια συνειδητοποίησή της μπορεί να οδηγήσει σε επαναστατική δράση. Αν κατανοηθεί το τι ακριβώς είναι η υγεία (πλήρης αυτοεκπλήρωση του ξεχωριστού υποκειμένου) και τι προβάλλεται ως υγεία από την ιατρική (σωματική λειτουργία), καθώς και η καταστροφή της υγείας από τον βιομηχανικό τρόπο παραγωγής και η σύνδεση της ιατρικής με το καπιταλιστικό κέρδος, μπορεί να υπάρξει συλλογική δράση. Το να γνωρίσει ο εργάτης την αληθινή έννοια της υγείας σημαίνει να ξεφύγει από την αλλοτρίωση την οποία υφίσταται. Η ασθένεια αποτελεί λοιπόν ένα «εν δυνάμει» πολιτικό στοιχείο. Για το λόγο αυτό η επιστημονική ιατρική εστιάζει στην ατομική ευθύνη του ατόμου, όπου ο καθένας είναι ελεύθερος να κάνει ότι θέλει, να γίνει πλούσιος, φτωχός, ασθενής ή υγιής. Η ιδεολογία της ατομικής ευθύνης ορίζει πως ο καπνιστής είναι ελεύθερος να καπνίσει και να πεθάνει από καρκίνο. Στην ουσία όμως δεν ευθύνεται ο καπνιστής όταν το ίδιο το κοινωνικό περιβάλλον επιβάλλει στην ουσία το κάπνισμα διαφημίζοντάς το και προβάλλοντάς το ως τρόπο ζωής. Η ασθένεια γίνεται ατομική επιλογή και όχι προϊόν κοινωνικών ανισοτήτων, προσφέροντας στο σύστημα την σταθερότητά του. Για το λόγο αυτό και η επιστημονική ιατρική είναι θεραπευτική, για λόγους συντήρησης του συστήματος, σε σχέση με την επιδίωξη του κέρδους ως αξίας η οποία τοποθετείται πάνω από την υγεία. Κάθε αλλαγή της οπτικής της ιατρικής από θεραπευτική σε προληπτική, για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να ασχοληθεί με την αναδιοργάνωση του συγκεκριμένου τρόπου παραγωγής και την αλλαγή του προσανατολισμού στην επιδίωξη του κέρδους. Το κράτος Πρόνοιας ασκεί την πολιτική υγείας για λόγους ισορροπίας των διαφόρων ανταγωνιστικών κεφαλαίων, προκειμένου να εξασφαλίζεται το fair play. Ο εργάτης πρέπει βιολογικά να είναι υγιής προκειμένου να μπορεί να αναπαραγάγει η κοινωνική σχέση Κεφάλαιο. Η αληθινή ασχολία με την υγεία θα σήμαινε ενασχόληση με την συσσώρευση του κεφαλαίου και για το λόγο αυτό η σύγχρονη ιατρική είναι θεραπευτική, επικεντρώνοντας στο σώμα του ασθενή και όχι προληπτική, διότι θα έπρεπε να ασχοληθεί με τους οικονομικοκοινωνικούς παράγοντες. Ο τρόπος παραγωγής του αγαθού υγεία αναπαραγάγει τόσο τον κοινωνικό καταμερισμό της εργασίας, όσο και τα γενικότερα στοιχεία της αστικής ιδεολογίας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας εμπεριέχει μια ομάδα κοινωνικών σχέσεων οι οποίες είναι γραφειοκρατικές, ιεραρχικές και εξουσιαστικές. Για αυτούς που δουλεύουν στο νοσοκομείο αυτό σημαίνει πως η θέση εργασίας τους εκφράζει και ενισχύει τον καταμερισμό που ισχύει στην ευρύτερη κοινωνία, δί-

νοντας έμφαση στην διαφορετική κατανομή του status, της εξουσίας, του εισοδήματος, του φύλου και της τάξης. Στην περίπτωση τώρα των ασθενών, η άνιση σχέση με τους γιατρούς και η έλλειψη της αυτονομίας και εξουσίας τους, μέσα στο πλαίσιο του ολικού συστήματος δείχνουν πως το νοσοκομείο αποτελεί έναν ιδεώδη μηχανισμό κοινωνικού ελέγχου.

Γυναίκες και Ιατρική

Στο πλαίσιο της εξυπηρέτησης από την ιατρική των ευρύτερων κοινωνικών λειτουργιών, εντάσσεται και η στάση την οποία τηρεί η ιατρική απέναντι στις γυναίκες, στο πλαίσιο της καπιταλιστικής πατριαρχικής κοινωνίας²⁰⁸. Οι γυναίκες αποτελούν ιδιαίτερο αντικείμενο επέμβασης και ιατρικοποίησης. Φυσιολογικές γυναικείες λειτουργίες, χαρακτηρίζονται ως «εν δυνάμει» παθολογικές, οι οποίες και χρειάζονται την επέμβαση του «ειδικού»²⁰⁹. Διαδικασίες όπως, ο τοκετός, η γέννα, ή η άμβλωση, οι οποίες για χιλιετηρήδες εκτελούνταν χωρίς την συνδρομή του γιατρού, μέσα στο λαϊκό περιβάλλον της γυναίκας, απαιτούν πλέον την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Η γέννα, ένα εύκολο να χειρισθεί φυσιολογικό γεγονός στο 90% των περιπτώσεων,

χαρακτηρίζεται ως «εν δυνάμει» επικίνδυνο, άρα επιβάλλεται η εισαγωγή στο νοσοκομείο. Το ίδιο συμβαίνει και με την άμβλωση ή με διάφορες άλλες φυσιολογικές λειτουργίες όπως η εμμηόρροια. Σε όλες αυτές τις βιολογικές λειτουργίες επεμβαίνει ο ιατρικός λόγος χαρακτηρίζοντάς τις ως προβληματικές²¹¹. Μέσα στο πλαίσιο της ιατρικοποίησης της γυναικείας συμπεριφοράς, ως άμεση συνεπαγωγή, έρχεται η υποτίμηση της γυναίκας. Οι γυναίκες θεωρούνται από τους γιατρούς ως μη αξιόπιστοι παρατηρητές του κύκλου τους και έτσι είναι οι γιατροί αυτοί οι οποίοι ξέρουν καλύτερα και μπορούν να κάνουν την διάγνωση της εγκυμοσύνης. Μόνο αφότου συμβεί

²⁰⁸ Συμπληρωματική αναφορά σε αυτό το θέμα θα γίνει στο κεφάλαιο όπου θα ασχοληθούμε με την σχέση γιατρός-νοσηλεύτρια.

²⁰⁹ Doyal L. (1994), *Changing Medicine ? Gender and the Politics of Health Care*, στο Gabe J. Keller D. Williams G. (1994), *Challenging Medicine*, Routledge.

²¹⁰ Wertz R. Wertz D. (1979), *Lying in : A History of Childbirth in America*, Free Press, στο Schwartz H. (1994), *Dominant Issues in Medical Sociology*, McGraw Hill

²¹¹ Για την διαδικασία ιατρικοποίησης της γέννας και την εγκαθίδρυση της ιατρικής εξουσίας πάνω σε αυτήν την επέμβαση βλέπε, Riessman C. (1983), *Women and Medicalization. A New Perspective*, *Social Policy*, 14, στο ίδιο, σελ. 190-211.

αυτή η διάγνωση, αυτή η ιατρική νομιμοποίηση του υποκειμενικού βιώματος, η γυναίκα αισθάνεται ελεύθερη να κοινοποιήσει τα ευχάριστα νέα, το ότι είναι δηλαδή έγκυος. Η εισαγωγή της γυναίκας σε αυτή τη διαδικασία αναφοράς του υποκειμενικού βιώματος στον γιατρό, και η εξέλιξη της εγκυμοσύνης και της γέννας ελέγχεται από την ιατρική και είναι εδώ όπου η γυναίκα εισάγεται σε μια άποψη της γέννησης ως κάτι το οποίο είναι πιθανό να εμπεριέχει παθολογία, τόσο για την ίδια, όσο και για το παιδί. Όλη η διαδικασία της αναπαραγωγής προχωράει έτσι ώστε οι απόψεις και οι γνώσεις της γυναίκας για αυτό που συμβαίνει στο ίδιο της το σώμα να αγνοούνται. Μεταξύ της εμπειρίας της γυναίκας και της σύλληψης αυτής της εμπειρίας, διαμεσολαβεί η ιατρική, η οποία προσδιορίζει αν η πορεία της γέννας γίνεται «φυσιολογικά», σύμφωνα δηλαδή με την προδιαγεγραμμένη πορεία.

Αρκεί να αναφέρουμε ένα παράδειγμα το οποίο αναδεικνύει την αντιμετώπιση της γυναίκας ως μη αξιόπιστου υποκειμένου :

Γιατρός (διαβάζοντας τις σημειώσεις) : Α βλέπω έχετε ένα αγόρι και ένα κορίτσι.
Γυναίκα : Όχι, δύο κορίτσια.
Γιατρός : Είστε σίγουρη ; Νομίζω ότι έλεγε
(ελέγχει τις σημειώσεις). Ναι έχετε δίκιο, δύο κορίτσια.

Το «είστε σίγουρη ;» θα μπορούσε να είχε ειπωθεί μόνο από έναν γιατρό ο οποίος έχει μάθει να χειρίζεται τις εμπειρίες της γυναίκας ως ασήμαντες, ως μη αξιόπιστες άρα ως μη άξιες να τις ακούσει. Βλέπουμε λοιπόν πως η ιατρική λειτουργεί αναπαράγοντας και νομιμοποιώντας την ευρύτερη στάση της πατριαρχικής κοινωνίας απέναντι στις γυναίκες.

Ο Κοινωνικός Ρόλος της Ασθένειας

Στο τμήμα αυτό θα παρουσιάσουμε τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αναγνωρίζεται κοινωνικά ως ασθενής. Θα εξετάσουμε δηλαδή την λειτουργία του κοινωνικού ρόλου του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα θα παρουσιάσουμε τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιείται η ιατρική για την εύρυθμη αναπαραγωγή της συγκεκριμένης κοινωνίας.

²¹²Oakley A. (1979), *Becoming a Mother*, Martin Robertson, στο Scambler G. (1994), *Sociology as Applied to Medicine*, Bailliere Tindall, σελ. 137.

Η ασθένεια όπως είδαμε, δεν αποτελεί απλώς βιολογικό γεγονός. Έχει άμεσες σχέσεις με το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Συμβολικά η ασθένεια αποτελεί τον κυριότερο ίσως τρόπο για την ατομική, και συλλογική έκφραση της ατυχίας. Στην ασθένεια το άτομο αναζητά την εξήγηση, την αλήθεια για την σχέση του με την ευρύτερη φύση (π.χ. φυλετικές κοινωνίες), και όχι απλά την αναζήτηση της συγκεκριμένης αιτίας. Η ασθένεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μεταφορά. Δεν μπορούμε να σκεφτούμε την ασθένεια χωρίς ταυτόχρονα να σκεφτούμε την κοινωνία και τον ευρύτερο κόσμο. Η εννοιολόγηση της ασθένειας έχει περάσει από διάφορα στάδια όπου έχει θεωρηθεί ως αμαρτία, ως μαγεία, μέχρι την σύγχρονη κοινωνία όπου θεωρείται ως το αποτέλεσμα της εισαγωγής των μικροβίων στον οργανισμό του κάθε ατόμου. Σε κάθε όμως μορφή της είναι κοινωνικό προϊόν.

Ο λόγος για την ασθένεια μεταφέρει ένα μήνυμα για όλη την κοινωνία.²¹³

Η ασθένεια προσβάλλει και απειλεί όχι μόνο την υγεία του ατόμου, αλλά ταυτόχρονα και την οικονομική ασφάλεια της ομάδας, της οποίας αποτελεί μέλος. Μέσα στο πλαίσιο της ομάδας αυτής, κάθε μέλος έχει ως καθήκον του την εκπλήρωση συγκεκριμένων κοινωνικών ρόλων, οι οποίοι ρόλοι συμβάλλουν στην ομαλή αναπαραγωγή της ομάδας. Ο ασθενής δεν μπορεί να εκπληρώσει τους κοινωνικούς του ρόλους και προκαλεί πρόβλημα στις αναμενόμενες από αυτόν κοινωνικές λειτουργίες, άρα προκαλεί πρόβλημα στην εύρυθμη λειτουργία και αναπαραγωγή της κοινωνίας. Η κοινωνία βρίσκεται σε δίλημμα και έχει να επιλέξει μεταξύ του να αφήσει αβοήθητο τον ασθενή, άρα και να ψάξει για αντικαταστάτη του ή να τον βοηθήσει να ξεπεράσει την κρίση υγείας που υφίσταται για να μπορέσει να ασκήσει ξανά το ρόλο του χωρίς πρόβλημα. Επιλέγει λοιπόν η κοινωνία τη δεύτερη επιλογή και το σύνολο της αναλαμβάνει επιπλέον ρόλους (βοήθεια προς τον ασθενή, προσωρινή αντικατάσταση του) προκειμένου να τον βοηθήσει να αναλάβει πάλι τους δικούς του ρόλους. Συνεπώς η ασθένεια θεωρούμενη πολιτισμικά, αποτελεί την αναγνώριση ότι το άτομο είναι ανίκανο να εκπληρώσει τους κανονικούς του ρόλους, για το οποίο και κάτι πρέπει να γίνει.

Σημαντική στο σημείο αυτό είναι η διάκριση μεταξύ **ασθένειας** και **ασθενικότητας**. Η ασθένεια αποτελεί όπως είδαμε πολιτισμικό σχέδιο, ενώ η ασθενικότητα

παθολογικό. Από τη μια έχουμε λοιπόν την πολιτισμική και από την άλλη τη βιολογική έκφραση της κρίσης της υγείας. Αλλά οι ανθρώπινες ασθενικότητες (βιολογικές) γίνονται κοινωνικά σημαντικές μόνο όταν έχουν αναγνωριστεί ως αρρώστιες πολιτισμικά, οι οποίες αρρώστιες αποτελούν φυσιολογικές δυσλειτουργίες που απειλούν τόσο το άτομο, όσο και την κοινωνία. Έτσι θεωρείται :

Πώς ο γιατρός θέλει να γιατρέψει την ασθένεια αλλά μεταχειρίζεται την ασθενικότητα, δηλαδή είναι η ανικανότητα άσκησης του ρόλου και όχι η ύπαρξη παθολογίας που ζητά βοήθεια.²¹⁴

Ή όπως το διατυπώνει ο Eisenberg²¹⁵ :

Οι ασθενείς υποφέρουν από την ασθενικότητα, οι γιατροί κάνουν διάγνωση και χειρίζονται τις ασθένειες.²¹⁶

Κατά την συνάντηση μεταξύ γιατρού και ασθενή έχουμε την διαμάχη, την αντιπαράθεση δύο διαφορετικών οπτικών. Από την μια πλευρά έχουμε την οπτική του γιατρού στο πλαίσιο της οποίας ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως άλλη μια περίπτωση, ένα ακόμα «περιστατικό» μέσα στο πλαίσιο της κλινικής γνώσης. Από την άλλη πλευρά έχουμε την οπτική του ασθενή, ο οποίος τοποθετεί την δική του ασθένεια, μέσα στο πλαίσιο του δικού του πολιτισμικού υπόβαθρου και στο πλαίσιο των δικών του καθημερινών δραστηριοτήτων.²¹⁷

Όπως αναφέρει ο Von Mering για την άσκηση του κοινωνικού ρόλου του ασθενή:

²¹³ Herlich C. and Pierret J. (1985), *The Social Construction of the Patient : Patients and Illnesses in other Ages, Soc. Sci. Med.*, Vol. 20, N. 2 : 145-151, σελ. 150.

²¹⁴ Foster G. Anderson B. (1978), *Medical Anthropology, Newbery*, σελ. 40.

²¹⁵ Eisenberg R. (1977), *Disease and Illness. Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness, Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 : 9-23.

²¹⁶ Foster G. Anderson B. (1978), *Medical Anthropology, Newbery*, σελ. 47.

²¹⁷ Παράδειγμα αποτελεί η διαφορετική εννοιολόγηση του τι αποτελεί «επείγον» μεταξύ κλινικής και λαϊκής προοπτικής. Πολλοί γιατροί παραπονιούνται ότι πολλοί ασθενείς απασχολούν το τμήμα επειγόντων περιστατικών για μη σοβαρά περιστατικά. Οι γιατροί θεωρούν τα περιστατικά των ασθενών αυτών, τα οποία αντιμετωπίζουν στο χώρο των επειγόντων περιστατικών, ως ασήμαντα. Από την πλευρά όμως των ασθενών τα παράπονά τους δεν είναι ασήμαντα μιας και προέρχονται από ένα διαφορετικό σύστημα γνώσης και από ένα διαφορετικό σύστημα προτεραιοτήτων (αυτό που έχει σημασία για αυτούς είναι η δική τους υγεία). Έτσι η μελέτη νέων ασθενών οι οποίοι εισήχθησαν σε ένα νοσοκομειακό τμήμα επειγόντων περιστατικών και ατυχημάτων, έδειξε ότι από τα 628 διαφορετικά παράπονα τα οποία παρουσιάστηκαν από τους ασθενείς μόνο το 6% προσδιορίστηκαν ως «επείγοντα χρησιμοποιώντας αυστηρά κλινικά κριτήρια, ενώ 59% των παραπόνων χαρακτηρίστηκαν ως επείγοντα από τους ασθενείς. Calnan M. (1984), *The Function of the Hospital Emergency Department : A Study of Patient Demand, Journal of Emergency Medicine* 2, 57-63, στο Morgan M. et. al. (1993), *Sociological Approaches to Health and Medicine*, Routledge, σελ. 125-126.

Η κατάλληλη εξέταση της άρρωστης ανθρώπινης ύπαρξης προϋποθέτει ότι το κάθε άτομο ζει με τα συμπτώματα και τις συνέπειες της αρρώστιας τόσο στο φυσικό και πνευματικό όσο και στο ιατρικό και το κοινωνικό πεδίο. Καθώς προσπαθεί ο άρρωστος να ξεπεράσει την αρρώστια εμπλέκετε σε μια ποικιλία προσδιορισμένων και μη, εσωτερικών και εξωτερικών διαδικασιών επίλυσης των προβλημάτων.²¹⁸

Αυτό που έχει σημασία για την κατανόηση της ασθένειας είναι η μελέτη των κοινωνικών ρόλων. Η ασθένεια αποτελεί ένα στίγμα, μια ελαττωματική ταυτότητα η οποία δίνεται στο άτομο. Η άμεση συνέπεια του στίγματος του ρόλου του ασθενή, είναι ότι μπορεί να κυριαρχήσει στην εικόνα την οποία έχουν οι άλλοι και αυτό να έχει αντίκτυπο στον τρόπο που του φέρονται. Ο ρόλος του παρεκκλίνοντος, του ασθενή, γίνεται ένας κυρίαρχος ρόλος (master status). Οτιδήποτε άλλο είναι ο ασθενής, πατέρας, δάσκαλος, προσδιορίζεται πρώτιστα από το στίγμα (καρκινοπαθής, φορέας του Aids). Η κατάσταση της ασθένειας χαρακτηρίζεται από στάδια. Αρχή - Μέση - Έκβαση (θάνατος ή ανάρρωση). Κατά τη διαδικασία εξέλιξης της ασθένειας από το ένα στάδιο στο άλλο, οι ρόλοι που ασκεί το άτομο αλλάζουν, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η αλλαγμένη κατάσταση. Βλέπουμε λοιπόν πως η ασθένεια αποτελεί, όχι μια σταθερή, δοσμένη σχέση-κατάσταση αλλά μια δυναμική διαδικασία προσαρμογής.

Κατά την ανάλυση της διαμόρφωσης του κοινωνικού προσδιορισμού της ασθένειας, μέσω της εναλλαγής ρόλων, διακρίνουμε τρεις καταστάσεις. Πρώτα απ' όλα, υπάρχει η προσωπική έκφραση του αισθήματος της ασθένειας, η συμπεριφορά του ίδιου του ασθενή. Από την άλλη, στην προσπάθεια να αναλυθούν οι διαφορετικές βαθμίδες, χρησιμοποιούνται τα μοντέλα ρόλων του ασθενή (patient role) και του αρρώστου (sick role).

Όπως το προσδιορίζει ο Mechanic η συμπεριφορά του ασθενή (illness behaviour), είναι:

Ο τρόπος με τον οποίο τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά, εκτιμούνται και χρησιμοποιούνται από ένα άτομο που αναγγρίζει πόνο, δυσκολία ή οποιαδήποτε άλλης μορφής δυσλειτουργία.²¹⁹

²¹⁸ Στο ίδιο, σελ. 146.

²¹⁹ Foster G. Anderson B. (1978), *Medical Anthropology*, Newbery, σελ. 146.

Η συμπεριφορά του αρρώστου, η υποκειμενική βίωση της ασθένειας μπορεί να υπάρχει χωρίς το ρόλο του αρρώστου ή χωρίς το ρόλο του ασθενή. Έτσι όταν κάποιος αισθάνεται άρρωστος, π.χ. τον πονάει ο λαιμός, του δεν σημαίνει ότι αυτόματα υιοθετεί και τον ρόλο του αρρώστου. Ο ρόλος του αρρώστου αποκτιέται όταν η αρρώστια προσδιορισθεί από το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή ως σοβαρή, και ως τέτοια, μπορεί να αποσπάσει ένα άτομο από όλους, ή από τους περισσότερους φυσιολογικούς του ρόλους. Η διαφορά ανάμεσα στην συμπεριφορά του αρρώστου, και στο ρόλο του αρρώστου, είναι ότι η πρώτη ως έκφραση της αρρώστιας δεν συνεπάγεται ουσιαστικές αλλαγές στην άσκηση των φυσιολογικών, καθημερινών ρόλων του ατόμου²²⁰. Αντίθετα, ο ρόλος του αρρώστου επιτρέπει στο άτομο να παραιτηθεί προσωρινά από τους καθημερινούς ρόλους, και να υιοθετήσει ένα καινούργιο ρόλο (άρρωστος). Η παραίτηση από τους καθημερινούς ρόλους σημαίνει πως το περιβάλλον του αρρώστου αναγκάζεται να τους καλύψει, μέχρι αυτός να αναρρώσει. Σε αυτήν την περίπτωση έχουμε μια κοινωνική συμφωνία, μια αποδοχή του ρόλου του αρρώστου, από αυτούς που βρίσκονται κοντά του. Ο Jaco θεωρεί ότι:

Όταν η συμπεριφορά που συνδέεται με την αρρώστια, οργανώνεται σε έναν κοινωνικό ρόλο, ο ρόλος του αρρώστου γίνεται ένας γεμάτος νόημα τρόπος επικοινωνίας με την ύπαρξη και την πιθανότητα της αρρώστιας από την κοινωνία.²²¹

Αυτό που έχει σημασία, είναι πως ο ρόλος του αρρώστου σημαίνει την αποδοχή του καινούργιου ρόλου του ατόμου από ένα πλήθος ατόμων. Αυτοί εντοπίζονται στο στενό και φιλικό περιβάλλον του ασθενή. Έτσι όταν κάποιος αισθάνεται άρρωστος αποφασίζει να μείνει στο κρεβάτι απορρίπτοντας τους φυσιολογικούς του ρόλους και υιοθετώντας τον ρόλο του αρρώστου.

Ο ρόλος του ασθενή τώρα, είναι κάτι διαφορετικό από τον ρόλο του αρρώστου. Ο πρώτος περιορίζει περισσότερο από ότι ο δεύτερος τις δραστηριότητες του ασθενή. Ο ρόλος του ασθενή υιοθετείται όταν ο ασθενής, που έχει ήδη αποδεχθεί τον ρόλο του αρρώστου, αποφασίζει να συμβουλευτεί το γιατρό. Την στιγμή που μπαίνει στο γραφείο του γιατρού έχει την ιδιότητα του αρρώστου, ενώ όταν βγαίνει από αυτό το γραφείο, έχει πλέον τον ρόλο του ασθενή. Η ιατρικοποίηση της κατάστασης του

²²⁰ Στο ίδιο, σελ. 146.

²²¹ Στο ίδιο, σελ. 146.

ασθενή, είναι αυτή που προσδιορίζει τον ρόλο του ασθενή. Ο ρόλος αυτός αρχίζει όταν ο άρρωστος υποτάσσεται στην ιατρική εξουσία.

Η συνολική κοινωνία προσδιορίζει τα νόμιμα κριτήρια για την αρρώστια των μελών της (προσδιορίζει το ρόλο του αρρώστου), ενώ τα θεραπευτικά και οργανωτικά πλαίσια στα οποία ο άρρωστος αποκτάει φροντίδα και θεραπεία προσδιορίζουν τα κριτήρια για το ρόλο του ως ασθενή, μέσα στα πλαίσια του κοινωνικού συστήματος.²²²

Βέβαια οι παραπάνω κατηγορίες αποτελούν ιδεοτύπους, μια και στην πραγματικότητα υπάρχει επικάλυψη μεταξύ τους.

Ο Parsons T. στα έργα του²²³ χρησιμοποιεί το ρόλο του ασθενή και προσδιορίζει τις σχέσεις μεταξύ γιατρού και ασθενή. Η αρρώστια θεωρείται ως υποκειμενική θέληση για απόσυρση από τους κοινωνικούς ρόλους. Γι' αυτό το λόγο απαιτείται ο κοινωνικός έλεγχος, ως μέσο άμυνας της κοινωνίας απέναντι σε αυτήν τη μορφή δυσλειτουργίας του κοινωνικού συστήματος. Η ιατρική λοιπόν αποκτά εξουσία, ως εκφραστής του κοινωνικού ελέγχου. Η σχέση γιατρού ασθενή είναι προσωρινή και στοχεύει στην επανενσωμάτωση, επανένταξη του ατόμου στους φυσιολογικούς του ρόλους. Από την πλευρά του ασθενή, ο γιατρός αποτελεί τη μορφή νομιμοποίησης, της απόσυρσης από τους κοινωνικούς ρόλους και την υπευθυνότητα για την κατάσταση του.

Ο γιατρός λοιπόν είναι αυτός ο οποίος μπορεί να δώσει στο υποκείμενο την νόμιμη δυνατότητα απόσυρσης από την φυσιολογική καθημερινή άσκηση των κοινωνικών του ρόλων. Σε αυτήν την σχέση έχουμε την εμφάνιση της έννοιας της Ιατρογέννεσης. Η έννοια αυτή αναφέρεται στην νέα ασθένεια η οποία πηγάζει από το άγχος της σχέσης γιατρού - ασθενή, όπου η σχέση χαρακτηρίζεται από ασάφεια όταν ο γιατρός δεν γνωρίζει με την πρώτη από το τι πάσχει ο ασθενής και έτσι ο δεύτερος ενώ έχει τα συμπτώματα δεν έχει την αποδεκτή ταυτότητα του ασθενή. Αυτό συμβαίνει όχι στις ασθένειες, αλλά στις χρόνιες παθήσεις. Αρκεί να αναφέρουμε ένα παράδειγμα για να καταλάβουμε την ασθένεια η οποία δημιουργείται από το άγχος αυτό. Η αναφορά γίνεται από την K. Irving η οποία έπασχε από πολλαπλή σκλήρυνση.

Ήμουν τόσο χαρούμενη όταν ανακάλυψα ότι είχα πολλαπλή

²²²Στο ίδιο, σελ. 146.

²²³Parsons T. (1951), *The Social System*, Glencoe Free Press και (1975), *The Sick Role and the Role of Physician Reconsidered*, *Health and Society*, 53 n 3 : 257-278.

σκλήρυνση..... Τότε ήξερα ότι δεν πέθανα και ήξερα το τι είχα να αντιμετωπίσω. Μπορούσα επίσης τελικά να πω Χα Χα σε όλους αυτούς τους ανθρώπους οι οποίοι νόμιζαν ότι όλα αυτά ήταν μέσα στο κεφάλι μου Η πολλαπλή σκλήρυνση δεν με φόβισε διότι ήξερα ότι η κατάστασή μου δεν θα γινόταν χειρότερη. Ο γιατρός μου μου είπε ότι έρευνες γίνονταν προκειμένου να βρεθεί θεραπεία..... Περίμενα για την θεραπεία να ανακαλυφθεί.²²⁴

Η ιατρογέννεση παράγεται από το άγχος στην σχέση γιατρός - ασθενής όταν αυτή χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα. Η γυναίκα αυτή χάρηκε όταν έμαθε ότι έπασχε από μια σοβαρή ασθένεια. Αυτή η χαρά δείχνει και το άγχος στο οποίο βρισκόταν.

Στις χρόνιες λοιπόν παθήσεις η διάγνωση αργεί και στη θέση της διάγνωσης από τον γιατρό μπαίνει ένα διαπραγματευτικό παιχνίδι.²²⁵ Η σχέση γιατρός - ασθενής δεν είναι στατική, μονόδρομη, άκαμπτη η οποία προσδιορίζεται αιτιοκρατικά, αν και επηρεάζεται, από το κοινωνικό εξουσιαστικό πεδίο των δύο ομάδων, αλλά μια προβληματική, δυναμική σχέση. Οι γιατροί κατέχουν εξουσία στην θεραπευτική διαδικασία, λόγω του ελέγχου που ασκούν στη διάγνωση και στη θεραπεία. Σε ασθενείς όμως όπου η διάγνωση είναι προβληματική και η θεραπεία μη αποτελεσματική, η θέση του γιατρού γίνεται ασταθής. Για τον ασθενή αυτή η κατάσταση είναι επίσης αγχώδης διότι δεν αποκτάει τον επιθυμητό ρόλο του ασθενή. Η διαπραγματευτική ικανότητα του ασθενή πείθει τον γιατρό ότι η κατάσταση της υγείας του είναι σοβαρή, προκειμένου να αποκτήσει τον προνομιακό ρόλο του ασθενή²²⁶.

Όπως γίνεται αντιληπτό, η συμβολή της θεωρίας του Parsons T. έγκειται στην ανάλυση του ρόλου του ασθενή. Δεν λαμβάνει όμως υπόψη η θεωρία του T. Parsons πως η αναζήτηση της βοήθειας του γιατρού από τον ασθενή αποτελεί το τέλος μιας εξελικτικής διαδικασίας. Δηλαδή δεν λαμβάνει υπόψη του η θεωρία του T. Parsons το τι έχει προηγηθεί πριν από το ρόλο του ασθενή, πράγμα που αποτελεί και το μεγάλο μειονέκτημα της προσέγγισης του.

Τα κύρια σημεία της θεωρίας του Parsons μπορούμε να τα εκφράσουμε ως εξής :

²²⁴ Stewart P. Sullivan T. (1994), *Illness Behaviour and the Sick Role in Chronic Disease : The Case of Multiple Sclerosis*, στο Schwartz H. (1994), *Dominant Issues in Medical Sociology*, McGraw Hill, σελ. 24.

²²⁵ Στο ίδιο, σελ. 16-27.

²²⁶ Αυτή η άποψη της διαπραγματευτικής ικανότητας του ασθενή είναι διαφορετική από την λειτουργική, δομική ανάλυση του Parsons, και χρησιμοποιείται διότι προσφέρει στην καλύτερη κατανόηση της σχέσης γιατρός - ασθενής.

- α) ο ρόλος του ασθενή επιτρέπει στο άτομο την ανάπαυλα από τις καθημερινές κοινωνικές υπευθυνότητες και ρόλους.
- β) αποτελεί μια παρεκκλίνουσα συμπεριφορά η οποία προσφέρει έναν κοινωνικά θεσμοποιημένο τρόπο για να αποσυρθεί το άτομο από τις απαιτήσεις της καθημερινότητας.
- γ) Ο ασθενής αποδέχεται τη θεραπεία μέχρι να γίνει καλά, και δεν είναι υπεύθυνος για την κατάσταση του.
- δ) ο ρόλος του ασθενή θεωρείται από τον ασθενή ως ανεπιθύμητος και προσπαθεί να γίνει καλά -επιστροφή στους κοινωνικούς του ρόλους - το συντομότερο.

Η κριτική που μπορεί να ασκηθεί στον Parsons είναι πως, πρώτα απ' όλα, δεν λαμβάνει υπόψη του τη διαδικασία που προηγείται της συνάντησης με το γιατρό. Η ισχυρότητα των σχέσεων μεταξύ του ατόμου και του στενού του περιβάλλοντος είναι αυτή που θα προσδιορίσει το αν θα ακολουθήσει η εξέλιξη που θα οδηγήσει στον γιατρό. Επίσης η θεωρία του Parsons T. λαμβάνει υπόψη της τον τέλειο ασθενή και τον τέλειο γιατρό. Στις σχέσεις όμως μεταξύ του γιατρού και του ασθενή υπάρχει στην πραγματικότητα υποκρισία, καχυποψία και φόβος. Η θεωρία του επιπλέον δεν έχει εφαρμογή στις χρόνιες ασθένειες, όπου ο ρόλος του ασθενή είναι μόνιμος και η επαναφορά στην άσκηση των φυσιολογικών ρόλων είναι συχνά αδύνατη. Σε μια επαναθεώρηση του ρόλου του ασθενή ο Parsons T.²²⁷ υποστήριζε πως ακόμα και αν ο στόχος μιας πλήρους ανάκαμψης από την ασθένεια (πλήρης ανάρρωση) είναι απραγματοποίητη, πολλές χρόνιες νόσοι μπορούν να «ρυθμιστούν» με τέτοιο τρόπο, ώστε ο ασθενής να μπορεί να ακολουθήσει ένα σχετικά φυσιολογικό πρότυπο σωματικών και κοινωνικών λειτουργιών. Ενώ π.χ. ο διαβήτης δεν μπορεί να θεραπευθεί κατά τον ίδιο τρόπο όπως το σπασίμο ενός κόκαλου, ο Parsons υποστηρίζει πως παρόλα αυτά ο διαβήτης, μια χρόνια δηλαδή πάθηση, δεν πρέπει να τοποθετηθεί σε μια εντελώς νέα κατηγορία από εκείνη των «θεραπεύσιμων» ασθενειών, αν ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει σε ένα φυσιολογικό επίπεδο λειτουργικότητας.

Ακόμα και η θέση ότι ο ρόλος του ασθενή θεωρείται ως ανεπιθύμητος δεν είναι απόλυτα σωστή διότι συχνά ο ρόλος αυτός προσφέρει πλεονεκτήματα στο άτομο τα οποία συχνά δεν θέλει να αποχωριστεί (π.χ. αναρρωτική άδεια).

Το ότι ο ασθενής δεν είναι υπεύθυνος για την ασθένεια του πάλι ενδέχεται να μην αληθεύει μια και συχνά το ίδιο άτομο εν γνώσει του προκαλεί την ασθένεια (π.χ.

²²⁷Parsons T. (1975), *The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered*, *Health and Society*, 53 (3) : 257-278.

οι καπνιστές γνωρίζουν ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο στους πνεύμονες).

Παρόλα αυτά, το θεωρητικό πλαίσιο του Parsons είναι χρήσιμο διότι τονίζει την κοινωνική κατασκευή του ασθενή και ορίζει την υγεία ως επιστροφή στην κοινωνικότητα, στην ομαλή λειτουργία της κοινωνίας.²²⁸

Το συμπέρασμα που βγαίνει από την παρουσίαση του έργου του Parsons, είναι πως η ασθένεια δεν αποτελεί απλώς βιολογικό, παθολογικό γεγονός που εκφράζεται μέσω των ιών και των μικροβίων και επιβεβαιώνεται από τα εργαστήρια. Πρώτιστα η αρρώστια πρέπει να ειδωθεί πολιτισμικά. Πρέπει να ειδωθεί ως η κοινωνική αναγνώριση ότι ένα άτομο δεν μπορεί να εκπληρώσει τους κανονικούς του ρόλους και κάτι πρέπει να γίνει για αυτό.

Μία έννοια σημαντική για την ανάλυσή μας είναι ο *Ιατροκεντρισμός* ο οποίος χαρακτηρίζει την σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας.

..... η διαμόρφωση και η προσφορά των υπηρεσιών υγείας - περιθάλψης είναι έντονα Ιατροκεντρικές : εξαρτώνται δηλαδή σε πολύ μεγάλο βαθμό από τα επιστημονικά ενδιαφέροντα και τα επαγγελματικά συμφέροντα των γιατρών σε όλα τα συστήματα υγείας (κάθε σύγχρονης κοινωνίας) το ιατρικό επάγγελμα ταυτίζεται σχεδόν με το αγαθό της υγείας. γιατρός και ιατρική είναι έννοιες ταυτόσημες.²²⁹

Αφού η αρρώστια μπορεί να θεωρηθεί ως μορφή κοινωνικής παρέκκλισης από τους κοινωνικά επιβαλλόμενους ρόλους, τότε και ο γιατρός παίρνει το ρόλο του αστυνόμου. Η ιατρική ως μορφή κοινωνικού ελέγχου εμπεριέχει την τυποποίηση της αρρώστιας σε κατηγορίες που μπορούν να διαχειρισθούν μέσω γραφειοκρατικών οργανισμών (νοσοκομεία). Το τι είναι υγεία και τι ασθένεια προσδιορίζεται με βάση τη δυνατότητα του υποκειμένου για παραγωγή. Η ιατρική λειτουργεί ως μηχανισμός επιδιόρθωσης του ατόμου προκειμένου να μπορέσει αυτό να επανέλθει στην παραγω-

²²⁸ Για μια αντίθετη στη Λειτουργιστική προσέγγιση βλέπε τα έργα του Illich I. (1975), *Limits to Medicine*, Marion Boyars και του Navarro V. (1978), *The Industrialization of Fetihism or the Fetihism of Industrialization : A Critique of Ivan Illich, Social Science and Medicine*, 14 A : 231-237. Οι δύο αυτοί συγγραφείς τονίζουν την εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών της υγείας και θεωρούν την υπερκατανάλωση φαρμάκων η οποία παρατηρείται στις σύγχρονες κοινωνίες, ως τέχνασμα του καπιταλισμού προκειμένου να δώσει λύση στα προβλήματα του, δημιουργώντας νέες αγορές. Για τον Navarro οι φαρμακοβιομηχανίες και το ιατρικό επάγγελμα αποτελούν την απάντηση σε μια ανάγκη η οποία υπάρχει και η οποία έχει δημιουργηθεί από τις συνθήκες παραγωγής - εργασίας, όπου ο εργατής αλλοτριώνεται από την εργασία του και το προϊόν της, χάνει τον έλεγχο της εργασίας του και ως αντιστάθμισμα στρέφεται στην υπερκατανάλωση. Από την άλλη, για τον Illich η υπερκατανάλωση φαρμάκων και υπηρεσιών υγείας αποτελεί προϊόν της Ιατρογένεσης η οποία πηγάζει από την γραφειοκρατικοποίηση των σύγχρονων κοινωνιών.

²²⁹ Χιωτάκης Σ. (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθέρων Επαγγελματιών: Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών*, Οδυσσέας, σελ. 10.

γική διαδικασία. Η προληπτική ιατρική έχει ακριβώς ως στόχο την αποφυγή ασθένειας του υποκειμένου η οποία προκύπτει από την πιθανή του έκθεση σε δραστηριότητες οι οποίες, ενώ προσφέρουν ευχαρίστηση στο υποκείμενο, μπορεί να του προκαλέσουν πιθανή παύση της παραγωγικής του δυνατότητας. Η αρρώστια θεωρείται, σε παράλληλη γραμμή με έναν φιλελεύθερο ατομικισμό, ως ατομική διαδικασία, όπου το κράτος, μέσω της ιατρικής, επεμβαίνει στην παραγωγή και αναπαραγωγή της ζωής. Ο καταπιεστικός ρόλος ασκείται τόσο σε πρακτικό επίπεδο (νοσοκομείο - θεραπεία), όσο και σε ιδεολογικό επίπεδο (πρόληψη - ατομική ευθύνη, αυτο-έλεγχος). Η εξουσία είναι πάντα παρούσα δια της απουσίας της (Πανοπτικών) και ως αυτοπειθαρχία συντηρείται. Αυτό όμως που συμβαίνει είναι η ίδια η ιατρική να χτυπιέται μέσω των επιτευγμάτων της. Όσο πιο επιτυχημένη γίνεται η ιατρική νικώντας προσωρινά (καθυστερώντας) το θάνατο, τόσο περισσότερο αυξάνεται και ο βαθμός νοσηρότητας της κοινωνίας. Ένας συνεχώς αυξανόμενος γηραιός πληθυσμός απαιτεί και μεγαλύτερη ιατρική φροντίδα (ιατρικός ιμπεριαλισμός). Έχουμε λοιπόν μεγαλύτερη ζωή, αλλά χειρότερη υγεία (sic).

Συμπερασματικές Παρατηρήσεις

Βλέπουμε πως στο πλαίσιο της σύγχρονης κοινωνίας έχουμε την διαπλοκή των λειτουργιών τις οποίες ασκεί η ιατρική, με την εξυπηρέτηση των συμφερόντων του δοσμένου οικονομικο-κοινωνικού συστήματος. Με άλλα λόγια, η επιστημονική ιατρική, η οποία είναι εξουσιαστική όπως είδαμε, λόγω της συγκεκριμένης θέασης του υποκειμένου ασθενής, καλείται να εξυπηρετήσει τα συμφέροντα της δοσμένης καπιταλιστικής τάξης, αναπαράγοντας το κατεστημένο. Η ιατρική χρησιμοποιείται ως μορφή κοινωνικού ελέγχου, σε άμεση σχέση με το κράτος. Όπως είδαμε ήδη, το κράτος χορήγησε στην επιστημονική ιατρική το προνόμιο της μονοπώλησης της παροχής υπηρεσιών υγείας, διότι έτσι κατάφερε να χρησιμοποιήσει τις επιστημονικές μεθόδους ως αποτελεσματικό μέσο ελέγχου της κοινωνίας. Η ιατρική αποτελεί μορφή διαμεσολάβησης, μεταξύ της υγείας και της ασθένειας στον καπιταλισμό, και παρέχεται από το κράτος Πρόνοιας το οποίο προνοεί για τις αναπόφευκτα αρνητικές συνέπειες του καπιταλισμού. Στην συνέχεια παρουσιάσαμε την στάση την οποία τηρεί η επιστημονική ιατρική απέναντι στις γυναίκες, η οποία στάση πηγάζει από τα χαρακτηριστικά της πατριαρχικής κοινωνίας. Εν τέλει προχωρήσαμε στην παρουσίαση του κοινωνικού ρόλου του ασθενή, όπου ο ρόλος αυτός χρησιμοποιείται για την

εύρυθμη λειτουργία και αναπαραγωγή της κοινωνίας. Σε όλες αυτές τις παρουσιάσεις είδαμε πως η ιατρική λειτουργεί εξυπηρετώντας τις ανάγκες και τους προσανατολισμούς του ευρύτερου οικονομικοκοινωνικού συστήματος.

Στο κεφάλαιο αυτό ασχοληθήκαμε με την παρουσίαση της ιατρικής εξουσίας, στην σύνδεση της με την ευρύτερη οικονομική βάση. Την σύνδεση δηλαδή τις ιατρικής εξουσίας με τις ευρύτερες εξουσιαστικές σχέσεις του δοσμένου οικονομικοκοινωνικού σχηματισμού. Σειρά έχει να παρουσιάσουμε την εξουσία την οποία ενέχει ο ιατρικός λόγος καθ' αυτός, την παρουσίαση δηλαδή του χαρακτηριστικού της ημιαυτονομίας του ιατρικού συστήματος, σε σχέση με το ευρύτερο οικονομικοκοινωνικό σύστημα. Η παρουσίαση αυτής της μορφή της ιατρικής εξουσίας θα παρουσιαστεί μέσα από την αναφορά στους κύριους μηχανισμούς, μέσω των οποίων εκφράζεται αυτή η εξουσία.

B) Η ΔΟΜΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Κοινωνική Ανατομία

Η εξουσία της ιατρικής δεν περιορίζεται απλά στην αναπαραγωγή των ευρύτερων κοινωνικών συμφερόντων, αλλά εξυπηρετεί, ενέχει και την ιδιαίτερη εξουσιαστική λογική, η οποία όπως είδαμε πηγάζει από τον επιστημονικό λόγο. Πάνω σε αυτή τη λογική εξηγείται η κοινωνική εξουσία της ιατρικής, η οποία κοινωνική εξουσία βασίζεται στην ικανότητα του επιστημονικού λόγου να «κατασκευάζει» νέα αντικείμενα ενασχόλησης, επεκτείνοντας έτσι την εξουσία του.

Ο εικοστός αιώνας χαρακτηρίζεται όχι από την παγίωση του ιατρικού βλέμματος, αλλά από την παραπέρα ανάπτυξή του. Το ιατρικό βλέμμα δεν περιορίζεται πλέον στην ανατομία του σώματος, από όπου αρχικά ξεκίνησε, αλλά επεκτείνεται στον προσδιορισμό - έλεγχο του σώματος και στην κοινωνική του σφαίρα (κοινωνική ανατομία).²³⁰ Ο γιατρός πλέον δεν περιορίζεται στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά επεμβαίνει και στον κοινωνικό και στον ιδιωτικό χώρο του σώματος (επισκέψεις κατ' οίκο, τακτικά check up). Στον κοινωνικό πλέον χώρο οι γιατροί αναγνωρίζουν και

²³⁰ Για την «κατασκευή» της «ολιστικής» υπόστασης του ασθενή ως αντικείμενο της επεκτεινόμενης ιατρικής εξουσίας βλέπε Armstrong D. (1995), *The Problem of the Whole - Person in Holistic*

προσδιορίζουν την ασθένεια. Έχουμε την γέννηση ενός κοινωνικού σώματος στο οποίο ένα ολόκληρο δίκτυο κοινωνικών σχέσεων σχεδιάστηκε για την παρακολούθηση των επαφών των ασθενών. Η κοινωνική επιτήρηση θεωρήθηκε ως δικαιολογημένη εξαιτίας του φόβου μετάδοσης των νοσημάτων (πανούκλα, Φυματίωση, Aids). Η δικαιολόγηση αυτή ενισχύθηκε παραπέρα με την ανάπτυξη των στατιστικών ερευνών (τεχνικές εξουσίας) για τον πληθυσμό, σε σχέση με περιβαντολλογικά στοιχεία (ηλικία και φύλο). Όλες αυτές οι τεχνικές επιτήρησης επέκτειναν την ανατομία πέρα από το σώμα και στις κοινωνικές σχέσεις. Η κλινική ανατομία δεν είναι πλέον αρκετή αλλά χρειάζεται και η εισαγωγή της ψυχολογικής, συναισθηματικής και κοινωνικής κατάστασης του ασθενή. Ο τελευταίος εξομολογείται τα πάντα στον γιατρό, ο οποίος παίρνει την θέση του παπά-εξομολογητή. Αυτή η πρακτική επέκτασης του θεραπευτικού βλέμματος σε κάθε κοινωνική σχέση, μετατρέπει κάθε σχέση, κάθε έκφραση του ατόμου σε ένα «εν δυνάμει» πρόβλημα.

Σκοπός της είναι να γνωρίσει το υποκείμενο μέσω ενός τρόπου ο οποίος είναι δοσμένος χωροχρονικά, και επίσης όλα τα στοιχεία του προσωπικού χαρακτήρα του ασθενή τίθενται υπο αμφισβήτηση διαμέσου αυτού του τρόπου. Οι αβεβαιότητες, οι ανασφάλειες, οι υποψίες του ασθενή π.χ. για την πιθανή πρόγνωση προσδιορίζονται σε όρους ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Στην περίπτωση ασθενειών οι οποίες οδηγούν στο θάνατο οι ανησυχίες και το άγχος, τα οποία βιώνονται από τους ασθενείς, έχουν πλέον μια μορφή τοπικής συμπτωματολογίας και, έχουν επανασταθεί ως προβλήματα τα οποία ζητούν την λύση τους.²³¹

Η επιστημονική ιατρική δεν ασκεί απλά εξουσία στο σώμα, αλλά ευρύτερη κοινωνική εξουσία.²³² Η μετατόπιση από τον ιατρικό στον κοινωνικό χώρο, εκφράζει μια γενικότερη τάση της επιστημονικής ιατρικής. Εκφράζει την άσκηση της «ολιστικής ιατρικής», όπου η διάγνωση αποκτάει λιγότερη σημασία και αντικαθίσταται από το στόχο της καλύτερης ενδουποκειμενικής κατανόησης του ασθενή, ο οποίος στόχος βασίζεται στον ισχυρισμό ότι ο κάθε ασθενής είναι διαφορετικός. Η ιατρική επεμβαίνει στα κοινωνικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά στοιχεία της προσωπικότητας του ασθενή και όχι απλώς στην σωματική, ανατομική έκφραση της ασθένειας. Γίνεται ολική επιτήρηση, αποκτάει ολική εξουσία πάνω στο υποκείμενο.

Medicine, στο Gray Alastair and Seale Clive (eds), *Health and Disease : A Reader*, Open University Press.

²³¹ May C. (1992), *Individual Care ? Power and Subjectivity in Therapeutic Relationships*, *Sociology*, Vol. 26, 4 : 590-602 : 591-592.

²³² Armstrong D. (1983), *The Political Anatomy of the Body*, Cambridge University Press.

Η επιτήρηση ανακάλυψε την ασθένεια στην κοινότητα, και αυτή η ανακάλυψη οδήγησε σε περαιτέρω επιτήρηση. Ως συνέπεια ..καταστράφηκε η παλαιά διάκριση μεταξύ αυτών που ήταν υγιείς και αυτών που ήταν ασθενείςεάν ο καθένας ήταν παθολογικός («εν δυνάμει»), τότε όλοι χρειαζόντουσαν την επιτήρηση. Η ιδέα ότι όλοι ήταν ασθενείς αποτελεί ένα βασικό στοιχείο στην διαμόρφωση της γενικευμένης επιτήρησης. Οι καινούργιες κοινωνικές ασθένειες του 20ου αιώνα : φυματίωση, καρδιοπάθειες, εφηβικά προβλήματα, «κατασκευάστηκαν» προκειμένου να στραφεί η ιατρική προσοχή σε υγιείς ανθρώπους οι οποίοι ήταν σε κίνδυνο. Η ίδια λογική ισχύει και στην ανακάλυψη των νευρώσεων όπου τουλάχιστον σε ήπια μορφή μοιάζει να εμφανίζεται στον καθένα.²³³

Και η επεκτεινόμενη επιτήρηση των κοινωνικών σχέσεων οξύνεται με τους στατιστικούς πίνακες κατανομής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Πλέον το κοινωνικό σώμα γίνεται άμεσα ορατό σε κάθε έκφρασή του (επέκταση του ιατρικού βλέμματος), και κρίνεται με βάση το φυσιολογικό, την νόρμα, το μέσο όρο, όπου πλέον ότι ξεφεύγει από αυτό που χαρακτηρίζεται ως φυσιολογικό ετικετάρεται ως παθολογικό, ως κάτι το οποίο απαιτεί την επέμβαση του «ειδικού». Το «καλοπροαίρετο βλέμμα» του γιατρού δεν εστιάζει απλώς στο σώμα το οποίο αποτελεί τον χώρο εγγραφής της ασθένειας, αλλά ψάχνει σε κάθε συναισθηματικό και κοινωνικό χώρο. Αντί να περιορισθεί στο οργανικό επεκτείνεται σε κάθε στοιχείο της προσωπικότητας του ασθενή²³⁴.

Η καινούργια μορφή την οποία παίρνει η εξουσία της ιατρικής είναι η «ολική ιατρική», στο πλαίσιο της οποίας η ιατρική δεν υπάρχει ανεξάρτητα από τον ασθενή.

Η ιατρική ανακάλυψε τον ασθενή ο οποίος αποτελεί υποκείμενο για πρώτη φορά στην ιστορία της, όταν ανακαλύφθηκαν καινούργιοι κανόνες μέσω των οποίων η αλήθεια μπορεί να ειπωθεί. Οι καινούργιοι κανόνες της ιατρικής έρευνας ορθώθηκαν όχι γύρω από την ταξινομητική λογική και την ανατομική προοπτική του τέλους του 19^{ου} αιώνα, αλλά γύρω από μια συστημική - θεωρητική λογική και οικολογική προοπτική. Οι μηχανιστικές σχέσεις οι οποίες κυριαρχούσαν στην ερμηνεία του σώματος έχασαν την κυριαρχία τους από τις σχέσεις οι οποίες διαμεσολαβούν από την ροή πληροφοριών για την ευρύτερη οικολογία. Ο χώρος κυριαρχίας του γιατρού επεκτάθηκε. Ο κοινωνικο - ηθικός προσδιορισμός της ζωής ενώθηκε με τον βιοφυσικό της ορισμό, προκειμένου να ορθώσει έναν ενιαίο ιατρικό λόγο για τη ζωή, ο οποίος λόγος ήταν κάτι περισσότερο από τον παραδοσιακό, αυστηρά προσδιορισμένο ιατρικό λόγο.²³⁵

²³³ Στο ίδιο, σελ. 37.

²³⁴ Ως παράδειγμα μπορούμε να αναφέρουμε την αντιμετώπιση του πόνου από την σύγχρονη ιατρική. Ο πόνος αποκτάει για πρώτη φορά κοινωνικό - συναισθηματική διάσταση και γίνεται αντικείμενο ιατρικής επέμβασης. Η συναισθηματική εμπειρία του πόνου την οποία νοιώθει το άτομο, γίνεται κεντρικό προσδιοριστικό στοιχείο, κατά την συνάντησή του με τον γιατρό. Τα κοινωνικό-συναισθηματικά στοιχεία του πόνου γίνονται βασικά στοιχεία του ορισμού του πόνου, ο οποίος με την σειρά του αποτελεί το κεντρικό στοιχείο πάνω στο οποίο οργανώνεται η κλινική εικόνα του ατόμου. Το αίσθημα, η σκέψη του υποκειμένου ασθενούς (και όχι πλέον του αντικειμένου), γίνεται το νέο αντικείμενο του ιατρικού βλέμματος.

Και συνεχίζοντας, παρουσιάζοντας αυτήν την συστημική - οικολογική προ-
σέγγιση της ασθένειας :

Αυτή η καινούργια οπτική εντοπίζει την ασθένεια με όρους πλαισίου δομής και σχέσεων μεταξύ στοιχείων αλληλένδετων συστημάτων, όταν η παλαιά οπτική απαιτούσε η ασθένεια να είναι απομονωμένη, τοπικά προσδιορισμένη και αναγνωρίσιμη ως οντότητα κάθε αυτή. Ο ανατόμος χειρουργός άνοιγε ένα σώμα, έβλεπε τους ιστούς και μπορούσε να ανακατασκευάσει τη σειρά των γεγονότων τα οποία παρήγαγαν την ασθένεια ως το τελικό της στάδιο. Τώρα η ασθένεια ταυτίζεται με τις διαστρεβλωμένες σχέσεις - δομές οι οποίες δεν συμφωνούν με το συνολικό συστημικό πλαίσιο - σε περίπλοκες δυναμικές μεγάλες ολότητες.²³⁵ Η συστημική θεωρία αποτελεί την βάση της νέας ιατρικής λογικής.

Αυτή η συστημική λογική η οποία επεκτείνει την εξουσία της ιατρικής στην ολότητα της ύπαρξης του ατόμου δεν εστιάζει απλά στον ασθενή αλλά σε κάθε άτομο. Ψάχνει πέρα από το χώρο του νοσοκομείου στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο, εντοπίζοντας τα προβλήματα πριν ακόμη αυτά συμβούν. Αυτή η πολιτική τοποθετεί τον γιατρό σε μια εξουσιαστική θέση απέναντι στον ασθενή, αλλά ταυτόχρονα τον εντάσσει στην εξυπηρέτηση μιας βαθύτερης συστημικής λογικής, πέρα από την επίδωξη της υγείας. Έτσι τόσο ο ασθενής όσο και ο γιατρός υποτάσσονται σε

ένα όραμα της τάξης, μια γενικά υγιής τάξη, όχι όμως μια τάξη η οποία βασίζεται απαραίτητα στην υγεία.²³⁷

Συνεπώς εξυπηρετείται μια ευρύτερη ανάγκη.

Ο γιατρός και ο ασθενής είναι άμεσα συνδεδεμένοι σε ένα εγχείρημα ζωής. Είναι ένα εγχείρημα καλά προσδιορισμένο, όπου κάθε βήμα είχα προδιεγραμμένο, κάθε παρέκκλιση από την «καλή» ζωή καταγράφεται.²³⁸

Στο σημείο αυτό βλέπουμε την διαμόρφωση του εξουσιαστικού πλαισίου, το οποίο «κατασκευάζεται» από τον επιστημονικό λόγο στο πλαίσιο του οποίου ο γιατρός και ο ασθενής εκτελούν ένα συγκεκριμένο ρόλο, ο οποίος είναι προσδιορισμένος από το πλαίσιο. Μιλάμε στην ουσία δηλαδή για την ικανότητα του επιστημονικού λόγου να λειτουργεί σχετικά ημιαυτόνομα και να διαμορφώνει την εξουσιαστική σχέση.

²³⁵ Arney W and Bergen B. (1984), *Medicine and the Management of the Living : Taming the Last Great Beast*, University of Chicago Press, σελ. 60-61.

²³⁶ Στο ίδιο, σελ. 80.

²³⁷ Στο ίδιο, σελ. 113.

²³⁸ Στο ίδιο, σελ. 114.

Τα πάντα είναι ελεύθερα στο γιατρό, ο ασθενής πρέπει να αναφέρει στο γιατρό τα πάντα. Τίποτε δεν κρύβεται από τον γιατρό :

Η ιατρική είναι αναγκασμένη από την ίδια την λογική της να μιλάει με τον ασθενή και να παρατήρει την αλαζονική λογική της, του να μιλάει για τον ασθενή, ο οποίος πρέπει να παραμείνει σιωπηλός. Τόσο ο γιατρός, όσο και ο ασθενής είναι υποχρεωμένοι να μιλάνε μεταξύ τους σε μια κοινή γλώσσα γύρω από την οποία ένας χώρος εξουσίας τους κυβερνά και τους δύο.

Όπως έχει δείξει ο M. Foucault στο έργο του για την ιστορία της σεξουαλικότητας, η εξουσία λειτουργεί τόσο ενθαρρύνοντας, όσο και καταπιέζοντας την ομιλία. Το να ακουστεί η φωνή του ασθενή δεν σημαίνει πως υπάρχει ισοτιμία σχέσεων. Ακόμα και όταν μιλάει ο ασθενής δεν αναιρεί την εξουσία του γιατρού. Όταν η ιατρική καλεί τον ασθενή να μιλήσει για την κοινωνική του ζωή επεκτείνει την εξουσία της. Πρέπει να λάβει υπόψη της την ολική κατάσταση του ασθενή έχοντας ως σκοπό να ελέγξει την πορεία της ζωής του ατόμου, τοποθετώντας την σε αυτό που η ίδια έχει ορίσει ως «φυσιολογικό» ρυθμό (πλαίσιο). Ο ασθενής πλέον, από αντικείμενο επέμβασης, γίνεται υποκείμενο απόλυτης εξουσίας από την ιατρική.

Το νέο σώμα είναι ένα σώμα το οποίο αντιμετωπίζεται σε συνεχή αντιπαράθεση με άλλα σώματα, ένα σώμα το οποίο δομείται από τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχετικές με αυτές διανοητικές λειτουργίες, ένα σώμα ως αναγκαιότητα ενός υποκειμένου, παρά ένα αντικείμενο.²³⁹

Η αντιμετώπιση του ασθενή ως υποκείμενο και όχι ως αντικείμενο, δεν τον απελευθερώνει αλλά τον εξουσιάζει περισσότερο, διότι γίνεται στο πλαίσιο της εξυπηρέτησης της εξουσιαστικής λογικής η οποία διακατέχει την επιστημονική ιατρική. Τα περιοδικά ιατρικά tests, ή οι διάφορες δίαιτες (αυτοδιαχείριση σώματος) αποτελούν τεχνικές πολιτικής επιτήρησης οι οποίες επιτρέπουν ένα βαθμό δραστηριότητας από τον ασθενή, πράγμα διαφορετικό από το συνηθισμένο μοντέλο του παθητικού ασθενή και του ενεργητικού γιατρού. Πλέον η εξουσία της ιατρικής πάνω στο άτομο μετατρέπεται σε αυτοέλεγχο. Η αυτονομία του ασθενή αστυνομεύεται από τα ιατρικά tests τα οποία υποδηλώνουν την ατομική ευθύνη του ασθενή (αυτοέλεγχος). Ο ίδιος ο ασθενής εκφράζει την εξουσία της ιατρικής πάνω του, στο σύνολο της προσωπικότητάς του και όχι απλώς στο σώμα του.

²³⁹Silverman D. (1987), *Communication and Medical Practice : Social Relations in the Clinic*, Sage, σελ. 198.

²⁴⁰Στο ίδιο, σελ. 201.

Η συμμετοχή λοιπόν του ασθενή στην λήψη των αποφάσεων είναι ταυτόχρονα απελευθερωτική και περιοριστική. Η άποψη που παρουσιάζει την επιτήρηση ως λειτουργία των επαγγελματιών οι οποίοι χειρίζονται τους ασθενείς ως αντικείμενα του ιατρικού βλέμματος είναι περιορισμένη. Η επιτήρηση λειτουργεί - όχι λιγότερο αποτελεσματικά - όταν ο ασθενής υπάρχει ως ελεύθερο υποκείμενο, του οποίου η ελευθερία σημαίνει την υποχρέωση να επιτηρεί τον ίδιο του τον εαυτό (προϊόν νομιμοποίησης της επιστημονικής ιατρικής).

Αυτό που ο Foucault ονομάζει «παγκόσμια κυριαρχία του κανονιστικού» αναφέρεται στο πώς τα αποτελέσματα της εξουσίας είναι λιγότερο ορατά, όταν τα ελεύθερα υποκείμενα προσδιορίζουν και εκτιμούν τους εαυτούς τους διαμέσου επαγγελματικά προσδιορισμένων σωμάτων γνώσης.²⁴¹

Τα αληθινά υποκείμενα δομούνται πάνω σε λόγους και αυτοί οι λόγοι δηλώνονται σε θεσμοποιημένες πρακτικές στην ιατρική.²⁴²

Η ιατρική δίνει το δικαίωμα στον ασθενή να υπάρχει ως ολοκληρωμένο υποκείμενο, προκειμένου να ασκήσει πιο ευρεία, πιο αποτελεσματική εξουσία. Η εξουσία αυτή έχει νομιμοποιηθεί, έχει ενσωματωθεί ως αυτο έλεγχος από το υποκείμενο, το οποίο θεωρεί πως έτσι έχει συμμετοχή στην λήψη των αποφάσεων κι ότι μπορεί να αποφασίζει ελεύθερο. Ο έλεγχος της λήψης των αποφάσεων συνδέεται με τον έλεγχο της κατοχής της πληροφορίας. Αυτός ο οποίος κατέχει την πληροφορία, την γνώση, παίρνει και τις αποφάσεις, ασκώντας έτσι εξουσία. Οι αποφάσεις για την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου αποτελούν προϊόν ενός ιδιαίτερου μηχανισμού. Κάθε διάγνωση αποτελεί το σύνολο ενός πολύπλοκου καταμερισμού εργασίας, όπου διάφοροι τύποι ατόμων λαμβάνουν μέρος. Η ασθένεια είναι το προϊόν, η σύνθεση μιας πλειάδας πληροφοριών οι οποίες παράγονται από διαφορετικά πλαίσια : εργαστήρια, αξονικοί τομογράφοι, εξετάσεις διαφορετικών ειδικοτήτων. Κάθε πλαίσιο παράγει την δική του πληροφορία σε συγκεκριμένη μορφή (ακτινογραφίες, γραπτές εξετάσεις, προφορική ενημέρωση). Η πληροφορία την οποία προσφέρει κάθε πλαίσιο είναι το αποτέλεσμα μιας ολόκληρης διαδικασίας. Εν συνεχεία τα αποτελέσματα αυτά θεωρούνται ως αντιπροσωπευτικές εικόνες μιας αντικειμενικής, υπαρκτής κατάστασης. Πάνω σε αυτήν την «αντικειμενική» πληροφορία, εν συνέχεια κατασκευάζεται η πραγματικότητα του ασθενή. Συνεπώς τα «αντικειμενικά» αυτά δεδομένα παί-

²⁴¹ Στο ίδιο, σελ. 225.

ζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην διαμόρφωση της υπόστασης του ασθενή, μιας και στην ουσία δημιουργούν την ανάγκη επέμβασης του γιατρού. Αυτό το οποίο απαιτείται είναι η ανάλυση του τρόπου με τον οποίο λαμβάνεται και οργανώνεται η απόφαση του κάθε επιμέρους, συγκεκριμένου πλαισίου, το άθροισμα των οποίων (πληροφοριών των επιμέρους πλαισίων) εντέλει οδηγεί στην διαμόρφωση της γενικής εικόνας του ασθενή. Η λήψη της απόφασης για την κατάσταση υγείας του ασθενή, η οποία απόφαση στηρίζεται στις παραπάνω πληροφορίες, δεν αποτελεί ατομική επιλογή του γιατρού η οποία γίνεται βάση εκτίμησης αντικειμενικών δεδομένων, αλλά είναι όπως θα δούμε κοινωνική διαδικασία.²⁴³

Παρουσιάζοντας την κατασκευή των εικόνων του ανθρωπίνου σώματος, ο Atkinson αναλύει την χρησιμοποίηση, για αυτήν την εικονική παρουσίαση, των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Οι υπολογιστές χρησιμοποιούν για την παρουσίαση συγκεκριμένων οργάνων του ανθρωπίνου σώματος αυθαίρετα κάποια χρώματα τα οποία δεν υπάρχουν στο ανθρώπινο σώμα. Τα χρώματα αυτά χρησιμοποιούνται προκειμένου να μαρκαριστούν έντονα κάποια συγκεκριμένα σημεία, έτσι ώστε να τονισθεί η αντίθεσή τους από το φυσιολογικό (π.χ. η εικονική αναπαράσταση της διαφορετικής θερμότητας των συνδέσμων στην αρθρίτιδα, παρουσιάζεται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με χρώματα τα οποία δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα). Ο «ειδικός», ο γνώστης των συμβατικών ταξινομήσεων μπορεί να αναλύσει αυτήν την εικόνα. Με αυτά τα τεχνητά μέσα γίνεται ορατό αυτό που πριν δεν φαινόταν²⁴⁴. Έτσι όμως η ιατρική πραγματικότητα παράγεται και δεν είναι κάτι που υπάρχει από πριν, αντικειμενικά. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια πως η ιατρική δημιουργεί τα αντικείμενα επέμβασης της με μια οντολογική λογική. Η ιατρική απλά κάνει τα αντικείμενά της γνωστά, τα δημιουργεί ως αντικείμενα γνώσης, βάση αυτών των τεχνικών (π.χ. χρώματα). Με αυτές τις τεχνικές η ιατρική κωδικοποιεί αντικείμενα τα οποία μπορούν να γνωσθούν, να ταξινομηθούν, να διαχωριστούν το ένα από το άλλο, να κατανοηθούν και να περιγραφούν. Τα τεχνητά αυτά μέσα (χρώματα), αποτελούν ένα αυθαίρετο, αλλά κοινωνικό σύνολο συμβάσεων, το οποίο χρησιμοποιείται για την βιολογική αναπα-

²⁴² Στο ίδιο, σελ. 231.

²⁴³ Για μια παρουσίαση του τρόπου με τον οποίο λαμβάνονται «κοινωνικά» οι αποφάσεις στον χώρο των εργαστηρίων βλέπε, Atkinson P. (1995), *Medical Talk, Medical Work*, Sage, σελ. 66-70.

²⁴⁴ Georges E. (1996), *Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece, Medical Anthropology Quarterly*, 10 (2), σελ. 157-175.

ράσταση. Αυτή η σύμβαση, αυτές οι τεχνικές, αναφέρονται σε ιατρικά βιβλία όπου γίνεται η αναπαράσταση αυτού στο οποίο η χρωματική απεικόνιση παραπέμπει.

Με άλλα λόγια το ιατρικό εγχειρίδιο δεν είναι παθητικό στην ενέργεια της όρασης. Η αναπαράσταση του εγχειριδίου περιγράφει συγκεκριμένες οδηγίες για το πως πρέπει να κοιτάξεις και που. Η αναγνώριση και διάκριση των σωστών χαρακτηριστικών παράγεται μόνο όταν καταφέρει κάποιος να ψάξει για αυτό που ελπίζει να δει.²⁴⁵

Δεν υπάρχει δηλαδή η αυτονόητη παρατήρηση, η αντικειμενική εικόνα. Μόνο ένα κοινό λεξιλόγιο και ένας κοινός αξιακός προσανατολισμός ο οποίος παράγει την κοινωνικά κατανεμημένη παρατήρηση.

Όπως αναφέρει η Anspach σε μια ανάλυσή της για την λήψη των αποφάσεων Ζωής - Θανάτου, σε μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών :

Η οργάνωση της Μ.Ε.Θ. των νεογνών κατανέμει διαφορετικές μορφές πληροφορίας σε αυτούς οι οποίοι εργάζονται μέσα σε αυτή, και κάνοντας αυτή την κατανομή, προσδιορίζει τον χαρακτήρα των δεδομένων τα οποία κάθε ομάδα φέρνει στην λήψη των αποφάσεων για τη ζωή και το θάνατο.²⁴⁶

Η οργάνωση της πληροφορίας αποτελεί λοιπόν μια κοινωνική διαδικασία. Αυτό το οποίο έχει σημασία είναι το κοινωνικό πλαίσιο. Αυτό το πλαίσιο διαμορφώνεται, διατηρείται ή αλλάζει βάση της κοινωνικής διαντίδρασης και αλλαγής η οποία συντελείται στην κατανομή της πληροφορίας. Μιλάμε λοιπόν για μια κοινωνική οργάνωση της πληροφορίας.

Μέσα στο πλαίσιο του νοσοκομείου οι γιατροί εξαιτίας της λειτουργικής επαγγελματικής αυτονομίας αρνούνται το δικαίωμα στους ασθενείς ή στους συγγενείς της συμμετοχής στην λήψη των αποφάσεων. Οποιαδήποτε συμμετοχή των ασθενών και των συγγενών στη λήψη των αποφάσεων θα πρόσφερε τη δυνατότητα επιρροής, και αυτό είναι που θέλουν να αποφύγουν οι γιατροί. Για να το πετύχουν έχουν οργανώσει κατά τέτοιο τρόπο το νοσοκομείο ώστε η πρόσβαση στα στοιχεία είναι αδύνατη για τους ασθενείς και τους συγγενείς. Η λήψη των αποφάσεων, όπως είπαμε, συνδέεται με την κατοχή της γνώσης από την οποία ο ασθενής και οι συγγενείς αποκλείονται. Η ιατρική έχει διαμορφώσει ένα δικό της μονοπωλιακό σύστημα γνώσης στο οποίο έχουν πρόσβαση μόνο οι γιατροί. Αυτή η επιστημονική γνώση για τον

²⁴⁵ Atkinson P. (1995), *Medical Talk, Medical Work*, Sage, σελ. 69.

²⁴⁶ Anspach R. (1987), *Prognostic Conflict in Life and Death Decisions : The Organization as an Ecology of Knowledge*, *Journal of Health and Social Behaviour*, σελ. 217.

ασθενή οδηγεί στην αλλοτρίωση του ίδιου του ασθενή από στοιχεία τα οποία αφορούν τον ίδιο. Όπως παρατηρεί ο Jewson, στη νοσοκομειακή ιατρική παρατηρείται η θεσμοποίηση μίας αλλοτριωμένης, προσανατολισμένης προς το αντικείμενο κοσμολογίας. Αυτό το γεγονός έχει σημαντικές συνέπειες, διότι η εστίαση της ιατρικής γνώσης έχει φύγει από το άτομο του ασθενή σε εσωτερικές τεχνικές οντότητες οι οποίες έχουν προσδιορισθεί με όρους της ιατρικής αντίληψης και τους οποίους η ευρύτερη κοινωνία δεν μπορεί να ακολουθήσει. Έτσι το άτομο αναλαμβάνει τον ρόλο του ασθενή.

Του έχει ορισθεί ένας παθητικός και μη κριτικός ρόλος στην συμβουλευτική σχέση, η κύρια λειτουργία του είναι να απομείνει και να περιμένει.

Αρχικά, η μονοπώληση της επιστημονικής ιατρικής γνώσης και έπειτα η ανάπτυξη της τεχνολογίας, καθιστούν αδύνατη την συμμετοχή του ασθενή και των συγγενών του στη λήψη των αποφάσεων. Οι συγγενείς φοβούνται ότι εξαιτίας της πολυπλοκότητας της ιατρικής γνώσης δεν μπορούν, δεν είναι ικανοί να πάρουν την σωστή απόφαση. Φοβούνται ότι παίρνοντας λάθος απόφαση μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή στο θάνατο. Ο «ειδικός» μπορεί να πάρει την σωστή απόφαση, και αν ακόμη οδηγηθεί ο ασθενής στο θάνατο, έγινε ότι έπρεπε να γίνει. Με την μεταβίβαση της λήψης των αποφάσεων στον «ειδικό», οι συγγενείς αποποιούνται οποιαδήποτε πιθανή ηθική ευθύνη.

Η Απολύμανση

Η δομική εξουσία της επιστημονικής ιατρικής εκφράζεται και σε ένα συμβολικό επίπεδο το οποίο αναπαραγάγει και ταυτόχρονα συντηρεί αυτήν την εξουσία. Στο συμβολικό αυτό επίπεδο χρησιμοποιείται η έννοια της απολύμανσης, η έννοια της απόλυτης καθαρότητας, η οποία νομιμοποιεί στο κοινωνικό επίπεδο την ανωτερότητα της επιστημονικής ιατρικής απέναντι στις άλλες μορφές ιατρικής (λαϊκή ιατρική, μαγεία).

Πιο συγκεκριμένα, η σύγχρονη πραγματικότητα βιώνεται βάση της γνώσης που έχουμε για το παρελθόν. Η συλλογική αυτή κοινωνική μνήμη ανατρέχει σε ένα

κοινό, προσδιορισμένο από την επιστημονική ιατρική, παρελθόν. Ένα παρελθόν το οποίο η επιστημονική ιατρική φροντίζει, μέσω των κατάλληλων τελετουργιών, να ανακαλεί στην μνήμη των ατόμων της σύγχρονης κοινωνίας. Ο ρόλος της κοινωνικής μνήμης είναι να επαναφέρει στη μνήμη παρελθοντικές εικόνες οι οποίες νομιμοποιούν την δοσμένη τάξη πραγμάτων. Οι σημερινές εμπειρίες και πρακτικές, η ίδια η συνείδηση μας, εξαρτώνται από τη γνώση για το παρελθόν όπως αυτό μας παρουσιάζεται. Οι εικόνες που έχουμε για το συγκεκριμένο ιατρικό παρελθόν, όπως αυτές μας δίνονται από την επιστημονική ιατρική, λειτουργούν για την νομιμοποίηση της δοσμένης κατάστασης στην θεραπευτική διαδικασία. Οι εικόνες αυτές διατηρούνται και λειτουργούν μέσω τελετουργικών παραστάσεων, οι οποίες, επειδή είναι παραστατικές, περιέχουν την συνήθεια και την σωματική στάση - έκφραση.

Η επιστημονική ιατρική διαμορφώθηκε ως «επανάσταση» στο χώρο της θεραπείας. Κάθε ξεκίνημα, π.χ. κάθε επανάσταση, βασίζεται σε προϋπάρχοντα στοιχεία τα οποία δανείζεται προκειμένου να διαμορφωθεί η ίδια. Κάθε εμπειρία (αυτή που ξεκινάει από τον επιστημονικό λόγο, η ιατρική πρακτική) βασίζεται πάνω σε ένα προϋπάρχον, προηγούμενο πλαίσιο, βάση του οποίου η ίδια νοηματοδοτείται. Έτσι και η επιστημονική ιατρική ως επανάσταση στο χώρο της θεραπείας στηρίχθηκε σε ένα προηγούμενο πλαίσιο, αυτό της παραδοσιακής, ξεπερασμένης σε εμάς ιατρικής. Ορθώθηκε, διαμορφώνοντας ταυτόχρονα το αντικείμενο της (υποκείμενο) και ασκώντας πάνω του την εξουσία της. Προσπαθώντας να αποκτήσει εξουσία η νέα επιστημονική ιατρική, η οποία στις αρχές της εμφάνισής της είχε πολύ χαμηλό κύρος, όπως έχουμε ήδη παρουσιάσει, έπρεπε να διαμορφώσει ένα δικό της χώρο, μία δική της κοσμοθεωρία (επιστημονική θεραπεία), η οποία έπρεπε προκειμένου να νομιμοποιηθεί να αποδειχθεί ανώτερη από τις άλλες προϋπάρχουσες κοσμοθεωρίες (μαγεία). Έτσι το προϋπάρχον πλαίσιο πάνω στο οποίο δομείται και στηρίζεται η επιστημονική ιατρική λειτουργεί ως άρνηση (εχθρός) της ιατρικής κοσμοθεωρίας. Το παρελθόν, η παλαιά ιατρική λειτουργεί σαν βάση της επιστημονικής ιατρικής όχι όμως θετικά, αλλά αρνητικά. Όχι ως αφετηρία αλλά ως άρνηση, ως αντίθεση της επιστημονικής ιατρικής. Η επιστημονική ιατρική λοιπόν είναι η μορφή ιατρικής η οποία ακυρώνει την ανορθολογική παλαιά ιατρική. Είναι η υπέρβαση του προηγούμενου σταδίου (παραδοσιακή ιατρική) το οποίο προηγούμενο στάδιο χρησιμεύει ως σημείο αναφο-

²⁴⁷Jewson N. (1976), *The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology, 1770-1870*,

ράς. Αυτό όμως το παρελθόν προβάλλεται ως το μοναδικό παρελθόν. Δηλαδή από το παρελθόν αντλούνται στην επιφάνεια και συντηρούνται στην μνήμη, αυτά τα στοιχεία στα οποία υπερτερεί, σύμφωνα με τη λογική της, η σύγχρονη ιατρική (π.χ. απολύμανση).

Πάνω στα πρώτα, αρνητικά στοιχεία της παλαιάς ιατρικής διαμορφώνεται η συλλογική μνήμη η οποία νομιμοποιεί, βάση του αρνητικού παρελθόντος, την σύγχρονη επιστημονική ιατρική. Αυτή η μνήμη εκφράζεται και συντηρείται μέσω τελετουργιών, όπως η απολύμανση των ιατρικών εργαλείων, ή η ενδυμασία του γιατρού. Η απολύμανση, ως η απόλυτη απόρριψη του μισητού, ανακαλεί και στηρίζεται πάνω στην παλαιά ιατρική. Το στοιχείο διαφοροποίησης γίνεται η μη αποστείρωση της παλαιάς ιατρικής. Έτσι η σύγχρονη αποστείρωση αποκτάει συμβολικό χαρακτήρα. Λόγω της σχολαστικότητας και της σημασίας που της δίνεται (προβάλλεται ως το πιο σημαντικό στοιχείο της ιατρικής, μιας και όλοι το γνωρίζουν ενώ αγνοούν πλήθος άλλων ιατρικών στοιχείων), αποκτάει τελετουργική σημασία. Η απολύμανση εξυπονοεί την απόλυτη καθαρότητα η οποία αντιπαρατίθεται στην αντίθετη θέση, δηλαδή στην απόλυτη μισηρότητα, η οποία στη συλλογική μνήμη ταυτίζεται με την παραδοσιακή ιατρική. Μιας όμως και το απόλυτα μισητό δεν υπάρχει, θεωρείται, προβάλλεται ως απόλυτη, ακόμη και η μικρότερη απροσεξία σε θέματα απολύμανσης, μιας και αυτή μπορεί να προκαλέσει μόλυνση ακόμα και θάνατο. Αυτή η προβολή της απολύμανσης, τελετουργικά εκφράζεται με την κυριαρχία του άσπρου χρώματος, ξεκινώντας από το χρώμα των τοίχων, των σεντονιών και των περισσοτέρων μηχανημάτων, και καταλήγοντας στην άσπρη μπλούζα, η οποία λειτουργεί ως σύμβολο ένδειξης της θέσης του γιατρού. Η κυριαρχία του άσπρου χρώματος συμβολικά προβάλλει την ανωτερότητα της επιστημονικής ιατρικής απέναντι στην παραδοσιακή ιατρική, νομιμοποιώντας έτσι την άσκηση της εξουσίας. Όλα αυτά αποτελούν συμβολικές τελετουργίες μέσω των οποίων στην ουσία ασκείται, νομιμοποιείται η ιατρική εξουσία.

Για να ορθώσεις, κατασκευάσεις ένα χάσμα μεταξύ του καινούργιου ξεκινήματος και της παλιάς τυραννίας πρέπει να φέρεις ως άρνηση την παλιά τυραννία.²⁴⁸

Sociology, 10 : 225-244, σελ. 235.

²⁴⁸ Connerton P. (1987), *How Societies Remember*, Cambridge University Press.

Κάποια στοιχεία της παραδοσιακής ιατρικής προβάλλονται ως αρνητικά προκειμένου να προβληθούν ως θετικά, τα αντίθετα στοιχεία της επιστημονικής ιατρικής. Και η υπενθύμιση αυτή γίνεται μέσω των τελετουργικών εκδηλώσεων και ιδιαίτερα μέσω της κυριαρχίας του συμβολικού άσπρου χρώματος.

Βασικά το μιαρό προσδιορίζεται τοπικά. π.χ. η βρωμιά στην κουζίνα θεωρείται επικίνδυνη και μιαρή, ενώ η βρωμιά στον κήπο αποτελεί ένα φυσιολογικό τμήμα του περιβάλλοντος. Η βρωμιά λοιπόν στον ένα χώρο είναι «αθώα», ενώ στον άλλο «επικίνδυνη». Οι κανόνες της υγιεινής, όπως και οι θρησκευτικοί κανόνες αποτελούν ένα μέσο το οποίο χρησιμοποιείται προκειμένου να παραμείνουν ξεχωριστά αυτά που πρέπει να ξεχωριστούν. Όλες οι τελετουργίες της καθαριότητας, η εστίαση στην σημαντικότητα της απολύμανσης, έχουν και ως στόχο, πέραν της διατήρησης της ακεραιότητας του χώρου ο οποίος πρέπει να παραμείνει ξεχωριστός, να προσδιορίσουν το όριο, την γραμμή από την οποία η μόλυνση απειλεί να περάσει. Αυτή η γραμμή προσδιορίζει το τι στην ουσία αποτελεί κοινωνικό²⁴⁹.

..... ο προσδιορισμός των τελετουργιών της υγιεινής προσφέρει ένα χρήσιμο μέσο για την ανάλυση των ορίων μεταξύ των ταξινομημένων χώρων : αυτοί οι χώροι με την σειρά τους έχουν σημαντικές κοινωνιολογικές επιπλοκές γιατί προσδιορίζουν και κατασκευάζουν την μορφή που θα πάρει η κοινωνική ζωή.²⁵⁰

Η χρησιμοποίηση της απολύμανσης λειτουργεί περισσότερο για τελετουργική χρήση, στο συμβολικό δηλαδή επίπεδο, παρά για πρακτικούς λόγους. Μια από τις βασικές λειτουργίες κάθε τελετουργίας είναι να προσδιορίσει με ένα συμβολικό τρόπο αυτό το οποίο θεωρείται ως μιαρό, βρώμικο ή κακό. Παράλληλα όμως η τελετουργία κάνοντας αυτό το διαχωρισμό επενδύει ορισμένα άτομα με ένα μανδύα εξουσίας και τα τοποθετεί ως φρουρούς της μόλυνσης. Έτσι η έννοια της απολύμανσης ως συμβολική εικόνα, εξηγεί εν μέρει την εξουσία των γιατρών. Το ζήτημα το οποίο τίθεται είναι πλέον στο πρακτικό επίπεδο κατά πόσο οι διαδικασίες της απολύμανσης χρησιμοποιούνται για την εξασφάλιση του αποκλεισμού των μικροβίων από τη θεραπευτική διαδικασία.

Η κοινωνιολόγος Roth J.²⁵¹ έκανε μία έρευνα για την χρήση του προστατευτικού εξοπλισμού από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα νοσοκομείο όπου

²⁴⁹ Armstrong D. (1993), Public Health, Spaces and the Fabrication of the Identity, *Sociology*, Vol. 27, n. 3 : 393 - 410, σελ. 393

²⁵⁰ Στο ίδιο, σελ. 394.

νοσηλεύονταν ασθενείς με φυματίωση. Οι μάσκες, τα γάντια και τα προστατευτικά καπελάκια ήταν υποχρεωτικά για κάθε επαφή η οποία θα γινόταν με τον ασθενή. Η Roth όμως παρατήρησε ότι αυτός ο εξοπλισμός δεν φοριόταν πάντα. Τα αποτελέσματα της παρατήρησης της αποδεικνύουν πως η συμμόρφωση με τους κανονισμούς εξαρτιόταν : α) από το βαθμό στην ιεραρχία του προσωπικού και β) σύμφωνα με τον σκοπό της επαφής (κοινωνική ή εργασιακή σχέση με τον ασθενή). Πιο συγκεκριμένα, τον προστατευτικό εξοπλισμό φορούσαν πιο συχνά το κατώτερο προσωπικό, ενώ οι γιατροί τον φορούσαν σπάνια. Οι φοιτητές χρησιμοποιούσαν συχνότερα από τον εξοπλισμό αυτόν τα γάντια. Οι νοσηλεύτριες φορούσαν σπάνια τον εξοπλισμό όταν εργάζονταν σε κοινωνική σχέση με τον ασθενή και συχνότερα όταν εκτελούσαν μια συγκεκριμένη νοσηλευτική εργασία πάνω του. Η Roth επισημαίνει ότι το υψηλότερο στην κλίμακα προσωπικό έσπαγε τον κανονισμό απολύμανσης πιο συχνά, διότι ήξερε ότι δεν υπήρχε επαρκής επιστημονική απόδειξη η οποία να δικαιολογεί την χρησιμοποίηση του προστατευτικού εξοπλισμού. Όπως η ίδια επισημαίνει, ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα της έρευνας : «δειχνουν ότι ο ιός της φυματίωσης λειτουργεί μόνο κατά τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας».

Ανάλογες παρατηρήσεις έχουν γίνει και από άλλους συγγραφείς. Πιο συγκεκριμένα ο Fox N. διεξήγαγε μια έρευνα κατά την οποία παρατήρησε την χρήση προστατευτικού εξοπλισμού σε αίθουσες μαθημάτων χειρουργικής. Παρατήρησε ότι οι περισσότεροι γιατροί χρησιμοποιούσαν τις προστατευτικές μάσκες κάτω από τη μύτη, για δική τους ευκολία. Αυτό γινόταν ιδιαίτερα από τους αναισθησιολόγους, λιγότερο από τους γιατρούς και σπάνια από τις νοσηλεύτριες. Ρωτώντας μια νοσηλεύτρια για την επιστημονική χρησιμότητα των масκών διεξήχθη ο παρακάτω διάλογος :

νοσηλεύτρια : Αυτές οι μάσκες λειτουργούν για δύο λεπτά και έπειτα δεν έχουν αποτέλεσμα. Στο Παίδων δεν τις χρησιμοποιούν.
 Δεν υπάρχει απόδειξη ότι λειτουργούν.
 Fox: Ωστε η χρήση τους είναι παραδοσιακή και συμβολική ;
 νοσηλεύτρια : Ναι. Κάνεις ότι λέει το αφεντικό, έτσι εδώ κάνουμε κάποια πράγματα που δεν γίνονται αλλιώς.

Συνεπώς εφόσον η τεχνική χρησιμότητα της απολύμανσης είναι αμφισβητήσιμη, πρέπει να υπάρχει και κάποιος άλλος λόγος για τον οποίο χρησιμοποιείται.

²⁵¹ Roth J. (1957), *Ritual and Magic in the Control of Contagion*, *American Sociological Review*, Vol. 22 : 310-314, στο Seale C. And Pattison S. (1994), *Medical Knowledge : Doubt and Certainty*, Open University Press, σελ. 105-107.

²⁵² Fox N. (1992), *The Social Meaning of Surgery*, Open University Press, σελ. 27.

Υπάρχουν δύο τελετουργικές λειτουργίες. Πρώτον το να φοράς αυτά τα ρούχα επισημαίνει την διάκριση κάποιου status και ιδιαίτερα του δικαιώματος κάποιων ατόμων να εκτιμούν τις συνέπειες της ιατρικής γνώσης επάνω τους. Δεύτερον, το να φοράει κάποιος την τελετουργική ενδυμασία αποτελεί ένα σημάδι ότι μπορεί να λάβει μέρος σε μια δραστηριότητα η οποία αλλιώς απαγορευόταν. Η ανατομία (χειρουργείο), αποτελεί μια προσβολή στο σώμα, η οργία αν γινόταν σε άλλο κοινωνικό πλαίσιο θα θεωρούνταν τρομακτική.²⁵³

Συνεπώς η απολύμανση σε συνδυασμό με άλλα στοιχεία, όπως η άσπρη στολή, το στηθοσκόπιο αποτελούν τελετουργικές τεχνικές οι οποίες προσφέρουν την κοινωνική νομιμοποίηση της εξουσίας του γιατρού. Η ανάλυση του τελετουργικού στοιχείου αυτών των ενεργειών αναδεικνύει μια μορφή έκφρασης του εξουσιαστικού χαρακτήρα της ιατρικής.

Συμπερασματικές Παρατηρήσεις

Στην ανάλυση η οποία προηγήθηκε παρουσιάσαμε την εξουσιαστική σχέση η οποία έχει διαμορφωθεί μεταξύ της ιατρικής και της κοινωνίας. Η εξουσιαστική αυτή σχέση δομείται, τόσο πάνω στην εξυπηρέτηση των ευρύτερων κοινωνικών συμφερόντων, όσο και στην ικανότητα ημιαυτονομίας του επιστημονικού λόγου. Βάση της ιδιότητας της ημιαυτονομίας του επιστημονικού λόγου επεμβαίνει η ιατρική, διαμορφώνοντας την δυναμική επέκτασης της και σε άλλους χώρους πέρα από εκεί όπου αρχικά εμφανίσθηκε. Πιο συγκεκριμένα, στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάσαμε διάφορα στοιχεία τα οποία αναφέρονται στην μορφή και τις λειτουργίες τις οποίες επιτελεί η επιστημονική στο πλαίσιο έκφρασης των δύο επιπέδων της εξουσίας. Σειρά έχει τώρα να αναφερθούμε πιο συγκεκριμένα στην ικανότητα επέκτασης της ιατρικής εξουσίας σε κάθε έκφραση της ανθρώπινης ύπαρξης. Όπως έχει ήδη γίνει αντιληπτό η ικανότητα επέκτασης, βάση της «κατασκευής» νέων αντικειμένων επέμβασης, αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του επιστημονικού ιατρικού λόγου.

²⁵³ Seale C. and Pattison S. (1994), *Medical Knowledge : Doubt and Certainty*, Open University Press., σελ. 106.

2) ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τους τρόπους με τους οποίους η ιατρική εξουσία δεν περιορίζεται απλά στην σωματική διάσταση του ασθενή, αλλά επεκτείνεται στην ανθρώπινη προσωπικότητα συνολικά. Πιο συγκεκριμένα η επιστημονική ιατρική επεμβαίνει στη σχέση του κάθε ατόμου με το θάνατο, τη ζωή, την υγεία και την ασθένεια, οι οποίες σχέσεις στο σύνολό τους προσδιορίζουν την υπόσταση του κάθε ατόμου.

Ο Θάνατος²⁵⁴

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να εξηγήσουμε την ανάγκη της κοινωνιολογικής ανάλυσης του φαινομένου του θανάτου. Πρώτα απ' όλα ο θάνατος αποτελεί ένα βιολογικό φαινόμενο και ως τέτοιο ανήκει στο χώρο των φυσικών επιστημών. Ως βιολογικό φαινόμενο προσδιορίζεται από την παύση της λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Ως κοινωνική όμως παράσταση, αποτελεί αντικείμενο ενασχόλησης των κοινωνικών επιστημών, και ιδιαίτερα της κοινωνιολογίας. Στο πλαίσιο μιας κοινωνιολογικής ανάλυσης, αυτό το οποίο προκαλεί φόβο στο υποκείμενο δεν είναι ο βιολογικός θάνατος, ο θάνατος δηλαδή κάθε αυτός, αλλά η κοινωνική παράσταση του θανάτου, την οποία έχει το άτομο.

Εάν εγώ πέθαινα εδώ και τώρα επί τόπου χωρίς πόνους αυτό δεν θα ήταν για μένα τον ίδιο καθόλου φοβερό. Δεν θα υπήρχα πλέον και επομένως δεν θα μπορούσα να αισθανθώ κάποιο τρόμο. Τρόμο και φόβο μπορεί να προκαλέσει μόνο η παράσταση του θανάτου στη συνείδηση των ζώντων. Για τους νεκρούς δεν υπάρχει ούτε φόβος, ούτε χαρά.²⁵⁵

Συνεπώς, πέρα από βιολογική κατάσταση, ο θάνατος αποτελεί μια ιδεολογικά, πολιτισμικά και ιστορικά διαμορφωμένη κοινωνική κατασκευή.

Ο θάνατος αποτελεί μια κοινωνικά κατασκευασμένη ιδέα. Οι φόβοι, οι ελπίδες και οι προσανατολισμοί τους οποίους έχουν τα άτομα σχετικά με τον θάνατο, δεν είναι έμφυτοι, αλλά μαθαίνονται μέσω των δημοσίων συμβόλων όπως η γλώσσα, οι τέχνες, καθώς και τα θρησκευτικά και νεκρώσιμα τελετουργικά του κάθε πολιτισμού. Ο κάθε πολιτισμός έχει

²⁵⁴ Προκειμένου να παρουσιάσουμε τον επεκτατικό χαρακτήρα του ιατρικού λόγου πρέπει να αναφερθούμε στην έννοια του θανάτου. Ο θάνατος αποτελεί βασική έννοια για την ανάλυση η οποία θα ακολουθήσει.

²⁵⁵ Elias N. (1991), Για τη Μοναξιά των Θνησκότων, *Λεβιάθαν* τ. 9, σελ. 40.

μια συμπαγή άποψη για την θνησιμότητα, της οποίας η εξήγηση για τον θάνατο έχει εμποτίσει τόσο πολύ τον κοινωνικό ιστό, ώστε πιστεύεται ως αληθινή από τα μέλη αυτής της κοινωνίας. Κάθε κοινωνική αλλαγή συνοδεύεται από τροποποιήσεις αυτών των νοημάτων και των τελετουργικών οι οποίες αναφέρονται στον θάνατο.²⁵⁶

Το κάθε άτομο εκλαμβάνει αυτή τη συλλογική κοινωνική κατασκευή για το θάνατο και διαμορφώνει την δική του στάση απέναντι στο θάνατο του και το θάνατο των άλλων. Η υποκειμενική αυτή αντίληψη τελικά μετατρέπεται σε αντικειμενική άποψη²⁵⁷ διαμορφώνοντας την γενικότερη κοινωνική στάση απέναντι στο θάνατο.

Ο θάνατος στο Πέρασμα του Χρόνου

Θα ξεκινήσουμε την ανάλυσή μας παρουσιάζοντας την ιστορική εξέλιξη της στάσης των ευρωπαϊκών πληθυσμών απέναντι στον θάνατο. Τα στοιχεία, καθώς και ο χωρισμός των περιόδων που θα ακολουθήσουν στηρίζονται στο έργο του Philippe Aries. Ο συγγραφέας αυτός ανήκει σε μια νέα γενιά ιστορικών οι οποίοι αντιπαρατίθενται στην παραδοσιακή ιστορική παρουσίαση, η οποία προσεγγίζει τον ιστορικό χρόνο ως περιγραφή γεγονότων τα οποία διέπονται από την αρχή του αιτίου - αποτελέσματος. Αντιθέτως ο P. Aries και πλήθος άλλων συγγραφέων :

..... δεν κατανοούν πια τα ιστορικά συμβάντα σύμφωνα με την παραδοσιακή, βραχείας διάρκειας ιστορία, ούτε μέσα από ένα ανστηρό ενοποιημένο και ιεραρχημένο γίγνεσθαι. Εντάσσοντας τα συμβάντα μέσα σε "σύνολα νοοτροπιών και πολιτισμικών νοοτροπιών", ο ιστοριογράφος επικεντρώνει την προσοχή του σε ειδικά γνωστικά αντικείμενα όπως η εξουσία το σώμα και ο θάνατος. Την επιλογή αυτή προτείνουν οι συγγραφείς αυτοί τονίζοντας ότι τα "αντικείμενα" αυτά φαίνονται παράδοξα και για την φαινομενική τους αχρονικότητα.²⁵⁸

Για το λόγο αυτό, και στην παρουσίαση η οποία ακολουθεί, και η οποία βασίζεται κατά κύριο λόγο στα έργα του P. Aries, δεν υπάρχει εξαντλητική ακολουθία ημερομηνιών, αλλά υπάρχει η ταλάντευση ανάμεσα σε μια οιονεί αχρονικότητα και στην συγκεκριμένη ιστορικο-κοινωνική διάσταση του θανάτου²⁵⁹.

²⁵⁶ Kears M. (1987), *Endings : A Sociology of Death and Dying*, Oxford University Press, σελ. 22.

²⁵⁷ Berger P. and Luckman T. (1984), *The Social Construction of Reality*, Penguin.

²⁵⁸ Ρήγου Μ. (1990), *Επικοινωνιακή, Ηθική και Πολιτική Διάσταση του Θανάτου στην Νεωτερικότητα*, Πάντειο, Διδακτορική Διατριβή, σελ. 45.

²⁵⁹ Για την ανάλυση του θανάτου χητισμοποιείται η παρουσίαση μιας συγκεκριμένης βιβλιογραφίας. Η αναφορά στην βιβλιογραφία της θανατολογίας δεν είναι εξαντλητική μιας και η έρευνα αναφέρεται στο χώρο της κοινωνιολογίας της ιατρικής και όχι της κοινωνιολογίας του θανάτου. Σκοπός του συγκεκριμένου κεφαλαίου είναι η ανάδειξη της μετατροπής του θανάτου σε τεχνική έννοια και όχι η εξαντλητική αναφορά στο φαινόμενο του θανάτου.

Ο Ήρεμος Θάνατος : Πρώτα απ' όλα υπάρχει η μορφή του Ήρεμου, του Εξημερωμένου θανάτου²⁶⁰. Το κύριο χαρακτηριστικό της περιόδου, όπου κυριαρχεί αυτή η μορφή θανάτου, είναι ότι ο θάνατος αντιμετωπίζεται ως «φυσικό πράγμα». Ο άνθρωπος, ο ίδιος ο μελλοθάνατος, είναι γνώστης του τι πρόκειται να συμβεί. Βλέπει τα σημάδια και ξέρει πως θα πεθάνει. Είναι ο κυρίαρχος, ο κύριος του θανάτου του. Ως πρώτο στοιχείο αυτής της περιόδου υπάρχει, η οικειότητα του μελλοθάνατου με το θάνατο του. Δεύτερον, υπάρχει η δημοσιοποίηση του θανάτου. Ο θάνατος αποτελεί μια δημόσια τελετή την οποία ο ίδιος ο ετοιμοθάνατος οργανώνει. Αυτός προσδιορίζει πως θα γίνει η διαδικασία έχοντας ενεργό συμμετοχή στο θάνατο του. Αυτή την περίοδο μέσα στο δωμάτιο του νεκρού, υπήρχε ένα πλήθος από παιδιά καθώς και πολύ κόσμος²⁶¹.

Ο θάνατος λοιπόν ήταν οικείος στους ζωντανούς, αποτελούσε ένα κοντινό συμβάν και δεν αποτελούσε κάτι το εξαιρετικά σημαντικό. Ο θάνατος ήταν ένα από τα στοιχεία που αποτελούσαν την καθημερινή ζωή. Η οικειότητα αυτή συνδεόταν με τη συλλογική μοίρα. Οι άνθρωποι ταυτίζονταν μεταξύ τους και με τη φύση, επομένως συνέβαινε και σε αυτούς ότι συνέβαινε, ως γενικός νόμος, στην υπόλοιπη φύση. Ο θάνατος ως ο κυρίαρχος νόμος αποτελούσε αναπόφευκτο γεγονός. Η τελετουργία της κηδείας είχε έναν απλό χαρακτήρα, χωρίς υπερβολική συγκίνηση εκ μέρους των συγγενών και δεν αποκτούσε δραματική χροιά, είχε ακριβώς το χαρακτήρα της μετάβασης σε κάτι άλλο, στον κόσμο των νεκρών.

Η οικειότητα με το θάνατο φαίνεται άλλωστε και από τη λειτουργία των νεκροταφείων. Αυτά υπήρχαν τόσο ως περιφραγμένος χώρος ταφής, αλλά και ως άσυλο, όπου οι καταδιωκόμενοι έβρισκαν, και συχνά έκτιζαν κατοικία. Οι ανοικτοί, μαζικοί τάφοι, οι οποίοι παράμεναν έτσι μέχρι να γεμίσουν, οπότε και τους σκέπαζαν, δεν ενοχλούσαν τους ζωντανούς. Τα νεκροταφεία έφραζαν την αρμονική συνύπαρξη των νεκρών με τους ζωντανούς και αποτελούσαν συχνά χώρους γιορτής, και συνάθροισης του πληθυσμού²⁶².

.....η εκκλησία ήταν το δημαρχείο και το κοιμητήριο η κεντρική

²⁶⁰ Αυτή η στάση απέναντι στον θάνατο δεν υπονοεί βέβαια πως δεν υπάρχουν άλλες στάσεις απέναντι στο θάνατο, εκείνη την περίοδο. Η κυριαρχούσα όμως είναι αυτή που αναφέραμε. Αυτό ισχύει για όλες τις μορφές που θα αναφέρουμε.

²⁶¹ Αριές Φ. (1997), *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου : Η Εποχή των Κοιμωμένων Ι*, Εστία. σελ.

16.

²⁶² Στο ίδιο, σελ. 17.

τος το δραματουργικό, συναισθηματικό του φορτίο και κρύβεται μέσα στα νοσοκομεία. Οι πολλοί μικροί θάνατοι, η αντιμετώπιση δηλαδή του θανάτου ως διαδικασία²⁷⁰ έχει ως αποτέλεσμα να χάσουμε το θάνατο ως τέτοιο. Αυτοί:

Οι μικροί σιωπηλοί θάνατοι έχουν αντικαταστήσει και εξαφανίσει τη μεγάλη δραματική πράξη του θανάτου και κανείς πια δεν έχει τη δύναμη ή την υπομονή να περιμένει, εβδομάδες ολόκληρες, για μια στιγμή που έχει χάσει ένα μέρος της σημασίας της.²⁷¹

Μέσα στα αυτά τα πλαίσια έχουμε και το φαινόμενο του πένθους. Πλέον, βλέπουμε πως το τελετουργικό του πένθους έχει αποκτήσει ένα φορμαλιστικό χαρακτήρα. Το πένθος προσδιορίζεται πλέον χρονικά και μαζί του περιορίζονται και οι συναισθηματικές εκδηλώσεις των συγγενών. Υπάρχει ένα όριο, το οποίο έχει οριστεί κοινωνικά, ως ο χρόνος για το θρήνο, όριο πέραν του οποίου οι προσωπικές εκφράσεις του πόνου δε γίνονται αποδεκτές. Αν κάποιος συνεχίσει το θρήνο, ως έκφραση της συναισθηματικής του κατάστασης, θεωρείται ως παθολογικός και περιθωριοποιείται.

Σε αυτό το στάδιο θα πρέπει να κάνουμε μια διχοτόμηση η οποία αφορά το ιατρικό επάγγελμα. Στην πρώτη φάση αυτού του σταδίου έχουμε την εμφάνιση του ιατρικού επαγγέλματος σε μια αρμονική συνύπαρξη με το θρησκευτικό δόγμα. Την περίοδο αυτή βλέπουμε πως ο γιατρός αντιμετωπίζεται με αδιαφορία από τον κόσμο. Οι άρρωστοι αν και αποδέχτηκαν την ταμπέλα του αρρώστου δεν αναζητούσαν το όνομα της. Τους ήταν τελείως αδιάφορο αν έπασχαν από τη μια ή την άλλη αρρώστια. Οι γιατροί έρχονταν μόνο σε κατάσταση κρίσης και γενικά το κύρος τους ήταν πολύ μικρό. Ο γιατρός βοηθούσε απλώς τον άρρωστο να πεθάνει. Σπάνια ή στο τέλος της διαδικασίας ο γιατρός ανέφερε το όνομα της αρρώστιας. Ο γιατρός ενδιαφέρονταν για τα συμπτώματα (πυρετό), προσδιόριζε τη θεραπεία, αλλά δεν προσπαθούσε να κατηγοριοποιήσει την περίπτωση. Δεν υπήρχε λοιπόν μια κατάσταση (ασθένεια) αλλά μια σειρά, ένα σύνολο από φαινόμενα. Παράλληλα παρατηρούμε και τη διάσπαση του ιατρικού επαγγέλματος σε παθολόγο, χειρουργό και φαρμακοποιό. Ο χει-

²⁶⁹ Aries P. (1981), *The Hour of Our Death*, Penguin Books, σελ. 298-406.

²⁷⁰ Foucault M. (1991), *Ανοίξτε μερικά πτώματα, Λεβιάθαν*, τ. 9.

²⁷¹ Aries P. (1988), *Δοκίμια για το θάνατο στη δύση*, Γλάρος, σελ. 50.

ρουργός, ο οποίος εκτελούσε και χρέη κουρέα²⁷² καθώς και ο φαρμακοποιός, είχαν μέσα στο πλαίσιο του υποβαθμισμένου ιατρικού επαγγέλματος, μικρότερο κύρος από τον παθολόγο. Οι δύο πρώτοι είχαν πρακτική γνώση, ενώ ο τελευταίος θεωρητική παιδεία.

..... η παιδεία του ήταν ακαδημαϊκή και συχνά έπαιρνε το δίπλωμά του χωρίς να έχει εξετάσει ασθενή.²⁷³

Η μόρφωση, τους προσέδιδε κύρος:

Εάν χρειαζόταν παθολόγος, αυτός έμπαινε από την κύρια, μπροστινή είσοδο. Εάν χρειαζόταν χειρουργός ή φαρμακοποιός, χρησιμοποιούσαν την είσοδο των εμπόρων. Μόνο οι παθολόγοι και ελάχιστοι διακριτοί χειρουργοί ονομάζονταν τζέντλεμαν, οι άλλοι ονομάζονταν έμποροι.²⁷⁴

Εάν και υπήρχε διάκριση μεταξύ των τριών αυτών ρόλων, τα καθήκοντα του καθενός ήταν ασαφή. Ο καθένας θεωρούσε πως εξασκούσε την ιατρική στο σύνολο της και υπήρχε αλληλοκάλυψη των ρόλων.

Σε ένα δεύτερο στάδιο, η ιατρική επιστημονική αυθεντία κυριαρχεί πάνω στο φαινόμενο του θανάτου. Αυτό φαίνεται και στο μυθιστόρημα του Τολστόι όπου ο Ιβάν Ιλιτς αρρωσταίνει²⁷⁵. Ξαφνικά συνειδητοποιεί ότι αποτελεί μια ξεχωριστή, ατομική ύπαρξη, επομένως και η αρρώστια που τον απειλεί αποτελεί μια ιδιαίτερη αρρώστια, η οποία χρειάζεται και ένα όνομα. Εδώ επεμβαίνει ο γιατρός που προσδιορίζει, ονομάζει την αρρώστια. Από εδώ και πέρα γίνεται και η ιατρικοποίηση της ζωής του ατόμου που πάσχει. Το μόνο που μένει στον Ιβάν Ιλιτς και το οποίο του επιβάλλεται να κάνει, είναι να ακολουθήσει κατά γράμμα τις οδηγίες του «ειδικού». Παράλληλα αρχίζει να διαβάζει ειδικά βιβλία για την ονοματοποιημένη πλέον αρρώστια, αναζητά την επιβεβαίωση και ενός άλλου γιατρού²⁷⁶, νομιμοποιώντας έτσι την εξουσία του γιατρού πάνω του.

Αστικός - Κλινικός Θάνατος : Σε αυτό ακριβώς το στάδιο ανάπτυξης της ιατρικής, περνάμε στον *Αστικό - Κλινικό θάνατο*²⁷⁷ όπου η εξουσία δίδεται πλέον

²⁷² Προήλθε από τον κουρέα ο οποίος ακολουθούσε το στρατό για τις στρατιωτικές ανάγκες, και στα πεδία μάχης αναγκαστικά ερχόταν σε άμεση επαφή με ανοιχτά τραύματα από όπου και οι γνώσεις του περί ανατομίας

²⁷³ Cartwright F. (1977), *A social history of medicine*, Longman, σελ. 47.

²⁷⁴ Στο ίδιο, σελ. 50.

²⁷⁵ Ariès P. (1981), *The Hour of Our Death*, Penguin Books, σελ. 563-567.

²⁷⁶ Στο ίδιο, σελ. 565.

²⁷⁷ Ιλιτς I. (1988), *Ιατρική Νέμεσης*, Εκδοτική ομάδα, σελ. 246-252.

στους γιατρούς. Ενώ πριν, ο θάνατος αποφάσιζε για τη ώρα της κρίσης, τώρα τη διαδικασία την κινεί η ιατρική, που λέει στο θάνατο πότε να σημάνει. Η ιατρική πλέον καθορίζει τι είναι θάνατος και πότε έρχεται, καθώς και τι πρέπει να γίνει για να αποφευχθεί (ιατρικοποίηση της ζωής).

Αυτό το οποίο είδαμε από την μέχρι τώρα ανάλυση είναι πως στο παρελθόν υπήρχε μια οικειότητα με το θάνατο, η οποία δεν περιέκλειε φόβο ή απελπισία. Η στάση απέναντι στον θάνατο υπήρχε στο πλαίσιο μιας παθητικής αποδοχής και μιας μυστικιστικής εμπιστοσύνης στο Θεό. Ο θάνατος θεωρούνταν απόρροια της μοίρας και επομένως αναπόφευκτος. Αυτό που είχε να κάνει λοιπόν ο ετοιμοθάνατος, ήταν να τον αποδεχτεί στωικά, σε μια δημόσια τελετουργία στην οποία έπαιζε και τον πρωταγωνιστικό ρόλο. Η εγκατάλειψη στην μοίρα, δείχνει την αδιαφορία απέναντι στις ειδικές μορφές της ατομικότητας. Όλοι οι άνθρωποι είναι το ίδιο και έχουν την ίδια πορεία απέναντι στην αναπόφευκτη μοίρα.

Έπειτα με την εμφάνιση της θρησκείας γίνεται μια αλλαγή στη στάση αυτή. Ο Χριστιανισμός προάγει την έννοια της ατομικότητας ως προϊόν της ατομικής κρίσης απέναντι στο Θεό. Η ατομική αυτή συνειδητοποίηση, η ρωγμή της συνειδησης²⁷⁸, η διαμόρφωση του εγώ-εαυτός οδήγησε στην διάσπαση της συλλογικής συνείδηση. Το νεογέννητο Εγώ πρέπει πλέον να αντιμετωπίσει την αναπόφευκτη αλήθεια του θανάτου του. Την στιγμή αυτή εμφανίζεται και ένα ευρύτερο πρόβλημα των ημερών μας :

Το πρόβλημα της ανικανότητας να δίνεται στους θνήσκοντες εκείνη η βοήθεια και να τους δείχνεται η συμπάθεια την οποία χρειάζονται όσο τίποτα άλλο στον αποχωρισμό του ανθρώπου τους - ακριβώς επειδή ο θάνατος του Άλλου φαίνεται σαν προειδοποίηση του δικού μας θανάτου.²⁷⁹

Σε αυτό το στάδιο ο θάνατος γίνεται μια τρομερή φιγούρα που απειλεί το συνειδητοποιημένο εγώ - εαυτός, το οποίο και προσπαθεί να τον αποφύγει.

Έτσι περνάμε στην σύγχρονη κοινωνία όπου ενεργούμε σαν να είμαστε αθάνατοι. Δεχόμαστε βέβαια ότι θα πεθάνουμε, αλλά κατά βάθος νοιώθουμε αθάνατοι. Παράλληλα χάνουμε την κυριαρχία του θανάτου μας. Το ότι δεν κυριαρχούμε πάνω στο θάνατό μας δείχνει πως δεν κυριαρχούμε και πάνω στην ζωή μας. Από την στιγμή που θα γεννηθούμε (νοσοκομείο) κάποιιοι άλλοι αποφασίζουν αν είμαστε φυσιο-

²⁷⁸Reanne D. (1992), *Ο θάνατος του Αιώνιου*, Κωσταράκη.

λογικοί ή παθολογικοί (γιατροί), καθώς και το τι μπορούμε να κάνουμε και τι όχι, και φυσικά το πως θα πεθάνουμε. Ο άρρωστος δεν έχει καν το δικαίωμα να γνωρίζει ότι θα πεθάνει :

Παλαιότερα ο θάνατος ήταν μια τραγωδία - συχνά κωμική - όπου κάποιος υποδούταν ότι πρόκειται να πεθάνει. Σήμερα ο θάνατος είναι μια κωμωδία - πάντα τραγική - όπου κάποιος παριστάνει ότι δεν ξέρει πως πρόκειται να πεθάνει.²⁸⁰

Αυτό που συμβαίνει πλέον, είναι η μετατόπιση από τη θρησκεία στην ιατρική. Ο θάνατος φεύγει από το προσκήνιο και τη θέση του παίρνει η αρρώστια. Μια κατηγορία που μπορεί και να πολεμηθεί και να νικηθεί. Όχι ο θάνατος λοιπόν που αποτελεί κάτι το ανίκητο, αλλά η αρρώστια, η οποία με τη βοήθεια της συνεχώς αναπτυσσόμενης επιστημονικής ιατρικής (προϊόν του συνεχώς αναπτυσσόμενου ανθρωπίνου), μπορεί να νικηθεί. Έτσι καθημερινά αμφιβάλουμε όλο και περισσότερο αν η σοβαρή ασθένεια είναι και θανατηφόρα. Οι πιθανότητες για να γλυτώσει κανείς έχουν αυξηθεί. Και αν κάποιος ακόμα πεθάνει (π.χ. από καρκίνο), εμείς μπορεί να γλυτώσουμε. Ο άνθρωπος και ο θάνατος του, προβάλλονται ως δημιουργήματα της φύσης και όχι του Θεού.

..... ο άνθρωπος, (αυτός ή αυτή) γίνεται το πτώμα (αυτό).²⁸¹

Ο άνθρωπος έχασε μεν το στήριγμα που του πρόσφερε η θρησκεία, ως αντίδοτο στον θάνατο, αλλά το βρήκε στην ιατρική, η οποία επιστημονικά πλέον τον προφυλάσσει. Η αρρώστια με τη βοήθεια της ιατρικής μπορεί να νικηθεί, άρα μπορεί και ο θάνατος. Η ζωή παρουσιάζεται πλέον ως σημαντική (επίγεια, κοσμική) και ο θάνατος ως άσχημο συμβάν που συνεχώς παραμερίζεται.

Η διάβρωση του θρησκευτικού αισθήματος περί μεταθανάτιας ζωής οδηγεί στην απολυτοποίηση της ιατρικής εξουσίας. Εφόσον δεν υπάρχει άλλη ζωή, πρέπει να κρατηθούμε πάση θυσία σ' αυτή λατρεύοντας την ιατρική.²⁸²

²⁷⁹ Elias N. (1991), Για την Μοναξιά των Θνησκόντων. *Λεβιάθαν* τ. 9, σελ. 27.

²⁸⁰ Aries E. (1988), *Δοκίμια για τον Θάνατο στην Δύση*, Γλάρος, σελ. 158.

²⁸¹ Reanne D. (1992), *Ο θάνατος του αιώνιου*, Κωσταράκη, σελ. 165.

²⁸² Στο ίδιο, σελ. 32.

Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες τα πάντα αρνούνται τον θάνατο. Σε άμεση σχέση με αυτή τη στάση βρίσκεται και η ψυχανάλυση (επιστήμη του αιώνα μας), η οποία τονίζει ότι :

..... στο ασυνείδητο ο καθένας έχει πεισθεί ότι είναι
αθάνατος.²⁸³

Ο θάνατος αντιμετωπίζεται ως ασθένεια η οποία πασχίζετε να νικηθεί με τη βοήθεια της ιατρικής.

Για τον άνθρωπο της Δύσης, ο θάνατος δεν αποτελεί ένα φυσικό φαινόμενο που σηματοδοτεί το τέλος της ζωής, αλλά μια ήττα που πρέπει να αποφευχθεί με κάθε τρόπο και με κάθε μέσο, ένας εχθρός που πρέπει να νικηθεί. Είναι χαρακτηριστική η φράση των γιατρών "τον χάσαμε τον άρρωστο, έφυγε".²⁸⁴

Η «ιατρικοποίηση» του θανάτου έχει οδηγήσει και στον περιορισμό του μέσα στα νοσοκομεία. Η αντικειμενικοποίηση του ασθενή και η εστίαση στην αρρώστια και όχι στο υποκείμενο ασθενή, παίρνει μια ιδιάζουσα μορφή στον μελλοθάνατο.

Το θνήσκειν είναι μια ολοκληρωτική και απόλυτη εμπειρία και στο σύνορο του θανάτου, το αρρωστημένο όργανο παύει να έχει την πρωταρχική σημασία.²⁸⁵

Αυτό που έχει σημασία δεν είναι το συγκεκριμένο όργανο που ασθενεί (ασθένεια), αλλά το ολοκληρωμένο άτομο ως ξεχωριστή προσωπικότητα.

