

توسعه‌ی مفهوم پزشکی‌زدگی: بیمار یا مشتری، حقیقت یا آرزو، سلامتی یا سوداگری

ابوالقاسم پوررضا: استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
سلیمه گوهری‌نژاد: مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
نایب فدایی ده چشمه: دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
*** محمد ازمل:** دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران (*نویسنده مسئول). m.azmal@bpums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۱۰

چکیده

پزشکی‌زدگی زمانی رخ می‌دهد که موضوعات غیرپزشکی در حوزه پزشکی تعریف و درمان شوند. هدف این مطالعه توسعه مفهوم پزشکی‌زدگی و گذار مفاهیم از بیمار به مشتری، حقیقت به آرزو و درمان به سوداگری می‌باشد. مطالعه حاضر یک پژوهش مروری بوده که با بررسی منابع کتابخانه‌ای و الکترونیکی حوزه پزشکی‌زدگی انجام شده است. این پژوهش متمرکز بر یافته‌های پژوهش‌گران مطرح در خصوص علل و پیامدهای پدیده‌ی پزشکی‌زدگی است. یکی از پیامدهای پزشکی‌زدگی گذار از بیماران به مشتریان است. به‌علاوه امروزه تعداد فزاینده‌ای از مسائل مربوط به سلامت وجود دارد که می‌تواند در مفهوم طب برآورنده آرزو گنجانده شود. از طرفی سوداگری بیماری نیز نتیجه تلاش شرکت‌های داروسازی برای توسعه مصنوعی "بازار" با متقاعد کردن افراد برای استفاده از محصولاتشان می‌باشد. تصور درمان مشکلات انسانی به‌عنوان مشکلات پزشکی اشتباهی است که درباره ماهیت علم مرتکب می‌شویم. در این راستا باید بیاموزیم که بین تن و ذهن تمیز قائل شویم و در درمان علاوه بر جسم به ذهن و مشکلات اجتماعی نیز توجه کنیم و به انسان به‌عنوان ماشینی که می‌تواند تعمیر گردد ننگریم و زمانی به درمان مبادرت ورزیم که نشانه‌های سوء عملکرد در رفتار مشهود باشد.

کلیدواژه‌ها: پزشکی‌زدگی، طب برآورنده آرزو، سوداگری بیماری، بیمار، مشتری

مقدمه

سبب‌شناسی رفتارها یا حالات مورد نظر، تعاریف پزشکی به خود گرفته و صرفاً از لحاظ علت ظاهری بررسی شده و درنهایت به یک امر پزشکی تبدیل شده‌اند (۲). دهه‌ها است که محققان متعددی فرایند پزشکی‌زدگی و این که چگونه تعداد فزاینده‌ای از شرایط تحت قلمرو صلاحیت پزشکی درآمده است، توصیف کرده‌اند. پزشکی‌زدگی فرایندی است که مشکلات غیرپزشکی را به عنوان مشکلات پزشکی همچون بیماری و اختلال تعریف می‌کنند. نمونه‌ها عبارتند از یائسگی، الکلیسم، اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)، اختلال استرس پس از سانحه Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)، بی‌اشتهایی، چاقی، اختلالات خواب، مشکلات جنسی (۳).

توسعه‌ی مفهوم پزشکی‌زدگی: به زعم Kenneth Zola Irving، پزشکی‌زدگی Medicalization فرایندی است که به موجب آن، بخش‌های زیادی از زندگی روزمره تحت تسلط، نفوذ و نظارت پزشکی در می‌آیند (۱). در سال ۱۹۹۲ Conrad مقاله‌ای را با عنوان «پزشکی‌زدگی و کنترل اجتماعی» به چاپ رساند که می‌توان آن را نقطه‌ی عطفی در مطالعات اجتماعی پزشکی‌زدگی دانست. در این مقاله وی ضمن ارائه تصویری جامع از ماهیت پدیده‌ی پزشکی‌زدگی و دلایل خاص آن، به این نکته مهم اشاره می‌کند که اکثر تحلیل‌های مربوط به پزشکی‌زدگی از طرح سؤال مربوط به علیت رفتارها صرف‌نظر کرده‌اند و مستقیماً به این امر پرداخته‌اند که چگونه موضوعات و مسائل، به جای

پزشکی‌زدگی اهمیتش را در دهه هفتاد به دست آورد و هنوز هم می‌تواند به عنوان یک اصطلاح کلاسیک در جامعه‌شناسی و پزشکی به کار رود. در دهه‌ی هشتاد، محققان شروع به صحبت در مورد طب برآوردنده آرزو نمودند. اولین مقاله نیز در مورد سوداگری بیماری در سال ۲۰۰۲ منتشر شد (۷).

