

Αιτίες, επιπτώσεις και κοινωνικό παράδειγμα ιατρικοποίησης

Medicalization: Causes, Consequences and a social reality

Author: Ανδρέου Χρίστος

RGN, BSc(Hons), Dipl. Nur. Adm. MSc Candidate

Περίληψη

Η ιατρικοποίηση αναφέρεται στην επέκταση της ρυθμιστικής ιατρικής παρέμβασης σε εμπειρίες και συμπεριφορές, κοινωνικής παρά βιολογικής διάστασης. Η αιτιολογία προσδιορίζεται στις ιδιοτυπίες της ιατρικής για άσκηση κοινωνικού ελέγχου. Η ιατρική κυριαρχία θεμελιώνεται στο βιοϊατρικό υπόδειγμα, υποστυλώνεται στη μονοπωλιακή αυθεντικότητα επιστημονικής γνώσης και χαρισματική ισχύ του «ειδικού». Η βιοτεχνολογική εξέλιξη και ιατρική αυτονομία στοιχειοθετούν επιπλέον αιτιολογικά ερείσματα, αναδεικνύοντας κοινωνική εξάρτηση. Οι θεσμικές πράξεις και κοινωνικές διεργασίες διέπονται από ιατρικά σταθμόμετρα, ενώ συνάμα διαπιστώνεται ότι η ιατρικοποίηση αποτελεί προϊόν, συντηρείται και ενισχύεται από την κοινωνία.

Οι επιπτώσεις αποκαλύπτονται σε εύρος αρνητικών επισημάνσεων, ενώ η αποφεύξιμη θνησιμότητα και η ανακατασκευή κοινωνικών προτύπων αντιπροσωπεύουν θετικές στοιχειοθετήσεις. Τα οφέλη αναγνωρίζονται συμβολικά, αφού η ιατρική ανακατασκευή κοινωνικών προτύπων ακυρώνει ή προκαλεί κοινωνικό στίγμα και «κοινωνική ιατρογένεση». Η επέκταση της επεμβατικής, φαρμακευτικής και βιοτεχνολογικής ιατρικής παρέμβασης τεκμηριώνουν συνθήκες «κλινικής ιατρογένεσης», ενώ η απαλοτρίωση της αυτοδιάθεσης στην υγεία προβάλλει επιπτώσεις «πολιτισμικής ιατρογένεσης». Παράλληλα, επισημαίνεται ότι η κεντρική ιατρική θέση στο υγειονομικό σύστημα εκφράζεται σε επαγγελματικές στρατηγικές, οικονομικές επιδιώξεις, θεραπευτική αποκλειστικότητα και εξουσία έναντι άλλων επαγγελματιών. Η συνάρτηση οικοδομεί οργανωσιακές συγκρούσεις, προκλητή ζήτηση και απειλεί την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος και υπονομεύει την πρωτοβάθμια φροντίδα. Η θετικοποίηση των αρνητικών διαπιστώνεται στην πολιτικό-κοινωνική βούληση για υγειονομικές μεταρρυθμίσεις και υιοθέτηση αντίμετρων ιατρικοποίησης.

Η μητρότητα περιγράφεται ως παραδειγματική μεταφορά και τεκμηρίωση του θεωρητικού πλαισίου της ιατρικοποίησης στην κοινωνική ζωή. Η μελέτη συμπεραίνει ρευστά και δυσδιάκριτα όρια μεταξύ ορισμού, αιτιολογίας και επιπτώσεων της ιατρικοποίησης.

Abstract

Medicalization defined as the process through which aspects of life previously outside the jurisdiction of medical profession, such as personal experiences and behaviors, come to be construed as medical problems. It is seemed as a potential factor of social transformation by which purely non-medical problems are defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders.

Causes are specified throughout the aspects of social control made by the socio-economic characteristics of the medical profession such as the sovereignty of biomedicine paradigm in national health systems, the monarchy of medicine among health care professionals, the medical autonomy in health management structures, the authenticity of medical scientific knowledge, the convincement of the specialist scientist, the power of biomedicine on diagnosis and treatment. Medicine controls society by conceptual, institutional and interactional alternatives.

Medicalization consequences are clarified on positive and negative socio-economic outcomes. In a positive point of view medicalization improves capabilities for avoidable mortality and assists

the reengineering of social norms on health matters. However, the reengineering of social order is converted in the negative terms of "social iatrogenesis", "cultural iatrogenesis" and "clinical iatrogenesis". Medicalization is believed that causes organizational conflicts amongst health care professionals in health systems and undermines primary health care. Furthermore, it is argued that medicalization is a potential reason for induced demand of health services and the economic inefficiency of health systems.

Motherhood is a healthy experience of human life and consequently consist a social phenomenon. However, it is recognized a social reality of medicalization.

1. Εισαγωγή

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας και ασθένειας χαρακτηρίζονται από την αέναη προσπάθεια της ανθρώπινης πνευματικότητας στην αναζήτηση εκλογικευμένης ερμηνείας βιωματικών εμπειριών, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Αρχικά, το ανεξήγητο αποδίδεται σε δεισιδαιμονίες, η υγεία ταυτίζεται με εύνοια υπερφυσικών δυνάμεων, ενώ η ασθένεια εκλαμβάνεται ως «κακό» και τιμωρία. Η τάση διαμόρφωσης νοημάτων, συμβολικών διεργασιών και συλλογικών πρακτικών παρατηρείται παγκόσμια (Μάντη, 1999:19) και διαχρονικά προσανατολίζει ανάπτυξη κοινωνικών μηχανισμών προστασίας ή/και αντιμετώπισης της ασθένειας. Ο ρόλος του ερμηνευτή φαινομένων και μεσολαβητή μεταξύ κοινωνίας, υγείας και ασθένειας μεταβάλλεται διαμέσου αιώνων, σκιαγραφώντας σπείρα διαδοχικής ανταλλαγής σκυτάλης μεταξύ φυσιοκρατίας, μαγείας, θρησκείας και ιατρικής.

Ο μεσαίωνας καταδεικνύει ασθένειες ομαδικού χαρακτήρα, θρησκευτικό δόγματισμό και ιατρική περιορισμένου επαγγελματικού κύρους, μηδαμινής αρμοδιότητας βιολογικών παρεμβάσεων και ανύπαρκτου βραχίονα κοινωνικής επιρροής (Adam & Herzlich, 1999:30). Αντίθετα, η σύγχρονη κοινωνική σύζευξη υγείας και ασθένειας απαγκιστρώνεται από τις ιστορικές καταβολές. Το συλλογικό πλαίσιο της υγείας και η εξατομίκευση της ασθένειας οικοδομούν συνακόλουθους κοινωνικούς ρόλους και σχέσεις με κεντρικό συντελεστή την ιατρική (Τούντας, 2004:29). Ωστόσο, η ιατρική κεντρικότητα προεκτείνει όρια κοινωνικού ελέγχου σε αντικειμενικά ή υποκειμενικά παρεκκλίνουσες συμπεριφορές,

ευνοώντας συνθήκες ιατροκοποίησης της κοινωνικής καθημερινότητας. Η κοινωνιολογική σφαίρα αναγνωρίζει την ιατροκοποίηση ως διαδικασία νομιμοποιημένης επέκτασης της ρυθμιστικής ιατρικής παρέμβασης σε εμπειρίες ιδιωτικής φύσης και συμπεριφορές, με κοινωνική παρά βιολογική διάσταση (Οικονόμου, 2005:38).

