

Original Article

Public Autonomy and Self-Care Approach in Iran

Kamran Mahlooji¹, Forouzan Akrami^{2*}

1. MSc, Department of History of Medicine, School of Persian Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. PhD in Biomedical Ethics, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: froozan_akrami@yahoo.com

Received: 18 Jul 2018 Accepted: 19 Nov 2018

Abstract

Background and Aim: Research in the field of self-care is perhaps one of the keys of the transition from health management crisis and its pathology can predict the occurrence of many health-related crises. Thus, this study examines the impact of social determinants on the public tendency towards different styles of self-care and formation of defensive self-care.

Materials and Methods: In this analytical study, after purposeful search and review of the texts, and examination of interaction between the therapist and the community and its overall impact on the structure of the health system, a self-care style is argued as defensive self-care.

Findings: In this study, defensive self-care was argued with Quadruple affections of politico-social, fundamental, belief and economic. Analysis of the interaction between the therapists and the community and its overall impact on the structure of the health system from the perspective of medical history at any period of time, through the mediating role of defensive mechanisms and its impact on public perception and autonomy, reveal a self-care style as defensive self-care. Which reflects the return of human to the traditional medicine, participation in self-care and efforts to revive and develop it in his life. The tendency to public participation in their health, the specialization of public health services and medicalization are considered as the sources of defensive self-care.

Conclusion: In the line of ethical goals of promoting public health and reducing inequalities in health outcomes, it is necessary to pay attention and recognition of the public tendency and autonomy.

Keywords: Public Autonomy; Defensive Mechanisms; Self-Care; Public Health; Iran

Please cite this article as: Mahlooji K, Akrami F. Public Autonomy and Self-Care Approach in Iran. *Bioethics Journal* 2018; 8(30): 45-54.

استقلال عمومی و گرایش خودمراقبتی در جامعه ایران

کامران محلوجی^۱، فروزان اکرمی^{۲*}

۱. گروه تاریخ پزشکی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. دکتری اخلاق زیست پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: froozan_akrami@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۷/۴/۲۷ پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات در حوزه آمایش خودمراقبتی شاید یکی از کلیدهای عبور از بحران مدیریت سلامت باشد و آسیب‌شناسی آن می‌تواند بروز بسیاری از بحران‌های حوزه سلامت را پیش‌بینی نماید. این امر مستلزم پاسخ به این سؤال است که چه عواملی در شکل‌گیری گرایش عمومی جامعه به سوی خودمراقبتی نقش دارند. از این رو این مطالعه به چگونگی تأثیر عوامل اجتماعی بر شکل‌گیری گرایش عموم به سوی سبک‌های مختلف خودمراقبتی می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تحلیلی پس از جستجو و مرور هدفمند متون، مطالعه و بررسی کنش متقابل درمانگر و جامعه و تأثیر برآیند کلی آن بر ساختار نظام سلامت، سبکی از خودمراقبتی به نام خودمراقبتی تدافعی استدلال می‌گردد.

یافته‌ها: در این مطالعه خودمراقبتی تدافعی با چهار گرایش سیاسی - اجتماعی، بنیادی، اعتقادی و اقتصادی استدلال گردید. تحلیل کنش متقابل درمانگر و جامعه و تأثیر برآیند کلی آن بر ساختار نظام سلامت از منظر تاریخ پزشکی در هر دوران، با میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی و تأثیر آن بر ادراک و استقلال عمومی، سبکی از خودمراقبتی به نام خودمراقبتی تدافعی را نمایان می‌سازد که بیانگر بازگشت انسان به پزشکی سنتی، مشارکت در مراقبت از خود و تلاش برای احیا و توسعه آن در زندگی خود است. تمایل به مشارکت عموم در سلامت خود، تخصصی‌شدن خدمات سلامت عمومی و پزشکی‌زدگی از خاستگاه‌های خودمراقبتی تدافعی به شمار می‌روند.

نتیجه‌گیری: لازم است تا در راستای اهداف اخلاقی ارتقای سلامت عمومی و کاهش نابرابری در پیامدهای سلامت، گرایش و استقلال عموم مورد توجه قرار گرفته و به رسمیت شناخته شود.

واژگان کلیدی: استقلال عمومی؛ مکانیسم‌های دفاعی؛ خودمراقبتی؛ سلامت عمومی؛ ایران

مقدمه

حق بر سلامت به عنوان یک حق ذاتی و به این معنا است که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست پاک را دربر می‌گیرد (۱). ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز به صراحت حق بر سلامت را به رسمیت می‌شناسد. ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی بر نیاز بر به رسمیت شناختن «حق هر کس به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی» توسط دولت دلالت دارد. بنابراین حفاظت از سلامت عموم از مهم‌ترین اهداف دولت است. در بیشتر کشورها سیستم مراقبت سلامت در سطح ملی سازمان یافته است که معنای آن مسئولیت دولت (State) است. با این حال این سیستم‌ها از پاتولوژی‌های متعددی رنج می‌برند که بر کارکرد آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۳-۲).