پزشکی‌زدگی و بازار مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تا یک دهه‌ی گذشته، جامعه‌شناسان به ندرت پزشکی را به‌عنوان نوعی بازار بررسی می‌کردند؛ اما با توسعه مراقبت‌های مدیریت شده، شرکت‌های بیمه، فناوری‌های نوین پزشکی، نانو تکنولوژی، بیوتکنولوژی و داروسازی، پزشکی نیز شرکتی شده و بازارهای پزشکی به طور فزاینده در تجزیه و تحلیل مراقبت‌های بهداشتی مهم می‌باشند و به باور Conrad نیروهایی که پزشکی‌زدگی را جلو می‌رانند متحول گشته و حرفه‌ی پزشکی خود را در میان مشتریان آگاه و مشکل‌پسند، سازمان‌های مراقبت مدیریت شده، ژنتیک و کمپانی‌های بیوتکنولوژی یافت. به عبارت بهتر، ما در حال گذار از یک پزشکی‌زدگی حرفه‌ای به پزشکی‌زدگی مبتنی بر بازار و ارزش‌های بازار هستیم (۴، ۸ و ۹). هنگامی که محصولات پزشکی، خدمات و یا درمان برای مصرف‌کنندگان به منظور سلامتی، ظاهر و یا رفاه‌شان ارتقا می‌یابد، شاهد توسعه‌ی بازار محصولات پزشکی هستیم. ایده بازارهای پزشکی به عنوان یک "بازار نظری" شرح داده شده است (۱۰). بسیاری از عناصر بازارهای پزشکی در تعاریف کلاسیک بازار رقابتی نمی‌گنجد. در یک بازار آزاد، فرض می‌شود، مصرف‌کنندگان آگاه هستند، تفاوت در کیفیت را درک نموده، و قدرت چانه‌زنی و انتخاب آزاد در مورد خرید وجود دارد، اما این مفروضات اغلب در بازار مراقبت‌های بهداشتی نقض می‌شوند (۱۱). این شرایط به خصوص عدم تقارن اطلاعات در بازار سلامت، شرایطی را پیش می‌آورد که هم‌ارایه دهنده و هم‌دریافت‌کننده خدمت، رفتارهایی از خود بروز می‌دهند که با فلسفه خدمات سلامت که همانا تامین، حفظ و ارتقا سلامت است، منافات دارد. به عبارت بهتر در

طبق نظر بسیاری از صاحب‌نظران جامعه‌شناسی، پزشکی‌زدگی، یک فرایند دوطرفه است که در جریان آن، مسائل و موضوعات از قلمرو غیرپزشکی خارج و تحت قلمرو اقتدار پزشکی قرار می‌گیرند؛ بنابراین، پزشکی‌زدگی فرایند دوطرفه و برگشت‌پذیری است که طرف دیگر آن، پزشکی‌زدایی Demedicalization قرار دارد. پزشکی‌زدایی، بیانگر فرایندی است که مسائل و موضوعات پزشکی، اقتدار پزشکی خود را از دست داده و در قلمروهای غیرپزشکی تعریف و مدیریت می‌شود (۴، ۵).

ابتدا به ساکن می‌بایست به گذاری که پزشک از آنچه که می‌تواند درمان کند به آن چه که باید درمان کند، حرکت کنیم. Aldous Huxley، نویسنده قرن بیستم اشاره می‌کند که پزشکی رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی نموده است. برای مثال ناخشنودی رویدادی است که امروزه به راحتی با داروهای ضد افسردگی درمان می‌شود و در این‌گونه موارد پزشکان به جای این که عوامل شکل‌دهنده‌ی این واقعه را با توجه عمیق و دید باز به بیمار نشان دهند، در همان گام اول اقدام به تجویز دارو می‌کنند، بطوری که در سال‌های اخیر داروهای افسردگی جزء پرفروش‌ترین داروهای تجویزی می‌باشند (۶).

در سال‌های اخیر مردم نیز از داروهای جدید به طرق خطرناکی استفاده می‌کنند. برای مثال، برخی از نوجوانان به طرز فزاینده‌ای از محرک‌های شناختی به منظور بهبود عملکرد شناختی استفاده می‌کنند. از سوی دیگر، صنعت داروسازی بسیار علاقه مند به توسعه‌ی داروهای نشاط بخش خلق و خوی و یا قرص‌های شادی افزا برای پاسخگویی به افزایش تقاضاهاست. نبودن پروتکل‌های مشخص تجویز، مشکل دیگری است. چرا که به راحتی می‌توان دارو را بدون داشتن نسخه پزشک با قیمت مناسب به لطف اینترنت درب منزل تحویل گرفت (۶).

