

## انسان‌زدایی در مناسبات پزشکی و بیمار: بررسی تجربی و انطباق نظری\*

مرضیه ابراهیمی،\* شمیم شرافت،\*\* ابوعلی ودادهیر،\*\*\* حسن عینی زیناب\*\*\*\*

(تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۱/۰۳، تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۴/۰۶)

### چکیده

در این پژوهش علل ساختاری برخی عادت‌های پزشکان همچون نگاه‌نکردن و کالایی‌دیدن بیمار را با استفاده از نظریهٔ زمینه‌ای چندگانه دنبال کردیم. داده‌های پایهٔ پژوهش از مصاحبه با پزشکان، بیماران، دانشجویان پزشکی و متخصصان حوزهٔ سلامت، برای رسیدن به دیدگاه‌های همه‌جانبه بدست آمده است. یافته‌های ما سه عامل اصلی را نشان می‌دهند: نخست اینکه ساختار قدرت در نظام درمان از طریق دو سازوکار ارتباطی-زبانی، یعنی سکوت ممتد و سخن‌گفتن مقطعی با زبان تخصصی، در رابطهٔ پزشک با بیمار بروز یافته و به رسوبات فرهنگی و عادت‌وارهٔ پزشکی بدل شده است. دومین عامل به سیاست‌گذاری‌های عرصهٔ سلامت برمی‌گردد که در آن بار کاری پزشکان، در عمل کمترین زمان و انرژی ممکن برای تعامل را باقی می‌گذارد. در نهایت انکشاف منطق سرمایه در این حوزه، به عنوان عاملی شناخته شد که امکانات، تجهیزات و دانش درمانی را به نیرویی قدرتمند و مستقل در مقابل بیماران و نیروهای درمان بدل کرده است.

<http://dx.doi.org/10.22034/jsi.2022.113167.1422>

\* مقاله علمی: پژوهشی

\*. استادیار گروه آموزشی جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) [ma\\_ebrahimi@sbu.ac.ir](mailto:ma_ebrahimi@sbu.ac.ir)

\*. دانشجوی دکتری گروه آموزشی جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران [shamim.sherafat@gmail.com](mailto:shamim.sherafat@gmail.com)

\*\*\*. دانشیار گروه آموزشی انسان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران [vedadha@ut.ac.ir](mailto:vedadha@ut.ac.ir)

\*\*\*\*. دانشیار گروه آموزشی تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران [hassan.eini@sbu.ac.ir](mailto:hassan.eini@sbu.ac.ir)

مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره بیست و دوم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۰، ص ۵۳-۳۳

**مفاهیم اصلی:** انسان‌زدایی، رابطه پزشک و بیمار، سرمایه‌داری پزشکی، سیاست‌گذاری

سلامت.

### مقدمه و بیان مسأله

یکی از بیماران تجربه خود از مواجهه با پزشک را این‌گونه توصیف کرد: «حدود ۳ هفته قبل باید برای ویزیت وقت می‌گرفتم و اکثراً هم مطب پر بود و با تاخیر وارد می‌شدیم. ولی بیشتر از ۵ یا نهایتاً ۱۰ دقیقه برایم وقت نمی‌گذاشت. وقتی بیرون می‌آمدم هنوز نگرانی‌هایم پابرجا بود. سوالاتم را سر بسته جواب می‌داد و برخی را هم اصلاً اجازه نمی‌داد بپرسم. وقتی هم مهرش را پای نسخه‌ام می‌زد، یعنی که دیگر وقتم تمام شده و باید از اتاقتش بیرون بروم» (بیمار گوارشی). پزشک با او رابطه چشمی برقرار نکرده بوده و تنها با چند کلمه تخصصی و صدای کوبیدن مهر روی نسخه کل فرایند معاینه و تجویز را در کوتاه‌ترین زمان ممکن به پایان برده بود. این نه تجربه‌ای خاص، که به نظر می‌رسد وضعیتی عام در برخورد پزشک با بیمار در ایران است. تقریباً تمام مصاحبه‌های صورت گرفته به نحوی به این موضوع اشاره کردند، علاوه بر اینکه تجربه‌ها و شنیده‌های شخصی نیز حاکی از همین برخورد بود. بی‌تردید این شکل از رابطه نمی‌تواند رابطه‌ای طبیعی و موردقبول، لاقبل از سمت بیماران، باشد؛ چرا که دائماً از آن همچون رفتاری غیرانسانی یادشده است. حتی مبانی اخلاقی حرفه پزشکی نیز «درمان بیمار بخاطر خود او، حداکثر کردن عاملیت بیمار در تصمیم‌گیری آگاهانه و توزیع عادلانه منافع درمان» (Beauchamp & Childress, 2001) را می‌پذیرند. مسأله ما این است که چرا چنین وضعیتی به‌رغم اینکه موردقبول نبوده و غیراخلاقی تلقی می‌شود، وجود و تداوم دارد؟

عمر سلطان حق از دانشگاه هاروارد و آدام وایتز از دانشگاه نورث‌وسترن نیز در مقاله خود با عنوان انسان‌زدایی در پزشکی: علل، راهکارها و کارکردها بحث را با این نقل قولی -از یکی از بیماران به پزشک خود- شروع می‌کنند: «من یک دیابتی نیستم؛ آدمی هستم که حسب اتفاق دیابت هم دارم» (Haque & Waytz, 2012: 176). برای این پژوهشگران پیدا کردن علل ساختاری، سازمانی و کارکردی منجر به انسان‌زدایی در رابطه پزشک و بیمار در راستای ارائه راهکارهایی برای رفع آن اهمیت پیدا کرده. انسان‌زدایی برای آنها به «قائل‌نشدن یک ذهن انسانی متمایز برای دیگری» تعبیر می‌شود. علل ساختاری نیز برایشان شامل «اعمال غیرفردی‌کننده»<sup>۱</sup>، «زدست‌رفتن

<sup>۱</sup> Deindividuation

هم‌دلی» و «عدم درگیری اخلاقی» می‌شود. راهکارهای پیشنهادی آنها، نیز به تبع «عاملیت‌دادن به بیمار»، «برقراری تعادل در هم‌دلی» و «درگیری اخلاقی» است. ما در اینجا از چند جهت با حق و وایتز همراهی می‌کنیم. نخست اینکه پرسش ایشان، اگرچه احتمالاً در شرایط متفاوت و با حساسیت متفاوتی طرح شده، همان پرسش ما نیز هست. دوم اینکه با تعریف ایشان از انسان‌زدایی، با دریافتی جامعه‌شناختی، یعنی قائل‌نشدن حیثیت اجتماعی متمایز برای دیگری، همراهی می‌کنیم. در نهایت اینکه پرداختن به عوامل ساختاری و سازمانی را بجای متهم کردن افراد، همچون این پژوهشگران حائز اهمیتی اساسی می‌دانیم، هرچند که فهم متفاوتی از آن بدست خواهیم داد. در رابطه پزشک با بیمار، مسئله بی‌توجهی به بیمار طرح می‌شود و تمام تلاش خود را به بازکردن ابعاد اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و اجتماعی این رابطه معطوف خواهیم کرد. بخش مهمی از نظریه پردازان و محققان (روتز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ میشلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ امانوئل و امانوئل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲) درباره مدل‌های پدرمآبانه، دوستانه و تجاری در رابطه پزشک و بیمار سخن گفته‌اند، که زاویه دید انتقادی در فهم رابطه است. اما آنچه در اینجا مدنظر ماست، ساختارها و بسترهای اجتماعی، اقتصادی و سیاستی شکل‌دهنده به این رابطه است که در نهایت مؤید مدل‌های مفهومی پدرمآبانه و تجاری شده است.

### پیشینه تحقیق

پژوهش‌های متعددی طی سال‌های اخیر انجام شده‌اند که به نحوی رابطه پزشک و بیمار و خلل موجود در آن را بررسی کرده‌اند. به نظر می‌رسد با گسترش مراکز خصوصی، رابطه به صورت فروشنده و مشتری در مدل تجاری تغییر کرده است (آسمانی، ۱۳۹۱). الگوی پدرسالار در نظام درمان ایران از مهمترین یافته‌های پژوهشی اخیر است. نیره داودی (۱۳۹۶) در تز دکتری خود پدرسالاری در اورژانس را به‌خوبی نشان می‌دهد. او چهار سطح از مناسبات قدرت در رابطه پزشک و بیمار را از سلطه‌گری فرادست تا هیچ‌شدگی فرودست تشخیص می‌دهد. در پژوهشی دیگر که در محیط‌های بیمارستان‌های دولتی تهران انجام شده، نشان داده شده که علاوه بر وجود اختلال‌های ارتباطی-اطلاعاتی در رابطه پزشک و بیمار الگوی پدرسالارانه هم در این محیط‌ها حاکم است (پالیزدار و زردار، ۱۴۰۰). همچنین در مقایسه محیط بیمارستانی و مطب شخصی نحوه کنترل و مدیریت بحث از جانب پزشک صورت گرفته و بیمار در قالب ارباب‌رجوع منفعلانه تابع نظر پزشک

<sup>1</sup> Roter

<sup>2</sup> Mishler

<sup>3</sup> Emanuel

است و در رابطهٔ پزشک و بیمار کمبود مشارکت بیمار و گفت‌وگوی همدلانه سیطره دارد (ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۱).

