

## علوم انسانی پزشکی؛ مطالعه‌ی چالش‌های آموزش میان‌رشته‌ای در علوم پزشکی در ایران

احمد کلاته ساداتی<sup>۱</sup>، کامران باقری لنکرانی<sup>۲\*</sup>

۱- بخش جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران ۲- مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

\* نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.  
آدرس: شیراز، خیابان زند، دانشکده پزشکی ساختمان شماره ۲- طبقه هشتم کد پستی: ۷۱۳۴۸-۴۵۷۹۴، تلفن و نمابر: ۰۷۱۳۳۳۰۹۶۱۵،  
پست الکترونیک: lankaran@sums.ac.ir

دریافت: ۹۸/۶/۱۱ پذیرش: ۹۸/۱۰/۴

### چکیده

**مقدمه:** به‌همان نسبت که علوم انسانی توانسته پایگاه مناسبی در تبیین موضوعات سلامت باشد، پزشکی و موضوعات مرتبط با آن نیز محمل مهم توسعه‌ی علوم انسانی مدرن بوده است. هدف پژوهش حاضر، کشف دلایل و چالش‌های توسعه‌ی علوم انسانی پزشکی در نظام سلامت در ایران است.

**روش کار:** در مطالعه‌ی تحقیقی-اکتشافی حاضر از روش زاویه‌بندی در جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. مشاهدات مشارکتی، گفتگوهای ۱۲ جلسه توسعه‌ی علوم میان‌رشته‌ای در منطقه‌ی ۵ آموزش پزشکی جنوب کشور، داده‌های تحقیق حاضر را تشکیل داد. براساس نظریه‌های پوردیو و فوکو، داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی هدایت‌شده مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میدان آموزش پزشکی، تحت سلطه‌ی دانش و قدرت گفتمان زیست پزشکی قرار دارد. این گفتمان، مسلط، هژمونیک و غیریت‌ساز است و ارتباطی با دیگر میدان‌های دانش برقرار نمی‌کند. سلطه‌ی گفتمانی، میدان جدای دانش پزشکی، اخلاق مقاومت و پراکندگی گفتمانی، مقولات استخراج شده در تحقیق حاضر بود. باوجود سلطه‌ی گفتمان زیست پزشکی، گفتمان‌های حاشیه‌ای نیز نوعی مقاومت را دنبال می‌کردند و اخلاق مقاومت توانسته‌بود بخشی از اهداف خود را در کوتاه‌مدت تحقق بخشد.

**نتیجه‌گیری:** شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی در میدان آموزش پزشکی، به مقاومت و تداوم اخلاق مقاومت در سایر گفتمان‌های نوظهور بستگی دارد. توسعه‌ی علوم انسانی پزشکی یکی از نیازهای آموزش پزشکی در ایران است که پیش‌نهاد می‌شود در سطوح سیاستی و فکری دنبال شود.

**کل‌واژگان:** آموزش پزشکی، مطالعات میان‌رشته‌ای، علوم انسانی، ایران

### مقدمه

سلامت و رمز و رازهای آن یکی از محمل‌های مهم توسعه‌ی علوم انسانی مدرن از فلسفه تا جامعه‌شناسی است. گادامر در کتاب رازوارگی سلامت،<sup>۱</sup> سلامت را پدیده‌ای پیچیده تعریف می‌کند که مهم‌ترین رازوارگی آن، همراه‌بودن با آدمی، حین ناآگاهی اوست. تحلیل هرمنوتیکی گادامر درباره‌ی سلامت را باید با تحلیل هرمنوتیکی بدن توضیح داد. بدن در پزشکی مدرن به‌مثابه‌ی شیء است که در مقابل پزشک یا بیمار قرار می‌گیرد؛ این نسبت، نسبت بازتابنده است: یک نوع آگاهی با واسطه‌ی مفاهیم علمی. این تلقی از بدن، نخستین بار در فلسفه‌ی دکارت<sup>۲</sup> پایه‌گذاری شد؛ جایی که شیء ممتد (مانند بدن) به‌عنوان یک جوهر کاملاً

مستقل در مقابل جوهر اندیشنده یا سوژه (مانند پزشک یا حتی خود بیمار) قرار دارد. تباین ذاتی این دو جوهر، امکان شکل‌گیری نسبت بازتابی و باواسطه‌ی انسان (اعم از پزشک و بیمار) با بدن و در نتیجه با سلامتی را به‌وجود آورد. اما در تحلیل هرمنوتیکی گادامر، نسبت انسان با بدن، نسبتی بی‌واسطه است. در این نسبت، بدن به‌صورت امری مستقل از انسان در نظر گرفته نمی‌شود، بدن و انسان یکی است؛ اما بدن فقط شیء مکانی نیست، بلکه امری است که در دیالوگ زبانی درک می‌شود. هرمنوتیک گادامر یک گفتگو است. پزشک و بیمار اگر نتوانند با بدن دیالوگ داشته باشند، نمی‌توانند آن را به‌صورت هرمنوتیکی درک کنند و از آن‌جایی که پزشکی مدرن با بدن و سلامتی نسبت منولوگ (به‌عبارت دیگر، نسبت یک‌طرفه) دارد، قادر به درک دیالوگی از بدن و سلامتی

<sup>۱</sup> The Enigma of Health

<sup>۲</sup> Descartes

به‌طور خاص، جامعه‌شناسی است. از سوی دیگر باید گفت که روی کردهای علوم انسانی نیز نقشی تعیین‌کننده در موضوعات سلامت داشته‌اند. از جامعه‌شناسی و روان‌شناسی گرفته تا اقتصاد و حتی فرهنگ. امروزه گفتمانی در علوم پزشکی مطرح است به نام عوامل اجتماعی موثر بر سلامت یا عوامل اجتماعی سلامت که موضوع بسیاری از مطالعات همه‌گیرشناسی در علوم پزشکی است. به‌طور کلی نظر بر این است که عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بیش از ۷۵ درصد مقوله‌ی سلامت را تعیین می‌کنند [۷]. این قدرت تعیین‌کننده‌ی عوامل اجتماعی - مثل درآمد، سطح تحصیلات، محل زندگی، سواد سلامت و غیره - برای سیاست‌گذاران نظام سلامت بسیار مهم و اساسی است. نکته‌ی مهم‌تر این است که امروزه گفتمان اجتماعی در حوزه‌ی سلامت به لایه‌های عمیق‌تری ورود کرده که زمینه‌های ارزشی و فرهنگ شهروندان را محل تغییر رفتار سلامت می‌داند. به‌عنوان مثال، دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا در سال ۲۰۱۷، بسته‌ای سیاستی با تمرکز بر فرهنگ را برای کشورهای اروپایی تهیه کرد [۸]. در این بسته توجه به مهاجرت، تغذیه و محیط در بستر و متمرکز بر فرهنگ، به‌عنوان راه‌کاری برای ارتقای سیاست‌گذاری سلامت پیش‌نهاد شده است. همچنین نویسندگان بخش فرهنگی لنست در سال ۲۰۱۴ اذعان کردند که بی‌توجهی نظام‌مند به فرهنگ در سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، بزرگترین مانع ارتقای استانداردهای بالا در سطح جهان است [۹].

