

نظام سلامت و مصرف گرایی: مطالعه‌ای مبتنی بر داده‌های ثانویه

محمدباقر علیزاده اقدم^۱

کمال کوهی^۲

رحیم یوسفی اقدم^۳

چکیده

گسترش نظام سلامت در ایران با تغییر ارزشی و مصرف گرایی همزمان است، این دو پدیده به صورت دو وجهی همدیگر را تقویت می‌کنند، از یک سو نظام بهداشت و سلامتی شیوه‌های زندگی «سالم» را تعیین و برای تحقق آن خدمات و کالا ارائه می‌دهد، از سوی دیگر مصرف گرایی نیز با کالایی‌سازی محصولات و تولیدات پزشکی به گسترش گفتمان پزشکی و سلامت در جامعه کمک می‌کند. روش مورد استفاده در تحقیق، تحلیل ثانویه داده‌های پیمایش ملی ارزش‌ها، حساب‌های ملی ایران بانک مرکزی و حساب‌های ملی سلامت مرکز آمار می‌باشد. تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که اساساً در دهه‌های اخیر میزان نارضایتی افراد از وضعیت سلامتی خود افزایش یافته است در عین حال مصرف و هزینه‌های خانوار در ابعاد مختلف؛ بهداشتی، خوراکی و آشامیدنی، پوشاک و کفش، امور فرهنگی و سرگرمی و خدمات و کالاهای متفرقه نیز افزایش یافته است. تحلیل دقیق خود نهاد سلامت و هزینه‌های آن در چند سال اخیر نشان دهنده‌ی آن است که هزینه‌های بخش بهداشت و سلامت در تمامی حوزه‌ها افزایش یافته است. تحلیل نظری این موضوع، نشانه‌ی مصرف گرایی در حوزه‌ی پزشکی و سلامت می‌باشد، به عبارت دیگر نظام سلامت و بهداشت در این دیدگاه از رویکرد زیستی و پزشکی خارج شده و در خدمت پاسخگویی به ارزش‌های اجتماعی در حال ظهور است: ارزش‌های فرهنگ مصرفی

۱. دانشیار جامعه‌شناسی دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، موسسه تحقیقات اجتماعی تبریز، تبریز، ایران

Email: aghdam1351@yahoo.com

(نویسنده مسؤول)

۲. استادیار جامعه‌شناسی رفتارهای پرخطر و سلامت دانشگاه تبریز، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، مؤسسه

تحقیقات اجتماعی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی فرهنگی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

نوع مقاله: مروری، تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۳ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۴

۱۶۶ / فصلنامه اخلاق زیستی سال چهارم، شماره پانزدهم، تابستان ۱۳۹۳

واژگان کلیدی:

نظام سلامت، مصرف‌گرایی، جامعه‌شناسی سلامت، تحلیل ثانویه

مقدمه و طرح مساله

حوزه سلامت یکی از ارکان اساسی جوامع مدرن است که هم دولت‌ها و هم نهادهای بین‌المللی در این حوزه در مورد بهبود وضع سلامتی شهروندان فعالیت و سرمایه‌گذاری می‌کنند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی «سلامتی به عنوان رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی» (WHO, 1948) به نقل از کتس، ۱۳۸۴: ۱۸) می‌باشد. در تعریفی دیگر، این سازمان، سلامتی را به عنوان گستره‌ای در نظر می‌گیرد که در آن حیطة، فرد و یا گروه می‌تواند آرمان‌ها و راه برآورده ساختن نیازهای خود را درک نموده و از طرف دیگر قادر به تغییر یا سازش با محیط باشد، بدین ترتیب، سلامتی به عنوان وسیله‌ای برای زندگی هر روزه در نظر گرفته می‌شود نه به عنوان هدف زندگی. این قضیه یک مفهوم مثبت است که هم بر امکانات اجتماعی و فردی تاکید دارد و هم بر توانایی‌های جسمی (WHO, 1984) به نقل از کتس، ۱۳۸۴: ۱۸) در این تعریف نه تنها به ماهیت زیستی و پزشکی و سلامتی توجه شده است بلکه سلامتی به عنوان «وسیله‌ای برای زندگی» قلمداد شده و آن را به وضعیت‌های گسترده‌ی طبیعی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی ربط داده است. با چنین تعریف گسترده‌ای از «سلامت» دانش پزشکی مقوله بهداشت و سلامتی را از حیطة فیزیولوژی خارج کرده به محیط اجتماعی بسط داده است. بنابراین عملاً هیچ جنبه از زندگی فردی وجود ندارد که دانش پزشکی در آنجا حاضر و دستورالعمل‌های عملی برای تعیین «شیوه زندگی سالم» نداشته باشد. برای مثال دانش پزشکی نه تنها «غذاهای سالم» را تعریف می‌کند. بلکه همچنین ظروف مورد استفاده برای خوردن همین غذاها را با نام «ظروف بهداشتی» نیز تعریف می‌کند. ورود دانش پزشکی به عرصه کالاها با دولت‌های مدرن همراه بوده است. از آنجائیکه این دولت‌ها خود را در مقابل سلامتی شهروندان مسئول

می‌دانند با به وجود آوردن نهادهایی برای نظارت بر تولید کالاهای تایید شده از طرف دانش پزشکی این مسیر را هموار کردند. اصولاً یکی از اهداف دولت‌ها در «استاندارد دادن به کالاها» نیز همین گذر کالاها از مجرا و فیلتر «بهداشت و دانش پزشکی» است. امروزه در مدرنیته‌ی اخیر تحولی دیگر رخ داده و سلامتی با زیبایی و نظام‌های زیبایی‌شناسی پیوند خورده است، این زیبایی‌شناسی ظاهری معیارها و قواعد اخلاقی را نیز تعیین کرده است به طوریکه در باور عامیانه مقوله‌های دوگانه‌ای مانند زشت/ زیبا را به بیماری/ سلامتی و یا مقوله‌های اخلاقی مانند خوب/ بد ربط داده شده است. از نظر محققین «برنامه‌های ارتقاء سلامت از بسیاری جهات ویژگی مدرنیته‌ی اخیر هستند.» (burrowes et al, 1995:55) این ویژگی‌های با ظهور جامعه مصرفی، جامعه‌ی ریسک، کالایی‌شدن حوزه‌های مختلف ارتباط دارند.

جامعه‌ی ایرانی در چندین دهه اخیر تغییرات فرهنگی و اجتماعی متفاوتی را تجربه کرده و یا در حال تجربه کردن است. فرایندی از مصرف‌گرایی در جامعه‌ی ایرانی شکل گرفته است که در بخش‌های مختلفی مانند، مصرف انرژی، مصرف مواد غذایی، مسکن و پوشاک (مصطفوی، ۱۳۹۱: ۸۳) قابل مشاهده است که همواره جایگاه مصرف کالا در ایران بیشتر از استانداردهای جهانی بوده است. در حوزه‌ی بهداشت و سلامتی نیز این مصرف‌گرایی در استفاده زیاد از داروها و مصرف آنها، انواع عمل‌های جراحی زیبایی، مصرف لوازم آرایش و بهداشتی (موسوی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۸) مشهود است. این تغییرات و مصرف‌گرایی به تغییرات ارزشی جامعه و گذر از وضعیت مذهبی - معنوی به اولویت و غلبه عناصر مادی و در نتیجه انتظارات مصرفی نسبت داده شده است (علیخواه، ۱۳۸۷: ۲۵۰؛ خواجه نوری و مقدس، ۱۳۸۸). مصرف‌گرایی و رواج ارزش‌های دنیوی در ایران در حوزه‌ی

بهداشت و سلامتی با تغییر نگرش به بدن و گذر از توجه به وضعیت سلامتی بدن به وضعیت زیبایی‌شناختی بدن قابل توضیح است، بدین صورت که از یک طرف خودکنشگران اجتماعی به معیارهای زیبایی‌شناختی در ارزیابی بدن و سلامت خود بیشتر توجه دارند و از طرف دیگر خود نهاد سلامت و بهداشت با وارد شدن در نظم سرمایه‌داری و اقتصادی، کالاهای پزشکی را به عنوان کالاهای مصرفی و برای اهداف زیبایی‌شناسی درآورده است. مصرف کالاهای پزشکی از ابعاد اجتماعی و زیبایی‌شناختی آن در حکم قبول و پذیرش ارزش‌های مدرنیته‌ی اخیر است. هرچند سیاست سلامت در ایران در خدمت و اهداف پزشکی و سلامت مردم و افراد می‌باشد (قاراخانی، ۱۳۹۱: ۲۴۴)، اما نوعی دیگر از سیاست سلامت از سوی کنشگران اجتماعی به کار گرفته می‌شود که در خدمت سیاست هویتی، مصرف‌گرایی و اهداف زیبایی‌شناسی ظاهری است. مقاله حاضر بر این اساس سعی دارد که اولاً تکثیر و بسط گفتمان سلامت و بهداشت در طی سال‌های اخیر را نشان دهد و از سوی دیگر به بررسی رابطه‌ی آن با گسترش مصرف‌گرایی بپردازد.

