



Faculty of Social Sciences
Institute of Social Studies and Research

Quarterly of Social Studies Research in Iran
Vol. 10, No. 2:345-377, Summer 2021
Doi: 10.22059/jisr.2021.313862.1150

Sociological Study of the Hormonal Drugs Market in Iran*

Mohammad Tavakol¹
Aida Navabi²

Received: November 19, 2020

Accepted: May 8, 2021

Abstract

Introduction: Taking and prescribing medicine has a specific treatment protocol that doctors can prescribe for people according to different diseases. However, there are some drugs and supplements in the Iranian market that are used not only for therapeutic purposes but also for the purpose of beauty and increasing bodily functions. These secondary uses are regulated and managed by the market with some existing cultural discourses about health and body, which are normalized and normalized in individuals. In other words, part of the problem is the practice and set of rules at the macro level, and the other part is the result of cultivating discourses that provide the conditions for these drugs. On the other hand, special body diets and the importance of the body, the induction of drug use has increased, which leads people to make decisions in order to consolidate a certain pattern of use of these drugs. It is not always in the interest of individuals, in fact, where individuals' decisions lead to satisfaction that is not in their favor, these decisions form a market equilibrium that is in the market's favor, where it benefits the most. These conditions provide opportunities for it puts people and the market to achieve their goal through irrational and profitable ways and processes. The Ministry

* Paper from PhD thesis titled “sociological study of the commercialization of hormonal drugs in Iran; study of harmful and high-risk hormonal drugs”, University of Teran, faculty of Social Sciences.

1. Professor of Sociology, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Tehran University, mtavakol@ut.ac.ir

2. Phd in Sociology, Tehran University (Corresponding author), aida.navabi@ut.ac.ir

of Health is trying to play its role as a regulator and on the other hand as a supporter of the pharmaceutical industry, but due to the expansion of the market for these drugs in Iran, there is no proper oversight of their treatment protocol and economy.

Method: This treatise on qualitative practice, i.e. interview, documentary method, and content analysis, has addressed this issue. Drug laws and regulations, press releases upstream documents, and reports have been reviewed, in addition to in-depth socio-cultural issues of in-depth 65 interviews with consumers and stakeholders and officials have been used in this area. In order to analyze the data, the thematic analysis method was used.

Finding: The research findings are based on a multifaceted process: Institutional level: The role of regulatory institutions in the marketing process and the role of existing policies in the country's pharmaceutical system in the field of hormonal drugs. The second level is the coordinates and relationships of the main actors, in other words. In this study, we address the most important subjects of the hormonal drug market in this logic. The third: cultural discourse, where medical and quasi-medical discourses remove consumer subjects from the heart of marketing processes. In fact, the policies of the field of hormonal drugs, by objectifying their subjects as members of society and also in constructing them, try to show that subjects themselves have the freedom and freedom to choose to buy and consume, that is, the subject who is the elector and can determine the goals and tools to achieve those goals.

Results & Conclusion: marketization is the product of a mechanism of three aspects of the problem, each of which cannot explain the phenomenon of marketization without other markets or marketing is the mechanisms that affect the expansion of the market for hormonal drugs. A set, or in other words, a network of actions in the political-economic and cultural fields, plays an important role in the normalization and maintenance of these technologies and knowledge and the construction of a bio-political subject. Bio-politics emphasizes the flourishing of life and shapes marketing projects through regulatory changes and disciplinary norms in the form of a lifestyle. That is, all the mechanisms that make it possible for the body to consume certain conditions, are more inclusive of the decisive and authoritarian tools of power.

Keywords: market, hormonal drug, body, drug policy, Foucault

Bibliography

- Arazi, H., and Hosseini, R. (2012), **The Prevalence of Anabolic-Androgenic Steroids Abuse, Knowledge and Attitude of Their Side Effects, and Attitude toward Them among the Bodybuilding Athletes in Rasht.** Journal guilan university medical science, No. 80: 34–41.
- Ashtarian, K., Semnanian, S. (2013), **Damage and Corruption Policy Report on the Country's Pharmaceutical System**, Center for Strategic Presidential Studies. (*In Persian*)
- Azarnoosh, M., and Nilforoushan, M. (2017), **The Evolution of the Pharmaceutical System in Iran.** Publication of Iran Academy of Medical Sciences. (*In Persian*)
- Bijeh, N., Dehbashi, M. (2014), "Evaluation of Knowledge, Prevalence and Side Effects of Anabolic Steroid Use in Male Athletes in Mashhad". **Applied Life Sciences Studies in Sports**, No. 4: 78–89. (*In Persian*)
- Haddadi Barzoki, M. & Tavakol, M. & Vahidinia, A. (2014). **Effects of Sexual Objectification on Conspicuous Consumption and Materialism**, sex Res Soc Policy: 153-162
- Conrad, P. (2007) **The Medicalisation of Society**, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Center for Drug Statistics and Strategic Documents (2019), **Department of Pharmaceutical Affairs of the Academy of Medical Sciences**, Tehran: Food and Drug Administration. (*In Persian*)
- Flower, R. (2004), **Lifestyle Drugs: Pharmacology and the Social Agenda**, Department of Biochemical Pharmacology, William Harvey Research Institute.
- Foucault, M. (1978), **The History of Sexuality**, New York: Pantheon Books. (*In Persian*)
- Foucault, M. (2009), **The Birth of Biopolitics**, Translated by: R. Najafzadeh, Tehran: Ney Publishing. (*In Persian*)
- Foucault, M. (2010), **Genesis of the Clinic**. Translated by: Y. Emami, Tehran: Engravings. (*In Persian*)
- Gilbert, D., Walley, T., New, B. (2000), **Life Style Medicines**. Department of Pharmacology, University of Liverpool.
- Habibi, Y., Pashaei, T., Noori, B., Sahrai, M. (2015), **Prevalence of Energy Consumption and Related Factors in Male Bodybuilders in Sanandaj.** Zanko Journal of Medical Sciences, Kurdistan University of Medical Sciences, No. 53: 22–31. (*In Persian*)
- Center for Strategic Analysis of the Country's Pharmaceutical Industry (2017), **Stuty of Drug and Medicines Informations**, 1st

- Edition, Tehtan: Institute for Strategic Policies of Economics and Management. *(In Persian)*
- Jalilian, F., Hazavei, M. M., Vahidinia, A. A., and Moghim Beigi, A. (2012), **Study of Causes of Self-Medication among Hamadan Province Pharmacies Visitors**, Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services, , No. 2: 160–166. *(In Persian)*
 - Lamkeh, T. (2016), **Biopolitics, Advanced Income**, Translated by: M. Zohdi Goharpour and F. S. Mirahmadi, Tehran: Saless. *(In Persian)*
 - Madani, A., Aghamalaee, T., Davoodi, H., Madani, sh. (2015), “Prevalence of Anabolic Steroid Use and Awareness of Its Effects in Male Athletes in Southern Iran”. **Journal of Preventive Medicine**, No. 1: 27–33. *(In Persian)*
 - Mahmoudi, Y., and Mohaddesi Gilvaei, H. (2016), “Sociological Study of Body Industry, Qualitative Study of Causes and Consequences of Cosmetic Surgeries for Women Living in Tehran”. **Women in Development and Politics**, No. 4: 523–547. *(In Persian)*
 - Mayer, C. (2016), **The Biopolitics of Lifesylye: Foucault, Ethics and Healthy Choices**. New York: Routledge.
 - Naqdi, H., and Mohammadi, S. (2013), Prevalence of Anabolic Steroid Use and Awareness of Its Side Effects among Students in Kurdistan in the Academic Year 2011–2012, **Journal of Kermanshah University of Medical Sciences**, No. 3: 35–55. *(In Persian)*
 - National Pharmaceutical Policy of the Islamic Republic of Iran, 2016 Edition. *(In Persian)*
 - Rose, N. (2007), **The Politics of Life Itself**. Princeton: Princeton University Press.
 - Scambler, G. (ed.) (2006), **Habermas, Critical Theory and Health**, London: Routledge.
 - Safari, S., Yousefi, B., Astinchap, A. (2017), Prevalence of Consumption Anabolic Steroids and Awareness of Their Side Effects in Iranian Male Bodybuilders - A Structured Review and Meta-Analysis. **Applied Health Studies in Exercise Physiology**, No. 2: 1–12. *(In Persian)*
 - Center for Statistics and Information (2020), **The Use of Hormonal Drugs (Growth Hormone and Testosterone) Available in Doctors' Prescriptions**, Tehran: Social Security Organization and Health Insurance Organization (2010–2018 Time Efficiency). *(In Persian)*
 - The Report of Transparency and Justice Organization (2018), **Drug Corruption**. Retrieved from www.daad.ir *(In Persian)*

- Wright, J., and Harwood, V. (2009), **Biopolitics and the Obesity Epidemic; Governing Bodies**, New York: Routledge.





پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مطالعه جامعه‌شناختی گسترش بازار داروهای هورمونی در ایران*

محمد توکل^۱

آیدا نوابی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۹

چکیده

سوء مصرف برخی از داروها در ایران، از جمله داروهای هورمونی از چالش‌های حوزه داروست. مصرف این داروها خارج از منطق پزشکی، به ایجاد و گسترش بازارهای ثانویه انجامیده است. این مسئله موجب بار اقتصادی در نظام سلامت، اختلال در امور پزشکی و از لحاظ اجتماعی نیز موجب مصرف‌گرایی و گسترش بازار داروهای قاچاق شده است. رویکرد این پژوهش کیفی است؛ بنابراین قوانین و مصوبات مربوط به دارو، همچنین اسناد بالادستی و گزارش‌های مختلف بررسی می‌شود. برای بسط نوعی تحلیل اجتماعی از مصاحبه عمیق با افراد مصرف‌کننده و ذی‌نفعان و مسئولان در این حوزه و همچنین تحلیل اسنادی استفاده شده است. چارچوب نظری این پژوهش، ایده‌های فوکو در پیوند زیست قدرت و مسئله بدن و سلامتی با برخی از سیاست‌های بازارگرایانه است. یافته‌های پژوهش بر فرایندی چندوجهی بنا شده است؛ گسترش بازار داروهای هورمونی با نوعی سیاست‌گذاری خاص، بسط فرمی تجاری بین بازیگران جدید و عادی‌سازی مصرف دارو برای بدن. براساس یافته‌های پژوهش، حوزه‌های نظارتی تاکنون نتوانسته‌اند در برابر چنین مسئله‌ای اقدام مفیدی انجام دهند و هژمونی برخی از تصمیم‌گیری‌ها نیز به آن دامن زده است. همچنین الگوهای فرهنگی در جامعه نیز بازار را مستعد چنین تجارتی کرده است.

واژه‌های کلیدی: بازار، بدن، داروهای هورمونی، سیاست‌گذاری دارو، فوکو.

* مقاله علمی-پژوهشی مستخرج از رساله دکتری با عنوان «بررسی جامعه‌شناسی تجاری‌سازی داروهای هورمونی در ایران، مطالعه داروهای هورمونی مضر و پرخطر»، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.

۱. استاد گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران، mtavakol@ut.ac.ir

۲. دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)، aida.navabi@ut.ac.ir

مقدمه و طرح مسئله

مصرف و تجویز دارو دارای پروتکل درمانی مشخصی است که پزشکان می‌توانند براساس آن و با توجه به بیماری‌های مختلف برای افراد تجویز کنند، اما برخی داروها و مکمل‌های دارویی در بازار دارویی ایران، تنها نه به‌منظور اهداف درمانی، بلکه به‌منظور زیبایی و افزایش کارکردهای بدنی استفاده می‌شوند؛ یعنی با هدف نوعی موفقیت، لذت و شادمانی. این داروها در دنیا به داروهای مرتبط با سبک زندگی مشهور هستند (فلاور، ۲۰۰۴: ۱۸۳)؛ به این معنا که به نیازهای زندگی روزمره پاسخ می‌دهند و از این طریق به ابعاد فرهنگی و اجتماعی زندگی روزمره گره می‌خورند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۰). این نوع مصارف غیردرمانی، از یک سو توسط بازار دارو و مکانیسم‌های آن، بازتنظیم و مدیریت می‌شود و از سوی دیگر با برخی از گفتمان‌های فرهنگی در جامعه حول سلامتی و بدن، در افراد عادی‌سازی و هنجاری می‌شوند. به بیان دیگر، بخشی از مسئله ایجادشده در طرز عمل و نحوه قاعده‌گذاری در سطوح کلان است و بخشی دیگر حاصل پرورش گفتمان‌هایی است که شرایط الزام را برای مصرف این داروها مهیا می‌کند. داروهای هورمونی مورد استفاده در بدنسازی که مصرف آن در ایران نیز عمومیت دارد، یکی از مصداق‌های بارز این امر است که امر پزشکی و دارویی را به امر اجتماعی-اقتصادی پیوند می‌زند (حبیبی، ۱۳۹۵؛ صفری، ۱۳۹۷؛ مدنی، ۱۳۹۵؛ بیژه، ۱۳۹۳).

