

دلالت‌های حرفه پزشکی برای نظم جامعه

فاطمه جواهری

در دوران کنونی که دستاوردهای علمی نقش زیادی در تنظیم و اداره امور جامعه دارند، حرفه‌های تخصصی از جمله حرفه پزشکی دارای جایگاه قابل ملاحظه‌ای هستند. نویسنده این نوشتار می‌کوشد تا به سهم خود نقش و تأثیر حرفه پزشکی را بر نظم‌دهندگی به جامعه آشکار سازد. به این منظور، با تکیه بر روش تحلیل نظری، دلالت‌های حرفه پزشکی برای نظم جامعه در دو سطح خرد و کلان بررسی می‌شود. تحلیل‌های به عمل آمده بیانگر آن است که حرفه پزشکی در سطح خرد در تنظیم پاره‌ای از نیازهای کنشگر انسانی (که شامل ابعاد جسمی، شخصیتی و برخی مؤلفه‌های فرهنگی و اجتماعی مداخله‌کننده در نظام کنش است) تأثیر می‌گذارد. در سطح کلان نیز حرفه پزشکی در فراهم آوردن برخی مقتضیات ضروری خرده‌نظام‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جامعه مشارکت دارد. در خاتمه دیدگاه انتقادی برخی اندیشمندان جامعه‌شناسی نسبت به عملکرد حرفه پزشکی در جوامع معاصر مطرح می‌شود.

مفاهیم کلیدی: نظم جامعه، حرفه پزشکی، نظام کنش.

پژوهش‌های علمی در مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

۱. مقدمه

سلامتی، وسیله و همچنین هدف توسعه است. حرفه پزشکی مسئول تأمین مهم‌ترین نیاز انسان یعنی سلامتی و حفظ حیات است، اما از خلال ایفای این نقش در نظم بخشیدن به جامعه نیز مؤثر واقع می‌شود. با این‌که نهاد پزشکی از دیربازترین نهادهای جامعه است و عملکرد آن وضعیت کلیه اعضای جامعه را از تولد تا مرگ در بر می‌گیرد، اما مطالعه ابعاد جامعه‌شناختی آن

کمتر مورد عنایت جامعه‌شناسان این مرز و بوم قرار گرفته است. از این‌رو است که این رشته در ایران به‌صورت حوزه‌ای نسبتاً ناشناخته و جوان باقی مانده است. در این شرایط به‌نظر می‌رسد هر گام کوچک در زمینه مطالعه جامعه‌شناسانه امور پزشکی بتواند منشأ بصیرت‌های تازه‌ای در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی باشد و به بسط آن کمک کند. در نوشتار حاضر تأثیر نهاد پزشکی بر نظم دادن به جامعه بررسی می‌شود.

اما از آن‌جا که پزشکان در سازماندهی نهاد پزشکی و محقق ساختن اهداف آن از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند، از این‌رو از بین سایر عوامل نقش حرفه پزشکی در نظم‌دهندگی به جامعه بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد. به‌طور کلی، اصطلاح حرفه براساس ویژگی‌های زیر تعریف می‌شود:

- شغلی که بیشتر خدمت محور است تا منفعت محور؛
- شغلی که دانش محور و متکی به آموزش‌های دانشگاهی است؛
- کسب مهارت‌های شغلی سال‌ها به‌طول می‌انجامد؛
- دارای نظام ارزشی و قواعد اخلاقی خاص خود است؛
- استقلال قابل ملاحظه‌ای وجود دارد، به این معنا که نظارت بر انجام کار به عهده اعضای همان حرفه یا تشکل صنفی آنان است؛
- اعضا نسبت به اجتماع حرفه‌ای‌شان احساس هویت می‌کنند (اوت، ۲۰۰۳: ۳۹۷-۳۹۸).
- اتکا به دانش تخصصی اعضای یک حرفه را مجاز می‌سازد تا در برابر مراجعه‌کنندگان و گروه‌های شغلی وابسته به خود از اقتدار قابل ملاحظه‌ای برخوردار باشند؛
- افزون بر موارد یاد شده لازم است مردم نیز یک شغل را به‌عنوان حرفه به رسمیت بشناسند (بورگاتا، ۲۰۰۰: ۲۲۵۹).

علم‌گرایی، عقلانیت، تفکیک اجتماعی و تقسیم کار فزاینده که به موازات صنعتی شدن گسترش یافت موجب شد برخی از مشاغل مانند طبابت، قضاوت، وکالت و تدریس در دانشگاه دارای نوعی سازماندهی نهادی و موجودیت حرفه‌ای شوند. صاحبان مشاغل حرفه‌ای به‌خاطر دانش و مهارت تخصصی‌شان از درآمد، منزلت و قدرت زیادی برخوردارند و در سلسله‌مراتب قشریندی اجتماعی جایگاه ممتازی دارند. در دنیای معاصر حرفه‌ها در تنظیم ساز و کار جامعه و مدیریت آن تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارند. به این جهت مطالعه پیامد عملکرد حرفه‌ها از نظر جامعه‌شناسی حائز اهمیت است.

۲. چارچوب مفهومی

اهمیت موضوع نظم به اندازه‌ای است که برخی جامعه‌شناسان معتقدند تبیین نظم جامعه (این‌که چرا و چگونه جوامع پایدار می‌مانند) موضوع اصلی جامعه‌شناسی است (مارشال، ۱۹۹۸: ۶۱۷) اما جامعه‌شناسان در مورد مفهوم نظم اجماع ندارند.

مرور منابع و مآخذ مربوط به نظم دو نکته را نمایان می‌سازد. اول آن‌که به دلیل فقدان صراحت مفهومی، اندیشمندان این حوزه کمتر به ارائه یک تعریف قراردادی از نظم پرداخته‌اند، در عوض اغلب واژه نظم را با اصطلاحات هم‌خانواده آن مانند انسجام، پیوستگی، تنظیم و نظارت توصیف نموده‌اند. دیگر آن‌که هریک از متفکران مفهوم نظم و شرایط تحقق آن را در چارچوب نظریه مرجع خود تشریح کرده‌اند. برای مثال، در یکی از فرهنگ‌های جامعه‌شناسی دو تعبیر از نظم ارائه شده است. در تعبیر اول که با نام مکتب ساختی کارکردی رقم خورده بیشتر به نقش ارزش‌ها و هنجارهای مشترک توجه شده است. در دیدگاه دوم که به کارل مارکس منسوب است، تفسیر مادی‌گرایانه که مبتنی بر ثروت اقتصادی و قدرت سیاسی است جانشین تعبیر فرهنگی شده است (مارشال، ۱۹۹۸: ۶۱۷-۶۱۹).

در طبقه‌بندی دیگری، سه نوع تلقی فایده‌تی، فرهنگی و اجباری از نظم ارائه شده است. در تلقی فایده‌تی نفع شخصی افراد، در تلقی فرهنگی، هنجارها و ارزش‌ها، و در تلقی اجباری اعمال قدرت و سلطه مینای نظم است (آبرکرامبی و همکاران، ۱۳۶۸: ۳۵۴). پیتر ورسلی نیز در کتاب *نظم اجتماعی در نظریه‌های جامعه‌شناسی فارغ از دغدغه تعریف اسمی نظم؛ دیدگاه کارکردگرایان، تضادگرایان، تعامل‌گرایان نمادی، روش‌شناسان مردمی را در خصوص نظم مطرح نموده است* (ورسلی، ۱۳۷۸).

آلكساندر^۱ (۱۹۸۲) نظریات مربوط به نظم را در چهار گروه طبقه‌بندی کرده است:

– نظم ابزاری مبتنی بر رهیافت فردگرایانه که شامل مطلوبیت‌گراییانی مانند هومنز و کلمن است که بیشتر به نقش منافع فردی توجه دارند؛

– نظم هنجاری مبتنی بر رهیافت فردگرایانه که شامل تعامل‌گرایان نمادی و پدیدارشناسانی است که بیشتر بر عنصر اراده و ذهنیت انسانی تأکید می‌ورزند؛

– نظم خردگرا مبتنی بر رهیافت جمع‌گرایانه که شامل افرادی مانند هابز، بتام و رکس است، آنان در تبیین نظم بیشتر به عناصر بیرونی کنش یعنی منظومه منافع یا آرایش انتخاب‌ها توجه دارند؛

1. Alexander

...نظم هنجاری مبتنی بر رهیافت جمع‌گرایانه که نمایندگان اصلی آن دورکیم و پارسونز هستند. این افراد نظم را حاصل تعهدات درونی مشترک می‌دانند (نقل از چلبی، ۱۳۷۵: ۳۲-۳۳).

چلبی با مرور دیدگاه نظریه‌پردازان معاصر و با الهام از آن‌ها رویکرد ترکیبی خود را در باب نظم مطرح کرده است. از نظر او نظم اجتماعی نتیجه نفوذ متقابل مجموعه‌های مشترک آرمانی و هنجاری با شبکه‌های فرصتی و تعاملی کنشگران فردی و جمعی است. در این تعریف چند نکته قابل تأمل وجود دارد:

...مجموعه آرمانی به معنای استانداردهای شناختی و ارزشی مشترک فرهنگی است. شبکه‌های تعاملی شامل پیوند و تعهد در نظام اجتماعی است. شبکه فرصت‌ها به بسیج و توزیع منابع در نظام اقتصادی مربوط است. مجموعه‌های هنجاری نیز دربردارنده تنظیم شیوه‌های دستیابی به اهداف و نظارت بر آن است.

...در بیان اخیر، دو سطح کنشگر فردی و جمعی از یکدیگر متمایز شده‌اند. مراد از کنشگر فردی شخصی خاص نیست، بلکه نوع «شخص منفرد» است. سوی‌گیری کنشگر سازوکار تعیین‌کننده وضعیت کنش است و دربردارنده منظومه‌ای است از آنچه کنشگر می‌بیند، ارزیابی می‌کند و می‌خواهد یا نمی‌خواهد. نظام شخصیت حاصل ترکیب تدریجی و مداوم نیازهای ارگانیسم با انتظارات اجتماعی و معانی فرهنگی است. کنشگر جمعی عبارت است از جامعه یا نظام جامعه‌ای که دربردارنده خرده‌نظام فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی است. هریک از این چهار نظام فرعی دارای ضرورت‌ها و مقتضیات خاص خود هستند (با اقتباس از چلبی، ۱۳۸۳: ۱۲-۱۶).

...در بعد نظام فرهنگی حفظ انگاره‌های نهفته، تولید، اشاعه و حفظ رموز معرفتی ضرورت دارد. در نظام اجتماعی، انسجام، هماهنگی و همکاری بین اجزا حائز اهمیت است. مقتضیات ساختاری نظام در بعد اقتصادی مواجهه با محیط بیرونی و بقا در آن است. در نهایت مقتضیات ساختاری نظام در بعد سیاسی، تعیین و تعریف اهداف و راه‌های رسیدن به آن می‌باشد (چلبی، ۱۳۸۳). اندیشه، تعهد، پول و زور پاسداران نظم در هریک از این خرده‌نظام‌ها هستند (چلبی، ۱۳۷۵: ۳۶).

