

فصلنامه علمی تاریخ اسلام و ایران دانشگاه الزهراء (س)  
سال سی و یکم، دوره جدید، شماره ۵۱، پیاپی ۱۴۱، پاییز ۱۴۰۰  
مقاله علمی - پژوهشی  
صفحات ۹۷-۱۱۹

## تحلیل فرایند رابطه بیمار - پزشک در ایران نیمه دوم عصر قاجار بر اساس مدل پارسونز<sup>۱</sup>

غفار پوربختیار<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۹/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۱

### چکیده

از جمله مسائل مهم در امر پزشکی و سلامت جامعه ایران در نیمه دوم عصر قاجار، روابط میان بیمار و پزشک بود. نوع این روابط در آن روزگار از مهم‌ترین اموری بود که می‌توانست بر چگونگی معاینه، درمان و سلامتی فردی و عمومی مردم اثرگذاری زیادی داشته باشد. در خصوص روابط میان بیمار-پزشک، تعدادی از جامعه‌شناسان دنیا به ارائه الگوی نظری پرداخته‌اند که یکی از آنان تالکوت پارسونز جامعه‌شناس آمریکایی است. در این مقاله با روش پژوهش توصیفی تحلیلی و با بهره‌وری از منابع دست اول، همچون خاطرات و سفرنامه‌ها به بررسی روابط میان بیماران طبقات فرادست با پزشکان اروپایی بر اساس مدل نقش‌محور پارسونز پرداخته می‌شود. سؤالات پژوهش عبارت‌اند از اینکه آیا بیماران طبقات فرادست در نیمه دوم عصر قاجار شرایط ایفای نقش اجتماعی بیمار را داشته‌اند، آیا پزشکان اروپایی در این عصر شرایط ایفای نقش اجتماعی پزشک را داشته‌اند. مبنای این پژوهش بر این فرضیه استوار است که در نیمه دوم عصر قاجار هم بیمار و هم پزشک می‌توانستند به ایفای نقش اجتماعی خود در فرایند روابط بیمار-پزشک آن گونه که پارسونز مطرح می‌کند، بپردازند. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که در نیمه دوم عصر قاجار هم بیمار طبقه فرادست و هم پزشک اروپایی می‌توانستند به ایفای نقش اجتماعی خود در چرخه روابط بیمار-پزشک بپردازند. اگرچه مسائلی همچون تمارض‌گرایی بیماران از جمله عوامل اثرگذاری بودند که می‌توانستند روند طبیعی روابط بیمار-پزشک در این دوره را با اختلال مواجه کنند.

واژگان کلیدی: پزشک، بیمار، نقش اجتماعی، روابط، پارسونز.

۱. شناسه دیجیتال (DOI): 10.22051/hii.2021.34032.2374

۲. استادیار گروه تاریخ، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران.

gh.porbakhtiar@iau-shoushtar.ac.ir

#### مقدمه

یکی از مسائل حائز اهمیت در امر پزشکی و سلامت در نیمه دوم روزگار قاجار، مسئله روابط میان بیمار-پزشک است که چگونگی این روابط بر کیفیت معاینه و معالجه بیماران اثربخشی خاص خود را داشته است. اینکه فراز و نشیب‌های این روابط چگونه بوده و طرفین چگونه می‌توانستند نقش اجتماعی خود را به‌عنوان بیمار یا پزشک ایفا کنند، در این مقاله مدنظر پژوهشگر قرار دارد. نظریه‌پردازان و جامعه‌شناسان متعددی در خصوص مبحث روابط بیمار-پزشک به ارائه الگوهای نظری خود پرداخته‌اند که تالکوت پارسونز جامعه‌شناس کارکردگرای آمریکایی از مهم‌ترین آنها است. پارسونز بیماری را یک انحراف یا کج‌روی اجتماعی می‌داند و معتقد است برای رفع این انحراف، هم بیمار و هم پزشک باید نقش اجتماعی خود را به‌عنوان بیمار یا پزشک به‌خوبی و به‌طور کامل ایفا کنند تا یک رابطه متقابل و رضایت‌بخش بین طرفین شکل گیرد. در این پژوهش، با روش توصیفی تحلیلی مبتنی بر جامعه‌شناسی تاریخی و با بهره‌گیری از منابع دست اول تاریخی همچون کتاب‌های خاطرات و سفرنامه‌ها در زمینه روابط میان بیماران طبقات فرادست و پزشکان اروپایی در نیمه دوم عصر قاجار بر اساس مدل مفهومی پارسونز پرداخته می‌شود و روابط طرفین مبتنی بر ایفای نقش اجتماعی آنها بحث و بررسی می‌شود.

سؤالاتی که پژوهشگر با آنها مواجه است عبارت‌اند از اینکه آیا بیماران طبقه فرادست در این دوران شرایط واقعی ایفای نقش اجتماعی بیمار را به‌طور کامل داشته‌اند، آیا پزشکان اروپایی در این عصر می‌توانستند به ایفای نقش اجتماعی پزشک بپردازند، آیا شیوه روابط بیمار-پزشک بر فرایند معاینه و معالجه بیماران در آن دوره اثرگذار بوده است. فرضیه پژوهش بر این اساس استوار است که در این دوره هم بیماران طبقه فرادست و هم پزشکان اروپایی می‌توانستند به ایفای نقش اجتماعی خود در چرخه روابط بیمار-پزشک آن‌گونه که پارسونز مطرح می‌کند، بپردازند.

درباره روابط بیمار-پزشک در ایران عصر قاجار تاکنون پژوهش‌هایی صورت گرفته است. ویلم فلور در کتاب *سلامت مردم ایران قاجار* اگرچه انواع بیماری‌ها و معالجات را به‌طور مفصل شرح داده است، به چگونگی روابط بیماران و پزشکان در این دوره نگاهی گذرا داشته است. سحر برجسته و همکاران (۱۳۹۳) در کتاب *سلامت، بهداشت و زیبایی در عصر قاجار* تنها به مقوله آموزش پزشکی و سلامت در این دوره پرداخته و انواع معالجات را به‌طور مفصل تر شرح داده و طب سنتی و طب مدرن در دوره قاجار را ذکر کرده‌اند. حمید حاجیان‌پور و اکبر حکیمی‌پور (۱۳۹۵) در مقاله «عوامل و موانع مؤثر بر حضور پزشکان اروپایی

در جامعه ایران عصر قاجار» به روابط پزشکان اروپایی با بیماران ایرانی اشاراتی کرده است. زینب کریمی و همکاران (۱۳۹۸) در مقاله «بررسی نقش فرانسه در تاریخ پزشکی و خدمات درمانی دوره قاجار» و محسن گنج‌بخش زمانی (۱۳۸۹) در مقاله «استفاده ابزاری انگلستان و روسیه از توسعه پزشکی و بهداشتی ایران دوره قاجار برای بسط نفوذ سیاسی و اقتصادی» به نقش سیاسی، اقتصادی و مذهبی پزشکان این کشورها در ایران پرداخته‌اند. مهدی علیجانی (۱۳۹۴) در مقاله «معاینه و مداوای زنان در عصر قاجار به روایت پزشکان و سیاحان غربی» نیز به‌طور خاص به چگونگی معاینه و معالجه زنان ایرانی در عصر قاجار بر اساس طب سنتی یا مدرن پرداخته و تنها اشاراتی به نوع نگاه زنان قاجار به پزشکان به‌ویژه پزشکان اروپایی داشته است. بیشتر این پژوهش‌ها بیش از اینکه به نوع روابط بیمار-پزشک و تأثیر آن بر فرایند درمان بپردازند، به چگونگی طبابت در عصر قاجار یا آموزش پزشکی در آن دوره پرداخته‌اند.

#### چهارچوب نظری

روابط میان پزشک و بیمار اگرچه از گذشته‌های دور در نقاط مختلف دنیا وجود داشته است، با گذشت زمان دغدغه ذهنی عده‌ای از جامعه‌شناسان تبیین الگویی جامعه‌شناختی برای حل معضلات موجود در روابط متقابل بیمار-پزشک شد و جامعه‌شناسانی همچون میشل فوکو<sup>۱</sup>، تالکوت پارسونز<sup>۲</sup>، اروینگ گافمن<sup>۳</sup> درصدد برآمدند تا با ارائه مدل‌هایی از روابط میان بیمار و پزشک به حل مشکلات موجود در روابط این دو بپردازند و چالش‌های بین آنها را برطرف کنند. این پژوهش تنها مدل ارائه‌شده پارسونز برای حل معضلات میان بیمار-پزشک را بررسی کرده و روابط این دو را در نیمه دوم دوره قاجار بر اساس همین الگو تبیین خواهد کرد.

تالکوت پارسونز اولین جامعه‌شناسی بود که ارتباط پزشک و بیمار را تئوریزه کرد و در اوایل دهه ۱۹۵۰م مدل کارکردی و نقش‌محور خود را ارائه داد. مدل وی بر این فرض استوار شده است که بیماری، شکلی از یک انحراف از حالت طبیعی، همراه با یک نقص عملکردی است و بنابراین نیاز به همسوس شدن مجدد با کل ارگانیزم اجتماعی احساس می‌شود (آسمانی، ۱۳۹۱: ۳۸). به نظر او سلامتی برای گردش خوب کار جامعه ضروری است و چون فرد، نیروی مولد محسوب می‌شود، بنابراین باید در کمال سلامت زندگی و اشتغال داشته

---

1. Michel Foucault  
2. Talcott Parsons  
3. Erving Goffman

باشد، اما بیماری می‌تواند عامل بازدارنده این نیروی مولد شده و روند تولید را قطع کند (روشه، ۱۳۷۶: ۲۱۹). در این حالت پزشکی حکم نمادی را دارد که باید با این تهدید، یعنی بیماری مقابله کند. پارسونز در چارچوب بینش کارکردگرایانه خود، پزشکی را به مثابه چرخشی ضروری برای گردش کار منطقی و آرام جامعه می‌داند. پزشکی، ثبات اجتماعی را با تشخیص بیماری و مداوای آن تضمین می‌کند و انحراف بالقوه‌ای را که ممکن است بیماری سبب آن شود، مهار می‌کند. به عقیده او پزشکی تنها قدرتی است که می‌تواند بر اساس تخصص بگوید چه کسی بیمار است و با تعیین بیمار، وی را از انجام وظایفش معاف بدارد (آدام و دیگران، ۱۳۸۵: ۱۱۴). بدین‌گونه پارسونز الگوی نقش محور خود را بر اساس سطح اهداف و انتظارات هم پزشک و هم بیمار ارائه می‌دهد: بیماران به کمک پزشکان نیاز دارند، متقابلاً پزشکان نیز نوع‌دوستانه رفتار می‌کنند و با داشتن معلومات تخصصی، امکان رسیدن به هدف مشترک بیمار و پزشک را که همان معالجه باشد، فراهم می‌آورند.

