



Sociological study of Physician-Patient Interactions in Iran

Shamim Sherafat¹ | AbouAli Vedadhir² | Hassan Eini-Zinab³ | Marzieh Ebrahimi⁴

1. Corresponding author, Department of Sociology, Faculty of Literature and Human Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. E-mail: shamim.sherafat@gmail.com
2. Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: vedadha@ut.ac.ir
3. Department of Community Nutrition, School of Nutrition Sciences & Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: hassan.eini@sbm.ac.ir
4. Department of Sociology, Faculty of Literature and Human Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. E-mail: ma_ebrahimi@sbu.ac.ir

Article Info

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 22 April 2022

Received: 05 December 2022

Accepted: 31 December 2022

Published online: 22 September 2023

Keywords:

physician-patient relationship, invasive medicine, privatization, paternalistic relationship, business model

ABSTRACT

In this research, we present a model of the physician-patient relationship in contemporary Iran by analyzing extant models of the physician-patient relationship.

Research data was collected through interviews with physicians, patients, medical students, and healthcare professionals. We also conducted a document analysis of laws, development plans, and legislation of the health sector after the Iranian revolution of 1979. The document analysis allowed us to examine the lawmaking process and its cultivation in modern times. To prevent potential bias, we analyzed the data based on multi-grounded theory. It was validated using the triangulation method.

We reviewed the literature on physician-patient relationships in Iran. Emanuel, Emanuel, and Ozar's theories served as the basic models for theorization. Our findings are categorized as paternalistic and commercial relationships between physicians and patients in Iran. In the context of a paternalistic relationship, we examined how medical students internalize the paternal model within the educational system. Discussed are the conduct of professors, the lack of health ethics instruction, and the academic hierarchy. These are institutionalized as a paternal physician-patient relationship. The paternal model is implemented with patients through the physician habitus, which consists of patients' ignorance, non-communication, and an obtuse manner of speech. In addition to the paternal culture, economic factors play a significant role in the physician-patient relationship, as demonstrated by the privatization plans and tariffs examined. The nearly 40-year process of privatizing healthcare through legislation and regulation has made medicine a lucrative profession. The surge of inductive demand is a point of intersection between financial profit and moral well-being. In addition, the use of physician disagreements over tariffs as a pretext to increase salaries is another issue that calls medical ethics into question.

The combination of these two cultural and economic patterns is producing a new model of the physician-patient relationship in Iran, termed the "invasive medicine model." In this relationship, the physician assumes the role of a controlling, dominant father over the patient. The patient participates minimally in the medical procedure. Additionally, the physician is a salesperson in a competitive health market to promote health products. Patients are not only excluded from the medical process but also confronted with an intrusive healthcare market. The reason for using the term "invasive," comparable to invasive medical procedures, is the similarity between invading the patient's body and mind.

Cite this article: Sherafa, S; Vedadhir, V; Eini-Zinab, H & Ebrahimi, M. (2023). Studying Physician-Patient Interactions in Iran: Developing a Multi-Grounded Theory Model. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*, 12 (3),429-446. <https://doi.org/10.22059/jisir.2023.351304.1361>



©The Author(s).

Publisher: The University of Tehran Press.

DOI: <https://doi.org/10.22059/jisir.2023.351304.1361>



مطالعه جامعه‌شناختی مناسبات پزشک و بیمار در ایران

شمیم شرافت^۱ | ابوعلی ودادهیر^۲ | احسن عینی زیناب^۳ | مرضیه ابراهیمی^۴

۱. نویسنده مسئول، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران، رایانامه: Shamim.sherafat@gmail.com
۲. گروه انسانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، رایانامه: vedadha@ut.ac.ir
۳. گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، رایانامه: hassan.eini@sbmu.ac.ir
۴. گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران، رایانامه: ma_ebrahimi@sbu.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: مقاله پژوهشی</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۲۶</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۳/۱</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۱۱</p> <p>تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۶/۳۱</p> <p>کلیدواژه‌ها: مناسبات پزشک و بیمار، پزشکی تهاجمی، خصوصی‌سازی، رابطه پدرمآبانه، عادت‌واره پزشکی</p>	<p>در این پژوهش، ضمن بررسی الگوهای جهانی موجود مناسبات پزشک و بیمار با توجه به موقعیت خاص ایران، الگویی از مناسبات پزشک و بیمار در این کشور ارائه شده است.</p> <p>داده‌های تحقیق از مصاحبه با پزشکان، بیماران، دانشجویان پزشکی و متخصصان حوزه سلامت و همچنین تحلیل اسنادی قوانین، طرح‌ها و لایحه‌های مربوط به حوزه سلامت بعد از انقلاب ۱۳۵۷ در راستای دستیابی به دیدگاهی همه‌جانبه از این الگو کسب شده است. نظریه داده‌بنیاد چندانگانه ضمن ایجاد حساسیت نظری، با بهره‌گیری از تکنیک مثلث‌سازی به متقن شدن یافته‌های پژوهش کمک کرده است. در روش به‌کاررفته محققین تنها به داده‌های پژوهش اکتفا نکرده، بلکه نظریات موجود و پژوهش‌های انجام شده در حوزه مورد مطالعه نیز برای تحلیل یافته‌ها به‌کار رفته‌اند.</p> <p>یافته‌ها در دو مقوله اصلی مناسبات پدرمآبانه و مناسبات تجاری میان پزشک و بیمار جای می‌گیرند. در مناسبات پدرمآبانه نشان دادیم چطور دوران دانشجویی، آموزه‌ها و تجربیات این دوران شکلی از رابطه پدرمآبانه را در دانشجویان ایجاد می‌کند. این آموزه‌ها در شکل رابطه پدرسالار به‌منزله عادت‌واره پزشکی در مناسبات پزشک و بیمار نهادمند می‌شوند. در کنار فرهنگ پدرسالار، عوامل اقتصادی نیز در این مناسبات نقش دارند که در طرح‌های خصوصی‌سازی و تعرفه‌گذاری‌ها خود را نشان می‌دهند.</p> <p>سنتز این عوامل فرهنگی و اقتصادی، شکل‌گیری الگوی جدیدی از مناسبات پزشک و بیمار در ایران است که آن را الگوی پزشکی تهاجمی نامیدیم. مناسباتی که در آن نه‌تنها پزشک در قالب پدری مسلط بر رابطه در موضع فرادست از بیمار قرار دارد، بلکه در شکل فروشنده در بازاری رقابتی دنبال فروش کالای سلامتی نیز هست.</p>

استناد: شرافت، شمیم؛ ودادهیر، ابوعلی؛ عینی زیناب، احسن و ابراهیمی، مرضیه (۱۴۰۲). مطالعه مناسبات پزشک و بیمار در ایران: ارائه الگویی داده‌محور. *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۱۲(۳): ۴۲۹-۴۴۶. <https://doi.org/10.22059/jisr.2023.351304.1361>



ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران. © نویسندگان.

DOI: <https://doi.org/10.22059/jisr.2023.351304.1361>

۱. مقدمه و طرح مسئله

رابطه پزشک و بیمار یکی از اشکال رابطه اجتماعی است که اهمیت فراوانی در جامعه دارد. داده‌ها نشان داده است در ایران کل موارد شکایت از کادر درمانی ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۷۴، تعداد ۱۳۴ مورد، در سال ۱۳۷۸، تعداد ۲۹۹ مورد، در سال ۱۳۸۳، تعداد ۸۲۳ مورد و در سال ۱۳۸۴، تعداد ۱۲۷۰ مورد بوده است (رفیع‌زاده و همکاران، ۱۳۸۶). همچنین در سال ۱۳۹۳، تعداد ۱۲۰۰۰ پرونده پزشکی تشکیل شده که ۴۰۰۰ پرونده به شکایت از پزشک منجر شده است. در واقع مرور آمار قصور پزشکی و شکایت از پزشکان از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۳ در کشور حکایت از افزایش و شدت یافتن این مسئله دارد (کاظمی و ریاحی، ۱۳۹۸). افزایش قصور پزشکی، فارغ از علل آن، ذهنیت حاکم بر مناسبات پزشک و بیمار را شکل می‌دهد؛ به این معنا که از یک سو حساسیت و مطالبه‌گری اجتماعی را نشان می‌دهد و از سوی دیگر بر اعتماد اجتماعی مورد نیاز در رابطه تأثیر می‌گذارد. می‌توان گفت غیر از آگاهی اولیه و مشترک از اخلال در مناسبات پزشک و بیمار، تبعات این اخلال نیز در سطحی اجتماعی نگران‌کننده است؛ به همین دلیل اینکه مناسبات پزشک و بیمار چطور شکل می‌گیرد و چه عواملی در سطوح مختلف در آن نقش دارند مهم است.

نظریه‌پردازان متعددی از جمله استوارت و روتر (۱۹۸۹)، مک کنیستری (۱۹۹۲)، امانوئل و امانوئل (۱۹۹۲) مدل‌های متعددی درباره انواع پدرمآبانه، دوستانه و تجاری در مناسبات پزشک و بیمار ارائه کرده‌اند. سنخ‌شناسی‌های گوناگونی هم از این رابطه شده است و براساس انواع روابط تعریف‌شده از پزشک و بیمار، برخی روابط مطلوب و برخی نامطلوب شناخته شده‌اند. تحقیقات نشان داده‌اند وجود نگاه از بالا به پایین به بیمار و ناتوانی بیمار در تصمیم‌گیری برای خود از جمله موارد نامطلوب در این رابطه شمرده می‌شوند (آسمانی، ۱۳۹۱). همچنین وجود تصمیم‌گیری مشارکتی و جایگاه برابر پزشک و بیمار، به بهبود این رابطه کمک می‌کند (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۰). تعامل پزشک و بیمار و میزان مشارکت بیمار با پزشک در فرایند درمان یکی از عناصر مهم در کنش متقابل این دو است. مطالعات نشان داده‌اند پزشکان در برابر بیماران خودمحموری بیشتری دارند. در گرفتن شرح حال، پزشک بیشتر به جمع‌آوری اطلاعات می‌پردازد، اما در معاینه، بیمار کاملاً حالت انفعالی دارد (سلمانیان و همکاران، ۱۳۹۴). مطابق با بررسی پژوهش‌ها در این باره، به‌طور متوسط پزشکان بعد از ۲۳ ثانیه صحبت بیماران را قطع می‌کنند و فقط ۲۸ درصد بیماران کامل نگرانی‌های خود را بیان می‌کنند و ویژگی‌هایی که بین ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشند، معمولاً کاهش رضایتمندی بیماران را به همراه دارند (شاکری‌نیا، ۱۳۸۸). بر همین اساس، هدف از پژوهش حاضر این است که از خلال بررسی مناسبات پزشک و بیمار در جامعه فعلی، به الگویی از این مناسبات دست پیدا کنیم. هدف پاسخ به این سؤال است که الگوی مناسبات پزشک و بیمار در جامعه ایران چیست.

