

The Greek Review of Social Research

Vol 130 (2009)

130 C´



Η ιατρική εξουσία στα όρια ζωής και θανάτου: Μια ψυχο-κοινωνιολογική ανάλυση

Γεώργιος Αλεξιάς, Κωνσταντίνος Μπλέτσος

doi: [10.12681/grsr.97](https://doi.org/10.12681/grsr.97)

Copyright © 2014, Γεώργιος Αλεξιάς, Κωνσταντίνος Μπλέτσος



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

To cite this article:

Αλεξιάς Γ., & Μπλέτσος Κ. (2014). Η ιατρική εξουσία στα όρια ζωής και θανάτου: Μια ψυχο-κοινωνιολογική ανάλυση. *The Greek Review of Social Research*, 130, 49–74. <https://doi.org/10.12681/grsr.97>

Αλεξιάς Γεώργιος*, Μπλέτσος Κωνσταντίνος**

Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ ΣΤΑ ΟΡΙΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΜΙΑ ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άρθρο επιχειρεί μια ψυχοκοινωνιολογική κατανόηση των σχέσεων γιατρών και νοσηλευτών/τριών στο πλαίσιο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η έρευνα στη ΜΕΘ επιχειρήσε να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές/τριες αιτιολογούν τις συμπεριφορές τους, αναφορικά με την κυρίαρχη ομάδα των γιατρών. Μέσα από την καταγραφή των εξουσιαστικών σχέσεων, όπως αυτές προσδιορίζονται από τον κυρίαρχο ιατρικό λόγο, η ανάδειξη του φαινομένου της «εσωτερικοποίησης των αποδόσεων», από την πλευρά των νοσηλευτών/τριών (η μονόπλευρη απόδοση αιτιών στα εσωτερικά χαρακτηριστικά του αντικειμένου της παρατήρησης) μοιάζει να είναι το αποτέλεσμα της ενεργοποίησης της νόρμας της «εσωτερικότητας». Η «ψυχολογιοποίηση» (η αιτιοκρατική σύνδεση της συμπεριφοράς με τα εσωτερικά χαρακτηριστικά) αποκρύπτει το εξουσιαστικό πλαίσιο, εντός του οποίου κατασκευάζονται οι πραγματικότητες των ΜΕΘ, και συγκαλύπτει τις κοινωνικές ωφέλειες που βρίσκονται πίσω από την ενεργοποίηση της.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινωνιολογική ανάλυση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) οδήγησε στην ανάδειξη και κατανόηση των εξουσιαστικών σχέσεων μεταξύ γιατρών, νοσηλευτών/τριών και ασθενών (Αλεξιάς, 2000· Zussman, 1992· Latimer, 1997· Melia, 2001· Lapsey, Melia, 2001). Ο χώρος των ΜΕΘ

*Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

**Ψυχολόγος.

εξαιτίας της ιδιαιτερότητάς του (οι ασθενείς δεν βρίσκονται εκεί για να θεραπευτούν αλλά για να διατηρηθούν στη ζωή), παράγει ένα ιδιόμορφο οργανωτικό πλαίσιο πάνω στο οποίο εκδηλώνεται η παραδοσιακή εξουσιαστική σχέση μεταξύ γιατρών-νοσηλευτών/τριών. Η παρούσα εμπειρική έρευνα,¹ καταγράφοντας τα βασικά στοιχεία και ευρήματα προηγούμενων ερευνών στο χώρο, επιχειρεί χρησιμοποιώντας μια ψυχοκοινωνιολογική προσέγγιση να εξηγήσει τους τρόπους και τους μηχανισμούς, μέσω των οποίων οι νοσηλευτές/τριες εκλογικεύουν τη συμπεριφορά τους και νομιμοποιούν τον εξουσιαστικό ρόλο των γιατρών. Οι προηγούμενες ερευνητικές προσπάθειες στο χώρο των ΜΕΘ, κινούμενες στο πλαίσιο των «φαινομενολογικών προσεγγίσεων»² εστίαζαν στους τρόπους με τους οποίους το κοινωνικό υποκείμενο κατασκευάζει και νοηματοδοτεί την καθημερινή εμπειρία. Η επικέντρωση όμως στις άμεσες, εμπειρικές σχέσεις δεν προσφέρει γνώση για τους τρόπους με τους οποίους η καθημερινότητα προσδιορίζεται από τις ευρύτερες κοινωνικές δομές (Αλεξιάς, 2001).

Οι ενδογενείς περιορισμοί της «φαινομενολογίας» οδήγησαν στην απόπειρα σύνθεσης της με τη «γενεαλογική μέθοδο» και τη θεωρία της «ψυχολογιοποίησης» που προσφέρουν τα εργαλεία για την αναγωγή των άμεσων και εμπειρικών αποτελεσμάτων στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, εντός του οποίου νοηματοδοτούνται. Η «γενεαλογία» της επιστημονικής ιατρικής χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αναδειχθούν οι ιατρικές εξουσιαστικές πειθαρχικές πρακτικές και μηχανισμοί και η σύνδεσή τους με τους ευρύτερους εξουσιαστικούς μηχανισμούς (Αλεξιάς, 2001). Για την ερμηνεία, όμως, του τρόπου με τον οποίο οι νοσηλευτές/τριες αντιλαμβάνονται αυτές τις σχέσεις, τον τρόπο δηλαδή που ερμηνεύουν τις συμπεριφορές των γιατρών κατά κύριο λόγο, αλλά και δευτερευόντως των ασθενών, θα επιχειρήσουμε μια σύζευξη μεταξύ της «γενεαλογίας» και της ψυχοκοινωνιολογικής έννοιας της «απόδοσης». Με τον τρόπο αυτό θα μελετηθούν οι συμπεριφορές των νοσηλευτών/τριών, χρησιμοποιώντας έννοιες όπως οι «κοινωνικές αναπαραστάσεις» και η «ιδεολογία» (Moscovici, 1979· Farr and Moscovici, 1984· Maisonneuve, 2001). Η κάθε μορφή εξουσίας χρησιμοποιεί την ιδεολογία για να παράσχει σε ένα πληθυσμό ένα σύστημα αναπαραστάσεων που τον κάνει να

1. Για το σχεδιασμό της εμπειρικής έρευνας βλ. Strauss and Corbin, 1998.

2. Για μια αναλυτική παρουσίαση της φαινομενολογικής μεθόδου, βλέπε Spiegelberg, 1972.

αντιλαμβάνεται μια ανταγωνιστική σχέση και ακόμη περισσότερο μια σχέση εξουσίας, με όρους που είναι ξένοι προς αυτήν (εξουσία). Η «ψυχολογιοποίηση», η σύνδεση των συμπεριφορών με τα εσωτερικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά του δρώντος υποκειμένου και η αιτιακή σύνδεση της συμπεριφοράς με αυτά τα εσωτερικά χαρακτηριστικά, όπως θα δούμε στη συνέχεια, είναι ένας από τους κυριότερους ιδεολογικούς μηχανισμούς.³ Η παρατηρούμενη «εσωτερίκευση» των αιτιών των συμπεριφορών, από την πλευρά των νοσηλευτών/τριών, αναφορικά με τη σχέση τους με τους γιατρούς, δεν μπορεί να αναχθεί σε κάποια γνωστική αβλεψία, αλλά θεωρούμε ότι είναι αποτέλεσμα ιδεολογικής διαστρέβλωσης. Τα άτομα δεν ψυχολογιοποιούν μόνο τις κοινωνικά ανίσχυρες ομάδες, αλλά με παρόμοιο τρόπο φαίνεται να ψυχολογιοποιούν και τις κοινωνικά ισχυρές. Παρότι ο μηχανισμός είναι κοινός και στις δύο περιπτώσεις, οι στόχοι μεταβάλλονται παράλληλα με τις κοινωνικές ανάγκες που εξυπηρετούν. Έτσι, στην πρώτη περίπτωση είναι η ακύρωση και η απαξία, μιας ούτως ή άλλως προβληματικής εικόνας της μειονότητας, ενώ στη δεύτερη είναι η απόκρυψη των εξουσιαστικών σχέσεων και η διατήρηση της ακεραιότητας της εικόνας του κοινωνικού αξιολογικού συστήματος. Η ψευδής συνείδηση που η ιδεολογία κατασκευάζει (Barbalet, 1998) μεταβιβάζεται κοινωνικά και μορφοποιείται κατά περίπτωση, όταν οι κοινωνικές σκοπιμότητες το επιβάλλουν.

Οι νοσηλευτές/τριες της ΜΕΘ, εργαζόμενες στο πλαίσιο που ορίζει η ιατρική εξουσία, χρησιμοποιούν την «εσωτερίκευση» ως μηχανισμό απόδοσης τόσο στις συμπεριφορές των γιατρών όσο και των ασθενών, αλλά και της ασθένειας ως εσωτερικού φαινομένου αυτού που νοσεί. Αυτός ο μηχανισμός, όπως υποστηρίζεται στο άρθρο, δεν είναι αποτέλεσμα γνωστικού σφάλματος αλλά απόρροια αφενός της επίδρασης του εξουσιαστικού πλαισίου που ορίζει ο ιατρικός λόγος και αφετέρου της ενεργοποίησης της κοινωνικής νόρμας της «εσωτερικότητας» (Jellison and Green, 1981).

3. Η θεωρία της ψυχολογιοποίησης είναι αποτέλεσμα πειραματικών ερευνών πάνω στις ενεργές μειονότητες. Η εφαρμογή της στη σχέση γιατρών-νοσηλευτών/τριών είναι πρωτότυπη και ενδιαφέρουσα, αλλά απαιτείται φυσικά στο μέλλον και πειραματικός έλεγχος για την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας. Για τη θεωρία της ψυχολογιοποίησης, βλ. Παπαστάμου, 1989 και Παπαστάμου και Μιούνι, 2001.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη το χρονικό διάστημα μεταξύ του Νοέμβρη του 2006 και του Φλεβάρη του 2007 σε ΜΕΘ ιδιωτικού νοσοκομείου των Αθηνών. Ως υποκείμενα της έρευνας αναφέρονται το σύνολο των νοσηλευτών/τριών που υπηρετούσαν στη συγκεκριμένη μονάδα για το παραπάνω χρονικό διάστημα ($n=16$), μεταξύ των οποίων 11 γυναίκες και 5 άνδρες. Ο μέσος όρος ηλικίας των υποκειμένων ήταν τα 29,8 έτη (max 45, min 21, stddev 6.20) και ο μέσος όρος εργασιακής εμπειρίας τα 4,6 χρόνια (max 20, min 1, stddev 5.24). Για τη διεξαγωγή της συμμετοχικής παρατήρησης χρησιμοποιήθηκε η εθνογραφική προσέγγιση, η οποία ασχολείται με το επεισόδιο που συνοδεύει την παρατηρούμενη πράξη και το οποίο συμπεριλαμβάνει όχι μόνο την αντιληπτή συμπεριφορά, π.χ. τη μιμητική και το λόγο, αλλά και τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τους σκοπούς των εμπλεκομένων.⁴ Το ζήτημα φυσικά είναι η σύνδεση των εμπειρικών περιγραφών με τη θεωρία, και η αναγωγή της απλής περιγραφής σε περιγραφή ουσίας, σε ανάδειξη, δηλαδή, του νοήματος ενός συγκεκριμένου φαινομένου ή μιας κατάστασης και όχι απλώς στην περιγραφή της εκάστοτε ιδιαίτερης εμπειρίας (Αλεξιάς, 2000). Ο τρόπος με τον οποίο έγινε η σύζευξη της θεωρίας με τα εμπειρικά δεδομένα ανήκει μεθοδολογικά στη δομημένη θεωρία (grounded theory), η οποία δίνει την ευκαιρία στον ερευνητή να διαμορφώσει εκ των υστέρων τη θεωρία του, με βάση τα δεδομένα που έχει συλλέξει από τη συμμετοχική παρατήρηση (McRay, 1999· Glaser and Strauss, 1967).