...دیدگاه اخیر با وجودی که به تفکیک دو سطح خرد و کلان پرداخته است، اما به تعامل میان آن دو سطح نیز باور دارد. عوامل ساختاری سطح کلان مشروط‌کننده کنش و کنش تغییردهنده شرایط ساختاری است (نقل از عبداللهی، ۱۳۸۳: ۶۹). از طرف دیگر، پیوند میان سطح کنش و ساختار به واسطه دو فرایند درونی شدن و نهادینه‌سازی تحقق می‌یابد

(چلبی، ۱۳۸۳: ۱۷ و تیرگاکتان، ۱۹۷۶: ۱۵۶).

دیدگاه چلبی با نظریات پارسونز در خصوص نظام‌های کنش و ضرورت تأمین نیازهای کارکردی آن همخوان است. براساس دیدگاه اخیر، نظم جامعه به تأمین مستمر ضرورت‌های کارکردی، حفظ روابط متعادل و مسالمت‌آمیز میان آن‌ها، هماهنگی میان آن‌ها با سایر نظام‌های کنش و با محیط بستگی دارد (جیسوپ، ۱۹۷۲: ۱۶-۱۷). در این مقاله چارچوب تحلیلی نظام کنش مبنای مطالعه قرار می‌گیرد و تلاش می‌شود نقش حرفه پزشکی در تأمین ضرورت‌های نظام خرد و کلان کنش تبیین شود.

۳. ملاحظات روشی

نوشتار حاضر با هدف تبیین برخی دلالت‌های حرفه پزشکی برای نظم جامعه تدوین شده است. کلیه پزشکان عمومی و تخصصی که به درمان، آموزش، پژوهش، برنامه‌ریزی و مدیریت سازمان‌های مراقبتی-بهداشتی می‌پردازند، در زمره اعضای حرفه پزشکی محسوب می‌شوند. فرض اصلی این مقاله عبارت از این است که حرفه پزشکی در نظم دادن به جامعه مشارکت دارد. نویسنده می‌کوشد این گمانه را با تکیه بر روش تحلیل نظری مستدل نماید. از این رو با استفاده از نظریه تحلیلی کنش تأثیر حرفه پزشکی بر تنظیم ابعاد کنش و تأمین برخی ضرورت‌های خردنظام‌های جامعه تشریح می‌شود. در خاتمه برخی نگرش‌های انتقادی نسبت به حرفه پزشکی مطرح خواهد شد.

نگارنده در خصوص نوع، جهت و کیفیت تأثیر حرفه پزشکی در نظم‌دهندگی به جامعه به پیش فرض معرفتی و هنجاری خاصی متعهد نمی‌باشد، بلکه به این واقعیت اذعان دارد که این اثر می‌تواند به اشکال گوناگونی مانند تولید نظم جدید یا تثبیت نظم موجود پدیدار شود. همچنین این اثرات از دیدگاه‌های مختلف به شیوه‌های متفاوت (سازنده / مخرب، عقلانی / غیرعقلانی) قابل ارزیابی هستند، بنابراین قضاوت در این مورد به عهده خوانندگان گذاشته می‌شود.

قبل از ورود به بحث اصلی لازم است این امر را خاطر نشان نمود که در چارچوب نظریه تحلیل کنش مفهوم نظم در دو سطح فردی و جمعی مطالعه می‌شود. اما این تفکیک صرفاً به منظور فراهم آوردن ابزار تحلیلی صورت گرفته است. زیرا در واقعیت عینی این دو قلمرو آنچنان در یکدیگر نفوذ دارند که تمایز آن‌ها از یکدیگر دشوار می‌شود. به این دلیل گاهی ممکن است چنین تصور شود که مطالب با یکدیگر هم‌پوشی دارند. به منظور پیشگیری از این نقیصه شایسته است این نکته مورد توجه قرار گیرد که هنگام بررسی تأثیر حرفه پزشکی بر نظم در سطح کنشگر فردی واحد مطالعه کنشگر انسانی و مختصات او می‌باشد، در حالی که

هنگام بررسی سطح کلان، آثار حرفه پزشکی بر مقتضیات نظام‌های فرعی جامعه بررسی خواهد شد. در این قسمت حتی زمانی که از فرد نام برده می‌شود واحد مطالعه همچنان نظام است.

افزون بر این شایسته است به این نکته توجه شود که مطالعه جامعه‌شناختی یک حرفه، هم از منظر تأییراتی که از جامعه می‌پذیرد و هم از جهت تأییراتی که بر جامعه می‌گذارد، امکان‌پذیر است. هرچند انتظار می‌رود یک مطالعه جامع هر دو بعد یاد شده را پوشش دهد، اما مقاله حاضر فقط به منظر دوم یعنی تأثیر حرفه پزشکی بر نظم‌دهندگی به جامعه می‌پردازد.

۴. دلالت‌های حرفه پزشکی برای نظم در سطح خود

انسان کنشگر اولین رکن نظم‌دهنده جامعه است. کنش انسان بر چهار پایه فرهنگی، اجتماعی، زیستی و شخصیتی استوار است. خرده‌نظام فرهنگی مشتمل بر معانی و مقاصد است. خرده‌نظام اجتماعی شامل الگوی هنجاری تعامل میان اعضا است. خرده‌نظام شخصیتی به نیاز-تمایلات و سوی‌گیری کنشگران فردی اشاره دارد. خرده‌نظام زیستی به‌طور ساده انرژی اصلی را برای کنش فراهم می‌سازد (جیسوپ، ۱۹۷۲: ۱۶-۱۷).

انسان یک واحد زیستی-روانی-اجتماعی با ظرفیت اجرای منحصر به‌فرد است و دارای چهار علقه مادی (میل به تسلط و تطابق با محیط، یادگیری، سازگاری بیرونی، سازماندهی و تقسیم کار)، علقه امنیتی (امنیت مالی، امنیت جانی / بهداشتی، امنیت جمعی / گروهی و امنیت فکری)، علقه ارتباطی (بده‌بستان، تنسيق اجتماعی محیط، معاشرت و فهم در روابط بین ذهنی)، و علقه شناختی (میل به درک عقلی و حسنی از امور جزئی و کلی) است (چلبی، ۱۳۸۳: ۳۱-۳۳).

عملکرد حرفه پزشکی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم در تنظیم ابعاد چهارگانه کنش مداخله دارد. اولین جنبه فعالیت پزشک تأثیر آن بر ابعاد زیستی روانی فرد کنشگر است. اساسی‌ترین وظیفه پزشکان حفظ سلامتی و کمک به بهزیستی اعضای جامعه است. سلامتی به شیوه‌های متفاوت تعریف شده است.

براساس یک معیار سلبی، سلامتی به معنای فقدان بیماری است. براساس معیار ایجابی که سازمان بهداشت جهانی ارائه داده است، سلامتی وضعیت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است و در نهایت براساس معیار کارکردی، سلامتی معادل توانایی به‌عهده‌گرفتن نقش‌های اجتماعی است (نتلیتون، ۱۹۹۶: ۴۱-۴۲).

صرف‌نظر از آن‌که کدام‌یک از موارد یاد شده به‌عنوان تعریف پایه انتخاب شود، در مجموع

می‌توان گفت سلامتی همزمان دارای ارزش ابزاری و غایی است. سالم بودن نه تنها به خودی خود ارزشمند است، بلکه اعضای جامعه در صورت احراز سلامتی می‌توانند سایر نیازهای خود را برطرف سازند و به اهدافشان نائل شوند.

علاوه بر این، برخورداری از تندرستی علقهٔ امنیتی کنشگران را تأمین می‌کند و به آنان اطمینان می‌دهد که قادر به ایفای نقش‌های اجتماعی خواهند بود. افزون بر این پزشکان فراتر از تندرستی و امنیت به طرق مختلف در مختصات بدن انسان دخل و تصرف می‌نمایند. به‌طور کلی، بدن دارای سه رکن مهم است که عبارتند از: (۱) بدن زیستی^۱ که مبنای آن در بهزیستی سلامتی و تولید مثل است؛ (۲) بدن تولیدکننده^۲ که به مثابه کانون اندیشه و کار در فرایند بازتولید زندگی گسترش می‌یابد؛ (۳) بدن مبتنی بر سائق جنسی^۳ که محل تمنیاتی است که شخصیت را از سطح خانواده و اقتصاد فراتر می‌برد (شاتزکی و ناتر، ۱۹۹۶: ۵).

پزشک در خلال تلاش برای ارتقای سلامتی بر ارکان یاد شده اثر می‌گذارد. او حتی از این امتیاز برخوردار است که از حصار ممنوعیت‌های متعارف فراتر رفته و در حوزه‌هایی از بدن که فقط در خصوصی‌ترین نوع رابطه قابل تصرف است دخالت کند. او با سوزن و چاقو و ابزارهای دیگر در حریم بدن انسان وارد می‌شود، به مغز افراد برق وصل می‌کند و حتی ممکن است ساختار ژنتیکی آن‌ها را تغییر دهد. بیماران با اعتماد به پزشک موادی را مصرف می‌کنند که اغلب در مورد آن شناختی ندارند. بنابراین پزشک قادر است مختصات بدنی کنشگر را دستکاری نماید.

علاوه بر این، امروزه تأثیر حرفهٔ پزشکی در تنظیم رکن زیستی کنش به حوزه‌هایی فراتر از درمان بیماری، یعنی به پدیده‌هایی که قبلاً بخشی از زیست طبیعی انسان محسوب می‌شد، گسترش یافته است. تنظیم اموری مانند وزن، تمایلات جنسی، کیفیت خواب، تغذیه، باروری، تولید نسل و تغییر جنس از جمله مصادیق نقش اساسی حرفهٔ پزشکی در تعیین مختصات زیستی کنشگر است. در واقع، حرفهٔ پزشکی به‌طور پیوسته در مدیریت بر نیروهای زیستی و سیستم عصبی و روانی کنشگران و از آن طریق بر کمیت و کیفیت نظام کنش آنان تأثیر می‌گذارد.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، یکی از ارکان نظام کنش مؤلفه‌های فرهنگی است. حرفهٔ پزشکی در همساز کردن مؤلفهٔ زیستی کنش (بدن انسان) با عنصر فرهنگی سهم به‌سزایی دارد. به‌عنوان مثال، دانش پزشکی قادر است رنگ چشم افراد را (موقتاً) تغییر دهد، آثار پیری و

1. Bio-body

2. Productive body

3. Libidinal body

ناهنجاری‌های ظاهری را از چهره آنان بزداید، چاقی یا لاغری بیش از حد را تعدیل نماید، شکل و حجم برخی از اعضای بدن را تغییر دهد و اختلالات کلامی و گفتاری را کاهش داده یا برطرف نماید. به این ترتیب حرفه پزشکی موجب می‌شود کنشگر انسانی بتواند خود را با برخی از ارزش‌های فرهنگی جامعه‌اش مانند زیبایی، شادابی و توانایی سازگار کند.

از طرف دیگر، این تغییرات هرچند جنبه ظاهری و جسمانی دارد، اما از طریق ایجاد نگرشی مثبت نسبت به خویشتن موجب تقویت اعتماد به نفس و احترام به خود می‌شود. همچنین حرفه پزشکی از طریق کنترل اختلالات روانی مانند افسردگی، گوشه‌گیری، اندوه، بدبینی و شادی بیش از حد، می‌تواند بر ساختار روانی و نظام شخصیتی کنشگران تأثیر گذارد.

