

Medical Student and the Proletariat Experience; A Critical Study in Medicine Education in Iran

Ahmad Kalateh Sadati  *

Associate Professor of Sociology, Yazd
University, Yazd, Iran

Abstract

Medical education is a field consisting of complex power relationships, whose determining forces exert power inside and outside this field. Imbalance between forces leads to unusual social constructions, especially in medical professionalism. The purpose of this research is to discover and analyze the issue of medical education in Iran. In the framework of a critical study at the national level, a semi-structured interview with medical students and related administrators was conducted with 29 participants, and the data analyzed with critical content analysis. The study showed that the quality of medical education includes a profound change of attitude towards medical ideals which leads to the formation of a feeling of alienation among medical students. Educational guidelines facilitate the process of proletarianization of the student in the clinical field. The themes analyzed in this research include being exploited, alienation, and deprofessionalization. Immediate reforms in the curriculum, creation of diversity in the general medical course in accordance with the needs of the society, creation of appropriateness between the labor market and the development of specialized courses, and reform in the payment system for medical students are suggested. In a deeper layer, identifying the power mechanisms related to the mentioned situation is a research matter and a policy-making strategy which are suggested.


Keywords: Medical Education, Proletarianization, Medical Student, Deprofessionalization.

* Corresponding Author: asadati@yazd.ac.ir

How to Cite: Kalateh Sadati. A. (2022). Medical Student and the Proletariat Experience; A Critical Study in Medicine Education in Iran, *Quarterly Journal of Social sciences*, 28(95), 107-139.



دانشجوی پزشکی و تجربه‌ی پرولتاریا؛ مطالعه‌ی انتقادی در آموزش پزشکی در ایران

احمد کلاته ساداتی *  دانشیار جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

چکیده

آموزش پزشکی، میدانی است متشکل از روابط و مناسبات پیچیده‌ی قدرت که نیروهای تعیین کننده آن در درون و از بیرون میدان، اعمال قدرت می‌کنند. عدم توازن بین نیروها، به بساخت‌های اجتماعی نامتعارف بخصوص در حرفه‌ای گرای پزشکی می‌انجامد. هدف تحقیق حاضر، کشف و واکاوی موضوع در آموزش پزشکی در ایران است. در چارچوب مطالعه‌ی انتقادی و در سطح ملی، با ۲۹ مشارکت کننده اعم از دانشجویان و مسئولین در جایگاه‌های مرتبط با آموزش پزشکی، مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته انجام شد و داده‌ها با روش تحلیل مضمون انتقادی، کاویده شد. نتایج نشان داد که صورت‌بندی تعاملات و مناسبات قدرت در آموزش پزشکی، به تغییر نگرش عمیق نسبت به آرمان‌های پزشکی و شکل‌گیری نوعی احساس از خودبیگانگی در دانشجویان انجامیده است. شیوه‌نامه‌های آموزشی، روند پرولتاریایی شدن دانشجو را تسهیل کرده و اقتدار حرفه‌ای او را تنزل می‌دهد. مضامین احصاء شده عبارت‌اند از بهره‌داری، از خودبیگانگی و حرفه‌ای‌زدایی. اصلاحات فوری در برنامه‌ی درسی، ایجاد تنوع رشته‌ای در دوره‌ی پزشکی عمومی متناسب با نیازهای جامعه، ایجاد تناسب بین بازار کار و توسعه‌ی دوره‌های تخصصی و اصلاح در نظام پرداخت پیشنهاد می‌شود. در لایه‌ای عمیق‌تر، شناسایی سازوکار قدرت در بدنه سیاست‌گذاری و پهنه تصمیم‌سازی که با وضعیت پیش گفته مرتبط است، یک امر پژوهشی و یک راهبرد سیاست‌گذارانه است که پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: آموزش پزشکی، پرولتاریایی شدن، دانشجوی پزشکی، حرفه‌ای‌زدایی.

طرح مسئله

دانشکده‌های پزشکی، سامانه‌ای اجتماعی هستند که عملکرد تحصیلی دانشجویان با ویژگی‌های یکسان و موقعیت به‌دست‌گرفته‌ی متفاوت را تنظیم می‌کنند (Merton, 1957: 65). در این دانشکده‌ها، مهارت و دانش پزشکی از یک‌سو و هنجارهای اجتماعی حرفه از سوی دیگر آموزش داده می‌شود و در واقع جامعه‌پذیری اتفاق می‌افتد. چنین رویکردی، در قالب نگاه اثباتی است که رابرت مرتون مطرح کرده است. با وجود این، رویکرد تفسیرگرایی، نگاه متفاوتی دارد. در این رویکرد، دانشجوی پزشکی، عاملیتی خلاق است و جامعه‌پذیری‌اش در دیالکتیک بین خلاقیت وی و عقلانیت نظام آموزشی شکل می‌گیرد. بکر و همکاران بر این نظر بودند که «انتقال از جوانی که آرزوی پزشک شدن دارد، به پزشکی که در برخورد با بیماران در محیط پیچیده درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های مدرن مهارت دارد، به آهستگی و همراه با توقف انجام می‌گیرد. مرد جوان خیلی زود متوجه می‌شود که ابتدا باید دانشجوی پزشکی بودن را فرا گیرد تا اینکه در آینده چگونه عمل خواهد کرد. پزشک بودن، به‌هیچ‌وجه مسئله‌ی او نیست» (Becker et al. 1961: 5)؛ بنابراین، آموزش پزشکی، دانشجوی بودن و پزشک شدن، همان‌طور که بکر و همکاران نظر دارند، یک باتلاق است. بدین معنا که تصور این که دانشکده‌ی پزشکی، بستری نظام‌مند برای جامعه‌پذیری پزشکان آینده فراهم می‌کند، محل تردید جدی است. دانشجویان پزشکی، در مسیر «پزشک شدن» فرایندهای رفتاری خلاقانه در مواجهه با سامانه‌ی ظاهراً مستحکم آموزش پزشکی در «دانشکده» را در پیش می‌گیرند. از قبل چنین دیالکتیکی، پزشک آینده تربیت می‌شود. لذا، برخلاف رویکرد اثباتی مرتون، رویکرد تفسیرگرایی، نقش و عملکرد عاملیت را در مسیر پزشک شدن ارجح می‌نهد. از سوی دیگر، آموزش پزشکی، میدانی است متشکل از سرمایه‌های اجتماعی مختلف که رقابت و تعارض را به همراه آورده است (Brosnan, 2009). در این میدان، منافع بین گروه‌های مختلف تخصصی، دانشجو و استاد، اساتید و دانشجویان با یکدیگر و در نهایت منافع بین گروه‌های پزشکی و سایر گروه‌های علمی و یا ارائه‌دهنده خدمت در بیمارستان، صحنه متعارضی را

تشکیل داده است که قابل تحقیق و تفحص است.

تحصیل در رشته‌ی پزشکی یکی از مهم‌ترین رقابت‌های علمی در کشور ایران می‌باشد. این موضوع می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد که مهم‌ترین آن کسب امتیازات مادی و جایگاه اجتماعی بالا باشد (Dastjerdi Vahid et al. 2012; Memarpour et al, 2013). این موضوع یک وجه تاریخی و اجتماعی دارد. به لحاظ تاریخی، اطباء مورد توجه سلاطین و امرا بوده‌اند. اهمیت سلامتی شاهان و شاهزادگان، پیوند بین طبیب و حکیم با دربار را مستحکم کرده است. از نگاهی دیگر، پزشک به علت بازگرداندن سلامتی اهمیت و نقش زیادی در زندگی روزمره دارد. همان نقشی که گادامر (Gadamer, 2014) از آن امری «رازواره» یاد می‌کند. علاوه بر این، در وضعیت فعلی در کشور ایران، پزشکان جایگاه اجتماعی و بخصوص اقتصادی بسیار بالایی را کسب کرده‌اند. این موضوع البته ویژگی نهاد پزشکی سرمایه‌دارانه است، همان‌طور که ایلچ (Ilich, 2003) نشان داد بستر نامتوازن جامعه‌ی مدرن و با بسط پزشکی‌سازی، پزشکی به شکل نامیمونی، از نقش ذاتی خود جدا شده و تبدیل به یک کالای بازاری شده است.

آموزش پزشکی مدرن در ایران و بعد از انقلاب اسلامی به طرح ادغام (تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) و انفکاک آن از وزارت آموزش و عالی وقت مرتبط است که در سال ۱۳۶۴ تصویب شد. طبق قانون مذکور آموزش پزشکی شامل کلیه رشته‌ها از قبیل پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، علوم بهداشتی، پرستاری، مامایی، تغذیه، توان‌بخشی و ... ذیل وزارت مذکور قرار گرفت. بعد از تصویب قانون، آموزش پزشکی در ایران، توسعه کمی و کیفی زیادی داشته است. دانشکده‌های پزشکی مختلف توسعه یافته و رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی شکل گرفته‌اند.

ناظر به دوره پزشکی عمومی و دوران تخصصی و فوق تخصصی، سؤال جامعه‌شناختی این است که روند جامعه‌پذیری در این دوره چگونه شکل می‌گیرد. با رویکرد انتقادی، سؤال این است که مناسبات قدرت چه تأثیری بر نگرش و تجربه

1. Medicalization

دانشجوی پزشکی می‌گذارد. تحقیقات در این زمینه در کشور محدود است. آموزش پزشکی بیمارستان-محور باعث شده که دانشجویان پزشکی، احساس کنند که حتی گذراندن دوره‌های طولانی‌مدت آموزش در بالین و متمرکز بر آموزش بیمارستانی، نیازهای دانش و مهارت آن‌ها در آینده را تأمین نمی‌کند (Kalateh Sadati et al. 2019). از سوی دیگر، دانشکده‌های پزشکی کژکارکردی‌های خاص خود را دارند که مهم‌ترین آن کیفیت پایین آموزش و ایجاد یأس و ناامیدی توسط اساتید است که باعث شده دانشجویان تمایلی برای ادامه تحصیلی در دوره تخصصی و فوق تخصصی نداشته باشند (Bagheri Lankarani et al. 2022).

