

DEPERSONALIZACIJA MEDICINSKIH SESTARA U KONTEKSTU BIO TEHNOLOGIJSKI ZASNOVANE MEDICINE

STIPE OREŠKOVIĆ
Mdicinski fakultet, Zagreb

UDK: 614. 2
Izvorni znanstveni rad
Primljeno: 12. 11. 1990.

Medicinska sociologija je kao posebna disciplina sociologije najviše javnih i akademskih priznanja, te financijske i organizacijske potpore, priskrbila istraživanjem socijalnih i profesionalnih relacija koje se razvijaju u odnosima liječnika i pacijenta. Sredinom ovog stoljeća taj je odnos tumačen kao čisti interpersonalni odnos. Razvojem bazičnih prirodnih znanosti, fizike, biologije i kemije, te tehnološkom aplikacijom tih spoznaja, odnos liječnika i pacijenta postaje višestruko posredovan. Profesionalna uloga medicinske sestre mijenja se u skladu s tim tendencijama i odlikuje se sve izraženijim procesima alijenacije i depersonalizacije.

U članku se analiziraju:

- 1. procesi alijenacije sestara i depersonalizacije pacijenata u bolnicama koje se još uvijek ne odlikuju visokim stupnjem biotehnološkijske zasnovanosti procesa liječenja;*
- 2. Promjene koje nastaju u organizaciji zdravstvene prakse i karakteru medicinskog znanja usvajanjem novih znanja i tehnologija;*
- 3. Potrebe za novim pristupima istraživanju odnosa medicinska sestra – pacijent, liječnik – pacijent, te medicinska sestra – liječnik, a u kontekstu subjektiviziranja tehnologije i objektivizacije zdravstvenog osoblja.*

Koristeći Seemanovu klasifikaciju različitih stupnjeva alijenacije medicinskih sestara u istraživanju se pokazuje da već u toku sedamdesetih godina medicinske sestre doživljavaju u procesu rada:

- 1. Rutinizaciju svakodnevnih zadataka;*
- 2. Parcijalizaciju uvida u ukupnost procesa liječenja;*
- 3. Ritualizaciju formaliziranih svakodnevnih radnji;*
- 4. Izolaciju u odnosu na skupinu s kojom rade;*

Rezultat je tih procesa izražen gubitak socijalnog identiteta i profesionalne odgovornosti. Svi ti doživljaji karakteristični su za početnu fazu uvođenja visokih tehnologija u poslove koji se obavljaju sa ljudima. Zbog toga se može zaključiti da je današnji položaj liječnika u bio-tehnologiziranoj zdravstvenoj zaštiti anticipiran položajem medicinskih sestara. Obje profesionalne skupine doživljavaju promjenu socijalne pozicije od statusa subjekta medicinske prakse u status deperonaliziranih sredstava strojne ili kibernetičke obrade pacijenata. Ti procesi zahtijevaju od medicinske sociologije da promijeni i paradigmu na osnovi koje je analizirala odnos liječnika i pacijenta, i epistemu na osnovi koje je prihvaćala bio-medicinski model medicine.

Medicinska sociologija akademski je status i profesionalni ugled stekla ponajviše istraživanjem odnosa liječnik – pacijent. Uvođenje bihevioralnih znanosti u programe obrazovanja i medicinske institucije obrazlagano je pred Senatом SAD i pred AMA (American Medical Association) potrebom humanizacije odnosa liječnika i pacijenata. Analiza te socijalne relacije dovedena je do perfekcije prije svega zahvaljujući radovima dvojice sociologa – T. Parsonsa (1951) u šezdesetim godinama ovog stoljeća, i E. Friedsona, (1970) pod čijim se utjecajem istraživanja odnosa liječnik – pacijent odvijaju od sedamdesetih godina do danas. Istraživanja socijalnih odnosa koji nastaju interakcijom medicinskih sestara i pacijenata, kao i socioprofesionalnih odnosa medicinskih sestara i liječnika i po količini i po kvaliteti radova zaostaju za istraživanjem relacije liječnik – pacijent. Tematska analiza članaka objavljivanih u vodećim časopisima specijaliziranim za područje medicinske sociologije potvrđuje ove ocjene.