ادبیات نظری

استراواس (Strauss, 1957) از دو نوع جامعه‌شناسی سلامت بحث کرده است: جامعه‌شناسی برای سلامت^۱ و جامعه‌شناسی سلامت^۲، جامعه‌شناسی برای سلامت در خدمت نیازهای اساسی پزشکی است، درحالی‌که جامعه‌شناسی سلامت دارای اهداف صرفاً جامعه‌شناختی است که به گرایش‌های ایدئولوژیکی نظام سلامت و نظم اجتماعی جدیدی که این نهاد ارائه می‌کند، می‌پردازد. «جامعه‌شناسی برای سلامت» برابر با دیدگاه تکامل‌گرایی است که رشد و پیشرفت در حوزه‌ی

پزشکی و در نتیجه ایجاد نظام سلامت را با تلاش برای رفاه و سلامتی انسان‌ها در نظر بگیرد، در این دیدگاه نظام سلامتی، در جهت اصول انسان‌گرایانه و اومانستی برای کمک به نوع انسانی برای زیست سالم بنا شده است. نظام سلامت متکی بر مجموعه‌ای از اصول و قواعد که منبعث از واقعیت‌های موجود در ساختمان فیزیکی بدن و محیط اجتماعی او بنا شده است. دستاورد آن نیز رهایی انسان از انواع بیماری‌های ناشناخته و افزودن به طول عمر و بالابردن کیفیت زندگی می‌باشد. قواعد نظام بهداشت و سلامت، جهانی و عمومی است، زیرا ساختمان بدن پدیده‌ی طبیعی است و فرهنگ و ارزش‌ها در آن تاثیر ندارد، به طور کلی در این دیدگاه بدن و سلامتی از تاثیرات تاریخ دور می‌ماند. بدین معنی که تاریخ نمی‌تواند قواعد اساسی و طبیعی بدن و نظام سلامت را تعیین کند، این تنها علم و پیشرفت‌های آن است که قواعد بدن و نظام سلامت را کشف می‌کند. از دیدگاه «جامعه‌شناسی سلامت»، برعکس بدن، نظام پزشکی و سلامت پدیده‌های تاریخی، فرهنگی و اجتماعی هستند و «دانش زیست پزشکی یعنی دانش رسمی بدن در جوامع غربی ما، یکی از بازنمودهای بدن در میان دیگر بازنمودها است» (لوپرتون، ۱۳۹۲: ۴۵). موضوع بدن و نظام‌های سلامت از طریق گفت‌وگوها ساخته می‌شوند (Jackson, 1995)، مفهوم‌پردازی سلامت در دوران پیشا مدرن، مدرن و پسامدرن متفاوت است (Bauman, 2007) و در جامعه‌های معاصر نظارت از طریق نظام پزشکی صورت می‌گیرد، (Armstrong, 1995) برنامه‌های سلامت «بازار محور» بوده و برای پاسخگویی به نیازهای بازار به وجود آمده‌اند (Yen, 1995). به صورت کلی در این دیدگاه «بدن‌های ما و اعضای بدن ما دارای بار نمادگرایی فرهنگی، عمومی و شخصی، مثبت و منفی، سیاسی و اقتصادی، جنسی، اخلاقی و اغلب چالش برانگیز هستند» (synott, 1993: 1).

بونتون و باروز بر این عقیده‌اند که ویژگی‌های نظام بهداشت و سلامت کنونی با مدرنیته‌ی اخیر پیوند دارد، جائیکه مراقبت‌های بهداشتی و سلامت به صورت پیشگیری، مشارکتی، اپیدمولوژی، غیرنهادی، خصوصی‌گرایانه و مبتنی بر ویژگی‌های بازاری است، در حالیکه مراقبت‌های بهداشتی در اوائل مدرنیته، درمانی، غیر مشارکتی، کلینیکی، فردمحور، نهادی و تخصصی‌گرا بوده‌اند. (Bunton and Burrows, 1995: 204) ویژگی‌های مدرنیته‌ی اخیر در آثار نظریه پردازان جامعه‌شناسی با عناوینی چون «جامعه ریسک»، «جامعه بازاندیشی»، «جامعه‌ی مصرف‌گرا» و جامعه دارای «تنوع سبک‌های زندگی» بازنمایی شده است و دقیقاً این ویژگی‌ها نیز هم در ساختار نظام سلامت و بهداشت وجود دارد و هم این نهادها این ویژگی‌ها را بازنمایی می‌کنند.

«جامعه‌ی ریسک» از ویژگی‌های جوامع معاصر صنعتی است. در این جوامع نوعی «سیاست نگرانی» وجود دارد که بر این نکته تاکید دارد که بدن به صورت مداوم تحت خطرهای دائمی بیرونی است. بنابراین در نظر گرفتن محیط بیرونی به عنوان کانون‌های «خطر و ریسک» کنشگران را وادار می‌کند تا با اطلاعات و دانش مجموعه قواعد، اصول و راهنماهای سلامتی خود را انتخاب کنند. بر طبق نظر گیدنز در مدرنیته‌ی اخیر بدن به عنوان کانون بازنگری است و موضوعات هویت و سلامت در بافت و زمینه‌ی انتخاب‌ها و الویت‌های فردی شکل می‌گیرند (گیدنز، ۱۳۸۶). در چنین جهانی، دیگر بدن امر از پیش داده شده نیست بلکه امر قابل تغییر، برنامه‌ریزی و بازاندیشی‌ای است که شاهد تغییرات زیادی در طول دوره‌ی حیات فرد خواهد بود. به همین جهت است که شلینگ بدن را به عنوان پروژه‌ی ناتمامی معرفی می‌کند که از خلال مشارکت در جامعه تغییر می‌یابد (اباذری و حمیدی، ۱۳۸۷: ۱۳۲).

در بحث جامعه‌ی مصرفی گلستر از «استبداد کامل بودن» در فرهنگ معاصر امریکایی بحث می‌کنند که در شکل‌های مختلف با سلامت و بهداشت پیوند خورده است. او از صنعت رژیم‌های غذایی، جراحی‌های زیبایی، مد و آرایش لباس و صورت بحث می‌کند و هزینه‌های آنها را در جامعه‌ی آمریکا نشان می‌دهد. چنین مصرف‌گرایی ناشی از نوعی سبک متفاوت زندگی است که ربطی به فعالیت‌های زیستی و بهداشتی مطرح شده در گفتمان پزشکی و ارتقاء سلامتی ندارد. در فرهنگ معاصر «تغییر قیافه و صورت با شکوفایی در عشق و ثروت همراه است و کسانی که این فعالیت‌ها را انجام می‌دهند، این نعمت‌ها را در خود افزایش می‌دهند. بنابراین توجه بیشتر به بدن با چنان فعالیت‌هایی منجر به عمر دراز، صرفه جویی در پول و افزایش پایگاه اجتماعی می‌شود» (Glassner, 1995: 174). باومن نیز بحث می‌کند که در دوران پسامدرن بدن به مثابه‌ی دریافت‌کننده‌ی حس‌ها و ابزار لذت می‌باشد (Bauman, 2007).

رویکرد سبک زندگی به سلامت، به مسئولیت‌های فرد در قبال سلامتی خود از طریق تحلیل هزینه/فایده با انتخاب سبک زندگی اشاره دارد. در این رویکردها انگیزه بالایی از سوی کنشگران برای کنترل بدن وجود دارد (Featherston et al, 1993; synott, 1991). در این مدل سلامتی از طریق انتخاب‌های فردی و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی درک می‌شود. کالایی کردن سلامتی به گسترش مصرف‌گرایی در پزشکی و مراقبت‌های پزشکی کمک کرده است. در سطح فرهنگی سلامتی‌گرایی قطعه‌ی مرکزی فرهنگ مصرفی معاصر به عنوان تصاویری از جوانی، نیرومندی، انرژی و مانند آن است که به عنوان اصول اساسی گفتمان‌های عامیانه می‌باشد (Burrowes et al, 1995:1). اوبرین بحث می‌کند که مفهوم سبک زندگی، نوعی طبقه‌بندی اجتماعی و وسیله‌ای برای تمایزبندی اجتماعی است،

این طبقه‌بندی‌ها به جداسازی افراد، جمعیت‌ها و گروه‌ها از یکدیگر و محدود کردن آنها به زندگی در واحدهای جداگانه کمک می‌کند. این واحدها و بخش‌ها به وسیله‌ی تحقیقات و فرایندهای ارزیابی، از طریق نظام بازاریابی و مدیریت و از طریق نظام‌های محلی بر ساخته می‌شوند. «نتیجه‌ی رشد فعالیت‌های سبک زندگی به تمایزدایی از سلامت از متن ساختار وسیع اجتماعی و سیاسی کمک می‌کند. همچنین بخش سلامت را برای منافع خارجی اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی باز می‌کند» (O'Brien, 1995: 190).

