

تبیین جامعه شناختی تحریف رابطه پزشک - بیمار در نظام سلامت

محمد امین چهاردولی^۱، سعیده فرهادی^۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه آیت الله بروجردی (نویسنده مسئول)

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه آیت الله بروجردی

چکیده

در این پژوهش ارتباط پزشک و بیمار را در عصر حاضر در روند عقلانی شدن جهان بررسی نموده ایم. ما از تعریف وبر از عقلانی شدن جهان شروع کردیم و در ادامه با انتقادات و بهره های هابرماس از نظریه وبر ادامه دادیم. هابرماس عقلانیت انتقادی را به عنوان سرمایه بشری در غالب مدرنیته اصیل در مقابل عقلانیت ابزاری به عنوان مدرنیته کژدیسه شده قرار می دهد و از استعمار جهان زیست به دست سیستم سخن می گوید. حال ما استعمار جهان زیست در رابطه پزشک و بیمار را در مصادیقی چون فرصت بیان احساسات در مدت زمان ویزیت بیمار و همچنین اعتماد در برخورد پزشک و بیمار و در آخر جایگاه بیمار در تصمیم گیری های پزشکی بررسی کرده ایم. و در ادامه به کالایی شدن و مصرف گرایی بازار سلامت در قالب اندیشه های مارکس و لوکاچ و گیدنز و ولبن پرداخته ایم. روش تحقیق این پژوهش به شکل اسنادی و با استفاده از مقالات، کتاب ها و صفحات گسترده وب بوده است. نتایج حاصله در این پژوهش نشان می دهد فرآیند عقلانی شدن جهان به شکل عقلانیت ابزاری در قالب کنش ابزاری در ارتباطات بشری در هر سطحی نفوذ یافته و ارتباط پزشک و بیمار در این میانه مستثنی نیست. این ارتباط همواره با صفت های نیکو یاد شده است اما متأسفانه در عصر حاضر شاهد مشکلات عدیده ای در این ارتباط هستیم. مطالعه نظری این ارتباط قطعاً در تصمیمی گیری ها در هر سطح و جایگاهی مفید خواهد بود.

واژه های کلیدی: سلامت، نظام سلامت، عقلانیت، مصرف گرایی، کالایی شدن

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

بهبود سلامت افراد یکی از قدیمی ترین تلاش های بشر بوده است و تاریخچه این تلاش ها به دوران انسان های اولیه بر میگردد، سالم بودن همیشه از دغدغه های بشریت بوده است. افزایش جمعیت جوامع بشری منجر به مطرح شدن بیشتر و پر رنگ شدن مقوله سلامت در بین جوامع شد. سلامتی افراد یک ذخیره سرمایه است برای جامعه، سلامت مبنای بهره وری شغلی، ظرفیت یادگیری و توانایی در رشد جسمی- روانی است. اولین قدم برای بروز استعداد های هر فردی دارا بودن سلامت جسم و روح می باشد. هرچقدر افراد یک جامعه از سلامت بیشتری برخوردار باشند زمینه های رشد و ترقی آن جامعه محیا تر میشود.

جامعه ما از مشکلات فراوان و پیچیده ای در حوزه پزشکی، و به ویژه سلامت مردم، رنج می برد. این را همگان، اعم از نخبگان و شهروندان، می دانند. انتقادهای زیادی نیز متوجه این حوزه شده است. اما نباید گمان کنیم که همه اشکالات متوجه سازوکار درونی خود پزشکی است و فقط پزشکان باید اصلاحگر این وضعیت باشند. واقعیت آن است که اهل علوم اجتماعی نیز می توانند در این زمینه مشارکت جدی داشته باشند. اصحاب علوم انسانی شک نکنند که می توانند در بهبود وضعیت سلامت جامعه نقشی ایفا کنند. (غزالی فر، ۱۳۹۶). سلامتی و نشاط افراد جامعه نیاز به حامیانی دارد که صادقانه به آنها خدمت کنند. گسترش نظام سلامت و بهداشت در جامعه به صورت نهادی و باور به داشتن سبک زندگی سالم به پدیده ای مهم در چند دهه اخیر در ایران تبدیل شده است و همین امر منجر به تولید گسترده شبکه های ارائه دهنده ی خدمات بهداشتی و سلامتی برای شهروندان شده است و گسترش این نوع خدمات رابطه مستقیمی با مصرف گرایی دارد به طوری که انتظار می رود به بهبود و ارتقا سطح سلامت جامعه کمک کند اما شواهد نشان می دهد که سلامت و درمان افراد در جامعه ما به کالایی برای خرید و فروش تبدیل شده است و هرکس که توانایی مالی دارد به خدمات درمانی دسترسی پیدا میکند و دیگری که این توانایی مالی را ندارند، از دسترسی به آن محروم میشوند.

سلامت پدیده ای پیچیده است که از رویکردهای متفاوتی میتوان آن را بررسی نمود. در دهه های اخیر دو رویکرد نسبت به مفهوم سلامت مشاهده می شود. رویکرد پزشکی مبتنی بر فناوری مداخلات بهداشتی درمانی و رویکردی که سلامت را پدیده های اجتماعی تلقی می نماید. علیرغم اینکه تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت، قرن هاست که شناخت شده است ولی مشارکت ذاتی و واقعی در مورد نحوه ارتباط سلامت و بیماری با روندهای اجتماعی اخیراً مطرح شده است. تحقیقات معتبر و قابل اتکا مرتبط با وابستگی سلامت به عوامل اجتماعی و شیوه زندگی قدیمتر از ۳۰ - ۴۰ سال نیستند (Solar, 2016). در عوامل موثر بررسی نقش تعیین کننده های اجتماعی سلامت بسیار گسترده و به طوریکه سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد، ژنتیک و بیولوژی ۱۵ درصد، محیط فیزیکی ۱۰ درصد و سیستم بهداشت و درمان ۱۵ درصد می باشد (Baheiraei, 2011: 191). در سالهای اخیر مطالعات در مورد نقش عوامل اجتماعی در سلامت به شدت رو به گسترش است. چون به این واقعیت پی برده شده است که بسیاری از مسائل موجود در نظام ارائه خدمات سلامت اساساً اجتماعی اند و ماهیت اجتماعی فرهنگی اقتصادی دارند بر این اساس بسیاری از بیماریهای واگیر، غیر واگیر و انواع اختلالات در فرد تحت تأثیر این عوامل قرار دارند. (Armstrong, 2012: 5-50) تعیین کننده های اجتماعی سلامت شرایطی را توصیف میکنند که مردم تحت آن شرایط متولد شده بزرگ می شوند، زندگی و کار می کنند و پیر می شوند. سلامت مردم با ویژگی های جامعه و ساختارهای خدماتی و اقتصادی آن مرتبط است و این واقعیت بسیار مهم مبنای سیاستگذاری مؤثر برای ارتقای سطح سلامت مردم به شمار میرود. (Moghadam, 2012: 62-70) امروزه به صورت واضح نشان داده شده است که عوامل اجتماعی نقش بسیار مهمی در سلامت و رفاه در ابعاد فردی، گروهی و جمعی دارند. (Cockerham, 2017: 41-59) شواهد محکم علمی وجود دارد که تعیین کننده های اجتماعی سلامت شامل طبقه اجتماعی، محرومیت اجتماعی، حاشیه نشینی، استرس، تکامل دوران کودکی،

بیکاری، حمایت اجتماعی، شرایط محیط کار، غذا، حمل و نقل، اعتیاد، مهاجرت، شهرنشینی و جهانی شدن تأثیر بسیاری بر سلامت دارند. (Regidor, 2006: 896-901)

بیان مسئله

پزشکی در نگاه مردم، حرفه ای مقدس و پزشکان پیام آوران تندرستی برای بیمارانی بودند که به تعبیر گذشتگان دستشان شفا بخش بود، اما اینک بیمار منبعی برای کسب درآمد پزشکان و شرکت های داروسازی و لابراتورها و... تلقی میشود و بیماری او راهی برای تجارت شده که ما را به مفهومی به نام پول محور شدن و تجاری شدن سلامت افراد جامعه می رساند. امروزه بیماران در جامعه ی ما تبدیل به ابزاری شده اند برای کسب سود و درآمد. پزشکی به جای آنکه دانشی در خدمت مردم باشد، به زحمتی مضاعف برای بیماران تبدیل شده است، در چنان شرایطی پزشکان همزمان در چند جا کار میکنند، در مطب، در بیمارستان و حتی به حرفه های غیرپزشکی نیز اشتغال دارند، طبیعی است که نمیتوانند برای بیماران وقت و توجه کافی اختصاص بدهند. در حالی که بیماران، بی توجهی پزشکان در بیمارستان را ناشی از درآمد اندک آنها در بیمارستان میدانند، اما فیش های حقوقی و کارانه های پزشکان خبر از امری دیگر میدهد.

بیماران انتظار دارند که پزشکان در قبال آنها متعهد و دلسوز باشند و با آنها همچون اعضای خانواده خود برخورد کنند، اما در شرایط تجاری شدن سلامت و درمان، خود به هدف تبدیل شده است و دیگر کسی به سلامت افراد جامعه اهمیت نمی دهد و دردهای بیماران و مسئله سلامت افراد در جامعه ما تبدیل به تجاری شده است برای افرادی که به اصطلاح حامیان سلامت جامعه هستند.

منطق سود و سرمایه، پزشکی را نیز تحت تاثیر قرار داده و باعث شکل گیری رویکرد کالایی به بدن بیماران شده است. رابطه پزشک و بیمار در پزشکی نوین دچار تحولات ریشه ای شده است. ما شاهد زوال اخلاق پزشکی و ایجاد رابطه داد و ستدی بین پزشک و بیمار هستیم. پزشک همواره در حال محاسبه میزان دریافتی خود از یک پروسه درمانی است و بیمار همواره در حال ترس و بدبینی نسبت به درمان های ارائه شده. این خود پیامدهایی مثل کم شدن زمان ویزیت بیماران یا تجویزهای بیهوده و اضافی دارو های تجاری و یا انجام عمل های غیر ضروری را در پی دارد. کافی است به اطراف نگاهی بیندازیم تا اشکال کالایی شدن را به وفور ببینیم. تبلیغات با پوسترهایی که در داروخانه ها نصب شده و معجزات دارو ها را به رخ مخاطبان می کشد، برنامه های تلویزیونی که به صورت مشخص برنامه تبلیغی پزشکان است و همچنین بیمارستان های خصوصی که فقط در قبال پول حاضر به ارائه خدمات هستند. خرج تراشی برای بیماران از طریق تجویز عمل های جراحی بی مورد و یا آزمایش های تشخیصی که در امر درمان بیمار تاثیر چندانی ندارد، طرف قرارداد بودن پزشکان با داروخانه ها و مراکز مربوطه و... نشان از نگاهی وارونه به مسئله سلامت افراد جامعه دارد. گسترش نظام سلامت در ایران با تغییر ارزشی و مصرف گرایی همزمان است، این دو پدیده به صورت دو وجهی همدیگر را تقویت می کنند، از یک سو نظام بهداشت و سلامتی شیوه های زندگی ((سالم)) را تعیین و برای تحقق آن خدمات و کالا ارائه می دهد، از سوی دیگر مصرف گرایی نیز با کالایی سازی محصولات و تولیدات پزشکی به گسترش گفتمان پزشکی و سلامت در جامعه کمک می کند (علیزاده اقدم و همکاران، ۱۳۹۳). پزشکانی که در زمینه زیبایی فعالیت دارند بنا به درخواست مراجعه کنندگان بدون توجه به فلسفه پزشکی و تنها با مد نظر قرار دادن درآمد حاصله به جراحی اقدام می نمایند. در این میان توجه به اخلاق پزشکی و عواقب و عوارض اینچنین عمل هایی به کلی نادیده گرفته می شود. تعامل محققین با این نکات منجر به این موضوع شد تا در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال باشیم آیا سلامت افراد جامعه تبدیل به کالا و ابزاری برای سوداگران جهت کسب سود بیشتر شده است؟ پس جان انسان ها و سلامتی و تندرستی آنها چه اهمیتی دارد؟

اهمیت و ضرورت

توجه به توسعه نظام سلامت کشور همانا یکی از مهمترین فرامین مورد تاکید در سیاست های کلی جامعه است. یکی از مهمترین و پر اهمیت ترین و حساس ترین راهبردهای هر جامعه ای حفظ تامین و ارتقای سطح سلامت همه افراد جامعه است، این موضوع به حدی دارای اهمیت است که قانون اساسی در اصل ۳ و ۲۱ و بند ۱۲ بر روی آن صحنه گذاشته است که نشان از حیاتی بودن این موضوع است. اما شاید مهمترین اصولی که به صراحت مقوله تامین سلامت را برای آحاد جامعه ضروری و پر اهمیت عنوان کرده است اصل ۲۹ و بند ۱ اصل ۴۳ قانون اساسی است. ارتقای سطح سلامت آحاد جامعه، مهم ترین اهداف نظام سلامت هر جامعه را تشکیل می دهد و تندرستی و محافظت از سلامت افراد از مسئولیت های خطیر مسئولین جامعه می باشد.

