

## سنخ‌شناسی رابطه پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی با بیماران:

### یک مشاهده همراه با مشارکت

مطالعات جامعه‌شناختی

(علمی - پژوهشی)

دوره ۲۶، شماره دو: ۱۵۲-۱۲۳

شاپا ۲۸۰۹-۱۰۱۰

نمایه در ISC

سیمین کاظمی<sup>۱</sup>

پزشک عمومی و دکتری جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ب‌یرش ۹۸/۱۱/۱۸

دریافت ۹۸/۷/۲۳

### چکیده

چگونگی رابطه پزشک-بیمار می‌تواند از عوامل تعیین‌کننده شکایت بیمار از پزشک به علت قصور پزشکی باشد. این مطالعه با هدف سنخ‌شناسی رابطه پزشکان دارای پرونده شکایت قصور پزشکی با بیمار انجام شد. در این مطالعه کیفی داده‌ها به روش مشاهده همراه با مشارکت جمع‌آوری شد و محقق به‌عنوان بیمار به مطب پزشکانی که دارای پرونده‌های متعدد شکایت از قصور پزشکی در سال ۱۳۹۴ بودند مراجعه و حاصل مشاهدات را بعد از خروج از مطب یادداشت و تحلیل کرد. سه سنخ مطب و الگوی رابطه پزشک-بیمار قابل شناسایی بود. اول، مطب همچون یک بنگاه تجاری کوچک با رابطه پزشک/کاسب-بیمار/مشتری؛ دوم، مطب همچون یک قصر کوچک با رابطه پزشک/سرمایه‌دار-بیمار/هم‌طبقه؛ سوم، مطب همچون یک فضای اداری و ایدئولوژیک با رابطه پزشک/مدیر-بیمار/ارباب رجوع. رابطه پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی با بیماران رابطه‌ای متکی به قدرت و منفعت است که می‌تواند فراهم‌کننده زمینه شکایت بیمار از پزشک باشد. **کلید واژه‌ها:** رابطه پزشک و بیمار، شکایت قصور پزشکی، مشاهده همراه با مشارکت.

<sup>۱</sup> پست الکترونیکی Simin.kazemi@sbm.ac.ir

### مقدمه و بیان مسأله

رابطه پزشک و بیمار یکی از صور رابطه اجتماعی و از مهمترین مباحث جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت به شمار می‌رود. این رابطه در رویکرد جامعه‌شناختی رابطه دو کنشگر اجتماعی است که در یک بافت اجتماعی و با تأثیرپذیری از ساختارهای مختلف شکل می‌گیرد. از منظر جامعه‌شناختی، ملاقات پزشک و بیمار تنها ملاقات دو نفر یا دو شخص نیست؛ این برخورد، بیماران و اطرافیان آنها را که به گروه‌های اجتماعی مختلف تعلق دارند، در برابر اعضای «حرفه» ای قرار می‌دهد که پایگاه ویژه‌ای در جامعه دارد. روابط آنها روابط گروه‌های مختلف با تخصص‌ها، جهت‌گیری‌ها، حیثیت‌ها و توانمندی‌های مختلف است (آدام، ۱۳۸۵: ۱۱۲). رابطه درمانی در طبابت بر مبانی اجتماعی و فرهنگی تعامل استقرار یافته است و نمی‌تواند از آن جدا باشد (هریتیج و ماینارد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶: ۲۰).

رابطه پزشک و بیمار در امر طبابت و سلامت مهم است، چون می‌تواند نتایج مواجهه درمانی را به طور چشمگیری تحت تأثیر قرار دهد. ارتباط خوب پزشک و بیمار به بیماران امکان می‌دهد که اطلاعات حیاتی را که برای تشخیص درست مشکلاتشان ضروری است، با پزشک به اشتراک بگذارند و پزشکان را قادر می‌کند که فهم بهتری از نیازهای بیماران داشته باشند و به طور بالقوه باعث تخفیف علائم می‌شود. رابطه خوب موجب فهم و پایبندی بیمار به برنامه درمانی می‌شود (کی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷: ۲). در مقابل، رابطه ضعیف میان پزشک و بیمار مانع مهمی هم برای بیمار و هم برای پزشک است و نهایتاً بر کیفیت مراقبت سلامت و توانایی بیماران در مقابله با بیماری‌شان تأثیر می‌گذارد. با وجود رابطه ضعیف پزشک و بیمار، بیماران نمی‌توانند کاملاً با توصیه و مشاوره پزشک منطبق شوند، در صورت امکان پزشک دیگری را انتخاب می‌کنند، عصبی می‌شوند، ممکن است به دام افراد جاعل بیفتند، اشکال غیرتخصصی درمان را انتخاب کنند و افزایش مستقیم و غیرمستقیم در هزینه‌های درمانی رخ دهد (شرویاستاوا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴: ۱۵۹). همچنین، وقتی رابطه پزشک و بیمار رابطه‌ای تحریف شده و مخدوش باشد و بر عدم فهم متقابل و اعمال قدرت یک‌طرفه استوار باشد، ممکن است از هدف

1 Heritage, J. Maynard

2 Kee

3 Shrivastava

اصلی خود که حفظ سلامت بیمار و نیز جامعه است دور افتاده و پیامدهای ناخوشایندی را برای هر دو سوی رابطه رقم بزند. یک رابطه نامطلوب بین پزشک و بیمار ممکن است، موجب کاهش رضایت بیمار از مواجهه درمانی و نتایج بالینی شود، بر جریان مواجهه پزشکی و انتقال اطلاعات بین دو طرف تأثیر بگذارد و زمینه‌ساز خطای تشخیصی و آسیب‌رساندن به سلامت بیمار شود یا او را از حقوق اجتماعی‌اش محروم کند و از طرف دیگر با فشار بر پزشکان، استفاده‌های نامطلوب و غیرضروری از پزشکی و تسریع روند پزشکی‌شدن را به دنبال داشته باشد. یکی از برآیندهای رابطه نامطلوب پزشک و بیمار می‌تواند شکایت بیمار از پزشک به دلیل قصور پزشکی باشد.

طبق تعریف، اگر پزشک هر کدام از مراحل تشخیص و درمان اعم از معاینه دقیق، تشخیص به موقع، درمان و جراحی‌های صحیح، پیگیری و مشاوره و راهنمایی‌های لازم را طبق موازین علمی و فنی پزشکی انجام نداده باشد (صدر ۱۳۸۶، ۷۸) و موجب وارد آمدن آسیب و خسارتی قابل اجتناب به بیمار شود (اشرفیان بناب، ۱۳۸۸: ۲۳)، مرتکب قصور پزشکی گردیده است. در ایران، مرور بر آمار سالانه نشان می‌دهد که شکایت از قصور پزشکی، یک پدیده در حال افزایش است، چنانکه تعداد کمیسیون‌های برگزار شده برای قصور پزشکی از ۱۸۵۴ در سال ۱۳۸۵ به ۲۹۲۵ در سال ۱۳۸۹ در کل کشور رسیده (سلطانی، ۱۳۹۰: ۱۷) و در دهه ۹۰ این سیر افزایشی شدت گرفته است. رسیدگی به پرونده‌های قصور پزشکی در سال ۱۳۹۵ با رشد ۲۷,۲ درصدی مواجه شده و شمار پرونده‌ها از ۵۶۷۰ مورد در سال ۱۳۹۴ به ۷۲۱۴ مورد در سال ۱۳۹۵ رسیده است (وبسایت ایرنا، ۱۳۹۶). البته اگرچه تعداد پرونده‌های قصور پزشکی رو به افزایش است، اما آمار و شواهد نشان می‌دهد که در بخش عمده پرونده‌ها، قصور پزشکی محرز نشده و با تبرئه پزشک مختومه شده‌اند. بر اساس آمار پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۱۳۹۴، جمعاً به ۲۷۶۹ پرونده با موضوع قصور پزشکی در کمیسیون‌های این سازمان رسیدگی شده است که در نهایت ۵۸,۴ درصد پزشکان از اتهام قصور پزشکی تبرئه شده‌اند. اگر روند رسیدگی به پرونده‌ها که اکثراً با تبرئه پزشک مختومه شده‌اند را عادلانه فرض کنیم، به نظر می‌رسد که شکایت بیمار از پزشک با موضوع قصور پزشکی (صرف‌نظر از وقوع یا عدم وقوع قصور) می‌تواند با انگیزه‌های مختلف و تحت تأثیر عوامل مختلف باشد که یکی از این عوامل چگونگی رابطه پزشک-بیمار است. در واقع رابطه نامطلوب پزشک و بیمار از دو جهت بر شکایات با موضوع

قصور پزشکی تأثیر می‌گذارد. یکی اینکه روابط پزشک-بیمار یک حوزه روابط قدرت است و بیماران در چنین رابطه‌ای آسیب‌پذیر و در معرض قصور پزشکی ناشی از خطاهای عمدی و سهوی هستند (امزت و رازوم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴: ۲۰۰). در چنین صورتی اگر قصور پزشکی رخ دهد ممکن است بیمار از پزشک شکایت کند. دیگر اینکه اگر بیمار در یک رابطه درمانی به هر دلیل از پزشک ناراضی باشد، چه قصور واقعاً رخ داده باشد چه رخ نداده باشد، چون سازوکار دیگری برای شکایت از پزشک وجود ندارد، شکایت بیمار از پزشک باز هم با «موضوع قصور پزشکی» مطرح می‌شود. از این رو شکایت قصور پزشکی را می‌توان به‌عنوان شکلی از تنظیم و کنترل حرفه پزشکی (گیب، ۲۰۱۴: ۲۵۲) و نمونه‌ای از کنترل رو به بالا در نظام حقوقی دانست (مولیس، ۱۹۹۵: ۱۴۲) که بیماران را قادر می‌سازد از آن به‌عنوان ابزاری برای کنترل حرفه پزشکی استفاده کنند (فیلدینگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰: ۲۷۹).

چنانکه بالاتر اشاره شد، پرونده‌های قصور پزشکی در ایران در حال افزایش است و شکایت قصور پزشکی در سال‌های اخیر چه به لحاظ عینی و چه به لحاظ ذهنی به‌عنوان یک مسأله اجتماعی در سپهر سلامت پدیدار شده است. شکایت بیمار از پزشک به علت قصور پزشکی اگرچه بیشتر یک موضوع حقوقی و پزشکی به نظر می‌رسد اما از آنجا که نوعی تعارض در رابطه دو کنشگر اجتماعی (پزشک و بیمار) است، که در ساختار اقتصادی و اجتماعی معین تعامل دارند، بنابراین دارای اهمیت جامعه‌شناختی نیز هست. چگونگی رابطه پزشک و بیمار به گواهی پژوهش‌هایی که در پیشینه تحقیق به آنها پرداخته می‌شود، می‌تواند بر شکایت قصور پزشکی تأثیرگذار باشد و همین ضرورت ورود جامعه‌شناسی به این موضوع را آشکار می‌کند.