Σημαντική είναι και η πληροφορία για τον θάνατο. Οι γιατροί και οι νοσοκόμοι καθυστερούν όσο γίνεται περισσότερο την ανακοίνωση στο ασθενή ότι πρόκειται να πεθάνει. Το APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation)²⁸⁶ αποτελεί μια ιατρική, επιστημονική μέτρηση, η οποία βάση σωματικών μετρήσεων, προσδιορίζει από την στιγμή που θα εισαχθεί ο ασθενής, αν έχει πιθανότητες να ζήσει, καθώς και πόσες είναι οι πιθανότητες αυτές. Η ιδέα βάση της οποίας γεννήθηκαν αυτά τα συστήματα μέτρησης, στηρίζεται στην ποσοτικοποίηση (αντικειμενικοποίηση) ορισμένων στοιχείων και στη χρήση του αποτελέσματος συγκεκριμένων μετρήσεων για την ταξινόμηση των ασθενών, ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου και

²⁸³Freud S. (1991), Η Σχέση μας με το Θάνατο. *Λεβιάθαν* 9, σελ.11.

²⁸⁴Γκαράνη Τ. (1992), *Εντατική Θεραπεία : Ηθικά Δεοντολογικά και Νομικά Προβλήματα*. Διδακτορική Διατριβή, σελ. 24.

²⁸⁵Kubler-Ross E. (1988), *Ο θάνατος το τελικό στάδιο της εξέλιξης*, Ταμασός, σελ. 38.

την αναμενόμενη έκβαση. Τα συστήματα αυτά ποικίλλουν (APACHE I και II, SAPS, TISS). Όλα όμως βασίζονται στην ιδέα ότι η βαρύτητα της νόσου και ο κίνδυνος του θανάτου μπορούν να υπολογισθούν με την μέτρηση και τη σύγκριση διαφόρων σταθερών τιμών. Όσο πιο πολύ παρεκκλίνουν οι τιμές, οι οποίες μετριοούνται στον ασθενή, από τις φυσιολογικές τιμές κατά το πρώτο εικοσιτετράωρο της εισαγωγής του στο νοσοκομείο, τόσο λιγότερες είναι οι ελπίδες επιβίωσης. Ο άρρωστος όμως ειδοποιείται πολύ αργότερα²⁸⁷ διότι το προσωπικό φοβάται πως αν τυχόν ο ασθενής μάθει την κατάσταση του, μπορεί να κλάψει, να στεναχωρηθεί, με αποτέλεσμα να εμπλακεί και το νοσηλευτικό προσωπικό σε μια αλυσίδα συναισθηματικών αντιδράσεων που θα κάνουν αυτούς, τον άρρωστο και το φιλικό και συγγενικό περιβάλλον του να χάσουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους και να προκύψουν έτσι απρόβλεπτες για την οργάνωση του νοσοκομείου καταστάσεις²⁸⁸. Οι γιατροί λοιπόν γνωρίζοντας την πραγματική κατάσταση του ασθενή είναι οι κυρίαρχοι του θανάτου, της στιγμής, ακόμα και των συνθηκών του θανάτου. Προσπαθούν να πετύχουν από τον ασθενή ένα «acceptable style of living while dying» ένα «acceptable style of facing death». Ένα «embarrassingly graceless dying» προκαλεί δυσλειτουργίες και συγκίνηση οι οποίες πρέπει να αποφεύγονται από την κοινωνία.²⁸⁹ Μόνο ιδιωτικά, κρυφά μπορεί κανείς να εκφράσει, να αφήσει τη συγκίνηση του να εκδηλωθεί. Τα πάντα γίνονται για να κρυφτεί ο θάνατος. Το νοσοκομείο ως κοινωνικός θεσμός αναπαράγει και αναπαραγάγει από την στάση αυτή:

..... ολόκληρη η κοινωνία συμπεριφέρεται σαν τη νοσοκομειακή μονάδα.²⁹⁰

Η κοινωνία λοιπόν παρατείνει όσο περισσότερο μπορεί τη ζωή των αρρώστων, αλλά δεν τους βοηθάει να πεθάνουν. Όπως είδαμε στις παραδοσιακές κοινωνίες

²⁸⁶ Για τον τρόπο που υπολογίζεται βλέπε στο παράρτημα, σελ. 14-15.

²⁸⁷ O Dans σε μία έρευνα μελέτησε τις οικογένειες παιδιών με πολυμυελίτιδα και βρήκε ότι η επικοινωνία για την πρόγνωση του παιδιού στους γονείς ερχόταν πολύ αργότερα αφότου ο γιατρός αποκτούσε μια ακριβή ιδέα για την κατάσταση αναπηρίας του παιδιού. Dans M. (1963), *Passage Through Crisis. Polio Victims and their Families*, Bobbs Merrill.

²⁸⁸ Από έρευνα την οποία διεξήγαμε στην πλειοψηφία των Μ.Ε.Θ. της Ελλάδος τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόλις 6,5% των γιατρών είναι πρόθυμοι να ανακοινώσουν την αλήθεια για την κατάσταση του ασθενή, ενώ το 39,2% δίνουν επιλεκτική ενημέρωση, από Michaloudis G. Filias N. Alexias G. et. al. (1995), *Ethics in Intensive Care Units in Greece*, 8th European Congress of Intensive Care Medicine, σελ. 455-458.

²⁸⁹ Aries P. (1988), *Δοκίμια για το θάνατο στη δύση, Γλάρος*, σελ. 152.

²⁹⁰ Στο ίδιο, σελ. 164.

ες οι συγγενείς, οι φίλοι στεκόντουσαν στον ετοιμοθάνατο και δέχονταν τις επιθυμίες του μέχρι την τελευταία στιγμή. Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) δεν τον αντιμετωπίζουν ως άνθρωπο λογικό. Δεν υπάρχει επικοινωνία, γιατί αυτή προϋποθέτει την ισότητα των συνομιλητών. Ο λόγος του ασθενή δεν έχει ούτε νόημα, ούτε εξουσία. Μπορούμε να μιλάμε για έναν απρόσωπο θάνατο μέσα σε μια Μ.Ε.Θ. όπου από την άλλη πλευρά στον διάδρομο και μακριά από τον ασθενή υπάρχουν οι συγγενείς του. Η τάση για την αποφυγή του θανάτου εκφράζεται και με την ανάθεση όλων των τελετουργικών και των σχετικών με το θάνατο διαδικασιών σε ιδιώτες (τα διάφορα γραφεία τελετών που αναλαμβάνουν τη διεκπεραίωση όλων των διαδικασιών).

Έκφραση όλων αυτών αποτελεί το εξής περιστατικό που μιλά για έναν Ιουσίτη παπά, τον Πατέρα Φρανσουά Ντε Νταινβίλ:

Προσβεβλημένος από λευχαιμία, έχοντας απόλυτη συνείδηση της κατάστασης του και βλέποντας το θάνατο να πλησιάζει, με κουράγιο, διαύγεια και ηρεμία, συνεργάστηκε με το προσωπικό του νοσοκομείου όπου τον έστείλαν. Είχε συμφωνηθεί με τον καθηγητή που τον παρακολουθούσε, εξαιτίας της απελπιστικής κατάστασης του αρρώστου, να μην του επιβληθεί καμιά βαριά θεραπεία για να επιζήσει. Κάποιο σαββατοκύριακο, βλέποντας την αρρώστια να χειροτερεύει, ένας εσωτερικός γιατρός τον μετέφερε σ' ένα άλλο νοσοκομείο, στο θάλαμο εντατικής παρακολούθησης (η εξουσία) ήταν τρομερό. Την τελευταία φορά που τον είδα μέσα απ' το τζάμι ενός αποστειρωμένου δωματίου και χωρίς να μπορώ να του μιλήσω, παρά μόνο μέσω του ιντερφόν, ήταν πάνω σ' ένα φορείο, με δύο αναπνευστικούς σωλήνες στα ρουθούνια κι ένα σωλήνα εκπνοής που του έκλεινε το στόμα, με δεν ξέρω ποιο μηχανήμα που βοηθούσε την καρδιά, με μετάγγιση αίματος, με τεχνητό νεφρό. « Ξέρω ότι δεν μπορείτε να μιλήσετε μερικές στιγμές μαζί σας ... «Τότε είδα τον πατέρα Ντε Νταινβίλ να τινάζει τα δεμένα μπράτσα του, να τραβάει τη μάσκα εκπνοής. Τα τελευταία του λόγια πριν πέσει σε κόμα ήταν: « μου στερούν το θάνατό μου»²⁹¹.

Το Νόημα του Θανάτου

Στο τμήμα αυτό θα ασχοληθούμε με τα ιδιαίτερα στοιχεία του θανάτου, καθώς και με την παρουσίαση του ρόλου που έχει ο θάνατος στην ζωή του σύγχρονου ανθρώπου.

Η υπαρξιακή φιλοσοφία ασχολήθηκε διεξοδικά με το φαινόμενο της περατότητας της ανθρώπινης ύπαρξης. Ο λόγος για τον οποίο οι φιλόσοφοι ασχολήθηκαν με τον θάνατο, είναι διότι ο άνθρωπος είναι το μόνο ον που έχει επίγνωση του χρόνου

²⁹¹ Στο ίδιο, σελ. 184.

ως προτσές, ως εξέλιξη που προσανατολίζεται προς το μέλλον. Μελετώντας λοιπόν οι φιλόσοφοι την ανθρώπινη ύπαρξη, ήταν υποχρεωμένοι να ασχοληθούν και με τη συνειδητοποίηση του θανάτου ως περατότητα. Ο άνθρωπος μπορεί να προγραμματίζει τις πράξεις του λαμβάνοντας υπόψη το αύριο, επομένως έχοντας και επίγνωση της περατότητας του. Στοχοθετεί τις πράξεις του, την ίδια τη ζωή του πάνω στη γνώση, ότι ως αναγκαιότητα υπάρχει το όριο του θανάτου του. Ένα όριο που δεν μπορεί να παραβιαστεί και που μόνο αυτός από όλα τα ζώα, έχει τη συνείδηση του. Αυτό άλλωστε αποτελεί και το ανθρώπινο μεγαλείο απέναντι στα ζώα. Τα τελευταία, τα οποία δεν έχουν επίγνωση του μέλλοντος, αναλώνονται σε μια άσκοπη διαβίωση. Ο φόβος και η γνώση του θανάτου οδήγησε τον άνθρωπο στην διαμόρφωση του πολιτισμού του. Αυτή ακριβώς η γνώση της περατότητας είναι που κεντρίζει τον άνθρωπο για να συνεχίζει να ζει.

Ο θάνατος δεν είναι εχθρός για να νικηθεί, ή φυλακή για να την αποφύγουμε. Είναι κομμάτι της ζωής μας αναπόσπαστο, που δίνει νόημα στην ανθρώπινη ύπαρξη. Οριοθετεί τη διάρκεια μας στη ζωή και μας κεντρίζει, όσο έχουμε τον καιρό να δημιουργούμε.²⁹²

Βλέπουμε λοιπόν το θετικό ρόλο του θανάτου στη ζωή, ως κίνητρο για δημιουργία. Όλα τα μεγάλα πνεύματα τα οποία έχουν κατά καιρούς εμφανιστεί, καθώς και οι μεγάλοι πολιτισμοί αποτελούν τη συλλογική αντίσταση μιας κοινωνίας απέναντι στον θάνατο. Στο συλλογικό - πολιτισμικό επίπεδο, ο θάνατος ακυρώνεται με τα έργα του πολιτισμού π.χ. οι πυραμίδες. Ο άνθρωπος συνειδητοποιώντας τη βιολογική φθαρτότητα του, επιζητά τη συλλογική αθανασία. Αυτήν την αθανασία την προσφέρει ο πολιτισμός.

Η ζωή λοιπόν υπάρχει και συνυπάρχει μόνο λόγω του θανάτου. Μόνο μέσω της διαλεκτικής σύνθεσης αυτών των δύο ο άνθρωπος ολοκληρώνεται, φέρνει εις πέρας την ανθρώπινη υπόσταση του, πραγματώνει την ανθρώπινη ουσία του.

Επιλεκτικά θα αναφέρουμε διάφορες απόψεις της υπαρξιακής φιλοσοφίας, για το φαινόμενο του θανάτου²⁹³.

²⁹²Kubler-Ross E. (1988), *Θάνατος το Τελικό Στάδιο της Ζωής*, Ταμασός, σελ. 11.

²⁹³ Για μια παρουσίαση της ιστορίας της θανατολογίας με αναφορές τόσο στην δύση, όσο και στην ανατολή, την Κίνα, την Ινδία, την Περσία και τους Αρχαίους χρόνους βλέπε, Bardis P. (1981), *History of Thanatology : Philosophical, Religious, Psychological, and Sociological Ideas Concerning Death From Primitive Times to the Present*, University Press of America.

Ο Σωκράτης θεωρεί πως ο θάνατος προκαλεί στον φιλόσοφο χαρά όταν αυτός πλησιάζει.

Οι Στωικοί τονίζουν πως ο μόνος στόχος της φιλοσοφίας είναι η προετοιμασία για το θάνατο, ο οποίος θάνατος αποτελεί τμήμα της φύσης και για το λόγο αυτό πρέπει να τον αποδεχτούμε ως στοιχείο της μοίρας μας. Έδιναν μάλιστα και δύο αναλογίες:

α) η ζωή είναι μέρος ενός έργου και δεν πρέπει να ρωτάμε τα όρια που έχουν τεθεί από το δραματοποιό.

β) η ζωή είναι ένα συμπόσιο και δεν πρέπει να εξεγειρόμαστε ενάντια στα χρονικά του σύνορα.²⁹⁴

Οι Εκκλησιαστές τονίζουν πως υπάρχει «χρόνος για να ζήσεις και χρόνος για να πεθάνεις». Επίσης θεωρούσαν πως το να σκέφτεσαι το θάνατο, συντελεί στη σωστή ζωή διότι ο θάνατος είναι το αποτέλεσμα της βιολογικής, κυκλικής εξέλιξης, άρα αναπόφευκτος.²⁹⁵

Φτάνουμε έτσι στους Υπαρξιστές οι οποίοι προέβαλλαν τον στόχο της κοινωνικό-συλλογικής αθανασίας, απέναντι στο πρόβλημα της προσωπικής αθανασίας. Θεωρήθηκε από τους Υπαρξιστές πως η ανθρώπινη ευτυχία είναι αδύνατη, επομένως πρέπει να αποδεχτούμε το θάνατο αντιμετωπίζοντας τον συνέχεια. Μόνο τότε μπορούμε να ευχαριστηθούμε, ότι η ζωή έχει να μας προσφέρει²⁹⁶.

Σειρά τώρα έχει να αναφερθούμε στον Heidegger²⁹⁷ και την προβληματική της υπαρξιακής αναλυτικής, η οποία εκφράζει στον καλύτερο βαθμό τις απόψεις περί θανάτου οι οποίες κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί.

Heidegger : Ο Heidegger θεωρεί το Dasein (είναι-εκεί), ως τον όρο της ανθρώπινης ύπαρξης, όπως αυτή η ύπαρξη αντιτίθεται στην ύπαρξη των πραγμάτων και των ζώων. Η βασική ασχολία του Heidegger είναι «το νόημα του Είναι», και το «Είναι» του ανθρώπου, είναι το Dasein. Ο θάνατος τώρα είναι η δυνατότητα ολοκλήρωσης του Dasein. Μέσω του θανάτου του, το Dasein ολοκληρώνεται χρονικά. Υπάρχει λοιπόν η πρώτη δυνατότητα, αυτή της γέννησης (ζωή) και η έσχατη δυνατότητα, αυ-

²⁹⁴ Στο ίδιο, σελ. 34-35.

²⁹⁵ Στο ίδιο, σελ. 38-39.

²⁹⁶ Στο ίδιο, σελ. 73-74.

²⁹⁷ Η αναφορά στον Heidegger γίνεται από το άρθρο Παίξης Χ. (1991), Ελευθερία προς το Θάνατο και Αυθεντικότητα στην Προβληματική της Υπαρξιακής Αναλυτικής, *Λεβιάθαν* 9, σελ. 78 - 88.

τή του θανάτου. Η δυνατότητα του θανάτου αποτελεί βέβαια μια δυνατότητα μη παρὰκάμψιμη, η οποία αναφέρεται μόνο στο Dasein, το οποίο στο πλαίσιο αυτής της δυνατότητας δεν συνδέεται με καμιά άλλη ύπαρξη²⁹⁸. Πεθαίνουμε μόνοι μας δηλαδή το θάνατό μας. Η συνειδητοποίηση του θανάτου οδηγεί το Dasein στην αυθεντικότητα, μιας και γίνεται γνήσιο «Εγώ». Γνωρίζοντας τον εαυτό του, ταυτόχρονα με τη συνειδητοποίηση του θανάτου του, γνωρίζει και τις δυνατότητες του, κυρίως εκείνη τη δυνατότητα που τον ξεχωρίζει από όλους τους άλλους ανθρώπους. Γνωρίζει δηλαδή τη δυνατότητα του δικού του θανάτου. Μόλις το Dasein κατανοήσει τη δυνατότητα του να πεθάνει γίνεται, «Είναι προς το θάνατο»²⁹⁹. Η συνειδητοποίηση αυτή λαμβάνεται θετικά και σημαίνει το να μην προσπαθήσουμε να ξεφύγουμε ανέλπιδα από αυτήν αλλά να «τρέχουμε προς αυτήν». Με αυτόν τον τρόπο το Dasein βρίσκεται σε μια «Ελευθερία προς το θάνατο»³⁰⁰. Το «Είναι προς το θάνατο» και η «ελευθερία προς το θάνατο» δείχνουν πως το Dasein έχει αποκτήσει αυθεντικότητα, συνειδητοποίηση της ατομικότητας του και οδηγείται απελευθερωμένο από την ταύτιση με τους άλλους (Man), στην προσωπική ολοκλήρωση. Ο θάνατος βιώνεται τότε όχι ως τέρμα, αλλά ως μέρος μιας διαδικασίας, ενός προτσές το οποίο δεν έχει ακόμα συντελεστεί ένα «Όχι - ακόμα»³⁰¹.

Η συνειδητοποίηση αυτή δεν τρομάζει το Dasein αλλά το ωθεί στην μέριμνα για την ίδια την προσωπική του ύπαρξη. Η δυνατότητα του θανάτου, δίνει την ευκαιρία στην ύπαρξη να νοσηματοδοτηθεί. Συνεπώς, η γνώση της δυνατότητας του θανάτου, η συνειδητοποίηση του θανάτου ως αναπόφευκτο γεγονός, οδηγεί στην ολοκλήρωση του Dasein τραβώντας το από την αναυθεντικότητα και οδηγώντας το στην πραγμάτωση της ανθρώπινης ουσίας του, οδηγώντας το στην ολοκλήρωση της ξεχωριστής προσωπικότητας. Η αποδοχή του γεγονότος ότι το άτομο θα πεθάνει οδηγεί στο αυθεντικό «Είναι», γιατί το να πεθαίνεις είναι κάτι που κανείς δεν μπορεί να κάνει για κανέναν άλλο. Άρα δίνει και την αυθεντικότητα της ζωής στο «Είναι-Εκεί»³⁰². Όταν λοιπόν ένα άτομο αντιμετωπίζει το δικό του θάνατο, βλέπει τη ζωή του να νοσηματοδοτείται. Ο θάνατος πάνω από όλα είναι μοναδικός και προσωπικός και οδηγεί, όταν έχουμε τη συνείδηση του, σ' ένα αίσθημα ατομικότητας, μιας και κανένα

²⁹⁸ Στο ίδιο, σελ. 81-82.

²⁹⁹ Στο ίδιο, σελ. 82.

³⁰⁰ Στο ίδιο, σελ. 83-84.

³⁰¹ Στο ίδιο, σελ. 86.

³⁰² Στο ίδιο, σελ. 86.

άλλο άτομο δεν μπορεί να πεθάνει στην θέση μας. Ο καθένας πεθαίνει το θάνατο του, ο καθένας πεθαίνει μόνος του. Συνεπώς το να αγνοούμε το θάνατο μας, εξαλείφει την ατομικότητα μας και δεν οδηγεί στην ατομική ολοκλήρωση. Ο θάνατος είναι κάτι παραπάνω από τη βιολογική παύση και η ανθρώπινη ύπαρξη εξηγείται καλύτερα όταν μελετάμε το θάνατο. Αλλά δεν μπορούμε να έχουμε την εμπειρία του θανάτου, μιας και αυτή η εμπειρία αποτελεί την καταστροφή, την ανυπαρξία κάθε εμπειρίας. Γι' αυτό μιλάμε για γνώση της δυνατότητας του θανάτου³⁰³. Ο Heidegger λοιπόν αφοπλίζει το θάνατο ο οποίος γίνεται το έσχατο φαινόμενο της ζωής, καθώς ψάχνουμε το νόημα της ύπαρξης. Σε αυτήν την πορεία προς την αυθεντικότητα βλέπουμε τον θάνατο ως μία «μη παρακάμψιμη δυνατότητα» του Dasein, ως αναπόφευκτη δηλαδή πορεία. Παράλληλα όμως έχουμε, εκτός από την συνειδητοποίηση από το Εγώ αυτής της πορείας και την βίωση του θανάτου των Άλλων. Έτσι προκύπτει το συμπέρασμα πως η επικοινωνιακή διάσταση του θανάτου σε τελευταία ανάλυση σημαίνει ότι:

χάρη στον θάνατο των άλλων γίνεται επιστημονική, δηλαδή «αντικειμενικά» προσιτός ο τελειωμός του εδώνα - είναι.³⁰⁴

Ο θάνατος του Άλλου, του Man, προσφέρει την δυνατότητα για την αναγκαία συνειδητοποίηση του αυθεντικού Είναι. Έτσι προκύπτει η επικοινωνιακή διάσταση μεταξύ των ατόμων η οποία βασίζεται στο γεγονός του θανάτου.

Η επικοινωνιακή διάσταση του θανάτου είναι ως εκ τούτου η βίωση του θανάτου των Άλλων, δηλαδή η ίδια η επικοινωνιακά δομημένη και ερμηνευτικά κατανοημένη διυποκειμενικότητα.³⁰⁵

Έτσι ο θάνατος ως ιδιαίτερο, ατομικό χαρακτηριστικό, ως μια σχέση του ατόμου με τον ίδιο του τον εαυτό, αποκτάει μια επικοινωνιακή, μια διυποκειμενική σχέση. Γίνεται με λίγα λόγια κοινωνικό συμβάν και όχι απλή ατομική εμπειρία, μία περίπτωση θανάτου. Γίνεται αντικείμενο κοινωνιολογικής έρευνας.³⁰⁶ Εδώ συντελεί-

³⁰³ Στο ίδιο, σελ. 87-88.

³⁰⁴ Χαιντέγγερ Μ. (1985), Είναι και χρόνος. Δωδώνη, σελ. 435, στο Ρήγου Μ. (1990), *Επικοινωνιακή, Ηθική και Πολιτική Διάσταση του Θανάτου στην Νεοτερικότητα*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Διδακτορική Διατριβή, σελ. 20.

³⁰⁵ Στο ίδιο, σελ. 20.

³⁰⁶ Ο θάνατος παρουσιάζεται ως κοινωνικό φαινόμενο, ως παράγοντας μιας διαμορφωτικής εξουσίας (επιστήμες ανθρώπου), η οποία εγκαθίσταται στην κοινωνία στηριζόμενη στην γνώση (εξουσία). Επίσης «ο μετασχηματισμός των αναπαραστάσεων του θανάτου στην νεοτερικότητα, η θεώρησή του ως ασήμαντου γεγονότος και η απώθησή του ως ασύμφορου συμβάντος οφείλεται στην βίαια είσοδο των

ται και η επέμβαση των επιστημών του ανθρώπου (ιατρική), όπου ο θάνατος εκφράζεται μέσω συγκεκριμένων λόγων (επιστήμη). Αυτός ο επιστημονικός ιατρικός λόγος γίνεται μονοπωλιακός για την αγόρευση του θανάτου (νοσοκομεία) και ακυρώνεται ως μη νόμιμος, ως μη αρμόδιος λόγος, ο κοινωνικός λόγος του ίδιου του ετοιμοθάνατου. Ο λόγος του δεν ακούγεται από κανέναν. Η απομόνωσή του ετοιμοθάνατου στα ειδικά ιδρύματα (νοσοκομεία, θανατοκομεία) γίνεται για την διευκόλυνση της επικοινωνίας των υγιών ατόμων. Έτσι θεωρείται ο λόγος του, όχι ως προσπάθεια επικοινωνίας, αλλά ως ατομικός πόνος. Διαμέσου των ιατρικών διαμεσολαβήσεων ο θάνατος φτάνει σε μας ιδεολογικά διαστρεβλωμένος, κενός διυποκειμενικού νοήματος.

Ο Σάρτρ : Ο Σαρτρ από την άλλη, θεωρεί πως η συνεχής γνώση του θανάτου εντείνει το νόημα της ζωής, ενώ αντιθέτως το να αγνοείς το θάνατο αποστερεί τη ζωή από ένα στοιχείο γρηγοράδας. Όπως αναφέρει και μια ανάλυση για το έργο του :

Η ανθρώπινη πραγματικότητα θα παρέμενε πεπερασμένη ακόμα και αν ήταν αθάνατη γιατί φτιάχνει τον εαυτό της πεπερασμένο με την επιλογή του εαυτού της, ως ανθρώπινη. Το να είσαι πεπερασμένος στην πραγματικότητα είναι το να διαλέγεις τον εαυτό σου - αυτό σημαίνει το να κάνεις γνωστό στον εαυτό σου, το τι ακριβώς είσαι προβάλλοντας τον εαυτό σου απέναντι στην πιθανότητα απόκλισης των άλλων. Αυτή η πράξη ελευθερίας, είναι και η αξίωση, και η δημιουργία του πεπερασμένου. Εάν φτιάξω τον εαυτό μου, τον κάνω πεπερασμένο και από κει και πέρα η ζωή μου θα είναι μοναδική.³⁰⁷

Ο θάνατος αποτελεί μια δύναμη η οποία βρίσκεται στη ζωή ως αλληλένδετο της στοιχείο και ο οποίος στην σύνθεση του με την ζωή, οδηγεί στην ολοκλήρωση της ανθρώπινης ύπαρξης ως ενεργητική κατάφαση της ζωής. Η αποδοχή της δυνατότητας του θανάτου σημαίνει γνώση της ζωής, κατανόηση της αξίας και της μοναδικότητας της. Κάθε στιγμή, κάθε μέρα είναι μοναδική και δεν πρέπει να σπαταλιέται, αλλά να οδηγεί στην ολοκλήρωση του ατόμου.

Σε άμεση συνάφεια με την στάση απέναντι στον θάνατο βρίσκεται και η στάση απέναντι στα γηρατεία. Όταν κάποιος φύγει από την παραγωγική ζωή φεύγει και από την κοινωνική ζωή. Κλείνεται μέσα σε ένα ίδρυμα από όπου σπάνια βγαίνει ζω-

μορφών της οικονομικής και διοικητικής ορθολογικότητας (δηλαδή του χρήματος και της εξουσίας) σε σφαίρες δράσης που ειδικεύονται στην συμβολική αναπαραγωγή του "βιωμένου κόσμου" στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και ο θάνατος», στο ίδιο, σελ. 32.

³⁰⁷Feifel H. (1965), *The Meaning of Death*, Mc Graw- Hill book company, σελ. 54.

ντανός. Ενώ κάποιες κοινωνίες θάβουν ζωντανούς τους γέρους ως ένδειξη συλλογικής νίκης απέναντι στον επικείμενο, αναπόφευκτο θάνατο³⁰⁸, στην σύγχρονη κοινωνία κλείνουμε τους γέρους ταπεινωτικά σε οίκους ευγηρίας, όπου μένουν αθέατοι στην βιολογική φθορά. Αυτοί οι οίκοι επιτελούν τον συμβολικό διαχωρισμό μεταξύ των πλήρως κοινωνικών δρώντων, οι οποίοι βρίσκονται από «έξω», και των «μέσα» οι οποίοι είναι μη παραγωγικοί, άρα και κοινωνικά αποκλεισμένοι.

Σπάνια στη ζωή του ένα άτομο βλέπει ένα νεκρό πτώμα και ιδιαίτερα τα παιδιά δεν εκτίθενται στη θέα του νεκρού σώματος μέχρι να ενηλικιωθούν. Η διαχείριση των πτωμάτων έχει ανατεθεί σε ειδικούς και η ζωή συνεχίζεται χωρίς διακοπή. Το τελετουργικό της κηδείας είναι σύντομο και ως στόχο έχει το γρήγορο αποχωρισμό του νεκρού και τη συνέχιση της «φυσιολογικής», καθημερινής ζωής.

Σε στενή σχέση με τον θάνατο βρίσκεται και η έννοια της ασθένειας. Από τις γενικές στάσεις απέναντι στον θάνατο αντλεί και η ασθένεια την ιδιαίτερη εννοιολόγηση και υπόσταση της στην συγκεκριμένη κοινωνία.³⁰⁹ Για τις ανάγκες της ανάλυσης μας, αρκεί η επισήμανση πώς η στάση της κοινωνίας απέναντι στην ασθένεια έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με την στάση απέναντι στον θάνατο. Κατά τον μεσαίωνα όπως παρουσιάσαμε η ασθένεια ως ιατρικός ορισμός μιας κατάστασης δεν είχε το κύρος το οποίο έχει τώρα. Στις μέρες μας έχει αποκτήσει την κυρίαρχη θέση στην σχέση γιατρός-ασθενής. Βέβαια από την αρχαιότητα υπήρχε γνώση των διαφόρων ασθενειών.³¹⁰ Αυτό όμως που έχει σημασία για την ανάλυση μας είναι όχι η ύπαρξη ή μη της γνώσης των ασθενειών, αλλά η στάση της κοινωνίας απέναντι στην ασθένεια, ως κρίση της υγείας, ως κρίση της ύπαρξης του υποκειμένου. Η στάση αυτή στην

³⁰⁸ Σε διάφορες κοινωνίες παρατηρείται ο εκούσιος θάνατος του αρχηγού, ο οποίος θάβεται ζωντανός σε γεροντική ηλικία. Αυτή η πράξη δεν αποτελεί φόνο ή αυτοκτονία. Ο ίδιος ο αρχηγός αποφασίζει για την τύχη του και ζητά την συγκατάθεση της φυλής. Αν η φυλή συμφωνήσει, μόνο τότε θάβεται ζωντανός. Το γεγονός αυτό αποτελεί έναν κοινωνικό θρίαμβο πάνω στο θάνατο. Ο προσωπικός θάνατος του εαυτού σημαίνει ελάχιστα σε αυτές τις κοινωνίες ενώ το στοιχείο της συλλογικής αθανασίας σημαίνει πολλά, και αυτό είναι που εκφράζεται στις τελετές τους. Η τελετουργική πράξη του αρχηγού αποτελεί μια πράξη αξιοπρέπειας και ανιδιοτέλειας απέναντι στον αναπόφευκτο θάνατο. Huntington R. and Metcalf P. (1987), *Celebrations of Death, The Anthropology of Mortuary Ritual, Part III*, σελ. 122.

³⁰⁹ Για τη στάση απέναντι στο θάνατο, την ασθένεια και την συναφή με την ασθένεια έννοια του πόνου, βλέπε Illich I. (1991), *Ιατρική Νέμεση*, Εκδοτική Ομάδα. Βλέπε επίσης και Horrobin F. (1978), *Medical Hubris: A Reply to Ivan Illich*, Churchill Livingstone. Για μια κριτική, σε μερικά σημεία άδικη, στις απόψεις του Illich.

³¹⁰ Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις ασθένειες στο πέρασμα των αιώνων, βλέπε Grmek M. (1989), *Οι Ασθένειες στην Αυγή του Δυτικού Πολιτισμού*, Χατζηνικολή.

σύγχρονη κοινωνία αντλεί την ύπαρξη της από την ευρύτερη στάση απέναντι στον θάνατο, διότι αυτός αποτελεί την μεγαλύτερη κρίση της ύπαρξης του υποκειμένου.

Από την μέχρι τώρα ανάλυση μπορούμε να οδηγηθούμε στην διατύπωση συγκεκριμένων ορισμών για τις έννοιες της ζωής, του θανάτου, της ασθένειας και της υγείας. Αυτό που είχε ως στόχο η ανάλυση η οποία προηγήθηκε ήταν να δείξει πώς ο θάνατος και κατά συνέπεια και η ασθένεια, δεν αποτελούν έννοιες a priori αρνητικές.

Λέχθηκε πώς στους μεγαλοφείς αρρώστους σαν τον Pascal, τον Descartes, τον Voltaire, τον Νίτσε και τόσους άλλους οφείλεται ο πνευματικός πολιτισμός μας και όχι στους υγιείς που δεν τους μένει καιρός να σκεφτούνε μες στην εγωιστική απόλαυση της ζωής.³¹¹

Πιο συγκεκριμένα, το άτομο υπάρχει τόσο ως βιολογική κατηγορία (λειτουργικό σώμα) όσο και ως μέλος της δοσμένης, της συγκεκριμένης χώρο-χρονικά κοινωνίας (κοινωνικό σώμα). Αυτό το οποίο τίθεται ως κοινωνικό αίτημα είναι η ολοκλήρωση του υποκειμένου, η διαμόρφωσή του σε ξεχωριστή, αυτοεκπληρούμενη προσωπικότητα. Η ολοκλήρωση αυτή μπορεί να επέλθει μόνο με τη γνήσια συνειδητοποίηση, από μέρους του ατόμου, των τεσσάρων θεμελιακών για την ύπαρξη του διαστάσεων. Η γνήσια αυτή συνειδητοποίηση, απορρίπτει κάθε μορφής διαμεσολάβηση μεταξύ των καταστάσεων αυτών και της συνειδητοποίησης, της σύλληψης τους από το υποκείμενο. Επομένως οι τέσσερις αυτές καταστάσεις δεν είναι αρνητικές, αλλά μπορούν, στην γνήσια συνειδητοποίηση τους, να οδηγήσουν στην ολοκλήρωση κάθε ξεχωριστής προσωπικότητας.

Μπορούμε τώρα να προχωρήσουμε στην διατύπωση των ορισμών.

Έτσι **Ζωή** είναι η δυνατότητα αυτο - εκπλήρωσης του ατόμου σε μια ολοκληρωμένη, σε κάθε επίπεδο (βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, συναισθηματικό), προσωπικότητα. Είναι μια διαδικασία εκμάθησης και διαμόρφωσης στάσεων και κοινωνικών σχέσεων η οποία προάγει το υποκείμενο.

Ο **Θάνατος** είναι το αναπόφευκτο φτάσιμο της πορείας της γέννησης. Αποτελεί συμπληρωματικό στοιχείο της ζωής, η συνειδητοποίηση του οποίου προσφέρει στην ολοκλήρωση του υποκειμένου.

Η **Υγεία** είναι η βιολογική, κοινωνική, συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση ευεξίας του ατόμου, η οποία του παρέχει την δυνατότητα να ολοκληρωθεί.

Η Ασθένεια τέλος είναι μια κατάσταση κρίσης της Υγείας του ατόμου, η οποία δεν είναι κατανάγκη αρνητική, αλλά ως αναπόφευκτο στοιχείο της φύσης προσφέρει, μέσω της βίωσης της, την εκτίμηση της υγείας (η οποία όπως είδαμε αποτελεί προϋπόθεση για την ολοκλήρωση της ζωής, άρα και της ολοκλήρωσης του ατόμου), ούτως ώστε αυτή (η υγεία) να μην κατασπαταλιέται σε ανούσιες δραστηριότητες αλλά στην ολοκλήρωση του ατόμου.

Σε συμφωνία λοιπόν με τον Heidegger θεωρούμε πώς η συνειδητοποίηση της δυνατότητας του θανάτου (και της ασθένειας), παρά η απόκρυψή τους, δίνει την δυνατότητα στο υποκείμενο να ολοκληρωθεί. Άρα οι εικόνες του θανάτου και της ασθένειας δεν είναι αρνητικές για την ζωή και την υγεία. Ο θάνατος και η ασθένεια δεν είναι αντίθετες έννοιες της ζωής και της υγείας αλλά είναι μεταξύ τους αλληλοσυμπληρώσιμες διότι έχουν έναν κοινό στόχο, αυτόν της ολοκλήρωσης του υποκειμένου.

Ιατρική Πράξη

Στο τμήμα αυτό θα παρουσιάσουμε τους τρόπους με τους οποίους η επιστημονική ιατρική επεμβαίνει στις έννοιες της ζωής, του θανάτου, της υγείας και της ασθένειας επαναορίζοντας τις και ασκώντας μέσω αυτών των ορισμών την εξουσία της συνολικά πάνω στην ανθρώπινη ύπαρξη. Η επιστημονική ιατρική αποτελεί μορφή ανθρώπινης δραστηριότητας, εκφραστής της οποίας είναι οι γιατροί, ως κοινωνική κατηγορία. Στο τμήμα αυτό θα δείξουμε πως η εξουσία της ιατρικής δεν περιορίζεται μόνο στον έλεγχο του σώματος του ασθενή, αλλά αντιθέτως επεκτείνεται σε κάθε κατάσταση του ατόμου (υγιής, ασθενής, ζωντανός, νεκρός), εξουσιάζοντας συνολικά την ανθρώπινη προσωπικότητα.

Η επιστημονική ιατρική επεμβαίνει, διαμεσολαβεί μεταξύ του υποκειμένου και των καταστάσεων αυτών της προσωπικής του ύπαρξης (Ζ.Θ.Υ.Α.). Αποτέλεσμα αυτής της διαμεσολάβησης είναι ότι καταστρέφεται η γνήσια συνειδητοποίηση από το υποκείμενο της ζωής, του θανάτου, της υγείας και της ασθένειας. Επεμβαίνει δηλαδή ως φίλτρο η ιατρική και μέσω αυτής το υποκείμενο αποκτά αντίληψη (και όχι συνείδηση) των τεσσάρων αυτών υπαρξιακών του καταστάσεων.

³¹¹ Παπασπύρου Ν. *Εισαγωγή στην Ιστορία και την Φιλοσοφία της Ιατρικής*, σελ. 140.

Το να ζει το άτομο με συνειδητή ευαισθησία, ατομικότητα και ανεξαρτησία κάνει την εμπειρία του πόνου, της ασθένειας και του θανάτου ένα οργανικό στοιχείο της ζωής του. Η ικανότητα να αντιμετωπίζει αυτά τα τρία στοιχεία αυτόνομα είναι θεμελιακή για την υγεία του. Στο βαθμό που γίνεται εξαρτημένος για την διαχείριση αυτών χάνει την αυτονομία του³¹²

Η διαμεσολάβηση αυτή της ιατρικής, όπως άλλωστε και κάθε μορφή διαμεσολάβησης είναι εξουσιαστική απέναντι στο υποκείμενο. Επεμβαίνει λοιπόν η επισημονική ιατρική ως ψευδή συνείδηση (ως ιδεολογία) και διαστρεβλώνει την γνήσια συνειδητοποίηση. Το υποκείμενο χάνει την δυνατότητα του αυτοκαθορισμού του και γίνεται ετεροπροσδιοριζόμενο.

Όπως είδαμε οι έννοιες του θανάτου, της ζωής, της υγείας και της ασθένειας είναι μεταξύ τους αλληλοσυμπληρούμενες και αλληλοεξαρτώμενες. Η θετικότητα τους συνίσταται στην επίτευξη του σκοπού της ολοκλήρωσης του υποκειμένου και δικαιολογεί την ύπαρξή τους ως αξίες. Λέγοντας ότι αποτελούν αξίες εννοούμε ότι έχουν εννοιολογηθεί ως τέτοιες μέσω μιας κοινωνικής διαδικασίας. Δηλαδή η ίδια η κοινωνία αποφασίζει ότι αποτελούν σημαντικά θέματα για την ύπαρξη της και τα ανάγει έτσι στην θέση των αξιών. Η αξία είναι μια έννοια a priori θετική και επιδιώκεται χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το κοινωνικό κόστος. Η ορθολογική προς την αξία δράση (Wertrational) είναι αυτή που έχει ως σκοπό την πραγματοποίηση μιας αξίας και την επιδιώκει :

συστηματικά και προγραμματισμένα, εκτιμώντας δηλαδή και χρησιμοποιώντας τα πιο κατάλληλα μέσα που έχει στην διάθεσή του, υπολογίζοντας συγχρόνως τις συνέπειες των επιμέρους ενεργειών του, όσον αφορά όμως, το τελικό αποτέλεσμα της επίτευξης του στόχου και τις τυχόν αρνητικές συνέπειες εις βάρος του, που μπορεί η επίτευξη του σκοπού να έχει.³¹³

Στη λογική της Wertrational οι τέσσερις αυτές έννοιες αποτελούν αξίες τις οποίες επιδιώκει, στοχοθετεί η κοινωνία χωρίς να λαμβάνει υπόψη της τις αρνητικές συνέπειες που μπορούν να προκύψουν από αυτή την επιδίωξη.

Η ιατρική διαμεσολαβεί μεταξύ αυτών των τεσσάρων αξιών και του ατόμου επαναορίζοντας τις, ως ανά δύο συγκρουόμενες. Η αρμονική συνύπαρξη βάση του κοινού σκοπού παύει να ισχύει και στην θέση της μπαίνει η συγκρουσιακή σχέση Ζωή - Θάνατος και Υγεία - Ασθένεια.

³¹²Illich I. (1974), *Medical Nemeses*, *The Lancet*, May 11: 918-922, σελ. 922.

Οι σχέσεις Ζωή - Θάνατος και Υγεία - Ασθένεια αποτελούν συγκρίσεις διαφοράς όπου ο θάνατος αποτελεί μια διαφορετική στιγμή ή καλύτερα το τελευταίο στάδιο της ζωής. Στο θάνατο ο άνθρωπος αντιμετωπίζει ένα από τους μεγαλύτερους νόμους του ανθρωπίνου είδους. Δεν υπάρχει καμία ελπίδα διαφυγής από αυτόν, αλλά ούτε και καμία διάθεση εξιδανίκευσής του. Αποτελεί ένα νομοτελειακό γεγονός και το μόνο που μπορεί να κάνει το άτομο είναι στωικά, με συνείδηση να τον αποδεχτεί. Η προσπάθεια να τον ακυρώσει, έστω και συμβολικά, είναι τουλάχιστον υποκριτική. Οι διάφορες άλλωστε δημόσιες τελετουργίες είχαν ακριβώς ως στόχο να δείξουν την αλληλοσύνδεση του θανάτου με την ζωή. Ο θάνατος ήταν μια ευκαιρία για την ανανέωση της ζωής. Η αντίστοιχα η ασθένεια είναι μια διαφορετική στιγμή από την υγεία μέσα στο πλαίσιο του προτσές της ανθρώπινης εξέλιξης. Άρα η σχέση Ζωή - Θάνατος και η σχέση Υγεία - Ασθένεια αποτελούν συγκρίσεις διαφοράς. Συγκρίσεις δύο διαφορετικών στιγμών μέσα στο πλαίσιο της κάθε σχέσης, οι οποίες σχέσεις αποκτούν την ύπαρξη και την συμπληρωματικότητά τους από την συνύπαρξή τους στο πλαίσιο του ίδιου σκοπού.

Μέσα στη λογική της επιστημονικής ιατρικής, οι σχέσεις αυτές αποτελούν συγκρίσεις αντίθεσης, όπου το κάθε μέρος της σχέσης αποκτάει την ύπαρξη του μέσω της άρνησης του άλλου. Η αρνητικότητα του ενός, προσδίδει την θετικότητα στο άλλο, ή αντιστρόφως, η θετικότητα του ενός, νομοτελειακά προσδιορίζει την αρνητικότητα του άλλου. Η ιατρική επεμβαίνει, επενδύοντας τις αξίες της ζωής, του θανάτου, της υγείας και της ασθένειας με ένα δικό της εννοιολογικό χαρακτηρισμό, καταστρέφοντας την συμπληρωματική τους συνύπαρξη και οδηγώντας τις σε μία αναγκαστική συγκρουσιακή συνύπαρξη, μιας και το κάθε μέλος της σχέσης μπορεί να (συν) - υπάρξει μόνο εξαιτίας του άλλου. Αν καταστραφεί το ένα μέλος π.χ. το αρνητικό, παύει να υπάρχει, παύει να νομιμοποιείται το θετικό.³¹⁴ Άρα οι αλληλοσυμπληρούμενες σχέσεις Ζωή - Θάνατος και Υγεία - Ασθένεια μετατρέπονται σε πολιτικές σχέσεις, σε σχέσεις σύγκρουσης. Η καλύτερα οι αξίες μετατρέπονται σε πολιτικές έννοιες. Καταστρέφεται η ενότητα της ζωής με το θάνατο, και της υγείας με την ασθένεια και πλέον τίθενται η μία απέναντι στην άλλη, η μία ως καταστροφή της άλλης. Η θετικότητα των τεσσάρων αξιών χάνεται και πλέον μετατρέπονται σε δύο θε-

³¹³ Αντωνοπούλου Μ. (1992), *Θεωρία και Ιδεολογία*, Παπαζήσης, σελ. 223.

³¹⁴ Για τον ρόλο που παίζει η εικόνα του εχθρού, του αρνητικού για την κυριαρχία του θετικού βλέπε, Smit C. (1991), *Η έννοια του Πολιτικού*, Κριτική.

τικές έννοιες (Ζωή, Υγεία) και σε δύο αρνητικές (Θάνατος, Ασθένεια). Στην περίπτωση της Ζωής και της Υγείας δεν μιλάμε πλέον για αξίες όπως πριν, αλλά για θετικές έννοιες, θέλοντας να δείξουμε την επίκτητη θετικότητα αυτών. Πλέον δεν αποτελούν αξίες διότι επιτελούν τον σκοπό της ολοκλήρωσης του υποκειμένου, αλλά αντίθετως χρωματίζονται ως θετικές εξαιτίας της αντιπαράθεσης τους στις αρνητικές έννοιες, του θανάτου και της ασθένειας. Η εξυπηρέτηση του κοινού σκοπού καταστρέφεται, ή καλύτερα, εξυπηρετείται η προσπάθεια της ιατρικής να διαμορφωθεί ως κυρίαρχη, ως εξουσιαστική στο σύνολο της ανθρώπινης προσωπικότητας και όχι απλώς στο σώμα του ασθενή.³¹⁵

Σειρά έχει τώρα να δούμε τους λόγους για τους οποίους συντελείται αυτή η διαδικασία.

Όπως είδαμε ο θάνατος αποτελεί ένα αλληλένδετο κομμάτι στην πορεία του ατόμου. Αυτός έρχεται να ολοκληρώσει και να «κλείσει» μια συγκεκριμένη πορεία. Αν η πορεία αυτή ήταν πετυχημένη, τότε ο θάνατος ερχόταν ακριβώς να επιβεβαιώσει αυτήν την πορεία, και να συμβάλλει στην ολοκλήρωση της ατομικής προσωπικότητας. Μια ευτυχισμένη, πλήρης ζωή, η οποία συμβάλλει στην πλήρωση των βαθύτερων αναγκών του ατόμου, οδηγεί και σε έναν ήρεμο θάνατο. Η αποδοχή ή όχι του θανάτου προκύπτει λοιπόν από την ποιότητα της ζωής. Μια καλή ζωή, μια ζωή που προάγει την ανθρώπινη προσωπικότητα, βρίσκει την ολοκλήρωση της σε έναν στωικό θάνατο. Αυτό συμβαίνει μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο όπου οι κοινωνικές σχέσεις είναι έτσι διαμορφωμένες ώστε να συντείνουν στην ατομική ευδαιμονία, προάγοντας ταυτόχρονα τη συλλογική ευτυχία. Σε συνθήκες τώρα οξύτατου ανταγωνισμού, η ζωή και ο θάνατος προσδιορίζονται ως δύο ριζικά διαφορετικές καταστάσεις, ως ζωή και ως μη - ζωή. Ο θάνατος είναι παρών δια της απουσίας της ζωής. Δεν έχει δική του υπόσταση, αλλά χρωματίζεται αρνητικά προκειμένου να ενισχυθεί (;) ο πόλος της ζωής. Έτσι η ζωή θεωρείται ως η ύψιστη αξία και ο θάνατος ως η ύψιστη μη - αξία. Ο θάνατος έρχεται όχι ως επιβεβαίωση, ως ολοκλήρωση της ζωής, αλλά ως ο αντιθετικός πόλος της ζωής. Η ζωή είναι αυτή που προσδίδει στον θάνατο την ποιότητα του. Δεν προσδιορίζουν και τα δύο στοιχεία στην σύνθεσή τους, την ολοκλήρωση της προσωπικότητας, αλλά πλέον η κυρίαρχη έννοια, η ζωή, δίνει την ποιότητα στο θάνατο. Έτσι μια «καλή» ζωή (με όρους οικονομικούς και όχι ό-

³¹⁵ Επίσης για την έννοια του εχθρού και το ρόλο που παίζει για την εγκαθίδρυση της κοσμοεικόνας

ρους αυτοπραγμάτωσης της προσωπικότητας), προσδιορίζει το θάνατο ως κακό, γιατί αυτός περιορίζει τη διάρκεια αυτής της ζωής. Έτσι ο θάνατος ως μη - αξία, τερματίζει μια «καλή», άνετη οικονομική ζωή. Από την άλλη τώρα, μια «άσχημη», στερημένη ζωή μπορεί να χαρακτηρίσει το θάνατο ως θετικό, ως λυτρωτή, μόνο αν αυτή η ζωή είναι χειρότερη από τον ίδιο το θάνατο.

Βλέπουμε λοιπόν πως στην αντιπαράθεση των συγκρουόμενων και αλληλοαποκλειόμενων πλέον εννοιών της ζωής και του θανάτου, η ποιότητα της ζωής προσδιορίζει κατά αντιστροφή την ποιότητα του θανάτου.

Στην πρώτη επισήμανση που κάναμε για το θάνατο, ως προαπαιτούμενο της ζωής για την προαγωγή και ολοκλήρωση της προσωπικότητας, είναι εμφανής ο επαναστατικός χαρακτήρας της πρότασης. Η συνειδητοποίηση του προσωπικού τέλους, ως δυνατότητα, οδηγεί το άτομο στην προσωπική του ολοκλήρωση αφήνοντας στην άκρη οτιδήποτε μέχρι τότε εκτελούσε στο πλαίσιο μιας καθημερινής, απλής επιβιωτικής λειτουργίας. Η «συνειδητοποίηση του παράλογου»³¹⁶, της καθημερινής σπατάλης της πεπερασμένης ύπαρξης σε τυποποιημένους, επιβαλλόμενους ρόλους και συμπεριφορές, οδηγεί όχι φυσικά στην αυτοκτονία, αλλά στην ανάπτυξη των γνήσιων ανθρωπίνων στοιχείων

Όταν ο θάνατος προσδιορίζεται από τη ζωή, η ζωή είναι αυτή που κατέχει ως αξία την ικανότητα να αλλάξει μια άσχημη κατάσταση. Αποτελεί τον ενεργητικό πόλο στο πλαίσιο της σχέσης. Αυτή -η ζωή- υπάρχει σε δύο ποιότητες, μια «καλή» και μια «κακή». Ο θάνατος από την άλλη είναι αναπόφευκτος, κάτι δηλαδή που δεν αλλάζει. Άρα το υποκείμενο μπορεί να αλλάξει τον πρώτο πόλο της σχέσης αυτής, αυτόν της ζωής. Έτσι, σαν επακόλουθο θα αλλάξει και ο θάνατος. Αυτό που έχει σημασία είναι ότι στην αιτιώδη σχέση ζωής και θανάτου, η ζωή προσδιορίζει με την ποιότητα της, κατά αντιστροφή την ποιότητα του θανάτου. Αφού η ζωή μπορεί να γίνει αντικείμενο ανθρώπινης πράξης, επομένως και να αλλάξει, - πράγμα που δεν γίνεται στο θάνατο, ο οποίος ως μη-ζωή δεν μπορεί να αλλάξει - δίδεται με αυτήν τη συλλογιστική η δυνατότητα στο επαναστατικό υποκείμενο να αλλάξει την αρνητική ποιότητα της ζωής του.

Και στο σημείο αυτό επεμβαίνουν η κυρίαρχη ιδεολογία και οι θεσμοί που την στηρίζουν (νοσοκομεία). Αυτό που επιτελεί η κυρίαρχη ιδεολογία είναι η κατα-

του κυρίαρχου υποκειμένου βλέπε, Κονδύλης Π. (1992), *Ισχύς και Απόφαση*. Στιγμή.

στροφή του επαναστατικού χαρακτήρα της προηγούμενης πρότασης. Η σχέση ζωή - θάνατος αντιστρέφεται και γίνεται θάνατος - ζωή. Αυτό που πλέον προσδιορίζει είναι ο θάνατος, και αυτό που προσδιορίζεται είναι η ζωή. Ο θάνατος πλέον προσδιορίζει κατά αντιστροφή την ποιότητα της ζωής. Αυτό γίνεται όμως με την απολυτοποίηση του θανάτου. Αυτός θεωρείται καθαρά ως αρνητική αξία, ως μη - ζωή, ως καταστροφή της ύπαρξης. Επομένως χρωματίζεται αρνητικά. Η ζωή από την άλλη προσδιορίζεται κατά αντιστροφή, ως η απόλυτα θετική αξία, ως το στοιχείο εκείνο που αντιτίθεται στο θάνατο και πρέπει πάση θυσία να διατηρηθεί. Μια ζωή όμως που πλέον δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως «καλή» ή «κακή», αλλά είναι δεδομένα «καλή». Είναι η απόλυτη αξία στην αντιπαράθεση της με την απόλυτη μη- αξία.

Οι κοινωνικοοικονομικές δομές της προηγμένης βιομηχανικής εποχής, όχι μόνον ήσαν προετοιμασμένες να αποδεχτούν αλλά και ενθάρρυναν μια τέτοια νεφελοποίηση που στην τελευταία ανάλυση εκφράζει μια απολυτοποίηση της έννοιας της ζωής και μια πλήρη απώθηση της έννοιας του θανάτου. Αυτή η απολυτοποίηση σε καμιά περίπτωση δεν σημαίνει κατάφαση της ζωής, της συνειδητής δηλαδή συμμετοχής σε αυτήν με αποδοχή των πραγματικών της αξιών και αυτοδυναμίας και την από αυτήν οριζόμενων κανόνων του παιχνιδιού.³¹⁷

Με τη μορφή αυτή της απολογητικής, η κατεστημένη ζωή, ως απόλυτο αγαθό πρέπει να διατηρηθεί απέναντι στον θάνατο και γίνεται δεδομένα «καλή» για όλους, ανεξαρτήτου ταξικής κατάστασης. Αυτό που μένει είναι να παρουσιάσουμε τους τρόπους με τους οποίους εκδηλώνεται και λειτουργεί αυτή η κατάσταση.

Στις ημέρες μας έχει διαμορφωθεί μια κουλτούρα υγιεινής και καθαριότητας. Μας επιβάλλεται η αναγκαιότητα της ευτυχίας, και της καθαρής υγιεινής ζωής, στοιχεία τα οποία προσδιορίζουν την «καλή» ζωή, ως αντίθετη στον άσχημο, βρώμικο θάνατο. Είναι καθήκον και κοινωνική μας υποχρέωση να συμμετάσχουμε στην συλλογική ευτυχία με την αποφυγή κάθε αιτίας λύπης (πένθος), έτσι ώστε ο καθένας να φαίνεται πάντα ευτυχισμένος, ακόμα και αν βρίσκεται στην πιο βαθιά απελπισία. Δείχνοντας κάποιος έστω και κάποιο σημάδι λύπης, πέραν του κοινωνικά προσδιορισμένου και ελεγχόμενου χρόνου (χρόνος πένθους), αμαρτάνει απέναντι στην ευτυχία, την αναθεωρεί και έτσι η κοινωνία κινδυνεύει να χάσει την σταθερότητα της, καθώς και το λόγο ύπαρξης της³¹⁸. Έτσι και η ζωή όπως είπαμε, δεν πρέπει να είναι μό-

³¹⁶ Camus A. (1973), *Ο Μύθος του Σίσυφου*, Μπουκουμάνης.

³¹⁷ Φίλιας Ν. (1994), *Μεθοδολογία ή Κατευθυνόμενη Γνώση, Ομοιοπαθητική Ιατρική*, τ. 11, σελ. 14.

³¹⁸ Αριές Φ. (1988), *Δοκίμια για τον Θάνατο στη Δύση*, Γλάρος, σελ. 53.

νο a priori «καλή», πρέπει να δείχνει και ως τέτοια. Για να γίνει αυτό πρέπει ο θάνατος, ως η απόλυτη καταστροφή της ζωής να κρυφτεί πίσω από τους τοίχους του νοσοκομείου, μέσα στα γραφεία κηδειών, στους αποστειρωμένους χώρους των Μ.Ε.Θ. Η τελετουργία αποχωρισμού του νεκρού, πρέπει να είναι σύντομη, προκειμένου να γυρίζει γρήγορα η ζωή στον «φυσιολογικό» της ρυθμό. Η λήθη ταιριάζει στους νεκρούς. Παράλληλα συντελείται και ο εγκλεισμός των ασθενών (εν δυνάμει νεκροί), στο νοσοκομείο. Ο θάνατος πλέον δεν είναι όμορφος, δεν συντελεί στην προσωπική ολοκλήρωση, δεν αποτελεί ένα δημόσιο γεγονός που τονίζει τη συλλογική αλληλεγγύη και την κοινωνική συνέχεια. Είναι μια μη - αξία, είναι βρώμικος, και συνεπώς δεν έχει θέση σε μια «καλή» ζωή. Πρέπει να κρυφτεί. Παράλληλα βλέπουμε και μια αλλαγή στις στάσεις των συγγενών απέναντι στο νεκρό. Πλέον ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως αποκρουστικός και βρωμερός. Στο παρελθόν στο δωμάτιο του νεκρού έμπαιναν ένα πλήθος κόσμου, μέχρι και μικρά παιδιά. Αξίζει να σημειωθεί πως όταν κάποιος έβλεπε στον δρόμο ένα παπά που πήγαινε να εξομολογήσει έναν ετοιμοθάνατο, ήταν υποχρεωμένος να ακολουθήσει τον παπά στο σπίτι του ετοιμοθάνατου³¹⁹. Σήμερα βλέπουμε πως οι οσμές από το σώμα του αρρώστου θεωρούνται ως βρώμικες, μιανές και μολυσματικές. Οι κανόνες υγιεινής επιβάλλουν την απομάκρυνση του ετοιμοθάνατου ασθενή από το σπίτι του και τον εγκλεισμό του στο νοσοκομείο. Οι συγγενείς εύκολα αποδέχονται αυτήν την κοινωνική επιταγή και έτσι μπορούν να ζήσουν και οι ίδιοι μια «φυσιολογική», σύμφωνη με τους κανόνες υγιεινής, ζωή. Ακόμα και όταν πεθάνει κάποιος υπάρχουν ειδικές τεχνικές παρουσίασης του νεκρού σώματος όπου αυτό παρουσιάζεται ως σε κατάσταση ύπνου.

..... μια φυσιολογική εμφάνιση επιζητείται ..και μια ειρηνική στάση δημιουργείται όποτε χρειάζεται οι συγγενείς να δουν το πτώμα.³²⁰

Ακόμα και όταν ο θάνατος είναι γεγονός, γίνεται προσπάθεια οι συνέπειες του να ακυρωθούν, έστω εικονικά. Μια κουλτούρα ευκολίας μας επιβάλλεται και ρυθμίζει τη ζωή μας. Τα πάντα πρέπει να είναι εύκολα και αρεστά. Ότι μη - αρεστό κρύβεται σε ειδικά για τον σκοπό αυτό ιδρύματα. Τα πάντα κάνουν τη ζωή μας εύκολη, από τις ηλεκτρονικές συσκευές μέχρι τα αυτοκίνητα. Ένας άρρωστος, ή ένας

³¹⁹ Στο ίδιο, σελ. 16.

³²⁰ Prior L. (1989), *The Social Organization of Death*, MacMillan, σελ. 72.

εν δυνάμει νεκρός προκαλεί αρνητικές εντυπώσεις στην κουλτούρα της ευκολίας και για αυτό απομακρύνεται.

Αυτό λοιπόν που βλέπουμε είναι η κυριαρχία της έννοιας της ζωής απέναντι στο θάνατο, ανεξαρτήτου κόστους. Η ζωή, αφού προσδιορίζεται από τον αρνητικό θάνατο, δεν μπορεί παρά να είναι θετική. Έτσι εξηγείται και η δημιουργία των Μ.Ε.Θ. Δεν έχει σημασία η ποιότητα της ζωής, αυτό που επιβάλλεται είναι η διατήρηση της πάση θυσία. Έχουμε μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, αλλά χειρότερη ποιότητα ζωής ! Προτιμάτε η ταπείνωση, ο εξευτελισμός της ανθρώπινης ύπαρξης, η χειραγώγηση της ως αντικείμενο, παρά ο θάνατος. Σημασία έχει να ζεις, όχι το πώς ζεις. Το να ζεις είναι από τη φύση του θετικό απέναντι στον αρνητικό θάνατο.

Εξαιτίας του ότι ο θάνατος ήταν η ορατή ιστορία της ασθένειας η οποία μπορούσε να επανασυσταθεί στην ολότητά της ξεκινώντας με το σώμα, του οποίου την ζωή, η ασθένεια τελείωσε, ο θάνατος έγινε το αντίθετο της ζωής. Ο θάνατος έγινε ο αρνητικός χώρος, ο οποίος έδωσε στη ζωή την υπόστασή της. «Η ζωή» έλεγε ο Bichat «είναι το άθροισμα όλων αυτών των λειτουργιών, τις οποίες ο θάνατος αρνείται».³²¹

Η Ιδεολογική Χρήση του Θανάτου

Χαρακτηριστική είναι η φράση των Berger και Luckman ότι :

..... σε τελική ανάλυση, οι ανθρώπινες κοινωνίες είναι απλώς άνδρες και γυναίκες συνδεδεμένοι, απέναντι στον θάνατο.³²²

Ο θάνατος αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά, συνδετικά στοιχεία τα οποία προσδιορίζουν, τόσο την κοινωνία, όσο και το άτομο.³²³ Ο θάνατος αποτελεί ένα κοινωνικό γεγονός. Οι κοινωνικές πρακτικές οι οποίες ασχολούνται με τον θάνατο διαμορφώνουν και «κατασκευάζουν» το αντικείμενο της επέμβασής τους. Το σώμα χρησιμοποιείται ως σύμβολο, πάνω στο οποίο εγγράφεται η εικόνα την οποία έχει διαμορφώσει η συγκεκριμένη κοινωνία για το θάνατο. Το ειρηνικό, όμορφο, αρωματισμένο, καλοντυμένο και ευπαρουσίαστο σώμα χρησιμεύει τόσο ως σύμβολο του

³²¹ Arney W. R. and Bergen B. J. (1984), *Medicine and the Management of Living : Taming the Last Great Beast*, Chicago Press, σελ. 21.

³²² Berger P. and Luckman T. (1967), *The Social Construction of Reality*, Harmondsworth, Penguin.

³²³ Η ανάλυση η οποία ακολουθεί αποτελεί μέρος της παρουσίασης, σύνθεσης του έργου του Giddens A. από τον Mellor P. στο άρθρο του *Death in High Modernity : the Contemporary Presence and Absence of Death* και βρίσκεται στο συλλογικό έργο Clark D. (1993), *Sociology of Death*, Blackwell.

ατόμου μετά το θάνατο, αλλά και ως σύμβολο του πολιτισμένου εαυτού (καθαρός, φρεσκοπλυμένος, ευπαρουσίαστος, κατάλληλος για δημόσια παρουσίαση). Επίσης ο κοινωνικός κόσμος, οι επιμέρους ομάδες στις οποίες ανήκει ο νεκρός εκφράζονται και μετά τον θάνατό του κατά την οργάνωση του ενταφιασμού, καθώς και στον τρόπο ταφής όπου μαζί με το πτώμα θάβονται και τα κοινωνικά, πολιτικά και πολιτισμικά σύμβολα, τα οποία προσδιορίζουν την κοινωνική υπόσταση του αποθανόντα (π.χ. εβραϊκά νεκροταφεία, ακριβές τελετές, οικογενειακοί τάφοι).

Σημαντική για την ανάλυση μας είναι η έννοια της «οντολογικής ασφάλειας» (ontological security) την οποία χρησιμοποιεί ο Giddens για την Νεοτερικότητα³²⁴ την οποία επιχειρεί. Αυτή η έννοια αναφέρεται στην αίσθηση της συνέχειας, της τάξης και της ασφάλειας την οποία έχουν τα άτομα για τις καθημερινές εμπειρίες και τα γεγονότα τα οποία βιώνουν. Η έννοια αυτή αναφέρεται δηλαδή στην ικανότητα νοηματοδότησης της προσωπικής ζωής. Τα άτομα προσπαθούν να συνδέσουν τις καθημερινές δραστηριότητές τους με κάποιο σκοπό³²⁵. Μέσα στο πλαίσιο αυτού του σκοπού οι καθημερινές δραστηριότητες δεν φαίνονται ανόητες, άσκοπες, αλλά αποκτούν νόημα και υπόσταση. Η ίδια η ύπαρξη των ατόμων αποκτάει νόημα (νοηματοδοτείται). Κίνδυνος σε αυτή τη διαδικασία αποτελεί (στην προοπτική του Giddens και όχι στην δική μας) η συνειδητοποίηση από τα άτομα του γεγονότος ότι κάποια στιγμή θα πεθάνουν. Αυτός ο κίνδυνος καταστρέφει το νόημα της καθημερινής δραστηριότητας, μιας και φαίνεται άλογη η καθημερινή προσπάθεια διαβίωσης (εργασία), εφόσον ο θάνατος καταστρέφει κάθε νόημα, καταστρέφοντας την ίδια την ύπαρξη. Έτσι ο θάνατος γίνεται το προσδιοριστικό της ζωής. Εφόσον εκτεθεί το άτομο στην συνειδητοποίηση του ότι ο θάνατος υπάρχει ως αναγκαιότητα και για αυτόν, εκτίθεται σε αυτό που ο Kierkegaard ονομάζει Τρόμο³²⁶. Η νοηματοδότηση της ζωής καταστρέφεται και το άτομο πέφτει σε απόγνωση. Ο θάνατος λοιπόν τίθεται ως αρνητικό προσδιοριστικό της ζωής. Τίθεται ως a priori καταστροφικός, και για το λόγο αυτό πρέπει και να φύγει από την ζωή των ατόμων, πρέπει να κρυφτεί στο παρασκήνιο.

³²⁴ Giddens A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Polity, (1991), *Modernity and Self Identity*, Polity, αναφέρεται από Mellor P. στο άρθρο του *Death in High Modernity: the Contemporary Presence and Absence of Death* και βρίσκεται στο συλλογικό έργο Clark D, (1993), *Sociology of Death*, Blackwell. σελ. 12.

³²⁵ Στο ίδιο, σελ. 12.

³²⁶ Στο ίδιο, σελ. 12.

Στην δική μας θεωρητική πρόταση η συνειδητοποίηση του θανάτου οδηγεί στην ολοκλήρωση του ατόμου και όχι στην καταστροφή του. Το σημαντικό είναι να δούμε, και για το λόγο αυτό είναι σημαντική η ανάλυση του Mellor, εφόσον ο θάνατος έχει εννοιολογηθεί ως αρνητικός, ως Τρόμος, ποιες διαδικασίες συντελούνται, τι σημασία και τι συνέπειες έχουν για το άτομο, καθώς και τι ρόλο παίζει η ιατρική σε αυτές.

Αφού η συνειδητοποίηση του θανάτου, μέσα σε αυτήν την προοπτική εννοιολογείται αρνητικά, η κοινωνία προσπαθεί να κρατήσει αυτήν την συνειδητοποίηση μακριά. Η προσπάθεια είναι δυναμική, διαρκής, αλλά δεν είναι πάντα πετυχημένη και εξαρτάται από την ικανότητα της εκάστοτε κοινωνίας να ελέγξει τις απειλές κατά της «οντολογικής ασφάλειας». Η απώθηση του θανάτου είναι λοιπόν κοινωνική δραστηριότητα για τις κοινωνίες. Όπως είδαμε, κατά το παρελθόν ο θάνατος δεν κρυβόταν μιας και υπήρχαν άλλοι μηχανισμοί οι οποίοι εξασφάλιζαν την «οντολογική ασφάλεια» (π.χ. η θρησκεία η οποία υποσχόταν την μεταθανάτια ζωή). Στις σύγχρονες όμως κοινωνίες, με την εκκοσμίκευση της θρησκείας και την κατάρρευση της πίστης στην μεταθανάτια ζωή, επέρχεται και η ανάγκη δημιουργίας νέων μηχανισμών, μέσω των οποίων η συνειδητοποίηση του θανάτου αναβάλλεται. Και λέμε αναβάλλεται, και όχι ακυρώνεται, γιατί η συνειδητοποίηση του θανάτου κάποια στιγμή αναπόφευκτα έρχεται στην επιφάνεια.

Ο θάνατος λοιπόν είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας τον οποίο τα άτομα μπορούν να συναντήσουν σε οριακές καταστάσεις γιατί έχει την ριζοσπαστική ικανότητα να υπονομεύσει την αίσθηση του νοήματος και της πραγματικότητας της κοινωνικής ζωής βάζοντας σε ερώτημα ακόμα και τις πιο βασικές προϋποθέσεις που πάνω τους οικοδομείται η κοινωνική ζωή³²⁷.

Ο θάνατος απειλεί την ίδια την ύπαρξη της κοινωνίας. Έτσι η κοινωνία επεμβαίνει εξουσιαστικά πάνω στο άτομο απωθώντας τον θάνατο.

Η εξουσία της κοινωνίας λοιπόν δεν εκφράζεται πρώτιστα στους μηχανισμούς του κοινωνικού ελέγχου, αλλά στην παράσταση του τι είναι αληθινό, και στην ικανότητα της να εγκαθιδρύσει και να επιβάλλει τον εαυτό της ως πραγματικότητα³²⁸.

³²⁷Berger P. (1967), *The Sacred Canopy : Elements of a Sociological Theory of Religion*, Doubleday, σελ. 23 στο Clark D. (1993), *The Sociology of Death*, Blackwell, σελ. 13

³²⁸Στο ίδιο σελ. 12, επίσης στο Clark D. (1993), *The Sociology of Death*, Blackwell, σελ. 14.

Έτσι η κοινωνία, με την βοήθεια της επιστημονικής ιατρικής, οδηγείται σε μια κοσμο-κατασκευή, πάνω στην οποία στηρίζει την ύπαρξη και την συνέχεια της. Στην κοσμο-κατασκευή αυτή, ο θάνατος τίθεται ως μη - αξία, και στην συνέχεια επιστρατεύονται διάφοροι μηχανισμοί για την απόκρυψή του. Το σημαντικό στην μέχρι τώρα ανάλυση, είναι πως όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η αρνητικότητα της έννοιας του θανάτου είναι μια κατασκευασμένη εννοιολόγηση.

Ενώ η νεοτερικότητα αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της εκκοσμίκευσης της κοινωνικής ζωής, έχει αποτύχει στο να αντικαταστήσει τις θρησκευτικές βεβαιότητες με επιστημονικές βεβαιότητες. Ενώ η επιστήμη έχει δώσει στα άτομα την ικανότητα να ασκήσουν τον έλεγχο τον οποίο ασκούν πάνω στις ζωές τους (αν και δεν έχει κατακτήσει το θάνατο), έχει αποτύχει στο να τα προμηθεύσει με τις αξίες για να κατευθύνουν τις ζωές τους. Αντιθέτως υπάρχει μια ιδιωτικοποίηση του νοήματος στην υψηλή νεοτερικότητα, η οποία εξυπηρετεί τόσο τον περιορισμό του ιερού όσο και την ύπαρξη ενός αυξημένου αριθμού ατόμων τα οποία απομένουν μόνα τους με το καθήκον να εγκαθιδρύσουν και να διατηρήσουν αξίες οι οποίες να τους καθοδηγούν και οι οποίες νοσηματοδοτούν την καθημερινή τους ζωή, δίνοντάς της νόημα.³²⁹

Έτσι την απάντηση στο πρόβλημα του θανάτου (Τρόμος) έδωσε η επιστημονική ιατρική η οποία όρισε τον θάνατο ως αρνητική έννοια. Στην συνέχεια η κοινωνία λαμβάνει αυτήν την εννοιολόγηση του θανάτου άκριτα, μιας και αποτελεί επιστημονικό εύρημα (επιστήμη = νέο είδωλο), και κάνει την απόκρυψη του θανάτου μια κοινωνική διαδικασία απαραίτητη για την ύπαρξη της. Ξεκινώντας λοιπόν από μια επέμβαση εξουσιαστικού χαρακτήρα (επέκταση της ιατρικής εξουσίας), καταλήξαμε σε μια διαδικασία κοινωνικής ανάγκης.

Σειρά έχει να δούμε αναλυτικά πώς αυτή η κοινωνική διαδικασία απόκρυψης του θανάτου συντελείται, συνδέεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των σύγχρονων κοινωνιών οι οποίες χαρακτηρίζονται από

..... μια ολοκληρωτικά καινούργια σειρά μηχανισμών οι οποίοι αφαιρούν τα προβλήματα που αφορούν το νόημα από τον δημόσιο χώρο, επαναπροσδιορίζοντας αυτά τα προβλήματα στον ρυθμό της ατομικής ζωής και εμπειρίας, δημιουργώντας ιστορικά μοναδικά πρωτοεμφανιζόμενες απειλές για προσωπική έλλειψη νοήματος.³³⁰

Πλέον το πρόβλημα του νοήματος της ύπαρξης ξεφεύγει από το κοινωνικό και περνάει στο ατομικό επίπεδο. Η μοντέρνα (όχι μεταμοντέρνα, αλλά υψηλή Νεο-

³²⁹ Mellor P. and Shilling C. (1993), *Modernity, Self Identity and the Sequestration of Death*, *Sociology*, Vol. 27, 3 : 411-431 , σελ. 413.

³³⁰ Clark D. (1993), *The Sociology of Death*, Blackwell, σελ. 16.

τερικότητα το ονομάζει ο Giddens) κοινωνία χαρακτηρίζεται από την κατάρρευση των ομαδοποιήσεων και την ανάδυση ενός νέου τύπου ανθρώπου, όχι του ατομικιστή αλλά του ναρκισσιστή³³¹. Μέσα σε αυτή την προοπτική το πρόβλημα του νοήματος της ύπαρξης ακυρώνεται στον κοινωνικό, δημόσιο χώρο και περνάει στον ιδιωτικό χώρο, του ξεχωριστού κάθε φορά υποκειμένου. Το κάθε υποκείμενο ατομικά καλείται να δώσει λύση στο πρόβλημα της ύπαρξής του. Ο θάνατος έχει τεθεί ως αρνητική έννοια από την επιστήμη χωρίς την επαρκή δικαιολόγηση (π.χ. όπως πριν το δόγμα για την μεταθανάτια ζωή).

..... η Νεοτερικότητα έχει αποκτήσει αυξημένο έλεγχο πάνω στη ζωή εις βάρος των κοινωνικά δομημένων αξιών (Weber) οι οποίες έχουν αποχωρισθεί από τον δημόσιο χώρο στον εθρρωστο χώρο του ιδιωτικού.το ενδιαφέρον για στοιχεία της ατομικής ταυτότητας τα οποία είναι εμφανή στην υψηλή Νεοτερικότητα είναι το αποτέλεσμα των ατόμων τα οποία έχουν αφεθεί μόνο τους να διαμορφώσουν το νόημα στην ζωή τους, ψάχνοντας για νόημα διαμέσου της δημιουργίας μιας ορατής και σταθερής εικόνας του εαυτού.³³²

Και καταλήγοντας :

Ο Berger υποστηρίζει πώς η προσωπική βιογραφία του κάθε ατόμου προσωπικά είναι αληθινή μόνο όσο μπορεί να κατανοηθεί ως τέτοια, μέσα στα πλαίσια της δόμησης του κοινωνικού κόσμου αλλά θέτει ως πρώτιστα την ιδέα ότι η κοινωνία αναθέτει μια ταυτότητα στα άτομα³³³

Με άλλα λόγια, διαμορφώνοντας η επιστημονική ιατρική την ύπαρξη της και το ξεχωριστό της σύστημα ιδεών, ορίζει τον θάνατο ως αρνητική έννοια η οποία πρέπει να απομακρυνθεί από την κοινωνική ζωή. Στην συνέχεια, η κοινωνία ως συλλογικός μηχανισμός στην προσπάθειά της να σταθεροποιήσει την ύπαρξη της λόγω της εκκοσμίκευσης της θρησκείας και της κατάρρευσης της υπόσχεσης της μεταθανάτιας ζωής (άρα και της ακύρωσης του θανάτου), υιοθετεί την λογική της επιστημονικής ιατρικής, όπου ο θάνατος εννοιολογείται αρνητικά Έτσι ο θάνατος τίθεται απών από την καθημερινή ζωή γιατί εκθέτει το άτομο στη συνειδητοποίηση του Τρόμου, στην αντίληψη ότι η ζωή δεν έχει νόημα. Η δικαιολόγηση όμως από την ιατρική δεν είναι ικανοποιητική (όπως ήταν πριν το δόγμα της μεταθανάτιας ζωής) και έτσι τα άτομα καλούνται, εφόσον έχουν αποδεκτεί την αρνητικότητα της έννοιας

³³¹ Βλέπε Lasch C. (1979), *The Culture of Narcissism*, Warner.

³³² Clark D. (1993), *The Sociology of Death*, Blackwell, σελ. 19.

³³³ Στο ίδιο, σελ. 19.

του θανάτου ως κοινωνικό αίτημα, να δικαιολογήσουν, το καθένα ξεχωριστά, την απώθηση αυτή. Όπως είπαμε, το κάθε άτομο διαμορφώνει τη δική του προσωπική βιογραφία (δικαιολόγηση, απώθηση), η οποία δικαιολόγηση είναι αληθινή, μόνο όσο μπορεί να κατανοηθεί ως τέτοια μέσα στο πλαίσιο της διαμόρφωσης του κοινωνικού κόσμου (όπου ο θάνατος είναι αρνητική έννοια η οποία αποτελεί κοινωνικό αίτημα).

Στην υψηλή Νεοτερικότητα όμως τα άτομα πρέπει μόνα τους να δημιουργήσουν την δική τους προσωπική ταυτότητα, καταφεύγοντας στους κριτικούς μηχανισμούς και τις κοινωνικο-πολιτισμικές πηγές που τους είναι διαθέσιμες αλλά τελικά έχουν να πάρουν την ατομική υπευθυνότητα για την κατασκευή του νοήματος όπως και για την κατασκευή της ταυτότητας.³³⁴

Αυτό το πρόβλημα ανακάλυψης νοήματος, το οποίο αντιμετωπίζει κάθε ξεχωριστό υποκείμενο, η ιδιωτικοποίηση δηλαδή του νοήματος καθώς και τα προβλήματα τα οποία δημιουργούνται για τα σύγχρονα υποκείμενα, τα οποία προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το θάνατο είναι αποτέλεσμα :

..... της πρακτικής της απομάκρυνσης του θανάτου από τον ιδιωτικό χώρο, όπου ο θάνατος εμπεριέχονταν σε κοινωνικές, θρησκευτικές πίστες και πρακτικές, στον εγκλεισμό του θανάτου στα νοσοκομεία όπου γίνεται τεχνικό ζήτημα για τους ιατρικούς επαγγελματίες.³³⁵

Έτσι εξηγούνται όλες οι στάσεις τις οποίες έχουμε αναφέρει σε προηγούμενα κεφάλαια, απέναντι στον θάνατο, τους συγγενείς και το πένθος. Οι νεκρώσιμες τελετουργίες παύουν να είναι δημόσιο γεγονός όπου συμμετέχει όλη η κοινότητα (π.χ. Φυλετικές κοινωνίες) και γίνονται ιδιωτικό ζήτημα για την οικογένεια και τους φίλους του νεκρού, οργανωμένες από ομάδες επαγγελματιών, ειδικών για θέματα κηδείας (γραφεία τελετών). Ο θάνατος παρουσιάζεται όπως και η ασθένεια ως ατομικό, παθολογικό γεγονός. Αυτή η έκφραση του ατομικού χαρακτήρα φαίνεται και από τις τεχνικές ταφής.

..... το φέρετρο προσδιορίζει ένα ιδιωτικό προσωπικό χώρο μέσα στον οποίο το σώμα κείται και ο οποίος εξυπηρετεί το ότι τα κόκαλα του νεκρού δεν θα αναμειχθούν.³³⁶

³³⁴ Στο ίδιο, σελ. 19.

³³⁵ Στο ίδιο, σελ. 20.

³³⁶ Prior L. (1989), *The Social Organization of Death*, MacMillan, σελ. 162.

Ο θάνατος από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα, όπως έδειξε η ανάλυση του Foucault, εκφράζεται διαμέσου ενός λόγου περί παθολογικού. Αντιμετωπίζεται ως παθολογικό γεγονός, ως μια ιδιόμορφη κατάσταση ασθένειας, στην οποία προτείνεται η επέμβαση της ιατρικής³³⁷. Ο θάνατος αντιμετωπίζεται, όπως άλλωστε και η ασθένεια, με όρους σωματικούς. Η παθολογία προσδιορίζει και εξηγεί τον θάνατο με όρους ασθένειας, και έτσι το νοσοκομείο γίνεται ο αποκλειστικός διαχειριστής του θανάτου. Παράλληλα η εξήγηση του θανάτου με όρους σωματικούς - ασθένειας, απορρίπτει την ανθρώπινη δράση από οποιαδήποτε εξήγηση, δικαιολόγηση του θανάτου, διαγράφοντας τους οικονομικοκοινωνικούς παράγοντες από οποιαδήποτε μορφή ανάλυσης της ανθρώπινης θνητότητας³³⁸.

Με την διαμεσολάβηση του κράτους η επιστημονική ιατρική γίνεται ο αποκλειστικός διαχειριστής του θανάτου.

Δεν υπάρχει για παράδειγμα κανένας ρόλος για τον παπά, την κοινότητα ή τους συγγενείς. Όλοι αυτοί δεν είναι αποκλεισμένοι από την συμμετοχή στις τελετουργίες οι οποίες συνοδεύουν τον θάνατο, αλλά είναι εμφανές ότι είναι περιττοί στο σύστημα το οποίο προσδιορίζει και κατανέμει τις αιτίες του θανάτου.³³⁹

Ο θάνατος απορρίφθηκε γιατί τόνιζε, σημάδευε και οριοθετούσε την δύναμη της επιστημονικής ιατρικής. Η ιατρική ως προϊόν του αιώνα των φώτων (διαφωτισμός) ναρκισσιστικά διακήρυττε ότι μπορεί να κάνει τα πάντα, να θεραπεύσει κάθε ασθένεια. Εφόσον η επιστημονική ιατρική αποτελεί «αντικειμενική» γνώση της πραγματικότητας, μπορεί θεωρητικά να νικήσει κάθε μικρόβιο, εφόσον αυτό ανακαλυφθεί. Το δόγμα πάνω στο οποίο γεννήθηκε η επιστημονική ιατρική, είναι ότι το ανθρώπινο πνεύμα, ανεξάρτητο από δεσμεύσεις και προκαταλήψεις μπορεί να προοδεύει απεριόριστα, μπορεί να κάνει δηλαδή τα πάντα. Ο θάνατος όμως ήταν πάντα

³³⁷ Η αντιμετώπιση του θανάτου από το κάθε υποκείμενο ατομικά συνδέεται με την ταύτιση στην υψηλή νεοτερικότητα του ατόμου με το σώμα του. Το σώμα γίνεται το προσδιοριστικό στοιχείο της υπόστασης του υποκειμένου και ο θάνατος πλήττει ακριβώς αυτό το σώμα. Βλέπε Shilling C. (1993), *The Body and Social Theory*, Sage.

³³⁸ Αυτή η στάση ατομικοποίησης και παθολογικοποίησης επεκτείνεται και στις εκδηλώσεις πένθους από την πλευρά των συγγενών. Αυτή η στάση εκφράζεται σε δύο επίπεδα. Πρώτον όσον αφορά την ένταση, και δεύτερον όσον αφορά την διάρκεια του πένθους. Επίσης η συμπεριφορά απέναντι στο πένθος είναι σαφώς χρονικά προσδιορισμένη και όποιος ξεπεράσει τα όρια που τίθενται, χαρακτηρίζεται ως νευρωτικός. Στις τελετές επίσης κανένας δεν ξέρει τι να κάνει, πώς να φερθεί μιας και σε όλη του τη ζωή ο θάνατος αποτελούσε ταμπού και οι συμβολικές εικόνες - κανόνες οι οποίοι προσδιόριζαν την συμπεριφορά αυτή κατά το παρελθόν, εφόσον είναι ανενεργοί, έχουν ξεχαστεί. : «... το καθήκον για να βρεις την κατάλληλη λέξη ή την σωστή χειρονομία πέφτει στο υποκείμενο.» Elias N. (1985), *The Loneliness of the Dying*, Blackwell, σελ. 85.

εκεί και έδειχνε την περατότητα της ανθρώπινης γνώσης απέναντι στο ανεπίστρεπτο βιολογικό προτσές, απέναντι στην νομοτελειακή φθορά των πάντων. Ας μην ξεχνάμε πως η ιατρική γεννήθηκε από την πρώτη στιγμή για να νικήσει την ασθένεια, η οποία είναι ένας «εν δυνάμει» θάνατος. Κατά την αρχαιότητα, πριν την ανάπτυξη των επιστημών η ιατρική διαμορφώθηκε ως κοινωνικό αίτημα για αιωνιότητα. Η κοινωνία δεν μπορούσε να δικαιολογήσει, δεν μπορούσε να αποδεχτεί το χαμό των μελών της, και για αυτό γεννήθηκε η ιατρική, η οποία έστω ασυνείδητα επιδιώκει την αθανασία, την νίκη πάνω στον θάνατο. Ας σκεφτούμε π.χ. την πρακτική της Κρυονικής όπου παγώνουν οργανισμούς προκειμένου να ανακαλυφθεί είτε το φάρμακο για κάποιες ανίατες στις μέρες μας ασθένειες, είτε το ελιξίριο της νεότητας, το «φάρμακο» δηλαδή ενάντια στον θάνατο³⁴⁰. Άσχετα με το αν η εκάστοτε ιατρική θεραπεύει την ασθένεια, ο βαθύτερος στόχος, είναι η διαίωσιση της ζωής, η νίκη πάνω στον θάνατο. Ο θάνατος νομοτελειακά ακυρώνει και οριοθετεί την ανθρώπινη ύπαρξη και για τον λόγο αυτό από όλες τις μορφές ιατρικής γίνεται η προσπάθεια για την υπερνίκησή του. Στο παρελθόν έχουμε προσπάθειες για την διαίωσιση της ζωής, μέσω μαγικών φίλτρων, τελετών, προσευχών. Στην περίπτωση τώρα της επιστημονικής ιατρικής τίθεται άμεσα ο σκοπός της νίκης του θανάτου Ως επιστήμη, η σύγχρονη ιατρική, παρέχει «αντικειμενική» γνώση του κόσμου και για το λόγο αυτό τον απομυθοποιεί. Στην θέση του δόγματος της μεταθανάτιας ζωής η επιστημονική ιατρική προσφέρει το δόγμα της νίκης πάνω στον θάνατο. Εφόσον ο θάνατος προκύπτει από κάποια συγκεκριμένη αιτιολογία (π.χ. καρκίνος, Aids), η ανακάλυψη του συγκεκριμένου μικρόβιου, του συγκεκριμένου ιού, οδηγεί στην θεραπεία από την ασθένεια.

Η επιστημονική ιατρική συμβολικά -αλλά και στο πρακτικό επίπεδο μιας και κάθε μέρα αυξάνουν οι έρευνες επιστημόνων οι οποίοι διακηρύσσουν ότι προσπαθούν να νικήσουν τα γηρατεία-, τονίζει ότι μπορεί «εν δυνάμει» να νικήσει τον θάνατο. Έτσι δικαιολογούνται και οι αυξημένες προσδοκίες των ατόμων από την επιστημονική ιατρική. Ενώ ο καρκίνος οδηγεί στον θάνατο, όλοι πιστεύουν στις ικανότητες της ιατρικής. Μπορεί σήμερα η ιατρική να μην μπορεί να νικήσει τον θάνατο, αλλά αύριο θα το καταφέρει.

³³⁹ Prior L. (1989), *The Social Organization of Death*, MacMillan, σελ. 30.

³⁴⁰ Για μια παρουσίαση της Κρυονικής, τόσο ως μορφή πρακτικής, όσο και ως σύστημα σκέψης από το οποίο μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα για την σύγχρονη στάση στον θάνατο και την πίστη στις δυνατότητες της επιστήμης, βλέπε Sheskin A. (1979), *Cryonics : A Sociology of Death and Bereavement*, Irvington Publishers, Inc, New York.

Ιδιαίτερα στις μέρες μας η τάση για ακύρωση του θανάτου ενισχύεται. Αυτό οφείλεται και στην διαμόρφωση της προσωπικότητας του Ναρκισσιστή η οποία κυριαρχεί στις σύγχρονες κοινωνίες, ως προϊόν των νέων συνθηκών.³⁴¹ Πιο συγκεκριμένα ο Ναρκισσιστικός τύπος ανθρώπου είναι αυτός ο οποίος χαρακτηρίζει την εποχή της πολλαπλής κρίσης. Είναι αυτός ο οποίος ψάχνει για ένα νόημα στη ζωή του. Απαλλαγμένος από τις μεταφυσικές προλήψεις, βασιζόμενος σε έναν επιστημονικό ορθολογισμό, ψάχνει για τη δική του ύπαρξη. Αρνείται το παρελθόν καθώς και τις κάθε λογής ιδεολογίες. Γίνεται ετεροκατευθυνόμενος :

..... αντί να πιστεύουμε στην εμπειρία μας, επιτρέπουμε σε ειδικούς να προσδιορίζουν τις ανάγκες μας και έπειτα αναρωτιόμαστε γιατί αυτές δεν φαίνονται ποτέ να ικανοποιούνται.³⁴²

Το άτομο υπάρχει μέσω πολλαπλών διαμεσολαβήσεων, μία εκ των οποίων όπως είδαμε είναι και η ιατρική. Η άρνηση του ατόμου για το παρελθόν (πολιτισμική κρίση) λειτουργεί συντηρητικά μιας και :

η άρνηση του παρελθόντος, όσο προοδευτική και αισιόδοξη δείχνει την ανικανότητα μιας κοινωνίας να αντικρίσει το μέλλον.³⁴³

Αυτή η ανικανότητα του ατόμου να οραματισθεί το μέλλον, οδηγεί σε έναν ιδιότυπο ατομισμό, όπου αυτό που αποκτάει σημασία είναι μόνο το ίδιο το άτομο. Το άτομο ζει μόνο για την στιγμή, για τον εαυτό του, για την κατανάλωση και όχι για τους προγόνους ή το μέλλον. Η στιγμή γίνεται το παν. Μέσα σε αυτήν την λογική ο Ναρκισσιστικός ατομικισμός είναι βαθιά κοινωνικός. Χρειάζεται την κοινωνία, τους άλλους, ως καθρέπτη για την υπερεκτίμηση του εαυτού του. Ο Ναρκισσιστής δεν μπορεί να ζήσει χωρίς ένα κοινό το οποίο τον λατρεύει. Χρειάζεται διαρκώς την επιβεβαίωση των άλλων. Ιδιαίτερη σημασία αποκτάει το σώμα του και η κατάσταση υγείας του. Αυτό που αποκτάει σημασία είναι η αίσθηση της στιγμιαίας απόλαυσης, μια ψευδαίσθηση προσωπικής καλής κατάστασης υγείας, ψυχικής άνεσης και σωματικής ευρωστίας (check up, ψυχανάλυση, γυμναστήρια). Μέσα σε μια τέτοια κοινωνία τα γηρατειά, η ασθένεια, ο θάνατος αποκτούν την υπόσταση απειλής. Όλα αυτά αποτελούν τρόπο για αυτούς που φοβούνται την εξάρτηση και των οποίων η αυτο -

³⁴¹Lasch C. (1979), *The Culture of Narcissism*, Warner.

³⁴²Στο ίδιο, σελ. 25.

³⁴³Στο ίδιο, σελ. 26.

προβολή, η αυτο - εκτίμηση απαιτεί τον θαυμασμό για την νεότητα, την ομορφιά, τη ζωή.

Η ιατρική λειτουργεί διαμορφώνοντας μια θεραπευτική ιδεολογία, η οποία κρατάει ένα φορμαλιστικό σχέδιο για την ψυχοσωματική ανάπτυξη και δίνει επιπλέον ώθηση στο αυτό - ψάξιμο για την ασθένεια.³⁴⁴

Η ιατρική λοιπόν διαμεσολαμβάνοντας, επεμβαίνει πάνω στην προσωπικότητα του κάθε ξεχωριστού υποκειμένου, δημιουργώντας την ιδέα της ανάπτυξης της ζωής βάση κάποιου κανόνα, βάση κάποιου σχεδίου - νόρμας. Οτιδήποτε παρεκκλίνει από αυτή την πορεία είναι παθολογικό. Μέσα στο πλαίσιο αυτής της ιδεολογίας δημιουργείται η λατρεία του περιοδικού check up, μια έρευνα η οποία γίνεται για την επιτήρηση της σωστής πορείας της ζωής.

Ο πελάτης δεν αισθάνεται πλέον φυσικά ή ψυχολογικά ασφαλής μόνο μέχρι οι ακτίνες X επιβεβαιώσουν έναν ελεύθερο λογαριασμό υγείας.³⁴⁵

Η ιατρική έχει διαμορφώσει το υποκείμενο το οποίο ψάχνει απεγνωσμένα και βρίσκεται σε συνεχή προσοχή για σημάδια γηρατειών, ασθένειας ή σημάδια τα οποία δείχνουν πως μπορεί να χάσει την ομορφιά και την πολυπλοκότητα για την ύπαρξη του, ελκυστικότητα. Ένα υποκείμενο λοιπόν, το οποίο εναγωνίως ψάχνει για ικανοποιητικές ενδείξεις ότι η ζωή του πάει σύμφωνα με το σχέδιο. Η αρρώστια και ο θάνατος απορρίπτονται, ακυρώνονται και θεωρούνται ως μη υπαρκτά. Η άρνηση του μέλλοντος, οδηγεί σε μια απόλυτη λατρεία του παρόντος, το οποίο αποκτάει την υπόσταση αιωνιότητας³⁴⁶. Η σκέψη της προσωπικής εκμηδένισης και του θανάτου ακυρώνεται και δίνεται ώθηση σε προσπάθειες να επεκταθεί η ζωή απεριόριστα. Η προσκόλληση στο παρόν και η μη πίστη στο μέλλον περιορίζει το υποκείμενο στην απλή επιβίωση.

Η άρνηση της ηλικίας καλλιεργείται στην τάση για επέκταση της ζωής, η οποία ελπίζει να εξαφανίσει και τον θάνατο. Αλλά ο τρόμος της ηλικίας πηγάζει όχι από μια «λατρεία της νεότητας» αλλά από μια λατρεία του εαυτού. Όχι μόνο στην Нарκиссιστική αδιαφορία στις μελλοντικές γενιές αλλά και στο μεγαλειώδες όραμα της τεχνολογικής ουτοπίας χωρίς γεράματα, μέσω της κίνησης για επέκταση της ζωής το οποίο ενισχύει την φαντασία. Παθολογική στις ψυχολογικές ρίζες της και τις εμπνεύσεις, δεισιδαίμων στην πίστη της στην ιατρική απελευθέρω-

³⁴⁴ Στο ίδιο, σελ. 98.

³⁴⁵ Στο ίδιο, σελ. 99.

³⁴⁶ Για την άρνηση του μέλλοντος και την αντικατάστασή του από το επεκτεινόμενο παρόν βλέπε, το κεφάλαιο From the Future to the Extended Present, σελ. 45-74, Nowotny H. (1996), *Time : The Modern and Postmodern Experience*, Polity.

ση, η κίνηση για την επέκταση της ζωής εκφράζει με χαρακτηριστική μορφή τις ανησυχίες μιας κουλτούρας, ενός πολιτισμού που πιστεύει πως δεν έχει μέλλον.³⁴⁷

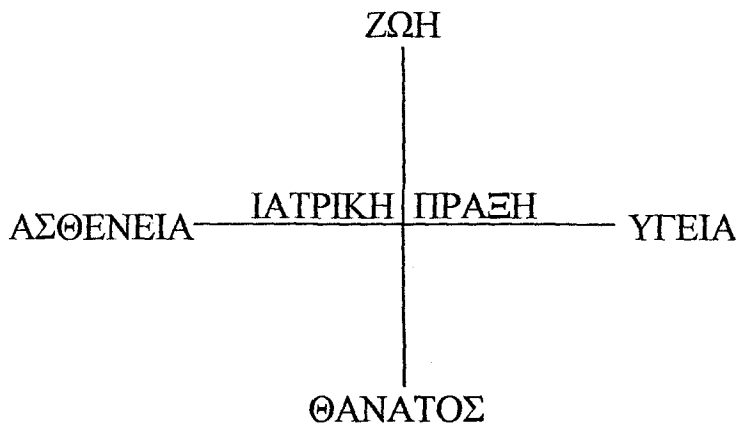
Ο θάνατος δείχνει το σημείο εκείνο όπου η ιατρική έχει φτάσει στα όριά της, το σημείο που δεν μπορεί να υπερβεί. Σε άμεση σχέση με αυτήν την στάση βρίσκεται και το θέμα της ευθανασίας, το οποίο συναντάται ιδιαίτερα στις Μ.Ε.Θ. Κάποια στιγμή ο ασθενής της Μ.Ε.Θ. αναπόφευκτα οδεύει προς το θάνατο, χωρίς να μπορεί η ιατρική να κάνει τίποτε. Ανίκανη να κάνει κάτι, η ιατρική παρακολουθεί τον θάνατο να οριοθετεί το χώρο της, την ύπαρξή της. Με την ευθανασία ή αλλιώς με τις Εντολές Μη Ανάνηψης (D.N.R. = Do not Resuscitate Order) εξουσιάζει τον θάνατο. Μιας και δεν μπορεί να τον νικήσει, τον επισπεύδει. Ακυρώνει η ίδια αυτό που την ακυρώνει. Ο θάνατος επέρχεται ως ιατρική επέμβαση (ευθανασία), και όχι ως φυσιολογική, αναπόφευκτη πορεία της ασθένειας. Με αυτόν τον τρόπο η ιατρική αποδεικνύει ότι μπορεί όντως «να κάνει τα πάντα», άρα να νικήσει και τον θάνατο, επιχειρεί την ευθανασία προκειμένου «να μην ταλαιπωρείται ο ασθενής και η οικογένειά του». Σε φυλετικές κοινωνίες όπως παρουσιάσαμε ήδη είχαμε το φαινόμενο του εκούσιου θανάτου του αρχηγού της φυλής, ο οποίος ταφόταν ζωντανός λίγο πριν πεθάνει. Η πράξη αυτή εξέφραζε την συλλογική νίκη της κοινωνίας απέναντι στον θάνατο ενός ηλικιωμένου, ο οποίος θάνατος θεωρούνταν ως αξία³⁴⁸. Στην περίπτωση των D.N.R., η πράξη αυτή εξυπηρετεί την νίκη της ιατρικής πάνω στον θάνατο, ο οποίος έχει εννοιοποιηθεί ως αρνητική, τεχνική έννοια διότι αυτός οριοθετεί την εξουσία της ιατρικής μιας και δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο απόλυτου χειρισμού. Με την βοήθεια της ιατρικής έχουμε μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, αλλά πολύ χειρότερη υγεία. Ως σκοπός τίθεται η προσωρινή αναβολή του θανάτου (γηρατειά), ή η νίκη του σε ένα αιώτερο μέλλον και όχι η διατήρηση της υγείας. Για το λόγο αυτό και ο θάνατος ορίστηκε ως καταστροφική έννοια της αξίας της ζωής και ως θέμα ταμπού, εξοβελίστηκε από τον δημόσιο χώρο στον ιδιωτικό. Εφόσον δεν μπορούμε να τον νικήσουμε, ακυρώνουμε την ύπαρξή του στο δημόσιο χώρο και αναγκαστικά τον αποδεχόμαστε στον ιδιωτικό χώρο. Τα άτομα πλέον όμως δεν έχουν εκείνους τους κοινωνικούς μηχανισμούς οι οποίοι θα τους επέτρεπαν την αντιμετώπιση αυτού του συμβάντος. Έτσι και αυτοί τον αρνούνται, προσποιούνται ότι δεν υπάρχει («πολλοί

³⁴⁷ Lasch C. (1979), *The Culture of Narcissism*, Warner, σελ. 366-367.

παθαίνουν καρκίνο ή δυστύχημα, αλλά αποκλείεται εγώ»), νοιώθουν άπρωτοι και στην ουσία προβληματικά αναπαραγάγουν την στάση της κοινωνίας απέναντι στο θάνατο. Προβληματικά, διεστραβλώνοντας αυτή τη στάση διότι για τα άτομα ο θάνατος είναι εμπειρία, υπάρχει μέσω του θανάτου των συγγενών και του επερχόμενου δικού τους και δεν αποτελεί απλώς συμβολική εικόνα.

Ο συγγενής του αποθανόντος απορρίπτει την φυσική πραγματικότητα της θέας του νεκρού, τη σχέση του με το σώμα του, η οποία είναι άσημη και τον δημόσιο χαρακτήρα του νεκροταφείου. Αλλά αποδέχεται πλήρως την προσωπική και ιδιωτική φύση της λύπης. Η λατρεία του τάφου έχει αντικαταστήσει την λατρεία της μνήμης στο σπίτι.³⁴⁹

Η ίδια κατάσταση ισχύει και στην σχέση Υγεία - Ασθένεια η οποία όπως έχουμε πει λαμβάνει την ιδιαίτερη μορφή και εννοιολόγησή της από τη σχέση Ζωή - Θάνατος. Και η Ασθένεια τίθεται ως a priori αρνητική, τονίζοντας έτσι την θετικότητα της Υγείας (η υγεία ως «φυσιολογική» λειτουργία). Και στη σχέση αυτή οι δύο πόλοι δεν είναι αλληλοσυμπληρούμενοι αλλά αντίθετοι. Καταλήγουμε λοιπόν στο παρακάτω θεωρητικό μοντέλο, όπου οι τέσσερις έννοιες είναι ανά δύο αντίθετες και μεταξύ αυτών καθώς και μεταξύ της συνειδητοποίησης αυτών από το υποκείμενο διαμεσολαβεί η ιατρική πράξη :



³⁴⁸ Huntington R. Metclaf P. (1987), *Celebrations of Death*, Cambridge University Press, σελ. 175-183.

³⁴⁹ Aries P. (1983), *The Hour of Our Death*, Pergine Books, σελ. 577.

Η Ιατρική Διαμεσολάβηση

Η επιστημονική ιατρική διαμεσολαβεί μετατρέποντας τις τέσσερις αυτές αξίες, σε ανά δύο συγκρουόμενες τεχνικές έννοιες. Η αλλαγή αυτή δεν αποτελεί τίποτε άλλο, μιλώντας με Βεμπεριανούς όρους, από τον κίνδυνο στον οποίο εκτείθονται οι σύγχρονες κοινωνίες, όπου προβλήματα τα οποία αφορούν τις αξίες (wertrationalitat) αντιμετωπίζονται ως τεχνικά προβλήματα (zweckrationalitat).

Στην wertrationalitat :

..... η έκφραση της πράξης είναι απλά και η εκτίμησή της, είναι καλή, σωστή στον εαυτό της. Στον δράστη της wertrationalitat το σώσιμο μια ζωής είναι αυτό απλά και μόνο. Για τον δράστη της zweckrationalitat το σώσιμο της ζωής κάποιου παρά κάποιου άλλου ή ο υπολογισμός των μέσων και των συνεπειών αυτής της πράξης μπορούν εξωτερικά να εκτιμηθούν για την αποτελεσματικότητά ή την χρησιμότητά τους. Αλλά αυτή η εκτίμηση μπορεί να είναι μόνο περιορισμένης φύσης.³⁵⁰

Αποτέλεσμα της διαμεσολάβησης της ιατρικής είναι οι πιο κάτω ορισμοί :

Θάνατος είναι η απλή βιολογική παύση της λειτουργίας του σώματος του ασθενή, μετρημένη με ποσοτικούς όρους (0 πίεση, 0 χτύποι της καρδιάς), απαλλαγμένη από κάθε ποιοτικό στοιχείο όπως η κοινωνική υπόσταση (κοινωνικός θάνατος³⁵¹). Ο θάνατος γίνεται τεχνική έννοια απαλλαγμένη από διάφορα άλλα στοιχεία όπως η αξιοπρέπεια του να πεθαίνεις («ένας καλός θάνατος»), ή η σημασία που έχει ο θάνατος για την οικογένεια και το περιβάλλον του ασθενή.

Η **Ζωή** τώρα, ορίζεται ως η ομαλή βιολογική λειτουργία του ανθρωπίνου σώματος, απαλλαγμένη από οποιοδήποτε ποιοτικό στοιχείο. Σημασία έχει η σωστή

³⁵⁰ Hillier S. (1987), *Rationalism, Bureaucracy and the Organization of the Health Services* : Max Weber 's Contribution to Understanding Modern Health Care System, στο Scambler G. (1987), *Sociological Theory and Medical Sociology*, Tavistock, σελ. 198.

³⁵¹ Στο σημείο αυτό θα πρέπει να κάνουμε μια διάκριση μεταξύ του βιολογικού θανάτου και του κοινωνικού θανάτου. Ο πρώτος αναφέρεται στον ορισμό τον οποίο μόλις δώσαμε. Ο δεύτερος, ο κοινωνικός θάνατος είναι κάτι τελείως διαφορετικό και αναφέρεται στην κοινωνική ύπαρξη (ζωή) του ασθενή. Έτσι, μπορεί κάποιος να είναι βιολογικά νεκρός και κοινωνικά ζωντανός, όπως συμβαίνει όταν κάποιος ο οποίος πέθανε υπάρχει στην μνήμη των δικών του οι οποίοι συνεχίζουν να ζουν σαν να είναι κοντά τους. Για παράδειγμα, οι γονείς ενός νεκρού παιδιού επισκέπτονται τον τάφο του, του γράφουν γράμματα και του μιλάνε σαν να είναι ζωντανός, μιλώντας για την προηγούμενη ζωή μαζί του και την επικείμενη ένωση μαζί του ως ζωντανός. Clegg F. (1988), *Decision at a Time of Grief*, University of Hull, unpublished, αναφέρεται από Mulkay M, *Social Death in Britain*, στο Clark D. (1993), *Sociology of Death*, Blackwell. Ενώ βιολογικά έχει πεθάνει, κοινωνικά είναι ζωντανός, είναι παρών. Επίσης μπορεί κάποιος να μην έχει πεθάνει βιολογικά αλλά να έχει πεθάνει κοινωνικά. Αυτή είναι και η περίπτωση ενός ασθενή ο οποίος ενώ δεν είχε ακόμη πεθάνει, η νοσηλεύτρια επειδή έπρεπε να αλλάξει βάρδια του έκλεισε τα βλέφαρα. Sudnow D. (1967), *Passing on : The Social Organization of Dying*, Englewood Cliffs N. J, Prentice Hall. Ο κοινωνικός θάνατος προηγείται από τον

λειτουργία της ανθρώπινης μηχανής, μια λειτουργία η οποία εκφράζεται με ένα πλήθος τεχνικών εννοιών και μετρήσεων (ζάχαρο, αιματοκρίτης)

Η **Ασθένεια** είναι η προσβολή κάποιου, ή κάποιων οργάνων του ανθρώπινου σώματος, προσβολή η οποία οδηγεί στην σταδιακή αποδιοργάνωση της «φυσιολογικής» λειτουργίας του σώματος. Αποδεικνύεται βάση εργαστηριακών ερευνών (ακτί-νες X, tests) και υπάρχει ως «αντικειμενική» οντότητα.

Τέλος η **Υγεία**, είναι η ανυπαρξία ασθένειας και εκφράζεται και αυτή μέσω ποσοτικοποιημένων ενδείξεων. Πιο πρόσφατα έχει διαμορφωθεί και ο ορισμός του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας το 1940 (WHO), όπου η υγεία ορίζεται ιδεαλιστικά ως «η ολοκληρωμένη κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς η ανυπαρξία ασθένειας». Ο ορισμός αυτός δεν είναι τίποτε άλλο από την επέκταση της ιατρικής εξουσίας σε κάθε κατάσταση, όχι μόνο δηλαδή στην ασθένεια αλλά και στην υγεία.

Επεμβαίνοντας η επιστημονική ιατρική και επαναορίζοντας αυτές τις τέσσερις καταστάσεις, τις εργαλειοποιεί, τις απογυμνώνει από οποιοδήποτε ποιοτικό στοιχείο και εφόσον γίνονται πλέον τεχνικές έννοιες, είναι επιβεβλημένη και η μεταχείριση αυτών από τον «ειδικό», δηλαδή από τον γιατρό (νομιμοποίηση της επέμβασης). Όπως αναφέρει ο Armstrong :

Η «πολιτική ανατομία» η οποία είναι ένας μηχανισμός εξουσίας, έχει γεννηθεί. Στον 20ο αιώνα το ανθρώπινο σώμα έχει γίνει αντικείμενο επέμβασης ενός πιο πολύπλοκου, ίσως και πιο ικανού μηχανισμού εξουσίας, ο οποίος από τη στιγμή της γέννησης έως το θάνατο έχει κατασκευάσει έναν ιστό έρευνας, παρατήρησης και καταγραφής γύρω από τα ατομικά σώματα, τις σχέσεις τους και την υποκειμενικότητά τους, στο όνομα της υγείας³⁵²

Έχουμε δηλαδή μια αλλαγή της Wertrational προς την Zweckrational. Στην ορθολογική προς το σκοπό κοινωνική πράξη.

Η σύλληψη του στόχου, αλλά και ο σχεδιασμός των ενεργειών, η επιλογή των μέσων για την πραγματοποίηση του σκοπού, γίνεται καθαρά «ορθολογικά» ψυχρά και με συστηματικό υπολογισμό όλων των στοιχείων και των όρων της ύπαρξης.³⁵³

βιολογικό. Ο κοινωνικός λοιπόν θάνατος είναι η πλήρης καταστροφή της κοινωνικής υπόστασης του ασθενή.

³⁵² Armstrong D. (1981), *Political Anatomy of the Body*, σελ. 112.

³⁵³ Αντωνοπούλου Μ. (1991), *Θεωρία και Ιδεολογία*, Παπαζήσης, σελ. 223.

Κυριαρχεί λοιπόν ο υπολογισμός όλων των στοιχείων, όπου τα πάντα αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της λογικής του «καλύτερου τρόπου». Στο πλαίσιο αυτής της λογικής η ανθρώπινη προσωπικότητα ως κοινωνικό αίτημα (Wetrational), χάνεται και στην θέση της μπαίνει η εργαλειοποίηση της (Zweckrational), για την επίτευξη της «φυσιολογικής» λειτουργίας του ατόμου βάση ποσοτικών, τεχνικών ρυθμίσεων. Το υποκείμενο του οποίου η αυτοεκπλήρωση είχε τεθεί ως απόλυτη αξία, χειραγωγείται, γίνεται ετεροκατευθυνόμενο και υποτάσσεται στις επιταγές των «ειδικών».

Στο τμήμα αυτό θα δούμε πώς διαμορφώνονται στο επίπεδο της πράξης, στο επίπεδο της εμπειρίας, οι σχέσεις του ατόμου με τις τεχνικές αυτές έννοιες. Στο θεωρητικό σχήμα έχουμε την ύπαρξη τεσσάρων εννοιών στους δύο άξονες στις οποίες επεμβαίνει η ιατρική. Από τις τέσσερις αυτές έννοιες θα οδηγηθούμε σε μια παρουσίαση σχέσεων. Έχουμε λοιπόν τις τέσσερις έννοιες και από αυτές θα διαμορφώσουμε όλους τους πιθανούς συνδυασμούς αυτών των εννοιών αναμεταξύ τους. Με αυτόν τον τρόπο θα οδηγηθούμε σε μια εξαντλητική παρουσίαση αυτών των εννοιών. Δηλαδή, θα περάσουμε από μία ανάλυση των γενικών εννοιών σε μια ανάλυση όλων των πιθανών σχέσεων αυτών των εννοιών μεταξύ τους. Έτσι θα μπορέσουμε να εξετάσουμε αναλυτικότερα την επίδραση της ιατρικής σε αυτές τις έννοιες. Η λογική παραμένει η ίδια, θεωρούμε πως η ιατρική επεμβαίνει εξουσιαστικά σε αυτές τις έννοιες. Η ίδια λογική ακολουθείται και στο επίπεδο ανάλυσης των σχέσεων. Εφόσον αυτές προκύπτουν από τους πιθανούς συνδυασμούς των τεσσάρων αυτών εννοιών, η ίδια εξουσία από την ιατρική ασκείται και σε αυτές. Αποτελεί λοιπόν η μέθοδος αυτή ανάλυσης των σχέσεων μια συγκεκριμένη μεθοδολογία για να μπορέσουμε να εξηγήσουμε αναλυτικότερα την εξουσία την οποία ασκεί η επιστημονική ιατρική.

Έχουμε λοιπόν τις τέσσερις έννοιες της ζωής, του θανάτου, της υγείας και της ασθένειας. Κάνουμε συνδυασμούς της κάθε έννοιας διαδοχικά με όλες τις άλλες και έτσι καταλήγουμε σε έξι σχέσεις οι οποίες είναι :

	ΖΩΗ	ΘΑΝΑΤΟΣ	ΥΓΕΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ
ΖΩΗ	-	+	+	+
ΘΑΝΑΤΟΣ	-	-	+	+
ΥΓΕΙΑ	+	-	-	-
ΑΣΘΕΝΕΙΑ	-	-	-	-

Ζωή - Θάνατος, Ζωή - Υγεία, Ζωή - Ασθένεια, Θάνατος - Υγεία,
Θάνατος - Ασθένεια, Υγεία - Ασθένεια.

Οι σχέσεις αυτές προκύπτουν από τον συνδυασμό όλων των εννοιών μεταξύ τους. Ύστερα από την αφαίρεση των σχέσεων οι οποίες επαναλαμβάνονται, έχουμε αυτές τις έξι σχέσεις. Αυτές αποτελούν και την αναλυτική έκφραση των τεσσάρων εννοιών. Όλες αυτές οι σχέσεις εκφράζουν στο επίπεδο της πράξης, την αντιμετώπιση των τεσσάρων βασικών εννοιών ως τεχνικών εννοιών. Όλες αυτές οι σχέσεις αναδεικνύουν την σχέση του ατόμου με τις τέσσερις βασικές υπαρξιακές έννοιες, όπως αυτές διαμορφώνονται με την διαμεσολάβηση της ιατρικής.

Για την ανάλυσή αυτών των σχέσεων σημαντικό είναι το συμπέρασμα στο οποίο καταλήξαμε για την απόκρυψη, για την απομάκρυνση του θανάτου από την κοινωνική ζωή. Η απόκρυψη του θανάτου από την κοινωνία, συντελείται και εκφράζεται στο επίπεδο της πράξης, όπως είδαμε με διάφορους μηχανισμούς (νοσοκομεία, γραφεία τελετών). Η απόκρυψη του θανάτου από την κοινωνία εκφράζεται όμως και στο επίπεδο του λόγου, στο επίπεδο της ομιλίας. Σε αυτό το επίπεδο συντελείται η αντικατάσταση της έννοιας του θανάτου από την έννοια της ασθένειας. Η ασθένεια αποτελεί την ονοματοποίηση του θανάτου. Κατά το παρελθόν όπως έχουμε αναφέρει δεν ενδιέφερε τον ασθενή ή την κοινωνία από το τι αυτός πέθαινε. Τους ενδιέφερε απλά το ότι πέθαινε. Από το τι πέθαινε, είτε ήταν καρκίνος είτε κάτι άλλο δεν είχε σημασία. Στις ημέρες μας η ασθένεια έχει αντικαταστήσει τον θάνατο.

Το ότι ο θάνατος δεν μπορεί να νικηθεί, είναι κάτι που κανείς δεν το αρνείται -πως άλλωστε μπορεί κανείς να το αρνηθεί; αλλά μπορεί αυτή η αλήθεια να γίνει ανενεργή, καθώς απωθείται από μια άλλη αλήθεια: το ότι η κάθε συγκεκριμένη αιτία θανάτου (πιο συγκεκριμένα ο θάνατος ο οποίος απειλεί το συγκεκριμένο άτομο, εμένα αυτή τη στιγμή) μπορεί να πολεμηθεί, να αναβληθεί ή ακόμα και να νικηθεί. Ο θάνατος καθ' αυτός είναι αναπόφευκτος αλλά κάθε συγκεκριμένη έκφρασή του είναι τυχαία. ..Όλοι οι θάνατοι έχουν αιτίεςΔεν ακούμε για άτομα τα οποία πεθαίνουν από θνησιμότητα. Όλοι πεθαίνουν από ατομικές αιτίες. ..Δεν μπορώ να κάνω τίποτα να νικήσω τη θνησιμότητα. Αλλά μπορώ να κάνω πολλά προκειμένου να αποφύγω το έμφραγμα ή τον καρκίνο του πνεύμονα. Μπορώ να σταματήσω να τρώω αυγά, να κόψω το κάπνισμα, να κάνω γυμναστική, δίαιταΚαι ενώ κάνω όλες αυτές τις «σωστές» ενέργειες και πιέζω τον εαυτό μου να αποφεύγει τις βλαβερές, δεν μου απομένει χρόνος να συλλογίζομαι ότι η αποτελεσματικότητα του κάθε πράγματος που κάνω όσο σωστό και αν είναι, εν τέλει δεν με γλυτώνει

από το κοινό τέλος, όλων αυτών.³⁵⁴

Εφόσον ο θάνατος θεωρήθηκε ως ταμπού έπρεπε όχι απλώς να κρυφθεί αλλά έπρεπε και να μην μιλάει κανένας για αυτόν. Έτσι η έννοια της ασθένειας ήρθε και πήρε τη θέση του.

