

پای پزشکان در کفش جامعه‌شناسان؛ نقدی بر پزشکی شدن اعتیاد در ایران

منصور حقیقتیان^۱، ابوعلی ودادهیر^۲، سلمان قادری^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۱

چکیده

هدف: پزشکی شدن جامعه به معنای نفوذ و گسترش گفتمان پزشکی به موضوعات و قلمروهایی از اجتماع است که پیش از این در اختیار گفتمان‌های دیگر و گونه‌های مختلفی از دانش بود. یکی از این موضوعات سوءمصرف مواد است. اعتیاد به مواد به عنوان یک پدیده چندبعدی اجتماعی، به تدریج از حوزه اجتماعی خارج شده و تحت سیطره گفتمان پزشکی قرار گرفت. این پژوهش می‌کوشد تا از یک سو، مهم‌ترین مصادیق پزشکی شدن اعتیاد و از سوی دیگر، زمینه‌های اجتماعی که مولد این وضعیت بوده را شناسایی کند. **روش:** روش تحقیق به کار رفته کیفی و از نوع تحلیل مضمون بوده و نمونه با روش نمونه‌گیری هدفمند، از نوع حداکثر تنوع، انتخاب شده و با ابزار مصاحبه به گردآوری داده‌های لازم پرداخته شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل مضامین مصاحبه‌ها از طریق کدگذاری سه مرحله استراوس و کورین (کدگذاری باز، محوری و گزینشی) انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد «پزشکی‌مداری» هسته مرکزی مصادیق پزشکی شدن اعتیاد است که دارای سه مقوله اصلی «بیمارانگاری اعتیاد»، «دارو درمانی» و «درمان پزشکی محور» است. همچنین هسته مرکزی زمینه‌های پزشکی شدن اعتیاد عبارت است از «پزشکی شدن جامعه» که دارای مقولات اصلی «تجاری‌سازی درمان»، «فهرنگ بیمارانگاری اعتیاد» و «پزشکی‌سالاری» است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان اینگونه استدلال کرد که پزشکی به مثابه گفتمان مسلط در جامعه امروز ایران، بیشتر حوزه‌ها را تحت تاثیر قرار داده و عملی مسائل و موضوعات اجتماعی از جمله اعتیاد از نظر گاه تحلیل اجتماعی خارج شده و به قلمرو پزشکی و سایر علوم فردمحور منتقل شده‌اند.

کلیدواژه‌ها: پزشکی شدن اعتیاد، پزشکی شدن جامعه، دارو درمانی، تجاری‌سازی درمان

۱. استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دهقان، دهقان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، پست الکترونیکی: vedadha@ut.ac.ir

۳. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گرایش مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دهقان، دهقان، ایران

مقدمه

پزشکی شدن و گسترش آن از مهمترین عوامل زیستی شدن در جامعه امروزی محسوب می‌شود. امروزه دانش پزشکی تبدیل به یک صنعت بزرگ شده است. زمینه‌های علمی-تحقیقاتی و تکنولوژیکی در رابطه با مسائلی نظیر مرگ، زندگی و رفاه، ابعاد پزشکی گستره‌ای پیدا کرده و در قرن بیستم با حوزه قدرت پیوند خورده است (کلارک، شیم، مامو، فوسکت و فیشمن^۱، ۲۰۰۳). در حال حاضر حوزه قلمرو اقتدار پزشکی رشد داشته، به صورتی که بسیاری از مشکلاتی که در قلمرو اجتماعی قرار گرفته بر اساس دیدگاه پزشکی تعریف می‌شود. در اصطلاح، به این فرایند، پزشکی شدن^۲ می‌گویند. مفهوم پزشکی شدن، برای مطالعه ارتباط بین پزشکی و جامعه به کار می‌رود. تقلیل‌گرایی^۳ از مفاهیم بنیادی این حوزه است که مبتنی بر حذف نقش عوامل اجتماعی در فرایند سلامتی و بیماری می‌باشد (بالارد و الستون^۴، ۲۰۰۵). بر اساس این دیدگاه، نهادهای پزشکی و پزشکان، خود را در همه جا حاضر و قادر مطلق می‌بینند. لذا پزشکی شدن اجتناب‌ناپذیر و غیر قابل تغییر می‌شود و در نتیجه به عنوان یک فرایند در حال رشد، نگرش منفعلانه‌ای نسبت به نقش بیمار و درمان دارویی دارد (دیویس^۵، ۲۰۱۰). بنابراین ویژگی‌های انسانی و مسائل اجتماعی در قالب مفاهیم پزشکی در نظر گرفته می‌شوند که موضوع مطالعه، تشخیص، پیشگیری یا درمان قرار می‌گیرند (طباطبایی، ودادهیر و تبریزی، ۱۳۸۶).

طبق نظر کاسل^۶، گسترش کنترل اجتماعی پزشکی از موارد انحراف محسوب می‌شود. به عبارت دیگر، پزشکی شدن شکلی از کنترل اجتماعی است که موضوعات اجتماعی به حوزه مسائل پزشکی تقلیل یافته و گسترش می‌یابد. طبق نظر جامعه‌شناسانی نظیر فوکو، ساسز و روزن^۷، پزشکی شدن به عنوان یک موضوع جدید مطرح بوده و متخصصان پزشکی علاقمند به کنترل و تسلط بر جسم انسان‌ها دارند. پیچیده شدن تکنولوژی به طور فزاینده‌ای پزشکی شدن را به عنوان شکلی از کنترل اجتماعی در آورده که در اصطلاح به

1. Clarke, Shim, Mamo, Fosket, & Fishman
 2. medicalization
 3. reductionism

4. Ballard, & Elston
 5. Davis
 6. Cassell
 7. Foucault, Szasz, & Rosen

آن فن آوری روان‌شناسانه^۱ گفته می‌شود (کورور، ۱۹۷۳). جامعه‌شناسان از مفهوم پزشکی شدن به منظور تبیین مسائلی می‌پردازند که در واقع پزشکی نبوده بلکه دارای ماهیت اجتماعی است (وایت^۲، ۲۰۰۲).

ایللیچ^۳ (۱۹۷۵) از اصطلاح "پزشکی شدن زندگی" برای قدرت پزشکی استفاده می‌کند. پزشکی شدن دارای ابعاد مختلفی است که مصرف‌گرایی یکی از زمینه‌های آن محسوب می‌شود. زیرا سلامتی به عنوان یک کالا به صورت گسترده‌ای در حال تغییر است (تورنر^۴، ۲۰۰۴). طبق نظر کانراد و لیتر^۵ (۲۰۰۴) از چند دهه‌ی پیش پزشکی شدن گسترش قابل توجهی یافت و وابستگی به مواد اعتیادآور یکی از زمینه‌های آن محسوب شده که در حال گسترش است. تاثیرات آندر طی ۱۵ سال اخیر منجر به حذف برچسب جرم‌انگاری و اصلاح رویکردهای درمان اعتیاد شد. بر این اساس موضوعاتی نظیر اعتیاد به عنوان یک موضوع پزشکی در مقابل نظام قضایی قرار می‌گرفت (کانراد، ۱۹۹۲).

به طور کلی طی چهار دهه‌ی اخیر برنامه‌های مختلفی در قالب دو استراتژی مقابله با عرضه و کاهش تقاضا در کشور به اجرا در آمده مانند: مراکز نگهداری و بازتوانی معتادان، تصویب برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری اختلال مصرف مواد، طرح آزمایشی درمان نگهدارنده در زندان‌ها، درمان نگهدارنده متادون، اقامتی، اجتماع درمان مدار، کلینیک‌های مثلثی و ... اما به‌رغم تلاش‌های فراوان مشکل اعتیاد در کشور کاهش نیافته است (روشن پژوه، رحیمی موقر و احمدوند، ۱۳۹۶). همچنین رویکردهای جرم‌انگارانه که راه حل اعتیاد را در برخورد‌های قهری با معتادان و قاچاقچیان در نظر گرفته در مقابل رویکرد بیماری‌انگارانه قرار دارد که اعتیاد را به عنوان یک بیماری تعریف می‌نماید. هر چند که همواره رویکرد غالب جرم‌انگارانه بوده اما از موفقیت‌چندانی در کاهش و کنترل اعتیاد برخوردار نبوده است (مدنی، ۱۳۹۰). بر اساس رویکرد پزشکی که در قوانین، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌ها نیز به آن پرداخته شده، معتاد به عنوان بیمار در نظر گرفته شده و مداخلات تخصصی درمان دارویی و غیردارویی، و بازتوانی آن‌ها یکی

1. Psycho-technology
2. White
3. Illich

4. Tourner
5. Conrad

از اهداف این رویکرد است. پزشکی شدن اعتیاد به این معناست که با تعریف اعتیاد به عنوان یک بیماری، ارائه و اجرای راهکار درمانی به کاهش و کنترل آن در جامعه کمک نماید.