از منظری جامعه‌شناختی می‌توان ادعان داشت که جایگاه ویژه پزشکان در ساختار اجتماعی، اقتصادی و سیاسی رابطه پزشک-بیمار را به رابطه‌ای نابرابر یا به عبارت دقیق‌تر، بالقوه نابرابر تبدیل کرده است؛ از آنجاکه در این رابطه پزشک از دانش و قدرتی برخوردار است که بیمار از آن بی‌بهره است و به این ترتیب در یک رابطه درمانی، اغلب پزشک تعیین‌کننده مسیر تشخیص و درمان بیماری است. تسلط پزشکان در رابطه با بیماران در یک ساختار اجتماعی نابرابر که روابط نابرابر فرمان‌ده-فرمان‌بر در سایر حوزه‌های آن در جریان است، ممکن است عادی تلقی

---

1 Amzat and Razum

2 Fielding

و حتی کارکرد مثبتی به آن نسبت داده شود؛ اما با وقوع نتایج نامطلوب و وقتی که کنشگر نقش پزشک انتظارات جامعه از نقش شفابخش خود را برآورده نکند، این تسلط و نابرابری به‌عنوان یکی از علل شکست پزشک در ایفای نقش اجتماعی‌اش برجسته می‌شود. به نظر می‌رسد مسأله تنها با تسلط پزشکی قابل تبیین نباشد و سیطره روابط سرمایه‌داری و روند کالایی‌شدن سلامت و علاوه بر آن تسریع پزشکی‌شدن<sup>۱</sup> که حوزه‌های مختلفی مانند زیبایی را به قلمرو پزشکی افزوده، شرایطی را ایجاد کرده است که منفعت پزشکان در نوع مواجهه با بیمار و در جریان طبابت به عاملی تعیین‌کننده تبدیل شود. همین منفعت محوری پزشک می‌تواند رابطه پزشک-بیمار را به سمت و سویی هدایت کند که شکایت قصور پزشکی یکی از برآیندهایش باشد.

تحلیل جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار که به شکایت با موضوع قصور منتهی شده از آن رو اهمیت دارد که می‌تواند با انفکاک و رهایی از فرض‌های پزشکی که عموماً رابطه پزشک و بیمار را از دریچه حرفه‌گرایی<sup>۲</sup> مورد بررسی قرار دهد، از منظر متفاوت به موضوع بپردازد و نقش ساختارها و کنشگران اجتماعی را در شکل‌گیری آن افشا کند. در این راستا مطالعه جامعه‌شناختی رابطه پزشکان دارای سابقه قصور با بیمارانشان می‌تواند، واقعیت‌های جدیدی را در علت‌شناسی شکایت قصور پزشکی عیان کند. علاوه بر این، استفاده از روشی که بتواند به درک بی‌واسطه محقق از مسأله کمک کند، نیز برای کشف واقعیت اهمیت دارد. از این رو مطالعه حاضر با هدف سنخ‌شناسی رابطه پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی با بیماران و با روش مشاهده همراه با مشارکت انجام شد.

### پیشینه تحقیق

مطالعات مختلف به این نتیجه مشترک رسیده‌اند که دشواری‌های ارتباطی در احتمال طرح شکایت بیمار از پزشک سهیم هستند. مروری بر برگه‌های شکایات بیماران بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۸۷ در فلوریدا نشان داده است که روابط مسأله‌دار در ۷۱ درصد از شکایات مشهود بوده‌اند. متن شکایت نامه‌ها عموماً درباره ارتباط‌هایی بوده‌اند که پزشک از شنیدن سخن بیمار ناتوان بوده است، قادر به درک نگرانی‌های بیمار نبوده یا اطلاعات کافی درباره

1 Medicalization  
2 professionalism

عوارض جانبی و پیامدهای ناخواسته روش‌های درمانی ارائه نداده است. نویسندگان این پژوهش اذعان کرده‌اند که شکست ارتباطی بسیار شایع‌تر از شواهدی بوده که در مطالعه آنها به دست آمد (روترا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶: ۳۰۵). یک مطالعه دیگر هم نشان داده که وقتی نتایج ناخواسته درمانی رخ دهد، مهارت‌های ارتباطی ضعیف پزشک، احتمال طرح شکایت از طرف بیمار را افزایش می‌دهد، حال چه خطای پزشکی رخ داده باشد چه رخ نداده باشد (شلی‌ترا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹: ۲۴۲). مور و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) مطالعه‌ای با عنوان «قصور پزشکی: اثر روابط پزشک-بیمار بر درک بیمار و قصد او در طرح شکایت قصور» انجام دادند که هدف آن بررسی اثرات علی روابط پزشک و بیمار و شدت نتیجه اقدام پزشکی بر درک بیمار و قصد او در طرح شکایت قصور در هنگام وقوع یک عارضه ناخواسته بود. ۱۰۴ زن تازه زایمان کرده در این مطالعه مشارکت داشتند. نتایج نشان داد رفتارهای ارتباطی مثبت پزشک درک بیمار در صلاحیت و شایستگی پزشک را افزایش می‌دهد و انگیزه و قصد او برای شکایت از هم پزشک و هم بیمارستان را کاهش می‌دهد. آدامسون<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۸۹) مطالعه‌ای انجام دادند که عنوان آن «مهارت‌های ارتباطی پزشک و شکایات قصور پزشکی» بود. هدف این مطالعه ارزیابی رابطه بین نظر بیماران درباره مهارت‌های ارتباطی پزشکانشان و سابقه پزشک از نظر داشتن پرونده شکایت قصور پزشکی بود. ۱۰۷ پزشک و ۲۰۳۰ نفر از بیمارانشان در این مطالعه مشارکت داشتند. نتایج نشان داد که بیماران از تجربه‌شان [درارتباط با پزشک] حداقل رضایت را داشتند. این مطالعه نشان داد بین نظر بیماران درباره نحوه ارتباط پزشکان و سابقه پزشک از نظر داشتن شکایت قصور رابطه وجود دارد. کی<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۷) نیز مطالعه‌ای با عنوان «مهارت‌های ارتباطی در تعامل بیمار-پزشک: درسی از شکایات بیماران» انجام دادند که هدف آن شناسایی مهارت‌های ارتباطی با یادگیری از شکایات بیماران بود که باید در برنامه ارتباطی گنجانده شوند. در این مطالعه ۳۸ پرونده از بازخورد منفی بیمار در مورد پزشکان جوان با استفاده از تحلیل محتوای کیفی بررسی شدند. در یافته‌های این مطالعه چهار زمینه اصلی خطاهای ارتباطی شناسایی شدند که به ترتیب عبارت بودند از: غیرکلامی (تماس چشمی،

1 Roter

2 Schleiter

3 Moore

4 Adamson

5 Kee

حالت صورت، طرز بیان کلمات و جملات)، کلامی (گوش دادن فعال و انتخاب نامناسب کلمات)، محتوایی (کمیت و کیفیت بد اطلاعات ارائه شده) و نگرش ضعیف (فقدان احترام و همدلی). در مجموع، مطالعات انجام شده حکایت از اهمیت و تعیین‌کنندگی رابطه پزشک-بیمار و تأثیر آن بر تصمیم بیمار در شکایت از پزشک به علت قصور دارند.

### مبانی نظری

اندیشمندان و محققان مختلف، برای صورت‌بندی رابطه پزشک-بیمار تلاش کرده‌اند و الگوهای مختلفی را از این رابطه اجتماعی ارائه داده‌اند. یکی از شناخته‌شده‌ترین محصولات این تلاش کار ساز و هولندر است که بر حسب میزان قدرت طرفین رابطه در تصمیم‌گیری درمانی الگوهای رابطه پزشک-بیمار را صورت‌بندی کرده‌اند که مدل استقلال خوانده می‌شود. الگوهای رابطه پزشک-بیمار بر اساس استقلال از شکل‌های متمایزی برخوردارند و تحت تأثیر روش‌های فنی، ماهیت مداخله پزشکی و زمینه اجتماعی که مواجهه در آن اتفاق می‌افتد، قرار دارند. در نوع اول، که به نام فعال-منفعل<sup>۱</sup> شناخته می‌شود، پزشک همچون یک والد، نوزاد را درمان می‌کند؛ مانند موقعیتی که بیمار در حالت اغماست. نوع دوم که هدایت-همکاری خوانده می‌شود بیشتر قابل مشاهده است، مانند وقتی که در طی دوره عفونت حاد پزشک بیمار را در رابطه‌ای مثل والد-نوجوان درمان می‌کند. نوع سوم مشارکت متقابل است که به شکل تعامل فرد بزرگسال-فرد بزرگسال، به‌عنوان مثال در زمینه مدیریت بیماری مزمن، دیده می‌شود (گیب<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴: ۹۷). استوارت و روتر<sup>۳</sup> نیز مدل دیگری را پیشنهاد می‌کنند که به مدل ساز و هولندر شباهت دارد اما بر اساس میزان قدرت و کنترل پزشک و بیمار، روابط آنها را به چهار شکل قابل شناسایی می‌دانند: الف) رابطه پدرسالارانه، رابطه متقابل، رابطه مصرف‌گرا و رابطه سهل‌انگارانه (مورگان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸: ۵۴). رابطه پزشک-بیمار در بعضی منابع به‌عنوان رابطه شاغل-مراجع یا مشتری<sup>۵</sup> صورت‌بندی شده است. باید یادآور شد که در حالی که شماری از شاغلان در روند مراقبت درگیر هستند، اما اینجا منظور پزشکان هستند. مطالعه روابط مشتری-شاغل به دلیل

1 Active-passive

2 Gabe

3 Stewart and Roter

4 Morgan

5 Client-practitioner relationship

اثرات مهم آن در استفاده از تسهیلات سلامت، کیفیت نتایج مراقبت‌ها، رضایت مشتری و چالش‌های اخلاقی در این روابط اهمیت دارد. امانوئل و امانوئل (۱۹۹۲) چهار مدل از رابطه مشتری-شاغل را شناسایی کردند: مدل پدرسالارانه، مدل اطلاعاتی، مدل تفسیری و مدل مشورتی (امزت و رازوم، ۲۰۱۴: ۲۰۰). الگوهای مختلف رابطه پزشک-بیمار در جدول شماره ۱ خلاصه شده‌اند.

جدول شماره ۱- الگوهای رابطه پزشک-بیمار

پیشنهاد دهنده مدل	نوع مدل	مشخصات
ساز و هولندر	فعال-منفعل	پزشک در جریان تصمیم‌گیری تسلط و کنترل کامل دارد.
	هدایت-همکاری	بیمار مشارکت نسبی دارد ولی تسلیم تصمیم پزشک می‌شود.
	مشارکت متقابل	با همکاری پزشک و بیمار تصمیم درمانی اتخاذ می‌شود.
استوارت و روتر	پدرسالارانه	کنترل پزشک زیاد-کنترل بیمار کم
	متقابل	کنترل پزشک و بیمار هر دو زیاد
	مصرف‌گرا	کنترل پزشک کم-کنترل بیمار زیاد
	سهل‌انگازانه	کنترل پزشک کم-کنترل بیمار کم
امانوئل و امانوئل	مدل پدرسالارانه	پزشک تصمیم گیرنده و بیمار منفعل یا موافق است.
	مدل اطلاعاتی	پزشک اطلاعات درباره گزینه‌های درمانی ارائه می‌کند، بیمار مسئولیت تصمیم درمانی را به عهده می‌گیرد.
	مدل تفسیری	بیمار خواسته‌ها و ارزش‌هایش را برای پزشک شرح می‌دهد، پزشک آنها را تفسیر و مداخله پزشکی متناسب را فراهم می‌کند.
	مدل مشورتی	پزشک و بیمار اطلاعاتشان را به اشتراک می‌گذارند، پس از حصول فهم متقابل از ارزش‌ها و ترجیحات همدیگر، بر اساس توافق دوطرفه تصمیم درمانی اتخاذ و اجرا می‌شود.

