



Οι παράγοντες που οδήγησαν την επαγγελματική κυριαρχία της ιατρικής σε ύφεση στη σύγχρονη κοινωνία

Λαχανά Ε.¹

¹Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η υγεία και η ασθένεια εμφανίζουν καταλυτικό και πρωταγωνιστικό ρόλο στο πέρασμα των αιώνων. Επειδή η αρρώστια διαταράσσει εκτός από τη βιολογική υπόσταση του ατόμου και τον κοινωνικό του ρόλο, κάθε κοινωνία αναπτύσσει διάφορους μηχανισμούς προστασίας της υγείας και αντιμετώπισης της ασθένειας. Στις σύγχρονες κοινωνίες η ασθένεια οδήγησε στην ανάδειξη κοινωνικών ρόλων, επαγγελματών και θεσμών εξαιρετικά ποικίλων και σύνθετων, όπως αυτών της επιστημονικής ιατρικής. **Σκοπός:** της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική διερεύνηση των παραγόντων που οδήγησαν σε ύφεση την επαγγελματική κυριαρχία της ιατρικής στη σύγχρονη κοινωνία. **Αποτελέσματα:** Παρακολουθώντας την εξέλιξη των ασθενειών, διαπιστώνουμε ότι απ' τις συλλογικές μαστιγες του Μεσαίωνα περάσαμε στις ατομικές ασθένειες ή «ασθένειες του πολιτισμού». Παράλληλη συνάμα ήταν και η πορεία του ιατρικού επαγγέλματος, καθώς από τη συγκεχυμένη μορφή του στον Μεσαίωνα, αναπτύχθηκε ραγδαία τον 20^ο αιώνα με την έκρηξη γνώσεων, ανακαλύψεων, αποτελεσματικότητας και κοινωνικού του κύρους. Η ιατρική απέκτησε την απόλυτη εξουσία πάνω στην ασθένεια, αφού κατείχε το μονοπώλιο της διάγνωσης και της θεραπείας της. Οι παράγοντες που επηρέασαν την επαγγελματική άνοδο των γιατρών ήταν πολλοί, όπως η θέσπιση ευνοϊκών νόμων, η εκβιομηχάνιση, ο ρόλος του κράτους, η «εξουσία» του νοσοκομειακού γιατρού κ.α.. Όμως πλέον η ιατρο-κεντρική μέχρι σήμερα κοινωνία δείχνει να περνά μια κρίση στην σύγχρονη εποχή, τα αίτια της οποίας είναι ποικίλα (αύξηση των εξόδων για την υγεία, δημοσιονομική κρίση, νέες ασθένειες, πολύπλοκα συστήματα υγείας, έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών κ.α.) και έχουν αντίκτυπο τόσο στο ιατρικό σύστημα και στη σχέση γιατρού-ασθενή, όσο και στη δομή της ίδιας της κοινωνίας. **Συμπεράσματα:** Σήμερα ο ρόλος του γιατρού αποδυναμώνεται, η καθαρά ιατρική και τεχνολογική προοπτική εμφανίζεται πολύ περιοριστική, και η εμφάνιση μιας ασθένειας δεν δεσμεύει μόνο τον ιατρικό θεσμό αλλά μια πολυπλοκότητα δυναμικών της κοινωνίας όπως την οικογένεια, τη διεπιστημονικότητα των επαγγελματών και την πολιτεία.

Λέξεις κλειδιά υγεία-ασθένεια, ιατρική, ιατρό-κεντρική κοινωνία, συστήματα υγείας, σχέση γιατρού-ασθενή



The factors that led the professional medical dominance in modern society to recess

Lahana E.¹

¹Associate Professor, Nurse Department, Technological Educational Institute of Thessaly

ABSTRACT

Introduction: Health and disease have played a catalytic and dominant role over the centuries. In view of the fact that disease not only impairs the biological status of a person but its social status as well, every society develops individualized and different mechanism for the protection of health and for the treatment of disease. In modern societies disease have led to the development of extremely variable and complex social roles, professions and institutions, like the medical sciences. **Aim:** The present review will investigate the factors that led to the recession of the medical profession dominance in modern society. **Results:** While monitoring the evolution of diseases, we are establishing that from the middle aged afflictions we have progressed into the individualized diseases or «cultural diseases». Similarly the medical profession followed a parallel course, where it developed from the confused role in Middle ages to the 20th century explosion in knowledge, novel discoveries, efficiency and social prestige. The medical profession had the absolute dominance as far as disease management was concerned since it held the monopoly of diagnosis and treatment. Many factors impacted the professional rise of medical doctors, like favorable measures, industrialization, state role, the «authority» of the hospital doctor amongst others. However, the medically centered society of modern times is undergoing a crisis with differential causes (increased health expenditures, financial crisis, new diseases, complex health systems, lack of patient satisfaction etc.) that impact the medical system as well as the doctor–patient relationship and the society’s infrastructures. **Conclusions:** At present the physicians role is weakening, the solely medical and technological approach is restraining, and the development of a disease is not binding only to the medical institution but the complexity of many forces including family, interdisciplinarity of the professions and state.

Keywords: Health–disease, medicine, doctor–centered society, health systems, doctor–patient relationship

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υγεία - Ασθένεια- Κοινωνία

Το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας και της ασθένειας λαμβάνει διαφορετική θεώρηση, ανάλογα με τη χρονική περίοδο στην οποία αναφέρεται, τις ειδικές κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν και τα χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου. Παρ’ όλα αυτά, σε κάθε χρονική στιγμή η εύρυθμη λειτουργία ενός κοινωνικού συστήματος προϋποθέτει την υγεία των μελών του, τόσο σε ομαδικό όσο και σε ατομικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον πιο πρόσφατο ορισμό της υγείας από το Huber και την ομάδα του, «η υγεία αποτελεί την ικανότητα προσαρμογής και αυτοδιαχείρισης εν όψει κοινωνικών, σωματικών και συναισθηματικών προκλήσεων» και φαίνεται να συμπεριλαμβάνει τις αλλαγές στην υγεία του 21^{ου} αιώνα (Huber, M. et al., 2011). Από τον παραπάνω ορισμό είναι λοιπόν εμφανές, ότι η αρρώστια δεν αποτελεί αποκλειστικό χαρακτηριστικό της βιολογικής ασυνέχειας (παθολογική βιολογική υπόσταση), αλλά αποτελεί μία

κατάσταση κατά την οποία τα άτομα βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο δυσμενών συνεπειών. Συνεπώς, στην ασθένεια λαμβάνεται υπόψη όχι μόνο η φυσική κατάσταση του ατόμου αλλά και η ψυχο-κοινωνική, ενώ συμπεριλαμβάνεται και η πιθανότητα επιδείνωσης και εμφάνισης μιας διαταραχής, λαμβάνοντας υπόψη εκτός από την έννοια της θεραπείας και αυτή της πρόληψης, για την αντιμετώπιση της αρρώστιας στη σύγχρονη κοινωνία (Temple, L. K. et al., 2001). Κατά συνέπεια, η ασθένεια και η υγεία καθορίζονται από την κατάσταση του σώματος (ψυχικά και σωματικά) σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες της κοινωνικής υπόστασης του ατόμου, όπως αυτή μπορεί να εκφραστεί μέσα από την οικογένεια και την εργασία και τις κοινωνικές επαφές γενικότερα (Amzat J., R. O., 2014).

Οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στην αρρώστια και στην κοινωνία είναι ποικίλες, καθώς οι αρρώστιες οι οποίες αντιστοιχούν σε μια συγκεκριμένη κοινωνία ή πολιτιστική περίοδο και προκαθορίζονται από αυτή, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο:

α) στο είδος και στη φύση των κοινωνικών δεσμών που αναπτύσσονται μεταξύ των ατόμων, β) στην οριοθέτηση ατομικών και κοινωνικών συλλογικών πρακτικών και γ) στη διαμόρφωση των νοσημάτων και των συμβολικών διεργασιών που συνοδεύουν την ανθρώπινη δράση. Άρα η υγεία και η ασθένεια έχουν λειτουργήσει ως καταλύτες και πρωταγωνιστές στο πέρασμα των αιώνων βιολογικά, κοινωνικο-οικονομικά και ιστορικά (Greenland, S., 2005).

Τρόποι αντιμετώπισης των ασθενειών από την κοινωνία

Όλες οι κοινωνίες στην διάρκεια των χρόνων ανέπτυξαν τρόπους αντιμετώπισης της δυστυχίας που αντιπροσωπεύει η ασθένεια και μορφές αρωγής των αρρώστων. Στις σύγχρονες κοινωνίες, η ασθένεια, ως έννοια, μεταβλήθηκε σημαντικά και οδήγησε στην ανάδειξη κοινωνικών ρόλων, επαγγελματιών και θεσμών εξαιρετικά ποικίλων και σύνθετων, όπως αυτών της ιατρικής επιστήμης.

Ένας από τους σκοπούς, της ιατρικής επιστήμης είναι να παρατηρήσει, να εξετάσει και να περιγράψει την ασθένεια με αντικειμενικούς όρους ώστε να επιχειρήσει να προσφέρει μία μορφή θεραπείας. Η μελέτη των αλληλεπιδράσεων του ιατρού με ασθενείς και υγιείς σύμφωνα με κλασικές κοινωνιολογικές μελέτες (Parsons, T., 1951), έχει πολλές όψεις. Υπάρχει μια διακριτή μορφή οργάνωσης της ιατρικής εργασίας: από τη μία αυτή του «επαγγέλματος», η οποία ενισχύεται από μια ιδιαίτερη εξουσία, εκείνη του «ειδικού» και από την άλλη, η ιατρική αποκτά μια γενικότερη σημασία πιο κοινωνική, της οποίας το εύρος υπερβαίνει το απλό πρόβλημα της παρακολούθησης των απλών σωματικών καταστάσεων (Parsons, T., 1975).

Σήμερα, η ιατρική γνώση και πρακτική στοιχειοθετούν τον τρόπο με τον οποίο ο καθένας μας έρχεται σε επαφή με την ασθένεια. Μ' αυτόν τον τρόπο, η σωματική, στην πιο βιολογική της έκφραση, πραγματικότητα διαμορφώνεται κοινωνικά μέσα από την περιθαλψη. Ο γιατρός κάνοντας τη διάγνωση μιας ασθένειας δεν αποκρυσταλλώνει μόνο μια οργανική κατάσταση, αλλά κάνει μια αξιολογική κρίση που ξεπερνάει τη σωματική του κατάσταση και η οποία,

επηρεάζοντας την ταυτότητά του, του προσδίδει μια θέση στην κοινωνία. Παράλληλα, η ιατρική γνώση πέρα από την επιστημονική της πλευρά είναι και κοινωνικά προσδιοριζόμενη, και για αυτό και εξελίσσεται στο πέρασμα του χρόνου ανάλογα με το κοινωνικό περιβάλλον. Επιπλέον στον σύγχρονο κόσμο παρατηρείται έντονα και το φαινόμενο της ιατροποίησης καθώς πολλές ανθρώπινες εμπειρίες και προβλήματα ορίζονται και περιγράφονται πλέον με ιατρικούς όρους και αντιμετωπίζονται ως ασθένειες (Conrad, P. and K. K. Barker, 2010).

Για να γίνει καλύτερα αντιληπτή η πορεία του ιατρικού επαγγέλματος σε σχέση με τις κοινωνιολογικές αλλαγές, αρχικά χρειάζεται να γίνει μια ιστορική αναδρομή στις ασθένειες, στην κοινωνική ιστορία και στην εμφάνιση του ιατρικού επαγγέλματος, καθώς και στη σχέση γιατρού-ασθενή.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ

Οι ασθένειες έχουν μια ιστορία και κάθε εποχή έχει τις «δικές της» ασθένειες. Μερικές απ' αυτές υπάρχουν ήδη από την Αρχαιότητα ή και την προϊστορική εποχή. Παρ' όλα αυτά, οι ίδιες ασθένειες βιώνονται εντελώς διαφορετικά σε κάθε εποχή.

Εποχή του Μεσαίωνα, των επιδημιών και της διακοπής της ιατρικής γνώσης

Επί αιώνες οι επιδημίες κυριαρχούσαν στο κοινωνικό φάσμα. Οι επιδημίες, που χαρακτηρίζουν την περίοδο του Μεσαίωνα, αντιμετωπιζόταν ως συλλογική συμφορά και θεία κρίση που αφορούσε μια ολόκληρη κοινότητα (Herzlich, 1991).

Η έλευση των επιδημιών (ευλογιά, χολέρα, ελονοσία, τύφος, πανούκλα κ.λ.π.) εκτός από το βίαιο θάνατο που προκαλούσε και κατά συνέπεια τις σοβαρές δημογραφικές ανισοροπίες, εγκαθίδρυε το φόβο και τον πανικό σ' ολόκληρη την κοινότητα (Αγραφιώτης Δ., 1998). Οι ίδιοι οι άρρωστοι τις αποδέχονταν μερικές φορές με μοιρολατρία, αφού η ιατρική επιστήμη δεν μπορούσε να τις αντιμετωπίσει και να τις ελέγξει. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το ιατρικό επάγγελμα να ταπεινωθεί και η εξέλιξη της ιατρικής γνώσης να διακοπεί για αιώνες, ενώ η ασθένεια έγινε συνώνυμο της αμαρτίας (Sommerfeld, J., 2003).

Καθώς η ιατρική επιστήμη την περίοδο εκείνη (16^{ος} αιώνας) δεν μπορούσε να δώσει ικανοποιητικές απαντήσεις τόσο για την πρόελευση των επιδημιών όσο και για την ίασή τους, οι ασθενείς αντιμετωπιζόταν με μέτρα καταστολής. Η *καραντίνα* αποτελούσε ένα περιχαρακωμένο χώρο μέσα στον οποίο θα μπορούσε να συγκρατηθεί το κακό, να γίνει αντιληπτή και να καταγραφεί η εκδήλωσή του και ενδεχομένως να κατασταλεί. Από την άλλη πλευρά όμως η καραντίνα αποτελεί ένα «απτό» χώρο όπου η φύση της ασθένειας βγαίνει στην επιφάνεια, μπορεί να μελετηθεί και να πάρει θέση στο κατάλογο των ασθενειών (Cohn, S. K., 2003).

