

پرستاران و تضاد کار مزدی-سرمایه

کیوان معینی

نزدیک‌تر بیا رفیق نزدیک‌تر بیا! غریب روزگاری! گرمایی هم اگر در این جا هست گرمی بازار آرمان‌فروشان بی‌شرم، آدم‌فروشان بی‌شرف است. این گرمای آتش محفل دوستان و آتش برافروخته‌ی یاران به کوهستان‌ها نیست! این جا نه جای خواب نه جای بی‌خیالی‌ست! پلک برهم‌نهیم دلان سرمایه ما را فروخته‌اند! (رهباب)

سرمایه به‌منزله‌ی یک رابطه‌ی اجتماعی، حاصل تضادی است که ذاتی‌اش است. سرمایه همواره سعی می‌کند تا به طُرُق مختلف بر این تضاد فایق آید، اما از آن جایی که تضاد، ذاتی این رابطه است، هیچ‌گاه حذف نمی‌شود و در لحظات بحرانی، دوباره ظاهر می‌شود. الگوی انباشت‌فوردیستی برای چندین دهه، با راه‌کارهایی جهت افزایش سطح رفاه نسبی طبقه‌ی کارگر در غرب - که این امر خود به‌واسطه‌ی استثمار هرچه بیش‌تر طبقه‌ی کارگر در کشورهای جنوب جهانی صورت می‌گرفت - سعی در حذف و نهان کردن تضاد بنیادین کار و سرمایه داشت که دست آخر، بحران، تضاد را رو آورد و بورژوازی را ناگزیر از ارائه‌ی پاسخی دیگر به وضعیت به‌وجود آمده کرد: چنین بود که رژیم انباشت‌نئولیبرالی از دهه‌ی ۷۰ میلادی، با سبانه‌ترین حملات بر معیشت طبقه‌ی کارگر به‌عنوان پاسخ سرمایه‌داری، پا به‌عرصه گذاشت. از ویژگی‌های این الگوی انباشت جدید، خصوصی‌سازی هرچه بیش‌تر و حذف خدمات عمومی است. لذا، بهداشت به‌عنوان حوزه‌ای که تا قبل از این رژیم انباشت جدید، همواره هزینه‌ای اضافی بر دوش دولت‌ها می‌گذاشت، در این دوره به عرصه‌ای گسترده برای کسب سود تبدیل شده است.

وضعیت بیمارستان‌های خصوصی

تهران به‌عنوان پایتخت کشور، دارای بیش‌ترین تعداد بیمارستان در ایران است؛ طبق آمار رسمی ۱۱۸ بیمارستان شامل ۴۹ بیمارستان دولتی، ۵۵ بیمارستان خصوصی و ۱۴ بیمارستان متعلق به نیروهای مسلح در این شهر وجود دارد.^۱ بر اساس آمارها تقریباً نیمی از بیمارستان‌های تهران متعلق به بخش خصوصی است، بخشی که روزه‌روز به لطف سیاست‌های نئولیبرالی، قدرتمندتر و گسترده‌تر می‌شود و هر روز حوزه‌های بیش‌تری در عرصه‌های آموزش، بهداشت و درمان ... را در سطح جهانی تصرف می‌کند. بنابر آمار سال ۲۰۱۸ حدود ۷۰ درصد بیمارستان‌های آمریکا متعلق به بخش خصوصی بوده است،^۲ و طبق آمار سال ۲۰۲۰ در فرانسه ۶۷۰ بیمارستان غیرانتفاعی و ۹۷۲ بیمارستان خصوصی انتفاعی موجود بوده است.^۳ در دیگر کشورهای سرمایه‌داری نیز آمارها کم و بیش به همین منوال است.^۴ این امر شدت اجرای روزافزون خصوصی‌سازی‌ها را نشان می‌دهد. ایدئولوژی پروغرب توسط رسانه‌های تحت تسلط‌اش، کشورهای اروپایی را با تصویری کاذب و دروغین به ما نشان می‌دهد که گویی در آن کارگران و سایر اقشار فرودست همانند ثروتمندان زندگی خوبی دارند. دیگر خیلی وقت است که تشنه رسوایی از بام افتاده است و مشخص شده که زندگی به‌نظر خوب و رفاه نسبی مردم کشورهای اسکاندیناوی، محصول استثمار شدن کارگران بی‌شماری در آسیای شرقی است که در کارگاه‌های عظیم تولیدات صنعتی و مصرفی، مثلاً در صنعت بزرگ البسه، در حال رنج‌بردنی مستمر در شرایطی جهنمی هستند.^۵ اما در این میان سیستم بهداشت و درمانی که در سطح جهان بسیار موفق عمل کرده، سیستمی است که در کوبا برقرار و در حال اجراست. کشور کوبا با داشتن یک سامانه‌ی بهداشت ملی، مسئولیت‌های مالی و اجرایی ارائه‌ی خدمات بهداشتی به تمام شهروندان کوبا را به عهده دارد. این سازوکار برخلاف روال معمول سایر کشورها از سیاست‌های نئولیبرالی پیروی نمی‌کند و نه تنها هیچ بیمارستان خصوصی‌ای در این کشور وجود ندارد، بل که بهداشت در این کشور هم‌چون آموزش و سایر خدمات عمومی به صورت رایگان در اختیار عموم است. اگر بنا را بر ایدئولوگ‌های سرمایه‌داری بگیریم که معتقدند بخش خصوصی امکان کارایی و پویایی را در تمام حوزه‌ها بالا می‌برد و بل عکس‌مدیریت و مالکیت دولتی و عمومی منجر به فُشل شدن و ناکارآمدی خدمات عمومی می‌شود، آن‌گاه کوبا باید در رده‌بندی‌های سازمان بهداشت جهانی، در قعر جداول می‌بود؛ اما آمار و ارقام گویای آن است که کوبا از لحاظ بهداشت و درمان نه تنها عقب‌افتاده نیست که هیچ، بل که همواره در این زمینه پیش‌رو نیز

^۱ <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://amarista.ir/content/statistics/۹۰۸/&ved=۲ahUKEwjssaGa۲Z۲-AhXRQeUKHXieBWgQFnoECCMQAQ&usg=AOvVaw۱rSOJ۱EHTz>

^۲ <https://www.rajaby.com/immigration/emigrationamerican/%D۸%A۸%D۹%۸۷%D۸%AF%D۸%AV%D۸%B۱%D۸%AA-%D۹%۸۸%D۸%AF%D۸%B۱%D۹%۸۵%D۸%AV%D۹%۸۶%D۸%B۹%D۹%۸۵%D۹%۸۸%D۹%۸۵%DB%۸C%D۸%AF%D۸%B۱-%D۸%A۲%D۹%۸۵%D۸%B۱%DB%۸C%DA%A۹%D۸%AV/>

^۳ <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.statista.com/statistics/۱۱۱۷۵۹۲/total-privately-owned-hospitalnumbersselectcountriesworldwide/&ved=۲ahUKEwjDVO۱qfr۹AhVKwQIHfEyCKsQFnoECCQQAQ&usg=AOvVaw۲iPO۹XzY۴۰jYskHH۴yMkfd>

^۴ همان.

^۵ در این خصوص کلیبی کوتاه در کانال تلگرامی مجله‌ی کارخانه در مورد نرخ فقر در امارات، نشان از دروغ‌پردازی‌های رسانه‌های بورژوازی است. هم‌چنین خواننده می‌تواند به فیلم مستند (کمپانی H&M لباس ارزان، بهای گزاف) موجود در آپارات مراجعه کند.

بوده است. برای مثال، میزان شیوع بیماری ایدز به ازای واحد جمعیت در کوبا یک ششم این میزان در کشور امپریالیستی آمریکا است و بر اساس آمارهای جهانی در ۲۰۲۳، کوبا با ۷۹/۱۸ سال یکی از بالاترین آمارهای امید به زندگی را داراست، و در همسایه‌ی ابرقدرتش آمریکا، که مهد سیاست‌های نئولیبرالی بوده و هست، شاخص امید به زندگی ۷۹/۱۱ سال است.^۶

در کوبا حتی درمانگاه‌های روستایی، مجهز به امکانات لازم جهت بستری بیماران هستند و در کل سامانه‌ای برقرار است که هر ایالت، منطقه و حتی محله‌ای، تمامی ملزومات بهداشتی اعم از پیش‌گیری و درمان را داراست و تمامی آمار و ارقام از آمار پاندمی کرونا گرفته تا تعداد پرستار، پزشک، کادر درمان، تعداد تخت بیمارستان به نسبت جمعیت، آمار مرگ‌ومیر کودکان و نوزادان و... نیز همگی بر پیش‌رو بودن کوبا در حوزه بهداشت و درمان دلالت دارند.^۷

این نوع سامان‌دهی در کوبا چندین دهه تحت شدیدترین تحریم‌ها پیش رفته است اما این تحریم‌ها نتوانسته است که این کشور را از پیشرفت در حوزه‌ی بهداشت و درمان بازدارد. در دوران پاندمی کرونا که تمامی کشورها درگیر کمبود پرسنل و تخت بیمارستانی بودند، کوبا به سایر کشورها برای کمک، پزشک ارسال می‌کرد؛ مقایسه‌ی آمار مرگ و میر بر اثر کرونا در کوبا و سایر کشورها گواه این حرف است.^۸

مناسبات موجود در نظام سرمایه‌داری که بر منطق سود مبتنی است، در مرحله‌ی بحران، به‌منظور جلوگیری از کاهش نرخ سود و حفظ مناسبات بهره‌کشانه، مخصوصاً در الگوی انباشت نئولیبرالی، به تعمیق و گسترش هر چه بیش‌تر خصوصی‌سازی و خالی کردن سفره‌ی کارگران روی می‌آورد. ایران هم از این قوانین عام و معرفت جهانی-تاریخی سرمایه‌داری مستثنی نیست و به‌لحاظ تاریخی و منطقی مانند سایر کشورهای سرمایه‌داری ملزم به پیش‌برد آن است. روزبه‌روز با اجرای این سیاست‌ها، فشارهای ناشی از تحریم‌ها و بحران‌های اقتصادی بر دوش طبقه‌ی کارگر گذاشته می‌شود که همواره منجر به کوچک‌تر شدن سفره‌ی کارگران می‌شود. اما چپ سرنگونی طلب این فشار بر طبقه‌ی کارگر در ایران را نمی‌تواند در بستر کلیت درک کند و آن را در قالب دوگانه‌ی متعارف بودن/نبودن سرمایه‌داری می‌فهمد. بر اساس این دوگانه، وضعیت طبقه‌ی کارگر در ایران ناشی از نامتعارف بودن سرمایه‌داری ایران و سلطه‌ی حاکمیت مذهبی است و لذا ادامه‌ی منطقی این نگاه، به استقبال از دولت‌های متعارف در اشکال لیبرال‌دموکرات منجر می‌شود. آن چه برای این چپ در کانون تحلیل قرار نگرفته، سنخ "امپریالیسم مبتنی بر بورژوازی‌های ملی" است که این سنخ، پیشاپیش امکان خروج بورژوازی‌ی یک عضو از مدارش را در بر دارد.^۹

^۶ <https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/>

^۷ https://fa.m.wikipedia.org/wiki/%D%A%E%D%AF%D%85%D%AF%D%AA_%D%A%D%AF%D%AF%D%B%D%AA%D%8C_%D%88_%D%BE%D%B%D%B%D%A%D%8C_%D%AF%D%B_%D%A%D%88%D%AA%D%AF

^۸ <https://www.counterpunch.org/2019/12/09/hitting-at-cuban-doctors-and-at-human-solidarity/>

^۹ برای مطالعه‌ی بیش‌تر در این خصوص بنگرید به: مقالات "مساحی جغرافیای سیاست (ترسیم خطوط)" و "خیابان یک‌طرفه و عروسک‌های کوتوله‌اش" هر دو از پویان صادقی، منتشر شده در فضای مجازی.

در جغرافیای ایران، پس از انقلاب ۵۷ و با توجه به نیروهای دخیل در انقلاب و ضدیت با امپریالیسم، فقط آن جریان سیاسی کاپیتالیستی ای می‌توانست در مقابل موج انقلاب تاب بیاورد که از امپریالیسم فاصله بگیرد. این فاصله از امپریالیسم آمریکا در قامت جمهوری اسلامی تجسد و تجسم یافت و تنها شکلی بود که می‌توانست به واسطه‌اش، روابط سرمایه‌دارانه در این خطه حفظ شود و این خروج بورژوازی از مدار، ضامن حفظ این رابطه بود. اما چنین خروجی میلی به بازگشت را در درون عضو مخروج کارگذاری می‌کند. ویژگی‌ها و تنش‌های خاص جمهوری اسلامی ناشی از این مخروج‌بودگی و نیز نیل به بازگشت به آغوش امپریالیسم است. اپوزسیون، این خروج بورژوازی از مدار امپریالیستی را، تعبیر به نامتعارف‌بودگی جمهوری اسلامی می‌کند و بر همین اساس افق مبارزاتی‌اش، متعارف ساختن چنین حاکمیتی است و دال‌هایی مانند دموکراسی و حقوق بشر، که به دال‌های قانونی اپوزسیون بدل گشته‌اند، بر همین اساس قابل توضیح هستند.

مارکس در سرمایه توضیح می‌دهد که «ثروت اجتماعی که در آن‌ها تولید سرمایه‌داری حکم‌فرماست، به شکل توده‌ی عظیمی از کالا جلوه‌گر می‌شود»، کالاهایی که دارای دو ارزش‌اند: ارزش مصرفی و ارزش مبادله. در سرمایه‌داری این ارزش مبادله است که منطق بازتولید مناسبات را حد می‌زند و به تولید عظیم کالا و هم‌چنین کالایی‌سازی گسترده می‌انجامد و به عبارتی دیگر کالایی‌شدن، نتیجه‌ی منطقی نظام سرمایه‌داری است. نئولیبرالیسم، سیاست چند دهه‌ی اخیر سرمایه‌داری است که تلاش دارد هرچه بیش‌تر بخش عمومی را به بخش خصوصی واگذار کند و روند کالایی‌سازی و پولی‌سازی آن‌ها را تعمیق بخشد و دست سرمایه‌دار بخش خصوصی را برای استثمار هرچه بیش‌تر نیروی کار، آزاد بگذارد. در واقع، دولت سعی دارد به اصطلاح هزینه‌های عمومی را متحمل نشود و هر روز قسمت بیش‌تری از آن‌ها را به بخش خصوصی واگذار کند. قاعدتاً ارائه‌ی خدمات عمومی برای دولت سودزا نیست و هزینه‌های زیادی در بر دارد؛ برای مثال تأمین ملک بیمارستان، ساختن بیمارستان و تجهیز آن با وسایل پیشرفته، استخدام تعداد زیادی از پرسنل که باید ماهیانه به آن‌ها دست‌مزد، پایه‌ی سنوات، حق بیمه، حق مسکن، حق ایاب‌ذهاب و ... بپردازد. بنابراین دولت به‌عنوان حافظ نظم سرمایه‌دارانه و حافظ منافع کلی سرمایه‌داران در سطوح مختلف، با استفاده از اجرای روزافزون سیاست‌های نئولیبرالی، از زیر بار هزینه‌های عمومی شانه خالی می‌کند. همان‌طور که در ابتدای متن اشاره کردیم فقط در تهران ۵۵ بیمارستان خصوصی وجود دارد، یعنی فرار دولت برای خرید ۵۵ قطعه زمین و ساخت‌وساز ۵۵ بیمارستان و استخدام نکردن تعداد زیادی پرسنل که اگر در سطح کلی به آن بنگریم سرسام‌آور است.

بخش خصوصی (یا همان سرمایه‌داران) با وقاحت هر چه تمام‌تر به اجرای این سیاست‌های نئولیبرالی خوش‌آمد می‌گوید و می‌کوشد تا در تمام حوزه‌ها وارد شود. لذا این بخش در حوزه‌ی بهداشت و درمان نیز برای دستیابی به سود هرچه بیش‌تر به استثمار کارگران و خالی کردن جیب بیماراران طبقه‌ی کارگر می‌پردازد و برای ارائه‌ی ساده‌ترین خدمات، هزینه‌های گزافی را به اقشار فرودست جامعه تحمیل می‌کند. اگر خدمات درمانی سریع و کافی برای بیمار ممکن باشد، بیماراران طبقه‌ی کارگر هیچ‌وقت به بیمارستان خصوصی روی نمی‌آورند. قاعدتاً با این تعداد از بیمارستان دولتی که هر روز تعدادشان به نسبت جمعیت کم‌تر می‌شود و با این حجم از امکانات و کمبود نیروی کار، خدمات درمانی سریع و کافی ممکن نیست. روزانه شاهد این هستیم که بیماراران برای یک گرافی ساده باید چندین ساعت و گاهاً چندین روز در انتظار نوبت باشند، یا در صف‌های

طولانی جراحی، آنژیوگرافی و ... در بایستند. این نوبت‌های طولانی و طاقت‌فرسا و، البته، کمبود بیمارستان دولتی و کمبود امکانات این بیمارستان‌ها همگی باعث می‌شوند که قشر فرودست به ناچار به بیمارستان خصوصی رو بیاورد؛ هر چند بیمار مطمئن است که با جیب‌های خالی و کلی بدهی (نه به بیمارستان بل که به دوستان و آشنایان) از بیمارستان خارج می‌شود؛ زیاد شنیدیم و واقعیت امر هم همین است که جنازه‌ی خانواده‌های فرودست چندین روز در سردخانه نگهداری می‌شود تا بستگان، بدهی بیمارستان را صاف کنند.

آرمان‌های بورژوازی و ژست‌های مترقی خواهانه آن، از سواد، بهداشت، دموکراسی و الباقی توهماتش اگر تا دیروز اعتباری داشتند، امروزه دیگر به تدریج در حال از دست دادن اعتبارشان هستند. این وهله‌های گفتمانی و فانتزیک وجود دارد تا منطق ارزش به چرخش بی‌انتهای کاذب خود ادامه دهد، لیکن باید واقف بود که تنها معنای غایی و تنها رویای باقی‌مانده و صادقانه‌ترین معنای نمادین حیات سرمایه سود است. گسترش بازار در حوزه‌ی بهداشت نیز با پولی‌سازی و کالایی کردن همه چیز سعی می‌کند به تولید ارزش و لذا انباشت سود در عرصه‌های مختلف دست یازد. این همان وضعیتی است که تمام عرصه‌های نظام سلامت، بهداشت و درمان را بیش از پیش مورد هجوم خود قرار داده است.

مدت‌هاست سرمایه‌داری با استفاده از ابزارهای ایدئولوژیک خود مانند رسانه، آموزش و ... هر روزه ما را بمباران تبلیغاتی می‌کند تا بیمارستان‌های خصوصی را هم چون بیمارستانی مشتری‌مدار و با خدمات بهتر و با کیفیت بیش‌تر جا بیندازد. به گفته‌ی منشی یکی از بیمارستان‌های خصوصی تهران، یکی از وظایف منشی‌ها و علی‌الخصوص منشی‌های زن در این گونه بیمارستان‌ها علاوه بر شیک‌پوشی و ظاهری آراسته، رفتارهای مناسب، درخور و مشتری‌پسند با بیماران و مراجعه‌کنندگان به‌عنوان مشتریان بیمارستان، به منزله‌ی بنگاهی سودمحور، است. تبلیغاتی که کارشناسان "حرفه‌ای زخم"، پرستاران خصوصی در منزل یا پرایوت و انجام‌دهندگان سایر خدمات پرستاری به صورت خصوصی را به ما معرفی می‌کنند در راستای ترویج همین سیاست‌های نتولیبرالی‌اند و روزه‌روز در بین پرستاران تبلیغ می‌شوند. مبلغ این سیاست‌ها دولت سرمایه‌داری است. زیرا پرستار پرایوت علاوه بر این که هیچ هزینه‌ای برای دولت ندارد، هم‌چنین هزینه‌های زیادی را از روی دوش دولت برمی‌دارد و این بیمار است که برای ساده‌ترین خدمات یا ترمیم زخمش و یا هر نیاز بهداشتی و درمانی‌ای که دارد اجباراً باید به این هزینه‌های وحشتناک تن دهد. در پاندمی کرونا شاهد بودیم که به دلیل کمبود تخت بیمارستان دولتی و پر شدن تخت بیمارستان‌ها، بیمار هیچ راهی جز شرکت‌های خصوصی خدمات پرستاری نداشت. در چنین حالتی شرکت‌های خصوصی، مانند سایر بنگاه‌های اقتصادی، به دنبال کسب سود، به استثمار پرستاران می‌پردازند که مانند کارگران سایر بخش‌های خدماتی یا صنعتی، بخش زیادی از کار خود را بدون دریافت مزد و به شکل کار اضافی برای صاحبان این شرکت‌ها، به انجام می‌رسانند.

بازار در شرایط کنونی شکل گسترده‌ای به خود گرفته است و هر لحظه نیز عرصه‌های بیش‌تری را به درون خود می‌کشد. سرمایه‌داری یعنی وضعیتی که تمام روابط انسانی را کالایی کرده تا در بازار قابل ارائه باشند و هیچ چیز غیر از کالا (یعنی چیزی که قابل خرید و فروش و حامل ارزش باشد) را به رسمیت نمی‌شناسد. تمام طرح‌ها، پروژه‌ها و سایر برنامه‌ها، قبل از

هر چیز باید پاسخ‌گوی بازار باشند^{۱۰} و یکی از مهم‌ترین عرصه‌های این بازار بزرگ، سلامت و بهداشت است. بیمارستان خصوصی توسط یک یا چند سرمایه‌دار تأسیس می‌شود. به‌طور مثال بیمارستان خصوصی کسرا در تهران توسط دکتر احمد علی‌زاده خویی، متخصص بیهوشی و جمعی از سرمایه‌داران در تپه‌های عباس‌آباد و بیمارستان آتیه توسط دکتر خلیل علی‌زاده متخصص ارتوپد و جراحی دست به ترتیب در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۷۶ تأسیس شدند. این افراد با سرمایه‌ای که دارند اقدام به تأسیس و تجهیز یک بیمارستان می‌کنند. مدیریت و صلاح‌دید بیمارستان مانند همه بنگاه‌های اقتصادی دیگر در دست مالکان آن است و هدف این مالکان نیز همانند سایر مالکان بنگاه‌های تجاری و صنعتی، کسب سود هرچه بیشتر است. بنابراین در این میان تفاوتی مابین یک بیمارستان خصوصی و یک بنگاه اقتصادی وجود ندارد و هرکدام با استفاده از قوانین بازار به فروش کالای تولیدی خود می‌پردازند. سرمایه‌دار در این بنگاه تولیدی، کالای سلامت را به مشتریان خود یعنی بیماران می‌فروشد، هزینه‌های زیادی را به آنان تحمیل می‌کند و روز‌به‌روز در پی افزایش سود خویش است. این افزایش سود جز از راه استثمار کارگرنش، یعنی گروه پرستاری و خدمات^{۱۱}، به دست نمی‌آید.

لازم است که اندکی در مورد کارگر بودن پرستاران توضیحاتی ارائه شود. چرا که بیش‌تر پرستاران خود را هم‌طبقه‌ی پزشکان می‌پندارند و هم‌طبقه‌ای‌های خود، یعنی کارگران گروه خدمات را طرد می‌کنند؛ یعنی پرستاران خود را در جایگاهی بالاتر پنداشته و دائماً در تلاش‌اند خود را هم‌طبقه‌ی پزشکان جلوه بدهند و هر کاری می‌کنند که کارگر بودن خود را حاشا کنند. همان‌طور که می‌بینیم پرستاران برای نزدیک شدن به لایف‌استایل پزشکان باید شیفت‌های سنگین بردارند و یا اجباراً، هم در بیمارستان دولتی و هم در بیمارستان خصوصی کار کنند. این حجم از فشار کاری و رنج کشیدن باز هم کفاف رسیدن به چنین سبک زندگی پُر زرق و برقی را نمی‌دهد؛ با این حال باید دائماً در حال نمایش در این چارچوب باشند و مدام دم از پرستیزی بزنند که از طرف سرمایه‌داری به سوژه‌ها معرفی و تبلیغ می‌شود. اما این تلاش‌های طاقت‌فرسا برای رسیدن به چنین لایف‌استایلی نتیجه و محصول یک فرهنگ عام و کلی و دام‌چاله‌ای است که سرمایه‌داری در سطح جامعه و اذهان عموم سوژه‌ها تعبیه کرده است تا فرد، زندگی روبات‌وار خود را طبیعی پنداشته و مدام در حال نمایش زندگی نرمال و مورد قبول و مدنظر سرمایه‌داری باشد. سوژه‌ی در انقیاد در نظام سرمایه‌داری چنین می‌پندارد که برای موفقیت در زندگی تنها خود شخص حایز اهمیت است و دست به هر کاری خواهد زد که از دیگران پیشی بگیرد ولو به هر قیمتی. این فردگرایی را سرمایه‌داری آن‌چنان طبیعت‌واره و درونی کرده است که انگار از ابتدای بشریت موجود بوده تا سوژه مدام در رقابت با دیگران باشد. ما کارگران باید آگاه باشیم که از بند این انگاره‌های خیالین خود را رهانیده و به جنگ با این ایدئولوژی زندگی برخیزیم.

در ارتباط با بحث اشرافیت کارگری می‌توان گفت افرادی مانند مترون‌ها و سوپروایزرها و تا حدودی هدنرس‌ها از رفاهی به‌مراتب بالاتر از پرستاران بالین کار برخوردارند؛ درواقع این افراد جزء کارگران بقیه‌سفید محسوب می‌شوند یعنی همانند سایر هم‌طبقه‌های شان نیروی کارشان را می‌فروشند اما کار بالین و کار یدی انجام نمی‌دهند. ایشان مزد بیش‌تری دریافت می‌کنند

^{۱۰} بحران سرمایه‌داری بارز شدن تضادهای سرمایه‌داری است، بحران هم خود مرض است و هم راه علاج. در بحران این صرفاً بازار نیست که به فضای تولید احتیاج دارد بل که بحران اضافه انباشت و مسیر گردش سرمایه به فضاهای جدیدتری احتیاج دارد تا سرمایه به گردش خود ادامه دهد.

^{۱۱} "گروه پرستاری شامل دانش‌آموختگان رشته‌ی پرستاری، اتاق عمل، هوش‌بری، فوریت‌های پزشکی و رده‌های وابسته‌ی پرستاری" است و "گروه خدمات به کارکنان بیمارستانی که کارهای یدی و نظافت بیمارستان را عهده دارند، اطلاق می‌شود."

که سرمایه‌داران این اضافه‌مزد را نه از جیب خود بل که از حاصل کار سایر کارگران به این افراد می‌پردازند. این اشرافیت تنها در بین پرستاران یا داخل بیمارستان نیست که مشاهده می‌شود، بل که در تمامی حوزه‌ها و در کل جامعه‌ی طبقاتی دیده می‌شود.

این بخش از اشرافیت طبقه‌ی کارگر، کاملاً در خدمت سلطه‌ی طبقه‌ی حاکم هستند. آن‌ها علاوه بر آن که باعث به‌وجود آمدن شکاف در میان صفوف کارگران می‌شوند، از طرفی و مهم‌تر از آن، این ایدئولوژی حاکم، که در میان کارگران قشری از آنان امکان برکشیده شدن و کسب جایگاه بهتری دارند، را در ظاهر لباس واقعیت به تن می‌پوشانند؛ این در حالی است که این بخش از طبقه‌ی کارگر از استثمار مضاعف سایر کارگران به نان و نوایی می‌رسد. بر همین اساس این قشر که اشرافیت کارگری را شکل می‌دهند، به یکی از مبلغان نظم سرمایه‌دارانه بدل می‌شوند. همین‌ها یکی از عوامل روی آوردن بخشی از طبقه، مخصوصاً در دوره‌هایی، به فرمیسم هستند.

در سرمایه‌داری هیچ چیز همان‌گونه نیست که پیش‌تر بوده است، بل که همه‌چیز به شکلی وارونه، یعنی درست عکس آن چه واقعاً هست ظاهر می‌شود یا تجلی می‌کند. سرمایه‌داری با تمام توان خود و با استفاده از ابزارهای ایدئولوژیک‌اش همواره در تلاش است تا تضادهای درونی خود را به واسطه‌ی پرده‌ی کاذب پدیدار در راستای پایش سرمایه‌پوشاند.^{۱۲} این امر باعث می‌شود افراد به شکل اتم‌واره و متناسب با جایگاه‌های شی‌واره‌شده‌ی اقتصادی، که در جامعه سرمایه‌داری به آن شکل هستند، خود را باز شناسند. شکستن این طبیعت‌وارگی و شی‌وارگی ناشی از سازوکارهای هرروزه‌ی سرمایه‌داری، باید یکی از بنیان‌های کار کمونیستی باشد.

این طبیعت‌وارگی، جایگاه‌های وهم‌گون را به جای واقعیت می‌نشانند و می‌توان دید که سوژه‌ی کاپیتالیستی تنها کارگران ساختمانی و افرادی که در کارخانه‌ها مشغول به کار هستند را کارگر می‌پندارد. اما حقیقت خلاف این است. کارگر بودن لقب نیست بل که جایگاه است، جایگاه فرد نسبت به وسایل تولید؛ کارگر به کسی گفته می‌شود که فاقد مالکیت بر ابزار و وسایل تولید است و چیزی جز نیروی کارش^{۱۳} برای فروش ندارد و برای امرار معاش خود و خانواده‌اش مجبور است که این نیروی کار را در قبال مزدی بخور و نمیر، برای مدت زمانی معین به سرمایه‌دار بفروشد. این مزد صرفاً برای بازآرایی نیروی کار خود و خانواده‌اش است تا توانایی فروش دوباره آن را داشته باشد. به عبارت دیگر، سرمایه‌دار نیروی کار کارگر را با سرمایه‌اش می‌خرد، یعنی برای خرید این نیروی کار توافق می‌کند که مزد معینی را به وی بپردازد. در حقیقت مزد عبارت است از بیان پولی ارزش کالای ویژه‌ی نیروی کار. شاید سؤالی مطرح شود که چرا نیروی کار را کالا^{۱۴} نامیدیم؟ نیروی کار نیز همانند سایر کالاها، هم ارزش مصرفی دارد و هم ارزش مبادله؛ ارزش مصرفی دارد به این معنی که نیروی کار در حین فرآیند کار توسط سرمایه‌دار به کار واداشته می‌شود تا ارزشی نوین خلق کند و نیز ارزش مواد خام و نسبت کوچکی از ارزش ابزار و وسایل تولید

^{۱۲} برای درک و توضیح بیشتر این وارونه‌گی در سرمایه‌داری مراجعه شود به مقدمه‌ی چاپ الکترونیک کتاب "دولت و بحران سرمایه‌داری" (ص ۱۳ / نوشته‌ی دیوید یفه و با ترجمه‌ی سلیس م. برنا)، به نام "پدیدار، ذات و امکان سیاست کمونیستی".

^{۱۳} تمام آن توانایی‌های فکری و بدنی که در بشر وجود دارد و او هنگام تولید آن را به کار می‌گیرد.

^{۱۴} کالا عبارت است از هر چیزی که اولاً یکی از نیازهای انسان را رفع کند، یعنی ارزش مصرفی داشته باشد و ثانیاً بتوان آن را مبادله کرد یعنی ارزش مبادله داشته باشد.

که برابر با استهلاک آن‌ها است را به جنس یا کالای تولید شده منتقل کند؛ ارزش مبادله دارد به این معنا که صاحب نیروی کار (کارگر) با سرمایه‌دار (یا اغلب نماینده‌ی او) در بازار به توافق می‌رسد که سرمایه‌دار نیروی کارش را بخرد و او نیز موافقت می‌کند که آن را بفروشد. این معامله درست به همان صورت است که خرید و فروش سایر کالاها مانند کیف و کفش و... صورت می‌پذیرد. با این تفاوت که نیروی کار برخلاف سایر کالاها ارزشی اضافه بر قیمتی (مزدی) که بابت خرید آن پرداخت می‌شود، تولید می‌کند؛ این تفاوت است که نیروی کار را به کالای ویژه بدل می‌سازد. جایگاه پرستاران نیز در این بازار این‌گونه است که نیروی کارشان در بازار عرضه می‌شود. پرستاران نیز هم‌چون باقی کارگران جز نیروی کار خود هیچ ندارند و برای این‌که بتوانند نیروی خود را به کار ببندازند، باید در یک بیمارستان یا مرکز درمانی استخدام شوند؛ مکان‌هایی که مالکیت آن در اختیار پرستاران نیست. طبق این تعریف تمام گروه‌های پرستاری و خدمات، کارگر محسوب می‌شوند چون تنها راه امرار معاش‌شان فروش نیروی کارشان است. اگر بیمارستانی یا درمانگاهی باکیفیت است به دلیل کار پرستاران و کارگران بخش خدماتی است که نیروی کار خود را به آن مرکز درمانی فروخته‌اند. اگر ما پرستاران و کارگران خدماتی نباشیم آن در و دیوار و تجهیزات توان هیچ فعالیتی نداشتند و همین‌طور هیچ سودی برای آن بیمارستان به بار نمی‌آمد و هیچ انباشت سرمایه‌ای شکل نمی‌گرفت.

هدف مالک بیمارستان از تأسیس بیمارستان خصوصی کسب سود است. این کسب سود به چه شکل صورت می‌پذیرد؟ در نظام سرمایه‌داری از کل ارزشی که با دست‌ان کارگر خلق می‌شود، مقدار اندکی به خود او می‌رسد. کارگر از کل مدت زمانی که به کار کردن مشغول است، در کسری از این مدت زمان، ارزشی معادل مزدی که می‌گیرد را تولید می‌کند و باقی‌مانده‌ی زمان کار را به صورت رایگان برای سرمایه‌دار ارزش تولید می‌کند؛ این ارزش، ارزش اضافی نامیده می‌شود که توسط سرمایه‌دار تصاحب و بلعیده می‌شود.^{۱۵} در بیمارستان خصوصی نیز سرمایه‌دار تنها از راه استثمار نیروی کاری که خریداری شده است، می‌تواند ارزش بیش‌تری خلق کرده و سود بیش‌تری به جیب بزند؛ حال از طریق به‌حداقل رساندن دست‌مزد باشد یا تحمیل اضافه‌کاری و فشار بی‌حد و مرز بر کارگران؛ این چنین روزبه‌روز به سمت استثمار شدن بیش‌تر در حرکتیم.

پرستاران به دلیل قراردادهای موقتی کار در بیمارستان‌های خصوصی هر لحظه امکان دارد که اخراج شوند و این عدم امنیت شغلی، ایشان را از اتحاد و اعتراض نسبت به وضعیت‌شان منع می‌کند. با توجه به نبود حاشیه‌ی امنیت به دلیل قراردادهای موقت، پرستاران اجباراً باید به استثمار، اضافه‌کاری اجباری و فشار کاری فراوان و حداقل دست‌مزدی که کفاف زندگی را نمی‌دهد تن بدهند. سرمایه‌دار به آسانی می‌تواند نیروها را استثمار و در صورت اعتراض آنان را اخراج کند، چون حجم زیادی از پرستاران بی‌کار و جویای کار داریم؛ بنابر آمار شرکت‌کنندگان در آزمون استخدامی سال ۹۹، حدود ۷۰ هزار پرستار بی‌کار و جویای کار داریم و هر ساله ۱۰ هزار نفر از فارغ‌التحصیلان رشته‌ی پرستاری به این آمار اضافه می‌شود^{۱۶} که در مجموع به

^{۱۵} توجه شود که ارزش اضافی متعلق به سرمایه به صورت کلی است نه یک سرمایه‌دار منفرد؛ زیرا تمامی ارزش اضافی که مثلاً در بخش صنعتی تولید می‌شود، در دست سرمایه‌دار این بخش باقی نمی‌ماند و بخشی از آن به سرمایه‌دار بخش تجاری اختصاص می‌یابد تا سرعت گردش سرمایه افزایش یابد.

^{۱۶} <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.mizanonline.ir/fa/amp/news/۴۳۱۱۶۵۱&ved=۲ahUKEwjpnaaeYpf-AhUzhv0HHeZqArQQFnoECBIAQAQ&usq=AOvVaw۱f۰GXxi۱۷۵۱jtsvi۲Nzbmh>

عددی بیش از ۱۰۰ هزار پرستار بی‌کار می‌رسیم. آمار واقعی از این تعداد نیز بیش‌تر است، زیرا تعداد زیادی از پرستاران بی‌کار در آزمون‌ها شرکت نمی‌کنند. میرزاییگی، رئیس سازمان نظام پرستاری، همواره تأکید می‌کند که پرستار بی‌کار در کشور وجود ندارد. برای ما و برای میرزاییگی نیز کاملاً آشکار است که واقعیت امر این نیست. از طرفی، پرستاری که استخدام رسمی نیست، حقوق و مزایای کم‌تری دارد، امنیت شغلی ندارد، حق اعتراض ندارد و دست از پا خطا کند اخراج، بیکار و تبعید می‌شود.^{۱۷} هم در بیمارستان دولتی و هم در بیمارستان خصوصی این داستان صدق می‌کند، با این تفاوت که در بیمارستان خصوصی دست مالک برای استثمار بسیار بازر است. این ترس از بی‌کار شدن را می‌توان در آمار شرکت‌کنندگان آزمون استخدامی سال ۹۹ به وضوح دید؛ ۷۰ هزار پرستار که تا به آن روز از ترس بی‌کار شدن، به پذیرش وضعیت شغلی نامطلوب و تحت استثمار شدید تن داده بودند و از متشکل شدن و اعتراض پرهیز می‌کنند، برای فرار از این ترس و استرس، دست به دامان آزمون استخدامی شده بودند تا از طریق استخدام رسمی بتوانند حاشیه‌ی امنی داشته باشند.

بازار خرید و فروش نیروی کار پرستاران هر روز پُرونق‌تر می‌شود؛ با وجود ارتش ذخیره‌ی بی‌کاران که به واسطه‌ی نیروی تحصیل‌کرده‌ی بی‌کار زیادی که امروز در بازار وجود دارد، هر روز پرقاب‌تر نیز می‌شود. از همین رو، نیروی کار پرستاران ارزان‌تر و امنیت شغلی آنان کم‌تر می‌شود و در نهایت دست کارفرمایان، سرمایه‌داران و صاحبان سرمایه برای استثمار بازر. شرایط کاری کسانی که در بیمارستان‌های خصوصی کار می‌کنند به مراتب اسفناک‌تر است. زیرا علی‌رغم این که بر اساس اعداد و ارقام میزان درآمد پرستاران شاغل در بیمارستان‌های خصوصی بیش‌تر از پرستاران بخش دولتی است، اما باید توجه داشت که پرستاران شاغل در بیمارستان‌های خصوصی با حجم کاری بیش‌تری روبرو هستند و در واقع این افزایش بارآوری کار برخلاف آن چه امتیازی مطلوب جهت درآمد بیش‌تر تعریف می‌شود در واقع پایین آوردن ارزش نیروی کار و افزایش نرخ استثمار است. پرستاری که جز نیروی کار خود چیزی برای فروش ندارد از نظر حقوق و مزایا و امنیت شغلی و میزان بهره‌کشی در وضعیت وخیمی به سر می‌برد. روزبه‌روز تعداد پرستاران بی‌کار افزایش می‌یابد و چه چیزی برای سرمایه‌دار بخش خصوصی از یک ارتش ۱۰۰ هزار نفره‌ی بی‌کار بهتر است. سرمایه‌دار در هر عرصه‌ای که باشد تمام دقت خود را به کار می‌گیرد تا نیروهایش را تعدیل کند تا با حداقل نیروی کار، سود بیش‌تری به جیب بزند. سرمایه‌دار برای هر نیرویی که به خدمت می‌گیرد باید حقوق و مزایا، حق بیمه، کارانه و سایر حق و حقوق دیگر را بپردازد، ولی با تعدیل نیروها و اضافه‌کاری اجباری، موظفی پرستار تعدیل شده را پُر می‌کند. با این کار از زیر بار کلی حق و حقوق شانه خالی می‌کند. بر اساس علم مدیریت سرمایه‌داری که برای حفظ هژمونی سرمایه‌داری و پایایی آن است، برای افزایش سود، باید هزینه‌ها را کاهش داد و بیش‌ترین کار را از کم‌ترین نیروی کار بیرون کشید؛ در نتیجه، کارگران مجبور به کارکردن در شیفت‌های کاری پی‌درپی با بار کاری فراوان می‌شوند، به گونه‌ای که هر پرستار باید کار چند پرستار دیگر را انجام دهد. دیدیم که در بیمارستان خصوصی همه‌ی کارگران در خدمت کسب سود بیش‌تر برای مالک بیمارستان‌اند که بدون دست‌های پر توان ما، کارگران پرستار، این بنگاه تولیدی توانایی پایایی ندارد و تا زمانی که مالکیت اجتماعی جای مالکیت خصوصی را نگیرد، استثمار هم‌چنان پابرجا است.

^{۱۷} منظور از تبعید انتقال به بخش‌هایی با بار کاری فراوان مانند اورژانس و اورتوپد است.

وضعیت بیمارستان‌های دولتی

در بیمارستان‌های دولتی نیز وضعیت کارگران همانند بیمارستان‌های خصوصی چنگی به دل نمی‌زند و حال و روز کارگران چندان مناسب نیست و در کل پرستاران چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی به‌عنوان کارگران خط تولید بهداشت و درمان ایفای نقش می‌کنند.

سعی می‌کنیم با نگاهی گذرا به بیمارستان‌های دولتی، وضعیت آنان را تشریح کنیم. به‌طور مثال، در کلان‌شهر صنعتی و کارگری اراک، بیمارستان ولیعصر به کشتارگاه مشهور است.^{۱۸} زیرا در این کلان‌شهر چند بیمارستان دولتی بیش‌تر وجود ندارد و حجم زیادی از بیماران در تمامی ساعات شبانه‌روز و در شیفت‌های کاری پی‌درپی به بیمارستان مراجعه می‌کنند که قاعدتاً با این میزان از نیروی کار و امکانات محدود موجود در بیمارستان، توانایی خدمات‌رسانی سریع و کافی وجود ندارد. وضعیت کارگران در بیمارستان دولتی اندکی با وضعیت آنان در بیمارستان خصوصی متفاوت است، زیرا در بیمارستان دولتی کارگران با سرمایه‌داری که مالک بیمارستان باشد روبه‌رو نیستند بل که با یک سیستم کلی و سازمان‌یافته‌تر مواجه هستند. کارگران در بیمارستان خصوصی مولدند، اما در بیمارستان دولتی نامولد؛ مولد بودن به معنی تولید ارزش اضافی است، ارزشی که توسط کارگر تولید شده است اما توسط سرمایه‌دار تصاحب می‌شود و هیچ‌مزدی^{۱۹} بابت این بخش از ارزش تولیدشده پرداخت نمی‌گردد. در بیمارستان خصوصی، سرمایه‌دار، نیروی کار کارگر را خریداری می‌کند تا حاصل کار را که کالای سلامت است، به مشتریان خود که همان بیماران هستند بفروشد و آخر سر ارزش اضافی تولید شده را تصاحب کند؛ در واقع بیمارستان خصوصی یک بنگاه تولیدی است، اما بیمارستان دولتی چنین نیست؛ زیرا در بیمارستان دولتی کار کارگران ارزش اضافی تولید نمی‌کند و برای دولت سودزا نیست؛ بخش بهداشت و درمان و به‌طور کلی ارائه‌ی خدمات عمومی برای دولت سودزا نیست و حتی هزینه‌بردار نیز هست. صد البته که در بیمارستان دولتی کارگران استثمار می‌شوند اما این استثمار باعث نمی‌شود که آنان را مولد بنامیم؛ زیرا شرط مولد بودن کار، تولید ارزش اضافی است.

هرچند نئولیبرالیسم در قلمرو اقتصاد، مدافع صریح سرمایه‌داری رقابتی و معتقد به عدم دخالت دولت در امور اقتصادی و یا دخالت شدیداً حداقلی آن و معتقد به بازگذاشتن دست سرمایه‌داران در پیش‌برد اغراض سودمحورانه و سوداگرانه‌شان است اما با این وجود پیاده‌سازی سازوکارهای نئولیبرالی صرفاً از مجرای بخش خصوصی پیش نخواهد رفت، بل که بنابه اقتضای اوضاع و احوال سیاسی و اقتصادی درون هر قلمرو، دولت و نهادهای تابعه‌اش به متقضیات سرمایه‌داری نئولیبرالی پاسخ می‌دهند و سازوکارهای لازم را به اجرا در می‌آورند. در واقع، نئولیبرالیسم الزاماً به معنای واگذاری تمام‌وکمال اقتصاد به بخش خصوصی نیست. هدف نهایی هر دو بخش خصوصی و دولتی است: تولید ارزش و انباشت سرمایه. مالکیت دولتی و مالکیت خصوصی هر دو تابعی از سازوکارهای سرمایه‌داری‌اند. سرمایه ارزش خودارزش‌افزاست و این ارزش‌افزایی سرمایه صرفاً به میانجی گسترش تولید و پرولتاریزاسیون هرچه بیش‌تر ممکن است.

^{۱۸} از این تعبیر برای بسیاری از بیمارستان‌های دولتی استفاده می‌شود.

^{۱۹} "سرشت واقعی) مزد همان ظاهر صوری آن یعنی ارزش یا قیمت کار نیست، بل که در واقع مزد شکل مستتر ارزش یا قیمت نیروی کار است". نقد برنامه‌ی گوتا، کارل مارکس، یاشار آذری، نشر کارگری سوسیالیستی، ص ۲۹.

استقراض از خارج، موقتی‌سازی قراردادها و ناامن‌ساختن امنیت شغلی، درهم‌کوبیدن و تضعیف تشکل‌های توده‌ای، از آن جمله اقدامات نئولیبرالی در سپهر دولتی می‌باشند که با ازهم‌گسیختن پیوندهای اجتماعی و قدرت جمعی طبقه‌ی کارگر و خیل عظیم توده‌های تنگ‌دست و آسیب‌پذیر جامعه همراه بوده‌اند و بدین طریق، هم سپهر جدید و فراخ‌تری برای تولید ارزش و انباشت سرمایه خلق می‌شود و هم قدرت مقاومت اجتماعی را تضعیف می‌سازد، با این هدف که بر برخی قیدوبندها و تنگناهای سر راه گردش سرمایه فایق آید. پس با رجوع به آرای مارکس و انگلس در کتاب ایدئولوژی آلمانی، دولت در نظام سرمایه‌داری تجسم شکل سیاسی طبقه‌ی حاکم است که منافع مشترک خود را از این طریق اعمال می‌کند. لذا دولت میانجی‌گر روابط تمامی نهادهای متعارفی می‌شود که بدان‌ها شکل سیاسی داده است. بدین جهت اگرچه شالوده‌ی اقتصادی‌ی روستاها و سازوکارهای سیاسی، فرهنگی و ایدئولوژیکی را تعیین می‌کند، اما متقابلاً و به حکم ضرورت‌ها و تضادهای درون‌ماندگارِ مناسبات طبقاتی و اجتماعی آن، نیروها و سازوکارهای روبنایی، در رأس آنها قدرت دولتی، نیز بر فرآیندها و نیروهای اقتصادی تأثیر می‌گذارند و می‌توانند آن را به اشکال مختلف بازآرایی کنند. باید تأکید نمود که نئولیبرالیسم اگر چه هدف اساسی‌اش آن است که مرزهای دولت را به عقب براند اما آن چه ما شاهدش بوده و هستیم اجرای دگرگون‌کننده‌ی شوک درمانی توسط خود دولت‌ها و از جمله در ایران توسط جمهوری اسلامی بوده است و این تحولات به هیچ‌وجه مختص ایران نیست بل که این تعدیل ساختاری و مقررات‌زدایی بخشی از پروسه‌ی اقتصادی و سیاسی گسترده‌تری در سطح جهانی بوده است.

بحث دیگر کمبود نیروی کار است. آخرین آزمون استخدامی پرستاری در سال ۹۹ برگزار شد و در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ هیچ خبری از آزمون استخدامی نبود. این در حالی است که کشور با کمبود شدید پرستار مواجه است و سالانه چندین هزار نفر بازنشست می‌شوند. پرستاران به شکل قراردادهای پیمانی، تبصره ۳، تبصره ۴، ۸۹ روزه و ... به کار گرفته می‌شوند و حتی با نهایت بی‌شرمی از دانشجویان پرستاری با ساعتی ۱۰ هزار تومان استفاده می‌کنند.^{۲۰} با این حال پرستار در یک شیفت باید به چندین مریض خدمات‌رسانی کند که گاهاً به ۱۵ مریض می‌رسد و از سر ناچاری اضافه‌کاری کند. کمبود شدید پرستار در کشور به اندازه‌ای است که به گفته‌ی عباس عبدی معاون پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، «اگر تنها عرصه‌ی بیمارستانی و تعداد تخت را در نظر بگیریم، در حال حاضر حدود ۷۰ تا ۸۰ هزار کمبود پرستار داریم؛ اگر عرصه‌ی جامعه و بهداشت را هم لحاظ کنیم حدود ۱۰۰ هزار پرستار نیاز داریم.»^{۲۱} کمبود پرستار همان‌طور که گفتیم باعث کاهش عملکرد در امر خدمات‌رسانی و افزایش خطاهای پرستاری می‌شود، به گونه‌ای که اگر عملیات CPR یا احیای بیمار را در نظر بگیریم، چندین پرستار لازم است تا احیا به‌طور کاملی صورت گیرد و هر چه تعداد پرسنل کم‌تر باشد، احتمال موفقیت در امر احیا کاهش می‌یابد. یکی از اصلی‌ترین استانداردهای محک زدن وضعیت بهداشت و درمان کشورها، نسبت پرستار به ازای هر هزار نفر است. حداقل استاندارد پرستار نسبت به هر هزار نفر، سه پرستار است و حداکثر ۱۰ پرستار که در ایران

^{۲۰} برای مشاهده‌ی اطلاع‌رسانی جذب نیرو از بین دانشجویان به ویژه دانشجویان پرستار برای بیمارستان قائم مشهد، به کانال تلگرام نظام پرستاری مشهد نگاه کنید.

^{۲۱}<https://۳۶۵۷۷۹۰۴.khabarban.com/>

این نسبت ۱/۵ بوده که بسیار پایین‌تر از حداقل شاخص است. شاخص دیگر نسبت تعداد پرستار به تخت است که میزان استاندارد آن ۲/۵ است. در ایران این نسبت ۰/۸ اعلام شده است که برای رسیدن به این معیار حداقلی، باید تعداد پرستاران کشور سه برابر شود. تمامی این شرایط از جمله کمبود شدید نیروی کار، عدم برگزاری آزمون استخدامی، قراردادهای موقت پرستاران و ... با هدف افزایش هرچه بیشتر ارتشی ذخیره از بی‌کاران و کاهش امنیت شغلی پرستاران و فراهم کردن راه استثمار بیشتر آنان است. گفتیم در شرایطی که حجم بیمار زیاد و نیروی کار کم است، پرستار اجباراً باید تن به اضافه‌کاری بدهد. این در حالی است که بر اساس قانون ارتقای بهره‌وری، هیچ پرستاری اضافه‌کاری اجباری ندارد و اضافه‌کار باید به خواست پرستار و حداکثر تا ۸۰ ساعت در ماه باشد.^{۲۲} اما داستان کاملاً وارونه است؛ پرستار باید اجباراً اضافه‌کار کند و این اضافه‌کاری تا ۱۷۵ ساعت در ماه می‌رسد.

بخشی دیگر از کارگران بیمارستانی، کارگران بخش خدمات هستند. لازم به ذکر است کارگران این بخش از زحمت‌کش‌ترین افراد بیمارستان‌اند که کاملاً فراموش شده‌اند؛ کارگرانی که هم‌چون پرستاران استثمار می‌شوند و بخش زیادی از کارهای سنگین بیمارستان بر روی دوش ایشان است، از کارهای یدی و حمل‌ونقل وسایل داخل بیمارستان گرفته تا نظافت و بی‌گاری‌هایی که وظیفه‌ی آنان نیست. پر واضح است که این کارگران با پرستاران هم‌طبقه‌اند و منافع مشترک دارند و با پزشکان که دائماً از حاصل کار کارگران تغذیه می‌کنند و حاصل کار زحمتکشان را می‌بلعند، تضاد منافع دارند.

جامعه‌ی پرستاری چه در سطح تشکلهای به اصطلاح صنفی و چه در سطح بیمارستان‌ها و روابط فردی با این بخش از کارگران، آن‌ها را طرد کرده و گاه با نگاهی از بالا به پایین به آنان می‌نگرند. پرستاری که غُردن‌های سوپروایزر، هُدنرس و مسئول شیفت را باید بپذیرد کاملاً طبیعی می‌انگارد که بر سر خدمات و کمک پرستار بخش داد بزند و به آن‌ها کارهایی محول کند که در اصل وظیفه‌ی آن‌ها نیست. نگاهی که در جامعه‌ی سرمایه‌داری کاملاً طبیعی است: هر فرد بر اساس جایگاهش باید از بالا دست‌هایش پیروی کند. پس کسی که در جایگاه پایین قرار گرفته است باید اجبار و تحکم را پذیرفته و کاملاً گوش به فرمان بالادستی‌هایش، از رئیس بیمارستان گرفته تا پرستاران هم‌شیفتش باشد؛ اما این روایت، روایتی کاملاً سرمایه‌دارانه است و باید با دستان متحد طبقه‌ی کارگر مسلح‌شده به مارکسیسم-لنینیسم و پراتیک بلشویکی در هم شکسته شود. "اگر که قرار است مبارزه‌ی طبقاتی در شرایط فعلی گامی به سمت جلو بردارد و اگر که قرار است انسجام طبقاتی‌ای در نقاط مختلف گراف آحاد کارگران ایران زمین بر بسته شود، هیچ گریز و گزیری از کار صبورانه‌ی طبقاتی و بلشویکی نمی‌ماند و هیچ گریز و گزیری از موضع‌گیری طبقاتی سرسخت و قاطعانه نمی‌توان داشت. زمانه، زمانه‌ای است که روح‌هایی با پیشانی‌ای پُر چین و گام‌های محکم می‌طلبند. روح استخوان است و یک بلشویک از ماندگارترین استخوان‌های زمانه‌اش استن و بایستن و شایستن. طلب عجزه‌ی فرتوت سرنگونی فوتی و فی‌الغور لقلقه‌ی زبان اپوزیسیون، حاصل اش تنها مخدوش و خاک‌آلوده‌شدن مبارزه‌ی طبقاتی است."^{۲۳} نظام سرمایه‌داری تضادهای ذاتی و درونی خود را از بدو پیدایش تا زمانی که طومارش درهم‌پیچیده شود، دائماً با خود حمل می‌کند و مدام در تلاش است که این تضادهای ذاتی را به‌وسیله‌ی پرده‌ای

^{۲۲} رجوع شود به قانون "ارتقای بهره‌وری".

^{۲۳} "وهم‌های ۱۴۰۱"، پویان صادقی، نشر اینترنتی، ص ۲.

کاذب به نام جامعه‌ی مدنی (بخوانید جامعه‌ی سرمایه‌داری) بیوشاند و مناسباتی را که ناشی از خود نظام سرمایه‌داری است، شی‌واره کرده و آن‌ها را هم‌چون قوانین طبیعی جلوه بدهد؛ در واقع انسان طی فرایند کار، در حکم یک جزء مکانیکی در نظامی مکانیکی گنجانیده می‌شود که این نظم در استقلال کامل از انسان کار می‌کند و باید خواه ناخواه از آن پیروی کند. به‌عنوان مثال فردگرایی کاملاً طبیعی جلوه داده شده و هر کس مسئول اعمال و شرایط زندگی خویش است؛ بر اساس ایدئولوژی حاکم، کسی که تلاش کند امکان ندارد که به فقر مبتلا شود؛ حرف از آزادی فردی در قالب جامعه سرمایه‌داری این می‌شود که فرد کاملاً آزاد بوده و دارای حق انتخاب است و به هر کاری که می‌خواهد، می‌تواند مشغول باشد یا اصلاً کار نکند. اما ما نیک می‌دانیم هر گاه بحث آزادی شود، فوراً باید پرسید، آزادی چه کسی یا کدام طبقه؟ زیرا آزادی فقط زمانی معنی می‌یابد که قیدوبندهایی موجود باشد. در واقع آزادی صوری موجود در سرمایه‌داری به معنی آزادی در قالب و چارچوب‌های سرمایه‌داری است، و این آزادی به گونه‌ای تعریف می‌شود که مناسبات سلطه، حفظ شود و دست‌نخورده باقی بماند و چنین معنایی از آزادی، خود به کمک پایایی این نظام بهره‌کشی می‌آید. سرمایه‌داری همه‌چیز را در بازاز آزاد گذاشته است و مراد سرمایه‌داری از آزادی همین است: همه‌چیز برای خرید و فروش. آزادی‌خواهی در سرمایه‌داری فقط یک معنا دارد: آزادی‌هایی برای بهتر استثمارکردن طبقه‌ی کارگر؛ و کارگران نیز آزادند خود را در بازار عرضه کنند و آزادند هر قیمتی بر نیروی کار خود بگذارند اما کسی مجبور نیست که آن را بخرد و اگر بخرد با قیمتی ارزان و ناچیز این مبادله را انجام می‌دهد و کارگران باید زیر فشار گرسنگی و حداقل‌های حیات، به این بردگی مدرن تن دهند، این یعنی بازار آزاد. این منطق انکشاف سرمایه تمام جنبه‌های حیات انسانی را مشمول می‌شود.

در سرمایه‌داری ابزار تولید در دست عده‌ای محدود است که قاعداً قدرت سیاسی هم در دست آنان است. کارگر هیچ راهی به‌جز فروش نیروی کارش ندارد و جبر اقتصادی‌ای که بر کارگر حاکم است او را ناچار به فروش نیروی کار خود می‌کند که در غیر این صورت خود و خانواده‌اش از گرسنگی می‌میرند. پس مجبور است نیروی کارش را به کس دیگری بفروشد و در این امر کاملاً مختار است که این نیروی کار را به کدام سرمایه‌دار یا در کجا بفروشد. پر واضح است این آزادی که شرح آن رفت، آزادی در چارچوب سرمایه‌داری است و برخلاف برده‌ای که تنها با رهایی از بند برده‌دار آزاد می‌شد، طبقه‌ی کارگر تنها با برچیدن بساط کل نظام سرمایه‌داری می‌تواند آزاد و رها شود.

مطالبات پرستاران

یک. تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری

چرا پرستاران اعم از کارکنان بیمارستان خصوصی و دولتی همیشه حرف اول و مطالبه‌ی اول‌شان تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری است؟ تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری به زبان ساده یعنی تعرفه برای کسی که کار را انجام می‌دهد. اما در حال حاضر وضعیت چگونه است؟ از زمانی که بیمار وارد بیمارستان می‌شود تا زمانی که از بیمارستان ترخیص می‌گردد، پرستار از او مراقبت می‌کند و کل خدماتی که دریافت می‌کند توسط پرستار ارائه می‌شود. برای مثال فیکس آنژیوکت، فیکس فولی،

سوچور، آتل بندی، گرفتن نوار قلب و حل کردن داروهای شیمی درمانی زیر دستگاه و... از جمله کارهایی می‌باشند که پرستاران انجام می‌دهند ولی در سیستم به اسم پزشک ثبت می‌شود و تعرفه آن به حساب پزشک واریز می‌شود و هر روز یکی از روتین‌های کاری پرستاران ثبت این خدمات به اسم پزشک است.

خدمات پزشکی که در سال ۷۵ در قالب ۵۰۰ بسته‌ی خدمتی بود و در حال حاضر بالغ بر ده هزار بسته‌ی خدمتی است بر اساس سیستم فی فور سرویس (fee for service) تعرفه‌گذاری شده است و در سال ۸۶ با اعتراض جامعه پرستاری بنا شد خدمات پرستاری نیز بر اساس همین سیستم در قالب ۲۵۰ بسته‌ی خدمتی تعرفه‌گذاری شود. قانون طرح مذکور در مجلس شورای اسلامی تصویب و بنا شد که در اسرع وقت اجرا شود. اما اجرای قانون تعرفه‌ی پرستاری فقط در سطح وعده و وعید باقی ماند تا این که سال ۱۴۰۰ در روز پرستار علی‌خامنه‌ای دستور اجرای سریع این قانون را صادر کرد.^{۲۴} در آیین‌نامه‌ی اجرایی این قانون سازمان نظام پرستاری یکی از مجریان قانون مذکور است. اما در عوض سازمان نظام پرستاری کل قانون را به فراموشی سپرد و یک طرح خودساخته ارائه داد که ربطی به قانون یادشده ندارد و در صدد اجرای آن است. همان‌طور که در قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری ذکر شده است تعرفه باید خدمات‌محور باشد و این خدمات بر اساس کتاب ارزش‌های نسبی شامل ۲۵۰ بسته‌ی خدمتی است و براساس میزان کاری که پرستار برای مریض انجام می‌دهد تعرفه به او تعلق می‌گیرد. برای مثال بیماری که در بخش عمومی بستری است به نسبت بیماری که در بخش‌های ویژه بستری است به خدمات کم‌تری نیاز دارد. پس باید تعرفه بیش‌تری به پرستاری که در بخش‌های ویژه کار می‌کند، تعلق بگیرد. یک پرستار ICU کار در یک شیفت کاری باید کارهای متعددی از جمله اینتوباسیون و در صورت لزوم، پایش مداوم از طریق مانیتورینگ، ساکشن تراشه و... انجام دهد که اضافه بر کارهایی است که در بخش‌های عادی صورت می‌گیرد.

سیستم فی فور سرویس بر اساس شاخص‌هایی از جمله خطرانی که برای گیرنده و انجام‌دهنده در پی دارد، زمان مورد نیاز برای انجام، تخصص انجام‌دهنده و... تعرفه را محاسبه کرده و به نام انجام‌دهنده ثبت می‌کند. هدف قانون مذکور کاهش اختلاف دریافتی پزشکان و پرستاران است که در حال حاضر خیلی زیاد است. علاوه بر کاهش این اختلاف دریافتی، در صورت اجرایی شدن این قانون برای بیماران یا همان گیرندگان خدمت و نهادهای بیمه نیز، هزینه‌ای که بابت انجام خدمت پرداخت می‌شود کاهش می‌یابد. همان‌طور که شرح آن رفت یکی از شاخصه‌های محاسبه‌ی قیمت در قانون مذکور تخصص است. بنابراین خدمتی که به اسم پزشک ثبت شود هزینه‌اش بسیار بالاتر از انجام آن توسط پرستار است؛ و با اجرا شدن این قانون تنها پزشکان متضرر می‌شوند چون هزینه‌ی کاری را که انجام نداده‌اند دریافت نمی‌کنند. حال به دلایل اجرا نشدن این قانون که همین تضاد منافع و چندین دلیل دیگر است می‌پردازیم.

این قانونی بود که در ۸۶ تصویب شد و بنا شد که اجرا شود اما قانون یا بهتر است بگوییم طرحی که نظام پرستاری در صدد اجرای آن است بر چه اساس است؟ اولاً این طرح تخت‌محور است نه خدمات‌محور. به بیان دیگر اهمیتی ندارد که بیمار به

^{۲۴} <https://www.google.com/amp/s/www.mehrnews.com/amp/۵۱۰۰۲۲۲/>

خدمات بیش‌تری نیاز دارد یا خیر؛ و به‌طور کلی برای ۲۴ ساعت ماندن مریض در بخش عمومی و خدمات‌رسانی به او ۶k تعرفه تعلق می‌گیرد. در بخش ویژه مانند ICU هر تخت آن برابر با ۷ تخت بخش عمومی فرض شده است؛ ناگفته نماند که ۲۵۰ بست‌های خدماتی در کتاب ارزش‌های نسبی^{۲۵} در قالب ۱۷ بسته خلاصه شده است؛ برای مثال از بین انواع پانسمان، فقط پانسمان‌های نوین ثبت می‌شود که در بیمارستان موجودیت ندارد یا تعداد آن اندک است و اکثراً پانسمان‌های عادی انجام می‌شود.^{۲۶} البته، اجرای این طرح خودساخته به حال پرستاران توفیری ایجاد نمی‌کند و با قاطعیت می‌توان گفت که خواسته‌ی پرستاران اجرای چنین طرحی نیست.

اما فریب‌کاری سازمان نظام پرستاری تنها به اینجا ختم نمی‌شود. وقاحت و بی‌شرمی آن‌جایی نمایان‌تر می‌شود که اولین واریزی به اسم تعرفه‌ی پرستاری را می‌بینیم؛ سازمان نظام پرستاری طرح خودساخته‌ی خود را نیز به آمان خدا رها کرده و صرفاً کارانه‌ی قبلی پرستاران را در عدد من‌درآوردی ۲/۲ ضرب کرده و مقدار ناچیزی را واریز می‌کند که نه تنها اختلاف دریافتی پزشکان با پرستاران را کاهش نمی‌دهد بل که باعث افزایش اختلاف دریافتی بین گروه پرستاری نیز می‌شود. پرستاری که قبلاً برای سه ماه حدوداً یک میلیون تومان کارانه دریافت می‌کرد در حال حاضر دریافتی‌اش بابت این موضوع به مبلغی حدود سه میلیون تومان افزایش پیدا کرده است؛ اما مترونی که سهم وی از کارانه یا درآمد بیمارستان قبلاً ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان بود اکنون دریافتی‌اش به مبلغی بالغ بر ۳۰ میلیون تومان افزایش یافته است و همکاران پیش‌بیمارستانی ۱۱۵ فعلاً بی‌نصیب بوده و یا اگر واریزی نیز داشته‌اند مبلغ ناچیزی بوده است. واریزی‌ها توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شده است که ضریب ۲/۲ در اکثر شهرستان‌ها با ۱/۸ محاسبه شده است. ضریب ۲/۲ از کجا آمده؟! بر چه اساسی تخت‌محور؟! بر چه اساس ۶k؟! و سؤالاتی از این قبیل که بی‌پاسخ مانده‌اند.^{۲۷}

دو. قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت

قانون ارتقای بهره‌وری در سال ۸۸ توسط مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید. هدف قانون مذکور، کارایی و اثربخشی سرمایه‌های انسانی نظام سلامت، شامل شاغلین بالینی رشته بهداشتی-درمانی در بخش‌های دولتی (لشکری و کشوری) و غیردولتی است. طبق این قانون، ساعت کار هفتگی شاغلین موضوع این قانون با توجه به صعوبت کار، سابقه‌ی خدمت و کار در نوبت‌های کاری غیرمتعارف، به تناسب در هفته حداکثر تا ۸ ساعت کاهش می‌یابد؛ هر کدام از این آیتم‌ها به میزان‌هایی که تعریف شده‌اند، مقدار مشخصی از ساعت کاری را کاهش می‌دهند. برای مثال بر اساس سابقه‌ی خدمت از صفر تا ۴ سال، یک ساعت در هفته ساعت کاری کاهش می‌یابد و در کل این میزان از ۱۷۵ ساعت موظفی کم می‌شود. این

^{۲۵} کتاب ارزش‌های نسبی کتابی حجیم که تمامی خدمات گروه‌ها چه پرستاری چه پزشکی و... به‌صورت بسته‌های مشخص تعرفه‌گذاری شده‌اند. در صورت لزوم خواننده می‌تواند به آن مراجعه کند.

^{۲۶} هزینه‌های ترمیم زخم به صورت خصوصی و با استفاده از پانسمان‌های نوین خیلی زیاد است، به گونه‌ای که بیمار باید برای یک جلسه ترمیم زخم یک تا یک و نیم میلیون تومان هزینه کند؛ لازم به ذکر است زخمی که با پانسمان عادی بهبود نمی‌یابد، در بهترین حالت حداقل به بیشتر از ۱۵ جلسه ترمیم با پانسمان نوین نیاز دارد. حال اگر زخم عمیق باشد یا باید از درد و عفونت بگیری یا زندگی‌ات را برای بهبود زخم حراج کنی.

^{۲۷} برای مشاهده‌ی آیین‌نامه‌ی اجرایی قانون تعرفه‌پرستاری می‌توان به سایت نظام پرستاری، بخش اسناد مراجعه کرد.

بخش از قانون در حال حاضر تا حدودی اجرا می‌شود و ساعت کاری کارکنان را از ۱۷۵ به حدود ۱۶۵ ساعت کاهش داده است. اما این کاهش نیز باز هم تداوم استثمران پرستاران است. زیرا به جای این ۸ ساعت، ۸۰ ساعت اضافه کاری اجباری برای پرستار در نظر گرفته شده است.

کارکنان بالینی بیمارستان‌های روانی و سوختگی و مشمولین ماده (۱۶) قانون سازمان نظام پرستاری شاغل در بخش‌های دولتی و غیردولتی، از شمول ماده (۷۵) قانون کار (انجام کارهای خطرناک، سخت و زیان‌آور و نیز حمل‌ونقل بیش از حد مجاز با دست و بدون استفاده از وسایل مکانیکی برای کارگران ممنوع است) مستثنی می‌شوند. لذا دولت می‌تواند مشاغل مزبور را جزء مشاغل سخت و زیان‌آور محسوب کند و از مزایای مواد (۶۷) و (۶۸) قانون مدیریت خدمات کشوری که علاوه بر پرداختی‌های موضوع ماده ۶۵ و تبصره‌های آن و ماده ۶۶ که حقوق ثابت تلقی می‌گردد، فوق‌العاده‌هایی به شرح زیر به کارکنان پرداخت کند. در حوزه‌ی بهداشت و درمان، فوق‌العاده‌ی سختی کار و کار در محیط‌های غیرمتعارف نظیر کار با اشعه و مواد شیمیایی، کار با بیماران عفونی و روانی، کار در اورژانس و در بخش‌های سوختگی و مراقبت‌های ویژه بیمارستانی، باید به کارکنان آن تعلق بگیرد؛ و مرخصی استحقاقی سالیانه حداکثر تا یک ماه به آنان داده شود.^{۲۸} بخش‌هایی از این قانون اجرا شده و تنها پرستاران شاغل در بخش‌های روان و سوختگی، مشمول این قانون هستند. لیکن بر اساس قانون باید کلیه‌ی شاغلین بالینی در بیمارستان‌ها و مراکز شبانه‌روزی دولتی (لشکری و کشوری) و غیردولتی در رشته‌های شغلی پرستاری، بهیاری، مامایی، کاردان و کارشناس اتاق عمل و بی‌هوشی و فوریت‌های پزشکی، مشمول این قانون شوند. از نظر نوع قرارداد نیز تمامی نیروهای رسمی، پیمانی، طرحی و تمامی قراردادهای، مشمول‌اند. با قرارگیری کل گروه پرستاری تحت قانون مشاغل سخت، سن بازنشستگی از ۳۰ سال به ۲۰ سال کاهش می‌یابد و یک ماه مرخصی استحقاقی سالیانه نیز شامل حال پرستاران می‌شود و این‌گونه به جای یک ماه مرخصی استحقاقی، دو ماه مرخصی به پرستاران در سال تعلق می‌گیرد.

ساعت کار در ایام تعطیل و نوبت کاری شب باید با ضریب ۱/۵ و در نوبت‌های کاری عصر با ۱/۲ محاسبه شود و مشمولین اجازه‌ی بیش از ۱۲ ساعت کار متوالی در طول روز را ندارند و می‌توانند حداکثر معادل نصف ساعت کار موظف ماهانه، با توافق کارفرما اضافه کار انجام دهند. محاسبه‌ی ساعت کاری در حال حاضر برای نیروهای شاغل در بیمارستان‌ها بر اساس این ضرایب است. اما ساعت کاری دانشجویان پرستاری که کار دانشجویی انجام می‌دهند بر اساس این قانون محاسبه نمی‌شود و با نهایت بی‌شرمی به ازای یک ساعت کار آنان، ۱۰ هزار تومان پرداخت می‌کنند در حالی که در داخل بخش‌ها، این دانشجویان همانند سایر پرسنل باید به تعدادی از بیماران خدمات‌رسانی کنند و از لحاظ فشار کاری هیچ تفاوتی با نیروهای دارای قرارداد ندارند و به همان میزان کار می‌کنند اما از حقوق و مزایای آن بی‌بهره‌اند.^{۲۹}

^{۲۸} در این زمینه، مطالعه‌ی قانون "ارتقای بهره‌وری" توصیه می‌شود.

^{۲۹} همان.

اما آن چه که خیلی حایز اهمیت است و هیچ یک از دلایان سرمایه آن را بر زبان نمی آورند، بحث اضافه کاری است. هم بر اساس قانون کار و هم بر اساس قانون ارتقای بهره‌وری، اضافه کاری به هیچ وجه اجباری نیست و باید با توافق کارگر و کارفرما باشد. یعنی کارفرما نمی تواند به اجبار کارگر را وادار به انجام اضافه کاری کند. بر اساس قانون کار، مزد یک ساعت اضافه کاری باید برابر باشد با مزد یک ساعت کار عادی به اضافه‌ی ۴۰ درصد مزد این یک ساعت؛ یعنی مزد یک ساعت اضافه کار می شود به عبارتی ۱/۴ برابر مزد یک ساعت کار عادی. ۳۰ اما در بیمارستان مزد یک ساعت اضافه کار ۱۵ تا ۲۰ هزار تومان است در حالی که مزد یک ساعت کار عادی ۵۰ تا ۶۰ هزار؛ هیچ عقل و منطق و مبنای قانونی ای این اجحاف را نمی پذیرد به جز قوانین نظام سرمایه‌داری.

اکنون واضح تر می شود که چرا نظام استثمارگر و سودجو، نیروی کار را تعدیل می کند؛ چون با این کار اولاً زیر بار هزینه‌هایی که بابت به خدمت گرفتن نیروی کار از جمله حق بیمه، حق مسکن و ... باید بپردازد، شانه خالی می کند و از طرفی با اضافه کاری اجباری، با تعداد اندکی نیروی کار موجود، موظفی پرستار دیگر را پُر می کند. یعنی با چنین وضعیت و شرایط کاری از یک پرستار به اندازه‌ی دو پرستار با نصف هزینه کار می کشند.

تشکل‌های صنفی پرستاران

یک. سازمان نظام پرستاری

سازمان نظام پرستاری، بر اساس قانون مجلس شورای اسلامی در سال ۸۱ تشکیل شد و هدف از تأسیس آن بر طبق اساس نامه رشد و تعالی حرفه‌ی پرستاری، حفظ حقوق پرستاران و مردم در قبال خدمات پرستاری، حفظ و حمایت حقوق مادی، معنوی و صنفی پرستاران و... است. طبق اساس نامه، نظام پرستاری یک سازمان و لذا مستقل و دارای شخصیت حقوقی است. بودجه‌ی آن نیز از راه حق عضویت اعضا، هدایا و کمک‌های اشخاص حقیقی و حقوقی تأمین می شود. داشتن کد عضویت نظام پرستاری برای تمامی پرستاران الزامی است، پس طبیعی خواهد بود که نظام پرستاری در حال حاضر حدود ۲۰۰ هزار عضو داشته باشد. پر واضح است که سازمان نظام پرستاری پشوانه‌ی قوی ای از طرف دولت، وزارت بهداشت و قانون اساسی دارد.

بنابر اساس نامه، ۵ نفر از اعضای شورای عالی آن به انتخاب سایر ارگان‌ها انتخاب می شوند. یک نفر به انتخاب مجلس شورای اسلامی، دو نفر به انتخاب وزیر بهداشت، یک نفر پرستار از طرف نیروهای مسلح و به انتخاب فرماندهی کل قوا و یک نفر نماینده‌ی پزشکی قانونی. این سازمانی است که مجری طرح‌های دولت برای خفه کردن جامعه‌ی پرستاری با دادن وعده‌های دروغین است و کل مطالبه‌گری‌اش در گلایه خلاصه شده و هیچ گونه استقلالی ندارد. لازم به ذکر است مستقل بودن به

۳۰ قانون کار، ماده ۵۹.

معنی استقلال از سرمایه‌داری، سیاست‌ها و تمامی جریان‌ها هم‌سوی موجود با آن است. امکان ندارد که یک تشکل در جامعه‌ی طبقاتی مستقل از دو طبقه اصلی و منافع آنان باشد، یا باید زیر پرچم اکثریت طبقه‌ی کارگر باشد یا زیر پرچم اقلیت سرمایه‌دار. پس حتا تشکلی که اعضای شورای عالی آن نیز خود پرستاران (یعنی کارگران همان بخش) باشند و توسط آنان نیز انتخاب شوند، به دلیل لیبرالیسم درونی آن و استقرار این تشکل‌ها بر بستر جامعه‌ی مدنی، بدون میانجی حزب سیاسی، نمی‌تواند منافع تاریخی طبقه‌ی کارگر را به پیش ببرد. در چنین حالتی تشکل باید مجهز به سیاست کارگری و دارای مشی مستقل از بورژوازی باشد؛ در صورت غیاب سیاست کارگری و بدون میانجی حزب و در نبود هسته‌های کمونیستی، امکان ندارد سیاست‌های بورژوایی در این گونه تشکل‌ها رسوخ نکند.

طبق اساس‌نامه‌ی نظام پرستاری، از ۳۰ نفر اعضای شورای عالی یک نفر نماینده پرستاران اتاق عمل و یک نفر نماینده‌ی پرستاران هوش‌بری است که کمبود تعداد این نمایندگان باعث نادیده‌گرفته‌شدن بیش‌تر این کارگران و مطالبات آنان می‌شود.^{۳۱} از اساس‌نامه بگذریم و اندکی نیز به آرایش نیروهای موجود در شورای عالی بپردازیم. در انتخابات هیئت‌مدیره‌ی این سازمان در چند سال اخیر دو ائتلاف موجودیت یافته است که یکی "ائتلاف پرستاران عدالت‌خواه" و دیگری "ائتلاف هویت، رفاه و هم‌دلی" است. "ائتلاف پرستاران عدالت‌خواه" از حمایت تشکلی به نام خانه‌ی پرستار برخوردار است و "ائتلاف هویت، رفاه و هم‌دلی" از حمایت وزارت بهداشت و سیستم پزشکی‌سالار. عملاً شورای عالی نظام پرستاری و مدیریت آن در انحصار این دو ائتلاف است و افرادی که در یکی از این دو ائتلاف حضور نداشته باشند عملاً هیچ‌گونه شانس در انتخابات شورای عالی ندارند. خانه‌ی پرستار که یکی از تشکل‌های پرستاری است در ادامه بررسی می‌شود و خواهیم گفت که خانه‌ی پرستاری‌ها چشم به راه قدرت‌گیری ائتلاف خود در درون شورای عالی نظام پرستاری‌اند تا سیاست‌های خود را از طریق این سازمان اعمال کنند.

افرادی مثل محمد میرزاییگی رئیس کل سازمان نظام پرستاری که از "ائتلاف هویت، رفاه و هم‌دلی" است بارهای پیاپی توانسته با لابی‌گری‌ها و پشتیبانی وزارت بهداشت، ریاست نظام پرستاری را در دست داشته باشد که با دروغ‌پراکنی و دادن وعده‌های سرخرمن، تنها به نماینده‌ی سیستم پزشکی‌سالار تبدیل شده است. دروغ‌پراکنی و دورویی میرزاییگی را در اجرای تعرفه‌ی پرستاری آشکارا می‌توان دید؛ در اوایل خبر اجرای شدن تعرفه‌ی پرستاری به صورت واریزی‌های علی‌الحساب، میرزاییگی در تمامی مصاحبه‌ها و گفت‌وگوهای خبری، قول افزایش سه میلیونی دریافتی پرستاران را می‌داد؛^{۳۲} اما با نزدیک شدن انتخابات نظام پرستاری و برای تصاحب چندباره‌ی این پست از وزارت بهداشت، نحوه‌ی اجرای شدن طرح تعرفه‌ی پرستاری را، که خودش در اوایل اجرا شدنش بر طبل شادی می‌کوبید، طی بیانیه‌ای نقد می‌کند.^{۳۳} سیستم سرمایه‌داری از طریق میرزاییگی و امثالهم، که نوکران حلقه به گوششان‌اند و صرفاً به دنبال منافع

^{۳۱} برای بررسی بهتر رجوع شود به اساس‌نامه و آرایش اعضای شورای عالی نظام پرستاری.

^{۳۲} <https://www.google.com/amp/s/www.isna.ir/amp/۱۴۰۰۱۱۰۵۰۳۶۶۶/>

^{۳۳} <https://ino.ir/index.jsp?siteid=۱&fkeyid=&siteid=۱&pageid=۱۴۹۳&newsview=۱۸۴۷>

شخصی، ترفیع رتبه و گرفتن تشویقی از اربابانشان اند، مدیریت خود را اعمال کرده و روزبه‌روز در پی مشروعیت دادن به سلطه و استثمار خویش است. بحث اصلی‌ای که مطرح است سیاست‌های نظام پرستاری است که از طریق کاراکترهایی مانند میرزابیگی و امثالهم اجرا می‌شوند. خود سیستم سرمایه‌داری و سیاست‌های مبتنی بر این سیستم است که حایز اهمیت است نه صرفاً کاراکتر میرزابیگی و شریفی مقدم یا فلان کس و بهمان کس. جوسازی‌های خانه‌ی پرستار در رابطه با میرزا بیگی و هیأت مدیره‌ی نظام پرستاری را بر بستر منفعت‌طلبی بهتر می‌توان درک کرد و هدفشان به‌دست گرفتن سازوکار نظام پرستاری از طریق قدرت‌گیری درون شورای عالی نظام پرستاری است. اما ما نیک می‌دانیم که در قالب چنین تشکل‌های به اصطلاح صنفی‌ای چه میرزابیگی زمام‌دار امور باشد چه خانه‌ی پرستاری‌ها باز آتش همان آتش است و کاسه همان کاسه؛ اما نکته‌ی حایز اهمیت این است که اگر خود پرستاران نیز صاحب تشکل مستقل خود با هدف فعالیت‌های صرفاً صنفی باشند، همانند آن‌چه که مدنظر و هدف انحراف سندیکالیستی و ورکریستی است، جز در ضدیت با طبقه‌ی کارگر راه به جایی نخواهند برد. زیرا در غیاب سیاست کمونیستی و پرولتری هرگونه مبارزه‌ی صنفی تشکل‌های مختلف قطعاً در دام سیاست بورژوازی و در وضعیت مشخص ایران در دام سیاست سرنگونی طلبانه و امپریالیستی است و در جهت به اجرا در آوردن سیاست‌های بورژوازی عمل می‌کند. اما سیاست پرولتری به میانجی حزب سیاسی و به دلیل حضور بالفعل هسته‌های کمونیستی و نیز نگاه کلیت‌گرایانه‌اش و ایستادن بر تضاد کار و سرمایه در تحلیل‌هایش از درک مناسبات جهانی سرمایه عاجز نمی‌ماند و مبارزه‌ی طبقاتی با سرمایه را در روند فعلیت انقلاب پرولتری و تسخیر قدرت سیاسی توسط کارگران می‌بیند. پس هرگونه فعالیت صنفی-سیاسی، مادامی که در جهت پیش‌روی آگاهی طبقه‌ی کارگر و در جهت اعتلای سیاست طبقاتی کارگری با درک مشخص و انضمامی از تضاد بنیادین کار و سرمایه نباشد نه تنها قابل دفاع نیست بل که ارتجاعی نیز هست.

دو. خانه‌ی پرستار

خانه‌ی پرستار که خود را یک تشکل صنفی می‌داند هم‌زمان با تشکیل سازمان نظام پرستاری در سال ۸۱ و با کسب مجوز از وزارت کشور فعالیت خود را به‌عنوان تشکل صنفی-سیاسی آغاز کرد و پس از تطبیق خود با قانون جدید احزاب در سال ۹۷، رسماً خود را به‌عنوان یک حزب سیاسی معرفی کرد.^{۳۴} خانه‌ی پرستار نیز خود را مستقل می‌نامد، اما سیاست‌های آن کاملاً در راستای نظام سرمایه‌داری و در چارچوب گفتمان "عدالت خواهانه" محصور و محدود است.

خانه‌ی پرستار طی بیانیه‌ای رسمی در دوازدهمین دوره‌ی انتخابات ریاست جمهوری حمایت خود را از کاندیداتوری حسن روحانی اعلام کرد و از تمامی پرستاران درخواست کرد که در انتخابات شرکت کنند و انتخابی هوشمندانه داشته باشند.

^{۳۴} برای آشنایی با اهداف چهارده‌گانه‌ی خانه‌ی پرستار می‌توان به اساس‌نامه‌ی این تشکل مراجعه کرد.

انتخاب هوشمندانه‌ی خانه‌ی پرستار "ضمن احترام به سایر کاندیداها از کاندیداتوری جناب آقای دکتر روحانی" است؛ این انتخاب به‌طور علنی در راستای "حفظ مشی عدالت‌خواهانه" است.^{۳۵}

بودجه‌ی این تشکل طبق اساس‌نامه‌ی آن از راه پرداخت حق عضویت اعضا، که برای یک سال ۵۰ هزار تومان است، تأمین می‌شود. از تعدا اعضای خانه‌ی پرستار، اطلاعات دقیقی در دست نیست. اما تقریباً در ۸ استان دارای شعبه بوده و تا حدودی در بین پرستاران شناخته شده است. محمد شریفی مقدم، دبیر کل خانه‌ی پرستار چندین دوره‌ی متوالی است که در این جایگاه قرار دارد.

گفتیم "ائتلاف پرستاران عدالت‌خواه" در نظام پرستاری از حمایت خانه‌ی پرستار برخوردار هستند و خانه‌ی پرستاری‌ها به امید قدرت‌گیری در آن‌اند. اگر نگاهی به کانال تلگرام و وبسایت خانه‌ی پرستار بیندازیم می‌بینیم که اکثر موضع‌گیری‌های خانه‌ی پرستار، فردی و از طریق توثیتهای شریفی مقدم است. ناگفته نماند که سخن‌گوی خانه‌ی پرستار نیز خود شریفی مقدم است و بعضاً موضع‌گیری‌های خانه‌ی پرستار از طریق سخن‌رانی‌های ایشان در مصاحبه‌ها، نشست‌های خبری و برنامه‌های تلویزیونی ابراز می‌شود.

سه. انجمن پرستاری ایران

انجمن پرستاری ایران اولین تشکل صنفی پرستاری ایران است که در سال ۶۹ تشکیل شد. کارنامه‌ی صنفی این تشکل آن‌چنان خالی است که جای سخنی به جز منفعل بودن باقی نمی‌ماند و کل کارنامه‌ی فعالیت‌های اش شامل برنامه‌های آموزشی و برگزاری همایش‌های علمی است. با قاطعیت می‌توان گفت که ۹۰ درصد از پرستاران حتی اسم این تشکل را شنیده‌اند. وضعیت این انجمن به نوعی منحل شده است به طوری که تنها اسمی از آن بر روی کاغذ باقی مانده است.

تشکل‌ها و سازمان‌های به اصطلاح صنفی پرستاران، کاملاً در چارچوبی بورژوازی و حول منطق سرمایه و تداوم وضع موجود فعالیت دارند. سرمایه‌داری دائماً در تلاش برای پرده‌پوش کردن تضاد بنیادین کار و سرمایه، جامعه‌ی طبقاتی را با انگاره‌های کاذبی هم‌چون آزادی، برابری، حقوق بشر و... لبریز می‌کند. این انگاره‌ها و سیاست‌ها به قطع یقین درونی جنبش کارگری و اذهان طبقه‌ی کارگر نیز هستند؛ همان‌گونه که انگلس می‌گوید "از من می‌پرسی که کارگران انگلیسی درباره سیاست استعماری چگونه فکر می‌کنند. خوب، دقیقاً همان‌طور که درباره‌ی سیاست به‌طور کلی فکر می‌کنند: همان‌طور که بورژوازی فکر می‌کند."^{۳۶} بنابراین جنبش کارگری جامعه‌ی مدنی را عرصه‌ی مبارزه‌ی خود می‌داند؛ برای دچار نشدن به این

^{۳۵} <https://khabarfarsi.com/u/۳۸۱۰۵۹۰۱>

^{۳۶} انگلس در نامه به کائوتسکی مورخ ۱۲ سپتامبر ۱۸۸۲.

انحرافات، باید تأکید ما بر مسلح کردن طبقه‌ی کارگر به سلاح سیاست و آگاهی باشد تا جامعه‌ی مدنی را آماج مبارزه‌ی طبقاتی خود قرار دهیم، و همانند ورکریست‌ها، نپنداریم که با کوچک‌ترین بحران و در صورت رسیدن تعداد کمونیست‌ها، سندیکاها و اتحادیه‌های کارگری به اعداد مدنظرشان، سرمایه‌داری از هم می‌پاشد و نابود می‌شود.

چنانچه در خصوص مطالبات پرستاران و این تشکل‌های صنفی پرستاران نیز دیده شد، نهاد صنفی و سندیکایی کارگری هم، ابزاری برای پیگیری مطالبات کارگران در چارچوب نظم موجود هستند. آن چه اهمیت دارد این است که در چنین بستری، تعارض و تضاد بین کارگران و سرمایه‌داران به وجود می‌آید اما این تعارض و تضاد به خودی خود گویی در چارچوب حقوق شهروندی و درون همان جامعه‌ی مدنی اتفاق می‌افتد. یعنی کارگر به مثابه یک شهروند، در صورت تعویق حقوق، عدم پرداخت حق بیمه و... با یک شهروند دیگر که این "حقوق" را زیر پا گذاشته دچار تعارض می‌شود. لذا تأکید صرف بر مبارزات روزمره‌ی کارگران در سندیکا، بدون افق مشخص تاریخی-سیاسی طبقه‌ی کارگر و بدون کارگذاری سیاست مشخص کمونیستی "از بیرون" مبارزات اقتصادی، نمی‌تواند انکشاف مبارزه‌ی طبقاتی را چندان میسر سازد؛ از بطن و متن خوش‌بینی به اعتلای خودبه‌خودی مبارزه‌ی طبقاتی از دل مبارزات روزمره‌ی پرولتاریا، ورکریسم^{۳۷} ظاهر می‌شود. این مبارزات روزمره و خودبه‌خودی در درون همان سازوکار سرمایه‌دارانه امکان پاسخ بورژوازی را دارند. بنابراین پیش گذاشتن سیاست مشخص پرولتری در مبارزات روزمره، یکی از وظایف اصلی کمونیست‌هاست.

«وجه مهمی از لنینیسم پذیرش مرکزیتی سیاسی با وظیفه‌ی حذف و حفظ و ارتقای سیاست روزمره‌ی پرولتاریا در نسبت با افق تاریخی پرولتاریا برای صدور دستور کار روز سیاست کمونیستی است. پرولتاریا مبارزه‌اش را در سطح اقتصادی با سرمایه پی می‌گیرد، اما باید اذعان داشت که تا وهله‌ای که پرسش پرولتاریا لغو کار مزدی نشده است، بورژوازی می‌تواند پاسخی در همین سازوکار موجود سرمایه برای پرسش‌های اقتصادی پرولتاریا بیابد: چه پاسخ رفرمیستی و چه دیگر پاسخ‌های سیاسی بورژوازی. پس خود مبارزه‌ی طبقاتی در مقام این مبارزه اقتصادی در نهادهای پرولتاریا تا آن سطح همیشه احتمال درغلتیدن به سیاست بورژوازی را دارد؛ نه درغلتیدن و انحرافی از بیرون، بل که پذیرش حضور در درون ساختار سرمایه. بورژوازی تا آن جا که پرولتاریا نقطه‌ی توقف سیاسی بر مسیرش نگذارد، می‌تواند تا همیشه پاسخ‌هایی را برای مطالبات اقتصادی پرولتاریا پیش بگذارد. پرولتاریا زمانی می‌تواند از این استثمار تن بزند که در برابر سیاست شی‌ء‌واره‌ی سرمایه، سیاستی مختص خودش را پیش بگذارد و یک "نه" سیاسی را در برابر بورژوازی قرار دهد.»^{۳۸}

آری با در رسیدن هنگامه‌ی افول هژمونیک امپریالیسم و بحران‌های سرمایه‌داری، امکان‌های مبارزه طبقه‌ی کارگر افزایش می‌یابد؛ اما در صورت عدم آگاهی سیاسی و عدم سازوکار سیاسی برای غلبه بر هژمونی سرمایه‌داری، که در اذهان توده‌ها

^{۳۷} در خصوص چیستی ورکریسم و نقد مواضع انحرافی‌اش بنگرید به "ورکریسم الغای سیاست و دژ کارخانه ضد احاله ۴" از پویان صادقی، "پدران و پسران" از رستا آسایش، "یک گام به پیش، دو گام به پس" و "پرولتاریا و مبارزه‌ی طبقاتی: علیه ورکریسم" هردو از وحید اسدی. "پرولتاریا و مبارزه‌ی طبقاتی: علیه ورکریسم" از صمد کامیار، "غیاب سیاست کمونیستی و زبان حال خُرده کاری" از آصف سرمد و "سبک کار کمونیستی و کلیت (در مقابله با رویکرد ورکریستی)" از علی عسکرزاد، "سرمایه‌داری، جامعه‌ی مدنی و مبارزه‌ی طبقاتی" بی‌نام.

^{۳۸} "یک گام به پیش، دو گام به پس"، وحید اسدی، نشر اینترنتی، صص ۱۱ و ۱۲.

نقش بسته است، سرمایه‌داری به شیوه‌ای نوین و نیرنگی جدید خود را بازآرایی می‌کند. لیبرالیسم درونی جنبش کارگری است و وظیفه‌ی ما تشکیل هسته‌های کمونیستی و زدایش لیبرالیسم از مبارزات کارگری است. تشکل‌های کارگری و مبارزات خودبه‌خودی طبقه‌ی کارگر قطعاً در خطر انحرافی قرار دارند که اگر هوشیار نباشیم، نه تنها به پیش‌برد مبارزه طبقاتی کمک نخواهند کرد، بل که به راه‌بندی در برابر این مبارزات بدل خواهند شد. مبارزات کارگران نباید فقط در سطح اقتصادی صرف باقی بماند و خالی از سیاست پرولتری باشد. مانند آن‌چه که بر سر شورای هماهنگی تشکل‌های صنفی فرهنگیان آمده است و اکنون کاملاً در انقیاد سرمایه و زیر پرچم اپوزیسیون برانداز قرار گرفته است.^{۳۹}

زنان پرستار، ستم مضاعف و حجاب اجباری

طبق آمارهای رسمی ۸۶٪ از پرستاران را زنان و ۱۴٪ را مردان تشکیل می‌دهند و پر واضح است که زنان پرستار مطالبات جداگانه‌ای دارند که باید در شرایط کاری آن‌ها لحاظ شود. در جوامع طبقاتی نقش زنان در تولید کم‌رنگ‌تر است و نقش ایشان به بازتولید نسل و پرورش فرزندان و کارهای طاقت‌فرسای خانگی و بازتولید نیروی کار خود و شوهران‌شان محدود می‌شود. در فرم‌اسیون‌های اجتماعی پیشین برده‌داری و فئودالیسم تا فرم‌اسیون کنونی سرمایه‌داری، این روند ادامه داشته و دارد. در نظام سرمایه‌داری روند به جای مانده از گذشته ادامه‌دار شد. یعنی بازتولید نیروی کار مردان و فرزندآوری و پرورش نیروی کار جوان برای سرمایه‌داری در چارچوب خانواده، با نقش محوری زنان ادامه یافت. در شیوه‌ی تولید سرمایه‌دارانه هر کسی که نیروی کارش را می‌فروشد چه زن باشد چه مرد، استثمار می‌شود. زنان کارگر از ستم مضاعف رنج می‌برند؛ مضاعف به این معنا که پرستار زن در محیط کار به واسطه‌ی سرمایه‌داری استثمار می‌شود و این استثمار در محیط خانه هم ادامه دارد و با بازتولید نیروی کار خود و همسرش و فرزندآوری و پرورش نیروی کار جوان به صورت رایگان، این استثمار و ستم، مضاعف می‌شود.^{۴۰} این همان دیدگاهی است که برای ما کمونیست‌ها نسبت به مسئله‌ی ستم مضاعف بر زنان طبقه‌ی کارگر حایز اهمیت است و مسئولیت‌مان ممانعت و ایستادن در برابر فروگاهی و تقلیل دادن مسئله زنان طبقه‌ی کارگر، زنان معلم، پرستاران زن و همه‌ی زنان خانواده‌های کارگری به سطح فمینیسم است و نیز طرد آن دیدگاهی که فمینیست‌ها و چپ‌های برانداز ایران به‌طور عام و کلی ستم مضاعف بر زنان را صرفاً مسئله‌ی حجاب می‌انگارند و یا آن رویکردی که ورکرئیست‌ها در باب حجاب اجباری اختیار می‌کنند که بر اساس آن، «مسئله حجاب اجباری، به‌عنوان جزئی از عوامل تثبیت فرودستی زنان به‌طور کلی، بر زنان کارگر محدودیت‌های چندجانبه‌تری را ایجاد می‌کند.»^{۴۱}

از وجهی دیگر و بسی مهم، آن‌چه نزد این نگاه‌ها نادیده گرفته می‌شود، برخورد سیاسی و لحاظ سوبیه‌ی سیاسی در مسئله‌ی حجاب، علی‌الخصوص در شرایط ایران است. همین نادیده گرفتن سوبیه‌ی سیاسی حجاب، منجر به ارائه‌ی چنین

^{۳۹} "تضاد کارگران و همه (درباره‌ی مواضع شورای هماهنگی تشکلهای فرهنگیان ایران)"، علی عسکر نژاد، نشر اینترنتی.

^{۴۰} برای مطالعه‌ی بیشتر در این خصوص بنگرید به کتاب "مارکسیسم و ستم بر زنان" از لیز فوگل با ترجمه‌ی فرزانه راجی.

^{۴۱} نشریه‌ی پرچم، شماره ششم، نشر اینترنتی، صص ۳ و ۴. تأکیدها از ماست.

تحلیل‌هایی نسبت به پوشش می‌شود. پوشش و نوع حدود آن، ابتدا به ساکن یک برساخت اجتماعی است: «پوشش یک برساخته‌ی اجتماعی است که در هر زمانه‌ای و مبتنی بر فضای معینی، آشکال گوناگونی به خود می‌پذیرد. لذا مطالبه‌ی حجاب اختیاری یا رفع حجاب اجباری، در واقع، نه تصدیق خودمختاری‌اش، بل که در اصل، طلب یک برسازي اجتماعی بدیلی است که در زمانه‌ی کاپیتالیسم گلوبال آمریکایی، حد متوسطی از یک سبک زندگی طبقه‌ی متوسطی و بورژوازی، حد و حدود آن را مشخص می‌کند.»^{۴۲}

در ایران شکلی از پوشش تحت عنوان حجاب اسلامی مشاهده می‌شود که قطع به یقین هیچ مبارز کمونیستی با آن هم‌دلی ندارد. ولی عدم حضور در خیابان و عدم مشارکت و هم‌سویی در اضطرار مبتدل سرنگونی‌طلبانه‌ای ۱۴۰۱، به معنای ایفای نقش سیاسی حداکثری در وضعیت است. پراتیک کمونیستی راستین دقیقاً تقابل حاد و حداکثری و تلاش برای درهم‌کوبیدن سیاسی غایله‌ی ۱۴۰۱ بود. از دلایل امتناع از خیابان می‌توان به مسایلی چون فهم حجاب به منزله‌ی تثبیت فرهنگی یک شکاف سیاسی، تعمیق افول هژمونیک امپریالیسم و افقی که شورش زن، زندگی، آزادی در صورت تداوم بدان رهسپار می‌شد، اشاره کرد، افقی که به انهدام بی‌معنای اجتماعی^{۴۳} منجر می‌شد و می‌شود. پس ما کارگران موظف و مسئول هستیم که موضع خود را به نسبت مسائل سیاسی رخ داده یا در حال وقوع، مشخص کنیم؛ چرا که ذهنیت ما کارگران تحت هژمونی بورژوازی شکل گرفته و به منظور شکست این هژمونی، نیازمند آگاهی پرولتری هستیم. پس باید هوشیار باشیم جز از راه آگاهی طبقاتی نمی‌توان از این تفکرات و جایگاه‌های وهم‌گونی که سرمایه‌داری ما را بدان گرفتار کرده رهایی یابیم؛ اما رسیدن به این آگاهی از مسیر جنبش خودبه‌خودی امکان‌پذیر نیست بل که صرفاً با رسیدن به آگاهی سیاسی نسبت به روابط سرمایه‌داری به نتیجه می‌رسد. در دوران برده‌داری برده نیاز به آگاهی عمیق طبقاتی-سیاسی از سازوکار شیوه‌ی تولید موجود نداشت زیرا صرف هستی اجتماعی وی در تعارض آشکار با وضعیت قرار می‌گرفت. اما شیوه‌ی تولید سرمایه‌داری و سیاست مختص به آن، سرمایه‌داری را از فرم‌اسیون‌های پیش از خود متمایز می‌سازد و صرف هستی طبقه‌ی کارگر، باعث تعارض آشکار و نابودی سیستم نمی‌شود. فرم‌اسیون موجود، سازوکار جامعه را عادی جلوه می‌دهد و به‌طور مداوم در تلاش برای عادی‌سازی و طبیعت‌واره کردن مناسبات و تضادهای درونی خود است و در هر شرایط و بحرانی که سد راه پایایی سرمایه شود، پاسخ و امکانی را تمهید می‌کند؛ بنابراین طبقه‌ی کارگر با آگاهی سیاسی بر سازوکار سرمایه‌داری و گذار از درونیات این نظم است که می‌تواند بر آن فایق آید. ورکریت‌ها شیوه‌ی تولید سرمایه‌داری را واجد سیاست متمایزی نمی‌دانند که دوام سرمایه‌داری را تضمین می‌کند. در نگاه آن‌ها مبارزات اقتصادی صرف در راستای تضادهای درونی این نظام، طبقه‌ی

^{۴۲} "جمهوری اسلامی، طراز سیاست و دال سیال حجاب"، پویان صادقی، نشر اینترنتی، ص ۳.

