

۸۰ درصد تهرانی ها حداقل یک رویداد استرس زا را تجربه کرده‌اند

رئیس انجمن علمی و پزشکی روان‌تنی ایران گفته است: «در یک‌سال اخیر ۸۰درصد شهروندان تهرانی حداقل یک رویداد استرس‌زا را تجربه کرده‌اند.» دکتر احمد علی نوربالا در نشست خبری اولین کنگره سالیانه انجمن علمی و پزشکی روان‌تنی گفت: «بر اساس ارزیابی ملی سلامت روان در کشور در سال ۱۳۷۸، ۲۱درصد جامعه ایرانی دچار اختلالات روانی بودند که این آمار در سال ۲۳/۶،۹۰درصد و در سال ۹۳ به ۲۳/۴۴درصد رسیده است.» به گفته نوربالا، اضطراب، افسردگی، جسمانی‌سازی مشکلات روانی و بد کارکردی اجتماعی، چهار علامت مهم اختلالات روانی بوده‌اندو ۸۵درصد عوامل تاثیرگذار بر سلامت، ناشی از مسائل روانی و اجتماعی است.

یکشنبه ● ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۷ ● شماره صد و پنجاه

ا ت ی ی ع ه ن و

نوع شهر وندی

جای آمرانگی

در حوزه پزشکی در دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی تدریس نمی‌شود و دانشجویان این حوزه در فرایند علم‌آموزی تنها صلاحیت بالینی کسب می‌کنند و از صلاحیت‌های فرهنگی محروم می‌مانند. از طرفی آموزش اخلاق پزشکی هم در دانشکده‌های پزشکی کافی نیست و به‌دنبال آن شاهد شکاف اخلاق نظری و عملی در این حرفه هستیم؛ موضوعی که شفافیت، پاسخ‌گویی و عدالت در فرایند درمان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. در مجموع جداشدن آموزش پزشکی از بدنه علوم در بلندمدت باعث شده پزشکان بیشتر حرفه‌ای باشند و از کل‌نگری و رویکردهای فرهنگی و انسانی دور بمانندو در نتیجه سطح رضایت مردم از کیفیت خدمات پزشکی کمتر شود.

■ **به نظر می‌رسد در این زمینه تجربه کشورهای چون کوبا به کار ما بیاید. از این منظر که طرح پزشک خانواده با موفقیت زیادی انجام شده و پزشکان در برقراری رابطه فرهنگی و انسانی با بیماران خود دستاوردهای شایان توجهی داشته‌اند.**

بله، همین‌طور است. مستند «سیکو» مایکل مور (کارگردان آمریکایی) نشان‌دهنده این واقعیت است که ارزش‌های بازاری-حرفه‌ای بر نظام سلامت آمریکا حاکم شده است و بهترین خدمات پزشکی به طبقات بالا تعلق دارد و اقشار فقیر از بسیاری از خدمات حوزه سلامت و پزشکی محروم‌اند. اما کوبا و کشورهای اسکاندیناوی به میزان پولی که وارد نظام سلامت خود کرده‌اند، بهره‌برداری بالاتر و عملکرد بهتری دارند. کشورهایی که در اجتماعی کردن نظام سلامت موفق‌تر عمل کرده‌اند به همان نسبت جامعه سالم‌تری را ساخته‌اند.

■ **پژوهشگران در برخی تحقیقات اجتماعی در رابطه میان پزشک و بیمار به مدلی رسیده‌اند که با وجود متغیرهایی چون ویزیت گروهی، محدودیت زمانی و رفتار اجتماعی پزشک بر ارتباط غیرمشارکتی و درمان‌محور دلالت دارد. ماجرای مرگ کارگردان ایرانی «عباس کیارستمی» هم از اتفاقاتی بود که به اعتماد مردم به جامعه پزشکی خدشه جدی وارد کرد و حتی در مواردی منجر به این اتفاق شد که مراجعه به پزشکان مختلف و پرسیدن نظر چند پزشک در باره وضعیت بیمار حالتی وسواس گونه به خود بگیرد. به نظر شما اجتماعی کردن نظام سلامت چقدر در جلب اعتماد مردم به فعالان حوزه سلامت و برقراری رابطه‌ای انسانی و عادلانه موثر است؟**