به این ترتیب طی سال‌های اخیر به دلیل گسترش قلمرو دانش پزشکی و افزایش قدرت پزشکان در زمینه‌های اجتماعی، بسیاری از مسائل اجتماعی نظیر سالمندی، کودک‌آزاری، اختلالات روانی، چاقی، همجنس‌گرایی، یائسگی، زاد و ولد و اعتیاد تحت قلمرو آن قرار گرفته و بر اساس آن طبقه‌بندی، تعریف و سنخ‌بندی می‌شوند (طباطبایی، ودادحیر و تبریزی، ۱۳۸۶). به نظر می‌رسد که اعتیاد همانند بسیاری دیگر از مسائل اجتماعی به دلیل پیچیدگی و چندبعدی بودن آن یک برساخت اجتماعی است که نیازمند آسیب‌شناسی و واکاوی گفتمان دانش پزشکی در منابع موجود، بررسی ساختارها، اقدامات، برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاران اجتماعی است که در حوزه‌های مختلف پس از انقلاب بر اساس آن شکل گرفته است. به نظر می‌رسد پزشکی شدن اعتیاد تبدیل به گفتمان شده و این موضوع پس از انقلاب باعث بروز آسیب‌های متعددی شده که در این پژوهش به بررسی، تحلیل و واکاوی آن خواهیم پرداخت.

یکی از دیدگاه‌های مهم که مبنای پزشکی شدن قرار گرفته برساخت‌گرایی اجتماعی بیماری بوده که عبارت است از این که چگونه معانی پدیده‌ها لزوماً در درون آن‌ها نیست بلکه در تعامل با یک زمینه‌ی اجتماعی توسعه داده می‌شود. به عبارت دیگر، برساخت‌گرایی اجتماعی به توضیح این مسئله می‌پردازد که چگونه افراد و گروه‌ها در تولید و درک دانش و واقعیت اجتماعی نقش دارند (برگر و لاکمن، ۱۹۹۶). دیدگاه برساخت‌گرایی اجتماعی ضمن تحلیل و نقد گفتمان پزشکی شدن سوء‌مصرف مواد به این موضوع می‌پردازد که اعتیاد به عنوان یک مسئله‌ی اجتماعی در سه حوزه برساخت می‌شود:

۱- معانی فرهنگی بیماری: بر شیوه‌ی تجربه‌شده‌ی بیماری، نحوه نمایش بیماری و نوع سیاست‌هایی که در شکل دادن به آن موثر است. به این ترتیب سوء‌مصرف مواد به صورت

ذاتی تعریف نمی‌شود بلکه واکنش‌های اجتماعی، تعریف و برچسبی که به آن زده می‌شود اهمیت دارد. ۲- تجربه‌ی بیماری به عنوان پدیده‌ی اجتماعی ساختار یافته شکل می‌گیرد: به این ترتیب اعتیاد در اثر کنش‌های جاری در بین افراد و در مواجهه پزشکی - بیمار، تمرکز بر تجربه‌ی ذهنی بیماران و ایجاد نگرش در بیماران نسبت به خود شکل می‌گیرد. افراد به صورت فعالانه‌ای پارامترهای بیماری و معنای فردیت به آن را شکل می‌دهند. ۳- دانش پزشکی که از نظر اجتماعی ساخت یافته است: بر اساس این تعریف مشخص می‌شود که چگونه دانش پزشکی به انعکاس تولید و اشکالی از نابرابری می‌پردازد و گروه‌های ذینفع چه نقشی در ایجاد، تعریف و گسترش انگاره‌های آن دارند. لذا نقش صنعت دارویی و گروه‌های ذینفع و قدرتمند در شکل دادن به چنین گفتمانی چگونه است (کانراد و بارکر، ۲۰۱۰). بنابراین، پزشکی شدن اعتیاد در حوزه‌های سه‌گانه‌ی معنی فرهنگی بیماری سوء مصرف مواد، تجربه‌ی بیماری به عنوان یک امر ساخت یافته‌ی اجتماعی و دانش پزشکی به عنوان یک امر ساخت یافته‌ی اجتماعی مورد تحلیل قرار می‌گیرد. لذا سوء مصرف مواد به عنوان یک بیماری صرفاً به معنای پزشکی نیست بلکه یک پدیده‌ی اجتماعی است که در جامعه و در تعامل اجتماعی بین کنشگران بر ساخت می‌شود و سپس آزموده و تجربه می‌شود. در نهایت به بررسی عوامل و ساختارهای اجتماعی موثر بر شکل‌گیری آن پرداخته خواهد شد.

طی سه دهه‌ی اخیر بر تعداد مصرف‌کنندگان مواد در کشور افزوده و هزینه‌های اقتصادی مواد اعتیادآور افزوده شده است (مختاریان و هاشمی، ۱۳۸۹). بر اساس نتایج آخرین پژوهش شیوع‌شناسی اعتیاد در کشور در حدود ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار مصرف‌کننده‌ی دائمی مواد در کشور حضور دارند و تریاک، شیشه، ترکیبات حشیش نظیر (گل، ماری‌جوانا و علف) و هروئین فشرده شده بیشترین مواد مصرفی را تشکیل می‌دهند (روشن‌پژوه، ۱۳۹۶). سازمان پزشکی قانونی کشور نیز میزان فوت افراد در اثر مصرف مواد اعتیادآور را در سال ۱۳۹۵ در حدود ۳۱۹۰ نفر اعلام نموده که نسبت به سال قبل از رشد ۶ درصدی برخوردار بوده است. تعداد مراکز درمان اعتیاد نیز رشد قابل

توجهی داشته است. به صورتی که بر اساس آمارهای موجود، ۲۷۰۰ مرکز درمان و کاهش آسیب در کشور فعال می‌باشند و ۱۰ درصد از خدمات مراکز به صورت زنانه تعریف شده است (روشن‌پژوه، ۱۳۹۶). اما با این وجود تعداد بیمارانی که به صورت کامل درمان می‌شوند بین ۵ تا ۱۰ درصد بوده و در حدود ۹۵ درصد مجدداً به مصرف مواد بر می‌گردند (ایازی، ۱۳۹۶). میزان توزیع مواد مخدر نیز قابل توجه است به صورتی که مصرف تریاک در ایران معادل ۴۲ درصد مصرف جهانی است و سالیانه ۵۰۰ تن مواد مخدر در کشور به مصرف می‌رسد. همچنین ۴۴ درصد از ۱۶ میلیون نفری که طی سه دهه‌ی گذشته دستگیر شده‌اند به صورت مستقیم و ۱۹ درصد نیز به صورت غیرمستقیم با مواد مخدر مرتبط بوده‌اند. تعداد زنان معتاد نیز افزایش قابل توجهی داشته است (کردونی، ۱۳۹۳). آمارهای یاد شده حاکی از آن است که علی‌رغم گسترش هزینه‌های انسانی و مادی پیشگیری و درمان اعتیاد در کشور، رویکردهای موجود از موفقیت‌چندانی برخوردار نبوده و هر روز بر ابعاد آن افزوده شده که نیازمند واکاوی، ارزیابی و بررسی مجدد می‌باشد. مسائل و چالش‌های یاد شده از طرفی و رشد سریع مراکز درمانی در کشور با محوریت پزشکان در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های کلان در حوزه‌ی اعتیاد، مدیریت حوزه‌ی اعتیاد توسط پزشکان، روان‌پزشکان و عدم نتیجه‌بخش بودن برنامه‌های پیشگیری، درمان و بازتوانی در کشور می‌تواند نمایانگر وضعیت پزشکی شدن اعتیاد در جامعه باشد. با این وجود، مطالعه‌ی دقیق، نظامند و مبتنی بر شواهد این فرایند می‌تواند تا حدود زیادی پاسخ نسبتاً متقنی نسبت به دلایل گسترش اعتیاد و عدم ثمربخش بودن برنامه‌ها در کشور ارائه نماید. آنچه که در حوزه‌ی پزشکی شدن نادیده گرفته شده تعریف ماهوی اعتیاد، بررسی نحوه‌ی ساخت اعتیاد از نظر کنشگران، نقش عوامل فرهنگی در ساخت اعتیاد و همچنین تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد بوده که عمدتاً ساختاری و حاصل عوامل مختلف فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است. به این ترتیب نگرش تک‌بعدی پزشکی نسبت به اعتیاد باعث شده که علاوه بر این که به عنوان ابزاری در اختیار گروه‌های ذینفع برای بهره‌وری بیشتر مطرح شود مانع از اصلاح وضعیت موجود و طرح‌گفتمان‌های جدید شود. تا حدود زیادی منفعت حاکم بر تعریف پزشکی از اعتیاد باعث شده که وضعیت موجود

در حالت سکون قرار بگیرد و تغییری در شرایط موجود به منظور کاهش و کنترل آن صورت نگیرد. این عامل می تواند نشان دهد که "منافع" و رویکرد پزشکی بر گسترش درمان این بیماری و کسب سود بیشتر استوار باشد. با این وجود اثبات چنین موضوعاتی نیازمند انجام پژوهش هایی کاربردی است که ضمن نقد پزشکی شدن به طرح دیدگاه های جدید و عمدتاً اجتماعی با هدف پیشگیری، درمان و توانمندسازی مصرف کنندگان مواد پردازد. بر این اساس در این پژوهش ضمن مطالعه پزشکی شدن اعتیاد در کشور، دلایل و عوامل ایجاد کننده به تبیین مهمترین عوامل به وجود آورنده آن پرداخته می شود. در این پژوهش ضمن بررسی مصادیق پزشکی شدن سوء مصرف مواد در جامعه به واکاوی زمینه های بروز و رونق این پدیده پرداخته خواهد شد. پژوهش حاضر در پی پاسخ گویی به سه پرسش است که عبارتند از: آیا پزشکی شدن اعتیاد در ایران به یک گفتمان بدل شده است؟؛ شاخص های پزشکی شدن سوء مصرف مواد در ایران چیست؟؛ و زمینه های اجتماعی موثر بر پزشکی شدن اعتیاد در ایران کدامند؟