Οι συνέπειες των επιδημιών είναι: δημογραφικές, ιστορικές, πολιτικές και οικονομικές. Διαιωνίζεται λοιπόν ένας φαύλος κύκλος ανάμεσα στο επίπεδο ανάπτυξης μιας κοινωνίας, στο επίπεδο της υγείας του

πληθυσμού, στην πείνα και την αρρώστια (Sommerfeld, J., 2003).

Η εμφάνιση και ο ρόλος της ιατρικής

Η ιατρική στα τέλη του Μεσαίωνα

Στα τέλη του Μεσαίωνα, το μαγικό και το θρησκευτικό πεδίο αναφοράς αναμιγνύονται και έρχονται ξανά στην επιφάνεια μετά την διάλυση της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας και τις σταυροφορίες. Οι ασθενείς προστρέχουν στους μάγους και θεραπευτές, οι οποίοι στις πρακτικές τους αναμιγνύουν εμπειρικά φάρμακα, μαγικά τελετουργικά και επίκληση των θείων και η θέση των ιατρών είναι υψηλή και ένδοξη (Kaba, R. and P. Sooriakumaran, 2007).

Αυτή η στενή σχέση ανάμεσα στην ιατρική, την μαγεία και τη θρησκεία, χαρακτηριστική της ιατρικής του παρελθόντος, τόσο της λόγιας όσο και της λαϊκής, συναντάται σε όλους τους πολιτισμούς. Σχεδόν πάντοτε ο θεραπευτής είναι επίσης και ιερέας ή μάγος. Η άσκηση της ιατρικής έχει το εξής νόημα: εκτελεί εκείνος ο οποίος δηλώνει την πίστη του και προσφέρει όρκους για να φτάσει στο εκκλησιαστικό ή μοναχικό αξίωμα.

Η Ιπποκρατική ιατρική και η αργή εξέλιξη της δυτικής ιατρικής

Επηρεαζόμενη από την ιατρική της Αιγύπτου και της Βαβυλωνίας η Ιπποκρατική ιατρική, θέτει την ασθένεια ως αντικείμενο παρατήρησης και συλλογιστικής, της οποίας αναζητά τις φυσικές αιτίες. Ο Ιπποκράτης αγωνιζόταν να συνδυάσει τη θεωρία των διαθέσεων με την προσεκτική παρατήρηση της κατάστασης του ασθενή και στο σύστημά του το θεϊκό στοιχείο διαδραματίζει ακόμα κάποιο ρόλο.

Ο Γαληνός στηριζόμενος πάνω στις ιδέες του Ιπποκράτη θα πραγματοποιήσει μεγάλη πρόοδο, κυρίως στο τμήμα της ανατομίας και θα εντάξει την σημαντικότητα του εγκεφάλου. Κατά την περίοδο της αναγέννησης οι θεωρίες αυτές επανήλθαν στο προσκήνιο και άρχισαν να αμφισβητούνται. Η δημιουργία των Πανεπιστημίων τον 12^ο αιώνα δεν εξελίσσει ιδιαίτερα τις καταστάσεις, αλλά ο γιατρός κερδίζει μια θέση κύρους και γίνεται προνομιούχος ενώ η ιατρική αρχίζει να αναγνωρίζεται ως επάγγελμα. Ωστόσο οι ικανότητες είναι ακόμα περιορισμένες και συνεπώς ο ιερέας διατηρεί την σημαντικότητα του και η εκκλησία παίζει κεντρικό ρόλο στην ίδρυση κυρίως μοναστηριακών ιδρυμάτων (νοσοκομεία) για την φροντίδα των ηλικιωμένων και των αρρώστων. Οι κλινικοί γιατροί δεν είχαν ενεργό ρόλο σε αυτές τις δομές και δεν εντάχθηκαν στην υπηρεσία του κοινού μέχρι τον 13^ο αιώνα (Geraghty, K. E. and M. Wynia, 2000a).

Από το 16^ο αιώνα η εμπειρική και ορθολογική ιατρική προοδεύει όμως οι σημαντικότερες ανακαλύψεις προέρχονται από άλλους επαγγελματικούς χώρους (Geraghty, K. E. and M. Wynia, 2000b).

Η υγεία και η αρρώστια κατά το 18^ο-19^ο αιώνα: Οι απαρχές της προόδου της υγιεινής

Με το πέρασμα των αιώνων οι επιδημίες άρχισαν να σπανίζουν και έγιναν λιγότερο θανατηφόρες, οι πόλεις αναπτύχθηκαν, τα κράτη απέκτησαν κεντρικό ρόλο και

ο πληθυσμός άρχισε να μεγαλώνει και τα προσδόκιμα χρόνια ζωής να αυξάνουν. Οι παράγοντες που επέδρασαν γι' αυτό ήταν περιβαλλοντικοί, συμπεριφορικοί, και ιατρικοί. Η βελτίωση της διατροφής, η λήψη περιβαλλοντικών μέτρων, η μείωση του αριθμού των μελών της οικογένειας, έπαιξαν καθοριστικό ρόλο (Andrews, J., 2011).

Όλα τα παραπάνω αποτελούσαν μέρος μιας ιστορικής διαδικασίας της δημογραφικής μετάβασης (Thompson, W. S., 1929), μέσω της οποίας ένας τύπος πληθυσμιακής σταθερότητας αντικαθίσταται σταδιακά από κάποιο άλλο. Αποτέλεσμα αυτής της δημογραφικής έκρηξης ήταν και η γήρανση του πληθυσμού που έφερε μια σειρά από μεταβολές στη δομή της κοινωνίας, όπως στην κοινωνική ασφάλιση, στις υπηρεσίες υγείας, στην σύνθεση της απασχόλησης, στην οικονομία γενικά. Μεγάλη πρόοδος σημειώθηκε στη διαχείριση των πόλεων, στην οικονομία στις αγροτικές τεχνικές, στις μεταφορές και στο εμπόριο και αυτό εξέλιξε πολύ τις κοινωνίες (Andrews, J., 2011).

Η γέννηση της κλινικής ιατρικής

Οι βιολογικές και ιατρικές επιστήμες μετά την σταθερή τους πορεία των 18^ο αιώνα, άρχισαν να εξελίσσονται με μεγαλύτερη ταχύτητα και έδωσαν την γέννηση της εξελικτικής θεωρίας, της κυτταρολογίας, της γενετικής και της μικροβιολογίας, επηρεάζοντας σημαντικά την ανάπτυξη της σύγχρονης παθολογίας και των εξεταστικών εργαλείων. Η ασθένεια δεν θεωρείται πια ένα σύνολο συγκεχυμένων συμπτωμάτων, αλλά αποτέλεσμα σωματικών βλαβών. Οι μεγάλες επιδημίες βρισκόταν σε ύφεση, αλλά η εμφάνιση της φυματίωσης απασχολεί τον ιατρικό χώρο. Το πρόσωπο του αρρώστου που συναντούμε εδώ είναι τελείως διαφορετικό σε σχέση με τις προηγούμενες επιδημίες όσον αφορά τον ίδιο τον άρρωστο, την κατάσταση του και το ιδιαίτερο τρόπο ζωής του. Παρά τις βελτιωμένες συνθήκες υγιεινής που επικράτησαν μετά το 19^ο αιώνα, η θνησιμότητα παρέμεινε αρκετά υψηλή μέχρι τη χρήση της στρεπτομυκίνης το 1944 και ισονιαζίδης το 1952. Ο θάνατος από τη φυματίωση ήταν ατομικός και η ανησυχία εστιαζόταν πλέον στον συγκεκριμένο φυματικό ασθενή, ενώ η θεραπευτική ιατρική ήταν ακόμα σημαντικά περιορισμένη. Οι συνέπειες των βακτηριολογικών ανακαλύψεων είναι σημαντικές τόσο για την πρόληψη όσο και για τη θεραπεία. Κυρίως με τους εμβολιασμούς, αλλά και την ανάπτυξη της ασηψίας, συντελέστηκε ένα αποφασιστικό βήμα από την ιατρική, στο επίπεδο της αποτελεσματικότητας όσο και της γνώσης (Geraghty, K. E. and M. Wynia, 2000c ; Weatherall, D. et al., 2006).

