



Faculty of Social Sciences
Institute of Social Studies and Research

Quarterly of Social Studies Research in Iran
Vol. 10, No. 4:999-1028, Winter 2022
Doi: 10.22059/JISR.2021.317754.1173

**Coping with Powerlessness in the Experience of Illness: A
Narrative Study of Complementary and Alternative Medicine
Users***

Zahra Shahrzad¹
Susan Bastani²
AbouAli Vedadhir³

Received February 2, 2021 Accepted October 18, 2021

Doi: 10.22059/JISR.2021.317754.1173

Abstract

Introduction: The growing tendency of health service consumers to use a variety of complementary and alternative medicine has led to dramatic changes in the experience of the illness and its socio-economic attachments. Reflexive behaviors that are observed with the normalization of alternative medicine have not been thoroughly studied in social research in Iran.

Method: The present study uses narrative analysis to study the trend of such behaviors in retelling the experience of patients. For this purpose, twenty-nine narrative interviews with patients with extensive experience in this field were selected based on five criteria, that are, (1) “the health status” of those who have sought for or tried any types of alternative medicine, which also implies the reason for their referral in most cases, (2) “type of alternative medicine” to which they have referred, which may be either one or more courses of treatment with possibly different medicines, (3)

* Scientific-research article, extracted from PhD thesis “Sociology of Complementary and Alternative Medicine: Narrative Analysis of Users and Practitioners”, Alzahra University, Faculty of Social Sciences and Economics

1 PhD Candidate in Sociology, Alzahra University, Faculty of Social Sciences and Economics, Tehran, Iran (Corresponding Author), zahra.shahrzad@gmail.com

2 Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran, sbastani@alzahra.ac.ir.

3 Associate Professor, Department of Anthropology, Faculty of Social Sciences, University of Tehran and Member of the Faculty of Health Sociology, University of Tabriz. vedadha@ut.ac.ir

“the organizational type” of the provider of medical services, whether academic, popular, based on religious beliefs, etc., (4) “age” categorized as young or middle-aged, and (5) “gender”. The interviews were rewritten and compiled as coherent linear narratives, from the beginning of the patient’s story to its end. After that, the narratives were coded by thematic analysis.

Findings: The results showed that “feeling of powerlessness” was one of the most frequent themes in the narratives of the experience of illness. Major dimensions of the feeling of powerlessness can be seen as (A) institutional powerlessness, which is summarized as (A-1) powerlessness in prosecuting medical malpractice, (A-2) dissatisfaction with hospital services, (A-3) inequality in access to health care, and (A-4) insulting the private sphere and personal information, (B) weakness in the narrative of the illness, which is described by two subcategories (B-1) denial of the patient’s symptoms, and (B-2) the specialized language of physicians, and (C) powerlessness in the prescribing process, categorized as (C-1) being unaware of what the drugs might do, i.e., their side effects or in a number of cases what the patients call drug addiction, and (C-2) having an unbalanced relationship with the physicians.

Conclusion: Reviewing these findings, the present article addresses how the “feeling of powerlessness” affects the experience of illness and uses Ulrich Beck’s idea of the late modernity to show how patients’ powerlessness is in part the inevitable representation of physicians’ powerlessness due to the faltering position of science. The findings also show that without considering patients’ understanding of the treatment process, heterogeneous power practices underlie the failure of health policies towards complementary and alternative medicine. Furthermore, managing this field in the interests of maximum health is possible only by recognizing the patients’ need to have a balanced relationship with the medical staff and briefing the patient on the side effects of the prescribed drugs.

Keywords: Powerlessness, Complementary and alternative medicine, rethink, health risks, narrative study

Bibliography

- Azad Armaki, T., Koosheshi, M., & Parvaei, S. (2021), **Critical Approach to Commodification of health and exclusion of the poor elderly**, Quarterly of Social Studies and Research in Iran, No. 10: 175-212. (*In Persian*)
- Barbara, A., Beck, U., Van Loon, J (2000), **the Risk Society and Beyond: Critical Issues for Social Theory**, London Sage Publications.
- Cockerham, W. (2013), **Medical Sociology on the Move**, Dordrecht: Springer.
- Conrad, P. (2007), **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders**, Baltimore: JHU Press.
- Cresswell, J., (1398), **Qualitative research design**, translated by Hassan Danaeifard, Tehran: Ishraqi Publication. (*In Persian*)
- Creswell, J., Clark, P., (2011), **Designing and Conducting Mixed Methods Research**, Translated by Javid Saraei, Tehran: Aeezh press. (*In Persian*)
- Earthy, S., & Cronin, A. (2008), **Narrative analysis** in Chapter Gilbert N. (2008) **Researching Social Life**, London: Sage.
- Farokhi, F., (2012), **A Study of the tendency to Traditional Medicine in Tehran**, Master Thesis, Shiraz University. (*In Persian*)

- Gabe, J., & Monaghan, L. F. (2013), **Key concepts in medical sociology**, London: Sage Publications.
- Haghghatian, M., & Vedadhir, A. A. (2019), **The doctors' foot in the shoes of sociologists; A critique of Medicalization of Addiction in Iran**, Scientific Quarterly Research on Addiction, No. 13(52): 9-24. (*In Persian*)
- Hajiheydari, H., & Motaghizadeh, A. (2013), **Rethinking Giddens Model on "Reflection" Based of his more recent positions on the tradition**, Quarterly of Social Studies and Research in Iran, No. 1(3), 41-83. (*In Persian*)
- Hinote B.P., Wasserman J.A. (2013), **Reflexive Modernity and the Sociology of Health**. In: Cockerham W. (eds) **Medical Sociology on the Move**, Dordrecht: Springer.
- Illich, I. (1975), **Medical nemesis**, Michigan: Pantheon Books.
- Khameneh, F., (1996), **A Study of Traditional Medicine in Urmia**, Master Thesis, University of Tehran. (*In Persian*)
- Masoudnia, I., (2015), **Medical Sociology**, Tehran: University of Tehran Press. (*In Persian*)
- Mishler, E. G. (1984), **The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews**, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Moeini, R., Mozaffarpur, S.A., Mojahedi, M. et al. (2021), The prevalence of complementary and alternative medicine use in the general population of Babol, North of Iran, 2018. **BMC Complement Medicine and Therapies**, No. 21: 113-145.
- Navarro, V. (1983), "Radicalism, Marxism, and Medicine". **International Journal of Health Services**, No.13(2), 179–202.
- Nazari, Raheleh (2004), **Anthropological Research in Traditional Medicine (Case Study of Yarand Village)**, Master Thesis, Islamic Azad University. (*In Persian*)
- Petersen, A, & Bunton R. (2002), **Foucault and the medicalisation**. in Chapter Lupton, D. (2002), **Foucault, health and medicine**, London: Routledge.
- Riessman, C. K. (2008), **Narrative Methods for the Human Sciences**, London: Sage Publication.
- Salehian, L., (2008), **Anthropological study of traditional medicine in Chaharmahal and Bakhtiari province (case study of Bajgiran village)**, Master Thesis, Islamic Azad University. (*In Persian*)
- Shutzberg, M. (2021), "The Doctor as Parent, Partner, Provider... or Comrade? Distribution of Power in Past and Present Models of the Doctor–Patient Relationship", **Health Care Analysis**, No. 29: 143- 157
- Siahpush, M. (2000), "A Critical Review of the Sociology of Alternative Medicine: Research on Users, Practitioners and the Orthodoxy", **Health**, No. 4(2): 159–178.
- Skountridaki, L. (2019), "The patient–doctor relationship in the transnational healthcare context", **Sociology of Health & Illness**, No 41: 1685-1705.
- Thompson, T. L., Parrott, R., & Nussbaum, J. F. (2011), **The Routledge handbook of health communication**. New York: Routledge.

- Timmermans, S. (2020), “The Engaged Patient: The Relevance of Patient–Physician Communication for Twenty-First-Century Health”. **Journal of Health and Social Behavior**. 61: 259-273.
- Torabi, P., (2009), **Anthropological study of traditional medicine in Shahroud**, Master Thesis, Islamic Azad University. (*In Persian*)
- WHO. (2013), **WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023**, Switzerland: WHO Press.
- Williams, S. J., Gabe, J., & Calnan, M. (2000), **Health, medicine and society**, London: Routledge.
- Zamani, A. et al, (2005), **Communication Skills, Forgotten in Medical Education**, Iranian Journal of Medical Education, No. 5: 23-35. (*In Persian*)
- Zola, I. K. (1972), “Medicine as an institution of social control”, **The sociological review**, No. 20(4): 487–504.

جدال با بی‌قدرتی در تجربه بیماری:

روایت پژوهی مصرف‌کنندگان طب مکمل و جایگزین*

زهرا شهرزاد^۱

سوسن باستانی^۲

ابوعلی ودادهیر^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۰۴

Doi: 10.22059/JISR.2021.317754.1173

چکیده

اقبال مصرف‌کنندگان خدمات سلامت به انواع طب‌های مکمل و جایگزین موجب تغییراتی شگرف در تجربه بیماری و پیوست‌های اجتماعی - اقتصادی آن شده است. رفتارهای بازانديشانه‌ای که با بهنجارتر شدن طب بدیل، مشاهده می‌شود؛ در ایران کمتر موضوع پژوهش‌های اجتماعی قرار گرفته است. پژوهش حاضر با به‌کارگیری روش روایت‌پژوهی، روند این رفتارها را در بازگویی تجربه بیماران، مطالعه می‌کند. بدین منظور، بیست‌ونه مصاحبه روایی با بیمارانی که تجربه مفصلی در این زمینه داشته‌اند انجام و پس از بازنویسی به‌صورت روایت‌های خطی منسجم، با روش تحلیل‌تماتیک کدگذاری شدند. بنا به یافته‌ها، «احساس بی‌قدرتی» یکی از مضامین پرطنین در تجربه بیماری است که در سه مقوله «بی‌قدرتی نهادی»، «بی‌قدرتی در روایت بیماری» و «بی‌قدرتی در فرآیند تجویز» بازنمایی می‌شود. بخشی از این احساس، بازنمودی ناگزیر از بی‌قدرتی پزشکان به واسطه تزلزل جایگاه علم است. نتایج نشان می‌دهد که اعمال اقتدار ناهمگن نهادهای بالادستی حوزه سلامت، بدون در

* مقاله علمی - پژوهشی، مستخرج از رساله دکتری با عنوان «جامعه‌شناسی طب مکمل و جایگزین: روایت‌پژوهی

مصرف‌کنندگان و درمانگران شهر تهران»، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی
۱ دانشجوی دکتری بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران (نویسنده مسئول)، zahra.shahrzad@gmail.com

۲ استاد گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران، sbastani@alzahra.ac.ir

۳ دانشیار گروه انسان‌شناسی و مطالعات سلامت دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران و عضو هیات علمی قطب علمی جامعه‌شناسی سلامت دانشگاه تبریز، vedadha@ut.ac.ir

نظرگرفتن فهم بیماران از فرآیند درمان، زمینه‌ساز ناکامی سیاستگذاری‌های سلامت در قبال طب‌های غیررایج شده‌است. مدیریت این میدان به نفع سلامت حداکثری، تنها از مسیر به‌رسمیت‌شناختن نیاز بیماران به‌داشتن رابطه‌ای متوازن با کادر درمان و اهتمام به توجیه بیمار نسبت به عوارض داروهای تجویز شده میسر است.

