

Η κοινωνική ιστορία του νοσοκομείου και η ιατρικοποίηση του τοκετού στο δυτικό κόσμο. Η είσοδος της επιτόκου στο νοσοκομείο/μαιευτήριο ως (η πρώτη) παρέμβαση στον τοκετό.

Αναστασίου Α. Κατερίνα

Περίληψη

Το κομβικό ερώτημα που έρχεται να απαντήσει η παρούσα εργασία είναι σε ποιο βαθμό στο (σύγχρονο) νοσοκομείο/ μαιευτήριο του δυτικού κόσμου είναι δυνατόν να λάβει χώρα ένας φυσικός, αδιαμεσολάβητος τοκετός –δηλαδή ένας τοκετός χωρίς καμία παρέμβαση στη φυσιολογία του. Σύμφωνα με τους σύγχρονους ειδικούς, η –πιθανότατα πρώτη– παρέμβαση στον τοκετό είναι η είσοδος της επιτόκου στο χώρο του νοσοκομείου/ μαιευτηρίου. Προκειμένου αυτό να αναδειχθεί, γίνεται μια ιστορική αναδρομή και κοινωνιολογική ερμηνεία που στηρίζεται σε μία κριτικά επιλεγμένη βιβλιογραφία. Βάσει αυτής, αναδεικνύεται αρχικώς η σημαντικότητα της μεταφοράς του τοκετού από το σπίτι (ιδιωτικό χώρο) στο νοσοκομείο (δημόσιο/ κρατικό χώρο) που συντελέστηκε κατά το 19ο αιώνα. Επρόκειτο για μία τομή που υποστηρίχθηκε από τα θετικά αποτελέσματα της αποστείρωσης και της ασηψίας, και συνέβαλλε καθοριστικά στο να αφαιρεθεί εντελώς από τον τοκετό η σεξουαλική διάστασή του, κανονικοποιώντας παράλληλα το φαύλο κύκλο πόνου και φόβου στον τοκετό. Εστιάζοντας στην κοινωνική διάσταση του νοσοκομείου, αναδύεται πώς η ιστορική εξέλιξη του νοσοκομειακού χώρου συνδιαλέχθηκε και συνδιαλέγεται με τις έννοιες της εξουσίας/πειθαρχίας, της ιατρικοποίησης, της τεχνολογίας και της τεχνοκρατικής ιδεολογίας. Από τη συνάρθρωσή τους, στη συνέχεια, αναδεικνύεται πώς ο τοκετός μετασχηματίστηκε από μια φυσική διαδικασία στο σπίτι σε μια διαδικασία που αντιμετωπίζεται ως παθολογία στο νοσοκομείο/ μαιευτήριο. Η εν λόγω παθολογικοποίηση και η καθιέρωση της «ιατρικής της πρόληψης» αποτελούν συνισταμένες του σημερινού φαινομένου ο τοκετός να τοποθετείται αδιακρίτως και εκ των προτέρων στο νοσοκομείο/ μαιευτήριο, συμβάλλοντας στην καθολική ιατρικοποίηση/ νοσοκομειοποίησή του.

Λέξεις–κλειδιά: τοκετός, ιατρικοποίηση, νοσοκομειοποίηση, τεχνοκρατική ιδεολογία, τεχνοκρατικό σώμα, παρέμβαση στον τοκετό



Social history of hospital and medicalization of childbirth in Western world. The entry of mother who gives birth into hospital /maternity ward as (the first) intervention in childbirth

Anastasiou A. Katerina

Abstract

The key question that this contribution seeks to answer is to what extent in the (modern) hospital/maternity ward of Western world is possible for a natural, unmediated birth to take place –that is, a birth without any intervention in its physiology. According to modern experts, the –most likely first– intervention in childbirth is the entry of the woman who gives birth into the hospital/ maternity ward. To highlight this, a historical review and sociological interpretation is made based on a critically selected bibliography. Based on this, the importance of transfer of childbirth from home (private space) to hospital (public/state space), which took place during the 19th century, is initially highlighted. This was a shift that was supported by the positive effects of sterilization and asepsis, and contributed decisively to completely removing the sexual dimension from childbirth, while normalizing the vicious cycle of pain and fear in childbirth. Focusing on social dimension of hospital, it emerges how historical evolution of hospital space negotiated and continues to negotiate with the concepts of power/ discipline, medicalization, technology and technocratic ideology. From their articulation, then, emerges how childbirth was transformed from a natural process at home to a process that is treated as pathology in hospital/ maternity ward. Pathologizing and establishment of “preventive medicine” are components of current phenomenon of childbirth being placed indiscriminately and in advance in hospital/ maternity ward, contributing to its universal medicalization/ hospitalization.

Keywords: childbirth, medicalization, hospitalization, technocratic ideology, technocratic body, intervention in childbirth

Εισαγωγή.

Η μεταφορά του τοκετού από τον ιδιωτικό χώρο στο δημόσιο χώρο αποτέλεσε σημαντική τομή στην ιστορία του τοκετού στο δυτικό κόσμο, αφού αυτή η αλλαγή συνέδραμε στο μετασχηματισμό της αντιμετώπισης και της διαδικασίας του τοκετού κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα.

Πριν ακόμη ο τοκετός μεταφερθεί πλήρως από το χώρο του σπιτιού στο νοσοκομείο (δηλαδή, μέχρι και το 18ο αιώνα), οι μαιευτήρες–γυναικολόγοι, τόσο στην ευρωπαϊκή όσο και στην αμερικανική ήπειρο, ασκούσαν την ιατρική στο σπίτι της εγκύου/ επιτόκου. Στο αρχικό στάδιο της ιστορίας του επαγγέλματός τους, προκειμένου να γίνουν αποδεκτοί ως προς τις ικανότητές τους από τους συζύγους –από τους οποίους αναμενόταν να δοθεί η αμοιβή για την παροχή γυναικολογικής και μαιευτικής φροντίδας– οι γιατροί εστίαζαν στην υγεία και την ασφάλεια που μπορούσαν να εγγυηθούν για τις επίτοκες και τα νεογνά, χάρη στη γνώση και τη χρήση των κατάλληλων εργαλείων που ήταν στη διάθεση της ιατρικής επιστήμης. Παράλληλα, οι γιατροί απομάκρυναν την έννοια (ή έστω και την υπόνοια) της σεξουαλικής διέγερσης από τις γυναικολογικές εξετάσεις και πρακτικές, προκειμένου να μην ανακύπτουν ηθικοί προβληματισμοί και διενέξεις από τις υπό εξέταση γυναίκες αλλά κυρίως από τους συζύγους τους. Δρώντας σε αυτή την κατεύθυνση, οι μαιευτήρες–γυναικολόγοι συνετέλεσαν στην κατασκευή και την εδραίωση ενός συλλογικού φαντασιακού για τον τοκετό, το οποίο δεν επέτρεπε καν την σύλληψη της ιδέας της σεξουαλικής διέγερσης.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα εδραίωσης αυτής της τάσης αποτέλεσε κατά το 19ο αιώνα η αντικατάσταση του αιθέρα από το χλωροφόρμιο, με το οποίο για πρώτη φορά –και μάλιστα στον τοκετό– πειραματίστηκε ο καθηγητής μαιευτικής στο Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου James Young Simpson (1811–1870). Η επίδραση του χλωροφορμίου δεν είχε τις παρενέργειες που προκαλούσε ο αιθέρας και επιπλέον είχε ως άμεσο αποτέλεσμα την πλήρη αναισθησία. Έτσι, ο πόνος του τοκετού (που για τον Simpson αποτελούσε μία φρικτή και περιττή εμπειρία) μπορούσε τουλάχιστον σε κάποιο από τα στάδιά του να αποφευχθεί, όπως και ο ισχυρά εδραιωμένος φόβος για τον ενδεχόμενο πόνο. Η χρήση του χλωροφορμίου επέτρεπε στο γιατρό να εργαστεί ανενόχλητος πάνω στο πειθαρχημένο σώμα της επιτόκου, το οποίο ουσιαστικά μετατρέποταν σε μία –χωρίς ανθρώπινες αντιδράσεις που θα τον δυσκόλευαν– τεκνοποιητική μηχανή.

Ο τοκετός αποτελεί αρχικώς ένα φυσικό γεγονός που εμπεριέχει μία σεξουαλική διάσταση. Ωστόσο, η χρήση του χλωροφορμίου από το μαιευτήρα–γυναικολόγο απέτρεπε την ανάδυση της σεξουαλικής διέγερσης. Η αποτροπή αυτή βρισκόταν σε πλήρη συμφωνία με τη γενικότερη θεωρία των γιατρών του 19ου αιώνα για την αντιμετώπιση της αποκαλούμενης «γυναικείας υστερίας», σύμφωνα με την οποία αυτή παρουσιαζόταν ως παθολογία που εντοπιζόταν στη μήτρα και έρχηζε ιατρικής θεραπείας. Η συστηματική χρήση του χλωροφορμίου, σε συνδυασμό με τις παράλληλες εξελίξεις στη μαιευτική–γυναικολογία, συνέδραμε στο να μετατεθεί η ευθύνη της έκβασης του τοκετού από τις

επίτοκες και τις μαιές στους μαιευτήρες-γυναικολόγους και κατ' επέκταση σε άλλες ιατρικές ειδικότητες που ασκούσαν στο χώρο του νοσοκομείου.

Παράλληλα, η χρήση του χλωροφορμίου επέφερε κατά το 19ο αιώνα μία σφοδρή σύγκρουση ανάμεσα στην ιατρική και τη θρησκεία, η οποία, ωστόσο, δεν ήταν ουσιαστική, αφού τόσο ο ένας όσο και ο άλλος «θεματισμός», με πρόσχημα την ευπρέπεια της «ασθενούς» και τη θρησκευτική ηθική, αντιστοίχως, κατά βάση εδραίωναν τις φοβικές αντιλήψεις για τον πόνο του τοκετού. Με άλλα λόγια, ο πόνος στον τοκετό αποτελούσε την επιβεβλημένη τιμωρία του γυναικείου φύλου στο σύνολό του, εξαιτίας της αμαρτίας της πρωτόπλαστης Εύας και της εκδίωξής της, μαζί με τον πρωτόπλαστο Αδάμ, από τον Παράδεισο. Άλλωστε, ήδη από το 18ο αιώνα είχε δημιουργηθεί ένας «μύθος», όπως αναφέρει ο Φουκώ, σύμφωνα με τον οποίο το ιατρικό επάγγελμα, αν και αναφερόταν στο σώμα, ήταν εθνικοποιημένο και οργανωμένο κατά το πρότυπο τη θρησκείας, που ασκούσε εξουσίες στις ψυχές (Gaskin, 2011· Poovey στο Αθανασίου, 2006· Corretti & Desai, 2018· Caton, 1999· Τζανάκη, 2016· Arney & Neill, 1982· Φουκώ, 2012· Αναστασίου στο Τζανάκη, 2021).

