

Έλενα Σιέρρα*

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εμπιστοσύνη αποτελεί μια μάλλον αφανή έννοια στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Ωστόσο, η προσεκτική ανάλυση μπορεί να αποκαλύψει τις διαφορετικές προσεγγίσεις απέναντι στην εμπιστοσύνη στη φροντίδα υγείας, ειδικά σε ό,τι αφορά τη σχέση της ιατρικής με το κοινό. Η παρούσα εργασία επιχειρεί να προσδιορίσει αυτές τις διαφορετικές προσεγγίσεις στο έργο του Talcott Parsons και στις πρώιμες θεωρίες των επαγγελματιών· στις θεωρίες της επαγγελματοποίησης και της ιατροκοποίησης, συμπεριλαμβανομένου του έργου του Eliot Freidson· στα έργα του Michel Foucault και στη φονκωϊκή παράδοση στην κοινωνιολογία της υγείας· και στις πρόσφατες μελέτες που εστιάζουν στο ενδεχόμενο της ύφεσης της δημόσιας εμπιστοσύνης προς την ιατρική. Οι σχέσεις εμπιστοσύνης είναι εγγενώς δυναμικές και, καθώς διαμορφώνεται ένα νέο περιβάλλον παροχής φροντίδας υγείας, οι βάσεις της εμπιστοσύνης μεταβάλλονται και το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον για την έννοια αυξάνεται.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμπιστοσύνη αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές «συνθετικές» δυνάμεις στην κοινωνία (Simmel, 1950 [1908]). Διευκολύνει τη συνεργασία και κατ' επέκταση τις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, αλλά και αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν

*Διδάκτωρ Κοινωνιολογίας της Υγείας, Επιστημονική συνεργάτις του Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμ. Νοσηλευτικής.

στη βιωσιμότητα των θεσμών και στην εξασφάλιση της κοινωνικής συνοχής. Ειδικά σε συνθήκες που χαρακτηρίζονται από αβεβαιότητα, επικινδυνότητα και έλλειψη επαρκούς γνώσης και πληροφόρησης, η εμπιστοσύνη αποτελεί προϋπόθεση για τη λήψη αποφάσεων και την ανάληψη δράσης.

Εντούτοις, παρά τη σημασία που έχει για τις κοινωνικές σχέσεις στο διαπροσωπικό και το θεσμικό επίπεδο, η εμπιστοσύνη είναι μια έννοια που μόλις τις τελευταίες δεκαετίες εισήλθε στο προσκήνιο της κοινωνιολογικής μελέτης. Αυτό δεν σημαίνει ότι η έννοια υπήρξε ποτέ απύσαστα από τους προβληματισμούς των κοινωνιολόγων. Όμως, για μεγάλο χρονικό διάστημα παρέμενε αφανής, διατηρώντας μιαν άρρητη συνήθως παρουσία στα γραπτά των κοινωνιολόγων. Πρόκειται, με άλλα λόγια, για μια έννοια που διατήρησε μια «απουσία-παρουσία», όπως μπορεί να διαπιστώσει κανείς ήδη στα έργα των κλασικών της κοινωνιολογίας (Misztal, 1996).

Οι κλασικοί κοινωνιολόγοι ασχολήθηκαν, έστω και με έμμεσο τρόπο, με την εμπιστοσύνη στο πλαίσιο του προβληματισμού τους για το ζήτημα της δημιουργίας, της διατήρησης και της κατάρρευσης της κοινωνικής τάξης (social order) (Misztal, 1996). Ο Simmel είναι ο πρώτος κοινωνιολόγος που επιχείρησε να αναλύσει την έννοια της εμπιστοσύνης (Simmel, 1950, 1978 [1899]). Έτσι, το έργο του Simmel πρόσφερε ένα θεωρητικό πλαίσιο για την ανάλυση της προσωπικής και της γενικευμένης (ή απρόσωπης) εμπιστοσύνης και επηρέασε το έργο μεταγενέστερων κοινωνιολόγων που ασχολήθηκαν με την έννοια όπως ο Luhmann και ο Giddens (Misztal, 1996).

Ο Niklas Luhmann επηρεάστηκε από τον Simmel, αλλά και από το έργο του Parsons για την εμπιστοσύνη. Το έργο του Luhmann για την εμπιστοσύνη αναγνωρίζεται ευρέως ως το πρώτο που πρόσφερε μια επεξεργασμένη θεωρητική ανάλυση της έννοιας (Barber, 1983· Misztal, 1996). Στο πλαίσιο της λειτουργιστικής του προσέγγισης, ο Luhmann συνέδεσε την εμπιστοσύνη με την αυξανόμενη πολυπλοκότητα του κοινωνικού κόσμου και την ανάγκη για ανάληψη ριψοκίνδυνης δράσης (Luhmann, 1979, 1988· βλ. επίσης Misztal, 1996). Γενικότερα, τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται έξαρση του ενδιαφέροντος για την εμπιστοσύνη τόσο στο επίπεδο του δημόσιου προβληματισμού όσο και στο επίπεδο της κοινωνιολογικής ανάλυσης.

Στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας διαπιστώνεται μια παρόμοια κατάσταση. Ο ρόλος της εμπιστοσύνης είναι ιδιαίτερα σημαντικός στη φροντίδα υγείας. Παρόλα αυτά, ως έννοια και ως αντικείμε-

νο προβληματισμού η εμπιστοσύνη παρέμεινε ως επί το πλείστον μάλλον αφανής κατά τις πρώτες δεκαετίες ανάπτυξης του κλάδου. Εντούτοις, στις αναλύσεις των κοινωνιολόγων της υγείας αυτών των δεκαετιών μπορούμε να διακρίνουμε διαφορετικές προσεγγίσεις της εμπιστοσύνης ακόμη και όπου δεν γίνεται ρητή αναφορά στην έννοια. Τις τελευταίες δεκαετίες, η εμπιστοσύνη έχει αποτελέσει ζήτημα στο οποίο έχουν στρέψει την προσοχή τους πολλοί μελετητές της φροντίδας υγείας και έχουν αρχίσει να προβάλλονται ορισμοί, αναλύσεις, αλλά και να διεξάγονται εμπειρικές έρευνες (βλ. ενδεικτικά, Lohns, 1996· Wilson et al., 1998· Brownlie and Howson, 2005· Thiede, 2005· Calnan and Rowe, 2006· Entwistle and Quick, 2006). Σε πολλές χώρες, παράλληλο ενδιαφέρον για το ρόλο της εμπιστοσύνης έχουν επιδείξει οι κυβερνήσεις και οι σχεδιαστές πολιτικής, το κοινό και τα ΜΜΕ.

Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να εντοπίσει και να αναλύσει διαφορετικούς τρόπους προσέγγισης της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας από τους κοινωνιολόγους της υγείας και της ασθένειας. Η εξέταση αυτή εκτείνεται από τις απαρχές της κοινωνιολογίας της υγείας μέχρι τις μέρες μας και συμπεριλαμβάνει περιπτώσεις που οι κοινωνιολόγοι έχουν ασχοληθεί με το θέμα με έμμεσο τρόπο. Σημαντική βοήθεια σε αυτό το εγχείρημα προσφέρει το έργο των κοινωνιολόγων που ασχολήθηκαν με τα επαγγέλματα και κυρίως με το ιατρικό επάγγελμα, το οποίο πολύ συχνά θεωρήθηκε ως ένα από τα εξέχοντα παραδείγματα επαγγελμάτων.

Ωστόσο, η παρουσίαση αυτή δεν είναι διεξοδική. Στο πλαίσιο των περιορισμών που θέτει μια μικρής έκτασης εργασία και προκειμένου να αναδειχθούν ορισμένες βασικές διαφορές στις προσεγγίσεις της εμπιστοσύνης στην κοινωνιολογία της υγείας, έμφαση δίνεται στις οπτικές εκείνες που τονίζουν το στοιχείο της συναίνεσης καθώς και σε εκείνες που εκλαμβάνουν το στοιχείο της σύγκρουσης ως το κύριο χαρακτηριστικό των σχέσεων που αναπτύσσονται στη φροντίδα υγείας. Αντίστοιχα, γίνεται αναφορά σε προσεγγίσεις του ιατρικού επαγγέλματος που εστιάζουν στην έννοια του επαγγελματισμού και στην εμπιστοσύνη ως σύμφυτο χαρακτηριστικό των σχέσεων των επαγγελματιών με τους πελάτες τους, καθώς και σε εκείνες που αντιλαμβάνονται την εμπιστοσύνη υπό το πρίσμα της ενεργού διαμόρφωσης της αξιοπιστίας από την πλευρά των επαγγελματιών ως μέρος της διαδικασίας της επαγγελματοποίησης. Επιπλέον, εξετάζονται οι θεωρήσεις που τονίζουν το στοιχείο της ιατρικής ισχύος και του παθητικού ρόλου του ασθενούς ή του κοινού και εκείνες που εστιάζουν στην παραγωγή «πειθίγιων σωμάτων» από την ιατρική.

Το μοντέλο της συναίνεσης (consensus model) συνδέεται ιδιαίτερα με την προσέγγιση του λειτουργισμού στην κοινωνιολογία της υγείας και ειδικά με το έργο του Talcott Parsons. Το έργο του Parsons, ιδιαίτερα μέσα από την ανάλυση του «ρόλου του αρρώστου», υπήρξε ορόσημο για την κοινωνιολογία της υγείας και επηρέασε τη μετέπειτα εξέλιξή της (Bury, 1997· Annandale, 1998· Αλεξιάς, 2000). Η συνεχιζόμενη επίδραση του έργου του Parsons στην κοινωνιολογική ανάλυση της σχέσης γιατρού-ασθενούς οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις κριτικές αντιδράσεις που αυτό προκάλεσε (Bury, 1997). Παράλληλα όμως, η περιγραφή της σχέσης γιατρού-ασθενούς ως ενός δυαδικού συστήματος, το οποίο χαρακτηρίζεται από ιδιωτικές, άμεσες σχέσεις, εξακολούθησε για μεγάλο χρονικό διάστημα να διαμεσολαβεί το κοινωνιολογικό ενδιαφέρον για την κλινική συνάντηση (clinical encounter), γενικότερα (May, 2007).

Στην περιγραφή του «ρόλου του αρρώστου», ο Parsons, αν και δεν την ορίζει, αναφέρεται ρητά στην εμπιστοσύνη που ο άρρωστος οφείλει να επιδεικνύει προς το γιατρό στο πλαίσιο μιας ασύμμετρης, συναινετικής σχέσης. Στο ίδιο πλαίσιο, σύντομη αναφορά γίνεται στις συγγενείς κοινωνιολογικές μελέτες που έχουν επικεντρωθεί στην έννοια του «επαγγελματισμού» (professionalism), και οι οποίες εκλαμβάνουν την εμπιστοσύνη ως σύμφυτη ιδιότητα των επαγγελματιών.

Στη συνέχεια εξετάζονται οπτικές που κατανοούν την εμπιστοσύνη στο πλαίσιο μιας σχέσης σύγκρουσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς και/ή υπερτονίζουν το στοιχείο της ιατρικής ισχύος ως βασικό χαρακτηριστικό των σχέσεων του ιατρικού επαγγέλματος με τον πληθυσμό. Οι οπτικές αυτές αναδύθηκαν κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970, στο πλαίσιο της ανάπτυξης μιας κριτικής ανάλυσης της ιατρικής ισχύος. Ένα από τα βασικά επιχειρήματα όσων υιοθετούσαν τέτοιου είδους κριτικές προσεγγίσεις ήταν ότι οι γιατροί και το βιοϊατρικό μοντέλο ασκούσαν υπερβολική και αδικαιολόγητη επίδραση στην οργάνωση της φροντίδας υγείας και πάνω στο «κοινό» γενικότερα (Bury, 1997).

Το μοντέλο της σύγκρουσης (conflict model) συνδέεται στενά με το έργο του Eliot Freidson (1988 [1970], 1970· βλ., επίσης, Bury, 1997). Σε άμεση αντίθεση με τον Parsons, ο Freidson θεωρούσε ότι η σύγκρουση των οπτικών μεταξύ γιατρού και ασθενούς αποτελούσε δομικό χαρακτηριστικό της σύγχρονης φροντίδας υγείας. Επιπλέον, ο Freidson, μεταξύ άλλων, θεωρούσε ότι οι επαγγελματίες της ιατρικής επιδίωξαν ενεργά να αποκτήσουν το μονοπώλιο της αξιοπιστίας ως μέρος των προσπαθειών επαγγελματοποίησης τους.

Μέρος της ανάλυσης του Freidson για το ιατρικό επάγγελμα αποτελούσε ο προβληματισμός του για τη διαδικασία της ιατροποίησης (medicalization). Ειδικότερα, ο Freidson (1988 [1970]) υποστήριζε ότι η αυτονομία και η ισχύς του ιατρικού επαγγέλματος τού επιτρέπει όχι μόνο να θεραπεύσει τις ασθένειες που του παρουσιάζουν οι μη ειδικοί (laymen), αλλά και να αναζητήσει και να ανακαλύψει ασθένειες, την ύπαρξη των οποίων οι μη ειδικοί μπορεί να μην γνωρίζουν καν. Η θέση περί της ιατροποίησης υποστηρίχθηκε και από άλλους κριτικούς αναλυτές της ιατρικής και του ιατρικού επαγγέλματος. Οι υποστηρικτές της θέσης αυτής υπερτόνιζαν το στοιχείο της ιατρικής ισχύος έναντι του πληθυσμού ή του ασθενούς, τα οποία και εκλάμβαναν ως τα παθητικά μέρη της σχέσης. Στην παρούσα εργασία θα γίνει προσπάθεια να εντοπιστεί ο άρρητος ρόλος της εμπιστοσύνης στις προσεγγίσεις αυτές.

Οι προαναφερόμενες προσεγγίσεις εστιάζουν κατά περίπτωση στα χαρακτηριστικά του ιατρικού επαγγέλματος, καθώς και στον ιατρικό πατερναλισμό και «ιμπεριαλισμό». Μιλούν επιπλέον για τη διαμόρφωση (construction) της εμπιστοσύνης και της αξιοπιστίας ως ιδεολογικό πρόταγμα των επαγγελματιών της ιατρικής. Έχει επισημανθεί ότι οι θεωρήσεις αυτές μπορεί να γίνουν αντιληπτές ως προσεγγίσεις που στην ουσία υποστηρίζουν ότι η ιατρική παράγει «πειθήνια σώματα» (docile bodies) (βλ. Williams and Calnan, 1996). Για το λόγο αυτόν, στο πλαίσιο της αναζήτησης της προσέγγισης της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας, θα εξεταστεί και η προσέγγιση του Michel Foucault, αν και πρέπει να επισημανθεί ότι ο Foucault και οι επίγονοί του στο χώρο της κοινωνιολογίας της υγείας δεν συγκαταλέγονται στην οπτική της σύγκρουσης, αλλά συγκροτούν μια ξεχωριστή, εντελώς διαφορετική παράδοση στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας (βλ. Nettleton, 1995· Annandale, 1998). Οι έννοιες της κυβερνητικότητας (governmentality) και της βιοεξουσίας (biopower) μάς βοηθούν να κατανοήσουμε πώς μπορεί να γίνει αντιληπτή η εμπιστοσύνη στο πλαίσιο της φουκωικής παράδοσης στην κοινωνιολογία της υγείας.