برخورد نامناسب پزشکان با بیماران همچنین قابل انتقال به دانشجویان آنان هم هست. دانشجویان نیز در آموزش‌های بالینی خود زمان کمی را به صحبت کردن با بیماران اختصاص می‌دهند (شفعتی و زاهدی، ۱۳۹۱). این محققان دو مدل عمومی از رابطهٔ پزشک و بیمار را معرفی می‌کنند. در مدل پزشکی-زیستی صرفاً جنبه‌های درمانی مد نظر است و پزشک به عنوان دانای کل به درمان بیمار منفعل می‌پردازد. در مقابل، در مدل زیستی-روانی-اجتماعی، مشاوره و پیشگیری مقدم بر درمان تلقی می‌شود و بر ابعاد ذهنی نیز در کنار ابعاد جسمی توجه می‌شود.

اما تمام پژوهش‌ها معطوف به توصیف وضعیت نبوده است و بخش مهمی نیز به علل این وضعیت پرداخته‌اند. تحقیق‌های متعددی نشان می‌دهند که نقص در عامل زبانی و ارتباطی در کنار سایر شاخص‌های اجتماعی یکی از مهمترین علل این وضعیت است. شفعتی و زاهدی (۱۳۹۱) توجه اندک به مهارت‌های ارتباطی در دوران آموزش پزشکی را یکی از موانع رابطهٔ مؤثر پزشک و بیمار می‌دانند. آن‌ها در جای دیگر (۱۳۹۲) اشاره می‌کنند که در رابطهٔ پزشک و بیمار، قدرت با بالارفتن سطح تحصیلات بیماران به سمت رابطه با قدرت متوازن متمایل می‌شود. سطح بالای تحصیلات بیماران و نیز اطلاعات پزشکی‌شان از قدرت و سطح کنترل پزشک می‌کاهد. غیر از این عوامل همچون نگاه محدود و منقطع پزشکی به عضو به‌جای نگاه به انسان به عنوان یک کلیت (انصاری‌پور و دیگران، ۱۳۹۶؛ قاضی طباطبایی و دیگران، ۱۳۸۶) و توزیع نامناسب نیروی درمان و مدیریت غیریکپارچه در سیاست‌گذاری درمان (اخوان بهبهانی و همکاران، ۱۳۸۴) نیز دیده شده است. تفاوت بحث ما در اینجا نخست در کنارهم‌دیدن عوامل ساختاری از این حیث است که چگونه در رابطهٔ پزشک و بیمار بر هم متقاطع شده و یکدیگر را تقویت می‌کنند. غیر از این تأکید بر عواملی که شکلی ساختاریافته پیدا کرده، تأکید بر تغییر نگاه ایجابی به حوزهٔ درمان است.

### مبانی و چارچوب نظری

زمینه‌ای کردن نظری، غیر از اینکه فهم موضوع را تسهیل می‌کند، هم در پالایش مفهومی و اعمال حساسیت نظری در مقوله‌بندی و هم در تطابق نظری حضور پررنگی داشت. نظریه‌ها در هر جایی از تحقیق می‌توانند حضور داشته باشند. چنانچه آوردیم، در طرح مسأله و پیشینهٔ پژوهش همراه با ما حساسیت موضوع را نشان دادند. در این بخش نیز مروری کلی بر برخی نظریه‌ها، چشم‌انداز اولیه ما را مشخص خواهد کرد.

مدل مشارکت دوجانبه توسط ساز و هولندر<sup>۱</sup> در سال ۱۹۵۶ ارائه شد. آنها سه شکل از رابطه پزشک و بیمار را معرفی کردند. در حالت اول، بیمار توانایی تصمیم‌گیری نداشته و پزشک اختیار کامل دارد. در حالت دوم، بیمار در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت کرده و پس از توضیح پزشک، تصمیم می‌گیرد. در حالت سوم، بیمار کنترل بیشتری در فرآیند درمان دارد و پزشک تنها به او در مسیر بیماری کمک می‌کند. به این ترتیب طیفی از مناسبات قدرت مابین پزشک و بیمار امکان حضور دارد. اما مسأله اینجاست که غالب شدن یک حالت از این طیف در سطحی وسیع، نمی‌تواند به دلایل فردی و روانشناختی بوده باشد و پای عوامل ساختاری را به میان خواهد کشید. با وجود انواع مدل‌های رابطه پزشک و بیمار باید توجه داشته باشیم که زمانی که صحبت از رابطه می‌کنیم، به یک فرآیند اجتماعی می‌پردازیم و نمی‌توانیم کنش‌های انسان‌ها را محدود به چند مدل خاص کنیم و نوع رابطه بر اساس بستر شکل‌گیری آن می‌تواند ترکیبی از تمام موارد مذکور باشد. در همین راستا، ویتکسین (۱۹۸۹) به سطوح کلان رابطه هم تاکید می‌کند. به عقیده او «ساختارهای جامعه به تولید بستر اجتماعی معینی کمک می‌کنند که بیماران و پزشکان خود را در آن می‌یابند. گفت‌وگویی که در برخوردهای پزشکی به عمل می‌آید نیز می‌تواند در تقویت و تحکیم ساختارهای اجتماعی گسترده‌تر مفید واقع شود» (اسکمبلر، ۱۳۹۶: ۷۷). او بیان می‌کند که مشکلات زمینه‌ای سبب ایجاد تنش‌هایی در گفتمان پزشکی شده و گهگاه نیز به طور ناگهانی، وارد این گفتمان می‌شوند، یا در حواشی آن سربرمی‌آورند و یک «واقعیت ضدبستر» خلق می‌کنند که نمی‌توان آن را در چارچوب برخورد پزشکی حل و فصل کرد. پزشکان تمایل دارند با استفاده از «قراین و نشانه‌های سلطه مانند دودیدن میان حرف بیمار، قطع کردن صحبت وی و ناچیز شمردن یا کم‌اهمیت جلوه دادن و... که گفتمان را به مسیر پیچیده و فنی آن عودت می‌دهند، این قبیل تنش‌ها را سرکوب کنند» (اسکمبلر، ۱۳۹۶: ۸۱). در پیشینه به مصادیقی از مداخله ساختارهای زبانی و ارتباطی در رابطه اشاره کردیم.

از سوی دیگر، در مدل ارتباطی تجاری اوزار<sup>۲</sup> (۱۹۸۴) پزشک فروشنده خدمات درمان و بیمار مشتری آن است. اساس این ارتباط بر پایه کالا، قیمت و مبادله است. در این مدل معیار ارائه خدمات پزشکی، نیاز بیمار نیست، بلکه چیزی است که بیمار برای خریدنش تمایل دارد و می‌تواند هزینه‌های پزشک را در کمترین زمان و با کم‌ترین تلاش برگرداند. در این شکل از رابطه شکلی سیستماتیک فرایند انسان‌زدایی رخ می‌دهد. غیر از منطق اقتصادی سیاسی، منطق حاکم بر پزشکی مدرن نیز بیمار را از کلیت انسانی‌اش خارج می‌کند. فوکو در پیدایش کلینیک (۱۳۹۰) نشان

<sup>1</sup> Szasz and Hollender

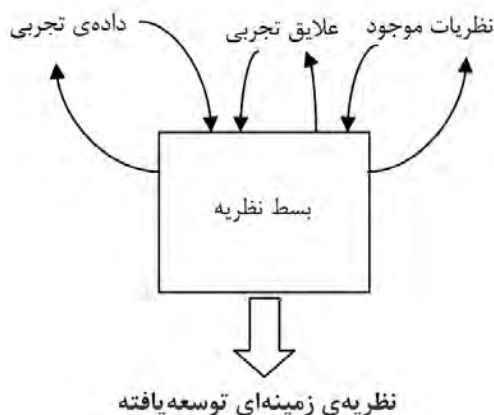
<sup>2</sup> Ozar

می‌دهد که چگونه پزشکی مدرن بیمار را از منظر بدن تشریح‌شده و تقلیل‌یافته به اعضا، یا به عبارتی از منظر مرگ نگاه می‌کند. ایوان ایلچ نیز یکی از علل آفت‌زا بودن پزشکی را این می‌داند که در دوره مدرن، انسان، بدن است و بدن انسان نیز مثل دستگاهی مکانیکی است که «گاه و بیگاه چرخ‌های آن از تراز خارج می‌شوند و پزشک، مانند یک مهندس از طریق عملیات جراحی، شیمیایی یا برقی اندام‌های ناتراز را باید مرتب کرده و سر جای خود بنشانند» (ایلچ، ۱۳۵۸: ۴۸). یکی از بیماران این وضعیت را به‌خوبی تشریح می‌کند: «یکی از چیزها گوش‌ندادن است. یعنی این که آدم‌ها را مثل ماشین بدانند. دکتر من برخورد خوبی نداشت و معلوم بود فقط برای پول کار می‌کند انگار یک اسکناس روبروش نشسته بود! اصلاً به حرف‌هایم گوش نمی‌داد، ارتباط چشمی برقرار نمی‌کرد. حس خوبی پیش او نداشتم» (بیمار ام‌اس). رویکرد پدیدارشناسی به بیماری، دقیقاً سعی می‌کند از همین منظر به موضوع بپردازد. در توصیف پدیدارشناختی «بیماری دیگر یک اختلال بیولوژیکی صرف نیست که پزشکان متخصص معالجه‌اش می‌کنند. پدیدارشناسی به دلیل توجه و تأکیدی که بر تجربه ذهنی و درونی فرد بیمار دارد، بیماری را به شکل یک روش زندگی و تجربه دنیا و معاشرت با سایر افراد تلقی می‌کند؛ نه آنکه بیماری را اختلالی جزئی در کارکرد خاصی از بدن بداند» (کرل، ۱۳۹۲: ۳۱).

