

# گذار تاریخی تأثیرپذیری و برساخت مسائل فرهنگی از پزشکی: از اخلاق تا پزشکی شدن

سید مجتبی رضوی طوسی

سجاد یاهک\*

## چکیده

پزشکی و سلامت در جامعه مدرن با مختصات گوناگون در تمام عرصه‌های جامعه وارد شده و پدیده‌های مختلف را تحت تأثیر خود قرار داده است که در این میان بحث‌های اخلاقی و ارتباط پزشکی و بیمار و مقوله‌های فرهنگی از اهمیت زیادی برخوردارند. این نوشتار به منظور برجسته‌ساختن نقش اخلاق و مقوله‌های فرهنگی و همچنین نقش فرآیندهای پزشکی شدن در جامعه پرداخته است. بدن از حوزه‌هایی است که در ارتباط با پزشکی و مقوله‌های فرهنگی تأثیر زیادی پذیرفته است. نظریات و تحلیل‌های مختلف و نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که اخلاق در حوزه پزشکی ارتباط تنگاتنگی با روندهای فرهنگی و اجتماعی و مؤلفه‌های مترتب بر آن دارد به طوری که با فرآیندهای نوپدید و تأثیر آن بر رفتارهای افراد باعث شده است که کارکرد برخی حوزه‌های سلامت از جمله جراحی زیبایی، توجه به بدن و غیره تغییر پیدا کند و پزشکی را نیز تحت تأثیر خود قرار دهد. پزشک به عنوان فرد تأثیرگذار مهم در جامعه کنونی نقش اساسی در روند پزشکی جامعه و مسائل مربوط به اخلاق پزشکی دارد و اگر ارتباط بین بیمار و پزشک و بین این دو با جامعه کل، ارتباط سالم و اخلاقی و تعهدمحور باشد، جامعه‌ای سالم و افرادی سالم خواهیم داشت.

## واژگان کلیدی

اخلاق، بدن، بیمار، پزشکی، پزشکی شدن، فرهنگ

---

\* کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

#### مقدمه

پیوستگی اخلاق و علم در حوزه‌های مختلف دانش، همواره به عنوان یک اصل مهم و مسلم برای ارتقای مادی و معنوی بشر مطرح بوده است. در قلمرو علوم تجربی، خصوصاً علم طب نیز، از دیرباز اخلاق، جزئی لاینفک محسوب می‌شده است و عالمان طب در کنار پرداختن به مسائل پزشکی و توصیه‌های دارویی، توصیه‌های اخلاقی نیز داشته‌اند. با توجه به جایگاه علم طبابت که به شرافت وجود و اهمیت حفظ نفس انسانی مرتبط می‌باشد، و با در نظر گرفتن کاربرد وسیع طب در سلامت انسان‌ها، تحقیقات فراوان و موضوعات جدید در این حیطه، و همچنین سابقه تخلفات فراوان از چارچوب‌های انسانی و اسلامی در تاریخ طب، اخلاق در حوزه پزشکی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار می‌باشد. نیاز وافر جوامع به مقوله اخلاق، در اکثر جوامع خصوصاً طی دهه‌های اخیر، رویکردی دوباره را در پی داشته است و اخلاق پزشکی سنتی را به اخلاق پزشکی نوین معاصر متحول نموده است (لاریجانی، ۱۳۸۳، ص ۴۷).

با توسعه دانش و علم فناوری‌های پزشکی علمی در طول قرن بیستم و در سال‌های آغازین قرن بیست و یکم، جوامع بشری به ویژه دنیای پیشرفته غرب شاهد تحولات و جریانات گسترده و مهمی در رویکردها و استراتژی‌های مربوط به درک، تعریف، سنخ‌بندی و مدیریت مسایل و تجربیات انسانی بوده است. در یک سده گذشته، آدمی بیش از هر زمان دیگری شاهد بسط قلمرو و اقتدار و تعاریف پزشکی به سایر حوزه‌ها بوده است. جامعه شناسان این فرایند برساخت گرایانه<sup>۱</sup> و «فعالیت‌های اقامه دعوی»<sup>۲</sup> را پزشکی‌شدن<sup>۳</sup> نامیده‌اند (قاضی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۲۹۰).

### اخلاق پزشکی: بنیادهای اولیه

اخلاق پزشکی سنتی بیش از همه با اندیشه‌ها و تفکرات فلاسفه بزرگی چون سقراط، افلاطون و ارسطو پیوند و نزدیکی داشته است. این متفکران یونانی، علم اخلاق را در کنار علم پزشکی فراگرفته بودند و آن را «هنر زیستن» و «مراقبت و مواظبت از نفس» توصیف می‌نمودند. در همان دوران، بقراط سوگندنامه معروف خود را تنظیم کرد. بقراط اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را در قالب قسم‌نامه با طبابت درآمیخت. سوگندنامه بقراط در حقیقت به منزله یک تعهدنامه اخلاق برای متون و به کار بستن اصول اخلاقی حرفه پزشکی محسوب می‌شد (لاریجانی، ۱۳۸۳، ص ۴۸).

اما پس از آن دوران، با پدید آمدن نظریات مختلف در حیطه فلسفه اخلاق، حوزه اخلاق پزشکی نیز تحت تأثیراتی قرار گرفت. عمده‌ترین مکاتب فلسفی اثرگذار در این حیطه، مکتب کانتی (وظیفه‌مدار)، مکتب اخلاقی نفع‌مدار، و مکتب اخلاق فضیلت‌مدار بوده‌اند. ادیان و آموزه‌های مذهبی نیز در شکل‌گیری اخلاق پزشکی در جوامع نقش مهمی داشته‌اند. اسلام و علمای اسلامی، خصوصاً در دوران شکوفایی علوم در تمدن اسلامی، توجه ویژه‌ای به اخلاق در طب داشته‌اند و این امر در رساله‌ها و کتب اندیشمندان آن عصر به خوبی آشکار است. یکی از دست‌نوشته‌های بسیار ارزشمند آن دوران، پندنامه پزشکی اهوازی متعلق به علی بن مجوسی اهوازی است که از سوگندنامه بقراط بسیار کامل‌تر است. اما دو قرن اخیر با پیشرفت‌های وسیع و خیره‌کننده‌ای در حوزه دانش و فناوری پزشکی همراه بوده است که به فراخور نیاز، به تغییر و تحولات عمیقی در اخلاق پزشکی منجر گردیده است. لذا اخلاق پزشکی سنتی تا حدودی کارایی خود را از دست داده و با اخلاق پزشکی کاربردی نوین جایگزین گردیده است. اخلاق پزشکی سنتی