1. Φόβος και πόνος: κανονικοποίηση

Κατά την πρώιμη νεωτερικότητα στην Ευρώπη ο φόβος των εγκύων γυναικών για τον πόνο του τοκετού εντασσόταν στο ευρύτερο πολιτισμικό πλαίσιο της εποχής. Στις κάτω χώρες, για παράδειγμα, πολλές γυναίκες ήταν φοβισμένες, όχι μόνο για τον πόνο του τοκετού, αλλά και για πιθανές γενετικές ανωμαλίες των εμβρύων που θα μπορούσαν να είναι το αποτέλεσμα τραυματισμών και περιέργων περιστατικών, όπως μιας επίθεσης ζώου ή κάποιου (παράφρονα) ανθρώπου. Οι μη κανονικοί τοκετοί πίστευαν, επίσης, ότι θα μπορούσαν να οφείλονται στην έντονη φαντασία των εγκύων και σε μη κανονικές συμπεριφορές τους συμπεριλαμβανομένου της σεξουαλικής δραστηριότητάς τους. Προκειμένου να αντιμετωπίσουν αυτούς τους φόβους –που ουσιαστικά αποτελούσαν προϋδεάσεις και προκαταλήψεις– και να διώξουν μακριά τις συμφορές, όπως και τον πόνο του τοκετού, οι γυναίκες κατέφευγαν σε πρακτικές (υποτιθέμενης) μαγείας ή βασίζονταν σε βιβλία προσευχής που ενδυνάμωναν ψυχικά την έγκυο και βοηθούσαν στην υπομονή κατά τη διάρκεια του τοκετού. Κατά το 17ο αιώνα οι γυναίκες ακόμη πίστευαν ότι ο πόνος στον τοκετό εκπορεύεται από την κληρονομική κατάρα της Εύας, η οποία αποτελούσε μόνο μία από τις οδύνες της ανθρωπότητας για το προπατορικό αμάρτημα. Σε αυτή την κατεύθυνση επίσης, η ιατρική και οι θεραπείες που προτείνονταν και εφαρμόζονταν για την αντιμετώπιση του πόνου στον τοκετό ήταν απλώς εξαρτώμενες από το θέλημα του (τιμωρητικού) Θεού που ενέπνεε κυρίως το έντονο συναίσθημα του φόβου (Corretti & Desai, 2018, σ. 187· Roodenburg, 1988· Pollock, 1997· Wilson, 1995· Howard, 2003· Wilson, 2013).

Κατά τον αιώνα που, σύμφωνα με τους ιστορικούς, έγινε το πέρασμα στη μετανεωτερικότητα, δηλαδή κατά το 19ο αιώνα, σημειώθηκε μία σημαντική τομή τόσο όσον αφορά τον πόνο γενικά όσο και τον πόνο στον τοκετό ειδικά, αφού οι παραδοσιακές αντιλήψεις και στάσεις για τον τοκετό, παρόλο που δεν εξαλείφθηκαν, τέθηκαν υπό αμφισβήτηση. Καθώς ο επιστημονικός τομέας της ιατρικής έγινε

ακόμη πιο περίπλοκος, ο πόνος άρχισε να προσδιορίζεται όλο και περισσότερο ως ένα κοσμικό πρόβλημα που έχρηζε αντιμετώπισης από τους ανθρώπους. Σύμφωνα με το γιατρό και ιστορικό της αναισθησίας στον τοκετό Donald Caton (1937–1958), αυτό που συντελέστηκε ήταν μία «εκκοσμίκευση του πόνου». Βάσει αυτής, αφενός τονίστηκαν οι παρωχημένες θρησκευτικές προϋδεάσεις και πρακτικές, αφετέρου επαναδιατυπώθηκε η ικανότητα του ανθρώπινου σώματος ως προς την προέλευση και την αίσθηση του πόνου. Με άλλα λόγια, ο πόνος προσδιορίστηκε κυρίως σε σωματικό επίπεδο και όχι σε θρησκευτικό, ενώ έγινε κατανοητό ότι θα μπορούσε να γίνει διαχειρίσιμος χάρη στις μεθόδους της επιστήμης και της νέο-αναδυόμενης βιομηχανίας. Ενδεικτικά, ο Jeremy Bentham (1748–1822) και ο John Stuart Mill (1806–1873) ισχυρίστηκαν ότι ο πόνος αποτελεί ένα επιζήμιο και περιττό πρόβλημα στην κοινωνία, και μέσα σε αυτό το πλαίσιο ήταν που αναδύθηκε ο πρωτοποριακός τομέας τής αναισθησιολογίας, ο οποίος επηρέασε τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι προσδιόριζαν, ρύθμιζαν και βίωναν τον πόνο. Κατά την δια περίοδο ήταν που οι μέθοδοι της αναισθησιολογίας εισήχθησαν στις αίθουσες τοκετού των νοσοκομείων (Bynum, 1994· Caton, 1985, 1994, 1999· Corretti & Desai, 2018, σ. 187· Fenster, 2001· Pernick, 1985· Snow, 2008· Sykes, 2007).

Η σύνδεση μεταξύ του φόβου και του πόνου (ή του ενδεχόμενου πόνου) εξακολουθούσε να είναι εμφανής στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό ακόμα και κατά το 19ο αιώνα, δηλαδή την περίοδο που ο γιατρός Grantly Dick–Read (1811–1959) ασχολήθηκε διεξοδικά με το ζήτημα αυτό. Όπως υποστήριζε ο Dick–Read, για μια γυναίκα απλώς και μόνο η ιδέα της κυοφορίας ήταν αρκετή έτσι, ώστε να την εντάξει σε μια κατάσταση ανησυχίας (ειδικά όταν διαπιστωνόταν ότι είχε μείνει έγκυος), που την ωθούσε προς την κατάλληλη ιατρική συμβουλή, ενώ η αναζήτηση της ιατρικής συνδρομής ήταν επίσης ικανή να της προκαλέσει ανησυχία. Οι έρευνες του Dick–Read είχαν ως απώτερο σκοπό τη μείωση ή και την εξάλειψη της ισχυρής σύνδεσης μεταξύ του φόβου και του πόνου, καθώς πίστευε ότι η ένταση του πόνου του τοκετού μπορεί να μειωθεί. Η πεποίθησή του αυτή εδραζόταν στα συμπεράσματά των ερευνών του, βάσει των οποίων οι κυριότεροι παράγοντες για την ελάττωση του πόνου στον τοκετό ήταν η ηρεμία, η γνώση και η αποδοχή των γυναικών ότι ο τοκετός αποτελεί ένα φυσικό γεγονός και ότι αν εξαλειφθεί ο σχετικός φόβος, τότε επιτυγχάνεται η χαλάρωση της επιτόκου και η μείωση του σωματικού πόνου. Παρά τις προσπάθειές του να διευρυνθούν τα ευρήματά του, ο φόβος για τον τοκετό έγινε ακόμη πιο έντονος και εδραιώθηκε τόσο στις γυναίκες όσο και στην κοινωνία. Ο πόνος στον τοκετό άρχισε να θεωρείται ως κάτι αναπόφευκτο και σταδιακά αναδύθηκε ο προβληματισμός για το αν η συχνότητά του οφειλόταν στο πλήθος των ιατρικών εξετάσεων, όπως και για το αν ο φόβος των γυναικών ήταν που λειτουργούσε καταλυτικά για την όλο πιο έντονη παρουσία της ιατρικής στον τοκετό (Αναστασίου στο Τζανάκη, 2021· Dick–Read, 1942· Τραγέα, 2005, σ. 21).

Η ισχυρή και αμετάβλητη πεποίθηση ότι ο τοκετός αποτελεί πάντα ένα επικίνδυνο περιστατικό, στο οποίο μπορούν να ανταποκριθούν μόνο οι άνδρες μαιευτήρες–γυναικολόγοι εκδηλώθηκε έντονα στις αντιλήψεις του γιατρού και καθηγητή μαιευτικής Hugh Lenox Hodge (1796–1873) από την Πενσυλβανία. Εξαιτίας ενός σχετικού επιστημονικού άρθρου που δημοσίευσε στα μέσα του 19ου αιώνα

αλλά και εξαιτίας της σχετικής βιβλιογραφίας που στηρίχθηκε στη συνέχεια πάνω στη λογική αυτού του άρθρου, το πέπλο του φόβου για τον τοκετό απλώθηκε πάνω από τους φοιτητές της ιατρικής, τους γιατρούς, τις νοσοκόμες, τις εγκύους/ επιτόκους αλλά και την κοινωνία στο σύνολό της. Παράλληλα, η επαγγελματική καταξίωση και η κοινωνική αναγνώριση των μαιευτήρων–γυναικολόγων ως των ειδικών που μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τον πόνο του τοκετού είχε μία πρωτοφανή και ισχυρή ώθηση.

Ο φόβος για τον τοκετό έκτοτε άρχισε να εδραιώνεται και να ισχυροποιείται περισσότερο, αυτοματοποιώντας την ανάγκη της ιατρικής επίβλεψης και επέμβασης. Εξαιρέση αποτελούσαν ελάχιστοι γιατροί, που επέμεναν στην αξία των δεξιοτήτων που κατείχαν οι παραδοσιακές μαίες, οι οποίες διακρίνονταν για τη νηφαλιότητα και την ηρεμία τους κατά τη διάρκεια του τοκετού. Άλλωστε, γι' αυτές τις γυναίκες ο τοκετός ποτέ δεν αντιμετωπιζόταν ως εξ ορισμού παθολογία που πάντα προκαλεί ανυπέρβλητο πόνο, αλλά σαφώς συνιστούσε μια φυσιολογία του γυναικείου αναπαραγωγικού σώματος, ο πόνος του οποίου ήταν ή μπορούσε να γίνει (καθόλα) ανεκτός (Gaskin, 2011).

Είναι γεγονός, ωστόσο, ότι ακόμη και σήμερα η πλειονότητα των γυναικών δεν αναλαμβάνει την ευθύνη του τοκετού, επειδή ακριβώς έχει την τάση να κατακλύζεται από το συναίσθημα του φόβου για την ίδια τη διαδικασία του. Οι αποφάσεις των εγκύων/ επιτόκων σχετικά με αυτό το ζήτημα (που πρωτίστως τις αφορά) δε λαμβάνονται (αποκλειστικά) από τις ίδιες και ο δισταγμός τους σε ένα μεγάλο βαθμό οφείλεται στην αίσθηση που αποκτούν ότι κάθε επιλογή τους –ως έκφραση (της αρχαιοελληνικής) ύβρεως, που συνεπάγεται την οργή και την τιμωρία των θεών– αποκλείεται να εισακουστεί και να γίνει αποδεκτή.

Επιπλέον, ο έντονος φόβος για τον τοκετό εξακολουθεί να παρατηρείται ευρέως μέσα στην κοινωνία, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, επιβεβαιώνοντας πως αυτό που συμβαίνει στο νοσοκομείο/ μαιευτήριο αντανακλά ευρύτερες κοινωνικές εξελίξεις, παραδοχές και προϋποθέσεις: Όπως κάθε κοινωνία, έτσι και η σύγχρονη δυτική κοινωνία χαρακτηρίζεται από κοινές πολιτισμικές πεποιθήσεις και πρακτικές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονο φόβο, δηλαδή από το πιο διάχυτο συναίσθημα της μετανεωτερικότητας και του πνεύματος του νεοφιλελεύθερου καπιταλισμού. Εντός αυτού του κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου η κοινωνική οργάνωση βασίζεται στον υπολογισμό της διακινδύνευσης, οι βιογραφικοί σχεδιασμοί χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και οι παραδόσεις ρευστοποιούνται ή χάνουν την ισχύ τους (Αναστασίου στο Τζανάκη, 2021· Bourke, 2011, σ. 11· Nolan, 2011· Τζανάκης στο Αλεξιάς κ.ά., 2014, σ. 338).