بررسی این نظریه‌ها، چشم‌اندازی ایجابی را نیز بوجود آورده. این چشم‌انداز شکلی ایده‌آل از رابطه پزشک و بیمار متصور می‌شود که در آن با کمک مدل مشورتی، پزشک بیمار را همچون یک انسان در کلیت زندگی‌اش لحاظ کرده و او را از فرآیند درمان به نحوی آگاه می‌کند که فضایی برای مشارکت و تصمیم‌گیری داشته باشد. این مدل رابطه نیازمند صرف زمان و دقت بالا و همچنین برخورد شایسته و انسانی با بیمار است. از نظر آرورا (۲۰۰۳) ارتباط مشارکتی باعث تبادل اطلاعات بین پزشک و بیمار شده و تعاملی برابر بین پزشک و بیمار را شکل می‌دهد. در این شکل از رابطه «اعتماد» که عنصری کانونی در رابطه پزشک و بیمار است بازیابی شده و بیمار و پزشک به درک متقابل و احترام به یکدیگر می‌رسند. در نقطه مقابل این دیدگاه آنچه در مصاحبه‌های این پژوهش دیده می‌شود، برخورد مشتری‌محور با بیمار و عدم صرف دقت و زمان کافی برای درمان است. عاملی که نارضایتی و نگرانی بیماران و البته از بین رفتن اعتماد در آنان را هم به همراه داشته است.

روش‌شناسی

در این پژوهش از روش نظریه‌مبنایی چندگانه<sup>۱</sup> بهره بردیم. این روش که به نوعی بسط‌یافته‌ی روش نظریه‌زمینه‌ای است، در حد واسط نظریه‌سازی و نظریه‌آزمایی قرار می‌گیرد و نظریات موجود در سطح داده‌های تجربی در طرح نهایی مداخله و بسط داده می‌شود (گلدکهل و کرانهلم، ۲۰۱۸).



نمودار ۱. شکل‌گیری نظریه‌ی زمینه‌ای چندگانه. منبع: گلدکهل و کرانهلم (۲۰۱۸)

روش نظریه‌ی زمینه‌ای چندگانه محقق را از خطر سوگیری احتمالی تحت تاثیر داده‌های جمع‌آوری شده و ذهنیت پیشینی خودش مصون می‌کند. منظور گلدکهل و هالتگرن<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) از این روش، ترکیب چند عنصر باهمدیگر است: داده‌های تجربی که به شیوه‌ی استقرایی جمع‌آوری شده‌اند، آنچه این دو زمینه‌ای کردن تجربی<sup>۴</sup> می‌نامند؛ نظریات از پیش موجود که مناسب با پدیده مورد نظر انتخاب شده‌اند، آنچه زمینه‌ای کردن نظری<sup>۵</sup> نامیده شده؛ و در نهایت همگرایی درونی بین عناصر نظریه، عاملی که زمینه‌ای کردن درونی<sup>۶</sup> نامیده می‌شود. رعایت چند اصل در این روش ضروری است. کدها و مفاهیم باید نه فقط از داده‌ها استخراج شده باشند، بلکه با مفاهیم و دانش فعلی نیز وارد دیالوگ شوند. در واقع هم مفاهیم برخاسته از یافته‌ها و هم نظریات پیشین در ترکیب باهم اهمیت ویژه دارند. بسترهای شکل‌گیری پدیده در این روش اهمیت زیادی دارند. محقق همواره

<sup>۱</sup> Multi Grounded Theory

<sup>۲</sup> Goldkuhl & Cronholm

<sup>۳</sup> Hultgren

<sup>۴</sup> empirical grounding

<sup>۵</sup> theoretical grounding

<sup>۶</sup> internal grounding

در فرآیند بسط نظریه باید به بسترهایی که مسبب رویدادها و رفتارهای مورد نظر هستند توجه ویژه داشته باشد. اصل بعدی درگیری با داده‌ها است. داده‌ها کانون اصلی نظریه زمینه‌ای هستند و در شکل چندگانه آن تاکید روی نظریه‌های پیشین منجر به حساسیت نظری در محقق و اعمال آن روی داده‌ها می‌شود (تیمونن و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸).

در مدل اشاره شده، فرآیند بسط نظریه شامل کدگذاری استقرایی، پالایش مفهومی، ایجاد ساختارهای مقوله‌ای و تطابق نظری می‌شود. کدگذاری استقرایی در شکل چندگانه نظریه زمینه‌ای معادل کدگذاری باز است. تلاش بر آن است تا با ذهنی باز، فارغ از هرگونه نظریه‌پردازی و مفاهیم پیشینی داده‌ها تفسیر شوند و «داده‌ها حرفشان را بزنند» (گلدکهل و کرانهلم، ۲۰۰۳، ص ۶). ابتدا در کدگذاری استقرایی داده‌های حاصل از مصاحبه کدگذاری می‌شوند. در مرحله پالایش مفهومی داده‌های تجربی مورد جرح و تعدیل قرار می‌گیرند. از آنجایی که محقق در خطر اضافه کردن برداشت‌های شخصی خود به داده‌ها است، از نظریات جهت تدقیق کار استفاده می‌شود. مثلاً وقتی مصاحبه‌شوندگان از «تولید بیماری» یا «ضرورت پرکردن تخت بیمارستانی» صحبت می‌کردند، بحث اقتصاد سرمایه مارکس مورد استفاده قرار گرفت. مرحله ایجاد ساختارهای مقوله‌ای نیز معادل کدگذاری محوری نظریه زمینه‌ای است. یافته‌های ما در این روش باید دارای اعتبار نظری (مطابقت با انتزاع‌های نظری ما)، اعتبار تجربی (مطابقت با مشاهدات تجربی ما) و اعتبار درونی (انسجام نظریه‌ای که داریم از جهان ارائه می‌کنیم) باشند.

در مرحله تطابق نظری، کوشش شد تا نظریه خود را در کنار نظریه‌های موجود قرار دهیم که هم چرخ را دوباره اختراع نکنیم و هم تفاوت‌ها و شباهت‌های خود با سایرین را بررسی کنیم. درست این است که نظریه‌های دیگر بخشی از پدیده مورد نظر ما را پوشش دهند یا به آن ربط داشته باشند. تطابق نظری می‌تواند منجر به اخذ یک تئوری تازه، شفاف‌تر کردن نظریه زمینه‌ای و نقد نظریات موجود شود.



<sup>1</sup> Timonen et al.



نمودار ۲. انطباق نظری در مولتی‌گراندد تئوری. منبع: گلدکهل و کرانهولم

همچنین با بهره‌گیری از روش چندوجهی‌سازی (کارتز و دیگران، ۲۰۱۴) صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان را به یکدیگر پیوند زدیم. با اینکه مصاحبه‌ها به صورت جداگانه انجام شدند، اما پاسخ هر مصاحبه‌شونده دیگری را تکمیل کرده و مانند دیالوگ‌هایی در کنار هم قرار داده شده‌اند. ابتدا مصاحبه‌ها انجام و پیاده‌سازی شدند. در فرآیند تحلیل استقرایی مصاحبه‌ها، محققان به چندین مقوله دست یافتند که به مرور با یافتن عناصر اشتراکی بین آنها، مقولات را به چند مقوله اصلی و زیرمقوله تقسیم کردند. نظریه‌های مورد مطالعه، در فرآیند تجزیه و تحلیل یافته‌ها هم در ساختن مقوله‌ها و پالایش مفهومی و هم در تطابق نظری به کمک ما آمدند.