بیمارستان‌های آموزشی در ایران، وجه درمانی پررنگی دارند و بخش زیادی از مسئولیت این بخش بر عهده‌ی دانشجویان پزشکی است. لذا، دانشجوی پزشکی هم آموزش می‌بیند و هم خدمت ارائه می‌کند و این پیچیدگی و فشار نقش، ضمن آن که کار را مشکل کرده، بر کیفیت آموزش نیز تأثیر گذاشته است. همچنین، به علت آموزشی-درمانی بودن بیمارستان، مسئولیت‌های دیگر نیز بر عهده‌ی دانشجو می‌باشد که فشارهای و اضطراب‌های زیادی را به همراه دارد. مسائلی که باعث افسردگی و گاهی انصراف از ادامه تحصیل می‌شود. به‌طور مثال مطالعه روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان داد که ۳۸٫۱ درصد افراد دچار اضطراب و ۲۷٫۶ درصد نیز افسردگی دارند (Nakhostin-Ansari et al., 2020). همچنین مطالعه فرهنگی و خواجه‌نصیری روی دستیاران دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان داد که ۲۳ درصد دچار افسردگی شدید، ۲۴٫۹ درصد اضطراب شدید و ۳۳٫۸ درصد استرس شدید دارند (Farhangi & Khajehnasiri, 2020). فیلمی مستند با عنوان «راه قریب» توسط علیرضا کاظمیان در سال ۱۳۹۵ تهیه شد که نشان داد چگونه دانشجویان پزشکی در روند تدریجی تحصیل خود رشته، از آرمان‌های متعالی خود فاصله گرفته و رفتار ماشینی به‌عنوان بخشی از شخصیت و خلق‌وخوی آن‌ها شده است (Kazemian, 2017). این موضوعات نشان می‌دهد که تحصیل در رشته‌ی پزشکی در ایران، ابعاد و زوایای پوشیده و پنهانی دارد که نیازمند واکاوی بیشتر است. بر این اساس،

سؤالات پژوهش حاضر عبارت‌اند از: تجربه‌ی دانشجوی پزشکی از آموزش در دوره‌ی بالینی چگونه است؟ و دانشجوی پزشکی، چه تفسیری انتقادی از تجربه‌ی مذکور دارد؟

پیشینه تحقیق

مطالعات در موضوع آموزش بالینی در رشته‌ی پزشکی در ایران محدود است. کریمی موفقی و همکاران در تحقیق کیفی خود نتیجه گرفتند که یادگیری بالینی، دانشجویان را به سمت تبدیل شدن به فردی حرفه‌ای در پزشکی سوق می‌دهد (Karimi Monaghi et al., 2011). علامی و همکاران دریافتند که برنامه‌های رسمی در زمینه آموزش اصول تعهدات حرفه‌ای، به دانشجویان پزشکی کافی نیست (Allami et al., 2015). شکورنیا و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که ۳۳,۳ درصد از دانشجویان دستیاری در دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور از رشته‌ی خود رضایت ندارند (Shakurnia et al., 2005). کلاته ساداتی و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که محوریت بیمارستان، تئوری محوری، اقتدارطلبی، از خودبیگانگی و مشکلات ساختاری به‌عنوان مهم‌ترین چالش‌های آموزش پزشکی در منطقه‌ی جنوب کشور است. آن‌ها نشان دادند نظام آموزشی پزشکی برای تمرکز بر اهداف آموزشی عموماً گرفتار نوعی مناسک‌گرایی شده است و کیفیت آموزش به حاشیه رفته است (Kalateh Sadati et al., 2019). مطالعات خارج از کشور نیز عمدتاً با رویکرد کمی و روی موضوعاتی چون فشار روانی و افسردگی، فرسودگی شغلی، مسائل اخلاقی در آموزش متمرکز شده‌اند. به نظر می‌رسد که آموزش پزشکی در ایران، نیازمند واکاوی عمیق از لایه‌های پنهان و سازوکارهای آن است. این موضوع بخصوص از حیث ارزیابی با رویکرد انتقادی که تاکنون مطالعه‌ای با این رویکرد در آموزش پزشکی ایران انجام نشده است، اهمیت دارد.

اگر با گفته‌ی جنکینز و همکاران موافق باشیم که جامعه‌شناسی آموزش پزشکی در دوران تجدید حیات خود بایستی روی موضوعاتی چون نابرابری در آموزش پزشکی، جامعه‌پذیری در طول زندگی و اشکال نهادی جدید از دروازه‌بانی، بهزیستی ارائه‌دهندگان خدمت، جهانی‌شدن، آموزش پزشکی به‌عنوان یک کار دانش محور و تأثیرات کووید-۱۹

بر آموزش پزشکی تمرکز کند (Jenkins et al. 2021: 255). با توجه به فقر چنین موضوعات و پژوهش‌هایی در جامعه‌شناسی ایران، ضرورت پرداختن به آموزش پزشکی بیش‌ازپیش اهمیت می‌یابد. خلأ دانش در این زمینه و اهمیت نهاد و نقش پزشکی در جامعه از سوی دیگر، پرداختن به این موضوع را برجسته می‌کند.

چارچوب مفهومی

جامعه‌پذیری

نخستین بارقه‌ی نظری در موضوع آموزش پزشکی به مطالعات مرتون و بکر در دهه‌ی هفتاد مربوط می‌شود. مرتون در تحقیق کلاسیک خود به این سؤال می‌پردازد که چگونه دانشکده‌های پزشکی ارزش‌ها و هنجارهای پزشکی را به دانشجویان پزشکی می‌آموزند و دانشجویان را مطابق هنجارهای پزشکی «جامعه‌پذیر» می‌کنند. از نظر مرتون، «دانشکده‌های پزشکی، دانشجویان را به‌طور کامل با مرزهای دانش پزشکی ارتباط می‌دهند تا بسیاری از آن‌ها، اگر نگوئیم اکثر آن‌ها، در سال‌های آخر کارشان شایسته‌ی این کار شوند و صلاحیت پیدا کنند. چیزی که به نظر کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است، این واقعیت است که دانشجویان پزشکی نیز به‌طور نظام‌مند در معرض نوعی ارزش‌ها و هنجارهای حرفه‌ای قرار می‌گیرند که احتمالاً «بالا تر» از مواردی است که در دوره پزشکی یافت می‌شوند. دانشکده‌های پزشکی از نظر اجتماعی به‌عنوان نگهبان این ارزش‌ها و هنجارها عمل می‌کنند؛ بنابراین، دانشکده‌ها، وظیفه دوگانه انتقال معیارهای شناختی دانش و مهارت و نیز معیارهای اخلاقی ارزش‌ها و هنجارها به دانشجویان را بر عهده دارند» (Merton, 1957: 77). بنابراین، مرتون متمرکز بر کارکردهای نهاد آموزش پزشکی در جامعه‌پذیری کردن دانشجویان است که چگونه مهارت و دانش از یک‌سو و هنجارهای اخلاقی از سوی دیگر در پزشکی که فارغ‌التحصیل می‌شوند و وارد کار حرفه‌ای می‌شوند رعایت شود. با وجود این، چه مرتون بر این نظر است که ممکن است خیلی از فارغ‌التحصیلان در عمل نتوانند معیارهای مورد نظر را رعایت کنند، چیزی که در نظریه‌ی بکر و همکاران در همان محیط آموزشی اتفاق می‌افتد.

عاملیت و مسئله‌ی ساختار

در حالی که مرتون نگاه کارکردگرایانه‌ی نظام‌مند و درعین‌حال محافظه‌کارانه به نقش دانشکده‌های پزشکی دارد که در آن، دانشجوی پزشکی با انباشتی از دانش و مهارت و نیز ارزش‌های حرفه‌ای و اخلاقی، فارغ‌التحصیل می‌شود، بکر و همکاران نشان دادند، دانشجوی پزشکی خیلی زود متوجه می‌شود که قبل از «پزشک شدن» بایستی شیوه‌های سازگاری با قواعد و هنجارهای دانشکده را یاد بگیرد؛ یعنی بیشتر از آن که بر جامعه‌پذیری متمرکز باشد، بر سازگاری با شرایط موجود تمرکز دارد. دانشجوی پزشکی متوجه فاصله بین آرمان‌ها و امر واقع می‌شود و لذا تلاش کرده تا بر اهداف فردی متمرکز شود. «دانشجویان پزشکی تازه‌وارد، دیدگاه آرمان‌گرایانه بلندمدت خود را به‌عنوان راهنمای دانشکده پزشکی ناکافی می‌دانند. در سال اول دوره‌ی پزشکی، فرصت کمی برای شرکت در روایت پزشکی، مبارزه با بیماری و نجات جان انسان‌ها وجود دارد و در عوض، دانشجویان باید حقایق و نظریه‌های علمی زیادی را بیاموزند که احساس می‌کند ارتباطی با عمل پزشکی ندارد یا برای دانشجو روشن نیست که چه ارتباطی بین این نظریه‌ها و تجربه‌ی پزشکی وجود دارد. هنگامی که آن‌ها متوجه وضعیت می‌شوند، دیدگاه بلندمدت خود را کنار می‌گذارند و دیدگاه‌های عمل‌گرایانه‌تر و خاصی را توسعه می‌دهند که آن‌ها را قادر می‌سازد با مشکلات [فردی در مسیر تحصیل] مقابله کنند. در واقع، آن‌ها آرمان‌ها را کنار می‌گذارند؛ زیرا تصور می‌کنند قبل از این که بتوانند عقاید آرمانی [پزشکی] را عملی کنند، باید دانشکده را تمام کنند» (Becker et al., 1961:440).

میدان آموزشی

با وجود آنکه بوردیو^۱، بحث جداگانه‌ای راجع به عادت‌واره در آموزش پزشکی ندارد، اما بروسنان^۲ این مفهوم را در آموزش پزشکی بسط داد. در این صورت، آموزش پزشکی، میدان متعارضی متشکل از سرمایه‌های مختلف است. «مفاهیم بوردیو ابزارهایی برای تحقیق

1. Bourdieu

2. Brosnan

هستند و استفاده از آنها در مطالعات تجربی، باعث روشن شدن فرآیندهای اجتماعی آموزش پزشکی می‌شود و درعین حال ارزیابی کامل‌تری از نقاط قوت و ضعف این فرایندها میسر می‌کند. تحقیقات آینده، ممکن است به‌طور سودمند از نظریه‌ی وی به‌منظور شرح روابط بین دانشجویان پزشکی، اعضای هیئت‌علمی و دانشکده‌های پزشکی و آنچه به‌عنوان دانش و عملکرد مشروع در زمینه‌ی آموزش پزشکی به‌حساب می‌آید، استفاده کنند (Brosnan, 2009: 66).