واژه‌های کلیدی: بی قدرتی، طب مکمل و جایگزین، بازانديشي، مخاطرات سلامت، روایت پژوهی.

مقدمه و طرح مسئله

روند فزاینده اقبال عمومی به طب‌های مکمل و جایگزین در دو دهه اخیر، عرصه بهداشت و درمان بسیاری از کشورهای جهان را متأثر کرده است. پارادایم پزشکی مستقر یا همان زیست پزشکی^۱ که همواره از تک‌سرمشقی بودن و خدشه‌ناپذیری دستاوردهایش مشروعیت می‌گرفت؛ در این مقطع از سوی کنشگرانی که پارادایم‌های پزشکی دیگری را برای درمان انتخاب یا لااقل امتحان می‌کنند؛ پیوسته به چالش کشیده می‌شود. در واکنش به این وضعیت، نهادهای رسمی مرتبط با پزشکی رایج برای بازیابی کنترل بر وضعیت جدید میدان طب، فرآیند قانون‌گذاری و منضبط‌سازی طب‌های بدیل را به تدریج آغاز کرده‌اند. به‌گونه‌ای که مطابق گزارش سازمان بهداشت جهانی، تعداد کشورهایی که قوانینی را در حوزه طب‌های غیر رایج وضع کرده‌اند در فاصله سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۲ از ۲۵ کشور به ۱۱۹ کشور افزایش یافته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳: ۲۱). در ایران نیز از بیش از ده سال است که رسمی‌ترین نهاد مرتبط با پزشکی یعنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به فضای طب غیررایج ورود کرده و کوشیده است با تأسیس دانشکده‌های طب ایرانی، مراکز تحقیقاتی و اخیراً مراکز درمانی و سلامت‌مکده‌های دولتی، به موازات مؤسسه‌ها و مراکز درمانی ازپیش‌موجودی که با مجوز یا بدون مجوز در حوزه گسترده طب غیرمتداول فعالیت می‌کردند؛ مدیریت این میدان را به دست گیرد. این ورود دیر هنگام و قیم‌مآبانه که با مقاومت نیروهای فعالی که داعیه دار اصالت و قدمت در دانش طب مکمل و جایگزین هستند؛ مواجه شد، اما روند و تکثر مراجعات به طب‌های غیررایج را شدت بخشیده است. چنان‌که در پژوهشی که اخیراً در یکی از شهرهای شمالی کشور انجام شده است؛ ۱۲۶۵ نفر از ۱۷۷۰ فرد مشارکت‌کننده در تحقیق، حداقل یکی از روش‌های درمانی طب مکمل و جایگزین را استفاده کرده‌اند (معینی و همکاران، ۲۰۲۱: ۱۱۳).

این روند که به‌طور همزمان در اغلب کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه نیز تجربه می‌شود؛ دلایل جهانی و موقعیتی مختص به خود را دارد. چرخش بیماری‌های شایع از بیماری‌های واگیر‌کننده نظیر سل و تیفوس و.. به بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی نظیر بیماری‌های قلبی یا سرطان‌ها، یا افزایش مرگ و میر در اثر عوامل غیر بیولوژیک نظیر خودکشی یا تصادفات و حوادث، سهم مؤلفه‌های اجتماعی و رفتاری سلامت را بالا برده است؛ مؤلفه‌هایی که نوعاً در طب رایج جایگاهی حاشیه‌ای دارند. بالا رفتن امید به زندگی، رشد جمعیت سالمندی و درگیری سالمندان با بیماری‌های مزمن نیز وزنه را به سمت طب‌های مکمل و جایگزین سنگین‌تر کرده است (سیاپوش، ۲۰۰۰: ۱۶۳). از سوی دیگر با وقوع پاندمی کرونا و ناتوانی مقطعی طب مدرن از مهار و درمان این بیماری نیز طب غیررایج توانسته‌است با ادعای راهکارهای درمانی ساده و کم هزینه، بیماران زیادی را به منظور پیشگیری یا درمان جذب خود نماید.

با گسترش هر چه بیشتر طب‌های بدیل، الگوهای جدیدی از رابطه بیمار با پزشک و نظام درمان جلوه‌گر می‌شود که می‌توان آنها را از خلال روایت‌هایی که بیماران از تجربه بیماری ساخته و بازگو می‌کنند، شناسایی کرد. روایت افراد از تجربیات زیسته‌شان همواره نسبت وثیقی با قدرت دارد. گاه ممکن است برخی افراد یا نهادها، روایت‌هایی را برای دیگران بسازند؛ بدون آنکه خود سوژه را در گفتگو دخیل کنند و این همان معنای قدرت است (ارشی و کرونین، ۲۰۰۸: ۲۸). در مواجهه با بیماری نیز سهم بیماران از بیان تجربه زیسته‌شان می‌تواند متأثر از قدرتی باشد که از سوی نظام درمانی حاکم یا پزشک معالج بر آنها تحمیل می‌شود. از این رو، بیمار مستعد قرار گرفتن در موقعیتی حاشیه‌ای و فرودست است و همین امر توجه جامعه-شناسان سلامت را به رابطه پزشک و بیمار جلب کرده است. استعاره‌ها و مدل‌های به‌کاررفته در ادبیات جامعه‌شناسی پزشکی، رابطه پزشک و بیمار را بسته به توزیعی که از قدرت نشان می‌دهند؛ به سه خوشه اصلی «پدرسالاری»، «مصرف‌گرایی» و «مشارکتی» تقسیم می‌کنند (اسکندریداک، ۲۰۱۹: ۱۰۸۸). در مدل پدرسالاری، قدرت برتر با پزشک است و مریض به‌مثابه کودکی است که تمام اختیار را در ازای سلامتی به پدر تفویض کرده است. این پزشک است که درباره روند بیماری و درمان تصمیم می‌گیرد و اطلاعات مرتبط با آن را به‌صورت گزینشی در اختیار بیمار قرار می‌دهد. در مقابل، مدل «مصرف‌گرایی» اغلب به عنوان پاسخی به پدرسالاری پزشک در برخورد بالینی و تسلط حرفه‌ای او در ارائه خدمات بهداشتی مطرح می‌شود. در این مدل، قدرت برتر با بیمار است و او سلامتی را به‌مثابه یک کالا مطالبه و دریافت می‌کند. «کالایی

سازی مستلزم وجود حقوق مالکیت بر فرآیندها، اقالام و روابط اجتماعی است به شکلی که می‌توان بر آنها قیمت گذاشت و طی قرارداد قانونی آنها را خرید و فروش کرد» (هاروری، ۱۳۹۱: ۲۳؛ به نقل از آزاد و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۸۴). در مدل مصرف‌گرایی بیمار مشتری یک بازار مصرفی است و از میان فروشندگان کالاها و خدمات سلامت دست به انتخاب می‌زند و با مسئولیت خود یکی را برمی‌گزیند یا جایگزین می‌کند. مدل سوم مدل «مشارکتی» است که در آن قدرت به‌طور مساوی بین پزشک و بیمار توزیع می‌شود. در این مدل، جریان اطلاعات بین پزشک و بیمار متقارن است؛ پزشک رویکرد مشورتی دارد و بیمار نیز لزوماً به قصد دریافت دارو به پزشک مراجعه نمی‌کند (شوتزبرگ، ۲۰۲۱: ۱۴۳).

عوامل معرفتی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی متعددی بر رواج و غلبه هر یک از این الگوهای ارتباطی در کشورهای مختلف اثر می‌گذارند، اما به‌طور عمومی این رابطه در بسیاری از جوامع تدریجاً از الگوی بسته و یک سویه پدرسالارانه به الگوهای برابرتر میل می‌کند (تیمرمنز، ۲۰۲۰: ۲۵۹).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند در جامعه امروز ایران، بیماران سهم و وزن اندکی در نظام درمان دارند (حقیقیان و همکاران، ۱۳۹۸ و زمانی و همکاران، ۱۳۸۴). با این حال، چنان‌که گفته شد، شواهدی از وقوع فرآیند متکثر شدن میدان سلامت و کالایی شدن خدمات طبی - که یکی از زمینه‌های اصلی عبور از الگوی پدرسالارانه است - در حال بروز است. در حین مرحله گذار، دانستن اینکه بیماران چگونه و کدام‌یک از مدل‌های یادشده را تجربه می‌کنند؟ ارتباط آنان با پزشک در حال گذار به کدام الگو است؟ و چه عواملی باعث این گذار شده‌اند؟ می‌تواند کمک بزرگی به سیاستگذاران عرصه سلامت بکند؛ تا با مداخلاتی آگاهانه و پرهیز از واکنش‌های شتابزده، مسیر پیش روی را جهت‌دهی کنند. مقاله حاضر قصد دارد ترسیمی عمیق از وضعیت فعلی قدرت را در مراودات میان پزشک و بیمار ارائه کرده و زمینه‌های تغییری که در حال وقوع است را برجسته کند. بدین منظور، با تحلیل عمیق روایت‌های بیمارانی که برای درمان، طب‌های مکمل و جایگزین را انتخاب کرده‌اند؛ به چگونگی بازنمایی احساس قدرت در فرآیند بیماری پرداخته خواهد شد.

پیشینه پژوهش

مطالعات جامعه‌شناختی در زمینه طب مکمل و جایگزین به‌طور ویژه‌ای از سال ۲۰۰۰ میلادی گسترش یافته است. این مطالعات از زاویه دید ذی‌نقشان متعددی که در این میدان متصور است، به‌ویژه سه گروه اصلی مصرف‌کنندگان، درمانگران و پزشکان، به مسئله رشد طب‌های غیررایج در کشورهای مختلف پرداخته‌اند.

در یکی از مقالات پراچاج این حوزه تحت عنوان «مرور انتقادی جامعه‌شناسی طب جایگزین: پژوهشی بر مصرف‌کنندگان، درمانگران و پزشکان»، نویسنده بر محور سه بازیگر اصلی عرصه طب مکمل و جایگزین به ارائه تحلیلی از وضعیت موجود در این میدان می‌پردازد. او در بعد مصرف‌کنندگان، مراجعه به طب مکمل و جایگزین را متأثر از شش زمینه اصلی بیان می‌کند: نارضایتی از خروجی‌های پزشکی متداول، نارضایتی از روابط پزشک و بیمار، علاقه‌مندی به نحوه برخورد درمانگران طب جایگزین با مراجعان، شیوع سیستم ارزشی پست‌مدرن، شبکه‌های اجتماعی نامتجانس و پراکنده که منجر به آگاهی از ایده‌های متنوع‌تر از جمله شیوه‌های مختلف درمان می‌شود و نهایتاً برآورده شدن نیازهای روان‌شناختی توسط درمانگران (سیاپوش، ۲۰۰۰: ۱۷۱). مطالعاتی از این دست بی‌تردید به این دلیل که وجوه مشابه تجربه درمان را برجسته می‌کنند؛ زمینه مناسبی را برای فهم کنش مصرف‌کنندگان طب غیررایج فراهم می‌آورند.