با روش مصاحبه نیمه‌ساخت یافته داده‌های مربوط به رابطه پزشکان با بیماران را استخراج کردیم. تعداد مشارکت‌کنندگان نیز با توجه به اشباع نظری تعیین شد؛ دانشجویان پزشکی (۲۲ نفر)، پزشکان (۱۸ نفر)، بیماران (۲۰ نفر) و متخصصان و جامعه‌شناسان حوزه سلامت (۷ نفر). در مجموع ۶۷ مصاحبه انجام شده که تنها به ذکر برخی نقل قول‌هایی که از نظر محتوایی تکرار بیشتری داشتند اکتفا کردیم. برخی مصاحبه‌شوندگان از طریق نمونه‌گیری گلوله‌برفی و برخی دیگر به صورت هدفمند با داشتن امکان دسترسی انتخاب شدند. مصاحبه‌ها به صورت حضوری و برخی هم به علت همزمانی با همه‌گیری ویروس کرونا به صورت تلفنی انجام شد. طول هر مصاحبه بین ۱ تا ۳ ساعت بوده است. با توجه به تنوع مصاحبه‌شوندگان ۴ تیپ سوال متفاوت طراحی شد. مصاحبه‌شوندگان فرم رضایت از مصاحبه را پر کرده و اطلاعات بدست آمده از مصاحبه با حفظ محرمانگی اسامی آنها مورد استفاده قرار گرفته است. بیماران مورد مصاحبه (با تنوع در جنسیت، طبقه، سطح تحصیلات)، دارای بیماری مزمن بوده و سوالات با محوریت تجربه آنها از مواجهه با پزشک طرح شده است. دانشجویان (از دانشگاه‌های دولتی ایران) از ترم اول تا ترم آخر پزشکی را شامل شده و سوالات با محوریت تجربیات دوران دانشجویی، هدف‌ها و انگیزه آنها در رشته پزشکی و چشم‌انداز آنها از آینده خود صورت گرفته است. در خصوص پزشکان نیز، تنوع تخصص‌های پزشکان حفظ شده و دیدگاه آنها از طرح‌های مربوط به پزشکان، نحوه مواجهه با بیماران و سختی‌های کار را جویا شدیم. متخصصان حوزه سلامت نیز درباره سیاست‌گذاری‌های سلامت، وضعیت رابطه پزشک و بیمار از بعد اجتماعی و سیستم آموزش پزشکی صحبت کرده‌اند. پس از اتمام مصاحبه‌ها و پیاده‌سازی آنها، مقوله‌های مختلفی از دل صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان استخراج شد و در نهایت به چند مقوله اصلی و زیرمقوله فرعی تبدیل شد. نحوه انتخاب مقولات اصلی، تکرار و ارتباط معنادار و تکمیل همدیگر بوده است. در بخش یافته‌ها، عنوان اصلی، مقوله محوری است و جمع‌بندی این

مقولات در بخش آخر، پیشنهاد نظری کار محسوب می‌شود. در طول تحلیل تنها به مواردی از مصاحبه‌ها اشاره شده است که به شکل مستقیم به موضوع پرداخته‌اند. و سایر مصداق‌ها به طور مفصل در گزارش مفصل تحقیق آمده است.

مهمترین مسأله روشی پژوهشگران، اعتبار و تعمیم‌پذیری داده‌ها بود. انتخاب روش نظریه‌زمینه‌ای چندگانه، به ما کمک کرد که علاوه بر استفاده و اعتباریابی از یافته‌های سایر پژوهش‌های صورت‌گرفته در ایران، در ساخت الگوی نظری نیز با احتیاط بالایی عمل کنیم. غیر از این عملاً در هیچ یک از موارد بررسی جنسیت، قومیت، شهر و طبقه اجتماعی، داده‌های متناقضی در یافته‌ها ایجاد نکردند و تنها شدت و ضعف عوامل را تحت تأثیر گذاشتند که از آنجایی که عوامل ساختاری سطح کلان برای ما موضوعیت داشت، خدشه‌ای در اعتبار کلی یافته‌ها ایجاد نشد. شاید این پرسش پیش بیاید که محقق تمام آنچه را خود می‌خواسته (به دلایل شخصی یا سوگیری نظری و غیره) فراخوانده و استنتاج کرده است. غیر از مواردی که در خصوص اعتبارسنجی یافته‌ها آوردیم، داده‌ها در خصوص وجوه انسان‌زدایی شده از رابطه پزشکی با بیمار، بلند و پرطنین سخن می‌گفتند و تلاش علمی ما در اینجا نه تشدید صدای آن که بازنمایی آن در یک صورت‌بندی علمی برای یافتن راهکارهایی عملی بوده است.

### یافته‌های تحقیق

#### ابعاد زمانی و زبانی ساختار قدرت

امینی و همکارانش در بررسی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷ به این نتیجه رسیده‌اند که تنها نزدیک ۲۰ درصد از بیماران میزان فهم و درک خود از بیماری را «زیاد» توصیف کرده‌اند. میزان اطلاعات (مطلع بودن) بیماران در هنگام تصمیم‌گیری و رضایت دادن در وضع نامناسبی بوده و حدود ۶۰ درصد بیماران اطلاعات کافی و قابل قبول برای رضایت‌دادن دریافت نکرده بودند. میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی در این تحقیق نسبی بوده و حدود ۵۳/۲ درصد از بیماران اعلام کرده‌اند که هیچ‌گونه مشارکتی در تصمیم‌گیری‌ها نداشته‌اند (امینی و همکاران، ۱۳۸۸: ۶۵). آنچه این پژوهش نشان می‌دهد این است که ارتباط میان پزشک و بیمار مخدوش است. یعنی یا ارتباط کلامی و انتقال اطلاعات در حداقل خود قرار دارد و یا به شکلی غیرقابل فهم ارائه شده است. زبان از نظر بیمار رویداد درونی بیماری را (هرچند نه به قدر کفایت) غیرمستقیم بازنمایی می‌کند؛ زبان از نظر دکتر آن مرضی را غیرمستقیم بازنمایی می‌کند که پشت تجربه ذهنی بیمار کمین کرده است. یعنی ابژه‌ای که فرض شده زبان برای آن مرجع بازنمایی غیرمستقیمی محسوب می‌شود، ابژه‌ای مشترک

نیست. تومیز (۱۳۹۷) به استدلال آلفرد شوتر<sup>۱</sup> استناد می‌کند که «انتقال موفقیت‌آمیز بر این پیش‌فرض استوار است که نوعی همسازی بدیهی‌انگاشته در الگوهای تفسیری انتقال‌دهندگان وجود دارد؛ بدین‌معنا که انتقال‌دهنده فرض می‌کند که مفسر علامت ارتباطی او را عمدتاً و اصولاً به شیوه خودش تفسیر می‌کند» (تومیز، ۱۳۹۷: ۶۲). بیمار علامت ارتباطی را در رابطه با تجربه خودش از بیماری و شرایط درمان در شرایط کلی زندگی‌اش تفسیر می‌کند و نه در آسیب‌شناسی بالینی و سایر حوزه‌های علم پزشکی.

منظور ما از بعد ساختاری زبان، آنجا که به انسان‌زدایی از رابطه می‌انجامد، زبانی است که به حرف در نمی‌آید و وقتی هم که به حرف می‌آید درک نمی‌شود. زبان پزشکان زبان تخصصی است. زبان تخصصی هم زبان قدرت است، زبان حرف نزدن است، زبان تخصصی دورشدن از زبان مشترک است. مفاهیم و کلمات مشترک در زبان تخصصی از بین می‌روند. ساختار دانشگاه این زبان را به دانشجویان آموزش داده و تقویت می‌کند. دانشجو بجای ایست قلبی می‌گوید «Arrest داد» این زبان عامل تمایزبخش پزشکان از بیماران است. زبانی که اگر به عکس آن به کار برده شود، عامه‌پسند و نادقیق دانسته می‌شود. این زبان در آکادمی و فرایند تحصیل شکل می‌گیرد. این در حالی است که در دروس اخلاق پزشکی تصریح می‌شود که «مطالب را به روشنی بیان کنید، از زبان فنی و به کار بردن واژه‌های تخصصی خودداری کنید. از زبانی مناسب با سطح درک بیمار و نیز از زبانی که بیمار به راحتی آن را می‌فهمد استفاده کنید؛ در صورت ضرورت از مترجم حرفه‌ای استفاده کنید» (لاریجانی، ۱۳۹۲: ۲۵۹). این درحالی است که استفاده از زبان مغلق امری رایج در رابطه است: «تجربه این که در مورد دارو خوب صحبت کنند و توضیحات دقیقی بدهند را نداشتیم؛ اینکه به یک زبان ساده تجربیات پزشکی‌شان را برای ما قابل فهم کنند و ما را در جریان اتفاقی که دارد برایمان می‌افتد قرار دهند» (بیمار گوارشی). پژوهشگران و سیاست‌گذاران مورد مصاحبه نیز معتقد بودند فرهنگ صحبت‌نکردن پزشک یا سخت‌صحبت کردن در جامعه ایران جالفتاده و حتی بین بیماران هم پذیرفته شده است: «البته برخی بیماران هم اصلاً دوست ندارند به آنها توضیح دهند و این فرهنگ جا افتاده که پزشک رفتار درستی ندارد و توضیح نمی‌دهد. ولی بخشی از این بی‌توجهی‌هایی که به وجود آمده خواسته خود بیماران هم هست که در ضمیر ناخودآگاهشان شکل می‌گیرد» (جامعه‌شناس).