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί διερεύνηση αιτιών και επιπτώσεων της ιατροκοποίησης. Η αιτιολογία αποκαλύπτεται μεταξύ ευνοϊκών παραγόντων του ιατρικού επαγγέλματος, ενώ οι επιπτώσεις αποκαλύπτονται στο πρίσμα της ευρύτερης κοινωνίας και του υγειονομικού συστήματος. Η συζήτηση εξαντλείται με ενδεικτική αναφορά στη μητρότητα ως παράδειγμα τεκμηρίωσης της κοινωνικής ιατροκοποίησης.

2. Αιτίες ιατροκοποίησης

2.1 Κυριαρχία ιατρικού σώματος

Η μονοπωλιακή αυθεντικότητα της προωθημένης γνώσης και η χαρισματική ισχύς του «ειδικού» ενέχονται πολυσχιδούς ιατρικής κυριαρχίας στο σύγχρονο κοινωνικό πεδίο. Αρχικά, η υπόθεση θεμελιώνεται στη γενικότερη αντιληπτική αφομοίωση του βιοϊατρικού μοντέλου, όπου η υγεία θεωρείται απουσία νόσου ή αναπηρίας ενώ η αρρώστια λειτουργική διαταραχή ανιχνεύσιμης αιτιολογίας και επισκευάσιμης μηχανιστικής βλάβης (Σαρρής, 2001:70).

Επομένως, η άλλοτε φυσιοκρατία μεταβάλλεται σε αναγωγικό υλισμό, προσφέροντας νόμιμο έδαφος για ιατρική αρμοδιότητα επιστημονικών αφηγήσεων και δικαιοδοσία ιατρικής ετυμολογίας στον

προσδιορισμό ή επαναπροσδιορισμό λειτουργικών ή υπαρξιακών διαταραχών. Η ασθένεια ξεφεύγει του ανεξήγητου, καθορίζεται αποκλειστικά στη σωματική πραγματικότητα, αναγνωρίζεται με αντικειμενικές μετρήσεις και αντιμετωπίζεται με συγκεκριμένες παρεμβάσεις, σε ιατρικό πλαίσιο (Adam & Herzlich, 1999:11). Επομένως, ο ιατρικός κώδικας μετουσιώνεται σε κανονιστική αξία της ασθένειας και αφομοιώνεται στο κοινωνικό.

Ο Davis (2006:53) σηματοδοτεί τον ιατρικό κώδικα στη δυναμική της ιατρο-ποίησης σε εννοιολογικό-(conceptual) επίπεδο και επεκτείνεται στο θεσμικό-(interactional) και διαντιδραστικό-(interactional) πεδίο μεταξύ ιατρού-ασθενή. Οι μονάδες υπηρεσιών υγείας έχουν καταστεί κοινωνικοί θεσμοί, υιοθετούν λειτουργικές προσεγγίσεις βιοϊατρικού μοντέλου και θεωρούνται κατεξοχήν ιατρικό «άντρο» (Risse, 2000:354), εκτείνουν ιατρικό παρεμβατισμό σε κοινωνικά φαινόμενα όπως γέννηση, γήρας και θάνατος (Αλεξιάς, 2006:68). Η πατρότητα του γνωσιολογικού πλαισίου και κηδεμονία του επικοινωνιακού κώδικα στη διαμόρφωση κοινωνικών νοηματοδοτήσεων και πρακτικών, ενδεχομένως οικοδομεί αιτιολογική βάση της ιατροποίησης θεμάτων υγείας και ασθένειας, στο μακρο-επίπεδο. Ωστόσο, η ουσιαστική αιτιολογική βαρύτητα αναγνωρίζεται σε μικρό-επίπεδο δυαδικής σχέσης μεταξύ ιατρού-ασθενή.

Ο Οικονόμου (2005:39) επισημαίνει ότι η διαντίδραση εμπεριέχει την καθαυτή διαδικασία διάγνωσης και θεραπείας. Η ιατρική κυριαρχία της εξειδικευμένης γνώσης δεσπάζει της σχέσης, ενώ ο ασθενής τηρεί άγνοια ή ημιμάθεια της διαδικασίας (Blumenthal, 2002:528), άρα συνθηκολογεί και προφανώς, καθίσταται πλειοδότης πληροφοριών ιδιωτικής φύσεως, βιολογικού και κοινωνικού χαρακτήρα, που αφομοιώνονται στη διαδικασία. Αυτόματα, ο ιατρός αποκτά αδιαπραγμάτευτη δικαιοδοσία διαχείρισης πληροφοριών και αθόρυβης ελευθερίας παρεμβατισμού σε βιολογικές και κοινωνικές πτυχές, με επαγγελματικές προφάσεις βελτιστοποίησης

διαγνωστικών και θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Η παρούσα αιτιολογική πτυχή αποκαλύπτεται σε ιατρική τάση αναγωγής υπαρξιακών προβλημάτων ως ιατρικά ζητήματα, μέσα από την επεξεργασία πληροφοριών (Furedi, 2006:14).

Επιπροσθέτως, διαπιστώνεται ότι παρόλο που η ιατροποίηση θεμελιώνεται και ευνοείται από ιατρικούς παράγοντες, ταυτόχρονα, αποτελεί προϊόν, συντηρείται και ενισχύεται από την καθαυτή κοινωνία (Οικονόμου, 2005:30). Ο Helman (1997:109) υποστηρίζει ότι ο αιφνίδιος και εξατομικευμένος χαρακτήρας της ασθένειας συνηγορεί αβεβαιότητα, ψυχολογική ένταση και κοινωνική παρέκκλιση με οικογενειακές και επαγγελματικές προεκτάσεις. Η αδημονία αναζήτησης βοήθειας και αποκατάστασης της σωματο-κοινωνικής λειτουργικότητας, πιθανολογούν στοιχεία κοινωνικής εξάρτησης έναντι ιατρικού σώματος. Η αδημονία ουσιαστικά αντικατοπτρίζει την ατομική αναγκαιότητα και κοινωνική αξίωση για αποκωδικοποίηση και ερμηνεία της ασθένειας. Συνεπώς, ο ιατρός υποδύεται διακριτούς κοινωνικούς ρόλους ως μειοδότης αβεβαιότητας, μεσολαβητής ακύρωσης παρεκκλίσεων και απομυθοποιητής του υποκειμενικού πλαισίου της ασθένειας (Adam & Herzlich, 1999:97). Η ασθένεια καθίσταται κοινωνικά προκαθορισμένη και συσχετίζεται με δυσάρεστες αντιλήψεις, ενώ η ιατρική διαδραματίζει ρόλο καταλύτη και οριοθέτη του φαινομένου.