عمدتاً شامل اصول و مبانی امرکننده یا نهی کننده بود؛ اما اخلاق پزشکی نوین با رسالت پرداختن به موضوعات و مباحث مطرح در جهان پزشکی و تلاش برای ارائه راهکارهای اخلاقی در مواقع لازم شکل گرفته است. در حال حاضر در بسیاری از کشورهای جهان، اخلاق پزشکی نوین به صورت علمی و عملی با شیوه‌های جدید مبتنی بر حل مسأله، مطرح و به درجات متفاوت فعال می‌باشد. فعالیت‌های اخلاق پزشکی طی دهه اخیر در کشور توسعه روزافزونی داشته است. طی چند دهه اخیر، مباحث عمیق اخلاقی در حوزه اخلاق پزشکی مطرح شده است که توجهات زیادی را در جوامع مختلف به خود جلب نموده است. وسعت یافتن دانش بشری، ارتقای فناوری‌ها، افزایش توانمندی‌های انسانی در تشخیص و معالجه بیماری‌ها، و تعدد راه‌های انتخابی برای پزشکان و بیماران، سؤالات روزافزونی را مطرح نموده است که اخلاق پزشکی سنتی، علی‌رغم ارزش و قدرت خود، نتوانسته است پاسخگوی این پرسش‌ها باشد. این مسائل عمده‌تاً دستاوردهای جدید در حوزه علوم پزشکی و عناوین عمده‌ترین موضوعاتی هستند که برای عالمان اخلاق و پزشکان جوامع دغدغه‌آفرین بوده است. عناوینی چون:

۱. ارتباطات حرفه‌ای در طب؛ ۲. جایگاه جسم انسانی؛ ۳. انسان قبل از تولد؛ ۴. انسان نابالغ (جسمی یا فکری)؛ ۵. پیوند اعضا و بافت‌ها؛ ۶. خاتمه حیات انسانی؛ ۷. زیست‌فناوری و اخلاق پزشکی؛ ۸. شیوه‌های جدید القای بارداری؛ ۷. پژوهش‌های پزشکی (لاریجانی، ۱۳۸۳، ص ۴۹).

### پزشکی شدن جامعه

شکل جمعی پزشکی شدن یا «پزشکی شدن جامعه» به این امر اشاره دارد که دست کم در نیم قرن گذشته قلمرو اجتماعی سلامت و ناخوشی متحول شده و

پزشکی به طور فزاینده‌ای به ساحت‌های مختلف زندگی عادی و روزمره ما سرایت کرده است (کانراد، ۱۹۹۲، ۲۰۰۵؛ به نقل از قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۲۹۰). نگاهی به گذشته مفهوم پزشکی شدن، دست کم از زمان چاپ مهم‌ترین اثر الیوت فردسون با عنوان «حرفه پزشکی» در سال ۱۹۷۰ میلادی، نشان می‌دهد که پس از گذشت دست کم سه دهه نظریه‌پردازی اجتماعی درباره پدیده پزشکی شدن، هنوز تعریف مشترکی در مورد آن وجود ندارد. علیرغم اینکه پزشکی شدن به عنوان یک اسم از نظر ادبی به معنی پزشکی ساختن<sup>۴</sup> است، اما برای معانی وسیع‌تری در بدنه دانش و منابع مرتبط با آن، استفاده شده است. به همین دلیل، مسایل، کج‌فهمی‌ها و تشتت آرای چشمگیری در تعریف آن وجود دارد، به طوری که حتی این ادعا که صاحب‌نظران مهم پدیده پزشکی شدن، به اجماعی بر سر تعریف آن نایل شده‌اند، دور از واقعیت است. از نظر اروین کنت زولا (۱۹۸۳) پزشکی شدن جامعه فرآیندی است که به موجب آن بخش‌های بیشتر و بیشتری از زندگی روزمره تحت تسلط، نفوذ و نظارت پزشکی در می‌آیند. او با الهام از آرای الیوت فردسون (۱۹۷۰) و به منظور بیان مشخصات فرآیندی که جامعه ممکن است از طریق آن پزشکی شود، چهار مسیر مشخص زیر را نام برده است:

از طریق بسط هر آنچه که در زندگی درباره طبابت مفید پنداشته می‌شود؛  
 از طریق حفظ کنترل کامل بر رویه‌های تکنولوژیکی مشخص؛  
 از طریق حفظ دسترسی کامل به حوزه‌ها یا حیطه‌هایی که تابو تلقی می‌شوند؛  
 از طریق بسط هر آنچه که در پزشکی درباره شیوه زندگی مفید پنداشته می‌شود  
 (زولا، ۱۹۷۷، صص ۵۲-۶۱).

متأثر از آرای فردسون و زولا، پیتر کانراد پزشکی شدن را فرآیندی اجتماعی فرهنگی می‌داند که به موجب آن یک حالت، واقعه یا مسأله که قبلاً غیرپزشکی

انگاشته می‌شد، به منزله مسأله‌ای پزشکی، اغلب تحت عنوان ناخوشی یا اختلال (بی‌نظمی) تلقی و در نهایت درمان می‌شود. نتیجه این فرایند انگاره یا پذیرش اجتماعی عمومی شکل پزشکی شده یک مسأله اجتماعی یا تجربه انسانی است (کانراد، ۱۹۹۲، ۲۰۰۷؛ به نقل از قاضی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۲۹۱).

طبق نظر کانراد: پزشکی شدن تعریف مسأله اجتماعی در واژگان پزشکی، استفاده از زبان پزشکی برای توصیف یک مسأله، اقتباس یک چارچوب پزشکی برای فهم یک مسأله یا استفاده از یک مداخله پزشکی برای درمان آن است. پزشکی شدن در واقع فرایندی اجتماعی-فرهنگی است که ممکن است به حرفه پزشکی مربوط باشد یا نباشد، به کنترل اجتماعی پزشکی یا درمان پزشکی سوق پیدا کند یا نکند، یا نتیجه گسترش و ترویج نیت‌مند از سوی حرفه پزشکی باشد، یا نباشد. آنچه مسلم است این است که پزشکی شدن زمانی رخ می‌دهد که چارچوب یا تعریفی پزشکی برای فهم یا مدیریت مسأله‌ای به کار برده شده است.

تا پایان نیمه اول قرن بیستم، پزشکی علمی با بهره‌گیری و تغذیه از دستاوردهای نظریه میکروبی بیماری‌ها و برخی نوآوری‌ها در زمینه داروها مانند آنتی‌بیوتیک‌ها به طور موفقیت‌آمیزی توانست به دوران شیوع بسیاری از بیماری‌های واگیر پایان دهد. همراهی این توفیقات با افزایش تقاضای عمومی برای خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در اقصی نقاط جهان، در را بر روی توسعه‌طلبی و حرفه‌ای‌گری پزشکی<sup>۵</sup> گشود و پزشکی علمی را قادر ساخت تا به حرفه مسلط و بلندآوازه‌ای بدل شود. این وضعیت همچنین به آن کمک کرد تا خودآیینی بالا و درآمد چشمگیری را در مقام مقایسه با سایر حرفه‌ها و گروه‌های کاری مختلف جامعه به دست آورد. همه این اتفاقات و فرایندها به ویژه گسترش فزاینده سلطه، استقلال و هژمونی پزشکی به متولیان و دست‌اندرکاران پزشکی این

مجال را فراهم کرد تا نقش‌های کلیدی‌تر و جدی‌تری را در جامعه بزرگتر و زندگی روزمره بر عهده گیرند. بنابراین پزشکی علمی توانست با استفاده از این فرصت طلایی پیش آمده، خود را به منزله قابل اعتمادترین، کاراترین، مثبت‌ترین، سالم‌ترین و کارکردی‌ترین «عاملیت یا نهاد کنترل اجتماعی» مطرح و این امکان را فراهم کند تا نشان دهد که پزشکی قادر است به نحو احسن طیف وسیعی از مسایل و مشکلات انسانی را از مسایل پزشکی گرفته تا غیرپزشکی حل یا درمان کند. در نتیجه، تا پایان دهه ۶۰ قرن بیستم، شمار زیادی از مسایل اجتماعی و روانی (از جمله رفتارهای کجروانه) و تجربیات و وقایع طبیعی انسانی تعاریف پزشکی به خود گرفته و به منزله موضوعاتی پزشکی تحت درمان و مداخله‌های پزشکی قرار گرفتند (قاضی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۳۰۷).

