


The contexts of the formation of medical habitus in Iran

Shamim. Sherafat^{1*} 

¹ PhD in Sociology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

* Corresponding author email address: Shamim.sherafat@gmail.com

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Sherafat, S. (2024). The contexts of the formation of medical habitus in Iran. *Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education*, 30(2), 91-103.



© 2024 the authors. Published by Institute for Research and Planning in Higher Education (IRPHE), Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) License.

ABSTRACT

The primary problem in the present study revolves around identifying the factors influencing the medical practices of healthcare professionals in Iran. To address this inquiry, the investigation initially focused on the extensive duration of education within the medical system (ranging from 10 to 15 years) and the economic perspectives of the students. In-depth interviews were conducted with medical students, patients, doctors, and healthcare professionals using a multi-grounded theory approach. Following coding, the interviews underwent analysis and scrutiny. The research findings reveal that during practical training, the exercise of power hierarchies plays a pivotal role in shaping medical habitus in the absence of proper training. Concurrently, the prevalence of capital-driven logic in students' economic mindsets, coupled with disillusionment and detachment resulting from the failure to attain the idealized image of a doctor, leads medical practitioners to conform to the conventional income structure within the system, thereby contributing to the development of medical habitus in Iran.

Keywords: Medical student, medical habitus, alienation, medical capitalism.



فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی

دوره ۳۰، شماره ۲، صفحه ۹۳-۱۰۵



شاپای الکترونیکی: ۲۲۰۱-۲۷۱۷

زمینه‌های شکل‌گیری عادت‌واره‌های پزشکی در ایران

شمیم شرافت^{۱*}

۱. دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: Shamim.sherafat@gmail.com

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

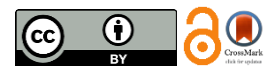
پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

شرافت، شمیم. (۱۴۰۳). زمینه‌های شکل‌گیری عادت‌واره‌های پزشکی در ایران. *فصلنامه پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی*، ۳۰(۲)، ۹۱-۱۰۳.

مسئله اصلی پژوهش حاضر دست‌یافتن به زمینه‌های شکل‌دهنده به عادت‌واره‌های پزشکی در میان نیروی درمان در ایران است. برای پاسخ‌دادن به این سوال، بعد از بررسی‌های اولیه تمرکز معطوف به دوران نسبتاً طولانی آموزش در نظام درمان (بین ۱۰ تا ۱۵ سال) و ذهنیت اقتصادی دانشجویان بود. در این راستا مبتنی بر نظریه مبنایی چندگانه با دانشجویان پزشکی، بیماران، پزشکان و متخصصان حوزه سلامت مصاحبه‌های عمیق انجام شد. مصاحبه‌ها بعد از کدگذاری، تحلیل شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. مطابق با یافته‌های پژوهش تمرین سلسله‌مراتب قدرت در دوران عملی آموزش، در غیاب نظامند تمرین اصول اخلاق پزشکی از مهمترین بسترهای شکل‌دهی به عادت‌واره‌های پزشکی هستند. به موازات این فرایند، با غلبه منطق سرمایه در ذهنیت اقتصادی دانشجویان و در پی سرخوردگی و ازخودبیگانگی برآمده از دست‌نیافتن به چشمداشت‌های پیشین تصویر اولیه از پزشک و تبدیل‌شدن نیروهای درمان به حقوق‌بگیران متعارف این نظام، زمینه شکل‌گیری عادت‌واره‌های پزشکی در ایران فراهم شده است.

کلیدواژگان: دانشجوی پزشکی، عادت‌واره پزشکی، از خود بیگانگی، سرمایه‌داری پزشکی.



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY 4.0) صورت گرفته است.



مقدمه

دانشجویان پزشکی با انگیزه‌های مختلفی وارد دانشگاه می‌شوند، که کسب پرستیژ و درآمد بالا هم یکی از آن‌هاست. گذراندن شیفت‌های طولانی، فشار روانی زیاد و درآمد اندک در دوران دانشجویی پدیده‌ای است که برای اعضای این رشته پذیرفته و شناخته شده است. اما یکی از پیامدهای این سختی‌ها به غیر از تغییر شخصیت خود دانشجو (Kalatehsadati, 2022)، اثرگذاری آن بر رابطه او با بیمار است. دانشجویان، با فشار کاری بالا و خستگی مضاعف (Ahmadi, 1994) نمی‌توانند رابطه درستی با بیماران هم شکل دهند و نتیجه می‌شود رابطه‌ای معیوب بین پزشک و بیمار. همچنین سیستم آموزشی نیز در تربیت پزشکان آینده نقش ویژه‌ای دارد. در مقاله حاضر هدف کنکاش دوران دانشجویی و نقش سیستم آموزشی در شکل‌گیری عادت‌واره پزشکی در دانشجویان است.

پیشینه پژوهش

روشنایی (۲۰۲۲) در بررسی رهیافت‌های یادگیری دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، تاکید کرده است که نقش استاد و بازخورد دادن او به دانشجو در یادگیری او اهمیت زیادی دارد. پژوهش‌های مختلف طی سال‌های اخیر نقدهایی به آموزش اخلاق در رشته‌های پزشکی داشته‌اند چراکه «توجه به نکات اخلاقی که گاه از نظر آموزش‌دهندگان و یا آموزش‌گیرندگان مغفول مانده است می‌تواند رفع کننده بسیاری از مشکلات در سیستم آموزشی پزشکان و سایر رشته‌های آموزش عالی باشد. تهیه متون، آیین‌نامه‌ها و اساسنامه‌های استاندارد اخلاق در آموزش موضوع مهمی است که باید به عنوان یک عنصر اساسی در آموزش و برنامه‌ریزی درسی قرار گیرد.» (Kiani et al., 2011).

افزایش دانشجویان سهمیه‌ای یکی از پدیده‌های مورد بررسی در پژوهش‌های جامعه‌شناختی است. هدف اولیه سهمیه‌ها در مناطق محروم برقراری عدالت آموزشی و امکان تحصیل دانشجویان مناطق محروم و خدمت به جامعه خود بود. حیدری هنگامی و همکاران (Heydari et al., 2019) در بررسی و «مقایسه پیشرفت تحصیلی دانشجویان سهمیه مناطق محروم با سایر دانشجویان در دانشکده پزشکی بندرعباس» نتیجه گرفتند که دانشجویان سهمیه‌ای نتوانستند عملکرد تحصیلی مطلوبی از خودشان نشان دهند. بعد از جنگ با توجه به حضور برخی از داوطلبان ورود به دانشگاه در جبهه، سهمیه‌هایی به خانواده‌های شهدا، جانبازان و آزادگان نیز اختصاص یافت. مطابق با پژوهش صادقی جعفری و دیگران اولین بار در سال ۱۳۶۳ سهمیه خانواده شهدا توسط شورای عالی انقلاب فرهنگی تصویب شد و فرزندان شاهد و خواران و برادران شهدا از سهمیه بهره‌مند شدند. این سهمیه به مرور در طی سال‌ها افزایش یافته است. آن‌ها با استناد به سایر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه اشاره کرده‌اند که سهمیه شاهد و ایثارگری تاثیر منفی بر پیشرفت تحصیلی داشته است (Sadeghi Jafari et al., 2011) و این دانشجویان ضعیف‌تر از دیگر دانشجویان ظاهر شده‌اند.

ادبیات نظری

نظریات در روش نظریه داده‌بنیاد چندگانه به ارائه چشم‌انداز و کسب داده‌ها کمک می‌کنند. در واقع هدف از استفاده از این نظریات، کسب ایده و پروراندن و بسط آن در فرآیند تحقیق است.