^{۴۳} سرنگونی طلبی به‌عنوان سیاست مشخص بورژوا. امپریالیستی در ایران، سیاستی است که مبارزه‌ی پرولتاریا نیز می‌تواند عمیقاً بدان آغشته باشد. دولت جمهوری اسلامی به‌واسطه‌ی شکاف با امپریالیسم آمریکا در پس انقلاب ۵۷ خصلت خاصی پیدا کرده است و به‌واسطه‌ی این شکاف، فعلی به نام سرنگونی طلبی شکل گرفته است که با توجه به خصلت‌های مشخصه‌ی دوران تاریخی حاضر که سایه افول هژمونی امپریالیسم آمریکا بر آن گسترده است و در بستر این افول هژمونیک، امکان بازگشت عضو مخروج از طرف امپریالیسم هر چه کم‌رنگ‌تر می‌گردد و هم‌چنین امکان هم‌سویی اپوزسیون حول دموکراسی خواهی رو به افول نهاده، و لذا سرنگونی طلبی با انهدام بی‌معنای اجتماعی همراه خواهد شد.

در خصوص تلاش اپوزسیون سرنگونی طلب برای بازگشت به آغوش امپریالیسم و امکان انهدام بی‌معنای اجتماعی، بنگرید به " کلیت و تروم‌مؤلفه‌ی نوین " و " خیابان یک‌طرفه و عروسک‌های کوتوله‌اش " هر دو از پویان صادقی و " دقایق سیاسی شکست در گذار از شکاف " از محمود ضارب.

کارگر را آگاه کرده و پیروزی را برای این طبقه به ارمغان می‌آورد. چنین دیدگاهی است که ورکریست‌ها را به انحرافات فاحشی دچار کرده است. باید به سلاح سیاست از نوع پرولتری‌اش مسلح شویم و با آگاهی سیاسی، طومار سرمایه‌داری را در هم بپیچیم.^{۴۴}

نشریه‌ی ورکریستی پرچم در موضع خود در باب اعتراضات ارتجاعی ۱۴۰۱ به بحث ستم مضاعف می‌پردازد؛ به بیان آن‌ها ستم مضاعف به مثابه ستمی عام بر زنان جامعه اعمال می‌شود. این چنین دیدگاهی نسبت به مسئله‌ی حجاب و ستم بر زنان، تهی از تحلیل کمونیستی است. ورکریست‌ها از درک این مسئله عاجزند که "حجاب پیشاپیش تثبیت‌شده به شکل فرهنگی یک شکاف کاملاً سیاسی ست و از این ره‌گذر و در وضعیت مشخص ایران امری ست سراپا سیاسی." "شکافی که در پس انقلاب ۵۷ بین جمهوری اسلامی ایران و امپریالیسم آمریکا به وجود آمد، باید از لحاظ فرهنگی نیز تثبیت می‌شد تا پایایی سرمایه در ایران بعد از انقلاب تضمین شود. این تثبیت فرهنگی به شکل حجاب اجباری انجام شد. عدم این درک سیاسی از وضعیت، نشریه‌ی پرچم را به عام‌سازی مطالبات فرهنگی زنان می‌رساند. همان‌طور که شرح آن رفت، نظام پرستاری نیز با ندیدن ستم مضاعف بر زنان پرستار بخش زیادی از مزد زنان بخش درمان را نادیده می‌گیرد. این بی‌توجهی و ندیدن مطالبات ۸۶ درصد از پرستاران و کارگران بخش بهداشت و درمان را می‌توان به وضوح در تعداد اعضای زن شورای عالی نظام پرستاری نیز دید.

چه باید کرد؟

در برخورد با نیروهای سیاسی موجود چپ در فضای سیاسی ایران، با دو طیف چپ سرنگونی طلب و چپ محور مقاومتی مواجه هستیم. هر کدام از این نیروها، به دنبال دیکته نمودن این رویکرد هستند که ایران هنوز سرمایه‌داری نیست یا شکل درستی از سرمایه‌داری در ایران حاکم نیست؛ یا خصوصی‌سازی را به انواع خوب و بد تقسیم می‌کنند و با تقلیل و نسبت دادن تمام آن‌چه به‌عنوان خصوصی‌سازی و نتولیرالیزه‌سازی حوزه‌های آموزش، بهداشت و درمان و سایر خدمات عمومی اتفاق می‌افتد به سیاست‌های غلط فلان دولت و یا حواله دادن مسائل موجود به فساد، دزدی‌ها یا عدم دموکراسی و... سعی می‌کنند مسائل و بحران‌های موجود را به نقد یک سیاست‌مدار، یا یک نوع سیاست‌گذاری و یک رژیم سیاسی صرف تقلیل دهند. هدف هر دو یکی است: معرفی کردن دولت به عنوان نهادی فراطبقاتی و پیگیر حقوق تمام شهروندان بدون لحاظ نمودن تقسیم‌بندی طبقاتی، که اکنون بنا به دلایلی مانند، فساد، رانت، تبعیض، مستبد و دیکتاتور بودن دولت‌مردان، از انجام وظایف خود باز مانده است. اولی راه‌حل را در سرنگونی جمهوری اسلامی می‌بیند (اپوزسیون برانداز) و دومی راه‌حل را در پیگیری و قطع ید مفسدان در نظام جمهوری اسلامی (محور مقاومت).

^{۴۴} برای درک بهتر موضوع هستی و آگاهی طبقاتی رجوع شود به مقاله‌ی "ماتریالیسم خام علیه مبارزه‌ی طبقاتی، نقدی دوباره بر ورکریسم" به قلم وحید اسدی، نشر اینترنتی.

^{۴۵} "جمهوری اسلامی، طراز سیاست و دال سیال حجاب" پویان صادقی، نشر اینترنتی.

هر دوی این رویکردها، فساد را زاییده‌ی ثبات باندهای قدرت می‌دانند و هیچ‌گاه فساد را درونی‌مناسبات سرمایه‌داری قلمداد نمی‌کنند. ما پرولتاریای ایران اعم از کارگران، پرستاران و معلمان باید هشیار باشیم و بدانیم که تضمین منافعمان در گرو ائتلاف و هم‌سویی با جریانات پروامپریالیسم یا محور مقاومتی نیست، بل که در فاصله‌گیری و مرزبندی با آن‌ها، در پیش‌برد اتحاد، مبارزه‌ی طبقاتی و مبارزه‌ی مستمر با پروژه‌های امپریالیستی و هم‌چنین در مبارزه با اشکال متنوع سرمایه‌داری ملی و جهانی است. امروز وظیفه‌ی اصلی کمونیست‌ها در نسبت با براندازان و جنبش‌های کذایی‌شان نه هم‌سویی و مشارکت با آنان، بل که برجسته نمودن مبارزه‌ی طبقاتی، تحلیل لنینیستی وضعیت، تأکید بر تضاد کار و سرمایه و ضدیت و تقابل کامل سیاسی با "عشاق فمینیسم و سینه چاکان نظریه ارزش و رخداد"^{۴۶} اعم از چپ و راست‌شان است.

کاملاً مشخص است که در بیمارستان، اعم از خصوصی و دولتی چه کسی استثمار می‌شود، چه کسانی هم‌طبقه‌اند و چه کسانی منافعشان با هم متضاد است. آری، ما، یعنی تمام گروه‌های پرستاری و خدمات به‌عنوان کارگران خط تولید بهداشت و درمان، هم‌طبقه هستیم و با پرولتاریا منافع مشترک داریم و بدون دست‌ان پر توان ما، بیمارستان توان‌گردش ندارد و سختی کار را ما با جان و دل می‌خریم و به‌معنای واقعی این ما هستیم که استثمار می‌شویم؛ قطعاً با پزشکان و کارفرمایان حافظ نظم سرمایه و کسانی که هر روز ما را استثمار می‌کنند و از خون ما تغذیه کرده و دست‌رنج ما را تصاحب می‌کنند، تضاد منافع داریم. رفقا آگاه باشیم که دستیابی به این امر، جز از راه اتحاد و آگاهی سیاسی بر سازوکار سرمایه‌داری امکان ندارد.

درست است که همه‌ی ما به صورت بالقوه به وضع موجود معترضیم و حتی به صورت منفرد نیز دست به دامان دستگاه‌های قضایی می‌شویم و یا، در بهترین حالت، در سطح یک بخش بیمارستانی یا یک بیمارستان اعتصابات محدودی را تدارک می‌بینیم که در صورت عدم اخراج در بهترین حالت به امتیازات محدودی می‌انجامد. پیگیری به صورت منفرد هیچ نتیجه‌ای ندارد و کارگران به صورت طبقه‌ی کارگر قدرتمند هستند نه منفرد؛ می‌دانیم که ما زیاتر از من است. دست‌های ما زمانی که در دست هم‌دیگر باشد، می‌تواند در لحظه‌ی بزنگاه این سیستم را فلج کند.

ما طبقه‌ی کارگر تنها با در دست داشتن سلاح سیاست می‌توانیم بر سرمایه‌داری فایق آییم؛ پس اساس کار ما کارگران بخش بهداشت و درمان، مبارزه‌ی سیاسی از درون هسته‌های داخل بیمارستان برای دادن بیانی طبقاتی به تمامی وهله‌های مبارزه، از جمله مبارزه‌ی اقتصادی است. می‌دانیم که در سرمایه‌داری، با صرف مبارزه‌ی اقتصادی نمی‌توان به رستگاری و رهایی، که تمام و کمال بر اساس منافع تاریخی پرولتاریا باشد، دست یابیم. مبارزه‌ی صرف اقتصادی فقط به این می‌انجامد که بورژوازی در نهایت اندکی امتیازات اقتصادی را به‌نفع برقرار ماندن مناسبات سرمایه‌داری، به پرولتاریا بدهد. در تاریخ بسیار دیدیم که هیچ‌گاه بورژوازی این امتیازات را برای پرولتاریا محفوظ نداشته است و به‌محض آن که توانسته و امکانش را یافته، حمله‌ای وحشیانه برای بازپس‌گیری آن و استثمار وحشیانه‌ی پرولتاریا صورت داده است.^{۴۷}

^{۴۶} "مساحی جغرافیای سیاست (ترسیم خطوط)"، پویان صادقی، نشر اینترنتی، ص ۳.

^{۴۷} افزایش سن بازنشستگی در کشور فرانسه توسط دولت مکرون از آن جمله‌اند.

باید با سرمایه‌داری و امپریالیسم که سیاست و ایدئولوژی و سلاح و تحریم دارد، با سیاست قدرتمندی وارد نزاع شد. پرولتاریای کمونیست باید به سیاست کمونیستی مسلح شود و راه انقلاب را هموار سازد. پرولتاریا قصدش اصلاحات و گرفتن امتیازات موقت و دم‌دستی نیست؛ هدف و قصد پرولتاریا نابودی کل سرمایه‌داری است، چون تمام نعمات، خدمات و ثروت‌های خلق شده در جامعه حاصل دست‌رنج وی است. پرولتاریا می‌خواهد ثروتی که به‌دستان خویش ساخته و از او دزدیده‌اند را دوباره در دست بگیرد و نظمی برسازد که در آن هیچ فردی، دیگری را استثمار نکند.

سرمایه‌داری در دو سطح بروز سیاسی پیدا کرده است، اولی در سطح ملی یعنی دولت و دومی در سطح جهانی یعنی امپریالیسم. مبارزه علیه دولت سرمایه‌داری اگر مبارزه‌ای سیاسی و نیز ضد‌امپریالیستی نباشد و تمام مختصات و محدودیت‌های سیاسی جهان امروز را در نظر نگیرد، می‌تواند به انهدام بی‌معنای اجتماعی ختم شود مانند آن‌چه در لیبی و سوریه رخ داد.^{۴۸} پرولتاریا خواهان نابودی دم‌ودستگاه دولت بورژوازی و جایگزینی آن با افق دیکتاتوری پرولتاریاست و برای چنین مسئولیت خطیری باید سیاست خودش را پیش بگذارد که لازمه‌ی آن مبارزه‌ای است در کارخانه، شرکت و ادارات، بیمارستان‌ها، مدارس، کارگاه‌ها و سایر حوزه‌ها علیه گفتمان‌های حافظ منافع دروغین ملی و ایده‌های سیاسی امپریالیستی. در این مبارزه است که کارگران باید خود را حول «هسته‌های سیاسی و کمونیستی»^{۴۹} تشکل دهند و با تحلیل مشخص از شرایط مشخص و نهایتاً با پراتیک بلشویکی، افق تاریخی-سیاسی پرولتاریا را تحقق بخشند.

^{۴۸} جهت مطالعه بیشتر بنگرید به "آدیسه‌ی امپریالیسم (سینخ‌شناسی، تکرار اُفول و فعلیت خاص انقلاب)"، پویان صادقی، نشر اینترنتی.
^{۴۹} "درباره‌ی هسته‌های کارگری"، منتشره توسط دفتر سیاسی هیأت اجرایی انترناسیونال کمونیستی (۱۹۳۰) برای احزاب کمونیست.