

پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر برساخت اجتماعی مسایل انسانی

* محمود قاضی طباطبائی ** ابوعلی ودادهیر *** علیرضا محسنی تبریزی
دانشگاه تهران دانشگاه تبریز دانشگاه تهران

چکیده

در حالی که پارادایم مسلط در تحلیل‌های جامعه‌شناختی، با طرح «سؤالانی از جنس چرایی» یا تبیینی و با تأکید بر اندازه‌گیری، عینیت پیش‌بینی‌پذیری و مداخله بهتر و کارا تر در مسایل اجتماعی، آن‌ها را همچنان کم و بیش امری داده شده، کفی و عینی تلقی می‌کند، این مقاله ضمن تأکید بر ماهیت ذهنی، تعریفی، مبتنی بر اقامه دعوی و برساخت‌گرایانه مسایل اجتماعی، به‌طور مشخص از فرایند پزشکی شدن مسایل اجتماعی سخن می‌گوید. با الهام از برخی جامعه‌شناسان برساخت‌گرا، این مقاله در پی آن است که تا چه حد طرح «سؤالانی درباره فرایند و چگونگی» تعریف، سنخ‌بندی و برساخت مسایل اجتماعی فی‌نفسه می‌تواند برای علم جامعه‌شناسی و قضایای برخاسته از آن اساسی باشد. با اتخاذ چنین رویکردی، مقاله می‌کوشد نشان دهد که در یک سده گذشته چگونه یا به چه رویه‌ها و سازوکارهایی شمار زیادی از مسایل، تجربیات و وقایع حیاتی انسان که زمانی نرمال و عادی تلقی می‌شدند و یا در حیطه‌ها و علوم غیرپزشکی تعریف و مدیریت می‌شدند، وارد قلمرو اقتدار، تعریف و مداخله پزشکی شده‌اند؛ فرایندی که در این مقاله «پزشکی شدن جامعه» نامیده شده است. در نهایت، این مقاله برای اولین بار استعاره جامعه‌شناختی «بازی پزشکی شدن» را به منظور ارائه تصویری راستین از ماهیت پدیده پزشکی شدن و تحولات احتمالی آن مطرح می‌کند.

کلیدواژه‌ها: برساخت‌گرایی اجتماعی، پزشکی شدن، پزشکی‌زدایی، بازی پزشکی شدن، فعالیت‌های اقامه دعوی، مسایل اجتماعی.

Medicalization as a Game: An Analysis of the Social Construction of Human Problems

Mahmoud Ghazi Tabatabaie, Ph.D.
Associate Professor, Department of Sociology
Faculty of Letters and Human Sciences, University of Tehran

AbouAli Vedadhir, Ph.D.
Assistant Professor, Department of Sociology
Faculty of Letters and Human Sciences, University of Tabriz

AliReza Mohseni Tabrizi, Ph.D.
Associate Professor, Department of Sociology
Faculty of Letters and Human Sciences, University of Tehran

Abstract

While the dominant paradigm in sociological analyses still remains social problems as taken-for-granted, objective and quantitative condition by addressing explanatory or "why-questions" and, additionally, by asserting the measurable, predictable, manageable and interventional nature of these problems, this paper talks about medicalization of social problems, accentuating on the subjective, definitional, constructionist and claim-making-driven nature of these problems. Inspired by some key social constructionists in sociology, the paper seeks to explain that to what extent how-questions or posing questions on the processes of definition, typification and construction of social problems is substantively integral to the sociology and issues arising from it. Taking the similar angle, this paper aims to show how or by which ways or mechanisms an increasing number of human problems, experiences and vital events once treated as normal or natural, and were defined and managed in non-medical realms, have come into the jurisdiction and designation of the medical profession through the past century or so, the process that has been termed here "the medicalization of society." The paper, as a final point, addresses the sociological metaphor of "Medicalization Game" to provide a real image on the nature of medicalization and its potential shifts.

Keywords: Social Constructionism, Medicalization, De-medicalization, Medicalization Game, Claim-making Activities, Social Problems.

* دکترای جامعه‌شناسی و روش‌شناسی اجتماعی از دانشگاه ایالتی یوتا، دانشیار گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی.

** دکترای جامعه‌شناسی از دانشگاه تهران، استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی.

*** دکترای جامعه‌شناسی و روان‌شناسی اجتماعی از دانشگاه میشیگان غربی، دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی.

آنچه باید مورد توجه قرار گیرد، این است که منحرف یا کجرو در یک جامعه محصول یک فرایند سیاسی تصمیم‌گیری است. رفتارها یا فعالیت‌هایی که در یک جامعه مفروض کجرو یا منحرفانه تلقی می‌شوند، ماهیت خود پیدا یا بدیهی‌ای (Self-evident) ندارند؛ بلکه توسط گروهی که از توانایی لازم برای مشروعیت بخشیدن و قبولاندن [و جانداختن] تعاریف خود دارند، تعریف [و بر ساخته] می‌شوند. (پیتر کانراد و جوزف اشنايدر 1980: 22)

مقدمه

با توسعه دانش و علم فناوری‌های پزشکی علمی در طول قرن بیستم و در سال‌های آغازین قرن بیست و یکم، جوامع بشری به ویژه دنیای پیشرفته غرب شاهد تحولات و جریانات گسترده و مهمی در رویکردها و استراتژی‌های مربوط به درک، تعریف، سنخ‌بندی و مدیریت مسایل و تجربیات انسانی بوده است. در یک سده گذشته، آدمی بیش از هر زمان دیگری شاهد بسط قلمرو و اقتدار و تعاریف پزشکی به سایر حوزه‌ها بوده است. جامعه‌شناسان این فرایند برساخت‌گرایانه (Constructionist) و مرتبط با «فعالیت‌های اقامه دعوی» (Claim-making Activities) را «پزشکی شدن» (Medicalization) نامیده‌اند. طبق نظر جامعه‌شناسان، پزشکی شدن پروسه‌ای را نشان می‌دهد که از طریق آن شمار چشمگیری از موضوعات، وقایع، خصایص و مسایل انسانی (نظیر تولید مثل، تولد، کودکی، سالخوردگی، مادری، یائسگی، اعتیاد، الکلیسم، پرخاشگری، چاقی، نوع دوستی، افت تحصیلی، نوآوری) که زمانی نرمال و عادی تلقی می‌شدند و یا در حیطه‌ها و علوم غیرپزشکی تعریف، سنخ‌بندی و مدیریت می‌شدند در قلمرو «اقتدار پزشکی» (Medical Jurisdiction) وارد یا به نفع پزشکی مصادره و در نهایت توسط رویکردها، تعاریف، ابزارها و مداخله‌های پزشکی کنترل و مدیریت شده‌اند و می‌شوند. شکل جمعی پزشکی شدن یا «پزشکی شدن جامعه» به این امر اشاره دارد که دست‌کم در نیم قرن گذشته قلمرو اجتماعی سلامت و ناخوشی متحول شده و پزشکی به‌طور فزاینده‌ای به ساحت‌های مختلف زندگی عادی و روزمره ما سرایت کرده است (Conrad 1992: 209 – 32; 2005: 3 - 14, 2007).