Όταν η ιατρική έκανε τον θάνατο άορατο, μπορούσαμε μόνο να σκεφτούμε τον θάνατο με όρους ορατών ασθενειών οι οποίες διεξήγαγαν πόλεμο ενάντια στη ζωή. Ο θάνατος δεν υπήρχε στο επίπεδο της ομιλίας. Ο ασθενής δεν μπορούσε να πει τίποτα για τον επικείμενό του θάνατο, διότι αυτό που παρουσίαζαν οι εμπειρίες του ήταν μια μπερδεμένη υποκειμενική παρουσίαση του τρόμου και της ασχήμιας οποία ακολουθούσε το τελικό στάδιο της ασθένειας. Η ορατή ιστορία της ασθένειας η οποία τελείωνε τη ζωή και για την οποία ο γιατρός μιλούσε εξαντλούσε όλα όσα μπορούσαν να ειπωθούν για την αλήθεια του θανάτου.³⁵⁵

Το ότι πεθαίνει κάποιος δεν έχει την ίδια σημασία που είχε κατά το παρελθόν. Πλέον αποκτάει υπόσταση από το τι πεθαίνει. Όλοι αναζητούν την ονοματοποίηση του θανάτου (π.χ. καρκίνος), πιστεύοντας πώς έτσι θα καταφέρουν να ξεφύγουν τον θάνατο. Η αναπόφευκτη πορεία εννοιολογείται ως ασθένεια και έτσι προσωρινά ο θάνατος ακυρώνεται. Για κάποιον ο οποίος ζούσε πριν την σύγχρονη κοινωνία :

.....η διαδικασία του θανάτου δεν είχε σε τίποτα να κάνει με το να είσαι ασθενής. Είχε να κάνει με το να είσαι άνθρωπος.³⁵⁶

Ο θάνατος είναι κάτι το τελειωτικό, κάτι το οποίο η ιατρική πρακτικά μέχρι και σήμερα δεν κατάφερε να νικήσει, αποτελεί απόλυτη κατάσταση. Η ασθένεια από την άλλη νοσηματοδοτεί, αποκτάει υπόσταση μέσα στο σύστημα ιδεών της ιατρικής, η οποία την κατηγοριοποιεί βάση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών. Αυτό δε που χαρακτηρίζει την επιστημονική ιατρική είναι το αλαζονικό, ναρκισσιστικό πνεύμα, το οποίο διακηρύσσει ότι μπορεί να θεραπεύσει την κάθε ασθένεια. Η γνώση (ως «εν δυνάμει» μη τυποποιήσιμη) μέσω των εργαστηρίων καθημερινά αναπτύσσεται και η ασθένεια η οποία είναι αθεράπευτη σήμερα, μπορεί αύριο να νικηθεί. Καθημερινά ακούμε και βλέπουμε στα media τις νέες ιατρικές ανακαλύψεις στο χώρο των εργαστηρίων για τις διάφορες ασθένειες. Άσχετα με την σημασία που έχουν για την θεραπεία κάποιας ασθένειας (πράγμα αμφίβολο από πρακτική πλευρά, μιας και οι πε-

³⁵⁴ Bauman Z. (1992), *Survival as a Social Construct, Theory, Culture and Society*, 9:1-36, σελ. 5-6.

³⁵⁵ Arney W. R. and Bergen B. J. (1984), *Medicine and the Management of Living : Taming the Last Great Beast*, Chicago Press, σελ. 29.

³⁵⁶ Στο ίδιο, σελ. 45.

ρισσότερες έρευνες μιλούν για πρακτική εφαρμογή σε δέκα με είκοσι χρόνια, οπότε μέχρι τότε οι περισσότεροι ασθενείς, είτε έχουν πεθάνει, είτε συχνότερα εμφανίζεται κάποιο νέο στοιχείο και αλλάζει την κατεύθυνση της έρευνας), η έμφαση η οποία τους δίνεται από τα media (π.χ. ο τρόπος ο οποίος παρουσιάζονται, ως θαυματουργικές ανακαλύψεις) διαμορφώνει αυξημένες προσδοκίες στην κοινωνία.

Οι επιστημονικές απόψεις, ιδέες, διαδικασίες δεν είναι μόνο ατελείς - εφόσον παραλείπουν σημαντικά φαινόμενα - δεν κάνουν σφάλματα μόνο σε περιοχές που απέχουν πολύ από το κέντρο της αρμοδιότητάς τους, βρίσκονται συχνά σε αδιέξοδο προς αυτό το έντρο. Επιχειρήματα και διαδικασίες ρουτίνες που υποβαστάζουν κάθε έρευνα σε μια ορισμένη περιοχή και δήθεν εξασφαλίζουν την «ορθολογικότητα» και την «επιστημονικότητα» της, βασίζονται σε εικασίες τις οποίες η μεταγενέστερη έρευνα συχνά εγκαταλείπει ως εσφαλμένες και μάλιστα ως στερημένες νοήματος.³⁵⁷

Η επιστημονική ιατρική μπορεί να κάνει τα πάντα και αν δεν το μπορεί σήμερα, θα το μπορεί αύριο. Μιλώντας για αυτήν την αντικατάσταση ο Ian Kennedy τονίζει :

Ονόμασέ το ασθένεια και αμέσως αποκτάς κάποια ελπίδα χειρισμού, ελέγχου ίσως και θεραπείας της.³⁵⁸

Έτσι η έννοια της ασθένειας αντικαθιστά την έννοια του θανάτου στο επίπεδο του λόγου. Ως συνέπεια δηλαδή του επαναορισμού από την επιστημονική ιατρική του θανάτου, επέρχεται η αντικατάστασή του από την ασθένεια.

Γυρνώντας λοιπόν στο θεωρητικό μας μοντέλο έχουμε τις έξι σχέσεις του ατόμου με τις τέσσερις βασικές για την ύπαρξή του, έννοιες. Εφαρμόζοντας στις σχέσεις αυτές τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε, αντικαθιστούμε την έννοια του θανάτου, η οποία είναι απών από την κοινωνική ζωή, από αυτήν της ασθένειας.

Ο θάνατος πρωταρχικά θεωρείται ως ασθένεια παρά ως κάτι το φυσιολογικό και το αναπόφευκτό.³⁵⁹

Ο θάνατος στην σύγχρονη κοινωνία θεωρείται βασικά ως ανωμαλία, όχι απλά ως ένα προϊόν της ασθένειας, αλλά ως ασθένεια ο ίδιος.³⁶⁰

Έτσι έχουμε :

³⁵⁷ Feyerabend (1986), *Γνώση για Ελεύθερους Ανθρώπους, Σύγχρονα Θέματα*, σελ. 22.

³⁵⁸ Kennedy I. (1988), *The Unmasking of Medicine*, Allen and Unwin, σελ. 28, στο Joseph M. (1994), *Sociology for Nursing and Health Care*, Polity, σελ. 14.

³⁵⁹ Rrior L. (1989), *The Social Organization of Death*, MacMillan, σελ. 26

³⁶⁰ Στο ίδιο, σελ. 132.

Ζωή - Θάνατος Ζωή - Υγεία Ζωή - Ασθένεια Θάνατος - Υγεία
 Θάνατος - Ασθένεια Υγεία - Ασθένεια

Ο Θάνατος αντικαθίσταται από την Ασθένεια

Ζωή - Ασθένεια Ζωή - Υγεία Ζωή - Ασθένεια Ασθένεια - Υγεία
 Ασθένεια - Ασθένεια Υγεία - Ασθένεια

Έτσι μετά την αντικατάσταση καταλήγουμε στις παρακάτω σχέσεις :

Ζωή - Υγεία Υγεία - Ασθένεια Ζωή - Ασθένεια

Απορρίψαμε την σχέση Ασθένεια - Ασθένεια το οποίο αποτελεί ταυτότητα χωρίς νόημα για την ανάλυσή μας και τις σχέσεις Ασθένεια - Υγεία και Ζωή - Ασθένεια οι οποίες επαναλαμβάνονται. Άρα έχουμε τις τρεις σχέσεις Ζωή - Υγεία, Υγεία - Ασθένεια και Ζωή - Ασθένεια. Πάνω σε αυτές επεμβαίνει (ως αποτέλεσμα της διαδικασίας επαναορισμού των τεσσάρων εννοιών), η επιστημονική ιατρική. Σειρά έχει να δείξουμε πώς ακριβώς γίνεται αυτή η επέμβαση.

Το κριτήριο ανάλυσης των τριών αυτών σχέσεων το οποίο θα χρησιμοποιηθεί, είναι αυτό της διαμόρφωσης του ατομικού υποκειμένου σε ξεχωριστή προσωπικότητα. Αυτό επιτυγχάνεται μόνο μέσω της δυνατότητας του ατόμου να μπορεί να επιλέγει ελεύθερα, χωρίς οποιαδήποτε μορφή χειραγώγησης. Βάση αυτού του κριτηρίου προσεγγίζουμε τις τρεις αυτές σχέσεις.

Η Σχέση Ζωή - Υγεία : Ξεκινάμε από την σχέση Ζωή - Υγεία και την σχέση του ατόμου με την ιατρική, μέσα στα πλαίσια αυτής της σχέσης. Θα επαναλάβουμε τον ορισμό του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας όπου αυτός ορίζει την υγεία όχι απλώς ως ανυπαρξία ασθένειας αλλά ως μια κατάσταση τέλειας φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ύπαρξης. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό της υγείας ως κατάσταση τελειότητας, την κατάσταση αυτή υγείας μέσα στη ζωή (Z - Y), μόνο ελάχιστα άτομα μπορούν να την καταφέρουν και για ένα μικρό μόνο χρονικό διάστημα. Το ότι όμως δεν βρίσκονται σε αυτήν την κατάσταση δεν σημαίνει και ότι δεν μπορούν να πεισθούν ότι ίσως κάποια στιγμή βρεθούν σε αυτή. Αυτή η κατάσταση υγείας, ορισμένη από την επιστημονική ιατρική, εκφράζει πιο πολύ ένα ιδανικό το οποίο

προσπαθούμε να φτάσουμε, χωρίς ποτέ να το πετυχαίνουμε, παρά ένα πιθανό στόχο τον οποίο πραγματοποιούμε. Έτσι όμως αυξάνεται και επεκτείνεται η εξουσία της ιατρικής μιας και πείθεται ο πληθυσμός ότι μπορούν να πετύχουν κάποια επίπεδα υγείας, τα οποία στην ουσία είναι πέρα του εφικτού. Συνεπώς, ο πληθυσμός πείθεται πως δεν είναι υγιείς όπως αισθάνονται τώρα μέσα στην καθημερινή ζωή (Z -Y), αλλά μπορεί να γίνουν πιο υγιείς από τώρα.

Και δεν αποτελεί μια σημαντική διάσταση της υγείας το μέγεθος του κενού μεταξύ του πόσο υγιή αισθάνονται πως είναι τα άτομα και του πόσο υγιή νομίζουν πως θα έπρεπε να είναι ;³⁶¹

Η επιστημονική ιατρική διαμορφώνει την κοινωνική προσδοκία για αυξανόμενη υγεία επεκτείνοντας της εξουσία της, διότι ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται μόνο με την υγιεινή ζωή και την κατανάλωση όλων των μορφών ιατρικών υπηρεσιών (Check up), συμπεριλαμβανόμενων των ναρκωτικών (αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά) και των βιταμινών (άσχετα αν αισθάνεσαι καλά οι βιταμίνες είναι απαραίτητες). Έτσι διαμορφώνεται μέσα στο πλαίσιο της σχέσης Z - Y μια κατάσταση εξάρτησης του ατόμου από την ιατρική. Όπως αναφέρουν οι Arney και Bergen μιλώντας για την επέκταση της εξουσίας της ιατρικής πέρα από το παραδοσιακό χώρο ενασχόλησης με το φαινόμενο της ασθένειας και του θανάτου, σε αυτό της υγείας και της ζωής :

Ο θάνατος αποτελούσε το τρομερό τέρας το οποίο παραμόνευε στο σκοτάδι και απειλούσε με επίθεση ξαφνικά και ανά πάσα στιγμή. Τώρα σε μια αλλαγή τύπου Φρανκεστάν το τρομερό τέρας δεν είναι ο θάνατος, αλλά η ζωή. Είναι οι ζωές των ασθενών οι οποίες αποτελούν το πιο δύσκολο ιατρικό στοιχείο, ενώ οι θάνατοι τους είναι απλά κάποιο ειδικό πρόβλημα διαχείρισης.³⁶²

Η σύγχρονη ιατρική έχει ξεφύγει από το προηγούμενο ιδανικό της εξάλειψης του θανάτου. Τώρα προτείνει ως σκοπό την εξυπηρέτηση μιας καλής ζωής η οποία ολοκληρώνεται από ένα κατάλληλο θάνατο.³⁶³

Συνεπώς η ιατρική επεμβαίνει στο ιδεολογικό επίπεδο και πείθει όχι μόνο τους ασθενείς αλλά και τους υγιείς να καταναλώσουν περισσότερες ιατρικές υπηρεσίες υγείας. Δηλαδή η σχέση Ζωή - Υγεία εκφράζει την εξουσία της ιατρικής στο ιδεολογικό επίπεδο. Η σχέση αυτή μας δείχνει πως, ακολουθώντας τις προτάσεις της ιατρικής για μια υγιεινή ζωή (σωστή διατροφή, άσκηση) και την κατανάλωση όλων

³⁶¹ Armstrong D. (1994), *An Outline of Sociology as Applied to Medicine*, Butterworth, Heinemann, σελ. 116.

³⁶² Arney W. R. and Bergen B. (1984), *Medicine and the Management of Living : Taming the Last Great Beast*, Chicago Press, σελ. 97.

των υπηρεσιών υγείας (ναρκωτικά, check up) εξασφαλίζουμε μια ζωή η οποία χαρακτηρίζεται από υγεία (Ζ - Υ).

Έτσι διαμορφώνεται η ιδεολογία της ατομικής ευθύνης όπου η ιατρική θέτει το τι είναι υγεία, καθώς και τους κανόνες για να το πετύχει κανείς. Αν κάποιος λοιπόν καταλήξει ασθενής ευθύνεται αυτός γιατί δεν ακολούθησε σωστά τις υποδείξεις της ιατρικής. Αυτή η τακτική ονομάζεται και victim - blaming³⁶⁴ μιας και ο ασθενής, το θύμα της ασθένειας αντιμετωπίζεται ως ο υπαίτιος, ως ο υπεύθυνος της ασθένειας. Η επέμβαση λοιπόν της ιατρικής πάνω στο άτομο, μέσω της έκφρασης αυτής της σχέσης, κινείται ιδεολογικά στο επίπεδο της πρόληψης και προσδίδει ένα ποσοστό ελευθερίας, μία δυνατότητα επιλογής στο άτομο. Δηλαδή, διαμορφώνονται οι κανόνες οι οποίοι εξασφαλίζουν, αν τηρηθούν την υγεία, όπως αυτή ορίζεται από την ιατρική, αλλά αν οι κανόνες αυτοί ακολουθηθούν από το άτομο είναι θέμα δικής του επιλογής. Η επέμβαση της ιατρικής στην σχέση Ζωή -Υγεία κινείται στο ιδεολογικό επίπεδο διαμορφώνοντας απλώς ένα κανονιστικό πλαίσιο για το τι θα πρέπει να κάνει το άτομο για να παραμείνει, ή καλύτερα να γίνει υγιές. Η επέμβαση της ιατρικής περιορίζεται στην διατύπωση αυτών των κανόνων, αυτών των επιταγών συμπεριφοράς. Μέσα σε αυτή τη σχέση υπάρχει το υποκείμενο, ως αυτός ο οποίος έχει την δυνατότητα να παίρνει αποφάσεις. Όσον αφορά την πρώτη σχέση λοιπόν μεταξύ Ζωής - Υγείας, η ιατρική εξουσιάζει το άτομο επιβάλλοντας κάποιους κανόνες συμπεριφοράς, αλλά αυτή η εξουσία κινείται μόνο στο ιδεολογικό επίπεδο, μιας και το άτομο, έστω και θεωρητικά, έχει την δυνατότητα επιλογής.

Η Σχέση Υγεία - Ασθένεια : Προχωρούμε τώρα στην δεύτερη σχέση, αυτή μεταξύ Υγείας - Ασθένειας. Στη σχέση αυτή βλέπουμε την σύνδεση της υγείας της ασθένειας, και την διαμεσολάβηση της ιατρικής. Η επέμβαση αυτή έχει ως στόχο, δικαιολογείται λόγω της επιθυμίας αποφυγής της ασθένειας και της προσπάθειας επαναφοράς στην υγεία. Η σχέση αυτή, σε διαφοροποίηση από την προηγούμενη, δεν κινείται απλά στο ιδεολογικό επίπεδο. Δεν ασκεί δηλαδή εξουσία η ιατρική στο υποκείμενο κινούμενη απλώς σε ένα επίπεδο διατύπωσης βασικών αρχών - κανόνων συμπεριφοράς τους οποίους προτείνει, αλλά ασκεί και συγκεκριμένη πρακτική. Αυτή η σχέση εκφράζεται στο χώρο των ιατρείων και ιδιαίτερα στα νοσοκομεία. Από την στιγμή που το άτομο αποδεχθεί ότι είναι φορέας της ασθένειας νομιμοποιεί την ε-

³⁶³ Στο ίδιο, σελ. 111.

ξουσία που ασκεί η ιατρική στο επίπεδο των ιδεών και ερχόμενος στο νοσοκομείο για να αναζητήσει θεραπεία (υγεία), νομιμοποιεί και την εξουσία στο πρακτικό επίπεδο. Στη σχέση λοιπόν Υγείας - Ασθένειας, η ιατρική επεμβαίνει εξουσιαστικά πάνω στο άτομο, σε ένα μεγαλύτερο βαθμό από ότι στην σχέση Ζωή - Υγεία. Παρόλα αυτά η εξουσία αυτή δεν είναι απόλυτη, ολοκληρωτική, αλλά υπάρχει η δυνατότητα του ατόμου να αρνηθεί μια πιθανή θεραπεία και να αναζητήσει κάποια εναλλακτική μορφή θεραπείας, άλλη από αυτή της επιστημονικής ιατρικής (παραδοσιακή ιατρική) ή μπορεί ακόμα και να διαφωνήσει με τις ενέργειες του γιατρού αρνούμενο να συμμορφωθεί με τις υποδείξεις του. Βέβαια αυτή η ελευθερία κινείται περισσότερο σε ένα θεωρητικό επίπεδο μιας και όπως έχει δείξει η προηγούμενη ανάλυση, η ιατρική έχει νομιμοποιηθεί από τα άτομα τα οποία συμμορφώνονται στις εντολές των γιατρών. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με το κριτήριο το οποίο θέσαμε (η ελευθερία του υποκειμένου, η δυνατότητα επιλογής, ως στοιχεία τα οποία προάγουν και βοηθούν την αυτο - εκπλήρωση και ολοκλήρωσή του) στην σχέση Υγεία - Ασθένεια, το υποκείμενο έχει την περιορισμένη, έστω θεωρητικά, δυνατότητα (περιορισμένη σε αναφορά με την σχέση Ζωή - Υγεία) να επιλέξει, να αποφασίσει για τον εαυτό του. Με άλλα λόγια έχει την δυνατότητα να αυτοκατευθυνθεί.

Η Σχέση Ζωή - Ασθένεια : Περνάμε λοιπόν στην σχέση Ζωή - Ασθένεια. Η διαφοροποίηση αυτής της σχέσης από την σχέση Υγεία - Ασθένεια, είναι η αντικατάσταση της υγείας από την ζωή. Στην σχέση αυτή, αυτό που τονίζεται, είναι ότι με την διαμεσολάβηση της ιατρικής το άτομο από την ασθένεια περνάει στην ζωή. Δεν το βοηθάει η ιατρική απλώς να ξεπεράσει την ασθένεια και να επανέλθει στην «φυσιολογική» κατάσταση υγείας, αλλά το βοηθάει να ξεφύγει από την ασθένεια και να κερδίσει την ζωή. Η διαφοροποίηση αυτής της σχέσης εν τέλει έγκειται στην διαφοροποίηση της εννοιολόγησης της ασθένειας. Η ασθένεια εδώ αναφέρετε σε μια σοβαρή ασθένεια κατά κόρον θανάσιμη. Το ξεπέραςμα δηλαδή της ασθένειας, με την διαμεσολάβηση της ιατρικής, προσφέρει τη ζωή και όχι την υγεία στο υποκείμενο, γεγονός το οποίο μας δείχνει ότι η ασθένεια πλήττει, αμφισβητεί όχι την υγεία, αλλά την ζωή του υποκειμένου. Άρα η διαφοροποίηση από την σχέση Υγείας - Ασθένειας, έγκειται στην διαφορετική εννοιολόγηση της ασθένειας, η οποία στην σχέση Ζωή - Ασθένεια θεωρείται ως πιο σοβαρή, ως «εν δυνάμει» επικίνδυνη για την ζωή του α-

³⁶⁴ Στο ίδιο, σελ. 78.

τόμου. Η ασθένεια δηλαδή στην σχέση αυτή εξυπνοεί όλες εκείνες τις καταστάσεις κρίσης της υγείας, οι οποίες απειλούν άμεσα την ύπαρξη του υποκειμένου. Έτσι, η ιατρική διαμεσολαβεί και «δίνει» ζωή και όχι απλά υγεία στο άτομο, στο πλαίσιο της σχέσης Ζωή - Ασθένεια. Το σημαντικό για την ανάλυσή μας είναι πώς στη σχέση Ζωή - Ασθένεια απολυτοποιείται η εξουσία της ιατρικής, η οποία εκφραζόταν και στις δύο προηγούμενες σχέσεις. Η διαφοροποίηση δηλαδή της σχέσης Ζωή - Ασθένεια από τις σχέσεις Υγεία - Ασθένεια και Ζωή - Υγεία, έγκειται στο ότι στην πρώτη σχέση η εξουσία πάνω στο άτομο είναι απόλυτη. Ενώ πριν το άτομο είχε κάποια περιορισμένα περιθώρια επιλογής, πλέον υποτάσσεται στην ιατρική απόλυτα και περιμένει τα πάντα από αυτήν. Νομιμοποιεί και αποδέχεται πλήρως την εξουσία της ιατρικής, και παράλληλα εντάσσεται στο χώρο του νοσοκομείου, ως απόλυτο αντικείμενο χειρισμού. Από τις τρεις λοιπόν σχέσεις περνάμε σε μια αυτήν της Ζωής - Ασθένειας, όπου αυτή η σχέση απολυτοποιώντας την εξουσιαστική σχέση ιατρικής - κοινωνίας εμπεριέχει την εξουσία όπως αυτή ασκείται στις άλλες δύο σχέσεις. Ως κριτήριο της ανάλυσης θέσαμε, όπως είπαμε, τον βαθμό ελευθερίας επιλογής του ατόμου, την δυνατότητα του να υπάρχει ως ισότιμος πόλος στην σχέση του με την ιατρική. Ως συμπέρασμα λοιπόν μετά από την επαγωγική αυτή ανάλυση, καταλήξαμε στο ότι η σχέση Ζωή - Ασθένεια εκφράζει την απόλυτη εξουσιαστική λογική της επιστημονικής ιατρικής. Η σχέση δηλαδή αυτή απολυτοποιεί την εξουσιαστική διάσταση της ιατρικής.

Έχουμε όμως μια παραπέρα εξέλιξη της σχέσης Ζωή - Ασθένεια. Όπως είπαμε η ασθένεια εξυπνοεί μια σοβαρή κατάσταση διαταραχής της ύπαρξης και όχι της υγείας του ατόμου. Αυτό δηλαδή που πλανάται πίσω από την ασθένεια είναι ο ελλοχεύων θάνατος. Ο θάνατος δηλαδή ο οποίος όπως είδαμε στο προηγούμενο στάδιο της ανάλυσης είχε απομακρυνθεί για συγκεκριμένους λόγους από το κοινωνικό πεδίο. Φτάνει όμως κάποια στιγμή, όπου η ιατρική ανίκανη να νικήσει, η έστω να παρατείνει το θάνατο, πρέπει να αποδεχθεί την ύπαρξη του, όχι ως εικόνα, αλλά ως πραγματικότητα. Κάποια στιγμή η ασθένεια φεύγει από το προσκήνιο και στη θέση της μπαίνει ο επικείμενος, αναπόφευκτος θάνατος. Άρα η σχέση Ζωή - Ασθένεια μετατρέπεται σε Ζωή - Θάνατος.

Η σχέση αυτή απολυτοποιεί την εξουσιαστική διαμεσολάβηση της ιατρικής πάνω στο άτομο. Συνεπώς, η σχέση Ζωή - Θάνατος είναι η κυρίαρχη σχέση στο οικοδόμημα της επιστημονικής ιατρικής. Μέσα από το θεωρητικό μοντέλο επαγωγι-

κά καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως η έκφραση της ιατρικής εξουσίας βρίσκεται στην σχέση Ζωή - Θάνατος. Η σχέση αυτή εκφράζει τον βαθύτερο στόχο της ιατρικής, ο οποίος είναι η νίκη πάνω στον θάνατο και η διαιώνιση της ζωής. Ο στόχος όμως αυτός επιτυγχάνεται με την ταυτόχρονη απολυτοποίηση του δομικού εξουσιαστικού χαρακτήρα της επιστημονικής ιατρικής. Η σχέση δηλαδή Ζωή - Θάνατος κυριαρχεί ως απόλυτη και αντανακλάται διαμορφώνοντας όλες τις προηγούμενες σχέσεις. Στην σχέση όμως αυτή, τόσο η ζωή, όσο και ο θάνατος, αντιμετωπίζονται ως καθαρά τεχνικές έννοιες όπου έχουν χάσει κάθε ποιοτικό χαρακτήρα και έχουν αποκτήσει μια ποσοτική μορφή. Πάνω σε αυτές τις τεχνικές έννοιες επεμβαίνει πλέον ο ειδικός, αυτός που βέβαια από πριν έχει ορίσει το τι είναι τεχνικά ο θάνατος (εγκεφαλική διακοπή)³⁶⁵, και μπορεί να επέμβει ως ο αποκλειστικός χειριστής των εννοιών αυτών.

Η zweckrationalitat είναι συντηρητική διότι δεν κρίνει έσχατες αξίες, αλλά ψάχνει να πραγματώσει σκοπούς οι οποίοι έχουν ήδη τεθεί με τον πιο λογικό τρόπο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα - πιθανότατα - οι επιλεγμένες θελήσεις να παρουσιάζονται ως αξίες που πρέπει να πραγματοποιηθούν πρακτικά (τεχνικά).³⁶⁶

Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε από το παρόν κεφάλαιο είναι πως η σχέση Ζωή - Θάνατος είναι η σχέση στην οποία απολυτοποιείται η ιατρική εξουσία. Η σχέση αυτή εκφράζει και αντανακλά όλες τις άλλες σχέσεις, οι οποίες προκύπτουν από την επαναενοιολόγηση των εννοιών του θανάτου, της ζωής, της υγείας και της ασθένειας από την ιατρική. Συνεπώς, η σχέση Ζωή - Θάνατος αποτελεί την κυρίαρχη σχέση στο οικοδόμημα της ιατρικής, ως η τάση απολυτοποίησης των εξουσιαστικών σχέσεων, οι οποίες προκύπτουν από την διαμεσολάβηση της επιστημονικής ιατρικής μεταξύ των τεσσάρων αξιών (θάνατος, ζωή, υγεία και ασθένεια) και της συνειδητοποίησης αυτών από το άτομο. Η διαμεσολάβηση αυτή από την ιατρική δεν είναι τί-

³⁶⁵ «Κατά ακολουθία η διάγνωση του θανάτου του ανθρωπίνου σώματος ταυτίζεται με τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους. Τα κριτήρια για τη διάγνωση αυτή είναι **ιατρικά** και καθορίζονται με μέχρι σήμερα αναγνωρισμένες **ιατρικές τεχνικές**. » Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (1987), *Διάγνωση Εγκεφαλικού Θανάτου*, σελ. 8.

³⁶⁶ Hillier S. (1987), *Rationalism, Bureaucracy and the Organization of the Health Services* : Max Weber's Contribution to Understanding Health Care Systems, στο Scambler G. (1987), *Sociological Theory and Medical Sociology*, Tavistock, σελ. 209.

ποτε άλλο από την έκφραση του χαρακτηριστικού της επέκτασης της ιατρικής εξουσίας στο σύνολο της ανθρώπινης ύπαρξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα διατριβή αποτελεί μια προσπάθεια παρουσίασης και ανάλυσης της μορφής οργάνωσης και του τρόπου λειτουργίας των μονάδων εντατικής θεραπείας. Αποτελεί μια εμπειρική έρευνα³⁶⁷ η οποία βασίζεται στην μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης³⁶⁸. Με την συμμετοχική παρατήρηση είχαμε ως στόχο να μπορέσουμε να γνωρίσουμε πρώτα απ' όλα τον χώρο των Μ.Ε.Θ. και έπειτα να κατανοήσουμε την ιδιαίτερη λογική πάνω στην οποία οι μονάδες αυτές λειτουργούν. Ως χώρος οι Μ.Ε.Θ. ήταν τελείως άγνωστος και φάνταζε αρκετά τρομακτικός. Πριν την εισαγωγή στη Μ.Ε.Θ. είχε προηγηθεί ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα κατά την διάρκεια του οποίου καλύψαμε την βιβλιογραφία του χώρου της κοινωνιολογίας της ιατρικής.

³⁶⁷ Για τον σχεδιασμό της εμπειρικής έρευνας στο χώρο της ιατρικής κοινωνιολογίας βλέπε, Daly J. McDonald I. and Willis E. (1992), *Researching Health Care : Designs, Dilemmas, Disciplines*, Routledge, επίσης Jenkinson C. (1994), *Measuring Health and Medical Outcomes*, Ucl Press, επίσης Silverman D. (1993), *Interpreting Qualitative Data*, Sage καθώς και Strauss A. and Corbin J. (1990), *Basics of Qualitative Research*, Sage.

³⁶⁸ Η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές περιπτώσεις κοινωνιολογικών ερευνών οι οποίες ασχολούνται με θέματα ιατρικής. Για τον χώρο των Μ.Ε.Θ. έρευνες οι οποίες έχουν χρησιμοποιήσει την μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης δεν υπάρχουν πολλές. Οι έρευνες οι οποίες μας βοήθησαν αρκετά ασχολούνται με το χώρο των Μ.Ε.Θ. εξετάζοντας θέματα ηθικής. Zussman R. (1992), *Intensive Care : Medical Ethics and the Medical Profession*, Chicago Press. Επίσης Anspach R. (1997), *Deciding Who Lives : Fateful Choices in Intensive Care Nursery*, University of California Press. Υπάρχουν αντίστοιχα αρκετές κοινωνιολογικές έρευνες οι οποίες ασχολούνται με θέματα ιατρικά και οι οποίες χρησιμοποιούν την μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης. Atkinson P. (1981), *The Clinical Experience : The Construction and Reconstruction of Medical Reality*, Gower, Atkinson P. (1995), *Medical Talk and Medical Work*, Sage, Becker H., Geer B., Hughes E. and Strauss A. (1961), *Boys in White : Student Culture in Medical School*, Chicago, επίσης Coser R. (1962), *Life in the Ward*, Michigan State University Press, Glaser B. and Srtrauss A. (1961), *Awareness of Dying*, Chicago, επίσης Fox N. (1992), *The Social Meaning of Surgery*, Open University Press, Fox R. (1957), *Training for uncertainty*, στο Merton R. Reader G. and Kendall P. (eds), *The Student - Physician*, Harvard University Press, Strong P. (1979), *The Ceremonial Order of The Clinic: Parents, Doctors and Medical Bureaucracies*, Routledge, Zussman R. (1993), *Life in the*

Η κάλυψη της βιβλιογραφίας επεκτάθηκε και σε διάφορες περιφερειακές της κοινωνιολογίας της ιατρικής θεματικές (π.χ. κοινωνιολογία του σώματος). Ιδιαίτερα ασχοληθήκαμε με την σχέση της ιατρικής με την κοινωνία στο πλαίσιο ενός συγκρουσιακού μοντέλου ανάλυσης. Η έννοια της ιατρικής εξουσίας αναδείχθηκε ως η προσδιοριστική της σχέσης ιατρική - κοινωνία. Η ενασχόληση με την έννοια της ιατρικής εξουσίας οδήγησε και στην ανάλυση των εκφράσεων αυτής της εξουσίας σε διάφορα επίπεδα (επίπεδο λόγου, επίπεδο γραφής, χωροταξικό επίπεδο, τελετουργικό επίπεδο). Με τον τρόπο αυτό η κάλυψη της βιβλιογραφίας επεκτάθηκε σε έργα τα οποία ασχολούνται με την έννοια της εξουσίας τόσο σε μάκρο όσο και μικρο επίπεδο. Βασική μας άποψη είναι ότι προκειμένου να μπορέσουμε να εξηγήσουμε την ιδιομορφία των Μ.Ε.Θ., προκειμένου με άλλα λόγια να μελετήσουμε το σύνολο των σχέσεων οι οποίες αναπτύσσονται στο πλαίσιο της μορφής οργάνωσης των Μ.Ε.Θ., θα πρέπει να μελετήσουμε την μορφή οργάνωσης της σχέσης ιατρική - κοινωνία. Το σύνολο των σχέσεων οι οποίες απαντώνται μέσα στις Μ.Ε.Θ. παίρνουν την ιδιαίτερη μορφή τους από την ευρύτερη σχέση της ιατρικής με την κοινωνία. Βέβαια οι σχέσεις οι οποίες απαντώνται στις Μ.Ε.Θ. έχουν μια δική τους ιδιαιτερότητα και δεν συμβαίνει μια απλή αντανάκλαση της κατάστασης η οποία ισχύει στη σχέση ιατρική-κοινωνία. Για το λόγο αυτό και επιχειρούμε την ανάλυση των μονάδων αυτών, προκειμένου να δούμε ποιες είναι οι διαφοροποιήσεις από την κατάσταση η οποία ισχύει στο ευρύτερο επίπεδο (σχέση ιατρικής-κοινωνίας). Πάντως η ανάλυση της σχέσης ιατρική - κοινωνία είναι απαραίτητη γιατί προσφέρει τη βάση πάνω στην οποία δομείται η οργάνωση των Μ.Ε.Θ.

Από την κάλυψη της βιβλιογραφίας προέκυψαν ένα πλήθος ιδεών και απόψεων. Υπήρχε όμως μια μορφή ασυνέχειας μεταξύ αυτών των θεωρητικών απόψεων. Και το σημαντικότερο κατά την κάλυψη της βιβλιογραφίας ελάχιστες έρευνες ασχολούνταν με το χώρο των Μ.Ε.Θ.

Μέχρι το σημείο κάλυψης της βιβλιογραφίας είχαμε καταλήξει στην διατύπωση γενικών απόψεων για την ιατρική και για τη σχέση της με την κοινωνία και το άτομο. Έλειπε όμως η σύνδεση αυτών των απόψεων με το χώρο των Μ.Ε.Θ. Επιλέ-

χθηκε έτσι η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης ως η πλέον κατάλληλη για την γνώση του χώρου.³⁶⁹

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούμε στον τρόπο με τον οποίο οδηγήσαμε στην διατύπωση της υπόθεσης της έρευνάς μας. Όπως είπαμε, στο πρώτο στάδιο της έρευνάς μας ασχοληθήκαμε με την κάλυψη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας στο χώρο. Από την ανάγνωση αυτής της βιβλιογραφίας προέκυψαν ένα πλήθος ιδεών και εννοιών οι οποίες αναφέρονταν γενικά στο χώρο της κοινωνιολογίας της ιατρικής. Τελειώνοντας με την συλλογή και την καταγραφή της βιβλιογραφίας είχαμε αποκτήσει μια σφαιρική άποψη για το αντικείμενο της κοινωνιολογίας της ιατρικής. Είχαμε γνωρίσει ένα πλήθος νέων ιδεών, άγνωστων μέχρι τότε, για τη σχέση της ιατρικής με την κοινωνία, καθώς και για τις σχέσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή. Δεν είχαμε όμως οδηγηθεί στην διατύπωση μιας συγκεκριμένης υπόθεσης έρευνας. Οι θεωρητικές γνώσεις τις οποίες αποκομίσαμε είχαν ένα χαρακτήρα ασυνέχειας και σε μερικά σημεία σύγκρουσης, μιας και προέρχονταν από διαφορετικές θεωρητικές παραδόσεις. Ιδιαίτερα όσον αφορά το χώρο των Μ.Ε.Θ. γνωρίζαμε μέχρι τότε κάποια θεωρητικά στοιχεία τα οποία προέρχονταν από διάφορες ιατρικές έρευνες σχετικά με την οργάνωση των μονάδων αυτών, την πληρότητά τους σε προσωπικό, καθώς και διάφορα στοιχεία για το ημερήσιο κόστος ανά ασθενή, το ποσοστό θνησιμότητας και την παθολογία των ασθενών³⁷⁰. Το πιο σημαντικό στοιχείο ήταν η αδυναμία μας, σε εκείνο το σημείο, να συνδέσουμε την βιβλιογραφία, την κοινωνιολογική θεωρία με το εμπειρικό αντικείμενο της μελέτης μας, τις Μ.Ε.Θ. Με άλλα λόγια δεν μπορούσαμε να οδηγηθούμε σε μια υπόθεση εργασίας η οποία θα προέκυπτε από την ανάγνωση της βιβλιογραφίας.

Το επόμενο βήμα ήταν η εισαγωγή μας στη Μ.Ε.Θ., προκειμένου να γνωρίσουμε το χώρο. Υπήρχε όπως είπαμε η θεωρητική γνώση του χώρου αυτού, αλλά η πραγματική κατανόηση ήλθε με την συμμετοχική παρατήρηση. Αυτό που έχει σημασία και πρέπει να τονίσουμε είναι πως τη στιγμή της ένταξής μας στη Μ.Ε.Θ. δεν εί-

³⁶⁹Στο σημείο αυτό θα αναφερθούμε γενικά στην μεθοδολογία την οποία ακολουθήσαμε κατά την διαδικασία περάτωσης της διατριβής. Όσον αφορά την μεθοδολογία την οποία ακολουθήσαμε κατά την διεξαγωγή της συμμετοχικής παρατήρησης υπάρχει εκτενέστερη αναφορά η οποία βρίσκεται στο παράρτημα της παρούσας διατριβής. Βλέπε στο Παράρτημα Μεθοδολογία Συμμετοχικής Παρατήρησης.

³⁷⁰Μιχαλούδης Γ. (1992), *Ανάλυση Κόστους Οφέλους σε μια Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα*. Διδακτορική Διατριβή, Second European Consensus Conference in Intensive Care

χαμε συγκροτημένη θεωρητική υπόθεση. Δεν μπήκαμε δηλαδή στο χώρο της μονάδας προκειμένου να αντλήσουμε στοιχεία για την υποστήριξη της υπόθεσης της έρευνάς μας. Με την διεξαγωγή της συμμετοχικής παρατήρησης δεν είχαμε ως σκοπό την άντληση στοιχείων για την υποστήριξη της υπόθεσης της έρευνας, αλλά την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας του συγκεκριμένου χώρου. Για το λόγο αυτό κατά την διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης συλλέγαμε οποιαδήποτε πληροφορία πιστεύαμε ότι θα μπορούσε να μας φανεί χρήσιμη, χωρίς να εστιάζουμε την προσοχή μας σε κάποια συγκεκριμένη συμπεριφορά (π.χ. σχέση γιατρού - ασθενή). Όσο προχωρούσε η συλλογή των στοιχείων προσπαθούσαμε παράλληλα με αυτήν την συλλογή να κάνουμε και την σύνδεση αυτών των στοιχείων με την κοινωνιολογική θεωρία στην οποία είχαμε καταλήξει κατά την κάλυψη της βιβλιογραφίας. Με το πέρας της συλλογής των στοιχείων αρχίσαμε την ανάγνωση των σημειώσεων της συμμετοχικής παρατήρησης. Από αυτήν την ανάγνωση άρχισε ουσιαστικά η διατύπωση της θεωρητικής υπόθεσης της έρευνάς μας. Η κατανόηση του τρόπου λειτουργίας των Μ.Ε.Θ., η οποία προήλθε με το πέρας της παραμονής μας στην μονάδα, μας βοήθησε να ερμηνεύσουμε τα δεδομένα τα οποία είχαμε συλλέξει. Και το πιο σημαντικό, αυτή η κατανόηση του τρόπου λειτουργίας των Μ.Ε.Θ. μας οδήγησε στην σύνδεση των εμπειρικών ευρημάτων με την θεωρία στο χώρο της κοινωνιολογίας της ιατρικής. Αναλύοντας τα δεδομένα τα οποία προέκυψαν από την παραμονή μας στη Μ.Ε.Θ. και ανατρέχοντας παράλληλα στην κοινωνιολογική θεωρία, βλέπαμε να παρουσιάζονται μέσα από τις παρατηρήσεις της συμμετοχικής παρατήρησης, ανάγλυφα οι θεωρητικές έννοιες. Με τον τρόπο αυτό κωδικοποιήθηκαν τα εμπειρικά δεδομένα μας και καταλήξαμε στην διατύπωση της υπόθεσης της έρευνάς μας. Ο τρόπος με τον οποίο οδηγηθήκαμε στην συγκρότηση της υπόθεσης της έρευνάς μας εντάσσεται στο χώρο του grounded theory³⁷¹, όπου η υπόθεση εργασίας προκύπτει εκ των υστέρων, μετά από την διεξαγωγή της συμμετοχικής παρατήρησης. Η συλλογή δηλαδή των στοιχείων δεν έρχεται να στηρίξει την εμπειρική υπόθεση, αλλά στην ουσία την διαμορφώνει.

Η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης, όπως χρησιμοποιήθηκε, εντάσσεται στο χώρο της Φαινομενολογίας. Η συμμετοχική παρατήρηση χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αναδειχθεί, η ιδιομορφία ενός συγκεκριμένου χώρου, η περιγραφή

Medicine, (1994), *Predicting Outcome in ICU Patients*, 20 (5), σελ. 390-397. Γκαράνη Τ. (1992), *Εντατική Θεραπεία : Ηθικά, Δεοντολογικά και Νομικά Προβλήματα*, Διδακτορική Διατριβή.

³⁷¹ Strauss A. and Corbin J. (1990), *Basics of Qualitative Research*, Sage.

του και η παρουσίαση των συμβολικών του λειτουργιών³⁷². Η παρουσίαση της Μ.Ε.Θ. στηριζόμενη στην μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης, στο πλαίσιο μιας Φαινομενολογικής προσέγγισης, ανέδειξε την ιδιαιτερότητα του συγκεκριμένου χώρου.

Η Φαινομενολογική³⁷³ προσέγγιση αποτελεί μια καλή περιγραφή της κατάστασης η οποία ισχύει μέσα στη μονάδα. Μια περιγραφή η οποία στην ουσία είναι η προσπάθεια να κατανοηθούν οι βάσεις, οι αρχές κάθε εμπειρίας και δράσης των ομάδων οι οποίες συνυπάρχουν και βρίσκονται σε καθημερινή διαντίδραση. Ο σκοπός είναι να γίνει αναγωγή της απλής περιγραφής της κατάστασης η οποία ισχύει στην μονάδα σε περιγραφή ουσίας, σε εστίαση δηλαδή στο νόημα ενός συγκεκριμένου φαινομένου ή μιας κατάστασης και όχι απλά περιγραφή της εκάστοτε ιδιαίτερης εμπειρίας. Σημασία στην Φαινομενολογία αποκτάει η κατανόηση και η ερμηνεία της πράξης και όχι η απλή περιγραφή της. Το σημαντικό στοιχείο είναι το νόημα το οποίο αποδίδουν τα άτομα στην πράξη τους, η δικαιολόγηση τους δηλαδή και όχι η πράξη αυτή καθ' αυτή. Η κατανόηση στην Φαινομενολογία εννοιολογείται ως η προσπάθεια να αναδειχθεί το νόημα το οποίο έχει η εκάστοτε δράση, τόσο για το συγκεκριμένο άτομο το οποίο την εκτελεί, όσο και για αυτόν στον οποίο η κοινωνική αυτή δράση προσανατολίζεται. Επιπλέον η Φαινομενολογία μας παρέχει μια καλή περιγραφή της συνειδητοποίησης από κάθε μέλος της εκάστοτε ομάδας (γιατροί, νοσηλεύτριες) της κατάστασης στην οποία βρίσκεται. Η Φαινομενολογία μπορεί να μας παρουσιάσει την συμπεριφορά κάθε ομάδας, τις αξίες οι οποίες κινούν την κάθε ομάδα, καθώς και την ιδιαίτερη λογική την οποία εξυπηρετεί η ενέργεια της εκάστοτε ομάδας. Η Φαινομενολογία παρουσιάζει την δοσμένη κατάσταση μέσα από το πλαί-

³⁷² Βλέπε Goffman E. (1994), *Τα Άσπια*, Ευρυαλός. Στο έργο του αυτό, ο Goffman χρησιμοποιεί την μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης, όπως αυτή χρησιμοποιείται από την Φαινομενολογία, για την κατανόηση του συγκεκριμένου χώρου. Ένα από τα μειονεκτήματα αυτής της μεθοδολογίας είναι ότι οδηγεί στην διαίωση της συγκεκριμένης πολιτικής-εξουσιαστικής κατάστασης. Η χρησιμοποίηση του δραματουργικού μοντέλου (ο τρόπος με τον οποίο το άτομο παρουσιάζεται ως ηθοποιός ο οποίος προσπαθεί να παρουσιάσει τον εαυτό του στους άλλους) στο μοντέλο ανάλυσης της συμμετοχικής παρατήρησης, παρουσιάζει την οπτική, την εικόνα για τον χώρο την οποία έχει ο τρόφιμος ο οποίος προσπαθεί να επιβιώσει στον συγκεκριμένο χώρο, ο οποίος υποκειμενικά βιώνεται από αυτόν. Με τον τρόπο όμως αυτό, κυριαρχεί στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου, η διαίωση της υπάρχουσας κατάστασης μιας και η συγκεκριμένη ερμηνευτική κατανόηση είναι κοινωνικο-πολιτισμικά προσδιορισμένη. Για το λόγο αυτό η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης είναι περιορισμένης εμβέλειας και χρησιμότητας.

³⁷³ Για την Φαινομενολογία βλέπε Schutz A. (1970), *On Phenomenology and Social Relations*, Chicago, Solomon R. C. (1972), *Phenomenology and Existentialism*, Harper and Row, Zeitlin I. (1973), *Rethinking Sociology*, Prentice Hall.

σιο του συνειδητοποιημένου ατόμου το οποίο επεμβαίνει στο περιβάλλον του. Τοποθετεί γεγονότα τα οποία και περιγράφει μέσα σε ένα περιεχόμενο το οποίο παίρνει νόημα από την κατανόηση των καθημερινών περιγραφών. Με άλλα λόγια η Φαινομενολογία αναφέρεται στην υποκειμενική αίσθηση την οποία έχει το άτομο ή η ομάδα στην οποία αυτό ανήκει (γιατρός, νοσηλεύτρια), και όχι στην κοινωνική διάσταση του φαινομένου της έρευνας.

Για τους λόγους αυτούς η Φαινομενολογική προσέγγιση μόνη της δεν μπορεί να προσφέρει τη βάση για μια ριζική, κριτική ανάδειξη της λογικής η οποία κινεί την επιστημονική ιατρική, μιας και προσπαθεί να περιγράψει και να παρουσιάσει τη δεδομένη, δοσμένη γνώση η οποία συγκροτεί και διαμορφώνει τον καθημερινό κόσμο. Μπορεί δηλαδή η Φαινομενολογία να μας περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται από τις εκάστοτε ομάδες ο χώρος των Μ.Ε.Θ. καθώς και τις συνειδητές επιλογές τις οποίες οι ομάδες κάνουν πάνω σε αυτή τη βίωση του χώρου. Δεν μπορεί όμως να μας δώσει καμιά βοήθεια για την κατανόηση της κοινωνικής κατανομής της επιστημονικής γνώσης, σε συνδυασμό με την ιατρική εξουσία και την κοινωνική δομή. Η Φαινομενολογία με άλλα λόγια μπορεί να συλλάβει το μικρό επίπεδο λειτουργίας των κοινωνικών σχέσεων, αλλά όχι και το μεγάλο, την σχέση δηλαδή των συγκεκριμένων δράσεων οι οποίες συμβαίνουν στον συγκεκριμένο χώρο, με την ευρύτερη κοινωνία. Έτσι δεν μαθαίνουμε τίποτε για τους τρόπους με τους οποίους η καθημερινή ζωή του γιατρού, του ασθενή και της νοσηλεύτριας προσδιορίζεται και κατευθύνεται από τις δομές της ευρύτερης κοινωνίας στην οποία αυτοί ζούν και κινούνται.

Αποφασίσαμε λοιπόν να χρησιμοποιήσουμε πέρα από την Φαινομενολογική προσέγγιση η οποία εκφράζεται μέσω της συμμετοχικής παρατήρησης και την Γενεαλογική³⁷⁴ προσέγγιση της επιστημονικής ιατρικής. Η Γενεαλογία της επιστημονικής ιατρικής μας βοήθησε να καλύψουμε τις ανεπάρκειες της Φαινομενολογίας. Η Γενεαλογία προσφέρει στην ουσία την ανάδειξη των ιατρικών εξουσιαστικών πειθαρχικών πρακτικών και μηχανισμών, καθώς και την σύνδεσή τους με τους ευρύτερους εξουσιαστικού κοινωνικούς μηχανισμούς. Μας δίνει την δυνατότητα να οδηγηθούμε σε μια ερμηνευτική αναλυτική της ιατρικής, του σώματος και της ιατρικής γνώσης, αναδεικνύοντας τι αποτελεί σε μια χωροχρονικά προσδιορισμένη κοινωνία την Αλήθεια (επιστημονική γνώση, μάθημα ανατομίας). Με την Γενεαλογική ανάλυση επι-

χειρείται η κατανόηση της αλλαγής των συλλογικών αναπαραστάσεων απέναντι στο φαινόμενο της υγείας και του θανάτου μέσα από την ανάλυση των νέων εξουσιαστικών πρακτικών. Συνδέοντας την εξουσία με τη γνώση και το σώμα ανακαλύπτονται νέοι μέθοδοι εξουσίας και πολιτικής πρακτικής. Με τον τρόπο αυτό το σώμα και η ιατρική επενδύονται με ένα πολιτικό χαρακτήρα.

Η γνώση είναι πολιτική διότι οι συνθήκες ύπαρξης ή πιθανότητάς της εμπεριέχουν σχέσεις εξουσίας.³⁷⁵

Με άλλα λόγια η Γενεαλογία είναι η ανάλυση της εξουσίας της επιστημονικής ιατρικής η οποία συγκροτεί τομείς αντικειμένων σε σχέση με τους οποίους είναι επιτρεπτή η κατάφαση συγκεκριμένων προτάσεων (αλήθεια). Η ανάλυση η οποία προβάλλεται από την Γενεαλογία εστιάζει στο γεγονός ότι τα συμφέροντα ή τα κίνητρα ατόμων ή ομάδων δεν είναι το κύριο στοιχείο. Αντιθέτως η εστίαση γίνεται στις διαδικασίες μέσω των οποίων τα υποκείμενα δημιουργούνται ως αποτέλεσμα της ιατρικής εξουσίας. Με την συμπλήρωση την οποία προσφέρει η Γενεαλογική προσέγγιση, η υποκειμενική βίωση της πραγματικότητας, την οποία έχουν οι εκάστοτε ομάδες οι οποίες συγκροτούν τις Μ.Ε.Θ., αποκτάει νόημα στο πλαίσιο της ανάλυσης της γέννησης και εδραίωσης της επιστημονικής ιατρικής. Οι συνειδητές επιλογές της κάθε ομάδας ερμηνεύονται βάση ευρύτερων κοινωνικών συνθηκών οι οποίες δομικά προσδιορίζουν την κάθε ομάδα στο πλαίσιο ενός ορθολογικού καταμερισμού αρμοδιοτήτων. Με την σύνδεση αυτή οι συμπεριφορές των μελών της Μ.Ε.Θ δεν παρουσιάζονται ως υποκειμενικές αποφάσεις οι οποίες προσδιορίζονται στο πλαίσιο της καθημερινής τυπικής και άτυπης επικοινωνίας. Οι συμπεριφορές των ομάδων οι οποίες συγκροτούν τις Μ.Ε.Θ. προσδιορίζονται βάση ευρύτερων κοινωνικών κατηγοριοποιήσεων. Η έννοια της ιατρικής εξουσίας, όπως εκφράζεται στο χώρο των Μ.Ε.Θ., πάει να αποτελεί μια ιδιομορφία των μονάδων αυτών και αποκτάει την υπόστασή της στις συνθήκες γέννησης και λειτουργίας της επιστημονικής ιατρικής. Με την γενεαλογική προσέγγιση δημιουργείται ένα συμπαγές θεωρητικό σχήμα στο οποίο εννοιολογείται η ιατρική εξουσία στις διάφορες εκφάνσεις της, και το οποίο

³⁷⁴ Dreyfus H. Rabinow P. (1982), *Michel Foucault*, Harveste, Smart B. (1989), *Foucault, Marxism and Critique*, Routledge.

³⁷⁵ Smart B. (1989), *Foucault, Marxism and Critique*, Routledge, σελ. 80

θεωρητικό σχήμα αποτελεί πλέον την βάση πάνω στην οποία ερμηνεύονται τα δεδομένα τα οποία προκύπτουν από την συμμετοχική παρατήρηση.

Συνεπώς η δική μας πρόταση έρευνας είναι η σύνδεση της Φαινομενολογικής προσέγγισης των Μ.Ε.Θ. με την Γενεαλογία της επιστημονικής ιατρικής. Αυτή η σύνδεση μας επιτρέπει την πληρέστερη ανάλυση της λογικής η οποία κινεί τις Μ.Ε.Θ. Ταυτόχρονα μας επιτρέπει την σύνδεση αυτής της λογικής με την λογική πάνω στην οποία συγκροτείται η επιστημονική ιατρική. Με την μέθοδο της αναγωγής μπορούμε λοιπόν να συνδέσουμε τα συμπεράσματα της έρευνάς μας για τις Μ.Ε.Θ. με τη δομή πάνω στην οποία λειτουργεί η επιστημονική ιατρική και η οποία προκύπτει από την Γενεαλογική ανάλυση.

Αυτό το οποίο πρέπει να αναφέρουμε είναι ο λόγος για τον οποίο διεξήχθη η παρούσα διατριβή. Η διατριβή δεν έγινε προκειμένου να αποδείξουμε ότι η κοινωνιολογική θεωρία είναι σωστή ή λάθος. Δεν μπήκαμε στη Μ.Ε.Θ. προκειμένου να αποδείξουμε ότι ο Marx ή ο Foucault είναι σωστός ή λάθος. Στην Μ.Ε.Θ. μπήκαμε για να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η μονάδα. Και προκειμένου να κατανοήσουμε την λογική πάνω στην οποία δομείται η μονάδα χρησιμοποιήσαμε ως εργαλεία, ως εφόδια την κοινωνιολογική θεωρία. Δεν πήγαμε δηλαδή να αποδείξουμε κάποια θεωρία. Προσπαθήσαμε να συλλέξουμε στοιχεία τα οποία θα μας βοηθούσαν στην επανασύσταση της λογικής πάνω στην οποία λειτουργούν οι Μ.Ε.Θ. Ιδιαίτερα εστίασαμε στις ασυνέχειες, στις αντιφάσεις τις οποίες παρατηρούσαμε στην συμπεριφορά του προσωπικού³⁷⁶. Θέλοντας να κατανοήσουμε την βαθύτερη λογική η οποία κινεί τις συμπεριφορές των εκάστοτε ομάδων οδηγηθήκαμε στην αποδόμηση της φαινομενικής πραγματικότητας, ότι δηλαδή η Μ.Ε.Θ. λειτουργεί στο πλαίσιο ενός συναινετικού, συνεργατικού κλίματος. Εστιάζοντας στις κάθε λογής αντιφάσεις τις οποίες βλέπαμε στην συμπεριφορά των μελών της Μ.Ε.Θ. οδηγηθήκαμε στην επανασύσταση της βαθύτερης λογικής η οποία δομεί τις Μ.Ε.Θ. Μια λογική η οποία βρίσκεται κρυμμένη πίσω από την φαινομενική πραγματικότητα και η οποία δομείται σε ένα δυναμικό, συγκρουσιακό, εξουσιαστικό πλαίσιο. Η αποδόμηση του συναινετικού λόγου έφερε στην επιφάνεια την επανασύσταση ενός συγκρουσιακού λόγου. Ο σκοπός της συμμετοχικής παρατήρησης ήταν να αναδείξει τις κατηγορίες τις οποίες χρησιμοποιούν οι παρατηρούμενοι στις μεταξύ τους σχέσεις (π.χ. η έννοια του «επι-

³⁷⁶ Fox N. (1992), *The Social Meaning of Surgery*, Open university Press.s

κίνδυνου», ή η φράση «για το καλό του ασθενή»). Κατηγορίες οι οποίες έχουν ένα συγκεκριμένο νόημα το οποίο προσδίδουν οι ίδιοι οι παρατηρούμενοι νοσηματοδοτώντας με αυτόν τον τρόπο τις συμπεριφορές τους. Η συμμετοχική παρατήρηση είχε ως στόχο την ανάδειξη αυτών των κατηγοριών καθώς και την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας αυτών των κατηγοριών στις καθημερινές σχέσεις του προσωπικού (π.χ. η κατηγορία της κατοχής της επιστημονικής γνώσης). Προσπαθήσαμε δηλαδή να κατανοήσουμε το πώς οι κατηγορίες αυτές χρησιμοποιούνται στις καθημερινές δραστηριότητες³⁷⁷ (π.χ. η χρησιμοποίηση του ασθενή από τις νοσηλεύτριες- ότι δηλαδή αυτές εργάζονται πραγματικά για το καλό του). Αφότου έγιναν αυτές οι κατηγορίες κατανοητές σειρά είχε ο προσδιορισμός της βαθύτερης λογικής την οποία εξυπηρετούσαν αυτές οι κατηγορίες. Στο πλαίσιο της εξυπηρέτησης αυτής της λογικής νοσηματοδοτούνται και χρησιμοποιούνται οι κατηγορίες τις οποίες μας ανέδειξε η συμμετοχική παρατήρηση. Για την ανάδειξη αυτής της λογικής πρέπει να γίνει κατανοητή η χρησιμοποίηση αυτών των κατηγοριών από την πλευρά των παρατηρούμενων. Πρέπει δηλαδή να γίνει κατανοητό το τι σημαίνει για την κάθε ομάδα π.χ. η κατηγορία της επιστημονικής γνώσης. Δεν υπάρχει δηλαδή ένας εκ των προτέρων ορισμός αυτών των κατηγοριών αλλά η κάθε έννοια επαναορίζεται από την κάθε ομάδα. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια πως δεν είχαμε κάποια γενική ιδέα για τις κατηγορίες αυτές. Η εικόνα που είχαμε ήταν αυτή η οποία προέκυψε από την κάλυψη της βιβλιογραφίας. Με την συμμετοχική παρατήρηση όμως, είδαμε πως η γενική εικόνα που είχαμε διαμορφώσει βάση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιείται από την εκάστοτε ομάδα, παίρνοντας την ιδιαίτερη μορφή της. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι η ανάδειξη της βαθύτερης λογικής η οποία κινεί τις συμπεριφορές. Δηλαδή αυτά τα οποία κάνουν και λένε στην πράξη οι παρατηρούμενοι μπορεί απλά να αποτελούν εξιδανίκευση της πράξης ή του λόγου τους και άλλα να είναι τα πραγματικά κίνητρα της συμπεριφοράς τους. Και εδώ έγκειται και η συμβολή της κοινωνιολογίας. Να μας δείξει τις αξίες οι οποίες κινούν την συμπεριφορά της εκάστοτε ομάδας. Δεν μας ενδιέφερε δηλαδή απλά το τι έλεγαν ή έκαναν τα άτομα στις καθημερινές τους δραστηριότητες διότι αυτό αποτελεί μια υποκειμενική παρουσίαση των καταστάσεων. Αυτό που μας ενδιέφερε ήταν η ανάδειξη του κοινωνικού χαρακτήρα αυτών των ενεργειών. Και η ανάδειξη του κοινωνικού χαρακτήρα των συμπεριφορών οι οποίες παρατηρούνται στις Μ.Ε.Θ. προ-

³⁷⁷ Βλέπε Silverman D. (1993), *Interpreting Qualitative Data : Methods for Analysing Talk, Text and*

κύπτει από την σύνδεση την οποία κάναμε μεταξύ της Φαινομενολογίας με την Γενεαλογία της επιστημονικής γνώσης, τμήμα της οποίας αποτελούν οι Μ.Ε.Θ.

Η έρευνα την οποία διεξήγαμε δεν είχε ως στόχο να αποτελέσει μια πλήρη παρουσίαση των μονάδων εντατικής θεραπείας. Δεν είχαμε ως στόχο μια εθνογραφία της καθημερινής ζωής των Μ.Ε.Θ. όπου θα παρουσιάζαμε κάθε λεπτομέρεια των μονάδων αυτών. Έτσι δεν μελετήσαμε την συμπεριφορά ενός πλήθους άλλων ομάδων οι οποίες υπάρχουν στις Μ.Ε.Θ. όπως οι βοηθητικοί, οι καθαρίστριες, οι φυσιοθεραπευτές και οι κάθε λογής άλλες ιατρικές ειδικότητες, οι οποίες εισάγονται περιστασιακά στη μονάδα. Ούτε επίσης ασχοληθήκαμε με την καταγραφή γεγονότων όπως θάνατοι, ποσοστά αναπηρίας, κόστος ανά ασθενή. Εστίασαμε σε συγκεκριμένες σχέσεις στις οποίες οδηγηθήκαμε από την θεωρία και προσπαθήσαμε να συλλέξουμε στοιχεία για αυτές τις σχέσεις και μόνο.

Επιλέξαμε μία συγκεκριμένη μονάδα στην οποία και παραμείναμε για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα³⁷⁸. Παράλληλα επισκεφθήκαμε και άλλες δύο Μ.Ε.Θ. στις οποίες παραμείναμε για μικρό χρονικό διάστημα. Οι παρατηρήσεις μας σε αυτές τις μονάδες είχαν να κάνουν περισσότερο με την χωροταξική δόμησή τους την οποία και συγκρίναμε με την Μ.Ε.Θ. στην οποία διεξήγαμε την συμμετοχική παρατήρηση. Επίσης κατά την διάρκεια των επαφών μας με την μονάδα την οποία επισκεπτόμασταν καθημερινά, κάναμε ερωτήσεις στο προσωπικό, τόσο στο ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό, για την εμπειρία τους από άλλες Μ.Ε.Θ. Κάποιοι από αυτούς είχαν εργασθεί και σε άλλες μονάδες και από τις απαντήσεις τους συγκρίναμε την κατάσταση την οποία παρατηρούσαμε, με άλλες Μ.Ε.Θ. Το συμπέρασμα ήταν πως η κατάσταση η οποία μελετούσαμε δεν είχε σημαντικές διαφορές από άλλες Μ.Ε.Θ. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει πως θεωρούμε πως τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε είναι γενικεύσιμα για τις Μ.Ε.Θ. Το αν η κατάσταση την οποία περιγράψαμε ισχύει γενικά, μπορεί να επαληθευθεί από ανάλογες έρευνες στο χώρο.

Η δική μας έρευνα αποτελεί μια ποιοτική έρευνα η οποία δεν είχε ως στόχο την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Όπως υποστηρίζει και ο Bryman A. αναφερόμενος στο έργο των Glaser and Strauss :

Το θέμα εάν το συγκεκριμένο νοσοκομείο το οποίο μελετήσαμε είναι

Interaction, Sage.

³⁷⁸ Βλέπε το κεφάλαιο για μεθοδολογία συμμετοχικής παρατήρησης.

ένα «τυπικό» (αντιπροσωπευτικό) νοσοκομείο ή όχι δεν είναι το σημαντικότερο θέμα, αυτό που είναι σημαντικό είναι αν οι εμπειρίες των ασθενών που πεθαίνουν είναι τυπικές των γενικότερης μορφής των φαινομένων στα οποία η θεωρία αναφέρεται. Ανάλογες έρευνες λοιπόν θα έπρεπε να εστιάσουν στην εγκυρότητα των (θεωρητικών) υποθέσεων σε άλλους χώρους (π.χ. χειρουργεία).³⁷⁹

Ως στόχο η συμμετοχική παρατήρηση είχε να αποδείξει αν η κοινωνιολογική θεωρία την οποία διαμορφώσαμε ισχύει ή όχι³⁸⁰. Το αν αυτή η θεωρία είναι γενικεύσιμη μπορεί να αποδειχθεί όπως είπαμε με την διεξαγωγή ανάλογων ερευνών στο χώρο ή σε ανάλογους χώρους του νοσοκομείου, όπου θα εξετασθεί αν οι βασικές θεωρητικές υποθέσεις για την ημιαυτονομία του ιατρικού λόγου, της ιατρικής εξουσίας ισχύουν ή όχι. Τα συμπεράσματα της δικής μας έρευνας στο χώρο των Μ.Ε.Θ. μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως η βάση για την διεξαγωγή μιας νέας έρευνας. Με άλλα λόγια η συγκεκριμένη έρευνα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πιλοτική στο σχεδιασμό μιας μεγαλύτερης και πιο διευρυμένης έρευνας, ανοίγοντας στην ουσία την συζήτηση για τις Μ.Ε.Θ. Η προσφορά της έρευνάς μας στο χώρο της κοινωνιολογίας έγκειται ακριβώς στην ανάδειξη της κοινωνιολογικής θεωρίας. Με την έρευνά μας δείχνουμε πως η κοινωνιολογική θεωρία εκφράζεται και ερμηνεύει την κοινωνική πράξη. Με τον τρόπο αυτό η κοινωνιολογική θεωρία δεν παραμένει ένα αφηρημένο σύστημα ιδεών αλλά εξηγεί τα κοινωνικά φαινόμενα. Επεμβαίνουμε δηλαδή και ερμηνεύουμε μια κατάσταση την οποία παρατηρούμε με τα εργαλεία τα οποία μας προσφέρει η κοινωνιολογική θεωρία. Με τον τρόπο αυτό εξηγείται και η κοινωνιολογική θεωρία. Χάνει την άκαμπτη, μονολιθική μορφή της και χρησιμοποιείται για την κατανόηση της εκάστοτε πραγματικότητας. Η θεωρία του Foucault ή του Weber χρησιμοποιείται για την εξήγηση μιας εμπειρικής κατάστασης διαφορετικής από εκείνη η οποία την έφερε στην επιφάνεια. Με τον τρόπο αυτό η κλασική κοινωνιολογική θεωρία αποκτάει άλλη διάσταση και χάνει την αποκλειστική της προσκόλληση σε ένα συγκεκριμένο φαινόμενο για την εξήγηση του οποίου γεννήθηκε³⁸¹. Η κοινωνιολογική θεωρία με τον τρόπο αυτό δεν παραμένει γαντζωμένη στην εξήγηση του κοινωνικού φαινομένου για το οποίο αρχικά γεννήθηκε, αλλά επεκτείνεται και σε

³⁷⁹ Bryman A. (1988), *Quantity and Quality in Social Research*, London : Unwin Hyman, σελ. 91, στο Silverman D. (1994), *Interpreting Qualitative Data*, Sage, σελ. 160.

³⁸⁰ Silverman D. (1993), *Interpreting Qualitative Data : Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*, Sage. σελ. 160.

³⁸¹ Στο ίδιο, σελ. 185.

άλλους χώρους, όπως στην περίπτωσή μας στην περίπτωση των Μ.Ε.Θ. αποκτώντας έναν δυναμικό, δημιουργικό χαρακτήρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Η ανάλυση η οποία προηγήθηκε είχε ως στόχο την διαμόρφωση του θεωρητικού πλαισίου πάνω στο οποίο θα πραγματοποιηθεί η ανάλυση των οργανωτικών σχέσεων του νοσοκομείου. Όπως αναφέραμε από την αρχή της εργασίας, αυτό το οποίο παρατηρήθηκε κατά την κάλυψη της βιβλιογραφίας, ήταν η ανεπάρκεια, κατά την άποψή μας, των κλασικών οργανωτικών θεωριών να αναλύσουν την μορφή οργάνωσης του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο, ως η ορθολογική μορφή οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες, ενέχει μια δική του δυναμική, μια δική του ιδιομορφία, η οποία «ξεφεύγει» από τα πλαίσια μιας απλής παρουσίασης των οργανωτικών σχέσεων, η οποία στηρίζεται σε όρους υφιστάμενου-προϊστάμενου, εξουσιαστή-εξουσιαζόμενου. Το νοσοκομείο αποτελεί βέβαια αντανάκλαση της ευρύτερης κοινωνίας. Ενέχει όμως και μια δική του ιδιαιτερότητα, βάση της οποίας λειτουργεί και αναπαραγάγεται. Για το λόγο αυτό και υπάρχει ως ιατρικό σύστημα ιδεών. Είναι ιατρικό, διότι διαφέρει από το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα ιδεών.

Για το λόγο αυτό θεωρήσαμε πως απαιτείται μια διαφορετική μορφή ανάλυσης των οργανωτικών σχέσεων, η οποία ανάλυση και να στηρίζεται στην ιδιαιτερότητα της επιστημονικής ιατρικής. Και η ιδιαιτερότητα της επιστημονικής ιατρικής πηγάζει από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του επιστημονικού ιατρικού λόγου. Για την ανάδειξη αυτής της ιδιαιτερότητας προχωρήσαμε στην ανάλυση της παραγωγής και αναπαραγωγής της επιστημονικής γνώσης. Παρουσιάσαμε έτσι την γέννηση, εξέλιξη, εγκαθίδρυση και νομιμοποίηση του επιστημονικού ιατρικού λόγου. Ο ιατρικός λόγος, ο οποίος στηρίζεται στην «αντικειμενική» γνώση, νομιμοποιείται ως επιστημο-

νικός και λειτουργεί αντικειμενικοποιώντας τον ασθενή, ο οποίος γίνεται υποκείμενος στην εξουσία του ιατρικού λόγου.

Στην συνέχεια προχωρήσαμε στην ανάδειξη της ιδιαιτερότητας της εξουσίας του επιστημονικού λόγου. Αυτή η εξουσία δεν πηγάζει από την ομάδα των γιατρών, η οποία εξουσιάζει την ομάδα των ασθενών, ή την ομάδα των νοσηλευτριών. Αντιθέτως, η σχέση γιατρός-ασθενής, ή η σχέση γιατρός-νοσηλεύτρια, αποτελεί προϊόν ενός εξουσιαστικού πλαισίου, το οποίο διαμορφώνεται από την ιδιαίτερη ποιότητα του επιστημονικού λόγου, ο οποίος λόγος θέτει τον γνώστη απέναντι στον μη γνώστη. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο ο γιατρός δεν ασκεί εξουσία πάνω στον ασθενή προς όφελος δικό του, απλά ασκεί ένα ρόλο μέσα στο πλαίσιο εξυπηρέτησης του εξουσιαστικού μορφώματος. Με άλλα λόγια ο επιστημονικός ιατρικός λόγος λειτουργεί σχετικά αυτόνομα, αναπαράγοντας τον εαυτό του, πάντα όμως σε συμφωνία με την εξέλιξη των ευρύτερων κοινωνικών συνθηκών.

Από την ανάλυση του ιατρικού λόγου η οποία προηγήθηκε προέκυψαν, όσον αφορά την έννοια της ιατρικής εξουσίας, δύο χαρακτηριστικά της :

α) η ημιαυτονομία του επιστημονικού ιατρικού λόγου, ο οποίος διαμορφώνει το εξουσιαστικό πλαίσιο πάνω στο οποίο κινούνται οι οργανωτικές σχέσεις που παρατηρούνται μέσα στο νοσοκομείο.

β) η επεκτεινόμενη διάσταση της εξουσίας του επιστημονικού ιατρικού λόγου, σε κάθε έκφραση της ανθρώπινης ύπαρξης. Το δεύτερο αυτό χαρακτηριστικό μας οδήγησε στο συμπέρασμα πως η εξουσία του επιστημονικού ιατρικού λόγου πάνω στο άτομο απολυτοποιείται στο πλαίσιο της σχέσης ζωή-θάνατος.

Η θεωρητική υπόθεση στην οποία καταλήγουμε είναι ότι η ιατρική εξουσία λειτουργεί σχετικά αυτόνομα από το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα, αποκτώντας την απόλυτη μορφή της πάνω στο άτομο, στο πλαίσιο της σχέσης ζωή - θάνατος.

Θα προχωρήσουμε αναλύοντας τις οργανωτικές σχέσεις, πρώτα του νοσοκομείου και έπειτα των Μ.Ε.Θ., στηριζόμενοι στο χαρακτηριστικό της σχετικής αυτονομίας της ιατρικής εξουσίας. Οι οργανωτικές σχέσεις δομούνται, παράγονται από την ημιαυτονομία της ιατρικής εξουσίας - γνώσης. Η δική μας δηλαδή θεωρητική ανάλυση στηρίζεται στην ανάδειξη του χαρακτηριστικού της ημιαυτονομίας της ιατρικής γνώσης. Φυσικά οι οργανωτικές σχέσεις, τόσο του νοσοκομείου, όσο και των Μ.Ε.Θ. έχουν όλα τα στοιχεία τα οποία έχουν οι άλλες μορφές οργανώσεων (ορθολογισμός), αλλά η ιδιαιτερότητά τους προκύπτει από την ανάλυση του χαρακτηριστι-

κού της ημιαυτονομίας. Δεν σημαίνει αυτό φυσικά ότι οι οργανωτικές σχέσεις παράγονται μόνο από αυτό το χαρακτηριστικό της ημιαυτονομίας. Η άποψή μας είναι ότι η ανάδειξη αυτού του ιδιαίτερου χαρακτηριστικού μας επιτρέπει να επιχειρήσουμε την καλύτερη ανάλυση των οργανωτικών σχέσεων, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη και τα συμπεράσματα τα οποία μας προσφέρουν και οι άλλες οργανωτικές αναλύσεις.

Αυτό που ακολουθεί είναι η παρουσίαση της εμπειρικής υπόθεσης, η ανάλυση δηλαδή των οργανωτικών σχέσεων οι οποίες παρατηρούνται στο νοσοκομείο και στις Μ.Ε.Θ. (σχέση γιατρός - ασθενής, σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια, σχέση γιατρών - ιατρικής γνώσης), η οποία ανάλυση στηρίζεται στην θεωρητική υπόθεση στην οποία καταλήξαμε για την ποιότητα της ιατρικής γνώσης.

ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Εισαγωγή

Στο θεωρητικό τμήμα καταλήξαμε στην ιδιαίτερη εννοιολόγηση της ιατρικής εξουσίας. Στο εμπειρικό τμήμα θα εξετάσουμε πως διαμορφώνεται, πάνω στην θεωρητική έννοια της ιατρικής εξουσίας (σχετική αυτονομία ιατρικού λόγου), το σύνολο των οργανωτικών σχέσεων του νοσοκομείου και των Μ.Ε.Θ. Η βασική έννοια πάνω στην οποία διαμορφώνεται το σύνολο των οργανωτικών σχέσεων, είναι η έννοια της επιστημονικής γνώσης, η οποία γνώση θέτει τον κάτοχο της γνώσης, απέναντι στον μη κάτοχο αυτής. Βάση της κατοχής της επιστημονικής γνώσης λαμβάνονται οι αποφάσεις. Στο εμπειρικό δηλαδή επίπεδο, η ιατρική εξουσία εκφράζεται, μέσω της ικανότητας που έχει το ένα μέλος της σχέσης να αποφασίζει για το άλλο, λόγω της κατοχής της επιστημονικής γνώσης.

Μιλώντας για την οργάνωση του νοσοκομείου και των Μ.Ε.Θ. αναφερόμαστε σε ένα πολύπλοκο δίκτυο διαντιδράσεων, οι οποίες διαντιδράσεις είναι κάτι το ποιοτικά διαφορετικό από την ανάλυση των τυπικών³⁸² και των άτυπων³⁸³ σχέσεων. Μιλώντας για την οργάνωση του νοσοκομείου και των Μ.Ε.Θ. αναφερόμαστε σε ένα

³⁸² Όπου προσδιορίζονται οι οργανωτικές συμπεριφορές των μελών της οργάνωσης βάση τυπικών κανόνων

ιδιόμορφο εξουσιαστικό πλαίσιο, το οποίο διαμορφώνεται από την ιδιαιτερότητα της επιστημονικής ιατρικής γνώσης (ημιαυτονομία). Πάνω σε αυτό το πλαίσιο, οι εκάστοτε ομάδες (γιατροί, νοσηλεύτριες, ασθενείς) ασκούν ένα συγκεκριμένο και προσδιορισμένο, από αυτό το πλαίσιο, ρόλο. Στην ανάλυση αυτών των οργανωτικών σχέσεων προσδιοριστικό ρόλο έχει η ιατρική γνώση, η οποία συγκροτεί το σύνολο των σχέσεων, προσδίδοντας σε κάθε μέλος της σχέσης μια συγκεκριμένη συμπεριφορά.

Οι σχέσεις οι οποίες θα αναλύσουμε είναι : α) η σχέση γιατρού - ασθενή, β) η σχέση γιατρού - νοσηλεύτριας και γ) η σχέση γιατρού - νέα ιατρική γνώση, όπως αυτή η νέα γνώση παράγεται καθημερινά από τις καινούργιες έρευνες και τις δημοσιεύσεις σε ιατρικά περιοδικά. Η επιλογή των σχέσεων αυτών έγινε βάση της διαφορετικής ποιότητας, βάση της διαφορετικής υφής της επιστημονικής γνώσης, σε κάθε σχέση. Στην πρώτη σχέση έχουμε τον μονοπωλιακό κάτοχο της επιστημονικής γνώσης, τον γιατρό, απέναντι στον μη γνώστη, τον ασθενή. Στην δεύτερη σχέση έχουμε τον κάτοχο της επιστημονικής ιατρικής γνώσης, το γιατρό, απέναντι στην νοσηλεύτρια, η οποία κατέχει μικρότερη και διαφορετικής ποιότητας ιατρική γνώση. Και τέλος στην τρίτη σχέση αναλύουμε την σχέση του κατόχου της ιατρικής γνώσης, με την «νέα» επιστημονική ιατρική γνώση, η οποία νέα γνώση δεν έχει γίνει ακόμη κτήση του, μιας και αυτή η γνώση δεν ασκείται στο εμπειρικό (θεραπευτικό) επίπεδο. Μελετάμε λοιπόν την οργάνωση των Μ.Ε.Θ. όπως αυτή προκύπτει από την διαμεσολάβηση της ιατρικής γνώσης, σε τρία επίπεδα : α) ως άσκηση εξουσίας της ιατρικής πάνω στο άτομο, πάνω στον ασθενή. β) ως άσκηση εξουσίας μέσα στο πλαίσιο του καταμερισμού της θεραπευτικής διαδικασίας (από τον γιατρό στην νοσηλεύτρια). Και, γ) ως άσκηση εξουσίας από την ιατρική γνώση, ως «νέα» γνώση, πάνω στους ίδιους τους γιατρούς.

Με την ανάλυση αυτών των τριών σχέσεων μας δίνεται η δυνατότητα να δούμε πως στο εμπειρικό επίπεδο εκφράζεται σφαιρικά, συνολικά, η ιατρική εξουσία. Ένα σύνολο άλλων σχέσεων, όπως η σχέση νοσηλεύτρια - ασθενής, ή η σχέση των νοσηλευτριών - με την «νέα» ιατρική γνώση, καλύπτονται στις γενικές γραμμές τους από τις προηγούμενες σχέσεις. Όπως θα δούμε παρακάτω, π.χ. ο τρόπος με τον οποίο η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει, «βλέπει» τον ασθενή, προσδιορίζεται στα βασικά στοιχεία από την οπτική της ιατρικής, από τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο η επιστημονι-

³⁸³ Το σύνολο των καθημερινών διαπροσωπικών σχέσεων οι οποίες δεν μπορούν να ρυθμιστούν από

κή ιατρική γνώση «κατασκευάζει» τον ασθενή. Κάτι ανάλογο ισχύει και για την σχέση νοσηλεύτρια - «νέα» ιατρική γνώση. Και αυτή η σχέση καλύπτεται, τηρουμένων των αναλογιών, από την ανάλυση της σχέσης γιατροί - «νέα» ιατρική γνώση. Αναφορά σε αυτές τις σχέσεις θα γίνει περιληπτικά σε επόμενα κεφάλαια. Παράλληλα κάποιες άλλες ομάδες όπως οι επισκέπτες γιατροί, οι καθαρίστριες και οι ακτινολόγοι, δεν ενδιαφέρουν την έρευνά μας, μιας και έρχονται περιστασιακά στο χώρο των Μ.Ε.Θ. Ειδική μνεία θα γίνει στους συγγενείς των ασθενών στο χώρο των Μ.Ε.Θ. διότι στις μονάδες αυτές ο ασθενής βρίσκεται είτε συνήθως σε κώμα, είτε σε καταστολή από τα ναρκωτικά που του χορηγούνται. Δεν υπάρχει δηλαδή ο ασθενής ως ενεργό υποκείμενο, και το ρόλο του στις συζητήσεις με τους γιατρούς αναλαμβάνουν οι συγγενείς του. Θα προχωρήσουμε παρουσιάζοντας τις σχέσεις αυτές, όπως εκφράζονται στο χώρο του νοσοκομείου, προκειμένου να τις μελετήσουμε έπειτα στο χώρο των Μ.Ε.Θ.

ΓΙΑΤΡΟΣ - ΑΣΘΕΝΗΣ

Όπως έχουμε ήδη παρουσιάσει, η εξουσία στη σχέση γιατρός - ασθενής, πηγάζει από την χρησιμοποίηση του σώματος του ασθενή ως ένα αντικείμενο, το οποίο λειτουργεί βάση αιτιακών μηχανισμών, την γνώση των οποίων κατέχει ο γιατρός. Ο ασθενής αλλοτριώνεται από το ίδιο το σώμα του, το οποίο αφήνεται πλέον στα χέρια του «ειδικού». Σημαντικό ρόλο σε αυτήν την διαδικασία αλλοτρίωσης του ατόμου από το σώμα του, παίζουν οι διάφορες εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις. Για παράδειγμα, στις αιματολογικές εξετάσεις ή στις διάφορες ακτινογραφίες (ακτίνες X), ή σε οποιαδήποτε άλλη εξέταση (μικροβιολογικές, αξονικές), μπορεί να ανακοινωθεί στο άτομο πως πάσχει από κάποια ασθένεια, όπως για παράδειγμα από κάποιο όγκο, ο οποίος φαίνεται στις ακτινογραφίες, χωρίς όμως να νοιώθει ο ίδιος τίποτε. Ο κίνδυνος για την ασθένεια μπορεί να υπάρχει χωρίς να νοιώθει τίποτε ο ασθενής. Η ανακοίνωση της ύπαρξης της ασθένειας έρχεται από τον γιατρό. Επίσης μπορεί σε άλλες περιπτώσεις το άτομο να νοιώθει ως ασθενής, να υποφέρει από κάτι και να μην έχει τίποτε. Πάλι χρειάζεται η γνώμη του «ειδικού» ο οποίος καθορίζει την αλήθεια του υποκειμενικού βιώματος. Αυτός νομιμοποιεί την υποκειμενική αίσθηση της α-

σθένειας ή την απορρίπτει. Η εξουσία του γιατρού είναι τόσο μεγάλη, ώστε αυτός έχει πάρει την θέση του παπά - εξομολογητή στις σύγχρονες κοινωνίες. Ο ασθενής είναι έτοιμος να ανακοινώσει στον γιατρό οτιδήποτε του ζητηθεί. Απαντάει σε αυτόν για οποιοδήποτε θέμα ρωτηθεί, όσο ιδιωτικό ή κρυφό και αν είναι αυτό. Η προσωπική του ζωή, ακόμα και οι σεξουαλικές του προτιμήσεις, γίνονται γνωστές στον γιατρό. Ο ασθενής χάνει τον έλεγχο του ίδιου του σώματός του και κάθε αίσθηση την οποία έχει για αυτό, διαμεσολαβείται από την γνώμη του γιατρού. Ο γιατρός αποφασίζει για τον ασθενή.

Χαρακτηριστικό αυτής της αλλοτρίωσης του ασθενή από το σώμα του, από την ίδια του την ύπαρξη, είναι ο χειρισμός της αβεβαιότητας από τους γιατρούς³⁸⁴. Πρώτα απ' όλα οι γιατροί υιοθετούν τον κανόνα του να μην πουν σε κανένα ασθενή τίποτα για την άσχημη κατάσταση της υγείας του, εκτός αν ερωτηθούν, ή αν κριθεί απαραίτητο. Ο κανόνας αυτός βασίστηκε στην αρχή ότι, το να μην ανακοινώσεις σε κάποιον ασθενή ότι είναι σοβαρά, είναι καλύτερο από το να το ανακοινώσεις σε κάποιον ο οποίος δεν θα ήθελε να μάθει, ή δεν θα μπορούσε να αντιμετωπίσει τα άσχημα νέα. Με τον τρόπο αυτό η επικοινωνία τυποποιήθηκε, έγινε ρουτίνα, προκειμένου να περιορίσει το ποσοστό της πληροφορίας η οποία μεταδίδεται στους ασθενείς. Αυτή όμως η διαιώνιση της αβεβαιότητας μπορεί να κλονίσει την επαγγελματική αξιοπιστία του γιατρού, μπορεί να την θέσει σε κρίση, καθώς ο ασθενής μπορεί να χάσει την εμπιστοσύνη του σε έναν γιατρό ο οποίος δεν μπορεί να βρει από τι αυτός πάσχει. Ο Mc Intosh περιγράφει πώς οι γιατροί χειρίζονται αυτό το πρόβλημα. Χρησιμοποιούν ονοματολογία της μορφής, «ύποπτα κύτταρα», ή «μπορεί να εξελιχθεί σε επικίνδυνο», λύνοντας έτσι το δίλημμα. Με αυτόν τον τρόπο περιορίζουν την παροχή πληροφοριών στον ασθενή και ταυτόχρονα τον πείθουν ότι ξέρουν τι κάνουν.

Οι γιατροί δεν μπορούν να ομολογήσουν ανοιχτά την αβεβαιότητα για την διάγνωση αφού έχουν τελειώσει την εξέταση, χωρίς να έχουν το ρίσκο να χάσουν την εμπιστοσύνη των ασθενών στην ικανότητά τους να θεραπεύουν.³⁸⁵

Οι γιατροί επίσης ελέγχουν την πρόσβαση στην πληροφορία, όχι μόνο όταν η πρόγνωση είναι αβέβαιη, αλλά και όταν θέλουν να κρύψουν την ιατρική αβεβαιότη-

³⁸⁴Mc Intosh (1976), *Communication and Awareness in a Cancer Ward*, Groom Helm στο Morgan M. et. al. (1993), *Sociological Approaches to Health and Medicine*, Routledge, σελ. 130-131.

³⁸⁵Στο ίδιο, σελ. 130-131.

τα. Ο Scheff³⁸⁶ περιγράφει τον άτυπο κανόνα για τον χειρισμό της αβεβαιότητας ως ένα μέρος της υποκοουλτούρας του ιατρικού επαγγέλματος. Θεωρεί πως η ιατρική :

Όταν βρίσκεται σε δίλημμα εξακολουθεί να υποψιάζεται ασθένεια
..... Οι περισσότεροι γιατροί μαθαίνουν στις αρχές της εκπαίδευσής
τους ότι είναι πιο ένοχο να διώξεις ένα ασθενή παρά να κρατήσεις
ένα υγιή.³⁸⁷

Το να κρατήσεις μέσα στο νοσοκομείο έναν υγιή, από το να διώξεις έναν ασθενή, έχει άμεση σχέση με αυτό που οι στατιστικολόγοι ονομάζουν λάθος τύπου α : την απόρριψη δηλαδή μιας υπόθεσης η οποία είναι σωστή και αυτό που ονομάζουν λάθος τύπου β : την αποδοχή δηλαδή μιας υπόθεσης η οποία είναι λάθος. Αυτή η τακτική ανακάλυψης της ασθένειας φαίνεται σε μια έρευνα του Bakwin³⁸⁸, όπου τα λάθη τύπου β ήταν πολύ περισσότερα από τα λάθη τύπου α. Η έρευνα αναφερόταν στην κρίση των γιατρών για την συμβουλή χειρουργικής αφαίρεσης των αμυγδαλών σε 1000 μαθητές.

Από αυτούς σε 611 τους είχαν αφαιρεθεί οι αμυγδαλές. Οι υπόλοιποι 389 εξετάστηκαν από άλλους γιατρούς και οι 174 επλέχθηκαν για αμυγδαλοτομή. Έτσι έμειναν 215 παιδιά των οποίων οι αμυγδαλές ήταν φυσιολογικές. Άλλη μια ομάδα γιατρών ανέλαβε να εξετάσει αυτά τα 215 παιδιά και 99 από αυτά κρίθηκε ότι χρειαζόνταν αμυγδαλοτομή. Ακόμα άλλη μια ομάδα γιατρών χρησιμοποιήθηκε για να εξετάσει τα εναπομείναντα παιδιά και σχεδόν στα μισά συστήθηκε η εγχείρηση.³⁸⁹

Ο έλεγχος της πληροφορίας ή η διαίωσιση της αβεβαιότητας, είναι μια επινόηση η οποία χρησιμοποιείται από τους γιατρούς και γενικότερα από τους επαγγελματίες, ως μέσο για την διατήρηση της επαγγελματικής αυτονομίας, δημιουργώντας κοινωνική απόσταση μεταξύ του γιατρού και του ασθενή, οδηγώντας στην εξάρτηση του δευτέρου από τον πρώτο. Η απόκρυψη της αλήθειας, της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενή, προσφέρει οργανωτική ομαλή λειτουργικότητα διότι δεν αφήνει να έλθουν στην επιφάνεια τα αληθινά συναισθήματα πόνου κάποιου ο οποίος ζει το δράμα της ζωής του, η οποία τελειώνει. Αν αυτά έρχονταν στην επιφάνεια, με την ανακοίνωση της αλήθειας, θα προκαλούνταν οργανωτικές δυσλειτουργίες (π.χ. κλά-

³⁸⁶Scheff T. (1968), Negotiated Reality : Notes on the Power in the Assessment of Responsibility, *Social Problems*, 16 : 3-17, στο ίδιο, σελ. 130.

³⁸⁷Στο ίδιο, σελ. 131.

³⁸⁸ Bakwin H. (1945), Pseudocia Pediatrica. *New England Journal of Medicine* 232 : 691-697, σελ. 693.

³⁸⁹ Αναφέρεται από Scheff T. (1978), Decision Rules of Error and their Consequences in Medical Diagnosis, 245-255, στο, Tuckett D. and Kaufert J. (1978), *Basic Readings in Medical Sociology*, Tavistock, σελ. 249.

μα το οποία θα είχε ως συνέπεια την συναισθηματική φόρτιση και εμπλοκή των μελών της οργάνωσης).

Στην ανατομική λογική το σώμα υπάρχει ως αντικείμενο, αρχικά ως ένα σύνολο διαφορετικών αλληλοσυμπληρούμενων οργάνων. Στην συνέχεια με την ανάπτυξη της εργαστηριακής, μοριακής ιατρικής και τα όργανα αυτά αποτελούνται από διάφορα μόρια. Πλέον το άτομο είναι ένα σύνολο μορίων και όχι μια προσωπικότητα. Τα μόρια αυτά είναι αόρατα στο γυμνό μάτι, φαίνονται μόνο στο μικροσκόπιο. Για κάθε ασθένεια φταίει η εισβολή ενός μικροβίου το οποίο προσβάλλει τα μόρια, τα κύτταρα τα οποία συγκροτούν τα διάφορα όργανα, τα οποία με την σειρά τους συγκροτούν το άτομο. Άρα η ευθύνη για την ασθένεια είναι καθαρά των μικροβίων. Συνεπώς έχουμε την πλήρη απόρριψη των κοινωνικών παραγόντων για την ασθένεια. Δεν φταίει πλέον το κοινωνικό περιβάλλον αλλά το συγκεκριμένο μικρόβιο το οποίο αφού έχει ανακαλυφθεί μένει απλώς να αντιμετωπισθεί.

Σημαντική διάσταση στη σχέση γιατρού - ασθενή, αποτελεί και η ανάπτυξη της ιατρικής εξειδίκευσης και της ιατρικής τεχνολογίας. Την περίοδο της ανατομίας το ανθρώπινο σώμα υπήρχε ως ένας χώρος ο οποίος μπορούσε να επιτηρηθεί και να ελεγχθεί. Βάση της ανατομικής λογικής αποτελεί το κρεβάτι του ασθενή, όπου χωροταξικά βρίσκεται το σώμα του. Με την ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, οι προσωπικές ικανότητες του γιατρού (όραση, ακοή), οι οποίες τον βοηθούσαν να ανιχνεύσει το σώμα και να ανακαλύψει την ασθένεια, εντάσσοντάς την σε ένα συγκεκριμένο χώρο (όργανο), περνούν σε δεύτερη μοίρα. Η χωροταξική εμφάνιση της ασθένειας εγκαταλείπεται και το κρεβάτι, ή καλύτερα το ίδιο το σώμα του ασθενή φεύγει από το προσκήνιο³⁹⁰. Ο χώρος όπου εξετάζεται η ασθένεια δεν ταυτίζεται πλέον με το χώρο του κρεβατιού. Το ιατρικό βλέμμα δεν εστιάζει απλά στο κρεβάτι του ασθενή αλλά επεκτείνεται. Αποτελεί μεν το κρεβάτι το χώρο όπου συντελείται η κλινική κατανόηση, αλλά πλέον το ιατρικό βλέμμα δεν ταυτίζεται με αυτό. Το κρεβάτι γίνεται ο χώρος συλλογής των στοιχείων. Το σώμα μετριέται, ελέγχεται προκειμένου να προσφέρει εικόνες (π.χ. ακτίνες X) και πληροφορίες (αιματολογικές εξετάσεις, ουρολογικές). Αυτά τα στοιχεία εν συνεχεία γίνονται αντικείμενο ανάλυσης σε διάφορα τμήματα (ακτινολογικό, μικροβιολογικό). Το νοσοκομείο ως πολύπλοκη μορφή οργάνωσης κατανέμει και το σώμα σε πολύπλοκες, εξειδικευμένες αναλύσεις.

³⁹⁰ Βλέπε Atkinson P. (1995), *Medical Talk, Medical Work*, Sage, σελ. 61

Μέσω αυτών των πολύπλοκων δραστηριοτήτων το σώμα επανασυγκροτείται διαμέσου εικόνων και αριθμών³⁹¹. Οι προσωπικές ικανότητες του γιατρού αντικαθίστανται από την διαμεσολαβητική ιατρική τεχνολογία. Η κατάτμηση του σώματος σε εικόνες και αριθμούς οδηγεί στην διατύπωση εξειδικευμένων απόψεων διαφόρων ειδικών (μικροβιολόγος, ακτινολόγος).

Συνεπώς το σώμα με το οποίο ασχολείται η σύγχρονη ιατρική παύει να είναι αυτό το οποίο εκφράζει την φυσική παρουσία του ασθενή. Το σώμα μπορεί να διαβασθεί και να ερμηνευθεί *absentia*. Μπορεί να διαβασθεί κάπου αλλού από εκεί όπου βρίσκεται, μακριά από το κρεβάτι. Για το λόγο αυτό και η ενημέρωση του γιατρού γίνεται στο γραφείο του και όχι πάνω από το κρεβάτι του ασθενή. Το σώμα λοιπόν μετατρέπεται σε μια σειρά σημείων και αναπαραστάσεων. Η πληροφορία για το σώμα διαχέεται στο χώρο και το χρόνο³⁹². Το σώμα αναπαριστάται σε διαφορετικά τμήματα και ειδικότητες. Η κάθε ειδικότητα προβάλλει την απόλυτη γνώση στον συγκεκριμένο τρόπο θέασης. Το σώμα επαναδομείται μέσα από μια πλειάδα «ειδικών». Όλες οι ειδικότητες προσφέρουν μια διαφορετική εικόνα, μια διαφορετική έκφραση της ανατομίας και της φυσιολογίας (π.χ. αξονική τομογραφία, σπινθηρογράφημα, ακτίνες X). Το σώμα γίνεται ορατό από κάθε ειδικότητα με διαφορετικό τρόπο. Κάθε ειδικότητα «κατασκευάζει» το σώμα, σύμφωνα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία επιλέγει και στα οποία εστιάζει. Με διάφορες τεχνικές το σώμα παίρνει διαφορετικές μορφές, όλο και πιο εξειδικευμένες.

Κάθε μια απομακρύνεται στον χώρο και το χρόνο από τον ασθενή και κάθε δείγμα γίνεται μιας μορφής κείμενο το οποίο μπορεί να διαβασθεί από τους «ειδικούς». Η πληροφορία τους είναι αποκομμένη από το πλαίσιο του ασθενή ο οποίος ανακατασκευάζεται ως το αντικείμενο της γνώσης στην πολύπλοκη οργάνωση του νοσοκομείου.³⁹³

Πλέον δεν είναι τα όργανα αλλά είναι τα μέρη αυτά τα οποία πιστοποιούν την γέννηση της ασθένειας και την εξέλιξή της. Η πιστοποίηση, η εγγραφή της ασθένειας στο σώμα του ασθενή (ανατομία) αποτελεί το προγενέστερο στάδιο ανάπτυξης της ιατρικής γνώσης. Η ασθένεια πλέον γίνεται αντιληπτή μέσω εργαστηριακών και

³⁹¹ Στο ίδιο, σελ. 61.

³⁹² Στο ίδιο, σελ. 61.

³⁹³ Στο ίδιο, σελ. 65.

κλινικών ερευνών πάνω στο DNA. Άρα, από την ανατομία του σώματος περνάμε στην ανατομία των οργάνων και διαδοχικά στην ανατομία των κυττάρων³⁹⁴.

Από την ανάλυση η οποία προηγήθηκε καταλήγουμε στην διαμόρφωση δύο συγκεκριμένων ρόλων, στο πλαίσιο της σχέσης γιατρός - ασθενής. Το κάθε μέρος σε αυτή τη σχέση καλείται να παίζει έναν συγκεκριμένο ρόλο και να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Ο ασθενής μια παθητική συμπεριφορά, και ο γιατρός μια εξουσιαστική. Αν ο ασθενής δεν ακολουθήσει τις οδηγίες - εντολές του γιατρού, χαρακτηρίζεται ως «κακός» από τον γιατρό. Από την πλευρά του ασθενή τώρα, το ετικετάρισμα του «κακού» ασθενή, του μη συμμορφωμένου, μπορεί να οδηγήσει σε αρνητική στάση του γιατρού απέναντι του. Για το λόγο αυτό και υπακούει στις εντολές του γιατρού, πιστεύοντας πώς αν δεν συμμορφωθεί θα έχει αρνητική αντιμετώπιση. Από την άλλη πλευρά όταν ο γιατρός δεν ανταποκριθεί στις προσδοκίες του ασθενή δεν χαρακτηρίζεται ως μη - συμμορφωμένος³⁹⁵. Η σχέση είναι μονόδρομη και δείχνει την διαφορά στην θέση των δύο πλευρών. Η αναμενόμενη συμμόρφωση του ασθενή μπορεί να κατανοηθεί αν παρουσιασθεί η ιδιαίτερη λειτουργία της ιατρικής ιδεολογίας η οποία ιδεολογία είναι :

..ένα σύστημα κοινά αποδεκτών απόψεων οι οποίες νομιμοποιούν παραδεκτές συμπεριφορές και αξίες τη στιγμή που εμφανίζονται και αξιώνουν να βασίζονται σε εμπειρικά δεδομένα. Οι ιδεολογίες βοηθούν στο να μετατραπεί η επιρροή («εν δυνάμει» επιρροή) σε εξουσία (νομιμοποιημένος έλεγχος). Η συμμόρφωση είναι μια ιδεολογία η οποία μετατρέπει τις απόψεις του γιατρού για την αναμενόμενη από τον ασθενή συμπεριφορά, σε μια σειρά ερευνητικών στρατηγικών, ερευνητικών αποτελεσμάτων και εν δυνάμει βίαιων επεμβάσεων, οι οποίες εμφανίζονται ως οι πλέον κατάλληλες, και οι οποίες ενισχύουν την εξουσία του γιατρού πάνω στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.³⁹⁶

Η αντικειμενικοποίηση του ασθενή μέσα στο νοσοκομείο, ως τον κατεξοχήν χώρο έκφρασης της επιστημονικής ιατρικής, εκφράζεται με ένα πλήθος πρακτικών οι οποίες θα αναφερθούν λεπτομερειακά στο τμήμα όπου θα παρουσιάσουμε τον χώρο των Μ.Ε.Θ. Αυτό το οποίο αρκεί για την μέχρι τώρα ανάλυση, και το οποίο ήταν ο στόχος του τμήματος αυτού, ήταν να αναδειχθεί ο εξουσιαστικός χαρακτήρας της σχέσης γιατρός - ασθενής. Η εξουσιαστική αυτή σχέση στηρίζεται στην ικανότητα του γιατρού να αποφασίζει για τον ασθενή χωρίς την συμμετοχή του, λόγω του ότι

³⁹⁴ Και όπως θα δούμε κατά την διάρκεια της παρουσίασης των Μ.Ε.Θ. υπάρχει και παραπέρα εξέλιξη στον τρόπο σύλληψης και καταστολής της ασθένειας.

³⁹⁵ Mishler E. (1984), *The Discourse of Medicine*, Ablex, σελ. 49-50.

³⁹⁶ Trostle J. (1988), *Medical Compliance as an Ideology*, *So. Sci. Med.* Vol. 27, 12 : 1299-1308

κατέχει την επιστημονική γνώση. Βλέπουμε λοιπόν τον ενεργητικό ρόλο του επιστημονικού λόγου στην διαμόρφωση της εξουσιαστικής σχέσης γιατρός - ασθενής (ημι-αυτονομία ιατρικού λόγου).

ΓΙΑΤΡΟΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Εκτός από την σχέση γιατρός - ασθενής, οι υπόλοιπες οργανωτικές σχέσεις του νοσοκομείου, σπάνια έχουν αποτελέσει αντικείμενο κοινωνιολογικής έρευνας. Ορίζοντας ο Foucault την έννοια της ιατρικής εξουσίας περιόριζε ταυτόχρονα την έκφρασή της στη σχέση γιατρός - ασθενής. Όπως αναφέρει και ο Paul Atkinson :

Η κοινωνιολογική ενασχόληση με την σχέση γιατρός - ασθενής και η σχεδόν αποκλειστική αφοσίωση που δόθηκε σε αυτή τη δυαδική σχέση, εξυπονοεί ότι άλλες μορφές σχέσεων και άλλοι τρόποι συμμετοχής είναι αόρατες. Η ενασχόληση με αυτό που θεωρείται άμεσα κοινωνικό (υποκειμενική άποψη του ασθενή) έχει οδηγήσει συλλογικά την κοινωνιολογία να αγνοήσει την ποικιλία των ιατρικών πλαισίων και σχέσεων. Υπάρχει μια ποικιλία κοινωνικής δράσης και διαντίδρασης, η οποία ξεφεύγει από την παθιασμένη εστίαση στην δυαδική σχέση γιατρός - ασθενής.³⁹⁷

Κρίνοντας ο Foucault τον επιστημονικό ιατρικό λόγο ώθησε προς την ανάδειξη της υπόστασης του ασθενή, ο οποίος κατείχε την θέση του παθητικού αντικειμένου στο πλαίσιο του ιατρικού λόγου. Έτσι όμως η κοινωνιολογία ασχολήθηκε με την ανάδειξη της κατηγορίας του υποκειμενικού (κοινωνικό) και παραμέλησε οποιαδήποτε άλλη σχέση, εστιάζοντας στη σχέση γιατρού - ασθενή. Στο πλαίσιο αυτής της σχέσης ο γιατρός παρουσιάζεται ως ο «Άλλος» (otherness), ως το διαφορετικό από την κατηγορία ανάλυσης (το κοινωνικό). Κάνοντας δηλαδή η κοινωνιολογία την διάκριση μεταξύ βιολογικού (ανατομία, παθοφυσιολογία) και κοινωνικού (υποκειμενικό βίωμα του ασθενή για την κατάστασή του), ασχολείται μόνο με το κοινωνικό και χαρακτηρίζει το βιολογικό, ως το «Άλλο», ως το διαφορετικό. Η κοινωνιολογία εστιάζει στην ανάλυση του πολιτισμικού, του κοινωνικού, αφήνοντας το φυσικό, το βιολογικό. Η διάκριση ασθένεια (ιατρικός όρος) και αρρώστια (υποκειμενικό βίωμα), την οποία έχουμε ήδη αναφέρει, αποκτάει σημαντική διάσταση. Ενώ η αρρώστια βρίσκεται στον κοινωνικό χώρο, έχει κοινωνικό νόημα και είναι κοινωνική πράξη, η ασθένεια βρίσκεται στον φυσικό, βιολογικό χώρο, δεν θεωρείται ως κοινωνική πράξη

και έτσι δεν αποτελεί αντικείμενο κοινωνιολογικής έρευνας. Αποτελεί το «Άλλο», το αντίθετο του κοινωνικού. Έτσι, η λαϊκή κατανόηση της νόσου (αρρώστια), αποτελεί αντικείμενο κοινωνιολογικής έρευνας, ενώ η επαγγελματική κατανόηση του ίδιου φαινομένου (ασθένεια), όχι. Το «Άλλο», το βιολογικό, ο επιστημονικός λόγος, η ίδια η οργάνωση της ιατρικής αποτελεί ένα σύνολο κοινωνικών σχέσεων (γιατροί - νοσηλεύτριες, γιατροί - γιατροί), οι οποίες έχουν μείνει κυριολεκτικά ανεξερεύνητες, λόγω του αρχικού προσανατολισμού. Στο πλαίσιο αυτού του κοινωνιολογικού προσανατολισμού ο κόσμος της επιστημονικής ιατρικής συγκρίνεται με ένα εναλλακτικό (μυθικό) κόσμο, όπου ο γιατρός και ο ασθενής βλέπουν ο ένας τον άλλο ως συνειδητοποιημένα, ολοκληρωμένα άτομα³⁹⁸. Για την ανάλυση μας όμως αυτό που ενδιαφέρει είναι η σχέση των γιατρών με τις νοσηλεύτριες.

Πιο συγκεκριμένα, η σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια χαρακτηρίζει την ιατρική από την γέννηση της. Από την στιγμή δηλαδή που εμφανίσθηκε η επιστημονική ιατρική και κατάφερε να επαγγελματοποιηθεί, υπήρχε ο καταμερισμός της θεραπευτικής εργασίας ανάμεσα στον άνδρα - γιατρό και την γυναίκα - νοσηλεύτρια³⁹⁹.

Η σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια μέσα στο πλαίσιο του καταμερισμού της θεραπευτικής εργασίας, αποτελεί φαινομενικά μια αντανάκλαση της ευρύτερης εξουσιαστικής κοινωνικής σχέσης άνδρα - γυναίκας. Στο πλαίσιο μιας πατριαρχικής, πατερναλιστικής κοινωνίας, η βασική εξουσιαστική σχέση μεταξύ των δύο φύλων αναπαράγεται σε όλα τα επίπεδα. Στην περίπτωση της επιστημονικής ιατρικής, η εξουσιαστική σχέση των δύο φύλων, ανάγεται ως τεχνική σχέση, μέσα στο πλαίσιο του καταμερισμού της εργασίας στην οργάνωση του νοσοκομείου, παίρνοντας την μορφή της σχέσης γιατρός - νοσηλεύτρια.

..... αλλά οι γυναίκες έπρεπε να εργάζονται για τους άνδρες σε υποδεέστερη θέση, κάτω από πατερναλιστική εξουσία στο δημόσιο χώρο, όπως ήταν κάτω από την πατριαρχική εξουσία στον οικιακό χώρο⁴⁰⁰.

³⁹⁷ Atkinson P. (1995), *Medical Talk, Medical Work*, Sage, σελ. 33.

³⁹⁸ Στο ίδιο, σελ. 24-25.

³⁹⁹ Στις μέρες μας έχουν αρχίσει να εντάσσονται γυναίκες στο επάγγελμα του γιατρού καθώς και κάποιοι άνδρες στο επάγγελμά της νοσηλείας. Πάντως η αρχική διάκριση ισχύει και είναι μεταξύ του άνδρα - γιατρού και της γυναίκας - νοσηλεύτριας. Για το λόγο αυτό και αναφερόμαστε χωρίς καμία σεξιστική διάθεση σε κατηγορίες «γιατρός» και «νοσηλεύτρια».

⁴⁰⁰ Stacey M. (1988), *The Sociology of Health and Healing*, Unwin Hyman, σελ. 88.

Από την στιγμή της εμφάνισής της η επιστημονική ιατρική διαμόρφωσε μια στάση εξουσιαστική και υποτιμητική απέναντι στις γυναίκες. Η επιστημονική ιατρική ως προϊόν της δοσμένης κοινωνίας, των δοσμένων κοινωνικών σχέσεων και πρακτικών, ως γέννημα της δοσμένης ανδροκρατικής κοινωνίας, διαμόρφωσε ένα ιατρικό λόγο μέσα στον οποίο η γυναίκα έπαιρνε την θέση την οποία είχε μέσα στην κοινωνία, τη θέση δηλαδή του εξουσιαζόμενου. Η σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια βασίστηκε στις δοσμένες κοινωνικές σχέσεις και στην συνέχεια τις σχέσεις αυτές τις συντήρησε, τις προώθησε, τις ενίσχυσε, δίνοντας σε κοινωνικές σχέσεις τον χαρακτήρα των επιστημονικών αποδείξεων. Εντασσόμενη η κοινωνική σχέση άνδρας - γυναίκα στο σύστημα ιδεών της επιστημονικής ιατρικής απέκτησε την βαρύτητα, την εγκυρότητα την οποία η επιστήμη προσφέρει, δικαιολογώντας την και ταυτόχρονα νομιμοποιώντας την. Στο πλαίσιο της επιστημονικής ιατρικής, η γυναίκα απέκτησε μία θέση υποτιμητική και εξουσιαστική. Αρχικά στις γυναίκες απαγορευόταν να γίνουν γιατροί. Αυτή η άποψη αποκλεισμού της γυναίκας από το ιατρικό επάγγελμα στηρίχθηκε στην διαφορετικότητα της βιολογικής της κατασκευής και υποστηρίχθηκε με δύο τρόπους : πρώτον, ότι η ιδιαίτερη βιολογική κατασκευή της γυναίκας την καθιστούσε ανίκανη να φροντίσει τους άλλους εξαιτίας της εμμυνόρυσης και του τοκετού, και δεύτερον, ότι η ιατρική εκπαίδευση θα κατέστρεφε την θηλυκότητα της γυναίκας, διότι θα της αφαιρούσε την αθωότητα, μιας και θα αντίκριζε τα νεκρά σώματα (μάθημα ανατομίας). Για τον λόγο αυτό οι γυναίκες έπρεπε να προστατευθούν προκειμένου να διατηρήσουν την πρωτογενή αγνότητά τους.

Ούτε το πνεύμα, ούτε το σώμα των γυναικών ήταν κατάλληλο για την ιατρική. Η ιατρική εκπαίδευση θα τους κατέστρεφε φυσιολογικά και πνευματικά, επιπλέον θα κατέστρεφαν (οι γυναίκες με την εισαγωγή τους στα πανεπιστήμια) και τα εκπαιδευτικά δεδομένα.⁴⁰¹

Έτσι αποκλείστηκαν οι γυναίκες από το ιατρικό επάγγελμα και ως συνέχιση αυτής της κατάστασης, τους αφαιρέθηκε και η δυνατότητα για ανώτερη εκπαίδευση, η οποία θα κατέστρεφε την φυσιολογία τους.

Επιχειρηματολογώντας πως η οποιαδήποτε εκπαίδευση, πλην αυτής που τις προετοιμάζει για οικιακή τέχνη θα τους έκανε κακό. Υπάρχει μεγάλη διαφορά στην πνευματική κατασκευή των δύο φύλων. Οι δυνατότητες και οι ευαισθησίες των γυναικών δεν είναι τόσο ευγενείς όσο αυτές των ανδρών, αλλά είναι διαφορετικές και θεωρείται πως δεν είναι εφοδιασμένες με την ίδια δύναμη για έντονη εργασία

⁴⁰¹ Στο ίδιο, σελ. 89.

όπως οι άνδρες.⁴⁰²

Συνεπώς, η ιατρική από την αρχή της εμφάνισής της⁴⁰³ διαμόρφωσε την εικόνα της γυναίκας ως υπολειμματική, ως κάποια η οποία χρειάζεται βοήθεια και η οποία είναι ανίκανη για υψηλή πνευματική εργασία. Η ανατομία και η παρατήρηση έδωσαν τις βιολογικές βάσεις της εξουσίας αυτής μιας και το γυναικείο σώμα χαρακτηρίζεται ως «προβληματικό» (εμμυνόρυση, τοκετός) και χρειάζεται την επέμβαση - βοήθεια από τον άνδρα γιατρό. Επομένως η γυναίκα εξαιτίας αυτών των βιολογικών ανεπαρειών, είναι ανίκανη να εκτελέσει το ιατρικό επάγγελμα, και επικουρικά θα χάσει και την θηλυκότητα της. Η ιατρική λοιπόν ως σύστημα σκέψης αναπαραγάγει, νομιμοποιεί και εδραιώνει τις ευρύτερες κοινωνικές εξουσιαστικές σχέσεις άνδρα - γυναίκας. Σειρά έχει να δούμε πώς αυτή η διαδικασία διαμορφώνει ή επηρεάζει τη σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια.

Εφόσον η γυναίκα είναι ανίκανη για υψηλή πνευματική εργασία, όπως η ιατρική εκπαίδευση, είναι και κατώτερη από τον άνδρα, ο οποίος είναι ικανός για να γίνει γιατρός. Συνεπώς οποιαδήποτε εργασία δοθεί στην γυναίκα ως κατάλληλη, μέσα στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας θα είναι κατώτερη από αυτή του άνδρα - γιατρού. Έτσι λοιπόν, προκύπτει η θέση της νοσηλεύτριας ως εξουσιαζόμενη απέναντι στην θέση του γιατρού.

Αυτή η εξήγηση για τον εξουσιαστικό χαρακτήρα της σχέσης γιατρός - νοσηλεύτρια είναι απλοϊκή και όχι ικανοποιητική. Η κοινωνική διαδικασία της πατριαρχικής κοινωνίας επηρεάζει την εξουσιαστική σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια αλλά δεν την διαμορφώνει. Για να κατανοήσουμε το πώς διαμορφώθηκε η σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια, συμπληρωματικά με την προηγούμενη διαδικασία πρέπει να αναφερθούμε ξανά στην διαδικασία της επαγγελματοποίησης. Όπως έχουμε ήδη υποστηρίξει η εξουσία αποτελεί δομικό χαρακτηριστικό της επιστημονικής ιατρικής. Συνεπώς και ένα από τα οργανωτικά επίπεδα ανάλυσης της εξουσιαστικής σχέσης (αυτό μεταξύ γιατρού και νοσηλεύτριας- ημι αυτονομία του επιστημονικού λόγου), είναι προϊόν της δόμησης της επιστημονικής ιατρικής και όχι το απλό αποτέλεσμα μιας κοινωνικής διαδικασίας. Για το λόγο αυτό και θα αναφερθούμε στην επαγγελματοποίηση, η

⁴⁰²Sachs A. and Wilson J. (1978), *Sexism and the Law : A Study of Male Beliefs and Legal Bias in Britain and the United States*, Martin Robertson, σελ. 18, στο ίδιο, σελ. 89.

⁴⁰³Για περισσότερες πληροφορίες για την εξουσία της ιατρικής πάνω στην γυναίκα βλέπε, στο ίδιο, σελ. 78-91.

οποία επέτρεψε στην ιατρική να εκφράσει τα ιδιαίτερα εξουσιαστικά χαρακτηριστικά της στη σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια, η οποία σχέση φυσικά και έχει τις βάσεις της στην προηγούμενη κοινωνική διαδικασία αναπαραγωγής των σχέσεων άνδρας- γυναίκα.