Κατά τη διάρκεια της συμμετοχικής παρατήρησης αρχικά γινόταν μια πρόχειρη και κωδικοποιημένη καταγραφή των καθημερινών επεισοδίων και κατόπιν ακολουθούσε η ανάλυσή τους σε διαδικτυακό ημερολόγιο (blog).⁵ Σε ένα δεύτερο επίπεδο και αφού είχαν ολοκληρωθεί οι καταγραφές και οι αρχικές αναλύσεις, διαμορφώθηκαν οι άξονες αναφορικά με τα ερευνητικά ερωτήματα. Στη συνέχεια, οι αρχικές παρατηρήσεις χρησιμοποιήθηκαν ως αφορμές προβληματισμού στις συζητήσεις που ακολούθησαν με το προσωπικό της ΜΕΘ. Η ανάλυση της έρευνας στράφηκε προς τις παραμέτρους που οι νοσηλευτές/τριες θεώρησαν σημαντικές για το επάγγελμά τους (τις σχέσεις τους με τους ασθενείς και τους γιατρούς). Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με τους/τις νοσηλευτές/τριες ως βάση για την επιβεβαίωση των δεδομένων

4. Για την εθνογραφική μέθοδο, βλέπε επίσης Malinowski, Young, 1989.

5. <http://mpletsos.blogspot.com>.

της παρατήρησης. Για την καταγραφή των δεδομένων δεν χρησιμοποιήθηκαν μαγνητόφωνα ούτε κάποιο άλλο οπτικοακουστικό μέσο, κι αυτό γιατί η παρουσία τους θα δημιουργούσε ένα κλίμα καχυποψίας. Όλες οι αναφορές είναι ανώνυμες, ενώ από την αρχή ήταν γνωστός, τόσο στους διοικητικά υπευθύνους όσο και στα υποκείμενα, ο σκοπός διεξαγωγής της έρευνας.

ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Η γενεαλογία της ιατρικής εξουσίας και η καθημερινότητα των ΜΕΘ

Για να γίνει κατανοητό το πλαίσιο επάνω στο οποίο μορφοποιούνται οι εξουσιαστικές σχέσεις γιατρών και νοσηλευτών/τριών απαιτείται αναφορά στο έργο του M. Foucault (1973).⁶ Στην ανάλυσή του η ανατομία του ανθρωπίνου σώματος αναδεικνύεται σε προσδιοριστικό στοιχείο διαφοροποίησης του επιστημονικού ιατρικού λόγου από τις προηγούμενες μορφές ιατρικής. Ένα δεύτερο στοιχείο της ανάλυσής του είναι το γεγονός ότι η επιστημονική ιατρική παρουσιάζεται ως μια μορφή εξουσίας, η οποία ασκείται στο υποκείμενο ασθενής «κατασκευάζοντάς» τον ως πραγματικότητα, ως αντικείμενο. Σε αυτήν την ιδιόμορφη εξουσιαστική σχέση η εξουσία δεν ασκείται προς όφελος των ατόμων τα οποία είναι φορείς αυτού του λόγου (γιατροί). Ο λόγος γεννά το πλαίσιο, την ίδια δηλαδή την πραγματικότητα, η οποία είναι μια κατασκευή (Αλεξιάς, 2001). Στη συνέχεια ο M. Foucault αναφέρεται και στους μηχανισμούς και τις τεχνικές μέσω των οποίων μορφοποιείται η ιατρική εξουσία, λαμβάνοντας τη μορφή του πανοπτισμού, σε κάθε διάσταση του ασθενούς (από την επιτήρηση του σώματος στο νοσοκομείο μέχρι και την καταγραφή των κοινωνικών επαφών και τον αυτοέλεγχο) (Αλεξιάς, 2001). Το άτομο από τη στιγμή που εισάγεται στο νοσοκομείο μετατρέπεται σε ένα ιατρικό αντικείμενο καθώς εμπλέκεται σε ένα σύνολο εξουσιαστικών τεχνικών και μηχανισμών. Τα αποτελέσματα των εξετά-

6. Επίσης για εκτεταμένη βιβλιογραφία αναφορικά με την εφαρμογή των απόψεων του M. Foucault στην ιατρική, βλέπε Αλεξιάς (2000). Η παρούσα έρευνα αναπαράγει τα βασικά θεωρητικά σχήματα και τα ερευνητικά εργαλεία και έννοιες που είχαν χρησιμοποιηθεί και στην προαναφερόμενη κοινωνιολογική έρευνα (Αλεξιάς, 2000) και για το λόγο αυτόν δεν γίνεται λεπτομερειακή καταγραφή της βιβλιογραφίας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι, αφενός, να ελέγξει τα ευρήματα της πρώτης έρευνας και, αφετέρου, να συμπληρώσει την κοινωνιολογική ανάλυση με την ψυχολογική διάσταση, προτείνοντας ένα νέο, διευρυμένο και περισσότερο ολοκληρωμένο τρόπο κατανόησης της πραγματικότητας των ΜΕΘ.

σεών του καταγράφονται σε φακέλους που προσφέρουν λεπτομερειακή πληροφόρηση. Στη βάση αυτών των καταγραφών οι ελεγχόμενοι κατηγοριοποιούνται σε μέσους όρους και κανονικότητες (ομοιομορφοποίηση) που αποτελούν τη βάση της ιατρικής γνώσης. Η ανάλυση του Μ. Foucault μας περιγράφει αναλυτικά το κανονιστικό πλαίσιο και την κατασκευή τόσο του γιατρού όσο και του ασθενούς, ως δύο πόλων-αντικειμένων του εξουσιαστικού πλαισίου που παράγει ο ιατρικός λόγος. Πέρα από αυτό, όμως, υπάρχει η καθημερινότητα, οι άμεσες βιωμένες εμπειρικές σχέσεις των ατόμων, οι οποίες εντέλει διαμορφώνουν το τελικό αποτέλεσμα της σχέσης μεταξύ τους. Πέρα από την τυπική διάρθρωση των σχέσεων γιατρών-νοσηλευτών/τριων και την τυπική ιατρική διάγνωση και κατηγοριοποίηση των ασθενών υπάρχει και η ανεπίσημη καθημερινή επαφή και η κατηγοριοποίηση.⁷

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε αυτό το πλαίσιο εμφανίζει ο τρόπος με τον οποίο προσλαμβάνουν οι νοσηλευτές/τριες και οι γιατροί τους ασθενείς εφόσον, επάνω σε αυτή την πρόσληψη δομείται η μεταξύ τους σχέση-αντιπαράθεση (Αλεξιάς, 2000· Zussman, 1992). Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί, αναφορικά με το διαφορετικό τρόπο πρόσληψης του ασθενούς, ότι αυτό πηγάζει από τη σχέση την οποία έχει η κάθε ομάδα με τον ασθενή στο πλαίσιο καταμερισμού της νοσοκομειακής εργασίας. Η νοσηλευτική πρακτική διαφοροποιεί τους/τις νοσηλευτές/τριες από τους γιατρούς, εφόσον διαμορφώνουν μια άλλη σχέση με τον ασθενή. Η συνεχής ενασχόληση μαζί του και η κάλυψη των καθημερινών του αναγκών και συνηθειών (διατροφή, καθαριότητα κ.λπ.) διαμορφώνουν μια πιο στενή διαπροσωπική σχέση, η οποία απουσιάζει στο κλασικό μοντέλο του επιστήμονα γιατρού, ο οποίος αναζητά να καταπολεμήσει μικρόβια και να επιδιορθώσει βλάβες (Mitchell, 1997). Ο Chambliss (1996) δηλώνει ότι εάν οι νοσηλεύτριες θέλουν να ακουστούν, θα πρέπει να μιλήσουν αυτόνομα με την εξουσία που πηγάζει από την εμπειρία τους (και τη γνώση) για τις δικές τους αξίες. Σύμφωνα με την Salvage (1990), η νοσηλευτική θα έπρεπε να τονίσει ως ιδιαίτερο στοιχείο της τη φροντίδα. Η σχέση της νοσηλευτικής με το κυρίαρχο επάγγελμα της ιατρικής

7. Αξίζει να σημειωθεί πως τα περισσότερα ηθικά προβλήματα που αφορούν στη φροντίδα των ασθενών στις ΜΕΘ έχουν να κάνουν με τη συνέχιση ή τη διακοπή των θεραπειών, και οι αποφάσεις αυτές πέρα από τα αυστηρά επιστημονικά κριτήρια συχνά περιλαμβάνουν κριτήρια ηθικής και κοινωνικής τάξης. Η απόφαση για τη συνέχιση ή μη της θεραπείας είναι συνήθως προϊόν ομοφωνίας (consensus) μεταξύ ασθενών, συγγενών και γιατρών (Swenson, 1992· Lapsey and Melia, 2001· Jeffery, 1979· Kelly and May, 1982· Latimer, 1997).

είναι αυτό που έχει σημασία για την ανάλυση των εξουσιαστικών σχέσεων και αυτό διότι το κυρίαρχο επάγγελμα της ιατρικής πέτυχε να εντάξει μέσα στη δική του λογική, μέσα στη δική του ιδεολογία την ενασχόληση της νοσηλευτικής (Αλεξιάς, 2001). Η νοσηλευτική έχει μια ιδιαίτερη σχέση με τον ασθενή, και αυτή η ιδιαιτερότητα, η οποία συχνά προβάλλεται με το επιχείρημα ότι είναι περισσότερο ανθρώπινη προς τον ασθενή, συγκριτικά με τους γιατρούς, αποτελεί τον πυρήνα της νοσηλευτικής ιδεολογίας, στην αντιπαράθεσή της με τους γιατρούς (Αλεξιάς, 2000). Αυτό το στοιχείο, του πιο ανθρώπινου προσώπου και του πραγματικού ενδιαφέροντος απέναντι στην ασθενή, πάντα σε αντιπαράθεση με τους τεχνοκράτες στυγνούς επαγγελματίες γιατρούς, είναι αυτό που, όπως θα δούμε, αναπαράγεται και επηρεάζει τη μορφοποίηση των καθημερινών συμπεριφορών στη ΜΕΘ τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και σε προηγούμενες (Αλεξιάς, 2000).

Πέρα από αυτό, βέβαια, οι διαφορές στον τρόπο με το οποίο οι επαγγελματίες της υγείας ταξινομούν τους ασθενείς υπερβαίνουν τις διακρίσεις, που θα ανέμενε κανείς να αντιστοιχούν σε αυτό που οι γιατροί ονομάζουν διαφορική διάγνωση.⁸ Η έρευνα σχετικά με τις κατηγοριοποιήσεις που χρησιμοποιεί τόσο η ιατρική όσο και η νοσηλευτική πρακτική (Jeffery, 1979· Dingwall and Murray, 1983· Kelly and May, 1982· Sudnow, 1967) περιλαμβάνει τυποποιήσεις όπως: «καλός» και «κακός» ασθενής ή «κανονικό σκουπίδι» (Jeffery, 1979). Στη μελέτη του Jeffery (1979) το προσωπικό των νοσοκομείων ταξινομεί μερικούς ασθενείς σε σχέση με την ηθική τους αξία. Για τον Jeffery, οι κατηγοριοποιήσεις των «κανονικών σκουπιδιών» στηρίζονται στην κοινωνική ταυτότητα του ασθενούς, όπως γίνεται αντιληπτή από το προσωπικό. Ο Jeffery υποστηρίζει ότι το κατά πόσο ένας ασθενής «δεν αξίζει τη φροντίδα» μπορεί να προέλθει από το πώς γίνεται αντιληπτός από το προσωπικό: ως μη παραγωγικός και αυτοκαταστροφικός ή ως χρόνια παρειακκλίνων. Συνεπώς, οι κατηγοριοποιήσεις αποτελούν a priori δυναμικές, κοινωνικές κατασκευές.