۲. پیشینه تجربی

در ابتدا به پژوهش‌هایی می‌پردازیم که به کنش متقابل پزشک و بیمار تمرکز دارند. داودی (۱۳۹۶) با بررسی پدرسالاری در اورژانس، چهار سطح از مناسبات قدرت در رابطه پزشک و بیمار را از سلطه‌گری فرادست تا هیچ‌شدگی فرودست تشخیص داده است. پالیزدار و زردار (۱۴۰۰) نیز در پژوهشی در محیط‌های بیمارستان‌های دولتی تهران به وجود اختلال‌های ارتباطی-اطلاعاتی در رابطه پزشک و بیمار دست یافته‌اند و الگوی پدرسالارانه را در این محیط‌ها حاکم دانسته‌اند. شفعتی و زاهدی (۱۳۹۱) نیز نشان می‌دهند برخی از پزشکان قدیمی‌تر رفتار نامناسبی با بیماران دارند که به دانشجویانشان نیز انتقال می‌یابد. دانشجویان نیز در آموزش‌های بالینی خود زمان کمی را به صحبت کردن با بیماران اختصاص می‌دهند. همچنین برخی دیگر از مطالعات نشان داده‌اند پزشکان در برابر بیماران خودمحموری بیشتری دارند. در گرفتن شرح حال، پزشک بیشتر به جمع‌آوری اطلاعات می‌پردازد، اما در معاینه، بیمار کاملاً حالت انفعالی دارد (سلمانیان و همکاران، ۱۳۹۴).

به غیر از عوامل فرهنگی و آموزشی که در ایجاد الگوی پدرسالار در مناسبات پزشک و بیمار نقش دارند، عوامل اقتصادی نیز در شکل دادن به این مناسبات بی تأثیر نیستند. تحقیقات نشان می‌دهند با توجه به وابستگی بیماران به پزشکان از نظر دانش، تکنولوژی و هزینه درمان، مدل مسلط در مراکز درمانی دولتی همچنان رابطه پدرسالار است، اما با گسترش مراکز خصوصی، رابطه به صورت فروشنده و مشتری تغییر کرده است (آسمانی، ۱۳۹۱).

تحقیقات دیگری نیز از نقش رفتارهای پزشکان در اقتدار پزشکان سخن گفته‌اند: «پزشکان توان اعمال اقتدار را دارند؛ چون افراد متنفذی هستند و از سرمایه‌های گوناگونی مانند حسن شهرت، روابط گسترده اجتماعی با سایر افراد صاحب‌منزلت سیاسی و اجتماعی و همین‌طور تمکن مالی بالاتر از متوسط جامعه برخوردارند. این سرمایه‌های متکثر که در صورت لزوم قابل تبدیل به یکدیگرند آن‌ها را قادر به اعمال نفوذ در شرایط بحران اقتدار می‌سازد» (صالحی، ذکائی و اخلاصی، ۱۳۹۸: ۱۴۸).

زیست‌جهان بیمار و توجه به آن یکی از مسائل مهمی است که باید در مناسبات پزشک و بیمار مدنظر قرار بگیرد. نداشتن رفتار خودمانی، گوش‌ندادن به حرف بیمار، رفتار آمرانه پزشک و درنهایت انفعال بیمار از جمله ویژگی‌هایی هستند که در بررسی رابطه پزشکان شهر اردبیل و بیماران مراجع آن‌ها از روستاهای اطراف شهر به‌دست آمده‌اند (ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۱).

در بعد دوم به پژوهش‌های انجام‌شده درباره مناسبات پزشک و بیمار در سطح سازمانی می‌پردازیم. در این سطح، یکی از نقدهای وارد به نظام آموزش پزشکی تبدیل بیماران به ابرو آموزشی است. در برخی بیمارستان‌ها استفاده ابزاری از افراد فرودست برای آزمون و خطا و همچنین آموزش پزشکی یکی از معضلات سیستم آموزشی فعلی دانسته می‌شود. همچنین تفاوت ارائه خدمات پزشکان چیره‌دست در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و «خرید» این خدمات به‌منزله کالایی گران‌قیمت در بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی به توجه جدی نیاز دارد (اخلاصی، ۱۳۹۵).

پژوهش‌های انجام‌شده درباره مناسبات پزشک و بیمار، حکایت از آن دارند که این مناسبات در ایران تا حد زیادی از الگوی پدرمآبانه، فرادست و فرودست تبعیت می‌کنند. البته پژوهش آسمانی (۱۳۹۱) هم نشان داده است نباید از عنصر اقتصاد و مدل تجاری در این رابطه غافل شویم. خلأ موجود در پژوهش‌های بررسی‌شده، نبود نگرش پزشکان در پژوهش‌ها و تمرکز بر نظرات یا وضعیت بیماران بوده است. از مهم‌ترین دستاوردهای مرور پیشینه برای ما این بود که متوجه شدیم یک پدیده سطوح و ابعاد متعددی دارد که به‌طور معمول به‌صورت پراکنده بررسی می‌شوند. پژوهش‌های بررسی‌شده عمدتاً یا تنها سطح خرد مناسبات پزشک و بیمار و خلأهای رابطه را بررسی کرده‌اند، یا بر سطح کلان سیاست‌های سلامت و خلأهای آن متمرکز بوده‌اند؛ درحالی‌که جایگاه پژوهش مسئله ما در این میان به‌نحوی برقرار کردن رابطه میان این سطوح و ابعاد برای رسیدن به درکی جامع و عمیق از پدیده است.

۳. ملاحظات نظری

برای بررسی نظری به‌منظور دستیابی به ابعاد و سطوح مختلف پدیده بررسی‌شده، از نظریات مربوط به کنش متقابل پزشک و بیمار و اقتصاد سیاسی سلامت استفاده شد. در سطح خرد و درباره کنش متقابل پزشک و بیمار ساز و هولندر سه شکل از رابطه پزشک و بیمار را معرفی کرده‌اند: فعالیت و نافع‌الی، همکاری و راهنمایی، تقابل و مشارکت (مسعودنیا، ۱۳۹۵). ویچ^۱ نیز مدل‌های مهندسی، پدرمآبانه، دوستانه و قراردادی را طرح کرده است (ویچ، ۱۹۷۲). مدل امانوئل و امانوئل (۱۹۹۲) در رابطه پزشک و بیمار یکی از مدل‌های مطرح و شناخته‌شده از این مناسبات است که انواع پدرمآبانه، مهندسی و مشورتی را شامل می‌شود. امانوئل و امانوئل مدل مشورتی را از دیگر مدل‌ها برتر می‌دانند. آن‌ها معتقدند در این مدل بیمار برای انتخاب گزینه موجود اجباری ندارد و دارای آزادی

^۱. Veatch

بیشتری برای درمان خود است. در این مدل، پزشک دیگر یک‌طرفه با بیمار رفتار نمی‌کند و به ارزش‌های بیمار اهمیت بیشتری می‌دهد (امانوئل و امانوئل، ۱۹۹۲).

لازم به یادآوری است که مدل‌های ارائه‌شده از این رابطه متعدد هستند، گافمن (۱۹۵۹)، پارسونز (۱۹۵۱) و بسیاری از نظریه‌پردازان دیگر انواع مدل‌ها از این رابطه را ارائه کرده‌اند، اما می‌توان سه شکل رابطه تجاری، رابطه پدرمآبانه و رابطه مشارکتی را الگوهای مشترک در مناسبات پزشک و بیمار در مدل‌های مطرح‌شده دانست. علاوه بر الگوهای نظری ارائه‌شده از کنش متقابل پزشک و بیمار، نظریات اقتصادی نیز تأثیر سیاست‌گذاری‌های نظام درمان را بر مناسبات پزشک و بیمار بررسی کرده‌اند و در سطحی دیگر اهمیت دارند. بسیاری از مفاهیم نظری، تحقیقات و یافته‌های میدانی حکایت از آن دارند که امروزه خدمات درمانی کالایی اقتصادی محسوب می‌شود و محاسبات نیز بر همین مبنا صورت می‌گیرد؛ بنابراین گفتن اینکه درمان و سلامت امری کالایی است (آزادارمکی و همکاران، ۱۴۰۰) یافته جدیدی نیست. در کتاب خرید راهبردی خدمات سلامت بیمار، مشتری و خریدار سلامت و پزشک، فروشنده خدمات سلامت دانسته شده‌اند. شاید در جامعه‌شناسی کالایی شدن سلامت امری نگران‌کننده باشد، اما در اقتصاد سیاسی سلامت پدیده‌ای عادی با ساختاری مشخص است. بیمار مشتری و پزشک فروشنده است. احترام به بیمار نیز به معنای احترام به مشتری و رعایت حقوق او است (حکیم‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶).

ناوارو با بررسی مراکز درمانی، بیمارستان‌های آموزشی و نهادهای پژوهشی درمانی به نقش گروه‌های شکل‌دهنده این نهادها پرداخته است؛ گروه‌هایی که قدرت بسیاری در تصمیم‌گیری و اجرای سیاست‌های بهداشتی این مراکز دارند (مانند هیئت‌امنا و مدیران اجرایی) که نه تنها دست به سیاست‌گذاری می‌زنند، بلکه مدیریت نهادهای مهم بهداشتی را هم برعهده دارند. تأثیر هیئت‌امنا در دانشگاه و حوزه‌های اجتماعی و اقتصادی بسیار بالا است (ناوارو، ۱۹۹۳: ۴۳). وی معتقد است در سیستم سرمایه‌داری تضاد منافع سبب می‌شود گروه اندکی که برای سلامت بسیاری از افراد تصمیم‌گیری می‌کنند، در برهه‌های حساس دچار کشمکش با یکدیگر می‌شوند و برای پیشبرد منافع خود تصمیم‌هایی می‌گیرند که برای سلامت کل جامعه مفید نخواهد بود (همان).

فریدسن نیز بیمارستان را نهادی می‌داند که در آن بیماران یا افراد زخمی مراقبت درمانی و پزشکی را دریافت می‌کنند. وی بیمارستان‌های خصوصی را مراکزی می‌داند که خدماتی ارائه می‌کنند که چه تحت مالکیت پزشکان باشد (که معمولاً هست) و چه نباشد، عموماً به دنبال برطرف کردن نیازها و منافع پزشکان است و در آن بیماران به مشتریان تبدیل شده‌اند. پزشکی که بتواند پول و سود به بیمارستان بیاورد، تأثیر بسیاری در سیاست‌گذاری‌های بیمارستان خواهد داشت. سیاست‌های این مرکز بیشتر بر اصول لسه‌فر^۱ است و نظارت اندکی بر اعمال پزشک دارد. به‌تازگی نیز به‌دلیل افزایش بیمه‌های خصوصی و دولتی، هر بیمار یک «پرداخت‌کننده» محسوب می‌شود (فریدسن، ۱۹۷۰).

