



Abstract:

Undoubtedly, poverty, as a structural phenomenon arising from unfavorable economic conditions, affects the quality and nature of therapeutic interactions between physicians and patients. When encountering low-income patients, physicians must go beyond mere disease diagnosis and engage in a form of moral interpretation of the patient's situation; that is, how they should define their ethical responsibility toward an individual living under socially unequal conditions. From this perspective, the aim of the present study is to answer the question of how general practitioners perceive and interpret their ethical responsibilities and professional role when interacting with patients in underserved areas. This study employed a qualitative approach and used thematic analysis to examine the data. The data were collected through semi-structured interviews with 20 general practitioners working in clinics located in deprived areas of Isfahan, selected via purposive sampling. The findings indicate that physicians' moral understanding in interactions with underserved patients is grounded in care-based empathy, justice in clinical decision-making, and a balance between professional responsibilities and human values. This context-sensitive ethical approach demonstrates that, within the framework of structural inequalities, physicians can maintain the quality of care and reinforce patient dignity through the application of moral judgment.

Keywords: Moral understanding, general practitioners, patients, underserved areas, qualitative research

Moral Understanding of General Practitioners in Dealing with Patients from Underserved Areas – Results of a qualitative study

Majid Jafarian

Assistant Professor, Department of Social Ethics, Theology and Family Research Institute, Qom Institute of Islamic Sciences and Culture, Iran
Majidjafarian1357@yahoo.com



چکیده

بی تردید، فقر به عنوان پدیده‌ای ساختاری و ناشی از شرایط نامناسب اقتصادی، بر کیفیت و ماهیت تعاملات درمانی میان پزشک و بیمار تأثیرگذار است. در مواجهه با بیماران کم‌درآمد، پزشکان باید فراتر از تشخیص صرف بیماری به نوعی تفسیر اخلاقی از وضعیت بیمار بپردازند؛ به این معنا که چگونه باید مسئولیت اخلاقی‌شان را نسبت به فردی در شرایط نابرابر اجتماعی تعریف کنند. با این نگاه، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این پرسش است که پزشکان عمومی در مواجهه با بیماران مناطق محروم، چه درک و تفسیر اخلاقی از موقعیت و مسئولیت حرفه‌ای خود دارند؟ رویکرد در این پژوهش کیفی و از روش تحلیل مضمون برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه نیم‌ساختاریافته با ۲۰ پزشک عمومی شاغل در درمانگاه‌های مستقر در مناطق محروم شهر اصفهان جمع‌آوری شده که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که فهم اخلاقی پزشکان در مواجهه با بیماران محروم، بر همدلی مبتنی بر مراقبت، عدالت در تصمیم‌های بالینی و تعادل میان مسئولیت حرفه‌ای و ارزش‌های انسانی استوار است. این رویکرد اخلاقی موقعیت‌مند، نشان می‌دهد که پزشکان در بستر نابرابری‌های ساختاری، با تکیه بر قضاوت اخلاقی، می‌توانند کیفیت مراقبت را حفظ کرده و کرامت بیماران را تقویت کنند.

کلیدواژه‌ها: فهم اخلاقی؛ پزشکان عمومی؛ بیماران؛ مناطق محروم؛ پژوهش کیفی

فهم اخلاقی پزشکان عمومی در مواجهه با بیماران مناطق محروم - نتایج یک پژوهش کیفی

مجید جعفریان

استادیار گروه اخلاق اجتماعی، پژوهشکده الهیات و خانواده، پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی قم، ایران

Majidjafarian1357@yahoo.com

فقر یکی از تعیین‌کننده‌های بنیادی سلامت است که نه تنها بر الگوی بیماری‌ها و مرگ‌ومیر اثر می‌گذارد، بلکه به شکلی ساختاری بر چگونگی دسترسی به خدمات درمانی، کیفیت مراقبت و حتی تجربه زیسته بیماران از نظام سلامت تأثیرگذار است. در نظام‌های سلامت، «فقر اغلب به‌عنوان یک عامل زمینه‌ای در نظر گرفته می‌شود، حال آنکه در واقع یک پدیده اجتماعی و اخلاقی پیچیده‌ای است که روابط میان بیماران فقیر و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را به‌طور عمیق شکل می‌دهد» (Gottlieb et al., 2019: 611).

به‌طور کلی، بیماران محروم گروهی هستند که آسیب‌پذیری مضاعفی در نظام سلامت دارند. این بیماران به‌طور معمول با موانعی نظیر نداشتن پوشش بیمه‌ای، ناتوانی مالی در پرداخت هزینه‌ها، ناآگاهی از حقوق خود، بی‌اعتمادی به نظام درمان و تجربه‌های مکرر طرد اجتماعی روبه‌رو هستند. در چنین شرایطی، کیفیت ارتباط و تعامل پزشک با بیمار نقشی اساسی در شکل‌دهی تجربه مراقبتی آنان دارد. «پزشکانی که حساسیت اخلاقی و اجتماعی بالاتری نسبت به شرایط بیماران محروم دارند، می‌توانند با ایجاد رابطه‌ای مبتنی بر احترام، کرامت و همدلی، به کاهش احساس تبعیض و افزایش اعتماد و همکاری بیماران کمک کنند» (Lauwers et al., 2024: 117).

در صورتی که بپذیریم، اخلاق حرفه‌ای در پزشکی صرفاً مجموعه‌ای از اصول تجویزی نیست، بلکه فرآیندی پویا، زمینه‌مند و چندوجهی است که در بستر تعاملات واقعی بین پزشک و بیمار شکل می‌گیرد، بدون تردید، «پزشکان در مواجهه با بیماران محروم، در معرض موقعیت‌های اخلاقی پیچیده‌تری قرار خواهند گرفت که در آن‌ها تصمیم‌گیری صرفاً براساس استانداردهای بالینی کافی نیست؛ بلکه نوع برداشت آنان از مسئولیت اخلاقی، ارزش‌های فردی و حساسیت اجتماعی نقشی تعیین‌کننده ایفا می‌کند» (Brown et al., 2024: 3). در چنین شرایطی، پزشکان عمومی به‌عنوان افرادی که نخستین ارتباط را با بیماران نظام سلامت دارند، فراتر از رعایت اصول کلاسیک اخلاق پزشکی بوده و توانایی تشخیص و درک زمینه‌های اجتماعی و انسانی بیماران و تفسیر این درک به کنش حرفه‌ای عادلانه و انسان‌محور را بیش از دیگران پزشکان دارند.

براساس نگاه جامعه‌شناسی اخلاق، این مواجهه پزشک با بیمار محروم را می‌توان یک «میدان اخلاقی» دانست که در آن پزشک، بیمار و ساختار اجتماعی با هم در تعامل‌اند. فهم این میدان مستلزم رویکردی کیفی و تفسیری است تا بتوان لایه‌های پنهان معنا و ارزش را در گفتار و عمل



پزشکان آشکار کرد. به همین دلیل، این پژوهش با این رویکرد به دنبال پاسخ به این پرسش است که اساساً پزشکان در مواجهه با بیماران مناطق محروم، چه درک و تفسیر اخلاقی از موقعیت و مسئولیت حرفه‌ای خود دارند؟

۲. پیشینه پژوهش

مرور پیشینه پژوهش‌های فارسی در حوزه رابطه پزشک و بیمار نشان می‌دهد که اگرچه محور اصلی بسیاری از این مطالعات بر جنبه‌های ارتباطی، اخلاقی و اعتماد متقابل استوار بوده، اما بُعد اجتماعی و ساختاری این رابطه کمتر به طور مستقیم مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال، تابعی و پارسایی (۱۳۸۷) در مقاله «رابطه پزشک و بیمار» با رویکردی هستی‌شناختی به اهمیت شناخت متقابل و توجه به هویت معرفتی طرفین رابطه تأکید می‌کند و نتیجه می‌گیرد که رابطه پزشک و بیمار زمانی به سطح بالای انسانی خود می‌رسد که پزشک نه فقط متخصص بیماری بلکه انسان‌شناسی باشد که وضعیت وجودی و انسانی بیمار را درک کند. خادم‌الحسینی و همکاران (۱۳۸۸) نیز در مقاله «بررسی نقش اخلاقی و رفتاری پزشک در رعایت دستورات پزشکی توسط بیمار در فرآیند درمان» نشان می‌دهند که رعایت اصول اخلاق پزشکی، به‌ویژه اصل عدالت، در تقویت رابطه درمانی و کاهش سرپیچی بیماران از دستورات پزشکی نقش محوری دارد. اهمیت اصل عدالت در این پژوهش تأکیدی است بر این واقعیت که رابطه پزشک و بیمار صرفاً فنی یا پزشکی نیست بلکه به‌شدت متأثر از ادراک اخلاقی طرفین است.