در این میان، وزارت بهداشت تلاش می‌کند نقش خود را از طرفی به‌عنوان تنظیم‌کننده و از طرف دیگر به‌عنوان حامی صنعت داروسازی انجام دهد. براساس بررسی‌های میدانی حاصل از این پژوهش در حوزه سازمان‌های بیمه‌گر، به‌دلیل گستردگی بازار این داروها در ایران، نگاه نظارتی درستی بر پروتکل درمانی و اقتصاد آن‌ها وجود ندارد. در غیاب نظارت، افراد بسیاری بدون مداخله پزشک و خودسرانه، اقدام به مصرف این داروها می‌کنند (نقدی و محمدی، ۱۳۹۲) و این مصرف خارج از حیطه پزشکی دارو افزایش یافته است (ویلیام^۱ و گابه^۲، ۲۰۱۱). براساس مطالعات اولیه و داده‌های استخراج‌شده در آمارنامه رسمی دارویی ایران نیز میزان فروش واردات هورمون رشد (با نام تجاری سوماتروپین)، از جمله هورمون‌های ترکیبی استروئیدی بیشتر از نیاز جامعه است و روند آن در ده سال اخیر در ایران قابل توجه است.

1. William
2. Gabe



نمودار ۱. روند مقایسه مصرف و فروش داروی سوماتروپین (بازه زمانی ۱۳۹۰-۱۳۹۶)

منبع: سازمان تأمین اجتماعی و آمارنامه دارویی کشور

روند فزاینده فروش این ترکیبات در نمودارهای موجود نشان می‌دهد عرضه و تقاضا برای این هورمون‌ها افزایش یافته است، اما براساس مصاحبه‌های صورت‌گرفته با کارشناسان بیمه و اقتصاد دارو در واقعیت، تناسبی میان تقاضای دارو نسبت به عرضه و فروش آن وجود ندارد. با توجه به اثبات عوارض قطعی این داروها برای سلامت^۱، هزینه‌های بسیار زیاد آن‌ها در سطح فردی و کلان (نظام سلامت) و هزینه‌های فرهنگی و اجتماعی از طریق تأثیرگذاری بر فرهنگ مصرف خودسرانه (فردی) و با در نظر گرفتن وجوه سلامت‌محور، در پی پاسخگویی به این پرسش هستیم که چه سازوکارها و مناسباتی موجب گسترش بازار داروهای هورمونی در کشور شده است.

چارچوب نظری

این پژوهش در قالب نظریه فوکو در باب قدرت و بدن انجام شده است. فوکو درباره اهمیت بدن و مسئله زیستی، به پرکتیس‌هایی اشاره می‌کند که موجب گسترش قدرت سیاسی-اقتصادی و در نهایت برساخت ابژه جدیدی از افراد خواهد شد که با مداخله در بدن خود، دیگر نه تنها سوژه شناسا نیستند، بلکه موضوعی شناختی تلقی می‌شوند که تحت تأثیر قدرت، آزادی و هستی خود قرار دارد و به معنایی در «خودمحدودسازی به واسطه عقلانیت» و ابزار فکری دانش جدید اقتصادی، یعنی پیوند با اقتصاد سیاسی قرار می‌گیرند (فوکو، ۱۳۸۹: ۲۹). فوکو بر این باور است که دانش، به‌طور خاص دانش پزشکی و زیست‌پزشکی، شیوه‌های متفاوتی از بازی‌های حقیقت‌اند که با تکنیک‌های خاص ارتباط دارند. همچنین وی از میان این تکنیک‌ها به دو

1. DAWN (Drug Abuse Warning Network), MTF (Monitoring the Future), NAVIPPRO (National Addictions Vigilance Intervention and Prevention Program), NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions)

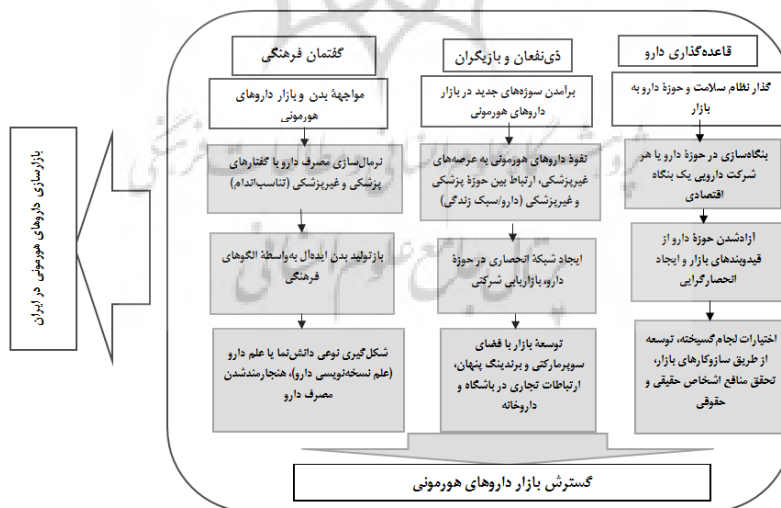
تکنیک مهم یعنی تکنیک‌های قدرت و تکنیک‌های خود اشاره می‌کند؛ یعنی آنچه به استیلا مربوط می‌شود و آنچه به «خود». تلاقی این دو دسته از تکنیک‌ها را «حکومت‌مندی» می‌نامند (فوکو، ۱۳۹۶: ۲۴۶). این خودمحدودسازی از طریق قانون و به‌کمک اقتصاد سیاسی شکل می‌گیرد؛ یعنی جایی که فرآیند خودتنظیمی بدن با شبکه‌ای از سازمان‌ها، کنشگران و مصنوعات و نیز ساختارهای قانونی درگیر می‌شود، اما فوکو توضیح می‌دهد که چطور اتصال مجموعه‌ای از کردارها به رژیم‌های از حقیقت، دستگاهی از دانش-قدرت می‌سازد و برای نشان‌دادن نوع جدید عقلانیت مورد نظرش منطق زیست-سیاست را تبیین می‌کند (همان: ۳۱۴). در نتیجه قواعد خاص آن، یعنی شرایط امکان گسترش بازار به همه حوزه‌ها و فعالیت‌ها، انسان‌ها یعنی سوژه‌های جدید به‌منزله «انسان‌هایی اقتصادی» ساخته می‌شوند. انسان‌هایی به‌مثابه مدیران مستقل در خدمت عقلانیت بازار هستند و با هدف ایجاد ارزش‌افزوده یعنی سرمایه‌گذاری روی خود تصمیم می‌گیرند. این شیوه حکومت، با تولید ارزش‌افزوده‌ای مازاد همراه است که مواد خام آن، تولید لذت، رضایت از خود، قدرت کنترل و تخریب است. نتیجه آن، شکلی از انباشت سرمایه و خودهایی کلایی شده به‌واسطه دستگاه پزشکی و دارویی، یعنی همان شکل جدید الگوهای بازاری است که هم گفتمان سلامت عمومی و پزشکی را تغییر می‌دهد و هم افراد را با مداخلات جدید دارویی، مستعد بازآفرینی خود می‌سازد.

به‌زعم فوکویی‌ها، راهبردهای نئولیبرالی حکومت‌مند، برای بازکردن آزادی و امنیت درون جامعه و حق آزادی به انتخاب‌های افراد در سبک زندگی خود، به‌ویژه در زمینه سلامت و انتخاب برای آن، لاجرم از برقراری مکانیسم‌های زیست-سیاسی هستند (رز، ۲۰۰۷: ۳۵). مکانیسم‌ها چیزی جز ایجاد زمینه‌هایی برای آزادی فروش و تبلیغات، بازگذاشتن دست قوانین به نفع بنگاه‌ها و تسهیل قوانین به سود بازاریابی‌های کارآفرین برای سوژه‌ها نیست (فوکو، ۱۳۸۹: ۳۳۰). این منطق، بستر لازم را برای هنجاری‌سازی روابط قدرت و دانش در سطوح دیگر فراهم می‌کند؛ یعنی پیوند میان صورت‌های جدید دانش و قدرت که بدن را به‌مثابه ابژه‌ای برمی‌سازد و در خدمت بازار قرار می‌دهد؛ بنابراین چگونگی تئیدگی امری فرهنگی با امری سیاسی/اقتصادی به معنای انتقال و بهینه‌سازی ظرفیت‌های بدن از طریق مصرف داروهای با رام‌شدن و هنجاری‌سازی بدن تحقق می‌یابد.

به‌لحاظ منطق جامعه‌شناختی، افزایش روند تولیدات و فروش این هورمون‌ها، امری اقتصادی را به یک امر پزشکی پیوند داده است و به‌کمک تغییراتی که در بدن افراد ایجاد می‌کند، ما را با

یک سه‌گانه اقتصادی-پزشکی و امر بدنی به میانجی مصرف دارو روبه‌رو می‌کند؛ بنابراین می‌توان به نوعی تناقض در جایگاه یک دارو به‌مثابه یک کالا در فرایند بازار و دارو به‌عنوان یک راه‌حل درمانی-پزشکی نگریست. در این چارچوب، ما با نوعی «بازارسازی» مواجه هستیم که در یک چارچوب مفهومی، حاصل برهم‌کنش سه سطح تحلیلی است:

سطح اول، نهادی: نقش نهادها و سازمان‌های قاعده‌گذار در فرایند بازارسازی و نقش قوانین و سیاست‌های موجود در نظام دارویی کشور در حوزه داروهای هورمونی است. این سطح به‌نوعی تحلیل سیاست‌گذاری داروهای هورمونی است. سطح دوم، مختصات و روابط بازیگران اصلی است و به عبارتی سطح ذی‌نفعان بازی و توصیف وضع موجود بازار داروهای هورمونی است. در این پژوهش، به‌دنبال تحلیل نقش ذی‌نفعان به‌طور خاص نیستیم، بلکه به میانجی سطوح دیگر، به مهم‌ترین سوژه‌های حاصل بازار داروهای هورمونی در این منطق می‌پردازیم. این تحلیل با سطح سوم یعنی گفتمان فرهنگی تکمیل می‌شود؛ یعنی جایی که گفتارهای پزشکی و شبه‌پزشکی، سوژه‌های مصرف‌کننده را از دل فرایندهای بازاری‌سازی برمی‌سازد. در این چارچوب، با سه‌گانه‌ای از قدرت، سلامت و بدن مواجه هستیم. می‌توان در این تبیین ملاحظه کرد که چگونه فرایندهایی با ایجاد بازار دارو به‌واسطه بخش مهمی از مقررات‌گذاری و گفتمان‌ها، بدن را آماج دستکاری قرار می‌دهند و موجب برهم‌زدن نقش درمانی دارو می‌شوند.