Οι προαναφερόμενες οπτικές, ήδη από τη δεκαετία του 1970, τη στιγμή που έδιναν έμφαση στην ισχύ του ιατρικού επαγγέλματος καθώς και στην παραγωγή πειθήνιων σωμάτων στο πλαίσιο της άσκησης της ιατρικής, εισήγαγαν στον προβληματισμό το ενδεχόμενο απειλής αυτής της κυριαρχίας και της κρίσης της αξιοπιστίας της σύγχρονης ιατρικής και του ιατρικού επαγγέλματος (Elston, 1991· Pescosolido et al., 2001). Σε συνδυασμό με συναφείς εξελίξεις στο δημόσιο πεδίο της πολιτικής (policy), της φροντίδας υγείας και του μεταβαλλόμενου πολιτιστικού

περιβάλλοντος, έδωσαν τα τελευταία χρόνια ώθηση στην ανάπτυξη της βιβλιογραφίας πάνω στο ζήτημα της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας, ιδιαίτερα στην αμερικανική και βρετανική κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας.

Οι πρόσφατες εξελίξεις, και ειδικότερα οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει η ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα τις τελευταίες δεκαετίες δεν μπορούν να εξεταστούν σε βάθος στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας· θα επιχειρηθεί, όμως, να παρουσιαστούν οι νέοι προβληματισμοί και οι κατευθύνσεις της έρευνας στο πεδίο αυτό. Όπως θα γίνει αντιληπτό, μέρος του πρόσφατου προβληματισμού για την εμπιστοσύνη στη φροντίδα υγείας αποτελούν και οι προσπάθειες αποσαφήνισης της έννοιας και των διαφορετικών διαστάσεων της εμπιστοσύνης. Έμφαση επίσης θα δοθεί στον προβληματισμό σχετικά με το ερώτημα της ύφεσης της δημόσιας εμπιστοσύνης στην ιατρική.

Τέλος, η αναθέριμανση του ενδιαφέροντος για την εμπιστοσύνη στην κοινωνιολογία γενικά, και στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας ειδικότερα, θέτει το ερώτημα των αιτιών αυτής της απήχησης. Στον επίλογο επιχειρείται να δοθεί μια γενική απάντηση, πέρα από τις ειδικές παραμέτρους του ζητήματος. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι οι σχέσεις εμπιστοσύνης είναι εγγενώς δυναμικές. Ανάλογα με τις συνθήκες, η εμπιστοσύνη μπορεί να παραμένει αφανής και να εκλαμβάνεται ως δεδομένη, ωστόσο έρχεται στο προσκήνιο και γίνεται αντικείμενο προβληματισμού σε περιόδους που οι θεσμοί (θεωρείται ότι) διέρχονται κρίση. Σε αυτές τις συνθήκες, η δυναμικότητα των σχέσεων εμπιστοσύνης εντείνεται και η εμπιστοσύνη καθίσταται προβληματική.

Όπως θα γίνει φανερό, η πρόσφατη βιβλιογραφία για την εμπιστοσύνη στο χώρο της φροντίδας υγείας όχι μόνο αναφέρεται ρητά στην έννοια και το ρόλο της εμπιστοσύνης, καθώς και στις μεταβολές που υφίστανται οι σχέσεις εμπιστοσύνης, αλλά και επεκτείνει την ανάλυση πέρα από το πλαίσιο της σχέσης γιατρού-ασθενούς ή της δημόσιας εμπιστοσύνης στη σύγχρονη ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα. Ωστόσο, η παρούσα ανάλυση περιστρέφεται κυρίως γύρω από τη σχέση μεταξύ ιατρικού επαγγέλματος και πληθυσμού ή τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Αφενός, στον χώρο της φροντίδας υγείας οι κοινωνιολόγοι έχουν εστιάσει επί μακρόν κυρίως στο ιατρικό επάγγελμα. Αφετέρου, οι σχέσεις μεταξύ γιατρών και ασθενών έχουν αποτελέσει ένα από τα βασικά σημεία προβληματισμού για τους κοινωνιολόγους της υγείας. Τις τελευταίες δεκαετίες, εντούτοις, παράλληλα με τον πολλαπλασιασμό των προκλήσεων προς την ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα, και τη μετατόπιση

του ενδιαφέροντος προς το ερώτημα της ύφεσης της επαγγελματικής ισχύος και αυθεντίας, οι κοινωνιολόγοι της υγείας επιδεικνύουν μια ευρύτερη αναγνώριση της πλουραλιστικής δομής της φροντίδας υγείας (Bury, 1997).

Επίσης, αναφέρθηκε προηγουμένως ότι η παρούσα παρουσίαση των προσεγγίσεων της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας δεν είναι διεξοδική, αλλά μάλλον επιλεκτική. Πιο συγκεκριμένα, δεν εξετάζεται πώς θα μπορούσε να γίνει αντιληπτή μια προσέγγιση της εμπιστοσύνης στο πλαίσιο του μοντέλου της διαπραγμάτευσης (negotiation model) (Bury, 1997), το οποίο αναπτύχθηκε στο χώρο της φροντίδας υγείας στο πλαίσιο της παράδοσης της αλληλεπίδρασης (interactionism), μίας από τις βασικές οπτικές στην κοινωνιολογία της υγείας (Nettleton, 1995· Annandale, 1998). Εκτός αυτού, δεν γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στις μαρξιστικές και φεμινιστικές κατευθύνσεις που ακολούθησε η οπτική της σύγκρουσης.

Πρέπει, επίσης, να επισημανθεί ότι η παρούσα ανάλυση αντλεί κυρίως από το έργο Βρετανών και Αμερικανών κοινωνιολόγων της υγείας, διότι ο μεγαλύτερος όγκος της βιβλιογραφίας και οι βασικές συζητήσεις γύρω από το θέμα έχουν αναπτυχθεί σε αυτά τα πλαίσια. Μελέτες της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας έχουν αρχίσει να διεξάγονται σε άλλες χώρες (βλ., π.χ., Straten et al., 2002· Kehoe and Ponting, 2003· Fagerli et al., 2007). Μελέτες οι οποίες εστιάζουν στην εμπιστοσύνη στον χώρο της φροντίδας υγείας απουσιάζουν στην Ελλάδα, αν και η δυναμική που αποκτά τα τελευταία χρόνια η μελέτη του πεδίου της υγείας στην Ελλάδα με τη δημοσίευση αξιολογών μελετών που εστιάζουν σε άλλα ζητήματα (βλ. π.χ. Χιωτάκης, 1998· Αλεξιάς, 2000· Κορασίδου, 2002) υποδεικνύει ότι ίσως σύντομα να υπάρξουν ανάλογα στοιχεία και αναλύσεις σχετικά με το ελληνικό πλαίσιο.

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Οι πρώιμες προσεγγίσεις των επαγγελματιών και το συναινετικό μοντέλο του Talcott Parsons

Η έννοια του «επαγγελματισμού» (professionalism) και η έμφαση στη σταθερότητα των κοινωνικών συστημάτων αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό των πρώιμων προσεγγίσεων των επαγγελματιών στη βρετανική κοινωνιολογία. Στο πλαίσιο αυτών των προσεγγίσεων δινόταν έμφαση

στην εργασιακή συνεργασία, στην αυτόνομη (collegial) απασχόληση και στις σχέσεις εμπιστοσύνης που βασίζονταν στις τεχνικές ικανότητες (competences) (Evetts, 2006).

Κατά παρόμοιο τρόπο, η βασική έννοια στις πρώτες αμερικανικές κοινωνιολογικές αναλύσεις των επαγγεμάτων ήταν η εργασιακή (occupational) αξία του επαγγελματισμού, η οποία βασιζόταν στην εμπιστοσύνη, την ικανότητα και τη συνεργασία. Οι Αμερικανοί κοινωνιολόγοι των επαγγεμάτων της εποχής εκείνης χρησιμοποιούσαν ένα λειτουργιστικό θεωρητικό πλαίσιο ανάλυσης.¹

Γενικά, στις δεκαετίες του 1950 και του 1960 αναδείχθηκε μια, ξεπερασμένη εν πολλοίς, τάση ορισμού των ιδεοτυπικών επαγγεμάτων με βάση τα χαρακτηριστικά τους («traits» approach), στην αναζήτηση των οποίων περιοριζόνταν όσοι ακολουθούσαν αυτή την προσέγγιση (βλ. Nettleton, 1995· Macdonald, 1995). Μεταξύ των χαρακτηριστικών που κατά κανόνα αποδίδονταν στα επαγγέλματα ήταν ο αλτρουισμός που χαρακτήριζε εκείνους που τα ασκούσαν, ο προσανατολισμός τους προς τις οικουμενικές αξίες, καθώς και η τήρηση ενός δεοντολογικού κώδικα συμπεριφοράς. Σε αυτή τη βάση τα επαγγέλματα θεωρείτο ότι ανέπτυσαν ιδιαίτερες σχέσεις με τους πελάτες τους (Evetts, 2006).

Η πιο γνωστή απόπειρα αποσαφήνισης των ειδικών χαρακτηριστικών του επαγγελματισμού, των κεντρικών του αξιών και της συμβολής του στην κοινωνική τάξη και τη σταθερότητα, ήταν αυτή του Parsons. Ο Parsons έδωσε έμφαση στον «προσανατολισμό προς το συλλογικό συμφέρον» (collectivity orientation) ως ένα από τα λειτουργικά, από κοινωνική άποψη, χαρακτηριστικά των επαγγεμάτων (Macdonald, 1995· Evetts, 2006). Ο προσανατολισμός προς το συλλογικό συμφέρον είναι το χαρακτηριστικό που, σύμφωνα με τον Parsons, προσδίδει το στοιχείο της εμπιστοσύνης στη σχέση του επαγγέλματος με το κοινό (Parsons, 1951).

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Parsons (1951), ο προσανατολισμός προς το συλλογικό συμφέρον συνιστά χαρακτηριστικό τόσο του ρόλου του αρρώστου (sick role) όσο και του ρόλου του γιατρού στη θεραπευτική διαδικασία. Οι δύο ρόλοι, όπως περιγράφονται από τον Parsons, είναι *συμπληρωματικοί*. Η συμπληρωματικότητα των ρόλων έγκειται στο γεγονός ότι το άρρωστο άτομο χρειάζεται (αλλά και απαιτείται) να αναζητήσει τη βοήθεια του ειδικού επαγγελματία υγείας, εφόσον δεν κατέ-

1. Για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τους εκπροσώπους των πρώιμων θεωρήσεων των επαγγεμάτων και για τα χαρακτηριστικά των θεωρήσεων αυτών, βλ. Macdonald, 1995 και Χιωτάκης, 1998.

χει την απαραίτητη ειδική και τεχνική γνώση ούτε ελέγχει τα μέσα (facilities) που χρειάζονται για τη θεραπεία. Ο γιατρός είναι ο ειδικός που έχει τα προσόντα και την ικανότητα να προσφέρει την απαραίτητη βοήθεια στο άρρωστο άτομο.

Περαιτέρω, σύμφωνα με τον Parsons, ανάμεσα στο γιατρό και στο άρρωστο άτομο υπάρχει ένα «επικοινωνιακό χάσμα» (communication gap) εξαιτίας της έλλειψης τεχνικής γνώσης και ικανότητας του δεύτερου. Ο άρρωστος δεν έχει τα προσόντα να προβεί σε κρίσεις σε ό,τι αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Η σχέση, με άλλα λόγια, χαρακτηρίζεται από ασυμμετρία της γνώσης και συνεπώς ο γιατρός είναι η αυθεντία και βρίσκεται σε θέση ισχύος απέναντι στον άρρωστο. Επιπλέον, ο Parsons υποστηρίζει ότι το άρρωστο άτομο, εξαιτίας της ιδιαίτερης κατάστασης στην οποία βρίσκεται, σε μεγάλο βαθμό δεν μπορεί να σκεφτεί και να δράσει ορθολογικά, ενώ είναι ιδιαίτερα ευάλωτο και ενδέχεται να καταστεί αντικείμενο εκμετάλλευσης (Parsons, 1951).

Ο Parsons περιγράφει μια σχέση στην οποία η ασυμμετρία της ισχύος είναι σαφής και αδιαμφισβήτητη, ενώ έκδηλη είναι η εξάρτηση του αρρώστου από τον γιατρό. Η έλλειψη ισχύος που χαρακτηρίζει το ρόλο του αρρώστου επιτείνεται από το γεγονός ότι, κατά τον Parsons, η μόνη ουσιαστικά ευθύνη του αρρώστου περιορίζεται στην αναζήτηση της κατάλληλης επαγγελματικής βοήθειας και στη συνεργασία του με τον ειδικό ώστε να επιτύχει την όσο το δυνατόν ταχύτερη ανάρρωσή του. Πέρα από αυτό, κάθε ευθύνη για τη λήψη των αποφάσεων ανήκει στο γιατρό.

Ο Parsons κάνει ρητή αναφορά στο ρόλο της εμπιστοσύνης όταν υποστηρίζει ότι, όπως αναφέρθηκε, οι δύο ρόλοι χαρακτηρίζονται από τον προσανατολισμό προς το συλλογικό συμφέρον. Στην περίπτωση του γιατρού αυτό σημαίνει ότι υπάρχει η προσδοκία ότι ο γιατρός θα θέσει το καλό του ασθενούς πάνω από το προσωπικό του συμφέρον. Με άλλα λόγια, στην περίπτωση του γιατρού ο προσανατολισμός προς το συλλογικό συμφέρον αναφέρεται στην ηθική διάσταση του ρόλου του. Ο Parsons υποστηρίζει περαιτέρω ότι ο συλλογικός προσανατολισμός του ρόλου του γιατρού πρέπει να βρει ανταπόκριση από τον άρρωστο. Αυτό σημαίνει ότι ο ρόλος του αρρώστου χαρακτηρίζεται από την προσδοκία ότι το άρρωστο άτομο θα ανταποκριθεί στην εκπλήρωση από την πλευρά του γιατρού των ηθικών του υποχρεώσεων δείχνοντας εμπιστοσύνη στον γιατρό (Parsons, 1951).

Συνεπώς, ο Parsons αντιλαμβάνεται τη σχέση γιατρού-ασθενούς ως σχέση συναίνεσης και αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Πρόκειται για μια σχέση που χαρακτηρίζεται από τις προσδοκίες της εκπλήρωσης των ηθι-

κών υποχρεώσεων που απορρέουν από το ρόλο του γιατρού και της συνεργασίας και συμμόρφωσης (compliance) που οφείλει να επιδείξει ο ασθενής. Αν και ο Parsons αναφέρεται ρητά στο ζήτημα της εμπιστοσύνης στη σχέση, εντούτοις δεν δίνει κάποιον ορισμό της έννοιας. Ωστόσο, από την περιγραφή των δύο ρόλων μπορούν να συναχθούν ορισμένα σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με το πώς την αντιλαμβάνεται.

Το πρώτο σημαντικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η εμπιστοσύνη, όπως την αντιλαμβάνεται ο Parsons, δεν απαιτεί στοχασμό και κριτική αποτίμηση της κατάστασης από τον άρρωστο. Δεν συνδέεται με την ανάληψη πρωτοβουλίας ή τη δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη των αποφάσεων. Αντίθετα, προσομοιάζει στην πίστη και βασίζεται στην εξάρτηση. Επιπλέον, εξαιτίας του συναινετικού χαρακτήρα που έχει η σχέση σύμφωνα με τον Parsons, δεν υπάρχει σε αυτό το θεωρητικό σχήμα περιθώριο για αντίδραση από την πλευρά του αρρώστου, άρα και για αμφισβήτηση της αυθεντίας του γιατρού. Είναι χαρακτηριστικό πως, σύμφωνα με τον Parsons, αν ο άρρωστος δεν είναι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες του γιατρού μπορεί να αναζητήσει τη βοήθεια ενός άλλου επαγγελματία υγείας, εφόσον, όμως, πρώτα ενημερώσει και πάρει τη συγκατάθεση του γιατρού του (Parsons, 1951).

