

ضرورت هم‌افزایی رشته‌های پزشکی و غیر پزشکی، از جمله مقولات بین‌الذهانی در میان بیشتر اصحاب جامعه‌شناسی است؛ کارآمدی رویکردهای سلامت و درمان، مشروط به پاسداشت سایر وجوه انسان، مزید بر ابعاد زیستی و ذیل مفهوم «انسان یکپارچه» است. امر مذکور متضمن اتخاذ رویکردهای بین‌رشته‌ای و کاربست انواع فلسفه مضاف در روند جامعه‌پذیری کنشگران نظام سلامت خواهد بود، زیرا پرداختن به مضامین فرازیستی، در شرایط غلبه پارادایمی پوزیتیویسم، امری قریب به محال می‌نماید. براساس فرض اصلی مقاله، در صورت در نظر گرفتن الگوی زیست‌پزشکی، به‌منزله یک وجه خاص از معرفت قدسی، انتظار می‌رود «حاشیه‌ای شدن اخلاق در پزشکی»، که آسیب‌هایی نظیر «تقلیل طبابت از حکمت به فن»، «پزشکی‌سازی جامعه» و «کالایی شدن خدمات» از مهم‌ترین مصادیق آن هستند، به نحو مؤثری برطرف گردند. رفع پیامدهای مترتب بر محوریت بلاوجه رویکرد زیست‌پزشکی، منوط به ارائه صورت‌بندی جدید علوم پزشکی و علوم انسانی در وحدتی فراگیر با یکدیگر است. اصلاح آن‌دسته از ساختارهای آموزشی که بر پایه جدایی شاخه‌های علوم از یکدیگر تکوین یافته‌اند، نقطه شروع اصلاحات در این‌باره خواهد بود که در قالب یکپارچه‌سازی نظام آموزش عالی محقق می‌شود. مقاله حاضر، بر مبنای تقابل فکری میان «ترجیحات تخصصی در پارادایم زیست‌پزشکی» و «نیازهای فرازیستی انسان»، می‌کوشد از طریق تحلیل محتوای داده‌های کیفی، علاوه بر شناسایی مضامین مربوط، برداشت‌های تفسیری را با محوریت فرضیه مذکور، از طریق تأکید بر همبستگی اندامواره میان علوم پزشکی و علوم انسانی ارائه نماید.

■ واژگان کلیدی:

پزشکی مدرن، پارادایم وحدت علوم، اخلاق پزشکی، سلامت جامع‌نگر، جامعه‌پذیری، فرهنگ

نقد اخلاقی و اجتماعی پارادایم زیست‌پزشکی با تأکید بر تعامل علوم پزشکی و علوم انسانی

ابراهیم اخلاسی

استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی
eb.ekhlasi@gmail.com

۱. مقدمه و طرح مسئله

پارادایم‌ها به‌مثابه بنیادی‌ترین الگوی فکری و فرهنگی حاکم بر علوم، در حکم جهان‌بینی‌هایی هستند که نظریات علمی در قالب آنها تکوین پیدا می‌کنند. پارادایم‌ها ضمن دربرگرفتن کنشگران و کارگزاران رشته‌های علمی، چارچوب استدلال در محدوده رشته‌های علمی را مشخص می‌کنند. انگاره «زیست‌پزشکی» از پارادایم‌های مسلط در علوم سلامت، پیشگیری و درمان است که «بیماری» را بر مبنای میزان انحراف از متغیرهای بدنی زیست‌شناختی تعریف، شناسایی، اندازه‌گیری و تبیین می‌کند. در انگاره مذکور، ابعاد اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری «بیماری» جایگاهی ندارد؛ عینیت‌پنداری «بیماری» در پارادایم زیست‌پزشکی مرادف با در نظر داشتن «بیماری» به‌عنوان یک ماهیت مستقل از ابعاد اجتماعی و رفتاری بیماران است. تبیین «بیماری» در معنای پوزیتیویستی بر پایه فرایندهای بدنی مختل شده، اعم از روان‌فیزیولوژیکی یا زیست‌شیمیایی امکان‌پذیر می‌گردد. (اینگل^۱، ۱۹۷۷: ۱۳۰)

محوریت پارادایم زیست‌پزشکی به‌حدی گسترده است که سایر سنت‌های پزشکی تحت‌الشعاع آن قرار گرفته‌اند. دستاوردهای تشخیصی و درمانی پارادایم زیست‌پزشکی قابل انکار نیست؛ با وجود این، انگاره آموزشی برخاسته از الگوی زیست‌پزشکی و مناسبات پوزیتیویستی مندرج در آن، در معرض انتقادات هستی‌شناختی، انسان‌شناختی و معرفت‌شناختی متعددی قرار گرفته است. نقدهای اجتماعی و اخلاقی پزشکی مدرن، ناظر به انتقاد آنها از غلبه «واقع‌گرایی» و «عینیت‌گرایی علمی»^۲ و کنارگذاری رویکردهای انسانی و کل‌نگر پیشین در برخورد با بیماری است. رنج و درد، اعم از جسمانی و روانی، با سست کردن پایگاه اجتماعی و فرهنگی فرد، فعال شدن ملاحظات وجودی و مذهبی در شرایط بیماری را با خود به همراه دارد. در چنین وضعیتی، اتخاذ رویکرد سکولار در پزشکی، در مقایسه با رویکردهای جامع‌نگر، به نسبت امری ساده‌تر خواهد بود، چرا که دغدغه اصلی زیست‌پزشکی تنها محدود به «بدن» به‌منزله یک «شیء مکانیکی» است که به‌تبع آن با حاشیه‌ای شدن پیچیدگی‌های روانی و فرهنگی انسان، افراد بیمار به‌صورت فنی مورد بررسی قرار می‌گیرند. (فابریگا^۳، ۲۰۰۰: ۵۲۵) یکی از استنادات رایج در توجیه عدم صلاحیت پزشکان جهت ورود به مسائل فرازیستی و وجودی بیماران تعبیر معروف فروید با عنوان «من درمان‌گرم، نه روحانی» می‌باشد؛ از نظر وی، مقولات خارج از حوزه

1. Engel
2. Scientific-Objectivism
3. Fabrega

پوزیتیویسم در بهترین شرایط برخوردار از شفای ناقص‌اند که در پی عدم سنجش‌پذیری، باعث از دست رفتن عینیت و راه‌یابی ارزش‌های شخصی به درمان می‌شوند. (بواله‌ری، ۱۳۸۹: ۱۰۷) بر پایه این سنخ استدلال‌های درون پارادایمی، جدایی «پزشکی» و «اخلاق» از این جهت مورد دفاع واقع می‌شود که مقولات پزشکی، برخلاف مقولات حقوق و مذهب، «فارغ از ارزیابی اخلاقی» و نیز «واقعیت بنیاد» هستند. نتیجه کلی حاصل از استدلال‌های فوق‌الذکر، تبدیل بیمارستان‌ها به نمونه بارز «علم‌گرایی خودشیفته»^۱ بوده است. (ایللیج^۲، ۱۹۷۶) بیماران، به‌منزله دیگر طرف‌های درگیر در تصمیم‌سازی‌های بالینی، در بیشتر موارد متأثر از چشم‌اندازهای وجودی و مذهبی‌ای هستند که لزوماً با اصول اخلاقی، به شیوه‌ای مشابه با آنچه متخصصان پزشکی سکولار بدان می‌پردازند، همخوان نیستند. (هال^۳، ۲۰۰۳: ۲۸) در تبیین گرایش‌های فرازیستی رایج در میان بیماران می‌توان گفت هنگام بروز رنج و مصائب، چیزی وجود دارد که افراد را با سؤالات و ممکناتی فراسوی مسائل پیچیده و بغرنج آسیب‌های جسمانی مواجه می‌سازد که از آن به‌عنوان «کیفیت معنوی زندگی»^۴ یاد می‌شود. (کاب و رابشا^۵، ۱۹۹۸: ۱) به بیان دیگر، دریافت‌کنندگان خدمات درمانی، اعم از بیماران یا همراهان آنها برخوردار از نیازهای متنوع فرازیستی وجودی، فرهنگی و اخلاقی‌اند که تحت تأثیر گونه‌های مختلف جامعه‌پذیری در آنها نهادینه شده‌اند. به‌عنوان نمونه، علی‌رغم عرفی شدن روزافزون نهادهای پزشکی در ایالات متحده آمریکا، مع‌الوصف بسیاری از بیماران و کارکنان غیرحرفه‌ای نهادهای پزشکی، هنوز رویه‌ها و باورهای معنوی و اعتقادات مذهبی را حفظ کرده‌اند. (کارلین^۶ و دیگران، ۲۰۰۵) همچنین، روند تشکیل سازمان‌هایی که ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامتی بر مبنای موازین مذهبی هستند^۷، در حال گسترش است. (لرد و کیج^۸، ۲۰۰۷) شایان ذکر است اضطراب وجودی و عقاید مذهبی نحوه مواجهه بسیاری از بیماران با نهاد پزشکی و رویه‌های درمانی و مراقبتی را از خود متأثر می‌سازند. (شانون و کاکلر^۹، ۲۰۰۹: ۵) «اضطراب وجودی» ناظر به دغدغه‌های حاصل از تفکر درباره پرسش‌های بنیادین زندگی

1. Narcissistic Scientism

2. Illich

3. Hall

4. Spiritual Quality of Life

5. Cobb & Robshaw

6. Curlin

7. Religious Based Healthcare Organizations

8. Laird & Cadge

9. Shannon & Kockler

است. سؤالاتی نظیر «من چه کسی هستم؟»، «من چرا باید زندگی کنم؟» و «هدف و فلسفه زندگی چیست؟» همگی از جمله مهم‌ترین مصادیق دغدغه‌های وجودی انسان‌ها هستند. برخی از فیلسوفان وجودی از قبیل «سورن کیگگارد»^۱ و «فردریش نیچه»^۲ دغدغه‌های مذکور را از طریق تمرکز بر فرایندهای مورد استفاده افراد در مقام معنا دادن به زندگی مورد مطالعه قرار داده‌اند. «اضطراب وجودی» معمولاً هنگام فاصله‌گیری افراد از شرایط روزمره زندگی و «عادی بودگی» و نیز پرداختن به تأمل اساسی در مورد «وجود» خویشتن بروز و ظهور آشکار پیدا می‌کند. «اضطراب وجودی» می‌تواند در مواردی به شکل‌گیری احساس بیگانگی از زندگی و جهان و یا «مرگ آگاهی» منتهی گردد. نکته قابل ذکر درباره «معنای زندگی»، که ذیل «دغدغه‌های وجودی» انسان‌ها واقع می‌شود، این است که «معنای زندگی» نمی‌تواند بخشی از خود زندگی باشد، بلکه باید مقدم بر آن و نیز ماورای آن واقع شده باشد. از نظر علامه محمدتقی جعفری معنادار بودن زندگی انسان بدین مفهوم است که انسان جزئی از کل حقیقت عالم محسوب می‌گردد؛ این حقیقت صرفاً در کالبد مادی و زندگی محدود چندساله دنیا خلاصه نمی‌شود. از نظر وی، انسان به‌عنوان یکی از اجزای بسیار بااهمیت جهان هستی در یک آهنگ کلی «وجود» قرار دارد که از آغاز تا انتها هدفمند و برخوردار از نوعی مسیر معقول است. در حقیقت، وجود انسان مستند به حکمت و اراده کلی الهی است که در عرصه طبیعت جلوه نموده و شکوفایی‌اش در گرو مسیر انتخابی اوست؛ به این صورت که اگر انسان در مسیر الهی گام بردارد، شخصیتش به شکوفایی خواهد رسید و در حیاتی معنادار خواهد زیست. (جعفری، ۱۳۶۴؛ به نقل از رضازاده و رحمانی اصل، ۱۳۹۲: ۱۲۲) بدین ترتیب، معنای اصیل زندگی را تنها با استعانت از آموزه‌های دینی می‌توان بازشناخت. به عبارت دیگر، سنخیت میان «اضطراب وجودی» و «عقاید مذهبی» از این حیث است که دین به منزله تنها منبع فراهم‌آورنده پاسخ نهائی به سؤالات وجودی انسان، مشتمل بر «من کیستم»، «از کجا آمده‌ام»، «به کجا آمده‌ام»، «با کیستم»، «به کجا می‌روم» و «برای چه آمده‌ام» می‌باشد. حذف «اخلاق» و «دین» از زندگی و نیز در نظر گرفتن هر عامل دیگری به جز خواسته‌های آن دو به‌عنوان «فلسفه زندگی» به ترتیب به «ورشکستگی حیات» و «رسیدن به بن‌بست» منتهی خواهد شد. (جعفری، ۱۳۸۱؛ به نقل از رضازاده و رحمانی اصل، ۱۳۹۲: ۱۲۵)

1. Soren Kierkegaard
2. Friedrich Nietzsche

آگاهی افراد مدرن از تأثیرگذاری بی‌سابقه پزشکی بر روند حیات انسان‌ها، از طریق سازوکارهای گسترده «پیشگیری»، «مداخله» و «درمان» باعث تعیین‌کنندگی مضاعف آموزه‌های «فرازیستی»، از قبیل باورهای وجودی، اخلاقی و مذهبی در چگونگی تعامل آنها با نظام پزشکی، در مقایسه با گذشته شده است. با وجود این، اهمیت روزافزون باورهای مذکور منجر به نفی مطلق نظریه پزشکی از سوی بیماران در دنیای مدرن نگردیده است. بر همین اساس، ایجاد نوعی صورت‌بندی نظری جدید که به موجب آن نیازها و دغدغه‌های «فرازیستی» مراجعه‌کنندگان به نظام خدمات بهداشتی و درمان به‌صورت متوازن در کنار ملاحظات فیزیکی و جسمانی، مورد توجه قرار گیرد، از اهمیت محوری در آسیب‌شناسی نظام خدمات و درمان و «انسانی‌تر» ساختن آن محسوب می‌گردد. به استناد یافته‌های متعدد پژوهشی، نوع برداشت‌های وجودنگرانه، اخلاقی و مذهبی افراد می‌تواند روند سلامت آنها را به‌صورت معنادار تحت تأثیر خود قرار دهد؛ این در حالی است که ذیل مناسبات «پوزیتیویستی انگاره زیست‌پزشکی» پرداختن به این سنخ نیازها قریب به محال به‌نظر می‌رسد. مجموع مستندات فوق‌الذکر، ضرورت مطالعه درباره وجوه مختلف «نیازهای فرازیستی» بیماران با محوریت «سلامت کل‌نگر» در نظام پزشکی را تا حدود قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهد. مقاله حاضر می‌کوشد مسئله تناقض میان «الزامات پارادایم زیست‌پزشکی» و «نیازهای فرازیستی» را با طرح پرسش‌های پژوهشی زیر مورد مطالعه قرار دهد.

الف. مضامین ناظر به عملکرد حرفه‌ای و اخلاقی ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمان کدام‌اند؟

ب. مهم‌ترین بازاندیشی‌های وجودی قابل شناسایی در بین دریافت‌کنندگان خدمات درمانی کدام‌اند؟

۲. چارچوب مفهومی

مطالعه حاضر از نوع کیفی و اکتشافی است و استفاده قیاسی از نظریه‌ها در آن وجهی ندارد. هدف از طرح دیدگاه‌های تئوریک، ایجاد حساسیت نظری درباره مفاهیم اساسی مرتبط با موضوع پژوهش است. در این مطالعه، «بی‌اعتنایی زیست‌پزشکی به فلسفه و معرفت‌شناسی»، «مواجهه انسان‌ها با تضاد وجودی حاصل از مرگ آگاهی»، «سنت‌های پزشکی جایگزین» و «تکوین پارادایم‌های جدید مبتنی بر وحدت» عناوین برجسته‌ای هستند که ذیل آنها خوانش انتقادی پارادایم زیست‌پزشکی انجام خواهد شد.

بی‌اعتنایی زیست‌پزشکی به فلسفه و معرفت‌شناسی: مرور ادبیات نظری مرتبط با ماهیت اطمینان‌بالینی^۱ و مدیریت خدمات سلامت و درمان حاکی از، عدم التفات کنشگران فعال در پارادایم زیست‌پزشکی به «فلسفه به‌معنای حکمت»، به‌عنوان یکی از ارکان اصلی «حیات معقول» است. مراد از فلسفه (حکمت) آشنایی و معرفت به مبانی کلی جهان هستی و نیز آمادگی برای پاسخگویی به سؤالات واقع‌شده در فوق‌متغیرهای جهان هستی است؛ شناخت این متغیرات را رشته‌های مختلف علوم به‌عهده گرفته‌اند. از طرف دیگر، حس کنجکاوی انسان محدود به بررسی روابط ظاهری در مقام شناسایی واقعیات جهان نیست، بلکه می‌کوشد با عبور از جزئیات به کنکاش پیرامون اصول و مبانی واقعیات جهان بپردازد. (جعفری، ۱۳۹۴) مجموع این مباحث، ضرورت پرداختن به «قضایای عالی فلسفی» را نشان می‌دهد؛ به‌طور متقابل، به‌دنبال توجیحات ناصواب درباره اجتناب از تفکر پیرامون «چیستی فلسفه» و کارکردهای آن در پزشکی، فقط پرداختن به «طبیعت دانش بالینی» و رابطه مناسب بین «پژوهش علمی و رویه پزشکی» به‌منزله «امر مقبول» انگاشته می‌شود. (لاگلین^۲ و دیگران، ۲۰۱۰: ۲۴۹) تلقی تجربی از انسان نمی‌تواند «خصوصیات ذاتی و واقعی ماهیت انسان» را به‌خوبی بازنمایی کند. به‌عنوان نمونه، تلقی افراد از بیماری یا درمان به نوع تلقی آنها از «ماهیت انسان» بستگی دارد. برای مثال، اگر طبیبی دلشوره را به‌منزله یک بخش لاینفک از وضعیت انسانی در نظر بگیرد، تجویز بی‌درنگ داروی آرام‌بخش را برای درمان بیمار مضطرب درمان در پیش نخواهد گرفت. در واقع، از آنجا که انسان موجودی متفکر، خودآگاه و مختار است، نمی‌توان او را به‌هنگام بیماری، همچون «ماشین خراب شده» در نظر گرفت. اضطراب و افسردگی صرفاً نشانه‌های ناخوشایندی نیستند که لازم باشد پزشک آنها را از میان بردارد؛ بلکه ممکن است مولود احتیاج فرد به بررسی و تعدیل کل رویکرد خود به زندگی بوده باشند. (ولف و دیگران، ۱۳۸۰: ۱۴) با وجود این، در پی نگاه ماشین‌انگارانه به انسان در پارادایم زیست‌پزشکی و تأکید یک‌سویه به «دارو درمانی» و «جراحی»، حاشیه‌ای شدن و حتی انکار نقش «باورها» و دغدغه‌های بیماران، به‌عنوان یک نقیصه اساسی، در مناسبات درمان محقق شده است. این نوع دیدگاه «تقلیل‌گرایانه» و «مکانیکی» نسبت به بیمار از این پس رضایت‌بخش نخواهد بود. (ویلیامز^۳، ۲۰۰۸: ۳) به‌علاوه، در پارادایم