Profesionalna dominacija liječnika ne manifestira se samo u odnosu na pacijente. Centriranost medicinskog sustava na ulogu liječnika manifestira se i u sociološkim istraživanjima. Promjene koje su u karakteru medicinskog znanja i zdravstvenom sustavu nastale u proteklome desetljeću počele su pomicati interes bihevioralnih i socijalnih znanosti prema problemima znanstvenosti medicinskog znanja te promjenama socijalnih relacija koje nastaju kao rezultat primjene novih tehnologija.

Što se dešava sa socijalnim i profesionalnim statusom medicinskih sestara u novonastalim okolnostima koje određuje razvoj biotehologijskih znanosti?

U toku sedamdesetih godina nekolicina sociologa i psihologa istraživala je socijalne relacije koje se razvijaju u duševnim bolnicama kao totalnim institucijama, prije svega E. Goffman u radu *Asylums* (1961) koji je autor teze o totalnim institucijama, a kasnije i Arons (1977); Langman (1980); Scheff (1974) Rosenhan (1973) Starr (1982); Meštrovic (1985) koji su istraživali odnos psihijatrije i medicine s obzirom na proces specijalizacije, promjene koje u duševnim bolnicama izaziva novo zakonodavstvo, itd.

Osnovna teza koju su sredinom sedamdesetih godina iznijeli Rosenham i Goffman glasi: u duševnoj bolnici odvijaju se paralelno dva procesa 1. **alijenacija osoblja** i 2. **depresionalizacija pacijenata**. Kao glavne izvore depresionalizacije pacijenata Rosenhan je izdvojio hijerarhijski strukturiranu bolnicu i stavove društva prema duševno oboljelima. **Naša je namjera da postavimo novu hipotezu koju treba provjeriti empirijskim istraživanjima u našim uvjetima (iako neka istraživanja provedena u SAD nedvosmisleno govore u prilog njene validnosti, npr., Anspachove sociolingvističke analize četiri faze depresionalizacije pacijenata i zdravstvenog osoblja) koja glasi: RAZVOJEM BIO-TEHNOLOGIJSKI OSNOVE ALOPATSKE MEDICINE PROCES DEPERSONALIZACIJE PROŠIRUJE SE S PACIJENTA NA LIJEČNIKA, A ULOGU SUBJEKTA PREUZIMA BIOKIBERNETIKA.** Tim procesom depresionalizacije izazvane tehnologijskim promjenama određena je i uloga medicinskih sestara, kako u odnosu naspram pacijenata tako i u odnosu naspram liječnika.

Medicina doživljava veoma duboke promjene koje se od strane bihevioralnih i socijalnih znanosti najčešće nazivaju zajedničkim imenom – kriza medicine. Primjena tog pojma implicira potpuno statično poimanje veoma dinamičnih promjena na znanstvenom, organizacijskom i tehnološkom području. Istraživajući promjene koje u medicinskom sustavu nastaju kao posljedica primjene novih tehnologija P. Rosch i H. M. Kear-

ney (1985) izdvojili su sljedeće faktore s kojima se suočavaju zaposleni u zdravstvenom sustavu:

»1. Rastuća depresionalizacija pacijenata kao posljedica sve veće kompjuterizacije medicine i primjene sofisticiranih dijagnostičkih i terapijskih metoda;

2. Pojava sve većeg broja novih teorija i novih tehnologija koje prisiljavaju liječnika da vrijeme određeno za brigu o pacijentima koristi za adoptiranje novih znanja i tehnologija;

3. Trend sve veće specijalizacije i subspecijalizacije u medicini i segmentiranja brige o pacijentu povećava vrijeme specijalističkih tretmana i dijagnostičkih postupaka i istovremeno smanjuje kvantitetu i količinu neposrednih komunikacija zdravstvenog osoblja, prije svih liječnika i pacijenata;

4. Sustav medicinskog tretmana koji priznaje samo proceduralne usluge i administrativne postupke usmjerava ponašanje liječnika i sestara na objektivizaciju usluga koje mogu biti kvalificirane u cijeni koja se plaća. Takva usmjerenost medicinskih usluga povećava broj rengenskih snimanja, tomografija, primjene skenera, i ostalih skupih tehnoloških naprava. Time su automatski isključena humana odnošenja koja uključuju slušanje, brigu, prisnost, toplinu.« (Rosch & Kearney, 1985, str. 1405)

Takvi tokovi suvremene medicine smanjuju interes građana za alopatske postupke liječenja, povećavaju interes za alternativnim i holističkim postupcima, te samim time potenciraju krizni karakter suvremene medicine. Ogromna ulganja u tehnološke inovacije sve su više predmetom kritike zbog sasvim relativnih ili pak nikakvih učinaka na zdravstvenu sliku stanovništva. Istraživanja utjecaja kapitalno intenzivne tehnologije na poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva predmetom su novijih istraživanja (Ost & Straus, 1987). Kao zaključak, nameću se ocjene poput one do koje je došao Cochrane (1974) već početkom osamdesetih godina u radu »Effectiveness and Efficiency«: prisutnost visokih tehnologija u zdravstvenom sustavu nije nikakva garancija veće efikasnosti zdravstvenih usluga. I dok je efikasnost primjene novih tehnologija sasvim upitna posljedice koje njihova primjena izaziva u odnosima zdravstvenog osoblja i pacijenata očito su negativne. To je razlog sve češćih inzistiranja na konceptualnoj pa i epistemološkoj a ne samo praktičnoj ili paradigmatičkoj rekonceptualizaciji odnosa liječnik – pacijent. Sve do sasvim praktičnih zahtjeva da se uspostavi ravnopravan partnerski odnos između liječnika i pacijenata u kojem neće biti elemenata profesionalne dominacije, već samo koterapeutska suradnja, u kojoj je liječnik odgovoran za sistematizirano znanje i rukovanje tehnologijom, a pacijent posjednik onih znanja bez kojih liječenje ne može biti efikasno: povjerenja, vjere, nade, optimizma i inteligentne suradnje. (Rosch & Kearney, 1985)

Osim ovakvih sasvim praktično usmjerenih težnji za promjenama odnosa liječnik – pacijent, sve su češći izleti u sasvim novo epistemološko polje. Sa stanovišta socijalnog konstrukcionizma, post-strukturalističke analize, pa čak i bio-psiho-socijalnih modela zdravlja postavlja se pitanje može li se više išta postići primjenom modela ili paradigme kojom je znanstvena medicina isključivo zainteresirana za humanizaciju postojećih odnosa subjekata i objekata, liječnika i pacijenata.

Ti su zahtjevi dobili na uvjerljivosti i snazi momenta kada je primjenom novih tehnologija fokus promatranja temeljito preusmjeren. Ne postavlja se naime pitanje objekti-

vizacije i objektivizacije pacijenta u odnosu spram liječnika. Sve češća tema rasprava u bihevioralnim znanostima, ali i u liječničkim krugovima jest: proletarizacija i depersonalizacija liječnika u odnosu na nove tehnologije i njihovu primjenu u zdravstvenom sustavu. Na te tendencije, kao i na daljnju segmentaciju snaga rada i znanja ukazuju Larson (1980) Braverman (1974) Mallet (1975). Za našu temu posebno su zanimljiva istraživanja proletarizacije medicinskih sestara u SAD (Wagner, 1989)

I konačno, postmodernistički pristupi problemu subjekta imaju svoj odraz u teorijskim analizama kojima se ukazuje na povijesno utemeljenje uloge liječnika i sestre. Oni su u bolnicu i ludnicu uvedeni kao čuvari, kontrolori i oni koji određuju kaznu, a ne kao oni koji posjeduju znanje.

Svi ti pristupi, svaki na svoj način, dovode u pitanje klasično postavljene analize odnosa liječnika i pacijenta. Ideja dobre zaštite koju pruža liječnik ravnajući se prema vlastitom iskustvu i vjerujući u dobru volju božju (Donabedian, 1980) ne zadovoljava potrebe za kvalitetnom zdravstvenom zaštitom već dugo. Nove definicije kvalitetne zaštite polaze od mnogo šire definiranih potreba.

Dobra se medicinska zaštita prema Lee & Jonesu može odrediti uz pomoć slijedećih komponenti (model je razrađen još 1933. u vremenu totalne dominacije alopatskog modela obrazovanja liječnika pod utjecajem Flexnerova izvještaja):

»1. Dobra se medicinska zaštita ograničuje na praksu racionalne medicine utemeljenu na medicinskim znanostima

2. Dobra medicinska praksa naglašava prevenciju

3. Dobra medicinska praksa traži mudru suradnju između laika (javnosti) i praktičara znanstvene medicine.

4. Dobra medicinska zaštita shvaća pojedinca kao cjelovito biće.

5. Dobra medicinska zaštita održava stalno prislan osobni odnos između liječnika i pacijenata.

6. Dobra medicinska zaštita povezana je s radom socijalne zaštite.

7. Dobra medicinska zaštita povezuje sve oblike zdravstvene službe.

8. Dobra medicinska zaštita znači primjenu svih potencijala moderne znanstvene medicine na potrebe svih ljudi.« (Lee & Jones, 1933, str. 6-10, cit. prema. S. Letica, 1989, str. 241.)

Usredotočimo li pažnju na kvalitetu odnosa koji se uspostavljaju između liječnika i pacijenta u suvremenim tehnologiziranim odnosima vidjet ćemo da se sve više zanemaruje gotovo sve kriterije koji su ovdje istaknuti kao važni za osiguranje kvalitetne zdravstvene zaštite. Zadovoljavanje tih kriterija nije osigurano čak ni u čistom klinički definiranom modelu zdravlja, dakle, ako bismo potpuno isključili socijalno-medicinski ili ekološki model.

Što se u takvim uvjetima događa s položajem medicinskih sestara u odnosu na primjenu novih tehnologija, u odnosu na novi položaj organizacije rada i socijalnih odnosa koji iz svega toga nastaju. Da bismo mogli pratiti promjene koje nastaju u položaju medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu, uzet ćemo kao predložak komparativno-historijsku studiju o promjenama koje nastaju u položaju medicinskih sestara, is-

traživanje Rosse Laub Coser, objavljeno 1964. u knjizi E. Friedsona: **The Hospital in Modern Society**. Rad je naslovljen **Alienation and the social structure: case analysis of a hospital** i reprintiran u zborniku **Basic readings in Medical Sociology**.

Istraživanje je vršeno u Sunydale bolnici i istovremeno u Maplewoodu na Zapadu SAD, i autorica se u osnovi orijentirala prema ideji koju je iznio Merton (1957) da socijalna struktura utječe na to da individue odabiru jedan ili drugi modus socijalnog ponašanja.

Širi teorijski kontekst ove analize čini Durkheimov (1947) koncept organske solidarnosti koji omogućava koheziju socijalne zajednice u uvjetima podjele rada. Zajednički interesi do kojih zaposleni dolaze u procesu rada objedinjavaju ih u širem socijalnom kontekstu dok se istovremeno pojavljuju i unutrašnji konflikti interesa. U slučaju dviju spomenutih skupina sestara njihova organska solidarnost funkcionira u objedinjavanju njihovih interesa kao struke naspram društva, dok se istovremeno pojavljuju konflikti interesa naspram liječnika.

Do kojih je spoznaja došla R. Coser ispitujući te dvije skupine medicinskih sestara, a da bi nam te spoznaje mogle biti relevantne pri komparaciji socijalnih interakcija u kojima sudjeluju medicinske sestre u toku šezdesetih godina, dakle na nivou relativno niske tehnološke opremljenosti bolnice, i devedesetih godina kada se ciklus tehnoloških inovacija izmijenio nekoliko puta?

Koristeći se Seemanovom (1959) klasifikacijom pet različitih aspekata otuđenja koji se primjećuju u sociološkim analizama Coserova je istakla sljedeće moduse otuđenja u položaju medicinskih sestara:

2.) Sestre u Sunydale bolnici otuđene su jer su nemoćne da obavljaju značajniju ulogu u procesu liječenja

2.) Nemoćne da uoče rezultate svoga rada one se osjećaju besmisleno u procesu rada;

3.) Nemoćne da izraze svoj socijalni identitet one se osjećaju strano u odnosu na sebe same u procesu rada;

4.) Konsekventno tome osjećaju se izolirane od socijalnog polja kojem pripadaju, pa su samim time stavljene u položaj izoliranih individua;

5.) Čitav taj proces izolira ih od ostalih profesionalnih skupina što dovodi do gubitka osjećaja za pravila zdravstvene službe (Coser, 1964, str. 231–265)

Na osnovi tih komponenti Coserova dolazi do zaključka da je očit nedostatak organskog koncepta rada, koji podrazumijeva ljudski odnos. Taj je koncept rada zamijenjen ritualističkim pristupom u kojem je naglasak na mrtvu stvar, a rad je mehanički. (Sestre se o tome radu izražavaju kao o automatskom izvršenju obaveza bez potreba da se razmišlja o sadržaju rada i zadacima koji stoje ispred njih – o bolesnim ljudima).

Već na tom nivou tehnologije rada, dakle pri posljedicama relativno razvijene podjele rada, očito je pretvaranje predmeta rada, pacijenata, u puki predmet, dakle objekt identičan bilo kojem drugom.

Rutinizacija rada i ponavljanje istih radnji bez mogućnosti kreacije osnovni je uzrok udaljenosti od pacijenta – depersonalizacije rada.

Parcijalizacija rada također je već veoma izražena, tako da se sestre o odgovornosti za zdravlje pacijenata izražavaju s očitom zadržkom. smatraju da nitko nema ukupnu sliku medicinske obrade pacijenata pa samim time ne može preuzeti niti ukupnu odgovornost za njegovo zdravstveno stanje. O svom položaju u tom procesu mrvljenja rada razmišljaju na taj način da odgovornost izvode iz hijerarhijske ljestvice uloga.

SOCIJALNA KONTROLA u tako disperziranom sistemu uloga ne vrši se na klasičan način, već putem institucionaliziranih sastanaka koji se održavaju između stručnjaka različitih nivoa specijalizacije i medicinskih sestara. Time se osigurava međusobno promatranje ponašanja i otvara mogućnost pregleda nad cjelokupnim sustavom uloga u bolnici.

Tim sastancima omogućava se i artikulacija uloga i različitih pozicija, te formuliranje vlastitog profesionalnog imagea. Sestre i liječnici zaokupljeni su mnogo više socijalnim odnosima između profesionalnih skupina nego odnosima prema pacijentima. Time se odnos spram pacijenata, a taj bi odnos trebao predstavljati centralnu točku čitavog sustava, pomiče prema odnosima hijerarhijskih skupina, socijalnoj promociji i socijalnoj kontroli. Pri tome sestre koriste svoj položaj promatrača koji je bliži pacijentu da bi sa te pozicije kritizirale specijaliste i istovremeno stvorile alibi za vlastitu otuđenost od pacijenata. One su u bolnici zbog manje vrijednih stvari, i mogu samo promatrati kako specijalisti iz dana u dan zadržavaju stare dijagnoze i tretmane liječenja, dodajući ponekad jedne drugima.

Te relacije pokazuju **okrenutost medicinskih sestara prema liječnicima kao nosiocima moći**. Cjelokupni sustav okreće se dakle oko liječnika i njegove moći da prosuđuje nove uloge ili potvrđuje već određene.

Coserova kao ilustraciju depersonalizacije pacijenata navodi primjer iz istraživanja: sestre su zamoljene da nacrtaju na komadu papira sebe u toku rada. Veliki broj ispitanica naslikao je svoj lik **bez pacijenta**. Time je i vizualnom percepcijom potvrđeno ono što je kao spoznaja rezultiralo obradom upitnika i intervjua.

Iako je istraživanje prvenstveno povećano istraživanju socijalne strukture i socijalnih relacija koje nastaju kao posljedica promijenjene socijalne strukture, za nas je ono zanimljivo jer, indicira nastajanje specifičnih odnosa između sestara i pacijenata koji se reproduciraju prema obrascu odnosa koji postoje na relaciji liječnik – pacijent. Depersonalizacija pacijenata koja je kod liječnika specijalista donekle očekivana reproducira se na nivou relacija sestra – pacijent kao rezultat socijalne usmjerenosti sestara prema izvorima socijalne moći. Međutim, već u tom vremenu, kada tehnološka opremljenost bolnica nije bila na nivou koji se danas susreće uglavnom u svim postindustrijski razvijenim zemljama svijeta, primjetne su gotovo sve komponente prema pacijentu koje se tehnologizacijom i kompjuterizacijom radnog procesa još više ističu. Upitane za svoje buduće potrebe odnosno zamoljene da procijene što bi najviše pomoglo poboljšanju efikasnost zdravstvene zaštite sestre u velikom broju ističu potrebu uvođenja novih tehnologija.

Tehnološki optimizam koji je u tom vremenu nadomještao nedostatak efikasnosti i humanosti u procesu zdravstvene zaštite, posebno kada se radi o odnosima liječnik–pacijent, danas je potrošen. Očekivanja da će se uvođenjem novih tehnologija automatski osloboditi veliki prostor za neposredne komunikacije zdravstvenog osoblja sa pacijentima nisu se obistinile.

Desile su se, sasvim neočekivano, posebno za liječničku profesiju, promjene koje su u centar zbivanja stavile tehnologiju samu i veoma mali broj onih koji kontroliraju cjelokupan proces. Rasprave o depersonalizaciji pacijenata zamijenjene su novim rapravama – o depersonalizaciji liječnika i proletarizaciji profesije. Taj pomak prema tehnologiji kao subjektu medicinske prakse promijenio je i odnose između liječnika i sestara. U kliničkoj praksi obje su profesionalne skupine u statusu zavisnosti, spram tehnoloških naprava koje ne samo da izvršavaju radnje već i vode procese. Obje skupine time su dovedene u faktični položaj priključka aparatu, i time na apsurdan način prisiljene da zauzmu ulogu pacijenta. Koncepti koji su služili kao teorijska podloga istraživanju socijalnih interakcija u zdravstvu također se moraju dovesti u pitanje.

Subjektivizacija tehnologije i dovođenje liječnika i sestre u status ovisnosti o tehnologiji vode dubokom restrukturiranju odnosa i izvora moći, pa samim time i obrazaca udruživanja i interesnih interakcija.

Promjene paradigme u odnosima liječnik pacijent, odnosno medicinska sestra pacijent, različiti teoretičari vide kao posljedicu promjene cjelokupne modernističke odnosno mehanicističke episteme. Analize nove pozicije sestara i liječnika u visokotehnologiziranim sustavima pokušavaju se osmisliti polazeći od sustavnih teorija prema kojima se uloga liječnika, medicinskih sestara i tehnologija sagledava kao dio jedinstvenog kibernetičkog sustava u koji su još uključeni:

promijenjeni demografski i zdravstveni status i potrebe stanovništva, nivo izdavanja za zdravstvo, sustav medicinskog stanovništva, sustav medicinskog obrazovanja, ekonomski i prestižni status medicinske profesije itd. (Ost & Straus, 1987, str. 81)

Izvan tih pristupa koji pokušavaju razviti modele kojima bi bila obuhvaćena kompleksnost postojećih odnosa, dakle mreža vladajuće paradigme, razvijaju se i koncepti koji polaze od pretpostavke totalne nepopravljivosti i neprilagodljivosti alopatskog modela medicine, kada je riječ o interesima čovjeka.

Istraživanja socijalne i profesionalne uloge medicinskih sestara u takvim, temeljito promijenjenim uvjetima, sasvim sigurno ne mogu biti produktivna ostanu li utemeljena na paradigmatom obrascu alopatske medicine i modernističke sociologije.

LITERATURA

1. Arons, B. **Working in the Cockoo s Nest**, Toledo 1977.
2. Braverman, H. **Labor and Monopoly Capital** Basic Books, New York 1974.
3. Coser, L. R., **Alienation and the social structure: cose analysis of the hospital**; u Friedson, E. **The hospital in Modern Society** 1964.
4. Cochrane, A. **Effectiveness and Efficiency**, Burgess, London 1974.
5. Donabedian, A. **The definition of quality and approaches to ists assessment (Explorations in quality and approaches to ists assessment and monitoring vol I)**, Health administrations press, Ann Arbor, Michigan 1980.
6. Friedson, E. **Profession of Medicine**, Dodd and Mead, New York 1970.
7. Goffman, E. **Assylums**, Doubleday – Anchor, New York 1961.
8. Langman, L. **Law, Psychiatry, and the Reproduction of Capitalist Ideology**, International journal of Law nad Psychiatry,
10. Larson, M. **Proletarization and aducated labor** Theory & Soc.
11. Lee, R. J. and Jones, L. W. **The fundamentals of good medical care**, Chicago, The University of Chicago Press, 1933. cit. prema. Letica S. **Zdravstvena politika u doba krize**
12. Letica, S. **Zdravstvena politika u doba krize** Zagreb, 1989.
13. Mallet, S. **Essays on the New Working Class** Telos Press, St. Louis. Miss. 1975.
14. Mestrovic. S. G. **Overturning involuntary commitments at a psychiatric hospital in New York State: implications for the societal reaction model**, Sociology of Health and Illness, Vol. 7 No. 1. 1985.
15. Ost, J. & Strauss, M. A., **Capital Intensive Hospital Technology and Illness: An Analysis of American State Data**, Soc, Sci Med. Vol. 25. No. 1. pp. 75-87, 1987.
16. Rosch, P. & Keamney, H. M. **Holistic Medicine and Technology: A Modern Dialectic**, Soc. Sci. Med. Vol. 21. No. 12. pp. 1405-1409. 1985.
17. Rosenhan, D. cit. prema. Letica. S. i Letica C. G. **Medicinska sociologija – osnovni koncepti**, Zagreb, 1985.

DEPERSONALIZATION OF NURSES IN CONDITIONS OF A BIO-TECHNOLOGICALLY BASED MEDICINE

STIPE OREŠKOVIĆ

Faculty of Medicine, Zagreb

Medical sociology, as a special branch of sociology, has gained most of its public and academic acknowledgements, financial and organizational support, through studies on social and professional relationships between physicians and their patients. In the middle of this century this relationship was interpreted as a pure interpersonal relationship. With the development of basic natural sciences, physics, biology and chemistry, as well as the technological application, of this nature the relationship physician-patient has become manifoldly interceded. The professional role of the nurse is changing in accordance with these tendencies and is characterized by growing processes of alienation and depersonalization.

The article analyzes the following:

- 1. Processes of alienation and nurses and depersonalization of patients in hospitals which are still not characterized by a high degree of bio-technologically based process of treatment;*
- 2. Changes that occur in the organization of health practice and in the character of medical knowledge by acquiring new knowledge and technologies;*
- 3. needs for new approaches to studies on the relationship nurse-patient, physician-patient and nurse-physician and in the context of subjectivizing technology and objectivizing health personnel.*

Using Seeman's classification of different degrees of alienation of nurses, the study has shown that already in the 70's nurses experience in the process of work the following:

- 1. Everyday tasks become a routine*
- 2. Formalized everyday work become a ritual*
- 3. Isolation in relation to the group who they are working with.*

The result of these processes is the loss of social identity and professional responsibility. All these experiences are characteristic for the initial phase of introducing sophisticated technology into work which is performed with people. That is why it can be concluded that the present position of physicians in the bio-technologically based health care is anticipated by the position of nurses. Both professional groups experience changes of their social position from the status of the subject of medical practice to the status of depersonalized means of computer or cybernetic processing of patients. These processes require from medical sociology to change the paradigm on the basis of which it has analyzed the relationship physician-patient as well as the episteme on the basis of which it has accepted the bio-medical model of medicine.