

Η Κοινωνική Κατασκευή της Ιατρικής Εξουσίας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ ΑΥΤΟΥ ΕΙΝΑΙ η ανάλυση της οργάνωσης, της δομής και της λειτουργίας του σύγχρονου νοσοκομειακού συστήματος στη βάση των σχέσεων εξουσίας οι οποίες αναπτύσσονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η ανάλυση στηρίζεται στην ιδιαιτερότητα της «επιστημονικής ιατρικής γνώσης», βάσει της οποίας νομιμοποιείται η ιατρική εξουσία. Η σχετική βιβλιογραφία εστιάζει στην ανάλυση των οργανωτικών σχέσεων, αγνοώντας ή παραλείποντας τη σημασία και το ρόλο της κουλτούρας στον προσδιορισμό του νοσηματικού περιεχομένου και της συμβολικής λειτουργίας της επιστημονικής γνώσης κατά τη συγκρότηση των οργανωτικών σχέσεων του νοσοκομείου.¹ Το συγκεκριμένο άρθρο αποτελεί παρουσίαση μιας έρευνας,² η οποία χρησιμοποιεί τη μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης και η οποία στηρίχθηκε στην υιοθέτηση ενός συγκρουσιακού, διαλεκτικού μοντέλου ανάλυσης, στο πλαίσιο του οποίου η εξουσία και ο τρόπος κατανομής της ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες αναδεικνύεται ως η βασική αναλυτική κατηγορία των οργανωτικών σχέσεων.³ Στη σύγχρονη

1. Ενδεικτικά βλ., A. Strauss, κ.ά., «The Hospital and its Negotiated Order» στο E. Freidson, *The Hospital in Modern Society*, New York, Free Press, 1963, H. Schwartz, *Dominant Issues in Medical Sociology*, McGraw Hill, New York 1994.

2. Για το σχεδιασμό της έρευνας βλ., R. Yin, *Case Study Research. Design and Methods*, Sage, London 1989.

3. Καθώς η μελέτη αφορά την σε βάθος έρευνα της κουλτούρας των εξουσιαστικών σχέσεων στο πλαίσιο των ΜΕΘ, άλλες μέθοδοι και τεχνικές συλλογής στοιχείων έχουν επικουρικό ή δευτερεύοντα ρόλο.

τεχνοκρατική κοινωνία, η ιατρική ως μορφή διαμεσολάβησης αποτελεί πρώτα και κύρια μορφή κοινωνικών σχέσεων. Η πρόταση αυτή προβάλλει την άποψη ότι ο ιατρικός λόγος επεμβαίνει ενεργά με ένα κανονιστικό τρόπο στη διαμόρφωση των οργανωτικών σχέσεων προσδιορίζοντας τη μορφή και τον τρόπο δόμησής τους. Για το λόγο αυτό και για την κατανόηση του οργανωτικού μορφώματος του νοσοκομείου και των ΜΕΘ απαιτείται η ανάλυση της παραγωγής (γέννησης) και αναπαραγωγής της ιατρικής γνώσης (του ιατρικού λόγου).⁴

Για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο κατασκευάζεται κοινωνικά η ιατρική εξουσία απαιτείται, εκτός από την κάλυψη της σχετικής βιβλιογραφίας, και η εμπειρική μελέτη του τρόπου και των διαδικασιών διαμέσου των οποίων η ιατρική εξουσία νομιμοποιείται και διαμεσολαβεί διαμορφώνοντας τις οργανωτικές σχέσεις στο πλαίσιο της νοσοκομειακής οργάνωσης.⁵ Η βιβλιογραφία προσφέρει μεν γνώση του χώρου της κοινωνιολογίας της ιατρικής καθώς και συλλογή στοιχείων τα οποία προέρχονται από διάφορες ιατρικές έρευνες σχετικά με την οργάνωση των ΜΕΘ, την πληρότητά τους σε προσωπικό, το ημερήσιο κόστος ανά ασθενή, το ποσοστό θνησιμότητας και την παθολογία των ασθενών,⁶ αλλά δεν οδηγεί στη διατύπωση συγκεκριμένης ερευνητικής υπόθεσης. Η κατανόηση του τρόπου λειτουργίας των ΜΕΘ με τη συμμετοχική παρατήρηση και την κωδικοποίηση των δεδομένων οδήγησε

4. P. Wright, and A. Treacher, *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh University Press, Edinburgh 1984.

5. Σ. Χιωτάκης, *Για μια Κοινωνιολογία των Ελευθέρων Επαγγελματιών. Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα, Οδυσσέας, 1994, E. Freidson, *The Profession of Medicine*, Dodd, Mead and Co, Chicago and London 1970.

6. Γ. Μιχαλούδης, *Ανάλυση Κόστους Οφέλους σε μια Πολυδύναμη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα*, Ιατρική Σχολή Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Διδακτορική Διατριβή, 1992, Second European Consensus Conference in Intensive Care Medicine, *Predicting Outcome in ICU Patients*, 20 (5), 1994, σσ. 390-397, Τ. Γκαράνη, *Εντατική Θεραπεία: Ηθικά, Δεοντολογικά και Νομικά Προβλήματα*, Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Έδρα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής, Διδακτορική Διατριβή, 1992.

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

αφενός στην ερμηνεία τους και αφετέρου στη σύνδεση των εμπειρικών ευρημάτων με τη θεωρία της κοινωνιολογίας της ιατρικής. Ο τρόπος με τον οποίο συγκροτήθηκε η υπόθεση της έρευνας εντάσσεται στο χώρο της εμπειρικά δομημένης θεωρίας,⁷ όπου η συλλογή των εμπειρικών δεδομένων δεν έρχεται να στηρίξει την υπόθεση αλλά στην ουσία να την διαμορφώσει.