1. Clinical Evidence
2. Loughlin
3. Williams

زیست‌پزشکی، بی‌علاقگی به «معرفت‌شناسی» و «فلسفه علم» به میزانی گسترده است که به تبع آن سؤالات اساسی درباره ماهیت، محدودیت‌ها و نقش علم در رویه بالینی به اشتباه به مثابه «اموری واضح» پنداشته می‌شوند، به گونه‌ای که نیاز به ملاحظات جدی درباره آنها منتفی می‌گردد. به عنوان نمونه، فعالان حوزه اخلاقیات، به‌طور آشکار از روش‌های فلسفی، با دستاویز تمایز میان «اخلاق فلسفی» و «اخلاق کاربردی» اجتناب می‌ورزند، از نظر آنان، اخلاق کاربردی مولود فلسفه نبوده و تابعی از آن محسوب نمی‌شود؛ این گروه از نویسندگان، در مقام دفاع از «پزشکی مبتنی بر شاهد»^۱، امتناع از پرداختن به سؤالات «چرایی»^۲ و توقف در سؤالات «چگونگی»^۳ را مطرح می‌کنند و پرسش‌های فلسفی را در حکم «نسخوارهای فکری»^۴ و «ضد عقلانیت‌گرایی غیراقرایی»^۵ در نظر می‌گیرند. (لاگالین و دیگران، ۲۰۱۰: ۲۴۹) با وجود استدلال‌های فوق، کمبود مباحث در «فلسفه اخلاق»، جامعه پزشکی را با سردرگمی‌های بسیار روبرو ساخته است. پزشکان علیرغم این واقعیت که نه فیلسوف، نه دین‌شناس یا حقوقدان، بلکه مدیر مراقبت‌های بهداشتی و درمان‌گر بالینی‌اند، اما همواره با مسائل اخلاقی روبرو می‌باشند. بر این مبنا و نیز برخلاف تلقی رایج، آنان به‌طور دائم نیازمند شناخت بحث‌های فلسفی، دین‌شناختی و مسائل اخلاقی هستند تا تصمیم‌گیری‌های آنها بر مبنای اصول درست انجام پذیرد. در بحث از «مسائل اخلاقی» می‌توان به ردیلت «غرور»، به‌منزله آفت دانایی، اشاره کرد که به‌منزله یکی از آسیب‌های جامعه پزشکی شایسته تأمل و مطالعه است. «غرور» به‌ویژه در شرایطی که دانایی مورد نیاز جامعه است و هر کسی توان احاطه بر آن مفاهیم را نداشته باشد، حس خود برتری‌بینی را در افراد برمی‌انگیزد. بر همین اساس، یکی از مسائل اخلاقی مبتلابه در جامعه پزشکی، تکبر در مقابل بیمار است. (پورعباسی و توکلی‌بینا، ۱۳۸۹: ۶۰) مزید بر آنچه بیان شد، منزلت اجتماعی برتر و مرجح دانشمندان و برخی از نظام‌های حقیقت، از قبیل «جنبش مبتنی بر شواهد»، ضرورت فراتر رفتن آنها از وظیفه علمی محض و نیز ملاحظه «الزام اخلاقی» از سوی آنان، با هدف ساخت‌زدایی از نظام‌های قدرت را اقتضاء می‌کند. با همه این تفاسیر، علیرغم تأثیرگذاری چشم‌اندازهای فلسفی بر تصمیم‌های پیچیده اتخاذشده در سلامت عمومی، دیدگاه‌های مذکور به‌ندرت مورد تبیین واقع شده‌اند.

1. Evidence-Based Medicine (EBM)
2. "Why" Questions
3. "How" Questions
4. Intellectual Rumination
5. Moderate Anti-Intellectualism

وید^۱، ۱۹۹۹: ۱۵۱) این امر از آنجا ناشی می‌شود که علوم سلامت مبتنی بر شواهد به‌طور گسترده به‌عنوان تنها «حقیقت» موجود انگاشته می‌شوند. هنگامی که صرفاً یک روش تولید معرفت، در مقایسه با دیگر روش‌های متصور، ارتقا و اعتبار بیشتر پیدا کند، در آن صورت تقلیل تدریجی «علوم سلامت» به «علوم سلامت مبتنی بر شواهد» امری دور از انتظار نخواهد بود. (هولمز^۲ و دیگران، ۲۰۰۶: ۱۸۱) با این توضیحات می‌توان گفت بهره‌گرفتن علوم سلامت از منابع معرفتی فرهنگ و تمدن اسلامی، آن را در حکم «علم قدسی» و «متعالی» ظاهر خواهد ساخت؛ این سنخ از علوم، بی‌آنکه نافی عنصر رویه‌های تجربی و عقل جزئی‌اندیش باشند، بر پایه «متافیزیک» و «هستی‌شناسی دینی» پایه‌ریزی می‌شوند و لذا، «غایت‌محور» خواهند بود. اهتمام ذاتی «علم قدسی» معطوف به شناخت حضرت حق به‌عنوان مبداء کلی است. (نصر، ۱۳۹۲: ۲۷۳) «علم قدسی»، مشروط به مفهوم‌سازی صحیح از آن، به‌عنوان «علم غایی» درباره حق، نوعی ماوراءالطبیعه محسوب می‌شود که متضمن علم به اشیاء در مرتبه ذات ربوبی است. (نصر، ۱۳۹۲: ۲۷۶)

سنت‌های پزشکی جایگزین: رویگردانی بیماران از رویه‌های درمانی در پارادایم زیست‌پزشکی و گرایش به «پزشکان بدیل» یا «مکمل» می‌تواند حمل‌بر نارضایتی آنها از مدل‌های ماشین‌انگارانه پزشکی مدرن گردد؛ این امر، احیای سنت‌های پزشکی جایگزین را با خود به‌همراه داشته است. (ویلیامز، ۲۰۰۸) تمرکز مردم بر مواردی همچون سلامت محیطی، تمایل روزافزون به مواجهه طبیعی‌تر با مسائل سلامت، «رویکردهای کل‌نگر» مبتنی بر «نیروی حیاتی» و «درمان طبیعی»، به‌جای درمان‌های غیرشخصی در پزشکی متعارف، همگی از جمله مهم‌ترین دلائل گرایش به سنت‌های پزشکی جایگزین بوده‌اند. (جی و تورن^۳، ۲۰۱۱: ۴۶) به‌عنوان نمونه، بر اساس فراتحلیل‌های موجود، این اطمینان وجود دارد که طب سوزنی^۴ ممکن است در کنترل تهوع و دل‌آشوب پس از عمل جراحی^۵ ارزش قابل‌قبولی داشته باشد. به‌علاوه، طب گیاهی چینی، روند بهبودی مالاریا را ارتقاء می‌بخشد؛ «اثرات کنترل‌شده تصادفی با کیفیت بالا»^۶ از درمان‌های گیاهی چینی در معالجه

1. Weed
2. Holmes
3. Jay & Thorn
4. Acupuncture
5. Post Operative Nausea
6. High-Quality Randomized Controlled Trails (RCTS)

«سندرم روده تحریک‌پذیر»^۱ و «کارکردشناختی مختل شده»^۲ بهره می‌جوید. (یاور^۳، ۲۰۰۱: ۵۳۲) سنت آیورودا^۴ یا نظام طب کل‌نگر هندی، از دیگر سنت‌های پزشکی جایگزین است که به‌منزله یک گفتمان احیایی، در پی ایجاد ارتباطات میان ملی‌گرایی، هویت، مدرنیته، علم و پزشکی است، سنت مذکور از سه درون‌مایه «شرق‌گرایی انگلیسی»^۵، «ترکیب نظام‌های پزشکی» و «نهادینه کردن سنت پزشکی هندوها» تشکیل شده است. (گینسن^۶، ۲۰۱۰: ۱۰۹) سرانجام اینکه پزشکی بومیان آمریکا، در جایگاه یک سنت پزشکی جایگزین، مقولاتی نظیر «سلامت و شفای فرد و اجتماع به‌جای آسیب‌شناسی»، «تبیین‌های پیچیده از بیماری، در مقابل تبیین تقلیل‌گرایانه زیست‌شناختی از آن»، «محوریت پزشکی الهیاتی به‌جای نگاه خصمانه به بیماری» و «توجه به عنصر شهود به‌جای ملاحظه یک‌سویه نیروی عقلانی»^۷ را مورد تأکید قرار می‌دهد. مراد از «پزشکی الهیاتی»^۸ پرداختن به درس‌های حاصل از بیماری و نیز احتمال وجود پیام یا داستان در بیماری برای فرد بیمار است. همچنین، «شهود»^۹ ناظر به مبتنی بودن شفا (درمان) بر حقایق معنوی است. (کانگوا^{۱۰}، ۲۰۱۰: ۶)

مواجهه انسان‌ها با تضاد وجودی حاصل از مرگ آگاهی: «پزشکی‌شدن»^{۱۱} یک مفهوم جامعه‌شناختی است که تبیین بخش عمده‌ای از نقدهای وارد بر پارادایم زیست‌پزشکی به کمک آن امکان‌پذیر می‌گردد. اصطلاح مذکور بدین معناست که طیف گسترده‌ای از کنش‌های اجتماعی و انسان‌شناختی خارج از مقولات علوم پزشکی، با قرار گرفتن در قلمرو «اقتدار پزشکی»، از طریق تعاریف، ابزارها و مداخله‌های پزشکی کنترل و مدیریت می‌شوند. به‌عبارت دیگر، «پزشکی‌شدن» به معنای تفسیر تفاوت‌های زیست‌شناختی و طبیعی آدمیان در قالب انواع «پاتولوژی» و «هراس اجتماعی»^{۱۲} است. در فرایند «پزشکی‌شدن»، رویدادهای عادی زندگی نظیر فهم تولد، یائسگی و سالخوردگی تبدیل به «وقایع

1. Irritable-Bowl Syndrome (IBS)

2. Impaired Cognitive Function

3. Yawar

4. Ayurvedic Medicine

5. British Orientalism

6. Ganesan

7. Intellect

8. Theological Medicine

9. Intuition

10. Kangwa

11. Medicalization

12. Social Phobia

پزشکی» می‌شوند؛ بازشناسایی تنوع و تغییرات طبیعی عملکردهای عادی انسانی به‌مثابه اموری «آسیب‌شناسانه» منجر به از بین رفتن تسامح در قبال تنوع حیات انسانی و فهم آن شده است. (کانراد^۱، ۲۰۰۷: ۱۴۸-۱۴۷)

پدیده مرگ، یکی از مقولاتی است که در پارادایم زیست‌پزشکی تنها از منظر فرآیند طبیعی بدن پرداخته می‌شود؛ توجیه مادی و مولکولی مرگ بزرگی آن را در اذهان از بین می‌برد. خوانش مرگ به‌مثابه نوعی فرآیند زیست‌شناختی محض، بسیاری از آموزه‌های اخلاقی را در نظر فراگیران حرفه پزشکی از حیز ارتفاع خارج می‌سازد. (پورعباسی و توکلی بینا، ۱۳۸۹: ۶۰) «بحران فعلی در فهم معنی جسم» موضوعی است که باید مورد توجه قرار گیرد؛ بر همین اساس، امروزه در غرب، «بازیابی معنای جسم از نگاه دینی» مورد اقبال عمومی واقع شده است. تقابل با «دوگانگی ذهن و جسم» و ارزیابی مجدد «رابطه جسم و نفس» در اشکال مختلف «پزشکی قدسی» از مصادیق بارز تمایل عمومی علیه افراطی‌گری تمدن مدرن است. (نصر، ۱۳۹۲: ۳۱۰-۳۰۹) با عنایت به مقدمه مذکور، تبیین رابطه میان «پزشکی شدن» و «مرگ آگاهی» را می‌توان با سهولت بیشتر دنبال کرد. «مرگ آگاهی» و مضیقه وجودی حاصل از آن از جمله مدخل‌های اساسی در تحلیل جامعه‌شناختی پذیرش اجتماعی «پزشکی شدن» جامعه است. مناسبات فکری و رفتاری حاکم بر جهان مدرن با کاهش اقتدار مذهبی و نیز روایت‌های فراگیر از هستی، انسان و معرفت همراه شده‌اند؛ بدین ترتیب، چرایی «اهمیت بدن» در مناسبات مدرن متوقف بر تحلیل چگونگی مواجهه انسان جدید با «مرگ» می‌گردد. (شیلینگ^۲، ۱۹۹۳: ۱۸) توضیح اینکه گریزناپذیری مرگ، به‌مثابه یک امر فیزیولوژیک، باعث شده است صاحب‌نظران علوم انسانی، به‌ویژه در رشته‌های فلسفه، جامعه‌شناسی و روان‌شناسی آن را بیشتر از منظر سازوکارهای مواجهه انسان امروزی با مرگ مورد تحلیل قرار دهند. در این راستا، پیتر برگر ساخت زیست‌شناختی انسان را مرادف با ضرورت معنا بخشیدن به جهان و ساختارهای آن می‌داند که طی آن تناقض میان «ساخت جهان» و «فعالیت معنا بخشی» که متضمن دلالت‌های اساسی در رابطه بین بدن و مرگ است، به وقوع می‌پیوندد. (برگر^۳، ۱۹۹۰: ۵) به بیان دیگر، نیاز به معنای پایدار از یک‌سو و امکان‌ناپذیری زندگی در شرایط آگاهی از بی‌ثباتی واقعیت به تدریج ساخته شده اجتماعی از سوی دیگر، آدمیان را مجبور به اهمیت

1. Conrad
2. Shilling
3. Berger

بخشی دائم به واقعیات می‌گرداند. (ترنر^۱: ۱۹۹۲: ۱۱۷) از نظر وی، نیاز به نظام معانی ناشی از تضادی است که ریشه در «محدودیت‌های زیست‌شناختی» انسان‌ها دارد. (ترنر، ۱۹۹۲: ۱۴) بدین ترتیب، مرگ در حکم نوعی مسئله «وجودی» و «اجتماعی»، از ظرفیت چالش‌آفرینی برای جهان پیرامون و امور معنادار درباره «خودیت‌های تجسم یافته» برخوردار می‌باشد. (ترنر، ۱۹۹۲: ۱۱۸) نوربرت الیاس، امتناع افراد بزرگسال از آشنا ساختن کودکان با حقایق مرگ را شاخص‌ترین ویژگی نگرش تمدن مدرن به مرگ، به‌منزله یک حقیقت زیست‌شناختی، می‌داند. استدلال غالب در امتناع مذکور احتمال بروز آسیب‌های روحی در کودکان است. (الیاس، ۱۳۸۹: ۴۹-۴۴) از نظر وی، علی‌رغم ارتقاء تسهیلات بهداشتی، موفقیت علم پزشکی در افزایش طول عمر آدمیان و کاهش رنج جسمانی، نهاد بیمارستان با غریبانه‌تر ساختن فرایند «مردن»، جدایی محتضران از اطرافیان و مرگ در انزوا را فراهم ساخته است. (الیاس، ۱۳۸۹: ۱۳۳) الیاس مواجهه هستی‌شناختی انسان مدرن با مرگ را در قالب فرایند سه‌گانه «اجتماعی شدن تاریخی»، «عقلانی‌سازی» و «شخصی‌سازی» بازنمایی می‌کند. «اجتماعی شدن» ناظر به پنهان‌سازی کارکردهای طبیعی بدن است، تلاش برای تعریف بدن به‌عنوان امر اجتماعی و سرمایه‌گذاری در پروژه بدن، «مرگ» را آزردهنده‌تر می‌سازد. «عقلانی‌سازی بدن» متضمن «اجتناب ذهنی از مرگ» از طریق تمرکز بر شناسایی و کنترل محدودیت‌های جاری است. «شخصی‌سازی» ناظر تجربه بدن به‌مثابه یک «مورد»^۲ یا «محل بازرسی»^۳ است که با متمایز ساختن افراد از یکدیگر و نیز از جهان خارجی آنها را وادار به مدیریت بدن در مدرنیته می‌کند. (شیلینگ، ۱۹۹۳: ۱۸۷-۱۸۶) نظریات آنتونی گیدنر^۴ درباره مرگ، معطوف به «مشکلات هستی‌شناختی» عارض شده از طرف مرگ بر کنشگران مدرن است که در پی نابودی قطعیات سنتی جوامع ماقبل مدرن در جامعه مصرفی به‌وجود آمده است. وی در مقام تشریح متناهی بودن آدمی، از مفهوم «تضاد وجودی» استفاده می‌کند که به‌موجب آن، انسان‌ها به‌منزله جزئی از دنیای طبیعی، موجوداتی خودآگاه و مطلع از فانی بودن خویش در خارج از دنیا هستند. گیدنر ویژگی مذکور را «آگاهی وجودی از ناهستی» نام می‌نهد. (گیدنر، ۱۳۸۵: ۷۷) با عنایت به تأکید جامعه مصرفی بر کامجویی حاصل از بدن مدیریت‌شده، «پدیده مرگ» به‌مثابه

1. Turner

2. Case

3. Barrier

4. Anthony Giddens

چالش اساسی جامعه مصرفی محسوب می‌گردد؛ از طرف دیگر، مختصات مندرج در جامعه مصرفی، از قبیل تأکید بر زیبایی، جوانی، طرد سالخوردگی، ناتوانی و مرگ می‌تواند حمل بر نفی و انکار «حقیقت مرگ» از سوی آن قلمداد شود. (سِیْمور^۱، ۱۹۹۸: ۷)

تکوین پارادایم‌های جدید مبتنی بر وحدت: در تقابل با مفروضات پارادایم زیست‌پزشکی، دیدگاه‌های جدید در حال تکوین در فلسفه، انسان‌شناسی و جامعه‌شناسی، «دوتایی‌های» به‌جای مانده از قرن هفدهم میلادی را به چالش کشیده‌اند. (هافمستر^۲، ۲۰۰۱: ۱۱۳)

سکوندین^۳ (۲۰۰۰) ضمن ارائه پارادایم جدید، تفسیر تجربه و سازگار ساختن آن با تناقضات دو انگارانه با سابقه، نظیر «درونیت و بیرونیت»، «فرش و عرش»، «طبیعت و فوق طبیعت»، «لطف و گناه»، «مؤنث و مذکر»، «دلیل و احساس»، «بدن و روح» و «گذشته و آینده» را در قالب تئوری جدید «الهیات معنوی» مورد تأکید قرار می‌دهد. از اساسی‌ترین الزامات تئوری مذکور ایجاد زمینه مناسب و گشودگی لازم به‌منظور توجه به «چند رشته‌گرایی»، «فرهنگی‌گرایی متکثر» و «نظریات فراگیر کل‌نگر» می‌باشد. (گیوردان^۴، ۲۰۰۷: ۱۶۷)

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، مضمون اصلی دیدگاه‌های تئوریک مورد استفاده در این بخش از مقاله ناظر به تقابل‌فکنی میان «الزامات پارادایم زیست‌پزشکی» و «نیازهای فرازیستی کنشگران نظام درمان، به‌ویژه بیماران»، به‌عنوان عناصر مقوم نظام خدمات درمانی است. نتیجه کلی حاصل از این سنخ مباحث این است که اولاً: پارادایم زیست‌پزشکی و نیز رویه‌های تشخیصی و درمانی واقع شده در ذیل آن را نمی‌توان به‌منزله تنها رویه متصور در مواجهه با پدیده بیماری در نظر گرفت؛ علی‌القاعده، رویه‌های دیگری نیز در فهم، تفسیر و تبیین بیماری وجود دارند که بنا به دلایل مختلف، در مقایسه با رویه‌های مندرج در سنت زیست‌پزشکی، موقعیت حاشیه‌ای پیدا کرده‌اند؛ ثانیاً: انسان‌ها برخوردار از پاره‌ای نیازها و دغدغه‌های وجودی هستند که در شرایط بیماری، در قیاس با شرایط سلامت، به مراتب برجسته‌تر می‌گردند. الگوواره زیست‌پزشکی اصولاً قادر به ملاحظه دغدغه‌های مذکور نیست و آنها را در مناسبات درمان لحاظ نمی‌کند. اکنون با حساسیت نظری حاصل از خوانش دیدگاه‌های تئوریک بهتر امکان بازخوانی روشمند داده‌های کیفی جمع‌آوری شده از مراکز درمانی، شناسایی نوع روابط میان آنها و در نهایت، ارائه تحلیل‌های تفسیری قابل دفاع فراهم می‌گردد.