Η υγεία και η αρρώστια κατά τον 20^ο αιώνα.

Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και τις αρχές του 20^{ου} η φροντίδα του κράτους για την υγεία συνέκλινε με τη δράση του κινήματος της προληπτικής ιατρικής γνωστή ως υγιεινισμός (Becker D.M., 1988).

Αποτέλεσμα όλων αυτών των εξελίξεων (αναβάθμιση των ρόλων των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, ανάπτυξη της ιατρικής, θέσπιση κοινωνικής προστασίας και εισαγωγή της τεχνολογίας στο χώρο της ιατρικής) ήταν η σταδιακή εξέλιξη των

επιδημιών και η κυριαρχία των μη μεταδοτικών, χρόνιων και εκφυλιστικών νόσων που ενισχύουν ακόμη περισσότερο την εξατομίκευση στις σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες.

Η ιατρική διαθέτει πλέον τα μέσα για να ζήσουν οι ασθενείς, με αυξημένο βέβαια το κόστος θεραπείας, αλλά παρ' όλα αυτά δεν τους θεραπεύει. Ο ασθενής πρέπει να μετατρέψει την αρρώστια του σε τρόπο ζωής. Η κλινική επιδημιολογία αποτελεί το μεγαλύτερο ιατρικό επίτευγμά του αιώνα και αναγνωρίζονται και μελετούνται ασθένειες με τη χρήση μεγάλων πληθυσμών και στατιστικών μεθόδων (Weatherall, D. et al., 2006).

Η πρόοδος της ιατρικής μέχρι σήμερα

Μέχρι το Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο, οι εξελίξεις είναι σχετικά αργές αλλά σημαντικές κυρίως σε επίπεδο διάγνωσης: η ανακάλυψη των ακτίνων Χ, η πρόοδος της αναισθησίας, καινούργιες θεραπείες (π.χ. ινσουλίνη), η ανακάλυψη των βιταμινών και σουφλαμιδίων. Όμως λίγα χρόνια αργότερα, η ανακάλυψη των αντιβιοτικών και η πραγματοποίηση της πρώτης μεταμόσχευσης καρδιάς το 1967, κάνει να επικρατεί η ιδέα μιας πανίσχυρης ιατρικής, για να φτάσουμε σήμερα να γνωρίζουμε ότι η αποτελεσματικότητα της έχει όρια (Weatherall, D. et al., 2006).

Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε ότι απ' τις συλλογικές μάστιγες-επιδημίες του Μεσαίωνα και τον μερικό έλεγχο αυτών περάσαμε στις ατομικές χρόνιες ασθένειες των σύγχρονων βιομηχανικών κοινωνιών ή «ασθένειες του πολιτισμού» και στα προβλήματα υγείας του ολοένα και αυξανόμενου ηλικιακά πληθυσμού. Οι διαφορές ανάμεσά τους είναι: στην πρώτη περίπτωση η ασθένεια αντιμετωπίζεται ως συλλογικό φαινόμενο και η δράση στοχεύει όχι τόσο στην ίαση της ασθένειας όσο στη διαχείριση των προβλημάτων που επιφέρει, ενώ στη δεύτερη περίπτωση οι ασθένειες είναι κυρίως ατομικές, μη μεταδοτικές, με χρόνιο πολυπαραγοντικό χαρακτήρα, και ο αγώνας δεν εστιάζεται μόνο ενάντια στην ασθένεια αλλά σε πολλαπλούς παράγοντες και σε πολλά επίπεδα της κοινωνικής ζωής (Αγραφιώτης Δ., 1997).

Αυτή την εικόνα της νόσου ως ατομικού φαινομένου ήρθε να ανατρέψει στη δεκαετία του '80 η εμφάνιση του AIDS, ως ένα πολύπλοκο πρόβλημα της δημόσιας υγείας με τρομακτικές επιπτώσεις (κοινωνικές - πολιτισμικές-οικονομικές) τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Το HIV/AIDS και η εμφάνιση νέων ασθενειών και παθογόνων, φανέρωσαν τα όρια της αποτελεσματικότητας της ιατρικής και έδειξαν ότι η υγεία και η αρρώστια, εξακολουθούν να παραμένουν οι κυριότερες ίσως πηγές προβληματισμού και ανησυχίας για ολόκληρη την ανθρωπότητα με συνεχή εξέλιξη (Αγραφιώτης και συν., 1997).

Υγεία και κοινωνία στον μεταβαλλόμενο κόσμο του 21^{ου} αιώνα

Η ραγδαία τεχνολογική ιατρική εξέλιξη μαζί με την ανάπτυξη και εξέλιξη νέων ασθενειών αυξάνουν σταθερά τις δαπάνες και τις απαιτήσεις για την υγεία. Ωστόσο, η κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη των χωρών

ανά τον κόσμο δεν είναι ταυτόχρονη και δεν ακολουθεί τα ίδια πρότυπα, με αποτέλεσμα η κατάσταση στο χώρο της υγείας να διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα. Όμως, παρά το γεγονός ότι σε γενικές γραμμές οι τρεις μεγάλες κατηγορίες χωρών (αναπτυγμένες-αναπτυσσόμενες - λιγότερο αναπτυγμένες) παρουσιάζουν μερικά κοινά χαρακτηριστικά τα τελευταία τριάντα χρόνια, ακριβώς λόγω των ανακατατάξεων, παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στη διεθνή σκηνή, οι οποίες φαίνεται ότι θα έχουν επιπτώσεις και στην υγεία των λαών. Η παγκοσμιοποίηση φέρνει σημαντικές αλλαγές τόσο στους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας (ατομικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικό-οικονομικούς), καθώς και στην μετάδοση ασθενειών νέων αλλά και παλαιότερων, για πολλές από τις οποίες δεν υπάρχει θεραπεία, ίαση ή εμβόλιο, αποτελώντας απειλή για την υγεία εκατομμυρίων ανθρώπων (Lee, K., 2000).