Ωστόσο, κοινωνική εμπιστοσύνη είτε στην ιατρική αυθεντία, είτε στην βιοϊατρική τεχνολογία αποτελούν όψεις ιδίου νομίσματος (Οικονόμου, 2005:40). Η βιοτεχνολογική ιδεολογία αναζωογονεί την ιατρική ηγεμονία, επεκτείνει τερματικά όρια μεγάλων αφηγήσεων και αναδεικνύει καινοφανείς δεσμούς κοινωνικής εξάρτησης (File, 2004:1277). Η κοινωνική εξάρτηση στην ιατρική αποκλειστικότητα της διαγνωστικής και θεραπευτικής παρέμβασης αποτυπώνεται με αυτόματη προβληματοποίηση της ανθρώπινης υπόστασης (Αλεξιάς, 2006:66). Η θετική συνάρτηση μεταξύ κοινωνικής εμπιστοσύνης και

τεχνολογικής αναβάθμισης της σύγχρονης ιατρικής καθιστά ορατά βιολογικά φαινόμενα και ευκολότερα προσβάσιμα κοινωνικά φαινόμενα. Επομένως, πιστεύεται ότι οι αδυναμίες της ανθρώπινης βιολογίας αποτελούν ιατρικό δούρειο ίππο στην καθημερινή (παθο)-φυσιολογία της ανθρώπινης κοινωνίας.

2.2 Αυτονομία ιατρικού σώματος

Η παρεμβατική πρωτοκαθεδρία ιατρικού λόγου και πρακτικής στο κοινωνικό της υγείας ενδεχομένως να τύγχανε περιορισμών χωρίς την υφιστάμενη αυτονομία. Οι Adam & Herzlich (1999:33) τεκμηριώνουν ότι η ιατρική πρωτοκαθεδρία οφείλεται σε επιτυχημένη πειθώ, κράτους και κοινωνίας, για την αναντικατάστατη μοναδικότητα των ιατρικών υπηρεσιών και σε ανταγωνιστική καθήλωση λοιπών επαγγελματικών δυνάμεων. Εξάλλου, το ιατρικό σώμα θεωρείται πολιτικά και κοινωνικά οργανωμένο, εξασφαλίζοντας αυτονομία εκπαίδευσης και άσκησης επαγγέλματος, καθώς και αποκλειστικό προνόμιο κοινωνικού εκπροσώπου για ρύθμιση ζητημάτων οικείου ενδιαφέροντος (Οικονόμου, 2005:47). Ωστόσο, η προγενέστερη συζήτηση στοιχειοθετεί χωροκατακτητικές προθέσεις ιατρικού ενδιαφέροντος σε πεδία κοινωνικού ελέγχου πέραν του βιολογικού. Η αιτιολογική υπόθεση της αυτονομίας προφανώς συσχετίζει την ιατρική αρμοδιότητα στο διαδικαστικό περιεχόμενο υγείας και ασθένειας, με πολιτικόκοινωνική συμμετοχή οικοδόμησης ιατρικού θεματοφύλακα για εκπόνηση και αυθυποβολή θεσμικών και κοινωνικών κανόνων διαδικαστικής διεξαγωγής. Οι θεσμικές πράξεις και συνακόλουθες κοινωνικές διεργασίες υγείας διέπονται από ιατρικά σταθμόμετρα.

Ως εκ τούτου, η κοινωνική αντίληψη της ιατρικής αυτονομίας υποκινεί δημιουργία φορέων αντιπροσώπευσης/ομαδοποίησης ατόμων με βιολογικές ή υπαρξιακές παρεκκλίσεις (Horwitz, 1980:752), ως προϊόν, είτε ιατρικής πρωτοβουλίας, είτε κοινωνικών πιέσεων για ιατρική αναγνώριση ταυτότητας (Furedi, 2006:15). Οι φορείς

τηρούν προσχήματα κοινωνικού συμφέροντος ενώ εξυπηρετούν ιατρικά ενδιαφέροντα (Hurst, 2000:1087) και ασκούν επιρροή κοινωνικής και υγειονομικής πολιτικής (Nettleton, 2002:144). Η Hail (2005:189) υποστηρίζει ότι η νοοτροπία του ιατρικού παρεμβατισμού στο κοινωνικό και υγειονομικό πλαίσιο θεμελιώνεται σε ιδιότυπες αξίες, πεποιθήσεις και συμπεριφορικές νόρμες που γαλουχούνται στην εκπαίδευση και ενεργοποιούνται στην άσκηση της ιατρικής. Η ναρκισσιστική ιατρική υποκουλούρα της επαγγελματικής αυτονομίας, γνωσιολογικής κυριαρχίας, εξειδικευμένης αυθεντίας και θεσμικής ρύθμισης σηματοδοτούν αιτιολογικά θεμέλια της ιατρικοποίησης. Εντούτοις, αιτιολογικά ερείσματα αναγνωρίζονται στην παρσονική διατήρηση κοινωνικής ισορροπίας.

2.3 Αομολεειτουργισμός ως μέσο αιτιολογικής ισχυροποίησης

Ο παρσονικός δομολεειτουργισμός υιοθετεί ότι η κοινωνική πραγματικότητα αποτελεί σύνολο στοιχείων που επιτελούν συγκεκριμένες λειτουργίες, αποσκοπώντας διατήρηση κοινωνικής ισορροπίας (Οικονόμου, 2005:87). Το άτομο απαλλάσσεται ευθύνης για την ασθένεια, αποποιείται καθημερινών ρόλων, υποδύεται προσωρινό «ρόλο-ασθενή» και υποχρεούται αναζήτησης βοήθειας και συμμόρφωσης σε ιατρικές υποδείξεις (Adam & Herzlich, 1999:70). Ταυτόχρονα, επισημαίνεται ότι οι σύγχρονες κοινωνίες επιζητούν διαχρονικά παραγωγικό ανθρώπινο δυναμικό. Το άτομο καθίσταται κρίκος παραγωγικής αλυσίδας, οφείλει να διατηρεί υγεία και να αναζητά βοήθεια για ταχύτερη αποκατάσταση τυχών ασθένειας. Αντίθετα, η ασθένεια αναγνωρίζεται ως παρέκκλιση της κοινωνικής τάξης και αναστολέας της παραγωγικής διαδικασίας, προσλαμβάνοντας συνθήκες κινδύνου για άτομο και κοινωνία. Επομένως, καθορίζεται αναγκαιότητα φορέα επιδιόρθωσης παρεκκλίσεων και διατήρησης ισοζυγίου κοινωνικής σταθερότητας και παραγωγικότητας. Αναπόφευκτα, η ιατρική αναλαμβάνει κοινωνικά αποδεκτές

ιδιότητες ακύρωσης και νομιμοποίησης της ασθένειας, λειτουργώντας ως ρυθμιστής της κοινωνικής λειτουργίας. Ως εκ τούτου, σκιαγραφείται αιτιολογική διάσταση στην κοινωνική αξίωση μεταξύ υγείας και παραγωγικής σημαντικότητας, στην κοινωνική υποχρέωση για αναζήτηση βοήθειας και στη χρησιμότητα συγκεκριμενοποίησης της βοήθειας στην ιατρική εξειδίκευση.