پرولتاریایی شدن

مفهوم پرولتاریایی شدن^۱، در این تحقیق متأثر از رویکرد انتقادی است که در تعریف مک کینلی و آرچز آمده است: اصطلاح «پرولتاریایی شدن» برای «نشان دادن فرآیندی است که طی آن یک طبقه شغلی از کنترل بر برخی اختیارات مربوط به مکان، محتوا و ماهیت فعالیت و وظیفه‌اش محروم می‌شود و در نتیجه تابع آن می‌شود که [این امر] ناشی از الزامات گسترده‌تر تولید در سرمایه‌داری پیشرفته است» (McKinlay and Arches 1985:161). یکی از رویکردهای متفاوت به موضوع آموزش پزشکی که در این تحقیق مورد توجه قرار گرفته است رویکرد ایلستون به مسائل شغلی پزشکان در ایالات متحده و انگلستان است. ایلستون با نگاهی به وضعیت پزشکان در ایالات متحده و مرور رویکردهای انتقادی از تعبیر پرولتاریایی شدن استفاده کرده است. به نظر وی این مفهوم مرتبط با موضوعات زیادی از جمله دیوان‌سالاری سازمان‌های کاری، کاهش اعتماد عمومی به پزشکان و تغییر موقعیت آنها در بازار از طریق عرضه بیش‌ازحد، کاهش استقلال و نفوذ پزشکان در سیاست‌گذاری و یا حتی تنزل دادن آنها به صفوف «بردگان مزدبگیر» می‌باشد (Eleston, 2002:59-60). مک کینلی و آرچز ضمن تعریف پرولتاریایی شدن، معتقدند که پزشکان در هفت مورد دچار کاهش قدرت شده‌اند که مرتبط با پرولتاریایی شدن می‌باشد. آن هفت مورد عبارت‌اند از کاهش کنترل بر: (۱) معیارهای ورود، (۲) محتوای آموزش، (۳) شرایط

و محتوای کار، (۴) اهداف کار (به عنوان مثال ارائه‌ی خدمت به مراجعین)، (۵) ابزار کار (تجهیزات، داروها و غیره)، (۶) ابزار کار (محل کار و غیره)، (۷) و میزان پاداش دریافتی (McKinlay and Arches, 1985:162). تحقیق حاضر تلاش دارد تجربه‌ی پرولتاریایی شدن را از منظر دانشجوی پزشکی در ایران و ناظر به آموزش بالینی را مورد واکاوی قرار دهد.

روش تحقیق

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی انتقادی است که در سال ۱۴۰۰ در سطح کشور ایران انجام شد. میدان پژوهش را دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تشکیل داد که بر اساس معیار اشباع داده‌ها ۲۹ نمونه جمع‌آوری شد. نمونه‌های تحقیق از دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشگاه علوم پزشکی اراک و دانشگاه علوم پزشکی یزد بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند بود. تلاش شد نمونه‌گیری با حداکثر تنوع انجام گیرد و بر این اساس دانشجویان دانشگاه‌های مختلف و نیز دانشجویان دوره‌ی پزشکی عمومی و دستیاری تخصصی و یک مورد فلوشیپ در این مطالعه شرکت کردند (جدول شماره ۱).

جدول ۱. ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در پژوهش

Table 1. Characteristics of research participants

شماره‌ی مشارکت‌کننده (در تحقیق)	نام (استعاری)	نقش
1	آقای دکتر محمدی ^۱	معاون آموزشی حاضر
2	آقای دکتر جعفری	معاون آموزشی اسبق
3	خانم دکتر حسینی	دانشجوی اخلاق پزشکی
4	آقای دکتر جعفرپور	دستیار قلب و عروق

۱. برای حفظ اخلاق، اسامی جایگزین شده است.

شماره‌ی مشارکت‌کننده (در تحقیق)	نام (استعاری)	نقش
5	آقای دکتر رضایی	فلوی گوارش
6	خانم دکتر کریمی	اینترن دانشگاه
7	آقای دکتر ذاکری	دستیار طب اورژانس
8	خانم دکتر رحیمی	دستیار داخلی
9	آقای دکتر میرزایی	فارغ‌التحصیل پزشکی عمومی ۱۳۹۹
10	آقای دکتر طاهری	اینترن - فعال دانشجویی
11	آقای دکتر آسایش	اینترن
12	آقای دکتر میرمحمدی	متخصص اخلاق
13	آقای دکتر حمیدی	دستیار جراحی
14	آقای دکتر حسینی	اینترن
15	خانم دکتر حامدی	اینترن
16	آقای دکتر محمدی	دستیار داخلی
17	آقای دکتر حسنی	اینترن
18	آقای دکتر صحت	اینترن
19	آقای دکتر غیبی	اینترن
20	آقای دکتر غالبی	دستیار سال چهار جراحی
21	خانم دکتر حصیری	سال آخر پزشکی
22	آقای دکتر مسرت	اینترن
23	آقای امینی	اینترن
24	خانم دکتر فخار	دانشجوی سال آخر پزشکی
25	خانم دکتر کلاری	دستیار جراحی
26	خانم دکتر ساعدی	دستیار جراحی
27	آقای دکتر محمدی	اینترن
28	خانم دکتر حسنی	اینترن
29	دکتر مهبودی	متخصص پزشکی اجتماعی و محقق سیاستگذاری سلامت

بخشی از مصاحبه‌ها به صورت حضوری و در بیمارستان و بخش دیگر از مصاحبه‌ها با توجه به شرایط کووید -۱۹ به صورت تلفنی انجام شد. مصاحبه‌ی تلفنی یکی از روش‌های

مورد توجه در مطالعات اخیر در علوم اجتماعی است (Blair et al., 2017). همچنین، سیرواستاوا مطالعه‌ی کیفی روی تجربه‌ی استیگما بعد از ابتلا به کووید-۱۹ را به روش مصاحبه‌ی تلفنی انجام داده است (Srivastava, 2020). در مورد مصاحبه‌های تلفنی نیز بعد از هماهنگی با فرد مورد نظر در ساعت مقرر، مصاحبه انجام می‌شد. مصاحبه‌ها بین ۲۰ ساعت تا ۵۰ دقیقه به طول می‌انجامید. به منظور مصاحبه‌ی حضوری، معمولاً از قبل با مشارکت‌کننده هماهنگی انجام می‌شد و در زمان توافق شده مصاحبه در بیمارستان انجام می‌گرفت. سؤالات مهم مصاحبه این بود که ناظر به تجربه‌ی خود از آموزش پزشکی، بفرمایید که چه درک و تجربه‌ای از آموزش پزشکی دارید؟ با توجه به پاسخ مشارکت‌کنندگان سؤالات پیامدی پرسیده می‌شد.

ناظر به موضوع انتقادی تحقیق و مفهوم پرولتاریایی شدن، داده‌ها به روش تحلیل مضمون انتقادی^۱ مورد تحلیل قرار گرفت. این روش در سال ۲۰۱۹ توسط لاولس و چن معرفی شد. در این روش، کدگذاری بسته و بر اساس نقش ایدئولوژی‌ها، روابط و سلسله‌مراتب قدرت انجام می‌گیرد (Lawless and Chen, 2019). لذا، تلاش محقق این بود که تجربه دانشجوی پزشکی از آموزش بالینی بر اساس مفاهیم موجود در پارادایم انتقادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. سؤالاتی که محقق در مسیر کدگذاری دنبال می‌کرد این بود که تجربیات مشارکت‌کنندگان، ناظر به بی‌قدرتی، فقدان کنترل و از خود بیگانگی احصاء و معرفی شود. به منظور رعایت اعتبار تحقیق، با توجه به روش‌های مختلف که توسط صاحب‌نظران و محققان در این زمینه مطرح شده است (Connelly, 2016; Stahl & King 2020) عمل شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها نشان داد که دانشجوی پزشکی، تجربه‌ی مثبتی از کار در بالین ندارد و عموماً ناراضی است. پرولتاریایی شدن در این تحقیق به معنای فقدان درک ارتباط بین دانش و

عمل در میدان آموزش پزشکی و احساس مورد بهره‌کشی واقع‌شدن توسط روندهای تعریف‌شده و درنهایت نداشتن قدرت و اقتدار حرفه‌ای لازم بعد از فارغ‌التحصیلی است. از بدو ورود به دانشگاه متوجه می‌شود که بین آرمان‌ها و آنچه در میدان آموزش پزشکی می‌گذرد، فاصله زیادی است. با ورود به دانشگاه درک عمیقی از آینده‌ی نامتعین شغلی و جایگاه اجتماعی به دست می‌آورد و آینده را وابسته به وضعیت طبقاتی و جایگاه اجتماعی کنونی خود می‌بیند. او متوجه سوبه‌های بی‌عدالتی در ورود به دانشگاه و روندهای غیرمنصفانه در مسیر تحصیل پزشکی می‌شود. درس‌های قبل از ورود به عرصه بالین که اصطلاحاً دوره‌ی علوم پایه گفته می‌شود، برای او درک و معنایی ندارد و یأس او را مضاعف می‌کند. لذا، او تلاش می‌کند به هر روشی هست این دوره را بگذراند. با ورود به آموزش بالینی، یأس و مرارت، شکل دیگری پیدا می‌کند. در دوره‌ی بالینی، دانشجوی احساس بیشتری از بی‌ربطی دوره علوم پایه پیدا می‌کند. او با کمترین مهارت و دانش وارد بالین می‌شود. ترس و اضطراب از یک‌سو و شرایط حاکم بر میدان بالینی باعث تجربه‌ی عمیق نگرانی همراه با ناامیدی در او می‌شود.

در نظام سلسله مراتبی آموزش علوم پزشکی در عرصه بالین، مخاطب مطالب علمی اساتید، عموماً دستیاران سال بالا هستند. در این شرایط طیف وسیعی از دانشجویان در جایگاه‌های پایین این نظام سلسله مراتبی، موضوعیت خود را به‌عنوان دانشجویی که بایستی چیزی فرا بگیرد از دست خواهند داد. در این شرایط، دانشجویست که بایستی با خلاقیت خود، چیزی فرا بگیرد. در این مرحله نیز دانشجویان طبقه‌بندی می‌شوند. عده‌ای واقعاً در پی دستیابی به مهارت و دانش هستند که نه‌تنها دوران کارورزی بالین خود را می‌روند، بلکه حتی اضافه بر آن در درمانگاه و سایر بخش‌هایی که احساس می‌کنند ممکن است در دوران کارورزی آن را تجربه نکنند، حضور یافته و کسب دانش و مهارت می‌کنند. عده‌ای دیگر، نیز صرفاً در همین کارورزی‌ها حضور پیدا می‌کنند که نمره‌ای بگیرند، به امید مدرکی که در آینده خواهند گرفت؛ و درنهایت، عده‌ای دیگر که میدان آموزش پزشکی، برایشان چیزی شبیه اوقات فراغت است. آن‌ها مسائل مهمتری در زندگی خود دارند و

حضور در آموزش پزشکی را یا با فشار والدین و یا به علت جایگاه اجتماعی که دارد انتخاب کرده‌اند. این افراد، دوره‌های موظفی کارورزی خود را حتی به دانشجویانی که نیاز مالی دارند می‌فروشند. احساس نابرابری و شکاف آرمان‌ها و امر واقع شدیدتر می‌شود. از سوی دیگر، دانشجو متوجه می‌شود که از دورانی موسوم به اکسترنی^۱ و بعد از آن اینترنی^۲ تا پایان دوران دستیاری پزشکی، جزئی از نیروهای ارائه‌ی خدمت به نظام سلامت در بیمارستان‌های دولتی است، اما از کمترین حقوق و پاداش‌های متناسب با این خدمت برخوردار است. او با حقوق حداقلی که هزینه‌های ابتدایی زندگی‌اش را کفایت نمی‌کند، کار می‌کند. تجربه‌ای شکننده برای دانشجویی است که آینده‌ی شغلی خود را نیز نامطمئن و نامتعین می‌بیند. از سوی دیگر، با نزدیک شدن به دوران فارغ‌التحصیلی، دانشجو احساس می‌کند که دانش و مهارت لازم برای کار به‌عنوان پزشک عمومی را ندارد. عمده برنامه درسی در بیمارستان بوده و او قادر نخواهد بود بعد از فارغ‌التحصیلی در مطب فعالیت کند. در مجموع، درک و تجربه‌ی عمیق از پرولتاریایی شدن شکل می‌گیرد که به معنای درک و فهمی از فقدان دانش و مهارت، ورود اجباری به روابط نابرابر و غیرعادلانه، تقسیم کار غیرمنصفانه یا مبهم و درنهایت شکل‌گیری انگاره‌ای از استثمار در دانشجوی پزشکی است. سه مضمون بر ساخت شده در این تحقیق عبارت‌اند از بهره‌دادگی، از خود بیگانگی و دانش و حرفه‌ای‌زدایی (جدول شماره ۲).