شکل ۱. مدل نظری پژوهش

روش‌شناسی پژوهش

چنان‌که گفته شد، پژوهشگران در این پژوهش به این پرسش پاسخ می‌دهند که چه مناسباتی موجب گسترش بازار داروهای هورمونی در کشور شده است. پاسخ به این پرسش از دو روش اسنادی و میدانی (مصاحبه با زیربطان) امکان‌پذیر است. سطوح تحلیل شامل سیاستی-سازمانی (کلان)، شرکت‌ها و پزشکان (میانی) و فردی (افراد مصرف‌کننده و ذی‌نفعان)، و برحسب ضرورت، رفت‌وبرگشت از میدان به اسناد و منابع است. بخشی از شیوه گردآوری داده‌ها در این مطالعه اسنادی است و داده‌ها به‌لحاظ شکل، کیفی و ثانویه به‌شمار می‌آیند و شامل گزارش‌ها و اسناد سیاستی و قوانینی، صورت‌جلسه‌ها و فرم‌های شرکت‌های دارویی، مدارک حاصل از جلسات و همایش‌ها در این ارتباط، مقاله‌ها و مصاحبه‌های منتشرشده از سوی صاحب‌نظران و متصدیان این حوزه هستند. دسته دیگری از داده‌ها نیز محصول مصاحبه‌های فردی نیمه‌ساخت‌یافته و عمیق یا گفت‌وگو درباره ابعاد مسئله با افراد مختلف‌اند (فلیک، ۱۳۸۸: ۱۹۳-۲۰۱). این پژوهش حاصل ۶۰ مصاحبه عمیق است. در دو حوزه عرضه و تقاضای داروهای هورمونی، با پزشکان غدد، داروسازان، ورزشکاران، اعضای انجمن‌های مرتبط مانند انجمن داروسازان، سندیکاهای دارویی، اعضای هیئت‌علمی دانشکده‌های داروسازی، داروفروشان غیررسمی و مصرف‌کنندگان مصاحبه شده و درنهایت، مصاحبه‌ها براساس تکنیک تحلیل مضمون تحلیل شده است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های این پژوهش براساس سه سطح صورت‌بندی شده است. **سطح اول، سطح بین‌المللی:** از اواخر دهه هفتاد، عرصه دارو با شتابی روزافزون دستخوش تحولات شد. گفتمان «دارو به‌مثابه کالای تجاری» که از قبل انقلاب و با واردات عظیم داروها پایه‌گذاری شده بود، پس از انقلاب، به‌دلیل بروز آرمان‌های عدالت‌خواهانه نظام دارو تغییر کرد. این تغییرات، همراه با طرح ژنریک به‌عنوان مهم‌ترین تصمیم فضای دارویی بعد از انقلاب بود. همچنین این تغییرات، در برابر تجاری‌شدن دارو یعنی تحمیل هزینه‌های تبلیغاتی، افزایش واردات دارو و افزایش مصرف داروهای خارجی توسط مردم قرار گرفت. ارزش اقتصادی دارو بعد از انقلاب ایجاب می‌کرد که تمرکز و سرمایه‌گذاری بر دارو مورد توجه بیشتری واقع شود. از بین رفتن تجاری‌شدن دارو یکی از مهم‌ترین اهداف طراحان نظام نوین دارویی بود. پیش از

طرح ژنریک، با دارو به‌عنوان یک کالا برخورد می‌شد. جایگاه درمانی دارو نیز به‌کلی فراموش شد و اجرای این طرح، بازگشت به اهداف مهم نظام دارویی کشور بود.

در سال‌های ابتدایی جنگ تا اوایل سال ۱۳۷۳، میانگین شاخص بهای دارو بسیار کمتر از میانگین شاخص بهای سایر کالاها تلقی می‌شد و قیمت نسبی دارو کاهش یافت. این امر سبب شد طرح ژنریک با اهداف خود جایگاه مناسبی برای ایجاد سیاست‌های درست دارویی باز کند، اما از میانه سال ۱۳۷۳، بعد از اجرای سیاست‌های تعدیل ساختاری، خصوصی‌سازی تولیدکنندگان داخلی آغاز شد. با این توجیه، دو قانون مهم نیز تصویب شد:

۱. استفاده از ظرفیت خالی صنایع داروسازی مصوب ۸۰/۰۲/۱۲؛

۲. قانون تأمین داروهای خاص ۷۸/۵/۱ و اعمال این قانون که اگر دارویی سابقه ورود یا تولید در کشور نداشته باشد، لزوماً باید برای تولید یا واردات آن از ارز آزاد استفاده شود (تحلیل استراتژیک صنعت دارویی کشور، ۱۳۹۷).

این اقدامات مهم درحقیقت، وضعیت ارز دولتی و اقدامات سختگیرانه را نیز درهم شکست و رهایی بخشی دارو از وابستگی به ارز دولتی، این فرصت را برای بخش خصوصی فراهم کرد که در عرصه واردات وارد شود. سازمان غذا و دارو با استناد به ناکارآمدی بخش دولتی، یعنی شرکت‌های سهامی دارویی کشور و بخش‌های شبه‌دولتی مثل هلال‌احمر و داروپخش، موفق به تغییر مکانیسم‌های بازار نشد. در این فضا، به تدریج انگیزه‌های مالی تولیدکنندگان و واردکنندگان برای پزشکان به ایجاد تقاضای القایی^۱ انجامید و مصرف‌کنندگان را به سوی داروهای گران‌قیمت سوق داد (گزارش بررسی وضعیت دارو بعد از انقلاب اسلامی، ۱۳۹۲). هدف این بود که با نظام قیمت‌گذاری آزاد، امکان هماهنگی میان تصمیم‌های فردی و نظم بازار ایجاد شود، اما نه تنها نظام تصمیم‌گیری‌های منطقی سازمانی، بلکه تصمیم‌گیری‌های سلیقه‌ای و نفوذ عده زیادی از افراد در حوزه قیمت‌گذاری دارو را به نفع برخی از شرکت‌های دارویی یا افراد خاص در نظام سلامت برد (اشتریان و همکاران، ۱۳۹۹: ۵۴). این تحولات نیز از منطقی پیروی می‌کرد که نظام دارویی را در سال‌های اخیر دستخوش تغییر کرده است، یعنی بنگاه‌سازی در حوزه سلامت. این اصول بر چند منطق استوار است:

۱. مقررات‌زدایی^۱: براساس این منطق در حوزه دارو، حذف موانع و تسهیل شرایط ایجاد کسب‌وکارهای پربازده، یعنی سرمایه‌گذاری بر بازار برخی از داروها در اولویت دولت و شرکت‌های دارویی قرار می‌گیرد. منطق هر شرکت دارویی یک بنگاه اقتصادی، یکی از نتایج برخی از این سازوکارها در سال‌های اخیر در حوزه دارو بوده است. براین‌اساس، هر مقرراتی که در بازار دارویی، کارکردهای طبیعی بازار را مختل می‌کند، می‌تواند به‌عنوان یک فرصت رانت، مانع پیشرفت شرکت‌های دارویی در این حوزه باشد. درمقابل، این مقررات‌زدایی‌ها، از طریق سرمایه‌گذاری بر واردات و تولید برخی از داروها و حذف سازوکارهای نظارتی بر مناسبات بازار، فعالیت‌های کارآفرینانه را تشویق می‌کند. این تغییر با هدف پویایی بازارهای دارویی و به‌اصطلاح «افزایش مارژین دارو» صورت گرفت. به‌اتکای تغییرات ایجادشده در ماهیت ساختاری، به‌ظاهر مدافعان کاهش حکمرانی دولت در حوزه دارو، دچار شکاف‌ها و معضلاتی جدی شدند. این نوع نظم خودانگیخته جامعه/ بازار تنها در صورتی مقرر می‌شد که این دو به‌اتکای سازوکارهای طبیعی خودشان اداره شوند، نه به‌واسطه مکانیسم‌های مصنوعی دولت؛ بنابراین حوزه دارو درهای خود را به‌سوی واردات بسیاری از داروهای خارجی گشود و با تسهیل در روند ورود دارو به فهرست دارویی کشور، داروهای جدید وارداتی نیز هر روز به فهرست دارویی وارد شدند (آذرنوش و نیلفروشان، ۱۳۹۷: ۱۲۹).

براساس تحلیل آمارنامه دارویی کشور، به‌تدریج روند افزایش واردات دارو از دهه هشتاد بیشتر شد و در اوایل دهه نود به بیشترین میزان خود رسید. واردات دارو به ایران طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۳ روند صعودی داشت و در سال ۱۳۹۳ به ۴۲۴۷ میلیارد ریال رسید. این روند صعودی تا سال ۱۳۹۶ ادامه یافت (گمرک جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶). همچنین براساس نتایج آمارنامه دارویی وزارت بهداشت، در طول این مدت، ارزش سهم واردات به کل داروها به میزان ۱۳ درصد رشد داشته است؛ درحالی‌که ارزش سهم تولید به میزان ۲۸- درصد کاهش یافت (آمارنامه دارویی وزارت بهداشت و درمان، ۱۳۹۶).

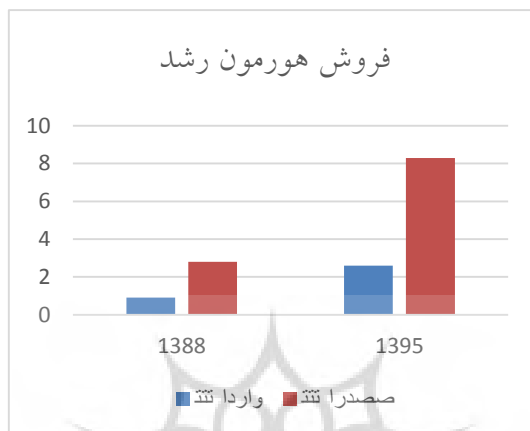
در این زمان، به‌دلیل تغییرات و آغاز بحران‌های ارزی به‌عنوان مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر واردات دارو و مکمل، وجود درآمدهای ارزی تحلیل می‌شود. واردات دارو و مکمل به بهانه‌هایی مانند ورود به سازمان تجارت جهانی، انتقال فناوری و ارتقای سیستم دسترسی به داروها صورت گرفت که بدون توجه به راهبردی درازمدت تشدید شد و در زمان کمبود ارز نیز

سیاست‌های انقباضی در پیش گرفته شد. در واقع تا قبل از دهه ۱۳۸۰، واردات دارو به شکل واردات متمرکز توسط شرکت سهامی دارویی کشور صورت می‌گرفت. شرکت سهامی دارویی واردات، بیش از ۷۰ درصد داروی کشور را از طریق ساختاری کاملاً دولتی برعهده داشت که با عنوان «ژنریک» صورت می‌گرفت، اما در دهه ۱۳۸۰ با ایجاد مراکز تک‌نسخه‌ای و با فعال‌تر شدن مجدد شرکت‌های دارویی، این سیاست‌ها در بستر «خصوصی‌سازی واردات» انجام شد.

این مراکز و مؤسسات، از طریق ارتباط با شرکت‌های وارداتی و شرکت‌های پخش، با رفاقت‌ها و بده‌بستان‌های بین‌نهادی، مجوز واردات داروهای مختلف را در بخش‌ها و زمان‌های مختلف می‌گرفتند. این مجوزها، مجرای برای ورود بسیاری از شرکت‌های دارویی به عرصه دارو شد. شرکت‌هایی که برخی از آنها به‌عنوان بزرگ‌ترین شرکت‌های واردکننده داروهای هورمونی مشغول فعالیت هستند. این شکل از خصوصی‌سازی واردات، در عمل همان تخلف در فرایند اعطای مجوز بود. به تدریج و با رفع نیازهای موقتی به داروهای تک‌نسخه‌ای، موضوع واردات موقت دارو به نیاز دائمی به این قبیل داروها تبدیل شد و با تسهیل در روند ورود دارو به فهرست دارویی کشور، داروهای جدید وارداتی نیز هر روز به فهرست دارویی وارد شدند (همان: ۱۲۹)؛ برای نمونه در مورد داروی هورمون رشد، صدور مجوز به واردات تک‌نسخه‌ای منجر شد که در فاصله سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۶ واردات آن افزایش یافت. براساس داده‌های آمارنامه سال ۱۳۸۹، این دارو توسط دو شرکت خاص وارد می‌شد که در مقایسه با سال ۱۳۹۶ به بیش از ۱۰ شرکت وارداتی در این زمینه افزایش یافت؛ به طوری که از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳، میزان کل فروش این دارو در بازار، از ۴۱۵،۸۷۰،۶۶۰،۲۰۰ ریال به ۱،۹۲۱،۲۷۶،۵۴۴،۵۰۰ ریال رسید (آمارنامه دارویی کشور، ۱۳۹۸).

شرکت‌های وارداتی خصوصی در ادامه فعالیت مراکز تک‌نسخه‌ای، شکل واردات حجیم داروها را آغاز کردند. حجم ریالی واردات از ۱۳ درصد در سال ۱۳۷۸ به ۳۶ درصد در سال ۱۳۹۰ رسید. تعداد شرکت‌های فعال فوریتی دارویی ۳۰، واردکننده فرآورده‌های دارویی ۱۵۹ و شرکت‌های واردکننده مکمل ۷۶ عدد در سال ۱۳۹۱ بود. این شرایط سبب بازشدن راه‌هایی برای ایجاد بازارهایی خارج از محدوده قانونی شد. به‌علاوه اجازه واردات داروهایی که در داخل کشور تولید می‌شد، به اشکال مختلف و با دورزدن مقررات انجام گرفت و با آزادسازی دارو از اتصال به ارز دولتی امکان‌پذیر شد. در این بازارها، قیمت نشان‌دهنده کیفیت بود و کیفیت داروها ملاک افزایش سهم بازار و عرضه به قیمت بالاتر قرار می‌گرفت؛ برای نمونه در ادامه سیاست

درهای باز در حوزه دارو، تعداد شرکت‌های تولیدی و وارداتی تولیدکننده و واردکننده هورمون رشد از اوایل دهه ۱۳۸۰ تا اواسط دهه ۱۳۹۰ افزایش چشمگیری داشت. براساس آمارنامه دارویی ایران، از سال ۱۳۸۳ تا سال ۱۳۹۶، فروش هورمون رشد در ایران ۳/۶ برابر شد.



نمودار ۲. مقایسه صادرات و واردات هورمون رشد در ایران (بازه زمانی ۱۳۸۳-۱۳۹۵)

منبع: آمارنامه دارویی رسمی کشور، سازمان غذا و دارو

درباره هورمون رشد، با طرح‌های فوریتی، شرکت‌های بسیاری بعد از مشاهده و تحلیل بازار در کنار دیگر محصولات خود اقدام به واردکردن بدون گذر از ضوابط قانونی آن کردند. علاوه بر مجوز به گسترش شرکت‌های وارداتی و تولیدی هم در زمینه دارو (هورمون رشد و تستسترون)، میزان فروش هریک نیز افزایش داشت. این شرایط، زمینه را برای ورود مسئولان بخش خصوصی به حوزه تصمیم‌های اجرایی فراهم کرد. از طرفی افرادی که سمت‌های سازمانی داشتند، به بخش خصوصی وارد شدند و از طریق قدرت و ارتباطات خود توانستند در بخش‌های مختلف، رانت داشته باشند.

انحصاری شدن واردات در دست شرکت‌های خاص (گزارش دیده‌بان شفافیت، ۱۳۹۰) از دیگر نمودهای اجرای سیاست درهای باز افزایش واردات دارویی بود که سبب شکل‌گیری حلقه‌های قدرت در بخش واردات شد. مجوزهای غیرقانونی و امتیازات به برخی از شرکت‌ها و افراد، سبب انحصاری شدن واردات و در سال‌های بعد، حتی در تولید شد. این شعار همچنان گفتمان مهمی در حوزه داروست، اما رونق واردات و سیاست‌های مصوب در این مورد، به تعارضات زیادی دامن زد. این انحصارگرایی، ناشی از چالش‌هایی نظیر الزامات حمایت از

داروهای برند و داروهای تحت لیسانس، استفاده برخی از پزشکان مورد اعتماد جامعه از داروهای برند و حمایت غیرمستقیم از واردات برخی از داروهای مشابه تولید داخل بود که فرهنگ استفاده از دارو را در جامعه تغییر داد.

۲. آزادسازی: یکی از مهم‌ترین شرایط تحقق بازار برای داروها، آزادسازی اقتصاد دارو از قیدوبندهایی است که دولت‌ها یا دیگر نهادهای عمومی ایجاد می‌کنند. «آزادسازی از قیود» در حوزه دارو شامل انواع اعطای یارانه، قیمت‌گذاری دستوری بر نرخ داروها، تفاوت نرخ ارز دولتی تا ارز آزاد، تعرفه بر واردات، اعطای مجوز به واردات دارو و انحصار برخی از بازارها به دست شرکت‌های دارویی با هدف شکل‌گیری بازاری غیررقابتی و انحصاری است. براین اساس طبق آیین‌نامه تأسیس داروخانه در سال ۱۳۹۳، بسیاری از موانع تأسیس داروخانه را با بهانه افزایش اشتغال و در دسترس قرارگرفتن کالاهای سلامت‌محور حذف کردند و مجوز فعالیت‌های اقتصادی داروخانه‌ها نیز ذیل عنوان کسب‌وکار قرار گرفت (بنگرید به ماده ۱ قانون اصلاح مواد ۱، ۶ و ۷ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی). در چارچوب این حمایت‌ها، تمایل سرمایه‌گذاران در این حوزه و ایجاد شراکت داروساز با سرمایه‌گذار برای خرید پروانه تأسیس داروخانه، موجب به‌وجود آمدن قیمت‌های نجومی خرید و فروش مجوز و شکل‌گیری بازار سیاه در این حوزه شده است. این پدیده نظارت بر داروخانه‌ها را کاهش داده است.

آزادسازی فروش اقلام غیردارویی: به تدریج تغییرات ایجادشده در ضوابط داروخانه‌ها و نبود اقدامات نظارتی و قانونی سبب افزایش فروش داروهای بدون نسخه شد که خرید آن‌ها مستلزم پیگیری پرونده بیمار است، اما در ماده ۵ قانون مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ آمده است: «فروش برخی از داروهایی که طبق قانون می‌بایست با ارائه نسخه خریداری می‌شد، بدون نسخه و با رویه‌های غیرقانونی توسط فروشندگان در داروخانه افزایش یافت؛ از جمله داروی هورمون رشد که در سال‌های دهه نود، یکی از پرفروش‌ترین داروی نسخه‌ای بود» (گزارش سیاستی آسیب‌ها و فسادها در نظام دارویی کشور، ۱۳۹۹).

1. liberalization

۲. «دخل و تصرف یا تغییر در نسخه پزشکی به هر صورت که باشد، بدون اجازه خود پزشک از طرف داروساز ممنوع است». با اینکه گفته می‌شود فروش دارو بدون نسخه پزشک ممنوع است، در بند ۳ ماده ۲۲ آیین‌نامه تأسیس و اداره داروخانه‌ها مصوب ۱۳۹۳ یکی از وظایف مسئول فنی، عرضه داروهای بدون نسخه مطابق فهرست و ضوابط اعلام‌شده و ارائه راهنمای دارویی برای استفاده از آن‌ها لحاظ کرده است.

آزادسازی فروش مکمل‌های ورزشی: به تدریج با آزادسازی فروش اقلام غیردارویی و تصویب قانون فروش مکمل‌های ورزشی در داروخانه‌ها، اقداماتی برای قانونی کردن و به عبارتی هنجارسازی فروش مکمل‌های ورزشی انجام گرفت؛ درحالی‌که بسیاری از واردکنندگان و تولیدات قاچاق این محصولات، ارتباطاتی با واردکنندگان اصلی و رسمی این حوزه داشتند و قانونی کردن این رویه‌ها پوشاندن اقدامات غیرقانونی بسیاری از این افراد و شرکت‌ها در وجهی دیگر بود. براساس ماده ۳۶ قانون عرضه مکمل‌های ورزشی، محل عرضه این مکمل‌ها تنها داروخانه است. در تبصره آن آمده است:

«جهت توزیع مکمل‌های ورزشی، واردکنندگان مجاز می‌توانند علاوه بر داروخانه فرآورده را با هماهنگی فدراسیون پزشکی و ورزشی کشور از طریق آن فدراسیون در اختیار باشگاه‌های ورزشی دارای پزشک و یا متخصص تغذیه مورد تأیید فدراسیون قرار دهند» (تشخیص ورزشی بودن فرآورده به عهده وزارت بهداشت است).

براین اساس، نظارت بر مکان‌های دیگر را نیز از وظایف خود زدود و آن را به عهده سازمان‌های دیگر قرار داد؛ برای نمونه براساس نص صریح قانون:

«داروخانه تنها مکان مجاز عرضه دارو و مکمل‌هاست و مربیان و مسئولان باشگاه‌های ورزشی حق هیچ‌گونه مداخله در فروش و تجویز دارو و مکمل را ندارند و با این موارد باید برخورد قانونی جدی توسط مراجع ذیصلاح صورت پذیرد». همچنین «توزیع مکمل‌های ورزشی توسط مربیان باشگاه‌های ورزشی، تخلفی بارز و غیرمجاز است که هیچ دلیل قانع‌کننده‌ای برای فروش و تجویز آن قابل قبول نخواهد بود».

از اقداماتی که برای قانونی‌سازی مصرف مکمل‌ها انجام گرفت، تشکیل انجمن‌ها و برگزاری همایش‌های مربوط به مصرف مکمل‌های ورزشی بود که با این اقدامات، به اسم نظارت بر واردات مکمل‌ها، مجوزهای قانونی زیادی برای ورود مکمل‌ها فراهم شد. از جمله همایش‌های مهم، همایش مکمل‌های تغذیه‌ای و رژیمی است که از سال ۱۳۹۲ هر سال برگزار می‌شود. همکاری وزارت ورزش و حوزه دارو به‌ویژه مکمل در زمینه قانونی‌شدن فروش مکمل‌های ورزشی، سامان جدیدی به روند حمایت از این حوزه به‌ویژه سرمایه‌گذاران این عرصه داد. این حمایت‌ها در قالب شکل‌گیری همایش‌ها و کارگاه‌هایی بود که با هدف استفاده درست از مکمل‌ها و در حقیقت قانونی‌شدن و شناخت بیشتر از مصرف مکمل‌ها انجام گرفت (برگرفته از مجله اینترنتی غذا و دارو، ۱۳۹۴). دیگر شرکت‌های دارویی نیز با اعتراض به روند قاچاق

مکمل‌ها توانستند سازمان غذا و دارو را متقاعد کنند که روند قاعده‌گذاری مناسبی برای تسهیل این رویه در نظر گیرد. در نتیجه زمینه برای مصارف هنجاری فراهم شد. تا نیمه اول دهه ۱۳۹۰ و با تغییر دولت، با بازاری کاملاً باز به لحاظ صدور مجوز برای شرکت‌های وارداتی مکمل مواجه بودیم. در این دوره یعنی آزادسازی واردات دارو، واردات بی‌رویه مکمل‌ها نیز شدت گرفت. هرچند در دولت یازدهم، به دلیل غلبه نگاه تولید، به برخی از شرکت‌های تولیدی اجازه فعالیت بیشتری داده شد و رقابت بین تولیدکنندگان و واردکنندگان مکمل‌های ورزشی نیز افزایش یافت. باز شدن راه برای شرکت‌های مکمل تولیدی-وارداتی، چیزی جز تأیید و تسهیل فعالیت قهرمانان و مربیان به‌عنوان کارآفرینان حوزه مکمل و مصرف نبود.

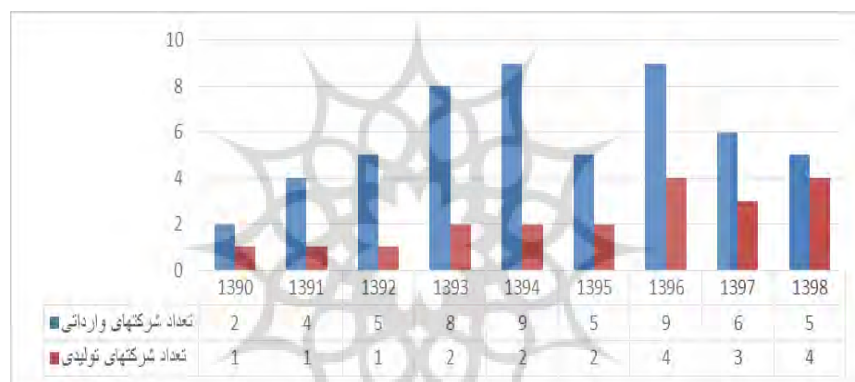
۳. بازاریابی: اتخاذ سیاست‌های بازارگرایانه و جانبداری از اجرای آن سبب اجرایی شدن سازوکارهایی شد که حوزه دارو با به‌کارگیری و اولویت‌گذاری آن‌ها، بخشی از منافع اشخاص حقیقی و حقوقی، یعنی صاحبان برخی از شرکت‌ها، یا افرادی را که در برخی از شرکت‌ها صاحب سهام هستند تأمین می‌کنند یا با اجرای پروتکل‌های معیوب، فضا را برای ایجاد گسترش بازار از روش‌های غیرقانونی فراهم می‌کند. این گسترش بازار از طریق بازاریابی یا روش‌های بازاریابی در این حوزه امکان‌پذیر می‌شود و از این نظر که زمینه‌ای برای فساد ایجاد می‌کند، در اینجا مدنظر است. به این ترتیب، در بستری که این حوزه دچار نقصان‌های ساختاری یا اهمال وظایف قانونی است، زمینه‌هایی برای ایجاد بازارهای جدید فراهم می‌شود. این نوع بازاریابی را در اینجا ایجاد بازارهای ثانویه نامیدیم که نتیجه عملکرد رگولاتوری (وضع مقررات و نظارت) و به عبارتی سطح ساختاری و سیاست‌گذاری، افزایش اختیارات لجام‌گسیخته و سطحی و در کل مدیریت نادرست داروست.

سطح دوم، سوژه‌های بازار داروهای هورمونی: در فضایی با حاکمیت ارزش‌های بازاری، دارو به‌مثابه ابژه میلی است که حیات آن از نیروهای اجتماعی خاصی متأثر می‌شود. مهم‌ترین این نیروها شامل سوژه یعنی انواع خودها، افراد، کنشگران، گروه‌های اجتماعی و عاملیت‌ها یا هویت‌هایی هستند که در اثر یک کردار حکومتی، یعنی تغییراتی که در سطوح کلان ایجاد شده، در فرمی تجاری قرار می‌گیرند یا آن را بازتولید و به گسترش آن کمک می‌کنند. این سوژه‌ها در

دو حوزه پزشکی-دارویی و حوزه غیرپزشکی (حوزه ورزش-بدنسازي) فعالیت می‌کنند. منطق رفتاری و عملکرد این سوژه‌ها برآمده از تغییراتی است که در سال‌های اخیر در حوزه‌های سبک زندگی و پزشکی در جامعه رخ داده است؛ یعنی تغییر ارزش‌های حوزه‌های مختلف به سوی تبعیت از منطق بازار. سوژه‌هایی که از این وضعیت پیروی می‌کنند، به دنبال تحقق چیزی فراتر از سلامتی هستند. راهبرد مهم این منطق، ارائه روش‌هایی برای بازسازی است و تلاش می‌کند یک کالای خصوصی (داروی هورمونی) را به مثابه یک کالای همگانی و عمومی در اختیار افراد جامعه قرار دهد. در این فضا، قانون به تدریج پس زده می‌شود و هنجارها مبنای حکومت تلقی می‌شوند؛ هنجارهایی که در چارچوب آن، خودتنظیمی و تمایل به انتخاب‌های آزاد در افراد، مقری برای مداخلات سوژه‌ها و بازیگران دیگر می‌شود (رز، ۲۰۰۷). گفتمان نظارتی و مدیریتی سازمان غذا و دارو، سازمان‌های ذی‌ربط و به‌طورکلی حکمرانی دارو، بر محور ممنوعیت مصرف این داروها است و مدام از سوی دستگاه‌های دولتی و نظارتی مورد خطاب در رسانه‌ها قرار می‌گیرد و منع استفاده از این داروها به مثابه گفتمان ممنوعیت، زمین بازی را برای عده زیادی فراهم می‌کند. این نیروها در قالب نوعی رژیم دارویی (ویلیام، ۲۰۱۱) با دو هدف به فعالیت می‌پردازند: الف) سرمایه‌گذاری بر نیازهای سبک زندگی روزمره افراد، ب) تأمین داروهایی که از سویی شکاف‌های نقدینگی شرکت‌های دارویی، داروخانه و باشگاه‌ها (و سوژه‌های مرتبط) را پر کند و از سوی دیگر به بخش مهمی از نیازهای جدید مصرف‌کننده پاسخ دهد. براساس این منطق، سنخ‌بندی مهم‌ترین سوژه‌های ذی‌نفع در میدان داروهای هورمونی به صورت زیر است:

۱. شرکت‌های تولیدی-وارداتی دارویی و مکمل‌های ورزشی: شرکت‌های دارویی از طریق نوعی بازاریابی، یعنی بازاریابی شرکتی به فعالیت‌های تجاری خود در این زمینه می‌پردازند. این نوع بازاریابی از طریق یک شبکه رانت و با اتکا به ارتباطات سیاسی خود با سازمان‌های دولتی و ارتباطات غیررسمی خود با فضای غیرپزشکی، در این زمینه صورت می‌گیرد. این نوع بازاریابی به چند روش، راه را برای تسهیل فعالیت‌های آن‌ها فراهم می‌کند: ۱. تسهیل برخی از سیاست‌ها به نفع عده‌ای خاص که در عمل سبب روان‌سازی قوانین در شکاف‌های موجود به نفع خود می‌شود. ۲. استفاده از مستندات غیرعلمی با عنوان بازاریابی علمی، ۳. تبلیغات، ۴. ارتباط لابیست‌های دارویی با صاحبان قدرت در حوزه سیاسی (رابطه

شرکت‌های دارویی و بخش دولتی)، ۵. آمارسازی‌های پزشکی-دارویی، ۶. ارتباط غیررسمی با داروخانه مبنی بر فروش مازاد بر سهمیه داروها، ۷. بازاریابی علمی از طریق پزشکان و انجمن‌ها، ۸. قاچاق در تولید و واردات، ۹. گرفتن ارز و امتیازات غیرقانونی در پوشش قانونمندی، ۱۰. ارتباط با عمده‌فروشان غیررسمی و داروفروشان. درمورد داروی هورمون رشد، تا قبل از دهه ۱۳۹۰ تعداد شرکت‌های واردکننده و تولیدکننده هورمون رشد محدودتر بود و بیشتر این شرکت‌ها در زمینه واردات فعالیت داشتند، اما مطابق با تغییر سیاست‌ها، به‌ویژه در میانه دهه ۱۳۹۰، تعداد این شرکت‌ها بیشتر شد و داروهای هورمونی از جمله هورمون رشد به‌شدت در بازار افزایش یافت.



نمودار ۳. روند افزایش تعداد شرکت‌های تولیدی و وارداتی سوماتروپین (بازه زمانی ۱۳۹۰-۱۳۹۸)

منبع: آمارنامه دارویی کشور، سازمان غذا و دارو

شرکت‌های مکمل ورزشی نیز یکی از ذی‌نفعان کلیدی داروهای هورمونی هستند. این شرکت‌ها به‌کمک راهبردهای خاصی به بازار غیررسمی داروهای هورمونی مرتبط هستند، اما مهم‌ترین شکل ارتباطی این شرکت‌ها با بخش غیررسمی به‌واسطه ورزشکاران، قهرمانان و مربیان است. برخی از شرکت‌های وارداتی یا تولیدی مکمل‌های ورزشی، از مهم‌ترین واردکننده‌های داروهای هورمونی و استروئیدی قاچاق در بازار هستند که به‌دلیل نرمال‌شدن فضای مصرف مکمل‌های ورزشی، بیشتر در زمینه مکمل‌های ورزشی فعالیت می‌کنند. این شرکت‌ها با سندیکا و سازمان غذا و دارو ارتباط دارند و با تسهیل واردات یا فراهم‌کردن زمینه‌هایی برای تولید، فعالیت‌های خود را گسترش دادند.

۲. پزشکان و شبه‌پزشکان جدید: در فضایی که در آن، افراد یعنی بیماران در اولویت خواسته‌های مصرفی خود هستند و نظام سلامت نیز در نوعی رابطه اقتصادی با مصرف‌کننده قرار می‌گیرد، رابطه پزشک و بیمار تحت تأثیر قرار می‌گیرد و نحوه تعامل بیمار و پزشک منوط به نقش سازمان‌های مراقبت‌کننده و شرکت‌های دارویی می‌شود؛ یعنی سازمان‌هایی که بیشترین ارتباط را با بازار و مصرف برای سلامتی دارند؛ بنابراین جایگاه «دروازه‌بانی»^۱ برای استفاده از منابع مالی، به پزشک امکان می‌دهد که دسترسی به برخی از کالاها و خدمات سلامت را در انحصار داشته باشد و دانش و مهارت تخصصی‌اش نیز کمک می‌کند که بتواند بیمار را به سمت کالا یا دارویی خاص هدایت کند. این وضعیت نه تنها به سلطه پزشکان می‌انجامد، بلکه سبب می‌شود نیازهای مصرفی بیماران در اولویت درمان قرار می‌گیرد. در مورد داروهای هورمونی، نقش انجمن پزشکان غدد و همچنین برخی از پزشکان در تنظیم نسخه‌های غیرمنطقی، در یافته‌ها مهم بود. براساس مصاحبه‌ها، برخی از پزشکان غدد یا حتی پزشکان عمومی در این زمینه، برای رشد بیشتر قد کودک یا نوجوان، بدون در نظر گرفتن شرایط منطقی فرد، هورمون رشد تجویز می‌کنند. به علاوه برخی از آن‌ها نیز که ارتباط خاصی با داروخانه‌ها دارند و دارای مشتری‌های خاص خود (مانند برخی از بدنسازان) هستند، برای خرید داروی هورمون رشد، نسخه ارائه می‌کنند.

از سوی دیگر، با اهمیت روزافزون تجسم زیبایی بدن در ایران (برزوکی و توکل، ۱۳۹۳). گروه جدیدی از پزشکان به نام پزشکان ورزشی نیز سربرآورده‌اند. این حوزه حاصل نیاز افراد به استفاده از مکمل‌های تغذیه‌ای و ورزشی یا تغییر سبک زندگی در جامعه است. در واقع دگرذیسی بازارهای درمانی به بازارهای فراتر از درمان، یعنی بازار ارتقای بدن و سلامتی، نیازمند کسانی است که افراد را به سوی مصرف مکمل‌های تقویتی هدایت کند. سمیعی، مربی و پزشک ورزشی، در این زمینه می‌گوید: «خود من الان نزدیک ۲۰ ساله بدنسازی می‌کنم و دیگه می‌دونم چه مکملی تو چه مرحله‌ای باید مصرف بشه. یه جور مثل پزشکی تجربه و الان هر باشگاهی شما برید، کسایی هستند که آموزش می‌دن و به قول شما دارو تجویز می‌کنن (۱۳۹۹/۰۶/۱۴).

چنانکه از این نقل‌قول پیداست، فعالیت پزشکان ورزشی در سال‌های اخیر و با گسترش فعالیت باشگاه‌های ورزشی و تغییر گفتمان سبک زندگی سالم و رژیم‌های ورزشی، اهمیت بدن و تناسب‌اندام بیشتر شده است. نقش پزشکان ورزشی در تأیید مصرف مکمل‌های ورزشی و

به‌دنبال آن داروهای هورمونی در حوزه باشگاه‌ها اهمیت دارد. به‌علاوه این افراد با مجوزهای قانونی خود در نسخه‌نویسی و تأیید برنامه‌ی تمرینی و تغذیه‌ای ورزشکاران توانسته‌اند وجه و جایگاهی برای خود پیدا کنند.