چارچوب نظری تحقیق

گسترش نظام سلامت و بهداشت در جامعه به صورت نهادی و هم‌چنین رخنه‌ی گفتمانی آن از طریق سیاست‌های دولتی، رسانه‌های جمعی در باورهای افراد در مورد «سبک زندگی سالم»، یکی از پدیده‌های چند دهه‌ی اخیر در ایران است. فرض بر این است که نهاد سلامت و بهداشت، پزشکان و کنشگران نظام سلامت به عنوان ارائه‌دهندگان و یا مرجعان اصلی تعیین‌کننده‌ی «سبک زندگی سالم» می‌باشند. این کنشگران در شبکه‌ای از دانش پزشکی، رسانه‌ها و بازارهای اقتصادی دست به فعالیت می‌زنند و به تعریف عوامل ایجادکننده «خطر» برای سلامتی شهروندان می‌پردازند. گسترش شبکه‌های ارائه‌دهنده‌ی اطلاعات بهداشت و سلامتی با سبک زندگی و مصرف‌گرایی رابطه دارد. بدین معنی که برخی از سبک‌های زندگی به عنوان «سبک‌های زندگی سالم» معرفی می‌شوند. این نوع از سبک زندگی سالم ممکن است ماهیت پزشکی و یا زیستی نداشته باشد و صرفاً بر حسب مقوله‌های اجتماعی توضیح داده شود. مقوله‌هایی که «سلامتی» را با «مقبولیت اجتماعی» و یا سایر ارزش‌های دیگر اجتماعی در پیوند قرار می‌دهد.

وجود ارزش‌های اجتماعی در بدنه نظام پزشکی و سلامت بحث جدیدی نیست، محققین بر این عقیده هستند که «پزشکی در حفظ هم‌نوایی و هم‌بستگی مشارکتی از نزدیک دارد. پزشکی در این نقش همچون داور ارزش‌های اجتماعی و از همین رو همچون نهادی برای کنترل اجتماعی و پزشک به عنوان عامل کنترل اجتماعی عمل می‌کند. پزشک با به صحنه نهادن مداوم بر بهنجار بودن اجتماعی به عنوان پشتیبان و حافظ نظم اجتماعی عمل می‌کند (آرمسترانگ و توکل، ۱۳۸۷: ۳۰۱). از سوی دیگر به وجود آمدن بازار اقتصادی با پشتوانه ایدئولوژی‌های فردگرایی، قدرت انتخاب کالاهای مختلف به افراد را می‌دهد. استفاده از کالاهای مختلف نشان دهنده سبک‌های متفاوت زندگی است. در اینجا کالاها نه بر اساس تامین نیازهای اساسی بلکه براساس نوعی مصرف تظاهری به تعبیر و بلن و یا برای تمایزهای اجتماعی به تعبیر بورديو صورت می‌گیرد. نظام بهداشت و سلامتی نیز در اینجا به عنوان واسطه عمل می‌کند و بر اساس ارزش‌های اجتماعی از یک طرف برخی از کالاها و خدمات را برای این نوع سبک‌های زندگی ارائه می‌کند و از سوی دیگر در خدمت نظام اقتصادی و یا بخشی از این نظام است. فرضیه‌ای که این مقاله درصدد پاسخ‌گویی به آن است، این است که بسط گفتمان مدرنیته در ایران در حوزه‌ی پزشکی و نظام سلامت قابل رویت است، ارزش‌هایی که نظام مدرن در مورد انسان و تاکیدش بر فردگرایی و زیبایی‌شناختی ظواهر انسانی، تاکید بر مصرف‌گرایی، جهانی و مادی کردن بدن‌های انسانی، کسب هویت از طریق ظواهر بدنی و غیره دارد، با اهمیت یافتن سلامت و داخل شدن در گفتمان پزشکی همراه است. با وارد شدن ایران به حوزه‌ی گفتمان مدرنیته و بسط نهادهای مدرن در ایران (از جمله نظام پزشکی مدرن، نظام حقوقی مدرن، نظام آموزش و پرورش مدرن)، ما تغییری ارزشی در افکار و آگاهی‌های کنشگران ملاحظه

می‌کنیم. حوزه‌های نهادی جدید با خود ارزش‌های اساسی مدرنیته را به همراه می‌آورند و با وارد شدن به جامعه در آگاهی‌های آنها، محرک کنش و عمل می‌شوند. تغییرات ارزشی تغییراتی یک شبه نیستند و تنها در حوزه‌ی افکار و آگاهی‌ها رخ نمی‌دهند، وجود ساختار مادی و نهادی که تبلور و انعکاس ارزش‌های جدید باشد، یکی از حوزه‌های اساسی برای تغییر ارزشی است، خود ساختار مادی و نهادی نیز ممکن است در کارکرد و در حوزه‌ی عمل ارزش‌های خود را خلق و با فعالیت کنشگران آن را بازتولید کند. برداشتی که در این مقاله از گفتمان مدرن ارائه می‌شود، مبتنی بر برداشتی کردارگرایانه است. گفتمان خود را در اعمال و کردارها نشان می‌دهد، تصویر از بدن و سلامتی ممکن است در آگاهی‌های سازمان‌یافته افراد و کنشگران وجود نداشته باشد اما به بهترین نحو خود را در کردارها و فعالیت‌ها نشان می‌دهد، قواعد و اصول حاکم بر یک حوزه‌ی نهادی از فعالیت‌ها و کردارها جدا نیست، زیرا تنها در کردارها است که اصول و قواعد آن نهاد خود را نشان می‌دهند.

روش تحقیق و شیوه‌ی گردآوری داده‌ها

روش تحقیق مقاله حاضر از نوع تحلیل ثانویه است، تحلیل ثانویه نوعی از روش‌های مرسوم در تحقیقات اجتماعی است که با استفاده از داده‌ها و یافته‌های تحقیقات پیشینی صورت می‌گیرد. در این نوع تحقیق داده‌ها در بستر سوال‌ها و فرضیات و مبانی نظری موجود ارائه و تفسیر می‌شود، به همین دلیل ممکن است تفسیری که از داده‌ها ارائه می‌شود با خواست و هدف گردآورندگان اولیه داده‌ها مطابقت نداشته باشد. تحلیل ثانویه از آن رو انجام می‌شود که صرفه‌جویی در جمع‌آوری داده‌ها صورت گیرد، زیرا به راحتی می‌توان از پیمایش‌ها و داده‌هایی که

سازمان‌ها برای اهداف مختلف تهیه کرده‌اند، استفاده‌ی مجدد و بدون پرداخت هزینه‌ی پولی و یا بدون تلاش‌های زمان‌بر برای گردآوری داده‌ها کرد. در تحقیق حاضر از سه نوع داده‌ها استفاده شده است، ۱) داده‌های حاصل از پیمایش ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان در مورد سلامتی و نگرش به سلامتی و همچنین داده‌های تکمیلی که در کارگاه تحلیل یافته‌های این پیمایش انجام شده است، ۲) داده‌های ارائه شده از سوی بانک مرکزی ایران در مورد حساب‌های ملی ایران^۳، مخصوصاً داده‌های مرتبط به وضعیت بهداشت و سلامتی^۴ و ۳) داده‌های موجود در اداره‌ی آمار مرتبط با حساب‌های ملی سلامت