در حالت ایده‌آل وصل شدن/همراه بودن با پزشک در اثر اعتماد ساخته می‌شود. معمولاً پزشک تشخیص اولیه‌اش را به بیمار می‌گوید و از او می‌خواهد در صورتی که مشکلیش برطرف نشد، به او بازگردد. در حالتی که می‌توان کل فرآیند درمان را برای بیمار ترسیم کرد. یعنی پزشک به بیمار

<sup>1</sup> Alfred Schutz

بگوید اولین تشخیص X است، داروهای مورد نظر برای این تشخیص a,b,c است. ما از این درمان شروع می‌کنیم و در صورتی که نتیجه نگرفتیم به سراغ تشخیص Y می‌رویم. در صورتی که این تشخیص هم جواب نداد، من شما را به پزشک دیگری که در حوزه دیگری تخصص دارد معرفی خواهم کرد. با این کار بیمار از فرآیند درمان، عوارض و گزینه‌های پیش رو آگاه خواهد شد. پزشک و بیمار این‌گونه در فرآیند تشخیص و درمان گام به گام باهم هم‌قدم می‌شوند. در غیر این صورت بیمار باید برای درمان به پزشک‌های مختلف مراجعه کند و هر بار با مراجعه مجدد فرآیند درمان را توضیح دهد. ملاقات با پزشک جدید، تجربه داروهای تازه همه عوارض متعددی برای بیمار در پی دارند: «دکتر خوب، دکتري است که به حرف‌های بیمارش گوش می‌دهد و ارتباط چشمی برقرار می‌کند. نمی‌خواهد تو را سریع از اتاق بیرون بفرستد و برایت نسخه بپیچد. باید درباره دارو خیلی خوب صحبت کند که چه میزان باید مصرف شود. ممکن است چه عوارضی داشته باشد. یا این که قدم بعدی چیست و کی باید یکدیگر را ببینیم» (بیمار سرطانی).

به نظر مصاحبه‌شوندگان پزشکان به دو علت توضیح نمی‌دهند. عامل اول احتمال عدم تشخیص درست است. پزشک برای اینکه علت را نمی‌داند سکوت می‌کند، این سکوت منزلت او را حفظ خواهد کرد و از طرفی دیگر ناآگاهی او را پوشش می‌دهد: «دکترها معمولاً خیلی حرف نمی‌زنند چون می‌ترسند تشخیصشان اشتباه باشد یا لزومی نمی‌بینند به بیمار توضیح بدهند. چون خودم پیگیر بودم برایم توضیح می‌دادند ولی به طور کلی کار خودشان را می‌کنند و می‌روند» (بیمار قلبی). اما عامل دوم، نداشتن زمان کافی، یا بار کاری<sup>۱</sup> زیاد است. ساختار قدرت از نظر زمانی در رابطه پزشک و بیمار برابر نیست. بیمار باید شرایط خود را با پزشکش وفق دهد، از ماه‌ها قبل وقت بگیرد، از دورترین نقاط جابه‌جا شود، در مکان مشخص و زمان مشخص حاضر شود، در صف انتظار بماند، پس از مدت‌ها انتظار، در زمان معینی ویزیت شود. به نظر می‌رسد فاصله زیادی بین پزشک و بیمار وجود دارد و بیمار باید برای دیدار پزشک زحمت زیادی بکشد. این در حالی است که بیماری که به پزشک مراجعه کرده از رنج بیماری در عذاب است و در موقعیت عادی نیز قرار ندارد: «برای ویزیت باید برویم شیراز. صبح می‌رویم و شب برمی‌گردیم. مادرم سختشان است. اما راه دیگری نیست» (فردی که مادرش سرطان ریه دارد). این وضعیت حتی در میان دانشجویان پزشکی نیز کاملاً شناخته شده است: «اکثر پزشک‌ها یک تایم کوتاهی در حد یک دقیقه شاید برای پزشکشان وقت بگذارند. سریع نگاه می‌کنند. اصلاً به شکایتی که مریض دارد گوش نمی‌دهند فقط آزمایش و سونوگرافی مریض را نگاه می‌کنند. سریع دارو را می‌نویسند و می‌گویند خداحافظ» (استاجر). بار کاری اما سرمنشأ دیگری در سیاست‌گذاری سلامت دارد.

<sup>1</sup> workload

### سیاست سلامت و بارِ کاری پزشکان

به طور متوسط بعد از ۲۳ ثانیه پزشکان صحبت بیماران را قطع می‌کنند و فقط ۲۸ درصد از بیماران به طور کامل نگرانی‌های خود را بیان می‌کنند و ویژگی‌هایی که بین ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشند معمولاً کاهش رضایتمندی بیماران را به همراه خواهند داشت (شاگری‌نیا، ۱۳۸۸). فارغ از تثبیت مناسبات قدرت و حفظ اقتدار که پیش‌تر بدان اشاره کردیم، کم‌حرفی پزشک به علت نداشتن زمان کافی هم هست. علت آن هم بارِ کاری بالای پزشکان است. بارِ کاری به نوعی به حفظ موضع قدرت نیز دامن می‌زند، چرا که به توجیهی عملیاتی و گریزناپذیر برای رفتار پزشک بدل می‌شود. بیماران عموماً در پیدا کردن عامل بی‌توجهی پزشک، به شلوغ بودن مطب در کنار عواملی همچون عادت کردن به وضعیت بیماران و ولع پول درآوردن اشاره می‌کنند و پزشکان آن را مهمترین دلیل رفتار سرد خود عنوان می‌کنند: «گاهی اوقات خسته‌ای، شیفتت سنگین است یک عالم بیمار داری. خیلی موثر است. در بیماران آخر اصلاً نمی‌کشی که بخوای وقت زیاد بگذاری. من شیفتی می‌گذرانم ۲۳۰ تا مریض در ۱۲ ساعت داشت. معلوم است آدم خسته می‌شود. یک سری‌ها را رد می‌کردم بروند» (پزشک عمومی). یکی از متخصصان پزشکی در این خصوص معتقد بود «اگر بخواهیم رابطه ایده‌آلی بین پزشک و بیمار ایجاد کنیم باید مراجعه بیماران پایین باشد و از سوی دیگر هم تعرفه پزشکان بیشتر باشد» (متخصص پزشکی اجتماعی). متخصص دیگری بیان می‌کند که «آیا تصمیم‌گیری مشارکتی در ایران واقعاً به معنای واقعی این کار صورت می‌گیرد؟ می‌توانم بگویم در بیشتر مواد (نه). ما معمولاً بار درمانمان خیلی زیاد است و تصمیم‌گیری مشارکتی هم در بحث تشخیص و درمان است. نه مریض در ایران فرهنگ تصمیم‌گیری مشارکتی برایش جا افتاده و نه پزشک فرصت دارد که بخواهد این کار را انجام بدهد» (جامعه‌شناس).

بارِ کاری پزشکان، رابطه مشخصی با سیاست‌گذاری‌های حوزه درمان دارد. غیر از سیاست‌های تعیین تعداد دانشجویان و توزیع متناسب نیروی کار و طرح‌های پزشکی در مناطق محروم که به‌طور مستقیم بر این مهم اثرگذارند، سایر طرح‌ها نیز به نحوی به این بارِ کاری افزوده‌اند. در اینجا به تأثیر دو طرح تحول سلامت و پزشک خانواده بر رابطه پزشک و بیمار اشاره می‌کنیم. مشخصاً میزان مراجعه بیماران در طرح تحول سلامت به علت ارزان شدن هزینه درمان، بالا رفت. در سطح وزارتخانه افزایش میزان مراجعات جزو اهداف طرح بوده است به نحوی که «سیاست‌گذار به قدری بی‌برنامه سیاست‌گذاری کرده بود که هر فرد باید مریض‌های زیادی ببیند. آنهایی که تجربه نداشتند فکر می‌کردند تجربه خوبی است و مردم هم راضی بودند. بنده به عنوان مسئول چندین بار وزیر را دیدم و با او صحبت کردم. می‌گفتند مردم را به بیمارستان بکشانیم و خدمات بدهیم» (پزشک

هیئت علمی دانشگاه). نتیجه چنین وضعیتی افزایش بار کاری و بی‌توجهی پزشکان بود: «طرح تحول به این خاطر که همه مردم را روانه بیمارستان‌ها کرد، حجم کار ما زیاد شد. همه بروند سونو بشوند. همه آزمایشگاه بروند. همه را به این سمت هل می‌دهند. حجم کار شاید در این مدت ۲، ۳ برابر شده بود» (پزشک متخصص عفونی). هرچند که امکان برخورداری از بیمه سلامت همگانی از ویژگی‌های مثبت این طرح بود، اما عدم پایداری طرح و موانع زیرساختی دیگر منجر به شکست آن شد. شکست اقتصادی طرح در ابتدا توقعات پزشکان را به دلیل افزایش درآمد شدید آن‌ها بالا برد و سپس طرح‌هایی همچون پلکانی کردن تعرفه‌ها برای جبران کمبود بودجه به نارضایتی پزشکان انجامید: «در ابتدای کار تعرفه‌ها افزایش پیدا کرد. ولی بعد کم شد. گفتند یک طرحی بود که دولت می‌خواست بر اساس بودجه خاصی آن را انجام دهد ولی وسط راه دولت پشت این طرح را خالی کرد» (متخصص بیهوشی). به این ترتیب بار ذهنی بی‌عدالتی به بار کاری افزوده شد.