یک نظریه لیبرال عدالت، تحت تأثیر فلاسفه‌ای مانند جان لاک و رابرت نوزیک، بر آزادی‌های فردی و بنابراین بر وظایف ما برای احترام به آزادی‌های دیگران و وظیفه دولت برای حفاظت از آزادی‌های شهروندان، به عنوان حقوق، زمانی که آن‌ها در معرض تهدید هستند، تمرکز می‌کند. این اغلب به مفهوم «دولت حداقلی» برای جلوگیری یا مجازات تخطی از مرزهای فردی، از جمله حقوق مالکیت فردی است. در این دیدگاه، مراقبت سلامت یک حق نیست، اما مردم می‌توانند به طور داوطلبانه عمل خیرخواهانه را انتخاب و به صورت داوطلبانه به نوعی برای توزیع مراقبت سلامت در یک جامعه کمک نمایند. سلامت عمومی می‌تواند مشروع باشد، به خصوص اگر در حفاظت از افراد در برابر بیماری‌های مسری تمرکز نماید؛ یک نوع تبعیض مرزی، ترجیحاً تا مفاهیم گسترده‌تر ارتقای سلامت که مشخصه سلامت عمومی معاصر است (۴).

بیشتر فایده‌گرایان از برنامه‌های اجتماعی که از سلامت عمومی حمایت کرده و مراقبت سلامت اساسی را برای همه شهروندان توزیع می‌کنند، حمایت می‌کنند، اما حقوقی همچون

حق مراقبت سلامت وقتی بر حداکثرسازی خیر نهایی مبتنی باشد، اساسی شکننده پیدا می‌کند، زیرا منفعت ممکن است در هر زمانی تغییر کند. به عنوان مثال به نظر می‌رسد غیر عادلانه است که یک جامعه خیر نهایی را با حذف دسترسی بیمارترین و ضعیف‌ترین اقشار جمعیت خود، به حداکثر برساند (۵).

مشابه با نظریات فایده‌گرا، نظریات جماعت‌گرایی عدالت برخاسته از چندین دیدگاه فلسفی است که اهمیت مستقلى برای حقوق فردی مانند آزادی قائل نیستند. ترجیحاً درک آن‌ها از مراقبت سلامت و سلامت عادلانه به درک جامعه از مصلحت (Good) سلامت، در ارتباط با سایر مصالح و سهم مراقبت سلامت و سلامت عمومی به تمام آن‌ها، نه فقط به سلامت بستگی دارد (۴). جماعت‌گرایان هم بر وظایف جامعه در قبال فرد و هم بر وظایف افراد در قبال جامعه تأکید می‌کنند. برخی از جامعه‌گرایان از به کارگیری زبان عدالت پرهیز کرده و از زبان وحدت و یکپارچگی استفاده می‌کنند که هم ارزش فردی تعهدات و هم اصل اخلاق اجتماعی مبتنی بر ارزش‌های مشترک یک گروه را شامل می‌شود. مفاهیم عدالت نه از مبانی عقلی یا طبیعی خارج از جامعه، بلکه از معیارهایی که به طور درونی و به عنوان تحولات سیاسی جامعه شکل می‌گیرند، ناشی می‌شود (۵).

Norman Daniels بر پایه مفهوم «برابری منصفانه فرصت» استدلال می‌کند که عدالت مستلزم حذف یا کاهش موانعی است که از برابری منصفانه فرصت‌های افراد از جمله سلامت به عنوان یک اهمیت اخلاقی، برای تعقیب طیفی از اهداف و برنامه‌های زندگی فرد بسته به استعدادها و مهارت‌هایش، جلوگیری می‌کند. این شامل ارائه برنامه‌هایی برای جبران محرومیت‌های افراد مانند محرومیت از سلامت می‌باشد. دانلیز به دنبال طرحی جامع در خصوص مراقبت سلامتی عادلانه و نقش عوامل تعیین‌کننده اجتماعی مؤثر بر سلامت نظیر آموزش، عوامل محیطی و رفتاری و وضعیت اجتماعی - اقتصادی جوامع است (۶-۵).

کلیه تصمیمات حوزه سلامت که تحت تأثیر عوامل متعدد در یک مقطع زمانی اتخاذ می‌شود، گرایش «خودمراقبتی» را

در جامعه تعیین می‌نماید. عوامل مختلف فرهنگی، سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، جنگ و یا حتی بلایای طبیعی می‌توانند سطح مشارکت مردم و پذیرش نوع مراقبت و درمان را توسط بیماران تغییر دهد. قطعاً همه ما با افرادی مواجه شده‌ایم که به پزشک مراجعه کرده‌اند، ولی دارو را مطابق با تجویز پزشک به اتمام نرسانیده‌اند یا درمان‌های دیگری را به تجویز پزشک اضافه کرده‌اند و یا ترجیح داده‌اند که مراجعات بعدی را محقق ننمایند. آمارها بیانگر این مسأله هستند که «خودمراقبتی» تا ۸۵٪ از فعالیتهای بخش درمان را بدون دخالت متخصصان شامل می‌شود (۱)، مطالعات در این حوزه می‌تواند تأثیر به سزایی در تخصیص عادلانه منابع برای ارتقای سلامتی در جامعه داشته باشند. ایران با توجه به بافت اجتماعی، تاریخ، ساختار ژئوپلیتیک (Geopolitics) و تحولات اجتماعی ویژه، سیر تحول منحصر به فردی را در عرصه خودمراقبتی طی کرده که در جوامع مشابه کم‌نظیر است. تحلیل آنچه در کشور رخ داده می‌تواند منجر به اصلاح ساختار تخصیص منابع برای بالابردن سطح سلامت جامعه گردد.