1. Seymour
2. Hoffmaster
3. Secondin
4. Giordan

۳. روش‌شناسی

مطالعه حاضر در بیمارستان‌های نمازی، حافظ، حضرت زینب^(س)، کوثر و مرکزی (MRI) شیراز، به‌عنوان میدان‌های پژوهش، به‌انجام رسیده است. در این پژوهش نظریه‌ها، معانی و برداشت کنشگران اصلی نظام خدمات پزشکی و درمانی درباره فعالیت‌ها، مناسبات حرفه‌ای و چالش‌های سلامت، بیماری و درمان، بدون تحمیل دیدگاه بیرونی بر آنها، بیان شده‌اند. جمع‌آوری داده‌های کیفی با استفاده از ابزارهای مختلف نظیر مرور اسناد، مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته، گفت‌وگوی غیررسمی و تصویربرداری انجام شده است. داده‌های جمع‌آوری شده بر پایه روش تحلیل محتوای کیفی مضمون‌بندی و تحلیل شده‌اند. بدین ترتیب، ماهیت مطالعه حاضر «توصیفی - تفسیری» است.

جدول ۱: فراوانی مطلعین پژوهش و شیوه‌های جمع‌آوری داده‌ها

ابزار جمع‌آوری داده‌ها	فراوانی	گروه‌های اصلی کنشگران نظام درمان	
مصاحبه، گفت‌وگوی غیررسمی، لوگ‌بوک ^۱	۱۲	پزشک	ارائه‌دهندگان خدمات
مصاحبه، گفت‌وگوی غیررسمی، لوگ‌بوک	۱۰	پرستار	
مصاحبه، گفت‌وگوی غیررسمی	۴	مدرس اخلاق پزشکی	
مصاحبه، گفت‌وگوی غیررسمی	۸	مدیر بیمارستان	
مصاحبه، گفت‌وگوی غیررسمی، مشاهده، تصویربرداری از میدان‌های مطالعه	۴	مددکار اجتماعی	
مصاحبه، گفت‌وگوی غیررسمی، اسناد بیمارستانی، مشاهده	۱۵	بیمار	
مصاحبه، گفت‌وگوی غیررسمی، اسناد بیمارستانی، مشاهده، تصویربرداری از میدان‌های مطالعه	۸	همراه بیمار	

گردآوری داده‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافته است. هدف اصلی از کاربست شیوه‌های چندگانه گردآوری داده‌ها، چندبعدی‌سازی آنها، ارتقاء پایایی و اعتبار مطالعه - در معنای کیفی آن - است. بر این اساس، اولاً: کلیه فعالیت‌های انجام‌شده مبتنی بر اخذ مجوزها و مکاتبات اداری با دانشگاه علوم پزشکی شیراز، با محوریت اخلاق پژوهش،

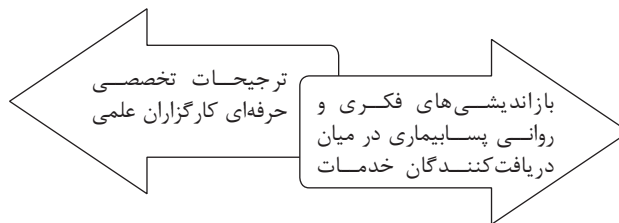
۱. Logbook: دفترچه‌هایی که دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی در آنها مشاهدات و تجربیات بالینی خود و دیگران را با رعایت اصل محرمانگی مکتوب می‌کنند و به تحلیل آن از منظر اصول اخلاق پزشکی می‌پردازند. مکتوبات مذکور و تحلیل‌های متعاقب آن، بخشی از فعالیت‌های ضروری درس اخلاق پزشکی است.

انجام شده است. مصاحبه با بیماران، پس از هماهنگی با مسئول بخش مربوطه، کسب رضایت، اطمینان از آسیب‌رسانی و رعایت رازداری انجام شدند؛ ثانیاً: پس از تبدیل داده‌ها به متن و انجام کدگذاری در سطح کلمه، جمله و پاراگراف، بر مبنای «شبهات»، «روابط» و «تمایز»، دو مضمون محوری، شش مضمون کلی و دوازده مضمون جزئی شناسایی شدند؛ ثالثاً: پس از در میان گذاشتن تفاسیر صورت گرفته با مطلعان پژوهش، بازبینی‌های اصلاحی به‌انجام رسیده است.

۴. یافته‌های پژوهش

با توجه به تکرر مفاهیم و مضمون‌بندی‌های چندگانه، ارائه همه سطوح طبقه‌بندی داده‌ها به‌صورت یکجا امکان‌پذیر نیست؛ کلیه جدول‌ها بر حسب دو گروه «ارائه‌دهنده خدمات» و «دریافت‌کننده خدمات» تنظیم شده‌اند تا بدین ترتیب، چشم‌انداز روشن‌تری از مفاهیم توصیفی و نیز سطوح مختلف مضامین فراهم گردد. براساس تجرید چندمرحله‌ای داده‌ها «ترجیحات تخصصی حرفه‌ای» و «بازاندیشی‌های فکری و روانی پساییماری» به‌عنوان دو مضمون محوری بر ساخت شده‌اند. سایر مضامین سطوح پایین‌تر ذیل آنها واقع می‌شوند. تقابل میان مضامین محوری مذکور با استفاده از جهت مخالف فلاش‌ها در شکل ۱ نشان داده شده است. از جهت حفظ امانتداری در نقل قول، عین اصطلاحات انگلیسی به‌کار رفته از طرف مشارکت‌کنندگان در پژوهش، با استفاده از واژگان فارسی در متن گزیده‌ها آورده شده‌اند.

۴۴



شکل ۱: مضامین محوری ترجیحات تخصصی حرفه‌ای و بازاندیشی‌های فکری و روانی پساییماری

۴.۱. ترجیحات تخصصی حرفه‌ای کارگزاران علمی

«ترجیحات تخصصی حرفه‌ای» از سه مضمون کلی الف) انسان‌شناسی بیولوژیک، ب) روابط قدرت حرفه‌ای مبتنی بر سلطه و ج) جامعه‌پذیری علمی پوزیتیویستی حاصل آمده است.

جدول ۲: مضامین فرعی تر سازنده مضمون محوری ترجیحات تخصصی حرفه‌ای

مضمون کلی	مضامین جزئی	مضامین جزئی تر	ارتباط‌کنندگان: درمان
انسان‌شناسی بیولوژیک	برتری جسمانیت در نظام خدمات	ملاحظه جسم به‌مثابه غایت اصلی پزشکی	
		ملاحظات فرهنگی، روانی و روحی بیمار اولویت فرعی پزشکی	
		اولویت رویه‌های درمانی عینی و محسوس زود بازده	
		تعیین تقلیل‌یافته سلولی مولکولی از بیماری و مرگ	
	شیئی شدن آموزشی بیمار	آزمون و خطای حرفه‌ای بر بیمار	
		شأنیت نداشتن ابعاد فراجسمانی انسان	
		تقدم آموزش بر درمان	
		تقلیل انسانیت به جسمانیت در حیات و جسد در ممت	
روابط قدرت حرفه‌ای مبتنی بر سلطه	مناسبات نابرابر اخلاقی و حرفه‌ای درون‌گروهی میان گروه‌های حرفه‌ای و بالینی	زیاده‌خواهی حرفه‌ای در تعامل با هم‌تایان فروتر	
		تعاملات سازمانی و اخلاقی برتری جویانه با پرستاران	
		مصادره به مطلوب دانش حرفه‌ای در منازعه درمانی با بیماران	
		شأنیت مضاعف نظرات پزشکان برای بیماران	
		اهمیت کمتر توصیه‌های پرستاران از منظر بیماران	
		عملکرد حرفه‌ای صرف‌نظر از الزامات، بایسته‌ها و غایات دینی	
جامعه‌پذیری علمی پوزیتیویستی	انفکاک دانش از ارزش	جمع‌ناپذیری آموزه‌های معنوی - مذهبی پزشکی	
		اخلاق پزشکی سکولار	
	نفی حکمت برتر در تفسیر سلامت و بیماری	تقلیل روان‌شناختی مضامین فراعلمی	

الف. انسان‌شناسی بیولوژیک: مضمون کلی مذکور ناظر به بررسی زیست‌شناختی ابعاد انسانی از منظرهای مقایسه‌ای و بوم‌شناختی است که در آن مزید بر مسائل روش‌شناختی، دیدگاه‌های نظری معطوف به اصول نظریه تکامل، ژنتیک، طبیعت گونه‌های انسانی و نیز انسان معاصر، با هدف ارائه چارچوب برای مطالعه زیست‌شناسی تکاملی انسانی مورد مطالعه قرار می‌گیرد. براساس فلسفه دکارت، پزشکی نوین در مقام فهم جسم، آن را به‌مثابه یک «ماشین» در نظر می‌گیرد؛ متعاقب تلقی مذکور، کلیت انسانی و ارتباط عمیق «من

انسانی» با جسمانیت (من بیولوژیک) مغفول باقی خواهد ماند. (نصر، ۱۳۹۲: ۳۱۲-۳۱۱) برتری جسمانیت در نظام خدمات: مراد از اصطلاح مذکور اجتناب‌ناپذیری پرداختن به مسائل جسمانی در قالب رویه‌های پزشکی و دارویی^۱ و نیز بی‌توجهی به ابعاد فراجسمانی انسان‌ها، از قبیل ابعاد روانی، روحی و اجتماعی آنهاست. در پارادایم زیست‌پزشکی، ملاحظه جسم حداکثر کار قابل انجام برای افراد بیمار در شرایط بیماری است.

گزیده (۱): اینکه می‌گن هر پیش‌سنت^۲ خودش یه کیس^۳ خاص هست، [در مقام عمل واقعاً] لحاظ نمیشه؛ خیلی بخواد لحاظ بشه، توی بُعد جسمانی هست؛ یعنی [ما پزشکا] خیلی خوب ارفاق کنیم، [اینه که] یه مریض می‌یاد [پیش من]، بگم [مریض] استفراغ داره، ممکنه توی فلان چیزش مشکل باشه؛ یکی دیگه [که می‌یاد پیش من] بگم [این مریض] توی فلان چیزش [مشکل داره که استفراغ داره] که باز هم این تشخیص‌ها همشون محدود به پارادایم جسم هستن. (پزشک، مصاحبه فرعی‌شدن و کم‌اهمیت انگاشتن ملاحظات فرهنگی، روانی و روحی بیمار به‌وسیله پزشکان و پرستاران از پیامدهای اساسی در برتری بخشیدن یک‌سویه به جسمانیت در نظام خدمات درمانی است.

گزیده (۲): این [نگاه جسمی] غلط‌ترین نگرش به انسانه. دلیلش طب مدرنی است که از قرن ۱۹ تا امروز وجود داشته. الان داره سطح نگرششون فرق می‌کنه؛ شعار بهداشت جهانی و ساختارهای درمانی دارن رو به تحول می‌رن. دارن معناگرایانه فکر می‌کنن. موندیم توی بحث طب کلاسه شده قرن ۱۹ که نه‌تنها نسخه کامل نیست، [بلکه] پر از نقصه؛ نیومدیم نگاه کنیم که روح بر جسم غالبه؛ امروز، غربی‌ها معتقدند به شعار مولانا که «تن ز جان و جان ز تن مستور نیست». این حرف من نیست، حرف طب امروز دنیاست. موجودیت بیمار رو می‌خوایم با آمپول، سرنگ، آنتی‌بیوتیک، با گذاشتن قطعه‌ای از کبد در آزمایشگاه پاتولوژی رصد کنیم، فارغ از اینکه شخص یک موجودیت روان دارد که بر جسم غالبه. (مدیر بیمارستان، مصاحبه بی‌توجهی به جنبه انسانی و روحی اتفاقات و پدیده‌های بیمارستانی، نظیر مرگ بیماران، از دیگر پیامدهای نگاه تقلیل‌گرا به انسان است.

1. Pharmaceutical

۲. Patient: بیمار

۳. Case: مورد

گزیده (۳): من می‌بینم مریض می‌میره، خانواده داره جیغ می‌زنه، بقیه [پرستار] دور هم نشستند دارن قرق‌ر می‌خندن؛ این چه تأثیری روی والدین [فرد فوت‌شده] می‌ذاره؟ (همراه بیمار، مصاحبه)

شیئی شدن آموزشی بیمار: انسان در مقام بیمار، تبدیل به ابژه سوژه درمانگر می‌شود. در عنوان رسمی بیمارستان‌های دولتی، از تعبیر «مرکز آموزشی درمانی» استفاده می‌شود. حسب ترکیب واژگانی موجود در عبارت مذکور، می‌توان به‌روشنی تقدم آموزش بر درمان را اراده نمود؛ به‌طور متقابل، در عنوان وزارتی «بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، آموزش در مرتبه آخر واقع شده است. نکته مذکور حداقل از ترکیب واژگان و نیز تقدم و تأخر آنها قابل استنباط است. با وجود این، اگرچه تقدم آموزش بر درمان، تا حدی اجتناب‌ناپذیر به‌نظر می‌رسد، اما وضعیت موجود نظام آموزش پزشکی کشور به‌گونه‌ای است که در آن تبدیل بیماران به ابژه آموزشی عاری از وجاهت‌های اخلاقی گردیده است. «آموزش پزشکی» در بیمارستان‌های دولتی امر کاملاً پذیرفته‌شده‌ای است؛ غالباً افراد برخوردار از تمکن مالی کمتر برای درمان به «مراکز دولتی» مراجعه می‌کنند. «آموزش پزشکی» و نیز «آزمون و خطاهای متعدد»، به‌منزله یکی از وجوه گریزناپذیر آموزش، صرفاً از طریق استفاده ابزاری از افراد فروتر از نظر پایگاه اقتصادی و اجتماعی به انجام می‌رسد. از سوی دیگر، بیشتر پزشکان حاذق و صاحب نام در حالی مبادرت به ارائه خدمات پزشکی و درمانی در مراکز «خصوصی» می‌کنند که انباشت تجربه حرفه‌ای آنها حاصل آزمون و خطا در مراکز آموزشی «دولتی» با محوریت بیماران «فروتر از نظر پایگاه اقتصادی و اجتماعی» بوده است. مراجعه‌کنندگان به «مراکز خصوصی»، اغلب از گروه‌های برخوردارتر جامعه، به‌ویژه از نظر اقتصادی هستند؛ مراجعان برخوردار، صرفاً در پرتو برخورداری بیشتر، اولاً «ابژه آموزش پزشکی» نمی‌شوند؛ ثانیاً، تنها تجربیات حرفه‌ای و بالینی پزشکان را به‌مثابه کالا «خریداری» می‌کنند.

گزیده (۴): تغییرات وزارت بهداشت، پس از انقلاب، به این قضیه دامن زده [است]؛ توی عنوان رسمی وزارت‌تخونه داریم «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، یعنی اول درمان، بعدش آموزش [هست]؛ ولی تابلوی مثلاً بیمارستان مدرس رو که می‌بینی، نوشته «مرکز آموزشی درمانی مدرس»؛ این یعنی چی به‌نظر شما؟ یعنی اینکه انسان رو که جایگاه بالایی داره [توی بیمارستان ابتدا] به‌عنوان یه ابزار آموزشی هستن و بعداً درمان انجام میشه [و] هزینه هم می‌گیریم. (پرستار، مصاحبه)

مزید بر موارد مذکور، به استناد مشاهدات میدانی نویسنده، در پارهای موارد

استثنایی که افراد برخوردار از پایگاه اجتماعی و اقتصادی بالاتر - بنا به هر دلیل - به مراکز آموزشی و درمانی دولتی مراجعه می‌کنند، توصیه‌های مضاعف و چندگانه و نیز سرکشی‌های متقاطع و چندلایه از طرف مراجع گوناگون، در نسبت با آنها صورت می‌پذیرد؛ بدین ترتیب، برای این سنخ استثنائات، پزشکان حاذق، روند درمان بیمار را به‌طور منظم‌تر و با حساسیت‌های بیشتر حرفه‌ای، آن هم به‌دور از هرگونه «موضوع شدگی برای آموزش» پیگیری می‌کنند.

گزیده (۵): اونا آقایی که توی اون آخری بستری هست، حالش خرابه کبدش مشکل داره؛ کاندید پیوند هستش؛ معلومه که بروبیایی داره. از وزیتراشون و آدامایی که هی، وقت و بی‌وقت می‌یارن و می‌رن میشه اینو فهمید. تازه خیلی هم سفارشو هم کردن؛ حتی دیدم که دکتر... خودش چند بار اومد اینجا و بهش سر زد و دائم پروسیجرهای^۱ درمانیش رو چک می‌کرد. اینجا خیلی مریضامون چند بار می‌یان و مرخص می‌شن و دوباره برمی‌گردن و خیلی هم کسی کاری به کارشون نداره و معمولاً هم اکسپایر^۲ می‌شن. ما معمولاً توی این بخش فوتی زیاد داریم، عادیه؛ ولی نمی‌دونم این بابا چه کاره هستش که هی چپ و راست سفارشو می‌کنن، زنگ می‌زنن. مثل اینکه فقط ایشون آدمه، بقیه آدم نیستند و سر و صاحب درستی ندارن. (پرستار، گفت‌وگوی غیررسمی در بخش بیمارستان)

نکته جالب اینکه بعضی از بیماران که در مقابل «اُبژه شدن برای آموزش» مقاومت می‌کنند، ضمن انتقادهایی که از رویه‌های درمانی به عمل می‌آورند، با واکنش ارائه‌دهندگان مبنی بر «آموزشی بودن مرکز» مواجه می‌شوند.