یکی از موضوعات مهم در علوم انسانی پزشکی<sup>۸</sup>، آموزش علوم انسانی در پزشکی است. این موضوع از این جهت اهمیت دارد که دانشجویان پزشکی تا چه اندازه می‌توانند با مفاهیم و در سطحی بالاتر، با نظریه‌های علوم انسانی در پزشکی آشنا شوند. گرنت به نقل از بنیامین اظهار می‌دارد که پزشکی در طول تاریخ بر دو مهارت تاکید داشته: چاقو و گیاه و اینک نوبت مهارت سوم، یعنی ارتباط است [۱۰]. آنکینسون و هم‌کاران بر این نظرند که شکل‌گیری علوم پزشکی تخصصی‌شده، ریشه در فردگرایی روش‌شناختی دارد و علوم انسانی پزشکی در واقع واکنشی است به این شیوه [۱۱]. به‌علت اهمیت و جایگاه علوم انسانی پزشکی و به‌طور خاص جامعه‌شناسی، اندیشمندان تلاش داشته‌اند مدل‌هایی از چگونگی ورود آن‌ها به حوزه‌ی پزشکی را تعریف کنند. به‌عنوان مثال، کندال و هم‌کاران به این موضوع پرداختند که چگونه موضوعات جامعه‌شناختی را می‌توان به دانش‌جویان پزشکی آموزش داد. مهم‌ترین نکاتی که کندال به آن اشاره کرده عبارتند از: تخیل جامعه‌شناختی نوعی آگاهی روشن از تاثیر موضوعات اجتماعی بر سلامت

نیست. بنابراین، تنها راه خروج از نسبت استیلای پزشکی و بیمار بر بدن و سلامتی، ایجاد نسبت برابر و دیالوگی است. بیش از همه، سلامت پدیده‌ای است که با ماست و ما نسبت به آن آگاهی نداریم. آگاهی نسبت به پدیده‌ای نداریم که از قضا ما را به مفاهیم تاثیرگذاری چون مرگ، زندگی، اضطراب، آزادی، سلامت و رابطه‌ی بدن و روح مرتبط کرده است. از نظر وی، پزشکی، از آن جهت که محدودیت‌های ما را در مواجهه با بیماری و مرگ به ما می‌آموزد، تجربه‌ی هرمنوتیکی اصیلی است و از همین رو مراقبت ما از سلامت خویشتن، تجلی اصیل وجود انسانی است [۱].

البته مطالعات جامعه‌شناسی در سلامت بیش از نیم‌قرن است که فعال است. از روی کرد کارکردگرایی<sup>۳</sup> پارسونز<sup>۴</sup> در کتاب نظام اجتماعی<sup>۵</sup> گرفته تا کتاب‌های فوکو یعنی دیوانگی و تمدن<sup>۶</sup> و پیدایش کلینیک<sup>۷</sup>. پارسونز زمانی که می‌خواهد مدلی از کارکردهای درست و به‌هنگار نظام اجتماعی ارائه کند، بیماری را پیش می‌کشد و مفهوم نقش بیمار را مورد بحث قرار می‌دهد. از منظر وی، بیماری یک ناهنجاری اجتماعی و در تعریفی دقیق‌تر، جرم اجتماعی است که نیازمند اصلاح است و راه حل اصلاح آن نیز پذیرش نقش بیمار از سوی بیمار است [۲، ۳]. فوکو در دیوانگی و تمدن با روی‌کردی انتقادی و با روش‌شناسی خاص خود، به بحث پیرامون ظهور روان‌پزشکی مدرن از قرون ۱۵ تا ۱۸ پرداخته و نسبت خرد مدرن با دیوانگی را موضوع مطالعه قرار داده است [۴]. وی همچنین در پیدایش درمانگاه، نگاهی گفتمانی به ظهور کلینیک مدرن و تغییر در روابط پزشک-بیمار دارد و این که در گفتمان پزشکی مدرن، پزشکی کالبدشکافی تا چه اندازه حق تسلط بر بدن انسان را پیدا می‌کند [۵].

در کنار این موضوع باید اشاره کرد که موضوعات سلامت، به توسعه‌ی روش‌شناسی‌ها در علوم انسانی و به‌طور خاص، روش‌شناسی تحقیقات کیفی انجامیده است. روش گراند تئوری یا نظریه‌ی زمینه‌ای، ابتدا در موضوع مرگ و در یکی از بیمارستان‌های آمریکا توسط دو روش‌شناس مشهور، گلیزر و اشتروس، بنا نهاده شد که در مطالعه‌ای به موضوع آگاهی از مرگ پرداخته بودند [۶]. اهمیت روش‌شناسی این تحقیق تا آن اندازه است که کسی به موضوع مرگ در پژوهش این دو متفکر توجه نداشت، اما مرگ توانست فضایی را برای ظهور روش‌شناسی علوم انسانی بازگشایی کند.

این موضوعات نشان‌دهنده‌ی اهمیت جایگاه علوم سلامت در توسعه‌ی مفاهیم و بنیادهای علوم انسانی مدرن و

<sup>3</sup> Functionalist

<sup>4</sup> Parsons

<sup>5</sup> The Social System

<sup>6</sup> Madness and Civilization

<sup>7</sup> The Birth of Clinic

<sup>8</sup> Medical Humanities

منطقه‌ی ۵ کشوری (شیراز، بندرعباس، بوشهر، یاسوج، فسا و جهرم) تشکیل شد تا دروس و رشته‌های میان‌رشته‌ای را توسعه دهد. تلاش‌های دوساله‌ی گروه فوق تاکنون به تصویب درسی دوواحدی تقلیل یافته که نشان‌دهنده‌ی موفقیت ناچیز در رسیدن به اهداف اصلی، یعنی توسعه‌ی دروس و رشته‌های میان‌رشته‌ای است. براین اساس و با توجه به شکست تاسیس رشته‌ی جامعه‌شناسی سلامت و نیز موفقیت ناچیز در معرفی دروس میان‌رشته‌ای جدید، پرسش اساسی پژوهش این بود: «چه مانعی پیش روی توسعه‌ی علوم انسانی پزشکی است؟».

### روش کار

تحقیق حاضر، مطالعه‌ی کیفی از نوع تحلیل محتواست. محیط مطالعه‌ی حاضر، دانشگاه‌های علوم پزشکی منطقه‌ی ۵ کشور متشکل از دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز، یاسوج، بندرعباس، بوشهر، جهرم و فسا است. جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق، مبتنی بر روش زاویه‌بندی است. تحقیق زاویه‌بندی در مطالعات کیفی به‌منظور دست‌رسی محقق به طیف وسیع‌تری از داده‌ها انجام می‌گیرد [۱۶]. چنین روشی توسط بکر و هم‌کاران در تحقیق ارزشمند پسران سفیدپوش<sup>۹</sup> نیز به‌کارگرفته شده که آن را تکنیکی غیرساختارمند<sup>۱۰</sup> تعریف کرده‌اند؛ این به‌طور مشخص بدین معناست که روش جمع‌آوری اطلاعات، طراحی شده نیست. این روش، به‌جای تمرکز بر پاسخ به پرسش‌های تحقیق، در پی طراحی پرسش‌هایی است که محقق مطرح می‌کند [۱۵]. تحقیق حاضر، نتیجه یک کار عملیاتی تکلیفی است که در دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز را مأمور طراحی دروس میان‌رشته‌ای کرد. در این راستا، دو رشته‌ی جامعه‌شناسی سلامت با مأموریت مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت و نیز پرستاری و معنویت با مأموریت گروه معارف دانشگاه مذکور دنبال شد. به‌منظور طراحی و دفاع از این دو رشته، دو جلسه در وزارت بهداشت و ۱۲ جلسه در کمیته‌ی مرکزی دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزار شد. با وجود مأموریت و تکلیف وزارتی در موضوع توسعه‌ی علوم میان‌رشته‌ای، پس از دو سال تلاش، موضوع توسط وزارتخانه تصویب نشد. لذا مقاله‌ی حاضر، نتیجه‌ی یک پژوهش ثانویه و متاخر به‌منظور بررسی دلایل این امر است. مهم‌ترین مسئله‌ی این تحقیق، چرایی عدم حمایت از علوم انسانی پزشکی در ایران بود. از آن‌جاکه برای پاسخ، گفتگوها و مباحث مربوط به دفاع و تاسیس رشته‌ها نیز می‌باید مورد تحلیل قرار گیرند، می‌توان پژوهش حاضر را تحقیقی اسنادی نیز تلقی