Για τον T. Parsons (1983) τα συστήματα της διάκρισης με τα οποία το προσωπικό υλοποιεί τις κατηγορικές διευθετήσεις εδράζονται πάνω στις δεδομένες δομικές ιδιότητες: το προσωπικό αναπαράγει τις προκαταλήψεις που διαμορφώνονται μέσω των κοινωνικών και πολιτιστικών δεδο-

8. Διαφορική διάγνωση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας αποκλείουμε παθήσεις με παρόμοια συμπτώματα ώστε να καταλήξουμε στην επικρατέστερη διάγνωση. Διττυναχτή πύλη για την ελληνική γλώσσα http://www.greek-language.gr/greekLang/studies/guide/thema_g3/15.html

μένων. Οι Kelly και May (1982), εστιάζοντας στις νοσηλεύτριες, έχουν υποστηρίξει ότι η κατηγοριοποίηση «καλών» και «κακών» ασθενών μπορεί να γίνει κατανοητή μέσω της εξέτασης των διαδραστικών σχέσεων νοσηλευτή/τριας-ασθενούς. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές/τριες ταξινομούν ως «καλούς» εκείνους τους ασθενείς που επιβεβαιώνουν έναν θετικό καθορισμό για τις ίδιες και την εργασία που κάνουν. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι Kelly και May επικυρώνουν το επιχείρημα του T. Parsons ότι η ιατρική νομιμοποιεί εκείνους που συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις της. Τέλος, η διαθεσιμότητα των κρεβατιών, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες της ιατρικής λήψης αποφάσεων (Berg, 1992· Dodier, 1994), έχει σχέση με ιατρικές πρακτικές που είναι όχι μόνο κλινικές ή επιστημονικές, αλλά ετερογενείς και σύνθετες (Latimer, 1997). Δύο παράγοντες φαίνεται ότι προσδιορίζουν τις πολιτικές στον τομέα της υγείας: α) Οι πολιτικές περιορισμού του κόστους και β) η μείωση του εργαζόμενου δυναμικού (Bourgeault, 2001). Οι αποφάσεις, συνεπώς, που αφορούν στη πορεία ενός ασθενούς που νοσηλεύεται (ή για τον οποίο υπάρχει αίτημα νοσηλείας του σε ΜΕΘ) εξαρτώνται πέρα από τα αυστηρά και τυπικά κριτήρια που προσδιορίζονται από τον κυρίαρχο επιστημονικό λόγο (λιγότερο ή περισσότερο) και από ένα πλήθος ετερόκλητων κριτηρίων: ηθικών – φιλοσοφικών (το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο η ευθανασία κ.λπ.), θρησκευτικών (η άρνηση των μαρτύρων του Ιεχωβά να λάβουν αίμα), κοινωνικών (η αντιμετώπιση χρόνιων αλκοολικών-ζητιάνων κ.λπ.), οικονομικών (η διαθεσιμότητα των πόρων, το κόστος των υπηρεσιών υγείας). Η καθημερινή πραγματικότητα και λειτουργία των ΜΕΘ αποτελεί ένα ετερόκλητο, δυναμικό κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο δεν μπορεί να εξαντληθεί σε έναν κανονιστικό τρόπο λειτουργίας των εξουσιαστικών σχέσεων, εφόσον το κοινωνικό εμπλέκεται δυναμικά στην τελική μορφοποίηση των καθημερινών επαφών.

Η κατασκευή της αιτιότητας

Στην προσπάθεια να αναδειχθεί η καθημερινή πραγματικότητα των ΜΕΘ, η οποία υπερβαίνει την κανονιστική περιγραφή τους, ένα από τα πιο ενδιαφέροντα ευρήματα της έρευνας, όπως θα περιγραφεί αναλυτικά στη συνέχεια, υπήρξε η μονομέρεια με την οποία οι νοσηλευτές/τριες προτιμούσαν να αποδίδουν τα αίτια των συμπεριφορών των γιατρών σε εσωτερικά (ιδιοσυγκρασιακά) χαρακτηριστικά, την ίδια στιγμή που υποτιμούσαν τα περιβαλλοντικά ή συγκυριακά. Το φαινόμενο είναι γνωστό

ως οι «θεωρίες των αποδόσεων»,⁹ και περιγράφει τους βασικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων γνωρίζουμε τον περιβάλλοντα κόσμο. Το κεντρικό σημείο αυτών των θεωριών είναι η κατασκευή της αιτιότητας. Ο Heider (1958) προτείνει το ότι καθώς οι άνθρωποι λειτουργούμε ως «απλοϊκοί σοφοί» τείνουμε να παραβλέπουμε τις εξωτερικές συνθήκες που αυξάνουν την πιθανότητα σε ορισμένες συμπεριφορές να συμβούν, και αρεσκόμαστε να αποδίδουμε αυτές τις συμπεριφορές, αποκλειστικά ή κυρίως, σε εσωτερικούς παράγοντες, π.χ. στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Παπαστάμου και Μαντόγλου, 1995).¹⁰

Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι ονόμασαν ως «θεμελιώδες σφάλμα των αποδόσεων» την τάση των ανθρώπων να υπερεκτιμούν τη σημασία των εσωτερικών παραγόντων που καθορίζουν μια συμπεριφορά, την ίδια στιγμή που υποτιμούν τους εξωτερικούς ή συγκυριακούς παράγοντες (Ross and Nisbet, 1991). Στην προσπάθεια να κατανοηθεί αυτό το φαινόμενο έχουν προταθεί ένα πλήθος εξηγήσεων με κυριότερη την «αναγνώριση» (recognition), που προτάθηκε από τον Ross (1958). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η παρουσία ενός ατόμου μονοπωλεί το αντιληπτικό πεδίο προκαλώντας την αποκλειστική εστίαση της εκλεκτικής προσοχής στο πρόσωπο. Όπως το περιγράφουν οι Fiske και Taylor (1991): «Επειδή το πρόσωπο είναι κυρίαρχο στη σκέψη αυτού που προσλαμβάνει, οι διαστάσεις του προσώπου τείνουν να υπερεκτιμούνται ως αιτιώδεις παράγοντες». Αυτή η άποψη οδήγησε ορισμένους ερευνητές, όπως ο Gilbert (1988), να θεωρήσουν το «θεμελιώδες σφάλμα» ως αποτέλεσμα της αυθόρμητης (spontaneous) σκέψης (Pennington, 2000). Εμπειρικές έρευνες που ακολούθησαν είτε επικύρωσαν την παρουσία του θεμελιώδους σφάλματος των αποδόσεων,¹¹ είτε όχι (Eiser, Van Der Pligt, Pligt, 1989). Είναι άραγε το «θεμελιώδες σφάλμα» μια αστοχία των γνωστικών μηχανισμών των ατόμων; Εάν είναι έτσι θα πρέπει να εμφανίζεται κάτω από οποιαδήποτε συνθήκη ανεξάρτητα του πλαισίου εφαρμογής και των ευρύτερων πολιτισμικών συνθηκών εντός των οποίων αναδύεται.

Φυσικά όμως το πολιτισμικό πλαίσιο επηρεάζει. Σε αυτό το πλαίσιο, έχει υποστηριχθεί ότι οι κουλτούρες μπορούν να διακριθούν βάσει του

9. Βλέπε Ross, 1958· Kelly, 1957· Heider, 1956· Weiner, 1986 στο Bordens and Horowitz, 2001.

10. Το να αποδίδεις αίτια στη συμπεριφορά δεν αποτελεί μια ουδέτερη κοινωνική πρακτική αλλά μια αξιολογική κρίση αφού ταυτόχρονα αποδίδεις και την ευθύνη (Bordens and Horowitz, 2001).

11. Για μια επισκόπηση αυτών των ερευνών βλέπε Harvey and Weary, 1984.

πολιτισμικού προσανατολισμού τους (Hofstede, 1980· Triandis, 1989). Ο Miller (1984), καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά του ατομικισμού ασκούν καθοριστική επιρροή στη διαδικασία απόδοσης των ατόμων, και, συνεπώς, επηρεάζουν και τις κοινωνικές τους κρίσεις. Στις ατομικιστικές κοινωνίες ιδιαίτερη αξία δίνεται στις ατομικές διαφορές, όπως η ανεξαρτησία του ατόμου, οι ατομικοί του στόχοι και, γενικά, προωθούνται αξίες στις οποίες το άτομο κατέχει την πρωταρχική θέση. Σύμφωνα με τους Dubois και Beauvois (2005), πρόκειται για μια ιδεολογική προσέγγιση του ατομικισμού σύμφωνα με την οποία πέντε είναι οι βασικοί παράγοντές του: η έμφαση στους ατομικούς στόχους έναντι των κολлекτιβιστικών, η αυτάρκεια, η εσωτερικότητα, ο ατομικιστικός προσανατολισμός και η συμβατικότητα. Συμπληρωματικά, στην προηγούμενη κριτική, έρευνες υποστηρίζουν ότι η περισσότερο ευρέως μελετώμενη νόρμα, η νόρμα της «εσωτερικότητας» (Dubois, 1994· Jellison and Green, 1981· Stern and Manifold, 1977), βασίζεται στη διάσταση της κοινωνικής χρησιμότητας (Κοπτσέλη και Ιατρίδης, 2007). Η κοινωνική χρησιμότητα και η κοινωνική επιθυμητότητα είναι γενικές διαστάσεις, με ευρύτερες κοινωνικές ερμηνείες και οι διαστάσεις αυτές προσδίδουν την ενδεχόμενη αξία στο άτομο ανεξάρτητα από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται. Οι Dubois και Beauvois υποστηρίζουν ότι καμία νόρμα δε μπορεί να βασιστεί μόνο στη διάσταση της κοινωνικής επιθυμίας, αλλά, κυρίως, πρέπει να βασίζεται στην κοινωνική χρησιμότητα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της έρευνας των Dubois και Beauvois (2005) δείχνουν ότι υπάρχουν δύο τύποι ρυθμιστικών κανόνων που επηρεάζουν διαφορετικά τις κρίσεις των ατόμων: νόρμες που βασίζονται στην κοινωνική επιθυμητότητα και νόρμες που βασίζονται στη διάσταση της κοινωνικής χρησιμότητας. Τέλος, διαπολιτισμικές έρευνες (Miller, 1984), δεν κατέδειξαν την οικουμενική παρουσία του «θεμελιώδους σφάλματος των αποδόσεων», ενώ άλλες έρευνες κατέληξαν στο ότι η διεθνοποίηση των πολιτισμικών νορμών είναι ισχυρότερη για τους ενήλικες σε σχέση με τα παιδιά (Benderlioglu, 2000).

