

اقتدار پزشکی، از خشونت تا دگرفهمی؛ مطالعه‌ای قوم‌نگارانه در شهر تهران

علیرضا صالحی*، محمدسعید ذکائی**، ابراهیم اخلاصی***

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۴/۱۴ تاریخ بازنگری: ۹۷/۰۷/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۰۸

چکیده

رابطه درمانی بین پزشک و بیمار رابطه‌ای نابرابر است. بیمار در وضعیتی اضطراری ناگزیر از انجام توافقی با پزشک است که پذیرش طرح درمان و انجام آن و پرداخت هزینه‌ها را در برمی‌گیرد و پزشک برخلاف بیمار اضطراری برای پذیرش شرایط توافق ندارد. این موقعیت نابرابر ممکن است به اقتدار پزشک منتهی شود، به این معنا که پزشک با قرار گرفتن در موقعیتی برتر خواست و اراده بیمار را تابع خواست خود کند. یافته‌های این تحقیق که در سنت مردم‌نگاری انتقادی و بر اساس مصاحبه‌های نیمه ساخت‌یافته با عده‌ای از بیماران و پزشکان در شهر تهران انجام شده است نشان می‌دهند که در حوزه عمل درمانی پنج شکل اصلی اقتدار پزشکی را می‌توان به ترتیب زیر برشمرد: اقتدار فردی پزشکان که امتداد اقتدار آن‌ها در حوزه‌هایی غیر از حوزه عمل پزشکی است. اقتدار قهری که با نفی بدن زیسته و سوژگی بیمار پدیدار می‌شود. اقتدارگرایی پزشکی که با تحت سلطه گرفتن بیمار به کمک ترفندهای روانی امکان‌پذیر است. اقتدار حقوقی پزشکی که با تکیه بر پروتکل‌های درمانی و تأکید بر حقوق مدنی افراد به دست می‌آید و در نهایت اقتدار دگرفهم پزشکی که از تجربه شخصی پزشک و توان وی برای پرورش دادن رابطه‌ای شخصی با بیمار برمی‌خیزد.

واژگان کلیدی: اقتدار دگر فهم، اقتصاد انگیزشی، زندگی درونی، بدن زیسته، بدن بیولوژیک.

طرح مسأله

اقتدار پزشکی در سال‌های اخیر به موضوع بحث‌های فراوانی بین شهروندان، پزشکان و متخصصین علوم انسانی بدل شده است. در رسانه‌های جمعی مجازی و غیرمجازی پزشکان به صورت افرادی خودمحور ترسیم شده‌اند که به جز منافع شخصی خود به چیزی فکر نمی‌کنند و به این ترتیب با سو استفاده از موقعیت آسیب‌پذیر بیماران اراده خود را به آن‌ها تحمیل می‌کنند. پزشکان در برابر این اتهامات از خود دفاع کرده‌اند و انتقادهایی که به آن‌ها وارد شده را به ناآگاهی منتقدین از پیچیدگی عمل درمانی نسبت داده‌اند. به نظر این پزشکان رابطه درمانی رابطه‌ای حساس است که پزشک در آن مسئولیت ویژه‌ای بر عهده دارد و اقتدار پزشک و توانایی وی برای انجام درمان‌های ثمربخش دو موضوع درهم‌تنیده و غیرقابل تفکیک‌اند؛ بنابراین هر اقدامی برای کاستن از این اقتدار به شکلی اجتناب‌ناپذیر اثربخشی اقدامات درمانی را تهدید می‌کند و در نهایت به زیان بیماران تمام خواهد شد. داوری در خصوص این مسأله که آیا اقتدار پزشکی به ترتیبی که پزشکان مدافع آن استدلال می‌کنند پدیده‌ای اجتناب‌ناپذیر است یا اینکه به سادگی یک موقعیت نابرابر اجتماعی است که باید در جهت حذف و تخفیف آن حرکت کنیم داوری ساده‌ای نیست. با این حال حتی اگر استدلال برخی پزشکان مبتنی بر اجتناب‌ناپذیر بودن اقتدار پزشکی و پیوند درونی آن با درمان‌های موفق را بپذیریم، نمی‌توانیم از آسیب‌زا بودن این اقتدار چشم‌پوشی کنیم. اقتدار پزشکی که بیمار را تابع اراده پزشک می‌سازد پدیده‌ای است که از جنبه‌های متعددی نامطلوب به نظر می‌رسد.

ترس از مراجعه به پزشک و خوددرمانی‌های متعاقب آن از بی‌واسطه‌ترین نتایج اقتدار پزشکی‌اند. بنا بر گزارش‌ها چیزی حدود پانزده درصد از داروهای کشور بدون مشورت پزشک و به طور خودسر مصرف می‌شوند که آماري نگران‌کننده است.^۱ اگرچه که هزینه‌های درمان و بی‌اعتمادی برخی افراد به کارآمدی پزشکی مدرن از عوامل خوددرمانی‌اند ولی همان‌گونه که در بخش یافته‌های این پژوهش خواهیم دید بخشی از این گرایش اجتنابی را نیز می‌توان به تجارب دردناک قبلی بیماران از مراجعه به پزشک و خاطرات ناخوشایندی که از این رویارویی کسب می‌کنند مربوط دانست. اقتدار پزشکی در صورتی هم که به عدم مراجعه بیماران منتهی نشود ممکن است در میزان همکاری آن‌ها با پزشک و مسئولیتی که در درمان به عهده می‌گیرند مؤثر باشد. بیمارانی که در فضایی

1. High rates of self prescribed drugs in Iran. Retrieved from:
<http://www.dana.ir/news/1076666.html>

دوستانه و صمیمی‌تر درمان می‌شوند گرایش بیشتری به عمل کردن به توصیه‌های پزشک و ادامه دادن درمان تا رسیدن به نتایج قطعی دارند و کمتر درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند. علاوه بر این اقتدار پزشکی در سطوح بالاتر روابط اجتماعی و خارج از حوزه درمان نیز نتایج نامطلوبی به همراه دارد. پزشکان از جمله گروه‌های نخبه اجتماعی هستند که عملکرد آن‌ها خارج از حیطه تخصصی‌شان می‌تواند به‌عنوان الگوی تعهد اجتماعی و مسئولیت‌پذیری مورد استفاده قرار بگیرد و بخشی از یک تصویر بزرگ‌تر همیاری و نوع‌دوستی باشد. شکل دیگری از اقتدار پزشکی که امروز شاهد آن هستیم پزشکان را از این جایگاه ممتاز و پیش‌تر پذیرفته‌شده پایین می‌کشد و در جایگاه گروه فشاری قرار می‌دهد که در پارلمان و دستگاه‌های قضایی به دنبال چانه‌زنی بر سر منافعشان هستند. به‌عنوان یک نمونه مجادله‌هایی که مدتی پیش با مرگ عباس کیارستمی، کارگردان سینما، در رسانه‌ها آغاز شد وجهه پزشکان و هنرمندانی که دو سوی این مجادله بودند را تا اندازه زیادی تخریب کرد. پویش‌هایی که برخی هنرمندان و کاربران فضای مجازی ترتیب می‌دادند پزشکان را به شکلی تعمیم‌یافته مسئولیت‌گریز و عاری از عواطف انسانی جلوه می‌داد و واکنش متقابل پزشکان نیز حاوی اتهاماتی مانند کودک‌صفت و دروغ‌پرداز بودن گروه نخست بود. این مقابله تأسفاتبار درنهایت نتیجه‌ای جز به مخاطره انداختن سرمایه اجتماعی این گروه نخبگان به همراه نداشت.

با این وصف دقیق شدن در مفهوم اقتدار پزشکی، شنیدن روایت‌های طرفین درگیر در این مجادله و یافتن راه‌هایی برای رفع این اقتدار در صورت امکان و محدود کردن آن در صورت اجتناب‌ناپذیری می‌تواند زمینه فرونشاندن این تنش‌ها را فراهم و چشم‌اندازی از یک رابطه درمانی سالم‌تر و سازنده‌تر ترسیم نماید. برای این منظور نیازمند پاسخ دادن به پرسش‌هایی هستیم؛ آیا اقتدار پزشکی همان اقتدار فرد فرد پزشکان یا چیزی بیش از آن است؟ این اقتدار در چه بستری امکان ظهور پیدا می‌کند و عوامل دوام آنچه هستند؟ آیا اقتدار پزشکی در شرایط مختلف به یک‌شکل اعمال می‌شود یا اشکال مختلفی دارد و سرانجام این‌که آیا رهایی از اقتدار پزشکی ممکن است یا اینکه این اقتدار پدیده ایست اجتناب‌ناپذیر.

چارچوب مفهومی

یک فهم رایج و ناکافی از اقتدار پزشکی، فهمی است که مناسبات اقتدار بین پزشک و بیمار را برحسب اقتداری که پزشک در سایر میدان‌های کنش اجتماعی به دست آورده است تحلیل می‌کند. از این چشم‌انداز پزشکان در مطب و درمانگاه واجد اقتدارند چراکه بیرون از این موقعیت‌های مکانی و در سایر موقعیت‌های کنش اجتماعی نیز از اقتدار بهره‌مندند. اقتدار پزشکی در این معنا یک تصویر مینیاتوری از اقتداری است که پزشکان در مناسبات کلان اجتماعی دارند. اگر بخواهیم از ادبیات بوردیو^۱ در این بحث وام بگیریم می‌توانیم پزشکان را افرادی بدانیم که صاحب سرمایه‌های متکثری هستند. آن‌ها به منابع وسیعی از سرمایه فرهنگی و نمادین (به‌واسطه در اختیار داشتن دانش و مهارت کمیاب و منزلت اجتماعی) سرمایه اجتماعی (به‌واسطه روابط گسترده اجتماعی با طیف گسترده‌ای از افراد که بیمارانشان را نیز شامل می‌شوند) و سرمایه اقتصادی (به‌واسطه گران و کمیاب بودن خدمات پزشکی) دسترسی دارند و از آنجاکه به تعبیر بوردیو منابع اصلی اقتدار در هر میدان سرمایه‌های خاص آن میدان هستند و نیز سرمایه‌های مختلف در شرایطی قابل تبدیل به یکدیگرند (Seidman, 1994)، پزشکان نیز با اعمال انحصار بر این سرمایه‌های گوناگون می‌توانند بر بیمارانشان اقتدار اعمال کنند. این رویکرد اگرچه بخشی از مسأله اقتدار را تبیین می‌کند بیش از آن که چیزی در مورد اقتدار "پزشکی" بگوید زمینه‌ها و ریشه‌های اقتدار «پزشکان» را توضیح می‌دهد.^۲ در همین شیوه تحلیل می‌توانیم وکلای دادگستری، هنرپیشه‌ها و سیاستمداران معروف یا یک کارآفرین موفق را جایگزین پزشکان کنیم و به همان مناسبات اقتدار برخاسته از سرمایه‌های متنوع فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی برسیم. به این ترتیب اقتدار وکلا و پزشکان و بازیگران سینما تفاوتی ماهوی باهم نخواهد داشت و به همین سبب چنین تحلیلی مقصود ما را در این تحقیق برآورده نخواهد کرد. برای فهم اقتداری که خاص میدان عمل پزشکی است نیازمند جستجوی ریشه‌های این پدیده در حوزه‌ای هستیم که آن نیز مشخصاً با عمل درمانی در ارتباط است؛ دانش پزشکی و تفسیرهای گوناگونی که کنشگران میدان از آن دارند. امتیاز چنین رویکردی این است که تحلیل اقتدار پزشکی را از سطح بدرفتاری‌های موردی پزشکان فراتر می‌برد و نحوه

1. Pierre Bourdieu

۲- به همین دلیل در این مقاله عبارت اقتدار فردی پزشک یا پزشکان به نفوذ عامی ارجاع می‌دهد که در آن مورد خاص تصادفاً در اختیار یک پزشک قرار گرفته و اقتدار پزشکی به مواردی از اقتدار اشاره دارد که اختصاصاً با توجه به عمل درمانی معنا پیدا می‌کند و خارج از حوزه عمل پزشکی امکان پدید آمدن ندارند.