از سوی دیگر، این مطالعات تأثیر به سزایی در بازار سلامت دارد. بیماران، مصرف‌کنندگان خدمات پزشکان هستند و رفتار بیماران سبک و سیاق ارائه‌کنندگان خدمات را متأثر می‌سازد. همچنین می‌تواند کمک فراوانی در بهبود فرایند خدمت‌رسانی و کاهش هزینه‌ها به شرکت‌های بیمه نماید، از همه مهم‌تر به وزارت بهداشت و درمان به عنوان نهاد متولی سلامت مردم، کمک می‌کند تا تصمیمات مناسب‌تری را اتخاذ نماید. در پروژه Partners Heath Initiative که در قسمت‌هایی از کارولینای جنوبی و جورجیای آمریکا در راستای تقویت خودمراقبتی اجرا شد، به ازای هر دلار سرمایه‌گذاری شده در بخش خودمراقبتی، ۱۱ دلار در هزینه‌های خدمات بهداشتی صرفه‌جویی گردید (۷). نظریه‌های مساوات‌طلب دارای تاریخچه‌ای به قدمت سنن مذهبی بوده و مبنی بر این باورند که با همه انسان‌ها باید به طور برابر رفتار شود، زیرا آنان برابر خلق شده و دارای شأن اخلاقی برابرند (۵)؛ آنچه که مبنای حقوق بشر را می‌سازد (۸). نظریه‌های مساوات‌طلب آرمان برابری را به صورت رفتار برابر با همه انسان‌ها به عنوان افراد برابر در جنبه‌های معین تصریح

نموده‌اند. هیچ نظریه مساوات‌طلب غالبی، مشتمل بر یک اصل توزیعی مبنی بر تسهیم مساوی همه مصالح پایه (Primary Goods) به همگان، نبوده است. کیفیت نظریه‌های مساوات طلب غالب، شناسایی برابری‌های پایه‌ای است که برخی نابرابری‌ها را مجاز می‌دانند (۵) و بسیاری از آن‌ها مشروعیت احتمالی یک سیستم دولایه بیمه‌ای، با لایه حداقل مطلوب مراقبت سلامت، تنظیم‌شده به روش مشورتی مردم‌سالار را به رسمیت می‌شناسند.

تحقیقات در حوزه آمایش خودمراقبتی شاید یکی از راه‌های کلید عبور از بحران مدیریت سلامت باشد و در نهایت آسیب‌شناسی حوزه خودمراقبتی می‌تواند بروز بسیاری از بحران‌های حوزه سلامت را پیش‌بینی نماید. این امر مستلزم پاسخ به این سؤال است که چه عواملی در شکل‌گیری گرایش عمومی جامعه به سوی خودمراقبتی نقش دارند. از این رو این مطالعه سعی دارد تا نشان دهد که چگونه عوامل اجتماعی حاکم بر جامعه می‌توانند در گرایش عموم به سوی سبک‌های مختلف خودمراقبتی تأثیر گذارند. از این رو این مطالعه به چگونگی تأثیر عوامل اجتماعی حاکم بر جامعه بر گرایش عموم به سوی سبک‌های مختلف خودمراقبتی و شکل‌گیری سبکی به نام خودمراقبتی تدافعی می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تحلیلی پس از جستجو و مرور هفتمند متون، تحلیل کنش متقابل درمانگر و جامعه و تأثیر برآیند کلی آن بر ساختار نظام سلامت، سبکی از خودمراقبتی به نام خودمراقبتی تدافعی استدلال می‌گردد.

۱- مبانی علمی

مکانیسم‌های دفاعی برای کاهش ناهماهنگی‌های شناختی از طریق تأثیر بر ادارک حوادث تهدیدکننده عمل می‌کنند (۹). از سوی دیگر مطالعات نشان می‌دهند، افرادی که از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته استفاده می‌کنند، در صورت تاب‌آوری بالا از سلامت عمومی مطلوب‌تری برخوردار خواهند شد (۱۰). خودمراقبتی بخشی از زندگی روزانه است که افراد در جهت سلامتی خود، خانواده، دوستان و آشنایان انجام

۲- خودمراقبتی از منظر تاریخ پزشکی

فرهنگ‌نگاری مردم در امور بهداشت و درمان، و تحلیل عوامل اجتماعی مؤثر در کنش ایشان رویکردی است که این نوشتار در ثبت فرایند خودمراقبتی دنبال می‌نماید. محققان تاریخ پزشکی، زندگی‌نامه نوابغ پزشکی و دستاوردهای آنان را دست‌مایه پژوهش‌های خود قرار داده‌اند، کتب دکتر نجم‌آبادی و دکتر تاجبخش مصادیق بارز این مسأله می‌باشند. این روش تاریخ‌نگاری اصطلاحاً «پزشک‌محوری» خوانده می‌شود. بهزاد کریمی در مقاله «تاریخ‌نگاری پزشکی مسلمانان» در این باره می‌نویسد (۱۲): «البته این جریان فکری (تبت تاریخ با شیوه پزشک‌محوری) هنوز همچنان در کشور ما پیگیری می‌شود و تا آنجا که نویسنده آگاهی دارد، چندین پروژه بزرگ پزشک‌محور از سوی نهادها و مؤسسه‌های علمی و پژوهشی در حال تألیف و تدوین است.»