Εστιάζοντας στις αντιφάσεις που παρατηρήθηκαν στη συμπεριφορά των μελών των ΜΕΘ, αναδεικνύεται η βαθύτερη λογική η οποία διέπει την οργάνωση των εσωτερικών σχέσεων.⁸ Μια λογική η οποία δομείται σε ένα δυναμικό, συγκρουσιακό, εξουσιαστικό κοινωνικό πλαίσιο και περιβάλλον και βρίσκεται κρυμμένη πίσω από τη φαινομενικά συναινετική πραγματικότητα, την οποία εγκαθιδρύει η κυριαρχία και νομιμοποίηση του επιστημονικού ιατρικού λόγου ως η αντικειμενική γνώση για τον ασθενή. Η επιλογή της μεθόδου της συμμετοχικής παρατήρησης είχε ως στόχο την περιγραφή σε ένα πρώτο στάδιο της καθημερινής πραγματικότητας των ΜΕΘ και σε ένα δεύτερο την κατανόηση της βαθύτερης λογικής πάνω στην οποία δομούνται και εννοιολογούνται οι εκάστοτε οργανωτικές συμπεριφορές.⁹ Με αυτό τον τρόπο γίνεται δυνατή η ανάδειξη των εμπειρικών-περιγραφικών κατηγοριών που διέπουν τις σχέσεις των παρατηρουμένων (π.χ. η έννοια του «επικίνδυνου», ή η φράση: «για το καλό του ασθενούς») σε θεωρητικές έννοιες, οι οποίες μπορούν να υποβληθούν σε κοινωνιολογική ανάλυση και κριτική.

Αυτές οι κατηγορίες έχουν ένα συγκεκριμένο νόημα το οποίο τους προσδίδουν οι ίδιοι οι παρατηρούμενοι. Η συμμετοχική παρατήρηση είχε ως σκοπό την ανάδειξη αυτών των κατηγοριών, καθώς και την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας τους στις καθημερινές σχέσεις του

7. A. Strauss, and J. Corbin, *Basics of Qualitative Research*, Sage, California 1990.

8. Για μια έρευνα σε ένα παραπλήσιο χώρο του νοσοκομείου, αυτό των χειρουργείων βλ., N. Fox, *The Social Meaning of Surgery*, Open University Press, Philadelphia 1992.

9. «Η συμμετοχή μειώνει την πιθανότητα λαθεμένης παρατήρησης, διότι ο ερευνητής αποκτά διαμέσου της υποκειμενικής εμπλοκής άμεση πρόσβαση σε αυτό που τα άτομα νομίζουν, κάνουν και αισθάνονται, από πολλαπλές προοπτικές» D. Jorgensen, *Participant Observation: A Methodology for Human Studies*, California, Sage, 1992.

προσωπικού.¹⁰ Όπως, για παράδειγμα, η κατηγορία της κοινωνικής προσφοράς και αλληλεγγύης των νοσηλευτριών, όπως χρησιμοποιείται απέναντι στη μονοπωλιακή χρήση της πληροφορίας και τα ανταγωνιστικά συμφέροντα των γιατρών.¹¹ Η συγκρουσιακή κατάσταση η οποία διαμορφώνεται μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτριών προσδιορίζεται από την κατοχή της επιστημονικής γνώσης στην οποία συμμετέχει με διαφορετικό τρόπο η κάθε ομάδα. Οι γιατροί εξουσιάζουν τις νοσηλεύτριες διότι κατέχουν ένα μεγαλύτερο ποσοστό της ιατρικής γνώσης, ενώ οι νοσηλεύτριες εξαρτώνται άμεσα από τους γιατρούς εφόσον η γνώση που κατέχουν είναι περισσότερο πρακτική. Η γνώση και κατανόηση του τρόπου λειτουργίας των πρακτικών ενεργειών κατέχεται μονοπωλιακά από τους γιατρούς οι οποίοι με τον τρόπο αυτό διαγωνίζονται τη διαφοροποίησή τους με τις νοσηλεύτριες. Στη συγκρουσιακή αυτή κατάσταση σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι ασθενείς οι οποίοι αποτελούν το αντικείμενο διαχείρισης του επιστημονικού ιατρικού λόγου, επάνω στο οποίο, όπως θα παρουσιασθεί, διαδραματίζεται το εξουσιαστικό παιχνίδι μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών.

Η έρευνα στηρίχθηκε στην ανάλυση των συνθηκών παραγωγής και αναπαραγωγής της ιατρικής γνώσης, διαμέσου της οποίας αναδείχθηκαν οι κύριες θεωρητικές έννοιες σχετικά με τις οποίες πραγματοποιήθηκε η συμμετοχική παρατήρηση. Η ιδιαίτερη εξουσιαστική λογική των ΜΕΘ εννοιολογήθηκε επαγωγικά, βάσει της ευρύτερης εξουσιαστικής σχέσης της ιατρικής με την κοινωνία (νομιμοποίηση επιστημονικού λόγου).

Η συμμετοχική παρατήρηση αποτελεί τη βασική μέθοδο συλλογής των στοιχείων της έρευνας και χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να περιγραφεί ο συγκεκριμένος χώρος, να αναδειχθεί η ιδιομορφία του καθώς

10. D. Silverman, *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*, Sage, London 1993.

11. Σε αυτό το πλαίσιο ο ασθενής γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης από τις νοσηλεύτριες (προβάλλουν ότι μόνο αυτές εργάζονται πραγματικά για το καλό του): «Αυτοί δεν κάνουν τίποτε (οι γιατροί), κάθονται όλη την ώρα μέσα (στο γραφείο). Τα έχεις δει, εμείς κάνουμε όλη τη δουλειά.», «Μόνοι τους δεν θα έχαναν τίποτε».

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

και να παρουσιασθούν οι συμβολικές λειτουργίες και δράσεις οι οποίες παρατηρούνται στη συμπεριφορά των μελών της μονάδας.¹² Η φαινομενολογική προσέγγιση της ΜΕΘ προσφέρει.¹³

Την αναγωγή της κατάστασης η οποία ισχύει στη μονάδα (καταγραφή της εκάστοτε ιδιαίτερης εμπειρίας), σε περιγραφή της νοηματικής δράσης, σε εστίαση δηλαδή στο νόημα ενός συγκεκριμένου φαινομένου ή κατάστασης.

Την ανάδειξη της σημασίας που έχει η κατανόηση και η ερμηνεία της πράξης. Το σημαντικό στοιχείο είναι το νόημα το οποίο αποδίδουν τα άτομα στην πράξη τους καθώς αυτή προσανατολίζεται, κατευθύνεται, σε κάποιους άλλους. Σημασία έχει η δικαιολόγηση των ατόμων για την πράξη τους και όχι η πράξη αυτή καθ' αυτή.

Την δυνατότητα κατανόησης τόσο της συμπεριφοράς και των αξιών κάθε ομάδας, όσο και της ιδιαίτερης λογικής την οποία εξυπηρετούν οι ενέργειές τους.

Την παρουσίαση της δοσμένης κατάστασης μέσα από το πλαίσιο του αυτοσυνειδητοποιημένου ατόμου το οποίο επεμβαίνει στο περιβάλλον του.