ساخته شدن آن را در تعامل کنشگران نشان می‌دهد. در این رویکرد شیوه عمل کنشگران تحت تأثیر درک آن‌ها از سلامت و بیماری تصور می‌شود و نه صرفاً توان آن‌ها برای به کرسی نشاندن اراده‌های شخصی. به این ترتیب ما از تصور ساده انگارانه «پزشک مستبد» و «بیمار ستمدیده» رها می‌شویم و منشأ اقتدار پزشکی را در مفروضاتی جستجوی می‌کنیم که در بدو امر ماهیتی ذهنی دارند ولی در تعامل پزشک و بیمار اقتدار پزشکی را به عنوان یک واقعیت عینی پدید می‌آورند.

بدن بیولوژیک و بدن زیسته

«این فقره عجیب نخواهد بود در نظر کسانی که می‌دانند انسان به صنعت خود بسی ادوات و دستگاه‌های جنبنده می‌تواند بسازد با اجزا و قطعات معدود و درحالی‌که در بدن هر حیوانی عده کثیری استخوان و عضله و عصب و شریان و ورید و اجزاء دیگر موجود است و بنابراین بدن را مانند دستگاهی خواهد انگاشت که خداوند آن را ساخته و تنظیم آن البته بهتر از دستگاه‌های بشری داده شده و با آن‌ها قابل مقایسه نیست و حرکاتی متعجب‌تر از حرکات دستگاه‌ها و ادوات مصنوع انسان از آن سر می‌زند.» (Foroughi, 2013)

قطعه بالا برگرفته از رساله مشهور "گفتار" است که در آن رنه دکارت^۱، فیلسوف فرانسوی، روش مطلوبش برای راه بردن عقل را به هدف رسیدن به دانشی روشن و قابل اتکا در مورد مسائل مختلف زندگی انسان توضیح می‌دهد. او در این بخش از رساله، پس از یک شرح مفصل از اجزای قلب حیوانات و روابط این اجزا باهم، در پیش گرفتن رویکردی تحلیلی و مکانیکی به بدن و تفکیک آن به اجزای خرد و یافتن علت هر بیماری در عملکرد این اجزا را نویدبخش شکل‌گیری نوعی از پزشکی می‌داند که پزشکی مرسوم دوران او در قیاس با آن بی‌فایده و ابتدایی خواهد بود. (همان) از نظر دکارت بدن انسان ماشینی است که توسط خداوند و بنابراین به بهترین شکل ممکن ساخته شده است و وظیفه پزشک و دانش پزشکی کشف اختلالات این ماشین پیچیده و رفع آن‌هاست تا عملکرد آن دوباره به شکل اولیه بازگردد. ادعای گزافی نیست اگر بگوییم آنچه دکارت به عنوان آرزو در رساله‌اش مطرح می‌کند در دوران معاصر به خوبی تحقق یافته است. دانش پزشکی امروز با مجهز شدن به ابزارهای گوناگون این توانایی را دارد که درون بدن و اجزای آن را تا اندازه‌های میکروسکوپی ببیند و از مکانیسم‌هایی که روابط این اجزا را هدایت می‌کنند پرده بردارد. بدنی که به این ترتیب تحت سلطه اندیشه مکانیستی قرار می‌گیرد به ابژه دانش تبدیل

1. Rene Descartes

می‌شود و به تعبیر هوی کرل بدن بیولوژیک است؛ بدنی که به‌صورت سوم شخص و زیر سلطه نگاه دیگری - دانشمند یا پزشک - پدیدار می‌شود و از دریافت‌های درونی‌اش تهی شده است. (Carel, 2008). بدن زیسته، مفهومی که کرل از اندیشه‌های مرلوپونتی^۱ وام گرفته، بدنی است که بر تجربه اوّل شخص متکی شده و جایگاه سوژگی است. این رویکرد برخلاف تفکر دکارتی از ایده بدن به‌عنوان یک ماشین و ابزار به حرکت درآمدن روح یا آگاهی عبور می‌کند و در عوض آن را جایگاه استقرار آگاهی می‌داند. بدن زیسته عرصه تلاقی آگاهی فردی و محیط پیرامونی است که رویدادهای ذهنی در آن برجسته‌اند و روابط درون ذهنی در آن عینیت می‌یابند. (همان) کرل که خود طی یک دوره طولانی بیماری تأملاتش را در باب وضعیت فرد بیمار در جهان منتشر کرده، روایتی خواندنی از رویارویی این دو تفسیر از بدن را به دست می‌دهد و ما نیز در این تحقیق خواهیم دید که چگونه کشمکش بین دو تجربه اوّل شخص و سوم شخص از بدن می‌تواند منشأ اقتدار پزشکی باشد.

دگر فهمی و درمان

بدن زیسته و بدن بیولوژیک دو موضوع اصلی علم پزشکی هستند و اینکه پزشک به کدام‌یک از این دو توجه نشان بدهد تعیین‌کننده روش‌های درمانی است که در پیش گرفته می‌شود. به‌زحمت می‌توان انکار کرد که در جوامع امروزی این بدن بیولوژیک است که در مرکز توجه درمانگران قرار دارد و بازیابی کارکردهای جسمانی تقریباً معادل درمان شناخته می‌شود. با این حال صداهای مخالفی هم اینجواونجا به گوش می‌رسد و منشأ این مخالفت‌ها عمدتاً پژوهش‌های متخصصان علوم انسانی است. به‌عنوان نمونه پارسونز^۲ در روایتی که از نقش تاریخی جایگاه پزشک ارائه می‌دهد می‌کوشد عمل پزشکی را از یک تکنیک و مهارت فیزیکی به یک دانش تفهیمی بدل کند. وی با تبیین بیماری به‌عنوان اختلالی در ساختار و اقتصاد انگیزشی^۳ بیمار اولویت درمان را به بدن زیسته می‌دهند؛ از آنجاکه بیماری در بدو امر به دلیل ناتوانی فرد از تطابق با محیط پیرامونی ایجاد شده وظیفه اصلی پزشک بازگرداندن وی به وضعیت تطابق است (Parsons, 1982) و شیوه درمانی که این مهم از طریق آن تحقق می‌یابد شامل مراحل پذیرش بیماری، مجازسازی بیمار به ابراز بیماری،

1. Merleau-Ponty

2. Talcott Parsons

3. Motivational Economy

خودداری از مقابله و نهایتاً هدایت وی به وضعیت تطابق جدید است. (همان) این در حقیقت همان بحثی است که گادامر در باب بیماری و زیست جهان ارائه می‌دهد با استدلالی کم‌وبیش مشابه بیماری را اعوجاجی در زیست جهان بیمار می‌داند که مانع کامیابی وی از زندگی شده و پزشک تنها با قدم گذاشتن به درون این زیست جهان قادر به غلبه احتمالی بر آن است. (Gadamer, 1996). معنی تمام این گفته‌ها، اهمیت فوق‌العاده بدن زیسته بیمار در فرایند درمان است؛ تداعی‌ها و خاطره‌ها، عواطف منفی و مثبتی که تجربه می‌کند و چشم اندازی که به زندگی دارد. به همین دلیل آنچه پارسونز و گادامر توصیه می‌کنند در حقیقت نوعی دگرفهمی^۱ است. نوعی از پزشکی که با گوش دادن به بدن زیسته بیمار او را از سلطه نگاه عینی دانشمند آزاد می‌کند و بنابراین مناسبات دیگری با اقتدار پزشکی پیدا می‌کند.

پزشکی هنجارگذار

از زمانی حدود سه قرن پیش تا به امروز دانش پزشکی دچار تحوّل شده که به موجب آن دغدغه‌هایی فراتر از بدن زیسته و بیولوژیک پیدا کرده است و رویکرد متفاوتی به سلامتی و درمان دارد. طی روندی که از قرن هجدهم آغاز شد اختراع آنتی‌بیوتیک‌ها، کشف روش‌های ضد عفونی کردن در اعمال جراحی و مایه کوبی و ایمن‌سازی جمعیت منجر به ریشه‌کن شدن بیماری‌های عفونی شد که برای دوران طولانی تهدیدکننده جدی حیات بشری بوده‌اند. (Ronan, 1983) نتایج مثبتی که از این تحوّل‌ات به دست آمده کم‌وبیش روشن و بی‌نیاز از تشریح است: افزایش طول عمر و ارتقای چشمگیر کیفیت زندگی انسان در غیاب عفونت‌ها و بیماری‌های کشنده. باین حال این تحوّل‌ات نتیجه دیگری نیز به همراه داشته است؛ نهاد پزشکی در غیاب مسئولیت سنگین مبارزه با همه‌گیری‌های عفونی توان خود را معطوف به یک هدف کلان و اجتماعی می‌کند. این مأموریت به تعبیر فوکو^۲، شکل دادن به یک پزشکی پیشگیری است که بیماری‌های را قبل از به وجود آمدن مهار کند و ضمانتی برای محافظت از نیروی کار به‌عنوان اصلی‌ترین کالای موردنیاز جوامع امروز ارائه کند. فوکو در اثر مهم خود به نام زایش درمانگاه به ابزارهایی اشاره می‌کند که شکل‌گیری این پزشکی

۱- دگر فهمی را معادلی برای واژه empathy در نظر گرفته و تلاش کرده‌ایم با این انتخاب از اشتباه رایجی اجتناب کنیم که همدلی را معادل empathy قرار می‌دهد. همدلی یا هم‌حسی معادل واژه انگلیسی sympathy است که به‌جای درک شناختی متقابل در درک حسی متوقف می‌شود و به همین مناسبت از معنی مورد اشاره گادامر و پارسونز فاصله می‌گیرد.