در نسبت با مسأله ما، یعنی وجوه انسان‌زدایی شده در رابطه پزشک با بیمار، به نظر طرح پزشک خانواده یکی از راهکارهای اساسی می‌آید. بسیاری از پزشکان معتقدند با مراجعه مکرر بیماران و به مرور زمان نسبت به بیماران سردتر می‌شوند. پزشکانی که در ابتدای دوران طبابت با دیدن بیمار احساس ناراحتی می‌کردند، دقت بیشتری به خرج می‌دادند و به بیمار نزدیک‌تر بودند، به مرور احساس دوری بیشتری با بیمار کرده و مکانیکی و غیراحساسی شدن بیماری و مرگ برای آنها تسهیل می‌شود. اینجا امر خاص بیماری برای بیمار به شغل و امری عام برای پزشک تبدیل شده و پزشک نسبت به آنچه برای بیمار مهم است بی‌تفاوت ظاهر می‌شود. اما در مقابل، در حالت ایده‌آل پزشک خانواده کسی است که به علت قرارگرفتن در محدوده جغرافیایی مشخص و تحت پوشش داشتن تعداد محدودی خانواده، به بیمار و زندگی شخصی او نزدیک‌تر است. در نتیجه رابطه عاطفی بیشتری بین آنها شکل می‌گیرد. دیگر بیمار برای پزشک خانواده فردی مانند سایرین نیست، پزشک دائماً طی سالیان با او در ارتباط است و از حالش خبر دارد. اما به دلایل بسیار نه پزشکان، نه سیاست‌گذاران و نه مردم استقبال چندانی از طرح پزشک خانواده نکرده‌اند: «نظام اجرا و پزشک خانواده یک فرمولیست که همه ازش بدشان می‌آیند. در ظاهر می‌گویند خوب است، ولی در عمل هیچکس همچنین نظامی را دوست ندارد. مردم واقعاً دلشان می‌خواهد وقتی یک سردرد می‌گیرند راحت بروند پیش یک فوق تخصص و حوصله اینکه پیش پزشک عمومی بروند، اگر درمان نشد بعد یک هفته ارجاع به متخصص بشوند را ندارند. پزشکان هم خوششان نمی‌آید. خیلی در واقع انعطاف‌پذیری کارشان را کم می‌کند و مجبورند از یک اصولی پیروی کنند و البته مریض‌هایشان هم کم می‌شود» (معاون سابق وزیر بهداشت). در واقع جدال نیروهای سیاسی (پزشکان سیاستگذار و دولت) در مخالفت با این طرح، از عوامل عدم موفقیت آن است. مطابق با گفته‌های مصاحبه‌شوندگان کلیدی (جامعه‌شناسان، محققان، منتقدان سلامت، سیاستگذاران) عامل میانجی پزشک خانواده،

بسیاری از بیماران پزشکان را از آنها گرفته و زیان اقتصادی برای آنها در پی خواهد داشت: «پزشک‌هایی که قدرت مالی و سیاسی دارند، در عدم موفقیت این طرح نقش دارند. الان شما بروید مطب فوق تخصص و ببینید جا نیست یعنی تا ۱۰ شب مریض می‌بیند. چرا؟ چون به خاطر سرفه معمولی هم در کشور ما پیش فوق تخصص ریه می‌روند. منفعت مادی هم دارند و شکی در آن نیست. اگر قرار باشد سیستم ارجاع جا بیفتد، بیشتر بار روی دوش پزشک عمومی و پزشک خانواده است» (متخصص پزشکی اجتماعی). در واقع چنین وضعیتی ما را نسبت به عامل اقتصادی و نقش ساختاری آن در شکل‌دهی به رابطه تجاری میان پزشک و بیمار حساس می‌کند.

### استیلاي منطق سرمایه

سرمایه‌داری پزشکی در ایران در حال انکشاف است. در سرمایه‌داری پزشکی، سرمایه‌داران در قالب پزشک، سهامدار، سرمایه‌گذار و سیاست‌گذار اقدام به ساخت بیمارستان خصوصی، خرید و اجاره ساختمان پزشکان، تعامل مالی با داروسازها، داروخانه‌ها و مراکز تجهیزات پزشکی، ساخت کلینیک و پاراکلینیک‌های سودآور (و عموماً غیرضروری، مثل کلینیک زیبایی) در مراکز شهری و هر شکلی از فعالیت سودآور در حوزه پزشکی می‌کنند. سرمایه‌داران پزشکی در درجه اول به کسب سود و سرمایه فکر کرده و در مرحله بعد سلامت بیمار نظر دارند: «وقتی دارد عمل می‌کند دارد فکر می‌کند که این پول را کجا سرمایه‌گذاری بکند» (جامعه‌شناس). بیمار برای سرمایه‌داران پزشکی نوعی مشتری است که باید همیشه وجود داشته باشد تا انباشت و گردش سرمایه متوقف نشود. بهترین مشتری آن است که در کمترین زمان ممکن بیشترین مبلغ ممکن را برای دریافت کالا و خدماتش می‌پردازد. یعنی باید اول پول را بپردازد، بعد کمترین کلمات ممکن را در حدود ۱ دقیقه در شرح بیماری‌اش بگوید و بعد درمانش را دریافت کرده و برود. در صورتی که ماندنش، در قالب بستری درآمدزا باشد، می‌تواند تا هر وقت که خواست بماند. اگر حرف‌زدنش نیز مابه‌ازایی در پرداخت داشت، احتمالاً به او اجازه صحبت کردن تا ابد هم داده می‌شد. در رابطه تجاری هرچیز که به لحاظ اقتصادی بیارزد، معنی‌دار است: «شما یک تخت بیمارستان بزنید حتماً باید برایش مریض تولید بشود. مریض نبود، من مریض تولید می‌کنم که رویش بخوابانم. نیمکت خالی در دانشگاه داشته باشی مجبوری دانشجوی بگیری. چون آن نیمکت خالی هزینه برایت دارد. هزینه‌اش را باید تامین کنی. بنابراین مریض قلبی درست می‌کنی نمی‌گذاری مریض مرخص شود. امروز باید مرخص شود، ۴ روز بیشتر نگه می‌داری تا مثلاً یکی بیاید» (هیئت علمی رشته علوم مدیریت و اقتصاد سلامت).

کارل مارکس (۱۳۹۴) توصیفی از نظام کارخانه مدرن در جامعه سرمایه‌داری ارائه می‌دهد که با منطق سودآوری سیستم درمان فعلی، تلاش برای خصوصی‌سازی آن و اداره بیمارستان‌ها و اثر آن بر کادر درمان به عنوان کارگران نظام سلامت به خوبی هویدا می‌شود: «باید به خاطر داشت که برای کارخانه‌دارها [سهامداران بیمارستان] حرکت بی‌وقفه ماشین‌ها [تخت بیمارستان] یعنی به طور خلاصه تولید نخ و منسوجات [بیماری]، بیشترین اهمیت را دارد. هر توقف یک دقیقه‌ای نه تنها به معنای هدررفتن نیروی محرکه است، بلکه به تولید هم ضرر می‌رساند» (کارل مارکس، ۱۳۹۴: ۴۴۱). زمانی که شما دستگاه را برای کارخانه می‌خرید، باید برای آن کالا درست کنید. در این حالت شما بنده ابزار شده‌اید. این مورد در خصوص تخت بیمارستانی هم صدق می‌کند. تخت‌های خریداری شده نیازمند بیمارانی هستند که آنها را پر کنند و کارد درمان هم باید همچون بنده این تخت‌ها که حالا موجودیتی مستقل از آنها پیدا کرده‌اند، هر بار کاری‌ای را تحمل کنند، چه خودشان از این بار کاری (با گرفتن پورسانت و پرکیس و سود سهام و ...) بیشترین سود ممکن را ببرند و چه در قالب پزشکان مزدبگیر به کارگران این نظام بدل شوند.