فهم تجربه بیماری و درمان در کشور ایران نیز به واسطه وجود مجموعه‌ای از ویژگی‌های سیاسی و اقتصادی و نیز پیوسته‌های فرهنگی همراه با طب‌های غیررایج، مطالعات مختص به خود را می‌طلبد. باید اذعان کرد که پژوهش‌های داخلی پیرامون طب‌های مکمل و جایگزین را بیش از جامعه‌شناسان سلامت، انسان‌شناسان مورد توجه قرار داده و در پژوهش‌های خود، بیشتر از منظر تک‌رهای فرهنگی حوزه پزشکی، باورهای طبی عامه، وضعیت عطاری‌ها و ... به این مسئله پرداخته و با واکاوی میدانی طب سنتی و عامیانه به‌مثابه یکی از رسومات فرهنگی اجتماعات غیرمدرن، تغییرات نسلی در فرهنگ درمان، تغییرات حاصل‌شده از رشد پزشکی مدرن، باورها، روش‌های درمانی و خرافات طبی رایج را تبیین کرده‌اند. در حقیقت در این مطالعات، طب سنتی به‌مثابه یک نمونه معرف از فرهنگ منطقه برجسته شده که از طریق آن، نسبت فرهنگ یادشده با تحولات مدرن مورد توجه قرار می‌گیرد. برای نمونه، در پایان‌نامه‌ای با

عنوان «انسان‌شناسی طب سنتی در ارومیه» یکی از پرسش‌های اساسی پژوهش این است که «تا چه میزان عواملی مانند سواد، ارتباطات، آموزش بهداشتی و تغییرات تکنولوژیکی می‌تواند شناخت جامعه روستائی از بهداشت و تندرستی را تغییر دهد؟» و پرسش دیگر آن «چگونه از طریق یک پدیده مانند طب سنتی و تغییراتی که در روابط، شیوه‌ها، تکنیک و باورهای آن در گذشت زمان روی می‌دهد، می‌توان تغییرات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه را بررسی کرد؟». همچنین از این دیدگاه که بسیاری از سنن درمانی نظیر فسد و حجامت، زالواندازی، داغ کردن و ... در طب سنتی را می‌توان در قالب آداب و رسوم یا رفتارهای قومی توضیح داد؛ پژوهشگران انسان‌شناسی در پی کشف نسبتی هستند که «طب سنتی به عنوان جزئی از یک فرهنگ با سایر اجزای فرهنگ جامعه از قبیل نوع تغذیه، معیشت، باورها، سنن، آداب و رسوم و...» برقرار می‌کند (خامنه، ۱۳۷۴).

تحقیقات دیگری نیز با رویکرد کمی جهت توضیح برخی ابعاد طب مکمل و جایگزین، هم توسط پزشکان و هم توسط جامعه‌شناسان، صورت گرفته است. به‌طور مثال فرخی (۱۳۹۱) به این موضوع پرداخته که علل گرایش به طب سنتی در شهر تهران چیست؟ او با انجام پیمایشی بر روی ۵۸۲ نفر بزرگسال بالای ۱۸ سال در ۱۶ درمانگاه و مطب ارائه‌دهنده خدمات طب رایج و طب سنتی نشان می‌دهد گرایش شهروندان تهرانی به طب سنتی «نسبتاً زیاد» است و میزان مصرف طب مکمل و جایگزین با متغیرهایی همچون «نارضایتی از پزشکی رایج»، «دینداری» و «برخورداری از سبک زندگی سلامت محور» رابطه مثبت و معناداری دارد (فرخی، ۱۳۹۱). باوجود ارزشمندی این سنخ مطالعات، انجام پژوهش‌های کیفی در باب تجربه زیسته بیماران و سرگذشت‌های روایت شده از مراجعه به طب‌های مکمل و جایگزین، زمینه اکتشاف مسائل پنهان و دلایلی که فرآیندها را شکل می‌دهند؛ و نیز تعمیق یافته‌های آماری به دست آمده را فراهم می‌آورد، که مدنظر پژوهش حاضر است.

بازاندیشی در مواجهه با مخاطرات سلامت و چالش اقتدار

جامعه‌شناسانی که در مطالعات خود از رویکرد «جامعه در مخاطره»^۱ اولریخ بک^۱ استفاده کرده‌اند، معمولاً بر مسائل مربوط به نظام‌های اقتصادی و سیاسی جوامع دستخوش مدرنیته متأخر و آثاری که بر زندگی روزمره افراد، رفتار آن‌ها و روابطشان با دیگران می‌گذارد؛ تمرکز

1 Ulrich Beck

کرده‌اند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۰: ۲۰۶). این در حالی است که فهم تحولات حوزه سلامت در بستر نظریات کلانی که به‌ویژه توان برقراری پیوند میان دو سطح ساختار و کنشگر را فراهم می‌کنند می‌تواند بصیرت‌های فراوانی را در تحلیل وضعیت موجود ارائه کند. در حقیقت، فهم و دریافت ما از سلامت، بیماری، درمان و مخاطرات مرتبط با آن در خلأ شکل نمی‌گیرد و می‌توان مدعی شد چنین ادراکاتی بیش از آنکه حقایقی برآمده از فرآیندهای علمی باشند، برساخته‌هایی اجتماعی - فرهنگی هستند. با این توضیح، پیوند دادن آرای اولریخ بک با وضعیت موجود حوزه سلامت، خصوصاً برای بیان کنش‌های مصرف‌کنندگان طب مکمل و جایگزین بستر مناسبی به نظر می‌رسد و اقبال پژوهشگران حوزه سلامت به آرای این متفکر در سال‌های اخیر مؤید آن است (گیب و موناهان، ۲۰۱۳).

مفهوم «مدرنیته بازانديشانه» از مفاهيم محوری مطرح شده توسط بک است. این مفهوم به-طور خاص در شناخت و تحلیل مسائل مدرنیته متأخر که از پدیده تاریخی و نهادی «پیشرفت» نشئت می‌گیرد؛ کارساز است. مدرنیته بازانديشانه نوعی اندیشه «خودتخریبی خلاق»^۱ است که به طرز طنزآلودی نه از راه انقلاب - آن‌گونه که مارکس و انگلس می‌گفتند - بلکه از طریق موفقیت‌های مدرنیته رخ می‌دهد. بک تلاش دارد با تمایزگذاری میان دو برهه مدرنیته اولیه و ثانویه - یا به سخن دیگر، جامعه صنعتی و جامعه در مخاطره^۲ - این وضعیت را تشریح کرده و نشان دهد که چگونه نهادهای جامعه صنعتی تهدیداتی را تولید کرده‌اند که وسیع‌تر از آن هست که کنترل‌پذیر باشند (کاکرهام، ۲۰۱۳: ۲۱۷).

آنچه که مدرنیته ثانویه را از سایر بحران‌ها و انقلاب‌ها متمایز می‌کند، این است که موتور محرک آن دانش و نتایج ناخواسته مرتبط با سه حلقه سرمایه، تکنولوژی و علم است (بک و همکاران ۱۹۹۴: ۹۶ به نقل از حاجی‌حیدری و متقی‌زاده، ۱۳۹۱: ۵۰). این تحول معرفت‌شناختی چرخش مهمی را در مدرنیته ثانویه معرفی می‌کند که طی آن، موفقیت‌های پزشکی مدرن و سلامت عمومی باعث شده‌است بیماری‌های مزمنی که از منابع اصلی مرگ و میر به حساب می‌آیند (در مقابل بیماری‌های عفونی در مدرنیته اول) شیوع یابند. در این چرخش، بیماری از یک وضعیت حاد، کوتاه‌مدت و قابل‌درمان، به یک وضعیت طولانی‌مدت و «قابل کنترل» و نه لزوماً قابل‌درمان تبدیل می‌شود.

1 Creative self-destruction

2 Risk society

پزشکی در این برهه، با چشم‌اندازی به مراتب پیچیده‌تر از دوره‌های قبلی مواجه شده‌است. این پیچیدگی در «فرآیندهای» بیماری غامضی ریشه دارد که در بردارنده مؤلفه‌هایی نظیر «سبک زندگی سلامت» و سایر مقیدات «اجتماعی» سلامت هستند. در نیمه اول قرن بیستم، دریافت عمومی از پزشکی مدرن بر برجستگی و درخشش پزشکی منطبق بود؛ تا جایی که پزشکان برجسته به‌مثابه قهرمانان ملی و بین‌المللی مطرح و گروه مرجع تلقی می‌شدند. این در حالی بود که دستاوردهای پزشکی برای افزایش طول عمر بشر به سقف محدودیت‌های خود رسیده بود و این واقعیت در شرف پرده‌برداری بود که توانی جادویی برای جلوگیری یا علاج کامل بیماری‌های مزمن به‌مثابه مخاطرات مهم حوزه سلامت وجود ندارد. پیشرفت‌های پزشکی خود به شکل تلخی به رشد بیماری‌هایی که در پارادایم‌های درمانگاهی گذشته جایی نداشتند؛ سرعت می‌دهد و این واقعیت که «ساختار درمانگاه» دیگر به‌عنوان تنها مکان تشخیصی و درمانی لازم با «ساختار بیماری‌ها» در مدرنیته ثانویه همخوانی ندارد، پیوسته آشکارتر می‌شود؛ چرا که نقطه چالش بیماری‌های معاصر و برجسته‌ترین مؤلفه پیش‌بینی‌کننده سلامت و مرگ و میر، همانا «سبک زندگی» است. محوریت یافتن «سبک زندگی»، سلامت را در وضعیتی اکتسابی و افراد را در وضعیتی مسئولانه برای اکتساب سلامت قرار می‌دهد و بیش از هر زمانی سلامت را به یک «دستاورد» شخصی تبدیل می‌کند که از طریق مصرف به دست می‌آید (وسرمن، ۲۰۱۳: ۲۱۵).