Η κυρίαρχη ιατρικοποιημένη θέαση του τοκετού και οι φοβικές οπτικές για την αντιμετώπισή του έχουν πλέον ριζωθεί και κανονικοποιηθεί στο δυτικό κόσμο, με απώτερο στόχο να επιτευχθεί η υγεία και η ασφάλεια, που αποτελούν προϋποθέσεις για τον τοκετό ήδη από το 19ο αιώνα και ως αιτήματα συνδέθηκαν με την αλλαγή του τόπου/ χώρου του τοκετού από το σπίτι στο νοσοκομείο. Μια μεταφορά που έλαβε χώρα κυρίως κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα με βασικό επιχείρημα ότι ο ιδιωτικός χώρος, ως μη αποστειρωμένος, δεν ήταν ο κατάλληλος για να γεννήσει μία γυναίκα.

Αντιθέτως, σύμφωνα με την κυρίαρχη πεποίθηση που συμπορευόταν με τις ευρύτερες αντιλήψεις σχετικά με την ύπαρξη μικροβίων και την καταπολέμησή τους, το νοσοκομειακό περιβάλλον προέβαλλε πλέον δυναμικά ως ένας τόπος που είναι «καθαρός» και «άσηπτος», άρα και πιο κατάλληλος για την αποτελεσματική και ασφαλή αντιμετώπιση του τοκετού.

2. Αποστείρωση και ασηψία

Στα μέσα του 19ου αιώνα ο βιολόγος, μικροβιολόγος και χημικός Louis Pasteur (1822–1895) συνέβαλλε καθοριστικά στην εδραίωση της μικροβιολογίας και της θεωρίας κατά την οποία οι ιοί εισβάλλουν στο σώμα και οι γιατροί δίνουν μάχη για να ενισχύσουν την άμυνα του οργανισμού. Από τότε αναδύθηκε και εδραιώθηκε η αξία της καθαριότητας και του φρέσκου αέρα στους χώρους άσκησης της νοσηλευτικής. Καθοριστικό ρόλο στην ευρεία διάδοση αυτής της αξίας είχε, επίσης, η δράση της νοσηλεύτριας, στατιστικολόγου Αγγλίδας ακτιβίστριας Florence Nightingale (1820–1910), η οποία από το 1854 και μετά έθεσε τις βάσεις για την εδραίωση μιας διαφορετικής αντίληψης σχετικά με τον «αποστειρωμένο» χώρο του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα της νέας τάσης δεν άργησαν να εμφανιστούν και στις αίθουσες τοκετού. Είναι ενδεικτικό, για παράδειγμα, ότι τέσσερα χρόνια μετά την υποστήριξη της Nightingale για την αποστείρωση, σε μαιευτήριο της Βιέννης με εντολή του Ούγγρου γιατρού Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865) σε όλους τους φοιτητές έγινε σαφές και υποχρεωτικό να απολυμαίνουν τα χέρια τους, τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια κάθε τοκετού που αναλάμβαναν. Η σύσταση γινόταν στο πλαίσιο αντιμετώπισης της έξαρσης του επιλόχειου πυρετού, που είχε εμφανιστεί από το 17ο αιώνα, αυξάνοντας τα ποσοστά θνησιμότητας στον τοκετό και που μέχρι το 19ο αιώνα δεν είχε αντιμετωπιστεί επιτυχώς.

Από τη μια, η επιδημία αυτή είχε ήδη συνδεθεί με την αυξανόμενη παρουσία των ανδρών στη μαιευτική. Από την άλλη, ο Semmelweis το 1861, διαπιστώνοντας ότι οι ευκατάστατες γυναίκες, οι οποίες γεννούσαν στις «ευνοϊκότερες» συνθήκες του νοσοκομείου, παρουσίαζαν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας¹ σε σχέση με τις φτωχές γυναίκες που γεννούσαν μόνες και αβοήητες στους δρόμους της Βιέννης, όξυνε την παρατηρητικότητα του στις διαδρομές του ιατρικού προσωπικού εντός του νοσοκομείου, καθώς και στις κινήσεις του. Με τον τρόπο αυτό, ο Semmelweis κατευθύνθηκε στη βάσιμη εικασία ότι οι επίτοκες μολύνονταν από τα χέρια των γιατρών, οι οποίοι, αφού πριν είχαν επισκεφθεί ανθρώπους με διάφορες αρρώστιες ή τις αίθουσες ανατομίας με τα νεκρά σώματα, μετέφεραν στα χέρια τους (με τα οποία εξέταζαν και τις επίτοκες) μικρόβια. Τα μικρόβια αυτά δεν ήταν μόνο επικίνδυνα, αλλά κατέληγαν θανατηφόρα για τις γυναίκες που γεννούσαν –κάτι που αναδεικνύει την επισήμανση του Μισέλ Φουκό ότι το ίδιο το νοσοκομείο μπορεί να δημιουργεί την ασθένεια, εξαιτίας της «κλειστής και λοιμώδους σφαίρας που διαμορφώνει». Χάρη στην παρατήρηση του Semmelweis και την αλλαγή εξέτασης των επιτόκων με το πλύσιμο των χεριών, τα ποσοστά

¹ Είναι εντυπωσιακό ότι το 1840 οι επίτοκες που έχαναν τη ζωή τους τοποθετούνταν δυο-δυο σε κάθε φέρετρο, προκειμένου να μην αποκαλυφθεί το ποσοστό θανάτων (Συκάκη-Δούκα, 1984, σ. 148).

θνησιμότητας κατάφεραν να μειωθούν εντυπωσιακά μέσα σε μόλις ένα χρόνο, και για την ακρίβεια από το 18% να πέσουν κατακόρυφα στο 1%. Πτώση των ποσοστών θνησιμότητας, επίσης, επετεύχθη με τη γνωστοποίηση της ασηψίας το 1866, καθώς και με την ανάδειξη της χρησιμότητας των αντισηπτικών την ίδια χρονιά από το Βρετανό χειρουργό και πρωτοπόρο της αντισηπτικής χειρουργικής Joseph Lister (1827–1912) (Dick–Read, 1942· Συκάκη–Δούκα, 1984· Φουκώ, 2012, σ. 47).

Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι οι πειθαρχίες και οι ιατρικές τεχνολογίες που επιβλήθηκαν στους ίδιους τους γιατρούς εντός του νοσοκομείου με στόχο την καθαριότητα, την αποστείρωση και την αντισηψία συνέβαλαν σημαντικά στην αλλαγή του τύπου του τοκετού, με αποτέλεσμα οι επίτοκες να τοποθετηθούν μαζικά στο νοσοκομείο από τις δεκαετίες του 1920 και του 1930. Αυτή ήταν μια καθοριστική αλλαγή, που με τη σειρά της επέβαλλε διαρκώς στις επίτοκες νέες πειθαρχίες εντός του νοσοκομείου, σε αντίθεση με το χώρο του σπιτιού, εντός του οποίου η επίτοκος ή/και ο οικογενειακός της περίγυρος ήταν πιθανό να προβάλλουν ανυπακοή και αντιστάσεις στις ιατρικές πρακτικές, κάνοντας το έργο του γιατρού δυσκολότερο (Αναστασίου στο Τζανάκη, 2021, σ. 603· Beakly, 2017· Dick–Read, 1942· Knott, 2020, σ. 107· Λάγιος & Λέκκα στο Φιλιππίδης, 2020· Nolan, 2011· Συκάκη–Δούκα, 1984· Τζανάκη, 2018, σ. 97).

3. Η εξέλιξη του νοσοκομείου (17ος – 20ός αιώνας)

3α. Χώρος και εξουσία

Σύμφωνα με το Μισέλ Φουκώ, κατά το 18ο αιώνα άρχισε να συγκροτείται ένας πολύ ευρύτερος –σε σχέση με προγενέστερες εποχές– στοχασμός περί της αρχιτεκτονικής, ο οποίος συνδέθηκε με τους σκοπούς και τις τεχνικές της διακυβέρνησης της κοινωνίας. Σε κάθε αναδυόμενη πολιτική ανάλυση –όπως διαφαίνεται κυρίως από το λόγο των πολιτικών και όχι των αρχιτεκτόνων– συμπεριλαμβάνονταν ζητήματα αστικοποίησης, συλλογικών ανέσεων, υγιεινής και ιδιωτικής αρχιτεκτονικής. Οι θεματικές αυτές άρχισαν να διερευνώνται υπό το πρίσμα της πόλης, εντός της οποίας η τάξη έπρεπε οπωσδήποτε να διατηρείται, προκειμένου να αποφεύγονται οι επιδημίες και οι εξεγέρσεις αλλά και προκειμένου να πραγματοποιείται και να συντηρείται, μεταξύ άλλων, η ευπρέπεια και η ηθική στη σφαίρα της οικογενειακής ζωής.

Έχοντας ως πρότυπο την εύρυθμη λειτουργία της πόλης, άρχισε να συγκροτείται η διακυβερνητική ορθολογικότητα για το σύνολο της επικράτειας, απαραίτητο συστατικό της οποίας ήταν ένα σύστημα αστυνόμευσης τόσο συμπαγές και αποτελεσματικό όσο αυτό της πόλης. Η ιδεατή λειτουργία της πόλης έγινε η μήτρα των κανονισμών σε ολόκληρο το κράτος με την αστυνομία να συνιστά έναν αληθινό τύπο ορθολογικότητας για την καθολική διακυβέρνηση. Ήδη από το 17ο αιώνα και κυρίως από το 18ο αιώνα και μετά η αστυνομία αποτελούσε ουσιαστικά σχέδιο ενός συστήματος. Η διατήρηση αυτού του συστήματος είχε ως σκοπό να ελέγχει το σύνολο των ατόμων και το καθένα άτομο ξεχωριστά «μέχρι σημείου αυτοσυντήρησης, δίχως να χρειάζεται παρέμβαση», προκειμένου να

ρυθμίζεται η διαγωγή όλων εντός της «κοινωνίας». Η «κοινωνία» συνιστούσε μια (επίσης) νέα ιδέα και έναν (επίσης) νέο όρο, όπως ήταν και αυτός της «αστυνομίας», και αναφερόταν σε μια σύνθετη, πολύπλοκη, ανεξάρτητη πραγματικότητα με τους δικούς της νόμους, κανονισμούς, μηχανισμούς και δυνατότητες αντίδρασης και αντίστασης (Φουκώ, 1987).

Καθώς ο χώρος είναι βασικό συστατικό σε κάθε μορφή κοινής ζωής, αυτή η νέα πραγματικότητα, δηλαδή η κοινωνία, περιλάμβανε, μεταξύ άλλων, τα ζητήματα του χώρου και της χωρικοποίησης της γνώσης, η οποία οδηγεί στη συγκρότηση της γνώσης αυτής σε επιστήμη (Φουκώ, 1987). Και ακόμη πιο ειδικά δίνει κατευθύνσεις στα ζητήματα της υγείας, της ασθένειας, της ιατρικής επιστήμης, της ιατρικής αυθεντίας αλλά και της άσκησης εξουσίας πάνω στο (συνολικό και ατομικό) ανθρώπινο σώμα.