اولین مطالعاتی که با نیت اعتراض به تحقیقات «پزشک‌محور» در حوزه تاریخ پزشکی انجام شد را می‌توان در کارهای جرج روزن (George Rosen) (۱۹۱۰-۱۹۷۷ م.)، پیدا کرد. تلاش محققان برای نزدیکی به آنچه که به راستی در حوزه درمان رخ می‌دهد، موجب شد تا رویکردهایی نوینی وارد عرصه پژوهش شود که به فرهنگ مصرف خدمات حوزه درمان، سلامت عمومی و همچنین رابطه بین جامعه و کنش‌گران پزشکی می‌پردازد. کنش‌گران پزشکی در این قبیل مطالعات از پزشکان آکادمیک گرفته تا شفادهندگان عامیانه را شامل می‌شوند.

روی پورتر (Roy Porter) یکی دیگر از پژوهشگرانی بود که مطالعات «پزشک‌محور» را عامل تحریف تاریخ پزشکی دانست و در مقاله تأثیرگذار خود، محققان را دعوت کرد که به جای پرداختن صرف به دستاورد پزشکان به گرایش‌های توده مردم و نگاه آن‌ها به مقوله درمان، بیماری و سلامت بپردازند (۱۳). توجه به سطوح مختلف خود مراقبتی، در دوران‌های مختلف تاریخ تا بخشی، مطالعه کنش متقابل بیماران و درمانگران است که در این گرایش‌ها تاریخ‌نگاری محقق می‌گردد. از این رو به عقیده نویسندگان این کنش متقابل در جامعه ایران از دوران انقلاب اسلامی تا اکنون سبب

می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت خوب ذهنی و جسمی نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی را برآورده سازند، از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را مراقبت کنند و از سلامتشان پس از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان نگهداری کنند (۷).

Barofsky مراقبت از خود را به ۴ دسته تقسیم‌بندی

کرده است (۱۱):

- تنظیم اعمال بدن.

- پیشگیری از بیماری.

- تخفیف علائم.

- تخفیف بیماری.

به طور مثال، مادران مهم‌ترین نقش را در مراقبت از بیماری فرزندان‌شان دارند. استفاده از داروهای OTC (داروهایی که بدون نسخه پزشک قابل دریافت هستند)، داروهای گیاهی و داروهای خانگی رایج‌ترین روش برخورد در درمان بیماری‌ها در برخی از مطالعات بوده است (تصویر ۱ را ببینید). با توجه به تعریف خودمراقبتی و انواع آن می‌توان گفت که میزان آگاهی و توانمندی مردم برای مشارکت در حفظ و ارتقای سلامتی خود، بر انتخاب شیوه درمان توسط آنان تأثیر گذارده و در بستر فرهنگی به گرایش خودمراقبتی آنان جهت می‌بخشد.



تصویر ۱: شمای مشارکتی خودمراقبتی

شکل‌گیری نوعی خودمراقبتی به نام خودمراقبتی تدافعی گردیده است که در ذیل به شرح آن می‌پردازیم.

۱-۲- خودمراقبتی تدافعی (Self-Care Defensive):

می‌توان گفت خودمراقبتی تدافعی از نظر مؤلفین پاسخی به این سؤال است که چرا در این عصر به اصطلاح علم و تکنولوژی، با وجود پیشرفت‌های علوم زیست‌پزشکی و افزایش اطلاعات عموم، بشر به این نتیجه رسیده که به پزشکی سنتی که عموماً و به درجات مختلف ریشه در معنویات دارد، بازگردد و راستای احیای آن تلاش کند؟ هرچند خودمراقبتی تدافعی لایه‌بندی‌های مختلفی دارد و با گرایش‌های اعتقادی، فلسفی، سیاسی و حتی اقتصادی می‌توان آن را متمایز نمود، اما شکل تدافعی تمام این گرایش‌ها یکسان است. در ادامه برای وضوح مطلب به خاستگاه‌های خودمراقبتی تدافعی اشاره می‌نماییم:

۱-۱-۲- تخصصی‌شدن خدمات سلامت در جامعه: تلاش‌ها و اقدامات صورت‌گرفته در جمهوری اسلامی ایران منجر به بالابردن طول عمر، افزایش امید به زندگی و کاهش میزان مرگ و میر در جامعه شده است، اما با این حال، اثربخشی تمامی خدمات تخصصی سلامت علی‌رغم هزینه‌های بالایی که بر جامعه تحمیل می‌کنند، محل تردید است. اولین بار تردید در اثربخشی سیستم‌های درمانی مدرن و محدودیت‌های سیستم تخصصی سلامت در دهه ۱۹۷۲ به شکل جدی مطرح شد. نقش پزشکی مدرن در ارتقای سلامت مردم مورد تردید و نقد قرار گرفت، به طوری که نشان داده شد که میزان مرگ و میر در کشور انگلیس مدت‌ها قبل از حضور مراقبت‌های پزشکی مدرن در قرن بیستم کاهش یافته است. همچنین اثرات منفی مراقبت‌های پزشکی مدرن نیز مورد ارزیابی قرار گرفت (۷).