و بیماری فرد است؛ جامعه‌شناسان پزشکی می‌توانند به اساتید آموزش‌دهنده کمک کنند که آموزش بهتری را در تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و تجربه‌های افراد از سلامت و بیماری و مراقبت‌های بهداشتی ارائه دهند؛ داشتن روش خوب آموزش، ارزیابی و پایش نیز مهم می‌باشد؛ این مسیر نیازمند توسعه‌ی انعطاف‌پذیر در سطح بین‌المللی است تا مفاهیم و تجارب به اشتراک گذاشته شده، از پیش‌نهادهای برای یادگیری، تدریس و ارزیابی حمایت شود [۱۲].

به‌لحاظ نظری، آموزش پزشکی یکی از موضوعات مطرح در نظریه‌های جامعه‌شناسی است. به‌موازات فعالیت‌های پارسونز و فوکو، رابرت مرتون به موضوع جامعه‌شناسی پزشکی ورود کرد [۴، ۵، ۱۳، ۱۴]. مرتون در کتاب دانش‌جویان پزشکی تلاش کرد شیوه‌ی جامعه‌پذیری دانش‌جویان پزشکی را شناسایی کند. وی کوشید نشان دهد که چگونه فرایند جامعه‌پذیری دانش‌جویان پزشکی در دانشکده‌های پزشکی از آن‌ها افرادی حرفه‌ای همراه با برخورداری از دانش، ارزش، مهارت و نگرش خاص می‌سازد. از نظر مرتون، دانشکده‌های پزشکی، نهادهای قدرتمندی هستند که مسئولیت این روند اجتماعی شدن را به‌عهده گرفته‌اند. هدف اصلی این دانشکده‌ها، انتقال فرهنگ پزشکی و پیش‌رفت تا بدان جایی است که دانش‌جویان فاقد مهارت، به پزشکانی با هویت حرفه‌ای مشخص تبدیل شوند و هم‌چون یک پزشک رفتار کنند [۱۴]. در کنار رویکرد کارکردگرایانه‌ی مرتون، بکر و هم‌کارانش رویکرد غیرکارکردی و انسان‌شناختی را درپیش گرفتند. تحقیق بکر و هم‌کاران با عنوان پسران سفیدپوش، موضوع جامعه‌پذیری دانش‌جویان پزشکی با نگاه مرتون را زیرسوال برد. از نظر ایشان، دانش‌جویان پزشکی ضمن آن‌که در دانشکده‌های پزشکی درحال فعالیت هستند، خود نیز با خلاقیت می‌کوشند درمقابل نظام حاکم موضع‌گیری کرده و آن را به چالش بکشند. درواقع دیدگاه بکر و هم‌کاران بر خلاقیت دانش‌جویان پزشکی در به‌چالش کشیدن برنامه‌ی درسی مرسوم تمرکز دارد [۱۵].

اگرچه توسعه‌ی علوم انسانی پزشکی هم‌چنان محل بحث و نظر دانشمندان بوده، اما این موضوع در محافل دانشگاهی ایران چندان موردتوجه قرار نگرفته است [۱۰، ۱۱، ۱۵]. یکی از تجربیات در این زمینه، تاسیس رشته‌ی جامعه‌شناسی سلامت در دانشگاه علوم پزشکی شیراز است که به‌عنوان تکلیف وزارتخانه‌ی در سال ۱۳۹۴ به این دانشگاه محول شد. مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، مأمور تاسیس این رشته گردید و پس از دو سال تلاش، با وجود تکلیف وزارتی، وزارتخانه با تصویب این رشته موافقت نکرد. علاوه‌براین، کارگروه مرجعیت میان‌رشته‌ای در این دانشگاه و به‌نماینده‌ی از دانشگاه‌های

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

<sup>9</sup> Boys in White, Students' Culture in Medical School

<sup>10</sup> Unstructured techniques

کیفی هدایت شده<sup>۱۲</sup> تلقی کرد. طبق نظریه‌ی بوردیو، میدان‌های اجتماعی دربرگیرنده‌ی سرمایه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و نمادین هستند و هرچه افراد بیش‌تر از این سرمایه‌ها بهره‌مند گردند، در میدان از قدرت بیش‌تری برخوردار خواهند بود. ازسوی دیگر، طبق نظریه‌ی فوکو، میان دانش و قدرت رابطه‌ای دوسویه وجود دارد؛ به‌صورتی که دانش قدرت می‌آفریند و قدرت نیز مکانیسم‌های بازتولید دانش را فراهم می‌آورد. به‌همین جهت، تحلیل داده‌ها بیش از همه بر استخراج مفاهیم گفتمانی در مباحثات تاسیس رشته متمرکز بود. پرسش‌های پژوهشی که داده‌ها بر اساس آن‌ها تحلیل شد عبارت بودند از:

- مهم‌ترین بحث در گفتگوهای تاسیس رشته‌های میان‌رشته‌ای چیست؟
- چه کسانی، با چه مدارک و سمت‌هایی چه نظراتی دارند؟
- آیا نظرات پزشکان (آن‌ها که تجربه‌ی طبابت و بالین دارند) با سایر افراد (جامعه‌شناس، کارشناس معارف، پرستار، سیاست‌گذار سلامت) متفاوت است؟ اگر بله، چه تفاوت‌هایی در نحوه‌ی بیان یا گفتگوها وجود دارد؟
- در مجموع، موافقان و مخالفان تاسیس این رشته‌ها از چه نوع توجیهاتی بهره می‌گیرند؟ آیا این توجیهات با زمینه و بستر شغلی و دانشگاهی آن‌ها مرتبط است؟ به منظور تحلیل داده‌ها، پژوهشگران تلاش کردند دریابند چه نوع میدان‌هایی در مباحث و گفتگوها یا مشاهدات شکل می‌گیرد؟ سرمایه‌هایی که در میدان‌های مذکور شکل می‌گیرد، چه ماهیتی دارند؟ رابطه‌ی این میدان‌ها با ساختارهای شکل‌گرفته‌ی دانش و قدرت پزشکی چیست؟ آیا در این میدان‌ها، گفتمان‌های مسلط و هژمونیک را نیز می‌توان مشاهده کرده؟ خصیصه‌ی گفتمان‌های مسلط چیست؟ چه نوع گفتمان‌های جدیدی در این میدان‌ها در حال شکل‌گیری هستند؟ آیا این گفتمان‌ها قادر به مقاومت و یا تداوم مقاومت هستند؟ پاسخ به این پرسش‌ها مبتنی بر مشاهدات و نیز مباحث مطرح شده بود. در این راستا، پژوهش محققان را به‌سوی الگوهای از روابط در موضوع علوم انسانی پزشکی هدایت کرد که در قالب نتایج و به‌عنوان مفاهیم محوری (مضمون) ارائه شد.