3β. Χώρος και ιατρικοποίηση

Το ανθρώπινο σώμα, όπως αναφέρει ο Μισέλ Φουκώ, «συγκροτεί, φυσικό δικαίω, το χώρο καταγωγής και κατανομής της ασθένειας» (Φουκώ, 2012, σ. 25). Ως υλική υπόσταση που με το χρόνο φθείρεται και νομοτελειακά πεθαίνει, το ανθρώπινο σώμα υπόκειται διαρκώς σε πιθανές μικρές ή μεγάλες, αισθητές ή ανεπαίσθητες, ορατές ή αόρατες αλλαγές που επικαθορίζονται από την εκάστοτε κοινωνική οργάνωση. Η ιδιαιτερότητα του χώρου στη σύγχρονη δυτική κοινωνία έγκειται στο ότι για πρώτη φορά, λόγω της έλευσης του καπιταλισμού και της εδραίωσης του ορθολογισμού, το σύνολο των λειτουργιών του ανθρώπινου σώματος εργαλειοποιήθηκε.

Προβάλλοντας το αίτημα αποφυγής του θανάτου, η ικανότητα ή η προσπάθεια προσαρμογής του ανθρώπινου σώματος, μέσω της επιστήμης και των τεχνολογικών επαναστάσεων, κρίθηκε απαραίτητη. Οι επιταγές του καπιταλισμού δεν κατηύθυναν προς την εξαφάνιση ή τον αφανισμό του ανθρώπινου σώματος, αλλά επέβαλλαν τη διατήρηση και ενδυνάμωσή του, μέσω των κατάλληλων αναδιαμορφώσεών του, για τις οποίες δεν ευθυνόταν η τεχνολογία δι' εαυτή και καθ' εαυτή αλλά οι όροι και οι τρόποι χρήσεις της από το ίδιο το καπιταλιστικό σύστημα (Γυιόκα & Παπάζογλου στο Critical Art Ensemble, 2006).

Στη συνολικότερη προσπάθεια προσαρμογής του ανθρώπινου σώματος συνετέλεσε η ιατρικοποίηση του ανθρώπινου σώματος, της ανθρώπινης ζωής και της ανθρώπινης κοινωνίας. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Φουκώ, η ιατρικοποίηση της κοινωνίας είχε ήδη εκκινήσει από το 18ο αιώνα, μέσω ενός «σχεδόν θρησκευτικού προσηλυτισμού» (Φουκώ, 2012, σ. 65). Η εν λόγω ιατρικοποίηση αποτελεί ακόμη και σήμερα μια εν εξελίξει διαδικασία που λαμβάνει χώρα, μέσω του ιατρικού λόγου και των ιατρικών πρακτικών. Ταυτόχρονα, τα ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία του ανθρώπινου σώματος τείνουν σχεδόν πάντα να τοποθετούνται σε χώρους διακριτούς από αυτούς των καθημερινών δραστηριοτήτων, και οι χώροι διάγνωσης και περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της μαιευτικής φροντίδας, έχουν διαγράψει τη δική τους εξελικτική, δυναμική πορεία στην ιστορία του δυτικού πολιτισμού (Χρονάκη, 2012).

3γ. Νοσοκομείο: από τόπος ασύλου σε τόπο ίασης

Χαρακτηριστικό παράδειγμα εξέλιξης του νοσοκομειακού χώρου αποτελεί το Γενικό Νοσοκομείο του Παρισιού, το οποίο ιδρύθηκε με διάταγμα το 1656 και συνιστούσε έναν τόπο και θεσμό εγκάθειρξης (δηλαδή, περιορισμού και φυλάκισης σε ένα χώρο). Δεν επρόκειτο για ένα ιατρικό ίδρυμα αλλά για μια καταπιεστική διοικητική και «μiso-νομική» εξουσία, την οποία είχε θεσπίσει ο βασιλιάς ανάμεσα στην αστυνομία και τη δικαιοσύνη με στόχο την τάξη –τη «μεγάλη εγκάθειρξη», όπως τη χαρακτηρίζει ο Μισέλ Φουκώ.

Σύμφωνα με την αρχική του λειτουργία, στο χώρο του Γενικού Νοσοκομείου του Παρισιού εγκλείονταν όλοι όσοι και όλες όσες θεωρούνταν ότι έπασχαν από τρέλα, είχαν καταδικαστεί για διάφορα εγκλήματα, οι γυναίκες που εκπορνεύονταν, τα άτομα που έκαναν επαιτεία και κυρίως όσοι και όσες ήταν καταδικασμένοι σε άθλιες συνθήκες διαβίωσης, εξαιτίας της ένδειάς τους. Δηλαδή, φυλακιζόταν ένα (μεγάλο μέρος) του πληθυσμού² που δεν είχε έσοδα, δεν είχε κοινωνικούς δεσμούς, δεν είχε αποκτήσει παιδιά ή έστω και πρόσκαιρα είχε αναγκαστεί να μετακινηθεί, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης του 17ου αιώνα. Με άλλα λόγια, οι νοσοκομειακές συνθήκες παρέπεμπαν ευθέως στον απομονωτισμό και την τιμωρία όλων των ανθρώπων/ ατόμων που θεωρούνταν ότι ανήκαν στο «περιθώριο» της κοινωνίας, και το ίδιο το Νοσοκομείο αποτελούσε μια οργανωμένη απολυταρχική δομή.

Με το Γενικό Νοσοκομείο του Παρισιού ως πρότυπο και με βασιλικό διάταγμα του ίδιου έτους (1656) αναδύθηκαν νοσοκομεία σε κάθε πόλη του βασιλείου της Γαλλίας. Απώτερος στόχος της ίδρυσης αυτών των νοσοκομείων ήταν η επιβολή της κυρίαρχης ηθικής της ηγεμονικής τάξης, που επιδίωκε τη διατήρηση και ισχυροποίηση της μοναρχίας και των αστών, τόσο σε όλη τη χώρα όσο και σε ολόκληρη την Ευρώπη, στην οποία μέσα σε λίγα μόλις χρόνια στήθηκε ένα ολόκληρο τέτοιου είδους δίκτυο ιδρυμάτων φυλάκισης.

Μέσα σε αυτό το κλίμα, η Εκκλησία, αν και αποστασιοποιήθηκε από τη συμμαχία της βασιλικής εξουσίας με την αστική τάξη, προχώρησε σε μεταρρύθμιση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων της και σε ανακατανομή των εισοδημάτων τους, ενώ ίδρυσε ειδικά μοναστικά τάγματα, οι στόχοι των οποίων ομοιάζαν με εκείνους των γενικών νοσοκομείων. Μέσα από τις δράσεις της, η Εκκλησία συνετέλεσε με το δικό της τρόπο στην επιβολή της κυρίαρχης ηθικής, σύμφωνα με την οποία εγκαθιδρύθηκε ένας λόγος ικανός να ελέγχει την ανθρώπινη ζωή σε κάθε της λεπτομέρεια και σκοπός αυτών των ιδιότυπων ασύλων–νοσοκομείων ήταν η θεραπεία των περιθωριακών ατόμων, μέσω της ηθικοποίησης και του ηθικού καταναγκασμού. Αυτό το είδος επιβολής προσδοκούσε την εξάλειψη της επαιτείας και της ανεργίας (καθώς αυτές οι δύο καταστάσεις θεωρούνταν πηγές κάθε ανωμαλίας) και επρόκειτο για μια θεραπεία που θα επερχόταν μέσω της εργασίας. Μάλιστα, η εγκάθειρξη πριν αποκτήσει το ιατρικό της νοηματικό περιεχόμενο (δηλαδή, πριν θεωρηθεί ως εισαγωγή σε ψυχιατρείο) συνιστούσε έναν

² Για το λόγο αυτό ο Φουκώ αναφέρεται στη «μεγάλη εγκάθειρξη», αφιερώνοντας το δεύτερο κεφάλαιο από το έργο του *Η Ιστορία της Τρέλας* (Φουκώ, 2004: 41–63).

κοινωνικό μηχανισμό, ένα μέσο καταπίεσης της σκέψης και ελέγχου της έκφρασης, μια καθολική υπόθεση «αστυνομίας». Η τελευταία ήταν που προσέδιδε στην εγκάθειρξη τον ενοποιητικό χαρακτήρα της και αναφερόταν στο σύνολο των μέτρων που έκαναν είτε προσιτή είτε υποχρεωτική την εργασία, ειδικά σε όλους όσοι και όλες όσες δεν είχαν πόρους, εξαιτίας της προαναφερόμενης οικονομικής κρίσης που το 17ο αιώνα εξαπλώθηκε απειλητικά σε όλο το δυτικό κόσμο (Τζανάκη, 2016· Φουκώ, 2004).

Παράλληλα, κατά το 17ο αιώνα άρχισαν να λαμβάνουν χώρα εμπειρικές έρευνες στον ευρωπαϊκό χώρο σχετικά με τις λειτουργίες και τα αποτελέσματα του νοσοκομείου, το οποίο (όπως έγινε εμφανές από τα παραπάνω) ήταν ενταγμένο σε ένα ευρύτερο ιατρικό–νοσοκομειακό σύνολο. Στόχος ήταν να παρατηρηθεί και να περιγραφεί, όχι η δομή του κτιρίου και η αρχιτεκτονική, αλλά μια σειρά από πράγματα που όριζαν τη λειτουργικότητά του:

Αυτά ήταν για παράδειγμα, ο αριθμός των ασθενών που φιλοξενούσε, ο αριθμός αυτός σε σχέση με τις κλίνες που διέθετε, η ποσότητα του ωφέλιμου χώρου, το μέγεθος και το ύψος των θαλάμων, η ποσότητα αέρα για κάθε άρρωστο/ άρρωστη, το ποσοστό θνησιμότητας ή το ποσοστό ίασης. Όπως επίσης, στόχος ήταν να παρατηρηθεί και να περιγραφεί η σχέση ενός παθολογικού φαινομένου με τις συνθήκες ενός νοσοκομειακού συγκροτήματος, οι διαδρομές, οι μεταφορές, οι κινήσεις στο εσωτερικό του, ακόμη και ο τρόπος μεταφοράς των ακαθάρτων. Σε αυτή την κατεύθυνση, προέκυψε ένας νέος τρόπος αντιμετώπισης του νοσοκομείου, το οποίο άρχισε να θεάται ως ένας μηχανισμός, στόχος του οποίου ήταν πλέον να θεραπεύσει, αφού πρώτα είχε διορθώσει τα παθολογικά αποτελέσματα που το ίδιο μπορούσε να παράγει (Foucault, 1994).