Το δεύτερο, συναφές, σημαντικό συμπέρασμα που προκύπτει από την ανάλυση του Parsons είναι ότι η εμπιστοσύνη του αρρώστου προς το γιατρό επιβεβαιώνει και ενισχύει την ανισότητα και την ασυμμετρία της ισχύος που χαρακτηρίζει τη σχέση. Η εμπιστοσύνη νομιμοποιεί την ισχύ και την αυθεντία του γιατρού καθώς, όπως υποστηρίζει ο Parsons, η αυθεντία του γιατρού δεν μπορεί να νομιμοποιηθεί, αν δεν υπάρχει ο αντίστοιχος προσανατολισμός προς το συλλογικό συμφέρον από την πλευρά του αρρώστου – χωρίς την ύπαρξη δηλαδή της εμπιστοσύνης.

Ένα τρίτο συμπέρασμα που προκύπτει από το γεγονός ότι ο Parsons αντιλαμβάνεται την εμπιστοσύνη στη σχέση γιατρού-ασθενούς, σε σχέση με την εκπλήρωση των ηθικών απαιτήσεων του γιατρού απέναντι στον άρρωστο, είναι ότι δεν τίθεται θέμα εμπιστοσύνης σε ό,τι αφορά την τεχνική ικανότητα και την ειδική γνώση του γιατρού, εφόσον οι δύο αυτές ιδιότητες δεν καθίστανται αντικείμενα προβληματισμού. Όπως για παράδειγμα ο ίδιος ο Parsons (1951) επισημαίνει, ακόμη και στις περιπτώσεις που παρατηρείται διαφωνία μεταξύ των ειδικών, το άρρωστο άτομο δεν έχει την ικανότητα, αλλά ούτε και τον ορθολογισμό, που απαιτούνται ώστε να προβεί σε κρίσεις.

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι η άνευ όρων αποδοχή της ιατρικής αυθεντίας και ισχύος από τον Parsons δεν του επιτρέπει να αναφερθεί

στους κινδύνους της εμπιστοσύνης ούτε στις ενδεχόμενες αρνητικές για τον άρρωστο συνέπειες της άκριτης ή αδικαιολόγητης εμπιστοσύνης.

Η διαδικασία της επαγγελματοποίησης και το μοντέλο της σύγκρουσης του Eliot Freidson

Στην προσέγγιση του Parsons, αλλά και στην προσέγγιση των επαγγελλμάτων με βάση τα χαρακτηριστικά («traits» approach), η εμπιστοσύνη γίνεται αντιληπτή ως συνέπεια του προσανατολισμού του επαγγέλματος προς το συλλογικό συμφέρον ή το κοινό καλό. Αυτός ο προσανατολισμός διασφαλίζεται από ένα σύστημα αυτόνομου ελέγχου. Η θεσμική δομή της σχέσης επαγγελματία-πελάτη εξαλείφει τους κινδύνους που ενδεχομένως θα προκύψουν όταν ζητήσει κανείς τη συμβουλή ενός επαγγελματία (di Luzio, 2006). Μια διαφορετική προσέγγιση της εμπιστοσύνης στη σχέση επαγγελματία-πελάτη, ή γιατρού-ασθενούς ειδικότερα, εστιάζει στη διαδικασία *διαμόρφωσης* (construction) της αξιοπιστίας. Οι κοινωνιολόγοι που συνέλαβαν το ζήτημα της εμπιστοσύνης κατ' αυτόν τον τρόπο (π.χ. Freidson, 1970· Larson, 1977) ασχολήθηκαν με τον *ισχυρισμό* που προέβαλε το ιατρικό επάγγελμα (αλλά και εκπρόσωποι άλλων επαγγελλμάτων) περί της αξιοπιστίας του στην προσπάθειά του να καθιερώσει ένα μονοπώλιο γνώσης και ικανότητας στην αγορά, ως μία όψη της διαδικασίας της επαγγελματοποίησης. Με αυτόν τον τρόπο οι κοινωνιολόγοι αυτοί έδωσαν έμφαση στην ενεργό συμβολή των διαφόρων εργασιακών ομάδων στη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με το κοινό (di Luzio, 2006).

Πράγματι, μετά την παρέκκλιση που αποτέλεσε η προσέγγιση των επαγγελλμάτων με βάση τα χαρακτηριστικά, οι κοινωνιολόγοι εμφανίστηκαν περισσότερο επιφυλακτικοί σε σχέση με την όλη ιδέα του επαγγελματισμού και των σχέσεων εμπιστοσύνης. Ο σκεπτικισμός αυτός παρουσιάστηκε ιδιαίτερα έντονος κατά τις δεκαετίες του 1970 και του 1980, όταν οι αγγλο-αμερικανικές αναλύσεις των επαγγελλμάτων επικεντρώθηκαν στην *περιχαράκωση* (closure) των εργασιακών αγορών για επαγγελματικές υπηρεσίες όπως η νομική και η ιατρική. Από εννοιολογικής άποψης, το ενδιαφέρον απομακρύνθηκε από τον επαγγελματισμό (ως εργασιακή αξία) και τις σχέσεις εμπιστοσύνης, καθώς και από το επάγγελμα (ως ένα είδος εργασιακού θεσμού που βασίζεται στην εμπιστοσύνη). Αντίθετα, το ενδιαφέρον της ανάλυσης στράφηκε προς τη διαδικασία της *επαγγελματοποίησης* –δηλαδή τις διαδικασίες *περιχαράκωσης* της αγοράς (market closure), του εργασιακού ανταγωνισμού, της σύγκρουσης και της κυριαρχίας (Evetts, 2006).

Ο Parsons (1951) είδε θετικά τη λειτουργία του ιατρικού επαγγέλματος ως μηχανισμό κοινωνικού ελέγχου από την άποψη ότι ανταποκρίνεται στις λειτουργικές απαιτήσεις του κοινωνικού συστήματος. Ο Freidson αντιλήφθηκε τον κοινωνικό έλεγχο από την πλευρά του ιατρικού επαγγέλματος με εντελώς διαφορετικό τρόπο. Σύμφωνα με τον Freidson (1988 [1970]), το επάγγελμα είναι μια εργασιακή ομάδα, η οποία έχει καταφέρει να αποκτήσει μια προνομιακή και κυρίαρχη θέση στον καταμερισμό της εργασίας και έχει αποκτήσει αυτονομία στον έλεγχο επί της εργασίας της. Το ιατρικό επάγγελμα παρουσιάζει αυτά τα χαρακτηριστικά. Η εμπιστοσύνη είναι σημαντική για το ιατρικό επάγγελμα, όπως για κάθε άλλο επάγγελμα. Μέρος της επιχειρηματολογίας του Freidson είναι ότι το ιατρικό επάγγελμα οφείλει το ειδικό κύρος του στον *ισχυρισμό* περί της εξαιρετικά υψηλής αξιοπιστίας των μελών του και στο γεγονός ότι το κοινό *τελικά* συμμερίστηκε αυτόν τον ισχυρισμό.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημανθεί ότι ο Freidson μιλάει για την *αξιοπιστία* που τελικά κατόρθωσε να αποκτήσει το επάγγελμα στα μάτια του κοινού παρά για την εμπιστοσύνη. Όπως μάλιστα αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο, σύμφωνα με τον Freidson, το κοινό τελικά συμμερίστηκε τον *ισχυρισμό* του επαγγέλματος περί της αξιοπιστίας των μελών του. Εδώ παρουσιάζεται κατά πρώτο λόγο μια εικόνα χειρισμού (*manipulation*) των μη ειδικών από την πλευρά των επαγγελματιών – ή, όπως επισημαίνει η di Luzio, γίνεται αντιληπτή η ενεργός συμβολή των επαγγελματιών στη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Αυτό που υποδηλώνεται είναι ότι οι μη ειδικοί, το κοινό, είναι το παθητικό μέρος στη σχέση, το οποίο μπορεί να γίνει αντικείμενο χειρισμού από τους επαγγελματίες. Αν υπάρχει θέση για την εμπιστοσύνη στη σχέση μεταξύ ιατρικού επαγγέλματος και κοινού ή μεταξύ γιατρού-ασθενούς στο θεωρητικό σχήμα του Freidson, τότε αυτή θα πρέπει να γίνει αντιληπτή ως μία κατηγορία που διαμορφώνεται στο πλαίσιο της διαδικασίας της επαγγελματοποίησης παρά ως ένα εγγενές (ή ακόμη και επιθυμητό) χαρακτηριστικό της σχέσης.

Κατά δεύτερο λόγο, αν το προαναφερόμενο συμπέρασμα είναι σωστό, το θεωρητικό σχήμα του Freidson αφήνει περιθώριο για αντίδραση και αμφισβήτηση από την πλευρά του μη ειδικού, σε αντίθεση με την ανάλυση του Parsons. Πολύ περισσότερο δε από τη στιγμή που η εμπιστοσύνη δεν πηγάζει από την εξάρτηση και την ανάγκη του μη ειδικού για τον επαγγελματία υγείας ούτε και λειτουργεί στο πλαίσιο μιας σχέσης αμοιβαιότητας, όπως απεικονίζεται στη θεώρηση του Parsons. Εξάλλου, αν και στο *Profession of Medicine* ο Freidson πρόβαλλε μια

υπέρμετρη εικόνα της ιατρικής ισχύος και ανέδειξε τον παθητικό ρόλο του ασθενούς ή του μη ειδικού στη σχέση, θα ήταν λάθος να ειπωθεί ότι η αντίληψή του για τη θέση του κοινού ή του ασθενούς ήταν τόσο απλουστευτική, που δεν άφηνε περιθώριο για αντίδραση από την πλευρά του.

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, για τον Freidson η σύγκρουση αποτελεί δομικό χαρακτηριστικό της σύγχρονης φροντίδας υγείας. Ειδικότερα, η σύγκρουση συνιστά εγγενές χαρακτηριστικό της σχέσης γιατρού-ασθενούς εφόσον ο κόσμος αναφοράς του μη ειδικού διαφέρει από αυτόν του γιατρού, ενώ σημαντικά επίσης αποκλίνουν οι προβληματισμοί και τα συμφέροντα των δύο μερών (Freidson, 1988 [1970]). Εδώ έγκειται και η βασική διαφορά μεταξύ του Freidson και του Parsons: «όπου ο Parsons είδε νομιμοποιημένη αυθεντία και εμπιστοσύνη, ο Freidson αντιλήφθηκε “ιατρική κυριαρχία” και καταπιεσμένη σύγκρουση» (Bury, 1997, σ. 88).

Εκτός αυτών, αξίζει να αναφερθεί ότι ο Freidson επισήμανε ότι η αξιοπιστία αναφέρεται τόσο στην τήρηση της δεοντολογίας από τα μέλη του επαγγέλματος όσο και στις ικανότητες, τη γνώση και τις δεξιότητες τους. Συνεπώς, σε αντίθεση με τον Parsons, ο Freidson δεν περιόρισε την εννοιολόγηση της εμπιστοσύνης στην ηθική διάσταση της σχέσης του ιατρικού επαγγέλματος με το κοινό, δηλαδή στη δεοντολογία του επαγγέλματος, αλλά συμπεριέλαβε την ικανότητα και τη γνώση στα αντικείμενα της εμπιστοσύνης, άρα και της αμφισβήτησης.

Επιστρέφοντας στην ανάλυση της περιχαράκωσης των εργασιακών αγορών, μια έννοια που απέκτησε εξέχουσα θέση ήταν αυτή του «επαγγελματικού σχεδίου» (professional project). Την έννοια αυτή ανέπτυξε η Larson (1977) και περιελάμβανε μια λεπτομερή και συστηματική περιγραφή των διαδικασιών με τις οποίες μια συγκεκριμένη εργασιακή ομάδα προσπαθούσε να επιτύχει ένα μονοπώλιο ειδικής γνώσης και αξιοπιστίας στην αγορά για τις υπηρεσίες της, καθώς και ειδική υπόσταση και ανοδική κινητικότητα (συλλογική όπως και ατομική) στην κοινωνική τάξη (order). Το αποτέλεσμα της πετυχημένης έκβασης του επαγγελματικού σχεδίου ήταν αφενός ένα μονοπώλιο ικανότητας στη βάση της επίσημα εγκεκριμένης «ειδικής» γνώσης και αφετέρου ένα μονοπώλιο αξιοπιστίας απέναντι στο κοινό. Οι δύο αυτές διαστάσεις είναι αλληλένδετες καθώς η μονοπώληση της αξιοπιστίας γίνεται αντιληπτή από την άποψη της γνωστικής ανωτερότητας του επαγγέλματος και αναφέρεται στην αποδοχή από το κοινό του ισχυρισμού του επαγγέλματος ότι μόνο αυτό μπορεί να παρέχει ειδική γνώση (Larson, 1977). Συμπερασματικά, σε αναλύσεις όπως αυτές της Larson και του Freidson, η εμπιστοσύνη δεν

αναφέρεται παρά μόνο ως ένα εσφαλμένο σύστημα πεποιθήσεων (misguided belief system), το οποίο ήταν ενδεικτικό της ισχύος του επαγγελματισμού ως εργασιακής ιδεολογίας (Evetts, 2006).

Η θέση περί της ιατρικοποίησης

Αναλύοντας την ισχύ του ιατρικού επαγγέλματος, ο Freidson υποστηρίζει ότι η αυτονομία και η ισχύς του επιτρέπει στα μέλη του να αναπλάσσουν τον κόσμο του μη ειδικού. Αυτή η αντίληψη φέρνει τον Freidson κοντά στους υποστηρικτές της θέσης περί της ιατρικοποίησης (medicalization). Σύμφωνα με τους υποστηρικτές αυτής της άποψης, η σύγχρονη ιατρική παρεμβαίνει και επηρεάζει αρνητικά ολόένα και περισσότερες πτυχές του καθημερινού βίου, με σημαντικές κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες. Οι υποστηρικτές της θεωρίας της ιατρικοποίησης παρουσιάζουν μια ακόμη πιο υπέρμετρη εικόνα της ιατρικής ισχύος και κατά συνέπεια υπογραμμίζουν ακόμη περισσότερο τον παθητικό ρόλο του ασθενούς ή του μη ειδικού.

Ο Illich (1990 [1976]), για παράδειγμα, εντοπίζει την ιατρικοποίηση σε τρία επίπεδα: στο κλινικό, στο κοινωνικό και στο πολιτιστικό. Η ιατρικοποίηση, δηλαδή, αναφέρεται στις παθήσεις που προκαλεί η ίδια η ιατρική· στις ιατρικοποιητικές επιπτώσεις της θεσμικής μορφής της φροντίδας υγείας στην κοινωνία και ειδικότερα στην οικειοποίηση (expropriation) της υγείας· και στην παράλυση των υγιών αντιδράσεων απέναντι στο πάσχειν, τη βλάβη (impairment) και το θάνατο. Άλλοι γνωστοί εκφραστές της θέσης περί της ιατρικοποίησης, όπως ο Zola (1987) και οι Conrad και Schneider (1980), ορίζουν με παρόμοιο τρόπο την ιατρικοποίηση, αν και δίνουν έμφαση σε διαφορετικά στοιχεία ο καθένας.