آنچه در این مدل‌ها مشترک به نظر می‌رسد، رابطه پدرسالارانه پزشک-بیمار است که بر اساس قدرت نامساوی بین پزشک و بیمار امکان‌پذیر می‌شود. این مدل شامل کنترل بالای پزشک و کنترل پایین بیمار، و در واقع توصیفی از مدلی است که پارسونز ارائه داده که در آن پزشک مسلط است و مانند والدین عمل می‌کند و تصمیم می‌گیرد که چه چیزی برای بیمار



بهترین گزینه است و بیشترین منفعت را دارد. این شکل از رابطه به طور سنتی ویژگی مشاوره پزشکی است (مورگان، ۲۰۰۸: ۵۴). مدل پدرسالارانه از پدرسالاری پزشکی، یعنی شکلی از انحصار پزشکی در تصمیم‌گیری و رویکرد به درمان بیماران، ناشی می‌شود. این مدل بیمار را در یک نقش منفعل و موافق قرار می‌دهد و روشی است که اغلب به مدل فعال-منفعل ارجاع دارد. در این مدل ویژگی نقش مریض این است که شخص بیمار مجبور به جستجوی کمک مناسب و هماهنگ با پزشک است. در رویکرد پدرسالارانه پزشک معالج به تنهایی یا با مشورت سایر پزشکان به منافع و خطرات هر گزینه وزن می‌دهد و بر اساس قضاوت و تجربه بالینی یک تصمیم را اتخاذ می‌کند. فرض بر این است که مشتری فاقد دانش فنی در مراقبت پزشکی است و باید متکی بر تخصص پزشکی باشد که در جایگاه ارائه خدمت به منافع مشتری قرار دارد. این مدل نیازمند انتقال اعتماد مطلق در ارائه خدمات است. این مدل حامل یک مفهوم تیبیک از حق همیشگی پزشک است. او یک راهنمای حرفه‌ای با اصول حرفه‌ای است. بنابراین پزشک مانند والدین یا نگهبانی عمل می‌کند که هدایت می‌کند و بهترین گزینه موجود را بدون در نظر گرفتن ترجیحات بیمار اجرا می‌نماید. هنگام ارزیابی ارزش‌های بیمار، پزشک از ابزارهای فراگیر و عینی استفاده می‌کند. در این مورد پزشک نقش مقتدرانه را بازی می‌کند و می‌تواند اگر نیاز باشد درمان را به‌عنوان ترویج رفاه مشتری تحمیل کند. وقتی فشارهایی بین استقلال (خودمختاری) و رفاه یا انتخاب و سلامت وجود دارد، انتخاب پزشک همیشه در اولویت است. در حالی که نگرانی‌های اخلاقی درباره این مدل وجود دارد، چون ارزش‌ها، آزادی و استقلال مشتریان را تضعیف می‌کند، اما می‌تواند در چند نمونه مناسب باشد. در موارد اورژانس و بیماران فاقد صلاحیت، این مدل در اتخاذ و انجام تصمیمات فنی بر اساس بهترین اقدامات در دسترس در مورد وضعیت پزشکی مناسب است. غیر از این موقعیت‌های افراطی، پدرسالاری موجود در مدل شدیداً مورد انتقاد قرار گرفته است. این انتقاد ممکن است در مورد تصاحب قدرت و استفاده خودسرانه از قدرت حرفه‌ای توسط پزشک باشد (امزت و رازوم، ۲۰۱۴: ۲۰۰). این قدرت بالای حرفه‌ای علاوه بر این می‌تواند فرض‌های پارسونز درباره نقش پزشک، از جمله بی‌طرفی پزشک و ترجیح منافع بیمار بر منافع پزشک، را زیر سؤال ببرد و از طرفی بیماران را آسیب‌پذیر و در معرض قصور پزشکی ناشی از خطاهای عمدی و سهوی قرار دهد.

در رویکرد جامعه‌شناختی لازم مشخص شود که رابطه نابرابر پزشک و بیمار در چه زمینه و بافت اجتماعی و سیاسی و اقتصادی مجال ظهور می‌یابد و پزشکان چگونه امکان تسلط بر بیمار را به دست آورده‌اند. از بین نظریه پردازان حوزه جامعه‌شناسی پزشکی نظرات ویسنت ناوارو<sup>۱</sup> با اتکا به سنت مارکسی و آراء الیوت فریدسون<sup>۲</sup> ملهم از نظرات وبر مبنای چنین تحلیلی را فراهم کرده‌اند. در سنت مارکسی که ناوارو یک نماینده آن است، انتقادات متعددی درباره پزشکی سرمایه‌داری مطرح می‌شود. از جمله اینکه پزشکی سرمایه‌داری بیش از پیشگیری از بیماری به درمان توجه دارد، چون درمان قابلیت سودآوری بیشتری دارد. به علاوه، با روند کالایی‌شدن، سلامت خود به کالایی قابل خرید و فروش تبدیل می‌شود، رابطه بین حرفه‌مندان و بیماران در بازار خریداری می‌شود و نیازهای جدید به طور مداوم در تعقیب سود ایجاد می‌شوند. مشخصه پزشکی تحت سیطره سرمایه‌داری، تدارک مصنوعات فناوری به‌عنوان راه حل مشکلات بیماری-سلامت، ایجاد یک صنعت بسیار سودآور و مصرف‌کنندگانی است که قادر به دیدن مصنوعی بودن این نیازها نیستند و برای خرید کالاهای پیشنهادی تحت فشار هستند. شرح‌های مارکسی برای نشان‌دادن نابرابری‌ها و بهره‌برداری از مراقبت سلامت در جوامع سرمایه‌داری و ظرفیت پزشکی برای کنترل کردن این نیازهای تازه خلق شده به منظور ساختن بازارهای جدید و سودبردن از انسانی که رنج می‌برد، پزشکی شدن را با مفاهیمی مانند ایدئولوژی، طبقه، کالایی شدن و شیء‌شدن می‌آمیزد. در دهه‌های اخیر، روند کالایی‌شدن از تولید کالاهای اساسی مانند داروها و ماشین‌ها به کالایی‌شدن بخش‌های بدن یا حتی خود بدن‌ها گسترش یافته است. در این روند مردم و بدن‌ها از یک دسته انسانی به اشیاء اقتصادی تبدیل می‌شوند (کالیر<sup>۳</sup> ۲۰۱۵: ۵۳). همچنین در سنت مارکسی روابط قدرت همچنان اهمیت دارند، و کوشش شده است به این سؤال پاسخ داده شود که جایگاه پزشکان در ساختار اجتماعی کجاست (راجرز و پیلگریم<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴: ۱۱۰). یکی از برجسته‌ترین گزاره‌های مارکسی عدم استقلال حرفه پزشکی از ساختار طبقاتی بوده و نحوه عملکرد این حرفه نیز قرارگرفتن پشت سر طبقه مسلط برای حفظ نظام مراقبت سلامت و حمایت از اقتصاد سرمایه‌داری توصیف شده است. در این چارچوب، حرفه

---

1 Vicente Navarro

2 Eliot Freidson

3 Collyer

4 Rogers, A. Pilgrim

پزشکی متمرکز است بر سرمایه‌داری، بهره‌برداری از بیماری-سلامت، کمک به دولت از طریق نظارت بر جمعیت، حفظ نظم اجتماعی و مشارکت در اشکال مختلف کنترل اجتماعی. پزشکی همچنین به نوآوری‌های توسعه‌دهنده، کاربردی و اعتباری در بخش‌های صنعتی-نظیر داروسازی-، تولید و پیگیری سود شرکت‌ها، حفظ ساختار سلسله‌مراتبی جامعه و نابرابری‌های سلامت کمک می‌کند و شکلی از نظام سلامت که به نخبگان توجه دارد را تداوم می‌دهد (کالیر، ۲۰۱۵: ۴۹). به هر حال نگاه اقتصاد سیاسی مطرح می‌کند که پزشکان بیش از آنکه مسئولان اصلی فاجعه باشند صرفاً پادوهای سرمایه‌داری هستند. در این دیدگاه سلامت به سادگی صرفاً قلمرو دیگری است که سرمایه می‌تواند در آن به دنبال سود باشد؛ از تجارت‌های بزرگ خدمات بالینی با پرسنل و تجهیزات بهداشتی و پذیرایی تا تولیدات دارویی در خط مقدم علم (بردبای<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱: ۲۸).

ناوارو معتقد است که پزشکی نه تنها می‌تواند تعریف سلامت و بیماری را تعیین کند، بلکه می‌تواند بگوید چه کارهایی باید انجام داد و چه مداخله‌ای باید صورت گیرد، بنابراین قدرت پزشکی می‌تواند کلید توضیح مشکلات مختلف سلامت باشد (کوبورن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵: ۴۱۲) از نظر او حرفه پزشکی در واقع بخشی از طبقه مسلط در جامعه سرمایه‌داری را تشکیل می‌دهد (راجرز و پیلگریم، ۲۰۱۴: ۱۱۱). نتیجه‌گیری نهایی نوارو درباره تسلط پزشکی این است که پزشکی قدرتمند بوده و هست و ممکن است در مجموع تا حدی از نفوذش کاسته شود اما قدرتش در نهایت همیشه تابع قدرت طبقات مسلط است (کوبورن، ۲۰۱۵: ۴۱۴).

دیدگاه نئو وبری با الهام از اندیشه‌های ماکس وبر به بررسی چگونگی شکل‌گیری و کسب قدرت حرفه پزشکی پرداخته است. الیوت فریدسون، با معرفی دیدگاه تضاد در مطالعه پزشکی و اخذ دیدگاه‌های بیماران به طور جدی، قدرت حرفه پزشکی را مورد تحقیق قرار داد. وی از نوع متمایزی از جامعه‌شناسی پزشکی دفاع می‌کرد که دیدگاه‌های ساختاری به نهاد پزشکی را به کار می‌گرفت و از نقطه نظرات و فرض‌های خود پزشکی جدا بود (بردبای، ۲۰۱۱: ۲۶).