### ارتباطات حرفه‌ای در طب

ارتباطات حرفه‌ای در حیطه پزشکی را می‌توان شامل ارتباط بین پزشکان و بیماران، اخذ رضایت، رازداری، حقیقت‌گویی، و ارتباط با همکاران دانست. جایگاه بیمار در نظام فکری ارزشی پزشک، امر مهمی است که تأثیر زیادی بر رعایت اصول اخلاقی دارد. احترام به اختیار بیمار (اتونومی)، خودداری از پدرسالاری از سوی پزشک و استفاده از ظرفیت و توان جسمی و روحی بیمار برای تصمیم‌گیری‌های لازم، فرایندی مهم در حیطه طبابت است. وجدان کاری، احساس مسئولیت حرفه‌ای، دارابودن صلاحیت علمی و عملی لازم و عدم بهره‌جویی‌های مادی، جسمی یا روحی از بیمار نیز مقوله‌های مهمی هستند.

مسأله «رضایت»، نحوه اخذ آن و میزان آگاهی و شناختی که باید برای بیمار فراهم شود، از عناوین مهم مورد بحث در اخلاق پزشکی است. اخذ رضایت

آگاهانه در حال حاضر، جنبه‌های قانونی نیز یافته است و لذا اطبا و همکاران آنها اگر اطلاعات کافی در اختیار بیمار نگذارند و یا بر خلاف رضایت او عمل نمایند، ممکن است به علت اهمال یا تعدی به حقوق بیمار تحت تعقیب قرار گیرند. برای معتبر بودن رضایت اخذ شده، رعایت سه اصل ضروری است: الف. اطلاعات کافی در اختیار بیمار گذاشته شود؛ ب. بیمار صلاحیت لازم را برای دادن رضایت و ظرفیت کافی برای درک اطلاعات داده شده و تصمیم‌گیری دارا باشد؛ ج. تصمیم بیمار کاملاً آزادانه و داوطلبانه باشد (استون، ۲۰۰۲؛ به نقل از لاریجانی، ۱۳۸۳، ص ۵۰).

### پزشک و بیمار: حقیقت‌گویی یا کتمان حقیقت

یکی از مسائل مطرح در اخلاق پزشکی، مسأله‌ی حقیقت‌گویی به بیمار است. امروزه، دیدگاه غالب در میان پزشکان، ضرورت حقیقت‌گویی به بیمار است و دروغ‌گویی یا کتمان حقیقت جایز نیست. ولی به نظر می‌رسد مطلق و بی‌قید و شرط دانستن اصل حقیقت‌گویی قابل قبول نباشد و گفتن هر حقیقتی به هر کسی و در هر شرایطی جایز نیست. گرچه اصل اول در اخلاق، حقیقت‌گویی است، در برخی شرایط نیز کتمان حقیقت و حتی دروغ‌گویی جایز است. از نظر عقل و شرع، دروغ‌گویی در موارد اکراه، اضطرار (که شامل دفع ضرر جانی، مالی و آبرویی از خود و دیگران است) (اترک و ملباشی، ۱۳۹۱، ص ۱).

پزشکان قرن‌هاست که به پیروی از عهدنامه‌ی بقراط، طرفدار حفظ امید در بیماران بوده‌اند، حتی هنگامی که چنین کاری مستلزم مخفی کردن حقیقت بوده است. اما این شیوه امروزه به علت تقاضای بیماران برای صداقت و مشارکت بیش‌تر در مراقبت‌های پزشکی بی‌اعتبار شده است. بر اساس برخی مطالعات در ایران نیز اغلب پزشکان در مورد حقیقت‌گویی به بیماران صعب‌العلاج، تمایل به گفتن



حقیقت دارند ولی در بیش تر موارد، تصمیم‌گیری در مورد این مسأله را منوط به تحقق شرایطی می‌دانند که عمدتاً بر مبنای نظر پزشک معالج تعیین می‌گردد. اما اکثریت بیماران ترجیح می‌دهند همه چیز را در مورد بیماری خود بدانند. نتایج یک بررسی نشان می‌دهد ۹۴ درصد بیماران خواسته‌اند همه چیز را در مورد بیماری خود بدانند؛ ۹۶ درصد خواسته‌اند در مورد تشخیص سرطان خود مطلع شوند؛ (هربرت و همکاران؛ ۱۹۹۷؛ به نقل از اترک و ملاباشی، ۱۳۹۱، ص ۶). در مورد گفتن یا نگفتن حقیقت مرگ به بیمار دو رویکرد عمده وجود دارد: رویکرد آگاهی باز که معتقد به دادن آگاهی به بیمار و اعضای خانواده‌اش و تبادل آزادانه و صادقانه‌ی اطلاعات در میان افراد است و رویکرد آگاهی بسته که معتقد به دادن کم‌ترین آگاهی به بیمار در مورد وخامت حالش است. این رویکرد به یک توطئه‌ی سکوتی در مورد مرگ بیمار می‌انجامد. طرفداران رویکرد آگاهی باز عمدتاً به این دلایل تمسک می‌کنند: اول، بر اساس عقل و اصول اخلاقی تمام جوامع، کتمان حقیقت و دروغ گفتن، امری غیر اخلاقی است؛ دوم، بیمار حق دارد در مورد بیماری خود آگاه باشد؛ سوم، مزایای حقیقت‌گویی از ضررش بیش‌تر است و باعث پیگیری درمان از سوی بیمار می‌شود. بنابراین، بر اساس اصل نفع‌رسانی، حقیقت‌گویی به بیمار ضروری است؛ چهارم، بیماران برای اخذ تصمیم آگاهانه محتاج دانستن حقیقت در مورد بیماری خود هستند و پزشک بر اساس اصل رضایت آگاهانه، برای کسب رضایت بیمار در جهت کاری که برای او انجام می‌دهد ناچار از بیان حقیقت به اوست. پنجم، کتمان حقیقت و دروغ‌گویی باعث بی‌اعتمادی بیمار و از بین رفتن فضای اعتماد بین پزشک و بیمار می‌شود. اما طرفداران رویکرد آگاهی بسته، عمدتاً به ضررهای ناشی از دادن اخبار ناگوار به بیمار از قبیل افسردگی‌ها، اضطراب‌ها، ناامیدی‌ها و دیگر پیامدهای شوم، هم‌چنین کاهش کیفیت زندگی

باقی مانده‌ی بیمار در صورت اطلاع از خبر مرگ قریب الوقوع خویش تمسک می‌جویند. از سوی دیگر، در اغلب موارد حتی خود بیمار نیز آمادگی پذیرش چنین خبری را ندارد و ترجیح می‌دهد در مورد بیماری خود چیزی نداند، پس با توجه به شرایط موجود بهتر است ما به عنوان پزشک سکوت کنیم. همان طور که گفته شد امروزه رویکرد نخست بیش‌تر مورد تأیید و قبول است (اترک و ملاباشی، ۱۳۹۱، ص ۸).