#### نقش بیمار

آنچه از نظر پارسونز کارکردگرا در فرایند رابطه پزشک-بیمار اهمیت دارد، مسئله نقش یا عملکرد هر دوی آنهاست. او از مفهوم «نقش بیمار» برای توصیف الگوهای رفتاری استفاده کرده که بیمار برای به حداقل رساندن اثرات مخرب بیماری به کار می‌برد. تفکر کارکردگرایی بر این باور است که جامعه معمولاً به شیوه‌ای هموار و بر اساس وفاق عمل می‌کند. از این‌رو بیماری، به‌عنوان یک ناکارکرد نگریسته می‌شود که می‌تواند روند طبیعی بیمار را برهم زند (گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۳۳). از نظر پارسونز، بیماری، کارآیی زندگی عادی فرد و روابط او را از بین می‌برد و لذا فرد از نظر رفتاری با انحراف مواجه می‌شود. او معتقد به نقشی اجتماعی به نام «نقش بیمار» است که از طریق وظایف طرفین در رابطه پزشک-بیمار مشخص می‌شود و در اجتماعی شکل می‌گیرد که طرفین به آن تعلق دارند. بنابراین از دیدگاه پارسونز بیماری یک نقش اجتماعی است که مردم آن را در جریان اجتماعی شدن می‌آموزند و به هنگام بیمار شدن با همکاری دیگران آن را به اجرا می‌گذارند. این نقش چهار رکن اساسی دارد: الف. بیمار از ایفای نقش‌های اجتماعی عادی معاف است؛ ب. بیمار مسئول بیماری خود نیست؛ پ. بیمار وظیفه دارد برای سلامتی خود کوشش کند؛ ج. بیمار باید در جست‌وجوی بهترین کمک درمانی بوده و با پزشک خود همکاری کند (شفعتی و دیگران، ۱۳۹۳: ۱۱۴).

#### نقش پزشک

پارسونز «نقش پزشک» را مکمل نقش بیمار و دارای ویژگی کارکردی می‌داند (مسعودنیا،

۱۳۸۹:۲۰۰؛ آدام و دیگران، ۱۳۸۵: ۱۱۵). او برای نقش پزشک نیز چهار رکن اساسی در نظر می‌گیرد: الف. بی‌تفاوتی عاطفی که سبب می‌شود پزشک احساسات شخصی خود را در برخورد با بیماران مداخله ندهد؛ ب. فقدان سودجویی و دگردوستی که به بیمار این امکان را می‌دهد که تصور کند در استثمار پزشک قرار نمی‌گیرد؛ پ. ویژگی حرفه‌ای و لیاقت فنی، چون پزشک درباره وضعیت بیمار آگاهی و دانش تخصصی دارد؛ ج. عمومیت نقش که به معنی درمان تمامی بیماران به یک صورت و در یک حالت است (محسنی، ۱۳۸۸: ۲۳۴).

### محدوده پژوهش

این پژوهش قلمرو زمانی، مکانی و موضوعی معینی را در بر می‌گیرد. قلمرو زمانی آن نیمه دوم عصر قاجار یعنی از آغاز سلطنت ناصرالدین‌شاه در سال ۱۲۶۴ه.ق/ ۱۸۴۸م تا زوال سلطنت قاجار در سال ۱۳۴۴ه.ق/ ۱۹۲۶م است که طب مدرن غربی به تدریج در ایران جای خود را باز کرده و رواج یافت. قلمرو مکانی این پژوهش نیز شهر تهران پایتخت دولت قاجار است و سایر مناطق و شهرها در این اینجا بررسی نمی‌شوند. از نظر موضوعی نیز این پژوهش بیماران طبقات بالای جامعه همچون شاه، شاهزادگان، رجال، مقامات و اعیان و اشراف را در دوره مدنظر بررسی می‌کند. پزشکان بررسی شده در این تحقیق نیز پزشکان اروپایی هستند که تحصیلات طبی خود را در دانشگاه‌ها و مراکز آکادمیک غرب گذرانده‌اند. بنابراین هم بیماران طبقات فرودست و عامه مردم و هم پزشکان ایرانی خواه حکیمان سنتی که طبق سنت جالینوسی - اسلامی فعالیت پزشکی می‌کنند و خواه پزشکانی که بر اساس طب غربی طبابت می‌کنند، در شمول و محدوده این پژوهش قرار نمی‌گیرند.

### بیماران و رفتار آنها با پزشکان اروپایی

بدون شک از عناصر اثرگذار در روابط دوگانه بیمار- پزشک در نیمه دوم عصر قاجار، نقش بیمار است که در این فرایند اهمیت زیادی دارد. در این دوران بدان علت که طب سنتی دیگر کارآمد و پاسخ‌گوی نیاز جامعه نبوده و در رقابت با طب مدرن نمی‌توانست منجر به درمان بیماران و در نتیجه کسب رضایت آنان شود، تقاضای عمومی به سوی طب مدرن کشیده شد و بیشتر بیماران به ویژه بیماران طبقات بالای جامعه به دنبال بهره‌گیری از دانش نوین پزشکی بودند که در ابتدای امر پزشکان اروپایی آن را عرضه کردند. بدین دلیل به تدریج مسیر این روابط دوگانه از حالت روابط بیمار-حکیم سنتی به حالت روابط بیمار-پزشک مدرن تغییر شکل داد. بنابراین پر واضح است که شیوه رفتار و روابط متقابل بیماران ایرانی و پزشکان

غربی دیگر نمی‌توانست بر همان نوع و شکل روابط و رفتاری باشد که تا پیش از آن میان بیماران و حکیمان سستی ایران خود برقرار بود.

اگرچه بیماران طبقات پایین هم به علت ناآگاهی و هم به سبب فقر و نبود تمکن مالی توجه و حساسیت زیادی به بهداشت و سلامتی خود نداشتند، طبقات ممتاز و اشراف جامعه دقت و حساسیت بیشتری به بهداشت و سلامتی خود نشان داده و در همین راستا کوشش‌های زیادی انجام می‌دادند. آنان برای مسئله سلامت جسم و درمان خود اهمیت زیادی قائل بوده و به محض اینکه کوچک‌ترین کسالتی برایشان رخ می‌داد، پزشک را بر بالین خود فراخوانده و توصیه‌های طبی او را اجرا می‌کردند. رجال، مقامات و اشراف قاجاری نه تنها به هنگام بیماری به پزشکان موجود در پایتخت مراجعه می‌کردند، بلکه در پی آن بودند تا بهترین پزشکان اروپایی را به عنوان پزشک شخصی و خانوادگی خود به کار گیرند تا این پزشکان در همه حال بر وضعیت جسمی و سلامتی خود و خانواده‌شان نظارت داشته باشند. شاهان، شاهزادگان، اشراف و طبقات ممتاز، شأن و منزلت بسیار و احترام و اکرام زیادی برای پزشکان خارجی قائل بودند. اعتمادالسلطنه در خصوص تشریفات ورود دکتر گالزفسکی<sup>۱</sup> به کاخ ناصرالدین شاه و چگونگی استقبال شاه و درباریان از او می‌نویسد: «با تشریفات او را ورود دادند که یک امپراطوری را هم به این جلال وارد نمی‌کردند. اگرچه حق علم و دانش مقتضی این تشریفات است... و شأن این قبیل اشخاص از هر پادشاهی بالاتر است.» (اعتمادالسلطنه، ۱۳۸۹: ۹۵۴) شاه و مقامات اگرچه بعضی مواقع از پزشکان ایرانی خود به خشم آمده و آنها را تهدید کرده و به آنها توهین می‌کردند، این امر در خصوص پزشکان اروپایی کمتر اتفاق می‌افتاد و غالباً شأن آنها حفظ می‌شد. طبقات حاکم و ممتاز حتی حاضر بودند برای کسب و بازیابی سلامتی خود مبالغ هنگفتی هزینه کنند. هیچ هزینه‌کردی برای آنان مهم‌تر از سلامتی‌شان نبود و چنانچه پزشکی را حاذق و ماهر تشخیص می‌دادند، قرارداد سخاوتمندانه‌ای با او منعقد می‌کردند. طبقات ممتاز معمولاً دستمزد بسیاری به پزشکانی می‌پرداختند که طبابت شخصی و خانوادگی‌شان را می‌پذیرفتند. حاذق‌ترین و البته گران‌ترین پزشکان اروپایی را شخص اول مملکت یعنی شاه و پس از او سایر مقامات در اختیار داشتند. همه شاهان قاجار برای سلامتی و درمان خود بیشترین هزینه را می‌کردند، اما شاهانی چون محمدشاه و مظفرالدین‌شاه که غالباً بیمار بودند، پزشکان متعدد داخلی و خارجی را در دربار خود گردآورده و هزینه‌های پزشکی بیشتری را پذیرا می‌شدند. شاهزاده ظل‌السلطان به پزشکانی که به معاینه و معالجه او می‌پرداختند، خلعت یا دستمزد و پاداش‌های بسیار می‌داد (ویلز، ۱۳۶۸: ۲۹۲). او در سال ۱۳۱۲ ه. ق برای معاینه و