جدول ۲. مفاهیم و مقولات مرتبط با پرولتاریایی شدن

Table 2. Concepts and categories related with proletarianization

مقولات	مفاهیم	کدها
بهره‌دادگی	دستمزد پایین فقدان بیمه مزدوری شبه‌علمی	دانشجوی پزشکی به عنوان یک کارگر یا برده، کارهای خارج از شرح وظایف، حقوق پایین اینترنی، حقوق دستیاری پایین‌تر از خدماتی، فقدان بیمه و حقوق مناسب، برخوردهای سلیقه‌ای، خرید و فروش شیفت،

۱. در برخی دانشگاه‌ها به استاژری نیز گفته می‌شود که حدود ۲ سال به طور می‌انجامد و دانشجوی پزشکی کارآموز است.

۲. دوره‌ی ۱،۵ ساله‌ی پایانی پزشکی عمومی که دانشجو در بالین است و اصطلاحاً کارورز می‌باشد.

مقولات	مفاهیم	کدها
		گذراندن شیفت کارورزی برای دانشجویان پولدار
از خودبیگانگی	سرخوردگی ترس اجتماعی بی‌انگیزگی دلزدگی	احساس سرخوردگی، سرکوب روحیه‌ی مطالبه‌گری، تجربه فشار و استرس، ترس از اعتراض، احساس ناامیدی، تبلی و بی‌انگیزگی دانشجوی، ناامیدی، به حاشیه رفتن اصول پزشکی، تستی شدن ارزیابی‌ها، موفقیت یعنی تست زدن، احساس خستگی و افسردگی، احساس فرسودگی، علم زدگی و دانشگاه زدگی نخبگان، احساس بیگانگی
حرفه‌ای‌زدایی	دانش غیرسودمند بی‌مهارتی بیمارستانی شدن بی‌دانشی	علم بدون کاربرد، گسست علوم پایه از بالین، ابهام در چرایی خواندن دروس علوم پایه، احساس هدردادن وقت، عدم آموزش کافی، ناتوانی از طبابت سرپایی، آموزش لاینفع، آموزش بیمارستانی شده، فقدان مهارت به‌عنوان پزشک عمومی، استفاده از اپلیکیشن بعد از فارغ‌التحصیلی علم لاینفع

بهره‌دادگی^۱

بهره‌دادگی در این تحقیق به معنای انجام کاری بدون برخورداری از مزد کافی و مزایای متناسب با آن می‌باشد. چنین کاری باعث به وجود آمدن احساس ناخوشایند و بخصوص بی‌عدالتی در میان دانشجویان می‌شود. لذا، دانشجوی پزشکی از زمانی که وارد عرصه بالین می‌شود، احساس ستم‌دیدگی دارد. در نظام سلسله‌مراتبی آموزش پزشکی، بیشترین فشار، بر دانشجوی پزشکی است که بایستی عموماً بر بالین بیمار حاضر باشد. البته، در نظام متصلب سلسله‌مراتبی، بیشترین فشار بر دانشجوی‌های سال اول در هر مقطع است. این موضوع زمانی پیچیده‌تر می‌شود که در ابتدا بدون دانش و مهارت کافی، راهی بالین می‌شود. او بایستی مدیریت بیماری را در چنین شرایطی به بهترین نحو انجام دهد و پاسخگوی پرستار، بیمار و همراهانش و دانشجوی سال بالایی باشد. ارتباط وی با استاد، سلسله‌مراتبی و غیرمستقیم است. از سوی دیگر، درحالی‌که بیشتر وظایف بر عهده‌ی اوست، کمترین حقوق را دریافت می‌کند. شیوه‌نامه‌های آموزشی از یک‌سو و قواعد سلیقه‌ای بیمارستان‌ها از سوی دیگر، او را وارد فرایندی کرده که بعضی مشارکت‌کنندگان از مفاهیم بردگی و

1. exploitation

حمالی در این زمینه استفاده می کردند. حقوق دانشجوی پزشکی بسیار ناچیز است بدون بیمه یا نظام‌های حمایتی مشابه. این احساس بهره‌دادگی در طول دوره‌ی تحصیل تا دوره‌ی فوق تخصص ادامه دارد. احساسی که بعد از ورود به بازار کار، به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه تبدیل به رفتارها و مکانیسم‌های جبرانی خواهد شد. لذا، دانشجو احساس می کند، از کیک منافع اجتماعی، کمترین سهم به او می‌رسد، درحالی که بیشترین مسئولیت به عهده‌ی اوست.

خوب! ما دانشجوی پزشکی هستیم ما حکم حامل داریم اینجا. هر مقطعی به نوع خودش حامی می‌کند. شما تو اینترنی مسئولیت هم داری، یعنی اینکه کار رو اشتباه انجام بدی پات گیره؛ یعنی ازت می‌تونن شکایت کنن که چرا شما مثلاً این کار رو نکردی. حالا شما مگه این کار رو به من یاد دادی قبلش. آگه قراره ما خودمون یاد بگیریم، خب نمایم دانشگاه! می‌ریم تو یه بیمارستان می‌ایسیم بالاخره هر کس یه آشنایی داره تو یه بیمارستان. سه سال بری تو بخش اطفال وایسی خیلی بیشتر یاد می‌گیری تا بخوای هفت سال بیای اینجا (مشارکت‌کننده کد ۱۸).

به علت درمانی بودن بیمارستان‌های آموزشی، حجم زیاد کارها بر عهده دانشجویان پزشکی است. آن‌ها احساس می‌کنند که نسبت به پرستاران شاغل کار بیشتری انجام می‌دهند، مسئولیت بیشتری را بر عهده دارند و شیفت‌های ۲۴، ۴۸ و گاهی ۷۲ ساعته را تحمل می‌کنند؛ اما از هیچ مزایا و حقوقی برخوردار نیستند. حقوق داده‌شده، حداقل نیازهای زندگی‌اش را پاسخ نمی‌دهد و توسط خانواده تأمین می‌شود.

یه دانشجوی پزشکی که مثلاً ۲۴ یا ۲۵ ساله هست باید از خانوادش پول تو جیبی بگیره. اینها همش سخته دیگه. کارامون سخته، دوره زیاده. شما آگه یه پزشکی که ۱۰ سال پیش درس خونده بیاری بهت میگه شما بدبختین ما اصلاً اینطور نبودیم. ما دستیارمون ۱۳ ساله فارغ التحصیل شده می‌گفت ما اون موقع اینترنی که می‌گرفتم ۴۰ تومن بود. الان ۵۰۰ میدن. خودش میگه من با ۴۰ تون خیلی چیزا برای خودم فراهم می‌کردم. خیلی چیزا متفاوت شده نسبت به اون موقع. ما این شش

سال یا هفت سال که می‌آیم علناً داریم زمان تلف می‌کنیم. ما باید پول تو جیبی از خانواده بگیریم (مشارکت‌کننده کد ۱۸).

چنین امری برای دستیاران پزشکی می‌تواند بسیار سخت‌تر است. درحالی‌که بیشترین حجم کار بیمارستان را بر عهده دارند، تجربه‌ی تشدید یافته بی‌عدالتی و استثمار دارند. دستیاران در عمیق‌ترین شرایط ناامن از حیث شغل و درآمد به سر می‌برند. چند نفر از مشارکت‌کنندگان، علت اهمیت دادن به پول در دوران بعد از فارغ‌التحصیلی را در متخصصین، نوعی مکانیسم جبرانی سال‌های عمر از دست‌رفته تلقی می‌کردند.

از طرف دیگر دستیارها که همه کارهای بیمارستان رو انجام میدن ماهی یک میلیون حقوق میگیرن و بعد از ۴ سال وقتی وارد جامعه میشن میخوان ۷ سال قبل و ۴ سال دستیاری رو جبران کنند چون تو اون سال‌ها زندگی نکردند و یهو پول پرست میشن برخلاف اروپا که تو دوره دستیاری مثلاً ۵۰۰۰ هزار یورو حقوق می‌گیرن و وقتی استاد بشن میشه ۶۰۰۰ هزار و اینترن اونها ۱۰۰۰ یورو می‌گیره چون اینترن هم تو بیمارستان کار می‌کنه اما در ایران تعادلی وجود ندارد (مشارکت‌کننده کد ۱۴).

از نظر دانشجوی پزشکی، شیوه‌نامه‌های قدیمی آموزشی، زمینه‌ی اجحاف در حق او از سوی نظام سلامت، بیمارستان و کارکنان (پرستاران و سایر کادر) را به وجود آورده است. تقسیم‌کار غیرمنصفانه در بخش‌های بیمارستان، بخش عمده‌ای از احساس و تجربه‌ی روزانه‌ی تحصیل در آموزش پزشکی است. این موضوع هم در دوران پزشکی عمومی و هم در دوران دستیاری و فوق تخصصی به اشکال مختلف تجربه می‌شود. دانشجوی پزشکی زمانی که وارد بیمارستان می‌شود، یکسری چالش‌های اولیه با پرستاران ممکن است داشته باشد. به‌طور مثال، پرستاران قانوناً نایستی اقدامات مداخله‌ای چون گرفتن گازهای خون شریانی، یا گذاشتن سوند ادرار یا در مواردی پانسمان‌های پیچیده را انجام دهند. به‌صورت معمول این اقدامات تحت دستور پزشک انجام می‌شود، اما اگر پرستار بخواهد بهانه کند که این کار من نیست، چالش با دانشجویان پزشکی آغاز می‌شود. این

مسئله در کنار فقدان دانش و مهارت در این زمینه‌ها، برای دانشجوی پزشکی اضطراب آور است. چالش دیگر مربوط به خود آموزش پزشکی است. قانون و قاعده‌ی شفافی برای اینکه روشن کند یک دانشجو چگونه در یک بخش فعالیت کند وجود ندارد. در واقع، در اعظم موارد دستیار مسئول این تقسیم‌بندی است. دستیار می‌تواند دستور دهد که اینترن ۲۴ ساعت در بخش باشد یا خیر. در نظام سلسله‌مراتب متصلب، این موضوع در رابطه با خود دستیاران نیز صادق است. دستیار سال بالا نسبت به سال پایین و همین‌طور البته با شدت کمتر در بین اینترها و اکسترها چنین روابطی وجود دارد. در واقع نظامی از سلسله‌مراتب شدید ارتباط در این زمینه وجود دارد که فردی که در جایگاه بالاتر است، می‌تواند هر دستوری را به سال پایین خود بدهد. این موضوع در کنار تقسیم کار نامشخص شرایط تحصیل را برای دانشجوی پزشکی سخت می‌کند.