در همین راستا، شجاعی و ابوالحسنی نیارکی (۱۳۹۱) در مقاله «مؤلفه‌های اعتماد در رابطه پزشک و بیمار» با استخراج ۲۳ مؤلفه اعتماد در رابطه پزشک و بیمار از مقالات متعدد، نشان می‌دهند که اعتماد، همچون یک بنیان اخلاقی، شرط لازم برای کیفیت تعاملات درمانی است؛ زیرا اعتماد نه تنها از تصمیم پزشک بلکه از نحوه مواجهه اخلاقی او با بیمار نیز متأثر می‌شود. امید آسمانی (۱۳۹۱) در مقاله «نگاهی به مدل‌های ارتباطی پزشک - بیمار و چالش‌های مرتبط با آن» با مروری تحلیلی بر مدل‌های ارتباطی پزشک و بیمار، چالش‌های موجود در هر یک از این الگوها را برجسته ساخته است؛ به نظر نویسنده، مدل‌های سنتی نظیر پدرسالارانه، با وجود سهولت تصمیم‌گیری برای پزشک، زمینه شکل‌گیری رابطه‌ای یک‌سویه را تقویت می‌کنند، در حالی که الگوهای مشارکتی امکان شکل‌گیری رابطه‌ای انسانی‌تر و اخلاقی‌تر را فراهم می‌آورند.

فاطمه بهمنی و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله «مسئولیت اجتماعی پزشک با تأکید بر چالش‌های اخلاقی آن» به این نتیجه رسیده‌اند که هرچه عنصر تقصیر در تعریف مسئولیت اجتماعی کم‌رنگ‌تر

شود، فضای اخلاقی و فضیلت‌محور در جامعه پزشکی تقویت می‌شود. این نکته با مفهوم «فهم اخلاقی پزشک» در مواجهه با گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله بیماران محروم هم‌راستا است؛ چرا که مسئولیت اجتماعی پزشک را به ورای چارچوب‌های قانونی صرف می‌برد و آن را به نوعی التزام اخلاقی-اجتماعی پیوند می‌زند. در نهایت، پژوهش کلاته ساداتی و باقری لنگرانی (۱۳۹۳) در مقاله «مدلی از رابطه پزشک و بیمار طبق مفاهیم اسلامی» بر این باورند که در چارچوب مفاهیم اسلامی پزشک موظف است جایگاه اخلاقی و اجتماعی خود را به‌درستی شناسایی کند. این برداشت معنوی از رابطه پزشک و بیمار نیز به تقویت بعد اخلاقی و مسئولیت‌پذیری در این رابطه منجر می‌شود.

در پژوهش‌های خارجی، ویلمز و سوینن (۲۰۰۵) در مقاله «فهم پزشکان عمومی از فقر - یک مطالعه کیفی» با ۲۱ پزشک عمومی مصاحبه کرده و دریافته‌اند پزشکان فقر را نه صرفاً به عنوان کمبود درآمد بلکه به عنوان پدیده‌ای چندبعدی شامل ابعاد روانی، فردی و فرهنگی درک کرده و در موقعیت‌های مختلف با تنش بین جنبه‌های درمانی و محدودیت‌های ساختاری مواجه‌اند. لوینیون^۱ و همکاران (۲۰۱۵) در مقاله «فهم پزشک عمومی از فقر - یک مطالعه کیفی» از دو نوع نگرش پزشکان به فقر سخن گفته‌اند. نخست، نگرشی ساختاری و کلان که فقر را در نسبت با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت درک می‌کند؛ نگرش دوم، فردگرایانه و اخلاقی است و مسئولیت فقر را متوجه فرد می‌داند.

لوینیون و همکارانش (۲۰۱۷) همچنین در پژوهش دیگری با عنوان «مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر: یک مطالعه کیفی در میان پزشکان عمومی شاغل در مناطق محروم در مونترال» نشان داده‌اند که پزشکان در مناطق محروم برای سازگاری با شرایط بیماران از راهبردهای عملی متنوعی از جمله تطبیق روش‌های درمانی با منابع محدود بیماران، انعطاف در زمان‌بندی ویزیت‌ها، توجه به شرایط خانوادگی و اجتماعی بیماران و کاهش موانع زبانی و فرهنگی استفاده می‌کنند. یافته‌های آنها گویای آن است که اخلاق مراقبت در این موقعیت‌ها نه به صورت یک تصمیم انتزاعی بلکه از خلال کنش‌های خرد و زمینه‌مند پزشکان شکل می‌گیرد. در نهایت، فورلر و همکاران (۲۰۱۰) در مقاله «اخلاق روزمره در مراقبت‌های اولیه پزشکی» با تأکید بر این نکته که نابرابری‌های اجتماعی بخشی از واقعیت روزمره روابط پزشک - بیمار هستند، استدلال می‌کنند که بسیاری از پزشکان با این نابرابری‌ها مواجه‌اند اما به شیوه‌های متفاوتی به آن پاسخ می‌دهند.

مرور مطالعات فارسی نشان می‌دهد که پژوهش‌های داخلی عمدتاً بر ابعاد هنجاری، ارتباطی و



ارزشی رابطه پزشک و بیمار تمرکز داشته‌اند و بیشتر به تبیین مفاهیمی چون اعتماد، عدالت، مسئولیت اجتماعی و الگوهای ارتباطی پرداخته‌اند، بی‌آنکه به‌طور مستقیم و تجربی، نقش فقر ساختاری را در شکل‌گیری تجربه اخلاقی پزشکان بررسی کنند. در مقابل، مطالعات خارجی توجه بیشتری به مواجهه عملی پزشکان با فقر و آسیب‌پذیری اجتماعی داشته و به درک آنان از فقر، تنش‌های ناشی از نابرابری و راهبردهای سازگاری در عمل بالینی پرداخته‌اند؛ با این حال، این پژوهش‌ها نیز کمتر به فرآیند درونی و تفسیری شکل‌گیری «فهم اخلاقی» پزشک از موقعیت و مسئولیت حرفه‌ای خود در بستر محرومیت توجه داشته‌اند. از این رو، پژوهش حاضر با تمرکز بر فهم اخلاقی موقعیت‌مند پزشکان عمومی در مناطق محروم، می‌کوشد خلأ میان رویکردهای هنجاری داخلی و رویکردهای عملی خارجی را پر کرده و سطحی عمیق‌تر از تحلیل اخلاق در میدان نابرابری اجتماعی ارائه دهد.

۳. چارچوب مفهومی

فهم کنش اخلاقی پزشکان در مواجهه با بیماران محروم نیازمند نگاهی است که همزمان بتواند ساختارهای اجتماعی تولیدکننده این موقعیت و لایه‌های اخلاقی و تفسیری آن را توضیح دهد. در چنین بستری، نظریه میدان از پیربوردیو^۱ و نظریه اخلاق مراقبت‌گلیگان^۲ به‌صورت مکمل می‌توانند چشم‌اندازی فراهم کنند که نه صرفاً رفتار فردی پزشکان، بلکه زمینه‌های اجتماعی و اخلاقی شکل‌دهنده این رفتار را آشکار سازد. پزشکان در تعامل با بیماران محروم، فقط تصمیم‌های فنی نمی‌گیرند؛ بلکه درگیر داورهای اخلاقی، احساس مسئولیت و مواجهه با ساختارهای نابرابر اجتماعی می‌شوند. این موقعیت، عرصه‌ای است که در آن ساختار و اخلاق در هم تنیده‌اند و همین پیچیدگی، ضرورت استفاده از چارچوب نظری چندلایه را توجیه می‌کند.

نقطه آغاز این چارچوب، مفهوم میدان در اندیشه بوردیو است. جامعه از دید او «متشکل از میدان‌های متنوعی است که هر یک ساختار نسبی قدرت و قواعد خاص خود را دارند» (Bourdieu, 1990: 97-99) و میدان سلامت یکی از این میدان‌هاست؛ فضایی که در آن پزشکان، بیماران، نهادهای بیمه‌گر، وزارتخانه‌ها و سایر کنشگران بر سر سرمایه‌های گوناگون رقابت و تعامل می‌کنند. در واقع، «هر کنشگر در این میدان موقعیتی دارد که براساس میزان و نوع سرمایه‌اش تعریف می‌شود. پزشکان عموماً در این میدان از موقعیت مسلط برخوردارند، زیرا از سرمایه فرهنگی [دانش پزشکی

1. Pierre Bourdieu

2. Carol Gilligan

و مدارک تخصصی]، سرمایه نمادین [پرستیژ اجتماعی و اعتبار حرفه‌ای]، و اغلب سرمایه اقتصادی بهره‌مندند» (Bourdieu, 1986:241-58). در مقابل، بیماران محروم به دلیل فقدان منابع اقتصادی و فرهنگی کافی، در موقعیتی فرودست قرار دارند.

باین حال، براساس نگاه بوردیو میدان‌ها محلی برای مبارزه درباره تعریف مشروع واقعیت، هستند. در میدان سلامت نیز تعریف «بیمار خوب» یا «بیمار مستحق» در تقابل با «بیمار مقصر» به شکل ضمنی در گفتار و رفتار پزشکان شکل می‌گیرد. وقتی پزشک، بیماری را که دچار فقر است به چشم فردی می‌بیند که مسئول وضعیت خود نیست و نیاز به حمایت دارد، نوعی کنش اخلاقی مراقبتی بروز می‌دهد. در مقابل، اگر همان بیمار به چشم فردی دیده شود که با «انتخاب‌های غلط» به وضعیت کنونی رسیده، کنش پزشک به سمت داوری اخلاقی و بازتولید نابرابری میل می‌کند. این فرایند به خوبی نشان می‌دهد که میدان اجتماعی و اخلاق رابطه‌ای در یکدیگر تنیده‌اند: ساختار قدرت زمینه را می‌سازد، اما کنشگر نیز درون آن ساختار با حساسیت اخلاقی خود موقعیت را تفسیر و بازسازی می‌کند.

این نابرابری ساختاری به شکل مستقیم بر رابطه پزشک - بیمار تأثیر می‌گذارد. تصمیم‌های پزشکان نه در خلأ، بلکه در بستر همین نابرابری‌ها اتخاذ می‌شود. وقتی پزشکی در مواجهه با بیماری که توان مالی پایینی دارد تصمیم می‌گیرد مسیر درمانی او را ساده‌تر کند، داروی نمونه در اختیارش بگذارد، یا زبان پزشکی را برایش ساده کند، این تصمیم فقط یک کنش فردی نیست؛ بلکه در پیوندی تنگاتنگ با جایگاه او در میدان سلامت، ساختار قدرت و تصورات اخلاقی شکل گرفته در درون آن قرار دارد.

نکته دیگر توجه بوردیو به عادت‌واره‌هاست. بوردیو معتقد بود که «کنش‌های اجتماعی از پیوند میان موقعیت ساختاری و عادت‌واره¹ شکل می‌گیرند» (Bourdieu, 1990:65). در واقع، «عادت‌واره‌ها، الگوهای درونی شده‌ای هستند که طی فرآیند اجتماعی شدن و تجربه‌های حرفه‌ای شکل می‌گیرند و به صورت ناخود آگاه در موقعیت‌های کنش بروز می‌یابند» (Bourdieu, 1977:164-69). براساس این نگاه، پزشکانی که در نظام آموزشی و اجتماعی خاصی پرورش یافته‌اند، الگوهای معینی از نگاه به فقر، بیمار محروم و وظیفه اخلاقی خود دارند؛ این الگوها در کنش روزمره آن‌ها به صورت قضاوت‌های اخلاقی، احساس مسئولیت یا بی تفاوتی بازتولید می‌شوند.

باین حال، این ساختار تنها بخشی از این رابطه است. پزشکان نه فقط در موقعیتی ساختاری،



بلکه در رابطه‌ای انسانی با بیماران محروم قرار دارند. آنچه این لایه رابطه‌ای و اخلاقی را به نظریه بوردیو پیوند می‌زند، مفهوم دوکسا^۱ است؛ «یعنی مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌های نانوشته و بدیهی که کنشگران میدان بر اساس آن عمل می‌کنند» (Bourdieu, 1990:128). از دوکساهای مسلط در میدان سلامت، تصور «پزشک بی‌طرف» است؛ گویی پزشک صرفاً تصمیم‌گیرنده‌ای فنی و عاری از ارزش است. در حالی که در واقعیت، پزشکان در موقعیت‌هایی قرار دارند که نیازمند قضاوت‌های اخلاقی‌اند؛ این قضاوت‌ها اغلب بر اساس عادت‌واره‌های اخلاقی و اجتماعی‌شان شکل می‌گیرد و در نهایت، بر تجربه‌ی بیمار از مراقبت پزشکی تأثیر می‌گذارد.

از سوی دیگر، نظریه اخلاق مراقبت کارول گیلیگان این امکان را می‌دهد که لایه اخلاقی این کنش به شکلی دقیق‌تر تحلیل شود. گیلیگان در اثر مهم خود «با صدایی متفاوت»^۲ استدلال می‌کند «اخلاق، صرفاً مبتنی بر اصول کلی و قواعد انتزاعی نیست؛ بلکه نوعی حساسیت اخلاقی مبتنی بر مراقبت، رابطه و توجه به موقعیت خاص وجود دارد» (Gilligan, 1982: 30-33). از این رو، برخلاف رویکردهای سنتی از اخلاق که بر عدالت صوری و برابری تأکید دارند، گیلیگان معتقد است «اخلاق مراقبت بر این ایده متمرکز است که کنشگر در موقعیت‌های بین‌فردی چگونه مسئولیت در قبال دیگری را تجربه و تفسیر می‌کند» (Ibid: 73-78). به عبارت دیگر، «اخلاق مراقبت، برخلاف رویکردهای وظیفه‌گرایانه یا عدالت‌محور، بر کنش در موقعیت تأکید دارد. یعنی کنش اخلاقی نه از پیش تعیین شده است و نه صرفاً ناشی از اصول کلی، بلکه در جریان تعامل بین افراد و با توجه به شرایط خاص شکل می‌گیرد» (Ibid: 112-18). علاوه بر اینکه، گیلیگان به موازات دیدگاه بوردیو به جای میدان بر اهمیت «زمینه و رابطه» در تصمیم‌های اخلاقی تأکید دارد. او استدلال می‌کند که «درک موقعیت اخلاقی بدون فهم زمینه خاص آن ممکن نیست» (Ibid: 105-10).

بر اساس این دیدگاه، در زمینه نظام سلامت، مواجهه پزشکان با بیماران محروم دقیقاً در چنین بستر و زمینه‌ای یعنی مراقب پزشک از بیمار رخ می‌دهد: رابطه‌ای انسانی و اخلاقی در دل ساختار قدرت و نابرابری. بسیاری از پزشکان هنگام مواجهه با بیماران فقیر، احساس مسئولیت اخلاقی را تجربه می‌کنند. آن‌ها تلاش می‌کنند تا حد امکان موانع درمان را کاهش دهند، زبان ساده‌تر به کار گیرند، داروهای رایگان یا ارزان‌تر پیشنهاد دهند و در برخی موارد حتی شخصاً هزینه‌ای را متقبل شوند. این شکل از کنش اخلاقی در چارچوب اخلاق مراقبت معنا می‌یابد؛ زیرا مبتنی بر حساسیت به موقعیت خاص بیمار، توجه به آسیب‌پذیری او و احساس مسئولیت فردی در قبال رفاه او است.

1. doxa

2. In a Different Voice

در هر صورت، پزشک در اینجا نه تنها باید تصمیم بالینی بگیرد، بلکه در موقعیتی قرار دارد که تصمیم او در مورد بیمار به معنای قضاوتی درباره ارزش زندگی او است. همین امر موجب می‌شود که مواجهه با فقر، به یک «موقعیت اخلاقی» تبدیل شود؛ موقعیتی که در آن پزشک به مثابه یک فاعل اخلاقی دست به تفسیر و کنش می‌زند.

از سوی دیگر، در این فرایند، عادت‌واره‌های اخلاقی پزشک با تجربه زیسته‌اش در میدان سلامت پیوند می‌خورند. اگر پزشک در نظامی اجتماعی شده است که فقر را نتیجه شکست فردی می‌داند، احتمالاً در برابر بیماران محروم احساس مسئولیت اخلاقی کمتری نشان می‌دهد. در مقابل، اگر تجربه حرفه‌ای و اجتماعی او بر حساسیت نسبت به نابرابری ساختاری استوار باشد، اخلاق مراقبتی در کنش او پررنگ‌تر می‌شود. بنابراین، حساسیت اخلاقی نه در خلأ، بلکه در دل میدان اجتماعی و در پیوند با عادت‌واره‌ها شکل می‌گیرد. اینجاست که اخلاق مراقبت می‌تواند لایه‌ای تحلیلی فراتر از ساختار بوردیوی به ما بدهد و نشان دهد چگونه پزشکان از درون میدان سلامت، هنجارهای اخلاقی را تفسیر و بازتعریف می‌کنند.

نتیجه اینکه، ترکیب نظریه میدان بوردیو و اخلاق مراقبت گیلیگان امکانی فراهم می‌کند تا رابطه پزشک و بیمار محروم از دو منظر، مکمل دیده شود. از یک سو، نظریه میدان به تحلیل ساختار قدرت، سرمایه‌ها، جایگاه‌ها و عادت‌واره‌ها می‌پردازد و نشان می‌دهد چگونه نابرابری‌ها شکل می‌گیرند و بازتولید می‌شوند. از سوی دیگر، نظریه اخلاق مراقبت لایه‌ای انسانی، اخلاقی و زمینه‌مند به تحلیل می‌افزاید و نشان می‌دهد پزشکان چگونه در دل این ساختارها دست به تفسیر و کنش اخلاقی می‌زنند. این دو سطح نه جدا از هم، بلکه درهم‌تنیده‌اند و تنها از خلال این پیوند است که می‌توان پیچیدگی‌های تجربه زیسته پزشکان را به درستی فهم کرد. به این ترتیب، چارچوب مفهومی قادر است هم به پرسش‌های جامعه‌شناختی درباره نابرابری و قدرت و هم به پرسش‌های اخلاقی درباره مسئولیت، مراقبت و رابطه پزشک و بیمار پاسخ داده و مبنایی نظری برای فهم عمیق‌تر تصمیم‌های اخلاقی در نظام سلامت و پیامدهای اجتماعی آن باشد.

۴. روش پژوهش

رویکرد در این پژوهش کیفی و از روش تحلیل مضمون برای تحلیل داده‌ها و برای انتخاب مشارکت‌کنندگان نیز از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. براساس جدول ۱- دست کم پنج سال سابقه کار در مناطق کم‌برخوردار، توانایی در توصیف و تحلیل نگاه اخلاقی، شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی و بازه سنی ۳۵ تا ۵۰ سال و تنوع جنسیتی (۱۱ مرد و ۹ زن) از مهمترین ویژگی‌ها



در انتخاب پزشکان عمومی برای مشارکت آنها در انجام مصاحبه‌ها بوده است که به دلیل تکرار مطالب به عدد ۲۰ ختم گردید.

مشخصات	ویژگی نمونه
۲۰ پزشک عمومی	تعداد مشارکت کنندگان
۱۱ مرد، ۹ زن	جنسیت
۳۵ تا ۵۰ سال	سن
دست کم ۵ سال	سابقه کار در مناطق محروم
مراکز بهداشتی و درمانی مناطق محروم	محل اشتغال
مورد نیاز برای انتخاب مشارکت کنندگان	توانایی تحلیل اخلاقی

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت کنندگان

مصاحبه‌ها به صورت نیم‌ساختاریافته و با سؤالات باز انجام شد تا امکان بیان آزادانه دیدگاه‌های مشارکت کنندگان فراهم شود. تمامی مصاحبه‌ها نیز با اجازه مشارکت کنندگان ضبط و سپس پیاده‌سازی شدند. در ابتدای هر مصاحبه، هدف پژوهش برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد و تأکید شد که اطلاعات جمع‌آوری شده صرفاً برای اهداف پژوهشی استفاده می‌شود و هویت افراد در گزارش‌ها افشا نخواهد شد. برای تأیید روایی و دقت در بازشناسی مقولات و اطمینان از طی شدن مسیر منطقی کشف آن‌ها، از رایج‌ترین راهبردهای تأیید اعتبار در پژوهش کیفی، یعنی بازبینی اعضا استفاده شد. در این شیوه «پژوهشگر خلاصه یافته‌ها، مضامین یا تفسیرها را به شرکت کنندگان بازمی‌گرداند تا آن‌ها درستی مضامین را بررسی و تأیید کنند» (Creswell, 2018: 252). سپس، «اشکالاتی که آن‌ها به فرایند کشف وارد می‌دانستند یادداشت و در جلسه‌ای مشترک بازبینی شد. در نهایت، مستندات به‌دست آمده با استفاده از نظر مشارکت کنندگان قطعی شدند و همین مسئله، اطمینان‌پذیری داده‌ها و امکان تأیید آن‌ها را فراهم ساخت» (جعفریان، ۱۴۰۰، ص ۵۷).

۵. تحلیل یافته‌ها

با تحلیل گفتارهای مشارکت کنندگان، ۴۸۰ گزاره معنادار مفهومی، ۴۱ مضمون پایه، ۷ مضمون سازمان‌دهنده و سه مضمون «درک همدلانه اخلاقی مبتنی بر مراقبت»، «رعایت عدالت و انصاف در مراقبت»، و «تعادل اخلاقی و مسئولیت حرفه‌ای» به عنوان مضامین فراگیر در فهم اخلاقی پزشکان در مواجهه با بیماران مناطق محروم بر ساخت شد که در ادامه به آن پرداخته می‌شود.



۱- ۵. درک همدلانه اخلاقی مبتنی بر مراقبت

بر اساس جدول شماره ۱- نخستین مضمون فراگیر مرتبط با فهم اخلاقی پزشکان، درک همدلانه اخلاقی^۱ با بیمار بود. منظور از درک همدلانه اخلاقی همراهی با دیگری است؛ البته با استدلالی درونی که متمرکز بر احساسات و عواطف بوده تا بتوان به خوبی و با آگاهی، او را شناخت و درک نمود. بدون تردید، درک ظرافت‌های همدلی کلید رسیدن به چگونگی تأثیر و گاهی درک تضادهایی است که می‌تواند در یک رابطه وجود داشته باشد. در واقع، «همدلی یک جزء اساسی از زندگی اجتماعی و عاطفی ماست. در واقع، همدلی نقش حیاتی در تعامل اجتماعی، از پیوند بین مادر و فرزند گرفته تا درک احساسات دیگران و حالات روانی ذهنی دارد. تصور می‌شود فرآیندهای مرتبط با همدلی، رفتارهای اجتماعی (مانند به اشتراک گذاشتن، تسلی دادن و کمک کردن) و مراقبت از دیگران را تحریک کرده، پرخاشگری را مهار می‌کنند و پایه و اساس اخلاق مبتنی بر مراقبت را قوام می‌بخشند» (Decety&Cowell,2014:337).



مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	نمونه مضامین پایه	نمونه گفتارها
درک همدلانه اخلاقی مبتنی بر مراقبت	شنیدن فعال	بازتاب و تأیید احساسات بیمار، پذیرش تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، حضور و توجه واقعی در لحظه، ایجاد فضای امن، درک همه‌جانبه بیمار	وقتی بیمار در وضعیت دشوار زندگی است و برای برونشیت مراجعه می‌کند، بهش نمی‌گم سینگار را ترک کنه، بلکه به کم مصرف کردن سینگار تشویقش می‌کنم.
	انعطاف در ارتباط و مشاوره	ارائه‌دادن مرحله‌ای توصیه‌ها، انعطاف در تغییر برنامه بیمار، انعطاف در ارتباط و توضیح شفاف، انعطاف در ارائه راهنمایی‌ها و انتخاب کلمات مناسب	من ابتدا با شنیدن فعال تمام جزئیات زندگی و مشکلاتشون، درک صحیحی از وضعیت اون‌ها پیدا می‌کنم و سپس با انعطاف در ارتباط و توضیح شفاف، توصیه‌های درمانی را ارائه میدم.

جدول ۲. مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر (۱)

براساس گفتارهای مشارکت‌کنندگان با توجه به جدول ۲- «شنیدن فعال» و «انعطاف در ارتباط و مشاوره» دو مضمون سازمان‌دهنده‌ای بودند که می‌توان آنها را به عنوان ظرافت‌های همدلی در این موقعیت برشمرد. در این میان، مضامینی همچون «من تلاش می‌کنم احساسات بیمار را با وجودم درک کنم و نسبت به آن واکنش نشان دهم»، «پزشک باید به شرایط فرهنگی و تفاوتی که این بیمار با دیگر بیماران دارد، دقت داشته باشد»، «پزشک، یک محل امنی برای بیمار است و تا آخر درمان این حس باید به بیمار منتقل شود» دلالت بر آن داشت که پزشکان در مراجعات بیماران محروم شنونده‌ای فعال بوده‌اند. در همین رابطه یک پزشک خانم با ۱۵ سال سابقه کار می‌گفت: «ابتدای هر ویزیت اجازه می‌دهم بیمار همه نگرانی‌هایش را بیان کند. حتی اگر طولانی باشد، صحبتش را قطع نمی‌کنم. شنیدن کامل باعث می‌شود نیازهای واقعی او شناسایی شوند و درمان متناسب با شرایط زندگی و مشکلات فردی ارائه گردد». در همین راستا، پزشک خانم با بیش از ۷ سال سابقه کاری بیان می‌کرد: «با بازتاب گفته‌های بیمار و به سری پرسش‌های تکمیلی، مطمئن می‌شوم که درست فهمیده‌ام. بیمار هم احساس می‌کند که شنیده شده و نظرش اهمیت برای من اهمیت داشته، خب طبیعتاً این اعتماد باعث پذیرش بهتر توصیه‌ها و انگیزه برای همکاری در فرایند درمان می‌شه». مشارکت‌کننده دیگری تأکید داشت: «در اینجا ما با خانواده‌های فقیری مواجه هستیم. اینکه وقت بگذاریم و در مورد بیماری که دارند صحبت‌های آنها را بشنویم این شنیده شدن کمک می‌کنه بفهمم چه عواملی بر رفتار سلامت بیمار تأثیر داشتن و چطور می‌تونم راهکارهای عملی و متناسب با شرایط زندگی‌اش ارائه بدم تا احتمال اینکه به توصیه‌های درمانی من گوش کنه رو افزایش بدم».

با وجود این، به عقیده مشارکت‌کنندگان انعطاف در مشاوره‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در این درک همدلانه داشته است. با این حال، به عقیده آنها این انعطاف در مواجهه با محرومان متفاوت است؛ چون انعطاف به عنوان سازگاری با محدودیت‌ها تلقی شده و نه اینکه صرفاً به عنوان یک سبک ارتباطی تلقی شود. به عبارت دیگر، در برخورد با بیماران غیرمحروم، انعطاف معمولاً به معنای تطبیق با ترجیحات بیمار یا احترام به نظر او در تصمیم‌گیری درمانی است، اما در مناطق محروم، انعطاف به معنای درک و انطباق با واقعیت‌های سخت زندگی بیمار مثل ناتوانی در پرداخت هزینه دارو، محدودیت زمانی به دلیل کار، یا مشکلات حمل‌ونقل و یا توصیه‌های مرحله‌ای برای درمان است. در همین رابطه، یک پزشک مرد می‌گفت: «برای بیماران با مشکلات روانی یا خانوادگی، توصیه‌ها

را مرحله‌ای ارائه می‌کنم و صبر می‌کنم تا بیمار توانایی دنبال کردن آن‌ها را پیدا کند و به موفقیت کوچکی رو در درمانش تجربه کند تا انگیزه پیدا کند که درمانش رو ادامه بده». پزشک دیگری بیان می‌کرد: «فشار مالی و اجتماعی بیمار می‌تونه برنامه درمانی را مختل کنه. بنابراین در صورت نیاز زمان‌بندی داروها و اقدامات درمانی را تغییر می‌دهم تا بیمار بتونه به شکل واقعی به توصیه‌هایی که بهش می‌کنم عمل کنه».

تحلیل گفتارها در این بخش نشان می‌دهد که درک همدلانه اخلاقی با بیماران محروم از سه جهت، مراقبت را به مثابه یک امر اجتماعی در نظر گرفته و نه اینکه صرفاً یک امر عاطفی و روانشناختی باشد. جهت اول اینکه بیماران محروم معمولاً فقط با بیماری مراجعه نمی‌کنند؛ بلکه همراه آنها بسته‌ای از مسائل اجتماعی، اقتصادی و روانی است. در این صورت، همدلی در این موقعیت به معنای درک چندلایه‌ای است؛ به این معنا که پزشک باید علاوه بر نشانه‌های جسمی شرایط زندگی، نداشتن حمایت اجتماعی، ناتوانی مالی و احساس بی‌قدرتی بیمار را هم درک کند. جهت دوم؛ نابرابری در موقعیت قدرت و نقش اخلاقی پزشک است. درحقیقت، بیماران محروم معمولاً احساس ضعف، بی‌قدرتی و کم‌ارزشی دارند. در این شرایط، همدلی فقط شنیدن نیست؛ بلکه باید به کاهش فاصله قدرت و بازگرداندن حس کرامت بیمار کمک کند. در نهایت جهت سوم، تفاوت در پیامدهای همدلی است. در حقیقت، همدلی با بیماران غیر محروم اغلب باعث رضایت و اعتماد بیشتر می‌شود، در حالی که در بیماران محروم، همدلی می‌تواند به تغییر رفتار سلامت، افزایش پایبندی به درمان، و جبران نابرابری ساختاری منجر شود.

۲-۵. عدالت و انصاف در مراقبت

عدالت و انصاف یکی دیگر مضمین فراگیری بود که در فهم اخلاقی پزشکان عمومی از مواجهه با بیماران در مناطق محروم، به دست آمد. برخلاف نگاه صرفاً ساختاری یا سیاستی به عدالت سلامت، در سطح عمل روزمره بالینی، پزشک با موقعیت‌هایی روبه‌رو می‌شود که تصمیم او می‌تواند به بازتولید نابرابری یا برعکس، به جبران آن منجر شود. در این زمینه، عدالت نه صرفاً یک اصل انتزاعی، بلکه به شکل کنش‌های بالینی روزمره بروز می‌یابد؛ کنش‌هایی که مستقیماً بر امکان یا عدم امکان دریافت خدمات اثر می‌گذارند. گفتارهای مشارکت‌کنندگان براساس جدول ۳- نشان می‌دهد که پزشکان هنگام مواجهه با بیماران محروم، تلاش می‌کنند میان الزامات علمی و واقعیات اجتماعی بیماران تعادلی برقرار کنند و با نوعی تصمیم‌گیری اخلاقی موقعیتی، مسیر درمان را منصفانه‌تر سازند.



مضامین فراگیر	مضامین سازمان دهنده	نمونه مضامین پایه	نمونه گفتارها
رعایت عدالت و انصاف در مراقبت	عدالت مالی	تجویز داروی ارزان‌تر، تنظیم جلسات رایگان، توضیح منابع حمایتی، شفاف‌سازی هزینه‌ها، ارائه گزینه‌های مقرون‌به‌صرفه، تعویق در پرداخت، تقسیم هزینه‌ها هزینه‌ها و کاهش آن	یک خانواده کم‌درآمد برای ویزیت فرزندشان مراجعه کردند. متوجه شدم هزینه دارو و خدمات می‌تواند مانع درمان شود. سعی کردم داروی ارزان‌تر تجویز کنم، هزینه مشاوره را کاهش دهم و راهکارهای کم‌هزینه برای مراقبت روزمره ارائه کنم تا دسترسی به درمان برای همه اعضای خانواده امکان‌پذیر باشد و احساس تبعیض نکنند.
	دسترسی برابر به خدمات	هماهنگی با مراکز نزدیک، تنظیم نوبت‌های سریع، معرفی خدمات حمایتی و زمان‌بندی منقطع، استفاده از توضیحات ساده و پرشور تصویری در ارائه خدمات، برنامه‌ریزی منقطع و ارائه وقت ملاقات مناسب، مشاوره فردی، هدایت به مراکز و توضیح مسیر درمان،	بیمارانی که در مناطق محروم زندگی می‌کنند ممکن است به دلیل فاصله یا کمبود اطلاعات از خدمات پزشکی عقب بمانند. من با ارائه اطلاعات شفاف، هماهنگی نوبت‌ها و مشاوره تلفنی، دسترسی برابر را تسهیل می‌کنم.
	انصاف در تصمیم‌گیری‌های بالینی	مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری، یکسان کردن کیفیت درمان، شناخت نیاز واقعی بیمار و محدودیت‌های اقتصادی او، بررسی همه‌جانبه عوامل بالینی، ارائه گزینه‌های درمانی شفاف، بیان صادقانه تبعات هر درمان، بیان مزایا و معایب گزینه‌های درمانی، روشن کردن مسیر درمان	در تصمیم‌گیری برای ارجاع به متخصص، ابتدا نیاز واقعی بیمار و محدودیت‌های اقتصادی او را بررسی می‌کنم. سپس گزینه‌های متنوع و کم‌هزینه ارائه می‌کنم تا عدالت در تصمیم‌گیری بالینی حفظ شود و بیمار از حق انتخاب برخوردار باشد.

بر اساس نگاه مشارکت‌کنندگان این عدالت و انصاف در مراقبت سه بُعد اساسی داشته است. نخستین بُعد، عدالت مالی است؛ به این معنا که پزشکان تلاش می‌کنند موانع اقتصادی پیش روی بیماران را تا حد امکان کاهش دهند تا دریافت خدمات درمانی صرفاً به وضعیت مالی وابسته نباشد. گفتارها نشان می‌دهد که پزشکان در مناطق محروم، در تصمیم‌گیری‌های بالینی، هزینه درمان را به عنوان یک متغیر اخلاقی در نظر می‌گیرند و متناسب با توان مالی بیمار، مسیر مراقبت را تنظیم می‌کنند. در همین رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان در مواجهه با یک خانواده کم‌درآمد می‌گفت: «تجویز داروی ارزان‌تر، کاهش هزینه مشاوره و ارائه راهکارهای کم‌هزینه» تلاش کرده است امکان درمان را برای کل خانواده فراهم کند». مشارکت‌کننده‌ای دیگر اشاره می‌کرد که «با طراحی نسخه‌های مقرون‌به‌صرفه و معرفی منابع حمایتی، بیمار مزمن را به ادامه درمان ترغیب کرده است».

در همین رابطه، مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند که شفاف‌سازی هزینه‌ها و ارائه گزینه‌های قابل پرداخت نقش مهمی در ایجاد احساس عدالت در میان بیماران دارد. یکی از پزشکان در جهت استدلال‌ورزی برای تقویت عدالت بیان می‌کرد: «ما با استفاده از داروهای نمونه رایگان یا تعویق پرداخت، مانع از قطع درمان بیماران کم‌درآمد شده و در عین حال کیفیت مراقبت را حفظ کرده‌ایم». در این خصوص، یکی از پزشکان درباره خانواده‌ای که چند فرزند مریض داشت می‌گفت: «با کاهش و تقسیم هزینه‌ها و اطلاع‌رسانی درباره حمایت‌های اجتماعی، تلاش کردم دسترسی برابر برای همه اعضای خانواده فراهم شود». به‌طور کلی، این گفتارها نشان می‌دهد، عدالت مالی در مناطق محروم صرفاً یک مسئله اقتصادی نیست، بلکه به‌مثابه یک کنش اخلاقی و تصمیم‌گیری مسئولانه در بطن عمل بالینی شکل می‌گیرد و می‌تواند از بازتولید نابرابری‌های سلامت جلوگیری کند. بنابراین عدالت مالی در اینجا صرفاً «هزینه کمتر» نیست، بلکه تضمین حق دسترسی برابر به سلامت است؛ چیزی که برای بیماران غیرمحروم اساساً مسئله اصلی نیست.

دوم، دسترسی برابر به خدمات که بر رفع شکاف‌های ساختاری و عملی تأکید دارد؛ مضمونی که از نگاه پزشکان عمومی نه فقط به وجود منابع درمانی، بلکه به امکان واقعی استفاده از این منابع برای همه بیماران مربوط می‌شود. گفتارها نشان می‌دهد پزشکان در مناطق محروم تلاش می‌کنند با روش‌های عملی و انعطاف‌پذیر، موانع ساختاری، جغرافیایی و ارتباطی را کاهش دهند و دسترسی بیماران را به خدمات ضروری تسهیل کنند. برای نمونه، یکی از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد: «با هماهنگی با مراکز تخصصی و تنظیم نوبت‌های سریع، مانع از تأثیر محل زندگی بر کیفیت خدمات دریافتی بیماران شده است». مشارکت‌کننده‌ای دیگری در مورد کودکی با مشکلات تنفسی توضیح



داد: «با برنامه ریزی برای انتقال و استفاده از خدمات حمایتی، شرایطی فراهم شد تا این بیمار نیز مانند سایرین از درمان مناسب بهره‌مند شود».

بالین حال، در مواردی هم پزشکان به موانع زبانی و سطح پایین سواد سلامت اشاره کرده و با استفاده از توضیحات ساده و ابزارهای ارتباطی متنوع، دسترسی برابر بیماران به اطلاعات و خدمات را تضمین کردند. در همین رابطه، یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «حتی عواملی مثل زمان انتظار طولانی می‌تواند نوعی تبعیض ساختاری ایجاد کند، بنابراین با ارائه وقت‌های ملاقات منظم‌تر و برنامه ریزی بهتر، این نابرابری کاهش یافت». با وجود این، مشارکت‌کنندگان تأکید می‌کردند: «با راهنمایی فردی و هدایت بیماران به مسیرهای درمانی مناسب، نقش فعالی در پر کردن شکاف آگاهی و دسترسی ایفا نموده‌اند». نتیجه این گفتارها دو نتیجه اساسی دارد. اول اینکه دسترسی برابر به خدمات در مناطق محروم صرفاً به معنای وجود امکانات نیست، بلکه مستلزم اقدامات فعال پزشکان برای رفع موانع ساختاری و اجتماعی است. دوم اینکه چنین مداخله‌هایی عدالت سلامت را از سطح سیاست به سطح عمل روزمره بالینی منتقل می‌کند.

سوم، انصاف در تصمیم‌گیری‌های بالینی است که بیانگر نوعی بازنگری اخلاقی در تصمیم‌های درمانی با توجه به شرایط واقعی بیماران محروم خواهد بود؛ به این معنا که پزشکان هنگام انتخاب درمان، ارجاع یا ارائه خدمات، علاوه بر ملاحظات علمی، شرایط مالی، اجتماعی و نیازهای فردی بیمار را در نظر می‌گیرند. مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که پزشکان با شفاف‌سازی گزینه‌های درمان، توضیح مزایا و معایب، و مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری، سعی می‌کنند احساس تبعیض را کاهش دهند و کیفیت خدمات بالینی را برای همه بیماران حفظ کنند. به طور مثال، یکی از مشارکت‌کنندگان توضیح داد که «در مواجهه با بیمار مبتلا به بیماری مزمن، شرایط مالی و اجتماعی او را مد نظر قرار داده و با توضیح شفاف هر گزینه، مشارکت بیمار را در تصمیم‌گیری تسهیل کرده است». مشارکت‌کننده‌ای دیگر اشاره می‌کرد: «هنگام انتخاب دارو یا روش درمان، مزایا، معایب و هزینه‌ها را با بیمار در میان می‌گذارد تا بیمار حس کند که تفاوتی بین او و دیگران نیست و می‌تواند تصمیم بگیرد که الان چه کند». در نهایت، مشارکت‌کننده سومی بیان می‌کرد: «در شرایطی که دو بیمار با مشکلات مشابه اما توان مالی متفاوت مراجعه کردند، تلاش کرده کیفیت درمان را برای هر دو برابر نگه دارد و با تنظیم نحوه ارائه خدمات، عدالت را برای هر دوی آنها تضمین کند».

بالین حال، در زمینه ارجاع به متخصص، یکی از پزشکان بیان کرد «ابتدا نیاز واقعی بیمار و محدودیت‌های اقتصادی بیمار را بررسی کرده و سپس گزینه‌های متنوع و کم‌هزینه را اعلام می‌کند تا بیمار از حق انتخاب برخوردار باشد و بیمار در این امر بالینی ضرر نکند». همچنین چند نفر از

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند «در مواردی که بیماران دارای شرایط پیچیده اجتماعی و اقتصادی هستند، آنها با بررسی همه عوامل و ارائه گزینه‌های شفاف، تلاش می‌کنند هیچ بیماری به دلیل محدودیت‌ها یا پیش‌فرض‌های پزشکی نادیده گرفته نشود». این گفتارها نشان می‌دهد که انصاف در تصمیم‌گیری‌های بالینی فراتر از رعایت پروتکل‌های علمی است و مستلزم ملاحظات اخلاقی، مشارکت فعال بیمار و تعدیل خدمات بر اساس توانایی‌ها و نیازهای فردی است. چنین رویکردی تضمین می‌کند که تصمیمات درمانی در مناطق محروم هم عادلانه و هم اخلاقی باشند.

۳-۵. تعادل اخلاقی و مسئولیت حرفه‌ای

مضمون فراگیر سوم «تعادل اخلاقی و مسئولیت حرفه‌ای» است. در جهان پیچیده امروز، حرفه‌ای‌ها همواره با موقعیت‌هایی روبه‌رو هستند که تصمیم‌گیری درست و مسئولانه را می‌طلبد. تعادل میان ارزش‌های اخلاقی فردی و انتظارات حرفه‌ای، نقطه‌ای حیاتی برای حفظ اعتبار و اعتماد جامعه است. هر حرفه‌ای قواعد و استانداردهای خاص خود را دارد که رعایت آن‌ها نه تنها الزام قانونی، بلکه مسئولیتی اخلاقی نیز محسوب می‌شود. بی‌توجهی به این تعادل می‌تواند پیامدهای جدی برای فرد و سازمان به همراه داشته باشد. بنابراین، بررسی سازوکارهای حفظ این تعادل و تعهد به مسئولیت حرفه‌ای، اهمیت فراگیری در رویکرد اجتماعی به اخلاق دارد. در اینجا، تعادل اخلاقی به این معنا است که «پزشکان از تحلیل اخلاقی خود در تعیین پیامدهای مربوط به عوامل مشخص شده استفاده کنند، تا بتوانند راحت‌تر فاصله اخلاقی بین خود و سایر بیمارانی که ممکن است از نظر زمانی و مکانی دور باشند را پر کنند. با انجام این کار، توانایی تعیین پیامدهای مرتبط در چارچوب چهار اصل را تقویت می‌کند» (Harvey&Gardiner,2018:69).

افزون بر این، درک تعادل میان مسئولیت حرفه‌ای و حساسیت اخلاقی در شرایط نابرابر اجتماعی، مستلزم توجه به پیچیدگی موقعیت‌های درمانی و نحوه مواجهه پزشکان با محدودیت‌های ساختاری است؛ زیرا تصمیم‌های حرفه‌ای در چنین موقعیت‌هایی تنها مبتنی بر قواعد رسمی نیستند، بلکه متأثر از قضاوت اخلاقی، تجربه زیسته و تفسیر پزشک از شرایط انسانی بیماران نیز شکل می‌گیرند. در این میان، پایبندی به استانداردهای بالینی و پروتکل‌های درمانی به‌عنوان یکی از الزامات بنیادین مسئولیت حرفه‌ای، در کنار ضرورت حفظ هم‌زمان کیفیت مراقبت برای همه بیماران، نشان می‌دهد که تعادل اخلاقی در عمل بالینی امری پیچیده و چندلایه است. از سوی دیگر، نقش پزشک صرفاً به تصمیم‌گیری درمانی محدود نمی‌شود، بلکه شامل هدایت بیمار در فرایند تصمیم‌گیری، شفاف‌سازی گزینه‌ها و حفظ توازن میان خودمختاری بیمار و ملاحظات حرفه‌ای نیز می‌گردد.



مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	نمونه مضامین پایه	نمونه گفتارها
تعادل اخلاقی و مسئولیت حرفه‌ای	پابندی به استانداردهای بالینی	تأکید بر مسئولیت حرفه‌ای، حفظ کیفیت مراقبت، پیگیری پروتکل‌های، تصمیمات حرفه‌ای براساس شواهد بالینی، پابندی به پروتکل‌ها و استانداردهای درمانی	پزشک موظف است درمان‌های ارائه شده را بر اساس شواهد علمی و پروتکل‌های معتبر تنظیم کند و کیفیت مراقبت را برای همه بیماران حفظ کند، حتی زمانی که شرایط اجتماعی و اقتصادی بیمار پیچیده است. این رعایت استاندارد، پایه‌ای برای مسئولیت حرفه‌ای و اطمینان از عدالت در درمان است.
	تعادل بین راهنمایی پزشک و احترام به تصمیم بیمار	انجام کار حرفه‌ای و احترام به استقلال تصمیم بیمار، حفظ همزمان ایمنی درمان و خودمختاری بیمار، احساس احتیاج بیمار به حمایت و هدایت حرفه‌ای پزشک، راهنمایی قاطع و توضیح علت هر اقدام، هدایت مستقیم بیماران با رعایت توصیه‌ها، پرهیز از نگاه پدرسالارانه به بیمار	پزشک نه تنها تصمیمات درمانی را اتخاذ می‌کند، بلکه بیماران را در مسیر انتخاب‌های اخلاقی و بالینی هدایت می‌کند. این نقش شامل شفاف‌سازی گزینه‌ها، توضیح پیامدها و مشاوره درباره تصمیمات بهینه است، به گونه‌ای که بیمار بتواند تصمیمی آگاهانه و متناسب با شرایط خود اتخاذ کند.

جدول ۴. مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر (۳)

براساس گفتارهای مشارکت‌کنندگان و با توجه به جدول ۴- یکی از ابعاد کلیدی تعادل اخلاقی و مسئولیت حرفه‌ای در مراقبت از بیماران محروم، «پابندی به استانداردهای بالینی» است. به‌طور کلی، «استانداردهای بالینی توسط اخلاق پزشکی هدایت می‌شوند که چارچوبی اخلاقی از اصولی مانند خودمختاری، سودمندی، عدم آسیب‌رسانی و عدالت را برای تضمین رفاه و حقوق بیمار فراهم می‌کند. اخلاق با تعیین وظایفی نسبت به بیماران، مانند اخذ رضایت آگاهانه و حفظ محرمانگی، که سپس به کدهای رفتاری حرفه‌ای و حاکمیت بالینی تبدیل می‌شوند، استانداردها را شکل می‌دهد. در حالی که قوانین حداقل استاندارد قانونی را تعیین می‌کنند، استانداردهای اخلاقی اغلب فراتر از الزامات قانونی هستند تا اعتماد را تقویت کرده و متخصصان را در تصمیم‌گیری‌های دشوار راهنمایی کنند» (Varkey, 2020:22).

در همین راستا، گفتارها بر این نکته تأکید داشت که پزشکان حتی در مواجهه با محدودیت‌های مالی، اجتماعی یا زمانی، تلاش می‌کنند کیفیت مراقبت و مسئولیت حرفه‌ای خود را حفظ کنند و تصمیمات بالینی را بر اساس شواهد علمی و پروتکل‌های معتبر اتخاذ کنند. نزدیک به همین ایده،

یکی از مشارکت‌کنندگان بیان می‌کرد: «حتی زمانی که بیمار با محدودیت مالی یا اجتماعی مواجه است، با ارائه گزینه‌های متناسب با شرایط بیمار و توضیح شفاف مزایا و معایب هر اقدام، اطمینان حاصل می‌کند که کیفیت مراقبت پایین نمی‌آید و مسئولیت حرفه‌ای به درستی انجام می‌شود. مشارکت‌کننده دیگری تاکید داشت که «در مواجهه با بیماران مزمن، رعایت پروتکل‌های درمانی باعث افزایش اعتماد بیمار و اجرای درست درمان می‌شود، حتی در شرایط محدودیت زمانی یا مالی». همچنین، یک پزشک دیگر اشاره کرد که «هنگام مواجهه با درخواست‌های غیرمتعارف یا کم‌هزینه بیماران، وظیفه دارد گزینه‌های علمی و اثربخش ارائه دهد و تصمیمات حرفه‌ای را بر اساس شواهد بالینی اتخاذ کند».

با وجود این، مشارکت‌کنندگان می‌گفتند: «در مواردی که بیماران شرایط پیچیده اجتماعی و پزشکی دارند، پزشکان با بررسی سوابق، شرایط و اولویت‌های بیمار، اطمینان حاصل می‌کنند که مراقبت مطابق استاندارد و اصول اخلاقی ارائه شود». همچنین آنها بیان می‌کردند «حتی با محدودیت‌های مالی یا زمانی، پایبندی به پروتکل‌ها و استانداردهای درمانی ضروری است و با ارائه مشاوره کامل و برنامه درمانی مناسب، بیماران تجربه مراقبت با کیفیت و مسئولیت حرفه‌ای پزشک را خواهند داشت». در هر صورت، این گفتارها نشان می‌دهد که پایبندی به استانداردهای بالینی فراتر از رعایت دستورالعمل‌های علمی است و به عدالت و احترام به کرامت بیماران محروم مرتبط می‌شود. وقتی پزشک مراقبت مطابق استاندارد ارائه می‌دهد، اطمینان حاصل می‌شود که هیچ بیمار به دلیل محدودیت مالی یا اجتماعی از خدمات با کیفیت محروم نمی‌شود. این رفتار در چارچوب اصول اخلاق پزشکی مانند عدالت، سودمندی، و عدم آسیب‌رسانی قابل تفسیر است. پزشک با پایبندی به استانداردهای بالینی در واقع تعهد اخلاقی خود را به حفظ حقوق بیمار، کاهش تبعیض و تضمین مراقبت منصفانه عملی می‌کند و مسئولیت حرفه‌ای خود را به شکلی اخلاقی تحقق می‌بخشد.

«تبادل بین راهنمایی پزشک و احترام به تصمیم بیمار» دومین بعد کلیدی برای ایجاد تعادل اخلاقی و مسئولیت حرفه‌ای در مراقبت از بیماران محروم بود که از گفتارهای مشارکت‌کنندگان استخراج شد. مضامینی همچون «تلاش کردم تعادلی میان راهنمایی حرفه‌ای خودم و احترام به استقلال تصمیم بیمار برقرار کنم»، «با توضیح مزایا و معایب هر گزینه به دنبال مشارکت بیمار در انتخاب تصمیم برای درمانش بودم»، «هدف من در مشارکت دادن بیمار در تصمیم برای درمانش هم حفظ ایمنی درمان و هم خودمختاری بیمار را به همراه دارد» همگی نشان می‌دهد که چگونه



توجه پزشک به تعادل، ثبات اخلاقی او را نسبت به بیمار بسط داده است. در همین رابطه، یکی از پزشکان زن می‌گفت: «در مواجهه با خانواده‌ای که می‌خواستند تصمیم درمانی را به طور کامل به من بسپارند، با صبر و توضیح گزینه‌ها، هم راهنمایی حرفه‌ایم را ارائه کردم و هم استقلال تصمیم‌گیری آن‌ها را محترم شمردم تا حس تبعیض یا فشار ایجاد نشود».

درهمین راستا، مشارکت‌کننده دیگری با تکیه بر اصطلاح پدرسالاری که دال بر نگاه از بالا به پایین به بیمار و تکیه بر نظر شخصی پزشک در درمان دارد بیان می‌کرد: «بیمار درباره ادامه درمان دچار تردید بود. با ارائه توصیه‌های متناسب، توانستم تعادلی میان پدرسالاری لازم برای ایمنی درمان و احترام به انتخاب بیمار ایجاد کرده و همکاری او را جلب کنم». مشارکت‌کننده دیگری با تأکید بر این نکته که نباید به بیمار نگاه از بالا به پایین داشت و کرامت او را باید حفظ کرد، می‌گفت: «وقتی بیماران ناشیانه یا نگران مراجعه می‌کنند، گاهی لازم است پیشنهاد قاطع بدهم، اما همزمان با توضیح و مشارکت او در تصمیم‌گیری، اطمینان حاصل می‌کنم که اختیار و کرامت بیمار حفظ می‌شود و اتفاقاً رابطه حرفه‌ای من هم با او باقی می‌ماند». باین حال، این مضامین و گفتارها این نظریه را تأیید می‌کند که «از نظر اخلاقی راهنمایی پزشک باید شامل ارائه تمام اطلاعات لازم به بیمار باشد، در حالی که احترام به تصمیم بیمار به معنای حفظ استقلال او با پذیرش انتخاب‌هایش است؛ حتی اگر با توصیه خود پزشک متفاوت باشد. درحقیقت، نقش پزشک این است که به عنوان یک مشاور عمل کرده و نه یک دیکتاتور و از این جهت به بیمار کمک کند، ارزش‌های خود را درک نموده و آنها را با گزینه‌های پزشکی همسو نماید».

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر براساس نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد که فهم اخلاقی پزشکان در مواجهه با بیماران مناطق محروم، بر سه مؤلفه بنیادین درک همدلانه اخلاقی مبتنی بر مراقبت، عدالت و انصاف در مراقبت، و تعادل اخلاقی همراه با مسئولیت حرفه‌ای استوار است. این سه مؤلفه در پیوندی درونی با یکدیگر، تصویری چندلایه از اخلاق حرفه‌ای در بستر نابرابری‌های اجتماعی و ساختاری ترسیم می‌کنند؛ تصویری که اخلاق پزشکی را در نگاه پزشکان عمومی در مواجهه با بیماران مناطق محروم از سطح اصول انتزاعی به سطح کنش‌های روزمره بالینی و روابط انسانی میان پزشک و بیمار منتقل می‌سازد.

در هر مواجهه بالینی باید بازتولید شود. این یافته تأکید دارد که در شرایط نابرابری، پزشکان می‌توانند از طریق اعمال اخلاقی روزمره خود، شکاف‌های ساختاری را تا حدی ترمیم و امکان برخورد برابر بیماران با نظام سلامت را تقویت کنند. سوم، تعادل اخلاقی و مسئولیت حرفه‌ای نشان داد که پزشکان برای حفظ انسجام اخلاقی در موقعیت‌های پیچیده، میان دو قطب راهنمایی حرفه‌ای و احترام به استقلال بیمار تعادلی پویا برقرار می‌کنند. پایبندی به استانداردهای بالینی در کنار توجه به محدودیت‌های واقعی بیماران، از دید آنان نه تنها وظیفه‌ای حرفه‌ای بلکه نشانه‌ای از احترام به کرامت انسانی است. چنین رویکردی، اخلاق حرفه‌ای را از تبعیت صرف از دستورالعمل‌ها فراتر برده و آن را به عرصه‌ای از قضاوت اخلاقی تأمل‌برانگیز و متعهدانه بدل می‌کند. در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که فهم اخلاقی پزشکان در مناطق محروم، ماهیتی تعاملی، موقعیت‌مند و انسانی دارد. آنان در دل محدودیت‌های ساختاری، تلاش می‌کنند با اتکا به همدلی، عدالت و تعادل حرفه‌ای، کیفیت مراقبت را حفظ و نابرابری‌های اجتماعی را به صورت اخلاقی مدیریت کنند. این الگو از اخلاق پزشکی، بر پیوند درونی میان مراقبت، انصاف و مسئولیت تأکید دارد و می‌تواند مبنایی برای بازاندیشی در آموزش اخلاق حرفه‌ای و سیاست‌گذاری‌های سلامت در جوامع نابرابر باشد.

فهرست منابع

- ۱- آسمانی، امید. (۱۳۹۱)، «نگاهی به مدل‌های ارتباطی پزشک - بیمار و چالش‌های مرتبط با آن»، *اخلاق و تاریخ پزشکی*. ۵ (۴). ۳۶-۵۰.
- ۲- بهمنی، فاطمه؛ خورسندیان، محمدعلی؛ تابعی، سید ضیاءالدین. (۱۳۹۳)، «مسئولیت اجتماعی پزشک با تأکید بر چالش‌های اخلاقی آن». *اخلاق در علوم و فناوری*. ۹ (۴). ۱۱-۲۰.
- ۳- تابعی، سید ضیاءالدین؛ پارسایی، حکیمه. (۱۳۸۷)، «رابطه پزشک و بیمار». *اخلاق پزشکی*. ۲ (۴). ۱۰۷-۱۲۰.
- ۴- جعفریان، مجید. (۱۴۰۰)، «تجربه اخلاقی دختران مجرد بین‌بالا از تجزیدی در مواجهه اجتماعی؛ یک مطالعه کیفی». *اخلاق پژوهی*. ۵ (۱۶). ۱۰۵-۱۳۲.
- ۵- خادم‌الحسینی، زینب؛ خادم‌الحسینی، میترا؛ محمودیان، فرزاد. (۱۳۸۸)، «بررسی نقش اخلاقی و رفتاری پزشک در رعایت دستورات پزشکی توسط بیمار در فرآیند درمان». *اخلاق پزشکی*. ۳ (۸). ۹۱-۱۰۱.
- ۶- شجاعی، احمد؛ ابوالحسنی نیارکی، فرشته. (۱۳۹۱)، «مؤلفه‌های اعتماد در رابطه پزشک و بیمار»، *اخلاق و تاریخ پزشکی*. ۵ (۷). ۷۹-۹۰.
- ۷- کلاته‌ساداتی، احمد؛ باقری لنگرانی، کامران. (۱۳۹۳)، «مدلی از رابطه پزشک و بیمار طبق مفاهیم اسلامی». *علوم پزشکی صدا*. ۲ (۳). ۳۱۵-۳۲۶.

- 8- Bourdieu, Pierre. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 164–169.
- 9- Bourdieu, Pierre. (1986). “The Forms of Capital.” In J. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, pp. 241–258. New York: Greenwood.
- 10- Bourdieu, Pierre. (1990). *The Logic of Practice*. Stanford: Stanford University Press, pp. 52–135.
- 11- Brown, Charles E., et al. (2024). “Physician perspectives on addressing anti-Black racism in healthcare.” *JAMA Network Open*, 7(1), e2814236.
- 12- Creswell, John W., & Poth, Cheryl N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches* (4th ed.). Thousand



Oaks, CA: Sage Publications.

- 13- Decety, Jean, & Cowell, Jason M. (2014). "The complex relation between morality and empathy." *Trends in Cognitive Sciences*, 18(7), 337–339.
- 14- Furler, John, Palmer, Virginia, et al. (2010). "The ethics of everyday practice in primary medical care: Responding to social health inequities." *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 5(6), 1–8.
- 15- Gilligan, Carol. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press, pp. 30–118.
- 16- Gottlieb, Laura M., et al. (2019). "Physicians' perspectives on poverty and health: A qualitative analysis of primary care encounters." *Annals of Family Medicine*, 17(6), 611–620.
- 17- Harvey, David J. R., & Gardiner, Dale. (2018). "Moral balance decision-making in critical care." *BJA Education*, 19(3), 68–73.
- 18- Lauwers, Els D. L., et al. (2024). "The patient perspective on diversity-sensitive care: A systematic review." *Equity in Health*, 23(1), 117.
- 19- Loignon, Caroline, et al. (2015). "Providing care to vulnerable populations: a qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal, Canada." *Family Practice*, 23(1), 232–236.
- 20- Loignon, Caroline, Fortin, Martin, Bedos, Christophe, Barbeau, Danielle, Boudreault-Fournier, Alexandrine, Gottin, T., Haggerty, Jeannie. (2017). "General practitioners' perspective on poverty: a qualitative study." *Family Practice*, 35(1), 105–110.
- 21- Varkey, Basil (2020). "Principles of clinical ethics and their application to practice." *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17–28.
- 22- Willems, Sara J., Swinnen, W., & De Maeseneer, Jan M. (2005). "The GP's perception of poverty: a qualitative study." *Family Practice*, 22(2), 177–183.



فصلنامه علمی

۴۸

دوره ۱

شماره ۱

بهار ۱۴۰۵