فرایند انسان‌زدایی در سرمایه‌داری پزشکی به اندازه‌ای برجسته شده است که وجدان‌گرفتار پزشکان را نیز به صدا درآورده است: «جراح کلیه، در اتاق عمل متوجه می‌شود که بیمار چیزهای دیگری هم دارد که باید در بیاورد، از اتاق عمل بیرون می‌آید، از خانواده بیمار می‌پرسد که باید چند میلیون تومان به من واریز شود تا چیزهای دیگر را هم در بیاورم. من به عنوان پزشک شرمندهم» (متخصص داخلی). بیماری چنان که پیشتر هم ذکر شد، برای بیمار یک وضعیت موقتی است، در حالی که پزشکی وضعیتی عمومی برای پزشک است. بیماری برخلاف پزشکی که عاملی برای درآمدزایی است، برای بیمار عاملی است که مانع از کار و فعالیت اقتصادی‌اش شده و در عین حال که جسم و روانش را تحت تاثیر قرار داده، وی را متضرر هم کرده است. اولین راه‌هایی از این وضعیت که به ذهن پزشکان می‌رسد، افزایش تعرفه‌ها و تأمین توقعات ارتقایافته آنهاست. به نظر پزشکان، تعرفه نامناسب پزشکی است که به شکل‌گیری زیرمیزی، چندشغله‌بودن و نارضایتی پزشکان و برخورد بد آنها منجر شده: «تعرفه‌ها منطقی نیست و در نتیجه پزشکان چاقوبدست مجبور شدند از under table (زیرمیزی) استفاده کنند. بعضی از همکاران ما از این قضیه سواستفاده می‌کردند و مبالغ بیشتری می‌گرفتند و بلبشویی ایجاد شد» (متخصص غدد). پزشکی دیگر می‌گوید: «یک پزشک متخصص در کشورهای همسایه‌ای مثل ترکیه برای هر ویزیت بالای ۱۰۰ دلار می‌گیرد. در کشورهای اروپایی که بیشتر است» (متخصص قلب). این درحالی است که تجربه تاریخی ایران هیچ تضمینی وجود ندارد، که با افزایش تعرفه کیفیت خدمات بهتر شود. غیر از این، متوسط درآمدی پزشکان و امنیت شغلی آنها نیز بالاتر از متوسط اجتماعی است: «تعرفه‌ها در ایران بر اساس سیستم آمریکایی تعیین می‌شود. الان می‌گویند پزشک در آمریکا انقدر دلار درآمد



دارد. مردم همه درآمد دلاری دارند؟» (جامعه‌شناس). در واقع تقاضای تعرفه بیشتر، به عنوان راهکاری برای تغییر مناسبات تخصصی پزشک، خود از منطق سرمایه تبعیت می‌کند و در جهت تشدید چالش‌های وضعیت کنونی عمل خواهد کرد. این وضعیت بیشتر از هرجایی در طرح تحول سلامت تجربه شد.

### پیامدهای انسان‌زدایی در نظام درمان

از مهمترین پیامدهای منفی وضعیت کنونی رابطه پزشک و بیمار، از بین رفتن اعتبار و منزلت اجتماعی و حرفه‌ای پزشکان است. اکثر بیماران، پزشکان و دانشجویان مورد مصاحبه معتقد بودند که در حال حاضر دیدگاه عمومی نسبت به پزشکان خوب نیست. برخی اقدامات گروهی از پزشکان و نگاه اقتصادی به بیمار را عامل آن دانسته‌اند و برخی هم جوسازی‌های رسانه‌های عمومی و شبکه‌های اجتماعی را. عده‌ای هم سیاست‌های غلط سیاست‌گذاران را عاملی در تخریب جایگاه پزشکان می‌دانند: «دید مردم نسبت به پزشک‌ها خیلی بد است. در هر رشته‌ای همه‌جور آدمی هست. خوب و بد. در پزشکی هم بعضی پول‌های زیرمیزی می‌گیرند، بداخلاق هستند و یا وجدان کاری ندارند» (پزشک زنان). البته باید اشاره کرد که همه‌گیری کرونا یکی از برهه‌های حساسی بود که به تقویت جایگاه پزشکان کمک زیادی کرد و به نظر برخی مصاحبه‌شوندگان توانست اعتماد از دست رفته پزشکان را به آنها بازگرداند.

اما برای این وضعیت می‌توان پیامد مثبتی را نیز مشاهده کرد. انسان‌زدایی در یک رابطه انسانی، به هر حال توسط افراد حس و بیان می‌شود و توسط نظریه‌پردازان و پژوهشگران رصد و تحلیل می‌شود. ما در این دوران به رغم اینکه شاهد شکل تشدیدشده و گسترده‌ای از این وضعیت هستیم، اما همزمان آنتی‌تز آن، یعنی بازگرداندن وجوه انسانی به روابط مکانیکی شده و سرد حرفه‌ای را بسیار می‌شنویم. این صداها را مقابل، در عمل با ایجاد حساسیت در میان نیروهای مختلف شرایطی را برای تغییر آماده می‌سازند. در واقع پژوهش ما نیز در همین راستاست، با این تأکید که این شرایط باید ابعاد و زمینه‌های ساختاری یک رابطه را نیز در هر برنامه و عملی لحاظ کند تا مانند طرح‌های پیشین به شکست نیانجامد. در سطوح رفتاری و خرد نیز در پدیدارشناسی و علوم عصب و اخلاق حرفه‌ای توانسته‌اند تمهیداتی برای تغییر این وضعیت ببینند و در برخی کشورها پیاده کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

ما در رابطه پزشک با بیمار با تقابلی ناسنتزگون از جانب دوطرف مواجهیم. بیماران معتقدند، که پزشکان بیشتر برای پول کار می‌کنند و زمان کمی برای درمان می‌گذارند و از موضع قدرت با بیمار

برخورد می‌کنند. پزشکان در مقابل، بار کاری و تعرفه نامناسب را عاملی برای بی‌توجهی به بیماران می‌دانند و خواهان افزایش تعرفه هستند. همان‌گونه که در اینجا نشان دادیم، هر دو طرف استدلال از فهم ساختاری آنچه در جریان است و به رابطه یک چنین شکل انسان‌زدایی‌شده‌ای داده است، غافلند. در سطح سیاست‌گذاری نیز، هر یک از طرح‌ها تنها بخشی از عوامل ساختاری را لحاظ کرده و در نهایت به شکست انجامیده است. در طرح پزشک خانواده، استیلای منطق سرمایه از سویی و فرهنگ قدرت غالب در رابطه پزشک و بیمار از سوی دیگر نادیده گرفته شده است. طرح تحول سلامت که در راستای حذف پرداخت از جیب‌ها و تغییر در منطق سرمایه بود، عملاً منجر به جهش بی‌سابقه سرمایه‌داری پزشکی شد. در این طرح بار کاری زیاد و مناسبات قدرت اساساً مدنظر نبودند. می‌توان گفت از سویی عدم وجود فهم ساختاری در میان نیروهای مؤثر در نظام درمان و از سوی دیگر عدم توجه به ابعاد مختلف آن، امکان رفع مشکلات طرح‌شده در این حوزه را منتفی کرده است.

ما در اینجا در ابتدا نظام سلامت را به رابطه پزشک و بیمار محدود کردیم و حتی در این رابطه تنها به وجوه انسان‌زدایی‌شده در این رابطه، مثل ندیدن و کلاهی دیدن که بسیار شایع و گسترده است، پرداختیم. این رابطه، از نظر ما تقاطعی از پدیدار شدن سایر ابعاد نظام سلامت است. سطوح مختلف تمدنی تا سیاستی نظام درمان جدید، از رهگذر این رابطه فراخوانده و به چالش کشیده شدند. به مدد روش‌شناسی نظریه مبنایی چندگانه، در کل اجزای پژوهش، از طرح مسأله تا استنتاج نهایی، نظریه‌های موجود و داده‌های زمینه‌ای را هم‌زمان با یکدیگر به کار بردیم. دستاورد نهایی سه بعد ساختاری شکل‌دهنده به وجوه انسان‌زدایی‌شده در رابطه پزشک و بیمار بود. از بعد مکانی و زمانی دسترسی دشوار به پزشکان و تعیین وقت، انتظار طولانی و ویزیت کوتاه عواملی هستند که پزشک را در موضع قدرت در برابر بیمار قرار داده و رابطه این دو را نابرابر می‌کنند. مهمترین شکل بروز مناسبات قدرت در زبان است. زبان ارتباط بین پزشک و بیمار دو بخش اساسی دارد. یک بخش طولانی که در آن سکوت حکمفرماست و یک بخش کوتاه که در آن واژگان تخصصی نمایان می‌شوند. ترکیب زبان سکوت با زبان تخصص، ساختار ذهنی و ارتباطی حاکم بر رابطه را شکل داده است. فرهنگ پدرسالار نیز هم از این وضعیت تغذیه می‌کند و هم آن را تشدید می‌کند. بیماران از زمانی که وقت ویزیت را از پزشک اخذ می‌کنند، پذیرفته‌اند که قرار است چند ماه دیگر ویزیت شوند، ساعت‌ها برای ویزیت در انتظار بمانند و در زمان اندک ویزیت شوند. از دید پزشکان علت این موارد، فشار کاری بالا و دستمزد کم است. پزشکان برای کسب درآمد بیشتر یا به اجبار شرایط درمان، مریض‌های بیشتری را در طول روز معاینه و معالجه می‌کنند. این درحالی است نبود واسطه پزشک خانواده بین متخصص و بیمار و تفاوت اندک درآمد پزشک عمومی و متخصص، تعداد بیشتری از بیماران را به سمت پزشک متخصص سوق می‌دهد. به این ترتیب دو وجه ساختاری یک