تحقیق حاضر یک تحلیل ثانویه‌ی کیفی است که روی داده‌های پیگیری‌شده برای اجرای یک طرح تکلیفی انجام شد. از آنجایی که تحقیق حاضر به‌صورت پویا و پس از به‌بن‌بست رسیدن مأموریت فوق انجام گرفت، ضرورتی پیدا شد که داده‌ها مورد تحلیل قرار گیرند. لذا، با توجه به این که پروژه تحقیق پس از انجام کار اجرایی آغاز شد، مشارکت‌کنندگان اطلاعی از موضوع نداشتند.

کرد. در این تحقیق، پرسشی اساسی و مبتنی بر هدف از ابتدا مطرح گردید، اما تعیین روش جمع‌آوری داده‌ها برای دست‌یابی به پاسخ، فرآیندی پویا و وابسته به فرآیند تحقیق بود. پرسش پژوهش اگرچه راهنمای پژوهشگران بود، اما فرآیند آن خلاقانه، پویا و بسته به شرایط و فرآیند تحقیق بود. طبیعی است که پرسش‌های برساخت‌شده در طول فرآیند تحقیق در راستای همان پرسش اساسی بود: «دلایل عدم تحقق علوم انسانی در علوم پزشکی چیست؟». بر این اساس، زمینه و بستر جمع‌آوری داده‌ها در تحقیق حاضر، مشاهدات مشارکتی و مباحث مطرح‌شده در رابطه با تاسیس رشته‌های میان‌رشته‌ای بود.

تجربه‌ی طراحی برنامه‌ی درسی: برای طراحی و نیز دنبال کردن دروس مذکور، جلساتی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز و نیز وزارتخانه برای دفاع از برنامه درسی برگزار شد. ضمن تهیه‌ی گزارش جلسات، محقق کوشید مشاهدات مشارکتی را ثبت نماید.

- مشاهدات مشارکتی<sup>۱۱</sup>: در مشاهدات مشارکتی که در جلسات وزارت علوم (یک جلسه برای دفاع از رشته‌ی پرستاری معنوی) و منطقه‌ی ۵ کشوری (سایر جلسات) انجام شد، محقق تلاش کرد رابطه‌ی میان نوع مباحث، رشته‌ی تخصصی و جایگاه فرد در علوم پزشکی به‌دست آورد.

- مباحث: تعداد ۱۲ جلسه با موضوع توسعه‌ی علوم میان‌رشته‌ای در منطقه‌ی جنوب کشور، با محوریت دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزار شد. در این جلسات، هریک از مسئولین نظراتی در این زمینه داشتند. مشارکت‌کنندگان در تحقیق، مشتکل از محققین (مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت شیراز، مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مرکز تحقیقات آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز) و مسئولین آموزش پزشکی دانشگاه‌های قطب ۵ بودند. مسئولین، معاونین آموزشی یا معتمدین معرفی‌شده‌ی ایشان بودند. جلسات سیاست‌گذاری آموزشی عموماً به‌منظور توسعه‌ی علوم انسانی در علوم پزشکی برگزار و هدف آن بود که مدلی برای این امر به‌دست آید. جلسات در مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، در دو سالن مرکز تحقیقات اخلاق و فلسفه‌ی پزشکی و نیز معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز تشکیل شد. به‌طور میانگین، هر جلسه حدود یک ساعت به‌طول انجامید. گفتگوها توسط مسئول مربوطه در مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت روی کاغذ آورده شد. تحلیل داده‌ها مبتنی بر نظریه‌ی بوردیو و فوکو بود. از آن‌جا که نظریه‌های مذکور راهنمای محققین در تحلیل داده‌ها بود، می‌توان تحقیق حاضر را تحلیل محتوای

<sup>12</sup> Directed qualitative content analysis

<sup>11</sup> Participant observation

### میدان جدای پزشکی

آموزش پزشکی، میدان جدایی از سایر حوزه‌های علمی است. به‌ندرت اساتید سایر حوزه‌ها در این میدان دانش حضور می‌یابند و به تدریس یا اظهار نظر می‌پردازند. دانشکده‌های پزشکی نیز بستری جدا از سایر دانشکده‌ها دارند.

یکی از نکاتی که در طول این جلسات بیش از همه جدایی میدان پزشکی را نشان داد، حضور کم‌رنگ روسای دانشکده‌های پزشکی (تنها دو جلسه) بود. این بدان معنا بود که آنچه در جلسات مرجعیت میان‌رشته‌ای می‌گذرد، برای ایشان اهمیتی ندارد. میدان دانش پزشکی آن‌چنان محکم و مسلط به اوضاع بود که با وجود نداشتن عاملیت در جلسات، خودبه‌خود از سرمایه‌های میدانی خود محافظت می‌کرد (گزارش میدانی از شرکت در جلسات). در میدان دانش پزشکی، اجازه ورود به نظام‌های دانشی چون پرستاری، بهداشت جامعه و ... داده نمی‌شود. بنابراین، مسلم است که ورود دانش از حوزه‌های علوم انسانی نیز میسر نخواهد بود. به‌عنوان مثال، یکی از روان‌شناسان بر این نظر بود که:

بخشی از بیماری‌ها ریشه در ناخودآگاه‌های جمعی نظام اجتماعی دارد که آن نیز برگرفته از اساطیری است که نظام اجتماعی آن‌ها را در طول زمان تولید و بازتولید کرده‌اند. روان‌پزشکی نیازمند آشنایی با این مفاهیم است (یکی از اساتید روان‌شناسی).

اما در عمل، دوره‌ی تعریف‌شده‌ی روان‌پزشکی، توجهی به مفاهیم روان‌شناسی نداشت. در سایر حوزه‌ها نیز پزشکی چنین میدان جدایی را به‌خود اختصاص داده بود. این میدان، محدود و غیرقابل تغییر بود. به‌طور خاص، بسیاری از مدیران آموزشی تاکید بر آن داشتند که از اضافه کردن واحد پرهیز شود و حتی‌الامکان به غنی‌سازی و ارتقای دروس موجود اکتفا گردد.

غنی‌سازی کوریکولوم بسیار مهم است، اما نباید واحدها را افزایش داد و باتوجه‌به محدودیت‌های زمانی، می‌توان بسیاری از آموزش‌ها را به‌صورت credit به دانش‌جویان ارائه داده و یا از امکانات مجازی، استفاده‌ی بهتری نمود (مسئول آموزشی شرکت‌کننده در جلسه؛ مورخ ۱۳۹۶/۴/۱۷).