این مقاله با اتخاذ موضع مشابهی ضمن تأکید بر ماهیت ذهنی، تعریفی، مبتنی بر اقامه دعوی و برساخت‌گرایانه مسایل اجتماعی، به‌طور مشخص از فرایند پزشکی شدن مسایل اجتماعی سخن می‌گوید. مقاله برای نیل به اهداف خود در چهار بخش اساسی سازماندهی شده است. به منظور نشان دادن ماهیت برساخت‌گرایانه فرایند پزشکی شدن جامعه و مسایل

اجتماعی، بخش اول مقاله به معرفی اجمالی رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی (Social Constructionism) در حوزه مسایل اجتماعی می‌پردازد. در این بخش از مقاله، با الهام از برخی جامعه‌شناسان برساخت‌گرا نشان خواهیم داد که تا چه حد طرح سؤالاتی دربارهٔ رویه‌ها، فرایند و چگونگی تعریف، سنخ‌بندی و برساخت مسایل اجتماعی فی‌نفسه می‌تواند برای علم جامعه‌شناسی و تحلیل علمی مسایل اجتماعی اساسی باشد. بخش دوم مقاله معرفی نسبتاً جامعی از فرایند اجتماعی و در عین حال مفهوم جامعه‌شناختی پزشکی شدن و ویژگی‌های آن ارائه می‌دهد. مباحث این بخش نشان خواهد داد که از طریق فرایند یا پدیده برساخت‌گرایانه پزشکی شدن پزشکی به نهادی برای کنترل اجتماعی بدل شده است. در بخش سوم مقاله، با اتکاء بر رویکردها، نظریه‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته در جامعه‌شناسی و دیگر رشته‌های مرتبط نظیر مطالعات علم و تکنولوژی (STS) و مطالعات زنان (WS) در طول سه دهه گذشته یا بیشتر، ما یک «تحلیل روند نظری» (Theoretical Trend Analysis/ TTA) از مفهوم پزشکی شدن و تأملات و تحلیل‌های انتقادی جامعه‌شناسان بر آن (جامعه‌شناسی پزشکی شدن) ارائه می‌دهیم. این تحلیل روند نظری نشان خواهد داد که چگونه پزشکی شدن هم به عنوان یک فرایند برساخت‌گرایانه و هم به عنوان مفهومی جامعه‌شناختی، از جهت گستره، گفتمان، سطح، نیروی محرکه، کنشگران، شکل یا صورت بندی متحول شده است. به‌طور مشخص، با الهام از جامعه‌شناسان شاخص نظریه پزشکی شدن نظیر پیتر کانراد این تحلیل روند نظری نشان می‌دهد که چگونه فرایند پزشکی شدن چرخشی اساسی را از یک فرایند انسان (پزشک) محور (مد/روایت اول) به فرایندی علم فناوری محور (مد/روایت دوم) تجربه کرده است. در قسمت پایانی این تحلیل، روند نظری ما برای اولین بار در جامعه‌شناسی با طرح استعاره «پزشکی شدن به مثابه بازی» (Medicalization as a Game) ضمن نقد روایت‌های موجود درباره پدیده پزشکی شدن تلاش می‌کنیم تا تصویری جامع‌تر یا روایتی سوم از ماهیت واقعی و بازی گونه آن ارائه کنیم. تصور بر این است که تلقی «پزشکی شدن به مثابه بازی» می‌تواند به شکل کاملاً مؤثری بر ابهامات و بلاتکلیفی‌ها و قطب‌بندی‌های موجود در بدنهٔ دانش و منابع موجود دربارهٔ فرایند پزشکی شدن غلبه کرده و تصویر درست‌تری از ماهیت آن ارائه دهد. در نهایت، بخش چهارم مقاله بحث و نتیجه‌گیری کلی منبعث از آن را ارائه خواهد کرد.

برساخت‌گرایی اجتماعی در تحلیل مسایل اجتماعی

این نوع خاص از رویکرد برساخت‌گرایی یا برساخت‌گرایی اجتماعی در تحلیل مسایل اجتماعی (رویکرد تعریفی نسبت به مسایل اجتماعی) برای اولین بار در جامعه‌شناسی توسط مالکوم اسپکتور و جان کیتسوز (M. Spector & J. I. Kitsuse) در اواخر دهه 70 قرن بیستم مطرح شده است. برساخت‌گرایی اجتماعی را می‌توان نسخه تلفیقی، جامعه‌شناختی‌تر و دقیق‌تر «نظریه انگ زنی» (Becker 1963) در بحث کجروی و بزهکاری از یک سو و برساخت‌گرایی اجتماعی در جامعه‌شناسی معرفت یا «نظریه برساخت اجتماعی واقعیت» (Berger & Luckmann 1976) در نظر گرفت. در میان انواع متفاوت برساخت‌گرایی اجتماعی، این نوع یا نحله از آن بر این فرض اساسی استوار است که فرایند تعریف و تاریخ طبیعی یک «مسئله اجتماعی» مهمتر از شرایط و یا موجودیت واقعی همان مسئله است و «مسائل اجتماعی چیزی غیر از فعالیت‌های تعریفی افراد درباره شرایط یا رفتاری که آن را مشکل‌آفرین یا مسئله‌دار می‌بینند از جمله فعالیت‌های تعریفی یا معطوف به اقامه دعوی سایرین نیست» (Spector & Kitsuse 1987[1977]; Schneider 1985). از نظر اسپکتور و کیتسوز (1987) برساخت‌گرایی اجتماعی رویکردی است که به فرایندی که شرایط یا حالت اجتماعی مسئله‌دار به نظر می‌رسند توجه می‌کند. برساخت اجتماعی مسایل اجتماعی کانون مباحث این رویکرد است. تحلیل‌های برساخت‌گرایان بر فرایندی متمرکز است که مردم برخی شرایط اجتماعی را به‌مثابه مسایل اجتماعی می‌انگارند. از این‌رو، برداشت ما از این‌که چه چیزی مسئله اجتماعی است و چه چیزی نیست، خود یک محصول یا برساخته اجتماعی است؛ چیزی که از طریق فعالیت‌ها یا کارهای اجتماعی از جمله فعالیت‌های اقامه دعوی ایجاد یا برساخته شده است. در نتیجه، اقامه دعوی و فرایند تعریف شرایط [ظاهراً] مسئله‌دار اجتماعی، دارای اهمیت کلیدی در این رویکرد بوده و اقامه‌کنندگان دعاوی، صاحبان دعاوی مخالف، گیرندگان (حضار یا مخاطبین) دعاوی از عوامل اصلی برساخت مسایل و شرایط اجتماعی هستند (Best 1995, 2004; Spector & Kitsuse 1987[1977]). دانیلین لاسکی این فرایند را تحت عنوان «بازی مسایل اجتماعی» می‌نامد. فرایند مذکور تنها شامل «شرایط» نمی‌شود بلکه «مردم» و «راه‌حل‌های» مربوط به مسایل را نیز در بر می‌گیرد. به‌طور خلاصه، در حالی‌که در برساخت شرایط، تأکید بر تلاش‌های صورت گرفته برای اقناع و ترغیب مخاطبین نسبت به منطق و عقلانیت طرح مسئله یا موضوع است، در برساخت مردم تلاش می‌شود بر