درمان چشم خود، دو تن از بهترین چشم‌پزشکان دنیا را از پاریس و لندن با هزینه هنگفت شصت هزار تومان به اصفهان دعوت کرد که به دکتر گالزفسکی چشم‌پزشک لهستانی تبار ساکن پاریس سی هزار تومان و به دکتر انگلیسی به نام کولنس<sup>۱</sup> بیست هزار تومان دستمزد پرداخت و مابقی مبلغ را هزینه اقامت، خوراک و رفت و آمد آنها در داخل ایران کرد (اعتماد السلطنه، ۱۳۸۹: ۹۵۳-۹۵۴؛ عین السلطنه، ۱۳۷۴: ۱/۵۹۵؛ هدایت، ۱۳۷۵: ۶۹). کامران میرزا نایب السلطنه نیز دکتر شنیدر<sup>۲</sup> فرانسوی را با قرارداد سالی دو هزار تومان به عنوان پزشک شخصی خود استخدام کرده بود (اعتماد السلطنه، ۱۳۸۹: ۹۱۶). علی قلی خان مخبرالدوله دکتر راتوله<sup>۳</sup> چشم‌پزشک و شاگرد گالزفسکی را با قرارداد سالی دو هزار تومان به کار گرفت (هدایت، ۱۳۷۵: ۶۹). شاهزادگانی چون عزالدوله، رکن السلطنه، شعاع السلطنه و همین‌طور سایر شاهزادگان، رجال و مقامات متمول قاجار نیز پزشک شخصی و خانوادگی داشتند. ادکوک<sup>۴</sup> پزشک انگلیسی مظفرالدین‌شاه سالی چهارپنج هزار تومان موجب و انعام دریافت می‌کرد (عین السلطنه، ۱۳۷۴: ۲/۱۳۵۰). این پزشکان به معاینه و درمان عالی‌ترین شخص خانواده گرفته تا حتی خدمتکاران منزل می‌پرداختند (برجسته و دیگران، ۱۳۹۳: ۵۴). شاهی چون ناصرالدین‌شاه علاقه و توجه زیادی به پزشکان اروپایی خود داشت، آنها را همچون فوریه<sup>۵</sup> و پولاک<sup>۶</sup> در التزام رکاب خود به شکار می‌برد (پولاک، ۱۳۶۸: ۴۰۸؛ فوریه، ۱۳۸۹: ۲۱۴) یا اجازه‌نامه مخصوص شکار در شکارگاه سلطنتی برایشان صادر می‌کرد یا از سر لطف برایشان از غذا و میوه‌های مخصوصی که در اختیار داشت می‌فرستاد (فوریه، ۱۳۸۹: ۲۱۴ و ۲۱۵). یکی از سرافرازی‌های خاص پزشک این بود که شاه از سفره شاهانه خود کاسه غذایی برای او بفرستد؛ زیرا همگان بر این باور می‌شدند که او مورد مرحمت خاص پادشاه بوده و می‌تواند به هر آنچه آرزو کند، دست یابد. ناصرالدین‌شاه حتی غالباً گوشت شکاری را که صید کرده بود، جهت نشان دادن لطف و عنایت مخصوص خود برای پزشک اروپایی‌اش هدیه می‌فرستاد (پولاک، ۱۳۶۸: ۴۰۸). شاه، شاهزادگان و اعیان و اشراف تهران همه جور امکانات و وسایل زندگی و آسایش پزشکان خارجی خود را فراهم می‌آوردند و به‌خصوص پس از موفقیت پزشکان در معالجه بیماری خود و وابستگان‌شان، پاداش و مزایای بسیاری به آنها می‌دادند. تهیه محل سکونت مناسب و راحت، واگذاری قطعاتی از زمین و باغ (فوریه، ۱۳۸۹: ۲۲۰) اهدای انگشتری‌های یاقوت‌نشان و الماس‌نشان، جواهرآلات گران‌قیمت، انفیه‌دان مرصع

1. Colenss
2. Schnieder
3. Rtulde
4. Adcock
5. Fauvriier
6. Polak

(ناصرالدین شاه قاجار، ۱۳۷۸: ۵۰۱) جبه و شال کشمیر (مستوفی، ۱۳۸۴: ۱/۵۲۸) و اسبان عربی زیبا (فوریه، ۱۳۸۹: ۲۸۸ و ۲۱۵) از جمله این پاداش و مزایا بود. عین السلطنه می نویسد: مظفرالدین «شاه به این ادکوک شش هزار ذرع زمین در جلوی ذخیره دولتی خریده مرحمت فرمودند و تمام اخراجات بنایی آن را حکیم الملک بدهد.» (عین السلطنه، ۱۳۷۶: ۲/۱۳۴۹). شاهان و مقامات معمولاً در صورت کسب رضایت از معالجات پزشکان خود حتی به آنها مدال و نشان‌های چون نشان «شیر و خورشید» نیز می دادند (ویلز، ۱۳۶۸: ۲۹۲؛ فوریه، ۱۳۸۹: ۳۹۹ و ۲۴۱) یا القابی به آنها می دادند، همچنان که ناصرالدین شاه هیبت<sup>۱</sup> دندان پزشک سوئدی خود را به مسنن الممالک (عین السلطنه، ۱۳۷۶: ۱/۶۳۵) و بکمز<sup>۲</sup> پزشک دربار را به عمادالاطبا ملقب کرده بود (مستوفی، ۱۳۸۴: ۱/۵۲۸؛ شهیدی مازندرانی، ۱۳۸۳: ۱۹۸) و البته گاهی درجات نظامی نیز به پزشکان شخصی خود می دادند (پولاک، ۱۳۶۸: ۴۰۶). همه این هزینه کردها و لطف و عنایت رجال و مقامات عالی قاجار به پزشکان اروپایی خود، در راستای حفظ سلامتی خود و با این هدف صورت می گرفت که با پرداخت حقوق و پاداش مناسبی به آنها و فراهم کردن امکانات زندگی شان آنان را به فعالیت پزشکی دلگرم کرده و رضایت آنها را برای درمان به موقع و مناسب و تداوم خدمات پزشکی شان در حق خود، خانواده و بستگان شان به دست آورند.

البته علی رغم این همه لطف و عنایت بیماران طبقات ممتاز، پزشکان اروپایی در دوره قاجار مشکلات و مخاطراتی نیز هم از جانب بیماران خود و هم از جانب دیگران داشتند که باعث دلسردی از بیماران ایرانی و در نتیجه سبب اختلال در روابطشان می شد. دستمزد هنگفتی که شاهزاده ظل السلطان به دکتر گالزفسکی داده بود، راهزنان به راحتی آن را به سرقت بردند (عین السلطنه، ۱۳۷۴: ۱/۵۹۶) بعضی روایتگران این عمل را به اشاره خود ظل السلطان و برای بازگرداندن آن مبلغ به خزانه خود دانستند که باعث ناراحتی شدید و فریاد عصبانیت آن پزشک شد (هاردینگ، ۱۳۷۰: ۱۶۹). خانه فوریه پزشک شاه نیز در ۱۳۱۰ ه.ق چنان در معرض دستبرد سارقان قرار گرفت که در نتیجه آن وی مجبور شد تا با تمام کسان و اسباب و اثاثیه خود به سفارت فرانسه نقل مکان کند. این مسئله و نیز رنج و مرارتی که وی در رکاب شاه طی پنج ماه مسافرت در زیر چادر تحمل کرده بود، هم در روی گردانی او از ایران چندان بی نقش نبود (فوریه، ۱۳۸۹: ۳۹۸-۳۹۹).

خطر بدتر شدن حال بیمار تحت مداوا و به خصوص خطر مرگ او نیز می توانست پیامدهای فاجعه باری را برای پزشک وی رقم بزند. در این صورت پزشک نه تنها حق ادعای هیچ نوع

---

1. Hibenet  
2. Bekmez



دستمزدی نداشت، بلکه گناه مرگ بیمار را نیز مستقیماً متوجه پزشک او می‌دانستند. اگرچه در این‌گونه مواقع هم پزشکان ایرانی و هم پزشکان خارجی، به تقلید از ایرانیان، تدابیر لازم را در پیش می‌گرفتند تا خود را از مخمصه نجات دهند؛ مثلاً خبرچینی را اجیر می‌کردند تا آخرین اخبار وضعیت بهبود یا وخامت بیمارشان را به آنها گزارش دهد تا در صورت رسیدن خبر مرگ بیمار، بتوانند فرصتی برای گریختن داشته باشند (پولاک، ۱۳۶۸: ۴۱۲). اما در صورت بی‌اطلاعی و ناهوشیاری به موقع پزشک و نگریختن او، گرفتار بستگان عصبانی بیمار متوفی می‌شد و خطر کتک‌خوردن و حتی خطر مرگ برای او وجود داشت. پزشکان درباری همیشه بیشتر از دیگر پزشکان در معرض خطر قرار داشته و نگران آینده خود بودند که در صورت مرگ پادشاه یا شاهزاده‌ای، متهم به قتل او از طریق خوراندن زهر، سم یا حداقل اتهام قصور و کم‌کاری در معالجه خواهند شد (مولن، ۱۳۹۳: ۶۳-۶۵). با این وجود خطراتی که پزشکان خارجی شاه را تهدید می‌کرد، در مقایسه با همکاران ایرانی‌شان خیلی کمتر بود. پولاک می‌نویسد: «در واقعه مرگ فرزند دلبد شاه فعلی [ناصرالدین شاه]<sup>۱</sup>... به من فقط یادآوری کردند به علت عدم لیاقتی که در کار نشان داده‌ام، دیگر به خدمتم احتیاجی ندارند. اما این اشاره نیز پس از سه روز بدون اینکه من خود تقاضایی کرده باشم، منتفی شد.» (پولاک، ۱۳۶۸: ۴۱۲)

### رفتار تمارض گرایانه

یکی از ویژگی‌های مهم بیماران ایرانی در دوره مدنظر رفتار تمارض گرایانه آنان است. این ویژگی در میان ایرانیان ریشه تاریخی داشته و از قدیم فارغ از هر نوع طبقه، صنف و گروهی در خلق و خوی آنان وجود داشته است. البته میزان این تمارض‌گرایی بسته به افراد، طبقات، نوع مشاغل و... با شدت و ضعف همراه بود. واقعیت این است که رابطه بیمار-پزشک در میان طبقات بالا از شاه و شاهزادگان گرفته تا سایر رجال و سیاست‌مداران با اهداف و اغراض سیاسی و اقتصادی زیادی همراه بود و بنابراین گاهی تشخیص بیمار از غیربیمار برای پزشک بسیار مشکل بود و او واقعاً نمی‌دانست بیمار با چه هدفی او را به بالین خود فراخوانده است. در بعضی از موارد تمارض‌گرایی به مثابه رفتاری کاملاً دروغین بود، اما در موارد دیگری به مثابه مبالغه‌گرایی افراد بود. بعضی از این افراد به طور حقیقی هیچ‌گونه بیماری خاصی نداشتند، بلکه به دلیل اهداف و بهانه‌های مختلف خود را به بیماری می‌زدند و به اصطلاح تمارض می‌کردند. همین تمارض‌گرایی مرسوم در آن روزگار باعث می‌شد تا فرایند روابط بیمار-پزشک با اختلال و ناهماهنگی مواجه شود و حتی موجبات افزایش ضریب خطا و اشتباه پزشک را

۱. این فرزند به نام امیر قاسم‌خان از جیران خانم فروغ‌السلطنه متولد شده بود.