اما متأسفانه به رغم اهمیت و حساسیت موضوع سلامت، امروزه ما را چه شده که سلامت و تندرستی به کالایی و ابزاری به دست سرمایه داری تبدیل شده است و تندرستی تبدیل به کالایی شده است برای عرصه ی سود سرمایه داران، در جامعه ای که فردگرایی و توجه به کسب سود دارای اعتبار و ارزشی بیشتر از توجه به منفعت عمومی است، سازوکار بازار آزاد است که هر روز بیش از پیش حکومت میکند.

ایجاد رابطه سود محورانه و داد و ستدی بین پزشک و بیمار در جامعه ای که اعتماد عمومی بسیار کم رنگ شده است، می تواند به خلق نگرش هایی علم ستیزانه و خلق شبه علم هایی در عرصه سلامت بینجامد. شکل گیری کنش وسیله به صورت زمان محدود ویزیت بیماران خود را نمایان می سازد. در این کنش شخص تنها برای تسلط و رسیدن به مطلوب خود تلاش خواهد کرد. مصرف گرایی و کالایی شدن سلامت، درمان برای اقشار فرودست جامعه را به امری محال تبدیل خواهد کرد. پس نظام سلامت به صورت کامل در رویارویی با اخلاق و فلسفه وجودی خود، برای جان انسان ها ارزش گذاری خواهد کرد. نظام سلامت در واقع به عنوان حافظ طبقه فرادست و سرگردان کننده طبقه فرودست از طریق بازتولید کردن ایدئولوژی، تبدیل خواهد شد. این در صورتیست که فشار هزینه ها (سلامت) که به گونه ای نا عادلانه به دوش آسیب پذیر ترین قشر های جامعه وارد می شود (اسکمبلر، ۱۳۹۶).

اهداف تحقیق

هدف اصلی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱- تبیین شناختی رابطه پزشک و بیمار در نظام سلامت

اهداف فرعی

۱- بررسی علت و عوامل موثر بر کالایی شدن سلامت افراد جامعه

۲- شناخت جایگاه بیمار و میزان اهمیت مقوله سلامتی بیمار در نظام سلامت

سوالات تحقیق

سوال اصلی

۱- آیا سلامت افراد جامعه در شرایط کنونی تبدیل به عرصه سود آوری و کالایی برای رقابت سرمایه داران شده است؟

سوالات فرعی

- ۱- آیا رابطه بین پزشک و بیمار توانسته به جلب رضایت بیمار بیانجامد؟ ویا این رابطه به بهبود بیماری منجر شده است؟
- ۲- آیا رابطه بین پزشک و بیمار مطابق معیار های اخلاق پزشکی در جامعه امروزی ما شکل میگیرد؟
- ۳- آیا بیماران در شرایط حاکم بر رابطه پزشک و بیمار امیدی برای بهبودی و درمان بیماری خود دارند؟

پیشینه تحقیق

در این بخش به مطالعات داخلی و خارجی انجام شده که با موضوع تحقیق ارتباط و پیوستگی بیشتری دارند، پرداخته می شود. مطالعات پیشین میتواند به عنوان پشتوانه ای علمی برای انجام پژوهش حاضر باشد. علیرغم جستجوی فراوان در سایت های معتبر بین المللی، به موضوعی مشابه موضوع مورد نظر این پژوهش دست نیافتیم و بنابراین از مقالاتی با عناوین، کلید واژه ها و یا محتوایی نزدیک به موضوع پژوهش فعلی به عنوان پیشینه خارجی استفاده شده است.

پیشینه خارجی

حال و همکاران در پژوهش هایی که در سال ۱۹۹۶ و ۱۹۹۸ انجام دادند به این نتیجه رسیدند که رابطه ی پزشکان با بیماران پریشان تر و ضعیف تر، نامناسب تر می باشد و نیز وضعیت سلامت عمومی رابطه ای مستقیم با رضایت بیمار دارد به طوری که سلامت کمتر بیمار باعث رضایت کمتر وی از پزشک می گردد

آلن پترسون و ساراس هندرسون (۲۰۰۲) در کتابی به مصرف سلامتی، کالایی سازی مراقبت های بهداشتی می پردازند. در جامعه پس از رفاه، بهداشت به طور فزاینده ای به عنوان یک کالا دیده می شود و افراد به عنوان "مصرف کنندگان مراقبت های بهداشتی" تعریف می شوند. این کتاب به بررسی معانی و کاربردهای متنوع اصطلاح "مصرف کننده" در زمینه مراقبت های بهداشتی و پیامدهای آن در سیاست گذاری، ارائه خدمات بهداشتی و تجارب مراقبت های بهداشتی می پردازد.

استفان تیمرنس و رنه آلملینگ (۲۰۰۹) در مقاله ای به عینی سازی، استاندارد سازی و کالایی سازی در مراقبت های بهداشتی: تعدیل مجدد مفهومی پرداخته اند. آنان می خواهند بدانند چگونه فرایندهای اجتماعی عینیت، کالایی سازی و استاندارد سازی، طیف گسترده ای از دستاوردهای زیست پزشکی را تولید می کنند.

تانیا بزره و همکاران (۲۰۱۲) در مقاله ای به چالش های برقراری ارتباط پزشک و بیمار در مورد استفاده از دارو: دریچه ای به دنیای بیمار شکاک می پردازند. بیماران به طور مکرر طبق دستورالعمل دارو مصرف نمی کنند و اغلب در مورد رفتار مصرف دارو با پزشک خود ارتباط برقرار نمی کنند. آنان یک تجزیه و تحلیل محتوای کیفی از نظرات آنلاین به مقاله نیویورک تایمز داشته اند که نتیجه توانمند سازی و اعتماد به نفس بیمار، بی اعتمادی قابل توجه به داروها و اقدامات پزشکی و عدم ارتباط مکرر در مورد موضوعات پایبندی به دارو را نشان داد. این تیم در مورد چگونگی درک بالقوه این مشاهدات با استناد به نظریه کنش ارتباطی هابرماس نتیجه می گیرند که پزشکان با اطلاع از موارد درک منفی بیماران از تجویزاتشان میتوانند از ارتباطات بهتری با بیماران بهره مند شوند.

پیشینه داخلی

در میان پژوهش های داخلی به هیچ گونه پژوهشی با موضوع کلایی شدن سلامت در رابطه پزشک و بیمار برخوردیم. بنابراین برای پیشینه داخلی به پژوهش های در حیطه ی پزشک و بیمار و یا کلایی شدن و موارد مشابه اشاره میشود.

غفاری نسب و همکاران در سال ۱۳۹۶ در مقاله ای با عنوان "مطالعه کیفی الگوهای تعامل پزشک و بیمار" در پی یافتن الگوی تعاملی در میان بیمار و پزشک مبتنی بر نظام معنایی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه بوده اند با استفاده از روش تحقیق کیفی. سه نوع الگوی تعاملی میان پزشکان و بیماران شامل مدل پزشک محور، بیمار محور و مشارکت دوجانبه پدیدار شد که البته غلبه با الگوی مشارکتی بود. همچنین مشارکت کنندگان به چهار تم اصلی در ارتباط با نحوه برخورد پزشکان و میزان رضایت مندی بیماران اشاره نمودند: نحوه برخورد دوستانه و عاطفی پزشک؛ اعتماد؛ شتابزدگی به عنوان ویژگی قرن معاصر؛ پول؛ و نظام های تخصصی دانش هم چنین ریشه های اساسی رضایتمندی و عدم رضایتمندی بیماران بر اساس نظریات گیدنز پیرامون پول، نظام تخصصی دانش و اعتماد تفسیر شد.

شفعتی و زاهدی در سال (۱۳۹۳). تبیین جامعه شناختی رابطه پزشک و بیمار (مطالعه کیفی در شهر اهواز را به ثمر رساندند با استفاده از روش تحقیق کیفی نتایج این پژوهش از این قرار است؛ براساس تحلیل کدگذاری باز و محوری پنج مقوله (ویزیت گروهی)، (محدودیت زمانی)، (تعداد زیاد بیماران)، (آماده نبودن بیماران) و (رفتار اجتنابی زشکان) به مثابه شرایط علی (رابطه غیرمشارکتی و درمان محور) به دست آمد که الگوی ارتباطی غالب میان پزشک و بیمار در قلمرو تحقیق شناخته شد. شرایط میانجی نیز در محدودهای وسیع تر در قالب فرهنگ، الگوهای ذهنی، آگاهی و اقدامات حمایتی مادی تحت بررسی قرار گرفت که از آن میان، تحصیلات نقش بسیار پررنگی را ایفا می کرد. بیماران در برابر پدیده محوری راهبردهای (سازگاری)، (تحمل، و خودیاری) و (ضدیت) را اتخاذ می کنند که مهمترین پیامدهای آنها (افزایش خطای پزشکی)، (آسیب مادی و روانی)، (دلسردی از همکاری) و (خوددرمانی) است.

محمد باقر علیزاده اقدم و همکاران در سال (۱۳۹۳) مقاله ای با عنوان "نظام سلامت و مصرف گرایی (مطالعه ای مبتنی بر داده های ثانویه)" را بررسی کرده اند با استفاده از روش تحقیق کیفی و تحلیل ثانویه داده های پیمایش ملی ارزش ها، حساب های ملی بانک مرکزی و حساب های ملی سلامت مرکز آمار به نتایجی دست پیدا کرده اند از جمله این تحلیل های آنها نشان میدهد که اساساً در دهه های اخیر میزان نارضایتی افراد از وضعیت سلامتی خود افزایش یافته است. همچنین عنوان کرده اند در عین حال مصرف و هزینه های خانوارها افزایش پیدا کرده است. و بر اساس تحلیل دقیق خودشان نشان دادند نهاد سلامت و هزینه های آن در چند سال اخیر نشان دهنده ی آن است که هزینه های بخش سلامت و بهداشت شدت افزایش پیدا کرده است. تحلیل نظری این موضوع نشان دهنده ی مصرف گرایی در حوزه ی پزشکی و سلامت بوده است و به عبارت ساده تر دیدگاه رویکرد پزشکی از حوزه وظایف خود خارج شده و به خدمت ارزش های اجتماعی در حال ظهور مثل ارزش های فرهنگی مصرفی در آمده است.

جمع بندی و نقد و بررسی کلی از مطالعات انجام شده

قطعاً تحقیقات و مطالعات پیشین میتواند در پیشبرد و دقت در پژوهش جاری، موثر باشد. اما موضوعات جامعه شناسی پزشکی نیازمند وجود نگاهی جدید است. در پژوهش های خارج از کشور آن چه که روشن است، وجود تفاوت های فرهنگی سایر کشورها با کشور ماست، که همین امر به کارگیری نتایج و گاهاً سیاستگذاری های پیشنهادی پژوهش های خارجی را، در کشور ما رو با مشکل روبه میکند. از طرفی همانطور که پیشتر نیز مطرح شد در این پژوهش تفاوت های اجتماعی و فرهنگی موثر بر نظام درمان، نادیده گرفته شده است و معمولاً متغیرهای اقتصادی مورد توجه و بررسی قرار گرفته

است. این در حالی است که متغیرهای اقتصادی به تنهایی نمیتوانند موضوع مورد مطالعه در پژوهش ما را بررسی کنند، به عبارتی نگرش سنجی مطلق، برای بررسی ابعاد رابطه بیمار با نظام درمانی کافی نیست.