براساس دیدگاه ساختاربندي اجتماعي، نه تنها جسم انسان بلکه به شیوه اساسی تر هویت انسان از طریق شکل‌گیری اجتماعی بدن‌ها ساخته و پرداخته می‌شود. این امر که فاعلان فردی به موجوداتی انسانی دارای هویت، شخصیت، شادی، ادراکات خاص و مانند آن تبدیل می‌شوند عمدتاً از طریق تغییرات جسمی صورت می‌گیرد. این تغییرات حاصل ادغام بدن‌ها در میدان روابط اجتماعی و قدرت است (شازکی و ناتر، ۱۹۹۶: ۳). بنابراین بدن کنشگر سازه‌ای اجتماعی است و نهاد پزشکی در تکوین آن نقش به‌سزایی دارد.

همان‌طور که پیش از این اشاره شد مؤلفه اجتماعی یکی از ابعاد تشکیل‌دهنده کنش انسان است. حرفه پزشکی به‌واسطه تأثیری که بر موجودی سرمایه‌افراد دارد می‌تواند به شکلی دیگر بر مؤلفه اجتماعی کنش تأثیر گذارد. بورديو معتقد است مکان فرد در سلسله‌مراتب اجتماعی براساس میزان برخورداری او از چهار سرمایه اقتصادی (پول، ثروت و دارایی‌ها)، سرمایه فرهنگی (تحصیلات، شناخت هنرها و فرهنگ‌های رده بالا)، سرمایه نمادی (نمایش خود و طرز رفتار) و سرمایه جسمانی (شکل بدن، سخن گفتن، شیوه راه رفتن و گفت‌وگو کردن) تعیین می‌شود (به نقل از تلتن، ۱۹۹۶: ۱۲۰-۱۲۱).

از آن‌جا که چهار نوع سرمایه یاد شده تبدیل‌پذیر هستند، بنابراین با افزایش یک سرمایه امکان دستیابی به سرمایه‌های دیگر افزایش می‌یابد. برای مثال، امروزه فنون پیشرفته جراحی پلاستیک این امکان را فراهم ساخته تا زنان بر زیبایی و جوانی (سرمایه جسمانی و نمادی) خود بیافزایند و از آن‌جا که این دو مؤلفه نقش به‌سزایی در ازدواج با افراد متعلق به پایگاه اقتصادی و اجتماعی بالا و دستیابی به برخی از مشاغل دارد، احتمالاً این امر در افزایش سرمایه اجتماعی اقتصادی آنان نیز تأثیر دارد.

بنابراین حرفه پزشکی در راستای تحقق سلامتی و بهزیستی به شیوه‌های متفاوت ابعاد چهارگانه کنش انسانی را تنظیم می‌کند و کنشگران را در جهت قرار گرفتن در مواضع اجتماعی

و انجام دادن وظایف معمول هدایت می‌کند، این عملکرد می‌تواند زمینه‌ساز نظم جامعه باشد.

زیرا حفظ و استمرار نظم فقط از طریق سرکوب انگیزه‌ها صورت نمی‌گیرد، بلکه نظم اجتماعی از طریق تولید ساختار جسمانی، احساسات، نیروها، فعالیت‌ها، تمایلات و خواسته‌های هماهنگ با آن به‌وقوع می‌پیوندد. اونیل^۱ با تأکید بر این اصل اظهار می‌دارد که جامعه در استخوان‌های ما قرار دارد و باید هم این‌چنین باشد. نظم اجتماعی هرگز یک سازه معرفتی یا مجموعه انتزاعی از قواعد و مقررات و دسته‌بندی‌هایی که افراد خود را با آن هم‌نوا سازند نیست، بلکه نظم اجتماعی آن چیزی است که تجسم بیرونی یافته است (به نقل از شاتزکی و ناتر، ۱۹۹۶: ۵). بنابراین حرفه پزشکی در تنظیم بُعد زیستی، روانی، فرهنگی و اجتماعی کنش و برآورده ساختن برخی ضرورت‌های آن دخالت دارد. کنشگران تندرست، نیرومند و کارآمد که از احساس خشنودی و بهزیستی برخوردارند می‌توانند استمراربخش نظم جامعه باشند.

۵. دلالت‌های حرفه پزشکی برای نظم در سطح کلان

از آن‌جا که جامعه دارای هویتی مستقل از افراد تشکیل‌دهنده‌اش می‌باشد، بنابراین تأثیر حرفه پزشکی بر نظم‌دهندگی به جامعه در سطح خرده‌نظام‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نیز قابل بررسی است.

۵-۱. خرده‌نظام فرهنگی

هر نظام فرهنگی نیازمند میزانی از تفاهم و وحدت نمادی است، این مهم از طریق وجود معیارهای شناختی و ارزشی مشترک و پایبندی به آن‌ها تحقق پیدا می‌کند. نهاد پزشکی به چند شیوه بر نظام فرهنگی جامعه تأثیر می‌گذارد.

ابتدا لازم است به این واقعیت توجه نمود که حرفه پزشکی خود دارای ویژگی فرهنگی است. خرده‌فرهنگ پزشکی که زیرمجموعه‌ای از فرهنگ کلی جامعه است از طریق فرایند جامعه‌پذیری حرفه‌ای به تدریج در شخصیت اعضا نفوذ کرده و موجب پایبندی به اخلاق حرفه‌ای می‌شود. پزشکان سوگند یاد می‌کنند که به اخلاق پزشکی شامل اصل زیان نرساندن (پرهیز از ایجاد خطرهای غیر ضروری)، نیکوکاری (تلاش در جهت آسایش بیمار)، عدالت در

1. O'Neill

ارائه خدمات (اطمینان از این‌که بیمار آنچه را لایق است دریافت کرده و از حقوق او حمایت می‌شود)، خودمختاری (اشخاص معقول حق تصمیم‌گیری دارند) وفادار باشند (مانسن، ۱۳۷۴: ۹۵-۷۹).

در دوران کنونی که تأثیر مکانیزم‌های سستی نظم‌دهندگی کاهش یافته و به‌طور پیوسته بر میزان تفکیک و تمایز اجتماعی افزوده می‌شود، بخشی از وظیفه انتقال اخلاق پرهیزکاری از طریق حرفه‌ها صورت می‌گیرد. از این‌رو ماکس وبر معتقد است در جامعه سکولار که اخلاق مربوط به اهداف غایی به‌طور فزاینده‌ای نامحتمل شده، پایبندی به اخلاق مسئولیت منشأ انگیزش شغلی می‌باشد (به نقل از ترنر و سمسون، ۱۹۹۵: ۱۲۹). به این ترتیب حرفه پزشکی از طریق درونی کردن اصول اخلاقی مشترک در بین متصدیان پایگاه پزشکی موجب نوعی وحدت نمادی است.

اما فراتر از این سطح، حرفه پزشکی برای فرهنگ کل جامعه نیز دلالت‌هایی دارد. در هر جامعه مردم در مورد علل بیماری و نحوه مقابله با آن باورهایی دارند که از آن تحت عنوان نظام عقاید بهداشتی^۱ یاد می‌شود، این نظام به مثابه الگوی تبیینی عمل می‌کند (مون و گیلسپی، ۱۹۹۵: ۱۰۲-۱۰۳). پاره‌ای از این باورها جالب و برخی دیگر شیوه‌های گمراه‌کننده‌ای برای شناسایی علل بیماری هستند (اسکمبلر، ۲۰۰۱: ۳۴). با اشاعه دستاوردهای پزشکی به تدریج از اعتبار برخی باورهای عامیانه کاسته شده و تفسیرهای علمی جدید جایگزین پاره‌ای نگرش‌های فرهنگی شده است.

هابرماس از این فرایند تحت عنوان عقلانی شدن زیست جهان یاد می‌کند. از نظر او زیست جهان شالوده جهان‌بینی، مخزن دانش و وفاقی است که پس‌زمینه زندگی روزمره است و از نسلی به نسلی منتقل می‌شود (پوزی، ۱۳۷۹: ۷۵). به واسطه رشد و عمومیت دانش پزشکی در زندگی مردم زیست جهان، که یک زیرمجموعه فرهنگی است، خصیصه منظم‌تر و عقلانی‌تر می‌یابد.

از طرف دیگر، در هر نظام فرهنگی برخی رفتارها امری ناهنجار و خلاف ارزش‌های اخلاقی شمرده می‌شود و وجدان جمعی نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد. از نظر دورکیم، وجدان جمعی شامل ارزش‌ها، عادات، مناسک، اندیشه‌های معطوف به عدالت و خیر، الگوی معاشرت اجتماعی، احترام‌گذاری و مجازات‌هایی است که در راستای همسازی با دیگران و کل اجتماع قرار دارد (فریمن و لوین، ۱۹۸۹: ۴۵۷).

1. Health belief system

دانش و عملکرد حرفه پزشکی امروزه معنا، تفسیر و تعبید برخی امور فرهنگی را که وجدان جمعی پیش از این نسبت به آن حساس بود تغییر داده است. برای مثال، امروزه در برخی از جوامع با تکیه بر تفسیر پزشکی رفتارهایی مانند الکلیسم و همجنس‌گرایی را که پیش از این گناه یا جرم تلقی می‌شد یک بیماری روان‌تنی تعریف می‌کنند و آن را از دایره قضاوت وجدان جمعی بیرون می‌گذارند (کورتس و چالفنت، ۱۹۹۱: ۲۰۱-۲۰۹).

زمانی که برخی رفتارهای ناپسند به بیماری تبدیل می‌شود و بیماری نیز امری غیر عادی محسوب می‌شود که باید برطرف شود، پزشک نقشی را به عهده می‌گیرد که هوارد بکر از آن تحت عنوان کارگزار اخلاقی^۱ یاد می‌کند. در واقع پزشک نیازمند قواعد جدیدی است تا براساس آن انحراف را شناسایی و تعریف کند. در این فرایند برچسب و نگرش منفی از «فرد بیمار» به «بیماری» منتقل می‌شود و یک نوع سوگیری اخلاقی به وجود می‌آید که پزشک کارگزار آن می‌باشد. در واقع پزشک بی‌طرف نیست، زیرا زمانی که او اعلام می‌کند الکلیسم یک بیماری است مانند یک فرد بنیادگرا است که الکلیسم را گناه می‌داند. مأموریت او این است که معانی اجتماعی و اخلاقی را به نشانه‌های جسمانی و سایر علائم مرتبط سازد (پردی و بنکس، ۲۰۰۱: ۱۳۱-۱۳۳).

علاوه بر تابوهای فرهنگی، حرفه پزشکی جنبه‌های دیگری از معانی فرهنگی را دگرگون کرده است. برای مثال دستاوردهای جدید پزشکی مفهوم مرگ و مردن را تغییر داده است. اگر در گذشته مرگ معادل توقف طبیعی جریان خون و تنفس بود، امروزه توقف عملکرد مغز مبنای تعریف مرگ شده است (کورتس و چالفنت، ۱۹۹۱: ۲۳۱). با پذیرش این مفهوم‌سازی جدید، چنانچه بیمار در وضعیت مرگ مغزی قرار بگیرد پزشکان (با رعایت ضوابطی خاص) می‌توانند فرایندهای تصنعی نگهدارنده حیات را متوقف سازند. این کار اغلب با این هدف صورت می‌گیرد که قبل از وقوع مرگ طبیعی، اعضای بدن بیمار برای نجات جان دیگران از او جدا شود^۲. در حالی که در گذشته پیش‌انداختن مرگ امری مذموم بود، امروزه این امر نه تنها ناپسند شمرده نمی‌شود بلکه از آن حیث که می‌تواند به بقای سایرین منجر شود، امری ارزشمند نیز تلقی می‌شود.