گزیده (۶): یکی از مریض‌ها مایلد هایپرتنشن^۳ داشت و [در] قسمت پره اکلامپسی^۴، آدمیت^۵ بود، مریض دیگری را آوردند که سی.ویر.اچ.تی.ان^۶ داشت. رزیدنت به

۱. Procedure: رویه

۲. Expire: فوت شدن

۳. Mild Hypertension: عبارت است از کشیدگی و فشار ناهنجار، به‌ویژه فشار خون شدید
 ۴. Preeclampsia: از عوارض دوران بارداری و یک اختلال چندارگانی است که در ۳ تا ۵ درصد از حاملگی‌ها رخ می‌دهد. این بیماری یکی از علت‌های مهم مرگ و میر مادران باردار می‌باشد که باعث عوارض جنینی و مادری می‌شود. این عارضه بعد از هفته بیستم بارداری رخ می‌دهد و با فشار خون سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و یا دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه که معمولاً همراه با پروتئینوری است تشخیص داده می‌شود (<https://fa.wikipedia.org>)

۵. Admit: پذیرش کردن

۶. Sever Htn: فشار خون شدید

مریض گفتند که از این تخت بلند شو تا مریض دیگری را روی آن بستری کنند؛ مریض داشت از تخت می‌آمد پایین که به خاطر مشکلاتی که داشت، نمی‌توانست زود از تخت پایین بیاید. رزیدنت مربوطه یک جوری با مریض صحبت کرد که [هیچ‌کس] با هیچ انسانی به این شکل صحبت نمی‌کند؛ با داد و فریاد به مریض گفت اگر می‌خواهی درست معاینه‌ات کنم، باید بروی بیمارستان خصوصی؛ نیاید بیای اینجا و درد سر واسه ما شوی. (لوگ‌بوک)

مسئله تقلیل نوع انسان به شیء که عملاً «هیچ چیز دیگری جز آن نیست» به استناد تجربه زیسته حاصل از حضور در سالن‌های تشریح و کالبدشکافی در گزیده زیر بیان شده است. گزیده (۷): مدخل سکولارشدن توی سالن‌های تشریح هست. یکی [از دانشجوها] قلبشو نشون می‌ده، یکی کلیه‌اش را دست می‌گیره و این‌قدر [این جسد رو] باز و بسته‌ش می‌کنن که دیگه به درد تشریح هم نخورد، می‌بزن چالش می‌کنن یه جایی توی قبرسون. واقعاً توی سالن تشریح می‌فهمی [که انسان] هیچ چی نیست، جز همین چیزا. (پزشک، گفت‌وگوی غیررسمی)

آموزش آناتومی می‌تواند به‌شیوه‌ای اخلاقی‌تر و با رعایت کرامت نوع انسان به‌انجام برسد؛ تا آنجا که نویسنده مقاله کسب اطلاع کرده است، بیشتر اجساد که مورد تشریح واقع می‌شوند، کسانی هستند که هویت آنها شناسایی نشده است؛ در برخی موارد دیگر نیز اجساد خریداری شده اتباع خارجی مورد تشریح واقع می‌شوند؛ به‌نظر می‌رسد اخلاقی ساختن وضعیت موجود، در گرو برابری یکسان همه بیماران و یا فوت‌شدگان جهت بهره‌برداری‌های آموزشی و انجام تشریحات ضروری بالینی، در مراکز «دولتی» و «خصوصی»، فارغ از هر گونه متغیر تأثیرگذار بیرونی دیگر، نظیر «پایگاه اقتصادی - اجتماعی»، «ملیت» و امثالهم باشد؛ دسترسی یکسان بیماران به انباشته‌های علمی و تجربی حاصل از آموزش و تشریح - آن هم با کیفیت و مقدماتی که در بالا بدان پرداخته شد - هم در بیمارستان‌های «دولتی» و هم در بیمارستان‌های «خصوصی» وجه دیگر فرایند انسانی و اخلاقی ساختن آموزش و درمان در نظام پزشکی است.

ب. روابط قدرت حرفه‌ای مبتنی بر سلطه: قدرت در معنای کلی آن ناظر به توانایی ایجاد رویداد مشخص یا نفوذ فرد و گروه با هر وسیله و به هر شیوه ممکن بر رفتار دیگران می‌باشد. گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات، به‌ویژه پزشکان، به‌علت برخورداری از منابع قدرت از قبیل «دانش تخصصی» و «اشکال مختلف سرمایه» از قدرت تأثیرگذاری بالا برخوردار می‌گردند.

مناسبات نابرابر اخلاقی و حرفه‌ای درون‌گروهی حرفه‌ای و بالینی: انواع رفتارهای ناشایست اخلاقی و حرفه‌ای که از سوی گروه‌های حرفه‌ای تخصصی‌تر نسبت به گروه‌های حرفه‌ای با سطح پایین‌تر تخصص، که در واقع همتایان فروتر علمی محسوب می‌شوند، ذیل مضمون جزئی «مناسبات نابرابر اخلاقی و حرفه‌ای درون‌گروهی میان گروه‌های حرفه‌ای و بالینی» طرح می‌گردد. سوء استفاده از برتری مالی و ایجاد ناامنی شغلی یکی از ابزارهای «اعمال قدرت» در این رابطه نابرابر است.

گزیده (۸): توی بیمارستان [خصوصی]... اکثر دکترا سهام‌دار بیمارستان هستن، با این پرستارا مثل برده‌هاشون رفتار می‌کنن؛ به چشم [خودم] دیدم چه‌جوری [توی صحبت‌های] تلفنی حرفای ناجور بهشون می‌زنن، بد دهنی بهشون می‌کنن. برخورد‌ها شدید؛ پرستار [ه] اعتراف می‌کرد، می‌گفت من اینجا هستم، [ولی] آرزومه که از اینجا برم. توی بیمارستان دولتی احترامی که برای ما قائل‌اند، خیلی متفاوت [نسبت] به اینجا. (همراه بیمار، مصاحبه)

روابط قدرت می‌تواند اقتضات حرفه‌ای را از خود متأثر سازد. به‌عنوان مثال، فرد قرار گرفته در گروه‌های حرفه‌ای تخصصی بالاتر با اتکاء به اقتدار بیشتر خود، در مقایسه با دیگر همتای حرفه‌ای فروتر، شخصاً مبادرت به انجام برخی ناروایی‌های حرفه‌ای می‌کند. گزیده (۹): در بخش اطفال پسر چهارده ساله‌ای با جوینت سو الینگ^۱ آمده [بود]. من به‌عنوان استیودنت^۲ همراه بیمار برای جوینت اسپیریت^۳ رفته بودم؛ بعد از انجام اسپیریت، سه تا تیوب^۴ به من دادند و بدون اینکه سر تیوب را ببندم [آن] را به بخش بردم و به انترن^۵ کشیک دادم؛ انترن با دیدن تیوب‌ها گفتند که به درد نمی‌خورد و باید بسته می‌بود، با باکتری محیط مخلوط شده و جواب درست از آب در نمی‌آید؛ ولی [با وجود این] مهم نیست، ماست مالیش می‌کنم؛ یعنی این تیوب دیگر جواب درست را نمی‌داد و از طرف دیگر بیمار توانایی اسپیریت دیگر را نداشت و انترن هم کار دیگری نمی‌توانست انجام دهد. شاید پزشکی که اسپیریت را انجام داد، باید تذکر می‌داد؛ به هر حال همان

۱. Joint Swelling: ورم مفصل (آرتروز)

2. Student

۳. Joint Aspiration: بیرون کشیدن مایع داخل مفصل با استفاده از سوزن

4. Tube

۵. Intern: پزشک مقیم بیمارستان، کارورز و دانشجویی که دکتر شده ولی هنوز باید مدتی کارورزی کند و از ترش هم دفاع نکرده است.

کالچر^۱ را انجام دادیم و بعد از آن من عذاب وجدان گرفتم. (لوگ‌بوک)
روابط اخلاقی و حرفه‌ای مبتنی بر فراتری و فروتری بین گروهی: به استناد داده‌های در دسترس، روابط اخلاقی مبتنی بر فراتری و فروتری بین گروهی میان ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات به صورت‌های گوناگون در تعاملات حرفه‌ای بروز پیدا می‌کند. در تفسیر مضمون جزئی فوق‌الذکر، یافته‌های میدانی بر حسب منابع داده‌ها - مصاحبه‌ها و اسناد - به صورت تفکیکی گزارش می‌شوند.

روابط حرفه‌ای نابرابر بین گروهی بر حسب داده‌های مصاحبه‌ها: عدم وجود رابطه مناسب میان پزشک و بیمار، به عنوان یکی از مصادیق عینی روابط حرفه‌ای نابرابر بین گروهی، موضوعی نیست که فقط از سوی بیماران و همراهان آنها مطرح شود. ارائه‌دهندگان خدمات نیز، اگرچه با تفاسیر و تأویل‌های متفاوت، به وجود اختلال ارتباطی بین پزشک و بیمار واقفاند. گزیده زیر ناظر به اهمیت رابطه گفت‌وگویی و همچنین، اختلال در روابط به علت کمبود حقوق و ابهام نقش‌هاست.

گزیده (۱۰): سعی می‌کنم خوش‌برخورد باشم، آرامش [داشتن] و صحبت کردن [با بیمار] نصف درمان هست، ولی سیستم [درمانی] معیوبه و اجازه این کارها رو نمی‌ده؛ شلوغی کار، مشخص نبودن کار پزشک و پرستار، حقوق و مزایای پزشک و پرستار [اجازه این کارها رو نمی‌ده]. (پزشک، مصاحبه)

به‌علاوه، فقدان رابطه مطلوب پزشک و بیمار و یا همراه وی از منظر «احساس خودب‌تربینی» یا «احساس شأنیت بالاتر» در نهایت به قطع رابطه با مردم منتهی می‌شود. به‌عنوان نمونه، بیرون کردن همراهان بیمار را از بخش هنگام راند کردن بیمار، آنجا که دلائل فنی و حرفه‌ای موجهی وجود ندارد، می‌تواند حمل بر نوعی خودب‌تربینی گردد؛ اگرچه لزوماً تلقی مذکور همواره قرین با صحت نیست. پاره‌ای پرخاشگری‌های صورت گرفته نسبت به بیماران و همراهان آنها از جمله مواردی هستند که ذیل عنوان فقدان رابطه مطلوب واقع می‌شوند.

گزیده (۱۱): [مردم رو] تحویلشون نمی‌گیریم؛ می‌یایم بخش رو راند کنیم، محل همراه مریض نمی‌گذاریم، می‌گیریم بره بیرون، می‌خوایم بخش رو راند کنیم، برای چی [باید این کار رو بکنیم]؟ همراه همراهش [مریض رو] راند کنیم؛ شما چیز «نگویی»

۱. Culture: کشت ادرار

۲. Round: جمع شدن پزشکان و گاهی پرستاران بخش دور تخت تک تک مریض‌های بخش و گفتگو در مورد شرح حال بیماران و کارهای انجام‌شده برای آنها.

می‌خواهی بگی [که همه برن بیرون]؟ می‌خواهی مریضی مریض رو بگی، فالوآپش^۱ را بگی، با همراهش بگو، چه عیبی داره؟ خیلی وقتا خودمون رو به طبقه بالاتر می‌بینیم و این باعث می‌شه ارتباطمون با مردم قطع بشه. (مدیر بیمارستان، مصاحبه)

گزیده (۱۲): توی همه قشورها [این مدل رفتارهای پرخاشگرانه و خودخواهانه هست]، [توی قشر] پرستارا هم هست، ولی شاید [پرستارها] کمتر [از پزشکان] این رفتارها رو داشته باشن؛ این رفتارها رو توی پزشکا بیشتر از پرستارا می‌بینیم؛ علتش شاید اینه که در شأنشون نباشه [که بخوان به این چیزها پردازن]؛ یعنی وقتشون این قدر برای خودشون گرانیهست که فرصت ندارن با بیمار حرف بزنن! واقعاً ما [پرستارا توی بیمارستان] دیدیم خیلی [از پزشک]ها اصلاً مریض رو نمی‌بینن؛ فقط یه هیستوری^۲ دانشجویهاشون بپوشون می‌دن، در همین حد. از اون ور، نه اگزمی^۳ مریض رو بخوان بکنن؛ خیلی [از پزشکا] این طوری‌اند. (پرستار، مصاحبه)

عدم برقراری ارتباط بین پزشک و بیمار با تأکید بر «عدم اختصاص فرصت کافی برای بیان مشکلات بیمار» و نیز «نقش منشی» در بازتولید شرایط مذکور شایسته توجه است. «روابط قدرت» در مناسبات پزشک و منشی به قدری گسترده است که نمی‌توان آن را قابل اغماض تلقی نمود.

گزیده (۱۳): خیلی از دکترا وقتی می‌ری توی مطبشون می‌خواهی دردت رو بگی، هنوز نرسیدی، زنگ می‌زنه، مریض بعدی بیاد داخل؛ [اصلاً] گوش به صحبتای مریضا نمی‌کنن؛ منشی دکترا باید از اون حساب ببره تا کارشو از دست نده؛ توی مطب بودم، مریض بدحالی با نامه معرفی از یه دکترا دیگه از اهواز اومد. منشی گفت تا ۳ ماه دیگه وقت پُر هست؛ مریض هرچی التماس کرد، فایده نداشت؛ منشی حاضر نشد نامه معرفی رو نشون دکترا بده، بگه آقای دکترا یه مریض بدحالی اومده، می‌بینیدش؟ اگر گفت می‌بینم که خیلی خوب؛ اگر هم گفت نه، وظیفتمو انجام دادی، وجدانت راحت، بیمار هم ناراحت نمیشه. (همراه بیمار، مصاحبه)

استنادات فوق‌الذکر مبتنی بر داده‌های مصاحبه‌های انجام‌شده با هر دو گروه ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمات است که با هدف به تصویر کشیدن روابط اخلاقی و حرفه‌ای

۱. Follow Up: هر چیزی که متعاقب چیز دیگری برای تکمیل آن انجام می‌شود، پیگیری.

۲. History: سابقه پزشکی، پیشینه درمانی، تاریخچه بیماری‌ها و درمان‌های هر بیمار

۳. Exam: معاینه کردن

مبتنی بر فراتری و فروتری بین گروهی مورد اشاره قرار گرفت.

روابط حرفه‌ای نابرابر بین گروهی بر حسب اسناد بیمارستانی (منظر نخست): «اسناد شکایات رسمی بیماران از پزشکان و پرستاران» و «اظهارنامه‌های مستقل از تصریح مشخصات واقعی پزشکان»، وجود «روابط اخلاقی و حرفه‌ای مبتنی بر فراتری و فروتری بین گروهی میان ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات» را از چشم‌انداز متفاوت دیگری بازنمایی می‌کنند. بی‌اعتنایی به سطح آگاهی‌ها و دانش بیمار، حتی اگر بیمار از نظر علمی در گروه ارائه‌دهندگان خدمات واقع شده باشد، از جمله این سنخ از روابط حرفه‌ای نابرابر است؛ به عبارت دیگر، فرد با دریافت برچسب «بیمار» ناخواسته در نوعی رابطه نابرابر با ارائه‌دهنده خدمات تعریف می‌گردد و در حکم «ابژه آموزشی» پنداشته می‌شود.

گزیده (۱۴): آقای ۳۴ ساله‌ای بود که مریض یاوربینتی^۱ بود که پی‌اچ‌دی^۲ اپیدمیولوژی می‌خواند و از تمام کامپلیکیشن‌های^۳ مریضی خود اطلاع داشت؛ خانمش هیئت علمی دانشکده پرستاری بود؛ این یک فرایند طبیعی است که مریض با این سطح تحصیلات آبسسیو^۴ باشد، ولی اینترن مربوطه با یک برخورد بسیار بد به این بیمار گفت که حق دخالت در کارهای او را ندارد و اگر ناراحت است می‌تواند به بیمارستان خصوصی مراجعه کند. (لوگ‌بوک)

بی‌تفاوتی به درخواست احترام‌آمیز دریافت‌کننده خدمات مبنی بر بازتعریف جایگاه وی، خارج از مناسبات ابژه‌انگارانه و متعاقب آن، اتخاذ رویکرد تهاجمی در قبال بیمار و تأکید صریح پزشک بر جایگاه برتر حرفه‌ای از دیگر مصادیق روابط نابرابر میان ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمات است که طی آن شخصیت دریافت‌کننده خدمات به هیچ‌انگاشته می‌شود.

گزیده (۱۵): در اتفاقات همراه رزیدنتمان برای معاینه فیزیکی بر بالین یک بیمار کلیوی مزمن حاضر شدیم؛ بیمار که هم درد داشت، هم بی‌حوصله بود، به اینکه دانشجویهای تازه‌کار روی او اگزم می‌کردند، خیلی محترمانه اعتراض کرد. همراه مریض از رزیدنت خواست دانشجویها روی مریضش اگزم نکنند. رزیدنت با حالت خیلی تهاجمی از همراه مریض خواست ساکت باشد و بیرون اتاق بماند و در مقابل، اظهار کرد که [وی] رزیدنت کشیک تام‌الاختیار بیمارستان است؛ به نگهبان زنگ زد تا همراه بیمار را

۱. Orient: هوشیار

۲. Phd: دکتری تخصصی

۳. Complication: عوارض بیماری

۴. Obsessive: دارای وسواس فکری

بیرون کند؛ این رفتار واقعاً بر روحیه و غرور مریض تأثیر خیلی بدی داشت و همه ما از این نوع رفتار بسیار متأثر شدیم؛ عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای و توهین به شخصیت فرد [مسئله‌ای بود که در اینجا نادیده گرفته شد]؛ فکر می‌کنم این حق اولیه بیمار بود که در ضمن درد و وضعیت نابسامان خود، نخواهد حداقل در آن زمان تحت اگزم آن همه دانشجو قرار گیرد. رفتار رزیدنت و نوع برخورد او اصلاً شایسته مقام و منزلت انسانی نبود؛ پزشک باید تسکین جسمی و روحی مریضش باشد، نه اینکه به خود اجازه دهد در مقابل سایرین، شخصیت مریض را این‌گونه بشکند. (لوگ‌بوک)

در برخی موارد مصادره به‌مطلوب دانش حرفه‌ای از سوی پزشکان در منازعات و اختلافات درمانی پیش آمده با (همراهان) بیمار بروز پیدا می‌کند. علی‌رغم بالا رفتن سطح عمومی «دانش عامه»، در مقایسه با گذشته، هنوز فاصله زیادی میان آن و «دانش تخصصی پزشکی» می‌توان یافت. بررسی دقیق متن شکایات در دسترس نشان می‌دهد در بیشتر موارد، نتیجه نهایی حاصل از شکایات (همراهان) بیمار وارد مرحله قضایی و حقوقی نشده است و در مراحل نخستین، با به‌کارگیری «رویه وساطت» و «اعلام رضایت شاکی» فیصله پیدا کرده است. این امر شاید به‌قول هابرماس^۱، تا حدودی مدلول «دموکراتیزه نشدن علم در حوزه عمومی» باشد.