3. Επιπτώσεις ιατροκοποίησης

3.1 Στην ευρύτερη κοινωνία

Η ιατρική εξέλιξη έχει ευεργετήσει την ανθρωπότητα στην απάλειψη του ανεξήγητου και δολοφονικού της ασθένειας, εξάλειψη απειλητικών παραγόντων υγείας, βελτιστοποίηση θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και αποφεύξιμης θνησιμότητας (Adam & Herzlich, 1999:27). Αντίθετα, υποστηρίζεται ότι η ιστορική αποτελεσματικότητα της ιατρικής θεωρείται πλάνη (Ίλιτς, 1988:28), οι σύγχρονες θεραπευτικές μέθοδοι επιδεικνύουν περιορισμένα αποτελέσματα, ενώ η υγειονομική βελτίωση οφείλεται σε κοινωνικό-οικονομικούς παρά ιατρογενείς παράγοντες (Τριχόπουλος & Καλαποθάκη-Πετρίδου, 2000:247). Η πρωταρχική αντιπαλότητα προιδεάζει ευρύτητα αρνητικών επισημάνσεων και προσανατολίζει αντιπαραβολή βιολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων.

Ο καρτεσιανός διαχωρισμός σώματος και ψυχής θεμελίωσε την ιατρική σε αναίρεση της ολιστικής ατομικής οντότητας (Τούντας, 2004:21). Ωστόσο διαπιστώνεται ότι, παρόλο που η ιατρική αναιρεί την ατομική ολιστικότητα, επιχειρεί παρεμβατισμό και έλεγχο της κοινωνικής ολιστικότητας. Το τίμημα της νόμιμης ιατρικής αρμοδιότητας στο βιολογικό επίπεδο, εξαργυρώνεται με ανομιμοποιητή αυθαιρεσία κατασκευής κοινωνικών προτύπων για παρεκκλίνουσες συμπεριφορές (Rose, 2007:701). Αντίθετα, η θεωρία συμβολικής αλληλεπίδρασης υπεραμύνεται της ανακατασκευής κοινωνικών προτύπων και ισχυρίζεται ευεργετικότητα του ιατρικού ελέγχου σε θέματα αντικειμενικών ηθικών κρίσεων

ιδιωτικής ζωής. Η ευεργετικότητα ίσως εντοπίζεται στην ιατρική δικαιοδοσία επιβολής κοινωνικών προτύπων υγείας και ασθένειας αποσκοπώντας κοινωνική διαχείριση του στίγματος (Nettleton, 2002:56). Εντούτοις, τα διαχειριστικά οφέλη αναγνωρίζονται συμβολικά και ενδεχομενικά (Οικονόμου, 2005:43), αφού η ιατρική ενίοτε προλαμβάνει στιγματισμό και άλλοτε δημιουργεί κοινωνικό αποκλεισμό (Conrad & Angell, 2004:33). Ο Ίλιτς (1988:62) σηματοδοτεί την ενδεχομενικότητα στην «κοινωνική ια-τρογένεση» συνθηκών που καθιστούν άρρωστη κοινωνία, ταμπελώνουν άχρηστους τους μειονεκτικούς, δημιουργούν καινοφανείς υγειονομικές ανάγκες και αναθρέφουν περισσότερες κατηγορίες ασθενών. Ταυτόχρονα, προφητικά χαρακτήριζε την ιατρική σκανδαλώδη και αμετακίνητη, υποστηρίζοντας ότι κτήση επιστήμης δεν νομιμοποιεί κρίση σε ιδιωτικά ηθικά ζητήματα (Ίλιτς, 1988:154).

Η ιατρική συλλογικότητα, γνωσιολογική αυθεντικότητα και βιοτεχνολογική ισχύς αποτελούν στοιχειώδεις αίτια ιατροκοποίησης αλλά και ρεαλιστικές πηγές αρνητικών κοινωνικών επιπτώσεων. Η βιοτεχνολογία συνθηθέτερα προωθείται από εμπορικά και οικονομικά ελατήρια, ενώ συνδέεται με ηθικά ζητήματα ιδιωτικότητας πληροφοριών και κοινωνικού ελέγχου (Palssson & Hagoardottir, 2002:281). Η ανθρώπινη υπόσταση συμπαρασύρεται σε τεχνοκρατική διαχείριση ή χειραγώγηση (Ίλιτς, 1988:17, Αλεξιάς, 2006:66), ενοχοποιείται ευθυνών βιολογικής ασθένειας ή υπαρξιακής παρέκκλισης, θυματοποιείται και κηδεμονεύεται (Lantz et al, 2007:1254). Η θυματοποίηση απεικονίζεται στη διαγνωστική ιατρική της βιολογικής αναγωγής συναισθηματικών και συμπεριφορικών παρεκκλίσεων, χωρίς να διερευνάται το κοινωνικό υπόβαθρο εμφάνισής τους (Clarke et al, 2003:181). Ο Conrad (1992:216) προεκτείνει επιπτώσεις από αχρείαστες φαρμακευτικές αγωγές συμπεριφορικών παρεκκλίσεων. Ο Ίλιτς (1988:44) χαρακτηρίζει τη φαρμακευτική εισβολή ως κοινωνική επίπτωση της ιατροκοποίησης και ισχυρίζεται ότι 80% των ενηλίκων στις δυτικές