از آن جا که شرایط و موقعیت‌های پیش‌آمده برای پزشک که در آن، دو محذور دروغ‌گویی و ضررزدن به بیمار یا به تعبیر دیگر دو وظیفه‌ی حقیقت‌گویی و حفظ جان بیمار با هم تعارض می‌کنند، بسیار مختلف و متفاوت است، تفکیک این موارد به نظر نویسنده ضروری است: ۱- موقعیتی که در آن، بیان حقیقت برای ادامه‌ی درمان بیماری و جلب همکاری و کسب رضایت او ضروری است. در این حالت گرچه ممکن است بیان حقیقت، موجب ناراحتی، ضرر و زیان روحی یا جسمی به بیمار شود، به هر حال بیان حقیقت از اهمیت بیشتری برخوردار بوده و ضروری است؛ چرا که درمان بیماری و دفع ضرر بزرگ‌تر بر آن مترتب است. هم‌چنین، در مواردی که بیمار باید از حقیقت بیماری خویش مطلع شود تا اقدامات پیش‌گیرانه برای جلوگیری از سرایت بیماری به دیگر انسان‌ها انجام دهد، بیان حقیقت، ضرورت و الزام مضاعفی پیدا می‌کند. ۲- موقعیتی که در آن، حقیقتی که باید به بیمار گفته شود، لاعلاجی بیماری و زمان نزدیک مرگ اوست. از آن جا که دانستن زمان مرگ، مسأله‌ی بسیار مهمی برای هر کس است، حتی اگر گفتن این حقیقت باعث تشدید بیماری یا ضررهای دیگر باشد، پزشک باید حقیقت را به بیمار بگوید و او را از زمان مرگش آگاه سازد. مخالفان حقیقت‌گویی در این حالت، به آثار بد آن (مانند تشدید بیماری، ناامیدی بیمار، ادامه‌ی زندگی با درد و

اندوه و کاهش کیفیت زندگی تا زمان مرگ) و آثار خوب کتمان حقیقت یا امید واهی دادن به بیمار (مانند امید یافتن به بهبودی و زندگی با کیفیت تا لحظه‌ی مرگ) و ترجیح خیلی از بیماران بر عدم اطلاع از لاعلاجی بیماری، تمسک می‌جویند که در پاسخ باید گفت: اولاً بیان حقیقت به بیمار در بسیاری از بیماری‌ها مانند ایدز یا سرطان آثار بدی بر خود بیماری نداشته و باعث پیشرفت آن نمی‌شود بلکه ممکن است بیمار را دچار مشکلات روحی کند ثانیاً گرچه ممکن است بعد از دادن این خبر، بیمار دچار یأس و ناامیدی شود یا حتی بیماری‌اش تشدید شود، ولی گریزی از این نتایج مضر نیست چرا که اطلاع بیمار از لاعلاجی و زمان مرگ خویش، مسأله‌ی مهم‌تری است که نقش تعیین‌کننده‌ای در زندگی‌اش دارد. البته به کمک مشاوران، مددکاران و روان‌شناسان در این گونه موارد می‌توان از میزان این آثار مضر تا حد زیادی کاست. ثالثاً در خیلی از موارد، بیماران ترجیح می‌دهند از زمان مرگ خویش آگاه باشند و اقداماتی در مورد زندگی خود مانند وصیت، ادای دیون، حلالیت طلبیدن و دیگر کارهای ناتمام انجام دهند. البته در صورتی که بیمار از دانستن حقیقت ابراء دارد و نمی‌خواهد از آن مطلع شود، روشن است که هیچ الزامی بر گفتن حقیقت به او نیست و تکلیف بیان حقیقت از پزشک ساقط است. البته در این حالت نیز که حقیقت‌گویی بر کتمان حقیقت یا دروغ‌گویی ترجیح داده می‌شود، باز اصل عدم ضرر زدن به دیگران و دفع ضرر جانی از آنان که مجوز دروغ‌گویی بود، حاکم بوده و وظیفه‌ی پزشک آن است که این حقیقت را طوری بیان کند که کم‌رین ضرر را برای بیمار داشته باشد. میزان آگاهی بیمار، نوع بیماری، امکانات درمانی، شخصیت و تاریخچه‌ی زندگی بیمار، شیوه‌ی رویارویی او با مسائل و مشکلات، وضعیت خانوادگی و شبکه‌ی حمایتی که بیمار از آن برخوردار است، زمینه‌های فکری و فرهنگی، و تجربه و آموزش‌های قبلی پزشک

و خدمه‌ی درمانی در مورد بیماران رو به مرگ، از جمله عواملی هستند که در گفتن حقیقت به بیمار باید ملاحظه شود. بنابراین، گفتن حقیقت به بیمار، به هر صورتی و در هر شرایطی و به هر کسی و در هر زمانی جایز نیست. مثلاً در ارتباط با عامل زمان ممکن است بیمار در برهه‌ای از زمان آمادگی لازم برای رویارویی با واقعیت را نداشته باشد، ولی در زمانی دیگر بتواند آن را بپذیرد. لذا در زمانی که شرایط روحی و جسمی بیمار برای اطلاع از این حقیقت مهیا نیست، پزشک می‌تواند بیان حقیقت را به زمان دیگر موکول کند و در آن زمان نامساعد، از باب دفع ضرر، مجاز به کتمان حقیقت و حتی دروغ‌گویی است. ولی در نهایت، بیان حقیقت واجب است. همچنین در چنین شرایطی، برای آماده سازی بیمار، می‌توان حقیقت را به تدریج و در مراحل مختلف به او گفت.

### اعتماد پزشک و بیمار

اعتماد مهم ترین عنصر در رابطه ی پزشک و بیمار است و در توصیف اهمیت آن همین بس که در فرمایش حضرت امام جعفر صادق علیه السلام، پزشک حاذق و مورد اعتماد هم پایه ی فقیه عادل شمرده شده و هم در پندنامه ی اهوازی و هم مناجات نامه ابن میمون بر آن تأکید فراوان شده است. امروزه، اعتماد را از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی می‌باشد و در رابطه ی پزشک و بیمار تأثیرات زیادی بر طبابت دارد؛ از جمله آن که اثربخشی درمان بیش تر می شود، رضایت بیمار و هم چنین رضایت پزشک بالاتر می رود، اتونومی بیمار حفظ می شود، تلقین سلامتی صورت می گیرد و بیماران در پیگیری درمان خود و پرداخت هزینه‌ها جدیت بیش تر و مماشات کم تری به خرج می دهند (شجاعی و نیارکی، ۱۳۹۱، ص ۳۶).