علاوه بر این، گسترش انواع فناوری‌های پزشکی که به نوآوری‌هایی در زمینه پیوند اعضا، شبیه‌سازی انسانی، بارداری مصنوعی و مهندسی ژنتیک منجر شده مصداق دیگری از تأثیر حرفه پزشکی در تغییر نگرش‌های سنتی است. مشروعیت استفاده از این نوآوری‌ها نشانه تغییر

1. Moral entrepreneur

۲. رواج پدیده پیوند اعضا تحت تأثیر همین تغییر نگرش فرهنگی امکان‌پذیر شده است.

نگرش‌های فرهنگی در خصوص آزادی انسان در تعیین سرنوشت خود و تغییر ساز و کار بدن خویش است.

از این رو پزشکان به سهم خود در دنیوی ساختن^۱ نظام فرهنگی جامعه سهم هستند. زیرا با طرح معانی جدید از چیرگی باورها و نمادهای فرهنگی کاسته می‌شود و اموری که پیش از این در چارچوب امر مقدس قرار می‌گرفت امروزه تحت نظارت روش‌های غیرمقدس قرار می‌گیرد (ترنر و سمسون، ۱۹۹۵: ۳۵). توضیحات اخیر بر این امر دلالت دارد که دستاوردهای حرفه پزشکی می‌تواند معانی، تفاسیر و تعبیرهای فرهنگی موجود را تغییر داده یا تثبیت نماید و به این ترتیب در تنظیم نظم فرهنگی مداخله نماید.

۵-۲. خرده‌نظام اجتماعی

عمیق‌ترین لایه نظم، که خصیلت عاطفی و هنجاری دارد، از آن نظام اجتماع است (چلبی، ۱۳۸۳: ۵۲). هر جامعه‌ای در بعد اجتماعی نیازمند شبکه‌ای از تعاملات اجتماعی مبتنی بر احساس اعتماد، تعلق و انسجام است. تعامل میان افراد براساس مجموعه‌ای از هنجارها تنظیم می‌شود. بنابراین هر عاملی که بتواند قاعده تعامل اجتماعی را تعیین نماید، دارای کارکرد نظم‌دهندگی است. حرفه پزشکی پاره‌ای از این قبیل هنجارها را تولید می‌کند. به‌عنوان نمونه، حرفه پزشکی هنجارهای رویه‌ای بهداشتی را تعیین می‌کند و زمانی که برای قانون‌گذار ثابت شود که برای مثال مصرف یک ماده خاص (توتون، تریاک) مخرب است، هنجار قانونی متناسب با آن وضع خواهد شد (چلبی، ۱۳۷۵: ۹۷).

علاوه بر این، همان‌طور که کنشگران در سطح فردی نیازمند تأمین علقه امنیتی هستند، در سطح کلان نیز نیازمند احساس امنیت از جانب دیگران و اعتماد اجتماعی هستند. حرفه پزشکی در فراهم ساختن این ضرورت نقش مؤثری دارد. پزشکان با مهار بیماری‌هایی که از طریق تعامل با دیگران انتقال می‌یابد، به کاهش هراس عمومی کمک می‌کنند. امروزه شاخه‌ای از علم پزشکی تحت عنوان واگیرشناسی^۲ به مطالعه میزان شیوع، الگوی توزیع و سبب‌شناسی بیماری و کنترل آن می‌پردازد (فریمن و لوین، ۱۹۸۹: ۱۰۲). دانش تخصصی پزشکان می‌تواند خطر، ناامنی و عدم قطعیت در تعامل اجتماعی را کاهش دهد و اعتماد متقابل را جایگزین آن سازد. علاوه بر اعتماد متقابل، حفظ و تقویت یکپارچگی نیز در سطح نظام اجتماعی ضرورت دارد. نظم اجتماعی معاصر نیازمند روابط دوستی بسط یافته است که اساساً بر مبنای وابستگی

1. Secularization

2. Epidemiology

عاطفی و تعهد تعمیم‌یافته و عام‌گرایی استوار است (چلبی، ۱۳۷۵: ۱۵۹). امروزه بخشی از این ضرورت از طریق عضویت در تشکل‌های مدنی که موجب تعهد به قواعد مشترک و تولید تعاون است تحقق می‌یابد.

حرفه پزشکی در زمینه‌سازی این فرایند سهم قابل ملاحظه‌ای دارد. تشکل صنفی پزشکان بارزترین نمونه اتحادیه‌ها و اصناف شغلی است. این قبیل تشکل‌ها که به منظور اهدافی همچون ارتقای دانش پزشکی، حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرفه پزشکی، نظارت تخصصی بر انجام دادن فعالیت‌های پزشکی، تقویت همکاری بین آن‌ها و تلاش جهت حسن اجرای مقررات پزشکی به وجود می‌آیند، در هماهنگ ساختن عملکرد اعضا با هنجارها و قواعد اجتماع حرفه‌ای و احساس تعلق به یک جمع واحد نقش به‌سزایی دارند. بنابراین بخشی از نیاز نظام اجتماعی به حفظ انسجام و یکپارچگی از طریق تشکل‌های صنفی پزشکان حاصل می‌شود.

علاوه بر این، پزشکان در تکوین برخی تشکل‌های مدنی مانند گروه‌های داوطلبانه مشارکت دارند، گروه‌های خودیار^۱ شامل افرادی است که دارای مشکل (بیماری)، تجربه (فرایند ناکارآمد درمان) و هدف مشترک (بهبودی) هستند (تتلتن، ۱۹۹۶: ۹۶-۹۸). این افراد اغلب به‌طور خودجوش و داوطلبانه و در قالب مناسبات غیردولتی به یکدیگر می‌پیوندند. مبتلایان به یک بیماری خاص، افرادی که قبلاً بیمار بوده و اکنون سلامت خود را بازیافته‌اند، پزشکان و افراد نیکوکار از جمله اعضای تشکیل‌دهنده این گروه‌ها هستند. این افراد از خلال برقراری تعاملات مستمر، چهره به چهره و گرم به تدریج به یک شبکه اجتماعی تبدیل می‌شوند.

چنین شبکه‌هایی دارای کارکرد حمایتی هستند. عضویت در این قبیل تشکل‌ها موجب متراکم شدن سرمایه اجتماعی و در نهایت انسجام اجتماعی خواهد شد. سرمایه اجتماعی به ظرفیت افراد در تعاون و همکاری با یکدیگر در جهت کسب اهداف مشترک بستگی دارد (بابایی، ۱۳۸۲: ۲۱۹).

تقویت انجمن‌های داوطلبانه در سطح کلان نیز آثاری به‌همراه دارد. از جمله آن‌ها می‌توان به بسط شبکه اجتماعی چندگانه و تسهیل در امر ادخال اجتماعی، تقویت و همبستگی اجتماعی، گسترش مشارکت فعالانه، تقویت ارزش شیوه مجاب‌سازی، کاهش تراکم قدرت در جامعه، کمک به افزایش تعداد سلسله‌مراتب سازمانی و تعداد گره‌ها در شبکه اجتماعی که می‌تواند اختلال در روابط اجتماعی را تعدیل کند، کمک به بسیج داوطلبانه و مداوم منابع در جامعه، ایجاد تسهیلات در انتقال اطلاعات، به‌هنگام کردن و به‌کارگیری مؤثر آن از طریق بسط روابط

1. Self-help group

گفتمانی در عرض جامعه اشاره نمود (چلبی، ۱۳۷۵: ۲۹۰). بنابراین حرفه پزشکی از طریق تنظیم برخی هنجارهای اجتماعی، کاهش هراس عمومی، تقویت زمینه‌های اعتماد اجتماعی و تحکیم روابط انجمنی برخی مقتضیات ساختاری نظم در سطح اجتماعی را فراهم می‌آورد.

۳-۵. خرده‌نظام اقتصادی

بعد اقتصادی نظم شامل کلیه تمهیداتی است که از طریق بسیج منابع مادی و توزیع آن موجب انطباق بهتر جامعه با محیط خود خواهد شد. به‌طور کلی، در حوزه اقتصاد، کارایی یک اصل راهنما است. سازمان‌ها و گروه‌های اقتصادی تلاش می‌کنند تا با انتخاب بهترین شیوه انجام دادن امور و صرف کمترین منابع کارایی خود را افزایش دهند. همه فعالیت‌ها باید پایه‌ای برای ساختن یک نظام اقتصادی مطلوب باشد.

حرفه پزشکی ممکن است به چند شیوه این ضرورت را تأمین نماید. اولین عامل برای آن‌که نظام اقتصادی بتواند با محیط خود رابطه برقرار سازد، برخورداری از نیروی کار است. از این رو است که امروزه معیارهایی مانند امید به زندگی، کاهش میزان مرگ و میر و مهار بیماری‌ها نشانگر میزان توسعه‌یافتگی جامعه است.

حرفه پزشکی با فراهم آوردن شرایط تندرستی نیروی کار فعال را برای اقتصاد جامعه مهیا می‌سازد. در دوران کنونی تأمین نیروی انسانی کارآمد به اندازه‌ای حائز اهمیت است که در زیر مجموعه دانش پزشکی رشته‌ای تحت عنوان طب کار^۱ شکل گرفته است. این رشته به شناسایی بیماری‌ها، مسمومیت‌ها، حوادث ناشی از کار، فیزیولوژی کار و ارگونومی یا تطابق کار با انسان، بهداشت، روان‌شناسی و حقوق و قوانین کار می‌پردازد (فضایی، ۱۳۷۱: ۱).

توسعه نوآوری‌های پزشکی در زمینه پیوند عضو و پزشکی ژنتیک جنبه دیگری از پیامدهای حرفه پزشکی برای نظم اقتصادی است. برخی اندیشمندان این حوزه معتقدند نوآوری‌های زیستی و ژنتیکی از آن جهت در آمریکا مورد استقبال قرار گرفته که به تحقق ارزش کارایی و سودمندی، پیشرفت، علم‌گرایی، عقلانیت، دستاورد - موفقیت و فعالیت کار کمک می‌کند (کورتس و چالفت، ۱۹۹۱: ۲۳۱). این قبیل نوآوری‌ها با افزایش طول عمر، کنترل نقص عضو و نارسایی‌های دیگر در خدمت به حداکثر رساندن کارایی و بهره‌وری نظام اقتصادی است. سومین دلالت حرفه پزشکی برای نظم اقتصادی نقشی است که این نهاد در توزیع منابع و فرصت‌ها به‌عهده دارد. به‌طور کلی، توزیع منابع و فرصت‌ها تحت تأثیر اولویت‌های

اقتصادی - سیاسی هر جامعه تعیین می‌شود. خدمات بهداشتی و مراقبت‌های درمانی از جمله منابع کمیاب و ارزشمند است. شیوه‌های مختلفی برای توزیع خدمات بهداشتی و مراقبت‌های درمانی وجود دارد.

انواع نظام‌های بهداشتی مبتنی بر تشکیلات اقتصادی آزاد، اشکال مختلف دولت رفاه در ارائه مراقبت‌های بهداشتی، نظام‌های بهداشتی کشورهای توسعه‌نیافته، نظام‌های بهداشتی جوامع در حال گذار و نهایتاً نظام‌های سوسیالیستی مراقبت‌های درمانی از یکدیگر تفکیک می‌شوند. نظام مراقبت‌های بهداشتی از جهت ارائه خدمات به سه سطح قابل تقسیم هستند: سطح اول، شامل ارائه خدمات اولیه ضروری و اساسی است؛ سطح دوم، شامل خدمات تخصصی؛ و سطح سوم، شامل مراقبت‌هایی است که دربردارنده نظام‌های مراقبتی پیچیده‌تر، از جمله درمان در بیمارستان‌های تخصصی مانند انجام عمل جراحی قلب باز، است (به نقل از ترنر و سمسون، ۱۹۹۵: ۱۹۱).

در یک طبقه‌بندی کلی با تسامح می‌توان جوامع را به دو گروه وابسته به نظام سرمایه‌داری آزاد و نظام متمرکز سوسیالیستی تقسیم نمود. در نظام سرمایه‌داری مفهوم عدالت بازار، مبنای دستیابی به خدمات است. به این معنا که اشخاص موفق یا آن‌ها که منطبق با معیارهای جامعه عمل کرده‌اند، شایسته برخورداری از پاداش می‌شوند. افرادی که قصور ورزیده یا به شکل مناسبی عمل نکرده‌اند، مستحق دریافت پاداش نیستند. دستاورد هر فرد براساس نتیجه عملکرد موفقیت‌آمیز و میزان نوآوری او مورد قضاوت قرار می‌گیرد. در مقابل در نظام سوسیالیستی مفهوم عدالت اجتماعی مطرح است. در این نظام همه مردم مستحق استفاده از خدماتی که نیازهای آنان را برطرف سازد هستند. صرف اتسان بودن آن‌ها را سزاوار دریافت منابع جامعه می‌کند (کورتس و چالفنت، ۱۹۹۱: ۱۸۲-۱۸۳).

در نظام سرمایه‌داری، تحت‌تأثیر ایدئولوژی فردگرایی و لیبرالیسم، تأمین خدمات بهداشتی جزو وظایف دولت نیست. خدمات بهداشتی به‌مثابه کالا در بازار عرضه می‌شود و اعضای جامعه متناسب با تقاضا و امکانات خود هزینه این خدمات را می‌پردازند. بهای خدمات بهداشتی براساس کیفیت آن در یک میدان آزاد و رقابتی اندازه‌گیری و پرداخته می‌شود و دولت در این میان نقش محدودی دارد.^۱

براساس اصل عدالت اجتماعی، برخورداری از خدمات بهداشتی اولیه حقی است که همه

۱. شایان ذکر است که در عمل شکل خالصی از نظام‌های یاد شده وجود ندارد. بلکه جوامع مختلف در سازماندهی نظام مراقبت‌های بهداشتی ترکیبی از اصول و معیارهای یاد شده را به کار می‌گیرند. بنابراین تفکیک حاضر بیشتر به منظور سهولت تحلیل صورت گرفته است.

آحاد جامعه شایسته بهره‌مندی از آن هستند. در این نظام دولت نقش اصلی را در برنامه‌ریزی، قانون‌گذاری، آموزش پزشکی و توزیع خدمات بهداشتی دارد. پزشکی پیشگیری و نظام‌های تأمین اجتماعی به منظور کاهش هزینه‌های درمانی مورد توجه هستند. در مقابل در نظام سوسیالیستی مالکیت و توزیع خدمات بهداشتی در انحصار دولت است. در این سیستم پزشک در استخدام دولت است و از آن حقوق می‌گیرد. شرایط کار و هزینه‌ها توسط دولت تنظیم می‌شود (آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۵۹-۱۶۵).

از این رو حرفه پزشکی به‌طور غیر مستقیم نظام قشربندی را، که مهم‌ترین مؤلفه ساختار اقتصادی جامعه است، بازتولید می‌کند. حرفه پزشکی از طریق سازماندهی و گسترش شبکه‌های بهداشتی، در نظر گرفتن تفاوت‌های جغرافیایی، فرهنگی و اقتصادی در دسترسی به منابع، تعیین هزینه و سطح‌بندی خدمات و طراحی سیستم ارجاع می‌تواند معیارهای جامعه را برای شمولیت و حصر اجتماعی تثبیت نماید. حصر اجتماعی^۱ به وضعیت افرادی که از تبادلات، رویه‌ها و حقوق جامعه مدرن محروم شده‌اند و همچنین به نابسندگی بودن حق مسکن، تعلیم و تربیت، بهداشت و دستیابی به خدمات اشاره دارد (مک دونالد، ۲۰۰۳: ۶۹). اظهارات یاد شده بر این واقعیت دلالت دارد که حرفه پزشکی با فراهم آوردن نیروی کار سالم و توزیع منابع درمانی و خدمات بهداشتی نظام اقتصادی جامعه را در انطباق با محیط‌اش یاری می‌رساند و در تحقق نظم در عرصه اقتصاد مؤثر واقع می‌شود.

۴-۵. خرده‌نظام سیاسی

هر نظام سیاسی برای دستیابی به اهداف‌اش نیازمند آن است افرادی را که از قواعد متعارف تخطی می‌کنند به مسیر اصلی بازگرداند. در گذشته امر نظارت آشکارا از طریق چند سازمان و نهاد دولتی و عمدتاً با استفاده از شیوه‌های اجباری اعمال می‌شد. در دوران کنونی در اثر رشد شهرنشینی، تحرک جمعیت، افزایش نفوذ رسانه‌ها و تقسیم کار فزاینده، فرایند نظارت پیچیده‌تر شده است. در شرایط جدید عاملان مختلف به‌طور غیر مستقیم به ابزارهای نظارت اجتماعی تبدیل شده‌اند.

از بین متفکران معاصر میشل فوکو^۲ به نقش دانش تخصصی در تحقق نظم در دنیای جدید توجهی خاص دارد. از نظر او جامعه مدرن، به منظور افزایش توانمندی‌های اقتصادی و فرمانبرداری سیاسی، به‌طور مستمر نیازمند نظام انضباطی کارآمد و نامحسوس است. او در

1. Social exclusion

2. Michel Foucault

تحلیل این وضعیت به تمهیدات قدرتمند مکانیزم‌های انضباطی یا تنظیمی که کمتر آشکار و بیشتر پنهان اما پایدار و بانفوذ هستند اشاره دارد. این تکنولوژی‌های انضباطی در بسیاری از موارد در فرایندها و ماهیت‌هایی فراتر از قلمرو آشکار دولت یا رویه‌های رسمی حقوقی جای گرفته‌اند و در مقابل به شیوه‌های درونی خودتنظیمی و نظم‌دهندگی به افراد یا سوزده‌های اجتماعی تکیه دارند (فیشر و پولاند، ۱۹۹۸: ۱۸۷).

فوکو در جهت توصیف نظام انضباطی فراگیر از تمثیل سبک خاص معماری سراسر بین بهره می‌گیرد. اصطلاح سراسرین که از اولین بار توسط بنتام مطرح شد، سبک خاصی از معماری است که مشتمل بر ساختمانی حلقه‌ای در پیرامون و برجی در مرکز است. برج پنجره‌هایی عریض مشرف بر نمای داخلی ساختمان حلقه‌ای پیرامون دارد و ساختمان پیرامونی نیز از سلول‌هایی تشکیل شده که تمام عرض ساختمان را در بر می‌گیرند. هر سلول دو پنجره دارد یکی به سمت داخل و رو به پنجره‌های برج و دیگری رو به بیرون چندان‌که نور خورشید سرتاسر سلول را در می‌نوردد. کافی است که مراقبتی در برج مرکزی جا گیرد و در هر سلول نیز یک دیوانه، بیمار، محکوم، کارگر یا دانش‌آموز حبس شود. بر اثر تابش نور از پشت به سلول می‌توان سایه‌های کوچک اسیر در سلول‌های ساختمانی پیرامونی را نیز در نظر داشت. در این شرایط افراد کاملاً دیده می‌شوند بی‌آن‌که هرگز چیزی ببینند. روشنایی کامل افراد را رؤیت‌پذیر می‌سازد (فوکو، ۱۳۷۸: ۲۴۸).

از نظر فوکو دیدن فرد بدون دیده شدن، بنیان روش‌های نظارت در جوامع مدرن است (میلر، ۱۳۸۲: ۲۳۹). به عبارت دیگر، در جامعه مدرن که جامعه‌ای فعال و برنامه‌مدار است مسئولیت کنترل اجتماعی به‌عهده اندیشمندان و متخصصان گذاشته شده است (بودون و بوریکو، ۱۹۸۹: ۳۳۱).

حرفه پزشکی که بر یک دانش تخصصی تکیه دارد به‌صورت یک اهرم نظارتی می‌تواند در مدیریت سیاسی جامعه مشارکت داشته باشد، که در این فرصت به برخی از آن موارد اشاره می‌شود: اولین مرحله نظارت از طریق بازگرداندن افراد ناهنجار به شرایط بهنجار صورت می‌گیرد. به‌زعم دورکیم سلامتی شرایط بهنجار و عادی زیست انسان و بیماری یک نوع تخطی از هنجار است. فرد با ابتلا به بیماری از پایگاه عادی خود فاصله می‌گیرد و وارد پایگاهی جدید می‌شود. از نظر پارسونز پزشک نگرهبانی است که ورود فرد به پایگاه بیماری را به رسمیت می‌شناسد و به آن مشروعیت می‌بخشد. پزشک با فراهم آوردن یک مبنای مشروع برای ورود فرد به پایگاه بیماری بر انحراف اجتماعی بالقوه او نظارت می‌کند (به نقل از پردی و بنکس، ۲۰۰۱: ۱۲۶). پزشکان خود مانع از آن می‌شوند که افراد با تمارض کردن از انجام دادن وظایف

معمول (مسئولیت‌های شغلی و رفتن سربازی) شانه خالی کنند. بنابراین پزشک افراد منحرف را به پایگاه عادی خود باز می‌گرداند و مانع تخطی از قانون می‌شود.

در این شرایط، همان‌گونه که ژ. پ. پیتر می‌گوید، پزشکان به مردان قدرت تبدیل می‌شوند، زیرا دانش‌شان آن‌ها را ملزم به طبابت می‌کند و نیز به مردان نظم تبدیل می‌شوند زیرا درمان احیای نظم طبیعی و ارزیابی انسان‌ها و عادت‌های‌شان براساس هنجارهای زندگی و سلامت است که حرفه پزشکی مقتدرانه به تعریف و تعیین آن می‌پردازد. بهنجارسازی در این‌جا بر ضرورت سازمان‌دهی زندگی‌هایی که تهدیدی بالقوه برای الگوی انسان سالم‌اند دلالت دارد (میلر، ۱۳۸۲: ۱۷۲).