Στο πλαίσιο του συγκρουσιακού μοντέλου ανάλυσης, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, το ιατρικό επάγγελμα δεν εξυπηρετεί τα κοινωνικά συμφέροντα και δεν κινείται από έναν ενδογενή αλτρουισμό. Αντιθέτως, η εσωτερική γνώση η οποία χαρακτηρίζει την ιατρική, χρησιμοποιείται πρώτιστα προς όφελος των γιατρών και όχι προς όφελος της κοινωνίας. Μέσα σε αυτή την διαδικασία η γνώση αυτή χρησιμοποιείται και εναντίον των νοσηλευτριών, προκειμένου οι γιατροί να αποκτήσουν εξουσία πάνω τους. Η κύρια στρατηγική η οποία χρησιμοποιείται για την καθυπόταξη των νοσηλευτριών στην εξουσία των γιατρών είναι αυτή της συσσωμάτωσης. Η στρατηγική αυτή χρησιμοποιήθηκε και σε άλλες περιπτώσεις. Σε διάφορες στιγμές της ιστορίας, ομάδες όπως οι νοσηλεύτριες, οι φαρμακοποιοί, ή οι ραδιογράφοι (radiographers) επιζήτησαν αυξανόμενη ανεξαρτησία, αυτονομία και υψηλότερο status. Σε όλες αυτές τις περιστάσεις το ιατρικό επάγγελμα προσπάθησε και κατάφερε να συσσωματώσει αυτές τις ομάδες, και να προσδιορίσει την τεχνική και την γνώση την οποία κατέχουν, ως υποδεέστερες απέναντι στην ιατρική γνώση⁴⁰⁴.

⁴⁰⁴ Πριν αναφερθούμε στην περίπτωση των νοσηλευτριών θα αναφερθούμε στο έργο του Larkin G. (1978), *Medical Dominance and the Control of Radiographers*, *Sociological Review*, 26 : 843-858, στο Seale C. and Pattison S. (1994), *Medical Knowledge : Doubt and Certainty*, Open University Press, σελ. 25-26. Ο Larkin διεξάγοντας μια κοινωνιολογική έρευνα παρουσιάζει το πως έγινε η συσσωμάτωση των Ραδιογράφων στην ιατρική. Η ανακάλυψη των ακτίνων X το 1895 οδήγησε στην γέννηση των ραδιογραφικών τεχνικών. Οι ραδιογράφοι κατόπιν αμοιβής παρουσίαζαν μια ακτίνα X για τον σκοπό της διάγνωσης. Την ίδια περίοδο η ειδικότητα της ραδιολογίας (radiology) άρχισε να διαμορφώνεται (η κατάληξη -graphy δείχνει την επιστήμη της περιγραφής, ενώ το -ology δείχνει ότι υπάρχει και η ανάμειξη της επιστημονικής αιτιολόγησης). Το 1921 η οργάνωση των ραδιογράφων γεννήθηκε προκειμένου να προσδώσει το κατάλληλο status και την κατάλληλη εκπαίδευση στους τεχνικούς. Ο πρώτος πρόεδρος αυτής της οργάνωσης ήταν ο Sir Archibald Reid ο οποίος ήταν ταυτόχρονα και πρόεδρος της βρετανικής εταιρείας ραδιολογίας, γεγονός το οποίο δείχνει την ανάμειξη της ιατρικής στην τεχνική οργάνωση της ραδιογραφίας. Πολύ σύντομα ξέσπασαν διαφωνίες μέσα στους κόλπους της οργάνωσης, σχετικά με το γεγονός του κριτικού σχολιασμού των ακτινογραφιών. Διαφωνίες αρμοδιοτήτων ξέσπασαν διότι αν οι ραδιογράφοι εξέδιδαν τον σχολιασμό της ακτινογραφίας, αυτό αυτόματα σημαίνει πως οι γιατροί θα έχαναν τον έλεγχο σε μια σημαντική για την διάγνωση πληροφορία. Ο κίνδυνος η διάγνωση να έρθει σε χέρια άλλων, ώθησε το ιατρικό επάγγελμα στην διαμόρφωση της άποψης ότι η ερμηνεία των ακτινογραφιών απαιτεί πλήρη ιατρική εκπαίδευση, την οποία οι ραδιογράφοι δεν έχουν, και το σημαντικότερο δεν θα έπρεπε να αποκτήσουν. Προκειμένου η εταιρεία των ραδιογράφων να αποκτήσει το νόμιμο δικαίωμα της ύπαρξής της ωθήθηκε στο να αποδεχθεί τις ιατρικές απαιτήσεις, και πιο συγκεκριμένα το αίτημα πως οι γιατροί θα έπρεπε να επιβλέπουν όλες τις περιπτώσεις ακτινογραφίας. Ο γιατρός ήταν πλέον υπεύθυνος για την διάγνωση. Η ιατρική εξειδίκευση της ραδιολογίας έγινε ο κάτοχος του μονοπωλίου της θεωρητικής γνώσης και έτσι το ιατρικό μονοπώλιο στη διάγνωση παρέμεινε. Οι ραδιογράφοι ως μη γιατροί προσδιορίστηκαν από την ιατρική

Κύρια έννοια της ανάλυσης αποτελεί η επαγγελματοποίηση, η διαδικασία δηλαδή μέσω της οποίας μια ενασχόληση αποκτάει την νομιμοποιημένη μορφή έκφρασης της. Επάγγελμα είναι μια ενασχόληση η οποία απαιτεί ένα ποσοστό διευρυμένης και συστηματικής γνώσης και εκπαίδευσης. Τα επαγγέλματα εμφανίζονται για την πραγματοποίηση των πιο σημαντικών αναγκών της κοινωνίας. Τα χαρακτηριστικά τα οποία διακρίνουν τα επαγγέλματα από τις άλλες ενασχολήσεις είναι :

Πρώτον, η κατοχή συστηματικής, θεωρητικής γνώσης και όχι η απλή εκπαίδευση σε συγκεκριμένες τεχνικές. Αυτό το χαρακτηριστικό της κατοχής εξειδικευμένης θεωρητικής γνώσης είναι αυτό το οποίο διαφοροποιεί όλους τους επαγγελματίες από τους βοηθούς τους. Οι τελευταίοι έχουν μάθει βάση επανάληψης, μια συγκεκριμένη τεχνική δραστηριότητα, χωρίς όμως να γνωρίζουν την θεωρητική λειτουργία και εξήγηση της δραστηριότητας αυτής. Οι επαγγελματίες δεν στηρίζονται στην στείρα αναπαραγωγή τεχνικών δραστηριοτήτων, αλλά αντιθέτως γνωρίζουν γιατί γίνεται αυτή η τεχνική δραστηριότητα, τι σκοπό εξυπηρετεί, καθώς και τον τρόπο επενέργειας και λειτουργίας της. Αυτό το ποσοστό συστηματικής, ειδικής γνώσης συνεχώς αυξάνεται με την έρευνα και έτσι αυξάνει συνεχώς το κενό μεταξύ επαγγελματιών και των βοηθών τους, καθώς και μεταξύ των επαγγελματιών και της κοινωνίας. Αυτή η γνώση ελέγχεται από το επάγγελμα και μεταβιβάζεται στους εκπαιδευόμενους μέσα σε ειδικά ιδρύματα, τα πανεπιστήμια, τα οποία παρέχουν το δικαίωμα άσκησης του επαγγέλματος, βάση εξετάσεων.

Δεύτερον, οι επαγγελματίες έχουν αυτονομία απέναντι στο χώρο και το αντικείμενο εργασίας τους. Η αυτονομία αυτή τους έχει δοθεί από το κράτος (νομιμότητα). Έτσι οι πελάτες δεν έχουν την δυνατότητα να κρίνουν τις ενέργειες του «ειδικού». Η κρατική νομιμοποίηση προσφέρει στους επαγγελματίες το μονοπώλιο στην παροχή των συγκεκριμένων υπηρεσιών μιας και οποιασδήποτε άλλος προσπαθήσει στο χώρο αυτό να προσφέρει υπηρεσίες, χαρακτηρίζεται ως παράνομος.

Τρίτον, οι επαγγελματίες έχουν αυτονομία, στην οργάνωση, τον προσδιορισμό και την ανάπτυξη - εξέλιξη της εργασίας τους. Έχουν δηλαδή την ελευθερία για την ανάπτυξη του επαγγέλματος τους ανεξάρτητα από οποιονδήποτε εξωτερικό έλεγ-

ως το επάγγελμα οι κάτοχοι του οποίου έχουν τεχνικές ικανότητες, παρά ιατρική γνώση και έτσι υποτάχθηκαν στην ιατρική εξουσία. Όπως θα δούμε παρακάτω ανάλογη διαδικασία συντελέστηκε και με τις νοσηλεύτριες.

χο. Ειδικές επιτροπές αντιπροσώπων εκφράζουν το επάγγελμα προς τα έξω, προς την κοινωνία.

Τέταρτον, κάθε επάγγελμα έχει έναν δικό του κώδικα ηθικής, στον οποίο υπακούουν όλα τα μέλη. Όποιος παραβιάσει αυτόν τον κώδικα χάνει την ιδιότητα του επαγγελματία. Αυτός ο κώδικας εξασφαλίζει την μη εκμετάλλευση του πελάτη και ρυθμίζει τις ενδό - επαγγελματικές σχέσεις, προκειμένου να προβλεφθούν οι συγκρουσιακές καταστάσεις.⁴⁰⁵

Οι περισσότερες ενασχολήσεις έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά, σε μικρό ή μεγαλύτερο βαθμό, αλλά μόνο τα επαγγέλματα δίνουν τόσο μεγάλη έμφαση σε όλα αυτά. Σημαντικό στοιχείο του επαγγέλματος είναι επίσης και η ιδεολογία η οποία το χαρακτηρίζει. Η ιδεολογία είναι ο συνδετικός κρίκος των χαρακτηριστικών που αναφέραμε. Η ιδεολογία είναι ο ιδιαίτερος τρόπος σκέψης του κάθε επαγγέλματος για τον κοινωνικό κόσμο. Αυτός ο τρόπος σκέψης διαμορφώνεται από το επάγγελμα ως απάντηση στο αίτημα κάλυψης βασικών κοινωνικών αναγκών, όπως για το ενδιαφέρον της έρευνάς μας η υγεία. Ο τρόπος όμως σκέψης αυτός μπορεί να είναι διαταραγμένος και να μην βασίζεται σε αληθινά γεγονότα. Συχνά οι αντιλήψεις τις οποίες προβάλλει η ιδεολογία ταιριάζουν στα συμφέροντα ισχυρών εξουσιαστικών ομάδων της κοινωνίας. Ο σκοπός τότε της ιδεολογίας είναι να νομιμοποιήσει την κυρίαρχη θέση αυτών των ομάδων μέσα στην κοινωνία. Έτσι, οι αντιλήψεις, η οπτική την οποία προβάλλει η ιδεολογία για τον κόσμο είναι διαταραγμένη, περιέχει δηλαδή μια διαστρεβλωμένη εικόνα του κόσμου, όχι ολοκληρωτικά λαθεμένη, αλλά ίσως μεγαλύτερη. Στην περίπτωση τώρα της ιατρικής ιδεολογίας της θεραπείας, διαμορφώνεται η εικόνα της ιατρικής επιστήμης η οποία καταρτίζει τον επιστήμονα - μηχανικό ο οποίος θεραπεύει. Ο γιατρός παρουσιάζεται ως διανομέας διαφόρων θεραπειών, ακόμα και αν ορισμένες ασθένειες είναι αθεράπευτες. Διαμορφώνει λοιπόν η ιατρική την ιδεολογία της θεραπείας και πάνω σε αυτή αναπτύσσει η ίδια τα τέσσερα χαρακτηριστικά που αναφέραμε, με κυριότερο την κατοχή της γνώσης. Η ιατρική έχει λοιπόν μια συγκεκριμένη αντίληψη για την εργασία της. Έχει μια ιδεολογία θεραπείας η οποία εστιάζει στην θεραπεία, αντί στην προληπτική ιατρική ή στην εξάλειψη των κοινωνικών συνθηκών οι οποίες παράγουν την ασθένεια π.χ. εξάλειψη φτώ-

⁴⁰⁵ Για τα χαρακτηριστικά των επαγγεμάτων βλέπε Greenwood (1962), *Attitudes of a Profession, in Form W.* (1962), *Man Work and Society*, Basic Books επίσης Etzioni A. (1969), *The Semi*

χειας. Η ιδεολογία λοιπόν αυτή, όπως την εννοιολογήσαμε πριν, διαφοροποιεί το κάθε επάγγελμα από το άλλο και αποτελεί την αναγκαία προϋπόθεση προκειμένου μια ενασχόληση να εξελιχθεί σε επάγγελμα, να νομιμοποιηθεί δηλαδή.

Σειρά έχει τώρα να δούμε την εξέλιξη μέσω της οποίας η επιστημονική ιατρική επαγγελματοποιήθηκε, σε σχέση πάντα με την εξέλιξη της νοσηλευτικής δραστηριότητας. Έτσι θα μπορούσαμε να εξηγήσουμε την εξουσία την οποία ασκεί η ιατρική πάνω στην νοσηλευτική, μέσω της ανάλυσης της εγκαθίδρυσης των ιδιαίτερων μηχανισμών άσκησης της εξουσίας αυτής.

Το 1858 εκδόθηκε στην Αγγλία ένας νόμος, ο οποίος θεωρείται γενικά πως έδινε τις δυνατότητες για την ανάπτυξη της επαγγελματικής αυτονομίας. Ως ορόσημο έχουμε αυτήν την ημερομηνία. Αυτός ο νόμος αποτελεί έκφραση της κρατικής υποστήριξης καθώς έδινε την δυνατότητα στο ιατρικό επάγγελμα θεσμικά να ασχοληθεί με τα θέματα της υγείας και της ασθένειας, καθώς και την δυνατότητα να είναι ως επάγγελμα αυτορυθμιζόμενο. Με τον νόμο αυτό έγινε η επαγγελματοποίηση της επιστημονικής ιατρικής, η οποία κυριάρχησε πάνω στις άλλες μορφές ιατρικής (λαϊκή, παραδοσιακή ιατρική). Το πιο σημαντικό όμως στοιχείο το οποίο πρόσφερε ο νόμος αυτός είναι η ενοποίηση της μέχρι τότε ιατρικής ενασχόλησης σε ένα ενιαίο, ομοιογενές σώμα. Μέχρι τότε η ιατρική ήταν χωρισμένη σε τρεις ομάδες : τους Γιατρούς (Physicians), τους Χειρουργούς (Surgeons) και τους Φαρμακοποιούς (Apothecaries). Η κάθε ομάδα είχε τη δική της οργάνωση μέσω της οποίας έλεγχε την εκπαίδευση και την είσοδο στην δική της ενασχόληση (ενασχόληση όχι επάγγελμα). Οι Γιατροί ήταν οι λιγότεροι, αλλά είχαν το υψηλότερο κύρος και τους πιο πλούσιους πελάτες. Οι άλλες δύο κατηγορίες είχαν περισσότερο εμπειρική γνώση και το σημαντικότερο βρίσκονταν σε σύγκρουση με τους Γιατρούς (Physicians). Αυτό που αναγνώρισαν οι τρεις ομάδες ήταν πως μόνο ενωμένες θα μπορούσαν να επικρατήσουν στις άλλες μορφές ιατρικής. Έτσι με το νόμο του 1858 ενώθηκαν σε μια ομάδα και επαγγελματοποιήθηκαν. Με την επαγγελματοποίηση διαμορφώθηκε μια συμπαγής ομάδα, αυτή της επιστημονικής ιατρικής, η οποία εμπνεόμενη από την ιδεολογία της θεραπείας επικράτησε πάνω στις άλλες ανταγωνιστικές ομάδες, αποκτώντας το μονοπώλιο το οποίο προσφέρει η επαγγελματοποίηση στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ταυτόχρονα η ιατρική απέκτησε και έδωσε έμφαση στα τέσσερα χαρακτηριστικά τα οποία χαρακτηρίζουν το επάγγελμα, εδραιώνοντας την εξουσιαστική της θέση.

Αυτό που πρέπει να δούμε τώρα, είναι η παράλληλη πορεία της νοσηλευτικής απέναντι στην πορεία της ιατρικής. Η νοσηλεία αρχικά, όπως και η θεραπεία, ελάμβανε χώρο μέσα στον οικογενειακό χώρο του σπιτιού. Οι γυναίκες οι οποίες και ασχολούνταν με την φροντίδα του σπιτιού, περιποιούνταν και τους αρρώστους της οικογένειας. Έπειτα όσοι είχαν χρήματα «νοίκιαζαν» τις γυναίκες αυτές προκειμένου να έρθουν στα σπίτια τα δικά τους και να φροντίσουν τους δικούς τους αρρώστους. Επίσης συχνά θρησκευόμενες γυναίκες φρόντιζαν για τους γέρους, τους αρρώστους και τους φτωχούς σε διάφορα θρησκευτικά ιδρύματα. Το σημαντικό είναι όμως πως η νοσηλεία αποτελούσε μέρος του οικιακού καταμερισμού της εργασίας. Οι νοσηλεύτριες ήταν οικιακοί υπηρέτες του άνδρα εξουσιαστή. Έτσι, όπως άλλωστε είδαμε και πριν, η νοσηλευτική έχει τις βάσεις της στις εξουσιαστικές σχέσεις των δύο φύλων.

Έπειτα έχουμε την εμφάνιση των νοσοκομείων τα οποία :

..... ιδρύθηκαν τον 19ο και 20ο αιώνα, μίσθωσαν τις γυναίκες ως νοσηλεύτριες, περισσότερο για να κάνουν οικιακή εργασία και να παρακολουθούν (monitoring) τους αρρώστους.⁴⁰⁶

Η υποταγή της γυναίκας απέναντι στον άνδρα, οδηγήθηκε στο νοσοκομείο, στην εξουσιαστική σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια.⁴⁰⁷

Οι νοσηλεύτριες χρησιμοποιούνταν από τους γιατρούς στο νοσοκομείο όπως χρησιμοποιούνταν από τους άνδρες στο σπίτι, για οικιακή εργασία. Στα πρώτα αυτά νοσοκομεία :

..... οι γιατροί, και ιδιαίτερα οι Χειρουργοί - Φαρμακοποιοί, πραγματοποιούσαν το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας των ασθενών, όπως π.χ. το να δίνουν τα φάρμακα, να δένουν τις πληγές και να παρακολουθούν την κατάσταση των ασθενών.⁴⁰⁸

Οι γυναίκες νοσηλεύτριες απλώς έκαναν στο νοσοκομείο την οικιακή εργασία την οποία έκαναν ως γυναίκες μέσα στο σπίτι χωρίς, να λαμβάνουν καμία ιδιαίτερη εκπαίδευση.

⁴⁰⁶ Stacey M. (1988), *The Sociology of Health and Illness*, Unwin Hyman, σελ. 91.

⁴⁰⁷ Για την ιστορική πορεία της σχέσης βλέπε στο ίδιο, σελ. 90-97. Επίσης Abel S. (1960), *A History of the Nursing Profession*, Heineman.

Από τα μέσα όμως του 19ου αιώνα ο καταμερισμός αυτός της εργασίας μέσα στο νοσοκομείο άλλαξε. Στην αλλαγή αυτή σημαντικό ρόλο έπαιξαν οι μορφές των Fry και Nightingale. Η τελευταία δημιούργησε μια ομάδα εκπαιδευόμενων νοσηλευτριών, καθώς και ιδιαίτερους χώρους για την εκπαίδευση αυτών. Αφότου οι εκπαιδευόμενες νοσηλεύτριες τελείωναν την κατάλληλη εκπαίδευση, εισάγονταν στο νοσοκομείο σε μια ενδιάμεση θέση μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτριών οι οποίες έκαναν οικιακές εργασίες. Οι εκπαιδευμένες αυτές νοσηλεύτριες ανάλαβαν την εργασία των Χειρουργών - Φαρμακοποιών, μιας και όπως είπαμε στο μεταξύ το ιατρικό επάγγελμα είχε ενοποιηθεί. Έτσι λοιπόν, οι νοσηλεύτριες απέκτησαν υπόσταση μέσα στο νοσοκομείο, αποκτώντας τα βασικά στοιχεία για την επαγγελματοποίησή τους⁴⁰⁹. Με την πάροδο του χρόνου, κατά πολλούς κατάφεραν να επαγγελματοποιηθούν, να αποκτήσουν δηλαδή τα τέσσερα χαρακτηριστικά τα οποία διαμορφώνουν το επάγγελμα. Πιο συγκεκριμένα : Πρώτον την κατοχή συστηματικής γνώσης η οποία αναφέρεται σε συγκεκριμένες ενέργειες π.χ την χορήγηση φαρμάκων. Δεύτερον την αυτονομία στο χώρο της νοσηλείας καθώς και ιδιαίτερα ιδρύματα όπου μεταβιβάζεται η γνώση αυτή κατά συγκεκριμένο τρόπο εισαγωγής σε αυτά. Τρίτον, την αυτονομία της οργάνωσης της εργασίας τους, και τέταρτον, ένα συγκεκριμένο κώδικα ηθικής - δεοντολογίας.

Φαινομενικά λοιπόν η νοσηλευτική εξελίχθηκε σε επάγγελμα, επαγγελματοποιήθηκε αποκτώντας τα προνόμια που προσφέρει αυτό το κρατικό χρίσμα. Σε αντίθεση όμως με τους γιατρούς η επαγγελματοποίηση της νοσηλευτικής πρόσφερε πολύ χαμηλή αύξηση στις οικονομικές αποδοχές, μικρή αυτονομία και όχι υψηλό κοινωνικό κύρος. Συνεπώς σε αναντιστοιχία με την επαγγελματοποίηση της ιατρικής, η επαγγελματοποίηση της νοσηλευτικής είχε πολύ περιορισμένα οφέλη για τις νοσηλεύτριες.

Κατά την γνώμη μας η δυσαναλογία στις δύο αυτές διαδικασίες επαγγελματοποίησης οφείλεται στην μη ουσιαστική επαγγελματοποίηση της νοσηλευτικής, σε μια νόθα δηλαδή επαγγελματοποίηση, και θα εξηγήσουμε τι ακριβώς εννοούμε.

Πιο συγκεκριμένα, αν εξετάσουμε συστηματικά τα τέσσερα χαρακτηριστικά της επαγγελματοποίησης της νοσηλευτικής βλέπουμε πως αυτά, μόνο εν μέρη ισχύ-

⁴⁰⁸ Scambler G. (1991), *Sociology as Applied to Medicine*, Balierie Tindall, σελ. 227

ουν και αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην μη επαρκή ανάπτυξη του πρώτου χαρακτηριστικού το οποίο αναφέρεται στην κατοχή και ανάπτυξη συστηματικής γνώσης. Το κύριο στοιχείο διαφοροποίησης και γέννησης του επαγγέλματος είναι ένα ξεχωριστό σώμα γνώσης στο οποίο μονοπωλιακά έχει πρόσβαση η δοσμένη ενασχόληση. Έτσι π.χ. όπως είδαμε, η επιστημονική ιατρική κατάφερε να επαγγελματοποιηθεί γιατί διαμόρφωσε ένα σύστημα ιδεών, ένα σύνολο γνώσεων, το οποίο στηριζόταν στην ανατομία, το οποίο πρωτοεμφανιζόταν και στο οποίο μονοπωλιακά πρόσβαση είχε μόνο η ίδια η ιατρική, η οποία και το παρήγαγε. Αυτό το ξεχωριστό σώμα γνώσης έδωσε την δυνατότητα στην επιστημονική ιατρική να αποκτήσει αυτονομία (τόσο στο χώρο άσκησης -δεύτερο χαρακτηριστικό- όσο και στην οργάνωση της εργασίας -τρίτο χαρακτηριστικό) και να εξελιχθεί σε επάγγελμα. Άρα η ιδιαιτερότητα, η καινοτομία της γνώσης, αιτιακά δημιουργεί τα άλλα χαρακτηριστικά τα οποία δίνουν το χρίσμα του επαγγέλματος.

Στην περίπτωση τώρα της νοσηλευτικής η αυτονομία η οποία είναι και το διακριτικό χαρακτηριστικό του επαγγέλματος, λείπει. Αντιθέτως αυτό που χαρακτηρίζει την νοσηλευτική είναι η εξάρτηση. Μια εξάρτηση από την ιατρική η οποία κινείται σε όλα τα επίπεδα. Και πρώτα από όλα ξεκινώντας από την κατοχή γνώσης. Οι γνώσεις οι οποίες παρέχονται στις νοσηλεύτριες σε κάθε μορφής ίδρυμα (Τ.Ε.Ι. αλλά και πανεπιστήμια), παρέχονται από γιατρούς. Στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι καθηγητές στα ιδρύματα αυτά είναι γιατροί. Αυτό δείχνει πως το σώμα της γνώσης την οποία χρησιμοποιεί στην πρακτική, αλλά και το ευρύτερο σύστημα ιδεών το οποίο κατευθύνει την νοσηλευτική αποτελεί αντανάκλαση της επιστημονικής ιατρικής. Με άλλα λόγια η νοσηλευτική δεν έχει ένα δικό της σύνολο γνώσης, ένα ξεχωριστό σύστημα ιδεών το οποίο στην συνέχεια κατευθύνει την πρακτική της στο νοσοκομείο, αλλά αντιθέτως «δανείζεται» από την ιατρική ένα μέρος της γνώσης που αυτή έχει σχηματίσει. Άρα δεν προάγει ένα δικό της ξεχωριστό σώμα γνώσης αλλά αναπαράγει ελλειπτικά (δηλαδή μόνο ένα μέρος της γνώσης αυτής), τη γνώση της επιστημονικής ιατρικής. Στην συνέχεια η εξάρτηση αυτή στο επίπεδο της γνώσης αναπαράγεται και στα άλλα δύο χαρακτηριστικά τα οποία διαμορφώνουν το επάγγελμα. Στο δεύτερο χαρακτηριστικό, το οποίο αναφέρεται στην αυτονομία απέναντι στο χώρο

⁴⁰⁹ Η διάθεση της αλλαγής της εξουσιαστικής σχέσης στο επίπεδο του λόγου εκφράζεται με την αλλαγή της προσφώνησης από «αδελφή» σε «νοσηλεύτρια». Το «αδελφή» προσβάλλει, γιατί θεωρούν ότι τις υποβαθμίζει, τις προσβάλλει μιας και προσφωνούνταν έτσι πριν «επαγγελματοποιηθούν».

και το αντικείμενο εργασίας, ισχύει η ίδια εξάρτηση από την ιατρική. Μέσα στο νοσοκομείο οι εντολές στις νοσηλεύτριες δίνονται από τους γιατρούς, οι οποίοι προσδιορίζουν το πως θα γίνει η κάθε ενέργεια, μιας και θεωρητικά ξέρουν καλύτερα. Και στην συνέχεια η εξάρτηση της νοσηλευτικής από την ιατρική αναπαραγάγετε και στο τρίτο χαρακτηριστικό, το οποίο αναφέρεται στην αυτονομία της οργάνωσης, του προσδιορισμού και της ανάπτυξης - εξέλιξης της εργασίας της. Οι νοσηλεύτριες δεν έχουν το δικαίωμα, την ελευθερία για ανάπτυξη του επαγγέλματος μιας και οι ίδιοι οι γιατροί ελέγχουν την οργάνωση του επαγγέλματος της νοσηλευτικής.

Έτσι, η νοσηλευτική δεν διαμορφώνεται ως επάγγελμα αλλά ως ημί - επάγγελμα (Semi - professions)⁴¹⁰. Ως ημι - επαγγέλματα ο Etzioni θεωρεί την νοσηλευτική, την διδασκαλία και την κοινωνική εργασία. Αυτά τα τρία επαγγέλματα έχουν τρία κοινά χαρακτηριστικά, είναι κυρίως γυναικεία, τα μέλη τους εργάζονται σε μεγάλες γραφειοκρατικές οργανώσεις και έχουν χαμηλό μισθό. Οι ενασχολήσεις λοιπόν οι οποίες δεν κατάφεραν να αποκτήσουν αυτονομία στο χώρο εργασίας και να γίνουν κυρίαρχα χαρακτηρίζονται ως ημι - επαγγέλματα, και ένα από αυτά είναι και η νοσηλευτική. Αυτή αναπτύσσεται ως βοηθητική εργασία της ιατρικής. Ως ένα πάρεργο το οποίο βρίσκεται δίπλα στην κυρίαρχη ιατρική και απλώς αποτελεί μια βοηθητική της εργασία. Επομένως, η νοσηλευτική έχει οργανωθεί πάνω σε αυτή την λογική όπου υπάρχει για να συμπληρώνει το έργο της ιατρικής. Η κίνηση λοιπόν της Nightingale να εντάξει την νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο, ενώ της έδινε μια θεσμική μορφή ύπαρξης, ταυτόχρονα την υπότασε στην εξουσία του γιατρού, καταστρέφοντας οποιαδήποτε πιθανότητα υπήρχε για αυτόνομη ανάπτυξη της νοσηλευτικής.

Η Nightingaleαρνήθηκε να επιτρέψει σε καμία από τις νοσηλεύτριες να αναλάβουν να προσφέρουν κάποια υπηρεσία με δική τους πρωτοβουλία. Οι υπηρεσίες των νοσηλευτριών έπρεπε να δοθούν μόνο όταν τους ζητηθεί από τους γιατρούς. Καμία νοσοκόμα δεν μπορούσε να δώσει φαγητό σε κάποιον ασθενή χωρίς τις γραπτές οδηγίες του γιατρού. Καμία νοσηλεύτρια δεν μπορούσε να ανακουφίσει ή να καθαρίσει έναν ασθενή χωρίς τις οδηγίες του γιατρού.Έτσι η Nightingale απαιτούσε αυτό που η νοσηλεύτρια έκανε για τον ασθενή να ήταν μια λειτουργία αυτού που ο γιατρός ένοιωθε πως έπρεπε α γίνει για την φροντίδα του ασθενή. Η νοσηλευτική έχει ορισθεί λοιπόν ως υποδεέστερο τμήμα του τεχνικού καταμερισμού της εργασίας στο πλαίσιο της ιατρικής⁴¹¹.

Από την εγκαθίδρυση της νοσηλευτικής στο μοντέλο της Nightingale αυτός ο προσδιορισμός του κεντρικού καθήκοντος ως υποδεέστερο στον γιατρό, στα πλαίσια μιας αλυσίδας εντολών έχει γίνει η βάση της επαγγελματικής

⁴¹⁰ Etzioni A. (1969), *The SemiProfessions and their Organization*, Free Press

⁴¹¹ Freidson E. 1977), *The Profession of Medicine*, Chicago, σελ. 61.

αυτονομίας.⁴¹²

Στόχος είναι η θεραπεία του ασθενή και οι νοσηλεύτριες πρέπει να βοηθούν τους γιατρούς σε αυτό. Εφόσον κατέχουν μέσα στο πλαίσιο της ίδιας διαδικασίας (θεραπεία του ασθενή) ένα μικρότερο ποσοστό από τους γιατρούς, της ιατρικής γνώσης, όπως αυτή μεταβιβάζεται από τις σχολές νοσηλευτικής, υποτάσσονται στους γιατρούς, οι οποίοι τις εξουσιάζουν και τις χρησιμοποιούν ως υπηρέτριες.⁴¹³

Συμπερασματικά οι γιατροί συμπεριφέρονται εξουσιαστικά απέναντι στις νοσηλεύτριες. Και αυτή η συμπεριφορά είναι δικαιολογημένη μιας και οι γιατροί αντιμετωπίζουν τις νοσηλεύτριες ως κατηγορία η οποία κατέχει ένα μόνο τμήμα της γνώσης την οποία αυτοί κατέχουν. Η εξουσιαστική σχέση λοιπόν εξαρτάται από το ποσοστό γνώσης το οποίο κατέχει η νοσηλευτική. Αυτή η κατάσταση ανισότητας είναι το αποτέλεσμα της έκφρασης της έννοιας του «ιατροκεντρισμού» την οποία έχουμε ήδη αναφέρει. Η παροχή υπηρεσιών υγείας ασκείται αποκλειστικά από τους γιατρούς οι οποίοι ταυτίζονται με την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Η ιατρική και η υγεία γίνονται ταυτόσημες έννοιες. Στο πλαίσιο αυτού του ιατροκεντρισμού οι γιατροί αναθέτουν το έργο που είναι «υποβαθμισμένο» (πρακτική), και απαιτεί λιγότερες ειδικές γνώσεις, στις νοσηλεύτριες και τα άλλα παραϊατρικά επαγγέλματα (φυσιοθεραπευτές, ακτινολόγοι). Αυτά τα επαγγέλματα μαζί με τις νοσηλεύτριες εκτελούν έτσι συμπληρωματικά βοηθητικό έργο για το γιατρό. Άρα οι νοσηλεύτριες εξαρτώνται από τον γιατρό, ο οποίος παρουσιάζεται ως αυτός ο οποίος παρέχει υγεία.

Η μέχρι τώρα ανάλυση είναι ερμηνευτική της κατάστασης η οποία ισχύει στο νοσοκομείο μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτριών. Σειρά έχει να εξηγήσουμε

⁴¹² Krause E. (1977), *Power and Illness : The Political Sociology of Health and Medical Care*, Elsevier, σελ. 49.

⁴¹³ Στο πλαίσιο της συμμετοχικής παρατήρησης την οποία διεξήγαμε αυτή ήταν και η πιο συχνή απάντηση των νοσηλευτριών όταν τους ρωτούσαμε για τις σχέσεις τους με τους γιατρούς. «Μας φέρονται σαν υπηρέτριες». Πιο συγκεκριμένα σε έρευνα η οποία διεξήχθη στην Αγγλία, Mihill C. (1991), *Guardian*, March 11, στο Joseph M. (1994), *Sociology for Nursing and Health Care*, Polity, σελ. 46-47, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γιατροί δεν σέβονται τις νοσηλεύτριες. Σχεδόν οι μισές από τις νοσηλεύτριες οι οποίες εργάζονται στην Αγγλία είναι δυσαρεστημένες από την σχέση τους με τους γιατρούς, οι οποίοι τους συμπεριφέρονται ακόμα σαν υπηρέτες παρά σαν συναδέλφους. Παρά τις αλλαγές στην εκπαίδευση των νοσηλευτριών η οποία γίνεται πλέον από πανεπιστήμια, και την έμφαση η οποία δίνεται στην επαγγελματικοποίηση της νοσηλευτικής στον δικό τους χώρο εργασίας, η στάση των γιατρών απέναντί τους δεν έχει αλλάξει. Η έρευνα αποτελούνταν από 630 νοσηλεύτριες, το 47% των οποίων απάντησαν ότι δεν είναι ικανοποιημένες με την επαγγελματική τους σχέση με τους γιατρούς. Σχεδόν το 1/3 του δείγματος εκφράσανε την άποψη ότι η σχέση τους με τους γιατρούς ήταν εξουσιαστική. Επίσης το 70% θεώρησε ότι οι γιατροί δεν καταλαβαίνουν την νοσηλευτική εργασία. Αυτό που προκαλούσε την μεγαλύτερη δυσκολία στις σχέσεις τους με τους γιατρούς είναι ότι δεν τις ενημέρωναν και δεν λάμβαναν υπόψη την άποψή τους.

αυτήν την κατάσταση, η οποία προκαλεί ένα καθεστώς υποβόσκουσας σύγκρουσης μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτριών. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει ο συνδυετικός κρίκος, η βαθύτερη λογική πάνω στην οποία γεννήθηκε η επιστημονική ιατρική γνώση και εν συνέχεια η ιατρική πρακτική, ήταν η ιδεολογία της θεραπείας. Ο στόχος λοιπόν ήταν η θεραπεία του ασθενή και πάνω σε αυτή τη βάση οργανώθηκε όλη η ιατρική.

Στην περίπτωση της νοσηλευτικής έχουμε την αναπαραγωγή σε επίπεδο πρακτικής της ίδιας λογικής, της ίδιας ιδεολογίας. Εφόσον η νοσηλευτική αναπαράγει την γνώση της επιστημονικής ιατρικής αναπαράγει και την ιδεολογία πάνω στην οποία η γνώση αυτή γεννήθηκε. Αναπαράγει λοιπόν την ιδεολογία της θεραπείας. Η βασική μας θέση όμως είναι ότι η νοσηλευτική έχει τις ρίζες τις σε μια τελείως διαφορετική ιδεολογία, αυτή της φροντίδας. Αυτή η διαφοροποίηση εκφράζεται και μέσα από τις διατάξεις του Κανονισμού Καθηκόντων ο οποίος ρυθμίζει τις σχέσεις των γιατρών με τις νοσηλεύτριες (Φ.Ε.Κ. 175/5-4-68). Τα άρθρα αυτά καθορίζουν ότι στόχος του γιατρού είναι η θεραπεία του ασθενή ενώ η νοσηλεύτρια

..... ευθύνεται δια την καλλίτεραν δυνατήν νοσηλείαν και φροντίδα των ασθενών της, την ακριβή εκτέλεσιν των ιατρικών οδηγιών σχετικώς με την νοσηλείαν και την διατροφήν αυτών, την ατομική καθαριότητα και την τόνωσιν του ηθικού των⁴¹⁴

Δηλαδή, η νοσηλευτική από την στιγμή της εμφάνισής της έχει ως αντικείμενο της όχι την θεραπεία του ασθενή, αλλά την φροντίδα του σε καθημερινή βάση. Το ιατρικό μοντέλο βλέπει τον ασθενή ως ένα σύνολο οργάνων και αρτηριών (ανατομία). Στόχος της ιατρικής είναι η επέμβαση στο εσωτερικό του σώματος του ασθενή προκειμένου αυτό να επανέλθει στην φυσιολογική κατάσταση λειτουργίας. Η ιατρική διάγνωση θεωρείται ως η παθολογική κατάσταση ενός ατόμου στην ανατομική του δομή και μέσα σε αυτά τα πλαίσια η παθολογική λειτουργία των οργάνων μπορεί να διορθωθεί με χειρουργική επέμβαση, ή με χορήγηση φαρμάκων. Στόχος λοιπόν τίθεται η θεραπεία, η αποκατάσταση στην εύρυθμη λειτουργία κάτι το οποίο προσδιορίζεται από την ιδεολογία της Θεραπείας.

Από την άλλη, η νοσηλεία βλέπει τον ασθενή, και ιδιαίτερα το σώμα του (μιας και οι δύο οπτικές στηρίζονται στην αντικειμενικοποίηση του ασθενή η οποία προκύπτει από την απλή σωματική του αντιμετώπιση) εξωτερικά, ως άτομο το οποίο

έχει καθημερινές ανάγκες και κάθε στιγμή χρειάζεται κάποιον για να το φροντίζει. Η νοσηλευτική διάγνωση εστιάζει στα συμπτώματα μιας ασθένειας και το πώς αυτά μπορούν να χειρισθούν σε μια βάση λεπτό προς λεπτό, μέρα προς μέρα. Στόχος είναι η συντήρηση του ασθενή στη ζωή, η ευκολία της διαβίωσης και όχι η θεραπεία του. Η νοσηλευτική επέμβαση βασίζεται στην αναγνώριση ότι ο κάθε ασθενής αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση.

Οι ασθενείς έχουν τις δικές τους ανάγκες, και αυτό δεν πρέπει ποτέ να ξεχνιέται.⁴¹⁵

Η νοσηλευτική επέμβαση αποτελεί ένα μέσο για την επίτευξη στόχων οι οποίοι βασίζονται στις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η νοσηλευτική ενθαρρύνει την συστηματική διεκπεραίωση αυτών των αναγκών, καθώς και τον προσεκτικό σχεδιασμό και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας όπως αυτή προσφέρεται.

Συνεπώς στην νοσηλευτική διαδικασία ο ασθενής πρέπει να είναι στο κέντρο των γεγονότων παρά να βρίσκεται σε μια γραμμή παραγωγής. Αυτό μπορεί να ενθαρρύνει την νοσηλεύτρια να είναι πιο ευαίσθητη στις ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενή.⁴¹⁶

Άρα λοιπόν, η νοσηλευτική χαρακτηρίζεται όχι από μια ιδεολογία θεραπείας αλλά από μια ιδεολογία φροντίδας.⁴¹⁷ Σύμφωνα λοιπόν με τον Salvage, η νοσηλευτική θα έπρεπε να τονίσει ως ιδιαίτερο στοιχείο της την φροντίδα και να πάψει να παίζει τον ρόλο μιας απλής επέκτασης του ιατρικού θεραπευτικού ρόλου.⁴¹⁸ Για να καταλάβουμε καλύτερα την διαφορά των δύο ιδεολογιών θα παρουσιάσουμε την ιατρική και την νοσηλευτική διάγνωση ενός ασθενή σε διαβητικό κόμμα⁴¹⁹.

Ιατρική και Νοσηλευτική Διάγνωση.

	Φυσιολογικά κριτήρια	Μη φυσιολογικά κριτήρια	Διάγνωση	Ενδεδειγμένη δράση
--	----------------------	-------------------------	----------	--------------------

⁴¹⁴Μαντοκαλάκης Μ. (1978), *Εισαγωγή στην Κλινική Ιατρική*, Λίτσας, σελ. 362.

⁴¹⁵Salvage J. (1985), *The Politics of Nursing*, Heinemann Medical Books, σελ. 173.

⁴¹⁶Joseph M. (1994), *Sociology for Nursing and Health Care*, Polity, σελ. 13.

⁴¹⁷Οι δύο αυτές ιδεολογίες δεν μπορούν να υπάρξουν ως καθαροί τύποι μιας και υπάρχει ένα ποσοστό φροντίδας στην ιατρική και ένα ποσοστό θεραπείας στην νοσηλευτική. Απλώς το στοιχείο το οποίο διακρίνει την κάθε δραστηριότητα θεωρούμε πώς προσδιορίζει την ιδεολογία της.

⁴¹⁸Salvage J. (1985), *The Politics of Nursing*, Heinemann Medical Books, επίσης βλέπε και Dalley G. (1988), *Ideologies of Caring*, Macmillan.

⁴¹⁹ Από το ίδιο.

<p>Ιατρική</p>	<p>Πανκρεατική δομή και φυσιολογική λειτουργία</p>	<p>Χειροτέρευση των Κυττάρων Beta του Langerman και ανικανότητα να παράγουν ινσουλίνη και να κάνουν μεταβολισμό των carbohydrate με συνέπεια την acidosis</p>	<p>Διαβητικό Κώμα</p>	<p>Χορήγηση Ινσουλίνης</p>
<p>Νοσηλεία</p>	<p>Ισορροπία σε ξύπνιο κοιμισμένο πλαίσιο</p>	<p>Διαταραχή σε ξύπνιο - κοιμισμένο πλαίσιο, ανικανότητα να κοιμηθεί</p>	<p>Διαταραγμένη κατάσταση συνείδησης</p>	<p>Βοήθεια στον ασθενή να αναπνεύσει να φάει κλπ.</p>

Το παράδειγμα αυτό μας δείχνει την διαφοροποίηση στις δύο αυτές ιδεολογίες. Το πρόβλημα λοιπόν δεν είναι ότι οι νοσηλεύτριες εκπαιδεύονται σε τεχνολογικά ιδρύματα και όχι σε πανεπιστήμια, όπως έχει τονισθεί σχετικά με την επαγγελματοποίηση της νοσηλευτικής. Στην βιβλιογραφία έχει τεθεί ως λόγος για την εξουσιαστική κατάσταση των νοσηλευτριών η παροχή των διπλωμάτων τους από υποβαθμισμένα, σε σχέση με την ιατρική, ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.). Κατά την γνώμη μας όμως δεν έγκειται εκεί το πρόβλημα, στο ότι δηλαδή στις νοσηλεύτριες παρέχεται εκπαίδευση για μικρότερο χρόνο (τρία αντί για πέντε χρόνια που είναι στην ιατρική), από υποβαθμισμένα ιδρύματα, ή το ότι τους παρέχονται λιγότερες γνώσεις ιατρικής. Η εξουσιαστική τους θέση δεν θα αλλάξει αν γίνουν όλα αυτά, τα οποία σαφώς και αποτελούν προϋποθέσεις για την άνοδο του επαγγέλματος. Από μόνα τους όμως αυτά τα μέτρα δεν προσφέρουν την αλλαγή της εξουσιαστικής σχέσης. Έτσι για παράδειγμα συχνό παράπονο από πολλές νοσηλεύτριες αποτελεί το ότι αν και κάποιες από αυτές έχουν τελειώσει πανεπιστήμιο, αντί για Τ.Ε.Ι., οι γιατροί τις αντιμετωπίζουν όπως όλες τις άλλες νοσηλεύτριες, ως υπηρέτριες δηλαδή. Άρα το θέμα δεν τίθεται απλώς στην γνώση αλλά :

Δεν φαίνεται να είναι το ακριβές περιεχόμενο της εκπαίδευσης το οποίο εξηγεί τις διαφορές (αλλά) οι πιθανότητες για λειτουργική αυτονομία και η σχέση της εργασίας της ενασχόλησης με αυτή του κυρίαρχου επαγγέλματος που έχει σημασία. Και η διαδικασία η οποία προσδιορίζει το αποτέλεσμα είναι ουσιαστικά πολιτική και κοινωνική παρά τεχνική στον χαρακτήρα - μια διαδικασία στην οποία η εξουσία και η πειστική ρητορική είναι μεγαλύτερης σημασίας παρά ο αντικειμενικός χαρακτήρας της γνώσης, εκπαίδευσης

και εργασίας.⁴²⁰

Η σχέση της νοσηλευτικής με το κυρίαρχο επάγγελμα της ιατρικής είναι αυτό που έχει σημασία και αυτό γιατί το κυρίαρχο επάγγελμα της ιατρικής κατάφερε και ένταξε μέσα στην δική του λογική, μέσα στην δική του ιδεολογία την ενασχόληση της νοσηλευτικής. Εντάσσοντας η Nightingale τις νοσηλεύτριες στο νοσοκομείο τους έδωσε υπόσταση στο χώρο αυτό, αλλά ταυτόχρονα τις ένταξε για πάντα στην εξουσία των γιατρών. Εντασσόμενες δηλαδή αυτές στο νοσοκομείο νομιμοποίησαν την εξουσία των γιατρών πάνω τους.

Συνεπώς η λύση δεν είναι απλώς περισσότερη ή πανεπιστημιακή μόρφωση αλλά αλλαγή του περιεχομένου της μόρφωσης αυτής. Διαμόρφωση δηλαδή και στήριξη της ιδεολογίας της φροντίδας και διαμόρφωση παιδείας η οποία στηρίζεται και στηρίζει την ιδεολογία αυτή⁴²¹.

Το στοιχείο της κατανομής της νοσηλευτικής κλινικής γνώσης για τον ασθενή αποτελεί βασικό παράγοντα της κατανόησης του τρόπου με τον οποίο η νοσηλεύτρια βλέπει τον ασθενή. ...οι νοσηλεύτριες «γνωρίζουν» τον ασθενή ως μια βιολογική οντότητα στο πλαίσιο της σχέσης τους με την εξουσιαστική ομάδα των γιατρών, η οποία προσδιορίζει το τι είναι το σώμα καθώς και την εξέλιξή του. Η έκταση στην οποία η πληροφορία μεταβιβάζεται στις νοσηλεύτριες προσδιορίζει όχι μόνο τους τρόπους μέσω των οποίων η νοσηλευτική εργασία θα ασκηθεί στο σώμα, αλλά επίσης και την πιθανότητα σύγκρουσης στη σχέση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.⁴²²

Από την στιγμή της γέννησης της επιστημονικής ιατρικής δημιουργήθηκε η ανάγκη για την κατασκευή ενός καινούργιου τύπου εργαζομένου. Εφόσον η πρακτική της ιατρικής γνωρίζει ραγδαία εξέλιξη κατά τον 19ο αιώνα με την αύξηση του αριθμού των γιατρών και των κρεβατιών και η ιατρική εξειδίκευση συνεχώς αναπτύσσεται δημιουργώντας την ανάγκη για έναν καινούργιο τύπο εργαζομένου στην θεραπευτική διαδικασία. Έναν εργαζόμενο ο οποίος θα κατείχε ένα ποσοστό των ευθυνών, ένας βοηθός δηλαδή ο οποίος θα έπαιρνε εντολές από τον γιατρό. Το νοσηλευτικό κίνημα από την γέννησή του, αναπαράγοντας κοινωνικές σχέσεις ανισότητας μεταξύ των δύο φύλων χειραγωγήθηκε από την ιατρική.

⁴²⁰Freidson E. (1970), *The Profession of Medicine*, Dodd, Mead and Co.

⁴²¹ Βέβαια δεν θα αναφερθούμε παραπέρα σε αυτήν την διαδικασία γιατί κάτι τέτοιο είναι πέρα από το ενδιαφέρον της εργασίας αυτής.

⁴²² May K. (1992), *Nursing Work, Nurses Knowledge and the Subjectification of the Patient*, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 14, N. 4 : σελ. 477.

Ως αντίδραση σε αυτήν την εξουσιαστική σχέση οι νοσηλεύτριες προσπαθούν να αλλάξουν αυτήν την κατάσταση. Προσπαθούν να ξεφύγουν από αυτόν τον ιατρικό εναγκαλισμό και απαιτούν την επαγγελματοποίηση. Έχουν διαφορετική ιδεολογία και προσπαθούν πάνω σε αυτή να στηρίξουν ένα σύστημα γνώσης το οποίο να τους προσφέρει την αυτονομία στο συγκεκριμένο αντικείμενο εργασίας, προκειμένου να επαγγελματοποιηθούν μέσα στο πλαίσιο μιας αναπτυσσόμενης διαδικασίας εξειδίκευσης στον καταμερισμό εργασίας, η οποία χαρακτηρίζει όλα τα επαγγέλματα. Πάνω στην ίδια λογική, η ιατρική προάγοντας μία ιδεολογία θεραπείας, ανέπτυξε ένα δικό της σώμα γνώσης και κατάφερε να επαγγελματοποιηθεί. Στην περίπτωση όμως της νοσηλευτικής επεμβαίνει η ιατρική και προσδιορίζει το περιεχόμενο της γνώσης της νοσηλευτικής. Η νοσηλευτική δεν αναπτύσσει ελεύθερα ένα δικό της σύστημα γνώσης αλλά αναπαράγει ελλειπτικά την επιστημονική ιατρική γνώση. Παράλληλα συνεχίζεται και η παροχή γνώσεων για την φροντίδα του ασθενή, αλλά μέσα στο πλαίσιο του συστήματος ιδεών της επιστημονικής ιατρικής, η οποία κυριαρχεί. Σημαντικό βήμα για την επαγγελματοποίηση των νοσηλευτριών και την συνακόλουθη αυτονόμησή τους αποτελεί η διαδικασία της πολιτικοποίησης. Σύμφωνα με τον Clay⁴²³ το πρόβλημα έγκειται στο ότι η νοσηλευτική ως επάγγελμα δεν έχει πολιτικοποιηθεί. Δεν έχει δηλαδή οργανωθεί σε ομάδα ομοίων οι οποίοι ενωμένοι μπορούν αποκτώντας δύναμη να ζητήσουν την αλλαγή της εξουσιαστικής σχέσης. Έχουν δηλαδή αφοσιωθεί στην απλή άσκηση των καθηκόντων τους μέσα στο νοσοκομείο και απορρίπτουν κάθε μορφή ενεργής συμμετοχής σε συνδικαλιστικά σχήματα. Μέσα σε αυτή τη λογική η ιατρική κυριαρχεί πάνω στην νοσηλευτική, διότι ως σύλλογος (ιατρικός σύλλογος) είναι πιο συμπαγής απέναντι στο αντίστοιχο όργανο των νοσηλευτριών, επιβάλλοντας έτσι την άποψή τους. Συνεπώς για οποιαδήποτε αλλαγή στην εξουσιαστική σχέση γιατρού - νοσηλεύτριας, οι νοσηλεύτριες πρέπει να προάγουν την ιδεολογία της Φροντίδας, μέσα από μια συμπαγή επαγγελματική οργάνωση (πολιτικοποίηση σχέσης).

Βλέπουμε λοιπόν πώς μια εξουσιαστική σχέση η οποία γεννήθηκε ως αντανάκλαση των κοινωνικών σχέσεων ανισότητας των δύο φύλων, παγιώνεται μέσω της επέμβασης της επιστημονικής ιατρικής γνώσης. Δηλαδή, ο δομικός εξουσιαστικός χαρακτήρας της επιστημονικής ιατρικής επεμβαίνει διαμορφώνοντας την σχέση για-

⁴²³Clay T. (1987), *Nurses : Power and Politics*, Heinemann.

τρός - νοσηλεύτρια. Ενώ στην σχέση γιατρός - ασθενής, ο ασθενής εξουσιάζεται γιατί δεν κατέχει γνώση απέναντι στον «ειδικό», στην σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια, η δεύτερη εξουσιάζεται διότι κατέχει ένα μικρό ποσοστό γνώσης απέναντι στον παντογνώστη γιατρό, ο οποίος αναλαμβάνει την λήψη των αποφάσεων.

Συμπερασματικά βλέπουμε, πως η σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια είναι μια εξουσιαστική σχέση, η οποία αποτελεί αρχικά προϊόν ευρύτερων εξουσιαστικών κοινωνικών σχέσεων. Στην συνέχεια η επιστημονική ιατρική επεμβαίνει παγιώνοντας αυτή τη σχέση και δίνοντας της ένα μόνιμο χαρακτήρα. Για το λόγο αυτό και στις μέρες μας ενώ οι σχέσεις των δύο φύλων, όσον αφορά τον χώρο των υπηρεσιών υγείας, αμβλύνονται (υπάρχουν και άνδρες νοσηλευτές σε ποσοστό που αυξάνει, καθώς και πολλές γυναίκες γιατροί) οι εξουσιαστικές σχέσεις γιατρού - νοσηλεύτριας συνεχώς οξύνονται ως προϊόν της ανάπτυξης της ιατρικής γνώσης⁴²⁴ διότι έτσι αυξάνει το μεταξύ τους κενό. Οι γιατροί αποκτούν όλο και περισσότερη γνώση, ενώ η αύξηση της παροχής της ιατρικής γνώσης στις νοσηλεύτριες είναι πολύ μικρή. Οι νοσηλεύτριες αλλοτριώνονται από το ίδιο τους το επάγγελμα και ενώ πιστεύουν πως εξυπηρετούν την ιδεολογία της Φροντίδας (κάτι που φαίνεται από την απλή παρατήρηση), στην ουσία εξυπηρετούν την ιδεολογία της Θεραπείας. Έτσι, εντάσσονται στην θεραπευτική διαδικασία, όχι ως διαφορετικό επάγγελμα, αλλά ως η κατώτερη στάθμη του ιατρικού επαγγέλματος. Ενώ στην πράξη ασκούν φροντίδα, η παιδεία η οποία τους παρέχεται είναι τέτοια ώστε εντάσσει την ιδεολογία της φροντίδας στην ιδεολογία της θεραπείας. Οι ενέργειες τους νοηματοδοτούνται μόνο μέσω της σύνδεσης τους με την ιατρική γνώση και ιδεολογία.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΣΗ - ΓΙΑΤΡΟΙ

Στο τμήμα αυτό θα ασχοληθούμε με το τρίτο επίπεδο ανάλυσης της μορφής οργάνωσης του νοσοκομείου. Στο τρίτο αυτό επίπεδο εκφράζεται και ασκείται η εξουσιαστική διάσταση της ιατρικής γνώσης πάνω στα ίδια τα υποκείμενα (γιατροί) τα οποία ασκούν την γνώση στην καθημερινή ιατρική πράξη. Αντικείμενό μας θα αποτελέσει η επιστημονική ιατρική γνώση ως ξεχωριστό σύστημα ιδεών, απαλλαγμένη από την καθημερινή πράξη (θεραπεία). Θα ασχοληθούμε με την ιδεολογική διάσταση

⁴²⁴Για το πώς η ιατρική γνώση ασκεί εξουσία βλέπε στο επόμενο κεφάλαιο.

της επιστημονικής ιατρικής, το πώς δηλαδή λειτουργεί και αναπαράγεται. Όπως θα γίνει αντιληπτό δεν υιοθετούμε μια ιδεαλιστική προσέγγιση, όπου οι ιδέες ως αφηρημένη έννοια ασκούν εξουσία στα άτομα. Αντιθέτως, θα εξετάσουμε τις κοινωνικές διαδικασίες διαμέσου των οποίων οι ιδέες αυτές εκφράζονται και ασκούν εξουσία στους ίδιους τους φορείς της ιατρικής πρακτικής γνώσης.

Αρχικά θα αναφέρουμε τα γενικά χαρακτηριστικά της επιστημονικής ιατρικής γνώσης και μέσω της παρουσίασης αυτών των χαρακτηριστικών θα δούμε πως η επιστημονική ιατρική διαφοροποιείται από άλλες μορφές ιατρικής γνώσης (π.χ. φυλετικές κοινωνίες).

Θα ξεκινήσουμε αναφερόμενοι στις φυλετικές κοινωνίες. Σε αυτές τις κοινωνίες ίσχυε η διάκριση μεταξύ ζεστών και κρύων ασθενειών, ο πυρετός π.χ. είχε δημιουργηθεί από την εισαγωγή κάποιου ζεστού στοιχείου στον οργανισμό (από τις ακτίνες του ηλίου, ύστερα από εκτεθειμένη παρουσία του ατόμου στον ήλιο). Η θεραπεία ήταν η χορήγηση κρύων στοιχείων, όπως κρύο νερό, ή κομπρέσες βουτηγμένες σε νερό. Σε αυτές τις κοινωνίες η γνώση του ιατρικού συστήματος ήταν κοινωνική γνώση. Μια μορφή κοινής γνώσης, η οποία ήταν γνωστή στον καθένα. Όλοι ήξεραν το τι φταίει για την ασθένεια, καθώς και το τι έπρεπε να γίνει για την θεραπεία. Π.χ. αυτός που αρρώστησε ήξερε ότι το κρύο είχε εισαχθεί στο σώμα του από το γυμνό του πόδι και αυτό που χρειαζόταν ήταν το αντίθετο του κρύου, δηλαδή κάποια «φάρμακα⁴²⁵» τα οποία χαρακτηρίζονταν από την ιδιότητα του ζεστού.

Επίσης στην περίπτωση της μαγείας η ασθένεια οφειλόταν στην συνέργια κάποιου «κακού» πνεύματος στο οποίο αποδιδόταν η κακοτυχία του ασθενή. Όλη η κοινωνία αποφάσιζε ότι υπεύθυνο ήταν το «κακό» πνεύμα (συλλογική γνώση για την αιτία της ασθένειας), και έπειτα ανέθετε στον μάγο - γιατρό, ως ιδιαίτερα προικισμένο άτομο, την θεραπεία του ασθενή. Ο μάγος - γιατρός «έπαιζε» ένα κοινωνικό παιχνίδι, του ζητούσαν να προσποιηθεί. Η ίδια η κοινωνία είχε διαμορφώσει έναν κοινωνικό ρόλο (αυτό του μάγου), προσδιόριζε τις ενέργειες του και στην συνέχεια τον έλεγχε⁴²⁶. Κάθε κίνησή του ήταν προκατασκευασμένη και αποτελούσε το μέρος

⁴²⁵ Για την λειτουργία και την σημασία των φαρμάκων στην ιατρική βλέπε, Sjaak Van Der Geest, Whyte S. (1998) *Medicines in Context : An Introduction*, στο Sjaak Van Der Geest, Whyte S. (1988), *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Kluwer Academic Publ.

⁴²⁶ Βλέπε Mauss M. *Σχεδίασμα μιας Γενικής Θεωρίας για την Μαγεία*, Praxis.

μιας κοινωνικής τελετουργίας. Η γνώση του μάγου - γιατρού για την ασθένεια ήταν κοινωνική, κοινή για όλα τα μέλη της κοινωνίας.

Ως τελευταίο παράδειγμα θα αναφέρουμε την παραδοσιακή, λαϊκή ιατρική την οποία συναντάμε ακόμα και στις μέρες μας στα ελληνικά χωριά. Στην περίπτωση αυτή η γνώση της ασθένειας και της θεραπείας αποτελεί μέρος της πολιτισμικής παράδοσης η οποία μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά. Οι νεότεροι μαθαίνουν από τους παλαιότερους την αιτία της ασθένειας, καθώς και τον τρόπο θεραπείας. Το συχνότερο μέσο θεραπείας είναι τα διάφορα βότανα και φυτά, (χαμομήλι, φασκόμηλο), διάφορες τεχνικές (μασάζ, κομπρέσες), καθώς και διάφοροι άλλοι τρόποι δράσης (ξεμέτιασμα, φυσική μαγεία).⁴²⁷ Σε αυτές τις κοινωνίες η γνώση για την ασθένεια και την θεραπεία της είναι κοινωνική και ασκείται από το σύνολο της κοινωνίας. Σε περίπτωση που κάποιος δεν γνωρίζει κάτι, κάποιιο βότανο, ρωτάει τον γείτονά του ή κάποιον ο οποίος είναι περισσότερο έμπειρος λόγω της αντιμετώπισης προηγούμενου παρόμοιου προβλήματος, και ασκεί την θεραπεία. Δεν υπάρχει σταθερότητα μεταξύ των ρόλων του θεραπευτή και του θεραπευμένου, μιας και οι ρόλοι εναλλάσσονται και αυτός ο οποίος τώρα θεραπεύει τον άλλον, σε κάποια άλλη στιγμή δέχεται την θεραπεία του τελευταίου.

Σε όλες αυτές τις μορφές ιατρικής βλέπουμε πως τα συστήματα ιδεών, τα συστήματα γνώσης τα οποία τις χαρακτηρίζουν εκφράζουν ένα «ανοικτό» τρόπο δόμησης. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτών των ιατρικών συστημάτων ιδεών είναι ότι μπορούν εύκολα να υιοθετήσουν απόψεις από άλλα συστήματα. Έτσι, στις κοινωνίες όπου εισήχθη ως εναλλακτικός τρόπος θεραπείας η επιστημονική ιατρική, τα ιατρικά αυτά συστήματα υιοθέτησαν πρακτικές της επιστημονικής ιατρικής, οι οποίες αποδείχθηκαν πιο αποτελεσματικές από τις δικές τους. Αυτό είναι και το χαρακτηριστικό αυτών των «ανοικτών» συστημάτων, το ότι δηλαδή μπορούν να αφομοιώνουν επιδράσεις από άλλα ιατρικά συστήματα χωρίς να αλλάξει ριζικά η μορφή τους. Οι έννοιες δηλαδή για την υγεία και την ασθένεια και η ανάλογη ιατρική πρακτική δεν έχουν περιορισμένα, σαφώς οροθετημένα όρια. Τα συστήματα αυτά είναι τόσο ευέλικτα ώστε δέχονται επιδράσεις από το επιστημονικό σύστημα.

⁴²⁷ Για μια κοινωνική παρουσίαση της εξέλιξης της μαγείας, καθώς και για την διάκριση μεταξύ Φυσικής και Δαιμονικής μαγείας η οποία διάκριση είναι προϊόν της μονοπώλησης της γνώσης από τις

Έτσι το νέο, το επιστημονικό, συγχωνεύεται με το λογικό τύπο του υπάρχοντος συστήματος και ενεργεί όπως τα άλλα.⁴²⁸

Σε αυτά τα «ανοικτά» ιατρικά συστήματα ιδεών :

..... δεν μπορεί το επιστημονικό να καταστρέψει μια ολόκληρη ιδεολογία για την υγεία και την ασθένεια, γιατί η ιδεολογία αυτή έχει προέλθει από τη συσσωρευμένη εμπειρία της κοινότητας σχετικά με τη ζωή και από την κοινωνική δομή της ομάδας.⁴²⁹

Σειρά έχει να δούμε τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης ιατρικής γνώσης. Η γνώση αυτή αποτελεί μέρος αυτού που ονομάζουμε επιστημονική γνώση. Διαμορφώθηκε ως «υψηλή γνώση» ύστερα από μια διαδικασία αφαίρεσης. Συστηματοποιήθηκε ως τυποποιημένη γνώση μέσα στο πλαίσιο μιας προσπάθειας να δοθεί συστηματική, ορθολογική εξήγηση των γεγονότων τα οποία αποτελούν τον κόσμο. Το κύριο χαρακτηριστικό της επιστημονικής γνώσης, το οποίο την διαφοροποιεί από την λαϊκή, κοινωνική γνώση είναι η τυποποίησή της. Η επιστημονική ιατρική διαφοροποιείται από τις προηγούμενες μορφές γνώσης οι οποίες χαρακτήριζαν άλλες μορφές ιατρικής, λόγω του φορμαλισμού της.

Η τυποποιημένη γνώση παραμένει ξεχωριστή τόσο από την κοινή, καθημερινή γνώση, αλλά και από την μη - τυποποιημένη, εξειδικευμένη γνώση. Αρχικά ριζωμένη σε παραδοσιακή μάθηση και γραμμένη σε κείμενα σε αρχαίες γλώσσες, γνωστή μόνο σε λίγους, η υψηλή γνώση ακόμα και τώρα εκφράζεται σε όρους μη - προσιτούς από τους πολλούς, και ομιλούμενη με τεχνική ορολογία η οποία είναι θολή στους απ' έξω.⁴³⁰

Η επιστημονική γνώση μεταβιβάζεται μέσω των καταλλήλων ιδρυμάτων (πανεπιστήμια) στην νεότερη γενιά. Τα μέλη τα οποία εντάσσονται σε αυτά τα ιδρύματα παίρνουν διπλώματα για την άσκηση αυτής της γνώσης βάση πολλαπλών εξετάσεων, οι οποίες εξετάσεις πιστοποιούν και νομιμοποιούν την κατοχή αυτής της γνώσης. Η αναπαραγωγή του ιατρικού επαγγέλματος διαμέσου του εκπαιδευτικού συστήματος γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να αναπαράγει τις συστηματικές ανεπάρκειες ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις. Οι ταξικές αντιθέσεις στον χώρο της ιατρικής, προβάλλουν κι αναπαραγάγουν τις ανεπάρκειες μεταξύ ειδικού και πελάτη.

κυρίαρχες τάξεις απέναντι στον λαϊκό, αγράμματο πληθυσμό βλέπε, Kieckhefer R. (1993), *Η Μαγεία στον Μεσαίωνα*, Κωσταράκη.

⁴²⁸Hughes C. (1963), *Public Health in Non - Literate Societies*, σελ. 166, στο Galdston I. (1963), *Man's Image in Medicine and Anthrpology*, International University Press, σελ. 157-233, επίσης Firth R. (1963), *Accumulation in Relation to Concepts of Health and Disease*, σελ. 157, στο ίδιο και τα δύο από Γκαζέλης Γ. (1977), *Η Εθνογραφία της Υγείας*, Γρηγορόπουλος, σελ. 72.

⁴²⁹Στο ίδιο, σελ. 72.

⁴³⁰Freidson E. (1986), *Professional Powers*, Chicago Press σελ. 3.

Η εξουσία της επιστημονικής ιατρικής γνώσης πάνω στην κοινωνία πηγάζει από το ενδογενές χαρακτηριστικό της τυποποίησης της. Αυτό όμως το χαρακτηριστικό της συστηματοποίησης και της τυποποίησης της γνώσης παρέχει την δυνατότητα για εξωτερική επέμβαση και κοινωνικό έλεγχο. Εφόσον η ιατρική γνώση είναι τυποποιημένη μπορεί και να κωδικοποιηθεί, να καταγραφεί και να αναπτυχθεί μέσω συστημάτων ηλεκτρονικών υπολογιστών, οι οποίοι θα παρέχουν την τυποποιημένη γνώση στον καθένα και όχι απλώς στον γιατρό. Οι αποφάσεις του γιατρού καθώς και ο προσδιορισμός μιας κατάστασης ως «επικίνδυνης», θα μπορούσαν να ελεγχθούν από τον καθένα (κοινωνικός έλεγχος της ιατρικής γνώσης). Αν συμβεί αυτό το ιατρικό επάγγελμα γίνεται τρωτό στον ορθολογισμό, η επιστημονική ιατρική γνώση γίνεται, λόγω της τυποποίησής της, πρακτική ρουτίνας. Το επάγγελμα παίρνει μια μόνιμη, σταθερή ελεγχόμενη μορφή, με άλλα λόγια γραφειοκρατικοποιείται. Προκειμένου να αποφύγει η ιατρική την γραφειοκρατικοποίηση και τον συνακόλουθο έλεγχο που αυτή επιφέρει, προκειμένου δηλαδή να αποφύγει τον έλεγχο του επαγγέλματος και να διατηρήσει την αυτονομία της, πρέπει να προσδώσει στην επιστημονική ιατρική γνώση ένα χαρακτήρα αβεβαιότητας. Αν θέλει η ιατρική να συνεχίσει να ασκεί την εξουσία της απέναντι στην κοινωνία, η οποία εξουσία βασίζεται στην μονοπωλιακή πρόσβαση στην γνώση, πρέπει να καταφέρει να πείσει την κοινωνία πως κατέχει μια συγκεκριμένη επαγγελματική συμπεριφορά (προϊόν κατοχής της γνώσης), η οποία συμπεριφορά δεν μπορεί να μειωθεί απλώς σε μια συστηματοποιημένη, επαναλαμβανόμενη γνώση. Κάθε επάγγελμα είναι υποκείμενο στον έλεγχο τόσο της κοινωνίας, όσο και του κράτους. Το κράτος στην περίπτωση της ιατρικής, όπως σε κάθε επάγγελμα άλλωστε, προσπαθεί να περιορίσει την εξουσιαστική δραστηριότητα του επαγγέλματος (διαδικασία προλεταριοποίησης), την οποία το ίδιο πριν είχε δώσει (διαδικασία επαγγελματοποίησης). Η διαδικασία αυτή της από-ειδίκευσης εκφράζεται στην ιατρική με την προσπάθεια της γραφειοκρατικοποίησης της γνώσης.

Η αντίδραση της ιατρικής κινείται σε δύο επίπεδα. Πρώτον, διακηρύσσεται πως η ερμηνεία της ιατρικής γνώσης βασίζεται στην αναλυτική βάση την οποία κατέχει ως προσωπική πείρα ο γιατρός. Η ιατρική, πρέπει να έχει μια ερμηνευτική βάση, πρέπει να υπάρχει η ανάπτυξη της ερμηνείας - ανάλυσης. Πιο συγκεκριμένα, αν και οι ασθένειες έχουν κοινή αντιμετώπιση, όπως αυτή πηγάζει από την χρησιμοποίηση της ιατρικής γνώσης, η συγκεκριμένη εφαρμογή της κάθε μεθόδου εξαρτάται από την

προσωπική πείρα και διαίσθηση του γιατρού, ο οποίος θα κρίνει την κάθε ξεχωριστή περίπτωση. Όπως το διατυπώνει ένας γιατρός :

Κανένα άλλοσπε μηχανήμα δεν μπορεί να καταγράψει την αίσθηση που έχουμε όταν ακουμπάμε τον ασθενή και να δώσει τις πληροφορίες που μας δίνει αυτή η αίσθηση.⁴³¹

Με αυτόν τον τρόπο αποκλείεται η άσκηση κοινωνικού ελέγχου. Ο Freidson χαρακτηρίζει αυτήν την ιδιομορφία ως *clinical mentality*. Η παραγωγή και αναπαραγωγή της ιατρικής γνώσης βασίζεται σε συγκεκριμένους τρόπους αντίληψης και νομομοποίησης. Η γνώση νομομοποιείται ως προσωπική γνώση του γιατρού βάση της εμπειρίας του.

ο γιατρός ουσιαστικά βασίζεται στην εξουσία των δικών του αισθήσεων, ανεξάρτητα από την γενική εξουσία της παράδοσης και της επιστήμης. Έπειτα από όλα μπορεί να δράσει μόνο στην βάση αυτού που ο ίδιος αισθάνεται, και αν η δική του δραστηριότητα φαίνεται να έχει αποτελέσματα είναι ανθεκτικός στο να την αλλάξει για στατιστικές ή άλλες υποθέσεις, χρειάζεται να δει και να αισθανθεί ο ίδιος τον ασθενή (case).⁴³²

Η ασθένεια η οποία θεωρούνταν ως κοινή για όλους, τώρα αντιμετωπίζεται ως ιδιαιτερότητα του κάθε ασθενή. Ο ξεχωριστός ασθενής επανέρχεται στο προσκήνιο.

Η δεύτερη αντίδραση της ιατρικής διαμορφώνεται με την χρησιμοποίηση της ιατρικής γνώσης ως «εν δυνάμει» μη τυποποιημένη γνώση (*non formal knowledge*). Πιο συγκεκριμένα, μέσα στο πλαίσιο οργάνωσης της επιστημονικής ιατρικής γνώσης, μπορούμε να προχωρήσουμε σε ένα ιδιότυπο καταμερισμό της εργασίας. Έχουμε την ύπαρξη δύο διαφορετικών ομάδων⁴³³. Από την μια έχουμε την ομάδα των επαγγελματιών γιατρών, η οποία ασκεί εξουσία στο χώρο της πρακτικής, στο χώρο του νοσοκομείου μέσω της κατοχής της τυποποιημένης γνώσης. Και από την άλλη έχουμε μια μικρότερη ομάδα η οποία ασχολείται με την παραγωγή, με την παροχή νέας ια-

⁴³¹ Φύλιας Ν. (1994), Μεθοδολογία ή Κατευθυνόμενη Γνώση, *Ομοιοπαθητική Ιατρική*, 11, σελ. 15.

⁴³² Freidson E. (1970), *Profession of Medicine*, Dod Mead, σελ. 170.

⁴³³ Ο χωρισμός σε αυτές τις δύο ομάδες δεν σημαίνει πως οι ρόλοι αυτών των ομάδων είναι τελείως διακριτοί. Οι γιατροί οι οποίοι ασχολούνται με την παραγωγή νέας γνώσης στον χώρο των εργαστηρίων, κάποια στιγμή μπορεί να ασχοληθούν και με την θεραπεία των ασθενών. Αυτό που μας ενδιαφέρει όμως είναι ότι υπάρχει αυτή η διάκριση, μεταξύ της παραγωγής γνώσης και της θεραπείας. Ο γιατρός δηλαδή ο οποίος θεραπεύει δεν παράγει εκείνη την στιγμή νέα γνώση, έστω και αν κάποια στιγμή μπορεί και αυτό να γίνει. Την στιγμή που θεραπεύει ο γιατρός εφαρμόζει πρακτικά ιατρική γνώση η οποία έχει παραχθεί αλλού.

τρικής γνώσης. Η ομάδα αυτή αποτελείται από επιστήμονες γιατρούς οι οποίοι είναι ξεκομμένοι από τον πρακτικό χώρο άσκησης της θεραπείας. Δεν ασχολούνται δηλαδή με την θεραπεία των ασθενών και δεν πληρώνονται μισθό για τέτοιας μορφής παροχή υπηρεσιών. Αντιθέτως ασχολούνται στον χώρο των εργαστηρίων με την προώθηση της επιστημονικής γνώσης. Αντικείμενο τους αποτελεί η ιατρική γνώση ως σύστημα ιδεών και όχι η πρακτική της εφαρμογή. Ασχολούνται αποκλειστικά με την γνώση αφηρημένα και ως στόχο δεν έχουν την παροχή άμεσων υπηρεσιών υγείας, αλλά την προώθηση της επιστημονικής ιατρικής γνώσης. Η επιστημονική ιατρική παρουσιάζεται ως εν δυνάμει μη - τυποποιημένη γνώση, η οποία δεν μπορεί να καταγραφεί σε βιβλία και να γίνει αντικείμενο κατοχής διότι συνεχώς εξελίσσεται. Αυτό το χαλαρό, μη - τυποποιημένο χαρακτηριστικό της ιατρικής, ασκεί εξουσία στους ίδιους τους γιατρούς οι οποίοι ασχολούνται στο επίπεδο της πρακτικής με την θεραπεία, μιας και πρέπει σε καθημερινή βάση να ασχολούνται με την καινούργια βιβλιογραφία η οποία παράγεται στο μεγαλύτερο μέρος της από το χώρο των εργαστηρίων.

Έτσι η επιστημονική ιατρική γνώση δεν αποτελεί έναν χώρο, ο οποίος κατέχεται μονοπωλιακά από τους γιατρούς, αλλά αποτελεί ένα μη - τυποποιημένο σύστημα γνώσης το οποίο συνεχώς εξελίσσεται και ανατρέπει τα δεδομένα τα οποία ισχύουν στην καθημερινή ιατρική πράξη. Όπως έχουμε ήδη παρουσιάσει, από την ανατομία των οργάνων περάσαμε στο χώρο της ανατομίας των κυττάρων ως αποτέλεσμα της διαδικασίας εξέλιξης της επιστημονικής γνώσης.

Μπορούμε να εκφράσουμε την διαφορά ανάμεσα στην μαγεία και την επιστήμη, λέγοντας ότι στην επιστήμη έχουμε πρόοδο, ενώ στη μαγεία όχι. Δεν υπάρχει τίποτε στην μαγεία που να προσδιορίζει την κατεύθυνση και την εξέλιξη της.⁴³⁴

Η εξουσία αυτή των εργαστηρίων, με την συνεχή παραγωγή νέας γνώσης, πηγάει δομικά από την επιστημονική ιατρική και πιο συγκεκριμένα από τον τρόπο με τον οποίο αυτή προσεγγίζει τον ασθενή. Ο τελευταίος τίθεται ως αντικείμενο το οποίο μπορεί («εν δυνάμει») να γνωσθεί μέχρι και το τελευταίο του μυστήριο. Ο «ιατρικός μηδενισμός» αναφέρεται ακριβώς στην τάση η οποία επικρατεί στην ιατρική να γίνεται η εστίαση στην γνώση και όχι στον ασθενή. Σκοπός της ιατρικής γίνεται η αφηρημένη γνώση, η παραγωγή νέας γνώσης και όχι η θεραπεία του ασθενή.

⁴³⁴Wittgenstein L. (1990), *Γλώσσα, Μαγεία, Τελετουργία*, Καρδαμίτσα, σελ. 41.

Σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αλλοτριώσης της ιατρικής από το κύριο μέλημά της, τη θεραπεία του ασθενή, παίζει και η τμηματική προσέγγιση του ασθενή, έτσι όπως αυτή παρέχεται από τα πανεπιστήμια. Η ιατρική γνώση εξουσιάζει τους γιατρούς εξαιτίας του θεωρητικού, αφηρημένου χαρακτήρα της γνώσης την οποία αποκτούν οι νέοι γιατροί για τον ασθενή. Η γνώση η οποία παρέχεται στα πανεπιστήμια είναι θεωρητική και έχει τα χαρακτηριστικά της τυποποιημένης, και «εν δυνάμει» μη τυποποιημένης γνώσης, τα οποία αναφέραμε πιο πριν. Αυτά τα χαρακτηριστικά της επιστημονικής ιατρικής οδηγούν πρώτα απ' όλα σε μια κατάσταση άμεσης και συνεχής εξάρτησης των γιατρών από την ανάπτυξη του ιατρικού συστήματος ιδεών, και έπειτα στην διαμόρφωση συγκεκριμένων αντιφάσεων στο ρόλο του γιατρού, τις οποίες αντιμετωπίζει κατά την άσκηση των καθηκόντων του, και οι οποίες έχουν άμεση σχέση και με την διαντίδραση των γιατρών με τις νοσηλεύτριες την οποία παρουσιάσαμε πριν.

Πιο συγκεκριμένα, η επιστημονική ιατρική ως ακαδημαϊκή ιατρική θεωρείται ότι αποτελεί «καλή» ιατρική, λόγω της προσφοράς της στην θεραπεία του ασθενή. Στις ημέρες μας όμως η εικόνα αυτή της «καλής» ιατρικής αρχίζει να κλονίζεται. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας στην παροχή των ιατρικών υπηρεσιών (νέα μηχανήματα), και οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών (τις οποίες η ίδια η ιατρική γεννά), οδήγησαν σε μια κρίση της εννοιολόγησης της ιατρικής. Η ιατρική πλέον στηρίζεται στα υψηλής τεχνολογίας ιατρικά μηχανήματα και κρατά μια στάση τεχνοκρατική απέναντι στον ασθενή. Ο γιατρός με το ανθρώπινο πρόσωπο έχει εξαφανισθεί και στην θέση του έχει μπει ο τεχνοκράτης, ο ψυχρός επαγγελματίας, ο οποίος στηρίζεται όλο και περισσότερο στην τεχνολογία, παρά στην δική του προσωπική αντίληψη για τον κάθε ασθενή. Αυτή η αλλαγή στην αντιμετώπιση της ιατρικής οδηγεί σε τρεις αντιφάσεις οι οποίες συμβαίνουν μεταξύ της ιατρικής, όπως αυτή παρέχεται στα πανεπιστήμια (θεωρία, σύστημα ιδεών), και της ιατρικής, όπως αυτή εκφράζεται στο πρακτικό επίπεδο (θεραπεία του ασθενή).

Όπως αναφέρει η R. Fox⁴³⁵, οι φοιτητές μαθαίνουν την αβεβαιότητα κατά την διάρκεια της πανεπιστημιακής τους μόρφωσης. Κατά την διάρκεια των σπουδών τους συναντούν έναν τεράστιο όγκο γνώσης και σύντομα ανακαλύπτουν ότι υπάρχουν περιορισμοί στην διαθέσιμη ιατρική γνώση. Έπειτα συνειδητοποιούν πως δεν μπορούν

να χειρισθούν όλη αυτή την γνώση και συνεπώς η εκπαίδευσή τους είναι ελλιπής. Τελικά ο συνδυασμός αυτών των δύο μορφών αβεβαιότητας οδηγούν στην διαμόρφωση μιας τρίτης κατηγορίας αβεβαιότητας, στην διαμόρφωση δηλαδή της αδυναμίας να διαχωρίσουν οι φοιτητές μεταξύ της προσωπικής ανεπάρκειας κατοχής της γνώσης, και των ορίων της επιστημονικής γνώσης καθ' αυτής⁴³⁶. Ως συνέπεια αυτής της ανικανότητας διαχωρισμού των δύο ορίων, οι νέοι γιατροί εκλαμβάνουν τα όρια της ιατρικής γνώσης ως προσωπική τους αποτυχία.⁴³⁷ Αυτή η θεώρηση της προσωπικής αποτυχίας οδηγεί στις τρεις αντιφάσεις οι οποίες συμβαίνουν μεταξύ της ιατρικής, όπως αυτή παρέχεται από τα πανεπιστήμια (θεωρία, σύστημα ιδεών) και της ιατρικής, όπως αυτή εκφράζεται στο πρακτικό επίπεδο (θεραπεία ασθενή).

Η πρώτη αντίφαση αναφέρεται στην υιοθέτηση του ιδεώδους του γιατρού την οποία κάνει κάθε φοιτητής ο οποίος εντάσσεται στο πανεπιστήμιο⁴³⁸. Το ιατρικό αυτό ιδεώδες εφόσον υιοθετηθεί χρησιμεύει ως πρότυπο, βάση του οποίου κρίνεται η πραγματικότητα. Η προσωπική δράση του μετέπειτα γιατρού κρίνεται βάση αυτού του ιδεώδους που έχει διαμορφώσει για τον ιδανικό γιατρό. Το πρότυπο αυτό του γιατρού είναι αυτό το οποίο παράγει ο επιστημονικός λόγος και το οποίο προβάλλεται από την κοινωνία και τα media. Είναι η εικόνα του «καλού» γιατρού ο οποίος φροντίζει τον ασθενή του χρησιμοποιώντας την διαθέσιμη τεχνολογία. Ο ασθενής φροντίζεται ως προσωπικότητα, ως ξεχωριστή οντότητα και όχι ως ένα ακόμη περιστατικό. Αυτή είναι η εικόνα την οποία προβάλλουν τα κάθε λογής σήριαλ και ταινίες στην τηλεόραση, όπου οι γιατροί αφιερώνουν απεριόριστο χρόνο στον ασθενή και τους συγγενείς του. Ενδιαφέρονται όχι για την ασθένεια αλλά για τον ασθενή. Ρωτούν να μάθουν για τα αισθήματά του. Ρωτούν όχι «τι συμβαίνει ; », αλλά «πώς αισθάνεσαι ; ». Λαμβάνουν υπόψη τους όλο το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή και δεν εστιάζουν απλώς στο σώμα του για να ανακαλύψουν την ασθένεια. Αυτή η εικό-

⁴³⁵ Fox R. (1957), Training for Uncertainty, στο Merton R. Reader G. and Kendall P. (1957), *The Student Physician*, Harvard University Press.

⁴³⁶ Τα χαρακτηριστικά αυτά δεν είναι ψυχολογικά χαρακτηριστικά τα οποία συμβαίνουν στο κάθε άτομο, αλλά είναι στοιχεία της δομής του επαγγέλματος τα οποία προκύπτουν από το χαρακτηριστικό της αυτονομίας του επαγγέλματος. Βλέπε, Atkinson P. (1981), *The Clinical Experience : The Construction and Reconstruction of Medical Reality*, Gower, σελ. 113.

⁴³⁷ Fox R. (1957), Training for Uncertainty, στο Merton R. Reader G. and Kendall P. (1957), *The Student Physician*, Harvard University Press.

⁴³⁸ Cassell E. (1984), Practice Versus Theory in Academic Medicine : The Conflict Between House Officers and Attending Physicians, από το 10ο συνέδριο στην ιατρική εκπαίδευση. *The Training of Tomorrow 's Physicians : How Well are We Meeting Society 's Expectations*. Held

να του «καλού», ανθρώπινου γιατρού, ο οποίος νοιάζεται για τον πόνο του συνανθρώπου του, αυτή η αλτρουιστική εικόνα του γιατρού τυπώνεται στην αντίληψη των μελλοντικών γιατρών. Η παιδεία όμως η οποία παρέχεται στους γιατρούς από τα πανεπιστήμια εστιάζει περισσότερο στη σωματική έκφραση της ασθένειας και τους προετοιμάζει για την διάγνωση του ιδεώδους του «καλού» γιατρού. Στο επίπεδο της άσκησης της ιατρικής ως πρακτική οι μελλοντικοί γιατροί βλέπουν την κατάρριψη αυτού του ιδεώδους. Στην πράξη οι γιατροί αυτοί συναντούν τον ασθενή ο οποίος πεθαίνει και συνειδητοποιούν πως δεν τους έχουν παρασχεθεί τα αναγκαία εφόδια για την αντιμετώπιση του ασθενή ως ολότητα, ως προσωπικότητα, η οποία έχει φόβους, αισθήματα και ανάγκες. Αυτό που μπορούν να κάνουν είναι αυτό που τους έχουν μάθει στο πανεπιστήμιο. Να εστιάσουν δηλαδή και να φροντίσουν το ετοιμοθάνατο ή ασθενικό σώμα ξεχνώντας τα ιδεώδη περί κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών του ασθενή. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται μηχανικά ως αντικείμενο το οποίο πρέπει να συνεχίσει να λειτουργεί πάση θυσία, ανεξαρτήτου κόστους και προσβολής του. Ο ασθενής ως ολότητα χάνεται και στη θέση του μπαίνει ένα σύνολο οργάνων τα οποία πρέπει να συνεχίσουν να λειτουργούν. Το ιδεώδες όμως του «καλού» γιατρού υπάρχει και βάση αυτού κρίνεται η τωρινή συμπεριφορά του νέου γιατρού. Αναγνωρίζει τον εαυτό του ως ένα εργαλειακό τεχνοκράτη και όχι ως ένα ανθρώπινο βοηθό στον πόνο του ασθενή. Η κυριαρχία των υψηλής τεχνολογίας μηχανημάτων στη θεραπεία εντείνει αυτή την αλλοτρίωση, μιας και η ιατρική αντιμετωπίζεται όχι ως τέχνη, αλλά ως μηχανική πρακτική. Το αποτέλεσμα είναι ο ίδιος ο γιατρός να ρίξει το φταίξιμο στον εαυτό του για την άσκηση αυτής της απάνθρωπης τεχνοκρατικής ιατρικής.

Η δεύτερη αντίφαση έγκειται στην ανομοιότητα μεταξύ της εκπαίδευσης στην παθοφυσιολογία την οποία οι φοιτητές μαθαίνουν και την μορφή της ιατρικής την οποία ασκούν στην πρακτική⁴³⁹. Κανείς δεν τους μαθαίνει πως να κάνουν εφαρμογή της θεωρητικής παθοφυσιολογίας στον συγκεκριμένο ασθενή. Η γνώση η οποία τους παρέχεται είναι οργανική παθολογία και όχι η παθοφυσιολογία του ολοκληρωμένου ατόμου. Μαθαίνουν την τμηματική λειτουργία του κάθε οργάνου και χάνουν τον α-

by the Committee on Medical Education of the New York Academy of Medicine, Marh 10, 1983, *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, σελ. 291.

⁴³⁹ Στο ίδιο, σελ. 301.

σθενή ως οντότητα, ως σύνολο. Αυτή είναι με άλλα λόγια η διαφορά μεταξύ πανεπιστημιακής και πρακτικής ιατρικής.

Και η τρίτη αντίφαση έγκειται στην υποβάθμιση της πρακτικής ως ευτελούς ενέργειας⁴⁴⁰. Αυτή είναι και η βασική σύγκρουση μεταξύ της ιατρικής ως σύστημα ιδεών (όπως εκφράζεται από τα πανεπιστήμια και τα εργαστήρια), και της ιατρικής όπως αυτή ασκείται από τους γιατρούς στο νοσοκομείο. Η επιστημονική ιατρική θεωρείται ανώτερη εξαιτίας της γνωσιοθεωρητικής της βάσης, εξαιτίας των επιστημονικών της ιδεών. Η γνήσια θεωρία απαλλαγμένη από κάθε πρακτική δραστηριότητα αποκτάει την βασική έκφρασή της επιστημονικής ιατρικής και η πρακτική αντιμετωπίζεται ως κατώτερης ενέργειας δραστηριότητα, η οποία δεν ταιριάζει στους «επιστήμονες» γιατρούς. Ο γιατρός ξεχωρίζει από την νοσηλεύτρια λόγω της κατοχής της επιστημονικής γνώσης και βάση αυτής νομιμοποιεί την εξουσία του πάνω σε αυτή. Η πρακτική, η ενασχόληση με την πρακτική εφαρμογή της θεωρίας ανήκει ως κατώτερη δράση στις νοσηλεύτριες. Αυτή η κατάσταση διαμορφώνει την αντίφαση στους γιατρούς μιας και πρέπει να ασκήσουν απλώς τον διοικητικό, εξουσιαστικό ρόλο τους και να αφήσουν την πρακτική στις νοσηλεύτριες. Στην πράξη όμως καλούνται να εμπλακούν στην θεραπεία, στην πρακτική, και έτσι έρχονται σε σύγκρουση με την αρχή της υποβάθμισης της πρακτικής. Από την άλλη όμως η ιατρική ως σύστημα ιδεών συνεχίζει να τους εξουσιάζει, διότι μιας και έχουν αποδεχθεί αυτή την λογική (κάτι που φαίνεται στη σχέση τους με τις νοσηλεύτριες, οι οποίες αναλαμβάνουν την πρακτική), η καθαρή γνώση απαλλαγμένη από την πρακτική, όπως ασκείται στα εργαστήρια, τους εξουσιάζει.

Συμπερασματικά όταν οι γιατροί εντάσσονται στο χώρο της άσκησης της ιατρικής πρακτικής αδυνατούν να ταυτισθούν με το ιδεώδες πρότυπο της ιατρικής μιας και δεν τους έχουν παρασχεθεί τα κατάλληλα εφόδια για να αντιμετωπίσουν ολικά τον ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα, ή να χειρισθούν τα ηθικά διλήμματα (π.χ. προβλήματα ευθανασίας). Επίσης αδυνατούν να κάνουν εφαρμογή της γνώσης της παθοφυσιολογίας την οποία έχουν αποκτήσει, πάνω στον συγκεκριμένο ασθενή, διότι η γνώση την οποία έχουν κινείται από την μηχανιστική αντιμετώπιση του ασθενή, όχι ως οντότητα, αλλά ως σύνολο οργάνων. Τέλος ζουν σε μια αντιφατική κατάσταση όπου τους διδάσκεται να υποβαθμίζουν την πρακτική και να υπερεκτιμούν την θεω-

⁴⁴⁰ Στο ίδιο, σελ. 304.

ρία. Όλες αυτές οι αντιφάσεις εκλαμβάνονται ως ατομικά σφάλματα των γιατρών οι οποίοι θεωρούν ότι οι ίδιοι ευθύνονται για το ότι δεν εκπληρώνουν το ιατρικό ιδεώδες. Η αδυναμία της ιατρικής να κάνει πρακτική το ιδεώδες το οποίο διαμορφώνει (ολική, ανθρώπινη ιατρική) οδηγεί στην υπέρμετρη ανάπτυξη της τεχνολογίας. Εφόσον δεν μπορεί να αναπτύξει μια πλήρη, ολιστική ιατρική, αναπτύσσει υπερβολικά την τεχνολογία η οποία εστιάζει στο σώμα. Η ίδια λοιπόν η επιστημονική ιατρική διαμορφώνει αυτήν την σχιζοφρενική τάση στους γιατρούς. Η επιστημονική ιατρική είναι εξουσιαστική απέναντι στους γιατρούς διότι εστιάζοντας απλώς στο σώμα του ασθενή και μόνο, διαψεύδει τις προσδοκίες των γιατρών, τους μαθαίνει να υπερεκτιμούν την θεωρία, άρα και την συμβολή των εργαστηρίων, στα οποία η ιατρική αναπτύσσει υπέρμετρα την έρευνα στον περιορισμένο χώρο της σωματικής έκφρασης της ασθένειας.

Βλέπουμε λοιπόν, πως μέσω αυτής της διαδικασίας το ευρύτερο σύστημα γνώσης της ιατρικής ασκεί εξουσία στους ίδιους τους γιατρούς. Η εξουσιαστική δηλαδή σχέση ιατρική γνώση - γιατροί είναι προϊόν του επιστημονικού ιατρικού λόγου, ο οποίος λειτουργώντας ημι αυτόνομα διαμορφώνει και αυτήν την εξουσιαστική σχέση.

Συμπερασματικές Παρατηρήσεις

Οι τρεις αυτές σχέσεις (γιατρός - ασθενής, γιατρός - νοσηλεύτρια, γιατρός - νέα ιατρική γνώση) εκφράζουν τις οργανωτικές σχέσεις οι οποίες παρατηρούνται στο νοσοκομείο και οι οποίες λαμβάνουν την ιδιαίτερη μορφή τους από την ποιότητα του επιστημονικού λόγου. Σειρά έχει να εφαρμόσουμε τα συμπεράσματα για τις οργανωτικές σχέσεις οι οποίες ισχύουν στο νοσοκομείο για την ανάλυση των οργανωτικών σχέσεων των Μ.Ε.Θ.

Στο τέλος του θεωρητικού μέρους είχαμε προχωρήσει στην παρουσίαση της επαναεννοιολόγησης των εννοιών του θανάτου, της ζωής, της υγείας και της ασθένειας από την επιστημονική ιατρική. Οι έννοιες αυτές στο πλαίσιο της επιστημονικής ιατρικής αποκτούν μια τεχνοκρατική χροιά και γίνονται αντικείμενο επέμβασης του «ειδικού». Στην συνέχεια είδαμε πως η σχέση ζωή - θάνατος αποτελεί την απολυτοποίηση των εξουσιαστικών σχέσεων της ιατρικής πάνω στο άτομο, εκφράζοντας όλες

τις άλλες σχέσεις οι οποίες απαντώνται μεταξύ του ατόμου και των τεσσάρων βασικών εννοιών.

Αυτή ήταν και η δεύτερη θεωρητική υπόθεση στην οποία καταλήξαμε. Αυτό που έχει σειρά είναι να δούμε σε ποιόν εμπειρικό χώρο εκφράζεται η σχέση Ζωή - Θάνατος. Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την μορφή την οποία παίρνουν σε αυτόν τον χώρο οι οργανωτικές σχέσεις οι οποίες ισχύουν στο χώρο του νοσοκομείου (γιατρός - ασθενής, γιατρός - νοσηλεύτρια, γιατροί - νέα ιατρική γνώση), διαμορφώνοντας την εμπειρική υπόθεση έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΟΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ.

Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε με την διατύπωση της εμπειρικής υπόθεσης της έρευνάς. Στο θεωρητικό τμήμα είχαμε καταλήξει στην διατύπωση δύο υποθέσεων. Η πρώτη αναφερόταν στην σχετική αυτονομία του επιστημονικού ιατρικού λόγου, βάση της οποίας ημιαυτονομίας διαμορφώνεται το εξουσιαστικό πλαίσιο πάνω στο οποίο κινούνται οι οργανωτικές σχέσεις του νοσοκομείου. Η δεύτερη αναφερόταν στην επεκτεινόμενη διάσταση του επιστημονικού ιατρικού λόγου σε κάθε έκφραση της ανθρώπινης ύπαρξης. Το χαρακτηριστικό της επεκτεινόμενης διάστασης της ιατρικής εξουσίας μας οδήγησε στο συμπέρασμα πως η εξουσία του επιστημονικού ιατρικού λόγου απολυτοποιείται στο πλαίσιο της σχέσης ζωή - θάνατος.

Σειρά έχει να εξετάσουμε το χώρο εκείνο όπου η σχέση Ζωή - Θάνατος εκφράζεται. Εφόσον δηλαδή, εντοπίσουμε έναν χώρο στον οποίο εκφράζεται ως κυρίαρχη, ως προσδιοριστική αυτού του χώρου η σχέση Ζωή - Θάνατος, πρέπει να προχωρήσουμε στην ανάλυση των απολυτοποιημένων πλέον, εξουσιαστικών οργανωτικών σχέσεων. Εφόσον η σχέση ζωή - θάνατος τείνει να εκφράζει την απολυτοποίηση της ιατρικής εξουσίας, έτσι και οι τρεις οργανωτικές σχέσεις, στο χώρο όπου κυριαρχεί η σχέση Ζωή - Θάνατος πρέπει να τείνουν να απολυτοποιούνται.

Ο χώρος αυτός δεν είναι άλλος από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) Οι μονάδες αυτές αποτελούν σχετικά αυτόνομο τμήμα του ευρύτερου νοσοκομείου και αποτελούν τον χώρο στον οποίο η ζωή και ο θάνατος συνυπάρχουν

και προδιαγράφουν το πλαίσιο πάνω στο οποίο διαμορφώνονται οι σχέσεις μεταξύ γιατρών, νοσηλευτριών και ασθενών. Η διαφοροποίηση των μονάδων αυτών, από τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου, είναι ότι στις μονάδες αυτές εισάγονται ασθενείς των οποίων η ζωή απειλείται άμεσα. Ασθενείς δηλαδή οι οποίοι με τις φροντίδες της συμβατικής ιατρικής, όπως αυτή ασκείται στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου, δεν έχουν ελπίδες επιβίωσης. Οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν τον χώρο όπου συναντάμε την εξειδίκευση στη διαχείριση του θανάτου. Στον χώρο των Μ.Ε.Θ. ο ασθενής παραμένει για περιορισμένο χρονικό διάστημα, τόσο ώστε να αποκατασταθούν οι βασικές του βιολογικές λειτουργίες (αναπνοή, νεφροί, καρδιακή λειτουργία). Δηλαδή όταν ο ασθενής αρχίσει να αναπνέει χωρίς την βοήθεια μηχανήματος (αναπνευστήρας) και κάποιες βιολογικές ενδείξεις φτάσουν σε ικανοποιητικά επίπεδα (νάτριο στο αίμα, κάλιο) μπορεί να φύγει από την μονάδα. Δεν τίθεται ως προϋπόθεση προκειμένου να βγει ο ασθενής από την μονάδα η θεραπεία του, η αποκατάσταση του στην υγεία, αλλά η ικανότητά του να κρατηθεί μόνος στην ζωή. Συνεπώς στόχος των Μ.Ε.Θ. δεν είναι η θεραπεία του ασθενή, αλλά η διατήρησή του στη ζωή.

Κυρίαρχη στο χώρο των Μ.Ε.Θ. είναι η έννοια του «πολύ επικίνδυνου», η οποία εκφράζει την κυριαρχία της σχέσης Ζωής - Θανάτου. Η λογική του «πολύ επικίνδυνου» τείνει να απολυτοποιεί τις εξουσιαστικές σχέσεις στα τρία οργανωτικά επίπεδα, ανάγοντάς τες, διότι είναι απόλυτες, σε τυπικές. Η σχέση η οποία κυριαρχεί και διαμορφώνει την λειτουργία και το σύνολο των σχέσεων στις Μ.Ε.Θ. είναι αυτή μεταξύ ζωής - θανάτου. Για την έκφραση αυτής της σχέσης στις Μ.Ε.Θ. θα αναφερθούμε διεξοδικά παρακάτω. Στο παρόν τμήμα της ανάλυσης μας, αρκεί η διαπίστωση ότι ο χώρος των Μ.Ε.Θ. κυριαρχείται και διαμορφώνεται πάνω στη λογική της σχέσης Ζωή - Θάνατου. Όπως όμως είπαμε και πριν, η σχέση Ζωή - Θάνατος τείνει να εκφράζει την απολυτοποίηση της εξουσίας της επιστημονικής ιατρικής. Συνεπώς η βασική ερευνητική υπόθεση την οποία διατυπώνουμε, είναι ότι ο χώρος των Μ.Ε.Θ. τείνει να εκφράζει την απολυτοποίηση της εξουσιαστικής διάστασης της επιστημονικής ιατρικής. Οι Μ.Ε.Θ. δηλαδή είναι ο χώρος όπου συναντούμε έναν ιδεοτυπικό ορισμό της επιστημονικής ιατρικής. Με άλλα λόγια οι Μ.Ε.Θ. τείνουν να αποτελούν την ιδεοτυπική μορφή της επιστημονικής ιατρικής.

Στο πλαίσιο της Βεμπεριανής θεωρίας ο ιδεότυπος αποτελεί μια θεωρητική κατασκευή. Αποτελεί δηλαδή μια «θεωρητική» έννοια και όχι μια εμπειρική πραγματικότητα. Ο ιδεότυπος δηλαδή είναι μια «κατασκευή», η οποία έχει δημιουργηθεί για

να χρησιμοποιηθεί στην ανάλυση. Μέσα σε αυτή τη λογική οι Μ.Ε.Θ. τείνουν να αποτελούν την ιδεοτυπική μορφή της επιστημονικής ιατρικής. Αποτελούν μια εικόνα η οποία υπάρχει μεν στην πραγματικότητα, από όπου την δανειζόμαστε, αλλά η οποία εικόνα στην υπόθεσή μας εκφράζει την τάση, την μορφή την οποία θα «ήθελε» να είχε η συμβατική ιατρική. Και λέμε θα «ήθελε» να έχει, θέλοντας να δείξουμε πως μέχρι τώρα δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο στην πράξη. Ο τρόπος με τον οποίο διαμορφώνονται οι εξουσιαστικές σχέσεις στα τρία οργανωτικά επίπεδα της επιστημονικής ιατρικής σήμερα, διαφέρουν από τις εξουσιαστικές σχέσεις οι οποίες διαμορφώνονται στις Μ.Ε.Θ. Οι τελευταίες όμως αποτελούν την μορφή, το ανεκπλήρωτο αίτημα διαμόρφωσης των σχέσεων, το οποίο κυριαρχεί στην επιστημονική ιατρική από τη στιγμή της διαμόρφωσής της (η απόλυτη αντικειμενικοποίηση του ατόμου απέναντι στην αντικειμενική επιστημονική γνώση). Στην οπτική αυτή οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν το πιο προωθημένο τμήμα άσκησης της επιστημονικής ιατρικής. Αποτελούν την μορφή την οποία ίσως κάποια στιγμή αποκτήσει η επιστημονική ιατρική. Στις μέρες μας όμως δεν συμβαίνει αυτό και για αυτό το λόγο οι Μ.Ε.Θ. στην ανάλυσή μας εννοιολογούνται ως ιδεότυπος, η οποία δείχνει την πιθανή τάση.

Προκειμένου να μελετήσουμε την εξουσιαστική διάσταση των Μ.Ε.Θ. η έρευνα μας έγκειται στην ανάλυση των τριών επιπέδων σχέσεων. Συνεπώς η υπόθεσή μας ότι «οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν την ιδεοτυπική μορφή της επιστημονικής ιατρικής», μετατρέπεται σε τρεις επιμέρους υποθέσεις οι οποίες μας βοηθούν να ελέγξουμε καλύτερα την βασική μας υπόθεση :

α. Η σχέση γιατρός - ασθενής στον χώρο των Μ.Ε.Θ.

τείνει να αποτελεί την απολυτοποίηση της σχέσης γιατρός ασθενής.

β. Η σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια στον χώρο των Μ.Ε.Θ.

τείνει να αποτελεί την απολυτοποίηση της σχέσης γιατρός νοσηλεύτρια.

γ. Η σχέση ιατρική γνώση- γιατροί στο χώρο των Μ.Ε.Θ. τείνει να αποτελεί την απολυτοποίηση της σχέσης ιατρική γνώση - γιατροί.

Οι Μ.Ε.Θ. λοιπόν τείνουν να εκφράζουν την απολυτοποίηση των εξουσιαστικών σχέσεων μεταξύ α) του κατόχου της γνώσης (γιατρού) και του μη γνώστη (ασθενής, συγγενής), β) του κατόχου της γνώσης (γιατρού) και αυτού που κατέχει ένα ποσοστό αυτής (νοσηλεύτρια), και γ) της γνώσης της ίδιας, ως αφαίρεσης από την άμεση εμπειρία (εργαστήρια) και του κατόχου της γνώσης, ο οποίος την ασκεί στην εμπειρία (γιατρός).

Θα παρουσιάσουμε τον χώρο των Μ.Ε.Θ. από διάφορες πλευρές (Χωροταξική, Λειτουργική, Οργανωτική) και θα προσπαθήσουμε να εκφράσουμε, όσο πιο πα-

ραστατικά γίνεται, την λογική πάνω στην οποία ο χώρος αυτός δομείται. Οι Μ.Ε.Θ. δημιουργήθηκαν τα τελευταία χρόνια, και για το λόγο αυτό η ενασχόληση μαζί τους ως αντικείμενο έρευνας είναι πολύ περιορισμένη. Οι περισσότερες έρευνες οι οποίες έχουν διεξαχθεί ασχολούνται με ηθικά προβλήματα τα οποία απαντώνται στον χώρο αυτό⁴⁴¹. Όπως είπαμε οι Μ.Ε.Θ. δημιουργούνται πάνω στην σχέση Ζ - Θ, επομένως εξ ορισμού αποτελούν το χώρο όπου καθημερινά τίθενται θέματα ηθικού προβληματισμού. Στην βιβλιογραφία, ιδιαίτερα σε ιατρικά περιοδικά, αντικείμενο προβληματισμού, τις περισσότερες φορές, είναι οι εντολές μη - ανάνηψης (DNR : Do Not Resuscitate Order), οι εντολές δηλαδή με τις οποίες συντελείται η ευθανασία⁴⁴². Αντικείμενο αυτών των άρθρων είναι οι ηθικοί προβληματισμοί⁴⁴³ σχετικά με το ποιος (αν υπάρχει κάποιος) έχει το δικαίωμα να αφαιρέσει τη ζωή κάποιου, και κάτω από ποιες συνθήκες. Ασχολούνται αυτά τα άρθρα πιο συγκεκριμένα, με το θέμα της ευθανασίας και το αν πρέπει ο γιατρός, ο συγγενής ή η κοινωνία να αποφασίζει για το σταμάτημα του αναπνευστήρα σε έναν ασθενή ο οποίος είναι κλινικά νεκρός και του οποίου η διατήρηση στη ζωή στοιχίζει πολλά, τόσο σε χρήματα, όσο και σε ανθρώπινες ζωές μιας και μπορεί κάποιος άλλος να χρησιμοποιήσει αυτό το δυσεύρετο κρεβάτι⁴⁴⁴. Σε αυτή την λογική του ηθικού προβληματισμού ο γιατρός καλείται να δώσει την λύση. Το θέμα όμως δεν είναι το ποιος θα δώσει τη λύση στο πρόβλημα (αν μπορεί να δώσει κάποιος λύση στο πρόβλημα), αλλά το πώς φτάσαμε σε αυτήν την κατάσταση όπου τίθεται ο ηθικός προβληματισμός.

⁴⁴¹ Ενδεικτικά βλέπε Γκαράνη Τ. (1992), *Εντατική Θεραπεία : Ηθικά, Δεοντολογικά και Νομικά Προβλήματα*, Διδακτορική Διατριβή, Benatar S. et al. (1994), Statement on Withholding and Withdrawing Life Sustaining Therapy, *S. Afr. Med.*, 84 (5), σελ. 254-256, Gillet G. (1994), Euthanasia from the Perspective of Hospice Care, *Med. Law*, 13 (3-4), σελ. 263-268, Oreopoulos D. (1994), Is there a Right Time to Say No to Life ? *Perit. Dial. Int.* 14 (3), σελ. 205-208, Leduc E. (1994), Euthanasia and Physician-assisted Suicide, *Can. Med. Assoc. J.* Dec 15, 151(12), Elizondo A. (1991), Nurse Participation in Ethical Decision Making in the Neonatal Intensive Care Unit, *Neonatal Work*, 10 (2), σελ. 55-59, Kelly D. (1991), *Critical Care Ethics : Treatment Decisions in American Hospitals*, Sheed and Ward, Simon L. Dr Cohen, (1995), *Whose Life is it Anyhow : The Doctors Dilemma in Intensive Care : an Insiders View*, Parkwes Pubns.

⁴⁴² Emanuel E. (1994), The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain, *Ann. Intern. Med.* 121 (10), σελ. 793-802.

⁴⁴³ Ενδεικτικά βλέπε : Australian College of Paediatrics (1983), Non - Intervention in Children with Major Handicaps : Legal and Ethical Issues : Report of a Working Party. *Australian Paediatric Journal* 19 (4), σελ. 361-365, Churchill L and Siman J.(1986), Principles and the Search for Moral Certainty, *Soc. Sc. and Med.* 23 (5), σελ. 461-468, Weg J. (1994), To Live, to Keep Alive, to Let Die, *Chest*, 106 (6), σελ. 1646-1648.

⁴⁴⁴ Oddi L, Huerta S. (1990), Which Patient Gets the Critical Care Bed ? *Dimensions of Critical Care Nursing*, 9 (5), σελ. 288-295, Kilner J. (1992), *Who Lives, Who Dies : Ethical Criteria in Patient Selection*, Yale University.

Συμπληρωματικά υπάρχουν οι προσεγγίσεις του Management. Αντικείμενο τους αποτελεί η μορφή οργάνωσης του νοσοκομείου⁴⁴⁵ και των Μ.Ε.Θ.⁴⁴⁶ Σκοπός αυτών των προσεγγίσεων είναι η καλύτερη διαμόρφωση της οργάνωσης, προκειμένου να λειτουργήσει το νοσοκομείο πιο αποδοτικά, με λιγότερες δηλαδή τριβές και συγκρούσεις μεταξύ, τόσο των εργαζομένων, όσο και μεταξύ αυτών και των «πελατών». Στις προσεγγίσεις του management, η θεώρηση κινείται στο χώρο της επιφάνειας μιας και δεν ασχολείται με την αιτία των συγκρούσεων και των αντιθέσεων αλλά προσπαθεί, κινούμενη από ένα λειτουργιστικό πνεύμα, να συγκαλύψει (προσωρινά, μιας και εφόσον δεν αντιμετωπίζονται οι αιτίες, τα προβλήματα θα ξαναέρθουν στην επιφάνεια αργά ή γρήγορα) τις επιπτώσεις αυτών των συγκρούσεων πάνω στην ομαλή λειτουργία της οργάνωσης. Ακολουθείται η λογική παρουσίασης προτάσεων - λύσεων οι οποίες στην ουσία απωθούν προσωρινά, χωρίς να λύνουν το πρόβλημα των σχέσεων εξουσίας.

Και οι δύο προσεγγίσεις είναι σύμφωνα με την άποψή μας περιορισμένης εμβέλειας, διότι είναι εργαλειακές, εμφορούνται από μια λογική η οποία προσπαθεί να δώσει έτοιμες λύσεις αγνοώντας την εξουσιαστική λογική η οποία αποτελεί το υπόβαθρο όλων των σχέσεων (Οργανωτικών, Προσωπικών). Σε αυτή την εργαλειακή λογική, η βάση του προβλήματός θεωρείται a priori δεδομένη και αναζητάτε η λύση την οποία προσφέρει ο εκάστοτε «ειδικός». Στην περίπτωση των πρώτων προσεγγίσεων (ιατρικών), ο γιατρός, ο οποίος αφού έχει ορίσει τι είναι τεχνικά ο θάνατος, αποκτά το δικαίωμα στη λήψη των αποφάσεων οι οποίες αναφέρονται στην ζωή του ασθενή. Στις δεύτερες προσεγγίσεις (management) ο «ειδικός» που ασχολείται με το

⁴⁴⁵ Για μια παρουσίαση του χώρου του νοσοκομείου από την πλευρά του management, βλέπε Κανελλόπουλος Χ. (1993), *Ο Ανθρώπινος Παράγοντας στις Υπηρεσίες Υγείας*, Σημειώσεις, Πανεπιστήμιο Πειραιά., Τσαλίκης Γ. (1992), *Το Νοσοκομείο σαν Σύστημα: Θεωρία και Ανάλυση*, *Επιθεώρηση Υγείας*, Μάιος - Ιούνιος 1992, σελ. 34 - 37, Λαναρά Β. (1993), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*, Λίτσα, Πλατή Χ. (1987), *Κοινωνικό-οικονομικοί Παράγοντες Προσδιοριστικοί της Στελέχωσης Νοσοκομείων με Νοσηλευτικό Προσωπικό*, Αθήνα, Διδακτορική Διατριβή, Κατοστάρας Θ. (1990), *Υγειονομικές και Δημογραφικές Συνιστώσες της Περιφερειακής Κατανομής και Εξέλιξης των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών στην Ελλάδα. Στατιστική και Οικονομική Προσέγγιση*, Αθήνα, Νοσηλευτική Σχολή, Διδακτορική Διατριβή.

⁴⁴⁶ Bray K. (1983), *Nursing Management in Critical Care Units. «Managing Conflict»*, *Critical Care Nurse*, 3 (2), σελ. 77-8, Phillips R. Posner B. Walker D. (1985), *A Strategy for Interunit Problem Solving*, *Health Care Management Review*, 10 (1), σελ. 53-59, Kiessling P. Tojo M. (1985), *Job Sharing in Critical Care Management*, *Dimensions of Critical Care Nursing*, 4 (3), σελ. 174-179, Huffman M. (1983), *Nursing Management in Critical Care Units. The Process of Change*, *Critical Care Nursing*, 3 (5), σελ. 44-46, Shortell S. Rousseau D. Gillies R. Devers K. Simons T. (1991), *Organizational Assessment in Intensive Care Units: Construct Development, Reliability and Validity of the ICU nurse-physician questionnaire*, *Medical Care*, 29 (8), σελ. 709-726.

χώρο του management προσδιορίζει ποια είναι η καλύτερη μορφή οργάνωσης - διοίκησης προκειμένου να μην έρχονται οι συγκρούσεις στην επιφάνεια και απειλούν την ομαλή λειτουργία της οργάνωσης. Αυτή η εργαλειακή, τεχνική λογική ασχολείται λοιπόν μόνο με την λύση του προβλήματος και όχι με την διερεύνηση του και ως συνέπεια με την γέννησή του ως πρόβλημα. Και αυτό γίνεται διότι αυτή η εργαλειακή λογική έχει ως στόχο την λύση του προβλήματος κάθε αυτό. Δεν την ενδιαφέρει δηλαδή η κατανόηση του προβλήματος, αλλά ως πρώτιστος σκοπός τίθεται η λειτουργική επίλυσή του. Σε αυτά τα πλαίσια η δική μας προσέγγιση, η κοινωνιολογική, κρίνεται ως αναγκαία για την καλύτερη κατανόηση του χώρου των Μ.Ε.Θ.⁴⁴⁷

Σκοπός της δικής μας προσέγγισης δεν είναι η λύση του προβλήματος της σύγκρουσης των εκάστοτε ομάδων. Δεν κινούμεθα από μια εργαλειακή λογική αλλά αντίθετα από μια διάθεση ανάλυσης της κατάστασης. Η κοινωνιολογία δεν μπορεί να μας πει αν ο γιατρός έχει δίκιο ή άδικο στην απόφαση την οποία λαμβάνει, ούτε αν η ζωή την οποία «ζει» κάποιος με εγκεφαλικό ή καρδιακό θάνατο αξίζει να τη «ζει», ή αν αντιθέτως είναι καλύτερο να του «κλείσουμε» τον αναπνευστήρα (DNR). Δεν μπορεί δηλαδή η κοινωνιολογία να μας πει όπως ο Weber το είχε διατυπώσει :

Εάν η ζωή αξίζει να τη ζεις και τότε⁴⁴⁸

Η κοινωνιολογία δεν έχει τα εφόδια να προβεί σε τέτοιες ενέργειες. Σε θέματα λοιπόν ηθικής δεοντολογίας (το πώς δηλαδή αντιμετωπίζεται ο ασθενής, η αξία της δικής του ζωής, ή ο θάνατός του) ή σε θέματα οργάνωσης των Μ.Ε.Θ. (σχέσεις προσωπικού) η κοινωνιολογία δεν μπορεί να δώσει προτάσεις οι οποίες εργαλειακά θα κάνουν την λειτουργία των Μ.Ε.Θ. πιο ομαλή. Αυτό όμως δεν σημαίνει πως η κοινωνιολογική προσέγγιση είναι περιττή. Αντιθέτως η συμβολή της είναι πολύ σημαντική διότι αν και δεν μπορεί να μας πει τότε η ιατρική πράξη θα πρέπει να συνεχιστεί ή να τερματιστεί, είτε ποιος θα έχει τη λήψη των αποφάσεων στις σχέσεις γιατρού - νοσηλεύτριας, η κοινωνιολογία μπορεί να μας προσφέρει πολύ περισσότερα. Μπορεί να μας δείξει ποιες αξίες, ποιες σκοπιμότητες, από ποια λογική, καθώς και

⁴⁴⁷Για μια παρουσίαση της προσφοράς της κοινωνιολογικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση των υπηρεσιών υγείας βλέπε Η Κοινωνιολογία της Υγείας και η Διοίκηση των Υπηρεσιών Υγείας, (1990) Κοινωνιόγραμμα, Ιούνιος 1990, σελ. 3-4.