ما در جامعه ایران پزشک‌گانی داریم که با نگاهی انسانی و اخلاقی با بیماران خود مراوده دارند و ادامه‌دهنده راه دکتر «محمد قریب» هستند، اما در مقابل تعداد پزشکانی که حقوق بیمار را نادیده می‌گیرند نیز چشمگیر است. آنچه مانعی بزرگ بر سر راه اجتماعی کردن نظام سلامت است و مناسبات پزشک-بیمار را امرانه کرده، به آموزش پزشکی مربوط است. ما نیازمند تجدیدنظر اساسی در آموزش پزشکی کشور هستیم، بنابراین با بازنگری در معیارهای انتخاب افراد در دانشکده‌های پزشکی، واحدهای درسی و تأمین نیازهای مالی آن‌ها می‌توان به اجتماعی‌تر کردن نظام سلامت کمک شایانی کرد. اعتماد مردم به مرور با اجتماعی و انسانی‌تر شدن آموزش پزشکی و پزشکی روایت‌محور جلب می‌شود. تحقق عدالت در سلامت هم از موضوعاتی است که مردمی بر رابطه تحریف‌شده مردم و نظام پزشکی می‌گذارند.

تن نیست آدمی، عدد است!

عجیبی شدم، اتفاقی که پیشتر با آن مواجه‌نشده بودم و بعد از خلال صحبت با دوستان فهمیدم ظاهراً عمومیت زیادی دارد و امری رایج و پذیرفته‌شده است؛ ویزیت چند نفره. از آنجا که چنین اتفاقی برایم تازگی داشت و حاضر به انجام آن نبودم، به منشی مطب اعتراض کردم و این جوابی بود که شنیدم «اگه می‌خوای تنها ویزیت بشی، باید تا آخر وقت منتظر بمونی.» قرار شد تا آخر وقت منتظر بمانم، درحالی که منطفاً درخواستم، بجای قانونی بود و کسی که حق بدیهی من را نادیده انگاشته، او بود. همه این‌ها نیز در شرایطی است که روی در اتاق پزشک‌های متخصص زنان عموماً نوشته شده است: «ورود همراه ممنوع». سوالاتی که پیش می‌آید این است که چطور همسر یک زن که باید از وضعیت جسمی او مطلع یا در صورت حاملگی، در این فرایند همراه او باشد، ورودش ممنوع است و واردشدن با زنانی کاملاً غریبه، دادن شرح حال و ویزیت هم‌زمان با آنان امری ممکن و رایج؛ از طرفی حریم خصوصی و حقوق بیمار چه می‌شود؟ پرونده پزشکی و شرایط بیماری جزء خصوصی‌ترین مسائل بیمار و موضوعی صرفاً میان او و پزشک است. چگونه این نقض آشکار حریم خصوصی بیمار در اکثر مطب‌ها و بیمارستان‌ها اتفاق می‌افتد



موضوع که داری میگی اورژانسی نیست.» «برو نصفه‌شب برو تو نگیر.» این جملات اولین مواجهه‌ام با پزشک زنان و بد به مسئله‌ای به‌زع‌من، اورژانسی بود که در روزهای پایانی ملاقات نوروز با آن روبه‌رو شدم. ساعت ۳:۳۰ صبح روز تعطیل در آن‌کدامت ترسیده و در اثر سندروم (سرچ گوگل) مطمئن بودم سرطان مبتلا شده‌ام، به یک بیمارستان تخصصی زنان مراجعه پزشک بیمارستان در مقابل سایر بیماران مشکل‌ر را پرسید و ترسیده و نگران بودم. به‌صورت عمومی از خصوصی‌ترین بدنم حرف زدم. او اما بدون انجام معاینه و با لحنی عصبانی و آمیز گفت، اینکه می‌گویی اورژانسی نیست و در پی اصرار من معاینه، گفت «بی‌معاینه و ندیدم می‌گویم چیزیت نیست.» لاجرم تعطیلات منتظر ماندم و از یکی از پزشکان فوق‌تخصص زنان بیمارستان‌های خصوصی غرب تهران وقت ویزیت گرفتم. چند ساعت معطلی در کلینیک شلوغ بیمارستان، متوجه‌روند



کتینو | ۰۹



رابطه پزشک و بیمار در فاصله سال‌های ۱۸۵۰ تا ۱۹۵۰ امرانه و یک‌طرفه بوده‌امادر دهه‌های اخیر ماهیتی دوطرفه به خود گرفته است.