رویکردهای مهم نظری در حوزه سلامت و بیماری وجود دارد که نقش اساسی در تبیین وضعیت آن دارد. بر اساس نظریه ی کارکردگرایی، سلامتی و مراقبت پزشکی بر کارکرد سالم جامعه اثر می گذارد. ارتباط بیمار با پزشک سلسله مراتبی است. پزشکان دستورالعمل هایی را ارائه می دهند و بیماران خود را ملزم به پیروی از آن می دانند. نظریه ی تضاد، به موضوع نابرابری های اجتماعی می پردازد. افرادی که از زمینه های اجتماعی محرومی برخوردارند احتمال بیشتری دارد که بیمار شده و به شکل نابرابرانه ای امکانات درمانی دریافت نمایند. پزشکان تلاش می کنند تا با در دست گرفتن بیماری، مشکلات اجتماعی را به عنوان مشکلات پزشکی تعریف نمایند. از دیدگاه کنش متقابل نمادین، سلامتی و بیماری ریشه در ساختار اجتماعی دارد. وضعیت سلامت جسمی و روانی واقعیت عینی محسوب شده اما چنانچه در جامعه تعریف شوند به عنوان یک بیماری محسوب می شوند (مونی، ناکس و شات، ۲۰۱۱). دیدگاه مارکسیسم و فمینیسم نیز به منظور انتقاد

نسبت به ماهیت تمرکز قدرت و نقش حرفه‌ی پزشکی در ایجاد سلطه‌ی طبقاتی مورد استفاده قرار می‌گیرند. از دیدگاه مارکیست‌ها، فعالیت پزشکی در قالب سلطه‌ی طبقاتی شناخته می‌شود. نهادهای پزشکی به عنوان فرایندی در نظر گرفته می‌شوند که بخشی از ماشین سرمایه‌داری است (وایتزکین و واترمن، ۱۹۷۵). بر این اساس، سرمایه‌داری به اشتباه ظهور مشکلات اجتماعی را در عوامل فردی در نظر می‌گیرد. رشد بیماری‌ها منجر به استفاده از درمان‌های مختلفی شده که برای پزشکان و مخصوصاً نظام سرمایه‌داری منافع متعددی در پی دارد. فمینیست‌ها نیز از توسعه‌طلبی حرفه پزشکی انتقاد کرده و بر موضوعاتی تاکید دارند که برای زنان از اهمیت برخوردار است. لذا تاکید آن‌ها عموماً بر تجربیات، بدن زنان و کنترل تولید مثل است که مردان در آن نقش زیادی دارند (بالارد و الستون، ۲۰۰۵). آن‌ها همچنین بر موضوعات پزشکی متمرکز بر سلامت روان که به سلطه‌ی پدرسالاری منجر شده، تاکید می‌نمایند (چسلر، ۲۰۰۵، شولتر، ۱۹۸۷ و باسفیلد، ۲۰۱۱).

بر اساس نظریه‌ی برساخت‌گرایی^۵، شکل‌گیری پدیده‌ها و ویژگی‌های آن‌ها در بستر نظام و تعاملات اجتماعی با محیط و متن اجتماعی صورت گرفته که همواره در حال تحول است. هر آنچه که برساخته می‌شود دارای وابستگی مشروط به جامعه است و ماهیت و علت وجودی آن ناشی از جامعه می‌باشد. تمام اجزای این نظام ارتباط معنایی با همدیگر دارند. بر اساس این دیدگاه، اعتیاد ساخته‌های فرهنگی اجتماعی بوده که در عین حال تاریخ‌مند نیز هست و حاصل عوامل اجتماعی و فرهنگی است (بر، ۱۳۹۵). طی ۵۰ سال اخیر، ساخت اجتماعی بیماری یکی از مهمترین مباحث پژوهشی در زمینه‌ی جامعه‌شناسی پزشکی بوده که در درک ما از ابعاد اجتماعی آن نقش زیادی داشته است. برخی از یافته‌های دیدگاه ساختارگرایی اجتماعی در سه زیر عنوان معنی فرهنگی بیماری، تجربه‌ی بیماری به عنوان یک موضوع از نظر اجتماعی ساخت یافته و دانش پزشکی به عنوان یک مسئله از نظر اجتماعی ساخت یافته مطرح است. ساختارگرایی یک چارچوب مفهومی

1. Ballard, & Elston
2. Chesler
3. Showalter

4. Busfield
5. constructionism

است که بر جنبه‌های فرهنگی و تاریخی یک پدیده به صورت گسترده و به یک شیوه‌ی منحصر به فرد تاکید دارد. تاکید این رویکرد بر این است که چگونه معانی پدیده لزوماً در درون خودشان نیست بلکه در تعامل با یک زمینه‌ی اجتماعی شکل گرفته می‌شود. به عبارت دیگر، بر ساختارگرایی اجتماعی به توضیح این موضوع می‌پردازد که چگونه افراد و گروه‌ها در تولید، درک دانش و واقعیت اجتماعی نقش دارند (برگر و لاکمن، ۱۹۶۶).

دیدگاه بر ساختارگرایی اجتماعی نسبت به بیماری ریشه در تمایز مفهومی و گسترده‌ی شناخته شده‌ای دارد که بین بیماری^۱ (در معنی بیولوژیک) و بیماری^۲ (در معنی اجتماعی) تمایز قائل می‌شود (ایزنبرگ، ۱۹۷۷). با این وضعیت ابزارهای مفهومی مفیدی به صورت گسترده برای این تمایز در حال رشد است. در مقایسه با مدل پزشکی که معتقد است بیماری (به معنای بیولوژیک آن) عمومی یا جهانی است و با توجه به زمان و مکان تغییر ناپذیر است، بر ساختارگرایان اجتماعی بر این موضوع تاکید می‌نمایند که چگونه معنی و تجربه بیماری (در معنای اجتماعی) به وسیله‌ی فرهنگ و سیستم‌های اجتماعی شکل می‌گیرد. به صورت مختصر، بیماری (در معنای بیولوژیک)، ماهیت مشخصی نیست که در انتظار کشف شدن دانشمندان و محققان باشد. همانگونه که گاسفلید (۱۹۶۷) عنوان می‌کند بیماری صرفاً یک نامگذاری اجتماعی^۳ است که به هیچ وجه به معنای ماهیت حقایق پزشکی نمی‌باشد. با این وجود، شرایط زیستی بدنی یا شرایط رخ داده شده طبیعی نیست و این موارد بیماری جسمی محسوب نمی‌شوند. بخش‌های بیماری (به معنای بیولوژیک) از تمایز مفهومی بیماری (بیولوژیک) از بیماری (اجتماعی) به تحلیل ساختارگرایی اجتماعی رسیده است. تا آنجا که چیزی که تحت عنوان بیماری شناخته می‌شود و واجد بیماری (به معنای اجتماعی) است و اغلب از نظر اجتماعی قابل مذاکره می‌باشد.

از نظر کانراد و بارکر (۲۰۱۰) ریشه‌های فکری چندگانه‌ای در دیدگاه بر ساختارگرایی اجتماعی نسبت به بیماری وجود دارد. برخی از بخش‌های اصلی آن در نوشته‌های متفکران

1. disease
2. illness

3. social designation

پیشین جامعه‌شناسی نظیر دورکیم، مانهایم و توماس آشکار است. یکی از مهمترین یافته‌های فکری ساخت اجتماعی بیماری، نظریه‌ی مسائل اجتماعی و پژوهش‌هایی است که از دهه‌ی ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ انجام شد. متمایز کردن خود از مفسران پوزیتویست. محققان در این سنت چنین ادعا کردند که چه چیزی باید به عنوان یک رفتار انحرافی شناخته شود یا به آن تحت عنوان مسئله‌ی اجتماعی اطلاق نمی‌شود. اما در یک بستر اجتماعی خاص و در واکنش به موفقیت مدعیان و کارآفرینی اخلاقی^۱ توسط گروه‌های اجتماعی نشان داده می‌شود (بکر، ۱۹۷۳، گاسفیلد^۲، ۱۹۶۷، اسپکتور و کیتسوز^۳، ۱۹۷۷). این محققان همچنین بر استفاده هدفمند از این گروه‌ها برای کنترل اجتماعی استفاده کرده بودند. به عنوان مثال تعریف و اجرای این که چگونه با افراد خاصی باید رفتار نمایند. اصول اساسی این چارچوب به آسانی برای بیماری به کار می‌رود. به طور خاص جامعه‌شناسی پزشکی بر فرایندهای مداومی تاکید دارد که رفتارها و تجارب خاصی به عنوان یک موقعیت پزشکی و شیوه‌هایی که می‌تواند به عنوان نوعی از کنترل اجتماعی تعریف شود (کانراد و اشنايدر، ۱۹۹۲؛ و زولا، ۱۹۷۲).