για ποιο λόγο κινείται η κάθε ομάδα (γιατρών, νοσηλευτριών, ασθενών) στις μεταξύ τους σχέσεις⁴⁴⁹. Μπορεί δηλαδή η κοινωνιολογία να μας βοηθήσει να δούμε με μεγαλύτερη καθαρότητα τις αξίες οι οποίες οδηγούν τον γιατρό να δράσει κατά συγκεκριμένο τρόπο (αντικειμενικοποίηση του ασθενή). Επίσης μπορεί να μας δείξει πώς οι αξίες αυτές συγκρούονται με τις αξίες οι οποίες κινούν την συμπεριφορά των νοσηλευτριών και των ασθενών, που στην μεταξύ των διαπλοκή δημιουργούν το πρόβλημα (το ποιος δηλαδή θα έχει τη λήψη των αποφάσεων)⁴⁵⁰. Συνεπώς η κοινωνιολογική προσέγγιση βοηθάει όχι στην επίλυση αλλά στην κατανόηση του προβλήματος. Την εξήγηση του προβλήματος καθώς και τις αξίες οι οποίες κινούν κάθε ομάδα, τις αναφέραμε στην μέχρι τώρα ανάλυση. Σε αυτό το τμήμα θα δούμε πώς οι αξίες αυτές στο χώρο των Μ.Ε.Θ. τείνουν να απολυτοποιούνται παίρνοντας την ιδεοτυπική, τυπική μορφή τους όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την συμπεριφορά των εμπλεκόμενων ομάδων. Συμπερασματικά οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν τον κατεξοχήν χώρο κοινωνιολογικής ανάλυσης της ιατρικής (απολυτοποίηση σχέσεων γιατρών, ασθενών, νοσηλευτριών).

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Στο τμήμα αυτό θα εξετάσουμε τις λειτουργίες τις οποίες οι Μ.Ε.Θ. επιτελούν μέσα στο πλαίσιο του καταμερισμού της ιατρικής εργασίας, ως το κατεξοχήν ανεπτυγμένο τμήμα της επιστημονικής ιατρικής. Θα παρουσιάσουμε δηλαδή την σύνδεση των μονάδων αυτών με την ευρύτερη ιατρική, καθώς και την σύνδεση τους με τον χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου.

Πρώτα από όλα οι Μ.Ε.Θ. χαρακτηρίζονται ως ένα νοσοκομείο το οποίο βρίσκεται μέσα σε ένα νοσοκομείο⁴⁵¹. Η λειτουργία τους δηλαδή είναι σχετικά αυτόνομη από την λειτουργία του ευρύτερου νοσοκομείου. Για την λειτουργία τους έχουν σχεδόν όλα τα κατάλληλα μηχανήματα, φάρμακα και ότι υλικό χρειάζονται προκειμένου να λειτουργήσουν αυτόνομα. Έχουν δικό τους φαρμακείο όπου τοποθετούν τα

⁴⁴⁸ H. H. Gerth and C. Wright Mills. (1946), *From Max Weber*. Oxford University Press. σελ. 144, από Zussman R. (1992), *Intensive Care : Medical Beliefs and the Medical Profession*, Chicago σελ. 3.

⁴⁴⁹ Στο ίδιο, σελ. 3

⁴⁵⁰ Στο ίδιο, σελ. 3.

⁴⁵¹ Στο ίδιο, σελ. 15.

φάρμακα τα οποία παραλαμβάνουν από το φαρμακείο του νοσοκομείου ανα τακτά χρονικά διαστήματα. Επίσης έχουν ειδικούς χώρους όπου αποθηκεύουν ορούς, σύριγγες, είδη ένδυσης, σκεπάσματα, χαρτικά και οτιδήποτε χρειάζονται για την λειτουργία τους. Ανά πάσα στιγμή μπορούν από τις αποθήκες τους να προμηθευτούν σχεδόν τα πάντα, προκειμένου να λειτουργούν ελεύθερα από το υπόλοιπο νοσοκομείο. Η ελευθερία αυτή εκφράζεται τόσο σε λειτουργικό, όσο και σε οργανωτικό και χωροταξικό (συμβολικό) επίπεδο. Η αυτονομία αυτή βέβαια δεν είναι απόλυτη αλλά σχετική. Και η σχετικότητα αυτή εκφράζεται από την εξάρτηση της μονάδας από το ευρύτερο νοσοκομείο και πιο συγκεκριμένα από την εξάρτηση από τα εργαστήρια τα οποία βρίσκονται σε κάποιο χώρο εντός του νοσοκομείου. Πολλές εξετάσεις (π.χ. αέρια αίματος) μπορούν να γίνουν μέσω των φορητών μηχανημάτων τα οποία έχει η μονάδα (αναλυτής αίματος). Πολλές όμως εξετάσεις, ειδικότερα οι μικροβιολογικές απαιτούν την συνδρομή των μικροβιολογικών εργαστηρίων. Έτσι σε καθημερινή βάση η μονάδα εξαρτάται από τα εργαστήρια. Επίσης, αν και οι ακτινολογικές εξετάσεις γίνονται μέσα στο χώρο της μονάδας, εξετάσεις όπως οι αξονικές τομογραφίες και οι αγγειογραφίες χρειάζονται την βοήθεια μεγάλων, πανάκριβων μηχανημάτων τα οποία λόγω του κόστους τους χρησιμοποιούνται για τις ανάγκες του νοσοκομείου και όχι απλώς της μονάδας. Εξαιτίας της στενότητας του χώρου των Μ.Ε.Θ. και της ευρύτερης χρησιμότητας των μηχανημάτων αυτών, δεν βρίσκονται αυτά τα μηχανήματα μέσα στη μονάδα, οπότε αναγκαστικά πρέπει η μονάδα να καταφεύγει σε αυτά όταν τα έχει ανάγκη.

Το βασικό όμως συμπέρασμα είναι, ότι πέρα από αυτές τις εξειδικευμένες λειτουργίες, η Μ.Ε.Θ. λειτουργεί αυτόνομα, δεν ελέγχεται δηλαδή και δεν εξαρτάται από το νοσοκομείο για την λειτουργία της. Μπορεί με άλλα λόγια να φροντίζει τους ασθενείς οι οποίοι εντάσσονται σε αυτή χωρίς να καταφεύγει σε βοήθεια από το νοσοκομείο. Μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις ζητείται η γνώμη ειδικών για ένα συγκεκριμένο θέμα (π.χ. νευροχειρουργοί), ή στέλνεται κάποιος ασθενής στο χειρουργείο. Ακόμα και για περιορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις υπάρχει η δυνατότητα μέσα στις Μ.Ε.Θ. (τοποθέτηση αιμοκαθετήρα, άντληση εγκεφαλονωτιαίου υγρού - E.N.Y.).

Μέσα στην μονάδα συναντάμε μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας. Οι Μ.Ε.Θ. είναι ο χώρος όπου η υψηλή τεχνολογία εφαρμόζεται καθημερινά στα πιο σημαντικά ιατρικά προβλήματα. Η άμεση χρησιμοποίηση αυτής της υψηλής τεχνολογίας έχει και

την συνέπεια του υψηλού κόστους λειτουργίας. Τα μηχανήματα είναι πανάκριβα και η τιμή του καθενός κυμαίνεται σε αρκετά εκατομμύρια. Έτσι το κόστος νοσηλείας ανά ασθενή στη Μ.Ε.Θ. είναι 1.293.372 δραχμές και το μέσο κόστος νοσηλείας ανά μέρα είναι 109.582 δραχμές, δηλαδή 4,5 φορές υψηλότερο από το αντίστοιχο κόστος των ασθενών του ευρύτερου νοσοκομείου. Και τα στοιχεία αυτά αναφέρονται στο κόστος κατά το έτος 1983.⁴⁵² Το κόστος λειτουργίας είναι πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με το κόστος του ευρύτερου νοσοκομείου.

Σειρά έχει να δούμε τι λειτουργίες προσφέρει η Μ.Ε.Θ. και ως άμεση συνέπεια αυτών, θα δούμε και ποιοι ασθενείς εντάσσονται στις Μ.Ε.Θ.

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελούν τμήμα της Επείγουσας και Εντατικής Θεραπείας. Οι επιμέρους Μονάδες Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής ανάλογα με τα είδη των ασθενών που περιθάλπουν είναι οι παρακάτω :

1. Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) : για αρρώστους που βρίσκονται διαπιστωμένα σε κατάσταση μεγίστου κινδύνου.

2. Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.) : για αρρώστους που χωρίς να απειλούνται άμεσα, χρειάζονται αυξημένη επαγρύπνηση.

3. Αίθουσα Αφύπνισης (Α.Α.) : για το πρώτο διάστημα μετά την αναισθησία και την εγχείρηση.

4. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) : για άτομα που προσφεύγουν στο νοσοκομείο γιατί είτε υποκειμενικά είτε και πιθανά αντικειμενικά πιστεύουν ότι απειλείται η ζωή τους.

5. Κινητές Μονάδες (Κ.Μ.) : για αρρώστους που κατά τεκμήριο δεν μπορούν να προσφύγουν στο νοσοκομείο λόγω αντικειμενικής αδυναμίας.⁴⁵³

Προσπαθώντας να περιορίσουμε αυτήν την κατανομή προχωρούμε σε μια περαιτέρω κατανομή του τι αποτελεί την Εντατική ή Κρίσιμη Ιατρική.

«Αυτή περιλαμβάνει τα εξής :

1. Ανάνηψη (Resuscitation).
2. Επείγουσα Ιατρική Βοήθεια (Emergency Medical Care).
3. Εντατική Θεραπεία (Intensive Care)».⁴⁵⁴

Μέσα σε αυτήν την τυπολογία η Εντατική Θεραπεία είναι :

..... η εξασφάλιση μέγιστης παρακολούθησης και υποβοήθησης ζωτικών λειτουργιών σε ασθενείς των οποίων η ζωή κινδυνεύει άμεσα από οξεία αλλά ανατάξιμη νόσο.⁴⁵⁵

⁴⁵²Μιχαλοπούδης Γ. (1992), *Ανάλυση κόστους Οφέλους σε μία Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα σελ. 54.

⁴⁵³Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, (1983), Έκθεση Ομάδας Εργασίας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, Αθήνα, Οκτώβρης 1983, σελ. 4.

⁴⁵⁴Αποστόλου Γ. (1977), *Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Προυποθέσεις - Λειτουργία - Επιτελούμενο έργο - Προβλήματα - Επάνδρωση, Μελλοντικές Προοπτικές, Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων*, 11 : 179-190.

Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό οι Μ.Ε.Θ. ξεχωρίζουν από τις «Μονάδες Εντατικής Παρακολούθησης», διότι οι δεύτερες ασχολούνται με την Εντατική και Συνεχή Παρακολούθηση ασθενών μη ευρισκόμενων σε κρίσιμη κατάσταση από άποψη άμεσου κινδύνου ζωής (π.χ. μετεγχειρητικοί ασθενείς).⁴⁵⁶

Συνεπώς η διαφοροποίηση των Μ.Ε.Θ. από όλες τις άλλες κατηγορίες είναι το ότι σε αυτές προσφέρεται βοήθεια σε ασθενείς των οποίων η ζωή βρίσκεται σε κίνδυνο, απειλείται άμεσα.

Εντατική θεραπεία σημαίνει εξάντληση όλων των θεραπευτικών δυνατοτήτων για παροδική υποκατάσταση διαταραγμένων ή ανασταλμένων ζωτικών λειτουργιών. Σκοπός της είναι να επαναφέρει αυτές τις λειτουργίες σε μια τέτοια κατάσταση που να είναι αυτόνομα συμβατές με τη ζωή. Στην κρίσιμη φάση, η βασική πάθηση είναι δευτερεύουσας σημασίας και η νοσηλεία (όχι η θεραπεία)⁴⁵⁷ συγκεντρώνεται στις ζωτικά απαραίτητες στοιχειώδεις λειτουργίες (αναπνοή, κυκλοφορία ομοιόσταση).⁴⁵⁸

Και συνεχίζοντας παρακάτω :

Οι Μ.Ε.Θ. συνιστούν την πιο προχωρημένη μορφή των μονάδων Εντατικής και Επείγουσας Ιατρικής.⁴⁵⁹

Από την πιο πάνω παρουσίαση καταλήγουμε σε σημαντικά για την έρευνά μας συμπεράσματα. Πρώτα απ' όλα οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν την πιο προχωρημένη μορφή της Επείγουσας Ιατρικής, συνεπώς δικαιολογείται η επιλογή τους ως χώρος έρευνας. Αποτελούν το πιο αντιπροσωπευτικό χώρο μελέτης της επιστημονικής ιατρικής, ως την πιο προχωρημένη μορφή της Επείγουσας Ιατρικής, η οποία όπως είδαμε και ιστορικά αποτελεί το αποκορύφωμα της επιστημονικής ιατρικής.

Επειτα βλέπουμε πως στις Μ.Ε.Θ. συναντάμε το δίπτυχο της σχέσης ζωή - θάνατος (βλέπε υπογραμμίσεις παραπάνω). Οι Μ.Ε.Θ. δηλαδή δεν θεραπεύουν κάποιον από κάποια ασθένεια, αλλά «επαναφέρουν τις ζωτικές λειτουργίες σε μια τέτοια κατάσταση που να είναι αυτόνομα συμβατές με τη ζωή». «Στην κρίσιμη φάση (επικείμενος θάνατος), η βασική πάθηση (ασθένεια) είναι δευτερεύουσας σημασίας

⁴⁵⁵ Στο ίδιο.

⁴⁵⁶ Μιχαλούδη Γ. (1992), *Ανάλυση Κόστους - Οφέλους σε μια Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα*, Διδακτορική Διατριβή, σελ. 5.

⁴⁵⁷ Η παρένθεση όπως και οι υπογραμμίσεις είναι δικά μας.

⁴⁵⁸ Επείγουσα και Εντατική Ιατρική (1983), Έκθεση Ομάδας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, σελ. 10.

και η νοσηλεία (και όχι η θεραπεία) συγκεντρώνεται στις ζωτικά απαραίτητες λειτουργίες». Συνεπώς, διατηρείται κάποιος στη ζωή αποφεύγοντας τον θάνατο με την βοήθεια των Μ.Ε.Θ. οι οποίες δεν θεραπεύουν την ασθένεια προσφέροντας υγεία, αλλά προσφέρουν τη ζωή νικώντας τον θάνατο. Οι Μ.Ε.Θ. όπως είπαμε δεν θεραπεύουν. Εκφράζουν την απόλυτη μορφή της ιατρικής και ως απόλυτη μορφή δεν θα μπορούσαν να κάνουν αυτό που η συμβατική ιατρική κάνει. Αντιθέτως πρέπει να κάνουν κάτι περισσότερο από την θεραπεία, κάτι το οποίο να αποτελεί το ανεκπλήρωτο αίτημα, την βαθύτερη προσδοκία της ιατρικής. Και αυτό δεν είναι τίποτε άλλο από το να χαρίζουν ζωή, να νικούν δηλαδή τον θάνατο και όχι απλώς να νικούν την ασθένεια (θεραπεία).

Στις Μ.Ε.Θ. λοιπόν εντάσσονται ασθενείς των οποίων η ζωή απειλείται άμεσα, ασθενείς τους οποίους η ιατρική όπως εκφράζεται στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου δεν μπορεί να γιατρέψει, και το σημαντικότερο δεν μπορεί να διατηρήσει στη ζωή. Οι Μ.Ε.Θ. λοιπόν αποτελούν

..... ένα θεσμό ο οποίος γεννήθηκε από ένα βαθύ ανθρωπιστικό συναίσθημα προσφοράς βοήθειας πέρα από τα όρια της ελπίδας.⁴⁶⁰

Και συνεχίζοντας πιο κάτω μιλώντας για τον δρόμο της ιατρικής στον οποίο οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν την μια άκρη η οποία προχωρά προς τα εμπρός.

Αφετηρία του δρόμου αυτού αποτελεί το σημείο εκείνο στο οποίο η υπόλοιπη ιατρική παραιτείται από κάθε προσπάθεια διάσωσης του ασθενή. Με λίγα λόγια η Εντατική Θεραπεία συνίσταται στην *ύστατη* ελπίδα.⁴⁶¹

Οι Μ.Ε.Θ. λοιπόν τίθενται ως το αποκορύφωμα της επιστημονικής ιατρικής, ως η προσπάθεια αντιμετώπισης του θανάτου και όχι της ασθένειας. Με την αντιμετώπιση της ασθένειας ασχολείται όλη η συμβατική επιστημονική ιατρική. Με άλλα λόγια, ενώ οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν αλληλένδετο κομμάτι της επιστημονικής ιατρικής, ταυτόχρονα ξεχωρίζουν από αυτή μιας και ενασχόλησή τους αποτελεί η ζωή και ο θάνατος και όχι η υγεία και η ασθένεια.

⁴⁵⁹ Στο ίδιο, σελ. 10.

⁴⁶⁰ Γκαράνη Γ. (1992), *Εντατική Θεραπεία: Ηθικά, Δεοντολογικά και Νομικά προβλήματα*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα σελ. 7.

⁴⁶¹ Στο ίδιο σελ. 10.

Με την σειρά τους τώρα οι Μ.Ε.Θ. χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, ανάλογα με το είδος των νοσηλευόμενων ασθενών

α. Πολυδύναμες, όπου νοσηλεύονται ασθενείς ανεξάρτητα από την ασθένειά τους.

β. Στεφανιαίες, όπου νοσηλεύονται μόνο ασθενείς με καρδιακές παθήσεις.

Ως αντικείμενο έρευνας τίθονται οι Πολυδύναμες στις οποίες υπάρχουν ως υποκατηγορία οι ασθενείς οι οποίοι εντάσσονται στις δεύτερες. Θεωρείται ότι στις Πολυδύναμες εκφράζεται γενικότερα και εξαντλητικότερα η λογική η οποία διέπει τις Μ.Ε.Θ.

Επίσης υπάρχει και η διάκριση σε :

α. Μ.Ε.Θ. Παιδιατρικές όπου εντάσσονται νεογνά και μικρά παιδιά β. Μ.Ε.Θ. Ενηλίκων.

Αντικείμενο έρευνας αποτελούν οι Μ.Ε.Θ. ενηλίκων οι οποίες είναι και οι περισσότερες.

Σειρά έχει στο σημείο αυτό να παρουσιάσουμε μια εξαντλητική λίστα των ιατρικών πράξεων οι οποίες εκτελούνται στις Μ.Ε.Θ. και οι οποίες έχουν ως σκοπό την διατήρηση του ασθενή στην ζωή. Πιο συγκεκριμένα ένα συνέδριο το οποίο έλαβε χώρα το 1983 υπό την αιγίδα του εθνικού ινστιτούτου υγείας (National Institutes of Health), προσδιόρισε τις ελάχιστες τεχνολογικές ικανότητες της Εντατικής Θεραπείας ως :

1. Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση.
2. Αερική διαχείριση, συμπεριλαμβανομένη ενδοτραχειακή χορήγηση και βοηθητικό αερισμό.
3. Συστήματα χορήγησης, διανομής οξυγόνου και ειδικευμένους respiratory θεραπευτές ή εξουσιοδοτημένες νοσηλεύτριες για χορήγηση θεραπείας οξυγόνου.
4. Συνεχής ηλεκτροκαρδιακή παρακολούθηση.
5. Επείγουσα Χορήγηση για καρδιακή ανεπάρκεια.
6. Πρόσβαση σε γρήγορες και αξιόπιστες εργαστηριακές εξετάσεις συμπεριλαμβανόμενων, και όχι περιορισμένο απλώς σε αυτά, ανάλυσης αερίων αίματος, ηλεκτρολύτες, αιμογράμματος, μέτρηση καρδιακών ενζύμων, μικροβιολογικών εξετάσεων και άλλων καρδιακών εξετάσεων.
7. Πρόσβαση σε υπηρεσίες θρεπτικής ενίσχυσης τόσο σε τεχνικές εντερικής, όσο και σε παρα-εντερικών μεθόδων.
8. Titrated θεραπευτικές παρεμβολές με αντλίες έγχυσης.
9. Βασισμένη στον προσδιορισμό του ασθενή της Μ.Ε.Θ. η τεχνολογική βοήθεια πρέπει να είναι ικανή να στηρίζει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι ιατρικά ενδεδειγμένες.

Για παράδειγμα μία Μ.Ε.Θ. η οποία χειρίζεται σύνδρομο shock χρειάζεται την βοήθεια τεχνικών αιμοδυναμικής παρακολούθησης για την ορθολογική διαγνωστική κατηγοριοποίηση και την συνακόλουθη θεραπεία του ασθενή με σύνδρομο shock.

10. Φορητά μηχανήματα συντήρησης στη ζωή για χρήση ασθενών οι οποίοι μετακινούνται τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και έξω από αυτό.⁴⁶²

Η εξαντλητική παρουσίαση αυτού του καταλόγου δεν θα εξυπηρετούσε κανέναν σκοπό, μιας και το κοινό χαρακτηριστικό όλων των ασθενών είναι ότι απειλείται η ζωή τους⁴⁶³. Το συμπέρασμα το οποίο αντλούμε από την παρουσίαση των λειτουργιών τις οποίες επιτελούν οι Μ.Ε.Θ. είναι ότι ο βασικός στόχος των μονάδων αυτών είναι η διατήρηση του ασθενή στη ζωή.

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Οι Μ.Ε.Θ. εξαρτώνται και προσδιορίζονται άμεσα, όσον αφορά το μέγεθός τους, από κάποια διεθνή δεδομένα τα οποία επηρεάζουν και την δομή των ελληνικών Μ.Ε.Θ. Οι ελληνικές Μ.Ε.Θ., όπως είδαμε στο κεφάλαιο στο οποίο παρουσιάσαμε την ιστορική καταβολή των Μ.Ε.Θ., αποτελούν σαφή αντιγραφή των ανάλογων μονάδων του εξωτερικού. Τα κρεβάτια της εκάστοτε Μ.Ε.Θ. αναλογούν στο 3% - 5% όλων των κρεβατιών του νοσοκομείου στο οποίο στεγάζεται. Ο αριθμός των κρεβατιών προσδιορίζει και τον αριθμό των εργαζομένων (γιατρών, νοσηλευτριών) στις Μ.Ε.Θ.. Ως κριτήριο για την οργάνωση των Μ.Ε.Θ. σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι διεθνώς παραδεκτό ότι η ελάχιστη σχέση συνεχούς και 24ωρης παρουσίας ανά κρεβάτι είναι 2 : 1 (νοσηλεύτριες/ασθενή).

Ο αριθμός αυτός δεν είναι δεσμευτικός αλλά εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας, λαμβάνοντας υπόψη τις άδειες και την πενθήμερη εργασία των εργαζομένων. Κατά την διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης ποτέ δεν παρατηρήθηκε η αναλογία δύο νοσηλεύτριες ανά κρεβάτι. Αυτός ο αριθμός απλώς προσδιο-

⁴⁶²National Institutes of Health, Consensus Development Conference, Summary 4, 1983 σελ. 7.

⁴⁶³ Για μια εξαντλητική παρουσίαση βλέπε την εργασία Επείγουσα και Εντατική Ιατρική η οποία χρησιμεύει ως οδηγός για την δημιουργία των Μ.Ε.Θ. στην Ελλάδα σελίδες 18-23. Επίσης στην ίδια εργασία στην σελίδα 11 μπορούμε να δούμε ποια είναι τα περιστατικά τα οποία εισάγονται στις Μ.Ε.Θ.

ρίζει το σύνολο των απαραίτητων νοσηλευτριών για την απρόσκοπτη λειτουργία της Μ.Ε.Θ.

Το προσωπικό το οποίο αποτελεί την Μ.Ε.Θ. εξαρτάται από τον αριθμό των κρεβατιών. Ανάλογα με τα κρεβάτια αυξάνει και ο αριθμός του προσωπικού. Ενώ για τις νοσηλεύτριες η σχέση ανά κρεβάτι είναι 2 : 1, στους γιατρούς είναι περίπου 1 : 1.⁴⁶⁴

Πιο συγκεκριμένα έχουμε τον παρακάτω πίνακα ο οποίος αναφέρετε στο μέγεθος του προσωπικού των Μ.Ε.Θ. ανάλογα με τον αριθμό των κρεβατιών.

Αναλογία προσωπικού (Νοσηλευτικού και Ιατρικού)
σύμφωνα με το μέγεθος των Μ.Ε.Θ.⁴⁶⁵

<u>Κρεβάτια Μ.Ε.Θ.</u>	<u>6 - 8</u>	<u>10 - 12</u>	<u>15</u>
<u>Νοσηλευτικό προσωπικό</u>			
<u>Προϊστάμενες</u>	3	3	3
<u>Αδελφές</u>	16 - 18	22 - 25	30
<u>Σχέση Αδελφής/Κρεβάτι</u>	3.1 - 2.5	2.5 - 2.3	2.2
<u>Ιατρικό Προσωπικό</u>			
<u>Διευθυντής</u>	1	1	1
<u>Επιμελητές Α</u>	2	3	3
<u>Επιμελητές Β</u>	2	3	4
<u>Ειδικευόμενοι</u>	2 - 3	3 - 4	5
<u>Σχέση Γιατρών/Κρεβάτι</u>	1.5 - 1.0	1.0 - 0.9	0.86

Σημαντικό για την ανάλυσή μας είναι το γεγονός ότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες οι οποίες στελεχώνουν τις Μ.Ε.Θ. πρέπει να έχουν προϋπηρεσία στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου⁴⁶⁶.

Οι αριθμοί οι οποίοι παρουσιάστηκαν στον προηγούμενο πίνακα όπως είπαμε δεν εκφράζουν την πραγματικότητα, την καθημερινή πρακτική. Για παράδειγμα, στην Μ.Ε.Θ στην οποία συμμετείχαμε έχουμε την ύπαρξη 7 κρεβατιών, ενώ υπάρχουν 1

⁴⁶⁴Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, (1983) Έκθεση Ομάδας Εργασίας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, Αθήνα, σελ. 15.

⁴⁶⁵Στο ίδιο σελ. 43.

Προϊσταμένη, 14 Νοσηλεύτριες, 1 Διευθυντής, 1 Επιμελητής Α, 2 Επιμελητές Β και 2 Ειδικευόμενοι. Οι τελευταίοι δεν αποτελούν μέρος του μόνιμου ιατρικού προσωπικού των Μ.Ε.Θ. αλλά θεωρούνται ως μόνιμα μέλη τα οποία κάνουν και εφημερίες ως μόνιμοι γιατροί στη Μ.Ε.Θ. Επίσης στην μονάδα υπάρχουν 2 τραυματιοφορείς, 3 βοηθητικές Νοσηλεύτριες, 1 καθαρίστρια και κάποιοι Φυσιοθεραπευτές οι οποίοι δουλεύουν ανά βάρδια και οι οποίοι στέλνονται στην μονάδα από το νοσοκομείο καθημερινά. Εκτελούν την φυσιοθεραπεία των ασθενών και έπειτα φεύγουν.

Επίσης υπάρχουν και γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων (νευροχειρουργοί, νευρολόγοι, ψυχίατροι) οι οποίοι όταν υπάρξει ανάγκη επισκέπτονται την μονάδα και προσφέρουν την διάγνωσή τους για κάποιο ασθενή. Η οργανωτική σχέση της Μ.Ε.Θ. λειτουργεί πάνω σε πενθήμερη, οκτάωρη βάση. Ενώ δηλαδή προσφέρεται **Εντατική Θεραπεία**, η εννοιολόγηση του όρου Εντατική σημαίνει 40 ώρες την εβδομάδα. Όλες τις άλλες ώρες θεωρείται ως εφημερία και στην ουσία η Εντατική Θεραπεία υπολειτουργεί. Κατά την διάρκεια της εφημερίας στην μονάδα υπάρχει μόνο ένας γιατρός, συχνά ειδικευόμενος, και άλλοι δύο γιατροί σε κλήση (on call), και 3 Νοσηλεύτριες. Πρέπει επίσης να αναφέρουμε πως τα εργαστήρια, οι αξονικοί τομογράφοι όλες οι εξετάσεις οι οποίες γίνονται έξω από το χώρο της Μ.Ε.Θ. λειτουργούν γραφειοκρατικά. Δηλαδή, πενθήμερο και οκτάωρο. Συνεπώς όλες οι εξετάσεις της Μ.Ε.Θ. πρέπει να προσαρμοσθούν σε αυτό το ωράριο. Επιβάλλεται δηλαδή στην Μ.Ε.Θ., όσον αφορά το ωράριο, να λειτουργεί όχι ως Εντατική Θεραπεία αλλά ως γραφειοκρατική υπηρεσία. Η γραφειοκρατικοποίηση αυτή των υπηρεσιών υγείας δεν είναι τίποτε άλλο από την άμεση συνέπεια της εμπορευματοποίησης και του εξορθολογισμού της διαδικασίας της θεραπείας.

Και μόνο αυτό το χαρακτηριστικό της γραφειοκρατικοποίησης των Μ.Ε.Θ. αρκεί για να γκρεμίσει τον μύθο της παντοδυναμίας των μονάδων αυτών. Αυτό που γίνεται είναι όχι η συνεχής, ενεργητική επέμβαση για τη θεραπεία του ασθενή, αλλά η οκτάωρη, παθητική φροντίδα για την διατήρησή του στη ζωή. Τη διατήρησή του ασθενή στη ζωή προκειμένου ο ίδιος να αντιδράσει. Έχουμε δηλαδή εδώ μια επιβεβαίωση, μια επιβράβευση της Ιπποκρατικής λογικής. Η ικανότητα για θεραπεία δίνεται στον ασθενή ο οποίος αυτοκινούμενος, με την επικουρική βοήθεια του γιατρού

⁴⁶⁶ Στο θέμα αυτό θα αναφερθούμε στην ανάλυση της σχέσης γιατρός - νοσηλεύτρια. Αυτό που ενδιαφέρει για την μέχρι τώρα παρουσίαση είναι το ότι οι εργαζόμενοι οι οποίοι εντάσσονται στις Μ.Ε.Θ. έχουν προϋπηρεσία, στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου, πριν ενταχθούν στις Μ.Ε.Θ.

θεραπεύεται. Αυτός κινεί την διαδικασία και καταφέρνει να ξεφύγει τον κίνδυνο. Στις Μ.Ε.Θ. αυτό που παρατηρείται είναι η φροντίδα του ασθενή⁴⁶⁷. Η προσφορά αυτής της φροντίδας διατηρεί τον ασθενή στην ζωή, υποβοηθώντας τις βασικές του λειτουργίες με μηχανήματα, προκειμένου να ξεπεράσει την κρίσιμη για την ζωή του περίοδο. Το αν θα διατηρηθεί στη ζωή ο ασθενής εξαρτάται, όπως το διατυπώνουν οι γιατροί, «από το αν θα αντιδράσει ο οργανισμός του». Δηλαδή, ο ίδιος καλείται να αντιδράσει και ως ενεργητική δύναμη η οποία υποβοηθείται από το γιατρό, αναμένεται να νικήσει τον επερχόμενο θάνατο.

Πάνω σε αυτή την γραφειοκρατική λειτουργία δομείται η οργάνωση των σχέσεων της ομάδας των γιατρών με αυτήν των νοσηλευτριών⁴⁶⁸. Μέσα στις Μ.Ε.Θ. παρατηρούμε την ύπαρξη αυτών των δύο βασικών ομαδοποιήσεων των γιατρών και των νοσηλευτριών. Οι δύο αυτές ομάδες δεν λειτουργούν αυστηρά γραφειοκρατικά αλλά σε ένα χαλαρό πλαίσιο. Δηλαδή, παρά την ύπαρξη του γραφειοκρατικού ωραρίου, δεν υπάρχει ένα σύνολο γραπτών κανόνων το οποίο προσδιορίζει ανά πάσα στιγμή την συμπεριφορά βάση ενός προσδιορισμένου, άκαμπτου τρόπου ενέργειας. Αντιθέτως αυτό που παρατηρείται είναι η μορφή οργάνωσης της διαπραγματευτικής τάξης, όπως αυτή παρουσιάστηκε στην μορφή της οργάνωσης των σχέσεων γιατρός-νοσηλεύτρια στον χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου. Ανά πάσα στιγμή αγοράζονται και πωλούνται συμπεριφορές. Υπάρχει ένα πλαίσιο ενεργειών οι οποίες πρέπει να γίνουν από κάθε ομάδα προκειμένου να λειτουργήσει η οργάνωση, αλλά όλες οι άλλες σχέσεις κινούνται σε ένα χαλαρό πλαίσιο. Κυριαρχούν τα προσωπικά ανταλλάγματα για συγκεκριμένες ενέργειες π.χ. χορήγηση αδειών και φαρμάκων στο βιβλιάριο του νοσηλευτή, ή η εξέταση ενός συγγενή του από τον γιατρό. Σε αντάλλαγμα οι νοσηλεύτριες π.χ. κάνουν την λήψη του αίματος των ασθενών. Έτσι διαμορφώνονται οι προσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών των δύο ομάδων. Επειδή ο χώρος είναι κλειστός έχουμε την κυριαρχία των προσωπικών άτυπων σχέσεων έναντι των αυστηρών τυπικών. Συχνά προσφωνούνται με τα μικρά τους ονόματα : « ο νοσηλευτής στον γιατρό : Γιώργο σε ζητούν στο τηλέφωνο». Φαινομενικά επικρατεί ένα κλίμα ομό-

⁴⁶⁷ Στα αγγλικά ονομάζονται I.C.U. δηλαδή Intensive Care Units. Το Care σημαίνει Φροντίδα. Στα Ελληνικά έχει μεταφραστεί ως Θεραπεία Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, δηλαδή μια ονομασία η οποία στο επίπεδο του λόγου διαμορφώνει αυξανόμενες προσδοκίες στην κοινωνία δίνοντας την εντύπωση ότι στις Μ.Ε.Θ. γίνεται το αδύνατο

⁴⁶⁸ Στο τμήμα αυτό κάνουμε μόνο μια παρουσίαση της οργάνωσης των σχέσεων. Ανάλυση αυτών θα υπάρξει στο επόμενο τμήμα στο οποίο αναλύουμε την σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια.

νοιας και αλληλεγγύης⁴⁶⁹, μια κατάσταση ισορροπίας και κυριαρχίας των προσωπικών σχέσεων.

Σημαντικό στοιχείο είναι επίσης και η ύπαρξη δύο διαφορετικών ιεραρχιών, αυτής των γιατρών και αυτή των νοσηλευτριών. Οι γιατροί αναφέρονται και ελέγχονται από την ιατρική ιεραρχία πάνω στην οποία και εξελίσσονται, ενώ αντίστοιχα οι νοσηλεύτριες ελέγχονται από την νοσηλευτική ιεραρχία, στην κορυφή της οποίας βρίσκεται η Διευθύνουσα. Σε περίπτωση σύγκρουσης γιατρού με νοσηλεύτρια κυρώσεις στην νοσηλεύτρια δεν μπορεί να επιβάλλει ο διευθυντής της Μ.Ε.Θ., ο οποίος είναι γιατρός, αλλά η προϊσταμένη της μονάδας, η οποία διευθύνει τις νοσηλεύτριες. Η ύπαρξη των δύο διαφορετικών ιεραρχιών προστατεύει τις νοσηλεύτριες από την εξουσιαστική αυθαιρεσία των γιατρών. Η ύπαρξη των δύο ιεραρχιών αναδεικνύει και νομιμοποιεί την συγκρουσιακή διάσταση των σχέσεων γιατρός - νοσηλεύτρια. Επειδή η σχέση αυτή βρίσκεται σε δυναμική ισορροπία, άρα σε μια φαινομενική αλληλεγγύη και σε μια διαρκή υποβόσκουσα σύγκρουση, η ύπαρξη των δύο ιεραρχιών εξασφαλίζει την μη - αυθαιρεσία των γιατρών, διαφοροποιώντας ταυτόχρονα τους ρόλους γιατρών και νοσηλευτριών στο χώρο των Μ.Ε.Θ.

ΧΩΡΟΤΑΞΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Στο τμήμα αυτό θα προχωρήσουμε σε μια χωροταξική παρουσίαση και ταυτόχρονα συμβολική αναπαράσταση των Μ.Ε.Θ. Θα εξετάσουμε δηλαδή την χωροταξική έκφραση των Μ.Ε.Θ. δείχνοντας παράλληλα, πέρα από την έκδηλη λειτουργικότητα των χωροταξικών ρυθμίσεων, τις λανθάνουσες λειτουργίες στο συμβολικό επίπεδο.

Ξεκινώντας θα αναφέρουμε ότι ο χώρος των Μ.Ε.Θ. ποικίλλει και εξαρτάται από τον αριθμό των κρεβατιών τα οποία περιέχει η Μ.Ε.Θ. Έτσι θεωρείται :

..... σαν ελάχιστος αναγκαίος χώρος μιας Μ.Ε.Θ. τα 30 τετραγωνικά μέτρα μεικτού χώρου ανά κρεβάτι, αριθμός που όμως προσαρμόζεται στις τοπικές ανάγκες του νοσοκομείου⁴⁷⁰

⁴⁶⁹ Ανάλυση αυτής της φαινομενικής ισορροπίας θα γίνει στο επόμενο κεφάλαιο, στην ανάλυση της σχέσης γιατρός - νοσηλεύτρια.

Η Μ.Ε.Θ. πρέπει να βρίσκεται κοντά και σε οριζόντια γειννίαση με τα χειρουργεία ή τις μονάδες αντιμετώπισης επικίνδυνων περιστατικών. Η καλύτερη θέση για τη Μ.Ε.Θ. είναι στο ισόγειο, αλλιώς αν αυτή βρίσκεται σε όροφο πρέπει να υπάρχει ανελκυστήρας για την άμεση επικοινωνία με τα χειρουργεία. Ο χώρος τώρα της μονάδας τεμαχίζεται στα εξής τμήματα :

- α. Ο χώρος των ασθενών, όπου βρίσκονται τα ατομικά κρεβάτια των ασθενών. Αυτά είτε βρίσκονται το ένα δίπλα στο άλλο, είτε μέσα σε ειδικά ατομικά διαρρυθμισμένους χώρους που κλείνουν τριγύρω με τζαμαρία (boxes). Επειδή αυτά τα δωμάτια με το ένα κρεβάτι απαιτούν περισσότερο προσωπικό, επιλέγονται οι ενιαίοι χώροι.
- β. Ο χώρος του καθαρού υλικού. Μικρές ντουλάπες και μικρές αποθήκες όπου βρίσκονται οι προμήθειες τις οποίες χρησιμοποιεί η μονάδα για την λειτουργία της.
- γ. Ο χώρος του ακάθαρτου υλικού, όπου στοιβάζεται όλο το χρησιμοποιημένο υλικό.
- δ. Προθάλαμοι εισόδου, όπου εκεί αλλάζουν ενδυμασία οι επισκέπτες οι οποίοι εισέρχονται στη μονάδα.
- ε. Ο χώρος ανάπαυσης του προσωπικού, όπου υπάρχει κάτι σαν μικρή κουζίνα, όπου εξυπηρετεί το προσωπικό τις ανάγκες του.
- στ. Γραφεία Γιατρών και γραφείο Προϊσταμένης.
- η. Οι χώροι υγιεινής του προσωπικού, όπου αλλάζουν και φυλάσσουν την ενδυμασία τους.
- θ. Ο χώρος όπου οι καθαρίστριες αποθηκεύουν τα μέσα τα οποία χρησιμοποιούν (σκούπες, πανιά κλπ.)
- ι. Ένα δωμάτιο ύπνου για τον εφημερεύοντα γιατρό, όπου βρίσκεται και ένα κρεβάτι.
- κ. Ο χώρος αναμονής των συγγενών έξω από την μονάδα.
- λ. Ένα μικρό εργαστήριο για τις αιματολογικές εξετάσεις οι οποίες δεν απαιτούν μικροβιολογική ανάλυση (αέρια αίματος κλπ.).
- μ. Ένας χώρος, όπου χρησιμοποιείται για τον καθαρισμό, την αποθήκευση και για τις επισκευές των μηχανημάτων.⁴⁷¹

Οι χώροι αυτοί αποτελούν τους αναγκαίους χώρους για την εύρυθμη λειτουργία των Μ.Ε.Θ. Πέραν όμως της λειτουργικότητάς τους, η δόμησή αυτών των χώρων εξυπηρετεί και άλλες σκοπιμότητες. Στο συμβολικό επίπεδο μπορούμε να διακρίνουμε τα εξής δύο στοιχεία. α) την ύπαρξη διαφορετικών χωροταξικών ομαδοποιήσεων και β) την μη - δυνατότητα πρόσβασης στους χώρους της Μ.Ε.Θ. για οποιονδήποτε δεν ανήκει στο προσωπικό που την στελεχώνει.

⁴⁷⁰ *Επείγουσα και Εντατική Ιατρική* (1983), Έκθεση Ομάδας Εργασίας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, Αθήνα, σελ. 18

⁴⁷¹ Στο ίδιο, σελ. 19-20.

Στο χωροταξικό επίπεδο έχουμε τον συμβολικό διαχωρισμό των χώρων οι οποίοι ανήκουν στους γιατρούς και τους αντίστοιχους χώρους οι οποίοι χρησιμοποιούνται από τις νοσηλεύτριες.

..... ..είναι η φυσική γεωγραφία της ιατρικής και της νοσηλευτικής εργασίας η οποία διαρρηγνύει τις διόδους διαμέσου των οποίων η γνώση για τα σώματα κατανέμεται. Εδώ η τριβή στην κατανομή της πληροφορίας για τους ασθενείς προκύπτει από την χωροταξική απομόνωση των γιατρών από τις νοσηλεύτριες.⁴⁷²

Κατά τη διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης στη Μ.Ε.Θ., η ομαδοποίηση αυτή ήταν πολύ εμφανής. Στην καθημερινή δραστηριότητα οι γιατροί λειτουργούν σαν μια ομάδα η οποία βρίσκεται τον περισσότερο χρόνο σε συγκεκριμένους χώρους (γραφείο διευθυντή και γραφείο γιατρών και λιγότερο στον χώρο των κρεβατιών των ασθενών). Από την άλλη, η ομάδα των νοσηλευτριών βρίσκεται συνέχεια στον κατεξοχήν χώρο των Μ.Ε.Θ., αυτό των κρεβατιών των ασθενών. Η συνεχής παρουσία τους εκεί και η περιορισμένη παρουσία των γιατρών στο χώρο αυτόν εξηγείται, όπως θα δούμε, από την κυριαρχία στις Μ.Ε.Θ. της ιδεολογίας της φροντίδας, όπου η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίζει συνεχώς τον ασθενή. Ο καταμερισμός αυτός του χώρου μπορεί να καταδειχθεί από την απλή αναφορά της συμπεριφοράς μιας νοσηλεύτριας η οποία εισάγεται από το χώρο των κρεβατιών στο γραφείο των γιατρών. Κάποια αμηχανία στην συμπεριφορά, κάποια τυπικότητα στην προσφώνηση του γιατρού, δείχνουν ότι ο χώρος αυτός δεν της είναι οικείος. Είναι ο χώρος των γιατρών και οφείλει όταν εισέρχεται σε αυτόν (ο οποίος αποτελεί βέβαια χώρο της Μ.Ε.Θ.) να φερθεί με ευγένεια. Από την άλλη όταν οι γιατροί εισέρχονται στον χώρο των νοσηλευτριών (έναν χώρο τον οποίο οι νοσηλεύτριες χρησιμοποιούν ως μικρή κουζίνα) επικρατεί και σε αυτούς η ίδια αμηχανία. Οι χώροι δηλαδή αυτοί συμβολικά λειτουργούν καταδεικνύοντας την συγκρουσιακή σχέση μεταξύ των δύο ομάδων.

Αρκεί να αναφέρουμε άλλο ένα παράδειγμα το οποίο τονίζει την συμβολική διάσταση του χώρου και το οποίο μας είχε προκαλέσει κατά την διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης μεγάλη εντύπωση. Θα αναφερθούμε στην επίσκεψη την οποία κάνουν οι γιατροί στους ασθενείς. Στους θαλάμους του ευρύτερου νοσοκομείου αυτή η επίσκεψη αποτελεί μια καθημερινή δραστηριότητα των γιατρών, μιας και είναι τόσο το πλήθος των ασθενών, καθώς και η εναλλαγή της βάρδιας των γιατρών, ώστε

απαιτείται η καθημερινή συνάντηση με τον ασθενή. Στο χώρο των Μ.Ε.Θ. όμως η κατάσταση των ασθενών είναι τόσο σοβαρή ώστε οι γιατροί ανά πάσα στιγμή ενημερώνονται για την κατάσταση τους. Επίσης τα κρεβάτια των ασθενών βρίσκονται δίπλα στο γραφείο των γιατρών και ανά πάσα στιγμή οι γιατροί, ο καθένας ξεχωριστά ή και περισσότεροι μαζί αν αυτό είναι αναγκαίο, βοηθούν τον ασθενή. Ο χώρος των κρεβατιών των ασθενών και ο χώρος του γραφείου των γιατρών είναι άμεσα, οργανικά και χωροταξικά συνδεδεμένος έτσι ώστε η καθημερινή επίσκεψη, όπως αυτή συναντιέται στους ορόφους καθίσταται περιττή. Και για λόγους τους οποίους θα εξηγήσουμε παρακάτω, η κατάσταση υγείας των ασθενών κινείται σε ορισμένα σταθερά επίπεδα μέτρησης συγκεκριμένων τιμών του σώματος, έτσι ώστε θεωρείται περιττή η καθημερινή επίσκεψη.

Αυτό που παρατηρήθηκε στη Μ.Ε.Θ. ήταν η διεξαγωγή αυτής της «επίσκεψης» (τρεις φορές λάβαμε μέρος σε αυτή). Πριν αναφέρουμε τα γενικά χαρακτηριστικά τα οποία μας έκαναν εντύπωση, πρέπει να αναφέρουμε πως καθημερινά ο γιατρός ο οποίος είναι εφημερία το προηγούμενο βράδυ, το πρωί ενημερώνει σε ένα συμβούλιο όλους τους γιατρούς για την κατάσταση των ασθενών, έτσι ώστε όλοι να ξέρουν το τι έχει αλλάξει στην κατάσταση του κάθε ασθενή από την προηγούμενη μέρα. Πάνω στα νέα δεδομένα τα οποία προκύπτουν από την ενημέρωση αυτή για την κατάσταση του ασθενή αποφασίζουν όλοι μαζί για την συνέχιση ή για την αλλαγή της θεραπείας. Τρεις φορές αφότου έγινε αυτή η ενημέρωση μέσα στο πλαίσιο του συμβουλίου των γιατρών και αποφασίστηκε η θεραπευτική αγωγή η οποία θα ακολουθηθεί, οι γιατροί αποφάσισαν να εκτελέσουν την «επίσκεψη». Πρέπει να αναφέρουμε ότι μέσα στην μονάδα οι νοσηλεύτριες και αρκετές φορές και οι γιατροί, φορούν μια στολή η οποία είναι χρώματος μπλε. Στην περίπτωση τώρα της «επίσκεψης», όλοι οι γιατροί ανεξάρτητα αν φορούσαν ή όχι την μπλε ποδιά καλούνται πάνω από την μπλε, να φορέσουν την άσπρη ποδιά. Αυτό γίνεται προκειμένου να ξεχωρίσουν συμβολικά από τις νοσηλεύτριες, οι οποίες φορούν την μπλε στολή. Έπειτα όλοι μαζί ανεξάρτητα αν έχουν να προσφέρουν ή όχι στην «επίσκεψη», εισάγονται από το χώρο του γραφείου τους στο χώρο των κρεβατιών. Όλοι μαζί στέκονται πάνω από το κρεβάτι του κάθε ασθενή και στην ουσία επαναλαμβάνουν στον διευθυντή ότι πριν από λίγο κατά τη διάρκεια της πρωινής ενημέρωσης έκαναν. Δεν υπάρχει σημα-

⁴⁷² May K. (1992), Nursing Work, Nurses Knowledge and the Subjectification of the Patient,

ντική πρακτική χρησιμότητα μιας και κατά τη διάρκεια της πρωινής ενημέρωσης αναλύουν την προσωπική καρτέλα κάθε ασθενή και ξέρουν την κατάστασή του. Για το λόγο αυτό και προτείνουν την ανάλογη θεραπεία. Άξιο παρατήρησης είναι και η συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια της «επίσκεψης». Ένας γιατρός ενημερώνει τον διευθυντή και οι άλλοι υποτίθεται ότι συμπληρώνουν αυτήν την ενημέρωση. Στην πραγματικότητα όμως κάθονται, και είτε συζητάνε μεταξύ τους, είτε απλώς κοιτάνε περιμένοντας το πότε θα τελειώσει αυτή η «επίσκεψη». Η συμβολική όμως παρουσία όλων των γιατρών είναι σημαντική διότι εκείνη την στιγμή δείχνουν στην αντίπαλη ομάδα των νοσηλευτριών ότι αποτελούν μια συμπαγή, μια ομοιογενή ομάδα η οποία υπό την εξουσία του διευθυντή επιτελεί το κοινωνικό λειτούργημα της θεραπείας. Η εικόνα η οποία παρουσιάζεται είναι αυτή έξι ατόμων ντυμένα στα άσπρα, τα οποία κάτω από τις εντολές του διευθυντή, συγκεντρωμένοι ενεργούν ομαδικά. Και η συμβολική αυτή χρήση της «επίσκεψης» γίνεται για να εξυπηρετηθούν οι εξουσιαστικές σκοπιμότητες στο πλαίσιο της σχέσης τους με τις νοσηλεύτριες. Κάτι το οποίο άλλωστε και επιτυγχάνεται.

Αρκεί να αναφέρουμε την συμπεριφορά των νοσηλευτριών απέναντι σε αυτή την «επίσκεψη» των γιατρών. Νευριάζουν και άτομα τα οποία είναι πολύ ευγενικά στην προσωπική τους ζωή, φέρονται με αγένεια. Κάποια νοσηλεύτρια η οποία εκείνη την στιγμή εκτελούσε κάποια εργασία στο κρεβάτι του ασθενή για τον οποίον ενημερώνονταν οι γιατροί, με αξιοσημείωτη αγένεια έσπρωξε εμάς και έναν γιατρό για να περάσει, ενώ θα μπορούσε είτε να ζητήσει ευγενικά να της κάνουμε χώρο, είτε ακόμα και να περάσει από την άλλη πλευρά, η οποία ήταν ελεύθερη. Προτίμησε όμως να περάσει από την πλευρά στην οποία βρισκόμασταν σπρώχνοντας μας. Το σημαντικότερο είναι η αντίδραση των γιατρών σε αυτή την ενέργεια, οι οποίοι συνέχισαν την «επίσκεψη» χωρίς να ενοχληθούν καθόλου, πράγμα το οποίο δείχνει ότι είχαν συνηθίσει σε τέτοιες ενέργειες αγένειας. Τέτοιες αγενείς ενέργειες δεν είχαν υποπέσει στην αντίληψή μας στο πλαίσιο των καθημερινών δραστηριοτήτων, αλλά μόνο κατά την διάρκεια της «επίσκεψης». Έπειτα σε συζήτηση με τις νοσηλεύτριες μας ανέφεραν το άσκοπο της «επίσκεψης» των γιατρών. Το άσκοπο αυτής της «επίσκεψης» μας το είχαν εξομολογηθεί και κάποιοι γιατροί οι οποίοι θεωρούσαν αυτή την ενέργεια ως παραξενιά του διευθυντή. Επίσης οι νοσηλεύτριες ανέφεραν πώς το άσκοπο αυ-

τής της ενέργειας τους προκαλούσε ενόχληση και τις νευρίαζε. Μα ακριβώς αυτός ήταν και ο σκοπός αυτής της συμβολικής ενέργειας των γιατρών. Να δείξουν στην ομάδα των νοσηλευτριών ότι αποτελούν μια εξουσιαστική, συμπαγής ομοιογενή ομάδα. Άλλωστε αυτό είναι και το παράπονο των νοσηλευτριών, ότι δηλαδή δεν έχουν ομοιογένεια μεταξύ τους : «Όταν οι γιατροί τσακώνονται μεταξύ τους κλείνουν την πόρτα (του γραφείου τους) και τα συζητάνε. Εμείς κοιτάμε το πώς θα βγάλει η μία το μάτι της άλλης.».

Συνεπώς η συμβολική ενέργεια τονίζει ακριβώς αυτό το χαρακτηριστικό της ομοιογένειας το οποίο χαρακτηρίζει κάθε εξουσιαστική μειοψηφία η οποία προσπαθεί να επιβληθεί. Κάθε ενδοομάδα όσο μικρότερη είναι, τόσο πιο μεγάλη συνοχή πρέπει να έχει, ώστε πειθαρχημένη να ασκεί αποτελεσματικά την εξουσία της. Η διάκριση σε χώρους των γιατρών και σε χώρους των νοσηλευτριών χρησιμεύει σε ένα συμβολικό επίπεδο για την διάκριση και την ενδυνάμωση των εξουσιαστικών σχέσεων, μεταξύ της ομάδας των γιατρών και της ομάδας των νοσηλευτριών.

Το δεύτερο στοιχείο της οργάνωσης του χώρου των Μ.Ε.Θ. το οποίο λειτουργεί στο συμβολικό επίπεδο εξυπηρετώντας εξουσιαστικές σκοπιμότητες, είναι αυτό της μη εύκολης πρόσβασης στη Μ.Ε.Θ. Μιας μορφή τελετουργία η οποία αποσκοπεί στην «αποστείρωση» των μονάδων αυτών από κάθε λογής κοινωνική ανάμειξη. Όπως είπαμε, στις προδιαγραφές για την δημιουργία των Μ.Ε.Θ., προβλέπεται ένας χώρος όπου οι συγγενείς φορούν τις ειδικές ποδιές απολύμανσης και τα ειδικά προστατευτικά των παπουτσιών πλαστικά καλύμματα, προκειμένου να εισαχθούν στο χώρο των ασθενών. Αυτό έχει σαν συνέπεια προκειμένου να ενταχθεί κάποιος στην Μ.Ε.Θ., στο χώρο των ασθενών, να πρέπει να περάσει από δύο πόρτες. Την πρώτη η οποία είναι κλειδωμένη και η οποία είναι μια βαριά, μεγάλη πόρτα, η οποία ανοίγει αφότου ο ενδιαφερόμενος χτυπήσει το κουδούνι⁴⁷³. Έπειτα υπάρχει ένας μικρός χώρος αναμονής όπου γίνεται η αλλαγή των ρούχων, ή καλύτερα η τοποθέτηση της ειδικής ρόμπας καθώς και των καλυμμάτων των παπουτσιών, πάνω από τα ρούχα των συγγενών, και έπειτα ακολουθεί μια δεύτερη πόρτα. Έτσι προκειμένου να μπει κάποιος στη Μ.Ε.Θ. πρέπει να περάσει από δύο κλειστές πόρτες. Με τον τρόπο αυτό στεγανοποιείται η Μ.Ε.Θ. στο συμβολικό επίπεδο από την ανάμειξη της κοινωνίας. Η Μ.Ε.Θ. αποτελεί τον κατεξοχήν χώρο όπου ασκείται ανεξέλεγκτα η ιατρική επέμ-

βαση στα ανθρώπινα σώματα. Η απομόνωση της δεν επιτρέπει την ανάμειξη οποιουδήποτε ενδιαφερόμενου (συγγενείς). Με τον χωροταξικό αποκλεισμό της μονάδας συντελείται ο αποχωρισμός της κοινωνίας από την ανάμειξη σε θέματα θεραπείας. Πλέον δεν είναι η κοινωνία, η οποία θέτει ως κοινωνικό αίτημα την θεραπεία των μελών της και φροντίζει για αυτά, αλλά είναι η ιατρική, η οποία απομονωμένη ασκεί το ρόλο της. Συμβολικά οι κλειστές πόρτες τονίζουν την απολυτοποίηση των εξουσιαστικών σχέσεων. Ο ασθενής ανήκει στη Μ.Ε.Θ. αφότου εισαχθεί σε αυτήν, και όχι στους συγγενείς του ή την κοινωνία. Οι συγγενείς μπορούν να επισκέπτονται τον ασθενή τους δύο φορές την ημέρα για πέντε λεπτά. Όπως παραστατικά αναφέρει η Ιζαμπιέλ Αλιέντε από την προσωπική της εμπειρία :

... οι ώρες σέρνονται με δυσκολία σε μια ατελείωτη αναμονή. Η στιγμή που σε βλέπω είναι πολύ σύντομη, αλλά ο καιρός περνάει περιμένοντάς τη. Δύο φορές τη μέρα ανοίγει η πόρτα της εντατικής και η νοσοκόμα που έχει βάρδια φωνάζει το όνομά σου. Όταν λέει Πάουλα, μπαίνω τρέμοντας, δεν γίνεται, δεν μπόρεσα να συνηθίσω να σε βλέπω κοιμισμένη, με το γουργούρισμα της τεχνητής αναπνοής, τους καθετήρες και τα τις βελόνες, τα δεμένα πόδια σου και τα μπράτσα σου λεκιασμένα με μελανιές.

Μέχρι δύο συγγενείς, ένας τη φορά μπορούν να επισκέπτονται τον ασθενή. Απαγορεύονται δύο άτομα μαζί να τον επισκεπτούν. Σημαντική είναι η συμπεριφορά των συγγενών απέναντι στον ασθενή. Τα σώματα των παιδιών τους, των γονιών τους, σώματα τόσο οικεία κατά το παρελθόν, πλέον γίνονται ταμπού. Απαγορεύεται να τα ακουμπήσουν, να τα νοιώσουν. Αλλοτριώνονται απέναντι στα ίδια τα αισθήματά τους. Η πιο συνηθισμένη εικόνα είναι η εικόνα ενός συγγενή ο οποίος κάθεται ένα μέτρο μακριά από το σώμα του ασθενή, το οποίο βρίσκεται πάνω στο κρεβάτι με διάφορα σωληνάκια και καλώδια στο στόμα, στα χέρια, σε ολόκληρο το σώμα.

Σκύβω πάνω σου και καμιά φορά πατικόνω κάποιο καλώδιο κι ακούγεται ένας συναγερμός, σε επιθεωρώ από την κορφή ως τα νύχια, παρατηρώ τους αριθμούς και τις γραμμές στις οθόνες, τις σημειώσεις στο ανοιχτό βιβλίο πάνω σε ένα τραπέζι στα πόδια του κρεβατιού, άχρηστες δουλειές, γιατί τίποτε δεν καταλαβαίνω.....

Ο συγγενής είναι απορημένος, κυριολεκτικά συντετριμένος, του έχει απαγορευθεί να ακουμπήσει το σώμα του ασθενή. Κάθεται εκεί ανήμπορος, όχι μόνο να

⁴⁷³ Όπως χαρακτηριστικά ονομάζει η Αλιέντε Ι. το χώρο αναμονής των συγγενών ως «ο διάδρομος των χαμένων βημάτων», Αλιέντε Ι. (1995), *Πάουλα*, Ωκεανίδα, σελ. 115.

⁴⁷⁴ Στο ίδιο, σελ. 112.

⁴⁷⁵ Στο ίδιο, σελ. 112.

βοηθήσει αλλά και να νοιώσει. Δεν μπορεί να εκφράσει τον πόνο του. Έχει χάσει την οικειότητα, την δυνατότητα επικοινωνίας με το δικό του άνθρωπο⁴⁷⁶. Αυτό που ονομάζουμε επικοινωνία περιορίζεται στην λεκτική επικοινωνία. Συχνά ένα άγγιγμα, ένα βλέμμα σημαίνει πολύ περισσότερα από χιλιάδες λέξεις και ειδικότερα στην περίπτωση των ασθενών της Μ.Ε.Θ. όπου η κατάστασή τους κρίνεται ως πολύ κρίσιμη. Το άγγιγμα, τα λόγια ενός δικού τους ανθρώπου μέσα στις συνθήκες αποξένωσης της μονάδας ίσως προσφέρει πολύτιμη βοήθεια. Ο ασθενής όμως ανήκει πλέον στην μονάδα. Αυτή αποφασίζει για την τύχη του και για την σχέση του με τους συγγενείς του. Η εργαλειακή ορθολογικότητα επιβάλλεται απωθώντας οτιδήποτε συναισθηματικό. Με άλλα λόγια έχουμε την έκφραση της πίστης της επιστημονικής ιατρικής ότι αυτό που έχει σημασία είναι η σωματική έκφραση της ασθένειας. Οποιοδήποτε άλλο στοιχείο π.χ. συναισθηματική βοήθεια, κοινωνική διάσταση ασθένειας, τίθεται ως ανενεργό. Μόνο το σώμα του ασθενή έχει σημασία. Αυτό ανήκει στην μονάδα και αυτή το χρησιμοποιεί κατάλληλα.

Τα πολλαπλά σωληνάκια και καλώδια σε συμφωνία με τις κλειστές πόρτες, συμβολικά αναπαραγάγουν την εξουσιαστική διάσταση της επιστημονικής ιατρικής πάνω στο άτομο. Η δικαιολόγηση για την αναγκαιότητα αυτής της συμπεριφοράς, το να μην βρίσκονται στην μονάδα συχνά και το να μην ακουμπάνε τον ασθενή οι συγγενείς, οφείλεται στην ύπαρξη των μικροβίων. Επειδή η κατάσταση υγείας των ασθενών είναι οριακή επιβάλλεται η απολύμανση⁴⁷⁷ από κάθε μικρόβιο. Έτσι οι συγγενείς πρέπει να φορέσουν ειδικά ρούχα και παπούτσια προκειμένου να μην μεταφέρουν τα μικρόβια από έξω μέσα στην μονάδα. Από έρευνες βέβαια που έχουν γίνει σε Μ.Ε.Θ. έχει αποδειχθεί ότι ανεξαρτήτου πρόληψης τα μικρόβια τα οποία κινούνται μέσα στις μονάδες είναι περίπου τα ίδια. Δηλαδή, η αυστηρότητα απέναντι στους συγγενείς δεν περιορίζει την ύπαρξη των μικροβίων. Η ύπαρξη των μικροβίων εξαρτάται από άλλους λόγους. Πιο συγκεκριμένα τα μικρόβια μεταφέρονται από ασθενή σε ασθενή μέσω των γιατρών και των νοσηλευτριών. Από τον συνδυασμό δύο διαφορετικών μικροβίων (ένα του τραύματος του ασθενή και ένα δεύτερο το οποίο μεταφέρθηκε

⁴⁷⁶ Για την παρουσίαση αυτών των συναισθημάτων βλέπε το μυθιστόρημα της Αλιέντε Ι. (1995), *Πάουλα*, Ωκεανίδα. όπου η συγγραφέας αναφέρετε στην προσωπική της εμπειρία από μια Μ.Ε.Θ.

⁴⁷⁷ Η ίδια η έννοια της απολύμανσης λειτουργεί συμβολικά και εξυπνοεί την απολύμανση από κάθε τι ακόμα και από τους συγγενείς των οποίων η συναισθηματική φόρτιση προκαλεί προβλήματα. Οι Μ.Ε.Θ. είναι ο χώρος απολύμανσης, ο χώρος όπου ασκείται απολυτοποιημένη η επιστημονική ιατρική.

μέσω των ρούχων ή των χεριών της νοσηλεύτριας από ένα άλλο ασθενή) προκύπτουν μεταλλαγμένα υπερμικρόβια τα οποία δεν καταπολεμούνται με τα αντιβιοτικά (τα οποία στοιχίζουν μέχρι και 70000 το μπουκάλι) με αποτέλεσμα ένα 18% των θανάτων των Μ.Ε.Θ. να οφείλεται σε ενέργειες των ίδιων των Μ.Ε.Θ. (Γατρογέννεση)⁴⁷⁸. Παρόλα αυτά στους συγγενείς επιβάλλεται η εικόνα της απομόνωσης του χώρου των Μ.Ε.Θ. Εκεί είναι ο χώρος όπου ο ασθενής ανήκει στην επιστημονική ιατρική και κάθε παρέμβαση από άλλους είναι απορριπτέα. Οι διπλές πόρτες συμβολικά κρατούν μακριά κάθε ενδιαφερόμενο.

Για να γίνει κατανοητός ο απόλυτος έλεγχος πάνω στον ασθενή αρκεί να αναφερθεί ένα παράδειγμα της κόρης ενός ασθενή η οποία προσπάθησε να εμπλακεί στην θεραπευτική διαδικασία. Η ασθενής ήταν μια γυναίκα γύρω στα 55 η οποία έπασχε από καρκίνο του εγκεφάλου ο οποίος είχε κάνει μετάσταση σε ολόκληρο το σώμα της, κυριολεκτικά μεταμορφώνοντας την σε μια γριά γυναίκα. Η κατάσταση της ήταν απελπιστική και δεν υπήρχε ελπίδα σωτηρίας. Η γυναίκα αυτή βρισκόταν από την στιγμή που είχε έρθει στην μονάδα (πριν πέντε ημέρες) μονίμως σε κώμα και δεν είχε νευρολογική αντίδραση. Σύμφωνα με την ιατρική γνωμάτευση η κατάσταση της ήταν ανεπίστρεπτα απελπιστική. Ήταν από τα «περιστατικά» εκείνα τα οποία θεωρούνται «χαμένα» και τα οποία προκαλούν την δυσαρέσκεια των μελών των Μ.Ε.Θ., διότι κατά την γνώμη τους δεν θα έπρεπε να τα εισάγουν στις Μ.Ε.Θ.⁴⁷⁹.

Ένα τέτοιο περιστατικό ήταν και η μητέρα της κοπέλας στην οποία αναφερόμαστε. Κατά την διάρκεια του επισκεπτηρίου η κόρη της ασθενούς, η οποία είχε εξοικειωθεί με τον χώρο (βρισκόταν ήδη πέντε ημέρες εκεί), παρατήρησε στην προ-

⁴⁷⁸ Φίλιας Ν. (1994), Μεθοδολογία ή Κατευθυνόμενη Γνώση, *Ομοιοπαθητική Ιατρική*, 11, σελ. 16.

⁴⁷⁹ Στο σημείο αυτό μπορούμε να αναφερθούμε στην στάση του προσωπικού απέναντι σε ένα «χαμένο περιστατικό» απέναντι δηλαδή σε κάποιον ο οποίος αναμένεται να πεθάνει. Δανειζόμαστε το θεωρητικό σχήμα του Merton, στο πλαίσιο του οποίου στην σύγχρονη κοινωνία υπάρχει ένας αποδεκτός σκοπός, η επιτυχία, το να κάνεις περιουσία και τα κατάλληλα μέσα για την επίτευξη του σκοπού, όπως επενδύσεις κλπ. Για πολλούς όμως τα μέσα αυτά είναι μη προσβάσιμα ενώ ο σκοπός παραμένει αποδεκτός. Εκεί προκύπτει το έγκλημα σύμφωνα με τον Merton από την προσπάθεια απόκτησης του σκοπού με άλλα μη νόμιμα μέσα. Ο Coser R. (1963), *Alienation and Social Structure*, στο Freidson E. (1963), *The Hospital in Modern Society*, Free Press, θεωρεί πως μέσα στο πλαίσιο της ιατρικής υπάρχει ένας ανάλογος κοινός σκοπός, το να θεραπεύσεις τον ασθενή, αλλά και εδώ υπάρχουν ποικίλα μέσα για αυτό το σκοπό, τα οποία εξαρτώνται από την φύση της ασθένειας και την διαθέσιμη τεχνολογία. Όπου υπάρχει δυσαρμονία σκοπού / μέσων προκύπτει μια διαδικασία αλλοτρίωσης όπου το προσωπικό αφήνει τον σκοπό και απλώς αφιερώνεται σε μια τελετουργική άσκηση θεσμικών πρακτικών (τυπολατρία). Με άλλα λόγια όταν ο σκοπός δεν είναι πλέον εφικτός (ο ασθενής της Μ.Ε.Θ. αναπόφευκτα πεθαίνει) το προσωπικό τυπολατρικά ακολουθεί τις τυπικές ενέργειες. Εξαιτίας του ανώφελου αυτής της ενέργειας προκαλείται η δυσαρέσκεια του προσωπικού όταν στην Μ.Ε.Θ. εισάγεται «χαμένα περιστατικά».

σωπική καρτέλα της μητέρας της, η οποία βρίσκονταν πάνω από το κρεβάτι της, ότι επρόκειτο να γίνει μια συγκεκριμένη εξέταση την επόμενη ημέρα. Περιεργαζόταν το χώρο, τα μηχανήματα, το τόσο αλλαγμένο σώμα της μητέρας της κάτι το οποίο είχε προκαλέσει την δυσαρέσκεια του προσωπικού και το οποίο της είχε ανακοινωθεί. Συγκεκριμένα, στις συζητήσεις των γιατρών για την πορεία της κατάστασης της συγκεκριμένης ασθενής οι γιατροί ανέφεραν και μερικές κουβέντες για τους συγγενείς της, ότι δηλαδή δεν ακολουθούσαν τις υποδείξεις των γιατρών και του προσωπικού και άγγιζαν ή ακόμα και το ότι ρωτούσαν επανειλημμένα για την κατάσταση της. Ήταν δηλαδή «κακοί» συγγενείς. Η κοπέλα αυτή άκουγε καθημερινά ότι η μητέρα της δεν είχε ελπίδες και προσπαθούσε απεγνωσμένα να βοηθήσει. Έξω από τις πόρτες ένοιωθε ανίκανη να κάνει κάτι και τώρα προσπαθούσε να βοηθήσει μη ξέροντας το πώς. Απελπισμένα προσπαθούσε να βρει κάτι, χωρίς να ξέρει τι ψάχνει. Στην συνέχεια κατά την διάρκεια της ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας της μητέρας της, της ανακοινώθηκε πως η κατάσταση ήταν αμετάβλητη χωρίς ελπίδες. Ρώτησε για τον πυρετό, το χρώμα της μητέρας της (λαϊκή γνώση για ασθένεια). Έψαχνε να βοηθήσει την μητέρα της, επισημαίνοντας ότι είχε παρατηρήσει, πιστεύοντας πώς κάτι μπορεί να είχε ξεφύγει από την αντίληψη των γιατρών και το οποίο θα μπορούσε να σώσει την μητέρα της. Προσπαθούσε δηλαδή βάση της λαϊκής γνώσης την οποία είχε (πυρετός), να εξηγήσει, να βοηθήσει την μητέρα της. Η απάντηση η οποία είχε επαναληφθεί σε πολλές ανάλογες περιπτώσεις ήταν : « ότι αυτά δεν μας ενδιαφέρουν, σημασία έχει ο όγκος του εγκεφάλου ».

Η απάντηση του «ειδικού» αντιμετωπίζει τεχνικά τον ασθενή απορρίπτοντας το λαϊκό σύστημα γνώσης και προβάλλοντας το επιστημονικό σύστημα γνώσης ως το μόνο απόλυτα έγκυρο. Στην συνέχεια η κοπέλα αφού είδε ότι η πρότασή της απορρίφθηκε ρώτησε για την επικείμενη εξέταση την οποία είχε δει στην καρτέλα της μητέρας της. Εκείνη την στιγμή η ίδια απέρριπτε το λαϊκό σύστημα γνώσης στο οποίο είχε πρόσβαση, και υιοθετούσε, νομιμοποιώντας το ταυτόχρονα, το επιστημονικό σύστημα γνώσης των γιατρών. Προσπαθώντας να ελέγξει τους γιατρούς αφού έχει απορριφθεί το λαϊκό σύστημα εντάσσεται στο επιστημονικό. Μόλις ο γιατρός άκουσε για την εξέταση νευρίασε και σε έντονο ύφος ρώτησε για το πώς αυτή έμαθε για την εξέταση. Αφού η κοπέλα του απάντησε ότι το είχε διαβάσει στην καρτέλα, εξίσου νευριασμένα της τόνισε ότι : « αυτό δεν είναι δική σας δουλειά ».

Η συμβολική λειτουργία των κλειστών πόρτων εκφράζεται εδώ όπου ο ασθενής, καθώς και οτιδήποτε αφορά αυτόν είναι «δουλειά» των γιατρών, ανήκει σε αυτούς. Οι συγγενείς το μόνο το οποίο πρέπει να κάνουν είναι να μην ενοχλούν τους γιατρούς, τους «ειδικούς». Ταυτόχρονα με την ερώτηση της κοπέλας ο γιατρός έχανε εκτός από την αποκλειστικότητα της πρόσβασης στον ασθενή, και το μονοπώλιο της πρόσβασης στην επιστημονική γνώση. Το μονοπώλιο της πρόσβασης σε αυτή δικαιολογεί, νομιμοποιεί την αποκλειστικότητα της πρόσβασης στον ασθενή. Για το λόγο αυτό και ο γιατρός αντέδρασε νευριασμένα. Εφόσον το μονοπώλιο της γνώσης που κατείχε κλονιζόταν, παρέμενε εκφυλισμένο το κύρος, η αυθεντία η οποία προκύπτει από αυτή την γνώση και ολοκληρώνει την εικόνα του «ειδικού». Το εξουσιαστικό αυτό κύρος εκφραζόμενο με υπερβολικό τρόπο καλύπτει την ανασφάλεια η οποία προκύπτει από τον κλονισμό του μονοπωλίου της γνώσης. Σε άμεση σχέση με την χωροταξική παρουσίαση βρίσκεται και η παρουσίαση των Μ.Ε.Θ. ως ένα ολοπαγές ίδρυμα.

ΟΙ Μ.Ε.Θ. ΩΣ ΟΛΟΠΑΓΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

Κάθε ολοπαγές ίδρυμα :

Θα μπορούσε να ορισθεί ως ένας τόπος διαμονής και εργασίας όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση, αποκομμένα από την ευρύτερη κοινωνία για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα διάγουν μαζί μια έγκλειστη, τυπικά διευθυνόμενη, καθημερινότητα.⁴⁸⁰

Προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα τον χώρο των Μ.Ε.Θ. Θα χρησιμοποιήσουμε τις απόψεις του E. Goffman για τους ολοκληρωτικούς θεσμούς Οι Μ.Ε.Θ. μπορούν να χαρακτηρισθούν ως ένα άσυλο, ως ένα ολοπαγές ίδρυμα, στο πλαίσιο του οποίου αποκλεισμένα, κυριολεκτικά αποκομμένα και αποστειρωμένα από την ανάμειξη της κοινωνίας συντελείται η μονοπωλιακή διαχείριση του σώματος, της προσωπικότητας συνολικά του κάθε ασθενή. Κάθε άσυλο πέραν της ανάγκης την οποία γεννήθηκε να καλύψει, αποτελεί κυρίως ένα σύνολο σύνθετων σχέσεων οι οποίες εκφράζονται σε διάφορα επίπεδα, από την χωροταξική διάταξη μέχρι την καθημε-

⁴⁸⁰Goffman E. (1994), *Άσυλα*, Ευρυαλός, σελ. 19.

ρινή ρουτίνα. Από την γραφειοκρατική ιεραρχική εξουσία μέχρι και την λαθροβίωση, την προσπάθεια δηλαδή απόκτησης ευχαρίστησης, άνεσης και ελευθερίας με παράνομο τρόπο. Οι σχέσεις οι οποίες επικρατούν στα άσυλα διαμορφώνονται από την παθολογία (κατάσταση ασθενών) την οποία καλούνται τα ολοπαγή ιδρύματα να χειρισθούν, να θεραπεύσουν και της οποίας παθολογίας είναι δημιουργήματα. Ταυτόχρονα αυτή την παθολογία την συντηρούν και επηρεάζονται από αυτή, την θεραπεύουν αλλά και θεραπεύονται από αυτή⁴⁸¹. Έτσι ακριβώς θεωρούμε το χώρο των Μ.Ε.Θ. ως ένα ολοπαγές, αποστειρωμένο ίδρυμα, ως άσυλο όπου η ομάδα των θεραπευόντων (γιατροί, νοσηλεύτριες) και η ομάδα των θεραπευμένων (ασθενείς) διαβιούν σε ένα κλειστό χώρο διαμορφώνοντας ένα περίπλοκο και ιδιόμορφο πλέγμα σχέσεων οι οποίες συντηρούνται και συντηρούν τις Μ.Ε.Θ. Η ιδιότητα του μέλους του ιδρύματος συνεπάγεται τον αποκλεισμό όλων των άλλων ρόλων. Αποτελεί απλώς τρόφιμο του ιδρύματος και τίποτε άλλο για όσο χρόνο «ανήκει» στο ίδρυμα.

Εφόσον έχουμε παρουσιάσει τις Μ.Ε.Θ. τόσο από χωροταξική, όσο και από λειτουργική και οργανωτική άποψη, σειρά έχει να δούμε πως αυτά τα τρία επίπεδα στη σύνδεσή τους διαμορφώνουν το χώρο των Μ.Ε.Θ. ως σύνολο, χρησιμοποιώντας την έννοια του ασύλου.

Σύμφωνα με τον Goffman μια βασική κοινωνική ρύθμιση της σύγχρονης κοινωνίας είναι ότι το άτομο τείνει να κοιμάται, να παίζει και να εργάζεται σε διαφορετικούς χώρους, με διαφορετικά άτομα, κάτω από διαφορετικές αυθεντίες και χωρίς ένα συνολικό ορθολογικό σχέδιο. Το κύριο χαρακτηριστικό όλων των ολοπαγών ιδρυμάτων περιγράφεται ως μια κατάρρευση των φραγμών οι οποίες διαχωρίζουν αυτές τις τρεις σφαίρες. Έτσι πρώτον, οι τρεις αυτές εκδηλώσεις της ζωής του ατόμου διεξάγονται στον ίδιο χώρο και κάτω από την ίδια μοναδική αυθεντία (ιατρική εξουσία). Δεύτερον, η κάθε φάση της καθημερινής δραστηριότητας του μέλους συντελείται σε άμεση συναναστροφή με πολλούς άλλους, οι οποίοι έχουν την ίδια μεταχείριση από το ίδρυμα και οι οποίοι απαιτείται να κάνουν το ίδιο πράγμα. Τρίτον, όλες οι φάσεις των δραστηριοτήτων της ημέρας είναι αυστηρά προγραμματισμένες, μιας και η κάθε δραστηριότητα εκτελείται σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο, όπως επιβάλλει ένα αυστηρό σύστημα κανόνων. Τέλος όλες οι δραστηριότητες εκτελούνται βάση ενός ορθολογικού σχεδίου, το οποίο υπάρχει για να εκπληρώνει τους επίσημους

⁴⁸¹ Στο ίδιο, σελ. 12.

σκοπούς του ιδρύματος.⁴⁸²(ορθολογική μορφή οργάνωσης). Το βασικό λοιπόν χαρακτηριστικό αυτών των ιδρυμάτων είναι η διαχείριση πολλών ανθρωπίνων αναγκών μέσω της γραφειοκρατικής οργάνωσης πολλών διαφορετικών ατόμων. Έτσι στις Μ.Ε.Θ. υπάρχει η διαχείριση διαφόρων ασθενών μέσω ενός συστήματος ελέγχου και εποπτείας σε κάθε έκφρασή τους. Η γραφειοκρατική μορφή οργάνωσης αυτού του ελέγχου εκφράζεται μέσω της κατανομής των αρμοδιοτήτων (γιατρός, νοσηλεύτρια) και την ύπαρξη μιας διπλής ιεραρχίας (γιατρών, νοσηλευτριών).

Μέσα στις Μ.Ε.Θ. ο σκοπός των ομάδων ελέγχου των ασθενών είναι η επιτήρηση της κατάστασής τους. Όπως θα παρουσιάσουμε αναλυτικά σε επόμενο τμήμα, ο ασθενής αποτελεί ένα αντικείμενο προς θέαση, προς επιτήρηση. Ένα Πανοπτικό σύστημα παρακολούθησης έχει διαμορφωθεί όπου, τόσο οπτικά όσο και ακουστικά ο ασθενής ελέγχεται ανά πάσα στιγμή. Τόσο χωροταξικά (τρόπος κατανομής των κρεβατιών ώστε να είναι ορατά ανά πάσα στιγμή), όσο και μέσω μηχανημάτων (αναπνευστήρες, καρδιογραφήματα τα οποία κάνουν έναν χαρακτηριστικό ήχο όταν κάτι στην φυσιολογική λειτουργία αλλάζει, ειδοποιώντας το προσωπικό), ο ασθενής ανά πάσα στιγμή εποπτεύεται. Το πανταχού παρών βλέμμα των «ειδικών» ρυθμίζει, προγραμματίζει, εκτελεί κάθε δραστηριότητα για τον ασθενή. Από το αν θα φάει και τι, μέχρι πότε και για πόσο θα τον επισκεφθούν οι δικοί του. Ο ίδιος, καθώς και κάθε δραστηριότητά του ανήκει στο ίδρυμα και χρειάζεται την έγκριση του ιδρύματος για οτιδήποτε θέλει να κάνει. Τα πάντα είναι ρυθμισμένα και ορατά ώστε αν κάποιος παρεκκλίνει από τον κανόνα της ομοιομορφίας να γίνεται αμέσως αντιληπτός και να ασκείται πάνω του ενέργεια επαναφοράς στην ομοιομορφία. Όλοι οι ασθενείς τυγχάνουν την ίδια καθημερινή φροντίδα (καθαριότητα, ξύρισμα, αλλαγή τραυμάτων) ώστε να αποτελούν μέρος ενός ομοιόμορφου, απρόσωπου όλου, μέλη ενός ολοπαγούς ιδρύματος, όπου η αναφορά γίνεται όχι με το όνομά τους, αλλά με τον αριθμό του κρεβατιού στο οποίο νοσηλεύονται (πχ. ο τρία). Στις Μ.Ε.Θ. ο ασθενής απογυμνώνεται εντελώς από τα προσωπικά του ενδύματα και είδη. Κείται γυμνός στο κρεβάτι του και το μόνο το οποίο του έχει απομείνει είναι το σώμα του. Σε κάθε ίδρυμα οι διαδικασίες εισαγωγής του ατόμου στο ίδρυμα έχουν μια συγκεκριμένη συμβολική λειτουργία. Η απογύμνωση από τα ιδιωτικά αντικείμενα συνεπάγεται την στέρηση της ιδιοκτησίας, πράγμα σημαντικό για το κάθε άτομο, διότι τα πρόσωπα επενδύουν

⁴⁸²Στο ίδιο, σελ. 25.

αισθήματα εαυτού στα υπάρχοντά τους. Εφόσον λοιπόν απογυμνωθεί το άτομο από τα υπάρχοντά του, μένει στο ίδρυμα να του χορηγήσει καινούργια (σεντόνια, σκεπάσματα). Αυτά όμως φέρουν σαφή ένδειξη (π.χ. στα σεντόνια υπάρχει η ένδειξη Μ.Ε.Θ.) ότι ανήκουν στο ίδρυμα και αποσύρονται σε τακτά χρονικά διαστήματα προκειμένου να απολυμανθούν στερώντας το υποκείμενο από οποιαδήποτε σύνδεση μαζί τους, η οποία θα του πρόσφερε κάποιο αίσθημα ταυτότητας. Ανήκουν όπως και ο ίδιος, στο ίδρυμα, το οποίο αποφασίζει για την τύχη τους.

Το κάθε άτομο αποκτά αίσθηση του εαυτού του μέσω της κατοχής συγκεκριμένων προσωπικών αντικειμένων. Όταν ακριβώς του στερηθούν αυτά, χάνει την αίσθηση του εαυτού του, χάνει την αίσθηση της ιδιαιτερότητας, της ατομικότητάς του απέναντι στους άλλους. Τα πάντα ανήκουν στο ίδρυμα και δεν του επιτρέπεται να κατέχει τίποτα από τα υπάρχοντά του. Για παράδειγμα, τα είδη καλλωπισμού, τα σύνεργα ξυρίσματος, η χτένα βοηθούν το άτομο να διαμορφώσει μια δική του ιδιαίτερη άποψη για την εμφάνισή του εαυτού του⁴⁸³. Στη Μ.Ε.Θ. τον πλένουν, τον χτενίζουν και του κουρεύουν τα μαλλιά βάση ενός ομοιόμορφου σειριακού προγράμματος το οποίο οδηγεί στην καταστροφή κάθε ιδιαιτερότητας. Το υποκείμενο χάνει την αίσθηση του εαυτού του, χάνει την αίσθηση της ιδιαιτερότητας του και συνειδητοποιεί ότι ανήκει στο ίδρυμα ολοκληρωτικά. Καταστρέφεται η έννοια της προσωπικότητας και διαμορφώνεται η εικόνα του πειθήνιου τροφίμου.

Ενδεικτικό είναι ένα παράδειγμα ενός νέου ασθενή της Μ.Ε.Θ. ο οποίος είχε μεταφερθεί από την Χαλκίδα στη μονάδα λόγω αυτοκινητιστικού ατυχήματος. Μετά από πολυήμερη διαμονή στη Μ.Ε.Θ. αποφασίστηκε η μεταφορά του σε νοσοκομείο στη Χαλκίδα. Περιμένοντας το ασθενοφόρο το οποίο θα έφθανε το μεσημέρι για την μεταφορά, το πρωί θα έπρεπε να υποστεί το καθημερινό πρόγραμμα καθαριότητας. Έχοντας τις αισθήσεις του, μιας και βρισκόταν σε καλή διανοητική κατάσταση, ζήτησε να μην τον ξυρίσουν. Είχε υποστεί επανειλημμένα το ξύρισμα όπου όπως μας είπε σε κάθε ξύρισμα : « σου κόβουν και ένα κομμάτι κρέας ».

Στο πλαίσιο της καθημερινής δραστηριότητας το ξύρισμα αποτελεί μια βαρετή για τον νοσηλευτή, την νοσηλεύτρια δραστηριότητα. Οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκονται σε κώμα και έτσι δεν έχει σημασία αν τους κόψουν στο ξύρισμα, με συνέπεια το ξύρισμα να γίνεται σχετικά απρόσεκτα. Ο συγκεκριμένος ασθενής έχοντας

⁴⁸³ Στο ίδιο, σελ. 38.

συνείδηση επέλεξε να μην τον ξυρίσουν, άλλωστε δεν είχαν μεγαλώσει και πολύ τα γένια του. Αν και θα έφευγε σε λίγο, ανήκε ακόμα στο ίδρυμα το οποίο αποφάσιζε για την τύχη του. Έτσι παρόλη την άρνησή του, του ανακοινώθηκε ότι : «πρέπει να πας ξυρισμένος στο νοσοκομείο στη Χαλκίδα, να μην νομίσουν ότι δεν περιποιούμαστε τους ασθενείς μας». Και ακολούθησε το ξύρισμα.

Μέσω τέτοιων πρακτικών διαμορφώνεται η εικόνα του μηχανικά πειθήνιου τροφίμου, η απόλυτη μορφή του οποίου είναι ο ασθενής σε κώμα. Κάποιος δηλαδή ο οποίος δεν αντιδρά σε καμία ιατρική ενέργεια θεραπείας η οποία ασκείται πάνω του. Αυτό άλλωστε θεωρούσαν και ως θετικό οι νοσηλεύτριες, ότι δηλαδή οι ασθενείς ήταν απόλυτα υπάκουοι, δεν αντιδρούσαν, δεν πονούσαν και έτσι μπορούσαν να ασκήσουν πάνω τους όποια θεραπεία χρειαζόταν. Ο ασθενής γίνεται ένα ξερό αντικείμενο χωρίς καν αντίδραση. Η χορήγηση πολύ ισχυρών ναρκωτικών γίνεται σε πολύ μεγάλες δόσεις και έτσι μονίμως οι ασθενείς δεν αντιδρούν. Αυτή είναι και η λανθάνουσα λειτουργία των ναρκωτικών⁴⁸⁴, εξασφαλίζουν τον απόλυτα συνεργάσιμο ασθενή. Χαρακτηριστικά, αυτή η εικόνα της απόλυτης, μηχανικής υποταγής εκφράζεται σε ασθενείς οι οποίοι είναι ανήσυχοι. Όταν δηλαδή είτε δεν τους «πιάνουν» τα ναρκωτικά, λόγω εθισμού σε αυτά ύστερα από πολυήμερη παραμονή στις Μ.Ε.Θ., είτε έχουν κάποια μορφή συνείδησης, επεμβαίνουν άλλες μέθοδοι. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στις Μ.Ε.Θ. έχουν πολύ ισχυρούς πόνους. Αυτό το αίσθημα δυσφορίας επιδεινώνεται από τα πολλαπλά καλώδια (οροί, πλάσμα), τους καθετήρες (αιμοκαθετήρες, ουροκαθετήρες) και τα άλλα μηχανήματα τα οποία είναι συνδεδεμένα πάνω στο σώμα τους. Ως αντίδραση προσπαθούν να τραβήξουν τα καλώδια αυτά. Αυτή η αντίδραση μπορεί να οδηγήσει είτε σε επιπλέον εργασία των εργαζομένων (π.χ. πολύωρη επανατοποθέτηση του κάθε καθετήρα), είτε και στο θάνατο του ασθενή. Για το λόγο αυτό και δένονται τα χέρια αυτών των ασθενών με ειδικά πανιά στα κάγκελα του κρεβατιού. Παρόλη τη λειτουργικότητα για τη διατήρη-

⁴⁸⁴ Βλέπε και Montagne M. (1988), *The Metaphorical Nature of Drugs and Drug Taking*, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 26, 4 : 417-424, όπου ο συγγραφέας θεωρεί πως οι μεταφορές οι οποίες χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν την ενέργεια των ναρκωτικών και των φαρμάκων κατασκευάζουν την κοινωνική πραγματικότητα είτε ατομικά, είτε κοινωνικά. «Το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό χρησιμοποιεί μεταφορές προκειμένου να κατανοηθεί η χορήγηση αυτών των ουσιών από τους ασθενείς η κατανόηση θα οδηγήσει στην συμμόρφωση. Η συμμόρφωση του ασθενή με το θεραπευτικό καθεστώς εξαρτάται από το νόημα που έχει η χορήγηση του φαρμάκου στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Οι μεταφορές χρησιμοποιούνται εργαλειακά προκειμένου να δομηθούν αυτά τα νοήματα», σελ. 421-422.

ση στη ζωή του ασθενή, η πρακτική αυτή αποδεικνύει ότι αυτό που απαιτεί το ίδρυμα είναι η απόλυτη υπακοή του τροφίμου, του ασθενή.

Σε άμεση σχέση με αυτό λειτουργεί και η ενημέρωση η οποία γίνεται από τους γιατρούς για την κατάσταση υγείας του ασθενή, καθώς και η παρουσίαση των μελλοντικών ιατρικών ενεργειών οι οποίες θα γίνουν πάνω στον ασθενή. Η παρουσίαση αυτή είναι ελεύθερη σε κάθε μέλος της οργάνωσης, αλλά αποκλείεται η γνώση αυτή στον ασθενή και τους συγγενείς του. Σημαντικό στοιχείο είναι η προσβολή της προσωπικότητας του ατόμου :

Υπάρχει καταρχήν παραβίαση της αποκλειστικότητας που έχει κάποιος στις πληροφορίες που αφορούν τον εαυτό του. Κατά την εισαγωγή, στοιχεία που αφορούν την κοινωνική θέση και την προηγούμενη συμπεριφορά - και ιδίως στοιχεία δυσφημιστικά - του τροφίμου, συλλέγονται και καταχωρούνται σε έναν φάκελο που είναι διαθέσιμος στο προσωπικό.⁴⁸⁵

Στις Μ.Ε.Θ. υπάρχει ένα έντυπο στο οποίο καταχωρούνται στοιχεία για την προηγούμενη ζωή του ασθενή. Αν κάπνιζε, αν είναι παντρεμένος, αν είχε ιατρικό ιστορικό.

Σε αυτήν την ενέργεια βλέπουμε την ανάμειξη της κλινικής και της κοινωνικής ιστορίας του ασθενή, καθώς και την χρήση άλλων ομάδων και πηγών πληροφόρησης, διαμέσου των οποίων κατασκευάζεται η εικόνα του ασθενή.⁴⁸⁶

Η πρόσβαση σε αυτά τα στοιχεία είναι ελεύθερη για όλο το προσωπικό. Αυτά τα στοιχεία διαμορφώνουν τον προσωπικό φάκελο του ασθενή. Συλλέγονται δηλαδή διάφορα στοιχεία τα οποία αφορούν την προσωπική του ζωή και όλα μαζί συγκροτούν την εικόνα του συγκεκριμένου ασθενή. Μέσα σε αυτό το φάκελο εντάσσονται και στοιχεία που έχουν να κάνουν με την προηγούμενη ιατρική ιστορία του ασθενή (τι ασθένειες έχει περάσει, εάν έχει ξανανοσηλευθεί, εάν είχε ακολουθήσει τις συστάσεις των γιατρών). Σύμφωνα με την τωρινή κατάσταση υγείας (πχ. έμφραγμα), ερμηνεύεται η προηγούμενη ζωή του ασθενή και αποκτάει νόημα. Έτσι, εάν ενώ είχε πρόβλημα με την καρδιά του δεν έπαιρνε, παρά τις συστάσεις των γιατρών του, τα φάρμακά του, κρίνεται ως ανυπάκουος.

⁴⁸⁵ Στο ίδιο, σελ. 41.

⁴⁸⁶ Αυτό ονομάζεται και επιτήρηση του κοινωνικού χώρου και όπως έχουμε δει επεκτείνει την εξουσία της ιατρικής και στον κοινωνικό χώρο. May C. (1992), *Nursing Work, Nurses Knowledge and the Subjectification of the Patient*, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 14, 4 : 472-487, σελ. 479.

Τα στοιχεία τα οποία αποτελούν τον προσωπικό φάκελο του κάθε ασθενή προέρχονται από δύο πηγές : α) τους συγγενείς και τους γνωστούς του ασθενή, οι οποίοι είναι διατεθειμένοι να δώσουν κάθε πληροφορία για την ιδιωτική ζωή του ασθενή τους, όσο απόκρυφη και αν είναι αυτή (υποταγή, νομιμοποίηση της ιατρικής εξουσίας, η οποία επεκτείνει το βλέμμα της σε κάθε δραστηριότητα, όσο ιδιωτική και απόκρυφη και αν είναι αυτή). β) πληροφορίες οι οποίες προέρχονται από προηγούμενα νοσοκομεία και κλινικές όπου νοσηλευόταν ο ασθενής. Η πρώτη πηγή συμπληρώνει τα κενά, ή και ακόμα την ανυπαρξία της δεύτερης πηγής πληροφοριών, η οποία είναι και η κύρια πηγή πληροφοριών. Σημαντικό χαρακτηριστικό είναι ο τρόπος δόμησης των πληροφοριών οι οποίες συλλέγονται. Ο φάκελος με το ιστορικό του ασθενή δεν αποτελεί ένα παθητικό χώρο συλλογής στοιχείων, αλλά αντιθέτως έχει ενεργή επίδραση στην συλλογή και καταγραφή των πληροφοριών. Δηλαδή ο ίδιος ο φάκελος διαμορφώνει την πραγματικότητα του ασθενή. Αυτό γίνεται διότι υπάρχει ένας συγκεκριμένος τρόπος συλλογής και καταγραφής των πληροφοριών. Υπάρχει δηλαδή ένας *a priori* προσδιορισμένος τρόπος επιλογής και καταγραφής συγκεκριμένων και όχι όλων των στοιχείων τα οποία αφορούν τον ασθενή. Αυτό φαίνεται άλλωστε και στην προσπάθεια την οποία κάνουν οι φοιτητές της ιατρικής για να παρουσιάσουν έναν «καλό φάκελο», ένα καλό ιστορικό του ασθενή στον καθηγητή τους. Ο «καλός φάκελος» εμπεριέχει την περιγραφή συγκεκριμένων δραστηριοτήτων προκειμένου να είναι πλήρης. Ακόμα και αν κάποια γεγονότα δεν κυλούν ομαλά ή δεν συμβαίνουν με μια συγκεκριμένη συχνότητα και αιτιότητα, πρέπει να παρουσιασθούν ως ομαλά στην παρουσίαση του ιστορικού. Υπάρχει λοιπόν μια αλληλοεπίδραση μεταξύ των γεγονότων τα οποία παράγουν τον φάκελο, και του φακέλου ο οποίος περιγράφει τα γεγονότα.

Ο φάκελος δεν αποτελεί απλά ένα παθητικό συλλογέα πληροφοριών αλλά μπορεί να παίξει ενεργητικό ρόλο στην επιρροή της συλλογής των δεδομένων.⁴⁸⁷

Συνεπώς ο ίδιος ο φάκελος «κατασκευάζει» μια συγκεκριμένη εικόνα του ασθενή, εστιάζοντας σε συγκεκριμένα στοιχεία του ασθενή και κάνοντας αυτά τα στοιχεία προσδιοριστικά της εικόνας του.

⁴⁸⁷ Rees C. (1981), *Records and Hospital Routine*, στο, Atkinson P. and Heath C. (1981), *Medical Work : Realities and Routines*, Gower : 55-70, σελ. 59.

Η προηγούμενη ζωή του ασθενή γίνεται αντικείμενο κριτικής και χλευασμού. Για παράδειγμα, κάποιος ασθενής είχε ένα ατύχημα με την μηχανή του την ώρα που πήγαινε στην ερωμένη του, ενώ ήταν παντρεμένος με δύο παιδιά. Κάποιος άλλος αν και νέος, είχε τρακάρει άλλες τρεις φορές σε σοβαρά ατυχήματα, γεγονός που δείχνει ότι είναι απρόσεκτος, πράγμα που κρίνεται αρνητικά. Τέτοιας μορφής συλλογή στοιχείων δημοσιοποιούν την προσωπική ζωή του ασθενή και οδηγούν σε μεροληπτική συμπεριφορά απέναντί τους. Έτσι μια νοσηλεύτρια μας είχε εξομολογηθεί για τον πρώτο ασθενή : «δεν τον συμπαθώ γιατί ενώ ήταν παντρεμένος πήγαινε και με άλλη».

Η ηθική καταδίκη του ασθενή εισάγεται, διαμορφώνοντας αρνητική συμπεριφορά απέναντί του. Αυτή η προκατειλημμένη συμπεριφορά στηρίζεται στην γνώση της προσωπικής ζωής του ασθενή. Ο ασθενής χάνει το μονοπώλιο της γνώσης της προσωπικής του ζωής, η οποία κοινοποιείται, κυκλοφορεί σε όλους. Συχνά το προσωπικό έχοντας γνώση της προϋστορίας του, ρωτά τον ίδιο τον ασθενή ή την οικογένεια του να μάθει, με αποτέλεσμα να πρέπει ο ασθενής ή οι συγγενείς να παίρνουν μια απολογητική θέση απέναντι σε καινούργια κάθε φορά ακροατήρια. Η μητέρα του παιδιού το οποίο ξαναείχε ατυχήματα επανειλημμένα τόνιζε : «Ο γιος μου είναι καλό παιδί μην κοιτάτε που έχει ξανατρακάρει, είναι λίγο ευέξαπτος απλώς».

Αυτά τα στοιχεία τα οποία αναφέρονται στα ολοπαγή ιδρύματα εφαρμοζόμενα στις Μ.Ε.Θ. δείχνουν ότι στόχος του ιδρύματος είναι να προβάλλει το ότι ο ασθενής ανήκει στη μονάδα (π.χ. αναγκαστική χορήγηση τροφής, περιορισμένο επισκεπτήριο, απαγόρευση να ακουμπούν τα σώματα των ασθενών οι συγγενείς τους). Δεν θα αναφερθούμε σε άλλα στοιχεία των ολοπαγών ιδρυμάτων μιας και ο κύριος στόχος μας ήταν να καταδείξουμε ότι οι Μ.Ε.Θ. λειτουργούν ως ένα τυπικό ολοπαγές ίδρυμα, όπου ο ασθενής και οι συγγενείς δεν μπορούν να επέμβουν. Ο ασθενής ανήκει στο ίδρυμα και αυτό απομονωμένο, αποστειωμένο αποφασίζει για την τύχη του, υπενθυμίζοντας μέσα από ένα πλήθος συμβολικών πρακτικών την απώλεια του εαυτού και την συνακόλουθη μηχανική αντικειμενικοποίηση του ασθενή. Ως τελευταία παρατήρηση θα αναφερθούμε στο ρόλο που παίζει η γραφειοκρατική ιεραρχική εξουσία στις Μ.Ε.Θ.

Νομίζω πως οι τρόφιμοι (και οι συγγενείς), πολύ γενικά αποκτούν κάποια αίσθηση ασφάλειας έχοντας το, έστω και απατηλό, συναίσθημα ότι παρόλο που τα περισσότερα πρόσωπα του προσωπικού είναι κακά,

ο άνθρωπος στην κορυφή είναι στα αλήθεια καλός - απλώς οι από κάτω μπορεί να του ρίχνουν στάχτη στα μάτια.⁴⁸⁸

Η εικόνα του διευθυντή παρουσιάζεται ως αντιστάθμισμα της εξουσίας την οποία δέχονται. Όλο το προσωπικό με τις ποικίλες πρακτικές ταπεινώνει τον ασθενή. Ο διευθυντής δεν αναμιγνύεται σε αυτές τις πρακτικές αλλά παραμένει σε μια εικόνα καθαρότητας. Παράλληλα είναι η απόλυτη εξουσιαστική φιγούρα η οποία εξουσιάζει το «κακό» προσωπικό. Η απύουσα εξουσία των ασθενών μεταφέρεται σε αυτόν, ο οποίος μπορεί «εν δυνάμει» να τιμωρήσει το «κακό προσωπικό» για ότι κάνει στον ασθενή. Η εξουσία του διευθυντή απολυτοποιείται ως «καλή» εξουσία. Έτσι εξηγούνται και οι καταστάσεις στη Μ.Ε.Θ. όπου συγγενείς ζητούν έκτακτη ενημέρωση και δικαιολόγηση για την κατάσταση του ασθενή τους. Η ενημέρωση η οποία τους γίνεται, ακόμα και από επιμελητή Α, δεν αρκεί. Μόλις εμφανισθεί ο διευθυντής και επαναλάβει ακριβώς τα ίδια πράγματα ηρεμούν και φεύγουν. Αυτός κατέχει την «καλή» εξουσία απέναντι στην «κακή» εξουσία του όλου προσωπικού. Με την νομιμοποίηση όμως της κορυφής της πυραμίδας της ιεραρχικής εξουσίας, νομιμοποιείται όλη η λογική του ασύλου και όλες οι πρακτικές της, συνεπώς και η αντικειμενικοποίηση του ασθενή και ο συνακόλουθος κοινωνικός του θάνατος.

Η αντικειμενικοποίηση του ασθενή εκφράζεται με τον πανταχού παρών έλεγχο ο οποίος :

..... είναι ένα είδος εγκατάστασης των σωμάτων στο χώρο, κατανομή των σωμάτων το ένα σε σχέση με το άλλο, ιεραρχικής οργάνωσης, διευθέτησης των κέντρων και αγωγών εξουσίας, καθορισμού των οργάνων της και των τρόπων παρέμβασής της⁴⁸⁹

Με την εισαγωγή του ασθενή στις Μ.Ε.Θ. συμβαίνει αυτό που οι Brink and Saunders⁴⁹⁰ ονομάζουν «πολιτισμικό σοκ», ο Coe⁴⁹¹ «αποπροσωποποίηση», ο Coser⁴⁹² «χάσιμο του ελέγχου του σώματος και του φυσικού περιβάλλοντος» και ο Brawn⁴⁹³

⁴⁸⁸ Στο ίδιο, σελ. 121.

⁴⁸⁹ Foucault M. (1976), *Επιτήρηση και Τιμωρία*, Κέδρος, σελ. 271-272.

⁴⁹⁰ Brink P. and Saunders J. (1976), *Culture Shock : Theoretical and Applied*, in Brink P. (1976), *Transcultural Nursing : A Book of Readings*, Prentice Hall, σελ. 126-138, στο Foster G. and Anderson B. (1978), *Medical Anthropology*, Alfre A. Knopf, σελ. 170-171.

⁴⁹¹ Coe R. (1970), *Sociology of Medicine*, McGraw Hill Book Co, στο ίδιο, σελ. 170-171.

⁴⁹² Coser R. (1959), *Some Social Functions of Laughter. A Study of Humour in a Hospital Setting*, *Human Relations*, 12 : σελ. 171-182, στο ίδιο, σελ. 170-171.

⁴⁹³ Brown E. (1963), *Meeting Patients Psychosocial Needs in the General Hospital in Medicine and Society*, in Clausen J. and Strauss R. (1963), *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 346, σελ. 117-125, στο ίδιο, σελ. 170-171.

«χάσιμο της ατομικής ταυτότητας». Πιο συγκεκριμένα, με την εισαγωγή στις Μ.Ε.Θ. ο ασθενής και οι συγγενείς του εντάσσονται σε ένα άλλο περιβάλλον, όπου ισχύει μια τελείως διαφορετική ορολογία από αυτήν την οποία είχαν συνηθίσει στην προηγούμενη κοινωνική ζωή τους (ακτινογραφίες, ονομασίες ανθρώπινης ανατομίας και ονομασίες ασθενειών). Η κατάσταση αυτή μοιάζει με το άγχος το οποίο βιώνουν άτομα τα οποία ζουν και εργάζονται στο εξωτερικό ως μετανάστες για πρώτη φορά, και οι οποίοι πάσχουν από αυτό που ονομάζεται «πολιτισμικό σοκ». Το «πολιτισμικό σοκ» αναφέρεται στην μη δυνατότητα ανταπόκρισης των μεταναστών στις νέες κοινωνικές αναμονές, στις συμπεριφορές, την γλώσσα και γενικά την αδυναμία προσαρμογής στα νέα για τον μετανάστη πολιτισμικά πρότυπα. Έτσι ο ασθενής και οι συγγενείς έχουν την ίδια αγχώδη αντίδραση στις νέες συνθήκες του νοσοκομείου. Και αυτός οφείλει να προσαρμοσθεί στις συνθήκες της Μ.Ε.Θ., να μάθει τις κατάλληλες συμπεριφορές προκειμένου να επικοινωνεί με το προσωπικό. Εντάσσεται λοιπόν σε ένα νέο περιβάλλον, αυτό του ιδρύματος. Κατά τη διαδικασία της ένταξης όπως είδαμε, ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του ασύλου είναι η απογύμνωση από κάθε υποκειμενική ανάγκη, θέληση και αυτενέργεια. Του απαγορεύεται να παίρνει αποφάσεις για τον εαυτό του μιας και πλέον ανήκει στη Μ.Ε.Θ. η οποία και αποφασίζει για την τύχη του. Αυτή η διαδικασία «γδυσίματος» από κάθε προσωπική θέληση οδηγεί στο χάσιμο της ατομικής ταυτότητας (Brown). Κάθε κοινωνικός ρόλος του ασθενή τίθεται στην άκρη ως ανενεργός και αυτός πλέον γίνεται μια «περίπτωση» (a case) σε ένα αριθμημένο κρεβάτι, έχοντας ο ίδιος όχι ένα όνομα αλλά ένα αριθμό.

Ο Coser επισημαίνει πως ο ασθενής πρέπει να υποτάσσεται εικοσιτέσσερις ώρες την ημέρα στην εξουσία του προσωπικού. Τα πάντα όπως είδαμε είναι σχεδιασμένα για αυτόν. Το πότε θα ξυπνήσει, πότε θα πλυθεί, αν θα φάει και τι, πότε θα πάρει τα φάρμακά του («χάσιμο του ελέγχου του σώματος και του φυσικού περιβάλλοντος»).

Τα νοσοκομεία (και ειδικότερα οι Μ.Ε.Θ.) αναφέρει ο Coe περιορίζουν τις φυσικές διαφορές μεταξύ των ασθενών για να κάνουν πιο εύκολη την διαχείριση μεγάλου αριθμού ασθενών. Αυτό επιτυγχάνεται με την διαμόρφωση κοινού ρουχισμού και αντικειμένων για κάθε ασθενή, εφόσον όπως είδαμε πριν όλα τα προσωπικά του αντικείμενα του αφαιρούνται. Αυτό οδηγεί και στον μη έλεγχο από τον ασθενή του φυσικού του περιβάλλοντος και του σώματός του το οποίο στις Μ.Ε.Θ. γίνεται αντικείμενο απόλυτου χειρισμού. Όλη αυτή η διαδικασία απογύμνωσης και ελέγχου του

ασθενή οδηγεί στην επανακοινωνικοποίηση του ασθενή στον νέο χώρο. Η επανακοινωνικοποίηση των ατόμων μέσω αυτών των πρακτικών έχει ως στόχο την απόλυτη κυριαρχία και εξάρτηση του ατόμου από τη Μ.Ε.Θ. Αφότου εισαχθεί το άτομο στη Μ.Ε.Θ. της ανήκει απόλυτα. Με την εισαγωγή του ατόμου στη Μ.Ε.Θ. νοιώθει την ανάγκη να υποταχθεί στην ανώτερη ιατρική εξουσία, ένα συναίσθημα που από εκεί και πέρα αναπαράγεται σε όλη του τη ζωή (ιδρυματοποίηση).

Συμπερασματικά οι Μ.Ε.Θ. λειτουργούν ως ένας ολοκληρωτικός θεσμός, ως ένα ολοπαγές ίδρυμα και αυτό εκφράζεται μέσω πολλών τελετουργικών πρακτικών. Σε άλλα ιδρύματα όπως οι φυλακές οι τοίχοι είναι ψηλοί, απρόσωποι, άδειοι προκειμένου να τονίσουν την μηδαμινότητα, την αποπροσωποίηση του ατόμου το οποίο εντάσσεται ως τρόφιμος στο ίδρυμα. Κατά αναλογία, στις Μ.Ε.Θ. οι κλειστές πόρτες, τα πολλαπλά καλώδια και σωληνάκια, τα γυμνά σώματα δείχνουν πως ο ασθενής ανήκει πλέον στην μονάδα. Συμβολικά και ουσιαστικά έχει αποχωρισθεί από την κοινωνία.

Συμπερασματικές Παρατηρήσεις

Η ανάλυση η οποία προηγήθηκε μας ανέδειξε τα κύρια χαρακτηριστικά των Μ.Ε.Θ. Παρουσιάσαμε τις Μ.Ε.Θ. τόσο από οργανωτική, όσο και από λειτουργική, και χωροταξική άποψη. Η παρουσίαση των Μ.Ε.Θ. ως ολοπαγές ίδρυμα, ήταν αυτή η οποία πρόσφερε την αναπαράσταση των Μ.Ε.Θ. ως ένα χώρο όπου εκφράζεται συμβολικά και πρακτικά η άσκηση της ιατρικής εξουσίας. Σειρά έχει να ασχοληθούμε με την παρουσίαση των οργανωτικών σχέσεων των Μ.Ε.Θ.

2) Η ΜΟΡΦΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΤΩΝ Μ.Ε.Θ.

ΓΙΑΤΡΟΣ - ΑΣΘΕΝΗΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με την ανάλυση των οργανωτικών σχέσεων των Μ.Ε.Θ. Θα προχωρήσουμε με άλλα λόγια στην παρουσίαση των εμπειρικών υποθέσεων της έρευνάς μας. Η πρώτη εμπειρική υπόθεση την οποία διατυπώνουμε, είναι ότι η εξουσιαστική σχέση γιατρός - ασθενής στο χώρο των Μ.Ε.Θ., τείνει να αποτελεί την απολυτοποίηση της σχέσης γιατρού - ασθενή, η οποία σχέση κυριαρχεί στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου. Δηλαδή στις Μ.Ε.Θ. η κυριαρχία του γιατρού πάνω στον ασθενή τείνει να είναι απόλυτη. Όπως είδαμε, στο πλαίσιο του επιστημονικού ιατρικού λόγου η ανθρώπινη προσωπικότητα αντιμετωπίζεται καθαρά εργαλειακά. Στις Μ.Ε.Θ. τείνουμε να έχουμε την απολυτοποίηση αυτής της στάσης. Αυτό γίνεται μέσω της αλλαγής του βλέμματος, μέσω της αλλαγής του τρόπου θέασης του ασθενή και της ασθένειας. Το «νέο κλινικό βλέμμα» του Foucault, το οποίο βασίζεται στην ανατομία και κυριαρχεί στην συμβατική επιστημονική ιατρική, δεν εκφράζει τις Μ.Ε.Θ. Στις Μ.Ε.Θ. έχουμε την διαμόρφωση μιας καινούργιας οπτικής, ενός νέου βλέμματος μέσω του οποίου «βλέπεται» και αντιμετωπίζεται ο ασθενής και η ασθένεια.

Τις απαρχές αυτού του βλέμματος, το οποίο ισχύει στις Μ.Ε.Θ. τις βρίσκουμε το 1972 στο βιβλίο του Ζαν Αμπυρζέ : Δύναμη και Αδυναμία, οι Μεταμορφώσεις της Ιατρικής και του Ανθρώπου. Ο Ζαν Αμπυρζέ είναι ο πρώτος γιατρός στον κόσμο ο οποίος το Φλεβάρη του 1962, για πρώτη φορά στην ιστορία, κατάφερε με την ομάδα του την πρώτη πετυχημένη μεταμόσχευση νεφρού μεταξύ δότη και λήπτη μη - διδύμων. Ο Ζαν Αμπυρζέ αποτελεί μια εξέχουσα, μια σημαντική προσωπικότητα στο χώρο της ιατρικής επιστήμης. Οι απόψεις του έχουν βαρύτητα, και κατά την γνώμη μας, από το 1972 διαμόρφωσε τις προτάσεις του για την μεταμόρφωση της ίδιας της ιατρικής και του ανθρώπου. Στην ουσία με αυτές του τις προτάσεις άλλαζε ο τρόπος με τον οποίο έβλεπε η ιατρική τον ασθενή, αλλάζοντας ταυτόχρονα τόσο την ίδια την ιατρική, όσο και τον ασθενή. Οι προτάσεις αυτές γεννούν το «νέο βλέμμα» το οποίο κυριαρχεί στις Μ.Ε.Θ.

Η αντίληψη η οποία διαμορφώνεται για τον ασθενή επαναφέρει στο προσκήνιο την έννοια της προσωπικότητας του ασθενή. Όπως τονίζει ο συγγραφέας :

Για πρώτη φορά εμφανίζεται, σε τούτο το βιβλίο, η αντίληψη ότι η φυσική προσωπικότητα αποτελεί ένα σύνολο, που μόνο τεχνητά μπορεί να διααιρεθεί.⁴⁹⁴

Άξια προσοχής είναι η έκφραση «φυσική προσωπικότητα». Ο συγγραφέας εξ' αρχής τονίζει ότι το αντικείμενο του είναι όχι το άτομο ως ολοκληρωμένη προσωπικότητα, ως σύνολο βιολογικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και συναισθηματικών αναγκών. Αντιθέτως ο συγγραφέας εννοιολογεί την προσωπικότητα καθαρά βιολογικά, ως φυσική. Θεωρούμε πώς δεν χρησιμοποιήθηκε τυχαία η έκφραση «φυσική προσωπικότητα», αντί της έκφρασης «βιολογική οντότητα». Με την έκφραση «φυσική προσωπικότητα», γίνεται προσπάθεια να δοθεί ένας χαρακτήρας νεοτερικότητας, ένας χαρακτήρας προόδου σε αυτήν την καινούργια ιατρική μέθοδο. Προσπαθώντας δηλαδή ο συγγραφέας να δείξει την διαφορετικότητα και την ανωτερότητα της μεθόδου αυτής από την κλασική ιατρική μέθοδο προσέγγισης του ασθενή, η οποία ασκείται από την συμβατική επιστημονική ιατρική, τονίζει το χαρακτηριστικό της ολότητας του ανθρώπινου οργανισμού. Ο συγγραφέας θέλει να προβάλλει ότι η διαφορά αυτής της μεθόδου έγκειται στο ότι αντιμετωπίζει τον ανθρώπινο οργανισμό ολικά, ως μία και αυτή κατασκευή. Ξεφεύγει δηλαδή αυτή η πρόταση από τα πλαίσια της

κλασικής επιστημονικής ιατρικής, όπου ο οργανισμός αποτελεί ένα σύνολο από αλληλοεξαρτώμενα όργανα (καρδιά, πνεύμονες, εγκέφαλος), τα οποία στην οργανική τους σύνθεση διαμορφώνουν τον ανθρώπινο οργανισμό. Στην νέα μέθοδο τονίζεται η ολότητα του οργανισμού η οποία προηγείται των μερών. Στην κλασική ιατρική αντιμετωπίζεται το κάθε ξεχωριστό όργανο ως υπεύθυνο για την ασθένεια η οποία το πλήττει, και ως συνέπεια ασθενεί ο οργανισμός. Στην νέα αυτή προσέγγιση, υπεύθυνο για την ασθένεια, επομένως και για την θεραπεία, δεν είναι το συγκεκριμένο όργανο αλλά ο οργανισμός ως σύνολο. Το νέο αυτό βλέμμα ονομάστηκε Ιατρική Ανάνηψη.

