

طب جایگزین، واکنشی اجتماعی در برابر پزشکی علمی

دکتر فاطمه جواهری *

چکیده:

جامعه شناسی پزشکی شاخه ای از جامعه شناسی است که به بررسی روابط متقابل میان عوامل اجتماعی - فرهنگی و پدیده های پزشکی می پردازد. نویسنده در این مقاله با استفاده از رهنمودهای جامعه شناسی، به تبیین زمینه ها و دلایل روی آوردن مردم به روش های درمانی که خارج از چارچوب نهاد پزشکی هستند. نتایج این بررسی نشان می دهد که نارضایتی از پیامدهای درمان پزشکی، نارضایتی از ارتباط پزشک - بیمار و نارضایتی از مناسبات اقتصادی - اجتماعی حاکم بر پزشکی متعارف در گسترش طب جایگزین نقش مؤثری دارد.

واژه های کلیدی: پزشکی متعارف، طب جایگزین، نارضایتی از پزشک، نارضایتی از مناسبات حاکم بر نهاد پزشکی، ارزش های فرا مدرن.

* استاد یار گروه علوم اجتماعی دانشگاه تربیت معلم

مقدمه :

در سال‌های اخیر مردم به شیوه‌های درمانی متعددی - خارج از چهارچوب پزشکی متعارف - روی آورده‌اند. رشد و توسعه این روش‌ها توجه جامعه شناسان پزشکی را به خود جلب کرده است. گسترش شیوه‌های غیررسمی درمان، و تمایل مردم به بهره‌مندی از درمان‌های غیرمتداول، از نظر جامعه‌شناسی نشانه‌ فاصله گرفتن از هنجارهای اجتماعی معمول درزمینه سلامت جویی است. با توجه به این که نهاد پزشکی یکی از مهم‌ترین نهادهای جامعه است، اقبال مردم به طب جایگزین می‌تواند نشان دهنده تغییراتی باشد که در حال وقوع است.

این مقاله می‌کوشد تا برخی زمینه‌های اجتماعی - فرهنگی مؤثر بر توسعه طب جایگزین را معرفی کند. با توجه به این که، هم اکنون در ایران بعضی روش‌های طب جایگزین گسترش یافته است، ضرورت بررسی این مبحث بیشتر احساس می‌شود.

تعریف طب جایگزین

پزشکی امروز با واژه‌هایی چون: بنیادگرا (orthodox)، زیستی (allopathic) علمی (Scientific)، و متعارف (conventional) توصیف می‌شود. این دانش شامل: مجموعه روش‌های پیش‌گیری، تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران است، که از قرن نوزدهم در اروپا شکل گرفته است و به تدریج تکامل می‌یابد. این شیوه از طریق آموزش دانشگاهی و کار عملی در بیمارستان آموخته می‌شود و همچنین به وسیله‌ی نهادها و سازمان‌های مرتبط با امور پزشکی که از نظر قانونی به رسمیت شناخته شده‌اند و تحت نظارت دولت عمل می‌کنند.

طب جایگزین (alternative medicine) شامل نظام‌ها، شیوه‌ها، مداخلات و کاربردهای درمانی است که آن را از دانش پزشکی مسلط و رایج امروز جهان جدا می‌سازد^(۱).

«طب مکمل» اصطلاح دیگری است که گاهی به جای طب جایگزین به کار می‌رود. طب مکمل (complementary medicine) مجموعه‌ای از شیوه‌های تشخیصی، درمانی و پیش‌گیری است که با مشارکت در یک کل مشترک به تکمیل طب رایج می‌پردازد. این طب به تقاضاهایی پاسخ می‌دهد که پزشکی بنیادگرا آنها را برآورده نکرده است.^(۲)

طب جایگزین مبتنی بر تصویری زیست - محیطی، از بدن است. در این چارچوب فرایندهای بیوشیمیایی، وضعیت عاطفی، عقاید، شیوه زندگی، خصوصاً تغذیه و امور معنوی، همگی در پیوند با یکدیگر در نظر گرفته می‌شوند. در کنار این کل‌گرایی، طب جایگزین متعهد است از تکنولوژی به میزان اندکی استفاده کند و رژیم‌های درمانی‌ای را توصیه کند که به شرایط خاص هر فرد (نه علائم ظاهری) ارتباط دارد. در این طب، برداشت و تصور هر فرد از بیماری‌اش بخش مهمی از تشخیص و درمان را تشکیل می‌دهد و بر این اساس، بر قابلیت خوددرمانی بدن تأکید می‌شود. به علاوه به سالم بودن یا احساس مثبت سلامت بیش از فقدان بیماری اهمیت داده می‌شود. در این نظام درمانی از سنت‌های درمانی، که خارج از قلمرو پزشکی زیستی غرب هستند و می‌توانند از هجوم بیماری‌های مختلف پیش‌گیری کنند، استفاده می‌شود^(۳).