همه می‌ریزن سر دانشجو، پرستار، بیمار، همراه مریض و ... همه بالادستی‌ها به پایین دستی‌های خود فشار می‌آورند و مجبورند که کار راه بیافتند. بیشتر از اینکه ما تیچینگ (آموزش) داشته باشیم کار بخش را انجام می‌دهیم؛ یعنی خستگی جسمی مان خیلی بیش از این هست که *teaching* (آموزشی) داشته باشیم (مشارکت‌کنندگان ۱۹).

یکی دیگر از تجارب دانشجویان پزشکی مربوط به خرید و فروش شیفت بیمارستان است. این موضوع دو پیامد خاص برای دانشجویان پزشکی دارد. اول اینکه متوجه بی‌عدالتی‌های ساختاری می‌شوند. دوم اینکه دانشجویانی که به جای دانشجویان طبقات بالا شیفت می‌گذرانند، احساس خوشایندی ندارند. آن‌ها مجبورند اضافه بر شیفت‌های بسیار خسته‌کننده که خود دارند و می‌گذرانند، گاهی شیفت‌هایی را که می‌خرند، مجبور می‌شوند تا چند روز در بیمارستان بگذرانند. این وضعیت احساس بهره‌دادگی بیشتری برای آن‌ها به همراه دارد. آن‌ها خود را برده و کارگر همکلاسی‌های طبقه بالای خود می‌بینند که بدون هیچ رنج و زحمتی همان مدرکی را می‌گیرند که این دانشجوی مستضعف می‌گیرد.

این افراد متأسفانه بدون سختی به صورت افتضاح و به صورت پرورانه از پول استفاده می‌کنند برای خرید افراد، یعنی کسی وارد پزشکی میشه و پول نداره و کسی که پولداره و وضعیت مالی عالی داره، هر دو به صورت یکسان بایستی کشیک بدهند. مثلاً من باید در ماه ۱۰ روز بایستی در بخش سنگین باشم که من یک آموزش‌هایی بدم بر اساس اون استدلال‌ها به طور مثال در بخش گوارش باید ده کشیک بدهم که بگویند بخش را گذرانده‌ام. کسی که پول داره در رشته‌ی پزشکی کشیک‌هاش رو می‌فروشه به اون که پول نداره چون اون مشکل مالی داره (مشارکت‌کننده کد ۲۰).

بنابراین، دانشجوی پزشکی در چنین بستری از آموزش خود را یک فرد بهره‌داده تلقی می‌کند که تنها مؤلفه‌ی همچنان برتر و به‌جامانده، هوش و استعداد بیشتر اوست و این امید که بعد از سال‌ها تلاش و زحمت مدرکی برای کسب درآمد به دست خواهد آورد. در بستر آموزش موردنظر توجه به دغدغه‌ها نگرانی‌ها و مسائل او موردتوجه هیچ فرد یا نهادی نیست. به‌طور خاص در دوران پزشکی عمومی، دانشجویان، فاقد یک متولی مشخص آموزش هستند. این فقدان متولی باعث شکل‌گیری نوعی احساس بی‌سپناری در آن‌ها می‌کند که احساس پرولتاریایی شدن را در آن‌ها تقویت می‌کند.

از خودبیگانگی

میدان آموزش پزشکی دانشجویان را از خودبیگانگی می‌کند. این امر در پهنه‌ای از تعارضات بین فهم پیشین دانشجویان از رشته پزشکی و امر واقع پسینی، انتظارات حرفه‌ای و اجتماعی مرتبط با آن و در نهایت میدان قدرت نهادی (آموزش پزشکی) و جامعه بازاری شده شکل می‌گیرد. دانشجوی پزشکی بعد از مدت اندکی که وارد دانشگاه می‌شود، با مشاهده‌ی شرایط آموزش سنگین و بی‌فایده از یک سو و وضعیت دیگر دانشجویان پزشکی در بالین و بخصوص در دوره‌های دستیاری از سوی دیگر، دچار سرخوردگی می‌شود. او خود را در یک مسیر پیچیده با حداقل هفت سال و حداکثر ۱۲ تا ۱۵ سال، سرگردانی تصور می‌کند. مواجهه با بی‌عدالتی نهادی، احساس بهره‌دادگی و ناامیدی که در دیگر دانشجویان

پزشکی سال بالا مشاهده می‌کند، او را نسبت به آینده‌ی شغلی خود نامطمئن می‌کند و دچار سرخوردگی و بی‌انگیزگی می‌شود.

دانشجویان پزشکی یک حس گرفتار شدن بهشان دست می‌دهد و حتی به بعضی لذت‌های روزمره مانند سینما رفتن و با دوستان بیرون رفتن کمتر می‌شود گرچه توجیه می‌کنند که تو بخواهی پزشک بشوی باید این وقت را بگذاری ولی خب برای یک جوان ۲۰ ساله خیلی این پذیرفته نیست مثل اینکه مجبور بشود از درس بزنه که به اون کارها پردازد که بنظرم این هم نگاه ناخودآگاه غیرمنصفانه‌ای در ذهن فرد ایجاد می‌کند و همه‌ی این‌ها رو به جبران آتی می‌خواهد از لحاظ مکانیزم دفاعی شاید ملحق بکند و خب خیلی‌ها دچار سرخوردگی در همان دوران ابتدا یا در میانه‌ی راه می‌شود (مشارکت‌کننده کد ۱۲).

باوجود این سرخوردگی در ابتدای کار، اما روحیه و نشاط جوانی بخصوص قبل از ورود به دوره‌ی بالینی، انگیزه‌ی مطالبه‌گری را از او نگرفته و او تلاش می‌کند که هر طور که شده روال‌ها را اصلاح و فرایندها را تغییر دهد؛ اما درمی‌یابد که هیچ‌کدام از این‌ها کارساز نیست و سیستم برای تغییر نیافتن ساخته شده است.

ما در ترم‌های اول این موضوع را حس کردیم و حس می‌کنیم برخلاف چیزی بود که در ذهن ما بود که دانشگاه‌ها را یک فضای دانشگاهی تصور کرده بودیم. موضوع دوم برمی‌گردد به اینکه گفتید تا چه حد به اعتراضات گوش می‌کند تقریباً می‌توان گفت گوش شنوایی وجود ندارد و ۹۹ درصد حرف‌هایی که می‌زنیم با اینکه می‌شنوند بی‌فایده بود. به این نحو گفت که بچه‌ها نه اینکه این بی‌عدالتی و این‌ها را نبینند، می‌بینند اما از اعتراض کردن می‌ترسند و دنبال دردسرهای آن اعتراض نمی‌روند چون می‌دانند بالاخره ممکن است تبعات سنگینی برای آن‌ها داشته باشد و دلیل این هم این است که دانشجو می‌گوید من یک سال، دو سال عمر خود را صرف خواندن درس و کنکور دادن کردم و به رشته‌ی پزشکی آمدم و حالا بخواهم نابودش کنم و یک چیز دیگر هم که وجود دارد این است که آنقدر آن فرد خسته است و آنقدر فشار درس‌ها زیاد می‌شود که اصلاً فرد فرصت نمی‌کند که بخواهد اعتراضی بکند (مشارکت‌کننده کد ۱۰).

در این شرایط دانشجوی دچار سرخوردگی می‌شود و به‌نوعی خمودگی سوق داده می‌شود. دانشجوی پزشکی متوجه می‌شود که مهم وارد شدن به دانشگاه بوده است، خارج شدن از آن کار ساده‌ای است و به هر نحوی که شده می‌توان فارغ‌التحصیل شد. دیگر این که استعداد اهمیت خود را از دست می‌دهد، همه مدرک می‌گیرند و عده‌ای شاید پزشک شوند. چه بسا که در بستر ساختارهای ناعادلانه، زرننگ کسی است که بهتر بتواند از رانت‌ها استفاده کند؛ اما بیشترین فشارها در دوره‌ی بالینی، رابطه‌ی اساتید با دانشجویان است. گزارش راند هفتگی که اصطلاحاً Morning نامیده می‌شود، عرصه‌ای است برای تکرار مناسک طولانی مدت تحقیر.

یه سری استادها هستن که شما وقتی می‌خوای مثلاً؛ یه صبح که Morning باشی و بخوای در مورد مریضتون صحبت کنی واقعاً با ترس و لرز میری یعنی می‌ترسی که من برم اونجا. وقتی شب تا صبح تو بیمارستان هستی اصلاً وقت نمی‌کنی مطالعه کنی. صبح می‌ای همه مدل سؤال از شما می‌پرسن آگه بلد نباشی به قوال بچه‌ها که میگن می‌شورنت. بچه‌ها واقعاً استرس دارن اونجا مثل بید باید بلرزی (مشارکت‌کننده کد ۱۸).

دانشجوی پزشکی بخصوص بعد از ورود به بالین و گذراندن حدود ۱۰ شیفت در هر بخش با تمام مسئولیت‌هایش، به‌شدت خسته و فرسوده می‌شود بایستی در مراسم Morning^۱ (گزارش صبحگاهی) آماده‌ی همه‌چیز باشد. دانشجوی پزشکی متوجه می‌شود، اصول و قواعد مهم پزشکی مثل رابطه‌ی مناسب با بیماران، توجه به دغدغه‌ی بیماران و حتی

۱. گزارش صبحگاهی یا Morning report یکی از جلسات آموزشی در بیمارستان است که در آن اساتید صاحب نظر در هر رشته، به همراه دستیاران و دانشجویان دوره‌ی پزشکی عمومی به ارائه‌ی مطالب آموزش و مرور بیمارانی (Case) که دوره‌ی درمان آن‌ها در بیمارستان طولانی شده یا بیماری و یا درمان خاصی را می‌گذرانند می‌پردازند. این جلسات در بیمارستان برگزار می‌شود و دانشجویان بایستی گزارشی کامل از بیمار خود، روند درمان و اقدامات تشخیصی و درمانی ارائه کنند. مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که این گزارش بیشتر از آن که جنبه‌ی آموزشی داشته باشد، به میدانی برای اعمال قدرت، سلطه و تعارض آشکار و پنهان بین اساتید و دانشجویان و گاه‌آ اساتید با یکدیگر تبدیل می‌شود. این میدان مبتنی بر فرهنگ سلطه است که بیشترین فشار روانی در آن بر دانشجویان، بخصوص دانشجویی که می‌خواهد گزارش بیمار تحت درمان خود را ارائه کند، وارد می‌شود.