در ارتباط با پژوهش های که در ایران کار شده است نیز باید عنوان کنیم تمرکز و تاکید آنان به صورت کلی روی بیماران بوده است و بیماری مشخصی را در نظر نگرفته اند در حالی که این پژوهش به طور خاص و مشخص تر به بررسی بیماران قلبی پرداخته است. اما اصلی ترین تفاوت پژوهش حاضر با مطالعات یاد شده در این است که در این پژوهش سلامت افراد جامعه و نگاه انسانی داشتن به بیماران مورد توجه است و سلامت افراد ابزاری در دست صاحبان سرمایه نباید باشد و به عبارتی دیگر سلامت انسان ها ابزار نیست و اولویت مراجعه بیمار به پزشک باید رسیدن به سلامتی افراد باشد و ارزش و جایگاه انسان بودن معیار است نه عوامل دیگر، و این امر به عنوان عنصر مرکزی مورد توجه قرار خواهد گرفت این در حالی است که در پژوهش های موجود همگی صرفاً رابطه پزشک و بیمار و به بررسی رضایت بیمار پرداخته شده است و بیشتر شاخص رضایت سنجی مورد توجه بوده است و به عوامل بیرونی و تاثیرگذار بودن آنها بر این رابطه، همچون تاثیرگذاری نوع پرداخت و درآمد و ویزیت پزشک بر رابطه او با بیمار مورد بررسی قرار نگرفته است. این در حالی است که رابطه ی پزشک و بیمار متأثر از عوامل مختلفی می باشد. و بیشتر رضایت از بعد آمار و ارقام بیان شده و کمی سنجی شده است و بیشتر کارها نگاه پزشکی بوده و از جنبه های دیگر موضوع بررسی نشده است.

تعاریف مفاهیم تحقیق

تالکوت پارسونز از مفهوم نقش بیمار برای توصیف الگوهای رفتاری استفاده کرده است که بیمار برای به حداقل رساندن تأثیر مخرب بیماری به کار می برد (پارسونز، ۱۹۵۲ به نقل از گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۳۳). از نظر پارسونز، بیماری کارایی زندگی عادی فرد و روابط او را از بین می برد و بنابراین فرد از لحاظ رفتاری منحرف می شود. «بیماری موقعیتی بیولوژیکی یا روان شناختی یا حادثه ای غیرساختاری نیست. بیماری نقشی اجتماعی به نام "نقش بیمار" است که از طریق وظایف طرفین در رابطه پزشک-بیمار مشخص می شود و در اجتماعی شکل می گیرد که این طرفین به آن تعلق دارد. بنابراین، از دیدگاه پارسونز، تعریف بیماری به لحاظ اجتماعی مبین این مطلب است که بیماری نقشی اجتماعی است که «مردم آن را در جریان اجتماعی شدن می آموزند و به هنگام بیمار شدن با همکاری دیگران آن را به اجرا درمی آورند» (گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۳۳). این نقش اجتماعی چهار رکن اساسی دارد: ۱. شخص بیمار که از نقش های اجتماعی عادی معاف است. ۲. بیماران مسئول بیماری شان نیستند. ۳. بیمار وظیفه دارد برای سلامتی اش تلاش کند. ۴. بیمار باید در جست و جوی بهترین کمک درمانی باشد و با پزشکش همکاری کند (یانگ: ۲۰۰۴ به نقل از شفعتی، ۱۳۹۱). اروینگ گافمن یکی دیگر از جامعه شناسانی است که به بررسی نقش بیمار پرداخته است. از دیدگاه این جامعه شناس مکتب کنش متقابل نمادین، وقتی کسی در بیمارستان بستری می شود، حتی اگر مدت بستری شدنش یک روز باشد، وارد "نقش بیمار بیمارستانی" می شود. در بیمارستان فرد دیده نمی شود و فقط بیماری است که دیده می شود. پزشکان و پرستاران ممکن است طوری درباره بیماران صحبت کنند که انگار آنها حضور ندارند (آدلر و همکاران، ۱۳۸۷: ۸۸).

پارسونز نقش پزشک را مکمل نقش بیمار و دارای ویژگی کارکردی می داند (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۰۰؛ به نقل از آدم و هر تسلیک، ۱۳۸۵: ۱۱۵). به اعتقاد پارسونز، کارکرد پزشک «کنترل اجتماعی است، مشابه نقشی که از نظر تاریخی به کشیش ها داده می شد تا به صورت ابزاری در جهت کنترل انحراف عمل کنند» (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۹۸). در این دیدگاه، کارکرد دیگر نقش پزشک تأیید یا عدم تأیید بیماری است. در واقع این پزشک است که با تکیه بر تخصص خود به معافیت بیمار از نقش های اجتماعی که در زندگی روزمره خود برعهده داشته است مشروعیت می بخشد (مورگان، ۲۰۰۳ به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۰۱). پارسونز برای نقش پزشک نیز چهار رکن اساسی در نظر می گیرد: ۱. بی تفاوتی عاطفی ۲. فقدان سودجویی و دگردوستی ۳. ویژگی حرفه ای و لیاقت فنی (پارسونز، ۱۹۵۸ به نقل از محسنی، ۱۳۸۸: ۲۳۴).

نظام سلامت، سیستم بهداشتی، که بعضی اوقات به عنوان سیستم مراقبت بهداشتی یا سیستم بهداشت و درمان شناخته می‌شود، سازماندهی افراد، موسسات و منابع است که خدمات بهداشتی را برای برآورده ساختن نیازهای بهداشتی جمعیت هدف ارائه می‌دهند. طیف گسترده‌ای از سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان وجود دارد که با تاریخ و ساختار سازمانی مختلفی مانند کشورهای مختلف وجود دارد. به‌طور ذاتی، کشورها باید سیستم‌های بهداشتی را با توجه به نیازها و منابع خود طراحی و توسعه دهند، گرچه عناصر مشترک در تقریباً تمام سیستم‌های بهداشتی، مراقبت اولیه بهداشتی و اقدامات بهداشت عمومی هستند (White, 2015). در برخی کشورها، برنامه‌ریزی سیستم بهداشتی بین شرکت کنندگان در بازار توزیع می‌شود. در دیگران، در میان دولت‌ها، اتحادیه‌های کارگری، موسسات خیریه، سازمان‌های مذهبی یا سایر سازمان‌های هماهنگ برای ارائه خدمات بهداشتی برنامه‌ریزی شده هدفمند به جمعیت‌هایی که آن‌ها خدمت می‌کنند، یک تلاش هماهنگ وجود دارد. با این حال، برنامه‌ریزی مراقبت‌های بهداشتی به عنوان اغلب تکاملی و نه انقلابی توصیف شده‌است. (Health care system, 2011) (Gawande, 2009) اغلب سیستم بهداشتی با دیدگاه کاهش یافته، به عنوان مثال، کاهش آن به سیستم مراقبت بهداشتی تعریف شده‌است. برای مثال، در بسیاری از نشریات، هر دو اصطلاحات به صورت تعویض استفاده می‌شوند.

سلامت Health ریشه لغوی واژه انگلیسی health است. سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد (Naidoo, 2000) بر اساس تعریفی از سازمان جهانی بهداشت WHO سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو (لست، ۱۳۶۷) در تعریف سلامت می‌توان گفت: سلامت فقط یک امر زیست شناختی نیست؛ زیرا عوامل اجتماعی نیز نقشی مهم در ایجاد، حفظ یا از میان رفتن سلامت انسان دارند. هم اکنون بیماری‌های پسیکوسوماتیک دارای شیوع بیشتری در جوامع هستند که ویژگی اصلی این بیماریها نقشی است که عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی در ظهور آنها دارند (محسنی، ۱۳۸۸: ۳۳). برای مفهوم سلامت دو بعد در نظر گرفته شده است: یکی بهزیستی جسمانی و دیگری بهزیستی روانی. سلامت جسمی عبارت است از نگرش افراد درباره توانایی و قدرت بدنیشان، میزان فعالیتهای جسمی و به‌طور کلی حالت بهزیستی جسمیشان. و سلامت روانی عبارت است از نگرش افراد درباره رفاه و بهزیستی روانی خود، قابلیت توافق و سازگاری با دیگران، احساس سودمندی و مفید بودن، شایستگی و سرزندگی (لیچ، ۱۹۹۹؛ فارل، ۱۹۹۰؛ به نقل از عزیز، ۱۳۸۷). سلامت، به عنوان حق اساسی هر انسانی، نه تنها به معنای نداشتن بیماری و معلولیت است، بلکه به معنای، نداشتن بیماری و معلولیت است، بلکه به معنای، نداشتن بیماری و معلولیت است، بلکه به معنای، نداشتن بیماری و معلولیت است (Grad, 2002: 981).

چهارچوب نظری تحقیق

عقلانیت، ویژگی یا حالت معقول بودن، بر مبنای حقایق یا عقل و منطق است. عقلانیت بر انطباق اعتقادات شخص با دلایلی برای اعتقاد وی، یا اقدامات شخص با دلایلی برای آن عمل دلالت دارد. «عقلانیت» دارای معانی متفاوتی در حوزه‌های مختلف است. اما در کل می‌توان پارامترهای چندی را به عنوان ویژگی‌های تعیین‌کننده عقلانیت (در معنای کلی و اعم آن) برشمرد:

(۱) هرگونه گرایش به عمل براساس تأمل، ژرفاندیشی و حسابگری، که در نقطه مقابل عمل بدون نقشه و اراده قبلی، عمل غریزی و یا عمل براساس اشعارات آزمون نشده قرار دارد.

(۲) هرگونه گرایش به عمل براساس طرح و نقشه یا برنامه درازمدت و پایدار.

۳) نظارت و کنترل رفتار براساس اصول و قواعد انتزاعی و عام.

۴) کارآیی ابزاری یا انتخاب ابزار براساس میزان کارآیی آنها در دستیابی به اهداف مشخص، در مقابل انتخاب ابزار براساس عرف، عادت و سائق‌های غریزی.

۵) گرایش در انتخاب اعمال، رفتار، نهادها و... براساس میزان مشارکت یا سهم آنها در ارائه معیاری کاملاً روشن و واحد، به جای ارزشیابی آنها براساس معیارهای چندگانه، پراکنده و مبهم یا براساس قبول آنها به واسطه عرف، آداب و رسوم یا سنت.

۶) تمایل به ساماندهی اعتقادات با ارزش‌ها در یک سیستم منسجم و واحد.

۷) تمایل به تحقق اهداف و خواست‌های انسانی از طریق قوای فکری و نه از طریق احساسات و عواطف. (Adam & Jessica kuper, 1985: 687-88)

بنیاد کار وبر نظریه اش درباره فراگرد عقلانیت بود در واقع مضمون اصلی آثار وی گرد همین موضوع می چرخد، او به این قضیه کلی علاقه مند بود که چرا نهادهای اجتماعی در جهان غرب بیش از پیش عقلانیتر شده اند، در حالی که در دیگر نقاط جهان از عقلانی شدن ممانعت میکنند و نیروهای مانع چنین تحول بزرگی میشوند. در واقع کاری که وبر میکند این است جوامع را بر اساس انواع عقلانیت که در ادامه عنوان میکنیم بررسی می کند. وبر دیوانسالاری و فراگرد تاریخی دیوانی کردن را نمونه عالی عقلانیت می دانست. وی تحلیل های مفصل و پیچیده ای درباره ی عقلانیت در زمینه ی پدیده هایی چون دین، قانون، شهر و حتی موسیقی به دست داده است. در بحث وسیعش در مورد نهادهای سیاسی فراگرد عقلانی شدن را تحلیل میکند (ریترز، ۱۳۹۳: ۳۴). از نظر وبر هم کنشی نیروهایی چون سرمایه داری، دموکراسی و بروکراسی تشکیل دهنده عقلانی سازی اند و این عوامل به هم مرتبط هستند و به رشد یکدیگر کمک می کنند. بوروکراسی و دموکراسی به رغم اینکه در برابر هم قرار میگیرند، اما رابطه دیالکتیکی میان آنها به پایایی و توسعه هر دو می انجامد. وبر معتقد است که بروکراسی، روشی عقلانی از زندگی را بسط میدهد و چنین فرایندی است که دست آخر نگرانی درباره آینده بشر و از خودبیگانگی وی را پدید می آورد.