فراهم آورد. گاهی افراد و بویژه زنان از سر کنجکاوی و یا تفریح و سرگرمی خود را به تمارض می زدند تا بتوانند یک پزشک اروپایی را از نزدیک ببینند و با او گفت و گو کنند (ویلس، ۱۳۶۳: ۱۵۴؛ ماسهارو، ۱۳۷۳: ۱۰۱)، اما تمارض افراد تنها به دلیل کنجکاوی برای دیدن پزشک نبوده است. بعضی مواقع افراد به بهانه بیماری و معاینه از سوی پزشک، در حقیقت برای این خود را به تمارض می زدند تا برای مدتی از خانه خارج شوند. این امر در روزگار قاجار به خصوص برای زنان طبقات بالا، بیشتر اتفاق می افتاد که اجازه بیرون رفتن از خانه را نمی یافتند، لذا خود را به بیماری می زدند تا به بهانه رفتن نزد پزشک از خانه خارج شده و حال و هوایی هم عوض کنند (پولاک، ۱۳۶۸: ۳۹۸).

تمارض گرایی در میان زنان طبقات عالی جامعه با اهداف دیگری نیز صورت می گرفت که چشم و هم چشمی، حسادت و رقابت میان زنان حرم شاه و سایر مقامات نیز یکی دیگر از علل آن بود. این زنان به ویژه در حرم سرای شاهان و شاهزادگان خود را به بیماری زده و طیب را به بالین خود فرا می خواندند تا قدرت و نفوذ خودشان را به رخ دیگر زنان دربار بکشند، به خصوص اینکه عیادت یک پزشک اروپایی از آنها می توانست زمینه فخر فروشی آنان به دیگران را فراهم آورد. البته در دوره قاجار بیماران طبقات عالی و مرفه جامعه درکنار معاینه پزشک خارجی، تمایز و تشخیص اجتماعی خود به دیگر طبقات را نیز از این طریق نشان می دادند.

علاوه بر این تمارض گرایی افراد و مقامات در ایران نیمه دوم عصر قاجار وجوه سیاسی نیز داشته است؛ در این دوره کنش تمارض گرایی در میان اغلب مقامات و رجال از شاه گرفته تا سایرین مشاهده می شود. ناصرالدین شاه در بعضی موارد به دلایل متعدد وانمود می کرد که بیمار شده است و پزشکان شخصی خود را جهت معاینه به کاخ فرا می خواند. شاه گاهی اغراض سیاسی داشته و با هدف جلب اعتماد دول خارجی به خود، پزشکان متبوع آن دولت ها را جهت معاینه خود فرا می خواند، حال چه بیمار باشد و چه بیمار نباشد. اعتمادالسلطنه می نویسد: «طیب انگلیسی دکتر کاسون<sup>۱</sup> را شاه احضار فرمودند، محض خوشامد انگلیسی ها که در عزل ظل السلطان خوشحال نیستند، این تدبیر را فرمودند.» (اعتمادالسلطنه، ۱۳۸۹: ۵۴۵). به خصوص شاه در معاینه پزشکان متبوع دول قدرتمندی همچون انگلیس و روس چنین اهدافی را داشته است، اما این امر گذرا بود و شاه روند درمان خود را به علت بی اعتمادی، به پزشکان انگلیسی یا روسی نمی سپرد. البته این عمل را فقط شاه انجام نمی داد، بلکه بعضی از رجال و مقامات نیز به بهانه بیماری و معاینه پزشک یکی از سفارتخانه های دول قدرتمند، در

حقیقت به دنبال برقراری رابطه دوستانه با سفارتخانه مذکور و ایجاد پیوند مستحکم میان خود و آن سفارتخانه از سوی پزشک سفارت بودند (پولاک، ۱۳۶۸: ۴۰۵). اما تمارض‌گرایی فقط منحصر و محدود به شاهان نمی‌شد. بعضی از رجال و مقامات نیز به دلایل مختلف همچون ابراز ناراحتی و رنجش از شاه، شاهزادگان یا دیگر مقامات، هر از چند گاهی خود را به بیماری می‌زدند. یکی از این افراد که به روایت منابع به کرات کنش‌های تمارض‌گرا از خود بروز می‌داد، میرزا علی اصغر خان امین السلطان صدراعظم ناصرالدین شاه بود. او هر وقت که شاه به خواسته‌هایش توجهی نمی‌کرد، خود را به بیماری زده، وظایف روزمره را انجام نمی‌داد و حتی پزشکان را بر بالین خود نیز فرا می‌خواند. منابع متعددی رفتار تمارض‌گرایانه او را به دلیل اهداف مختلف سیاسی و اقتصادی ذکر کرده‌اند (سپهر، ۱۳۶۸: ۱۵؛ نظام السلطنه مافی، ۱۳۸۶: ۲۴۳؛ اعتماد السلطنه، ۱۳۸۹: ۵۶۱). شاه هر وقت که امین السلطان تمارض می‌کرد، پزشکان اروپایی خود چون تولوزان<sup>۱</sup> و شیندر فرانسوی یا ادلینگ<sup>۲</sup> انگلیسی را جهت معاینه او می‌فرستاد (نظام السلطنه مافی، ۱۳۸۶: ۲۱۸). همین عمل را شاه برای دیگر مقامات نیز انجام می‌داد تا هم از یک سو با فرستادن پزشکان خارجی خود، لطف و عنایتش را به آنان نشان دهد و هم از سوی دیگر پی به میزان بیماری یا سلامت آنها برده باشد. پزشکان خارجی در این امر نسبت به پزشکان ایرانی بیشتر حقیقت را به شاه می‌گفتند؛ زیرا به علت آشنایی کمتر با مقامات ایرانی یا به علت اخلاق و فرهنگ خاص خود نمی‌توانستند همچون پزشکان ایرانی با رجال و مقامات تمارض‌گرا تبانی داشته باشند. به همین دلیل نه تنها شاه بلکه خود امین السلطان و نیز سایر مقامات غالباً پزشکان خارجی را برای معاینه دیگر رجال و مقامات می‌فرستادند تا پی به تمارض یا بیماری آنها ببرند. پزشکان اروپایی اگرچه در ابتدای حضورشان در ایران و ناآشنایی با اخلاق و روحیات اعیان و اشراف ایرانی متوجه رفتار تمارض‌گرای آنان نبودند، اما بسته به زمان و میزان اقامتشان در ایران به تدریج با این اخلاق و روحیات آشنا شدند. مثلاً فووریه که تنها سه سال در ایران بیشتر اقامت نکرد، شناخت کمتری از بیماران خود در قیاس با کلوک<sup>۳</sup>، تولوزان، پولاک و دیگر پزشکان اروپایی داشت که مدت طولانی‌تری در ایران ماندند. تولوزان که حدود ۳۸ سال در ایران بود با اخلاق و رفتار ایرانیان کاملاً آشنا شده و در نتیجه تمارض یا بیماری اغلب رجال و مقامات را خیلی بیشتر از دیگر پزشکان تازه‌وارد اروپایی تشخیص می‌داد. اعتماد السلطنه درباره معاینه او از بیماری التهاب امین السلطان می‌نویسد: «تولوزان آمد گفت این التهاب به تمارض بیشتر شبیه است تا مرض» (اعتماد السلطنه، ۱۳۸۹: ۵۶۱) اما

---

1. Tholozan  
2. Olding  
3. Cloquet

تمارض‌گرایی در رجال و سیاست‌مداران تنها به امین‌السلطان محدود و منحصر نمی‌شد. البته رفتار تمارض‌گرا یکی از کنش‌های تکراری خیلی از رجال و مقامات در ایران عصر قاجار بود. گاهی نیز افراد تمارض نمی‌کردند و واقعاً بیمار بودند، اما برای رسیدن به اهداف و دلایل خاصی مبالغه‌گرایی کرده و بیماری خود را بسیار شدید جلوه می‌دادند. بنابراین تمارض‌گرایی در فرایند روابط متقابل بیمار-پزشک اختلال ایجاد می‌کرد و در چنین مواقعی کار پزشکان اروپایی که با این‌گونه رفتار ایرانیان آشنایی کمتری داشتند، مشکل می‌شد؛ زیرا که بعضی از آنها به خطا و اشتباه می‌افتادند و نمی‌دانستند طرف مقابلشان واقعاً بیمار است یا نه و در مقابل این تمارض‌گرایی او چه واکنشی باید نشان دهند. آیا باید به چشم بیمار به او نگاه کنند و با تجویز خود، او را به استراحت پزشکی و تکمیل فرایند درمان فرا بخوانند و به قول پارسونز بیمار را از هرگونه نقش اجتماعی و فعالیت و وظایف کاری معاف کنند یا اینکه به‌عنوان یک فرد غیر بیمار و کاملاً سالم او را از چنین امتیازی محروم کنند.