2. Michel Foucault

جدید را ممکن کرده‌اند؛ حمایت و دخالت پلیس و تبلیغ دستورالعمل‌های مربوط به سلامتی و بهداشت در کلیساها و پادگان‌ها. (Foucault, 1994) همین ابزارها امروزه به شکل دیگری در حال عمل کردن‌اند؛ تابلوهای تبلیغاتی در مکان‌های عمومی که به مخاطبشان اعلام می‌کنند هرچند دقیقه چند نفر به دلیل ابتلا به نوع خاصی از بیماری متحمل چه صدماتی می‌شوند و پزشکانی که در رادیو و تلویزیون با مردم از بیماری‌های گوناگون و دلایل آن‌ها حرف می‌زنند. این پیام‌های بهداشتی اگرچه نوعاً بی‌خطر و حتی مفید به نظر می‌رسند ولی زمانی که به‌طور یک‌جانبه و افراطی ذهن افراد جامعه را بمباران کنند یک نتیجه نامطلوب به همراه دارند؛ بیماری به یک ناهنجاری و انحراف بدل می‌شود و پزشک جایگاه پیشین فرد روحانی را اشغال می‌کند که توانایی‌هایش از حد یک متخصص فراتر رفته و به معجزه و جادو تن می‌زند.^۱ به تعبیر پیتر میلر^۲ پزشکان در این وضعیت به مردان نظم و مردان قدرتی بدل می‌شوند که مانند جادوگران بدوی وظیفه بازگرداندن افراد به وضعیت بهنجار را به عهده گرفته‌اند. (Miller, 1987)

از بین نتایج مختلفی که این تحول تاریخی به همراه داشته^۳ قرار گرفتن پزشک در جایگاه فرد روحانی و فوق بشری بیشترین ارتباط را با موضوع بحث ما پیدا می‌کند. پزشکی که در این وضعیت نقش تبعیدکننده بیماری به‌جایی خارج از دیدرس و تضمین‌کننده سلامتی و کارکردهای بدن را به عهده گرفته استعداد زیادی برای ظاهر شدن در نقش موجودی با توانایی‌های غیرعادی دارد. بیمار نیز تحت تأثیر تبلیغاتی که به‌طور روزمره در معرض آن است از پزشک انتظار دارد که چنین نقش ناممکنی را ایفا کند. به عبارتی بیمار با پذیرفتن ضمنی و چه‌بسا ناخودآگاه این که بیماری او را در جایگاه فرد نابهنجار قرار داده است^۴ از پزشک می‌خواهد در نقش معجزه‌گر او را به جایگاه فرد بهنجار بازگرداند. چنین

۱- طبیعتاً ایده پزشک به‌عنوان جادوگر یک ایده قدیمی و مربوط به ابتدای تمدن انسانی است. اشاره ما در این بحث به ترفندهای رسانه‌ای است که تصویر پزشک-جادوگر را برمی‌کشند و دوباره در ناخودآگاه جمعی مستقر می‌کنند.

2. Peter Miller

۳- نتیجه مستقیم سیاسی این تحولات در واقع همان چیزی است که به آن پزشکی‌سازی جامعه (Medicalization of Society) نام می‌دهیم. عمیق شدن در این مفهوم ما را به سطوح کلان تحلیل اجتماعی هدایت می‌کند و مناسب ساختار این تحقیق نیست. با این حال در نظر داشتن آن می‌تواند برای فهم بهتر اقتدار پزشکی مفید باشد (Mohseni et al, 2006).

۴- یک نمونه جالب ماجرای است که زمستان سال ۱۳۹۶ در تهران رخ داد. بعضی کاربران شبکه مجازی ژست‌های یک هنرپیشه را در یک کنفرانس خبری مورد تمسخر قرار دادند. پس‌ازآنکه معلوم شد هنرپیشه مورد بحث به بیماری اوتیسم مبتلاست اعتراض‌ها متوجه کارگردان فیلم شد. به نظر بعضی معترضان کارگردان نمی‌بایست چنین بیماری را در معرض انظار عمومی قرار می‌داد!

تسلیم و تسلطی را می‌توانیم به‌عنوان یکی دیگر از ریشه‌های اقتدار پزشکی در نظر داشته باشیم.

کالایی‌شدن درمان و اخلاق حرفه‌ای

گذشته از شیوه‌های متفاوتی که برای رویارویی با بیماری وجود دارد، درمان در جوامع امروزی به نحو فزاینده‌ای در حال کالایی شدن است. این بدان معناست که پزشک، صرف‌نظر از این به کدام‌یک از جریان‌های فکری در بحث‌ها گذشته گرایش دارد، همواره در حال فروش مهارت پزشکی خود به‌عنوان کالایی در بازار است. به‌این‌ترتیب ارزش مصرفی درمان که برای بیمار به شکل بازایی تعادل زیستی، کارکرد یا حتی مصونیت از بیماری معنا می‌یابد نزد پزشک به ارزش مبادله‌ای پول در برابر زمان/مهارت بدل می‌شود. (Harvey, 2014) پزشک در جایگاه فروشنده متعهد می‌شود که درمان را به شیوه‌های تاییده شده علمی و باکیفیت استاندارد به انجام برساند و بیمار نیز در جایگاه خریدار متعهد می‌شود مبلغ مورد توافق را به پزشک بپردازد و از دستوراتی که پزشک به‌عنوان مکمل فرایند درمان به وی ارائه می‌کند تبعیت کند. خوشبختانه نظام قضایی و نهادهای دولتی ناظر بر درمان برای اجتناب از نتایج افراطی چنین رویکرد کالایی به‌سلامتی شهروندان منشورها و قوانینی را در نظر گرفته‌اند که به‌عنوان موانعی برای دست‌اندازی منطق بازار به حوزه سلامت عمل می‌کنند دادرهای جرائم پزشکی و سازمان تعزیرات حکومتی در موارد شکایت بیمار وارد عمل می‌شوند و پیش‌ازاین‌ها سازمان نظام پزشکی بر این رویه‌ها نظارت می‌کند. به‌عنوان نمونه راهنمای اخلاق حرفه‌ای پزشکان در سال ۱۳۹۶^۱ شامل دوازده فصل است که دستورالعمل‌های دقیقی در مورد کیفیت خدمات، حفظ اسرار بیمار، مدیریت خطای پزشکی و مسائلی مانند این‌ها ارائه می‌کند. بسیاری از این قواعد به شیوه‌هایی از عمل اشاره دارند که پزشک به‌تنهایی مسئول تحقق آن‌هاست ولی در مرکز این دستورالعمل‌ها یک اصل بنیادی به چشم می‌خورد که ناظر به تعامل پزشک و بیمار است و به‌طور مستقیم با مسأله اقتدار پزشکی ارتباط پیدا می‌کند. به‌موجب این اصل که رضایت آگاهانه نام دارد اعمال پزشکی تنها زمانی توسط نظام حقوقی موجه و قابل دفاع قلمداد می‌شوند که اطلاعات دقیق و کافی در مورد طرح درمان و نتایج احتمالی بین پزشک و بیمار مبادله شده باشد و بیمار با آگاهی کامل با انجام آن درمان مشخص موافقت کرده باشد. (Lotfi, 2010) به‌این‌ترتیب در شرایطی که درمان به سمت کالایی شدن میل

1. From: http://irimc.org/Files/A_d_s/Link/4ff82cfd-4755-4781-8528-4dccb3ac9f7f.pdf

می‌کند، نهادهای دولتی و قضایی به‌عنوان عوامل تنظیم‌کننده و تعادل‌بخش رابطه درمانی وارد عمل می‌شوند و در صورتی که صلاحیت پزشک از یک سو و رضایت آگاهانه بیمار از سوی دیگر محرز شده باشد وظیفه صیانت از حقوق طرفین را به عهده می‌گیرند. حضور نهادهای نظارتی در رابطه پزشک و بیمار به‌این ترتیب به یک عامل تأثیرگذار دیگر در مناسبات اقتدار پزشکی بدل می‌شود و آن را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.

روش تحقیق

ما در این تحقیق از روش قوم‌نگاری انتقادی^۱ استفاده کرده‌ایم. قوم‌نگاری انتقادی روشی کیفی و میدانی است که به‌طور خاص به هدف کشف فرایندهای ساخت یابی اجتماعی که موقعیت‌های نابرابر را تولید می‌کنند طرّاحی شده است. (Carspecken, 2001) ادعای اصلی نهفته در چنین رویکردی مانند سایر اشکال تحقیق میدانی این است که اقتدار پزشکی به شکلی طبیعی و پیشینی وجود ندارد.

جدول ۱: اطلاعات پزشکان مورد مصاحبه

Table1: Interviewed physicians' information

ردیف	تخصص	سن	جنس
1	بیماری‌های دهان	35	زن
2	دندان‌پزشک عمومی	54	مرد
3	پوست و زیبایی	45	زن
4	روان‌پزشک	45	مرد
5	دندان‌پزشک کودکان	34	زن
6	قلب و عروق	47	مرد
7	ترمیم و زیبایی دندان	39	زن
8	پزشک عمومی	26	زن
9	مجاری ادراری	37	زن
10	دندان‌پزشک عمومی	36	مرد
11	دندان‌پزشک عمومی	41	مرد
12	دندان‌پزشک عمومی	57	مرد
13	غدد درون‌ریز	45	زن
14	دندان‌پزشک عمومی	43	مرد

اقتدار پزشکی، از خشونت تا دگرفهمی ... ۱۴۵

بلکه در یک فرایند اجتماعی توسط کنشگران این میدان برساخته و بازتولید می‌شود. (Ritzer, 2002) ما با استفاده از این روش تلاش کرده‌ایم با بازخوانی معانی ذهنی که افراد حاضر در صحنه درمان - یعنی بیمار و پزشک - به کنش‌هایشان نسبت می‌دهند شیوه‌های گوناگون برساخت و بازتولید اقتدار پزشکی و همین‌طور اشکال گوناگون آن را کشف کنیم. جمع‌آوری داده‌ها در شهر تهران و در فاصله زمانی تابستان ۱۳۹۵ تا پاییز ۱۳۹۶ صورت گرفته است. ما طی این دوره زمانی مصاحبه‌هایی نیمه ساختاریافته با ۱۴ پزشک و دندان‌پزشک و ۱۱ نفر از افرادی که تجربه تحت درمان پزشک قرار گرفتن یا همراهی با فرد بیمار در مطب‌ها و بیمارستان‌ها را داشته‌اند ترتیب دادیم و گفت‌وگوهای غیررسمی فراوانی با بیماران و پزشکان در موقعیت‌های گوناگونی مانند مطب‌ها و مهمانی‌ها و اماکن عمومی داشتیم.