یافته‌های تحقیق

۱- داده‌های پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان

یافته‌های حاصل از پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان نشان می‌دهد که از سال ۱۳۵۳ پاسخ دهندگان در مورد این پرسش که «وضع سلامتی خود را چگونه ارزیابی می‌کنند؟» به مرور زمان به جزء آخرین پیمایش یعنی سال ۱۳۸۲، از وضعیت سلامتی خود ناراضی‌تر شده‌اند. البته این سوال به صورت کلی پرسیده شده است و ابعاد اجتماعی، روانی و محیطی تفکیک نشده است. تفسیری که در اینجا از این افزایش ناراضی‌تبی از سلامت (به جزء سال ۱۳۸۲) ارائه می‌شود، مبتنی بر تبدیل سلامتی به «پروژه» است. از سال ۱۳۳۵ که دولت به صورت حرفه‌ای و نظامند به سرشماری جمعیتی پرداخته است، اطلاعات سلامتی و بهداشتی نیز جمع‌آوری شده‌اند. توسعه‌ی نظام‌های گردآوری اطلاعات عامل اساسی در طبقه‌بندی بیماری‌ها، انواع درمان‌ها و متدهای مورد استفاده برای درمان بیماری بوده است، به عبارت دیگر دولت با تکیه بر علم و دانش پزشکی نوین، شروع به شناسایی

بیماری با زبان پزشکی مدرن کرده است. اوج این امر در «نقشه جامع علمی سلامت» دیده می‌شود آنجا که از «تبدیل گفتمان علمی به گفتمان مسلط جامعه، از طریق توسعه عمومی فرهنگ پژوهش در مردم، توجه به جایگاه علم و فناوری، جلب مشارکت مردم در تعیین الویت‌ها، مشخص کردن انتظارات و کمک به بهره برداری از برنامه‌های علم و فناوری، کسب سواد سلامت، افزایش مهارت‌های ارتقای سلامت، بهره برداری از فناوری اطلاعات در سطح عمومی و وجود پیوست فرهنگی برای توسعه‌های علم و فناوری سلامت» (نقشه جامع علمی سلامت، ۱۳۸۹: ۳۴) به عنوان جهت گیری‌های کلی سیاست‌های سلامت و بهداشت بحث می‌شود. روی دیگر تبدیل سلامت به «پروژه» توجه در حال افزایش کنشگران به بیماری و سلامت و نگرانی‌های آنها از وضعیت بهداشت و سلامت خود بوده است. این افزایش توجه همانطور کار در داده‌های پیمایش عنوان شده به صورت نارضایتی از سلامتی خود را نشان داده است. در حالیکه آمارها در ۲۰ اخیر نشان می‌دهد که هزینه‌ی خانوارها در بخش سلامت ۷۱ درصد افزایش یافته است (داوری، ۱۳۹۱: ۹۱۵). بنابراین می‌توان گفت که نارضایتی بیشتر از سلامتی مستقیماً با افزایش مصرف پزشکی ارتباط دارد، بدین معنی که هرچه قدر افراد نسبت به وضع سلامتی خود ناراضی باشند، خواهان استفاده بیشتر از خدمات و محصولات پزشکی و بهداشت و سلامتی خواهند بود.

جدول ۱. مقایسه میزان رضایت از وضع سلامتی در سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۵۳

۱۳۵۳	۱۳۷۵	۱۳۷۹	۱۳۸۲	
۶	۸	۱۴/۱	۷/۱	ناراضی
۲۶	۱۹/۱	۱۰/۶	۱۱/۸	رضایت نسبی
۶۷	۷۲/۸	۷۵/۳	۸۱/۱	راضی

کارگاه تحلیل یافته‌های پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان (۱۳۸۲: ۱۴)

جدول (۲) این سوال را در مورد گروه‌های تحصیلی مختلف بررسی می‌کند، در اینجا که فقط آخرین پیمایش (۱۳۸۲) می‌باشد، میزان‌های بالای رضایتی از سلامتی را در گروه‌های بالای تحصیلی نشان می‌دهد، مطابق این جدول هر چه قدر سطح تحصیلات بالاتر باشد، میزان رضایت از سلامتی نیز بالاتر خواهد بود، همچنانکه آزمون کی دو این مطلب را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میزان رضایت از سلامتی بر حسب تحصیلات

بی سواد	زیر دیپلم	دیپلم و پیش دانشگاهی	فوق لیسانس و دکتری
۴/۵	۳/۱	۱/۶	ناراضی
۹۵/۵	۹۶/۹	۹۸/۴	۱۰۰
V=۰/۰۶۰			X=۱۳/۱۸۵ Sig=۰/۰۰۰

کارگاه تحلیل یافته‌های پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان (۱۳۸۲:۲۱)

جدول (۳) این سوال را در طی سال‌های مختلف و بر حسب گروه‌های مختلف سنی نشان می‌دهد. مطابق این جدول ناراضیت از وضع سلامتی در گروه‌های سنی بالای ۴۵ بیش از سایر گروه‌های سنی است. همچنین آزمون کی دو نشان دهنده‌ی معنی‌داری رابطه است.

جدول ۳. میزان رضایت از سلامتی بر حسب گروه‌های سنی در سال‌های ۱۳۷۴، ۱۳۷۹ و ۱۳۸۲

راضی			تاحدی راضی			ناراضی			
۱۳۸۲	۱۳۷۹	۱۳۷۴	۱۳۸۲	۱۳۷۹	۱۳۷۴	۱۳۸۲	۱۳۷۹	۱۳۷۴	
۹۱/۸	۸۵/۹	۸۴/۵	۵/۴	۱۰/۲	۱۴/۹	۲/۸	۳/۹	۲/۶	۱۵-۲۴
۸۸/۸	۸۰/۱	۷۸/۸	۷/۵	۱۳/۵	۱۶/۷	۳/۷	۶/۴	۴	۲۵-۳۴
۸۷/۱	۷۷/۴	۷۸/۶	۸/۶	۱۴/۳	۱۶	۳/۴	۸/۳	۵/۱	۳۵-۴۴
۸۳/۸	۷۲/۲	۷۰/۳	۱۰/۲	۱۸	۲۰/۵	۶	۹/۸	۶/۷	۴۵-۵۴
۷۹/۳	۲۶/۲	۷۰/۴	۱۵/۶	۲۴/۲	۲۰/۸	۵/۲	۱۳/۶	۸/۶	۵۴ و +

Sig=۰/۰۰۰	$X^2=۵۷۶/۰۴۷$	$V=۰/۱۳۱$	۱۳۷۹
Sig=۰/۰۰۰	$X^2=۶۵/۵۲۶$	$V=۰/۸۵$	۱۳۸۲

کارگاه تحلیل یافته‌های پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان (۱۳۸۲:۱۴) جدول (۴) تنها برای پیمایش ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان در سال ۱۳۸۲ می‌باشد، مطابق این جدول بین رضایت از وضعیت سلامتی و جنسیت، سن، تحصیلات و وضعیت تاهل رابطه وجود دارد. میانگین نارضایتی زنان، متاهلین، کم سوادها و سنین بالا بیشتر می‌باشد.

جدول ۴. ارزیابی رضایت از وضع سلامتی بر حسب سن، جنس، تحصیلات و تاهل

متغیر نگرش		رضایت از وضع سلامتی					سطح معنی داری
		ناراضی	بینابین	راضی	تعداد محبوس	آماره	
جنسیت	مرد	12/1	10/4	77/5	16800	0/40	000
	زن	14/7	11/1	74/3			
سن	29-15	7/7	8/5	83/8	16800	-0/379	000
	49-30	15/2	12/3	72/5			
	50 به بالا	27/6	14/3	58/1			
تحصیلات	بی سواد	25/9	10/9	63/1	16688	0/184	000
	ابتدایی	18/2	11	70/8			
	متوسط	10/5	10	79/5			
	دیپلم	9/3	10/7	80			
	عالی	9/8	11/9	78/3			
تاهل	مجرد	7/4	8/4	84/2	16768	0/152	000
	متاهل	16/8	11	71/2			

(پیمایش ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، ۱۳۸۰: ۱۶۱)

به طور خلاصه یافته‌های حاصل از پیمایش‌ها برای سوال کلی میزان رضایت از سلامتی در سال‌های مختلف نشان دهنده‌ی افزایش میزان نارضایتی (البته به جزء پیمایش ۱۳۸۲) می‌باشد. این افزایش نارضایتی از وضعیت سلامتی با افزایش

هزینه‌های بهداشت و سایر هزینه‌های مصرفی خانوارها همراه است. به عبارت دیگر با افزایش هزینه‌های بهداشت و دیگر هزینه‌های خانوار انتظار می‌رفت که میزان نارضایتی از سلامتی کاهش یابد، که در اینجا برعکس این روند را شاهد هستیم.