#### اعتماد و همکاری بیماران با پزشکان اروپایی

در دوره قاجار بی‌اعتمادی و همکاری نکردن با پزشکان اروپایی بیشتر در میان طبقات پایین وجود داشت که سطح آگاهی و دانش کمتری داشتند. دکتر ویلز<sup>۱</sup> می‌نویسد: «در ایران مردم عامی اعتماد چندانی به دکترهای اروپایی ندارند و معمولاً هنگامی آنان را به بالین بیمار خود می‌خوانند که بیمار در حال کشیدن نفس‌های آخر خودش است.» (ویلز، ۱۳۶۸: ۶۹) آلمانی<sup>۲</sup> نیز می‌نویسد: «فقط ایرانیان روشنفکر از آغاز کار به طبیب خارجی متوسل می‌شوند.» (آلمانی، ۱۳۷۸: ۲/۱۰۶) بیماران طبقات فرودست به علل مختلفی که غالباً غیر پزشکی است، همچون علل فرهنگی و اجتماعی، اعتمادی به پزشکان اروپایی نداشته و با آنها همکاری نکرده یا رابطه لازم و مناسب را با آنها برقرار نمی‌کردند. بیماران به‌ویژه بیماران زن به دلایل مختلف مرض خود را کتمان می‌کردند یا به دلیل حجب و حیا محل واقعی و دقیق درد را به پزشکان نشان نمی‌دادند. دکتر فورریه در همین باره به زیبایی می‌نویسد: «مداوای این قبیل خانم‌ها کار آسانی نیست؛ زیرا که طبیب باید دیپلمات باشد تا بتواند بفهمد که کجای خانم درد می‌کند و چه دردی دارد.» (فورریه، ۱۳۸۹: ۲۲۳)

علی‌رغم این موارد بیماران افسارممتاز و طبقات بالای جامعه اعتماد و همکاری بیشتری با پزشکان خارجی داشتند، به‌ویژه شاه، شاهزادگان و رجال و مقامات قاجار حس اعتماد کافی به پزشکان اروپایی داشتند و معمولاً هرکدامشان، یکی از آنها را به‌عنوان پزشک شخصی خود

1. Willes  
2. Allemagne

انتخاب می‌کردند. بیماران ایرانی به محض اینکه در درمان بیماری خود از پزشکان اروپایی قدرت درمانگری می‌دیدند به دانش پزشکی آنان در مقایسه با پزشکان ایرانی باور پیدا کرده، در تداوم معالجه مطیع آنان شده و از آن پس ادامه درمان برای پزشک هموار می‌شد (فووریه، ۱۳۸۹: ۱۳۹). اما با این وجود، یکی از مشکلات و موانع بر سر راه پزشکان اروپایی حکیمان و طبیبان ایرانی بودند. آنان با وجودی که دانش پزشکی‌شان به پای اروپاییان نمی‌رسید، به دلایل مختلف برای پزشکان اروپایی مزاحمت ایجاد می‌کردند و به‌علت نفوذی اجتماعی که داشتند، شاه و سایر رجال و مقامات آنها را از خود دور نمی‌کردند. به همین دلیل رجال و مقامات تلاش می‌کردند تا میان پزشکان داخلی و خارجی خود نوعی آرامش و پیوند مسالمت‌آمیز برقرار کرده و از خدمات پزشکی هر دوی آنها به‌صورت ترکیبی بهره ببرند (فلور، ۱۳۸۶: ۲۴۳). پزشکان ایرانی حسادت و رقابت زیادی نسبت به پزشکان اروپایی از خود نشان می‌دادند و کوشش می‌کردند تا به ایجاد حس بی‌اعتمادی بیماران ایرانی به آنها دامن بزنند؛ زیرا بر این تصور بودند که با آمدن این پزشکان و موفقیتی که در معالجه بیماران به‌دست آورده‌اند، نفوذ و منافع آنها به خطر افتاده است. حادثه بیماری شدید ناصرالدین‌شاه به هنگام بازگشت از سفر دوم فرنگ در سال ۱۳۰۶ ه.ق و رقابت و کشمکش شدیدی که میان پزشکان ایرانی شاه و دکتر فووریه بر سر چگونگی مداوای او رخ داد، این امر را به‌خوبی نشان می‌دهد (فووریه، ۱۳۸۹: ۱۳۸؛ امین‌لشکر، ۱۹۹: ۱۳۷۸). اگرچه فووریه اهل کوتاه‌آمدن و تسلیم نبود و به همین دلیل و البته داشتن مشکلات دیگر نتوانست بیش از سه سال در ایران بماند، بعضی از دیگر پزشکان اروپایی با زیرکی دریافتند که رمز موفقیت‌شان در امر فعالیت پزشکی در ایران ایجاد همگرایی با ایرانیان و حتی برقراری روابط مسالمت‌آمیز و دوستانه با اطبای ایرانی است. بنابراین آنها به اقداماتی در همین خصوص مبادرت ورزیدند. تولوزان یکی از آنان بود که با طبیبان ایرانی طرح دوستی و الفت ریخته و با آنها مشورت می‌کرد؛ زیرا به فراست پی برده بود که این اطبا طرف توجه درباریان، روحانیان و اندرون‌شاهی هستند (دیولافوا، ۱۳۷۸: ۱۳۹). درست به دلیل همین مصلحت‌اندیشی‌ها بود که پزشکی چون وی توانست به مدت ۳۸ سال و تا زمان مرگ در ایران دوام آورده و بدون هرگونه ماجراجویی به شغل طبابت ادامه دهد. یکی از کارهای تولوزان این بود که در کنار فعالیت پزشکی برای ناصرالدین‌شاه نیز کتاب و روزنامه ترجمه کرده و می‌خواند (ناصرالدین‌شاه، ۱۳۷۸: ۴۶۷ و ۲۶۵؛ هدایت، ۱۳۷۵: ۹۶). او چنان مورد اعتماد، احترام و توجه شاه قرار گرفته بود که سمت مشاور و مصاحبت او را عهده‌دار شد (دیولافوا، ۱۳۷۸: ۱۳۹) و همچنین عین‌السلطنه از او تحت عنوان «یکی از محارم» ناصرالدین‌شاه یاد می‌کند (عین‌السلطنه، ۱۳۷۴: ۱/۹۴۵). به‌علت

همین اعتماد و نزدیکی، او بالاترین مقام و جایگاه را در میان پزشکان اروپایی در عصر ناصرالدین شاه داشت و در مسافرت دوم شاه به اروپا (ناصرالدین شاه، ۱۳۷۹: ۵۹) و مسافرت سوم به عنوان پزشک مخصوص در التزام رکاب او بود. دیگر پزشکان خارجی نیز تلاش می کردند تا روابط خوب و مناسبی از نظر فرهنگی و اجتماعی با بیماران ایرانی خود داشته باشند. کلوکه، پولاک، شنیدر و راتولد از این جمله بودند. حتی دکتر بکمز پزشک استانبولی و ارمنی الاصل دربار و پایتخت برای اینکه بتواند روابط مناسبی با بیماران ایرانی خود برقرار کند، آیین اسلام را پذیرفته و نام اسلامی محمدحسن بر خود نهاد (مستوفی، ۱۳۸۴: ۵۲۸/۱)؛ اعتماد السلطنه، ۱۳۸۹: ۱۸۵). بعضی دیگر از پزشکان اروپایی نیز به دنبال چنین نگاه و اقداماتی بودند. هاردینگ<sup>۱</sup> روایت می کند که هر وقت امین السلطان صدراعظم به بازی بیلارد با ما می پرداخت، آدلینگ پزشک سفارت انگلیس ترازنامه بازی را تماماً جوری تنظیم می کرد که صدراعظم را برنده نشان داده و راضی کند (هاردینگ، ۱۳۷۰: ۱۷۷). به علاوه پزشکان اروپایی شاهان قاجار نیز در کنار درمان بیماری شاه و دیگر مقامات به فعالیت های دیگر نیز می پرداختند. مثلاً دکتر کلوکه به ناصرالدین شاه زبان فرانسه می آموخت. پولاک نیز به همین شاه زبان فرانسه و تاریخ و جغرافیا درس می داد (پولاک، ۱۳۶۸: ۴۰۶) به علت اعتمادی که شاهان و مقامات قاجار به پزشکان فرانسوی داشتند، اغلب پزشکان شخصی دربار و مقامات قاجار فرانسوی بودند. در حالی که اعتماد چندانی به پزشکان روسی و انگلیسی به دلیل عملکرد نامناسب و فرصت طلبانه سفارتخانه ها و دولت های آنان در ایران نبود؛ زیرا سفارتخانه ها اغلب در کار پزشکان متبوع خود دخالت کرده و در پی سوء استفاده از جایگاه شغلی آنان بودند.

### دوگانه عاطفی-بی عاطفگی پزشک

عنصر دومی که پارسونز در تحلیل خود بر آن تأکید می کند، شخص پزشک است. نقش پزشک مکمل نقش بیمار و کامل کننده چرخه روابط بیمار-پزشک است. روابط بیمار ایرانی-پزشک اروپایی در دوره قاجار تحت تأثیر مسائل و عوامل متعددی قرار دارد که به پزشک ارتباط زیادی دارد و چنانچه این عنصر به هر دلیلی نقش خود را به خوبی ایفا نکند، در فرایند رابطه بیمار با او اختلال و ناهماهنگی ایجاد می شود.

یکی از ارکان اصلی نظریه پارسونز در مبحث نقش پزشک در فرایند روابط بیمار-پزشک، مسئله دخالت ندادن عاطفه و احساسات پزشک در امر طبابت است. پارسونز در آثار خود پنج مشخصه دوگانه را مطرح کرده و از آنها تحت عنوان «متغیرهای الگویی» نام می برد. این

متغیرها عنصر ثابت نظریه‌سازی او را در اغلب آثارش تشکیل می‌دهد. یکی از مهم‌ترین این متغیرها که پارسونز مطرح می‌کند، دوگانه «عاطفی-بی عاطفگی» است. او روابط والدین-فرزند، معلم-دانش‌آموز و خیلی دیگر از روابط دوگانه را در همین قالب مطرح می‌کند. دوگانه روابط پزشک-بیمار نیز از نظر پارسونز در همین چارچوب تبیین می‌شود. به اعتقاد پارسونز در حالی که کنش‌های متقابل پدر یا مادر با کودک خود بسیار عاطفی است، رابطه پزشک با بیمار از طریق بی‌طرفی عاطفی تعیین می‌یابد (همیلتون، ۱۳۷۹: ۱۲۱). او بر این اعتقاد بود که پزشک با توجه به موقعیت و جایگاه پزشکی خود و تعهدش به درمان بیمار نباید گرفتار رابطه احساسی و عاطفی بیش از اندازه با بیمار خود شود، زیرا همین امر روند درمان بیمار را با اختلال مواجه می‌کند. البته این رکن از نظریه پارسونز موجی از انتقادات را برانگیخت و منتقدان، بحث تفاوت‌های فرهنگی-رفتاری میان جوامع مختلف را مطرح کردند.