رابطه در کنار یکدیگر منجر به انسان‌زدایی رابطه در پزشکی شده‌اند. در کنار این دو اما، استیلاي منطق سرمایه همچون مولوخ و مامون<sup>۱</sup> پزشکی، ذهنیت پزشکان را به تسخیر سرمایه‌داری درآورده است و هر رابطه، طرح، برنامه و سیاستی را در خود منتفی کرده و به ضد خود بدل می‌سازد. رابطه پزشکی و بیمار از نزدیک‌ترین و انسانی‌ترین روابط مدرن است، اما به ضد خودش بدل شده است. عمده سیاست‌گذاری‌ها در راستای پوشش درست و همگانی بیمار و کاهش آلام آنها از سویی و دانستن قدر نیروی درمان از سوی دیگر تهیه و تدوین می‌شوند، اما در مدت کوتاهی بعد از اجرا به آلام بیماران می‌افزایند و منجر به بی‌اعتباری پزشکان می‌شوند.

بیماران، پزشکان و سیاست‌گذاران همه در این چرخه خودتخریب‌گر اسیر شده‌اند. شکست‌خورده‌های واقعی این سیستم هم بیمارانی می‌شوند که در موضع ضعف قرار داشته و به علت وضعیت موقت و رنج بیماری، ناچار به پذیرش شرایط موجود هستند و هم نسل بعدی پزشکان که زیر سلطه سرمایه‌داران پزشکی بوده و با تشکیل ارتش ذخیره کار درمان، به نیروی کار ارزان و مزدگیر این نظام بدل خواهند شد. آنچه در وجوه ساختاری به میان آوردیم اما فراتر از صرف نظام درمان است. مناسبات اجتماعی مبتنی بر منطق سرمایه از رسوبات نظام پدرسالار گذشته در زبان و زمان و مکان تغذیه کرده و قدرت‌هایی نابرابر را در سراسر حیات اجتماعی ما گسترده است.

## منابع

- اخوان بهیمانی، علی؛ طریقت، محمدحسن؛ حسن‌زاده، علی (۱۳۸۴)، «اصول و مبانی سیاست ملی سلامت ایران بر اساس مطالعات تطبیقی»، دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس، شماره مسلسل ۷۵۷۶.
- اسکمبلر، گراهام (۱۳۹۶). *هابرماس، نظریه انتقادی و سلامت*. مترجم: حسینعلی نوذری. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
- امینی، میلاد؛ موسوی، سید محمدهادی؛ محمدنژاد، سید محسن (۱۳۸۸)، «بررسی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، شماره سوم، ۶۱-۶۹.
- انصاری‌پور، محمد؛ ناصری، محسن؛ اصفهانی، محمد مهدی؛ نبی‌پور، ایرج؛ رخشانی، فاطمه (۱۳۹۶)، «مدرنیته و سنت در پزشکی»، *فصلنامه تاریخ پزشکی*، سال نهم، شماره سی‌ام، ۱۳۹-۱۶۷.
- ایلیچ، ایوان (۱۳۵۴)، *قتل عام پزشکی در پزشکی آفت‌زا*، ترجمه و تألیف داور شیخاوندی، تهران: جار.

<sup>1</sup> Moloch and Mammon

- آسمانی، امید (۱۳۹۱)، «نگاهی به مدل‌های ارتباطی پزشک-بیمار و چالش‌های مرتبط با آن»، *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره پنجم، شماره ۴، ۳۳-۴۶.
- پالیزدار، سیدهدیه؛ زردار، زرین (۱۴۰۰)، «ارتباط پزشک و بیمار در شبکه روابط میان‌فرهنگی: تجربه درمان در محیط‌های چندفرهنگی بیمارستان‌های دولتی تهران»، *فصلنامه مطالعات فرهنگ-ارتباطات*، شماره ۵۳، سال ۲۲، ۷۱-۹۴.
- داودی، نیره (۱۳۹۶)، «فرهنگ پترنالیسم در بخش اورژانس: اتنوگرافی انتقادی»، رساله به جهت دریافت درجه دکتری تخصصی به راهنمایی ناهید دهقان نیری، *دانشگاه علوم پزشکی تهران*، دانشکده پرستاری و مامایی.
- شاکری‌نیا، ایرج (۱۳۸۸)، «ارتباط پزشک-بیمار و نقش آن در رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، شماره ۳، ۹-۱۶.
- شفعتی، معصومه؛ زاهدی، محمد جواد (۱۳۹۱)، «بررسی الگوهای زیستی، روانی و اجتماعی رابطه پزشک و بیمار: گذر از الگوی زیست پزشکی» *نشریه اخلاق زیستی*، شماره ۵، ۱۵۱-۱۸۶.
- شفعتی، معصومه؛ زاهدی، محمدجواد (۱۳۹۲)، «تبیین جامعه‌شناختی رابطه ی پزشک و بیمار (مطالعه ی کیفی در شهر اهواز)»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره ی هشتم، شماره ۱، ۱۰۵-۱۳۷.
- فوکو، میشل (۱۳۹۰) *پیدا/پیش کلینیک*. ترجمه یحیی امامی. تهران: نقش و نگار.
- قاضی طباطبایی، محمود؛ ودادهیر، ابوعلی، محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۶)، «پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر برساخت اجتماعی مسائل انسانی»، پژوهشنامه علوم انسانی، شماره ۵۳، ۲۸۹-۳۳۴.
- کرل، هوی (۱۳۹۲). *بیماری*. ترجمه احسان کیانی خواه. تهران: نشر گمان.
- لاریجانی، باقر (۱۳۹۲). *پزشک و ملاحظات اخلاقی*. تهران: انتشارات برای فردا.
- مارکس، کارل (۱۳۹۴). *جلد ۱ سرمایه نقد اقتصاد سیاسی*. ترجمه حسن مرتضوی. تهران: نشر لاهیتا.
- ودادهیر، ابوعلی؛ علایی، محمدحسن؛ علایی خرائم، رقیه (۱۳۹۱)، «اهمیت جهان‌زیست در مناسبات بیمار و پزشک: پژوهشی کیفی در الگوهای مشاوره پزشکان با بیماران مراجع از روستا به شهر در اردبیل». *نشریه توسعه روستایی*. دوره ۴، شماره ۱، ۷۱-۸۴.
- Arora N. (2003). "Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior". *Social Science & Medicine* 57(5): 791-806.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York, NY: Oxford University Press.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). *Four models of the physician-patient relationship*. *Jama*, 267(16), 2221-2226.
- Freidson, E. (2015). *Profession of Medicine*. 1970. New York: Dodds Mead.
- Goldkuhl, G., & Cronholm, S. (2018). "Adding Theoretical Grounding to Grounded Theory: Toward Multi-Grounded Theory". *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1).

- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). "Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions". *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 176-186.
- Hughes, J. (1994). "Organization and information at the bed-side (Doctoral dissertation)", *PhD thesis, University of Chicago*.
- Hultgren, G., & Goldkuhl, G. (2013). "How to research e-services as social interaction: Multi-grounding practice research aiming for practical theory". *Systems, Signs & Actions*, 7, 104-120.
- Mishler, E. G. (2005). "Patient stories, narratives of resistance and the ethics of humane care: a la recherche du temps perdu". *Health*, 9(4), 431-451.
- Nancy Carter, R. N., Bryant-Lukosius, D., & Alba DiCenso, R. N. (2014). "The use of triangulation in qualitative research". *Oncology nursing forum* (Vol. 41, No. 5, p. 545). Oncology Nursing Society.
- Ozar, D. T. (1984). "Patients' autonomy: Three models of the professional-lay relationship in medicine". *Theoretical medicine*, 5(1), 61-68.
- Parsons, T. (1951). "Illness and the role of the physician: a sociological perspective". *American Journal of orthopsychiatry*, 21(3), 452.
- Roter, D. (2006). "The patient-physician relationship and its implications for malpractice litigation". *J. Health Care L. & Pol'y*, 9, 304.
- Timonen, V., Foley, G., & Conlon, C. (2018). "Challenges when using grounded theory: A pragmatic introduction to doing GT research". *International Journal of Qualitative Methods*, 17, 1-10.