کنش متقابل نمادین و پدیدارشناسی دو رویکرد فکری محبوب به شمار می‌روند که در دهه‌ی ۱۹۶۰ ظاهر شدند و سهم زیادی در رویکرد ساخت‌گرایی اجتماعی نسبت به بیماری داشتند. اروین گافمن^۴ (۱۹۶۱) در شکل دادن به سنت کنش متقابل نمادین سهم بسیار زیادی داشت. گافمن از طریق مفهوم سازی "اخلاق حرفه‌ای"^۵ درباره‌ی تجارب اجتماعی از بیمار بودن صحبت کرد که متمایز از شرایط بیولوژیکی بوده که ممکن است به عنوان حرفه به آن پرداخته شود. بر اساس نظر او و سایر نظریه‌پردازان کنش متقابل نمادین، افراد به صورت فعالانه‌ای در برساخت دنیای اجتماعی خود شرکت دارند که از جمله برساخت خود از طریق تعاملات اجتماعی ادامه‌دار است (بلومر^۶، ۱۹۶۹). فرضیه‌های کلیدی این دیدگاه به صورت موثری خود را مدیون مطالعه‌ی دقیق کشف بیماری به همان صورت تجربه شده در چارچوب تعاملات اجتماعی روزمره که به نوبه‌ی خود عملکرد

1. moral entrepreneurialism
2. Gusfield
3. SpectorT & Kitsuse

4. Goffman
5. moral career
6. Blumer

خود را تغییر داده می‌داند (چارماز، ۱۹۹۹، گلیسر و اشتراوس، ۱۹۶۵). از یک منظر دیگر، مفروضات پدیدارشناسی (برگر و لاکمن، ۱۹۶۶؛ شوتس، ۱۹۶۷) به این موضوع اختصاص داده شده که چگونه افراد بیماری خود را درک می‌نمایند و چگونه خود را با محدودیت‌های فیزیکی و اجتماعی تطبیق داده و در مواجهه با محدودیت‌ها دچار خود فرسایشی می‌شوند (بری، ۱۹۸۲). الیوت فردسون (۱۹۷۰) که به نحوه ساخت اجتماعی بیماری و پیامدهای آن می‌پردازد که مستقل از تاثیرات بیولوژیکی‌شان هستند تاکیدات مهمی بر دیدگاه ساخت اجتماعی بیماری دارد. وی در مورد ساخت اجتماعی بیماری توضیح می‌دهد که چگونه بیماری‌ها دارای پیامدهایی هستند مستقل از تاثیرات بیولوژیکی‌شان. هنگامی که یک پزشک یک وضعیت انسانی را به عنوان یک بیماری (در معنای زیستی) تشخیص می‌دهد، او به تغییر رفتار انسانی یک وضعیت اجتماعی اضافه می‌کند به بیوفیز یولوژیک با ارزیابی معنی بیماری در معنای زیستی به بیماری در معنای اجتماعی اضافه می‌شود. این بدان معنی است که پزشکان بیماری (در معنای زیستی) را ایجاد می‌کنند و بیماری از نظر تحلیلی و تجربی متمایز از بیماری به معنای (اجتماعی) است. نه تنها فردسون به صراحت پیامدهای اجتماعی واقعی و ملموس بر چسب بیماری را تشخیص داد، بلکه همچنین او از جامعه‌شناسان در خواست نمود تا در نظر بگیرند که چگونه علائم یا نشانه‌ها بر چسب زده شده یا به عنوان یک بیماری در یک جا شناخته می‌شوند. با توجه به این که بیماری در معنای زیستی و بیماری در معنای اجتماعی مانند انحراف از ساختارهای اجتماعی محسوب می‌شوند (به عنوان مثال دسته بندی‌های ارزیابی شده مبتنی بر ایده‌ی اجتماعی آن چه که پذیرفتنی و قابل قبول نیست) لذا وی اقدام به مطالعه‌ی دسته بندی‌های پزشکی و دانش نمود (کاتراد و بارکر، ۲۰۱۰).

نوشته‌های میشل فوکو (۱۹۷۷) و کار در سنت فوکویی هر چند که متفاوت است اما به بررسی دقیق دانش پزشکی می‌پردازد که به صورت قابل توجهی نقش اساسی در دیدگاه ساخت اجتماعی بیماری دارد. فوکو دانش را به عنوان یک شکل قدرت در نظر می‌گیرد.

1. Charmaz
2. Strauss
3. Bergerand, & Luckmann
4. Schutz
5. Barry

مخصوصاً که استدلال می‌کند دانش ویژه درباره‌ی عادی بودن و غیرعادی بودن انسان قابل مشاهده یا طبیعی نیست و شکل اصلی قدرت در جوامع مدرن محسوب می‌شود. از این رو او از عبارت دانش/ قدرت استفاده می‌نماید. فوکو بر گفتمان پزشکی تاکید می‌کند که بر ساختن دانش درباره‌ی بدن نظیر بیماری تاکید دارد. همانگونه که برایان ترنر^۱ (۱۹۹۵) معتقد است، ما نمی‌توانیم درمان‌های طولانی تری را به عنوان رویدادهای طبیعی در جهانی که در بیرون از زبان آن‌ها قرار گرفته توضیح دهیم. وجود بیماری (در معنای بیولوژیک) محصول گفتمان پزشکی است. به نوبه‌ی خود، گفتمان پزشکی می‌تواند رفتارهای افراد را تحت تاثیر قرار دهد که بر تجسم تجربیات ذهنی‌شان تاثیر گذاشته، هویت آن‌ها را شکل داده و مداخلات پزشکی را مشروع سازد (فوکو، ۱۹۷۵). بر این اساس محققان الهام گرفته از فوکو، دانش پزشکی را بر ساخت شده^۲ می‌دانند. به عنوان مثال به ارائه تجزیه و تحلیل دقیقی از گفتمان پزشکی برای نشان دادن معانی جا افتاده شده، گرایش‌های عادی و ارتباط آن با تجسم و هویت می‌پردازند (بارکر^۳، ۱۹۹۸؛ لوپتون^۴، ۱۹۹۷؛ و رز^۵، ۲۰۰۶). این بدان معنی نیست که شرح کاملی از لایه‌های فکری و مقدمات آن را فراهم ساخته و برای شکل دادن به آن ادامه پیدا کند. همچنین این رشته‌ها منحصر به فرد نیستند. بسیاری از جامعه‌شناسان پزشکی به جنبه‌های مختلف این سنت فکری پرداخته‌اند. دیدگاه ساخت اجتماعی بیماری ترکیبی از موارد مختلف می‌باشد. هر چند که تفاوت‌های مهمی را بین انواع مختلفی از جهت ساختارگرایی اجتماعی به حداقل رسانده است و یک تصور کاملاً پوزیتیویستی از بیماری را به نمایش می‌گذارد که تجسم ایستایی از بیماری است. پیش زمینه‌های این دیدگاه بر این است که چگونه این بیماری به وسیله‌ی کنش متقابل اجتماعی و با سنت‌های فرهنگی شکل می‌گیرد و در نهایت در چارچوب دانش و روابط قدرت تغییر پیدا می‌کند.

1. Turner
 2. deconstruct
 3. Barker

4. Lupton
 5. Rose

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در دو مرحله انجام گرفته است. در مرحله اول با استفاده از مطالعه‌ی اسنادی به بررسی پژوهش‌ها، مطالعات و منابع مکتوب داخلی و خارجی (اعم از قوانین مصوب، طرح‌ها و لوایح، پروتکل‌ها، سیاست‌های تدوین شده، برنامه‌ها و طرح‌های ملی، رویدادهای مهم، اقدامات سازمان‌های متولی، سوابق تحصیلی مرتبط دست اندرکاران، مدیران و برنامه‌ریزان کشور در حوزه اعتیاد) پرداخته شده است. هدف از آن بررسی دلایل و عوامل شکل‌گیری گفتمان پزشکی شدن، پیامدها و تحلیل آن است. در مرحله دوم، روش پژوهش کیفی از نوع تحلیل مضمون به کار گرفته شده است. در فرایند تحلیل از مستندات کمی نیز استفاده شد و با رویکرد برساخت‌گرایی مفهومی به تبیین داده‌ها پرداخته شد. از مستندات، آمار، اطلاعات و سیاست‌های موجود استفاده شد و تاکید بر به حداکثر رساندن گروه‌های ذینفع در اعتیاد و گروه‌هایی است که در فرایند پزشکی شدن اعتیاد نقش دارند. بر همین اساس به حداکثر رساندن ذینفعان کلیدی و سیاست‌گذاران به اشباع رسیدند. تعداد مصاحبه‌های انجام شده ۹۳ نفر بود. با استفاده از تحلیل محتوای مفهومی داده‌ها تحلیل شد. بر این اساس به طبقه‌بندی، عوامل و سطوح پزشکی شدن و نتایج مندرج پرداخته شد.

در این مرحله بر این اساس گروه‌های فعال در حوزه اعتیاد اعم از (کارشناسان و متخصصان، عموم مردم (افراد بالای ۱۸ سال)، بیماران وابسته به مواد اعتیادآور و سازمان‌ها و گروه‌های ذینفع (نظیر مدیران شرکت‌های دارویی، پزشکان مراکز درمان و بستری، بیمه، داروخانه‌ها، عطاری‌ها، فروشندگان آزاد داروهای اعتیادآور، مدیران کمپ‌ها، مدیران سازمان‌های دولتی و سازمان‌های غیردولتی و تصمیم‌سازان حوزه‌ی اعتیاد در کشور بر اساس شاخص دولتی، نیمه دولتی و غیردولتی بودن به شرح زیر تقسیم می‌شوند:

- ۱- وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی: وزارت کشور، ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت بهداشت، وزارت کار، رفاه و تامین اجتماعی، وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزارت ورزش و جوانان، نیروی انتظامی، سازمان

گمرک ایران، دبیرخانه مقابله با مواد مجتمع تشخیص مصلحت نظام، شهرداری، صدا و سیما، سازمان پزشکی قانونی، سازمان بهزیستی، مراکز درمان اجتماع مدار (TC)، قوه قضاییه، دادستانی، سازمان زندان‌ها، کانون اصلاح و تربیت، سازمان بیمه سلامت ایرانیان، صاحب نظران و اساتید دانشگاه.

۲- سازمان‌های غیر دولتی: شرکت‌های داروسازی، کلینیک‌های سرپایی، کنگره ۶۰، جمعیت خیریه تولد دوباره، عطاری‌ها، انجمن معتادین گمنام (NA)، کمپ‌ها، کمیته‌ی امداد، مراکز مذهبی، مراکز کاهش آسیب، سازمان‌های بین‌المللی (مرکز مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در ایران)، داروخانه‌ها، فروشندگان مواد، سوء مصرف کنندگان مواد، خانواده‌های سوء مصرف کنندگان مواد، گروه‌های همسال، محققان، آموزش‌گران و نویسندگان، رسانه‌ها، عموم مردم، سفره‌خانه‌ها، آرایشگاه‌ها (مردانه و زنانه)، باشگاه‌های ورزشی.

۳- سازمان‌ها و مراکز نیمه دولتی: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی

لازم به ذکر است که برخی از مراکز نظیر بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، رسانه‌ها و کلینیک‌های سرپایی درمان هم دولتی و هم غیردولتی بوده که در مصاحبه مدنظر قرار گرفتند.

ابزار

ابزار گردآوری اطلاعات در بخش مطالعه‌ی اسنادی فیش‌برداری بود. در بررسی گروه‌های مختلف جامعه اعم از کارشناسان و متخصصان، عموم مردم (افراد بالای ۱۸ سال ساکن شهر تهران)، بیماران وابسته به مواد اعتیاد آور و گروه‌های ذینفع (مدیران شرکت‌های دارویی، پزشکان مراکز درمان و بستری، بیمه، داروخانه‌ها، عطاری‌ها، فروشندگان آزاد داروهای اعتیاد آور، مدیران کمپ‌ها، مدیران سازمان‌های دولتی و سازمان‌های غیردولتی و تصمیم‌سازان حوزه‌ی اعتیاد در کشور مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. همچنین در بررسی سازمان‌ها، وزارتخانه‌ها و ارگان‌های دولتی و غیردولتی با افراد کلیدی مصاحبه انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، پس از پیاده سازی به صورت متن، از

فرایند کدگذاری سه مرحله باز، محوری و گزینشی استفاده شده و کوشش بر این بود تا واحدهای معنایی، مقولات اصلی و هسته مرکزی مشخص شوند.

یافته‌ها

تعداد ۶۳ نفر (۶۷/۷٪) از پاسخ‌گویان مرد و ۳۰ نفر (۳۲/۳٪) زن بودند. از بعد طیف سنی بیشتر مصاحبه‌شونده‌ها میان سال و میانگین سنی آن‌ها ۴۴ سال بود. از نظر قومیت، بیشترین فراوانی (۵۵/۹٪) مربوط به قومیت فارس، (۱۹/۳٪) ترک، (۷/۵٪) کرد، (۵/۳٪) لر، (۵/۳٪) گیلکی، (۵/۳٪) مازنی و (۱٪) لک بودند. وضعیت تاهل (۱۴٪) مجرد (۵/۴٪) مطلقه، (۱٪) همسر فوت شده، (۷۹/۶٪) متاهل بودند. از نظر وضعیت تحصیلی مقطع ابتدایی (۳/۲٪)، سیکل (۸/۶٪)، دیپلم (۱۸/۱٪)، فوق دیپلم (۳/۲٪)، لیسانس (۱۴٪)، فوق لیسانس (۱۹/۳٪)، دکتری تخصصی (۳۳/۳٪)، و حوزوی (۲/۱٪) بودند. با این وجود بیشترین فراوانی دارای دکتری تخصصی بودند.

جهت فهم و شناسایی ابعاد پزشکی شدن اعتیاد به ارزیابی محتوای مصاحبه‌ها با روش تحلیل مضمون کیفی به واسطه فرایند کدگذاری سه‌گانه باز، محوری و گزینشی پرداخته شد. طی این کدگذاری، واحدهای معنایی، مقولات اصلی و هسته مرکزی در مورد پاسخ هر کدام از پرسش‌ها شناسایی شد که در قالب جداول ۱ و ۲ قابل مشاهده است. جهت افزایش شفافیت فرایند کدگذاری، در هر مورد دو یا سه مورد از نقل قول‌ها و کدهای مربوط مطرح شده است.

برای فهم مصادیق پزشکی شدن اعتیاد در ایران، به تجزیه و تحلیل محتوای مصاحبه‌ها پرداخته شد و مضامین آن‌ها طی کدگذاری‌های باز، محوری و گزینشی مورد واکاوی قرار گرفت. پس از استخراج واحدهای معنایی در مرحله کدگذاری باز، سه مقوله اصلی «بیمارانگاری اعتیاد»، «دارو درمانی» و «درمان پزشکی محور» به عنوان مهمترین مظاهر و مصادیق پزشکی شدن اعتیاد استخراج شدند. همچنین، «پزشکی‌مداری» به عنوان هسته مرکزی عمیق‌ترین مصداق پزشکی شدن اعتیاد در کدگذاری گزینشی از مضامین مصاحبه‌ها استخراج شد. جدول ۱ شامل واحدهای معنایی، مقولات اصلی و هسته مرکزی

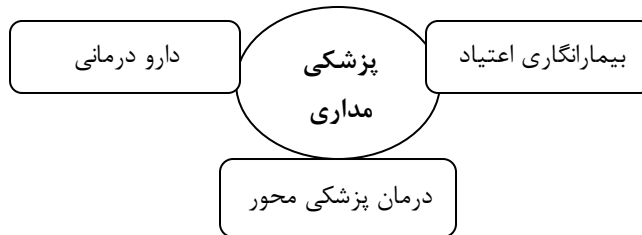
مصادیق پزشکی شدن اعتیاد است. همچنین برای نمونه، سه مورد از مضامین مصاحبه‌ها و کدگذاری آن‌ها در کدگذاری باز به این شرح است؛

اظهارات یک مرد متاهل ۵۶ ساله که مدیر یکی از مراکز کاهش آسیب است چنین می‌گوید: «شاید یه شوخی با این مریض‌ها بکنند. اما مراکز دیگه اجازه نمی‌دهند که شوخی بکنند. مثلاً بعضی وقت‌ها دری و وری هم با لبخند بهشون میگم و این رابطه‌ی عاطفی با بیماران برقرار میشه» (تلقی بیمارگونه از اعتیاد). زن ۵۴ ساله متاهل دارای تحصیلات دکتری تخصصی: «به نظرم اعتیاد بیماری است اما مصرف مواد بیماری نیست.» (بیمارانگاری اعتیاد). مرد روحانی ۴۰ ساله متاهل نیز معتقد است: «شما باید یک برنامه‌ی درمان داشته باشید برای هر کسی که بیماری مزمن داره. ما اصلاً برنامه‌ی درمان نداریم برای اعتیاد.» (اعتیاد به مثابه بیماری).