Συμπερασματικά, η άποψη ότι το «θεμελιώδες σφάλμα της απόδοσης» είναι αποτέλεσμα γνωστικής αστοχίας δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ισχυρή εφόσον: αφενός τα άτομα συνηθίζουν να προσφεύγουν σε αποδόσεις σύμφωνες με το πολιτισμικό περιβάλλον τους και αφετέρου το «θεμελιώδες σφάλμα απόδοσης» ανακαλύφθηκε και μελετήθηκε αποκλειστικά και μόνο στο πλαίσιο των δυτικών κοινωνιών. Βρισκόμαστε λοιπόν σε μια γενική υπόθεση σύμφωνα με την οποία υπάρχουν προσωπικές σταθερές που πρέπει να ανακαλύψουμε και μετά να προσδιορί-

σουμε τα αίτια τους. Την απάντηση σε αυτό προσφέρει η θεωρία της «ψυχολογιοποίησης».¹² Με το να εγκαθιστά ένα μονοσήμαντο αιτιολογικό δεσμό ανάμεσα στη συμπεριφορά και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ανάγει την πρώτη στα δεύτερα, και θεωρεί πως αυτό που ειπώθηκε ή αυτό που έγινε συνιστά μία αντανάκλαση της αμετάβλητης προσωπικότητας του δράστη. Φαίνεται ότι, στην πραγματικότητα, η υπερεκτίμηση των προδιαθεσικών σε βάρος των περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως υποστηρίζουν οι Jones και Davis (1965), εμφανίζεται επιλεκτικά και κατά προτίμηση κάθε φορά που πρόκειται να κριθούν οι λόγοι της συμπεριφοράς του άλλου, αλλά όχι οποιουδήποτε άλλου, του διαφορετικού άλλου.¹³

Συνοψίζοντας, θεωρούμε ότι η παρουσία του «θεμελιώδους σφάλματος των αποδόσεων» των νοσηλευτών/τριων της έρευνας δεν φαίνεται να είναι αποτέλεσμα γνωστικών ελλειμμάτων, αλλά περισσότερο μια διαστρεβλωμένη κοινωνική κρίση, η οποία μπορεί να ερμηνευτεί ως αποτέλεσμα δύο παραγόντων: α) της παρουσίας του κυρίαρχου επιστημονικού λόγου και του πλαισίου λειτουργίας των δύο ομάδων που θέτει, και β) της κοινωνικής ωφελιμότητας-χρησιμότητας που κρύβεται πίσω από την ενεργοποίησή της.

Ανακεφαλαιώνοντας το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας, θεωρούμε ότι η πραγματικότητα των ΜΕΘ αποτελεί πρωταρχικά κατασκευή του κυρίαρχου ιατρικού λόγου. Ο νοσηλευτικός ρόλος, όπως και ο ιατρικός, ακόμη και ο ρόλος του ασθενούς δεν αποτελούν κατ' αυτήν την έννοια, αυθύπαρκτα κοινωνικά σημαίνοντα, νοηματοδοτούνται και προσδιορίζονται στη βάση του λόγου αυτού. Οι σχέσεις, όμως, στις ΜΕΘ δεν εξελίσσονται σε κοινωνικό κενό. Υπάρχει ένας ισχυρός κοινωνικός προσδιοριστικός παράγοντας που υπερβαίνει το κανονιστικό πλαίσιο λειτουργίας και έκφρασης της εξουσίας, όπως αυτή παρουσιάζεται στο πλαίσιο της γενεαλογικής ανάλυσης. Για μια ολοκληρωμένη κατανόηση των σχέσεων στη ΜΕΘ κρίνεται επομένως απαραίτητη η μελέτη της

12. Για τη θεωρία της ψυχολογιοποίησης, Παπαστάμου και Μιούνι, 2001· Παπαστάμου, 1989.

13. Για τη θεωρία της κοινωνικής απόδοσης, η αξιολογική κρίση εξαρτάται από το αν κρίνουμε τον εαυτό μας ή τον άλλο και επίσης αν η πράξη που κρίνουμε είναι θετική ή αρνητικά αξιολογημένη. Δηλαδή θετική πράξη και εαυτός (εσωτερική απόδοση), αρνητική πράξη και εαυτός (εξωτερική απόδοση), θετική πράξη και άλλος (εξωτερική απόδοση), αρνητική πράξη και άλλος (εσωτερική απόδοση). Στην έρευνα αναφερόμαστε στη διαστρέβλωση εξυπηρέτησης (Παπαστάμου, 1989).

ψυχοκοινωνιολογικής έννοιας της «απόδοσης». Οι έννοιες της ασθένειας και του θανάτου, ο ρόλος του κυρίαρχου ιατρικού επαγγέλματος καθώς και η ανταγωνιστική σχέση με το νοσηλευτικό επάγγελμα και η αναπαράσταση του νοσηλευτικού επαγγέλματος από τους/τις νοσηλευτές/τριες¹⁴ δεν καθορίζονται στατικά από τον επιστημονικό λόγο, αλλά αφορούν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό δυναμικά φαινόμενα που αναπτύσσονται εντός πολύπλοκων καθημερινών διαδράσεων και επαφών. Θεωρούμε ότι η μελέτη των αναπαραστάσεων αυτών των εννοιών μάς οδηγεί στην κατανόηση του τρόπου μορφοποίησης των συμπεριφορών. Οι αναπαραστάσεις αυτές αποκρυσταλλώνονται συχνά γύρω από φαινόμενα «εσωτερίκευσης» (ή υπερτίμησης των εσωτερικών προδιαθεσικών παραγόντων σε σχέση με τους εξωτερικούς ή περιβαλλοντικούς) και το φαινόμενο αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί ως γνωστικό σφάλμα, αλλά περισσότερο ως αποτέλεσμα των ιδεολογικών μηχανισμών της κοινωνικής χρησιμότητας.

ΟΙ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ

Οι αναπαραστάσεις της ασθένειας και των ασθενών

Προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι συμπεριφορές των νοσηλευτών/τριων στη ΜΕΘ, θα πρέπει να μελετήσουμε την αναπαράσταση την οποία έχουν για την ασθένεια, τους ασθενείς, τους γιατρούς και το ίδιο το επάγγελμά τους και κατά πόσο αυτές οι αναπαραστάσεις ταυτίζονται ή διαφοροποιούνται από τις αντίστοιχες αναπαραστάσεις των γιατρών. Με τον τρόπο αυτόν μπορούμε να κατανοήσουμε τις συμπεριφορές που εκδηλώνονται, αν δηλαδή προκύπτουν ως άμεσες εμπειρικές καταστάσεις (π.χ. «το καλό του ασθενούς είναι η μόνη προτεραιότητα») ή αν, αντιθέτως, εξυπηρετούν άλλες σκοπιμότητες (π.χ. την αντιπαράθεση με την κυρίαρχη ομάδα των γιατρών).

Σε γενικές γραμμές, οι νοσηλευτές/τριες της ΜΕΘ δομούν τις αναπαραστάσεις περί της ασθένειας αναπαράγοντας τις βασικές αρχές του επιστημονικού ιατρικού λόγου. Ο κυρίαρχος ιατρικός λόγος προτάσσει

14. Η επιλογή των εννοιών, οι οποίες αποτελούν και τους άξονες πάνω στους οποίους δομείται η παρουσίαση του εμπειρικού υλικού, στηρίχθηκε, αφενός, στη βιβλιογραφική επισκόπηση σχετικών ερευνών και εργασιών (Αλεξιάς, 2000· Zussman, 1992· Melia, 2001· Lapsey and Melia, 2001· Latimer, 1997· Jeffery, 1997) και, αφετέρου, στη συμμετοχική παράτηση και στις δηλώσεις των νοσηλευτών/τριών.

τον ατομοκεντρισμό, όπως αυτός εκφράζεται στη παντοδυναμία των γονιδίων. Η αιτία της ασθένειας είναι κατά τεκμήριο εσωτερική και οφείλεται στην ελλειμματική γονιδιακή λειτουργία. Από το σημείο της αιτιολογίας και έπειτα η αναπαράσταση φαίνεται να ακολουθεί μια διχοτόμηση. Η κατεύθυνση που θα πάρει εξαρτάται από τον τρόπο της προσωπικής ευθύνης που καταλογίζεται στον ίδιο τον ασθενή: α) Εάν θεωρηθεί ότι είναι άμοιρος ευθυνών, κατά τεκμήριο νεαρά άτομα ή ασθενείς με γενετικές παθήσεις, τότε καθίσταται άξιος της προσοχής και απολαμβάνει το υψηλότερο επίπεδο ενδιαφέροντος και προσωπικής εμπλοκής. β) Εάν θεωρηθεί ότι φέρει την ευθύνη (ή μερίδιο αυτής) για την ασθένειά του, τότε θα ενεργοποιηθούν οι μηχανισμοί κατηγοριοποιήσεων που θα τον κατατάξουν στην κατηγορία των «ανάξιων».

Αυτοί οι ασθενείς βρίσκονται στη θέση που τους αξίζει, αφού, σύμφωνα με τη διαδεδομένη δοξασία του δίκαιου κόσμου (Lerner, 1999), ζούμε σε έναν κατά βάση κόσμο όπου ο καθένας παίρνει αυτό που του αξίζει. Όταν το κοινωνικό υποκείμενο αντιμετωπίζει περιπτώσεις ακραίων καταστάσεων, όπως σοβαρά ατυχήματα ή ασθένειες έχει την τάση να αποδίδει στα ίδια τα θύματα τη βασική ευθύνη, επειδή διαφορετικά θα είχε την αίσθηση ότι δεν ελέγχει τα γεγονότα και, κυρίως, ότι δεν ελέγχει αυτό που του συμβαίνει (Παπαστάμου, 2000). Υπό αυτήν την έννοια, οι νοσηλεύτριες, πράττοντας το καλό στο πλαίσιο του λειτουργήματός τους, δεν θα μπορούσαν να αναμένουν παρά μονάχα το καλό ως φυσική και δίκαιη ανταπόδοση. Αυτή η αίσθηση της ανάκτησης ελέγχου στα πράγματα φαίνεται να λειτουργεί ως αμυντικός μηχανισμός προφύλαξης από τα έντονα συναισθήματα του περιβάλλοντος των ΜΕΘ. Οι αναπαραστάσεις λοιπόν, αφενός, εξυφαίνονται σε πλήρη συμμόρφωση με τα καθιερωμένα ιατρικά πρότυπα, όπως αυτά ορίζονται από τον κυρίαρχο επιστημονικό λόγο, αφετέρου, όμως, είναι αναμφισβήτητα εμποτισμένες από τις κοινωνικές νόρμες. Η αιτιολογία της ασθένειας εσωτερικεύεται στα ατομικά (γονιδιακά) χαρακτηριστικά του ασθενούς, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (αν και λαμβάνονται υπόψη) δεν αποκτούν την αιτιοκρατική σύνδεση που συνδέει τα πρώτα. Η ντετερμινιστική προσφυγή στη μοίρα (όπως αυτή επιστημονικά προδιαγράφεται στο γενετικό κώδικα) αλλά και η ατομική απόδοση της ευθύνης στο πλαίσιο ενός πολιτισμού, που δίνει ιδιαίτερη αξία στην προσωπική βούληση και την ελευθερία επιλογής, γεννούν την παράδοξη συνύπαρξη μεταξύ επιστήμης και μυθολογίας. Αναφέρει η Κ.Τ. νοσηλεύτρια της ΜΕΘ: «*Τι περίμενε δηλαδή να συμβεί, έπινε κάπνιζε και τώρα, να το έμφραγμα, λογικό και αναμενόμενο*» για να αντιπαρατεθεί η Μ.Λ.: «*Ναι λες κι όσοι*

καπνίζουν και πίνουν θα πάθουν ντε και καλά έμφραγμα (γελάει), αν είναι έτσι μάλλον είσαι υποψήφια κι εσύ. Τι τα θες, δεν έχει νόημα, ότι είναι γραφτό να γίνει θα γίνει».