امروزه درک پزشکی بدون استفاده از سه مفهوم: پزشکی‌زدگی، طب برآوردنده آرزو -Wish Fulfilling Medicine و سوداگری بیماری Disease Mongering ممکن نیست. مفهوم

زندگی در بدو تولد در سراسر جهان به ویژه در کشورهای صنعتی در حال رشد است. پزشکی زندگی ریشه در حوزه اختلالات روانی نیز دارد. برای مثال، افرادی که فاقد منابع لازم برای مواجهه با رویدادهای خاص زندگی (به عنوان مثال اختلاف زناشویی) می‌باشند، گاهی برچسب "بیماران معمول" روانی (حتی اسکیزوفرنی) می‌خورند. مثال دیگر انحرافات پزشکی، بیش‌فعالی و ناتوانی‌های یادگیری است. Conrad تاکید کرد که در جمهوری خلق چین هیچ کودک بیش‌فعالی در دهه هفتاد وجود نداشت، در حالی که ده سال بعد بیش‌فعالی به شایع‌ترین تشخیص تبدیل شد (۸). برخی از نیروهای آن سوی پزشکی زندگی، منافع اقتصادی شرکت داروسازی هستند، اما آنها در این راه تنها نیستند. پزشکان که به طور فزاینده توسط خواسته‌های سیری ناپذیر بیماران خود تحت فشار هستند، نیز عامل دیگر پزشکی زندگی هستند (۱۴). در واقع، یکی از پیامدهای پزشکی زندگی گذار از بیماران به مشتریان است. مشتریان در تصمیم‌گیری‌های منجر به پزشکی زندگی نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند. در اصل، پزشکان تبدیل به یک ابزار برای تحقق خواسته‌های بیماران می‌شوند. علاوه بر این، دلایل اجتماعی و سیاسی تبیین‌کننده گسترش پزشکی زندگی وجود دارد (۱۵). به عنوان مثال، گذار از خدمات مراقبت بهداشت عمومی به خدمات مراقبت بهداشتی خصوصی کاملاً متناسب با گذار از بیماران به مشتریان است که کاملاً ذهنیت مصرف‌گرایی دارند (۶).

طب برآورنده آرزو: حقیقت یا آرزو

مردم در قرن ۲۱ با انگیزه‌هایی چون مشاغل با پرداخت بالا، پول، زمان، بهتر دیده شدن، احساس راحتی و سرخوشی برانگیخته می‌شوند؛ بنابراین، تعجب آور نیست که بهره‌گیری از پزشکی برای تحقق خواسته‌های شخصی امری رایج و مقبول باشد. طب برآورنده آرزو را می‌توان به عنوان فرایندی تعریف نمود که پزشکان و سایر متخصصان سلامت از تجهیزات پزشکی (فناوری پزشکی، دارو و غیره) در یک محیط درمانی برای

مراقبت‌های بهداشتی انحراف رخ می‌دهد. به این ترتیب که مراقبت‌های غیرپزشکی به عنوان مراقبت‌های پزشکی تعریف شده و درمان‌های پزشکی دارویی، جراحی و غیره اعمال می‌گردد. اینجاست که مفهوم پزشکی زندگی ظهور می‌یابد. به لحاظ تاریخی نیز این مفهوم در قالب انتقاد اجتماعی مطرح شد که جامعه انتقادهایی را در خصوص اهداف پزشکی زندگی از جمله بیمار را به عنوان مشتری فرض نمودن، برآورده ساختن رویاهای بیماران نه واقعیت مشکل آن‌ها و نیز پزشکی تجاری داشت که منفعتی عاید بیمار نمی‌کند. همان گونه که ایوان ایلچ نقد خود را در مورد استقرار پزشکی زندگی در کتاب "محدودیت‌های پزشکی: الهه انتقام پزشکی" مطرح کرد، او واژه پزشکی زندگی را به معنی یک مفهوم کلیدی انتقاد اجتماعی به کارگرفت. وی استدلال نمود که پزشکی زندگی، به منظور گسترش اقتدار و چشم انداز پزشکی می‌باشد، مترادفی برای انحراف در مراقبت‌های بهداشتی که بیش از آن که کمکی برای غلبه بر بیماری باشد، یک تهدید برای سلامت محسوب می‌گردد (۱۲).

پزشکی زندگی: از بیماران به مشتریان

جوامع با یک پزشکی زندگی در حال رشد وقایع زندگی مانند بلوغ، یائسگی، بارداری، پیری و یا حتی مرگ مواجه می‌باشند (۱۳). اصطلاح پزشکی زندگی اشاره به مشکلاتی دارد که قبلاً به صورت عادی و یا به عنوان یک انحراف از وضعیت نرمال در نظر گرفته می‌شدند (۱۴)، در حالی که امروز وقایعی مانند یائسگی، طاسی، یا جدایی زناشویی به صورت بیماری معرفی می‌شوند. اگرچه، ورود و ترویج این واژه در واژگان اجتماعی و پزشکی سخت بود (۱۵)، اما تعریف مفهوم نامحدود سلامت که توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۶ مطرح و بیان شد، راه را برای گسترش پزشکی زندگی هموار کرد. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده‌آل و عملاً دست نیافتنی است (۱۶).

یکی از زمینه‌های که در آن پزشکی زندگی به وضوح نشان داده شده، پیری و مرگ است. امید به

به اطلاعات بیشتری دسترسی داشته و سرعت بیشتری نسبت به قبل در تاریخ بشر داریم (۷). به عبارت دیگر، شناخت بیماری‌های جدید و انتشار اطلاعات در مورد آن‌ها آسان‌تر از همیشه است (۲۰). نقش رسانه‌ها در انتشار این بیماری‌های جدید کلیدی می‌باشد. به عنوان مثال، ظهور اینترنت ممکن است کمک کند تا توضیح دهد که چرا فیبرومیالوژی (نوعی نوعی روماتیسم بافت همبند) که توسط یک نهاد بالینی در دهه ۱۹۹۰ توسط کالج روماتولوژی آمریکا شناخته شد (۲۱) و ظاهراً دو تا سه درصد جمعیت از آن رنج می‌برند، یک هشدار بزرگ اجتماعی قلمداد نمی‌شود (۲۲).

عوامل پزشکی‌زدگی

عوامل اجتماعی گسترده‌ای وجود دارد که پزشکی‌زدگی را تشویق یا برانگیخته می‌کنند، از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به کاهش دین، ایمان جاودانه به علم، عقلانیت، پیشرفت جهان، اتکای بیش از حد به کارشناسان و روند بشردوستانه کلی اشاره کرد (۲). این عوامل، بستری را که پزشکی‌زدگی در آن رخ می‌دهد را تسهیل می‌کنند. جامعه‌شناسان این عوامل را در دو بعد عرضه و تقاضا شناسایی کرده‌اند. بطوری‌که قبل از هر چیز، قدر و منزلت حرفه پزشکی در بعد "عرضه" نفوذ و اقتدار زیادی است که این حرفه در سه دهه‌ی اول قرن بیستم در تسلط حرفه‌ای و اقتدار فرهنگی به دست آورده است (۲۳). این تسلط حرفه‌ای و انحصار پزشکی به پزشکی صلاحیت زیادی داده است (۲۴). عامل دیگری که پزشکی‌زدگی را تسهیل می‌کند بعد "تقاضاست"، در این خصوص، Barsky و Borus (۲۵) نشان می‌دهند که تحمل مردم برای علایم خفیف و مشکلات خوش‌خیم کاهش یافته است و تقاضای مصرف‌کنندگان برای راه‌حل‌های پزشکی افزایش یافته است. علاوه بر این، آگاهی بیماران، آنان را به متقاضیان اصلی مراقبت‌های پزشکی تبدیل کرده است. اینترنت نیز در آگاهی بیماران سهم عمده‌ای داشته است (۲۶). نگرانی اصلی عمدتاً از "پزشکی‌زدگی بیش از حد" یا Overmedicalization می‌باشد. در حالی که پزشکی‌زدگی هم مانند جهانی‌شدن، توصیف

برآورده ساختن آرزوهای بیماران، یا خواسته‌های غیرپزشکی آنان استفاده می‌کنند. مشکل طب برآورنده آرزو این است که نیاز به مراقبت بهداشتی سیری ناپذیر است. طب برآورنده آرزو، یک اصطلاح ابداع شده توسط Kettner است که احتمالاً بازتابی از آنچه که در جوامع ما اتفاق می‌افتد، می‌باشد. بیماران سنتی، کسانی که در حد صحبت (در مفهوم محدود) بیمار شده‌اند، از پزشکان خود می‌خواهند آن‌ها را مجدد به حالت سالم قبلی شان برگرداند. از سوی دیگر، مشتریان "جدید" به پزشک خود مراجعه و خواستار راه‌حلی برای مشکلاتی که بیماری در نظر گرفته نشده است (به عنوان مثال طاسی) هستند (۱۳). در این بستر، تعداد فزاینده‌ای از مسائل مربوط به سلامت وجود دارد که می‌تواند در مفهوم طب برآورنده آرزو گنجانده شود. داروهای ناباوروری و یا جراحی پلاستیک دو مثال کلاسیک از طب برآورنده آرزو می‌باشد (۷).