روی احساس یا بُعد حسی نگرش آن‌ها نسبت به دعاوی اقامه شده تأثیرگذارده شود. در برساخت راه‌حل‌ها نیز این سؤال اساسی مطرح می‌شود که برای حل مسأله چه باید کرد و چه زمانی برای ارائه و اجرای راهکار مناسب است؟ نکته‌ای که باید به آن توجه داشت این است که سه برساخت مذکور و زیرمجموعه‌های آن‌ها مستقل از هم نبوده و قویاً با همدیگر در تعامل اند (Loseke 2003).

«اسپکتور و کیتسوز» چهار مرحله اساسی برای برساخت یا بازی مسایل اجتماعی پیشنهاد می‌کنند:

1 - گروه‌ها یا افراد (اقامه‌کنندگان دعوی) تلاش می‌کنند با نامیدن برخی شرایط یا رفتارها به عنوان ناخوشایند، نامطلوب، خطرناک و... بر وجود برخی شرایط مسأله‌دار تأکید و آن‌ها را عمومی کنند (به اطلاع عموم رسانند)؛ به مباحث و چالش‌ها دامن زنند و نهایتاً یک مسأله اجتماعی و یا سیاسی را تعریف کنند.

2 - به رسمیت شناخته شدن این گروه‌ها توسط سازمان‌ها، عاملیت‌ها و یا نهادهای رسمی. این ممکن است برخی تحقیقات رسمی، پرپوزال‌هایی برای اصلاح و تأسیس یک عاملیت یا مرکز برای پرداختن به یک چنین دعاوی و خواسته‌ها را دامن بزند.

3 - ظهور مجدد دعاوی و خواسته‌ها توسط گروه‌های آغازین (اقامه‌کنندگان) دعوی و یا گروه‌های دیگر، ابراز نارضایتی از رویه‌ها و تلاش‌های صورت گرفته برای پرداختن به شرایط موردنظر، مدیریت بوروکراتیک امور مربوط به شاکیان (مدعیان)، شکست یا ناکامی در ایجاد یک شرایط اعتماد و اطمینان در رویه‌ها و فقدان همدلی برای شاکیان مسأله.

4 - فقدان پاسخ مناسب و یا کافی به درخواست‌ها و دعاوی شاکیان، و توسعه فعالیت‌هایی برای ایجاد نهادهای جانشین، موازی و یا مخالف در واکنش به رویه تثبیت شده مدیریت مسأله و یا شرایط مسأله‌دار (Spector & Kitsuse 1987 [1977])

برساخت‌گرایان اجتماعی با برساخت خطی (Linear) مسایل و شرایط اجتماعی مخالف‌اند. از نظر آن‌ها، شیوه‌های متعدد و گوناگونی برای برساخت شرایط به عنوان مسایل اجتماعی وجود دارد. اقامه‌کنندگان دعوی مجبورند بر «بعاد یا جنبه‌های خاصی» از شرایط متمرکز باشند. آن‌ها صرفاً نمی‌گویند که X یک مسأله است، بلکه آن‌ها X را به عنوان مسأله از نوع/جنس خاصی مشخص (کراکتیرایز) می‌کنند. حتی نام‌ها و عناوینی که آن‌ها به یک مسأله می‌دهند، می‌تواند موضع آن‌ها نسبت به آن مسأله را منعکس کند. نامیدن فقط یکی از

شیوه‌هایی است که اقامه‌کنندگان دعوی از آن برای «سنخ‌بندی مسایل اجتماعی» (Typification of Social Problems) استفاده می‌کنند. سنخ‌بندی ماهیت یک مسأله اجتماعی می‌تواند اشکال متعددی به خود بگیرد. یکی از اشکال بسیار رایج سنخ‌بندی، ابراز «موضع یا سوگیری خاصی» نسبت به یک مسأله با طرح مباحثی از این دست است که «مسأله موردنظر می‌تواند از دیدگاه و یا مدل خاصی بهتر درک شود. برای مثال، اقامه‌کنندگان دعوی تصریح می‌کنند که X واقعاً مسأله‌ای خاص (ژنتیکی، اخلاقی، پزشکی، تغذیه‌ای، اجتماعی، جرم‌شناختی، روان‌شناختی، سیاسی و جز آن‌ها) است. در حقیقت هریک از این مدل‌ها بعد یا چهره متفاوتی از مسأله X را مورد تأکید قرار می‌دهد و به گونه متفاوتی آن را علت‌یابی (Etiology) و در نهایت راه‌حلی بر آن توصیه و تجویز می‌کند. نشان دادن و تبیین یک مسأله با استفاده از مثال‌هایی خاص یکی دیگر از اشکال رایج در سنخ‌بندی مسایل اجتماعی است. غالباً این مثال‌ها و موارد خاص هستند که حس و نگرش ما را نسبت به مسایل اجتماعی شکل می‌دهند و اقامه‌کنندگان دعوی اغلب ترجیح می‌دهند که از مثال‌های خاص برای جلب توجه و حمایت ما استفاده کنند. به‌طور خلاصه، سنخ‌بندی بخش عمده برساخت مسایل اجتماعی است. اقامه‌کنندگان دعوی به ناچار مسایل را به شیوه‌های خاصی کاراکتیرایز می‌کنند و فقط برخی از ابعاد مسأله را مورد تأکید قرار می‌دهند نه همه ابعاد آن را؛ سوگیری و پارادایم خاصی را ترویج می‌کنند؛ بر علل و مدل‌های علی خاصی تمرکز می‌کنند؛ و در نهایت از راه‌حل‌های خاصی برای مسأله موردنظر جانبداری می‌کنند (Best 1995). از این نظر، پزشکی شدن تلاشی برای برساخت اجتماعی واقعیت‌ها و نوعی فعالیت اقامه دعوی مستمر و متوالی است که از ماهیتی فرایندی و تعریفی برخوردار است.