Ένα επόμενο σημαντικό στοιχείο στην παρουσίαση της αναπαράστασης της ασθένειας είναι ο προσδιορισμός των ορίων της ιατρικής παρέμβασης, μέχρι ποιου σημείου, δηλαδή, μπορούν να επιμένουν οι προσπάθειες της ομάδας της ΜΕΘ και πώς αυτό αναπαράγεται στις συμπεριφορές των νοσηλευτών/τριών. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται: Α.Β.: *«Τι θα κάνουμε αν στραβώσει, ο γιατρός του είπε να τον διασωληνώσουμε, οι συγγενείς του θέλουν τα πάντα, ό,τι είναι δυνατόν, να εξαντλήσουμε όλα τα μέσα».* Η επιστήμη αδυνατεί να δώσει πειστικές απαντήσεις εφόσον τα ζητήματα ζωής-θανάτου εμπλέκουν φιλοσοφικά και ηθικά θέματα. Οι αποφάσεις, επομένως, που αφορούν στη συνέχιση ή τη διακοπή της θεραπείας είναι αποτέλεσμα της συμφωνίας (consensus) μεταξύ γιατρών, ασθενών και συγγενών των ασθενών, και είναι αποτέλεσμα τόσο ιατρικών αλλά και κοινωνικών, οικονομικών, φιλοσοφικών ή θρησκευτικών κριτηρίων. Α.Τ. νοσηλεύτης: *«Κανόνισαν για αύριο (οι γιατροί με τους συγγενείς) να γίνουν τα test,¹⁵ μήπως και μπορέσουμε να τον βγάλουμε από το μηχάνημα να ησυχάσει, πιέζουν και οι συγγενείς κάθε μέρα κοστίζει χιλιάδες...».*

Ένα επίσης σημαντικό στοιχείο είναι η αναπαράσταση του ασθενούς, όπου οι νοσηλεύτριες διαμαρτύρονται ότι η δική τους άποψη δεν λαμβάνεται υπόψη, ότι δεν έχουν καν συμβουλευτικό ρόλο στις αποφάσεις που αφορούν τον ασθενή. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα του Swenson (1992) για τις πολιτικές λήψης των αποφάσεων στις ΜΕΘ και θεωρείται ως ένας σημαντικός παράγοντας για τη συνοχή της ευρύτερης ομάδας. Μ.Δ. νοσηλεύτρια: *«Δεν μας ρωτάνε ποτέ για τίποτε, θαρρείς και ξέρει κανείς καλύτερα τον άρρωστο από αυτόν που είναι συνεχώς δίπλα του. Τα πάντα ερήμην μας, λες και δεν υπάρχουν».* Συνεχίζοντας σε αυτό το πλαίσιο οι νοσηλευτές/τριες υποστηρίζουν, όπως άλλωστε καταγράφεται και στη βιβλιογραφία (Kalish, 1985), ότι, αφού είναι προσανατολισμένοι/νες στη φροντίδα, βιώνουν εντονότερα, λόγω της εγγύτητας προς τον ασθενή, τα οδυνηρά συναισθήματα της απώλει-

15. Τα test είναι διαδικασίες που πιστοποιούν την επέλευση του εγκεφαλικού θανάτου σε ασθενείς που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση. Συχνά, όμως, ο εγκεφαλικός θάνατος δεν συμπίπτει με την παύση της καρδιακής λειτουργίας, οπότε η αποσύνδεση του ασθενούς από τη μηχανική υποστήριξη προϋποθέτει τη συμφωνία (consensus) γιατρών και συγγενών του ασθενούς.

ας και σε αυτό το πλαίσιο υποστηρίζουν ότι οι ίδιες ενδιαφέρονται πραγματικά (πάντα σε αντιπαράθεση με τους γιατρούς), για τον ασθενή ως άτομο και όχι ως περιστατικό. Μ.Δ. νοσηλεύτρια: *«Όταν ο ασθενής πάει καλά είναι επειδή έχει καλό γιατρό, όταν πεθαίνει φταίει η αρρώστια. Τι περιμένεις από αυτούς (εννοεί τους γιατρούς) άπαξ και το περιστατικό στραβώσει άντε να τους βρεις».*

Οι νοσηλεύτριες δεν βιώνουν βέβαια κοινά συναισθήματα για όλους τους ασθενείς που χάνουν. Ο θάνατος συχνά ανακινεί αμφιθυμικά συναισθήματα τα οποία κυμαίνονται από την απλή συμπάθεια προς τους συγγενείς και το τυπικό ενδιαφέρον, μέχρι την απάθεια, την ανακούφιση ή και την έντονη προσωπική εμπλοκή, η οποία μπορεί να φτάσει ως τα όρια του προσωπικού θρήνου. Ε.Σ. νοσηλεύτρια: *«Την πονέσαμε μωρέ τη κακομοίρα, τόσο καιρό την είχαμε δω μέσα, κι ήταν και νέα που να πάρει».* Η προσωπική συναισθηματική εμπλοκή των νοσηλευτών/τριών και, επομένως, το εύρος των συναισθημάτων που θα εκφράσουν, φαίνεται με κάποιο τρόπο να συσχετίζεται με την αρχική κατηγοριοποίηση του ασθενούς. Η μέγιστη συναισθηματική εμπλοκή συμβαίνει όταν πεθαίνουν νέα, συμπαθητικά άτομα ή άτομα που δεν είχαν αρχικά κατηγοριοποιηθεί ως «χαμένα», αλλά που παρουσίασαν στην πορεία ραγδαία και αιφνίδια επιδείνωση. Η μέγιστη δηλαδή εμπλοκή σχετίζεται με τις συναισθητικές διεργασίες των νοσηλευτών/τριών, σχετίζεται με την απώλεια ανθρώπων με τους οποίους μοιάζει να τους ενώνει κοινή μοίρα (νέοι, όμορφοι, καλοί και άτυχοι) καθώς και με ανθρώπους, στη δυσχερή θέση των οποίων θα μπορούσε δυνητικά να βρεθεί ο καθένας (πχ. θύματα τροχαίων). Ένα επίσης σημαντικό στοιχείο είναι το γεγονός ότι στην κατηγοριοποίηση των ασθενών πολύ συχνά υπεισέρχονται πέρα από αυστηρά ιατρικά κριτήρια (βαρύτητα νόσου και ανάγκη βοήθειας) και κριτήρια κοινωνικής ή ακόμη και ηθικής τάξεως. Πέρα λοιπόν από το ζήτημα των προσδοκιών που φαίνεται να είναι πρωτεύουσας σημασίας για τον τρόπο που γίνεται αντιληπτός ο ασθενής, ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι ο παράγοντας της ηθικής. Ο ασθενής ταξινομείται ως «καλός» ή «κακός», «πειθαρχικός», «απειθαρχος», «ανάξιος» (Dingwall and Murray, 1983· Kelly and May, 1982). Σύμφωνα με το Jeffery (1979) το κατά πόσο έναν ασθενή αξίζει ή δεν αξίζει τη θεραπεία εξαρτάται από τον τρόπο που γίνεται αντιληπτός από το προσωπικό. Κ.Χ. νοσηλεύτρια: *«Έλα μωρέ που ασχολούμαστε με αυτόν, τα 'θελε και τα 'παθε».* Ο τρόπος με τον οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά των ασθενών (καλός=υπάκουος, κακός=ανυπάκουος) συμφωνεί με τις παρατηρήσεις των Kelly και May (1982) επι-

κυρώνοντας το επιχείρημα του Parsons, ότι η ιατρική νομιμοποιεί εκείνους που συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις της. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλεύτριες αποδίδουν αιτίες στην απείθαρχη συμπεριφορά των ασθενών. Συνήθως χρησιμοποιούν επίθετα όπως τρελός, σπαστικός, παράξενος, ιδιότροπος, αποδίδοντας, κατά τεκμήριο, την απείθαρχη συμπεριφορά στα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου ανθρώπου. Π.Μ. νοσηλεύτριας: «*Μας έσπασε τα νεύρα όλη τη νύχτα, τρελός παιδιά για τα σίδερα, εάν δεν τον δέναμε δεν θα ησύχαζε*». Κάθε άλλη πιθανή εξήγηση (όπως, π.χ., το πιεστικό περιβάλλον, η κατάσταση υγείας), παρότι αναφέρεται, δεν αποκτά την ντετερμινιστική σύνδεση μεταξύ της συμπεριφοράς και του χαρακτήρα. Η εσωτερίκευση των αιτιών της ανάρμοστης συμπεριφοράς του ασθενούς, στα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του, δίχως βέβαια να είναι πάντοτε ψευδής (τα ιδεολογήματα συνήθως στηρίζονται σε βασικές «αλήθειες»), καθώς και ο ντετερμινιστικός χαρακτήρας της (η αιτιώδης σύνδεση συμπεριφορών με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας), καθοδηγούν τις αναπαραστάσεις προς μια κατεύθυνση. Την ίδια στιγμή οι υπόλοιπες εξηγήσεις (π.χ. το αγχωμένο περιβάλλον της ΜΕΘ) δεν μοιάζουν (παρότι προφανείς) ως ενδεχόμενα να αιτιολογούν καλύτερα (όχι βεβαίως και αυτές ολοκληρωμένα) την ίδια συμπεριφορά.

Ανακεφαλαιώνοντας, φαίνεται πως οι νοσηλεύτριες υποπίπτουν συχνά στο θεμελιώδες σφάλμα των αποδόσεων. Είναι, όμως, το παρατηρούμενο σφάλμα αποτέλεσμα μιας εσφαλμένης γνωστικής επεξεργασίας; Έχουμε λόγους να αμφισβητούμε μια τέτοια θέση: α) Κατ' αρχάς δεν συμβαίνει πάντοτε αλλά κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και κυρίως όταν πρέπει να ερμηνευτούν οι συμπεριφορές του άλλου (Jones and Davis, 1965). Όταν για παράδειγμα οι νοσηλεύτριες εξηγούν τη δική τους κακή συμπεριφορά συνήθως υπερτονίζουν τις περιβαλλοντικές επιδράσεις. Κ.Τ. νοσηλεύτρια: «*Δεν έχω μόνο εσένα να ασχολούμαι, έχω κι άλλους δύο, με καθυστερείς από τη δουλειά μου. Τι να κάνω κι εγώ (το λέει σε απολογητικό ύφος) εκνευρίζομαι μερικές φορές, αλλά βλέπεις κάτω από ποιες συνθήκες δουλεύουμε*». β) Δεν αποκλείει τις άλλες εξηγήσεις (π.χ. την επίδραση του περιβάλλοντος) αλλά προμοδοτεί τη συγκεκριμένη. Αυτή η εσωτερίκευση φαίνεται να υποκρύπτει κοινωνικές ωφελιμότητες. Η ψυχολογιοποίηση της συμπεριφοράς (Παπαστάμου, 1989), η ψευδής συσχέτιση ανάμεσα στην προσωπικότητα των ανθρώπων και των κοινωνικών συμπεριφορών, θεωρούμε ότι δεν είναι αποτέλεσμα γνωστικού σφάλματος άλλα της ενεργοποίησης μιας κανονιστικής κοινωνικής νόρμας, της νόρμας της εσωτερικότητας. Και αυτό

διότι: α) Οι νοσηλεύτριες δεν εργάζονται σε κοινωνικό κενό, αλλά στο πλαίσιο ενός επαγγέλματος το οποίο προσδιορίζεται από τον κυρίαρχο για αυτές ιατρικό λόγο, β) οι νοσηλεύτριες εργάζονται στο πλαίσιο μιας οικονομίας της αγοράς που ως πρώτιστο ενδιαφέρον της έχει τη μεγιστοποίηση του κέρδους (με τη διευρυμένη έννοια), με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη διαθεσιμότητα των πόρων και τη στελέχωση των ΜΕΘ σε προσωπικό. Η ενεργοποίηση, επομένως, της ψυχολογιοποίησης αποδεικνύεται πολλαπλά επωφελής για το κοινωνικό σύστημα γιατί: α) Στρέφει τις αναπαραστάσεις μονόπλευρα προς μια κατεύθυνση καλύπτοντας με το τρόπο αυτό τις ευθύνες από εκείνες τις παραμέτρους που καθορίζουν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες ασκείται το νοσηλευτικό επάγγελμα, και β) υποκρύπτει τις σχέσεις εξουσίας (η κυριότερη λειτουργία της ψυχολογιοποίησης είναι ακριβώς αυτή).