جدول ۲: اطلاعات بیماران مورد مصاحبه

Table 2: Interviewed Patients' information

ردیف	شغل	سن	جنس
1	مجری تلویزیون	35	زن
2	صدابردار	63	مرد
3	مدیر پروژه صنعتی	39	مرد
4	شهرساز	72	مرد
5	پرستار	33	زن
6	روانشناس تربیتی	53	زن
7	طراح فرش	35	زن
8	نقاش	29	مرد
9	تصویرساز	51	مرد
10	دستیار دندان‌پزشک	23	مرد
11	مدیر فروش	38	زن

نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت تعمدی انجام گرفته است؛ به این ترتیب که بعد از هر مصاحبه و گفتگو و پیاده کردن متن به سراغ کسانی رفته‌ایم که دیدگاه‌های متضاد یا کامل‌کننده دیدگاه‌های قبلی را فراهم کنند. این شیوه عمل به ما کمک کرد که به برخی از محدودیت‌هایی که در روند پژوهش با آن‌ها مواجه شدیم غلبه کنیم. به عنوان نمونه نیمی از مصاحبه‌های رسمی انجام شده در این تحقیق با دندان‌پزشکان انجام شده است و همین موضوع باعث نقصان داده‌های موردنیاز برای مفهوم‌پردازی بعضی اشکال اقتدار می‌شد که در

حوزه دندانپزشکی نمود کمتری دارند. ما با استفاده از نمونه‌گیری تعمدی توانستیم به پزشکیانی با تخصص‌های مختلف دسترسی پیدا کنیم که اگرچه تمایلی به مصاحبه رسمی نداشتند، حاضر بودند در یک گفت‌وگوی آزاد اطلاعاتی را در اختیارمان بگذارند که موردنیازمان بود. بخش دیگری از داده‌ها از طریق مشاهده میدانی در سه درمانگاه محل طبابت یکی از محققین به دست آمده است. در این درمانگاه‌ها تحقق در نقش مشارکت‌کننده مشاهده‌گر به مشاهده رویدادهای جاری و تظاهرات اقتدار پزشکی پرداخته است. مشاهده، مصاحبه و گفت‌وگوهایی که به این ترتیب انجام شده‌اند در خدمت تولید دو دسته داده‌های اصلی‌اند: ساختارهای عملی معنا ساز^۱ که نشان می‌دهند کنشگران چگونه با به کار بردن ژست‌ها، ریتم و لحن و تن خاص صدا و موقعیت‌گزینی‌های هدفمند در صدد استقرار یا مقابله با اقتدار بر می‌آیند. دعاوی اعتبار^۲ دسته دیگری از داده‌ها هستند که از گفت‌وگوهای کلامی بین کنشگران قابل استخراج‌اند و توضیح می‌دهند که کنشگران چگونه موقعیتی که در آن قرار گرفته‌اند را مشاهده، تفسیر و ارزش‌گذاری می‌کنند. (Carspecken, 2001) داده‌هایی که به این ترتیب تولید به دست آمدند در مرحله بعدی ضبط و پیاده شدند و سپس با توجه به سه مفهوم مرکزی کنش معنادار، فرهنگ و سیستم‌های اجتماعی که محورهای اصلی تحلیل در قوم‌نگاری انتقادی‌اند (همان) مورد تفسیر و بازخوانی قرار گرفتند. در این تفسیر تلاش کردیم نشان بدهیم کنش‌های بر سازنده اقتدار چگونه توسط عواملان و موضوع‌های این اقتدار فهمیده می‌شوند. در مرحله بعد در جستجوی پیوندی بین این معانی ذهنی و خوانش‌های پیش‌تر ارائه شده از دانش و عمل پزشکی برآمدیم و در نهایت تأثیر ساختارهای فرهنگی و دیگر میدان‌های اجتماعی بر این فرایند برساخت اقتدار را بررسی کردیم.

یافته‌های تحقیق

بازخوانی دعاوی اعتبار و تفسیر مواضع کلامی و غیرکلامی که پزشکان و بیماران مشارکت‌کننده در این تحقیق اتخاذ کرده‌اند نشان‌دهنده حضور دست‌کم پنج شکل مختلف اقتدار پزشکی است. از این پنج شکل اقتدار چهار مورد به‌طور خاص در حوزه درمان و عمل پزشکی قابل‌فهم‌اند و یک مورد اقتداری است که تصادفاً در این حوزه پدیدار شده و اختصاصاً به عمل پزشک مربوط نیست. ما در گزارش پیش رو تلاش کرده‌ایم در بدو امر به

1. Pragmatic Structures of Meaning

2. Validity Claims

بعضی از دعاوی اعتباری اشاره کنیم که توصیف کننده هر یک از این اشکال اقتدار پزشکی از منظر مشارکت کنندگان در تحقیق است و بعد از آن دعاوی اعتبار خود را به صورت استدلال‌ها و مشاهداتی آورده‌ایم که این گزیده مصاحبه‌ها را به هم متصل می‌کنند. ما در این تفسیرها به طور مرتب به مفاهیمی که در بخش چارچوب مفهومی ارائه شد بازمی‌گردیم تا فرایند برساخت اقتدار را نشان بدهیم؛ این که چگونه فهمی از سلامتی، بیماری و درمان در حین عمل کنشگران و تحت تأثیر ساختارهای حقوقی و اقتصادی و فرهنگی به شکل گرفتن اقتدار می‌انجامد؛ بنابراین دعاوی اعتبار مشارکت کنندگان و نویسندگان پاره‌های اصلی هر بخش را تشکیل می‌دهد و ارجاعات مفهومی در حکم ملاتی هستند که این پاره‌ها را به هم متصل و تصویر هر شکل خاص اقتدار را محکم می‌کنند.

اقتدار فردی پزشکان

بسیاری از مشارکت کنندگان این تحقیق اقتدار پزشکی را امتدادی از اقتداری کلان تفسیر می‌کنند که از سایر مناسبات اجتماعی به مناسبات خصوصی پزشک و بیمار تسری یافته است. در این وضعیت ما در سلسله مراتبی از قدرت روبه‌رو هستیم که این رابطه را از بیرون - و صرف‌نظر از ویژگی‌های خاص عمل درمانی در ارتباط با سلامتی و بیماری - تحت تأثیر قرار می‌دهند. (Mohseni, 2015) ما در این پژوهش از این تظاهرات اقتدار با عنوان اقتدار فردی پزشکان یاد کرده‌ایم. این انتخاب از این رو صورت گرفته که اقتدار تولیدشده تفاوت ماهوی با اقتدار سایر افراد متنفذ و صاحب منزلت اجتماعی ندارد. به گفته یکی از مصاحبه‌شوندگان:

«... من میدونم تو داری در مورد رابطه پزشک و بیمار حرف می‌زنی ولی...اون چیزی که باعث میشه این پزشک این مدلی با بیمار رفتار کنه یا بیمار اجازه میده پزشکه اینطوری باهاش رفتار بکنه...تحت تأثیر یک جوّ و یه بستر آماده شده ست. این بستره چیه؟ اون سیستم قانون گذاریه و مردم و پزشک. مجموع این جوّ باعث شده پزشک به خودش اجازه بده در سال دوم پزشکی خودش رو خدا بدونه و سر همه رو خریده، حالا که به تو رسیده به عنوان بیمار. تا قبل از این به تو به عنوان همسایه ش رسیده از بالا به پایین نگاه می‌کنه، فردا هم که به عنوان بیمار بری سراغش باز از بالا به پایین نگاه می‌کنه. انگار کله ت رو خریده، چرا؟ چون این جو رو اون سیکله براش درست کرده یعنی پزشک، قانونگذار و مردم» (بیمار ۱۱)

آنچه این مصاحبه‌شونده به‌طورکلی بیان می‌کند شامل مواردی است که در آن‌ها برخی پزشکان بیمارشان را از حقوق اولیه خود به‌عنوان یک شهروند محروم می‌کنند. پزشکی که بیمارانش را در صف انتظار قرار می‌دهد یا دسترسی آن‌ها به مدارک و پرونده‌های پزشکی را قطع می‌کند^۱ در حال اعمال چنین اقتداری است. یافته‌های تحقیقی که در شهر اهواز انجام‌گرفته نشان می‌دهند که برخی پزشکان بیماری‌های زنان عده زیادی از بیمارانشان را به‌صورت گروهی معاینه می‌کنند و به‌این‌ترتیب فضایی را که بیمارانش برای بیان مسائل خصوصی خود به آن نیازمندند از آن‌ها گرفته می‌شود. (Shafeghati, Zahedi, 2015) از دیگر مصداق‌های چنین اقتداری اعمال نفوذ بر رویه‌های دادرسی و از موضوعیت انداختن شکایات بیمارانش است. در یکی از مشاهدات ما در این تحقیق یک پزشک مسئول رسیدگی به پرونده‌های شکایت بیمارانش در سازمانی دولتی به یکی از دوستانش هشدار می‌داد که شکایت‌های واصل شده از بیمارانش در مانگاه او از حد معمول گذشته‌اند و "مدیریت آن‌ها سخت شده است" و به نظر می‌رسد که عبارت "مدیریت شکایت‌ها" بی‌کیفیت‌تر در جریان بوده به‌اندازه کافی گویا باشد. یک مورد خاص و خوشبختانه نادر اقتدار فردی پزشکان سوءاستفاده از اسرار بیمار است که ممکن است به اهداف مختلفی از جمله باج گرفتن از بیمار یا انتقام‌جویی شخصی صورت بگیرد. یک نمونه این سوءاستفاده عمل پزشکی بود که در جریان یک جدل رسانه‌ای پلاکاردی به دست گرفت و در متن آن هنرمندی مشهور را به استفاده از انواع مواد مخدر متهم کرد. از آنجا که این هنرمند پیش‌تر تحت درمان پزشک موردبحث قرار داشت بعضی مخاطبان اتهامات وارد شده را مطابق واقعیت دانستند و تلاش‌های فرد مورد افترا برای اعاده حیثیت به‌جایی نرسید. نمونه‌های اقتداری که به آن اشاره کردیم در حقیقت از سرمایه‌های متکثر پزشکان در ادبیات بوردیو نشئت می‌گیرند. پزشکان توان اعمال اقتدار را دارند چون افراد متنفذی هستند و از سرمایه‌های گوناگونی مانند حسن شهرت، روابط گسترده اجتماعی با سایر افراد صاحب منزلت سیاسی و اجتماعی و همین‌طور تمکن مالی بالاتر از متوسط جامعه برخوردارند. این سرمایه‌های متکثر که در صورت لزوم قابل‌تبدیل به یکدیگرند آن‌ها را قادر به اعمال نفوذ در شرایط بحران اقتدار می‌سازد.

۱ این عمل به‌موجب ماده ۶ فصل ۶ منشور اخلاق حرفه‌ای پزشکان تخلف قلمداد می‌شود.