Την περιγραφή των εμπειρικών γεγονότων τα οποία κατανοούνται μέσα από ένα πλαίσιο το οποίο παίρνει νόημα από τις καθημερινές αντιδράσεις των μελών.

Η Φαινομενολογική προσέγγιση προσφέρει μια παρουσίαση της κατάστασης, η οποία ισχύει στη ΜΕΘ, εστιάζοντας στην υποκειμενική αίσθηση για την άμεση πραγματικότητα την οποία βιώνει το άτομο ή η ομάδα στην οποία αυτό ανήκει (γιατρός, νοσηλεύτρια) και όχι αναγκαστικά στη σχέση αυτής της συγκεκριμένης νοηματικής αντίληψης με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (δομές, διαδικασίες, δυναμικές) από το οποίο η συγκεκριμένη συμπεριφορά εννοιοлогείται. Η Φαινομενολογία εστιάζει στο επίπεδο ανάλυσης των άμεσων καθημερινών προσωπικών σχέσεων διαντίδρασης των ατόμων όπως αυτές εκφράζονται στο συγκεκρι-

12. E. Goffman, *Τα Άσυλα*, Αθήνα, Ευρυαλός, 1994.

13. Για τη Φαινομενολογία βλέπε A. Schutz, *On Phenomenology and Social Relations*, Chicago 1970· R. C. Solomon, *Phenomenology and Existentialism*, Harper and Row, 1972· I. Zeitlin, *Rethinking Sociology*, Prentice Hall, 1973.

κριμένο χώρο. Η επικέντρωσή όμως στις άμεσες εμπειρικές σχέσεις δεν προσφέρει γνώση για τους τρόπους με τους οποίους η καθημερινή ζωή του γιατρού, του ασθενούς και της νοσηλεύτριας προσδιορίζεται και κατευθύνεται από τις δομές της ευρύτερης κοινωνίας στην οποία αυτοί διαβιών και κινούνται. Τα όρια αυτά της φαινομενολογικής προσέγγισης και η προσπάθεια να αντιμετωπισθούν κάποια γενικά ζητήματα χωρίς προσφυγή στον ιστορισμό, οδήγησε στην απόπειρα σύνθεσης της Φαινομενολογικής προσέγγισης με τη Γενεαλογική μέθοδο.

Η Γενεαλογία της επιστημονικής ιατρικής χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να προσφέρει:¹⁴ την ανάδειξη των ιατρικών εξουσιαστικών πειθαρχικών πρακτικών και μηχανισμών και τη σύνδεσή τους με τους ευρύτερους εξουσιαστικούς κοινωνικούς μηχανισμούς. Παρέχεται έτσι η δυνατότητα ερμηνευτικής ανάλυσης της ιατρικής, του σώματος και της ιατρικής γνώσης, αναδεικνύοντας συγχρόνως τι αποτελεί, σε μια χωρο-χρονικά προσδιορισμένη κοινωνία, την «Αλήθεια» (επιστημονική γνώση, μάθημα ανατομίας).¹⁵ Επίσης, χρησιμοποιήθηκε για την κατανόηση της αλλαγής των συλλογικών αναπαραστάσεων απέναντι στο φαινόμενο της υγείας και του θανάτου, μέσα από την ανάλυση των νέων εξουσιαστικών πρακτικών.¹⁶ Συνδέοντας την εξουσία με τη γνώση και το σώμα, ανακαλύπτονται νέοι μέθοδοι εξουσίας και πολιτικής πρακτικής.¹⁷ Με τον τρόπο αυτό το σώμα και η ιατρική αποκτούν ένα πολιτικό χαρακτήρα. «Η γνώση είναι πολιτική διότι οι συνθήκες ύπαρξης της εμπεριέχουν σχέσεις εξουσίας».¹⁸

14. Για την έννοια της Γενεαλογίας βλέπε M. Foucault, *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, Ράππα, Αθήνα 1989· M. Foucault, *Η Ιστορία της Τρέλας*, Ηριδανός, Αθήνα 1964· H. Dreyfus, P. Rabinow, *Michel Foucault*, Hertfordshire, Harvester, 1982· B. Smart, *Foucault, Marxism and Critique*, Routledge, New York 1989.

15. M. Foucault, *The Birth of the Clinic*, Tavistock, New York 1973· P. Wright and A. Treacher, *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh University Press, Edinburgh 1984.

16. P. Aries, *The Hour of Our Death*, Middlesex, Penguin Books, 1981.

17. D. Armstrong, *Political Anatomy of the Body. Medical Knowledge in the Twentieth Century*, Cambridge University Press, Cambridge 1983.

18. B. Smart, *Foucault, Marxism and Critique*, Routledge, New York 1989, σ. 80

Τέλος η Γενεαλογία επιχειρεί την ανάδειξη του γεγονότος ότι τα συμφέροντα ή τα κίνητρα ατόμων ή ομάδων δεν είναι το κύριο στοιχείο της ανάλυσης. Η εστίαση στα επιμέρους συμφέροντα, οδηγεί στον ιστορικισμό ενώ η εστίαση στα κίνητρα, στον εμπειρισμό. Αντιθέτως, στη Γενεαλογία η εστίαση γίνεται στις διαδικασίες μέσω των οποίων τα υποκείμενα δημιουργούνται ως αποτέλεσμα της ιατρικής εξουσίας. Οι εκάστοτε ατομικές ή ομαδικές πράξεις ερμηνεύονται βάσει του ευρύτερου εξουσιαστικού πλαισίου το οποίο θέτει η «κατασκευή» της επισημονικής γνώσης.¹⁹

Η υποκειμενική βίωση της πραγματικότητας των ΜΕΘ (όπως μας παρουσιάζεται από τη συμμετοχική παρατήρηση) αποκτά νόημα στο πλαίσιο της ανάλυσης της γέννησης και εδραίωσης της επιστημονικής ιατρικής. Οι συνειδητές επιλογές της κάθε ομάδας ερμηνεύονται βάσει ευρύτερων κοινωνικών συνθηκών, οι οποίες προσδιορίζουν δομικά την κάθε ομάδα στο πλαίσιο ενός ορθολογικού καταμερισμού αρμοδιοτήτων.²⁰ Με τη σύνδεση αυτή οι συμπεριφορές των μελών της ΜΕΘ δεν παρουσιάζονται ως υποκειμενικές αποφάσεις οι οποίες προσδιορίζονται στο πλαίσιο της καθημερινής τυπικής και άτυπης επικοινωνίας. Οι συμπεριφορές των ομάδων οι οποίες συγκροτούν τις ΜΕΘ προσδιορίζονται βάσει ευρύτερων κοινωνικών σχέσεων και κατηγοριοποιήσεων.²¹