نتیجتاً تمام ارزش ها و احساسات انسان قربانی عقلانیت شده و امروز بشر با روحی پوچ و تهی تنها رها شده است. وبر نظریه از خود بیگانگی را بازگونی عقلانیت استنتاج میکند و عنوان میکند مشخصه وضعیت زمان مدرن را افسون زدایی از جهان می داند و از همین رو ست که بسیاری از ارزش های متعالی بشر از میان اجتماع رخت بر بسته و دست فروخته است. از این رو بشر، ناگزیر به تسلی از طریق عرفان با روابط شخصی روی آورده و بسنده می کند. وبر همچنان به پرسش از ثمرات روند افسون زدایی از جهان می پردازد و در پاسخ به این پرسش خود می گوید که بشر ممکن است از زندگی خسته شود اما هرگز از آن سیر نمی شود. انسان روزگار گذشته، می توانست از زندگی اشباع و سیر شود، اما انسان مدرن چنین قابلیتی ندارد و سرچشمه های معنا برای او بیکران نیست. و به عقیده او بروکراسی بهترین عامل عقلانی سازی بود و بروکراسی در هر شان و ساحت از زندگی که وارد می شود آن را عقلانی می کند و با بی اعتنایی اش به ارزش های فردی، بشر و روابطش با دیگر انسان ها را مکانیزه میکند. رستوران های که غذای آماده ارائه می دهند به بهترین وجه عقلانین را به نمایش می گذارند که نظام معقولی را نشان میدهند که در آن هم کارگراها و هم مشتری ها دنبال معقول ترین وسایل برای رسیدن به هدف هایشان هستند.

نظریه عقلانیت و کنش ارتباطی هابرماس مبتنی بر این است که: بیگانگی انسان معاصر صرفاً معلول استثمار اقتصادی نیست، بلکه محصول نظام مسلط عقلانیت ابزاری، بوروکراسی و امثال آن می باشد. (نوذری، ۱۳۹۳: ۴۱ تا ۴۳) هابرماس آنچه را

به زعم خود معادل انگاشتن یا یکی گرفتن ((عقلانیت)) با ((عقلانیت ابزاری)) می دانست - چیزی که وبر از آن چنین یاد می کرد - قبول نداشت و آن را رد می کرد. (اسکمبلر، ۱۳۹۶: ۳)

عقلانیت ابزاری ناظر به عقلانیتی است که بر روند گزینش ابزار برای نیل به اهداف معین - غالباً مادی حام است و آن را هدایت می کند. (Braaten, 1991, p.12) عقلانیت ابزاری وقتی به عرصه زبان وارد می شود، حامل دو نوع کنش منحصر به خود می گردد که تمایزی اساسی با کنش ارتباطی دارند. دو نوع کنشی که مولود عقلانیت ابزاری اند، عبارتند از: ۱- کنش وسیله ای: کنش وسیله ای به کنشگر واحدی بازگشت دارد که به طور حساب شده و معقولانه، مناسب ترین وسیله را برای رسیدن به هدف برمی گزیند. ۲- کنش استراتژیک: به کنش دو یا چند نفر بازگشت دارد که برای رسیدن به یک هدف، کنش های خود را هماهنگ می کنند. این دو نوع کنش به تعقیب منافع شخصی بازمی گردند، اما هابرماس به «کنش ارتباطی» اولویتی خاص می دهد. (پرهیزکار، ۱۳۸۳: ۴۱) در کنش ارتباطی، افراد دخیل در آن در بند موفقیت شخصی شان نیستند، بلکه با توجه به تعریف هایی که از موقعیت مشترک دارند، کنش هایشان را هماهنگ می کنند. در کنش ارتباطی، زبان (عنصر گفتار) نقش اساسی دارد و هدف از آن دست یابی به یک تفاهم ارتباطی است.

عقلانیت ارتباطی عقلانیت حاکم بر کنش ارتباطی غیر از عقلانیت مربوط به کنش معقول و هدفدار است. سرانجام عقلانیت ابزاری، ایجاد یک نظام تولیدی نوین است، اما سرانجام عقلانیت ارتباطی، ایجاد یک نظام هنجاربخش کمتر تحریف کننده می باشد. عقلانیت ارتباطی یک نظام ارتباطی است که در آن افکار آزادانه ارائه می شوند و در برابر انتقاد، حق دفاع دارند و بر این اساس، توافق غیرتحمیلی توسعه می یابد. از رهگذر عقلانیت ارتباطی، می توان با دو عامل تحریف ارتباط یعنی «مشروع سازی» و «ایدئولوژی» مبارزه کرد. بنابراین، اگر مارکس کار تحریف شده را نقد می کند و به دنبال کار آزاد و خلفانه است، هابرماس ارتباط تحریف شده را نقد و در پی یک ارتباط آزاد و تحریف نشده می باشد و برای این کار، به «نقد درمانی» روی می آورد. هابرماس آنچه را یک روان درمان در سطح فردی انجام می دهد، برای سطح اجتماعی به کار می بندد. او روان رنجوران را دچار یک ارتباط تحریف شده می انگارد و می کوشد از طریق نقد درمانی یعنی نوعی برهان که در خدمت توضیح خود فریبی منظم است به عموم مردم کمک کند تا بر موانع اجتماعی ارتباط تحریف شده فائق آیند. او برای تحقق ایده خود، بر «مباحثه» تأکید دارد. (پرهیزکار، ۱۳۸۳: ۴۲)

((کنش مفاهمه ای))، نوعی کنش متقابل یا تعامل است که با میانجی گری زبان صورت می گیرد و در آن، تمام گویندگان سعی می کنند با دنبال کردن یک رشته اهداف غیر زبانی یا غیر لفظی به ((توافقی دست یابند که مبنای لازم برای هماهنگ سازی اجتماعی آن دسته از برنامه های کنش را که به طور انفرادی پیگیری می شوند، فراهم می سازد)). از سوی دیگر، کنش راهبردی نیز زمانی رخ می دهد که دست کم یک گوینده قص ایجا تاثیرات فرا لفظی (یا پیامدها، نتایج و حالات تاثیر) بر شنونده یا شنوندگان خود داشته باشد. (اسکمبلر، ۱۳۹۶: ۸۳) پیامدها یا تاثیرات فرالفظی ((زمانی رخ می دهند که گوینده با جهت گیری معطوف به موفقیت عمل کند و در نتیجه، اعمال کلامی را بزاری بدل سازد برای تحقق اهدافی که ارتباط احتمالی با معنای مطلب گفته شده دارند)) (habermas, 1984: 289) خلاصه کلام اینکه کنش مفاهمه ای معطوف نیل به درک (فهم) است و کنش راهبردی (استراتژیک) معطوف نیل به موفقیت و پیروزی است. مباحثه غیر از کنش ارتباطی است که در زندگی روزمره پیش می آید و از زمینه های تجربه و عمل جدا نشده است. در مباحثه، شرکت کنندگان و موضوع مورد بحث هیچ محدودیتی ندارند و تنها قدرت به کار رفته قدرت استدلال است. در این میان، چیزی حقیقت دارد که نتیجه مباحثه باشد و از دل گفت وگوهای آزاد درآید؛ یعنی مباحثه کنندگان بر سر آن توافق داشته باشند. از این گفته، برمی آید که هابرماس حقیقت، را در سطح «حقیقت توافقی» نگه می دارد و آن را به سطح حقیقت مطابق با واقع نمی رساند. (پرهیزکار، ۱۳۸۳: ۴۲) هابرماس برای اعتبار داشتن ادعاهای مطرح شده از سوی مباحثه گران، چهار معیار بیان می کند: یکم. تشخیص داده شود که بیانات گوینده قابل درک و فهمند. دوم. قضایایی که گوینده مطرح می کند حقیقت داشته باشند؛ یعنی درباره

موضوع بحث، دانش موثقی ارائه نماید. سوم. گوینده؛ صادق و قابل اعتماد باشد. چهارم: او حق بیان قضایایش را دارد، هرچند در طرح قضایا صادق نباشد. (ریترز، ۱۳۹۳: ۲۱۵)

جهان زندگی مربوط به زندگی روزمره و حوزه امور خصوصی است که انسان ها در آن، به شکل آزادتر و راحت تری با هم تماس برقرار می کنند و به تفاهم می رسند، اما جهان حیاتی با نظام اجتماعی مربوط به آن، بخشی از زندگی است که بر اساس عقلانیت ابزاری و در شکل و شمایل بوروکراسی و دموکراسی خود را نشان داده است. اگر بخواهیم تعریفی استوار تر بیان کنیم: ۱- جهان زندگی: حوزه هایی از کنش که در آنها نحوه هایی اجتماعی از هماهنگی کنش غالب اند مانند نظام های معنایی فرهنگی و نهادی که الگوی کنش را ثبات می بخشد و ساختار شخصیتی را به ما می دهند مانند: خانواده، کلیسا، محله و مدرسه. ۲- سیستم: هماهنگی ها در چارچوب حدود قانونی مشخص: ۱- بازار ۲- دیوان سالاری در این ساختارها سیستم پول و قدرت به جای واسطه های زبانی وجود دارد. هابرماس مسئله استعمار جهان حیاتی به وسیله جهان اجتماعی را مطرح می کند که در واقع، بازگویی عقلانیت ابزاری و ذاتی ویر است؛ بدین صورت که عقلانیت ابزاری بر عقلانیت ذاتی پیروز شده و در نتیجه بر عرصه هایی تسلط یافته که پیش از این، عقلانیت ذاتی آن ها را تعریف می کرد. نظام اجتماعی ریشه هایش را در جهان حیاتی دارد، اما در نهایت، ویژگی های ساختاری خود را به دست آورده و به موازات تکمیلی این ساختارها، از جهان حیاتی فاصله گرفته است و هر قدر قدرتش فزونی بیشتری یافته، فشار خود را بر جهان حیاتی افزایش داده و فراگرد دست یابی به توافق را محدودتر ساخته است. هابرماس مشکل عصر حاضر را غلبه نظام اجتماعی بر جهان زندگی می داند، نه اینکه بخواهد نظام اجتماعی را کاملاً نفی کند، بلکه می گوید: نظام اجتماعی باید پای خود را در محدوده گلیم خود دراز کند.

استوارت و روتر برای مبنای تیپولوژی پارسونز از رابطه ی پزشک- بیمار، بر اساس تفاوت ها در میزان قدرت و کنترلی که توسط هر دو طرف پزشک و بیمار در یک رابطه اعمال می شود، سه شکل رابطه را تشخیص داده اند: رابطه پدر مآبانه، رابطه متقابل و رابطه مصرف گرا (مسعود نیا: ۲۰۰۶، ۱۳۸۹). رابطه پدر مآبانه، رابطه ای است که در آن پزشک، کنترل بالا و بیمار کنترل پایین دارد. دومین مدل رابطه ی پزشک- بیمار، رابطه دو سویه و متقابل است. این مدل، با مشارکت فعال بیماران و یا سهم مساوی مشارکت دو طرف در مشاوره مشخص می شود. این مدل همچنین به مثابه "نشست کارشناس ها" قلمداد می شود که در این نشست، هر دو طرف در یک سرمایه گذاری مشترک مشارکت می کنند و در مبادله ی ایده ها و تقسیم و تبادل نظرها درگیر هستند (همان). در واقع مدل پدر مآبانه ای که از بی ارادگی بیمار حمایت می کند با رابطه شراکتی جایگزین شده است. رابطه ای که در بطن آن پزشک یک مربی، یک مشاور معتبر می شود که مطمئناً در مقابل سختی ها با آگاهیست و همچنین در تغییرات محتمل قابل اعتماد است (وکنتر، ۲۰۰۷ به نقل از شفعتی، ۱۳۹۱). سومین نوع رابطه ی پزشک- بیمار رابطه ی مصرف گرا است. رابطه ی مصرف گرا، رابطه ای است که در آن روابط قدرت، معکوس است. به این معنا که بیمار نقش فعال و پزشک نقش منفعل را می پذیرد. چهارمین و آخرین نوع رابطه ی پزشک- بیمار از نظر استوارت و روتر رابطه ی ناقص است. این رابطه زمانی اتفاق می افتد که بیماران حتی با وجود این که پزشکان کنترل خود بر مشاوره را کاهش می دهند، به پذیرش نقش منفعل خود ادامه می دهند (همان).

علیرغم نیاز روزافزون بیماران به اعتماد و اخلاق اعتماد آفرین، نرخ اعتماد در رابطه ی پزشک و بیمار کاهش یافته است. (شجاعی و همکاران، ۱۳۹۱: ۸۰) گیدنز اعتماد را به عنوان اتکا یا اطمینان به نوعی کیفیت یا صفت یک شخص یا یک چیز یا اطمینان به حقیقت یک گفتار توصیف میکند. (گیدنز، ۱۳۷۷: ۱۲۰) در عرصه پزشکی، کاهش یا افت اعتماد به پزشکان به طور اخص با رشد و گسترش مصرف گرایی همراه بوده است. هاگ در بخشی مقدمتی درباره پدیده تخصص زدایی، با بکار گرفتن این مفهوم استدلال می کند که تقاضا برای مسئولیت پذیری عموم هر چه بیشتر در پیوند با تخصص ها می تواند با نوعی کاهش با این عقیده همراه باشد که متخصصان مانند پزشکان افرادی ((مهربان، نگران بیمار و قابل اعتماد)) هستند. وی با افزایش شکایت حقوقی و اعمال محدودیت های فراوان در برابر آزمایش های پزشکی به عنوان شاهدی دال بر این کاهش

اعتماد استناد می کند. وی با توجه به مورد اول، یعنی اقامه دعوا و شکایت، ادعا می کند ((بیمارانی که علیه پزشکان خود اقامه دعوا می کنند، قطعاً، اعتماد خود را به آنان از دست داده اند)). او در خصوص مورد دوم یعنی اعمال محدودیت، اظهار می دارد که ((سیاسی کردن کل مسئله آزمایش، بی تردید، بازتاب بدبینی عمومی به دغدغه پزشک پژوهشگر بابت آسایش خاطر و رفاه بیمارانش است. قانون خواستار دلیل اثبات این دغدغه و نگرانی است و نفس مطالبه دلیل یا مدرک نافی اعتماد است. در حقیقت، اعتماد را باید به منزله اعتقاد بدون مدرک یا دلیل تعریف کرد)) (haug, 1975: 206) راتر و هال نیز به بحث درباره مصرف گرایی در مراقبت سلامت پرداخته اند (roter & hall, 1992). آنان به تحقیقی استناد می کنند که در سال ۱۹۸۵ به همت هیبارد و ویکز انجام گرفت و در آن با ۲۰۰۰ تن از ((مصرف کنندگان)) مصاحبه به عمل آمد تا مشخص شود که در آن پیوند با موضوع مراقبت سلامت تا چه اندازه به عنون مصرف کننده رفتار می کردند و بیشتر به آنان متکی و وابسته بودند، به مراتب تمایل بسیار کمتری برای اتخاذ رویه مصرف گرایی داشتند. (اسکمبلر، ۱۳۹۶: ۹۴)

عامل یا نقطه پیوند بین نظام و جهان زیست «حوزه عمومی» است؛ یعنی قلمروی که جنبش های اجتماع جدید در آن عمل می کنند. پزشکی، همان گونه که اسکمبلر در مقاله خود با عنوان «هاپرماس و قدرت تخصص پزشکی» (Scambler, 1987) بحث می کند، به صورت نظام تخصصی فوق العاده قدرتمندی درآمد است که بسیاری از شرایط و موقعیت ها را به گونه ای اداره می کند که آن ها را از حوزه عمومی خارج و به جایی منتقل می کند که از آنجا می توان مناسب و مفید بودن تعاریف پزشکی را به چالش کشید. مثال موردنظر اسکمبلر حول تجربه زایمان (وضع حمل) بنا شده است، اما وضعیت های دیگری مانند یائسگی، نازایی، ناآرامی و بیقراری، همگی نمونه ها و مواردی از «روند استفاده از روش های پزشکی» تلقی شده اند، یا خارج کردن مسائل و موضوعات از بحث در حوزه عمومی که در آنجا می توان پرسش های واجد ماهیت اخلاقی - عملی را پیش کشید. با استفاده از نظریه هپرماس، همه این ها را می توان مواردی دانست که در آنها عقلانیت محدود هدفمند - ابزاری [مفاهمه ای] نیل به درک جهان زیست کنار گذاشته می شوند و در عوض، برخوردها، رفتارها و چیزی که موفقیت محسوب می گردد، از جانب کارورزان متخصص شناسایی و تعریف می شوند. (اسکمبلر، ۱۳۹۶: ۲۰۶ و ۲۰۷)

اسکمبلر (۱۹۸۷)، در ارائه استدلال خود مبنی بر این که دانش پزشکی، از آنجا که شالوده و مبنای آن بر علم و فناوری استوار است، بر دانش عامیانه زنان درباره زایمان و وضع حمل فائق آمده است، اظهار می داد که این را می توان نمونه ای از مستعمره شدن جهان زیست تلقی کرد. از کنش هدفمند - عقلانی، در تبادل های روشن بین دکتر و مادر باردار برای کان لم یکن اعلام کردن دغدغه ها و نگرانی های جهان زیستی مادر استفاده شده است. وی همچنین توجه را به شیوه کاربرد مفهوم «اطاعت» در مطالعات و بررسی های به عمل آمده درباره تعامل پزشک - بیمار جلب می کند؛ در این میان، صفت «متمرد» تنها به بیماران اطلاق می شود. بیماران در صورتی که درمان را دنبال نکنند و به دستورهای پزشکان عمل نکنند و رفتار توصیه شده آنان را در پیش نگیرند، پزشکان آنان را متمرد (غیرمطیع) توصیف می کنند؛ اما همان گونه که میشلر (Mishler, 1984) و دیگران استدلال کرده اند، اطاعت نکردن یا تمرد و سرپیچی بیماران می تواند ناشی از مشاوره های یک جانبه ای باشد که در آن «صدای جهان زیست» نادیده گرفته شده است. کِلِهَر در بررسی و مطالعه ای که درباره وضع بیماران دیابتی و «غیرمطیع» یا «متمرد» انجام داده است، اظهار می دارد که پزشکان تمایل دارند به افرادی برچسب «سختگیر» یا «دردسز آفرین» بزنند که می خواهند دانش تجربی خود از دیابت را در نحوه اداره امور مربوط به وضع خود دخیل سازند (Kelleher, 1988). اسکمبلر این گونه مطالعات را منعکس کننده «نبود توازن موجود بین عقلانی شدن نظام و عقلانی شدن جهان زیست...» می داند (Scambler, 1987: 179). بسیاری از مطالعات به این نکته اشاره دارند که مشاوره های پزشکی را نمی توان «وضعیت های کلامی مطلوب» و ایدئالی دانست که در آن درباره نحوه اداره یک وضعیت حاد و مزمن از طریق تبادل متقابل گزاره ها و طرح پرسش در روند تعامل ارتباطی، توافق صورت می گیرد (اسکمبلر، ۱۳۹۶: ۲۰۸).

مسئله مهم در ارتباط بیمار و پزشک قرار دادن فرصت هایی در اختیار بیماران تا از احساسات خود درباره وضع خاصی که دارند صحبت کنند، کاری که متخصصان مراقبت سلامت ظاهراً قادر به آن نیستند. همان گونه که ارنستون و دروژ اشاره می کنند: ((برای پزشک، برخورد سلامت پیشاپیش به گونه ای دقیق نوشته شده است، زمان آن نیز بسیار محدود است... بسیاری از برخورد ها ظرف یک دقیقه کارشان به انجام می رسد... بسیاری از بیماران صرعی در درمانگاه نگران و مضطرب بودند که وقت نکردند دیگر جنبه های ابتلا به صرع را با پزشک در میان بگذارند (Arntson and Droge, 1987:158). فرجی خیاوی و همکاران در پژوهشی به مدت زمان ویزیت پزشکان پرداختند. نتایج حاکی از اینست که: ((شرکت کنندگان معتقد بودند با توجه به افزایش زمان ویزیت، اضطراب بیمار در هنگام ویزیت کاهش مییابد که این باعث اعتماد بیشتر بیمار به پزشک میشود و مشکلات از طرف بیمار بیشتر و بهتر مطرح میگردد. صرف زمان بیشتر برای بیمار سبب میگردد پزشک جنبه های آموزشی درمان را بیشتر مورد توجه قرار دهد که در نهایت موجب ارتباط قویتر بین پزشک و بیمار شده و رضایت بیمار افزایش یابد.)) (فرجی خیاوی و همکاران، ۱۳۹۵: ۴۱) در مطالعه انجام شده در بیمارستان عمومی قزوین، نتایج نشان داد که میانگین مدت زمان ویزیت بیماران سرپایی ۲ تا ۴ دقیقه بود که با استاندارد حدود ۱۵ دقیقه اختلاف داشت. بیشترین میانگین مدت زمان ویزیت مربوط به متخصصین کودکان بود که بین ۷ تا ۸ دقیقه و کمترین زمان ویزیت هم به متخصصین داخلی بین ۱ تا ۳ دقیقه اختصاص داشت. (حسن پور و همکاران، ۱۳۹۴)

بسیاری از بیماران در روند اقدامات پزشکی مداخله نمی کنند؛ دلیل این رفتار ذهنیت اشتباهی است که مردم از تابعیت صرف بیمار از پزشک دارند؛ با علم به حق انتخاب ترجیح می دهند از نظر پزشک به عنوان یک عالم مطلق تبعیت نمایند و تعداد بسیار زیادی از بیماران هم از حق تصمیم گیری خود بی اطلاع هستند. در مرحله تشخیص بیماری، تصمیم در خصوص انجام مقدمات اعم از آزمایشات و معاینات مختلف را باید حق بیمار دانست و در مرحله درمان هم حاکمیت اراده بیمار به عنوان یکی از طرفین رابطه قراردادی لازم به نظر می رسد. بیمار بر مبنای کرامت انسانی که ذاتی اوست دارای حقوقی غیر قابل سلب می باشد که حق تعیین سرنوشت از جمله این حقوق است و از آنجا که به عنوان یک انسان مسلط بر نفس خویش است دخالت پزشک برای درمان نیاز به اذن او دارد و اذن بیمار همان اعلام رضایت یا اخذ نظر او در تصمیم گیری های پزشکی می باشد. (لنگرودی صحرا و همکاران، ۱۳۹۲) وسکویی اشکوری و همکاران در پژوهشی به بررسی تطبیقی مدل های مشارکت بیمار در تصمیم گیری درمان پرداختند که نتیجه گیری از نتایج این پژوهش گویای اهمیت این موضوع می باشد: ((با توجه به اهمیت مؤلفه های مؤثر بر مشارکت بیماران در تصمیم گیری درمان آموزش این مؤلفه ها به دانشجویان پزشکی و پرستاری در کمک به بیمار در تصمیم گیری مؤثر است. از طرفی ارتباط مناسب با بیمار بعنوان یکی از مؤلفه های مهم میباشد که ضروریست در به دانشجویان آموزش داده شود. در حیطه عملکرد بالین با توجه به نتایج حاصل از بررسی مدل های مورد مطالعه در این پژوهش، تمام مدلها به وجود زمینه و بستر لازم جهت اجرای فرآیند مشارکت در تصمیم گیری اشاره داشتند، که ضروریست در محیط های درمانی و جامعه، زمینه فوق فراهم گردد. تمام مدلها به ارتباط بین بیمار و ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی از جمله پزشک و پرستار اشاره شده است که آموزش مهارت های ارتباطی به پزشکان و پرستاران در این خصوص ضروریست، در نظر گرفتن ترجیحات بیمار، توانمند سازی بیماران، در نظر گرفتن عقاید و ارزشهای بیمار نیز از موارد اشاره شده در الگوها میباشد که از دیگر مفاد منشور حقوق بیمار است)) (وسکویی اشکوری: ۱۳۹۲، ۸۴).

ما در روزگاری به سر می بریم که تقریباً هر چیزی خرید و فروش می شود. در سه دهه گذشته بازارها و ارزشهای بازاری به طور بی سابقه ای بر ارزشهای ما حاکم شده اند. ما با انتخاب خودمان به این نقطه نرسیده ایم. تقریباً بر سر ما آوار شده است. کالایی شدن یا کالا وارگی مفهوم نسبتاً جدیدی است که با نظام سرمایه داری رشد کرده است. کالایی شدن عنوانی است که به معنای چیرگی روابط مبادله ای یا پولی بر زندگی در مقابل روابط مصرف بر اساس نیاز انسان ها است چنین ساز و کاری تحولات عمیقی را در زندگی بشر به وجود آورده است تبدیل همه یا بخش مهمی از ارزشها به صورت کالایی قابل مبادله این

مفهوم را می‌سازد. کالایی شدن زمانی رخ می‌دهد که یک ارزش اجتماعی یا فرهنگی، به مثابه کالا قابل مبادله می‌شود. مثلاً چنانچه «علم» قابل مبادله در برابر پول باشد یا منزلت اجتماعی قابل خرید باشد، آنگاه علم و منزلت اجتماعی کالایی شده است. خاستگاه کالایی شدن نظام سرمایه‌داری است. اساساً در نظام سرمایه‌داری همه چیز - کم و بیش - قابل مبادله می‌شود. تجارت آزاد از مفهوم اقتصادی فراتر می‌رود و معانی وسیع‌تر می‌یابد. ما در سال‌های اخیر علی‌الخصوص چهار دهه گذشته شاهد آن هستیم که سپهرهای گوناگون حیات اجتماعی در معرض پدیده‌ی کالایی شدن قرار گرفته‌اند. به عنوان مثال نهاد های عمومی همچون دانشگاه‌ها، مدارس، آزمایشگاه‌های تحقیقاتی و حتی زندان‌ها در معرض کالایی شدن قرار گرفته‌اند. در حوزه تامین و رفاه اجتماعی نیز مسکن، آموزش، سلامت، حقوق بازنشستگی، بیمه، و انواع خدمات اجتماعی دستخوش پدیده‌ی کالایی شدن قرار گرفته‌اند. (سندل، ۱۳۹۵)

همه ما برای گذران زندگی روزمره خود کالاهایی را می‌خریم و یا به مصرف می‌رسانیم، اما آنچه که جای نگرانی دارد، مصرف‌گرایی است. در این حالت همه‌ی مردم جامعه و زندگی‌هایشان بر حسب کالاها تعریف می‌شوند. افراد کالاها را مصرف می‌کنند تا جایگاه اجتماعی خود را به نمایش بگذارند و خود را از طبقات فراتر و فروتر متمایز کنند در این وضعیت شاهد حرص و تمع برای مصرف کالاها می‌باشیم. بودریار جامعه‌شناس پست مدرن فرانسوی به بحث از اسطوره و ساختار مربوط به مصرف‌گرایی در جامعه اواخر قرن بیستم فرانسه می‌پردازد و سعی دارد از نگاه تحلیل نشانگانی محصولات آرایشی، مواد غذایی، مد و غیره نظام مصرفی جامعه مدرن امروزی را نشان دهد. از نظر بودریار جامعه مصرفی به واسطه اسطوره خوشبختی مفهوم نیاز را به صورتی فرا واقعی خلق می‌کند تا به تبع آن بتواند تشویق افراد به مصرف بیشتر را توجیه کند. مصرف کالاها برطرف کننده شکاف‌های اجتماعی و سلسله مراتب تبعیض‌های عمده در حوزه قدرت است. اما مصرف نیز مانند آموزش فرصت‌های فرهنگی یکسانی برای بدنه اجتماع فراهم نمی‌کند. و حتی مصرف شکاف‌ها را آشکارتر می‌کند. ایدئولوژی مصرف به واسطه کیفیت نجات‌بخش اشیاء در جامعه مصرفی تعریف می‌شود. زیرا در اختیار داشتن اشیاء اعم از تجملی و کاربردی می‌تواند در راستای دست‌یابی به پایگاه اجتماعی فرد کارکرد یابد و فرد را قانع می‌کند که مصرف اشیاء او را به «خود واقعی اش» نزدیک می‌کند. انباشتگی و وفور، قطعاً یکی از چشم‌گیرترین ویژگی‌ها در توصیف جوامع مصرفی است. فروشگاه‌های بزرگ همراه با رشد سریع انواع مواد غذایی کنسرو شده و پوشاک سری دوزی، نمای اولیه و مکان هندسی فراوانی را به دست می‌دهند. در انباشتگی، چیزی بیش از مجموع تولیدات نهفته است: شواهدی بر وجود مازاد، نفی سحرآمیز و قطعی کمیابی... فراتر از روی هم انباشتن که ابتدایی‌ترین، اما بارورترین شکل فراوانی است، اشیاء به صورت مجموعه یا کلکسیون سازماندهی می‌شوند. می‌دانیم که فراوانی در جوامع ثروت مند با اسراف پیوند نزدیکی دارد. حوزه مصرف (از نظر بودریار)، برعکس، یک حوزه اجتماعی سازمان یافته است که در آن نه تنها کالاها، بلکه نیازها نیز مانند مشخصه‌های گوناگون فرهنگ از یک گروه مدل یا نخبگان رهبری کننده به سایر اقشار اجتماع انتقال می‌یابند. توده مصرف کننده وجود ندارد و هیچ نیازی به طور خودجوش از مصرف کننده پایه بر نمی‌خیزد. سلسله نیازها مانند سلسله اشیاء و کالاها در درجه نخست به لحاظ اجتماعی گزینشی است. یکی از تناقض‌های رشد، این است که کالاها و نیازها را به صورت همزمان ایجاد می‌کند، اما آنها را با آهنگی یکسان پدید نمی‌آورد - آهنگ تولید کالاها تابع قابلیت تولید صنعتی و اقتصادی و آهنگ تولید نیازها تابع منطق تمایزگذاری اجتماعی است. مطمئناً باید نوعی جبر جامعه شناختی نیازها را پذیرفت، یعنی نوعی شاخص گذاری نیازها و تمایلات براساس موقعیت اجتماعی کسب شده. انسان‌ها هر چه کمتر داشته‌اند، آرزوهای کمتری نیز دارد. بدین ترتیب حتی فرایند تولید آرزوها نیز نابرابر است. تمسک به مصرف، عدم پیشرفت در سطوح عمودی اجتماع و ضعف‌های جدی در خصوص تحرک اجتماعی در مورد بعضی طبقات (به ویژه طبقات پایین) را جبران می‌کند. ما در نقطه‌ای زندگی می‌کنیم که مصرف بر تمام وجوه زندگی ما چنگ انداخته است. نقطه‌ای که کلیه فعالیت‌ها به همان شیوه ترکیبی، منطقاً با یکدیگر ارتباط پیدا می‌کنند. مسیر رضایتمندی از پیش ترسیم و ساعت به ساعت برنامه ریزی شده است و محیط نیز از هر لحاظ کامل است و کاملاً مناسب و مرتب بوده و جنبه فرهنگی پیدا کرده است. در پدیدار شناسی مصرف، این مناسب سازی کلی زندگی، کالاها، اشیاء، خدمات، رفتارها و روابط اجتماعی، نمایان گر مرحله‌ای تکمیل شده و مصرف شده در یک سیر تکاملی است که از فراوانی

صرف آغاز می شود، از شبکه های مفصل بندی شده اشیا گذر می کند و به شرطی شدن کامل کنش ها و زمان و شبکه ای از محیط های نظام مند منتهی می شود که شهرهای آینده نمونه ای از آنهاست.

آنچه امروزه تولید می شود، مبتنی بر ارزش مفید یا طول عمر مفید نیست، بلکه مبتنی بر نابودی آن است. بنابراین، نظام تولید تنها به بهای این نابودسازی و انتحار حساب شده و دائمی اشیا قادر به ادامه حیات است. تبلیغات این معجزه را با صرف بودجه ای قابل توجه تحقق می بخشد. هدف از تبلیغات، افزایش ارزش مفید اشیا نیست، بلکه زایل کردن این ارزش است. اما باید بین اسراف فردی و جمعی از یک سو به عنوان عملی نمادین در قالب پول خرج کردن، آداب و رسوم، جشن ها و شکلی از جامعه پذیری و از سوی دیگر، به مثابه کاریکاتور شوم و بوروکراتیک آن در جامعه ما تمایز قایل شد. در حالت اخیر، مصرف توأم با اسراف، به یک تکلیف روزانه و یک نهاد اجباری و اغلب ناخودآگاه و نوعی مشارکت همراه با بی تفاوتی در الزامات نظم اقتصادی بدل می شود. جامعه مصرفی، برای بقا، به اشیا خود نیاز دارد و دقیق تر این که به نابودی آن ها نیاز دارد. تنها در نابودسازی است که اشیا بیش از حد موجودند و با نابودی خود بر ثروت دلالت می کنند. در هر حال، آشکار است که نابودسازی چه در شکل خشن نمادین آن (سوانح) و چه به شکل نظام مند و نهادینه، در شرف تبدیل به یکی از کارکردهای غالب جامعه مابعدصنعتی است (شمسی، ۱۳۹۵).

چیزوارگی، شی وارگی و یا کالایی شدن عناوینی هستند که معنای آنها چیرگی روابط مبادله ای یا پولی بر زندگی در مقابل روابط مصرف بر اساس نیاز است. چنین سازوکاری تحولات عمیقی در زندگی بشر به وجود آورده است. همین مفهوم کالایی شدن در دل نظام بازار قرار میگیرد. در واقع کالایی شدن امور و خدمات، هدف نظام بازار است. مفهوم شی وارگی به عنوان غایت نظام سرمایه داری باعث میشود که کلیه کالاها و خدمات عرضه شده طبق سازوکار این نظام به عنوان کالاهای از خود بیگانه و شی وار و پولی به فروش برسند. مفهوم شی وارگی در نزد لوکاچ بر اساس الهام وی از نظریه بت وارگی مارکس بود و این مفهوم بدون در نظر گرفتن آرای مارکس درک شدنی نیست. مارکس البته مفهوم شی وارگی را به کار نبرد بلکه وی مفهوم بت انگاری را خلق کرد و در کتاب های (دست نوشته های اقتصادی و فلسفی ۱۸۴۴) و در کتاب (سرمایه) آن را تشریح کرد. مارکس در نقد فرآیند کاربرد سرمای داری این اصطلاح را به کاربرد و معتقد بود که سرمایه داری در فرآیند تولید باعث از خود بیگانگی انسان تولیدگر از فرآیند تولید کالاها میشود و آنها مانند بت در مقابل وی قرار میگیرند. از طریق همین سازو کار کارگر انواع مختلفی از خود بیگانگی را تجربه میکند و با محصولاتی که آفریده ی خود او هستند، به عنوان محصولی بیگانه برخورد میکند و در نهایت منجر به بیگانگی بیشتر انسانها از هم دیگر میشود. «کار بیگانه شده، با بیگانه ساختن آدمی از طبیعت خود یعنی از کارکرد های عملی و فعالیت حیاتی اش، نوع انسان را از آدمی بیگانه میسازد (مارکس، ۱۳۷۷: ۱۳۲). مارکس این وضعیت از خود بیگانگی را ناشی از منطبق سرمایه داری می داند که به دنبال تولید کالاهایی است که برای سرمایه دار سود در پی داشته باشد یا به عبارت دیگر جهان سرمایه داری به دنبال تولید کالاهایی است که ارزش مبادله ای داشته باشند. ارزش مبادله ای در مقابل ارزش مصرف کالاها قرار می گیرد و ویژگی جدیدی است که در اقتصاد سیاسی سرمایه داری به کالاها الحاق شده است. ارزش مصرف هر کالا بر اساس سودمندی و رفع نیازهای طبیعی انسان است. "سودمندی شی آن را به ارزش مصرفی تبدیل میکند اما این سودمندی در هوا معلق نیست. این سودمندی ناشی از خواص پیکر کالا است و بدون آن پیکر وجود ندارد بنابراین پیکر خود کالا، مثلاً آهن، گندم، الماس، و جز آنها ارزش مصرفی یا شی مفید به شمار می آید." اینگونه کالاها در واقع هدفشان رفع نیاز است و با کالاهای مبادله ای که هدفشان کسب سود است متفاوتند. ارزش مبادله ای پیش از هر چیز به صورت رابطه ای کمی جلوه میکند بنابراین نوعی ارزش مصرفی با نوع دیگری از آن مبادله میشود. این رابطه پیوسته با زمان و مکان تغییر میکند (مارکس، ۱۳۸۸: ۶۶). وسیله ای که در ارزش مبادله باعث تسهیل گردش کالاها میشود پول است که امکان تبادل سریع آنها را به بار آورده است. در واقع ارزش مصرفی ویژگی درونی یک کالا است که بر اساس نیازها به مصرف می رسد در حالی که ارزش مبادله ای یک ویژگی عرضی یا به نوعی بیرونی اطلاق شده بر کالا است که باعث فرایند از خود بیگانگی میشود. بنابراین رمز و راز شکل کالا صرفاً در این امر نهفته است که این شکل سرشت اجتماعی کار انسان را در چشم او، همچون سرشت شی