بورديو (Knoblauch, 2011) در نظریه خود تلاش کرده تا بین ساختارهای عینی جامعه و ساختارهای ذهنی کنشگران تعادل برقرار کرده و پیوندی بین کنش و ساختار ایجاد نماید. او عمل را شکل اصلی شناخت و شناخت ناب را مستلزم عمل می‌داند. بودیو مفهوم «عادت‌واره» را از نوربرت الیاس وام گرفته تا بتواند بین ساختار و کنش ارتباط برقرار کند. عادت‌واره در نظر بودیو تولیدکننده شیوه فکری، کنشی و حتی زندگی فرد است. به نظر بودیو اعضای یک طبقه، گروه یا قشر عادت‌واره‌های یکسانی دارند که متأثر از شرایط آن‌ها است. عادت‌واره عامل تمایز



گروه از دیگران هم هست. بورديو معتقد است که عنصر آموزشی در امتداد ساختار اجتماعی حرکت می‌کند و عادت‌واره‌ها قابل یادگیری هستند. این مفاهیم بورديو ما را نسبت به شکل‌گیری «عادت‌واره پزشکی» در میان دانشجویان پزشکی حساس کرده است تا آن را مورد بررسی دقیق‌تر قرار دهیم. منظور از عادت‌واره پزشکی عادت‌هایی است که در میان پزشکان رواج دارد. رفتارهایی که قشر پزشکان را از دیگر اعضای جامعه متفاوت می‌کند. مثلاً استفاده از اصطلاحات تخصصی پزشکی برای مواردی که معادل فارسی آن‌ها وجود دارد، از عادت‌واره‌هایی است که در پزشکان تمایز ایجاد می‌کند.

مارکس در اثر خود دست‌نوشته‌های اقتصادی و فلسفی (Marx, 2011, 2016) ۱۸۴۴ در خصوص درک فرآیند سرمایه‌داری و نقش آن در سرخوردگی دانشجویان و از خودبیگانگی آن‌ها به ما حساسیت نظری می‌بخشد. او فرآیند از خودبیگانگی کارگران در سیستم سرمایه‌داری را تشریح کرده است. در سیستم اقتصاد سرمایه‌داری با تبدیل شدن کارگر به عنوان ابزاری برای پیشبرد سیستم، او ماهیت انسانی خود را از دست می‌دهد و به موجودی دیگر تبدیل می‌شود. مارکس چهار نوع از خودبیگانگی را شرح می‌دهد. از خودبیگانگی کارگر از محصل دسترنج خود، از عمل تولید محصول، از ذات انسانی و از دیگر کارگران. او تنها به مهره‌ای در سیستم تبدیل شده که از آن برای پیشبرد کار استفاده می‌شود. در سیستم کالایی شده قدرت کارگر هم در حد دستمزدش کاهش پیدا می‌کند، ضمن اینکه در فرآیند کار متحمل فشار روانی زیادی هم می‌شود. او در واقع «بدن خود را می‌میراند و ذهن خود را تخریب می‌کند».

هوارد بکر (Becker, 1961) در اثر خود «پسران سفیدپوش» (۱۹۶۱) تربیت پزشکان را بررسی کرده است که در درک وضعیت سلسله‌مراتبی و تغییرات آروزهای دانشجویان به ما حساسیت نظری می‌دهد. تمرکز در این اثر بر زمانی است که در آن دانشجویان دیدگاه‌های اولیه درباره آنچه باید در آینده به عنوان پزشک انجام دهند، کسب می‌کنند. بکر معتقد است که دانشجویان ورودی با شوق، غرور و ایده‌آل‌های خود درباره حرفه پزشکی وارد دانشگاه می‌شوند (ص ۷۹) و به همین دلیل می‌کوشند تا «همه چیز را یاد بگیرند»، اما با ادامه تحصیل، شرایط دگرگون می‌شود. آن‌ها تنها چیزهایی که مهم است را یاد می‌گیرند، چیزهایی که در حرفه پزشکی اهمیت داشته باشد. آن‌ها چیزهایی را یاد می‌گیرند که دانشگاه از آن‌ها می‌خواهد. دانشجویان در نهایت سرخورده می‌شوند، چراکه آموخته‌هایشان در دنیای واقعی به کارشان نمی‌آید. بکر (همان) معتقد است که دانشجویان طی فرآیند آموزشی به مرور بیشتر خود را به عنوان یک متخصص ثروتمند می‌بینند تا فردی که قرار است در تعامل با بیمار باشد.

از بعد پدیدارشناختی کرل (Carel, 2018) درخصوص آموزش پزشکی و تجربه بیماری خود و برخورد سرد و بی‌تفاوت پزشک و پرستار اشاره می‌کند که ما را درباره علت بی‌تفاوتی و رفتار سرد پزشکان با بیماران حساس می‌کند: «چه آموزشی به اینجور افراد داده‌اند که می‌توانند همان‌طوری آنجا بایستند و چیزی نگویند و هیچ کلمه‌ای بر زبان نیاورند که آدم را کمی آرام کند یا حواسش را ببرد جای دیگر؟ سازمان خدمات درمانی ملی اینجور تبادل احساسات را تایید کرده؟ به نظرش من اصلاً آدم هستم؟ می‌دانم در مقابل قانون نانوشته دنیای پزشکی کم آورده‌ام، جایی که همه چیز غیرشخصی است و خبر از وخامت بیماری و مرگبار بودنش را باید با چشمانی بی‌روح و نگاهی خیره دریافت کرد» (Carel, 2018). وی معتقد است که عدم توجه به علوم انسانی و آموزش اخلاقیات در دانشگاه این نگاه سرد و غیرانسانی را در دانشجویان تقویت می‌کند. ما در این پژوهش به دنبال نقش این اخلاقیات در سیستم آموزش ایران و آموزش نوشته و نانوشته اخلاق پزشکی به دانشجویان هستیم.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر با رویکرد کیفی از مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته برای آشنایی بیشتر با آنچه در محیط دانشگاه و بیمارستان (در دوران استاجری، اینترنی و رزیدنتی) بر دانشجو می‌گذرد و همچنین انگیزه و آرمان‌های این دانشجویان و فشارهای کاری آن‌ها و نمود آن در مناسبات پزشک و بیمار استفاده شد. فلیک (Aladdini et al., 2009) این روش را برای بازسازی نظریه‌های شخصی توصیه کرده است. یکی از رویکردهای جدید در روش تحقیق کیفی زمینه‌ای اضافه کردن نظریه به این روش است که به آن روش داده‌بنیاد چندگانه هم گفته می‌شود (Goldkuhl & Cronholm, 2018). در این روش از بسیاری از عناصر روش داده‌بنیاد همچون کدگذاری هدفمند و باز داده‌ها جهت ساختن نظریه از داده‌های انضمامی استفاده می‌شود. تنها تفاوت در آن است که در روش مذکور با اضافه کردن داده‌های زمینه‌ای و تجربی به منابع نظری و یافته‌های موجود، داشته‌ها تکمیل و انباشت می‌شوند. منظور از یافته‌های نظری نظریات موجود و نظریاتی که در حین اکتشاف نظری ظاهر می‌شوند است. هدف در این کار دست یافتن به نظریه‌ای نوظهور و در عین حال متقن است. همچنین با بهره‌گیری از روش چندوجهی‌سازی (Aladdini et al., 2009) مدارک جمع شده از گروه‌های ذینفعان مانند تکه‌های پازل به همدیگر مربوط شدند. مصاحبه‌های انجام شده بین دانشجویان پزشکی دانشگاه‌های دولتی کشور (۲۲ نفر)، پزشکان (۱۸ نفر)، بیماران (۲۰ نفر) و متخصصین سلامت (۷ نفر) به صورت مجزا انجام شده، اما در حین فرآیند تحلیل، پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان مانند دیالوگ در کنار همدیگر قرار گرفتند. طوری که در جواب به طرح مسئله یک بیمار، پاسخ پزشک جای گرفت و در جواب پزشک پاسخ متخصص حوزه سلامت یا سیاستگذار این عرصه قرار داده شد. انگار بیماران، پزشکان، دانشجویان و متخصصین در کنار همدیگر جمع شده و به پرسش و پاسخ باهمدیگر پرداخته‌اند.