۳. داروخانه‌ها: بر اثر تغییرات اقتصادی در سال‌های اخیر، داروخانه از مکانی برای تأمین نیازهای درمانی افراد به فروش کالاهای مختلف از جمله داروهای مکمل تبدیل شده است. این دگردیسی به‌منظور افزایش درآمدهای حاشیه‌ای در داروخانه‌ها و به نفع شرکای تجاری در فضای داروخانه شکل گرفته است. اقتصاد داروخانه‌ها جدا از بخش قاعده‌گذاری در بخش کلان و تغییر روابط در سطح بنگاه‌های تجاری نیست. تغییر فضای کسب‌وکار، خلأهای نظارتی و ارتباطاتی که در داروخانه بین فروشنده و خریدار وجود دارد، سبب نوعی اقتصاد پنهان در داروخانه می‌شود. این پدیده بر دو محور مهم استوار است. مهرداد، داروساز و شاغل در داروخانه، می‌گوید: «الان بخش عمده‌ای از درآمد داروخانه‌ها همین مکمل‌ها و داروهای زیبایی هستند. نمی‌گم نظارت نیست، ولی نهادهای نظارتی هم مشکل خاصی با مکمل ندارند، و البته همه هم می‌دونن که بیشتر این مکمل‌ها اصل نیستن» (۱۳۹۷/۰۸/۱۷).

الف) آزادسازی و خصوصی‌سازی داروخانه‌ها، روابط اجتماعی-اقتصادی در داروخانه را تغییر داده است. تغییر کاربری داروخانه‌ها از ارائه خدمات درمانی به ارائه محصولات مختلف برای زیبایی و بدن، فروش انواع مکمل‌های ورزشی و تغذیه‌ای، بیش از هر چیز نیازهای متقاضیان را برآورده کرده و داروخانه را به‌نوعی بنگاه تجاری مبدل ساخته است. منطبق این طرز عمل از طریق تسهیل سیاست‌ها، استانداردسازی و هنجارمندی فروش داروهای بدون نسخه، و فروش فزاینده مکمل‌های ورزشی یا داروهای است که خارج از روند قانونی-پزشکی می‌تواند به‌راحتی فروخته شود و این تغییرات بیش از هر چیزی به داروخانه خاصیت ویتروینی بخشیده است؛ ویتروینی که گاهی با انواع و اقسام مکمل‌های ورزشی و دکوراسیون، یک بنگاه جذاب اقتصادی را برای خریداران فراهم می‌کند؛ بنابراین افزایش داروخانه‌های خصوصی^۱ و کاهش داروخانه‌های دولتی^۲ ارتباطی بین فروش دارو و فروش کالاهای سلامت‌محور ایجاد کرده است (اسناد پزشکی سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۹۸).

1. Community -Pharmacy
2. Governmental Pharmacy

ب) عرضه داروهای قاچاق: خریدوفروش داروی قاچاق در داروخانه درمورد داروهای هورمونی از دو نظر قابل تأمل است: ۱. داروی هورمون رشد به‌عنوان یک داروی نسخه‌ای^۱ و دارای پوشش بیمه در برخی از داروخانه‌ها به شکل قاچاق فروخته می‌شود. این قاچاق به شکل انواع بازاریابی شرکت‌ها (دادن آفر، تأمین مازاد بر نیاز، ارتباط تجاری داروخانه و باشگاه‌ها) صورت می‌گیرد. ۲. به دلیل نبود حساسیت‌های قانونی و ارزان بودن، کالا قاچاق یا به صورت غیرقانونی فروخته می‌شود. داروی تستسترون و ناندرولون از این دسته هستند.

۴. باشگاه: باشگاه به‌عنوان یکی از مهم‌ترین فضاهای مرتبط با داروهای هورمونی، از طریق ارتباط با افراد مختلف، نقش مهمی در هنجارمندی استفاده از داروهای هورمونی دارد. دسترسی افراد به باشگاه، آن‌ها را به مجرای بزرگ‌تری از فروشندگان، مربیان و شبکه‌های اجتماعی متصل می‌کند. از دل باشگاه، سوژه‌های جدید ورزشکار بازاریاب، مربیان و فروشندگان مکمل و دارو بیرون می‌آیند که فعالیت‌های آن‌ها با عدم نظارت قانونی همراه می‌شود. باشگاه و داروخانه به‌عنوان دو مکان رسمی در بازتولید خریدوفروش داروهای هورمونی، از طریق ارتباط مصرف‌کنندگان و فروشندگان با یکدیگر در ارتباط قرار می‌گیرند. حبیبی، بدنسازی که سابقه مصرف داروی هورمونی دارد، می‌گوید: «در مورد داروهای هورمونی که در ورزش استفاده می‌شود، من همیشه از داروخونه می‌گیرم، چون اونجا بیشتر می‌شه اعتماد کرد» (۱۳۹۸/۰۷/۱۴).

سطح سوم، مواجهه بدن و بازار: براساس یافته‌های حاصل از مصاحبه با افراد مصرف‌کننده داروهای هورمونی، مهم‌ترین هدف مصرف این داروها، ساخت نوعی بدن ایده‌آل است. آنچه در ارتباط با بدن و بازار به میانجی دارو شکل گرفته است، ارجاعاتی است که براساس یافته‌ها به برخی از گفتمان‌ها (پزشکی و غیرپزشکی) و پرکتیس‌ها حول بدن و به عبارتی بدن ایده‌آل داریم. از این جهت، بدن ایده‌آل یعنی بدنی سالم و سلامت. بدن در وضعیت کارکردهای طبیعی خویش است و از جهت دیگر، بدنی زیباست (به معنی زیبایی اندام‌ها با انواع و اقسام نشانه‌های ظاهری آن).

آنچه تناسب‌اندام را به‌مثابه یک گفتار برمی‌سازد، سازوکارهایی است که به‌کمک آن، بدن در معرض دسترسی به بازار قرار می‌گیرد، اما بدن سالم و بدن زیبا تعاریف و مصداق‌های زیادی دارد؛ به‌نوعی که تعریف آن در هر گفتاری مطابق با معیارهای آن گفتار است. «معانی اجتماعی» که بدن سالم را تبدیل به بدن زیبا می‌سازد، ایده‌آلهایی است که از طریق آن، سلامتی بدن،

مجربایی برای ساخت بدن زیبا با تمام مصداق‌هایش می‌شود. گفتمان تناسب‌اندام با ایجاد رژیم‌های غذایی و بدنی و بازتولید مداوم آن در قالب برنامه‌های آموزشی، آن را به نیازی فوری مبدل ساخته است. این الزامات، از مجرای نوعی سبک زندگی ورزشی، یعنی از طریق بدنسازی و پرورش اندام، افزایش عملکردهای بدنی و فراتر از سلامتی را تضمین می‌کند. کمپین‌های مختلف و فعالیت‌های دولتی و نهادی نیز برای بهنجارسازی بیشتر تلاش می‌کنند؛ برای نمونه برگزاری انواع مسابقات داخلی و خارجی پرورش اندام، روند افزایش اعطای مجوز به مربیان پرورش اندام، افزایش پزشکان ورزشی و افزایش تعداد باشگاه‌های ورزشی.

این تغییرات در سایه گفتمان تناسب‌اندام، مولد نوعی دانش است؛ دانشی که خستی یا عینی نیست و اثر خود را در همایش‌های ورزشی، کتاب‌ها، مجله‌ها و تجربه افراد می‌گذارد و از این نظر، رفتار افراد و بدن‌هایشان را کنترل می‌کند. به این ترتیب، کنترل با سرکوب جای خود را به کنترل از طریق میل می‌دهد: میل به لاغری، بدن کات‌شده و عضلانی، میل به قهرمانی و موفقیت، میل اعتماد به بدن و ایجاد خوش‌بینی نسبت به آن.

چنانکه مایر در زیست سیاست سبک زندگی عنوان کرده است: «قدرت با ایجاد میل به دستیابی به بدن ایده‌آل از طریق اعمال نظم و انضباطی مانند آمادگی جسمانی، بدنسازی، فعالیت‌ها و نظارت مداوم بر وزن و عضلات اعمال می‌شود. این تراکم و تورم دانش‌ها^۱ و راهنماها^۲ از طریق سوژه مصرف‌کننده دارو و رابطه او با بدنش خود را نمایان می‌سازد. تراکم و تورم دانش به معنای حضور هم‌زمان نوعی دانش یا علم (عامیانه یا علمی) است که مصرف دارو را تأیید می‌کند؛ دانشی که از طریق متخصصان جدید یعنی متخصصان تغذیه، پزشکان تغذیه ورزشی، مربیان، فروشندگان دارو در فضاهای رسمی در داروخانه‌ها و... ارزش‌هایی از قبیل تمایل به زیستن، تمایل به تغییر خود، رسیدن به رؤیای قهرمانی و موفقیت را بازتولید می‌کنند. از جمله راهنماها نیز رسانه‌های مکتوب و مجازی مانند اینستاگرام، تلگرام، مجلات آنلاین سبک زندگی، سایت‌های مختلف تبلیغات انواع رژیم‌های غذایی و سایت‌های فروش دارو و مکمل‌های غذایی است. این دانش‌ها به منظور رسیدن به حدی از تناسب و زیبایی، با مجموعه‌ای از الگوها (نمادهای بدنی) یا همان الگوهای نمادین و حقیقی (قهرمانان و اسطوره‌ها) و همچنین انجام تمرین‌های ورزشی در بدنسازی میسر می‌شود.

براساس یافته‌های این پژوهش، روند عادی‌سازی مصرف داروهای هورمونی و مکمل‌ها، با دانشی به نام دانش دارو و مکمل (علم دارو) تأیید می‌شود. وقتی از مصرف مکمل‌ها در ورزش صحبت می‌کنیم، در واقع از منطقی صحبت می‌کنیم که بستری برای مصرف آن فراهم می‌سازند؛ منطقی که عادی‌سازی مصرف و تغذیه برای بدن را فراسوی نیازهای اولیه تأیید می‌کند و نیازهای ثانویه را برقرار می‌سازد. این نیازهای ثانویه یا همان مصارف ثانویه، طی برنامه‌ها و هنجارهایی به نیازهای ضروری^۱ بدل می‌شود و گفت‌مان‌ها و پرکتیس‌هایی، شرایط تحقق و امکان ضروری‌شدن آن را میسر می‌سازد. علی، از مصرف‌کنندگان دارو، می‌گوید: «در سیستم ورزش پرورش اندام، اصلاً استفاده از استروئیدها و پپتایدها ضروریه. این ورزش لوازم خاص خودش رو می‌طلبه. شما می‌خوای بری فوتبال روی چمن بازی کنی باید خیلی چیزها رو مهیا کنی، مثل کتونی مخصوص چمن. تجهیزات مهمه. ژنتیک و مکمل و استراحت و تغذیه مهمه برای بدنسازی».

تبدیل شدن مصارف ثانویه به اولویت ورزشکاران، در وهله اول با حمایت سازمان‌های بین‌المللی و کنترل‌کننده دویپینگ در جهان و در داخل ایران با تست‌های دویپینگ سطحی، نبود تست‌های درست آزمایشگاهی، نادیده گرفتن تست‌های مربوط و آزادسازی‌های قانونی در زمینه کنترل مصرف داروها شکل گرفت، اما به‌طور خاص در ورزش بدنسازی، به‌واسطه دسترسی آسان به ملزوماتش یعنی دارو و مکمل و ابزارهایی که سبب بازتولید میل به داشتن بدن ایده‌آل می‌شود، ساخته و پرداخته شده است. این دانش، مجموعه‌ای از گفتارها و رژیم‌هایی را ایجاد کرده که در بدن کندوکاو می‌کند و آن را در معرض معاینات بیرونی قرار می‌دهد و نابهنجاری‌های آن را ابتدا در نظامی از گفتارهای سلامتی و بعد از آن در شبکه‌ای از ایده‌آل‌سازی بدنی در ورزش تشخیص می‌دهد. پس از آن، در مقایسه با ایده‌آل‌های بیرونی، خودبه‌خود در این آزمون‌ها و تست‌ها، بدن در طبقه‌بندی و نوعی گونه‌بندی قرار می‌گیرد. افرادی که دارای بدن ایده‌آل نیستند، خود را در برابر نوعی ناهنجاری احساس می‌کنند. این انضباط‌های بدنی در حقیقت وظیفه آشکار کردن هنجارها را به‌عهده دارند؛ بنابراین امر به هنجار (بدن ایده‌آل) از خلال رفتارهایی صورت می‌گیرد که نظام انضباطی (نظام ورزشی و تناسب‌اندام)، توسط مجموعه‌ای از دانش‌ها (دانش علمی، علم دارو و مکمل) عادی و نرمال می‌شود.