۲-۱-۲- تمایل عموم برای مشارکت در امر سلامت:

گرایش‌های خودمراقبتی در فرهنگ ایرانی اسلامی دارای خاستگاه‌های مختلفی است و تکیه بر گفتار پیامبر اسلام (ص) برای حجامت و یا دستورات دیگر طبی نوعی از خودمراقبتی منحصر به فرد است. به همین دلیل، رویکرد پدرسالارانه سیستم سلامت تخصصی چندان به مذاق مراجعه‌کنندگان خوش نمی‌آید. مصرف‌کنندگان خدمات درمانی نیاز دارند تا در جریان درمانشان قرار گیرند و درمانگر با ایشان تعامل داشته

باشد. در آمریکا نیز علاقه مجددی به خودمراقبتی پیدا شد که ریشه در ارزش‌های سنتی آمریکایی برای خودمختاری (Autonomy)، فردگرایی (Individualism)، ضدبرترگرایی (Anti-Elitism) و دموکراسی داشته است.

۲-۲- پزشکی‌زدگی (Medicalization): خاستگاه

خودمراقبتی تدافعی را می‌توان در قالب De-Medicalization یا پزشکی‌زدایی نیز تعریف کرد. Medicalization یا پزشکی‌زدگی مفهومی است که توسط ایوان ایلچ (Ivan Illich) و میشل فوکو (Michel Foucault) معرفی شد و به سرعت تبدیل به یک اصطلاح متداول (Fashionable) در حوزه سلامت گردید، اصطلاحی که معمولاً نشان‌دهنده گسترش فعالیت‌های حرفه پزشکی در حوزه‌هایی است که پیش از آن در این حوزه تخصصی مطرح نبوده است. پزشکی‌زدگی زمانی رخ می‌دهد که موضوعات غیرپزشکی در حوزه پزشکی تعریف و درمان شوند. این اصطلاح همچنین ممکن است به صورت راهبردهای بهره‌جویانه استفاده شود (۱۴). این نفوذ بیشتر موجب تولید قدرت و انحصار بیشتر برای متخصصین این حرفه می‌شود و قاعداً مقاومتی در جامعه برای این قدرت شکل می‌گیرد که موج محدودکردن انحصارطلبی پزشکان را شامل می‌شود. این موج برگشت را پزشکی‌زدایی De-Medicalization می‌نامند.

طبق نظر صاحب‌نظران جامعه‌شناسی پزشکی‌زدگی یک فرایند دوطرفه است که طی آن مسائل از قلمرو غیر پزشکی خارج و تحت اقتدار و انحصار پزشکی قرار می‌گیرند و نتیجه معکوس‌شدن این فرایند پزشکی‌زدایی است (۱۵). تا یک دهه گذشته جامعه‌شناسان به ندرت پزشکی را به عنوان نوعی بازار مطرح می‌کردند، اما با توسعه مراقبت‌ها و فناوری‌های پزشکی و نیز شرکت‌های بیمه و نیروهای محرک پزشکی‌زدگی، قلمرو پزشکی ویژگی‌های بازاری را پیدا کرد که به دلیل تفاوت آن با سایر بازارهای رقابتی، ارائه‌دهندگان و نیز دریافت‌کنندگان خدمات رفتارهایی را از خود بروز می‌دهند که با فلسفه خدمات سلامت منافات دارد (۱۶). به لحاظ تاریخی طرح این انتقاد اجتماعی (۱۸-۱۷) و مکانیسم‌های دفاعی نسبت به آن

از طریق تأثیر بر ادراک عموم از آن سبب گرایش خودمراقبتی تدافعی گردیده است.

۳- انواع گرایشات خودمراقبتی تدافعی

۳-۱- خودمراقبتی تدافعی با گرایش سیاسی اجتماعی:

برای نمونه، حجت‌الاسلام سیدمحمد انجوی‌نژاد در سخنرانی خود با موضوع: پدافند غیر عامل (قسمت بیست و دوم ۱۳۹۳/۱۰/۲۰) ابراز می‌دارد که توصیه پزشکان صهیونیست نسبت به استفاده از روغن، نمک، ید، آهن، قرص آهن و کلسیم و استفاده آن‌ها از داروهای شیمیایی بر اساس عرفان کابالا است که استفاده از داروهای شیمیایی حرام می‌دانند (عرفان یهود که از قرن ۱۳ میلادی در جنوب فرانسه و شمال ایتالیا رشد کرد و برخی آن را متأثر از آموزه‌های قوم کاتار در جنوب فرانسه که پیرو مذهب مانی پیامبر ایرانی بودند، می‌دانند) این در حالی است که صهیونیست‌ها یکی از تولیدکنندگان داروهای شیمیایی برای کل جهان هستند. این دیدگاه مستندات فراوانی ارائه می‌نمایند که حتی فرمول داروهای که به کشور ما وارد می‌شود، بعضاً با فرمولاسیون کشورهای دیگر متفاوت است و ما باید با دیده تردید به آن بنگریم.

۳-۲- خودمراقبتی تدافعی با گرایش بنیادی: مبانی

فلسفی طب مدرن بر تأویل مکانیکی از بدن و جهان بنا شده است. نقدهایی که بر تفکر مدرنیسم وارد شد، به آرامی بر باور مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی نیز تأثیرات خود را پدیدار کرد. طب مدرن در حال حاضر با یک بحران جدی در این زمینه رو به روست. تفسیرهای مکانیکی از بدن انسان و جهان اطراف از ویژگی‌های عصر مدرن است که که پزشکی مدرن آن‌ها را به عنوان پیش‌فرض پذیرفته است هم از نظر فلسفی به چالش کشیده شده و هم بیماران با انتخاب روش‌های کل‌نگر کاهش اعتماد خود را به آن نشان داده‌اند. در میان نقدهای منتسب به طب مدرن در این حوزه به چهار مورد اصلی اشاره می‌کنیم.

۳-۲-۱- کمیت‌گرایی: ترجمان مکانیکی از جهان نتایج

تفکران کانت، فرانسیس بیکن و نیوتن است. ماشین دانستن انسان موجب می‌شود که تصویر و انتظاری که از پزشک به

دست می‌آید، مانند یک مکانیک باشد که برای تعمیر ماشین اقدام به بررسی پارامترهایی، مانند صدا ماشین لرزش و یا کم‌شدن سطح روغن ماشین می‌نماید. در این تصویر پزشک با بررسی قند خون میزان کلسترول و آنزیم‌های کبدی نزد بیمار و مقایسه با مدل نرمال اقدام به تشخیص بیماری می‌نماید. تصور این‌که دانش امروز بشر نسبت به بدن انسان بسیار محدودتر از معرفت او نسبت به خودرویی است که خود طراحی کرده است، این تشابه نتایج قابل قبولی به بار نمی‌آورد (۱۹).

۳-۲-۲- گسسته‌بینی: دیوید بوهم معتقد است که دیدگاه

مدرن پیرامون جهان و ما در نهایت به «گسسته‌بینی» ختم می‌شود، این تصور که همه چیز از ذرات ریزی به نام اتم تشکیل شده است، ما را به سمت نگرشی سوق می‌دهد که در آن تمام واقعیت جهان با حرکات این ذرات مستقل تعیین می‌شوند و در نهایت برهمکنش این ذرات کل را می‌سازد. در این دیدگاه کل چیزی بیش از یک مفهوم ذهنی و انتزاعی نیست. این تصور در حوزه پزشکی ما را به جزء نگری و گسسته‌بینی سوق می‌دهد (۲۰). همان‌گونه که محققین پزشکی مدرن در درک میکروسیستم‌ها موفق عمل می‌کنند، در درک و تحلیل ماکروسیستم‌ها عملکرد مورد وثوقی از خود به نمایش نمی‌گذارند. تسلط دانش ژنتیک در بسطیره دارنش پزشکی یکی از مصادیق بارز این ماجرا است. این گسسته‌بینی در حوزه تقسیمات گروه‌های پزشکی نیز به چشم می‌خورد. به طور مثال ممکن است شما به یک متخصص پوست مراجعه نمایید و او دستور اکید پرهیز از آفتاب را به شما تجویز نماید، چراکه پرتو اشعه ماوراء بنفش به شدت برای پوست شما مضر بوده و سرطان‌زا است، اما در همان روز متخصص قلب به شما استفاده از نور آفتاب را پیشنهاد می‌کند، چراکه ویتامین دی تولیدشده در اثر اش نور خورشید برای سلامت قلب شما ضروری است. این دیدگاه‌های جزءنگرانه در عمل می‌تواند به از دست‌دادن سلامتی بیمار ختم شود که بسیاری از مراجعه کنندگان بی‌توجه به پیشنهاد پزشک، خود به دلیل آگاهی از این بینش‌های گسسته‌بینی خود دست به تعدیل این تجویزان می‌زنند.

۳-۲-۳- تقلیل‌گرایی یا فروکاست‌گرایی (Reductionism):

در یک نگاه می‌توان دریافت که تقلیل‌گرایی در حوزه طب ارتباط مستقیم با جزء‌نگری و گسسته‌بینی که در بالا به آن اشاره شد، دارد. بر اساس این نگاه انسان در عمل چیزی بیش از مجموعه سلول‌های تشکیل‌دهنده‌اش نیست، بر اساس این اجزا می‌توان رفتار او را تبیین کرد. شاید تقابل روانشناسان و نوروساینس تا حدی نشان‌دهنده این تقابل باشد، هرچند هر دو گروه در کانسپت فکری طب مدرن تعریف می‌شوند، اما نوروساینس (Neuroscience) اصرار دارد که می‌توان ادراکات و احساسات انسانی را تا سطح ترشحات هورمون‌های مختلف تبیین کرد. بر این مبنا افسردگی می‌تواند با کاهش هورمون سرتونین تبیین نمود و پرداختن به علل بیرونی جز تباهی زمان منفعتی را برای روانشناسان به بار نمی‌آورد.

۳-۳- خودمراقبتی تدافعی با گرایش اعتقادی: این

گرایش با تکیه بر منابع اعتقادی می‌کوشد تا روح مردم را نیز در کنار درمان جسمانی سامان دهد. درمان‌های متکی بر رساله ذهبیه و احادیث مختلف برای درمان و جامع‌دانستن آن‌ها یکی از این موارد است، البته نفوذ این دیدگاه بسیار گسترده است. تهیه کپسول‌هایی با ژلاتین گاوی که پیش از این توسط ژلاتین خوکی در ایران توزیع می‌شد، گام‌های جدی در این زمینه بود. سفارش روحانیون به حجامت و ورود ایشان به حوزه درمان و پذیرش این اقدام توسط اقشار مختلف مردم، گام‌های جدی ورود این فرایند به ساختار سلامت است، البته منتقدان علمی این نوع از برداشت‌ها با نقد اصالت کتاب رساله ذهبیه و یا برداشت‌های متفاوت از طب اسلامی که در آن قصد تبیین نزدیکی طب سنتی و اسلامی دنبال می‌شود، عملاً این دو را از هم مجزا نمی‌دانند و صف مقابل این گرایشات را تشکیل داده‌اند، اما گروهی از مردم که به دلایل مختلف این گرایشات را انتخاب می‌نمایند، باعث تداوم و تقویت این حوزه معرفتی می‌شوند. رویکرد نظام سلامت کشور به مراقبت کل‌نگر و سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت، شاهد دیگری بر این مدعا است.

۳-۴- خودمراقبتی تدافعی با گرایش اقتصادی:

هرچند تبلیغات گمراه‌کننده در حوزه سلامت ممنوع است، اما

افزایش هزینه‌های درمانی و تبلیغات پیرامون این‌که با پرداخت هزینه بیشتر می‌توان خدمات بهتری دریافت کرد، عملاً در نشریات و مجلات پیگیری نمی‌شود. بر طبق ماده ۲ دستورالعمل نحوه تبلیغ و آگهی در امور پزشکی و دارو ممنوع است، ولی ما هر روز شاهد سرازیر شدن این تبلیغات به ذهن مخاطبین هستیم. این امر این تصور را به وجود می‌آورد که کیفیت خدمت‌رسانی در بیمارستان‌های دولتی چندان مطلوب نیست و نوعی تصور مبتنی بر گرایشات مادی کادر درمانی در ذهن مراجعه‌کنندگان شکل می‌گیرد که از منظر آسیب‌شناسی اجتماعی واکنش تدافعی همراه با بی‌اعتمادی را موجب می‌شود.

بحث

در این مطالعه خودمراقبتی تدافعی با چهار گرایش سیاسی - اجتماعی، بنیادی، اعتقادی و اقتصادی استدلال گردید. تحلیل کنش متقابل درمانگر و جامعه و تأثیر برآیند کلی آن بر ساختار نظام سلامت از منظر تاریخ پزشکی در هر دوران، با میانجی‌گری مکانیسم‌های دفاعی و تأثیر آن بر ادراک و استقلال عمومی، سبکی از خودمراقبتی به نام خودمراقبتی تدافعی را نمایان می‌سازد که بیانگر بازگشت انسان به پزشکی سنتی، مشارکت در مراقبت از خود و تلاش برای احیا و توسعه آن در زندگی خود است. تمایل به مشارکت عموم در سلامت خود، تخصصی‌شدن خدمات سلامت عمومی و پزشکی‌زدگی از خاستگاه‌های خودمراقبتی تدافعی به شمار می‌روند.

نظریه‌های اخیر عدالت، داشتن آزادی انتخاب را برای رفتار سالم کافی نمی‌دانند، بلکه معتقد به پرورش توانایی استدلال و تقویت خودمختاری افراد برای انتخاب‌های سالم هستند (۱۳)، Buchanan (۲۰۱۶ م). استدلال می‌کند که ارتقای سلامت جمعیت‌ها با گسترش خودمختاری از طریق ترویج مفهومی از عدالت که به صورت توسعه شکوفایی انسان تعریف می‌شود، بهتر قابل دستیابی است (۳۲). بنا بر نظریه‌های اخیر عدالت، مهم‌ترین مطلب مورد بحث در سلامت عمومی این نیست که آیا محدودمودن خودمختاری افراد، برای مثال محدودیت دسترسی گروه‌های اقلیت و فقیر به غذاهای آماده یا نوشابه‌های شیرین و گازدار سبب کاهش وزن آنان می‌گردد،

بلکه ارتقای خودمختاری افراد جامعه است. به عبارت دیگر خودمختاری ارزش‌محوری در یک جامعه عادلانه است؛ جامعه‌ای که در آن شرایط پرورش توانایی استدلال و تصمیم‌گیری فراهم شده باشد (۳۲).

مطالعات جدید به تبیین نقش فضایل اخلاقی در سلامت عمومی (۲۱-۲۲) پرداخته‌اند. آنان بر این باورند که برای چندین دهه گذشته، مفهوم «ساختارها» در اخلاق کلامی (Theological)، تقریباً به طور انحصاری، بر ساختارهای اجتماعی در نیاز به تغییر متمرکز شده است. ساختارهایی که موقعیت‌های ناعادلانه را تداوم بخشیده و موانع نظام‌مندی را برای توسعه انسانی ایجاد می‌کنند به عنوان «ساختارهای گناه» طبقه‌بندی می‌شدند. بنابراین اهداف نقد اجتماعی و کلامی بودند. متخصصان سلامت عمومی و سیاستگذاری سلامت، در تلاش برای ایجاد ساختارهای جدیدی هستند که تأثیر مثبت بر زندگی افراد و جوامع می‌گذارند. این ساختارهای اجتماعی توسط ویژگی‌ها و فضایل فردی به عنوان واحدهای ارزشی بنیادی که رفتارها و عادات فرد را می‌سازند، شکل گرفته و نیز به آن شکل می‌دهند (۲۲). در ادیان بزرگی نظیر بودیسم، مسیح و اسلام مراقبت سلامت بر اساس معنویت و بنیان‌های اخلاقی بوده است، به طوری که اقدامات پزشکی و مراقبت سلامت در معابد و صومعه‌ها انجام می‌شد (۲۳-۲۴). این رویکرد کل‌نگر به انسان قدمتی دیرینه در طب سنتی و رویه حکمای ایرانی، مانند نظام اخلاقی سلامت‌محور رازی دارد (۲۵). بنابراین ساختارهای اجتماعی سلامت می‌بایست به گونه‌ای عمل کنند که رفتارهای سالم را درونی و عادت‌ی سازند.