مفهوم دیگری از آرای بک که می‌تواند بصیرت‌هایی تحلیلی در توضیح وضعیت سلامت معاصر ایجاد کند؛ «محاسبه (نا)پذیری»^۱ است. محاسبه‌پذیری، مبنای مرکزیت دانش در دستان اقتدار متخصصین است؛ یعنی کسانی که قادر به انجام محاسبه پنداشته می‌شوند. در حالی که دانش در جوامع مدرن کماکان محل جدال است؛ این جدال خارج از مفروضات مشترک معرفت‌شناختی در باب وجود حقیقت و امکان کشف آن (حتی اگر در حال حاضر ناشناخته باشد) است. در واقع مفروض این است که این دانش جدلی می‌تواند به اجماع برسد و در آینده هم قطعاً خواهد رسید و معرفتی بدست خواهد آمد که به نحوی جهان‌شمول درست خواهد بود؛ ایده‌ای که از پایگاه مدرنیته اولیه بر رفتار و اندیشه دانشمندان اعمال می‌شود. ذیل این معرفت‌شناسی، مخاطره و ریسک زمانی مدیریت‌پذیر است که بتوان نتایج آن را پیش‌بینی و عواقبش را کاهش داد یا دست‌کم برای آن تمهیدی اندیشید. پیشرفت، رشدی ثابت و خطی دارد و رشد علم و تکنولوژی هم‌راستای مدیریت ریسک رخ می‌دهد. در مقابل مشروعیت و قدرت

اداره کردن مشکلات اجتماعی در دستان متخصصین باقی می‌ماند؛ کسانی که می‌دانند یا در آینده خواهند دانست که چه باید بکنند. اما در مدرنیته ثانویه با ریسک‌های متعددی مواجه هستیم که متخصصین پاسخی برای آن ندارند، و این امر موجب می‌شود به مرور زمان مرز میان متخصصان و غیرمتخصصان باریک‌تر و عدول از آن مشروع‌تر گردد (آدام، ۲۰۰۰: ۲۱۴).

«تلاقی پزشک و بیمار در تجربه بیماری» عرصه تعیین‌یافتن وضعیت معرفتی علم و تکنولوژی در مدرنیته ثانویه است؛ جایی که «محاسبه» به «تخمین‌زدن» تبدیل شده و بیمار در این اتمسفر فرآیند معالجه را تجربه می‌کند. تزلزل جایگاه دانش، پزشک را در چالش حراست از تمایز و اقتدار معمول قرار می‌دهد و بیمار به واسطه وضعیت فرودستی که دارد؛ ناگزیر از تاب‌آوری و پذیرش این سلطه، تضعیف می‌شود؛ چراکه علاوه بر درمان، در واقع «این پزشک است که با تکیه بر تخصص خود به معافیت بیمار از نقش‌های اجتماعی که در زندگی روزمره خود بر عهده داشته، مشروعیت می‌بخشد» (مسعودنیا، ۱۳۹۴: ۱۹۷). با فراهم آمدن بستر مراجعه به طب‌های مکمل و جایگزین، بازی اقتدار در این میدان صورت دیگری به خود می‌گیرد و بیماران که به هر تقدیر پس از تجربه علائم^۱ بیماری ناگزیر از تصمیم‌گیری درباره «چه باید کرد»ها هستند؛ با در نظر گرفتن طب‌های جایگزین، میان تصمیم‌های ممکن در حال رقابت، دست به انتخاب می‌زنند.

در این مقاله بر پایه این بستر نظری، «جدال اقتدار» و بازاندیشی بیماران در قبال آن از خلال روایت بیماران، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش با اتخاذ رویکرد کیفی از میان روش‌های استحصال و تحلیل داده، به واسطه تمرکز بر تجربه بیماران از فرآیند درمان، روش روایت‌پژوهی مورد استفاده قرار گرفته است. خصلتی که این روش را از سایر روش‌های کیفی متمایز می‌کند؛ توجه به ابعاد داستان‌وار، تجربه‌ای و قصه‌ها و حکایت‌های شخصی است؛ آن‌طور که توسط راوی در زنجیره‌ای منظم نقل می‌شوند. از میان همه گروه‌های ذی‌نقشی که مشخصاً در شهر تهران در میدان طب مکمل و جایگزین فعال هستند، یعنی سرمایه‌گذاران، درمانگران، داروسازان، و ...، به سراغ مصرف‌کنندگان رفته‌ایم و داده‌ها را از طریق انجام مصاحبه بر اساس پروتکل انجام مصاحبه روایی گردآوری کرده‌ایم. سوال محوری مصاحبه در این پژوهش این است که فرآیند بیماری توسط خود افراد چگونه روایت می‌شود و زمینه‌های مراجعه آن‌ها به طب مکمل و جایگزین در داستان بیماری‌شان چه بوده است؟ نمونه‌گیری بر مبنای

استراتژی «حداکثرگونه‌گونی» صورت گرفته‌است که روش معمول نمونه‌گیری در مطالعات کیفی به حساب می‌آید و طی آن با تعیین معیارهایی سعی می‌شود نمونه در برگیرنده بیشترین تفاوت‌ها در موضوع مورد مطالعه باشند (کرسول، ۱۳۹۸: ۱۵۵). از این رو جذب مشارکت‌کنندگان بر اساس پنج معیار (۱) «وضعیت سلامت» مصرف‌کنندگان طب‌های جایگزین که بیانگر علت مراجعه آن‌ها نیز هست؛ (۲) «نوع طب» جایگزینی که به آن مراجعه می‌کنند، که می‌تواند یک یا چند دوره درمانی با طب‌های مختلف باشد؛ (۳) «سازمان‌های متنوع» ارائه‌دهنده خدمات طبّی، اعم از دانشگاهی، عامیانه، مبتنی بر باورهای مذهبی و ...؛ (۴) «سن» یعنی جوان یا میانسال و (۵) «جنسیت» افراد صورت گرفته و روند گردآوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافته است. در جدول زیر نمونه معرفی شده است.

جدول ۱. معرفی نمونه پژوهش

| شماره کنندگان | جنسیت | | بازه سنی | | نوع بیماری | | | نوع طب | | | سازمان طبّی ارائه دهنده خدمات | | | نتیجه درمان | | | | | |
|------------------|-------|-----|----------|---------|------------|------|-------|----------------|------|--------------|----------------------------------|--------|----------|-----------------|--------------|----------|---------------|-----------|--|
| | زن | مرد | جوان | میانسال | صعب‌الملاح | مزمن | عمومی | پیشگیری/اصلاحی | سستی | سوزنی و چینی | هومیوپاتی | اسلامی | دانشگاهی | انجمن‌های خصوصی | غیر دانشگاهی | مدوا شده | درمان رهائنده | عدم مداوا | |
| لاله | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| فرزانه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نقیسه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| شیرین | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الهه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| طاهره | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| فریبا | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سمیه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| عطیه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مهناز | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مهری | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| هانیه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| صفورا | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سادات | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| فاطمه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| بیبا | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

۱ همه اسامی جهت حفظ حریم خصوصی مشارکت‌کنندگان به صورت مستعار ذکر شده‌اند.

ادامه جدول ۱. معرفی نمونه پژوهش

| مشارکت‌کنندگان ^۱ | جنسیت | | بازه سنی | | نوع بیماری | | | | نوع طب | | | | سازمان طبی ارائه دهنده خدمات | | | نتیجه درمان | | |
|-----------------------------|-------|-----|----------|---------|------------|------|-------|------------------|--------|--------------|--------------|--------|------------------------------|-----------------|--------------|-------------|--------------|-----------|
| | زن | مرد | جوان | میانسال | صعب‌العلاج | مزمن | عمومی | پیشگیری / اصلاحی | سستی | سوزنی و چینی | هورمونی‌پاتی | اسلامی | دانشگاهی | انجمن‌های تخصصی | غیر دانشگاهی | مداوا شده | درمان رهاشده | عدم مداوا |
| مهشید | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| محمد | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ابراهیم | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| جلیل | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آرش | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| زهرا | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| عاطفه | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| جواد | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسماعیل | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| امیرحسین | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مهدی | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| بایرام | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| رضا | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

مصاحبه‌هایی با میانگین یک ساعت در یک یا چند مرحله ترتیب داده شد که طی هریک، با تکیه بر کنکاش‌هایی که در فاصله جلسات مصاحبه در بازنمایی‌های مجازی درمانگر مورد اشاره در روایت انجام شده بود، ابعاد تعمیق‌شده‌ای از تجربه فرد نسبت به فرآیند درمان حاصل شد. بر اساس تقسیم‌بندی ریسمن^۲ (۲۰۰۸)، تحلیل روایت به چهار نوع مضمونی، ساختاری، تعاملی - نمایشی و بصری قابل تفکیک است. استراتژی تحلیلی مدنظر این پژوهش، از میان این شیوه‌ها، بر اساس پرسش اصلی و به‌واسطه اتکاء بر داده‌های متنی، تحلیل مضمونی یا تماتیک است که تمرکز در آن نه بر «نحوه بیان» یا «هدف از گفتن»، که بر «محتوا»ی کلامی است که گفته می‌شود (ریسمن، ۲۰۰۸). در این روش محقق ابتدا چند داستان را جمع‌آوری می‌کند و سپس به روش استقرایی، گروه‌بندی‌هایی مفهومی از داده‌ها ایجاد می‌کند تا براساس آن بتواند نوعی گونه‌شناسی از روایت‌ها بسازد؛ که از روی مضمون سازماندهی شده باشد.

۱ همه اسامی جهت حفظ حریم خصوصی مشارکت‌کنندگان به صورت مستعار ذکر شده‌اند.

2 Catherine Kohler Riessman

یافته‌های تحقیق

«احساس بی‌قدرتی»^۱ - چنان‌که در ادبیات جامعه‌شناسی پزشکی توسط ایلچ^۲ (۱۹۷۵)، میشلر^۳ (۱۹۸۴) و دیگر متفکران بدان پرداخته شده - در جلوه‌های متنوع و متکثری بروز می‌کند و بیماران را در مسیر درمان به چالش می‌کشد. از آنجاکه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، سبک‌های درمانی مختلفی را تجربه کرده‌بودند، بررسی نحوه‌ی بازاندیشی آنها در قبال مخاطراتی که بر اثر جایگاه فرودست بیمار متحمل می‌شوند؛ در خور توجه و تحلیل است. اینکه بی‌قدرتی برای مراجعه‌کنندگان به طب غیررایج به چه نحو تجربه و روایت می‌شود و چه عواملی می‌تواند در برجسته‌شدن این دریافت مؤثر باشد از یک سو، و مدخلیت مراجعه به طب جایگزین در کاهش یا تشدید بی‌قدرتی بیمار از سویی دیگر، به فهم ما از اعمال کنشگران این میدان کمک می‌کند. در روایت‌های بیماران، سهم هر یک از ابعاد بی‌قدرتی متفاوت است اما بازنمایی‌ها به‌طور کلی بی‌قدرتی را در سه زمینه اصلی برجسته کرده‌اند که به‌طور خلاصه در شکل ۱ نمایش داده شده که در ادامه تشریح می‌شوند.



شکل ۱. ابعاد بی‌قدرتی منکشف‌شده در روایت‌های بیماران

1 Powerlessness
2 Ivan Illich
3 Elliott Mishler

بی‌قدرتی در روایت بیماری: نادیده‌گرفتن تجربه بیمار و هیچ‌انگاری روایت او از روند و علائم بیماری، اولین ساحتی است که بی‌قدرتی در آن نمایان می‌شود. این امر به‌ویژه زمانی که میان تجربه بیمار از رنج یا روند بیماری و تشخیص پزشک تعارضی دیده شود، خود را نشان می‌دهد؛ یعنی درست همان جایی که مقاومت در برابر اقتدار پزشک، از بیمار تصویری طغیان‌گر یا تمارض‌گر می‌سازد و علاوه بر ناخرسندی حاصل از بیماری، برچسب‌زنی و طرد متعاقب آن از سوی پزشک، مولد یک هجمه روانی سنگین علیه بیمار است. فرزانه (۳۸ ساله) که این تجربه را با خشمی غیرقابل انکار از طب مدرن به یاد می‌آورد؛ چنین روایت می‌کرد: «سال ۸۷ زندگی مشترکمان تازه شروع شده بود که حمله‌های درد شروع شد. دردهای جان‌فرسایی که اوایل گمان می‌کردم مربوط به قلب است. شدت دردها چنان بود که هر بار با اوج گرفتن درد، خون بالا می‌آوردم و از هوش می‌رفتم. آدم رنجور و عصبی‌ای شده بودم. موهایم به شدت می‌ریخت، عرق سرد می‌کردم و ضعف عجیب و غریبی بر من عارض میشد. وضعیت جدیدم قابل تحمل نبود. به امید بهبود شرایط، دکتر گردی‌ام آغاز شد.» و ادامه می‌داد: «دکترهای معروف و سرشناسی که برای وقت گرفتن از هر کدامشان باید هزار نفر واسطه می‌شدند. همه می‌گفتند فلانی غول گوارش ایران است. با هزار ضرب و زور وقت می‌گرفتم و می‌رفتم اما در عمل می‌دیدم همین غول اندازه گاو شعور ندارد رفتارش با بیمار به قدری غیر انسانی بود که به بیان نمی‌آید. اصلاً تعاملی میان ما نبود. با من که مریضش بودم اصلاً حرف نمی‌زد. توضیحی از وضعیت نمی‌داد. من هیچ داده‌ای درباره عمق بیماری‌ام نداشتم. وقتی همسرم به او می‌گفت که از شدت درد پتو به خودم می‌پیچم، می‌لرزم و گاهی حتی غش می‌کنم می‌گفت کسی نمی‌تواند این حد از درد را تحمل کند به شعور من توهین نکنید. همین مثلاً غول گوارش، دوبار مرا اندوسکوپی کرد، بدون بیهوشی، بدون بی‌حسی. فشار درد و از آن بدتر فشار روانی‌ای که این کارش بر من وارد کرد قابل وصف نیست. بعد از اندوسکوپی به همسرم گفته بود که نیمه‌جداره معده من کاملاً زخم است و از او پرسیده بود که مطمئنی همسرت مواد مخدر مصرف نمی‌کنه؟ این قدر رفتار زشت و توهین آمیزی داشت.»

این مسئله به‌ویژه زمانی که اطرافیان بیمار با روایت مسلط پزشکان از تجربه جسمی، روانی و اجتماعی بیمار همراه شوند؛ تشدید می‌شود و بیمار را وامی‌دارد رنج بیماری را «کتمان» کند یا نتواند آن را به اشتراک بگذارد، بدین ترتیب بیماران به راهکارهای ابداعی کنترل رنج و روند بیماری رو می‌آورند: «یاد گرفته بودم که با دردهایم مثل یک وضعیت خصوصی برخورد کنم.

دردها که شروع می‌شد وارد حمام می‌شدم، درجه حمام را می‌گذاشتم روی ۹۰ و شیر آب داغ را باز می‌کردم روی بدنم تا قدری التیام پیدا کنم. گاهی آن قدر آب داغ روی بدنم می‌ریختم که حالت زخم و تاول پیدا می‌کرد. تا سال‌ها بابت این کار مویرگ‌های صورتم پاره بود. از شدت درد بالا می‌آوردم. عرق می‌کردم، یخ می‌کردم. آنقدر درد می‌کشیدم تا حمله تمام شود.» (همان).

در دراز مدت این تعارض عملاً بیمار را به یک منحصه بغرنج می‌اندازد که یکی از راه‌های خروج از آن برهم‌زدن خوانش مسلط پزشک از بیماری و متکثر کردن جایگاه پزشک و خوانش‌های طبی از وضعیت بیماری است. «دکترهای سنتی‌ای که معرفی می‌کردند را هم به امید درمان پی می‌گرفتم. یکی‌شان همین حکیم م. بود. نبض مرا گرفت و با همان نبض، مو به مو شرایط مرا تشریح کرد. آن‌جا من تازه فهمیدم که چه اتفاقی در بدنم افتاده است. برایم کامل توضیح داد دردها و خونی که بالا می‌آورم به چه علت است. با من بسیار مهربان و دلسوزانه برخورد می‌کرد و می‌گفت تو دختر شجاعی هستی که این جور در برابر درد تاب آورده‌ای به تو قول می‌دهم نگذارم دوباره خون بالا بیاوری و واقعاً هم توانست این قول را عملی کند.» (همان).

در حقیقت در این روایت‌ها، بیمار با مراجعه به پزشکان مختلف اقتدار آن‌ها را در جدال با یکدیگر قرار می‌دهد و سعی می‌کند از خلال گسستی که به‌واسطه تجویزهای متکثر در قدرت پزشکان رخ می‌دهد؛ و خدشه‌ای که به طب مدرن در ساحت عملکرد تخصصی وارد می‌آید، فرآیند درمان را به سوی یک سهم‌خواهی مشروع هدایت کند. هرچند ممکن است دستاورد این جدال قدرت بازایی سلامتی بیمار نباشد؛ خروج او از موضع فرودست و افت هژمونی و اعتبار بلامنازع پزشک، امکان بازاندیشانی بر سبک درمان و نگرش انتقادی به تخصص‌ها، تعاملات و تجویزهای متولی درمان را فراهم می‌کند. سرگذشت هانیه (۳۴ ساله) که طی حدوداً ده سال به نحو روزافزونی دچار گیجی، بدخواهی و در نهایت حمله‌های فلج‌کننده عصبی می‌شد و روایتش سرشار از تقلا برای خلاصی از شرایط جسمی‌اش بود، این تجربه را به خوبی نشان می‌دهد: «حدوداً بیست و پنج ساله بودم؛ تازه وارد دوره دکتری شده بودم و علائم آزاردهنده رو به فزونی بود. داروهای دکتر اعصاب و روان را کنار گذاشته بودم و برای حل مشکل، به طرز مرضی‌ای به دکتر رفتن و دکتر عوض کردن متوسل شدم. دیگر هیچ امر ناخوشایندی را در مراجعاتم به دکترها تحمل نمی‌کردم؛ اگر دکتر بد اخلاق بود یا به حرفم گوش نمی‌داد یا حس می‌کردم درست تشخیص نمی‌دهد، فوری دکتر را عوض می‌کردم و سراغ

نفر بعدی می‌رفتم. میان تخصص‌های مختلف دن‌کیشوت وار می‌چرخیدم. از زنان به غاد، از غاد به پوست از پوست به داخلی، از داخلی به مغز و اعصاب...»

بدین ترتیب بیمار با مراجعه به درمانگر طب جایگزین عملاً در موضع بازخوانی تجربه بیماری، نزد یک مرجع به‌ظاهر بی‌طرف قرار می‌گیرد که توقع می‌رود در آن، وزنه روایتی بیمار از بیماری سنگین‌تر باشد و علائم تجربه شده نیز به‌خوبی تصدیق و درمان شود: «شرح حال مرا که شنید گفت برخلاف حرف دکترها که مسیر بیماری‌زایی را از روح به جسم می‌دانند، معتقدم قضیه برعکس است. مشکلاتی در کبد و خون و گوارش و ... رخ داده که بدنت را دفرمه کرده و آثارش مثل بدخوابی و سرگیجه و نهایتاً افت کیفیت زندگی‌ات باعث شده به لحاظ روحی وضعیت بحرانی‌ای را تجربه کنی! البته تأکید داشت که در داروهای روانپزشکی من دخالتی نکند. گفت که با شروع درمان‌های سنتی خودت به تدریج بهتر می‌شود و پزشکت خود به خود داروهایت را کم خواهد کرد اما در مجموع با طبقه‌بندی‌ها و برجسب زنی‌های طب مدرن خیلی مشکل داشت.» (همان).

به همین دلیل است که اگر کنش درمانی درمانگر طب جایگزین نیز از این حیث مشابه طب مدرن و مبتنی بر حذف روایت بیمار از بیماری باشد، به سرعت کارکرد مراجعه از میان می‌رود و مراجعه به طب جایگزین مختومه می‌گردد: «چندین سال از درمان‌های بی‌سرانجام من می‌گذشت و احوالات روحی‌ام کم و بیش مشوش بود. بی‌حوصله و سنگین و تحریک‌پذیر بودم و این حال با مدل پذیرش بیمار در آن موسسه (طب سنتی) اصلاً سازگار نبود. وارد آن‌جا که می‌شدی مثل یک اداره میز به میز باید می‌رفتی و مدارک می‌دادی و شرح حال می‌گفتی. بدون آنکه چندان گوش شنوایی برای شنیدن سرگذشت بیمار وجود داشته باشد. متصدی پذیرش جمله اول به دوم تشخیصش را می‌نوشت و تو را به میز بغلی حواله می‌داد. مثل تجربه هومیوپاتی، در این موسسه هم درد بیمار اهمیتی نداشت و از بیمار محوری و نگاه اختصاصی به هر بیمار خبری نبود. بر اساس یک تشخیص فوری همه چیز به مشکل تیروئید من مربوط دانسته شد و درمان هم حول همین تشخیص آغاز گردید و مسئله بدخوابی‌ها و .. عملاً نشنیده گرفته شد.» (همان).