κοινωνίες επιδιέχεται σε καθημερινή κατανάλωση φαρμάκων. Παράλληλα, επισείει «κλινική ιατρογένεση» σε ατομικές βλάβες ως αποτέλεσμα ιατρικής αμέλειας ή παρενέργειας φαρμακευτικών ή επεμβατικών αγωγών, ή ως προϊόν ιατρικής προστασίας από ενδεχόμενη μήνυση για κακοπραξία (Ιλιτζ, 1988:51). Τα φαινόμενα αντικατοπτρίζουν ιατρικό ιμπεριαλισμό έναντι μιας κοινωνίας που ελκύεται από ιατρική φημολογία, γνωσιολογική αυθεντία και βιοτεχνολογική μοναδικότητα, τα οποία αφομοιώνονται ως αναγκαιότητα ευσίωνης προοπτικής στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία (βιολογική και μη) και τελικά, διαχέονται κοινωνικά μέσω συμβολικής αλληλεπίδρασης (Dingwall, 2006:34). Επομένως, η ιατρικοποίηση επιδιέχεται κοινωνικού ελέγχου στο περιεχόμενο ενασχόλησης και διαντίδρασης της κοινωνικής συλλογικότητας. Ωστόσο, η δομολειτουργική θεωρία υποστηρίζει ότι ο κοινωνικός έλεγχος ευεργετεί τη συλλογικότητα (Adam & Herzlich, 1999:71). Εντούτοις, η θεραπευτική σχέση θεωρείται ασύμμετρη και συναινετική, αφού ιατρική κυριαρχία και ασύμμετρη πληροφόρηση εξυπακούουν παθητική υποταγή του ασθενή, παρά αναγωγή σε ολοκληρωμένη οντότητα (Nettleton, 2002:27). Το «κέντρο ελέγχου αντιμετώπισης καταστάσεων υγείας» (locus of control) μετατοπίζεται από την ατομικότητα και εναποτίθενται σε κοινωνικές νόρμες, που εν γένει καθορίζονται ιατροκεντρικά. Οι Hashimoto & Fucuhara (2004:37) συμπεραίνουν αρνητική στατιστική συσχέτιση μεταξύ ασύμμετρης ιατρικής πληροφόρησης και λήψης αποφάσεων από τον ασθενή. Παράλληλα, οι Rudell et al (2006:180) υποστηρίζουν ότι η λήψη αποφάσεων συσχετίζεται σημαντικά με ατομικές αντιλήψεις και εισηγούνται ιατρική ευαισθησία στις βιωματικές εμπειρίες του ασθενή. Η αναγωγή του φαινομένου στην ευρύτερη κοινωνία πιθανολογεί αποστέρηση αυτοδιάθεσης στην υγεία, αφού η ασθένεια ουσιαστικά καθίσταται ιατρικό αντικείμενο και η κοινωνία υποκείμενο ιατρικού παρεμβατισμού. Ο συνδυασμός μεταξύ ατομικής απαλλο

τρίωσης για αυτοϊαση, βαθμιαίας ισοπέδωσης και κοινωνικής υποταγής σε ιατρικό κώδικα, προσλαμβάνει επιπτώσεις «πολιτισμικής ιατρογένεσης» (Ιλιτζ, 1988:175). Εντούτοις, η υφιστάμενη κοινωνική υπο-τακτικότητα στην ιατρικοποίηση μετουσιώνεται σε γενικευμένη κοινωνική αντίδραση και αναξιοπιστία έναντι της ορθόδοξης ιατρικής (Furnham & Kirkcaldy, 1996, Sirois & Gick, 2002).

Ωστόσο, ο Cornad (1992:224) υποστηρίζει αμφίρροπες κοινωνικές επιπτώσεις μεταξύ ωφέλειας και βλαπτικότητας λόγω κοινωνικής υποτακτικότητας, ισχυριζόμενος ότι συνηθέστερα εισακούονται και επηρεάζουν κοινωνική και υγειονομική πολιτική σε βαθμό, που άλλοτε αίρουν και άλλοτε διευρύνουν υγειονομικές ανισότητες. Το σημείο αναφοράς αποκαλύπτει προβληματική στην παρσονική οικουμενικότητα της ιατρικής και εκτείνει μεροληπτικές επιπτώσεις της ιατρικοποίησης. Η μεροληψία ενδεχομενικά εμπεριέχεται στην αντικειμενική και αξιακά ουδέτερη ιατρική, που προϋποθέτει παρατηρήσιμα και μετρήσιμα κριτήρια ταξινόμησης παρεκκλίσεων. Ωστόσο, η ασύλληπτη υποκειμενικότητα της ανθρώπινης ατομικότητας, όπως εκδηλώνεται μέσα από τις καθαυτές βιωματικές εμπειρίες στο εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο, προφανώς δεν δύναται αναγνώρισης σε αντικειμενικές ταξινομήσεις και ουδέτερες προσεγγίσεις. Εξάλλου, ο Freidson (2004:178) τονίζει ότι οργανική και κοινωνική πραγματικότητα δεν πρέπει να συγχέονται.

3.2 Στο Σύστημα Φροντίδας Υγείας

Τα σύγχρονα συστήματα υγείας καθίστανται πολυσύνθετα, με αυξανόμενη συμμετοχή διαφορετικών επαγγελματικών σωμάτων. Η οργανωτική διάρθρωση ανταποκρίνεται στο βεμπεριανό πρότυπο (Σιγάλας, 1999:449), με επιφυλάξεις λόγω ιδιότυπων κοινωνικών δεσμών, συμπεριλαμβανομένης της άτυπης ιατρικής εξουσίας (Σαρρής, 2001:38). Η ιατρική κατέχει θέση ισχύος και αποδίδει έμφαση σε επαγγελματικές στρατηγικές και οικονομικές

επιδιώξεις για έλεγχο αγοράς, θεραπευτική αποκλειστικότητα και εξουσία έναντι άλλων επαγγελματιών (Οικονόμου, 2005:84). Η ιατρική οργανωσιακή συμπεριφορά και η άτυπη υποταγή των λοιπών επαγγελματιών ομάδων δεν βρίσκεται στο κενό. Οι πηγές ισχύος (Ζαβλανός, 2002:333) της ιατρικής δικαιολογούνται στην ηγεμονική κεντρικότητα λήψης διαγνωστικών/θεραπευτικών αποφάσεων, που ουσιαστικά αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας (Weir, 2006:676). Εντούτοις, η ιατρική ολοένα διασπάται σε ειδικότητες και υπο-ειδικότητες, προκαλώντας εσωτερικές συγκρούσεις συμφερόντων, αρμοδιοτήτων και δραστηριοτήτων (Berkman et al, 2004:397). Ταυτόχρονα, η σύγχρονη αναβάθμιση ακαδημαϊκού υπόβαθρου και κοινωνικού κύρους λοιπών επαγγελματιών προϋποθέτει ανταγωνιστικές συνθήκες, έναντι των παραδοσιακά ιατρικών αρμοδιοτήτων και δραστηριοτήτων. Οι συγκρούσεις ιατρικής, νοσηλευτικής και διοικητικής εξουσίας αποτελούν βασική ιδιομορφία του υγειονομικού συστήματος, δημιουργώντας αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα, αποτελεσματικότητα και οικονομική αποδοτικότητα των υπηρεσιών (Σαρρής, 2001:38). Παράλληλα, υποστηρίζεται ότι η οργάνωση των υπηρεσιών ανταποκρίνεται σε επιταγές βιοϊατρικού υποδείγματος και συνακόλουθης δικαιοδοσίας για προσδιορισμό βιολογικών ή κοινωνικών εκτροπών, που συνολικά ανάγονται σε ασθένειες βιολογικής αιτιολογίας και απαιτούν ιατρική παρέμβαση (Davis, 2006:51). Επομένως, η ιατρικοποίηση υπονομεύει το πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας και διευρύνει όρια επιδημιολογικής επικινδυνότητας (Cowley et al, 2004:523), αφού οι ασθένειες προσεγγίζονται σε προχωρημένο στάδιο, αντί σε στάδιο παθογενετικής διαδικασίας (Τού- ντας, 2004:199). Αναπόφευκτα, τα υγειονομικά συστήματα προσανατολίζονται σε υστερόβουλη παρά προληπτική παρέμβαση, αφού η κεντρική θέση καταλαμβάνεται από ειδικό του βιοϊατρικού υποδείγματος (Οικονόμου, 2005:33).