Σήμερα η εθνική δημόσια υγεία αποτελεί μια διεθνή πρόκληση, αφού η ασφάλεια και η βεβαιότητα σ' έναν τόσο γρήγορα μεταβαλλόμενο κόσμο μάλλον θεωρείται ουτοπική. Οι ανακατατάξεις (αναπτυξιακή πολιτική, το άνοιγμα των διεθνών αγορών, η πολιτική αστάθεια, η μετανάστευση, οι νέες μορφές φτώχειας και αποκλεισμού, η αστικοποίηση, οι νέες μορφές πολέμου κ.α.) που ήδη έχουν επέλθει και το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης είναι δυνατόν να καταστήσουν τους όρους «κοινωνίες της φτώχειας-κοινωνίες της αφθονίας» λιγότερο σαφείς, καθώς οι υγειονομικές ανισότητες φαίνεται ότι θα ακολουθήσουν μια αυξητική πορεία (Tausch, A., 2016).

ΤΟ «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ» ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΥΡΟΣ

Εδώ και έναν αιώνα, παράλληλα με την επιστημονική ανάπτυξη, η ιατρική γνώρισε μια σημαντική αλλαγή του κοινωνικού της κύρους. Η ιατρική απέκτησε απόλυτη εξουσία πάνω στην ασθένεια καθώς επίσης και το μονοπώλιο της διάγνωσης και της θεραπείας. Αυτή η εξέλιξη συνοδεύτηκε με την κτήση μιας προνομιακής θέσης που κατέχει ακόμα και σήμερα, και οι κοινωνιολόγοι ορίζουν ως κύρος του «επαγγέλματος» (Pescosolido, B., 2013).

Το κύρος του «επαγγέλματος»

Οι κοινωνιολόγοι θεωρούν την ιατρική ως πρότυπο επαγγέλματος. Το επάγγελμα του γιατρού ξεχωρίζει από τις άλλες επαγγελματικές δραστηριότητες λόγω:

- 1) του υψηλού επιπέδου τόσο της γενικής όσο και της εξειδικευμένης ικανότητας και μόρφωσής τους (προσανατολισμός επίτευξης και λειτουργικής εξειδίκευσης)
- 2) του «προσανατολισμού παροχής υπηρεσιών/κοινωνικής προσφοράς» προς τον πληθυσμό που έχει την έννοια ενός «λειτουργήματος»
- 3) οι γιατροί κατέχουν το μονοπώλιο της δραστηριότητά τους, καθώς επίσης έχουν αυτονομία τόσο στην άσκηση όσο και στον έλεγχό τους, που στην ουσία είναι αυτοέλεγχος, βασιζόμενοι στον επαγγελματικό κώδικα ηθικής τους
- 4) τέλος κυριαρχούν στο χώρο της υγείας αφού οι άλλες δραστηριότητες θεωρούνται υποδεέστερες και

υπόκεινται σ' αυτούς (Freidson, E., 1970).

Μερικοί κοινωνιολόγοι θεωρούν ότι η πρόοδος της γνώσης και της εξειδίκευσης, που δημιούργησαν ως συνέπεια την ανάγκη προσφυγής στην ιατρική, νομιμοποιούν το κύρος του «επαγγέλματος». Σύμφωνα με άλλους συγγραφείς, η άνοδος στο κοινωνικό κύρος του επαγγέλματος, αντιπροσωπεύει πάντοτε μια πάλη ανάμεσα σε ανταγωνιστικές ομάδες και αποτελεί μια διεργασία πολιτικής φύσης όπου επεμβαίνει το κράτος (Sarfatti-Larson, M., 1977).

Ο ορισμός της κοινωνικο-επαγγελματικής κατηγορίας δεν είναι μονοδιάστατος. Η ένταξη του ατόμου σε μια κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία καθορίζεται από: τη θέση του στην αγορά εργασίας, το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επίπεδο συμπεριφοράς, τα διάφορα πολιτιστικά χαρακτηριστικά κ.α.

Πάντως, δεν είναι πάντοτε εύκολο να διαχωρίζεται κανείς τις δραστηριότητες στις οποίες αναγνωρίζεται ένα τέτοιο κύρος από τις υπόλοιπες και τα όρια θεωρούνται ακόμα και σήμερα «ρευστά και δυσδιάκριτα» (Collyer F., 2015).

Παράγοντες που επηρέασαν την επαγγελματική άνοδο των γιατρών

Οι μελέτες δείχνουν ότι σε όλες τις δυτικές χώρες η εξέλιξη του επαγγελματικού κύρους των γιατρών υπήρξε πολύπλοκη.

- Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα η κοινωνική θέση των γιατρών δεν είναι ακόμα σταθερή και κοινωνικά απαραίτητη. Υφίστανται πολλούς ανταγωνισμούς από «εμπειρικούς», μαίεις, μοναχές, «υγειονομικούς αξιωματικούς» κ.α.
- Μόνο στα τέλη του 19^{ου} αιώνα για κάποιες χώρες και στις αρχές του 20^{ου} για τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, με τη θέσπιση νόμων αναγνωρίζεται στους γιατρούς το μονοπώλιο της ιατρικής περίθαλψης. Τους δίνει επίσης το δικαίωμα να συγκροτούν επαγγελματικούς συλλόγους, αποκτούν λοιπόν το κοινωνικό κύρος του «επαγγέλματος».
- Η εκβιομηχάνιση της ιατρικής φροντίδας έπαιξε ένα σημαντικό ρόλο αυξάνοντας την ανάγκη για εξειδικευμένες υπηρεσίες και προσέφερε επίσης τα μέσα, καλυτερεύοντας το επίπεδο ζωής του πληθυσμού.
- Ο ρόλος του κράτους είναι καθοριστικός: στα τέλη του περασμένου αιώνα, το ενδιαφέρον του για την υγεία του πληθυσμού, το καθιστά ευάλωτο στις διεκδικήσεις του ιατρικού σώματος, στις οποίες η απόκτηση κύρους είχε πάντα την τάση να προηγείται.
- Τέλος, η συμμαχία ανάμεσα στους υγιεινολόγους και τους πολιτικούς στα τέλη του 20^{ου} αιώνα από την μια αποτέλεσε την κινητήρια δύναμη για την ανάπτυξη των πρώτων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, αλλά από την άλλη οι υγιεινολόγοι πρόβαλαν ιδιαίτερα τον «κοινωνικό ρόλο του γιατρού» (Timmermans, S. and H. Oh, 2010).

Οι σχέσεις γιατρού-ασθενή

Η «επικοινωνία» μεταξύ ασθενών και γιατρών δεν εμπεριέχει μόνο το διαπροσωπικό στοιχείο. Είναι μια σχέση μεταξύ δύο κοινωνικών ομάδων, η οποία εξαρτάται άμεσα από τις διαφορετικές ικανότητες, τα

συμφέροντα, το κύρος και την εξουσία αυτών των ομάδων. Με τη σειρά τους αυτά τα στοιχεία πηγάζουν και καθορίζονται από τις δομικές σχέσεις μιας ολοκληρωμένης κοινωνίας. Είναι μία σχέση που έχει εξελιχθεί στο πέρασμα των χρόνων στις χώρες του δυτικού κόσμου, ξεκινώντας από τον ιατρικό πατριαρχισμό, πέρασε στην αυτονομία του ασθενούς και διένυσε την περίοδο της ιατρικής γραφειοκρατίας, για να καταλήξει σήμερα στην περίοδο της κοινής λήψης αποφάσεων μέσα από μία σχέση σχεδόν φιλική και εμπιστοσύνης (Siegler M., 2011 ; Laín E., P., 1969).