انواع طب جایگزین

طب جایگزین دربردارنده ی طیف گسترده‌ای از روش های درمانی است. طبقه‌بندی این انواع متفاوت براساس فلسفه پایه، نگرش نسبت به بیماری و روش درمان صورت می‌گیرد و در ذیل برخی از تقسیم بندی های کلی طب جایگزین قرار می‌گیرد. از آنجا که هنوز برای اکثر این واژه‌ها معادل مناسبی ساخته نشده است در بعضی موارد همان اصطلاح اصلی به کار برده می‌شود^۴ نظام‌های مبتنی بر کاربرد گیاهان دارویی، شامل: طب آیورودا، طب گیاهی، همیوپاتی؛

- انرژی درمانی شامل: طب سوزنی، بازتاب درمانی، ریکی، شیاتسو؛

- درمان‌های معنوی و ذهنی؛ شامل: تمرکز متعالی، تخیل ذهنی، دعا درمانی، هیپنوتیزم؛

- درمان‌های غذایی؛ شامل: ویتامین درمانی، رژیم‌های غذایی خاص، طبیعت درمانی؛

- کار فیزیکی بر روی بدن انسان؛ شامل: ماساژ درمانی، یوگا، تایچی، تن آرامی، کایرو پراتیک، آسته اوپاتی.

برخی انواع طب جایگزین از پزشکی سنتی منشعب است. این شیوه‌ها از قدیم در جامعه رایج بوده اند؛ اما در دوران اخیر اقبال بیشتری بدانها نشان داده شده است. برای مثال، طب سوزنی از چین باستان؛ طب گیاهی از ایران؛ و آیورودا از سنت‌های قومی هند سرچشمه می‌گیرد. بعضی از روش های دیگر، مانند روش کایروپراتیک محصول تجربه‌های شخصی و کسب مهارت های خاص در دوران اخیر است.

رشد طب جایگزین

منظور از رشد طب جایگزین افزایش مراکز ارائه دهنده خدمات طب جایگزین در سطح جامعه و نیز تمایل مردم به بهره مندی از آن است. براساس شواهد موجود، چند سال گذشته، تمایل مردم به استفاده از خدمات طب جایگزین به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. برای مثال، بازار داروهای طبیعی اروپا سالیانه ۳/۵٪ رشد می‌کند. این نسبت در انگلستان به ۶٪ می‌رسد. در ۱۹۹۰ در آمریکا حدود ۴۳۰ میلیون نفر به درمانگران طب جایگزین مراجعه کرده اند که این رقم را با ۳۹۰ میلیون نفری که به پزشکان مراجعه کرده اند، مقایسه کرد^(۶).

در انگلستان (۱۹۹۲-۱۹۹۶) بازار داروهای گیاهی و داروهای همیوپاتی و روغن‌های درمانی حدود ۴۱٪ افزایش یافته است. در آلمان، برای کاهش افسردگی، در اکثر موارد داروی گیاهی تجویز می‌شود. در آمریکا (۱۹۹۷-۱۹۹۸) ارزش بازار داروهای گیاهی به ۳/۸۷ میلیون دلار رسید^(۷). تحقیق دیگری^(۸) در ۱۹۹۲ در ایالات متحده آمریکا انجام شد، نشان می‌دهد که تقریباً، یک سوم مردم، حداقل یک‌بار از یکی از روش‌های طب مکمل استفاده کرده‌اند. مشابه بررسی یاد شده در اروپا انجام شده و نشان می‌دهد که ۶٪ مردم کشورهای هلند و بلژیک و ۷۴٪ مردم انگلستان نیز که تمایل دارند حق بیمه بیشتری بپردازند تا بتوانند از درمان‌های جایگزین هم استفاده کنند^(۹).

برخی از روش‌های طب جایگزین، در نظام دانشگاهی بعضی از کشورها، جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده است. برای مثال، در دانشگاه فن‌آوری استرالیا، برای طب سوزنی، مدرک لیسانس، و برای طب گیاهی غرب، مدرک دیپلم داده می‌شود. در دانشگاه مک کوری (Mcquaric) یک مرکز کایروپراتیک وجود

دارد؛ و در دانشگاه کراس ساترن (Cross Southern) هم یک واحد درسی به مبحث طبیعت درمانی اختصاص یافته است^(۸).

توسعه طب جایگزین در سطح تولید فکری نیز منعکس است. به طوری که در نشریات تحت پوشش پزشکی سالیانه حدود ۱۵۰۰ عنوان مقاله در باره ی طب جایگزین منتشر می شود^(۹). بدین ترتیب پزشکان و درمانگران توامان خدمات طب جایگزین را ارائه می دهند.

پزشکان در برابر طب جایگزین واکنش های متفاوتی ابراز کرده اند، بعضی، از درمانگران طب جایگزین با عباراتی چون «پزشک قلبی» یاد می کنند. در بعضی موارد دو گروه با هم به توافق رسیده اند و در صورتی که درمانگران، کارایی خود را به شیوه ای علمی به اثبات رسانده باشند، در کنار پزشکان به فعالیت می پردازند. گاهی نیز پزشکان، در کنار آموزش های تخصصی خود، به فراگیری بعضی انواع طب جایگزین اقدام کرده اند^(۱۰).

عوامل موثر بر رشد و توسعه طب جایگزین

اندیشمندان جامعه شناسی در تبیین گسترش طب جایگزین از یک سو، به عواملی که در درون نهاد پزشکی وجود دارد و از سوی دیگر، به بعضی عوامل که از بیرون بر آن اثر می گذارد، اشاره کرده اند. برخی از این عوامل به عبارتند از:

الف. نارضایتی از پیامدهای درمان پزشکی درباره درمان پزشکی و آثار و پیامدهای آن ارزیابی های متفاوتی شده است. بعضی از افراد معتقدند، علی رغم تأثیری که نهاد پزشکی در افزایش سلامت داشته است، مواردی نیز وجود دارد که درمان پزشکی باعث بیماری شده است. انقلاب صنعتی موجب توسعه کمی و کیفی صنایع دارویی شده؛ اما در کنار نتایج مثبت مصرف داروها، آثار منفی و زیان بار این نوع داروها نیز بیشتر شده است. استفاده مستمر از داروهای شیمیایی موجب کاهش مقاومت

طبیعی بدن می‌شود. هرچند کاربرد یک دارو به معالجه بیماری کمک می‌کند؛ اما گاهی احتمال ابتلا به بیماری‌های دیگر را افزایش می‌دهد.