بالا بردن آگاهی عمومی افراد و به‌طور خاص زنان از حقوق‌شان است. آن‌ها باید بدانند هیچ‌کس حق نقض حریم خصوصی آن‌ها را ندارد. گرفتن شرح حال جلو بیماران دیگر، معاینه هم‌زمان چند بیمار، توضیح درمان با اعلام بیماری فرد مقابل سایر افراد از موارد آشکار نقض حقوق آن‌هاست و دلایلی از جمله سرشلوغی پزشک نمی‌تواند و نباید به چنین مواردی منجر شود. راهکار دیگر، حقوقی است و قانون نیز در چنین مواردی برای آن تمهیدات و دسترسی‌هایی را اندیشیده است. سامانه تلفنی ۱۶۹۰ در زمینه شکایت از تعرفه‌ها و تخلفات پزشکی پاسخ‌گو است و تجربه شخصی من از این سامانه بسیار مثبت بوده. پشت خط نمی‌مانید و به سرعت به اپراتور وصل می‌شوید. اپراتورهایی مودب، باحوصله و پیگیر. علاوه بر این سامانه، سازمان نظام پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر و دانشگاه علوم پزشکی هر استان نیز امکان‌های خوبی برای طرح شکایت هستند. پیشنهاد شخصی و فوری من اما این است: به نقض حقوق‌تان به عنوان بیمار اعتراض کنید. آن‌وقت است که می‌بینید خیلی‌های دیگر نیز مثل شما ناراضی‌اند و فقط منتظر کسی هستند تا صدایش به آن‌ها نیز جرت اعتراض دهد.

پژوهشگر اجتماعی

می‌شود. موضوع دیگر مدت زمان بسیار کم اختصاص داده شده برای معاینه بیمار است که در این‌صورت زمینه امکان مشاوره و برقراری رابطه متعال را منتفی می‌کند. محقق در نهایت پیشنهاد می‌کند جلب توجه پزشکان به اهمیت استفاده از بیان جهان‌زیست و تغییراتی ساختاری در سیستم‌های بهداشتی و درمانی می‌تواند در افزایش توانایی پزشکان در بیمارمداری موثر باشد. ۳- در همین زمینه مقاله‌ای دیگر تحت‌عنوان «تبیین جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار» که مطالعه‌ای کیفی در شهر اهواز است، در سال ۱۳۹۳ در مجله «مطالعات اجتماعی ایران» به چاپ رسید که داده‌هایی قابل توجه دارد. «معصومه شفعی» و «محمد جواد زاهدی» از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته با ۲۱ بیمار در مطب‌های خصوصی زنان و زایمان شهر اهواز به پنج مقوله محوری «ویزیت گروهی»، «محدودیت زمانی»، «تعداد زیاد بیماران»، «آماده نبودن بیماران» و «رفتار اجتنابی پزشکان» به‌منابه شرایط علی رابطه غیرمشارکتی و درمان‌محور دست یافتند که الگوی غالب رابطه پزشک و بیمار است. طبق داده‌های این پژوهش، در عمده تعامل‌های صورت گرفته میان پزشکان و بیماران

در مطب‌های تحت‌بررسی، رابطه‌ای میان دو طرف شکل می‌گیرد که با شیوه ارتباطی آرمانی فاصله بسیاری دارد. رابطه غیرمشارکتی و درمان‌محور بوده که نشان‌دهنده رابطه‌ای یک‌سویه و عاری از مشارکت فعال دو طرفه است. محققان، ویزیت گروهی به‌ویژه در مطب‌های زنان و زایمان را مانع شکل‌گیری رابطه مشارکتی در رابطه پزشک و بیمار و به‌نوعی عقب‌گرد در آن می‌دانند. ۴- آخرین اثری که در اینجا قصد معرفی آن را داریم، کتابی است به نام «درآمدی بر جامعه‌شناسی سلامت و بیماری» نوشته «کوین وایت» که به همت «محسن ناصری‌راد» ترجمه شده است. این کتاب رابطه بین ساختارهای اجتماعی و تولید و توزیع سلامت و بیماری را در جامعه مدرن نشان می‌دهد و این مفروضه رای‌می‌گیرد که بیماری، فرایندی اجتماعی است. رابطه ساختارهای اجتماعی و تولید و توزیع سلامت و بیماری در جامعه مدرن به‌ویژه تاثیر متغیرهایی چون طبقه، نقش حرفه پزشکی، جنسیت و قومیت بر تولید و توزیع بیماری را در محورهای اصلی این کتاب است. این اثر همچنین به واکاوی رویکردهای مارکسیستی، فمینیستی، پارسونزی و فوکویی در حوزه سلامت پرداخته است.



خطر شی عوارگی رابطه پزشک-بیمار

پزشکی اجتماعی و جامعه‌شناسی پزشکی در غرب با شتاب و عمق زیادی در حال گسترش است. جامعه‌شناسی پزشکی حدود ۲۰ سال پیش واحد درسی منزوی بود و به‌طور محدود در دانشکده‌های علوم اجتماعی یا در حوزه‌های سازمانی پزشکی دنبال می‌شد، اما اکنون دروس جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت در سطوح مختلف آموزش عالی از دوره کارشناسی تا تکمیلی و تخصصی، هم در دانشکده‌های علوم اجتماعی و هم در دانشکده‌های پزشکی، تدریس می‌شود. به‌طور کلی از جامعه‌شناسی پزشکی انتظار می‌رود تاثیرات بین جامعه و پدیده‌های اجتماعی را از یک طرف و مسائل پزشکی و سلامت را از طرف دیگر بررسی کند. اکثر دانشجویان پزشکی در سراسر جهان متعلق به طبقه بالا یا لایه بالایی طبقه متوسط هستند. تحقیقات در ایران نیز نشان می‌دهد خاستگاه اصلی دانشجویان پزشکی، طبقه متوسط است و حدود نیمی از دانشجویان این رشته دارای خانواده‌ای اقوام پزشک بوده‌اند. جالب اینکه حتی دانشجویانی که از طبقه پایین برخاسته‌اند، طی تحصیل خود کم‌کم به سوی هنجارها و ارزش‌های طبقه متوسط گرایش پیدا می‌کنند. به این ترتیب می‌توان گفت انتخاب این رشته تحصیلی بیش از آنکه ناشی از استعدادهای ذاتی متقاضیان آن باشد، تا حد زیادی خاصیتی اجتماعی دارد. از سوی دیگر بسیاری، از آن جهت به رشته پزشکی روی می‌آورند که تصور می‌کنند علمی‌ترین رشته است یا عده‌ای به پول‌سازی و اعتبار اجتماعی ناشی از این رشته اهمیت بیشتر می‌دهند، البته هدف اصلی برخی نیز خدمت به جامعه عنوان می‌شود. بالطبع دانشجویان هر رشته در خلال آموزش علمی خود، الگوها، رفتارها و ارزش‌هایی را فرامی‌گیرند که نسبت با همان رشته و فضای دانشجویی است. دانشجویان پزشکی نیز به غیر از محتوای پزشکی، در حیات دانشجویی خود تجربه‌ها، هنجارها و ارزش‌هایی را درونی و ماندگار می‌کنند. اتفاقاً تمرکز جامعه‌شناسی پزشکی بیش از محتوای درسی بر همین عادات و خصایص است. تحقیقات مختلفی شرح‌دهنده شکل‌گیری دو خصیصه در تجربه دانشجویان پزشکی و تربیت پزشکی است؛ یکی اینکه دانشجوی پزشکی باید خود را قادر سازد که از لحاظ عاطفی و احساسی، خود را از بیمار جدا کند. ضمن اینکه تربیت این دانشجویان به‌گونه‌ای است که بتوانند شک و تردید خود در مورد بیماری‌ها را تحمل کنند و با عدم قطعیت، دانش و معرفت محدود خود را بسازند؛ آن‌ها می‌دانند که در کشان از بیماری‌ها کامل نیست و نمی‌توانند همه چیز را در مورد بیماری روشن کنند. ادامه چنین روندی در تجربه پزشکان و نیز در دانشکده‌های پزشکی به‌غیرشخصی‌اشدن پزشک نسبت به بیماران می‌انجامد. به نظر می‌رسد دانشجویان در آغاز ورود به رشته پزشکی آرمان‌گرا تر هستند و به‌دنبال تحقق این آرمان‌ها به دانشکده پزشکی گام می‌گذارند، اما با گذر زمان و درگیر شدن در مسائل آن‌ها از تحقق آرمان‌ها به سوی گذراندن موفقیت‌آمیز دروس دوره چرخش می‌کند. غوطه‌وری در دانش و فن پزشکی به‌ویژه دیدن بیمار در چارچوب خشک زیستی- جسمانی صرف، این خطر را به‌دنبال دارد که پزشک، بیمار را نیز تنها یک شی‌ء چیز صرفاً جسمانی ببیند و در رابطه خود با بیمار خونسردی افراطی داشته باشد و نسبت به جنبه‌های انسانی- اجتماعی وضعیت او بی‌اعتنا شود. تجربه‌ها و برداشت‌های بسیاری از بیماران از رابطه با پزشکان چنین مواردی را در برمی‌گیرد؛ این امر خصوصاً در مورد بیماریانی که از سرمایه تحصیلی یا اقتصادی کمی برخوردارند، خود را نشان می‌دهد و ریشه آن را باید در روند غیرشخصی‌شدن در آموزش پزشکی جست‌وجو کرد. به این ترتیب طبیعی است که در نهایت پزشک‌انی داشته باشیم که ارائه خدمات سلامت به مردم و برای مردم را به‌طور یی نقشه در نظر نیاورند یا از آن به‌عنوان ابزاری برای رسیدن به اهداف علمی یا مادی خود استفاده کنند، روندی که باید تغییر کند.

استاد جامعه‌شناسی پزشکی دانشگاه تهران