نتیجه‌گیری

تحولات اجتماعی با میانجی‌گری اتخاذ مکانیسم‌های دفاعی و تأثیر آن بر ادارک و استقلال عمومی، سطوح مختلف خودمراقبتی در کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در دورانی که در اغلب کشورهای در حال توسعه تا ۸۰٪ از درمان‌ها با روش‌های طب مکمل محقق می‌شود و ساختار درمانی کشور آن را به رسمیت می‌شناسد، معطل کردن طب سنتی و

روش‌های درمانی بومی به تأیید متخصصین طب مدرن، موجب شکل‌گیری و تقویت گرایش‌های تدافعی نسبت به این سبک از پدرسالاری گردیده است. هنجارها و ارزش‌های اخلاقی نهادینه‌شده در فرهنگ جامعه ایرانی - اسلامی حقایق و پیش‌فرض‌هایی هستند که بر نیاز به توجیه عمومی خدمات مراقبت سلامت دلالت دارند. در نظر قراردادن این ارزش‌های اجتماعی و آسیب‌شناسی گرایش‌های عموم، رویه‌ای برای بهبود سطح خدمات مراقبتی و درمانی توسط سیاستگذاران حوزه سلامت به شمار می‌آید. از این رو لازم است تا در راستای اهداف اخلاقی حفظ و ارتقای سلامت عمومی و کاهش نابرابری در پیامدهای سلامت، گرایش‌های اقشار مختلف مردم مورد توجه قرار گرفته و به رسمیت شناخته شود.

References

1. Abbasi M, Rezaee R, Dehghani G. Concept and situation of the right to health in Iran legal system. *Medical Law Journal* 2014; 8(30): 183-199.
2. Bielecki A, Nieszporska S. The proposal of philosophical basis of the health care system. *Medicine Health Care Philosophy* 2016; 20(1): 23-35.
3. Bielecki A, Stocki R. Systems Theory Approach to the Health Care Organization on National Level. *Cybernetics and Systems* 2010; 41(7): 489-507.
4. Childress JF. Moral Considerations: Bases and Limits for Public Health Interventions. . In: Bernheim RG, Childress JF, Melnick AL, Bonnie RJ, editors. *Essentials of Public Health Ethics*. first ed. USA: Jones & Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company; 2015. p.21-43.
5. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. USA: Oxford University Press; 2013.
6. Daniels N. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. 1st ed. USA: Cambridge University Press; 2008.
7. Motlagh ME, Davoudi F, Ahmadzad-Asl M. *Self care model for family health programs*. 1st ed. Tehran: Andisheh Mandegar; 2014.
8. Annas GJ, Mariner WK. (Public) Health and Human Rights in Practice. *Journal of Health Polit Policy Law* 2016; 41(1): 129-139.
9. Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial and narcissistic personality disorders. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes* 2013; 76(1): 32-52.
10. Aghayusefi A, Bazyari Meymand M. Study of General health, resiliency and defense mechanisms in patients with migraine headache. *Iranian South Medical Journal* 2013; 16(2): 118-127. [English]
11. Barofsky I. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. *Social Science & Medicine Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 1978; 12: 369-376.
12. Karimi B. Muslim Medical Historiography: Studies and Research. *The Journal of Islamic History and Civilisation* 2014; 9(18): 141-161.
13. Porter R. The patient's view. *Theory and Society* 1985; 14(2): 175-198.
14. Scott J, Marshall G. *A dictionary of sociology*. UK: Oxford University Press; 2009.
15. Ghazi Tabatabaei M, Vedadhir A, MohseniTabrizi A. Medicalization as a game: An analysis of the social contruction of human problems. *Journal of Human Sciences* 2007; 53(Special Issue): 289-324.
16. Lown B. Market health care: The commodification of health care. *Philosophy and Social Action* 2000; 26(1/2): 57-72.
17. Ignaas D, Hoyweghen IV. A New Era of Medical Consumption: Medicalisation Revisited. *Aporia* 2011; 3(3): 16-21.
18. Pourreza RGS, Fadaeidehcheshmeh N, Azmal M. Developing the "medicalization" concept: patient or customer, dream or reality, treatment or trading. *Razi Medical Journal* 2015; 22(135): 122-130.
19. Kamali Ardekani M. *Methaphysical Foundations of Modern and Transitional Medicine*. Tehran: Tehran Sharif University of Technology; 2013.
20. Bohm D. Wholeness and the Implicate Order in Today's Science. *Science and Religion* 1998; 2(2): 97-100. [Persian]
21. Rogers WA. Virtue ethics and public health: A practice-based analysis. *Monash Bioethics Review* 2004; 23(1): 10-21.
22. Rozier MD. Structures of Virtue as a Framework for Public Health Ethics. *Public Health Ethics* 2016; 9(1): 37-45.
23. Ratanakul P. Buddhism, health and disease. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2004; 15(5): 162-164.
24. Syed IB. Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times. *The History of Islamic Medicine (JISHIM)* 2002; 2: 2-9.
25. Razi MZ. *Tebe alroohani*. Tehran: Ahleghalam; 2002.