قدرت حرفه پزشکی یک موضوع مهم در جامعه‌شناسی سلامت است. اگر این درست باشد که پزشکی نه تنها تعریف سلامت و بیماری را تعیین می‌کند، بلکه می‌تواند بگوید چه کارهایی

باید انجام شود و چه مداخله‌ای باید صورت گیرد، بنابراین قدرت پزشکی می‌تواند کلید توضیح مشکلات مختلف سلامت، از عدم ارتباط بین مراقبت‌های سلامت ارائه‌شده با نیازهای سلامت جمعیت تا غلبه فعلی درمان بر پیشگیری باشد (کوربون، ۲۰۱۵: ۴۱۲). کار نویسندگانی مثل فریدسون به جای پذیرفتن گرایش نوع‌دوستانه مورد ادعای پزشکی، بر نقش منافع اعضای این حرفه تأکید دارند و تنش بین منافع عمومی و منافع حرفه‌ای و نیز تضاد در رابطه پزشک و بیمار که در مسأله قصور پزشکی به اوج می‌رسد را روشن می‌کند.

تحلیل فریدسون درباره تسلط حرفه‌ای نه تنها بر نهاد حرفه‌ای پزشکی تمرکز دارد بلکه ساختار و ماهیت رابطه پزشک-بیمار را شامل می‌شود که آن را تضاد بین دیدگاه‌هایی از جهان‌های متفاوت و متمایز توصیف می‌کند. تأکید بر گفتگو و مذاکره در این تحلیل نفوذ دیدگاه تعامل‌گرا بر آن را روشن می‌کند، که البته در یک زمینه ساختاری محدود شده است. تئوری تضاد فریدسون بر این فرض استوار است که پزشک و بیمار از جهان‌های اجتماعی و فرهنگی متفاوتی می‌آیند. این موقعیت‌های اجتماعی مفاهیم و دانش آنها را شکل می‌دهد؛ یک پدیده مشترک ممکن است برای هر یک از آنها علل متفاوت داشته باشد، به طور متفاوت تفسیر شود و اهمیت آن متفاوت فرض شود (ورنر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱: ۲۰۳۲).

فریدسون بر اساس مطالعاتی که تفاوت‌های فرهنگی را در مریض‌شدن و کمک‌خواهی نشان می‌دهند، می‌گوید که بین فرهنگ‌های عامیانه و تخصصی بیماری تمایز وجود دارد. این دوگانه فرهنگی چندین دلالت دارد. از یک طرف محتوای فرهنگ عامیانه یا غیرتخصصی و میزان موافقت و تجانس آن با باورهای حرفه‌ای تعیین می‌کند که چه بیمارانی به کدام یک از ارائه‌کنندگان مراجعه می‌کنند و چه نوع خدماتی به دست می‌آورند؛ از طرف دیگر، پزشکان و مشتریان به دلیل فرهنگ‌های غیریکسان و متفاوت، تجربیات و برنامه‌های اساساً متفاوتی را با خود به جلسه معاینه می‌آورند. پزشکان می‌خواهند بیماران با درمان همکاری کنند و با وضعیت تفکیک حرفه‌ای منطبق باشند؛ مشتریان ممکن است اطلاعات بیشتری از آنچه پزشکان می‌خواهند ارائه بدهند، بخواهند و ممکن است در موافقت و پذیرش درمان ناکام باشند. نتیجه این تضاد و مذاکره بین پزشک و بیمار است. چندین فاکتور فرهنگی، از جمله پایگاه اجتماعی

بیمار و سازماندهی عملکرد پزشکی بر نتایج این چانه زنی و مذاکره تأثیر می‌گذارند (هالپرن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳: ۲۸۲). به عقیده فریدسون، در هر رابطه پزشک-بیمار تنشی در افق‌های فکری طرفین به صورت پنهانی ولی با درجات مختلف موجود است. پزشک از یک طرف بیمار و نیازهای او را بنا بر قالب‌های دانش تخصصی خود ادراک می‌کند: چون به خودمختاری حرفه‌ای خویش پایبند است، خود او در مورد نوع و چگونگی خدمتی که به بیمار خواهد کرد، تصمیم می‌گیرد. بیمار از طرف دیگر، در عوض بیماری خود را با توجه به مشکلات زندگی روزمره و در چارچوب شرایط فرهنگی محیط زیست خود ادراک می‌کند. او دلش می‌خواهد پزشک مسأله او را آن طور که او می‌بیند، ببیند (آدام، ۱۳۸۶: ۱۲۲). در واقع در اینجا درگیری و ستیزی بنیادی میان دیدگاه‌های پزشک و بیمار وجود دارد، چنانکه برای پزشک، بیمار صرفاً مورد طبی دیگری از یک جریان طولانی و ممتد است. برعکس برای بیمار، وجود چشم اندازهای متفاوت به طور بالقوه عامل ایجاد تضاد و کشمکش است (آرمسترانگ، ۱۳۸۷: ۲۰۶).

از نظر فریدسون این تفاوت دیدگاهها مبتنی بر کارکرد دو عنصر «تجربه شغلی» و «دانش تخصصی پزشکان» است. او این دو را به این صورت توصیف می‌کند که تجربه شغلی پزشکان باعث می‌شود آنها نسبت به بیماران نگاه عادی‌تری به مشکل داشته باشند و دانش تخصصی هم از طریق آموزشی و تجاربی که حرفه پزشکی برای اعضایش تأمین می‌کند حاصل شده است. با این تعریف، مشتریان به‌عنوان افراد عادی و غیرمتخصص، فاقد پیش‌نیازهای آموزشی و تجربی هستند که به آنها اجازه تصمیم‌گیری در زمینه‌ای بدهد که با پزشکان به اشتراک گذاشته‌اند. هر متخصصی در کارش به همکاری فرد عادی و غیرمتخصص نیاز دارد که خودش از دخالت منع شده باشد، زیرا شخص غیرمتخصص نه قواعد شغلی را می‌داند و نه از مهارت لازم برخوردار است. آنچه حرفه‌مندان پزشکی را از سایر متخصصان مشاور افتراق می‌دهد، ظرفیت حرفه پزشکی برای حل بعضی از این مشکلات اقتدار با استفاده از ابزارهای صوری و نهادی است. چنین راه‌حلی نیاز به شواهد متقاعدکننده در تعامل پزشک با مشتریان را تقلیل می‌دهد. مطابق آنچه فریدسون می‌گوید، راه حل هر حرفه برای حل مشکل، حفظ کنترل انحصاری بر روی اعمال مهارت‌های خاص و حق انحصاری دسترسی به کالاها و خدماتی است که فرد

غیرمتخصص به منظور مدیریت مشکلاتش مستقل از توصیه‌های تخصصی، به آنها نیاز دارد. خلاصه اینکه، راه حل حرفه پزشکی برای مسأله اقتدار شامل تسخیر جایگاه صوری دروازه بان<sup>۱</sup> است. بنابراین یک تعریف دوگانه از تسلط حرفه‌ای می‌تواند منطقی باشد: اول، به طور خاص در حوزه سلامت، گزینه‌های افراد غیرمتخصص تابع نظرات متخصصان حرفه هستند؛ دوم، حق منحصر به فرد حرفه‌ای برای دسترسی به کالاها و خدماتی که فرد غیرمتخصص نیاز دارد، به طور قانونی تضمین شده است (هاک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴: ۴۷۱).

در مجموع و با استفاده از نظریه‌های ناوارو و فریدسون می‌توان گفت: رابطه پزشک-بیمار محصول پزشکی سرمایه‌داری است که در آن حرفه پزشکی مستقل از ساختار طبقاتی نیست و پشت سر طبقه مسلط قرار دارد. سرمایه‌داری، پزشکی را به شکلی سامان داده است که همچون یک صنعت سودآور عمل می‌کند که به طور مداوم و در تعقیب سود، در آن نیازهای جدید خلق می‌شود و کالاهای مختلف همچون درمان و محصولات دارویی برای پاسخ به این نیازها عرضه می‌شود. در چنین نوعی از پزشکی رابطه پزشک-بیمار به نحوی شکل داده می‌شود که بیمار به‌عنوان مصرف‌کننده کالای سلامت و مداخله‌های درمانی پزشکی شناخته می‌شود که در صورت پرداخت پول می‌تواند از این خدمات بهره‌مند شود. از طرفی حرفه‌گرایی پزشکی، که با اتکا بر دانش پزشکی انحصار بر دستیابی به خدمات سلامت را برای پزشکان تضمین کرده است، زمینه تسلط و قدرت پزشکی را فراهم کرده که نتیجه آن مغلوب شدن دیدگاه عامیانه بیمار در برابر دیدگاه تخصصی پزشک و ایجاد پتانسیل رابطه پدرسالارانه پزشک با بیمار است.

## روش

این مطالعه کیفی به روش مشاهده همراه با مشارکت انجام شد. مشخصه بارز مشاهده همراه با مشارکت این است که محقق بی هیچ مقدمه و تدارکی مستقیماً وارد میدان می‌شود. مشاهده از منظر یک عضو انجام می‌شود اما در عین حال مشارکت بر آنچه مشاهده می‌شود تأثیر می‌گذارد. به فرآیند مشاهده همراه با مشارکت باید از دو جنبه نظر کرد. اول آنکه محقق باید به شکل فزاینده‌ای به یک شرکت‌کننده بدل شود و به میدان و اشخاص دسترسی پیدا کند. دوم، عمل

1 Gatekeeper

2 Hak

مشاهده نیز باید طی فرآیند فزاینده‌ای بر جنبه‌هایی که برای پرسش تحقیق حیاتی‌اند متمرکز شود و رویکرد انضمامی‌تری نسبت به آنها پیدا کند (فلیک ۱۳۹۱: ۲۴۵). مشاهده رابطه پزشکان دارای پرونده قصور با بیماران در موقعیت عادی و در میدان واقعی که رابطه درمانی در آن شکل می‌گیرد، می‌تواند به بررسی دقیق‌تر رابطه پزشک-بیمار و شناسایی الگوهای این رابطه کمک کند، از این رو در این مطالعه، از روش مشاهده همراه با مشارکت استفاده شد.

برای انجام این روش و تعیین میدان‌هایی که محقق برای جمع‌آوری داده به آن‌ها وارد شود، پس از کسب مجوز قانونی از مسئولان ذیربط، پرونده‌های شکایت قصور پزشکی سال ۱۳۹۴ موجود در بایگانی شورای حل اختلاف مستقر در سازمان نظام پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفت. تعداد کل پرونده‌ها ۴۳۰ فقره بود و بعد از تهیه فهرست پزشکان دارای پرونده شکایت قصور پزشکی مشخص شد که بعضی از پزشکان در طی یک سال بیش از یک پرونده داشته‌اند. از این فهرست تعداد پنج نفر از پزشکان، دارای سه پرونده و بیشتر از آن بودند که به‌عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. در واقع معیار ورود پزشکان به مطالعه، داشتن بالاترین تعداد شکایت در سال ۱۳۹۴ بود.