Στο βασικό θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης η εξουσία της ιατρικής εννοείται ως μια σφαιρική και ολιστική τάση επέμβασης και διαχείρισης κάθε διάστασης της ανθρώπινης υπόστασης.²² Η ιατρική δεν επεμβαίνει στη διαχείριση απλά και μόνο της ασθένειας αλλά και στις κα-

19. B. Turner, *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, London 1995.

20. S. Hillier, Rationalism, Bureaucracy and the Organization of the Health Care Services: Max Weber's Contribution to Understanding Modern Health Care System, στο G. Scambler, *Sociological Theory and Medical Sociology*, Tavistock, London 1987, σσ. 194-220.

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

22. D. Armstrong, The Problem of the Whole-Person in Holistic Medicine στο, A. Gray, and C. Seale (eds) *Health and Disease: A Reader*, Open University Press, Buckingham 1995.

ταστάσεις της υγείας, της ζωής και του θανάτου. Η ιατρική πράξη αποτελεί μια μορφή ολιστικής διαμεσολάβησης πάνω στο υποκείμενο η οποία κατασκευάζει ένα νέο τρόπο πρόληψης και κατανόησης των εννοιών αυτών, καταλήγοντας εν τέλει σε μια νέα εννοιολόγηση του υποκειμένου.²³

Οι βασικές υποθέσεις έρευνας μπορούν να διατυπωθούν ως ακολούθως: α) Η επιστημονική γνώση, λειτουργώντας σχετικά αυτόνομα, διαμεσολαβεί μεταξύ των ατόμων, επηρεάζοντας το σύνολο των οργανωτικών σχέσεων στο χώρο του νοσοκομείου. (Σε ένα πρώτο επίπεδο η σχέση η οποία ισχύει και εκφράζει τη νοσοκομειακή πρακτική, είναι η σχέση υγεία-ασθένεια).²⁴ β) Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η επιστημονική ιατρική εξουσία τείνει να απολυτοποιείται καθώς ανάγεται σε καθοριστικό παράγοντα προσδιορισμού της σχέσης ζωή-θάνατος.²⁵ γ) Η εμπειρική υπόθεση έρευνας είναι ότι στις ΜΕΘ, όπου κυριαρχεί η σχέση ζωή-θάνατος (οι ΜΕΘ δεν θεραπεύουν αλλά διατηρούν στη ζωή κάποιον ο οποίος απειλείται άμεσα από το θάνατο), οι οργανωτικές σχέσεις οι οποίες ισχύουν στο χώρο του ευρύτερου νοσοκομείου θα πρέπει επίσης να τείνουν να απολυτοποιούνται. Η απολυτοποίηση είναι το αποτέλεσμα μιας εξουσίας η οποία τείνει να ασκείται μονοπωλιακά και η οποία τείνει να απολυτοποιεί επίσης τις επιμέρους σχέσεις οι οποίες τη συγκροτούν. Οι σχέσεις οι οποίες μελετώνται είναι: α) γιατρός-ασθενής, β) γιατρός-νοσηλεύτρια και γ) νέα ιατρική γνώση-γιατροί. Οι τρεις αυτές σχέσεις επιλέγονται βάσει της κατοχής διαφορετικού βαθμού και ποιότητας ιατρικής γνώσης, η οποία προσδιορίζει την ιατρική εξουσία.

Η συμμετοχική παρατήρηση²⁶ είχε ως στόχο την κατανόηση του

23. W. R. Arney, and B. J. Bergen, *Medicine and the Management of Living: Taming the Last Great Beast*, University of Chicago Press, Chicago and London 1984.

24. Η νοσοκομειακή πράξη έχει ως πρώτο στόχο την υπέρβαση της ασθένειας και την επαναφορά στην υγεία.

25. Έτσι η μορφή και το περιεχόμενο της σχέσης υγεία-ασθένεια, διαμεσολαβείται και επικαθορίζεται από τον τρόπο με τον οποίο προσδιορίζεται η μορφή και το περιεχόμενο της σχέσης ζωή-θάνατος, στο πλαίσιο της νοσοκομειακής πράξης.

26. Η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές περιπτώσεις κοινωνιολογικών ερευνών οι οποίες ασχολούνται με θέματα ιατρικής. Για το

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

τρόπου με τον οποίο η μορφή οργάνωσης και λειτουργίας των ΜΕΘ συγκροτείται ως ένα ιδιόμορφο σύνολο κοινωνικών σχέσεων στη δόμηση των οποίων ουσιαστικό ρόλο διαδραματίζει ο ιατρικός επιστημονικός λόγος και επιλέχθηκε ως μέθοδος συλλογής των εμπειρικών στοιχείων, διότι στόχος της μελέτης δεν ήταν η γενίκευση των αποτελεσμάτων αλλά η κατανόηση του συγκεκριμένου χώρου.²⁷

Οι ΜΕΘ αποτελούν ένα ιδιόμορφο τμήμα του νοσοκομειακού συστήματος αποτελώντας στην ουσία ένα νοσοκομείο το οποίο λειτουργεί σχετικά αυτόνομα μέσα σε ένα νοσοκομείο. Το χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι ότι αποτελούν ένα χώρο στον οποίο κυριαρχούν τα ιατρικά μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας. Η εστίαση στη διαχείριση της