Ο πρώτος υποστηρίζει ότι η ιατρικοποίηση συμβαίνει μέσω της διατήρησης από τους επαγγελματίες της ιατρικής του απόλυτου ελέγχου πάνω στην εργασία τους· μέσω της διατήρησης σχεδόν απόλυτης πρόσβασης σε ορισμένες περιοχές που θεωρούνται «ταμπού»· μέσω της επέκτασης αυτού που στη ζωή θεωρείται σχετικό με την καλή πρακτική της ιατρικής και το αντίστροφο, δηλαδή αυτού που στην ιατρική θεωρείται καλό για την καλή πρακτική της ζωής (Zola, 1987).

Σύμφωνα με τους Conrad και Schneider (1980), η ιατρικοποίηση λαμβάνει χώρα σε διαφορετικά επίπεδα: στο εννοιολογικό –μέσω του ορισμού ενός προβλήματος με ιατρικούς όρους· στο θεσμικό –όταν οι γιατροί δρουν ως νομιμοποιητές της ιατρικοποίησης ενός προγράμματος ή ενός προβλήματος, και στο επίπεδο της αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθε-

νούς – όταν ο γιατρός παρέχει μια ιατρική διάγνωση και θεραπεία ενός προβλήματος.

Το επιχείρημα για τον ιατρικό «ιμπεριαλισμό» ή επεκτατισμό μπορεί να θεωρηθεί ότι οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η σύγχρονη ιατρική έχει καταστεί ένας θεσμός που απολαμβάνει υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης από το κοινό των μη ειδικών, καθώς και ότι η εμπιστοσύνη προς την ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα είναι, από πολλές απόψεις, «τυφλή», άκριτη και αδικαιολόγητη. Επιπλέον, συνάγεται ότι η εμπιστοσύνη αυτή δεν περιορίζεται στο στενά νοούμενο κλινικό πεδίο, αλλά είναι περισσότερο διάχυτη έτσι ώστε η ιατρική να αποκτά μια εκτεταμένη (και απειλητική) επιρροή σε όλες τις πτυχές της ζωής. Οι υπέρμαχοι της θεωρίας της ιατρικοποίησης αντιλαμβάνονται τον ασθενή ή τον μη ειδικό ως μια παθητική οντότητα, που συνθλίβεται κάτω από το βάρος της ιατρικής αυθεντίας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι εκφραστές της θεωρίας για τον ιατρικό επεκτατισμό δεν αναφέρονται ρητά στο ζήτημα της εμπιστοσύνης. Ίσως αυτή η παράλειψη είναι ενδεικτική της έμφασης που δίνουν στην ισχύ των ειδικών της ιατρικής και στις αρνητικές συνέπειές της. Δείχνει επίσης αυτή η παράλειψη πόσο παθητικό αντιλαμβάνονται το ρόλο του ασθενούς ή του κοινού και πόσο δεδομένη και απόλυτη θεωρούν την εμπιστοσύνη προς τη σύγχρονη ιατρική.

Υπήρχαν συγγραφείς στη δεκαετία του 1970 (π.χ. Strong, 1979), οι οποίοι υποστήριζαν ότι η θέση περί της ιατρικοποίησης μπορεί να είναι υπερβολική ή ότι εκτός από ιατρικοποιητικές τάσεις, παρατηρούνται επίσης τάσεις απο-ιατρικοποίησης, περιπτώσεις δηλαδή που ένα πρόβλημα παύει να ορίζεται με ιατρικούς όρους ή για το οποίο οι ιατρικές θεραπείες δεν θεωρούνται πλέον κατάλληλες (βλ. Gabe, 2004). Εντούτοις, πολύ λίγοι ήταν όσοι εξέφραζαν τέτοιες επιφυλάξεις (Elston, 1991). Τέτοιου είδους κείμενα υποδείκνυαν ότι η εμπιστοσύνη του κοινού προς την ιατρική ίσως να μην ήταν απόλυτη ή ακόμη και ότι ενδεχομένως είχε κλονιστεί και αντιμετώπιζε προκλήσεις (Williams and Calnan, 1996).

Το βασικό πρόβλημα με τις προσεγγίσεις που εστίαζαν στις όψεις εκείνες της σύγχρονης ιατρικής που σχετίζονταν με την ιατρικοποίηση και τον κοινωνικό έλεγχο, καθώς και με την αυτονομία και την ισχύ του ιατρικού επαγγέλματος είναι ότι απεικόνιζαν «το άτομο ή το κοινό γενικότερα ως κατ' ουσίαν παθητικό και μη κριτικό απέναντι στις επεκτατικές τάσεις της σύγχρονης ιατρικής, ανεξάρτητα από την προέλευσή τους» (Williams and Calnan, 1996, σ. 8). Τέτοιου είδους οπτικές υιοθετούσαν την παραδοχή ότι η σύγχρονη ιατρική παράγει «πειθήνια σώμα-

τα» και αρνούνταν, συνεπώς, την πιθανότητα άσκησης δράσης (agency) από την πλευρά του ατόμου ή του κοινού (Williams and Calnan, 1996).

Είναι, εντούτοις, σημαντικό να προσεγγιστούν αυτές οι θεωρήσεις λαμβάνοντας υπόψη το πλαίσιο της εποχής που αναδείχθηκαν. Στην περίπτωση των Ηνωμένων Πολιτειών, για παράδειγμα, όπου αναπτύχθηκαν οι πιο αρνητικές κριτικές της ιατρικοποιητικής διαδικασίας, η μεταπολεμική ανάπτυξη έδωσε ώθηση σε μια σημαντική ανάπτυξη του μεγέθους της αμερικανικής ιατρικής. Η ανάπτυξη αυτή συνοδεύτηκε από την εξαιρετική αναγνώριση της επιστήμης ως εθνικό αγαθό από τους Αμερικανούς. Επιπλέον, σε συνθήκες ευημερίας οι Αμερικανοί είχαν τη δυνατότητα να ανησυχούν για την υγεία τους και να διαφοροποιήσουν τα προβλήματα υγείας για τα οποία ανησυχούσαν (Starr, 1982). Από αυτή την άποψη, η σύγχρονη ιατρική απολάμβανε υψηλά επίπεδα δημόσιας εμπιστοσύνης μέχρι τη δεκαετία του 1970, οπότε άρχισαν να κάνουν αισθητή την παρουσία τους σημαντικές προκλήσεις απέναντι στη σύγχρονη ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα. Με άλλα λόγια, μπορεί να υποστηριχθεί ότι παρόλο που η εμπιστοσύνη προς την ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα δεν ήταν ποτέ απόλυτη, υπήρξε μια «χρυσή εποχή» ή έστω μια πιο σταθερή περίοδος στις σχέσεις της με το κοινό (βλ. επίσης Bury, 1997).

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή, οι Williams και Calnan (1996) επισημαίνουν ότι η θέση περί της ιατρικοποίησης αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης σειράς προσεγγίσεων στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, οι οποίες δίνουν έμφαση στην παραγωγή «πειθήνιων σωμάτων» (docile bodies) από τη σύγχρονη ιατρική. Από αυτή την άποψη, μέρος των προσεγγίσεων αυτών αποτελεί και η θεώρηση του Foucault και εκείνων που ακολουθούν την προσέγγισή του, αν και πρέπει να τονιστεί και πάλι ότι η φουκωϊκή προσέγγιση στην κοινωνιολογία της υγείας έχει μια αυτόνομη παρουσία στον κλάδο γενικότερα.

Η παραγωγή πειθήνιων σωμάτων

Στα γραπτά του, ο Foucault επικεντρώθηκε στις μεγάλες μεταμορφώσεις των δυτικών κοινωνιών, που έλαβαν χώρα στα τέλη του 18ου και τις αρχές του 19ου αιώνα. Αποτέλεσμα αυτών των μεταμορφώσεων ήταν η ανάδυση μιας νέας μορφής ισχύος, που η άσκησή της εστιαζόταν στα σώματα των ατόμων και των πληθυσμών. Η πειθαρχική ισχύς, όπως την αποκάλεσε ο Foucault, εκδηλώθηκε μέσω των διαδικασιών της κανονικοποίησης (normalization) και της πειθάρχησης (Foucault, 1980 [1975]).

Μέσω των επιστημών (disciplines), μέρος των οποίων ήταν η ιατρική, η πειθαρχική ισχύς υπέτασσε τις δυνάμεις του σώματος και επέβαλλε στα σώματα μια σχέση πειθαρχίας-χρησιμότητας (docility-utility). Συνεπώς, για τον Foucault η σύγχρονη ιατρική αποτελούσε μέρος ενός ευρύτερου μηχανισμού πειθάρχησης, ο οποίος αναπτύχθηκε στη διάρκεια του 19ου αιώνα. Επρόκειτο για ένα μηχανισμό κανονικοποίησης (normalization) και επιτήρησης. Η «πανοπτική» παρακολούθηση των σωμάτων καθιστά το άτομο αντικείμενο πληροφόρησης και πηγή γνώσης και όχι υποκείμενο επικοινωνίας (Foucault, 1991 [1975]). Κατά συνέπεια, η σύγχρονη ιατρική αντικειμενοποιεί τον ασθενή και ασκεί με αυτόν τον τρόπο επιτήρηση και συγκροτεί το σώμα του ως πειθήνιο σώμα.

Τα ζητήματα της ισχύος και της γνώσης (power/knowledge) αφ' ενός, και της ανάδυσης του σύγχρονου εαυτού μέσω των τεχνολογιών πειθάρχησης αφ' ετέρου, συνδέονται στο έργο του Foucault μέσω της έννοιας της κυβερνητικότητας (governmentality) (Turner, 1997· βλ. Foucault, 1991). Πρόσφατα, οι κοινωνιολόγοι έχουν συνδέσει ρητά τη συζήτηση περί της εμπιστοσύνης με την έννοια της κυβερνητικότητας, που ανέπτυξε ο Foucault. Ειδικότερα, η εμπιστοσύνη έχει συσχετιστεί με τον προβληματισμό σχετικά με τη συγκρότηση της επαγγελματικής αυθεντίας (Gilbert, 2005).

Η έννοια της κυβερνητικότητας στο έργο του Foucault συνδέεται στενά με την έννοια της βιοεξουσίας (biopower), την οποία ανέπτυξε στον πρώτο τόμο της *Ιστορίας της Σεξουαλικότητας* (Foucault, 1990 [1976]). Η έννοια της βιοεξουσίας περιγράφει τους δύο πόλους γύρω από τους οποίους περιστράφηκε η άσκηση της εξουσίας από τον 17ο αιώνα, δηλαδή, αφενός, τις πειθαρχίες του σώματος και, αφετέρου, τις ρυθμίσεις και τη διαχείριση του πληθυσμού. Μέσω της ραγδαίας ανάπτυξης μιας σειράς θεσμών (πανεπιστημίων, σχολείων, στρατοπέδων κ.λπ.), πολιτικών πρακτικών και τεχνικών επιχειρήθηκε η καθυπόταξη των σωμάτων και ο έλεγχος των πληθυσμών (Foucault, 1990 [1976]).

Η έννοια της κυβερνητικότητας, σε στενή συνάφεια με την έννοια της βιοεξουσίας, εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο τα σύγχρονα κράτη έχουν αναπτύξει τρόπους διαχείρισης των πληθυσμών, αλλά και πειθάρχησης του ανθρώπινου σώματος, χωρίς να βασίζονται στον εξαναγκασμό. Η πειθαρχική διαχείριση των πληθυσμών λαμβάνει χώρα σε θεσμικά πλαίσια, όπως τα σχολεία, τα νοσοκομεία κ.λπ. και περιλαμβάνει την προώθηση μιας ηθικής της διαχείρισης του εαυτού (self-management) (Gilbert, 2005). Αυτοί οι θεσμοί «κανονιστικού εξαναγκασμού», όπως τους αποκαλεί το Turner, ασκούν εξαναγκασμό με την έννοια ότι πει-

θαρχούν τα άτομα και ασκούν μορφές επιτήρησης πάνω στην καθημερινή ζωή με τέτοιο τρόπο που οι πράξεις παράγονται, αλλά και περιορίζονται από τα ίδια τα άτομα. Στην περίπτωση θεσμών όπως η κλινική, δεν πρόκειται για βίαιο ή αυταρχικό εξαναγκασμό, διότι τέτοιοι θεσμοί πρόθυμα γίνονται αποδεκτοί ως νόμιμοι (legitimate) και κανονιστικοί στο επίπεδο της καθημερινότητας. Αυτοί οι θεσμοί κανονιστικού εξαναγκασμού ασκούν μια ηθική αυθεντία πάνω στο άτομο, ερμηνεύοντας τα ατομικά «προβλήματα» και παρέχοντας λύσεις σε αυτά. Τέτοιοι θεσμοί είναι, συνεπώς, ταυτόχρονα εξαναγκαστικοί, κανονιστικοί και εθελοντικοί (Turner, 1997).

Εντούτοις, τμήματα του πληθυσμού που θεωρείται ότι εκδηλώνουν συμπεριφορές επικινδυνότητας, όπως οι πάσχοντες από HIV/AIDS, οι μετανάστες κ.ά., βιώνουν περισσότερο ορατές μορφές εξαναγκασμού που περιλαμβάνουν την απομόνωση, το διαχωρισμό και την περιθωριοποίηση. Η ικανότητα των επαγγελματιών να προσδιορίζουν, να υπολογίζουν και να διαχειρίζονται την επικινδυνότητα έχει κεντρική θέση στην εμπιστοσύνη που αποδίδεται στους επαγγελματίες. Συνεπώς, η εμπιστοσύνη μπορεί να γίνει κατανοητή ως ιδιότητα του ρόλου των επαγγελματιών στη διαχείριση των πληθυσμών, αλλά και των ιδίων (Gilbert, 2005).

Επιπλέον, η έννοια της κυβερνητικότητας, αλλά και η όλη σύλληψη της ισχύος στο έργο του Foucault, μετατοπίζει με ουσιαστικό τρόπο τις συζητήσεις για την επαγγελματική δραστηριότητα, διότι το επίκεντρο της συζήτησης δεν είναι πλέον η επαγγελματική ισχύς. Η εξουσία για τον Foucault δεν κατέχεται και ασκείται από μια ομάδα ή κοινωνική τάξη, αλλά είναι διάχυτη και διαπερνά τις κοινωνικές σχέσεις (Foucault, 1980). Η εξουσία ρέει μέσω πρακτικών όπως ο σχεδιασμός της φροντίδας, όπου οι επαγγελματικοί λόγοι (discourses) προσδιορίζουν ανάγκες, υπολογίζουν κινδύνους και σχεδιάζουν παρεμβάσεις. Η επαγγελματική αυθεντία συγκροτείται μέσω της επένδυσης της επαγγελματικής δραστηριότητας με μια ηθική ανωτερότητα, η οποία δικαιολογεί τις παρεμβάσεις στη ζωή των ανθρώπων (Gilbert, 2005· βλ., επίσης, Osborne, 1997).

Οι μελέτες της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας από κοινωνιολόγους που εργάζονται στο πλαίσιο της φουκωικής παράδοσης είναι λίγες προς το παρόν. Ωστόσο, είναι σαφές ότι η έρευνα σε αυτή την κατεύθυνση πρέπει να λάβει υπόψη τις έννοιες της κυβερνητικότητας και της βιοεξουσίας, τη συγκρότηση της επαγγελματικής αυθεντίας, καθώς και το ζήτημα του κανονιστικού εξαναγκασμού σε συνδυασμό με το ρόλο που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες στην πειθαρχηση του σώματος

και τη διαχείριση των πληθυσμών μέσα από ένα φάσμα θεσμικών πλαισίων και τεχνικών, με τις οποίες ασκείται η πειθαρχική εξουσία.