پزشکی شدن: مسایل و اهمیت عمل تعریف

نگاهی به گذشته مفهوم پزشکی شدن، دست‌کم از زمان چاپ مهم‌ترین اثر البوت فردسون با عنوان «حرفه پزشکی» در سال 1970م، نشان می‌دهد که پس از گذشت دست‌کم سه دهه نظریه‌پردازی اجتماعی درباره پدیده پزشکی شدن، هنوز تعریف مشترکی در مورد آن وجود ندارد. علی‌رغم این که پزشکی شدن به عنوان یک «اسم» (Noun) از نظر ادبی به معنی «پزشکی ساختن» (To make medical) است (Conrad 1992)، اما برای معانی وسیع‌تری در بدنه دانش و منابع مرتبط با آن، استفاده شده است. به همین دلیل، مسایل، کج‌فهمی‌ها و

تشتت آراء چشمگیری در تعریف آن وجود دارد، به طوری که حتی این ادعا که صاحب نظران و جامعه‌شناسان کلیدی پدیده پزشکی شدن به اجماعی بر سر تعریف آن نایل شده‌اند، دور از واقعیت است. از نظر اروین کنت زولا (1983) پزشکی شدن جامعه «فرایندی است که به موجب آن بخش‌های بیشتر و بیشتری از زندگی روزمره تحت تسلط، نفوذ و نظارت پزشکی در می‌آیند.» او با الهام از آرای الیوت فردسون (1970) و به منظور بیان مشخصات فرایندی که جامعه ممکن است از طریق آن پزشکی شود، چهار مسیر مشخص زیر را نام برده است:

- از طریق بسط هر آنچه که در زندگی درباره طبابت مفید پنداشته می‌شود؛
- از طریق حفظ کنترل کامل بر رویه‌های تکنولوژیکی مشخص؛
- از طریق حفظ دسترسی کامل به حوزه‌ها یا حیطة‌هایی که تابو تلقی می‌شوند؛
- از طریق بسط هر آنچه که در پزشکی درباره شیوه زندگی مفید پنداشته می‌شود (Zola 1977: 52 - 61).

متأثر از آراء فردسون و زولا، پیتر کانراد پزشکی شدن را «فرایندی اجتماعی - فرهنگی می‌داند که به موجب آن یک حالت، واقعه یا مسأله که قبلاً غیرپزشکی انگاشته می‌شد، به منزله مسأله‌ای پزشکی، اغلب تحت عنوان ناخوشی یا اختلال (بی‌نظمی)، تلقی و در نهایت درمان می‌شود.» نتیجه این فرایند انگاره یا پذیرش اجتماعی عمومی شکل پزشکی شده یک مسأله اجتماعی یا تجربه انسانی است (Conrad 1992, 2007). طبق نظر کانراد:

پزشکی شدن تعریف مسأله اجتماعی در واژگان پزشکی، استفاده از زبان پزشکی برای توصیف یک مسأله، اقتباس یک چارچوب پزشکی برای فهم یک مسأله یا استفاده از یک مداخله پزشکی برای درمان آن است. پزشکی شدن در واقع فرایندی اجتماعی - فرهنگی است که ممکن است به حرفه پزشکی مربوط باشد یا نباشد، به کنترل اجتماعی پزشکی یا درمان پزشکی سوق پیدا کند یا نکند، یا نتیجه گسترش و ترویج نیت‌مند از سوی حرفه پزشکی باشد، یا نباشد. آنچه مسلم است این است که پزشکی شدن زمانی رخ می‌دهد که چارچوب یا تعریفی پزشکی برای فهم یا مدیریت مسأله‌ای به کار برده شده است (Conrad 1992: 211).

به رغم نبود اتفاق نظر جامعه‌شناسان و ناقدان پدیده پزشکی شدن در تعریف آن، عموماً تصور بر این است که تعریف کانراد تعریف یا برداشت جامع‌تر و واقعی‌تری از این پدیده عرضه می‌کند. از این زاویه، قضیه محوری فرایند پزشکی تعریف حالتی یا تجربه‌ای با استفاده از واژگان پزشکی است. بنابراین، در فرایند واقعی پزشکی شدن همه مسایل، وقایع و حالاتی

که با استفاده از اصطلاحات پزشکی تعریف می‌شوند، وارد می‌شوند (Conrad & Schneider 1992). بنابراین، امرتعریف برای فرایند پزشکی شدن جنبه حیاتی دارد به طوری که کانراد در مقاله اخیر خود با عنوان «موتورهای متحوّل پزشکی شدن» (2005) این ویژگی فرایند پزشکی شدن را مورد تأکید دوباره قرار داده است. او در این باره می‌نویسد:

قضایای تعریفی جوهره پزشکی شدن شده است؛ تعریف مسأله‌ای در قالب اصطلاحات پزشکی، اغلب با عناوینی مانند ناخوشی یا اختلال (بی‌نظمی)، یا استفاده از مداخله‌ای پزشکی برای درمان آن (Conrad 2005: 3).

افزون بر این، نگاهی به پیشینه بررسی و نقد این پدیده در جامعه‌شناسی نشان می‌دهد که پزشکی شدن دارای ابعاد و ویژگی‌های مهم دیگری است که بدون توجه به آن‌ها درک سیمای جامع و واقعی این فرایند مشکل است. این ابعاد و ویژگی‌ها به قرار زیرند:

1- گذر دوطرفه مسایل، تجربیات و حالات

پزشکی شدن تجلی یک گذر یا تحوّل دو طرفه است که در جریان آن مسایل، تجربیات و حالات مشخصی از قلمرو غیرپزشکی (Non-medical) خارج و تحت اختیارات یا قلمرو پزشکی قرار می‌گیرند. این تحوّل می‌تواند به اشکال متنوع و انعطاف‌پذیری نظیری انفرادی/جمعی، افقی/عمودی رخ دهد. از این‌رو، پزشکی شدن (M) فرایند دو طرفه و برگشت‌پذیری است که پزشکی‌زدایی (deM) طرف دیگر آن است. در حالی که پزشکی شدن به معنی انتقال مسایل یا حالات از قلمرو غیرپزشکی به قلمرو پزشکی است، پزشکی‌زدایی بیانگر فرایندی است که در خلال آن مسایل پزشکی خاصیت یا تعریف پزشکی خود را از دست می‌دهند و در قلمروهای غیرپزشکی تعریف و مدیریت می‌شوند. بررسی‌های تاریخی جامعه‌شناسان نشان می‌دهد که در قرن گذشته پزشکی شدن فرایند و جریان بسیار شایع‌تر و قوی‌تری از جریان پزشکی‌زدایی بوده است، با این حال این به معنی نبود شواهدی برای فرایند پزشکی‌زدایی نیست. برای مثال، در جامعه امریکا قضیه «همجنس بازی» تقریباً در یک سده گذشته، به ویژه پس از شیوع زیاد اپیدمی مهلک اچ آی وی/ایدز در میان گروه‌های همجنس‌باز در اوایل دهه 80 قرن بیستم، چندین بار توسط نیروهای پزشکی شدن و پزشکی‌زدایی دست به دست شده است. این مثال، به صراحت این نکته مهم را به ما یادآوری می‌شود که پزشکی شدن و پزشکی‌زدایی مسایل و تجربیات انسانی فرایندهای ثابت و یکباره‌ای نیستند و

می‌تواند شکل دوباره‌ای؛ یعنی فرایندهای «پزشکی شدن و پزشکی‌زدایی مجددی» (Re-medicalization & Re-demedicalization) به خود گیرند. البته در این رابطه شایسته است این نکته را از کانراد و اشنايدر (1992) خاطر نشان کنیم که:

تا زمانی که یک مسأله دیگر در واژگان پزشکی تعریف نشود و درمان‌های پزشکی دیگر به منزله راه‌حل مناسبی دیده نشوند، پزشکی‌زدایی رخ نمی‌دهد (P. 77).

در کل، اکثر صاحب‌نظران و چهره‌های شاخص نظریه پزشکی شدن، بر این امر اذعان دارند که پدیده دو پهلوی پزشکی شدن - پزشکی‌زدایی ماهیتی فرایندی و انتقالی دارد تا ساختاری؛ و توصیه می‌کنند که پژوهش‌های مربوط به این پدیده می‌باید بر فرایند و ماهیت فرایندی و برساخت‌گرایانه آن استوار باشند، تا شرایط اجتماعی عینی یا ساختارهای مربوط به آن.

2 - سیاست‌زدایی (De-Politicization) رفتارها، تجربیات و مسایل

سیاست پزشکی شدن این است که با تعریف مسایل اجتماعی - روانی و تجربیات و حالات انسانی بر اساس مدل‌ها و چارچوب‌های تقلیل‌گرایانه و تنگ‌نظرانه زیست پزشکی که ماهیتاً به برداشت‌های فردی که با مسأله یا رفتار مورد نظر دست به گریبان است و معانی رفتارهای شخصی در زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی هیچ‌وقعی نمی‌دهد، در واقع رفتارها، تجربیات و مسایل اجتماعی را از جنبه سیاسی تپه‌پیر می‌کند.

3 - مسأله‌دار کردن (Problematizing) تجربیات / وقایع طبیعی

موضوعیت و اهمیت پزشکی شدن در جامعه‌شناسی کم و بیش با قابلیت یا ظرفیت این فرایند در مسأله‌دار کردن تجربیات روزمره و وقایع حیاتی طبیعی به ویژه در حیطه مراقبت‌ها و تکنولوژی‌های سلامت باروری زنان در ارتباط است. شواهد قوی‌ای وجود دارد که وقایع زندگی و فرایندهای بدنی‌ای نظیر بلوغ، تلقیح، بارداری، فرزندآوری، یائسگی، سالخوردگی و جز آن، جملگی وقایع و تجربیات نرمال و طبیعی بدن و زندگی‌اند؛ آن‌ها نه حالات مرضی و غیرپرهداشته‌اند و نه بیماری‌های خاص؛ «آن‌ها شرایط نرمال و سالمی هستند» (Pally 2004: 67 - 68).

4 - فردی کردن و بسترزدایی (Individualizing & De-Contextualizing) رفتارهای

اجتماعی

پزشکی شدن بر فردی کردن و بسترزدایی مسایل و رفتارهای اجتماعی استوار است و ایده مسؤولیت افراد در قبال مسایل اجتماعی و رفتارهای کجروی را ترویج می‌کند. در نتیجه، در فضایی پزشکی شده، فرض بر نکوهش و تقصیر افراد در قبال مسایل اجتماعی پیش آمده است. با پذیرش استثنائاتی، می‌توان این نگاه و رویکرد را به همه مدل‌ها و نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی مدرن از زیست پزشکی گرفته تا پزشکی پیشگیرانه تعمیم داد. برای مثال، تمرکز و توجه اصلی پزشکی پیشگیرانه بیشتر در سطح فردی و خرد است تا اجتماعی و زمینه‌ای؛ و در پرداختن به مسایل اجتماعی و رفتارهای مرتبط با سلامت مانند کشیدن سیگار به جای توقف تولید سیگار توسط کمپانی‌های دخانیات، این رویکرد پزشکی از ترک سیگار توسط افراد سیگاری صحبت می‌کند. به‌طور خلاصه، رویکرد حاکم بر پزشکی شدن، با افکار عمومی و برداشت مبتنی بر عقل سلیم منطبق است و تبیین‌ها و راه‌حل‌های مربوط به مسایل اجتماعی و رفتارها و حالت‌ها را در افراد جست و جو می‌کند، تا در فرایندها و ساختارها و بسترهای فرافردی و اجتماعی (Crawford 1980; Bond 1992).

5 - ایدئولوژی

ویتزکین در مقاله خود با عنوان «خرده سیاست پزشکی» (1986) نوشت که «ایدئولوژی‌ها در بسیاری از حوزه‌های متفاوت از جمله در پزشکی شکل می‌گیرند، و تعامل پزشک و مریض ممکن است صحنه‌ای برای ایدئولوژی پزشکی باشد» (Waitzkins 1986). پزشکی شدن خواه مستقیم یا غیرمستقیم، عمدی یا غیرعمدی، علایق و منافع حرفه‌ای، سیاسی و اقتصادی خاصی را تأمین می‌کند. همچنین، پزشکی شدن به عنوان فرایندی حرفه‌ای و ایدئولوژیک پزشکی با تعریف و برساختن (نامیدن، صادره، وضع کردن، جا انداختن و نهادینه کردن) رفتارها و مسایل اجتماعی به عنوان موضوعاتی پزشکی، با کنترل، نظارت و رمزگذاری انحصاری دانش تخصصی و مهارت‌های فنی پزشکی و استراتژی‌های بسیار دیگر، مدل‌ها و عاملیت‌های غیرخودی یا بیگانه (برای مثال، مدل‌ها و افراد غیرپزشکی، اقامه‌کنندگان دعاوی مخالف، مدل‌های پزشکی مکمل و جایگزین) را به حاشیه می‌رانند. در مجموع، جامعه‌شناسان، تحلیل‌گران و ناظرانی که کارکرد ایدئولوژیک پزشکی شدن را مهم می‌دانند، ترجیح می‌دهند

این فرایند را به عنوان یک پروژه یا محصول مهندسی حرفه پزشکی ببینند تا یک فرایند اجتماعی و حرفه‌ای ناب.