### اخلاق مقاومت

گفتمان علوم انسانی پزشکی، یک گفتمان حاشیه‌ای با اخلاق مقاومت خاص خود بود. مقصود از حاشیه این بود که در مقایسه با نقش غالب گفتمان پزشکی زیستی، علوم انسانی پزشکی تقریباً جایگاه مشخصی در سیاست‌گذاری‌ها نداشت. از سوی دیگر، باوجود درحاشیه‌بودن، تعدادی از مدیران اجرایی تا اعضای هیات علمی، تلاش می‌کردند این گفتمان را وارد میدان دانشی آموزش پزشکی کنند.

باوجود این، رعایت اصل گمنامی مشارکت‌کنندگان از مهم‌ترین مسائل تحقیق حاضر بود. رعایت کدهای اخلاقی بیانیه‌ی هلسینکی (۲۰۱۳) و انجمن جامعه‌شناسی آمریکا (۲۰۰۱) در این تحقیق مورد توجه قرار گرفت. پیش از انجام تحقیق، پرسش‌های پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت؛ این پرسش‌ها تامین‌کننده‌ی اهداف تحقیق بود. هم‌چنین، پیرامون بستر تحقیق، شیوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها و اخلاق تحقیق نیز وحدت نظر میان محققان حاصل شد.

### یافته‌ها

نتایج تحقیق نشان داد که گفتمان زیست‌پزشکی، مسلط بر میدان دانش در علوم پزشکی است. این سلطه‌ی گفتمان باعث شده که نوعی مرزبندی گفتمانی ایجاد شود و دیگر مرزهای دانش را به رسمیت نشناسد. باوجود این، سایر حوزه‌های دانش نیز نوعی اخلاق مقاومت از خود نشان داده‌اند که البته با نوعی پراکندگی گفتمانی مواجه است. چرا که هر کدام از این حوزه‌های دانش، منافع خاص خود را در رقابت با سایر گفتمان‌ها در میدان دانش علوم پزشکی دنبال می‌کند. مهم‌ترین مضامین حاصل از داده‌ها عبارت بود از: سلطه‌ی گفتمانی، میدان جدای دانش پزشکی، اخلاق مقاومت و پراکندگی گفتمانی.

### سلطه‌ی گفتمانی

آموزش میان‌رشته‌ای در علوم پزشکی، تحت تاثیر گفتمان زیست‌پزشکی موجود در آموزش پزشکی است. این گفتمان به‌شکل مسلط، در قالب چارچوب‌های ابتدایی ورود پزشکی مدرن به ایران و متمرکز بر پزشکی زیستی و بیمارستان، فعال می‌باشد. این گفتمان، سایر گفتمان‌های دانش - از جمله علوم انسانی پزشکی - را به رسمیت نمی‌شناسد و اجازه ورود آن‌ها به حوزه‌ی آموزش پزشکی را نمی‌دهد. فرایند آموزش، موجود تک‌ساختی است و پدیده‌های سلامت را عموماً از بعد زیستی تبیین می‌کند. این در حالی است که پدیده‌های سلامت بسیار پیچیده هستند. امروزه بسیاری از مسائل سلامت تحت تاثیر عوامل اجتماعی قرار دارند که در آموزش پزشکی تدریس نمی‌شوند. سلطه‌ی گفتمانی پزشکی نه تنها مانع ورود علوم انسانی پزشکی شده، بلکه از ورود سایر علوم که در وزارت بهداشت تدریس می‌شوند نیز جلوگیری کرده است. برای مثال، یکی از مشارکت‌کنندگان معتقد بود که:

«هژمونی، رشته‌ی پزشکی بسیار قوی است و این پرسش پیش می‌آید که «آیا این رشته می‌تواند معادلات قدرت را در رشته‌ی پزشکی معتدل نماید؟» (یکی از مشارکت‌کنندگان جلسه‌ی مرجعیت میان‌رشته‌ای؛ مورخ ۱۳۹۶/۹/۲۷).

راه‌اندازی شود، دوره‌ی MPH سلامت بین‌الملل بود که پس از جلسات متعدد، نهایتاً تشکیل نشد. معاون آموزشی یکی از دانشگاه‌ها بر برنامه‌ی استراتژیک دانشگاه متبوع خود در پیگیری چهار رشته‌ی میان‌رشته‌ای تأکید داشت: «دانشگاه ما چهار رشته‌ی سیاست‌گذاری سلامت، بیوتکنولوژی، حقوق در پرستاری و تکنولوژی اطلاعات پزشکی را در برنامه خود قرار داده که البته بیش‌تر براساس نیازسنجی از افراد متخصص پیش‌نهاد شده، اما بهتر است این نیازسنجی براساس نیازهای واقعی جامعه‌ی هدف صورت پذیرد» (مشارکت‌کننده‌ی جلسه مرجعیت؛ مورخ ۹۶/۱۲/۹).

لذا می‌توان گفت اگرچه گفتمان حاشیه‌ای - یعنی علوم انسانی پزشکی - از اخلاق مقاومت برخوردار است، اما این گفتمان با پراکندگی در نظر و عمل مواجه است. از آنجایی که شرکت‌کنندگان در جلسات از حوزه‌های علمی مختلف بودند، هریک باتوجه به تخصص خود، بر همان روی‌کردی که در آن تخصص داشتند، تأکید کردند. این امر باعث شد فهم روشنی از چگونگی تحقق علوم انسانی پزشکی به‌دست نیاید. طیف وسیعی از روی‌کردها از رشته‌ی الهیات گرفته تا مدیریت، جامعه‌شناسی، انسان‌شناسی و حتی روابط بین‌الملل در مباحث مطرح شد. پرسش اساسی در این پراکندگی این بود که «در صورت شکل‌گیری علوم انسانی پزشکی، کدام یک از حوزه‌ها در اولویت است؟» که البته پاسخ روشنی نیز به آن داده نشد. یکی از نکات جالب در جلسات، پیش‌نهاد تأسیس جامعه‌شناسی روستایی توسط یکی از مشارکت‌کنندگان بود.

«در گذشته درس جامعه‌شناسی روستایی در علوم پایه وجود داشت و دانش‌جویان در روستاها کار عملی می‌کردند و نیاز است که این واحد احیا شود. پیش‌نهاد می‌شود یک تا دو واحد به آن اختصاص یابد و کار عملی برای آن تعریف گردد» (مشارکت‌کننده‌ی جلسه‌ی پنجم مرجعیت؛ مورخ ۹۶/۱۲/۹).

### بحث

هدف تحقیق حاضر، شناسایی موانع پیش روی توسعه‌ی علوم انسانی پزشکی بود. نتایج تحقیق نشان داد که گفتمان مسلط آموزش پزشکی در ایران، مسلط بر میدان آموزش پزشکی است. این میدان، دربرگیرنده‌ی سرمایه‌های نمادین، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی است که در اختیار پزشکان قرار داشته، آن را مبتنی بر دانش پزشکی زیستی مدیریت می‌کنند. گفتمان مذکور مضاف بر تسلط بر میدان، هژمونیک و غیریت‌ساز است و بخش اعظم میدان را از آن خود کرده است. باوجود تسلط گفتمان پزشکی زیستی بر میدان، سایر گفتمان‌ها نیز در حال شکل‌گیری هستند و نوعی اخلاق مقاومت را از

لذا، اگرچه مشارکت‌کنندگان از مفهومی به‌نام مقاومت یا اخلاق مقاومت سخن به میان نمی‌آوردند، اما مشاهدات میدانی محققان در این مدت نشان داد که نوعی اخلاق مقاومت در سایر دانش‌ها در حال شکل‌گیری است. مقصود از اخلاق مقاومت، تلاش حوزه‌های دانشی متفاوت - از جمله علوم انسانی - برای به‌رسمیت‌شناساندن خود در میدان آموزش پزشکی است. مهم‌ترین موضوع در این زمینه، پذیرش توسعه‌ی علوم میان‌رشته‌ای از سوی وزارت‌خانه بود.

یکی از ماموریت‌های منطقه‌ی ۵ کشور در برنامه‌ی تحول آموزش، مرجعیت میان‌رشته‌ای تعریف شده و تشکیل رشته‌ی جدید از طریق شورای گسترش باید مورد بررسی عمیق قرار گیرد (یکی از مسئولین مرجعیت، جلسه‌ی مورخ ۹۶/۱/۳۰).

این که وزارت‌خانه، منطقه‌ی ۵ را مامور تأسیس درس میان‌رشته‌ای کرده بود، نشان‌دهنده‌ی موفقیت نوعی اخلاق مقاومت در میدان دانش پزشکی است. تلاش‌ها به‌گونه‌ای بود که به‌نظر می‌رسید اخلاق مقاومت تا حدی نتیجه‌ی خود را حداقل در کوتاه‌مدت گرفته باشد. به‌طور کلی، با نگاهی کلی به جلسات، در مقایسه با یک دهه‌ی قبل، شکل‌گیری گفتمانی جدید در میدان دانش پزشکی مشهود بود.

«شکل‌گیری این جلسات در نوع خود نشان‌دهنده‌ی شکل‌گیری و اثربخشی اخلاق مقاومت است. علاوه‌براین، می‌توان گفت که در مقایسه با یک دهه‌ی قبل، امروزه کارگاه‌های مختلفی در دانشگاه‌های علوم پزشکی در مورد معنویت و سلامت، جامعه‌شناسی و سلامت و نیز کنگره‌های مرتبط برگزار می‌گردد. همچنین، یکی از ماموریت‌های معاونت آموزشی وزارت بهداشت، تأسیس رشته‌های میان‌رشته‌ای جامعه‌شناسی پزشکی، انسان‌شناسی پزشکی و ... در منطقه‌ی ۵ آموزش پزشکی است. این امور نشان‌دهنده‌ی به‌قدرت‌نشستن اخلاق مقاومت در سایر حوزه‌های دانش، از جمله علوم انسانی پزشکی است» (گزارش میدانی از شرکت در جلسات).

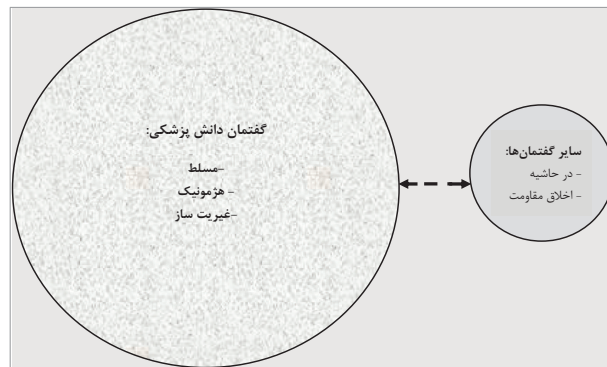
### پراکندگی گفتمانی

درحالی که گفتمان پزشکی زیستی، متمرکز بر میدان آموزش پزشکی بود، گفتمان علوم انسانی پزشکی، گفتمانی پراکنده متشکل از نظرهای مختلف بود و به‌همین جهت، باوجود این که بیش از سه سال از برگزاری این جلسات می‌گذشت، در عمل کاری از پیش‌برده نشد. تکثر دیدگاه‌ها، نبود چشم‌اندازی روشن برای تأسیس رشته و مقاومت کلی وزارت‌خانه در تأسیس رشته، از مهم‌ترین دلایل ضعف در پیش‌برد کار بود. به‌عنوان مثال، یکی از رشته‌هایی که در ابتدا مقرر شد به‌صورت مجازی

می‌رسد برگزاری چندین کنگره با موضوعات اجتماعی سلامت، شکل‌گیری ده‌ها مورد مراکز تحقیقاتی عوامل اجتماعی موثر سلامت در بدنه‌ی وزارت بهداشت و ایجاد بخشی به‌نام فلسفه‌ی پزشکی در رقابت‌های المپیادی علوم پزشکی، نشان‌دهنده‌ی تلاش گفتمان علوم انسانی پزشکی برای ماندن در میدان دانش علوم پزشکی است. البته این دیدگاه، نیازمند واکاوی و تحقیق بیشتر است. به‌لحاظ نظری می‌توان گفت که نظام‌های دانش در تلاش برای ورود به میدان دانش علوم پزشکی هستند. مطابق نظر فوکو، نظام گفتمانی دانش و قدرت، یک‌دیگر را بازتولید می‌کنند. قدرت، دانش مرتبط با خود را تولید می‌کند و دانش مذکور، ابزاری گفتمانی است که در اختیار قدرت قرار می‌گیرد (۲). براین‌اساس می‌توان گفت که قدرت در میدان پزشکی، مبتنی بر دانش پزشکی زیستی است. از آن‌جایی که این دانش می‌تواند دست‌آوردهای زیادی داشته باشد، مشروعیت خود را از همین طریق تداوم می‌بخشد. به‌عنوان مثال، امروزه درمان بخش اعظمی از بیماری‌ها مبتنی بر رویکردهای پزشکی زیستی است. لذا، این امر به‌طور پنهان به بازتولید قدرت این نوع گفتمان می‌انجامد و به تبع آن نیز گفتمان مذکور، دانش خود را توسعه می‌دهد.

از سوی دیگر، مطابق نظریه‌ی میدان بوردیو، می‌توان گفت که پزشکان بخش اعظمی از سرمایه‌های میدان را به خود اختصاص داده‌اند؛ سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و نمادین. در چنین میدانی، طبیعی است که سایر گفتمان‌های دانش نتوانند عرض‌اندام کنند. بروسنان و ترنر در پژوهش خود چنین نتیجه گرفتند که میدان دانش پزشکی، میدانی رقابتی است که منازعه‌های پنهانی میان متخصصین پزشکی، دولت، عامه‌ی مردم، دانشکده‌های پزشکی، دانش‌جویان پزشکی و سایر رشته‌های مختلف دانشگاهی در آن شکل می‌گیرد و البته ایشان نشان دادند که برنامه‌ی درسی آموزش پزشکی، تعیین‌کننده‌ی این منازعه است (۱۷، ۱۸). لمپ نیز در تحقیق خود نشان داد که تمرین کنترل و قدرت در حوزه آموزش پزشکی در رابطه با سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی انجام می‌شود (۱۹). هم‌چنین هافرتی نشان داد که استانداردهای تجارب پزشکی، نوعی تغییر در تفکر دانشجویان پزشکی و ارزش‌های آن‌ها به‌وجود آورده است (۲۰). به‌طور کلی می‌توان گفت که میدان آموزش پزشکی در تحقیق حاضر، میدانی است که در آن پزشکان نه‌تنها سایر رشته‌ها و به‌طورخاص علوم انسانی پزشکی را به‌حاشیه برده‌اند، بلکه سرمایه‌های پزشکان در چالش با موضوعات مختلف اجتماعی، مثل دولت و حوزه‌ی عمومی است. می‌توان در شکل شدت‌یافته‌ی آن چنین گفت که سایر رشته‌ها و به‌طورخاص علوم

خود نشان می‌دهند. این گفتمان‌ها البته دچار نوعی پراکندگی نیز می‌باشند و یکی از دلیل تحقق نیافتن اهداف آن‌ها، همان پراکندگی‌شان است. باوجوداین، به‌نظر می‌رسد فضای مناسبی برای فشارآوردن همین گفتمان‌های حاشیه‌ای بر متن -یعنی گفتمان پزشکی زیستی- به‌وجود آمده است (شکل ۱).