Για το λόγο αυτό οι θεωρίες που διατυπώθηκαν κατά καιρούς για να ερμηνεύσουν αυτές τις σχέσεις, πολλές φορές κατέληξαν να προτείνουν αντικρουόμενα μοντέλα, όπως στο θεωρητικό μοντέλο του Parsons όπου περιγράφεται η σχέση γιατρού-ασθενή ως σχέση κοινής αποδοχής ή ως σχέση σύγκρουσης, ή σύμφωνα με άλλους κοινωνικούς επιστήμονες, η σχέση αυτή εμφανίζεται ως μια μορφή διαπραγμάτευσης που απαντά σε διαφορετικά ιατρικά πλαίσια (Freidson, E., 1970 ; Parsons, T., 1951).

Όλες οι συναντήσεις με το γιατρό δεν γίνονται μόνο με στόχο τη θεραπεία. Ο γιατρός μπορεί μέσω της προσέγγισης και επικοινωνίας του με τον ασθενή να παίξει ένα καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη. Με την όλο και συχνότερη παρέμβαση του γιατρού σε διαφορετικά πεδία της κοινωνικής ζωής, καθώς και με την ανάπτυξη νέων μορφών ιατρικής, η ιατρική αποκτά μια πολυμορφία-πολυπλοκότητα, διαμορφώνοντας τη σχέση γιατρού-ασθενή πιο συνεργάσιμη με κοινά οφέλη.

Ο ρόλος του γιατρού στις νοσοκομειακές μονάδες διαχρονικά

Η συνάντηση των ασθενών και της ιατρικής λαμβάνει χώρα ως επί το πλείστον στις νοσοκομειακές μονάδες. Σήμερα τα νοσοκομεία κατέχουν μια κεντρική θέση στο σύστημα υγείας αλλά και στην οικονομία της χώρας.

Το νοσοκομειακό σύστημα όπως προαναφέρθηκε είναι το προϊόν μιας μακράς ιστορίας. Στο Μεσαίωνα οι γιατροί απουσίαζαν σχεδόν παντελώς και το βασικό μέσο ίασης περιοριζόταν στη διατροφή του ασθενούς. Η ευεργεσία συμβαδίζει με τον κοινωνικό έλεγχο. Μόνο κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα το νοσοκομείο, το οποίο χάρη στην ανάπτυξη της ιατρικής, της επιστήμης και της τεχνολογίας, έχει αποβεί χώρος εξειδικευμένης περίθαλψης, ανοίγει τις πόρτες σε όλους. Η ίδρυση πανεπιστημιακών νοσοκομειακών κέντρων και η θεσμοθέτηση του νοσοκομειακού γιατρού, θα ολοκληρώσει την εξέλιξη αυτή και θα δώσει στα μεγάλα νοσοκομεία την όψη που γνωρίζουμε σήμερα (Weiner, D. B. and M. J. Sauter, 2003).

Η «εξουσία» του ιατρικού σώματος στο νοσοκομείο

Το σύγχρονο δημόσιο νοσοκομείο είναι ο τόπος σύγκρουσης δύο λογικών γραμμών: της επιστημονικής και τεχνικής λογικής του ιατρικού σώματος και της ορθολογιστικής που χαρακτηρίζει το κράτος και που ενσαρκώνεται σε τοπικό επίπεδο από την νοσοκομειακή διοίκηση. Ο νοσοκομειακός γιατρός θέλει να περιθάλπτει τον καθένα από τους ασθενείς του και να συμβάλλει στην πρόοδο της επιστήμης αλλά

ακόμα, πρέπει να υπολογίζει τους οικονομικούς περιορισμούς και να είναι τόσο «μάντζερ» όσο και «δημόσιος λειτουργός». Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η συμμετοχή των κλινικών ιατρών σε διοικητικές θέσεις ή η συμμετοχή τους σε καίριες διοικητικές αποφάσεις, βελτιώνουν την ποιότητα της περίθαλψης μέσω της εφαρμογής συστημάτων ποιότητας και άλλων διοικητικών εργαλείων (Sunol, R. et al., 2015).

Παρόλο που η περίθαλψη συνδέεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών και με οργανωτικούς παράγοντες, δεν πρέπει να συγχέεται με τη σχέση γιατρού-ασθενούς γιατί:

- η περίθαλψη δεν ασκείται πάνω σε άψυχα υλικά αλλά σε ανθρώπινα όντα
- η περίθαλψη υιοθετεί πλέον διάφορες μορφές, αξιολογούμενες από το πόσο η εκάστοτε παρέμβαση ανήκει στο γιατρό, στο νοσηλευτικό ή βοηθητικό προσωπικό, στα πλαίσια του ευρύτερου επαγγελματία υγείας
- η ίδια η ιατρική εργασίας στις πιο τεχνικές πλευρές της σημαδεύεται συχνά από υψηλό βαθμό αβεβαιότητας και ένα προβληματικό χαρακτήρα.

Το κύρος των επαγγελματιών υγείας μέσα στο νοσοκομείο.

Το νοσοκομείο είναι ένας χώρος όπου αυτή η ξεχωριστή διάκριση εργασίας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Το κύρος των επαγγελματιών είναι το αποτέλεσμα μιας «ηθικής διάκρισης της εργασίας», με μία ιεραρχία όπου οι λιγότερο ευγενείς εργασίες ανατίθενται στους κατώτερους υπαλλήλους με την χαμηλότερη εκπαίδευση, εξειδίκευση και σε κάποιες περιπτώσεις εμπειρία.

Στο παρελθόν η ανάθεση εργασιών πήγαινε από το γιατρό στους νοσηλευτές και από εκεί στο βοηθητικό προσωπικό (Kenny, D. and B. Adamson, 1992). Έτσι, δημιουργούνταν νέοι ρόλοι στο κατώτερο μέρος της ιεραρχίας για την ανάληψη των εργασιών που έχουν αφήσει κατά μέρος όσα άτομα γνωρίζουν μια επαγγελματική εξέλιξη.

Σήμερα όμως η αυξημένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και η επιστημονική τους αυτονομία στο νοσοκομείο, στα πλαίσια της επαγγελματικής τους ανάπτυξης και διεύρυνσης, φαίνεται να δημιουργεί προβλήματα στον επαγγελματισμό των ιατρών (Σαράφης Π.κ.α., 2010 ; Bolton, S. C., 2003).

Η ΙΑΤΡΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ ΚΑΙ Η ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΥΡΙΑΡΧΙΑΣ

Η ιατροκεντρική διάσταση της κοινωνίας σήμερα

Στις αναπτυγμένες πλέον χώρες, ένας άρρωστος, είναι ένας «θεραπευόμενος»: η διάγνωση, οι ιατρικές συνταγές, οι ιατρικές εξετάσεις και οι θεραπείες στις οποίες υπόκειται ο ασθενής, καθορίζουν την ίαση αλλά επίσης ρυθμίζουν και δομούν την εικόνα και την εμπειρία της ασθένειας. Η κοινωνία στο σύνολο της χαρακτηρίζεται απ' αυτήν την ιατροκεντρική διάσταση, η οποία και επιβεβαιώνεται με την αύξηση, εδώ και ένα αιώνα, του αριθμού των γιατρών. Συγχρόνως, χάρη σε αυτή την ανάπτυξη μιας προσφοράς εξειδικευμένων υπηρεσιών, ο όγκος της κατανάλωσης και των

ιατρικών εξόδων αυξάνει συνεχώς. Η υγεία αποτελεί σήμερα ένα από τους βασικούς τομείς δραστηριότητας των ανεπτυγμένων χωρών και το δημόσιο νοσοκομείο εξελίχθηκε σε πρότυπο θεσμό των σύγχρονων κοινωνιών.