ایوان ایلچ (E. Ilich) از این پدیده تحت عنوان بیماری‌زایی کلینیکی نام می‌برد. به عقیده ی او بیماران از درمان دارویی بیش از خود بیماری، که به گونه‌ای مهار شده، رنج می‌برند و به موردی از یک بیماری پزشک ساخته (Iatrogenic) تبدیل می‌شوند؛ برای مثال درمان استروئید، در افراد کم سن و سال، ممکن است بیماری‌های ناتوان کننده را از میان بردارد؛ اما در سال‌های بعد سندرم کاشینگ را به وجود می‌آورد^(۱۱). پژوهشی که توسط شاپیرو (Shapiro)، در ۱۹۷۱ در شش بیمارستان آمریکا، انجام شد نشان می‌دهد واکنش‌های درمانی خطرناک، در بین بیماران تحت درمان، ۴۴٪ بوده است. اگر این رقم به همه بیماران بیمارستان‌های ایالات متحده، یعنی ۳۲ میلیون نفر افراد بستری شده در یک سال، تعمیم داده شود، رقمی بالغ بر ۱۳۰ هزار مورد، مرگ را نشان می‌دهد^(۱۲). استورات لوی، عضو دانشکده علوم پزشکی تافتس (Tufts) بوستون می‌گوید: استفاده گسترده از آنتی بیوتیک‌ها، رشد گونه‌ای از سیستم‌های مقاوم جانوران ذره‌بینی را تقویت می‌کند. این امر به طور جدی معالجه بیماری‌هایی را که تا به حال قابل درمان بوده، پیچیده و دشوار کرده است^(۱۳).

همچنین آثار منفی حاصل از تشخیص‌های نادرست، تجویزهای اشتباه، جراحی‌های نابجا راه می‌توان بر این فهرست افزود. ناتوانی علم پزشکی از درمان قطعی بعضی از بیماری‌های مزمن، مانند دردهای مفصلی، دیابت، سرطان و رماتیسم بر دامنه این ارزیابی‌های منفی می‌افزاید.

در این باب ایلچ به پدیده دیگری با عنوان «بیماری پزشک ساخته اجتماعی، فرهنگی و ساختاری» اشاره می‌کند. به عقیده او عملکرد نهاد پزشکی تهدیده

کننده ی سلامت است. او معتقد است: صرف فراهم آوردن خدمات بیشتر، مشوق استفاده بیشتر است. دسترسی بیش از اندازه به خدمات درمانی و بهداشتی مردم را تشویق می‌کند که از این خدمات بیش از آنچه نیاز خود، دارند استفاده کنند. مردم به تدریج به این استفاده بیش از حد عادت می‌کنند و آن را عنصر ضروری برای سلامت خود می‌دانند. به این ترتیب میزان تحمل افراد کاهش می‌یابد و مصرف کالاهای بهداشتی جایگزین مسئولیت فردی می‌شود. این وابستگی از میزان تندرستی و شادابی و استقلال انسان‌ها می‌کاهد^(۱۴).

درباره کاربرد تکنولوژی پزشکی هم تردیدهایی وجود دارد؛ زیرا ممکن است دستیابی به درمان با ابزارهایی ساده‌تر قابل تأمین باشد. گاهی استفاده از تکنولوژی بر کیفیت بعدی زندگی، تأثیری مخرب می‌گذارد. در برخی از موارد هم استفاده از آن عاقلانه نیست؛ زیرا منابع درمانی، که می‌تواند در مسیر دیگری به کار برده شود، به هدر می‌رود. عوامل یاد شده باعث فاصله گرفتن درمان پزشکی از اهداف خود شده است. نتایج تحقیق شارما (Sharma) در ۱۹۹۲ نشان داد که بیماران در وهله ی اول به منظور رفع مشکل سلامت و کاهش درد و رنجی که پزشکان به شیوه‌ای مؤثر قادر به رفع آن نبوده‌اند، به درمانگر طب جایگزین مراجعه کرده‌اند.

همچنین بررسی های فارنهام و فوری (Furnham & Forey) و فارنهام و اسمیت (Furnham & Smith) در ۱۹۹۸، نشان می‌دهد که ضمن مقایسه میان دو گروه مراجعه کنندگان طب جایگزین و پزشکی علمی، گروه اول نسبت به کارایی (عملکرد) پزشکان بدبین تر هستند^(۱۵). محققان دیگر هم نشان داده‌اند که طرفداران طب جایگزین به درمان پزشکی کمتر اعتماد دارند^(۱۶).

تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که نسبت قابل توجهی از مراجعه کنندگان به طب جایگزین افرادی بیماری‌های مزمن، مانند ایدز، سرطان، دردهای مفاصل، آلزایمر و صرع تشکیل می‌دهد.^(۱۷) بنابراین می‌توان چنین استنباط

کرد که این افراد برای درمان دردی که از عهده درمان پزشکی خارج بوده به درمانگر طب جایگزین مراجعه کرده‌اند.