χώρο των ΜΕΘ δεν υπάρχουν πολλές έρευνες οι οποίες έχουν χρησιμοποιήσει τη μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης. Οι έρευνες που ασχολούνται με το χώρο των ΜΕΘ εξετάζουν στις περισσότερες περιπτώσεις θέματα ηθικής. R. Anspach, *Deciding Who Lives: Fateful Choices in Intensive Care Nursery*, University of California Press, London 1997. Υπάρχουν αντίστοιχα αρκετές κοινωνιολογικές έρευνες οι οποίες ασχολούνται με ιατρικά θέματα και οι οποίες χρησιμοποιούν τη μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης. P. Atkinson, *The Clinical Experience: The Construction and Reconstruction of Medical Reality*, Gower, Farnborough 1981· P. Atkinson, *Medical Talk and Medical Work*, Sage, London 1995· H. Becker, B. Geer, E. Hughes and A. Strauss *Boys in White: Student Culture in Medical School*, Chicago University Press, Chicago 1961 επίσης, R. Coser, *Life in the Ward*, Michigan State University Press, 1962· B. Glaser, and A. Strauss *Awareness of Dying*, Aldine, Chicago 1961 επίσης N. Fox, *The Social Meaning of Surgery*, Open University Press, Philadelphia 1992· R. Fox, *Training for Uncertainty*, στο R. Merton, G. Reader and P. Kendall (eds) *The Student - Physician*, Harvard University Press, Cambridge 1957· P. Strong, *The Ceremonial Order of The Clinic: Parents, Doctors and Medical Bureaucracies*, Routledge, London 1979· R. Zussman, *Life in the Hospital: A Review*, *The Milbank Quarterly*, 71, 1993. Για μια παρουσίαση αντίστοιχης μεθοδολογίας σε χώρο των ΜΕΘ βλέπε R. Zussman, *Intensive Care: Medical Ethics and the Medical Profession*, Chicago, Chicago and London 1992, σσ. 231-245.

27. Για το σχεδιασμό της εμπειρικής έρευνας στο χώρο της ιατρικής κοινωνιολογίας βλέπε, J. Daly, I. McDonald and E. Willis, *Researching Health Care: Designs, Dilemmas, Disciplines*, Routledge, London and New York, 1992 επίσης C. Jenkison, *Measuring Health and Medical Outcomes*, Ucl Press, 1994· D. Silverman, *Interpreting Qualitative Data*, Sage, London 1993.

σχέσης ζωής-θανάτου και η βαριά κατάσταση των ασθενών οι οποίοι εισάγονται στις ΜΕΘ έχει οδηγήσει στην κυριαρχία των ιατρικών μηχανημάτων και την απόλυτη εξάρτηση των γιατρών από αυτά. Η ιατρική όπως εκφράζεται στις ΜΕΘ αποτελεί μια τεχνοκρατική μηχανοποιημένη ιατρική, όπου η ανθρώπινη διάσταση του επιστήμονα γιατρού δίνει τη θέση της στον τεχνοκράτη ειδικό, ο οποίος ερμηνεύει και διαχειρίζεται αριθμητικά δεδομένα και μετρήσεις, επιχειρώντας έτσι να φέρει σε ισορροπία συγκεκριμένα μεγέθη.

Οι ΜΕΘ λειτουργούν με πλήρες προσωπικό σε οκτάωρη και πενθήμερη βάση, από το πρωί στις επτά, μέχρι το μεσημέρι στις τρεις. Όλες τις άλλες ώρες και ημέρες, καθώς και στις αργίες, λειτουργούν με την παρουσία ενός γιατρού και τριών νοσηλευτριών. Όλες οι εξετάσεις, οι επεμβάσεις καθώς και οι περισσότερες μετρήσεις επάνω στο σώμα του ασθενή πραγματοποιούνται στο πλαίσιο αυτού του ωραρίου. Οι μονάδες αυτές εξαρτώνται, για την εύρυθμη λειτουργία τους, από τα εργαστήρια (αξονικοί, μικροβιολογικό) του νοσοκομείου, επομένως είναι υποχρεωμένες να ακολουθούν το ωράριο του ιδρύματος. Συνεπώς όλες οι δραστηριότητες στη μονάδα εκτελούνται στο πλαίσιο αυτού του ωραρίου. Από τις επτά το πρωί μέχρι τις δέκα το πρωί, οι νοσηλεύτριες ασχολούνται με το καθάρισμα και το πλύσιμο των ασθενών.²⁸ Οι ώρες οι οποίες παρούσαζαν το μεγαλύτερο ενδιαφέρον ήταν από τις εννιά και μισή το πρωί μέχρι και της δύο το μεσημέρι. Σε καθημερινή πενθήμερη βάση λοιπόν επισκεπτόμουν και συμμετείχα εθελοντικά στη μονάδα αυτές τις ώρες, επιχειρώντας να προσαρμοστώ όσο καλύτερα μπορούσα στο συγκεκριμένο χώρο²⁹ και αντιμετωπίζοντας βέβαια διάφορα προβλήματα-

28. Η παρακολούθηση της διαδικασίας καθαρίσματος των ασθενών παρείχε πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται ο ασθενής, αλλά έπειτα από μερικές ημέρες δεν προσέφερε καμιά νέα πληροφορία μιας και επαναλαμβάνονταν οι ίδιες διαδικασίες.

29. «Το καλύτερο είναι στην προσπάθεια να ενταχθείς σε ένα νέο πλαίσιο ή μια νέα κατάσταση, να παρατηρείς πολύ προσεκτικά και να ακούς ότι έχουν να σου πουν, προκειμένου να εξοικειωθείς και να γνωρίσεις το χώρο» D. Jorgensen, *Participant Observation: A Methodology for Human Studies*, Sage, California 1992, σ. 74.

τα.³⁰ Κατά τη διάρκεια της παραμονής στη μονάδα φορούσα μια άσπρη ποδιά γιατρού, η οποία μου είχε επιβληθεί για λόγους απολύμανσης αλλά και προκειμένου να μπορώ να κυκλοφορώ ελεύθερα μέσα στη μονάδα.³¹ Επίσης, στη διάρκεια διεξαγωγής της συμμετοχικής παρατήρησης χρησιμοποιήθηκε ένα σημειωματάριο στο οποίο καταγράφονταν οι συμπεριφορές και τα φαινόμενα τα οποία μου προκαλούσαν εντύπωση και προβληματισμό.

Η συμμετοχική παρατήρηση εστίασε ιδιαίτερα στη σχέση των γιατρών με τις νοσηλεύτριες, εφόσον η κάλυψη της βιβλιογραφίας είχε οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η στάση των γιατρών απέναντι στις νοσηλεύτριες ήταν υποτιμητική.³² Η στάση αυτή αναδείκνυε την υποβόσκουσα συγκρουσιακή δυναμική κατάσταση, η οποία επικρατούσε στη μονάδα και η οποία προσδιοριζόταν από τον ιδιόμορφο ρόλο τον οποίο διαδραματίζουν οι ΜΕΘ στην οργάνωση του νοσοκομειακού συστήματος.