واره خود این محصولات، همچون اجتماعات یافتن ویژگی طبیعی چیزها را نمایان میسازد و از همین رو روابط اجتماعی تولیدکنندگان را با کل کار به صورت رابطه اجتماعی بین اشیاء که خارج از انسان وجود دارد، در نظر او جلوه میدهد (همان، ۱۷۱). این فرایند تولید کالاها و اشیاء که همچون پدیده های قائم به ذات نمودار میشوند و حیاتی از آن خویش دارند و با یکدیگر و انسان ها در ارتباط اند بت وارگی کالا نام دارد. لوکاچ مفهوم شی وارگی را از همین مفهوم بت انگاری مارکس الهام گرفت و آن را پرورش داد. مارکس فرایند ذکر شده را در تولید پی میگیرد، در حالی که لوکاچ معتقد است فرایند شی وارگی نه تنها در تولید بلکه در تمام بخش های زندگی رسوخ کرده است و شکل مبادله ی کالایی بر تمام وجوه زندگی انسان سیطره یافته است. "ذات راستین کالا را فقط هنگامی میتوان درک کرد که خود کالا مقوله ی عام کل هستی اجتماعی شده باشد (لوکاچ، ۱۳۷۸: ۲۱۵). لوکاچ معتقد است که ساختار مبادله ی کالایی در زندگی تغییرهای کیفی خاصی در پی دارد. بیشتر چنین تغییرهای در درون سازمان و ساختار جامعه منفی هستند. این ساختارها هم از لحاظ عینی هم از لحاظ ذهنی تغییراتی را به وجود می آورند، در عرصه عینی دنیایی از اشیاء و مناسبات میان چیزها (دنیا کالاها و حرکت آنها در بازار) نمودار میگردد. به صورت قدرت های شکست ناپذیری در برابر انسان ها قرار می گیرند که گویی تمام نیروی شان را خود تولید میکنند در عرصه ذهنی، فعالیت انسان - در اقتصاد کالایی کاملاً پیشرفته - از وی جدا میشود و به کالایی بدل میگردد که تابع عینیت بیگانه با انسان قوانین طبیعی جامعه است و مانند هر محصولی مصرفی که جنبه کالایی پیدا کرده، باید مستقل از انسان به راه خود برود (همان: ۲۱۶). لوکاچ دیگر صفات منفی نظام سرمایه داری مبتنی بر مبادله کالایی را عبارت میداند از: فرایند کار دیگر به صورت یک کلیت نیست، تجربه فاعل کار، به وجود آمدن انسان نظاره گر و منفعل و منزوی شدن فرد در جامعه می باشد. بنابراین لوکاچ با مفهوم شی وارگی نشان می دهد که در دوران مدرن و خصوصاً سرمایه داری روابط کالایی بر همه چیز استیلا پیدا کرده است و برآیند آن تبدیل سوژه به شی است، "مبنای نظریه لوکاچ این ایده است که در جهان ارزش های کالایی، (سوژه ها) خود ارزشیابی شده و در نتیجه به شی تبدیل میشوند (بالیار، ۱۳۹۳: ۹۳).

گیدنز از دو راهی که بین شخصیت طلبی و کالا پرستی به وجود می آید سخن به میان می آورد که تجدد راه خودنمایی خود را بازمی کند البته بیشتر در زمینه های تحت تاثیر شغل و عوارض استانداردکننده سرمایه داری کالا پرست وجود دارد به این شکل که ادامه نظام سرمایه داری ترویج کننده فردگرایی بوده است اکنون این فرد گرایی در حوزه مصرف تبلیغ می شود فرد آزادی انتخاب (تحت نظارت بازار) برای جلوه گری دارد در نتیجه خود به شخصیتی تبدیل می شود که هدف اصلی آن بدست آوردن کالاهای آرمانی است گیدنز معتقد است که طرح بازتابی به نوعی مبارزه در برابر تاثیرات کالا پرستی است زیرا در نظام سرمایه داری تولیدانبوه لباس افراد را به گزینش لباس خاص خود سوق می دهد. او می گوید شیوه ی زندگی در دنیای تجدد تحت تاثیر نظام یکسان کننده ی سرمایه داری قرار دارد و وسایل ارتباط جمعی خواسته های فرد را در معرض تهدید نظام مصرفی قرار می دهد. (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۱) به تعبیر گیدنز، در نظام سرمایه داری فرد توانسته جلوه گری کند پس طرح کلی به طرح شخصیتی تبدیل شد که هدفش به دست آوردن کالاهایی است که ارزش را در سر می پروراند با تولیدانبوه لباس، در نظام سرمایه داری افراد به صورت گزینش گرایانه در مورد سبک پوشش خود تصمیم می گیرند در واقع در دنیای تجدد که نظام سرمایه داری زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد و وسایل ارتباط جمعی فرد را در معرض تهدید های نظام مصرفی قرار می دهد، رویکرد ساختیابی، عاملیت فردی کنشگران در ارتباط متقابل با ساختارهای اجتماعی مورد بررسی قرار میگیرد. برایناساس، نظریه ساختیابی دربر دارنده مفهومی از دوسویگی است که به طبیعت اساساً بازاندیشانه زندگی اجتماعی و وابستگی دوجانبه ساخت و عاملیت مرتبط است. در کنار مفهوم قدرت به عنوان محور عمده نظریه ساختیابی بررسی راهبردهای مقاومت و نحوه بازتولید ساختار از سوی عاملان اجتماعی اهمیتی اساسی دارد. لذا با توجه به دوسویه بودن مناسبات قدرت در نظریه ساختیابی، حتی گروههای فرودست نیز که در رابطه اجتماعی نابرابری قرار دارند، میتوانند جریان توزیع منابع و شکلگیری قواعد را با کنش خود متأثر سازند (گیدنز، ۱۳۸۴) در بهکارگیری این نظریه در حوزه نابرابری در سلامت میتوان به محدودیت عاملیت فردی و تشدید سلطه و اقتدار در روابط پزشک/بیمار به دلیل کاهش استقلال در نقش عاملی افراد بیمار، اشاره کرد در این زمینه، مشارکت بیماران در شبکههای حمایت و گروههای

خودیاری صورت دیگری از توانمندی عاملان اجتماعی است که میتواند منجر به تقویت ارتباط و تعامل فرد با ساختارهای محیطی شود (ABury & Gabe, 2004). بنابراین، نابرابریهای بین افراد در زمینه سلامت و بیماری بیش از آنکه ناشی از ظرفیت زیستی و جسمانی آنان باشد ناشی از وضعیت فرد در روابط اجتماع و میزان کنترل بر تعیینکنندهای سلامت میباشد (Krieger, 2001: 318-333)

وبلن شکل خاصی از مصرف در بین طبقات اجتماعی نوظهور، و به طور خاص در بین نوکیسه‌های عصر خود، از اصطلاح مصرف تظاهرآمیز *Conspicuous consumption* استفاده کرد. مصرف انگشت‌نما، مصرف متظاهرانه، مصرف خودنمایانه، مصرف ریاکارانه یا مزورانه از جمله معانی دیگر این دو کلمه انگلیسی است. شاید بتوان معنای عامیانه آن را «مصرف چشم دراز» دانست. وبلن در سطرهایی از کتابش به شکل هوشمندانه‌ای به تمسخر نوکیسه‌های عصر خود می‌پردازد و البته در همه صفحات، ادا و اطوارهای این طبقات نوظهور و آثار رفتار آنها را بر جامعه و اقتصاد به نقد می‌کشد. برای مثال اشاره می‌کند که این طبقات؛ که آنها را تن‌آسا می‌نامد؛ چگونه با چیدن ظروف نقره‌ای روی میز، پوشیدن لباس‌های کاملاً سفارشی با خیاط‌های مخصوص، و خانه‌های بزرگ و مجلل تلاش می‌کنند تا مرتبه خود را حفظ و یا در رقابت با دیگران ارتقاء دهند. اصطلاح «مصرف تظاهرآمیز» برای توصیف کسانی بکار برده شد که به تازگی به ثروتی دست یافته‌اند و در تلاش‌اند تا با مصرف کالاهای لوکس، ورود و تعلق خود را به طبقه اجتماعی جدید نشان دهند. آنچه در مصرف تظاهرآمیز مهم است همانا «نمایش» و «به رخ کشیدن» است. منظور آنکه، همه چیز نه در عمق بلکه در سطح و ظاهر اتفاق می‌افتد. آنچه در پس ویتترین می‌گذرد با آنچه در داخل آن دیده می‌شود متفاوت است. در برخی از متون انگلیسی در توصیف این نوع مصرف از اصطلاحات مترادف با فریبکاری هم استفاده می‌شود. منظور آن است که در اینجا چیزی اصیل و ریشه دار نیست. اگر بخواهیم از اصطلاح «تحرک اجتماعی» کمک بگیریم باید بگوییم که فرد نه به شکل تدریجی، بلکه به شکل سریع چند پله نردبان ترقی را طی می‌کند. به تعبیری، او بنا به اتفاقات خانوادگی (همچون ارث)، التهابات اقتصادی و یا فرصت طلبی شخصی و استفاده از روابط به جای ضوابط، به موقعیت جدید پرتاب می‌شود. به همین دلیل و برای آنکه تأیید اجتماعی سایر اعضای طبقه جدید را کسب کند مجبور می‌شود آبی بنماید که در درون تهی از آن است. فرد نوکیسه، وقتی به کسانی نگاه می‌کند که پشت سر او هستند، یعنی هنوز در ردیف‌های پایین نردبان تحرک اجتماعی بسر می‌برند فخر فروشی می‌کند ولی وقتی به کسانی نگاه می‌کند که در موقعیت جدید در کنار او هستند نگران می‌شود. به هر حال تغییر سریع موقعیت، با کمی اضطراب همراه است. او باید اثبات کند که «من از آنها نیستم، من جزو شما هستم». فرایند جامعه‌پذیری (Socialization) فرایندی زمان‌بر است. افراد به تدریج مهارت‌های زندگی در گروه یا جامعه را یاد می‌گیرند. فرایند جامعه‌پذیری مجدد (Re-socialization) نیز این چنین است. فرد نوکیسه فرصت جامعه‌پذیری مجدد را نیافته است چون به موقعیت جدید پرتاب شده است؛ و در واقع پرتابی سریع! به همین دلیل تلاش می‌کند تا مجوزهای دم دستی ورود به طبقه جدید را کسب کند و این مجوزها چیزی جز نمایش کالاهای مصرفی نیستند. او از سازوکار ارتباط از طریق اشیاء (Object contact) استفاده می‌کند. تا می‌تواند می‌خرد و به رخ می‌کشد. او از طبقه مبدا (طبقه‌ای که از آن آمده) تنفر دارد و با اینکه خود به تازگی از آنها جدا شده است به آنها به دیده حقارت می‌نگرد. او از طبقه مقصد (طبقه‌ای که تلاش می‌کند خودش را به آنها بچسباند) هم نگران است. طبقه مبدا، می‌دانند او که بوده است و طبقه مقصد نمی‌دانند او که بوده است! نوکیسه به طور همزمان گرفتار آشنایی و غریبگی است (علیخواه، ۱۳۹۷).