کارکرد دوم حرفه پزشکی برای نظارت بر اعضای جامعه، تأثیرگذاری بر رفتارهای انحرافی یعنی جرایم و آسیب‌های اجتماعی است. شاخه‌ای از پزشکی که محل مراجعه نیروهای انتظامی و مقامات قضایی است و به کاربرد علم پزشکی در خدمت قانون مربوط می‌شود، به پزشکی قانونی معروف است (گودرزی، ۱۳۷۰: ۳۴). پزشکی قانونی^۱ با شناسایی و ریشه‌یابی جرایم تشخیص صحیح عامل جرم را امکان‌پذیر می‌سازد، به این ترتیب نهاد پزشکی در امر نظارت و اجرای قانون مداخله می‌کند.^۲

از این فرایند تحت عنوان پزشکی شدن جرم^۳ یا تعلیل پزشکی انحرافات^۴ یاد می‌شود. در گذشته دین و نهادهای قضایی عهده‌دار تعریف رفتار انحرافی و تعیین شیوه برخورد با آن بودند. با رفتارهای مجرمانه، اغلب به شیوه‌ای تنبیهی رفتار می‌شد و به منظور کاهش یا تعدیل آن از روش‌هایی مانند محکومیت، حبس، مجازات و محرومیت از حقوق اجتماعی استفاده می‌شد. اما در حال حاضر پزشکان، براساس یک مفهوم‌سازی جدید، به رفتارهایی که قبلاً جرم و انحراف تلقی می‌شد برچسب بیماری می‌زنند و مدیریت آن را خود به‌عهده می‌گیرند. برای مثال، امروزه رفتارهایی مانند اعتیاد، الکلیسم، همجنس‌گرایی و پرخاشگری یک نوع بیماری روان‌تنی قلمداد می‌شود. فرایند تغییر جرم به بیماری به این ترتیب است که پس از آن‌که اعضای حرفه پزشکی در مورد زمینه‌ها و علل زیستی و روانی یک رفتار انحرافی به توافق رسیدند، مقامات رسمی دولتی از طریق قانون‌گذاری این تعاریف جدید را نهادینه می‌سازند (لوزیک، ۱۳۸۳: ۱۲۳ و کورتس و چالفنت، ۱۹۹۱: ۲۱۲-۲۱۳).

1. Forensic medicine

۲. دکتر نظام‌الدین صدر رئیس سازمان پزشکی ایران اعلام کرد از هر سه پرونده که در دستگاه قضایی ایران در گردش است یک پرونده به پزشکی قانونی ارجاع داده می‌شود (مهمبری، ۱۳۸۳: ۱۵).

3. Medicalization of crime

4. Medicalization of deviance

فرایند پزشکی شدن جرم به‌طور ضمنی این اصل را مفروض می‌دارد که افراد به‌طور عمدی از ارزش‌ها و هنجارها تخطی نمی‌کنند، بلکه اجتماعی شدن ناقص، علت رفتار منحرفانه آنان است. این وظیفه جامعه است که از طریق بازسازی مجدد، افراد منحرف را به مسیر عادی بازگرداند. علت دیگر این تغییر نگرش مشاهده ناکارآمدی شیوه‌های تنبیهی در کنترل جرایم بوده است. می‌توان زندان‌ها را وسعت داد یا بر شمارشان افزود، اما کمیت جرم و مجرمان همچنان ثابت می‌ماند. بازداشت موجب تکرار جرم می‌شود کسانی که زندان را ترک می‌کنند بیش از گذشته امکان بازگشت به آن را دارند (فوکو، ۱۳۷۸: ۳۳۰-۳۳۱). فرایند پزشکی شدن جرم که ملازم مدارای نظام سیاسی با انحراف است، بر نقش حرفه پزشکی در مدیریت تضاد، آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی دلالت دارد.

به‌طور کلی، امروزه فرایند نفوذ حرفه پزشکی به حوزه‌هایی که اساساً مفهوم کلینیکی ندارد یکی از مصادیق پزشکی شدن یا پزشکی شدن جامعه^۱ است (رابرتسون، ۱۳۷۲: ۳۷۹ و میلر، ۱۳۸۲: ۱۷۱). وقوع این رویداد نشانه گسترش تدریجی اقتدار حرفه پزشکی در تنظیم امور غیر پزشکی است. از پزشکی کردن امور فقط برای نظارت بر جرم و انحراف استفاده نمی‌شود بلکه گاهی از آن برای مقابله با نیروهای مخالف و ایجاد مشروعیت سیاسی هم استفاده می‌شود. مصداق این امر زمانی آشکار می‌شود که صاحبان قدرت با تسبب دادن برچسب بیمار روانی به مخالفان خود آنان را بی‌اعتبار می‌سازند.

مصداق دیگر کارکرد حرفه پزشکی برای تثبیت نظم سیاسی نظارت بر موارد مخاطره‌آمیز است. لازم است به تفکیک دو واژه خطر^۲ و مخاطره^۳ توجه شود. اصطلاح خطر به حوادث و رویدادهای طبیعی که قبل از انقلاب صنعتی حیات بشر را تهدید می‌کرد مربوط است، اما مخاطره شامل رویدادهایی است که عمدتاً حاصل عملکرد بشر و پیامدهای حاصل از صنعتی شدن است.

آنتونی گیدنز و اولریخ بک^۴ با طرح مفهوم جامعه مخاطره‌آمیز^۵ به نقش سیاسی حرفه پزشکی توجه کرده‌اند. از نظر بک ما در جامعه‌ای به‌سر می‌بریم که شناخت و آگاهی از خطرپذیری پروژه مدرنیته را تحت‌الشعاع قرار داده است. پیشرفت صنعت‌گرایی در جوامع توسعه‌یافته و در حال توسعه مسئله آلودگی و تخریب محیط زیست را پدید آورده است. اشاعه چنین مخاطراتی نه تنها بر وضعیت افراد طبقات پایین بلکه بر وضعیت افرادی هم که از صنعتی

1. Medicalization of society
3. Risk
5. Risk society

2. Danger
4. Giddens & Beck

شدن منتفع می‌شوند اثر دارد. در رأس این شرایط مشکل تفسیر مصادیق خطر به وجود می‌آید. زیرا هرچه سرعت انتشار اطلاعات بیشتر شود، دستیابی به اطمینان دشوارتر خواهد شد. در این شرایط گروه‌هایی که درباره خطر چاره‌جویی می‌کنند، به فرصت‌های جدیدی دست پیدا می‌کنند. یکی از الزامات جامعه‌مخاطره‌آمیز این است که هیچ چیز در آن غیر ممکن نیست. نظام سیاسی که نیازمند شناسایی مواضع خطر است از دستاوردهای حوزه‌های مختلف علوم از جمله پزشکی برای نظارت بر آن مدد می‌گیرد. به‌عنوان مثال از سال ۱۹۸۷ تاکنون بیش از ۸۰۰۰ مقاله درباره موضوع خطر در مجلات پزشکی منتشر شده است (به نقل از اسکمبلر و هیگز، ۱۹۹۸: ۱۷۷-۱۸۰).

در این راستا اندیشه مراقبت مطرح می‌شود. مراقبت^۱ با نظارت عقلانی در قالب سازمان‌دهی جدید مرتبط است و به‌طور خاص شامل پردازش اطلاعات فردی در جهت تأثیرگذاری، مدیریت یا نظارت بر جامعه است. از نظر بک در جامعه مدرن سازمان‌های تأمین‌کننده امنیت اجتماعی نیازمند اطلاعات و معیارهایی هستند که به‌واسطه آن بتوانند خطرات محاسبه‌ناپذیر را شناسایی کنند. این اطلاعات تا آن‌جا که به فرد مربوط می‌شود بخشی از آن چیزی است که ما به‌عنوان مراقبت می‌شناسیم (لیون، ۲۰۰۴: ۱۳۷).

در این چارچوب آرمسترانگ به پیدایش پزشکی مراقبتی^۲ اشاره می‌کند. از نظر او امروزه همه جنبه‌های زندگی فردی که ممکن است در آینده موجب اختلال شود و به رفتارهای مخاطره‌آمیز منجر شود در معرض بازرسی قرار می‌گیرد. این فرایند به سطح پزشکی یا به بزرگسالان محدود نمی‌شود، بلکه حتی حوزه تعلیم و تربیت، رفاه اجتماعی و نقص عضو را نیز دربر می‌گیرد. از نظر پاستر این شکل نظارت یک نظام مراقبتی عاری از دیوار، پنجره، برج و حصار را پدید آورده است. پیشرفت‌های کیفی در فنون مراقبت حاصل تغییر کیفی در اعمال قدرت است. از این‌رو به خاطر تعیین وضعیت بهنجار و مخاطره‌آمیز نه تنها کلیه بخش‌های زندگی اجتماعی در قالب اطلاعات‌کدگذاری می‌شود، بلکه از آن اطلاعات برای ساختن افرادی هم‌نوا با وضعیت بهنجار استفاده می‌شود (اسکمبلر و هیگز، ۱۹۹۸: ۱۸۹-۱۹۰).

بنابراین نظارت نه تنها از طریق پرونده‌های بیماران مراجعه‌کننده به پزشکان بلکه از طریق گردآوری اطلاعات در سایر زمینه‌های غیر درمانی به‌دست می‌آید. امروزه فعالیت‌هایی مانند تولد، ازدواج، بارداری و زایمان، کسب شغل، استخدام، برخی سفرها با نظارت و مجوز پزشک به انجام می‌رسد. این رویداد بر این واقعیت دلالت دارد که حرفه

1. Surveillance

2. Surveillance medicine

پزشکی در خدمت استقرار یک نظام مراقبتی همه‌جاگیر است. فوکو معتقد است توسعه بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها به تقویت پدیده مشاهده پزشکی و بنابراین افزایش نقش پزشک در فرایند مراقبت و نظارت کمک کرد. زیرا در درجه اول یک بنیان سازمانی برای مطالعه مشکلات بیماران در سطح بدن فردی فراهم شد. دوم آنکه تنظیم و کنترل نهادی در سطح بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها توسعه پیدا کرد و در نهایت سیاست زیست جمعیت‌ها که به موجب آن دولت‌ها می‌توانند عواملان محلی و ملی مختلف‌شان را به‌طور پیوسته در امر تولید و بازتولید حیات خود به‌کارگیرند تقویت شد. از این‌رو مدیریت و تنظیم بدن‌ها در علم پزشکی جایگاه مهمی پیدا کرد (به نقل از ترنر و سمسون، ۱۹۹۵: ۲۱۰). در نتیجه اعمال این شیوه انضباطی، افراد به موجوداتی دارای بدن‌های رام تبدیل می‌شوند که به اختیار خود تمایل به هم‌نوایی با هنجارهای جامعه دارند (میلر، ۱۳۸۲: ۲۴۵). جامعه انضباطی جامعه‌ای است که در آن مکانیزم‌های انضباط در سراسر جامعه پخش و منتشر شده‌اند.

برایان ترنر^۱ از این فرایند به‌عنوان یک حرکت جدید نام می‌برد، از نظر وی ما در آستانه عزیمت به وضعیت جدیدی هستیم که او آن را جامعه کالبدی^۲ می‌نامد. جامعه کالبدی نظامی است که در آن بدن حوزه اصلی فعالیت سیاسی و فرهنگی را تشکیل می‌دهد. در این وضعیت به‌جای آن‌که مانند نظام سرمایه‌داری صنعتی تولید کانون توجه باشد تنظیم بدن مورد توجه قرار می‌گیرد (نلتن، ۱۹۹۶: ۱۰۳).

فوکو نیز برای اشاره به این وضعیت از اصطلاح حکومت‌مندی^۳ استفاده می‌کند. منظور وی کلیه روش‌هایی است که شامل شکلی از نظارت دولت بر شهروندان‌اش، ثروت‌شان، فلاکت‌شان، آداب و عادات‌شان می‌باشد (به نقل از میلر، ۱۳۸۲: ۲۵۱).