Θεωρώ όμως ότι αυτό που προέχει είναι να απαντηθούν ορισμένα ουσιαστικά ερωτήματα. Το πρώτο ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί είναι αν στην περιγραφή της διάχυτης άσκησης της πειθαρχικής εξουσίας από τον Foucault υπάρχει πραγματικά θέση για την εμπιστοσύνη. Αν γίνει αποδεκτό ότι υπάρχει θέση για την εμπιστοσύνη, τότε πρέπει να διερευνηθεί ο ρόλος της στην παραγωγή «πειθίμων σωμάτων», καθώς και το περιθώριο που έχει το υποκείμενο πάνω στο οποίο ασκείται η πειθαρχική εξουσία για αμφισβήτηση και δυσπιστία.

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ: ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΝΕΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στη δεκαετία του 1970 ο ανταγωνισμός απέναντι στην ιατρική, και γενικότερα την επαγγελματική αυθεντία, ήταν έκδηλος τόσο στις αναλύσεις των κοινωνικών επιστημόνων όσο και από την πλευρά των κοινωνικών κινημάτων (Stacey, 1997· Schlesinger, 2002). Κοινωνικά κινήματα όπως τα κινήματα για την υγεία των γυναικών (Stacey, 1997) καθώς και επικριτές της σύγχρονης ιατρικής (Starr, 1982), ορισμένοι από τους οποίους έφτασαν στο σημείο να αμφισβητήσουν τη συμβολή της ιατρικής φροντίδας στη βελτίωση της υγείας ατόμων και πληθυσμών (π.χ. McKeown, 1976), συνέβαλλαν στην ύφεση της πολιτιστικής ηγεμονίας της σύγχρονης ιατρικής και του ιατρικού επαγγέλματος.

Οι προαναφερόμενοι παράγοντες, από κοινού με τις μελέτες της αποεπαγγελματοποίησης της ιατρικής (Haug, 1973) και την ανάδυση του ενδιαφέροντος για την αυξανόμενη πολυπλοκότητα του καταμερισμού της εργασίας στη φροντίδα υγείας είναι πιθανό να διευκόλυναν τη θεώρηση του ενδεχομένου της ύφεσης της ιατρικής ισχύος στο πλαίσιο μεταβαλλόμενων κοινωνικών συνθηκών (Elston, 1991). Όπως έχει επισημανθεί, κατά ειρωνικό τρόπο, με τη δημοσίευσή τους οι κοινωνιολογικές μελέτες που εδραίωναν τις θεσμικές θεωρίες περί επαγγελματικής κυριαρχίας, προκάλεσαν επίσης συζητήσεις σχετικά με το αν η ιατρική έχει διατηρήσει την ισχύ της ή έχει υποστεί απώλειες (Pescosolido et al., 2001).

Το περιβάλλον της φροντίδας υγείας είχε αρχίσει να μεταβάλλεται τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και στη Μεγάλη Βρετανία. Σε αυτό το μεταβαλλόμενο πλαίσιο, η ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα άρχισαν

να αντιμετωπίζουν μια σειρά από προκλήσεις, μεταξύ των οποίων και οι προαναφερόμενες οπτικές. Δύο πρώιμες απόπειρες κατανόησης και ερμηνείας των κοινωνικών και πολιτιστικών τάσεων και των νέων συνθηκών που αναδύονταν στη δεκαετία του 1970 αποτέλεσαν οι θεωρίες περί της προλεταριοποίησης (proletarianization) και της απο-επαγγελματοποίησης (deprofessionalization) του ιατρικού επαγγέλματος (βλ. Elston, 1991· Kelleher et al., 1994· Annandale, 1998). Αμφότερες οι θεωρίες αναδείχθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Ενώ η θεωρία της προλεταριοποίησης εστίαζε στις αλλαγές στις εργασιακές συνθήκες των γιατρών, η υπόθεση της απο-επαγγελματοποίησης περιστρεφόταν άμεσα γύρω από τη σχέση ανάμεσα στη σύγχρονη ιατρική και το κοινό της (Elston, 1991). Σύμφωνα με τη Marie Haug, μία από τις βασικές εκπροσώπους αυτής της θεωρίας, η απο-επαγγελματοποίηση αντιπροσώπευε την απώλεια από την πλευρά των επαγγελματιών ορισμένων προνομίων που χαρακτήριζαν τη σχέση τους με το κοινό. Η απο-επαγγελματοποίηση εκδηλωνόταν με την υπονόμηση του μονοπωλίου της γνώσης των επαγγελματιών· με την ύφεση της δημόσιας εμπιστοσύνης προς την τήρηση της επαγγελματικής δεοντολογίας και με τη διάφευση ορισμένων προσδοκιών περί εργασιακής αυτονομίας και αυθεντίας που είχαν οι επαγγελματίες απέναντι στον πελάτη (Haug, 1973).

Η θεωρία της απο-επαγγελματοποίησης, γενικότερα, υποστήριξε ότι η πολιτιστική αυθεντία της ιατρικής υπονομευόταν με την έλευση στο πεδίο της φροντίδας υγείας ενός κοινού ολοένα και πιο μορφωμένου, με τον συνακόλουθο περιορισμό του χάσματος της γνώσης ανάμεσα στους ειδικούς επιστήμονες της υγείας και τους μη ειδικούς, καθώς και με την ανάδυση πιο επιφυλακτικών και επικριτικών στάσεων απέναντι στον πατεριναλισμό των επαγγελματιών (Haug, 1973· βλ., επίσης, Annandale, 1998). Για τους υποστηρικτές αυτής της άποψης, καθώς ο ασθενής συμπεριφέρεται όλο και περισσότερο ως καταναλωτής, οι σχέσεις εμπιστοσύνης ανάμεσα στο κοινό και την ιατρική μεταβάλλονται. Το κοινό καθίσταται περισσότερο επικριτικό απέναντι στις δραστηριότητες και την αυθεντία του ιατρικού επαγγέλματος, άρα γίνεται πιο δύσπιστο (βλ. Elston, 1991· Pescosolido et al., 2001· Schlesinger, 2002).

Γενικότερα, από τη δεκαετία του 1970 έχουν συχνά προβληθεί ισχυρισμοί περί της «απομάγευσης» του κοινού σε σχέση με τη σύγχρονη ιατρική και έχει υποστηριχθεί ότι η στάση του κοινού απέναντι στην ιατρική πρακτική και το ιατρικό επάγγελμα έχει μετατοπιστεί από την άκριτη αποδοχή, όπως αυτή περιγράφεται στο έργο του Parsons, προς μια περισσότερο καταναλωτική στάση και μια προσέγγιση αμφισβήτη-

σης και διαπραγμάτευσης (Pescosolido et al., 2001). Μάλιστα, ορισμένοι Αμερικανοί συγγραφείς (π.χ. Starr, 1982) έφτασαν στο σημείο να υποστηρίξουν ότι η ιατρική, όπως και οι άλλοι θεσμοί, υπέστη μια εντυπωσιακή απώλεια της εμπιστοσύνης στη δεκαετία του 1970 (βλ. Schlesinger, 2002). Εντούτοις, η άποψη αυτή αμφισβητήθηκε από άλλους κοινωνικούς επιστήμονες, όπως ο Freidson, ο οποίος υποστήριξε ότι η ιατρική διατήρησε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα δημόσιας εμπιστοσύνης σε σχέση με άλλους πολιτικούς ή κοινωνικούς θεσμούς (Freidson, 1985) και ότι αυτό που συμβαίνει είναι ότι ο επαγγελματικός αυτο-έλεγχος βρίσκεται σε διαδικασία τυποποίησης (formalization) (Freidson, 1984). Γενικά, τα επαγγέλματα διατήρησαν σημαντική επιρροή επί του σχεδιασμού της πολιτικής (policymaking) ακόμη και τη στιγμή που αντιμετώπιζαν ανοιχτή σύγκρουση (Schlesinger, 2002).

Μέχρι τη δεκαετία του 1980, πάντως, οι περισσότεροι σχολιαστές παραδέχονταν ότι η ιατρική αυθεντία βρισκόταν σε ύφεση. Στο τέλος του 20^{ου} αιώνα, ο επαγγελματισμός στην ιατρική περιγραφόταν ως μία «πίστη που απέτυχε». Ορισμένοι συγγραφείς υποστήριξαν ακόμη ότι βρισκόμαστε μπροστά στο «τέλος του επαγγελματισμού» και συνέδεαν αυτή την εξέλιξη με το διεθνές κύμα μεταρρυθμίσεων στη πολιτική υγείας που σημειώθηκε στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 (Schlesinger, 2002).

Προκλήσεις προς την ιατρική

Τέτοιου είδους «δραματικές» δηλώσεις και υποθέσεις, απαντώνται κυρίως στο έργο των Αμερικανών κοινωνιολόγων. Οι Αμερικανοί κοινωνιολόγοι της ιατρικής που ασχολούνται με το ζήτημα των μεταβαλλόμενων σχέσεων εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας συχνά ξεκινούν την ανάλυσή τους αναφερόμενοι στην παραδοχή ότι το αμερικανικό ιατρικό επάγγελμα έχει απωλέσει τη θέση ισχύος και κυριαρχίας που κατείχε μέχρι πρότινος, μεταξύ άλλων σε ό,τι αφορά τη δημόσια εμπιστοσύνη σε αυτό (Starr, 1982· Barber, 1983· Mechanic, 1996). Ακόμη και εκείνοι που εμφανίζονται δύσπιστοι απέναντι στην ορθότητα αυτής της παραδοχής, περιστρέφουν την ανάλυσή τους γύρω από αυτό το ερώτημα (π.χ. Pescosolido et al., 2001· Schlesinger, 2002).

Στο βρετανικό πλαίσιο, οι δηλώσεις περί του κλονισμού της εμπιστοσύνης είναι περισσότερο προσεχτικές. Σε κάθε περίπτωση, μεγάλο μέρος του κοινωνιολογικού ενδιαφέροντος τα τελευταία χρόνια έχει στραφεί στο ρόλο της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας και στην ενδεχόμενη ύφεση της εμπιστοσύνης στην ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα.

Στην προσπάθεια ερμηνείας των μεταβολών στις σχέσεις εμπιστοσύνης στον τομέα της υγείας, οι κοινωνιολόγοι έχουν εστιάσει στο νέο περιβάλλον φροντίδας υγείας που βρίσκεται υπό διαμόρφωση και στις προκλήσεις προς τη σύγχρονη ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα, οι οποίες επηρεάζουν και τις σχέσεις εμπιστοσύνης.

Από την άποψη των πολιτικών υγείας το νέο περιβάλλον παροχής φροντίδας υγείας στις ΗΠΑ, το οποίο έχει επηρεάσει τις σχέσεις γιατρών-ασθενών, χαρακτηρίζεται από την εισαγωγή της ασφάλισης με βάση τη διαχειριζόμενη φροντίδα (managed care insurance)² (Davies and Rundall, 2000). Το ενδιαφέρον στις ΗΠΑ για τη μελέτη της εμπιστοσύνης εδραιώθηκε για πρώτη φορά σε αντίδραση στην προσλαμβανόμενη απειλή, που συνιστούσε η διαχειριζόμενη φροντίδα για τη σχέση γιατρού-ασθενούς (Hall, 2006· βλ. επίσης Mechanic, 1996· Mechanic and Schlesinger, 1996). Πριν από την εισαγωγή της διαχειριζόμενης φροντίδας η εμπιστοσύνη στην ιατρική εκλαμβανόταν γενικά ως δεδομένη. Η διαχειριζόμενη φροντίδα, όμως, περιπλέκει σε μεγάλο βαθμό τη σχέση γιατρού-ασθενούς, θέτοντας ανταγωνιστικές και αντικρουόμενες πιέσεις στο γιατρό δίνοντάς του κίνητρα για την άρνηση της φροντίδας, ενώ περιορίζει τη δυνατότητα επιλογής των γιατρών και τους θέτει υπό την εποπτεία των ασφαλιστών (Davies and Rundall, 2000· Hall, 2006). Εντούτοις, έχει επισημανθεί ότι αφ' ενός οι ασθενείς έχουν επίγνωση των πιέσεων αυτών, αφ' ετέρου η διαχειριζόμενη φροντίδα δεν επηρεάζει πάντα αρνητικά τη σχέση γιατρού-ασθενούς (Davies and Rundall, 2000).³

2. Ο όρος «διαχειριζόμενη φροντίδα» εισήλθε στο προσκήνιο στις Ηνωμένες Πολιτείες από τα τέλη της δεκαετίας του 1980. Στο νέο περιβάλλον φροντίδας υγείας, οι εργοδότες, όπως και οι ομοσπονδιακές και πολιτειακές κυβερνήσεις μεταβλήθηκαν από παθητικοί πληρωτές σε επιθετικούς αγοραστές φροντίδας υγείας. Αυτό σημαίνει ότι απαιτούν περισσότερη λογοδοσία από τα σχέδια υγείας αναφορικά με το πού λαμβάνει χώρα η φροντίδα υγείας των ασφαλισμένων τους, τι είδους υπηρεσίες παρέχονται και πόσο καλούνται να πληρώσουν. Με τη σειρά τους, οι εταιρείες ασφάλισης υγείας έχουν επινοήσει μια ποικιλία προγραμματίων διαχειριζόμενης φροντίδας που μετατοπίζουν μέρος του ρίσκου για τον έλεγχο του κόστους της φροντίδας υγείας σε αυτούς που παρέχουν τη φροντίδα. Κατά συνέπεια, εφόσον βρίσκονται αντιμέτωποι με το οικονομικό ρίσκο για το κόστος της υπηρεσίας που παρέχουν, οι γιατροί και τα νοσοκομεία έχουν ισχυρό κίνητρο να διαχειριστούν προσεχτικά τη φροντίδα που παρέχουν στον εγγεγραμμένο πληθυσμό των ασθενών τους (Davies and Rundall, 2000, σ. 610-611).

3. Το γεγονός ότι οι Αμερικανοί κοινωνιολόγοι εστιάζουν ιδιαίτερα στη διαπροσωπική σχέση γιατρού-ασθενούς και στις απειλές που αυτή δέχεται αντικατοπτρίζει τη σημασία που προσδίδουν οι Αμερικανοί στην επιλογή του γιατρού και στην προφύλαξη της σχέσης γιατρού-ασθενούς από κάθε εξωτερική επίδραση (Hall, 2006· Calnan and Rowe, 2006).

Σε αντίθεση με τους Αμερικανούς μελετητές, οι οποίοι έχουν προσεγγίσει την εμπιστοσύνη από τη σκοπιά του ασθενούς και από την άποψη της σχέσης γιατρού-ασθενούς, στη Μεγάλη Βρετανία η ανάλυση της εμπιστοσύνης έχει προσλάβει έναν πιο πλουραλιστικό χαρακτήρα και έχει επεκταθεί και σε άλλες σχέσεις και αλληλεπιδράσεις που διαμορφώνονται και λαμβάνουν χώρα στη φροντίδα υγείας, όπως μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (είτε ανήκουν στην ίδια είτε ανήκουν σε διαφορετική εργασιακή ομάδα) ή μεταξύ επαγγελματιών και μελών της διοίκησης (βλ., π.χ., Calnan and Rowe, 2006). Και στο Βρετανικό πλαίσιο, τα οργανωτικά χαρακτηριστικά των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζουν τις σχέσεις εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας.