نهادهای انضباطی مانند سازمان‌های متولی مسابقات بدنسازی و باشگاه‌ها، مربیان و پزشکان ورزشی با قراردادن افراد در یک سلسله‌مراتب، عده‌ای را هم‌سان و برخی دیگر را طرد می‌کنند

و در یک کلمه هنجار می‌سازند. مهم‌ترین مرحله بهنجارسازی فرد با نظام مورد نظر تربیت است و تربیت بدنی یکی از مهم‌ترین مراحل تربیت بهنجار است. تمرین‌های سخت و طاقت‌فرسایی که افراد در باشگاه‌ها برای آمادگی مسابقات پرورش اندام انجام می‌دهند، مهم‌ترین فعالیت در جهت تربیت بدن است. این تربیت در طول زمان و با ممارست و تجربه فردی و پرکتیس‌های خاص (تمرین، تغذیه، مصرف دارو و مکمل) در فرد درونی‌سازی می‌شود. این درونی‌سازی، درون‌نظامی از سلسله‌مراتب رخ می‌دهد که استعدادها و توانمندی‌های بدنی افراد را دسته‌بندی می‌کند؛ برای مثال ژنتیک از معیارهای مهمی است که در ورزش پرورش اندام برای ساخت بدن ایده‌آل مدنظر است. ژنتیک بدن و شکل و نوع بدن ملاک مهمی برای طبقه‌بندی انواع بدن قرار می‌گیرد. این دانش در حقیقت تحت عنوان «تیپ‌های بدنی»^۱ (رایت، ۲۰۰۹) دسته‌بندی می‌شود که این تیپ‌های بدنی هریک تغذیه، مکمل و داروی هورمونی مورد نظر خود را دارد.

به‌عنوان نمونه دیگر، در ورزش تناسب‌اندام^۲ براساس شکل و قدرت بدن، افراد به‌سوی گرایش و شاخه خاصی در این ورزش هدایت می‌شوند. فیزیک، فیزیک کلاسیک، بادی کلاسیک و بادی‌بیلدینگ، انواع شاخه‌هایی است که بدن فرد به‌لحاظ ظاهر متفاوت است و در مسابقات حرفه‌ای نیز ورزشکاران براساس معیارهای مربوط به همان شاخه ارزیابی و طبقه‌بندی می‌شوند. در بادی‌بیلدینگ تنها شرایط بدنی است که معیار داوری قرار می‌گیرد و قدرت و حجم بدن، خاص‌بودن آن را نشان می‌دهد. در بادی کلاسیک نیز تمایز براساس قد و وزن صورت می‌گیرد. بدن مورد نظر، در دنیای بدن و مد، بدنی است که به‌دلیل برش‌های عضلانی، جذابیت خاصی در انواع تبلیغات و تصاویر رسانه‌ای دارد. ساخت این بدن، شکل جدیدی از این رشته را با عنوان «فیتنس مدلینگ»^۳ پایه‌گذاری کرده است؛ رشته جدیدی که در سال‌های اخیر در ایران طرفداران زیادی یافته است. تمایل افراد به بدنی با حجم کمتر و مطابق با معیارهای زیبایی‌شناسانه، معیارهای داوری در مسابقات پرورش اندام را نیز براساس معیارهای زیبایی تغییر داده است. در این تغییرات، کاهش وزن، کاهش اندازه دور کمر و افزایش حجم برخی از نقاط بدن، معیار مهمی تلقی می‌شود. به این معنی که بدن از آن شکل حجیم و آرنولدی خود فاصله می‌گیرد تا طبیعی‌تر به نظر برسد: نوعی تناسب‌اندام مطابق با سیاق و میل امروز جامعه، رسانه‌ها و

۱. این تیپ‌های بدنی شامل سه دسته مهم اکتومورف، مزومورف و اندومورف هستند.

2. Fitness

3. Fitness Modeling

به‌طورکلی فرهنگ بدنی. این تفاوت در معیارها، با دگرگونی از سطح مسابقات و رقابت در باشگاه‌ها به میان مردم عادی و غیرحرفه‌ای، به‌تدریج با انواع الزامات و محصولات، داروهای استروئیدی را پرمصرف‌تر و کاربردتر از قبل ساخت. ساخت بدن‌های مانکنی نیازمند داروهای بود که با سبک تمرین و تغذیه متفاوت می‌توانست نیاز افراد را تأمین کند؛ برای نمونه سوماتروپین^۱ (مهم‌ترین داروی هورمونی در این زمینه) دارویی است که به نام چربی‌سوز، امروز نه‌تنها در میان مردان بلکه در میان زنان نیز طرفدار زیادی دارد و بسیاری از افراد برای رسیدن به بدن ایده‌آل، آن را مصرف می‌کنند. رشته بدنسازی به‌مثابه نظامی از انضباط‌های بدنی، برای همسان‌سازی افراد و بهنجارسازی بدن‌ها از نوعی نظام دانش بهره می‌برد و سعی در اعمال قدرت خود از این طریق دارد، یعنی علمی‌شدن مصرف، علمی‌شدن پرکتیس‌ها و علمی‌شدن گفتارها که بیش از هر چیز دیگری در مقاومت افراد به تغییر بدنی خود نقش داشته است.

براساس یافته‌های حاصل از مصاحبه با مربیان و ورزشکاران، منطق مصرف داروهای هورمونی چیزی جز اتکا به نوعی دانش نیست. این دانش یا شبه‌علم، منطقی است که براساس تأثیر گفتمان‌های علمی-دارویی، به روش‌های مختلف در دسترس افراد قرار گرفته است. منبع این اطلاعات دو بخش مهم است و در مجموع دو رویکرد مهم دانش یا شبه‌دانش را ایجاد کرده است:

۱. دانش تخصصی: این نوع دانش حاصل تراکم مجموعه‌ای از دانش‌های پزشکی و دارویی حول محور مکمل‌ها و داروهای مصرفی در حوزه ورزش است که از منابع مختلفی بازتولید می‌شود. این دانش از طریق سوژه‌های جدید حوزه ورزشی از جمله پزشکان تغذیه ورزشی، فیزیولوژیست‌ها، مربیان باشگاه‌ها و قهرمانان به افراد دیگر منتقل می‌شود. این منابع اطلاعاتی براساس دستورالعمل‌های بالینی-علمی و تجربی که حاصل ذخیره دانش تجربی و علم ورزش است، ایجاد شده است.

مقالات علمی، سایت‌های علمی مجلات ورزشی، تولید انبوه مقالات علمی درمورد مصرف مکمل‌های ورزشی، سایت‌های علمی معتبر، شرکت در کنفرانس‌های علمی و آشناسازی پزشکان با تازه‌ترین دستاورد در جهان تناسب‌اندام، مهم‌ترین منابع این نوع دانش است. در این نوع دانش، جدیدترین و به‌روزترین تمرین‌های بدنسازی و دنیای مکمل‌ها و همچنین دستورالعمل‌های جدید پزشکان تغذیه ورزشی مبنی بر مصرف ترکیبی داروها و مکمل‌ها به‌روز می‌شود. این

دانش نوعی علم دارونویسی را ایجاد کرده است. علم دارونویسی، دانش جدیدی است که دیگر نه توسط پزشکان، بلکه به دست کارشناسان جدید شبه‌پزشکی ایجاد می‌شود.

۲. دانش فردی یا تجربه زیسته قهرمانان: حاصل شکل‌گیری یک مسئلهٔ ایزکتیو (بدن متناسب) نه تنها دانش تخصصی-علمی، بلکه دانشی فردی ناشی از تجربهٔ زیسته سوژه‌ها نیز هست. سوژه‌های مصرف‌کننده، یعنی ورزشکاران حرفه‌ای و آماتور، از طریق تجربه‌های خود در امر ورزش و مصرف داروها به شکلی از دانش تجربی دست یافته‌اند؛ دانشی که به اعتبار ساختن بدنی ایده‌آل، با تمام خصوصیات زیباشناسانه و قهرمانانه‌اش می‌تواند بگوید که حرفی برای گفتن در این زمینه دارد. هنگامی که مسابقات حرفه‌ای و قهرمانی بدنسازی در ایران گسترش یافت، به تدریج الزام‌هایی را در خرده‌فرهنگ‌های ورزشی و پرورش اندام ایجاد کرد. این الزام‌ها موجب شکل‌گیری شیوه‌های زندگی خاصی در بدنسازان شد. چنین سبکی از زندگی دارای آداب و اصول خاصی است. در واقع شیوه‌هایی است که از دل خرده‌فرهنگ‌های ورزشی و زندگی روزمره ایجاد شد. این الزامات به تدریج نحوهٔ تعاملات فرهنگی-اجتماعی را نیز در این خرده‌فرهنگ‌ها تغییر داد و روابط جدیدی میان حوزه‌های فرهنگی و اقتصادی شکل گرفت؛ برای نمونه ارتباط بین ورزشکاران سلبریتی با جامعه، ارتباط فروشندگان دارو و مکمل، مربیان و فروشندگان، پزشکان و ورزشکاران؛ بنابراین هنجاری شدن مصرف داروهای هورمونی حاصل چیزی جز نبرد دانش‌ها و گفتمان‌های فرهنگی نیست. این مجموع دانش‌ها لوگوسی^۱ را شکل داده که در عرصه‌ای مانند بدنسازی و سبک زندگی بدنی، مجالی برای بروز می‌یابد. ائتلاف بین این دانش‌ها یعنی دانش علمی-تخصصی (بهنجارساز) و دانش فردی (هنجاری شده) موجب درهم‌تنیدگی این مجموعه دانش‌ها شده است. این دانش، علمی شدن مصرف دارو را برای افراد توجیه می‌کند و در آن‌ها نوعی حس رضایت و لذت از زندگی را به وجود می‌آورد. از رهگذر این نوع دانش است که نوع داروها، اثرگذاری آن‌ها، میزان مصرف یا دوزهای مصرفی و نوع و شکل بدن برای افراد، دستورالعمل‌های مصرفی را تولید می‌کند؛ بنابراین در این میدان‌ها و به واسطهٔ گفتارهای فرهنگی حاصل از بازتولید تصاویر بدنی، افراد تحت سازوکارهایی که از مجرای نوعی نرمال‌سازی و ایجاد هنجارهای جدید زیبایی، تعاریف جدیدی از سلامتی ارائه می‌دهند و نوعی «بدن رام شده»^۲ را برمی‌سازند.

1. Logos

2. Dolice Bodies

بحث و نتیجه‌گیری

براساس الگوی نهایی پژوهش حاضر، بازار داروهای هورمونی یک موضوع چندوجهی است و نمی‌توان از یک وجه، بدون بعد دیگر سخن گفت. این پدیده حاصل نبردگاه‌های مهمی است که هریک به‌نوعی در پدیداری و مهیاکردن فضا نقش داشتند. صورت‌بندی مطالعه داروهای هورمونی در این پژوهش براساس مفهوم محوری بازارها یا بازارسازی است؛ یعنی سازوکارهایی که بر گسترش بازار داروهای هورمونی تأثیر می‌گذارند. این سازوکارها ابعاد مختلفی دارند. سطوح صورت‌بندی در این پژوهش سه سطح مهم است: نهادی (ابعاد اقتصادی و سیاسی)، میانی (سطح ذی‌نفعان و بازیگران مهم) و سطح گفتمان فرهنگی (ارتباط بین بدن و بازار). از خلال این سطوح مهم است که نشان دادیم چگونه یک دسترسی به یک دارو در سطوح مختلف تسهیل می‌شود. در سطح نهادی و فرمال، از طریق سازوکارهای بازارگرایی در وجه سیاست‌گذاری دارویی دریافتیم که چگونه قاعده‌گذاری در حوزه دارو می‌تواند دارویی را در معرض گسترش بازار قرار دهد. این سازوکارها در قالب یک جریان مهم در تغییرات حوزه سلامت تحت عنوان «نئولیبرالیزه‌شدن نظام سلامت» و به‌طور خاص در حوزه دارو، با مقررات‌زدایی، آزادسازی و بازارسازی، زمین بازی را مستعد انجام فعالیت‌های بازارگرایی ساخته است.