موضوعات مهمی چون مرگ، در بالین به حاشیه می‌رود. آموزش پزشکی به حداقل امر طبابت، آن‌هم نه مبتنی بر آموزش دقیق و دانشگاهی، بلکه مبتنی بر تجربه‌ی دانشجو در دوره‌ی بالینی انجام می‌شود و در این بین حداقل‌های موازین انسانی مورد آموزش قرار نمی‌گیرد.

یعنی شما با ساختاری مواجه هستید که برای این موضوعات اهمیتی قائل نیست که شما چقدر برای بیمار ارزش قائلید مثلاً می‌بینی یه عده‌ای سر پتاسیم بیمار شوخی کردند و بیمار فوت کرده و حالا دارند می‌خندند که ناشی از این است که هیچ نظام عادلانه‌ای برای این امر نیست که چقدر برای بیمار اهمیت قائل هستید. درسته که چنین دانشجویانی خیلی کم هستند ولی به نظر من یکیش هم زیاده. ممکن است از هر ورودی ممکنه دو نفر یا سه نفر چنین کاری کنند اما هیچ نظام نظارتی نیست برای ارتقای موضوع (مشارکت‌کننده کد ۹).

کم‌کم اینجوری شد که هدف من از دانشگاه مفید بودن برای جامعه نبود (مشارکت‌کننده کد ۳).

در نظام از خودبیگانه‌کننده‌ی آموزش پزشکی، همه‌ی اهداف و آرمان‌ها از دست می‌رود به طوری که امروزه بخشی از رشته‌های فوق تخصصی فاقد داوطلب شده‌اند. ما الآن در یکسری رشته‌ها هیئت علمی نداریم و در بعضی رشته‌ها هم تقاضای تخصصی یا فوق تخصص نداریم. خب! معلومه که دانشگاه به مشکل بر می‌خوره (مشارکت‌کننده کد ۱۲).

حرفه‌ای‌زدایی

به معنای احساس نداشتن دانش و مهارت کافی برای کار به‌عنوان پزشک بعد از فارغ‌التحصیلی، نداشتن اقتدار و تسلط بر محیط و تجربه حرفه‌ای و نگرانی‌های مرتبط با آن است. این امر مرتبط با مضامین قبلی است و البته مهم‌تر از همه این است که احساس دانش و مهارت ناکافی برای طبابت، پزشک را از قله اقتدار و قدرت به زیر کشیده و وی را مجبور کرده برخلاف خواسته حرفه‌ای خود، فاصله‌اش با جامعه و بیمار را به حداقل

برساند. حرفه‌ای زدایی در این تحقیق بیش از همه مرتبط با احساس نداشتن دانش و مهارت کافی برای مدیریت بیماری است که خود زمینه را برای کاهش اقتدار و قدرت پزشک فراهم می‌کند. بدترین تجربه برای دانشجوی پزشکی این است که هر چه به پایان تحصیل (در دوره عمومی) نزدیک می‌شود، احساس می‌کند دانش و مهارت لازم برای ویزیت بیمار در مطب ندارد. این چالش از همان اوایل که وارد عرصه بالین می‌شود، آغاز می‌گردد و هر چه به پایان فارغ‌التحصیلی نزدیک می‌شود پررنگ‌تر می‌شود. او متوجه می‌شود که ذهن وی انباشتی از قوانین و دانش علوم پایه و حتی دانش طبقه‌بندی دقیق بیماری‌های مختلف است، اما قادر به مشاوره دادن به یک بیمار مبتلا به سرماخوردگی نیست. عموماً نخستین مواجهه‌ی بالینی، مشاهده‌ی پرستارانی است که در انواع اقدامات عملی مثل خون‌گیری، لوله‌گذاری داخل‌نای در بیماران نیازمند احیا، گذاشتن سوند ادرار و در مواردی گرفتن خون سرخرگی برای ارزیابی گازهای خونی، مهارت بالاتری نسبت به دانشجویان پزشکی دارند. در مواردی، پرستاران مجرب و خبره در بسیاری از بخش‌ها، دستورات لازم برای بیماران را می‌گویند و دانشجوی پزشکی آن‌ها را در پرونده دست‌نویسی می‌کند. در موارد بیماران اورژانسی، دانشجوی پزشکی احساس ضعف دانش و مهارت شدیدی دارد.

*من متوجه شدم که ما در این دوران به دونه مریض هم اپیتوبه (لوله‌گذاری ریه
زمان احیاء) نکردیم. ما اتاق عمل اضافه موندیم که یاد بگیریم. من انجام دادم و
اشتباه شد. بالاخره چند بار تلاش کردیم و شد (مشارکت‌کننده کد ۹).*

همان‌طور که گفته شد، بیشترین مشکل دانشجوی پزشکی، دوران پایانی تحصیل است، بخصوص اگر بخواهد برای ورود به بازار کار آماده شود. اکثر مشارکت‌کنندگان بر نداشتن دانش و مهارت مدیریت یک بیمار معمولی و سرپایی در دانشجویان فارغ‌التحصیل پزشکی تأکید داشتند. حتی مشارکت‌کننده شماره ۷ به نرم‌افزار کاربردی اشاره کرد که نحوه‌ی مشاوره بیماران در این زمینه را آموزش می‌دهد. این موضوع نشان می‌دهد که دانشجوی پزشکی در دوران تحصیل خود فاقد توانمندی لازم برای مشاوره‌ی بیمار سرپایی

شده است. بعضی از مشارکت کنندگان به طور مثال شماره ۹ می گفت که از اول سعی کرده که درمانگاه برود تا نحوه‌ی ویزیت بیماران سرپایی را یاد بگیرد.

من متوجه شدم که بایستی درمانگاه بروم تا چیزی یاد بگیرم، به اساتید گفتم و از آن‌ها خواستم که درمانگاهشان باشم و می‌رفتم تا به چیزایی یاد گرفتم (مشارکت‌کننده کد ۹).

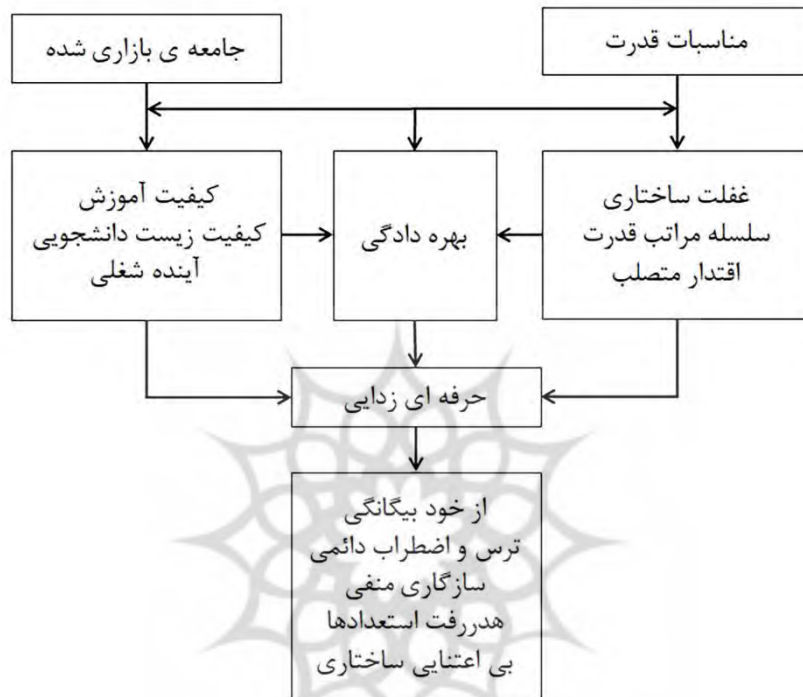
نکته‌ی جالب این است که موضوع آموزش بدون مهارت، به آموزش پزشکی مربوط نمی‌شود. مشارکت‌کننده‌ی شماره ۳ که دندان‌پزشک و دانشجوی اخلاق پزشکی است، یکی از دلایل رفتن به سمت تخصص در رشته‌ی خود را همین فقدان مهارت می‌داند. اگرچه دانشجویان پزشکی به چنین موضوعی اشاره نکردند، اما به نظر می‌رسد احتمالاً در مورد آن‌ها نیز چنین وضعیتی صدق کند.

مثلاً شما ممکن است آدم با اخلاقی باشید، شما ممکن است دانش خوبی داشته باشید، ولی در عمل هم مهم است که چه کاری را انجام می‌دهید. خوب خیلی از همکلاسی‌های من وقتی فارغ‌التحصیل شدند از جمله خود من، اعتماد به نفس یک سری کارهای درمانی را نداشتیم و کاری که انجام می‌دادیم با ترس ولرز بود و همین باعث می‌شد، خیلی‌ها به سمت تخصص پیش بروند (مشارکت‌کننده کد ۳).

تحقیق نشان داد که آموزش پزشکی بالینی در ایران، مبتنی بر نظام سلسله‌مراتب و برنامه‌ی درسی از پیش تعریف شده است که برای دانشجوی پزشکی، نه تنها دانش و مهارت به همراه ندارد، بلکه او را تبدیل به یک فرد از خودبیگانه‌ای می‌کند. این بیگانگی بر دور شدن از آرمان‌های پزشکی از یک سو و اهداف شغلی و شرایط فردی از سوی دیگر تأثیرگذار است. او دوران تحصیل را همراه با نوعی ترس و اضطراب می‌گذرانند. دورانی که به علت ساختارهای ناعادلانه، همراه با احساس استعمار و ناامیدی نسبت به آینده است. شکل شماره ۱ طرح‌واره‌ی مفهومی تحقیق را نشان می‌دهد.