بی‌قدرتی در سطح نهادی: ساحت دیگری که از خلال روایت‌های بیماران، بی‌قدرتی در آن جلوه‌گر می‌شود؛ ساحت نهادی است. بی‌قدرتی در پیگیری ضعف خدمات بیمارستانی، قصورات پزشکی، خشونت و دردهای تجربه شده در اعمال درمان‌های بالینی، بی‌توجهی به

حوزه خصوصی، اطلاعات شخصی و کرامت انسانی، تجربه نابرابری در دریافت خدمات درمانی به واسطه اولویت‌بخشی به تعصبات سیاسی، قومیتی، اقتصادی و ... از مصادیق ساحت دوم بی‌قدرتی است. بیتا (۲۹ ساله)، همسر مرد جوانی است که پیش‌تر طی تصادف رانندگی درگیر برخی عوارض دشوار شده بود. این خانم در روایت ناباروری خود نیز، با اشاره به تجربه آزاردهنده بیمارستان همسرش، آن را رنجی مضاعف بر رنج بیماری توصیف و چنین نقل می‌کند: «همسر من مهر سال ۹۷ در یک تصادف سنگین رانندگی حادثه دید. فک و ده تا از دندان‌ها و استخوان ترقوه‌اش شکست، و جراحی سنگینی برداشت، به طوری که از طرف راست شانه بدن به حالت نیمه تخلیه درآمد. ۱۵ روز در آی‌سی‌یو بستری بود. عمل‌های سختی انجام شد که با آفات و مشکلات بیمارستان‌های دولتی شرایط سخت‌تر هم میشد. مثلاً یک بار که عمل فک داشت، بهانه آوردند که تیم بیهوشی خسته‌اند و ... با بی‌حسی عمل فک را انجام دادند. به قدری زجرآور بود که بی‌اغراق سختی روز تصادف برابمان رنگ باخته بود. همسر من چنان بدحال شده بود که هم اتاقی‌ها به حالش گریه می‌کردند ... همین تجربه‌ها باعث می‌شد توان اینکه برای ناباروری هم درگیر فرآیند درمان شوم در من نباشد.» یا در روایتی دیگر، فرزانه (۳۸ ساله) که پس از چندین مرتبه تشخیص اشتباه پزشکان، نهایتاً متوجه می‌شود؛ تمام دردهایی که متحمل می‌شده، ناشی از سنگ صفراست؛ فرآیند عمل اورژانسی‌اش را در یک بیمارستان خصوصی چنین حکایت می‌کند: «درد وحشتناکی را برای تخلیه عفونتی که وارد بدنم شده بود تحمل می‌کردم، اما شکنجه روحی حاصل از رفتار پزشکان و پرستاران از آن هم بدتر بود. رفتارهای بی‌ضابطه و غیرقابل پیگیری‌شان مرا زجر می‌داد. دم در اتاق عمل دفعاتاً هزینه جراحی را چند برابر کردند. وقتی وارد اتاق عمل شدم جنازه مریض قبلی هنوز روی تخت بود و رویش یک پارچه سفید کشیده بودند. بعد از عمل و حین بستری برای اینکه بتوانم نماز بخوانم تحقیر می‌شدم. از اینکه وقتی کاملاً لخت هستم مردها بی دلیل به اتاقم می‌آمدند شکنجه می‌شدم. هیچ فضای خصوصی‌ای نداشتم. با آن سابقه درد، وقتی به سختی خواب می‌رفتم پرستار با سر و صدا می‌آمد، چراغ را روشن می‌کرد و مرا بیشتر کلافه و بی دفاع می‌کرد». بی‌پشتوانگی بیمار برای استیفای حقوق خود از نظام درمانی و ابهام در فرآیندهای قانونی و قضایی ثبت شکایت از ناملایمات و خطاهای تجربه شده در فرآیند درمان با طب مدرن، در کنار سهم نامشخص عوامل ذی‌ربط، در اغلب موارد عملاً نارضایتی را غیرقابل پیگیری می‌کند. این امر ممکن است بیمار را به سمت طب‌های جایگزین سوق دهد؛ اما این چرخش، لزوماً به دریافت خدمات بهتر از

درمانگران منجر نمی‌شود و چه بسا مواردی که ممکن است این نامالایمات در ساختار درمانی طب‌های جایگزین هم عیناً تکرار و حقوق بیمار از سوی درمانگران - به‌ویژه درمانگران پرمراجعه‌تر و مشهورتر - نیز نادیده گرفته شود. با این تفاوت که پیگیری قضایی تجویزات درمانی درمانگران به واسطه خصلت غیررسمی، یا سنجش‌ناپذیری آثار تجویزات دارویی یا درمان‌های یدای^۱، تقریباً ناممکن است. نفیسه (۳۶ ساله) که پس از چندین مرتبه آی‌وی‌اف^۲ بی‌نتیجه، دچار عارضه کبدی شده بود پس از مصرف داروهای درمانگری که در یک سلامت‌کده دانشگاهی او را ویزیت کرده بود؛ ماجرا را این‌طور بازگو کرد: «دکتر و تیم پزشکی‌ای که در حال تصمیم‌گیری برای پیوند کبد بودند همه حیرت کردند که چطور من از سال ۱۷ دچار غلظت خون شدیدم [دچار غلظت خون شدید بودم] و هیچ کدام از پزشکان مختلفی که آزمایش‌های مرا دیده‌اند این مسئله را جدی پیگیری نکرده‌اند. دکتر ن. حین بررسی پرونده پزشکی‌ام، داروهای سلامت‌کده ط. را هم دید. با عصبانیت به من گفت چطور جرأت کرده‌ای اینها را مصرف کنی؟ بخشی از داروهای گیاهی‌ای که برای تجویز کرده‌اند و همه این مدت مصرفشان می‌کردی دقیقاً غلظت خون را افزایش می‌دهند؛ ممکن بود خودت را با همین جوشانده‌ها و قرص‌های گیاهی به کشتن بدهی ... این‌ها را که شنیدم از طب سنتی دل‌زده شدم. ترسیدم. حس کردم که در مواجهه با طب سنتی نیز، دستم به هیچ جا بند نیست. جایی برای پیگیری و اعتراض وجود ندارد. جایگاه طب سنتی برایم به شدت افت کرد و دیگر مثل قبل پیگیرش نشدم.»

بی‌قدرتی در فرآیند تجویز: بیشترین تجربه بیماران از بی‌قدرتی، در ساحت درمان و تجویزات درمانی رخ داده و ذیل ارتباط میان پزشک و بیمار در «تجربه ویزیت» اتفاق می‌افتد. زبان تخصصی و دیرباب پزشکان، در کنار زمان فشرده ویزیت، موجب می‌شود در بسیاری از مواقع، بیمار توضیح بسنده‌ای در باب فرآیند درمان دریافت نکند و در قبال آن توجیه نشود. طب جایگزین از این منظر، اغلب بخاطر زبان همه فهم‌تری که دارد تسلط بیمار را بر درمان بیشتر می‌کند، اما زمان محدود ویزیت و خلأ گفتگو میان بیمار و درمانگر - به‌ویژه احتمالاً در مراجعه به درمانگران سرشناس‌تر - همچنان پا برجاست. تجربه لاله (۴۶ ساله) بدین شرح است:

۱ درمان‌های رایج در طب سنتی

۲ لاقح مصنوعی، یکی از روش‌های دشوار و پرهزینه درمان ناباروری.

«مطب دکتر ر. در خیابان جمهوری بود، یک مطب شدیداً شلوغ، که مریض‌ها را جمعی می‌دید و هم‌زمان که یک نفر را ویزیت می‌کرد به ده نفر دیگر هم می‌گفت گوش بدهند. با این حرف می‌زد، با آن حرف می‌زد. موقع ویزیت گیج می‌شدی. اگر سوالی هم می‌پرسیدی عصبانی می‌شد و داد می‌زد که این را برای نفر قبلی توضیح داده‌ام، چرا گوش نکردی. جو خیلی متشنج و سختی بود. بعداً خودش به ما می‌گفت در روز ۷۰۰ تا مریض می‌بیند».

اما بیشترین بازنمایی بی‌قدرتی، مربوط به نوعی احساس اغفال‌شدگی است که پس از مصرف داروهای غیربهبه، پرعارضه و وابسته‌کننده در بیماران رخ می‌دهد. داروهایی که آنها را به وضعیت سلامت برنگردانده بلکه شاید تنها زنده نگه داشته است. گویی علاوه بر آنکه با روند تخصصی شدن طب بالینی، میان اجزای بدن بیمار، نوعی گسست ادراکی رخ داده و بدن برای پزشک به صورت چند پاره برساخت شده است، بیگانه شدن پزشکان از بعد انسانی خودشان، درون این ساختار موجب شده از معنای بین‌الذنهانی سلامت نیز فاصله بگیرند و معنای درمان را به زنده نگه‌داشتن بیمار تقلیل دهند. گره غم‌بار این روایت‌ها جایی است که بیمار پس از اعتماد به تجویز پزشک، اقدام به مصرف دارو کرده و با بروز عوارض دارویی شدید، و گاه از آن رنج-آورتر، با اضافه شدن عوارض مختل‌کننده دارویی به علائم قبلی بیماری و بی‌نتیجگی درمان، خواستار قطع دارو می‌شود و درمی‌یابد که به دلیل خصلت وابسته‌کننده داروها، عملاً در یک «تله درمانی» گیر افتاده است. داروهایی که اگرچه در فهرست عوارض‌شان حتی «مرگ ناگهانی» قرار دارد، تجویزشان بدون آگاهی بیمار از این عوارض احتمالی جرم محسوب نمی‌شود تا در سطح حقوقی قابل پیگیری باشد، و حتی در منشور حقوق بیمار نیز پزشک موظف نیست درباره عوارض داروهایی که تجویز می‌کند به بیمار اطلاعاتی بدهد. امیرحسین (۳۸ ساله) که به دلیل تشخیص یک بیماری نادر شبه‌صرع، چندین سال تحت درمان داروهای مغز و اعصاب بود، این تجربه را چنین روایت می‌کرد: «از همه بدتر آنجا بود که مجبور بودم آن داروها را با آن همه عارضه بخورم؛ اما باز هم سردردها می‌آمد و حمله‌ها از بین نرفته بود. حالا علاوه بر درد خودم عوارض دارو را هم باید تحمل می‌کردم؛ توان بیدار شدن به موقع از خواب را نداشتیم؛ همه روز سرگیجه آزارم می‌داد، هر روز دیر می‌رسیدم سرکار، در همه مراوداتم به طرز نمایانی دیلی^۱ داشتم، حضور ذهنم را از دست داده بودم، و از همه بدتر داروها مرا عصبی و تند مزاج می‌کرد».

از هر جهت افت کردن را حس می‌کردم. دکترها از من یک زامبی کامل ساخته بودند که هیچ چیزش به آدمیزاد نمی‌ماند. عوارض قطع کردن داروها چه بود؟ اتفاقات ترسناکی که از پنیک و جنون تا مرگ می‌رفت ...».

شاید بتوان گفت این وضعیت یکی از برجسته‌ترین نموده‌های مدرنیته متأخر در عرصه پزشکی است و بی‌قدرتی‌ای که بیمار تجربه می‌کند دقیقاً بازتاب ماهیت متزلزل علم و تخصص این عصر است که در قالب مدیریت اطلاعات بازنمایی می‌شود. در حقیقت در مواردی که طب مدرن توان حل مسئله را از دست داده‌است، تلاش می‌کند از طریق تقلیل معنای درمان به زنده نگه داشتن بیمار یا هدف‌گذاری برای سرکوب و کنترل صرف علائم بیماری، کارکرد و مشروعیت خود را بازیابی کند؛ اما به قیمتی گزاف، که عوارض دارویی خوانده می‌شود و می‌تواند بعضاً رنج‌آورتر از خود بیماری هم باشد. هرچند در مواردی بیمار به واسطه رشد دسترسی به داده‌های دیجیتال حوزه سلامت، پیش از مصرف دارو دست به بازاندیشی پیرامون مخاطرات درمان می‌زند. عطیه (۳۳ ساله) که پزشک در دوران شیردهی فرزند اولش او را مشکوک به بیماری ام‌اس^۱ دانسته بود در روایت خود از مدیریت این مخاطره با رضایت زیادی حکایت می‌کرد: «همسرم نگاه مثبتی به داروهای طب نوین نداشت. خودش اهل چک کردن داروها بود، خواص و مضرات‌شان را قبل از مصرف در اینترنت می‌خواند و در نهایت خودش تصمیم می‌گرفت که مصرف بکند یا نه. دکتر که نسخه پیچی‌اش را شروع کرد به او گفت همسرم در دوره شیردهی نمی‌تواند دارو مصرف کند. دکتر معتقد بود که باید شیردهی را متوقف کنم اما همسرم با اصرار بیشتری گفت که مایل به این کار نیستیم. دکتر گفت که تشخیص اولیه‌اش ام‌اس است ولی برای اینکه دقیق‌تر سیر بیماری را تشخیص بدهد؛ باید چهل روز دیگر مراجعه کنم تا میزان پیشروی بیماری و سرعت پیشروی را بررسی کند. دوباره مقادیری دارو و ویتامین‌های مختلف نوشت و دستورات و مراعات‌هایی را هم تجویز کرد. همسرم طبق معمول داروها را یک به یک بررسی کرد و به دلیل عوارض سنگینی که داشت غیر از ویتامین‌ها همه را کنار گذاشت.» اما در مواقعی که عملاً با گرفتارشدن در تله تجویزی پزشک، وابستگی دارویی محقق شده‌باشد، رفتار بازاندیشانه در قبال درمان چندان ساده نخواهد بود. اینجاست که پناه بردن به پارادایم درمانی رقیب نه تنها به منظور درمان، بلکه پیش از آن با هدف خلاصی از

۱ بیماری عصبی عودکننده‌ای که در اثر آسیب سیستم ایمنی بدن مشکلات خفیف تا بسیار حادی را پدید می‌آورد و درمان مشخصی ندارد (MS).