بحث نظری

شرایط حاکم بر رابطه پزشک و بیمار در عصر حاضر به این گونه است که حتی ابتدایی‌ترین اصول مهارت‌های ارتباطی هم رعایت نمیشود به عنوان مثال بعضی از پزشکان حتی جواب سلام بیماران خود را هم نمیدهند اما بیمار چه

کاری از دستش بر می آید در این شرایط مجبور است با محدودیت ها و مشقت ها کنار بیاید خود را وفق دهد با توجه به نظریه و تعبیر هابرماس، میتوان گفت ارتباط شکل گرفته در این جا، ارتباطی تحریف شده است چون که این ارتباط بر اجبار بنا گذاشته شده است، چرا که عقلانیت ارتباطی به ارتباط و گفت و گوهای آزاد که طرفین بر سر آن توافق داشته باشند و بیانات همدیگر برایشان قابل درک و فهم باشند و سخنانی که گفته میشود باید کاملا صادقانه و قابل اعتماد باشند و هر شخص آزادانه گفت و گو کند مربوط میشود، اما در این شکل از ارتباط پزشک با بیمار، احساس ناامیدی در بیمار شدید شده و آنها کم کم به پزشکان به عنوان قدرت بلامنازع مینگرند. به عقیده پارسونز، پزشکی، تنها قدرتی است که میتواند بر اساس تخصص تعیین کند چه کسی بیمار است و با مشخص کردن بیمار آن را از انجام وظایفش معاف میکند، پزشکان از دانشی برخوردار است که به مسئله انسان ها مربوط میشود و به همین دلیل بیماران، برای طی درمان خود به پزشکان مراجعه میکنند. برخورداری انحصاری پزشکان از دانشی که با سلامت و جان انسانها سروکار دارد، منجر به بروز اقتدارگرایی دانشی در بین پزشکان شده است، نا آشنایی بیماران با دانش تخصصی پزشکی بهترین فرصت را در اختیار پزشکان قرار میدهد که از طریق همین دانش خود بر بیماران خود تسلط پیدا کنند و به قول فوکو پزشکی تبدیل به دانشی برای ایجاد قدرت تبدیل میشود و پزشکان نوعی روابط انحصاری و تک سویه با بیماران خود به وجود آورده اند در صورتی که پزشکی علمی است که با جان انسان ها سرکار دارد و انتظار می رود برای بیماران ارزشی انسانی قائل شوند اما شواهد نشان میدهد امروزه بیماران تبدیل به ابزاری در دست پزشکان شده است برای رسیدن به اهداف سود محورانه شان.

نتیجه گیری

عقلانیت به عنوان محور اصلی مدرنیته دچار انحراف گردیده و ارتباطات انسانی از شکل تفاهمی و ارتباطی به عنوان سازنده قرارداد اجتماعی و اخلاق جمعی و زمینه رشد و همدلی آگاهانه هر شخص به سمت سلطه و استعمار دیگری در راستای کسب نفع بیشتر پیش رفته است. نظام اجتماعی با بهره برداری از کنش ابزاری و کنش استراتژیک نقش های اجتماعی چون پزشک را که دارای رسالت و اخلاق یاری رسان و موظف به نگهداری از دیگران است را در ردیف دیگر مشاغل در آورده و سلامت با تعریف مشکلی برای زیستن را به کالایی جهت مبادله بین خدمت رسان و مشتری تبدیل کرده است. در این میان مصادیق این تفکر در نادیده گرفتن تجارب فردی بیمار، نبود وقت و زمان کافی جهت گفتگو، گفتمان غالب و مغلوب، نبود اعتماد به پزشک و ... قابل رویت است.

مسئله ای دیگر در رابطه بین پزشک و بیمار وجود دارد مسئله ای اعتماد است که اعتماد به نظام درمانی، از ضروری ترین شرایط اولیه برای درمان بیماران است. اعتماد بدین معنا است که بیمار توقع دارد نتایج مثبت و یا به عبارتی دستیابی به سلامت را از مراجعه به مرکز درمانی مورد نظر دارد اما شرایط توصیف شده از نظریات و پیشینه ها و مطالعاتی که در این پژوهش به دست آمد گواه از وجود نوعی بی اعتمادی به نظام درمانی در بین بیماران وجود دارد. بیماران حاضر به تحمل سختی های پرسه درمان هستند اما به شرطی که اگر اطمینان حاصل کنند که درمان آنها روند موفقیت آمیزی را طی میکند اما عدم دستیابی به درمان، یکی از عواملی است که بیماران به نظام درمانی بی اعتماد میشوند و از ادامه دادن به طی درمان خود توسط این نظام منصرف میشوند اما درد و رنج از بیماری همچنان باقی است و ذهن و جسم بیمار را درگیر خود کرده است و اینجاست که بیماران نا امید شده و بی اعتماد به نظام سلامت برای رهایی از درد و رنج بیماری خود دست به دامان شبه علم و طب سنتی و شیوه های درمانی بدون وجه علمی میشود. امروزه در جامعه ما بسیاری از بیماران گرفتار این قضیه شده اند و برای درمان بیماری خود و رهایی از چنگال نظام سلامت و پزشکی که به چشم ابزار به آنان نگاه میکنند تصمیمی بس خطرناک تر میگیرند و در گودالی دیگر فرو میروند که جان آنان را به خطر می اندازد و احتمال دارد با مرگ یا نقص عضو افراد منجر بشود.

منابع فارسی

- آدام، فیلیپ و کلودین هرتسلیک (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس-دنیا کتبی، تهران: نی
- آدلر، هربرت (۱۳۸۷). روان‌شناسی و جامعه‌شناسی برای دانشجویان پزشکی، تهران: ارجمندی
- اسکمبلر، گراهام (۱۳۹۶). هابرماس، نظریه انتقادی و سلامت، ترجمه حسینعلی نوری، انتشارات علمی و فرهنگی، چاپ نخست
- بالیار، اتین (۱۳۹۳). فلسفه ی مارکس، ترجمه عباس ارض پیمان، نشر دیبایه: تهران
- بیماران بستری شده در بیمارستان شهید مدنی تبریز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پژوهش اجتماعی، دانشگاه تربیت معلم.
- پرهیزکار، غلامرضا (۱۳۸۳). یورگن هابرماس؛ گذری بر اندیشه های فیلسوف اجتماعی معاصر، مجله معرفت، شماره ۸۰
- پورا بهری لنگرودی، صحرا و سید محمد اسدی نژاد (۱۳۹۲). جایگاه بیمار در تصمیم گیری های پزشکی، نشریه حقوق پزشکی، دوره ۷، شماره ۲۷
- حسن پور، ادریس و بهرام دلگشایی و حسن ابوالقاسم گرجی و معصومه خوشگام و مبین سخنور (۱۳۹۴). بررسی استاندارد مدت زمان ویزیت بیماران سرپایی در درمانگاه های بیمارستان های عمومی مطالعه موردی در قزوین، فصلنامه بیمارستان، دوره ۱۴، شماره ۳
- ریترز، جورج (۱۳۹۳). نظریه جامعه شناسی در دوران معاصر، انتشارات علمی، چاپ نوزدهم
- سندل، مایکل (۱۳۹۵). آنچه با پول نمی توان خرید، مترجم: حسن افشار، نشر مرکز، چاپ پنجم
- شمسی، لقمان (۱۳۹۵). نقدی بر جامعه شناسی مصرفی بودریا
- شجاعی، امیراحمد و فرشته ابوالحسنی نیارکی (۱۳۹۱). مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره ۵، شماره ۷
- شفعتی، معصومه (۱۳۹۱). بررسی جامعه شناختی رابطه متقابل پزشک و بیمار (مطالعه کیفی شهر اهواز، پایان‌نامه اخذ کارشناسی دانشگاه پیام نور: تهران
- صنعتی، حسین (۱۳۹۵). نظریه های جامعه شناسی، تهران: انتشارات مدرسان شریف
- علیزاده اقدم، محمد باقر و کمال کوهی و یوسف علیزاده اقدم (۱۳۹۳). نظام سلامت و مصرف گرای: مطالعه ای مبتنی بر داده های ثانویه، فصلنامه اخلاق زیستی، سال چهارم، شماره دوازدهم
- عزیزی، اکبر (۱۳۸۸). تعیین کننده های اجتماعی وضعیت سلامت و بررسی موردی بیماران قلبی و همراهان
- غزالی فر، علی (۱۳۹۶). هابرماس درباره سلامت چه می‌گوید؟، وبسایت جامعه خبری تحلیلی الف، www.alef.ir/news/3960808077.html

فرجی خیابوی، فرزاد و محمد قلی پور(۱۳۹۵). زمان مناسب برای ویزیت بیماران سرپایی در بیمارستان های آموزشی شهر اهواز: یک مطالعه کیفی، مجله ره آورد سلامت، دوره ۲، شماره ۵

گیدنز، آنتونی(۱۳۸۶). سیاست، جامعه شناسی و نظریه اجتماعی، ترجمه منوچهر صبوری، نشر نی: تهران

گیدنز، آنتونی(۱۳۷۷). پیامدهای مدرنیت، ترجمه ی محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز؛ چاپ اول

گیدنز، آ. (۱۳۸۴) مسائل محوری در نظریه اجتماعی، کنش، ساختار و تناقض در تحلیل اجتماعی ترجمه م. رضایی، تهران: انتشارات سعادت.

گیدنز، آنتونی و کارن بردسال (۱۳۸۷) جامعه شناسی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نی.

لوکاج، جورج(۱۳۷۸). تاریخ آگاهی و طبقاتی، ترجمه محمد جعفر پوینده، نشر تجربه: تهران

لست، ج (۱۳۶۷). فرهنگ اپیدمیولوژی، ترجمه ک. ناصری، تهران: مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران

محمدپور، احمد (۱۳۹۰). فراروش بنیان های فلسفی و عملی روش تحقیق ترکیبی در علوم اجتماعی و رفتاری، تهران: جامعه شناسان

مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹) جامعه شناسی پزشکی، تهران: دانشگاه تهران.

محسنی، منوچهر(۱۳۸۸). جامعه شناسی پزشکی، تهران: بهداشت و درمان، تبریز: فروزش

مارکس، کارل(۱۳۷۷). دست نوشته های اقتصادی و فلسفی ۱۳۸۴، ترجمه حسن مرتضوی، نشر آگاه: تهران

مارکس، کارل(۱۳۸۸). سرمایه، ترجمه حسن مرتضوی، نشر آگاه: تهران

نوذری، حسینعلی(۱۳۹۳). بازخوانی هابرماس، درآمدی بر آراء، اندیشه ها و نظریه های یورگن هابرماس، نشر چشمه، چاپ چهارم

وسکویی اشکوری، خورشید و کامران حاجینی و لیلاریاحی و محمدرضا ملکی(۱۳۹۷). بررسی تطبیقی مدل های مشارکت بیمار در تصمیم گیری درمان، نشریه پژوهش پرستاری ایران، دوره ۱۳، شماره ۶

منابع لاتین

ABury, M. & Gabe, J. (2004). The Sociology of Health & Illness. London: Routledge.

Adam & Jessica kuper(1985), op.cit., oo. 687-88

Armstrong D, Tavakol M. Medical Sociology. 3rd, editor. tehran: Sina Cultural and Legal Institute, Shahid Beheshti university. 2012; 5-50.

Arntson, P. and droge, D. (1987) 'social support in selfhelpgroups'. In albrecht, T., Adelman, M. and Associates Communicating Social Support. Newbury Park, CA: Sage.

Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Nedjat S, Charandabi SM-A, Rajabi F, et al. Health-promoting behaviors and social support of women of reproductive age, and strategies for advancing their health: Protocol for a mixed methods study. BMC Public Health. 2011;11:191.

Braaten,j.(1991) Habermas' critical theory of society. New York: state university of New York press.

Cockerham WC. Medical Sociology. In: Cockerham WC, editor. MEDICAL SOCIOLOGY. New York(NY): taylor and francis. 2017; 41-59.

Grad, F. (2002), The Preamble of the Constitution of the World Health, Journal of Bulletin of the World Health Organization, 80 (12), 981- 984.

Haermas, j. (1984) the theory of communicative action, volume one: reason and the rationalization of society. Cambridge: polity press.

Kelleher,D.(1988) ' coming to terms with diabetes: coping strategies and non-compliance'. In anderson, R. and bury,M.(eds.) living with chronic illness. London: Unwin Hyman.

Krieger, N. (2001). Theories of Social Epidemiology in The 21St. Century an Ecosocial Perspective. International Journal of Epidemiology, 30 , (4), 318-333

Mishler,E. (1984 thr discourse of medicine: dialectics of medical interviews. Norwood, NJ: Ablex.Regidor E. Social determinants of health: a veil that hides socioeconomic position and its relation with health. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006;60(10):896-901.

Moghadam MN, Banshi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian Household Financial Protection against Catastrophic Health Care Expenditures. Iranian Journal of Public Health. 2012;41(9):62-70

Naidoo, J.&Wills, J. (2000). Health Promotion Foundations for Practice. Second Edition, Harcourt Publishers.

Scambler,G.(1987) ' habermas and the power of medical expertise'. In scambler,G.(ed.) sociological theory and medical sociology,London: Tavistock.

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.September 22, 2016. (Social Determinants of health discussion paper 2 (policy and practice.((http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf