



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

Strategic Research on Social Problems

E-ISSN: 3041-8623

Vol. 15(3), 1-28

Received: 16.08.2025 Accepted: 09.12.2025

Research Paper

Contexts of Violence against Physicians in the Health System: A Grounded Theory Study in Ahvaz Medical Centers

Ziba Damadam

Ph.D. student of Economic and Development Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran
damadam866@yahoo.com

Hossein Afrasiabi* 

Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran
hafraasiabi@yazd.ac.ir

Introduction

Violence against medical staff is a persistent and multifaceted challenge in contemporary healthcare systems. Its origins extend beyond individual behavior, rooted in broader social, cultural, and organizational structures. This phenomenon manifests in forms ranging from verbal aggression to physical assault with significant adverse consequences: it degrades the quality of medical services and patient satisfaction while severely impacting the psychological well-being and job motivation of healthcare workers. From a sociological perspective, violence in healthcare settings constitutes a social fact. It emerges from structural tensions, unequal power dynamics, unmet expectations, and the growing complexity of interactions between medical staff and patients or their companions. In recent years, this issue has intensified, gaining greater visibility through the rise of anti-physicianism—a social attitude marked by distrust, hostility, and a decline in the traditional symbolic respect afforded to medical professionals. Such attitudes contribute to escalating conflicts in clinical environments, complicating communication, decision-making, and the daily functioning of treatment teams. These outcomes ultimately weaken institutional performance and undermine public trust in the healthcare system. The primary goal of this research was to explore how medical staff perceive, interpret, and experience violence within hospitals and medical centers. By uncovering the underlying social dynamics, meanings, and behavioral patterns that shape such incidents, this study aimed to provide insights that can inform effective policy-making, targeted training programs, and significant organizational reforms.

Materials & Methods

This study adopted a qualitative research design, utilizing a grounded theory approach to investigate the dynamics of violence and anti-physicianism within medical centers in Ahvaz. Data were collected through semi-structured interviews with 30 medical staff members from hospitals affiliated with Ahvaz University of Medical Sciences. Participants were selected via purposive sampling and interviews continued until theoretical saturation was achieved. The data analysis followed the systematic stages of grounded theory: open, axial, and selective coding. This analytical process revealed that violence against medical staff

stemmed from the complex interplay of structural, cultural, and professional factors. These factors were conceptualized into 11 core categories: 1) normalization of violence; 2) eroding bureaucracy; 3) lack of resilience and empathy; 4) discursive contradiction; 5) transition from patriarchal to patient-centered medicine; 6) the absent doctor; 7) negative media representation; 8) medical distancing; 9) the distrust gap; 10) burnout; 11) the dilemma of leaving the profession or migrating. Together, these categories constituted the principal domains, through which the vicious cycle of anti-physicianism was reproduced.

*Corresponding author

Damadam, Z., & Afrasiabi, H. (2026). Contexts of violence against physicians in the health system: A grounded theory study in Ahvaz Medical Centers. *Strategic Research on Social Problems*, 15(3), 1-28. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.146253.2143>

3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.146253.2143>

Discussion of Results & Conclusion

The interview findings demonstrated that violence against healthcare workers transcended individual or psychological explanations; it was fundamentally a manifestation of broader structural inequalities and institutional crises. This violence was sustained by an institutionalized culture embedded within wider societal norms and by dominant assumptions that normalized and justified aggression. Moreover, it was rooted in the specific social fabric of cultural regions, reflecting deep-seated systemic failures within both the healthcare system and society at large (Pavlova & Geretto, 2018). Effectively addressing this phenomenon necessitated comprehensive reforms in health policy. Key interventions included:

- Strengthening institutional and financial support for healthcare workers
- Promoting a positive and accurate public representation of their social status
- Criminalizing violence and developing effective legal deterrents
- Transitioning toward participatory, community-oriented models of doctor-patient interaction

Implementing such strategies can cultivate social resilience and empathy, laying a foundation for reducing violence in clinical settings. Ultimately, violence against medical personnel is not merely an organizational or systemic dysfunction; it constitutes a profound semantic and symbolic crisis within the healthcare relationship. Responding to this complexity demands an integrated theoretical approach. This should incorporate Weber's focus on the ethical intentions guiding actors; Derrida's insights into the discursive hierarchies of modern medicine; Giddens's structuration theory to understand how agents reproduce and transform systemic structures; and Parsonian principles to restore the normative balance in the doctor-patient role-set. Together, these perspectives illuminate the multilayered nature of violence in healthcare and can inform the design of significant, context-sensitive interventions.

Keywords: Medical Staff Violence, Anti-Physicianism, Doctor-Patient Relationships, Hospital Violence, Grounded Theory.




پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی
سال پانزدهم، شماره پیاپی (۵۴)، شماره سوم، ۱۴۰۵، ص ۱-۲۸
تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۸

مقاله پژوهشی

زمینه‌های خشونت علیه پزشکان در نظام سلامت: مطالعه‌ای داده‌بنیاد در مراکز درمانی اهواز

زیبا دمامد، دانشجوی دکتری گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

damadam866@yahoo.com

حسین افراسیابی* ، استاد گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

hafraziabi@yazd.ac.ir

چکیده

خشونت علیه کادر درمان یکی از چالش‌های نظام سلامت است که ریشه در ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و سازمانی دارد. این پدیده بر کیفیت خدمات درمانی، رضایت بیماران و سلامت روانی کارکنان تأثیر منفی می‌گذارد. پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و براساس روش داده‌بنیاد، با هدف فهم خشونت و پزشک‌ستیزی در مراکز درمانی شهر اهواز انجام شد. مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. در مجموع ۳۰ مصاحبه با کادر درمان بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اهواز انجام و در سه مرحله کدگذاری (باز، محوری و گزینشی) تحلیل شده یافته‌ها نشان داد که خشونت علیه کادر درمان حاصل برهم‌کنش مجموعه‌ای از عوامل ساختاری، فرهنگی و حرفه‌ای است که در قالب ۱۱ مقوله اصلی شناسایی شد: عادی‌پنداری خشونت، بوروکراسی فرساینده، ضعف تاب‌آوری و همدلی، تناقض گفتمانی، گذار از پزشکی پدرسالارانه به بیمارمحور، پزشک غایب، بازنمایی رسانه‌ای منفی، فاصله‌گذاری پزشکی، شکاف بی‌اعتمادی، فرسودگی شغلی و دوراهی ترک شغل/مهاجرت. این مقوله‌ها به‌عنوان مهم‌ترین زمینه‌های شکل‌گیری و بازتولید چرخه معیوب پزشک‌ستیزی شناسایی شده براساس نتایج، مقابله با این پدیده نیازمند اصلاحات بنیادین در سیاست‌گذاری سلامت، حمایت نهادی و مالی از کادر درمان، بازنمایی مثبت جایگاه اجتماعی آنان، جرم‌انگاری و تدوین قوانین بازدارنده در قبال خشونت، و گذار به الگوهای مشارکتی و جامعه‌محور در روابط پزشک - بیمار است. اتخاذ این اقدامات می‌تواند تاب‌آوری و همدلی اجتماعی را ارتقا دهد و زمینه کاهش خشونت در محیط‌های درمانی را فراهم کند.

واژه‌های کلیدی: خشونت، پزشک‌ستیزی، روابط پزشک - بیمار، روش داده‌بنیاد، اهواز.

*نویسنده مسئول

دمامد، زیبا و افراسیابی، حسین. (۱۴۰۵). زمینه‌های خشونت علیه پزشکان در نظام سلامت: مطالعه‌ای داده‌بنیاد در مراکز درمانی اهواز، پژوهش‌های راهبردی

مسائل اجتماعی. ۱۵(۳)، ۱-۲۸. <https://doi.org/10.22108/srsp.2025.146253.2143>



3041-8623/ © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/srsp.2025.146253.2143>

مقدمه و بیان مسئله

خشونت علیه کادر درمان یکی از چالش‌های نظام سلامت است که ریشه در ساختارهای اجتماعی، فرهنگی و سازمانی دارد. این پدیده بر کیفیت خدمات درمانی، رضایت بیماران و سلامت روانی کارکنان تأثیر منفی می‌گذارد. براساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی^۱، خشونت علیه پزشکان مشکلی روبه‌رشد در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته است (Kasai et al., 2018). کارکنان مراقبت‌های بهداشتی ۷۳ درصد از کل صدمات و بیماری‌های غیرکشنده محل کار ناشی از خشونت در سال ۲۰۱۸ را تشکیل می‌دهند (Chappell & Martino, 2006). براساس همین داده‌ها ۶ تا ۳۸ درصد از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در سراسر جهان ممکن است حداقل یک بار در طول زندگی شغلی خود از خشونت رنج برده باشند (Kuhlmann et al., 2023). یعنی به طور متوسط ۳ نفر از هر ۵ نفر کادر درمان شاغل در مراکز درمانی در جهان (Liu et al., 2019). همچنین گزارش شده است که منطقه خاورمیانه (منطقه شامات) با شیوع ۶۱.۳ درصد، در مقایسه با ۳۸.۳ درصد در اروپا، دارای بیشترین میزان خشونت در برخورد با کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در سراسر جهان است (El-Gilany et al., 2010). مؤسسه ملی ایمنی و بهداشت شغلی^۲ خشونت شغلی را به‌عنوان «هر عمل خشونت‌آمیز، از جمله حمله فیزیکی یا تهدید به حمله مستقیم به افراد در محل کار تعریف کرده است». شیائو^۳ (2020) در چارچوب تحقیقاتی که انجام داده، بر این دیدگاه است که منبع خشونت علیه کادر درمان می‌تواند بیمار، بستگان یا حتی همکاران او باشد. خشونت می‌تواند کلامی، فیزیکی، عاطفی یا حتی جنسی باشد (Phillips, 2016). در موارد نادر، خشونت می‌تواند به شکل صدمه شدید یا قتل ظاهر شود (Ness et al., 2000). از دیدگاه جامعه‌شناختی نیز، خشونت داده‌ای اجتماعی و یکی از مسائل عمده و روبه‌رشد در زمینه تعامل کادر درمان و بیماران است که در قالب پزشک‌ستیزی طی سالیان اخیر روندی

صعودی داشته است. تحلیل این معضل که تأثیری نامطلوب بر کیفیت و اثربخشی چرخه درمان و عملکرد سیستم‌های درمانی داشته، بیانگر این واقعیت است که رواج خشونت در مراکز بیمارستانی ریشه در ابعاد متعددی دارد. این پدیده محصول چند سال اخیر نیست. در گذشته و همواره اشکالی از این پدیده در تمامی مراکز درمانی وجود داشته است؛ اما طی بیست سال گذشته و به همراهی رسانه‌های مجازی که اقدام به ضبط و بازنشر سریع آن در فضای رسانه‌ای نموده‌اند، این امر ضمن به درد آوردن وجدان جمعی درباره عادی‌انگاری فرهنگ خشونت علیه کادر درمان، تبعاتی دیگر همچون، تضعیف امنیت روانی و نیز فیزیکی آنها را در جامعه در پی داشته است؛ بنابراین، هدف اصلی این پژوهش، کاوش در خصوص تجربه زیسته کادر درمان از پدیده خشونت در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی است. مطالعه حاضر با اتخاذ رویکردی تفسیری به دنبال فهمی عمیق از ابعاد عینی و ذهنی خشونت در قالب کلامی، فیزیکی و سازمانی است. در مرحله بعد به دنبال شناسایی و آشکار ساختن واکنش‌ها و راهبردهای انطباقی کادر درمان است. همچنین با استناد به داده‌های جمع‌آوری‌شده، به دنبال این موضوع است که ساختارهای سلسله‌مراتب قدرت سازمانی از سطح وزارت بهداشت تا دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌ها در قالب سیاست‌گذاری‌های سلامت چه تأثیر یا نقشی در شکل‌گیری یا تشدید پدیده خشونت و پزشک‌ستیزی در سطح تعامل بین کادر درمان و مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی ایفا می‌کند؛ بنابراین، این تحقیق درصدد دستیابی به نحوه مواجهه، درک و فهم کادر درمان در پاسخ به این سؤالات است: آنها چه اشکال خاصی از پدیده خشونت را تجربه کرده‌اند؟ مهم‌ترین عوامل مؤثر در عادی‌سازی پدیده خشونت در مراکز درمانی چیست؟ مدیریت و نحوه تخصیص و توزیع منابع مادی و انسانی در این زمینه چگونه بوده است؟ لایه‌های فرهنگی جامعه درقبال پدیده خشونت علیه کادر درمان چه عملکردی داشته است؟ لذا

³ Xiao

¹ WHO

² NIOSH

پزشکان: مشکلی پزشکی (شده)؟ مورد پزشکان عمومی خدمات سلامت ملی»، نشان داده‌اند که پزشکان در واکنش به حملات رخ داده در محیط کار، لزوماً رویکرد «تحمل صفر» اتخاذ نمی‌کنند. همچنین، نمی‌توان همه واکنش‌های آنان را در قالب مفهومی «امپریالیسم پزشکی^۲» تفسیر کرد. در مقابل، آنان غالباً در مواجهه با رفتارهایی که می‌توان آن‌ها را در منطقه‌ای خاکستری بین دو مفهوم «بیماری» و «جرم» قرار داد، احتیاط حرفه‌ای به خرج می‌دهند؛ به‌ویژه در مواردی که افراد به‌وضوح در دسته‌بندی «بیمار» یا «مجرم» قرار نمی‌گیرند.

این تغییر را می‌توان به‌عنوان پزشکی‌زدایی از انحراف به نفع جرم‌انگاری آن توصیف کرد. سامانت^۳ و همکاران (2024) در تحلیل انتقادی گزارش‌های روزنامه‌ها از خشونت علیه پزشکان در هند، ضمن تأکید بر نقش قدرتمند رسانه‌ها در اقتدارزدایی از حرفه و جایگاه اجتماعی آنان، نشان می‌دهند که چگونه این رسانه‌ها از طریق سوق‌دادن افکار عمومی جامعه به سمت وسوهایی خاص، نگرش‌ها و ارزش‌های فرهنگی جامعه را در قبال کادر درمان از طریق گفتمان عمومی درباره خشونت علیه کادر درمان شکل می‌دهند.

ژنگ^۴ و همکاران (2025) نیز در تحقیقی با موضوع «نگرش عمومی نسبت به خشونت علیه پزشکان»، بر تأثیر پایدار احساسات اولیه عمومی تأکید می‌کنند. شیانو^۵ و همکاران (2022) در مقاله مشترک خود با عنوان «خشونت علیه پزشکان در محل کار» با تکیه بر پست‌های به اشتراک گذاشته‌شده در فضای مجازی در قالب مطالعه موردی نتیجه می‌گیرند که خشونت در بیمارستان باعث نارضایتی عمومی از دولت و تضعیف اعتماد حرفه‌ای پزشکان شده است. الحمد^۶ و همکاران (2021) در قالب پژوهشی مشترک با موضوع «خشونت علیه پزشکان در اردن» نشان دادند که سطح بالای خشونت علیه پزشکان در بخش دولتی تأثیر منفی بر عملکرد آنها داشته است؛ بنابراین، در قالب راهکاری عملی، ایجاد کمپین‌های آگاهی‌بخشی و برنامه‌های آموزشی کارکنان در

این پژوهش باهدف، تفسیر و تحلیل پدیده خشونت با در نظر گرفتن تجربیات خاص کادر درمان در جامعه ایران و پررنگ کردن نقش شاخص‌های بومی مانند کمبود منابع، خشونت سازمانی، سیاست سکوت و فردی کردن پدیده خشونت به موازات تسلط برخورد بالینی به‌جای مواجهه‌های اجتماعی و حقوقی با این معضل است؛ ضمن اینکه، تلاش شده است تا نظریه‌های انتقادی مدرن و پست مدرن به‌کارگرفته‌شده بتواند تصویری محلی از این پدیده به‌عنوان واقعیتی اجتماعی ارائه دهد.

پیشینه پژوهش

بررسی آثار و پیشینه مربوط به پزشک‌ستیزی نشان از فراگیری و سرایت آن در تمامی سیستم‌های درمانی کشورهای مختلف دارد. همچنین نیاز به تحلیل و پرداختن به آن از منظر هر دو سطح فردی (تأثیر نامطلوب آن بر وضعیت روانی و استرس بر کادر درمان) و فرافردی به‌عنوان آسیب اجتماعی در زمینه تضعیف اعتماد اجتماعی و لزوم اصلاح و بازنگری جدی در سیاست‌گذاری‌های سلامت توسط بخش دولتی (باتوجه به فراگیری این معضل در مراکز درمانی عمدتاً دولتی) وجود دارد. صفا و همکاران (۱۴۰۰) در تحقیقی درباره خشونت در پرسنل بخش اورژانس نشان داد که میزان بروز خشونت در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های ایران زیاد است و در بیشتر مطالعات، خشونت بیشتر از طرف همراهان بیماران بوده است. مشتاق عشق و همکاران (۱۳۹۰) در بررسی موارد خشونت به پرستاران در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران آشکار ساختند که بیشترین موارد خشونت اعمال‌شده علیه پرستاران به ترتیب شامل خشونت کلامی (۸۷/۰ درصد)، خشونت غیرکلامی (۷۰ درصد) و خشونت فیزیکی (۲۸ درصد) است که هر سه این خشونت‌ها بیشتر توسط همراهان بیمار انجام شده است. الستون^۱ و همکاران (2002) در پژوهشی با عنوان «خشونت علیه

⁴ Zheng

⁵ UXiao

⁶ Alhamad

¹ Eleston

² Medical imperialism

³ Samant



صلح و ثبات را در میان جوامع فعال تضعیف می‌کند و در عین حال مخاطراتی برای سلامت و رفاه مردم به همراه خواهد داشت. ویژگی برجسته پژوهش‌های خارجی صورت گرفته، عمدتاً باتکیه بر پیامدهای اجتماعی خشونت بر مسئله کیفیت خدمات به شهروندان، پررنگ کردن نقش دولت‌ها در ایمنی‌سازی محیط کارکنان، حمایت حقوقی از کادر درمان، با لزوم اعمال سیاست‌گذاری‌های مشخص در حوزه رسانه‌های مجازی در بحث فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی با هدف اصلاح نواقص نظام‌های درمانی است. مهم‌ترین نقاط ضعف پژوهش‌های داخلی نیز، عدم توجه کافی به نقش ساختار اقتصادی، شیوه‌های گذار فرهنگی و تأثیر آن بر انتقال نظام‌های معرفتی^۶ یا گفتمان‌های نظام‌های سلامت است. ضمن اینکه محدود کردن جامعه آماری خود صرفاً به پرستاران، با وجود نقش پزشکان و پیراپزشکان در محیط شغلی یکسان، از جمله نکات ضعف این تحقیقات است؛ بنابراین، پژوهش حاضر، به مثابه یک کار میدانی اصیل، با تمرکز بر تحلیلی جامعه‌شناختی از پدیده خشونت و پزشک‌ستیزی در حوزه سلامت با لنزی تلفیقی از دیدگاه‌های مدرن و پست مدرن از جمله نظرات «بازتولید حیات جمعی»، «برساخت‌گرایی اجتماعی»، «نظریه انتقادی»، «تفسیرگرایی هرمنوتیکی» به تحلیل تجربه زیسته کنشگران اصلی این عرصه شامل پزشکان، پیراپزشکان، پرستاران و نیز مدیران اجرایی می‌پردازد. جنبه نوآرانه این مطالعه در تلفیق این رویکردهای نظری با داده‌های میدانی گسترده و چندصدایی است که ابعاد پنهان و ساختاری این پدیده اجتماعی را آشکار می‌سازد.

ملاحظات نظری

پدیده پزشک‌ستیزی^۷ به عنوان مصداقی از خشونت سیستماتیک علیه کارکنان مراکز درمانی اعم از پزشک و پیراپزشک

زمینه مدیریت و پیشگیری از خشونت شغلی برای بهبود عملکرد شغلی و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده توسط پزشکان در بخش‌های مختلف پزشکی ضروری است.

یانگ^۱ و همکاران (2022) در کار مشترک خود با موضوع «کنترل خشونت علیه پزشکان» نشان می‌دهند که افزایش احساس کنترل در بین بیماران می‌تواند روابط بیمار و پزشک را بهبود بخشد. پاولوا و گرتو^۲ (2018) در پژوهشی مشترک با عنوان «پرخاشگری علیه پزشکان، پیدایش و رویکردهای مدیریتی» نشان می‌دهند که پدیده پرخاشگری علیه کارکنان مراقبت و سلامت در جامعه پدیده‌ای مجزا نیست. ضمن اینکه خشونت علیه پزشکان متخصص در حین انجام وظیفه بیشتر دیده می‌شود. در جست‌وجوی دلایل پشت این رفتارهای پرخاشگرانه بیماران علیه کادر درمان، ابتدا سطح پایین فرهنگ، سپس فقدان ارزش‌ها، مصرف الکل و مواد مخدر بیشترین نقش را دارد. کاپوسوامی و واریر^۳ (2021) در کار مشترک خود با عنوان «کووید ۱۹ و خشونت علیه پزشکان، چرا به قانون نیاز است؟» نشان دادند که تأکید کمتری بر اقدامات قانونی موجود و اجرای آن شده است. این پژوهشگران بر لزوم تلاش مشترک میان نهاد پزشکی، رسانه‌ها و جامعه دانشگاهی تأکید می‌کنند. قادر^۴ و همکاران (2021) در تحقیق مشترک خود با عنوان «خشونت در محل کار علیه پزشکان در بنگلادش» شش موضوع را به عنوان عوامل اساسی در وقوع خشونت محل کار علیه پزشکان شناسایی کردند: دیدگاه‌های بیماران، تأخیر در درمان، تجربه قدرت، اعلام مرگ، خشونت شدید و رفتارهای مراقبت‌جویانه. چینگ لیم^۵ و همکاران (2022) در پژوهشی با عنوان «خشونت محل کار در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی: عوامل خطر، پیامدها و اقدامات پیشگیرانه مشترک» نشان می‌دهند که اگر به خشونت محل کار، به ویژه در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی به اندازه کافی توجه نشود، به پدیده‌ای جهانی تبدیل خواهد شد و

⁵ Lim

⁶ Epistemological systems

⁷ Workplace Violence Against Doctor

¹ Yang

² Pavlova & Geretto

³ Kuppaswamy & Warriar

⁴ Kader

طرح نظریه تفسیر بین‌الذّهانی کنشگران انسانی بر لزوم توجه به مقوله آگاهی کنشگران انسانی تأکید داشته و معتقد است که فراگردهای معناسازی یا همان طرح‌واره‌هایی که از طریق نمونه‌سازی‌های متکی بر ذخایر دانشی شکل گرفته است، در فهم کنش‌های انسانی دارای اهمیتی اساسی است و درحقیقت همان منبعی است تفاهم، تفسیر خود از آن سرچشمه می‌گیرد تأکید (Ritzer, 2004: 349)؛ بنابراین زمانی که نمونه‌سازی‌های ما ناکافی باشد، ارتباط اصیل و فهم متقابل بین کادر درمان و بیماران ناممکن می‌شود؛ فرایندی که درعین حال می‌توان آن را مصداقی از «شکاف هرمنوتیکی»^۶ در تعامل درمانی دانست. در این تعامل درمانی پزشک و بیمار، هریک با «طرح‌واره‌های تفسیری»^۷ (نمونه‌سازی) متفاوتی عمل می‌کنند که به نوعی ریشه در بافت قدرت نهادی حاکم بر نمونه‌های مسلط گفتمان پزشکی دارد. این سلطه به «ناکافی» شدن نمونه‌سازی غالب منجر می‌شود؛ زیرا قادر به فهم معنای بیماری در زیست‌جهان زندگی روزمره بیمار در قالب معرفت بین‌الذّهانی نیست؛ در نتیجه، دیدگاه، ترس‌ها، تفسیرهای فردی و پیشینه فرهنگی بیمار (نقطه ذخیره دانش و تاریخچه و فرهنگ) که بر درک او از مفاهیمی چون زندگی و مرگ تأثیر می‌گذارد، اغلب نادیده گرفته شده یا به حاشیه رانده می‌شود. این وضعیت باعث بحث‌برانگیز شدن روابط رودرروی پزشک و بیمار و عدم درک و تفاهم متقابل طرفین می‌شود و الگوهای مستقر ذهنی بیمار از کادر درمان یا همان نمونه‌سازی‌های قبلی یا رایج دچار چالش شود که در قالب بروز رفتارهایی همچون خشم، عصبانیت، ناامیدی، تحقیر و خشونت مشاهده می‌شود. در چارچوب استراتژی و اساسی دریدا، پدیده پزشکی‌ستیزی را باید محصول تقابل‌های دوتایی حاکم بر فلسفه کلام‌محور حاکم بر مؤسسات و نهادهای اجتماعی و بروکراتیک جامعه مدرن تلقی کرد؛ چنین راه‌حلی مستلزم واژگونی و اساسانه تقابل‌های سلسله‌مراتکی مراتبی حاکم بر فضای درمان و

موضوعی چندوجهی با پیامدهایی خاص برای نظام سلامت و مراقبت جامعه است. تحلیل جامعه‌شناختی این مسئله نشان‌دهنده درهم‌تیدگی مجموعه‌ای از عوامل است. برای کنکاش عمیق‌تر این موضوع، تلفیقی از نظریات مدرن و پست‌مدرن جامعه‌شناختی با تکیه بر آرای صاحب‌نظران مکتب فرانکفورت، دیدگاه معانی بین‌الذّهانی^۱ آلفرد شوتز، نظریه انتقادی هابرماس، ایدئولوژی پزشکی و رابطه آن با گفتمان پزشکی با تکیه بر آرای میشلر، پدیدارشناسی هایدگر، حرفه‌زدایی پزشکی مدرن با الهام از ماکس وبر استفاده شده است. هایدگر^۲ (1962) تأکید می‌کند که «تفسیر هرگز درک بدون پیش‌فرض نیست که به ما ارائه می‌شود» (Heidegger, 191-192: 1962)؛ به عبارتی تقابل میان عقلانیت ابزاری و ابعاد انسانی زندگی. نظام پزشکی به عنوان «سامانه تکنولوژیکی» کارایی و پیشرفت چشمگیری ایجاد کرده است؛ اما این پیشرفت، در فقدان عقلانیت ارتباطی (هابرماس) و اخلاق مراقبت^۳ (اهمیت روابط بین‌فردی، همدلی، مسئولیت و مراقبت)، به از خودبیگانگی (احساس کریختگی و بی‌تفاوتی) و در نهایت تنش اجتماعی (خشم) منجر می‌شود. از سویی، فرایند تفسیر و تحلیل همواره در بستری رخ می‌دهد که مشارکت‌کنندگان در آن، واجد پیش‌فرض‌ها، سوگیری‌ها و پیش‌داوری‌های خاص خود هستند؛ بنابراین، ابزارانگاری^۴ حاکم بر نظام پزشکی مدرن می‌تواند به تجربه‌ای صرفاً تکنولوژیک منجر شود که در آن، نقش بیمار تا سطح یک «ابژه» یا موضوع منفعل تقلیل می‌یابد. این «تسلط تکنوکراتیک»^۵ و بی‌تفاوتی نظام‌مند، خود می‌تواند محرک خشم و واکنش هیجانی بیمار یا همراهان او باشد. هایدگر (1962) تکنولوژی مدرن را به عنوان چارچوبی^۶ تحمیل‌گر می‌بیند که رابطه اصیل انسانی را تخریب می‌کند. خشونت ممکن است واکنشی به تضعیف یا به حاشیه رفتن، ارتباط انسانی و نقش آن در فرایند درمان باشد. آلفرد شوتز^۷ نیز با

⁶ Gestell

⁷ Alfred Schutz

⁸ Hermeneutic gap

⁹ Interpretive schemas

¹ Intersubjective

² Heidegger

³ Care Ethics

⁴ instrumentation

⁵ Technocratic dominance

جایگزینی آن با تعاملی مبتنی بر شفافیت و مشارکت از طریق تعاملی انسان‌محور بین بیماران و کادر درمان می‌باشد. که در قالب واکنشی به پدیده‌ی «حاشیه‌سازی» بیمار به عنوان بخشی از پروژه‌ی کلان نقد اجتماعی و سیاسی ساختار شکنانه دریدایی دریافت و تفسیر کرد (Seidman, 2021: 22). نظریه‌ی انتقادی علاوه بر روشن کردن مشکلات اجتماعی از طریق تجزیه تحلیل روابط قدرت به دنبال حذف آنها از طریق پراکسیس به عنوان فرایندی مبتنی بر تأمل و کنش مبتنی بر تحلیل انتقادی است. همین نظریه معتقد است که این احتمال وجود دارد که در نتیجه تسلط تفکر پوزیویتیسمی و فن‌سالارانه حاکم بر نهادهای یک جامعه، گسست بین نظریه و عمل مشاهده شود (Parry, 2023). در قالب دیدگاه تکنوکراتیک دستگاه دولتی، همان‌گونه که پولانزاس^۱ بیان می‌کند: حاصل ارتباط بین سه بخش ایدئولوژی، اقتصاد و سیاست است؛ بنابراین، در این مثلث حاکمیتی^۲، سازمان‌ها و مؤسسات درمانی در قالب نهادی همچون وزارت بهداشت و سلامت نقش مهمی در تولید و بازتولید حیات سیاسی و نظام اجتماعی به کمک دستگاه ایدئولوژی دولتی دارند. این امکان وجود دارد که این نهادها ساختاری ناعادلانه به خود بگیرند، سپس آن را حفظ کنند و به روابط بین‌فردی تسری دهند؛ بنابراین، نظریه‌ی انتقادی معتقد است که کارکنان می‌توانند به عوامل تغییر تبدیل شوند و اقدامات آنها می‌تواند به تغییرات سازمانی و اجتماعی کمک کند (Todric et al., 2022). واکنش‌های کادر درمان درباره‌ی مطالبات صنفی خود یا حمایت از آنها در مقابل اشکال مختلف خشونت، تهدید پزشکان توسط هم‌رمان، عرصه‌ی پراکسیس یا عمل جمعی است. از سویی، هرچه شکاف و گسست بین نسخه‌های سیاست‌گذاران سلامت با انتظارات اجتماعی عمیق‌تر و مسیر مشارکت آنها محدودتر شود، از طریق ایجاد حساسی از عدم تفاهم و درک مشترک ناشی از ساختار نابرابر قدرت، زمینه‌ی پیدایش خشونت میان کادر درمان به عنوان

مجریان سازمان‌های دولتی و مراجعه‌کنندگانی بیشتر می‌شود که از حوزه‌ی قدرت غیررسمی می‌آیند. نظریه‌ی دیگری که در ریشه‌یابی و رسوخ به اعماق پدیده‌ی پزشک‌ستیزی و فراگیر شدن آن در قالب اشکال مختلف خشونت در مقابل پرسنل بیمارستان‌ها روشن‌گراییه است، نظریه‌ی کنش ارتباطی هابرماس^۳ است. در چارچوب این دیدگاه جهان اجتماعی تعبیر شده در سیستم مراقبت‌های بهداشتی همانا، فرایند ساختارمند تعاملات بین متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و بیماران است. تعاملات اجتماعی دنیای عینی و نیز دنیای ذهنی این سیستم را در بر می‌گیرد. این درباره‌ی ارتباطات واقعی، همکاری و سایر فعالیت‌هایی است که شامل روابط اجتماعی - حرفه‌ای است؛ با این حال، حرفه‌ای بودن صرفاً کاربرد دانش علمی در عمل یا در محیط مراقبت بهداشتی حرفه‌ای بیمار نیست، بلکه نیازمند عمل اخلاقی، سیاسی و قانونی است (Grimen, 2010). امنیت بیمار و رضایت شغلی کارکنان مراکز درمانی به نحوه‌ی سازمان‌دهی مراقبت‌های بهداشتی بستگی دارد. طبق نظر سونسون و کارلسون^۴ نوع برقراری شیوه‌ی مدیریت و نیز کنترل و رهبری بر شایستگی‌های حرفه‌ای می‌تواند به شکلی از منبع انتقاد تبدیل شود. تنش بین ایدئال و واقعیت موجود مشکلاتی را ایجاد کرده و این مسئله در رابطه با تمام نهادهای اجتماعی صدق می‌کند (Traner, 2007)؛ از جمله نهادهای بیمارستانی که عرصه‌های پارادوکسیکال واقعیات موجود اقتصادی و اجتماعی با ایدئال‌های مجریان و سیاست‌گذاران است. همچنین میشلر^۵ در مطالعه‌ی خود درباره‌ی برخوردهای پزشکی نشان می‌دهد که چگونه گفتمان پزشکی نقش مسائل زمینه‌ای (اجتماعی و فرهنگی) را قطع می‌کند و تمرکز را به دغدغه‌ها و تشخیص بیماری در قالب اصطلاحات و دستورالعمل‌های پزشکی تغییر می‌دهد (Mishler, 1984). طبق تحلیل میشلر بیماران اغلب سعی می‌کنند مسائل زمینه‌ای را در قالب اصطلاحات زیست جهان خود مطرح کنند؛ اما پزشکان برای

⁴ Svensson & Karlsson

⁵ Mishler

¹ Poulantzas

² Sovereignty triangle

³ Habermas

تفسیر می‌شود.

روش تحقیق

این پژوهش با روش داده‌بنیاد نظام‌مند اشتروس و کوربین (1998) اجرا شد. در این شیوه، پژوهشگر در پی تبیین فرایند، اقدام یا تعامل مربوط به یک موضوع است (Creswell, 1998: 87). به منظور شناسایی و دسترسی به مشارکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. اساس کار به این ترتیب بوده است که پس از هماهنگی‌های لازم با تعدادی از اعضای کادر درمان به‌عنوان گروه هدف، ۳۰ مصاحبه نیمه ساختاریافته و مرحله‌به‌مرحله برای رسیدن به عمق پژوهش و تفاسیر این کارکنان شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی صورت گرفت. میدان اجرای این پژوهش، شامل کلیه کادر درمان اعم از پزشکان، پیراپزشکان، پرستاران، برخی از مدیران اجرایی تابع دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران و سیاست‌گذاران اجرایی مستقر در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهرستان اهواز بوده است. پس از جلب اطمینان، بر لزوم حفظ محرمانگی داده‌های جمع‌آوری شده تأکید شد. باتوجه به شرایط کاری متفاوت کادر درمان و کمبود زمان به دلیل حضور تمام‌وقت آن‌ها در شیفت‌ها، تلاش شد تا برای دستیابی به سطح بالایی از پاسخ، سؤالات مصاحبه‌ها از انعطاف‌پذیری لازم برخوردار باشند؛ به‌گونه‌ای که گاه از پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان سؤالات جدیدی مطرح شد که در بردارنده ابعاد جدیدی از مسئله پژوهش بود. مصاحبه‌های پژوهش تا آنجا ادامه یافت که در اصطلاح نقطه اشباع نظری حاصل شد؛ یعنی دستیابی به غنای مفهومی، به‌گونه‌ای که از تلفیق آن با فرضیه‌ها بدنه نظریه زمینه‌ای تحقیق شکل گیرد (Glaser, 191: 2001)، تا از این طریق ترسیم افقی محلی از تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان پژوهش درباره موضوع خشونت به دست آید. شیوه تحلیل داده‌ها: در این پژوهش از شیوه کدگذاری خطبه‌خط استفاده شده است. گراند‌تئوری به‌عنوان شیوه تحلیل داده استفاده شد. این فرایند شامل سه بخش اصلی،

مقابله با چنین مسائلی از آمادگی کافی برخوردار نیستند و به همین دلیل بارها به نظام تخصصی و اصطلاحات فنی پزشکی بازمی‌گردند؛ از جمله اینکه بیماران مشکلات شخصی‌ای را مطرح می‌کنند که به مشکلاتی در قلب اصطلاحات فنی پزشکی مربوط نمی‌شود یا اگرچه مربوط به مشکلات پزشکی است، به نظر نمی‌رسد که این مشکلات شخصی دارای راه‌حل‌های فنی باشد یا اینکه این امکان وجود دارد که مطرح کردن گرفتاری‌های شخصی از سوی بیمار، در قالب سوءتعبیر به شکل‌گیری فضایی تنش‌آمیز بین بیمار و پزشک یا همراه بیمار با پزشک و سایر اعضای مجموعه کادر درمان منجر شود. فریدسون^۱ در چارچوب دیدگاه کثرت‌گرایانه خود معتقد است که مفهوم وبر از عقلانیت صوری درخصوص مفهوم «حرفه‌زدایی»^۲ نیز به کار رفته است. ریتزر و والزاک^۳ دریافتند که سیاست‌های دولت با تأکید بر کنترل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و افزایش انگیزه سودجویی در پزشکی، گرایشی را در عملکرد پزشکی در فاصله‌گرفتن از عقلانیت ذاتی (تأکید بر ایدئال‌ها مانند خدمت به بیمار) و حرکت آن به سمت وسوی عقلانیت رسمی (قواعد و مقررات) بیشتر به‌عنوان مکانیزم‌های اثرگذار در تشدید این وضعیت ایجاد می‌کند. گیدنز^۴ در چارچوب نظریه ساختاربندی خود اظهار می‌کند که در جوامع مدرن سیستم‌های انتزاعی (در قالب نظام پزشکی مدرن) جای روابط شخصی را در قالب گفتمان‌های سنت‌گرا گرفته‌اند؛ بنابراین، می‌توان وقوع پدیده خشونت و شیوع گسترده آن را در ادامه بی‌اعتمادی به این سیستم‌ها دانست؛ به‌خصوص در شرایطی که خطای پزشکی رخ می‌دهد یا شفافیت کافی در قالب سیاست‌گذاری‌های سلامت وجود ندارد؛ بنابراین، اختلال در فرایند درمان، تشخیص اشتباه، کمبود منابع و تجهیزات، احساس امنیت وجودی^۵ بیمار یا همراهان را مختل می‌کند و وقوع کنش‌های خشونت‌آمیز بین مراجعان و کادر درمان به‌عنوان شکلی از مکانیسم دفاعی در مقابل از دست رفتن عاملیت بیمار در پروسه درمان خود

⁴ Giddens

⁵ Ontological Security

¹ Freidson

² Deprofessionalisation

³ Ritzer & Walczak



روش بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان^۱ پژوهش برای دریافت بازخورد و رسیدن به توصیفات فریه از دیدگاه‌های آنها استفاده شده است. درگام بعدی، برای شناسایی سوگیری‌های احتمالی یا ضعف‌های تحلیلی از روش بازبینی توسط هم‌تایان^۲ استفاده شد. همچنین باتوجه‌به نقش مرکزی محقق در تعامل با مشارکت‌کنندگان، شناسایی و رفع موارد پیش‌بینی نشده در میدان پژوهش، نیز حفظ زنجیره اعتماد حضور طولانی مدت در قالب رفت‌وبرگشت‌های دائمی در میدان پژوهش، تعامل عمیق با داده‌ها در قالب یادداشت‌های عملیاتی در جهت بازاندیشی درباره تأثیر محقق بر فرایند پژوهش استفاده شده است. ضمن اینکه حضور مستمر محقق، از طریق تلفیق یادداشت‌های میدانی با تصمیمات فردی اتخاذشده، به نوعی در جهت دستیابی به قابلیت اطمینان و اعتباریابی روند پژوهش عمل کرده است.

یافته‌ها

این بخش شامل تحلیل و تفسیر نتایج و یافته‌های حاصل از مصاحبه‌های میدان پژوهش است؛ بنابراین، در مرحله اول، به گردآوری و پالایش کدهای اولیه اقدام شده است. سپس مقوله‌های اصلی و فرعی اجزای مدل پارادایمی با تأکید بر پدیده مرکزی یا مضمون هسته‌ای پژوهش تدوین گردیده است. در مراحل بعد، مقوله مرکزی در قالب مفاهیم زیرمقولات مرتبط به موازات ارائه شواهد مستخرج از متن مصاحبه‌ها، تحلیل و کنکاش عمیق شد. در پایان مراحل پیاده‌سازی و عملیاتی کردن کدها، محققان به ترسیم مدل پارادایمی تحقیق به‌عنوان نمایی کلی از موضوع پژوهش نائل شدند.

یعنی کدگذاری باز، محوری و گزینشی بود. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، کدگذاری اولیه انجام شد و مفاهیم مهم و اصلی از دل مصاحبه‌ها استخراج شد. پس از کدگذاری اولیه، مفاهیم مشابه در قالب مقوله‌های محوری تلفیق شد. سپس مقوله‌بندی داده‌های پژوهش در قالب یک مقوله مرکزی و ۱۱ مقوله اصلی انجام شد. در این مرحله ضمن تلاش برای حفظ انسجام و پیوستگی زیرمقوله‌ها، برقراری ارتباط منطقی مفاهیم کدگذاری‌شده حول مقوله اصلی پزشک‌ستیزی صورت گرفت تا از این طریق بتوان به ترسیم یک چشم‌انداز محلی از تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان پژوهش دست یافت. در فرایند بررسی داده‌ها، نیز شیوه کدگذاری خط‌به‌خط به کار گرفته شد. با این هدف که از دریچه‌ای اکتشاف‌گرایانه به داده‌های پژوهش نگاه شود. این روش برای هدایت محقق به درون داده‌ها، تعامل با آنها و مطالعه بخش‌های مختلف داده‌ها در جهت دستیابی به تعریف معانی و کنش‌های ضمنی مفید است (Charmaz, 2006: 195)؛ در همین راستا تلاش شد تا بخش‌هایی از داده‌های استخراج‌شده مقایسه و سؤالات تحلیلی با عمق و غنای بیشتری پرسیده شود. سپس داده‌ها ترکیب و از طریق ساختن مفاهیم جدید فراتر از توصیف صرف حرکت شد (Charmaz & Thornberg, 2021: 37)، تا از این طریق بتوان به تبیین و درک عمیقی از تجربه‌های ذهنی، عاطفی و اجتماعی کادر درمان در مواجهه با پدیده خشونت در مراکز درمانی نائل شد. در این رویکرد، حلقه اتصال کدگذاری باز، محوری و گزینشی، در نهایت کشف معناهای درونی گفته‌ها، احساسات، ادراکات و تفاسیر تجربه‌شده توسط افراد درگیر با مقوله خشونت به‌عنوان تجربه زیسته آنها از دل زیست جهان و سیستم نظام سلامت و درمان است.

قابلیت اعتماد: در این تحقیق، برای تأمین اعتبار پژوهش و کسب اطمینان از انعکاس دقیق‌تر دیدگاه‌ها و تجربیات آنها از

² Peer pebrieffing

¹ Member chking

جدول ۱- مفاهیم و مقوله‌های مستخرج از مصاحبه‌ها

Table 1- Concepts and categories of Interviews

جایگاه در مدل	مقولات اصلی	مقوله فرعی	کدهای اولیه
	عادی‌پنداری خشونت	فرهنگ تقابل، خلاق قانونی	فردی‌سازی خشونت، ضعف سیستم قضایی در جرم‌انگاری خشونت در مراکز درمانی، نگاه بالینی به مقوله خشونت، فرهنگ سکوت به‌جای تحمل صفر و گزارش دهی، ترس از برجسب خوردن، عدم‌بازدارندگی قوانین، توجیه خشونت به‌عنوان بخشی از حرفه.
	بوروکراسی فرساینده	تکنوکراسی	دستمزد کم، پرداخت‌های ناکافی، حجم زیاد مراجعات، کمبود و خرابی برخی تجهیزات، شیف کاری زیاد، کمبود نیرو، فرسودگی و تحلیل نیروها، صف انتظار، تسلط عقلانیت تکنوکرات.
شرایط علی	ضعف تاب‌آوری و همدلی	ضعف مهارت ارتباطی، ضعف همدلی	ضعف فرهنگ هم‌اندیشی، ضعف مدارای اجتماعی بین کادر درمان و مراجعه‌کنندگان، کاهش مهارت‌های ارتباطی، فرایند تشخیص و درمان و نقش آن در کاهش شرح‌حال‌نویسی، سردرگمی شغلی و عاطفی، فشار نقش.
	تناقض گفتمانی	نگره‌های ناهمسو، انتظارات گفتمانی	ناهمسویی و تناقض موجود بین گفتمان انقلابی با تأکید بر عدالت اجتماعی در حوزه سیاسی و اقتصادی و توسعه هم‌زمان جریان سرمایه‌داری حاکم بر نهاد پزشکی و تشکیلات آن، تناقض بین‌ساختاری نظام سیاسی متمرکز در بخش حاکمیتی با عملکرد خصوصی‌سازی و سرمایه دارانه بخش اقتصادی حاکم بر تولیت وزارت درمان و آموزش پزشکی.
شرایط زمینه‌ای	عبور از مدل پزشکی پدرمآب به بیمارمدار	حرفه‌زدایی	عبور از اخلاق پزشکی‌محور به اخلاق زیست پزشکی، تبدیل خدمات سلامت به کالا و تمرکز بر سودآوری، افزایش سواد سلامت، ساختار شکنی، گسترش نهادهای مدنی و روحیه مطالبه‌گری شهروندان، محدودبودن سطح مشارکت و نقش آفرینی بیماران در فرایند درمان (نارضایتی از درمان)، بیمار به‌عنوان شریک فعال در مقابل مصرف‌کننده منفعل، تبدیل پزشک به کارمند نظام سلامت.
	پزشک غایب	عدم‌حضور پزشک، محدودیت نیرو	حضور محدود پزشک اتند، تعدد نقشی، پرکردن کمبود نیرو توسط رزیدنت‌ها، فشار مضاعف بر نیروها، مراجعین و ارائه خدمات، بهم خوردن تعادل قرارداد اجتماعی بین پزشک و بیمار، ایجاد تنش کلامی و فیزیکی، زمان محدود برای شرح‌حال‌گیری از بیماران، عدم‌ناسب بین تقاضا و عرضه نیروها، بخش ترخیص به‌عنوان نقطه تنش ناشی از عدم‌حضور پزشک اتند.
شرایط مداخله‌گر	بازنمایی رسانه‌ای	کلیشه‌های رسانه، تبلیغ منفی رسانه و فضای مجازی	موضع‌گیری کلیشه‌ای درقبال تسلط روشنفکرانه و جایگاه مقتدرانه پزشکان، بحران‌سازی از طریق برجسته‌سازی خطاهای پزشکی، رشد مشارکت‌طلبی و سهم‌خواهی در مقابل انفعال اجتماعی، نمایش چهره سودجو و مسولیت‌گریز از کادر درمان، تضعیف اعتماد عمومی به پزشکان و کادر درمان، بحران کیفیت در ارائه خدمات سلامت به جامعه، تشدید تنش بین کادر درمان و نظام سلامت، تأکید بیشتر بر گفتمان بی‌کفایتی به‌جای گفتمان فرهنگ‌سازی و مشارکت جمعی.
راه‌برد کنش	فاصله‌گذاری پزشکی	دژعاطفی	جایگاه برتر و حساس پزشکان، پزشک به‌عنوان نقطه ارجاع و نیاز شهروندان در رویارویی با پدیده مرگ، خنثی‌گرایی عاطفی موجود بر گفتمان پزشکی مدرن در قالب دژ عاطفی، جریان یک‌سوی اطلاعات و دانش، تفاوت در زبان و گفتمان کادر درمان با زبان مراجعه‌کنندگان، در تعلیق قرارداد آگاهی بیمار در مواجهه با تفسیر بیماری، اقل‌نشدن بیمار، استفاده از مکانیزم‌های مقاومتی مانند کاهش زمان معاینه و شرح‌حال محدود، کاهش آستانه تحمل کادر درمان.
	پیامدها	بحران معنا و خستگی در حرفه	فشار کاری زیاد، انتظارات غیرواقع‌بینانه برخی بیماران یا همراهان وی، عدم‌آشنایی مراجعه‌کنندگان با پیچیدگی‌های فرایند درمان، ریسک زیاد شغلی و پیامدهای احتمالی روش‌های درمانی، انتظار معجزه و بهبودی سریع از کادر درمان، کمبود نیروی انسانی و حجم زیاد مراجعات، کمبود زمان و نداشتن فرصت کافی برای توضیحات جانبی به بیماران و همراهان، حمایت ناکافی مدیریت و سیستم‌های قضایی.

جایگاه در مدل	مقولات اصلی	مقوله فرعی	کدهای اولیه
	شکاف بی‌اعتمادی	مدیریت تعارض	ریسک زیاد شغلی، اتخاذ رفتارهای اجتنابی در برخورد با مسائل عاطفی و اجتماعی بیماران، کاهش زمان ویزیت به دلیل حجم مراجعات و استفاده از دستورالعمل‌های یکسان، احساس شنیده‌نشدن صدا از سوی بیمار، سیستم پاسخ‌گویی ناکارآمد، انتظارات متناقض جامعه، فشار نقشی و تأثیر آن بر بار عاطفی مضاعف بر کادر درمان، عدم تعادل بین کار، زندگی و فراغت، بحران قرارداد اجتماعی پزشک و بیمار در مواجهه با تغییرات نوین فرهنگی و مطالبه‌گری اجتماعی شهروندان، کاهش حس همدلی جامعه به کادر درمان.
	دوراهی ترک شغل یا مهاجرت	دورنمای محدود آینده شغلی	نابسامانی‌های ساختاری نظام سلامت، ضعف حمایت اجتماعی و حقوقی، چشم‌انداز محدود از آینده شغلی، خروج نیروهای باتجربه از چرخه نظام سلامت، اتلاف هزینه‌های مادی و انسانی ناشی از خروج و جایگزینی نیروهای متخصص و شایسته، طولانی‌شدن صف‌های انتظار، انحصارگرایی در بخش سلامت.

پدیده پزشکی‌ستیزی

بروکراسی فرساینده و کند نظام سلامت به‌ویژه در مراکز درمانی، ضعف تاب‌آوری و همدلی و نیز تناقض گفتمانی در میان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی است.

عادی‌انگاری خشونت^۱: عادی‌انگاری خشونت به معنای پذیرش ضمنی و نهادینه‌شدن رفتارهای خشونت‌آمیز علیه کادر درمان به‌عنوان امری طبیعی و اجتناب‌ناپذیر در محیط‌های درمانی است. این وضعیت موجب کاهش حساسیت اجتماعی به خشونت، ضعف پاسخ‌های قانونی و حقوقی، و تداوم چرخه معیوب پزشکی‌ستیزی می‌شود. مصاحبه‌ها نشان داد که بسیاری از کارکنان حتی در مواجهه با رفتارهای خشونت‌آمیز جدی، اقدام قانونی نمی‌کنند؛ زیرا احساس می‌کنند که حمایت قانونی و اجتماعی ناکافی است. این امر خود زمینه‌ساز کاهش اعتماد به نفس و احساس بی‌قدرتی در میان کادر درمان است.

جراح عمومی: «یک روز تو بخش با بیمار درگیر شدم و کتک هم خوردم. شکایت هم نکردم! میدونید چراچی؟ چون نمی‌خوام خودمو سبک کنم، وقتی می‌بینم حق و حقوقی برای کادر درمان قلقل نیستند. شما تا حالا کجا دیدید تو این شکایت‌ها و این همه توهین و خشونت که علیه ما بشه، حق رو بهمون بدن؟ یه فرهنگ اشتباه شکل گرفته که پزشک‌ها پول مفت می‌گیرن ... انگار هدفمند داره جلو میره ...»
ماهیت هنجاری خشونت به‌عنوان تبعیت از قوانین ضمنی

پس از اتمام مراحل کدگذاری، مقوله‌های به‌دست‌آمده حول مقوله پزشکی‌ستیزی به‌عنوان مقوله مرکزی یا پدیده که حلقه اتصال مقوله‌هاست، حاصل شد. مجموعه شرایط و زمینه‌های موجود در قالب مثلث تعامل بین کادر درمان، بیماران و همراهان، مهم‌ترین عامل در شکل‌گیری زمینه‌های خشونت در قالب پدیده پزشکی‌ستیزی در ارتباط با پزشکان، پیراپزشکان و پرستاران به‌عنوان مهم‌ترین کنشگران نظام سلامت در عرصه‌ای از قواعد و منابع حاکم بر نظام سلامت و درمان جامعه است. درحقیقت در این گام، محققان به دنبال دستیابی به تفسیری اصیل و محلی از تجربه زیسته مصاحبه‌شوندگان درباره این پدیده در مراکز درمانی در قالب شرایط علی، زمینه‌ای و مداخله‌ای بودند.

شرایط علی

شرایط علی شامل مهم‌ترین مقوله‌هایی است که موجب شکل‌گیری رفتارها و باورهای مبتنی بر خشونت و ستیز با پزشکان می‌شود. این شرایط شامل فرهنگ و هنجارهای مبتنی بر عادی‌انگاری خشونت در مواجهه با کادر پزشکی،

^۱ Normalization of violence

که خود ریشه در فرهنگ جامعه دارد و تجویز اجتماعی آن به‌عنوان واکنش طبیعی فرد در شرایط خاص و تفسیری انسان‌گرایانه از آن به عادی‌انگاری از وقوع رفتارهای خشونت‌آمیز در مراکز درمانی منجر شده است. در واقع خشونت نه به‌عنوان اشکالی از کج‌روی یا رفتاری انحرافی و مخاطره‌آمیز که نیازمند تفسیرهایی حقوقی و اقدامات عاجل قضایی است، بلکه به‌عنوان کنشی روزمره و مورد انتظار در قالب فرهنگی تعریف و تفسیر می‌شود که خشونت تنها زبان حاکم بر اشکال تعاملات فردی و اجتماعی است.

بوروکراسی فرساینده: بوروکراسی فرساینده به پیچیدگی‌ها و ناکارآمدی‌های ساختاری در سیستم‌های اداری و مدیریتی مراکز درمانی اشاره دارد که موجب کاهش انگیزه، خستگی مزمن و فرسودگی نیروی انسانی می‌شود. کارکنان تجربه می‌کنند که پروسه‌های طولانی، عدم هماهنگی و فشارهای اداری، زمان و انرژی آن‌ها را هدر می‌دهد و مانع ارائه خدمات کیفی می‌شود. این عوامل در مصاحبه‌ها به‌عنوان یکی از دلایل مهم نارضایتی و خروج نیروهای باتجربه مطرح شد که به‌نوبه خود باعث کاهش کیفیت مراقبت و افزایش تنش‌های میان کادر درمان و بیماران می‌شود. بیمارستان‌های دانشگاهی به دلیل تمرکز امکانات دولتی، عمدتاً توسط بیمارانی استفاده می‌شود که درآمد کمی دارند و گزینه‌ای دیگر برای انتخاب ندارند (Pappa & Niakas, 2006). ساختارهای اداری پیچیده، کاغذبازی و قوانین دست‌وپاگیر برای کارکنان و نیز بیماران، ضمن تشدید استرس از طریق کاهش زمان شرح‌حال، زمینه بروز سوءتفاهم، عصبانیت و شکل‌گیری چرخه واکنش خشونت‌بار در مراکز درمانی را به وجود می‌آورد.

کارشناس اتاق عمل: «بیمار چون یک کیس تحت شیمی درمانی بود، بدنش دیگه به هیچ آنتی‌بیوتیکی جواب نمی‌داد. نصف شب اکسپایر و فوت شد. تمام شب من شیفت بودم. صبح روز بعد لباس‌های اتاق عمل رو تعویض کردم. لباس شخصی پوشیدم. وقتی نزدیک دستگاه کارترس شدم، همراهم بیمار (دخترانش)، چند متری از من دور بودند. بعد

هر دو شروع کردند به فحش و ناسزا ... شب قبلش، برانکار ما رو از طبقه سوم بیمارستان پرت کرده بودند به طرف طبقه دوم نزدیک راه‌پله که به کمک همکارها برانکار رو آوردیم. مرتباً از واژه جراح رو می‌کشیم ... همه‌تون رو می‌کشیم ... پرستارها رو می‌کشیم، شما مادر ما رو کشتید، شما قاتل هستید، استفاده می‌کردند. بهشون توضیح دادم که شما خیلی قانونمند می‌تونستید برید کمیته مرگ‌ومیر که رسیدگی کنند. تا مشخص کنند علت دقیق مرگ چی بود. نه اینکه سروصدا و بی‌احترامی به پرسنل کنید ... یک هفته از این حادثه گذشت و صورت جلسه کردم؛ ولی تا الان هیچ خبری نشده. شکایت به سوی مدیریت بیمارستان میره. احتمالاً مثل بقیه کتک‌کاری‌ها و فحاشی علیه کادر درمان، پرونده بسته میشه و بی‌نتیجه.»

پیراپزشک: «اضافه‌کاری‌های اجباری که مثلاً تو یک ماه اخیر که ۳۰ روز هستش، من ۳۳ شیفت داشتم؛ یعنی حضور تمام‌وقت در محل کار ... و این همه فشار کاری باعث میشه که من عملاً دیگه انگیزه‌ای نداشته باشم که کار رو درست انجام بدم. اثر این همه خستگی کاهش دقت و تمرکز من هست و احتمالاً نتایجش فالت و خطاهای پزشکی. بعد اون شکایت همراهم و خانواده بیمار یک موج منفی علیه کادر راه میندازن. پزشک یا پرستاری که تمام‌وقت کشیک میده، دیگه انرژی برایش نمی‌مونه که بخواد دنبال شکایت و دفاع و رفع اتهام از خودش بره. طرف هر لحظه ممکنه به شما بخواد آسیب برسونه ... ماهایی که نجات‌بخش جان مردم شدیم؛ ولی محافظت نمی‌شیم.»

ضعف تاب‌آوری^۱ و همدلی: ضعف تاب‌آوری روانی و کاهش همدلی بین کادر درمان و بیماران یکی از عوامل کلیدی در ترویج خشونت است. تاب‌آوری کم باعث می‌شود کارکنان در برابر فشارهای شغلی و خشونت آسیب‌پذیرتر شوند و همدلی کم، شکاف ارتباطی میان ارائه‌دهندگان خدمات و بیماران را گسترش می‌دهد. تاب‌آوری اشاره به سطحی از قابلیت سازگاری در پاسخ به شرایط محیطی (تنش‌ها و فشارهای شغلی) دارد. درحقیقت این ویژگی به کیفیت و توانایی فرد برای سازگاری با محیط نامطلوب و حفظ سلامت جسمی و روانی در رویدادهای استرس‌زا اشاره دارد (Lu et

¹ Resilience

al, 2023) که در دو جهت عمل می‌کند: یکی در ارتباط با کادر درمان و دوم در ارتباط با بیماران و مراجعه‌کنندگان. باتوجهبه اینکه مقوله تاب‌آوری ریشه در فرهنگ وسیع‌تر جامعه دارد، سایر نهادهای اجتماعی از جمله نهاد سیاست، اقتصاد، فرهنگ و نهادهای آموزشی و نیز رسانه‌ها نقش مهمی در این رابطه ایفا می‌کنند. قدرت همدلی، سازگاری محیطی، درک و تفاهم متقابل، مهارت در کنترل استرس‌ها و تنش‌های روحی و روانی ناشی از فرسایش شغلی بر تاب‌آوری اجتماعی نهادهای درمانی تأثیرات عمیقی دارد.

پرستار: «حجم کاری بالا، آسیب‌های روحی و خشونت‌ها و صحنه‌های ناچور که تقریباً هر روز تجربه می‌کنیم، استرس بالای شغلی در کنار انتظارات بالا، ناملایماتی که در رابطه با حق و حقوق پرستارها همیشه، باعث شده آستانه تحمل من پرستار هم پایین بیاد. بالآخره من هم یک انسان هستم. تمام طول روز تو محیط بیمارستان و سر شیفت هستم. به همراه بیمار گفتم که باید این اقلام رو از داروخانه تهیه کنی. گفت پس شما چکاره هستید. بهش گفتم من پرستارم. آلتش هم اینجا باید علائم بیمار رو چک کنم. برگشت بهم گفت، وظیفه حقوق می‌گیری. بهش گفتم حقوق ناچیزم بهت بدم، یک شب اینجا شیفت می‌ایستی؟»

متخصص بیهوشی: «وقتی تعداد مریض‌ها زیاد بشن، طبیعتاً دیرتر ویزیت میشن، فضای بیمارستان متشنج میشه. هرچی تعداد همراهان بیمار بیشتر باشه، جرئت و جسارتشون بیشتر میشه. همدیگر رو تحریک می‌کنند علیه کادر.»

پزشک متخصص: «روز اول که وارد این حرفه میشی، بانرژی، سرشار از انگیزه و امیدوار هستی. با علاقه تعهد میدی؛ ولی وقتی با این همه موج منفی روبه‌رو میشی که قدرتون رو نمی‌دونن، باهاتون بد برخورد میشه، بیمار توهین می‌کنه بهتون، شما چه توقعی دارید از کادر درمان؟ به عده‌شون خودکشی می‌کنن، به عده‌شون هم مهاجرت. نصف اساتید رفتن تو کار ساخت و ساز، واسطه‌گری، خرید و فروش دلار. اون تخصص که دیگه به درد شما نمی‌خوره، قیدش رو می‌زنی؛ چون اون هدف تخریب‌شده از بین رفته. دیگه احساس شخصیت، ابهت و احساسی از پیشرفت به شما نمیده. شأن و منزلت و کرامت هم که نیست. دیگه دوست

نداری برای یک لحظه تو اون لباس و تو اون محیط کار کنی.»

نتایج حاصل از مصاحبه، گویای کاهش سطوح تاب‌آوری در بین کادر درمان به‌خصوص طی چندین سال اخیر است. وضعیت ناپایدار اقتصادی و تأثیر آن بر کاهش منابع، نیروها، مقایسه تصویر مطلوب از نسل پزشکان پیشین با نسل جدید پزشکان و پیراپزشکان، عدم تعادل بین کار و زندگی، ضعف موجود در حمایت معنوی و حقوقی از کادر درمان به‌خصوص رزیدنت‌ها و تأثیر آن بر شکل‌گیری بیگانگی شغلی مهم‌ترین عامل در کاهش تاب‌آوری و نتایج متعاقب آن همچون مهاجرت، ترک شغل و حتی خودکشی آنها بوده است. مسائلی که در قالب مفهوم انسان و جامعه تک‌ساحتی مارکوزه قابل فهم است؛ یعنی زوال مهارت‌های ارتباطی محصول عقلانیت صوری و مک‌دونالدیزه شدن صنعت درمان. بیماران در نگاه خود به کادر درمان متوجه موجودات سرد و بی‌جان می‌شوند که از بافت اجتماعی و عاطفی خود جدا شده‌اند (Haslam, 2006). اگرچه زمان ملاقات بین بیمار و پزشک به دلیل بوروکراسی و وظایف اداری کاهش یافته است، درعین حال زمان کمتری برای گوش‌دادن به بیماران باقی می‌گذارد (Ciechanowski, 2010). این شرایط کادر درمان را در وضعیتی قرار می‌دهد که به‌جای تمرکز بر بیمار، ناگزیر از تشخیص سریع و نسخه‌نویسی فوری برای بیماران شود که ضمن تضعیف حس همدلی و تحمیل الگوهای ارتباطی نابرابر تعریف‌شده توسط ساختار نظام سلامت، در قالب تقلیل رابطه پزشک و بیمار به یک کالایی خدماتی، از طریق بازتعریف کدهای اخلاق حرفه‌ای و روابط قراردادی، عملاً فضای لازم را برای ایجاد یک اعتماد سازنده و درک متقابل مخدوش می‌سازد.

تناقض گفتمانی: هر گفتمانی ذاتاً ناپایدار است؛ زیرا به‌طور مداوم درگیر تناقض‌های درونی و تلاش برای

حوزه سلامت مواجهه هستیم. آنچه که طی سالیان اخیر اتفاق افتاده است، پیشی گرفتن جریان سرمایه‌دارانه و تجاری‌سازی حوزه درمان و سلامت از گفتمان انقلاب‌محور اقتصاد دولتی بوده است. این تناقض گفتمانی که حاصل ساختارهای اقتصادی متناقض در جامعه است، از مسیر برنامه‌های توسعه، تأثیر مستقیمی بر عملکرد تولید وزارت بهداشت و درمان کشور و نیز بر لایه گسترده‌تر اجتماعی یعنی مراجع‌کنندگان حوزه درمانی داشته است.

شرایط زمینه‌ای:

شرایط زمینه‌ای در کنار شرایط علی، زمینه شکل‌گیری و تقویت پدیده اصلی را فراهم می‌کند. در فرایند شکل‌گیری پزشک‌ستیزی، زمینه‌هایی همچون گذار به مدل بیمارمحور از یک‌سو و هم‌زمان غیبت پزشکان در فضای درمان از سوی دیگر زمینه شکل‌گیری پزشک‌ستیزی را تقویت کرده است.

گذار از مدل پزشکی پدرسالار به بیمارمحور: تحول از مدل پزشکی پدرسالار که تصمیم‌گیری در انحصار پزشک است به مدل بیمارمحور که مشارکت فعال بیمار را در فرایند درمان می‌طلبد، با چالش‌های فراوانی همراه است. این گذار نه‌تنها نیازمند تغییر نگرش پزشکان و کادر درمان بوده، مستلزم تغییرات ساختاری و فرهنگی نیز است. داده‌ها نشان داد که عدم‌پذیرش کامل این تغییر توسط برخی از پزشکان و بیماران باعث تعارضات و سوء تفاهم‌هایی شده که زمینه‌ساز بروز خشونت است. پزشکی هدرن وارد عصر جدیدی از خودمختاری بیمار شده است. بیماران امروزی که از طریق اینترنت و رسانه‌های اجتماعی آگاه می‌شوند، برای دسترسی به اطلاعات و منابع پزشکی به‌طور فزاینده‌ای کمتر به پزشکان خود وابسته هستند. این تغییر انقلابی مستلزم درک متفاوتی از رابطه بیمار و پزشک است.

پزشک: «اینجا بیمارسالاریه. میگن مهم نیست، هرچی میگن بنویس بیمار راضی بشه. درخواست سونوگرافی و

هم‌گفتمانی‌سازی^۱ است. وقتی سیاست‌گذاری‌های رفاهی، گفتمان «حمایت از کادر» را با گفتمان «کاهش حقوق و افزایش بار کاری» ترکیب کنند، شکست هم‌گفتمانی‌سازی رخ می‌دهد. این شکست، نه‌تنها مشروعیت سیاست را تضعیف می‌کند، باعث سردرگمی ذهنی در عموم جامعه می‌شود. این تناقض، ضمن کاهش اعتماد عمومی به سیستم سلامت می‌تواند ناهماهنگی‌های اجتماعی و نارضایتی عمومی را تشدید کند که در این میان خشونت در مراکز درمانی از مصادیق بارز این شکاف گفتمانی محسوب می‌شود.

جراح عمومی: «افزایش هزینه‌های درمانی باعث تبعیض بین بیماران شده است. اگر نظام درمانی ما دولتی بماند و نیروهای متخصص و کادر درمانش رو راضی نگه دارد، وضعیتش را با بیمه‌ها درست کنند، پرداختی‌هاش به‌موقع باشد... اون وقت بیماری که از روستا میاد یا از قشر ضعیف‌تر هست، با هزینه کم هم می‌تونه دیالیز بشه؛ اما وقتی این شخص به دلیل بالا بودن هزینه‌ها نتونه پرداخت کنه، مطمئناً فرایند درمانش دچار مشکل میشه. مراجعه‌کننده‌ها همه کمبودها رو از چشم کادر درمان می‌بینند. پزشک و پیراپزشک و پرستار میشن ضربه‌گیر این همه تناقض و کمبودهایی که بیماران و همراهانشون می‌بینن.»

رزیدنت ارتوپدی: «بیمار وقتی وارد یک بیمارستان دولتی میشه، انتظار داره همه‌چیز رایگان باشه. در صورتی که این دیدگاه درستی نمی‌تونه باشه. شما اگه نگاه کنید و مقایسه‌ای انجام بدید با سیستم‌های درمانی خیلی کشورها، بیماران برای هر چیزی هزینه می‌کنند. نمی‌دونم چرا مردم جامعه ما یک جاهایی قدرشناس نیستند. شما کافیه هزینه عمل‌های جراحی تو بخش دولتی رو با بخش خصوصی مقایسه کنید. یک جاهایی توقعات غیرواقع‌بینانه دارند و تنش با پزشک یا پرستار پیدا می‌کنند.»

طی مشاهدات میدانی و مصاحبه‌های صورت‌گرفته با کادر درمان در این پژوهش، گفتمان‌های متناقض یا ناهمسو به‌عنوان یکی از عوامل ضعف عملکردی در رابطه با سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت تشخیص داده شد؛ به عبارتی دیگر در این بخش با دوگانه‌های ایدئولوژی انقلابی و سرمایه‌دارانه در

² Failed articulation

¹ Articulation



سی‌تی‌اسکن و سونوگرافی غیرضروری از مصادیق بارز بیمارسالاری و شکل‌گیری سونامی از اتهامات حرفه‌ای و حقوقی متقابل بین کادر درمان و همراهان بیمار به‌عنوان دو سرکنش‌های مشاجره‌آمیز بوده است.

پزشک غایب: یکی از معضلات مهم که نقش اساسی بر شکل‌گیری تعامل نامطلوب بین کادر درمان، بیماران و همراهان آنها دارد، عدم حضور یا غیبت اتند یا پزشک متخصص است که در قالب چهار نقش ارائه‌دهنده مراقبت‌های تخصصی و حیاتی، مسئولیت تصمیم‌گیری‌های کلیدی در فرایند درمان، رهبری تیم درمانی و از همه مهم‌تر نقطه کانونی اعتماد بیماران به نظام سلامت است. غیبت او علاوه بر تأثیرگذاری در رابطه پزشک و بیمار اثرات نامطلوب دیگری در زمینه رسیدگی به‌موقع و پیگیری وضعیت بیمار به‌خصوص در زمینه گرفتن شرح‌حال، تکمیل پرونده پزشکی بیمار، حقوق و وظایف متقابل بیمار و پزشک، ایجاد فشار مضاعف بر رزیلنت‌ها و درنهایت کاهش سطح رضایت اجتماعی از عملکرد مراکز درمانی تابع وزارت بهداشت و درمان کشور دارد. افزایش زمان انتظار و کاهش کیفیت ارتباطات، ضمن ایجاد حس ازبی‌عدالتی، تنش را تشدید می‌کند. این امر مستقیماً به چرخه‌ای از خشونت کلامی و فیزیکی می‌انجامد و به‌طور غیرمستقیم، شکاف عاطفی و گسست ارتباطی بین پزشک معالج و مراجعه‌کننده را به‌عنوان دو سر پیوستار نظام درمانی عمیق‌تر می‌سازد.

پرستار: «تو بخشی که من هستم، اوضاع سال به سال بدتر شده. اتند ما اصلاً به مریض‌ها سر نمی‌زنه؛ ولی به‌جاش رزیلنت‌ها باید سر بزنند. در صورتی که بیمار تحت نظر پزشکی هست که اسمش بالای تخت بیمار است. حالا این وسط رزیلنت باید هم سرکشی کند، هم به همراهان بیمار توضیح بدهد. رزیلنت باید جواب ۳۰ تخت رو بدهد. اتند (جراح بخش) فقط برگه‌های اتاق عمل رو امضا می‌زند. همین!»

متخصص ارتوپد: «ایترن من حاضر نیست به‌موقع بره

آزمایش که به تشخیص پزشک لازم نیست. فشار زیادی رو بیمه‌ها ایجاد میکنه. بیمه‌ها هم برای جلوگیری از زیان‌دهی، خدمات رو کمتر می‌کنن. سیستم سلامت متوجه نیست، این‌طوری چه بلایی سر این بیماران و نظام سلامت کشور، هرز منابع و استهلاک نیروها میاد. چه دلیلی داره بیماری که به تشخیص من پزشک میگم سونو نیاز نداره، باید مرتباً سونو بده یا آزمایش‌های غیرضرور؟»

کارشناس اتاق عمل: «یک کیس داشتم که متأسفانه تاریخچه درستی به پزشک معالج خودش نداده بود. این بیمار باید یک روز در میان دیالیز می‌شد؛ ولی تو این مورد بیمار، پزشک رو در جریان وضعیت خودش نداشته بود. خود بیمار به پزشک میگه من ۵ روز هست دیالیز نشدم. این بیمار با حالت اورژانسی به اتاق عمل منتقل شده بود. زنگ زدن پزشک. سریع اومد تا خواست دیالیز کنه، بیمار ایست قلبی کرد. این یعنی عدم ارتباط برقرار کردن خود بیمار با پزشک. یه وقتی هست خود بیمارها نمی‌تونند یا نمی‌خوان ارتباط خوبی برقرار کنند تا فرایند درمانشون خوب پیش بره. اگر بیمار تاریخچه دقیق یا درستی به ما می‌داد، اول جراح اون رو می‌فرستاد برای دیالیز. بعد عمل رو انجام می‌داد. بعدش خانواده بیمار شاکی شدن علیه بیمارستان.»

مدل بیمارمحور نه با توصیف پارسونز^۱ (1951) ز تعهدات و نقش بیمار مطابقت دارد، نه با نظم تشریفاتی غالب در جلسات پزشکی (Strong, 1979) و نه با هنجار غالب پزشکان در بسیاری از مطالعات صورت گرفته در زمینه نوع ارتباط بین پزشک و بیمار؛ برای مثال ویتزکین^۲ (1991) این مدل را در تقابل با مدل پزشک‌محور قرار می‌دهد که طی آن، پزشک به تنهایی تصمیم‌گیرنده اصلی پروسه درمان است. زمانی که بیماران یا همراهان آنها احساس کنند که نظرات آنها نادیده گرفته می‌شود یا در فرایند درمان مشارکتی ندارند، ممکن است واکنش‌های منفی مانند مقاومت در برابر دستورالعمل‌های درمانی یا حتی خشونت کلامی و فیزیکی از خود بروز دهند. مصاحبه‌های صورت‌گرفته نشان داده است که مقاومت یا امتناع از پذیرش دستورالعمل‌های کادر درمان در قالب درخواست اقلام مشخصی از دارو یا ثبت آزمایش،

² Waitzkin

¹ Parsons

پزشک‌ستیزی و کاهش اعتماد عمومی تأثیر می‌گذارد.

پزشک متخصص: «فیلم‌ها و سریال‌هایی که رسانه‌ها می‌سازند، ضد جامعه پزشکی هستند، ضد کادر درمان هستند. هر جا که آباد بود، زدن و خرابش کردند. پزشکی ایران در خاورمیانه اول بود. اونها فقط دنبال منافع خودشون هستند. انگار منافع یکی در تخریب چهره پزشکان و کادر درملنه که من و امثال من از این مملکت بریم؛ اما من موندم؛ چون دغدغه و عشق به مردم من رو وارد این حوزه کرده، باوجود این همه حجم مشکلات.»

پزشک متخصص: «یه موج زشتی بلند شده از طرف رسانه‌های مجازی و دولتی علیه کادر درمان. به شکل هدفمندی بیمار و پزشک رو روبه‌روی هم قرار دادند.»

پرستار: «با این موج تبلیغات ناسالمی که رسانه‌ها به راه انداختند، مردم تصور می‌کنند کادر درمان حقوق هنگفتی می‌گیرند. وقتی بد برخورد می‌کنند، میگن شما که پولش رو می‌گیرید. وقتی هم باهاشون برخورد می‌کنیم، بهمون میگن، پرسنل درمان بد اخلاق هستند و الی آخر. رسانه‌ها همچین تصویر بدی از پرسنل می‌سازند. بعد تو جامعه باز نشر می‌دند.»

رزیدنت ارتوپدی: «وقتی هیچ نظارت صحیحی صورت نمی‌گیره، شما چه انتظاری دارید؟ بعضی وقت‌ها هم همراه بیمار آزادانه تو بخش‌ها برای خودش می‌چرخه. شروع می‌کنه به ضبط فیلم از هر چیزی که سر مسیرش هست. بعد باز نشر میده تو رسانه‌ها. این یعنی سوءتبلیغ رسانه‌ها نه انعکاس واقعیت‌ها. باید مدیریت بشن.»

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که نوع نگاه و تفاسیر کادر درمان در رابطه با نقش رسانه‌ها اغلب ترکیبی از انتقاد، ناامیدی و نیاز به همکاری است. آنها اظهار داشتند که رسانه ملی و به‌خصوص سکوها مجازی با برجسته‌سازی کمبود منابع و نیز خطاهای پزشکی و نمایشی غیرواقع‌بینانه از پایگاه اجتماعی (طبقه‌ای مرفه بدون درد) و درآهدی آنها بدون توجه و آگاهی‌سازی کافی در پشت صحنه طی کردن دوره‌های سخت حرفه‌ای و قربانی کردن بسیاری از فرصت‌های دیگر زندگی، به‌عنوان دو نقطه تلاقی تفاسیر، با ارائه برساختی ساده‌انگاری یا اغراق‌گرایی به‌جای تسهیل درک عمومی، زمینه‌ساز تقابل و تنش بین کادر درمان و مراجعان شده‌اند. همچنین مشارکت‌کنندگان پژوهش، بر نقش مرکزی این

تو بخش به بیمارها سر بزنه. زنگ زدم و پیگیر شدم. بهشون گفتم خانم دکتر چرا تو بیمارستان و بخش نیستی؟ اون موقع تازه حاضر شد بره بیمارستان. اون هم با چند ساعت تأخیر. این نتیجه ضعف وزارت هست در استخدام این نیروها. می‌گه اینجا به من پولی نمیدن؛ بنابراین، نمیره و به‌موقع تو بیمارستان حاضر نمیشه.»

تعدد و فشار نقشی از جمله، دریافت شرح‌حال از بیمار، چک‌کردن پرونده و سوابق پزشکی، صدور فرم گواهی بستری و نظارت بر آن و ترخیص بیمار تحت نظارت منجر به حضور محدود پزشک در بخش‌ها، واگذاری امور به دانشجویان، حجم فشار کاری بر رزیدنت‌ها و پرستاران و فرصت محدود پاسخ‌گویی به مراجعه‌کنندگان، و تشدید هم‌زمان تنش شغلی و جسمی کادر درمان شده است.

شرایط مداخله‌گر:

علاوه بر شرایط علی و زمینه‌ای که به تعاملات و زمینه‌کنشگری پزشکان، بیماران و سازمان سلامت مربوط می‌شود، برخی عوامل خارج از این زمینه نیز بر پزشک‌ستیزی تأثیر دارد. مهم‌ترین عامل مداخله‌گر در این پدیده که توجه کادر درمان را به خود جلب کرده، فضای رسانه‌ای منفی است.

بازنمایی رسانه‌ای منفی: رسانه‌های جمعی نقش دوگانه‌ای درخشونت علیه کادر درمان ایفا می‌کنند. از یک‌سو با کلیشه‌سازی و روایت‌سازی‌های ناهمسو با واقعیت‌های موجود در ساختارهای نظام سلامت مانند، کمبود منابع، فشارهای سیستمی و اقتصادی و ریشه‌یابی آنها و پوشش یک‌جانبه از حوادث در قالب تحریک هیجان‌ات‌کور در سطح جامعه، کنش‌های نامطلوب بین کادر درمان و مراجعه‌کنندگان را تشدید کرده است و از طرفی دیگر، فروپاشی حس انسجام اجتماعی بین حوزه سلامت و شهروندان، پیامدهای مستقیم آن بر کاهش کیفیت خدمات سلامت و مراقبت، و تضعیف پایگاه اجتماعی کادر درمان را باید از جمله این تأثیرات رسانه‌ای به حساب آورد. تصویرسازی رسانه‌ها از کادر درمان اغلب به شکلی منفی و یک‌جانبه است که همین امر بر افزایش

سیستم درمانی ما همگی در کنار تو هستیم تا درمانت کنیم. اینجا بحث اعتماد و تفاهم مشترکه. چون من پزشک با خصوصی‌ترین مسائل یک بیمار، هم جسمی و هم روحی سروکار دارم.»

پزشک عمومی: «در شیوه‌های پزشکی سنتی، طبیب می‌رفت سراغ بیمار، نه بیمار سراغ طبیب. طبیب انسانی‌ترین رابطه رو با مریض خودش داشت. در نظام درمانی فعلی همه چیز برعکس شده. می‌خوام این رو بگم که این الگویی که حاکم بر نظام درمانی و به خصوص پزشکی ما شده، ضد این سیناست. انگار سوگندنامه سقراط به فراموشی سپرده شده که حتی اگر بیمار تو پولی نداشت، اون رو درمان کنده؛ اما در جامعه ایران پول نداشته باشی، اهمیتی بهت نمیدن. میگن پول نداری، برو بمیر. خوب متأسفانه تو این پزشکی تجاری، چون جایی برای درک متقابل و همدلی نیست، فاصله‌ها که زیاد میشن، باید انتظار خشونت، برخورد و تنش داشته باشید.»

دژ عاطفی^۳ به عنوان مکانیزمی دفاعی توسط کادر درمان به منظور محافظت از خود در برابر فشارهای روانی و استرس‌های شغلی شکل می‌گیرد. این فاصله‌گذاری عاطفی که در پاسخ به خشونت، خستگی و بی‌اعتمادی ایجاد می‌شود، کیفیت تعاملات پزشک و بیمار را کاهش می‌دهد و می‌تواند به افزایش سوءتفاهم‌ها و تنش‌ها منجر شود.

پیامدها

مجموعه شرایط و کنش‌های جاری در فرایند پزشک‌ستیزی به پیامدهای مهمی در حوزه نظام سلامت منجر شده است. مهم‌ترین پیامدهای مورد توجه در میان مصاحبه‌شوندگان عبارت است از شکل‌گیری شکاف بی‌اعتمادی بین بیمار و پزشکان و فرسایش شغلی پزشکان. این پیامدها خود می‌تواند به شکل‌گیری چرخه بی‌پایانی از خشونت، بی‌اعتمادی و فرسایش نیروها منجر شود.

شکاف بی‌اعتمادی: شکاف بی‌اعتمادی میان بیماران و کادر

رسلنه‌ها در ایجاد و تعمیق شکاف تفهیمی و اجتماعی بین شهروندان و کادر درمان تأکید داشته‌اند. همین نتایج آشکار ساخت که این فرایند ضمن فروپاشی حس اعتماد نهادی به کارکنان نظام سلامت از مسیر ایجاد گسل‌های روانی، تضعیف حس انگیزش، بی‌علاقگی شغلی و بی‌تفاوتی اجتماعی، مهم‌ترین نقش را در عدم تمایل به ماندگاری کادر درمان به خصوص طی چند سال اخیر در جامعه داشته است.

راهبردهای کنش

نحوه مواجهه کادر درمان و پزشکان با پدیده خضونت پزشکی می‌تواند شامل طیفی از کنش‌ها باشد؛ اما مهم‌ترین راهبرد در این میان براساس مصاحبه‌ها فاصله‌گذاری است.

فاصله‌گذاری پزشکی: به استراتژی‌های نهاد پزشکی برای حفظ مرزهای اقتدار حرفه‌ای خود از طریق ترکیب پیچیده‌ای از انحصار دانش تخصصی، کنترل در فرایند اخذ تصمیم‌گیری حرفه‌ای از تشخیص تا درمان، تعریف یک‌جانبه از بیماری و سلامتی و تحدید نقش بیمار به مثابه ابژه‌ای منفعل یا تابع اطلاق می‌شود. مصاحبه‌ها نشان داد که این مکانیزم با وجود حفظ سلامت روان کارکنان، پیامدهای منفی بر روابط درمانی دارد. این فاصله‌گیری، روابط پزشک - بیمار را به سلسله‌مراتب قدرت تبدیل می‌کند که طی آن، پزشک به عنوان فاعل شناسا^۱ و بیمار به عنوان ابژه منفعل^۲ در چارچوب سیستم پزشکی مدرن عمل می‌کند. این فاصله‌گیری صرفاً کنشی فردی یا حرفه‌ای نیست، بلکه سازه و در واقع برساخته‌ای اجتماعی و فرهنگی نیز محسوب می‌شود که ریشه در ساختار قدرت، نیازهای حرفه‌ای پزشکی و نیز انتظارات فرهنگی جامعه دارد.

جراح: «رابطه پزشک و بیمار براساس اخلاق پزشکی هست. ببینید رابطه بین پزشک و بیمار باید براساس همدلی و درک متقابل باشه. وظیفه من پزشک همدردی با بیمار نیست. من پزشک باید به بیمار اطمینان بدم که تو این

³ Emotional fortress

¹ Subject

² Object

درمان، ریشه در تجارب منفی، کمبود ارتباط مؤثر و بازنمایی‌های رسانه‌ای دارد و باعث افزایش سوءظن و خصومت در محیط‌های درمانی می‌شود. این بی‌اعتمادی، امکان بروز خشونت را افزایش می‌دهد و روند درمان را مختل می‌کند. تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بازسازی اعتماد نیازمند تلاش‌های هم‌زمان در سطوح فردی، سازمانی و اجتماعی است. اعتماد مفهومی چندلایه است که از یک «عنصر شناختی (براساس قضاوت‌های عقلانی و ابزاری) و یک بُعد عاطفی (مبتنی بر روابط و پیوندهای عاطفی) تشکیل شده است که از طریق تعامل، همدلی و همذات‌پنداری با دیگران ایجاد می‌شود» (Calnan & Rowe, 2008: 6).

کارشناس اتاق عمل: «قبل از هر عمل جراحی به بیمار و همراهانش پروتکل‌ها رو اعلام می‌کنیم؛ مثلاً همراه حق ورود به اتاق عمل رو نداره یا باید لباس‌های استریل‌شده قبل از عمل رو استفاده کنه؛ اما بعضی وقت‌ها خود بیمار و در مواردی همراه بیمار مقاومت می‌کنه و از تعویض لباس‌ها خودداری می‌کنه. ما حساسیت‌های مختلف افراد رو درک می‌کنیم. اونها از زمینه‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی هستن؛ اما باید بپذیرند این‌ها بخشی از وظایف تخصصی کادر درمان هست. وقتی بیمار شون رو دست ما می‌سپارند، لازم اعتماد کامل هست.»

جراح عمومی: «قدیما احترام به کادر درمان بیشتر بود. رابطه‌ها دوستانه‌تر بود. اعتمادداشتن به همدیگه. کادر درمان... هر جا که می‌رفتند، مردم احترام بهت می‌داشتن. این برخوردها که حتی به سطح ضرب‌و شتم و شکایت از کادر رسیده، به این شدت نبوده.»

نتایج تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها مبین این است که این شکاف در سه بُعد فردی، سازمانی و اجتماعی رخ داده است؛ در سطح فردی، عدم سرسپردگی حرفه‌ای به کادر درمان در قالب نقش بیمار، در سطح سازمانی افزایش مخاطرات سلامت، افزایش شکایات پزشکی، عدم آشنایی کافی با پیچیدگی‌های حرفه‌ای کادر درمان و در سطح اجتماعی کالایی شدن فرایند

درمان و بحران نظام‌های معرفتی همسو با جایگاه سنتی پزشکان، شکل‌گیری حوزه عمومی مجازی و مطالبه‌گری شهروندان، تغییر نقش کادر درمان از مراقبتی به مدیران منابع سلامت، نقش رسانه‌ها در تقدس‌زدایی از جایگاه و منزلت اجتماعی کادر درمان، سیاست‌گذاری‌های ناهمسوی حوزه سلامت و درمان با بخش فرهنگی جامعه از جمله مهم‌ترین عوامل شناسایی شده در طی مصاحبه‌های صورت گرفته با مشارکت‌کنندگان بوده است. بازتاب این اعتماد شکننده عمدتاً در اشکال اقدامات پزشکی دفاعی، درخواست نظر دوم یا ارتباط ضعیف مشاهده می‌شود؛ این شکاف گاهی به دلایلی خارج از کنترل پزشک و کادر درمان رخ می‌دهد. بیماران ممکن است اشتباهات ناشی از نقص تجهیزات را به کادر درمان نسبت دهند و پرخاشگری کنند. ضمن اینکه احساس شنیده‌نشدن از سوی بیماران که به نوبه خود می‌تواند بر نحوه پاسخ بیماران تأثیر گذارد و به شکل‌گیری ماریپیج بی‌اعتمادی منجر شود.

فرسودگی شغلی: فرسودگی شغلی^۱ یکی از پیامدهای بارز خشونت و فشارهای کاری مداوم است که شامل خستگی جسمی و روانی، کاهش انگیزه و احساس بی‌کفایتی می‌شود. این وضعیت به کاهش کیفیت خدمات درمانی، افزایش خطاهای پزشکی و تمایل به ترک شغل منجر می‌گردد. شرکت‌کنندگان در پژوهش از تجربه فشارهای طاق فرسا، کمبود حمایت و بار کاری زیاد سخن گفتند که فرسودگی را تشدید می‌کند. از دیدگاه جامعه‌شناسی سازمانی، فرسودگی شغلی از استرس مزمن ناشی از ناهماهنگی بین فرد و محیط کار است که در اثر شکاف بین انتظارات شغلی، منابع موجود سازمانی و حمایت‌های اجتماعی ایجاد می‌شود. به گفته ماسلاچ^۲ این وضعیت نشان‌دهنده اختلال در عملکرد سازمان است که دربرگیرنده سه بُعد خستگی هیجانی^۳، مسخ شخصیت^۴ و کاهش احساس کفایت شخصی است (Schaufeli & Maslach, 2009).

کارشناس اتاق عمل: «در جامعه ما بیگاری از پزشک و

⁴ Depersonalization Cynicism

¹ Job burnout

² Maslach

³ Emotional Exhaustion



پیامدهای مخرب ترک شغل کارکنان است. وجود نیروی انسانی خلاق، متخصص، باتجربه و ماندگار، ارتباط مستقیمی با بهره‌وری سازمانی دارد (Ugboro, 2003)؛ بنابراین، ترک شغل یا تصمیم به مهاجرت کارکنان نظام سلامت پدیده‌ای هم‌زمان اجتماعی و ساختاری است که طی آن عضوی از کادر درمان به‌طور داوطلبانه یا غیرداوطلبانه رابطه کاری خود را با سازمان یا نهاد استخدام‌کننده قطع می‌کند. این پدیده صرفاً تصمیم فردی محسوب نمی‌شود، بلکه تحت تأثیر عوامل ساختاری، فرهنگی، نهادی و روابط قدرت در محیط کار قرار دارد.

پزشک: «با این قانون‌های جدید، برخوردهای بد با کارکنان و پرداخت‌های ناکافی، مهاجرت یا خروج از طرح یا روی آوردن به ساخت‌وساز و تجارت، گزینه‌های انتخاب بعدی من هست. لحظه‌شماری می‌کنم قراردادم تموم بشه؛ چون تو این سیستم قدر ما رو نمی‌دونن. پرداخت‌ها ناکافی و در حد نابود هستند. بدتر از همه برخوردهای بد برخی از مراجعه‌کننده‌هاست که بعضی وقت‌ها به این فکر می‌کنم که قیدش رو بزنم.»

پیراپزشک: «بعضی هم دوره‌های من مهاجرت کردند. بعضی‌هاشون هم انصراف دادند؛ چون دیگه تحمل این شرایط رو نداشتند. شیفت‌های سنگین، تحقیر در محیط کار، ضرب و شتم کارکنان. همه می‌دونند و در اطلاع هستند. فقط حرف می‌زنند. همه بلند حرف بزنند. ما نتیجه می‌خواهیم آقای وزیر! (همراه با لحنی عصبانی). چیزی که همش حرفه، به درد خودت می‌خوره.»

پرستار: «من پرستار بیلید به جای دو نفر کار کنم؛ چون نیروی کافی نیست، فشار کاری زیاده، شیفت‌ها سنگین هستند. توقعات مراجعه‌کننده‌ها و بیمارستان هم بالاست. با این سختی کار سطح رفاهی مون پایینه و امنیت شغلی ندارم. برخی از همکارام مهاجرت کردند. بعضی‌شون شغل دوم گرفتند یا کلاً قید کار رو زدند. با این فشار کاری و حقوق پایین موندن صرفه نداره.»

متخصص قلب: «به نظرم تو جامعه حتی تو رسانه‌های دولتی هم به این مسئله خوب توجه نمی‌کنند که یک پزشک یا

پرستار زیاده. به زردپنت به شدت بی‌خوابی می‌کشه، استرس می‌کشه. گاهی اوقات تا ۴۸ ساعت نمی‌خوابن. اون چندساعتی که خوابن، گوشیشون مدام زنگ می‌زنه. خواب درست و حسابی ندارن. مدام استرس می‌کشن. از لحاظ مالی هم که به شدت تو فشارن. به رزیدنت مجرد ماهی ۱۷ تومن می‌گیره. اگه متأهل باشه تا ۲۲ تومن. چه بسا بعضی از این نیروها تو دوره GPI یا همون اینتری در وضعیت نسبتاً مرفه‌ای بوده. حالا وقتی وارد دوره تخصص میشه، یک‌دفعه با این وضعیت روبه‌رو میشه. دچار فرسودگی مضاعفی میشن. از طرفی حقوقش هم کفاف زندگیشو نمیده. دچار مشکلات روحی روانی میشن و اکثراً مجبورند دارو مصرف کنند (داروهای اعصاب و روان) تا خودشونو سرپا نگه دارن.»

رزیدنت جراحی فک و صورت: «آینده کاری مبهم، بی‌پولی، مشکلات اجتماعی و احساس پوچی. سرمو که بلند می‌کنم، می‌بینم عمرم تلف شده و هیچ انگیزه‌ای برام نمونده. بیمه‌ها هم کارشون رو درست انجام نمیدن. بعد بیمار میگه چرا کار من رو دیر انجام دادی. بهش گفتم کار بیمار قبلی طول کشید. شروع به پرخاشگری کرد و دست به یقه شدیم.»

مصاحبه با کادر درمان نشان می‌دهد که، تصمیم به جلبه‌جایی محل کار یا خروج از بیمارستان‌های دولتی، ترک شغل، کوچ شغلی به حوزه‌های نامرتبط، افزایش غیبت از کار و کاهش بهره‌وری را باید به عنوان واکنشی در تقابل با خشونت به عنوان شکلی از فرسودگی ساختارمند حاکم بر ساختار این بخش تفسیر نمود.

دوراهی ترک شغل یا مهاجرت: ترک شغل^۲ یکی از متغیرهای پراهمیت سازمانی است که در صورت وقوع، آثار مخرب و پرهزینه‌ای متوجه سازمان‌ها می‌کند. در ارتباط با نهادهای درمانی، هزینه جایگزینی نیروهای حرفه‌ای با نیروهای جدید، زمان‌بر بودن آموزش مجدد، کاهش کیفیت مراقبت و افزایش خطاهای تشخیصی و درمانی که گاه به تهدید جان بیماران و افزایش هزینه‌های نظام سلامت منجر می‌شود، از جمله

^۱ به پزشک گفته می‌شود که پس از دوره عمومی، آموزش تخصصی در زمینه تشخیص، درمان و مدیریت جامع بیماری‌ها در سطح اولیه دریافت کرده است و نقش محوری در سیستم سلامت ایفا می‌کند.

^۲ Quit job

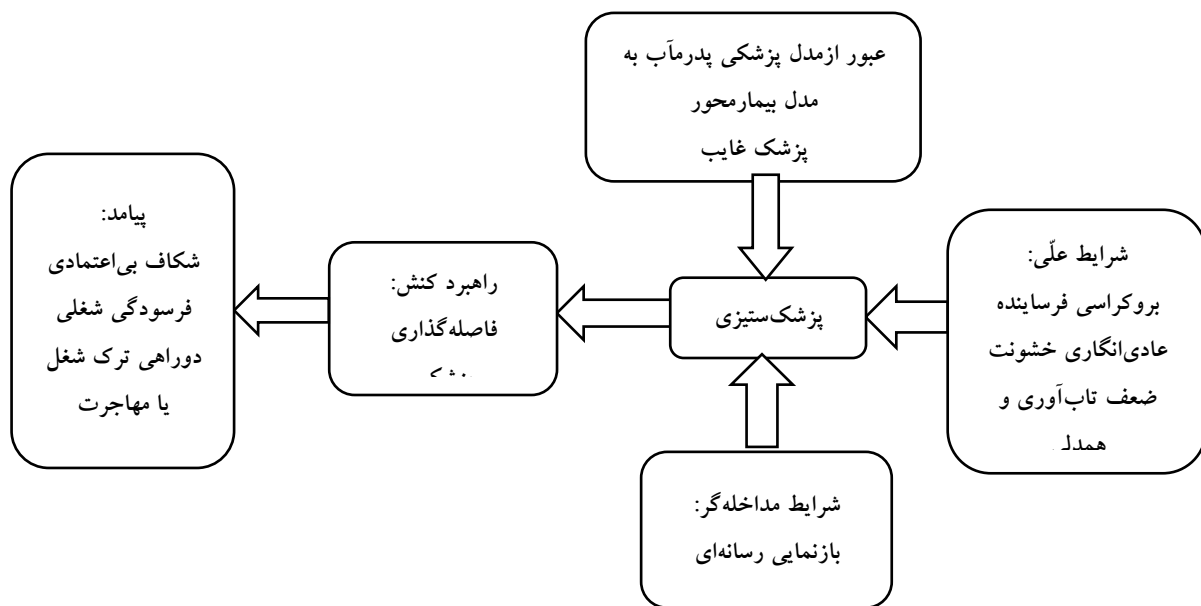
مقوله مرکزی به دست آمد که در اینجا نقش هسته پژوهش و حلقه اتصال مقوله‌های فرعی با یکدیگر و نیز با مقوله مرکزی یعنی پزشک‌ستیزی است. نتایج مستخرج از مقوله مرکزی حاکی از آن است که خشونت نهادینه شده در قالب عادی‌پنداری از پدیده خشونت در بیمارستان و مراکز درمانی در کنار بروکراسی فرساینده و عملکرد نسبتاً ضعیف آن، به‌خصوص در حوزه پاسخ‌گویی شفاف و به‌موقع و رفع ابهامات ناشی از تأثیر کمبود منابع و نیروها در ایجاد فشار مضاعف سازمانی و حرفه‌ای بر کادر درمان، به‌عنوان مهم‌ترین عامل در تضعیف و سرکوب حس همدلی و کاهش تاب‌آوری عمل کرده است. نقش رسانه‌های مجازی در روایت‌سازی‌های ناهمسو و بازنمایی گسترده آن، ضمن تشدید فاصله‌گذاری پزشکی به‌عنوان مکانیز دفاعی به‌واسطه شکاف بی‌اعتمادی بین کادر درمان و مراجعه‌کنندگان به نظام درمانی، در یک بازتولید چرخه‌ای پیامدهایی همچون تشدید فرسودگی شغلی، ناپایداری نیروها را در دو شکل ترک شغل و مهاجرت به همراه داشته است.

یک پرستار حتی با وجود خیلی کمبودها تحمل می‌کند و اجازه نمیده نظام سلامت ما از پا دربیاید؛ اما توهین، بی‌ادبی، خشونت‌های مداوم و حتی تهدیدهایی که گاهی از طرف هم‌رمان یا خانواده بیمار میشه، گاهی به حدی هست که راهی جز مهاجرت برای خلاص شدن خودش و خانوادش پیدا نمی‌کنه.»

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان ضمن تجربه خشونت در محیط کاری خود، تصمیم به ترک شغل گرفته‌اند یا مهاجرت را شکلی از استراتژی مقاومت در برابر شرایط نامطلوب کاری، از جمله حملیت‌های رفاهی، اجتماعی و حقوقی پایین می‌دانند که به امید بازیابی احترام حرفه‌ای و توقف چرخه انواع خشونت به‌عنوان پاسخی طبیعی به شرایط غیرطبیعی اتخاذ کرده‌اند. ضمن اینکه شکست مطالبات صنفی خود را در رسیدن به احقاق حقوق، از جمله برخورداری از امنیت اقتصادی، روانی و حقوقی به‌عنوان پیامد سیاست‌گذاری ناکارآمد در این حوزه می‌دانستند.

مدل پارادایمی

پس از اتمام مراحل کدگذاری اولیه و ثانویه، مقولات حول



مدل ۱- مدل پارادایمی

Model 1- Paradigm model

بحث و نتیجه

در این پژوهش پزشکی‌سستیزی به‌عنوان مقوله مرکزی تعریف شده است. سپس برای کنکاش و ریشه‌یابی خشونت و فراگیری در مراکز و نهادهای درمانی در مواجهه با کادر درمان مجموعه‌ای از شرایط علی (عادی‌انگاری پلیده خشونت، بروکراسی فرساینده، ضعف تاب‌آوری و تناقض‌گفتمانی)، زمینه‌ای (عبور از مدل پزشکی پدرمآب به بیمارمحور، پزشکی غایب) و مداخله‌گر (بازنمایی رسانه‌ای) همراه با استراتژی‌های راهبردی (فاصله‌گذاری پزشکی) و پیامدهای مترتب بر آن (فرسودگی شغلی، شکاف بی‌اعتمادی، دوراهی ترک شغل یا مهاجرت) در قالب ۱ ازیرمقوله تدوین شد. سپس در قالب مشاهده مشارکتی و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با جامعه هدف در بیمارستان‌های منتخب پیاده‌سازی گردید. نتایج حاصل از تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهد که خشونت علیه کادر درمان صرفاً پدیده‌ای فردی یا روان شناختی نبوده، بلکه بازتابی از ساختارهای نابرابر و بحران‌های نهادی همچون وجود یک فرهنگ نهادینه‌شده خشونت در بسترهای فرهنگی جامعه وسیع‌تر در کنار تسلط نگاه عادی‌انگارانه به مسئله خشونت است. درعین‌حال، رفتاری است که ریشه عمیقی در بافت اجتماعی و لایه‌های فرهنگی و نیز برخی مشکلات حل‌نشده در سیستم بهداشت و درمان جامعه دارد (Pavlova & Geretto, 2018: 51). در بُعد اقتصادی - سیاسی نیز، تناقض‌گفتمان انقلابی با تجاری‌سازی^۱ حوزه سلامت در کنار ضعف زیرساختی، تسهیل‌کننده خشونت کلامی و فیزیکی در مراکز درمانی است. در اثر الگوی‌های جهانی کالایی‌شدن نظام سلامت و حرفه‌زدایی از پزشکی مدرن و سستی، تنش معرفتی ناشی از جابه‌جایی الگوهای سلامت پزشکی‌محور^۲ به بیمارمحور^۳ در جامعه ایرانی مشاهده می‌شود. تغییری که کادر درمان از آن به‌عنوان

بیمارسالاری^۴ یاد می‌کنند. نتایج حاصل از تجربه زیسته کادر درمان حاکی از تأثیرات این تغییرات پارادایمی در تعمیق شکاف ارتباطی ذی‌نفعان نظام است که در قالب بحران زیست قدرت در مؤسسات درمانی قابل فهم است؛ بنابراین، عدم حضور پزشک در مراکز درمانی به دلیل تعدد نقشی و وظایف حرفه‌ای در تلاش برای بقای حرفه‌ای و حفظ پایگاه اجتماعی خود را، باید محصول تسلط دیدگاه پزشکی‌محور حاکم بر تولیت وزارت بهداشت و درمان دانست؛ بنابراین، غیبت پزشک، شکل‌گیری صف‌های طولانی انتظار، ضمن فشار مضاعف بر رزیدنت‌ها، پیراپزشکان و پرستاران، مقدمه جرقه‌های تنش کلامی و فیزیکی بین مراجع‌کنندگان و کادر درمان است. در این میان، بازنمایی رسانه‌ای با روایت‌سازی‌های ناهمخوان از واقعیت‌های نظام سلامت، برجسته‌سازی خطاهای پزشکی ضمن کلیشه‌سازی از نقش کادر درمان در قالب چهره‌ای سودجو و مسولیت‌گریز و بازنشر آن در سطح جامعه، ضمن تضعیف اعتماد عمومی به کادر درمان مهم‌ترین عامل در فروپاشی سرمایه اجتماعی این قشر بوده است. این نتایج تا حدودی با یافته‌های محققانی مختلفی همسو است که بر نقش‌آفرینی منفی رسانه‌ها در شکل‌گیری خشونت در مواجهه با کادر درمان تأکید داشته‌اند (Tan et al., 2021; Arnetz et al, 2021; Lian & Dong, 2021). فراگیر شدن رسانه‌های نوین اجتماعی و نقش آنها در انتقال حوزه عمومی از اشکال سنتی ارتباطات به حوزه مجازی از طریق برساخت ضمن تحلیل‌رفتن امر عمومی در امر خصوصی و مسئله‌دار کردن اعتماد اجتماعی به‌عنوان پایه سرمایه اجتماعی در تعامل بین پزشک و بیمار مؤثر بوده است. مسئله‌ای که محققانی مانند سامانت (2024) آن را تابعی از عدم آگاهی بیماران درباره علم پزشکی و پیچیدگی‌های موجود در حرفه درمانی می‌دانند. رسانه‌ها گاهی از همین شکاف دانشی، روایت قربانی می‌سازند

³ Patient-Centeredness

⁴ Patient-Centered Care

¹ Commercialization

² Physician-centered



بیماران و همراهان آنها عمل کرده است. محقق بر این عقیده است که ادامه این فرایند، ضمن کاهش اعتماد از مؤسسات درمانی و مشروعیت‌زدایی از سیاست‌های رفاهی و روحیه مشارکت‌افزایی شهروندان و کادر درمان، از طریق تعمیق شکاف‌های گفتمانی، تفسیری و نیز درهم‌تنیدگی مشکلات اقتصادی و اجتماعی ضمن کاهش کیفیت خدمات پزشکی از طریق مخدوش‌نمودن اعتماد عمومی بر کل جامعه تأثیر منفی می‌گذارد. در سطح بالینی، توجه به شرح حال بیماران به‌مثابه «بستر فرهنگی زیسته» آنان، می‌تواند دیالکتیک سازنده‌ای بین گفتمان زیست‌پزشکی و علوم‌انسانی ایجاد کند. این نگرش در واقع دریچه‌ای به «زیست‌جهان» بیمار می‌گشاید. به موازات آن، چنین درکی از بافت زندگی بیمار، تعامل پزشک و بیمار را ارتقا داده و امکان پیش‌بینی و مدیریت کنش‌های تهاجمی یا خشونت‌آمیز را با دقت بیشتری فراهم می‌سازد. در نهایت، باید توجه داشت که تفاوت در ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی میان پزشک و بیمار نیز می‌تولند بر این پویایی تعاملی تأثیر بگذارد (Lekka et al., 2022: 734) و همان‌گونه که حق^۳ (2019) اظهار داشته است، دو مقوله رفاه و توانمندسازی نیروها قادر است ضمن ارتقای جایگاه پزشکان، باعث بالندگی این حرفه شود. در چارچوب نظریه کنش ارتباطی هابرماس نیز می‌توان گفت که خشونت‌ها در بافت دوگانگی ساختارها شکل می‌گیرد؛ یعنی هم ساختارهای نظام سلامت مانند، کمبود منابع و نیز کنشگران فعال در این حوزه، یعنی کادر درمان را با محدودیت‌های جدی مواجه می‌سازد. ضمن اینکه تشدید خشونت‌های فردی یا جمعی در مراکز درمانی در ترکیب با رسانه‌های نوین و به‌واسطه فضای عمومی دیجیتال، ساختارهای نظام سلامت را بازتولید کرده یا تغییر می‌دهند. کادر درمان در بستر بحران‌های سیستمی، مانند تشدید تقاضا، کاهش کیفیت ارائه خدمات، طولانی‌شدن زمان انتظار، و نارضایتی بیماران به‌واسطه روایت‌سازی‌های رسانه‌ای از فضای

(Samant et al., 2024). در بُعد سازمانی و حقوقی نیز، سطح پایین حمایت اجتماعی و حقوقی به‌عنوان پایه امنیت روانی کارکنان نظام سلامت مورد توجه است. مشاهدات میدانی و مصاحبه‌های صورت‌گرفته با مشارکت‌کنندگان این پژوهش بر نقش دخالت‌های فراسازمانی در عرصه برخورد با موضوع خشونت در بیمارستان‌ها تأکید داشته و نقش آنها را ناکافی و غیرسازنده دانسته است. ضمن اینکه ضعف جنبه بازدارندگی قوانین توسط قانون‌گذاران را نتیجه مماشات سازمانی و برخورد بالینی به‌جای جرم‌انگاری با پدیده خشونت در مراکز درمانی به‌خصوص بیمارستان‌های دولتی معرفی کرده‌اند. در همین راستا، بحران معنا، فرسودگی شغلی، شکاف بی‌اعتمادی و قرارگرفتن بر سر دوراهی ترک شغل یا مهاجرت را باید به‌عنوان استراتژی‌های کنشی آنها تفسیر کرد. این نتایج همسو با یافته‌های سایر محققین همچون عشا^۱ و الجابری (2024)، چاکرابورتی و ماشرکی^۲ (2022)، تورگوت و همکاران (2021)، قادر و همکاران (2021) و نیز ردی و همکاران (2019) است که اظهار داشته‌اند، عدم‌اعتماد به سیستم‌های حقوقی، انتظارات غیرواقعی بیمار، سطح پایین سواد سلامت، کمبود منابع، در دسترس نبودن کارکنان، برنامه‌ریزی لجستیکی ضعیف، هزینه‌های بالا و ضعف مهارت‌های ارتباطی به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در علل خشونت علیه پزشکان بوده است. نتایج تحقیقات مشترک کیوان‌آرا و همکاران (2015) نیز با برجسته‌سازی نقش عوامل اقتصادی، اجتماعی و تعاملی به‌عنوان مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز خشونت در بیمارستان‌ها با نتایج مستخرج از این پژوهش همسو است. در بُعد ارتباطی نتایج همین تحقیق گویای این واقعیت است که فاصله‌گیری پزشکی در قالب دژ عاطفی به‌عنوان نوعی استراتژی محافظه‌کارانه در امتداد نظریه قرارداد اجتماعی پارسونزی بین پزشک و بیمار گاه در جهت عکس تفاهم ارتباطی و شکل‌گیری ارتباطی نسبتاً متعادل و سازنده بین کادر درمان،

³ Haque¹ Eshah & Al Jabri² Chakraborty & Mashrek

چارچوب بازدارندگی ضعیف قوانین و عدم حمایت حقوقی و اجتماعی کافی از آنها در برابر اشکال مختلف خشونت در محل کار تفسیر کرد. این نتایج با یافته‌های الستون مبنی بر اتخاذ تصمیمات روشن از طریق پزشکی‌زدایی از کنش‌های خشونت‌آمیز بیماران به نفع جرم‌انگاری آن همخوانی دارد (Elston et al., 2002)؛ بنابراین، هرگونه بی‌توجهی به مقوله خشونت و تبدیل آن به موضوعی روزمره در قالب بی‌تفاوتی عمومی در عرصه اجتماعی و فرهنگی در اشکال توهین، تهدید و حتی قتل در کنار پیامدهای روانی آن همچون، ترس، تحقیر، تنفر و افسردگی به سه شکل مهاجرت، ترک شغل و حتی خودکشی قابل‌انتظار خواهد بود؛ زیرا خشونت علیه کادر درمان، نه تنها بحرانی سازمانی یا عارضه‌ای سیستماتیک در کالبد نظام سلامت بوده، بحرانی معناشناختی است که با تلفیق شایسته‌ای از فهم و بری از نیت اخلاقی کنشگران عرصه درمانی، آگاهی‌دری‌دایی از سلسله‌مراتب گفتمانی پزشکی مدرن، بازتولید فعال ساختار نظام سلامت در چارچوب ساختاربندهی گیدنز، و بازگرداندن تعادل هنجاری پارسونزی در رابطه نقش پزشک و بیمار می‌توان به این بحران پاسخ داد؛ بنابراین، همسو با راهکار مکتب انتقادی باید گفت که «فضای گفت‌وگوی معنا محور»، می‌تواند گامی عملی در جهت کمک به درمانگران جامعه‌نه‌به‌عنوان قربانیان، بلکه به‌مثابه فاعلانی باشد که حق دارند در نظامی انسانی‌تر، معنای کنش خود را بازیابند. خشونت علیه کادر درمان، تنها زمانی کاهش می‌یابد که هر دو طرف رابطه یعنی کادر درمان و بیماران بتوانند معنای انسانی حضور یکدیگر را دوباره کشف کنند.

پیشنهادها و راهکار

باتوجه به نقش حیاتی کادر درمان در جامعه و اهمیت دوچندان عنصر اعتماد نهادی جامعه به این قشر به‌عنوان بخش مهمی از سرمایه اجتماعی پیشنهاد می‌شود تا از طریق اصلاحات مؤثر

مراکز درمانی با عنوان «ناکارآمدی» یا مصداقی از «بی‌تفاوتی» برچسب می‌خورند و هدف خشم ناشی از ناامیدی نهادی قرار می‌گیرند. این فرایند، خشونت را از سطح فردی به سطح ساختاری نظام سلامت پیوند می‌زند و نشان می‌دهد که هرگونه مداخله مؤثر نیازمند بازتعریف روابط قدرت، افزایش حمایت سازمانی و بازسازی هنجارهای تعاملی در محیط‌های درمانی است. در چارچوب مفهوم جهان‌حیاتی شوتز، ایدئولوژی پزشکی میشلر و نظریه انتقادی، تفسیر بین‌الذنهانی محدود و عدم توجه به گرفتاری‌های شخصی بیمار و نیز کادر درمان به‌عنوان عرصه تبادل نظام و زیست جهان کنشگران اجتماعی قابل‌دریافت است. در چارچوب دیدگاه ساختارشنکانه دریدا، کادر درمان در قالب ابژه همواره به دلیل محدودیت‌های سازمانی در معرض انتظاراتی است که نمی‌تواند به‌طور کامل به آن‌ها پاسخ دهد. این «عدم‌حضور کامل کادر درمان» از منظر دریدا، ذات هر رابطه‌ای با دیگری است (Derrida, 1992)؛ اما بیمار در جست‌وجوی «حضور کامل»، درمان قطعی و فوری، پاسخ‌گیری در لحظه و لزوم توجه بی‌قید و شرط به بیمار به‌عنوان دال مرکزی در زمانی است که با ناتوانی کادر درمان مواجه می‌شود. در چنین بستری این عدم‌حضور در صحنه، که خود به‌مثابه یک مدلول عمل می‌کند، گاه به بروز خشونت می‌انجامد. در بحث حقوقی نیز پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ضعف هماهنگی و ساختاری موجود در قوای سه‌گانه در زمینه تدوین قوانینی با سطح بالایی از بازدارندگی و نظارت، بستر حقوقی ناکارآمدی را پدید آورده که به موازات تسلط رویکرد بالینی به‌جای رویکرد جرم‌انگاران حاکم بر مدیریت مراکز درمانی، ضمن عدم کنترل مؤثر بر روایت‌سازی رسانه‌های اجتماعی در بازنمایی فضای بیمارستان و کارکنان، عملکردی ضعیف داشته است؛ بنابراین، عدم تمایل برخی از اعضای کادر درمان در طرح شکایت و پیگیری حقوقی با اشکال مختلف خشونت را باید در

¹ Full presence

اقتصادی همچون تخصیص یارانه بیشتر در بخش بهداشت و درمان برای دسترسی همه اقشار، پوشش فراگیر بیمه‌ها، اصلاح در شیوه‌های آموزشی و تربیت نیروی انسانی ضمن توجه به زیرساخت‌های کافی در این زمینه گام‌های عملی برداشته شود. همچنین استفاده از ظرفیت‌های هم‌اندیشی بین گفتمان پزشکی و علوم انسانی به گونه‌ای که ترجمانی از صدای مردم و مشکلات کادر درمان در کل جامعه باشد. نگاه تجاری و سیاست‌القای درمان از مهم‌ترین عوامل شکاف‌گفتمانی است که ریشه‌های نیرومندی در نظام تعرفه‌گذاری دارد؛ زیرا تعرفه‌گذاری غیرواقعی به پذیرش بیماران بیش از حد ظرفیت و کاهش زمان تخصیص یافته به هر بیمار منجر می‌شود. این امر رضایت بیمار را کاهش می‌دهد و نیز به فرسودگی شغلی کادر درمان منجر می‌شود که خود می‌تواند به‌مثابه محرکی در شکل‌گیری هسته‌های تنش و خشونت کادر درمان و بیماران و مراجعه‌کنندگان به‌عنوان دریافت‌کنندگان خدمات نظام سلامت عمل کند. توسعه کارگاه‌های مهارتی، توجه متوازن به همه ابعاد و نیازهای کادر درمان به‌خصوص بحث واقعی کردن کارانه‌ها، پرداخت‌های به‌موقع، افزایش مشوقات و در الویت قراردادن معیشت کارکنان نظام سلامت از طریق تدوین و تخصیص بودجه‌های مستقل از جمله راهکارهای عملی است. به‌گونه‌ای که تحت تأثیر نوسانات اقتصادی ناشی از نارتازی‌ها مالی به‌خصوص تحریم‌های ناعادلانه بین‌المللی نباشد و باید به‌عنوان هدفی میان‌مدت و بلندمدت در قالب اضلاع سه‌گانه مثلث قدرت حکمرانی دولت ریل‌گذاری و پیگیری شود.

ایجاد تعادل بین کار، زندگی و فراغت نیروها به‌عنوان راهکاری شایان توجه در جهت مقابله با تضعیف معنابخشی حرفه‌ای از کارکنان نظام سلامت بسیار راهگشا خواهد بود. استفاده از مدیریت مشارکت‌گرا و شایسته‌سالار از رأس تولید وزارت بهداشت تا پایین‌ترین سطوح آن، راهبردی مؤثر است که در تلفیق متوازن در سه بُعد هم‌افزایی فرهنگی، نقش‌آفرینی

مثبت رسانه‌ای، مردم و سیاست‌گذاران اجتماعی در انگاره‌سازی شایسته از جایگاه اجتماعی کادر درمان راهگشا خواهد بود. همچنین کاهش بروکراسی اداری که فضای ارتباطی را محدود می‌کند، از طریق شفاف‌سازی و هدیریت انتظارات شهروندان در ارتباط با نیروها و منابع، تقویت فضای زندگی جهان‌شمول در محیط‌های درمانی از طریق حمایت از تعاملات معناگرا، احترام به تجربه بیمار و اعطای استقلال حرفه‌ای به کادر درمان در جهت پیشگیری از مقوله خشونت در نهادهای درمانی ضروری است. همچنین، لزوم اتخاذ تعریف جرم‌انگارانه از مقوله خشونت در اشکال مختلف آن، به‌جای برخورد‌های صرف بالینی در مراکز و نهادهای درمانی با هدف جلوگیری از عادی‌انگاری^۱ و تبدیل آن به بحران اجتماعی، از طریق همفکری و مشارکت قوای سه‌گانه یک استراتژی راهبردی با تأثیرگذاری بلندمدت خواهد بود که همگی در راستای اعتلای «زیست‌بوم امن سلامت^۲» نه تنها به کاهش قابل‌ملاحظه خشونت در مراکز درمانی منجر می‌شود، به بازسازی اعتماد متقابل بین جامعه و نهاد سلامت نیز یاری می‌رساند. تنها در چنین فضایی است که رابطه درمانی می‌تواند از منبع خشونت به یک فضای تعاملی متقابل و سازنده بین نهاد درمان و جامعه به‌عنوان بستر تبدیل شود.

همچنین حضور فعال کادر درمان اعم از پزشکان، پیراپزشکان و پرستاران در مجموعه‌ها و کمیته‌های سیاست‌گذاری نظام سلامت، به‌عنوان ذی‌نفعان گزینه‌ای اثربخش خواهد بود و سیاست‌مداران و سیاست‌گذاران کشور باید این واقعیت را بپذیرند کسانی که در خط‌مقدم این حوزه قرار دارند، طبیعتاً بهترین درک را از مشکلات و ارائه راه‌حل‌های عملی دارند؛ بنابراین، حمایت روانی، اجتماعی و حقوقی از کادر درمان، نه تنها ضرورت اجرایی دارد، یک اصل بنیادین در اخلاق پزشکی و حکمرانی مؤثر و موفق در عرصه سلامت است؛ بنابراین، اتخاذ راه‌حل‌های مقطعی، فنی یا امنیتی

² Safe and healthy ecosystem

¹ Normalcy



- changing health service. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(3), 97-103. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.008010>
- Chakraborty, S., Mashreky, S. R., & Dalal, K. (2022). Violence against physicians and nurses: A systematic literature review. *Z Gesundh Wiss*, 30(8), 1837-1855. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01689-6>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Sage Publications.
- Charmaz, K., & Thornberg, R. (2021). The pursuit of quality in grounded theory. *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 305-327. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>
- Ciechanowski, P. S. (2010). As fundamental as nouns and verbs? Towards an integration of attachment theory in medical training. *Medical Education*, 44(2), 122-124. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03578.x>
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Research and Research Design: Choosing Among Five Traditions* (H. Danaeifard, & H. Kazemi, Trans.). Saffar Publications. [In Persian].
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at Work*. International Labour Organization.
- Derrida, J. (1992). *The Gift of Death*. University of Chicago Press.
- El-Gilany, A. H., El-Wehady, A., & Amr, M. (2010). Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 716-734. <https://doi.org/10.1177/0886260509334395>
- Elston, M. A., Gabe, J., Denney, D., Lee, R., & O'Beirne, M. (2002). Violence against doctors: A medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. *Sociology of Health & Illness*, 24(5), 575-598. https://doi.org/10.1111/14679566.00309?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate.net%26utm_medium%3Darticle
- Eshah, N., Jabri, O. J., Aljboor, M. A., Abdalrahim, A., ALBastawy, M., Alkhalwaldeh, & Rayan, A. (2024). Workplace violence against healthcare workers: A literature review. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241258029. <https://doi.org/10.1177/23779608241258029>
- Grimen, H. (2010). Profesjonogtillit. In A. Molanderog, & L. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (197-215). Universitetsforlaget.
- Glaser, B. G. (2001). *The Grounded Theory Perspective Conceptualization Contrasted with Description*. Sociology Press.
- Haque, M. (2019). Importance of empathy among medical doctors to ensure high-quality healthcare مانند نصب دوربین یا تقویت نیروهای امنیتی صرفاً علائم سطحی این آسیب جامعه‌شناختی را رفع می‌کند، نه حل ریشه‌ای آن. تنها با بازسازی نهادی رابطه بیمار و درمانگر، و توزیع عادلانه‌تر منابع و مسئولیت‌ها می‌توان این بحران را مدیریت، کنترل و رفع کرد. همچنین توسعه دیدگاه مشارکت‌محور در حوزه سلامت و درمان کشور (با نقش‌آفرینی مثبت و سازنده حوزه عمومی)، به‌عنوان پل ارتباطی بین نهاد سلامت و جامعه با توجه به برخورداری از ظرفیت ارزشمند اجتماعی و فرهنگی خود، برای حل و فصل این آسیب اجتماعی، راهکاری واقع‌بینانه، جامع و راهگشا خواهد بود.
- منابع فارسی**
- صفا، ن.، احمدی کوپایی، س. ر.، حبیب‌زاده، س. ر.، کلانی، ن.، عبیری، س.، فرزانه، ر.، طاهری، ل.، و رحمانیان، ف. (۱۴۰۰). خشونت در پرسنل بخش اورژانس، یک مطالعه نظام‌مند. *طب اورژانس ایران*، ۸(۱). <https://doaj.org/article/6746303991744593a781a00052781f6e>
- مشتاق عشق، ز.، سعیدی، م.، عابد سعیدی، ژ.، علوی مجد، ح.، و نجفی عابدی، ز. (۱۳۹۰). بررسی موارد خشونت نسبت به پرستاران در بخش اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی. *دانشکده پرستاری و مامایگی*، ۲۲، ۲۳-۳۸. <https://doi.org/10.22037/anm.v22i77.4101>
- References**
- Alhamad, R., Suleiman, A., Bsisu, I., Santarisi, A., Al Owaidat, A., Sabri, A., Farraj, M. I., Al Omar, M., Almazaydeh, R., Odeh, G., Al mousa, M., Mahseer, M. (2021). Violence against physicians in Jordan: An analytical cross-sectional study. *PLOS One*, 16(1), e0245192. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245192>
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*, 52(3), 417-427. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00146-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00146-5)
- Calnan, M., & Rowe, R. (2008). Trust relations in a

- Lu, J., Xu, P., Ge, J., Zeng, H., Liu, W., & Tang, P. (2023). Analysis of factors affecting psychological resilience of emergency room nurses under public health emergencies. *Inquiry*, 60. <https://doi.org/10.1177/00469580231155296>
- Mishler, E. G. (1984). *The Discours of Medicine*. Dialectics of Medical Interviews.
- Moshtagh Eshgh, Z., Saeedi, M., Abedsaeedi, Z. H., Alavimajd, H., & Najafi Abedi, Z. (2012). Violence toward nurses at emergency rooms (ERS) of hospitals of medical universities in Tehran. *Advances in Nursing and Midwifery*, 22(77), 32-38. [In Persian] <https://doi.org/10.22037/anm.v22i77.4101>
- Ness, G. J., House, A., & Ness, A. R. (2000). Aggression and violent behaviour in general practice: Population based survey in the north of England. *BMJ*, 320(7247), 1447-1448. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7247.1447>
- Pappa, E., & Niakas, D. (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: The case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, 6(1), 146. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-146>
- Parry, Y. (2023). Critical theory. In P. Liamputtong (Ed), *Handbook of Social Sciences and Global Public Health* (pp. 1-15). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-96778-9_41-1
- Pavlova, G., & Petrova-Geretto, E. (2018). Aggression against medical doctors – Genesis and management approaches. *Trakia Journal of Sciences*, 16(1), 46-51. <https://doi.org/10.15547/tjs.2018.s.01.009>
- Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against healthcare workers in the United States. *New England Journal of Medicine*, 374(17), 1661-1669. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1501998>
- Parsons, T. (1951). *The Social System* Routledge. Keegan Paul.
- Reddy, I. R., Ukrani, J., Indla, V., & Ukrani, V. (2019). Violence against doctors: A viral epidemic? *Indian Journal of Psychiatry*, 61(4), 782-785. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_12_0_19
- Ritzer, G., & Walczak, D. (1988). Rationalization and the deprofessionalization of physicians. *Social Forces*, 67(1), 1-22. <https://doi.org/10.2307/2579098>
- Samant, M., Calnan, M., & Kane, S. (2024). A critical analysis of newspaper accounts of violence against doctors in India. *Social Science & Medicine*, 340, 116497. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116497>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative* level. *Advances in Human Biology*, 9(2), 104-107. https://doi.org/10.4103/AIHB.AIHB_44_18
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252-264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time* (J. Macquarrie, & E. Robinson, Trans.). Harper & Row.
- Kader, S. B., Rahman, M. M., Hasan, M. K., Hossain, M. M., Saba, J., Kaufman, S., Christopher, E., & Koly, K. N. (2021). Workplace violence against doctors in Bangladesh: A content analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 787221. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.787221>
- Kasai, Y., Mizuno, T., Sakakibara, T., Thu, S., Aung Kyaw, T., & Aung Htun, K. (2018). A survey of workplace violence against physicians in the hospitals, Myanmar. *BMC Research Notes*, 11(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3240-x>
- Kuhlmann, E., Brinzac, M. G., Czabanowska, K., Falkenbach, M., Ungureanu, M. I., Valiotis, G., Zapata, T., & Martin-Moreno, J. M. (2023). Violence against healthcare workers is a political problem and a public health issue: A call to action. *European Journal of Public Health*, 33(1), 4-5. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac180>
- Kuppuswamy, G., & Warriar, U. (2021). COVID-19 and violence against doctors – Why a law is needed? *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 35-40. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_912_20
- Lekka, D., Madoglou, A., Karamanolis, V. I., Yotsidi, V., Alexias, G., Orlandou, K., Karakasidou, E., & Stalikas, A. (2022). Hospital settings and dehumanization: Systematic review. *Psychology*, 13(12), 734-742. <https://doi.org/10.4236/psych.2022.135048>
- Lian, Y., & Dong, X. (2021). Exploring social media usage in improving public perception on workplace violence against healthcare workers. *Technology in Society*, 65, 101559. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2021.101559>
- Lim, M. C., Jeffree, M. S., Sahipudin, S. S., Giloi, N., & Lukman, K. A. (2022). Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Annals of Medicine and Surgery*, 78, 103727. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103727>
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., Sampson, O., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., & Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927-937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>

- Behavioral and Applied Management*, 4(3).
<https://doi.org/10.21818/001c.1077>
- Waitzkin, H. (1991). *The Politics of Medical Encounters*. Yale University Press.
- Wu, C., Wang, Z., Song, X., Feng, X. S., Abnet, C. C., He, J., Hu, N., Zho, X. B., Tan, W., Zhan, Q., Hu, Z., ..., & Chanock, S. J. (2014). Joint analysis of three genome-wide association studies of esophageal squamous cell carcinoma in Chinese populations. *Nature Genetics*, 46(9), 1001-1006.
<https://doi.org/10.1038/ng.3064>
- Xiao, S., Wang, L., Edelman, E. J., & Khoshnood, K. (2020). Interpersonal factors contributing to tension in the Chinese doctor-patient-family relationship: A qualitative study in Hunan Province. *BMJ Open*, 10(12), e040743. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040743>
- Yang, Q., Liu, S. S., Sullivan, D., & Galinsky, A. D. (2022). Taking control of violence against doctors. *Asian Journal of Social Psychology*, 26(4), 99-118.
https://doi.org/10.1111/ajsp.12547?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate.net%26utm_medium%3Darticle
- Zheng, Y., Tian, M., Chen, J., Zhang, L., Gao, J., Li, X., & Qu, X. (2025). Public attitudes toward violence against doctors: Sentiment analysis of Chinese users. *JMIR Medical Informatics*, 13, e63772.
<https://doi.org/10.2196/63772>
- Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd Ed.). Sage Publications.
- Seidman, S. (2021). *Contested Knowledge: Social Theory Today* (H. Jalili, Trans.). Ney Publishing [In Persian]
- Strong, P. (1979). *The Ceremonial Order of the Clinic*. Routledge.
- Tan, L., Yuan, S., Cheng, P., Ning, P., Gao, Y., Xiao, W., Schwebel, D. C., & Hu, G. (2021). Media reports about violence against medical care providers in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2922. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062922>
- Todic, J., Cook, S. C., Spitzer-Shohat, S., Williams Jr, J. S., Battle, B. A., Jackson, J., & Chin, M. H. (2022). Critical theory, culture change, and achieving health equity in health care settings. *Academic Medicine*, 97(7), 977-988.
<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000004680>
- Turgut, K., Yavuz, E., Yildiz, M. K., & Poyraz, M. K. (2021). Violence toward emergency physicians: A prospective-descriptive study. *World Journal of Emergency Medicine*, 12(2), 111-116.
<https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2021.02.005>
- Ugboro, I. O. (2003). Influence of managerial trust on survivors' perceptions of job insecurity and organizational commitment in a post restructuring and downsizing environment. *Journal of*