اعتماد یک عنصر قوی در رابطه ی پزشک و بیمار است؛ بیمارانی که اعتماد بیشتری به پزشکشان دارند، رضایت بیشتری از درمان و مراقبت دارند و تمایل آنان برای مراجعه به پزشک بیشتر است و به توصیه‌های پزشک توجه بیشتری می‌کنند و کم‌تر مایل به عوض کردن پزشک هستند. هنگامی که بیمار به پزشک مراجعه می‌کند روحیه‌ی اعتماد و اطمینان بر او حاکم بوده و پزشک را انسانی دلسوز، صادق، دقیق و محرم اسرار خود دانسته است، بنابراین به طور متقابل پزشک باید با وجدانی بیدار به اهمیت و عظمت شغل خود توجه داشته باشد و از اعتماد بیماران هرگز سوء استفاده نکند در بعضی مطالعات، مشخص شده است که یک سوم اثر درمانی هر دارو می‌تواند به چگونگی رابطه‌ی پزشک و بیمار مرتبط باشد و سهم قابل ملاحظه‌ای از درمان به توانایی پزشک در جلب اعتماد بیمار و امیددادن به او مربوط می‌گردد (اصفهانی، ۱۳۸۱؛ به نقل از شجاعی و نیارکی، ۱۳۹۱، ص ۳۹). در سالیان اخیر هزینه‌های خدمات پزشکی افزایش قابل توجهی یافته است و بیماران هزینه‌های بیشتری را برای درمان می‌پردازند، لکن اعتماد بین پزشک و بیمار مورد تهدیدهای جدی قرار گرفته است. و علی‌رغم افزایش هزینه‌های تحمیل‌شده به بیماران، کمتر به بحث اعتماد و راه‌های افزایش آن پرداخته شده و به جرأت می‌توان اذعان کرد که اعتماد مورد غفلت قرار گرفته است. یکی از نقش‌های ثابت شده‌ی اعتماد آن است که موجب می‌شود بیماران در پی‌گیری درمان و سلامت خود جدیت بیشتری نشان دهند. حقیقت آن است که فشار مالی وارد بر بیماران سبب می‌شود که در مصرف داروهای تجویز شده ممانعت کنند و این امر به خصوص در مورد بیماران مزمن که مصرف طولانی مدت دارو دارند بیشتر صدق می‌یابد. اما ثابت شده است که اعتماد بیمار به پزشک از جمله عواملی است که در تهیه و مصرف دارو و پیگیری درمان توسط بیمار نقش بسزایی ایفا می‌کند. به

عبارت دیگر، اعتماد بیمار به پزشک موجب تبعیت از دستور پزشک خواهد شد اعتماد بیماران به پزشک موجب می‌شود که بر روی سلامت خود بهتر سرمایه‌گذاری کنند و حتی در مصرف داروهای جدید و گران قیمت نیز رغبت بیشتری از خود نشان دهند (شجاعی و نیارکی، ۱۳۹۱، ص ۴۰).

اعتماد میان پزشک و بیمار رابطه‌ای دوسویه است که موجب اتحاد و همراهی پزشک و بیمار شده تا برای هدف مشترکی که همان بهبود بیمار و حفظ سلامتی اوست تلاش کنند. این اعتماد دو سویه، رضایت هر دو طرف را به دنبال دارد و سلامت بیمار و به طبع آن جامعه را ارتقاء می‌دهد همچنین، نشان داده شده است که اعتماد پزشک به بیمار موجب افزایش اعتماد بیمار به پزشک می‌شود و این اعتماد دو سویه اساس رابطه‌ی درمانی را شکل می‌دهد و پیگیری درمان و مراقبت‌های درمانی را راحت‌تر می‌کند. طی تحقیقی کیفی و کمی که در چین انجام شد، رضایت پزشکان از رابطه‌ای که با بیماران دارند سنجیده شد و مشخص شد که رضایت پزشک به اعتمادی که بیماران به پزشک خود دارند مربوط است و هرچه سطح اعتماد بیمار به پزشک بیشتر باشد رضایت پزشک هم از رابطه‌ای که با بیمار خود دارد بهتر است. لذا رضایت بیشتر پزشکان را می‌توان از پیامدهای اعتماد فی مابین آنها و بیماران دانست (ژی و ژانگ، ۲۰۰۹؛ به نقل از شجاعی و نیارکی، ۱۳۹۱، ص ۴۰).

## بدن و پزشکی

بشر موجودی است که قالبی جسمانی دارد و بدن مادی مکانی است که در آن تفاوت‌های جنسیتی، نژادی، قومی و طبقاتی شکل می‌گیرد و خود را متجلی می‌کند. توجه مجدد به بدن و رواج آن در متون جامعه‌شناسی دو دهه اخیر مباحث گسترده‌ای را حول موضوعاتی نظیر هویت، جنبش‌های اجتماعی، فرهنگ مصرفی،

سبک زندگی، اخلاق و حتی در حیطه نظریه‌پردازی اجتماعی برانگیخته است، به گونه‌ای که به موازات کاربرد استعاره‌هایی نظیر بازگشت به فرهنگ، یا بازگشت به زبان (در اشاره به رواج اندیشه‌های پسامدرن و یا پسا ساختاری) می‌توان از استعاره‌های «جامعه بدنی» (ترنر ۱۹۹۶) و «عصر بدن» (هنکوک و وهمکاران ۲۰۰۰)، نیز سخن گفت. سطح ساختاری و نیز ارزشی فرآیندهای چندی را می‌توان در اهمیت و جایگاه ارتقاء یافته بدن و بدنی‌شدن فرهنگ به خصوص با مخاطب قراردادن جوانان برشمرد که از آن جمله می‌توان به رشد فناوری‌های سلامت، تغذیه و ورزش، صنعت زیبایی و مد، افزایش علاقه به جوانی، اولویت یافتن مصرف، فردگرایی فزاینده، توجه به تمایز و سبک زندگی، رسانه‌ای‌شدن فرهنگ و به ویژه «تأکید بر بدن زیبا و جوان» و اهمیت یافتن فرهنگ عامه‌پسند اشاره کرد. بدین سان فرهنگ بدن را باید منظری دانست که به کمک آن میتوان تحولات فرهنگی و روند آن‌ها را مورد ارزیابی قرار داد. بدن عرصه‌ای برای بازآفرینی فرهنگی و اجتماعی است و روشنگر روابط قدرت و نحوه تأثیرگذاری آن بر تفاوت‌ها و نابرابرهای اجتماعی است (ذکایی، ۱۳۸۶، ص ۱۱۸).

بورديو سرمایه بدنی را به مثابه یکی از انواع فرعی سرمایه فرهنگی، نوعی منبع فرهنگی می‌داند که در بدن سرمایه‌گذاری شده است (بورديو، ۱۹۸۶). تولید سرمایه جسمانی به شکل‌دهی اجتماعی بدن‌ها توسط افراد از طریق ورزش، فراغت و دیگر فعالیت‌ها اشاره دارد که خود ریشه در عادت واره‌های افراد دارد. این شکل‌دهی به گونه‌ای است که منطبق با جایگاه طبقاتی افراد است و ارزش منزلتی ویژه‌ای به آنها می‌بخشد. بورديو در کتاب تمایز بورديو (۱۹۸۴) نظریه‌ای را طرح‌ریزی می‌کند که بر پایه ارتباط بین منزلت، سلیقه و بدن استوار است و بر این اساس، نحوه تجلی روابط منزلتی و قدرت را در سبک‌ها و سلیقه‌های مختلف و نیز بدن‌های