نظام سلامت و دارو خواهان ورود بیشتر به بازار و کاستن از نقش مستقیم دولت بود، اما نه تنها مداخله در سیاست‌های سلامت (به‌طور خاص در حوزه دارو) کاسته نشد، بلکه به اقتضای منطق درونی، ملاحظات قانونی و نتایجی که از سیاست‌های حاصل بازارسپاری‌ها حاصل شد، با ورود دست‌های بخش خصوصی در ارتباط با انواع مجوزهای رسمی و غیررسمی به واردات دارو و افزایش شرکت‌های تولیدی و وارداتی و سوژه‌های جدید بازار دارویی، توانست زمینه‌های لازم را برای مداخله فراهم آورد. براین‌اساس در سطح دوم، از خلال این تغییرات، سوژه‌های بازاری مختلفی تولید می‌شود. این سوژه‌ها بعضاً در سطوح سازمانی نیستند و در سطح میانی قرار دارند. افرادی مانند پزشکان، شرکت‌های دارویی و در حوزه غیرپزشکی، فروشندگان دارو، مربیان و ورزشکارانی که در این حوزه به فعالیت تجاری مشغول هستند، در این سطح قرار می‌گیرند. این طیف افراد و سازمان‌ها به‌عنوان تأثیرگذارترین سوژه‌های بازارساز در حوزه داروهای هورمونی مورد استفاده در بدنسازی هستند. منطق روابط بین بخش خصوصی و دولتی، پزشکان و مصرف‌کنندگان و روابط آن‌ها براساس نوعی فرم تجاری است؛ به این معنا

که ارتباطاتی که این افراد و شرکت‌های تولیدی و وارداتی بخش رسمی و غیررسمی و پزشکی و غیرپزشکی به شکل موازی دارند، سبب می‌شود در برخی موارد، به دلیل رعایت‌نکردن قاعده‌های قانونی یا رفتارهای خارج از دستورالعمل‌های اخلاقی عمل کنند. روابط موجود در داروخانه و باشگاه، دو نقطه اصلی اتصال و ارتباط مصرف‌کننده و بازار است و روابط فی‌مابین حاصل رعایت‌نکردن قانون یا نظارت نادرست بر این دو حوزه است. براین اساس، نه تنها پزشکان، که شبه‌پزشکان به‌مثابه تجویزکنندگان جدید دارو و تسهیل‌گر در سطوح میانی هستند و نقش مهمی در بازاریابی داروهای هورمونی دارند. در سطح سوم به این موضوع پرداخته شد که چگونه از طریق پرکتیس‌هایی با عنوان تناسب‌اندام، مصرف دارو در ورزش، بهنجار و ضروری شده است. مصرف دارو در ورزش با ارتقای بدن، آن را به بدنی ایده‌آل و موضوع و ابژه انبوهی از گفتارها بدل می‌سازد. از این طریق، به بازار داروهای هورمونی و عوامل بازار یعنی فروشنندگان، پزشکان و به‌طورکلی سطح میانی پیوند می‌خورد.

بدن ایده‌آلی که امروزه هدف اصلی جامعه بازار قرار دارد، توسط بخش مهمی از تبلیغات الگوهای ورزشی و اسطوره‌ها در رسانه‌ها و فضای مجازی، مقالات و اطلاعات منابع مختلف الگوبرداری و ساخته شده است. در این مسیر، مداخلات دارویی به‌مثابه مداخلات جدید، حتی فراتر از سطح پزشکی به انتقال و دگرذیسی بدن کمک می‌کند؛ بنابراین مجموعه یا به عبارتی شبکه‌ای از گفتارها و عملکردها در حوزه‌های سیاسی-اقتصادی و فرهنگی، در هنجاری‌ساختن و نگهداشت این فناوری‌ها و دانش و ساخت سوژه زیست-سیاسی نقش مهمی دارد؛ زیست-سیاستی که تأکیدش بر شکوفایی زندگی است و از طریق تغییرات قاعده‌گذاری و هنجارهای انضباطی در قالب نوعی سبک زندگی، پروژه تجاری‌سازی را شکل می‌دهد. این نوع تحلیل از ایجاد و گسترش بازار، دیدگاه‌های فوکویی را تأیید و بر این نکته تأکید می‌کند که قدرت حاکمیت، همچنان یک فناوری مهم کنترل است. برخلاف فناوری‌های خود که از طریق آزادی حکومت می‌کنند، فناوری حاکمیت یعنی تمامی سازوکارها و تغییراتی که امکان شرایط خاصی را برای مصرف بدن مهیا می‌سازد، بیشتر شامل ابزارهای قاطعانه و اقتدارطلبانه قدرت برای تحقق بازار است. در این فضا، سوژه‌های رام‌شده فوکویی در جامعه بازارزده، به افرادی مصرفی تبدیل می‌شوند؛ بنابراین مسئله بازار داروهای هورمونی چیزی جز حاصل پیوند بدن و سلامت و بازار نیست و نمی‌توان از هریک بدون دیگری سخن گفت.

منابع

- اراضی، حمید و رستگار حسینی (۱۳۹۰)، «شیوع مصرف استروئیدهای آنابولیک و میزان آگاهی و نگرش از عوارض جانبی آن‌ها در ورزشکاران پرورش اندام شهر رشت»، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، شماره ۳۴: ۴۱-۸۰.
- اشترینان، کیومرث، (۱۳۹۳)، گزارش سیاستی آسیب‌ها و فسادها در نظام دارویی کشور، مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری.
- اندیشکده سیاست‌های راهبردی اقتصاد و مدیریت (۱۳۹۷)، تحلیل استراتژیک صنعت دارویی کشور، ویرایش اول.
- آذرنوش، مرتضی و مرتضی نیلفروشان (۱۳۹۷)، سیر تحولات نظام دارویی در ایران، تهران: نشر فرهنگستان علوم پزشکی ایران.
- آمار و داده‌های مربوط به مصرف داروهای هورمونی (هورمون رشد و تستسترون) موجود در نسخ پزشکان، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت (بازه زمانی ۹۰-۹۸).
- آمارنامه دارویی ایران، سازمان غذا و دارو (بازه زمانی ۸۶-۹۸).
- بیژه، ناهید و دهباشی، محسن؛ مهدی، ساقی (۱۳۹۳)، «بررسی میزان آگاهی، شیوع و عوارض مصرف استروئیدهای آنابولیک در ورزشکاران مرد رشته پرورش اندام شهر مشهد»، مطالعات کاربردی علوم زیستی در ورزش، شماره ۴: ۷۸-۸۹.
- جلیلیان، فرزاد، هزاوه‌ای، محمد مهدی؛ وحیدی‌نیا، علی اصغر، مقیم‌بیگی، عباس؛ زینت‌مطلق، فاضل؛ میرزایی، مهدی (۱۳۹۱)، «بررسی علل خوددرمانی در بین مراجعین به داروخانه‌های استان همدان»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، شماره ۲: ۱۶۰-۱۶۶.
- حبیبی، یزدان، پاشایی، طاهره؛ نوری، بیژن؛ صحرائی، مادح (۱۳۹۵)، «بررسی شیوع مصرف مواد نیروزا و عوامل مرتبط با آن در ورزشکاران بدنساز مرد شهر سنندج»، مجله علوم پزشکی زانکو دانشگاه علوم پزشکی کردستان، شماره ۵۳: ۲۲-۳۱.
- سیاست ملی دارویی جمهوری اسلامی ایران، ویرایش زمستان ۱۳۹۵.
- صفری، شیوا، یوسفی، بهرام؛ آستین‌چپ افسانه (۱۳۹۷)، «شیوع مصرف استروئیدهای آنابولیک و آگاهی از عوارض جانبی آن‌ها در ورزشکاران بدنساز مرد ایرانی - مرور ساختاریافته و متاآنالیز»، مطالعات کاربردی تندرستی در فیزیولوژی ورزش، شماره ۲: ۱-۱۲.
- طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور (۱۳۹۸)، فرهنگستان علوم پزشکی.
- فوکو، میشل (۱۳۸۹)، تولد زیست‌سیاست، ترجمه رضا نجف‌زاده، تهران: نشرنی.
- فوکو، میشل (۱۳۹۰)، پیدایش کلینیک، ترجمه یحیی امامی، تهران: نشر نقش و نگار.
- فوکو، میشل (۱۳۹۶)، تئاتر فلسفه، ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران: نشرنی.

- قانون تعزیرات حکومتی، امور بهداشتی و درمانی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- قانون مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۲.
- گزارش راهبردی مدیریت و اقتصاد، تحلیل استراتژیک صنعت دارو (۱۳۹۷)، اندیشکده سیاست‌های راهبردی اقتصاد و مدیریت، دپارتمان صنعت و بازرگانی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری: مرکز پژوهشی آرا.
- گزارش سازمان شفافیت و عدالت (۱۳۹۸)، فساد دارویی، قابل دریافت از: <http://daad.ir/2019/02/13>
- لمکه، توماس (۱۳۹۶)، زیست سیاست، درآمدی پیشرفته، ترجمه محمد زهدی گهرپور و فاطمه‌سادات میراحمدی، تهران: ثالث.
- محمودی، یسری و حسن محدثی گیلوایی (۱۳۹۶)، «مطالعه جامعه‌شناختی صنعت بدن، مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای جراحی‌های زیبایی زنان ساکن شهر تهران»، زن در توسعه و سیاست، شماره ۴: ۵۲۳-۵۴۷.
- مدنی، عبدالحسین، آقاملایی، تیمور؛ داوودی، حسین؛ مدنی، شیوا؛ صفا، پرستو؛ فایقه زارعی (۱۳۹۵)، «شیوع مصرف استروئیدهای آنابولیک و آگاهی از اثرات آن در ورزشکاران مرد در جنوب ایران»، *مجله طب پیشگیری*، شماره ۱: ۲۷-۳۳.
- نقدی، هادی و سردار محمدی (۱۳۹۲)، «شیوع استفاده از استروئیدهای آنابولیک و میزان آگاهی از عوارض آن در میان دانش‌آموزان کردستان در سال تحصیلی ۹۰-۹۱»، *مجله علوم پزشکی کرمانشاه*، شماره ۳: ۳۵-۵۵.
- Arazi, H., and Hosseini, R. (2012), **The Prevalence of Anabolic-Androgenic Steroids Abuse, Knowledge and Attitue of Their Side Effects, and Attitude toward Them among the Bodybuilding Athletes in Rasht.** Journal guilan university medical science, No. 80: 34-41.
- Haddadi Barzoki, M. & Tavakol, M. & Vahidinia, A. (2014). **Effects of Sexual Objectification on Conspicuous Consumption and Materialism**, sex Res Soc Policy: 153-162
- Conrad, P. (2007) **The Medicalisation of Society**, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Flower, R. (2004), **Lifestyle Drugs: Pharmacology and the Social Agenda**, Department of Biochemical Pharmacology, William Harvey Research Institute.
- Gilbert, D., Walley, T., New, B. (2000), **Life Style Medicines**. Department of Pharmacology, University of Liverpool.
- Mayer, C. (2016), **The Biopolitics of Lifesyle**: Foucault, Ethics and Healthy Choices. New York: Routledge.
- Rose, N. (2007), **The Politics of Life Itself**. Princeton: Princeton University Press.
- Scambler, G. (ed.) (2006), **Habermas, Critical Theory and Health**, London: Routledge.
- Wright, J., and Harwood, V. (2009), **Biopolitics and the Obesity Epidemic; Governing Bodies**, New York: Routledge.