در این زمان نقش حرفه‌ها به‌عنوان سومین منطبق نظارت – یعنی نظارت از طریق شغل به‌جای منطبق بازار یا سازمان – مصداق پیدا می‌کند. این شیوه نظارت اساساً متکی به جامعه‌ای است که حرفه‌گرایی در آن شکل گرفته و عملیاتی شده است (اوت، ۲۰۰۱: ۴۱۱).

بنابراین، حرفه پزشکی از طریق نظارت بر انواع موارد نابهنجار و مخاطره‌آمیز در مدیریت جامعه تأثیر می‌گذارد. پزشکان نیز در این فضای عرفی و عقلانی شده به‌جای (یا در کنار) روحانیون مذهبی و نیروهای انتظامی دارای عملکرد نظارتی و انضباطی هستند.

1. Turner

2. Somatic society

3. Governmentality

۶. بحث و نتیجه‌گیری

مقاله حاضر با تکیه بر نظریه تحلیلی کنش به منظور نمایان ساختن برخی قابلیت‌ها و آثار حرفه پزشکی در نظم‌دهندگی به جامعه تنظیم شده است. نظریه تحلیلی کنش در طبقه‌بندی و توصیف دقیق پدیده‌های اجتماعی در تمام سطوح و ابعاد قابل کاربرد است (چلبی، ۱۳۸۱: ۲۷).

براساس مفروضات این دیدگاه هر عاملی که در تأمین نیازها و ضروریات نظام کنش سهمیم باشد بر نظم‌دهندگی به آن تأثیر دارد. تحلیل‌های ارائه شده بر این واقعیت دلالت دارد که حرفه پزشکی از این قابلیت برخوردار است که پاره‌ای از ضرورت‌ها و نیازهای کنشگر انسانی و کنشگر جمعی (نظام‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جامعه) را تأمین نماید. گزیده‌ای از مباحث یاد شده در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: تأثیر حرفه پزشکی بر نظم‌دهندگی به جامعه

سطح فردی	<p>— تنظیم مختصات بدن؛ تأمین نیروی جسمی و دستکاری مختصات بدن و ظرفیت اجرای افراد</p>	<p>— تنظیم خصوصیات روحی و شخصیتی؛ تأثیرگذاری بر عواطف، احساسات، نگرش به خود، احساس خشنودی، تأمین علقه امنیتی</p>
سطح کلان	<p>— تنظیم بعد فرهنگی؛ همسازی با ارزش‌های فرهنگی مانند زیبایی، سلامت، قدرتمندی و موفقیت</p>	<p>— تنظیم بعد اجتماعی؛ فراهم آوردن سرمایه اجتماعی، آماده‌سازی افراد برای ایفای نقش اجتماعی</p>
	<p>ضرورت نظام فرهنگی: تنظیم نمادی — درونی کردن اخلاق کار بین پزشکان — اصلاح باورهای بهداشتی غلط و غیر عقلانی — تغییر تابوهای فرهنگی و ارائه معانی جدید</p>	<p>ضرورت نظام اقتصادی: الحاق یا محیط — تأمین نیروی کار سالم، افزایش کارایی فنی — توزیع منابع ارزشمند و کمیاب — بازتولید نظام قشری اجتماعی</p>
	<p>ضرورت نظام اجتماعی: وفاداری به اعیان اجتماعی — هنجارگذاری در امر تندرستی — کاهش هراس و تقویت اعتماد اجتماعی — تقویت احساس تعلق به اجتماع حرفه‌ای — کمک به رشد انجمن‌های داوطلبانه</p>	<p>ضرورت نظام سیاسی: دستیابی به هدف — نظارت بر ناپهنجاری، انحراف و جرم — نظارت بر شرایط خطر و عدم قطعیت — کمک به اعمال قدرت — تحقق جامعه انضباطی</p>

از آن‌جا که ارزیابی عملکرد حرفه پزشکی به مفروضات معرفتی و عقیدتی مختلف افراد وابسته است، نویسنده از قضاوت و ارزیابی در این مورد پرهیز می‌نماید. با وجود این، علی‌رغم نقش قابل ملاحظه حرفه پزشکی در نظم دادن به جامعه، طی سال‌های اخیر نگرش‌های انتقادی نیز مطرح شده است. از جمله آن‌ها می‌توان به آرای برخی اندیشمندان رادیکال اشاره کرد. به‌زعم

آنان حرفه پزشکی تحت تأثیر ساز و کارهای اقتصادی و سیاسی دنیای مدرن از رسالت اولیه خود فاصله گرفته است.

برای مثال، ایوان ایلیچ^۱ از پدیده بیماری‌زایی کلینیکی نام می‌برد. به‌زعم او امروزه بیماران از درمان دارویی بیش از خود بیماری رنج می‌برند. زیرا استفاده مستمر از داروهای شیمیایی موجب کاهش مقاومت طبیعی بدن و افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های دیگر شده است. علاوه بر این، او به پدیده بیماری پزشکی ساخته اجتماعی، فرهنگی و ساختاری اشاره می‌کند. وی معتقد است دسترسی بیش از اندازه به خدمات درمانی و بهداشتی مردم را تشویق می‌کند بیش از نیاز خود از این خدمات استفاده کنند. در اثر این فرایند آنان به تدریج به این استفاده بیش از حد عادت کرده و آن را عنصر ضروری سلامتی می‌دانند. از این‌رو آستانه تحمل افراد کاهش یافته و مصرف کالاهای بهداشتی جایگزین مسئولیت فردی می‌شود (آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۸۵-۱۸۶). این فرایند برخلاف تعهد اولیه پزشکان مبنی بر نفع‌رسانی به بیمار و پرهیز از آسیب رساندن است و به تدریج از تندرستی، شادابی و استقلال کنشگران می‌کاهد.

حرفه پزشکی همچنین به‌خاطر سوی‌گیری زیست‌مدارانه‌اش و در نظر نگرفتن شرایط محیط اجتماعی افراد مورد انتقاد است (پردی و بنکس: ۲۰۰۱: ۹۸). عده‌ای از متفکران معتقدند اشاعه این قیبل نگرش‌های منتقدانه به سطح توده مردم موجب گرایش به برخی شیوه‌های غیر متعارف درمان مانند طب جایگزین^۲، طب مکمل^۳، یا طب کل‌گرا^۴ شده است. طب جایگزین آن نظام‌ها، شیوه‌ها، مداخلات و کاربردهای درمانی است که بخشی از پزشکی مسلط امروز به‌شمار نمی‌رود. از مصادیق این روش‌ها می‌توان به انرژی درمانی، گیاه درمانی، طب سوزنی، روغن درمانی، هومیوپاتی و امثال آن اشاره کرد (چیز و جونس، ۱۹۹۷: ۱۱۵۶). پژوهشی که در سال ۱۹۹۶ در استرالیا انجام شد حاکی از آن است که نارضایتی و بی‌اعتمادی به کارایی پزشکی متعارف یکی از دلایل گرایش به طب جایگزین بوده است (مک‌گرگور و پینی، ۱۹۹۶: ۱۳۱۷).

از نظر باکس و شارما تغییراتی که در نظام سرمایه‌داری پیشرفته رخ داده، مانند عبور از مرحله فوردیسم به مرحله بعد از فوردیسم، افزایش نفوذ مصرف‌کننده بر امر تولید، کاهش اعتماد به پزشکی علمی درست‌آیین، جست‌وجوی اطلاعات بیشتر برای انتخاب روش مناسب مراقبت و درمان، تلاش برای یافتن راه‌حل در مورد بیماری‌هایی که پزشکی زیستی از عهده درمان آن‌ها برنمی‌آید از جمله دلایل گرایش به طب جایگزین است (به نقل از نلتون، ۱۹۹۵: ۲۱۱).

1. E. Illich

2. Alternative medicine

3. Complementary medicine

4. Holism medicine

متقاضیان طب جایگزین به جای وابستگی بیش از حد به پزشک، دارو و خدمات درمانی، خود مسئول هستند که با تنظیم صحیح شیوه زندگی، رژیم غذایی، تغییر الگوی مصرف و مدیریت بر فشارهای روانی سلامتی خود را تأمین کنند. گاهی از این گرایش که به صورت یک واکنش انتقادی در برابر پزشکی علمی شکل گرفته تحت عنوان نهضت اجتماعی یاد می‌شود (سیاهپوش، ۱۹۹۸: ۶۰، اشنایروف و اشنایروف، ۱۹۹۶: ۶۲۹-۶۳۰).

پیامدهای عملکرد حرفه پزشکی از جهات دیگر نیز مورد انتقاد قرار گرفته است. برای مثال هابرماس معتقد است در جوامع اروپایی حرفه پزشکی با کمک دولت‌های متمرکز بوروکراتیک و با پشتوانه حمایت سیاسی و اقتصادی آن‌ها توسعه یافته است. عامل میانجی در این دو حوزه قدرت و پول، کنش‌های معمول از نوع عقلانیت هدفمند ابزاری و اصل راهنما به حداکثر رساندن کارایی است. وابستگی پزشکی به این دو عامل موجب شده این حرفه به ابزاری جهت بازتولید منافع سیاسی و اقتصادی صاحبان قدرت و پول تبدیل شود. از این رو نوع تعاملات پزشک و بیمار جنبه ابزارگرایی پیدا می‌کند و از کنش‌های ارتباطی که مبتنی بر درک متقابل است فاصله می‌گیرد، این شرایط به تدریج به تخریب جهان زیست منجر خواهد شد (به نقل از اسکملبر، ۱۹۸۷: ۱۷۱).

درواقع استقبال از درمانگران طب جایگزین می‌تواند نشانه به وجود آمدن یک نظام رقیب برای حرفه پزشکی و تردید در انحصار تام این حرفه باشد. به این شرایط که در آن انواع روش‌ها و نظام‌های متفاوت در امر درمان مشارکت می‌ورزند تکثرگرایی پزشکی^۱ گفته می‌شود (مون و گیلسپی، ۱۹۹۵: ۱۲۳).

در کنار توسعه طب جایگزین، رشد نهضت‌های طرفداری از حقوق زنان، کودکان و محیط زیست و انتقاداتی که این گروه‌ها نسبت به عملکرد حرفه پزشکی ابراز می‌دارند، یکی دیگر از واکنش‌های مخالفت‌جویانه در برابر سلطه همه‌جانبه این حرفه است. از این فرایند تحت عنوان پزشکی‌زدایی^۲ نام برده می‌شود (کورتنس و چالفنت، ۱۹۹۱: ۲۲۳).

حرفه پزشکی از جهات دیگر نیز مورد انتقاد است. برخی از متفکران این حوزه معتقدند تحت تأثیر شرایط اقتصادی حرفه پزشکی اقتدار و استقلال خود را از دست داده است. می‌توان به فرایند غیر حرفه‌ای شدن^۳ و تبدیل شدن به نیروی کارگری^۴ اشاره کرد که بر ترتیبات درونی حرفه پزشکی اثر گذاشته است. غیر حرفه‌ای شدن دارای چند ویژگی است:

— اول آن‌که، رشد بوروکراسی در مکان‌هایی که افراد صاحب حرفه در آن کار می‌کنند باعث

1. Medical Pluralism
3. Deprofessionalization

2. Demedicalization
4. Proletarianization

شده اقتدار حرفه‌ای، استقلال و نوآوری آنان تحت تأثیر ساختار سلسله‌مراتبی قواعد و اختیارات قرار گیرد؛

— دوم آن‌که، فرایند جامعه‌پذیری و توسعه دانش موجب تجزیه یک حرفه به گروه‌های متمایز از یکدیگر شده است؛

— سومین عامل، فشار حرفه‌های جدید و حرفه‌های جانبی برای نفوذ و پیشروی در قلمرو حرفه‌هایی مانند پزشکی است که دارای منزلت زیاد و موقعیت مستقری می‌باشند.