مختلف نشان می‌دهد؛ روابطی که در سطح کلان بیانگر جایگاه و اولویت بدن در نظام اجتماعی نیز است. در بسیاری از ساخت‌های غربی برای کسب موفقیت باید جلوه و ظاهر موفق نیز داشت، یعنی آن که آگاهی متفاوتی را از سلیقه و سبک به وجود آورد. بدن جوان، زیبا و محکم به نشانه‌ای از شادی و منزلت تبدیل شده است (یوهانسون، ۲۰۰۶؛ به نقل از ذکایی، ۱۳۸۶، ص ۱۲۳). نتایج یافته‌ها نشان می‌دهد که بین سرمایه فرهنگی (مطالعه روزنامه، خواندن کتاب، خواندن مجله، رفتن به سینما، علاقه به موسیقی، ماهواره)، باورهای دینی و گرایش به جراحی پلاستیک زیبایی رابطه معنی‌داری وجود دارد (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱، ص ۱۲۳). نتایج تحقیقی نشان می‌دهد که نو‌گرایی در جامعه ایران تأثیرات خود را در حساسیت جوانان به کنترل و انضباط بر بدن خویش و حساسیت بیشتر برای ارائه تصویر مطلوب از آن بر جای گذاشته است. به موازات تأثیر این رو، گفتمان‌های رقیب در حوزه عمومی جامعه (از جمله گفتمان مردانه) مرجع مهمی در شکل‌دهی، فهم، تفسیر و بازنمایی بدن به شمار می‌آید که علاوه بر تولید سنتی هنجارها و رفتارهای بدنی قواعد و تأثیرات آن بواسطه تغییر نگاه و نگرش‌های جدید، تغییراتی را نیز متحمل شده است (ذکایی، ۱۳۸۶، ص ۱۱۷). اشاعه مفهوم «خود»، در جامعه شناسی معاصر و توجه به این واقعیت که بدن بخشی از خود یا قرارگاه حامل خود است، باعث شد جامعه‌شناسان به جسم بشر به چشم محصول فرهنگی نظم و ترتیبات اجتماعی و تاریخی نگاه کنند (آزاد و چاوشیان، ۱۳۸۱، صص ۶۱).

فوکو معتقد است، شکل‌گیری تدریجی پزشکی کلان در سده نوزدهم، از ظهور سیاست سلامت و توجه به بیماری به منزله مسأله‌ای سیاسی و اقتصادی جدا نیست. تا اواسط سده هجدهم، بیماری در کنار فقر، معلولیت، کهولت و ناتوانی در نظر گرفته می‌شد و دولت و بنیادهای خیریه، بیشتر با اهداف خیرخواهانه و یا



تأمین نیروی کار سالم برای رفع آن تلاش می‌کردند. اما در قرن نوزدهم، فقط ترمیم نارسایی‌ها و حمایت از اقلیتی آسیب پذیر مطرح نبود، بلکه مسئله این بود که چگونه می‌توان سطح سلامت کل پیکر اجتماعی را ارتقا داد. به این ترتیب، سلامت، عنصری مهم در سیاست‌گذاری و ادارهٔ پیکر اجتماعی شد (میلر، ۱۳۸۴، ص ۱۶۷). این قدرت، که از آن تحت عنوان قدرت زیستی یا قدرت مشرف بر زندگی نام می‌برند، در کنترل بدن افراد و جمعیت‌ها کارآیی دارد. اصطلاح قدرت انضباطی به شیوه‌های تنظیم، تربیت، نگهداری و شناسایی بدن‌ها اشاره می‌کند. برخی مؤسسات اجتماعی، مانند مدارس، زندان‌ها و بیمارستان‌ها، آشکارا این فرایند را محقق می‌سازند. قدرت انضباطی در دو سطح عمل می‌کند، سطح اول به آناتومی سیاسی بدن مربوط است، زیرا در این سطح بدن معاینه و تربیت می‌شود؛ در سطح دوم جمعیت‌ها نظارت و بازرسی می‌شوند. در جامعهٔ مدرن، بدن در مواضع سازمانی و نهادی، بازبینی و اطلاعات مربوط به آن پردازش می‌شود. دانش مربوطه پس از تمرکز، در توسعه سیاست‌های اجتماعی که هدفشان تغییر و تنظیم سازوکار بدن است، بکار گرفته می‌شود. برای نمونه، وزن کودکان، مرتب اندازه‌گیری می‌شود تا از یک حد مشخص تجاوز نکند و اگر چنین شود به آن فرد رژیم غذایی داده می‌شود. وی برای آنکه تعامل میان قدرت و دانش را نشان دهد به سه ابزار قدرت انضباطی اشاره می‌کند (تلتون، ۱۹۹۶؛ به نقل از جواهری، ۱۳۸۷، ص ۶۳)

### بدن: بازگشت به اخلاق

پدیده‌هایی مانند قاچاق انسان یا اعضای بدن، تجاوز جنسی، تبعیض جنسیتی، خشونت علیه زنان، نژادپرستی، فحشا، روابط جنسی زود هنگام، بارداری خارج از

چارچوب ازدواج، سقط جنین و سوء استفاده از کودکان، که جوامع معاصر کم و بیش با آن مواجه هستند، در مرز میان بدن و امر اخلاقی قرار دارد. به طور کلی نگرش اخلاقی به بدن مستلزم این باور است که بدن انسان، سازه‌ای اخلاقی است. به عبارت دیگر، جسم انسان دارای حیات اخلاقی و حامل قواعد اخلاقی جامعه است. تعامل میان بدن و اخلاق از جنبه‌های گوناگون قابل بررسی است. جهان اخلاقی، تکلیف انسان را برای طی طریق در جهان اثباتی و رسیدن به رستگاری به کمک نوعی عرفان یا زهد تعیین می‌کند. اخلاق نظری ریشه در فرهنگ جامعه دارد و از منابع متفاوتی، مانند دین، فلسفه، عرفان و اصول زیبایی‌شناسی، سرچشمه می‌گیرد و اخلاق عملی به معنای هم‌نوایی عاطفی و رفتاری با معیارهای اخلاقی است (چلبی، ۱۳۷۵، ص ۳۸).

تأکید ادیان بر مناسک فردی و جمعی، مانند دعا کردن، نماز خواندن، روزه گرفتن، پرهیز از خوردن و آشامیدن برخی مواد خاص، ریاضت‌کشی جنسی، طرد هم‌جنس‌گرایی و روابط جنسی خارج از زناشویی، نشانه‌هایی از تأثیر قواعد اخلاقی در شکل‌دادن به سازوکار بدن آدمی است. موضوع رابطه میان بدن و اخلاق از زاویه دیگر هم قابل طرح است. طی سال‌های گذشته، توسعه دستاوردهای علمی و رشد فناوری پزشکی، فرصت‌های تازه‌ای در زمینه تغییر خصوصیات طبیعی بدن مهیا کرد و به همان نسبت معماهای اخلاقی جدیدی را مطرح کرده است. برای مثال، توسعه دانش پزشکی در زمینه تعیین مرگ مغزی، اهدا و پیوند عضو، همانندسازی انسانی و درمانی، دست‌کاری ساختار ژنتیک، انواع روش‌های بارداری مصنوعی و در نهایت غربال‌گری جنین پیش از زایمان، پرسش‌هایی را در زمینه حق مالکیت بر بدن، حد مجاز دست‌کاری جسم انسان و در نهایت احتمال سوء استفاده از این نوآوری‌ها را در منافع اقتصادی و سیاسی مطرح ساخته است.

اخلاق زیستی یا اخلاق پزشکی، حوزه ای از اخلاق کاربردی است که الگوی صحیح و مطلوب رفتار را در قلمرو تندرستی، بیماری و مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی تعیین می‌کند. قواعد اخلاقی به شیوه ای دیگر نیز تحت تأثیر تحولات علمی، به خصوص دانش پزشکی هستند. امروزه شاهد آن هستیم که به واسطه دخالت پزشکان در تعریف حدود مرز امر عادی و غیرعادی، برخی تفاسیر اخلاقی تغییر یافته است، به طوری که بعضی امور از دایره پدیده‌های ناپسند و غیراخلاقی خارج و حتی در پاره ای از موارد به امری عادی تبدیل شده‌اند. از نظر هوارد بکر، دخالت پزشکان در تغییر مضامین اخلاقی به این معناست که در دنیای امروز، پزشکان نقش یک کارگزار اخلاقی را پیدا کرده‌اند (بنک و پوردی، ۲۰۰۱، ص ۱۳۱). دو رویکرد به مداخلات پزشکی در فلسفه‌ی طب وجود دارد: ۱- الگوی زیست پزشکی؛ بر این باور است که رابطه‌ی پزشک با بیمار بیش از هر چیز رابطه با بدن بیمار است نه با خود او، چونان شخصی اجتماعی، روانی یا فرهنگی. دیوید سیدهاوس، سلامت بهداشت را هم چون یک کالا انگاشته است. سلامت چیزی است که من دارم، اگر آن را از دست بدهم می‌توانم آن را از راه درمان پزشکی دوباره به دست آورم و به مانند هر کالای دیگری می‌توانم در برابر زیان یا خرابی بیمه‌اش کنم. ۲- الگوی کل‌نگرانه: فلسفه‌ی پزشکی سده‌ی بیستم، به الگوی زیست پزشکی بسیار تاخته است. دیدگاه‌های کل‌نگرانه، گذشته از آن که بیماری را پدیده‌های جسمی میدانند آن را به سلامت روانی و سبک زندگی نیز پیوند می‌زند. (نمازی، ۱۳۹۰، ص ۵۷). در این راستا برخی دیگر معتقد هستند پزشکان به سهم خود در دنیوی ساختن نظام فرهنگی جامعه سهم هستند. زیرا در اثر طرح معانی جدید، از چیرگی باورها و نمادهای فرهنگی کاسته می‌شود و اموری که پیش از این در چارچوب تقدس قرار می‌گرفت، امروزه تحت نظارت روش‌های غیرمقدس قرار

می گیرد (سمسون و ترنر، ۱۹۹۵، ص ۳۵). آنتونی گیدنز با توجه به این جنبه از تحول جوامع کنونی اظهار می کند که بدن انسان حامل هویت اوست. اما این هویت به واسطه تقاضاها، هنجارها و اخلاقیاتی که به سرعت در حال تغییر هستند، انعطاف می پذیرد. به موازات گسترش نهادی شدن، بهنجار شدن و عقلانیت ابزاری، اصول اخلاقی از دنیای تجربه زندگی روزمره فاصله می گیرد. بنابراین پروژه بازتابی بودن هویت، که امکانات بسیاری را برای استقلال و شادمانی پدید می آورد، زمینه ساز فعالیت های روزمره ای می شود که عمدتاً عاری از محتوای اخلاقی هستند (جواهری، ۱۳۸۷، ص ۷۴).

### نتیجه گیری

با نگاهی به موضوعات مطرح شده در مقاله حاضر، می توان به این نتیجه رسید که در بررسی موضوعات مختلف مرتبط با حوزه پزشکی و سلامت، پدیده های مختلفی اثرگذار هستند که در این میان به اخلاق، بر ساخته شده پزشکی در جامعه و ارتباط پزشک با بیمار و جامعه کل پرداخته شد که در ادامه جمع بندی مختصر و نتیجه گیری از آنها ارائه می شود.

اعتماد مهم ترین عنصر ارتباط پزشک و بیمار است و بر سه رکن این ارتباط یعنی: پزشک، بیمار و موضوع ارتباط که همانا طبابت است ناظر می باشد. دانستن اهمیت اعتماد موجب پرداختن به آن می شود و پزشکان با درک اهمیت اعتماد رغبت بیشتری به تعقیب آن پیدا می کنند و محققان نیز به تحقیق و پژوهش در این خصوص علاقه مندی بیشتری نشان می دهند. دانستن نقش و پیامدهای اعتماد و هم چنین معنا و مفهوم آن نیز به تحقق خارجی اعتماد کمک کرده و زمینه های ترویج و شیوع آن را فراهم می کنند و خلاصه تحلیل مفهوم اعتماد با تعمق ویژه بر متعلق اعتماد راهی است برای گریز از پدرسالاری و هشدار است برای آنان که هم

چنان اتونومی بیماران را جدی نمی‌گیرند. به عبارت دیگر، با شناخت اعتماد و مراتب آن از اعتماد نامشروط و مرضی فاصله می‌گیریم و از پدرسالاری پرهیز می‌کنیم (شجاعی و نیارکی، ۱۳۹۱، ص ۴۲).

حرفه پزشکی همچنین به خاطر سوگیری زیست مدارانه‌اش و در نظر نگرفتن شرایط و محیط اجتماعی افراد مورد انتقاد است. عده‌ای از متفکران معتقدند اشاعه این قبیل نگرش‌های منتقدانه به سطح توده مردم موجب گرایش به برخی شیوه‌های غیر متعارف درمان مانند طب جایگزین، طب مکمل، یا طب کل‌گرا شده است. طب جایگزین، آن نظام‌ها، شیوه‌ها، مداخلات و کاربردهای درمانی است که بخشی از پزشکی مسلط امروز به شمار نمی‌رود. از مصادیق این روش‌ها می‌توان به انرژی درمانی، گیاه درمانی، طب سوزنی، روغن درمانی، هومیوپاتی و امثال آن اشاره کرد (جواهری، ۱۳۸۴، ص ۶۷).

پیامدهای عملکرد حرفه پزشکی از جهات دیگر نیز مورد انتقاد قرار گرفته است. برای مثال هابرماس معتقد است در جوامع اروپایی حرفه پزشکی با کمک دولت‌های متمرکز بوروکراتیک و با پشتوانه حمایت سیاسی و اقتصادی آنها توسعه یافته است. عامل میانجی در این دو حوزه قدرت و پول، کنش‌های معمول از نوع عقلانیت هدفمند ابزاری و اصل راهنما به حداکثر رساندن کارایی است. وابستگی پزشکی به این دو عامل موجب شده این حرفه به ابزاری جهت بازتولید منافع سیاسی و اقتصادی صاحبان قدرت و پول تبدیل شود. از این رو نوع تعاملات پزشک و بیمار جنبه ابزارگرایانه پیدا می‌کند و از کنش‌های ارتباطی که مبتنی بر درک متقابل است فاصله می‌گیرد، این شرایط به تدریج به تخریب جهان زیست منجر خواهد شد (جواهری، ۱۳۸۴، ص ۶۸).