شکل ۱. طرح‌واره‌ی مفهومی تجربه‌ی پرولتاریایی شدن دانشجوی پزشکی

Fig 1. Conceptual schema of medical student's proletarianization experience



همان‌طور که شکل نشان می‌دهد دو مؤلفه مناسبات قدرت و مناسبات بازار بر یافته‌های تحقیق حاضر تأثیر گذارند. مناسبات قدرت به شکل‌گیری نوعی غفلت ساختاری از مسائل و مشکلات آموزش پزشکی انجامیده که در قالب سلسله‌مراتب اقتدار و قدرت متصلب موجود، غیرقابل تغییر است. دیگر استعداد دانشجوی و تلاش و کوشش او تعیین‌کننده آینده شغلی و زندگی‌اش نیست. بلکه جامعه بازاری شده است که به‌عنوان نیروی تعیین‌کننده بیرونی عمل، تعیین‌کننده کیفیت آموزش، زیست دانشجویی و آینده شغلی او می‌باشد. این دو به شکل‌گیری بهره‌دادگی در بستر آموزشی-درمانی پزشکی انجامیده است؛ و مجموع این شرایط و نیروهای متعارض به حرفه‌ای زدایی پزشکی انجامیده است. دانشجوی پزشکی در همان ابتدای امر متوجه می‌شود که بین آرمان‌های و انتظارات اجتماعی از نقش و

جایگاه پزشک و آنچه در عمل احصاء می‌شود، گسست عمیق و پرنشدنی است و عامل اصلی از خودبیگانگی همین نگرش و تجربه است. پیامد حرفه‌ای‌زدایی، ترس و اضطراب دائمی در دانشجویست که خود می‌تواند زمینه‌ی افسردگی حاد و مزمن را به وجود آورد. دانشجو به شکلی از سازگاری منفی می‌رسد که همراه است با نوعی روزمرگی و واگذار کردن امور به گذر زمان و شانس است. میدان آموزش پزشکی با رکود و هدر رفت استعدادها مواجه است که در سایه یک غفلت ساختاری - اگر نگوییم تعمدی - به وجود آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف تحقیق حاضر، واکاوی انتقادی آموزش پزشکی بالینی در ایران است. تحقیق نشان داد که آموزش پزشکی، بستری برای تحمیل بدترین اشکال ترس و اضطراب از یک سو، ناامیدی و احساس بی‌عدالتی از سوی دیگر و درنهایت احساس از خودبیگانگی برای دانشجوی پزشکی است. شرایطی که حرفه‌ای‌زدایی را به همراه داشته است. محیط بالین عرصه‌ای از حضور منافع متعارض بین دانشجو، بیمار، مسئولین بیمارستان، نظام سلامت و استاد است. کمترین قدرت در این عرصه‌ی پر از تعارض را دانشجوی پزشکی دارد. دانشجو خود را درگیر اقتدار متصلب ساختاری و قدرت جامعه بازاری شده می‌بیند که تعیین‌کننده بسیاری از امور حرفه‌ای وی است.

همان‌طور که بکر و همکاران (1961) اشاره کردند، دانشجوی پزشکی در ابتدای ورود به دانشکده با تعارض یا فاصله بین آرمان‌ها و واقعیت مواجه می‌شود. این آرمان و واقعیت در جامعه‌ی ما به دو صورت مطرح است. اول آنکه به دلیل بازاری شدن تشدید یافته‌ی جامعه، ورود به رشته پزشکی عمدتاً با اهداف مادی انجام می‌گیرد. همان‌طور که وحید دستجردی و همکاران (2013) و نیز معمارپور و همکاران (2013) نشان دادند که مهم‌ترین دلیل ورود دانشجویان به رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی نگاه مادی و جایگاه اجتماعی است؛ اما در واقعیت چنین دسترسی به منابع سرشار مادی وجود ندارد. دسترسی به یک شغل مطمئن برای دانشجوی پزشکی، یک امر طبقاتی مرتبط با جایگاه خانوادگی و

مادی‌اش است. برخلاف دانشجویان طبقه متوسط و پایین، دانشجویان طبقه بالا امکان بیشتری دارند تا مطب تأسیس کنند یا زیست دانشجویی همراه با رفاهی را داشته باشند. دانشجویان پزشکی در همان سال‌های نخست تحصیل متوجه تعیین‌کنندگی طبقاتی امور می‌شوند که تا فارغ‌التحصیلی در دوره فوق تخصصی ادامه دارد. دیگر آرمان تحقق‌نیافته، آرمان آموزشی و علمی است که بخشی از آن به میدان آموزش پزشکی و بخش دیگر به میدان بازاری اجتماعی مرتبط است؛ یعنی شکنندگی آرمان‌های حرفه‌ای هم در بستر علمی و هم در بستر طبقاتی جامعه شکل می‌گیرد. همان‌طور که باقری لنگرانی و همکاران در تحقیق خود نشان دادند شرایط ساختاری و کژکارکردی دانشگاه در کنار فرهنگ مهاجرت، دلایل مهم عدم تمایل برای ورود به دوره‌ی تخصصی در آموزش پزشکی در ایران است (Bagheri Lankarani et al. 2022).

از سوی دیگر، دانشجوی پزشکی به این فهم می‌رسد که بسیاری از مطالب آموزشی چه در دوره علوم پایه و حتی دوره بالینی، قابل استفاده برای او به‌عنوان پزشک عمومی یا احیاناً بعدها متخصص ندارد. طالعی و حکمت‌پو در تحقیق خود دریافتند که می‌باشد از این جهت که آموزش پزشکی نتوانسته نیازهای دانشجویان پزشکی را برآورده سازد (Talaei & Hekmatpou, 2012). کلاته ساداتی و همکاران (2019) نیز نشان دادند که آموزش پزشکی گرفتار نوعی مناسک‌گرایی بر اساس چارچوب نظری مرتون است. این مناسک‌گرایی، فارغ از اهدافی که آموزش پزشکی دنبال می‌کند انجام می‌گیرد. درس تعریف‌شده و عمدتاً غیرقابل تغییر در برنامه‌ی درسی و نامتناسب و ناهماهنگ با شرایط زمانی و نیازهای بهداشتی-درمانی روز کشور، برنامه‌های آموزشی ثابت و غیرقابل تغییر و رویه‌های آموزشی یکسان، بدون توجه به اینکه این آموزش‌ها تا چه اندازه نیازهای دانشجویان و جامعه را که هدف اصلی آموزش پزشکی است دنبال می‌کند. لذا، دانشجوی پزشکی با شکاف بین دو آرمان (مادی و آموزشی) و امر واقع مواجه است که تأثیر منفی حاد و تشدید یافته بر ذهن و روان دانشجو دارد. البته کلاته ساداتی و همکاران در تحقیق دیگر خود نشان دادند که آموزش پزشکی در ایران متأثر از آرمان‌های زیست-پزشکی مدرن

است که ارتباط و توجهی به مفاهیم علوم انسانی ندارد ((Kalateh Sadati et al, 2021). برخلاف یافته‌های تحقیق کریمی مونی و همکاران (2011) که نشان داد آموزش پزشکی، مسیر حرفه‌ای شدن را هموار می‌کند، تحقیق نشان داد که این یک نگاه خوش‌بینانه است. آموزش پزشکی نه تنها نتوانسته اهداف حرفه‌ای خود را تحقق سازد، بلکه ضد آن عمل می‌کند. به‌طور مثال در بحث رابطه پزشک-بیمار و اخلاق پزشکی، مطالعات اخیر نشان می‌دهد که روابط مبتنی بر سلطه و قدرت بر این تعاملات حاکم است (Kalateh Sadati et al, 2014 a, b) که این نیز خود نشان‌دهنده شکاف بین آرمان‌های پزشکی و امر واقع است.

به لحاظ نظری، یافته‌های تحقیق حاضر، بیش از آن که در تأیید رویکرد مرتون (Merton, 1957) باشد، مؤید نظریه‌ی بکر و همکاران (Becker et al. 1961) و البته برونسان است. همان‌طور که بکر و همکاران نشان دادند، دانشجوی پزشکی یک مواجهه‌ی بزرگ در درون آموزش پزشکی را تجربه می‌کند و آن فاصله‌ی زیاد بین آرمان‌های دور از دسترس از یک طرف و واقعیت تجربه‌شده‌ی آموزش پزشکی از سوی دیگر است. این موضوع در نظریه بکر و همکاران، بیش از همه راجع به برنامه‌ی درسی در دانشکده‌های پزشکی است که دانشجو احساس می‌کند، بی‌ربط و فاقد توان بالقوه برای مهارت‌افزایی وی است. از سوی دیگر، دانشجو با پی بردن به شکاف آرمان و واقعیت سعی می‌کند با شرایط جدید سازگار شود. یافته‌های تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد که دانشجوی پزشکی در ورود به میدان پزشک شدن، زود متوجه ناطمینانی مسیر می‌شود و موفقیتی که بایستی در طول ۱۲ تا ۱۴ سال به‌صورت نامطمئن به دست آورد را با تحصیل در یک رشته‌ی کارشناسی کسب می‌کرد. او بایستی بهترین روزهای زندگی خود را که اوج دوران جوانی وی است، درگیر ترس و اضطراب و ناامیدی طی کند. تجربه‌ی بالین نیز برای او دستاوردی ندارد. او بایستی خود به دنبال کسب مهارت باشد، بعضی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که ما برای برخی اقدامات از پرستاران کمک می‌گرفتیم. لذا، بالین به میدان از خودیگانه‌کننده‌ی بزرگی تبدیل شده است که اقتدار حرفه‌ای را تنزل داده و ترس و

اضطراب، احساس بی‌عدالتی و ناامیدی بر آن سایه افکنده است. او خود را موجودی ناتوان و آسیب‌پذیر می‌بیند که هیچ توانی برای دفاع ندارد. نگاه جامعه به این رشته و شغل همچنان همراه با غبطه و رقابت اجتماعی بالاست، اما واقعیت امر چیز دیگری است.

برخلاف نظریه مرتون، دانشگاه نتوانسته مسیر حرفه‌ای شدن و جامعه‌پذیری را برای دانشجوی پزشکی هموار کند. دانشجو به محض مواجهه با سخت‌هستی سنتی و غیرقابل تغییر آموزش و شیوه‌نامه‌های مرتبط، به صورت فردی و خلاقانه مسیر زندگی و آموزش را تعیین می‌کند. چنین مسیری می‌تواند با انتخاب یک راه جایگزین شغلی در آینده، ادامه تحصیل برای دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی یا مهاجرت به خارج از کشور باشد. مسیری که هزینه‌های زیادی را به استعدادها و این مرزوبوم تحمیل می‌کند. طرح مفهومی در تحقیق حاضر مؤید یافته‌های تحقیق باقری لنگران و همکاران (۱۴۰۰) می‌باشد که به دلایل عدم تمایل برای ورود به دوره‌ی تخصصی آموزش پزشکی در ایران پرداخته بودند؛ دلایلی که عمدتاً اجتماعی و نهادی است تا فردی.

ناظر به چارچوب نظری ایلستون (2002) و مک کینلی و آرچر (1985) می‌توان گفت که دانشجوی پزشکی عملاً هیچ کنترلی بر امور بالینی و حتی غیربالینی ندارد. او در آموزش بالین، صرفاً یادگیرنده‌ی خلاق است، یعنی نه بر اساس برنامه‌ی درسی تعریف شده که بر اساس میزان تلاش خود برای یادگیری، می‌تواند آموزش دریافت کند. او نسبت به رخدادهای پیرامون و خارج از عرصه‌ی دانشگاه مضطرب است؛ نسبت به آینده‌ی نامعین و مبهم مردد است و معیشت وی متکی بر خانواده است. تمام این موارد، شرایط حرفه‌ای‌زدایی را فراهم کرده که به کاهش اقتدار و قدرت پزشک در محیط فعلی (به‌عنوان دانشجو) و آینده (به‌عنوان پزشک) می‌انجامد. با وجود این، نوآوری تحقیق حاضر این است که موضوع را در نسبت با روابط قدرت و مناسبات مرتبط با آن در جامعه مورد تحلیل قرار داده است. روابط و مناسباتی که در بسیاری از موارد خاص جامعه ایران است.