Οι ΜΕΘ έχουν ως στόχο όχι τη θεραπεία του ασθενούς και τη νίκη της ασθένειας, αλλά τη διατήρησή του στη ζωή.³³ Προκειμένου να διατηρήσουν οι ΜΕΘ τον ασθενή στη ζωή ασχολούνται με τα συμπτώματα της ασθένειας (π.χ. καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια) και όχι με την αιτία της (π.χ. καρκίνος). Η εστίαση στην αντιμετώπιση του συ-

30. Αυτό είναι άλλωστε και το πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζει όποιος διεξάγει συμμετοχική παρατήρηση. Αντιμετωπίζεται ως ξένος, ως μυστήριος, ως απρόσκλητος, ως ενοχλητικός. D. Jorgensen, *Participant Observation: A Methodology for Human Studies*, Sage, California 1992, σσ. 58-62.

31. R. Zussman, *Intensive Care: Medical Ethics and the Medical Profession*, Chicago, Chicago and London 1992, σ. 235

32. J. Salvage, *The Politics of Nursin*, Heinemann Medical Books, London 1985· M. Joseph, *Sociology for Nursing and Health Care*, Polity, Cambridge 1994. Οι νοσηλεύτριες προβάλλουν την άποψη ότι οι γιατροί τους φέρονται υποτιμητικά. Το πιο συχνό παράπονό τους ήταν: «Είδες μας φέρονται σαν υπηρέτριες».

33. «Σημασία έχει το σύμπτωμα και όχι η αιτία», «... για πρώτη φορά μπορούσαμε να θεραπεύσουμε ανθρώπους πού άλλοτε ήταν καταδικασμένοι, χτυπώντας όχι τις αιτίες της αρρώστιας, αλλά τις συνέπειες της, Ζ. Αμπυρζέ, *Δύναμη και Αδυναμία, Οι Μεταμορφώσεις της Ιατρικής και του Ανθρώπου*, Ράππα, Αθήνα 1973, σ. 30.

μπτώματος εκφράζει ιδεοτυπικά την κορύφωση μιας διαδικασίας ευρύτερου προσανατολισμού της επιστημονικής ιατρικής. Η επιστημονική ιατρική 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 τη λειτουργία του δοσμένου οικονομικοκοινωνικού σχηματισμού.³⁴

Η επιστημονική ιατρική από την αρχή της εμφάνισής της εστίασε στη θεραπεία και συμπληρωματικά επεκτάθηκε και στον προσδιορισμό της πρόληψης, προωθώντας την ιδεολογία της ατομικής ευθύνης. Η ιδεολογία της ατομικής ευθύνης επεκτείνει την εξουσία της ιατρικής σε ένα διευρυμένο χώρο, αυτόν της πρόληψης. Ο επιστημονικός λόγος, αποτελώντας τμήμα ενός ευρύτερου εξουσιαστικού λόγου ο οποίος τοποθετεί το υποκείμενο σε θέση αντικειμένου προς χρήση, ενέχει το στοιχείο της εργαλειοποίησης, της αντικειμενικοποίησης του ασθενούς.³⁵

Η έρευνα στις ΜΕΘ φέρνει στην επιφάνεια τις συνέπειες του προσανατολισμού στη θεραπεία, οι οποίες προκύπτουν από την απόλυτη εφαρμογή της θεραπευτικής ιδεολογίας. Ιδιαίτερα ενδιαφέρει η σχέση γιατρός-ασθενής, στο πλαίσιο της οποίας δομούνται και οι άλλες δύο οργανωτικές σχέσεις (σχέση γιατρός-νοσηλεύτρια και σχέση ιατρική γνώση-γιατροί). Στο πλαίσιο των ΜΕΘ έχουμε την απόλυτη έκφραση

34. V. Navarro, Social Class, Political Power and the State and their Implications in Medicine, *Soc Sci Med*, 10(1976), σσ. 437-457· V. Navarro, *Medicine Under Capitalism*, Prodist, New York 1976· V. Navarro, *The Industrialization of Fetihism or the Fetihism of the Industrialization, A Critique of Ivan Illich*, *Soc Sci Med* 14a (1978), σσ. 231-237· V. Navarro, *Class, Struggle, the State and Medicine*, Martin Robertson, London 1978· L. Doyal, *The Political Economy of Health*, Pluto Press, London 1981.

35. M. Foucault, *The Birth of the Clinic*, Tavistock, New York 1973· I. Zola, Medicine as an Institution of Social Control: The Medicalization of Society, στο D. Tuckett et. al. *Basic Reading in Medical Sociology*, Tavistock, London 1978· B. Turner, *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, London 1995.

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

του προσανατολισμού στη θεραπεία έναντι της πρόληψης. Οι ΜΕΘ λειτουργούν ανεξάρτητα από οποιαδήποτε κοινωνική επιρροή.³⁶ Ο ασθενής ανήκει απόλυτα στην ΜΕΘ η οποία αποκλειστικά αποφασίζει για την τύχη του. Όπως αναφέρει και ο διευθυντής μιας ΜΕΘ: «Δικαίωμα στον ασθενή έχω μόνο εγώ». Ο γιατρός είναι ελεύθερος να επέμβει όπως θέλει πάνω στο σώμα του ασθενούς. Η εξουσία του δεν έχει περιορισμούς και ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως ένα παθητικό, πειθήνιο αντικείμενο.³⁷

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς στη ΜΕΘ οι συγγενείς του υπογράφουν ένα γενικόλογό έντυπο το οποίο παρέχει το δικαίωμα στη ΜΕΘ να επιχειρήσει οποιαδήποτε επέμβαση επάνω στον ασθενή, όσο επικίνδυνη και επώδυνη και αν είναι αυτή, χωρίς να είναι υποχρεωμένοι οι γιατροί να ζητήσουν την άδεια των συγγενών.³⁸ Τα συναισθήματά του ασθενούς δεν έχουν καμία σημασία.³⁹ Η αντιμετώπιση του ως άβουλο αντικείμενο και όχι ως άτομο εκφράζεται και από τη στάση απέναντι στην εισαγωγή ενός νέου ασθενούς. 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».

36. Ακόμη και η επίσκεψη των συγγενών είναι ελεγχόμενη και πολύ περιορισμένη. Αυτοί δεν μπορούν να δουν ή να αγγίξουν τον ασθενή τους. Όπως αυστηρά παρατηρεί μια νοσηλεύτρια τη μητέρα ενός ασθενούς: «Συγγνώμη δεν μπορείτε να αγγίξετε τον ασθενή».