ب. نارضایتی از ارتباط پزشک - بیمار

نوع و کیفیت ارتباط پزشک - بیمار، یکی دیگر از جنبه‌های نارضایتی است. الگوی رایج ارتباط پزشک - بیمار تا حدی از روش‌شناسی پزشکی سرچشمه می‌گیرد. یکی از ویژگی‌های پزشکی علمی تقلیل‌گرایی روش شناختی (methodological reductionism) است. این ویژگی از طرفی موجب انفکاک میان جسم و ذهن و روح می‌شود و از طرف دیگر باعث جزء نگری است. پزشکی علمی که مبتنی بر اندیشه دوگانه‌گرایی دکارتی، یعنی «جدایی جسم و ذهن» است، انسان را از کلیت خود جدا می‌سازد و به شیوه‌ای مکانیکی به بررسی او می‌پردازد. در این روش موجودات مرکب و پیچیده با تحقیق درباره اجزای‌شان بررسی می‌شوند^(۱۸).

براساس این رویکرد، پزشک، در مواجهه با بیمار، بیش از هر چیز به جسم او توجه دارد. شرایط روحی و عاطفی بیمار، که برخاسته از زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی‌ای است که در آن بسر می‌برد، چندان مورد توجه قرار نمی‌گیرد. از طرف دیگر، همان جسم هم به شیوه‌ای جزء نگرانه و بدون پیوند با عملکرد سایر اعضا بررسی می‌شود. در این فرایند از کلیت انسان و خصلت منحصر به فرد بودن او غفلت می‌شود. در نتیجه گسترش پزشکی زیستی در یک چارچوب مرجع تخصصی، که بر گرفته از اثبات‌گرایی است، بیمار به یک شیء تبدیل می‌شود و شخصیتش نادیده گرفته می‌شود. این امر زمانی رخ می‌دهد که پزشکی از رویکرد کل‌گرایانه‌ای، که در آن گفتگو با بیمار مبنای تشخیص علائم و درمان بود، به طرف رده‌بندی پزشکی بیمارستانی پیش می‌رود و به بیمار همانند مجموعه‌ای از سلول‌های آزمایشگاهی می‌نگرد^(۱۹).

در این شرایط بیماری فرد، جدا از ویژگی‌های شخصی‌اش، بررسی می‌شود. پزشک بیشتر به امر درمان (نه مراقبت) توجه دارد. بنابراین، بیمار، در ارتباط با بیماری‌اش، دچار نوعی احساس از خود بیگانگی و فقدان هویت و معنا می‌شود.

برخی از مشکلات ارتباطی پزشک و بیمار به تفاوت چارچوب‌های معانی آنها مربوط است. زیرا نظام پزشک برخاسته از یک چارچوب علمی است در حالی که چارچوب بیمار از تجربه‌های زندگی روزمره‌اش سرچشمه می‌گیرد. در ۱۹۸۶ واگنر (Wagner) در مقایسه چارچوب‌های متناقض پزشک و بیمار، درباره بارداری و زایمان، به این نتایج رسید:

- زنان، بارداری و زایمان را پدیده‌ای طبیعی می‌دانند در حالی که پزشکان با زایمان همچون فرایندی آسیبی و تا حدی مبهم برخورد می‌کنند.

- زنان اغلب تصور می‌کنند در شناخت بدنشان و ساز و کار آن مهارت دارند؛ اما پزشکان معتقدند که تمام معلومات مفید درباره بارداری و زایمان در قلمرو دانش پزشکی قرار دارد.

- زنان می‌خواهند بر اموری که در طول دوره بارداری رخ می‌دهد نظارت داشته باشند؛ اما پزشکان طوری عمل می‌کنند که گویی آنها باید درباره همه چیز تصمیم بگیرند.

- بعضی از زنان به علت احساس کاهش نظارت بر خود و برداشتی است که از زایمان به عنوان یک فرایند طبیعی دارند، نمی‌خواهند هنگام زایمانشان از تکنولوژی استفاده شود، در حالی که پزشک، استفاده از تکنولوژی را منبع مهمی برای کنترل فرایند‌های آسیب‌زا می‌داند.

- زنان از رضایت بخش نبودن ارتباط گلمند هستند. آنان به سختی سؤال‌هایشان را مطرح می‌کنند، اگر هم سؤالی بپرسند، به پرسش آنها پاسخی داده نمی‌شود یا آن پرسش بی‌اهمیت تلقی می‌شود. پزشکان، به جای آن که

سؤال‌ها را تقاضایی برای کسب اطلاع تلقی کنند، اغلب سؤال را ناشی از نگرانی مادران می‌دانند. در این شرایط، پزشک‌هایی که با اصرار بیمار مواجه می‌شوند، پاسخ‌هایی مبهم یا پیش پا افتاده می‌دهند^(۲۰).

وجود این نظام‌های معانی متفاوت اجتناب ناپذیر است؛ اما انتظار می‌رود پزشک هنگام ارتباط با بیمار بتواند بر این مشکل فایق آید. افراد در تعامل با پزشک، مانند هر ارتباط دیگر، خواهان برآوردن نیازهای خود هستند. بیماران غیر از درمان خواهان ارتباط انسانی سالمی هستند که بر پایه احترام، امنیت خاطر و احساس تعلق باشد. پزشک، با صرف زمان کافی برای هر فرد، ارائه اطلاعات لازم به بیمار، مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری و تلاش برای درک مشکلات او، می‌تواند آثار این گسیختگی ارتباطی را مهار کند. در حال حاضر، در فرآیند جامعه‌پذیری حرفه‌ای پزشکان، بیشتر به انتقال مهارت‌های درمانی اهمیت داده می‌شود و به کسب مهارت «ارتباط با بیمار» کمتر توجه می‌شود. مطالعات پژوهشگران نشان می‌دهد که مردم گاهی نه به جهت نارضایتی از پیامدهای درمانی، بلکه به جهت نارضایتی از ارتباط پزشک و بیمار، به یکی از انواع طب مکمل روی می‌آورند.