Ιατρική Ανάνηψη

Θα ξεκινήσουμε με την παρατήρηση την οποία κάνει ο μεταφραστής στην ελληνική μετάφραση του βιβλίου. Μεταφράζοντας το γαλλικό Reanimation Medicale το ορίζει ως Ιατρική Αναζωογόνηση. Μεταφράζει το Reanimation ως Αναζωογόνηση, έναντι του όρου Ανάνηψη, το οποίο όπως αναφέρει χρησιμοποίησαν οι Γάλλοι λαθεμένα για να αποδώσουν τη νέα μέθοδο θεραπείας, την οποία αναλύει ο συγγραφέας. Κατά την άποψή μας ο όρος Ανάνηψη θεωρείται ως ο πιο κατάλληλος για την μετάφραση του γαλλικού όρου. Θεωρούμε πως σκόπιμα οι γάλλοι όρισαν την νέα μέθοδο ως Ιατρική Ανάνηψη, διότι αυτή η μέθοδος παρουσιάζεται ως σωτήρια, ως καινοτομία στον χώρο της ιατρικής. Εφαρμόζεται ως επί το πλείστον σε καταστάσεις ασθενών των οποίων η ζωή κινδυνεύει άμεσα. Έτσι η μέθοδος αυτή θεωρείται ότι «χαρίζει» ζωή, πραγματοποιεί ανάνηψη σε μια ζωή η οποία στην ουσία τελειώνει. Ο όρος Αναζωογόνηση είναι πιο παθητικός για την ιατρική και πιο ενεργητικός για τον ασθενή, διότι μιλά για αναζωογόνηση του οργανισμού. Για επικουρική δηλαδή βοήθεια της ιατρικής σε έναν ζωντανό οργανισμό. Αντιθέτως ο όρος Ανάνηψη είναι απόλυτα παθητικός για τον ασθενή και απόλυτα ενεργητικός για την ιατρική. Η τελευταία κυριολεκτικά «δίνει», προσφέρει ζωή σε έναν οργανισμό ο οποίος πεθαίνει. Δεν είναι δηλαδή ο ασθενής ούτε ζωντανός, ούτε νεκρός, αλλά βρίσκεται στο μεταβατικό στάδιο. Συνεπώς, σε αυτό το στάδιο η ιατρική γίνεται απόλυτα ενεργητική σε έναν απόλυτα παθητικό οργανισμό. Άρα στην προσέγγισή μας, και ιδιαίτερα για το χώρο των Μ.Ε.Θ. όπου εκεί προσφέρεται ζωή, προτιμάται ο όρος Ιατρική Ανάνηψη,

⁴⁹⁴ Αμπυρζέ Ζ. (1973), *Δύναμη και Αδυναμία, Οι Μεταμορφώσεις της Ιατρικής και του Ανθρώπου*,

από τον όρο Ιατρική Αναζωογόνηση. Ο τελευταίος όρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην εφαρμογή της μεθόδου σε άλλες καταστάσεις έξω από τον χώρο των Μ.Ε.Θ. όπου δεν κινδυνεύει άμεσα η ζωή του ασθενή. Επίσης θεωρούμε τον όρο Ανάνηψη ως πιο κατάλληλο του όρου Αναζωογόνηση, διότι εκφράζει στο επίπεδο του λόγου τον αλαζονικό χαρακτήρα της επιστημονικής ιατρικής, η οποία θεωρεί πως η νέα αυτή μέθοδος σώζει ζωές (Ανάνηψη) και δεν τονώνει απλώς έναν οργανισμό (Αναζωογόνηση).

Η παρουσίαση της «Ιατρικής Ανάνηψης» ξεκινάει με μια βασική διαπίστωση από την πλευρά του συγγραφέα. Τονίζεται ότι η προέλευση, η γέννηση της μεθόδου αυτής βασίζεται σε μια πολύ παλιά παρατήρηση, στο ότι:

..... όταν μια αρρώστια είναι αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει το θάνατο, αυτό δεν οφείλεται πάντα κατανάγκην στο γεγονός ότι η αλλοίωση των βασικών οργάνων δεν άφησε γερό αρκετό ιστό για να συντηρήσει στην ζωή. Οι μεγάλες καταστροφικές καταρρεύσεις είναι σχετικά σπάνιες: πολύ συχνότερα η απλή απογραφή των καταστροφών αφήνει το θάνατο ανεξήγητο. Κοιτολογίς ο λειτουργικός θάνατος αποτελεί τον κανόνα, ακόμα και σε αρρώστιες με ορατές και εκτεταμένες βλάβες.⁴⁹⁵

Συνεπώς, ο θάνατος του ασθενή στις περιπτώσεις αυτές δεν οφείλεται στην εκμηδένιση των δομικών οργάνων ενός ζωντανού οργανισμού, αλλά στην απώλεια μιας ή και περισσότερων από τις χημικές ισορροπίες, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη ζωή των κυττάρων. Δηλαδή πλέον, δεν τίθεται ως αρχή το όργανο (π.χ. η καρδιά), αλλά το κύτταρο ή καλύτερα η χημική ισορροπία των κυττάρων, η οποία σε έναν υγιή, ζωντανό οργανισμό πραγματοποιείται από ένα τελείως ισορροπημένο εσωτερικό περιβάλλον. Η αρρώστια δεν χτυπάει ένα συγκεκριμένο όργανο, αλλά την εσωτερική ισορροπία του οργανισμού, η οποία ισορροπία λούζει τα κύτταρα. Έτσι η υπερβολική συγκέντρωση καλίου, η ανεπαρκής πίεση οξυγόνου, το όχι αρκετό ασβέστιο αποτελούν

..... κάποια από τις εκατό τόσες διαταραχές των χημικών ισορροπιών, που μπορεί να προκαλέσει η αρρώστια με διάφορα μέσα, (η οποία) αρκεί να καταστρέψει την έξοχη σταθερότητα του περιβάλλοντος που είναι απαραίτητα για την ζωή των κυττάρων.⁴⁹⁶

Ράππα, σελ. 27.

⁴⁹⁵ Στο ίδιο, σελ. 27-28.

⁴⁹⁶ Στο ίδιο, σελ. 28.

Ξεκινώντας από αυτήν την παρατήρηση, γεννήθηκε η ιδέα ότι οι κίνδυνοι οι οποίοι προέκυπταν από αυτήν την χημική ανισορροπία και οι οποίοι κίνδυνοι οδηγούσαν στο θάνατο, μπορούσαν να χειρισθούν από τον γιατρό προσφέροντας την ζωή στον ασθενή. Δηλαδή εφόσον ο ασθενής, ο άρρωστος οργανισμός, είχε χάσει την ικανότητα του για αυτορύθμιση αυτών των ισορροπιών προκειμένου να ζουν τα κύτταρά του, μπορούσε να επέμβει ο γιατρός, ο οποίος αναλάμβανε την **Φροντίδα**⁴⁹⁷, και όχι την **Θεραπεία** του ασθενή. Ο γιατρός δηλαδή αναλαμβάνει την φροντίδα να παρακολουθεί (Monitoring) και να διορθώνει κάθε ενδεχόμενη εκτροπή στην σύνθεση του περιβάλλοντος του ασθενή. Πάνω σε αυτήν την λογική διαμορφώθηκε μια τελείως νέα τεχνική, η οποία τεχνική βασίζεται στην ύπαρξη ενός καταλόγου σταθερών τιμών οι οποίες ορίζουν την ισορροπημένη χημική κατάσταση του οργανισμού στα διάφορα συστατικά του (κάλιο, ασβέστιο, αιμοσφαιρίνες, αέρια αίματος). Ο κατάλογος αυτός των σταθερών τιμών μας δίνει την δυνατότητα, με την βοήθεια των κατάλληλων μηχανημάτων, να παρακολουθούμε τις τιμές αυτές ανά πάσα στιγμή στον οργανισμό του ασθενή. Κάνοντας τις αναγκαίες επεμβάσεις πάνω στο σώμα του ασθενή μπορούμε να επαναφέρουμε τις επιθυμητές σταθερές τιμές, οι οποίες χαρακτηρίζουν τον «φυσιολογικά» ισορροπημένο οργανισμό. Αυτή η διαδικασία

..... ήταν κάτι παραπάνω από μια απλή τεχνική, ήταν ένα ολόκληρο σύστημα, με μηχανισμούς εξερεύνησης, καταγραφής και δράσης, με τεχνητά μέσα εκείνου που υγιής οργανισμός φαίνεται να επιτελεί κάθε μέρα άνετα και τέλεια.⁴⁹⁸

Αυτό το σύστημα ονομάστηκε :

..... μηχανισμός ελέγχου και διόρθωσης της ισορροπίας των χυμών του σώματος στην διάρκεια των σοβαρών ασθενειών⁴⁹⁹

Η αλλιώς, «Ιατρική Ανάνηψη». Σύμφωνα με τον συγγραφέα ο όρος αυτός μεταφράσθηκε αόριστα ως Intensive Care, ως Εντατική Θεραπεία.

Η καινούργια αυτή οπτική θέασης και επέμβασης πάνω στον ασθενή, η οποία ονομάζεται Ιατρική Ανάνηψη, εφαρμόζεται στις Μ.Ε.Θ. και αποδεικνύει ότι :

..... για πρώτη φορά μπορούσαμε να θεραπεύσουμε ανθρώπους πού άλλοτε ήταν καταδικασμένοι, χτυπώντας όχι τις

⁴⁹⁷ Στο ίδιο σελ. 29.

⁴⁹⁸ Στο ίδιο, σελ. 29.

⁴⁹⁹ Στο ίδιο, σελ. 29.

αιτίες της αρρώστιας, αλλά τις συνέπειες της.⁵⁰⁰

Αυτή η αλλαγή στην εστίαση, από την αιτία, στην συνέπεια της ασθένειας, διαφοροποιεί την ιατρική ανάνηψη από την συμβατική επιστημονική ιατρική. Η τεχνική της ιατρικής ανάνηψης συνίσταται στον συστηματικό έλεγχο, μία ή και πολλές φορές την ημέρα, ενός καταλόγου προκαθορισμένων τιμών. Έτσι υπολογίζεται ποια πρέπει να είναι η «φυσιολογική», η «κανονική» τιμή - συγκέντρωσης συγκεκριμένων ουσιών μέσα στο αίμα, μέσα στο σώμα. Το αίμα αποτελεί στον μεγαλύτερο βαθμό το «εσωτερικό περιβάλλον» του οργανισμού. Έτσι ελέγχονται οι τιμές του οξυγόνου, του διοξειδίου του άνθρακα, της ουρίας, του νατρίου, του καλίου, του χλωρίου, των διττανθρακικών αλάτων, του ασβεστίου, της γλυκόζης, των ιόντων υδρογόνων και άλλων ουσιών. Παράλληλα παρακολουθούνται οι διάφορες εκκρίσεις του σώματος (υγρά, ούρα), η πίεση του αίματος μέσα στις αρτηρίες και στις φλέβες, η λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος, του συκωτιού και των νεφρών. Επίσης υπολογίζεται ο κίνδυνος αιμορραγίας ή αντίστροφα η υπερβολική πήξη του αίματος μέσα στα αγγεία. Δύο αντίθετοι κίνδυνοι τους οποίους μπορεί ο υγιής οργανισμός να αποφεύγει κρατώντας την πολυπόθητη αυτή ισορροπία.

Αρκεί να αναφέρουμε ένα παράδειγμα δανεισμένο από το συγκεκριμένο βιβλίο για να καταλάβουμε τον τρόπο σκέψης αυτής της τεχνικής.⁵⁰¹

Ας πάρουμε έναν βιομηχανικό εργάτη ο οποίος εισέπνευσε από απροσεξία τετραχλωριούχο άνθρακα. Την πρώτη στιγμή ο εργάτης ένοιωσε μια ελαφριά μόνο αδιαθεσία, όμως το αέριο προσκολλήθηκε στους πνεύμονες, το συκώτι, τα νεφρά και δύο μέρες αργότερα ξέσπασαν τα σημεία της δηλητηρίασης. Πυρετός, ίκτερος, αναστολή της λειτουργίας των νεφρών και εμφάνιση στην ακτινογραφία των πνευμόνων σκοτεινών κηλίδων οι οποίες ειδοποιούν για πνευμονικό οίδημα. Όπως μας πληροφορεί ο συγγραφέας, δεν υπάρχει αντίδοτο που να μπορεί αυτή τη στιγμή να εξουδετερώσει την δράση του τοξικού αερίου. Θα χρειασθεί το αέριο να αποβληθεί μόνο του, μέσα σε μερικές εβδομάδες. Τα κύτταρα που προσβλήθηκαν από το δηλητήριο θα επαναλάβουν σιγά σιγά την δραστηριότητά τους η οποία είχε ανασταλεί, ή αν τυχόν έχουν προσβληθεί σοβαρά ώστε να μην μπορέσουν να επιζήσουν, θα παραχωρήσουν την θέση τους σε νέα κύτταρα. Η μέθοδος της ιατρικής ανάνηψης επεμ-

⁵⁰⁰ Στο ίδιο, σελ. 30.

⁵⁰¹ Στο ίδιο, σελ. 30-31.

βαίνει όταν η επιστημονική ιατρική καθίσταται ανίκανη να θεραπεύσει μια ασθένεια. Όταν δηλαδή η ιατρική δεν μπορεί να χειρισθεί μια ασθένεια, όταν τίθεται αναποτελεσματική («δεν υπάρχει αντίδοτο που να μπορεί αυτή τη στιγμή να εξουδετερώσει τη δράση του τοξικού αερίου»), επεμβαίνει η μέθοδος αυτή. Το σημαντικό είναι ότι αυτή η μέθοδος έρχεται για να καλύψει την ανεπάρκεια της επιστημονικής ιατρικής. Έτσι μέχρι να συντελεσθεί η επικείμενη αυτοθεραπεία του οργανισμού, θα πρέπει να περάσουν δύο, τρεις ή και τέσσερις εβδομάδες, στην διάρκεια των οποίων οι θανάσιμες απειλές θα συσσωρεύονται, διότι οι νεφροί, το συκώτι, οι πνεύμονες και οι άλλοι ιστοί θα γίνουν προσωρινά ανίκανοι να εξασφαλίσουν την διατήρηση του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού στη «φυσιολογική» κατάσταση, η οποία συμβιβάζεται με τη ζωή των κυττάρων. Άρα χρειάζεται η επέμβαση του «ιατρικού συνεργείου», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο συγγραφέας, αναδεικνύοντας και την εργαλειακή αντικειμενικοποίηση του ασθενή, για να αναλάβει σε όλη την διάρκεια της κρίσιμης περιόδου, τη ρύθμιση των ισορροπιών οι οποίες εξασθενούν.

Από την παρουσίαση αυτής της τεχνικής προκύπτει το εξής συμπέρασμα. Επιβεβαιώνεται η άποψή μας ότι οι Μ.Ε.Θ. δεν θεραπεύουν, αλλά συντηρούν στη ζωή τον ασθενή, ρυθμίζοντας σε όλη την διάρκεια της κρίσιμης περιόδου τις διαταραγμένες ισορροπίες. Έτσι η ιατρική όπως εκφράζεται στις Μ.Ε.Θ. χάνει την χαρακτηριστική ιδιότητά της και γίνεται μια εργαλειακή πρακτική. Στις Μ.Ε.Θ. δηλαδή δεν γίνονται θαύματα, απλά επιβάλλονται στο σώμα του ασθενή κάποιες ρυθμίσεις, οι οποίες προβλέπονται βάση κάποιων σταθερών τιμών. Πιο συγκεκριμένα, αν οι αναπνευστικές κινήσεις του ασθενή σταματήσουν ή δεν λειτουργούν φυσιολογικά, ως αποτέλεσμα της δηλητηρίασης από τα τοξικά αέρια, όπως είδαμε στο προηγούμενο παράδειγμα, καταφεύγουμε σε ένα μηχάνημα αναπνοών (αναπνευστήρας), το οποίο ρυθμίζεται έτσι ώστε να εξισορροπούνται κατά την βούλησή μας η ταχύτητα και ο ρυθμός των εισπνοών οξυγόνου και εκπνοών διοξειδίου του άνθρακα. Αν ο καρδιακός ρυθμός είναι ασταθής και έχουμε υποψία πως μπορεί να σταματήσει η καρδιακή λειτουργία, εισάγουμε στην καρδιακή κοιλότητα ένα μικρό καθετήρα ο οποίος είναι ικανός να μεταδώσει ρυθμική ηλεκτρική διέγερση, η οποία θα αναλάβει να αντικαταστήσει αυτόματα τη φυσική καρδιακή διέγερση, αν αυτή εξασθενήσει, κρατώντας έτσι τον ασθενή στην ζωή. Και αναλόγως υπάρχουν αντίστοιχες ενέργειες για την ρύθμιση, επαναφορά των λειτουργικών σωματικών ισορροπιών.

Σειρά έχει να δούμε ποιες είναι οι επιπτώσεις της εφαρμογής της Ιατρικής Ανάνηψης στην εξουσιαστική σχέση γιατρός - ασθενής, και πιο συγκεκριμένα αν οι σχέση αυτή απολυτοποιείται ή όχι στον χώρο των Μ.Ε.Θ.

Οι σχέσεις γιατρός - ασθενής στο κλασικό θεωρητικό μοντέλο της επιστημονικής ιατρικής όπως έχουμε ήδη παρουσιάσει είναι εξουσιαστικές. Μέσα στην ιατρική οπτική ο ασθενής αντικειμενικοποιείται, αλλοτριώνεται, ποσοτικοποιείται⁵⁰² και εργαλειοποιείται. Παρόλα αυτά όμως στο χώρο του νοσοκομείου ο ασθενής μπορεί θεωρητικά να υπάρξει ως ελεύθερο, αυτοελεγχόμενο υποκείμενο. Αυτό εκφράζεται από την λογική η οποία διαμορφώνει το ιατρικό σύστημα σκέψης (ανατομία). Ο ασθενής αποτελείται από ένα σύνολο διαφορετικών οργάνων. Όσο εξουσιαστική και αν είναι αυτή η λογική, γιατί στην ουσία αντικειμενικοποιεί το υποκείμενο, παρέχει ένα περιορισμένο πλαίσιο ύπαρξης της διαφορετικότητας, της ιδιαιτερότητας του κάθε ασθενή. Δίνει δηλαδή την δυνατότητα στο άτομο να υπάρξει ως ιδιαιτερότητα. Αν και η ανατομία περιορίζεται στην σωματική έκφραση της ασθένειας, παρέχει μια περιορισμένη δυνατότητα για ύπαρξη στην ατομικότητα. Στην ανατομική λογική η ασθένεια πλήττει ένα συγκεκριμένο όργανο, ή ένα σύνολο οργάνων, και έτσι διαμορφώνεται η κατηγορία του ασθενή, ο οποίος είναι αυτός του οποίου τα συγκεκριμένα όργανα ή όργανο δυσλειτουργούν, διότι έχουν προσβληθεί από κάποιο ιό, από κάποιο μικρόβιο. Το άτομο αποκτάει συνείδηση της ταυτότητας του ασθενή μέσω της ανατομικής λογικής η οποία τον εφοδιάζει με όλα τα στοιχεία τα οποία δικαιολογούν την κατάστασή του. Για παράδειγμα όταν του ανακοινώνεται ότι πάσχει από καρκίνο του εγκεφάλου ή από Aids, ξέρει ότι συγκεκριμένα όργανα (εγκέφαλος) ή συστήματα σύνδεσης οργάνων (κυκλοφοριακό), έχουν προσβληθεί από ένα συγκεκριμένο ιό. Ξέρει δηλαδή ο ασθενής ότι ο δικός του εγκέφαλος ή το δικό του αίμα έχει προσβληθεί από τον συγκεκριμένο ιό. Ο ασθενής στο διπλανό κρεβάτι αν και πάσχει και εκείνος από καρκίνο του εγκεφάλου διαφέρει από τον πρώτο διότι ο καρκίνος υπάρχει στο δικό του τον εγκέφαλο. Δηλαδή η ανατομική λογική παρέχει την δυνατότητα στο άτομο να διαμορφώσει μια περιορισμένη, ίσως και ψευδή συνείδηση (μιας και προσδιορίζει την διαφορετικότητα της ύπαρξής του στα διαφορετικά όργανα και όχι στο σύνολο της προσωπικότητάς του), της διαφορετικότητάς του. Όσο κοινά και αν είναι τα όργανα του ανθρώπου στις βασικές τους λειτουργίες, διαφέρουν από άτομο

⁵⁰²Βλέπε APACHE. Παράρτημα σελ. 14-15.

σε άτομο (π.χ. μικρή καρδιά - μεγάλη καρδιά) και παρέχουν την δυνατότητα διαφορετικού χειρισμού τους από τους γιατρούς. Η ανατομική λογική, έστω και περιορισμένα, παρέχει την δυνατότητα στον ασθενή να διαμορφώσει συνείδηση της ιδιαιτερότητάς του. Η έννοια δηλαδή των διαφορετικών οργάνων, η οποία εκφράζεται στην ανατομική λογική, είναι μια έννοια απτή, εύκολη να κατανοηθεί και να εκφρασθεί από τον ασθενή. Δηλαδή π.χ. στην αξονική τομογραφία μπορεί ο ίδιος ο ασθενής να διακρίνει την καρδιά του, τον εγκέφαλό του. Η έννοια «όργανο του σώματος» γίνεται άμεσα αντιληπτή - μέσω των μηχανημάτων τα οποία προσφέρει η ίδια η επιστημονική ιατρική για να αποδείξει την «αντικειμενικότητα» της λογικής της - από το άτομο, είναι κάτι το οποίο μπορεί να διακρίνει και το οποίο προσφέρεται για ταυτίσεις. «Είναι ο εγκέφαλός μου», ένας εγκέφαλος ο οποίος μοιάζει λειτουργικά και σχηματικά με όλους τους άλλους, αλλά «είναι ο δικός μου εγκέφαλος». Εκείνη την στιγμή μέσω αυτής της διαδικασίας ο ασθενής αποκτάει την συνείδηση της βιολογικής του ιδιαιτερότητας η οποία διαμορφώνει εν συνεχεία την ψευδή συνείδηση της ιδιαίτερης προσωπικότητας, ενώ πρόκειται απλώς για την βιολογική του ιδιαιτερότητα. Στην συνέχεια η ιατρική πρακτική ενδυναμώνει αυτήν την σωματική ιδιαιτερότητα τονίζοντας πώς παρόλη την ομοιοτήτά τους τα όργανα του σώματός διαφέρουν από άτομο σε άτομο.

Ερχόμαστε τώρα στον χώρο των Μ.Ε.Θ. όπου κυριαρχεί η λογική της «Ιατρικής Ανάνηψης». Στον χώρο των Μ.Ε.Θ. τείνουμε να έχουμε την απολυτοποίηση των εξουσιαστικών σχέσεων, διότι ο γιατρός τίθεται ως ο απόλυτος γνώστης και ο ασθενής ως το απόλυτο αντικείμενο. Η επέμβαση του γιατρού, της ιατρικής πάνω στο σώμα του ασθενή συντελείται συνολικά και όχι τμηματικά. Όπως είδαμε στο χώρο του νοσοκομείου, στο πλαίσιο της ανατομικής λογικής, υπεύθυνο για την ασθένεια είναι ένα συγκεκριμένο τμήμα του οργανισμού του σώματος, όπου γίνεται εν συνεχεία και η ιατρική επέμβαση. Στο χώρο των Μ.Ε.Θ. τώρα, η επέμβαση δεν γίνεται σε ένα συγκεκριμένο τμήμα, π.χ. στον εγκέφαλο, αλλά είναι συνολική, σε όλο τον ανθρώπινο οργανισμό. Η ιατρική στις Μ.Ε.Θ. αναλαμβάνει την συνολική τεχνική ρύθμιση αυτών των λειτουργιών, άρα αναλαμβάνει την συνολική και όχι την τμηματική επέμβαση πάνω στον ανθρώπινο οργανισμό. Μέσα σε αυτή την συνολική επέμβαση ο ασθενής δεν υπάρχει ως «εν δυνάμει» ικανός, έστω θεωρητικά να αποφασίσει αν θα ακολουθήσει τις υποδείξεις των γιατρών. Ενώ στο νοσοκομείο μπορούσε θεωρητικά να δεχθεί ή όχι την τμηματική θεραπεία, στις Μ.Ε.Θ. δεν μπορεί να αρνηθεί την ολι-

κή επέμβαση η οποία ασκείται πάνω του. Αυτό γίνεται διότι ενώ στο νοσοκομείο έπρεπε να ακολουθεί κάποια συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή, έπρεπε δηλαδή να ακολουθεί κάποιες ενέργειες (δίαιτα, άσκηση) και να αποφύγει κάποιες άλλες (π.χ. κάπνισμα), στο χώρο των Μ.Ε.Θ. δεν χρειάζεται να κάνει τίποτε, πρέπει απλώς να περιμένει προκειμένου να επανέλθουν οι φυσιολογικές τιμές - ισορροπίες. Ενώ πριν είχε μια ενεργητική συμπεριφορά, πλέον παθητικοποιείται πλήρως και οποιαδήποτε αντίδραση και αν είχε αναστέλλεται λόγω της επικίνδυνης κατάστασής του (κυριαρχία της σχέσης Ζωή - Θάνατος). Μέχρι εδώ βλέπουμε πώς απολυτοποιείται η σχέση γιατρός - ασθενής στο χώρο των Μ.Ε.Θ. όπου ο ασθενής παθητικοποιείται, αντικειμενικοποιείται ενώ το «επικίνδυνο» της κατάστασης του, παρέχει το δικαίωμα, νομιμοποιεί τους γιατρούς να έχουν το απόλυτο δικαίωμα να λαμβάνουν αποφάσεις. Το πιο σημαντικό όμως είναι η διερεύνηση της λογικής, η οποία διέπει την τεχνική της «Ιατρικής Ανάνηψης», και η συνακόλουθη εξαγωγή των συμπερασμάτων τα οποία αφορούν την θέση του ασθενή στη λογική αυτή.

Η «Ιατρική Ανάνηψη» συνίσταται στην τεχνική ρύθμιση των χημικών ισορροπιών του οργανισμού.

Κατά μέσο όρο σε κάθε κρεβάτι υπάρχουν 18 διαγνωστικά και θεραπευτικά μηχανήματα με 180 κουμπιά, που μπορούν να καταγράψουν και παρακολουθούν 42 παραμέτρους.⁵⁰³

Μέσω του συνεχούς ελέγχου αυτών των 42 παραμέτρων, ο ασθενής ελέγχεται ανά πάσα στιγμή αν οι χημικές ισορροπίες του σώματός του βρίσκονται στις κατάλληλες τιμές. Πίσω από όλες τις μετρήσεις (καλίου, πίεσης, αιμοπεταλίων) υπάρχουν κάποιες ιδανικές τιμές, οι οποίες καθορίζουν την επιθυμητή τιμή, το σημείο στο οποίο πρέπει να βρίσκονται οι τιμές των ουσιών αυτών στο σώμα του ασθενή, προκειμένου να εξασφαλίζεται η διατήρησή του στη ζωή. Έτσι είναι δεδομένο ότι πρέπει να υπάρχουν 200 χιλιογραμμάρια καλίου σε ένα λίτρο αίματος προκειμένου να συντελείται η ομαλή λειτουργία της καρδιάς. Το κάλιο κινεί τους μυς της καρδιάς, οι οποίοι στέλνουν το αίμα για την κυκλοφορία. Έτσι τα 200 χιλιογραμμάρια ανά λίτρο είναι μια σταθερή τιμή από τις δεκάδες οι οποίες υπάρχουν για τις χημικές ουσίες του οργανισμού. Αντίστοιχα υπάρχουν ιδανικές τιμές για κάθε χημική ουσία του οργανισμού. Οι ιδανικές αυτές σταθερές τιμές είναι κοινές για κάθε άτομο. Δηλαδή βάση

⁵⁰³ Φίλιας Ν. (1994), Μεθοδολογία ή Κατευθυνόμενη Γνώση, *Ομοιοπαθητική Ιατρική*, 11, σελ. 14.

ερευνών έχει αποδειχθεί πώς κάθε οργανισμός στην φυσιολογική του λειτουργία έχει αυτές τις τιμές. Στους ασθενείς λοιπόν τίθονται αυτές οι σταθερές τιμές ως συλλογικό πρότυπο. Χάνεται με τον τρόπο αυτό η ατομικότητα του ασθενή, μιας και οι μετρήσεις είναι κοινές για όλους τους ασθενείς. Έτσι χάνεται η ιδιαιτερότητα του κάθε ατόμου, χάνεται το υποκείμενο ως ξεχωριστή οντότητα και στη θέση του μπαίνει το αντικειμενικοποιημένο συλλογικό, το κοινό. Με τις σταθερές τιμές στην ουσία χάνεται το άτομο. Δεν έχει σημασία η ασθένεια του συγκεκριμένου ατόμου, η κρίση της ζωής του, η κρίση της προσωπικότητας του, δεν έχει σημασία ο ίδιος ως οντότητα, αλλά αυτό που αποκτάει σημασία είναι το κυνήγι απρόσωπων αριθμών. Χάνεται έτσι ο ασθενής και στη θέση του μπαίνει ένα σύνολο όχι οργάνων, κάτι το οποίο συμβαίνει στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου, αλλά ένα σύνολο σταθερών τιμών.

Συμπερασματικά η ανάλυση η οποία προηγήθηκε μας οδήγησε στην διατύπωση της υπόθεσης ότι στον χώρο των Μ.Ε.Θ. τείνει να παρατηρείται η απολυτοποίηση των εξουσιαστικών σχέσεων γιατρών - ασθενών. Ο χώρος των Μ.Ε.Θ. κυριαρχείται από μια τεχνοκρατική λογική, η οποία αντικειμενικοποιεί και ποσοτικοποιεί τον ασθενή και η οποία λογική δικαιολογεί την ύπαρξή της εξαιτίας της κυριαρχίας της σχέσης ζωή - θάνατος. Η σχέση ζωή - θάνατος εξαιτίας της κρισιμότητάς της, τείνει να απολυτοποιεί, την σχέση γιατρός - ασθενής.

ΓΙΑΤΡΟΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Η δεύτερη εμπειρική υπόθεση την οποία διατυπώνουμε, είναι ότι στον χώρο των Μ.Ε.Θ. ο γιατρός τείνει να εξουσιάζει απόλυτα την νοσηλεύτρια, πάντα σε σχέση με την κατάσταση η οποία ισχύει στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου.

Θα ξεκινήσουμε από τη διαπίστωση την οποία κάνει ο Berwind για την αλλαγή η οποία συντελείται στην κλασική σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια στα πλαίσια των Μ.Ε.Θ.

Από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια αναγνωρίστηκε ως σημαντικό στοιχείο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ο γιατρός επαφίεται συχνά σε αυτήν για τεχνικά θέματα καθώς και στην εξειδίκευση και γνώση της για το καλό του ασθενή. Αυτή η σχέση και η αλληλεξάρτηση μεταξύ Ιατρικής και Νοσηλευτικής οδήγησε στην αυξημένη δυνατότητα της νοσοκόμας να δρα στην απουσία του γιατρού και έχει κάνει δύσκολη την διάκριση του που σταματά η λειτουργία του γιατρού και

που αρχίζει της νοσηλεύτριας.⁵⁰⁴

Η μορφή οργάνωσης των Μ.Ε.Θ., όπως έχουμε ήδη παρουσιάσει, δεν προσδιορίζεται από ένα αυστηρό κανονιστικό πλαίσιο το οποίο κατευθύνει τις εκατέρωθεν συμπεριφορές, αλλά αυτό που κυριαρχεί είναι μια διαπραγματευτική τάξη. Δεν κυριαρχούν οι απρόσωπες, τυπικές σχέσεις, αλλά οι προσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών των ομάδων. Συχνή είναι η αναφορά από μια νοσηλεύτρια σε ένα γιατρό ή και αντιστρόφως, όπου η προσφώνηση αυτή γίνεται στο πρώτο ενικό πρόσωπο και συχνά με το μικρό όνομα : « π.χ. νοσηλεύτρια στο γιατρό : Χριστίνα θα με βοηθήσεις ». Δεν υπάρχει μια σταθερή κατάσταση, η οποία προσδιορίζεται από αυστηρούς κανόνες, αλλά μια δυναμική ισορροπία, η οποία συνεχώς εξελίσσεται και η οποία προσδιορίζεται από ένα διαπραγματευτικό παιχνίδι. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει πώς δεν υπάρχει ένας σαφής καταμερισμός εργασιών - αρμοδιοτήτων. Άλλες είναι οι εργασίες του γιατρού και άλλες οι εργασίες της νοσηλεύτριας, οι οποίες προσδιορίζονται αντίστοιχα από την ιδεολογία της Θεραπείας για τον πρώτο, και από την ιδεολογία της Φροντίδας για την δεύτερη. Το εξουσιαστικό πλαίσιο κυριαρχίας των γιατρών διαμορφώνει το διαπραγματευτικό παιχνίδι των δύο ομάδων.

Η εξουσία των γιατρών δεν ασκείται άμεσα, όπως γίνεται π.χ. στο ευρύτερο νοσοκομείο, αλλά αντιθέτως έχουμε την κυριαρχία των προσωπικών σχέσεων στις Μ.Ε.Θ., σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι στο νοσοκομείο. Η κυριαρχία των προσωπικών σχέσεων, έναντι των κανονιστικών διατάξεων, διαμορφώνει μια ιδιόμορφη μορφή αντίδρασης των νοσηλευτριών απέναντι στην εξουσία των γιατρών. Ειδικότερα αναφερόμαστε σε αυτό που ο Goffman ονομάζει «εθιμοτυπικές τελετουργικές εξεγέρσεις»⁵⁰⁵ μέσα στο πλαίσιο των ολοκληρωτικών θεσμών. Οι τελετουργικές αυτές εξεγέρσεις γίνονται περιοδικά και στόχος τους είναι η απόρριψη της ιεραρχικής δομής του ιδρύματος, στο επίπεδο μιας συμβολικής κριτικής. Μέσα στο πλαίσιο της σχέσης των νοσηλευτριών με τους γιατρούς στο χώρο των Μ.Ε.Θ. συναντούμε παρόμοιες πρακτικές από την πλευρά των νοσηλευτριών. Ως εξουσιαζόμενη ομάδα οι νοσηλεύτριες προσπαθούν σε ένα συμβολικό επίπεδο να ακυρώσουν την εξουσία των γιατρών. Η επικράτηση των προσωπικών σχέσεων προσφέρει την δυνατότητα για αυτήν την πρακτική. Η δυσaráσκεια των νοσηλευτριών για τη σχέση τους, τόσο

⁵⁰⁴Berwind A. (1975), *The Nurse in the Coronary Care Unit*. στο Bullough B. (1975) *The Law and the Expanding Nursing Role*, Appleton - Century Crofts, σελ. 82-94.

με την εργασία τους, όσο και με τους γιατρούς εκφράζεται με ένα «λεξιλόγιο παραπόνων». Αυτό το λεξιλόγιο αναφέρεται συχνότερα στην έλλειψη ελέγχου την οποία έχουν πάνω στην εργασιακή τους κατάσταση. Οι γιατροί δεν τις ενημερώνουν για τις μελλοντικές αποφάσεις, δεν ζητούν την γνώμη τους και αποφασίζουν μόνοι τους. Το να μη ζητάς την γνώμη κάποιου σημαίνει ότι πιστεύεις πως η γνώμη του δεν αξίζει. Για το λόγο αυτό οι νοσηλεύτριες παραπονούνται συνεχώς για αυτήν την σχέση με τους γιατρούς. Το παράπονο αυτό δεν λαμβάνεται ως ατομική πράξη μιας νοσηλεύτριας, αλλά αντιθέτως :

Η ιδέα ενός λεξιλογίου παραπόνων τονίζει το γεγονός ότι αυτοί οι επαγγελματικοί λόγοι (παραπόνων) είναι κοινωνικά διαμορφωμένοι και αποκτούνται ως μέρος της εκπαίδευσης της εργασίας.⁵⁰⁶

Οι λόγοι αυτοί αποτελούν κοινό χαρακτηριστικό του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην προσπάθειά του να αμυνθεί στην εξουσία η οποία ασκείται πάνω του. Η κύρια λειτουργία αυτού του λεξιλογίου είναι να διαμορφώσει μια συμπαγή, ομοιογενή εργατική νοσηλευτική δύναμη απέναντι στην γραφειοκρατική (θεσμική) κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος. Αυτά τα παράπονα επαναορίζουν την ενότητα και ομόνοια των νοσηλευτριών, ως κοινωνική ομάδα, απέναντι στην ιεραρχία. Και μιας και οι περισσότεροι γιατροί είναι άνδρες, η αντίδραση αυτή παίρνει τη μορφή αντίδρασης στον άνδρα - γιατρό. Το αποτέλεσμα όμως αυτής της δραστηριότητας αντίδρασης είναι βαθιά συντηρητικός :

Οι πράξεις παραπόνων λειτουργούν ως ασφαλιστική βαλβίδα η οποία αφήνει να εκφραστούν τα αισθήματα αποστέρησης απέναντι στις αντιθέσεις και εντάσεις του εργασιακού χώρου. Από τη στιγμή που εκφράζονται με συλλογικό τρόπο, η αλληλεγγύη της ομάδας επαναορίζεται, αλλά η έκφραση αυτή των παραπόνων δεν οδηγεί σε συστηματικές αλλαγές στις αντικειμενικές συνθήκες. Η έκφραση των παραπόνων είναι συμβολική και αποτελείται από συλλογικές χειρονομίες εναντίον της εξουσίας. Δεν οδηγούν αναγκαστικά σε οργανωμένες μορφές πάλης προσδιορισμένες να αλλάζουν την φύση του καθήκοντος το οποίο αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύτριες σε ένα νοσοκομείο.⁵⁰⁷

Στις Μ.Ε.Θ. λοιπόν η εξουσία των γιατρών είναι καλυμμένη και δεν ασκείται άμεσα, απροκάλυπτα. Όταν όμως αυτή η εξουσία έστω για κάποια στιγμή αμφισβητηθεί, π.χ. σε περίπτωση σύγκρουσης γιατρού με κάποια νοσηλεύτρια, τότε έχουμε την απροκάλυπτη έκφραση της εξουσίας χωρίς την ανάγκη να κρύβεται πίσω από τις

⁵⁰⁵Goffman E. (1994), *Τα Άσπια*, Ευρυαλός, σελ. 116.

⁵⁰⁶Turner B. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, σελ. 153.

προσωπικές σχέσεις. Το ζήτημα είναι γιατί η εξουσία των γιατρών στις Μ.Ε.Θ. δεν είναι άμεση, απροκάλυπτη, αλλά αντιθέτως είναι κρυμμένη πίσω από την κυριαρχία των προσωπικών σχέσεων.

Αυτό συμβαίνει, πρώτα από όλα, διότι οι Μ.Ε.Θ. ως χώρος είναι εξαιρετικά κλειστός. Η απομόνωση τους από το χώρο του νοσοκομείου διαμορφώνει ένα εξαιρετικά ασταθές εξουσιαστικό πλαίσιο⁵⁰⁸. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει για τους γιατρούς μια νοσηλεύτρια : « Θες δεν θες τους βλέπεις κάθε μέρα. »

Ο χώρος είναι κλειστός, περιορισμένος. Τα άτομα τα οποία τον συγκροτούν είναι σταθερά, με μικρές παραλλαγές, σε καθημερινή βάση. Έτσι αναπόφευκτα η προστριβή με κάποιον διαμορφώνει ένα πολύ βαρύ κλίμα και η εργασία, σε ένα από τη φύση του, λόγω των σοβαρών περιπτώσεων, φορτισμένο κλίμα, γίνεται ανυπόφορη. Για το λόγο αυτό προτιμάται η διαμόρφωση ενός κλίματος προσωπικών σχέσεων έναντι ενός άκαμπτου γραφειοκρατικού πλαισίου. Επίσης η χρόνια προϋπηρεσία στη Μ.Ε.Θ. μέσω της καθημερινής σχέσης σε ένα κλειστό χώρο, διαμορφώνει αυτό το χαλαρό διαπραγματευτικό πλαίσιο, όπου καθημερινά αγοράζονται και πωλούνται συμπεριφορές και χάρες από την μια ομάδα στην άλλη, και αντιστρόφως.

Ο δεύτερος λόγος ο οποίος δικαιολογεί την κεκαλυμμένη εξουσιαστική συμπεριφορά των γιατρών, είναι η ιδιαίτερη υφή της λειτουργίας των Μ.Ε.Θ. Η κατάσταση των ασθενών είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, κινδυνεύει η ζωή τους. Επικαλείται μονίμως από τους γιατρούς η «επικίνδυνη κατάσταση» των ασθενών, το γεγονός δηλαδή ότι χρειάζονται άμεση, ανά πάσα στιγμή βοήθεια. Αυτό οδηγεί στην ανάληψη από τις νοσηλεύτριες αυξημένων εργασιών. Οι γιατροί τονίζουν ως οι «ειδικοί», την πραγματική ή υποτιθέμενη αυξημένη επικινδυνότητα των ασθενών και έτσι εξαναγκάζουν τις νοσηλεύτριες να αναλάβουν επιπλέον εργασίες προκειμένου να σωθεί ο ασθενής.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε πώς τόσο οι γιατροί, όσο και οι νοσηλεύτριες οι οποίες στελεχώνουν τις Μ.Ε.Θ. έχουν πολλά χρόνια προϋπηρεσία σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Δηλαδή προκειμένου να εργασθεί σε μια Μ.Ε.Θ. ένας γιατρός ή μια νοσηλεύτρια, πρέπει να έχει εργασθεί αρκετά χρόνια σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, και να έχει αποκτήσει έτσι την απαιτούμενη πείρα. Στις

⁵⁰⁷ Στο ίδιο, σελ. 54.

⁵⁰⁸ Robillard A. (1994), *Communications Problems in the I.C.U.*, *Qualitative Sociology*, Vol 17, 4, σελ. 383.

Μ.Ε.Θ. η κατάσταση των ασθενών είναι κρίσιμη, επικίνδυνη και το προσωπικό πρέπει να έχει την πείρα να αντεπεξέλθει σε οποιοδήποτε πρόβλημα ενδεχομένως προκύψει. Για τον λόγο αυτό και πρέπει να έχει προϋπηρεσία. Το γεγονός όμως ότι πρέπει να έχει προϋπηρεσία στο νοσοκομείο, έχει ιδιαίτερη σημασία για την ανάλυσή μας. Η προϋπηρεσία αυτή υποτάσσει, τόσο τις νοσηλεύτριες όσο και τους γιατρούς, στην απροκάλυπτη εξουσιαστική λογική των γιατρών, όπως αυτή εκφράζεται στο χώρο του νοσοκομείου. Η νοσηλεύτρια μαθαίνει να υπακούει τον γιατρό, και αυτός μαθαίνει να την διατάζει. Η προϋπηρεσία στο νοσοκομείο λειτουργεί ως θεσμός κοινωνικοποίησης των ατόμων τα οποία θα στελεχώσουν τις Μ.Ε.Θ. Με άλλα λόγια, τα άτομα τα οποία ενσωματώνονται στις Μ.Ε.Θ. έχουν αποδεχθεί την εξουσιαστική λογική, όπως αυτή εκφράζεται απροκάλυπτα στο χώρο του νοσοκομείου. Συνεπώς η ιδεολογία της Θεραπείας γίνεται ασυνείδητα αποδεκτή ως κυρίαρχη πάνω στην ιδεολογία της Θεραπείας. Οι Μ.Ε.Θ. όμως αποτελούν χώρο όχι για την θεραπεία του ασθενή (κάτι το οποίο γίνεται στο ευρύτερο νοσοκομείο), αλλά για τη διατήρηση του στη ζωή. Συνεπώς ως πρώτιστο καθήκον, ως βασική λειτουργία των Μ.Ε.Θ. τίθεται η φροντίδα του, η διατήρησή του στη ζωή, η ενασχόλησή μαζί του σε καθημερινή βάση (day to day care). Εφόσον στις Μ.Ε.Θ. κυριαρχεί η Φροντίδα, άμεση συνεπαγωγή είναι ότι σε σχέση με τις νοσηλεύτριες οι οποίες εργάζονται στους ορόφους, οι νοσηλεύτριες οι οποίες βρίσκονται στις Μ.Ε.Θ θα πρέπει να έχουν αυξημένη αυτονομία απέναντι στους γιατρούς. Δηλαδή σε σχέση με τις νοσηλεύτριες στους ορόφους του νοσοκομείου, η σχέση των νοσηλευτριών της Μ.Ε.Θ. με τους γιατρούς θα πρέπει να είναι περισσότερο ισότιμη, συνεργατική και λιγότερο εξουσιαστική. Θα πρέπει να λειτουργούν έχοντας μεγαλύτερη δυνατότητα να διαπραγματευθούν την συμπεριφορά τους χωρίς να υποτάσσονται στην θέληση των γιατρών.

Συμπερασματικά μέχρι το σημείο αυτό, καταλήγουμε στην άποψη ότι στις Μ.Ε.Θ. οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να έχουν μεγαλύτερη αυτονομία απέναντι στους γιατρούς, να έχουν αυξημένο κύρος και να εκτελούν περισσότερες εργασίες. Θα πρέπει να είναι περισσότερο απαραίτητες στους γιατρούς, συνεπώς να κατέχουν περισσότερη γνώση και εφόσον κατέχουν την ιδεολογία της Φροντίδας, η οποία κυριαρχεί στις Μ.Ε.Θ., θα πρέπει να αποκτούν αυξημένη επιρροή, αυξημένη αυτονομία σε σχέση με τις νοσηλεύτριες στον χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου. Επομένως θεωρητικά, εφόσον οι νοσηλεύτριες ευφορούνται από την ιδεολογία της Φροντίδας, πρέπει να κατέχουν ένα ποσοστό αυξημένης αυτονομίας και εξουσίας, το οποίο πε-

ριορίζει την εξουσία των γιατρών επάνω τους. Με άλλα λόγια η εξουσιαστική σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια στις Μ.Ε.Θ. πρέπει να αμβλύνεται και όχι να οξύνεται, να μην απολυτοποιείται. Οδηγούμαστε δηλαδή θεωρητικά σε μια διάψευση της αρχικής μας υπόθεσης, ότι οι εξουσιαστικές σχέσεις γιατρός - νοσηλεύτρια, στις Μ.Ε.Θ. τείνουν να απολυτοποιούνται.

Η κατάσταση όμως που περιγράψαμε ισχύει μόνο φαινομενικά. Στην πραγματικότητα, η κατάσταση στις Μ.Ε.Θ. είναι διαφορετική. Η προϋπηρεσία στο χώρο του νοσοκομείου υποτάσσει τις νοσηλεύτριες στην εξουσία των γιατρών. Στο χώρο του νοσοκομείου κυριαρχεί η ιδεολογία της θεραπείας, η ιδεολογία δηλαδή των γιατρών. Έτσι οι νοσηλεύτριες «κοινωνικοποιούνται» στην εξουσία των γιατρών μιας και ασκούν στο χώρο του νοσοκομείου μια εργασία βοηθητική της θεραπείας, αυτή της φροντίδας. Η συνέπεια είναι ότι αποδεχόμενες οι νοσηλεύτριες την εξουσία των γιατρών και νομιμοποιώντας την, αποδέχονται και την ανωτερότητα της ιδεολογίας της Θεραπείας, έναντι της ιδεολογίας της Φροντίδας. Παράλληλα έχοντας εργασθεί για χρόνια στο νοσοκομείο έχουν αποκτήσει εξαιρετικές ικανότητες αντιμετώπισης διαφόρων περιστατικών. Λειτουργούν δηλαδή ως υπέρ - νοσηλεύτριες οι οποίες γνωρίζουν εργασίες τις οποίες έχουν μάθει μέσω της πρακτικής μέσα στο νοσοκομείο, και οι οποίες δεν τους παρέχονται από τα μαθήματα τα οποία κάνουν στην νοσηλευτική σχολή. Συνεπώς εντασσόμενες στη Μ.Ε.Θ. έχουν αλλοτριωθεί από την ιδεολογία τους εκτελώντας ένα πλήθος εργασιών τις οποίες δεν μαθαίνουν να εκτελούν κατά την εκπαίδευσή τους. Η αλλοτρίωση αυτή εκφράζεται στην πράξη, μέσω μιας αντιφατικής στάσης. Από την μία πιστεύουν οι νοσηλεύτριες ότι εμφορούνται από την ιδεολογία της Φροντίδας, και από την άλλη οι ενέργειες οι οποίες εκτελούν εξυπηρετούν την ιδεολογία της θεραπείας, όπως αυτή εκφράζεται από τους γιατρούς.

Συνεπώς οι νοσηλεύτριες νομίζουν ότι κινούνται από την ιδεολογία της Φροντίδας αλλά στην ουσία εισάγονται στην ιδεολογία της Θεραπείας. Οι υπέρ - νοσοκόμες αυτές αναλαμβάνουν στη Μ.Ε.Θ., εξαιτίας του ότι η μονάδα είναι πλήρως εξοπλισμένη με μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας⁵⁰⁹, τεχνικές ενέργειες τις οποίες συ-

⁵⁰⁹ Όπως αναφέρει και ο Filter M. (1987), *The Impact of New Technology on Nurses and Patients*, στο Payne R. and Firth - Cozens J. (1987), *Stress in Health Professionals*, Wiley : 211-229), αυτή η κατάσταση συγκέντρωσης των μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας έχει διαμορφώσει μια ιδιόμορφη κατάσταση στην συμπεριφορά των νοσηλευτριών. Κάθε λειτουργία του ασθενή παρακολουθείται από τα μηχανήματα. Οι συνέπειες για τις νοσηλεύτριες είναι οι εξής : Πρώτον μια αλλαγή από χειρωνακτική σε πνευματική εργασία, δεύτερον μια αλλαγή από την επίτευξη συγκεκριμένων ορατών στόχων

νειδητά θέλουν να αναλάβουν, προκειμένου όπως πιστεύουν να αποκτήσουν κύρος απέναντι στους γιατρούς, οι οποίοι γιατροί αποτελούν την μόνιμα αντίθετη εξουσιαστική φιγούρα. Έτσι αναλαμβάνουν τεχνικές ενέργειες οι οποίες αναφέρονται στην Θεραπεία και όχι στην Φροντίδα του ασθενή.⁵¹⁰ Η υιοθέτηση και η άσκηση αυτών των τεχνικών ενεργειών έχει ως συνέπεια οι νοσηλεύτριες να χάνουν την ιδεολογία της Φροντίδας και να εντάσσονται στην ιδεολογία της Θεραπείας. Απορρίπτουν την ιδεολογία τους, και ως συνέπεια της αποδοχής της ιατρικής ιδεολογίας (όπως συμβαίνει κατά την διάρκεια της προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο), εντάσσονται περισσότερο στην ιατρική εξουσία, απολυτοποιώντας την εξουσιαστική σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια. Πιστεύουν πώς μαθαίνοντας να εκτελούν περισσότερες τεχνικές ενέργειες, τις οποίες εκτελούν οι γιατροί, αποκτούν μεγαλύτερο κύρος απέναντι τους και αμβλύνουν έτσι τις εξουσιαστικές σχέσεις ενώ στην ουσία οι σχέσεις αυτές οξύνονται.

Ας εξηγήσουμε λίγο καλύτερα την υπόθεση αυτή. Όπως είπαμε υπάρχουν δύο διαφορετικές ιδεολογίες, κάθε μία από τις οποίες διαμορφώνει μία ξεχωριστή εργασία. Μία ιδεολογία Θεραπείας η οποία διαμορφώνει την ιατρική πράξη, και μια ιδεολογία Φροντίδας η οποία διαμορφώνει την νοσηλευτική πράξη. Οι δύο αυτές εργασίες είναι ισότιμες έως ότου κάποια στιγμή η ιατρική επαγγελματοποιείται και αποκτά την εξουσία και τα προνόμια του επαγγέλματος. Μέσω αυτής της προνομιακής θέσης η ιατρική εντάσσει την νοσηλευτική ως συμπληρωματική, ως εξαρτημένη της θεραπείας, εργασία. Η νοσηλευτική αποτυγχάνει εξαιτίας της πίεσης της ιατρικής εξουσίας να επαγγελματοποιηθεί, και έτσι εντάσσεται ως εξουσιαζόμενη στην ιατρική λογική. Μέσα σε αυτή την λογική η Φροντίδα, ως κατώτερη εργασία, συμπληρώνει την κυρίαρχη Θεραπεία. Η Φροντίδα όμως, υπάρχει ως κατώτερη μεν, αλλά ως διαφορετική δε, ιδεολογία και πρακτική. Ξεχωρίζει από την Θεραπεία η οποία ανήκει στους γιατρούς. Άλλες δηλαδή είναι οι νοσηλευτικές και άλλες οι ιατρικές πράξεις. Οι γιατροί έχουν το μονοπώλιο της γνώσης και της εκτέλεσης των πράξεων αυτών, ενώ οι

(διατήρηση του ασθενή στην ζωή) σε πιο αφηρημένους (μέτρηση καλίου). Και τρίτον την αποειδίκευση της νοσηλεύτριας από την ικανότητα να μπορεί να αναγνωρίζει αν ο ασθενής είναι καλά και η συνακόλουθη απόλυτη εξάρτηση από τα μηχανήματα.

⁵¹⁰ Πρέπει να αναφέρουμε πώς η Θεραπεία και η Φροντίδα, αποτελούν όχι απόλυτες κατηγορίες αλλά ιδεότυπους βάση των οποίων προσεγγίζουμε την πραγματικότητα. Δηλαδή στις Μ.Ε.Θ. δεν κυριαρχεί απόλυτα η ιδεολογία της Φροντίδας και στο νοσοκομείο η ιδεολογία της Θεραπείας. Και οι δύο ιδεολογίες συνυπάρχουν αλλά θεωρούμε πώς αυτό που διαφοροποιεί το νοσοκομείο από τις Μ.Ε.Θ. είναι η ισχυροποίηση της μιας απέναντι στην άλλη, και όχι η πλήρης εξαφάνιση της μιας και η απόλυτη επικράτηση της άλλης.

νοσηλεύτριες εκτελούν τις νοσηλευτικές εργασίες. Αυτή είναι η κατάσταση η οποία ισχύει στο ευρύτερο νοσοκομείο.

Στις Μ.Ε.Θ. τώρα η κατάσταση αλλάζει. Εκεί έχουμε θεωρητικά την κυριαρχία της ιδεολογία της Φροντίδας, μιας και σκοπός των μονάδων αυτών είναι η διατήρηση στη ζωή (φροντίδα) και όχι η θεραπεία του ασθενή. Συνεπώς εάν ίσχυε η κατάσταση η οποία ισχύει στο νοσοκομείο με την διαφορετικότητα των ιδεολογιών, οι νοσηλεύτριες θα αποκτούσαν αυξημένη αυτονομία, μιας και η ιδεολογία τους θα γινόταν εκ των πραγμάτων κυρίαρχη. Αυτό που συμβαίνει είναι η απόρριψη από τις νοσηλεύτριες της δικής τους ιδεολογίας, της Φροντίδας, και η υιοθέτηση της ιδεολογίας της Θεραπείας, της ιδεολογίας δηλαδή των γιατρών. Δηλαδή οι νοσηλεύτριες στις Μ.Ε.Θ. αναλαμβάνουν τεχνικές ενέργειες οι οποίες αφορούν πλέον όχι την φροντίδα, αλλά την θεραπεία του ασθενή. Αποδέχονται την ιδεολογία των γιατρών και απορρίπτουν την δική τους ιδεολογία, η οποία στον συγκεκριμένο χώρο θα μπορούσε να τους προσφέρει αυξημένη αυτονομία, την άμβλυνση δηλαδή των εξουσιαστικών σχέσεων. Η ανάληψη αυτών των τεχνικών ενεργειών είναι μια παραχώρηση των γιατρών προκειμένου να συνεχίσουν να ασκούν την εξουσία τους. Οι γιατροί χάνουν το μονοπώλιο της άσκησης αυτών των τεχνικών ενεργειών, και αυτές μεταβιβάζονται στις νοσηλεύτριες. Αυτό σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει πώς οι νοσηλεύτριες αποκτούν εξουσία. Ακριβώς το αντίθετο συμβαίνει, τους ασκείται μεγαλύτερη εξουσία, τείνουν να απολυτοποιούνται οι εξουσιαστικές σχέσεις. Ο γιατρός, ως αυτός ο οποίος κατέχει το μονοπώλιο της άσκησης της τεχνικής ενέργειας για την θεραπεία, δέχεται να παραχωρήσει στην νοσηλεύτρια ένα μέρος των τεχνικών ενεργειών, μιας και κάνοντας αυτό, ταυτόχρονα εντάσσει την νοσηλεύτρια ως εξουσιαζόμενη στην ιδεολογία της θεραπείας, όσο και κρατά για τον εαυτό του τη γνώση της λειτουργίας αυτής της τεχνικής ενέργειας, καθώς και το μονοπωλιακό δικαίωμα να αποφασίζει για την θεραπεία του ασθενή. Το δικαίωμα για τη θεραπεία του ασθενή προκύπτει από την κατοχή του μονοπωλίου της γνώσης.

Συνεπώς γίνεται η παραχώρηση από τον γιατρό στην νοσηλεύτρια, απλών τεχνικών ενεργειών, την βαθύτερη γνώση της λειτουργίας των οποίων κρατά για τον εαυτό του ο γιατρός. Η υιοθέτηση όμως αυτών των τεχνικών ενεργειών από την νοσηλεύτρια έχει ως συνέπεια την υιοθέτηση της ιδεολογίας της Θεραπείας και την ταυτόχρονη απόρριψη της ιδεολογίας της Φροντίδας.

Πιο συγκεκριμένα οι δύο ιδεολογίες είναι διαφορετικές και πάνω σε αυτές οργανώνονται δύο διαφορετικές εργασίες. Εάν κάποια εργασία από αυτές π.χ. η νοσηλευτική, θέλει να αποκτήσει εξουσία και κύρος απέναντι στην ιατρική αναβαθμίζοντας την θέση της, αυτό που έχει να κάνει είναι να επεξεργασθεί και να προάγει την ιδεολογία της Φροντίδας στην οποία βασίζεται και η οποία της δίνει την ύπαρξη της, την διαφοροποιεί. Όταν αναλαμβάνει τεχνικές θεραπευτικές ενέργειες εντάσσεται στην ιδεολογία της Θεραπείας, ως το κατώτερο τμήμα αυτής της ιδεολογίας. Εντάσσεται η νοσηλευτική ως η τελευταία βαθμίδα αυτής της ιδεολογίας, διότι αυτή η ιδεολογία στηρίζει και διαφοροποιεί μια άλλη εργασία, στην συγκεκριμένη περίπτωση ένα άλλο επάγγελμα, αυτό της ιατρικής. Για το λόγο αυτό και η νοσηλευτική εντάσσεται στο κατώτερο τμήμα αυτής της ιδεολογίας, αναλαμβάνοντας απλές τεχνικές ενέργειες.

Συνεπώς το να αναλαμβάνουν οι νοσηλεύτριες στις Μ.Ε.Θ. ιατρικές πράξεις και όχι το να φροντίζουν τον ασθενή (κάτι το οποίο είναι το καθήκον τους όπως τους μαθαίνεται από τις νοσηλευτικές σχολές), τείνει να οδηγεί στην απολυτοποίηση των εξουσιαστικών σχέσεων γιατρού - νοσηλεύτριας.

Στο σημείο αυτό πρέπει να προχωρήσουμε σε μια διευκρίνηση. Αυτή αναφέρεται στις ομάδες των γιατρών και των νοσηλευτριών, και πιο συγκεκριμένα αναφέρεται στην σχέση αυτών των ομάδων απέναντι στην ομάδα των ασθενών. Όπως έχουμε ήδη παρουσιάσει κατά την ανάλυση της σχέσης γιατρός - ασθενής στις Μ.Ε.Θ., η σχέση αυτή τείνει να απολυτοποιείται. Δεν προχωρήσαμε στην παρουσίαση της σχέσης νοσηλεύτρια - ασθενής. Στο σημείο αυτό θα εξηγήσουμε γιατί δεν προχωρήσαμε στην ανάλυση αυτής της σχέσης. Θεωρήσαμε σκόπιμο να παρεμβάλουμε την διευκρίνηση αυτή στο σημείο αυτό και όχι κατά την ανάλυση της σχέσης γιατρός - ασθενής, διότι πιστεύουμε πώς για να γίνει κατανοητή η δικαιολόγηση αυτής της επιλογής έπρεπε να προηγηθεί η ανάλυση της σχέσης γιατρός - νοσηλεύτρια.

Όπως είδαμε, έχουμε την διαφοροποίηση των ρόλων μεταξύ γιατρού και νοσηλεύτριας. Έχουμε δηλαδή την διαφοροποίηση μεταξύ του γιατρού, ο οποίος έχει την λήψη της απόφασης, όσον αφορά τη ζωή (χορήγηση συνταγολογίου, επιλογή τρόπου θεραπείας) και τον θάνατο (ενεργητική ή παθητική ευθανασία), και της νοσηλεύτριας, η οποία ζει από κοντά τον ασθενή και δεν την ενδιαφέρει η μακροπρόθεσμη εξέλιξη του (ζωή ή θάνατος), αλλά την ενδιαφέρει η καθημερινή του φροντίδα (καθαριότητα, το να μην πονάει, το να παίρνει τα φάρμακά του). Μέσα στο πλαίσιο

αυτών των ρόλων, ο γιατρός παρουσιάζεται ως περισσότερο επιστήμονας, ενώ η νοσηλεύτρια ως περισσότερο ανθρώπινη στις προσδοκίες των συγγενών.⁵¹¹ Η νοσηλεύτρια παρουσιάζεται ως «αδελφή του ελέους» έχοντας ένα πιο ανθρώπινο πρόσωπο συμπαράστασης, βοήθειας του ασθενή, σε σχέση με τον «ψυχρό» επιστήμονα γιατρό.

Πίσω όμως από αυτούς τους ρόλους βρίσκεται ο ασθενής, η ύπαρξη του οποίου φέρνει στην επιφάνεια την αληθινή κατάσταση η οποία επικρατεί στην μονάδα και στην ουσία συνδέει τα τρία επίπεδα ανάλυσης των οργανωτικών σχέσεων. Σε πλήρη συμφωνία με τον επιστημονικό ιατρικό λόγο, ο ασθενής αποτελεί το παθητικό αντικείμενο πάνω στο οποίο συγκρούονται οι δύο ομάδες (γιατροί, νοσηλεύτριες) για τα εξουσιαστικά τους συμφέροντα. Οι γιατροί διακηρύσσουν ότι θεραπεύουν και για το λόγο αυτό κατέχουν την εξουσία και το κύρος ως αναγνώριση της προσφοράς τους. Οι νοσηλεύτριες υποστηρίζουν ότι «εμείς κάνουμε όλη την δουλειά στη μονάδα» και έτσι κρατιέται στην ζωή ο ασθενής. Και οι δύο ομάδες όμως, χρησιμοποιούν αυτήν την επιχειρηματολογία προκειμένου να υπερισχύσουν απέναντι στην αντίπαλη ομάδα. Χαρακτηριστικά σε μια έρευνα για τις σχέσεις γιατρός - νοσηλεύτρια αναφέρεται πως οι νοσηλεύτριες κατασκευάζουν στερεότυπα για τους γιατρούς χαρακτηρίζοντας τους ως «καλούς» ή «κακούς». Αυτή η διάκριση δεν γίνεται βάση της τεχνικής εξειδίκευσης ή της γνώσης την οποία οι γιατροί κατέχουν.

Αντιθέτως εστιάζει στην εξουσία την οποία έχει το ιατρικό προσωπικό το να αποκλείει ή αντιθέτως να νομιμοποιεί την ικανότητα των νοσηλευτριών στο να διαχειρισθούν τους ασθενείς τους.⁵¹²

Συνεπώς τα θέματα ηθικής (η στάση απέναντι στον ασθενή), μετατρέπονται σε θέματα οργανωτικά. Η στάση και των δύο ομάδων απέναντι στον ασθενή είναι κοινή. Αυτό άλλωστε φαίνεται και από τις κοινές πρακτικές με τις οποίες επεμ-

⁵¹¹ Τα στοιχεία έρευνας η οποία είχε ως αντικείμενό της την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας δείχνουν ότι η αναμενόμενη συμπεριφορά από τον γιατρό είναι η επαγγελματική ενώ από τις νοσηλεύτριες απαιτείται πιο «ανθρώπινη συμπεριφορά». Στο Greene J. Weinberger M. and Mamlin J. Patients (1980), Attitudes Toward Health Care: Expectations of Primary Care in a Clinic Setting, *Social Science and Medicine*, Vol. 14A σελ. 133-138

⁵¹² May C. (1992), Nursing Work, Nurses Knowledge and the Subjectification of the Patient, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 14, 4, σελ. 474.

βαίνουν πάνω στον ασθενή ή στον τρόπο με τον οποίο του φέρονται ή τον αποκαλούν⁵¹³.

Συνεπώς η στάση τόσο των νοσηλευτριών, όσο και των γιατρών απέναντι στους ασθενείς των Μ.Ε.Θ. είναι κοινή, όπως αυτή πηγάζει από την κατασκευή του επιστημονικού λόγου, στον οποίο ο ασθενής υπάρχει ως αντικείμενο χειρισμού. Άρα σε καμιά περίπτωση οι νοσηλεύτριες στον χώρο των Μ.Ε.Θ. δεν αποτελούν τις «αδελφές του ελέους»⁵¹⁴. Για το λόγο αυτό και αναφερθήκαμε μόνο στη σχέση γιατρός - ασθενής, όπου ο γιατρός ενώ έχει την ίδια στάση με την νοσηλεύτρια απέναντι στον ασθενή προτιμήθηκε ως πιο αντιπροσωπευτικός της λογικής η οποία διαμορφώνει την επιστημονική ιατρική.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΣΗ - ΓΙΑΤΡΟΙ

Η τρίτη εμπειρική υπόθεση την οποία διατυπώνουμε, είναι ότι τείνουμε να έχουμε την απολυτοποίηση της σχέσης ιατρική γνώση - γιατροί στο χώρο των Μ.Ε.Θ. Δηλαδή στο χώρο των Μ.Ε.Θ. η κυριαρχία της ιατρικής, ως σύστημα νέας γνώσης το οποίο παράγεται από το χώρο των εργαστηρίων, πάνω στους γιατρούς, οι οποίοι ασκούν στην πράξη, στην θεραπεία την ιατρική γνώση, τείνει να είναι απόλυτη. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να χρησιμοποιήσει στην πράξη τα αποτελέσματα των νέων εργαστηριακών ερευνών. Η «νέα» γνώση, όπως αυτή παράγεται από το χώρο των εργαστηρίων, και των άλλων ιατρικών ερευνών, τείνει να εξουσιάζει απόλυτα τους γιατρούς⁵¹⁵.

Το χαρακτηριστικό της μη τυποποίησης της επιστημονικής γνώσης διαμορφώνει ένα πλέγμα δυναμικής εξάρτησης των γιατρών των Μ.Ε.Θ. από την «νέα» γνώση. Οι γιατροί των Μ.Ε.Θ. πρέπει συνεχώς να ενημερώνονται για οποιαδήποτε εξέλιξη στο χώρο της ιατρικής γνώσης. Η κατάσταση των ασθενών της Μ.Ε.Θ. χαρακτηρίζεται ως «κρίσιμη», ως «επικίνδυνη», γεγονός το οποίο συνεπάγεται την δια-

⁵¹³ Εκτεταμένη αναφορά στον κοινό τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή θα γίνει στο κεφάλαιο όπου παρουσιάζουμε τα δεδομένα της συμμετοχικής παρατήρησης.

⁵¹⁴ Zussman R. (1992), *Intensive Care : Medical Ethics and the Medical Profession*, Chicago Press, σελ. 80.

⁵¹⁵ Σε άρθρο από την εφημερίδα τα Νέα, Δευτέρα 7 Αυγούστου 1995, «Οι μύθοι της Διατροφής», σελ. 19, διαβάζουμε «Ήταν υπόθεση εικοσαετίας η καμπάνια υπέρ των σπορέλαιων με στόχο την μείωση της χοληστερόλης. Και χρειάστηκε να γίνουν άλλες έρευνες για να αποδει-

μόρφωση μιας οριακής σχέσης, τόσο μεταξύ ζωής και θανάτου, όσο και μεταξύ γιατρών και ασθενών. Στη δεύτερη αυτή σχέση ο ασθενής εξαρτιέται απόλυτα, όπως είδαμε κατά την διατύπωση της πρώτης εμπειρικής υπόθεσης, από τον γιατρό. Η νομιμοποίηση της απόλυτης εξουσίας του γιατρού από τον ασθενή και τους συγγενείς του, έγκειται στο ότι θεωρούν τον γιατρό, όπως και όλο το προσωπικό των Μ.Ε.Θ., ως ιδιαίτερης ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα όπως είδαμε, τόσο οι γιατροί, όσο και οι νοσηλεύτριες, προκειμένου να ενταχθούν στο χώρο των Μ.Ε.Θ. πρέπει να έχουν εργασθεί, να έχουν αρκετά χρόνια προϋπηρεσία στο νοσοκομείο. Η προϋπηρεσία, η πείρα αυτή τους παρέχει την δυνατότητα, τις γνώσεις, να αντεπεξέλθουν στα δύσκολα «περιστατικά», τα οποία απαντώνται στις Μ.Ε.Θ. Προκειμένου να αντιμετωπισθούν αυτοί οι ασθενείς χρειάζεται άμεση και γρήγορη αντίδραση του προσωπικού σε οποιαδήποτε αλλαγή της κατάστασης του ασθενή, διότι μιας και τα όρια μεταξύ ζωής και θανάτου βρίσκονται πολύ κοντά, είναι πολύ εύκολο να πεθάνει κάποιος ασθενής λόγω της μη δυνατότητας του προσωπικού να αντιδράσει γρήγορα και σωστά. Συνεπώς η προϋπηρεσία αυτή, η οποία πρακτικά μεταφράζεται ως ενσωματωμένη πείρα, ως αποκτημένη γνώση, διαμορφώνει την εικόνα του υπέρ γιατρού της Μ.Ε.Θ. Ένας γιατρός δηλαδή ο οποίος θεωρείται ως αυθεντία, ως ο απόλυτος κάτοχος της ιατρικής γνώσης. Η ίδια διαδικασία συμβαίνει και για τις νοσηλεύτριες, αλλά όπως έχουμε ήδη δει, η γνώση η οποία οι νοσηλεύτριες κατέχουν αποτελεί μέρος της ιατρικής γνώσης, όπως επιλεκτικά και τμηματικά τους μεταδίδεται από τους γιατρούς. Επίσης η λήψη των αποφάσεων για την υγεία του ασθενή εναπόκειται στους γιατρούς. Οι νοσηλεύτριες απλώς εκτελούν τις οδηγίες των γιατρών και δεν λαμβάνουν μέρος στη λήψη αυτών των αποφάσεων⁵¹⁶.

Έτσι λοιπόν οι γιατροί των Μ.Ε.Θ. λειτουργούν συμβολικά ως υπέρ γιατροί, οι οποίοι μπορούν να κάνουν τα πάντα, να νικήσουν δηλαδή τον επικείμενο θάνατο, διότι κατέχουν την απόλυτη επιστημονική γνώση. Αυτή η συμβολική εικόνα του υπέρ γιατρού νομιμοποιεί την απόλυτη εξουσία την οποία ασκεί ο γιατρός των Μ.Ε.Θ. τόσο πάνω στον ασθενή, όσο και απέναντι στους συγγενείς του. Συνεπώς στο πλαίσιο αντιμετώπισης της επιστημονικής γνώσης ως τυποποιημένης, ο γιατρός της

χθεί τελικά η μεγάλη αξία που έχει το ελαιόλαδο στη ζωή μας. Όμως η αξία των σπορέλαιων δεν ήταν ούτε ο πρώτος, ούτε ο τελευταίος μύθος που αφορά τη διατροφή μας».

⁵¹⁶ Για αυτούς τους λόγους και δεν μας ενδιαφέρει, δεν αποτελεί αντικείμενο της έρευνας η σχέση των νοσηλευτριών με την «νέα» γνώση. Οι νοσηλεύτριες απλώς υφίστανται τις συνέπειες της σχέσης ιατρική γνώση - γιατροί, την οποία σχέση και ερευνούμε.

Μ.Ε.Θ., σε αντιδιαστολή με τους γιατρούς του υπόλοιπου νοσοκομείου, κατέχει το απόλυτο ποσοστό της τυποποιημένης γνώσης. Άρα αποτελεί τη φιγούρα του υπέρ γιατρού απέναντι τόσο στα μάτια των συγγενών, όσο και των άλλων γιατρών.

Στην συνέχεια όμως έχουμε την εμφάνιση του χαρακτηριστικού της «εν δυνάμει» μη τυποποίησης της ιατρικής επιστημονικής γνώσης. Αυτή συνεχώς αναπτύσσεται, ανατρέποντας, αναθεωρώντας τις προηγούμενες βάσεις της. Μέσα σε αυτή την δυναμική διαδικασία εξέλιξης υπάρχει η συμβολική εικόνα του υπέρ γιατρού της Μ.Ε.Θ.⁵¹⁷ Αυτός για να μπορέσει να συνεχίσει να ασκεί την νομιμοποιημένη εξουσία του και να συνεχίσει να έχει το αυξημένο κύρος του υπέρ γιατρού, πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαφή με την εξέλιξη, με την ανάπτυξη της επιστημονικής γνώσης. Ενώ ένας γιατρός σε κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου μπορεί να μην ακολουθεί αυτήν την εξέλιξη της ιατρικής γνώσης σε κάθε έκφρασή της, ο υπέρ γιατρός είναι υποχρεωμένος, του είναι επιβεβλημένο να ενημερώνεται καθημερινά. Η συμβολική εικόνα του υπέρ γιατρού νομιμοποιείται από την κατοχή και γνώση κάθε νέου επιστημονικού επιτεύγματος.

Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη δυναμική διαδικασία συνεχής ενημέρωσης του γιατρού για οτιδήποτε νέο εμφανισθεί στο χώρο της επιστημονικής ιατρικής έχει και η τεχνολογία των ιατρικών μηχανημάτων. Όπως είπαμε στο χώρο των Μ.Ε.Θ. κυριαρχούν τα ιατρικά μηχανήματα τα οποία αντικαθιστούν τμήμα του παραδοσιακού ιατρικού ρόλου. Ενώ πριν ο γιατρός ασχολούνταν σε προσωπική βάση, σφαιρικά με τον ασθενή, σήμερα τα μηχανήματα έχουν αναλάβει τον έλεγχο ενός πλήθους λειτουργιών του ασθενή (καρδιογράφος, αναπνευστήρας). Τα μηχανήματα υποκαθιστούν τον ρόλο του παραδοσιακού γιατρού, απομακρύνοντας τον γιατρό από το σώμα του ασθενή. Ο έλεγχος της κατάστασης του ασθενή διαμεσολαβείτε πλέον από την ιατρική τεχνολογία. Ο γιατρός επαφίεται στα μηχανήματα και απλά ερμηνεύει τα δεδομένα που του προσφέρουν. Εκτός από τον συνεχή περιορισμό των ρόλων του γιατρού, το οποίο συμβαίνει εξαιτίας της διαρκούς μηχανοποίησης και τεχνοκρατικοποίησης των σχέσεων του γιατρού με τον ασθενή, έχουμε και την αυξημένη εξάρτηση του γιατρού από την νέα τεχνολογία. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως αυτά τα ιατρικά μηχανήματα στην ουσία αποτελούν αποκρυσταλλωμένη ιατρική γνώση. Τα μηχανήματα αυτά δεν είναι τίποτε άλλο από τον συνδυασμό της νέας ιατρικής τεχνολογί-

ας με την νέα ιατρική γνώση. Στο χώρο των Μ.Ε.Θ., σε σύγκριση με το χώρο του νοσοκομείου, κυριαρχούν τα ιατρικά μηχανήματα. Με τον τρόπο αυτό απολυτοποιείται και η εξάρτηση του γιατρού της Μ.Ε.Θ. από την ιατρική τεχνολογία και την ιατρική γνώση. Στις Μ.Ε.Θ. τα ιατρικά μηχανήματα είναι της τελευταίας τεχνολογίας και διαρκώς ανανεώνονται προκειμένου να προσαρμοσθούν στις νέες ιατρικές απαιτήσεις. Όσο περισσότερο αναπτύσσεται η ιατρική γνώση, τόσο περισσότερο προσαρμόζεται η ιατρική τεχνολογία σε αυτή την εξέλιξη, δημιουργώντας νέα ιατρικά μηχανήματα. Με άλλα λόγια η κυριαρχία των ιατρικών μηχανημάτων και η συνεχής ανανέωσή της εκφράζει την τεχνοκρατικοποίηση και την απολυτοποίηση της εξάρτησης των γιατρών της Μ.Ε.Θ. από την νέα γνώση. Ο γιατρός της Μ.Ε.Θ. για να μπορέσει να λειτουργήσει ως υπέρ γιατρός πρέπει αφενός να είναι εφοδιασμένος με τα τελευταία τεχνολογίας μηχανήματα, και αφετέρου να γνωρίζει την λειτουργία τους.

Συμπερασματικά βλέπουμε πως στο χώρο των Μ.Ε.Θ. επικρατεί μια κατάσταση άμεσης εξάρτησης των γιατρών από την νέα ιατρική γνώση και τεχνολογία, όπως αυτή παράγεται καθημερινά από τα εργαστήρια και τις έρευνες. Η κυριαρχία της σχέσης ζωή - θάνατος η οποία νομιμοποιεί την εξουσία των γιατρών πάνω στον ασθενή και την νοσηλεύτρια επιβάλλει την συνεχή ενημέρωση του γιατρού. Με τον τρόπο αυτό η εξουσία της νέας γνώσης πάνω στο γιατρό στις Μ.Ε.Θ. τείνει να είναι απόλυτη.

⁵¹⁷ Το πόσο αυξημένο κύρος έχουν οι γιατροί των Μ.Ε.Θ. φαίνεται από την ύπαρξη ιδιαίτερης ιατρικής ειδικότητας «μοναδίστα».

3) ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε με την παρουσίαση των δεδομένων τα οποία προέκυψαν κατά τη διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης την οποία διεξήγαμε στο χώρο των μονάδων εντατικής θεραπείας. Η παρουσίαση των δεδομένων θα γίνει σε συμφωνία με την διατύπωση των εμπειρικών υποθέσεων. Πιο συγκεκριμένα η παρουσίαση αυτή θα γίνει σε τρία επίπεδα. Ένα για την σχέση γιατρός - ασθενής, ένα για την σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια, και ένα για την σχέση ιατρική γνώση - γιατροί.

ΓΙΑΤΡΟΣ - ΑΣΘΕΝΗΣ

Η πρώτη εμπειρική υπόθεσή την οποία έχουμε διατυπώσει είναι ότι στις Μ.Ε.Θ. η εξουσιαστική σχέση γιατρός - ασθενής τείνει να απολυτοποιείται. Ο ασθενής ανήκει αποκλειστικά στο ίδρυμα το οποίο αποφασίζει για την τύχη του, πάνω σε μια τεχνοκρατική, ορθολογική διαχείριση, όπου ο ασθενής γίνεται απόλυτο αντικείμενο προς χρήση.

Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής στη Μ.Ε.Θ. χάνει την υπόστασή του ως ενεργό υποκείμενο και γίνεται ένα σύνολο τιμών και ισορροπιών, οι οποίες τιμές πρέπει να κρατηθούν σε κάποια πλαίσια. Το σώμα του ασθενή δεν υπάρχει ως ένα σύνολο οργάνων, αλλά ως ένα σύνολο ουσιών, οι οποίες ουσίες όπως είδαμε, διαμορφώνουν την έννοια του «εσωτερικού περιβάλλοντος». Ακόμα και η πιθανότητα επιβίωσής του εκφράζεται αριθμητικά : «..... βρίσκεται στο κλινικό στάδιο 3- 4».

Χαρακτηριστικά μπορούμε να παραθέσουμε το φύλο ημερησίας νοσηλείας. Το έντυπο αυτό χρησιμοποιείται, όπως άλλωστε αναφέρετε και στον τίτλο του, για κάθε ασθενή της Μ.Ε.Θ. για μία μόνο ημέρα. Στο έντυπο αυτό καταγράφονται με κάθε λεπτομέρεια όλα τα στοιχεία για την κατάσταση του⁵¹⁸. Το έντυπο αυτό στην ουσία είναι η ανακατασκευή του ασθενή. Το έντυπο αυτό υπάρχει καρφίτσωμένο πάνω από το κρεβάτι του ασθενή, ώστε ανά πάσα στιγμή ο κάθε ενδιαφερόμενος να μπορεί να ελέγξει την κατάσταση υγείας του ασθενή. Το έντυπο αυτό ανά τακτά χρονικά διαστήματα συμπληρώνεται από τις νοσηλεύτριες. Οι γιατροί κάνουν την καταχώρηση των φαρμάκων και δίνουν τις εντολές στις νοσηλεύτριες για την χορήγηση των φαρμάκων, των ορών, του πλάσματος και της τροφής. Το έντυπο αυτό αποτελεί, όπως είπαμε, την αναπαράσταση, την «κατασκευασμένη» εικόνα του ασθενή, την οποία έχουν οι γιατροί. Όταν οι γιατροί παρουσιάζουν την κατάσταση της υγείας κάποιου ασθενή σε κάποια άλλο γιατρό ή ακόμα και στο πλαίσιο της ενημέρωσης, η οποία γίνεται κάθε πρωί μετά την εφημερία, χρησιμοποιούν αυτό το έντυπο. Όπως είδαμε οι γιατροί δεν κάνουν «επίσκεψη» στο κρεβάτι του ασθενή, αλλά διαβάζουν αυτό το έντυπο, το οποίο σε συνδυασμό με κάποιες εξετάσεις τις οποίες θα παρουσιάσουμε αργότερα, διαμορφώνει την κλινική εικόνα, την υπόσταση του ασθενή στις Μ.Ε.Θ.

Στο έντυπο αυτό καταχωρούνται όλες οι ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις οι οποίες γίνονται πάνω στον ασθενή. Πιο συγκεκριμένα στην πρώτη σελίδα του εντύπου⁵¹⁹ υπάρχει η καταχώρηση των πληροφοριών οι οποίες αναφέρονται, στο πόσες ημέρες βρίσκεται στη μονάδα ο ασθενής, στην γενική του κατάσταση, στην κατάσταση του κεφαλιού του, του αναπνευστικού του, του κυκλοφοριακού του και του πεπτικού του συστήματος. Στο κάτω μέρος της πρώτης σελίδας υπάρχει ο χώρος όπου καταχωρούνται οι παρατηρήσεις του εφημερεύοντος γιατρού. Οι παρατηρήσεις αυτές αποτελούν μια περίληψη της γενικής εικόνας του ασθενή η οποία παρατηρήθηκε κατά την διάρκεια της εφημερίας και η οποία παρατήρηση αναφέρεται στους γιατρούς⁵²⁰. Στην πρώτη αυτή σελίδα γίνεται μια γενική, περιληπτική παρουσίαση της κατάστασης του ασθενή. Οι παρατηρήσεις άλλωστε του εφημερεύοντος γιατρού κινούνται στο πλαίσιο της συνοπτικής αναφοράς της γενικής κατάστασης του ασθενή.

⁵¹⁸ Βλέπε Παράρτημα σελ. 1

⁵¹⁹ Στο ίδιο.

⁵²⁰ Όπως θα δούμε υπάρχει και αντίστοιχο τμήμα για τις παρατηρήσεις των νοσηλευτριών.

Αυτές οι παρατηρήσεις γίνονται στο τέλος της βάρδιας και βασίζονται στα στοιχεία τα οποία έχουν συγκεντρωθεί στην προσωπική καρτέλα του ασθενή, καθ' όλη τη διάρκεια του προηγούμενου εικοσιτετραώρου. Για παράδειγμα σε ένα φυλλάδιο διαβάζουμε από τις παρατηρήσεις του εφημερεύοντος :

Σταθερά αιμοδυναμικός. Πυρετός μέχρι και 38.2 C, Λίγοι ρεγιάζοντες άμφω, -αρκετές εκκρίσεις δύσοσμες- καλά αέρια αίματος. Διούρηση καλή. Έγιναν αναπληρώσεις. Το Na καθοδικό. Καθοδικά Σα αίματος το απόγευμα. Νευρολογικά > κάμπτει ΔΕ, αριστερά τίποτα (σημεία 5 Sλ).⁵²¹

Ο συγκεκριμένος ασθενής στον οποίο αναφέρονται οι παρατηρήσεις, είχε εισαχθεί στην Μ.Ε.Θ. ύστερα από ένα ισχυρότατο εγκεφαλικό επεισόδιο και νοσηλεύοταν σε κωματώδη κατάσταση από την ημέρα την οποία εισαχθεί, μέχρι και την ημέρα στην οποία αναφερόταν το φυλλάδιο (δέκατη τέταρτη). Οι παρατηρήσεις όμως του εφημερεύοντος γιατρού δεν δείχνουν τίποτε για την κατάσταση του ασθενή. Απλά εκφράζουν την λογική των Μ.Ε.Θ. Την διατήρηση δηλαδή του ασθενή στην ζωή, η οποία διατήρηση γίνεται με τον έλεγχο κάποιων σταθερών τιμών. Σημασία δεν έχει η αιτία (το εγκεφαλικό), αλλά το σύμπτωμα (πυρετός, κατάσταση αίματος, νευρολογική κατάσταση).

Στο εσωτερικό του φυλλαδίου υπάρχουν δύο τμήματα. Ένα το οποίο αναφέρεται στην κατάσταση του ασθενή⁵²² και ένα το οποίο αναφέρεται στα φάρμακα τα οποία του χορηγούνται⁵²³. Και στα δύο τμήματα, στο ένα κάθετα και στο άλλο οριζόντια, υπάρχει ο χωρισμός του φυλλαδίου σε ωριαία βάση. Δηλαδή υπάρχει μία αρίθμηση η οποία ξεκινάει από το επτά και η οποία φτάνει μέχρι το εικοσιτέσσερα και συνεχίζει από το ένα μέχρι το έξι. Αυτός ο χωρισμός αναφέρεται στις εικοσιτέσσερις ώρες της ημέρας. Ξεκινάει από τις επτά το πρωί και φτάνει μέχρι τις έξι την άλλη μέρα το πρωί. Στην προσωπική δηλαδή καρτέλα ο ασθενής ελέγχεται καθ' όλο το εικοσιτετράωρο. Τα στοιχεία τα οποία ελέγχονται είναι η θερμοκρασία, η αρτηριακή πίεση, το Κ.Φ.Π., οι σφίξεις, η πίεση της πνευμ. αρτηρίας και η πίεση η ενσφην. Επίσης ελέγχονται οι παροχετεύσεις οι οποίες δίνονται στον ασθενή, το Ievip, τα ούρα, οι εμέτοι, οι κενώσεις και οι εφιδρώσεις. Η λογική πάνω στην οποία γίνονται αυτές οι μετρήσεις είναι ο έλεγχος ενός ισολογισμού. Ελέγχονται δηλαδή π.χ. τα υγρά τα

⁵²¹ Στο ίδιο.

⁵²² Βλέπε Παράρτημα σελ. 4,5.

⁵²³ Στο ίδιο σελ. 2,3.

οποία παρέχονται (οροί, φάρμακα) και συγκρίνονται με τα υγρά τα οποία αποβάλλει ο οργανισμός (ούρα). Έτσι βγαίνει ένα νούμερο το οποίο ανάλογα με το πρόσημο (θετικό ή αρνητικό), επιβάλλει την κατάλληλη ενέργεια για την διόρθωση του (προσθήκη υγρών αν είναι αρνητικό και αφαίρεση υγρών αν είναι θετικό). Η ίδια κατάσταση ισχύει και στην χορήγηση των φαρμάκων. Υπάρχει έλεγχος ανά πάσα στιγμή της ποσότητας των υγρών τα οποία χορηγούνται. Με τον τρόπο αυτό ο οργανισμός τεχνικά κρατιέται στην κατάσταση ισορροπίας την οποία αναφέραμε.

Σε επόμενη σελίδα αυτού του φυλλαδίου, υπάρχει ο έλεγχος για το Νάτριο, το Κάλιο, το αίμα και διαφόρων άλλων ουσιών. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει όλες αυτές οι ουσίες είναι απαραίτητες για την διατήρηση του «εσωτερικού περιβάλλοντος» σε κατάσταση ισορροπίας. Στην τελευταία σελίδα του φυλλαδίου⁵²⁴ υπάρχει η εξέταση της νευρολογικής κατάστασης του ασθενή και οι παρατηρήσεις των νοσηλευτριών οι οποίες αναφέρονται στην νοσηλεύτρια η οποία αναλαμβάνει βάρδια.

Συμπληρωματικά σε καθημερινή βάση υπάρχουν διάφορες εξετάσεις, όπως ούρων, αιματολογική και εργαστηριακή⁵²⁵. Επίσης υπάρχουν και διάφορες εξετάσεις για την ανακάλυψη μολύνσεων και μικροβίων (μικροβιολογικές)⁵²⁶. Όλα αυτά τα στοιχεία στην συνέχεια καρφίτσώνονται πάνω στην προσωπική ημερήσια καρτέλα του ασθενή.

Με τον τρόπο αυτό η κατάσταση του ασθενή ελέγχεται και καταγράφεται σε ωριαία βάση. Κάθε διακύμανση της κατάστασής του γίνεται αντιληπτή όσο ανεπαίσθητη και αν είναι. Ο Πανοπιτισμός εκφράζεται στον έλεγχο του εσωτερικού του σώματος του ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο έλεγχος και η καταγραφή της κατάστασης του ασθενή γίνεται, όπως είδαμε, στη βάση ενός συνόλου ουσιών (νάτριο, κάλιο, αέρια αίματος) και διαδικασιών (ποσότητα κατακράτησης υγρών, αναπνευστική ικανότητα). Οι γιατροί της Μ.Ε.Θ. δεν προσπαθούν να θεραπεύσουν την αιτία της ασθένειας, αλλά προσπαθούν να υπερνικήσουν τις συνέπειές της. Μέσα σε αυτήν την λογική ο ασθενής χάνεται και στην θέση του μπαίνει το κυνήγι ισορροπιών και ισοζυγίων. Η κατάσταση του ασθενή γίνεται ένα μαθηματικό πρόβλημα το οποίο απαιτεί την τεχνική επίλυσή του. Ο έλεγχος ο οποίος γίνεται στον ασθενή είναι συνεχής (όλο το εικοσιτετράωρο) και επεκτείνεται σε κάθε έκφρασή του (ολική επιτήρηση, τόσο ε-

⁵²⁴ Στο ίδιο, σελ. 6.

⁵²⁵ Στο ίδιο σελ. 7,8,9

⁵²⁶ Στο ίδιο σελ. 10.

ξωτερική, όσο και εσωτερική). Το εσωτερικό του σώματός του ασθενή είναι ανά πάσα στιγμή ελεγχόμενο από τους γιατρούς, οι οποίοι μετρούν και καταγράφουν κάθε ουσία του. Πλέον δεν ελέγχεται απλώς το αίμα, ή τα όργανα, αλλά κάθε στοιχείο από το οποίο στην ιατρική λογική, αποτελείται το ανθρώπινο σώμα.

Και ο έλεγχος του «εσωτερικού περιβάλλοντος» επεκτείνεται με την κυριαρχία των μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας. Κάθε ασθενής είναι συνδεδεμένος με έναν καρδιογράφο ο οποίος ελέγχει την κατάσταση της καρδιάς του. Ο κάθε ατομικός καρδιογράφος είναι συνδεδεμένος με ένα τερματικό το οποίο βρίσκεται στο έδρανο των νοσηλευτριών. Σε αυτό το τερματικό υπάρχουν συνδεδεμένοι όλοι οι καρδιογράφοι οι οποίοι ελέγχουν την κατάσταση της καρδιάς των ασθενών, οι οποίοι προσδιορίζονται από το κρεβάτι στο οποίο βρίσκεται ο κάθε ασθενής. Έτσι ο καρδιογράφος ο οποίος βρίσκεται στο πρώτο κρεβάτι είναι αριθμημένος στο τερματικό με τον αριθμό ένα. Με μια ματιά λοιπόν η νοσηλεύτρια μπορεί, χωρίς καν να σηκωθεί από την καρέκλα της, να ελέγχει την κατάσταση των ασθενών. Αν ξεχαστεί κάποια στιγμή η νοσηλεύτρια, υπάρχει ένα σύστημα προειδοποίησης σε κάθε καρδιογράφο, το οποίο σύστημα ηχητικά προειδοποιεί ότι κάτι δεν πάει καλά. Αντίστοιχα συστήματα ειδοποίησης υπάρχουν και στους αναπνευστήρες και στα άλλα μηχανήματα χορήγησης φαρμάκων (π.χ. αν τελειώσει ένα φάρμακο το οποίο χορηγείται ένα καμπανάκι χτυπάει, το οποίο ειδοποιεί ότι χρειάζεται γέμισμα η σύριγγα). Ανά πάσα στιγμή ο ασθενής είναι ελεγχόμενος.

Η εξουσία του ελέγχου του σώματος του ασθενή εκφράζεται και χωροταξικά. Η θέση στην οποία βρίσκεται το έδρανο της προϊστάμενης, όπου κάθονται οι νοσηλεύτριες, είναι έτσι τοποθετημένο, έτσι ώστε αυτή να μπορεί να βλέπει όλα τα κρεβάτια και να μπορεί να εντοπίζει κάθε αλλαγή στη θέση του ασθενή (Πανοπτικόν). Σε μία Μ.Ε.Θ. την οποία επισκεφθήκαμε το έδρανο της προϊστάμενης ήταν υπερυψωμένο μερικά εκατοστά από το έδαφος, ώστε μπορούσε ακόμα καλύτερα να ελέγχει την κατάσταση των ασθενών. Ακόμη και την στιγμή κατά την οποία ο ασθενής ξυπνάει γίνεται αντιληπτός από τις νοσηλεύτριες διότι αυξάνεται ο ρυθμός των αναπνοών και η καρδιακή του λειτουργία. Οποιαδήποτε ενέργειά του ασθενή γίνεται άμεσα αντιληπτή και καταγράφεται. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως ένα αντικείμενο προς χρήση, ένα απόλυτα υπάκουο αντικείμενο το οποίο ελέγχεται από ένα πανταχού παρών βλέμμα το οποίο εισχωρεί πέρα από την επιφάνεια του στον έλεγχο κάθε ε-

νέργειας ή διαδικασίας του. Ο γιατρός αποφασίζει απόλυτα για αυτόν. Όπως αναφέρεται και ο διευθυντής μιας Μ.Ε.Θ. : «Δικαίωμα στον ασθενή έχω μόνο εγώ».

Ο έλεγχος ο οποίος ασκείται επεκτείνεται σε κάθε σφαίρα της ζωής του ασθενή. Τα πάντα είναι ελεύθερα στον γιατρό. Κατά την εισαγωγή του ασθενή στην μονάδα συμπληρώνεται ένα έντυπο το οποίο αναφέρεται στην προηγούμενη ζωή του⁵²⁷. Σε αυτό το έντυπο αναφέρονται διάφορες πληροφορίες και λεπτομέρειες, όπως το αν έπαιρνε τακτικά τα φάρμακά του (αν ήταν δηλαδή υπάκουος, «καλός» ασθενής), αν κάπνιζε, πόσα παιδιά είχε. Η απόλυτη επιτήρηση την οποία ασκούν οι Μ.Ε.Θ. φαίνεται και από τα παράπονα τα οποία κάνουν οι γιατροί της μονάδας για τα ιστορικά τα οποία συνοδεύουν τους ασθενείς. Συνήθως παραπονιούνται ότι τα ιστορικά τα οποία έρχονται από τα νοσοκομεία είναι ελλιπή, ενώ τα ιστορικά τα οποία παραδίδουν αυτοί είναι πολύ λεπτομερειακά, ως αποτέλεσμα του απόλυτου ελέγχου ο οποίος ασκείται ανά πάσα στιγμή στον ασθενή.

Η επικινδυνότητα, η κρισιμότητα της κατάστασης του ασθενή (η κυριαρχία της σχέσης ζωή - θάνατος) νομιμοποιεί κάθε επέκταση των αρμοδιοτήτων του γιατρού. Μιας και ο ασθενής βρίσκεται τις περισσότερες φορές αναίσθητος (είτε εξαιτίας του ότι βρίσκεται σε κώμα, είτε διότι του έχουν χορηγηθεί ισχυρά ναρκωτικά σε ισχυρές δόσεις), οι συγγενείς του αναλαμβάνουν το ρόλο του πληροφοριοδότη των γιατρών. Μέσω των συγγενών οι γιατροί ανακατασκευάζουν το ιστορικό του ασθενή. Η προσωπική ζωή του ασθενή γίνεται ελεύθερη στους γιατρούς και το υπόλοιπο προσωπικό. Τα πάντα απαντώνται από τους συγγενείς όσο ιδιωτικά, απόκρυφα ή ανόητα και αν ακούγονται. Οι συγγενείς απαντούν πρόθυμα σε κάθε ερώτηση η οποία τους γίνεται και η οποία δεν αναφέρεται καν στην κατάσταση υγείας του ασθενή. Απαντούν ερωτήσεις όπως το τι δουλειά έκανε, πόσα παιδιά έχει.

Κατά την περίοδο την οποία διεξήγαμε την συμμετοχική παρατήρηση στην μονάδα έγινε η εισαγωγή μιας τσιγγάνας, η οποία έπειτα από ένα αυτοκινητιστικό δυστύχημα, το οποίο είχε ως συνέπεια ένα αιμάτωμα στον εγκέφαλο, βρισκόταν σε κώμα. Κάποια στιγμή οι γιατροί κάλεσαν τον άντρα της και ένα από τα παιδιά της στο γραφείο τους. Κατά την διάρκεια της συζήτησης και χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια συναφής ερώτηση, μια γιατρός ρώτησε τον άντρα της αν η ασθενής είχε καμιά προηγούμενη επαφή με γάτες ή σκύλους. Η ερώτηση αυτή προσωπικά μας ξάφνιασε

⁵²⁷ Βλέπε Παράρτημα σελ. 11.

διότι δεν υπήρχε καμιά λογική αλληλουχία με τις προηγούμενες ερωτήσεις οι οποίες είχαν γίνει. Παρόλα αυτά, τόσο ο πατέρας, όσο και ο γιος ταυτόχρονα και οι δύο απάντησαν στην ερώτηση η οποία όπως έδειξαν δεν τους παραξένεψε καθόλου. Η απάντηση ήταν αρνητική. Σημασία όμως δεν έχει η απάντηση αλλά ο τρόπος με τον οποίο αντέδρασαν οι ερωτώμενοι σε μια ερώτηση η οποία δεν είχε λογική σύνδεση με τις αρμοδιότητες του γιατρού. Πρόθυμα απάντησαν χωρίς καν να αμφισβητήσουν ούτε στιγμή το δικαίωμα του γιατρού να ρωτήσει κάτι, το οποίο εκ πρώτης όψεως ήταν άσχετο με την κατάσταση του ασθενή (ατύχημα). Προφανώς η γιατρός ρώτησε διότι θα υπήρχε κάποια υποψία για μόλυνση η οποία μπορεί και να είχε προκληθεί από κάποια κατοικίδια ζώα. Αυτό όμως που ενδιαφέρει δεν είναι η ερώτηση καθ' αυτή, αλλά η ετοιμότητα απάντησης των συγγενών. Αν η ερώτηση αυτή γινόταν σε κάποιο άλλο πλαίσιο το πιθανότερο θα ήταν οι συγγενείς να γελάσουν και να μην απαντήσουν. Την στιγμή όμως που γινόταν από ένα γιατρό της Μ.Ε.Θ. απάντησαν χωρίς καν να σκεφθούν. Το γεγονός αυτό δείχνει και το βαθμό νομιμοποίησης της εξουσίας του γιατρού της μονάδας. Στη συνέχεια του διαλόγου ο συγγενής απαντάει σε ερώτηση του γιατρού για την κοινωνική ζωή του ασθενή : « Παρόλα αυτά μιλώντας για το πρόβλημα στο αναπνευστικό, κάπνιζε τέσσερα πακέτα και έπινε πολύ καφέ. Όταν της έλεγα να το κόψει μου έλεγε, κόψε πρώτα εσύ το κρασί. Εγώ τελικά το έκοψα γιατί δεν πήγαινα και πολύ καλά. »

Σε αυτή την απάντηση βλέπουμε την εξάρτηση, όχι μόνο του ασθενή, αλλά και του συγγενή από τη Μ.Ε.Θ. Πιο συγκεκριμένα η απάντηση του συγγενή ξεκινάει με την προσπάθειά να δείξει ότι γνώριζε την βλαβερότητα την οποία μπορεί να έχει ο καπνός πάνω στο αναπνευστικό της γυναίκας του. Αποδεικνύει λοιπόν πως συμμορφώνεται με τις ιατρικές επιταγές, και κατακρίνει ηθικά την γυναίκα του την οποία και προέτρεπε να κόψει το κάπνισμα. Ενισχύει την εντύπωση πως ο ίδιος είναι «καλός» ασθενής, λέγοντας ότι τελικά σταμάτησε το κρασί. Με αυτό τον μονόλογο προσπαθεί να πείσει τους γιατρούς ότι είναι «καλός», υπάκουος στους κανόνες τους οποίους θέτει η ιατρική. Συνεπώς περιμένει ως ανταπόδοση των γιατρών για την υπάκουη συμπεριφορά του να φερθούν στην γυναίκα του, η οποία ήταν «κακός» ασθενής μιας και κάπνιζε μη υπακούοντας τους ιατρικούς κανόνες, με καλύτερο τρόπο. Πιστεύει πως αυτή η ανυπάκουη προηγούμενη συμπεριφορά της γυναίκας του μεταφράζεται από τους γιατρούς σε αρνητική συμπεριφορά απέναντί της, ως τιμωρία για την ανυπακοή της. Με τον τρόπο αυτό ο συγγενής υποτάσσεται ή θέλει να δείξει πως είναι

απόλυτα υποταγμένος στην εξουσία της Μ.Ε.Θ. η οποία επεκτείνεται και στον κοινωνικό χώρο του ασθενή και στην προηγούμενη κοινωνική του ζωή.

Η ιατρική στις Μ.Ε.Θ. βασίζεται όπως έχουμε ήδη αναφέρει στην «αντικειμενικότητα» των μετρήσεων. Μέσα σε αυτή την ποσοτική έκφραση της κατάστασης του ασθενή ο λόγος του συγγενή κρίνεται ως μη αξιόπιστος. Αυτό το οποίο είναι πραγματικό, «αντικειμενικό», είναι οι μετρήσεις των οργάνων και η ερμηνεία τους από τον γιατρό. Ο ασθενής και ο συγγενής του αποτελούν έναν μη αξιόπιστο πληροφοριοδότη. Ο ασθενής ανήκει αποκλειστικά στην μονάδα και αυτή αποφασίζει για το καλό του. Σε μία περίπτωση εισαγωγής στην μονάδα παρατηρήσαμε έναν ασθενή ο οποίος νοσηλευόταν ύστερα από ένα ατύχημα το οποίο του προκάλεσε μια βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Ο ασθενής αυτός εξαιτίας της κρισιμότητας της κατάστασης του βρισκόταν σε κώμα για δύο μήνες. Οι γιατροί τον θεωρούσαν ως ένα «χαμένο» περιστατικό και εφάρμοζαν πάνω του μια συντηρητική θεραπευτική αγωγή. Κάποια στιγμή κατά την διάρκεια του επισκεπτηρίου η μητέρα του άρχισε να χαμογελά και μας φώναζε να δούμε τον γιο της, ο οποίος όπως μας έλεγε : «ο Άκης μου ξύπνησε από το κώμα και μου σφίγγει το χέρι. »

Η μητέρα του ασθενή του μιλούσε και τον καλούσε, μιας και δεν μπορούσε να μιλήσει, αν την άκουγε να της έσφιγγε το χέρι. Και όπως μας έλεγε η ίδια, ο γιος της είχε ξυπνήσει από το κώμα. Όταν η μητέρα το ανέφερε στο γιατρό αυτός δεν την πίστεψε και ζήτησε την επιβεβαίωση της προϊστάμενης. Ο λόγος του συγγενή δεν έχει εγκυρότητα, δεν έχει βαρύτητα και χρειάζεται η γνώμη της προϊστάμενης. Στο τέλος ο γιατρός κατέληξε στην άποψη ότι : «οι μικρές αντιδράσεις τις οποίες ανέφερε η μητέρα του και η προϊσταμένη μπορεί να είναι κάτι μπορεί και τίποτε». Χρειάζεται δηλαδή η γνώμη του «ειδικού» προκειμένου να αποκτήσει αξιοπιστία ο λόγος του ασθενή. Μόνο η γνώμη του γιατρού και οι μετρήσεις θεωρούνται έγκυρες και αξιόπιστες.

Ο γιατρός είναι ελεύθερος να επέμβει όπως θέλει πάνω στο σώμα του ασθενή. Η εξουσία του δεν έχει περιορισμούς. Κατά την εισαγωγή του ασθενή στη Μ.Ε.Θ. οι συγγενείς του υπογράφουν ένα γενικόλογό έντυπο το οποίο δίνει το δικαίωμα στη Μ.Ε.Θ. να επιχειρήσει οποιαδήποτε επέμβαση πάνω στον ασθενή, όσο επικίνδυνη και επώδυνη και αν είναι αυτή, χωρίς να είναι υποχρεωμένοι οι γιατροί να ζητήσουν την άδεια των συγγενών. Το έντυπο αυτό είναι τελείως γενικό και δεν αναφέρεται σε

συγκεκριμένες συνθήκες. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής ανήκει και με την συγκατάθεση των συγγενών στη μονάδα. Όπως διαβάζουμε από αυτό το έντυπο :

Δηλώνουμε ότι επιτρέπουμε στο προσωπικό της Μ.Ε.Θ. να προβαίνει χωρίς ιδιαίτερη προειδοποίηση σε κάθε αναγκαία ιατρική και θεραπευτική παρέμβαση που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη και έχει ως στόχο το καλό του ασθενή.⁵²⁸

Η αντιμετώπιση του ασθενή ως αντικείμενο το οποίο ανήκει στην μονάδα φαίνεται και στην αντιμετώπιση από τους γιατρούς της μονάδας, διαφόρων γιατρών τους οποίους στέλνουν οι συγγενείς των ασθενών για να εξετάσουν τους ασθενείς τους. Όταν δηλαδή οι συγγενείς πιστεύουν πως χρειάζεται να εξετάσει τον συγγενή τους και κάποιος άλλος γιατρός έξω από την Μ.Ε.Θ. ενημερώνουν τους γιατρούς της μονάδας και αυτοί ορίζουν μια ημέρα και μια συγκεκριμένη ώρα που μπορεί να έρθει ο επισκέπτης γιατρός. Αυτός ο γιατρός μπορεί να έχει μια ειδικότητα η οποία δεν υπάρχει στην μονάδα, επομένως η συνεισφορά του μπορεί να προσφέρει στην καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή. Ο γιατρός αυτός κατά την έξοδό του από την μονάδα συμπληρώνει ένα έντυπο στο οποίο αναφέρεται στην διάγνωση την οποία έχει κάνει. Το έντυπο αυτό παραμένει στο αρχείο της μονάδας αφού ο γιατρός το υπογράφει. Έτσι η μονάδα αποκτά το αποκλειστικό δικαίωμα επέμβασης στον ασθενή και τον αποκλειστικό έλεγχο οποιουδήποτε άλλου (ακόμα και γιατρού), ο οποίος προσπαθεί να χειρισθεί τον ασθενή. Κατά την επίσκεψη ενός γιατρού έξω από το χώρο της μονάδας η απάντηση ενός γιατρού της μονάδας εκφράζει την εργαλειακή αντιμετώπιση του ασθενή. Αναφερόμενος στην επικείμενη επίσκεψη του επισκέπτη γιατρού : «να έρθει να κάνει τι. Εδώ τα πράγματα είναι στοιχεία». Και δείχνει τις μετρήσεις και τις εξετάσεις. Αυτό το οποίο επικρατεί είναι ένα σύνολο τιμών και μετρήσεων μέσω των οποίων ανακατασκευάζεται εκ νέου ο ασθενής. Το ραντεβού το οποίο κλείνεται με τον επισκέπτη γιατρό κανονίζεται για μια ημέρα την οποία θα είναι παρών και ένας γιατρός του νοσοκομείου και ο οποίος έχει την ίδια ειδικότητα. Ο επισκέπτης γιατρός είναι επίσης υποχρεωμένος να κάνει την ενημέρωση των συγγενών μπροστά στους γιατρούς της μονάδας, προκειμένου οι τελευταίοι να σιγουρευτούν ότι : « δεν λείπει άλλα πράγματα σε εμάς και άλλα στους συγγενείς».

Υπάρχει ο έλεγχος της πληροφορίας από όπου και αν προέρχεται αυτή. Η αλήθεια για τον ασθενή προέρχεται από την μονάδα και μόνο από αυτήν.

Ενδεικτική της εργαλειοποίησης του ασθενή είναι και η ορολογία η οποία χρησιμοποιείται από το προσωπικό και η οποία εκφράζει την αντικειμενικοποίηση του ασθενή. Όταν τελειώνει ένας γιατρός την εφημερία του ανέφερε στους γιατρούς τους οποίους ενημέρωνε για το προηγούμενο βράδυ: «Ευτυχώς δεν είχα goal απόψε». Εξυπνοώντας το ότι δεν πέθανε κανένας ασθενής κατά την διάρκεια της δικής της εφημερίας (Ότι δεν δέχθηκε δηλαδή goal).

Η εξουσία της Μ.Ε.Θ. είναι απόλυτη όχι μόνο πάνω στο σώμα του ασθενή αλλά και στην ίδια του τη ζωή. Οι γιατροί των μονάδων αποφασίζουν ποιοι ασθενείς θα εισαχθούν στις μονάδες. Υπάρχει μια διαδικασία φιλτραρίσματος μέσω της οποίας επιλέγονται οι ασθενείς οι οποίοι θα εισαχθούν στη Μ.Ε.Θ. Η διαδικασία αυτή παρέχει στον γιατρό ευχέρεια επιλογής για τα άτομα τα οποία τελικά θα εισαχθούν. Πιο συγκεκριμένα η Μ.Ε.Θ. δέχεται ασθενείς τόσο από τα χειρουργεία του νοσοκομείου όσο και μέσω του Ε.Κ.Α.Β. Το Ε.Κ.Α.Β. κάθε μέρα επικοινωνεί με όλες τις μονάδες και ρωτάει αν υπάρχουν άδεια κρεβάτια. Λειτουργεί δηλαδή ως κέντρο διανομής των ασθενών στις μονάδες. Η μονάδα είναι υποχρεωμένη να ενημερώσει όταν έχει άδειο κρεβάτι προκειμένου να γίνει η εισαγωγή του ασθενή ο οποίος έχει ανάγκη. Αυτό όμως δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα. Οι γιατροί της Μ.Ε.Θ. γνωρίζουν από προηγούμενη επικοινωνία με το Ε.Κ.Α.Β. όπως οι ίδιοι αναφέρουν : «τι περιστατικά κυκλοφορούν». Γνωρίζουν δηλαδή τι προβλήματα έχουν οι ασθενείς οι οποίοι εκείνη την χρονική περίοδο χρειάζονται κρεβάτι σε μονάδα. Έτσι αν γνωρίζουν ότι υπάρχουν «δύσκολα», «χαμένα» περιστατικά, ασθενείς δηλαδή με πολλαπλά προβλήματα (καρκίνος στο τελικό στάδιο) είτε ηλικιωμένοι ασθενείς, δεν κοινοποιούν στο Ε.Κ.Α.Β. ότι έχουν ελεύθερο κρεβάτι. Αντιθέτως αν κρίνουν ότι το περιστατικό είναι «καλό», το δέχονται.: « Αν ακούσεις για κανένα ατύχημα, κανένα νέο παιδί, πάρτον.»

Η ίδια η μονάδα επιλέγει ποιοι θα ζήσουν και ποιοι θα πεθάνουν, κάνοντας επιλογή των ασθενών τους οποίους θα δεχθεί. Έτσι υπάρχει το φαινόμενο «δύσκολων» περιστατικών τα οποία : « περιφέρονται για μέρες». Όπως αναφέρει ένας γιατρός μιλώντας για ασθενείς τους οποίους δεν δέχεται καμιά μονάδα. Αυτή η επιλογή να δεχθεί η Μ.Ε.Θ. έναν νέο ασθενή, παρά ένα γέρο στη βάση της δικαιολόγησης ότι τα κρεβάτια είναι περιορισμένα επομένως ως επιλογή πρέπει να σωθεί ο νέος, αποτελεί έκφραση της αντιμετώπισης θεμάτων αξιών (η ανθρώπινη ζωή), ως καθαρά

⁵²⁸ Βλέπε Παράρτημα σελ. 13.

τεχνικά ζητήματα προς επίλυση. Αποτελεί έκφραση του εργαλειακού ορθολογισμού με τον οποίο αντιμετωπίζεται η ανθρώπινη ζωή.

Κατά την διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης λάβαμε μέρος σε διάφορες συζητήσεις οι οποίες δείχνουν καθαρά αυτήν την εργαλειοποίηση του σώματος του ασθενή, στο πλαίσιο της χρησιμοποίησής του ως ένα αντικείμενο το οποίο μπορεί να χρησιμεύσει προκειμένου να μάθουν οι φοιτητές της ιατρικής. Οι ίδιοι οι φοιτητές μας ανέφεραν ότι σε κάποιο άλλο νοσοκομείο το νεκρό σώμα του ασθενή χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να μάθουν οι φοιτητές. Όταν πέθανε ένας ασθενής σε ένα άλλο νοσοκομείο είπαν στην φοιτήτρια να διασωληνώσει τον ασθενή, να τον «περάσει» δηλαδή στον αναπνευστήρα, κάτι το οποίο είναι δύσκολο μιας και αν αργήσει σε φυσιολογικές συνθήκες μπορεί να πεθάνει ο ασθενής. Στην περίπτωση την οποία μας παρουσίασαν, το σώμα του νεκρού ασθενή χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να μάθει η φοιτήτρια. Επίσης σε μία άλλη περίπτωση την οποία μας ανέφεραν, οι γιατροί επιχείρησαν ανάνηψη σε έναν ασθενή ο οποίος είχε πάθει ανακοπή και πέθαινε. Η ανάνηψη είναι μια ιατρική πράξη με την οποία όταν η καρδιά σταματήσει (ανακοπή) την επαναφέρουν σε λειτουργία με ένα χτύπημα. Αφότου περάσει μισή ώρα προσπάθειας θεωρείται ότι ο ασθενής δεν μπορεί να «επανέλθει» και σταματάει η προσπάθεια. Στο περιστατικό το οποίο μας ανέφεραν αφότου πέρασε η μισή ώρα κάλεσαν τον φοιτητή ο οποίος για ένα τέταρτο ακόμα προσπαθούσε να «επαναφέρει» τον ασθενή. Βλέπουμε πως όχι μόνο το νεκρό αλλά και το ετοιμοθάνατο σώμα χρησιμοποιείται εργαλειακά προκειμένου να μάθουν οι νέοι γιατροί. Ο κοινωνικός θάνατος προηγείται του βιολογικού θανάτου. Ο ασθενής όταν παραδίδεται στα χέρια του φοιτητή θεωρείται ήδη νεκρός. Υπάρχει μόνο ως αντικείμενο. Ο βιολογικός θάνατος επέρχεται αργότερα. Βλέπουμε λοιπόν την αντιμετώπιση της ιατρικής πρώτα από όλα για τον θάνατο ο οποίος παρουσιάζεται ως η μη λειτουργικότητα του σώματος απέναντι σε ορισμένα χρονικά δεδομένα τα οποία έχουν τεθεί (μισή ώρα). Επίσης βλέπουμε και την αντιμετώπιση του νεκρού ή ακόμα και του «εν δυνάμει» νεκρού σώματος, το οποίο αντιμετωπίζεται ως αντικείμενο χωρίς δικό του status και εξουσία, ως μηχανήμα το οποίο χάλασε και δεν μπορεί να ξαναλειτουργήσει. Το μόνο το οποίο μπορεί να κάνει το σώμα του ασθενή σε αυτές τις καταστάσεις είναι να αποτελέσει αντικείμενο μαθητείας στο πλαίσιο μιας εργαλειακής χρηστικής λογικής.