Η ιατροκεντρική κοινωνία του περασμένου αιώνα, έχει άμεση σχέση με την ανάπτυξη των νόμων περί κοινωνικής προστασίας, διαχείρισης της ασθένειας και ενδυνάμωσης των ιατρών και των μοντέλων φροντίδας. Οι γιατροί πλέον εκτελούν ένα σημαντικό έργο εκλαΐκευσης-ενημέρωσης σε βασικές έννοιες υγιεινής και η εκπαίδευση και η υγεία αποτελούν τα δύο βασικά δημόσια ζητήματα της εποχής. Στον 21^ο αιώνα, η έννοια της ιατροκεντρικής κοινωνίας αντανακλά το γεγονός ότι το «ιατρικό μοντέλο» κυριάρχησε στον ορισμό και τη διευθέτηση πολλών σύγχρονων δημόσιων προβλημάτων (αλκοολισμός-ομοφυλοφιλία). Επίσης, σημαντικά κοινωνικά αποτελέσματα της τεχνολογικής ανάπτυξης της ιατρικής (τεχνητή αναπαραγωγή) επιδρούν σημαντικά πάνω στις κοινωνικές σχέσεις. Οι ιατρικές γνώσεις απέκτησαν κανονιστική αξία σε σχέση προς όλο και περισσότερους τομείς της ατομικής και συλλογικής ζωής, οι οποίοι ορίζονται και αξιολογούνται υπό ιατρικούς όρους, πολλές φορές εις βάρος απαραίτητων κοινωνικών, κοινοτικών και πολιτικών δράσεων (Clark, J., 2014).

Τα αίτια της κρίσης της επαγγελματικής κυριαρχίας της ιατρικής στη σύγχρονη κοινωνία

Κατά την διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, οι παραπάνω εξελίξεις προκάλεσαν κάποιες δυσχέρειες, οι οποίες θέτουν σε αμφισβήτηση τις υπάρχουσες μορφές άσκησης της ιατρικής και μερικές φορές κλονίζουν τη νομιμότητά της. Η ίδια η επιτυχία της αρχίζει να προβληματίζει. Τα αίτια ήταν:

- Η υπέρμετρη και συνεχής αύξηση των δαπανών για την υγεία, αποτελεί πολυσυζητημένο θέμα και αποτελεί απειλή για το μέλλον του κράτους πρόνοιας.
- Το αυξημένο επίπεδο εκπαίδευσης και ενημέρωσης των «θεραπευόμενων» και η ιατρική ορολογία έχουν απομυθοποιήσει το ιατρικό επάγγελμα.
- Η ανάπτυξη της φαρμακοβιομηχανίας, η ιδιωτικοποίηση, καθώς και η οικονομική και πολιτική δύναμη εταιριών που εμπορεύονται τα μέσα για την παροχή φροντίδας και θεραπείας, απομάκρυνε τον ιατρό από το «λειτούργημα» και τον έκανε πιο θνητό απέναντι στα επαγγελματικά οικονομικά οφέλη.
- Απέναντι στον ολοένα και αυξανόμενο πληθυσμό και στις σύγχρονες χρόνιες παθήσεις ή στην εμφάνιση νέων επιδημιών (π.χ. AIDS), ο ρόλος του ιατρού δεν είναι τόσο κυρίαρχος και απαιτεί την συλλογική προσπάθεια πολλών επαγγελματιών στα πλαίσια της διεπιστημονικής υγειονομικής φροντίδας. Συνεπώς, ο θεράπωντας γιατρός έρχεται αντιμέτωπος με ένα πολύπλοκότερο σύστημα υγείας, λόγω των πολλών ειδικοτήτων και του αυξανόμενου αριθμού των ασθενών.
- Ο γενικός κυρίως γιατρός έχει συχνά την αίσθηση ότι έχει χάσει τον έλεγχο του πεδίου άσκησης του επαγγέλματός του, περιοριζόμενος στη

συνταγογράφηση και στην παραπομπή του ασθενούς σε άλλες υπηρεσίες.

- Ο ασθενής, ενώ δεν υπήρξε ποτέ αντικείμενο τόσο πολλών ιατρικών φροντίδων, εντούτοις η έλλειψη ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα, η έλλειψη εμπιστοσύνης στο ιατρικό επάγγελμα και των συμφερόντων που το διέπουν, έχουν αυξηθεί και εκφράζονται περισσότερο ανοιχτά.

Συμπερασματικά, η ιατροκεντρική κοινωνία, κύριο χαρακτηριστικό της σύγχρονης εποχής δείχνει να περνά μια κρίση, τα αίτια της οποίας είναι ποικίλα και έχουν αντίκτυπο τόσο στο ιατρικό σύστημα και στη σχέση ιατρού-ασθενή, όσο και στην ίδια τη δομή της κοινωνίας, της οποίας μια καίρια συνιστώσα αποτελεί η υγεία.

ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Η κοινωνιολογία της ασθένειας και της ιατρικής έδειξε φανερά την άνοδο του ρόλου της ιατρικής στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Η άνοδος της ιατρικής και οι επιτυχίες της απεικονίζουν την πρόοδο προς την εκκοσμίκευση και την ορθολογικοποίηση των σύγχρονων κοινωνιών.

Σήμερα όμως, η επαγγελματική κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος βρίσκεται σε ύφεση γιατί η καθαρά ιατρική και τεχνολογική προοπτική εμφανίζεται πολύ περιοριστική. Η εμφάνιση μίας ασθένειας, δεν δεσμεύει μόνο τον ιατρικό θεσμό αλλά μια σειρά πολύπλοκων κοινωνικών δομών που έχουν διαμορφωθεί και εξελιχθεί παράλληλα με την ιατρική, όπως αυτών της παροχής φροντίδας, καθώς και δυναμικών που ανήκουν στην οικογενειακή ή την επαγγελματική σφαίρα.

Επίσης, η ιατρική προοπτική είναι πολύ περιορισμένη στο μέτρο που παρ' όλες τις σημαντικές οικονομικές επενδύσεις, η ιατρική αυτή καθεαυτή δεν φέρνει ή διαφυλάσσει πάντοτε την υγεία. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ένα κοινωνικό και ψυχολογικό κόστος τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους θεραπευόμενους.

Είναι κατανοητό λοιπόν ότι οι σχέσεις του ατόμου με την ιατρική και διαμέσου αυτής με την επιστήμη, την τεχνολογία, την εξειδίκευση, την πολιτική λήψη αποφάσεων, εμφανίζονται ως υποδειγματικές μιας συγκρουσιακής σχέσης προς την κοινωνία. Στις σύγχρονες κοινωνίες της οικονομικής κρίσης που διανύουμε υπό το πρίσμα του στενού ελέγχου και του περιορισμού των υγειονομικών πόρων και δαπανών, μόνο η ισότιμη συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας μπορεί να παρέχει ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα.