Στη Μεγάλη Βρετανία, ένας από τους παράγοντες που προκάλεσαν το ενδιαφέρον για το ζήτημα της εμπιστοσύνης στους γιατρούς και το ιατρικό επάγγελμα ήταν μια σειρά από «σκάνδαλα» και αποτυχίες, που αφορούσαν την τεχνική ικανότητα των γιατρών, υποθέσεις σεξουαλικής παρενόχλησης, ακόμη και μια περίπτωση κατά συρροήν δολοφονιών. Οι υποθέσεις αυτές προσέκλυσαν την έντονη προσοχή από τα ΜΜΕ, κλυδωνίστηκε η δημόσια εμπιστοσύνη στο βρετανικό ιατρικό επάγγελμα και στο σύστημα του ιατρικού ελέγχου (regulation) μέσω του οποίου λογοδοτούσαν οι γιατροί, και το οποίο απέτυχε να εντοπίσει έγκαιρα την παρεκκλίνοσα συμπεριφορά και να πάρει μέτρα για την προστασία των ασθενών (Alaszewski, 2003· Allsop, 2006· Rowe and Calnan, 2006). Σε συνδυασμό με τη γενικότερη ύφεση της κοινωνικής και δημόσιας εμπιστοσύνης, για την οποία γίνεται λόγος στη Μεγάλη Βρετανία, και με άλλες κοινωνικές και πολιτικές μεταβολές που έχουν επιφέρει αλλαγές στις σχέσεις μεταξύ ασθενών, γιατρών και κράτους, έχει κλονιστεί η εμπιστοσύνη στο σύστημα επαγγελματικού αυτο-ελέγχου (professional self-regulation). Το αποτέλεσμα είναι ότι η κυβέρνηση και το ιατρικό επάγγελμα επιχειρούν να επαναδιαπραγματευτούν την εμπιστοσύνη μεταξύ τους και με το κοινό μέσα από ποικίλα μεταρρυθμιστικά μέτρα (Allsop, 2006).

Το οργανωτικό περιβάλλον της παροχής φροντίδας υγείας, και οι αλλαγές που υφίσταται, αποτελεί έναν μόνο από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις σχέσεις εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας. Μια άλλη, σημαντική πρόκληση προς την ιατρική κυριαρχία συνιστούν οι πρόσφατες προσπάθειες επαγγελματοποίησης από τους νοσηλευτές (Kelleher et al., 1994· Annandale, 1998). Επιπλέον, το ιατρικό επάγγελμα αντιμετωπίζει προκλήσεις που προέρχονται από άλλους επαγγελματίες, οι οποίοι δρουν εκτός του συστήματος φροντίδας υγείας, όπως οι δικηγόροι (με

τις αγωγές σε περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας) και οι δημοσιογράφοι, οι οποίοι εστιάζουν όλο και περισσότερο σε ζητήματα φροντίδας υγείας, κυρίως σε σκάνδαλα που αφορούν την ιατρική ικανότητα, υιοθετούν μια πιο κριτική στάση σε σχέση με το παρελθόν και συχνά παρουσιάζουν την ιατρική δραστηριότητα ως πατερνλιστική και εσφαλμένη (Kelleher et al., 1994· Rowe and Calnan, 2006).

Σημαντική πρόκληση προς την κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος αποτελεί η αυξανόμενη απήχηση των συμπληρωματικών/εναλλακτικών μορφών ιατρικής (Kelleher et al., 1994· Sharma, 1996). Αλλά και οι ίδιοι οι μη ειδικοί (lay people) αμφισβητούν την ιατρική κυριαρχία και ισχύ μέσω των ομάδων αυτο-βοήθειας και των διαφόρων κοινωνικών κινήματων στην υγεία (Kelleher et al., 1994· Stacey, 1997· Hobson-West, 2007).

Τα κοινωνικά κινήματα στην υγεία αποτελούν ένα δυναμικό πεδίο, το οποίο έχει προσελκύσει ιδιαίτερα την προσοχή των μελετητών τα τελευταία χρόνια. Έχουν γίνει αντιληπτά από ορισμένους σχολιαστές ως μέρος μιας κουλτούρας αμφισβήτησης, στην οποία οι άνθρωποι γίνονται ολοένα και πιο ικανοί και πρόθυμοι να αμφισβητήσουν τα συστήματα ειδικής γνώσης, άρα και τους γιατρούς και τις διαφορετικές θεραπευτικές μεθόδους (Scambler and Kelleher, 2006). Η ανάδυσή τους έχει συσχετισθεί, μεταξύ άλλων, με τη μείωση της εμπιστοσύνης προς το σύστημα παροχής φροντίδας υγείας (Zavestoski et al., 2004), καθώς και με την αύξηση των πηγών πληροφόρησης για ζητήματα ιατρικής φύσης και υγείας και ευεξίας γενικότερα (Brown and Zavestoski, 2004· Brown et al., 2004). Τα κοινωνικά κινήματα στην υγεία αντιπροσωπεύουν προκλήσεις προς την πολιτική υγείας, τη δημόσια υγεία, το θεσμό της επιστήμης και της ιατρικής και την επαγγελματική αυθεντία μεταξύ άλλων. Περαιτέρω, τα κινήματα αυτά δεν περιορίζονται στην αμφισβήτηση της επιστήμης και της ιατρικής, αλλά στην κριτική τους περιλαμβάνουν την πολιτική οικονομία και τις κυρίαρχες πολιτιστικές αξίες· επιδίδονται, με άλλα λόγια, σε μια ευρεία κοινωνική κριτική (Brown and Zavestoski, 2004).

Αν και οι προαναφερόμενες προκλήσεις προς την ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα έχουν αναφερθεί στο βρετανικό πλαίσιο, έχει διαπιστωθεί ότι η κατάσταση στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι παρόμοια (Starr, 1982· Barber, 1983· Mechanic, 1996· Schlesinger, 2002). Πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι αυτές οι προκλήσεις πολλές φορές αλληλοεπικαλύπτονται (Kelleher et al., 1994).

Ασφαλώς, η προσπάθεια κατανόησης και ερμηνείας του διαμορφούμενου περιβάλλοντος φροντίδας υγείας και των μεταβολών στις σχέσεις εμπιστοσύνης δεν εξαντλείται στους προαναφερόμενους παράγοντες.

Για παράδειγμα, αυτό που φαίνεται πως έχει αλλάξει τις τελευταίες δεκαετίες σε ό,τι αφορά το πολιτιστικό περιβάλλον της φροντίδας υγείας είναι ότι οι συναντήσεις με τους ειδικούς γίνονται αντιληπτές, από αυξανόμενα τμήματα του πληθυσμού, ως αποξενωτικές. Οι μη ειδικοί αντιδρούν συχνά στον ιατρικό πατερναλισμό και στη διαφορά ισχύος που χαρακτηρίζει τις επαφές τους με τους επαγγελματίες. Έχει ειπωθεί ότι όλο και περισσότεροι ασθενείς αναζητούν ένα εναλλακτικό μοντέλο σχέσης στη φροντίδα υγείας, στο πλαίσιο του οποίου θα συμμετέχουν περισσότερο, ενώ τα στοιχεία της ισότητας και της αμοιβαιότητας θα αντικαταστήσουν αυτά της ανισότητας και της ιατρικής αυθεντίας (Stacey, 1997). Είναι φανερό, λοιπόν, ότι η προσπάθεια κατανόησης και η αναζήτηση των αιτιών για τη μεταβολή των σχέσεων εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας πρέπει να λάβει υπόψη την πολυπλοκότητα του πεδίου της φροντίδας υγείας.

Ενώ φαίνεται να υπάρχει συναίνεση ότι σημειώνονται σημαντικές μεταβολές στις σχέσεις εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας, εντούτοις ελάχιστες εμπειρικές έρευνες έχουν διεξαχθεί για να διερευνηθεί αν και σε ποιον βαθμό έχει κλονιστεί η δημόσια εμπιστοσύνη στο ιατρικό επάγγελμα (Pescosolido et al., 2001). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, μια από τις λίγες σχετικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχει καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ιατρική αυθεντία δεν φαίνεται να αντιμετωπίζει σοβαρές δημόσιες προκλήσεις, έχουν σημειωθεί ωστόσο αξιοσημειώτες μεταβολές με την έννοια ότι διαφαίνονται τάσεις προς μεγαλύτερη απογοήτευση και πιο εκτεταμένη κριτική, ειδικά σε σχέση με τη διαχειριζόμενη φροντίδα (Pescosolido et al., 2001).

ΝΕΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στις πρόσφατες κοινωνιολογικές αναλύσεις της υγείας και της ασθένειας έχει αναγνωρισθεί η ιδιαίτερη σημασία της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας. Γενικά, έχει επισημανθεί ότι η εμπιστοσύνη επιτρέπει και ενισχύει τη συνεργασία που απαιτείται στις πολλαπλές σχέσεις που αναπτύσσονται σε ένα σύστημα υγείας για την παραγωγή της υγείας (Gilson, 2003).

Ειδικότερα, έχει υποστηριχθεί ότι η εμπιστοσύνη έχει άμεσα θεραπευτικά αποτελέσματα στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ γιατρών και ασθενών (Mechanic, 1998). Εντούτοις, υπάρχουν κοινωνικοί επιστήμονες που διαφωνούν με αυτή την άποψη επισημαίνοντας ότι δεν υπάρχουν επαρκή εμπειρικά δεδομένα που να στηρίζουν τέτοιου είδους ισχυρι-

σμούς καθώς υπάρχει έλλειψη εμπειρικών ερευνών που να εξετάζουν τον τρόπο που η εμπιστοσύνη επηρεάζει τα αποτελέσματα υγείας (Calnan and Rowe, 2006, βλ. επίσης Gilson, 2003). Τα υπάρχοντα εμπειρικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η εμπιστοσύνη επηρεάζει έμμεσα τα αποτελέσματα υγείας μέσω της ενίσχυσης συμπεριφορών που είναι σημαντικές για την υγεία, όπως η αναζήτηση βοήθειας και πρόσβαση στη φροντίδα υγείας ώστε να καταστεί δυνατή η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση, η τήρηση της θεραπευτικής αγωγής κ.λπ. (Mechanic, 1996, 1998· Gilson, 2003· Calnan and Rowe, 2006).

Αν και η σχέση γιατρού-ασθενούς έχει προσελκύσει το μεγαλύτερο μέρος του ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες, έχει αναγνωριστεί ότι η εμπιστοσύνη εντοπίζεται σε ποικίλα περιβάλλοντα και είναι σημαντική για μια σειρά από διαφορετικές σχέσεις στη φροντίδα υγείας όπως η σχέση ασθενούς-νοσηλεύτη (Johns, 1996· Hall et al., 2001· Gilbert, 2005). Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι η εμπιστοσύνη είναι σημαντική και για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και από τη σκοπιά της διοίκησης ή της οργάνωσης. Παρά τη σημασία της, ωστόσο, η διερεύνηση της εμπιστοσύνης από αυτές τις οπτικές είναι περιορισμένη (Calnan and Rowe, 2006).

Η εμπιστοσύνη είναι απαραίτητη σε καταστάσεις που υπάρχει άγνοια και αβεβαιότητα σχετικά με τα κίνητρα και τις προθέσεις, καθώς και με τις μελλοντικές ενέργειες ενός άλλου ατόμου από το οποίο εξαρτάται το άτομο που εμπιστεύεται. Επιπλέον, η εμπιστοσύνη είναι απαραίτητη σε μια κατάσταση που υπάρχει κάποιος βαθμός επικινδυνότητας, ο οποίος οφείλεται στην αβεβαιότητα (Luhmann, 1979· Gambetta, 1988· Giddens, 1990· Misztal, 1996· Brownlie and Howson, 2005· Calnan and Rowe, 2006).

Οι προαναφερόμενες συνθήκες, που χαρακτηρίζουν μια κατάσταση στην οποία είναι αναγκαία η εμπιστοσύνη, απαντώνται και στις διαφορετικές σχέσεις που υπάρχουν στη φροντίδα υγείας. Μάλιστα, λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που χαρακτηρίζουν τη φροντίδα υγείας, η εμπιστοσύνη αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε αυτό το πλαίσιο. Η φροντίδα υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα και εμπεριέχει ένα στοιχείο επικινδυνότητας, τουλάχιστον σε ό,τι αφορά τη σχέση του ασθενούς με τον επαγγελματία υγείας (Calnan and Rowe, 2006). Το άτομο που έρχεται σε επαφή με το σύστημα υγείας καλείται σε πολλές περιπτώσεις να προβεί σε κρίσεις και να αποτιμήσει την επικινδυνότητα μιας ορισμένης κατάστασης και να υπερβεί ταυτόχρονα την αβεβαιότητα που αφορά στα κίνητρα και τις προθέσεις των επαγγελματιών υγείας, αλλά και στην ικανότητά τους.

Παρά το γεγονός ότι η εμπιστοσύνη είναι μια ασαφής έννοια και είναι δύσκολο να οριστεί και να διερευνηθεί (Johns, 1996· Goudge and Gilson, 2005), στη βιβλιογραφία επαναλαμβάνονται συχνά οι δύο αυτές διαστάσεις της εμπιστοσύνης. Αφενός, δηλαδή, τονίζεται ότι η εμπιστοσύνη συνδέεται με προσδοκίες ότι το αντικείμενο της εμπιστοσύνης θα ενδιαφερθεί και θα ενεργήσει με βάση τα συμφέροντα αυτού που εμπιστεύεται. Από αυτή την άποψη, η εμπιστοσύνη αφορά στη δεοντολογία, τα κίνητρα και την ακεραιότητα του άλλου. Αφετέρου, η εμπιστοσύνη βασίζεται στην προσδοκία ότι ο άλλος έχει τη γνώση και τις ικανότητες να πετύχει τα επιθυμητά για τον ασθενή αποτελέσματα (Hall et al., 2001· Goudge and Gilson, 2005· Gilson, 2005). Ο προβληματισμός σχετικά με τα κίνητρα του άλλου, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο ασθενής βρίσκεται σε μια ιδιαίτερα ευάλωτη κατάσταση, προσδίδει έναν έντονα συναισθηματικό (affective) χαρακτήρα στη σχέση εμπιστοσύνης, πέρα από τη γνωστική (cognitive) βάση της εμπιστοσύνης (Hall et al., 2001· Gilson, 2006).

Τα προαναφερόμενα ισχύουν βέβαια κυρίως στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων στη φροντίδα υγείας. Οι σχέσεις όμως που αναπτύσσονται στα συστήματα υγείας είναι πολλαπλές, συνεπώς πολλαπλά είναι και τα αντικείμενα της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας (Hall et al., 2001· Gilson, 2003, 2005, 2006· Goudge and Gilson, 2005· Calnan and Rowe, 2006). Ειδικότερα, στο διαπροσωπικό επίπεδο η εμπιστοσύνη στη φροντίδα υγείας δεν περιορίζεται στη σχέση του ασθενούς με τον γιατρό, αλλά εκτείνεται στις σχέσεις που ο πρώτος συνάπτει με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως τους νοσηλευτές. Εντούτοις, αντικείμενο εμπιστοσύνης μπορεί επίσης να αποτελεί για τον ασθενή και μια οργάνωση φροντίδας υγείας ή ένα σύστημα παροχής φροντίδας υγείας για παράδειγμα (Hall et al., 2001).