Η αναπαράσταση των γιατρών

Σε παρόμοιο πλαίσιο κινούνται και οι αναπαραστάσεις αναφορικά με τους γιατρούς. Οι νοσηλευτές/τριες θεωρούν ότι πίσω από τη συμπεριφορά των γιατρών απέναντί τους, υποβόσκει ο άκρατος ωφελμισμός. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, οι γιατροί χρειάζονται τους/τις νοσηλευτές/τριες για να κάνουν τη δουλειά τους, αλλά σε καμιά περίπτωση δεν τις/τους θεωρούν συνεργάτες, ως ισάξιους/ες τους. «Καλές είμαστε για υπηρέτριες», λένε χαρακτηριστικά. Έτσι πολύ συχνά δέχονται απρόθυμα τη συνεργασία με τους γιατρούς και σε περίπτωση που μπορούν να την αρνηθούν, το κάνουν με μεγάλη ευχαρίστηση. Η σχέση νοσηλευτή/τριας-γιατρού δομείται πάνω σε μια βάση αμοιβαίας καχυποψίας και επιφυλακτικότητας. Δεν πρέπει, βέβαια, να λησμονούμε ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας (και ιδιαίτερα στις ΜΕΘ) βρίσκονται υπό τον ασφυκτικό κλοιό των νομικών αλλά και των ηθικών ευθυνών που συνεπάγεται η ενασχόληση με τον ασθενή. Και οι δύο λειτουργούν προβλεπτικά και φροντίζουν να προϋπολογίζουν στις ενέργειές τους την ευθύνη του ενδεχομένου σφάλματος. Είναι χαρακτηριστικό ότι συνήθως στους νέους νοσηλευτές το πρώτο πράγμα που επισημαίνεται όταν προσλαμβάνονται είναι: «Αυτοί είναι φίδια, ποτέ μην τους εμπιστευτείς, να μάθεις να καλύπτεις τα νότα σου». Οι νοσηλεύτριες ζητούν επιτακτικά την έγγραφη οδηγία του γιατρού («γράψτε το και θα το κάνω»), ενώ καλύπτονται συχνά πίσω από το σύνθημα «μου το είπε- ή δεν μου το είπε» ο γιατρός. Από την άλλη, οι γιατροί συχνά επικαλούνται την πλήρη άγνοιά τους για ένα συμβάν και την αποδίδουν στην απουσία ενημέρωσής τους από τον/τη νοσηλευτή/τρια. Συχνά καταλήγουν σε ένα

φαύλο κύκλο αποποίησης ευθυνών και αλληλοκατηγοριών, ο οποίος τροφοδοτεί εκ νέου τα αισθήματα καχυποψίας και επιφυλακτικότητας. Οι συνθήκες σε μια ΜΕΘ μεταβάλλονται απρόβλεπτα και τα δεδομένα προέρχονται από πολλές παραμέτρους που αλλάζουν ταχύτατα, οπότε και το σφάλμα ούτε σπάνιο είναι, ούτε και παράξενο. Το σφάλμα, όμως, οφείλει να εξατομικευτεί και να εσωτερικοποιηθεί στα γνωρίσματα αυτού που σφάλει. Έτσι αποδίδεται στον αδιάφορο γιατρό ή στην άσχετη νοσηλεύτρια. Το ατομικό προσδιορίζει, αφενός, τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του σφάλματος (π.χ. το ότι είναι επιπόλαιος), ενώ τονίζεται πάντα με φόντο την ομάδα υπαγωγής του (π.χ. η νοσηλεύτρια), ομαδοποιώντας, κατ' αυτόν τον τρόπο, αλλά και διαχέοντας, από την άλλη, την ευθύνη. Η τελική αναπαράσταση δομείται ως εξής: Το σφάλμα το έκανε, π.χ., η Ουρανία, που είναι επιπόλαια και άσχετη, η οποία είναι νοσηλεύτρια (και έγινε νοσηλεύτρια επειδή ακριβώς είναι επιπόλαια και άσχετη), σε άλλη περίπτωση θα γινόταν κάτι άλλο (π.χ. γιατρός). Και από την πλευρά των νοσηλευτριών η αναπαράσταση οργανώνεται γύρω από: το έκανε ο Λεωνίδας ο αδιάφορος, ο γιατρός που δεν νοιάζεται για τον ασθενή, ο οποίος ως αδιάφορος και οπορτουνιστής έγινε γιατρός. Έτσι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας εξηγούν την επιλογή επαγγέλματος, η οποία, με τη σειρά της, οριοθετεί το πλαίσιο του σφάλματος. Οι νοσηλεύτριες πιθανά σφάλουν ως άσχετες (ή για την ακρίβεια λιγότερο σχετικές σε σχέση με τους γιατρούς), ενώ οι γιατροί συνήθως σφάλουν γιατί, ως στεγνοί επαγγελματίες που είναι, δεν νοιάζονται ή υποτιμούν τις ανάγκες του ασθενούς. Ομοίως, η αλυσίδα πράξεων και παραλείψεων, ο φόρτος εργασίας, τα συνεχή ωράρια, οι εξαντλητικές εφημερίες, οι βαριές νυχτερινές βάρδιες, τα πολύπλοκα προβλήματα των ασθενών, όλες αυτές οι παράμετροι συνυπολογίζονται, βεβαίως, αλλά, σε καμιά περίπτωση δεν αποκτούν το ειδικό βάρος των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας.

Η κοινωνική ωφελιμότητα πίσω από αυτήν την αναπαράσταση είναι σαφής. Υπεύθυνο είναι το συγκεκριμένο άτομο, το οποίο βεβαίως υπάγεται σε μια κοινωνική-επαγγελματική κατηγορία (και μεταφέρει το ανάθεμα σε ολόκληρη την ομάδα υπαγωγής του και τη διαχέει ταυτόχρονα), ενώ η οργάνωση που δημιουργεί το περιβάλλον άσκησης του επαγγέλματος (τα ωράρια, το φόρτο εργασίας, τις συνθήκες και τις απαιτήσεις) συνθέτει απλώς το σκηνικό όπου παίζονται οι πράξεις.

Ένα σημείο για το οποίο οι νοσηλευτές/τριες κρατούν ιδιαίτερα επικριτική στάση είναι ο τρόπος αμοιβής των γιατρών. Τους χαρακτηρίζουν ως «εμπόρους» και μάλιστα του χειριστού είδους, αφού «εμπορεύονται

τον ανθρώπινο πόνο». Η κριτική στρέφεται ενάντια στις πρακτικές και τις μεθόδους που χρησιμοποιούν οι γιατροί («για να τα παίρνουν»), την ίδια όμως στιγμή οι περισσότεροι/ες δηλώνουν ότι θα συμφωνούσαν με την αλλαγή του τρόπου της αμοιβής των ιδίων. Οι νοσηλευτές/τριες δηλώνουν ότι θα ήταν προς το συμφέρον τους η σύνδεση της παραγωγικότητας με την αμοιβή τους, ενώ, παρότι δεν το θεωρούν πιθανό, δεν θα διαφωνούσαν με την καθιέρωση της κοστολόγησης των νοσηλευτικών πράξεων σύμφωνα με το παράδειγμα της κοστολόγησης των ιατρικών. Νοσηλεύτρια: «Κρίνουμε αλήθεια ιδιαίτερος αυστηρά την επαγγελματική πρακτική των γιατρών, θεωρώντας εαυτούς αμέμπτου ηθικής. Στην πραγματικότητα, όμως, η ηθική μας δεν είναι μοναχά αέθαια αλλά και αδοκίμαστη, αφού σπανίως δημιουργείται σε εμάς το δίλημμα να προβούμε σε μια κάποια ηθική έκπτωση, με το ανάλογο πάντοτε οικονομικό ή άλλο όφελος».

Ο ασθενής είναι ο «πελάτης» (σύμφωνα με την τρέχουσα αγοραία ορολογία) και τότε «Εμείς είμαστε οι πόρνες», δηλώνει μια νοσηλεύτρια, αλλά ο προαγωγός να είναι ποιος άραγε; «Ο γιατρός που εκμεταλλεύεται την ανάγκη του ασθενούς και το δικό μας μόχθο». Η κριτική (δίκαια ή υπερβολική) απέναντι στο οικονομικό σύστημα της ελεύθερης αγοράς και στο μοντέλο υγείας που προτείνει αναγνωρίζεται, αλλά, φυσικά, δεν ενοχοποιείται. Η νόρμα της εσωτερικότητας και εδώ ασκεί το ρόλο της. Οι αποδόσεις των νοσηλευτών/τριων αφορούν τους «διεφθαρμένους», «έμπορους», «επίορκους» και ό,τι άλλο εσωτερικό και ιδιοσυγκρασιακό της προσωπικότητας των γιατρών. Το ανάθεμα μιας ανίσχυρης κοινωνικής ομάδας, των ασθενών, και μιας «ριγμένης στη μοιρασιά», των νοσηλευτών, πέφτει στους ηθικά διαβλητούς ιατρούς.

Ο Chambliss (1996) προσφέρει μια κοινωνιολογική ανάλυση της νοσηλευτικής δεοντολογίας παρουσιάζοντας αυτό που αποκαλεί «η κοινωνική οργάνωση της ηθικής». Κατ' αυτήν την άποψη, η «νοσηλευτική ηθική» είναι, συχνά, περισσότερο μια εκδήλωση των προσπαθειών της ομάδας των νοσηλευτών, η οποία είναι λιγότερο ισχυρή σε σχέση με αυτή των γιατρών, για απόκτηση δύναμης προσφεύγοντας στο ηθικό επιχείρημα ως μέσο επίτευξης κάποιου ελέγχου. Έτσι, οι γιατροί ως «αποδιοπομπαίοι τράγοι» επωμίζονται καθ' ολοκληρίαν (και όχι κατ' αναλογία) το τίμημα, ενώ το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα θεωρείται αθώο. Με την απόδοση των ιατρικών συμπεριφορών στα καθ' ἑξῆ χαρακτηριστικά των γιατρών, οι νοσηλευτές/τριες ανθρωπο-μορφοποιούν μια επαγγελματική ομάδα και συγκαλύπτουν με τον τρόπο αυτόν την κοινωνική φύση των φαινομένων και τις εξουσιαστικές σχέσεις που ενυπάρχουν στο εργασιακό τους περιβάλλον. Ακόμη κι όταν η απρεπής συμπε-

ριφορά λάβει χώρα κατά τη διάρκεια ενός πιεστικού συμβάντος (και είναι καθημερινά αυτά τα συμβάντα), οι αιτιολογήσεις σπανιότατα λαμβάνουν υπόψη αυτό τον παράγοντα. Η συμπεριφορά λοιπόν εκλύεται από τα εσωτερικά ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του δρώντος υποκειμένου, κάθε άλλη εξήγηση (ακόμη κι όταν τα εξωτερικά δεδομένα πιέζουν για το αντίθετο) δεν φαντάζει ως πιθανή. Ο γιατρός χαρακτηρίζεται ως «κακός», «αυταρχικός», «παράξενος», «τρελός», «άσχετος»... και εν κατακλείδι «γιατρός». Ο γιατρός συμπεριφέρεται έτσι γιατί «πολύ απλά... είναι γιατρός».