Επιπροσθέτως, διαπιστώνεται ότι η βιοτεχνολογική εξέλιξη δημιουργεί συνεχή

αύξηση δαπανών υγείας. Η καθημερινή ιατρική δραστηριότητα αποτελεί κινητήριο οικονομικό μοχλό βιομηχανιών υλικότεχνικού εξοπλισμού και φαρμάκων (Doyal & Pennell, 1994:36, Furedi, 2006:14), υποκινεί αμφότερα κερδοσκοπικά ενδιαφέροντα και οδηγεί σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης (Davis, 2006:56). Τα φαινόμενα θεωρούνται κορωνίδα αρνητικών επιπτώσεων της ιατρικοποίησης στο υγειονομικό σύστημα. Η εννοιολογική προσέγγιση αποκαλύπτει διαυγώς ιατρογενή διεύρυνση ζήτησης υπηρεσιών λόγω ιατρικών ελατηρίων που εναλλακτικά στοιχειοθετούν πρόθεση κερδοσκοπίας, ασύμμετρη πληροφόρηση και πειθώ βελτιστοποίησης παρεμβατικών αποτελεσμάτων (Υφαντόπου- λος, 2006:325). Συνεπώς, η διαντιδραστική ιατρική συμμετοχή εκφράζεται ταυτόχρονα, σε θεσμό προσφοράς με οικονομικά ενδιαφέροντα, σε αρχή επαγγελματικής δεοντολογίας για αποκατάσταση υγείας, σε σύμβουλο και εκπρόσωπο του ασθενή (Levaggi, 2005:329). Ο Ίλιτς (1988:62) απεικονίζει ανάγλυφα την παρούσα επίπτωση, ισχυριζόμενος ότι το ιατρικό επάγγελμα εξουσιάζει την ιατρική, ενσυνείδητα δημιουργεί μονοπώλιο, συντηρείται από κοινωνική αγνωμοσύνη και ασκεί κοινωνικό έλεγχο που μετουσιώνεται σε οικονομική δραστηριότητα.

Η θετικοποίηση των αρνητικών επιπτώσεων αναγνωρίζεται στην πολιτικό-κοινωνική βούληση υιοθέτησης καινοτομιών ρύθμισης δαπανών υγείας, ελέγχου κλινικών αποφάσεων και θεσμοθέτησης «δικαιωμάτων των ασθενών»-(OVIEDO, 2000). Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις αποσκοπούν αντίμετρα ιατρικοποίησης, εισαγωγή κανόνων ανταγωνισμού, νεοφιλελεύθερη διοίκηση, διαχωρισμό και εποπτεία παραγωγικών συντελεστών (Nancarrow & Borthwick, 2005:897). Εντούτοις, ο αένα κριτικός λόγος αναφέρεται σε «ιατρική νέμεση» και υποστηρίζει ότι κάθε προσπάθεια περιορισμού «ιατρογενούς νοσηρότητας», ουσιαστικά ενισχύει τον ιατροκεντρικό κύκλο, αλλοτριώνει οργανωτικές μεταρρυθμίσεις και διευρύνει αρνητική θεσμική ανάδραση (Ίλιτς, 1988:52).

4. Παράδειγμα τεκμηρίωσης: Ιατρικοποίηση μητρότητας

Η μητρότητα βαθμιαία καθίσταται «ζήτημα κλινικής κρισιμότητας» και αναπόφευκτα νομιμοποιείται στο ύψιστο επίπεδο ιατρικοποίησης (Conrad, 1992:225; Doyal & Pennell, 1994:236). Η ιατρικοποίηση της μητρότητας αποτελεί ιατρικό προϊόν περιγεννητικής κινδυνολογίας και ιατρικό πειστήριο ιδανικότητας του νοσοκομείου ως ασφαλέστερου χώρου γέννησης (Clarke et al, 2003:164). Ωστόσο, αναγνωρίζεται ουσιαστική ανεπάρκεια και ανακρίβεια στα ιατρικά πειστήρια (Nettleton, 2002:212), ενώ εμφαντικά επισημαίνεται συντριπτικά πλειοψηφική νεογνική θνησιμότητα σε μαιευτήρια παρά σε σπίτια (Τούντας, 2004:191). Επομένως, το άλλοτε φυσικό-κοινωνικό φαινόμενο υποβιβάζεται στην ιατρική σφαίρα της παθολογίας, αιτιολογείται στη γνωσιολογική αυθεντικότητα και μετουσιώνεται σε βιολογικό αντικείμενο υποκειμενικής προβληματοποίησης, που χρήζει αναγκαιότητας και εξάρτησης έναντι του «ιατρικού νοσοκομειακού άντρου» και του βιοτεχνολογικού περιβάλλοντος του. Ο Αλεξιάς (2006:70) θεωρεί την αναπαραγωγική εξάρτηση της γυναίκας ως χαρακτηριστικό υπόδειγμα ιατρικοποίησης και κατάλοιπο πατριαρχικών κοινωνιών.