۲- داده‌ها حساب ملی ایران بانک مرکزی و تحلیل آنها با SPSS

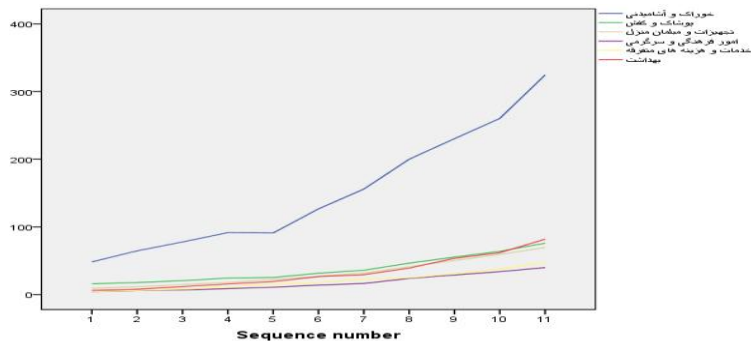
جدول (۵) و نمودار آن، هزینه‌های مصرفی کل کشور را در طی سال‌های بین ۱۳۷۶-۱۳۸۶ نشان می‌دهد. بر طبق این جدول و نمودار می‌توان گفت که کل هزینه‌های مصرفی هر خانوار ایرانی در زمینه‌های خوراک و آشامیدنی، پوشاک و کفش، تجهیزات و مبلمان منزل، بهداشت، امور فرهنگی و سرگرمی و خدمات و کالاهای متفرقه به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است.

جدول ۵. هزینه‌های مصرفی خانوار از سال ۱۳۷۶-۱۳۸۶ بر حسب میلیارد ریال

هزینه‌های مصرفی خانوار سال	خوراک و آشامیدنی‌ها	پوشاک و کفش	تجهیزات و مبلمان منزل	بهداشت	امور فرهنگی و سرگرمی	خدمات و کالاهای متفرقه
۱۳۷۶	۴۸/۲۲۸	۱۵/۸۵۲	۹/۲۷۱	۶/۲۶۹	۴/۴۱۷	۴/۴۶۴
۱۳۷۷	۶۴/۶۴۶	۱۷/۷۹۸	۱۱/۷۰۰	۷/۹۹۹	۵/۷۴۱	۵/۷۶۱
۱۳۷۸	۷۷/۷۰۲	۲۰/۵۱۱	۱۴/۶۸۶	۱۱/۷۰۵	۶/۸۴۰	۷/۷۹۴
۱۳۷۹	۹۱/۶۰۶	۲۴/۳۴۷	۱۷/۹۷۶	۱۵/۶۷۹	۸/۷۳۵	۱۱/۱۰۶
۱۳۸۰	۹۹/۰۶۹	۲۵/۲۸۷	۲۲/۰۶۶	۱۹/۲۱۷	۱۰/۸۵۶	۱۵/۴۵۱
۱۳۸۱	۱۲۶/۶۰۷	۳۱/۴۸۱	۲۷/۱۷۶	۲۶/۵۳۴	۱۳/۹۵۹	۱۷/۸۰۴
۱۳۸۲	۱۵۵/۸۸۱	۳۶/۰۴۱	۳۱/۷۸۷	۲۹/۳۴۶	۱۶/۳۹۱	۲۳/۱۱۱
۱۳۸۳	۱۹۹/۹۵۴	۴۶/۳۹۵	۴۱/۱۲۹	۳۹/۱۱۳	۲۳/۸۷۵	۲۴/۵۵۵
۱۳۸۴	۲۳۰/۳۲۶	۵۵/۴۰۸	۵۰/۳۸۱	۵۳/۵۷۵	۲۸/۸۶۸	۳۰/۷۱۴
۱۳۸۵	۲۶۰/۲۴۳	۶۳/۸۶۳	۵۹/۱۲۶	۶۱/۸۲۵	۳۳/۸۲۹	۳۸/۰۰۴
۱۳۸۶	۳۲۴/۴۸۴	۷۵/۹۸۳	۶۹/۵۷۷	۸۱/۸۹۶	۳۹/۹۱۰	۴۷/۸۲۴

(بانک مرکزی ایران، ۱۳۸۸: ۱۹۷)

نمودار ۱. هزینه‌های مصرفی خانوار از سال ۱۳۷۶-۱۳۸۶



منبع: یافته‌های تحقیق

در این بین مصارف خانوار، خوراک و آشامیدنی و هزینه‌های بهداشت نسبت به سایر موارد در ده سال اخیر رشد بیشتری داشته‌اند. در بخش سلامت و بهداشت این مصارف هر خانوار از ۶/۲۶۹ در سال ۱۳۷۶ به ۸۱/۸۹۶ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۶ رسیده است که تقریباً بیش از ۱۳ برابر شده است.

جدول (۶) نیز تحلیل همبستگی میان هزینه‌های مصرفی خانوار را نشان

می‌دهد.

جدول ۶. ماتریس هزینه‌های مصرفی خانوار در سال‌های مختلف

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- بهداشت	۱					
۲- خوراک و آشامیدنی‌ها	۰/۹۹۳**	۱				
۳- پوشاک و کفش	۰/۹۹۷**	۰/۹۹۸**	۱			
۴- تجهیزات و مبلمان منزل	۰/۹۹۵**	۰/۹۹۶**	۰/۹۹۹**	۱		
۵- امور فرهنگی و سرگرمی	۰/۹۹۴**	۰/۹۹۶**	۰/۹۹۹**	۰/۹۹۹**	۱	
۶- خدمات و کالای متفرقه	۰/۹۹۲**	۰/۹۸۹**	۰/۹۹۹**	۰/۹۹۳**	۰/۹۸۷**	۱

معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۱

منبع: یافته‌های تحقیق

وابستگی و ارتباط متقابل این مصارف و هزینه‌های هر خانوار در سطح بسیار بالایی است. این امر نشان دهنده‌ی آن است که بالا رفتن مصرف کالاهای

بهداشتی با بالا رفتن سایر کالاهای مصرفی مانند، مبلمان منزل، مصرف پوشاک و کفش، مصرف خوراکی و آشامیدنی همبستگی بالایی دارد.

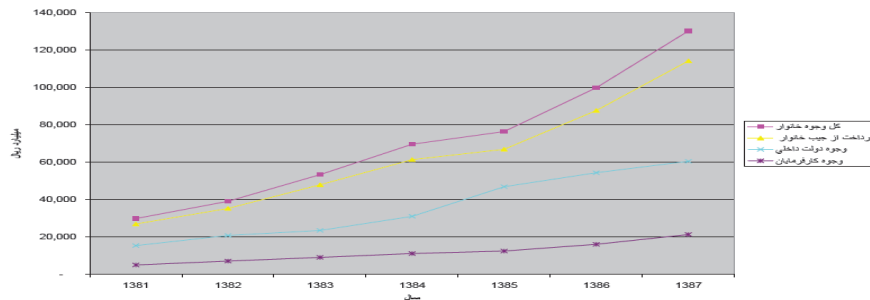
به طور کلی افزایش هزینه‌های خانوار در چند دهه‌ی اخیر (۲۰ برابر شدن هزینه‌ها) نشان‌دهنده‌ی مصرف‌گرایی جامعه‌ی ایرانی است. مصرف‌گرایی پدیده‌ای است که بر مبنای آن کنشگر اقتصادی مصرف را به عنوان هدف زندگی و وسیله‌ای برای خوشبختی و شادکامی خود می‌داند. در تاریخ سرمایه‌داری و نظریه‌های اقتصادی، کینز برای رکود اقتصادی ناشی از اضافه تولید، مساله مصرف را به عنوان راه کار عنوان کرد. دنیای سرمایه‌داری به مرحله‌ی رسیده بود که اخلاق زاهدانه و پس انداز که محرک‌های اولیه برای توسعه بودند باید جای خود را به اخلاق لذت‌جویانه‌ی مصرفی می‌داد. در این دوره مصرف با مقوله‌هایی چون «هویت اجتماعی»، «منزلت و اعتبار» و «تحقق آزادی‌های فردی» و در بعد کالاهای پزشکی و بهداشتی نیز مصرف با مقوله‌هایی چون «زیبا بودن»، «لطیف بودن» پیوند خورده است. پزشکی در نظم جدید سرمایه‌داری وارد شده و با بازاری کردن محصولات پزشکی به این نوع اقتصاد کمک می‌کند. تفاوت حوزه‌ی پزشکی و سلامت با دیگر حوزه‌های کالایی که میل به مصرف را در کنشگران بر می‌انگیزند، این است که پزشکی به صورت بی طرف ظاهر می‌شود و با زبان علم مدرن سخن می‌گوید. خصلت کالایی خود را پنهان و کالاهای خود را به عنوان «ضرورت داشتن زندگی سالم» معرفی می‌کند.