Το φαινόμενο της εσωτερικότητας ξεφεύγει από τα καθαρά ενδοατομικά χαρακτηριστικά του γιατρού και προσωποποιεί μια κοινωνική ομάδα αποδίδοντάς της ατομικά χαρακτηριστικά. Φυσικοποιεί ή ψυχολογιοποιεί¹⁶ τη συγκεκριμένη ομάδα και της αποδίδει χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Με τον τρόπο αυτόν η νόρμα της εσωτερικότητας εξυπηρετεί συγκεκριμένους μηχανισμούς κοινωνικούς ελέγχου: α) Συγκαλύπτει τις ασύμμετρες σχέσεις εξουσίας ιατρού-νοσηλεύτη/τριας, όπως αυτές προσδιορίζονται στο πλαίσιο που ορίζει η εξουσία του ιατρικού λόγου, β) συγκαλύπτει τα ιδεολογικά φαινόμενα, και γ) αθώνει την ευρύτερη οργάνωση και το σύστημα υγείας για τις πράξεις και τις παραλείψεις τους.

Η αναπαράσταση του νοσηλευτικού επαγγέλματος

Ενδιαφέρον, τέλος, παρουσιάζει ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλεύτες/τριες αναπαράγουν την εικόνα του επαγγέλματός τους. Αναπληρωτής προϊστάμενος της ΜΕΘ: «Θέλουν τους καλούς και τους ξύπνιους για να τους βγάζουν τη δουλειά, αλλά να το ξέρεις μέχρι να γίνεις κάτι... μετά θα προχωρήσεις σαν αυτιστικό». Φαίνεται να έχει αναπτυχθεί μια μηχανιστική αντίληψη, η οποία μετασχηματίζει τη νοσηλευτική εργασία ως συμπεριφορά που εντάσσεται σε μια εργαλειακή κατανομή αρμοδιοτήτων. Αυτή η αντίληψη δεν αφήνει και πολλά περιθώρια για την ανάδειξη της μοναδικότητας του νοσηλευτικού ρόλου και της παράλληλης ανάδειξης των νοσηλευτών/τριών ως αυτόνομων επαγγελματιών που ξεχωρίζουν μέσω της προσφοράς τους. Θεωρούν ότι παράγουν σε ένα

16. Παρότι η ψυχολογιοποίηση μελετήθηκε ως παράγοντας μείωσης του κύρους μιας ενεργής μειονότητας, φαίνεται ότι χρησιμοποιείται ως ψυχοκοινωνιολογικός μηχανισμός και για τις ισχυρές κοινωνικές ομάδες, στις οποίες αυξάνουν την επιρροή τους. Π.χ. οι ηγέτες αντλούν δύναμη από τα ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους (Παπαστάμου, 1989).

περιβάλλον αναξιοκρατίας, όπου το έργο τους δεν αναγνωρίζεται και δεν αμείβεται αναλόγως. Σε κάθε περίπτωση, θεωρούν ότι δεν υπάρχουν σημαντικά κίνητρα για την επαγγελματική τους εξέλιξη και, επομένως, αρκούνται στην απλώς ικανοποιητική εκτέλεση των καθηκόντων τους. Σ.Ε. νοσηλεύτρια: *«Τι πτυχία μου λένε εμένα, έχουμε φάει τα χρόνια μας εδώ μέσα. Ποιος μπορεί να τα ξέρει καλύτερα από αυτόν που τα βλέπει κάθε μέρα...»*. Αμφιθυμικά συναισθήματα καταλαμβάνουν τους/τις νοσηλευτές/τριες, όταν καλούνται να ισορροπήσουν μεταξύ της ποθητής επαγγελματικής τους αυτονομίας και της ανάγκης για ανάληψη των επιπλέον ευθυνών που αυτή συνεπάγεται. Οι νοσηλεύτριες, αφενός, δοκιμάζουν συναισθήματα εκνευρισμού, ως απόρροια της αίσθησης του μειωμένου ελέγχου που έχουν πάνω στα πράγματα, αφετέρου, όμως, αισθάνονται ασφαλείς με το να παραπέμπουν όσο πιο συχνά μπορούν τις ευθύνες και τις πρωτοβουλίες στους γιατρούς.

Στις ΜΕΘ βέβαια τα καθήκοντα των γιατρών και των νοσηλευτών παρουσιάζονται να γειτνιάζουν (Coombs, 2004) τόσο που, σε ορισμένες περιπτώσεις, εμφανίζονται φαινόμενα διάχυσης και επικάλυψης των αρμοδιοτήτων. *«Αυτές κει πάνω είναι γκαρσόνια»* αναφέρει με έπαρση μια νοσηλεύτρια όταν σχολιάζει τη δουλειά των συναδέλφων της που απασχολούνται στις κλινικές. Οι νοσηλευτές/τριες των ΜΕΘ αναπαριστούν τη δουλειά τους ως πιο ιατρικό-φέρουσα και, επομένως, ως πιο επιστημονική σε σχέση με τη δουλειά που γίνεται εκτός των ΜΕΘ, δίχως, όμως, η διαπίστωση αυτή να συνοδεύει ένα ξεχωριστό και αυτόνομο νοσηλευτικό λόγο.

Δεν ξενίζει σύμφωνα με τα παραπάνω η αδυναμία στο γίγνεσθαι των ΜΕΘ αυτονόμησης και χειραφέτησης του επαγγέλματος. Οι ίδιοι οι νοσηλευτές φαίνεται πως αποδέχονται πλήρως το αδιέξοδο στο οποίο τους οδηγεί η ατέρμονη διαμάχη (τόσο μεταξύ τους όσο και με τους γιατρούς) γύρω από το ποιος είναι περισσότερο «επιστήμονας». Τα κριτήρια της επικράτησης προέρχονται στο σύνολό τους σχεδόν από την ιατρική. Καλύτερος νοσηλευτής θεωρείται κατά τεκμήριο εκείνος που αρθρώνει ανάρτηση απέναντι στους γιατρούς και τους αποκρούει χρησιμοποιώντας όπλα που δανειάζεται από το οπλοστάσιο της ιατρικής.

Εάν εξαιρέσει κάποιος τη νοσηλεία ως καθαρή νοσηλευτική πράξη, η οποία αναπαρίσταται ως εξέχουσας σπουδαιότητας από το σύνολο των νοσηλευτών, πολλές άλλες νοσηλευτικές πράξεις, όπως, για παράδειγμα, η περιποίηση του ασθενούς, το λουτρό καθαριότητας, ο καθαρισμός, ο ευπρεπισμός, αντιμετωπίζονται υποτιμητικά και θεωρούνται ως ήσσονος σημασίας. *«Αυτά είναι δουλειές για τους βοηθούς, δεν χρει-*

άξεται να βγάλεις πανεπιστήμιο για να ξεχέξεις και να μετράς ούρα», αναφέρει μια νοσηλεύτρια. Κι όμως, αυτές οι «ταπεινές» ασχολίες, πέρα από το ότι είναι πολύτιμες για τους βαρέως πάσχοντες ανθρώπους, είναι σημαντικές για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής ιδεολογίας της φροντίδας. Ίσως τελικά αυτό που πραγματικά η σύγχρονη νοσηλευτική χρειάζεται είναι, πέρα από την επιστημονική της κατοχύρωση, μέσα από την ανωτατοποίηση των σπουδών της και τη διαμόρφωση ενός μοναδικού και σαφώς διακριτού βλέμματος απέναντι στον ασθενή και τις ανάγκες του, το νοσηλευτικό βλέμμα και η νοσηλευτική ιδεολογία της φροντίδας (Αλεξιάς, 2000).

Οι νοσηλευτές/τριες της ΜΕΘ χρησιμοποιούν περισσότερο τη γνώση που διαμορφώνεται μέσω της εμπειρίας, δίχως να απορρίπτουν την επιστημονική γνώση ως εναλλακτικό ή συμπληρωματικό μέσο. Η παρατήρηση αυτή στρέφει την ανάλυση σε δύο παράγοντες πιθανά προσδιοριστικούς της διαδικασίας.

- Πρώτον, υπάρχει θεσμικό κενό στο τρόπο που πιστοποιείται η επαγγελματική γνώση και επάρκεια στον εξειδικευμένο χώρο των ΜΕΘ, καθώς και πλήρης απουσία πρόνοιας για τη διά βίου εκπαίδευση των νοσηλευτών/τριών
- Δεύτερον, που είναι αποτέλεσμα του πρώτου, η γνώση των νοσηλευτριών στο μέτρο που δεν στηρίζεται σε θεσμικές διαδικασίες είναι προϊόν των προσωπικών επιλογών. Σε αυτό το πλαίσιο βρήκαμε σημαντικές διαφορές σε τομείς, όπως η ηλικία, το φύλο και η βασική εκπαίδευση. Οι νεότερες σε ηλικία νοσηλεύτριες, ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης δείχνουν να εμπιστεύονται περισσότερο την επιστημονική γνώση σε σχέση με τις παλαιότερες με βασική γνώση συναδέλφους τους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε ένα χώρο όπου αυτό που διακυβεύεται είναι όχι η θεραπεία αλλά η διατήρηση στη ζωή, ένα πλήθος συχνά ετερόκλητων κριτηρίων εμφανίζονται ως προσδιοριστικοί παράγοντες των κλινικών αποφάσεων. Η κατηγοριοποίηση των ασθενών απέχει πολύ από αυτό που οι γιατροί αποκαλούν διαφορική διάγνωση. Οι αναπαραστάσεις και οι εξαρτώμενες από αυτές προσδοκίες κατευθύνουν συχνά την αντίληψη σε ηθικές και κοινωνικές παραμέτρους. Έτσι ο ασθενής χαρακτηρίζεται ως «καλός» ή «κακός» στο βαθμό που είναι ή δεν είναι πειθήνιος στις εντολές, στο βαθμό που συμφωνεί ή όχι, με τα κυρίαρχα ηθικά στερεότυπα. Το αν

αξίζει ή δεν αξίζει τη φροντίδα συναρτάται εν πολλοίς από το βαθμό ευθύνης που φέρει για την ασθένειά του. Η συμπεριφορά και η εν γένει στάση του είναι αποτέλεσμα των σταθερών και αναλλοίωτων (κάτω από ποιοεσδήποτε συνθήκες) χαρακτηριστικών του.