37. Όπως αναφέρει μια νοσηλεύτρια: «Στη μονάδα οι ασθενείς δεν μπορούν να αντιδράσουν και μπορείς να τους κάνεις ότι θέλεις».

38. «Δηλώνουμε ότι επιτρέπουμε στο προσωπικό της ΜΕΘ να προβαίνει χωρίς ιδιαίτερη προειδοποίηση σε κάθε αναγκαία ιατρική και θεραπευτική παρέμβαση που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη και έχει ως στόχο το καλό του ασθενούς».

39. 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». Ακόμα και η πιθανότητα επιβίωσής του εκφράζεται αριθμητικά: «Βρίσκεται στο κλινικό στάδιο 3- 4».

Η θεραπεία ασχολείται με τη διαχείριση των εκάστοτε συμπτωμάτων, όπως αυτά μεταφράζονται σε δεκάδες μετρήσεις. Τα συναισθηματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά στοιχεία, τα οποία δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο μέτρησης θεωρούνται αδιάφορα. Ως σκοπός τίθεται η καλύτερη μέτρηση των οποιονδήποτε αριθμητικών εκφράσεων διαμέσου των οποίων ανακατασκευάζεται η ασθένεια. Για τον κάθε ασθενή υπάρχει το φύλο ημερησίας νοσηλείας, στο οποίο καταγράφονται με κάθε λεπτομέρεια όλα τα στοιχεία για την κατάσταση του. Το έντυπο αυτό στην ουσία είναι η ανακατασκευή της εικόνας του ασθενούς, η οποία κατασκευάζει την αναπαράσταση του ασθενή ως ένα σύνολο μετρήσεων. Η λογική επάνω στην οποία γίνονται αυτές οι μετρήσεις είναι ο έλεγχος ενός ισολογισμού. Ελέγχονται δηλαδή σε εικοσιτετράωρη βάση (το φυλλάδιο είναι δομημένο σε ωριαία βάση) π.χ. τα υγρά τα 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 τη διόρθωση του (προσθήκη υγρών αν είναι αρνητικό και έλεγχος χορήγησης υγρών αν είναι θετικό).⁴⁰

Η αδυναμία της επιστημονικής ιατρικής να προσεγγίσει τον ασθενή ως προσωπικότητα και όχι απλώς ως βιολογική ύπαρξη, εκφράζεται διαμέσου της ολοένα αυξανόμενης απαίτησης για καλύτερη, για πιο ακριβή μέτρηση των τιμών. Ο ασθενής εξαφανίζεται και στη θέση του εισέρχεται το κυνήγι ισορροπιών και ισοζυγίων. Η κατάσταση του ασθενούς γίνεται ένα τεχνικό, τεχνοκρατικό, μαθηματικό πρόβλημα το οποίο απαιτεί την τεχνική επίλυσή του. Ως συνέπεια δεν αντιμετωπίζεται ως άτομο, αλλά ως ένα σώμα το οποίο κείτεται ανάκατο να αντιδράσει.⁴¹

Η υψηλή τεχνολογία αντικαθιστά τις πεπερασμένες δυνατότητες του

40. Η ίδια κατάσταση ισχύει και στη χορήγηση των φαρμάκων. Υπάρχει έλεγχος ανά πάσα στιγμή της ποσότητας των υγρών τα οποία χορηγούνται. Με τον τρόπο αυτό ο οργανισμός, τεχνητά, κρατιέται σε κατάσταση ισορροπίας.

41. Όπως αναφέρει και ένας νοσηλευτής για την κατάσταση των ασθενών της μονάδας: «Εδώ μέσα είναι σαν θερμοκήπιο».

γιατρού για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας. Ο έλεγχος των κάθε μορφής μετρήσεων 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, στο οποίο είναι συνδεδεμένοι όλοι οι καρδιογράφοι οι οποίοι ελέγχουν την κατάσταση της καρδιάς των ασθενών, προσδιοριζόμενοι από τον αριθμό του κρεβατιού στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής. 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, υπάρχει ένα σύστημα προειδοποίησης σε κάθε καρδιογράφο, το οποίο προειδοποιεί ότι κάτι δεν πάει καλά. Αντίστοιχα συστήματα ειδοποίησης υπάρχουν και στους αναπνευστήρες και στα άλλα μηχανήματα χορήγησης φαρμάκων. Ανά πάσα στιγμή ο ασθενής είναι ελεγχόμενος.

Η επιστημονική ιατρική τείνει να γίνει απόλυτα τεχνοκρατική και ο ασθενής αντιμετωπίζεται εργαλειακά στο πλαίσιο μιας σειριακής λογικής. Ενδεικτική της εργαλειοποίησης του ασθενούς είναι η ορολογία η οποία χρησιμοποιείται από το προσωπικό και η οποία εκφράζει την αντικειμενικοποίηση του ασθενή.⁴² Η εργαλειοποίηση του σώματος του ασθενούς φαίνεται ανάγλυφα στη χρησιμοποίησή του ως αντικείμενο μάθησης. Η μονάδα, ως χώρος μάθησης, αποκτάει εξαιρετική σημασία, μιας και σε αυτή συγκεντρώνονται τα πιο «βαριά», τα πιο δύσκολα περιστατικά. Για το λόγο αυτό κάθε δεκαπενθήμερο επισκέπτονται τη μονάδα ομάδες δύο φοιτητών οι οποίοι κάνουν στη μονάδα την πρακτική όσων μαθαίνουν στο πανεπιστήμιο. Το πιο συχνό παράπονο των γιατρών απέναντι στους νέους φοιτητές είναι ότι δεν αναλαμβάνουν να επέμβουν πάνω στους ασθενείς.

42. Όταν τελείωνε ένας γιατρός την εφημερία του ανέφερε στους γιατρούς τους οποίους ενημέρωνε για το προηγούμενο βράδυ: «Ευτυχώς δεν είχα γκόλ (goal) απόψε», εξυπονοώντας το ότι δεν πέθανε κανένας ασθενής κατά τη διάρκεια της δικής της εφημερίας (Ότι δεν δέχθηκε δηλαδή γκόλ).