داده‌ها حساب سلامت ملی ایران مرکز آمار

حسابهای ملی سلامت از جمله ابزارهای آماری رایج در دست دولت‌های مدرن هستند که در آن انواع اطلاعات سلامت و هزینه‌های بخش‌های مختلف سلامت به منظور برنامه ریزی و تصمیم‌گیری در مورد سیاست‌گذاری دولتی در بخش

بهداشت تهیه می‌شوند. در ایران اولین داده‌های حساب‌های سلامت در سال ۹۰ برای دوره‌های سالهای ۱۳۸۱-۱۳۸۷ تهیه شده است که در اینجا ما از یک بخش از این اطلاعات (یعنی داده‌های سری‌های زمانی) استفاده می‌کنیم. نمودار (۲) عمده‌ترین منابع تامین هزینه‌های سلامت در فاصله‌ی بین سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۸۷ را نشان می‌دهد، برحسب این نمودار کلیه وجوه هزینه‌ای از روند افزایشی قابل توجهی برخوردارند. در این نمودار پرداخت‌ها کل وجوه خانوار و پرداخت‌ها از جیب خانوار به ترتیب بالاترین رشد را در طی این سال‌ها داشته‌اند. هزینه‌های مصرفی دولت نیز هرچند از آهنگ افزایشی خاصی برخوردار است، اما این افزایش در فاصله بین سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۷ کم تر بوده و نرخ هزینه‌های مصرف شده توسط دولت تا حدودی از روند ثابتی برخوردار شده است. تحلیل این نمودار سری زمانی گویای آن است که هرچند تمامی حوزه‌های مرتبط به تامین هزینه‌های سلامت در فاصله سال‌های ذکر شده رشد داشته‌اند، اما بار غالب هزینه‌ها بر دوش خانوارها می‌باشد. این به آن معنی است که هزینه‌ی مخارج بخش خصوصی و بخش دولتی برای بهداشت در مقایسه با خانوارها اندک است. بخش دولتی فاقد نظام سلامت همگانی است که بتواند تمام شهروندان را در نظام پزشکی ادغام و برای آنها بیمه و انواع خدمات پزشکی دولتی ارائه کند و از سوی دیگر بخش خصوصی که به کارفرمایان و شرکت‌های خصوصی بیمه مرتبط می‌شود سهم اندکی در مقایسه با هزینه‌های دولت و خانوارها دارند. این امر یکی از ویژگی‌ها و خصوصیات اقتصادی ایران را نشان می‌دهد که بخش خصوصی اقتصاد رشد چندانی ندارد. با توجه به این ابعاد می‌توانیم نتیجه بگیریم که کنشگران در جامعه‌ی ایرانی خواهان ادغام بیشتر در نظام پزشکی و استفاده از خدمات و کالاهای آن هستند در حالیکه دولت و بخش خصوصی ظرفیت جذب تقاضاهای کنشگران را ندارد.

نمودار ۲. روند هزینه‌های سلامت بر حسب تامین منابع مالی سالهای ۱۳۸۱-۱۳۸۷

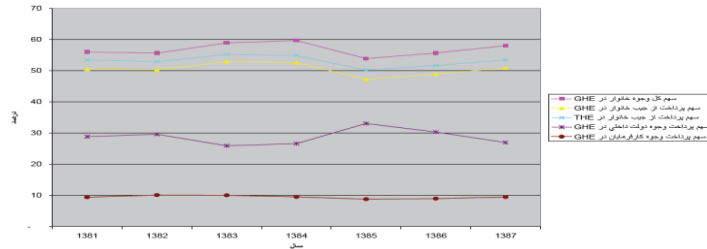


(مرکز آمار ایران، حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۰: ۱۲۷)

نمودار (۳) همان مفهوم نمودار (۲) را دارد با این تفاوت که در اینجا سهم هر یک از منابع مالی هزینه‌های سلامت به درصد مشخص شده است. تنها نکته‌ی قابل ذکر در این نمودار این است که منحنی‌های مربوط به منابع دولتی و وجوه خانوار قرینه‌ی یکدیگر هستند، به عبارت دیگر هر گاه از مخارج دولت در بخش سلامت کاسته شده، پرداخت‌های خانوار افزایش یافته است و بالعکس (حساب ملی سلامت، ۱۳۹۰: ۲۳).

نظام سلامت و مصرف‌گرایی: مطالعه‌ای مبتنی بر داده‌های ثانویه

نمودار ۳. درصد بار مالی هزینه‌های سلامت بر دوش عمده‌ترین تامین‌کنندگان منابع مالی طی سالهای ۱۳۸۱-۱۳۸۷

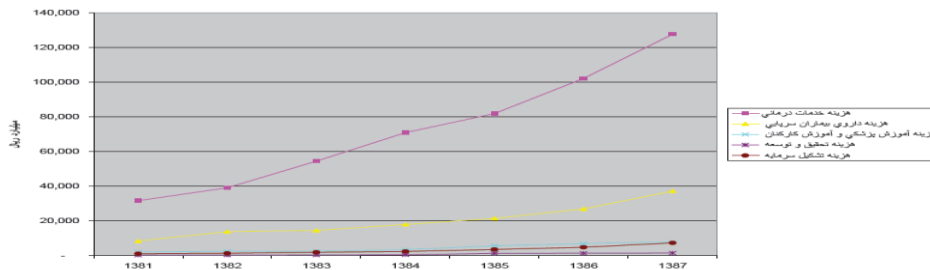


(مرکز آمار ایران، حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۰: ۱۲۸)

نمودار (۴) هزینه‌های سلامت به تفکیک کارکرد در سال‌های مختلف را نشان می‌دهد. بر حسب این نمودار، هزینه‌های خدمات درمانی در طی سال‌های ذکر شده به صورت قابل‌توجهی افزایش یافته است در حالیکه سایر هزینه‌ها از جمله، هزینه‌ی تحقیق و توسعه، هزینه آموزش پزشکی و هزینه‌ی تشکیل سرمایه به میزان اندکی افزایش یافته است. همچنین افزایش هزینه‌های داروئی بیماران سرپایی نیز قابل توجه است. عدم رشد هزینه‌های سلامت در بخش تحقیق و توسعه و آموزش پزشکی به این معناست که گسترش نظام سلامت در ایران نه از طریق دولت، بلکه از طریق افراد و تقاضاهای آنها صورت می‌گیرد. دولت توانایی اندکی برای گسترش نظام سلامت در ایران دارد در حالیکه هم نیازها و هم تقاضاهای افراد برای بهره‌مندی از خدمات نظام سلامت و پزشکی در حال افزایش است.

محمدباقر عزیزی، کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، پژوهش‌گر ارشد، پژوهش‌های توسعه‌ای، پژوهش‌های توسعه‌ای، پژوهش‌های توسعه‌ای

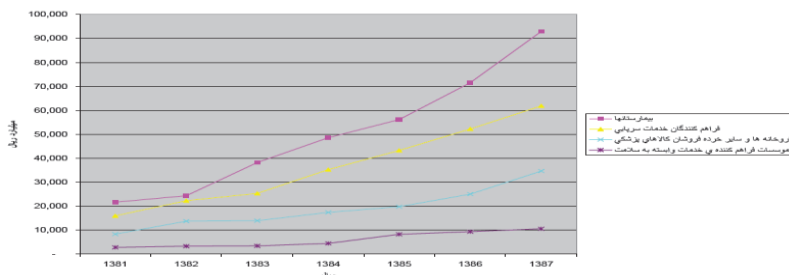
نمودار ۴. روند هزینه‌های سلامت بر حسب کارکردهای مختلف طی سالهای ۱۳۸۱-۱۳۸۷



(مرکز آمار ایران، حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۰: ۱۲۹)

نمودار (۵) روند هزینه‌های سلامت را بر حسب فراهم‌کنندگان مختلف طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۸۷ نشان می‌دهد. چنانچه ملاحظه می‌شود در تمامی موارد افزایشی به صورت مداوم در هزینه‌ها را شاهد هستیم که این روند افزایش هزینه‌ها برای بیمارستان‌ها بیشتر از فراهم‌کنندگان خدمات سرپایی، و برای داروخانه‌ها و سایر فروشندگان کالاهای پزشکی بیشتر از موسسات فراهم‌کننده خدمات وابسته به سلامت می‌باشد.