سوداگری بیماری: سلامتی یا سوداگری

مفهوم سوداگری بیماری برای اولین بار توسط Lynn Payer در دهه ۹۰ تعریف شد و اشاره به تلاش شرکت‌های داروسازی برای توسعه مصنوعی بازار با متقاعد کردن افرادی دارد که از برخی بیماری‌ها رنج می‌برند و نیاز به درمان پزشکی دارند (۱۷). از آنجا که شرکت‌های دارویی برای حفظ رشد فروش خود تحت فشار می‌باشند، ممکن است برای گسترش طیف وسیعی از بیماری‌های قابل درمان با محصولات تجاری از طریق بازاریابی و سوسه خیلی زیادی داشته باشند. نمونه معمول سوداگری بیماری اختلال اضطراب اجتماعی، تراکم زیاد مواد معدنی استخوان، انزال زودرس و اختلال عملکرد جنسی زنان می‌باشد (۱۸). روان‌پزشکی به‌عنوان یکی از رشته‌های پزشکی بیشتر با سوداگری بیماری مرتبط است، زیرا روان‌پزشکی فاقد داده‌های هدف (به‌عنوان مثال نشانگرهای زیستی) برای تشخیص اختلالات می‌باشد (۱۹). امروزه سوداگری بیماری به‌وفور دیده می‌شود، چرا که ما در عصر اینترنت زندگی می‌کنیم. و به واسطه توسعه شبکه‌های اجتماعی،

جدول ۱- بعضی از شرایط پزشکی زندگی و وضعیت‌های مرتبط با آن

ردیف	شرایط پزشکی	تشخیص وضعیت و یا استفاده از داروها یا خدمات بهداشتی درمانی مشخص شده
۱	اختلالات اضطراب	ترس از اجتماع، حالات اضطراب، اختلال وسواسی جبری، ضعف اعصاب، اختلال مسخ شخصیت
۲	اختلالات رفتاری	اختلال نقص توجه بدون و با اشاره به بیش فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله ای
۳	تصور جسمی	اعمال و جراحی‌های زیبایی
۴	اختلال عملکرد نعوظی	استفاده دارویی از ویاگرا سیالیس، لویترا
۵	ناباروری	ناباروری اولیه و ثانویه در زنان و ناباروری اولیه در مردان
۶	الگوی طاسی مردان	استفاده دارویی از پروپسیا، Rogaine و مینوکسیدیل
۷	یائسگی	استفاده دارویی پرمارین (داروی استروژنی)
۸	زایمان یا حاملگی طبیعی	سزارین مگر اینکه به عنوان یک عارضه تولد کد گذاری شوند
۹	غم و اندوه عادی	افسردگی
۱۰	چاقی	جراحی چاقی و داروهای کاهش وزن
۱۱	اختلالات خواب	درمان بی خوابی
۱۲	اختلالات مرتبط با مصرف مواد	درمان با الکل، آمفتامین، حشیش، کوکائین، نیکوتین، تریاک، فن‌سیکلیدین و وابستگی به آرام بخش‌ها

کمی از پزشکان را درگیر می‌کند، در حالی که پزشکان نقش اصلی را در اعمال جراحی مثل بای پس معده برای چاقی ایفا می‌کنند (۲۹).

نگرانی‌هایی وجود دارد که پزشکی زندگی، عامل اصلی افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی بوده است. در ایالات متحده، پزشکی زندگی ۷۷/۱ بیلیون دلار از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی سالانه را تشکیل می‌دهد. این بخش نسبتاً کوچکی از هزینه مراقبت‌های بهداشتی ملی (کمتر از ۴٪) است و در نتیجه بعید است پزشکی زندگی عامل اصلی رشد هزینه‌های مراقبت سلامت باشد. با این حال، پزشکی زندگی علاوه بر این که هزینه‌های درمان را تا حدودی به صورت مستقیم افزایش می‌دهد، منافع ارایه دهندگان طماع محصولات دارویی و خدمات پزشکی را نیز افزایش می‌دهد. مراقبت‌های پزشکی همواره هزینه‌های سنگینی را به دولت‌ها تحمیل می‌نمایند که در کنار این هزینه‌های نجومی، نمی‌توان هزینه‌های غیرمستقیم ناشی از عوارض جانبی مداخلات را نادیده انگاشت.

پزشکی زندگی؛ خوب یا بد؟

همان گونه که اشاره گردید، پزشکی زندگی همچون جهانی شدن، فرایندی اجتماعی است که معنای خوب یا بد بودن از آن استنباط نمی‌شود. برخی مثل گوتته نگرانی‌هایی دارند. جایی که بیان می‌کند: "من عمیقاً بر این باورم که انسانیت در دراز مدت برنده خواهد شد. ترس من از آن است

فرایندی اجتماعی است و این حاکی از آن نیست که تغییری خوب یا بد است. برخی از ناظران ابراز نگرانی کرده‌اند که پزشکی زندگی گسترش بیش از حد قلمرو حرفه‌ای پزشکی است و مکانیسمی است که صنعت داروسازی می‌تواند از طریق آن سهم بازاری خود را افزایش دهد، در نتیجه به افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کند (۲۷). روشن است در سه دهه گذشته رشد قابل توجهی در شرایط پزشکی زندگی و همچنین تعداد بیماران درمان شده برای این اساس وجود داشته است (جدول شماره ۱) (۲۸).