برخلاف پزشکان ایرانی که در امر معاینه و درمان بیماران با آنان پیوند عاطفی بیش از اندازه‌ای برقرار می‌کردند، پزشکان اروپایی از دخالت‌دادن احساس و عاطفه در کار خود اجتناب بیشتری می‌ورزیدند. اصولاً ایرانیان مردمانی فوق‌العاده احساسی و عاطفی بوده و پزشکان ایرانی نیز همچون سایر هم‌تباران خود از این قاعده مستثنا نبوده و نمی‌توانستند احساس و عاطفه مفرط را در فرایند درمان دخالت ندهند. این ابراز عاطفه و دلسوزی بیش از اندازه آنان اگرچه می‌توانست پیوند دوستی و همدلی میان آنان و بیماران برقرار کند، باعث می‌شد تا آنان جدیت لازم را نداشته و همین امر درمان بیماران را تحت‌تأثیر قرار داده و با مشکلاتی مواجه کند. اما پزشکان خارجی به دلایلی چند از ابراز احساسات مفرط و مضر در راه درمان بیماران خودداری می‌کردند. اول اینکه این پزشکان در بستری فرهنگی و اجتماعی رشد و پرورش یافته بودند که در مقایسه با محیط ایران احساس و عاطفه کمتری وجود داشت، بنابراین آنان همین بی‌عاطفگی را در معاینه و درمان بیماران ایرانی نیز مدنظر قرار داده و بر اساس آن طبابت می‌کردند؛ دوم اینکه آنان در محیطی غریب و نامأنوس از میهن خود اقامت داشتند و به‌علت همین ناآشنایی و نداشتن اشتراکات روحی و اخلاقی با ایرانیان نیازی به ابراز احساسات و نشان‌دادن رفتار عاطفی به بیماران خود نداشتند. البته چنین نبود که پزشکان اروپایی حس نوع‌دوستانه نیز به بیماران خود نداشته باشند.

پزشکان اروپایی غالباً از پرداختن به حواشی و مسائل غیر ضروری و بی‌ربط با بیماری و درمان بیماران خود اجتناب می‌ورزیدند. این در حالی بود که طبیبان ایرانی توجه زیادی به مسائل حاشیه‌ای بیماران و بستگان آنها داشتند. آنان قبل از اینکه به عیادت بیمار بروند در ملاقات و گفت‌وگوهای بیشتر غیر مرتبط با بستگان و خانواده آنها مدتی وقت‌گذرانی کرده و

به صرف قلیان و چای و شیرینی می‌پرداختند و بیمار را فراموش می‌کردند، در حالی که این رفتار آنها موجب برانگیختن شگفتی پزشکان اروپایی و انتقاد کردن آنها شده بود. در عوض این پزشکان عجله داشتند تا قبل از اینکه زمان از دست برود، زودتر بیمار را معاینه کرده و به درمان او بپردازند (فلور، ۱۳۸۶: ۱۴۴). عاطفه‌گرایی‌های مفرط باعث می‌شد تا خیلی از حقایقی که ممکن است موجب ناراحتی بیمار بشود به او و بستگانش گفته نشود. چنین مصلحت‌بینی‌ها و مشاوره‌های غیر پزشکی نیز موانع و مشکلاتی بر فرایند فعالیت پزشکی اروپاییان می‌افزود. مصلحت‌گرایی سیاسی، اجتماعی و فرهنگی خاص جامعه ایران از آن جمله بود. اعتمادالسلطنه می‌نویسد که شاه «به واسطهٔ تولوزان به او [گالزفسکی] سپردند که امین اقدس را که می‌بیند مایوسش نکند. بر فرض هم چشم او معالجه ندارد، سرش را بیچاند و امیدوارش کند.» (اعتماد السلطنه، ۱۳۸۹: ۹۵۴) این در حالی بود که پزشکان اروپایی به دلیل صراحت لهجه‌ای که داشتند معمولاً بدون تعارف و به صورت جدی حقایق را به بیماران خود می‌گفتند و باعث می‌شدند تا بیماران نیز دستورات و تجویزات پزشک را جدی گرفته و در فرایند درمان همکاری لازم را داشته باشند.

### سودجویی یا دگردوستی پزشکان

یکی دیگر از شاخصه‌های مدنظر پارسونز در بحث ایفای نقش پزشک در چرخه روابط بیمار-پزشک، مسئله «عدم سودجویی پزشک و دگردوستی» او بوده است. یعنی اینکه پزشک از سود و منفعت شخصی خود صرف‌نظر کرده و با مدنظر قراردادن دگردوستی در معاینه و معالجه بیماران، فقط در فکر سلامت و بهبودی بیمار باشد. البته صاحب‌نظران انتقادات به‌جا و سازنده‌ای بر این نظر پارسونز وارد آوردند، از جمله الیوت فریدسون<sup>۱</sup> ضمن انتقاد از نظر پارسونز، حرفهٔ پزشکی را یکی از گروه‌های منفعت در جامعه می‌داند و معتقد است نفع شخصی پزشک نمی‌تواند با آن نوع دوستی که اخلاق حرفه‌ای تبلیغ می‌کند در تضاد باشد (شفعتی و دیگران، ۱۳۹۳: ۱۱۶). یعنی اینکه تباینی بین منافع پزشک و بیمار وجود ندارد و پزشک هم می‌تواند به فکر منافع خود باشد و هم منافع و مصالح بیمار را در نظر بگیرد. برای تبیین این شاخصه در عصر قاجار ناگزیریم تا به «حق‌الزحمه» یا «حق‌العلاج» پزشک در آن روزگار بپردازیم تا بتوانیم ارزیابی مناسب‌تری از این امر داشته باشیم. در روزگار قاجار مطب پزشک یا به اصطلاح آن روزگار «محکمه» هنوز چندان مرسوم نشده بود و پزشکان اغلب پزشک شخصی یا خانوادگی رجال و اعیان بودند. آنان طبق قراردادهایی که با اشراف و

---

1. Freidson



ثروتمندان منعقد می‌کردند مبالغ معتنا بهی در آن روزگار به دست می‌آوردند. بالاترین دستمزد سالیانه را پزشکان شخصی شاهان به دست می‌آوردند و پس از آنها پزشکان صدراعظم، شاهزادگان و وزرا بودند که مبلغ قرارداد سالیانه آنها بالاتر از رقم ۲ هزار تومان بود. علاوه بر این، پزشکان جهت معاینه و درمان دیگر بیماران به منازل آنها می‌رفتند. به همین دلیل است که به اجرت یا هدیه‌ای که به آنها داده می‌شد «حق‌القدم» نیز می‌گفتند. بعضی از منابع از پایین بودن دستمزد یا حق‌القدم پزشکان سخن می‌گویند. به روایت آنها در روزگار قاجار دادن حق‌القدم به پزشک چندان مرسوم نبود. اگر مریض معالجه می‌شد، برحسب زحماتی که پزشک در رفت و آمد بالای سر مریض کشیده بود، حق‌العلاجی یا هدیه‌ای برای او می‌فرستادند. مستوفی در این باره می‌نویسد: «اکثر برای اطبا پارچه نابریده مثل برک و شال کرمانی یا اگر مریض خیلی اعیان و خدمتی که حکیم‌باشی انجام کرده بود اهمیت داشت، شال کشمیر می‌فرستادند.» (مستوفی، ۱۳۸۴: ۱/۵۲۸) در آن روزگار بیماران طبقات بالا و دارای شأن و شوکت، دادن پول تحت عنوان حق‌القدم یا حق‌العلاج به پزشک را دون شأن خود دانسته و نوعی بی‌احترامی می‌شمردند. بنابراین آنان پس از چند باری که پزشک خانوادگی‌شان از بیماران وابسته به خانواده معاینه یا معالجه می‌کرد، بسته به میزان تمول سرپرست خانواده، به او هدایایی همچون اسبی، شالی یا قالیچه‌ای به عنوان تعارف می‌دادند که کفاف زندگی او را نمی‌کرد. بنابراین برای پزشک اروپایی با توجه به مخارج زیادی که وجود داشت، امکان نداشت بتواند بدون داشتن حقوقی ثابت از طرف دربار، دولت یا سفارتخانه، زندگی در حد مناسبی در ایران داشته باشد (پولاک، ۱۳۶۸: ۴۱۱). اوژن اوبین نیز درباره کم بودن حق‌القدم طبیب می‌نویسد: «طبابت در ایران حرفه‌ای سودآور محسوب نمی‌شود. در خانه‌های اعیان و اشراف، طبیب در حقیقت نوکری مورد اعتماد است و به شخص ارباب وابسته است، حق‌القدم وی نیز از چند خروار غله در سال تجاوز نمی‌کند.» (اوبین، ۱۳۹۱: ۳۸۱) البته بعضی دیگر از منابع روایت متفاوتی از دستمزد پزشکان در عصر قاجار ذکر می‌کنند و بر این نظرند که پزشکان اروپایی از معالجه بیماران فقیر و بی‌بضاعت نیز اجتناب می‌ورزند. کارلا سرنا<sup>۲</sup> درباره پزشکان اروپایی مقیم تهران می‌نویسد: «آنان از معالجه اشخاصی که قدرت پرداخت حق‌المعاینه را نداشته باشند خودداری می‌کنند.» (سرنا، ۱۳۶۳: ۱۴۵) این نکته آشکار است که پزشکان اروپایی که سرنا از آنان چنین یاد می‌کند، کسانی بودند که پزشک شخصی و خانوادگی بوده و با ثروتمندان یا افراد طبقات بالای جامعه قرارداد خدمات پزشکی داشته و بنابراین از نظر اخلاق

---

1. Eugene Aubin  
2. Carla Serna

کاری فقط در مقابل بیماری آنها خود را مسئول و پاسخ گو می دانستند.