Το πλαίσιο άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος ρυθμίζεται από την εξουσία του ιατρικού λόγου, ο οποίος κατασκευάζει την πραγματικότητα στη ΜΕΘ. Οι σχέσεις γιατρών και νοσηλευτριών είναι συγκρουσιακές αφού είναι σχέσεις εξουσίας, διαμορφωμένες στο πλαίσιο ποικίλων κοινωνικών ιστορικών παραμέτρων. Η εκατέρωθεν καχυποψία είναι ευδιάκριτη στον τρόπο που χαρακτηρίζονται οι συμπεριφορές. Οι νοσηλεύτριες προτάσσουν τον ωφελιμισμό των γιατρών, οι δε γιατροί την ελιτίστικη υπεροψία τους όταν αναφέρονται «σε αυτές». Σε κάθε περίπτωση το συλλογικό προσωποποιείται για να προσδώσει χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά ομάδων. Η εσωτερίκευση, η απόδοση αιτιών άρα και της ευθύνης σε ιδιосуγκρασιακά χαρακτηριστικά είναι διάχυτη στον τρόπο που οι νοσηλευτές/τριες χαρακτηρίζουν τόσο τους γιατρούς όσο και τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές/τριες βέβαια δεν αναφέρονται μονομερώς στις εσωτερικές αιτίες των «πραγμάτων», απλώς και μόνο προμοδοτούν τις αιτίες αυτές, σε σχέση με άλλες ενδεχόμενες αιτίες. Για παράδειγμα η ασθένεια παρουσιάζεται ως ελαττωματική εσωτερική κατάσταση του ασθενούς και ερμηνεύεται σύμφωνα με την παντοδύναμη λειτουργικότητα των γονιδίων. Αυτός ο ατομοκεντρισμός πάει πέρα από τη βιολογική υπόσταση για να ερμηνεύσει και τα ψυχολογικά φαινόμενα (π.χ. τον εκνευρισμό) ως αποτέλεσμα των χαρακτηριστικών (βιολογικά προσδιορισμένων) και σταθερών, της προσωπικότητας του ατόμου. Σύμφωνα με αυτή την ανάλυση, οι νοσηλευτές/τριες, όπως οι γιατροί και οι ασθενείς, «κατασκευάζονται και νοηματοδοτούνται» διαμέσου της αναφοράς στον ιατρικό εξουσιαστικό λόγο.

Το έργο του M. Foucault προσφέρει τα εργαλεία ερμηνείας του πλαισίου εξουσίας του κυρίαρχου ιατρικού λόγου, εντός του οποίου νοηματοδοτούνται οι συμπεριφορές. Στο επίπεδο αυτό επομένως συναρθρώνεται με την ιδεολογική προσέγγιση της θεωρίας της «ψυχολογιοποίησης», η οποία προσφέρει τα εργαλεία ανάλυσης της τάσης των νοσηλευτών/τριών να εσωτερικοποιούν τις αιτίες που κρύβονται πίσω από τα πράγματα. Θεωρούμε επομένως ότι στη βάση της ανάλυσης των Jellison και Green (1981) και των Beauvois και Doubois (1984) για τη «νόρμα της εσωτερικότητας» καθώς και στη θεωρία της «ψυχολογιοποίησης» (Παπαστάμου, 1989), η μονομέρεια με την οποία οι νοσηλευτές/τριες της έρευνας αιτιολογούν τις συμπεριφορές, δεν είναι απλώς ένα γνωστικό

σφάλμα, αλλά μια κοινωνικά μαθημένη συνήθεια που περιμοδοτείται από τις ισχυρές κοινωνικά ομάδες και η οποία υποκρύπτει συγκεκριμένες κοινωνικές σκοπιμότητες, όπως η διατήρηση του υφιστάμενου κοινωνικού status και η αποτροπή των κοινωνικών αλλαγών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά εάν η αναπαράσταση των ατόμων για τις ισχυρές και τις ανίσχυρες ομάδες παρουσιαζόταν σχηματικά ως ένα συνεχές, όπου στη μια του άκρη ήταν ο ισχυρός πόλος και στην άλλη ο ανίσχυρος, οι εκτιμήσεις μοιάζουν να πολώνονται ως προς την εσωτερικότητά τους παράλληλα όσο προσεγγίζουν τα άκρα. Στον ένα πόλο του συνεχούς η εσωτερικότητα χρησιμοποιείται για να εξουδετερώσει πλήρως τον ανίσχυρο μειονοτικό λόγο, στον άλλο πόλο η εσωτερικότητα προσφέρει το άλλοθι για το ευρύτερο σύστημα αξιών, το οποίο εν πολλοίς καθορίζει το κοινωνικό γίνεσθαι. Και στις δύο περιπτώσεις ο στόχος είναι κοινός: η διατήρηση του υφιστάμενου κοινωνικού status και η αποτροπή των κοινωνικών μεταβολών. Κάτω επομένως από τις εσωτερικές αποδόσεις εξυφαίνονται συγκεκριμένες σκοπιμότητες: Η μονόπλευρη εστίαση της προσοχής των νοσηλευτών/τριών στα εσωτερικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς, για παράδειγμα των γιατρών, αποτρέπει την αιτιολόγηση των προβλημάτων στις εξουσιαστικές σχέσεις που προσδιορίζει ο κυρίαρχος ιατρικός λόγος. Η «ψυχολογιοποίηση» υπό αυτήν την έννοια αποκρύπτει το εξουσιαστικό πλαίσιο του ιατρικού λόγου εντός του οποίου κατασκευάζονται οι πραγματικότητες των ΜΕΘ. Κατά αυτήν την έννοια το ερευνητικό μας ερώτημα απαντάται θετικά, οι νοσηλεύτριες εσωτερικοποιούν τα αίτια της συμπεριφοράς κι αυτό είναι αποτέλεσμα της έκφρασης της κανονιστικής «νόρμας της εσωτερικότητας», όπως αυτή ενεργοποιείται στο πλαίσιο του ιατρικού λόγου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Αλεξιάς Γ., 2000, *Λόγος περί ζωής και θανάτου*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Αλεξιάς Γ., 2001, «Η κοινωνική κατασκευή του ιατρικού λόγου στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας», *Δοκιμές*, τεύχος 9-10, σ. 198.
- Κοπιτσέλη Α., 2007, «Ατομικισμός και ψυχολογιοποίηση», Μεταπτυχιακή διατριβή του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Οργανωτική και Οικονομική Ψυχολογία», Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας.
- MacRay S., 1999, *Μοντέλα και μέθοδοι για τις επιστήμες της συμπεριφοράς*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Maisonneuve J., 2001, *Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνιολογία*, Αθήνα, Δαρδανός.
- Moscovici S., 1999, *Η ψυχανάλυση, η εικόνα και το κοινό της*, Αθήνα, Οδυσσέας.
- Παπαστάμου Στ., Μιούνι Γκ., 2001, *Μειονότητες και εξουσία*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαστάμου Στ., Μαντόγλου Α. (επιμ.), 1995, *Κοινωνικές αναπαραστάσεις*, Αθήνα, Οδυσσέας.
- Παπαστάμου Στ., 1989, *Ψυχολογιοποίηση*, Αθήνα, Οδυσσέας.
- Παπαστάμου Στ., 1999, *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία*, Αθήνα, Οδυσσέας.

Ξενόγλωσση

- Barbalet J. M., 1998, *Emotion, social theory and social structure: A macrosociological approach*, Cambridge University Press.
- Benderlioglu Z., 2000, *Fundamental attribution error hostile attribution bias and the self: a cross cultural analysis*, Ohio State University.
- Berg M., 1992, «The construction of medical disposals: Medical sociology and medical problem solving in clinical practice», *Sociology of Health and Illness*, vol. 14, no 2, pp. 151-180.
- Bordens S. K. Horowitz, I. A., 2001, *Social Psychology*, New York, Lawrence Erlbaum Associates.
- Bourgeault et al, 2001, «Everyday experiences of implicit rationing: comparing the voices of nurses in California and British Columbia», *Sociology of Health & Illness*, vol. 23, no 5, pp. 633-653.
- Coombs, M, A., 2004, *Power and conflict between doctors and nurses*, London, Routledge.
- Dingwall R., Murray T., 1983, «Categorization in accident departments: good patients, bad patients and children», *Sociology of Health and Illness*, vol. 15, no 2, pp. 127-148.
- Dodier N., 1994, «Expert medical decisions in occupational medicine: a sociological analysis of medical judgment», *Sociology of Health and Illness*, vol. 16, no 4, pp. 489-514.
- Dossie M. B., Keegan L., Guzzetta C. E., 2004, *Holistic nursing: A handbook for practice*, New York, Jones and Burtlett Publishers.
- Dubois N., 2003, *A sociocognitive approach to social norms*, London, Routledge.
- Dubois N., Beauvois J. L., 1988, «The norm of internality in the explanation of psychological events», *European Journal of Social Psychology*, vol. 8, pp. 44, 299-316.
- Eiser, R. Van Der Pligt, J. Pligt, J., 1989, *Attitudes and Decisions*, London, Routledge.
- Exley C., 2004, «The sociology of dying, death and bereavement», *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, no 1, pp. 110-122.
- Farr R. M., Moscovici S. (eds), 1984, *Social representations*, Cambridge.

- Foucault M., 1973, *The birth of the clinic*, New York, Tavinstocg.
- Foucault M., 1977, *Discipline and punish: The birth of the prison*, New York, Pantheon Books.
- Glaser B.G., Strauss A. L., 1967, *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Aldine Transaction.
- Harvey J. H., Weavy G., 1984, «Current issues in attribution theory and research», *Ann.Rev.Psychol*, vol. 35, pp. 427-59.
- Hoftede G., 1980, *Culture's consequences*, Beverly Hills, CA, Sage.
- Jeffery R., 1979, «Normal rubbish: deviant patients in casualty departments», *Sociology of Health and Illness*, vol. 1, Issue 1, pp. 90-107.
- Jellison J. M., Green J., 1981, «A self-presentation approach to the fundamental attribution error: The norm of internality», *Journal of Personality and Social Psychology*, no 40, pp. 643-649.
- Kelly M. P. and May D., 1982, «Good and bad patients: a review of the literature and a theoretical critique», *Journal of Advanced Nursing*, no 7, pp. 147-56.
- Lapsey I., Melia, K., 2001, «Clinical actions and financial constraints:the limits to rationing intensive care», *Sociology of Health and illness*, vol. 23, no 5, pp. 729-746.
- Latimer J., 1997, «Giving patients a future: the constituting of classes in an acute medical unit», *Sociology of Health and Illness*, vol. 19, no 2, pp. 160-185.
- Malinowski B., Young M. W., 1979, *The Ethnography of Malinowski: The Trobriand Islands 1915-18*, London, Routledge.
- Melia K. M., 2001, «Ethical issues and the importance of consensus for the intensive care team», *Social Science and Medicine*, no 53, pp. 707-719.
- Melia K. M., 2004, *Health care ethics: Lessons from intensive care*, Sage.
- Moscovici S., 1979, *La psychologie des minorites actives*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Miller J. G., 1984, «Culture and the development of everyday social explanation», *Journal of Personality and Social Psychology*, no 46, pp. 961-978.
- Mugny M., Pérez J.A., Lamongie V. W., 1991, *The social psychology of minority influence*, Editions de la Maison des sciences de l'homme.
- Parsons T., 1975, «The sick role and the role of physician reconsidered», *Health and Society*, vol. 53, no 3, pp. 257-278.
- Pennington D. C., 2000, *Social cognition*, London, Routledge.
- Ross L., Nisbett R. E., 1991, *The person and the situation: perspectives of social psychology*, McGraw-Hill.
- Salvage J., 1990, «The theory and practice of the "new nursing"», *Nurse Times*, vol. 4, pp. 42-5.
- Spiegelberg H., 1972, *Phenomenology in Psychology and Psychiatry: A Historical Introduction*, Northwestern University Press.
- Sudnow D., 1967, *Passing on: The Social Organization of Dying*, Prentice Hall.
- Triandis, H.C., 1995, *Individualism and collectivism*, Boulder, Co, Westview.
- Turner B., 1995, *Medical power and social knowledge*, Sage.
- Strauss A.L., Corbin J.M., 1998, *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*, Sage.
- Zussman R., 1992, *Intensive Care: Medical ethics and the medical profession*, Chicago University Press.