Ένας τρόπος που έχει προταθεί για την προσέγγιση των διαφορετικών αντικειμένων της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας διακρίνει ανάμεσα στις σχέσεις εμπιστοσύνης στο μικρο-επίπεδο και σε αυτές στο μακρο-επίπεδο. Στις πρώτες περιλαμβάνονται οι σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, οι σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών και οι σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και μελών της διοίκησης. Στις σχέσεις που δημιουργούνται στο μακρο-επίπεδο περιλαμβάνονται η εμπιστοσύνη του ασθενούς και η δημόσια εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας και τα μέλη της διοίκησης γενικά, η εμπιστοσύνη σε συγκεκριμένες οργανώσεις φροντίδας υγείας και η εμπιστοσύνη στο σύστημα φροντίδας υγείας. Οι σχέσεις στο μικρο-επίπεδο συνιστούν διαπροσωπι-

κές και οργανωτικές σχέσεις εμπιστοσύνης, ενώ οι σχέσεις που ανήκουν στο μακρο-επίπεδο αποτελούν διαφορετικά είδη θεσμικής εμπιστοσύνης (Calnan and Rowe, 2006).⁴ Επιπλέον, στη φροντίδα υγείας μπορούμε να μιλήσουμε για εμπιστοσύνη στο σύστημα ειδικής γνώσης της ιατρικής, στο ιατρικό επάγγελμα στο σύνολό του, στην ιατρική τεχνολογία, στις πηγές πληροφόρησης ή αποτίμησης της επικινδυνότητας.

Συμπερασματικά, στη βιβλιογραφία έχει διαπιστωθεί και εξεταστεί ένα ευρύ φάσμα αντικειμένων και σχέσεων εμπιστοσύνης στο πεδίο της φροντίδας υγείας, που αλληλεπιδρούν και πολλές φορές δημιουργούν αντιθέσεις (Hall et al., 2001) και τα οποία αφορούν είτε στο μικρο- είτε στο μακρο-επίπεδο. Τα επίπεδα αυτά είναι αλληλένδετα (Giddens, 1990· Gilson, 2003, 2006) και ο τρόπος με τον οποίο αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν το ένα το άλλο, καθώς και η ιδιαίτερη βαρύτητα που μπορεί να αποδίδεται σε κάποιο από αυτά, αποτελούν αντικείμενο περαιτέρω διερεύνησης και αποσαφήνισης για την κοινωνιολογική έρευνα.

Η τελευταία πρόταση αναδεικνύει τη σημασία που έχει για την κοινωνιολογική μελέτη η προσεκτική εξέταση των όψεων που διαμορφώνουν το *συγκεκριμένο* περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται οι σχέσεις εμπιστοσύνης. Έχει επίσης αναφερθεί ότι ο ορισμός της εμπιστοσύνης προσαρμόζεται κατά κανόνα στις συμπεριφορές που είναι συναφείς σε ένα πλαίσιο. Γενικότερα, η διερεύνηση της εμπιστοσύνης προϋποθέτει πάντα την κατανόηση των συγκεκριμένων κοινωνικών, προσωπικών και πολιτικών διεργασιών που περιβάλλουν την εμπιστοσύνη (Goudge and Gilson, 2005· Johns, 2006).

Από εννοιολογικής άποψης, στη βιβλιογραφία γίνεται επίσης συχνά λόγος για τους κινδύνους (dangers) της εμπιστοσύνης, παρά τα πολλά και σημαντικά οφέλη που προσκομίζουν οι σχέσεις εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας. Ειδικότερα, έχει υποστηριχθεί ότι οι σχέσεις που διαμορφώνονται στη φροντίδα υγείας είναι συνήθως ασύμμετρες, συνεπώς είναι δυνητικά σχέσεις εξουσίας. Ο κίνδυνος που υπάρχει είναι ότι το ισχυρότερο μέρος της σχέσης ενδέχεται να καταχραστεί την εξουσία του και την εμπιστοσύνη του λιγότερο ισχυρού. Πρόκειται για έναν κίνδυνο που κάθε σχέση εμπιστοσύνης ενέχει. Με την εμπιστοσύνη υπάρχει περιθώριο για ομορτισμό και πατεριναλισμό. Ειδικά στη φροντίδα

4. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι Calnan και Rowe αναφέρονται συγκεκριμένα στις σχέσεις εμπιστοσύνης που αναπτύσσονται στο εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας (NHS). Ωστόσο, οι παρατηρήσεις τους μπορούν να γενικευτούν για τις σχέσεις εμπιστοσύνης σε όλα τα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας.

υγείας, οι συνέπειες της κατάχρησης της εξουσίας μπορεί να αποδειχθούν ιδιαίτερα σοβαρές λόγω της ευάλωτης κατάστασης του ασθενούς (Davies and Rundall, 2000· Gilson, 2006· Calnan and Rowe, 2006). Μάλιστα, οι κίνδυνοι της εμπιστοσύνης επιτείνονται στην περίπτωση ατόμων ή ομάδων που ανήκουν σε μη προνομιούχες ή/και περιθωριοποιημένες κοινότητες (Gilson, 2003, 2006· Calnan and Rowe, 2006).

Οι άστοχες επιλογές και η κατάχρηση της εμπιστοσύνης μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες καθώς ενδέχεται ορισμένες προσδοκίες από τη σχέση να μην εκπληρωθούν. Επιπλέον, ο ασθενής που δείχνει υπερβολική εμπιστοσύνη ενδέχεται να αγνοήσει άλλους, καταλληλότερους τρόπους αντιμετώπισης της αβεβαιότητας και της επικινδυνότητας. Για παράδειγμα, μπορεί να μην αναζητήσει περισσότερες πληροφορίες, να μην ζητήσει δεύτερη γνώμη κ.λπ. (Davies and Rundall, 2000). Δεδομένου λοιπόν ότι οι σχέσεις εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας είναι εξαιρετικά ωφέλιμες, αλλά ενέχουν και σοβαρούς κινδύνους, έχει υποστηριχθεί ότι η κοινωνιολογική έρευνα ίσως πρέπει να εξετάσει ποια είναι τα βέλτιστα επίπεδα και οι μορφές της εμπιστοσύνης σε κάθε περίπτωση (Davies and Rundall, 2000). Κατά συνέπεια, η δυσπιστία (distrust) δεν γίνεται πάντα αντιληπτή με αρνητικούς όρους εφόσον, όπως επισημαίνεται, κάποιος βαθμός καχυποψίας μπορεί να είναι σημαντικός για κάποιες σχέσεις, ως μέσο προστασίας του ευάλωτου μέρους της σχέσης ενάντια στην κατάχρηση της εξουσίας (Gilson, 2006).

Παράλληλα με την αναγνώριση της σημασίας της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας και τις προσπάθειες περαιτέρω επεξεργασίας της έννοιας, έχουν αναπτυχθεί και ποικίλες μέθοδοι και τρόποι μέτρησής της, οι οποίες χρησιμοποιούνται πλέον στις εμπειρικές έρευνες της εμπιστοσύνης (Hall et al., 2001· Hall et al., 2002· Allsop, 2006· Hall, 2006· Rowe and Calnan, 2006).

Οι εμπειρικές έρευνες της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας, οι οποίες έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, έχουν παρουσιάσει την τάση διερεύνησης των επιπέδων της εμπιστοσύνης, δηλαδή αν αυτή είναι υψηλή ή χαμηλή σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας, το σύστημα φροντίδας υγείας κ.λπ. Επίσης, οι εμπειρικές μελέτες έχουν εξετάσει τη μορφή της εμπιστοσύνης από την άποψη των διαφορετικών διαστάσεων και τύπων της· τους παράγοντες που δημιουργούν, στηρίζουν ή βλάπτουν την εμπιστοσύνη· και τα αποτελέσματα της υψηλής ή χαμηλής εμπιστοσύνης (Calnan and Rowe, 2006).

Εντούτοις, οι υπάρχουσες εμπειρικές μελέτες είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Επιπλέον, πρέπει να διευρύνουν το φάσμα των όψεων των

σχέσεων εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας που μελετούν. Έτσι, εκτός από τη διερεύνηση της εμπιστοσύνης στους γιατρούς και το ιατρικό επάγγελμα, είναι ανάγκη να διεξαχθούν έρευνες για την εξέταση της εμπιστοσύνης στις ιατρικές εγκαταστάσεις (facilities) και τους θεσμούς υγείας (Hall, 2006). Όπως αναφέρθηκε, είναι επίσης ανάγκη να εξεταστεί η εμπιστοσύνη όχι μόνο από την οπτική του ασθενούς ή του κοινού, αλλά και από τη σκοπιά των επαγγελματιών, της διοίκησης και της οργάνωσης (Calnan and Rowe, 2006). Οι σχέσεις εμπιστοσύνης διαφέρουν σε διαφορετικά συστήματα υγείας και σε διαφορετικές χώρες. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη ερευνών της εμπιστοσύνης σε διαφορετικές χώρες, κάτι που είναι απαραίτητο για να μπορέσει να διεξαχθεί συγκριτική μελέτη (Goudge and Gilson, 2005· Calnan and Rowe, 2006).

Η μελλοντική έρευνα μπορεί να εμβαθύνει σε αυτά τα ζητήματα. Μπορεί, επί παραδείγματι, να εμβαθύνει τις συζητήσεις σχετικά με τη μεταμόρφωση των συστημάτων υγείας εξετάζοντας τα ίδια ζητήματα στο περιβάλλον άλλων χωρών χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες μεθόδους και εργαλεία και διευρύνοντας το φάσμα των ερωτημάτων της έρευνας που θέτει (Gilson, 2005).

Επίσης, η μελλοντική έρευνα πρέπει να στραφεί στο ερώτημα της επίδρασης της εμπιστοσύνης πάνω σε σημαντικές διαδικασίες και αποτελέσματα της φροντίδας υγείας, καθώς αυτή δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά ορισμένες σχέσεις που διαμορφώνονται στη φροντίδα υγείας. Μία ακόμη σημαντική γραμμή έρευνας για το μέλλον εξετάζει με ποιους τρόπους τα πλαίσια και οι περιστάσεις επηρεάζουν τη σημασία, τα πεδία, τα επίπεδα και την καταλληλότητα της εμπιστοσύνης (Calnan et al., 2006). Τέλος, είναι σημαντικό να διερευνηθεί εμπειρικά το θέμα και στο ελληνικό πλαίσιο ώστε να αναδειχθεί η φύση των σχέσεων εμπιστοσύνης που δημιουργούνται στη φροντίδα υγείας καθώς και οι μεταβολές που οι σχέσεις αυτές υφίστανται.

Τα προαναφερόμενα, φυσικά, δεν εξαντλούν τα θέματα που χρειάζεται να διερευνηθούν πληρέστερα στο μέλλον, όπως και η παρουσίαση των νέων κατευθύνσεων της έρευνας δεν είναι διεξοδική. Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, δεν θα ήταν δυνατή η λεπτομερέστερη παρουσίαση της ταχύτατα αναπτυσσόμενης βιβλιογραφίας για την εμπιστοσύνη στη φροντίδα υγείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή ξεκίνησε με βάση την παραδοχή ότι η εμπιστοσύνη, ως έννοια, υπήρξε «απούσα-παρούσα» ήδη στις αναλύσεις των πρώτων κοινωνιολόγων της ιατρικής. Ορισμένοι κοινωνιολόγοι περισσότερο αναφέρονταν στο ρόλο της και λιγότερο ενδιαφέρονταν για την ανάλυση της έννοιας, ενώ πολλοί άλλοι δεν έκαναν καμία αναφορά στο ζήτημα. Εντούτοις, η σημασία της εμπιστοσύνης στις σχέσεις που διαμορφώνονται στη φροντίδα υγείας σημαίνει ότι μπορεί κανείς να επιχειρήσει να διακρίνει τις διαφορετικές προσεγγίσεις της έννοιας ακόμη και στα έργα όπου δεν γίνεται ρητή αναφορά σε αυτήν.

Ο προσδιορισμός των διαφορετικών προσεγγίσεων της εμπιστοσύνης στις αναλύσεις των κοινωνιολόγων της υγείας και της ασθένειας είναι ο στόχος της παρούσας εργασίας. Για τον σκοπό αυτό, επιλέχθηκαν τα έργα ορισμένων κοινωνιολόγων της υγείας για να αναδειχθούν οι βασικές μετατοπίσεις στην προσέγγιση της έννοιας στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Σε αδρές γραμμές, η κοινωνιολογία της ιατρικής και η κοινωνιολογία των επαγγελματιών εστιάζοντας στην εργασιακή αξία του «επαγγελματισμού» εξέλαβαν αρχικά την εμπιστοσύνη ως στοιχείο που χαρακτήριζε τη σχέση του ιατρικού επαγγέλματος με το κοινό και που βασιζόταν στην εγγενή αξιοπιστία των μελών του, καθώς και σε άλλες ιδιότητες των επαγγελματιών. Ειδικά ο Parsons ανέπτυξε μια κανονιστική θεώρηση της σχέσης της ιατρικής με το κοινό ή του γιατρού με τον ασθενή, την οποία αντιλήφθηκε ως μια σχέση συναίνεσης και στο πλαίσιο της οποίας τονίζεται το στοιχείο της ιατρικής αυθεντίας και ισχύος, το οποίο όμως προσεγγίζεται ως κάτι θετικό, δικαιολογημένο και αποδεκτό. Σε αυτό το πλαίσιο, η εμπιστοσύνη είναι άκριτη, βασίζεται πολύ στην πίστη και αφορά μόνο στην ηθική διάσταση του ρόλου του γιατρού.

Στις δεκαετίες του 1960 και του 1970, οι κοινωνιολόγοι της υγείας παρουσιάζουν μια έντονα επικριτική και αρνητική προσέγγιση της ιατρικής ισχύος, την οποία υπερτονίζουν. Στις αναλύσεις του ιατρικού επαγγέλματος η έμφαση δίνεται στη διαδικασία της επαγγελματοποίησης και στη διαμόρφωση της αξιοπιστίας. Η εμπιστοσύνη συνεπώς γίνεται αντιληπτή ως προϊόν μιας ενεργούς διαδικασίας από την πλευρά των επαγγελματιών και όχι ως κάτι που χαρακτηρίζει το ιατρικό επάγγελμα. Σε αυτό το πλαίσιο, διευρύνεται το φάσμα αναφορών της εμπιστοσύνης, αφού αυτή πλέον δεν αφορά μόνο στις ηθικές υποχρεώσεις του γιατρού και του επαγγέλματος, αλλά επεκτείνεται στην ειδική γνώση και τις

τεχνικές ικανότητές του. Οι υποστηρικτές της θεωρίας της ιατρικοποίησης επίσης τονίζουν το υπερβολικό βάρος της ιατρικής αυθεντίας και τον ασφυκτικό εναγκαλισμό όλων και περισσότερων όψεων της ζωής από την ιατρική. Αν και δεν αναφέρονται ρητά στην εμπιστοσύνη, μπορεί να υποστηρίξει κανείς ότι συγκροτώντας τον ασθενή ή το κοινό ως το παθητικό μέρος της σχέσης με το ιατρικό επάγγελμα, θεωρούν δεδομένο ότι το ιατρικό επάγγελμα έχει καταφέρει, μεταξύ άλλων, να κερδίσει τη δημόσια εμπιστοσύνη. Στο ίδιο πλαίσιο, αναφέρεται η θεώρηση του Foucault καθώς και ο ρόλος που μπορεί να έχει η εμπιστοσύνη σε αυτή. Η οπτική του Foucault σαφώς διαφέρει ουσιαστικά από τις άλλες που εξετάζονται στην ίδια κατηγορία, αλλά αναφέρεται εδώ διότι δίνει έμφαση στο ζήτημα της ισχύος, αν και με εντελώς διαφορετική προσέγγιση, και ταυτόχρονα τονίζει την παραγωγή πειθήνιων σωμάτων από την ιατρική.