مدل نظری: میدان دانش در آموزش پزشکی

همان‌طور که شکل ۱ نشان می‌دهد، گفتمان دانش پزشکی، مسلط بر میدان دانش آموزش در علوم پزشکی است. این گفتمان، خصیصه‌ی مسلط، هژمونیک و غیریت‌ساز دارد؛ به‌طوری‌که سایر شاخه‌های دانش، ازجمله علوم انسانی را در میدان آموزش پزشکی به‌رسمیت نمی‌شناسد. گفتمان دانش پزشکی مبتنی بر پزشکی زیستی است که علت و درمان بیماری‌ها را در درمان‌های طبی و عموماً بیمارستان جستجو می‌کند. این امر باعث به‌حاشیه‌رفتن سایر گفتمان‌ها شده است. برای مثال، یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که در این زمینه توسط مشارکت‌کنندگان به بحث گذارده شد، موضوع رابطه‌ی پزشک-بیمار در بالین بود. بیش‌تر مشارکت‌کنندگان بر این نظر بودند که به‌طور مثال، آموزش پزشکی از مهم‌ترین موضوع -یعنی مهارت‌های ارتباطی میان پزشک و بیمار- غفلت کرده است. لذا، بسیاری از دانش‌جویان پزشکی مهارت لازم برای ارتباط با بیمار را ندارند. از آن‌جایی که دانش پزشکی بر همان مدل‌های زیستی تمرکز دارد، نقش و جایگاه مهارت‌های ارتباطی به‌حاشیه رفته است. پزشکی زیستی از یک سو سایر گفتمان‌های دانش در علوم پزشکی، مثل اقتصاد سلامت، مدیریت بیمارستانی و از سوی دیگر، گفتمان‌های علوم انسانی پزشکی، مثل فلسفه‌ی اخلاق، جامعه‌شناسی پزشکی و انسان‌شناسی سلامت را به‌حاشیه برده است. باوجود آن که امیدی در وضعیت فعلی به توسعه‌ی آموزش میان‌رشته‌ای در قالب نظام فعلی آموزش پزشکی نیست، اما موضوعات جدیدی به‌وجود آمده‌اند که نشان می‌دهد سایر گفتمان‌های دانشی نیز تلاش دارند خود را در کنار گفتمان غالب به رسمیت بشناسند. به‌نظر

انسانی نیز به شکل مشابه باید به علوم پزشکی بپردازد. گفتمان نوظهور، به شکل دیالکتیکی حوزه‌های دانش و عمل اجتماعی مرتبط با علوم انسانی پزشکی را ارتقا می‌بخشد.

### کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

- باتوجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود نظام سلامت به دیگر گفتمان‌های دانشی - از جمله علوم انسانی - توجه کند. باتوجه به نقش ۷۵ درصدی مسائل اجتماعی در سلامت و بیماری جامعه، میدان‌های دانش و سیاست سلامت، توجه و سهمی متناسب به مسائل اجتماعی بدهند. توزیع منابع نیز متناسب با عوامل اجتماعی انجام شود.

- سیاست‌گذاری‌ها در نظام سلامت به گونه‌ای پیش‌رود که میدان‌های قدرت پزشکی زیستی، خصیصه‌ی سلطه و غیریت‌سازی را تقلیل دهند.

- پیشنهاد می‌شود گفتمان‌سازی علمی و اجتماعی از جهت اهمیت مسائل اجتماعی در سلامت و بیماری جامعه انجام گیرد.

- پیشنهاد می‌شود نوعی بستر گفتگوی تعاملی میان میدان پزشکی زیستی و سایر میدان‌های دانش در حوزه‌های عمومی جامعه شکل گیرد.

### محدودیت‌های پژوهش

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای ازپیش‌تعریف‌شده در موضوع موانع علوم انسانی پزشکی در ایران بوده، بلکه مطالعه‌ای مبتنی بر تحلیل مشاهدات مشارکتی و تحلیل گفتگوهای توسعه‌ی این علوم در منطقه‌ی ۵ کشوری است. انجام مطالعه بر اساس دیدگاه‌ها و نظرات مدیران اجرایی و آموزشی وزارت بهداشت و نیز دانشگاه‌های علوم پزشکی در این موضوع پیشنهاد می‌شود. اگرچه مقاله‌ی حاضر متمرکز بر چالش‌های میدان سلامت است، اما به نظر می‌رسد که حوزه علوم انسانی نیز به‌طور جدی به میدان سلامت ورود نکرده که این دلایل خاص خود را دارد. انجام مطالعه‌ی کیفی در رابطه با نگرش محققان و اساتید علوم انسانی نسبت به علوم پزشکی پیشنهاد می‌شود.

انسانی پزشکی، متأثر از خشونت نمادین دانش پزشکی زیستی است. مثال بارز آن، موضوع شغل است. در رابطه با توسعه‌ی دانش میان‌رشته‌ای، یکی از مباحثی که در جلسات به شدت روی آن تاکید شد، امر ناصواب راه‌اندازی رشته‌های مقطع دکتری، بدون در نظر گرفتن جایابی شغلی فارغ‌التحصیلان بود؛ لذا نتایج عموم جلسات به سمت‌وسوی عدم راه‌اندازی این رشته هدایت شد. این در حالی است که علی‌رغم حضور فارغ‌التحصیلان پزشکی عمومی فاقد شغل در جامعه، دانشکده‌های پزشکی هم‌چنان در حال تربیت پزشک عمومی‌اند. پرسش این‌جاست که «چگونه است که برای فارغ‌التحصیلی چنده دانش‌جو در مقطع دکتری علوم انسانی پزشکی مشکل به وجود می‌آید، اما فارغ‌التحصیلی صدها دانش‌جوی پزشکی عاری از مشکل است؟». این موضوع ریشه در همان سرمایه‌هایی است که پزشکی به‌طور کلی و دانشکده‌های پزشکی به‌طور خاص دارند. در رابطه با گفتمان‌های حاشیه‌ای - از جمله علوم انسانی پزشکی - می‌توان گفت که این رویکرد در حال توسعه‌ی گفتمانی است که از مجراهایی چون برگزاری کنگره‌های میان‌رشته‌ای، برگزاری کارگاه‌های میان‌رشته‌ای، ایجاد بخشی تحت عنوان فلسفه‌ی پزشکی در المپیادهای علوم پزشکی و نیز تعریف واحدهای درسی - هر چند محدود - در دانشکده‌های علوم پزشکی در حال به قدرت‌رساندن خود است. با وجود این، آموزش علوم انسانی در علوم پزشکی یک ضرورت جدی است که نیازمند سیاست‌گذاری مرتبط در سطح کلان وزارت بهداشت می‌باشد [۲۲، ۲۳].

### نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر در پی واکاوی موانع علوم انسانی پزشکی در میدان دانش علوم پزشکی در ایران است. نتیجه‌ی تحقیق حاضر نشان داد که گفتمان پزشکی زیستی که در سلطه‌ی پزشکان است، سطوح آموزشی و سیاست‌گذاری آموزش پزشکی را تحت نظارت و کنترل دارد. از این جهت، میدان آموزش پزشکی به قدرت فرصت را برای ورود سایر نظام‌های دانشی فراهم می‌کند. با وجود چنین شرایطی، گفتمان موضوعات اجتماعی سلامت نیز در حال تکامل است. چراکه آموزش پزشکی در ایران ناگزیر از پرداختن به موضوعات میان‌رشته‌ای است؛ هم‌چنان که علوم

## References

- 1- Gadamer, HG. The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age. (Translation). Tajik N. Tehran, PegaheNo Pub; 2016: 25-40. (In Persian)
- 2- Sadati, A. K., Tabei, S. Z., Ebrahimzade, N., Zohri, M., Argasi, H., & Lankarani, K. B. The paradigm model of distorted doctor-patient relationship in Southern Iran: a grounded

theory study. Journal of medical ethics and history of medicine, 2016;9 (2): 1-11.

- 3- Sadati, Ahmad Kalateh. "Money based reform and distorted doctor-patient interaction: A critique of the recent health sector evolution plan in Iran. Iranian journal of public health, 2017;46(4): 583.

- 4- Foucault M. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason. (Translation)*. Valiani F. Teheran: Hermes; 2003: 2-5. (In Persian).
- 5- Foucault M. *The Birth of Clinic*. Tehran: Naghsh and Negar Pub; 2005: 2-25. (In Persian.)
- 6- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. *Awareness of Dying*. USA: Routledge; 2003: 3.
- 7- Spezza . C. *Social Determinants of Health; a Common Language for Collaborating Across Sectors*. [Cited 2019 May 21]. Available from:
- 8- <http://www.cars-rp.org/wp-content/uploads/2015/11/Prevention-Tactics-Vol9-No13-2015.pdf>
- 9- Napier, D., Depledge, M. H., Knipper, M., Lovell, R., Ponarin, E., Sanabria, E., et al. *Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making*. [Cited 2018 Jan 1]. Available from:
- 10- <https://ore.exeter.ac.uk/repository/bitstream/handle/10871/31607/culture-matters.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 11- Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H et al. *Culture and health*. *Lancet* 2014;384:1607-39.
- 12- Grant, V. J. *Making room for medical humanities*. *Medical humanities*, 2002;28(1), 45-48.
- 13- Atkinson, S., Evans, B., Woods, A., & Kearns, R. 'The medical' and 'health' in a critical medical humanities. *Journal of Medical Humanities*, 2015;36(1), 71-81.
- 14- Kendall K, Collett T, de Iongh A, Forrest S, Kelly M. *Teaching sociology to undergraduate medical students*, *Medical Teacher*, 2018; 40(12):1201-7.
- 15- Parsons, T. *The social system*. 1951: Psychology Press: 193-200.
- 16- Merton RK, Reader G, Kendall PL. *The Student Physician: Introductory studies in the sociology of medical education*. USA: Harvard University Press; 1957.
- 17- Becker HF, Geer B, Hughes EC, Stauss AL. *Boys in white*. *Academic Medicine*. 1962; 37(4):406.
- 18- Denain, NK; Lincoln, YS. (ed.). *The Sage handbook of qualitative research*. New York: Sage; 2018: 777-792.
- 19- Vonnegut, M. *Foreword: Too Long Too Short*. In: Vonnegut M, Frank AW, Flood DH, Soricelli RL, Keränen L, Sappol M, & Iezzoni LI eds. *Health humanities reader*. USA: Rutgers University Press; 2014: 14-17.
- 20- Brosnan C. *Pierre Bourdieu and the theory of medical education: Thinking 'Relationally' about medical students and medical curricula*. In *Handbook of the sociology of medical education*. Brosnan, C., and Turner, B. S. (Eds.). London: Routledge; 2009: 51-68.
- 21- Brosnan C, Turner BS. *Introduction: The struggle over medical knowledge*. *Handbook of the sociology of medical education*: Routledge; 2009: 1-12.
- 22- Hafferty FW. *Reconfiguring the sociology of medical education: emerging topics and pressing issues*. *Handbook of medical sociology*. 2000;5:238-56
- 23- Lempp H. *Medical-school culture*. *Handbook of the sociology of medical education*: Routledge; 2009: 85-102.
- 24- Kalateh Sadati A, Bagheri Lankarani K, Heydari ST. *Ritualism in Medical Education; a grounded theory study based on view and experience of medical students in 5th region of the country*. *J Med Edu Dev*; 2019; 13 (4): page 269-283.
- 25- Kalateh Sadati A, Bagheri Lankarani K. *Sociology in Medicine; introducing a model in medical education*. *Journal of Medical Education and Development*. 2019; 14 (1): 66-69.

## Medical Humanities; Study on the Challenges of Interdisciplinary Training in Medical Sciences in Iran

Ahmad Kalateh Sadati <sup>1</sup>, Kamran Bagheri Lankarani <sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Ph.D., Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran

<sup>2</sup>Distinguished Professor of Internal Medicine, Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

### Abstract

**Introduction:** Medicine and related subjects are fundamental pillars of the development of modern humanities, as humanities have been able to provide a good basis for explaining health issues. The goal of this study was to explore the challenges facing medical humanities in Iran.

**Methods:** This exploratory research aimed to assess the challenges facing the development of medical humanities in Iran. This qualitative research used a triangulation method for data collection. The participants' observations in one session for making disciplines in the Ministry of Health and 12 interdisciplinary science development discussions in the Southern Medical Education Region comprised the data of the present study. Based on Bourdieu and Foucault's theories, data were analyzed using the directed qualitative content analysis method.

**Results:** The study showed that the field of medical education is heavily dominated by the knowledge and power of biomedical discourse. This dominant, hegemonic, and non-homogeneous discourse takes the bulk of the field so that it does not communicate with other fields of knowledge. Nevertheless, marginal discourses also pursue a kind of resilience ethos and this resistance ethics has managed to fulfill part of its goals in the short term. The formation of medical humanities in the field of medical education depends on the resilience continuity of resistance morality in academic discourses.

**Conclusion:** The development of medical human medicine is one of the requirements of medical education in Iran, which is proposed to be pursued at the policy and intellectual levels.

**Keywords:** Medical Education; Interdisciplinary Studies; Medical Humanities; Iran

---

#### Please cite this article as follows:

Kalateh Sadati, A, Bagheri Lankarani K. Medical humanities; Study on the Challenges of Interdisciplinary Training in Medical Sciences in Iran. *Hakim Health Sys Res.* 2019; 22(4): 298-307.

---

\*Corresponding Author: Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Building No. 2, Eighth Floor, School of Medicine, Zand Ave., Postal Code: 71348-45794, Shiraz, Iran. Tel/Fax: +98-7132309615, Email: lanakaran@sums.ac.ir