اقتدار قهری

اقتدار قهری پزشکی را می‌توان به مواردی اطلاق کرد که در آن بدن زیسته به‌تمامی از حوزه عمل پزشک بیرون گذاشته می‌شود و بدن بیولوژیک جای آن را در مرکز عمل درمانی اشغال می‌کند. ما صفت قهری^۱ را از این رو به این نوع اقتدار نسبت می‌دهیم که در آن هیچ اثری از گفت‌وگو، توافق و استدلال دیده نمی‌شود و پزشک صرفاً با اتکا به زور و انکار اقتدارش را تثبیت می‌کند. دلیل امر نیز روشن است؛ تنها بدن زیسته و تجربی به‌عنوان جایگاه استقرار آگاهی است که می‌تواند طرف گفت‌وگوی پزشک باشد. هر آگاه این بدن-سوژه در یک رویکرد تقلیل‌گرا از جایگاه عینیت یابی عواطف و اندیشه‌ها به یک بدن-ماشین دکارتی بدل شود تنها وظیفه‌ای که برای پزشک باقی می‌ماند بازیابی کارکردهای آن است:

«وارد اتاق که شدم دکتر داشت اشاره می‌کرد به دستگاه و می‌گفت بفرمایید. رفتم وسایلم رو بذارم رو میل کنار اتاق و برگردم سمت دکتر و دستگاهش که تو همین فاصله سه بار باعجله گفت بفرمایید ... همین‌که کارش با دستگاه تمام شد و چشمم رو معاینه کرد هنوز چونه م رو از روی دستگاه برنداشته بودم که شنیدم از اون طرف دستگاه میگه به سلامت»
(مشاهده)

خشونت نهفته در دل این موقعیت خشونت‌ی فیزیکی نیست بلکه از نفی و انکار موجودیت اجتماعی مراجعه‌کننده حاصل شده است. بیمار ممکن است سؤال‌هایی در مورد بیماری‌اش داشته باشد یا به‌سادگی بخواهد از فرایند درمان و هزینه‌ها آگاه شود ولی پزشکی که به اقتدار قهری متوسل می‌شود در برابر این خواسته‌ها واکنشی تند نشان می‌دهد و یا اینکه آن‌ها را به‌کلی نادیده می‌گیرد. بدن بیولوژیک تمام توجه پزشک را به خود اختصاص داده و او هر شکلی از ابراز وجود بیمار را که هدفی به‌جز کشف و کدگذاری نشانه‌های بیماری داشته باشد بی‌مورد یا حتی مخل درمان می‌داند:

" با خانمم رفتیم پیش دکتر برای معاینه‌های بعدی، قبلاً شیمی‌درمانی شده بود و حالا می‌خواستیم ببینیم اوضاع چطوره. چند تا سؤال کردیم و گفت که وضعیت خوبه. آخر کار باز من چند تا سؤال پرسیدم

در مورد اینکه این بیماری اصلاً چطوری ایجاد میشه که برگشت به من گفت دیگه قرار نیست با هم درس پزشکی بخونیم. خیلی عصبانی شدم ولی به خاطر آرامش خانمم چیزی به دکتر نگفتم " (گفت و گو)

روایت این فرد معترض به اقتدار پزشکی همان روایت اول شخص مورد نظر کرل است. او می‌خواهد بداند که بیماری در چه مرحله‌ای است تا نگرانی‌های خود و همسرش را اداره کند و به احتمال زیاد به دنبال کشف منشأ بیماری است تا به زعم خود مانع تکرار آن و تهدیدات بعدی بیماری بشود. پزشک مورد اشاره در عوض تمام این دغدغه‌ها را ذیل یک روایت سوم شخص، یعنی دانش بیومدیکال^۱ پزشکی درک می‌کند. او با قرار دادن این روایت سوم شخص در برابر روایت اول شخص بیمار با یک مکانیسم انکارکننده بیمار را در موقعیت ضعف قرار داده است؛ بنابراین برای رمزگشایی از اقتدار قهری پزشکان می‌توانیم به دو کد زیر استناد کنیم: بدن بیولوژیک/بدن زیسته و روایت سوم شخص/اول شخص از بیماری. هرگاه در هر یک از این دوگانه‌ها دومی قربانی اولی شود بی‌مناسبات نیست که بگوییم با اقتدار قهری پزشک روبه‌رویم.

علاوه بر اشاره‌های بالا ما در این پژوهش به نمونه‌های زیادی برخوردیم که می‌توانند مصداق اقتدار قهری به حساب بیایند. شروع و پایان ناگهانی درمان یکی از این موارد است. قربانیان این اقتدار کسانی هستند که پیش از یافتن فرصتی برای گفت‌وگو با دندان‌پزشک یا متخصص بیماری‌های پوستی آن‌ها را در حال عمل بر روی دهان و بازویشان می‌بینند. یک نمونه تأسف برانگیز دیگر که خوشبختانه به نظر می‌رسد در حال از رواج افتادن باشد اعمال تنبیهی است که پزشک بر بیمارانی انجام می‌دهد که تصور می‌شود تظاهر به بیماری می‌کنند یا بیماری‌شان منشأ روان‌تنی دارد. یک نمونه از این شکل اقتدار قهری را در روایت سربازی شنیدیم که تعریف می‌کرد چطور در بهداری پادگان محل خدمتش به افرادی که به بهانه بیماری درخواست مرخصی داشتند آب مقطر به روش زیرجلدی تزریق می‌شد.^۲ در نهایت یکی از تظاهرات متداول اقتدار قهری پزشکی در این پژوهش تأکید افراطی و بی‌مناسبت بر پروتکل‌های درمانی بود که به نظر می‌رسد بیشتر به هدف از سر باز کردن بیماران در مواقع ازدحام مطب و درمانگاه صورت می‌گیرد:

1. Biomedical

۲- تزریقی دردناک در زیرپوست که هیچ اثر درمانی یا ضددرمانی ندارد.

«رفتم پلاستیک عکس‌ها رو از کیفم درآوردم و گفتم مامانم اینجوریه و داستانش اینجوریه گفت خود بیمار رو بیار.. گفتم متوجهم آقای دکتر ولی شما {عکس‌ها رو} ببینین که اصلاً من باید ارجاعم به مغز و اعصاب باشه؟ ... شما ببینین {این مشکل} اصلاً به تخصص شما مربوط میشه؟ من مادرم رو سخت می‌تونم جا به جا کنم ببینید اگر به تخصص شما مرتبط نیست من این همه راه نیارمش ... اصلاً حاضر نشد عکس رو در بیاره. خانم بفرمایین بفرمایین (تقلید بی حوصلگی پزشک مورد بحث) « (بیمار ۱۱)

پروتکلی که پزشک در روایت بالا به ظاهر به آن پایبند است در واقع بر یکی از اساسی‌ترین قواعد تشخیص بیماری‌ها مبتنی است: تشخیص و طراحی درمان بر اساس یافته‌های پاراکلینیکی^۱ و بدون معاینه مستقیم بیمار معتبر تلقی نمی‌شود. با این حال مراجعه‌کننده فوق به دنبال تشخیص بیماری مادرش نیست بلکه به سادگی می‌خواهد بداند آیا به فرد مناسبی مراجعه کرده یا نه. داستانی که بیمار برای پزشک تعریف کرده و اشاره او به سختی‌های جابه‌جا کردن مادر همه ذیل روایت اول شخص بیماری طرح می‌شوند ولی پزشک تمام این روایت را با استناد نا به‌جا به یک پروتکل درمانی طرد و اقتدار قهری‌اش را اعمال می‌کند.

دعاوی اعتباری که پزشکان مشارکت‌کننده در این تحقیق برای این رویکرد مکانیکی به درمان مطرح کرده‌اند طیف گسترده‌ای از کمبود وقت و تعدد بیماران تا دستمزد پایین و حتی رویگردانی برخی بیماران از تعامل و گفت‌وگو را در برمی‌گیرد. در عوض دعاوی اعتبار بیماران معترض به اقتدار قهری پزشکی کم‌وبیش مشابه است. آن‌ها اعتقاد دارند و بر این نکته تأکید می‌کنند که انسان یک ماشین نیست و قبل از درمان مکانیکی باید مورداحترام قرار بگیرد.

«الان در زایشگاه ... لوله رحم بیمار رو بستن و بعد از چند ماه اون خانم {مشکل داشته} و میره سونوگرافی معلوم میشه پنس جراحی اونجا مونده. خب معلومه که این خواسته کار رو انجام بده و بره. خب این انسانه

۱- Paraclinical. یافته‌هایی هستند که از طریق به‌جز معاینه مستقیم بیمار به دست می‌آیند: مانند عکس‌برداری یا آزمایش خون

ماشین نیست که درش رو باز کنی آچاری که جا گذاشتی رو برداری. این
انسانه، موجود زنده ست تو در قبالتش مسئولیت داری.» (بیمار ۶)

ماجرایی که این مصاحبه‌شونده تعریف می‌کند صرفاً به واسطه خطای پزشکی صورت گرفته نشان‌دهنده یک اقتدار قهری نیست. آنچه در این روایت اهمیت دارد ناآگاهی بیمار از خطای صورت گرفته است به نحوی که او تنها پس از مدتی طولانی و بروز بیماری و احتمالاً عفونت ثانویه از پنس جامانده مطلع می‌شود. پنس جراحی جا مانده و فراموش شده در این روایت، سنت‌های اشتباه کار گذاشته شده در روایتی دیگر، اندام‌ها و اعضای از بدن که جابه‌جا جراحی و قطع می‌شوند و پنهان کردن تمامی این وقایع از بیمار نشانه خشونت‌اند که بدن بیمار را از سوژگی تهی می‌کند و راه گفت‌وگو را بر آن می‌بندد.

اقتدارگرایی

موارد زیادی از اقتدار پزشکی را می‌توان یافت که در آن‌ها پزشک نه تنها با کاربرد زور و انکار بر بدن بیولوژیک بیمار مسلط نمی‌شود، بلکه در موقعیتی قرار می‌گیرد که اعمال اقتدار از او درخواست می‌شود. این همان تسلیم و تسلطی است که در بحث‌های قبل ذیل مفهوم پزشکی هنجارگذار به آن اشاره کردیم. پزشکان در جوامع امروزی کم‌وبیش جایگاه فرد روحانی را به خود اختصاص داده‌اند و بیماری به شکل یک نابهنجاری تداعی می‌شود که راه خلاصی از آن در اختیار پزشک است؛ بنابراین پزشک در نقش نجات‌دهنده واجد اقتداری بی‌حد و حصر می‌شود که بیمار با باور به دانش بدون نقص پزشک به او تفویض کرده است. این وضعیت شباهت زیادی به اقتدارگرایی سیاسی دارد که در نیمه اول قرن بیستم در اروپا پدید آمد. نظریه‌پردازانی مانند مارکوزه^۱، رزنبرگ^۲ و آدورنو^۳ نشان داده‌اند که چگونه گروه‌های بزرگی از مردم اروپا در جستجوی راه حلی برای خروج از نابسامانی‌های اقتصادی و اجتماعی این دوران اراده سیاسی خود را تابع اراده «پیشوا»یی کردند که تصوّر می‌شد برگزیده، آسیب‌ناپذیر و فوق بشری است. (Abendroth, 1967; Baker, 1994)

اقتدارگرایی پزشکی در مقیاسی خرد همان اقتدارگرایی سیاسی است، با این تفاوت که رکود اقتصادی و اجتماعی جای خود را به بیماری و پیشوا جای خود را به پزشک داده است. چنین مقایسه‌ای در بدو امر ممکن است افراطی و ناموجه به نظر برسد به همین

1. Herbert Marcuse
2. Arthur Rosenberg
3. Theodor Adorno

اقتدار پزشکی، از خشونت تا دگر فهمی ... ۱۵۳

مناسبت در ادامه به نشانه‌های همپوشانی این دو مورد اقتدارگرایی اشاره می‌کنیم که در این تحقیق به آن‌ها برخوردیم:

«.. الان شما همون بیماری که داری کار می‌کنی با یه بنز سی دویست بیا یه پارکینگ داشته باشه اون ببینه که تو از بنز پیاده شدی باور کنی همون کامپوزیت لب پر شده که گفتی رو میاد جلو با صدای آروم می‌گه ببخشید عذر می‌خوام اون کامپوزیت اینطوری شده ... ولی همون آدم ببینه تو از یه دویست و شیش پیاده شدی میاد اینجا زبونش هم اینقدر درازه» (پزشک ۱۰)