- مکینلی و مارسینو (۲۰۰۲) در مقاله‌ای با عنوان «زوال عصر طلایی طبابت» ضمن ترسیم سیمایی کلی از گستره تحولات تاریخی در تأمین منابع مالی و سازماندهی نظام مراقبت‌های پزشکی امریکا و دلالت‌های آن‌ها برای حرفه ای‌گری پزشکی و عمل طبابت، هشت عامل یا دلیل مرتبط با هم را برای کاهش اقتدار حرفه پزشکی نام برده اند که از این تعداد شش مورد اول برون‌زا دو مورد آخر درون‌زا هستند. این هشت عامل یا دلیل به قرار زیرند:
- ۱- ماهیت متحول مناسبات دولت و پزشکی و فقدان حمایت جانبدارانه و پرحرارت آن از امر طبابت؛
  - ۲- بوروکراتیزه شدن (پیدایش شخصیتی حقوقی) عمل طبابت؛
  - ۳- ظهور شیوه‌های درمانی رقیب و مکمل در نظام مراقبت‌های سلامتی و پزشکی؛
  - ۴- دلالت‌ها و تبعات ناشی از جهانی شدن و انقلاب اطلاعاتی؛
  - ۵- تحول اپیدمیولوژیک و تغییراتی در ادراک عمومی از بدن؛
  - ۶- تغییراتی در مناسبات دکتر مریض و فرسایش اعتماد افراد بیمار؛
  - ۷- تضعیف موقعیت بازار کار پزشکان به علت تربیت و عرضه مضاعف و بیش از حد نیاز نیروی انسانی در حوزه پزشکی؛
  - ۸- تداوم تکه پاره کردن اتحادیه پزشکان (انجمن پزشکی امریکا) که زمانی در جامعه امریکا خیلی قدرتمند و با نفوذ بود، به واسطه تمایزات روزافزون مربوط به تخصص‌ها و فوق تخصص‌ها با استناد به هشت عامل فوق، مکینلی و مارسینو نشان می‌دهند که تقریباً در نیم قرن گذشته چگونه پزشکی و دس‌تاندرکاران امر عمل طبابت با از دست دادن بسیاری از منابع حمایتی خود

اقتدار بلامنازع و سنتی خود را در جامعهٔ امریکا از دست داده‌اند (قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۶، ص ۳۱۰).

برای اینکه پزشکی از اقتدار خود در حوزه تشخیص و سلامت‌بخشی به افراد و حرکت جامعه نگاهد باید مسائل مربوط به خود را حل کند و این موضوع پیچیده‌ای است که دارای چندین طیف می‌باشد که طیف اصلی آن پزشک و طیف وسیع آن جامعه است و ارتباط این دو شکل‌دهنده آینده پزشکی خواهد بود اینکه آیا در آینده پزشکی به حوزه‌ای برای خدمت به مردم خواهد بود یا اینکه از پزشکی استفاده‌های متفاوت و بعضاً نامتعارف خواهد شد، هنوز بی‌جواب است. برخی از وجوه این مسائل هم‌اکنون قابل رویت است و پزشکی دستخوش تحولات زیادی شده است که برخی از این تحولات موردپسند اصحاب فرهنگ نیست و انتقاداتی از جمله غیرمتعهدبودن پزشکی و در خدمت پول قرارگرفتن این حوزه را وارد می‌کنند. سوالات از این قبیل که چه خواهد شد و چه فرآیندی باید طی شود تا پزشکی مسیر تعالی خود را طی کند محل مناقشه است و نسخه قطعی برای حل آن نمی‌توان تجویز کرد.

پی نوشت ها

1. Construct
2. Claim-making Activities
3. Medicalization
4. to make medical
5. Medical Expansionism & Professionalism

فهرست منابع

- اترک، حسین، ملاباشی، مریم. (۱۳۹۱). دروغ‌گویی به بیمار با انگیزه خیرخواهانه، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره پنجم، شماره ۴، صص ۱-۱۲.
- آزاد ارمکی، تقی، چاوشیان، حسن. (۱۳۸۱)، «بدن به مثابه رسانه هویت»، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره چهارم، شماره ۴، صص ۵۷-۷۵.
- جواهری، فاطمه. (۱۳۸۴). دلالت‌های حرفه پزشکی برای نظم جامعه. مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ششم، شماره ۲، ۱۳۸۴، صص ۴۵-۷۲.
- جواهری، فاطمه. (۱۳۸۷). بدن و دلالت‌های فرهنگی اجتماعی آن. نامه پژوهش، سال نهم، دوره سوم، شماره ۱۱، صص ۳۷-۸۰.
- چلبی، مسعود. (۱۳۷۵). جامعه‌شناسی نظم تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی، تهران، نشر نی.
- ذکائی، محمد سعید. (۱۳۸۶). جوانان، بدن و فرهنگ تناسب، تحقیقات فرهنگی، سال اول، شماره ۱، صص ۱۱۷-۱۴۱.
- شجاعی، امیراحمد، ابوالحسنی نیارکی، فرشته. (۱۳۹۱). نقش و پیامد‌های اعتماد در رابطه پزشک و بیمار، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره پنجم، شماره ۴، صص ۳۶-۴۳.
- عباس‌زاده، محمد، اقدسی علمداری، فرانک، سعادت، موسی، مبارک بخشایش، مرتضی. (۱۳۹۱). مطالعه جامعه‌شناختی گرایش به زیبایی با عمل جراحی پلاستیک و عوامل مرتبط با آن: مطالعه زنان و دختران ۱۶-۶۴ ساله شهر تبریز. فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی، شماره ۴۷، صص ۱۲۳-۱۴۰.



قاضی طباطبایی، محمود، ابوعلی و دادهیر، محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۸۶). پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر برساخت اجتماعی، پژوهشنامه علوم انسانی، شماره ۵۳، صص ۲۸۹-۳۲۳.

لاریجانی، باقر. (۱۳۸۳). نگرشی بر اخلاق پزشکی نوین، مجله پژوهش و حوزه، شماره ۱۷ و ۱۸، صص ۴۷-۵۹.

میلر، پیتر. (۱۳۸۴). سوژه، استیلا و قدرت در نگاه هورکهایمر، مارکوزه، هابرماس و فوکو، ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهاننیده، تهران، نشر نی.

نمازی، حمیدرضا. (۱۳۹۰). مبانی فلسفی سود و زیان در پژوهش های پزشکی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره پنجم، شماره ۵، صص ۵۱-۶۱.

Bourdieu, P. (1984). *distinction*, Cambridge, M.A. Harvard University Press.

Bourdieu, P. (1986). *Forms of capital*. In J. Richardson (Ed) *a hand book of the Sociology of education*, New York: Greenwood Press.

Conrad, peter (1992). *Medicalization and social control*. *Annual Review of Sociology* 18, 209-32.

Hancock, P. et al. (2000). *The body culture and society*, Buckingham: Open University Press.

Purdy, Michael., Banks, David. (2001). *The sociology and politics of health*, London & New York: Routledge.

Turner, B. (1996). *The body and society*, London: Sage.

Turner, Bryan S., Samson, Colin. (1995). *Medical power and social knowledge*, London: Sage.

Zola, Irvin K. (1983). *Socio-medical Inquiries: Recollections, reselections and reconsiderations*, Philadelphia: Temple University Press.

یادداشت شناسه مؤلف

سید مجتبی رضوی طوسی: دانش آموخته دکترای فقه و حقوق اسلامی از دانشگاه امام صادق (ع) و دانشیار دانشکده صدا و سیما. علائق پژوهشی وی عبارت اند از فرهنگ سلامت و ارتباطات سلامت.

سجاد یاهک: دانش آموخته کارشناسی ارشد جامعه شناسی از دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران و عضو پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات. مهمترین علائق پژوهشی وی عبارت اند از جامعه شناسی پزشکی، روش شناسی پژوهش کیفی و جامعه شناسی ارتباطات.

نشانی الکترونیک: [syyahaks@gmail.com](mailto:syyahaks@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۱۳