مدل ارتباط تجاری اوزار^۲ (۱۹۸۴) نیز پزشک را فروشنده و بیمار را مشتری کالای تولیدی می‌داند. اساس این ارتباط بر پایه کالا، قیمت آن و مبادله است. در این مدل معیار ارائه خدمات پزشکی نیاز بیمار نیست، بلکه چیزی است که بیمار برای خریدنش تمایل دارد و می‌تواند هزینه‌های پزشک را در کمترین زمان و با کمترین تلاش برگرداند. مطالعه نظریات مطرح‌شده در حوزه مناسبات پزشک و بیمار حاکی از آن است که این مناسبات چندبعدی و لایه‌لایه هستند. سیاست‌گذاری سلامت به‌صورت غیرمستقیم با وضع قوانین و مقررات در این حوزه امکان ایفای نقش در مناسبات پزشک و بیمار را دارد. در مرور نظری تلاش شده است سطوح مختلف از سطح

1. Laissez-Faire
2. Ozar

کلان اقتصاد سیاسی تا سطوح سازمانی مانند بیمارستان، دانشگاه و سطوح خرد رابطه پزشکی و بیمار مطالعه شود و به نحوی عواملی که می‌توانند در مناسبات پزشکی و بیمار نقش داشته باشند، بررسی و مرور شوند.

۴. روش پژوهش

پژوهش حاضر با روش نظریه داده‌بنیاد چندگانه مبتنی بر تحلیل اسنادی و مصاحبه نیمه‌ساخت یافته انجام شده است. روش نظریه داده‌بنیاد چندگانه پس از ایرادهای طرح‌شده از روش نظریه داده‌بنیاد از سوی گلدکهل و کرانهلم^۱ (۲۰۱۸) طرح شد. در نظریه داده‌بنیاد چندگانه محقق نظریات پیشین و پژوهش‌های انجام‌شده درباره موضوع بررسی‌شده را مدنظر دارد و با ترکیب آن‌ها با یافته‌های خود نتیجه‌گیری می‌کند. در این روش، بسترهای تولیدکننده مفهوم مهم هستند و همچنین نظریات پیشین با ایجاد حساسیت نظری در محقق به متقن کردن یافته‌های او کمک می‌کنند (تیمونن و همکاران^۲، ۲۰۱۸). درنهایت در نظریه داده‌بنیاد چندگانه محقق به کمک تکنیک مثلث‌سازی یافته‌های خود را اعتبار می‌بخشد.

در این پژوهش، با تحلیل اسنادی قانون اساسی، برنامه‌های توسعه اول تا ششم، گزارش‌های مجلس شورای اسلامی، گزارش‌های عملکرد وزارت بهداشت و اخبار روز با توجه به بستر تولیدکننده و اصالت اسناد، قوانین و طرح‌هایی که به نحوی توانسته‌اند الگوی مناسبات پزشکی و بیمار در ایران را شکل دهند کنکاش شدند. هدف پیدا کردن رد پای قوانین در این مناسبات بوده است. بازه زمانی بررسی‌شده از ابتدای انقلاب ۱۳۵۷ تا پایان دولت حسن روحانی (۱۴۰۰) بود. یافته‌های حاصل از تحلیل اسنادی با تحلیل محتوا، کدگذاری، مقوله‌بندی و تجزیه و تحلیل شدند.

سپس با مصاحبه نیمه‌ساخت یافته با دانشجویان پزشکی، پزشکان، بیماران و متخصصان حوزه سلامت، خلأهایی را که اسناد برای ما پر نکردند رفع کردیم. یکی از عواملی که ضرورت مصاحبه را نشان داد، فهم درست از فاصله زمانی پیشنهاد طرح تا تصویب و اجرای آن و درنهایت بروز تبعات مثبت و منفی ناشی از آن است؛ برای مثال طرح‌های درآمدزایی وزارت بهداشت در دهه ۷۰ که با پیشنهاد و همراهی بانک جهانی مطرح می‌شود، در طول دو دهه اجرا و پس از سه دهه تبعات آن درباره پزشکی و بیمار مشهود شده است. مصاحبه‌شوندگان از نقاط مختلف ایران بودند. با توجه به تنوع آن‌ها چهار سؤال متفاوت طراحی شد تا براساس مناسباتی که پزشکان و بیماران با یکدیگر دارند، بتوان به الگویی از این رابطه دست یافت. پیش از شروع مصاحبه، کد اخلاق پژوهشی درباره رضایت مصاحبه‌شوندگان و حفظ حریم شخصی آن‌ها دریافت شد. مصاحبه‌شوندگان شامل دانشجویان پزشکی دانشگاه‌های دولتی کشور (۲۲ نفر)، پزشکان (۱۸ نفر)، بیماران (۲۰ نفر) و متخصصان و جامعه‌شناسان حوزه سلامت (۷ نفر) بودند. در مجموع ۶۷ مصاحبه انجام شد که تنها به ذکر برخی از نقل‌قول‌هایی که از نظر محتوایی تکرار بیشتری داشتند اکتفا شد. برای نمونه‌گیری ابتدا نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شد. به این صورت که با توجه به طرح مسئله و هدف پژوهش مشخص شد باید از چهار گروه مصاحبه صورت بگیرد. سپس در هر گروه، ملاحظات نمونه‌گیری و روایی آن مدنظر قرار گرفت و بعد از این مرحله با توجه به پیچیدگی‌های موجود در دستیابی به پزشکان برای مصاحبه‌های طولانی‌مدت و همچنین سیاست‌گذاران سلامت از روش گلوله‌برفی استفاده شد. پیچیدگی کار در دستیابی به پزشکان و سیاست‌گذارانی بود که حاضر به مصاحبه طولانی‌مدت و رفت و برگشتی باشند. مصاحبه‌ها به صورت حضوری و برخی هم به دلیل هم‌زمانی با همه‌گیری ویروس کرونا به صورت تلفنی انجام شدند. طول هر مصاحبه بین ۱ تا ۳ ساعت بوده است. بیماران مصاحبه‌شده (با تنوع در جنسیت، طبقه و سطح تحصیلات) بیماری مزمن داشتند. سؤالات نیز با محوریت تجربه

آن‌ها از مواجهه با پزشک طرح شده بود. دانشجویان (از دانشگاه‌های دولتی ایران) از ترم اول تا ترم آخر پزشکی را شامل می‌شدند و سؤالات با محوریت تجربه‌های دوران دانشجویی، اهداف و انگیزه آن‌ها در رشته پزشکی و چشم‌انداز آن‌ها از آینده خود صورت گرفت. علت طرح این سؤالات مواجهه آن‌ها با مناسبات پزشک و بیمار، فراگیری عادت‌واره پزشکی و یادگیری اخلاق پزشکی در فرایند تحصیل و مباحث آموزشی بوده است. درباره پزشکان نیز تنوع تخصص‌های پزشکان حفظ و دیدگاه آن‌ها از طرح‌های مربوط به پزشکان، نحوه مواجهه با بیماران و سختی‌های کار مشخص شد. جامعه‌شناسان و متخصصان حوزه سلامت نیز درباره سیاست‌گذاری‌های سلامت، وضعیت رابطه پزشک و بیمار از بعد اجتماعی و سیستم آموزش پزشکی صحبت کردند. پس از اتمام مصاحبه‌ها و اجرای آن‌ها، مقوله‌های مختلفی از دل صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان استخراج و درنهایت به چند مقوله اصلی و زیرمقوله فرعی تبدیل شدند. نحوه انتخاب مقولات اصلی، تکرار، ارتباط معنادار و تکمیل یکدیگر بوده است.

درباره گستره جغرافیایی و تخصصی نمونه‌ها ذکر چند نمونه ضروری است. تفاوت تخصص‌های مورد مطالعه و گستردگی سطح نمونه برای محققان درک‌شدنی بود. لازم به یادآوری است محققان از اختلافات موجود در دانشگاه‌ها و تخصص‌های پزشکی آگاه بودند؛ برای مثال تخصص‌هایی مانند زنان و زایمان، بیهوشی و داخلی ویژگی‌های منحصربه‌فردی دارند و نیازمند پژوهش‌های جداگانه هستند، اما در محورهای مورد بحث در پژوهش حاضر، همچون مواجهه پزشک با بیمار یا آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه، الگوهای مشترک بسیاری میان نمونه‌های مورد مطالعه یافت شد.

همچنین برای زمینه‌ای کردن نظریه از منابع داده‌های مختلف استفاده کردیم تا به غنای کار خود بیفزاییم: ۱. داده‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه‌های پزشکان، دانشجویان پزشکی، سیاست‌گذاران حوزه سلامت و بیماران، ۲. مجموعه اسناد بالادستی شامل قوانین و مقررات، برنامه‌های توسعه، سیاست‌های نظام سلامت، آمار سلامت و از این دست، ۳. مجموعه‌ای از مطالعات پیشین مرتبط در قالب پایان‌نامه، مقاله، کتاب، گزارش و پوستر، ۴. مجموعه نظریات مرتبط با این حوزه، ۵. مشاهده مشارکتی در بیمارستان‌ها و مطب‌ها. همه این داده‌ها به‌منزله مقولات پیشین استفاده و در یک سند کامل جمع شدند تا فهرستی از مقولات از آن‌ها ایجاد شود.

اعتباریابی به یافته‌ها با روش مثلث‌سازی انجام شد (کارتر و همکاران، ۲۰۱۴). در این روش، محقق با بهره‌گیری از منابع متعدد یافته‌های خود را متقن می‌کند و سپس در چندوجهی‌سازی، یافته‌ها همچون تکه‌های پازل در کنار هم‌دیگر قرار می‌گیرند. استفاده از دو روش متفاوت تحلیل اسنادی (برای بررسی انواع قوانین و سیر قانون‌گذاری در حوزه سلامت) و مصاحبه نیمه‌ساخت یافته (برای تکمیل تحلیل اسنادی و بررسی رسوب‌گذاری قوانین و اثر آن در رابطه فعلی پزشک و بیمار) از آن جمله بود. تنوع داده‌های تحلیل اسنادی از داده‌های دسته اول همچون قوانین تا مصاحبه‌های خود وزرای بهداشت، در کنار تنوع مصاحبه‌شوندگان و دربرگیری طیف وسیعی از ذی‌نفعان در این باره از جمله اقدامات ما برای اعتباردهی به این پژوهش بود. درنهایت اسناد و مصاحبه‌ها طوری با چندوجهی‌سازی کنار هم قرار گرفتند که گویی پزشکان در حال تکمیل کردن صحبت‌های دانشجویان (با وجود حضورنداشتن هم‌زمان آن‌ها در کنار هم) و در حال بازگویی قوانین وضع‌شده هستند.

۵. یافته‌های تحقیق

پس از اتمام تحلیل اسنادی و مصاحبه‌ها، یافته‌ها و تطبیق نظری با ادبیات موجود درباره مناسبات بیمار و پزشک و پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه ادغام شدند. در مقوله‌های حاضر سیر قوانین و سیاست‌گذاری‌هایی را که به ایجاد الگوی فعلی رابطه پزشک و بیمار منجر شدند، به کمک مصاحبه‌های انجام‌شده و در ترکیب با نظریات و پژوهش‌های موجود ارائه کردیم. در تجزیه و تحلیل یافته‌ها مناسبات پزشک و بیمار را در دو سطح بررسی کردیم. سطح اول کنش متقابل پزشک و بیمار است. در میان اشکال رابطه

پزشک و بیمار که در نظریات مختلف ارائه شده است، یافته‌های حاصل از تحلیل اسنادی و مصاحبه‌ها حاکی از غلبه دو شکل مناسبات پدرمآبانه و رابطه تجاری در مناسبات پزشک و بیمار در ایران هستند. این دو شکل را در دو مقوله اصلی «مناسبات پدرمآبانه میان پزشک و بیمار» با بررسی شرایط شکل‌گیری این مناسبات و نهادمندی آن به‌منزله دو مقوله فرعی و «مناسبات تجاری میان پزشک و بیمار» با دو مقوله فرعی تعرفه‌گذاری و خودگردانی بیمارستان‌ها نشان داده‌ایم.

۵-۱. مناسبات پدرمآبانه میان پزشک و بیمار

- شکل‌گیری مناسبات پدرمآبانه میان پزشک و بیمار: دوران آموزش پزشکی، دوران طلایی فراگیری عادت‌واره پزشکی است. سختگیری و برخورد خشن دانشجویان با یکدیگر و استادان با آن‌ها از جمله فرهنگ پذیرفته‌شده در فضای آموزشی است: «کارهایی به تو می‌سپرن که اصلاً وظیفه تو نیست (مثل خریدن سیگار یا شستن لباس‌ها) و تو اگه انجام ندی نمره دست اوناست و می‌تونن تو رو بندازن. خیلی راحت می‌تونن تو رو به استاد بفروشه. استاد هم چون هیچ‌وقت نیست، به حرف اون گوش می‌کنه؛ چون گوش نکنه خودش زیر سؤال می‌ره» (استاجر).

تحقیر، توهین و تخریب استاجر از سوی سال‌بالایی‌ها شخصیت او را شکل می‌دهد. این شرایط تا رزیدنتی ادامه می‌یابد. در این جدال نحوه رفتار با بیمار شکل نگرفته است. دانشجویان در سیستمی بزرگ می‌شوند که رفتارهایی مانند سختگیری، توهین، تخریب و تحقیر به عادت‌واره پزشک تبدیل می‌شود. خروجی این سیستم رفتار پایین‌دست با مریض است: «تو اون دوره (دانشجویی) به تعدادی از دانشجویها متأسفانه خودکشی کردن. الان که خودم حدود ده ساله تو بخش زنان فعالیت می‌کنم، حس می‌کنم نسبت به گذشته ۱۸۰ درجه اخلاقم تغییر کرده. طوری که حس می‌کنم خشن شده‌م» (پزشک زنان).

کازمی در واکنش به افزایش میزان خودکشی رزیدنت‌ها در سال ۱۴۰۰ بیان می‌کند: «در ایران بیمارستان نماد پزشکی مدرن شناخته می‌شود، اما نظام استاد-شاگردی به همان صورت سنتی و قدیمی جریان دارد. در بیمارستان مناسبات قدرت نه‌تنها بین استاد و شاگرد (رزیدنت/انترن) نامتوازن است، بلکه نظامی سلسله‌مراتبی در آن حاکم است که بعد از استاد، رزیدنت‌های سال چهارم، سال سه، سال دو و سال یک قرار دارند. درواقع هرچه جایگاه فرد در این نظام سلسله‌مراتبی پایین‌تر باشد، وضعیت برای او به مراتب بدتر است و اطاعت و تسلیم در مقابل رده‌های بالاتر عمیق‌تر و زمینه استثمار و ستم نیز بیشتر فراهم است.» او ادامه می‌دهد: «نظام آموزش پزشکی فعلی، پزشکی تربیت می‌کند که از پزشکی تنها ثروت و قدرت را می‌شناسد. این نظام آموزش پزشکی وجه دگردوستی یا آلتروئیسم پزشکی را نابود می‌کند. پزشک متخصص جامعه را منبعی می‌نگرد که قرار است ناکامی‌های او را جبران کند و بیمار نیز ابزاری است که قرار است پزشک از رنج و بیماری او ثروت ببندوزد» (کازمی، ۱۴۰۰).

فریدسن (۱۹۷۰) نیز در بررسی سیستم بیمارستان در مقایسه با ساختار سلسله‌مراتبی آن نقد دارد. او معتقد است رابطه پزشکان با کارگران پارامدیkal (سایر اعضای کادر درمان) در سیستم بیمارستان به‌صورت سلسله‌مراتبی و فرادست است. آن‌ها امکان شک و تردید در تشخیص پزشک را ندارند و معمولاً در معرض تمسخر هستند. این فرهنگ در آثار میشلر (۲۰۰۵) هم نقد شده است؛ عاملی که در نظام آموزشی فعلی مطابق با پژوهش‌های انجام‌شده و مصاحبه‌ها نیز مشاهده می‌شود.

به غیر از فرهنگ قدرت و سلسله‌مراتبی در بیمارستان، باید بی‌توجهی به آموزش اخلاق پزشکی در میان استادان را نیز مدنظر قرار داد. سایر پژوهشگران (کیانی و همکاران، ۱۳۹۰؛ اکبری فارمد، ۱۳۹۰؛ خاقانی‌زاده، ۱۳۹۲) نیز به این مسئله نقد کرده‌اند. بسیاری از دانشجویان اشاره کرده‌اند درس اخلاق پزشکی به‌صورت چند اسلاید آموزش داده می‌شود و اهمیت چندانی ندارد. ضمن اینکه

در نهایت رفتار استاد با مریض است که این درس را به صورت عملی به دانشجوی آموزش می‌دهد: «اخلاق پزشکی هیچ فایده‌ای نداشت. استاد‌های خسته‌ای بودن که از روی پاورپوینت چیزهایی رو که بلد بودن می‌گفتن. بچه‌ها هم با نمونه سؤال و این‌ها پاس کردن. مهم رفتار استاد با مریضه که با کتاب و اسلاید خیلی فرق داره» (دانشجوی تخصص).

رفتار سلسله‌مراتبی و سختگیرانه در دوران آموزش، در کنار کمبود اخلاق پزشکی و مشاهده برخورد پدربانانه در رفتار پزشک و با بیمار در دوران دانشجویی، عادت‌واره‌ای را در دانشجوی شکل می‌دهد که در آن رفتار با بیمار و مواجهه با او در اولویت آخر قرار می‌گیرد؛ چیزی که هنگام طبابت و پس از فارغ‌التحصیلی دانشجوی خود را بروز می‌دهد.

- نهادمندی مناسبات پدربانانه میان پزشک و بیمار: بعد از گذراندن دوران دانشجویی و ورود به عرصه طبابت، پزشک در مقابل بیمار قرار می‌گیرد تا آموخته‌های خود را محک بزند. رفتار پدربانانه و فرادست با بیمار قبل از ورود به مطب هم خود را نشان می‌دهد. رابطه فرادستی خود را با فاصله‌گذاری در زمان و مکان نشان می‌دهد. زمانی که بیمار باید از مدت‌ها قبل از پزشک وقت بگیرد، از هر نقطه‌ای خود را به مطب برساند، ساعت‌ها انتظار بکشد و زمان کوتاهی ویزیت شود: «از یک ماه قبل باید وقت بگیرم. معمولاً جای پارک نیست و چند ساعت هم معطل می‌شم. درباره استرس‌هام نمی‌تونم با پزشک صحبت کنم؛ چون وقت نداره. اصلاً هم خوش‌اخلاق نیست و هیچ توضیحی هم درباره بیماری نمی‌ده» (بیمار).

بار کاری در رفتار پزشک و بیمار اثر ویژه‌ای دارد. بی‌حوصلگی، معاینه سریع و غیرانسانی شدن رابطه از جمله پیامدهای بار کاری است. زمانی که پزشک با انبوهی از بیماران سروکار دارد، بیمار برای او به مشتری و شیء تبدیل می‌شود و دیگر وجهه انسانی خود را از دست می‌دهد. پزشک در پی آن است که این بیمار زودتر برود و بعدی بیاید. در ساعات پایانی روز نیز این مسئله به اوج خود می‌رسد: «تو این سیستم رزیدنت نیروی کار ارزون و در دسترس بیمارستان دولتی با لود کاری بسیار زیاد. معلومه خب کشش این همه بیمار رو نداره و بی‌حوصله می‌شه» (دانشجوی تخصص).

۵-۲. مناسبات تجاری پزشک و بیمار

بر اساس یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها و تحلیل اسنادی، شاهد شکل‌گیری و تکامل «سرمایه‌داری سلامت» در ایران هستیم. سرمایه‌داری سلامت شامل فرایند کالایی‌شدن مناسبات موجود در نظام سلامت، از خودبیبگانگی نیروهای درمان، سلطه مستقیم و غیرمستقیم سرمایه‌داران سلامت بر قوانین کار و حیات اجتماعی نیروهای درمان و مالکیت آن‌ها بر اموال عمومی، تشکیل ارتش ذخیره کار و تبدیل شدن بخش بزرگی از نیروهای درمان به کارگران مزدی می‌شود. در اینجا قصد توضیح نحوه شکل‌گیری و ربودن ارزش اضافی و چرخه‌های انباشت و گردش سرمایه را در نظام سلامت نداریم و تنها برخی از فرایندهای اصلی تکمیل و تثبیت آن را نشان خواهیم داد.

- خصوصی‌سازی مقدمه کالایی‌شدن مناسبات: در ایران خصوصی‌سازی از دهه ۱۳۶۰ آغاز شده و تاکنون ادامه دارد. در دهه ۱۳۶۰ با گسترش خدمات تشخیصی مبتنی بر ابزار، واردات دستگاه‌های تشخیصی پزشکی بیشتر شد که منبع هزینه‌ای جدیدی با سرعت رشد بالا برای نظام سلامت به وجود می‌آورد. «در این دوره گسترش بخش خصوصی به‌ویژه در خدمات سرپایی تحت نظام کارانه‌ای، افزایش هزینه‌های سلامت را در پی داشت. عامل مهم دیگر در افزایش مخارج، انتقال تعرفه‌گذاری خدمات سلامت از وزارت بهداشت به نظام پزشکی بود که به جهش در تعرفه‌های بخش خصوصی منجر شد. در دهه‌های ۶۰ و ۷۰ نبود سیستم کنترل و نظارت دقیق و شفاف به بروز پیامدهایی از قبیل تقاضای القایی، دریافت‌های غیررسمی، تغییر فرهنگ مصرف و درخواست خدمت تحت تأثیر تبلیغات شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، تضاد منافع و پزشکی‌شدن سلامت و اولویت‌گرفتن

پاسخ به نیازهای درمانی بر گسترش فرهنگ سلامت‌محوری و پیشگیرانه در نظام سلامت منجر شد. در نتیجه حاصل افزایش هزینه‌های سلامت، به‌ویژه به‌صورت پرداخت از جیب در دو سال ابتدایی دهه ۱۳۷۰ بودیم» (حسینی و رفیعی‌وحید، ۱۳۹۸: ۱۸۱). در سال‌های بعد نیز (سال ۱۳۸۹) طرح حمایت از خیران سلامت مطرح شد. در این طرح «مجمع خیرین سلامت»، هیئت‌امنا و... برای این مجمع تشکیل شد و رئیس‌جمهور، وزیر، رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌ها و... در آن اعضای اصلی بودند و خیران نیز در میان هیئت‌امنا حضور داشتند. از بعد اقتصادی، این رابطه یکی از اشکال رابطه دولت و اقتصاد است که حمایت دولت از بخش خصوصی در آن مشاهده می‌شود. در سطح کلان این کار، یکی از گام‌های مهم خصوصی‌سازی نظام سلامت است. دولت از فرد خیری که بیمارستان را ساخته و مالک آن شده است حمایت می‌کند. در سازوکار تحول اقتصادی ایران در اشکال جدید رابطه سیاست و اقتصاد دولت حضور دارد و از خیر نظام سلامت حمایت می‌کند. در این رابطه تنگاتنگ دولت و اعضای هیئت‌امنا برای محل بیمارستان، تجهیزات و امکانات و خدمات آن تصمیم‌گیری خواهند کرد. در ماده ۱۲ این طرح آمده است: «کلیه هزینه‌هایی که توسط اشخاص حقیقی و حقوقی صرف کمک به مجامع استانی و مؤسسات خیریه و عام‌المنفعه درمانی، آموزشی و پژوهشی مرتبط با آن می‌گردد، با تأیید دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌ها و مجامع استانی به‌عنوان هزینه‌های قابل قبول مالیاتی محسوب می‌شود» (مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۳۸۹: ۳).

علاوه بر این اقدامات، براساس الگویی که از کشورهای شیلی پس از آئنده و روسیه پس از فروپاشی به‌دست آمده است (با استناد به چارچوب مفهومی رودینلی، ۱۹۸۳ به نقل از مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۳۹۱) و در راستای سوسیالیسم‌زدایی و اجرای آزمایشی طرح‌های نئولیبرالی، خصوصی‌سازی با چهار برنامه کلان تمرکززدایی، تفویض اختیار، واگذاری و آزادسازی شناخته و اجرا شد. بازتاب الگوی خصوصی‌سازی درمان در ایران را می‌توان در برنامه پنجم توسعه کشور و با استناد فزاینده به اصل ۴۴ قانون اساسی، بر لزوم مشارکت بخش خصوصی نیز دنبال کرد. از مهم‌ترین این اقدامات طرح واگذاری و استقلال دانشگاه‌های علوم پزشکی بود که از سال ۱۳۸۴ و در برنامه چهارم توسعه طرح شده بود و در برنامه پنجم با جدیت بیشتری دنبال شد. در همین راستا، کارگروه کاهش تصدی دولت نیز تشکیل و وظایف و مسئولیت‌های آن و تصدی‌های قابل‌واگذاری به بخش غیردولتی (واحدهای بهداشتی-درمانی، واحدهای پاراکلینیک، واحدهای توان‌بخشی، واحدهای پشتیبانی و خدماتی) تعیین شده است. برای تدقیق فرایند خصوصی‌سازی دو فرایند تعرفه‌گذاری و طرح خودگردانی بیمارستان‌ها را در نظام درمان دنبال می‌کنیم که به‌نحوی تأثیر به‌نسبت مستقیمی بر مناسبات پزشک و بیمار دارند.

- تعرفه‌گذاری و تغییر الگوی مناسبات پزشک و بیمار: نیروهای نظام درمان با نظام تعرفه‌گذاری در رقابت با یکدیگر قرار می‌گیرند. افزایش تعرفه‌ها در ایران از چند کانال اصلی ممکن، توجیه و محقق شد: ۱. در چند دوره بعد از جنگ و با شروع فرایند شکل‌گیری سرمایه‌داری سلامت، افزایش تعرفه‌ها با طرح‌های پوشش همگانی بیمه‌ها و با تأمین اعتبار از منابع عمومی و افزایش پرداخت از جیب مردم انجام گرفت. این طرح‌ها مسیر تحقق خود را از یک سو افزایش انگیزه پزشکان برای حضور در مناطق مختلف کشور، معاینه و درمان تعداد بیشتری از بیماران و از سوی دیگر زمینه‌سازی برای ورود بخش خصوصی به سرمایه‌گذاری سلامت می‌دانستند. ۲. پیرو این استدلال، بخشی چشمگیری از افزایش دستمزدها با تفکیک بخش خصوصی و دولتی و رقابت هر بخش بر سر افزایش دریافتی خود صورت گرفته است. در کنار جدال میان این دو بخش، جدال بین نیروهای هیئت‌علمی و غیرهیئت‌علمی نیز به عاملی برای رقابت بر سر تعرفه تبدیل شده است. ۳. در رقابت میان نیروهای قدرتمند درمان، یعنی پزشکان، بخشی از افزایش تعرفه‌ها ناشی از رقابت تخصص‌های مختلف برای بالا بردن ضریب خدمات در کتاب‌های تعرفه‌گذاری بوده است. ۴. در بزنه‌های مختلف، افزایش تعرفه در ایران، با توجیه حذف زیرمیزی و عادلانه‌کردن دستمزد پزشکان و

پیشگیری از مهاجرت آنان صورت گرفته است؛ برای مثال در دوره اول افزایش تعرفه‌ها، امکان این افزایش در سطحی گسترده را ورود بیش از پیش بیمه‌ها به خدمات درمانی با قانون الزام ممکن کرد؛ درحالی که تحقیقات نشان داده‌اند تعرفه‌ها طی سال‌ها نه تنها مناسب با شاخص کل بهای کالاها و خدمات مصرفی افزایش نیافته‌اند، بلکه متناسب با رشد شاخص بهداشت و درمان هم نبوده‌اند (شمس، ۱۳۹۴). درواقع نظام تعرفه‌ها سازوکار نظام‌مندی نداشته و بیشتر براساس قدرت چانه‌زنی ذی‌نفعان تعیین شده است. رشد تعرفه‌ها در بخش خصوصی موجب افزایش سهم پرداخت از جیب مردم شده و به نفع آن‌ها نبوده است. تب انگیزه از سویی با تلاش پزشکان برای افزایش هزینه‌ها و از سوی دیگر با کمک دولت از طریق تعرفه‌های مطرح‌شده ایجاد می‌شود. به نظر می‌رسد تلاش برای افزایش تعرفه که در ضریب کا، تخت نمونه، رتبه استادی، تخصص و تفکیک بخش خصوصی و دولتی خود را بروز می‌دهد. پیامد اختلاف بین تخت نمونه و تخت عادی، بین استاد هیئت‌علمی و غیر هیئت‌علمی و مواردی این چنین افزایش تعرفه و پرداخت از جیب می‌شود. «افت کیفی خدمات می‌توانست عدم رضایت بیماران را در پی داشته باشد و درواقع همین وضعیت نیز محقق گردید» (شمس، ۱۳۹۴: ۸).

باید یادآوری کنیم در سال ۱۳۶۲ کتاب *کالیفرنیا* به کشور وارد شد و طی سال‌ها با تغییرات در سال ۱۳۸۸ با عنوان *کاب ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی و درمان تدوین شد*. یکی از مشکلات اصلی این کتاب تطبیق‌نداشتن تعرفه‌هایی که در این کتاب آمریکایی تعیین شده است با سیستم اقتصاد ریالی ایران است (رشیدیان و دشمنگیر، ۱۳۹۲). مسئله‌ای که پزشکان مورد مصاحبه هم به آن توجه کرده‌اند: «گر قرار به تعداد ویزیت باشه، قیمت هم باید مناسب با استاندارد جهانی باشه. چون ویزیت ما اندازه استاندارد جهانی نیست، نمی‌تونیم انتظار داشته باشیم پزشک هم مطابق استاندارد جهانی وقت بناره» (پاتولوژیست). تضاد بزرگی در این قیاس وجود دارد. درآمد پزشکان در کشورهای پیشرفته برحسب سایر هزینه‌ها و درآمدها محاسبه شده است؛ یعنی اگر قرار باشد این درآمد با معیار جای دیگری محاسبه شود، باید سایر خدمات و درآمدها و مواد نیز بر همان اساس محاسبه شوند. کاربست کالیفرنیا و بعدتر ارزش نسبی از چند منظر در رابطه پزشک و بیمار اثرگذار است. به صورت مستقیم، زمانی که پرداخت براساس تعداد ویزیت صورت گیرد، پزشک به دنبال ویزیت سریع‌تر، کوتاه‌تر و تعداد بیشتری از بیماران است. این اتفاق به بازدید سرسری، بدون دقت و بدون توجه به پیشینه بیمار منجر می‌شود. عامل دیگر افزایش تقاضای القایی براساس این نوع سیستم محاسبه است. عاملی دیگر که تأثیر غیرمستقیمی بر رابطه پزشک و بیمار می‌گذارد، افزایش درآمد پزشکان است. اینکه مقدار K چقدر باشد که براساس آن ضریب افزایش پیدا کند، مطابق با متوسط درآمد عمومی اعضای جامعه نیست و به همین دلیل طبقه‌ای به نام طبقه پزشکان شکل می‌گیرد که از مزایای بیشتری در مقایسه با دیگر طبقات برخوردار است. این اتفاق موجب تغییر جایگاه پزشک نسبت به بیمار و قرارگرفتن او در موقعیت فرادست، نه لزوماً از حیث تخصصی که از حیث طبقاتی می‌شود.

- خودگردانی بیمارستان‌ها: تبدیل شدن بیمار به منابع و منافع؛ طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، دنباله دستورالعمل نظام نوین اداره امور بیمارستان‌هاست که در سال ۱۳۷۴ معاونت درمان آن را تدوین، تصویب و ابلاغ کرد و به بیمارستان‌های عمومی اجازه داد از محل پرداخت‌های نقدی و بیمه‌ها درآمدزایی کنند. این طرح که بعدتر به طرح خودگردانی بیمارستان‌ها معروف شد، با اصلاحات نظام سلامت در بند «ب» ماده ۱۹۲، برنامه سوم توسعه، ماده ۸۸ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب سال ۱۳۸۰ مواد ۴۹ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و سایر قوانین و دستورالعمل‌های مالی و ساختاری ادامه یافت و همچنان در جریان است. نگرش کلی دوران بر تمرکززدایی در نظام سلامت و کوچک کردن بدنه بخش دولتی بود. طرح جامع اصلاح ساختار مدیریتی اقتصادی بیمارستان‌های کشور مصوب سال ۱۳۸۳ شش بعد را مدنظر داشت: «ساختار بیمارستان، بودجه‌ریزی عملیاتی، مدیریت مبتنی بر عملکرد، برون‌سپاری، مدیریت نگهداشت و سامانه اطلاعات بیمارستان». نخست ۴۱ بیمارستان از سراسر کشور

به‌عنوان پایلوت انتخاب شدند و بودجه دولتی ویژه‌ای نیز به این بیمارستان‌ها اختصاص یافت. در سال ۱۳۸۵ این بیمارستان‌ها به ۱۳ عدد کاهش یافتند و البته ۵ بیمارستان جدید نیز به این طرح اضافه شدند. هم‌اکنون این طرح با ۱۸ بیمارستان و تحت عنوان طرح کشوری بیمارستان‌های منتخب هیئت‌امانی ادامه دارد (ابوالحلاج و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۹).

پیش‌تر به دشواری‌های دسترسی به پزشک و انتظار طولانی بیماران برای درمان اشاره کردیم. غیر از این مسئله، ایجاد تقاضا و تشخیص‌های پرسود القایی در این فضا گریزناپذیر می‌شود؛ یعنی اگر تعیین تعرفه‌ها را لایه زیرین چنین گرایش‌هایی در استیلائی منطق سرمایه بدنیم، شکل‌گیری انواع تیپ‌های بیمارستانی نیز لایه نهادی و سازمانی آن خواهد بود. بخش بزرگی از مراجعان بیمارستان‌های دولتی به دلیل موقعیت طبقاتی فرودست خود به این مراکز مراجعه می‌کنند؛ بنابراین این بیمارستان‌ها محل رجوع همیشگی هستند. بیماران در یک طبقه‌بندی به خیلی توانمند تا ناتوان مطلق تقسیم و بین انواع مختلف بیمارستان، انواع مختلف تخت و بخش و انواع مختلف فرایندهای تشخیصی-درمانی توزیع می‌شوند. در این تغییر و تحول بنیادین، روابط انسانی هم بازتعریف و مسائل مالی اولویت درمان می‌شوند: «مثلاً به جراح کلیه تو اتاق عمل متوجه می‌شوی بیمار چیزهای دیگه‌ای هم داره که باید دربیاره. طرف از اتاق عمل بیرون می‌آد، از خانواده بیمار می‌پرسه که باید چند میلیون تومن برای من واریز بشه تا چیزهای دیگه رو هم دربیارم» (متخصص داخلی).

تناقضی بنیادین در ماهیت تجاری شدن پزشکی وجود دارد. بیماری چنان‌که پیش‌تر هم گفتیم، برای بیمار وضعیتی خاص و موقتی است؛ درحالی‌که برای پزشک وضعیتی عمومی است. راه خلاصی از بیماری در دستان پزشکان است؛ عاملی که تفاوت قدرت را هم ایجاد می‌کند؛ بنابراین پزشک و بیمار در وضعیت برابری معامله نمی‌کنند: «تو سیستم پزشکی ایران به بیماران به چشم مشتری نگاه می‌کنی. البته این مسئله تو ایران هم نهادینه شده که ما اصلاً دکتر بریم و اون ما رو تحویل بگیره و ما هم نباید ارزش توضیح بخوایم. این روند همین‌طور ادامه پیدا می‌کنه و پزشک‌ها خودشون رو تو موضع قدرت می‌بینن. البته بخشی از ماجرا هم به این برمی‌گرده که دانش پزشکی تخصصیه و کسی هم نمی‌تونه به پزشک اعتراضی بکنه» (بیمار).

۵-۳. رابطه تهاجمی بین پزشک و بیمار

با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده درباره مناسبات پزشک و بیمار، نظریات موجود و بررسی شکل این رابطه در ایران در پژوهش حاضر، به الگوی جدیدی از رابطه پزشک و بیمار در ایران دست یافتیم.

جدول ۱. تیپولوژی رابطه پزشک و بیمار

نوع رابطه	الگوی نظری	قدرت	فرهنگ	آموزش	کالایی‌شدن رابطه
رابطه پدرمآبانه	امانوئل و امانوئل	قدرت در دست پزشک	فرهنگ پدرسالار	آموزش پدرسالار	بیمار در نقش فرزند و نه کالا
رابطه تجاری	اوزار	قدرت در دست بازار	فرهنگ مصرفی	آموزش کالایی شده	بیمار در نقش مشتری
رابطه تهاجمی	مدل محقق	قدرت در دست سرمایه‌دار سلامت	فرهنگ تهاجمی	آموزش ارتش ذخیره کار	بیمار در نقش متقاضی القایی ^۱

در مدل پدرمآبانه امانوئل و امانوئل از رابطه پزشک و بیمار که پیش‌تر درباره آن صحبت شد، پزشک در نقش پدری دلسوز و مقتدر تجویز مناسب بیمار را به وی ارائه می‌کند. در این رابطه، پزشک کنترل بالا و بیمار کنترل پایین دارد و بیمار باید تجویز پزشک

۱. بخشی از القای بیماری ناشی از القای مستقیم پزشک نیست، بلکه بیمار در زمینه‌ای اجتماعی عملاً به سمت شکل غیرمستقیمی از القا نیز کشیده شده است.

را بی‌چون‌وچرا بپذیرد. در مدل ارتباط تجاری اوزار، مراقبت‌های بهداشتی شکل کالایی پیدا می‌کند. پزشک آنچه را که تولید کرده است می‌فروشد و مشتری هم خریدار کالای تولیدشده است؛ بنابراین آموزش رنگ و بوی کالایی می‌گیرد و فرهنگ مصرفی هم تبلیغ می‌شود. رفتار پزشک در این مدل رفتاری پدرسالارانه نیست و باید مانند فروشنده‌ای غریبه کالایش را به مشتری بفروشد. نقش مشتری هم در این مدل انفعال محض نیست و اطلاعات و توصیه‌های پزشک را می‌خرد و با کالای خریداری‌شده، خرید بعدی خودش را تعیین می‌کند. در سبک پزشکی آمریکایی که به «پزشکی تدافعی» شهرت دارد، پزشکان برای پرهیز از مواجهه با شکایت، رفتار به‌شدت محافظه‌کارانه‌ای با بیمار دارند و از پروتکل‌های درمانی فراتر نمی‌روند؛ حتی اگر بدانند کار اشتباه یا زیادی‌ای در حال انجام است؛ به همین دلیل موارد تشخیصی زیادتر از حدی را به بیماران تحمیل و تجویز می‌کنند، اما در ایران رابطه پزشک و بیمار به‌شکلی تاریخی اگرچه نشئت‌گرفته از هر دو الگوی تجاری و پدرمآبانه است، ماهیتی متفاوت یافته است.

نخست اینکه با وجود افزایش تعداد پرونده‌های ثبتی شکایت، به دلایل ساختاری متعددی که پیش از این آوردیم، واهمه چندانی به تبعات اشتباهات و اعمال غیرضروری درباره بیماران وجود ندارد. دوم اینکه در نتیجه استیلای سرمایه‌داری سلامت، کالایی‌شدن مناسبات میان پزشک و بیمار و انسان‌زدایی از بیماران در عادت‌واره‌های پزشکان، بیماران به منبعی برای درآمدزایی تبدیل شده‌اند و از این‌رو هرگونه تهاجمی به جسم آن در راستای رسیدن به بیشترین درآمد و سود ممکن مشروعیتی نانوشته پیدا کرده است. این تهاجم با تکامل سرمایه‌داری سلامت و تشکیل ارتش ذخیره کار درمان (با مصداق مشخص رزیدنت‌ها، انترن‌ها و پزشکان فارغ‌التحصیل جوان) و افزایش رقابت میان این نیروها و تلاش آن‌ها برای رسیدن به جایگاه آرمانی پزشکان سرمایه‌دار، بیش‌ازپیش تشدید شده است. نتیجه چنین وضعیتی افزایش تقاضای القایی، همسوسدن با بازار زیبایی و گرایش پزشکان عمومی به حوزه‌های درآمدزای غیرضروری، گرایش به رشته‌های پول‌ساز و مغفول‌ماندن سایر حوزه‌ها است که تنها نگاهی بیرونی می‌تواند جنون و تهاجم در حال افزایش در آن را ببیند. سوم اینکه حفظ رابطه فرادستی با تاکتیک‌های زبانی و فضایی و ایجاد فضای شهرت و به‌دلیل بار کاری ضروری و درنهایت سطح پایین سواد چندبعدی سلامت مجال مداخلات تهاجمی را بسیار فراخ‌تر و سهل‌تر کرده است. مدل تهاجمی در رابطه پزشک بیمار اگرچه هم از مدل پدرمآبانه و هم از مدل تجاری مایه گرفته است، اما هیچ‌یک از آن‌ها نیست و ماهیت و فردیتی تاریخی در تاریخ نظام سلامت ایران دارد.^۱

مصادیق تهاجمی‌شدن این رابطه هم در تحلیل اسنادی و هم در مصاحبه‌ها حضور دارد. در مقوله شکل‌گیری عادت‌واره پزشکی آغاز این رابطه را مشاهده کردیم. مطابق با سخنان دانشجویان رشته پزشکی، یکی از دلایلی که دانشجویان شرایط سخت آموزش و سلسله‌مراتب دانشگاه را می‌پذیرند، کسب منفعت مادی در آینده است. در کسب منفعت مادی، اگر خلأ قانونی و بسترهای سیاستی و نظارتی وجود داشته باشد، می‌تواند به شکلی از رابطه تدافعی در بستر رابطه تجاری بینجامد، اما در شرایط خلأهای متعدد قانونی، نبود مجازات‌های بازدارنده، تعارض منافع و غیاب بیمار در تصمیم‌گیری، دیگر با صرف رابطه‌ای تجاری روبه‌رو نیستیم. همچنین عادت‌واره‌های فرادستی در رفتار پزشک، خلأ آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه و نبود آموزش پدیدارشناسانه رابطه پزشک و بیمار، از بعد انسانی رابطه می‌کاهد و آن را به‌سوی رابطه‌ای سوق می‌دهد که دیگر فقط رابطه‌ای پدرمآبانه نیست. زمانی که بیماران از

۱. از لفظ «رابطه تهاجمی» درباره مناسبات پزشک و بیمار در برخی پژوهش‌های دیگر نیز استفاده شده است که نشان‌دهنده وجود درکی مشترک از این شکل از رابطه در ایران است: «بی‌تفاوتی به درخواست احترام‌آمیز دریافت‌کننده خدمات مبنی بر بازتعریف جایگاه وی، خارج از مناسبات ایزه‌نگارانه و متعاقب آن، اتخاذ رویکرد تهاجمی در قبال بیمار و تأکید صریح پزشک بر جایگاه برتر حرفه‌ای از دیگر مصادیق روابط نابرابر میان ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمات است که طی آن شخصیت دریافت‌کننده خدمات به هیچ‌انگاشته می‌شود» (اخلاصی، ۱۳۹۵: ۵۴).