پزشکانی که مصرانه تلاش می‌کنند در هیئتی بر بیمار ظاهر شوند که در نظر وی دست‌نیافتنی می‌نماید در واقع در حال فراهم کردن اولین ابزارهای اقتدارگرایی پزشکی هستند. اگر بناست پزشک واجد توان فوق بشری و صاحب دانشی معجزآفرین قلمداد شود در اولین گام لازم است نحوه لباس پوشیدن، حرف زدن و حتی اتومبیلی که وی با آن به مطب رفت‌وآمد می‌کند با عامه مردم متفاوت باشد. به این ترتیب بسیاری از بیماران ممکن است این فاصله فرهنگی را که به‌سادگی با نحوه متمایز مصرف نشانه‌ها محقق شده به احتمال وجود توانایی و دانشی غیرعادی تعبیر کنند که درمان بیماری‌شان وابسته به آن است. فاصله‌گذاری بعدی نحوه استفاده از واژگان تخصصی و علمی است. این به عادت برخی از پزشکان اشاره دارد که در حضور بیمار و حتی در گفت‌وگوی مستقیم با وی از اصطلاحاتی استفاده می‌کنند که تنها برای پزشکان قابل فهم است. یکی از پزشکان مشارکت‌کننده در این تحقیق متوسل شدن بی‌تناسب به زبان تخصصی پزشکی را به‌عنوان یکی‌یکی از ابزارهای اقتدارگرایی پزشکی برمی‌شمرد:

.. وقتی تو با اصطلاح‌های قلبه و سلنبه {با بیمار} حرف می‌زنی.. بعد تو وقت هم نداری توضیح بدی تو پزشکی ورای آدمی هستی ... اون دیگه اصلاً خجالت می‌کشه اصلاً از سؤال یک‌به‌دو دیگه نمی‌ره.. اصلاً نمی‌فهمه تو چی می‌گی.. تو گیر دادی به اصطلاحات پزشکی که داری می‌گی فلان چیز نکروزه^۱ و فلان و فلان اون بدبخت اصلاً نیمدونه چی شد ... اون فاصله

۱- Necrosis: به معنای مرگ یافت زنده

تازه بیشتر هم میشه یعنی تو {بیمار} نه تنها هیچ چیزی { از حرفهای تخصصی دکتر} نمی فهمی ... منکوب هم میشی (پزشک ۹).

ما در مرور ادبیات نظری به تحقیقاتی برخورد کردیم که از وجود چنین گرایش نزد پزشکان پرده برمی داشتند. سلمانیان و همکاران در پژوهشی نشان داده اند که چگونه خودمحوری گفتار پزشکان به اندازه چشمگیری بیشتر از بیمارانشان است. یافته های این تحقیق نشان می دهند که پزشکان مشارکت کننده ده برابر بیشتر گرایش به کاربرد پاره گفتارهایی داشتند که راه را برای ادامه گفت و گو می بندد. (Salmanian et al, 2016) در یک تحقیق مشابه، چوب ساز و حسرتی به استراتژی های مقاومت بیماران در برابر خودمحوری هایی از این قبیل پرداخته اند و نشان داده اند که بیماران حقیقتاً در برابر چنین خودمحوری موضع می گیرند و تلاش می کنند بر صحنه درمان مسلط شوند (Choobsaz, 2014). این یافته ها تقویت کننده یافته های پژوهش حاضرند که نشان می دهند صحنه درمان دست کم در مواردی می تواند عرصه یک کشمکش تمام عیار باشد که در آن پزشک با در اختیار گرفتن فضای گفت و گو بر تمام فضای درمانی مسلط می شود و فاصله ای کلامی از بیمار می گیرد که تضمین کننده اقتدار اوست.

در نهایت سومین ترفند فاصله گذاری و جالب ترین آن ها، فاصله گرفتن از خود تجربه بیماری و گرفتن ژست رویین تنی است. مشاهدات ما نشان می دهد که بخش قابل توجهی از پزشکان کوچک ترین نشانه های ابتلای خودشان به بیماری را پنهان و از هر وضعیتی که آن ها را در چشم بیمار مستعد بیماری و آسیب پذیری شان بدهد اجتناب می کنند. برخی از این پزشکان مورد مشاهده در حین تلاش برای رفع نگرانی بیماران به هیچ وجه به تجربه شخصی شان از ابتلا به بیماری های مشابه اشاره نمی کردند^۱ و یک پزشک که به بیماری سختی مبتلا شده بود طی دوره طولانی درمانش وانمود کرد به مسافرت رفته است. این فاصله گذاری سوم تکمیل کننده فاصله گذاری های قبلی است و پزشک را کاملاً در موقعیت فرد مصون از بیماری و بنابراین مسلط بر آن تثبیت می کند.

علاوه بر انواع فاصله گذاری هایی که به آن ها اشاره کردیم، ترفندهایی مانند ترساندن بیمار و سرزنش او نیز در تثبیت اقتدارگرایی پزشکی مؤثرند. به همان ترتیبی که رهبران سیاسی با القای ترس به افراد تحت حاکمیتشان آن ها را مجاب به پذیرش اقتدار خود

۱- این رویکرد را مقایسه کنید با رویکرد فروشندگان لباس که بیشتر آن ها یک نمونه از کالای مورد معامله را قبلاً برای استفاده خود یا بستگانشان به خانه برده اند!

اقتدار پزشکی، از خشونت تا دگرفهمی ... ۱۵۵

می‌کنند، پزشکان اقتدارگرا نیز با سرزنش کردن بیمار به خاطر موقعیتی که در آن قرار گرفته است و یا بزرگنمایی و دادن اطلاعات غلط به بیمار او را در وضعیت ناامنی روانی هدایت می‌کنند که زمینه‌ساز تسلیم بی‌چون‌وچرا به آن‌هاست^۱. نتیجه تمام این ترفندها قرار گرفتن پزشک در جایگاهی فوق بشری و ایجاد توهم بی‌نقصی پزشک نزد بیمار است. رابطه اقتداری که به این ترتیب ایجاد می‌شود، برخلاف مورد اقتدار قهری، رابطه سوژه (پزشک) - اژه (بدن بیولوژیک) نیست بلکه رابطه‌ای حقیقی بین دو سوژه است که یکی از آن‌ها به سمت انحلال در دیگری پیش می‌رود.

اقتدار حقوقی

«از یه سال‌هایی حدود پنجاه شصت میلادی ... این شد که خیلی خب پزشک‌ها اقتدار دارن پس اگر اقتدار دارن همونقدر که دستمزد بالا می‌گیرند و احترام بالا دارند پس در قبال اشتباهاتشون هم باید پاسخگو باشن و این پاسخگویی شد سو کردن {جریمه مالی} ... نتیجه شکل گرفتن یک پزشکی محافظه کارانه ست از سوی بخش بزرگی از پزشکا که عمدتاً طبابت می‌کنن که سو نشن... پس ما اومدیم که این اقتدار رو تعدیل کنیم نتیجه شد اون پزشک بداخلاق از خودراضی دلسوزی که شجاعت داشت و خطر می‌کرد ولی بیمار رو به هر ترتیب نجات می‌داد، شد یه موجود محافظه کار که آسته بره آسته بیاد و تو چهارچوب پروتکل دارو بنویسه که گیر این چیزا نیفته ... یعنی از قضا سرکانگبین صفرا فزود...» (پزشک ۴)

مصاحبه‌شونده فوق که روان‌پزشک و دانش‌آموخته رشته علوم سیاسی است در بحث‌هایش از شایع شدن نوعی از محافظه‌کاری بین پزشکان ابراز نگرانی می‌کرد که در واکنش به اهرم‌های تعدیل اقتدار پزشکی به وجود آمده است. همان‌طور که پیش‌تر گفتیم در جوامع کنونی کالایی شدن درمان به موازات نظارت فزاینده دستگاه‌های قضایی و دولتی بر امر درمان وضعیت پیچیده‌ای را به وجود آورده است. به گفته رئیس سازمان نظام

۱- در مواردی این اقتدارگرایی ممکن است در جهت منافع بیمار به کار بیفتند؛ مانند وضعیتی که در آن فرد تشخیص پزشک مبنی بر عارض شدن یک بیماری خطرناک را نمی‌پذیرد و پزشک با توسل به بزرگنمایی مشکل و ایجاد ترس او را به ورود به درمان ترغیب می‌کند.

پزشکی تعداد ۶۰۰۰۰ نفر از پزشکان و دندان‌پزشکان کشور مطب خصوصی دارند^۱ و این رقم معادل دست‌کم نیمی از پزشکان و دندان‌پزشکان کشور است. علاوه بر این بسیاری از پزشکان بدون مطب در درمانگاه‌هایی کار می‌کنند که به‌صورت خصوصی اداره می‌شود؛ به‌عبارت‌دیگر بخش بزرگ‌تر افرادی که به حرفه طبابت مشغول‌اند هزینه‌های درمانی را به‌طور مستقیم و بی‌واسطه از بیمارانشان دریافت می‌کنند. از سوی دیگر نهادهای نظارتی که بناست اقتدار پزشک را کنترل کنند عمدتاً این کار را با ابزار جریمه‌های نقدی در صورت تخلف و در موارد معدودی از طریق توبیخ کتبی و شفاهی یا انفصال از خدمت و ابطال پروانه صورت می‌دهند. نتیجه این وضعیت آن است که پزشک دقیقاً به‌واسطه همان مکانیسم‌هایی که اختیارات او را در نقش فروشنده خدمات درمانی محدود می‌کنند، در این نقش تثبیت می‌شود. پزشک به فروشنده‌ای بدل می‌شود که در صورت تخطی نکردن از پروتکل‌ها و منشورهای اخلاقی و رسیدن به توافقی مشروع با بیمارانش از اقتداری برخوردار می‌شود که نظام حقوقی پشتیبان آن است. توضیحات یکی از مشارکت‌کنندگان در این تحقیق در مورد مشکلات رسیدن به این توافق مشروع می‌تواند روشن‌کننده بحث باشد:

«- {به بیمار} میگم بعد از اون دکتر چندتا دکتر رفتی که اومدی پیش من.. می‌فهمم این داره می چرخه که نظرات مختلف رو بگیره ... معمولاً {اشاره به قومیت} یا حساسن می رن ببینن این چی میگه، وسواسن، وسواس فکری دارن.