پس از نمونه‌گیری، با جستجو در صفحه «جستجوی پزشک» سایت سازمان نظام پزشکی آدرس و شماره تلفن مطب پزشکان به دست آمد. از طریق تلفن جهت گرفتن وقت ملاقات اقدام شد. از پنج نمونه انتخاب شده، امکان هماهنگی و گرفتن وقت ملاقات از سه نفر از پزشکان فراهم شد و دو پزشک دیگر به علت فقدان دسترسی از مطالعه خارج شدند. در موعد مقرر محقق، به‌عنوان فرد بیمار به مطب پزشکان مراجعه نمود تا ضمن مشاهده فضای مواجهه پزشکی، نوع پذیرش بیمار و نوع رابطه پزشک با بیمار بتواند به جمع‌آوری داده‌ها بپردازد. نکته قابل توجه در این مشاهده همراه با مشارکت این است که محقق قبل از جامعه‌شناسی در رشته پزشکی تحصیل کرده و پزشک عمومی است؛ بنابراین شرح حالی که به‌عنوان بیمار به پزشکان حاضر در مطالعه ارائه می‌کرد، آگاهانه و هدفمند بوده است و چنین ویژگی به فهم بهتر فضای مشاوره پزشکی و درک دقیق رفتار و گفته‌های پزشکان کمک می‌کرد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، نام و نام خانوادگی پزشکان در تمام مراحل تحقیق محرمانه بود. به علت عدم اطلاع پزشکان از انجام پژوهش، در جریان مشاوره پزشکی از دستگاه

ضبط صوت استفاده نشد. محقق در کوتاه‌ترین زمان ممکن بعد از خروج از میدان اقدام به ثبت یادداشت‌های حاصل از مشاهداتش نمود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا بر حسب مضامین مهم و محوری که در شرح هر مشاهده وجود داشت، سنخ‌های رابطه پزشک و بیمار در هر یک از سه میدان مشاهده‌شده تعیین شد. پس از آن استنتاج‌های حاصل از هر سه مشاهده مقایسه و در قالب جدول ارائه شدند.

### یافته‌ها

اولین یافته مطالعه این بود که بعد از انتخاب پزشکان دارای بالاترین تعداد شکایت مشخص شد که همه آنها پزشک جراح و متخصص گوش و حلق و بینی هستند و در حوزه جراحی زیبایی بینی (رینوپلاستی) فعالیت دارند و علت مراجعه بیمارانی که از آنها شکایت کرده‌اند مداخلات زیبایی بوده است. از سه پزشک حاضر در مطالعه، یک نفر در طول سال ۱۳۹۴ ده بار مورد شکایت واقع شده بود ولی او تنها در یک جلسه شورای حل اختلاف حضور یافته و سایر پرونده‌های شکایت به علت «عدم حضور مشتکی‌عنه» به دادسرای جرائم پزشکی ارجاع داده شده بودند. دو پزشک دیگر نیز هر کدام سه بار مورد شکایت قرار گرفته بودند و در جلسات شورای حل اختلاف هم شرکت نکرده بودند.

با مشخص شدن اینکه هر سه پزشک تخصص و حوزه فعالیت یکسان دارند، محقق تصمیم گرفت که با یک شکایت واحد یعنی مشکل تنفس و زیبایی بینی به آنها مراجعه کند. به این ترتیب علاوه بر اینکه تعیین الگوهای رابطه پزشک-بیمار میسر شد، امکان مقایسه رابطه پزشک-بیمار درباره یک مشکل یکسان نیز فراهم گردید. در ادامه شرحی از مشاهدات و یافته‌های محقق از سه میدان مشاهده آمده است.

### میدان مشاهده اول

مطب متخصص گوش و حلق و بینی در خیابانی در شمال شهر تهران و در یک برج تجاری واقع شده است. مطب شیک و تمیز است و بیماران از زن و مرد در اتاق انتظار نشسته‌اند. اغلب بیماران همراه دارند و زنان در اکثریت‌اند. همراهان مردان بیمار اغلب مرد هستند. چند نفر از



بیماران که روی بینی‌شان چسب هست برای ویزیت بعد از جراحی و برای پیگیری آمده‌اند. منشی پزشک، زنی جوان است با روپوش سفید که رفتار مؤدبانه‌ای دارد.

از صفحه تلویزیون مطب یک فیلم ویدیویی دائماً تکرار می‌شود. در این فیلم عکس‌های بیماران قبل و بعد از عمل نشان داده می‌شود که در هر عکس تغییر قابل توجهی در بینی بیماران مشهود است. بینی‌های بزرگ و کج و کوله، کوچک و صاف و صوف شده‌اند و در عکس بعد از عمل، چهره‌ها زیباتر شده‌اند. این زیبایی‌ها دلالت بر کار هنرمندانه پزشک جراح دارد.

بعد از یک ساعت انتظار وارد اتاق معاینه می‌شوم. پزشک مرد میانسالی است که با روپوش سفید در انتهای یک اتاق بزرگ نشسته است، سلام را پاسخ می‌دهد و با دست به صندلی مقابل خودش اشاره می‌کند که بنشینم. می‌نشینم و هنوز حرفی نزده‌ام، صندلی‌اش را جلو می‌کشد بینی‌ام را با لمس معاینه و توصیف می‌کند، ابزار معاینه را در هر طرف بینی فرومی‌کند و نگاه می‌کند و در همان حال توضیح می‌دهد که نحوه جراحی چگونه خواهد و چه تغییراتی انجام خواهد شد. چند عکس از داخل کشوی میزش بیرون می‌کشد که عکس سه زن است با بینی‌هایی که به گفته او فانتزی و نیمه‌فانتزی هستند و می‌گوید: «می‌توانی از بین اینها انتخاب کنی یا در کانال تلگرام نمونه‌ها را ببینی و از بین آنها انتخاب کنی. بیهوشی، عمومی است، همان روز مرخص می‌شوی از فردا می‌توانی سرکار بروی آشپزی کنی و...». می‌گوید: «هزینه جراحی با کل هزینه‌ها سه میلیون و هفتصد هزار تومان می‌شود، زیبایی تضمینی است و گارانتی‌اش مادام‌العمر است، قبلش باید یک آزمایش خون بدهی. سابقه بیماری یا مشکلی داری؟» یک بیماری فرضی را می‌گویم. می‌گوید: «قبل از عمل باید از دکترت یک گواهی برای متخصص بیهوشی بیاوری. این آزمایش خون را هم انجام بده و جوابش را در تلگرام بفرست. خب حالا اگر سوالی داری بپرس». می‌پرسم «می‌شود فقط جراحی برای بهبود تنفس انجام بدهم» جواب می‌دهد: «نه... من اینجا [اشاره به قسمت بالای بینی] را اگر باز کنم و غضروف بزنم اینجا [اشاره به قسمت وسط بینی] باز می‌شود و باید جراحی زیبایی هم بکنی». می‌گویم «اگر اصلاً عمل نکنم چه اتفاقی می‌افتد؟» می‌گوید: «ریه‌هایت داغون و قلبت دچار مشکل می‌شود». سرانجام قرار می‌شود، تصمیم‌گیری کنم و سایر هماهنگی‌ها برای نوبت جراحی و پرداخت هزینه عمل با منشی مطب انجام شود.

### یافته‌های حاصل از مشاهده اول

رابطه پزشک-بیمار در مطب که شبیه به یک بنگاه تجاری کوچک است، از حالت شناخته‌شده «پزشک درمانگر- بیمار درمان‌پذیر» خارج شده و به رابطه «پزشک کاسب-بیمار مشتری» استحاله یافته است. پیش‌فرض‌های نقش پزشک همچون اقتدار، بی‌طرفی و دانش به همراه فوت و فن‌های کاسبی، در شکل‌گیری رابطه تجاری موفق به پزشک کاسب کمک می‌کند. او در چنین رابطه‌ای تلاش می‌کند بیمار/مشتری را قانع و راضی به پذیرفتن شرایط معامله کند. پزشک کاسب شرح توانایی‌ها و منوی خدمات را در قالب توضیحات، عکس‌ها، و فیلم ویدیویی به بیمار/مشتری عرضه می‌کند، قیمت کالا را تعیین می‌نماید و با استفاده از دانش و مهارت پزشکی که به طور انحصاری در اختیار پزشک است، همراه با اصطلاحاتی مثل زیبایی تضمینی و گارانتی مادام‌العمر که جزیی از ترمینولوژی بازار است و به پشتوانه دانش پزشکی بیان می‌شود، جراحی زیبایی را به مثابه یک کالا در بازاری که رقیبان بسیاری در آن در حال مسابقه‌اند، به فروش می‌رساند. اگرچه پیش‌فرض‌های بی‌طرفی پزشک و حق فرادستی پزشک بر مواجهه/معامله حاکم است، اما بیمار/مشتری مخیر است که کالای زیبایی را انتخاب کند و قرارداد با پزشک کاسب را بپذیرد یا نه. او قادر است با مشتری‌های دیگر حاضر در بنگاه تجاری مشورت کند، ویرین تبلیغ کالا را در تلویزیون مطب تماشا کند، انتظاراتش از کالایی که عرضه می‌شود را شکل بدهد و توضیحات پزشک را درباره گارانتی‌شدن مادام‌العمر و تضمین زیبایی را به‌عنوان پشتوانه معامله بپذیرد. قیمت را با سایر گزینه‌های موجود در بازار پزشکی زیبایی مقایسه کند و سرانجام دست به انتخاب بزند. این مواجهه/معامله سرانجام با تصمیم‌گیری بیمار/مشتری برای پذیرش شرایطی که پزشک کاسب تعیین کرده است، ادامه می‌یابد یا اینکه ختم می‌شود. بیمار/مشتری می‌داند که اگر نتیجه مواجهه/معامله مورد رضایتش نباشد می‌تواند از امکانی که ساختار حقوقی فراهم کرده است، استفاده کرده و از پزشک کاسب شکایت کند و رابطه پزشک کاسب-بیمار مشتری را به رابطه شاکی-مشتکی عنه تعبیر دهد.