یافته‌ها

۱. تمرین سلسله‌مراتب قدرت

دانشجویان در دوران دانشجویی عادت‌واره‌هایی را کسب می‌کنند که ما آن را «عادت‌واره پزشکی» نامیده‌ایم. سیستم سلسله‌مراتب قدرت در شکل‌دهی به این عادت‌واره‌ها، ایجاد خشونت و نگاه از بالا به پایین در دانشجویان پزشکی و اطباء آینده نقش دارد. عاملی که بعدها خود را در رابطه با بیمار بروز می‌دهد. بسیاری از دانشجویان معتقدند که در دوران جوانی خود، زمانی که دیگر دانشجویان در تفریح به سر می‌برند، آن‌ها مشغول درس خواندن هستند. سال بالایی‌ها به سال پایینی‌ها فشار زیادی را منتقل می‌کنند و در مجموع سیستم آموزشی از آن‌ها موجود دیگری می‌سازد که با آنچه بودند تفاوت زیادی دارد. آن‌ها معتقدند که دشواری‌های دوران دانشجویی آن‌ها را مستحق رفاه می‌کند. اولین چیزی که به دانشجو حس پزشک شدن می‌دهد، روپوش سفید است. یکی از دانشجویان استاجر می‌گوید: «دانشجو وقتی روپوش را می‌پوشد احساس غرور می‌کند، فکر می‌کند آدم شده. (استاجر، ۱۴۰۰/۸/۱۴)». در حالی که به مرور زمان با این روپوش و رشته انتخابی‌اش دچار نوعی از خودبیگانگی می‌شود: «اولش حس خوبی بود، به من ابهت می‌داد. همه می‌فهمیدند پزشک هستم. الان کاملاً بهش بی‌حسبم. ازش خوشم نمی‌آید. پزشکی انقدر ناامیدمان کرد که خیلی علاقه خاصی بهش ندارم. یعنی جایی که بشود نمی‌پوشم. (رزیدنت، ۱۴۰۰/۷/۲۱)» چنانچه در بخش نظری هم ذکر شد، مارکس (Marx, 2011, 2016) فرآیند از خودبیگانگی را به حالتی اطلاق می‌کند که ذیل نظام سرمایه‌داری فرد (کارگر) توان تاثیرگذاری بر روی سرنوشت خود و اختیارش در زندگی را از دست می‌دهد و به موجودی بیگانه از خود، همکاران، فرآیند کار و محصول آن تبدیل می‌شود. فرآیند از خود بیگانگی با روپوش سفید، سایر دانشجویان، رشته پزشکی و درمان در دانشجویان بین سال پایینی‌ها و سال بالایی‌ها قابل مشاهده است.

به نظر می‌رسد با ورود به دوره استاجری، فرآیند تخریب هویت دانشجوی شکل می‌گیرد. اتفاقی که برای همه دانشجویان و استادان و کادر درمان پذیرفته شده است: «در دوره استاجری احترام برای دانشجوی پزشکی از طرف اتند و رزیدنت‌ها معمولاً کم است. یعنی یک دانشجوی پزشکی معمولاً بسیار آدم بی‌اعتماد به نفسی است، آدمی است که خودش را دست کم می‌گیرد. همیشه اساتید برای اینکه خودشان را ثابت کنند و بگویند ما بالاتر هستیم، تخریب می‌کنند. سوال‌هایی ازت می‌پرسند که می‌دانند تو جوابش را بلد نیستی. از یک استاجر سوالی می‌پرسند که می‌دانند حتی رزیدنتش هم بلد نیست. استاجر کلاً یک موجود اضافی است. چون پزشک می‌خواهد عمل کند، ویزیت کند و برود. بعد باید به ۲۰ نفر دیگر هم یک چیزهای خیلی ابتدایی را یاد بدهد. برای همین اتندها دید خیلی بدی دارند. استاجرها رسماً مثل یک برده می‌مانند: برو پرونده بیاور، ببر، پانسمان را عوض کن. (دانشجوی تخصص، ۱۴۰۰/۸/۱۴)»

طبق گفته این دانشجوی، استاد در مقام پزشکی است که قصد دارد به امور مهم‌تر، یعنی ویزیت بیماران رسیدگی کند و زمان کافی برای آموزش دانشجوی ندارد. در مصاحبه با یکی از استادی که در حوزه آموزش پزشکی فعال است، چنین جوابی کسب شد: «اساتید دانشگاهی توسط هیئت علمی انتخاب می‌شوند. هیئت علمی آموزشی و پژوهشی داریم. آن‌ها می‌آیند و از ردیف آموزشی استفاده کرده و سراغ کارهای درمانی می‌روند. یکسری‌ها هم سمت پژوهش می‌روند. چون می‌خواهند ارتقا پیدا کنند. چون می‌دانند که باید در کارشان مهارت داشته باشند. اما همین موارد باعث می‌شود که دانشجویها ضربه زیادی بخورند. (متخصص آموزش پزشکی، ۱۴۰۰/۸/۲۱)»

یکی از اتفاقات رایج در دوران دانشجویی، تنش بین دانشجویان استاجر، اینترن و رزیدنت است. دانشجویان سال پایینی همواره در معرض تحقیر و توهین سال بالایی‌ها هستند. در فرهنگ سازمانی به این مسئله «فرهنگ قدرت» گفته می‌شود. به طور کلی این فرهنگ زمانی شکل می‌گیرد که بین افراد رقابت وجود داشته باشد. افراد در این رقابت تلاش می‌کنند تا با ابزارهای مختلف قدرت خود را اعمال کرده و افزایش دهند. این فرهنگ سازمانی موجود در بیمارستان است. از ابعاد اجتماعی، سیاسی و اقتصادی این سازمان چه تنظیماتی دارد که باعث شده نیروها در کشمکش باهمدیگر باشند؟ ارتباطات بالا به پایین و پایین به بالا در فرآیند تصمیم‌گیری و بسیاری شاخص‌های سازمانی در شکل‌گیری این نوع روابط نقش داشته‌اند. مجازات و پاداش و پایگاه قدرت نیز در سنجش اهمیت دارند. بیمارستان از برخی جهات به ارتش شباهت دارد. سلسله‌مراتب خشک و جدی و پاسخگویی مدام نیروها به همدیگر شبیه ارتش است، با اینکه بیمارستان ارتش نیست. (مارکس، 2011) اشاره کرده است: «تبعیت فنی کارگر از حرکت یکنواخت وسایل کار، و ترکیب ویژه گروه‌های کاری که شامل افرادی از هر دو جنس و با سنین متفاوت است، انضباط سربازخانه‌ای به وجود می‌آورد که در کارخانه به نظامی کامل طول و تفصیل می‌یابد و کار سرپرستی را که پیشتر از آن یاد شد به اوج شکوفایی می‌رساند و به این‌گونه، کارگران را به کارگران یدی و مراقبان، سربازان و درجه‌داران ارتش صنعتی تقسیم می‌کند.» اما توضیح افراد داخل این سیستم در این باره چیست؟