داروهای تجویز شده از سوی پزشک مدرن و عوارض منهدم‌کننده آن صورت می‌گیرد و درمانگر کارآمد کسی است که بتواند مفری برای خلاصی از این مخمصه ارائه کند. «بعد از چند ساعت معطلی نوبت ما شد. حکیم ع. مرا برانداز کرد، اول دستم را گرفت و بندهای انگشتم را تک‌به‌تک فشار داد، بعد پلک‌ها و زبانم را دید. پرسید: چه مشکلی داری؟ گفتم: سردرد، گفتم با سردرد دچار سرگیجه هم می‌شوی، و حالت‌های مرا دقیق توضیح داد. بعد پرسید: رفته‌ای پیش مغز و اعصاب؟ قرص چی می‌خوری؟ گفتم: روزی سه تا لوپیل^۱ ۵۰۰ می‌خورم. گفت برو به هرکسی برایت تجویز کرده بگو خیلی بی‌سواد، فقط قطعش کند تا داروها تو را به کشتن نداده، مشکل تو اصلاً مغز و اعصاب نیست، مشکل در سیستم گوارش است که در هضم چربی ضعیف است و توان هضم چربی را ندارد ... من به یک پزشک مغز و اعصاب دیگر مراجعه کردم و فقط گفتم می‌خواهم داروهایم را تدریجاً قطع کنی ...» (همان).

برخی بیماران ممکن است به واسطه تجربه منفی پیشین خود یا اطرافیان‌شان از عوارض دارویی، از هراس عارضه‌های دارویی و درمانی طب مدرن، از ابتدا آن را کنار بگذارند و به طب جایگزین پناهنده شوند. خصوصاً که در ادبیات بسیاری از درمانگران، برجسته‌ترین ابزار مشروعیت‌بخشی به طب غیررایج برجسته‌سازی عوارض دارویی طب مدرن در برابر بی‌عارضه بودن درمان با طب جایگزین است. طاهره که توانسته بود بیماری ای‌ال‌اس^۲ را با زنبوردرمانی کنترل کند در روایت بیماری خود می‌گفت: «این علائم برایم ناآشنا نبود. عمه‌ای داشتم که آن زمان چندین سال بود که با بیماری ای‌اس درگیر بود ... وضعیت فاکتورهای خونی نشان می‌داد به احتمال زیاد من هم به بیماری عمه‌ام مبتلا هستم. او چندین سال همه مسیره‌های درمان سخت و گران‌قیمت را رفته بود. درمان‌های وریدی با داروهایی شبیه شیمی‌درمانی می‌گرفت که منجر به پایین آمدن سیستم ایمنی بدنش می‌شد و مجبورش می‌کرد مدت‌ها ایزوله باشد. با دریافت دائمی کورتون استخوان‌هایش ویران شده بود. دردهای شدیدش فقط با مورفین کنترل می‌شد و همه این درمان‌های بی‌حاصل هزینه‌های بسیار بسیار کمرشکن داشت ... یقین داشتم که در طب شیمیایی برای بیماری مشترک ما هیچ خروجی موفق‌تری وجود ندارد. درماندگی و پرس-وجوی‌های متعدد این سال‌های عمه‌ام به تازگی به نمر نشسته بود و یک نفر یک راه جدید پیش پایش گذاشته بود؛ زنبوردرمانی» (خانم طاهره، ۴۰ ساله).

۱ نوعی قرص کنترل‌کننده تشنج (Levebel)

۲ بیماری عصبی ناشناخته و پیش‌رونده‌ای که با آسیب به سیستم مرکزی عصبی تا مرگ بیمار پیش می‌رود و درمان مشخصی ندارد (ALS).

برآورد کردن ریسک‌های سلامت از طریق فضای مجازی یکی از ابزارهای اصلی بازاندیشی بیماران درباره فرآیند درمان است؛ که در آن، دریای ناهمگونی از اطلاعات پزشکی به سادگی در دسترس است و تجارب درمانی - چه از روش‌های درمانی جدید و چه از مهارت‌های درمانگران و پزشکان - بی‌واسطه به اشتراک گذاشته شده است. نتیجه این روایتگری‌ها می‌تواند شکل‌گیری یک سپهر عمومی در عرصه سلامت باشد و نقش بیمار را از یک ناظر سلب‌اراده - شده؛ به یک کنشگر فعال و فرادست تغییر دهد. با بهره‌گیری از این ابزار، بیمار قضاوت‌های کلانی را نسبت به بیماری و توان طب مدرن در درمان آن به دست می‌آورد که مسیر بازاندیشی او را در میدان سلامت شکل می‌دهد. رضا (۳۷ ساله) که به بیماری پوستی پستوریازیس^۱ مبتلا و مسیر پرنشیب و فرازی از انواع طب‌های مکمل و جایگزین را برای درمان طی کرده بود، این تجربه را در روایت بیماری‌اش چنین بیان می‌کرد: «یادم هست که حتی نام بیماری را نمی‌توانستم درست تلفظ کنم. آن زمان‌ها شبکه‌های مجازی مثل الان نبود. بیشتر افراد تجربیات‌شان را در فروم‌ها^۲ به اشتراک می‌گذاشتند. با یک جستجوی دم‌دستی به یکی از این فروم‌ها رسیدم. افرادی از کشورهای مختلف که وضعیت بیماری و درمان‌شان را به اشتراک گذاشته بودند. خیلی مأیوس‌کننده بود؛ عکس‌های دهشتناک و شرح حال‌های اندوهبار و درمان‌های بی‌ثمر. همان‌جا مطمئن شدم که با طب مدرن این بیماری هیچ درمانی جز کورتون نخواهد داشت.»

بحث و نتیجه‌گیری

چنانچه میشلر می‌گوید؛ در یک مراجعه درمانی، هرچند ممکن است پزشک و بیمار بر روی علائم فیزیولوژیک و تاریخچه بیماری مشابهی سخن بگویند؛ تقریباً همیشه نوعی تضاد منجر به تعارض قابل مشاهده است. تضادی که در حقیقت از تمایز میان «صدای پزشکی» و «صدای جهان زیسته» ناشی می‌شود (تامپسون و همکاران، ۲۰۱۱). این تضاد به شکل ویژه‌ای با وسیع‌تر شدن گستره اعمال اقتدار پزشکی و پیشروی آمرانه آن در پیوند با «طبی‌سازی تجربیات

۱ بیماری پوستی متنوعی که با اختلال در سیستم ایمنی مشکلاتی قابل کنترل را در سطح بدن پدید می‌آورد اما درمان مشخصی ندارد (Psoriasis).

۲ انجمن‌های گفتگو، وبسایت‌هایی که موضوعاتی دسته‌بندی شده را نمایش می‌دهند و افراد می‌توانند نظر یا سوال خود را ذیل نظر دیگران مطرح کنند.

زندگی روزمره^۱ قرار می‌گیرد. چیزی که نزدیک به نیم قرن پیش با کتاب مکافات پزشکی^۲ ایوان ایلچ به ادبیات جامعه‌شناسی پزشکی وارد شد و به تدریج از سوی دیگر متفکران این حوزه نظیر زولا (۱۹۷۲)،^۳ ناوارو (۱۹۸۰)،^۴ کانراد^۵ (۲۰۰۷)، و تا حدی فوکو (لوپتن، ۲۰۰۲)، بسط نظری یافت. پزشکی با گسترانیدن موضوعات و حوزه اعمال نفوذ خود، تعیین وضعیت نرمال بدن، بازنمایی تجربیات روزمره به مثابه اختلال و ارائه تجویزاتی متناسب با آن، به نحو روزافزونی در کنترل زندگی اجتماعی سهم خواهی می‌کند. «طبی‌سازی» در پیوند با سامان حرفه‌ای خودآیین پزشکان که حفظ انحصار و هژمونی پزشکی را به نحوی نظام‌مند در دستور کار خود قرار داده است و به‌ویژه در ایران متهم به سرباززدن از پذیرش نظارت‌های بالادستی است؛ موجب می‌شود تجربه بیماری و بی‌قدرتی آمیخته با آن به وضعیت‌های میانه بیماری و سلامت تسری یافته و تلاش برای برهم زدن اقتدار «خدایان سفید پوش»، از سوی مصرف‌کنندگان خدمات درمانی اولویت بیشتری پیدا کند (حقیقیان و همکاران، ۱۳۹۸). از این‌رو تجربه بی‌قدرتی بیماران را که در پژوهش حاضر در ابعاد «بی‌قدرتی در روایت بیماری»، «بی‌قدرتی نهادی»، و «بی‌قدرتی در فرآیند تجویز» بازنمایی شد؛ می‌توان زمینه‌ساز اقبال به شکل‌های دیگر اقتدار در میدان پزشکی و تلاش برای برهم زدن نظم آمرانه زیست‌پزشکی برای کنترل جهان اجتماعی بیماران قلمداد کرد. در روایت‌های گردآوری شده، بیماران بیشترین سهم در تجربه بی‌قدرتی را به «فرآیند تجویز» و نداشتن اطلاع از «عوارض دارویی» داروهای تجویز شده از سوی پزشک معالج نسبت داده بودند و رفتار پزشکان در بهنجارسازی و یا کتمان عوارض دارویی را نوعی تله زیستی غیراخلاقی در مسیر درمان می‌دانستند. هرچند برهم‌کنش ناگزیر قدرت و دانش، پزشکان را وادار می‌کند برای حفاظت از سلطه نهادینه خود در رابطه با بیمار، ابعاد متزلزل دانش در جامعه مخاطره‌آمیز را پنهان کرده و بی‌قدرتی حرفه‌ای خود را - که نشأت گرفته از عدم قطعیت‌های روزافزون علم پزشکی است - در قالب تغییر در استانداردهای درمان به بیمار حواله کنند؛ به نظر می‌رسد نباید این حد از هراس سلامت در قبال عوارض دارویی را بدیهی انگاشت، و در این برجسته‌سازی و مرئی‌شدن «مخاطره عوارض دارویی»، نمی‌توان از ردپای سایر نیروهای اجتماعی که ادراک از مخاطرات سلامت را متعین می‌کنند؛ غافل شد. بستر