6 - تعدد ابعاد و سطوح و مراحل

بسیاری از صاحب‌نظران بر این باورند که پزشکی شدن پدیده‌ای چند بعدی، چند سطحی و چند مرحله‌ای است. در مورد این که پزشکی شدن مفهومی یک بعدی است یا چند بعدی، بالارد و الستون (2005) معتقدند که در آستانه قرن بیست و یکم دیگر نمی‌توان پزشکی شدن را مقوله‌ای یک بعدی، یکنواخت، خطی و تک علتی (نتیجه صرف تسلط پزشکی یا ناشی از حرفه‌ای گری پزشکی) در نظر گرفت، بلکه با توجه به تنوع دعاوی و دعاوی مخالف، حضور منافع و علایق رقیب و متضاد مختلف، مشارکت فعال عموم مردم در تصمیمات و چانه‌زنی‌های مربوط به سلامت و پزشکی، پزشکی شدن مفهوم و فرایندی چند بعدی است (Ballard & Elston 2005).

به علاوه، پزشکی شدن فرایندی چند سطحی و چند مرحله‌ای است. از نظر کانراد و اشنایدر (1980، 1992) پزشکی شدن می‌تواند دست‌کم در سه سطح متمایز رخ دهد: مفهومی (Conceptual)، نهادی (Institutional) و تعاملی (Interactional). در پزشکی شدن مفهومی مدل‌ها، زبان، اصطلاحات و چارچوب مفهومی پزشکی برای درک و تعریف یک مسأله یا رفتار به کار گرفته می‌شود. پزشکی شدن نهادی وقتی رخ می‌دهد که سازمان‌های مسؤول، رویکردی پزشکی را برای کسب مشروعیت، اصالت و درستی دعاوی خود و برای تصاحب، مصادره و مدیریت یک مسأله یا رفتار در پیش می‌گیرند، یا می‌پذیرند. در سطح تعاملی یا کنش متقابل پزشک - مریض، پزشکی شدن زمانی رخ می‌دهد که پزشکان مسأله یا رفتاری اجتماعی را به عنوان پزشکی تعریف می‌کنند (برای مثال ارائه تشخیصی پزشکی)، یا با استفاده از اشکال پزشکی معالجه، آن را درمان می‌کنند. در واقع، این سطح از پزشکی شدن به این سؤال کلیدی می‌پردازد که پزشکان در عمل چه می‌کنند و به چه نحوی با مسأله اجتماعی یا روانی برخورد می‌کنند (Conrad & Schnidier 1980, 1992).

البته در این جا باید دو نکته اساسی را مورد توجه قرار داد: یکی این که احتمال عدم انطباق، تأخر و شکاف بین سطوح سه‌گانه فوق برابر صفر نیست؛ و دیگر این که امروزه پزشکی شدن در سطوحی فراتر از سه سطح مورد تأکید کانراد و اشنایدر رخ می‌دهد که از

مهمترین آن‌ها می‌توان به سطح جهانی پزشکی شدن یا «پزشکی شدن جهانی» (Glo-medicalization) اشاره کرد. این سطح یا نوع از پزشکی شدن بر این امر دلالت دارد که پزشکی شدن دیگر فرایندی صرفاً غربی یا محدود به دنیای مدرن غرب نیست، بلکه در عصر اطلاعات و دنیای جهانی شده، جایی که موانع و مرزهای سنتی ارتباطی و اطلاع‌رسانی به ویژه در حوزه پزشکی هر لحظه در حال فرسایش است و دعاوی، تعاریف و برداشت‌های نوین پزشکی (عمدتاً از نوع پاتولوژیک و مولکولی و ژنتیکی) درباره شرایط، بیماری‌ها و مسایل سریعاً مرزها و اقلیم‌های جغرافیایی را درمی‌نوردند، پزشکی شدن به فرایند یا تحولی جهانی بدل شده است. مطالعات زیادی از جمله مطالعات موردی لاک (1993) و یامازاکی (1994) در ژاپن؛ هاجنز و چمبرلین (1999) و رایان و گریس (2001) دز زلاندنو؛ فایلس (2004) در اسرائیل، اوبرست (2004) در تانزانیا؛ فیور (2002) در نپال؛ مالاکریدا (2004) در کانادا و انگلیس، و لاکوف (2005) در آرژانتین به‌رغم تنوع چشمگیری که به لحاظ فکری و رویکردهای نظری و روش‌شناختی دارند، فقط بخشی از مطالعات مربوط به پزشکی شدن در سطح جهانی هستند و به نوبه خود شاخصی برای رواج و گسترش فرایند پزشکی شدن در چهارگوشه این دنیای جهانی شده (Globalized) هستند. پزشکی شدن جهانی، همچنین این سؤال کلیدی را مطرح می‌کند که «چگونه در سطح جهانی دعاوی، تعاریف، اصطلاحات، مدل‌ها و سنخ‌بندی‌های پزشکی از مسایل و رفتارهای اجتماعی و تجربیات و وقایع طبیعی زندگی (برای مثال، مسأله چاقی) شکل می‌گیرند و در قالب طرح‌واره‌ها، برنامه‌های کاری، پروتکل‌ها، استانداردها، بروشورها و بیانیه‌ها و عمدتاً توسط سازمان‌ها و عاملیت‌های جهانی و بین‌المللی تدوین، توزیع، توجیه، مشروعیت‌سازی و نهادینه می‌شوند؟»

همچنین نگاهی دقیق‌تر به دانش و منابع مربوط به پزشکی شدن، گویای آن است که پزشکی شدن فرایندی چند مرحله‌ای است. این ویژگی نشان می‌دهد که پزشکی شدن فرایندی چند مرحله‌ای و طولانی است که نیازمند فعالیت‌های مستمر و متوالی اقامه دعوی است. کانراد و اشنایدر، با بررسی اجمالی تاریخ اجتماعی پزشکی علمی ضمن تأکید ماهیت برساخت‌گرایانه (تعریفی و فرایندی) پدیده پزشکی شدن، پنج مرحله یا فراز را در پزشکی شدن / کردن مسایل اجتماعی و رفتارهای کجروی مشخص کرده‌اند. کانراد و اشنایدر (1992) با استناد به شواهد و الگوهای برخاسته از موارد مورد بررسی خود، مدل تحلیلی متوالی (Sequential Model) و نظام‌داری را برای فرایند توسعه پزشکی شدن پیشنهاد کرده‌اند که