### نتیجه گیری

روابط بیمار-پزشک در نیمه دوم عصر قاجار فراز و نشیب‌هایی را طی کرده است. با رواج طب مدرن و نقش مثبت آن در درمان بیماری‌ها، ایرانیان علاقه و اشتیاق زیادی به استفاده از این نوع طب از خود نشان دادند. همین امر باعث شد تا روزه‌روز بر اهمیت نقش پزشکان اروپایی در فعالیت پزشکی و درمان بیماران ایرانی افزوده شود. در این پژوهش روابط میان بیماران طبقات فرادست با پزشکان اروپایی حاضر در پایتخت در نیمه دوم عصر قاجار بر اساس الگوی تالکوت پارسونز بررسی شد. پارسونز برای ایفای نقش اجتماعی هم بیمار و هم پزشک بر چند رکن اساسی تأکید می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که در فرایند رابطه بیمار-پزشک در دوره مدنظر بعضی از این ارکان قابلیت اجرا یافته‌اند. بیماران طبقات بالای جامعه برای حفظ یا به دست آوردن سلامتی نهایت تلاش و همکاری را با پزشکان خود به کار می‌بردند و حتی از هزینه‌کرد مبالغ بسیار در این راه و دادن دستمزد، انعام و مزایای سخاوتمندانه به پزشکان اروپایی خود دریغ نمی‌کردند. آنان علی‌رغم تحریکات طبیبان و حکیمان ایرانی اعتماد زیادی به پزشکان اروپایی داشته و روابط نزدیکی با آنها برقرار کرده و بعضی از آنان را مشاور و محرم خود کردند. این بیماران پس از اینکه توانایی پزشکی اروپاییان را در درمان خود یا بستگان مشاهده می‌کردند، به دانش این پزشکان باور پیدا کرده و از آن پس مطیع توصیه‌ها و دستورات پزشکی آنان می‌شدند. پزشکان اروپایی نیز با وجود داشتن رابطه مناسب با بیماران عالی‌مقام خود، از ابراز احساسات و عواطفی که تأثیر منفی بر فرایند درمان داشت، خودداری می‌کردند و در طی روند درمان جدیت بیشتری در مقایسه با حکیمان ایرانی داشتند. آنان اگرچه منافع خود را نیز در نظر داشتند، صرفاً به فکر سودجویی نبوده، بلکه نوع دوستی یا دگردوستی را نیز در فعالیت‌های پزشکی خود مدنظر قرار می‌دادند.

### منابع

- آدام، فیلیپ؛ هر تسلیک، کلورین (۱۳۸۵) *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه دکتر لورانس و دنیا کتبی، تهران: نی.
- آسمانی، امید (۱۳۹۱) «نگاهی به مدل‌های ارتباطی پزشک-بیمار و چالش‌های مرتبط با آن»، *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره ۵، شماره ۴ (مرداد)، صص: ۳۶-۵۰.
- آلمانی، هانری. رنه. د (۱۳۷۸) *از خراسان تا بختیاری*، ترجمه غلامرضا سمیعی، جلد ۲، تهران: طاوس.
- اعتمادالسلطنه، محمدحسن خان (۱۳۸۹) *روزنامه خاطرات اعتمادالسلطنه*، مقدمه و فهرس از ایرج

فصلنامه علمی تاریخ اسلام و ایران دانشگاه الزهراء (س)، سال ۳۱، شماره ۵۱، پاییز ۱۴۰۰ / ۱۱۵

افشار، چاپ ۷، تهران: امیرکبیر.

امین لشکر، میرزا قهرمان (۱۳۷۸) *خاطرات امین لشکر*، به کوشش ایرج افشار و محمد رسول دریاگشت، تهران: اساطیر.

اوبن، اوژن (۱۳۹۱) *ایران امروز*، ترجمه و حواشی و توضیحات از علی اصغر سعیدی، تهران: علمی. برجسته، سحر و همکاران (۱۳۹۳) *سلامت، بهداشت و زیبایی در عصر قاجار*، ترجمه مسعود کثیری، تهران: امیرکبیر.

پولاک، یاکوب ادوارد (۱۳۶۸) *سفرنامه پولاک*، ترجمه کیکاووس جهانگیری، چاپ ۲، تهران: خوارزمی. حاجیان پور، حمید؛ حکیمی پور، اکبر (۱۳۹۵) «عوامل و موانع مؤثر بر حضور پزشکان اروپایی در جامعه ایران عصر قاجار»، *پژوهش های علوم تاریخی*، دوره ۸، شماره ۱ (بهار و تابستان)، صص: ۱۵-۳۵.

دیولافوا، ژن (۱۳۷۸) *سفرنامه مادام دیولافوا*، ترجمه فرهوشی (مترجم همایون سابق)، تهران: قصه پرداز. ریشه، گی (۱۳۷۶) *جامعه شناسی تالکوت پارسونز*، ترجمه عبدالحسین نیکمهر، تهران: تبیان. سپهر، عبدالحسین خان (۱۳۶۸) *یادداشت های ملک المورخین*، به تصحیح و توضیحات عبدالحسین نوایی، تهران: زرین.

شفعتی، معصومه؛ زاهدی، محمدجواد (۱۳۹۳) «تبیین جامعه شناختی رابطه پزشک و بیمار (مطالعه کیفی در شهر اهواز)»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره ۸، شماره ۱ (بهار)، صص: ۱۰۵-۱۳۷.

شهیدی مازندرانی، حسین (۱۳۸۳) *سرگذشت تهران*، تهران: راه مانا. علیجانی، مهدی (۱۳۹۴) «معاینه و مداوای زنان در عصر قاجار به روایت پزشکان و سیاحان غربی»، *فصلنامه تاریخ پزشکی*، سال ۷، شماره ۲۴ (پاییز)، صص: ۷-۴۵.

عین السلطنه، قهرمان میرزا (۱۳۷۶) *روزنامه خاطرات عین السلطنه*، به کوشش مسعود سالور و ایرج افشار، جلد ۱ و ۲، تهران: اساطیر.

فلور، ویلم (۱۳۸۶) *سلامت مردم در ایران قاجار*، ترجمه ایرج نبی پور، بوشهر: مرکز پژوهش های سلامت خلیج فارس.

فووریه، ژوانس (۱۳۸۹) *سه سال در دربار ایران*، ترجمه عباس اقبال آشتیانی، چاپ ۲، تهران: دنیای کتاب.

کارلاسرنا، پاره (۱۳۶۳) *مردم و دیدنی های ایران*، ترجمه غلامرضا سمیعی، تهران: نشر نو. کریمی، زینب؛ ندیم، مصطفی؛ بینشی فر، فاطمه (۱۳۹۸) «بررسی نقش فرانسه در تاریخ پزشکی و خدمات درمانی دوره قاجار»، *فصلنامه تاریخ پزشکی*، دوره ۱۲، صص: ۶۳-۴۸۵.

گنج بخش زمانی، محسن (۱۳۸۹) «استفاده ابزاری انگلستان و روسیه از توسعه پزشکی و بهداشتی ایران دوره قاجار برای بسط نفوذ سیاسی و اقتصادی»، *فصلنامه تاریخ پزشکی*، سال ۲، شماره ۴ (پاییز)، صص: ۱۶۵-۱۹۲.

گیدنز، آنتونی (۱۳۸۷) *جامعه شناسی*، ترجمه حسن چاوشیان، چاپ ۲، تهران: نشرنی.

ماساها رو، یوشیدا (۱۳۷۳) *سفرنامه یوشیدا ماساها رو*، ترجمه هاشم رجبزاده، تهران: آستان قدس رضوی.

محبوبی اردکانی، حسین (۱۳۶۸) *چهل سال تاریخ ایران*، به کوشش ایرج افشار، جلد ۲، تهران: اساطیر.

محسنی، منوچهر (۱۳۸۸) *جامعه‌شناسی پزشکی*، چاپ ۹، تهران: طهوری.

مستوفی، عبدالله (۱۳۸۴) *زندگانی من یا تاریخ اجتماعی و اداری دوره قاجاریه*، جلد ۱، چاپ ۵، تهران: زوار.

مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹) *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: طهوری.

مولن، آن ماری (۱۳۹۳) *پزشک پادشاهان*، ترجمه و توضیحات علی اصغر سعیدی، تهران: علم.

ناصرالدین شاه قاجار (۱۳۷۹) *روزنامه خاطرات ناصرالدین شاه در سفر دوم فرنگستان*، به کوشش فاطمه قاضیها، تهران: سازمان اسناد ملی ایران.

\_\_\_\_\_ (۱۳۷۸) *یادداشت‌های روزانه ناصرالدین شاه (۱۳۰۰-۱۳۰۳ قمری)*، به کوشش پرویز

بدیعی، تهران: سازمان اسناد ملی ایران.

نظام السلطنه مافی، حسین قلی خان (۱۳۸۶) *خاطرات و اسناد حسین قلی خان نظام السلطنه مافی*، به کوشش معصومه مافی و منصوره اتحادیه (نظام مافی)، جلد ۱، تهران: نشر تاریخ ایران.

ویلز (۱۳۶۸) *ایران در یک قرن پیش*، ترجمه غلامحسین قراگزلو، تهران: اقبال.

ویلس، چارلز. جیمز (۱۳۶۳) *تاریخ اجتماعی ایران در عهد قاجاریه*، ترجمه سید عبدالله، به کوشش جمشید دودانگه و مهرداد نیکنام، تهران: زرین.

هاردینگ، سر آرتور (۱۳۷۰) *خاطرات سیاسی سر آرتور هاردینگ*، ترجمه جواد شیخ الاسلامی، تهران: کیهان.