نمودار (۵) روند هزینه‌های سلامت بر حسب فراهم‌کنندگان مختلف طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۸۷



(مرکز آمار ایران، حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۰: ۱۳۰)

بحث

هدف تحقیق حاضر نشان دادن بسط گفتمان سلامت در جامعه و رابطه آن با مصرف‌گرایی بوده است. نتایج به دست آمده از داده‌های پیمایش ارزش‌ها،

داده‌های بانک مرکزی و مرکز آمار نشان دهنده‌ی آن است که هم هزینه‌ها و هم مصرف پزشکی و سلامتی در ایران در دهه‌های اخیر در حال افزایش است. ضمن آنکه هزینه‌های خانوارها برای مصرف سایر کالاها نیز در حال افزایش قابل توجهی بوده است این امر یکی از پیش فرض‌های اصلی تحقیق را ثابت می‌کند که جامعه‌ی ایرانی، در دهه‌های اخیر در چرخه‌ی مصرف‌گرایی وارد شده است. با وارد شدن به چرخه‌ی مصرف‌گرایی، مصرف کالاهای پزشکی و سلامتی نیز افزایش می‌یابد، در اینجا نمی‌توان افزایش مصرف کالاهای پزشکی و بهداشتی را با رواج بیشتر بیماری‌ها در این دهه‌های اخیر توضیح داد. نتایج تحقیق با تحقیقات (خواجه نوری و همکاران، ۱۳۹۰؛ حیدری چروده و کرمانی، ۱۳۹۰؛ آزاد ارمکی چاوشیان، ۱۳۸۱؛ ذکایی، ۱۳۸۶) تطابق دارد. خواجه نوری و همکاران (۱۳۹۰) دریافتند که در ایران سبک‌های متفاوتی از زندگی در بین مردم رایج شده است که بسیاری از آنها متأثر از فرهنگ‌های غیر بومی و یا ترکیبی از سایر فرهنگ‌ها بوده است. هرچه نسبت این ترکیب و وزن آن به سمت فرهنگ‌های سایر جوامع و به ویژه غربی باشد، ما با رویکردهای جدیدی به بدن و تصور از آن روبه‌رو می‌شویم (خواجه نوری و همکاران، ۱۳۹۰: ۹۸) این رویکرد جدید نسبت به بدن با افزایش‌های هزینه‌های خانوار در مصرف پزشکی و سلامتی خود را نشان می‌دهد. حیدری چروده و کرمانی (۱۳۹۰) نیز به این نتیجه رسیدند که باورهای زیباشناختی جوانان به دو دسته‌ی سنتی و نو تقسیم پذیر است و با تحول در باورهای زیباشناختی جوانان از صورت سنتی به وضع جدید نارضایتی جوانان از تصویر موجود بدن افزایش می‌یابد (حیدری چروده و کرمانی، ۱۳۹۰) همچنین در تحقیق قدیمی‌تر، محققین به این نتیجه رسیدند که «شکل‌گیری هویت فردی اجتماعی کنشگران در تهران بیشتر از طریق با اهمیت شدن حوزه‌ی مصرف، اهمیت بدن و کنترل آن

شکل می‌گیرد (آزاد ارمکی و چاوشیان، ۱۳۸۱: ۷۴) چنانچه قبلاً ذکر شد، یکی از ویژگی‌ها مدرنیته اخیر گرایش به بازاندیشی و شکل‌دهی و کنترل بدن و هویت توسط خود افراد بود. در این عرصه نیز نهاد پزشکی و کنشگران آن عوامل اصلی به وجود آوردن شبکه‌های اطلاعاتی و خدماتی بوده‌اند، بنابراین از این جهت نیز انتظار می‌رفت که هزینه‌های خانوارها در بهداشت و سلامتی و مصرف پزشکی افزایش یابد. همچنین ذکایی (۱۳۸۶) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که «نتایج پژوهش موید تاثیر تعیین کننده ایده‌آل‌ها و هنجارهای غربی منتقل شده از طریق رسانه‌های جدید در خصوص بدن بر انگیزه‌ها و رفتارها و ایده‌آل‌های جوانان به ویژه دختران است به گونه‌ای که این گروه مهمترین انگیزه‌ی خود را از انتخاب رژیم‌های لاغری تطبیق با مد و پس از آن مورد توجه واقع شدن بیان کرده‌اند (ذکایی، ۱۳۸۶: ۱۴۰).

به طور کلی گفتمان پزشکی و سلامت در جامعه‌ی ایرانی با توجه ویژه به بازارها و کالا سازی محصولات و خدمات خود، بیشتر به نیازهای اجتماعی و هنجارهای ارزشی پاسخ می‌دهد، هدف نهاد فوق تنظیم سیاست بازاندیشی در هویت‌های فردی است «سلامتی الان بخشی از سبک زندگی است که توسط فرهنگ مصرفی که ما مطابق آن زندگی می‌کنیم شکل گرفته است» (Nettleton and Bunton, 1995: 47). هر چند سبک زندگی بر چارچوب‌های متفاوت ارزشی و شیوه‌ی زیست فرهنگی اشاره دارد، اما فراسوی آن همه‌ی سبک‌های زندگی در ویژگی مصرفی و مصرف‌گرا، دارای همگرایی زیادی هستند و از این رو گفتمان سلامت در خدمت ارزش‌های اساسی جامعه‌ی مصرفی است.

نتیجه گیری

مباحث مربوط به سلامتی و پزشکی پیشینه‌ی دیرینه‌ای در ادیان، در ادبیات و علوم پیشامدرن دارند. اما در دوره‌ی پیشامدرن بدن، سلامت و پزشکی به عنوان موضوع محوری مطرح نبوده‌اند. در این دوره بدن و سلامتی پدیده‌ی عرضی محسوب می‌شد، اصل و هدف اساسی همواره تعالی روح بوده است و بدن جسمانی بی‌ارزش تلقی شده و تنها از این رو اهمیت داشت که در خدمت ارتقاء و تعالی روحی قرار گیرد، لذت‌های جسمانی و بدنی نادیده گرفته شده و در مقابل به لذت‌های روحی و معنوی اهمیت داده می‌شد، چنین تقابلهایی (بدن مادی/روح معنوی) همراه با ارزش‌گذاری مثبت به ویژگی‌های روحی در ساختار یکسان‌کننده جوامع ماقبل مدرن همراه بوده است. در ساختار ارزشی یکسان و مبتنی بر شباهت‌های گروهی و به قول دورکیم مبتنی بر همبستگی مکانیکی، ظاهر بدنی و آرایش‌های بدنی یکسان بوده، تمایز نه بر اساس مولفه‌های بدنی و ویژگی‌های ظاهری بلکه بر مبنای قواعد کلی حاکم بر اجتماع تعیین می‌شد، چنین قواعدی با اقتدار خاص عرصه‌های پزشکی و سلامت را نه به عنوان بخشی از زیبایی‌شناسی-های روزمره، بلکه به عنوان عرصه‌ای برای زیبایی‌شناسی‌های معنوی و یا «روح جامعه» در نظر می‌گرفتند، مفهوم کلیت در این نوع از اجتماعات سرکوب‌کننده‌ی هر نوع استفاده زیبایی‌شناختی از پزشکی و مفاهیم سلامت بوده است. در مقابل با ورود جوامع به مدرنیته و مدرنیته‌ی اخیر ساختار ارزشی نظام سلامت نیز تغییر کرده و در خدمت ارزش‌های اساسی این نوع از جوامع قرار گرفته است. اگر ویژگی‌های این جامعه را با تاکیدات ویژه بر فردگرایی، زیبایی‌شناسی ظاهری، بدن، هویت‌یابی از طریق مصرف و روابط اقتصادی و نفوذ آن به تمام حوزه‌های

زندگی بدانیم، آنگاه نظام سلامت نیز از این تغییرات دور نمانده و در انطباق با این ویژگی‌ها می‌باشد.