جدول ۱: واحدهای معنایی، مقولات اصلی و هسته مرکزی مصادیق پزشکی شدن اعتیاد

واحد‌های معنایی	مقولات	هسته مرکزی
(کدگذاری باز)	(کدگذاری محوری)	(کدگذاری گزینشی)
تلقی بیمارگونه از اعتیاد، اذعان به بیماری بودن اعتیاد، باور به بیمار بودن معتاد، بیمارانگاری معتاد، تلقی بیماری از اعتیاد، بیمارانگاری اعتیاد، بیمارانگاری عمومی‌یافته، اعتیاد به مثابه بیماری.	بیمارانگاری اعتیاد	
دارو درمانی، درمان دارویی به مثابه‌ی اعتیاد مضاعف، دارو درمانی افسارگسیخته، وابستگی دارویی، دارو درمانی حاد، سلطه دارو درمانی، متادون درمانی، فرهنگ دارویی، مخاطره دارویی، باور به دارو درمانی، بدیهی انگاشتن دارو درمانی، بی‌توجهی به درمان‌های غیر دارویی، جامعه دارو محور.	دارو درمانی	پزشکی مداری
پزشکی شدن ترک اعتیاد، درمان پزشک محور، پزشکی محوری، پزشکی اخلاق‌زدایی شده، پزشک محوری درمان اعتیاد، سلطه پزشکی شدن اعتیاد، حضور فراگیر اما ناکارآمد پزشک، سلطه پزشکی، پزشکی شدن درمان اعتیاد.	درمان پزشکی محور	

می توان ارتباط هسته مرکزی و مقولات اصلی مربوط به مصادیق پزشکی شدن اعتیاد را به صورت زیر نمایش داد.



شکل ۱: تعامل هسته مرکزی مصادیق پزشکی شدن اعتیاد و مقولات اصلی

جهت تفهم و ارزیابی زمینه‌هایی که سبب شکل‌گیری و رونق پزشکی شدن اعتیاد شده‌اند، پس از ارزیابی مضامین مصاحبه‌ها بر اساس سه مرحله کدگذاری، واحدهای معنایی، مقولات اصلی و هسته مرکزی مربوط به زمینه‌های پزشکی شدن اعتیاد مشخص شد. بر این اساس، سه مقوله اصلی «تجاری‌سازی درمان»، «فرهنگ بیمارانگاری اعتیاد» و «پزشکی سالاری» به عنوان مقولات اصلی و «پزشکی شدن جامعه» هم به مثابه هسته مرکزی زمینه‌های پزشکی شدن اعتیاد تشخیص داده شد. واحدهای معنایی، مقولات اصلی و هسته مرکزی در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین برای نمونه، سه مورد از مضامین مصاحبه‌ها و کدگذاری آن‌ها در کدگذاری باز به شرح ذیل است.

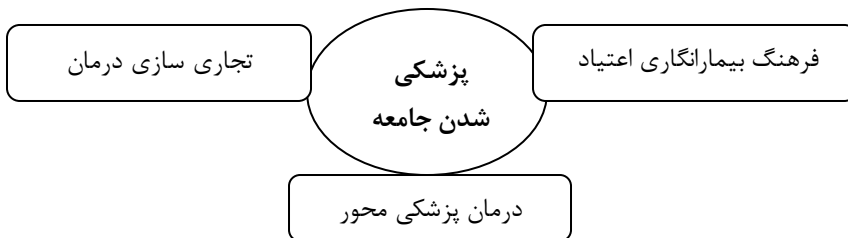
مرد ۳۷ ساله متاهل که کارشناس دفتر منابع انسانی بود معتقد است: «شرکت‌های دارویی به دنبال درآمد هستند. دنبال فروش‌اند. هر دارویی را که از وزارت بهداشت مجوز بگیرند طبق مقررات توزیع می‌کنند. لذا به مسائل دیگر کاری ندارند. به فکر سود و فروش خودشان هستند.» (تسلط نگاه سودمحور). مرد متاهل ۵۴ ساله دارای مدرک دکتری تخصصی و مدیر کل دفتر ستاد مبارزه با مواد مخدر: «یکی قوانین بالادستی؛ از قوانین مبارزه با مواد مخدر تا قانون برنامه‌ی اول تا قانون برنامه‌ی دوم، تا قانون برنامه چهارم تا قانون برنامه پنجم و تا قانون برنامه ششم همگی اعتیاد رو بیماری می‌دونند و بر این اساس قوانین نوشته شده.» (قوانین؛ حامی بیمارانگاری اعتیاد). مرد ۳۷ ساله دارای مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی و روان‌شناس کلینیک ترک اعتیاد شفا چنین می‌گوید: «اینکه قلمرو پزشکی چقدر مسلط شده. وقتی که صرفاً مجوز را به پزشکان می‌دهند یعنی

در تحت نظر و قلمرو پزشک است. سایر حضرات لحاظ نمی‌کنند و این‌ها را به عنوان فرستاده‌ی خدا برای طبابت فرستاده شده. وقتی ارگان‌های بالاسری که مجوز صادر می‌نمایند و از کلمه‌ی پزشک استفاده می‌کنند. بنابراین در قلمرو هست دیگه.» (پزشک سالاری ساختاری).

جدول ۲: واحدهای معنایی، مقولات اصلی و هسته مرکزی زمینه‌های پزشکی شدن اعتیاد

واحدهای معنایی (کدگذاری باز)	مقولات اصلی (کدگذاری محوری) (کدگذاری گزینشی)	هسته مرکزی
انگیزه‌های سودمحور، تجاری سازی درمان اعتیاد، تسلط نگاه سودمحور، توزیع گسترده داروهای ترک اعتیاد، توزیع گسترده متادون، درمان سودمحور، سودآوری.	تجاری سازی درمان	
بیمارانگاری اعتیاد، تقلیل ابعاد اعتیاد، رسانه‌ها، شتاب‌زدگی ساختاری در درمان اعتیاد، ضعف اجرایی- نظارتی، ضعف در نظارت، عدم نظارت بر پیامدهای قوانین مصوب، فرهنگ بیمار انگاری، القای باور به بیمارانگاری اعتیاد، قوانین حامی بیمارانگاری اعتیاد، مافیای دارو، نگاه سودمحور به درمان، نگاه فردمحور.	فرهنگ بیمار انگاری اعتیاد	پزشکی شدن جامعه
پزشک محوری درمان اعتیاد، بیمه‌ها و پزشکی شدن اعتیاد، پزشک سالاری، پزشکی شدن ساختاری، ساختارهای پزشکی شدن اعتیاد، ساختار پزشک سالار، سلطه قانونی- ساختاری پزشکان، فرهنگ پزشکی مداری، قانون گذاری پزشک مدار، قدرت اقتصادی- ساختاری پزشکان، لابی گری پزشکان، نظام حقوقی پزشک سالار، تعامل دانش و قدرت.	پزشکی سالاری	

شکل ۲ نحوه تعامل میان هسته مرکزی و مقولات اصلی مربوط به زمینه‌های پزشکی شدن اعتیاد را نمایش می‌دهد.



شکل ۲: تعامل هسته مرکزی زمینه‌های پزشکی شدن اعتیاد و مقولات اصلی

بحث و نتیجه‌گیری

پزشکی شدن از جمله مفاهیمی است که طی چند دهه‌ی گذشته مطرح شده و بسیاری از مفاهیمی که در اصل ماهیت اجتماعی داشته بر اساس شاخص‌ها و سنجه‌های پزشکی تعریف و طبقه‌بندی شده‌اند. دلایل متعددی در کشورهای غربی باعث شد که چنین روندی شکل گیرد و چنین روندی دارای پیامدهای مثبتی نیز بود زیرا به جرم‌زدایی و گناه‌زدایی از آسیب‌ها و مسائل اجتماعی منجر شد. به عنوان مثال مفهوم "دیوانگی" که تا پیش از ورود به قلمرو پزشکی به عنوان یک برچسب قلمداد شده و به این وسیله باعث طرد و انزوای بیشتر افراد می‌شد با ورود به قلمرو پزشکی سبب برچسب‌زدایی از این مفهوم شد. در نتیجه با تعریف آن تحت عنوان بیماری، به ارائه درمان پرداخته و در نهایت منجر به تشکیل موسسه و نهادسازی برای این مسئله شد. چنین روندی در رابطه با سایر مسائل نظیر همجنس‌گرایی، اختلال مصرف مواد، کودک‌آزاری، معلولیت، چاقی و غیره نیز مصداق دارد و بسیاری از این مفاهیم به تدریج در قلمرو پزشکی قرار گرفت. اما گسترش چنین روندی علی‌رغم پیامدهای مثبت اولیه، به تدریج منجر به بروز نشانه‌های منفی آن شد. به عنوان مثال اقتدار و کنترل پزشکی به شدت گسترش یافت. رویکردها عمدتاً به سمت تحلیل‌های فرد محور سوق داده شد و منجر به تقلیل‌گرایی تحلیلی‌های این حوزه شد. در حالی که گسترش مسائلی نظیر سوء مصرف مواد یک پدیده‌ی نابهنجار بود، گسترش رویکرد پزشکی منجر به عادی شدن بسیاری از این مسائل شد. بنابراین، چنین مسائلی عادی تلقی شده و راه حل آن‌ها را در ارائه درمان بیشتر در نظر گرفتند. شکل‌گیری چنین روندی در سطح جهانی باعث شد که در ایران نیز روند مشابهی در بسیاری از حوزه‌های مسائل اجتماعی شکل بگیرد. یکی از این حوزه‌ها، سوء مصرف مواد اعتیادآور بوده که موضوع پژوهش حاضر است.