«بیمارستان یک سیستمی است که بدون hierarchy نمی‌توانی اداره‌اش بکنی به خصوص وقتی که پول در آن کم هست این hierarchy یک اصطلاحی دارد که به غلط Leveling گفته می‌شود. لولینگ اگر نباشد نمی‌توانی بیمارستان را جمع کنی. وقتی که پول کم هست و مکانیزم‌های تشویقی مالی نداری همه‌اش تنبیهی می‌شود یا تنبیه آموزشی یا شخصیتی. به خاطر همین یک اصطلاحی بین پزشک‌ها هست به اسم Washing. یعنی شست و کنار گذاشت. می‌گویند راند فلان استاد واشینگ است. Morning Report یعنی بعد از ۲۴ ساعت کار در اتاقی می‌برند، همه جمع می‌شوند می‌گویند مریض معرفی کن شروع می‌کنند بد بی‌راه گفتن. در دوره‌های قبل از ما گزارش شده که پرونده را به سمت طرف پرت می‌کنند. علت اینکه بیمارستان دست رزیدنت سال بالاست این هست که استادها کارشان را نمی‌کنند، نمی‌آیند و فقط با یک نفر در تماس هستند. از رزیدنت سال بالا خبر می‌گیرند. به دلیل hierarchy یا Leveling. می‌گویند اگر بیایم وارد کار بشویم احتمالاً نصف تصمیم‌هایی که رزیدنت سال بالا گرفته ایراد دارد بعد بخواهیم به این ایراد بگیریم، دیگر نمی‌توانیم قضیه را جمع کنیم و واقعاً هم

نمی‌شود اگر بیاید یک استادی از رزیدنت سال بالا ایراد بگیرد، سال پایینی می‌گوید تو خودت هم ایراد داری به من چه می‌گویی (سال آخر رزیدنتی غدد، ۱۴۰۰/۸/۱۶)»

«اتند رزیدنت را می‌شوید و می‌سابد و روی بند می‌گذارد. او هم که کاملاً اعصابش خورد است که چرا اتند با من اینطوری حرف زد، اینترن را که زیردست خودش هست می‌کوبد و اینترن استاجرش و در این سیکل معیوب همه دارند زیر دستشان را می‌زنند و استاجر دون‌پایه و بدبختی مثل ما هم که زورش به هیچکس نمی‌رسد. (استاجر، ۱۴۰۰/۷/۱۵)»

در این فرآیند است که استاجر پس از طی کردن مراحل آموزشی و رسیدن به مراحل بالاتر همچون رزیدنت، خود تبدیل به موجود دیگری می‌شود و چرخه معیوب تحقیر و توهین دانشجویان سال پایین ادامه می‌یابد: «خودم که قطعاً دوست ندارم به همچین چیزی که رزیدنت‌ها هستند، تبدیل شوم و سعی هم می‌کنم. ولی به نظرم چیزی که باعث می‌شود اینها به این چیزی که هستند تبدیل می‌شوند این است که اساتید کنترل کافی روی آن‌ها ندارند یعنی اینکه تو حتی اگر بروی پیش اساتید و از رزیدنت‌ها شکایت کنی طرف رزیدنت‌ها را می‌گیرند و هیچ برخوردی با آن‌ها نمی‌کنند. (دانشجوی سال ۶، ۱۴۰۰/۸/۲۲)»

اجبار به پذیرش این تحقیر و توهین با ابزارهای مختلفی صورت می‌گیرد، از اجبار به شیفت‌های طولانی تا زیرآب زدن در مقابل استاد: «یک اهرم قدرت کشیک اضافه است. در ارتوپدی خیلی دیدم که مثلاً سال بالا به پایین می‌گفت برو برایم سیگار بگیر. برایم غذا بگیر یا حتی کارهای دیگر. اگر انجام ندهد کشیک اضافه می‌دهند. (دانشجوی تخصص، ۱۴۰۰/۹/۱۹)».

تحقیر، توهین و تخریب استاجر توسط سال بالایی‌ها شخصیت او را شکل می‌دهد، این شرایط تا رزیدنتی ادامه می‌یابد. این سختی‌ها توقع دانشجویان را بالا می‌برد تا زمانی که پزشک شدند بتوانند از رفاه برخوردار باشند. این دانشجویان در مناسبات از بالا به پایین تربیت شده‌اند. دانشجویان سال پایینی و بالایی مدام در حال تخریب و توهین همدیگر هستند، در این جدال نحوه برخورد با بیمار شکل نگرفته. دانشجویان در نظامی بزرگ می‌شوند که رفتارهایی همچون سختگیری، توهین و تحقیر به عادت‌واره پزشک تبدیل می‌شود. این عادت‌واره خود را در رفتار خشونت‌آمیز و سلسله‌مراتبی با بیمار نشان می‌دهد:

«سوالاتم را هم خیلی سربسته جواب می‌داد و برخی سوالات را هم اصلاً اجازه نمی‌داد که بپرسم. چون همیشه از بالا به پایین نگاه می‌کرد. وقتی هم مهرش را پای نسخه‌ام می‌زد یعنی که دیگر وقت تمام شده و باید از اتاقش بیرون بروم. اصلاً ارتباط چشمی هم برقرار نمی‌کرد و اصلاً جدی‌ام نمی‌گرفت. این یعنی اینکه پزشک اصلاً بخش روحی بیمار را در نظر نمی‌گیرد. در حالی که هزینه زیادی پرداخت می‌کردیم ولی با این حال باز هم توضیح چندانی به من نمی‌داد. (بیمار، ۱۴۰۰/۸/۲۶)»

۲. غیاب اخلاق پزشکی در سیستم آموزشی

اخلاق پزشکی یکی از دروس ضروری است که در نظام آموزش پزشکی در شکل‌گیری عادت‌واره پزشکی در دانشجویان نقش دارد. (Kiani et al., 2011) در خصوص بایسته‌های اخلاقی در آموزش پزشکی اشاره کرده‌اند که بایسته‌های اخلاقی مربوط به دانشجویان دستورالعمل‌هایی است که به دانشجو می‌آموزد چگونه باید در محیط‌های آموزشی و در تعامل با اساتید، پرسنل بخش و سایر دانشجویان ظاهر گردد که قطعاً یکی از اصول ریشه‌ای در این مورد، احترام به یکدیگر و حفظ شأن و شخصیت افراد است و در کشور ما تاکنون کدهای اخلاقی مشخصی در حیطه آموزش و خصوصاً آموزش پزشکی تعریف و ارائه نشده است و حتی نکات اخلاقی مورد توجه در امر آموزش پزشکی نیز به صورت مدون در منابع اخلاقی و آموزشی و حتی کتب پزشکی به چشم نمی‌خورد.