Παραδόξως, η ανάπτυξη της ιατρικής δεν κατάργησε στην πραγματικότητα τον ρόλο της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος στην περίθαλψη της ασθένειας. Παράλληλα η κυριαρχία της επιστήμης έρχεται αντιμέτωπη με τους περιορισμούς που της θέτουν τα αξιολογικά συστήματα και τα πολιτιστικά πρότυπα, καθώς και η ατομική εμπειρία και οι κανόνες που θεσπίζονται από την πολιτική εξουσία. Η μείζονος πρόκληση ωστόσο βρίσκεται στο μέλλον, καθώς στα επόμενα χρόνια θα πρέπει να γίνει μια προσπάθεια εξισορρόπησης της υπεράσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών, με την επιτακτική υποχρέωση χρήσης των υγειονομικών πόρων με σύνεση,

αποτελεσματικότητα και δικαιοσύνη και αυτό είναι ένα «βάρος» συλλογικό που οι ιατροί δεν μπορούν να σηκώσουν μόνοι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσσα

ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ Δ., Υγεία και αρρώστια. Κοινωνικό-πολιτιστικές διαστάσεις, εκδ. Λίτσας, Αθήνα, 1988.

ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ Δ., ΚΑΙ ΣΥΝ., AIDS. Η εγκάρσια σκιά εκδ. Υφιλον, Αθήνα, 1997

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΚΑΙ ΣΥΝ., Υγεία και κοινωνική προστασία στην τρίτη ηλικία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1993.

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, Παγκόσμια Στρατηγική για « Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000», Γενεύη, 1981.

ΣΑΡΑΦΗΣ Π., ΚΑΙ ΣΥΝ., Ο διακριτός ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο μάντζμεντ του νοσοκομείου. Interscientific Health Care (2010) Τόμος 2, Τεύχος4, 148-154)

Ξενόγλωσσα

AMZAT J., R. O. 2014. Health, Disease, and Illness as Conceptual Tools. Health, Disease, and Illness as Conceptual Tools. Medical Sociology in Africa.: Cham.

ANDREWS, J. 2011. History of Medicine: Health, Medicine and Disease in the Eighteenth Century. Br J 18th Cent Stud, 34, 503-515.

BECKER D.M. 1988. History of Preventive Medicine. . Prevention in Clinical Practice. Springer, Boston, MA

BOLTON S. C., 2003. Multiple roles? Nurses as managers in the NHS, International Journal of Public Sector Management, 16 (2), pp. 122 – 130.

CLARK, J. 2014. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Glob Health Action*, 7, 23998.

COHN, S. K. Oxford University Press. 2003. *The Black Death Transformed: Disease and Culture in Early Renaissance Europe.* , New York, Oxford University Press.

COLLYER F. PALGRAVE MACMILLAN 2015. *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, UK, PALGRAVE MACMILLAN.

CONRAD, P. & BARKER, K. K. 2010. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J Health Soc Behav*, 51 Suppl, S67-79.

FREIDSON, E. Atherton Press 1970. *Professional dominance: The social structure of medical care.*, New York, Atherton Press.

GERAGHTY, K. E. & WYNIA, M. 2000a. Advocacy and community: the social roles of physicians in the last 1000 years. Part I. *MedGenMed*, 2, E29.

GERAGHTY, K. E. & WYNIA, M. 2000b. Advocacy and community: the social roles of physicians in the last 1000 years. Part II. *MedGenMed*, E28.

GERAGHTY, K. E. & WYNIA, M. 2000c. Advocacy and community: the social roles of physicians in the last 1000 years. Part III. *MedGenMed*, E27.

GREENLAND, S. 2005. Epidemiologic measures and policy formulation: lessons from potential outcomes. *Emerg Themes Epidemiol*, 2, 5.

HUBER, M., KNOTTNERUS, J. A., GREEN, L., VAN DER HORST, H., JADAD, A. R., KROMHOUT, D., LEONARD, B., LORIG, K., LOUREIRO, M. I., VAN DER MEER, J. W., SCHNABEL, P., SMITH, R., VAN WEEL, C. & SMID, H. 2011. How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.

KABA, R. & SOORIAKUMARAN, P. 2007. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*, 5, 57-65.

KENNY, D. & ADAMSON, B. 1992. Medicine and the health professions: issues of dominance, autonomy and authority. *Aust Health Rev*, 15, 319-34.

- LAÍN E., P. McGraw-Hill 1969. *Doctor and patient.*, New York, McGraw-Hill.
- LEE, K. 2000. The impact of globalization on public health: implications for the UK Faculty of Public Health Medicine. *J Public Health Med*, 22, 253-62.
- PARSONS, T. 1951. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *Am J Orthopsychiatry*, 21, 452-60.
- PARSONS, T. 1975. The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 53, 257-78.
- PESCOSOLIDO, B. 2013. Theories and the Rise and Fall of the Medical Profession. In: COCKERHAM, W. C. (ed.) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_9
https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-94-007-6193-3_9
- SARFATTI-LARSON, M. University of California Press 1977. *The rise of professionalism*, Berkeley, CA, University of California Press.
- SIEGLER M. 2011. The Three Ages of Medicine and the Doctor Patient Relationship. *Monographs of the Víctor Grifols i Lucas Foundation*, 26.
- SOMMERFELD, J. 2003. Plagues and peoples revisited. Basic and strategic research for infectious disease control at the interface in the life, health and social sciences. *EMBO Rep*, 4 Spec No, S32-4.
- SUNOL, R., WAGNER, C., ARAH, O. A., KRISTENSEN, S., PFAFF, H., KLAZINGA, N., THOMPSON, C. A., WANG, A., DERSARKISSIAN, M., BARTELS, P., MICHEL, P., GROENE, O. & CONSORTIUM, D. U. P. 2015. Implementation of Departmental Quality Strategies Is Positively Associated with Clinical Practice: Results of a Multicenter Study in 73 Hospitals in 7 European Countries. *PLoS One*, 10, e0141157.
- TAUSCH, A. 2016. Is globalization really good for public health? *Int J Health Plann Manage*, 31, 511-536.
- TEMPLE, L. K., MCLEOD, R. S., GALLINGER, S. & WRIGHT, J. G. 2001. Essays on science and society. Defining disease in the genomics era. *Science*, 293, 807-8.
- THOMPSON, W. S. 1929. Population. *American Journal of Sociology*, 34, 959-975.
- TIMMERMANS, S. & OH, H. 2010. The continued social transformation of the medical profession. *J Health Soc Behav*, 51 Suppl, S94-106.
- WEATHERALL, D., GREENWOOD, B., CHEE, H. L. & WASI, P. 2006. Science and Technology for Disease Control: Past, Present, and Future. In: JAMISON, D. T., BREMAN, J. G., MEASHAM, A. R., ALLEYNE, G., CLAESON, M., EVANS, D. B., JHA, P., MILLS, A. & MUSGROVE, P. (eds.) *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed., Washington (DC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21250320>
- WEINER, D. B. & SAUTER, M. J. 2003. The city of Paris and the rise of clinical medicine. *Osiris*, 18, 23-42.