گزیده (۱۶): اینجانب در تاریخ ۹۳/۲/۱۴ ساعت ۹:۴۵ صبح با حضور آقای دکتر... و آقای... و خانم دکتر... مورد شکایت را بررسی و شاکی و متشاکی از هم عذرخواهی کردند و مسئله حل و فصل شد. (سند شکایت)

با خارج شدن مشاجره و اختلاف از مرحله «وساطت و کدخدا منشی» و رسیدن به مرتبه اقامه دعوا، ارائه‌دهندگان خدمات با اتکاء به «دانش تخصصی پزشکی»، قدرت چانه‌زنی بالایی پیدا می‌کنند. آنها از طریق توسل به تأویل‌های فنی و تخصصی اتفاقات نامطلوب از قبیل «فوت بیمار»، «آسیب رساندن به وی»، «افزوده شدن عارضه جدید بر بیمار» و نظایر آنها را توجیه می‌کنند. «دفاعیات حرفه‌ای معطوف به شکایت دریافت‌کنندگان» ناظر به استلزامات حقوقی قابل پیگیری در مجامع قضایی و هیئت انتظامی تخلفات حرفه‌ای بوده و لذا، باید قوام فنی و تخصصی حاکم بر آنها به‌گونه‌ای باشد که از پیامدهای منفی حقوقی معاف گردند و یا اینکه حداقل، از کمترین میزان تبعات برخوردار باشند. بررسی دقیق اسناد شکایات نشان داد در مواردی که (همراهان) بیمار انعطاف‌ناپذیر بوده و مراتب

1. Habermas

شکایت به مراجع بالاتر درون سازمانی ارجاع داده شده است، فرد متشاکمی [در مقام متهم] در پاسخ به تقاضای دیگر هم‌تایان حرفه‌ای که اکنون در منصب «داوری تخصصی» واقع شده‌اند، مبادرت به طرح مباحث تخصصی پزشکی با استعانت از ترمینولوژی‌های خاص می‌نماید. فرد شاکی نیز در مرحله آخر، با احساس استیصال و بایکوت‌شدگی در مواجهه با سیل عظیم تأویلات حرفه‌ای تخصصی چاره‌ای جزء اعلام رضایت نخواهد داشت.

گزیده (۱۷): در تاریخ ۹۳/۲/۱۷ با دکتر... به بخش... رفتیم و با دکتر... مورد شکایت را پیگیری کردیم و جواب متشاکمی را اینجانب به همراهان گزارش دادم و اینان نیز پذیرفتند و از پیگیری تشکر کردند و مقرر شد پاسخ آقای دکتر... نیز به صورت کتبی ارسال شود که ضمیمه شکایت خانم... گردد. (سند شکایت)

تحلیل‌های فوق‌الذکر ناظر به ارزیابی صحت و سقم دعاوی گروه «ارائه‌دهنده خدمات» و «دریافت‌کننده خدمات» و نیز تعمیم غیرمسئولانه آنها نیست. هدف تفاسیر مذکور، بازنمایی «عدم وجود فرایند کنش ارتباطی بین‌الذهانی میان طرفین نزاع است که آنان را در موقعیت‌های نابرابر فراتری و فروتری قرار می‌دهد. به دنبال وجود موقعیت نابرابر، یک طرف مناقشه، از دانش و منبع گفتمانی تخصصی غنی برخوردار می‌باشد، در حالی که طرف دیگر، از حداقل‌های ظرفیت تخصصی لازم در مقام دفاع و مقابله محروم است. همین امر، ضرورت تکوین و تثبیت سازوکارهای مشخص به منظور نهادینه‌سازی گفت‌وگوهای مبتنی بر موقعیت برابر را در مناقشات پزشکی توجیه می‌کند.

روابط حرفه‌ای نابرابر بین‌گروهی به روایت داده‌های اسنادی (منظر دوم): در مطالعه حاضر، یک سنخ از اسناد چندگانه مورد استفاده محقق (لوگ‌بوک) نام دارد. اسناد مذکور متضمن مشاهدات و عملکرد حرفه‌ای پزشکان، پیراپزشکان و پرستاران است که در آنها تصریح مشخصات افراد ضرورتی ندارد. اظهارنامه‌های مذکور با هدف «بررسی و تحلیل کنش‌های حرفه‌ای و بالینی از منظر تئوری‌های اخلاق پزشکی و سایر مفاهیم پیرامونی مربوط به آن» تهیه شده‌اند و برخلاف دفاعیات حرفه‌ای معطوف به شکایت (همراهان) بیمار، فاقد «پیامدهای حقوقی و قضایی» نیز می‌باشند. سنخ دوم از اسناد شامل شکایات صورت‌گرفته توسط بیماران و یا همراهان آنها و نیز، پاسخ‌های رسمی پزشکان، پیراپزشکان و پرستاران به آنها است. اسناد یادشده ناظر به استلزامات حقوقی در مجامع قضایی و هیئت انتظامی تخلفات هستند. مطالعه و بررسی مفاد دو سنخ یادشده از اسناد مورد اشاره در بالا، جمع‌ناپذیری میان گزارش آزادانه عملکردهای حرفه‌ای در اسناد (لوگ‌بوک) از یک سو و تأویلات و توجیهات

رسمی موجود در اسناد شکایت، از سوی دیگر را نشان می‌دهد. به‌علاوه، «نبود پیامدهای قضایی و حقوقی»، به‌منزله «شمشیر داموکلس»، از یک‌طرف و «محوریت اصل ناشناختگی» از طرف دیگر، ضریب بازنمایی امر واقع را، آن‌گونه که هست، به‌شدت افزایش می‌دهد.

گزیده (۱۸): در بخش اُبی^۱ قرار شد یکی از مادران را اُسی.تی^۲ نماییم. در حین اُسی.تی متوجه ارلی دِکلِریشن^۳ شدم و به رزیدنت مربوط اطلاع دادم. رزیدنت هم به رزیدنت ارشد اطلاع داد. رزیدنت ارشد از اینکه رزیدنت دیگر بدون اجازه برای بیمار اُسی.تی [را] اُردر^۴ نموده، ناراحت شد و گفت از این به بعد تا زمانی که من نگویم اُسی.تی ننمایید. او بدون توجه به دِکلِریشن بخشی از کاغذ را که روی آن دِکلِریشن داشت از بقیه کاغذ جدا نمود و گفت حالا شروع به اُسی.تی کن و اصلاً توجهی به دِکلِریشن نداشت؛ بعد از یک ساعت مادر وضع حمل نمود. متأسفانه نوزادی که به دنیا آمد، گریه نکرد و تنفس نداشت و به بخش آی.سی.یو^۵ منتقل شد. نکته اخلاقی این است که رزیدنت به‌علت بی‌توجهی به اُسی.تی غیرطبیعی، شاید باعث شد نوزاد به ان.آی.سی.یو^۶ منتقل شود و شاید اگر توجهی درست داشت، این اتفاق پیش نمی‌آمد. از طرفی او این اجازه را نداشت که بخش غیرطبیعی اُسی.تی را از بقیه کاغذ که اُسی.تی طبیعی داشت، جدا نماید. از طرفی، بدون توجه به مشکل جنین، فقط به رزیدنت دیگر پرخاش نمود که چرا بدون اجازه او برای بیمار اُسی.تی درخواست نموده است. (لوگ‌بوک)

رزیدنت ارشد، در پی آگاهی از خدشه‌دار شدن مناسبات قدرت، در مقام «اعمال نظام قدرت» بر همتای حرفه‌ای فروتر خود، اقدام به انجام کنش خاص می‌کند؛ علاوه بر غیراخلاقی بودن اصل کار انجام‌شده، احتمال امکان انتساب پیامد منفی پیش‌آمده به کنش غیراخلاقی انجام‌شده نیز وجود دارد. در گزیده استنادی فوق‌الذکر، کارگزار حرفه‌ای صریحاً ضمن اذعان به یک ناروایی حرفه‌ای، تبیین خود را از منظر اخلاقی و با عطف‌نظر به «مظلومیت دریافت‌کننده غیر حرفه‌ای خدمات» ارائه می‌دهد. با این تفاسیر، شاید بتوان

۱. OB: مخفف واژه Obstetrics یا Obstetrician می‌باشد؛ به‌معنای دکتر بیماری‌های زنان و زایمان
۲. Oct: مخفف Optical Coherence Tomography به‌معنای مقطع‌نگاری همدوسی اپتیکی؛ تصویربرداری پزشکی از ساختمان میکروسکوپی بافت‌های زیستی.
۳. Early Deceleration: کاهش زود هنگام ضربان قلب جنین.
۴. Order: دستورهای پزشکی که در پرونده درج می‌شود.
۵. ICU: مخفف Intensive Care Unit به‌معنای بخش مراقبت‌های ویژه
۶. NICU: مخفف Neonatal Intensive Care Unit به‌معنای بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

بهتر به تفاوت ماهوی و مضمونی روایت «بی‌مبالاتی حرفه‌ای کارگزار تخصصی خدمات از منظر اخلاق و در فقدان شمشیر داموکلس» در مقایسه با مضمون همان روایت به‌گونه معطوف به «اظهارات دریافت‌کننده غیرحرفه‌ای»، آنگاه که در بستر مناسبات بروکراتیک «طرح شکایت» قرار می‌گیرد، واقف گردید. این مسئله از منظر باور به امر برتر نیز قابل تبیین است. تفاوت بازدارندگی «سلامت معنوی درونی افراد جامعه» و «قوانین مصوب» در رعایت هم‌نوعان انسانی در گزیده زیر روایت شده است.

گزیده (۱۹): قطعاً با مادیات نمی‌شه [جامعه رو] جمعش کرد، با قانون و بخشنامه این جور چیزا نمی‌شه جامعه رو جمع کرد. توی نیویورک یه مقدار خاموشی، [در] یه منطقه‌ای اتفاق افتاد، همون شب مغازه‌ها غارت شدن؛ این نشون می‌ده [که فقط] قوانین ظاهری، بشر رو ملزم به رعایت هم‌نوعش نمی‌کنه، باید برگردیم به سلامت معنوی [افراد جامعه]. (پزشک، مصاحبه)

ج. جامعه‌پذیری علمی پوزیتیویستی: فرض غالب در تلقی پوزیتیویستی از بیماری، انتزاع بیماری به‌عنوان پدیده‌ای مستقل از بیمار است که طی آن نشانه‌های بیماری با فرایندهای بنیادی آسیب‌شناسانه بدن ارتباط پیدا می‌کند. پارادایم پوزیتیویستی بیماری نوعی انگاره «بیماری محور» است، نه «بیمار محور». این امر از دلالت‌ها و پیامدهای خاص خود در وجوه مختلف خدمات بهداشت و درمان برخوردار می‌باشد.

انفکاک دانش از ارزش: با حاکمیت نگرش پوزیتیویستی، علم پزشکی و روش‌های درمانی ذیل آن، خود را به‌عنوان معرفت حقیقی و همچنین مستقل از زمینه‌های انسان‌شناختی، فرهنگی و ایدئولوژیک مؤثر در تکوین و استمرارشان معرفی می‌کنند. علی‌رغم اینکه جدایی ارزش از دانش همواره یکی از مدعیات اصلی علوم پوزیتیویستی بوده است، اما علوم یادشده از آغاز شکل‌گیری با مبانی و لوازم فرهنگی و رفتاری خاص خود همراه بوده‌اند. به بیان دیگر، این فرض محال که دانش باید مستقل از ارزش‌ها باشد، خود نوعی ارزیابی ارزش‌مدارانه است. براساس این‌گونه القائات رایج، گروه تخصصی ارائه‌دهنده خدمات ضمن تأکید بر تفاوت‌های ماهوی دانش و ارزش با یکدیگر، قادر به فهم و پذیرش امکان برقراری ارتباط میان علم پزشکی و مفاهیم فراپوزیتیویستی نمی‌باشند.

گزیده (۲۰): نگاه فرایبولوژیک به مریض باید نتیجه محسوس و ملموسی داشته باشه؛ این برداشت‌های فرازیستی [نسبت به بیمار] یه جورایی یه طرح کیفی هست؛ مثل جریان بهشت و آخرت؛ هرچی بگیم بهشتی هست، آخرتی هست، جهنمی

هست؛ چه جوری می‌فهمیم که این جور چیزها هست؟ می‌تونی اونا رو نشون بدی؟
(پزشک، مصاحبه)

تجربه میدانی زیر ناظر به نوع تلقی پزشک نسبت به مقولات و مفاهیمی است که خارج از پارادایم‌های پوزیتیویستی قرار می‌گیرند. مضامین مندرج در روایت بعدی با مفروضات پوزیتیویسم و زیست‌پزشکی همخوان می‌باشد.

گزیده (۲۱): هنگام مرور مقالات فارسی و لاتین در سالن مطالعه دانشکده پزشکی، یکی از پزشکان جی.پی.^۱ مقاله «اخلاق پزشکی در اسلام با تأکید بر احادیث معصومین علیهم‌السلام و نهج‌البلاغه» را روی میز مطالعه، مشاهده می‌کند. وی بلافاصله در واکنش به مقاله مذکور، به شیوه‌ای تمسخرآمیز شروع به خندیدن می‌کند و می‌گوید این چه صیغه‌ایه؟ پژوهشگر با قدری تأمل، خنده وی را حمل بر نفی و یا حداقل نامرتبب انگاشتن این‌گونه مباحث با علم پزشکی از منظر آن پزشک می‌کند. مرادوات بعدی صحت برداشت اولیه را تا حدود بسیار زیادی تأیید کرد.
(مشاهده، گفت‌وگوی غیررسمی)

نفی حکمت برتر در تفسیر سلامت و بیماری: سلامت و بیماری به‌عنوان «ابژه دانش پزشکی» به‌صورت مستقل از تبیین‌های متافیزیکی تعلیل می‌گردند و علم به‌صورت عصارانان به‌تدریج پرده از پیچیدگی‌های آن برمی‌دارد. به‌تعبیر ماکس وبر همزمان با پیشرفت‌های علمی از سلامت و بیماری «افسون‌زدایی» می‌شود. نتیجه نهایی حاصل از این اتفاقات، انقباضی شدن باورهای ماورائی درباره سلامت و بیماری است. موارد فوق‌الذکر مجموعاً ذیل مضمون «نفی حکمت برتر در تفسیر سلامت و بیماری» تجمیع شده‌اند.

گزیده (۲۲): قبلاً خیلی از سرطان‌ها کشنده بود. حالا بعضی‌هاشون، مثل سرطان سینه خیلی کنترل و تقریباً قابل درمان شدن، چون علت‌هاشو دارن پیدا می‌کنن. اینکه بعضی‌ها می‌گن فلانی به‌خاطر فلان کار بدش و این جور چیزا [مبتلا به بیماری] شد از نظر [علم] پزشکی مفهوم نداره. فلان پزشک هم که به بیمار اند استیج^۲ می‌گه برو دعا کن، با دانشی که داره می‌دونه [که] این مریض دیر یا زود اکسپایر میشه و [دیگه] کارش نمی‌شه کرد. [با وجود این] بهش می‌گه ایشالله خوب بشی، خودش توی دلش می‌دونه که [واقعاً] این جوری نیست. شاید همین مسئله رو

۱. GP: مخفف General Practitioner به‌معنای پزشک عمومی

۲. End Stage: مرحله آخر (نزدیک به مرگ)

هم [دانشمندان پزشکی] حلش کنن، مثل خیلی چیزای دیگه که قبلاً بوده، ولی حالا حلش کردن. کسی که گرفتار این بیماری میشه، پلان^۱ خاص خودشو داره. (پزشک، گفت‌وگوی غیررسمی)

بازبینی مکرر داده‌های کیفی برحسب مضمون محوری «ترجیحات تخصصی حرفه‌ای کارگزاران علمی» و تجمیع محتوایی آنها نشان می‌دهد درون‌مایه نهایی «کالایی شدن درمان» در حکم درون‌مایه نهایی، می‌تواند طیف وسیعی از مضامین ظاهراً پراکنده را ذیل خود متمرکز کند. روایت زیر تفاوت‌های موجود در انجام رویه تشخیصی اندوسکوپی در محیط درمانی دولتی و مطب خصوصی، از منظر «کالایی شدن درمان» را نشان می‌دهد. گزیده (۲۳): دکتر شوهر منو توی بیمارستان برد برای اندوسکوپی، بدون بیهوشی، اندوسکوپی پیش کردن، گفتند واریس معده داره، پانسمان کردن، که حالا آب آورده، چون پول کمتری [در مقایسه با مطب] می‌گیرن؛ ولی [دکتر] توی مطب خودش همچو کاری رو انجام نمی‌ده؛ [اول] بیهوشش می‌کنن؛ هزینه‌اش رو هم می‌گیرن، من راضی‌ام؛ به خدا راضی بودم به من بگن توی بیمارستان این کار رو [با بیهوشی] انجام می‌دیم، ۲ میلیون تومان بده، برای اینکه بیمارم نخواد زجر بکشه. (همراه بیمار، مصاحبه)

به موجب شکایت زیر، «ادعای پرداخت دیه» به‌وسیله یک نفر پرستار غیرمتعهد از نظر اخلاقی و حرفه‌ای، مفر مناسبی برای رتق و فتق بی‌مبالاتی‌های عمدی انجام‌شده در مراقبت از بیمار تلقی می‌گردد.