Μέχρι το 18ο αιώνα το νοσοκομείο επιτελούσε ουσιαστικά τη μετάβαση από τη ζωή προς το θάνατο και βιώνονταν ως τόπος πνευματικής σωτηρίας. Όπως προαναφέρθηκε, δεν αποτελούσε μέσο ίασης ούτε ιατρικό θεσμό με τις έννοιες που είναι φορτισμένο εννοιολογικά σήμερα, και η ιατρική δε συνδεόταν με το νοσοκομείο, αφού αυτή δεν αποτελούσε ακόμα νοσοκομειακό επάγγελμα. Το νοσοκομείο συνιστούσε αρχικώς ίδρυμα αρωγής προς τους φτωχούς και, ως χώρος, πρακτικά διαχωρίζε, απομόνωνε και απέκλειε το σύνολο των (επικίνδυνων) αρρώστων ή των (φτωχών) ετοιμοθάνατων από το υγιές μέρος του πληθυσμού. Είναι χαρακτηριστική, για παράδειγμα, η αποτύπωση του ουμανιστή αρχιτέκτονα της Αναγέννησης Λεόν Μπαττίστα Αλμπέρτι, σύμφωνα με την οποία, πέρα από τα κριτήρια της ιδιωτικότητας (για ορισμένες περιπτώσεις) και του φύλου (είτε για ασθενείς είτε για νοσηλεύτριες), τα νοσοκομεία έπρεπε να κατασκευάζονται με τέτοιο τρόπο, ώστε ασθενείς που γίνονταν καλά να βρίσκονται σε άλλους χώρους από τους χώρους που προορίζονταν για τους ανίατους και τους τρελούς, που εισάγονταν στο νοσοκομείο όχι τόσο με σκοπό να βρουν τη γιατρεία τους όσο για να παραμείνουν εκεί ωσότου τους χτυπήσει την πόρτα ο θάνατος ως (μάλλον αναπόφευκτο) πεπρωμένο (Ξανθόπουλος, 2016: 50). Περίπου από το 1760 και μετά ήταν που το νοσοκομείο μετατράπηκε σε «θεραπευτικό εργαλείο», δηλαδή θεωρήθηκε από το κράτος ως τόπος ίασης των

νοσούντων/ αρρώστων, επιτρέποντας να συναντηθεί με την επιστήμη της ιατρικής και τις ειδικότητές της.

Ο νοσοκομειακός χώρος, όπως και ο χώρος της φυλακής, κατά το 18ο αιώνα μετασχηματίστηκε μέσα από «πειθαρχίες», δηλαδή, μέσα από πολιτικές τεχνολογίες, τεχνικές πειθαρχησης/ εξουσίας και αναλύσεις του χώρου. Αυτές ήταν που επέτρεπαν την εξατομίκευση, την τοποθέτηση των σωμάτων, την ταξινόμηση και τους συνδυασμούς τους, όπως και την αρχειοθέτηση ή τη μόνιμη πυραμιδική επιτήρηση των ατόμων. Σταδιακά, από τα τέλη του 18ου και τις αρχές του 19ου αιώνα το νοσοκομείο μετασχηματίστηκε, επίσης, από την παρέμβαση της επιστήμης της ιατρικής, συνιστώντας ένα νέο πεδίο: Εντός του, αφενός μπορούσε να λαμβάνει χώρα η διάγνωση και η θεραπεία, μέσω της συστηματικής παρακολούθησης ή μπορούσε ακόμη και να επέλθει ο θάνατος. Αφετέρου, στο χώρο του νοσοκομείου άρχισε να παράγεται η ιατρική εκπαίδευση και γνώση, να εμφανίζεται και να εδραιώνεται η ιατρική αυθεντία, να συγκροτείται ένα διαφοροποιημένο και ιεραρχημένο ιατρικό προσωπικό. Επίσης, η ιατρική που ασκούνταν εντός του νοσοκομείου, μέσω των μετρήσεων και της στατιστικής, άρχισε να μετατρέπεται τόσο σε ιατρική του ατόμου όσο και σε ιατρική του πληθυσμού, δηλαδή σε βιοπολιτική. Αυτό συνέβη, διότι η υγεία του πληθυσμού συνιστούσε για τις (πλέον) βιομηχανικές κοινωνίες μία από τις βασικότερες οικονομικές επιταγές της (Ξανθόπουλος, 2016: 50· Χρονάκη, 2012, σ. 24· Foucault, 1994· Σαββάκης, 2011, σ. 2· May, 2019, σ. 75· Φουκώ, 2004, σσ. 82–84).

4. Το σύγχρονο νοσοκομείο

Ο νέος τύπος νοσοκομείου που αναδύθηκε κατά τη διάρκεια του 18ου αιώνα με αφετηρία τη Γαλλία με αφετηρία το Γενικό Νοσοκομείο του Παρισιού σηματοδοτούσε τη μετάβαση από τις «κοινωνίες της κυριαρχίας» στις «κοινωνίες της πειθαρχίας». Το νέο νοσοκομείο συνοδεύτηκε από την τυπολογική ταυτοποίηση (που έτεινε κυρίως προς την παράδοση) και το λειτουργισμό (που είχε περισσότερο καινοτομικό χαρακτήρα). Οι τελευταίες ήταν έννοιες και πρακτικές εφαρμογές που επηρέασαν από κοινού την ιστορική εξέλιξη του νοσοκομείου, ιδιαιτέρως κατά τον 20ό αιώνα, καθορίζοντας ένα συχνά στείο, επαναλαμβανόμενο στερεότυπο που, μεταξύ άλλων, κύριο χαρακτηριστικό ήταν η τεχνολογία του. Καθώς η τεχνολογία υπόκειται σε διάφορες ερμηνείες, σύμφωνα με τα εκάστοτε κριτήρια ορισμού της και την ιστορική περίοδο μέσα στην οποία τοποθετείται, αυτό που συνέβη με τον ερχομό του 20ου αιώνα ήταν ότι αναπτύχθηκε ραγδαία η τεχνολογία της ιατρικής και κτιριοδομικής–ηλεκτρομηχανολογικής. Η τεχνολογία του νοσοκομείου έφτασε να προσλαμβάνεται ως το ίδιο το νοσοκομειακό περιβάλλον, καθώς εντός του τα όρια ανάμεσα στις μηχανές, τις διαδικασίες και το ίδιο το περιβάλλον έγιναν ρευστά και δυσδιάκριτα. Η εξέλιξη και το περιεχόμενο της τεχνολογίας ταυτίστηκαν με τους τομείς της ιατρικής και της νοσηλευτικής, με τη φυσική των μηχανικών συστημάτων και με τον τρόπο που οργανώθηκε η εργασία μέσα στο νοσοκομείο (Ξανθόπουλος, 2016· Χρονάκη, 2012, σ. 18).

Οι αλλαγές εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος φαίνεται να συνάδουν με την αλλαγή της κλίμακας ελέγχου στην παραγωγή του εργοστασίου, δηλαδή με το γεγονός ότι πλέον ο χειρισμός του σώματος αφορούσε περισσότερο τις μεμονωμένες κινήσεις, τις χειρονομίες και τις στάσεις, καθώς και την ταχύτητα. Αυτό που πλέον είχε σημασία να ελεγχθεί δεν ήταν τα σημαίνοντα στοιχεία της συμπεριφοράς ή η γλώσσα του σώματος. Κύριο μέλημα πλέον ήταν η οικονομία του σώματος, δηλαδή η αποτελεσματικότητα των κινήσεών του και η εσωτερική τους οργάνωση. Επίσης, άρχισε να δίνεται σημασία περισσότερο στις δραστηριότητες παρά στο αποτέλεσμα τους, μέσω ενός αδιάλειπτου καταναγκασμού. Όλες αυτές οι μέθοδοι, οι προαναφερόμενες (φουκωικές) «πειθαρχίες», πέρα από το εργοστασιακό περιβάλλον, εμφανίστηκαν και στο νοσοκομειακό περιβάλλον, εξασφαλίζοντας ότι ο χώρος έχει διαμοιραστεί με τέτοιον τρόπο, ώστε τα άτομα να μπορούν να έχουν σχέσεις μεταξύ τους. Δεν επρόκειτο, όμως, για τυχαίες και ανεξέλεγκτες σχέσεις, καθώς αυτές συνιστούσαν το αποτέλεσμα, ύστερα από τη συνεχή τους παρακολούθηση και παρέμβαση, σωστά υπολογισμένων και συντονισμένων κινήσεων της εργασίας των ατόμων και των δραστηριοτήτων τους με σκοπό τη μέγιστη αποτελεσματικότητα. Τοιουτοτρόπως, ο χώρος, υπό την παραπάνω εννοιολόγηση και αλλαγή, συνετέλεσε στην κατασκευή ενός ανθρώπινου σώματος που μπορεί επαναλαμβανόμενα να γίνεται αντικείμενο εντολών, υπακοής, υποταγής, χρήσης, τελειοποίησης και μετασχηματισμού με σκοπό τη συνεχή, αδιάλειπτη παραγωγή της εργασίας για την παροχή φροντίδας υγείας (May, 2019, σ. 140· Φουκώ, 2005· Foucault, 2011).

Σε αυτό το μετασχηματισμό συνετέλεσε σημαντικά το μεγάλο μέγεθος των νοσοκομείων και η πολυπλοκότητα στη δομή τους, που εξυπηρετούσε συγκεκριμένες λειτουργικές, τεχνικές και επιστημονικές απαιτήσεις. Το μεγάλο μέγεθος, όμως, έδινε την αίσθηση της απεραντοσύνης και της πολυπλοκότητας στους επισκέπτες και τους ασθενείς, προκαλώντας δυσκολίες κατά τη χρήση του. Επιπλέον, το μεγάλο μέγεθος των νοσοκομείων ισχυροποιούσε το κύρος αυτών που τα ήλεγχαν, δηλαδή, τα μέλη του ιατρικού, νοσηλευτικού αλλά και διοικητικού προσωπικού. Επίσης, το ότι τα νοσοκομεία άρχισαν σιγά σιγά να οργανώνονται σε συγκροτήματα (και) εκτός πόλης, ενίσχυσαν ακόμη περισσότερο την αίσθηση ενός ξένου τόπου και μιας ανοίκειας διαδικασίας, που απομακρύνονταν ολοένα και περισσότερο από τον καθημερινό τρόπο ζωής των ασθενών ή των επισκεπτών, και συνεπώς συνέβαλλαν συνεχώς και όλο και πιο έντονα στη διαδικασία της ιατρικοποίησης της ζωής και της κοινωνίας (Χρονάκη, 2012, σ. 28).

Ειδικά από τα τέλη του 20ού αιώνα και τις αρχές του 21ου αιώνα οι χώροι των νοσοκομείων άρχισαν να χαρακτηρίζονται περισσότερο από ένα είδος ελέγχου γενικευμένου και απροσδιόριστου που εδραζόταν στην εσωτερικευση των (φουκωικών) εξουσιαστικών σχέσεων και στη συναίνεση του ιατροτεχνικού ελέγχου του σώματος. Αμφίδρομα, το σώμα άρχισε να κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο στις διαδικασίες παραγωγής, χρήσης και νοσηματοδότησης του χώρου, αναδεικνύοντας –ειδικά στην περίπτωση των νοσοκομειακών μαιευτηρίων– ότι ο τόπος επηρεάζει καθοριστικά τον τρόπο του τοκετού (Χρονάκη, 2012).