کم و بیش به همه مسایل اجتماعی و رفتارهای انحرافی تعمیم‌پذیر است. مدل متوالی آن‌ها برای فرایند توسعه پزشکی شدن رفتارهای کجروی مشتمل بر پنج مرحله زیر است:

1 - تعریف رفتار به مثابه انحراف/کجروی

در مرحله نوع خاصی از رفتار یا حالت به عنوان رفتاری بسیار نامطلوب، نامطبوع و حتی معصیت‌بار تعریف می‌شود. از نظر ترتیب زمانی این مرحله یا گام طوری باید برداشته شود که رفتار یا حالت مورد نظر پیش از ظهور و دریافت تعریف پزشکی، برجسب انحراف یا کجروی را بخورد. در نتیجه، اعمال زبان و تعاریف پزشکی برای انحراف، به شکل ماهرانه‌ای به تعاریف مرسوم و ذهنیت‌ها و برداشت مبتنی بر عقل سلیم از آن‌ها، جامه نویی می‌پوشاند. به عبارت دیگر، مدل‌ها و تعاریف و تأکیدات پزشکی ضمن صحنه‌گزاری بر برداشت مبتنی بر عقل سلیم از رفتارهای کجروانه، مدام همسویی بالا و ارتباط تداعی‌کننده بین بدی (Badness) و مریضی (Sickness) را برجسته می‌کند.

2 - تجسس یا کشف پزشکی (Prospecting/Medical Discovery)

معمولاً مفهومی پزشکی از مسأله‌ای غیرپزشکی و یا رفتاری کجروانه نخستین بار از رسانه‌ای حرفه‌ای و تخصصی (مجله، روزنامه و خبرنگار، کتاب، بروشور، گزارش‌ها و جز آن‌ها) اعلام می‌شود. در واقع، در این مرحله، حرفه پزشکی اعلام می‌کند که علت پزشکی یا تشخیص تازه‌ای برای مسأله یا رفتار مورد نظر کشف شده است.

3 - اقامه دعوی (علائق پزشکی و غیرپزشکی)

این مرحله نه فقط اهمیت کلیدی‌ای در کل فرایند پزشکی شدن دارد، بلکه مهم‌تر از آن، منعکس‌کننده ماهیت برساخت‌گرایانه اجتماعی آن است. طبق نظر کانراد و اشنایدر (1992)، فعالیت‌های اقامه دعوی مستلزم مشارکت نیروها و علائق هر دو قلمرو پزشکی و غیرپزشکی است؛ برای این که مدل‌ها، دعاوی و تعاریف پزشکی در صورتی که با باورها، دعاوی و مدل‌های غیرپزشکی بسیار قدرتمند، تثبیت شده و پذیرفته شده‌ای هم‌اورد باشند، شانس کمتری برای پذیرفته شدن و پیروزی دارند.

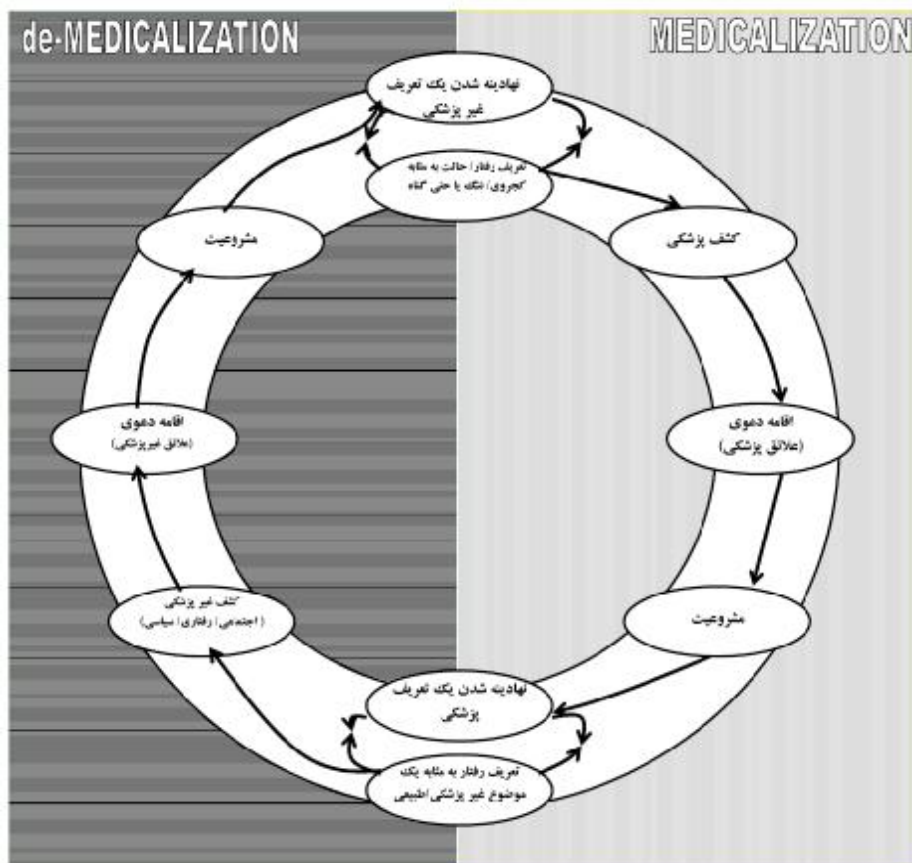
4 - مشروعیت (مصونیت بخشی به اقتدار پزشکی)

در این مرحله از فرایند پزشکی شدن تعاریف و تأکیدات پزشکی از طریق کسب تأیید رسمی دولتی یا به رسمیت شناساندن حکومتی، مشروعیت یافته و دعاوی اقامه شده پزشکی رسماً مصونیت پیدا می‌کنند. در این مرحله، اقامه‌کنندگان دعوی با توسل به ساز و کارها و شیوه‌هایی نظیر ترغیب و چانه‌زنی با افراد، گروه‌ها و نهادهای مربوط از جمله انجمن‌های حرفه‌ای تخصصی، عوامل و سازمان‌های دولتی و شبه دولتی، سازمان‌های غیردولتی، قانون‌گذاران (سناتورها، نمایندگان مجلس، کمیته‌های تحقیق و تفحص پارلمانی و جز آن) فعالیت‌های اقامه دعوی خود را بسط داده و وارد مرحله مشروعیت‌سازی می‌شوند.