دانشجویان پزشکی و پزشکان اذعان داشتند که درس اخلاق پزشکی مورد توجه جدی قرار نمی‌گیرد. دانشجویان، پزشکان و محققین مورد مصاحبه معتقدند که دانشجو اخلاق پزشکی را در عمل و در نحوه تعامل پزشک با بیمار یاد می‌گیرد. بی‌توجهی به این درس و مفهوم

اخلاق پزشکی در موارد متعددی خود را در مناسبات پزشک و بیمار نشان می‌دهد، یکی از آن موارد نحوه دادن تشخیص یا خبر بد به بیمار است. چندین بیمار اشاره کرده‌اند که پزشک خبر بیماری را به نحو ناگواری به بیمار منتقل کرده که اثرات روحی/روانی بدی روی او داشته است. در حالی که در مبحث اخلاق پزشکی آمده است که پزشک باید در شرایط مناسب خبر بد را به بیمار بدهد، بیمار باید در حالت نشسته و مناسبی باشد. این خلاء آموزشی در رابطه با بیمار خود را نشان می‌دهد: «وقتی ام‌آر‌آی گرفتم پلاک‌های مغزم خیلی کم بود. اما به جای اینکه بیماری‌ام را با آرامش بگوید. یا به پدر و مادرم بگوید. همین‌طور که داشت ام‌آر‌آی‌ام را نگاه می‌کرد و هی می‌پرسید چرا بی‌حسی داری، یک دفعه گفت: آهان ام‌اس داری. من هم شوک شدم و بدنم فلج شد. شاید اگر آرام‌تر و با لحن بهتری می‌گفت این‌طور شوکه نمی‌شدم. تمام شب اشک‌هایم بند نمی‌آمد. «بیمار، ۱۴۰۰/۸/۲۰» در حالی که در کتاب پزشک و ملاحظات اخلاقی تاکید شده که «بعد از ارائه اطلاعات مکث کنید و به واکنش بیمار توجه کنید. از بیمار بخواهید اگر سوالی دارد بپرسد و درک او را از مطلب چک کنید. از بیمار بخواهید دغدغه‌ها، ترس‌ها، امیدها و انتظارات خود را در میان بگذارد» (Aladdini et al., 2009).

ارزشیابی مهارت و توانایی دانشجویان پزشکی در سه محور مهارت‌های فنی، فراگیری دانش و مسائل رفتاری و احساسی در هنگام طبابت سنجیده می‌شود و بخش آخر در موضوع اخلاق در آموزش پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد و متأسفانه در بسیاری از موارد در آموزش پزشکان مغفول مانده و خود سبب بروز مشکلات آتی در فعالیتهای پزشکی می‌گردد. آمار بالای شکایت بیماران از جامعه پزشکی و نارضایتی آنان و عدم احساس اعتماد و اطمینان به پزشک همگی از عواقب این غفلت محسوب می‌گردد (Khaghanizadeh & Maleki, 2012). یکی از پزشکان مورد مصاحبه معتقد است: «در حال حاضر شرایط آموزش مشکل دارد. فارغ‌التحصیل‌های واقعاً چیز خاصی یاد نمی‌گیرند و نسبت به گذشته سطح سوادشان بسیار کم است. حتی بلد نیستند شرح حال بیمار را درست بگیرند. (پزشک زنان، ۱۴۰۰/۸/۲). دیگری می‌گوید: «از ۱۰۰ درصد فقط ۳۰ درصد آموزش داشتند و در کل چندان به ما کاری نداشتند و که اینگونه آموزش دادن با بی‌تفاوتی خیلی بد بود. (پزشک عمومی، ۱۴۰۰/۸/۶)»

جامعه‌شناسان هم آن را به عامل فرهنگی و انتقال سینه‌به‌سینه آن از جانب پزشکان به دانشجویان و همکاران خود نسبت می‌دهند. مسئله‌ای که در بین بیماران هم پذیرفته شده: «فرهنگی است که در ایران شکل گرفته که پزشک با بیمار زیاد ارتباط برقرار نکند و حتی نگاهش نکند و توجهی هم نداشته باشد. یا حداقل گفت‌وگو را با بیمار داشته باشند. آموزش پزشکی در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها وجود ندارد. در حالی که باید این مورد هم به دانشجویان آموزش داده شود. زیرا برخی موارد را دانشجو از استاد خودش یاد می‌گیرد. (جامعه‌شناس و پزشک، ۱۴۰۰/۹/۱۱)»

استاد الگوی رفتاری دانشجو است. در بسیاری موارد دانشجویان می‌بینند که استادان توجه چندانی به بیمار ندارند، بیش از اندازه از اصطلاحات تخصصی استفاده می‌کنند، به بیمار اهمیت نمی‌دهند و با خود دانشجویان هم گفت‌وگو نمی‌کنند. این نوع رابطه در دانشجو نیز شکل می‌گیرد: «در آخر آن درس نیست که مهم است. مهم این هست که تو می‌روی مثلاً در مانگاه می‌نشینی می‌بینی استادت چطور برخورد می‌کند. (استاجر، ۱۴۰۰/۷/۱۰)»

یکی از اساتید متخصص در حوزه آموزش پزشکی نقش سیستم ارزشیابی اساتید و کمبود نظارت بر پزشکان را یکی از علل این مشکل می‌داند: «ارزش‌گذاری که در پژوهش می‌شود در آموزش وجود ندارد. استادی را می‌شناسم که ۱۲۵ تا مقاله دارد ولی همه‌اش بی‌کیفیت است. پس کیفیت کار پژوهشی‌مان هم بالا نیست. یعنی نه آموزش مناسب داریم و نه پژوهش درست و باکیفیت. تمام اینها به متولیان نظارت و آموزش برمی‌گردد. یعنی ما باید متولی آموزش درستی داشته باشیم. چه کسی می‌تواند متولی این موضوع شود؟ یک نفر بالای سر بخش آموزش باشد. در حالی که این بخش الان ول شده است. (متخصص آموزش پزشکی، ۱۴۰۰/۸/۲۱)»



آیا نقش‌ها در دانشگاه و سیستم آموزش پزشکی تعریف شده است؟ به نظر می‌رسد پزشکان و دانشجویان از ابهام نقش در این سیستم رنج می‌برند و گاهی اساتید نمی‌دانند که هدفشان از تدریس چیست:

«البته خود استادها هم نمی‌دانند که چه نقشی دارند. دانشجویها فقط این را می‌دانند که آمده‌اند دانشگاه و درس خوانده‌اند و با یک مدرکی فارغ‌التحصیل می‌شوند. حتی برخی دانشجویها می‌گویند که ما اصلاً هیچ استادی ندیده‌ایم. کسی که وارد سیستم آموزشی ما می‌شود نمی‌داند باید چکار کند. اصلاً کجای کار آموزشی می‌لنگد و چه آموزش‌هایی باید داده شود. حتی در بازدیدهای صبحگاهی می‌بینم که اصلاً آن آموزش‌هایی که باید داده شود اجرا نمی‌شود و وقتی به اساتید می‌گویم با بی‌خیالی می‌گویند همین هم خوب است. ما یکسری چیزهای نانوخته داریم که سینه به سینه منتقل می‌شود و کمتر از این نوع آموخته‌ها استفاده می‌کنند. حتی به برخی‌ها می‌گویم در سال باید ۴۵ ساعت برای آپدیت کردن خودتان وقت بگذارید و در کنگره‌های بین‌المللی شرکت کنید. می‌خندند و می‌گویند ما در این مدت ۴۵ تا عمل جراحی انجام می‌دهیم. (متخصص آموزش پزشکی، ۱۴۰۰/۸/۲۱)»

غلبه منطق سرمایه در ذهنیت نیروهای درمان

به نظر می‌رسد تا سال‌های آینده تعرفه‌ها و درآمد پزشکان من حیث تعرفه به کف قیمت خواهد رسید. در این حالت قشر ثروتمند پزشکان به سرمایه‌داری پزشکی روی خواهند آورد. یعنی افرادی که مجوز کلینیک دارند و سهامدار بیمارستان هستند پزشکان جوان را در خدمت خود می‌گیرند. زمانی پزشک بودن با ثروت همراه بود. اما اکنون در صورتی که مالکیت در حوزه پزشکی بر عهده فرد باشد، ثروتمند خواهد شد. دیگر لزوم پزشک شدن به معنای ثروتمند شدن نیست. در صورت مالکیت ابزار تولید پزشکی، پزشکان ثروتمند خواهند شد. باقی پزشکانی که امکان تملک ندارند، به کارمندان پزشکان ثروتمند تبدیل خواهند شد. بسیاری از دانشجویان با انگیزه‌های مادی وارد این رشته شده‌اند و پس از خروج متوجه بحران سرمایه‌داری پزشکی می‌شوند. نتیجه این عامل ساختاری رفتارهای منفعت‌طلبانه و سرد پزشکان با بیماران و همچنین روی آوردن دانشجویان به رشته‌های پولساز و کمبود نیرو در حوزه‌های دیگر پزشکی است.