پزشکی زندگی بعدی از یک طیف است. درجاتی از شرایط پزشکی زندگی وجود دارد که تصور می‌شود حداقل پزشکی زندگی (به عنوان مثال اختلال چندگانه حساسیت شیمیایی) تا تقریباً پزشکی زندگی به طور کامل (به عنوان مثال زایمان و یا افسردگی اساسی) متغیر باشد. پس از ایجاد این طیف، دستجات پزشکی زندگی می‌تواند انعطاف پذیر، گسترده یا قراردادی باشند. به عنوان مثال، اختلال استرسی پس از سانحه (PTSD) در دهه ۱۹۷۰ به عنوان یک بیماری در میان سربازان ویتنام پدیدار شد؛ اما در حال حاضر PTSD بازماندگان انواع تروما (به عنوان مثال، جسمی، جنسی، زیست محیطی و غیره) و حتی شاهدان عینی حوادث را در بر می‌گیرد. پزشکی زندگی گستره متغیری از حرفه پزشکی را در بر می‌گیرد. به عنوان مثال، درمان اعتیاد به الکل تعداد نسبتاً

پاک کردن صورت مساله، خلق و خو، رفتارها و ظاهر خود را بپذیریم (۳۲).

دومین نتیجه بد حاصل از پزشکی‌زدگی این است که موسسات پزشکی، به انسان (بدن) به عنوان اشیا می‌نگرند. وقتی ما علیه استفاده از ابزار پزشکی نظیر دارو برای مثال برای درمان اندوه صحبت می‌کنیم، جدل ما بر سر دیدگاهی است که انسان را به صورت وسیله یا ماشینی می‌بیند که می‌توان آن را تعمیر نمود.

سومین پیامد بد پزشکی‌زدگی میزانی است که پزشکی به تغییر بدن افراد برای کاهش درد و رنج می‌پردازد و از پرداختن به منابعی که در خارج از بدن و در ساختار اجتماعی می‌توانند این رنج‌ها را ایجاد نمایند، غافل می‌شود. برای مثال به جای تغییر در بدن افراد کم‌رو با دارو می‌توانیم انتظارات این افراد که در موقعیت‌های جدید چگونه رفتار کنند را تغییر دهیم؛ بنابراین به جای تغییر بدن آن‌ها بهتر است هنجارهای غالب را متناسب سازیم و بپذیریم که این نشانه‌ها ناشی از انحراف هنجارها در زندگی فرد می‌باشد (۳۲).

این نگرانی‌ها روشن‌گرانه و حیاتی است، اما برخی پیش فرض‌های مشکل ساز وجود دارد که در تضاد با سایر مفروضات می‌باشد:

اول این که ایده پزشکی‌زدگی به این مفهوم بستگی دارد که پزشکی اهداف مناسبی دارد که روشن نمودن آن‌ها برای درک و اهیت آن ضرورت دارد. از طرفی امکان محدود کردن دامنه مناسب بودن اهداف پزشکی امکان پذیر نیست. مهم ترین دغدغه Conard هم همین بود که مشخص کند چه شرایطی از پزشکی‌زدگی مشکلات واقعی پزشکی می‌باشند (۳۲).

پارادوکس دیگر این که پزشکی باید به اختلالات جسم بپردازد نه مشکلات ذهنی و روحی؛ به عبارت دیگر باید اختلالات ارگانیک را درمان کند، نه آن‌ها که به بستر و فرایند مربوطند.

Johna Lehrer داستانی از روان پزشکی نقل می‌کند که عاشق تجویز داروهای ضد افسردگی بود. او در تشخیص درد و رنج ریشه گرفته از بدن رنجور بیمار و درد و رنج ناشی از ذهن و یا بستر اجتماعی ناتوان بود. این تناقض آقای پزشک وقتی

که تا آن وقت، جهان به بیمارستان غول پیکری تبدیل شود که در آن هر کس پرستار دیگری شود" (۳۰).

از سویی دیگر برخی با آن موافق بوده و پیامد نامطلوبی برای آن متصور نیستند. همان گونه که Purdy خوشبینی خود را این گونه ابراز می‌دارد: "استفاده از روش‌های درمانی برای جلوگیری از درد و رنج و افزایش رفاه می‌تواند مناسب باشد، حتی اگر منبع مشکل یک بیماری نباشد" (۳۱).