گزیده (۲۴): اگر مریضتان بدحال است و می‌خواهید مرا مقصر جلوه دهید و «دیه» بگیرید، به شما «دیه» می‌دهم! واقعاً شرم‌آور است. بروز رفتارهای ناشایست از شخص تحصیلکرده، آن‌هم در کسوت پرستار که جایگاه والایی دارد، بعید است! (سند شکایت) روایت یکی از پزشکان از ناتوانی خانواده بیمار در تهیه فیلتر برای بیمار و رها کردن بیمار تا تحقق مرگ نیز در راستای مضمون نهایی «کالایی شدن خدمات و سلامت» قابل تفسیر است. گزیده (۲۵): در بخش جین^۲ خانم ۸۰ ساله‌ای بود که بر اساس آزمایش تشخیصی مبتلا به سرطان تخمدان بود. طبق گفته اساتید چند وقتی بیشتر زنده نمی‌ماند، اما بیمار مشکل خونی داشت و زیاد آمبولی می‌داد. پزشکان داخلی گفته بودند

۱. Plan: طرح درمان بیماری و مراقبت‌های پزشکی

۲. Gyn: مخفف واژه Gynecology به معنای دانش بیماری‌های زنان و زایمان

که باید فیلتر برای بیمار خریداری شود و در داخل رگ بیمار قرار گیرد. به دلیل اینکه دستگاه گران بود و خانواده بیمار می‌دانستند که مریضشان بر اثر سرطان فوت خواهد کرد، از خرید این کالا امتناع کردند و بعد از چند روز مریض بر اثر آمبولی ریوی فوت کرد. (لوگ‌بوک)

«کالایی شدن خدمات»، سایر کنشگران نظام خدمات بهداشت و درمان را نیز با خود درگیر می‌سازد. مفروض نظری این ادعا، رابطه دوسویه «افراد» و «ساختارهای اجتماعی» است که در حال تأثیر گذاری و تأثیر پذیری متقابل با یکدیگرند. آگهی‌های متعدد خرید و فروش اجزاء بدن در مسیرها و خیابان‌های حوالی میدان‌های پژوهش، ذیل عنوان «کالایی شدن اجزاء بدن» نام نهاده شده‌اند. وجود بخش پیوند اعضا در میدان اصلی تحقیق، تلاش‌های در حال انجام، با هدف ارتقاء آن به سطح «بیمارستان تخصصی پیوند اعضا» در نقطه دیگر از کلان‌شهر شیراز و نیز نسبت آن با چنین آگهی‌هایی، شاید یک امر بلاوجه نباشد. گزیده (۲۶): فروش کلیه با گروه خونی B⁺، ۰۹۳۰۸۵۱، کلیه و کبد فروشی B⁺، کبد فروشی O⁺، ۰۹۳۶۳۳۶، کلیه با گروه خونی O⁺ به فروش می‌رسد، تماس ۰۹۳۳۰۱۷، کبد زنده فروشی، ۲۳ سال، O⁺، ۲۵ سال، B⁺، ۰۹۳۹۳۶۵ (تصویر).

جدول ۳: اهم مفاهیم توصیفی مؤثر در بر ساخت مضمون محوری ترجیحات تخصصی حرفه‌ای

<p>نفی یا تغافل از روح به‌منزله امر مجرد، پرداختن به وجوه مختلف بیماری در پارادایم جسم، انسان‌شناسی ماتریالیستی در پزشکی مدرن، فقدان نگاه جامع انسان‌شناختی در متقاضیان رشته پزشکی، بی‌اهمیتی معاونت فرهنگی و دانش‌جویی، تلقی کارکردگرایانه روان‌شناختی از مقولات فرازیستی، بی‌توجهی به پیامدهای انسانی بیماری و مرگ، فراموش شدن الگوهای معنوی در درمان، جراحی به‌عنوان منبع پول‌ساز، دارودرمانی محض، عادی‌پنداری مرگ از سوی کادر درمان، محوریت درد بیمار برای پزشکان در پرتو تغافل از رنج وی، بی‌حرمتی به متوفیان، مظلومیت انسان در پیکره بیمارستانی، مشتری‌پنداری بیمار، بی‌توجهی مضاعف جراحان به شخصیت انسانی بیمار، اکراه از گفت‌وگو و برقراری رابطه انسانی، ضرب و شتم بیمار، لزوم تجدیدنظر در پذیرش دانشجوی پزشکی، ماشین‌پنداری بیمار، به تأخیر افتادن درمان به‌علت بی‌توجهی به رنج بیمار، خبررسانی بد بدون مقدمه، تغییر دائم و پیش‌بینی‌ناپذیری رویه‌های درمانی، بی‌ملاحظگی حرفه‌ای کادر درمان در تعامل با جسم، تشخیص‌گذاری‌های متفاوت و متناقض، سوء استفاده از برتری دانش حرفه‌ای، بهره‌جویی ابزاری از شأنیت اجتماعی و مرجعیت علمی، توهین به پرستار، امنیت‌زدایی شغلی از پرستاران، بی‌نزاکتی رفتاری و گفتاری در تعامل با پرستاران، تأویل ظاهر علمی بی‌مبالاتی‌های حرفه‌ای، پنهان‌سازی و معدوم‌سازی مستندات پزشکی، دروغ‌پراکنی حرفه‌ای نسبت به بیمار، حجیت داشتن اظهار نظر پزشک برای بیماران، انقاع‌ناپذیری توصیه‌های پرستاران برای بیماران، اعتماد بیمار به پزشک در توصیه‌های یکسان پزشک و پرستار، عدم التفات به توصیه‌های دینی در مقام طبابت، نامفهوم بودن احادیث پزشکی، تضاد مضامین و دستورات دینی با پیشرفت‌های پزشکی، غیرممکن بودن پرداختن به مسائل دینی از نظر پزشکی، کافی بودن اصول چهارگانه اخلاق پزشکی، نامرتب بودن دستورات اخلاق فردی و اصول اخلاق پزشکی، معنویت به‌عنوان یک دارونما با تأثیر گول‌زننده، برای توجیه مجهولات فعلی</p>	<p>اهم مفاهیم توصیفی مؤثر در بر ساخت مضمون محوری ترجیحات تخصصی حرفه‌ای</p>
--	--

۴.۲. بازاندیشی‌های فکری و روانی پسایماری

مراد از مضمون محوری فوق‌الذکر تغییرات عمیق فکری، روحی و روانی ایجادشده در بیماران طی مراحل بیماری و پس از آن است؛ تغییرات عمیقی که آنان را وادار به بازاندیشی‌های عمیق درباره مسائل مهمی می‌کند که تا قبل از تجربه بیماری در سطح ناخودآگاه قرار داشته‌اند و کمتر «موضوع آگاهی» واقع می‌شدند. مضمون یادشده از تجرید ۳ مضمون کلی (الف) فقدان فلسفه سلامت، (ب) کنش‌های پیشگیرانه و درمانی نگهداشت مادی بدن و (ج) اضطراب هستی‌شناختی ساخته شده است.

جدول ۴: مضامین فرعی‌تر سازنده مضمون محوری بازاندیشی‌های فکری و روانی برآمده از بیماری

مضمون کلی	مضامین جزئی	مضامین جزئی‌تر	
فقدان فلسفه سلامت	ایجاد خدشه در بدیهی‌پنداری زندگی	محوریت روزمرگی زندگی	دریافت‌کنندگان خدمات
		عدم تدبیر معقولانه	
	برجسته شدن مرگ آگاهی	عادی انگاشتن سرمایه سلامت	
		افق دید آنی و لحظه‌پندارانه	
کنش‌های پیشگیرانه و درمانی نگهداشت مادی بدن	محوریت نظام ارجاع مبتنی بر گروه‌های غیرحرفه‌ای	بیماری هراسی	
	کنترل بدن به استناد هنجارفرستی مراجع اجتماعی	مرجعیت عقل سلیم	
اضطراب هستی‌شناختی	چالش و پریشانی مذهبی و معنوی	تردید در اصالت باورهای دینی	
		احساس گناه و انتقام‌جویی الهی	
		تنفر از خویشتن با توجیهات معنوی و مذهبی	
	دگردیسی وجودی و معنوی	احساس پوچی و بی‌معنایی زندگی	
		تضاد با خانواده بر سر ایمان و باور	
		تجدیدنظر در رفتارهای پیشین	

الف. فقدان فلسفه سلامت: واژه «فلسفه» در اصطلاح مذکور، به معنای «چرایی» است. بدین ترتیب، ترکیب «فلسفه سلامت» را می‌توان حمل بر «چرایی سلامت» کرد. در سطح بالاتر، «فلسفه زندگی» اعم از «فلسفه سلامت» و دربرگیرنده آن است. بیشتر افراد در شرایط سلامت کمتر به بازاندیشی پیرامون ضرورت‌های وجودی سلامت می‌پردازند؛

به‌طور متقابل، افراد در شرایط بیماری، به‌عنوان وجه سلبی سلامت، خواهان بازگشت به وضعیت پیش از بیماری، یا همان «سلامت» اند که تا پیش از این کمتر در سطح خودآگاه آنان قرار می‌گرفته است. به بیان دیگر، همان‌گونه که در شرایط عادی زندگی، چرایی امر «سلامت» برای بیشتر افراد به‌منزله یک امر مبهم و تأمل‌ناشده در سطح ناخودآگاه محسوب می‌گردد، «چرایی بیماری» و «چگونگی مواجهه با آن» نیز به همان میزان برای بیشتر بیماران قرین با شکل‌گیری ابهام و تردیدهای وجودی در آنها و نیز ایجاد چالش درباره «فلسفه زندگی» می‌گردد.

ایجاد خدشه در در بدهی‌پنداری زندگی: مفروض انگاشتن اصل زندگی و سلامت به‌عنوان امر عادی روزمره، در جریان تجربه بیماری و یا حضور در بیمارستان، از سوی (همراهان) بیمار مورد تردید قرار می‌گیرد. از جمله پیامدهای خدشه‌دار شدن بداهت اصل زندگی در جریان بیماری، ایجاد زمینه‌های بازاندیشی و تأمل جدی پیرامون فلسفه حیات، فراموشی مشکلات شخصی و اتخاذ نگاه سهل‌انگارانه از سوی (همراهان) بیماران در قبال مشکلات روزمره است.

گزیده (۲۷): وقتی می‌ای بیمارستان، خیلی آدم‌ها رو می‌بینی، خیلی مشکلات رو می‌بینی که دیگه مشکل خودت صفر می‌شه؛ در مقابل مشکلاتی که می‌بینی، فقط باید شکر خدا رو جا بیاری، بگی بازم شکرش که فقط همین مشکلو دارم؛ من بعضی وقتا می‌گم خدایا اگه محمد مریضه، بازم شکر؛ هر چی در توانم هست و می‌تونم، خرج محمد را می‌دم. (همراه بیمار، مصاحبه)

برجسته شدن مرگ آگاهی: قاعده حداکثری رایج در میان بیشتر مردم دوگانه «مرگ - زندگی» است؛ افراد در شرایط معمولی، پایان محتوم زندگی را کمتر مورد تعمق قرار می‌دهند؛ آنان اقدام به «فاصله‌گذاری» میان مرگ و خود، از طریق «دورپنداری مرگ» می‌کنند. به‌طور متقابل، در مناسبات بیماری و تجربه محیط درمان، «موضوع‌شدگی مرگ» معمولاً خود را به‌شکل «اضطراب از مرگ» را باز می‌نماید. بدین‌سان، تجربه بیماری امکان تکوین نوعی خودآگاهی را فراهم می‌آورد که ذیل آن مقولات نیندیشیده شده پیش از بیماری، به‌طور جدی مورد تأمل و بازاندیشی واقع می‌شود.

گزیده (۲۸): چند شب توی آی.سی.یو بستری بودم، هم‌ش فکرم به این [مسئله مشغول] بود که برق قطع بشه، دستگاه تنفس از کار بیفته، چی می‌شه؟ چند سال از صبح تا ۳ و ۴ توی بانک کار می‌کردم. از سر کار می‌اومدم، هزار تا کار برای

خودم درست می‌کردم. به همه چیز فکر می‌کردم، به جز مرگ که توی آی.سی.یو. بهش فکر می‌کردم. یک‌بار از ترس قطع برق ماسک اکسیژن رو که هوا رو با فشار پُف می‌زنه تو دهن، عمداً برداشتم که ببینم می‌تونم نفس بکشم، دیدم اصلاً فوراً برگردوندم سر جاش. خیلی وحشتناک بود؛ حرف نمی‌تونستم بزنم؛ چشم از روی پرستارای توی استیشن بر نمی‌داشتم؛ می‌خواستم ببینم حواسشون به من هست یا نه. به چشم خودم مرگ رو در یک قدمی خودم می‌دیدم؛ خدا برای کسی نیاره (بیمار، مصاحبه)

بروز گرایش‌های معنوی در افراد و «مرگ‌هراسی» در قالب حالات روانی عارض شده بر بیمار، از قبیل افسردگی، از نکات مورد توجه درباره مضمون «فقدان فلسفه سلامت» است. گزیده (۲۹): جایی که فرد آمادگی افسردگی بیشتری داره، مسائل [معنوی] پر رنگ‌تر می‌شه؛ موقعی [که] شاد هستی، خدا کیلویی چند؟ موقعی یاد خدا می‌افتی که - بیشتر مردم این جورین - که یه گرفتاری داری. قبلش خدا کجا بود؟ من این‌طور به‌نظرم می‌یاد، کاری به صحت و سقم [این حرفا] ندارم، ولی ماهیتاً این‌طور هست. (پزشک، مصاحبه)

در همین راستا، غفلت از مرگ با استعانت از تقابل فکنی میان نگاه «ساختارگرایانه» و «اخلاق» شایسته توجه است. نگاه ساختاری از حیث انسان‌شناسی، جبراندیش، از حیث معرفت‌شناسی، اثباتی و از حیث روش‌شناسی، قانون بنیاد است. از سوی دیگر، در رویکرد «فردگرایی روش‌شناختی»، ملاحظه «اخلاق» مبتنی بر تقدم «فرد» بر «ساختار» می‌باشد که به‌موجب آن، پدیده‌های اجتماعی برحسب کنش‌های افراد، تبیین می‌گردند و نهادهای اجتماعی به افراد و تمایلات آنها تقلیل داده می‌شوند. در رویکرد مذکور، برخلاف رویکردهای ساختاری، نقش گرایش‌های روان‌شناختی در تبیین کنش‌های انسانی نیز برجسته فرض می‌شود بر پایه رویکرد «فردگرایی روش‌شناختی»، اخلاق و احساسات ارزشی^۱ از مهم‌ترین پدیده‌های اجتماعی هستند که در پی تقسیم کار صورت گرفته در علوم انسانی کمتر، به‌لحاظ علمی بدان‌ها پرداخته شده است. نادیده گرفته شدن «نظریه‌های فلسفی ارزش‌شناسانه» به‌وسیله جامعه‌شناسان یکی از پیامدهای تقسیم کار مذکور است. (بودن^۲، ۲۰۱۰: ۱۵)

1. Axiological Feelings
2. Bouden

گزیده (۳۰): دغدغه‌های دینی افراد توی شرایط سخت فعال می‌شن، وقتی [افراد] توی دریا می‌خوان غرق بشن می‌گن یا خدا. چطور شده [که این جوری می‌گن]؟ [علتش اینه که فرد] احساس نیاز کرده. تا وقتی [شما] از نیاز خودت غافل هستی به «بی‌نیاز» توجهی نداری. «صمدیت» به همین معناست. کافیه [این رو درک کنی] اگه شما [به‌عنوان انسان] اون رو «بی‌نیاز» می‌دونستی و خودت رو «نیازمند»، هیچ وقت از حالت آگاهی به نیازمند بودن خودت غفلت نمی‌کنی. روی تخت بیمارستان یا بیرون [از آن] غفلت نیست. غفلت‌زدایی به این شکل ممکنه که همه موجودات رو فقیر ببینی؛ یا اینکه برسونت به یه جایی که [انسان] فقیر این رو متوجه بشه؛ حالا از نظر اجتماعی، آیا می‌تونیم بگیریم مردم می‌رسونیمتون به جایی که متوجه بشید؟ به‌عنوان یه مربی اخلاق، عرض کنم که اگه بگیریم یه کاری کنیم که همه متوجه بشن، این یک نگاه ساختارگرایانه هست، شما به‌عنوان جامعه‌شناس در خیلی از مسائل نگاه ساختارگرایانه دارید، برای حل مسائل جامعه، می‌خواید تسری بدید به [این جور] کارهایی که باید [انسان] انجام بدهد. اصلاً این جور نیست؛ مبنا بر اصالت فرد است. (مدرس اخلاق پزشکی، مصاحبه)

ب. کنش‌های پیشگیرانه و درمانی نگهداشت مادی بدن: در عصر مدرن، سالخورده‌گی، بیماری و مرگ تهدیدهای جدی برای بدن، به‌منزله مبنای اصلی هویتی انسان‌ها محسوب می‌شوند. بدین ترتیب، نابودی بدن به‌معنای از دست رفتن وجوه گوناگون سرمایه، اعم از سرمایه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است. این‌گونه تلقی‌های هویت‌مدارانه از بدن، باعث تکوین و بازتولید رویه‌ها و مناسبات فناورانه و بهداشتی در پزشکی مدرن و «پزشکی شدن» جامعه شده‌اند.

محوریت نظام ارجاع مبتنی بر گروه‌های غیر حرفه‌ای: کلیت مفهومی مضمون جزئی اخیر ناظر به تأثیرپذیری بیماران از گروه‌های اجتماعی در نسبت با نحوه بیماری و درگیر شدن بی‌مورد با نظام خدمات برای امور غیرضروری است؛ نقد بیماران از رویه‌های مورد توجه قبل از ابتلا به بیماری، از جمله مفاد تکرارشونده در بیشتر مصاحبه‌ها است. مصاحبه‌شوندگان به مواردی از قبیل انتخاب و تغییر مکرر پزشک تحت تأثیر توصیه‌های دیگران، همذات‌پنداری با الگوهای ماهواره‌ای در قالب بهره‌جستن از انواع رویه‌های مدیکال و دارویی غیرضروری و تأثیرپذیری مفرط از اطلاعات ناقص و نادرست مندرج در رسانه‌های جدید اشاره کرده‌اند. از سوی دیگر، آنان در مناسبات بیماری، بلاوجه بودن

مراجعات حساسیت‌آمیز به پزشک در مواردی نظیر مراجعه به متخصص زیبایی، پوست و تغذیه برای تعیین و تعریف کالری مورد نیاز - و به‌قول یکی از بیماران «مراجعه فانتزی به پزشک» - را مورد تأکید قرار می‌دهند.