### میدان مشاهده دوم

مطب این پزشک که فوق تخصص جراحی پلاستیک است در یکی از محله‌های شمال شهر تهران و در یک برج مدرن واقع شده است. فضای مطب بسیار شیک و مدرن است. دو منشی که

دو زن جوان با سر و ظاهر آراسته و لباس‌های مد روز هستند، پشت میزی نشسته‌اند. هیچ مریضی در سالن انتظار نیست. ظاهراً نوبت‌دهی منظمی وجود دارد. بابت ویزیت ۵۰ هزار تومان پرداخت می‌کنم که تقریباً پنج هزار تومان بیشتر از تعرفه‌های وزارت بهداشت است. پزشک با بیمه قرارداد ندارد و دفترچه بیمه پذیرفته نمی‌شود. دو زن با ظاهر مرفه و لباس‌هایی که به تمایز طبقه اجتماعی‌شان کمک می‌کند از اتاق پزشک خارج می‌شوند. یکی از منشی‌ها من را صدا می‌کند که به اتاق پزشک بروم. وارد می‌شوم. پزشک مرد مسنی است با ظاهر شیک و آراسته که با کت و کراوات (که در ایران استفاده از آن معمول نیست) پشت میزی نشسته است. با بی‌اعتنایی و لبخندی تصنعی نگاهی می‌کند و زیر لب جواب سلام می‌دهد و به صندلی روبه‌رویش اشاره می‌کند که بنشینم. مشکل را می‌گویم. شرح حال می‌پرسد درباره سن، سابقه بیماری، سابقه دارویی، وضعیت تأهل. بعد می‌گوید که به قسمت دیگری از اتاق معاینه بروم. یک صندلی مقابل یک آینه بزرگ قرار دارد. روی صندلی و روبه‌روی آینه می‌نشینم. پزشک ضمن معاینه مشکل را تشریح می‌کند، چند اصطلاح تخصصی به کار می‌برد و سعی می‌کند با حرکات دست وضعیت دیواره‌های بینی را برایم ترسیم کند و نتیجه می‌گیرد که بینی‌ام حتماً نیاز به جراحی دارد. معاینه که تمام می‌شود، به جای اول برمی‌گردیم. پشت میز می‌نشیند. می‌گوید: «باید قبل از عمل یک سی. تی. اسکن و آزمایش خون انجام بدهی. آزمایش خون در بیمارستان و قبل از عمل انجام می‌شود». در کاغذهای سربرگ‌دار یک سی. تی. اسکن بینی می‌نویسد. نام دو بیمارستان خصوصی که در آنها جراحی انجام می‌دهد را می‌گوید؛ من می‌توانم یکی را انتخاب کنم. بعد می‌گوید درباره نوبت عمل و حق‌العمل از منشی سؤال کنم. سرانجام می‌گوید: «اگر سؤالی داری بپرس». می‌پرسم: «نتیجه عمل چقدر ممکن است مطلوب باشد؟» می‌گوید: «۷۰ تا ۸۰ درصد». خداحافظی می‌کنم. از اتاق دکتر که خارج می‌شوم، به منشی مراجعه می‌کنم که هزینه عمل را بگوید. هزینه عمل شانزده میلیون تومان است. قرار می‌شود بعد از اینکه تصمیم گرفتم، تماس بگیرم تا شماره حساب بدهند و پول را واریز کنم که برای ده روز بعد نوبت عمل بدهند. یک کارت ویزیت هم می‌دهد که شماره تلفن مطب در آن هست.

### یافته‌های حاصل از مشاهده دوم

مطب دکتر با همه اجزایش صحنه نمایش ثروت و پایگاه طبقاتی اوست؛ موقعیت مطب، دکوراسیون مطب، منشی‌ها و ظاهر پزشک تداعی‌کننده یک محیط درمانی نیست. پزشک در آن برج مدرن، دانش پزشکی و مهارت جراحی را در طبقه ثروت و تجمل گذاشته است، به مشتریان ارائه می‌دهد و متناسب با آن پول می‌گیرد. او در ارائه خدمات پزشکی‌اش، محدودیت طبقاتی آشکاری اعمال نمی‌کند، ولی محدودیت به طور عملی و پنهانی اعمال شده است. به همین دلیل، بیمارانی می‌توانند او را به‌عنوان پزشک معالج برگزینند که از طبقه فرادستان اقتصادی در یک جامعه نابرابر با شکاف طبقاتی عمیق و وسیع باشند. این مطب یک مکان کسب و کار خصوصی با محوریت کالای زیبایی برای ثروتمندان است. اتاق معاینه با نور و صندلی و آینه بیشتر به یک آرایشگاه شباهت دارد تا اتاق معاینه پزشکی. پزشک چهره مراجع را با استفاده از آینه و تداعی آرایشگاه که آشناترین مکان ارائه خدمات زیبایی است، مقابله می‌گذارد و نیازهای این چهره را که به مدد پول می‌تواند تأمین شود، برای او تعیین می‌کند. پزشک برای برآوردن این نیاز مجهز به دانش و قدرت پزشکی است و پایگاه طبقاتی‌اش این پیام را به بیمار القا می‌کند که در شناخت عالی‌ترین نیازهای زیبایی بیمارانی مرجعی است قابل اعتماد و معتبر. از این رو بر اساس همین پایگاه طبقاتی و نوع متمایزی از خدماتی که در مطب و بیمارستان خصوصی ارائه می‌کند، این حق را از مراجع قانونگذار و نظارتی کسب کرده است که تعرفه ویزیت و جراحی را خودش تعیین و به بیمار تحمیل نماید.

ادامه ملاقات پزشک با بیمار وابسته به تصمیم و توانایی بیمار برای پرداخت پول عمل جراحی است. حتی بررسی سی. تی. اسکن هم به روز عمل در بیمارستان موکول می‌شود. اگر بیمار در پرداخت ۱۶ میلیون تومان هزینه جراحی تعلل نکند، رابطه پزشک-بیمار ادامه می‌یابد و کالای زیبایی مبادله می‌شود، در غیر این صورت این رابطه به مثابه معامله‌ای سرنگرفته قطع می‌گردد. اگر بیمار شرایط پزشک را بپذیرد و مشتری کالای زیبایی که پزشک ارائه می‌دهد شود، در آن صورت چگونگی رابطه پزشک-بیمار توسط کیفیت کار پزشک و میزان رضایت بیمار تعیین می‌شود. در چنین رابطه «پول محور»ی که میان پزشک و بیمار شکل گرفته است، هر چه میزان پول پرداخت شده به پزشک بیشتر باشد، توقع بیمار از کیفیت خدمت ارائه‌شده بالاتر

خواهد بود، و بروز عوارض احتمالی پس از عمل، نارضایتی بیمار و تغییر نقش او به شاکی را در پی خواهد داشت. حتی اگر عارضه‌ای بروز نکند، از آنجا که زیبایی امری نسبی است و اتفاق نظر بر سر آن دشوار است، باز هم احتمال تغییر نقش بیمار به شاکی و نشانیدن پزشک در جایگاه متهم قصور پزشکی قوت می‌گیرد.

### میدان مشاهده سوم

پزشک متخصص گوش و حلق و بینی است که جراحی زیبایی بینی نیز یکی از حوزه‌های فعالیت حرفه‌ای اوست. در مطب، کلینیک خصوصی و یک بیمارستان دولتی-خصوصی کار می‌کند. مطب در یکی از مناطق شمال شهر تهران و در یک ساختمان پزشکان واقع شده است. ساختمان مطب قدیمی ولی بازسازی شده است. چند مریض در اتاق انتظار نشسته‌اند. منشی یک زن جوان چادری است. اسامی را در دفترش ثبت می‌کند و یک فرم مشخصات می‌دهد که تکمیل کنم. بیماران هم یک زن چادری و مردی با ظاهر مذهبی هستند. بعد یک مرد با تیپ کارمندی و لباس‌های ساده می‌آید و می‌نشیند. فضای مطب چندان تمیز به نظر نمی‌رسد. دفترچه بیمه قبول نمی‌کند و هزینه ویزیت ۳۵ هزار تومان است که مطابق با تعرفه‌های تعیین شده است. بیماران مراجعه‌کننده از لحاظ ظاهری از سطوح پایین‌تر اقتصادی-اجتماعی هستند. با اینکه همه مراجعه‌کنندگان دفترچه بیمه دارند اما منشی به هر کدام می‌گوید که هزینه ویزیت آزاد است. سرانجام نوبت من می‌رسد. وارد می‌شوم. پزشک مرد میانسال و با ظاهری مذهبی است که بدون روپوش و با پیراهن پشت میز بزرگی در انتهای اتاق نشسته است. سلام می‌کنم، جواب سلام می‌دهد و به یکی از مبل‌های روبه‌رویش اشاره می‌کند که بنشینم. فرم مشخصات را به او می‌دهم و می‌نشینم. چیدمان صندلی‌ها به شکل ادارات و اتاق رؤسای شعب بانک‌هاست. تقریباً فاصله‌ام از دکتر زیاد است. نگاهی به فرم می‌اندازد و با نوعی بی‌میلی و بی‌تفاوتی خاص مدیران و رؤسای ادارات می‌پرسد: «مشکل چیه؟» مشکل را می‌گویم. آهسته صحبت می‌کند، به طوری که گاهی مجبور می‌شوم از او بخواهم تکرار کند. می‌پرسد آیا به دکتر دیگری مراجعه کرده‌ام، می‌گویم: بله. نام دکتر را می‌پرسد. از جواب دادن طفره می‌روم! می‌گوید روی صندلی معاینه که در سمت چپ اتاق است بنشینم. می‌نشینم و معاینه می‌کند. بعد از معاینه می‌گوید: «مشکلی نداری و بینی‌ات سالم است». باید به مدت ده روز

داروهایی را که می‌نویسد مصرف کنم و اگر خوب نشدم، مجدداً مراجعه کنم که سی. تی. اسکن بنویسد و بعد از آن تصمیم بگیرد که آیا نیاز به جراحی هست یا نه. می‌گوید دفترچه بیمه را بدهم که داروها را نسخه کند. می‌گویم ندارم. می‌گوید مگر کارمند دولت نیستی؟ می‌گویم الان به همراه ندارم. داروها را در سربرگ مطب می‌نویسد. درباره جراحی زیبایی چیزی نمی‌گوید و پیشنهاد جراحی زیبایی را هم مطرح نمی‌کند.

### یافته‌های حاصل از مشاهده سوم

در مطب این پزشک کمتر جنبه‌های مادی و تجاری خودنمایی می‌کند اما فضای آن شباهتی به ادارات دولتی دارد. ظاهر منشی، ظاهر پزشک، چیدمان میز و مبل‌های مطب متفاوت از فضای معمولی مطب‌ها به نظر می‌رسد. پزشک رفتاری مدیرمآب دارد که به فضای تعاملی او و بیمار رسمیت اداری می‌دهد. در واقع رابطه‌ای که اینجا میان پزشک و بیمار شکل می‌گیرد، رابطه مدیر (پزشک) و ارباب رجوع (بیمار) است. پزشک با اتکا بر دانش پزشکی که پشتوانه جایگاه اوست، راه تشخیص و درمان را به بیمار نشان می‌دهد و بیمار موافقت می‌کند. چنین نحوه‌ای از تعامل پزشک با بیمار از الگوی پدرسالارانه رابطه پزشک-بیمار تبعیت می‌کند. در این الگوی پدرسالارانه، پزشک با رفتار رییس‌مآبانه و تصمیم‌گیری یک جانبه در مورد بیمار و نوع مکالمه‌اش مناسبات عمودی با بیمار شکل می‌دهد. وقتی ایفای نقش اجتماعی پزشک منطبق بر فرضیات نظریه پارسونز، یعنی طبابت مبتنی بر دانش، بی‌طرفی و خیرخواهی نسبت به بیمار، صورت می‌گیرد و بیمار تسلیم قدرت و نظر پزشک می‌شود، در صورتی که عارضه‌ای رخ دهد، بیمار می‌تواند دانش، قدرت، بی‌طرفی و خیرخواهی پزشک را به چالش بکشد و او را از مقام یک متخصص خیرخواه به صندلی متهم قصور پزشکی تنزل دهد.

### تجزیه و تحلیل یافته‌های مشترک حاصل از هر سه مشاهده

در این ملاقات‌ها پزشک اداره‌کننده مواجهه با بیمار است؛ اوست که مکالمه را شروع و مسیر آن را پیش می‌برد. او تعیین می‌کند چه زمان نوبت بیمار است که صحبت کند یا چیزی بپرسد. پزشک در گفتگو با بیمار از ضمیر و فعل مفرد استفاده می‌کند در حالی که بیمار ضمیر و افعال جمع به کار می‌برد.