بی‌توجهی، برخورد سرد، کم‌صحتی و زبان مغلق سخن می‌گویند، شکلی از نهادمندی رابطه پزشک و بیمار در میان است که دیگر بیمار فرزندی در مقابل پدر ناجی خود نیست.

در مقوله خصوصی‌سازی، با کالایی‌شدن رابطه نشان دادیم چطور چندین دهه واگذاری و تمرکز دایی، فاصله طبقاتی پزشک و بیمار را بیشتر کرده و همچنین با هیئت‌امنایی‌شدن و افزایش قدرت در کنار ثروت پزشکان منطق سودآوری از بیماری را تشدید کرده است. بستر چنین قدرت اجتماعی و اقتصادی‌ای در کنار جدال بر سر تعرفه در غیاب بیماران و نمایندگانشان، فضایی برای تصمیم‌گیری بدون توجه به تبعات اجتماعی و تاریخی آن به‌وجود آورده است. گاهی این افزایش تعرفه مطابق با آنچه در طرح‌های توسعه آمد، برای جلوگیری از زیرمیزی و گاهی هم برای جلوگیری از مهاجرت پزشکان بوده است. مسئله کلیدی در فهم رابطه تهاجمی این است که خود پزشکان، تصمیم‌گیران حوزه سلامت و سرمایه‌داران سلامت امکان درک تهاجمی‌بودن رابطه را از دست داده‌اند یا اینکه آن را با نگاه کردن به گذشته و حال دور از دسترس پزشکان سرمایه‌داران و آینده دورتر از دسترس خودشان به امری روزمره و گریزناپذیر بدل کرده‌اند.

۶. نتیجه‌گیری

تاکنون مدل‌های مختلفی از مناسبات پزشک و بیمار در سطح جهانی ارائه شده است که هر کدام جلوه‌های مثبت و منفی این مناسبات را نشان داده‌اند. در پژوهش حاضر با تأکید بر کنش‌های متقابل پزشک و بیمار و همچنین سیاست‌گذاری‌ها و اقتصاد سیاسی حاکم بر نظام سلامت کشور ایران تلاش کردیم الگوی این مناسبات را در ایران ترسیم کنیم. شکل‌گیری الگوی فعلی مناسبات پزشک و بیمار در ایران تحت تأثیر فرهنگ پدرمآبانه‌ای است که طی سال‌ها میان این دو شکل گرفته و تثبیت شده است. این فرهنگ از زمان تحصیل در دانشگاه طی ۱۰ تا ۱۵ سال در آموزش پزشکی میان دانشجویان شکل می‌گیرد. کمبود آموزش اخلاق پزشکی، رفتار سلسله‌مراتبی و خشن در دانشگاه در کنار مشاهده رفتار پزشکان با بیماران در بیمارستان، عادت‌واره انسان‌زدایی از بیمار و رفتار پدرمآبانه را در دانشجو شکل می‌دهد. پس از اتمام تحصیل و ورود به بازار کار، با توجه به غلبه منطق سرمایه در سیستم نظام پزشکی که پیش‌تر طی یک فرایند طولانی و چندین ساله قانون‌گذاری ایجاد شده و اکنون به مرحله انکشاف خود رسیده است، منطقی جدید به این رابطه پدرمآبانه اضافه شده است و آن هم منطق سودآوری است. در این حالت، پزشک علاوه بر رفتار فرادست با بیمار و مشارکت‌ندادنش در فرایند درمان، با تقاضای القایی، زیرمیزی و هزینه‌های بالای درمان، با او به‌مثابه مشتری نیز رفتار می‌کند. در این حالت، الگوی مناسبات پزشک و بیمار در ایران به ترکیبی از مدل پدرمآبانه و تجاری تبدیل شده است که ما آن را مدل تهاجمی نام نهادیم.

ایهام استفاده‌شده در مفهوم تهاجمی^۱ غیر از اینکه از جهت غرابت ذهنی با جامعه سلامت (پزشکان، پرستاران و...) ارتباط معنایی پیدا می‌کند، در تلاش است در وجه ایجابی هشدار و تلنگری باشد به آنچه در اینجا صورت‌بندی شده است. هنگامی که در یک نظم سلسله‌مراتبی بیمار به سوژه فرودست و سپس کالای فرودست بدل می‌شود، در عمل به سوژه‌ای بی‌دفاع برای مداخله و تهاجم تبدیل شده است. از طرف دیگر اصطلاح تهاجمی را در مقابل اصطلاح پزشکی تدافعی که در ایالات متحده رایج و غالب است به کار بردیم. در ایالات متحده چنانچه در پیشینه ادبیات هم ذکر شد، به‌قدری ابزارهای نظارتی پزشکان زیاد شده است که تا حد ممکن کمترین مداخله با بیشترین تجویزهای تشخیصی صورت می‌گیرد که آن هم اثرات منفی جانی و مالی خود را دارد. شاید مفهوم تهاجمی تا

حدی غلوشده به نظر بیاید، اما از آنجا که به الگویی اشاره دارد که در حال تکامل و پیشروی است، می‌تواند در آینده‌ای نه چندان دور، به امری طبیعی در مناسبات پزشک و بیمار بدل شود.

مأخذ مقاله: مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول با عنوان «رابطه پزشک و بیمار و عوامل فرهنگی و سازمانی اثرگذار بر آن»، گروه جامعه‌شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید بهشتی. در این مقاله تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- آزادارمکی، تقی، کوشش، مجید و پروائی، شیوا (۱۴۰۰). رهیافت انتقادی به کالایی‌شدن سلامت و طردشدگی سالمندان تهیدست. *فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۱۰(۱): ۲۱۲-۱۷۵. <https://doi.org/10.22059/jisr.2020.279953.857>
- ابراهیمی، مرضیه، شرافت، شمیم، ودادهیر، ابوعلی و عینی زیناب، حسن (۱۴۰۰). انسان‌زدایی در مناسبات پزشک و بیمار: بررسی تجربی و انطباق نظری. *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۲۳(۴): ۵۳-۳۳. <https://doi.org/10.22034/jsi.2022.550912.1558>
- ابوالحلاج، مسعود، رضائیان، مریم، نظری، اصلان، آردن، شهزاد و سلیمی، محمد (۱۳۹۴). نگاهی به مشارکت بخش خصوصی و دولتی در بخش بیمارستانی با تأکید بر بیمارستان‌های زنجیره‌ای. *دفتر مطالعات اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی*. ۱۱(۴): ۴۱-۱.
- اخلاصی، ابراهیم (۱۳۹۵). نقد اخلاقی و اجتماعی پارادایم زیست‌پزشکی؛ با تأکید بر تعامل علوم پزشکی و علوم انسانی. *فصلنامه علمی-پژوهشی راهبرد فرهنگ*، ۹(۳۵): ۳۱-۷۷.
- اکبری فارمد، سمیه (۱۳۹۰). مروری بر روش‌های ارزشیابی حرفه‌ای‌گری پزشکی. *فصلنامه تاریخ پزشکی*، ۳(۸): ۱۳۹-۱۱۹. <https://doi.org/10.22037/mhj.v3i8.5784>
- آسمانی، امید (۱۳۹۱). نگاهی به مدل‌های ارتباطی پزشک-بیمار و چالش‌های مرتبط با آن. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۵(۴): ۴۶-۳۳.
- پالیزدار، سپیده و زردار، زرین (۱۴۰۰). ارتباط پزشک و بیمار در شبکه روابط میان‌فرهنگی: تجربه درمان در محیط‌های چندفرهنگی بیمارستان‌های دولتی تهران. *فصلنامه مطالعات فرهنگ-ارتباطات*، ۵۳(۲۲): ۹۴-۷۱.
- <https://doi.org/10.22083/jccs.2021.228590.3070>
- حسینی، سیدمحمدرضا و رفیعی وحید، پرستو (۱۳۹۸). *تأمین مالی در نظام سلامت*. تهران: مؤسسه کتاب مهربان نشر.
- حکیم‌زاده، سید مصطفی و باستانی، پیوند (۱۳۹۶). *خرید راهبردی خدمات سلامت، با رویکرد جامع به خرید راهبردی دارو*. جلد دوم. تهران: علمی و فرهنگی.
- خاقانی‌زاده، مرتضی (۱۳۹۲). نقدی بر محتوای برنامه درسی اخلاق پزشکی از دیدگاه صاحب‌نظران اخلاق پزشکی: مطالعه کیفی. *دوفصلنامه مطالعات برنامه درسی آموزش عالی*، ۳(۷): ۶۳-۴۷. [https://dorl.net/dor/20.1001.1.25382241.1392.3.7.5.4.47-63\(7\)](https://dorl.net/dor/20.1001.1.25382241.1392.3.7.5.4.47-63(7))
- داودی، نیره (۱۳۹۶). فرهنگ پترنالیسم در بخش اورژانس: اتنوگرافی انتقادی. *رساله به جهت دریافت درجه دکتری تخصصی*. به راهنمایی ناهید دهقان نیری. دانشگاه علوم پزشکی تهران. دانشکده پرستاری و مامایی.
- رشیدیان، آرش و دشمنگیر، لیلا (۱۳۹۲). جایگزینی کتاب کالیفرنیا، اولین مرجع تعیین تعرفه تشخیص و درمان در کشور: بررسی دیدگاه خبرگان. *فصلنامه علمی-پژوهشی طب و ترکیه*، ۲۲(۳): ۷۰-۵۹.
- رفیع‌زاده طباطبایی زواره، سید محسن، حاج منوچهری، رضا و نساجی‌زواره، مریم (۱۳۸۶). بررسی فراوانی قصور پزشکان عمومی در شکایات ارجاعی به کمیسیون پزشکی قانونی مرکز تهران از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۳۸۴. *مجله علمی-پزشکی قانونی*، ۱۳(۳): ۱۵۷-۱۵۲.
- سلمانیان، بهار، محمدابراهیمی، زینب، روشن، بلقیس و بابامحمودی، فرهنگ (۱۳۹۴). خودمحوری گفتار پزشکان و نقش جنسیت در مکالمه پزشک و بیمار. *دوماهنامه جستارهای زبانی*، ۲(۲): ۱۵۰-۱۲۹.