گزیده (۳۱): تا قبل از اینکه پیام توی بیمارستان بخوابم، با کمترین احساس تغییری توی پوست صورتم یا دستام به متخصص پوست و زیبایی مراجعه می‌کردم. برندهای جدید کرم و انواع لوازم آرایشی و بهداشتی رو می‌شناختم؛ تازه می‌فهمم که چقدر آلکی خودمو درگیر می‌کردم. اونا رو که نمی‌شه اسمشو گذاشت مریضی. یه جور فانتزی بازی بود، نه مریضی. (بیمار، مصاحبه)

ج. اضطراب هستی‌شناختی: «امنیت هستی‌شناسی» به‌معنای در اختیار داشتن پاسخ‌هایی در سطح ناخودآگاه و خودآگاه عملی برای بعضی «پرسش‌های وجودی بنیادین» است که همه آدمیان در طول عمر خود به‌نحوی مطرح کرده‌اند. به‌طور متقابل، «ناامنی یا اضطراب هستی‌شناسی» ناظر به وضعیتی است که فرد طی آن در شرایط غیرعادی، از قبیل شرایط بیماری، هستی‌شناسی، روایت و گفتمان خود را در معرض خطر می‌بیند و دچار اضطراب می‌گردد؛ «اضطراب هستی‌شناختی» افراد را در لحظه‌های سرنوشت‌ساز مجبور به رویارویی با مشکلاتی می‌کند که در جریان کار آرام و مرتب نظام‌های مجرد، معمولاً از حوزه خودآگاهی شخص برکنار می‌مانند. لحظه‌های سرنوشت‌ساز، از قبیل شرایط رنج و بیماری، مسیر عادی امور روزمره را اغلب به‌طور ریشه‌ای مختل می‌سازد و موجب به‌خطر افتادن معناها، ارزش‌ها و نمادهای مرتبط با آنان در نزد آدمی می‌گردند. قرار گرفتن افراد در مناسبات دور از روزمرگی‌ها - نظیر بیماری - جستجوی امور درونی و وقایع جاری در محیط پیرامونی را افزایش می‌دهد؛ «چرایی‌های» عمیق که از اعماق وجود انسان سر برمی‌آورند «حیرت» و حس اضطراب را در انسان تقویت می‌کنند. وضعیت مذکور، معلول درک بنیادی‌تر از لایه‌های وجودی خویشتن و جهان هستی است. اشتیاق به فهم و تجربه تشویش در قالب اضطراب «سرنوشت و مرگ»، «بی‌معنایی» و «گناه» نمایان می‌گردد؛ در این میان، «مرگ‌هراسی»، به‌منزله بنیادی‌ترین اضطراب‌گزیرناپذیر، تا زمانی که رویکردی روشن، متفن و معنی‌دار در مواجهه با آن در پیش گرفته نشود، همواره وجود خواهد داشت. آگاهی انسان از «متناهی بودن»، به‌منزله عامل قوی پویایی و حرکت، در پی تمرکز دائم بر «مفاهیم وجودی» و «اضطراب وجودی» محقق می‌شود؛ گسترش آن به جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی، گذار از لایه‌های سطحی را به‌همراه داشته و فرد را

به دریافت معنا و مفهوم عمیق‌تر از عملکردهای خوب‌تر رهنمون می‌سازد. چالش و پریشانی مذهبی و معنوی: عدم قطعیت موجود در روند بیماری و درمان آن باعث ایجاد تردیدهای شکننده در برخی افراد می‌گردد، به‌نحوی که آنان را به تأمل جدی در باورهای ایمانی قبلی وادار می‌سازد. بر پایه مشاهدات و به‌ویژه مصاحبه‌ها، بازنگری می‌تواند در راستای «تقویت» باورهای دینی و ایمانی و یا در جهت «گسست» از آنها باشد. روایت زیر ناظر به انقطاع از باورهای پیشین تا رسیدن به مرحله انکار خداست.

گزیده (۳۲): ناراحت می‌شم، زیاد اعصابم خرد می‌شه، بنا می‌کنم گریه کردن؛ اصلاً خودم [رو] نمی‌شناسم، از درد و ناراحتی. می‌گم «چرا من؟». بعضی موقعا که حالم بد می‌شه، مرتب از خودم می‌پرسم «خدایا، چرا من؟». احساس می‌کنم مگه من چه گناهی کردم - [بیمار در حال گریه کردن است] - که باید از بین این همه بنده... ممکنه هر از گاهی اعصابم خرد بشه، خدا رو انکار کنم؛ می‌گم خدایا، چرا من؟ (بیمار، مصاحبه)

روایت زیر تردیدهای ایمانی به‌وجود آمده و گسست از خداوند به‌عنوان آخرین راه‌حل در جریان بیماری را نشان می‌دهد.

گزیده (۳۳): شک می‌کنم توی اعتقاداتی که قبلاً داشتم. وضع ما شده مار پله؛ می‌رسیم بالا، می‌رسیم به نقطه‌ای که درمان تمام می‌شه، یه‌هو، می‌رسیم به مار، نیشمون می‌زنه، برمی‌گردیم سر جای اولمون! بهمون می‌گفتن دیگه کامل برمی‌گرده، دوباره می‌گفتن نه، هیچ امیدی نیست؛ توی این روندی که هست، ایمانی نمی‌مونه. اگه واقعاً خدا این وسط داره کارهایی می‌کنه، پس چرا فرق گذاشته بین من و بقیه؟ قبلاً هر جا می‌رفتم کتاب دعا رو از خودم جدا نمی‌کردم؛ از وقتی اومدم توی بیمارستان، نماز هم نخوندم، این قدر دلم چرکه که روم نمی‌شه به خدا رو بیارم، آزش بُریدم تقریباً، این آخرین راهمه! نمی‌دونم بعدش چه کار بکنم. (همراه بیمار، مصاحبه)

در گزیده زیر، چالش و پریشانی مذهبی و معنوی افراد در طی بیماری با محوریت دوگانه «انسان طبیعی - انسان وارونه»، با سطح بالاتری از انتزاع نشان داده شده است.

گزیده (۳۴): دأب بیشتر مردم اینه که حداقل توی گرفتاری‌ها می‌گن یا الله. اینها «انسان‌های طبیعی» هستن. اقتضای غریزی آدم این جوریه؛ بعضی‌ها هستن که وقتی گرفتار می‌شن، می‌گن ولس کن. بذار خوش باشیم. بی‌خیال همه چیز می‌شن. اینا

«آدم وارونه» هستن که نمی‌شه راستشون کرد. (مدرس اخلاق پزشکی، مصاحبه) دگردیسی وجودی و معنوی: مضمون مذکور بیشتر ناظر به تصمیمات اساسی دریافت‌کنندگان خدمات، به‌ویژه بیماران است که می‌توان از آنها به‌عنوان «مدیریت تحول» یاد کرد و بیشتر معطوف به بازاندیشی در افکار و رفتارهای گذشته می‌باشد که متعاقب بیماری در بیماران به‌وجود می‌آید. مضمون یادشده ذیل عناوین و تعابیر مختلف در مصاحبه‌های بیماران منعکس بود و با مشاهدات بیمارستانی در بیشتر موارد قرابت زیادی دارد.

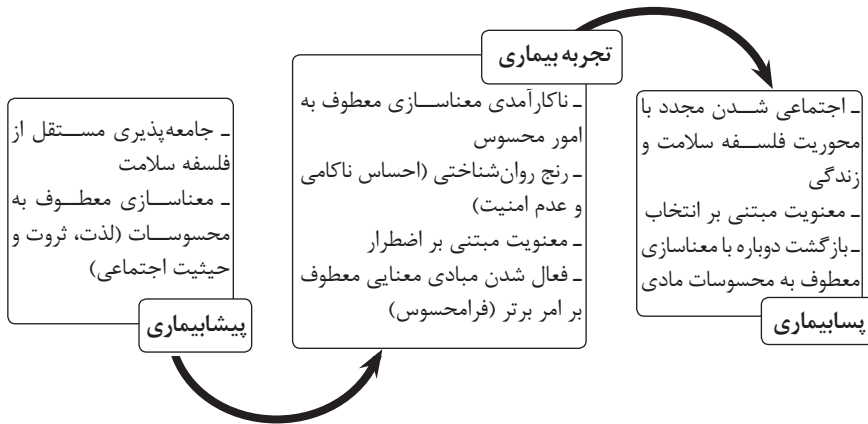
گزیده (۳۵): فکر می‌کردم توی بیمارستان خسته شدم؛ بعد دوباره که فکر کردم، دیدم مسئله بیماری و بیمارستان برای اینه که اگه از یاد خدا غافل شده باشیم، باز بیایم توی مسیر اصلی؛ بیماری اگه نباشه، آدم شاید از یاد خدا غافل بشه؛ وقتی اومدی روی تخت بیمارستان، مریض‌های دیگه رو دیدی [به خیلی چیزها فکر می‌کنی]، توی خلوت خودم، پی می‌برم که هیچ چیزی ارزشش بیشتر از خدا، انسانیت و [آدم] درست بودن نیست؛ آدم موقعی که می‌یاد توی بیمارستان یا قبرستون، می‌فهمه دنیا ارزشی نداره و ارزش کارهای خیر در راه خدا کردن رو حس می‌کنه؛ باید شکر خدا رو کنم که بعد از این بفهمم که بیماری چیه، به یاد خدا باشم و با کارهایی که می‌کنم، توشه‌ای برای آخرتم داشته باشم؛ این از نتایج بیماری هست؛ همش این نیست که آدم بیاد توی بیمارستان، خوب بشه، بعد پره بیرون، دوباره یادش پره از کجا اومده. (بیمار، مصاحبه)

در روایت زیر از بازبینی بعد از گذار موفقیت‌آمیز از مناسبات بیماری با عنوان «مهندسی کردن زندگی» یاد شده است.

گزیده (۳۶): اگه قسمتم به دنیا بود و از حالت مُعلق بودن اومدم بیرون، زندگیم را یکبار دیگه مهندسی می‌کنم. (بیمار، مصاحبه)

مقایسه میزان التزام به احکام دینی، در دوره قبل و بعد از ابتلا به بیماری یکی دیگر از مصادیق بازاندیشی است که در پی تجربه حاصل از بیماری در افراد اتفاق می‌افتد.

گزیده (۳۷): اون موقع [قبل از اینکه بیمار بشم] نماز صبحم قضا می‌شد، [اولی الان که خوب شدم و نجات پیدا کردم] احساس می‌کنم [برای] من که کسی به فکرم بود [درست نیست که نماز صبحم قضا بشه]، این قدر باید پایین [مرتب] باشم که بلند نشم از خوابم [و نماز صبحم قضا بشه]. (بیمار، مصاحبه)



شکل ۲: سیر تحولات فکری افراد در مراحل سه‌گانه تجربه بیماری

جمع‌بندی داده‌های تجمیع‌شده ذیل مضمون محوری «بازندیشی‌های فکری و روانی پسابیماری» حاکی از جایگاه کانونی «اضطراب از مرگ» به‌عنوان یک درون‌مایه نهایی، در میان دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، به‌ویژه بیماران است که همراستا با اصطلاح «اهمیت جسمانیت» و به‌تعبیر مرلوپونتی «در بدن بودگی»^۱ نیز می‌باشد؛ متعاقب درجه سختی بیماری و همزمان با افزایش شدت اضطراب از مرگ، «نگهداشت جسمانیت» و دغدغه‌های معطوف به آن برای (همراهان) بیمار اهمیت مضاعف می‌یابد. به‌لحاظ منطقی، می‌توان نتیجه گرفت «کیفیت جامعه‌پذیری افراد و الزامات ناشی از آن» نحوه مواجهه ذهنی و عینی آنها را با مضمون «اضطراب از مرگ» به‌منزله یک واقعیت وجودی مشترک مشخص می‌سازد. مع‌الوصف، در شرایط سخت بیمارستانی اضطراب مشترک موجود در انسان‌ها با قوت بیشتر در میان بیماران و همراهان‌شان، در مقایسه با افراد سالم، فعال می‌شود. مسئله اضطراب بیماران از مرگ مورد تأیید کادر ارائه‌دهنده درمان است و هر کدام به شیوه‌های گوناگون آن را مورد اشاره قرار داده‌اند.

گزیده (۳۸): خیلی‌هاشون از مرگ می‌ترسن و اضطراب دارن. یکی شون واقعاً از نظر جسمی و ظاهری خوب بود، ولی از مرگ می‌ترسید و [سرانجام هم] مُرد. آقای ۵۶-۵۷ ساله‌ای بود [که] به‌جز کانسر^۲ و شکم برآمده، بقیه‌اش خوب بود؛ نشسته بود، کارهاش رو انجام می‌داد، ولی آدم اضطراب از مرگ [رو توی صورتش می‌دید؛ هر روز که می‌رفتیم بالای سرش و راند می‌شد، می‌گفت دکتر، من این جورم شده؛

1. Embodiment

نمی‌دونم چرا؛ امروز عرق سرد ریختم؛ رفتارهای جوروی بود که می‌شد اضطراب از مرگ رو ببینی؛ روز بعد که اومدم کشیک، گفتن [فلانی] دیروز اکسپایر شد. (پزشک، مصاحبه)

«تجربه نزدیک به مرگ»^۱ از دیگر موارد مرتبط با اضطراب از مرگ است که بخش مهمی از جهان زیسته کادر ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده درمان را تشکیل می‌دهد. گوینده روایت زیر، با تأکید بر تفکیک میان معنای حقیقی و استعاری عبارت «دارم می‌میرم»، تجربه نزدیک به مرگ را این‌گونه به تصویر کشیده است.

گزیده (۳۹): افرادی که احساس می‌کنن دارن رو به فوت می‌رن، شاید در ظاهر از نظر چیزهای فیزیولوژیکی موردی بر این قضیه نداشته باشن، ولی بعضی [افراد] واکنش‌هایی از خودشون نشون می‌دن، یا کلماتی رو به کار می‌برن که آدم احساس می‌کنه واقعاً حس کرده داره می‌ره؛ یه وقت‌هایی شما می‌گید دارم می‌میرم، ولی فقط صدا هست، به جای اینکه [فرد] بگه درد از یادی [دارم، برای مبالغه] می‌گه دارم می‌میرم؛ شما [هم] احساس می‌کنید قرار نیست فوت کنه؛ بعضی وقت‌ها هست اون فرد یه جوروی این [جمله] رو بیان می‌کنه که اصلاً غم و اندوه رو در اون فضا برات به وجود می‌یاره؛ آدم احساس می‌کنه «این دارم می‌میرم» خیلی بده؛ یه موردی توی بخش کاردیو داشتیم که [بیمار] عمل جراحی باز کرده بود، عملش هم موفق بود، چند روز از انجام عملش گذشته بود، علائمش استاندارد بود، روال عادی رو داشت طی می‌کرد، اولی علی‌رغم این عادی بودن علائم حیاتی [واقعاً] رفت، دیگه نتونست برگرده؛ بالای سرش بودم، دیدم با یه حس خاصی گفت، «من دارم می‌میرم»؛ یه حس خاصی را از توی چشمش بهت‌القاء می‌کنه که این جمله «دارم می‌میرم» فرق داره با اون جمله‌ای که بیشتر توی اتفاقات گفته می‌شه. (پرستار، مصاحبه)

پرستار بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان نمازی، تجربه خود از پیش‌آگهی‌های ابرازی بیمار را درباره قریب‌الوقوع بودن مرگ، علی‌رغم طبیعی بودن علائم ظاهری، این‌گونه روایت می‌کند.

گزیده (۴۰): یه مریض داشتیم که مانیتور نمی‌شد، فهمیدیم که مانیتور مرکزی خرابه، رفتیم مانیتور پرتابل رو آوردیم، گذاشتیم بالای سرش و هر نیم‌ساعت یک‌بار

بهبش سر می‌زدیم. علائمی که بخواد آرست^۱ بده، رو نداشت، گفتم میام می‌شینم [بالای سرش]، ساعت ۳ ساعت ۵ [مجدداً] رفتم بالای سرش، علائمش طبیعی بود. گفتم مادر جون خوبی؟ گفت: حلالم کن، دارم می‌میرم، گفتم این چه حرفیه که می‌زنی، همه چیزت عادیه و یکی دو روز دیگه مرخص می‌شی. ساعت ۶ و نیم بود، ایست قلبی رو داد، رفتم بالای سرش دیدم، مریض، در حد فلت^۲ شدن نوار قلبشه، زنگ زدیم سی.پی.آر^۳ اومد، اما مریض متأسفانه برنگشت. (پرستار، مصاحبه) پیش‌آگهی‌های ابرازی بیماران ممکن است حمل بر «هذیان‌گویی» شود. این مسئله در روایت زیر، که ناظر به تجربه نزدیک به مرگ یکی از بیماران بستری در بخش آی.سی.یو، ۳۰ دقیقه قبل از مرگ می‌باشد، به روشنی انعکاس یافته است.

گزیده (۴۱): با چشم خودم دیدم، یکی از مریضامون روی تخت ۲ بود، رفتم بالا سرش علائم حیاتی رو چک کنم؛ دیدم داره می‌گه به اینا بگین برن کنار، بعد [هم] به پسرم بگین بیاد داخل؛ گفتم پدر جان، هیچ‌کس نیست، جز من؛ فقط من و شما یید؛ گفت نه، اینا دارن منو می‌برن با خودشون. بعد از نیم‌ساعت، بالای سرش بودم، گفتم نمی‌دونم بیمار دچار توهم شده، یا نه، واقعاً می‌خواد بره؛ مریض واقعاً استیبل^۴ بود؛ من باورم نشد، نیم‌ساعت طول کشید، مریض آرست داد و اکسپایر شد. (پرستار، مصاحبه)

جدول ۵: اهم مفاهیم مورد استفاده در بساخت مضمون محوری بازاندیشی فکری و روانی برآمده از بیماری

<p>تفریح و عشق و حال با دوستان، بی‌توجهی به گذر عمر، زندگی‌الله‌بختکی، رفتارهای خطرناک و عجولانه، چشم بستن روی نصایح، عدم درک رنج بیماری دیگران، سرزنش رفتارهای بیماری دیگران، حس توقف در وضعیت موجود، بی‌حوصلگی با سالخوردگان، انتخاب یا تغییر پزشک با توجه به توصیه دیگران، اطلاعات رسانه‌ای ناقص درباره بیماری، تفسیر شخصی از بیماری، دوره‌های بدن‌سازی، دارو درمانی مبتنی بر اطلاعات رسانه‌ای و تجربیات دیگران، عمل به تجویزات گیاهی و دارویی عطاری فروش‌ها، عدم اعتقاد به شفای الهی، نفی آخرت و زندگی بعد از مرگ، تشکیک در عدالت خداوندی، ترک واجبات مذهبی، پشیمانی از روابط غیراخلاقی، عذاب وجدان از قدرناشناسی از دیگران، نگرانی از افراط در میگساری، تلاش برای رهایی از گذشته، عذاب وجدان از مزاحمت خیابانی برای دختران، بی‌فایده‌گی زندگی، تلاش مسخره برای پول درآوردن، تلاش اطرافیان برای حفظ اعتقادات، عصبانیت اطرافیان از تغییر نظرات، تصمیم بر ترک گناه در صورت نجات از بیماری</p>	<p>در یافت‌کنندگان</p>
---	------------------------

۱. Arrest: ایست قلبی، از کار افتادن کامل قلب.

۲. Flat: حالت دراز کشیده

۳. Cpr: مخفف Cardiopulmonary Resuscitation به معنای احیای قلبی ریوی.

۴. Stable: با ثبات

۵. بحث و نتیجه‌گیری

مبانی اساسی الگوواره زیست‌پزشکی، به‌ویژه مفروضات انسان‌شناختی آن، نوع نگاه به انسان و نیز چگونگی عملکرد حرفه‌ای پزشکان و پرستاران را از خود متأثر می‌سازد. جمع‌بندی یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد بخش عمده‌ای از ارائه‌دهندگان خدمات در بهترین وجه ممکن، مسائل واقع‌شده در فراسوی اقتضانات زیست‌پزشکی را صرفاً، از منظر کارکردهای روان‌شناختی، در نسبت با بیماران که در شرایط سخت به‌سر می‌برند، مورد توجه قرار می‌دهند. به‌دنبال پیامدهای اقتصادی و روحی و روانی حاصل از پدیده بیماری، بروز اختلال در نقش‌های روزمره زندگی فردی و اجتماعی بیماران، تشدید تأملات وجودی، چالش‌ها و بازاندیشی‌های عمیق فکری درباره فلسفه زندگی و سلامت یک امر دور از انتظار نیست. این سنخ از پرسش‌ها و دغدغه‌ها ذاتی نوع انسان هستند و نقش تعیین‌کننده‌ای در نگهداشت سلامت جسمی و روحی او ایفا می‌کنند؛ مفروض اصلی مقاله حاضر که در قالب دو پرسش پژوهشی مورد مطالعه قرار گرفت، ناظر این معناست که پارادایم زیست‌پزشکی و دانش تخصصی برآمده از آن، قادر به ارائه پاسخ‌های لازم به دغدغه‌های بنیادین انسان‌ها و در رأس آنها «مرگ آگاهی» که به‌ویژه در شرایط بحران و بیماری نمود بیشتری پیدا می‌کند، نمی‌باشد. همچنین، در این مطالعه، با هدف بازنمایی نقدهای وارد بر پارادایم زیست‌پزشکی، تحلیل‌های روشمند تفسیری - برگرفته از داده‌های متنوع کیفی گردآوری‌شده از میدان‌های پژوهش - ارائه شد.