نوع و شیوه مداخله پزشکی را پزشک تعیین می‌کند، که بدون توجه به وضعیت و شرایط بیمار در توانایی تهیه یا پرداخت هزینه دارو و عمل جراحی است؛ بیمار باید خود را با شرایطی که آنها تعیین می‌کنند، منطبق کند. هیچ کدام از پزشکان از ریسک و خطرات روش درمانی چیزی نمی‌گویند. اختلاف نظر بر سر وجود یا فقدان مشکل بین پزشکان اول و دوم که بر جراحی زیبایی تأکید دارند با پزشک سوم قابل توجه است.

در یافته‌های مشاهده همراه با مشارکت سه سنخ از مطب و رابطه پزشک-بیمار قابل تشخیص بود: (۱) مطب به مثابه یک بنگاه تجاری کوچک که رابطه پزشک درمانگر-بیمار درمان پذیر به پزشک کاسب-بیمار مشتری تغییر الگو داده است. در چنین بنگاه تجاری، سلامت و زیبایی کالاهایی قابل فروش هستند که از طرف پزشک به بیمار عرضه می‌شوند. در صورت نارضایتی بیمار از کالای دریافت‌شده، رابطه پزشک/کاسب-بیمار/مشتری به رابطه پزشک/مشتری-عنه-بیمار/شاکی تغییر می‌یابد؛ (۲) مطب به‌عنوان یک قصر کوچک صحنه نمایش ثروت و پایگاه طبقاتی پزشک است که در آن کالای زیبایی به طبقه فرادست عرضه می‌شود. پزشک با تعیین حق ویزیت و حق عمل بالا یک محدودیت طبقاتی پنهان را اعمال می‌کند تا بیماران هم‌طبقه‌اش با توقعات و انتظارات مخصوص به خودشان از امکانات خاص بهره‌مند شوند. در اینجا رابطه درمانی پزشک-بیمار جای خود را به رابطه پزشک سرمایه‌دار-بیمار هم طبقه داده است که در چنین رابطه پول‌محور و با توقعات خاص طبقاتی، اگر نتیجه درمان خلاف انتظارات بیمار باشد، تغییر رابطه پزشک-بیمار به مشتری-عنه-شاکی محتمل است؛ (۳) مطب به‌عنوان یک فضای اداری و ایدئولوژیک است که رابطه پزشک/مدیر-بیمار/ارباب رجوع در آن شکل می‌گیرد. اینجا پول کمتر از دو مورد دیگر محوریت دارد اما در الگوی پدرسالارانه رابطه پزشک-بیمار که مبتنی بر پیش‌فرض‌های نقش پزشک، یعنی طبابت مبتنی بر دانش، بی طرفی و خیرخواهی، است، اگر نتیجه مطلوب از درمان حاصل نشود، رابطه فرومی‌ریزد و به سمت رابطه شاکی-مشتری-عنه می‌رود.

جدول شماره ۲- مقایسه استنتاج‌های حاصل از سه میدان مشاهده‌شده

مورد	میدان مشاهده (مطب)	وجه غالب میدان مشاهده	سنخ رابطه پزشک-بیمار	روابط قدرت
اول	بنگاه تجاری کوچک	منفعت	پزشک/کاسب- بیمار/مشتری	الگوی مصرف‌گرا مبتنی بر پدرسالاری پزشکی
دوم	قصر کوچک	ثروت	پزشک/سرمایه‌دار- بیمار/هم طبقه	الگوی مصرف‌گرا مبتنی بر پدرسالاری پزشکی
سوم	فضای اداری و ایدئولوژیک	قدرت	پزشک/مدیر-بیمار/اریاب رجوع	الگوی پدرسالارانه

## بحث

پزشکان برگزیده در این مطالعه به علت ایجاد عارضه یا نارضایتی بیمار از نتیجه مداخله، به دفعات مورد شکایت قرار گرفته بودند و در این مطالعه سعی شد الگوی رابطه آنها با بیمارانشان شناسایی و کشف شود. اولین یافته تحقیق این بود که همه این پزشکان در حوزه مداخلات زیبایی فعالیت داشتند. هر چند تعداد پزشکان این مطالعه اندک بودند و یافته‌های آن قابلیت تعمیم‌پذیری در خصوص وفور و شیوع مداخلات پزشکی با هدف زیبایی را ندارند، اما به کمک داده‌های سازمان پزشکی قانونی که نشان می‌دهد جراحی پلاستیک و ترمیمی دومین فراوانی را در میان موضوعات طرح‌شده در کمیسیون‌های پزشکی قانونی شهر تهران داشته است و نیز گزارش جامعه بین‌المللی جراحان پلاستیک در سال ۲۰۱۶ که نشان می‌دهد ایران در رتبه بیستم کشورهای است که در آنها بیشترین میزان جراحی‌های مختلف با هدف زیبایی انجام می‌شود (ایساپس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷)، می‌توان دریافت که قلمرو زیبایی اکنون یکی از حوزه‌های فعالیت مداخلات پزشکی است که علاوه بر منافی که برای پزشکان دارد، کژکارکردهایی همچون وقوع عوارض ناخواسته و نارضایتی بیماران و شکایت بیمار از پزشک را به دنبال داشته است.

با عروج پزشکی سرمایه‌داری، و با اتکا به دانش و فناوری نوین، پزشکی توانسته است قلمرو خود را بیش از پیش گسترش داده و به حوزه‌هایی ورود کند که تا پیش از آن در کنترل



مشاغل و حرف دیگر بوده است. با اتکا به آراء ناوارو می‌توان گفت، این «پزشکی شدن زیبایی»<sup>۱</sup> در شرایطی شکل گرفته که پزشکی خصوصی بیش از پیش مجال ظهور یافته است. در چارچوب آن گفتمان «پزشکی به مثابه یک تجارت» بر گفتمان سلامت همگانی غلبه کرده و آن را به حاشیه رانده است. اکنون در گفتمان پزشکی خصوصی و با کالایی شدن خدمات پزشکی، زیبایی یک صنعت سودآور قلمداد می‌شود که می‌تواند عواید قابل توجهی نثار پزشکان کند. در پزشکی‌ای که زیبایی به‌عنوان یک کالای سودآور عرضه می‌شود، الگوهای سابق رابطه پزشک و بیمار استحاله یافته و توزیع قدرت در این مناسبات دچار تغییر می‌شود. در چنین وضعیتی، آنکه روبه‌روی پزشک نشسته نه بیمار، که یک مراجع یا مشتری است که نقش او با نقش کنشگر بیماری که پارسونز تصویر می‌کرد، تفاوتی فاحش دارد. پزشک در مناسبات تجاری مبتنی بر پول، مجبور است با بیمار مدارای بیشتری نشان دهد و سفارش‌های او را برای انجام مداخله زیبایی اجرا کند. منفعت محوری ممکن است پزشک را به انجام مداخلات غیرضروری یا خطرساز برای بیمار ترغیب نماید که نهایتاً به شکل گیری تضاد بین دو کنشگر و شکایت بیمار از پزشک با موضوع قصور پزشکی منجر شود.

همان‌طور که در یافته‌ها ملاحظه شد سه سنخ از مطب و رابطه پزشک-بیمار شناخته شد که هر کدام ممکن است زمینه را برای قصور پزشکی و شکایت بیمار از پزشک فراهم کنند. در دو سنخ اول که مبتنی بر پزشکی تجاری هستند، بر اساس نظریه فریدسون می‌توان گفت، پزشک با انحصار بر دانشی که پروفشنالیزم پزشکی، انحصارش را به او سپرده است، می‌تواند نوع متمایزی از خدمات زیبایی را به مراجع ارائه نماید و از منافع و امتیازات مترتب بر آن نیز بهره مند گردد. رابطه او با بیمار از مناسبات بازار پیروی می‌کند و از فرض‌هایی که پارسونز برای رابطه پزشک و بیمار قائل شده، فاصله گرفته است. در اینجا پزشک دیگر یک کنشگر بی‌طرف که منافع بیمار را به منافع شخصی خود ترجیح می‌دهد، نیست بلکه به وضوح منافع خود را در اولویت قرار می‌دهد و همچون یک کاسب خبره، از روش‌هایی برای انعقاد قرارداد با مراجع استفاده می‌کند. او برای انجام معامله و دست‌یافتن به منفعتی که از چنین معامله‌ای می‌تواند عایدش شود، دو کار می‌کند: اول، از ارائه توضیح و گفتن عوارض مداخله پزشکی خودداری

می‌کند، چون احتمالاً توضیح دادن به بیمار را در تقابل با منافع خود تشخیص می‌دهد و بیم دارد که با گفتن عوارض و خطرات، بیمار از انجام پروسیجر منصرف شود. ثانیاً با تضمین دادن به بیمار/مراجع می‌کوشد او را به معامله ترغیب کند و با آنکه می‌داند تضمین دادن درباره نتیجه مداخله پزشکی خلاف موازین علمی است، اما از مرجعیت و اقتداری که حرفه پزشکی به او تفویض کرده استفاده می‌کند و به بیمار تضمین می‌دهد که نتیجه مطلوب خواهد بود و از عوارض هم چیزی نمی‌گوید. در واقع این فقدان شفافیت<sup>۱</sup> در پزشکی خود پیامد سیطره روابط بازار بر این حرفه است. در پزشکی مبتنی بر روابط بازار آنچه سرنوشت رابطه پزشک و بیمار را تعیین می‌کند، شکل گرفتن مبادله پول و مداخله پزشکی است. پزشک با هزینه‌ای که بر اساس جایگاه خود در سلسله مراتب علمی و نفوذ حرفه آیش، برای مداخله مشخص کرده، تعیین می‌کند که کدام بیمار می‌تواند با او در ارتباط باشد و کدام بیمار باید مطب را برای همیشه ترک کند. از طرفی جایگاه طبقاتی بیمار و میزان ثروت او برای ادامه رابطه با پزشک و برخوردار شدن از خدمات تخصصی او تعیین کننده است.

در سنخ سوم که رابطه پزشک مدیرمآب با بیمار است، مناسبات بازار کمتر حکم‌فرمایی می‌کند و پزشک به فرض بی‌طرف بودن و ترجیح منافع بیمار بر منافع شخصی وفادار مانده است، اما وجه برجسته چنین سنخی، رفتار و کنش پدرسالارانه پزشک است که رابطه‌ای عمودی با بیمار را شکل می‌دهد، بر جریان مشاوره پزشکی تسلط دارد و تصمیم‌گیر و تعیین‌کننده است. رابطه پزشک مدیرمآب فراتر از منافع شخصی و خیرخواهانه است، اما این خیرخواهی همراه با حفظ تسلط بر بیمار و اعمال قدرت مبتنی بر دانش است و نه یک رابطه برابر و مبتنی بر مشارکت دو طرف.