فرایند تبدیل شدن به نیروی کارگری نیز دارای چند ویژگی است:

— اول آن‌که، براساس تقسیم کار هر کارگر وظایف مشخصی را انجام می‌دهد؛

— دوم، شرایط کار، مکان کار و ویژگی فرایند کار توسط مقامات بالاتر و نه خود کارگر تعیین می‌شود؛

— سوم، دستمزد متبوع اولیه درآمد است که آن‌هم از طریق موقعیت بازار و نه مذاکرات فردی معین می‌شود؛

— چهارم، کارگر به منظور حمایت از خود ناچار به داشتن یک شکل صنفی است تا از طریق چانه‌زنی جمعی از حقوق او دفاع شود (ترنر و سامسون، ۱۹۹۵: ۱۳۵ و کورتس و چالفنت، ۱۹۹۱: ۲۷۲).

تحت تأثیر تحولات دنیای مدرن در حال حاضر بسیاری از پزشکان در استخدام مؤسسات و سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی هستند. برای این قبیل مراکز، کارکنانی در اولویت هستند که بتوانند هزینه‌های آنان را به حداقل برسانند، صرف‌نظر از این‌که آن فرد کارمند ساده یا پزشک باشد. در این شرایط، پزشک بیش از آن‌که به نفع بیمار توجه داشته باشد منافع سازمانی را که عضو آن است مورد توجه قرار می‌دهد (نقل از کورتس و چالفنت، ۱۹۹۱: ۱۲۶). در این وضعیت درمان به امری سودآور تبدیل می‌شود. از این‌رو حرفه پزشکی کمتر مساعی خود را به پیشگیری و حفظ تندرستی معطوف می‌دارد. به این ترتیب پزشکی امروز از تولید کالاهایی مانند الکل، تنباکو و داروهای شیمیایی و غذاهای از قبل آماده که با افزودنی‌های مصنوعی به بازار عرضه می‌شود جلوگیری نمی‌کند و در برابر اموری مانند کنترل آلودگی هوا، باران اسیدی، فشار روانی و مخاطرات شغلی واکنش نشان نمی‌دهد (مک‌کی، ۱۹۸۸: ۷۷۵).

به موازات استخدام پزشکان در سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی مانند بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های وابسته به ارتش، سازمان تأمین اجتماعی و دانشگاه و رشد فرایند حرفه‌زدایی و کارگری شدن نه تنها از استقلال و اقتدار حرفه‌ای پزشکان کاسته می‌شود، بلکه

موقعیت آنان به عنوان افراد صاحب یک حرفه خدمت‌محور، به سوی اشغال‌کنندگان یک شغل منفعت‌محور تغییر می‌یابد. نظرات یاد شده به این معنا نیست که نقش حرفه پزشکی در نظم‌دهندگی به جامعه از بین رفته، بلکه بر این واقعیت دلالت دارد که این حرفه در بعضی موارد از کارکردهای اصلی خود فاصله گرفته یا می‌تواند در خدمت تثبیت انواعی از نظم‌های مختلف قرار گیرد.

به منظور ارزیابی واقع‌بینانه عملکرد حرفه پزشکی در ایران، لازم است ابتدا الگوی نظم مطلوب جامعه مشخص شود. سپس مطالعه دقیق در مورد دستاوردها و آثار و نتایج حرفه پزشکی به عمل آید. با استناد به این دو پیش شرط می‌توان در مورد عملکرد حرفه پزشکی به قضاوت پرداخت. طی کردن این مسیر نه تنها موجب بسط دانش جامعه‌شناسی پزشکی می‌شود بلکه شناخت ما را نسبت به یکی از نیروهای نظم‌دهنده جامعه افزایش می‌دهد و به کاربردی شدن جامعه‌شناسی در ایران کمک می‌کند.

منابع

- آبرکرامبی، نیکلاس، هیل، استیفن و ترنر، اس. برایان (۱۳۶۸) فرهنگ جامعه‌شناسی، ترجمه حسن پویان، تهران: چاپخش.
- آرمسترانگ، دیوید (۱۳۷۲) جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه احمد خزایی و محمد توکل، تهران: انتشارات دانشگاه صنعتی شریف.
- انوری، حسن (۱۳۸۱) فرهنگ بزرگ سخن، ج ۸، تهران: انتشارات سخن.
- بابایی، نعمت‌اله (۱۳۸۲) «سیاست اجتماعی و سلامت، ویژه‌نامه سیاست اجتماعی»، *مجله رفاه اجتماعی* شماره ۱۰، سال ۳.
- پیوزی، مایکل (۱۳۷۹) *یورگن هابرماس*، ترجمه احمد تدین، تهران: انتشارات هرمس.
- چلبی، مسعود (۱۳۷۵) *جامعه‌شناسی نظم تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی*، تهران: نشر نی.
- چلبی، مسعود (۱۳۸۱) «فضای کنش: ابزار تنظیمی در نظریه‌سازی»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره چهارم، شماره ۱.
- چلبی، مسعود (۱۳۸۳) *چارچوب مفهومی پیمایش ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان*، تهران: انتشارات طرح‌های ملی و وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- رابرتسون، یان (۱۳۷۲) *درآمدی بر جامعه یا تأکید بر نظریه‌های کارکردگرایی*، ستیز و کنش متقابل نمادی، ترجمه حسین بهروان، تهران: انتشارات آستان قدس رضوی.
- فوکو، میشل (۱۳۷۸) *مراقبت و تنبیه، تولد زندان*، ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهاندیده، تهران: نشر نی.
- فضایی، صمد (۱۳۷۱) *بیماری‌ها و عوارض ناشی از کار*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- گودرزی، فرامرز (۱۳۷۰) *پزشکی قانونی*، تهران: اینشتن.
- عبداللهی، محمد (۱۳۸۳) «زنان و نهادهای مدنی، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره پنجم، شماره ۲.

- لوزیک، دانیلین (۱۳۸۳) تگرشی نو در تحلیل مسائل اجتماعی، ترجمه سعید سعیدفرد، تهران: انتشارات امیرکبیر.
- مانسن، رونالد (۱۳۷۴) *مداخله و تأمل در اخلاق پزشکی*، ج ۱، ترجمه فرامرز چمنی و اصغر ابوترابی، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.
- معین، محمد (۱۳۷۵) *فرهنگ فارسی*، ج ۴، تهران: انتشارات امیرکبیر.
- میلر، پیتر (۱۳۸۱) *سوژه، استیلا و قدرت در نگاه هورکهایمر، مارکوزه، هابرماس و فوکو*، ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران: نشر نی.
- ورسلی، پیتر (۱۳۷۸) *نظم اجتماعی در نظریه‌های جامعه‌شناسی*، تهران: انتشارات تبیان.
- (۱۳۸۳) «گفت‌وگو با رئیس سازمان پزشکی قانونی، چالش‌های پزشکی قانونی»، روزنامه همشهری ۱۳۸۳/۴/۴، شماره مسلسل ۳۴۱۷.

- Borgatta Edgar F. and Montgomery Rhonda J.V (2000) *Encyclopedia of Sociology*, Vol 4, United States of America: McMillan.
- Boudon Raymond and Bourricaud Francois (1989) *A Critical Dictionary of Sociology*, London: Routledge.
- Chez Ronald A. and Jonas Wayne B. (1997) *the Challenge of Complementary and Alternative Medicine*, in American Journal of Obstet Cynecol, Vol 177.
- Evetts Julia (2003) *the Sociological Analysis of Professionalism Occupational Change in the Modern World*, in International Sociology, Vol 18 (2), pp: 395-415.
- Fischer Benedikt and Poland Blake (1998) *Exclusion, Risk and Social Control-Reflections on Community Policing and Public Health*, Geoforum, Vol 29, No 2, pp: 187-197.
- Freeman Howard E. and Levine Sol (1989) *Handbook of Medical Sociology*, United States of America: Prentice Hall.
- Kurtz Richard A. and Chalfant H. Paul (1991) *the Sociology of Medicine and Illness*, United States of America: Allyn and Bacon Inc.
- Jessop Bob (1972) *Social Order, Reform and Revolution: A Power Exchange and Institutionalisation Perspective*, New York: MacMillan.
- Lyon David (2004) *Globalizing Surveillance Comparative and Sociological Perspectives*, International Sociology, Vol 19 (2).
- MacDonald Theodore (2003) *The Social Significance of Health Promotion*, London & New York: Routledge.
- Marshall Gordon (1998) *Oxford Dictionary of Sociology*, New York: Oxford University Press.
- Mc Gregore Katrine & Peay Edward R. (1996) *The Choice of Alternative Therapy for*

- Health Care: Testing some Propositions*, in *Social Sciences & Medicine*, Vol 43, No 9.
- Mc Kee Janet (1988) *Holistic Health and the Critique of Medicine*, in *Social Sciences & Medicine*, Vol 26, No 8.
- Moon Graham & Gillespie Rosemary (1995) *Society and Health an Introduction to Social Sciences for Health Professionals*, London & New York: Routledge.
- Nettleton Sarah (1996) *the Sociology of Health and Illness*, United States of America: Polity Press.
- Purdy Michael & Banks David (2001) *the Sociology and Politics of Health*, London & New York: Routledge.
- Scambler Graham (1987) *Sociological Theory and Medical Sociology*, United States of America: Tavistock Pub.
- Scambler Graham and Higgs Paul (1998) *Modernity, Medicine and Health, Medical Sociology towards 2000*, London & New York: Routledge.
- Schatzki Theodore R. and Natter Wolfgang (1996) *The Social & Political Body*. New York & London The Guilford Press.
- Schneirov Matthew and Schneirov Geezik Jonathan David (1996) *A Diagnosis For Our Time: Alternative Health's Submerged Networkes and the Transformation of Identities*, in *Sociological Quarterly*, Vol 37, No 4.
- Siahpush Mohammad (1998) *Postmodern Values, Dissatisfaction with Conventional Medicine and Popularity of Alternative Therapies*, in *Journal of Sociology*, Vol 34, No 1.
- Tirgaktan Edward A. (1976) *Sociological Theory, Values and Sociological Change*, United States of America: New York and Evanston.
- Turner Braynan S. and Samson Colin (1995) *Medical Power and Social Knowledge*, London: Sage Publication.

اندیشه بررسی رابطه میان حرفه پزشکی و نظم جامعه را بیش از هر چیز رانمدار پیشنهاد استاد ارجمند جناب آقای دکتر مسعود چلیبی هستم. همچنین در تحلیل مفهوم نظم از افکار آن بزرگوار بهره فراوان برده‌ام.

فاطمه جواهری عضو هیئت علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه تربیت معلم تهران می‌باشد. حوزه‌های تخصصی ایشان جامعه‌شناسی پزشکی، جامعه‌شناسی مسائل ارتباط جمعی و جامعه‌شناسی سازمان‌ها می‌باشد. از ایشان مقالات متعددی در نشریات علمی کشور به چاپ رسیده است.