در مقایسه با مطالعات مرتون و همکاران و نیز بکر و همکاران و مطالعات متأخر، بایستی گفت که مطالعه‌ی حاضر ابعاد و دامنه‌ی شکننده‌تری از پرولتاریایی شدن را تجربه

می‌کند؛ به طوری که دانشجوی پزشکی نه فقط در محیط بالین که در محیط اجتماعی نیز درگیر با نوعی برجسب درونی است. در حالی که جامعه به او به عنوان یک فرد تلاشگر، باهوش و دارای آینده‌ای مطمئن می‌نگرد، خود وی تصویری وارونه دارد و این فاصله‌ی بین امر واقع، انتظارات فردی و اجتماعی، فشارهای روانی بسیاری را بر وی تحمیل می‌کند. در چنین ساختار آموزشی متصلب و با چنین خودتفسیری، دانشجو تلاش می‌کند به گونه‌ای خلاقانه امور مدیریت کند. تحقیق حاضر نشان می‌دهد که دانشجوی پزشکی نه تنها در راستای اهداف و آرمان‌های سامانه و ساختار آموزش پزشکی جامعه پذیر نمی‌شود، بلکه خود به یک عاملیت تهدیدکننده‌ی این جامعه‌پذیری تبدیل می‌شود و این بزرگ‌ترین آسیب در یک ساختار آموزشی تلقی می‌گردد.

تحقیق حاضر، یک مطالعه توصیفی و انتقادی است که نشان می‌دهد دانشجوی پزشکی به لحاظ ذهنی، رفتاری و میدانی در شرایط و ساختاری از بی‌عدالتی، سلطه و سرکوب قرار گرفته است. شرایطی که تغییر نمی‌کند و کسی هم به فکر تغییر آن نیست و به بازتولید و تداوم پرولتاریایی شدن وی می‌انجامد. روشن است که تحقیق حاضر، به مکانیسم‌های زیرین موضوع نپرداخته است. آنجایی که دلایل و سازوکارهای گفتمانی مسئله شکل می‌گیرد. دلایلی که می‌تواند به سیاست‌گذاری‌های آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و در بخشی گسترده‌تر به سیاست‌گذاری‌های وزارت متبوع و کل نظام اجتماعی مربوط باشد. سؤالات مهمی در این زمینه مطرح است. آیا اشکال دیگری از پرولتاریایی شدن در بخش‌های دیگر نظام‌های آموزشی وجود دارد؟ ارتباط این شکل از پرولتاریایی شدن با ساختارهای قدرت چیست و ساختارهای مذکور چگونه به چنین شکلی از پرولتاریایی شدن می‌انجامند؟ منافع و سازوکارهای گفتمانی این ساختارها چیست و توجهات مشروعیت‌بخش آن‌ها چگونه مفصل‌بندی می‌شود؟ چرا ساختارهای موجود در آموزش پزشکی اهمیتی به این مسائل و مرزهای بحرانی نمی‌دهند؟ آیا این غفلت، یک راهبرد هدفمند است یا غیرنیتمند؟ ارتباط آن با ساختارها و سازوکارهای قدرت چیست؟ روشن است که آموزش پزشکی در ایران، بخشی از واقعیت کلی‌تر جاری و ساری در

جامعه‌ی ایران است و این تجربه می‌تواند بخشی از تجارب در سایر ساحات اجتماعی و انسانی باشد. پاسخ دادن به این سؤالات نیازمند مطالعات گسترده، عمیق و تاریخی با رویکرد انتقادی می‌باشد که محقق پیشنهاد می‌کند به آن پرداخته شود.


بدیهی است که دانشجویان پزشکی، نخبگان و استعداد‌های این مرزوبوم هستند. تحقیق نشان می‌دهد که آن‌ها تحت شدیدترین فشارهای فردی، خانوادگی، آموزشی و اجتماعی هستند. آموزش پزشکی در ایران نیازمند اصلاحات عاجل است و با توجه به تعارضات متکثر در عرصه‌ی دانش، چنین اصلاحاتی نیازمند اقدامات علمی و دقیق فراوزارتی است. اصلاحات در برنامه‌ی درسی، ایجاد تنوعی از رشته‌ها در مقطع پزشکی عمومی متناسب با نیاز کشور، ایجاد تناسب بین بازار کار و توسعه‌ی تخصص و درنهایت اصلاح در پرداخت به دانشجویان پزشکی پیشنهاد می‌شود. زیربنای مهم برای چنین اصلاحات ساختاری، تغییر در نگرش سیاست‌گذاران سلامت است که به اهمیت مسئله پی ببرند و تغییرات بنیادین را از حوزه‌ی تخصصی خود بیاغازند.

تشکر و سپاسگزاری

مطالعه‌ی حاضر با حمایت مرکز تحقیقات راهبردی آموزش علوم پزشکی ایران (نصر) و به شماره‌ی طرح ۹۸۴۵۱۶ انجام شده است که بدین وسیله از حمایت آن نهاد تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین لازم است از مشارکت‌کنندگان در طرح و آقای دکتر امیر کشاورزبان و آقای دکتر محمدحسین بهمن زادگان جهرمی که برای یافتن نمونه‌های هدفمند کمک شایانی کردند تشکر و قدردانی شود. از همکاری مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت شیراز و حمایت استاد گران‌قدر آقای دکتر کامران باقری لنکرانی نیز تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

ORCID

Ahmad Kalateh Sadati

 <http://orcid.org/0000-0001-5708-7758>

References

- Allami A, Mohammadi N, Shirazi M. (2015). Faculty Members Experience About Teaching of Medical Professionalism in Qazvin University of Medical Sciences. *RME.*; 7 (2):1-11.
- Bagheri Lankarani K, Kalateh Sadati A, Ghahramani S. (2022). Reason for General Practitioners' Reluctance to Pursue Residency Programs in Iran: A Grounded Theory. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion.* 5 (4):567-573
- Becker, H., Geer, B., Hughes, E. and Strauss, A. (1961) *Boys in White: student culture in medical school*, Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Blair RA, Morse BS, Tsai LL. Public health and public trust: Survey evidence from the Ebola Virus Disease epidemic in Liberia. *Social Science & Medicine.* 2017;172:89-97.
- Braun, V. & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Connelly, L. M. (2016). Trustworthiness in qualitative research. *Medsurg Nursing*, 25(6), 435.
- Dastjerdi, Vahid. M, et al. (2012). "Study motives and career choices of Iranian medical and dental students." *Acta Medica Iranica.* 1; 417-424.
- Elston, M. A. (2002). The politics of professional power: medicine in a changing health service. In *The sociology of the health service* (pp. 68-98). Routledge.
- Farhangi, P., & Khajehnasiri, F. (2020). The Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress Among Medical Residents: A Cross-Sectional Study in Iran. *Acta Medica Iranica*, 452-455.
- Gadamer, H. G. (2014). *The enigma of health: The art of healing in a scientific age*. Tr. Into Persian by TajikNashatieh N. Tehran: Pegah-e-Rpzezar-e-No Pub. (in Persian).
- Illich, I. (2003). Medical nemesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(12), 919-922.
- McKinlay, J. and Arches, J. (1985) 'Towards the proletarianization of physicians', *International Journal of Health Services* 15:161-95.
- Memarpour, M, et al. (2013). "Factors influencing dental students' choice of discipline." *Iranian Journal of Medical Education.* 13.4: 260-269.
- Merton, R., Reader, G. and Kendall, P. (eds) (1957) *The Student- Physician: introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kalateh Sadati A, Bagheri Lankarani K, Heydari S T. (2019). Ritualism in Medical Education: A grounded theory study based on view and experience of medical students at Zone 5 of the country. *jmed.* 13 (4):269-283.
- Kalateh Sadati, A., Bagheri Lankarani, K., falakodin, Z. (2021). Modern

- mentality, domination, and the unequal field of knowledge, resources, and talent: challenges of the formation of medical humanities in Iran. *Journal of Applied Sociology*, 32(3), 55-76.
- Kalateh Sadati, A et al., (2014a). Clinical Paternalistic Model and Problematic Situation: A Critical Evaluation of Clinical Counseling. *J Health Sci Surveillance*; 2(2): 78-87.
- Kalateh Sadati, A et al., a (2014b). Medical paraclinical standards, political economy of clinic, and patients' clinical dependency; a critical conversation analysis of clinical counseling in south of Iran. *International journal of community based nursing and midwifery*, 2(3), 157-168.
- Karimi Monaghi, H et al., (2011). Lived Clinical Learning Experiences of Medical Students: A Qualitative Approach. *Iranian Journal of Education in Medicine*. 11(6): 635-647.
- Kazemian, A. (2017). Rahe Gharib. Documentary Film (In Persian). Available in:
https://www.aparat.com/v/qG0uL/%D9%81%DB%8C%D9%84%D9%85_%D9%85%D8%B3%D8%AA%D9%86%D8%AF_%D8%B1%D8%A7%D9%87_%D9%82%D8%B1%DB%8C%D8%A8
- Nakhostin-Ansari, A., Sherafati, A., Aghajani, F., Khonji, M. S., Aghajani, R., & Shahmansouri, N. (2020). Depression and anxiety among Iranian medical students during COVID-19 pandemic. *Iranian journal of psychiatry*, 15(3), 228.
- Shakurnia A, Motlagh M E, Malayeri A R, Jouhanmardi A, Komaili Sani H. (2005). Students' Opinion on Factors Affecting Faculty Evaluation in Jondishapoor Medical University. *Iranian Journal of Medical Education*. 5 (2):101-110
- Stahl, N. A., & King, J. R. (2020). Expanding approaches for research: Understanding and using trustworthiness in qualitative research. *Journal of Developmental Education*, 44(1), 26-29.
- Srivastava VK. (2020). Anatomy of Stigma: Understanding the Case of COVID-19. *Social Change*. 2020:0049085720943393
- Talaei, A. Hekmatpou, D. (2012). Exploration of Arak Medical Students' Experiences on Effective Factors in Active Learning: A Qualitative Research. *Iranian Journal of Education in Medicine*. 12(2): 131-142.

استناد به این مقاله: کلاته ساداتی، احمد. (۱۴۰۰). دانشجوی پزشکی و تجربه‌ی پرولتاریا؛ مطالعه‌ای انتقادی در آموزش پزشکی در ایران، فصلنامه علوم اجتماعی، ۲۸(۹۵)، ۱۰۷-۱۳۹.

DOI: 10.22054/qjss.2023.64815.2468



Social sciences is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License...



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی