



<https://jas.ui.ac.ir/?lang=en>

Journal of Applied Sociology

E-ISSN: 2322-343X

Vol. 32, Issue 3, No.83, Autumn 2021, pp. 55-76

Received: 17.08.2020 Accepted: 28.02.2021

Research Paper

Modern Mentality, Domination, and the Unequal Field of Knowledge, Resources, and Talent: Challenges of the Formation of Medical Humanities in Iran

Ahmad Kalateh Sadati* 

Assistant Professor, Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran
asadati@yazd.ac.ir

Kamaran Bagheri Lankarani

Professor, Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
lankaran@sums.ac.ir

Zahra Falakodin

PhD Candidate of Sociology, Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran
zahra.falakodin93@gmail.com

Introduction:

Medicine is closely related to the humanities, and as Foucault points out, medicine has been the basis for the development of the modern humanities. Despite this, there is practically no connection between the humanities and biomedicine. Due to its necessity, medical humanities is a scientific discourse that has been discussed and researched in the last five decades. The formation and development of medical humanities is an important epistemological challenge in the world. It is also one of the essential subjects in the interdisciplinary field of science. The importance of the subject is mostly related to medicine itself and its role and place in the human life. That is why it can be said that the field of medical humanities is an important part of medical education. Given the role and importance of medical humanities in promoting health services and their effectiveness, there is a need for research in this area. There is a gap of knowledge in this domain in Iran. Therefore, the aim of the present study is to explore the challenges and obstacles to the formation of medical humanities in Iran.

Materials and Methods:

This is a national wide qualitative study that was conducted in 2020 in Iran. Twenty-four faculty members of humanities departments who have relevant works with health were included in this study. Data were collected with semi-structured interviews (22 participants) and open-ended questions with two participants. Data analysis was performed by the thematic analysis method.

Discussion of Results and Conclusions:

From the participants' point of view, there are important challenges facing the formation of medical humanities in Iran. The most important challenge is modern medicine as a hegemonic field of knowledge. The social field of science and related social capital is at the disposal of biomedicine. This is a serious obstacle to the formation of the medical humanities. In addition, other reasons were explored as challenges. Generally, four themes were explored: 1) modern mentality; 2) politics, society, and organization; 3) biomedical domination; and 4) inefficiency of the humanities in Iran. The modern mentality is related to epistemological

dualism and one-dimensional science. The phrase 'politics, society, and organization' is related to scientific laws and regulations in the country that do not recognize interdisciplinary sciences and do not provide the space for such issues. Although the epistemological and institutional dominance of biomedicine, which focuses on the medical institution, is a major challenge, the weakness and inefficiency of the humanities is also another main challenge. The humanities departments generally do not have the high confidence to enter the medical field, and many of such departments are alien to the health sciences. Under the dominance of biomedicine unequal distribution of knowledge, resources and talents were formed in Iran. The political economy of biomedicine attracts all resources and talents. In addition, the structures of the scientific bureaucracy have prevented the formation of the medical humanities. In this law and regulation bureaucracy, no attention has been paid to the interdisciplinary approach of sciences, especially medical sciences. Therefore, different fields of science in Iran are operating as separate islands. This includes the humanities and medical sciences. Based on the

* Corresponding author

Kalateh Sadati, A., Bagheri Lankarani, K., falakodin, Z. (2021). Modern mentality, domination, and the unequal field of knowledge, resources, and talent: challenges of the formation of medical humanities in Iran. *Journal of Applied Sociology*, 32(3), 55-76.



findings of the present study, strengthening the role and function of the humanities as well as modifying the domination of biomedicine are suggested. The field of humanities needs more connection to the medical sciences. Also, different fields of science in Iran need specific legal tools to support interdisciplinary sciences, and in particular, medical humanities. It is necessary to pay attention to humanism and constructivism in the field of policy-making and theory. Finally, the field of medical humanities is one of the necessities of medical sciences in Iran that needs serious attention.

Keywords: Medical Humanities, Challenges, Biomedical Domination, Inefficiency of Humanities, Iran.

References:

- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Journal of Qualitative Research*, 1 (3), 385-405.
- Abedi Jafari, H., Taslimi, M. S., Faqihi, A. H., & Sheikhzadeh, M. (2011). Theme analysis and theme network: A simple and efficient way to explain patterns in qualitative data. *Journal of Strategic Management Thought*, 5 (10), 198-151 (in Persian).
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Journal of Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Bishop, J. P. (2008) Rejecting medical humanism: medical humanities and the metaphysics of medicine. *Journal of Medical Humanities*, 29 (1), 15-25.
- Brody, H. (2011). Defining the medical humanities: three conceptions and three narratives. *Journal of Medical Humanities*, 32 (1), 1-7.
- Bishop, J. P. (2008) Rejecting medical humanism: medical humanities and the metaphysics of medicine. *Journal of Medical Humanities*, 29 (1), 15-25.
- Boniolo, G., Campaner, R., & Coccheri, S. (2019). Why include the humanities in medical studies?. *Journal of Internal and Emergency Medicine*, 14 (7), 1013-1017.
- Cunningham, T. V. (2015). *Objectivity, scientificity, and the dualist epistemology of medicine*. Springer, Dordrecht.
- Campion, C. (2018). Whither the humanities? reinterpreting the relevance of an essential and embattled field. *Journal of Arts and Humanities in Higher Education*, 17 (4), 433-448.
- Csordas, T. (1988). The conceptual status of hegemony and critique in medical anthropology. *Journal of Medical Anthropology*, (2), 416-421.
- Dolan, B. (2015). *Humanities: Readings in the development of the medical humanities*. USA: University of California Medical Humanities Press.
- Deegan, M. (2014). This ever more amorphous thing called digital humanities: Whither the humanities project?. *Journal of Arts and Humanities in Higher Education*, 13 (1-2), 24-41.
- Ebrahimnejad, H. (2002). "Religion and Medicine in Iran: from Relationship to Dissociation." *Journal of History of Science*, 40 (1): 91-112.
- Ekhlas, A. (2017). Ethical and social critique of the biomedical paradigm with emphasis on the interaction of medical sciences and humanities. *Journal of Cultural Strategy*, 5 (35), 31-77 (in Persian).
- Ekhlas, A. (2017). The place of medical ethics in treatment relations (Case study: Public Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences)." *Journal of Welfare Planning and Social Development*, 7 (26), 213-265 (in Persian).
- Fitzgerald, D., & Callard, F. (2016). *Entangling the medical humanities*. UK: Edinburgh University Press.
- Gilman, S. L. (2018). *Illness and image: Case studies in the medical humanities*. USA: Routledge.
- Grant, V. J. (2002). Making room for medical humanities. *Journal of Medical Humanities*, 28 (1), 45-48.
- Kalateh Sadati, A., & Bagheri Lankarani, K. (2019). Medical humanities, a study of the challenges of interdisciplinary education in medical sciences in Iran. *Journal of Hakim Health System Research*, 22 (87), 298-307 (in Persian).
- Liamputtong, P., & Ezzy, D. (1999) *Qualitative research methods: A health focus*. USA: Oxford University Press.
- Liao, H. C., & Wang, Y. H. (2016). Using complementary learning clusters in studying literature to enhance students' medical humanities literacy, critical thinking, and english proficiency. *Journal of Psychological Reports*, 118 (2), 441-465.
- Ledger, A., & Joynes, V. (2018). A huge part of my life: exploring links between music, medical education, and students' developing identities as doctors. *MedEdPublish*, 7 (4), 1-19.
- Macnaughton, J. (2020). Making breath visible: Reflections on relations between bodies, breath, and world in the critical medical humanities. *Journal of Body and Society*, 26 (2), 30-54.
- Paryad, R., & Madandar Arani, A. (2009) Perspectives of the humanities and interdisciplinary knowledge. *Sokhan Samat Journal*, 13 (2), 83-114 (in Persian).
- Pilgrim, D. (2016). The aspiration for holism in the medical humanities: some historical and philosophical sources of reflection. *Health*, 20 (4), 430-444.
- Pandya, D. (2019). Medical humanities: Historic beliefs of societal value patterns and dehumanization of the sacred profession. *Journal of the Gujarat Research Society*, 21 (10), 127-134.
- Qian, Y., Han, Q., Yuan, W., & Fan, C. (2018). Insights into medical humanities education in china and the west. *Journal of International Medical Research*, 46 (9), 3507-3517.
- Real, L. A. (2012). Collaboration in the sciences and the humanities: A comparative phenomenology. *Journal of Arts and Humanities in Higher Education*, 11 (3), 250-261.
- Robinson, D. (2017). *Translationality: Essays in the translational-medical humanities*. UK: Taylor & Francis.
- Salter, B., Zhou, Y., & Datta, S. (2015). Hegemony in the marketplace of biomedical innovation: consumer demand and stem cell science. *Social Science and Medicine*, 131, 156-163.
- Stewart, K. A. (2020). Transforming undergraduate global health education through a humanities-focused curriculum. *Journal of Pedagogy in Health Promotion*, 6 (1), 9-13.
- Shapiro, J., Coulehan, J., Wear, D., & Montello, M. (2009). Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications. *Journal of Academic Medicine*, 84 (2), 192-198.
- Wald, H. S., McFarland, J., & Markovina, I. (2019). Medical humanities in medical education and practice. *Journal of Medical Teacher*, 41 (5), 492-496.
- Wu, H. Y. J., & Chen, J. Y. (2018). Conundrum between internationalization and interdisciplinarity: reflection on the development of medical humanities in hong kong, taiwan, and china. *MedEdPublish*, 7 (4), 1-12.
- Yang, N., Xiao, H., Cao, Y., Li, S., Yan, H., & Wang, Y. (2018). Does narrative medicine education improve nursing students' empathic abilities and academic achievement? a randomized controlled trial. *Journal of International Medical Research*, 46 (8), 3306-3317.



مقاله پژوهشی

ذهنیت مدرن، سلطه و میدان نابرابر دانش، منابع و استعداد: چالش‌های شکل‌گیری علوم

انسانی پزشکی در ایران

احمد کلاته‌ساداتی*^{ID}، استادیار، گروه جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

asadati@yazd.ac.ir

کامران باقری لنگرانی، استاد مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز،

ایران

lankaran@sums.ac.ir

زهرا فلک‌الدین، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، گروه جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشکده علوم

اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

zahra.falakodin93@gmail.com

چکیده

شکل‌گیری و بسط علوم انسانی پزشکی، چالش معرفت‌شناختی مهمی در جهان است. در این مقاله چالش‌های پیش روی علوم انسانی پزشکی از منظر صاحب‌نظران علوم انسانی در ایران واکاوی شده است. مطالعه‌ای کیفی در سطح ملی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. با در نظر گرفتن معیار اشباع، داده‌ها با ۲۲ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و دو پرسش‌باز جمع‌آوری و تحلیل مضمون شدند. از نظر مشارکت‌کنندگان چالش‌های مهمی پیش روی شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی وجود دارد که بخشی از آنها مفهومی و بخشی، کاربردی است. مهم‌ترین چالش، پزشکی (در اینجا منحصراً نهاد و رشته پزشکی) به منزله میدان معرفتی هژمونیک بود؛ با وجود این، مشارکت‌کنندگان دلایل دیگری را به منزله چالش در این مسیر مطرح کردند. مهم‌ترین چالش‌ها در قالب چهار مضمون ذهنیت مدرن، سیاست، اجتماع و سازمان، سلطه زیست‌پزشکی و ناکارآمدی علوم انسانی مطرح است. اگرچه سلطه معرفت‌شناختی و نهادی زیست‌پزشکی که در نهاد پزشکی متمرکز است، چالش عمده‌ای است، در این سوی میدان دانش نیز ضعف و ناکارآمدی علوم انسانی مطرح است. همچنین ذهنیت مدرن متمرکز بر علوم سلامت در ایران و متمرکز بر نهاد پزشکی و نیز سیاست‌گذاری‌ها و خط‌مشی‌های نهادی از دیگر موانعی است که میدانی با توزیع نابرابر دانش، منابع و استعدادها را به وجود آورده است. تقویت نقش و کارکرد علوم انسانی و تعدیل سلطه زیست‌پزشکی در کنار اقدامات نهادی و سازمانی برای تحقق علوم انسانی پزشکی پیشنهاد می‌شود. توجه به انسان‌گرایی و سازنده‌گرایی در عرصه سیاست‌گذاری و نظری ضرورت دارد.

واژه‌های کلیدی: علوم انسانی پزشکی، زیست‌پزشکی، سلطه، انگاره انسان‌گرایانه

* نویسنده مسؤول

کلاته ساداتی، ا؛ باقری لنگرانی، ک. و فلک‌الدین، ز. (۱۴۰۰). «ذهنیت مدرن، سلطه و میدان نابرابر دانش، منابع و استعداد: چالش‌های شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی در ایران»، نشریه جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۲(۳)، ۵۵-۷۶.



مقدمه و بیان مسئله

علوم انسانی پزشکی، گفتمانی علمی است که در نیم قرن اخیر درباره آن بحث و پژوهش شده است. در کنار رویکردها و نظریه‌های میان‌رشته‌ای علم، مباحث نظری و معرفت‌شناختی در این زمینه به دانشمندان رئالیست برمی‌گردد. باسکار با در پیش گرفتن موضع طبیعت‌گرایی ضد پوزیتیویستی مدعی شد می‌توان تبیینی از علم را ارائه کرد که براساس آن هم روش‌های علوم طبیعی و هم روش‌های علوم اجتماعی بررسی شوند. او به‌گزینش مسیری بین اثبات‌گرایی و هرمنوتیک اشاره می‌کند و همزمان تبیین‌های طبیعت‌گرایانه را در علوم اجتماعی به کار می‌برد؛ در عین حال، تفاوت‌های بین جهان‌های اجتماعی و طبیعی را به رسمیت می‌شناسد. او با پوزیتیویسم درباره تبیین‌های علی و با هرمنوتیک درباره ماهیت واقعیت اجتماعی، دیدگاه مشترکی دارد. در عین حال به دیدگاهی درباره علم اعتقاد دارد که کاملاً با این دو پارادایم پژوهش متفاوت است (زارعی‌دهبانی و همکاران، ۱۳۹۶: ۷۰). به گفته کاپلان نیز برای قلمرو حقیقت مرزی وجود ندارد. هر حوزه علمی ممکن است فنون، مفاهیم، قوانین، داده‌ها، الگوها، نظریه‌ها یا تبیین‌ها و آنچه را برای کار خود سودمند می‌داند، از سایر حوزه‌های دانش بگیرد. جهان علم مانند کلیتی است که هر یک از دانشمندان مسئولیت جزئی از آن را به عهده دارند و از ترکیب این اجزا، سیمای کلی علم در هر دوره تاریخی ترسیم می‌شود (پاریاد و معدن‌دارآرانی، ۱۳۸۷: ۸۹). این دیدگاه، نگاهی معرفت‌شناختی به موضوع میان‌رشته‌ای علوم است.

علوم انسانی پزشکی نیز از موضوع‌های ضروری حوزه میان‌رشته‌ای علم است. اهمیت موضوع بیشتر از همه به خود پزشکی و نقش و جایگاه آن در زندگی انسان مربوط است. شاپیرو و همکاران، در نتیجه پژوهش خود آورده‌اند که علوم انسانی پزشکی نه تنها خوب بلکه ضروری است (Shapiro et al., 2009: 192). دولان نیز درباره اهمیت علوم انسانی پزشکی می‌نویسد: «اینکه چرا آموزش علوم انسانی [پزشکی] برای پزشکی مهم است، همان چیزی است که تقریباً هرکس علوم

انسانی پزشکی را در دانشکده‌های پزشکی آموزش می‌دهد، باید بارها و بارها باید به آن پاسخ دهد» (Dolan, 2015: 379). به همین دلیل، می‌توان گفت علوم انسانی پزشکی بخش مهمی از آموزش پزشکی است. پزشکی آینده به متخصصان انسانی نیازمند است که هم با بیماران و هم با خودشان، همکاری‌اشان و عموم مردم انسان‌گرا باشند (Robinson, 2017). گرنت دلایل ذیل را در توجیه ایجاد فضایی برای علوم انسانی پزشکی مطرح می‌کند: ارتقای درک از وضعیت انسان، قراردادن دانشجویان در معرض تحلیل‌های انتقادی، ایجاد تمایز بین تفاوت‌های فردی دانشجویان، ایجاد بستر تخصصی و منافع مادام‌العمر، ارزیابی و ارزشیابی (Grant, 2002: 45-46). این نظر وجود دارد که علوم پزشکی از دهه ۱۹۷۰ به علوم انسانی نیاز پیدا کرده است. هنگامی که فناوری‌های جدید زیست‌پزشکی رابطه پزشک و بیمار را تضعیف می‌کرد، علوم انسانی پزشکی به این منظور شکل گرفت که پزشک دوباره به صحنه برگردد و همدلی را از طریق روش‌ها و مطالب علوم انسانی مانند خواندن شعر و رمان، نوشتن و ... احیا کند (Stewart, 2020: 9). چیزی که رویکرد علوم انسانی را متمایز می‌کند، تلفیق اصول و روش‌ها و تأکید بر تجربه در مسائل تاریخی و سابقه فرهنگی است (Macnaughton, 2020: 33). برخی ادعا می‌کنند علوم انسانی به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی بینش بیشتری نسبت به نحوه کار با افرادی که به کمک نیاز دارند، ارائه می‌دهد (Gilman, 2018). این مسائل نشان می‌دهند علوم انسانی پزشکی در حال رشد است؛ در نتیجه، در شیوه‌های پژوهشی بالینی زیست‌پزشکی، درباره بیماری، رنج، مداخله و درمان توجه بسیار بیشتری به زمینه‌های اجتماعی، انسانی و فرهنگی می‌شود (Fitzgerald & Callard, 2016).

به دلیل اهمیت علوم انسانی پزشکی، ۲۰ دانشکده برتر پزشکی در ایالات متحده آمریکا، دوره‌های انتخابی رشته‌های علوم پزشکی را به دانشجویان در تمام مقاطع ارائه می‌دهند. ۲۰٪ دانشکده‌ها دوره‌های مربوط به علوم پزشکی را به‌طور خاص ارائه می‌دهند و ۴۰٪ آنها بخش علوم انسانی یا امکاناتی برای آموزش علوم انسانی ایجاد کرده‌اند. در این زمینه،

وجودداشتن یک تعریف موردتوافق گسترده، در عمل ممکن است اهمیت چندانی نداشته باشد. یک تعامل خوب از ادبیات آموزشی درباره علوم انسانی پزشکی، هرچند بر این باور است که این رشته در حال حاضر در حرفه‌های بهداشت دانشگاهی به حاشیه رانده شده است و از نظر ایده‌آل آن سزاوار نقش بیشتری است، این عقیده نشان می‌دهد یک تعریف واضح و شفاف برای پیشرفت بیشتر آن ضروری است (Brody, 2011).

چالش دیگر در زمینه علوم انسانی پزشکی، نگاه کاربردی و کالایی به علم است. برخی معتقدند با توجه به مسائل مالی، رشته‌های علوم انسانی خیلی کارآیی ندارند؛ برای مثال، در ایالات متحده، ثبت نام دانشجویان در رشته‌های علوم انسانی به طور مداوم در حال کاهش است. اوج ثبت نام علوم انسانی در دهه ۱۹۷۰ بود. در عین حال، در رشته‌های دیگر مانند تجارت پزشکی تعداد دانشجویان افزایش یافته است (Deegan, 2014: 26)؛ در واقع، این بحث نشان می‌دهد آنچه پزشکی را از نظر دوگانگی بین علم و هنر یا علوم تجربی و علوم انسانی توجیه می‌کند، با دوگانگی فرضی دیگری مرتبط است؛ یعنی بین پژوهش‌های بدون ارزش و آنهایی که دارای ارزش‌اند، اولی علم پزشکی و دومی علوم انسانی است (Cunningham, 2015: 5). با چنین نگاهی، نوعی ناکارآمدی بنیادی علوم انسانی درباره علوم پزشکی مطرح می‌شود (Bishop, 2008: 15). شاید چنین نگاهی سبب شکل‌گیری نگاه تبعیض‌آمیز به بودجه‌هایی شده باشد که صرف علوم انسانی و علوم پزشکی می‌شود. همان طور که جانانان باتی می‌گوید، کل بودجه شورای پژوهش‌های علوم انسانی برای یک سال، از متوسط هزینه خدمات بهداشتی ناموفق در سطح ملی کمتر است (Deegan, 2014: 29).

مهم‌ترین مسئله در این میان، توسعه مداوم یک اقتصاد جهانی است که در آن ارزش آموزش عالی با توجه به اهمیت آن در محیط کار به طور فزاینده‌ای تعیین می‌شود. با افزایش تقاضا برای مدارک حرفه‌ای در مشاغل مانند پرستاری، پزشکی و STEM (علوم، فناوری، مهندسی و ریاضیات)، به نظر می‌رسد فضای کمی برای مطالعه تاریخ، ادبیات یا هنر

متخصصان علوم انسانی، آموزش در علوم اجتماعی با اقتصاد بهداشت و یا سیاست‌های بهداشتی و نیز جامعه‌شناسی پزشکی، اخلاق پزشکی، روان‌شناسی پزشکی و تاریخ پزشکی را ارائه می‌دهند (Qian et al., 2018: 3510). در انگلستان نیز طیف وسیعی از پروژه‌های علوم انسانی در خدمات ملی بهداشت (NHS) پدید آمده‌اند و سازمان‌های بزرگ مانند سازمان اوقاف ملی علوم، فناوری و علوم انسانی آنها را ارتقا داده‌اند. مراکز اختصاصی علوم انسانی بهداشت یا علوم پزشکی در پیکره آموزش عالی پدیدار شدند و فعالیت‌های علوم انسانی مانند خواندن شعر، گروه کر، آواز، رقص، اجرای تئاتر، نقاشی، کتاب خواندن و نوشتن خلاق اکنون فراتر از محدودیت‌های مداخلات حرفه‌ای مانند هنردرمانی و موسیقی‌درمانی، در محیط‌های بهداشتی مشهود است (Pilgrim, 2016: 444).

مجموعه گسترده‌ای از کنفرانس‌ها و مقالات دانشگاهی نشان می‌دهد علوم انسانی پزشکی با موفقیت بزرگی روبه‌رو شده است که ژورنال‌های اختصاصی نیز آنها را ارائه داده‌اند (Bonio et al., 2019: 1015)؛ اما برخی نیز معتقدند دانشمندان نگران این موضوع‌اند که علوم انسانی پزشکی فقط با ظاهر شدن به منزله کمک‌های کمابیش بی‌نتیجه استفاده شده باشد (Fitzgerald & Callard, 2016). در اینجا تفاوت‌های فرهنگی عمیقی بین علوم انسانی و علوم پزشکی شکل می‌گیرد (Real, 2012: 254). علوم انسانی در آموزش غالباً کاربردی نیست و در بازار امروزی ارزش خاصی ندارد. این موضوع بیشتر به چالش‌های جدی پیش روی این حوزه میان‌رشته‌ای علم مربوط می‌شود. بخشی از چالش‌ها به تعریف موضوع برمی‌گردد. شاپیرو و همکاران (2009) و نیز برادی (2011) بر چالش تعریفی در این موضوع که «چه چیزی علوم انسانی پزشکی است»، تأکید کرده‌اند. برادی در این زمینه می‌نویسد: در حالی که قدیمی‌ترین برنامه‌های علوم انسانی پزشکی در دانشکده‌های پزشکی ایالات متحده به دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ بازمی‌گردد، تعریف علوم انسانی پزشکی همچنان به صورت یک چالش باقی مانده است. اگر علوم انسانی پزشکی انواع چیزهایی باشد که وقتی می‌بینیم بدانیم،

در آموزش پزشکی می‌تواند از دانشجویان در زمینه توسعه کیفیت‌های اساسی مانند حرفه‌ای بودن، خودآگاهی، مهارت‌های ارتباطی و عملکردهای بازتابی پشتیبانی کند (Wald et al., 2019: 431).

پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی، ارتباط بین علوم انسانی و پزشکی را نشان می‌دهند؛ از جمله مقاله وو و چن (2018: 5) درباره پیشرفت‌های آموزش علوم پزشکی در تایوان، چین و ژاپن و تکامل علوم انسانی و مشکلات موجود در سه جامعه متنوع بررسی می‌کند. همان‌طور که نویسندگان می‌گویند: زمان آن رسیده است که توسعه دهندگان علوم پزشکی و مهم‌تر از آن، آموزش پزشکی، در سطح بالاتری به تحول شیوه‌های آموزش علوم پزشکی فکر کنند و بحث اخلاقیات و پیامدهای بهداشتی - درمانی برای مردم را در نظر بگیرند.

لدجر و جوینس (4 : 2018) در مقاله خود، جایگاه موسیقی را در پیشرفت آینده پزشکان کشف می‌کنند؛ یک ارزیابی طولی که در آن پروژه مطالعات ویژه موسیقی در دو هفته برای دانشجویان سال دوم و سوم پزشکی اجرا شد و نشان داد چنین دوره‌ای سبب ایجاد خلاقیت می‌شود و همچنین به آنها کمک می‌کند به‌منزله متخصصان آینده اشتیاق لازم برای پیشرفت را حفظ کنند.

علوم انسانی پزشکی در ایران هنوز در ابتدای راه خود است؛ یعنی صرفاً در سطح گفتگویی و به‌طور خلاقانه و آنچه کلاته‌ساداتی و باقری‌لنکرانی آن را ناشی از نوعی «اخلاق مقاومت» تلقی کرده‌اند. عده‌ای از پژوهشگران علوم انسانی در تلاش برای ایجاد پل ارتباطی با میدان پزشکی و به‌طور مشخص میدان زیست‌پزشکی‌اند (کلاته‌ساداتی و باقری‌لنکرانی، ۱۳۹۸). از این جنبه، یک ضرورت کاربردی جدی برای توسعه علوم انسانی پزشکی وجود دارد. اخلاقی نیز با تأکید بر چنین ضرورتی، معتقد است ضرورت هم‌افزایی رشته‌های پزشکی و غیرپزشکی، از جمله مقولات بین‌الذهانی میان بیشتر اصحاب جامعه‌شناسی وجود دارد. کارآمدی رویکردهای سلامت و درمان، به پاسداشت سایر وجوه انسان، مزید بر ابعاد زیستی و ذیل مفهوم «انسان یکپارچه» مشروط است. امر

وجود دارد (Campion, 2018: 435)؛ برای مثال، در پایان قرن نوزدهم، روابط بین دین و پزشکی ضعیف‌تر شد؛ به این معنا که پزشکی به‌طور فزاینده‌ای به یک رشته مستقل از دانش بدون مسائل فوق‌طبیعی تبدیل شد (Ebrahimnejad, 2002: 92). چالش دیگر، به شکل‌گیری نگاه دوگانه‌انگاری به طبابت برمی‌گردد. برگدولت^۱ (2008) خاطر نشان می‌کند که در قرن ۵ قبل از میلاد، دیدگاهی توحیدی هم‌جنبه‌های جسمی و هم سلامت را در هم آمیخته بود؛ اما بعداً دید دوگانه‌انگار از ارسطو (۳۸۴-۳۲۲ قبل از میلاد)، بهیستی ذهنی را از سلامت جسمی جدا کرد (Pilgrim, 2016: 3).

با وجود همه این موارد، بررسی برخی از تفاوت‌های فرهنگی متمایز بین علوم انسانی و علوم پزشکی، نشان می‌دهد مزایای همکاری بین این دو، نقش مهمی در آینده پژوهش‌های انسان‌گرایانه ایفا می‌کند (Real, 2012: 250). حتی با نگاه کارکردی، از منظر اثربخشی خدمات سلامت، می‌توان گفت علوم انسانی و اجتماعی نقش مؤثری در این زمینه درباره خدمات سلامت دارند. به‌طور خاص، امروزه در علوم پزشکی گفتگویی به نام «عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت یا عوامل اجتماعی سلامت» مطرح است که موضوع بسیاری از مطالعات همه‌گیرشناسی در علوم پزشکی است. به‌طور کلی نظر بر این است که عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت بیش از ۷۵ درصد مقوله سلامت را تعیین می‌کنند (کلاته‌ساداتی و باقری‌لنکرانی، ۱۳۹۸).

با این حال، سؤال مهم هنوز بی‌پاسخ مانده است که چگونه می‌توان علوم پزشکی انسانی را برای دانشجویان پزشکی تعریف کرد. به نظر می‌رسد این سؤال با توجه به زمینه‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی پاسخ‌های متفاوتی دارد. جونز و همکاران معتقدند علوم انسانی می‌تواند از راه‌های مختلفی در آموزش پزشکی وارد شود: سخنرانی با هدف نشان دادن یک پدیده، یک فیلم یا کلیپ، گزیده‌ای از شعر یا داستان کوتاه، پاراگراف برداشته شده از یک مقاله، بحث‌های گروهی، تدریس و معرفی متون علوم انسانی (Pandya, 2019: 130). به نظر می‌رسد ادغام علوم انسانی و هنر

¹ Bergdolt

وجود آید و باید جدایی علوم از یکدیگر اصلاح شود. جیان و همکاران^۱ (2018) در پژوهش «بینش درباره آموزش علوم انسانی پزشکی در چین و غرب»، بیان کردند که به دانشجویان پزشکی ابتدا جنبه‌های اساسی و مختلف پزشکی از جمله بیوشیمی، آناتومی و ایمونولوژی آموزش داده می‌شود؛ با وجود این، در دهه‌های اخیر به جنبه‌های انسان‌گرایانه پزشکی توجه بیشتری شده است. استو و ایگو^۲ (1996) در مطالعه «ناکافی بودن استفاده از فناوری و علم برای حل مشکلات انسانی»، اظهار داشتند که ضروری است دوره‌های علوم انسانی مانند ادبیات در برنامه‌های مراقبت‌های پزشکی گنجانده شوند. دوره‌های علوم انسانی، در صورت برنامه‌ریزی صحیح، ممکن است دانشجویان پزشکی را در فهم ماهیت انسانی یاری دهند و از این رو، بر رنج‌های انسانی متمرکز شوند (Liao & Wang, 2016: 442). درباره چالش‌ها، برادی بر چالش‌های تعریفی در این زمینه تمرکز کرده است. علاوه بر این، پیشنهاد لیست رشته را نیز رد می‌کند. اینکه متناسب با هر حوزه تخصصی در علوم انسانی، یک رشته مرتبط با علوم انسانی پزشکی تأسیس شود، با موانع جدی روبه‌روست (Brody, 2011).

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی در سطح ملی است. میدان مطالعه، دانشگاه‌های تهران، علامه طباطبایی، مازندران، یزد، شیراز، جهاد دانشگاهی فارس، جهاد دانشگاهی اصفهان، اهواز و پژوهشگاه حوزه و دانشگاه بود. رشته‌های جامعه‌شناسی، انسان‌شناسی، روان‌شناسی، جمعیت‌شناسی، فقه و حقوق، مددکاری اجتماعی و مدیریت، تخصص‌های اصلی مشارکت‌کنندگان را تشکیل می‌دادند. در انتخاب مشارکت‌کنندگان (جدول ۱)، معیارهای ورود عبارت بودند از: - انجام حداقل یک طرح پژوهشی در حوزه سلامت (مشارکت‌کنندگان ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۸).

ذکر شده متضمن در پیش گرفتن رویکردهای بین‌رشته‌ای و کاربست انواع فلسفه مضاف در روند جامعه‌پذیری کنشگران نظام سلامت خواهد بود (اخلاصی، ۱۳۹۵ الف). در همین زمینه مطالعه میدانی اخلاصی نشان داده است مجموعه‌های درمانی به نهادینه‌سازی معنویت نیازمندند (اخلاصی، ۱۳۹۵ ب). به جز موضوع معنویت، سایر ابعاد سلامت مثل ابعاد روانی و اجتماعی نیز از موضوع‌های مهمی‌اند که ضرورت شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی را از منظر کاربردی بیش از پیش نشان می‌دهند. اگرچه فعالیت‌های خلاقانه‌ای در این زمینه انجام شده است، هنوز تا رسیدن به نقطه مطلوب فاصله زیادی است. با توجه به نقش و اهمیت علوم انسانی پزشکی در ارتقای خدمات سلامت و نیز اثربخشی آن، ضرورت پژوهش در این زمینه وجود دارد. همچنین تاکنون فعالیت‌های پژوهشی در زمینه موانع و چالش‌های این امر به‌طور جدی انجام نشده است و با خلأ دانش در این زمینه روبه‌رو هستیم؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر، کشف و واکاوی چالش‌ها و موانع شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی در ایران است.

پیشینه تجربی

مطالعه با موضوع پژوهش حاضر در ایران محدود است. کلاته‌ساداتی و باقری‌لنکرانی (۱۳۹۸) در پژوهش «علوم انسانی پزشکی؛ مطالعه چالش‌های آموزش میان‌رشته‌ای در علوم پزشکی در ایران» نشان دادند میدان آموزش پزشکی، زیر سلطه دانش و قدرت گفتمان زیست‌پزشکی قرار دارد. این گفتمان، مسلط، همونیک و غیریت‌ساز است و ارتباطی با دیگر میدان‌های دانش برقرار نمی‌کند.

اخلاصی (۱۳۹۵ الف) در پژوهش «نقد اخلاقی و اجتماعی پارادایم زیست‌پزشکی با تأکید بر تعامل علوم پزشکی و علوم انسانی»، بیان کرد که در صورت در نظر گرفتن الگوی زیست‌پزشکی به‌منزله وجه خاصی از معرفت قدسی، انتظار می‌رود حاشیه‌ای شدن اخلاق در پزشکی - که آسیب‌هایی نظیر تقلیل طبابت از حکمت فن، پزشکی‌سازی جامعه و کالایی شدن خدمات از مهم‌ترین مصادیق آن‌اند - به

¹ Qian et al.

² Stow and Ego

- راهنمایی دست کم یک پایان‌نامه ارشد یا دکتری در حوزه سلامت (مشارکت‌کنندگان ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۲۳).

ذکر این نکته ضروری است که داشتن یکی از معیارهای ذکر شده، مبنای ورود به پژوهش به‌منزله مشارکت‌کننده بود. با در نظر گرفتن این موارد، جدول ۱ ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد که با اسامی مستعار جایگزین شده است.

- ارائه حداقل یک مقاله علمی مرتبط با سلامت در مقالات معتبر یا در کنگره‌های مرتبط سلامت (همه مشارکت‌کنندگان).

- مرتبط بودن پایان‌نامه ارشد یا رساله دکتری یا در شرایط فعلی، فعالیت در حوزه سلامت (مشارکت‌کنندگان ۱، ۱۸، ۱۲، ۸، ۱۰، ۲۱).

- تدریس دست کم یک واحد درسی مرتبط در یک دوره از سابقه تدریس دانشگاهی (مشارکت‌کنندگان ۱، ۸، ۱۰، ۲۱، ۱۸).

جدول ۱- ویژگی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

Table 1- Participants' characteristics

مرتب و رشته مشارکت‌کننده	شماره مصاحبه	مرتب و رشته مشارکت‌کننده	شماره مصاحبه
دانشیار جامعه‌شناسی	۱۳	استاد انسان‌شناسی	۱
دانشیار انسان‌شناسی	۱۴	استاد جامعه‌شناسی	۲
استادیار جمعیت‌شناسی	۱۵	دانشیار جمعیت‌شناسی	۳
استادیار جامعه‌شناسی	۱۶	استادیار جامعه‌شناسی	۴
استادیار جمعیت‌شناسی	۱۷	استادیار جامعه‌شناسی	۵
استادیار جامعه‌شناسی	۱۸	استادیار جمعیت‌شناسی	۶
دانشیار جامعه‌شناسی	۱۹	استادیار جمعیت‌شناسی	۷
دانشیار معارف اسلامی	۲۰	استاد روان‌شناسی	۸
استادیار روان‌شناسی	۲۱	استادیار مدیریت	۹
صاحب‌نظر ادبیات	۲۲	دانشیار روان‌شناسی	۱۰
استادیار مددکاری اجتماعی	۲۳	استادیار حقوق	۱۱
دانشیار جامعه‌شناسی	۲۴	استادیار علوم ورزشی	۱۲

پرسیده می‌شد. همه مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان در پژوهش ضبط و سپس روی کاغذ نوشته و تحلیل می‌شد. در پرسش‌نامه باز نیز پرسش به صورت باز از طریق ایمیل در اختیار شرکت‌کننده قرار گرفت و براساس پاسخی که داده بود، همراه با نتایج مصاحبه‌ها تجزیه و تحلیل شد.

تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مضمون انجام شد. مزیت روش تحلیل تماتیک نسبت به روش‌های دیگر رویکرد نظری منعطف، آن است که آن را از روش نظریه‌مبنایی (داده‌بنیاد) جدا می‌کند. این آزادی نظری، از آن ابزار پژوهشی مناسبی می‌سازد که در عین سادگی، امکان ایجاد داده‌های غنی و پیچیده‌ای را فراهم می‌کند (Liamputtong & Ezzy, 1999). در

جمع‌آوری داده‌ها در ۲۲ مورد به روش مصاحبه و در ۲ مورد به صورت سؤال باز بود. درباره ۲۲ مورد مصاحبه، ۱۹ مورد مصاحبه به صورت حضوری و ۳ مورد به صورت تلفنی انجام گرفت. برای مصاحبه حضوری، بعد از هماهنگی، مصاحبه در دفتر کار استادان انجام می‌گرفت. زمان مصاحبه‌های حضوری بین چهل و پنج دقیقه تا یک ساعت و سی دقیقه به طول انجامید. زمان مصاحبه‌های تلفنی نیز بین چهل و پنج دقیقه تا یک ساعت بود. معمولاً بعد از صحبت مقدماتی درباره علوم انسانی پزشکی و اهداف پژوهش، سؤال اصلی پژوهش مطرح می‌شد: به نظر شما چالش‌های شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی در کشور چیست؟ براساس پاسخ مشارکت‌کننده، سایر سؤالات مرتبط نیز

شروع می‌شود که همه داده‌ها، کدگذاری اولیه شده بودند و فهرستی طولانی از کدهای مختلف در مجموعه داده‌ها شناخته شود. این گام بر تحلیل در سطح کلان‌تری از کدها تمرکز دارد. **گام چهار:** ترسیم شبکه مضامین با استفاده از مضامینی که در گام قبل شناخته شد؛ در این گام به تشکیل شبکه مضامین می‌پردازیم. در این گام پژوهشگر دریافت که برخی مضامین پیشنهادشده با یکدیگر همپوشانی دارند؛ بنابراین، با هم ترکیب می‌شوند و بعضی مضامین نیز به مضامین جداگانه‌ای تفکیک می‌شوند.

گام پنج: تحلیل شبکه مضامین: این گام وقتی شروع می‌شود که پژوهشگر به شبکه‌های مضامین رضایت‌بخشی برسد. در این گام مضامین به دست آمده برای تحلیل داده‌ها، نامگذاری، تعریف و تعدیل می‌شوند.

گام شش: تدوین گزارش: این گام وقتی آغاز می‌شود که مجموعه کاملی از مضامین نهایی فراهم شود. در این مرحله پژوهشگر به تحلیل و تدوین گزارش نهایی پژوهش می‌پردازد.

اعتبار

قبل از انجام پژوهش، سؤالات پژوهش تحلیل شدند که این سؤالات می‌توانند اهداف پژوهش را تأمین کنند. همچنین درباره بستر پژوهش، شیوه جمع‌آوری داده‌ها و اخلاق پژوهش نیز در این زمینه به وحدت نظر رسیده شد. مهم‌ترین مسئله در این بخش این بود که مشارکت‌کنندگان در پژوهش چه کسانی باشند که طی دو جلسه به نتیجه نهایی رسید. درباره سؤالات پژوهش نیز در فحوی جلسات بحث شد و سؤالات اصلی پژوهش در این جلسات نهایی شدند. در تحلیل داده‌ها یکی از راه‌ها، استفاده از روش تأیید مشارکت‌کننده برای تأمین اعتبار پژوهش بود؛ به همین دلیل، هنگام انجام مصاحبه‌ها، معمولاً پس از گرفتن نتایج کلی از مشارکت‌کنندگان، دوباره از آنها سؤال می‌شد و تأیید مشارکت‌کننده به دست می‌آمد یا اگر جایی به اصلاح در برداشت‌های کلی مصاحبه نیاز بود، اصلاح انجام می‌گرفت. همچنین تحلیل داده‌ها به وسیله سه پژوهشگر و یک ناظر

این روش، مضمون‌ها پس از استخراج مضامین پایه (کدها و نکات کلیدی متن)، مضامین سازمان‌دهنده (مضامین به دست آمده از ترکیب و تلخیص مضامین پایه و مضامین فراگیر) و مضامین عالی دربرگیرنده اصول حاکم بر متن به منزله کل براساس شکل‌گیری شبکه‌ای از مضامین که در آن مضامین برجسته هر یک از سه سطح همراه با روابط میان آنها نشان داده می‌شود، نظام‌مند می‌شود (عابدی‌جعفری و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۵۵). روش تحلیل مضمون انواع مختلفی دارد که در این پژوهش با ترکیبی از روش پیشنهادی براون و کلارک^۱ (2006) و آتراید-استیرلینگ (2001)، فرایند گام‌به‌گام و جامعی برای تحلیل مضمون عرضه می‌شود. در این پژوهش، فرایند تحلیل مضمون در قالب سه مرحله، شش گام و بیست اقدام معرفی می‌شود. همان‌طور که در جدول‌های ۲ و ۳ آمده است، فرایند کامل تحلیل مضمون را می‌توان به سه مرحله کلی تقسیم کرد: الف) تجزیه و توصیف متن، ب) تشریح و تفسیر متن، ج) ادغام و یکپارچه کردن دوباره متن. در حالی که همه این مراحل با تفسیر و تحلیل همراه است، در هر مرحله از تحلیل، سطح بالاتری از انتزاع به دست می‌آید (Attride-Stirling, 2001: 390). گام‌های شش‌گانه پژوهش حاضر براساس آنچه در ادامه می‌آید، انجام خواهند شد:

گام یک: آشناسدن با داده‌های متن رونویسی‌شده: هر مصاحبه چندین بار خوانده می‌شود تا پژوهشگر با عمق و غنای محتوای آنها آشنا شود. غرق‌شدن در داده‌ها، مستلزم مطالعه و مرور مکرر داده‌ها به روش فعالی است.

گام دو: ایجاد کدهای اولیه و کدگذاری: این گام زمانی آغاز می‌شود که پژوهشگر داده‌ها را مطالعه کرده و با آنها آشنا باشد. همچنین فهرست اولیه‌ای از ایده‌های موجود در داده‌ها و نکات جالب آنها تهیه می‌شود. در این گام، از کدها برای تقسیم داده‌های متنی به قسمت‌های فهمیدنی و استفاده‌پذیر مانند بند، عبارت، کلمه یا سایر معیارهایی که برای تحلیل خاص الزام است، استفاده می‌شود.

گام سه: جستجو و شناخت مضامین گام سوم، هنگامی

¹ Braun & Clarke

پژوهش ارزیابی و مقولات برشمرده شده، تأیید شد. از نظر انتقال معنای مفاهیم برساخت شده، ارتباط داشتن مقوله‌ها و مفاهیم با داده‌ها، پژوهشگران مقولات را تأیید کردند.

اخلاق پژوهش

در این پژوهش به رعایت کدهای اخلاقی بیانیه هلسینکی و انجمن جامعه‌شناسی آمریکا توجه شده است؛ اول آنکه مشارکت‌کنندگان با رضایت کامل در پژوهش مشارکت داشتند. دوم اینکه رعایت اصل گمنامی مشارکت‌کنندگان از مهم‌ترین مسائل بود؛ بدین منظور به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نام آنها در کلیه مراحل پژوهش گمنام خواهد بود. در این زمینه هر نوع خروجی از پژوهش نیز این اصل گمنامی را رعایت خواهد کرد. صداقت در تحلیل داده‌ها و ارائه

گزارش از دیگر نکات اخلاقی پژوهش حاضر بود.

نتایج پژوهش

مشارکت‌کنندگان در پژوهش، فاصله بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب درباره ارتباط بین علوم انسانی و علوم پزشکی در کشور و نیز شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی را بسیار زیاد تلقی می‌کردند. بیشتر مشارکت‌کنندگان از نبود ارتباط جدی در این زمینه بحث می‌کردند که در واقع، هیچ ارتباطی وجود ندارد. چهار مضمون اصلی استخراج شده درباره چالش‌ها و موانع علوم انسانی پزشکی عبارت بودند از: ذهنیت مدرن، سیاست، اجتماع و سازمان، سلطه زیست‌پزشکی و ناکارآمدی علوم انسانی (جدول ۲).

جدول ۲- موانع و چالش‌های شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی در ایران

Table 2- Obstacles and Challenges of Medical Humanities in Iran

مضامین اصلی	مقوله‌ها	کدهای اصلی مرتبط
ذهنیت مدرن	دوالیسم هستی‌شناختی و تقلیل‌گرایی	دوگانگی ذهنیت - عینیت، نبود زبان مشترک، ناآشنایی با واژه‌های تخصصی دیگر حوزه‌ها، نامفهوم بودن برخی مباحث، ناآشنایی با ظرفیت‌های دیگر رشته‌ها، اطلاع‌نداشتن از دیگر شاخه‌های علوم، مسلط نبودن استادان مرتبط پزشکی بر مسائل انسانی، اعتمادنداشتن به یکدیگر، استفاده نکردن از متخصصان علوم انسانی، دورافتادگی علوم از یکدیگر، به دست نیاموردن اعتماد طرف مقابل، بی‌اعتمادی پزشکی‌ها نسبت به انسانی‌ها، وجودنداشتن ارتباط خوب بین متخصصان، ناآشنایی متخصصان با سایر رشته‌ها، وجودنداشتن شناخت کافی از علوم انسانی، نبود دروس مرتبط، نگاه یک‌بعدی، سلطه یک علم، نبود نگاه بین‌رشته‌ای، نگاه مرزگذاری شده
سیاست، اجتماع و سازمان	سیاست‌گذاری ناقص، کالایی‌شدن جامعه، فرهنگ غیرتیمی جهان سوم، موانع سازمانی	ناآگاهی مسئولان و سیاست‌های کلی در ضرورت علوم انسانی، یک‌طرفه بودن شیوه‌های جذب هیئت علمی، نگاه خاص و تبعیض‌آمیز، سیستم درمان‌محور و پزشکی‌شده، نادرست بودن سیاست‌های پژوهشی، وجود تمایزات معرفت‌شناختی و ساختاری در بطن هر دو وزارت‌خانه، نادرست بودن ساختارهای آموزشی جامعه، دریافت بودجه بیشتر، سهولت در ارتقای مرتبه علمی در پزشکی‌ها، درآمد بالای پزشکی، وجود افراد غیرمتخصص، تصمیم‌گیری افراد غیرمتخصص، وجود موانع سازمانی و فردی، وجودنداشتن قواعد سازمانی، وجودنداشتن ارتباط در سطح سازمان‌ها و نهادها، وجود موانع سازمانی و نهادی بزرگ، نبود قوانین لازم برای حمایت از رویکردهای بین‌رشته‌ای
سلطه زیست‌پزشکی	انگاره زیست‌پزشکی، اقتصاد سیاسی پزشکی، تسلط سرمایه‌ای و نهادی	درمان‌محوری، غرور کاذب علوم پزشکی‌ها، خودبرتربینی، وجود نگاهی از بالا به پایین، نگاه کهنتری و مهتری، بهاندادن به علوم انسانی، به رسمیت نشناختن علوم انسانی، پررنگ بودن ارزش‌های بازاری، نگاه منفعتی و سودجویانه به پزشکی، نگاه مادی و اقتصادی به رشته، برتری اقتصادی پزشکی، انحصاری بودن برخی اطلاعات از سوی وزارت بهداشت، قدرت و نفوذ زیاد پزشکان، نفوذ و قدرت پزشکان در جامعه، انحصاری بودن و نفوذ پزشکان، کمبود امکانات وزارت علوم، عملیاتی نبودن وزارت علوم
ناکارآمدی علوم انسانی	فقر نظریه، توزیع نامناسب استعدادها، اعتمادبه‌نفس کم، ناکارآمدی	نامناسب بودن آموزش‌های علوم انسانی، وجودنداشتن نظریه‌ای کاربردی در علوم انسانی، ناکارآمدی علوم انسانی، ضعف بچه‌های علوم انسانی، کم‌کاری و فقر علوم انسانی‌ها، ضعف و نداشتن اعتمادبه‌نفس علوم انسانی، حضورنداشتن پررنگ ما در عرصه‌های اجتماعی، نظری بودن و کلی‌نگر بودن علوم اجتماعی

ذهنیت مدرن

مشارکت‌کنندگان بر دو خصیصه تأکید داشتند که مضمون ذهنیت مدرن را بر ساخت می‌کنند: دوالیسم هستی‌شناسی و علوم تک‌ساختی. دوالیسم هستی‌شناختی، آبخشور هستی‌شناختی فلسفه و علم مدرن است و از دکارت شروع می‌شود. در این چارچوب، چارچوب معرفتی علم مدرن مبتنی بر این رویکرد هستی‌شناختی طراحی شد که دوگانه ذهنیت - عینیت، نقطه عزیمت باشد. این دوگانه‌سازی هستی‌شناختی، زمینه معرفت‌شناختی خود را بازگشایی کرد و موضوع پزشکی نیز توجه به بدن و جسمانیت شد. مفاهیم الهیاتی یا متافیزیکی از موضوع درمان آدمی کنار گذاشته و به متصدیان خود واگذار شد. پزشکی مدرن، مسئول و متصدی امر جسمانیت شد؛ البته در این زمینه دستاوردهای بی‌نظیری ارائه کرد، همچنان که در سایر حوزه‌ها نیز این نگاه اثباتی موفقیت‌های زیادی داشت.

«بجای که ما می‌تونیم مطالعه کنیم، بحث جسمانیت است. از طریق روش‌های پوزیتویسمی این اتفاق افتاد و تحت تأثیر این تحول تعبیر معرفتی و از یک سوی دیگر تحت تأثیر شرایط دینی که غیر معرفتی هست اجتماعی حتی سیاسی و فرهنگی و امثالهم. به هر صورت یک تغییر پارادایمی رخ داد. در اون مقطع از زمان ما بحث تغییر نگاه به بیماری رو داشتیم؛ به عنوان مثال بیماری‌ها از حیث حقوق، از حیث پیامد، از حیث دلیل و امثالهم خوانش الهیاتی و متافیزیکی می‌شدند؛ اما زمانی که این اندیشه اتفاق افتاد، در ساحت معرفت بیماری به مثابه یک عارضه‌ای بود که در واقع علل، علل زمینی است و پزشک در مقام یک کارآگاه می‌تونه دیدکت (identification) کنه، شناسایی کنه بشناسه و ایزه شناخت خودش قرار بده از طریق روش‌های تجربی و احیا کنه بیمار رو تحت تأثیر اون نگاه‌ها که شما پوزیتویسم را خیلی برجسته می‌بینید. نگاه‌های پوزیتویسمی و تجربه‌محور رو پارادایم زیست‌پزشکی پڑمان شد و انصافاً آورده‌های خیلی زیادی هم داشت» (مصاحبه شماره ۱۸).

بنابراین، زمینه فلسفی مدرنیته، دوگانه‌انگاری ذهنیت - عینیت را گفتمان‌سازی کرد و پزشکی مسئول امور جسمانی انسان شد؛ در واقع، امور غیر جسمانی از قلمرو دانش و معرفت پزشکی کنار

رفت و آموزش پزشکی مدرن بر همین اساس شکل گرفت و توسعه یافت. چیزی که همچنان ذهنیت خود را در قالب پزشکی که فقط امور جسمانی را می‌بیند، تبلور یافت.

«آموزش‌های اولیه پزشکی به صورت بنیادی، به نظرم، یکسری پیش‌فرض‌هایی را شکل می‌دهد که خوب بحث‌های انسانی خیلی برجسته نیست. بحث‌های طبیعی و بحث‌های natural مثل سلول و مولکول برجسته می‌شود. خوب، ببینید آدم مولکول داره و گیاه هم مولکول داره. به نظرم ناخودآگاه اینها بیشتر یک mentality (ذهنیت) و یک فضای پارادایمی تو ذهن هر کدام از اینها ایجاد کرده که اینها بیشتر با پدیده‌های غیرانسانی و طبیعی انسان سروکار دارند و جنبه‌های انسانی‌اش رو در پرانتز گذاشتند» (مصاحبه شماره ۱۳).

بنابراین، ذهنیت علم مدرن که بر دوگانگی جسم - روح یا ذهنیت - عینیت، تمرکز داشت، در همه ساحت‌های علم و به‌طور خاص در پزشکی که از مهم‌ترین دلالت‌های علم مدرن است، تحقق یافت. پزشکی، مسئول امور جسمانی انسان شد و خود را به تدریج از عوالم انسانی و اجتماعی او دور نگه داشت. این امر سبب شد نوعی بیگانگی به ابعاد انسانی در پزشکی به وجود آید و این بیگانگی به نوعی بیگانگی هستی‌شناختی و معرفت‌شناختی تبدیل شود. آموزش پزشکی مدرن نیز این بیگانگی را به رسمیت شناخت و هستی‌شناسی سلامت را بر ابعاد جسمی انسان تعریف کرد و به دنبال آن معرفت تولیدشده نیز بر همین بعد متمرکز شد. این مسئله، به مسئله و آسیب آموزش پزشکی در همه بدنه پزشکی مدرن تبدیل شد.

«در رابطه با مبانی چه پیش‌فرض‌هایی ما برای سلامت قائل هستیم و عوامل مؤثر در سلامت رو چه چیزهایی می‌دونیم و آیا صرفاً همین عوامل زیستی و مادی شناخته شده هست و نگاه ما این هست که عوامل غیرمادی هم می‌توانند به عنوان مثال در بیماری‌های سایکو سوماتیک ما یکسری عواملی مثل اضطراب رو در حدی مؤثر می‌دانیم، در بیماری‌هایی که سایکو سوماتیک در معده اتفاق می‌افتد و برخی چیزهای دیگر و فشار خون رو و در بیمارهای قلبی عروقی مربوط به سبک زندگی و ... اثر دارد و این به دلیل مبانی هست که ما می‌پذیریم که جنبه‌های روانی انسان به عنوان یک فاکتور اثر دارد در بیمارهای جسمانی و اینها

حال فعالیت‌اند. نتیجه این امر بی‌اعتمادی متخصصان علوم مختلف به یکدیگر، دورافتادگی علوم از هم، نداشتن توفیق در کسب اعتماد و نگاه‌های مرزبندی‌شده علوم است.

«چون مرزبندی کردیم و همون فیزیک بدن که گفتم مثلاً می‌گویند ما پزشک هستیم و مسئول بدنیم و شما روان‌شناسان مسئول روان هستید؛ در نتیجه، برای همدیگر جایگاه قائل نیستیم و هر کدام در ذهن و بدن، خودش را مسئول یکجا می‌داند و اغلب ناهشیارانه هست. در مجموع، این لینک به درستی اتفاق نمی‌افته؛ چون می‌گوییم هرکسی مسئولیت خودش را انجام بدهد و دوم اینکه جایگاهی برای همدیگر قائل نیستیم» (مصاحبه شماره ۲۱).

در حوزه پزشکی، دانش تقلیل‌گرا سبب شده است استادان و فارغ‌التحصیلان پزشکی به مسائل انسانی‌اشناایی نداشته و بر آن مسلط نباشند. این موضوع نوعی بی‌اعتمادی نیز بین متخصصان پزشکی نسبت به علوم انسانی ایجاد کرده و به نقش و کارکرد آن دامن زده است؛ در واقع، تقلیل‌گرایی سبب می‌شود به ابعاد غیرجسمی توجه نشود و حتی در بیماری‌های جسمی نیز که صرفاً درمان جسمی را طلب کنند، به نگاه اجتماعی و روانی به بیمار نیازمندیم.

«همچنان بیماری به‌عنوان یک پیامد پاتولوژیکی و حاصل کارکرد ناصحیح اندام یا سلوهای زیستی تلقی می‌شود و عنصر جامعه و متغیرهای اجتماعی در بروز بیماری از جایگاه مقبولی برخوردار نیستند و حتی به شکلی آگاهانه به حاشیه رانده می‌شوند» (مصاحبه شماره ۴).

«نگاه سیستمی یعنی این بیماری، هم خود بیماری هم درمان، یکسری موضوعات جسمی و پزشکی داره و یکسری موضوعات روانی و اجتماعی داره و موضوعات جسمی و پزشکی رو دیدن در مجموعه سلامت و موضوعات روانی اون دیده نشده؛ مثلاً فردی که میاد عمل جراحی انجام می‌ده و بعد برمی‌گردد به جامعه، این عمل جراحی انجام داده بعد ممکنه چه پیامدهای منفی برایش در زندگی فردی و اجتماعی داشته باشه» (مصاحبه شماره ۲۳).

بنابراین، ذهنیت مدرن سبب شکل‌گیری نوعی از پزشکی تقلیل‌گرا نشده است.

بحث‌های مبانی می‌شود یا مبانی انسان‌شناسی و معرفت‌شناسی مون. ما انسان رو چی تعریف می‌کنیم» (مصاحبه شماره ۸).

دومین مقوله، معرفت تقلیل‌گراست که البته بی‌ارتباط با مقوله نخست نیست. معرفت تقلیل‌گرا بدین معناست که معرفت‌شناسی علم مدرن بر تقطیع و تجزیه موضوع خود به اجزا و بخش‌های کوچک و تخصصی متمرکز شده است. «اول اینکه کلاً پدیده‌ها چندوجهی هستند و ما هستیم که به خاطر تخصصی شدن، تک‌وجهی نگاه می‌کنیم و بحث سلامت هم همین است» (مصاحبه شماره ۱۶).

در دانش تخصصی‌شده، کلیت موضوع به اجزایی تجزیه شد که در نتیجه چنین نگاهی ارتباط چندانی با کلیت خود نداشتند. چنین امری نیاز به تخصص‌گرایی را در ساحت علم مدرن بسط داد؛ به طوری که برای مثال، در پزشکی بدن آدمی به اجزای کوچک اندام و بافت تجزیه شد و تخصص‌های گوناگون برای درمان اجزای تک‌شده و جدای از یکدیگر، توسعه یافت.

«بینید یک نکته‌ای هست که تقریباً برمی‌گردد به کانتکس (بستر) و فضای کلی که - بر علوم - حاکم است. علت این است که دانش‌ها خیلی جزئی و شاخه‌ای و تخصصی شده و فاصله دانش‌ها زیاد شده. حتی در شاخه‌های مختلف علوم پزشکی هم گاهی با همدیگر رابطه نزدیکی ندارند. در ایران هم به تبعیت از فضای جهانی، این مسئله هست» (مصاحبه شماره ۸).

نتیجه این امر، معرفت‌شناسی تخصصی و تقلیل‌گرا بود که در علم مدرن تبلور یافت. متخصصان علوم مختلف با واژه‌های تخصصی حوزه‌های دیگر آشنا نیستند. برخی مباحث در سایر علوم برای متخصصان حوزه دیگر معنایی ندارد. متخصصان علوم مختلف، با ظرفیت‌های رشته‌های دیگر آشنایی و حتی گاهی از شاخه‌های علوم دیگر اطلاعی ندارند. مرزها تعیین‌کننده ارتباطات‌اند. مرزهای سخت و انعطاف‌ناپذیر، همه‌چیز را در سلطه گفتمان دانش و معرفت خاص می‌بینند. مرزهای مختلف دانش، شبیه جزیره‌هایی از معرفت‌اند که جدای از هم و بدون هیچ ارتباطی با یکدیگر در

سیاست، اجتماع و سازمان

از نظر مشارکت‌کنندگان، سلطه زیست‌پزشکی در نتیجه روندهای سیاستی و سازمانی است که در سطوح کلان، میانه و خرد در کشور جاری و ساری‌اند. پیامدهای سیاست‌های ناقص و پزشکی‌سازی جامعه نوعی مشروعیت برای این سلطه به وجود آورده است. این سیاست‌ها قدرت و نفوذ پزشکان را تداوم بخشیده‌اند که در نظام سلامت سبب سلطه آنها و در حوزه نظام اجتماعی نیز سبب نوعی نابرابری بین وزارت بهداشت با وزارت علوم، تحقیقات و فناوری شده است. زمینه اصلی این سیاست‌ها درمان‌محوری است.

«من به ایراد بزرگی به کل سیستم کشور ما دارم. سیستم درمان‌محوره؛ یعنی به سیستمی که اطبا به جورایی قرقش کردن از بالا تا پایین سال‌های سال جامعه ما به جامعه پزشکی است، به جامعه طبابت‌زده است. دیگه همه چیش طبابتی همه چیش درمانی دیگه» (جامعه‌شناس).

بخش بزرگی از دلایل شکل‌نگرفتن علوم انسانی پزشکی در کشور، به سیاست‌گذاری‌های کلان، میان و خرد در نظام اجتماعی برمی‌گردد. این سیاست‌ها، سیاست‌های تک‌ساحتی‌اند که درباره پزشکی و سایر علوم، نگاه یک‌بعدی دارند و به ابعاد معتابه موضوع توجه نکرده‌اند. این سیاست‌ها در سطح حداکثری موضوع، نگاه یک‌بعدی به پزشکی و سلامت دارند و همه منابع و امکانات را در خدمت نظام سلامت قرار داده‌اند. مضمون سیاست اجتماعی و سازمان بر چهار مقوله سیاست‌گذاری ناقص، کالایی‌شدن جامعه، فرهنگ غیرتیمی و موانع سازمانی مبتنی است. درباره سیاست‌گذاری ناقص، مشارکت‌کنندگان، سیاست‌گذاری‌های کشور درباره علوم میان‌رشته‌ای را بسیار ضعیف قلمداد می‌کردند. سیاست‌گذاری‌ها هیچ برنامه مشخصی برای توسعه علوم میان‌رشته‌ای و به‌طور خاص علوم انسانی پزشکی ندارند؛ بلکه به علت ضعف سیاست‌ها، این سیاست‌ها سبب ضعیف‌شدن شکل‌گیری چنین علوم میان‌رشته‌ای در کشور شده‌اند. ویژگی‌های سیاست‌گذاری‌ها در کشور این است که این سیاست‌گذاری‌ها ناقص، پزشکی‌شده، غیرتخصصی، متناقض و ناعادلانه‌اند. در

زیر چتر چنین سیاست‌گذاری‌های ضعیف و مسئله‌مندی،

نمی‌توان انتظار شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی را داشت. «در سیاست‌گذاری‌ها جایی که به نظر من خیلی خلأ هست، تو سیاست‌گذاری‌های خود وزارت بهداشتی. اونقدر که شاید من از دور، نزدیک نه، از دور می‌بینم، به نظر من لاقط من شواهدی نمی‌بینم که اینها خیلی دغدغه اهمیت متغیرهای اجتماعی رو یا رویکرد اجتماعی به مسائل پزشکی رو داشته باشن. به نظر می‌اد ندارند» (جامعه‌شناس). «مثلاً در همون سیاست‌گذاری که گفتیم ولی ما وقتی امتیاز می‌گیریم که نویسنده اول باشیم و حداقل آدم‌ها باشند تا من حداکثر امتیاز رو بگیرم. وقتی شما در حوزه پژوهشی نتونی با آدم‌ها همکاری داشته باشی، بنابراین فصل مشترک رویکردی و دیدگاهی پیدا نمی‌کنی و این سیاست‌گذاری‌ها داره به این دامن می‌زنه یا مثلاً می‌گن برای اینکه پرونده ارتقا و وضعیت بهتری داشته باشه باید چند تا مقاله تک‌اسمی داشته باشی. این یعنی به من اجازه نمی‌دین که من آدم‌های اجتماعی مختلف و حتی با همکاران خودم رویکرد مشترک پیدا کنم» (روانشناس).

مسئله دیگر این است که سیاست‌ها درمان‌محورند و به امور اجتماعی و تأثیرات آن بر حوزه سلامت توجهی ندارند. سیاست‌ها به جای پیشگیری و فرهنگ‌سازی، بر درمان و بیمارستان متمرکزند.

«سیاست‌های وزارت بهداشت فراتر از پزشک و درمان فردی و جسمی دیده بشه. سیاست‌گذاری‌ها یعنی رویکرد ما از رویکرد درمانی بشه یک رویکرد پیشگیری. متنها پیشگیری مبتنی بر جامعه. مثلاً یک مرکز درمانی فکر کند که من چگونه می‌توانم ورودی‌های به این مرکز خودم را که هزینه‌هایی به من تحمیل می‌کنند، کم بکنم. حالا می‌تواند از طریق آگاه‌سازی یا آموزش باشد یا چیز دیگری» (مصاحبه شماره ۲۳).

کالایی‌شدن جامعه مقوله دیگری است. سیاست‌های کلی جامعه در دهه‌های اخیر، جامعه را به جامعه کالایی و اقتصادزده تبدیل کرده‌اند. در جامعه‌ای که پول مبنای همه رفتارها و تصمیم‌هاست، سیاست‌گذاری‌ها نمی‌توانند جدای از این باشند؛ بنابراین، به سمتی می‌روند که جامعه کالایی می‌شود و پول حرف اول و آخر را در سیاست‌گذاری‌ها و

رفتار سیاست‌گذاران می‌زند. این موضوع در نظام سلامت بسیار برجسته است.

«در واقع، نظام خدمات درمانی و بهداشتی در ایران به نظام مدیکالایز هست و به مقداری هم ارزش‌های بازاری در آن هست. حالا موانع اصلی اینه که آموزش پزشکی از آموزش‌های دیگر جداست؛ یعنی اصولاً علوم انسانی و اجتماعی جایگاهی ندارند» (مصاحبه شماره ۱).

«نگاهش نگاه یک انسان نیست. نگاهش نگاه کالاییه. شما رو عین یک کالا در بازار می‌بینه که چقدر برای من آورده. من به‌عنوان جامعه‌شناس این رو از چشمان بیشتر اطبا می‌بینم؛ چون نوع برخوردش به‌گونه‌ای است که من رو سریع‌تر بیرون کنه چرا؟ چون چیزی که من بردم تو اتاق از لحظه‌ای که وارد شدم دیگه او گرفته. چرا؟ چون وقتی وارد شدم پول ایشان رو پرداخت کردم با حداقلی از مکالمه، با حداقلی از بررسی سعی می‌کنه بیماری من رو تشخیص بده و براش نسخه بنویسه. خب این نشون می‌ده که این نگاهش به من کالایه است» (مصاحبه شماره ۲).

«ما تو جامعه‌ای هستیم که تو جامعه ما پول به هر دلیلی بیش از اندازه خودش ارزش داره. به جامعه پول‌زده هستیم. به جامعه بسیار مصرفی، بسیار ماده‌گرا و ایضاً پول‌زده. افغانی‌ها به اصطلاحی دارن در جامعه افغانستان هرکسی قابل خریدن هستش فقط قیمتش فرق داره. این کم‌وبیش در جامعه ایران هم صدق می‌کنه؛ یعنی تقریباً با پول هر کاری می‌تونی بکنی» (مصاحبه شماره ۱۹).

مقوله دیگر مربوط به این مضمون، فرهنگ غیرتیمی و یا به قول بعضی مشارکت‌کنندگان، فرهنگ جهان‌سومی بودن است که به‌صورت غیرتیمی فعالیت می‌کنند. در این فرهنگ، علوم میان‌رشته‌ای جایگاهی ندارند؛ زیرا کنشگران نظام اجتماعی یاد نگرفته‌اند به‌صورت اشتراکی روی یک موضوع کار کنند و یا اینکه اصلاً چنین رفتارهایی در آنها نهادینه نشده است؛ بنابراین، همه افراد به‌صورت جزیره‌ای برای خود کار می‌کنند و هیچ ارتباطی با یکدیگر برقرار نمی‌کنند.

«به بحث عمیق فرهنگی اجتماعی تاریخی در کشور ما داره و همیشه این طبقه‌بندی و سطح‌بندی در تاریخ کشور ما وجود داشته و در فرهنگ ما این‌جوری هست و در همه حوزه‌های علمی هم وجود داره و این دانشگاه اون دانشگاه رو قبول نداره» (مصاحبه شماره ۲۱).

«به بخش دیگه به نظر من تعامل خود دانشگاه با علوم پزشکی با دانشگاه‌های غیر علوم پزشکی به‌نظم باز به حائلی بین دانشگاه‌ها کشیده شده. اونها به جزیره‌ای هستند جدا دارن آموزش می‌دن، پژوهش می‌کنن. ما هم اینجا در دانشکده علوم اجتماعی در دانشکده روان‌شناسی و ...» (مصاحبه شماره ۲).

«الان موقع این است که ما از دیگر کشورها الگو بگیریم. همه کارها تیمی شده است» (مصاحبه شماره ۱۲).

در نهایت، اینکه در چنین جامعه‌ای نهادها و سازمان‌ها نیز هیچ حمایتی از کار تیمی نمی‌کنند. از نهادهای سلامت گرفته تا نهادهای وزارت علوم. برنامه‌ریزی‌های سازمان‌ها بیشتر از آنکه کار تیمی را تشویق کنند، کارهای فردی را تشویق می‌کنند. پژوهشگران به‌جای آنکه با افتخار بگویند به‌صورت مشترک کار کرده‌اند، از اینکه تعداد نویسندگان مقالاتشان زیاد باشد، ابا دارند؛ زیرا سیاست‌های تشویق و ارتقا در وزارت‌خانه، از کارهای میان‌رشته‌ای حمایت نمی‌کنند.

«ارتباط سازمانی یا خیلی سازمان‌یافته یا نهادی و جدی بین علوم اجتماعی و پزشکی وجود نداره و این ارتباط‌ها عمدتاً شخصی است و به‌دلیل موانع سازمانی که وجود داره و علوم اجتماعی گفت‌وگو متفاوته است و لزوماً با ارزش‌های بازاری و حرفه‌ای که در نظام پزشکی ایران حاکم هست، سنخیتی ندارد» (مصاحبه شماره ۱).

«مثلاً در اساس‌نامه‌هایشان بیاورند که در کارهایی که انجام می‌دهید، از دیگر تخصص‌ها استفاده کنید. مثلاً اگر یک گزارش جمعیت‌شناختی دارید، یک جمعیت‌شناس باشه و الزام بر این باشه که اگر گزارش جامعه‌شناختی دارید، یک جامعه‌شناس در اون باشه» (مصاحبه شماره ۶).

«سازمان‌های ما هیچ برنامه‌ای برای کارهای میان‌رشته‌ای ندارند. این است که بیشتر کارهای میان‌رشته‌ای از روی خلاقیت فردی و یا روابط خارج از سازمان شکل می‌گیرند که البته بخش بزرگ آنها نیز دولت مستعجل‌اند. چه به‌لحاظ سازمانی و چه فردی و به همین دلیل، دانشجویان پزشکی تجربه زیسته هم‌اتاق شدن با زبان‌شناس و فیلسوف ندارند و به‌تبع اون یک بدنه دانش میان‌رشته‌ای هست که علوم پزشکی با علوم اجتماعی با هم کار بکنند، این بدنه شکل نمی‌گیره و اتفاقاتی هم که رخ می‌ده بیشتر فردیه» (مصاحبه شماره ۱).

سلطه زیست‌پزشکی

علوم زیستی و پزشکی به دلیل تجربه ارتباط مستقیم با بدن در طول تاریخ همواره کانون توجه صاحبان قدرت بوده‌اند و همین امر سبب سلطه پزشکی بر دیگر جنبه‌های زندگی انسان به‌ویژه انسان مدرن شده است و روزبه‌روز دامنه سلطه پزشکی بر انسان بیشتر می‌شود؛ به‌گونه‌ای که جامعه درمان‌محور است تا سلامت‌محور و این دید باید از درمان‌محوری به پیشگیری‌محوری تغییر پیدا کند؛ زیرا سبب کاهش هزینه‌ها و پیامدهای زیادی می‌شود. علاوه بر اینها درآمد بالای پزشکی سبب شده است این حرفه خود را برتر و مهتر از بقیه بداند و طبق یافته‌های این پژوهش، پزشکی به بقیه رشته‌ها با دید کهنتری و مهتری نگاه می‌کند که همین نگرش سبب ایجاد شکاف بین علوم شده است و نوعی هژمونی و سلطه بر دیگران در جامعه در حال اجراست؛ بنابراین، وجه اشتراک همه مشارکت‌کنندگان در پژوهش که بر آن تأکید داشتند، سلطه زیست‌پزشکی بر حیات دانش و معرفت و نیز حیات سیاسی و اجتماعی آن در ایران بود؛ در واقع، یکی از مهم‌ترین دلایل شکل‌نگرفتن علوم انسانی پزشکی و شکاف بین علوم هژمونی و سلطه زیست‌پزشکی است. این سلطه از انگاره‌های شناختی در ذهن پزشکان شروع شده است و تا الگوهای رفتاری و در نهایت، در موضوع‌های نهادی و سازمانی خود را بروز و ظهور می‌دهد. همه مشارکت‌کنندگان، سلطه زیست‌پزشکی را از مهم‌ترین عوامل و موانع شکل‌نگرفتن ارتباط بین علوم انسانی و علوم پزشکی می‌دانستند. به نظر می‌رسد این سلطه طی یک فرایند تاریخی شکل گرفته است. به دلیل اهمیت سلامتی برای انسان و اینکه آدمی هیچ‌چیزی را با سلامتی خود جایگزین نخواهد کرد و از درد و رنج‌گریزان است و نقشی که پزشکی در برگرداندن سلامت به انسان دارد، به صورت تاریخی، ذهنیت مسلط بودن پزشکی، به صورت یک انگاره در ذهن افراد شکل گرفته است. این انگاره مبتنی بر این ادراک آگاهانه و گاه ناآگاهانه است که مهم‌ترین حرفه و شغلی که در حیات آدمیان، اهمیت زیادی دارد، پزشکی است؛

البته این موضوع در کشور ما بسیار پررنگ است.

«از لحاظ تاریخی در کشور ما رشته‌های پزشکی خیلی کلاس بالاتری بودند و از نظر اقتصادی هم بهتر و به‌صرفه‌تر بودند و علوم انسانی‌ها هم مغلوب بودند؛ به همین خاطر پزشک‌ها در شأن خودشان نمی‌دیدند که با علوم انسانی همکاری داشته باشند» (مصاحبه شماره ۱۶).

انگاره حاکم بر زیست‌پزشکی، نگاه کهنتر-مهتر یا نگاه از بالا به پایین را به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه در روندی تاریخی برای خود تجربه کرد و این انگاره به بخشی از ادراک و رفتار جامعه پزشکی تبدیل شده است؛ برای مثال، یکی از این مفاهیم در جامعه ایران لغت «دکتر» است. این لغت به لحاظ تاریخی و مفهومی برای جایگاه پزشکی تعریف شده است و سایر حرفه‌ها، دکتر نیستند. این یک مفهوم برساخت‌شده اجتماعی است که پزشکان خود را دکتر می‌دانند نه فارغ‌التحصیلان دکتری در سایر رشته‌ها را.

«من دکتر و استاد دانشگاه هستم. برای دردهای جسمی و بدنی معمولاً نزد یکی از متخصصین می‌روم. ایشان و منشی ایشان مرا می‌شناسند که استاد دانشگاه هستم؛ اما در ۹۰ درصد موارد من را به فایلم صدا می‌زنند، چرا نمی‌گویند «دکتر». چون دکتر فقط پزشکان هستند» (مصاحبه شماره ۱۹).

بنابراین، انگاره زیست‌پزشکی به لحاظ نقش و ساختار اجتماعی یک نقش، دکتر را مختص پزشک، یعنی کسی که درمان می‌کند، می‌داند. این موضوع سبب شکل‌گیری نوعی رفتار مافوق - مادون یا مهتر - کهنتری شده است؛ برای مثال، درباره رشته روان‌شناسی بالینی کسانی که از وزارت علوم در مقاطع این رشته در وزارت بهداشت قبول می‌شوند، چنین احساسی را دارند و نگاهی کهنتری به آنها در وزارت بهداشت برجسته است.

بنابراین، نوعی نگاه یک‌سویه و مبتنی بر سلطه به صورت آگاهانه یا ناخودآگاه در آموزش پزشکی شکل می‌گیرد و این نگاه فقط به علوم انسانی نیست؛ بلکه درون نظام سلامت نیز نظام سلسله‌مراتبی از تسلط پزشکان بر سایر گروه‌ها را به وجود آورده است. انگاره سلطه در زیست‌پزشکی، ه با تسلط پزشکان

دسترسی به چنین حجم داده‌ها ناتوان‌اند، پژوهش‌های آنها نیز غنی و ارزشمند نخواهد بود.

«پزشکان در وزارت بهداشت، دارایی زیادی دارند؛ چون وزارت بهداشت یک سازمان پولداری است که درآمدزایی می‌کند و چون پول دارند قدرت دارند. مثلاً دی اچ اس DHS را اجرا می‌کنند، چون پول دارند و حتی دیتاها را به ما نمی‌دهند» (مصاحبه شماره ۴).

بنابراین، اقتصاد سیاسی پزشکی در کشور نوعی سلطه نهادی را توجیه کرده است؛ به طوری که قوانین، منابع و درآمدها به سوی نظام سلامت و به طور مشخص به سمت پزشکان هدایت می‌شود. این امر هم سبب شکل‌گیری انگاره سلطه شده و هم به صورت آگاهانه و ناخودآگاه قدرت و دانش خاص خود را در جامعه به وجود آورده است؛ برای مثال، پزشکان، خود، قوانین مربوط به خود را می‌نویسند؛ حتی تعرفه پزشکی که امری اقتصادی است و باید سایر نهادها در آن دخالت کنند، به وسیله خود پزشکان انجام می‌گیرد؛ یک نهاد قدرتمند با همه ابزارهای نظارتی و کنترلی.

«من نظرم بر اینه که مقررات مالیاتی و مالی و بحث تعرفه پزشک‌ها نباید توسط صرفاً جامعه پزشکی تنظیم بشه و باید از خارج وزارت بهداشت این مسئله انجام بگیره و قوانین پزشکی خارج از این نظام نوشته بشه» (مصاحبه شماره ۱۱).

ناکارآمدی علوم انسانی

از دیگر عوامل خلأ و شکاف بین علوم انسانی و علوم پزشکی، ضعف و ناکارآمدی علوم انسانی است. این ناکارآمدی در زمینه‌ای از مؤلفه‌های تاریخی و اجتماعی رقم خورده است. در چند دهه اخیر در کشور، توجه به علوم انسانی و اجتماعی چندان مشهود نبوده است. این موضوع در کنار اهمیت یافتن رشته‌های فنی - مهندسی و پزشکی (به دلیل بازار کار و رونق زیاد) سبب شده است بیشتر افراد تلاش کنند وارد علوم تجربی و ریاضی شوند. تأثیر این موضوع سبب شده است استعدادها به صورت ناخواسته به سمت علوم تجربی و ریاضی سوق داده شوند. سلطه زیست‌پزشکی نیز

بر منابع مالی و سرمایه‌ای در نظام سلامت و به دنبال آن کل جامعه همراه است. چنین ظرفیتی از اقتصاد سبب شده است پزشکان بهتر بتوانند سلطه پیدا و آشکار خود بر جامعه را تسری بخشند. این، یک اقتصاد سیاسی نهادینه شده است. جامعه و قوانین پذیرفته‌اند که پزشکان درآمد بسیار زیادی داشته باشند و این به امری عادی تبدیل شده است. قوانین جامعه، نوعی نابرابری نهادینه شده و ساختاری را مشروعیت بخشیده‌اند و این امر سبب شکل‌گیری سلطه نهاد پزشکی شده است.

«من استاد دانشگاه با درآمد ماهانه ۵ میلیون، ۹ درصد مالیات حقوق من رو برمی‌دارن؛ ولی اون پزشک تو مطب می‌نشیند ماهی پنجاه - شصت میلیون درآمد دارد. مالیاتش کجاست؟ به آنها اهمیت داده می‌شود. اینها نابرابری ساختاری است؛ در نتیجه، به آنها بیشتر اهمیت داده می‌شود تا ما؛ در نتیجه، پزشکان خود را برتر می‌بینند، خودبرتربینی دارند و نگاه از بالا به پایین دارند» (مصاحبه شماره ۱۰).

«قوانین رو خودشون می‌نویسند و خودشون اجرا می‌کنند و کاملاً قوانین یک‌طرفه دارند. یه علت هم برمی‌گردد به ساختاری که دارند و اگر پزشک تخلفش عمدی باشه باید زندانی بشه؛ اما خسارت بر مردم رو باید بده و جریمه که باید بشه و اگر جریمه بشه حداقل احتیاط بیشتری می‌کنه و انقدر بی‌پروا هر عمل و هر کاری رو بدون بررسی کامل انجام نمی‌ده» (مصاحبه شماره ۱۱).

بنابراین، یک نابرابری نهادینه شده و ساختاری در توزیع منابع در کشور حاکم است که بخش زیادی از منابع مالی به سمت پزشکان سوق داده می‌شود. این موضوع، خود را به اشکال دیگری در مقایسه میان دو وزارتخانه نشان می‌دهد. قدرت اقتصادی نهادی در وزارت بهداشت، یکی از دلایل سلطه و کنترل منابع علمی و دانشی در نظام سلامت است. در وزارت بهداشت، حجم انبوهی از منابع به سمت پروژه‌های عظیم با داده‌های غنی سوق داده می‌شود. این منابع، جزء منابع ملی‌اند؛ اما چون وزارت بهداشت آنها را خرج و منابع را جمع‌آوری کرده است، نوعی کنترل بر این منابع دارد و استفاده پژوهشگران از علوم انسانی را منوط به شرایط خاص و رعایت قواعد و قوانین خود کرده است. در چنین شرایطی که پژوهشگران علوم انسانی و وزارت علوم از

نیز به‌درستی انجام نگیرد. بیشتر دانشجویان علوم انسانی کسانی هستند که توانایی رقابت با دانشجویان علوم ریاضی و فیزیک را ندارند؛ در واقع، توزیع استعدادها در کشور به نفع علوم انسانی نیست.

«یعنی اینکه بچه‌های علوم انسانی ضعیف‌تر هستند و به‌ندرت استادی پیدا می‌کنیم که ارتباطات بین‌المللی داشته باشد و یا مقاله‌آی‌اس‌آی خوب داشته باشد در علوم انسانی‌ها» (مصاحبه شماره ۱۶).

این امر سبب شده است متخصصان علوم انسانی، نوعی احساس ضعف و اعتمادبه‌نفس پایینی داشته باشند. گاهی این اعتمادبه‌نفس از حوزه علم و دانش به حوزه امور واقعی زندگی و مقایسه وضعیت زندگی دو گروه و سرمایه‌های اجتماعی و اقتصادی نیز کشیده می‌شود؛ به‌طوری که استادان علوم انسانی احساس فقر نسبی دارند. در چنین شرایطی مسلم است که علوم انسانی توانمند زایش نخواهد شد.

«ما هم نتوانستیم؛ دلیلش اینه که تو جامعه ما پزشک‌ها خودشون رو سطح بالاتر از سطح علوم انسانی می‌دانند و خود سیاستمداران جامعه ما هم همین‌طور. اون‌ها هم این تضاد این فاصله رو حس می‌کنن. دلیل ایجادش هم اینه که خودشون و علم خودشون رو پایین‌تر از علم پزشکی می‌دونن. اصلش اون خودباوریه هست» (مصاحبه شماره ۱۴).

در نهایت، اینکه در چنین شرایطی نمی‌توان انتظار علوم انسانی کارآمد داشت. فقر نظریه، توزیع نامتوازن استعدادها و اعتمادبه‌نفس پایین سبب شده است علوم انسانی از ورود به کارهای میان‌رشته‌ای دوری کند. نتیجه همه این موارد، علومی است که نمی‌تواند کارآمدی لازم را برای نظام سلامت داشته باشد.

«ما به معنای تخصصی کار نکردیم. اون چیزی که تو علوم پزشکی مهمه اون‌ها نگاه کاملاً تخصصی دارن. هرکسی روی لاین مشخص و تخصصی خودش - اون تصویری که حداقل من دارم - داره کارش رو انجام می‌ده و پیش می‌بره. ما خیلی مثلاً ما هفت هشت تا حوزه رو کار می‌کنیم. بخشیش هم پزشکی می‌آید خب پزشکی می‌زنیم. خلاصه یکی از اینها باعث شده که ما نتونیم وقتی کار کنیم» (مصاحبه شماره ۱۳).

موضوع را تقویت کرده است؛ به‌طوری که در علوم انسانی شاهد نوعی کاهش اعتمادبه‌نفس در حوزه‌های علمی باشیم. برون‌دادهای علمی در علوم انسانی چندان به چشم نمی‌آید و نخبگان علوم انسانی، تمایل یا فعالیتی در پژوهش‌های میان‌رشته‌ای و یا چاپ مقالات بین‌المللی ندارند یا اینکه نسبت به سایر علوم، این نوع فعالیت‌ها کمتر است. همه این عوامل سبب شده است علوم انسانی به‌نوعی رخوت در بحث میان‌رشته‌ای تن دهد و به فعالیت‌های میان‌رشته‌ای علاقه‌ای نداشته باشد. فقر نظریه، توزیع نامناسب استعدادها، اعتمادبه‌نفس پایین و ناکارآمدی از مقوله‌های این مضمون‌اند. درباره فقر نظریه، علوم انسانی در ایران، یک نظریه بومی درباره مسائل ندارد. از سوی دیگر، یافته‌ها و پژوهش‌هایی هم که انجام می‌شوند، توان حل مسائل را ندارند. این موضوع سبب شده است انتظاراتی که از عالمان علوم انسانی می‌رود، پایین بیاید؛ برای مثال، اگر از پژوهشگران علوم انسانی کشور، کسی بخواهد کار میان‌رشته‌ای در حوزه پزشکی انجام دهد، نمی‌توانیم یک فرد توانمند و مسلط به هر دو حوزه یافت کنیم و یا اینکه تعداد چنین افرادی در حداقل است.

«ما هم نقطه ضعف داریم و هرکسی نتوانست با توجه به رشته خودش چیزی رو عرضه کند که جامعه و مخاطب بپسندند و شما اگر عرضه کنید، علم خود بسیار بهتر است؛ مثلاً به هر استادی که مدت‌هاست استاده بگویند که این چند سال تدریس و عمرت رو در قالب یک نظریه بومی به ما ارائه بده. اگر بتواند قطعاً مشتری برایش پیدا می‌شه که معمولاً نمی‌تواند و وقتی مشتری پیدا شد، نقطه آغاز تعامل هست و شاید ما چیزی نداریم که عرضه کنیم یا کتاب که خود فرد می‌گیرد و می‌خواند؛ بنابراین، ما هم تصور کردیم و کمبود داریم و کم‌کاری و پراکنده‌کاری کردیم» (مصاحبه شماره ۹).

«نه معتقدم متخصص تو این حوزه‌ها کار نکرده به زبان ساده خیلی اولیش رو ما چقدر متخصص تو علوم انسانی تربیت می‌کنیم که به درد نظام سلامت بخوره که بره به یه پزشکی ثابت کنه تو این زمینه شما داری اشتباه می‌کنی» (جامعه‌شناس).

این موضوع سبب شده است توزیع استعدادها در کشور

نتیجه

هدف پژوهش حاضر، کشف و واکاوی خلأ ارتباطی بین علوم انسانی و علوم پزشکی در کشور و چالش‌ها و موانع شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی است. نتایج پژوهش نشان دادند چهار موضوع ذهنیت مدرن، سیاست، سازمان و اجتماع، سلطه زیست پزشکی و ناکارآمدی علوم انسانی از مهم‌ترین چالش‌های پیش رو هستند؛ در واقع، مشارکت‌کنندگان، شبکه‌ای از دلایل و زمینه‌های شکل‌نگرفتن را مطرح کردند. هرچند قوت و ضعف هر کدام از این دلایل می‌تواند متفاوت باشد. از منظر پژوهشگران، حاکمیت ذهنیت مدرن و سلطه زیست پزشکی اهمیت بیشتری نسبت به دو عامل دیگر دارند و دو مؤلفه دیگر پیامدهای وجود شکلی از ذهنیت مدرن و سلطه زیست پزشکی‌اند.

درباره ذهنیت مدرن، نتایج پژوهش با یافته‌های پژوهش اخلاصی (۱۳۹۵ الف) همسوست. او سلطه پارادایم زیست پزشکی را عامل شکل‌گیری تقلیل‌گرایی طبابت از حکمت فن، پزشکی‌سازی جامعه و کالایی شدن خدمات و در نهایت، جدایی این دو حوزه از یکدیگر می‌داند.

به هر صورت، بیشتر دانشمندان بر جدایی رویکرد زیست پزشکی از رویکرد انسانی در پارادایم حاکم بر پزشکی مدرن تأکید دارند (Bishop, 2008; Cunningham, 2015). تأکید فزاینده زیست پزشکی بر عینیت و شواهد عینی، فضای اجتماعی و ذهنی را در تشخیص و درمان به حاشیه برده است. در این شرایط، نمی‌توان انتظار شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی را داشت. سلطه زیست پزشکی همچنان از مسائل جدی در جهان است که با اقتصاد سیاسی پزشکی ارتباط دارد؛ برای مثال، سالتر و همکاران (2015) موضوع پژوهش‌ها و مطالعات گسترده در حوزه سلول‌های بنیادین را با بحث اقتصاد سیاسی پزشکی (زیست پزشکی) مرتبط دانسته‌اند و معتقدند اقتصاد سیاسی زیست پزشکی با تخصص، حاکمیت و ارزش‌هایی مرتبط است که در رویارویی با نیاز مصرف‌کنندگان منافع خود را می‌شناسد. همچنین سورداس با نگاه انتقادی خود درباره سلطه زیست پزشکی بر فضای

زندگی روزانه نقد کرده است (Csordas, 1988). درباره سلطه زیست پزشکی نیز نتایج پژوهش حاضر با پژوهش کلاته‌ساداتی و باقری لنگرانی (۱۳۹۸) همسوست. آنها در پژوهش خود دریافتند که میدان دانش در موضوع علوم انسانی پزشکی در اختیار زیست پزشکی است. این سلطه بر میدان دانش و با تکیه بر سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی، نمادین و فرهنگی سبب شده است سایر رشته‌ها، به حاشیه علوم پزشکی رانده شوند. در پژوهش حاضر نیز بیشتر مشارکت‌کنندگان سلطه زیست پزشکی را بر فضای علم و در سطحی بالاتر، سیاست‌گذاری در کشور را یکی از موانع مهم علوم انسانی پزشکی تلقی می‌کردند. اخلاصی (۱۳۹۵ الف) نیز چنین سلطه‌ای را در سطح کلان معرفت‌شناختی، سبب به حاشیه رفتن علوم انسانی تلقی کرده است. این در حالی است که به گمان مکینیل^۱ (2011) این علوم انسانی است که باید فرضیه‌ها و اسطوره‌های الگوی زیست پزشکی غالب را به چالش بکشد (2: Pilgrim, 2016: in).

کانینگام با نگاهی به دوگانه‌انگاری معرفت‌شناسی پزشکی، معتقد است کارهای اخیر در تاریخ و فلسفه علم نشان می‌دهند این تمایز علمی بر فرضیه‌های عمیق و حیرت‌انگیز استوار است؛ با این حال، برای پزشک، صرفاً جذابیت در افزایش دانش، ناکارآمد است. از آنجا که هدف پزشکی، ارتقای سلامت مردم از طریق پیشگیری یا درمان بیماری است تا کار خود را توجیه کند، پژوهشگر پزشکی باید یک توجیه دوگانه ارائه دهد: (۱) کار، دانش ما را افزایش می‌دهد؛ (۲) دانش به هدف پزشکی مربوط خواهد بود. او نتیجه می‌گیرد که آنچه پزشکی را از نظر دوگانگی بین علم و هنر توجیه می‌کند، دوگانگی فرضی دیگری بین پژوهش‌هایی است که بدون ارزش‌اند و آنهایی که ارزشمندند؛ اولی به علم پزشکی و دومی به هنر ربط دارد. یکی دیگر از نگرانی‌ها به ذهنیت و عینیت مربوط است؛ به‌ویژه که در دوگانگی بین دانش ذهنی و عینی آشکار می‌شود (Cunningham, 2015: 3-5). مطمئناً اهمیت آموزش در علوم پزشکی بیشتر از نشان دادن اثری است که ناشی از قرارگرفتن در

¹ McNeill

پارادایم زیست‌پزشکی و دوگانه‌انگاری هستی‌شناختی مدرن نیز از موانع جدی است. آنچه در مطالعه حاضر بیش از همه برجسته بود، سلطه و هژمونی پارادایم زیست‌پزشکی بر فضاها کلی سیاست‌گذاری، اجتماعی و فرهنگی بود. این سلطه در شکل‌گیری بستری از تغییرات اجتماعی و فرهنگی در یک قرن اخیر در کشور انجام شده است. به طور مشخص، مادی‌گرایی و کالایی‌شدن فرایندها و وقایع در جامعه یکی از پدیده‌های نگران‌کننده است. این امر با توجه به مقوله سلطه زیست‌پزشکی سبب شده است در سال‌های اخیر حجم زیادی از استعدادها به سمت رشته پزشکی و پیراپزشکی سوق داده شود که مهم‌ترین دلیل آن منافع مادی آن است؛ بنابراین، می‌توان گفت موضوع علوم انسانی پزشکی از بستری از موانع فرهنگی و اجتماعی تأثیر می‌گیرد که کالایی‌شدن و مادی‌گرایی جامعه از مهم‌ترین آنهاست. غنی‌سازی نگاه انسان‌گرایانه در سطوح کلان نظام سیاسی و نیز توجه به رویکردهای تفسیر و سازه‌گرایانه در سطح سیاست، پژوهش و نظریه‌پردازی از مهم‌ترین پیشنهادها پژوهش حاضر است. با وجود این، همان‌طور که کلاته‌ساداتی و باقری‌لنکرانی (۱۳۹۸) اشاره کرده‌اند، بارقه‌های امید علوم انسانی پزشکی در کشور شکل گرفته است و به تقویت هرچه بیشتر نیاز دارد. توسعه درس‌های میان‌رشته‌ای با موضوع پزشکی، برگزاری همایش‌های مشترک، توجه به نقش عوامل اجتماعی بر سلامت و بیماری در مراکز پژوهشی علوم پزشکی و چاپ مقالات در این زمینه دال بر این است که علوم انسانی پزشکی در حال رشد و تعالی است که البته به حمایت جدی نیز نیازمند است.

منابع

اخلاصی، الف. (۱۳۹۵ الف). «نقد اخلاقی و اجتماعی پارادایم زیست‌پزشکی با تأکید بر تعامل علوم پزشکی و علوم انسانی»، فصلنامه راهبرد فرهنگ، د ۵، ش ۳۵، ص ۳۱-۷۷.

اخلاصی، الف. (۱۳۹۵ ب). «جایگاه اخلاق پزشکی در مناسبات درمان؛ مورد مطالعه: بیمارستان‌های دولتی

معرض رشته‌های اومانستی است. این ناکارآمدی بنیادی علوم انسانی در مقابل علوم پزشکی است (Bishop, 2008: 9).

در موضوع مسائل سیاست‌گذارانه سطح کلان و اینکه نظام اجتماعی و فرهنگی کشور، از نظر ماهیت یک مانع تلقی می‌شود، مطالعه مشابهی یافت نشد. با وجود این، نکات ارزنده‌ای در این یافته وجود دارد. به هر صورت، سیاست‌گذاری‌های کلان فرهنگی متأثر از شرایط اجتماعی است که فرهنگ کالایی و مادی بر آن حاکم است. این نگرش‌ها در کنار فرهنگ غیرتیمی جهان سوم، فضا را برای شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی تنگ کرده است.

ایمان و کلاته‌ساداتی (۱۳۹۱) نیز بر فقر نظریه در علوم انسانی ایران به منزله یکی از ضعف‌ها تأکید داشته‌اند. در شرایط فقر نظریه نمی‌توان انتظار داشت گروه‌های مکمل (علوم پزشکی در اینجا) به ما اعتماد و بتوانند دست‌مشارکت برای شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی دراز کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود در علوم انسانی ایران و درباره فقر نظریه و ضعف‌های علوم انسانی مطالعات کمی و کیفی گسترده‌تری انجام شود. همان‌طور که برادی (2011) مطرح کرده است، مسئله علوم انسانی با تأسیس «لیست رشته» حل نمی‌شود. علوم انسانی پزشکی سپهر گسترده‌ای از معارف و دانسته‌های ادبی، تاریخی و فرهنگی است که یک نگاه کلان اجتماعی را می‌طلبد و زیست‌جهان هر جامعه به توجه بیشتر به این موضوع نیازمند است.

از جنبه نظری می‌توان گفت فضای عمومی کشور ما در سلطه پارادایم تک‌ساحتی اثبات‌گرایی قرار دارد. در چنین فضایی، عینیت در پزشکی، مبنایی برای اثبات شواهد ادعا شده است و این امر سبب شده است زیست‌پزشکی با سلطه عینیت، بر فضای علمی کشور تأثیر بگذارد. این موضوع درباره اقتصاد سیاسی پزشکی است و به بازتولید روابط در این زمینه کمک می‌کند. نتیجه کلی اینکه شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی در کشور ما در زمینه‌ای از عوامل سیاست‌گذارانه و نهادی از یک سو و عوامل و زمینه‌های فرهنگی از سوی دیگر شکل می‌گیرد؛ البته در این بستر سلطه

- reinterpreting the relevance of an essential and embattled field. *Arts and Humanities in Higher Education*, 17 (4): 433-448.
- Csordas, T. (1988). The conceptual status of hegemony and critique in medical anthropology. *Medical Anthropology*, 2, 416-421.
- Cunningham, T. V. (2015). Objectivity, scientificity and the dualist epistemology of medicine. In: *Classification, Disease and Evidence, History, Philosophy and Theory of the Life Sciences*. P. Huneman et al. (eds). Berlin: Springer. 1-17.
- Deegan, M. (2014). This ever more amorphous thing called digital humanities': Whither the humanities project? *Arts and Humanities in Higher Education*, 13 (1-2), 24-41.
- Dolan, B. (2015). *Humanitas: Readings in the development of the medical humanities*. USA: University of California Medical Humanities Press.
- Ebrahimnejad, H. (2002). Religion and medicine in iran: from relationship to dissociation. *History of Science*, 40 (1), 91-112.
- Fitzgerald, D. & Callard, F. (2016). *Entangling the medical humanities*. UK: Edinburgh University Press.
- Grant, V. J. (2002). Making room for medical humanities. *Medical Humanities*, 28 (1), 45-48.
- Gilman, S. L. (2018). *Illness and image: Case studies in the medical humanities*. USA: Routledge.
- Ledger, A. & Joynes, V. (2018). A huge part of my life: exploring links between music, medical education and students developing identities as doctors. *Med Ed Publish*, 7 (4), 1-19.
- Liamputtong, P. & Ezzy, D. (1999). *Qualitative research methods: A health focus*. USA: Oxford University Press.
- Liao, H. C. & Wang, Y. H. (2016). Using complementary learning clusters in studying literature to enhance students' medical humanities literacy, critical thinking and english proficiency. *Psychological Reports*, 118 (2), 441-465.
- Macnaughton, J. (2020). Making breath visible: reflections on relations between bodies, breath and world in the critical medical humanities. *Body & Society*, 26 (2), 30-54.
- Pandya, D. (2019). Medical humanities: historic beliefs of societal value patterns and dehumanization of the sacred profession. *Journal of the Gujarat Research Society*, 21 (10s), 127-134.
- Pilgrim, D. (2016). The aspiration for holism in the medical humanities: some historical and philosophical sources of reflection. *Health*, 20 (4), 430-444.
- Qian, Y. Han, Q. Yuan, W. & Fan, C. (2018). Insights into medical humanities education in china
- دانشگاه علوم پزشکی شیراز، برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ش ۲۶، ص ۲۶۵-۲۱۳.
- ایمان، م. و کلاته‌ساداتی، الف. (۱۳۹۱). «آسیب‌شناسی روش توسعه علوم انسانی در ایران»، فصلنامه راهبرد فرهنگ، د ۵، ش ۱۹، ص ۲۷-۵۱.
- پاریاد، ر. و معدن‌دار آرانی، ع. (۱۳۸۷). «چشم‌انداز علوم انسانی و معرفت‌های میان‌رشته‌ای»، سخن سمت، د ۱۳، ش ۲ (۲۰)، ص ۸۳-۱۱۴.
- زارعی‌دهباغی، الف؛ ضرغامی، س. قائدی، ی. و باقری‌نوع‌دوست، خ. (۱۳۹۶). «اهداف دانش‌پژوهی در علوم اجتماعی با نظر به دیدگاه رئالیسم انتقادی: نگاهی میان‌رشته‌ای»، فصلنامه مطالعات میان‌رشته‌ای در علوم انسانی، د ۹، ش ۳، ص ۶۷-۹۱.
- عابدی‌جعفری، ح؛ تسلیمی، م. فقیهی، الف. و شیخ‌زاده، م. (۱۳۹۰). «تحلیل مضمون و شبکه مضامین: روشی ساده و کارآمد برای تبیین الگوهای موجود در داده‌های کیفی»، فصلنامه اندیشه مدیریت راهبردی، د ۵، ش ۱۰، ص ۱۵۱-۱۹۸.
- کلاته‌ساداتی، الف. و باقری‌لنکرانی، ک. (۱۳۹۸). «علوم انسانی پزشکی؛ مطالعه چالش‌های آموزش میان‌رشته‌ای در علوم پزشکی در ایران»، حکیم، ش ۴، ص ۲۹۸-۳۰۷.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1 (3), 385-405.
- Bishop, J. P. (2008). Rejecting medical humanism: medical humanities and the metaphysics of medicine. *Journal of Medical Humanities*, 29 (1), 15-25.
- Boniolo, G. Campaner, R. & Coccheri, S. (2019). Why include the humanities in medical studies? *Internal and Emergency Medicine*, 14 (7), 1013-1017.
- Braun, V. & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Brody, H. (2011). Defining the medical humanities: three conceptions and three narratives. *Journal of Medical Humanities*, 32 (1), 1-7.
- Campion, C. (2018). Whither the humanities?

- and the west. *Journal of International Medical Research*, 46 (9), 3507-3517.
- Real, L. A. (2012). Collaboration in the sciences and the humanities: A comparative phenomenology. *Arts and Humanities in Higher Education*, 11 (3), 250-261.
- Robinson, D. (2017). *Translationality: Essays in the translational-medical humanities*. UK: Taylor & Francis
- Salter, B. Zhou, Y. & Datta, S. (2015). Hegemony in the marketplace of biomedical innovation: consumer demand and stem cell science. *Social Science & Medicine*, 131, 156-163.
- Shapiro, J. Coulehan, J. Wear, D. & Montello, M. (2009). Medical humanities and their discontents: definitions, critiques and implications. *Academic Medicine*, 84 (2), 192-198.
- Stewart, K. A. (2020). Transforming undergraduate global health education through a humanities-focused curriculum. *Pedagogy in Health Promotion*, 6 (1), 9-13.
- Wald, H. S. McFarland, J. & Markovina, I. (2019). Medical humanities in medical education and practice. *Medical Teacher*. 41 (5), 492-496.
- Wu, H. Y. J. & Chen, J. Y. (2018). Conundrum between Internationalization and interdisciplinarity: reflection on the development of medical humanities in hong kong, taiwan and china. *MedEd Publish*, 7 (4), 1-12.