در واقع اصطلاح پزشکی‌زدگی دارای ارزش و بار معنایی خنثی می‌باشد. از طرفی باید بین مفهوم "پزشکی‌زدگی بیش از حد" که فرض می‌شود بد است و پزشکی‌زدگی که بد نیست، تمییز قایل بود (۳). پزشکی‌زدگی پیامدهای گوناگونی دارد. به عنوان اولین پیامد، بخشی از شرایط پزشکی‌زدگی به دلیل اشتباه در طبقه‌بندی مشکلات رخ می‌دهد. استنباط مشکلات غیرپزشکی، به عنوان مشکلات پزشکی و همین طور، استنباط تغییرات طبیعی انسان به عنوان آسیب، مواردی از این قبیل است. به عنوان مثال؛ اندوه مشکلی است که انسان زمانی که عزیزش را از دست می‌دهد تجربه می‌کند و یا کمرویی می‌تواند یک حالت ناخوشایندی باشد که بعضی افراد هنگام ملاقات با افراد تازه وارد دچار آن می‌شوند. حتی کوتاه قامتی می‌تواند احساسات ناخوشایندی در افراد ایجاد نماید. انتقاد از پزشکی‌زدگی این است که هیچ کدام از این‌ها؛ اندوه، کمرویی یا کوتاه قامتی مشکل پزشکی نیستند. اندوه یک حالت طبیعی و حتی شاید بخش ضروری حیات آدمی باشد؛ احساسات همراه با اندوه، کمرویی یا کوتاه قامتی ممکن است برای افراد سخت باشد اما اساساً نشانه‌ی بیماری نمی‌باشند. در حقیقت درمان مشکلات انسان به عنوان مشکلات پزشکی، اشتباهی است که در باره‌ی ماهیت عالم مرتکب می‌شویم. برای خوب نگریستن و خوب زیستن نیاز به پرهیز از ارتکاب چنین اشتباهاتی داریم. به طور خاص، برای خوب زیستن نیاز داریم تا بیاموزیم؛ بنابراین باید اجازه دهیم برخی از مشکلات وجود داشته باشند تا آموختنی صورت گیرد. این امر قویاً مستلزم این است که ما یاد بگیریم به جای

تن و ذهن تمییز قایل شویم و در درمان علاوه بر جسم به ذهن و مشکلات اجتماعی نیز توجه کنیم و به انسان به عنوان ماشینی که می‌تواند تعمیر گردد ننگریم و نهایتاً زمانی به درمان مبادرت ورزیم که نشانه‌های سوء عملکرد در رفتار مشهود باشد.

منابع

1. Zola IK, Zola AK. Socio-medical inquiries: Recollections, reflections, and reconsiderations: Temple University Press Philadelphia; 1983.
2. Conrad P. Medicalization and social control. Annual review of Sociology. 1992;20:9-32.
3. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. Social Science & Medicine. 2010;70(12):1943-7.
4. Ghazi Tabatabaei M, Vedadhir A, Mohseni Tabrizi A. Medicalization as a Game: An Analysis of the Social Construction of Human Problems. Journal of Human Sciences. 2007;53:93-128.
5. Ghazi Tabatabaie M, Vedadhir A. Surrogacy: Medicalization of Motherhood. Journal of Reproduction & Infertility. 2008;9(2):144-65.
6. Blasco-Fontecilla H. Medicalization, wish-fulfilling medicine, and disease mongering: toward a brave new world? Revista clinica espanola. 2014; 214(2):104-7.
7. Blasco-Fontecilla H. On suicide clusters: More than contagion. Australian and New Zealand journal of psychiatry. 2013;47(5):490-1.
8. Conrad P, Leiter V. Medicalization, markets and consumers. Journal of health and social behavior. 2004;158-76.
9. Conrad P. Medicalization, genetics, and human problems. Handbook of medical sociology. 2000;5.
10. Light DW. The sociological character of health-care markets. Handbook of social studies in health and medicine. 2000:394-408.
11. Lown B. Market health care: The commodification of health care. Philosophy and Social Action. 2000;26(1/2):57-72.
12. Devisch I, Van Hoyweghen I. A new era of medical consumption: Medicalisation revisited. Aporia. 2011;3(3):16-21.
13. Helman CG. Culture, health and illness: An introduction for health professionals: Butterworth-Heinemann; 2014.
14. Pedersen W, Sandberg S. The medicalisation of revolt: a sociological analysis of medical cannabis users. Sociology of health & illness. 2013;35(1):17-32.
15. Broom DH, Woodward RV. Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to

آشکار گشت که از یکی از بیمارانش پرسید: "آیا داروی ضد افسردگی تان جواب می‌دهد؟" او پاسخ دارد: "بلی عالی عمل می‌کند، احساس خیلی بهتری دارم، اما من هنوز همسر همان پدرسوخته الکلی هستم. با این داروها فقط او برایم قابل تحمل می‌شود." Lehrer یادآور می‌شود که مشکل آن خانم، ریشه در رابطه با همسر الکلی‌اش داشت نه عملکرد جسمی وی؛ بنابراین تشخیص او اشتباه بود (۳۳).