در شکل متکامل سرمایه‌داری پزشکی پزشکان ثروتمند امکان خرید ساختمان پزشکان را دارند. در این وضع سرمایه‌دار پزشک، پزشک جوان را به استخدام خود درمی‌آورد. پزشک جوانی که قصد اجاره مطب دارد، برای سرمایه‌دار پزشک کار می‌کند. در حالی که او با این تصور وارد سیستم پزشکی شده است که خود روزی مطبی از آن خود خواهد داشت. در این حالت شکل متکامل سرمایه‌داری پزشکی را شاهد هستیم. «برای فارغ‌التحصیلان جدید کار خیلی سخت است. مثلاً اگر پسر من همین الان پزشک شود، با همه سختی‌ها، فروختن‌های سوال و سهمیه‌ها و... اگر بتواند همین الان مطب بزند، روزی ۳۰ مریض هم ببیند، هیچوقت نمی‌تواند صاحب‌خانه شود. شما یک مطب بخواهید در تهران اجاره کنید ماهی ۱۵ میلیون تومان باید بدهید. همین باعث می‌شود پزشک دست به کارهایی بزند که نباید. (متخصص داخلی، ۱۴۰۰/۸/۳)»

در حال حاضر نیروی کار پوست و مو در حال افزایش است، با اشباع این حوزه، سرمایه‌دارانی که توانسته‌اند کلینیک خریداری کنند، پزشکانی که در این حوزه فعال هستند را به استخدام خود در خواهند آورد.

«یک زمانی در مملکت اینطوری بود که پزشک‌ها وضعشان خوب بود. بخاطر پرستیژ در فلان رشته متقاضی بیشتر بود. ولی الان کسی مثلاً داخلی نمی‌رود. اگر ببینید در بعضی از دانشگاه خالی مانده. چون لود و حجم کار بالاست و درآمد کم. همه رشته‌هایی می‌خوانند که با لود کاری کمتر درآمد بیشتری دارند. برای همین به سمت پوست و رادیولوژی می‌روند. رشته‌های بی‌دردسری که نه مسئولیتی و سختی دارند و درآمدشان هم به نسبت معقول هست. (استاجر، ۱۴۰۰/۷/۱۵)»



در شکل سرمایه‌داری پزشکی در شکل متکامل بهتر است تعداد پزشک نیز افزایش یابد، چراکه این پزشکان ارتش ذخیره کار پزشکی را شکل می‌دهند و قیمت آن‌ها پایین می‌آید. پس افزایش تعداد پزشک، تخت پزشکی و... در جریان سرمایه‌داری پزشکی شکل خواهد گرفت. پزشکان جوان امکان انباشت سرمایه را ندارند، پس ناچار به مهاجرت هستند.

تکامل سرمایه‌داری در این شاهد ذکر شده. در گذشته رقابت در بین پزشکان وجود نداشت. حضور در عرصه پزشکی به معنای سرمایه‌داری بود. در حال حاضر با شکل‌گیری ارتش ذخیره کار پزشکی، پزشکان دیگر جایگاه گذشته را ندارند و وارد رقابت می‌شوند. پیامدهای این رقابت در سال‌های آینده و با فارغ‌التحصیلی پزشکان جدید خود را نشان می‌دهد.

«زمان پزشک‌های همسن پدر من کسانی که بین ۵۰ تا ۶۰ سال پیش وارد بازار کار طبابت شدند، رقابت خیلی کم بود. وقتی وارد می‌شدی تضمین داشتی می‌توانی مطب بزنی می‌توانی یک بیمارستان خیلی خوب را پوشش بدهی و درآمد خوبی داشته باشی. این توانایی تا الان کمتر شده یعنی شما الان که پزشک عمومی هستی که تقریباً هیچ چیز نداری. در سیستم دولتی هم حقوق‌ها خوب نیست و عمدتاً به کارهای زیبایی کشیده می‌شوند. (رزیدنت، ۱۴۰۰/۸/۱۶)»

در این ساختار سرمایه‌داری پزشکی، انسان و اخلاق دیگر معنای خود را از دست می‌دهند:

«سال اول همه می‌گفتند ما دوست داریم که به مردم خدمت کنیم عاشق خلق الله هستیم. ولی الان اگر نگاه کنی غم‌انگیز است. از این تعداد بسیار زیادی همه در کار زیبایی رفتند اصلاً حتی رزیدنت‌ها انقدر که من فک می‌کردم به سمت تخصص می‌آیند نیامدند. از این ۱۵۰ نفر زیر ۵۰ درصد تخصص آمدن همه به سمت ژل و بوتاکس مرکز زیبایی رفتند خیلی تغییر کرد (دانشجوی تخصص، ۱۴۰۰/۹/۱۹)»

بخاطر مشکلات مالی دانشجویان پزشکی، فشار کاری در آن‌ها بسیار زیاد است که خود را در رابطه با بیمار نشان می‌دهد: «اگر لود کاری از حدی فراتر برود که تو واقعا خسته باشی و مستهلک بشوی واقعا دیگر یک مقدار حتی دقتت ممکن هست پایین بیاید حتی حوصله‌ات پایین بیاید. (استاجر، ۱۴۰۰/۷/۱۵)» در واقع این دانشجویان به عنوان ارتش ذخیره کار سیستم سرمایه‌داری و در قالب نیروی کار ارزان به خدمت سیستم سلامت درآمده‌اند:

«در این سیستم رزیدنت به عنوان یک نیروی کار ارزان در دسترس در بیمارستان دولتی است با لود کاری بسیار زیاد. (دانشجوی تخصص،

۱۴۰۰/۷/۱۸)»

۳. بسترهای سرخوردگی دانشجویان پزشکی

سال‌ها پیش با افزایش تعداد مهندسی‌ن در جامعه، روزی رسید که انگار جامعه از مهندسی‌ن اشباع شده و دیگر ارج و قرب گذشته را از دست دادند. با تکثیر تعداد زیادی پزشک به جامعه به نظر می‌رسد تاریخ در حال تکرار شدن این بار برای حوزه پزشکی است. پزشکان که زمانی قشر مرفه جامعه را تشکیل می‌دادند در حال پیوستن به طبقه متوسط هستند.