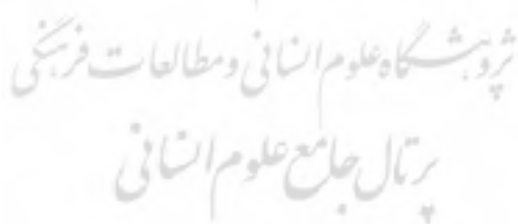
هدایت (مخبر السلطنه)، مهدی قلی (۱۳۷۵) *خاطرات و خطرات*، چاپ ۴، تهران: زوار.

همیلتون، پیتر (۱۳۷۹) *تالکوت پارسونز*، ترجمه ثریا کامیار، تهران: ثارالله.

### List of sources with English handwriting

- Adam Philippe & Herzlich Claudine(1994), *Sociologie de la maladie et la medicine*, de Francois Singly, Translated by Lūrāns & Donīyā Katbī, Tehrān: Ney.
- ‘Alījānī, Mehdī(2015), Examination and treatment of women during the Qajar era, from the alien look; *Med History J.* 7(24): 7-45.
- Amīn Laškar, Mīrzā Qahramān (1378 Š.), *Rūznāme-ye kāterāt-e Amīn Laškar*, edited by Īraj Afšār, Moḥammad Rasūl Daryāgaāt, Tehrān: Asāfir. [In Persian]
- Asemānī, Omīd(2012), A review of the models of physician-patient relationship and its challenges; *Medical Ethics and History of Medicine* ; 5 (4) :36-50.
- Aubin, Eugene(2013), *La Perse d’aujourd’hui Iran mesopotamie*, Translated by ‘Alī Ašḡar Sa’īdī, Tehrān: ‘Elmī.
- Barjaste Saḡar et al (1393), Gajar era health, hygiene and beauty (*Salāmat, Behdāšt va Zībāī Dar Ašre Qājār*), Translated by Mas’ūd Kaḡfīrī, Tehrān: Amīrkabīr.
- ‘Ein al-Salṭana, Qahramān Mīrzā (1377 Š.), *Rūznāme-ye al- kāterāt -e ‘Ein Salṭana*, edited by Mas’ūd sālūr, Īraj Afšār, Vols. 1, 2, Tehrān: Asāfir. [In Persian]
- D’Allemagne, Henry-René (1911), *Du Khorassan au pays des Backhtiaris, trois mois de voyage en Perse*, Translated by Gōlāmrezā Samī’ī, Vol. 2, Tehrān: Tāvūs.
- Dieulafoy, Jane(2012), *At Susa, the Ancient capital of the kings of Persia*, Translated by Frahvašī (Translator Homāyūn Sābeq), Tehrān: Qešepardāz.
- E’timād al-Salṭana, Moḥammad Ḥasan kān (1389 Š.), *Rūznāme-ye kāterāt-e E’timād al-Salṭana*, edited by Īraj Afšār, Tehrān: Amīr Kabīr. [In Persian]
- Feuvrier, Joannes (1906), *Trois ans a la cour de perse (Three years in the court of Iran)*, Translated by ‘Abbās Eqbāl Ašūānī, 2<sup>th</sup> edition, Tehrān: Donīyāye Ketāb.
- Floor, Willem M(2004), *Public Health in Qajar Iran*, Translated by Īraj Nabīpūr, Bošehr: Markaz Pažūhešhāye Salāmat-e Kalīje Fars.
- Ganjbaḡš Zamānī, Moḡsen (1389), “Russian and Britain Implementation of Medical and Sanitary Developments in Gajar era for Expanding Their Political and Economical Influence”, *History of Medicine Journal*, 2(4), P 192.
- Ḥājīrānpour, Ḥamīd; Ḥakīmīpour, Akbar(2017); Factors and Obstacles Affecting the Participation of European Physicians in Iran during Qajar Period, *Historical Sciences Studies*; Vol 8, Issue 1 , N: 13, Pages 15-35.
- Hamilton, Peter (1379), *Talcott parsons: key sociologists*, Translated by Torayā Kāmyār, Tehrān: Tārallāh.
- Hardinge, Arthur Henry(1370), *Kāterāt-e Sīāsī-ye Ser Arthur Hardinge*, Translated by javād Šeīḡ al-Islamī, Tehrān: Keīhān.
- Hedāyat, Mehdīqolī (1375 Š.), *kāterāt va қатарāt*, Tehrān: Zavvār. [In Persian]
- Giddens, Anthony(2003), *Sociology*, Translated by Ḥassan Čāvūšīān, 2<sup>th</sup> ed, Tehrān: Našr Ney.
- Karīmī Zeīnab, Nadīm Mošṭafā, Bīnšīfār Fātemeh(2019), Study of the Role of France in the History of Medicine and Health Services of the Qajar Era, *Medical Ethics and History of Medicine* ; 12 (1) :463-485.
- Maḡbūbī Ardakānī, Ḥosseīn (1368), *Čehel Sāl Tārīḡ Iran*, edited by Īraj Afšār, Vol. 2, Tehrān: Asāfir. [In Persian]
- Mas’ūdniā, Ebrāhīm (1389), *jāme‘e Šenāsī-ye Pezeškī*, Tehrān: Tahūrī.
- Moḡsenī Manūčehr (1388), *jāme‘e Šenāsī-ye Pezeškī*, 10<sup>th</sup> edition, Tehrān: Tahūrī.
- Mostūfī, ‘Abdollah (1384 Š.), *Zendegānī-ye Man ya Tārīḡ Eġtemā’ī va Ēdarī-ye Dūreye Qājār*, Vol, 1, Tehrān: Zavvār. [In Persian]
- Moulin, Anne-Marie (1393), *Le medecin du prince : voyage a travers les cultures*, Translated by ‘Alī Ašḡar Sa’īdī, Tehrān: ‘Elm.
- Nāšīr al-Dīn Šāh Qājār (1378 Š.), *Yāddāsthā-ye Rūzāne-ye Nāšīr al-Dīn Šāh (1300-1303 AH)*, edited by Parvīz Badī’ī, Tehrān: Sāzmān -e Asnād-e Mellī-ye Iran. [In Persian]
- Nāšīr al-Dīn Šāh Qājār (1379), *Rūznāme Kāterāt-e Nāšīr al-Dīn Šāh Dar Safar Dūvom Farangestān*, research Fāṡeme Qāzīha, Tehrān: Sāzmān Asnād Mellī-ye Iran. [In Persian]

- Nezām Al-Saltāna Māfī, Ḥosseīn Qolī Kān (1386), *Kāterāt va Asnād-e Ḥosseīn Qolī Kān* Nezām Al-Saltāna Māfī, edited by Ma'šūme Māfī va Manšūre Eteḥādiye, Tehrān: Našr-e Tarīk-e Iran.
- Polak, Jakob Eduard (2018), *Persien, Das Land Und Seine Bewohner; Ethnographische Schilderungen*, Forgotten Books, Translated by Keikāvūs jāhāndārī, 2<sup>th</sup> edition, Tehrān: Kārazmī.
- Rocher, Guy (1376), *Talcott Parsons et la sociologie americaine*, Translated by 'Abdul-Ḥosseīn Nīkmehr, Tehrān: Tabān.
- Šaf'atī, Ma'šūme, Zāhedī, Moḥammad jāvād (1393), "A Sociological explanation of the Doctor-Patient Relationship (A qualitative study in the city of Ahvaz, Iran)", *Journal of Iranian Social Studies*, 8(1), pp105-137. [In Persian]
- Šahīdī Māzandarānī, Ḥosseīn (1383), *Sargozašt-e Tehran*, Tehrān, Rāh-e Mānā. [In Persian]
- Sepehr, 'Abdol-Ḥosseīn Kān (1368), *Yādāsthāye Malekol Movareḳīn*, researched by 'Abdol-Ḥosseīn Navaī, Tehrān: Zarrīn. [In Persian]
- Serena, Carla (1883), *Hommes et choses en perse*, Paris : G. Charpentier et cie, Translated by Ḡolāmrezā Samī'ī, Tehrān: Našre Nū.
- Wills, Charles James (2016), *In the Land of the Lion and Sun; Or, Modern Persia: Being Experiences of Life in Persia from 1866 to 1881*, Translated by Ḡolām Ḥosseīn Qarāḡūzlū, Tehrān: Eqbāl.
- Wills, Charles James (2016), *Persia as it is: Being Sketches of Modern Persian Life and Character*, Palalas Press.
- Yosida, Masaharu (1894), *Kaikyō tanken Perushia no tabi*, Translated by Hāšem Raḡabzāde, Tehrān: Āstān Qods Razavī .



## Patient-physician Relationship Process Analysis in Iran in the Second half of the Qajar Era Based on the Parsons Model<sup>1</sup>

Ghaffar Pourbakhtiar<sup>2</sup>

Received: 2020/11/27  
Accepted: 2021/3/11

### Abstract

One of the most important issues in the medical and health field of the Iranian society, during the second half of the Qajar era, was the relationship between patient and physician. The nature of these relationships at that time was one of the most important things that could have a great impact on how people were health-wise examined and treated; individually and generally. Regarding the patient-physician relationship, a number of sociologists around the world have offered a theoretical model, one of which is the American sociologist Talcott Parsons. In this article, using a descriptive-analytical research method facilitating first-hand sources such as memoirs and travelogues, the relationship between upper-class patients and European physicians based on the Parsons role-oriented model is investigated. The research questions are: Did the patients of the upper classes during the second half of the Qajar era have the conditions to play the social role of the patient? Did European physicians in this era have the conditions to play the social role of the doctor? Findings indicate that in the second half of the Qajar era, both the upper class patient and the European physician were able to play their social role in the cycle of patient-physician relations. However, issues such as patients' malingering were among the influential factors that could disrupt the normal course of patient-physician relationships during this period.

**Keywords:** Physician, Patient, Social role, Relationships, Parsons.

1. DOI: 10.22051/hii.2021.34032.2374

2. Assistant Professor, Department of History, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran. Email: [gh.porbakhtiar@iau-shoushtar.ac.ir](mailto:gh.porbakhtiar@iau-shoushtar.ac.ir)  
Print ISSN: 2008-885X/Online ISSN:2538-3493