خاصیت خوب این انتقاد این است که می‌تواند برای برخی از ابعاد زندگی انسان از طوفان خانمان برانداز مداخله پزشکی همچون مامنی باشد؛ اما باید از دوگانگی ذهن و جسم آگاه بود. اگر ما موفق شویم از این دوگانگی رها شویم، آن گاه قادر خواهیم بود از گسست ذهن و جسم نیز آگاهی یابیم. آن چه که مهم است این است که ما نباید قربانی را سرزنش کنیم و استراتژی ترکیبی ذهن و جسم را برای درمان وی برگزینیم. نکته دیگر این که افراد رفتارهای متفاوتی را بروز می‌دهند، اگر رفتار او نشانه‌ای از سوء عملکرد نبود، نیازی به مداخله وجود ندارد (۳۲).

نتیجه‌گیری

تامل و تحلیل آثار صاحب‌نظران نشان داد که پزشکی‌زدگی هم مسایل اجتماعی و روانی و رفتارهای انحرافی (مثل الکلیسم، اعتیاد، کودک‌آزاری، نازایی، قمار، همجنس‌بازی، پرخاشگری، افسردگی و نظیر این‌ها) و هم فرایندها و تجربیات طبیعی زندگی (مثل تولد، مرگ، تغذیه، مادری، پدری، بچگی، بارداری، یائسگی، پیری، ریزش مو، لاغری و چاقی و نظیر این‌ها) را در برمی‌گیرد. این مقاله با تمرکز بر پیشینه و دانش موجود، پزشکی‌زدگی را از جنبه‌های گوناگون مورد بررسی قرار داده و نشان داد که حقیقت درمان مشکلات انسانی به عنوان مشکلات پزشکی اشتباهی است که در باره ماهیت عالم مرتکب می‌شویم. با خوب نگریستن و خوب زیستن بایستی از ارتکاب چنین اشتباهاتی پرهیز کنیم. در این راستا باید بیاموزیم که گاهی برخی از مشکلات وجود دارند. راه دیگر این است که بین

Times Magazine. 2010:42.

care. *Sociology of health & illness*. 1996;18(3):357-78.

16. Grad FP. The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(12):981.

17. Buyx AM. Be careful what you wish for? Theoretical and ethical aspects of wish-fulfilling medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2008;11(2):133-43.

18. Doran E, Henry D. Disease mongering: expanding the boundaries of treatable disease. *Internal medicine journal*. 2008;38(11):858-61.

19. Ihara H. A cold of the soul: A Japanese case of disease mongering in psychiatry. *The International Journal of Risk and Safety in Medicine*. 2012; 24(2):115-20.

20. Saddichha S. Disease Mongering in Psychiatry: Is It Fact or Fiction? *World Medical & Health Policy*. 2010;2(1):267-84.

21. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*. 1990;33(2):160-72.

22. Mas A, Carmona L, Valverde M, Ribas B. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical & Experimental Rheumatology*. 2008;26(4):519.

23. Starr P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books; 1982.

24. Freidson E. *Professional dominance: The social structure of medical care*: Transaction Publishers; 1970.

25. Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *Jama*. 1995;274(24):1931-4.

26. Williams SJ, Calnan M. The 'limits' of medicalization? modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. *Social Science & Medicine*. 1996;42(12):1609-20.

27. Moynihan R, Cassels A. *Selling sickness: How the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*: Nation Books; 2005.

28. Conrad P. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*: JHU Press; 2008.

29. Young A. *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*: Princeton University Press; 1997.

30. Rieff P. *The Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud*. New York Harper & Row; 1966.

31. Purdy L. Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine. *Bioethics*. 2001;3(15): 258.

32. Parens E. On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*. 2013;27(1):28-35.

33. Lehrer J. *Depression's Upside*. New York

Developing the "medicalization" concept: patient or customer, dream or reality, treatment or trading

Abolghasem Pourreza, Professor of Health Management and Economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. porrezaa@sina.tums.ac.ir

Salimeh Goharinezhad, Health Management and Economic Sciences Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. goharinezhad@gmail.com

Nayeb Fadaeidehcheshmeh, PhD candidate in Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. fadaei.n88@gmail.com

***Mohammad Azmal**, PhD candidate in Health Services Management, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran (*Corresponding author). m.azmal@bpums.ac.ir

Abstract

"Medicalization" occurs when the non-medical issues are defined and treated in the medical field. The purpose of this study was to develop the concept of medicalization and the transition of the concept from patient to the customer, truth to wishes and treatment to trading. The study is a review research conducted through reviewing the library and electronic resources to develop medicalization's concepts. This research is focused on the prominent authors' findings on causes and consequences of medicalization.

One of the consequences of medicalization is that the patients become to customers. In addition, there is a growing number of health issues which may be treated based on patients' wishes not reality. On the other hand, pharmaceutical companies efforts to develop artificial market, and to convince people to use their products.

Considering human problems as medical problems is a mistake we commit about the nature of the world. To this regard, we must distinguish between body and mind, and in treatment consider the mind and social problems as well. We should not consider human as a machine that can be repaired, and attempt to treat patients when symptoms of malfunctioning is observed.

Keywords: Medicalization, Concept Development, Patient, Consumer