Ο χωρόχρονος ιατρικοποίησης της μητρότητας ρεαλιστικά δεν περιορίζεται μονομερώς στη γέννηση, αλλά αφαρπάζεται στη σύλληψη, συνοδεύει την εγκυμοσύνη για περιγεννητικό έλεγχο και συντηρείται στη λοχεία. Η επιλόχειος συντήρηση απεικονίζει έντεχνη ιατρική οικειοποίηση της αντισυψίας για επιπόνηση του μπιμπερό, που τελικά ανάγεται σε σύμβολο ανώτερης κοινωνικής τάξης, δημιουργώντας εργαζόμενες μητέρες και γονείς καταναλωτές (Ιλιτζ, 1988:119). Οι διαστάσεις κοινωνικού ελέγχου και ανακατασκευής κοινωνικών προτύπων μέσω ιατρικοποίησης αποκαλύπτονται διαυγώς, ενώ συνάμα διαπιστώνονται στοιχεία κοινωνικής υποταγής στον ιατρικό κώδικα της επεκτατικής σημαντικότητας για συστηματική παρακολούθηση και παρεμβατισμό στην

περι-γεννητική. Η Cahill (2001:335) υποστηρίζει ότι τα κοινωνικά πρότυπα του ενδο-σοκομειακού τοκετού αφομοιώνονται στην κοινωνική αντίληψη και αναπαράγονται από την κοινωνική ελκυστικότητα της εικονικής ασφάλειας των δαπανηρών βιοτεχνολογικών και φαρμακευτικών μέσων περιγεννητικής, που αντικειμενικά τυγχάνουν αμφίβολης χρησιμότητας. Παράλληλα, επισημαίνεται η δυναμική της ιατρικής αυτονομίας για ρύθμιση ζητημάτων «ιατρικού ενδιαφέροντος» και άσκησης επιρροής για καθορισμό υγειονομικής πολιτικής στην περιγεννητική (Lee, 2006:50).

Συνεπώς, το μαιευτήριο αξιώνεται ως μέσο συμβολικής αλληλεπίδρασης, αναπαρίσταται ως κοινωνικό ήθος και καταναλωτικό έθιμο. Αντίθετα, ο τοκετός στο σπίτι ενδεχομένως προσλαμβάνει ασυμβατότητας με την κοινωνική πραγματικότητα και ίσως θεωρείται παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Οι δε αυτόνομες επιλογές στην εγκυμοσύνη παρακλύονται από την αποικιοποίηση του βιοκόσμου της περι-γεννητικής εργασίας, εκ μέρους της βιο-τεχνοκρατικής ιατρικής (Οικονόμου, 2005:127). Η μητρική αλλοτρίωση και κοινωνική χειραγώγηση αντικατοπτρίζονται στην «πολιτισμική ιατρογένεση». Οι εμβρυολογικές παραμορφώσεις βρεφών και η αυξητική τάση καισαρικών τομών συσχετίζονται με «κλινική ιατρογένεση», ενώ η καταφανής δημιουργία καινοφανών υγειονομικών αναγκών αποκαλύπτει στοιχεία «κοινωνικής ιατρογένεσης». Ωστόσο, η αντίληψη των αρνητικών επιπτώσεων της ιατρικοποίησης στη μητρότητα υποκινούν βαθμιαίως αυξανόμενη κοινωνική αντίδραση (Helman, 1997:168) και σηματοδοτούν μαιευτική ιδεολογία για μεταστροφή στον κοινοτικό τοκετό (ICM, 2006). Εξάλλου, ισχυρά ερείσματα τεκμηρίωσης των κοινωνικών και επαγγελματικών κινητοποιήσεων υφίστανται, αρχής γινόμενης με την τοποθέτηση: Νοούμενου ότι η μητρότητα εμπεριέχει πα-θοφυσιολογική επικινδυνότητα, τότε παράδοξα δεν θεωρείται ασφαλισμός «κίνδυνος», σε παγκόσμια κλίμακα!

5. Συμπεράσματα

Η οριοθέτηση συγκεκριμένων στοιχείων κοινωνικού ελέγχου στο τρισδιάστατο φαινόμενο της ιατροποίησης μεταξύ ορισμού, αιτιολόγησης και επιπτώσεων, ενδεχομένως θεωρείται ρευστή και δυσδιάκριτη. Όπως διαφαίνεται, οι διαστάσεις της ιατροποίησης υποδύονται ποικίλους ρόλους, τροποποιούν κατευθύνσεις, συνυπάρχουν, αλληλεπιδρούν και συχνά υποβόσκουν, σε διαφορετικές συνθήκες ή χρονικές περιστάσεις. Το πεδίο καθίσταται επιπλέον νεφελώδες, αφού αιτίες ιατροποίησης άλλοτε αντλούνται από χαρακτηριστικά του ιατρικού επαγγέλματος και άλλοτε από κοινωνικές αντιλήψεις ή αναπαραστάσεις που διαμορφώνονται, με ή χωρίς ιατρική συμβολή. Η κοινωνική παθητικότητα στη θεραπευτική σχέση πιθανολογείται σχετική, νοουμένου ότι η κοινωνία συμμετέχει ενεργητικά, έστω ασυνείδητα ή υποσυνείδητα ή συνειδητά, επιτρέποντας ή δημιουργώντας κοινωνικούς δεσμούς νομιμότητας και ανομίας του ιατρικού παρεμβατισμού στην ατομική ιδιωτικότητα.

Ένα οξύμωρο φαινόμενο παρατηρείται. Η ιστορική πορεία της ανθρωπότητας απεικονίζει μεσαιωνικές ασθένειες συλλογικού χαρακτήρα και μηδαμινή ιατρική επιρροή ή εξουσία σε συλλογικό επίπεδο. Η αντιπαραβολή ιδίων παραμέτρων στη σύγχρονη εποχή παρουσιάζει εξατομίκευση ασθένειας και συλλογικότητα κοινωνικού

ελέγχου από πλευράς ιατρικής. Η καθαυτή ιατροποίηση ενδεχο; ένως αποτελεί σύγχρονο κοινωνικό φαινόμενο που ανταποκρίνεται φυσιολογικά και αντίστοιχα σε ατομιστική ωφελιμότητα της κοινωνίας και διεκδικητική υποκοουλτούρα της ιατρικής.

Η Ιπποκράτεια σοφία ότι υγεία και ασθένεια ισορροπούν μεταξύ μαύρης και κίτρινης χολής, φλέγματος και αίματος, ίσως σήμερα μετουσιώνεται και ανιστοιχίζεται με τους σύγχρονους ιατρικούς πυλώνες που ισορροπούν ίδια συνάρτηση, αλλά συνάμα οικοδομούν ιατροκεντρική κοινωνία. Η σύγχρονη ιατρική ιδεολογία περί αυθεντικότητας γνώσης, βιοτεχνολογικής ισχύς, αυτόνομης δυναμικής και επεκτατικού παρεμβατισμού αναμφίβολα φιλοσοφούνται και ορκίζονται στο έδαφος της ιπποκράτειας παρακαταθήκης «ωφελείν, μη βλάπτειν». Ωστόσο, η αναδίφηση σχετικής βιβλιογραφίας της τελευταίας εξηκονταετίας αποδεικνύει επιστημονικές μαρτυρίες ότι, η ιατρική μετάβαση από τη φιλοσοφική θεωρία στην καθημερινή πράξη μετατρέπεται σε ιατρογενή νοσηρότητα, αντί κοινωνική ωφελιμότητα.