«الان دیگر کشور از وجود پزشک اشباع شده است. در صورتی باید ظرفیت پذیرش دانشگاه‌ها در حوزه پزشکی افزایش پیدا کند که کمبود پزشک داشته باشیم. نه پزشک‌های بیکار و پزشک‌هایی که وارد کارهای دیگری شده‌اند. افزایش ظرفیت یعنی که تعداد پزشکان بیکار بیشتر خواهد شد. مثل هند که بعد از مدتی دیگر مجبور بود پزشک‌هایش را صادر کند. (متخصص بیماری‌های داخلی، ۱۴۰۰/۹/۱۷)»

نتیجه نواقص سیستم آموزش پزشکی از ابعاد فرهنگی و سیستماتیک سرخوردگی دانشجویان است. دانشجو با امیدها و آرزوهایی همچون کسب پرستیژ و درآمد وارد این سیستم می‌شود، اما فشارهای روانی و مالی موجود، آرزوهای او را برباد می‌دهند: «دانشگاه از ما یک سری آدم تک بعدی بی‌هنر و استرسی و غالباً سرخورده و عقب‌مانده از نظر مالی می‌سازد. (استاجر، ۱۴۰۰/۷/۱۰)»



پيامد اين سرخوردگي از يك طرف در برخورد سرد و بي تفاوت با بيمار خود را نشان مي‌دهد و از طرف ديگر با انتخاب گزينه مهاجرت، ارتباط پزشک با بيمار ايراني به کلي قطع مي‌شود. در سال‌هاي اخير گرايش به مهاجرت در ميان ايرانيان افزايش يافته. تا مدت‌ها رشته پزشکي، حوزه امني براي دانش‌آموختگان اين حوزه محسوب مي‌شد. درآمد بالاي اين رشته در کنار پرستيژ اجتماعي آن انتخاب مناسبی براي بسياري دانشجويان بود. اتفاقي براي رشته مهندسي افتاد و با توليد انبوه مهندس در کشور و اشباع اين حوزه، اکنون اين اتفاق براي نيروي کار پزشکي در حال رخ دادن است و ديگر پزشکي به عنوان رشته‌اي امن و درآمدزا براي محصلان اين حوزه تلقی نمی‌شود. نيروي کار پزشکي ديگر توانايي انباشت سرمايه را ندارد. به همين دليل به فکر مهاجرت مي‌افتد.

«يك سيل عجيب غريب مهاجرت داريم. اصلا کسي نمی‌خواهد هيئت علمي شود. فقط مي‌خواهد طرحش را بدهد زودتر تمام بکند و فرار کند يك جا برود. (دانشجوی تخصص، ۱۴۰۰/۹/۱۹)»

پژوهش‌هاي صورت گرفته در چندسال اخير نيز به خوبي پديده‌ي مهاجرت را برجسته کرده‌اند. در سال ۱۳۹۸، ۶۰ هزار پزشک عمومي در کشور وجود داشتند که ۲۰ هزار نفرشان کار درستي نداشتند. مطابق با آمار سازمان نظام پزشکي، مهاجرت پزشکان^۱ در سال در حوزه‌ي عمومي حدود ۴۰۰ نفر و در حوزه پزشکان متخصص هم بين ۳۰۰ تا ۳۵۰ نفر است. از ۸۵ هزار پزشک عمومي‌اي که در سازمان نظام پزشکي شماره نظام پزشکي دارند، تنها ۴۰ هزار نفر پروانه‌ي کار و طبابت گرفته‌اند و تعدادي از اين پزشکان يا سراغ حرفه‌هاي ديگر رفته‌اند (مثال ۱۵ هزار پزشکي که با شماره‌ي نظام پزشکي در مشاغل ديگر فعاليت مي‌کنند) يا از کشور خارج شده‌اند (مثل ۱۱ هزار دانش‌آموخته پزشکي که براي دريافت شماره نظام پزشکي به سازمان نظام پزشکي مراجعه نکرده‌اند) (Vedadhir & Eshraghi, 2023).

افزايش تعداد دانشجويان سهميه‌اي هم عامل ديگري براي دلسردی پزشکان جواني هستند که با تلاش و سختي به اين مرتبه رسيده‌اند. دانشجويان برخوردارهاي زيادي با همکلاسي‌هاي خود دارند که متوجه ضعف آن‌ها و مشکوک بودن نحوه حضورشان در اين رشته مي‌شوند: «سهميه فقط ورود به دانشگاه نيست. وام و اين چيزها نيست. فقط سهميه نيست طرح ندارند اگر طرح داشته باشند مدت تعهدش کوتاه‌تر است. دستشان بازتر هست اجازه مطب در شهرهاي بزرگ داشتن است. اينها انگيزه را کم مي‌کند. آقا من پدرم درآمد. (دانشجوی تخصص، ۱۴۰۰/۷/۱۸)»

پزشکان هم از شيوع اين مسئله ابراز نگراني کرده‌اند: «پزشک ایده‌آل کسي است که براساس سواد خودش بالا آمده باشد نه بر اساس روابط و ضوابط، که اين مساله جديداً خيلي شايع شده است. حتي برخي‌ها سواد معالجه بيماران را ندارند. (متخصص بيماري‌هاي داخلي، ۱۴۰۰/۹/۱۷)»

نتيجه‌گيري

در فرهنگ عمومي جامعه پذيرفته شده است که پزشکان رفتارهاي خاصي از قبيل بي‌توجهي، سردی و نگاه از بالا به پايين نسبت به بيماران داشته باشند. تلاش پژوهش حاضر بررسي نقش سيستم آموزشي در شکل‌گيري اين رفتار که «عادت‌واره پزشکي» ناميده شد بوده است. اين عادت‌واره در دوران آموزش پزشکي و منطق سرمايه‌داري پزشکي جستجو شد و تلاش شد تا فرآيند تغيير و تحول دانشجوي پزشکي از بدو ورود به دانشگاه تا زماني که فارغ‌التحصيل مي‌شود از زبان دانشجويان رشته پزشکي، پزشکان، منتقدان و جامعه‌شناسان و بيماران بررسي شود.

^۱ موج مهاجرتي در اين سطح يك بار ديگر نيز پيش از انقلاب رخ داده است: «از سال ۱۹۶۱ تا ۱۹۷۰، ۷۰٪ دانشجويان پزشکي ايران به ايالات متحده مهاجرت کردند. در سال ۱۹۷۲ در حالي که ۹۵۳۵ پزشک در ايران مشغول به کار بودند، ۲۰۶۶ پزشک ايراني در ايالات متحده حضور داشتند» Aladdini, F., Fatemi, R., Ranjbaran Jahormi, H., R, A., Eskandari, E., Tawakli, H., Razavi, A., Faizzadeh, A., Hosseinpour, A., Mirzasadeghi, A., & Ardalan, A. (2009). The level of desire to migrate and its causes in Iranian doctors. *Hakim Health System Research (Hakim)*, 8(3), 9-15. <https://sid.ir/paper/29245/fa>



دانشجو از زمانی که با افتخار روپوش سفید پزشکی را می‌پوشد تا زمانی که از دانشگاه خارج می‌شود تغییراتی زیادی می‌کند. مطابق با یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها انگیزه کسب پرستیز و درآمد در انتخاب رشته پزشکی و ادامه این رشته نقش تعیین‌کننده‌ای برای دانشجویان دارد. این دانشجویان پس از ورود به دانشگاه از دوران استاجری تا رزیدنتی سختی‌های زیادی را متحمل می‌شوند که در مقوله سلسله‌مراتب قدرت به آن پرداخته شد. نتیجه این ساختار سلسله‌مراتبی رفتار خشن دانشجو و برخورد از بالا به پایین با بیمار است. برخورد بد دانشجویان رزیدنت با استاجرها و اینترن‌ها نتیجه سیکل معیوبی است که خود پیشتر متحمل شده بودند. استاجر تحت فشار اینترن و کلیه کادر درمان قرار دارد. اینترن تحت فشار رزیدنت و اساتید است و رزیدنت هم تحت فشار استاد. این دانشجویان پس از تحمل تحقیر و توهین و فشار و استرس درس و بیمارستان، وارد عرصه پزشکی شده و به شیوه‌ای از خودبیگانه با بیماران مواجه می‌شوند. بی‌توجهی به درس اخلاق پزشکی در کنار الگوبرداری از رفتار اتند، موجب شده تا دانشجو مرجعی برای یادگیری برخورد صحیح با بیمار نداشته باشد.