- یعنی این رو وسواس فکری می دونی؟

- آره دیگه مثل اینکه یکی یه پراید بخواد بخره من و تو سه چهارتا پراید می‌بینیم، یکیش رو می‌خریم اونا باید نود و پنج تا پراید ببینن آخر هم نمیتونه تصمیم بگیره» (پزشک ۱)

ما مصاحبه با این پزشک را در فاصله درمان دو بیمار انجام دادیم. او در معاینه بیمارانش با حوصله و دقت فراوان عمل می‌کرد. تمام شرایط درمان‌های مختلف از جمله هزینه‌ها و عواقب احتمالی هر یک را برای بیمار توضیح می‌داد و به سؤالات وی پاسخ کامل ارائه می‌کرد. در پایان این فرایند درمان بر اساس تصمیم نهایی بیمار انجام می‌گرفت و نهایتاً وی برای پرداخت هزینه‌های درمان به میز منشی هدایت می‌شد. شرایطی مانند رضایت آگاهانه

1. Retrieved from: <http://www.ghanoondaily.ir/fa/news/detail/18773>

بیمار، احترام به حق انتخاب وی و ارائه خدمات با کیفیت مطلوب به خوبی برآورده می‌شدند. با این حال تشبیهی که این پزشک برای توصیف دشواری رسیدن به توافق درمانی به کار می‌برد منطقی که اقتدار جدید پزشک بر آن استوار است را فاش می‌کند؛ این منطق همان منطق بازار است که به گفته مصاحبه‌شونده قبل توسط اهرم‌های نظارتی تحدید می‌شود. اقتدار پزشک در چنین وضعیتی یک اقتدار نهفته است. کافی است که بیمار به هر دلیل از پزشک شکایت کند تا این اقتدار فعال شود. در این صورت پزشک تلاش می‌کند تا با اثبات اینکه عملکردش در چهارچوب پروتکل‌های مصوب و اخلاق حرفه‌ای بوده است از خود دفاع کند و بیمار معمولاً بر صدماتی که متحمل شده است تأکید می‌کند و در صورت اثبات ادعای پزشک دعوا فیصله می‌یابد. اقتدار پزشکی در این معنا همان اقتدار نظام حقوقی است که در حوزه درمان پدیدار می‌شود.

پزشکانی که به این شکل از اقتدار پزشکی متمایل‌اند از اولین مواجهه با بیمار تا انتهای درمان برخوردی همراه با احترام و بی‌طرفی در پیش می‌گیرند. آن‌ها در مواجهه با خواسته‌های بیمارانی که ممکن است آن‌ها را ترغیب به اقتدارگرایی کند بر این نکته تأکید می‌کنند که وظیفه پزشک اطلاع‌رسانی و آگاهی بخشی به بیمار است و در نهایت مسئولیت انتخاب بین درمان‌های مختلف را بر عهده بیمار می‌گذارند. این پزشکان معمولاً به دقت، محدوده توانایی‌های خود و دانش پزشکی و امکان بروز حوادث غیرقابل پیش‌بینی را به بیمار گوشزد می‌کنند و به همین ترتیب در صورت بروز خطای درمانی مشکل پیش‌آمده را با بیمار در میان می‌گذارند و در رفع آن تلاش می‌کنند؛ به عبارت دیگر پزشکانی که اقتدار خود را به اقتدار نظام حقوقی و مقتضیات آن گره زده‌اند تقریباً همان افراد خوش‌مشربی هستند که هر "شهروند خوب" جامعه ما تمایل به درمان شدن توسط آنان را دارد. تنها یک نکته است که این تصویر بی‌نقص را به هم می‌زند؛ این پزشکان به فروشندگان محافظه‌کار بدل شده‌اند که وظایفشان را در ارائه خدمات درمانی در چهارچوب دستورالعمل‌ها انجام می‌دهند و از هر اقدامی که تأیید آن از سوی مراجع ذیصلاح مورد تردید باشد اجتناب می‌کنند. ریسک‌پذیری، خلاقیت و ویژگی‌های دیگری که "درمان به هر ترتیب «را از» ارائه خدمات درمانی" متمایز می‌کند و موضوع بحث بعدی ماست در عملکرد این پزشکان به چشم نمی‌خورد.

اقتدار دگر فهم

یک تصویرساز در گفت‌وگویی که با هم داشتیم به شیوه‌های رایج درمان پزشکی مدرن به تندی حمله کرد. او که تجربه سال‌ها تحصیل و کار در کشور فرانسه را داشت، می‌گفت علیرغم این‌که در جریان پیشرفت‌های علمی و شاهد آثار مثبت این پیشرفت‌ها در ارتقای سطح سلامتی افراد جامعه در یک کشور توسعه‌یافته بوده است، هنوز در مواجهه با حاذق‌ترین پزشکان نیز دچار دردسر می‌شود و نمی‌تواند به آن‌ها اعتماد کند:

«من پیش دکتر که میرم همیشه این مشکل رو دارم که نمیتونم بگم من خوش نیستم، همیشه از من سؤال می‌کنن که کجات درد می‌کنه. من خیلی وقت‌ها به این سؤال نمیتونم جواب بدم، فقط میتونم بگم سرحال نیستم، خوش نیستم» بیمار ۹

عجیب نیست که ما چنین نگرشی به مسأله بیماری و سلامت را در این مورد و همین‌طور در موارد دیگر بیشتر نزد هنرمندانی یافتیم که حاضر به مصاحبه و گفت‌وگو در مورد اقتدار پزشکی شدند. نگاه هنرمند نگاهی کل‌نگر و مبتنی بر درکی زیبایی‌شناسانه از امر نامتناهی است و شاید به همین دلیل باشد که این مشارکت‌کنندگان، با گسترش دادن مفهوم امر کلی در قالب واژگانی مانند خوش یا سرحال بودن به حوزه سلامتی و درمان، تفسیری از عمل پزشکی را که معطوف به کارکرد و بازتوانی اندام‌های منفرد است برنمی‌تافتند. این گرایش البته محدود به بیماران نیست. پزشکانی که درمان و طبابت را شکلی از هنر می‌دانند نیز با این رویکرد تفکیک‌کننده و مکانیکی سرسازگاری ندارند. این پزشکان سلامتی را با مفاهیمی چون بهره‌مندی از زندگی، انسجام و کامیابی درک می‌کنند و نه عملکرد بدون نقص ماشین/بدنی که منشأ اقتدار قهری نزد پزشکان دیگر است. با این حساب در قطب مخالف اقتدار قهری پزشکی می‌توانیم اقتدار پزشکی دگر فهم را قرار بدهیم؛ اقتداری که از به رسمیت شناختن روایت اول شخص بیمار از بیماری‌اش به دست آمده:

«آخر شب بود و بابا چشمش رفت.. یه تشنج گذرا بود ولی من پنیچ کرده بودم. زنگ زدم به دکترش و اصلاً نفهمیدم پشت تلفن چی گفتیم ... {دکتر} پا شد و اومد از همون اول خیلی خونسرد نگاه کرد و گفت چیزیش نیست و من همون موقع فهمیدم که این میدونسته مشکل {حادثی در کار}

نیست ولی انگار فهمید که ما به بودنش نیاز داریم همینطوری پا شد و اومد...» (گفت و گو)

آنچه سبب می‌شود برخی پزشکان به شیوه فوق عمل کنند همان درکی از بیماری و سلامتی است که در بحث‌های قبل به نقل از پارسونز و گادامر به آن اشاره کردیم. بیماری در ادبیات پارسونز یک وضعیت تطابقی و در تفکر گادامر حفره‌ای در زیست جهان بیمار است و روایت سوم شخص و عینی از بیماری اساساً از رویارویی با آن عاجز است. در این تعریف بیماری و همین‌طور سلامتی نه یکشی یا موضوع دانشی، بلکه یک فرایند به حساب می‌آیند؛ بنابراین آنچه اهمیت دارد توان یک فرد برای کامیابی و تطابق با مقتضیات زندگی روانی و اجتماعی‌اش است. ممکن است کسی با وجود اختلالات عملکردی در یک یا چند عضو و اندام فردی سالم باشد و فرد دیگری علیرغم توان کامل جسمی از بیماری رنج ببرد. پزشکی که به‌واسطه درمان بیماری‌های مزمن طی دوره‌هایی طولانی با خلقیات و افکار بیمارانشان آشنا می‌شوند به‌خوبی با این مفاهیم آشنا هستند:

«همه ما تصورمون بر آینه که سلامتی کامل یه قاعده اصلی زندگی ماست از بدو تولد تا مرگ و اگر بیمار می‌شیم یه چیز موقتی و مقطعی اتفاق افتاده.. {مردم}. فکر می‌کنن این {بیماری} چیزیه که عارض شده مثل لکه آیه که چسبیده و حالا دکتر قراره این رو بسابه و پاک بکنه... {در حالی که بیماری} بخشی از تحولات ماست و مسیری که داریم طی می‌کنیم. یه نوعی از زندگی ماست مخصوصاً بیماری‌های مزمن ... و وقتی هم اتفاق می‌افته باید هندلش کنی. باهاش زندگی کنی. کنترلش کنی...» (پزشک ۱۳)

زمانی که بیماری را به‌منزله یک فرایند و نه یک «چیز» یا «شیء» قابل تعمیر تصوّر کنیم ناگزیر به نگرش جدیدی به درمان خواهیم رسید؛ ما چیزها و اشیاء را موضوع عمل قرار می‌دهیم درحالی‌که فرایندها را پیش از عمل کردن، درک می‌کنیم و می‌فهمیم؛ بنابراین بیماری در این تعبیر باید در نخستین گام به‌عنوان یک فرایند درک شود و از آنجاکه این فرایندی است که یک سوژه آگاه از سر می‌گذراند درک این فرایند به‌واسطه فهم جهان ذهنی بیمار ممکن می‌شود؛ و این یعنی فهم بیمار به‌عنوان «دیگری» پزشک. سوژه‌ای با روایت اول شخص از بیماری‌اش که روایت سوم شخص و علمی پزشک از بیماری

را به چالش می‌کشد. دگر فهمی در حقیقت توانایی پزشک برای برقرار کردن صلحی میان این دو روایت است. فهم مشترکی از بیماری که به این ترتیب شکل می‌گیرد درمان را از تکنیک به یک هنر ارتقا می‌دهد.

نمایندگان اقتدار دگر فهم در تحقیق حاضر پزشکانی بودند که در حین درمان میدانی برای مشارکت همه‌جانبه بیمار باز می‌کردند. یکی از این پزشکان می‌گفت که بعد از گذشتن دوره‌ای از درمان و آشنایی با بیمار میزانی از آزادی عمل بیمار در انتخاب دوز درمانی دارو را مجاز می‌کند. استدلال وی این بود که «در هر صورت بیمار بدن خودش را بهتر از پزشک می‌شناسد». پزشک دیگری در مصاحبه‌ها عنوان کرد که زمانی را برای شنیدن شکایت برخی بیمارانش اختصاص می‌دهد، علیرغم اطمینان به این موضوع که منشأ ناراحتی این بیماران ذهنی و روان‌تنی است. این پزشک می‌گفت صرف مراجعه بیمار به وی به معنای وجود مشکلی است که ممکن است نیازمند مداخله باشد. گفته‌های این پزشک در حقیقت ترجمان همان ایده پارسونز است که ریشه بیماری را در اقتصاد انگیزشی مختل شده بیمار جستجوی می‌کند. نمونه دیگری از اقتدار دگر فهم گفته‌های یک جراح بود که به شدت از رواج بیش درمانی در جامعه ابراز نگرانی می‌کرد^۱. او باور داشت که جامعه پزشکی به جای برطرف کردن نیازهای درمانی در حال تولید نیاز برای مردم است و به همین سبب رسالت اصلی خود را فراموش کرده است؛ درمان بیمار به نحوی که کیفیت زندگی آنان در یک مقیاس کلی افزایش یابد. به نظر او بسیاری از درمان‌های انجام‌شده توسط پزشکان یکی از مشکلات بیمار را به بهای ایجاد چند مشکل دیگر حل می‌کنند و به همین دلیل کمکی به سلامتی بیمار نمی‌کنند.