Οι προσεγγίσεις αυτές έδωσαν τη θέση τους στο ενδιαφέρον για το ενδεχόμενο της ύφεσης της εμπιστοσύνης προς το ιατρικό επάγγελμα. Το ενδιαφέρον αυτό σηματοδότησε και την αναγνώριση της αμφισημίας στις σχέσεις μεταξύ κοινού και ιατρικής. Η εμπιστοσύνη, έτσι, δεν θεωρείται ούτε χαρακτηριστικό του επαγγέλματος ούτε αποτέλεσμα στοχευμένων ενεργειών των επαγγελματιών ή κάτι το δεδομένο λόγω της υπερβολικής ισχύος του επαγγέλματος. Έχει αναπτυχθεί και εξακολουθεί να αναπτύσσεται ραγδαία μια βιβλιογραφία πάνω στο θέμα, η οποία αναπτύσσει όλες τις εννοιολογικές πτυχές της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας, αρχίζει να αναλύει διάφορες διαστάσεις και αντικείμενά της και την προσεγγίζει στο πλαίσιο των ποικίλων σχέσεων που διαμορφώνονται εντός και γύρω από τη φροντίδα υγείας. Αν και απουσιάζουν πλέον τα θεωρητικά σχήματα που παραμένουν στο επίπεδο της εικασίας, μπορούμε ίσως να υποστηρίξουμε ότι κοινό χαρακτηριστικό των πρόσφατων αναλύσεων είναι ότι αντιλαμβάνονται ότι η εμπιστοσύνη αποτελεί μεν στοιχείο των σχέσεων στη φροντίδα υγείας, δεν θεωρείται όμως δεδομένη και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες στο μικρο- και το μακροεπίπεδο χωρίς να ανάγεται σε μία εξήγηση όπως είναι η ιατρική ισχύς ή οι προσπάθειες επαγγελματοποίησης. Υπάρχει ταυτόχρονα η αίσθηση ότι ο θεσμός της ιατρικής βρίσκεται σε κάποιου είδους κρίση, που επηρεάζει και τις σχέσεις εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας. Οι αναλυτές συμφωνούν ότι οι βάσεις της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας μεταβάλλονται και επιχειρούν να κατανοήσουν και να αναλύσουν τις σχετικές διαδικασίες.

Η τελευταία αυτή πρόταση παρέχει το κλειδί για την κατανόηση των λόγων για την έκρηξη του ενδιαφέροντος στην εμπιστοσύνη γενικά,

αλλά και όσον αφορά τις σχέσεις στη φροντίδα υγείας ειδικότερα. Η εμπιστοσύνη είναι μια ιδιότητα των σχέσεων που συνήθως εκλαμβάνεται ως δεδομένη. Ωστόσο, οι σχέσεις εμπιστοσύνης είναι εγγενώς δυναμικές και υπόκεινται σε μεταβολές στη διάρκεια του χρόνου και σε συνάρτηση με ευρύτερες αλλαγές του κοινωνικού, πολιτιστικού και πολιτικού περιβάλλοντος. Εδώ και λίγες δεκαετίες οι σύγχρονες δυτικές κοινωνίες βιώνουν τέτοιου είδους αλλαγές, οι οποίες έχουν εννοιοποιηθεί με διαφορετικούς τρόπους στην κοινωνική θεωρία. Ο αντίκτυπος των αλλαγών αυτών επηρεάζει άμεσα τους θεσμούς των σύγχρονων κοινωνιών, μεταξύ των οποίων και τον θεσμό της ιατρικής. Είτε γίνει αποδεκτό ότι ο θεσμός της ιατρικής διέρχεται μια περίοδο σοβαρής κρίσης είτε όχι, το γεγονός είναι ότι υφίσταται μεταβολές και ότι μία όψη αυτών των μεταβολών είναι ότι οι βάσεις της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας μεταβάλλονται. Όσον αφορά τη δημόσια εμπιστοσύνη προς την ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα, αυτή δεν μπορεί να θεωρείται πλέον δεδομένη, αλλά μάλλον αποτελεί κάτι για το οποίο οι επαγγελματίες πρέπει να προσπαθήσουν ενεργά για να το αποκτήσουν και να το διατηρήσουν (βλ. Giddens, 1990). Οι τρόποι με τους οποίους μεταβάλλονται οι βάσεις της εμπιστοσύνης στη φροντίδα υγείας είναι αντικείμενο της κοινωνιολογικής έρευνας και μένει να αποδειχθεί προς ποια κατεύθυνση οδηγούν τις σχέσεις του κοινού με την ιατρική και το ιατρικό επάγγελμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αλεξιάς Γ., 2000, *Λόγος περί ζωής και θανάτου: Η ιατρική πράξη ως μορφή κοινωνικής αλληλόδρασης στις μονάδες εντατικής θεραπείας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Κορασίδου Μ., 2002, *Όταν η αρρώστια απειλεί: Επιτήρηση και έλεγχος της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα του 19^{ου} αιώνα*, Αθήνα, Τυπωθήτω, Γιώργος Δαρδανός.
- Χιωτάκης Σ., 1998 [1994], *Για μια κοινωνιολογία των ελευθέρων επαγγελματιών: Επιστημονική επαγγελματοποίηση των ιατρικών υπηρεσιών*, Αθήνα, Οδυσσέας.

Ξενόγλωσση

- Alaszewski A., 2003, «Editorial: Risk, trust and health», *Health, Risk and Society*, vol. 5, no 3, pp. 235-239.
- Allsop J., 2006, «Regaining trust in medicine: professional and state strategies», *Current Sociology*, vol. 54, no 4, pp. 621-626.
- Annandale, E. (1998) *The Sociology of Health and Medicine: A critical introduction*, Cambridge, Polity Press.
- Barber B., 1983, *The logic and limits of trust*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
- Brown P., Zavestoski S., 2004, «Social movements in health: an introduction», *Sociology of Health & Illness*, vol. 2, no 6, pp. 679-694.
- Brown P., Zavestoski S., McCormick S., Mayer B., Morello-Frosch R., Gasior Altman R., 2004, «Embodied health movements: new approaches to social movements in health», *Sociology of Health & Illness*, vol. 26, no 1, pp. 50-80.
- Brownlie J., Howson A., 2005, «“Leaps of faith” and MMR: An empirical study of trust», *Sociology*, vol. 39, no 2, pp. 221-239.
- Bury M., 1997, *Health and illness in a changing society*, London, Routledge.
- Calnan M., Rowe R., 2006, «Researching trust relations in health care», *Journal of Health Organization & Management*, vol. 20, no 5, pp. 349-358.
- Calnan M., Rowe R., Entwistle V., 2006, «Trust relations in health care: an agenda for future research», *Journal of Health Organization & Management*, vol. 20, no 5, pp. 477-484.
- Conrad P., Schneider J.W., 1980, «Looking at levels of medicalization: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism», *Social Science & Medicine*, no 14A, pp. 75-79.
- Davies H. T. O., Rundall T., 2000, «Managing patient trust in managed care», *The Milbank Quarterly*, vol. 78, no 4, pp. 609-624.
- di Luzio G., 2006, «A sociological concept of client trust», *Current Sociology*, no 54, pp. 549-564.
- Elston M.A., 1991, «The politics of professional power: medicine in a changing health service», J. Gabe, M. Calnan, M. Bury (eds), *The Sociology of the Health Service*, London, Routledge.
- Entwistle V. A., Quick O., 2006, «Trust in the context of patient safety problems», *Journal of Health Organization and Management*, vol. 20, 5, pp. 397-416.
- Evetts J., 2006, «Trust and professionalism: Challenges and occupational changes», *Current Sociology*, vol. 54, no 4, pp. 515-531.

- Fagerli R. Aa., Lien M. E., Wandel M., 2007, «Health worker style and trustworthiness as perceived by Pakistani-born persons with type 2 diabetes in Oslo, Norway», *Health*, no 11, pp. 109-129.
- Foucault M., 1980 [1975], «Body/Power», C. Gordon (ed.) *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977 by Michel Foucault*, New York, Harvester Wheatsheaf.
- Foucault M., 1990 [1976], *The will to knowledge: The history of sexuality volume 1*, London, Penguin Books.
- Foucault M., 1991 [1975], *Discipline and punish: The birth of the prison*, Trans. A. Sheridan, Hammondsworth, Penguin Books.
- Foucault M., 1991, «Governmentality», G. Burchell, C. Gordon, P. Miller (eds), *The Foucault effect: Studies in governmentality*, London, Harvester Wheatsheaf.
- Freidson E., 1970, *Professional dominance*, New York: Atherton.
- Freidson E. (1984) «The changing nature of professional control», *Annual Review of Sociology*, vol. 10, pp. 1-20.
- Freidson E., 1985, «The reorganization of the medical profession», *Medical Care Review*, no 42, pp. 11-35.
- Freidson E., 1988 [1970], *Profession of medicine: A study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Gabe J., 2004, «Medicalization», Gabe J., Bury M., Elston, M. A. (eds), *Key concepts in Medical Sociology*, London, Sage.
- Gambetta D., 1988, «Can we trust trust?», D. Gambetta (ed.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, Oxford, Basil Blackwell.
- Giddens A., 1990, *The consequences of modernity*, Oxford, Polity Press.
- Gilbert T.P., 2005, «Impersonal trust and professional authority: Exploring the dynamics», *Journal of Advanced Nursing*, vol. 49, no 6, pp. 568-577.
- Gilson L., 2003, «Trust and the development of health care as a social institution», *Social Science & Medicine*, no 56, pp. 1453-1468.
- Gilson L., 2005, «Editorial: building trust and value in health systems in low and middle income countries», *Social Science & Medicine*, vol. 61, no 7, pp. 1381-4.
- Gilson L., 2006, «Trust in health care: theoretical perspectives and research needs», *Journal of Health Organization & Management*, vol. 20, no. 5, pp. 359-375.
- Goudge J., Gilson L., 2005, «How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience», *Social Science & Medicine*, no 61, pp. 1439-1451.
- Hall M. A., 2006, «Researching medical trust in the United States», *Journal of Health Organization & Management*, vol. 20, no 5, pp. 456-467.
- Hall M. A., Dugan E., Zheng B., Mishra A. K., 2001, «Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?», *The Milbank Quarterly*, vol. 79, no 4, pp. 613-639.
- Hall M.A., Camacho F., Dugan E., Balkrishnan R., 2002, «Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues», *Health Services Research*, vol. 37, no 5, pp. 1419-1439.
- Haug M., 1973, «Deprofessionalization: An alternate hypothesis for the future», P. Helmos (ed.), *Sociological Review Monograph*, no 20, pp. 195-211.
- Hobson-West P., 2007, «“Trusting blindly can be the biggest risk of all”: organised resistance to childhood vaccination in the UK», *Sociology of Health & Illness*, vol. 29, no 2, pp. 198-215.

- Illich I., 1990 [1976], *Limits to medicine. Medical Nemesis: The expropriation of health*, Hammondsworth, Penguin Books
- Johns J., 1996, «A concept analysis of trust», *Journal of Advanced Nursing*, no 24, pp. 76-83.
- Kehoe S. M., Ponting, J. R., 2003, «Value importance and value congruence as determinants of trust in health policy actors», *Social Science & Medicine*, no 57, pp. 1065-1075.
- Kelleher D, Gabe J., Williams G., 1994, «Understanding medical dominance in the modern world», J. Gabe, D. Kelleher & G. Williams (eds), *Challenging medicine*, London, Routledge.
- Larson M.S., 1977, *The rise of professionalism*, California, The University of California Press.
- Lohns J. L., 1996, «A concept analysis of trust», *Journal of Advanced Nursing*, no 24, pp. 76-83.
- Luhmann N., 1979, *Trust and power*, Chichester, Wiley.
- Luhmann N., 1988, «Familiarity, confidence, trust: Problems and alternatives», D. Gambetta (ed.) *Trust: Making and breaking cooperative relations*, Oxford, Basil Blackwell.
- Macdonald K. M., 1995, *The Sociology of the professions*, London, Sage.
- May C., 2007, «The clinical encounter and the problem of context», *Sociology*, no 41 (29), pp. 29-45.
- McKeown T., 1976, *The role of medicine: Dream, mirage or Nemesis?*, Oxford, Blackwell.
- Mechanic D., 1996, «Changing medical organization and the erosion of trust», *The Milbank Quarterly*, vol. 74, no 2, pp. 171-189.
- Mechanic D., 1998, «Public trust and initiatives for new health care partnerships», *The Milbank Quarterly*, vol. 76, no 2, pp. 281-302.
- Mechanic D., Schlesinger M., 1996, «The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians», *Journal of the American Medical Association*, vol. 275, no 21, pp. 1693-7.
- Misztal B., 1996, *Trust in modern societies*, Cambridge, Polity Press.
- Nettleton S., 1995, *The Sociology of health and illness*, Cambridge, Polity Press.
- Osborne T., 1997, «Of health and statecraft», A. Petersen, R. Bunton (eds), *Foucault, health and medicine*, London, Routledge.
- Parsons T., 1951, *The social system*, London, Routledge and Kegan Paul.
- Pescosolido B.A., Steven A. Tuch, Jack K. Martin, 2001, «The profession of medicine and the public: Examining Americans' changing confidence in physician authority from the beginning of the "Health Care Crisis" to the era of health care reform», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 42, no 1, pp. 1-16.
- Rowe R., Calnan M., 2006, «Trust relations in health care: developing a theoretical framework for the "new" NHS», *Journal of Health Organization & Management*, vol. 20, no 5, pp. 376-396.
- Scambler G., Kelleher D., 2006, «New social and health movements: issues of representation and change», *Critical Public Health*, vol. 16, no 3, pp. 219-231.
- Schlesinger M., 2002, «A loss of faith: The sources of reduced political legitimacy for the American medical profession», *The Milbank Quarterly*, vol. 80, no 2, pp. 185-235.
- Simmel G., 1950 [1908], *The Sociology of Georg Simmel*, trans., ed. & intr. K.H. Wolff, Glencoe, IL, Free Press.

- Simmel G., 1978 [1899], *The Philosophy of money*, London, Routledge.
- Sharma U., 1996, «Using complementary therapies: a challenge to orthodox medicine?», S. J. Williams, M. Calnan (eds) *Modern Medicine: Lay perspectives and experiences*, London, UCL Press.
- Starr P., 1982, *The social transformation of American medicine*, New York, Basic Books.
- Stacey J., 1997, *Teratologies: A cultural study of cancer*, London, Routledge.
- Straten G. F. M., Friele R. D., Groenewegen P. P., 2002, «Public trust in Dutch health care», *Social Science and Medicine*, no 55, pp. 227-234.
- Strong P.M., 1979, «Sociological imperialism and the profession of medicine: A critical examination of the thesis of medical imperialism», *Social Science and Medicine*, no 13A, pp. 199-215.
- Thiede M., 2005, «Information and access to health care: is there a role for trust?», *Social Science and Medicine*, no 61, pp. 1452-1462.
- Turner B.S., 1997, «From governmentality to risk: Some reflections on Foucault's contribution to medical sociology», A. Petersen and R. Buntun (eds), *Foucault, health and medicine*, London, Routledge.
- Williams S.J., Calnan M., 1996, «Modern medicine and the lay populace: Theoretical perspectives and methodological issues», S.J. Williams, M. Calnan (eds), *Modern medicine: Lay perspectives and experiences*, London, UCL Press.
- Wilson S., Morse J. M., Penrod J., 1998, «Developing reciprocal trust in the caregiving relationship», *Qualitative Health Research*, no 8, pp. 446-465.
- Zavestoski S., Brown P., McCormick S., Mayer B., D' Ottavi M., Lucove J. C., 2004, «Patient activism and the struggle for diagnosis: Gulf War illnesses and other medically unexplained physical symptoms in the US», *Social Science & Medicine*, no 58, pp. 161-175.
- Zola I.K., 1987, «Healthism and disabling medicalization», I. Illich (ed.) *Disabling Professions*, London, Marion Boyars Publishers.