یافته‌های تحقیق شارما (۱۹۹۲) حاکی از آن است که، از نظر مراجعه کنندگان به طب مکمل، پزشکان زمان اندکی را صرف بیماران خود می‌کنند. تحقیقات فارنهام و فوری (۱۹۹۴) نشان داد که مراجعه کنندگان به طب مکمل معتقدند پزشکان به آنچه بیمارانشان می‌گویند کمتر توجه نشان می‌دهند^(۲۱).

ج - نارضایتی از مناسبات حاکم بر پزشکی
بخش دیگری از عوامل مؤثر بر طب جایگزین در مناسبات اقتصادی - سیاسی حاکم بر پزشکی مدرن جستجو می‌شود. نفوذ آثار نوگرایی در نهاد

پزشکی از جهات مختلف قابل ارزیابی است. متفکران این دیدگاه معتقدند گرایش نسبت به طب مکمل واکنشی اجتماعی در برابر پزشکی مدرن است. قبل از توسعه چشم گیر پزشکی علمی در دوره ی مدرن انواعی از روش های درمانی که با تجربیات و فرهنگ و شرایط اقلیمی خاص هر جامعه تناسب داشتند، در کنار پزشکی علمی فعالیت می کردند. این وضعیت تکثر-گرایانه با غلبه جهان بینی علمی به تدریج ضعیف شد. درمان های خارج از قلمرو پزشکی با برچسب خرافه ای و غیر عقلانی بودن به حاشیه رانده شد و پزشکان به عنوان افراد برجسته این حوزه از امتیاز یک حرفه تخصصی بهره مند شدند^(۲۲). در نتیجه پزشکان در تنظیم بدن انسان و نظارت بر عملکرد آن از یک موقعیت انحصاری برخوردار شدند. اصطلاح طنز آمیز «امپراتوری پزشکی» اشاره به همین وضعیت دارد. بخشی از این اقتدار، از خلال فرایندی به دست آمده که پزشکی در مسیر توسعه تاریخی خود طی کرده است.

به نظر یورگن هابرماس (J.Habermas) - منتقد جامعه شناس - توسعه نهاد پزشکی تحت تأثیر دو عامل قدرت و پول قرار گرفته است. وی دو قلمرو نظام و جهان زندگی را از یکدیگر تفکیک می کند و معتقد است دو نوع کنش و عقلانیت متفاوت بر هر یک از آنها حاکم است. واژه نظام، به قلمروهای سیاسی، اقتصادی و مدیریت دولتی، مربوط است. قدرت و پول دو عامل میانجی نظام هستند. کنش های معمول در این قلمرو از نوع عقلانیت هدفمند ابزاری است و اصل راهنما به حداکثر رساندن کارایی است^(۲۳). وی در طبقه بندی که درباره علوم کرده است، علوم تجربی تحلیلی را، که معطوف به تسخیر طبیعت و کنترل آن است، با کاربرد تکنولوژی در قلمرو نظام متناظر می داند^(۲۴). از نظر او جهان زندگی شامل کنش های ارتباطی انسان ها در قلمرو زندگی روزمره، درک میان ذهنی و فهم همدلانه از امور زندگی است. جهان زندگی، عامل میانجی و فضای نمادینسی است که فرهنگ، انسجام اجتماعی و شخصیت، از درون آن بیرون

می آید و باز تولید می شود. واژه جهان زیست که در برابر واژه نظام قرار دارد، به جای «باز تولید مادی» به «باز تولید نمادی» معطوف است^(۲۵).

نهاد پزشکی در فرایند توسعه خود نیازمند تخصیص سرمایه و حمایت‌های دولتی بوده است. به علاوه پزشکی به عنوان یک علم تجربی تحلیلی، که در جستجوی تسخیر و نظارت است، با نوعی سوی‌گیری ابزاری همراه شده است. نفوذ این الزامات اقتصادی - سیاسی در قلمرو کنش‌های متقابل پزشک و بیمار به معنای تحریف یا استعمار جهان زیست است. بر این اساس، از یک طرف با انسان‌ها هم‌چون شیء رفتار می‌شود و از آنها شخصیت زدایی می‌شود؛ از طرف دیگر پزشکی به ابزاری برای اعمال سیاست‌های اقتصادی و سیاسی صاحبان قدرت تبدیل می‌شود.

انجمن‌های پزشکان انگلیسی - آمریکایی به شیوه‌ای ماهرانه از فرصت‌های موجود در بازارهای اقتصادی سرمایه‌داری مدرن بهره‌برداری کردند. نقش دولت هم فراهم آوردن چارچوبی برای مبادلات خصوصی بوده است. در جوامع اروپایی، که حرفه پزشکی به واسطه دولت‌های متمرکز بروکراتیک شکل گرفت، دولت‌ها بر اشکال نهادی کار پزشکی و بر سوی‌گیری فرهنگی پزشکان، نفوذ قابل توجهی داشتند^(۲۶). پزشکی نه تنها در ابتدای توسعه خود بلکه در دوران کنونی نیز، تا حدی تحت تأثیر منافع اقتصادی صاحبان سرمایه، سیاست شرکت‌های چند ملیتی تولید دارو، صنایع تجهیزات پزشکی، سازمان‌های بیمه، قواعد مالیاتی دولت و الزامات بوروکراسی سازمانی است. مساله تراکم سرمایه و افزایش منفعت سرمنشأ بسیاری از مشکلات سلامت انسان است؛ زیرا درمان به امری سودآور تبدیل شده است. درمان پزشکی

هنگامی وارد عمل می‌شود که مشکلی به وجود بیاید و کم‌تر به پیشگیری و حفظ سلامت توجه دارد. به واسطهٔ احداث و نگهداری بیمارستان‌ها و تولید تجهیزات پزشکی؛ از تولید کالاهایی مانند الکل، تنباکو و داروهای شیمیایی سود زیادی حاصل می‌شود. غذاهای از قبل آماده‌ای که با افزودنی‌های شیمیایی به بازار عرضه می‌شوند بیشتر مورد تشویق قرار می‌گیرند؛ زیرا تولید آنها نسبت به غذاهای تازه و مقوی، که زود فاسد می‌شوند، منفعت بیشتری دارد. در این سیستم، کنترل آلودگی هوا، باران اسیدی، فشار روانی و مخاطرات شغلی کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد^(۲۷).

میشل فوکو (M.Foucault) به شیوه‌ای مشابه به ارزیابی نقش سیاسی نظام پزشکی می‌پردازد. وی جامعهٔ مدرن را جامعه‌ای انضباطی می‌داند. از نظر او جامعهٔ مدرن، به منظور افزایش توانمندی‌های اقتصادی و فرمان برداری سیاسی، به یک نظام انضباطی قوی و نامحسوس نیاز دارد. در این جامعه، موضوع قدرت نه تنها سرزمین را، بلکه مجموعه‌ی پیچیده‌ای از اشخاص، اشیاء، روابط افراد و شیوه زیست آنها را نیز در برمی‌گیرد. فوکو معتقد است با ترکیب سه عنصر قدرت، دانش، و زبان، یک مکانیزم نظارت اجتماعی شکل می‌گیرد. در این راستا، علم پزشکی به ابزاری تبدیل می‌شود که بر پیکر اعضای جامعه نظارت می‌کند. هدف تکنولوژی انضباطی ایجاد بدنی مطیع و سر به راه است که قابل انقیاد، بهره برداری، تغییر و اصلاح باشد. نحوه‌ی اعمال این تکنولوژی ارتباطی چنین است که بدن را به اجزایی، مانند پا، دست و سر تقسیم می‌کند. این اجزا به طور مستقل از یکدیگر در نظر گرفته می‌شوند و تحت تربیت دقیق و حساب شده‌ای قرار می‌گیرند. هدف از این کار - افزایش - کارآمدی و کنترل بدن است. آدمیان نه به عنوان فاعل سخن و یا نشانه‌هایی قابل قرائت، بلکه به عنوان اشیایی که می‌توان

به آنها شکل داد و کنترل شان کرد، تلقی می شوند^(۲۸). بدیهی است در این شرایط که انسان ها همانند شیء تلقی شوند نظارت بر آنان ساده تر است. اصطلاح پزشکی شدن جامعه (medicalization of society) بر همین سلطه یک جانبه ی پزشکی بر نهادهای دیگر دلالت دارد. این عبارت به گسترش نفوذ حرفه پزشکی در قلمروهایی که خارج از فعالیت های اصلی آن قرار دارد، ناظر است. براساس این دیدگاه نهاد پزشکی از لحاظ ابعاد و اهمیت به طور فراینده ای در حال رشد است و سهم بیشتری از منابع را که می تواند در جهات دیگر مصرف شود به خود اختصاص می دهد. به علاوه بسیاری از اموری که پیش از این جزء وقایع عادی زندگی محسوب می شدند مانند تولد، ازدواج، پرورش کودک، کم خوابی یا چاقی، اکنون تحت نظر پزشک انجام می شود. همچنین امروزه بعضی از رفتار های بزه کارانه جرم تلقی نمی شود و انسان بزه کار دیروز، امروز به عنوان بیمار تحت درمان پزشکی قرار می گیرد. این فرایند از یک سو، موجب وابستگی بیش از حد مردم به نهاد پزشکی شده است و از طرف دیگر، موجب افزایش نفوذ پزشکی در تنظیم اجتماعی می شود^(۲۹).

ارتباط پزشک با منابع قدرت و ثروت زمانی بهتر آشکار می شود که به جایگاه پزشکی در دنیای کنونی توجه شود. حرفه پزشکی، در کشورهای صنعتی و در کشورهای در حال توسعه، یکی از معدود مشاغلی است که از پایگاه اجتماعی و منزلت و قدرت اقتصادی بالایی برخوردار است^(۳۰).

آمیختگی پزشکی با مناسبات اقتصادی و سیاسی جامعه مدرن، و سلطه بیش از حد آن بر شیون مختلف زندگی، باعث مقاومت مردم است. واکنش های انتقادی در برابر نفوذ بعضی از پیامدهای نوگرایی در پزشکی موجب شکل گیری خرده فرهنگ جدیدی شده است. این خرده فرهنگ در بردارنده افکار، ارزش ها و شیوه های جدید زندگی است.

بعضی از محققان علوم اجتماعی از این خرده فرهنگ، تحت عنوان ارزش‌های فرا مدرن نام برده اند. این ارزش‌ها بر کل گرایی، طبیعت‌گرایی، استفاده محدود از تکنولوژی، مسئولیت‌پذیری فردی و طرد اقتدار تأکید دارد^(۳۱).