اعتیاد در ایران همانند بسیاری از کشورهای دنیا از جمله مسائلی بوده که به نظر می‌رسد بخش قابل توجهی از جامعه را به خود مشغول داشته است. به عبارت دیگر، این مشکل همه‌جایی و همگانی است. اما ماهیت اعتیاد در کشور ما متفاوت با سایر کشورهاست؛ هر چند به دلیل جهانی بودن، این پدیده دارای وجوه مشترکی در تمام دنیا است اما وجوه

افتراق آن نیز کم نیست. از جمله‌ی این وجوه اشتراک، ماهیت سیال و همه‌گیر این پدیده است. همچنین اقتصاد مواد اعتیادآور و بهره‌گیری از عنصر تبلیغات از دیگر وجوه اشتراک آن است. لذا سودمحوری، کسب سرمایه و تجارت مواد از شاخص‌های آن محسوب می‌شود اما وجوه افتراق آن بی‌شمار است. علت آن نیز تفاوت ماهوی وضعیت سیاسی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، تاریخی و ساختارهای موازی در کشور بوده که از قضا، همین عوامل باعث پیچیدگی‌های آن شده است.

اعتیاد در ایران متاثر از عوامل، نیروهای محرک، شرایط و رخدادهای مختلف بین‌المللی، ساختاری (نظام سیاسی، قوانین، اقتصادی، فرهنگی) نیروهای تعیین‌کننده بازار، نظام دارویی، سازمان‌های غیردولتی (سمن‌ها)، نظام مدیریت، توسعه‌ی شهری، رسانه‌ها، تحقیقات و خرده‌فرهنگ نسل جدید است. به عبارت دیگر، هر کدام از زمینه‌های فوق، در قالب تکه‌های پازل اعتیاد در ایران، نقش تعیین‌کننده‌ای در به وجود آمدن وضعیت موجود دارند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که سهم زمینه‌های ساختاری، بازار درمان دارویی، رسانه‌ها، سیستم قاچاق و خرده‌فرهنگ نسل جدید زنان و جوانان بیشتر از سایر زمینه‌ها است. اما این عوامل در ارتباط متقابل با یکدیگر قرار داشته و تاثیر هم‌افزایی دارند. پزشکی شدن و دارویی شدن درمان اعتیاد در کشور مولود اتخاذ رویکردهای تقلیل‌گرایانه و فردی و عدم توجه به نقش عوامل پدیدآورنده‌ی اعتیاد در کشور است. به این ترتیب، نظام سیاسی از طریق تحمیل ایدئولوژی خود راه برای کنترل‌گری جامعه از طریق رویکردهای با محوریت پزشکی را فراهم ساخت. در شرایطی که رویکرد جرم‌انگارانه و دارویی شدن جامعه تبدیل به رویکرد غالب شد، فضا برای رشد سمن‌های با محوریت مردم و جامعه مدنی بسته شد و فعالیت آن‌ها با چالش‌های عمده و بدبینی گسترده‌ای مواجه شد. سازمان‌های مردم‌نهاد فضای تنفسی جامعه هستند. بستن چنین معجری مسیری را برای گسترش فسادهای سازمانی، رانت و قدرت فراهم می‌سازد. به همین دلیل نگاه غالب دولت‌های پس از انقلاب نسبت به سمن‌های فعال در حوزه‌ی جامعه مدنی همراه با شک و بدبینی بوده است.

همان طور که یافته‌ها نشان داد، پزشکی مداری هسته مرکزی مظاهر و مصادیق فرایند پزشکی شدن اعتیاد در ایران است. به عبارت دیگر، نفوذ گفتمان پزشکی در باب اعتیاد بیش از هر چیز خود را با این واقعیت نشان می‌دهد که پزشکی به رکن رکن هر نوع رفتار پیشگیرانه، مداخله‌ای و درمانی بدل شده است. این امر به این معنی نیست که پزشکی نیز در کنار سایر شاخه‌های دانش (مانند جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، اخلاق و غیره) به مثابه یک تیم در مورد اعتیاد نقش آفرینی می‌کند. بلکه حاوی این مضمون است که پزشکی به تنهایی سکان مواجهه با اعتیاد و معتادین را در دست گرفته و یکه و تنها خود را نقش آفرین این عرصه می‌داند. نتیجه این وضعیت چیزی نیست جز به محاق رفتن و در حاشیه قرار گرفتن سایر علوم که هر کدام به نوبه خود می‌توانند در پیشگیری و بهبود اعتیاد و معتادین جامعه موثر باشند.

اگر به مقولات اصلی این هسته مرکزی نگاهی بیفکنیم (بیمارانگاری اعتیاد، دارو درمانی و درمان پزشکی محور) می‌توان در مقیاس وسیع‌تر و با عمق بیشتری به این پزشکی مداری پی برد. تلقی بیمارگونه آن چنان بدیهی شده که نوعی فرهنگ شده است. حتی در مصاحبه‌های افرادی که سوابق تحصیلی بالایی در علوم اجتماعی و روان‌شناختی دارند نیز اذعان به بیماری بودن اعتیاد به روشنی به چشم می‌خورد. از همین جارد پای دومین مقوله اصلی آشکار می‌شود؛ دارو درمانی. اتکای بیش از اندازه جامعه به دارو تقریباً در تمام وجوه زندگی اجتماعی پررنگ است. به گونه‌ای که در بیشتر خانه‌ها داروهای مختلفی برای منظوره‌های متفاوتی انبار شده و خیلی وقت بدون استفاده می‌مانند. این مطلب از این واقعیت ناشی شده که دارو درمانی فقط مختص مسئله اعتیاد نیست. جامعه ایران برای مطالعه بیشتر (در دانش‌آموزان و دانشجویان)، لاغری (در بانوان)، کسب نشاط (در ورزشکاران) تسکین سطوح مختلفی از درد (مانند سردرد و کم‌خوابی یا بی‌خوابی) و مواردی از این دست به دارو و درمان‌های دارویی وابستگی فزاینده‌ای یافته‌اند. می‌توان چنین نتیجه گرفت که دارو درمانی اعتیاد نیز در همین چارچوب قابل تحلیل و بررسی است. جامعه‌ای که برای هر مشکلی، دارو را به عنوان بهترین، کارآمدترین و سریع‌ترین شیوه درمان برگزیده طبیعی به نظر می‌رسد که همین رویکرد را در مواجهه با اعتیاد نیز

داشته باشد و جنبه‌های یادگیری اجتماعی، زمینه‌های فرهنگی و ابعاد روانی آن را دارای اهمیت درجه اول نداند.

در ارتباط با واکاوی مهمترین زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی ظهور و رونق پدیده پزشکی شدن اعتیاد، پزشکی شدن جامعه به عنوان هسته مرکزی، حاوی معانی و پیام‌های مهمی است. یعنی پزشکی به یک گفتمان فراگیر و مسلط بدل شده به نوعی می‌توان آن را فرهنگ دوران اخیر ایران نامید. کم نیستند فیلم‌ها و سریال‌هایی که محوریت داستان آن‌ها را یک پزشک یا جامعه پزشکی تشکیل می‌دهد (خیلی دور، خیلی نزدیک، رضا میرکریمی؛ خانه روی آب؛ بهرام بیضایی؛ روزهای زندگی، پرویز شیخ طادی؛ اغما، سیروس مقدم و اکنون لحظه گرگ و میش، همایون اسعدیان). پزشکی در علائق کودکان و نوجوانان نیز نفوذ قابل توجهی دارد؛ چند سال پیاپی است که میزان استقبال نوجوانان و خانواده‌ها از علوم تجربی (در قیاس با سایر رشته‌ها) به طور فزاینده‌ای ارتقا یافته و این افراد آرمان‌شان را در رسیدن به شاخه‌های مختلف پزشکی جستجو می‌کنند. به تعبیری دیگر، در فرهنگ آموزشی امروز ایران تمام علم به پزشکی تقلیل یافته و حیثیت اجتماعی تام و تمام تنها در حرفه پزشکی رخ می‌نماید. جامعه‌ای که پزشک و پزشکی به یکی از فربه‌ترین و مهمترین عناصر فرهنگی‌اش بدل شده غیر طبیعی نیست که برای مواجهه با هر مسئله و چالشی (از جمله مسائل اجتماعی) دست به دامان این طایفه شود و چاره را در استمداد از آن‌ها ببیند. البته همان‌طور که یافته‌ها نشان داده‌اند، پیوند محکمی نیز میان تجارت و دارو محوری درمان وجود دارد که عمق تسلط فرهنگ پزشکی را بهتر می‌تواند نشان دهد. این مسئله در قالب یکی از مقولات اصلی پزشکی شدن جامعه (یعنی تجاری سازی درمان) به روشنی به تصویر کشیده شده است.