از بعد اقتصادی کسب درآمد تا سال‌ها یکی از انگیزه‌های دانشجویان برای انتخاب رشته پزشکی بود. در درجه اول، برای بسیاری بدیهی است که انگیزه پزشک با توجه به تعهد به سوگندنامه بقراط درمان و نجات بیماران است، امری که در شکل اقتصادی فعلی در اولویت بعدی قرار گرفته و در کنار کسب درآمد صورت می‌گیرد. انگیزه کسب درآمد در سال‌های اخیر با توجه به بحران‌های اقتصادی کشور، تولید انبوه پزشک و پیدایش شکلی از سرمایه‌داری پزشکی، زیر سوال رفته است. دانشجوی امروز، دیگر امیدی به کسب درآمد به عنوان پزشک فردا ندارد و برای همین تمایل به مهاجرت در میان دانشجویان پزشکی بسیار بالا است. عاملی که به عنوان نادیده گرفتن و قطع ارتباط با بیمار مورد بررسی قرار گرفت. به نظر می‌رسد، اتفاقی که در حوزه مهندسی رخ داد و افزایش تعداد مهندسان در بازار کار که هم تنزل جایگاه آنها، پایین آمدن سطح دستمزد و هم افزایش مهاجرت آن‌ها را پی داشت، برای پزشکان نیز در حال رخ دادن است. این در حالی است که با تولید انبوه پزشک از طریق سهمیه‌های مختلف، در سیستمی پر از فشار و استرس روانی، در سیستمی که اخلاق پزشکی و نحوه مواجهه با بیمار به صورت ناقص (طبق گفته مصاحبه‌شوندگان) صورت می‌گیرد، از دانشجوی پزشکی تا بیماران، همه بازنده خواهند بود و برنده تنها تعداد محدودی از سرمایه‌داران پزشک هستند.

پیشنهادها

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهادهای زیر توصیه می‌شود:

۱. اصلاح ساختارهای سلسله‌مراتبی: اجرای اقداماتی برای کاهش فشارهای سلسله‌مراتبی در آموزش پزشکی، ایجاد یک محیط حمایتی و محترمانه‌تر.
۲. بهبود آموزش اخلاق: تمرکز بر اخلاق پزشکی و تعامل با بیمار در برنامه درسی افزایش یابد تا اطمینان حاصل شود که دانشجویان مجهز به ارائه مراقبت دلسوزانه هستند.
۳. پرداختن به نابرابری‌های اقتصادی: سیاست‌هایی برای ایجاد تعادل بین انگیزه‌های اقتصادی با تعهدات اخلاقی ایجاد شود و اطمینان حاصل شود که مشوق‌های مالی اولویت‌های مراقبت از بیمار را تحت‌الشعاع قرار نمی‌دهد.
۴. حمایت از سلامت روان: حمایت از بهداشت سلامت روان دانشجویان پزشکی فراهم شود تا به آن‌ها شود با استرس و فشارهای آموزشی بهتر کنار بیایند.

با پرداختن به این مسائل، آموزش پزشکی می‌تواند پزشکانی تولید کند که نه تنها ماهر باشند، بلکه در عمل خود هم‌مدل و اخلاق‌مدار هم باشند؛ که در نهایت هم به نفع جامعه پزشکی و هم کل جامعه خواهد بود.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Ahmadi, J. (1994). Investigating the level of depression in medical and rehabilitation faculties of Shiraz University of Medical Sciences. *Social and Human Sciences of Shiraz University*, 10(1), 101-112. <https://sid.ir/paper/422178/fa>
- Aladdini, F., Fatemi, R., Ranjbaran Jahormi, H., R. A., Eskandari, E., Tawakli, H., Razavi, A., Faizzadeh, A., Hosseinpour, A., Mirzasadeghi, A., & Ardalan, A. (2009). The level of desire to migrate and its causes in Iranian doctors. *Hakim Health System Research (Hakim)*, 8(3), 9-15. <https://sid.ir/paper/29245/fa>
- Becker, H. S. (1961). *Boys in white: Student culture in medical school*. Transaction publishers. [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=bgp_yACedXwC&oi=fnd&pg=PA3&dq=3.+Becker,+H.+S.+\(Ed.\).+\(2002\).+Boys+in+white:+Student+culture+in+medical+school.+Transaction+publishers.&ots=wdStRYi4gI&sig=LtF_E6CNM5FcG22_ydA5oT3_wTM](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=bgp_yACedXwC&oi=fnd&pg=PA3&dq=3.+Becker,+H.+S.+(Ed.).+(2002).+Boys+in+white:+Student+culture+in+medical+school.+Transaction+publishers.&ots=wdStRYi4gI&sig=LtF_E6CNM5FcG22_ydA5oT3_wTM)
- Carel, H. (2018). *Illness: The cry of the flesh*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315197999/illness-havi-carel>
- Goldkuhl, G., & Cronholm, S. (2018). Reflection/Commentary on a Past Article: "Adding Theoretical Grounding to Grounded Theory: Toward Multi-Grounded Theory": <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/160940691000900205>. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1), 1609406918795540. <https://doi.org/10.1177/1609406918795540>
- Heydari, H. M., Naderi, N., Shoja, S., & Fathinejad, D. (2019). A Comparison of Academic Achievement between Deprived Regions Quota and non-Quota Students in Bandar Abbas Medical School. <https://www.sid.ir/paper/396110/en>
- Kalatehsadati, A. (2022). Medical Student and the Proletariat Experience; A Critical Study in Medicine Education in Iran. *Social Sciences*, 28(95), 107-139. <https://doi.org/10.22054/qjss.2023.64815.2468>
- Kiani, M., Abbasi, M., Sheikh Azadi, A., Safar Cherati, A., & Bazmi, S. (2011). Ethical requirements in medical education. *J Mediev Hist*. <https://www.sid.ir/FileServer/JE/8632013S0102>
- Knoblauch, H. (2011). The Problem of Relativism in the Sociology of (Scientific) Knowledge
Relativism, Meaning and the New Sociology of Knowledge. In R. Schantz & M. Seidel (Eds.), (pp. 131-156). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110325904.131>
- Marx, K. (2011). *Capital, Volume I: A critique of political economy* (Vol. 1). Courier Corporation. [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=dTC3DAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=13.+Marx,+K.+\(2015\).+Capital,+Volume+I:+A+critique+of+political+economy+\(Vol.+1\).+Courier+Corporation.&ots=8fJb8UtYL3&sig=bZZJ_Xpqs8O2EYJhiVEWqSd4vJE](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=dTC3DAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=13.+Marx,+K.+(2015).+Capital,+Volume+I:+A+critique+of+political+economy+(Vol.+1).+Courier+Corporation.&ots=8fJb8UtYL3&sig=bZZJ_Xpqs8O2EYJhiVEWqSd4vJE)
- Marx, K. (2016). Economic and philosophic manuscripts of 1844. In *Social Theory Re-Wired* (pp. 152-158). Routledge. <https://api.taylorfrancis.com/content/chapters/edit/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9781315775357-17&type=chapterpdf>
- Sadeghi Jafari, J., Roshan, M., & Shakuri Ganjavi, H. (2011). Comparative study of students' academic performance of sacrifice quotas and regional quotas in daily courses of public universities. *Higher Education Journal*, 3(10), 51-75.
- Vedadhir, A., & Eshraghi, S. (2023). Attitude toward migrate abroad in Iranian medical community: a qualitative study. *Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education*, 25(2), 23-42. https://journal.irphe.ac.ir/article_702974_en.html?lang=fa