1 Medicalization of Everyday Life

2 Medical Nemesis

3 Irving Kenneth Zola

4 Vicente Navarro

5 Peter Conrad

مستعد جامعه ایران برای پذیرش طبی‌سازی، این بار محل اعمال اقتدار درمانگران طب غیررایج شده و در برخی موارد حتی آنها هستند که با طبی‌سازی نشانه‌هایی که پیش از این اساساً به-عنوان علائم بیماری در نظر گرفته نمی‌شد؛ تحت عنوان عوارض دارویی و اغراق در پیوندزدن عوارض دارویی با بیماری‌های پسینی بیماران یاد کرده که خود هراس فراگیر از عوارض دارویی را سبب می‌شود. و هم آنها هستند که از این مسئله به‌مثابه ابزار هویت‌یابی حرفه‌ای خود بهره می‌جویند، به‌هرحال؛ نادیده‌انگاری این هراس و مطالبه‌ای که بیماران برای آگاهی از عوارض داروهای تجویز شده دارند، از جانب نظام درمانی طب بالینی به هیچ وجه هوشمندانه نیست. هرچند به واسطهٔ خصلت ریسک‌ها در مدرنیتهٔ ثانویه و جایگزینی تخمین به جای محاسبه، پرداختن به این مخاطره از سوی پزشکان، تنها ذیل آماره‌ها و منحنی‌های نرمال بروز این عوارض میسر است؛ اصل گفتگو میان پزشک و بیمار پیرامون عوارض دارویی و به رسمیت شناختن هراس بیمار از این عوارض در رابطهٔ پزشک و بیمار باید از طریق اصلاح حقوق بیمار در نظام سلامت پررنگ‌تر از قبل شود تا این رابطه از الگوهای پدرسالارانه به الگوهای مشارکتی سوق یابد. آگاهی از عوارض دارویی در ساختار سلامت، جزء حقوق بیمار هست؛ اما در داروخانه؛ و نه در زمان تجویز. رویکرد کلی وزارت متولی نیز که در قالب تخصیص سامانه‌های پاسخگویی^۱ نمود پیدا می‌کند؛ این آگاهی‌بخشی را به خارج از رابطهٔ پزشک و بیمار هدایت می‌کند؛ این در حالی است که با برون‌سپاری این مسئله، بیمار برای ادامهٔ مسیر درمان ناگزیر است؛ مستقل از توضیحات پزشک چاره‌جویی کند و این امر زمینهٔ رفتارهای بازاندیشانهٔ رادیکال در حوزهٔ درمان را فراهم می‌آورد. در واقع می‌توان چنین تعبیر کرد که تغییر الگوی پدرسالارانه در ارتباط پزشک و بیمار ناگزیر است؛ اما اینکه این الگو به سوی بازاری‌شدن و مصرفی‌شدن سلامت پیش رود یا به سوی الگویی متقارن‌تر و مشارکتی، نیازمند توجه و سیاست‌گذاری‌های دقیق و به‌موقع است. رفتارهای قضایی و آمرانهٔ وزارت بهداشت نظیر شکایت از درمانگران، پلمپ مراکز ارائهٔ خدمات درمانی طب جایگزین و بی‌اعتبارسازی حرفه‌ای آنها در رسانه‌های عمومی در سال‌های اخیر، موجب تشدید فاصله‌گیری و غیریت‌سازی بیماران با طب مدرن شده و مصرف‌گونه‌های زیرزمینی و غیررسمی طب جایگزین را بالاتر برده‌است. بدین ترتیب به بیماران القاء می‌شود که در مسیر درمانی خود، حق انتخاب و قدرت قانوناً به رسمیت

۱ سامانه ۱۹۰ مرتبط با اطلاع‌رسانی پیرامون عوارض دارویی در دی ماه ۱۳۹۹ راه‌اندازی شده‌است.

شناخته شده را ندارند. این در حالی است که چان^۱ مدیرکل سابق سازمان جهانی بهداشت معتقد است «نیازی به تقابل و برخورد بین دو سیستم سنتی و طب مدرن نیست. در چارچوب مراقبت‌های بهداشتی اولیه، با استفاده از بهترین ویژگی‌های هر یک از سیستم‌ها و جبران نقاط ضعف خاص هر کدام در یک هماهنگی سودمند می‌توان به اهداف بزرگ سلامتی دست یافت. این موفقیت خود به خود به دست نمی‌آید و نیازمند تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان است» (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳). در دهه گذشته، مواجهه جهانی با این روند بسیار متفاوت شده و سیاست‌های همدلانه‌تری نظیر پوشش‌دهی بیمه‌ای، فراهم‌آوردن زیرساخت‌های تولید داروهای گیاهی ذیل رویکرد شواهدمحور^۲ و حتی پیش‌دستی در بهره‌وری اقتصادی از بازار مصرف نوین حوزه سلامت در دستور کار قرار گرفته است.

پژوهش حاضر می‌تواند زمینه‌ساز توجه سیاست‌گذاران داخلی به ابعاد مغفولی از عرصه‌های یادشده باشد که رفتار نهایی مصرف‌کنندگان خدمات سلامت را جهت‌دهی کند. جدال بیمار با احساس بی‌قدرتی بی‌تردید یکی از مهم‌ترین زمینه‌های بازانديشي در مصرف خدمات سلامت است؛ هرچند عوامل تنظیم‌کننده مهم دیگری هم وجود دارند که می‌بایست با طرح‌ریزی و اجرای پژوهش‌هایی منظم و گردهم‌آوری نتایج آن‌ها و قیاس با دستاوردهای نوین جهانی، نسبت به تعیین و اصلاح نقشه راه سیاست‌گذاری‌های سلامت اقدام کرد.

منابع

- آزاد ارمکی، تقی و همکاران (۱۴۰۰)، «رهیافتی انتقادی به کالایی شدن سلامت و طرد شدگی سالمندان تهیدست»، فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، شماره ۱۰: ۱۷۵-۲۱۲.
- ترابی، پروانه (۱۳۸۸)، بررسی مردم‌شناختی طبابت سنتی در شهر شاهرود، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- حقیقیان، منصور و همکاران (۱۳۹۸)، «پای پزشکان در کفش جامعه شناسان؛ نقدی بر پزشکی شدن اعتیاد در ایران»، فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، شماره ۱۳: ۹-۳۴.
- حاجی حیدری، حامد و علی متقی‌زاده (۱۳۹۱)، «بازسازی الگوی بازانديشي گیدنز بر مبنای مواضع اخیرتر او راجع به سنت»، فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، شماره ۳: ۴۱-۸۳.

1 Margaret Chan Fung Fu-chun

2 Evidence based medicine

- خامنه، فریده (۱۳۷۴)، بررسی طب سنتی در شهرستان ارومیه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- زمانی، احمدرضا و همکاران (۱۳۸۴)، «مهارت‌های ارتباطی، ضرورت فراموش شده در آموزش پزشکی»، *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، شماره ۵: ۲۳-۳۵.
- صالحیان، لیلا (۱۳۸۷)، بررسی مردم‌شناختی طب سنتی در استان چهارمحال و بختیاری (مطالعه موردی روستای باجگیران)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- فرخی، فرشته (۱۳۹۱)، بررسی علل گرایش به طب سنتی در شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- کرسول، جان (۱۳۹۸)، *پویش کیفی و طرح پژوهش*، ترجمه حسن دانایی فرد، تهران: نشر اشراقی.
- کرسول، جان و ویکی کلارک (۱۳۹۰)، *روش‌های تحقیق ترکیبی کرسول*، ترجمه جاوید سرایی و علیرضا کیانمنش، تهران: نشر آبیژ.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹۴)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- نظری، راحله (۱۳۸۳)، *پژوهش مردم‌شناختی در طب سنتی (مطالعه موردی روستای یارند)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- Barbara, A., Beck, U., Van Loon, J (2000), **The Risk Society and Beyond: Critical Issues for Social Theory**, London Sage Publications.
- Riessman, C. K. (2008), **Narrative Methods for the Human Sciences**, London: Sage Publication.
- Cockerham, W. (2013), **Medical Sociology on the Move**, Dordrecht: Springer.
- Conrad, P. (2007), **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders**, Baltimore: JHU Press.
- Earthy, S., & Cronin, A. (2008), **Narrative analysis** in Chapter Gilbert N. (2008) **Researching Social Life**, London: Sage.
- Gabe, J., & Monaghan, L. F. (2013), **Key concepts in medical sociology**, London: Sage Publications.
- Hinote B.P., Wasserman J.A. (2013), **Reflexive Modernity and the Sociology of Health**. In: Cockerham W. (eds) **Medical Sociology on the Move**, Dordrecht: Springer.
- Illich, I. (1975), **Medical nemesis**, Michigan: Pantheon Books.
- Petersen, A., & Bunton R. (2002), **Foucault and the medicalisation**, in Chapter Lupton, D. (2002), **Foucault, health and medicine**, London: Routledge.
- Mishler, E. G. (1984), **The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews**, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Moeini, R., Mozaffarpur, S.A., Mojahedi, M. et al. (2021), The prevalence of complementary and alternative medicine use in the general population of Babol, North of Iran, 2018. **BMC Complement Medicine and Therapies**, No. 21: 113-145.
- Navarro, V. (1983), "Radicalism, Marxism, and Medicine". **International Journal of Health Services**, No 13(2): 179-202.

- Shutzberg, M. (2021), “The Doctor as Parent, Partner, Provider... or Comrade? Distribution of Power in Past and Present Models of the Doctor–Patient Relationship.” **Health Care Analysis**, No. 29: 143- 157
- Siahpush, M. (2000), “A Critical Review of the Sociology of Alternative Medicine: Research on Users, Practitioners and the Orthodoxy”, **Health**, No 4(2): 159–178.
- Skountridaki, L. (2019). “The patient–doctor relationship in the transnational healthcare context”. **Sociology of Health & Illness**, No. 41: 1685-1705.
- Thompson, T. L., Parrott, R., & Nussbaum, J. F. (2011), **The Routledge handbook of health communication**, New York: Routledge.
- Timmermans, S. (2020), “The Engaged Patient: The Relevance of Patient–Physician Communication for Twenty-First-Century Health”, **Journal of Health and Social Behavior**, No. 61: 259-273.
- WHO. (2013), **WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023**, Switzerland: WHO Press.
- Williams, S. J., Gabe, J., & Calnan, M. (2000). **Health, medicine and society**, London: Routledge.
- Zola, I. K. (1972), “Medicine as an institution of social control”, **The sociological review**, No 20(4): 487–504.