هر سه سنخ رابطه پزشک-بیمار در صورت برآورده نشدن توقعاتی که در بیمار شکل گرفته است، و فقدان مشارکت آگاهانه بیمار در فرآیند تصمیم‌گیری می‌توانند به رابطه شاکی-مشتکی عنه تغییر یابند. دو سنخ رابطه پزشک کاسب-بیمار مشتری و رابطه پزشک سرمایه‌دار-بیمار هم طبقه، به دلیل منفعت‌محوری و اتکای پزشک بر انگاره‌های پدرسالاری پزشکی، روابطی یک سویه هستند که با امتناع از ارائه توضیح درباره مداخله پزشکی مانع از فراهم شدن زمینه‌ای

شده‌اند که مراجع بتواند آگاهانه تصمیم‌گیری کند. آنها با شکل دادن توقعاتی که پشتوانه علمی ندارند و با نادیده‌گرفتن احتمال عوارض و نارضایتی پس از انجام مداخله، به بیمار وعده‌ای می‌دهند که ممکن است قابل تحقق نباشد. بنابراین دور از انتظار نیست که با عدم تحقق وعده‌های داده شده به بیمار، او به فکر احقاق حق افتاده و از پزشک شکایت کند.

موضوع دیگر الگوی پدرسالارانه رابطه پزشک-بیمار است که نه تنها در سنخ سوم یعنی در رابطه پزشک مدیرمآب با بیمار قابل استنتاج بود بلکه در دو رابطه دیگر نیز حکمفرما بود. این یافته منطبق با یافته‌های مطالعات پیشین است که نشان می‌دهند، الگوی پدرسالارانه رابطه پزشک و بیمار در ایران کماکان یک الگوی رایج و غالب است (کریمی و کیوان آرا ۱۳۸۶، ودادهیر ۱۳۹۱، رضی و کاظمی ۱۳۹۳، عسگری و همکاران ۱۳۹۳، شفعتی و زاهدی ۱۳۹۳).

در دو سنخ اول با توجه به اینکه بیمار/مشرتی، برای خرید مداخله پزشکی مراجعه کرده و انتظار می‌رود رابطه پزشک-بیمار به رابطه مصرف‌گرا که استوارت و روتر معرفی می‌کنند، نزدیک باشد؛ اما روابط قدرت در مشاوره پزشکی هنوز تا حدودی از الگوی پدرسالار تبعیت می‌کند و پزشک اداره‌کننده جریان مشاوره است و با اتکا به دانش پزشکی، بیمار را هدایت می‌کند. در سنخ سوم الگوی پدرسالارانه با وضوح بیشتری قابل ملاحظه است و پزشک در تصمیم‌درمانی تعیین‌کننده است، او جریان مشاوره را پیش می‌برد، تصمیم‌درمانی را اتخاذ می‌کند و از بیمار انتظار همکاری و تبعیت دارد. در چنین الگویی از رابطه، این احتمال وجود دارد که اگر عارضه‌ای رخ دهد، بیمار که کمتر نقشی در جریان مشاوره و تصمیم‌گیری درمانی داشته، پزشک را به تمامی مسئول بداند و با یاری گرفتن از ساختار حقوقی که امکان شکایت از پزشک را فراهم کرده، قدرت کم خود در رابطه با پزشک را در دادگاه جبران کرده و او را بر صندلی متهم قصور پزشکی بنشانند.

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه قدرت نابرابر در رابطه بین پزشکان دارای پرونده قصور پزشکی با بیمار قابل ملاحظه بود و علاوه بر آن منافع پزشک نیز به‌عنوان یک محور تعیین‌کننده در این رابطه دیده و درک شد. قدرت پزشکی در قالب رابطه پدرسالارانه به پزشک این امکان را می‌داد که در جریان مشاوره تعیین‌کننده باشد و به آن جهت بدهد. به دیگر سخن، سلطه پزشک در میدان مشاوره

پزشکی، موجب شده بود که او بتواند از بی طرفی مورد انتظار نقش پزشک فاصله بگیرد و با ارائه آن بخش از اطلاعات درباره مداخله پزشکی که با منافع شخصی‌اش مطابقت داشت، بیمار را به انجام مداخله هدایت نماید، بدون آنکه بیمار را از عوارض و تبعات احتمالی مداخله آگاه کند. این نتایج، مبتنی بر مشاهده رفتار و تعامل کنشگران فردی انجام بوده است، اما نمی‌توان از نظر دور داشت که تعقیب منافع شخصی پزشک در جریان مشاوره پزشکی، در ساختاری امکان پذیر شده است که از طرفی پزشکی را به سمت تجاری‌شدن سوق داده و آن را قادر به دست اندازی به قلمروهای جدیدی مانند زیبایی کرده است و از طرفی دیگر با پذیرفتن مفروضات حرفه‌گرایی پزشکی، سلطه پزشک بر بیمار و فقدان شفافیت پزشکی را شکل داده است. بر اساس نتایج این مطالعه، برای مقابله با مسأله قصور پزشکی لازم است تغییراتی در نظام مراقبت سلامت صورت گیرد که آن را به سمت پایان‌دادن به روند تجاری‌شدن پزشکی و حذف رابطه پولی بین پزشک و بیمار پیش ببرد و از طرفی با اصلاح رابطه پزشک و بیمار، زمینه مشارکتی شدن این رابطه و تبعیت از الگویی دموکراتیک فراهم شود.

**محدودیت‌ها:** به دلیل روش کیفی مطالعه و محدودبودن تعداد نمونه‌ها نتایج حاصل از این مطالعه قابلیت تعمیم ندارد و لذا باید در تعمیم یافته‌ها احتیاط کرد. برای رفع این محدودیت، انجام مطالعات با استفاده از سایر روش‌های کیفی در شناخت رابطه پزشک-بیمار می‌تواند کمک‌کننده باشد.

## منابع

- آدام، فیلیپ؛ هرتسلیک، کلودین (۱۳۸۵) جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس-دنیا کتبی، تهران: نشر نی.
- آرمسترانگ، دیوید (۱۳۸۷) جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه محمد توکل، تهران: حقوقی.
- اشرفیان بناب، مازیار (۱۳۸۸) ضروریات پزشکی قانونی، تهران: تیمورزاده.
- رضی، داود؛ سیمین کاظمی (۱۳۹۳) بررسی انواع رابطه پزشک-بیمار و میزان تجربه خشونت شغلی پزشکان در بیمارستانهای شهرستان خرم آباد در سال ۱۳۹۱، دومین کنفرانس ملی جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی، موسسه اطلاع‌رسانی نارکیش.
- سلطانی، کامران (۱۳۹۰) وضعیت قصور پزشکان، دو ماهنامه آرش، ۴۴: ۱۶-۱۷.

- شفعتی، معصومه؛ محمدجواد زاهدی (۱۳۹۳) تبیین جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار (مطالعه کیفی در شهر اهواز)، مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۸ (۱)، ۱۰۷-۱۳۹.
- صدر، شهاب‌الدین؛ محمدحسن قدیانی و علی‌اصغر باقرزاده (۱۳۸۶) بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته ارتوپدی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سالهای ۱۳۷۷-۱۳۸۲، مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۳ (۲)، ۷۸-۸۶.
- عسگری، روح‌الله؛ علی اکبرزاده مقدم و محمد کارگر و الهام طایفی (۱۳۹۵) بررسی الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار: مطالعه موردی در بیمارستان شهید صدوقی یزد. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، ۱ (۲)، ۱۰۳-۱۱۰.
- فلیک، اووه (۱۳۹۱) درآمدی بر تحقیق کیفی، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشرنی.
- کرمی، زهرا؛ محمود کیوان‌آرا (۱۳۸۸) بررسی الگوهای ارتباط پزشک و بیمار در بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک بیمارستان شهید بهشتی اصفهان-۱۳۸۶، گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، ۶ (۲)، ۱۴۹-۱۵۶.
- وبسایت ایرنا (۱۳۹۶) افزایش ۲۷ درصدی پرونده‌های قصور پزشکی در سال گذشته [اخبار]، بازیابی شده در ۲۵ تیر ۱۳۹۶، از: <https://plink.ir/SfgEV>.
- ودادهیر، ابوعلی؛ محمدحسن علایی و رقیه علایی‌خرام (۱۳۹۱) اهمیت زیست در مناسبات بیمار و پزشک: پژوهشی کیفی در الگوهای مشاوره پزشکان با بیماران مراجع از روستا به شهر در اردبیل. توسعه روستایی، ۴ (۱)، ۷۲-۸۴.
- Adamson, T Elaine et.al (1989) Physician communication skills and malpractice claims: A complex relationship. West J Med. 150(3):356-360.
  - Amzat, Jimoh and Oliver Razum (2014) Medical Sociology in Africa. London: Springer.
  - Bradby, H. (2012) Medicine, Health and Society. London: Sage.
  - Coburn D. (2015) Vicente Navarro: Marxism, Medical Dominance, Healthcare and Health. London: Palgrave MacMillan.
  - Collyer, F. (2015) The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine. London: Palgrave MacMillan.
  - Fielding, S. (1990) the social construction of medical malpractice crisis. Sociological forum. 5(2), 279-295.
  - Gabe, Jonathan and Michael Bury and Mary Elston (2014) Key Concepts in Medical Sociology. London: Sage Publications.
  - Hak, T. (1994) The interactional form of professional dominance. Sociology of health& Illness. 16 (4), 469-488.
  - Halpern, S. Anspach, R. (1993) The Study of Medical Institutions. Work and Occupations, 20 (3), 279-295.
  - Heritage, J. Maynard D. (2006) Communication in Medical Care Interaction between Primary Care Physicians and Patients. New York: Cambridge University Press.

- ISAPS. (2016) Demand for Cosmetic Surgery Procedures around the World Continues to Skyrocket USA, Brazil, Japan, Italy and Mexico Ranked in the Top Five Countries. [www.isaps.org](http://www.isaps.org).
- Kee, Janine and Hwee Sing Khoo and Issaac Lim, Mervyn Koh (2017) Communication skills in Patient-Doctor Interaction: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>.
- Moore, Philip and Nancy Adler and Patricia Robertson (2000) Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med*. 173 (4), 244-250.
- Morgan, Myfanwy (2008) The doctor-patient relationship. In D. L Patrick, & G. Scambler (Eds), *sociology of Applied to Medicine*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Balliere Tindall, Elsevier.
- Mulis, J. (1995) Medical malpractice, social structure, and social control. *Sociological forum*. 10(1), 135-163.
- Rogers, A. Pilgrim, D. (2005) *Sociology of Mental Health and Illness*. Berkshire: McGraw Hill education.
- Roter, D. (2006) The Patient-Physician Relationship and its Implications for Malpractice Litigation. *Journal of Health Care Law and Policy*. 9 (2), 304-314.
- Schleiter, Kristin (2009) Difficult Patient-Physician Relationships and the Risk of Medical Malpractice Litigation. *American Medical Association Journal of Ethics*. 11 (30), 242-246.
- Shrivastava, Saurabh RamBiharilal (2014) Exploring the dimensions of doctor-patient relationship in clinical practice in hospital settings. *Int J Health Policy Manage* 2014, 2 (4).
- Werner, A. Xiuling, Y. (2011) A Sociological perspective on the medical consolation. *Tidsskr Nor Legeforen*. 20 (131), 2032-2034.