Ήδη από το 18ο αιώνα είχε παρατηρηθεί ότι το ποσοστό μητρικής θνησιμότητας αυξανόταν όταν οι επίτοκες βρίσκονταν σε θάλαμο πάνω από θάλαμο τραυματισμένων (Foucault, 1994). Για την ακρίβεια, είχε παρατηρηθεί ότι η διαμόρφωση του χώρου του νοσοκομείου επιδρά στην κατάσταση της επιτόκου, ενώ κατά την εξέλιξη του νοσοκομειακού χώρου κατασκευάστηκε ένα νέο είδος σώματος. Η νέα νοσηματοδότηση του σώματος αφορούσε, τόσο το σώμα της επιτόκου (εννοώντας και του εμβρύου) όσο και το σώμα του γιατρού, της νοσηλεύτριας ή της μαίας, πάνω στα οποία άρχισαν να ασκούνται –στο βαθμό που κάθε φορά ασκούνταν και ασκούνται– πειθαρχίες. Η επιβολή τους στο νοσοκομειακό τοκετό υποβοηθήθηκε από την εφαρμογή της ανάλογης υψηλού επιπέδου τεχνολογίας, η οποία αντιμετωπίστηκε ως το κατεξοχήν «ανδρικό σύμβολο» (Odent, 2017, σ. 54) κατά την επιτελεστική αντιμετώπιση του τοκετού, ο οποίος θεωρούνταν ένα αδιαμφισβήτητα επείγον περιστατικό παθολογίας.

5. Η τεχνοκρατική ιδεολογία

Η ιδεολογία που έτεινε να περιβάλλει έντονα το είδος της τεχνολογίας που άρχισε να χρησιμοποιείται στο νοσοκομειακό τοκετό, η αποκαλούμενη «τεχνοκρατική ιδεολογία», συνδέθηκε με τα κατάλληλα εργαλεία και μηχανήματα του νοσοκομείου, τα οποία ακόμη και στην περίπτωση που τα αποτελέσματα από τη χρήση τους δεν είναι ευνοϊκά, αυτά δεν απορρίπτονται, αλλά τείνουν να διορθώνονται με την ακόμη πιο νέα και εξελιγμένη τεχνολογία. Η τεχνοκρατική ιδεολογία συνιστά την τεχνολογία που συνδέεται με την τάξη, την εντολή, την παραγωγικότητα, τη λογική και τον έλεγχο. Και αυτό που κυρίως τη χαρακτηρίζει από τον 20ο αιώνα και μετά είναι ότι συγκροτείται με όσα επιβάλλει διαρκώς η οργάνωση της χρήσης των μηχανημάτων και των εργαλείων του νοσοκομείου. Τα ιατρικά μηχανήματα και τα εργαλεία του νοσοκομείου αποτελούν προϊόντα πολύ υψηλής τεχνολογίας, που ωστόσο αντανakλούν σοβαρά δομικά προβλήματα του συστήματος υγείας: Για πολλά από αυτά –όπως, για την ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου ή τον υπολογιστικό αξονικό τομογράφο– η αποτελεσματικότητά τους είναι αναπόδεικτη. Παρόλα αυτά, δεν παύουν να αποτελούν εγγενή συστατικά της νοσοκομειακής πρακτικής εντός της καπιταλιστικής οικονομίας, γεννώντας με τη σειρά τους την έννοια του «τεχνοκρατικού σώματος».

Στο πλαίσιο αντιμετώπισης των λειτουργιών του τεχνοκρατικού σώματος έγινε σαφής ο εννοιολογικός διαχωρισμός μεταξύ του σώματος της γυναίκας που γεννά τη νέα ζωή (από τη μια) και του σώματος που έρχεται στη ζωή (από την άλλη). Με βάση αυτή τη διάκριση, οι ανάγκες και οι επιθυμίες των επιτόκων άρχισαν να εξαρτώνται όλο και περισσότερο από την υψηλού επιπέδου τεχνολογία του νοσοκομείου/ μαιευτηρίου και οι ίδιες ή/και η κατάστασή τους άρχισαν να αξιολογούνται απαραιτήτως και αποκλειστικώς όλο και περισσότερο σύμφωνα με τα –ποσοτικά και υπεραπλουστευμένα σε σχέση με τα σύνθετα φαινόμενα– κριτήρια που αφορούσαν τις μηχανές.

Γίνεται εμφανές από τα παραπάνω ότι η μεταφορά του τοκετού από το σπίτι στο νοσοκομείο δημιούργησε τις κατάλληλες προϋποθέσεις έτσι, ώστε να αρχίσει να αναπτύσσεται μία έντονη τάση

κατά την οποία ο τοκετός –όπως κατά βάση το σύνολο της τεκμηριωμένης ιατρικής στο δυτικό κόσμο– εν τέλει να αξιολογείται με όρους απώλειας εσόδων ή παραγωγικότητας για την επιχείρηση του νοσοκομείου ή της μαιευτικής κλινικής. Σε μια παράλληλη κατεύθυνση, η ίδια η ιατρικοποίηση του τοκετού –για την ακρίβεια η νοσοκομειοποίηση του τοκετού– άρχισε να υποκινεί με τη σειρά της τη βιομηχανοποίησή του και την εφαρμογή διάφορων παρεμβατικών ιατρικών πρακτικών στο σώμα της επιτόκου, που ακόμη και σήμερα έχουν την τάση να θεωρούνται ως επιβεβλημένες, εξαιτίας της αποκαλούμενης «εν δυνάμει παθολογίας», δηλαδή της παθολογίας που μπορεί να προκύψει.

Ωστόσο, όπως επισημαίνει, μεταξύ άλλων ειδικών, η μαία και βοηθός μητρότητας Ruth Ehrhardt (2011), η είσοδος και μόνο στο νοσοκομείο αποτελεί παρέμβαση στον τοκετό, καθώς παρατηρείται συχνά αυτός να επιβραδύνεται ή ακόμη και να σταματά όταν η επίτοκος φτάσει στο νοσοκομείο. Όπως εξηγεί, αυτό συμβαίνει για μια σειρά από λόγους που δρουν παρεμβατικά στην εξέλιξή του, όπως: το ότι ο φωτισμός του νοσοκομείου είναι πολύ έντονος, ότι πραγματοποιούνται κολπικές εξετάσεις στην επίτοκο (χωρίς μάλιστα αυτό να γίνεται με την ενήμερη συναίνεσή της), ότι ένας άγνωστος μπορεί να εισέλθει στην αίθουσα τοκετού, η ετοιμόγεννη νιώθει να κρύνει, νιώθει ότι παρακολουθείται, νιώθει φοβισμένη, νιώθει νευρική ή έχει την αίσθηση ότι αναγκάζεται να αποφασίσει βιαστικά. Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι η επίτοκος –ακόμη και υποσυνείδητα– ακόμη και στην περίπτωση που δεν έχει εμφανίσει κάποια παθολογία μέσα σε αυτό το (ανοίκιο) περιβάλλον δεν είναι δύσκολο να αισθανθεί σαν ασθενής.

Δηλαδή, είναι πολύ πιθανό η επίτοκος να εσωτερικεύσει το ότι ασθενεί, ότι (πρέπει να) είναι παθητική όσον αφορά τον τοκετό της και ότι βρίσκεται σε πολύ δύσκολη θέση, κατά την οποία είναι εύλογο και πιο εύκολο να αφήσει την ευθύνη για το σώμα της στον ειδικό. Είναι, άλλωστε, χαρακτηριστικό ότι πολλές επίτοκες κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο/ μαιευτήριο (ή/και πολλές μητέρες κατά την έξοδό τους από αυτό), ακόμη κι αν δεν υπάρχει κάποια ένδειξη παθολογίας, «καλωσορίζονται» και στη συνέχεια μεταφέρονται από τον ένα χώρο στον άλλο με αναπηρικό αμαξίδιο. Αυτό και μόνο, όπως αναφέρει η ιστορικός Sarah Knott, μπορεί να τους δημιουργήσει διάφορες σκέψεις, όπως: «Δεν μπορώ άραγε να περπατήσω;» (Knott, 2020, 107–108). Τούτων δοθέντων, παρόλο που το νοσοκομείο/ μαιευτήριο συνδέεται με την προσδοκώμενη υγεία, είναι επίσης άρρηκτα συνδεδεμένο με την ύπαρξη της ασθένειας, με αποτέλεσμα η είσοδος της επιτόκου στο χώρο του να σηματοδοτεί την αυτόματη τοποθέτησή της στη σφαίρα της παθολογίας και να την καθιστά τις περισσότερες φορές ένα παθητικό –ως προς τον τοκετό της– παθητικό ον.

Σύνοψη και συμπεράσματα

Ο μετασχηματισμός του τοκετού κατά το 19ο αιώνα συνέβη λόγω της μεταφοράς του από το σπίτι (ιδιωτικό χώρο) στο νοσοκομείο (δημόσιο/ κρατικό χώρο). Αυτός ο μετασχηματισμός εδραζόταν στην κατασκευή ενός συλλογικού φαντασιακού, που είχε προκύψει από την επιβεβλημένη ηθικής της εποχής, τόσο από τους συζύγους, τους γιατρούς αλλά και την επίσημη χριστιανική θρησκεία. Αυτό το

φανταστικό ενισχύθηκε ακόμη περισσότερο από τη χρήση του χλωροφορμίου στον τοκετό, εξέλιξη που αφενός μετέφερε την ευθύνη για την έκβαση του τοκετού στους ειδικούς/ γιατρούς (και ιδιαιτέρως στους μαιευτήρες-γυναικολόγους), αφετέρου εξάλειψε τη σεξουαλική διάσταση του τοκετού, τόσο από τις γυναίκες όσο και από ολόκληρη την κοινωνία.

Κατά την πρώιμη νεωτερικότητα, εντασσόμενες στο τότε πολιτισμικό πλαίσιο, οι γυναίκες διακατέχονταν από (κυρίως θρησκευτικές) προκαταλήψεις για τον τοκετό, οι οποίες όμως άρχισαν να αμφισβητούνται κατά το 19ο αιώνα. Σε αυτή την αμφισβήτηση συνέδραμε η αποκαλούμενη «εκκοσμίκευση του πόνου», δηλαδή το ότι ο πόνος άρχισε να προσδιορίζεται κυρίως σε σωματικό (και όχι θρησκευτικό) επίπεδο. Παράλληλα, λόγω της προόδου της αναισθησιολογίας μπορούσε πλέον να γίνει διαχειρίσιμος. Παρόλα αυτά, η σύνδεση μεταξύ του φόβου και του πόνου (ή του ενδεχόμενου πόνου) στον τοκετό δεν εξαλείφθηκε, αλλά κανονικοποιήθηκε, ενώ αυτοματοποιήθηκε η ανάγκη της ιατρικής επίβλεψης και επέμβασης στον τοκετό. Αυτό ισχύει μέχρι και σήμερα, καθώς οι περισσότερες γυναίκες μεταθέτουν αυτομάτως την ευθύνη για τον τοκετό τους στους γιατρούς, οι οποίοι επίσης τείνουν να αντιμετωπίζουν τον τοκετό μέσα σε ένα καθεστώς φόβου.

Ήδη από το 19ο αιώνα, με στόχο την υγεία και την ασφάλεια, ο μη αποστειρωμένος ιδιωτικός χώρος του σπιτιού κρίθηκε ακατάλληλος για να γεννήσει μία γυναίκα, σε αντίθεση με το δημόσιο χώρο του νοσοκομείου. Ο τελευταίος συνδέθηκε άρρηκτα με την ιδέα ενός τόπου που είναι ιδανικός για τον τοκετό, λόγω των ιστορικών εξελίξεων της αποστείρωσης και της αντισηψίας, που άρχισαν να συμβάλλουν καθοριστικά στη μαζική τοποθέτηση των επιτόκων στο νοσοκομείο από τις αρχές του 20ου αιώνα.