Σε μια συγκεκριμένη περίπτωση ένας φοιτητής ιατρικής, ύστερα από την προτροπή των γιατρών, επεχείρησε να πάρει αίμα από έναν ασθενή. Εξαιτίας της απειρίας του προκαλούσε δυσφορία στον ασθενή, ο οποίος αν και σε κώμα αντιδρούσε στον πόνο τον οποίο ένοιωθε. Στην παρατήρηση ότι ο ασθενής ταλαιπωρούνταν και ότι ήταν απάνθρωπο να χρησιμοποιείται ως πειραματόζωο, ο φοιτητής απολογητικά απάντησε : «Τι να κάνω, πρέπει να μάθω». Και φυσικά το σώμα του ασθενούς της ΜΕΘ είναι το πλέον κατάλληλο.

Οι ΜΕΘ αποτελούν το χώρο στον οποίο συγκεντρώνονται τα περισσότερα και τα πιο σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα τα οποία χρησιμοποιούνται για τη διατήρηση του ασθενούς στη ζωή. Η ιατρική στις ΜΕΘ είναι επιθετική ιατρική. Ο ασθενής βρίσκεται αναισθητός 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 ΜΕΘ αποτελεί την ιδεοτυπική μορφή ασθενούς, αυτή του πειθήνιου αντικειμένου όπου πάνω του ασκείται απόλυτα η επιστημονική ιατρική. Με την ανάπτυξη όμως της ιατρικής τεχνολογίας και την εφαρμογή του εργαλειακού ορθολογισμού ο αρχικός προσανατολισμός στη θεραπεία στις ΜΕΘ αγγίζει τα όριά του, διότι παρέχεται η δυνατότητα στην επιστημονική ιατρική να ασκήσει ιδεοτυπικά τον αρχικό της προσανατολισμό.

Με την ανάλυση η οποία επιχειρήθηκε αναδεικνύεται η βαθύτερη λογική στην οποία δομείται η επιστημονική ιατρική. Λογική η οποία προκύπτει από την όξυνση των σχέσεων και των αντιθέσεων μεταξύ της ιατρικής και της κοινωνίας, όπως αυτές παρουσιάζονται στο χώρο των ΜΕΘ όπου ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως απόλυτο αντικείμενο χρήσης, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα συναισθήματά του, ή η κοινωνική του υπόσταση και το περιβάλλον του. Η κοινωνιολογική κριτική του ιατρικού λόγου δεν καλείται να δώσει απάντηση στο ερώτημα αν πρέπει να υπάρχουν περισσότερες ή λιγότερες ΜΕΘ. Αντιθέτως η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως σκοπό να αναδείξει την ανάγκη επανατοποθέτησης της λειτουργίας των ΜΕΘ στο πλαίσιο μιας άλλης λογικής. Η έρευνα 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 κατασκευάζονται ως τε-

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

χνικά προβλήματα προς επίλυση από τον εκάστοτε «ειδικό», στο πλαίσιο μιας αντικειμενικής, απόλυτης, επιστημονικής λογικής.

Οι μονάδες αυτές τείνουν να εκφράζουν την απολυτοποίηση της ιατρικής εξουσίας. Η κατάσταση η οποία ισχύει στις ΜΕΘ τείνει να εκφράζει τα όρια, την απόλυτη μορφή της ιατρικής. Μιας τεχνοκρατικής αντικειμενικής, μηχανοποιημένης ιατρικής στο πλαίσιο της οποίας το υποκείμενο χάνει κάθε κοινωνικό στοιχείο της προσωπικότητας ή της ιδιαιτερότητάς του και μετατρέπεται σε ένα απόλυτο βιολογικό αντικείμενο, ένα σύνολο αριθμητικών ρυθμίσεων, οι οποίες εργαστηριακά, ανεξαρτήτως κοινωνικού παράγοντα ρυθμίζονται από τον «ειδικό». Στις ΜΕΘ η θεραπευτική ιδεολογία επάνω στην οποία λειτουργεί από την στιγμή της γέννησής της η επιστημονική ιατρική φτάνει στα όριά της.

Η σύνθεση της Φαινομενολογικής προσέγγισης με τη Γενεαλογική μέθοδο, προσφέρει μια πολιτισμική προσέγγιση της ιατρικής εξουσίας στο πλαίσιο ενός συγκεκριμένου χωρόχρονου. Οι εξουσιαστικές σχέσεις στις ΜΕΘ αφήνουν συγχρόνως ανοικτά τα ζητήματα που αφορούν τους μετασχηματισμούς τους. Η διαφορά με ιστορικές ή συμπεριφορικές προσεγγίσεις, είναι ότι η συγκεκριμένη σύνθεση δεν καταλήγει σε ένα εσχατολογικό σχήμα το οποίο αναδεικνύει τα ζητήματα της ασυνέχειας, της κρίσης, της ανατροπής και του ανασχηματισμού σε λειτουργικά ισοδύναμα, κάτι που απορρέει από τα θετικιστικά και εμπειρικά μοντέλα που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη της ιατρικής εξουσίας.

Σε αυτό ο πλαίσιο, ο σκοπός διεξαγωγής της έρευνας δεν ήταν η 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 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)».⁴³

43. A. Bryman, *Quantity and Quality in Social Research*, Unwin Hyman, London 1988, σ. 91, στο D. Silverman, *Interpreting Qualitative Data*, Sage, London 1993, σ. 160.

Η έρευνα προσανατολίζεται στο να ελέγξει αν η κοινωνιολογική θεωρία η οποία διαμορφώθηκε έχει ή όχι ερμηνευτικά αποτελέσματα για την οργάνωση των σχέσεων στο χώρο της ΜΕΘ.⁴⁴ Το αν η θεωρία αυτή είναι και γενικεύσιμη μπορεί να αποδειχθεί με τη διεξαγωγή ανάλογων ερευνών σε αντίστοιχο χώρο ή σε ανάλογους χώρους του νοσοκομείου, όπου θα εξετασθεί αν οι βασικές θεωρητικές υποθέσεις για την ιατρική εξουσία επαληθεύονται ή όχι.

Καταληκτικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι το ανθρώπινο σώμα ως κοινωνική έννοια και κατασκευή, στο πλαίσιο της ιατρικής επιστημονικής λογικής, διαμεσολαβεί στον ορισμό και τον προσδιορισμό των εξουσιαστικών σχέσεων στο πλαίσιο της νοσοκομειακής οργάνωσης. Ορίζοντας το βαθμό, τον τρόπο και το επίπεδο διαχείρισης του ασθενούντος σώματος, ορίζεται η εξουσία του γιατρού και η υποταγή σε αυτήν του υπόλοιπου νοσοκομειακού προσωπικού.

44. D. Silverman, *Interpreting Qualitative Data*, Sage, London 1993, σ. 160.