- شرافت، شمیم (۱۴۰۱). رابطه پزشکی و بیمار و عوامل فرهنگی و سازمانی اثرگذار بر آن. رساله به جهت دریافت درجه دکتری تخصصی. به راهنمایی مرضیه ابراهیمی. دانشگاه شهید بهشتی. دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- شفعتی، معصومه و زاهدی، محمدجواد (۱۳۹۱). بررسی الگوهای زیستی، روانی و اجتماعی رابطه پزشکی و بیمار: گذر از الگوی زیست پزشکی. *نشریه اخلاقی زیستی*، ۵(۵)، ۱۵۱-۱۸۶. <https://doi.org/10.22037/bioeth.v2i5.14032>
- شمس، لیدا (۱۳۹۴). تحلیلی بر روند تعرفه گذاری خدمات تشخیصی و درمان در ایران با تأکید بر سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳. *دفتر مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)*. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۱ (۴). ۷۵-۱.
- صالحی، علیرضا، ذکائی، محمدسعید و اخلاصی، ابراهیم (۱۳۹۸). اقتدار پزشکی، از خشونت تا دگرفهمی؛ مطالعه‌ای قوم‌نگارانه در شهر تهران. *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۲۶(۸۵): ۱۶۴-۱۳۶. <https://doi.org/10.22054/qjss.2019.33750.1868>
- کارگروه بودجه مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۳۷۴). وضعیت بهداشت و درمان در لایحه بودجه ۷۵. معاونت پژوهشی، دی ماه ۱۳۷۴. کد گزارش: ۲۸۰۱۰۸۸. <https://rc.majlis.ir/fa/report/show/733638>
- کاظمی، سیمین (۱۴۰۰). بهره‌کشی از رزیدنت‌ها امری رایج در بیمارستان‌ها. *جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران*. مشاهده در تاریخ ۱۴۰۰/۰۳/۲۶ از <https://b2n.ir/p41214>
- کاظمی، سیمین و ریاحی، محمد اسماعیل (۱۳۹۸). تحلیل جامعه‌شناختی مسئله قصور پزشکی در شهر تهران (مطالعه ترکیبی). *دوفصلنامه مسائل اجتماعی ایران*، ۱۰(۲): ۲۶۹-۲۴۳. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.24766933.1398.10.2.13.7>
- کیانی، مهرداد، عباسی، محمود، شیخ آزادی، اردشیر، صفرچراتی، انوشه و بزمی، شبنم (۱۳۹۰). بایسته‌های اخلاقی در آموزش پزشکی. *نشریه تاریخ پزشکی*، ۳(۸): ۳۶-۱۱.
- مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۳۹۱). مروری بر عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در احصای قیمت تمام‌شده خدمات و واگذاری تصدی‌ها (در قالب مواد (۱۳) و (۱۶) قانون مدیریت خدمات کشوری). *دفتر مطالعات اجتماعی*، شماره مسلسل: ۱۲۴۸۲. <https://rc.majlis.ir/fa/report/show/820898>
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹۵). *جامعه‌شناسی پزشکی*. تهران: دانشگاه تهران.
- ودادهیر، ابوعلی، علایی، محمدحسن و علایی خرائم، رقیه (۱۳۹۱). اهمیت جهان‌زیست در مناسبات بیمار و پزشک: پژوهشی کیفی در الگوهای مشاوره پزشکان با بیماران مراجع از روستا به شهر در اردبیل. *مجله توسعه روستایی*، ۴(۱): ۸۴-۷۱. <https://doi.org/10.22059/jrd.2012.28899>
- Abul-Hallaj, M., Ramadanian, M., Nazari, A., Arden, Sh. and Salimi, M. (2014). A look at the participation of the private and public sectors in the hospital sector with an emphasis on chain hospitals. *Social Studies Office, Islamic Council Research Center*. 11 (4). 41-1. (In Persian)
- Akbari Farmad, S. (2014). Review of medical professionalism assessment methods. *Tārīkh-I Pizishkī*, 3(8), 119-139. <https://doi.org/10.22037/mhj.v3i8.5784> (In Persian)
- Asemani O. (2012) A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. *IJMEHM* 2012; 5 (4): 36-50. (In Persian)
- Azad Armaki, T., Koosheshi, M., & Parvaei, S. (2021). Critical Approach to Commodification of health and exclusion of the poor elderly. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*, 10(1), 175-212 <https://doi.org/10.22059/jisr.2020.279953.857>. (In Persian)
- Carter, R. N., Bryant-Lukosius, D., & Alba DiCenso, R. N. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *In Oncology Nursing Forum* (Vol. 41, No. 5, p. 545). <https://doi.org/10.1188/14.onf.545-547>
- [Davodi, N. \(2017\). The culture of paternalism in the emergency department: A critical ethnography. Dissertation to receive a specialized doctorate. With the guidance of Nahid Dehghan Neiri. Medical University Tehran. College of Nursing and Midwifery. \(In Persian\)](#)

- Ebrahimi, M., sherafat, S., Vedadhir, A., & Eini-zeinab, H. (2021). Dehumanization in physician-patient relationships: An empirical study and theoretical grounding. *Iranian Journal of Sociology*, 22(4), 33-53 <https://doi.org/10.22034/jsi.2022.550912.1558>. (In Persian)
- Ekhlesi, I. (2016). Ethical and Social Criticism of Bio-medicine Paradigm with Emphasis on Interaction between Medical Sciences and Humanities. , 9(35), 31-77. (In Persian)
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Jama*, 267(16), 2221-2226.
- Freidson, E. (2015). *The profession of Medicine*. 1970. New York: Dodds Mead.
- Goffman, E. (1952). *The presentation of self in everyday life*. 1959. Garden City, NY, 259.
- Goldkuhl, G., & Cronholm, S. (2018). Reflection/commentary on a past article: "Adding theoretical grounding to grounded theory: Toward multi-grounded theory." *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1), 1609406918795540. <https://doi.org/10.1177/1609406918795540>
- [Hakimzadeh, SM., Bastani, P. \(2016\). The strategic purchase of health services, with a comprehensive approach to the strategic purchase of drugs. The second volume. Tehran: Scientific and Cultural.](#)
- [Hosseini, SMR., Rafiei Vahid, P. \(2018\). Financing in the health system. Tehran: Mehraban Publishing Institute. \(In Persian\)](#)
- Islamic Council Research Center (2012). An overview of the performance of the Ministry of Health, Treatment, and Medical Education in calculating the total price of services and the transfer of enterprises (in the form of articles (13) and (16) of the Civil Service Management Law). *Bureau of Social Studies* 7(12) 1-45. (In Persian)
- Kazemi S, Riahi. (2020). Sociological Analysis of Medical Malpractice in Tehran: A Mixed Method Study. *Social Problems of Iran*. 10(2), 243-269. (In Persian)
- Kazemi, S. (2011). Exploitation of residents is common in hospitals. Tehran University of Medical Sciences. from <https://b2n.ir/p41214>(In Persian)
- Keyani, M, Abbasi, M, Sheikh Azadi, A, Safarcherati, A and Bazmi, Sh (2011). Ethical requirements in medical education. *Journal of Medical History*, 3(8), 11-36.
- Khaghanizadeh, M. (2013). A critique of the content of the medical ethics curriculum from the point of view of medical ethics experts: a qualitative study. *Journal of higher education curriculum studies*, 3(7), 71-84. <https://dori.net/dor/20.1001.1.25382241.1392.3.7.5.4>(In Persian)
- Massoudnia, I. (2016). *Medical sociology*. Tehran: University of Tehran. (In Persian)
- Mishler, E. G. (2005). Patient stories, narratives of resistance and the ethics of humane care: a la recherche du temps perdu. *Health*, 9(4), 431-451. <https://www.jstor.org/stable/i26645987>
- Navarro, V. (1993). Dangerous to your health: Capitalism in health care (p. 32). *New York: Monthly Review Press*.
- Ozar, D. T. (1984). Patient's autonomy: Three models of the professional-lay relationship in medicine. *Academic Medicine*, 5(1), 61-68. <https://doi.org/10.1007/bf00489246>
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452.
- Rafizadeh Tabaei Zavareh, S.M, Haj Manouchehri, R, & Nasaji Zavareh, M. (2007). Assessment of Medical Negligence of General Physicians in Sues Referring to Tehran Center Commission Between 2003-2005. *Scientific Journal of Forensic Medicine*. 13(3), 152-157. (In Persian)
- Rashidian, A., Doshmangir, L. (2013). Replacing the California Book, the Nation's First Reference for Diagnosis and Treatment Tariffs: A Survey of Expert Perspectives. *Medicine and Spiritual Cultivation*, 22(3), 59-70. (In Persian)
- Roter, D. L. (1983). Physician/patient communication: Transmission of the information and patient effects. *Maryland State Medical Journal*, 32(4), 260-265.
- Salehi, A., Zokaei, M., & Ekhlesi, E. (2019). Authority in Medical Practice: From Coercion to Empathy A Critical Ethnographic Study in Tehran. *Social Sciences*, 26(85), 136-164. <https://doi.org/10.22054/qjss.2019.33750.1868>(In Persian)
- Salmaniyan B, Mohammad ebrahimi Z, Rovshan B, Baba Mahmoudi F. Professional Presumptuousness of Doctors and Gender Role on Doctor-Patient Communication. *LRR* 2015; 6 (2) :129-150. (In Persian)
- Shafaati, M., Zahedi, M. (2012). Examining the biological, psychological, and social models of the doctor-patient relationship: passing the biomedical model. *Journal of Bioethics*, 5(5), 151-186.

<https://doi.org/10.22037/bioeth.v2i5.14032> (In Persian)

- Shams, L. (2015). An analysis of the process of pricing diagnostic and treatment services in Iran with an emphasis on the years 2013-2015. Office of Social Studies (Health and Treatment Department). *Islamic Council Research Center*. 11(4) 1-75. (In Persian)
- Sharafat, Sh. (2022). The Physician-Patient Relationship and Cultural and Organizational Factors Affecting it. *Dissertation to receive a specialized doctorate*. Under the guidance of Marzieh Ebrahimi. Shahid Beheshti University. Faculty of Literature and Human Sciences. (In Persian)
- Timonen, V., Foley, G., & Conlon, C. (2018). Challenges when using grounded theory: A pragmatic introduction to doing GT research. *International Journal of Qualitative Methods*, 17, 1-10.
<https://doi.org/10.1177/1609406918758086>
- Veatch, R. M. (1972). Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Center Report*, 5-7.
<https://doi.org/10.2307/3560825>
- Vedadhir, A, Alaei, MH, and Alaei Khuraim, R. (2012). The importance of the world of life in the patient-doctor relationship: qualitative research on the consultation patterns of doctors with patients referred from the village to the city in Ardabil. *Rural Development*, 4(1), 71-84 (In Persian)
- Working group of the research center budget of the Islamic Council (1995). The state of health and treatment in the 75th budget bill. Research Deputy, December 2014. Report code: 2801088.
<https://rc.majlis.ir/fa/report/show/733638>
- Zardar, Z., & palizdar, S. (2021). The Physician-Patient Relationship in the Intercultural Relationship Experience of Treatment in Multicultural Environments of Public Hospitals in Tehran. *Journal of Culture-Communication Studies*, 22(53), 71-94. (In Persian) <https://doi.org/10.22083/jccs.2021.228590.3070>