یکی از ارکان دارویی شدن درمان اعتیاد و استیلای نظام جرم‌انگارانه به سیستم دارویی بر می‌گردد که باعث بروز هژمونی پزشکی، درمان کاسب کارانه و فساد دارویی شده است. در چنین شرایطی راه برای رانت درمان باز شده و در نهایت "درآمد" به محوریت اقدام درمان پزشکی و دارویی تبدیل شد. متادون درمانی به عنوان یکی از درمان‌های دارویی در آنچه که می‌توان به آن "عصر متادون" نامید، تبدیل به نقابی برای تداوم

مصرف دائمی مواد شد. چنین روندی بازاری شدن درمان را تشدید نمود. زیرا سود نظام پزشکی در دارویی شدن جامعه است. لذا اقدام به تولید قرص‌های مسکن به میزان بالایی نمودند. رویکرد کاسب‌کارانه شرکت‌های داروسازی به داروهای درمان اعتیاد، باعث تولید گسترده، عرضه و فروش بیشتر و تقویت سیستم دلالی شد. سیستم دارویی کشور در قانونی یا غیر قانونی کردن برخی از داروها منافی دارد که عمدتاً نصیب شرکت‌های سازنده شده است. بر این اساس، شرکت‌های داروسازی، بازار آزاد، کلینیک‌های درمان اعتیاد، داروخانه‌ها و عطاری‌ها از جمله ذینفعان و بازیگران صحنه‌ی اعتیاد در کشور هستند. در پشت صحنه نیز سیاسیون، مدیران و تصمیم‌سازان از چنین روندی حمایت نموده و در واقع به موازات بازار مصرف مواد، بازار مصرف دارو به وجود آمده است.

تضاد منافع بین سازمان‌های متولی، فقدان استراتژی بلندمدت و جامع در کنار مدیریت چندگانه و ساختارهای موازی کشور دشواری زیادی پیرامون اقدامات اثربخش ایجاد نموده است. از طرفی نگاه بدبینانه حاکمیت نسبت به فعالیت‌های سازمان‌های مدنی نیز انجام اقدامات مبتنی بر اجتماع را با دشواری و موانع متعدد مواجه ساخته است. درمان اعتیاد در کشور تا حدود زیادی دارویی شده و نقش عوامل غیردارویی بسیار اندک و تا حد زیادی به حاشیه رفته است. یافته‌های این پژوهش با نتایج (کانراد، ۲۰۰۷، کلارک و همکاران، ۲۰۰۶) در خصوص تغییر موتور پزشکی شدن تا حدی هم‌نواست. زیرا امروزه نقش بازار، کلینیک‌ها، عطاری‌ها و شرکت‌های داروسازی در درمان اعتیاد بیش از گذشته شده است. در جامعه هنوز اعتماد به نظام پزشکی وجود دارد. هر چند در حال کم‌رنگ‌تر شدن است و بر خلاف نظر سسز (۱۹۹۲) پزشکی جای خدانشناسی را نگرفته است. همچنین مطابق با نیروهای محرک پزشکی شدن، به تعبیر رلمان (۱۹۸۰) و کلارک و همکاران (۲۰۰۳) نمایندگان پزشکی شدن نیز تغییر کرده و نقش بیماران، بیمه‌ها و صنعت پزشکی نیز گسترش یافته است.

در ایران نیز تا حدود زیادی گروه‌های یاد شده از مهمترین بازیگران اعتیاد در کشور محسوب می‌شوند. از بعد شکل‌گیری نوع بازار نیز منطبق با نظر مکانیک (۲۰۰۲)، دو نوع بازار دارو در کشور شکل گرفته است؛ بازار مستقیم که بر اساس آن بیماران بدون واسطه

اقدام به تهیه دارو از مراکز مجاز می‌نمایند و بازار غیرمستقیم که از طریق واسطه‌ها یا بازار غیررسمی داروی مورد نیاز خود را تامین می‌کنند. در بین این دو بازار نوعی رقابت برای جلب بیمار نیز وجود دارد. علی‌رغم شباهت‌های متعددی که از جهت وجود نیروهای جدید بازار در تحقیقات خارجی و یافته‌های این پژوهش وجود دارد اما روند تاریخی و وجود ساختارهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و شرایط فرهنگی ایران با سایر کشورها متفاوت بوده و لذا تعیین‌کننده‌های پزشکی شدن را متمایز می‌سازد. به عنوان نمونه، در کشور نقش عواملی نظیر سیاست‌مدارها، شرکت‌های تولید، توزیع دارو، پزشکان، گفتمان سیاسی کشور (از طریق واگذاری‌ها)، نظام اقتصادی، پزشکان غیر متخصص، کاهش سرمایه اجتماعی و اعتماد مردم و سیاست‌های رفاهی دولت در دارویی شدن اعتیاد در کشور بیش از گذشته دارای اهمیت است. وجود جذابیت اقتصادی، تغییر الگوی مصرف، مافیای مواد، جدی بودن تقاضا، مدیریت سلیقه‌ای و ناکارآمدی ستاد مبارزه با مواد مخدر در مدیریت دستگاه‌های ذی‌ربط بر این روند افزوده است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، به نظر می‌رسد که اعتیاد در ایران یک پدیده‌ی چند وجهی است که متأثر از عوامل بین‌المللی، ساختارها و عوامل سیاسی، اقتصادی، فرهنگی - اجتماعی، درجه توسعه یافتگی شهرها، عوامل مدیریتی در سطح سازمان‌ها، بروز هنجارها و خرده فرهنگ‌های نسل جدید و فقدان دانش سازمان یافته است. با این وجود، طی چند سال اخیر بازبگرن جدیدی در عرصه‌ی اعتیاد در کشور ظهور یافته که روند وضعیت موجود را بیش از گذشته دشوار و پیچیده نموده‌اند. این شرایط متأثر از نیروهای بازار و ظهور شرکت‌های داروسازی، کلینیک‌ها، گروه‌های همتا، عطاری، بازار آزاد و داروخانه‌هاست. محوریت سود و نفوذ در ساختارهای سیاسی، ارکان قدرت و در نتیجه گسترش فساد در ساختارهای مختلف باعث شده تا اعتیاد تحت تاثیر نظام سیاسی و ایدئولوژیک به سمت نوعی کنترل‌گری اجتماعی و دارویی شدن در حوزه‌ی درمان حرکت نماید.

منابع

- ایازی، محمدهادی (۱۳۹۶). ۹۵ درصد معتادان پس از درمان دوباره به اعتیاد بر می گردند. سایت خبر آنلاین، بازیابی شده از: www.khabaronline.ir.
- بر، ویوین (۱۳۹۵). *برساخت گرایی اجتماعی*. ترجمه: اشکان صالحی. تهران: نشر نی.
- روشن پژوه، محسن (۱۳۹۶). *گزارش پیمایش شیوع مصرف مواد جهت‌نمایی برای کاهش اعتیاد*. سازمان بهزیستی کشور.
- روشن پژوه، محسن؛ رحیمی موقر، آفرین؛ و احمدوند، محمدعلی (۱۳۹۶). *تدوین اسناد سیاست - گذاری شامل سند جامع حمایت‌های اجتماعی و درمان اعتیاد، سند جامع تحقیقات، و سند راهبردی مقابله با عرضه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها*. دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- قاضی طباطبایی، محمود؛ و دادهیر، ابوعلی؛ و محسنی تیریزی، علیرضا (۱۳۸۶). پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر برساخت اجتماعی مسائل انسانی. *پژوهشنامه علوم انسانی*، ۵۳، ۳۲۴-۲۸۹.
- کردونی، روزبه (۱۳۹۳). *آخرین آمار از وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در ایران*. سایت جام جم آنلاین، کد خبر: ۱۸۳۲۶۱۳۳۱۱۸۳۲۷۳۹۰۳۰.
- مختاریان، حسین؛ و هاشمی، علی (۱۳۸۹). *اقتصاد مواد مخدر، برآورد هزینه در ایران*. مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)، ۱(۴)، ۱۷۵-۱۵۱.
- مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۰). *اعتیاد در ایران*. تهران: نشر ثالث.
- مونی، ای لیندا؛ ناکس، دیوید؛ و شات، کارولین (۱۳۹۵). *فهم مسائل اجتماعی*. ترجمه: مهری سادات موسوی؛ سمیه ملکی؛ سلمان قادری؛ سعید طاهریان؛ حامد بزرگخو؛ و کوروش محمدی. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد علامه طباطبایی.

References

- Ballard, K., & Elston, M. A. (2005). Medicalisation: A multi-dimensional concept. *Social Theory and Health*, 3, 228-241.
- Barker, K. K. (2010). The social construction of illness: Medicalization and contested illness. In C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Freemont, & S. Timmermans (Eds.). *The Handbook of Medical Sociology* (6th ed., pp. 147-162). Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Becker, H. S. (1973). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Techno scientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68, 161-194.

- Conrad, P. (1992). "Medicalization and Social Control." *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. JHU Press.
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S67-S79.
- Conrad, P., & Leiter, V. (2004). Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(extra issue), 158-176.
- Conrad, P., & Schneider, J. W. (2010). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. Temple University Press.
- Davis, J. E. (2010). Medicalization, social control, and the relief of suffering. *The new Blackwell companion to medical sociology*, 211-241.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage Books.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.
- Gusfield, J. R. (1967). Moral passage: The symbolic process in the public designations of deviance. *Social Problems*, 15, 175-188.
- Illich, I. (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Random House.
- Mechanic, D. (2002). Socio-cultural implications of changing organizational technologies in the provision of care. *Social Science & Medicine*, 54(3), 459-467.
- Rose, N., & Abi-Rached, J. M. (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton University Press.
- Spector, M., & Kitsuse, J. I. (2017). *Constructing social problems*. Routledge.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504.