این نظام ارزشی جدید بر کلیت انسان و پیوند متقابل روح و ذهن و بدن و همچنین به نقش فعال خود انسان در کسب سلامت توجه دارد. به جای وابستگی بیش از حد به پزشک، دارو و خدمات درمانی، افراد خود مسئول هستند، که با تنظیم صحیح شیوه زندگی، رژیم غذایی، الگوی مصرف و مدیریت فشارهای روانی، سلامت خود را تأمین کنند. از طرف دیگر، با افزایش تقاضای بیماران برای کسب اطلاع از فرایند بیماری، و مشارکت در درمان، از اقتدار یک جانبه پزشک کاسته می‌شود. پرهیز از کاربرد تکنولوژی، اعتقاد به خاصیت خود ترمیمی طبیعت، و به حداقل رساندن استفاده از داروهای شیمیایی، از عناصر دیگر این نظام ارزشی محسوب می‌شود. از آنجا که ارزش‌ها سوی گیری کنش را تعیین می‌کند، التزام به این ارزش‌ها در جهت‌یابی فرد نسبت به بیماری و در انتخاب روش درمان تأثیر به سزایی دارد. افرادی که دارای رویکردی انتقادی نسبت به پزشکی مدرن هستند و به ارزش‌های فوق گرایش دارند بیشتر به استفاده از طب جایگزین تمایل پیدا می‌کنند. زیرا طب جایگزین بخش قابل توجهی از این نگرش جدید را پوشش می‌دهد.

تحقیقی که سیاهپوش، در استرالیا در زمینه گرایش به طب مکمل، انجام داده است حاکی از آن است که، هرچه پایبندی به ارزش‌های فرا مدرن بیشتر باشد، گرایش به استفاده از طب جایگزین افزایش می‌یابد^(۳۲). برخی از دانشمندان

اجتماعی ای — فرایند را به مثابه علم نهضت اجتماعی در عصر جدید تلقی می کنند^(۳۳).

نتیجه گیری

به منظور جمع بندی مباحث یاد شده در زمینه تبیین پدیده رشد طب جایگزین می توان از دیدگاه مرتون (R. Merton) بهره گرفت. به نظر او زمانی که افراد اهداف را می پذیرند؛ اما ابزار دستیابی به آن را قبول ندارند، به ابداع روش های جدید روی می آورند^(۳۴).

تحقق سلامت و رفع بیماری، یکی از مهم ترین اهداف فردی و اجتماعی است، و عمده ترین شیوه دستیابی به آن، درمان پزشکی است. ناکارآمد بودن درمان پزشکی، نارسایی در ارتباط میان پزشک و بیمار، مناسبات اقتصادی سیاسی حاکم بر پزشکی که با نوعی سلطه توأم است و همچنین شکل گیری ارزش های جدید از در این زمینه، منزلت پزشکی می کاهد و این امر سرآغاز بحران مشروعیت پزشکی است. از این رو، افراد برای دستیابی به هدف سلامت، به شیوه های غیرمتعارفی که خارج از نهاد پزشکی است و فاقد جنبه های منفی آن است، گرایش پیدا می کنند.

قبل از این اشاره شد که شیوه جستجوی سلامت یک پدیده اجتماعی است. علاوه بر ابعاد فرهنگی، اقتصادی، سیاسی که در سطح کلان زمینه گرایش به طب جایگزین را فراهم می آورد، در سطح خرد نیز عوامل فعال کننده ای وجود دارد. میزان اطلاع و آگاهی افراد از انواع طب جایگزین، امکان دسترسی به درمانگران، تشویق و توصیه دیگران به استفاده از خدمات طب جایگزین، اعتقادات کلی افراد و همچنین باورهای بهداشتی آنها در انتخاب یکی از انواع طب جایگزین تأثیر می گذارد.

بایسته‌ی یادآوری است که گرایش و استفاده از طب جایگزین بمعنای انکار قابلیت‌ها و دستاوردهای پزشکی نیست، بلکه بیماران اغلب به طور مکمل از خدمات هر دو نظام بهره‌مند می‌شوند. در بعضی از موارد پزشکان نیز درصدد برآمده‌اند بین دانش تخصصی خود و آموزه‌های طب جایگزین ارتباط برقرار کنند. در ایران هم طی سال‌های گذشته شواهدی دال بر توسعه طب جایگزین ملاحظه می‌شود. بعضی از نمونه‌های آن در روش‌های سنتی تری، مانند حجامت، دعا درمانی، کاربرد گیاهان دارویی نمایان شده است، و برخی دیگر در روش‌های جدیدتری، مانند خواب مغناطیسی، انرژی درمانی، طب سوزنی و همیوپاتی متبلور است.

با این وجود از دیدگاه جامعه‌شناسی هنوز پژوهشی در این زمینه انجام نشده است. احتمال دارد در ایران توسعه طب جایگزین با شرایط موجود در کشورهای دیگر متفاوت باشد. برای تشخیص شرایطی که موجب رواج طب جایگزین در ایران شده است؛ و پیامدهایی که این پدیده در سطوح مختلف، برای نهاد پزشکی و بیماران در پی دارد؛ انجام تحقیقات متعدد و گردآوری اطلاعات دقیق ضروری به نظر می‌رسد.