امروزه علم پزشکی اقتدار شناختی و معرفتی بر بدنهای انسانی دارد و گفتمان خود را با پیوند زدن به علم مدرن و دانش پزشکی تکمیل می‌کند. دانش پزشکی به باور متفکرین وظیفه‌ای اخلاقی دارد و آن نیز تحت نظام و کنترل درآوردن بدن‌ها می‌باشد. تقریباً تمامی نظریه جامعه‌شناختی در این مورد اتفاق نظر دارند که علم پزشکی و سلامتی با ارزش‌های ویژه‌ای همراه است، ارزش‌هایی که یا سابقه‌ی چندین صد ساله دارند و گذری از فرایند متمدن شدن می‌باشند (نوربرت الیاس) و یا ارزش‌هایی که با روشنگری و مدرنیته همراه‌اند. این نظام جامع سلامت بر بنیان‌های هستی‌شناختی و انسان‌شناختی ویژه‌ای استوار است که تحت تاثیر آن عمل می‌کند. قدرت فراگیر این حوزه چنان است که امروزه از پزشکی شدن^۵ جامعه بحث می‌کنند، یعنی بسط گفتمان پزشکی و تحت سیطره درآوردن و جذب حوزه‌های غیر پزشکی در حوزه‌ی پزشکی و یا تبدیل مسائل غیرپزشکی به مسائل پزشکی. "پزشکی کردن زندگی روزمره به این معنی است که پزشکان نه تنها در عرصه‌ی طبابت و پزشکی بلکه در مورد شیوه‌ی زندگی و رفتارهای خصوصی افراد، صاحب اختیار به شمار می‌آیند (کتس، ۱۳۸۴: ۸). از همین رو است که برچسب «پلیس ایمن» (کلی و چارلتون) برای مسئولین ارتقاء سلامت و بهداشت داده شده است. عقلانیت علمی و تکنسین‌های پزشکی مسئولین معرفی «شیوه‌های زندگی سالم» می‌باشند. همچنانکه معرفت‌شناسی بیانیه‌ی سازمان بهداشت جهانی (WHO) "بهداشت برای همه" فعالیت‌های بهداشتی را در تکنسین‌ها و عقلانیت علمی پایه‌گذاری کرده است (Kelly and Charlton, 1995) در حالی که در این

برنامه‌ها دیدگاه کلی‌گرایانه در نظر گرفته شده و ابعاد متفاوت آن به غیر از بعد پزشکی و زیستی در نظر گرفته شده است.

همراه با تغییرات در ساختارهای سنتی نظام سلامت و پزشکی و ورود علم و دانش پزشکی، فناوری‌های سلامت و نهادهای سلامت تغییراتی در جامعه‌ی ایرانی صورت گرفته است که در درجه‌ی اول شامل توجه فزاینده‌ی افراد به سلامتی خود و ابراز نارضایتی از سلامتی و بدن بوده است. متعاقب همین امر هزینه‌های خانوارها در طی سال‌های اخیر در حال افزایش بوده است. دولت نیز به عنوان «دولت مدرن» که مسئول سلامتی شهروندان شناخته می‌شود در این عرصه سرمایه‌گذاری کرده است. از سوی دیگر بسط ارزش‌های مصرف‌گرایی در ایران که در افزایش هزینه‌های خانوارها در ابعاد مختلف قابل ملاحظه است به حوزه‌ی نظام سلامت نیز کشیده شده است و سلامتی در خدمت ارزش‌های جامعه‌ی مصرف‌گرا قرار گرفته است.

پی‌نوشت‌ها

1. Sociology for health
2. Sociology of health
3. National Account of Iran
4. National Health Accounts
5. Medicalization

فهرست منابع

- آزاد ارمکی، تقی و حسن چاوشیان (۱۳۸۱) بدن به مثابه رسانه‌های هویت، مجله‌ی انجمن جامعه‌شناسی ایران، دوره چهارم، شماره ۴
- آرمسترانگ، دیوید و محمد توکل (۱۳۸۷) جامعه‌شناسی پزشکی، تهران، انتشارات علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی
- آبادری، یوسف و نفیسه حمیدی (۱۳۸۷) جامعه‌شناسی بدن و پاره‌ای مناقشات، پژوهش زنان، دوره‌ی ۶، شماره ۴
- چلیبی، مسعود و همکاران (۱۳۸۲) پیمایش ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، دفتر طرح‌های ملی
- حیدری چروده، مجید و مهدی کرمانی (۱۳۸۹) رابطه‌ی باورهای زیباشناختی با تصویر ذهنی از بدن و نحوه‌ی مدیریت ظاهر در جوانان- مودمطالعه: جوانان ۱۸-۳۰ ساله‌ی در مشهد، نشریه مطالعات اجتماعی ایران، شماره ۱۲
- خواجه نوری، بیژن، روحانی، علی و سمیه هاشمی (۱۳۹۰) رابطه سبک زندگی و تصور بدن؛ مطالعه‌ی موردی: زنان شهر شیراز، فصلنامه‌ی تحقیقات فرهنگی، دوره چهارم، شماره ۱
- داوری، مجید (۱۳۹۰) چالش‌های اقتصادی نظام سلامت ایران، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره‌ی هشتم، شماره هفتم
- ذکایی، محمد سعید (۱۳۸۶) جوانان، بدن و فرهنگ تناسب، فصلنامه‌ی تحقیقات فرهنگی، سال اول، شماره ۱
- سراج‌زاده، حسن و همکاران (۱۳۸۲) کارگاه تحلیل یافته‌های پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، دفتر طرح‌های ملی
- کتس، جین (۱۳۸۴) ارتقاء سلامت، دانش و رفتار، مترجمین، نسترن کشاورز و همکاران، تهران، نشر شهر آب-آینده سازان
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۲). تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید. ناصر موفقیان. تهران: نشر نی
- موسوی‌زاده، سید مهدی و همکاران (۱۳۸۸). ارزیابی گرایش و انگیزه‌های بیماران زن در جراحی‌های زیبایی. مجله پژوهشی پژوهنده. سال چهاردهم. شماره ۶
- مصطفوی، سید محمد حسن (۱۳۹۱) اثرات مصرف درآمدهای نفتی بر فرهنگ مصرف در کشور، نشریه علمی-تخصصی مهندسی فرهنگی، سال ۶، شماره ۶۳ و ۶۴

مرکز آمار ایران (۱۳۹۰) حساب‌های ملی سلامت سالهای ۱۳۸۱-۱۳۸۷

- Bunton, Robin and Roger Burrows (1995) Consumption and health in the 'epidemiological' clinic of late modern medicine, in Burrows, Roger, Nettleton, Sarah and Robin Bunton(ed), *Sociology of health promotion*, London and New York Press.
- Burrows, Roger, Nettleton, Sarah and Robin Bunton(1995) *Sociology and health promotion: health, risk and consumption under late modernism* in Burrows, Roger, Nettleton, Sarah and Robin Bunton(ed), *Sociology of health promotion*, London and New York Press.
- Featherstone, M. and Hepworth, M. (1991) 'The Mask of Aging' in M. Featherstone, M. Hepworth and B.S. Turner (eds) *The Body: Social Process and Cultural Theory*, London: Sage.
- Glassner, Barry(1995) in the name of health, in Burrows, Roger, Nettleton, Sarah and Robin Bunton(ed), *Sociology of health promotion*, London and New York Press.
- Hansen, Emily and Gary Easthope(2007) *Lifestyle in medicine*, Routledge, London and New York.
- O'Brien, Martin(1995) Health and lifestyle: a critical mess? Notes on the dedifferentiation of health, , in Burrows, Roger, Nettleton, Sarah and Robin Bunton(ed), *Sociology of health promotion*, London and New York Press
- Strauss, R. (1957) 'The Nature and Status of Medical Sociology', *American Sociological Review*, 22, 200-4.
- Yen, Laurance (1995) From Alma Ata to Asda—and beyond: a commentary on the transition in health promotion services in primary care from commodity to control in Burrows, Roger, Nettleton, Sarah and Robin Bunton(ed), *Sociology of health promotion*, London and New York Press.

یادداشت شناسه مؤلفان

محمد باقر علیزاده اقدم: دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه تبریز، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی

آدرس الکترونیک: aghdam1351@yahoo.com

کمال کوھی: استادیار جامعه‌شناسی رفتارهای پرخطر و سلامت دانشگاه تبریز

نشانی الکترونیک: k.koohi@tabrizu.ac.ir

رحیم یوسفی اقدم: دانشجوی دوره دکتری جامعه‌شناسی فرهنگی دانشگاه علامه طباطبائی

نشانی الکترونیک: yousefi.rahim@yahoo.com

Health system and consumerism: secondary analysis

Mohammad Bagher Alizadeh Aghdam

Kamal Koohi

Rahim yousefi Aghdam

abstract

In Iran health system extension and value change and consumerism occur in the same time and mutually reinforce each other. On the one hand, health system defines the “healthy” ways of life and gives the goods and services for it, on the other hand consumerism with commodification of medical science product help the extension of health discourse. Research method is secondary analysis of National Values Survey, National Account of Iran and National Health Accounts. Data analysis shows, in last decade’s health satisfaction rate goes down, simultaneously the consume and cost of household in health, eating and drinking, dressing and shoes, the culture and leisure, services goes high. Exact analysis of health institution and its costs, shows expenditure of health in all parts goes high. Theoretical analysis of these phenomena examines consumerism in health system. In other word, in this view health system goes beyond the biology and medical science approach and serves to the social values: consumer culture values.

Key words: health system, consumerism, sociology of health, secondary analysis.