Στις Μ.Ε.Θ. συγκεντρώνονται τα πιο «βαριά», τα πιο δύσκολα περιστατικά. Αποκτάει λοιπόν η μονάδα ως χώρος μάθησης εξαιρετική σημαντικότητα. Για το λό-

γο αυτό κάθε δεκαπενθήμερο επισκέπτονται την μονάδα ομάδες δύο φοιτητών οι οποίοι κάνουν στην μονάδα την πρακτική αυτών τα οποία μαθαίνουν στο πανεπιστήμιο. Οι ασθενείς της μονάδας αποτελούν ιδεοτυπικά παραδείγματα δύσκολων καταστάσεων. Η άσχημη κατάστασή των ασθενών επιτρέπει την επέμβαση των φοιτητών. Εφόσον οι ασθενείς βρίσκονται σε κώμα ή κοιμούνται, οι φοιτητές μπορούν να επέμβουν επάνω τους χωρίς να έχει σημασία το πόσο αδέξια το κάνουν. Ο ασθενής δεν έχει ή τουλάχιστον δεν μπορεί να εκφράσει οποιοδήποτε συναίσθημα (πόνος, θλίψη). Σε μια συγκεκριμένη περίπτωση ένας φοιτητής ιατρικής ύστερα από την προτροπή των γιατρών προσπάθησε να πάρει αίμα από έναν ασθενή. Αυτό είναι και το πιο συχνό παράπονο των γιατρών απέναντι στους νέους φοιτητές, ότι δεν αναλαμβάνουν να επέμβουν πάνω στους ασθενείς. Όπως μας έλεγαν : « Έρχονται εδώ και δεν κάνουν τίποτα. Δεν βάζουν τα ακουστικά να «ακούσουν» τους ασθενείς». Οι γιατροί δηλαδή επιδιώκουν την χρησιμοποίηση των ασθενών προκειμένου να μάθουν οι φοιτητές. Γυρνώντας πάλι στο παράδειγμά μας, ένας φοιτητής εξαιτίας της απειρίας του προκαλούσε δυσφορία στον ασθενή, ο οποίος αν και σε κώμα αντιδρούσε στον πόνο τον οποίο υφίσταται. Εξαιτίας της παρατήρησής μας ότι ο ασθενής ταλαιπωρούνταν και ότι ήταν απάνθρωπο να χρησιμοποιείται ως πειραματόζωο, ο φοιτητής απολογηματικά μας απάντησε : «Τι να κάνω, πρέπει να μάθω». Και φυσικά το σώμα του ασθενή της Μ.Ε.Θ. είναι το πλέον κατάλληλο. Το σώμα του υπάρχει ως απόλυτα υπάκουο αντικείμενο χρήσης. Όπως μας προέτρεπε και μια νοσηλεύτρια να κάνουμε μια ένεση σε έναν ασθενή έπειτα από δύο μήνες τους οποίους ήμασταν στην μονάδα και έχοντας αποκτήσει οικειότητα μαζί μας : «Έλα δεν είναι τίποτα, δεν θα καταλάβει τίποτα, μη φοβάσαι». Η βούληση του ασθενή έχει εξαφανισθεί απόλυτα και ο ίδιος έχει υποβιβασθεί σε ένα παθητικό άβουλο αντικείμενο.

Η εξουσία του γιατρού απέναντι στον ασθενή έγκειται στην δυνατότητα του πρώτου να αποφασίζει για τον δεύτερο. Το δικαίωμα να λαμβάνει τις αποφάσεις ο γιατρός απολυτοποιείται στις Μ.Ε.Θ. διότι η επικινδυνότητα της κατάστασης (κυριαρχία σχέσης ζωή - θάνατος) νομιμοποιεί την απόλυτη χρήση της επιστημονικής γνώσης. Όπως αναφέρει ένας γιατρός της Μ.Ε.Θ. : «Γενικά στην ιατρική πόσο περισσότερο στην Μ.Ε.Θ. τα πράγματα αλλάζουν συνεχώς».

Η έννοια του απρόβλεπτου, του επικίνδυνου διαιώνίζει και διατηρεί την εξουσία του γιατρού. Όπως αναφέρει ένας γιατρός στους συγγενείς ενός ασθενή : «Τα πάντα μπορούν να αλλάξουν, δεν κάνουμε καμία πρόβλεψη. Αλλάζουν πολύ

γρήγορα όλα σε καταστάσεις οι οποίες αφορούν τον εγκέφαλο και έτσι θα μπερδευτείτε γιατί θα σας παρέχουμε αντιφατικές πληροφορίες».

Χαρακτηριστικά όταν οι γιατροί αναφέρονται σε κάποιον ασθενή τις περισσότερες φορές δεν τον αναφέρουν με το όνομά του, αλλά με τον αριθμό του κρεβατιού στο οποίο αυτός βρίσκεται ή με αναφορά στο πρόβλημα με το οποίο νοσηλεύεται : «Ο νούμερο τρία, ή αυτός με το ανεύρυσμα».

Ιδιαίτερα υπάρχει η αντιμετώπιση του ασθενή ως ένα παθητικό, πειθήνιο αντικείμενο. Αυτός είναι άλλωστε και ο λόγος για τον οποίο η εργασία στις Μ.Ε.Θ. είναι πιο εύκολη για τους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες από ότι είναι στους ορόφους. Όπως αναφέρει μια νοσηλεύτρια : «Στη μονάδα οι ασθενείς δεν μπορούν να αντιδράσουν και μπορείς να τους κάνεις ότι θέλεις».

Στη μονάδα ο ασθενής βρίσκεται την περισσότερη ώρα σε κώμα, είτε κοιμάται εξαιτίας των ισχυρών ναρκωτικών. Έτσι μπορεί να ασκηθεί πάνω του οποιαδήποτε ιατρική ή νοσηλευτική πράξη ανεξάρτητα του πόσο επώδυνη είναι αυτή. Ο ασθενής δεν μπορεί να αντιδράσει, να κλάψει ή να φωνάζει μιας και δεν νοιώθει τίποτε. Η συναισθηματική και ψυχολογική διάσταση του ασθενή τίθονται ανενεργές κατά την διάρκεια της παραμονής του στη μονάδα και αυτό που επικρατεί είναι μόνο η βιολογική του υπόσταση. Ο ασθενής υποβιβάζεται στην σωματική, βιολογική του διάσταση. Αυτή του δίνει την ύπαρξη, την υπόσταση στις Μ.Ε.Θ. Ως συνέπεια δεν αντιμετωπίζεται ως άτομο, αλλά ως ένα σώμα το οποίο κείται και δεν μπορεί να αντιδράσει. Όπως αναφέρει και ένας νοσηλευτής για την κατάσταση των ασθενών της μονάδας : «Εδώ μέσα είναι σαν θερμοκήπιο».

Η αντιμετώπιση του ασθενή ως άβουλο αντικείμενο και όχι ως άτομο εκφράζεται και από την στάση απέναντι στην εισαγωγή ενός νέου ασθενή. Όταν έρχεται ένας καινούργιος ασθενής ο οποίος έχει κάποιο πρόβλημα στο κεφάλι είτε από κάποιο ατύχημα, είτε από κάποια καρδιακή πάθηση (εγκεφαλικό), το προσωπικό ανακοινώνει την εισαγωγή λέγοντας μεταξύ τους : «Έρχεται ένα κεφάλι».

Ο ασθενής αντιμετωπίζεται αποκλειστικά βάση της βιολογικής του διάστασης και ιδιαίτερα εστιάζοντας τμηματικά στο όργανο το οποίο ασθενεί. Αυτό που βλέπει το προσωπικό είναι μόνο το συγκεκριμένο πρόβλημα και ως συνέπεια «χάνει» τον ασθενή.

Συνεχίζοντας βλέπουμε πως αυτή η στάση αντικειμενικοποίησης του ασθενή εκφράζεται σε μια ευρύτερη αντιμετώπιση του. Για παράδειγμα κάποιος ασθενής του

οποίου η θετική εξέλιξη της υγείας ανατρέπεται χαρακτηρίζεται ως ένας ασθενής ο οποίος «στράβωσε». Επίσης σε ασθενείς οι οποίοι παραμένουν στη μονάδα για μεγάλο χρονικό διάστημα επιβάλλεται η τραχειοστομή. Μετά την δωδέκατη μέρα νοσηλείας επιβάλλεται η τραχειοτομή η οποία συνίσταται σε μια τομή η οποία γίνεται με χειρουργική επέμβαση στο λάρυγγα του ασθενή. Αυτή η τομή γίνεται διότι αν συνεχιστεί η παροχή οξυγόνου στον ασθενή από το στόμα προκαλούνται βλάβες στις φωνητικές χορδές. Ως συνέπεια, μέσω της τραχειοτομίας ο ασθενής αναπνέει από αυτήν την τομή. Η αρνητική συνέπεια της τραχειοτομής είναι ότι ο ασθενής δεν μπορεί να μιλήσει και να καταπιεί. Απαιτείται λοιπόν ο καθαρισμός της τραχείας με ένα σωληνάκι το οποίο τραβάει τα υγρά τα οποία φράζουν την τραχεία ανοίγοντας την δίοδο. Όταν λοιπόν δεν έχει καθαρισθεί η τραχεία ο ασθενής είναι «γεμάτος» και χαρακτηρίζεται ως : «Αδούλευτος ασθενής». Πάλι στο επίπεδο του λόγου βλέπουμε την εργαλειακή αντιμετώπιση του ασθενή. Ο τρόπος άλλωστε με τον οποίο γίνεται η αναρρόφηση, ο καθαρισμός δηλαδή της τραχείας του ασθενή θυμίζει έντονα την χρησιμοποίηση του ασθενή ως ένα μηχάνημα το οποίο χρειάζεται καθάρισμα. Αν δεν γίνει έγκαιρα ο καθαρισμός της τραχείας του ασθενή, αυτή φράζει, δεν μπορεί να αναπνεύσει με συνέπεια να «μελανιάζει» από το πνίξιμο το οποίο νοιώθει. Κάποια στιγμή ενώ ο φυσιοθεραπευτής έκανε την αναρρόφηση σε έναν ασθενή μια νοσηλεύτρια παρατήρησε ότι κάποιος άλλος ασθενής ο οποίος είχε πιο πολλές εκκρίσεις είχε αρχίσει να μελανιάζει και ενώ βρισκόταν σε κώμα άρχισε νευρικούς σπασμούς. Ο φυσιοθεραπευτής όμως δεν ενοχλούνταν από αυτήν την κατάσταση και έπιανε τον κάθε ασθενή μόλις τελείωνε με τον προηγούμενο, σε μια σειριακή λογική. Δεν βιάστηκε να πάει στον ασθενή ο οποίος είχε πρόβλημα, αλλά αφότου τελείωσε με τον πρώτο πήγε στον δεύτερο. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται όχι ως άτομο το οποίο χρειάζεται βοήθεια αλλά ως ένας κρίκος στο πλαίσιο μιας γραφειοκρατικής αλυσίδας.

Η απολυτοποίηση της εξουσίας του γιατρού πάνω στον ασθενή φαίνεται όπως είπαμε και από την μονοπωλιακή χρήση του ασθενή. Αυτός ανήκει αποκλειστικά στην μονάδα η οποία και απαγορεύει την ανάμειξη οποιουδήποτε άλλου. Ούτε καν οι συγγενείς δεν μπορούν να δουν ή να αγγίξουν τον ασθενή τους. Όπως αυστηρά παρατηρεί μια νοσηλεύτρια την μητέρα ενός ασθενή : «Συγγνώμη δεν μπορείτε να αγγίξετε τον ασθενή».

Προκειμένου να αποφευχθεί η ανάμειξη των συγγενών διαμορφώνονται διάφορες τεχνικές όπως το κλείδωμα της πόρτας του γραφείου των γιατρών. Όταν τώρα

θέλει να εισέλθει κάποιος γιατρός μέσα χτυπάει συνθηματικά την πόρτα και του ξεκλειδώνουν. Αλλιώς αν χτυπήσει κάποιος άλλος δεν ανοίγουν. Επίσης η έννοια της απολύμανσης χρησιμοποιείται προκειμένου να αποφευχθεί η ανάμειξη της κοινωνίας στη σχέση των γιατρών της Μ.Ε.Θ. με τον ασθενή. Η απολύμανση χρησιμοποιείται αυστηρά στις σχέσεις της μονάδας με την κοινωνία. Σε οποιονδήποτε προσπαθήσει να ενταχθεί στη μονάδα τονίζεται η σημαντικότητα της απολύμανσης για την υγεία του ασθενή. Η χρήση όμως των προστατευτικών μέτρων (προστατευτική ρόμπα, καλύμματα για τα παπούτσια, η απαγόρευση να αγγίζουν με τα χέρια οι συγγενείς τους ασθενείς) λειτουργεί συμβολικά. Η απολύμανση δεν τηρείται από το προσωπικό σε αρκετές περιπτώσεις. Συχνά καπνίζουν στο χώρο του γραφείου των γιατρών με ανοικτή την πόρτα του γραφείου οπότε ο καπνός μπαίνει και στο χώρο όπου βρίσκονται τα κρεβάτια των ασθενών. Κάποια στιγμή παρατηρήσαμε ότι τα παράθυρα τα οποία βρίσκονται στο χώρο της μονάδας και τα οποία βρίσκονται πάνω από τα κρεβάτια ήταν ανοικτά. Ρωτήσαμε έναν γιατρό για τα παράθυρα αυτά τονίζοντας ότι έτσι δεν λειτουργεί η απολύμανση μιας και εισάγεται στην μονάδα η μόλυνση μέσω του αέρα. Αποκαλυπτικά ο γιατρός μας απάντησε για τις προφυλάξεις : «Η μόλυνση μεταδίδεται με τα χέρια του προσωπικού. Τα άλλα, τα παπούτσια, η άσπρη στολή κλπ. είναι για τα μάτια του κόσμου. Βάση ερευνών οι οποίες έχουν γίνει σε Μ.Ε.Θ. έχει αποδειχθεί ότι οι λοιμώξεις είναι κοινές ανεξαρτήτων προφυλάξεων σε όλες τις μονάδες».

Βλέπουμε λοιπόν πως η απολύμανση λειτουργεί σε ένα συμβολικό επίπεδο αποκλείοντας την ανάμειξη οποιουδήποτε άλλου με την μονάδα, τονίζοντας το αποκλειστικό δικαίωμα επέμβασης πάνω στον ασθενή.

Ο θάνατος επίσης γίνεται ένα τεχνικό ζήτημα, μια απλή ένδειξη σε διάφορα όργανα (καρδιογράφος) η οποία ένδειξη συνεχώς φθίνει μέχρι να μηδενισθεί. Σε μια περίπτωση όπου ήμασταν παρόντες στο θάνατο ενός ασθενή το κλίμα θύμιζε έντονα μια παράσταση την οποία όλοι περίμεναν να τελειώσει. Ο θάνατος του ασθενή ήταν σίγουρος και όλοι περίμεναν την στιγμή όπου οι τιμές θα μηδενιστούν. Οι δείκτες συνεχώς έφθιναν μέχρις ότου μηδενίστηκαν. Εν συνεχεία καταγράφεται ένα καρδιογράφημα, για να υπάρχει η απόδειξη ότι ο ασθενής ήταν νεκρός, και έπειτα αρχίζει το «ξήλωμα» του ασθενή, όπως το ονομάζουν. Το «ξήλωμα» δεν είναι τίποτε άλλο από την αφαίρεση όλων των καλωδίων και των κάθε λογής σωληνώσεων από το νεκρό σώμα του ασθενή. Η ίδια εργαλειακή στάση η οποία ακολουθείται κατά την τοποθέ-

τηση αυτών των καλωδίων στο σώμα ισχύει και κατά την απομάκρυνση τους. Το παράπονο των μελών της μονάδας είναι ότι όσο δύσκολα τοποθετούνται αυτά τα καλώδια και οι κάθε λογής σωληνώσεων εξαιτίας των προφυλάξεων για την αποστείρωση, τόσο εύκολα αφαιρούνται. Ο ασθενής υπάρχει ως αντικείμενο, το οποίο από την μία είναι πιο εύκολο προς χρήση, ενώ από την άλλη πιο δύστροπο.

Η απόλυτη εξουσία την οποία ο γιατρός ασκεί πάνω στον ασθενή φαίνεται και από την συμπεριφορά την οποία οι γιατροί έχουν απέναντι στους συγγενείς του. Εφόσον ο ασθενής βρίσκεται σε μια κατάσταση όπου δεν μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του, οι συγγενείς του αναλαμβάνουν το ρόλο του, στο πλαίσιο της ενημέρωσης από τους γιατρούς. Κατά την διάρκεια της ενημέρωσης για την κατάσταση υγείας του ασθενή οι γιατροί αποφεύγουν να ανακοινώσουν την πιθανότητα θανάτου του ασθενή. Παρότι γνωρίζουν πως ο ασθενής οδηγείται προς το θάνατο, στους συγγενείς ανακοινώνουν πως δεν ξέρουν τι θα γίνει : «διότι τα πάντα μπορούν να συμβούν».

Σε ερώτηση του συγγενή για το «πόσες πιθανότητες έχει να ζήσει ; » απαντούν : «Θα σας το πω αλλιώς, υπάρχουν ανάλογες περιπτώσεις που να έχουν επιβιώσει».

Στην συγκεκριμένη περίπτωση (βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση από τροχαίο) οι γιατροί ήταν πεπεισμένοι πως ο ασθενής θα πέθαινε. Ένας φοιτητής της ιατρικής μας είτε πως ο συγκεκριμένος ασθενής είτε θα συνέχιζε να βρίσκεται σε κώμα όπως τώρα, είτε θα πέθαινε. Οι γιατροί όμως δεν κοινοποιούσαν την άποψή τους αλλά προσπαθούσαν όπως είχε παρατηρηθεί και σε άλλες ανάλογες περιπτώσεις να αποφύγουν την απάντηση. Δύο συμπεράσματα μπορούμε να βγάλουμε από αυτή την άρνηση των γιατρών. Πρώτον, η ιατρική κρύβει το γεγονός του επικείμενου θανάτου από τους συγγενείς, διότι με αυτό τον τρόπο διακωλύει την εξάρτηση η οποία προκύπτει από την αβεβαιότητα της κατάστασης του ασθενή. Και δεύτερον, μη κοινοποιώντας το γεγονός του επικείμενου θανάτου, η ιατρική δεν κοινοποιεί την ανικανότητά της να θεραπεύσει. Αν ανακοινωθεί ο επικείμενος θάνατος χάνεται η κοινωνική πίστη ότι η επιστημονική ιατρική όπως εκφράζεται στις Μ.Ε.Θ. μπορεί να κάνει τα πάντα ακόμα και να νικήσει τον θάνατο. Ας μην ξεχνάμε ότι οι ασθενείς οι οποίοι εντάσσονται στις Μ.Ε.Θ. βρίσκονται σε εξαιρετικά δύσκολη κατάσταση και αρκετοί από αυτούς δεν ξυπνούν ποτέ. Έρχονται στην μονάδα σε κατάσταση κώματος, παραμένουν ένα διάστημα και έπειτα πεθαίνουν. Αν τώρα η μονάδα από την αρ-

χή ανακοινώσει πως ο ασθενής πεθαίνει, χάνεται και η πίστη στην παντοδυναμία των μονάδων αυτών. Καθυστερώντας την ανακοίνωση του επικείμενου θανάτου ενισχύει την άποψη ότι μπορεί να κάνει τα πάντα, και ότι ακόμα και σε δύσκολες περιπτώσεις δεν παραδίδει τα όπλα αλλά κάνει τα πάντα. Με τον τρόπο αυτό ασκεί ιδεολογική εξουσία.

Η ιατρική στις Μ.Ε.Θ. είναι επιθετική ιατρική. Ο ασθενής βρίσκεται αναίσθητος, δεν έχει τις αισθήσεις του, άρα δεν χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη του ο γιατρός ή ο νοσηλευτής ότι μπορεί να πονάει ή να έχει αντίθετη άποψη για την εκτέλεση μιας ενέργειας. Ο ασθενής της Μ.Ε.Θ. αποτελεί την ιδεοτυπική μορφή ασθενή, αυτή του πειθήνιου αντικειμένου όπου πάνω του ασκείται απόλυτα η επιστημονική ιατρική. Μπορείς να τον προσβάλλεις (σχόλια για το γυμνό του σώμα) ακόμα και να τον χτυπήσεις αν αντιδράσει αντανακλαστικά. Όπως αναφέρει μια νοσηλεύτρια όταν την ρωτήσαμε για το πως συμπεριφέρονται στους ασθενείς : «Έχω χτυπήσει και ασθενή εγώ.». Και δικαιολογεί αυτήν την ενέργειά της διότι όπως λέει οι ασθενείς επειδή βρίσκονται σε κόμα δεν καταλαβαίνουν τι κάνουν και : «Φτύνουν τις νοσηλεύτριες στα πρόσωπο στα μαλλιά».

Ο ασθενής δεν χρειάζεται καλόπιασμα και υπάρχει ως αντικείμενο προς χρήση. Αυτή η εστίαση απλά στη βιολογική διάσταση του ασθενή διαμορφώνει και μια ιδιαίτερη στάση των ασθενών οι οποίοι αναρρώνουν απέναντι στο προσωπικό της μονάδας στην οποία νοσηλεύονταν. Το προσωπικό της Μ.Ε.Θ. τόσο ιατρικό όσο και νοσηλευτικό προσπαθούν να σώσουν τον ασθενή επεμβαίνοντας επιθετικά επάνω του. Η επιστημονική ιατρική προβάλλει το σώμα, ως αυτό το οποίο εκφράζει τον ασθενή. Εστιάζει έτσι το προσωπικό πάνω στο σώμα και αγνοεί την ψυχολογική και συναισθηματική διάσταση του ασθενή. Έχει μάθει το προσωπικό να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως παθητικό αντικείμενο και όχι ως άτομο το οποίο πονάει και σκέφτεται.

Έκφραση αυτής της στάσης αποτελεί το ακόλουθο παράδειγμα. Κάποια στιγμή ρωτήσαμε έναν γιατρό αν η τοποθέτηση του ουροκαθετήρα πονάει. Η τοποθέτηση αυτή μας φάνηκε εξαιρετικά επώδυνη και ρωτήσαμε τον γιατρό να μάθουμε αν πονάγε ή όχι. Η απάντηση τον ξάφνιασε και μας είπε : «Δεν ξέρω, πρέπει να πονάει φαντάζομαι».

Έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως ένα αντικείμενο χωρίς αισθήματα, ο οποίος δεν αισθάνεται πόνο. Αυτή η συμπεριφορά λόγω της επανάληψης

γίνεται συνήθεια και ασκείται και πάνω σε ασθενείς οι οποίοι είναι ξύπνιοι. Κάποιος ασθενής βρισκόταν με πολλά κατάγματα και έχοντας κάνει μια εγχείρηση σε ένα κρεβάτι της μονάδας. Κάποια στιγμή χρειάστηκε να γίνει μια αλλαγή του ουροκαθετήρα. Ο ίδιος ο ασθενής εξαιτίας της πληγής από την εγχείρηση δεν μπορούσε να δει τι του έκαναν οι γιατροί. Το μόνο που ένοιωθε ήταν ο πόνος. Καθίσαμε δίπλα του και μας ζήτησε το χέρι. Από τον πόνο ίδρωνε και έσφιγγε το χέρι μας για να πάρει κουράγιο. Η ιατρική επέμβαση ήταν επώδυνη για αυτόν και το σημαντικότερο ήταν πως μπροστά σε ένα ασθενή ο οποίος είχε τις αισθήσεις του ο γιατρός παρότρυνε έναν φοιτητή να περάσει τον ουροκαθετήρα προκειμένου να μάθει.

Η έκφραση του πόνου φαίνεται στα πρόσωπα πολλών ασθενών. Η έκφραση αυτή, εφόσον λόγω της τραχειοτομής δεν μπορούν να μιλήσουν, εκφράζει την προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν. Μια προσπάθεια την οποία αρνείται το προσωπικό της Μ.Ε.Θ. Ο τρόπος με τον οποίο φέρονται στον ασθενή, ο τρόπος με τον οποίο μετακινούν το σώμα του, του προκαλεί πόνο. Προσπαθεί να επικοινωνήσει και αυτό το οποίο αντιμετωπίζει είναι η απάθεια τις περισσότερες φορές.

Ο Άκης, ένας ασθενής με κρανιοεγκεφαλική κάκωση, έχοντας αποκτήσει πλέον τις αισθήσεις του περίμενε, τότε θα έρθει η σειρά του για να τον φροντίσουν (να του καθαρίσουν τα τραύματα, να του στρώσουν το κρεβάτι, να του αλλάξουν θέση). Αφότου τον τοποθέτησε σε μια θέση η νοσηλεύτρια άρχισε να φροντίζει τον επόμενο. Εξαιτίας της δίμηνης παραμονής του στη Μ.Ε.Θ. το σώμα του ασθενή παθαίνει αγκύλωση με αποτέλεσμα να του προκαλείτε ένα έντονο αίσθημα δυσφορίας. Ο Άκης έχοντας συνείδηση μιας και ήταν ξύπνιος προσπαθούσε να εκφράσει αυτήν την δυσφορία, ζητώντας την αλλαγή της θέσης του σώματός του πάνω στο κρεβάτι μιας και ο ίδιος ήταν ανίκανος να κινηθεί μόνος του. Εξαιτίας της άσχημης κατάστασης στην οποία βρισκόταν, ίσως και εξαιτίας του χαρακτήρα του ήταν ανήσυχος και αντιδρούσε εκφράζοντας την δυσφορία την οποία ένοιωθε. Έτσι χαρακτηρίστηκε από την νοσηλεύτρια ως «κακός» ασθενής διότι δεν είναι υπάκουος και φρόνιμος. Όταν επισημάναμε στην νοσηλεύτρια ότι ο Άκης κάτι ζητούσε μας απάντησε : «Ο Άκης δεν είναι ο μόνος ασθενής, οι άλλοι γιατί δεν παραπονιούνται;»

Αυτό το οποίο απαιτεί η Μ.Ε.Θ. είναι η απόλυτη υπακοή του ασθενή. Αυτός υπάρχει μόνο ως βιολογικό αντικείμενο, ως ένα σώμα προς χρήση το οποίο δεν έχει αισθήματα. Αυτή η αντίληψη διαμορφώνεται στο προσωπικό της Μ.Ε.Θ. από τον επιστημονικό λόγο. Τα άτομα τα οποία εργάζονται στις μονάδες συμπεριφέρονται

κατά αυτόν τον τρόπο όχι επειδή είναι απάνθρωποι, αλλά διότι αυτός ο τρόπος επέμβασης τους επιβάλλεται. Με άλλα λόγια δεν ευθύνονται τα συγκεκριμένα άτομα για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τους ασθενείς, αλλά η επιστημονική ιατρική τους διαμορφώνει αυτή την στάση απέναντι στον ασθενή. Έτσι εξηγείται η στάση ασθενών οι οποίοι αναρρώνουν και όπως λένε οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό : «Περνάνε και δεν λένε ούτε ένα ευχαριστώ.». Το προσωπικό των μονάδων θεωρεί ότι κάνει τα πάντα, ότι αγωνίζεται για να σώσει τη ζωή των ασθενών. Η εργαλειοποίηση του ασθενή και η αποκλειστική ενασχόληση με το σώμα του προσβάλλει όμως τον ασθενή. Η ενασχόληση αποκλειστικά με το σώμα είναι το καθήκον του προσωπικού των Μ.Ε.Θ. όπως αυτό επιβάλλεται από το σύστημα γνώσης της επιστημονικής ιατρικής. Αυτή όμως η ενασχόληση προσβάλλει τον ασθενή ως προσωπικότητα. Ακόμη και το σώμα αντιμετωπίζεται όπως είδαμε όχι ως ατομικότητα, αλλά μηχανικά ως ένα σύνολο σωληνώσεων και οργάνων, κοινά για όλα τα άτομα. Αντιμετωπίζεται εργαλειακά στο πλαίσιο μιας μηχανιστικής λογικής, του πως θα λειτουργήσει καλύτερα. Χάνει το σώμα την προσωπική, ξεχωριστή του ύπαρξη και αντιμετωπίζεται ως άλλη μια περίπτωση και όχι ως μια ξεχωριστή περίπτωση. Αυτή η εργαλειοποίηση, η οποία πηγάζει από την δομή της επιστημονικής ιατρικής γνώσης, διαμορφώνει στους εργαζόμενους στις Μ.Ε.Θ. την αντιμετώπιση του ασθενή ως ένα σώμα το οποίο δεν έχει αισθήματα και από το οποίο απαιτείται, για το καλό του, η απόλυτη υπακοή.

ΓΙΑΤΡΟΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Η δεύτερη εμπειρική υπόθεση την οποία διατυπώσαμε, είναι ότι στις Μ.Ε.Θ. η σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια τείνει να απολυτοποιείται. Στο χώρο των Μ.Ε.Θ. οι νοσηλεύτριες εισάγονται στην ιδεολογία της θεραπείας, απορρίπτοντας στην ουσία το διακριτικό τους στοιχείο (ιδεολογία φροντίδας). Έτσι η εξουσιαστική σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια, η οποία παρατηρείται στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου, τείνει να απολυτοποιείται στο χώρο των Μ.Ε.Θ.

Εμπειρικά η υπόθεση αυτή εκφράζεται από την ανάληψη, από πλευράς των νοσηλευτριών, τεχνικών ενεργειών οι οποίες ανήκουν στη σφαίρα των αρμοδιοτήτων

του γιατρού. Πιο συγκεκριμένα στη Μ.Ε.Θ. ισχύει, όπως έχουμε ήδη παρουσιάσει, μια συγκεχυμένη κατάσταση. Δεν υπάρχει ένας σαφής καταμερισμός της εργασίας. Δεν είναι δηλαδή σαφώς προσδιορισμένο το τι αποτελεί την ιατρική και τι την νοσηλευτική πράξη. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει πως δεν υπάρχουν καθαρές ιατρικές και καθαρά νοσηλευτικές πράξεις. Υπάρχουν ενέργειες, όπως η επιλογή των φαρμάκων, η απόφαση για την εκτέλεση μιας θεραπείας ή μιας εξέτασης (ακτινογραφίες, αξονικές), η απόφαση για το σταμάτημα χορήγησης κάποιων φαρμάκων, οι εντολές μη ανάνηψης, οι οποίες ανήκουν στους γιατρούς. Επίσης υπάρχουν ενέργειες, όπως το καθάρισμα των ασθενών, η αλλαγή των τραυμάτων, ο συνεχής έλεγχος των ασθενών, οι οποίες ανήκουν στις νοσηλεύτριες. Γενικά μπορούμε να πούμε πως οι ενέργειες οι οποίες αφορούν την λήψη των αποφάσεων, αποτελούν αρμοδιότητες των γιατρών, ενώ οι ενέργειες οι οποίες είναι εκτελεστικές αυτών των αποφάσεων γίνονται από τις νοσηλεύτριες. Αυτή η διχοτόμηση των ενεργειών δομείται πάνω στην διαφοροποίηση των δύο ιδεολογιών. Με άλλα λόγια αυτός ο διαχωρισμός προκύπτει από την ίδια τη δομή της επιστημονικής ιατρικής γνώσης και τον ιδιότυπο καταμερισμό της εργασίας τον οποίο προωθεί. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως η τάση απολυτοποίησης της εξουσιαστικής σχέσης δεν προκύπτει από τον αποκλεισμό των νοσηλευτριών από την λήψη των αποφάσεων, αλλά από την ένταξη τους στην ιδεολογία της θεραπείας και την ταυτόχρονη απόρριψη της δικής τους ιδεολογίας, η οποία όπως έχουμε αναφέρει στο χώρο των Μ.Ε.Θ. (κυριαρχία φροντίδας), θα μπορούσε να οδηγήσει σε άμβλυνση των εξουσιαστικών σχέσεων γιατρού - νοσηλεύτριας. Ο καταμερισμός των αρμοδιοτήτων (λήψη αποφάσεων - εκτέλεση) ο οποίος θα μας απασχολήσει, δομείται πάνω στην διαφορετικότητα των δύο ιδεολογιών, βάση των οποίων προσδιορίζονται τα δύο επαγγέλματα. Αυτό το οποίο συμβαίνει είναι οι γιατροί να παραχωρούν ένα μέρος των ενεργειών τις οποίες εκτελούν, στις νοσηλεύτριες. Αυτές οι ενέργειες αποτελούν το κατώτερο τμήμα της ιδεολογίας της θεραπείας, διότι είναι χειρωνακτικές ενέργειες. Διατηρούν οι γιατροί για αυτούς τις ενέργειες εκείνες οι οποίες έχουν να κάνουν με τη λήψη των αποφάσεων και οι οποίες βασίζονται στο μονοπώλιο της κατοχής της επιστημονικής ιατρικής γνώσης το οποίο έχουν. Με την ανάληψη των τεχνικών ιατρικών πράξεων οι νοσηλεύτριες αλλοτριώνονται από τη δική τους ιδεολογία, απορρίπτουν την δική τους ιδιαιτερότητα και υποτάσσονται ως το κατώτερο τμήμα (απλή εκτέλεση χειρωνακτικών ενεργειών) της ιδεολογία της θεραπείας, στην εξουσία των γιατρών.

Ξεκινώντας θα πρέπει να αναφερθούμε στο κλίμα το οποίο επικρατεί μέσα στη μονάδα, μεταξύ της ομάδας των γιατρών και της ομάδας των νοσηλευτριών. Υπάρχει πρώτα από όλα σαφής χωροταξική διαφοροποίηση των δύο ομάδων, η οποία διαφοροποίηση δείχνει και την διαφορετικότητα της σχέσης την οποία έχει η κάθε ομάδα με τον ασθενή. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί και η ύπαρξη δύο διαφορετικών μικρών βιβλιοθηκών, μία για τους γιατρούς και μία για τις νοσηλεύτριες. Με αυτήν την διαφοροποίηση βλέπουμε την διαφορετική συμμετοχή στην επιστημονική γνώση της κάθε ομάδας και την διαιώνιση της συγκεκριμένης κατάστασης.

Οι γιατροί περνούν τον περισσότερο χρόνο τους στο γραφείο τους, το οποίο βρίσκεται δίπλα στον κυρίως χώρο της μονάδας, όπου βρίσκονται τα κρεβάτια των ασθενών. Οι νοσηλεύτριες περνούν τον περισσότερο χρόνο τους στο χώρο όπου βρίσκονται οι ασθενείς, διότι απασχολούνται τον περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς, πλένοντάς τους, καθαρίζοντάς τους, φροντίζοντάς τους. Οι γιατροί στο γραφείο τους ασχολούνται με τις εξετάσεις και τις κάθε λογής μετρήσεις, οι οποίες ανακατασκευάζουν την εικόνα του ασθενή. Δεν ασχολούνται οι γιατροί με το σώμα του ασθενή, διότι όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο ασθενής υπάρχει μέσω των αριθμών και των κάθε λογής μετρήσεων. Ασχολούνται λοιπόν στο χώρο του γραφείου τους με την ποσοτική έκφραση - απεικόνιση του ασθενή και πάνω σε αυτή την εικόνα λαμβάνουν τις αποφάσεις για το μέλλον του, αν θα ακολουθηθεί η ίδια θεραπευτική αγωγή ή αν θα αλλάξει. Σπάνια ασχολούνται οι γιατροί με το σώμα του ασθενή, π.χ. για να αλλάξουν κάποιο ουροκαθετήρα, να τοποθετήσουν κάποιο αιμοκαθετήρα ή να κάνουν κάποια απλή εγχείρηση επέμβαση. Η λήψη των αποφάσεων παίρνεται μακριά από το κρεβάτι του ασθενή, στο χώρο του γραφείου.

Οι νοσηλεύτριες από την άλλη ασχολούνται τον περισσότερο χρόνο με τα σώματα των ασθενών, αρχικά με την καθημερινή τους φροντίδα. Βασικά λοιπόν, η χωροταξική διαφοροποίηση αναδεικνύει την βασική διάκριση την οποία κάναμε μεταξύ της λήψης των αποφάσεων και της εκτέλεσης αυτών, σε συνδυασμό με την ανάγκη διαρκούς φροντίδας των ασθενών. Όπως υποστηρίζει και ένας γιατρός, στη Μ.Ε.Θ. οι νοσηλεύτριες αναλαμβάνουν δραστηριότητες τις οποίες δεν έχουν θεσμικά το δικαίωμα να εκτελούν. Στην συνέχεια όμως έρχονται, όπως αναφέρει, οι γιατροί και τις καλύπτουν σε περίπτωση που παρουσιαστεί πρόβλημα. Οι εργασίες τις οποίες αναλαμβάνουν οι γιατροί είναι αυτές οι οποίες απαιτούν την κατοχή της επιστημονικής γνώσης, ενώ αυτές που αναλαμβάνουν οι νοσηλεύτριες είναι αυτές οι οποίες δεν

απαιτούν την κατοχή αυτής της γνώσης. Ένα παράδειγμα αυτής της κατανομής των εργασιών αποτελεί η σύγκρουση η οποία παρατηρήθηκε κατά την διάρκεια της καθημερινής αιμοληψίας όταν αυτή γίνεται από τους γιατρούς. Πολλές φορές αυτή η εργασία γίνεται από τις νοσηλεύτριες, ενώ αποτελεί καθήκον των γιατρών. Τις φορές τις οποίες εκτελείται από τους γιατρούς προέκυπτε το εξής πρόβλημα. Εφόσον ο γιατρός τρυπήσει την φλέβα και εκτελέσει την αιμοληψία, από το σημείο όπου έγινε η τρύπα στην φλέβα τρέχει αίμα. Έτσι πρέπει κάποιος να πατήσει την φλέβα με ένα κομμάτι βαμβάκι για λίγα λεπτά, προκειμένου να σταματήσει να τρέχει το αίμα. Οι γιατροί όμως δεν χρησιμοποιούν το βαμβάκι με αποτέλεσμα να λερώνονται τα σεντόνια. Οι νοσηλεύτριες οι οποίες ασχολούνται με την καθαριότητα των ασθενών νευριάζουν. Οι γιατροί θεωρούν ως έργο τους ότι έχει να κάνει με την κατοχή της επιστημονικής γνώσης (λήψη αίματος). Οτιδήποτε είναι άμεσα εργαλειακό επομένως υποτιμητικό, υπηρετικό (πάτημα του βαμβακιού για να σταματήσει το αίμα), και δεν απαιτεί την κατοχή της εξειδικευμένης θεωρητικής γνώσης, θεωρείται καθήκον των νοσηλευτριών. Οι νοσηλεύτριες βλέπουν ότι οι γιατροί τις αντιμετωπίζουν ως υπηρέτριες και νευριάζουν με αποτέλεσμα την σύγκρουση. Αυτό είναι άλλωστε και το πιο συχνό παράπονο των νοσηλευτριών : «Είδες μας φέρονται σαν υπηρέτριες.»

Αυτή η στάση υποτίμησης του ρόλου των νοσηλευτριών εκφράζεται με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα στη μονάδα υπάρχει ένα τηλέφωνο στο γραφείο των γιατρών και ένα στο χώρο των νοσηλευτριών. Μέσω αυτών των τηλεφώνων επικοινωνεί η μονάδα με το ευρύτερο νοσοκομείο και με άλλα νοσοκομεία. Το ένα τηλέφωνο είναι για τη γενική χρήση της Μ.Ε.Θ. Είναι το επίσημο τηλέφωνο με το οποίο επικοινωνεί οποιοσδήποτε ενδιαφερόμενος με την μονάδα. Αυτό το τηλέφωνο ύστερα από αίτηση των γιατρών τοποθετήθηκε στο κατεξοχήν χώρο της μονάδας, κάτι το οποίο είχε ενοχλήσει τις νοσηλεύτριες. Θεώρησαν οι γιατροί υπηρετικό το να απαντούν στο τηλέφωνο αυτό, ασχέτως αν τις περισσότερες φορές η κλήση είναι για αυτούς. Η νοσηλεύτρια αναλαμβάνει έτσι τον υπηρετικό ρόλο της γραμματέας του γιατρού. Πάνω σε αυτό το πλαίσιο όπου η νοσηλεύτρια διαμορφώνεται ως υπηρέτρια του γιατρού δομείται η μεταξύ τους εξουσιαστική σχέση.

Κατά την εισαγωγή μας στην μονάδα αυτό το οποίο παρατηρήσαμε ήταν η προθυμία των νοσηλευτριών να συζητήσουν μαζί μας. Η πρώτη μας επαφή ήταν με την προϊσταμένη, η οποία και μας ρώτησε ποιος ήταν ο λόγος για τον οποίο επιλέξαμε τις Μ.Ε.Θ. για την έρευνά μας. Της εξηγήσαμε ότι μας ενδιέφερε το θέμα της ορ-

γάνωσης των μονάδων αυτών και ιδιαίτερα οι σχέσεις των γιατρών με τις νοσηλεύτριες. Την επομένη μέρα στο πλαίσιο του καθημερινού κουτσομπολιού είχαν μάθει όλες οι νοσηλεύτριες τον λόγο της ύπαρξής μας εκεί. Όταν προσπαθήσαμε να επικοινωνήσουμε ξανά, την επομένη ημέρα, με την προϊσταμένη, μιας και ήταν μέχρι εκείνη την στιγμή η μόνη με την οποία είχαμε επαφή, είδαμε πως και οι άλλες νοσηλεύτριες ενδιαφέρονταν για την συζήτηση την οποία είχαμε με την προϊσταμένη. Ενώ κάναμε ερωτήσεις στην προϊσταμένη και οι άλλες νοσηλεύτριες έμπαιναν στην κουβέντα και άρχισαν να μας παρουσιάζουν την άποψή τους για την σχέση τους με τους γιατρούς. Τα παράπονα⁵²⁹ των νοσηλευτριών ποίκιλλαν και όλα είχαν ως στόχο να προβάλλουν τις δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύτριες στις Μ.Ε.Θ. Όπως θα δούμε, όλα αυτά τα παράπονα χρησιμοποιούνται από τις νοσηλεύτριες, στο πλαίσιο της σχέσης τους με τους γιατρούς, προκειμένου να μας αποδείξουν πόσο δύσκολη είναι η κατάσταση την οποία αντιμετωπίζουν. Έτσι μας ανέφεραν πως σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχει αποδειχθεί πως οι νοσηλεύτριες δεν πρέπει να παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στις Μ.Ε.Θ. διότι τους προκαλούνται, εξαιτίας της ενασχόλησης με σοβαρά περιστατικά, ψυχολογικά προβλήματα κατάθλιψης. Επίσης μας ανέφεραν πως πολλές κοπέλες οι οποίες ήταν έγκυες είχαν αποβάλλει εξαιτίας του ότι σήκωναν βάρη στις μονάδες (το καθημερινό γύρισμα και κουβάλημα τον ασθενών). Τα παράπονα αυτά και ένα πλήθος άλλων παραπόνων στόχευαν στο να καταδείξουν την δύσκολη κατάσταση την οποία αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύτριες στις μονάδες. Σε άμεση σύνδεση με την θέση τους στη μονάδα οι νοσηλεύτριες αντιπαραθέτουν την θέση των γιατρών : «Αυτοί δεν κάνουν τίποτε, κάθονται όλη την ώρα μέσα (στο γραφείο). Τα έχεις δει, εμείς κάνουμε όλη τη δουλειά.»

Αυτό που παρατηρήσαμε δηλαδή, είναι η προσπάθεια αυτοπροβολής των νοσηλευτριών. Προσπαθούσαν σε κάθε συζήτηση που κάναμε μαζί τους να μας δείξουν πόσο εργάζονται για το καλό της μονάδας και του ασθενή, τονίζοντας ότι αν δεν ήταν η δική τους προσφορά, η μονάδα δεν θα λειτουργούσε. Μιλώντας για τους γιατρούς : «Μόνοι τους δεν θα έκαναν τίποτε».

Η εικόνα την οποία προσπαθούν να προβάλλουν οι νοσηλεύτριες, είναι αυτή της εργατικής νοσηλεύτριας η οποία εργάζεται ανιδιοτελώς για το καλό της μονάδας

⁵²⁹ Βλέπε «εθιμοτυπικές τελεουργίες».

και πάνω από όλα για το καλό του ασθενή. Απέναντι σε αυτήν την εικόνα διαμορφώνουν την αντίπαλη εικόνα του γιατρού, ως αυτός ο οποίος δεν ενδιαφέρεται τόσο πολύ για τον ασθενή και περνάει τον περισσότερο χρόνο του στο γραφείο μακριά από τον ασθενή. Χαρακτηριστικά ένας νοσηλευτής είχε κατέβει στο ακτινολογικό όπου του παρέδωσαν τέσσερις ακτινογραφίες οι οποίες είχαν γίνει την περασμένη εβδομάδα. Είχε ζητηθεί από τους γιατρούς η διεξαγωγή αυτών των ακτινογραφιών και έπειτα επειδή κανένας δεν τους τις παρέδωσε τις ξέχασαν. Προφανώς δεν ήταν πολύ σημαντικές και είχαν γίνει στο πλαίσιο μιας καθημερινής ρουτίνας. Μόλις τις έφερε ο νοσηλευτής μας είπε : «Είδες που σου έλεγα, ζητούν ακτινογραφίες και αν δεν τους τις φέρω τις ξεχνούν. Μια εβδομάδα είναι κάτω».

Με τον τρόπο αυτό οι νοσηλεύτριες προσπαθούν να προβάλλουν την εικόνα του γιατρού ως κάποιος ο οποίος δεν εργάζεται για τη μονάδα και τον ασθενή. Το καλό του ασθενή προβάλλεται ως το κριτήριο πάνω στο οποίο δομείται ο ρόλος της κάθε ομάδας. Ο δικός τους ρόλος είναι η συνεχής ενασχόληση με τον ασθενή, η καθημερινή του φροντίδα. Αυτή η συνεχής παρουσία δίπλα στον ασθενή μετατρέπεται σε ενδιαφέρον για το καλό του και για το καλό της μονάδας, ενώ η ενασχόληση των γιατρών με τις εξετάσεις του ασθενή, μακριά από το χώρο βιολογικής ύπαρξης του ασθενή, μετατρέπεται σε ένδειξη αδιαφορίας για τον ασθενή και την μονάδα. Αυτή η στάση αποτελεί απλά μια προσπάθεια εξύψωσης του ρόλου των νοσηλευτριών (του καθήκοντός τους στο πλαίσιο του καταμερισμού της εργασίας), μέσα στο πλαίσιο του εξουσιαστικού παιχνιδιού με τους γιατρούς. Αυτό δηλαδή το οποίο προϋπάρχει είναι η εξουσιαστική σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια και πάνω στο πλαίσιο το οποίο διαμορφώνει αυτή η σχέση δομούνται οι εκάστοτε συμπεριφορές. Με άλλα λόγια η νοσηλεύτρια δεν είναι πιο ανθρώπινη, πιο εργατική, δεν ενδιαφέρεται περισσότερο για τον ασθενή. Απλά χρησιμοποιεί αυτή την προβαλλόμενη συμπεριφορά ως ένα επιχείρημα υπέρ της και ως ένα επιχείρημα κατά των γιατρών στο πλαίσιο του μεταξύ τους εξουσιαστικού παιχνιδιού. Ο ασθενής γίνεται το αντικείμενο πάνω στον οποίο λαμβάνει χώρα το εξουσιαστικό παιχνίδι.

Πιο συγκεκριμένα η εικόνα του ασθενή, τόσο στην ιατρική, όσο και στην νοσηλευτική είναι αυτή η οποία προβάλλεται και δομείται από τον επιστημονικό ιατρικό λόγο. Ο ασθενής υπάρχει ως ένα απόλυτο αντικείμενο χρήσης. Η συμπεριφορά των νοσηλευτριών απέναντι στον ασθενή είναι όμοια με αυτή των γιατρών. Αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως ένα σώμα το οποίο πρέπει να είναι απόλυτα υπάκουο. Συ-

νακόλουθα υπάρχουν όπως είδαμε και οι ηθικές κρίσεις («κακός» ασθενής ο ανυπάκουος). Η συμπεριφορά των νοσηλευτριών απέναντι στον ασθενή φαίνεται ιδιαίτερα από τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούν το σώμα του. Το σώμα του δεν έχει κανένα status ή καλύτερα έχει status εργαλειακό. Δεν έχει καμία εξουσία, κανένα κύρος. Το τρυπάνε, το καθαρίζουν, το γυρίζουν όπως ένα άβουλο κομμάτι⁵³⁰.

Αρκεί να αναφέρουμε ένα παράδειγμα αντιμετώπισης μιας ασθενούς το οποίο έπεσε στην αντίληψή μας κατά την διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης. Η ασθενής ήταν μια γυναίκα γύρω στα σαρανταπέντε, τσιγγάνα, η οποία νοσηλεύοταν ήδη στην μονάδα γύρω στις δέκα ημέρες. Είχε έρθει και είχε παραμείνει σε κώμα ύστερα από ένα ατύχημα στο οποίο είχε υποστεί βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση με αιμάτωμα του εγκεφάλου. Εξαιτίας του αιματώματος τα μάτια της ήταν γεμάτα αίμα με αποτέλεσμα τα βλέφαρά της να είναι κατάμαυρα. Επίσης από την μύτη έβγαζε συνεχώς μαύρο αίμα. Η νοσηλεύτρια μόλις είχε καθαρίσει το κεφάλι της και είχε προχωρήσει στην περιποίηση των τραυμάτων τα οποία υπήρχαν πάνω στο σώμα της. Σημαντικό στοιχείο της καθημερινής δραστηριότητας των νοσηλευτριών στις Μ.Ε.Θ. είναι η διατήρηση του ασθενή σε κατάσταση καθαρότητας. Ο ασθενής πρέπει να είναι καθαρός, ξυρισμένος, πλυμένος, τα σεντόνια του πρέπει να είναι καθαρά και στρωμένα για την επίσκεψη των συγγενών του. Ανεξάρτητα της σοβαρότητας της κατάστασής του πρέπει να αποτελεί ένα αντικείμενο ευχάριστο προς θέαση. Η μονάδα πρέπει να δείχνει προς τα έξω ότι περιποιείται τους ασθενείς, τους φροντίζει και τους καθαρίζει. Το πρόβλημα χάνει την σημασία του μπροστά στην εικόνα την οποία παρουσιάζει ο ασθενής και η οποία εικόνα καθρεπτίζει το έργο το οποίο προσφέρει η Μ.Ε.Θ. Η νοσηλεύτρια καθάριζε το σώμα της γυναίκας αυτής όταν ξαφνικά λόγω του αιματώματος άρχισαν να τρέχουν αίματα από τη μύτη της. Η γυναίκα όπως είπαμε βρισκόταν σε κώμα και τα αίματα ήταν απλή συνέπεια του αιματώματος. Μόλις είδε η νοσηλεύτρια τα αίματα εξοργίστηκε και φώναζε «Μόλις σε καθάρισα». Τα αίματα αυτά σήμαιναν ότι θα έπρεπε να ξανακαθαρίσει το κεφάλι της ασθενούς. Έτσι έπιασε μια γάζα και την πέταξε πάνω στο κεφάλι της γυναίκας, προκειμένου αφενός η γάζα προσωρινά να κρύψει αυτό που την είχε εξοργίσει και αφετέρου να τραβήξει μερικά από τα αίματα. Η γυναίκα αυτή ανέπνεε κανονικά από την τραχειοστομή, η

⁵³⁰ Αυτή η συμπεριφορά όπως είδαμε στο θεωρητικό τμήμα πηγάζει από τον επιστημονικό λόγο και είναι κοινή τόσο για τους γιατρούς, όσο και για τις νοσηλεύτριες. Για το λόγο αυτό και δεν αποτέλεσε

εικόνα όμως η οποία είχε διαμορφωθεί μετά την ενέργεια της νοσηλεύτριας, ήταν η εικόνα μιας αβοήθητης γυναίκας η οποία βρισκόταν με ένα πανί στο πρόσωπο το οποίο της έφραζε τη μύτη, τα μάτια, το στόμα. Η εικόνα ήταν προσβλητική. Για την νοσηλεύτρια όμως δεν ήταν κάτι το παράξενο διότι είχε μάθει να αντιμετωπίζει κατά αυτόν τον τρόπο τον ασθενή, ως ένα παθητικό δηλαδή αντικείμενο προς χρήση. Ένα σώμα το οποίο δεν έχει αισθήματα. Όταν της είπαμε πως μας έκανε εντύπωση αυτή της η κίνηση να πετάξει τη γάζα στο πρόσωπο της γυναίκας μας είπε τελείως φυσικά : «Μα κοιμάται, δεν καταλαβαίνει τίποτε».

Αυτή η φράση δείχνει και την στάση των νοσηλευτριών απέναντι στους ασθενείς. Τους αντιμετωπίζουν όπως ακριβώς οι γιατροί, απρόσωπα και «αντικειμενικά». Πιστεύουν πως ενεργούν για το καλό του ασθενή, αλλά το κάνουν τεχνικά και απρόσωπα. Ο ασθενής δεν υπάρχει ως ζωντανή προσωπικότητα, ως ιδιαιτερότητα η οποία έχει ανάγκες, φόβους και ελπίδες, όπως γίνεται έστω περιορισμένα στο χώρο του νοσοκομείου. Ο ασθενής υπάρχει μόνο ως ένα σώμα, το οποίο είναι απαλλαγμένο από κάθε συναισθηματικό και κοινωνικό στοιχείο. Η νοσηλευτική επεμβαίνει και χειρίζεται αυτό το σώμα κατά βούληση, χωρίς να λαμβάνει υπόψη της το γεγονός ότι πρέπει να μην το πονέσει και να το ανακουφίσει συναισθηματικά. Με το τρόπο αυτό η νοσηλευτική χάνει τον ανθρώπινο χαρακτήρα της και γίνεται μια τεχνική εργασία. Δεν είναι πλέον οι νοσηλεύτριες οι «αδελφές του ελέους», οι οποίες προσπαθούν να ανακουφίσουν τον ασθενή, αλλά γίνονται τεχνικοί διαχειριστές όχι του ασθενή, αλλά του σώματός του⁵³¹. Η νοσηλευτική χάνει την ιδιαιτερότητά της και πλησιάζει την ιατρική η οποία χειρίζεται «αντικειμενικά», επιστημονικά και ουδέτερα την ασθένεια και όχι τον ασθενή.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο οι νοσηλεύτριες χρησιμοποιούν το ότι εργάζονται περισσότερο από τους γιατρούς στην μονάδα, ως επιχείρημα ότι εργάζονται με το δικό τους τρόπο (ιδεολογία φροντίδας) για το καλό του ασθενή. Και χρησιμοποιούν αυτή την συμπεριφορά ως επιχείρημα στο πλαίσιο του εξουσιαστικού παιχνιδιού με τους γιατρούς. Στην ουσία όμως εξυπηρετούν την λογική των γιατρών. Την λογική της επέμβασης πάνω σε πειθήνια σώματα προς χρήση. Η διαφοροποίηση των δύο ρόλων, της ιατρικής και της νοσηλευτικής δεν έγκειται λοιπόν στο ότι η μια αντιμε-

ιδιαίτερο αντικείμενο ανάλυσης η σχέση νοσηλεύτρια - ασθενής. Τα βασικά στοιχεία αυτής της σχέσης προκύπτουν από τη σχέση γιατρού - ασθενή.

τωπίζει πιο ανθρώπινα τον ασθενή στις Μ.Ε.Θ. από ότι η άλλη. Η διαφοροποίηση έγκειται στην λήψη των αποφάσεων και στην εκτέλεση των αποφάσεων. Η διαφοροποίηση αυτή βασίζεται στην κατοχή της επιστημονικής γνώσης την οποία έχει η ιατρική. Η κατοχή αυτή νομιμοποιεί το δικαίωμα στην λήψη των αποφάσεων. Έτσι στις νοσηλεύτριες μένει η απλή εκτέλεση των ιατρικών εντολών. Η εργασία των νοσηλευτριών στις Μ.Ε.Θ. επεκτείνεται πέρα από τα παραδοσιακά καθήκοντα (φροντίδα) και σε ένα πλήθος άλλων ιατρικών ενεργειών (θεραπεία).

Η νοσηλεύτρια χάνει πλέον τον χαρακτήρα του συμπαραστάτη στον πόνο του ασθενή. Παύει στις Μ.Ε.Θ. να ασχολείται με την ανακούφιση και την φροντίδα του ασθενή και εξαιτίας της κυριαρχίας των ιατρικών μηχανημάτων αλλοτριώνεται από την προσωπική, ανθρώπινη σχέση με τον ασθενή - άνθρωπο. Το σύνολο των τεχνικών ενεργειών της θεραπείας, τις οποίες οι νοσηλεύτριες εκτελούν, και οι οποίες τεχνικές ενέργειες πηγάζουν από την μηχανοποίηση της επέμβασης πάνω στον ασθενή (παρακολούθηση μόνιτορ, καρδιογράφοι, παλμογράφοι, αναπνευστήρας), εντάσσει τις νοσηλεύτριες στην ιατρική οπτική αντιμετώπισης του ασθενή⁵³². Οι νοσηλεύτριες με αυτόν τον τρόπο αλλοτριώνονται από τον δικό τους, ιδιαίτερο τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή, όπως αυτός ισχύει εν μέρει στο χώρο του νοσοκομείου. Οι ιατρικές αυτές ενέργειες, τις οποίες αναλαμβάνουν οι νοσηλεύτριες, αποτελούν τεχνικές ενέργειες επέμβασης πάνω στο σώμα του ασθενή. Έτσι διαμορφώνεται μια κατάσταση εργασίας στην οποία όπως αναφέρουν οι νοσηλεύτριες : «Εμείς κάνουμε όλη την δουλειά».

Αυτή η κατάσταση έχει ως συνέπεια να αυξάνονται οι αρμοδιότητες των νοσηλευτριών και έτσι να τους αντιμετωπίζουν οι γιατροί με καλύτερο τρόπο, σχετικά με την αντιμετώπιση την οποία έχουν οι νοσηλεύτριες από τους γιατρούς, στο πλαίσιο του ευρύτερου νοσοκομείου. Όπως αναφέρει και μια νοσηλεύτρια : «..... εν σχέση με άλλο τμήμα εδώ οι γιατροί αντιμετωπίζουν καλύτερα τις νοσηλεύτριες».

⁵³¹ Βλέπε και Zussman R. (1992), *Intensive Care : Medical Ethics and the Medical Profession*, Chicago Press, σελ. 80.

⁵³² Η ανάληψη των επιπλέον ιατρικών τεχνικών ενεργειών τις οποίες αναλαμβάνουν οι νοσηλεύτριες συνδέεται με τη χωροταξική διαφοροποίηση η οποία υπάρχει στη Μ.Ε.Θ. Οι γιατροί ασχολούνται από απόσταση, μέσα στο γραφείο τους, με την αναπαράσταση του ασθενή (εξετάσεις, μετρήσεις), ενώ οι νοσηλεύτριες ασχολούνται με το σώμα του καθ' αυτό μέσα στο χώρο της κυρίως μονάδας. Η χωροταξική αυτή διαφοροποίηση αναδεικνύει τη διαφορά μεταξύ αυτού ο οποίος κατέχει την γνώση και αποφασίζει μακριά από το σώμα του ασθενή και αυτού που εκτελεί αυτές τις αποφάσεις, πάνω στο σώμα του ασθενή.

Αυτή η συμπεριφορά ισχύει όμως διότι οι νοσηλεύτριες στη Μ.Ε.Θ. κάνουν όλη τη δουλειά όπως οι ίδιες αναφέρουν. Η καλύτερη αντιμετώπιση από τον γιατρό δεν είναι το αποτέλεσμα του σεβασμού, ο οποίος προκύπτει από την αναγνώριση του ότι η νοσηλευτική προσφέρει πραγματικό έργο. Η καλύτερη συμπεριφορά δεν είναι αποτέλεσμα του σεβασμού ο οποίος προκύπτει από το status το οποίο προσδίδει στις νοσηλεύτριες η γνώση των επιπλέον ιατρικών τεχνικών ενεργειών. Η καλύτερη συμπεριφορά είναι το αντίτιμο για την εκτέλεση αυτών των ενεργειών. Σε αυτή τη λογική οι νοσηλεύτριες υποτάσσονται περισσότερο στην εξουσία των γιατρών στο χώρο της Μ.Ε.Θ. Οργανωτικά η κατάσταση αυτή εκφράζεται με την κυριαρχία των προσωπικών άτυπων σχέσεων έναντι των τυπικών, γραφειοκρατικών σχέσεων.

Όπως αναφέρει ένας γιατρός για τις νοσηλεύτριες τονίζοντας την αλαζονική συμπεριφορά ενός άλλου γιατρού : «Θα μάθει αλλιώς θα του κάνουν τη ζωή δύσκολη. Άμα του κάνουν πόλεμο αυτές, θα μάθει». Και μιλώντας για πόλεμο δεν αναφέρεται σε τίποτε άλλο από την προσκόλληση των νοσηλευτριών στα τυπικά καθήκοντά τους. Γνωρίζοντας οι ίδιες ότι εκτελούν επιπλέον εργασίες, αν πιεστούν από τους γιατρούς θα περιοριστούν σε αυτά τα οποία πρέπει να εκτελούν, αποφεύγοντας να αναλαμβάνουν τις επιπλέον ιατρικές τεχνικές ενέργειες, και όπως αναφέρει και μια νοσηλεύτρια : «...και άντε μετά να λειτουργήσει η μονάδα».

Συνεπώς οι νοσηλεύτριες έχουν συνείδηση ότι εκτελούν περισσότερες από ότι θα έπρεπε εργασίες. Το ζήτημα είναι γιατί συνειδητά επιλέγουν να εκτελούν αυτές τις εργασίες διαμορφώνοντας έτσι αυτό το χαλαρό οργανωτικό πλαίσιο.

Οι νοσηλεύτριες και οι γιατροί προσφωνούνται τις περισσότερες φορές (με εξαίρεση τον διευθυντή) στο πρώτο ενικό πρόσωπο. Η κατάσταση αυτή επιβάλλεται και από τον περιορισμένο χώρο στον οποίο κινούνται όπου όπως αναφέρει και μια νοσηλεύτρια για τους γιατρούς : «Θες δεν θες τους βλέπεις κάθε μέρα.»

Αυτό το χαλαρό οργανωτικό πλαίσιο, το οποίο δεν προσδιορίζει απόλυτα βάση γραπτών κανόνων τα καθήκοντα της κάθε ομάδας, επιβάλλει την επιπλέον εργασία στις νοσηλεύτριες. Χαρακτηριστικά παρουσιάζουμε την άποψη της προϊσταμένης : «Σε άλλα τμήματα οι αρμοδιότητες είναι καθορισμένες. Στην μονάδα όμως επειδή υπάρχουν επείγοντα περιστατικά δεν υπάρχει σαφής καταμερισμός αρμοδιοτήτων».

Βλέπουμε λοιπόν πως η έννοια του «επικίνδυνου» χρησιμοποιείται προκειμένου να εξαναγκασθούν οι νοσηλεύτριες να αναλάβουν κάποιες επιπλέον τεχνικές

δραστηριότητες. Πίσω από την έννοια του επικίνδυνου βρίσκεται η έννοια του «ειδικού», ο οποίος μπορεί αυτός και μόνος, να προσδιορίσει και να χειρισθεί το επικίνδυνο περιστατικό. Η έννοια λοιπόν του επικίνδυνου, η κατάσταση κρίσης της ζωής του ασθενή (σχέση ζωή - θάνατος), πάνω στην οποία δομείται η Μ.Ε.Θ. είναι το μέσο το οποίο χρησιμοποιούν οι γιατροί προκειμένου να εξαναγκάσουν τις νοσηλεύτριες να αναλάβουν τις επιπλέον ιατρικές τεχνικές ενέργειες. Η ανάληψη αυτών των ενεργειών αλλοτριώνει τις νοσηλεύτριες από την ιδεολογία της φροντίδας και τις εντάσσει ως το κατώτερο τμήμα της ιδεολογίας της θεραπείας (ανάληψη απλών τεχνικών ενεργειών χωρίς την κατοχή της επιστημονικής γνώσης η οποία τις διαμορφώνει και την οποία μονοπωλιακά κρατάει ο γιατρός). Το γεγονός βέβαια ότι η έννοια του επικίνδυνου χρησιμοποιείται από τους γιατρούς για να επεκτείνουν την εξουσία τους πάνω στις νοσηλεύτριες δεν σημαίνει πως οι νοσηλεύτριες υποτάσσονται στην εξουσία διότι έχουν πιο ανθρωπιστικά αισθήματα από τους γιατρούς, επομένως θυσιάζονται για το καλό του ασθενή ο οποίος βρίσκεται σε μια επικίνδυνη για τη ζωή του κατάσταση. Όπως είδαμε, τόσο οι γιατροί, όσο και οι νοσηλεύτριες στις Μ.Ε.Θ. έχουν την ίδια στάση απέναντι στους ασθενείς όπως αυτή προκύπτει από τον επιστημονικό ιατρικό λόγο. Αναφέραμε πως ο ασθενής χρησιμοποιείται τόσο από τους γιατρούς, όσο και από τις νοσηλεύτριες μέσα στο πλαίσιο του μεταξύ τους εξουσιαστικού παιχνιδιού. Άλλοι συνεπώς είναι οι λόγοι για τους οποίους οι νοσηλεύτριες αναλαμβάνουν τις επιπλέον τεχνικές θεραπευτικές ενέργειες. Και οι λόγοι αυτοί έχουν να κάνουν με την δομή της επιστημονικής γνώσης. Όπως είδαμε στο θεωρητικό μέρος της ανάλυσης της σχέσης γιατροί - νοσηλεύτριες οι γιατροί εξουσιάζουν τις νοσηλεύτριες διότι η νοσηλευτική εντάχθηκε θεσμικά στο πλαίσιο του νοσοκομείου ως βοηθητική, ως υπηρετική των ιατρικών δραστηριοτήτων και όχι ως ένα επάγγελμα με την δική του ιδιομορφία. Η εξάρτηση αυτή βασίζεται και αναπαραγάγεται από την ποιότητα του επιστημονικού ιατρικού λόγου, στο πλαίσιο του οποίου υπερτιμάτε τη θεωρητική γνώση της ασθένειας και υποτιμάται η εμπειρική έκφραση αυτής της γνώσης. Οι νοσηλεύτριες λοιπόν οι οποίες ασχολούνται με το εμπειρικό τμήμα της ιατρικής γνώσης, αντιμετωπίζονται ως η εξουσιαζόμενη κατηγορία στη σχέση τους με τους γιατρούς, οι οποίοι μονοπωλούν την κατοχή της θεωρητικής ιατρικής γνώσης. Με άλλα λόγια το σύστημα γνώσης της νοσηλευτικής αποτελεί ένα τμήμα του θεωρητικού συστήματος γνώσης της ιατρικής. Αυτή η εξάρτηση στο θεωρητικό επίπεδο διαμορφώνει στην συνέχεια την εξουσιαστική σχέση γιατρού - νοσηλεύτριας στο ε-

πίπεδο της πράξης. Αυτή η εξάρτηση στο θεωρητικό επίπεδο διατυπώνεται ξεκάθαρα από ένα φοιτητή ιατρικής, ο οποίος είχε σπουδάσει και είχε εργασθεί πριν δύο χρόνια ως νοσηλεύτης. Αναφερόμενος σε έναν άλλο φοιτητή της ιατρικής του έλεγε : «Θα μάθουμε στην πρακτική ότι ξέρουν οι νοσηλεύτριες. Αυτές ξέρουν τι να κάνουν, εμείς ξέρουμε γιατί το κάνουν».

Οι εργασίες των νοσηλευτριών είναι άμεσα πρακτικές, εργαλειακές χωρίς την θεωρητική αιτιολόγηση. Η συμπεριφορά αυτή είναι συνειδητή από την πλευρά των γιατρών, διότι μη κατέχοντας η νοσηλεύτρια το θεωρητικό πλαίσιο, την αιτιολόγηση της λειτουργίας των τεχνικών ενεργειών παραμένει απλά υπηρέτρια του γιατρού. Ο φοιτητής ο οποίος αναφέραμε πριν, ενώ σπούδαζε στο πρώτο έτος της ιατρικής δούλευε παράλληλα και ως νοσηλεύτης σε κάποιο νοσοκομείο. Εκεί ρωτούσε όπως μας έλεγε τους γιατρούς για την εξήγηση διαφόρων ιατρικών ενεργειών. Όπως μας είπε : «Όταν ήμουν νοσηλεύτης οι γιατροί δεν μου έδιναν καμία σημασία. Στους νοσηλευτές δεν εξηγούν το γιατί γίνεται μια πράξη. Όταν όμως έμαθαν πως είμαι φοιτητής της ιατρικής μου εξηγούσαν και μόνοι τους χωρίς να τους ρωτήσω».

Λόγω της ενασχόλησης με την πρακτική οι νοσηλεύτριες αποκτούν ιδιαίτερη δεξιοτεχνία (π.χ. ο τρόπος με τον οποίο κρατούν τα φτερά του αιμοκαθετήρα). Όπως αναφέρει ο φοιτητής σε έναν άλλο φοιτητή της ιατρικής μιλώντας για την τοποθέτηση του αιμοκαθετήρα : «Και ούτε πρόκειται ποτέ να μάθεις να το κάνεις (την τοποθέτηση) όπως αυτές (οι νοσηλεύτριες).»

Αυτή όμως η ανωτερότητα στο επίπεδο της εμπειρίας δεν αναγνωρίζεται μιας και αυτό που έχει σημασία είναι η κατοχή της θεωρητικής γνώσης.

Η κυριαρχία των άτυπων σχέσεων, έναντι των θεσμικά προσδιορισμένων τυπικών σχέσεων εκφράζεται και από την ανυπαρξία ενός καθηκοντολογίου μέσα στη μονάδα. Το καθηκοντολόγιο προσδιορίζει το τι ακριβώς αποτελεί νοσηλευτική πράξη και τι όχι. Στην προσπάθειά μας να βρούμε ένα καθηκοντολόγιο προκειμένου να μπορέσουμε να προσδιορίσουμε ποιες ακριβώς είναι οι νοσηλευτικές και ποιες οι ιατρικές πράξεις συναντήσαμε άγνοια για την ύπαρξή του. Με τη βοήθεια ενός νοσηλευτή κατεβήκαμε στο γραφείο του προσωπικού του νοσοκομείου όπου μας είπαν πως για να πάρουμε το καθηκοντολόγιο θα έπρεπε να κάνουμε αίτημα στο διοικητικό συμβούλιο το οποίο θα έπρεπε να δώσει την έγκρισή του. Και η έγκριση δίνεται υπό την προϋπόθεση να μην δημοσιευθεί. Από ότι καταλάβαμε δεν υπήρχε καθηκοντολόγιο για τις νοσηλεύτριες στη Μ.Ε.Θ. Ο νοσηλευτής προσπαθώντας να μας δείξει πό-

σο δύσκολο ήταν να βρούμε το καθηκοντολόγιο, μας είπε πως είναι απόρρητο. Απόρρητο ένα έγγραφο το οποίο δεν είχε δει ποτέ του, όπως μας είπε, και το οποίο προσδιόριζε την εργασία του. Θεσμικά το καθηκοντολόγιο προσδιορίζει το τι οφείλει η νοσηλεύτρια να κάνει μέσα στη μονάδα. Η ανυπαρξία του καθηκοντολογίου εντάσσει τις νοσηλεύτριες κατευθείαν στο χώρο εργασίας όπου οι εργασίες τους προσδιορίζονται από τις συναδέλφους τους οι οποίες εργάζονται ήδη εκεί. Ως αποτέλεσμα αναγκάζονται λόγω της επικινδυνότητας των περιστατικών να κάνουν διαρκώς παραχωρήσεις και να αναλαμβάνουν διαρκώς δραστηριότητες των γιατρών.

Από προσωπική έρευνα - αναζήτηση τόσο στη Μ.Ε.Θ. όσο και στο χώρο του νοσοκομείου στο γραφείο της Διευθύνουσας η οποία αποτελεί το ανώτατο όργανο της νοσηλευτικής ιεραρχίας στο νοσοκομείο, αποδείχθηκε ότι αυτό το Καθηκοντολόγιο δεν υπάρχει. Στην συνέχεια καταφύγαμε στο συνδικαλιστικό όργανο των νοσηλευτριών. Εκεί μας διαβεβαίωσαν ότι δεν υπάρχει Καθηκοντολόγιο. Από την πλευρά τους έγιναν προσπάθειες για την διαμόρφωση ενός Καθηκοντολογίου το οποίο και δημοσιεύθηκε⁵³³. Όταν προσπάθησαν να του δώσουν ένα θεσμικό χαρακτήρα έφθαναν μέχρι κάποιο σημείο και έπειτα το Καθηκοντολόγιο αυτό απορρίπτονταν. Σε ερώτησή μας μας απάντησαν πώς ίσως η οργάνωση των γιατρών, ο Ιατρικός Σύλλογος, είναι πιο ισχυρός και δεν αφήνει την θεσμοθέτηση του ήδη διαμορφωμένου Καθηκοντολογίου. (Στο σημείο αυτό έχουμε την επιβεβαίωση των απόψεων του Clay⁵³⁴ περί της ανάγκης πολιτικοποίησης του αγώνα των νοσηλευτριών. Μόνο μέσω ισχυρών συνδικαλιστικών οργάνων μπορούν να προάγουν τα συμφέροντα τους. Στην δοσμένη κατάσταση το αντίστοιχο συνδικαλιστικό όργανο των γιατρών (ιατρικός σύλλογος) είναι πιο ισχυρό και μπλοκάρει την διαδικασία αλλαγής). Σε περαιτέρω ερωτήσεις για τους λόγους αυτής της ενέργειας μας απάντησαν ότι αν δεν υπάρχει Καθηκοντολόγιο, οι γιατροί εξαναγκάζουν τις νοσηλεύτριες να κάνουν εργασίες τις οποίες δεν είναι υποχρεωμένες να κάνουν, και οι οποίες κανονικά έπρεπε να διεξάγονται από αυτούς.

Ως τελευταίο παράδειγμα μας παρουσίασαν μια καταγγελία νοσηλευτριών από ένα επαρχιακό νοσοκομείο όπου τις ανάγκαζαν να εκτελούν χρέη τραυματιοφορέα. Η μη ύπαρξη Καθηκοντολογίου οδηγεί τις νοσηλεύτριες σε αυξημένο φόρτο

⁵³³Γλατή Χ. (1990), Προτεινόμενο Σχέδιο Καθορισμού Ευθυνών και Καθηκόντων Νοσηλευτικού Προσωπικού, *Νοσηλευτική*, τ. 3, Ιούλιος Σεπτέμβριος 1990, σελ. 174-219.

⁵³⁴Clay T. (1987) *Nurses: Power and Politics*, Heinemann.

εργασίας μιας και αναγκάζονται να κάνουν εργασίες τις οποίες δεν είναι υποχρεωμένες να εκτελούν, και οι περισσότερες από τις οποίες θα έπρεπε να εκτελούνται από τους γιατρούς.

Με τον τρόπο αυτό στις Μ.Ε.Θ. τείνουμε να έχουμε την απολυτοποίηση της εξουσιαστικής σχέσης γιατρός - νοσηλεύτρια η οποία ισχύει στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΣΗ - ΓΙΑΤΡΟΙ

Η τρίτη εμπειρική υπόθεση την οποία έχουμε διατυπώσει, είναι ότι στο χώρο των Μ.Ε.Θ. η ιατρική γνώση, όπως αυτή παράγεται από το χώρο των εργαστηρίων και των ερευνών, τείνει να ασκεί απόλυτη εξουσία πάνω στους γιατρούς οι οποίοι εφαρμόζουν την ιατρική γνώση στο επίπεδο της πρακτικής. Με άλλα λόγια, στη σχέση αυτή βλέπουμε τα βασικά στοιχεία τα οποία είχαμε παρουσιάσει στην προηγούμενη σχέση, την υποβάθμιση της πρακτικής και την υπερεκτίμηση της θεωρίας. Η ιατρική, όπως παράγεται από το χώρο των εργαστηρίων απαλλαγμένη από κάθε σχέση με την πρακτική εφαρμογή της, ασκεί εξουσία στους γιατρούς, οι οποίοι στην συνέχεια εφαρμόζουν την ιατρική γνώση στο επίπεδο της πρακτικής.

Αυτό το οποίο παρατηρείται στις Μ.Ε.Θ. είναι η άμεση εξάρτηση των γιατρών από ότι καινούργιο εμφανισθεί στο χώρο της ιατρικής (νέες έρευνες, νέες δημοσιεύσεις). Η κατάσταση των ασθενών βρίσκεται σε οριακή κατάσταση και έτσι οποιοδήποτε σφάλμα, όσο μικρό και αν είναι αυτό (π.χ. λάθος δοσολογία), μπορεί να στοιχίσει ανθρώπινες ζωές. Η έννοια του επικίνδυνου παίζει πάλι προσδιοριστικό ρόλο, αυτή τη φορά εις βάρος των γιατρών. Με τον τρόπο αυτό επιβεβαιώνεται η αρχική εννοιολόγηση την οποία είχαμε δώσει για την εξουσία. Η εξουσιαστική σχέση δεν εκφράζεται μέσω του εξαναγκασμού του ασθενή ή του νοσηλευτή από τον γιατρό, αλλά η εκάστοτε σχέση δομείται πάνω σε ένα πλαίσιο το οποίο θέτει ο επιστημονικός λόγος και το οποίο έχει να κάνει με την κατοχή της επιστημονικής γνώσης. Έτσι δεν ασκεί ο γιατρός εξουσία αλλά και ο ίδιος «κατασκευάζεται» για την εξυπηρέτηση του πλαισίου και εν τέλει του ασκείται, όπως βλέπουμε σε αυτήν την τελευταία σχέση, εξουσία από την ιατρική γνώση.

Όπως είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο οι γιατροί τις Μ.Ε.Θ. λειτουργούν ως υπεργιατροί. Εξαιτίας της ανάγκης άμεσης αντιμετώπισης σοβαρών περιστατικών

υπάρχει συνεχής ενημέρωση με την διεθνή βιβλιογραφία. Παρόλα αυτά όπως αναφέρει ένας γιατρός εκφράζοντας το επίπεδο κατοχής της επιστημονικής γνώσης: «ξέρουμε πολλά αλλά όχι τα πάντα». Από αυτήν την πρόταση μπορούμε να εξάγουμε δύο συμπεράσματα. Πρώτον ότι οι γιατροί της μονάδας θεωρούνται ως υπεργιατροί, και δεύτερον βλέπουμε πως παρουσιάζεται η επιστημονική γνώση ως «εν δυνάμει» μη τυποποιήσιμη. Οι γιατροί της Μ.Ε.Θ. βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση από την εξέλιξη. Εξαιτίας της συνεχής ανάπτυξης της γνώσης χρειάζεται η συνεχής επαφή με κάθε τι το καινούργιο το οποίο ανακαλύπτεται. Στις Μ.Ε.Θ. η ζωή του ασθενή βρίσκεται σε άμεση εξάρτηση από την παραγωγή της νέας ιατρικής γνώσης. Όπως είδαμε στις μονάδες προσπαθούν να κρατήσουν σε «φυσιολογικές» τιμές διάφορες ουσίες οι οποίες υπάρχουν στο «εσωτερικό περιβάλλον» του ατόμου. Ο υπολογισμός αυτών των ισορροπιών είναι τόσο ακριβής ώστε συχνά γίνονται υπολογισμοί πολύ μικρών ποσοτήτων ενός φαρμάκου για κάθε δόση π.χ. 1000/24. Ως συνέπεια οι γιατροί χειρίζονται πολύ μικρές αναλογίες. Για το λόγο αυτό οποιοδήποτε λάθος στην αναλογία χορήγησης ενός φαρμάκου, όσο μικρή και αν είναι μπορεί να στοιχίσει την ζωή του ασθενή. Η αναλογία η οποία προσδιορίζει την ποσότητα του φαρμάκου ή της ουσίας η οποία θα χρησιμοποιηθεί προέρχεται από την διεθνή βιβλιογραφία. Στην μονάδα υπάρχει μια μικρή βιβλιοθήκη στην οποία υπάρχουν βιβλία τα οποία προσδιορίζουν τις αναλογίες αυτές. Συχνά όμως η δόση η οποία χορηγούνταν μέχρι εκείνη τη στιγμή ήταν λάθος. Νέες έρευνες, όπως παρουσιάζονται σε ιατρικά περιοδικά, δείχνουν το λάθος των προηγούμενων δοσολογιών προσδιορίζοντας ταυτόχρονα τη νέα αναλογία. Οι γιατροί της Μ.Ε.Θ. βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση από αυτές τις έρευνες μιας και όπως είπαμε ένα λάθος όσο μικρό και αν είναι αυτό μπορεί να αποβεί μοιραίο. Για το λόγο αυτό στην μονάδα γίνονται συχνά «μαθήματα» όπως τα ονομάζουν. Σε αυτά τα «μαθήματα» μέλη του ιατρικού προσωπικού καλούνται να παρουσιάσουν μια εργασία π.χ. στην αντιμετώπιση πολυτραυματία ή στην αντιμετώπιση ασθενή με ανεύρυσμα. Σε αυτήν την παρουσίαση ο κάθε γιατρός είναι υποχρεωμένος να διαβάσει την βιβλιογραφία και να ενημερώσει τους συναδέλφους του για την εξέλιξη της ιατρικής γνώσης. Σε αυτήν την παρουσίαση ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην δοσολογία των φαρμάκων καθώς και στην επιλογή εναλλακτικών φαρμακευτικών αγωγών. Χρησιμοποιείται ακόμα και μηχανή προβολής με την ένδειξη εικόνων για την καλύτερη κατανόηση της παρουσίασης. Έπειτα ακολουθεί συζήτηση μεταξύ των γιατρών όπου αναλύουν το θέμα της διάλεξης και ο καθένας προσφέρει

στην συζήτηση. Η εξάρτηση από την ιατρική γνώση φαίνεται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις χορήγησης φαρμάκων όταν μια καινούργια έρευνα αποδεικνύει ότι η προηγούμενη δοσολογία ήταν λάθος και ότι : «χρειάζεται μεγαλύτερη ποσότητα από ότι χορηγούσαμε μέχρι σήμερα». Επίσης σε κάποια άλλη έρευνα αποδείχτηκε : «ότι το φάρμακο είναι ευαίσθητο στο φως και δεν το ξέραμε».

Η εξάρτηση των Μ.Ε.Θ. από την παραγωγή της νέας γνώσης φαίνεται και από την ανάγνωση μηνιαίων περιοδικών τα οποία ασχολούνται με τις Μ.Ε.Θ. και τα οποία δημοσιεύουν έρευνες οι οποίες γίνονται σε άλλες μονάδες και των οποίων τα συμπεράσματα μπορούν να εφαρμοσθούν σε κάθε Μ.Ε.Θ. Η εξάρτηση λοιπόν των μονάδων από την παραγωγή της νέας γνώσης είναι άμεση και επιβάλλει την συνεχή ενημέρωση πάνω σε οτιδήποτε έχει να κάνει με καινούργιες έρευνες και ανακαλύψεις. Χαρακτηριστική είναι η ύπαρξη στην μονάδα μηνιαίων περιοδικών και βιβλίων τα οποία αναφέρονται στην εξέλιξη του χώρου των Μ.Ε.Θ. και κατά συνέπεια της ιατρικής. Όπως χαρακτηριστικά το είχε διατυπώσει ένας γιατρός στο πλαίσιο μιας συζήτησης : «ένα τεύχος να χάσεις και έμεινες πίσω». Πιστεύουμε πώς αυτή η φράση αποδεικνύει με τον καλύτερο τρόπο την εξουσία την οποία η ιατρική γνώση, όπως αυτή παράγεται από εργαστηριακές και άλλες ιατρικές έρευνες, ασκεί πάνω στους γιατρούς, και η οποία στο χώρο των Μ.Ε.Θ. τείνει να απολυτοποιείται.

Αρκεί να αναφερθεί ένα παράδειγμα. Ένα πρωινό μετά την ενημέρωση των γιατρών για την πορεία της υγείας των ασθενών, οι γιατροί συζητούσαν μεταξύ τους. Κάποια στιγμή χτύπησε το τηλέφωνο διακόπτοντας την συζήτηση. Στο τηλέφωνο ήταν μία γιατρός από κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου. Κατά λάθος είχε δοθεί σε έναν ασθενή ο οποίος βρισκόταν σε κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου, έξω από την Μ.Ε.Θ., μεγαλύτερη ποσότητα ενός φαρμάκου. Αντί για 10ml μορφίνης δόθηκαν 100ml. Για το λόγο αυτό η γιατρός αυτή πήρε τηλέφωνο τη Μ.Ε.Θ. για να ρωτήσει τους εκεί γιατρούς (με τους οποίους δεν είχε όπως μάθαμε, άμεσα προσωπική σχέση, άρα το τηλέφωνο δεν είχε το χαρακτήρα προσωπικού τηλεφώνου), το τι έπρεπε να κάνει. Εφόσον είχε συζητήσει με τους άλλους γιατρούς στο τμήμα της δεν πήρε την απόφαση, ούτε ζήτησε τη γνώμη κάποιου άλλου γιατρού από άλλο τμήμα, αλλά μόνο από τους γιατρούς της Μ.Ε.Θ. Βλέπουμε λοιπόν πως και μεταξύ των ίδιων των γιατρών, οι γιατροί των Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζονται ως υπέρ γιατροί, ως αυτοί οι οποίοι κατέχουν το απόλυτο ποσοστό της τυποποιημένης επιστημονικής γνώσης. Ως οι απόλυτοι κάτοχοι της επιστημονικής ιατρικής γνώσης. Εάν αυτή η αποδοχή

συμβαίνει από τους ίδιους τους συναδέλφους τους, τους γιατρούς, πόσο περισσότερο ισχύει αυτή για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί και η κυριαρχία των ιατρικών μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας στο χώρο της Μ.Ε.Θ. Η γνώση αυτών των μηχανημάτων αποδίδει στους γιατρούς το αυξημένο κύρος του υπέρ γιατρού. Μέσα στην μονάδα κυριαρχούν τα πολύπλοκα μηχανήματα. Υπάρχει η απαίτηση για όλο και πιο απόλυτη μέτρηση των τιμών οι οποίες συγκροτούν τον ασθενή. Η νέα ιατρική γνώση προβάλλει διαρκώς την απαίτηση για καλύτερη μέτρηση αυτών των τιμών και την ταυτόχρονη σύνδεσή τους με ένα πλήθος μεταβλητών. Η ανάγκη να εκτελεστούν οι μετρήσεις αυτές σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα επιβάλλει την εισαγωγή όλο και πιο βελτιωμένων μηχανημάτων. Ο γιατρός ως ο άμεσος αποκωδικοποιητής των αποτελεσμάτων αυτών πρέπει να ενημερώνεται διαρκώς για τα νέα μηχανήματα. Η εστίασή του γιατρού γίνεται πάνω στα νέα μηχανήματα. Αποτελούσε σύνηθες φαινόμενο στην Μ.Ε.Θ. η παρουσία διαφόρων τεχνικών οι οποίοι είτε μοίραζαν διαφημιστικά για καινούργια ιατρικά μηχανήματα, είτε έδιναν πληροφορίες στους γιατρούς για την χρήση των καινούργιων μηχανημάτων. Με τον τρόπο αυτό βλέπουμε πως η εξουσία της ιατρικής γνώσης πάνω στους γιατρούς στο χώρο των Μ.Ε.Θ. τείνει να είναι απόλυτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως αναφέραμε, η ποιοτική έρευνα την οποία διεξήγαμε στο χώρο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, στηρίχθηκε σε μια σύνθεση της Φαινομενολογικής προσέγγισης με την Γενεαλογική μέθοδο. Πριν την συμμετοχική παρατήρηση στη Μ.Ε.Θ. προηγήθηκε η παρουσίαση της γέννησης, εδραίωσης και λειτουργίας της επιστημονικής ιατρικής. Σε αυτή την παρουσίαση, η ιδιαίτερη εξουσιαστική λογική των Μ.Ε.Θ. εννοιολογήθηκε βάση της ευρύτερης εξουσιαστικής σχέσης της επιστημονικής ιατρικής με την κοινωνία. Με άλλα λόγια το σύνολο των οργανωτικών σχέσεων οι οποίες παρατηρούνται στις Μ.Ε.Θ. (μικρο επίπεδο ανάλυσης), ερμηνεύτηκαν βάση των ευρύτερων κοινωνικών σχέσεων ιατρικής - κοινωνίας (μάκρο επίπεδο ανάλυσης). Προκειμένου να αναλύσουμε τον χώρο των Μ.Ε.Θ. επιχειρήσαμε την Γενεαλογική παρουσίαση της επιστημονικής ιατρικής. Τα γενικά χαρακτηριστικά τα οποία προέκυψαν για την επιστημονική ιατρική από την Γενεαλογική μέθοδο, επαγωγικά προσδιόρισαν και τα ειδικά χαρακτηριστικά της οργάνωσης των Μ.Ε.Θ.

Στην συνέχεια καταλήξαμε σε συγκεκριμένα συμπεράσματα για τον χώρο των Μ.Ε.Θ. Πιο συγκεκριμένα, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι οι μονάδες αυτές τείνουν να αποτελούν την ιδεοτυπική έκφραση της επιστημονικής ιατρικής. Ξεκινώντας δηλαδή από την παρουσίαση της εξουσιαστικής δομής της επιστημονικής ιατρικής, καταλήξαμε στο συμπέρασμα, πως στις Μ.Ε.Θ. η εξουσία του ιατρικού λόγου τείνει να απολυτοποιείται. Με άλλα λόγια, η εξουσία η οποία διέπει το σύνολο των σχέσεων στο πλαίσιο του ευρύτερου νοσοκομείου, τείνει να απολυτοποιείται στο χώρο των

Μ.Ε.Θ. Οι Μ.Ε.Θ. δηλαδή αποτελούν την ιδεοτυπική μορφή του επιστημονικού λόγου από εξουσιαστικής πλευράς. Ενός επιστημονικού εξουσιαστικού λόγου ο οποίος από την στιγμή της εμφάνισής του προσδιόρισε την κατηγορία του «ειδικού», ως αυτός ο οποίος έχει το δικαίωμα στην λήψη των αποφάσεων. Η εξουσία του «ειδικού» νομιμοποιείται βάση της κατοχής της επιστημονικής γνώσης. Στις Μ.Ε.Θ. η εξουσιαστική σχέση μεταξύ αυτού, ο οποίος κατέχει την επιστημονική γνώση και αυτού ο οποίος υποτάσσεται σε αυτή τείνει να απολυτοποιείται, οξύνοντας τις εκάστοτε εξουσιαστικές σχέσεις. Το πλαίσιο πάνω στο οποίο δομούνται οι εκάστοτε σχέσεις προσδιορίζεται από το δίπτυχο της σχέσης ζωή - θάνατος. Η κυριαρχία αυτής της σχέσης νομιμοποιεί την άσκηση απόλυτης εξουσίας από τον εκάστοτε «ειδικό». Μέσα σε αυτό το πλαίσιο βρίσκεται πάντα η εικόνα του ασθενή, πάνω στην οποία νομιμοποιούνται οι εκάστοτε συμπεριφορές (γιατρών, νοσηλευτριών).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει και αναφορά σε έναν από τους περιορισμούς της έρευνάς μας. Πιο συγκεκριμένα η υποστήριξη της τρίτης υπόθεσης έρευνας η οποία αναφερόταν στη σχέση της νέας ιατρικής γνώσης με τους γιατρούς, δεν είναι τόσο εκτεταμένη όσο οι άλλες δύο. Στην παρουσίαση των δεδομένων της συμμετοχικής παρατήρησης υπήρξε ένα κενό στην υποστήριξη της συγκεκριμένης υπόθεσης. Παρόλο ότι παρουσιάστηκαν στοιχεία για την υποστήριξη αυτής της υπόθεσης, κρίνουμε πως αυτά δεν ήταν επαρκή. Για το λόγο αυτό θεωρούμε πως για την καλύτερη υποστήριξη αυτής της υπόθεσης είναι απαραίτητη η διεξαγωγή κάποιας επιπλέον έρευνας η οποία να εστιάσει στο συγκεκριμένο σύνολο σχέσεων. Παρόλα αυτά η σχέση αυτή κρίθηκε ως πολύ σημαντική για την ανάδειξη της θεωρητικής, σφαιρικής εξουσιαστικής διάστασης του επιστημονικού λόγου και για αυτόν τον λόγο εντάχθηκε στην διατριβή. Αν και τα στοιχεία για να υποστηριχθεί αυτή η υπόθεση δεν είναι τόσο ισχυρά, όσο τα στοιχεία που παραθέσαμε για την υποστήριξη των άλλων δύο υποθέσεων, παρόλα αυτά η διαβίωση στον χώρο των Μ.Ε.Θ. μας είχε δημιουργήσει την εντύπωση ότι όντως αυτή η σχέση ισχύει. Είναι όλα αυτά τα στοιχεία όπως οι εκφράσεις του προσώπου των παρατηρούμενων, τα συναισθήματά τους, κάποιες κινήσεις άγχους και φόβου απέναντι σε καινούργιες καταστάσεις οι οποίες γεννιούνται στα όρια μεταξύ ζωής και θανάτου, τα οποία δυστυχώς δεν μπορούν να καταγραφούν στο χαρτί και τα οποία μας οδήγησαν στην διατύπωση της θεωρητικής υπόθεσης για την σχέση ιατρική γνώση - γιατροί. Η σχέση αυτή θεωρούμε πως είναι πολύ σημαντική μιας και αναδεικνύει τον εξουσιαστικό χαρακτήρα του ιατρικού λό-

γου, και για το λόγο αυτό ελπίζουμε πως θα αποτελέσει αντικείμενο νέων ερευνών, οι οποίες ίσως πρέπει να χρησιμοποιήσουν άλλες μεθόδους συλλογής στοιχείων π.χ συνεντεύξεις.

Στις Μ.Ε.Θ. λοιπόν έχουμε την κατάληξη μιας διαδικασίας η οποία ξεκίνησε από την στιγμή της εμφάνισης της επιστημονικής ιατρικής. Στις μονάδες αυτές συντελείται η πλήρης αντικειμενικοποίηση και παθητικοποίηση του ατόμου το οποίο ασθενεί. Στις Μ.Ε.Θ. έχουμε την πλήρη υποταγή του ασθενή στις επιταγές του ιατρικού λόγου. Ενός επιστημονικού ιατρικού λόγου, ο οποίος από την στιγμή της γέννησής του υποβίβασε τον ασθενή σε ένα παθητικό αντικείμενο προς χρήση. Στις Μ.Ε.Θ. αυτή η στάση απολυτοποιείται και ο επιστημονικός λόγος αποκτάει τον μόνο έγκυρο λόγο ο οποίος μπορεί να εκφέρεται. Μόνο ο γιατρός κατέχει την αλήθεια για την κατάσταση του ασθενή καθώς και τη γνώση για να τον σώσει. Απαιτείται έτσι η απόλυτη υπακοή του ασθενή στις ενέργειες του γιατρού. Ο ασθενής παύει να υπάρχει ως ενεργό υποκείμενο και γίνεται ένα υπάκουο αντικείμενο. Η συμπεριφορά αυτή του ασθενή είναι αυτή η οποία απαιτείται από την δομή του επιστημονικού λόγου. Η συμπεριφορά όμως αυτή μόνο στο χώρο των Μ.Ε.Θ. μπορεί να υπάρξει, εξαιτίας της κατάστασης του ασθενή (κυριαρχία σχέσης ζωής - θανάτου). Παύει λοιπόν ο ασθενής να υπάρχει ως ανθρώπινη προσωπικότητα και υπάρχει μόνο ως βιολογική οντότητα, ως ένα σύνολο τιμών οι οποίες γίνονται αντικείμενο διαχείρισης του γιατρού. Συντελείται έτσι η πραγματοποίηση του ιδεώδες πάνω στο οποίο γεννήθηκε η επιστημονική ιατρική. Η «κατασκευή» του ασθενή ως απόλυτη βιολογική οντότητα ανεξάρτητη από ψυχολογικούς, συναισθηματικούς και κοινωνικούς παραμέτρους. Και μάλιστα ως ένα σώμα το οποίο δεν έχει καν βούληση να αρνηθεί ή έστω να αντιδράσει σε οποιαδήποτε επέμβαση συντελείται επάνω του. Απόλυτη εξαφάνιση της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Αυτή είναι η κατάσταση η οποία ισχύει στις Μ.Ε.Θ. και η οποία προέκυψε από την έρευνα την οποία διεξήγαμε. Σειρά έχει να δούμε ποια είναι τα συμπεράσματα τα οποία μπορούμε να εξάγουμε από την έρευνά μας. Όπως έχουμε ήδη εξηγήσει, προκειμένου να αναλύσουμε την κατάσταση η οποία ισχύει στις Μ.Ε.Θ. χρησιμοποιήσαμε την Γενεαλογική μέθοδο. Παρουσιάζοντας τα γενικά χαρακτηριστικά της επιστημονικής ιατρικής χρησιμοποιώντας την επαγωγική μέθοδο, προσδιορίσαμε τη λογική πάνω στην οποία λειτουργεί και την οποία εξυπηρετεί η οργάνωση των Μ.Ε.Θ. Πλέον καταλήξαμε στα ειδικά συμπεράσματα για τον τρόπο λειτουργίας των

μονάδων αυτών. Σειρά έχει να δούμε ποια είναι τα συμπεράσματα τα οποία μπορούμε να εξάγουμε για την σχέση της ιατρικής με την κοινωνία. Με άλλα λόγια, εάν οι Μ.Ε.Θ. τείνουν να αποτελούν την απολυτοποίηση της επιστημονικής ιατρικής, πρέπει να δούμε ποια είναι τα συμπεράσματα τα οποία μπορούμε να εξάγουμε για την σχέση της επιστημονικής ιατρικής με την κοινωνία. Χρησιμοποιώντας την αναγωγική μέθοδο θα προσπαθήσουμε να δούμε ποια είναι τα συμπεράσματα τα οποία ισχύουν για την σχέση της επιστημονικής ιατρικής με την κοινωνία (μάκρο επίπεδο ανάλυσης) και τα οποία προκύπτουν από την ανάλυση της οργάνωσης των Μ.Ε.Θ. (μικρο επίπεδο ανάλυσης).

Όπως είδαμε το κύριο προσδιοριστικό χαρακτηριστικό της λειτουργίας των Μ.Ε.Θ. είναι η εστίαση και η ενασχόληση με το σύμπτωμα της ασθένειας.

Σημασία έχει το σύμπτωμα και όχι η αιτία.

Όπως παρουσιάσαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι Μ.Ε.Θ. έχουν ως στόχο όχι την θεραπεία του ασθενή, όχι την νίκη της ασθένειας, αλλά την διατήρησή του στη ζωή. Προκειμένου να διατηρήσουν οι Μ.Ε.Θ. τον ασθενή στην ζωή ασχολούνται με τα συμπτώματα της ασθένειας (π.χ. καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια) και όχι με την αιτία της (π.χ. καρκίνος). Στην προσπάθεια να αντιμετωπισθούν τα συμπτώματα της ασθένειας αναπτύσσεται βοηθητικά και η ιατρική τεχνολογία. Στις Μ.Ε.Θ. συγκεντρώνονται όπως ήδη έχουμε παρουσιάσει τα περισσότερα μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας (αναπνευστήρες, καρδιογράφοι, παλμογράφοι). Αναπτύσσεται έτσι υπέρμετρα η ιατρική τεχνολογία στην προσπάθεια να αντιμετωπισθεί το σύμπτωμα της ασθένειας. Η εστίαση στην αντιμετώπιση του συμπτώματος εκφράζει ιδεοτυπικά την κορύφωση μιας διαδικασίας ευρύτερου προσανατολισμού της επιστημονικής ιατρικής. Όπως αναφέραμε κατά την Γενεαλογική παρουσίαση της επιστημονικής ιατρικής, οι βάσεις της επιστημονικής ιατρικής ορθώθηκαν πάνω στην εστίαση στο σύμπτωμα και όχι στην αιτία. Το μάθημα της ανατομίας «κατασκευάζει» και ανακαλύπτει την εγγραφή της ασθένειας, μέσω της παρουσίας του θανάτου, πάνω στο ανθρώπινο σώμα. Η ασθένεια ανακατασκευάζεται διαμέσου των σημαδιών της ύπαρξής της (συμπτώματα). Το σύμπτωμα αποκτάει την υπόσταση της εικόνας η οποία παρουσιάζει την αλήθεια της ασθένειας. Η ασθένεια υπάρχει διαμέσου του συμπτώματος το οποίο πιστοποιεί την ύπαρξή της, το ίδιο το σύμπτωμα γεννά την ασθένεια. Η ανατο-

μία η οποία αποτελεί τη βάση της επιστημονικής ιατρικής προσδιορίζει ταυτόχρονα και τον προσανατολισμό της. Η επιστημονική ιατρική στηριζόμενη στην ανατομία εστιάζει στο σύμπτωμα και όχι στην αιτία. Ο προσανατολισμός αυτός «κατασκευάζει» την «αντικειμενική» αλήθεια του συμπτώματος. Ταυτόχρονα όμως απορρίπτει οποιαδήποτε άλλη εξήγηση, οποιοδήποτε προσανατολισμό στο χώρο της ασθένειας. Εφόσον το «αντικειμενικό» σύμπτωμα αποτελεί την αλήθεια της ασθένειας, οτιδήποτε άλλο απορρίπτεται. Οι κοινωνικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές συνιστώσες εφόσον δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο μέτρησης και χειρισμού τίθενται ως ανενεργές. Ιδιαίτερα τα κοινωνικά αίτια της ασθένειας απορρίπτονται. Αυτός ο προσανατολισμός και η ενασχόληση με το σύμπτωμα και όχι με την αιτία της ασθένειας, είναι που προσέδωσε στην επιστημονική ιατρική την κυρίαρχη θέση την οποία κατέχει στο σύγχρονο σύστημα παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Η επιστημονική ιατρική λειτουργεί ως θεραπευτική και όχι ως προληπτική ιατρική. Εστιάζει στην θεραπεία - καταστολή της ασθένειας και όχι στην πρόληψή της. Με τον τρόπο αυτό η επιστημονική ιατρική λειτουργεί εξυπηρετικά για το ευρύτερο σύστημα. Δεν ασχολείται με τις βασικές αρχές πάνω στις οποίες δομείται το σύγχρονο οικονομικοκοινωνικό σύστημα και οι οποίες προκαλούν τις αιτίες των ασθενειών (η επιδίωξη του οικονομικού κέρδους ως απόλυτη αρχή πάνω στην οποία λειτουργεί η βιομηχανική κοινωνία), αλλά προσπαθεί να θεραπεύσει τις συνέπειες (συμπτώματα) οι οποίες προκύπτουν από την λειτουργία του δοσμένου οικονομικοκοινωνικού σχηματισμού. Η επιστημονική ιατρική λειτουργεί συντηρητικά στην διατήρηση και αναπαραγωγή του status quo.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να κάνουμε μια διάκριση μεταξύ της προληπτικής ιατρικής η οποία εστιάζει στο άτομο, και την προληπτική ιατρική η οποία εστιάζει στην αλλαγή του κοινωνικού πλαισίου. Η ιδεολογία της ατομικής πρόληψης εναποθέτει την ευθύνη στο άτομο, το οποίο παρουσιάζεται ως αυτό το οποίο ευθύνεται για την κατάσταση της ασθένειάς του (victim blaming). Σε αυτήν την περίπτωση η πρόληψη παρουσιάζεται ως καθήκον του ατόμου το οποίο, αυτό και μόνο, πρέπει να προφυλάξει την υγεία του. Η ιατρική απλά προειδοποιεί για τους κινδύνους και από εκεί και πέρα το ίδιο το άτομο ευθύνεται αν θα προφυλαχθεί από αυτούς (πρόληψη). Στην συνέχεια αν το άτομο αρρωστήσει, ευθύνεται διότι δεν ακολούθησε τους κανόνες τους οποίους πρότεινε η επιστημονική ιατρική. Σημασία δεν έχει αν το περιβάλλον είναι αυτό το οποίο προκαλεί τις ασθένειες (μόλυνση). Η πρόληψη συνίσταται

λοιπόν στις ενέργειες του ατόμου, ενώ η ιατρική συνεχίζει τον θεραπευτικό προσανατολισμό της.

Στην περίπτωση τώρα της κοινωνικής πρόληψης ο ρόλος της ιατρικής είναι ενεργητικός. Αυτό το οποίο απαιτείται είναι η ενεργητική ανάμειξη της ιατρικής για την αλλαγή του κοινωνικού πλαισίου το οποίο παράγει την ασθένεια. Αυτός είναι και ο ουσιαστικός ρόλος της ιατρικής. Ο ενεργητικός ρόλος για την πρόληψη λαμβάνεται από την ιατρική και όχι από το άτομο. Η ιατρική θέτει ένα νέο προσανατολισμό όπου η επιδίωξη της υγείας τίθεται ως απόλυτη αξία πάνω από οποιαδήποτε οικονομική αξία - επιδίωξη του κέρδους (βιομηχανία, καταστροφή περιβάλλοντος). Ως άμεση συνέπεια της αλλαγής του προσανατολισμού προκύπτει και η εστίαση στην πρόληψη και ο περιορισμός της θεραπείας.

Η επιστημονική ιατρική από την αρχή της εμφάνισής της εστίασε στην θεραπεία και συμπληρωματικά επεκτάθηκε και στον προσδιορισμό της πρόληψης, πάνω στην ιδεολογία της ατομικής ευθύνης. Η «ολιστική ιατρική», όπως έχουμε παρουσιάσει σε προηγούμενο κεφάλαιο, επεκτείνει την εξουσία της ιατρικής συνολικά πάνω στο άτομο, σε κάθε διάσταση της ύπαρξής του. Κατά ανάλογο τρόπο η ιδεολογία της ατομικής ευθύνης επεκτείνει την εξουσία της ιατρικής σε ένα διευρυμένο χώρο, αυτόν της πρόληψης. Ο επιστημονικός λόγος ενέχει αυτό το στοιχείο της εργαλειοποίησης, της αντικειμενικοποίησης του ασθενή. Ο ιατρικός λόγος αποτελεί τμήμα ενός ευρύτερου εξουσιαστικού λόγου ο οποίος τοποθετεί το υποκείμενο σε θέση αντικειμένου προς χρήση. Η άσκηση αυτού του εργαλειακού πνεύματος μπορεί να ασκηθεί μόνο μέσα στο πλαίσιο ενός θεραπευτικού προσανατολισμού. Μόνο στο πλαίσιο της θεραπείας μπορεί ο ασθενής να αποτελέσει ένα πειθήνιο αντικείμενο προς χρήση, το οποίο χειραγωγείται σύμφωνα με τις οδηγίες του «ειδικού», ο οποίος κατέχει την γνώση, την «αλήθεια» της λειτουργίας του.

Η έρευνα στις Μ.Ε.Θ. φέρνει στην επιφάνεια τις συνέπειες αυτού του προσανατολισμού στην θεραπεία. Φέρνει στην επιφάνεια τις συνέπειες οι οποίες προκύπτουν από την απόλυτη εφαρμογή της θεραπευτικής ιδεολογίας. Όπως είδαμε οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν τον χώρο όπου οι σχέσεις οι οποίες ισχύουν στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου τείνουν να απολυτοποιούνται. Ιδιαίτερα μας ενδιαφέρει η σχέση γιατρός - ασθενής, πάνω στο πλαίσιο της οποίας δομούνται και οι άλλες δύο οργανωτικές σχέσεις τις οποίες παρουσιάσαμε (σχέση γιατρός - νοσηλεύτρια και σχέση ιατρική γνώση - γιατρού). Στο πλαίσιο των Μ.Ε.Θ. έχουμε την απόλυτη έκφραση του

προσανατολισμού στην θεραπεία έναντι της πρόληψης. Ο ασθενής τίθεται ως ένα απόλυτα παθητικό αντικείμενο και ο γιατρός ως ο ενεργός πόλος της μεταξύ τους σχέσης. Σημασία έχει μόνο το σώμα το οποίο κείται ανήμπορο να αντιδράσει σε οποιαδήποτε ενέργεια ασκηθεί πάνω του. Ο ασθενής δεν έχει βούληση. Το σώμα του είναι ανά πάσα στιγμή απόλυτα ελεγχόμενο. Οποιοσδήποτε αντιδράσεις του ασθενή είναι ανεπιθύμητες και από αυτόν απαιτείται η απόλυτη συμμόρφωση και η υπακοή στις υποδείξεις του γιατρού.

Αυτός ο προσανατολισμός στην ευρύτερα εννοούμενη έννοια της θεραπείας (όπως αυτή αντιπαρατίθεται στον προσανατολισμό στην πρόληψη), στον χώρο των Μ.Ε.Θ. οδηγείται στα όρια του. Οι Μ.Ε.Θ. λειτουργούν απόλυτα αντισηπτικά από οποιαδήποτε κοινωνική επιρροή. Η απολύμανση απαγορεύει την πρόσβαση σε οποιονδήποτε και η μονάδα λειτουργεί σε ένα εργαστηριακό *vaccuum*. Οποιαδήποτε κοινωνική επιρροή, ακόμη και η επίσκεψη των συγγενών είναι ελεγχόμενη και πολύ περιορισμένη. Ο ασθενής ανήκει απόλυτα στην Μ.Ε.Θ. η οποία αποκλειστικά αποφασίζει για την τύχη του. Τα συναισθήματά του δεν έχουν καμία σημασία. Σημαντική είναι μόνο η κλινική εικόνα του ασθενή όπως αυτή παρουσιάζεται από το πλήθος των εξετάσεων (αιματολογικές, εργαστηριακές, μικροβιολογικές, ακτινολογικές).

Οι Μ.Ε.Θ. με άλλα λόγια παρουσιάζουν την απόλυτη έκφραση του προσανατολισμού στην θεραπεία, πάνω στην οποία ορθώθηκε η επιστημονική ιατρική. Ενός προσανατολισμού ο οποίος εστιάζει απόλυτα στο σύμπτωμα της ασθένειας και απορρίπτει οποιαδήποτε κοινωνική επιρροή. Σημασία έχουν τα συμπτώματα της ασθένειας τα οποία και αντιμετωπίζονται. Η θεραπεία ασχολείται με την έκφραση των εκάστοτε συμπτωμάτων, όπως αυτά μεταφράζονται σε δεκάδες μετρήσεις. Τα συναισθηματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά στοιχεία, τα οποία δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο μέτρησης τίθενται ως ανενεργά. Ως σκοπός τίθεται η καλύτερη μέτρηση των οποιονδήποτε αριθμητικών εκφράσεων μέσω των οποίων ανακατασκευάζεται η ασθένεια. Η αδυναμία της επιστημονικής ιατρικής να προσεγγίσει τον ασθενή ως προσωπικότητα και όχι απλώς ως βιολογική ύπαρξη, και η αδυναμία της να αντιμετωπίσει την ασθένεια μέσω της προληπτικής προσέγγισης, εκφράζεται μέσω της ολοένα αυξανόμενης απαίτησης για καλύτερη, για πιο ακριβή μέτρηση των τιμών. Η υψηλή τεχνολογία αντικαθιστά τις περιορισμένες ικανότητες του γιατρού για την διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας. Η αδυναμία να αντιμετωπισθεί ως συνολική προσωπικότητα ο ασθενής καλύπτεται με την ανάπτυξη των μηχανημάτων υψηλής τε-

χνολογίας. Έτσι η επιστημονική ιατρική τείνει να γίνει απόλυτα τεχνοκρατική και ο ασθενής αντιμετωπίζεται εργαλειακά στο πλαίσιο μιας σειριακής διαδικασίας και λογικής. Οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν την κορύφωση αυτής της διαδικασίας τεχνοκρατικοποίησης, μιας και στις μονάδες αυτές συγκεντρώνονται τα περισσότερα και τα πιο σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα τα οποία χρησιμοποιούνται για την διατήρηση του ασθενή στην ζωή. Με την ανάπτυξη όμως της ιατρικής τεχνολογίας και την εφαρμογή του εργαλειακού ορθολογισμού στις Μ.Ε.Θ. ο αρχικός προσανατολισμός στην θεραπεία φτάνει στα όριά του, διότι δίνεται η δυνατότητα στην επιστημονική ιατρική να ασκήσει ιδεοτυπικά τον αρχικό της προσανατολισμό.

Με την ανάλυση την οποία επιχειρήσαμε αναδεικνύεται η βαθύτερη λογική πάνω στην οποία δομείται η επιστημονική ιατρική, η οποία λογική προκύπτει από την όξυνση των σχέσεων και των αντιθέσεων μεταξύ της ιατρικής και της κοινωνίας, όπως αυτές παρουσιάζονται στο χώρο των Μ.Ε.Θ. Η τάση απολυτοποίησης, η όξυνση των εξουσιαστικών σχέσεων φέρνει στην επιφάνεια την επαναθεώρηση της βάσης πάνω στην οποία έχει δομηθεί η επιστημονική ιατρική, την εστίαση δηλαδή στην θεραπεία και όχι στην πρόληψη. Η κοινωνική προληπτική ιατρική σημαίνει τον επαυπροσανατολισμό της υπάρχουσας μορφής παροχής υπηρεσιών υγείας στην διατύπωση ενός απελευθερωτικού λόγου και την απόρριψη του εξουσιαστικού λόγου ο οποίος εστιάζει στην θεραπεία. Η κριτική μας δεν καλείται να δώσει απάντηση στο ερώτημα αν πρέπει να υπάρχουν περισσότερες ή λιγότερες Μ.Ε.Θ. Αντιθέτως η έρευνά μας έχει ως σκοπό να αναδείξει την ανάγκη επανατοποθέτησης της λειτουργίας των Μ.Ε.Θ. στο πλαίσιο μιας άλλης λογικής. Η έρευνά μας φέρνει στην επιφάνεια το ευρύτερο κοινωνικό πρόβλημα στο οποίο εκτίθενται οι σύγχρονες δυτικές, ορθολογικές κοινωνίες, όπου θέματα αξιών, όπως η ανθρώπινη προσωπικότητα, ή η υγεία, παρουσιάζονται ως τεχνικά προβλήματα προς επίλυση από τον εκάστοτε «ειδικό» στο πλαίσιο μιας αντικειμενικής, απόλυτης, επιστημονικής λογικής. Η έρευνά μας αναδεικνύει αυτή την τάση στο χώρο της υγείας, όπως αυτή εκφράζεται στην πιο καθαρή μορφή της στο χώρο των Μ.Ε.Θ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΗΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗΣ⁵³⁵

Εφόσον είδαμε τον ρόλο τον οποίο έπαιξε η συμμετοχική παρατήρηση στο πλαίσιο της ευρύτερης διατριβής, σειρά έχει τώρα η παρουσίαση της μεθοδολογίας της συμμετοχικής παρατήρησης.⁵³⁶ Θεωρούμε ότι δεν μπορεί να δοθεί ένα γενικό σχεδιάγραμμα για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσε να διεξαχθεί η συμμετοχική παρατήρηση.⁵³⁷ Η δική μας εμπειρία εκφράζει τις απαντήσεις τις οποίες δώσαμε κατά την διάρκεια της παραμονής μας στις Μ.Ε.Θ. Δεν μπορεί η δική μας μεθοδολογία να χρησιμεύσει ως οδηγός για την διεξαγωγή συμμετοχικής παρατήρησης σε οποιασδήποτε άλλο χώρο. Θεωρούμε πως κάθε χώρος έχει την δική του ιδιαιτερότητα, την δική του ιδιομορφία. Για το λόγο αυτό και κάθε προσπάθεια εφαρμογής της μεθόδου της συμμετοχικής παρατήρησης απαιτεί μια ιδιαίτερη στρατηγική αναπροσαρμογής. Η τροποποίηση της μεθόδου της συμμετοχικής παρατήρησης πρέπει να προσδιορίζεται από την ιδιομορφία του εκάστοτε χώρου. Ο σκοπός λοιπόν της παρουσίασης της μεθοδολογίας την οποία χρησιμοποιήσαμε δεν είναι για να αποτελέσει τις κατευθυντήριες γραμμές για άλλους ερευνητές. Αν μπορέσει βέβαια η δική μας μεθοδολογία να χρησιμεύσει κατά αυτόν τον τρόπο για ανάλογες έρευνες στον συγκεκριμένο χώρο, φυσικά και θα μας ικανοποιούσε. Ο πρωταρχικός όμως σκοπός παρουσίασης των βημάτων τα οποία ακολουθήσαμε κατά την διάρκεια της παραμονής μας στο χώρο των μονάδων είναι να εξηγήσουμε τον τρόπο με τον οποίο έγινε η συλλογή των στοιχείων. Παρουσιάζουμε την μεθοδολογία την οποία ακολουθήσαμε για την δικαιολόγηση των τακτικών τις οποίες χρησιμοποιήσαμε καθώς και για την δικαιολόγηση των λόγων για τους οποίους τις επιλέξαμε έναντι κάποιων άλλων προκειμένου να εξηγήσουμε την μορφή οργάνωσης και τον τρόπο λειτουργίας των Μ.Ε.Θ.

Το εμπειρικό τμήμα της διατριβής ξεκίνησε τον Ιούνιο του 1994 με μια επαφή την οποία είχαμε με τον διευθυντή μιας Μ.Ε.Θ. Πριν την συνάντηση αυτή είχαμε επλέξει τις Μ.Ε.Θ. ως αντικείμενο της έρευνάς μας. Μέχρι το σημείο της συνάντησής μας με τον διευθυντή, η γνώση μας για το χώρο των μονάδων ήταν καθαρά θεωρητική και προερχόταν από την κάλυψη της βιβλιογραφίας. Επόμενο στάδιο στην διαδι-

⁵³⁵ Για μια παρουσίαση μιας αντίστοιχης μεθοδολογίας σε χώρο των Μ.Ε.Θ. βλέπε Zussman R. (1992), *Intensive Care : Medical Ethics and the Medical Profession*, Chicago, σελ.231-245.

⁵³⁶ Jorgensen D. (1992), *Participant Observation : A Methodology for Human Studies*, Sage.