گفته‌های این مصاحبه‌شونده را می‌توانیم به مثابه نقطه عزیمتی برای اقتدار دگر فهم درک کنیم؛ اقتدار دگر فهم در حقیقت نسبتی با توانایی پزشک برای خروج موقت از نقشش دارد. این به معنای وانهادن مسئولیت‌های حرف‌های نیست بلکه گویای این مطلب است که در ذهن فرد درمانگر دو مفهوم «پزشک به‌عنوان همراه» و «پزشک به‌عنوان پزشک» شروع به فاصله گرفتن از هم می‌کنند. پزشک به‌عنوان پزشک کسی است که روایت سوم شخص بیماری را تعقیب می‌کند و پزشک به‌عنوان همراه در حال گوش سپردن به روایت اول شخص بیماری است. تلفیق روایت‌های اول شخص و سوم شخص بیماری کشمکش اولیه‌ای

۱ - Overtreatment به معنای درمان بیش‌ازاندازه موردنیاز ممکن است به مواردی اشاره کند که یک وضعیت بینابینی یا پیشا-بیماری به‌عنوان بیماری گسترش‌یافته درمان شود و یا مواردی که درمان بدون هیچ ضرورتی انجام شود.

را که تولیدکننده اقتدار پزشکی بود برطرف می‌کند و شرایطی را ایجاد می‌کند که در آن ممکن است اساساً کاربرد واژه اقتدار غیرضروری به نظر برسد. به یک تعبیر هگلی^۱ اقتدار پزشکی دگرفهم اقتداری است که با نفی خود به‌عنوان اقتدار، خود را در مرتبه "آگاهی از وضعیت" قرار می‌دهد. معنای عینی این گفته این است که پزشک دست‌کم در مواقعی از محدوده‌های نقش پزشک خارج می‌شود و با نفی جایگاه خود به‌عنوان تعمیرکننده بدن بیولوژیک، در نقش همراه بیمار در مسیر بیماری و درمان ظاهر می‌شود. پزشک در این وضعیت همان اندازه به مهارت علمی خود متکی است که بر تجربه شخصی‌اش از همراهی بیماران دیگری در مسیرهای مشابه. توانایی پزشک در برقراری این تعادل بین جهان ذهنی خود و بیمار منجر به شکل گرفتن اعتمادی از جانب بیمار می‌شود که تضمین‌کننده این اقتدار است.

بحث و نتیجه‌گیری

آنچه شرح دادیم نشان‌دهنده طیفی از اقتدار پزشکی است که در یک‌سوی آن اقتدار قهری توأم با خشونت و در سوی دیگر اقتدار دگرفهم مبتنی بر گفت‌وگو و تفاهم قرار دارد. از این دو شکل اقتدار پزشکی اولی به‌واسطه انکار کامل بیمار در مقام سوژه آگاه حاصل می‌شود و دومی از طریق به رسمیت شناختن این سوژه و روایت اول‌شخصی که از بیماری ارائه می‌کند. اقتدارگرایی و اقتدار حقوقی دو شکل دیگر اقتدار پزشکی‌اند که در میانه این طیف قرار دارند. از این دو شکل حد واسطه، اقتدارگرایی اگرچه سوژه درمان را به رسمیت می‌شناسد ولی این بازشناسی به هدف شکل‌دهی به اراده این سوژه و تحت انقیاد قرار دادنش صورت می‌گیرد. در اقتدار حقوقی نیز شاهد بازشناسی سوژه درمان به‌عنوان خریدار درمان هستیم و این اقتداری است که ممکن است بیشتر محافظت‌کننده پزشک از شکایت‌ها و جریمه‌های احتمالی باشد و علیرغم ژست ظاهری‌اش ضرورتاً منافع بیمار را در نظر ندارد.

تقریباً تمام مشارکت‌کنندگان این تحقیق اعم از پزشکان و بیماران در این موضوع هم نظر بودند که در موقعیت بحران حیاتی بیمار، اشکال سخت اقتدار پزشکی - اقتدار قهری و اقتدارگرایی پزشکی - اجتناب‌ناپذیرند. بیماری که دچار ایست قلبی یا خونریزی داخلی گسترده شده است پیشاپیش و به‌واسطه بیماری به بدن بیولوژیکی بدل شده که موضوع دانش تفکیک‌کننده پزشکی بود. عملیات احیای قلبی و تنفسی در این موارد در حقیقت

1. Hegelian

نمونه‌ای از اقتدار قهری پزشک است که هیچ فرد عاقلی به مناسبت قهری بودن با آن مخالفت نمی‌کند. به همین ترتیب پزشکانی که بیمارانشان را در زمان ابتلا به بیماری تهدیدکننده زندگی در آستانه رها کردن درمان می‌بینند، تمایل دارند که با اغراق و ایجاد ترس در بیمار او را متقاعد به پذیرفتن درمان کنند. یک پزشک کودکان که بیمارش در وضعیتی بحرانی و به اصرار والدین از بیمارستان ترخیص شده و همان شب فوت کرده بود ابراز تأسف می‌کرد که چرا اقتدار لازم را به خرج نداده و با ترساندن والدین کودک آن‌ها را به ماندن در بیمارستان متقاعد نکرده است. این رویکرد اقتدارگرایانه‌ای در یک شرایط اضطراری به نظر قابل دفاع می‌رسد. باین حال زمانی که بیمار در وضعیتی نسبتاً باثبات قرار دارد و خطر آنی او را تهدید نمی‌کند حرکت به سوی اشکال ملایم اقتدار ضروری است. یک‌راه برای عقلانی کردن و کاستن از وخامت اقتدار پزشکی همان‌طور که اشاره شد در نظر گرفتن ملاحظات و ضمانت‌های حقوقی است که تا اندازه زیادی از سو تفاهم‌های ممکن بین پزشک و بیمار می‌کاهد. اقتدار حقوقی پزشکان آن‌ها را در موقعیتی قابل نقد قرار می‌دهد و ملزم به پاسخگویی می‌کند و به‌این ترتیب امکان این‌که حقوق بیمار مورد تعدی قرار بگیرد دست‌کم در موارد زیادی از بین می‌رود. باین‌همه همان‌طور که اشاره کردیم این شکل اقتدار علیرغم تمام فوایدی که دارد از آنجاکه بر پایه محافظه‌کاری پزشک در نقش فروشنده خدمات درمانی قرار گرفته نمی‌تواند حد نهایی تخیل ما در مورد رابطه پزشک و بیمار باشد. آنچه می‌توان به‌عنوان وضعیتی ایده‌آل به آن اندیشید همان اقتدار دگرفهم پزشک است. بیمار و پزشک با امتزاج افق‌های دیدشان و سهیم شدن در زیست جهانی مشترک رابطه‌ای را می‌سازند که اعتماد متقابل و اقتدار در آن به یک اندازه و در نسبتی با هم تولید می‌شود. این شکل نهایی اقتدار که با فهم دیگری پدیدار می‌شود به دلیل فضای مشترکی که پزشک و بیمار در آن قدم گذاشته‌اند، توأمان می‌تواند به رهایی از اقتدار نیز ترجمه شود.

تشکر و سپاسگزاری

در روزهایی که این مقاله ویرایش نهایی را از سر می‌گذرانند، آقای دکتر محمدعلی مرادی که از همفکری‌های وی در این پژوهش بهره زیادی برده‌ایم درگذشت. جا دارد ضمن تشکر و سپاسگزاری از آن مرحوم، این مقاله را به یاد و خاطره‌ی وی که همچنان در ذهن بسیاری زنده است تقدیم نماییم.

References

- Abendroth, W. (1967). *Fascism and Capitalism*; Translated into Persian by Mehdi Tadayyoni. Tehran: Sales Publication; 57, 133.
- Baker, TL. (1994). *Doing Social Research*; Translated into Persian by Houshang Naebi. Tehran: Ney Publication; 134.
- Carel, H. (2008). *Illness*; Translated into Persian by Ehsan Kianikhah. Tehran: Goman Publication; 59.
- Carspecken, Phil Francis. Walfors, Geoffrey (2001). *Critical Ethnography and Education*. UK, Oxford: Elsevier Science Ltd; 4, 9, 10, 16, 17
- Choubsaz, Y. Hasrati, M. (2014). *Physician and Patient Relationship from Critical Discourse Analysis Viewpoint*. Allameh Tabataba'i University Articles 280; 130.
- Foroughi, MA. *Chronicle of Wisdom in Europe*. Tehran: Zavvar Publication: 218, 219.
- Foucault, M. (1994). *The Birth of Clinic; An Archaeology of Medical Perception*; Translated into Persian by Yahya Emami. Tehran: Naghs-O-Negar Publication: 60.
- Gadamer, HG. (1996). *The Enigma of Health: The Art of Healing in Scientific Age*; Translated into Persian by Narges Tajik Neshatiyeh. Tehran: Roozegar-E-No Publication; 163.
- Harvey, D. (2014). *Seventeen Contradictions and End of Capitalism*; Translated into Persian by Aref Aghvami-Moghaddam. Tehran; Akhtaran Publication; 38.
- Lotfi, E. (2010). *From Conscious Consent to Conscious Choice: A Discussion in Commitment to Inform the Patiend in Therapeutic Relationship*. Medical Jurisprudence 11; 45.
- Miller, P. (1987). *Domination and Power*; Translated into Persian by Nikou Sarkhosh and Afhsin Jahandideh. Tehran: Ney Publication; 172
- Mohseni, N. (2010). *Medical Sociology*. Tehran: Tahouri Publication; 272-275
- Mohseni Tabrizi, A. Ghazi Tabatba'i, M. Vadadhir, A. (2008). *Medicalisation as a Game: An Analytic of Social Construction of Human Problems*. Cognition Quarterly 53; 289-324.
- Parsons, Talcott (1982). *On Institution and Social Evolution*. Chicago: The University Of Chicago Press; 146.
- Ritzer, G. (2002). *Cntemporary Sociological Theory*; Translated into Persian by Mohsen Solasi. Tehran: Elmi Publication; 237.
- Ronan, CA. (1983). *The Cambridge Illustrated History of the World's Science*; Translated into Persian by Hasan Afshar. Tehran: Markaz Publication; 594, 598.
- Salmanian, B. Mohammad Ebrahim, Z. Roshan, B. Baba Mahmoudi, F. (2016). *Physicians' Self-Centerd Discourse and the Role of Sexuality in Patient-Physician Communication*. Linguistic Inquiries 23; 139.

- Seidman, S. (1994). *Contested Knowledge*; Translated into Persian by Hadi Jalili. Tehran: Ney Publication; 198.
- Shafeghati, M. Zahedi, MJ. (2015). *Sociologic Insight to Patient-Physicians Relationship, A Qualitative Study in Ahvaz*. Iran Social Studies.8(1); 121.