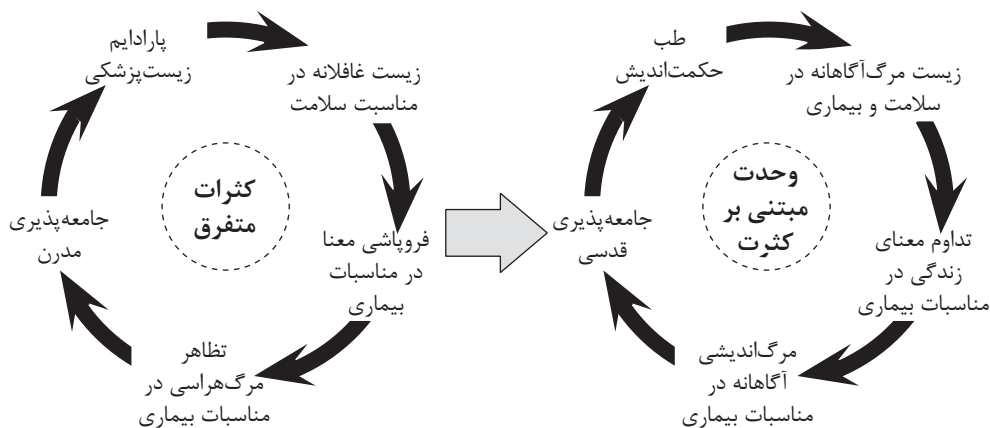
در بیشتر گفتمان‌های سازنده جامعه‌پذیری مدرن، «فلسفه زندگی و سلامت» در شرایط عادی و روزمره جایگاه قابل‌ملاحظه‌ای ندارد. سؤال اصلی کنشگران مدرن ناظر به این مسئله که اصولاً «چرا باید سالم بود» و «چرا باید زندگی کرد»، نیست؛ در دوره پیشامدرن به استناد مبادی قدسی، پاسخ‌های لازم برای این سنخ پرسش‌های بنیادین وجود داشته است؛ متناسب با پاسخ‌های تعبیه شده، «چگونگی» زندگی افراد و نیز معنا و مفهومی که از مرگ اراده می‌کردند، محقق می‌شده است. به‌طور متقابل، در عصر مدرن و پسامدرن، مبادی عرشی و متافیزیکی هویت انسان‌ها به‌طور گسترده از هم فروپاشیده است. انسان مدرن، با توجه به نیاز ذاتی خود به هویت‌سازی، به بساخت انواع «هویت‌های خودساخته»، بر مبنای مقومات زمینی و این‌جهانی مبادرت نموده است. «بدن»، «جسمانیت» و «در بدن بودگی» - با لحاظ لوازم فردی و جمعی آنها - وجه مشترک و نقطه کانونی هویت‌های خودساخته را تشکیل می‌دهند. در سطح کلان، محوریت «هویت معطوف

به بدن» و اجزاء سازنده آن، مشتمل بر «لذت»، «ثروت» و «حیثیت اجتماعی»، به ایجاد «جامعه بدنی»^۱ منجر شده است. برآیند نهایی حاصل از تجمیع «هویت‌های معطوف به بدن» و ظهور آن در قالب یک کلیت تأثیرگذار، به استمرار ضرورت اجتماعی «پزشکی شدن» جامعه منتهی می‌شود. بر این اساس، پزشکی مدرن از طریق برساخت گفتمان «نگهداشت و توسعه مادی بدن»، نقش محوری را در تکوین «هویت مبتنی بر در بدن بودگی» ایفا می‌کند و در این مسیر از انواع رویه‌ها و مداخلات زیستی، درمانی و دارویی جهت حفظ و ارتقاء سلامت بهره می‌جوید. نیاز اجتماعی ایجاد شده جهت نگهداشت و ارتقاء هویت‌های بدنی، انگیزه پزشکی مدرن را در مقابله با موانع مخرب «هویت‌های معطوف به جسمانیت»، که «بیماری» در صدر آن واقع می‌شود، به‌طور چشم‌گیری مضاعف می‌کند. بدین ترتیب، قرار گرفتن «جامعه بدنی» و «زیست‌پزشکی» در یک رابطه دوسویه، تولید و بازتولید هر دوی آنها را به همراه می‌آورد. در این میان، «مرگ» غایی‌ترین فرجام نامطلوب جسمانیت است که معوق ساختن و احتمالاً سودای محال حذف آن در آینده، صدرنشین تلاش‌ها و تحقیقات فعلی در پارادایم زیست‌پزشکی قرار گرفته است؛ ذیل تجربه بیماری، ژلاتینی شدن محسوس مرز ممیز «وجود» و «عدم»، دائر شدن موضوع، میان «هستی» و «نیستی» و نیز تکانه‌های شدید حاصل از ناکارآمدی لذت، ثروت و حیثیت اجتماعی، به‌منزله مبادی سازنده «هویت‌های مبتنی بر در بدن بودگی»، نگاه انسان بیمار را به «فراسوی آنچه هست» گسیل می‌دارد؛ بدین ترتیب، فرد بیمار به‌طور خاص و نزدیکان وی به‌طور عام، در پرتو این «نگاه برتر» می‌کوشند با شیوه‌های مختلف در مواجهه نابرابر با «مرگ آگاهی سربرآورده از عمق وجود» که تا پیش از این با استخدام سازوکار تغافل و اشتغالات روزمره به‌صورت کاذب در محاق فرو رفته بود، راه‌گریزی پیدا کنند. الگوهای فرهنگی و نوع آموزش‌های درونی شده افراد، به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان مدخل نگاه فوق‌الذکر به ماوراء و «امر برتر» محسوب می‌گردند. توجه به «امر برتر» در برخی افراد متأثر از باورهای دینی، به‌عنوان یک منبع عظیم معرفتی و فرهنگی، واجد ظرفیت‌های فراوان در معناسازی شئون مختلف زندگی، از مرحله قبل از تولد تا مرتبه بعد از مرگ است. «زیست‌بازاندیشانه» معمولاً به‌مثابه شاخص‌ترین دستاورد گذار موفق از بیماری است که در قالب تغییرات محسوس باورها و رفتارها نمودار می‌شود؛ بر این اساس، بیمارانی که موفق به پشت سر گذاشتن پیروزمندانه بیماری می‌شوند، معمولاً در پی بازتعریف هویتی

خود با محوریت «مرگ آگاهی» بر می‌آیند. این دسته از بیماران در مواجهه با تعارضات احساس شده میان «هویت بازتعریف شده جدید» و «مناسبات فرهنگی حاکم بر زیست جهان اجتماعی» استراتژی «نفی یا ادغام در مناسبات فرهنگی»، «گزینش انتخابی عناصر فرهنگی» و «زیست حاشیه‌ای ذیل مناسبات فرهنگی» را در پیش می‌گیرند.

در این مقاله علاوه بر به تصویر کشیدن عدم بسندگی پارادایم زیست‌پزشکی در پرداختن به دغدغه‌های وجودی بیماران، ناکارآمدی «جامعه‌پذیری مدرن»، با عنایت به تأکید آن بر تلقی این جهانی از هستی، انسان و معرفت و قدسیت‌زدایی تمام‌عیار از ساحات مختلف حیات انسانی نیز به‌خوبی بازنمایی گردید. الزامات حاصل از «پارادایم زیست‌پزشکی» و «جامعه‌پذیری مدرن» در شرایط بیماری و مواجهه بیماران با پدیده مرگ مدخلیت خود را به‌طور کامل از دست می‌دهند و با ایجاد «تهی‌شدگی وجودی» در انسان، او را در وضعیت کاملاً «بی‌سرمایه» و «رها شده» تنها می‌گذارند. امتناع از تجربه «تهی‌شدگی» در شرایط بیماری متضمن بازاندیشی توأمان در «جامعه‌پذیری مدرن» و «پارادایم زیست‌پزشکی» و جایگزینی ساختن «جامعه‌پذیری قدسی» و «طب حکمت‌اندیش» با آن دو خواهد بود.

۷۳



شکل ۳: گذار از پارادایم زیست‌پزشکی (سمت چپ) به پارادایم طب حکمت‌اندیش (سمت راست)

در شکل فوق رابطه میان پارادایم «زیست‌پزشکی» و «جامعه‌پذیری مدرن» به‌روشنی بازنمایی شده است؛ هسته کانونی در جامعه‌پذیری مدرن و زیست‌پزشکی وجود دو گانه‌های متعددی است که مولود نحله‌های مختلف فلسفه مدرن هستند. دو گانه «بدن - روان» یکی

از انواع فراوان این دوگانه‌هاست. مفاهیم «جامعه‌پذیری قدسی» و «طبابت حکمت‌اندیش» در تقابل با جامعه‌پذیری مدرن و پارادایم زیست‌پزشکی، تدوین شده‌اند (شکل ۳). در چرخه تعاملی «جامعه‌پذیری قدسی» و «پزشکی حکمت‌اندیش»، موقعیت کانونی «مرگ آگاهی» انسان‌ها - برخلاف مناسبات روزمره مدرن که با سازوکار «تغافل و نسیان عامدانه» جایگاه حاشیه‌ای پیدا کرده است - باعث تحقق «زیست مرگ آگاهانه در شرایط سلامت و بیماری» می‌گردد؛ در این صورت‌بندی جدید از زندگی، انسان‌ها، نه فقط در شرایط «بیماری و اضطرار»، بلکه در حالت «سلامت و اختیار»، به برساخت معنای سازگار با اقتضائات وجودی و ساماندهی زیست این جهانی هم‌ارز با آن مبادرت خواهند نمود.

پیشنهاد‌های پژوهش

به استناد مجموع یافته‌ها و تحلیل‌های انجام‌شده در این مطالعه، پیشنهاد‌های اجرایی و سیاستی زیر قابل ارائه هستند:

نخست: بازنگری در برنامه آموزش پزشکی، با تأکید بر تقویت آموزش در زمینه‌های علوم اجتماعی، با هدف تربیت متخصصان حرفه‌ای توانمند جهت ایفای مسئولیت‌های اجتماعی؛

دوم: بازنگری در شیوه پذیرش دانشجو در رشته‌های پزشکی از طریق افزایش نقش مؤثر دروس علوم انسانی در آزمون ورودی دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ سوم: استفاده از صاحب‌نظران علوم انسانی در سطح وزارت بهداشت با هدف اشاعه مؤثر مباحث علوم انسانی، به‌ویژه در حوزه هستی‌شناسی، انسان‌شناسی و معرفت‌شناسی، به‌گونه‌ای ناظر به اصل مبداء و معاد و نیز معناداری هستی در آموزش‌های پزشکی و پیراپزشکی در کوتاه‌مدت؛

چهارم: حضور مؤثر اصحاب علوم انسانی در هیئت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با هدف پیشبرد برنامه‌های اجرایی معطوف به یافته‌های علوم انسانی در مناسبات آموزشی و درمانی در کوتاه‌مدت؛

پنجم: یکپارچه‌سازی بدنه آموزش عالی کشور از طریق ادغام وزارت «بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» در وزارت «علوم، تحقیقات و فناوری» به‌عنوان متولی اصلی آموزش عالی در کشور در درازمدت؛

ششم: تدوین متون آموزشی و درسی بر پایه رویکرد «سلامت محوری»، با تأکید خاص

بر گفتمان «فلسفه سلامت» و «فلسفه زندگی» در سطوح مختلف آموزش عمومی و آموزش عالی و نیز در حوزه عمومی جامعه از طریق رسانه‌ها؛ هفتم: اجرایی کردن راهبرد کلی «آموزش مرگ» در سطح جامعه مبتنی بر عنصر بنیادین «مرگ آگاهی» از طریق برنامه‌ریزی فراگیر اجتماعی برای بر ساخت گفتمان «هم‌ارزی مرگ و زندگی»، به‌عنوان پدیده‌های لازم و ملزوم با یکدیگر و تلاش برای فراگیر شدن گفتمان مذکور در عرصه عمومی، با هدف تغییر شیوه کنونی جامعه‌پذیری؛ در این راستا، لازم است مضمون «مرگ» و «ضرورت‌های وجودی حاکم بر آن» از منظر الهیات، فلسفه، جامعه‌شناسی و روان‌شناسی در برنامه‌های آموزش عمومی و آموزش عالی - متناسب با اقتضائات مختلف مخاطب - مورد توجه قرار داده شود و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی متناظر با آن در سطح جامعه صورت پذیرد.

منابع

۱. الیاس، نوربرت. (۱۳۸۹). **تنهایی دم مرگ**. امید مهرگان و صالح نجفی. چاپ سوم. تهران: گام نو.
۲. بوالهری، جعفر. (۱۳۸۹). **نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی**. اخلاق پزشکی. سال چهارم (۱۴).
۳. پورعباسی، عطالله و میثم توکلی‌بینا. (۱۳۸۹). لزوم رویکرد تربیتی به تعهد اخلاقی در علوم زیستی؛ آموزش اصول اخلاق زیستی را باید از مدارس آغاز کرد. **اخلاق و تاریخ پزشکی**. ۳ (۵).
۴. جعفری، محمدتقی. (۱۳۹۴). **فلسفه دین**. تدوین دکتر عبدالله نصری. تهران: سازمان انتشارات پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی.
۵. رضازاده، حسن و محمدرضا رحمانی‌اصل. (۱۳۹۲). مقایسه معنای زندگی از دیدگاه محمدتقی جعفری تبریزی و فریدریش نیچه. **انسان‌پژوهی دینی**. ۱۰ (۳۰).
۶. گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۵). **تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید**. ناصر موفقیان. تهران: نشر نی.
۷. نصر، سیدحسین. (۱۳۹۲). **انسان سنتی و مدرن در اندیشه دکتر سیدحسین نصر**. مهدی نجفی افرا. چاپ اول. تهران: انتشارات جامی.
۸. ولف، هنریک؛ استیگ آندریکسون و ربین روزنبرگ. (۱۳۸۰). **درآمدی بر فلسفه طب**. همایون مصلحی. چاپ اول. تهران: انتشارات طرح نو.

9. Berger, P. (1990). *The Sacred Canopy: Elements of a Sociological Theory of Religion*. New York: Anchor Books.
10. Boudon, R. (2010). The Cognitive Approach to Morality, in Hitlin, Steven and Vaisey Stephen (eds.). *Handbook of the Sociology of Morality*. USA: Springer. pp. 15-33
11. Cobb, M. & V. Robshaw. (Eds.) (1998). *The Spiritual Challenge of Health Care*. London: Churchill Livingstone4.
12. Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
13. Curlin, F. A.; J. R. Chad; R. Gorawara-Bhat; J. D. Lantos. & M. H. Chin. (2005). When Patients Choose Faith Over Medicine; Physician Perspectives on Religiously Related Conflict in the Medical Encounter. *Archives of Internal Medicine*. 165: 88-91.
14. Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*. Vol 196. No. 4286. PP: 129-136.
15. Fabrega, H. Jr. (2000). Culture, Spirituality and Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*. 13 (6): 525-33.
16. Ganesan, U. (2010). Medicine and Modernity: The Ayurvedic Revival; Movement in India, 1885-1947. *Studies on Asia*. Series IV. (1)1:108-131.
17. Giordan, G. (2007). Spirituality: From a Religious Concept to a Sociological Theory, in Kieran Flanagan & Peter C. Jupp (eds). *A Sociology of Spirituality: Theology and Religion in Interdisciplinary Perspective*. USA: Ashgate Publishing Company. pp.161-181.
18. Hall, D. E. (2003). When Clinical Medicine Collides with Religion. *The Lancet, Extreme Medicine*. 362: 28-29.

19. Hoffmaster, B. (Ed.). (2001). *Bioethics in Social Context*. Philadelphia: Temple University Press.
20. Holmes, D.; S. J. Murray; A. Perron. & G. Rail. (2006). Deconstructing the Evidence-Based Discourse in Health Sciences: Truth, Power and Fascism. *International Journal of Evidence Based Healthcare*. 4: 180-186.
21. Illich, I. (1976). *Medical Nemesis; The Expropriation of Health*. London: Calder & Boyars, Ltd.
22. Jay, E. M. & B. Thorn. (2011). Spiritual/Religious Values and Attitudes Regarding Complementary and Alternative Medicine. *The University of Alabama McNair Journal*. 45-73.
23. Kangwa, C. (2010). Traditional Healing and Western Medicine: Segregation or Integration? Retrieved from <http://www.milligan.edu/academics/writing/pdfs/Kangwa.pdf>
24. Laird, L. & C. Wendy. (2007). Caring for Our Neighbors: How Muslim Community Based Health Organizations Are Bridging the Health Care Gap in America? A Report by the Institute for Social Policy and Understanding, Retrieved from Ispu.org/files/PDFs/mcbho.pdf.
25. Loughlin, M.; R. E. G. Upshur; M. J. Goldenberg; R. Bluhm. & K. Borgerson. (2010). Philosophy, Ethics, Medicine and Health Care: the Urgent Need for Critical Practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 16: 249-259.
26. Shannon T. A. & N. J. Kockler. (2009). *An Introduction to Bioethics*. Paulist Press.
27. Shilling, C. (1993). *Body and Social Theory*. London: Sage Publication.
28. Seymour, W. (1998). *Remaking the Body, Rehabilitation and Change*. London and New York: Routledge.
29. Turner, B. (1992). *Recent Developments in the Theory of Body*. London: Sage Publication.
30. Weed, D. L. (1999). Towards a Philosophy of Public Health. *Journal of Epidemiol Community Health*. 53: 99-104.
31. Williams, E. (2008). A Spiritual Agenda for Doctors, Scottish. *Journal of Healthcare Chaplaincy*. 11 (1): 2-8.
32. Yawar, A. (2001). Spirituality in Medicine What Is to be Done. *Journal of Royal Society of Medicine*. 94(10): 529-533.