κασία εκπόνησης της διατριβής ήταν το εμπειρικό τμήμα, η άμεση επαφή με τον χώρο της Μ.Ε.Θ. Η συνάντησή μας με τον διευθυντή της Μ.Ε.Θ. είχε ως στόχο την εξασφάλιση της ελεύθερης πρόσβασης στο χώρο της μονάδας. Ας μην ξεχνάμε πως στο χώρο των Μ.Ε.Θ. απαγορεύεται αυστηρά η είσοδος σε οποιονδήποτε, ακόμα και στους συγγενείς των ασθενών. Πόσο περισσότερο σε κάποιον ο οποίος θα ήθελε να διεξάγει μια έρευνα. Ο συγκεκριμένος διευθυντής είχε ένα έντονο ενδιαφέρον για έρευνες κοινωνικού περιεχομένου, οι οποίες αναφέρονται στο χώρο της ιατρικής και ιδιαίτερα στο χώρο των Μ.Ε.Θ. Όταν του μιλήσαμε για την έρευνά μας, προσφέρθηκε να μας βοηθήσει. Ως αντάλλαγμα θα του προσφέραμε οποιαδήποτε βοήθεια χρειαζόταν (π.χ. επεξεργασία ερωτηματολογίων) σε δικές του έρευνες. Μέχρι εκείνη την στιγμή η αντίληψή μας για την δική μας έρευνα ήταν ακόμη συγκεχυμένη. Ως στόχο η συμμετοχική παρατήρηση είχε να μας εξοικειώσει με τον χώρο των Μ.Ε.Θ. Δεν υπήρχε δηλαδή ακόμη καμιά εμπειρική υπόθεση πάνω στην οποία θα διεξήγαμε την συμμετοχική παρατήρηση. Η διατύπωση της εμπειρικής υπόθεσης ήρθε αργότερα, όταν τελείωσε η διάρκεια της παραμονής μας στις Μ.Ε.Θ. Και προήλθε από την ανάγνωση και ταξινόμηση των παρατηρήσεων τις οποίες είχαμε κρατήσει κατά την διάρκεια της παραμονής μας, σε συνδυασμό με την επισκόπηση της βιβλιογραφίας.

Μέχρι το σημείο της συνάντησής μας με τον διευθυντή δεν είχαμε καταλήξει σε συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση. Όταν λοιπόν ρωτηθήκαμε από τον διευθυντή ποιος είναι ο λόγος διεξαγωγής της έρευνας, απαντήσαμε ότι μας ενδιέφερε γενικά η μελέτη του τρόπου λειτουργίας των Μ.Ε.Θ. και ιδιαίτερα οι σχέσεις των γιατρών με τους ασθενείς και με τις νοσηλεύτριες. Ο διευθυντής μας υποσχέθηκε την ελεύθερη πρόσβαση στη Μ.Ε.Θ. στην οποία εργαζόταν, καθώς επίσης και πρόσβαση, ύστερα από συμφωνία, σε κάποιες άλλες μονάδες στις οποίες είχε προσωπική επαφή με τους εκεί διευθυντές. Είχαμε εξασφαλίσει έτσι μια άτυπη ελευθερία πρόσβασης σε Μ.Ε.Θ. αποφεύγοντας τα προβλήματα τα οποία θα προέκυπταν αν ζητούσαμε θεσμικά άδεια παραμονής στη Μ.Ε.Θ. ως κοινωνιολόγοι - ερευνητές. Σε αυτή την περίπτωση θα έπρεπε να ζητούσαμε εγγράφως άδεια από το διοικητικό συμβούλιο του εκάστοτε νοσοκομείου. Θα έπρεπε να εξηγούσαμε τους λόγους διεξαγωγής της έρευνας, καθώς και την χρονική περίοδο για την οποία θα ζητούσαμε την άδεια παραμονής στη μονάδα. Και όπως μας είπε ο διευθυντής, το πιο πιθανό θα ήταν να μας αρνούσαν την

⁵³⁷ Zussman R. (1992), *Intensive Care : Medical Ethics and the Medical Profession*, Chicago, σελ.

άδεια διεξαγωγής της έρευνας. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις ερευνών οι οποίες δεν ολοκληρώθηκαν εξαιτίας της αδυναμίας πρόσβασης στο χώρο μελέτης. Με αυτόν τον τρόπο, άτυπα είχαμε εξασφαλίσει την ελεύθερη πρόσβαση, οποιαδήποτε στιγμή θέλαμε στη Μ.Ε.Θ.

Μέσα στην περίοδο του καλοκαιριού επισκεφθήκαμε την μονάδα τέσσερις με πέντε φορές προκειμένου να εξερευνήσουμε το χώρο προτού αποφασίσουμε να διεξάγουμε την συμμετοχική παρατήρηση. Σε αυτές τις εξερευνητικές επισκέψεις προσαθήσαμε να γνωριστούμε, τουλάχιστον οπτικά με το προσωπικό. Θέλαμε αρχικά να εξοικειωθούμε με το ιατρικό προσωπικό, το οποίο είναι ολιγάριθμο (επτά άτομα), σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό (δεκαέξι άτομα), προκειμένου να έχουμε ένα στήριγμα, ένα σημείο αναφοράς όταν θα άρχιζε η παραμονή μας εκεί. Επίσης θέλαμε να υπάρχει και μια οπτική επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό, πριν αρχίζαμε την καθημερινή επίσκεψή μας στο χώρο. Με αυτές τις επισκέψεις θέλαμε και οι νοσηλεύτριες να γνωρίσουν την ύπαρξή μας, έτσι ώστε όταν θα αρχίζαμε την συμμετοχική παρατήρηση να μην τους ήταν τελείως άγνωστη η φυσιογνωμία μας. Κατά την διάρκεια αυτών των «αναγνωριστικών» επαφών περνούσαμε τον περισσότερο χρόνο μας στο γραφείο του διευθυντή συζητώντας μαζί του. Οι αρχικές ερωτήσεις μας είχαν να κάνουν με γενικά οργανωτικά θέματα της μονάδας : ποια η σχέση των Μ.Ε.Θ με την διοίκηση του νοσοκομείου, πόσοι γιατροί και πόσες νοσηλεύτριες εργάζονται, καθώς και ερωτήσεις σχετικές με την ύπαρξη βιβλίων και βιβλιογραφίας για έρευνες στο χώρο των Μ.Ε.Θ. Η επαφή μας με τον χώρο των κρεβατιών ήταν πολύ περιορισμένη και κυμαίνονταν σε ολιγόλεπτες παραμονές. Ο χώρος μας ήταν ξένος και η όψη των σωμάτων των ασθενών μας προκαλούσε τρόμο. Ας μην ξεχνάμε, όπως αναφέρει και ο γάλλος ιστορικός Phillipe Aries, πως η εικόνα του ασθενή στη Μ.Ε.Θ. με τα καλώδια και τους σωλήνες πάνω στο σώμα του έχει αντικαταστήσει στην συλλογική μνήμη την εικόνα του σκελετού. Αυτή την εικόνα είχαμε και εμείς για τις Μ.Ε.Θ . Μας προκαλούσαν τρόμο.

Συστηματικά αρχίσαμε την συμμετοχική παρατήρηση στις αρχές του Σεπτεμβρίου και κράτησε μέχρι τα μέσα του Ιανουαρίου. Σε αυτό το διάστημα επισκεπτόμασταν την μονάδα σε καθημερινή σχεδόν βάση, εκτός από τα σαββατοκύριακα και τις αργίες. Το διάστημα των τεσσάρων μηνών ήταν αρκετό προκειμένου να γνωρί-

σουμε το χώρο. Φυσικά θα υπήρχαν γεγονότα και καταστάσεις πολύ σημαντικές οι οποίες διεξήχθησαν πριν την παραμονή μας, καθώς και άλλες εξίσου σημαντικές, οι οποίες θα συνέβαιναν εκεί μετά την αποχώρησή μας. Δεν είναι όμως ανθρωπίνως δυνατό να παραμείνεις στο χώρο των Μ.Ε.Θ. συνέχεια προκειμένου να περιμένεις να συμβεί κάτι. Για το λόγο αυτό και θεωρήσαμε πως οι τέσσερις μήνες είναι αρκετοί. Παράλληλα μετά από τον Ιανουάριο επισκεπτόμασταν την μονάδα ανά τακτά χρονικά διαστήματα (μία ή δύο φορές την εβδομάδα), προκειμένου να κρατήσουμε την επαφή μας με τον χώρο (να μην ξαναγίνουμε δηλαδή η φιγούρα του «ξένου» για το προσωπικό) και παράλληλα να ελέγχουμε αν κάποια πράγματα τα οποία είχαμε σημειώσει όντως επαναλαμβάνονται. Με τον τρόπο αυτό αναπτύχθηκε φιλική σχέση με το προσωπικό (με κάποια άτομα της μονάδας αποκτήσαμε φιλική σχέση και έξω από την μονάδα).

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, οι Μ.Ε.Θ. λειτουργούν με πλήρες προσωπικό σε οκτάωρη βάση, από το πρωί στις επτά, μέχρι το μεσημέρι στις τρεις και σε πενθήμερη βάση. Όλες τις άλλες ώρες και ημέρες, καθώς και στις αργίες, οι Μ.Ε.Θ. λειτουργούν με την παρουσία ενός γιατρού και τριών νοσηλευτριών. Επιλέξαμε λοιπόν ως ώρες διεξαγωγής της συλλογής και καταγραφής των στοιχείων, τις ώρες και τις ημέρες όπου η μονάδα λειτουργούσε με πλήρες προσωπικό. Άλλωστε όλες οι εξετάσεις, όλες οι επεμβάσεις καθώς και οι περισσότερες μετρήσεις πάνω στον ασθενή γίνονται στο πλαίσιο αυτού του ωραρίου. Όπως είπαμε οι Μ.Ε.Θ. εξαρτώνται για την εύρυθμη λειτουργία τους από τα εργαστήρια (αξονικοί, μικροβιολογικό) του ευρύτερου νοσοκομείου. Όταν αυτά τα εργαστήρια κλείνουν διότι λειτουργούν βάση του οκτάωρου, είναι υποχρεωμένη και η μονάδα να ακολουθεί αυτό το πρόγραμμα. Ως συνέπεια όλη η δουλειά στη μονάδα γίνεται μέσα σε αυτό το ωράριο. Αυτές τις ώρες υπάρχει όλο το προσωπικό συγκεντρωμένο και μπορούμε να μελετήσουμε πέρα από τη σχέση του προσωπικού με τους ασθενείς και τις σχέσεις των γιατρών με τις νοσηλεύτριες. Από τις επτά το πρωί μέχρι τις δέκα το πρωί, οι νοσηλεύτριες ασχολούνται με το καθάρισμα και το πλύσιμο των ασθενών. Παρακολούθησαμε κάποια πρωινά αυτές τις εργασίες και έπειτα αποφασίσαμε πως οι ώρες οι οποίες παρουσίαζαν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον ήταν από τις εννιά και μισή το πρωί μέχρι και της δύο το μεσημέρι. Σε καθημερινή βάση λοιπόν επισκεπτόμαστε την μονάδα αυτές τις ώρες. Πριν από τις εννιά και μισή οι νοσηλεύτριες ασχολούνται με το καθάρισμα των ασθενών και οι περισσότεροι γιατροί είναι απών. Πιο συγκεκριμένα στην μονάδα βρίσκεται αυτές τις

ιρες μόνο ένας ή δύο γιατροί. Η παρακολούθηση της διαδικασίας καθαρίσματος των ασθενών μας πρόσφερε πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται ο ασθενής, αλλά έπειτα από μερικές ημέρες δεν είχε να μας προσφέρει τίποτε μιας και ινόταν η επανάληψη των ίδιων διαδικασιών. Οι νοσηλεύτριες ήταν προσηλωμένες στο καθήκον τους και οι γιατροί ήταν απών. Επομένως δεν είχε να μας προσφέρει τίποτε η συνέχιση της παρακολούθησης αυτών των ενεργειών. Για το λόγο αυτό και πιλέξαμε ως ώρες διεξαγωγής της συμμετοχικής παρατήρησης τις ώρες από τις εννιά και μισή μέχρι τις δύο.

Τις πρώτες ημέρες διεξαγωγής της επιτόπιας παρατήρησης αντιμετωπίζαμε σοβαρά προβλήματα προσαρμογής. Όπως είπαμε και πριν ο χώρος μας προκαλούσε ρόβο. Δεν είχαμε καμία προηγούμενη επαφή με μονάδα εντατικής θεραπείας, ούτε καν με νοσοκομείο. Για το λόγο αυτό και φοβόμασταν την όποια αντίδραση θα είχαμε σε ένα τέτοιο περιβάλλον. Ήταν τόσο μεγάλο το άγχος ώστε τις πρώτες εβδομάδες αντιμετωπίζαμε προβλήματα ύπνου. Παρόλα αυτά όμως η περιέργεια να γνωρίσουμε τις Μ.Ε.Θ. μας οδήγησε να συνεχίσουμε την συμμετοχική παρατήρηση. Και μόνο η σκέψη όμως ότι θα πηγαίναμε και την επομένη στην μονάδα μας προκαλούσε άγχος. Παρόλα αυτά όμως, μετά το τέλος της περάτωσης της παραμονής μας στη Μ.Ε.Θ. οι εμπειρίες τις οποίες αποκομίσαμε ήταν πολύ σημαντικές και θετικές, όχι μόνο για την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας των μονάδων αυτών, αλλά και για τους ίδιους μας ως άτομα. Γνωρίσαμε καταστάσεις υπαρκτές και όμως απών από την καθημερινή ζωή. Εκτιμήσαμε πράγματα τα οποία θεωρούσαμε ως τότε δεδομένα και γνωρίσαμε από κοντά μια πληθώρα από συναισθηματικές καταστάσεις οι οποίες διαμορφώνονται στα όρια μεταξύ ζωής και θανάτου, ανάμεσα σε γονείς, παιδιά και φίλους. Ως εμπειρία η παραμονή μας στη Μ.Ε.Θ ήταν κυριολεκτικά συγκλονιστική και μετέτρεψε τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζαμε τη ζωή και το θάνατο.

Την πρώτη ημέρα διεξαγωγής της συμμετοχικής παρατήρησης το πρωί συναντηθήκαμε με τον διευθυντή, ο οποίος και ήταν ο μόνος με τον οποίο είχαμε μέχρι εκείνη την στιγμή προσωπική επαφή. Όλο το άλλο προσωπικό μας ήταν άγνωστο. Ξεκινήσαμε λοιπόν από το γραφείο του διευθυντή ο οποίος μας παρουσίασε στους άλλους γιατρούς λέγοντας με χιούμορ : «θα μας κατασκοπεύει για τους επόμενους μήνες». Τους εξήγησε ποιος ήμασταν καθώς και το λόγο για τον οποίο είχαμε επιλέξει την μονάδα ως χώρο διεξαγωγής της έρευνας. Στην συνέχεια πιάσαμε επαφή με τους γιατρούς οι οποίοι ρωτούσαν να μάθουν για τη δουλειά μας. Στην πρώτη αυτή

φάση θεωρήσαμε σκόπιμο να μιλάμε πιο πολύ στους άλλους για εμάς και την δουλειά μας, παρά να ακούμε το τι έχουν να μας πουν. Με τον τρόπο αυτό, μιλώντας πιο πολύ για τον εαυτό σου, κερδίζεις την αποδοχή από ένα περιβάλλον στο οποίο είσαι ξένος. Προκειμένου να αποκτήσουμε οικειότητα με το προσωπικό επανειλημμένα εξηγούσαμε τι έχουμε σπουδάσει, τι έρευνα κάνουμε και γιατί επιλέξαμε την συγκεκριμένη μονάδα. Αντί να καταγράφουμε παρατηρήσεις μιλούσαμε για εμάς. Με τον τρόπο αυτό κάναμε την πρώτη μας επαφή με το ιατρικό προσωπικό, το οποίο ήταν άλλωστε και το πιο ολιγάριθμο και το πιο άμεσα φιλικά προσκείμενο απέναντί μας, μιας και είχαμε εισαχθεί στην μονάδα μέσω της προσωπικής γνωριμίας με τον διευθυντή τους. Κάνοντας την πρώτη επαφή με τους γιατρούς είχαμε αποκτήσει πλέον μια βάση, ένα στήριγμα, από όπου μπορούσαμε πλέον να αντλήσουμε χρήσιμες πληροφορίες, αλλά και να καταφύγουμε οποτεδήποτε υπήρχε κάποιο πρόβλημα κατανόησης, αυτού που παρατηρούσαμε, ή κάποιας ιατρικής πράξης απαραίτητης για την κατανόηση της μορφής λειτουργίας των Μ.Ε.Θ. Οι γιατροί πρόθυμα μας εξηγούσαν ότι τους ρωτούσαμε, όσο αδέξια ή και ανόητη και αν ήταν η ερώτησή μας.

Παρόλες τις εξηγήσεις τις οποίες δώσαμε τόσο στο ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό έχουμε την εντύπωση ότι πάντα πλανώνταν η λαθεμένη εντύπωση ότι ήμασταν φοιτητές της ιατρικής. Κάθε δεκαπενθήμερο επισκέπτονταν την μονάδα φοιτητές της ιατρικής οι οποίοι έκαναν την πρακτική τους εκπαίδευση εκεί. Μας ταύτιζαν λοιπόν, άλλοι συνειδητά και άλλοι ασυνείδητα, με αυτούς τους φοιτητές και θεωρούσαν ότι ήμασταν φοιτητές της ιατρικής, παρόλες τις διευκρινήσεις τις οποίες επανειλημμένα τους δίναμε. Λίγο η αδυναμία των περισσότερων εργαζομένων στην Μ.Ε.Θ. να συνδέσουν την κοινωνιολογία με μια εμπειρική έρευνα και μάλιστα σε ένα χώρο όπως οι Μ.Ε.Θ., λίγο το έντονο ενδιαφέρον μας να μάθουμε τα πάντα για την μονάδα, είχε διαμορφώσει την εικόνα του φοιτητή ο οποίος ενδιαφερόταν για τα θέματα της ιατρικής. Θετικό στοιχείο ήταν και το νεαρό της ηλικίας μας. Είχαμε μικρότερη ηλικία από όλους τους εργαζόμενους και μας αντιμετώπιζαν χωρίς καχυποψία. Μας θεωρούσαν όχι ως «κατάσκοπο», αλλά ως κάποιον ο οποίος ήθελε πραγματικά να μάθει. Αυτή η εντύπωση μας ωφέλησε μιας και ως άμεση συνέπεια προέκυψε η σύγκριση με τους φοιτητές της ιατρικής, οι οποίοι ήταν στην συντριπτική τους πλειοψηφία αδιάφοροι. Το έντονο ενδιαφέρον μας από την άλλη έκανε εντύπωση στο προσωπικό και μας ανέβασε υψηλά στην εκτίμησή τους. Η προσπάθεια να μάθουμε, να ρωτήσουμε για τα πάντα, η συνεχής κινητικότητα και η συνεχής παρα-

τήρηση, κίνησε το ενδιαφέρον του προσωπικού, το οποίο πρόθυμα μας απαντούσε σε οτιδήποτε ρωτούσαμε.

Αρχικά λοιπόν οι γιατροί αποτελούσαν την πρώτη μας επαφή μέσα στη μονάδα. Κατά την διάρκεια της παραμονής μας στην μονάδα χρησιμοποιούσαμε ένα ημερολόγιο όπου καταγράφαμε τις παρατηρήσεις μας. Πιο συγκεκριμένα για κάθε ημέρα παραμονής στη μονάδα υπήρχε μια σελίδα στην κορυφή της οποίας καταγράφαμε την εκάστοτε ημερομηνία. Από κάτω καταγράφαμε οτιδήποτε μας προκαλούσε εντύπωση εκείνη την ημέρα. Η καταγραφή ήταν σύντομη και αναφερόταν σχεδόν τηλεγραφικά στο συμβάν, το οποίο μας είχε κινήσει την περιέργεια. Στη συνέχεια αφότου γυρνάγαμε σπίτι καθαρογράφαμε αυτές τις παρατηρήσεις σε ένα ηλεκτρονικό ημερολόγιο στον υπολογιστή. Δεν περιοριζόμαστε απλώς σε μια απλή αντιγραφή αυτών που είχαμε ήδη σημειώσει, αλλά εφόσον η μνήμη μας ήταν ακόμα νωπή από τα γεγονότα που είχαμε παρατηρήσει εκείνη την ημέρα, συμπληρώναμε τις σημειώσεις μας με μια περιγραφική παρουσίαση των γεγονότων. Αυτή η διαδικασία συγκρότησης και επαναφοράς στη μνήμη γεγονότων τα οποία είχαν συμβεί δύο - τρεις ώρες πριν ήταν κουραστική και συχνά κρατούσε περισσότερο από δύο ώρες. Με τον τρόπο όμως αυτό κρατούσαμε καταγραμμένα γεγονότα τα οποία θεωρούσαμε σημαντικά.

Κατά την διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης είχαμε την εντύπωση ότι η καταγραφή των σημειώσεων ήταν ενοχλητική για το προσωπικό. Για το λόγο αυτό σπάνια κουβαλούσαμε μαζί μας το σημειωματάριό μας. Πιο συγκεκριμένα το παίρναμε μαζί μας μόνο όταν θα συζητούσαμε κάτι με κάποιον από το προσωπικό. Όταν παρατηρούσαμε συμπεριφορές και ενέργειες, σκόπιμα αφήναμε το σημειωματάριο στο γραφείο του διευθυντή. Μόλις συνέβαινε κάτι το οποίο μας προκαλούσε εντύπωση πηγαίναμε στο γραφείο και εκεί μακριά από όλους τους άλλους καταγράφαμε το συμβάν. Με τον τρόπο αυτό θέλαμε να μην επηρεάσουμε την συμπεριφορά του προσωπικού και να παρατηρήσουμε τις συνθήκες όσο το δυνατόν λιγότερο επηρεασμένες από την εκεί παραμονή μας. Οι νοσηλεύτριες ελάχιστες φορές μας είχαν δει να καταγράφουμε κάποιες συμπεριφορές στο σημειωματάριο. Οι γιατροί από την άλλη, μιας και η καταγραφή γινόταν στον χώρο των γραφείων, ήξεραν ότι κρατούσαμε σημειώσεις. Όπως μας έλεγαν : «γράφεις, γράφεις. Πρέπει να έχεις γράψει τα πάντα για εδώ μέσα». Συχνά χρησιμοποιούσαμε και μικρά κομματάκια χαρτί όπου καταγράφαμε τις σημειώσεις μας. Με τον τρόπο αυτό καταγράφαμε το γεγονός το οποίο

μας είχε κάνει εντύπωση, όταν στο χώρο των γραφείων υπήρχε κόσμος (είτε γινόταν ενημέρωση των συγγενών, είτε κάποιο συμβούλιο). Είχαμε γεμίσει με χαρτάκια και με σημειώσεις τις οποίες όπως είπαμε αργότερα τις περνούσαμε στον υπολογιστή.

Όπως είναι φυσιολογικό, η συμπεριφορά μας είχε προκαλέσει στο ιατρικό προσωπικό τρομερή περιέργεια. Μαντέψαμε πως θα ήθελαν να μάθουν τι ακριβώς καταγράφαμε. Προκειμένου να εξασφαλίσουμε την αυθόρμητη συμπεριφορά τους αφήναμε το σημειωματάριο ανοικτό στο χώρο του γραφείου την ώρα που ήμασταν μέσα στη μονάδα. Αυτό γινόταν όταν τα στοιχεία τα οποία είχαμε καταγράψει, γνωρίζαμε πως δεν θα επηρέαζαν την συμπεριφορά των γιατρών όταν τα διάβαζαν (π.χ. καταγραφή στοιχείων για ωράρια, για φάρμακα, για σχέσεις της Μ.Ε.Θ. με το νοσοκομείο). Επίσης κάποιες φορές τις πρώτες μέρες κατά τις οποίες ήμασταν στην μονάδα μας ζήτησαν να διαβάσουν τις σημειώσεις μας. Και στις δύο περιπτώσεις αφήναμε τα κείμενά μας ελεύθερα προς ανάγνωση. Ο τρόπος όμως γραφής των σημειώσεών μας δεν τους έδινε πολλά περιθώρια κατανόησης. Σκόπιμα γράφαμε εξαιρετικά δυσανάγνωστα γράμματα σε καίριες παρατηρήσεις μας. Ο τηλεγραφικός χαρακτήρας των προτάσεών μας, ήταν άλλος ένας τρόπος τον οποίο χρησιμοποιούσαμε προκειμένου να κάνουμε τις παρατηρήσεις μας απρόσιτες σε οποιονδήποτε άλλο. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, για αυτόν τον λόγο αμέσως μετά ξαναγράφαμε τις σημειώσεις μας. Με τον τρόπο αυτό ικανοποιούσαμε την περιέργεια των μελών της Μ.Ε.Θ. καταγράφοντας ταυτόχρονα τα στοιχεία τα οποία μας ενδιέφεραν. Από ένα σημείο και μετά, όταν είχε γίνει πλέον σύννηθες φαινόμενο από όλους η καταγραφή των σημειώσεων χωρίς να τους ενοχλεί, περιορίσαμε και τις μεθόδους απόκρυψης των στοιχείων. Σκόπιμα δεν χρησιμοποιήσαμε κασετόφωνο διότι θα προκαλούσε αμηχανία και θα προκατάλαμβανε τη συμπεριφορά των μελών της μονάδας. Άλλωστε δεν θα ήταν και ιδιαίτερα λειτουργική η χρήση του κασετοφώνου. Αυτό που μας ενδιέφερε είναι η κατανόηση του χώρου των Μ.Ε.Θ. Δεν υπήρχε δηλαδή συγκεκριμένος χρόνος χρησιμοποίησης του κασετοφώνου. Ανά πάσα στιγμή μπορούσε να συμβεί ή να ειπωθεί κάτι σημαντικό. Δεν θα μπορούσαμε να μαγνητοφωνήσουμε κάθε άτομο, κάθε στιγμή. Αυτό που μπορούσαμε να κάνουμε και το οποίο κάναμε ήταν η άμεση καταγραφή στις γραπτές σημειώσεις που κρατούσαμε, οποιουδήποτε γεγονότος μας έκανε εντύπωση (ακόμη και φράσεων ολόκληρων).

Κατά την διάρκεια της παραμονής μας στη μονάδα φορούσαμε μια άσπρη ποδιά γιατρού, την οποία μας είχαν προσφέρει προκειμένου να μπορούμε να κυκλοφο-

ρούμε ελεύθερα μέσα στη μονάδα. Φορώντας αυτή την στολή ήταν πιο εύκολο να ταυτιστούμε με το προσωπικό⁵³⁸. Άλλωστε στην αρχή της παραμονής μας στη μονάδα, μας είχε επιβληθεί για λόγους απολύμανσης η συγκεκριμένη ενδυμασία. Στην συνέχεια, όταν είχαμε εξοικειωθεί με το προσωπικό, υπήρχαν και ημέρες όπου δεν την φορούσαμε.

Μετά την γνωριμία με το ιατρικό προσωπικό προσπαθήσαμε να γνωριστούμε και με το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο ήταν και πιο πολυπληθές. Ως τακτική επιλέξαμε την γνωριμία με την προϊσταμένη των νοσηλευτριών. Την κάλεσε ο διευθυντής στο γραφείο του όπου και έγιναν οι αναγκαίες συστάσεις. Η προϊσταμένη είναι αυτή η οποία βρίσκεται στην κορυφή της νοσηλευτικής ιεραρχίας μέσα στην μονάδα. Επιδιώξαμε την γνωριμία μαζί της προκειμένου η αποδοχή μας από τις νοσηλεύτριες στο χώρο εργασίας τους να γίνει πιο ομαλή. Εξηγήσαμε στην προϊσταμένη το λόγο ύπαρξής μας καθώς και τον χρόνο τον οποίο υπολογίζαμε να παραμείνουμε στη μονάδα. Ζητήσαμε ευγενικά την άδειά της καθώς και την βοήθειά της. Υποσχέθηκε να μας βοηθήσει και έπειτα επέστρεψε στο γραφείο της. Μετά από ένα τέταρτο μπήκαμε στο χώρο των κρεβατιών των ασθενών, όπου βρισκόταν και το γραφείο της προϊσταμένης. Καθίσαμε δίπλα της και συζητήσαμε γενικά για την μονάδα, τονίζοντας ότι μας ενδιέφερε η σχέση των γιατρών με τις νοσηλεύτριες. Οι ερωτήσεις μας ήταν γενικές και σκόπευαν απλά στην διαμόρφωση ενός θετικού κλίματος. Συζητήσαμε για είκοσι περίπου λεπτά και έπειτα αποχωρήσαμε. Αυτή η αποχώρηση ήταν σκόπιμη. Ο χώρος των Μ.Ε.Θ. είναι εξαιρετικά περιορισμένος και δεδομένου της βαρύτητας των περιστατικών οι νοσηλεύτριες είναι μονίμως απασχολημένες. Η είσοδος απαγορεύεται αυστηρά, έτσι ένα νέο πρόσωπο, εκτός του ότι γίνεται άμεσα αντιληπτό, προκαλεί και έντονες αντιδράσεις. Συγκεκριμένα μόλις ζητήσαμε την προϊσταμένη, μια νοσηλεύτρια φωνάζοντάς την της είπε «σας ζητάει αυτός». Το κλίμα δηλαδή ήταν αν όχι αρνητικό τουλάχιστον ενοχλημένο από την παρουσία μας εκεί. Αυτό είναι άλλωστε και το πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζει όποιος διεξάγει συμμετοχική παρατήρηση. Τον αντιμετωπίζουν ως ξένο, ως μυστήριο, ως απρόσκλητο, ως ενοχλητικό. Πόσο περισσότερο κάποιον ο οποίος εντάσσεται σε έναν τόσο κλειστό χώρο όπως οι Μ.Ε.Θ., οι οποίες στην ουσία είναι ένα μεγάλο δωμάτιο το οποίο χωράει μερικά κρεβάτια. Όπου και να πάς, ότι και να κάνεις γίνεσαι ανά πάσα

⁵³⁸ Αναφέρετε και από Zussman R. (1992), *Intensive Care : Medical Ethics and the Medical*

στιγμή ορατός. Από την αρχή γνωρίζαμε ότι θα αντιμετωπίζαμε προβλήματα αποδοχής. Και ας μην ξεχνάμε πως στην προϊσταμένη μας είχε συστήσει ο διευθυντής της μονάδας, δηλαδή ένας γιατρός. Στα μάτια των νοσηλευτριών ήμασταν ο κατάσκοπος των γιατρών. Δεν ανήκαμε στην δική τους ομάδα, πόσο περισσότερο είχαμε εισαχθεί στην μονάδα έπειτα από πρωτοβουλίες των γιατρών. Για να αμβλύνουμε αυτήν την αρνητική απέναντι μας προκατάληψη, την πρώτη ημέρα μετά από την συζήτηση με την προϊσταμένη αποχωρήσαμε. Αφήσαμε τον χρόνο να λειτουργήσει υπέρ μας.

Όπως ήταν φυσικό η εμφάνισή μας στην μονάδα προκάλεσε εντύπωση και περιέργεια στις νοσηλεύτριες οι οποίες όπως υποθέσαμε ρώτησαν την προϊσταμένη για την ταυτότητά μας και για το λόγο παρουσία μας στη μονάδα. Εκείνη πρέπει να τους είτε αυτά που είχαμε συζητήσει μαζί της. Ότι δηλαδή μας ενδιέφερε η σχέση των γιατρών με τις νοσηλεύτριες. Ας μην ξεχνάμε πως από την βιβλιογραφία γνωρίζαμε την στάση των γιατρών απέναντι στις νοσηλεύτριες και τα συνακόλουθα παράπονα των τελευταίων. Τονίζοντας στην προϊσταμένη ότι μας ενδιέφερε ο τρόπος με τον οποίο οι γιατροί αντιμετωπίζουν τις νοσηλεύτριες προσπαθήσαμε να εκμεταλλευθούμε την συμπεριφορά των νοσηλευτριών. Όπως γνωρίζαμε οι νοσηλεύτριες προβάλλουν την άποψη ότι τους φέρονται υποτιμητικά και τις εκμεταλλεύονται οι γιατροί. Αυτό το οποίο ζητούσαν ήταν να ενδιαφερθεί κάποιος για αυτές, κάποιος να ακούσει την άποψή τους. Παρέχοντας τους το λόγο, δίνοντας τους την δυνατότητα να μιλήσουν για την συμπεριφορά των γιατρών απέναντί τους θεωρήσαμε πως θα μπορούσαμε να κερδίσουμε την αποδοχή τους στο χώρο εργασίας τους.

Την επομένη ημέρα πλησιάσαμε την προϊσταμένη, η οποία ήταν άλλωστε και η μόνη από τις νοσηλεύτριες με την οποία είχαμε επαφή, και αρχίσαμε να την ρωτάμε για την σχέση τους με τους γιατρούς. Την ώρα που μιλούσαμε μαζί της ήρθε άλλη μία νοσηλεύτρια και κάθισε δίπλα μας. Στην αρχή άκουγε αυτά που συζητούσαμε με την προϊσταμένη και έπειτα, ενώ εμείς απευθύνουμε ερωτήσεις στην προϊσταμένη, άρχισε να απαντάει στις ερωτήσεις αυτές, δίνοντας την δική της άποψη για τους γιατρούς. Όπως χαρακτηριστικά μας έλεγε προσπαθώντας να πάρει τον λόγο από την προϊσταμένη στην οποία απευθύνουμε τις ερωτήσεις, «εγώ νομίζω πως ...». Ύστερα από λίγο ήρθε και άλλη μία νοσηλεύτρια και λίγο μετά και άλλη μία. Όλες μαζί απαντούσαν σε αυτά τα οποία ρωτούσαμε και συχνά επέκτειναν την συζήτηση κάνοντας

συγκρίσεις μεταξύ της συμπεριφοράς των γιατρών απέναντι στις νοσηλεύτριες μέσα στην Μ.Ε.Θ. και έξω από αυτή, στα άλλα τμήματα. Η συζήτηση συνεχίστηκε για λίγα ακόμη λεπτά και έπειτα γύρισαν στις εργασίες τους. Είχαμε όμως πετύχει τον σκοπό μας. Είχαμε διαμορφώσει μια πρώτη επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Προκειμένου να κερδίσεις την αποδοχή κάποιου στο πλαίσιο διεξαγωγής της συμμετοχικής παρατήρησης, πρέπει να του δίνεις την δυνατότητα να εκφράσει την άποψή του. Και το σημαντικότερο, να δείχνεις ενδιαφέρον για την άποψή του. Στην δική μας περίπτωση σημαντικό ήταν το γεγονός ότι έπρεπε να διατηρήσουμε μια ισορροπία στις σχέσεις μας. Έπρεπε να κρατήσουμε την ίδια στάση, τόσο απέναντι στους γιατρούς, όσο και απέναντι στις νοσηλεύτριες. Η τακτική της διατήρησης ίσων αποστάσεων προσφέρει την ισορροπία. Πρέπει να μπορείς να εξοικειώνεσαι με το χώρο, με την εκάστοτε ομάδα με την οποία βρίσκεσαι. Παρόλα αυτά όμως πρέπει να μπορείς σε κάθε περίπτωση να πείθεις την εκάστοτε ομάδα, όχι αναγκαστικά ότι συμφωνείς με τις απόψεις της έναντι της άλλης ομάδας, αλλά ότι βρίσκεις τις απόψεις της ενδιαφέρουσες και τα παράπονα απέναντι στην άλλη ομάδα δικαιολογημένα. Αυτή η στάση πρέπει να δομείται πάνω σε μια προσωπική γνώμη για τη συγκεκριμένη σχέση. Έπρεπε δηλαδή να διαμορφωθεί στα μέλη της Μ.Ε.Θ. (τόσο στους γιατρούς, όσο και στις νοσηλεύτριες) η εντύπωση ότι έχουμε μια δική μας προσωπική άποψη για την μεταξύ τους σχέση και δεν αμφιταλαντευόμαστε από την μία γνώμη στην άλλη. Με άλλα λόγια η τακτική διατήρησης ίσων αποστάσεων πρέπει να τοποθετείται πάνω στην βάση της προσωπικής άποψης. Ειδάλλως παρουσιάζεσαι ως ο-πορτουνιστής, ως αφερέγγυος, το οποίο έχει ως συνέπεια το μειωμένο κύρος και την προκατειλημμένη μεταχείριση.

Σε κάποιες περιπτώσεις κατά την διάρκεια της παραμονής μας βρεθήκαμε αντιμέτωποι με καταστάσεις οι οποίες ήταν πρωτόγνωρες και μας προκάλεσαν μεγάλη αναστάτωση, π.χ. την πρώτη φορά την οποία είδαμε να πεθαίνει κάποιος. Κατά την διάρκεια αυτών των καταστάσεων νοιώθαμε πως θα λιποθυμήσουμε, αισθανόμασταν αυτό το αίσθημα της ναυτίας που νοιώθεις να σε κυριεύει. Παρόλα αυτά δεν είπαμε τίποτε, δεν δείξαμε τίποτε σε κανέναν και αποσυρθήκαμε στο χώρο του γραφείου, προκειμένου να καταγράψουμε τις σημειώσεις μας, μια συμπεριφορά η οποία θεωρούνταν συνηθισμένη. Δεν θέλαμε να καταλάβει κανείς την κατάσταση στην οποία βρισκόμασταν. Αν δείχναμε πως μας είχε προκαλέσει αυτή η κατάσταση, όπως και άλλες παρόμοιες, τόση αναστάτωση, θα προκαλούσαμε την αντίδραση του προσωπι-

κού. Μας ενδιέφερε όμως να γνωρίσουμε την φυσιολογική τους αντίδραση απέναντι σε αυτές τις καταστάσεις και όχι κάποια συμπεριφορά η οποία θα προέκυπτε εξαιτίας της ευαισθητοποίησής τους απέναντί στην δική μας συμπεριφορά. Την τακτική αυτή την εφαρμόσαμε σε κάθε περίπτωση. Προσπαθούσαμε να διατηρούμε μια στάση όσο το δυνατόν περισσότερο συναισθηματικά ουδέτερη απέναντι σε διάφορες καταστάσεις προκειμένου να μην επηρεάσουμε την συμπεριφορά του προσωπικού και να μπορέσουμε να δούμε ανάγλυφα την πραγματική του συμπεριφορά.

Από τη στιγμή της μερικής αποδοχής μας από τις νοσηλεύτριες περνούσαμε τον περισσότερο χρόνο μας στο χώρο στον οποίο βρίσκονται τα κρεβάτια των ασθενών και ο οποίος χώρος αποτελεί τον κατεξοχήν χώρο της Μ.Ε.Θ. Αρχικά καθόμασταν για λίγο και έπειτα περνούσαμε τον υπόλοιπο χρόνο μας στο χώρο του γραφείου των γιατρών, παρατηρώντας τα συμβούλια των γιατρών, τις μεταξύ τους συζητήσεις καθώς και τις συζητήσεις με άλλους γιατρούς έξω από την μονάδα και εν τέλη τις ενημερώσεις τις οποίες έδιναν στους συγγενείς των ασθενών. Δεν περνούσαμε από την αρχή της παραμονής μας τον περισσότερο χρόνο μας μέσα στη μονάδα διότι θέλαμε σιγά σιγά να μας αποδεχτούν ως εικόνα οι νοσηλεύτριες. Θέλαμε δηλαδή πρώτα οι νοσηλεύτριες να συνηθίσουν την ύπαρξη μας ως φιγούρα και έπειτα να προχωρήσουμε στην διεξαγωγή της συλλογής των στοιχείων. Στην συνέχεια μέναμε μονίμως στο χώρο των κρεβατιών. Πλέον δεν ήμασταν η φιγούρα του «ξένου» μέσα στην μονάδα. Είχαμε περάσει πλέον στη δεύτερη φάση όπου οι νοσηλεύτριες μας αντιμετώπιζαν με καχυποψία, αλλά είχαν αποδεχτεί και γνώριζαν την συνεχή παρουσία μας στο χώρο. Κατά την διάρκεια αυτής της φάσης περνούσαμε τον περισσότερο χρόνο μας παρατηρώντας τα μηχανήματα, τις αφίσες στον τοίχο οι οποίες αναφέρονταν σε διάφορες δοσολογίες, τις ενέργειες των νοσηλευτριών και συζητούσαμε μαζί τους, όποτε είχαν χρόνο. Παράλληλα αρχίσαμε να ρωτάμε για διάφορα πράγματα όπως για τη λειτουργία των μηχανημάτων, για τα φάρμακα και γενικά για ότι συνέβαινε στη μονάδα.

Ταυτόχρονα οικειοθελώς προσφέραμε βοήθεια εκτελώντας εργασίες μέσα στην μονάδα. Στο σήκωμα των ασθενών οι νοσηλεύτριες, στην συντριπτική πλειοψηφία γυναίκες, αντιμετώπιζαν πρόβλημα. Κατά το παρελθόν κάποιες νοσηλεύτριες οι οποίες ήταν έγκυες, είχαν αποβάλλει διότι σήκωναν πολύ βάρος κατά το σήκωμα του σώματος των ασθενών. Εθελοντικά προσφερθήκαμε και βοηθήσαμε στο σήκωμα των ασθενών, είτε για τη μεταφορά τους σε άλλο τμήμα του νοσοκομείου (ακτι-

νολογικό), είτε για την αλλαγή στην στάση στην οποία βρίσκονται στο κρεβάτι προκειμένου να μην πάθουν αγκύλωση από την ακινησία. Καθημερινά βοηθούσαμε να σηκώσουν τους ασθενείς. Μάλιστα από ένα σημείο και μετά η βοήθειά μας θεωρούνταν ως δεδομένη, ώστε ακόμη και να βρισκόμασταν κάπου μακριά από το κρεβάτι του ασθενή (π.χ. στο γραφείο), μας φώναζαν προκειμένου να βοηθήσουμε να σηκώσουν τον ασθενή. Παράλληλα κάναμε και ένα πλήθος άλλων ενεργειών (σηκώναμε το τηλέφωνο, κουβαλούσαμε τον ιματισμό και τον τοποθετούσαμε στα ράφια). Επίσης βοηθούσαμε και στις εξωτερικές εργασίες της μονάδας. Συνοδεύαμε τους τραυματιοφορείς σε κάθε εργασία τους έξω από την μονάδα (στους αξονικούς, στην διοίκηση, στο φαρμακείο). Με το τρόπο αυτό γνωρίζαμε τη σχέση της Μ.Ε.Θ. και την εξάρτηση από το υπόλοιπο νοσοκομείο. Ένα συχνό παράπονο των τραυματιοφορέων ήταν ότι σήκωναν μόνοι τους ασθενείς στον αξονικό τομογράφο, μιας και εκεί δεν υπήρχαν οι νοσηλεύτριες. Όταν θέλαμε να βοηθήσουμε τον τραυματιοφορέα μας προέτρεπαν οι νοσηλεύτριες να τον βοηθήσουμε, ευχαριστώντας μας προκαταβολικά, σαν να βοηθούσαμε αυτές. Ένα θετικό στοιχείο των εξωτερικών εργασιών τις οποίες εκτελούσαμε με τον τραυματιοφορέα ήταν ότι αποκτήσαμε πολύ καλή προσωπική σχέση μαζί του. Έτσι μας έλεγε τα πάντα για την μονάδα, την προσωπική του γνώμη για τα προβλήματα με τους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες, κάνοντας σύγκριση με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου όπου είχε εργασθεί. Ενώ εκτελούσαμε τις εξωτερικές εργασίες μπορούσαμε να συζητούμε ελεύθερα για τα πάντα μιας και ήμασταν μόνοι έξω από τα περιορισμένα πλαίσια της μονάδας. Παράλληλα πηγαίνοντας στο ακτινολογικό τους ασθενείς, μαθαίναμε από πρώτο χέρι από τις αξονικές, ποια ήταν η κατάσταση του ασθενή και μπορούσαμε να δούμε με ποιόν τρόπο χρησιμοποιούνταν απέναντι στους συγγενείς αυτή η γνώση για την εξέλιξη της υγείας του ασθενή.

Το γεγονός ότι εφαρμόσαμε ορισμένες τακτικές (π.χ. η βοήθεια στο σήκωμα των ασθενών) δεν σημαίνει πως το κάναμε στο πλαίσιο ενός εργαλειακού ορθολογισμού για την επίτευξη του σκοπού της αποδοχής μας από το προσωπικό της μονάδας. Σκοπός μας ήταν να βοηθήσουμε κάποιον ο οποίος χρειαζόταν την βοήθεια μας και ως αποτέλεσμα της προσφοράς μας προέκυψε η γνωριμία και η αποδοχή μας από το προσωπικό. Εκ των υστέρων δηλαδή είδαμε ότι αυτή η προσφορά μας βοήθησε.

Διαμορφώθηκε έτσι ένα πολύ ευνοϊκό κλίμα για μας μέσα στην μονάδα. Το προσωπικό μας εμπιστεύονταν και μπορούσαμε να μπαινοβγαίνουμε στην μονάδα οποιαδήποτε μέρα ή ώρα. Μπορούσαμε να ρωτάμε τα πάντα καθώς και να παρατη-

ρούμε ελεύθερα οτιδήποτε στην μονάδα. Ήμασταν παρόντες ακόμα και σε συζητήσεις απόρρητες του ιατρικού προσωπικού για θέματα ιατρικά τα οποία αφορούσαν την εξέλιξη της υγείας ασθενών, ή ακόμα και σε συζητήσεις για ιατρικά λάθη. Ήταν τότε η εμπιστοσύνη ώστε συχνά τοποθετούσαμε μόνοι μας τα φάρμακα στα ράφια. Και όχι μόνο τα αντιβιοτικά και τους ορούς, αλλά και τα ναρκωτικά τα οποία τα τοποθετούσαν σε ράφια τα οποία άνοιγαν μόνο με κλειδί. Όλο το προσωπικό γνώριζε την ύπαρξή μας και δεν παραξενευόταν από τις ενέργειές μας. Πλέον όλοι μας είχαν αποδεχθεί και μας αντιμετώπιζαν ως φίλο τους. Μπορούσαμε ελεύθερα να διαβιούμε μέσα στο χώρο της μονάδας. Είχαμε γίνει ένα μέλος της Μ.Ε.Θ. και συχνά μας έλεγαν ότι μας είχαν συνηθίσει και ότι θα τους λείπαμε όταν θα αποφασίζαμε να σταματήσουμε την συμμετοχική παρατήρηση.

Το γεγονός ότι η Μ.Ε.Θ. λειτουργεί απομονωμένα και είναι κλειστή σε οποιονδήποτε προσπαθεί να την μελετήσει, το οποίο μας είχε προκαλέσει δυσκολίες στην αρχή, πλέον μετατράπηκε σε θετικό στοιχείο, μιας και μας είχαν αποδεχθεί ως ένα μέλος της μονάδας. Μέσα στο πλαίσιο ενός τόσο κλειστού χώρου αν καταφέρεις να γίνεις αποδεκτός αναπτύσσεις εύκολα στενές επαφές και γνωρίζεις καλύτερα το χώρο παρά αν βρισκόσουν σε ένα πιο ελεύθερο χώρο ο οποίος αποτελούνταν από περισσότερα άτομα (π.χ. εργοστάσιο). Παρόλη την αποδοχή μας από το προσωπικό διατηρήσαμε μια κριτική στάση απέναντι στα γεγονότα και τις εκάστοτε ομάδες. Μελετούσαμε τις συμπεριφορές της κάθε ομάδας, ακούγαμε γνώμες και απόψεις, αλλά δεν αφομοιωθήκαμε από το χώρο (ιδρυματοποίηση ερευνητή). Διατηρήσαμε την δική μας άποψη και δεν οδηγηθήκαμε σε μια αναπαραγωγή των απόψεων π.χ. των νοσηλευτριών. Δεν ταυτιστήκαμε με καμία ομάδα αλλά οτιδήποτε ακούγαμε και βλέπαμε το χρησιμοποιούσαμε ερμηνεύοντας το πλαίσιο πάνω στο οποίο ειπώθηκε. Η γνώση του πλαισίου πήγαζε από την κάλυψη της βιβλιογραφίας και διαμ'ορφωνε την προσωπική μας άποψη.

Από την στιγμή κατά την οποία μας είχε αποδεχθεί πλήρως το προσωπικό άρχισε και η ουσιαστική συλλογή των στοιχείων. Πλέον ανήκαμε στη μονάδα και οτιδήποτε και αν συνέβαινε σε καθημερινή βάση μας γινόταν αυτομάτως γνωστό, από το κουτσομπολιό των γιατρών για τις νοσηλεύτριες και αντιστρόφως, φτάνοντας μέχρι και τα ιατρικά σφάλματα. Είχαμε γίνει ένα μέλος της μονάδας και μαθαίναμε τα πάντα, από σχόλια για την κοινωνική ζωή των ασθενών μέχρι και προσωπικές ηθικές κρίσεις του προσωπικού για τους ασθενείς. Παράλληλα είχαμε πρόσβαση στους προ-

σωπικούς φακέλους των ασθενών, σε όλες τις εξετάσεις τους, στα ιστορικά τους και γενικά σε οποιαδήποτε πληροφορία υπήρχε για αυτούς. Ήμασταν παρών σε καθημερινή βάση στην πρωινή ενημέρωση των γιατρών για την κατάσταση της εξέλιξης της υγείας των ασθενών, όπως επίσης και στην ενημέρωση την οποία έκαναν οι γιατροί στους συγγενείς. Είχαμε την άδεια ακόμη και να αντιγράψουμε στοιχεία από τις καρτέλες των ασθενών, τις οποίες και χρησιμοποιήσαμε ανώνυμα. Επίσης συλλέξαμε οποιοδήποτε έντυπο υπήρχε στη Μ.Ε.Θ. από πιστοποιητικά θανάτου μέχρι τα αποτελέσματα των εξετάσεων των ασθενών και τα προσωπικά τους ιστορικά. Με την βοήθεια του προσωπικού κατανοήσαμε τον τρόπο δομής των εγγράφων (π.χ. ατομική καρτέλα του ασθενή) και έτσι μπορέσαμε να συγκροτήσουμε την ιδιαίτερη λογική πάνω στην οποία λειτουργούν οι Μ.Ε.Θ.

Η παρουσίαση της μεθοδολογίας την οποία ακολουθήσαμε κατά την διεξαγωγή της συμμετοχικής παρατήρησης πρέπει να συμπληρωθεί με τις ευχαριστίες μας απέναντι στο προσωπικό της συγκεκριμένης μονάδας στην οποία διεξήγαμε την συμμετοχική παρατήρηση. Σκόπιμα δεν αναφέραμε το όνομα της συγκεκριμένης μονάδας καθώς και τα ονόματα των συγκεκριμένων γιατρών και νοσηλευτριών στην προσπάθειά μας να τους προφυλάξουμε. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε πως βασική θέση της διατριβής αποτελεί η άποψη πως τα συγκεκριμένα άτομα (γιατροί ή νοσηλεύτριες) δεν ευθύνονται για τις συγκεκριμένες ενέργειες (τρόπος αντιμετώπισης του ασθενή). Η στάση απέναντι στον ασθενή και η αντιμετώπισή του ως ένα υπάκουο αντικείμενο χωρίς αισθήματα, επιβάλλεται στο προσωπικό της Μ.Ε.Θ. από την δομή του επιστημονικού ιατρικού λόγου. Η συμπεριφορά του προσωπικού απέναντι στον ασθενή δεν έχει να κάνει σε τίποτε με τις προσωπικότητες των εργαζομένων στις Μ.Ε.Θ. Δεν πρέπει με κανένα τρόπο να προσωποποιούμε τις εξουσιαστικές σχέσεις τις οποίες παρουσιάσαμε. Υπεύθυνα για τις συγκεκριμένες συμπεριφορές δεν είναι τα εκάστοτε άτομα, αλλά το πλαίσιο πάνω στο οποίο νοσηματοδοτούνται και κινούνται οι συμπεριφορές τους⁵³⁹. Τα άτομα τα οποία γνωρίσαμε κατά την διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης στη Μ.Ε.Θ. δεν διάφεραν σε τίποτα από τους εργαζόμενους σε οποιοδήποτε άλλο χώρο. Υπήρχε ένα πλήθος από διαφορετικές προσωπικότητες, στην συντριπτική τους πλειοψηφία καλοπροαίρετοι, ευγενικοί, με λίγα λόγια φυσιο-

⁵³⁹ Αυτή είναι άλλωστε και η διαφορά μιας δημοσιογραφικής, από μια κοινωνιολογική έρευνα. Η δημοσιογραφική αναλώνεται στην παρουσίαση μιας κατάστασης, ενώ η κοινωνιολογική αναζητά την

λογικοί άνθρωποι. Η εικόνα όμως που παρουσιάζεται για αυτά τα άτομα από μια επιφανειακή ανάγνωση των αποτελεσμάτων της έρευνας, είναι η εικόνα των απάνθρωπων βασανιστών των ασθενών. Είναι πολύ σημαντικό για μας να γίνει κατανοητό ότι η βασική θέση και το σημαντικότερο συμπέρασμα της έρευνάς μας είναι ότι οι συμπεριφορές οι οποίες παρατηρήσαμε και καταγράψαμε δεν προσδιορίζονται από τις προσωπικότητες των εργαζομένων της Μ.Ε.Θ. αλλά επιβάλλονται από την δομή του επιστημονικού λόγου, ο οποίος προσεγγίζει τον ασθενή με ένα συγκεκριμένο τρόπο. Για αυτό το λόγο εξηγείται άλλωστε και ο κοινός τρόπος αντιμετώπισης του ασθενή. Αν η συμπεριφορά των εργαζομένων προσδιοριζόταν απόλυτα από την προσωπικότητά τους δεν θα μπορούσε να εξηγηθεί ο κοινός για όλους τρόπος αντιμετώπισης του ασθενή. Όταν δηλαδή οι εργαζόμενοι της Μ.Ε.Θ. αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως ένα αντικείμενο, το κάνουν διότι νομίζουν ότι έτσι ενεργούν για το καλό του. Ο τρόπος με τον οποίο ενεργούν οι εργαζόμενοι της Μ.Ε.Θ. θέτει ως πρώτη προτεραιότητα τη διατήρηση του ασθενή στη ζωή. Οτιδήποτε άλλο, όπως η αξιοπρέπεια του ασθενή, ο σεβασμός της προσωπικότητάς του, τίθενται σε δεύτερη μοίρα στο πλαίσιο μιας τεχνοκρατικής λογικής, η οποία αντικαθιστά τα θέματα αξιών με τεχνικά ζητήματα προς επίλυση. Ο επιστημονικός λόγος επιβάλλει την διατήρηση στη ζωή του ασθενή με ένα συγκεκριμένο τρόπο, ο οποίος απογυμνώνει το άτομο από κάθε μη σωματικό στοιχείο (ψυχολογικό, συναισθηματικό). Οι εργαζόμενοι στις Μ.Ε.Θ. εγκλωβισμένοι σε ένα συγκεκριμένο τρόπο συμπεριφοράς, ο οποίος επιβάλλεται από την παιδεία που τους έχει παρασχεθεί, κάνουν ότι μπορούν για να σώσουν τον ασθενή. Αδυνατούν να συνειδητοποιήσουν ότι με τον τρόπο που ενεργούν προσβάλλουν την οντότητα του ασθενή. Πιστεύουν ειλικρινά και το πράττουν συνειδητά, ότι ενεργούν για το καλό του ασθενή. Συμπερασματικά θεωρούμε πως δεν ευθύνονται τα άτομα για την στάση απέναντι στον ασθενή, μιας και αυτή επιβάλλεται από τον ίδιο τον ιατρικό λόγο, από τις ίδιες τις συνθήκες γέννησής του.

βαθύτερη εξήγηση αυτής της κατάστασης με την βοήθεια των εργαλείων τα οποία η κοινωνιολογική μεθοδολογία προσφέρει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγραφιώτης Δ. (1988), *Υγεία και Αρρώστια: Κοινωνικό - Πολιτισμικές Διαστάσεις*, Λίτσας.
- Αλεξιάς Γ. (1993), *Η Κατασκευή του Επιστημονικού Λόγου*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Δημοσίευτη Εργασία.
- Αλεξιάς Γ. (1993), *Το Εργασιακό Θεραπεύει ως Επάγγελμα και ως Επικοινωνιακός Λόγος*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Δημοσίευτη Εργασία.
- Αλιέντε Ι. (1995), *Πάουλα*, Ωκεανίδα.
- Αμπυρτζέ Ζ. (1973), *Δύναμη και Αδυναμία. Οι Μεταμορφώσεις της Ιατρικής και του Ανθρώπου*, Ράππα.
- Αντωνοπούλου Μ. (1989), (1992), *Θεωρία και Ιδεολογία στην Σκέψη των Κλασικών της Κοινωνιολογίας*, Παπαζήσης.
- Αριές Φ. (1988), *Δοκίμια για τον Θάνατο στη Δύση*, Γλάρος.
- Αριές Φ. (1997), *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου : Η Εποχή των Κοιμωμένων Ι, Εστία*
- Αποστόλου Γ. (1977), *Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Προυποθέσεις - Λειτουργία - Επιτελούμενο Έργο - Προβλήματα -Επάνδρωση Μελλοντικές Προοπτικές, Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 1977 11 : 179 - 190.*
- Βασιλείου Θ. Σταματάκη Ν. (1992), *Λεξικό των Επιστημών του Ανθρώπου*, Gutenberg.
- Γκαράνη Τ. (1992), *Εντατική Θεραπεία : Ηθικά, Δεοντολογικά και Νομικά Προβλήματα*, Διδακτορική Διατριβή.
- Γκιζέλης Γ. (1977), *Η Εθνογραφία της Υγείας*, Γρηγορόπουλος.
- Γρίβας Κ. (1984), *Η Κοινωνικοποίηση της Υγείας*, Στοχαστής.
- Goffman E. (1994), *Άσπυλα*, Ευρυαλός.
- Grmek M. (1989), *Οι Ασθένειες στην Αυγή του Δυτικού Πολιτισμού*, Χατζηνικολή.
- Έκθεση Ομάδας Εργασίας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, (1983), *Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, Οκτώβρης 1983.*
- Elias N. (1991), *Για τη Μοναξία των Θνησκόντων, Λεβιάθαν, 9 : 23 - 47.*
- Ζωτάλης Γ. Περιορισμοί στην Ιατρική Νέμεση : Η Απαλλοτρίωση της Υγείας, *Επιστημονική Σκέψη, : 101 - 105.*
- Illich I. (1988), *Ιατρική Νέμεση*, Εκδοτική Ομάδα.
- Ιωαννίδη Ε. (1990), *Η Κοινωνιολογία της Υγείας και η Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιόγραμμα, Ιούνιος 1990 : 3 - 4.*
- Camus A. (1973), *Ο Μύθος του Σίσυφου*, Μπουκουμάνης.
- Κανελλόπουλος Χ. (1993), *Ο Ανθρώπινος Παράγοντας στις Υπηρεσίες Υγείας*, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Σημειώσεις.
- Καραποστόλη Δ. (1983), *Η Καταναλωτική Συμπεριφορά στην Ελληνική Κοινωνία 1960 - 1975*, Ε.Κ.Κ.Ε.
- Κατοστάρας Θ. (1990), *Υγειονομικές και Δημογραφικές Συνιστώσες της Περιφερειακής Κατανομής και Εξέλιξης των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών στην Ελλάδα. Στατιστική και Οικονομική Προσέγγιση*, Αθήνα, Νοσηλευτική Σχολή, Διδακτορική Διατριβή.
- Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (1987), *Διάγνωση Εγκεφαλικού Θανάτου.*

- Kieckhefer R. (1977), *Η Μαγεία στον Μεσαίωνα*, Κωσταράκη
- Κονδύλης Π. (1992), *Ισχύς και Απόφαση*, Στιγμή
- Κοσκινάς Κ. (1996), *Κοινωνιολογία της Εξουσίας*, Συμεών.
- Κυριακίδη (1992), *Κοινωνιολογία*, Ιωάννινα, Ιατρική Σχολή.
- Κυριόπουλος Γ. (1980), *Η Υγειονομική Κρίση στην Ελλάδα, Οικονομία και Κοινωνία*, Μάρτιος 1980 : 8 - 13.
- Λαναρά Β. (1993), *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, Λίτσας.
- Μανούσος Ο. Μαντοκαλάκης Θ. (1978), *Εισαγωγή στην Κλινική Ιατρική*, Λίτσας.
- Mauss M. *Σχεδιάσμα μιας Γενικής Θεωρίας για την Μαγεία*, Praxis.
- Μεσθεναίου Ε. (1986), *Νοσοκομειακή Οργάνωση : Ιστορικές Καταβολές και Παράδοση*, Υγειονομική Σχολή.
- Μιχαλούδης Γ. (1992), *Ανάλυση Κόστους Οφέλους σε μια Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα*, Διδακτορική Διατριβή.
- Παίξης Χ. (1991), *Ελευθερία προς το Θάνατο και Αυθεντικότητα στην Προβληματική της Υπαρξιακής Αναλυτικής*, *Λεβιάθαν*, 9 : 79 - 88.
- Παπαγιανόπουλου Γ. (1992), *Ιατρική*, Ιωάννινα, Ιατρική Σχολή.
- Παπασπύρου Ν. *Εισαγωγή στη Φιλοσοφία της Ιατρικής*.
- Πλατή Χ. (1987), *Κοινωνικό-οικονομικοί Παράγοντες Προσδιοριστικοί της Στελέχωσης Νοσοκομείων με Νοσηλευτικό Προσωπικό*, Αθήνα, Διδακτορική Διατριβή
- Πλατή Χ. (1990), *Προτεινόμενο Σχέδιο Καθορισμού Ευθυνών και Καθηκόντων Νοσηλευτικού Προσωπικού*, *Νοσηλευτική*, 3 Ιούλιος Σεπτέμβριος 1990 : 174 - 219.
- Ρήγου Μ. (1990), *Επικοινωνιακή, Ηθική και Πολιτική Διάσταση του Θανάτου στην Νεότερη Ιστορία*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Διδακτορική Διατριβή.
- Rodberg L. Stevenson G. (1978), *Η Βιομηχανία Ιατρικής Περιθαλψής στον Προηγμένο Καπιταλισμό*, *Σύγχρονα Θέματα*, τ. 3 : 34 - 46.
- Ross E. R. (1983), *Για Αυτόν που Πεθαίνει*, Ταμασός.
- Ross E. R. (1988), *Θάνατος, το Τελικό Στάδιο της Εξέλιξης*, Ταμασός.
- Reaney D. (1992), *Ο Θάνατος του Αιώνιου*, Κωσταράκη.
- Smitt C. (1992), *Η Έννοια του Πολιτικού*, Κριτική.
- Τα Νέα* (1995), *Οι Μύθοι της Διατροφής*, 7 Αυγούστου 1995.
- Τεγόπουλος Φυτράκης, (1993), *Ελληνικό Λεξικό*.
- Τσαλίκης Γ. (1992), *Το Νοσοκομείο σαν Σύστημα Θεωρία και Ανάλυση*, *Επιθεώρηση Υγείας*, Μάιος - Ιούνιος 1992 : 34 - 37.
- Τσαλικογλου Φ. (1987), *Ο Μύθος του Επικίνδυνου Ψυχασθενή*, Παπαζήσης.
- Feyerabend (1988), *Γνώση για Ελεύθερους Ανθρώπους*, Σύγχρονα Θέματα.
- Φίλιας Β. (1976), *Μαξ Βέμπερ : Συστηματική Κοινωνιολογία και Μεθοδολογία*, Νέα Σύνορα.
- Φίλιας Ν. (1995), *Μεθοδολογία ή Κατευθυνόμενη Γνώση*, *Ομοιοπαθητική Ιατρική*, τ. 11 : 13 - 18.
- Foucault M. (1964), *Η Ιστορία της Τρέλας*, Ηριδανός
- Foucault M. (1976), *Επιτήρηση και Τιμωρία*, Ράππα.
- Foucault M. (1991), *Ανοίξτε Μερικά Πτώματα*, *Λεβιάθαν*, 9 : 49 - 56.
- Freud S. (1971), *Ο Πολιτισμός Πηγή Δυστυχίας*, Επίκουρος.
- Freud S. (1991), *Η Σχέση μας με το Θάνατο*, *Λεβιάθαν*, 9 : 11 - 22.

- Χιωτάκης Σ. (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθέρων Επαγγελμάτων. Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών Υγείας, Οδυσσέας.*
- Heidegger M. (1985), *Είναι και Χρόνος, Δωδώνη.*
- Wittgenstein L. (1967), *Γλώσσα, Μαγεία και Τελετουργία, Καρδαμίτσα.*

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abel S. (1960), *History of the Nursing Profession, Heineman.*
- Aiken L. Mechanic D. (eds), *Application of Social Sciences to Clinical Medicine and Health Policy, Rytgers University Press.*
- Anspach R. (1987), Prognostic Conflict in Life and Death Decisions : The Organization as an Ecology of Knowledge, *Journal of Health and Social Behaviour*, 28 (3) : 215-231.
- Anspach R. (1988), Notes on the Sociology of Medical Discourse : The Language of Case Presentation, *Journal of Health and Social Behaviour*, 29 : 357 - 375.
- Anspach R. (1997), *Deciding Who Lives : Fateful Choices in Intensive Care Nursery, University of California Press.*
- Arenors L. and Kennedy M. (1991), The Constitution of Physicians Power : A Theoretical Framework for Comparative Analysis, *Soc. Sci. Med.* , Vol. 32, 6 : 643 - 648.
- Aries P. (1981), *The Hour of Our Death, Penguin Books.*
- Armstrong D. (1983), *Political Anatomy of the Body. Medical Knowledge in the Twentieth Century, Cambridge University Press.*
- Armstrong D. (1984), The Patients View, *Soc. Sci. Med.* Vol. 18, 9 : 737 - 744.
- Armstrong D. (1993), Public Health, Spaces and the Fabrication of Identity, *Sociology*, Vol. 27, 3 : 393 - 410.
- Armstrong D. (1994), *An Outline of Sociology as Applied to Medicine Butterworth.*
- Armstrong D. (1994), Bodies of Knowledge/Knowledge of Bodies, στο Jones C. and Porter R. *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the Body, Routledge.*
- Armstrong D. (1995), The Problem of the Whole - Person in Holistic Medicine, στο, Gray Alastair and Seale Clive, (eds), *Health and Disease : A Reader, Open University Pres : 45 - 49.*
- Arney W. R. and Bergen B. J. (1984), *Medicine and the Management of Living : Taming the Last Great Beast, University of Chicago Press.*
- Atkinson P. (1981), *The Clinical Experience : The Construction and Reconstruction of Medical Reality, Gower Publishing.*
- Atkinson P. and Heath C. (1981), *Medical Work : Realities and Routines, Gower.*
- Atkinson P. (1995), *Medical Talk and Medical Work, Sage.*
- Australian College of Paediatrics (1983), Non - Intervention in Children with Major Handicaps : Legal and Ethical Issues : Report of o Working Party. *Australian Paediatric Journal* 19 (4) : 361-365.
- Bakwin H. (1945), Pseudocia Peditricia, *New England Journal of Medicine*, 232 : 91 - 693.

- Bardis P. (1981), *A History of Thanatology*, University of America.
- Bauman Z. (1992), Survival as a Social Construct, *Theory, Culture and Society*, 9 : 1 - 36.
- Becker H. et. al. (1961), *Boys in White*, University of Chicago Press.
- Benatar S. et al. (1994), Statement on Withholding and Withdrawing Life Sustaining Therapy, *S. Afr. Med.*, 84 (5) : 254-256.
- Berger P. (1967), *The Sacred Canopy : Elements of a Sociological Theory of Religion*, Doubleday.
- Berger P. Luckman T. (1984), *The Social Construction of Reality*, Penguin.
- Berwind A. (1975), The Nurse in the Coronary Care Unit : 82 - 94 στο Bullough B. *The Law and the Expanding Nursing Role*, Appleton Century Crofts.
- Bjorkman J. (1982), Professionalism in the Welfare State : Sociological Saviour of Political Pariah ? *European Journal of Political Research*, 10 : 407 - 428.
- Blancard B. (1961), The Case for Determinism in Determinism and Freedom in the Age of Modern Science, Collier Books στο Ledermann E. (1970), *Philosophy and Medicine*, Avebury.
- Bray K. (1983), Nursing Management in Critical Care Units. «Managing Conflict», *Critical Care Nurse*, 3 (2) : 77-8,
- Brink P. Saunders J. (1976), Culture Shock : Theoretical and Applied. στο Brink P. (1976), *A Book of Readings*, Prentice Hall.
- Brink P. (1976), *A Book of Readings*, Prentice Hall.
- Brown E. (1963), Meeting Patient's Psychosocial Needs in the General Hospital, in Clausen J. Strauss R. *Medicine and Society, The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 346 : 117 - 125.
- Brown G. (1978), Depression : A Sociological View, στο Tuckett D. and Kaufert J. (1978), *Basic Reading in Medical Sociology*, Tavistock.
- Bruhn J. Philips B. Levine P. (1985), *Medical Sociology. An Annotated Bibliography 1972 - 1982*, Garland.
- Bryman A. (1988), *Quantity and Quality in Social Research*, London : Unwin Hyman,
- Bucker R. Steling J. (1969), Characteristics of Professional Organizations, *Journal of Health and Social Behaviour*, 10 : 2 - 13.
- Bullough B. (1975), *The Law and the Expanding Nursing Role*, Appleton Century Crofts.
- Burns L. (1994), The Transformation of the American Hospital from Community Institution toward Business Enterprise, στο Scwartz H. (1994), *Dominant Issues in Medical Sociology*, McGraw Hill.
- Calnan M. (1984), The Function of the Hospital Emergency Department : A Study of Patient Demand, *Journal of Emergency Medicine*, 2 : 57 - 63.
- Cartwright F. (1977), *A Social History of Medicine*, Longman.
- Cannon W. (1942), Voodoo Death, *Amer. Anthropologist*, 44 : 169 - 181.
- Cassell E. (1984), *Practice Versus Theory in Academic Medicine : The Conflict between House Officers and Attending Physicians*, από το 10ο συνέδριο στην Ιατρική Εκπαίδευση, The Training of Tomorrow's Physicians : How Well are We Meeting Society's Expectations ?

- Held by the Committee on Medical Education of the New York Academy of Medicine, *Bulleting of the New York Academy of Medicine*, March 10.
- Churchill L and Siman J.(1986), Principles and the Search for Moral Certainty, *Soc. Sci Med Vol 23 5* : 461-468.
- Clark D. (1993), *Sociology of Death*, Blackwell.
- Clay T. (1987), *Nurses : Power and Politics*, Heinemann.
- Clausen J. Strauss R. Medicine and Society, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 346 : 117 - 125.
- Clegg F. (1988), Decisions at a Time of Grief, University of Hull, Unpublished, αναφέρεται στο Clark D. (1993), *Sociology of Death*, Blackwell.
- Coe R. (1970), *Sociology of Medicine*, McGraw Hill Book Co.
- Collingwood R. (1924), *Speculum Mentis or the Map of the Knowledge*, Oxford at the Clarendon Press, στο Ledermann E. (1970), *Philosophy and Medicine*, Avebury.
- Committee on Medical Education of the New York Academy of Medicine, The Training of Tomorrow's Physicians : How Well are We Meeting Society's Expectations? *Bulleting of the New York Academy of Medicine*, March 10 : 297 - 308.
- Connerton P. (1987), *How Societies Remember*, Cambridge University Press.
- Coser R. (1959), Some Social Functions of Laughter. A Study of Humour in a Hospital Setting, *Human Relations*, 12 : 171 - 182.
- Coser R. (1962), *Life in the Ward*, Michigan State University Press.
- Coser R. (1963), Alienation and Social Structure, στο Freidson E. *The Hospital in Modern Society*, Free Press.
- Crozier M. (1963), *The Bureaucratic Phenomenon*, The University of Chicago Press.
- Dahl R. (1957), The Concept of Power, *Behavioral Science II*, July 1957 : 201 - 215.
- Dalley G. (1988), *Ideologies of Caring*, Macmillan.
- Daly J. McDonald I. Willis E. (1992), *Researching Health Care. Designs, Dilemmas, Disciplines*, Routledge.
- Dandeker C. (1992), *Surveillance, Power and Modernity*, Polity.
- Dans M. (1963), *Passage Through Crisis - Polio Victims and their Families*, Bobbs - Merrill.
- Davey B. Gray A. and Seale C. (eds), (1995), *Health and Disease : A Reader*, Open University Press.
- Descartes R. (1958), *Eu Vres et Lettres Paris* : 1157, Lettre Elisabeth 28 Juin 1643.
- Doyal L. (1981), *The Political Economy of Health*, Pluto Press.
- Doyal L. (1994) Changing Medicine ? Gender and the Politics of Health Care, στο Gabe J. Kelleher D. Williams G. (1994), *Challenging Medicine*, Routledge.
- Dreyfus H. Rabinow P. (1982), *Michel Foucault*, Harvester.
- Dutton D. (1986), Social Class, Health and Illness, στο Aiken L. Mechanic D. (eds), *Application of Social Sciences to Clinical Medicine and Health Policy*, Rytgers University Press.
- Eisenberg R. (1977), Disease and Illness. Distinctions Between Professional and

- Popular Ideas of Sickness, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 : 9-23.
- Elias N. (1985), *The Loneliness of the Dying*, Blackwell.
- Elizondo A. (1991), Nurse Participation in Ethical Decision Making in the Neonatal Intensive Care Unit, *Neonatal Work*, 10 (2) : 55-59.
- Emanuel E. (1994), The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain, *Ann. Intern. Med.* 121 (10) : 793-802.
- Etzioni A. (1969), *The Semi Professions and their Organization*, Free Press.
- Etzioni A. (1980), *A Sociological Reader on Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston.
- Featherstone M. Hepworth M. and Turner B. (1991), *The Body : Social Process and Cultural Theory*, Sage.
- Featherstone M. (1991), The Body in Consumer Culture, στο Featherstone M. Hepworth M. And Turner B. (eds), *The Body : Social Process and Cultural Theory*, Sage.
- Feifel H. (1965), *The Meaning of Death*, McGraw Hill Company.
- Filter M. (1987), The Impact of New Technology on Nurses and Patients, στο Payne R. and Firth - Cozens J. (eds), *Stress in Health Professionals*, Wiley : 211 - 229.
- Firth R. (1963), Accumulation in Relation to Concepts of Health and Disease στο Goldstein I. (1963), *Man's Image in Medicine and Anthropology*, International University Press.
- Form W. (1962), *Man, Work and Society*, Basic Books.
- Foster G. Anderson B. (1978), *Medical Anthropology*, Newbery.
- Foucault M. (1973), *The Birth of the Clinic*, Tavistock.
- Fox R. (1975), Training for Uncertainty, στο Merton R. Reader G. and Kendall P. (eds), *The Student Physician*, Harvard University Press.
- Fox N. (1992), *The Social Meaning of Surgery*, Open University Press.
- Freddi G. Bjorkman J. (1989), *Controlling Medical Professionals : The Comparative of Health Conference*, Sage.
- Freidson E. (1963), *The Hospital in Modern Society*, Free Press.
- Freidson E. (1970), *The Profession of Medicine*, Dodd, Mead and Co.
- Freidson E. (1980), Patterns of Practice in the Hospital, στο Etzioni A. (1980), *A Sociological Reader on Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston : 176 - 193.
- Freidson E. (1986), *Professional Powers*, Chicago.
- Freidson E. (1994), *Professionalism Reborn*, Polity.
- Gabe J. Calnan M. And Bury M. (1991), *The Sociology of Health Service*, Routledge.
- Gabe J. Kelleher D. Williams G. (1994), *Challenging Medicine*, Routledge.
- Gay B. (1992), Eager for Medicalization : The Social Production of Infertility as a Disease, *Sociology of Health and Illness*, Vol.14, 4 : 456.
- Georges E. (1996), Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece, *Medical Anthropology Quarterly*, 10 (2) : 157-175.
- Gerth H. And Wright Mills (1946), *From Max Weber*, Oxford University Press.
- Giddens A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Polity,
- Giddens A. (1991), *Modernity and Self Identity*, Polity
- Gillet G. (1994), Euthanasia from the Perspective of Hospice Care, *Med. Law*, 13 (3-4) : 263-268.

- Glaser B. and Strauss A. (1981), *Awareness of Dying*, Chiacago.
- Goffman E. (1959), *The Presentation of Self in Everyday Life*, Pelican.
- Goldstein I. (1963), *Man's Image in Medicine and Anthropology*, International University Press.
- Grady K. Wallston B. (1988), *Research in Health Care Setting*, Sage.
- Gray Alastair and Seale Clive (eds) (1995), *Health and Disease : A Reader*, Open University Press.
- Green J. (1997), *Risk and Misfortune : The Social Construction of Accidents*, UCL Press.
- Greene J. Weinberger M. Mamlin J. (1980) Patient Attitudes toward Health Care : Expectations of Primary Care in a Clinic Setting, *Social Science and Medicine*, 14a : 133 - 138.
- Greenwood (1962), *Attitudes of a Profession, in Form W. (1962) Man. Work and Society*, Basic Books.
- Helman C. (1978), Feed a Cold, Starve a Fever, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2 : 107-137.
- Helman C. (1990), *Culture, Health and Illness*, Wright.
- Herzlich C. and Pierret J. (1985), The Social Construction of the Patient : Patients and Illnesses in other Ages, *Soc. Sci. Med.* , Vol. 20, 2 : 145 - 151.
- Hillier S. (1987), Rationalism, Bureaucracy and the Organization of the Health Care Services : Max Weber's Contribution to Understanding Modern Health Care System, στο Scambler G. (1987), *Sociological Theory and Medical Sociology*, Tavistock : 194 - 220.
- Horrobin F. (1978), *Medical Hubris : A Reply to Ivan Illich*, Churchill Livingstone.
- Huffman M. (1983), Nursing Management in Critical Care Units. The Process of Change, *Critical Care Nursing*, 3 (5) : 44-46
- Hughes C. (1963), Public Health in Non - Literate Socieites, στο Goldstein I. (1963), *Man's Image in Medicine and Anthropology*, International University Press : 157 - 233.
- Huntington R. and Metcalf P. (1987), *Celebrations of Death, the Anthropology of Mortuary Ritual*, Part iii, Cambridge University Press.
- Illich I. (1975), *Limits to Medicine*, Marion Boyars.
- Jenkinson C. (1994), *Measuring Health and Medical Outcomes*, UCL Press.
- Jewson N. (1975), Medical Knowledge and the Patronage System in Nineteenth Century England, *Sociology*, 83 : 309 - 385.
- Jewson N. (1976), The Dissapearance of the Sick - Man from Medical Cosmology, 1770 - 1870, *Sociology*, 10 : 225 - 244.
- Johnson T. (1973), Imperialism and the Professions (Notes on the Development of Professional Occupations in Britain's Colonies and the New States, *Sociological Review Monograph 20*, Halmos.
- Johnson T. (1977), The Proffesions in the Class Structure in Scase D. (1977), *Industrial Society : Class, Cleavage and Control*, Allen and Unwin.
- Jones C. and Porter R. (1994), *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the Body*, Routledge.
- Jorgensen D. (1989), *Participant Observation. A Methodology for Human*

- Studies*, Sage.
- Joseph M. (1994), *Sociology for Nursing and Health Care*, Polity.
- Kearl M. (1987), *Endings : A Sociology of Death and Dying*, Oxford University Press.
- Kelley M. (1988), *Critical Care Medicine, a New Speciality*, New England, *J. Med.* 318 (24) : 1913 - 1617.
- Kelly D. (1991), *Critical Care Ethics : Treatment Decisions in American Hospitals*, Sheed and Ward.
- Kennedy I. (1988), *The Unmasking of Medicine*, Allen and Unwin.
- Kleinman A. (1994), *Conflicting Explanatory Models in the Care of Chronically Ill : The Voice of Medicine and The Voice of The Life World*, στο, Schwartz (1994), *Dominant Issues in Medical Sociology*, McGraw Hill : 95 - 104.
- Kiessling P. Tojo M. (1985), *Job Sharing in Critical Care Management*, *Dimensions of Critical Care Nursing*, 4 (3) : 174-179
- Kilner J. (1992), *Who Lives, Who Dies : Ethical Criteria in Patient Selection*, Yale University.
- Krause E. (1977), *Power and Illness : The Political Sociology of Health and Medical Care*, Elsevier.
- Larkin G. (1978), *Medical Dominance and the Control of the Radiographers*, *Sociological Review*, 26 : 843 - 858, στο Seale C. and Pattison S. (eds), *Medical Knowledge : Doubt and Certainty*, Open University Press.
- Lasch C. (1979), *The Culture of Narcissism*, Warner.
- Lash C. and Whimster S. (1987), *Max Weber. Rationality and Modernity*, Allen and Unwin.
- Ledermann E. (1970), *Philosophy and Medicine*, Avebury.
- Leduc E. (1994), *Euthanasia and Physician-assisted Suicide*, *Can. Med. Assoc. J.* Dec 15, 151(12).
- Markus T. (1993), *Buildings and Power*, Routledge.
- Matthews E. Menlowe M. (1992), *Philosophy and Health Care*, Avebury.
- May C. (1992), *Nursing Work, Nurses Knowledge and the Subjectification of the Patient*, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 14, 4 : 472 - 487.
- May C. (1992), *Individual Care ? Power and Subjectivity in Therapeutic Relationships*, *Sociology*, Vol. 26, 4 : 590 - 602.
- Mc Gown R. (1994), *Power and Humanity*, στο Jones C. and Porter R. (1994), *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the Body*, Routledge.
- Mc Intosh (1976), *Communication and Awareness in a Cancer Ward*, Groom Helm.
- Mc Kewon T. (1976), *The Modern Rise of Population*, Edward Arnold.
- Mechanic D. (1968), *Medical Sociology*, The Free Press.
- Mellor P. (1993), *Death in High Modernity : The Contemporary Presence and Absence of Death*, στο Clark D. (1993), *The Sociology of Death*, Blackwell : 11 - 30.
- Mellor P. and Shilling C. (1993), *Modernity, Self Identity and the Sequestration of Death*, *Sociology*, Vol. 27, 3 : 411 - 431.
- Merton R. Reader G. and Kendall P. (1957), *The Student Physician*, Harvard University Press.
- Michaloudis G. Filias N. Alexias G. et. al. (1995) *Ethics in Intensive Care Units in Greece*, 8th European Congress of Intensive Care Medicine :

455-458.

- Mishler E. (1984), *The Discourse of Medicine*, Ablex.
- Mihill C. (1991), *Guardian*, 11 March 1991.
- Montagne M. (1988), The Metaphorical Nature of Drugs and Drug Taking, *Soc Sci Med*. Vol 26, 4 : 417-424.
- Myfanway M et. al. (1994), *Sociological Approaches to Health and Illness*, Routledge.
- National Institutes of Health (1983), *Consensus Development Conference*.
- Navarro V. (1976), Social Class, Political Power and the State and their Implications in Medicine, *Soc Sci Med*, Vol 10 : 437 - 457.
- Navarro V. (1976), *Medicine Under Capitalism*, Prodist.
- Navarro V. (1978), *The Industrialization of Fetihism or the Fetihism of the Industrialization, A Critique of Ivan Illich*, *Soc Sci Med* Vol 14a : 231 - 237.
- Navarro V. (1978), *Class, Struggle, the State and Medicine*, Martin Robertson.
- Nettleton S. (1995), Protecting a Vulnerable Margin : Towards an Analysis of How the Mouth Came to Be Seperated from the Body, στο, Davey B. Gray A. and Seale C. (eds), *Health and Disease : A Reader*, Open University Press : 62 - 68.
- Nowotny H. (1996), *Time : The Modern and Postmodern Experience*, Polity.
- Oakley A. (1979), *Becoming a Mother*, Martin Robertson.
- Oreopoulos D. (1994), Is there a Right Time to Say No to Life ? *Perit. Dial. Int.* 14 3 : 205-208.
- Parsons T. (1951), *The Social System*, Glencoe Free Press.
- Parsons T. (1975), The Sick Role and the Role of Physician Reconsidered, *Health and Society*, 53 n 3 : 257 - 278.
- Payne R. and Firth - Cozens J. (1987), *Stress in Health Professionals*, Wiley.
- Phillips R. Posner B. Walker D. (1985), A Strategy for Interunit Problem Solving, *Health Care Management Review*, 10 n 1 : 53-59.
- Prior L. (1987), Policing the Dead : A Sociology of the Mortuary, *Sociology*, Vol. 21, 3 : 355 - 376.
- Prior L. (1988), The Architecture of the Hospital : A Study of the Spatial Organization and Medical Knowledge, *British Journal of Sociology*, Vol. 35 1 : 86 - 113.
- Prior L. (1989), *The Social Organization of Death*, MacMillan.
- Purkhardt K. (1993), *Transforming Social Representations*, Routledge.
- Rather L. J. (1965), *Mind and Body in Eighteenth Century Medicine*, The Welcome Historical Medical Library.
- Rees C. (1981), Records and Hospital Routines στο, Atkinson P. and Heath C. *Medical Work : Realities and Routines*, Gower : 55 - 70.
- Riessman C. (1983), Women and Medicalization, A New Perspective, *Social Policy* 14 : 3 - 18.
- Robertson I. (1987), *Sociology*, Worth.
- Robillard A. (1994), Communications Problems in the I.C.U., *Qualitative Sociology*, Vol.17, 4 : 383.
- Rosen G. (1963), The Hospital : Historical Sociology for a Community Institution, in Freidson E. (1963), *The Hospital in Modern Society*

- The Free Press.
- Roth Julius (1957), *Ritual and Magic in the Control of Contagion*, *American Sociological Review*, Vol. 22 : 310 - 314.
- Sacks A. Wilson J. *Sexism and the Law : A Study of Male Beliefs and Legal Bias in Britain and the United States*, Martin Robertson.
- Sacks O, *Migraine* (1981), *Evolution of a Common Disorder*, Pan Books.
- Saltman and Young, (1981), *The Hospital Power : Equilibrium : An Alternative View of the Cost Containment Dilemma*, *Journal of Health Politics, Policy and Law* : 392 - 396.
- Salvage J. (1985), *The Politics of Nursing*, Heinemann Medical Books.
- Scambler G. (1987), *Sociological Theory and Medical Sociology*, Sage.
- Scambler G. (1987), *Habermas and the Power of Medical Expertise*, στο Scambler G. (1987), *Sociological Theory and Medical Sociology*, Tavistock : 165 - 193.
- Scambler G. (1994), *Sociology as Applied to Medicine*, Bailliere Tindall.
- Scase D. (1977), *Industrial Society : Class, Society and Control*, Allen and Unwin.
- Scheff T. (1968), *Negotiated Reality : Notes on the Power in the Assessment of Responsibility*, *Social Problems*, 16 : 3 - 17..
- Scheff T. (1978), *Decision Rules of Error and their Consequences in Medical Diagnosis* : 245 - 255, στο Tuckett D. and Kaufert J. (eds), *Basic Readings in Medical Sociology*, Tavistock.
- Scheper-Hughes, Lock M. (1987), *The Mindful Body : A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, *Medical Anthropology Quarterly* n 1 : 6-41.
- Schutz A. (1970), *On Phenomenology and Social Relations*, Chicago
- Schwartz H. (1994), *Dominant Issues in Medical Sociology*, McGraw Hill.
- Second European Consensus Conference in Intensive Care Medicine (1994), *Predicting Outcome in ICU Patients*, 20 (5) : 390-397.
- Sedwick P. (1982), *Psycho Politics*, Pluto Press.
- Seale C. and Pattison S. (eds), (1994), *Medical Knowledge : Doubt and Certainty*, Open University Press.
- Sheskin A. (1979), *Cryonics : A Sociology of Death and Bereavement*, Irvington Publishers Inc. New York.
- Shilling C. (1993), *The Body and Social Theory*, Sage.
- Shortell S. Rousseau D Gillies R. Devers K. Simons T. (1991), *Organizational Assessment in Intensive Care Units : Construct Development, Reliability and Validity of the ICU nurse-physician questionnaire*, *Medical Care*, 29 (8) : 709-726
- Silverman D. (1987), *Communication and Medical Practice : Social Relations in the Clinic*, Sage.
- Silverman D. (1993), *Interpreting Qualitative Data*, Sage.
- Simon L. Dr Cohen, (1995), *Whose Life is it Anyhow : The Doctors Dillema in Intensive Care : an Insiders View*, Parkwes Pubns.
- Simons M. (1969), *Issues in Participant Observations. A Text and Reader*, Addison Wesley.
- Sjaak Van Der Geest, Whyte S. (1998) *Medicines in Context : An Introduction*. Στο Sjaak Van Der Geest, Whyte S. (eds), *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology* Kluwer Academic Publ.

- Smart B. (1989), *Foucault, Marxism and Critique*, Routledge
- Solomon R. C. (1972), *Phenomenology and Existentialism*, Harper and Row
- Sontag S. (1978), *Illness as a Metaphor*, Penguin.
- Stacey M. (1988), *The Sociology of Health and Healing*, Unwin Hyman.
- Stelling J. Bucker R. (1972), Autonomy and Monitoring on Hospital Wards, *Sociological Quarterly*, 13 : 431 - 436.
- Stedler F. *Sociologie Medicale*, ed. Colin, μετάφραση Παπαλόη Ελένη, Υγειονομική Σχολή.
- Stewart P. Sullivan T. (1982), Illness Behaviour and the Sick Role in Chronic Disease : The Case of Multiple Sclerosis, *Soc Sci Med*. 16 : 1397 - 1404.
- Strauss A. et. al. (1963), The Hospital and its Negotiated Order, στο Freidson E. (1963), *The Hospital in Modern Society*, Free Press.
- Strauss A. and Gorbis J. (1990), *Basics of Qualitative Research*, Sage.
- Strauss A. Fagerhaugh. Suczeck B. και Wiener C. (1997), *Social Organization of Medical Work*, Transaction Publishers.
- Strauss C. (1967), *Structural Anthropology*, Anchor Books.
- Strong P. (1967), *The Ceremonial Order of the Clinic*, Sage.
- Synnot A. (1993), *Body Social*, Routledge.
- Sudnow D. (1967), *Passing on : The Social Organization of Dying*, Prentice Hall.
- Szasz T. (1961), *The Myth of Mental Illness*, Free Press.
- Trostle J. (1988), Medical Compliance as an Ideology, *Soc. Sci. Med.* Vol. 27, n. 12 : 1299 - 1308.
- Tuckett D. and Kaufert J. (1978), *Basic Reading in Medical Sociology*, Tavistock.
- Turner B. (1987), The Rationalization of the Body : Reflections of Mod and Discipline, στο Lash S. and Whimster S. (eds), *Max Weber. Rationality and Modernity*, Allen and Unwin : 222 - 241.
- Turner B. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, Sage.
- Turner B. (1991), The Discourse of Diet, στο Featherstone M. Hepworth M. and Turner B. (eds), *The Body : Social Process and Cultural Theory*, Sage : 157 - 169.
- Turner B. (1992), *Regulating Bodies*, Routledge.
- Turner B. (1995), *Medical Power and Social Knowledge*, Sage.
- The Siba Foundation, *Health and Disease in Tribal Societies*.
- Weber M. (1980), The Three Types of Legitimate Rule, στο Etzioni A. (1980), *A Sociological Reader on Complex Organizations*, Holt, Rinehart and Winston : 4 - 10.
- Weber M. Politische Schriften J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tubingen, στο Χιωτάκης Σ. (1994), *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθέρων Επαγγελματιών. Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών Υγείας, Οδυσσέας*.
- Webster C. (1995), *Caring for Health : History and Diversity*, Open University Press.
- Weg J. (1994), To Live, to Keep Alive, to Let Die, *Chest*, 106 (6) : 1646-1648.
- Wertz R. Wertz D. (1979), *Lying in : A History of Childbirth in America*, Free Press.
- Wright P. and Treacher A. (1984), *The Problem of Medical Knowledge : Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh University Press.

- Yin R. (1989), *Case Study Research. Desigh and Methods*, Sage.
- Young A. (1981), The Creation of Medical Knowledge : Some Problems in Interpretation, *Soc Sci Med*, Vol 15b : 379-386.
- Zeitlin I. (1973), *Rethinking Sociology* , Prentice Hall
- Zola I. (1978), Medicine as an Institution of Social Control. : The Medicalization of Society, στο Tuckett D. and Joseph M. Kaufert, *Basic Reading in Medical Sociology*, Tavistock : 255.
- Zussman R. (1992), *Intensive Care : Medical Ethics and the Medical Profession*, Chicago Press.
- Zussman R. (1993), Life in the Hospital : A Review, *The Milbank Quarterly*, Vol 71, 1 : 167.

Ημερία: 19/12/1994

Επώνυμο: ~~Καλαμάκης~~

Κύριο νόσος:

Αιτία εισόδου:

Μετεγχειρητική ημέρα:

Εμμηνο ρύση:

Αλλεργία:

Ομάδα αίματος: Παράγων Rh:

Αυστραλιανό Αντιγόνο:

HTLV / III:

Όνομα εφημερεύοντος:

Υψος:

Νοσηλείας: ~~143~~ 144

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

κατάσταση:

Τμή - Τράχηλος:

νευστικό: 6^η τραχειοβρόγχια

οφθαλμικό: 4^η δεξ. Μεσοβασίλειου

ακρό: 14^η ληνη

στοιχεικό: 4^η folley

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΦΗΜΕΡΕΥΟΝΤΟΣ

Επιδείξι ατροφικών

Πυρετώ μέχρι 38,2°C

Λιγοί ριγχαλωτές άμφω - άρκετά άκρίβει) δύσβαρξ - υδρα άφρα αίματα

Δικύριση υαλι Εγιναν αναληρωίθευ Το Na ↓, ↓ Σε άφρα το α

Νιφάδορική ⇒ υερνεί ΔΕ, άριωτέρα τι ποτ (άκρίβει 5 Ω.)

ΠΑ	Θερμοκρασία	Αστ. Πίεση	Κ.Φ.Π.	Συρτήσεις	Πίεση Πνευμ. αστ.	Πίεση Εναέρην.	Πίεση				Σύνολο	Όργανα		Ειδικό βάρος ούρων	Είμετοι	Κενώσεις		
							Α	Β	Γ	Δ		Ωριαία	Πάνθη μίσθης					
7																		
8	38,6	$\frac{140}{98}$	5 cm H ₂ O	103									200					
9																		
10	37,7	$\frac{120}{85}$		103									330					
11	38,7																	
12	39°	$\frac{143}{98}$		117									150					
13																		
14	38,3	$\frac{164}{104}$		105									220					
15																		
16	38,0	$\frac{152}{100}$		94/μm		Σα O ₂ = 98							430					
17																		
18	38,0	$\frac{165}{97}$		88/μm									300					
19		$\frac{158}{97}$																
20	38,0	$\frac{100}{60}$		84/μm		Σα O ₂ = 90							320					
21																		
22	38,0	$\frac{135}{75}$		93/μm									200					
23						Σα O ₂ = 98							100	1450				
24	38,0	$\frac{159}{84}$	+ 14 cm H ₂ O	90/μm									60					
1						Σα O ₂ = 98							200					
2	37,5	$\frac{128}{75}$		86/μm									410					
3													60					
4	37,8	$\frac{151}{91}$		86/μm									250					
5													0					
6	37,12	$\frac{152}{94}$		88/μm									250					
2													200	1170				
ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΟΒΛΗΘΕΝΤΩΝ													2400	3300				

No	Ht	Hb	Dist	ΣΥΚΧΑΡΟ	ΟΡΘΟΣ	ΘΥΣΙΟΦΡΑ	ΠΡΑΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
			H ₁				Συνομιλία με τον Ιωάννη
			(4 w/h)				
							R.O. Θύρα
							Γένια ΕΜ
			24,3%				
			3 w/h				
			34,2%				
			(4 w/h)				
			24,7 w/h				
			(3 w/h)				
			20,2 w/h				Μάϊον folley
			3 w/h				Αναμειγμένα

Κλίμακα I
 Ανοιγμα οφθαλμών
 Κινητική ανταπόκριση
 Αντίδραση στην ομίλια
 Βαθμολόγηση τη κλίμακα Γ
 14 - 15 = 5
 11 - 13 = 4
 8 - 10 = 3
 5 - 7 = 2
 3 - 4 = 1
 Κλίμακα Δ (κλίμακα Γλαυκώματος)
 5. Παρουσία
 4 »
 3 »
 2 »
 1 »
 Συμπέρασμα

ΟΔΗΓΙΕΣ

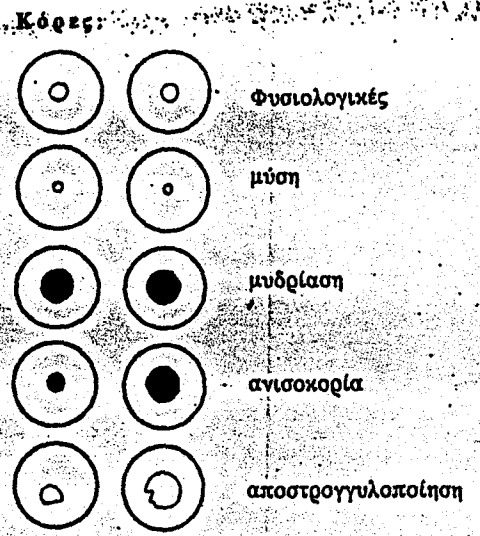
7 - 15

Πυρτι
 δεξιά
 Έγνε
 Λογος
 αναπληρ
 Έταξ

Υπογραφή :

- Γλασκόβης :**
4. Αυτόματο:
 3. Σε κάλεσμα:
 2. Σε πόνο:
 1. Καθόλου:
 6. Υπακοή σε εντολές:
 5. Εντοπισμός του πόνου:
 4. Απόσυρση σε πόνο:
 3. Κάμψη σε πόνο:
 2. Αντίδραση έκταση σε πόνο:
 1. Καμιά:
 5. Προσανατολισμένος:
 4. Συγκεχυμένη ομιλία:
 3. Ακατανόητες λέξεις:
 2. Ακατανόητοι ήχοι:
 1. Καμιά

- Αντανακλαστικά:**
- A. Τενόντια:**
1. Επαγοντιδός κφ ↑↓ -
 2. Αχιλλείου τένοντος κφ ↑↓ -
 3. Τρικεφάλου κφ ↑↓ -
 4. Δικεφάλου κφ ↑↓ -
 5. Βραχιονοκερμυδικό κφ ↑↓ -
 6. Γναθικό κφ ↑↓ -
- B. Επίπολης:**
1. πέλματος κφ ↑↓ -
 2. Κοιλιακά κφ ↑↓ -
 3. Κρεμαστήρας κφ ↑↓ -
 4. Κερατοειδούς κφ ↑↓ -



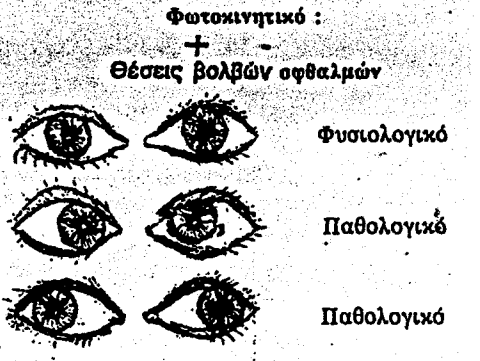
λόγηση του κόματος με βάση
μακα Γλασκόβης:

= 5
= 4
= 3
= 2
= 1

μακα Λιέγγης
μακα Γλασκόβης + αντανακλ. στελέχους)
προυσία μεταποκογχικού

- > οφθαλμοκεφαλικού κάθετου φωτοκινητικού
- > οφθαλμοκεφαλικό οριζόντιο
- > οφθαλμοκαρδιακό

- Γ. Παθολογικά**
1. Babinski +-
 2. Παράλογες Babinski +-
 3. Budzinski +-
 4. Kernig +-



- Δ. Άλλα Αντανακλαστικά**
1. Φαρυγγικά
 2. Αιθουσαία
 3. Δοκιμασία άπνοιας
 4. Λόξυγας

πέρασμα:

ΗΓΙΕΣ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ

<p>15 - 15</p> <p>Αιμοδυναμικά (σε θερμο)</p> <p>πυρετώ εως 39.6 Δοθινε</p> <p>Εχει 20 Θωρακας</p> <p>λογω ↑ σπυρακια δοθινω</p> <p>παιδιων 5%</p> <p>Εταλθηκε γαλακτι ΕΝΥ</p>	<p>15 - 23</p> <p>Βαρειο</p> <p>Πυρεσσει - Ετεδη ανεπιβουλε)</p> <p>Εχει Nefrezol 1/2</p> <p>Ετεδη γαλακτι</p> <p>Πυρε 11/3 εως</p> <p>για αναληψη</p> <p>Υπο Ροκισιμ κ. Insulin</p> <p>Αιμοδυναμικά (σε θερμο)</p>	<p>23 - 7</p> <p>Ζωτικα ανεπειδω εως</p> <p>Επι πυρετω ψυχρα</p> <p>επιθερατα, ανεπιβουλε</p> <p>Ενεχιζει Ροκισιμ</p> <p>Insuline γινεται βα</p> <p>καταστηση οση</p> <p>Χρεωταται.</p> <p>Εχει αναληψη υδα</p> <p>Αδωτον Kallay</p>
<p>Υπογραφή :</p>	<p>Υπογραφή :</p>	<p>Υπογραφή :</p>

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΥΡΩΝ

Κ. ~~.....~~

ΓΕΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

Όψη *δοξί*
Χρώμα *κίτρινο*
Αντίδραση *0.5 m*
Ειδικό βάρος *1018*

ΧΗΜΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Λεύκωμα *οχι*
Σάκχαρο *(++++)*
Οξύνη *οχι*
Αιμοσφαιρίνη *1 x m*
Χολοχρωστικές
Χολικά άλατα
Ουροχολιτρογόνο
Νιτρικά *οχι*

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Προσφαίρια *ολίγα (2-4 κο)*
Ερυθρά *ολίγα (2-3 κο)*
Επιθήλια *κανένα παρατηρηθεί*
Κύλινδροι
Κρύσταλλοι
Αμορφα άλατα
Βλέννη
Μικροοργανισμοί
Αιφώνιοι μύκητες



SIMW
TV 017
R 18
RU 80 →
COAP 10
Assnt 10
I/E 1/1

146
4/30

B.G. REPORT
IL 1306
04 APR 95
05:55

①

B.P. 77

1 PT CAL
PH 7.38
PCO₂ 36.
PO₂ 14

PATIENT
NAME.....
.....
Acc.No.140
aa ac av
Hb 14.

Data 37.0°
pH 7.39
pCO₂ 43.
pO₂ 14

HCO₃ 26.
TCO₂ 28.
BEb 2.
SBC 26.
BEect 1.
%sO₂c 99.

UNITS
Gas mmHg
B.P. mmHg
Hb g/dl

port

3-22-1974

MEB



016 Request Number 101 888

Result

Flags

Low

High

WETTED	0.11	9/11		
PROBABLE	0.11	9/11		
BT	1.04		BELOW NORM	0.15
			BELOW NORM	0.20

FEVER	1.46	9/11	ABOVE NORM	0.20
WETTED	0.68	9/11	ABOVE NORM	0.00
PROBABLE	0.68	9/11	ABOVE NORM	0.00
BT	0.68	9/11		0.00
WETTED	0.68	9/11		0.00
PROBABLE	0.68	9/11		0.00
BT	0.68	9/11		0.00
WETTED	0.68	9/11		0.00
PROBABLE	0.68	9/11		0.00
BT	0.68	9/11		0.00
WETTED	0.68	9/11		0.00
PROBABLE	0.68	9/11		0.00
BT	0.68	9/11		0.00

ELECTRODE	111	9/11		101
WETTED	111	9/11		101
PROBABLE	111	9/11		101
BT	111	9/11		101
WETTED	111	9/11		101
PROBABLE	111	9/11		101
BT	111	9/11		101
WETTED	111	9/11		101
PROBABLE	111	9/11		101
BT	111	9/11		101
WETTED	111	9/11		101
PROBABLE	111	9/11		101
BT	111	9/11		101

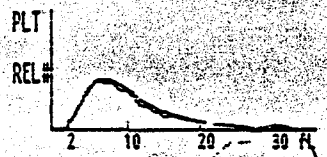
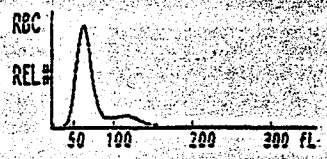
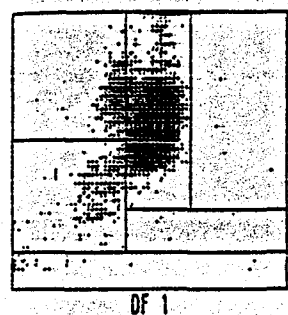
396 uOsm/ky

10M

04/95 09:32:55
CPR

HEMATOLOGY DEP.
DR. [REDACTED]

M60



MC 77 fmm

1
2 93
quence # 030506
TE: 03/04/95
ME: 09:32:45
ss/pos 000809

WBC 16.9 H
NE 82.7 H 15.7 H
LY 3.1 L 0.5 L
MO 4.1 0.7
EO 0.1 0.0
BA 0.0 0.0

RBC 5.24
HGB 10.9 L
HCT 35.0 L
MCV 66.8 L
MCH 20.7 L
MCHC 31.0 H
RDW 14.7 H

normal WBC Pop
normal RBC Pop
normal PLT Pop

Platelets 6

PLT 265
MPV 10.8 H
PCT 0.288
PDW 17.1

SUSPECT FLAGS:

Imm Grans/Bands 1

WBC	RBC	PLT
Leukocytosis	Anemia	Large Platelets
Neutrophilia #	1+ Anisocytosis	
Neutrophilia %	3+ Microcytosis	
Lymphopenia #	3+ Hypochromia	
Lymphopenia %	3+ Poikilocytosis	

ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: ██████████	Ημερομηνία εισόδου: 15-12-94
Διεύθυνση:	Μεταφορά από: ΜΕΘ Γεν. Κλιν. ΑΣΣμω
Τηλέφωνο: 54	Αιτία εισόδου: επιπλοκή ουλιανών
Ηλικία:	Διάγνωση: 6 ετών φλεγμονή οργανισμολογίας ΑΡ - ουλιανών
Βάρος:	απειροεξάνθημα - παραρτηρική αιμορραγία - εστιακή εστιακή αλλοίωση
Ομάδα αίματος:	Επίθεση: αγγειακή οξυαμία
HTLV/3:	Ημερομηνία εξόδου:
HBs Ag:	Έκβαση:
	Μεταφορά σε:
	Ημέρες παραμονής:

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΙΣΟΔΟΥ	
<p>Ασθενής 54 χρ. Βαρύς καπνιστής → 3-4 παύ. Άψευστα X 24 χρόνια. Έχει 3 παιδιά</p> <p>Χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια.</p> <p>Επίπεδο νευρολογίας φυσιολογικό προ βίνκοις [Ιατρία '94]</p> <p>Παρ νόσους → τον Δεκέμβριο του '93 εστιακή τραχηλική ΔΕ - δυν στην δεξιά πλευρά του Μελ. '94 τραχηλική ΔΕ αναπνευστικού αγγείου → τραχειοκυτίτιδα στον Ευρωπ. όργανο</p> <p>Έργε βλάβη αγγείων στον τραχήλο ή βλάβη στη συνολική</p> <p>Έργε CT εστιακή ή βλάβη στον θώρακα ή ο όργανο οργανισμολογίας ΑΡ. Έργε CT βλάβης → δυν</p> <p>Τον Ιούνιο του '94 ηρώσε με ΔΕ υπερηχογράφημα στον Αχ. βύλας για να χειρουργηθεί. Έργε ωκυμία και</p> <p>πνευμονική εμβολία</p> <p>Επί 12/12/94 ο ασθενής χειρουργήθηκε. Έργε δυν αιμάτινη του όργου. Μετά το πύλο του χειρουργείου είχε επιπλοκή με το νεφρό. Τον Ιανουάριο του '95 εισήχθη με συνολική βλάβη. Το αποτέλεσμα των ίλων φέρει πύλο επιπλοκή και επιπλοκή κνήμης</p> <p>Έργε CT εστιακή ή βλάβη στον θώρακα ή ο όργανο οργανισμολογίας ΑΡ. Έργε ωκυμία και πνευμονική εμβολία</p> <p>Επί συνεχείς μετακινήσεις στον ΜΕΘ του Γεν. Κλιν. ΑΣΣμω, αναπνευστικό ή πύλο ΔΕ φως αγγείου ή βλάβη αναπνευστικού όργου</p> <p>Επί ΜΕΘ ο ασθενής ηρώσε διασωληνωμένο αναπνευστικό</p> <p>Εργαζερά τραχειοκυτίτιδα στον. φουροσουλμιδίου Sa O₂ = 92 αρχικά. Λιγ. ευμερίων</p> <p>Φέρει κυρίως κνήμης ΔΕ.</p> <p>Είχε λίγη αναπνευστική ανεπάρκεια και τα, κνημιαία κνήμης</p> <p>Μετά επιπλοκή χωρίς κνήμης → αναπνευστικό υπό ΑΡ, φουροσουλμιδίου ή νεφροτοξικής ΑΡ.</p> <p>κνήμης ± ΔΕ, νεφροτοξική (-) ΔΕ. Υπόβλεψη στον νεφροτοξική ΔΕ. Εξάρτησης όργου</p> <p>Επί επιπλοκή → κνήμης ΑΡ και ΔΕ ηρώσε ανεπάρκεια, ηρώσε δυν αναπνευστικό</p> <p>Επί 6 Γλαυκώματος Βαθύνω (+) ΔΕ. Τραχηλική αναπνευστική (-)</p> <p>Κοντά τα Γλαυκώματα κνήμης ΑΡ κνήμης όργου</p> <p>Διαίτηση λήξη πύλο κνήμης</p> <p>Επί CT ηρώσε → κνήμης ανεπάρκεια αναπνευστικής αιμορραγίας → εστιακή κνήμης</p> <p>εστιακή κνήμης κνήμης - κνήμης παραρτηρική κνήμης κνήμης</p>	
Ημερομηνία: 15-12-94	Υπογραφή γιατρού: _____

ΟΚΟΜΕΙΟ [REDACTED]
144 ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ

15 01

Β Ε Β Α Γ Α Ν Ο Υ Μ Ε

εμπροσθέντα από το Ιατρικό Προσωπικό της Μ.Σ.Θ. για την κατάσταση του
νους

Α λ ω ν ο υ μ ε στη ζητούμενη στο προσωπικό της Μ.Σ.Θ. να προσβίπει
ε ιδιαιτέρη προσοχή σε κάθε ανάγκη ιατρική και θεραπευτική
εξασφαλισμένη επίβλεψη τεκμηριωμένη και έχει σαν στόχο το καλό του
νους σας. Επίσης επιτρέπουμε την μεταφορά του ασθενούς σε άλλο τύπος ή
κομmissions όποτε αυτό κρίνεται αναγκαίο.

ΓΡΑΦΕΙΟ

ΘΑΝΟΣ ΣΙΤΤΕΝΕΙΑΣ

ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ετη	Βαθμοί
<44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5

SAPS APACHE II και ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Βαθμοί	Θνητότητα %
4	-
5-6	10,7 J.R.
7-8	13,3 Le Gall
9-10	19,4 et al
11-12	24,5 Cr.Care Med.
13-14	30,0 12.1984
15-16	32,1 975
17-18	44,2
19-20	50,0
>21	81,1

ΒΑΘΜΟΙ ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑΣ

Θενείς με προϋπάρχουσα βαρεία ανεπάρκεια ενός οργανικού συστήματος ασθενείς σε ανοσοκαταστολή.

- A. Μη εγχειρήσιμοι ασθενείς/επείγουσες επεμβάσεις: 5 βαθμοί.
- B. Προγραμματισμένες επεμβάσεις: 2 βαθμοί.

Ορισμός βαρείας ανεπάρκειας οργάνου η ανοσοκαταστολής.

παρ: Βιοπτικά αποδεδειγμένη κίρρωση/πυλαία υπέρταση (Π.Υ.). Συμβάματα αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού λόγω Π.Υ. Επεισόδια στο παρελθόν ηπατικής ανεπάρκειας/εγκεφαλοπάθειας/κόματος.

αρδιαγγειακό: ΝΥΗΑ IV.

αναπνευστικό: Χρόνια Πνευμονοπάθεια - αποφρακτική, περιοριστική, αγγειο-ακή - με βαρύ περιορισμό της ικανότητας για κόπωση. Αποδεδειγμένη χρόνια υποξεία, υπερκαπνία, πολυερυθραιμία, πνευμονική υπέρταση (>40 mmHg) η εξάρτηση από αναπνευστήρα.

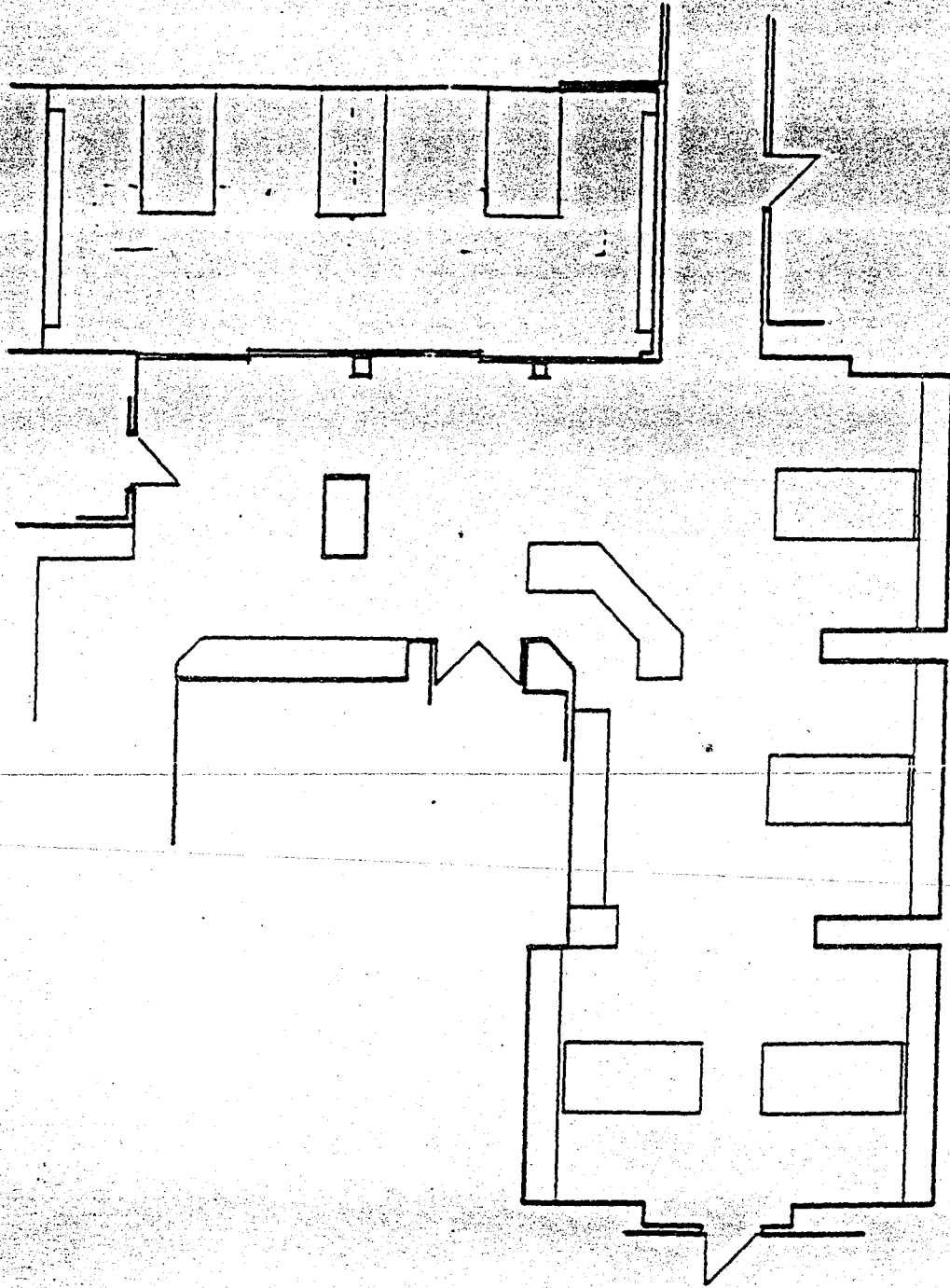
εφροί: Τελική αναπνευστική ανεπάρκεια με χρόνια αιμοκάθαρση.

ανοσοκαταστολή: Θεραπευτική (ανοσοκατασταλτικά, χημειοθεραπευτικά, ακτινοβολίες, στεροειδή).

όσοι: Λευχαιμία, κακόηθες λέμφωμα, AIDS.

APACHE II SCORE SYSTEM

Πειταργικοί πάρμετρα:	Υψηλές τιμές					Χαμηλές τιμές			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Θερμοκρασία σραού(C)	>41	39-40,9		36-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<29,9
Μέση αρτηρ. πίεση(mmHg)	>160	130-159	110-129		70-109		50-69		<49
Καρδ. συχνότ. [κοιλιών]	>180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<39
Συχνότ. αναπνοής (αυτάμ.η μηχαν.)	>50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<5
Οξυγόνωση: FiO ₂ >0,5 PA-aO ₂ <0,5 PaO	>500	350-499	200-349		<200 >70	61-70		55-60	<55
Άρτηρ. τιμή PH	>7,7	7,6-7,9		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Na οραού (mmol/L)	>120	160-179	155-159	150-154	139-149		126-129	111-119	<110
K οραού (mmol/L)	>7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		<2,5
Κρεατινίνη(mg/dl) Σε DNAτα 2πλάσιο	>3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,5-1,4		<0,5		
Αιματοκρίτης %	>60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Λευκά (10 ⁹)	>40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Βαθμολ κλίμακας ΓΛΑΣΚΩΒΗΣ (GCS)	SCORE = 15 - GCS								
HCO ⁻ -λεβ. αίμα	>52	41-51,9		32-40,9	22-31,9		18-21,9	15-17,9	<15



ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
2^{ος} ΟΡΟΦΟΣ
ΚΑΙΝΑΚΑ 1:100
18-19.86