بی نوشت ها:

1. Chez&Jonas,1997,pp:156.

2. Ernest,2000,pp:252.

3. Schneirov & Gezik,1996, pp:628-60

۴- اصطلاحات مربوط به انواع طب جایگزین به ترتیبی که در متن آمده ارائه می شود:

accupancture, reiki, shiatsu, herbalism, ayurvedic medicine, homoeopathy
spiritual healing, mental imagination, transcendent meditation, prayer healing
naturopathy, vitamin therapy, massage, yoga, tai Chi, relaxiation, chiropractic,
osteopathy.

5. complementary medicine,1996,pp:247

6. Ernest,2000,pp:256.

۷- ژانگ، ۱۳۷۶، ص ۴.

8. Easthope,1998,pp:273.

9. Ernst,2000,pp:253.

10. Easthope,1998,pp:271

۱۱- آرمسترانگ، ۱۳۷۲، ص ۱۸۵.

۱۲- اتریونی و هالوی، ۱۳۷۸، ص ۱۱۳-۱۱۲.

۱۳- همان، ص ۱۱۷-۱۱۶.

۱۴- آرمسترانگ، ۱۳۷۲، ص ۱۸۶.

15. Siahpoush,1998,pp:59

16. McGregor & Peay,1996,pp:1317

17. Abdel-Rahman & Nahata,1997,pp:1397

18. McKee,1988,pp:776

19. Saks,1988,pp:200

20. Ibid,pp:188

21. Siahpush,1998,pp:60

22. Saks.1998,pp:199-200

23. Scambler,1987pp:171

24. Pusy, 1987, pp:24
- 25-Schneirov, 1996, pp:627-628
- 26.Scambler, 1987, pp:171
- 27.McKee, 1988, pp:775

۲۸- نقل از درینفوس، ۱۳۷۶، ص ۲۶۸-۲۷۰.

۲۹- رابرتسون، ۱۳۷۲، ص ۳۷۹.

30. Gursory, 1996, pp:580
31. Siahpoush, 1998, pp:60 , Schneirov, pp:629-30.
32. Siahpoush, 1998, pp:63; Furenham & Forey, 1994, pp:458-469.
33. Schneirov & Geczik, 1990, pp:628.
- 34.Merton, 1957, pp:139-140.

منابع :

۱. آرمسترانگ، دیوید: جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه احمد خزایی و محمد توکل، دانشگاه صنعتی شریف، تهران، ۱۳۷۲.
 ۲. اتریونی، ایوا (و) هالوی (زیر نظرتی بی با تامور): روشنفکران و شکست در پیامبری، ترجمه حسین کجوتیان، تیان، تهران، ۱۳۷۸.
 ۳. دریفوس، هیوررت (و) رابینو پل: میشل فوکو فراسوی ساختگرایی و هرمنوتیک، ترجمه حسین بشیریه، نشر نی، تهران، ۱۳۷۶.
 ۴. رابرتسون، یان: درآمدی بر جامعه با تأکید بر نظریه‌های کارکردگرایی، ستیز و کنش متقابل نمادی، ترجمه حسین بهروان، آستان قدس رضوی، تهران، ۱۳۶۶.
 ۵. ژانگ، چیانورویی: طب سنتی و سازمان جهانی بهداشت، نشریه بهداشت جهان، ۱۳۷۶.
6. Chez Ronald A. & Jonas Wayne B.; "The Challenge of complementary and alternative Medicine", in American Journal of Obstet Cynecol, 1997, Vol:177.
 7. -- "Complementary Medicine From Quackery to Science?", in Journal of Lab Clinical Medicine, 1996, No: 127.
 8. Ernest E. ; "Prevalence of Use of Complementary / Alternative Medicine : A Systemic Review", in Bulletin of the World Health Organization , 2000.
 9. Easthope Gary ; "Alternative Medicine", in "Second Opinion, An Introduction to Health Sociology" , Ed: Germov John, Great Britain: Oxford University Press, 1998.
 10. Furenham A. & Forey J. : "The Attitudes, Behaviour and Beliefs of Patients of Conventional vs. Complementary (Alternative) Medicine" ,Journal of Clinical Psychology, 1994, Vol:50.
 11. Gursoy Akile ; "Beyond The Orthodox Heresy" in Medicine & Social Sciences From McGregor Kathrine & Peay Edmund R.; "The Choice of Alternative Therapy for Health Care: Testing Some Propositions", in Social Sciences & Medicine, 1996, Vol:43, No:90.

12. Mc Kee Janet : "Holistic Health and The Critique of Medicine" , in Social Sciences & Medicine, 1988 ,Vol:26, No:8.
13. Merton Robert K. ; "Social Theory and Social Structure". United States Of America: Free Press, 1957.
14. Pusy Michael; "Jurgan Habermas" , United States of America : Ellis Horwood Limited, 1987.
15. Saks Mike ; "Medicine and Complementary Medicine Challenge and Change" in "Modernity Medicine and Health" , ed: Scambler Graham & Jiggs Pual, Greal Britain: Routledge Pub, 1998.
16. Scambler Graham; "Sociological Theory & Medical Sociology" ,United States Of America: Tavistock Pub,1987.
17. Schneirov Matthew & Geezik Jonathan David; "A Diagnosis for Our Time: Altrnative Health's Submerged Networkes and The Transformation of Identities", in Sociological Quarterly, 1996, Vol:37, No:4.
18. Siahpush Mohammad; "Postmodern Values, Dissatisfaction with Conventional Medicine and Popularity of Alternative Therapies", in Journal of Sociology, 1998,Vol: 34, No:1.