Η ιστορική εξέλιξη του νοσοκομείου, η οποία είχε ήδη εκκινήσει από το 17ο αιώνα και κορυφώθηκε κατά το 18ο και 19ο αιώνα, συμπορευόταν με τη συνάρθρωση του χώρου με την εξουσία και την ιατρικοποίηση εντός του καπιταλιστικού πλαισίου. Με χαρακτηριστικό παράδειγμα το Γενικό Νοσοκομείο του Παρισιού, το οποίο είχε ως σκοπό την επιβολή της κυρίαρχης ηθικής της ηγεμονικής τάξης (και με τη συμβολή της Εκκλησίας,) έγινε εμφανές πώς αυτό μετασχηματίστηκε από τόπος ασύλου σε τόπο ίασης. Κοινωνική διαδικασία που συντελέστηκε μέσα από «πειθαρχίες», δηλαδή πολιτικές τεχνολογίες, τεχνικές πειθάρχησης/ εξουσίας και αναλύσεις του χώρου. Παράλληλα, στο νοσοκομείο άρχισε να παράγεται η ιατρική εκπαίδευση και γνώση, και να ισχυροποιείται η ιατρική αυθεντία μέσα στο πλαίσιο της ασκούμενης βιοπολιτικής.

Κατά τον 20ό αιώνα, παράλληλα με το εργοστασιακό περιβάλλον, το νοσοκομειακό περιβάλλον άρχισε να ταυτίζεται με την ίδια την τεχνολογία του νοσοκομείου. Η εν λόγω ταύτιση συνετέλεσε στην κατασκευή του ανθρώπινου σώματος που αποτελεί αντικείμενο εντολών, υπακοής, υποταγής, χρήσης και τελειοποίησης με σκοπό την αδιάκοπη παραγωγή της εργασίας και της παροχής φροντίδας υγείας. Σε συνδυασμό με τη νέα αρχιτεκτονική και το μεγάλο μέγεθος του νοσοκομείου, στις αρχές του 21ου αιώνα το νοσοκομείο (πλέον και μαιευτήριο) άρχισε να εσωτερικεύει τις (φουκωικές) εξουσιαστικές

σχέσεις και τον ιατροτεχνικό έλεγχο του σώματος, αναδεικνύοντας ότι ο τοκετός συνδέεται στενά με το χώρο, τόσο με την έννοιά του όσο και με την εμπειρία που βιώνει κάποιος/ κάποια μέσα σε αυτό.

Η αποκαλούμενη «τεχνοκρατική ιδεολογία» άρχισε έκτοτε να περιβάλλει το σύγχρονο τοκετό, προάγοντας για την αντιμετώπισή του την ακόμη πιο νέα και εξελιγμένη τεχνολογία των μηχανημάτων και των εργαλείων του νοσοκομείου. Η χρήση των τελευταίων δεν εγγυάται πάντα την επίτευξη της υγείας και της ασφάλειας, όμως έχουν καθιερωθεί, μετατρέποντας το ανθρώπινο σώμα (και το σώμα της επιτόκου) σε «τεχνοκρατικό σώμα». Σε αυτές τις συντεταγμένες, στο σημερινό συγκείμενο έχει πλέον διαχωριστεί το σώμα της γυναίκας που γεννά από το σώμα του εμβρύου/ νεογνού, οι ανάγκες και οι επιθυμίες των επιτόκων εξαρτώνται στενά από την υψηλού επιπέδου τεχνολογία του νοσοκομείου/ μαιευτηρίου και οι έρευνες για τον τοκετό βασίζονται σε κριτήρια που αφορούν τις μηχανές. Τούτων δοθέντων, στην παρούσα συμβολή έγινε διακριτή η ιατρικοποίηση, νοσοκομειοποίηση και βιομηχανοποίηση του τοκετού, με αποτέλεσμα, εξαιτίας τής «εν δυνάμει παθολογίας» να εφαρμόζονται όλο και περισσότερες παρεμβάσεις στο σώμα της επιτόκου, είτε ιατρικές (όπως, η αναισθησία) είτε μη ιατρικές (όπως, αυτή του έντονου φωτισμού).

Μία από τις πολλές και διαφορετικές παρεμβάσεις στον τοκετό αποτελεί από μόνη της η είσοδος της επιτόκου στο νοσοκομείο/ μαιευτήριο, η οποία μπορεί να μετατρέψει αυτομάτως την επίτοκο σε ασθενή. Με άλλα λόγια, καθώς η επίτοκος τοποθετείται στο νοσοκομείο/ μαιευτήριο είναι πολύ πιθανό να εκκινήσει η παθολογικοποίησή της και συνεπώς να απαιτηθούν περαιτέρω επεμβάσεις –στο βαθμό που αυτό κάθε φορά ισχύει. Σε αυτές τις συντεταγμένες, σε σχέση με το παρελθόν έχει συντελεστεί «μια ευρεία ιστορική αλλαγή» στον τοκετό που συνδέεται άρρηκτα με τις αλλαγές εντός της κοινωνίας: Το σύγχρονο κυρίαρχο πλαίσιο του τοκετού έχει πλέον αισθητά μετασχηματιστεί «από ένα παραδοσιακό σύμπαν θηλυκής γνώσης και συντροφικότητας σε ένα ιατρικό σύμπαν τεχνολογίας και εξειδίκευσης» (Knott, 2020: 88).

Όπως γίνεται εμφανές από την παραπάνω συλλογιστική, η επίδραση του χώρου στον τοκετό – ήδη από το 19ο αιώνα με τη μεταφορά του από το σπίτι στο νοσοκομείο– άρχισε να αποτελεί σημαντική παρέμβαση στη φυσιολογία του. Επίδραση που καλό θα ήταν να λαμβάνεται πλέον σοβαρά από τους σύγχρονους ειδικούς, καθώς η πρώτη παρέμβαση –η εκάστοτε πρώτη παρέμβαση, όπως αυτή του χώρου– στη φυσιολογία του τοκετού είναι πιθανόν να δημιουργήσει μια αλληλουχία περαιτέρω ιατρικών και μη παρεμβάσεων (Αναστασίου στο Τζανάκη, 2021: 625–626) με αποτέλεσμα, μάλιστα, ο τοκετός, μέσω της όλο και μεγαλύτερης ιατρικοποίησης/ νοσοκομειοποίησής του, να μην επιφέρει, εν τέλει, τα προσδοκώμενα οφέλη που αφορούν την υγεία και την ασφάλεια.

Συνυπολογίζοντας τα παραπάνω και απαντώντας στο αρχικό ερώτημα του παρόντος επιστημονικού άρθρου, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι λόγω της επίδρασης και της παρεμβατικότητας του χώρου στον τοκετό, καθώς και λόγω του είδους της εργασίας των μαιευτήρων–γυναικολόγων και της «προληπτικής ιατρικής» που τείνουν να εφαρμόζουν, καθίσταται από δύσκολο έως αδύνατο ένας

τοκετός χωρίς παθολογία να αντιμετωπιστεί εντός του σύγχρονου νοσοκομείου/ μαιευτηρίου βάσει της φυσιολογίας του και εν τέλει να επιτευχθεί ένας φυσικός, αδιαμεσολάβητος, μη παρεμβατικός τοκετός.

Βιβλιογραφία

Α. Στην ελληνική γλώσσα

(α) Ονόματα συγγραφέων στην ελληνική γλώσσα

- Αναστασίου, Α.Κ. (2021). Οι αθέατες όψεις της πολιτικής διαχείρισης του τοκετού στην ύστερη νεωτερικότητα: Από τον πόνο έως τον βιασμό. Από την ευεξία έως τον οργανισμό. Στο Δ. Τζανάκη (επιμ.), Υγεία, Καύλα και Επανάσταση. Αθήνα: Ασίνη, σσ. 599–628.
- Γυιόκα, Α., Παπάζογλου, Σ. (2006). Προλογικό σημείωμα. Στο Critical Art Ensemble, Η Μηχανή της Σάρκας (μτφρ.: Γ. Γραμμένου, Σ. Παπάζογλου, προλ. σημ.: Α. Γυιόκα, Σ. Παπάζογλου). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις των Ξένων, σσ. 7–13.
- Λάγιος, Θ., Λέκκα, Β. (2020). Επίμετρο: ‘Μένουμε σπίτι’: η βιοπολιτική οικο–νομία της υγείας. Στο Φιλίππιδης, Χ., Είμαστε σε Πόλεμο με έναν Αόρατο Εχθρό. Πανδημία, Βιοπολιτική και Αντιεξέγερση (επιμ.: Θ. Λάγιος, Β. Λέκκα). Αθήνα: Futura, σσ. 65–82.
- Ξανθόπουλος, Κ. (2016). Το Νοσοκομείο στις Διασταυρώσεις της Αρχιτεκτονικής με την Ιατρική. Από το Στερεότυπο στο Νεωτερικό, Αθήνα: ΜΙΕΤ.
- Σαββάκης, Μ. (2011). Ιατρική επιστήμη, ασθένεια και θάνατος: μια μικροκοινωνιολογική ποιοτική προσέγγιση. Στο Σπυριδάκης, Μ., Οικονόμου, Χ. (επιμ.), Ανθρωπολογικές και Κοινωνιολογικές Προσεγγίσεις στην Υγεία. Αθήνα: Σιδέρης, σσ. 285–316.
- Συκάκη–Δούκα, Α. (1984). Ο Τοκετός Είναι Αγάπη. Γενετήσια Διαπαιδαγώγηση – Εγκυμοσύνη – Ψυχοπροφυλακτική Ανωδύνου Τοκετού. Λοχεία – Θηλασμός – Κοινωνικές Παροχές – Αντισύλληψη. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Τζανάκη, Δ. (2018). Φύλο & Σεξουαλικότητα. Ξεριζώνοντας το «Ανθρώπινο» [1801–1925]. Ακροβατώντας με την Κυβερνητικότητα στα Άδυστα της Δικανικής Αφροδίτης, της Ψυχιατρικής, της Εγκληματολογίας, της Σεξολογίας, της Ψυχανάλυσης και της Ψύχωσης. Αθήνα: Ασίνη.
- Τζανάκη, Δ. (2016). Ιστορία της [Μη] Κανονικότητας. Η Σφίγγα Πρέπει ν’ Αυτοκτονήσει. Ο Οιδίποδας Επικρατεί. Εισαγωγή στην Ιστορία του Εκθηλισμού, της Υστερίας, του Αυνανισμού, της Ομοφυλοφιλίας και της Πορνείας στον Μεσοπόλεμο. Αθήνα: Ασίνη.
- Τζανάκης, Μ. (2014). Αυτοεπιτήρηση και διακυβέρνηση του εαυτού στη μετα–ασυλική εποχή της ελληνικής ψυχιατρικής. Στο Αλεξιάς, Γ., Τζανάκης, Μ., Χατζούλη, Α. (επιμ.), Σώμα Υπό Επιτήρηση. Ηθικές και Πολιτικές Συνδηλώσεις της Ιατρικής Τεχνολογίας και της Κοινωνικής Φροντίδας. Αθήνα: Πεδίο, σσ. 335–363.
- Τραγέα, Ρ. (2005). Φυσικός Τοκετός. Εναλλακτικές Μέθοδοι Μαιευτικής Φροντίδας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος.
- Φουκό, Μ. (1987). Εξουσία, Γνώση και Ηθική (μτφρ.: Ζ. Σαρίκας). Αθήνα: Ύψιλον.
- Φουκώ, Μ. (2012). Η Γέννηση της Κλινικής (μτφρ.: Κ. Κασαμπέλη, επίμετρο: Μ. Μητροσύλη). Αθήνα: Νήσος.
- Φουκώ, Μ. (2005). Επιτήρηση και Τιμωρία. Η Γέννηση της Φυλακής (μτφρ.: Κ. Χατζηδήμου, Ι. Ράλλη, θεώρηση: Α. Σταύρου). Αθήνα: Ράππας.
- Φουκώ, Μ. (2004). Ιστορία της Τρέλας (μτφρ.: Φ. Αμπατζοπούλου), Αθήνα. Ηριδανός.
- Χρονάκη, Μ. (2012). Ιατρικοποίηση, Τελετουργία και Συγκρότηση της Μητρικής Ταυτότητας στους Χώρους του Τοκετού στο Βόλο. Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
[<https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/28892?lang=el#page/1/mode/2up>].

(β) Ονόματα συγγραφέων στην αγγλική γλώσσα

- Critical Art Ensemble (2006). Η Μηχανή της Σάρκας (μτφρ.: Ί. Γραμμένου, Σ. Παπάζογλου, προλ. σημ.: Λ. Γυϊόκα, Σ. Παπάζογλου). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις των Ξένων.
- Foucault, M. (2011)., Ιστορία της Σεξουαλικότητας. Ι. Η Βούληση για Γνώση (μτφρ.: Τ. Μπέτζελος). Αθήνα: Πλέθρον.
- Foucault, M., (1994). Η ενσωμάτωση του νοσοκομείου στη σύγχρονη τεχνολογία. Στο Σολομών, Ι., Κουζέλης, Γ. (επιμ.), Πειθαρχία και Γνώση. Αθήνα: Εταιρεία Μελέτης των Επιστημών του Ανθρώπου, σσ. 75–84.
- Knott, S. (2020). Μητέρες. Μια Αντισυμβατική Ιστορία (μτφρ.: Σ. Κάσδαγλη),. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Poovey, M. (2006,). Επεισόδια αδιάκριτου χαρακτήρα: Η ιατρική αγωγή των βικτωριανών γυναικών. Στο Αθανασίου, Α. (επιμ.). Φεμινιστική Θεωρία και Πολιτισμική Κριτική (μτφρ.: Π. Μαρκέτου, Μ. Μηλιώρη, Α. Τσεκένης), Αθήνα: Νήσος, σσ. 335–352.
- May, T. (2019) Εισαγωγή στον Μισέλ Φουκώ (μτφρ.: Α. Ματσάγγος, επιμ.: Θ. Λάγιος). Αθήνα: oposito/ personas.
- Waitzkin, H. (2020). Ιατρική και Δημόσια Υγεία Μπροστά στο Τέλος της Αυτοκρατορίας (μτφρ.: Δ. Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος). Αθήνα: Angelus Novus.

B. Στην αγγλική γλώσσα

- Arney, R.W. Neill, J. (1982), “The location of pain in childbirth: natural childbirth and the transformation of obstetrics. *Sociology of Health and Illness*, 4(1): 1–24.
- Beakly, A. (2017). *Thinking with Metaphors in Medicine. The State of the Art*. London & New York: Routledge.
- Bourke, J. (2014). *The Story of Pain. From Prayer to Painkillers*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Bynum, F.W. (1994). *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*. New York: Cambridge University Press.
- Caton, D. (1999). *What a Blessing she had Chloroform: The Medical and Social Response to the Pain of Childbirth from 1800 to the Present*. New Haven: Yale University Press.
- Caton, D. (1994). The poem in the pain: the social significance of pain in Western civilization. *Anesthesiology*, 81: 1044–1052.
- Caton, D. (1985). The secularization of pain. *Anesthesiology*, 62(4): 493–501.
- Corretti, C., Desai, P.S. (2018). The legacy of Eve’s curse: religion, childbirth pain, and the rise of anesthesia in Europe: c. 1200–1800s. *Journal of Anesthesia History*, 4: 182–190.
- Davis–Floyd, E.R. (1994). The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social Science & Medicine*, 38(8): 1125–1140.
- De Vries, G.R., Lemmens, T. (2006). The social and cultural shaping of medical evidence: case studies from pharmaceutical research and obstetric science. *Social Science & Medicine*, 62: 2694–2706.
- Dick–Read, G. (1942). *Childbirth Without Fear. The Principles and Practice of Natural Childbirth*. London: Pollinger in Print (PIP).
- Ehrhardt, R. (2011). *The Basic Needs of A Woman in Labour* (Foreword: M. Odent). Western Cape, South Africa: True Midwifery (Self Published by R. Ehrhardt of True Midwifery).
- Fenster, M.J. (2001). *Ether Day: The Strange Tale of America’s Greatest Discovery and the Haunted Men Who Made It*. New York: HarperCollins.
- Gaskin, M.I. (2011). *Birth Matters. A Midwife’s Manifesta*. London: Pinter & Martin.
- Hazen, H. (2017). ‘The first intervention is leaving home’: reasons for electing an out–of–hospital birth among Minnesotan mothers. *American Anthropological Association*, 31(4): 555.
- Howard, S. (2003). Imagining the pain and peril of seventeenth–century childbirth: Travail and deliverance in the making of an early modern world. *Social History of Medicine*, 16(3): 367–382.
- Nolan, M.L. (2011). *Home Birth. The Politics of Difficult Choices*. USA & Canada: Routledge.
- Odent, M. (2017). *Childbirth in the Age of Plastics*. Great Britain: Pinter & Martin Ltd.
- Pernick, S.M. (1985). *A Calculus of Suffering: Pain, Professionalism, and Anesthesia in Nineteenth Century America*. New York: Columbia University Press.

- Pollock, A.L. (1997). Childbearing and female bonding in early modern England. *Social History*, 22(3): 286–306.
- Roodenburg, W.H. (1988). The maternal imagination: the fears of pregnant women in seventh-century Holland. *Journal of Social History*, 21(4): 701–716.
- Snow, S. (2008). *Blessed Days of Anaesthesia: How Anaesthetics Changed the World*. New York: Oxford University Press.
- Sykes, K. (2007). *Anaesthesia and the Practice of Medicine: Historical Perspectives*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Turkel, D.K. (1995). *Women, Power and Childbirth: A Case Study of a Free-standing Birth Center*. USA: Greenwood Publishing Group.
- Wilson, A. (2013). *Ritual and Conflict: The Social Relations of Childbirth in Early Mode*. Farnham, Surrey: Ashgate.
- Wilson, A. (1995). *The Making of Man-Midwifery: Childbirth in England, 1660–1770*. Cambridge: Harvard University Press.



Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

Η **Κατερίνα Α. Αναστασίου** είναι Διδάκτωρ Κοινωνιολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Αιγαίου (Υπότροφος ΙΚΥ), εκπονώντας διδακτορική διατριβή με τίτλο «Η βιωμένη εμπειρία του τοκετού στο νοσοκομείο και στο σπίτι. Μελέτης περίπτωσης στη Χαλκίδα», τα επιστημονικά πεδία της οποίας περιλαμβάνουν την κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, την κοινωνιολογία του σώματος, οπτικές της κοινωνικής ανθρωπολογίας για τον τοκετό, τις φεμινιστικές θεωρίες για τη γυναικεία αναπαραγωγή, την ιστορία της μαιευτικής τέχνης σε αντιπαραβολή με την ανάπτυξη της μαιευτικής-γυναικολογίας και εννοιολογικά εργαλεία του έργου του Michel Foucault. Με στόχο το διάλογο μεταξύ επιστήμης και κοινωνίας έχει διοργανώσει σεμινάρια-εκδηλώσεις για τον τοκετό στον τόπο διαμονής της, τη Χαλκίδα και έχει δώσει συνεντεύξεις στον Τύπο για την κατάσταση του τοκετού στο σύγχρονο δυτικό κόσμο. Έχει ολοκληρώσει με άριστα το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Πολιτική Επιστήμη και Κοινωνιολογία» (κατεύθυνση: Πολιτική Επιστήμη) του Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης της Σχολής Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στο πλαίσιο του οποίου εκπόνησε εργασία ειδίκευσης με τίτλο «*Το Κίνημα για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στον Τοκετό*», η οποία κρίθηκε ως άριστη. Σε προπτυχιακό επίπεδο αποφοίτησε από το Τμήμα «Σπουδές στον Ευρωπαϊκό Πολιτισμό» της Σχολής Ανθρωπιστικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Χάρη στο βασικό τίτλο σπουδών της οργανώνει και διδάσκει σε τοπικούς συλλόγους και πολιτιστικούς χώρους, για μια σειρά ετών, ιστορία της δυτικοευρωπαϊκής τέχνης, μέσω μιας δημοκρατικής και διεπιστημονικής προσέγγισης, που συνδέεται με τις σπουδές και τα επιστημονικά της ενδιαφέροντα. Ως απόφοιτη του Δημοσίου ΙΕΚ Χαλανδρίου, έχει συνεργαστεί ως δημοσιογράφος/ ρεπόρτερ με ραδιόφωνα, εφημερίδες και περιοδικά τοπικής και πανελλαδικής εμβέλειας. Για πάνω από μια δεκαετία αποτύπωνε τις κοινωνικο-πολιτικές και πολιτιστικές της «ανησυχίες» στην εβδομαδιαία κυκλοφορίας εφημερίδα «Η Εποχή».



Short CV

Katerina A. Anastasiou is a Doctor of Sociology at School of Sciences of the University of the Aegean (IKY Scholar), preparing a doctoral thesis entitled “The lived experience of childbirth in the hospital and at home. A case study in Halkida”, whose scientific fields include sociology of health and illness, sociology of the body, social anthropological perspectives on childbirth, feminist theories of female reproduction, history of midwifery art in contrast to emergence of obstetrics–gynecology and conceptual tools of Michel Foucault’s work. With the aim of dialogue between science and society, she has organized seminars–events in her place of residence, Halkida, and has given interviews to the press about state of childbirth in modern Western world. She has completed with honors Master’s Program “Political Science and Sociology” (major: Political Science) of Department of Political Science and Public Administration of School of Law, Economics and Political Sciences of National & Kapodistrian University of Athens, in the context of which she prepared thesis entitled “*The Movement of Human Rights in Childbirth*”, which was judged as excellent. At undergraduate level she graduated from “Studies in European Culture” Department of Faculty of Humanities of Hellenic Open University”. Thanks to her basic degree, she organizes and teaches in local clubs and cultural spaces, for a number of years, History of Western European art, through a democratic and interdisciplinary approach, connected to her studies and scientific interests. She is also journalist/reporter with local and national radio stations, newspapers and magazines. For more than a decade, she expressed her socio-political and cultural "concerns" in the weekly newspaper “I Epochi”.