Τέλος, επισημαίνεται ότι ακόμη και η κατεύθυνση των πνευματικών προσανατολισμών της παρούσας αντικατοπτρίζει επιρροές κοινωνικής ιατροποίησης, νοουμένου ότι το βιοϊατρικό υπόδειγμα τίθεται στο κέντρο, ενώ το κοινωνικό πλαίσιο υγείας και ασθένειας προσηλώνεται στην προοπτική.

Βιβλιογραφία

- Adam, P., Herzlich, C. (1999): Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ιατρικής. (Κ. Βασιλικού: Μετάφραση, Δ. Αγραφιώτης: Επιστημονική Επιμέλεια). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Αλεξιάς, Γ. (2006): Κοινωνιολογία του σώματος: Από τον άνθρωπο του «Νεότερνταλ» στον «Εξολοθρευτή». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ζαβλανός, Μ. (2002): Οργανωτική Συμπεριφορά. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε.
- Ίλιτς, Ι. (1988): Περιορισμοί στην ιατρική. Ιατρική Νέμεση: Η απαλλοτρίωση της υγείας. Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Ομάδα.
- Μάντη, Π. (1999): Υγεία και Αρρώστια ως ιστορικοί καταλύτες και πρωταγωνιστές. Στους Π. Μάντη, Χ. Τσελεπή (συγγραφείς), Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας.. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

- Nettleton, S. (2002): Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. (Α. Βακάκη: μετάφραση, Δ. Αγραφιώτης: επιμέλεια-πρόλογος). Αθήνα: Τυπωθήτω - Γιώργος Δαρδανός.
- Οικονόμου, Χ. (2005): Κοινωνιολογία της υγείας: Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις. Τόμος Aas. Αθήνα: Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ.
- Σαρρή, Μ. (2001): Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σιγάλας, Ι. (1999): Κοινωνιολογικές πτυχές της ταυτότητας και της λειτουργικότητας του νοσοκομείου.
- Στους Δίκαιος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (Συγγραφείς) Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 445-476.
- Τούντας, Γ. (2004): Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.
- Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη Πετρίδου, Ε. (2000): Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις Ζήτα.
- Υφαντόπουλος, Ν.Γ. (2006): Τα οικονομικά της υγείας: Θεωρία και πολιτική. Αθήνα: Εκδόσεις τυπωθήτω, Γιώργος Δάρδανος.
- Berkman, D., Wynia, M., Churchill, R. (2004): Gaps, conflicts and consensus in the ethics statements of professional associations, medical groups and health plans. *Journal of Medical Ethics*. 30 (4), 395-401.
- Blumenthal, D. (2002): Doctors in a wired world: Can professionalism survive connectivity? *The Milbank Quarterly*, 80 (3), 525-546.
- Cahill, H. (2001): Male appropriation and medicalization of childbirth: A historical analysis *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 334-342.
- Clarke, A., Shim, J., Mamo, L., Ruth-Fosket, J., Fishman, J. (2003): Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness and biomedicine. *American Sociological Review*. 68 161-194.
- Conrad, P. (1992): Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Conrad, P., Angell A. (2004): Homosexuality and Remedicalization. *Society*. July/August, 32-39.
- Cowley, S., Mitcheson, J., Houston, A. (2004): Structuring the health needs assessments: The medicalization of health visiting. *Sociology of health and illness*. 26 (5), 503-526.
- Davis, J. (2006): How medicalization lost its way. *Society*. 43 (6), 51-56.
- Dingwall, R. (2006): Imperialism or Encirclement? *Society*. September/October, 30-36.
- Doyal, L., Pennell, I. (1994): *The political Economy of Health*. London: Pluto-Classic.
- File, D. (2004): The medical text: Between biomedicine and hegemony. *Social Science of Medicine*. 59 (6), 1275-1285.
- Freidson, E. (2004): *The Social Organization of Illness*. (In M. Bury, J. Gabe: editors). *The Sociology of Health and Illness*. London: Routledge.
- Furedi, F. (2006): The end of professional dominance. *Society*. 43 (6), 14-18.
- Furnham, A., Kirkcaldy, B. (1996): The health beliefs and behaviours of orthodox and complementary medicine clients. *The British Psychological Society*, 35, 49-61. Available at: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&hid=106&sid=1979af06-8221-408a-a385-91278fo9789d%40sessionmgr9> [Accessed in 28 October 2007].
- Hall, P. (2005): Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*. May, 188-196.
- Helman, C. (1997): *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Horwitz, A. (1980): The medicalization of deviance. (In P. Conrad, J. Schneider) *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby. 750-752.

Available from:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=10^>

2fbc1f9de29a%40sessionmgr103. [Accessed in 19 October 2007],

Hashimoto, H., Fucuhara, S. (2004): The influence of locus of control on preferences for information and decision making. *Patient Education and Counseling*, 55 (2), 236-240.

Hurst, R. (2000): To revise or not to revise? *Disability and Society*. 15 (7), 1083-1087.

ICM (2006): International Confederation of Midwives. Midwives reach out to women where they live. Press Release, Available from:

http://www.internationalmidwives.org/pdf/IDM_press_release_2007_Eng.pdf,

[Accessed in 3 November 2007].

Lantz, P., Lichtenstein, R., Pollack, H. (2007): Health policy approaches to population health: The limits of medicalization. *Health Affairs*. 26 (5), 1253-1257.

Lee, E. (2006): Medicalizing motherhood. *Society*, 43 (6), 47-51.

Levaggi, R. (2005) Hospital health care: Pricing and quality control in a spatial model with asymmetry of information. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5, 327-349.

Lupton, D. (1997): Consumerism, reflexivity and medical encounter. *Social Science and Medicine*. 45 (3), 373-381.

Nancarrow, S., Borthwick, A. (2005): Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health and Illness*. 27 (7), 897-919.

OVIEDO, (2000): Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention of human rights and biomedicine. *Journal of Medicine and Philosophy*, 25 (2), 259-266.

Palsson, G., Haroardottir, K. (2002): For whom the cell tolls: Debates about biomedicine. *Current Anthropology*. 42 (2), 271-301.

Risse, G. (2000): Health care in hospitals: The past 1000 years. *The Lancet*. December, 354.

Rose, N. (2007): Beyond medicalization. *The Lancet*. 369, 700-702.

Rudell, K., Myers, L., Newman, S. (2006): Preferences for involvement in medical decision making: Comparing British and German views. *Psychology, Health and Medicine*, 11 (2), 171-189.

Sirois, M., Gick, L. (2002): An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. *Social Science and Medicine*, 55 (6), 1025-1037. Available from:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&hid=6&sid=1979af06>

-8221-408a-a385-91278fb9789d%40sessionmgr9 [Accessed in 28 October 2007].

Weir, M. (2006): Regulation of complementary and alternative medicine: An international perspective.

Medicine and Law, 25 (4), 673-685.