5 - نهادینه شدن یک انتصاب/تعریف پزشکی کجروی (Institutionalization of a Medical Deviance Designation)

سرانجام، وقتی تعریف پزشکی از مسایل اجتماعی یا رفتارهای کجروانه به بخشی از قانون یا نظم رسمی جامعه بدل شد، می‌توان پنداشت که آن تعریف یا مدل مؤلفه یا عنصر نهادینه شده‌ای از فرهنگ آن جامعه شده است. به اعتقاد کانراد و اشنایدر (1992) نهادینه شدن دارای دو نوع اساسی است: تدوین (Codification) و بوروکراتیزه شدن (Bureaucratization). زمانی تعریف مسأله‌ای اجتماعی یا رفتاری انحرافی شکل مدون به خود می‌گیرد که به بخشی پذیرفته شده و مصوب از سیستم طبقه‌بندی پزشکی، یا قانونی بدل شود (تدوین)؛ یعنی در متن قوانین گنجانده شود، از پشتیبانی و حمایت تصمیمات قضایی و دادگاه‌ها برخوردار شود، و یا به عنوان تشخیصی رسمی و معتبر در اسناد یا منابع رسمی (کتاب‌ها، برنامه‌های کاری، گزارش‌ها، اساس‌نامه‌ها، پروتکل‌ها، گزارش‌ها و جز آن) گنجانده شود یا به ثبت رسد. همچنین فرایند پزشکی شدن مستلزم سرمایه‌گذاری زیاد، تأسیس و تثبیت سازمان‌ها و بوروکراسی‌های عریض و طولی است که به لحاظ کارکردی حمایت و پشتیبانی نهادی از فرایند پزشکی شدن را تأمین می‌کنند (بوروکراتیزه شدن). وقتی تعریف پزشکی مسأله‌ای اجتماعی یا رفتاری انحرافی نهادینه می‌شود که به پارادایمی مسلط در پرداختن به مسأله یا رفتار مورد نظر بدل شود، البته باید به این نکته توجه داشت که چنین پارادایمی هر آن ممکن است توسط پارادایم‌ها، مدل‌ها یا چارچوب‌های تعریفی متفاوت‌تری (برای مثال مدل‌های غیرپزشکی) که در اثر فعالیت‌های اقامه دعوی ظاهر می‌شوند، به زیر کشیده شود (Conrad 1992 [1980]; Conrad 1992).

با توجه به این که پزشکی شدن ماهیت فرایندی و تعریفی دارد و پدیده دو طرفه یا دو بعدی محسوب می شود (هم پزشکی شدن و پزشکی زدایی)، مدل متوالی کانراد و اشنایدر می تواند در مورد روی دیگر سکه یعنی فرایند پزشکی زدایی نیز مصداق پیدا کند که با فرض تحقق آن به جای یک مدل متوالی نیمرخ - گونه می توان از یک مدل ترکیبی یا چرخه کامل و تمام رخ متوالی برای نشان دادن فرایند توسعه پزشکی شدن / پزشکی زدایی مسایل اجتماعی یا رفتارهای انحرافی سخن به میان آورد (نمودار 1).



نمودار 1- مدل متوالی فرایند توسعه پزشکی شدن - پزشکی زدایی
مسایل اجتماعی

پزشکی شدن هم مسایل اجتماعی و روانی و رفتارهای انحرافی (مثل الکلیسم، اعتیاد، کودک‌آزاری، نازایی، قماربازی، همجنس‌بازی، پرخاشگری، افسردگی و جز آن‌ها) و هم فرایندها و تجربیات طبیعی زندگی (مثل تولد، مرگ، تغذیه، مادری، پدری، بچگی، بارداری، یائسگی، پیری، ریزش مو، لاغری و چاقی، و جز آن‌ها) را در برمی‌گیرد. پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهد که فرایند پزشکی شدن همیشه به شکل کامل اتفاق نمی‌افتد و درجه (Degree) آن به شرایط، زمینه اجتماعی و مسأله و تجربیات نامزد پزشکی شدن بستگی دارد. برای نمونه، در حالی که پزشکی شدن برخی وقایع یا مسایل مانند فرزندآوری و تولد تقریباً کامل است، برخی دیگر از وقایع یا مسایل مثل اعتیاد به مواد مخدر دارای پزشکی شدن نسبی‌اند. به علاوه، پزشکی شدن به لحاظ دامنه (Range) نیز متغیر است. برای مثال، زندگی زنان بیش از زندگی مردان پزشکی شده و طیف وسیعی از وقایع، تجربیات و تحولات بیولوژیک و اجتماعی آن‌ها را در بر می‌گیرد. مطالعات و پژوهش‌های متعدد نشان داده است که زنان بیش از مردان به پزشک مراجعه می‌کنند (Conrad 1992, 2005). همچنین باید بین شکل فردی و شکل گروهی آن تمایز قایل شد. در حالی که پزشکی شدن انفرادی فرایند قرار گرفتن یک مسأله یا رفتار اجتماعی تحت اختیارات و مداخله پزشکی را توصیف می‌کند، شکل جمعی آن یا همان «پزشکی شدن جامعه» فرایند به‌کارگیری تعاریف، اصطلاحات و مدل‌های پزشکی را برای مجموعه‌ای از تجربیات انسانی و مسایل اجتماعی نشان می‌دهد (Conrad 2007).

جامعه‌شناسی پزشکی شدن/کردن: یک تحلیل روند نظری

به‌رغم این‌که یک دوره زمانی نه چندان طولانی (مثلاً سه دهه یا بیشتر) برای پرورش و توسعه منظومه‌ای سیستماتیک و منسجم از نظریه‌ها و مدل‌های اجتماعی درباره یک موضوع کافی به نظر نمی‌رسد، بدنه دانش و ادبیات چشمگیری درباره پزشکی شدن در جامعه‌شناسی تکوین و توسعه یافته است. نگاهی دقیق‌تر به تکامل تاریخی و پرورش بحث پزشکی شدن در جامعه‌شناسی ما را به این نتیجه‌گیری رهنمون می‌کند که روند نظریه‌پردازی اجتماعی درباره پزشکی شدن منجانس و یکنواخت نیست و در فرایند تکوین در بعضی جهات تحول پیدا کرده است. در حالی که این نظریه‌پردازی‌ها از نظر مضمون و محور بحث کم و بیش متفق‌القول بوده‌اند، از حیث رویکرد یا نحوه نگریستن به موضوع تحول اساسی پیدا کرده‌اند و

این به سهم خود تنوع و تشتت چشمگیری را در نظریه‌ها، مدل‌ها و تأملات مربوط به پزشکی شدن ایجاد کرده است. در تلاش برای ترسیم سیمایی درست از چرخش‌ها و تحولات اساسی در نظریه‌پردازی اجتماعی درباره موضوع پزشکی شدن، در این جا ما ضمن اشاره به تحولات خود پدیده پزشکی شدن، تأملات انتقادی جامعه‌شناسان را در این باره در قالب یک تحلیل روند نظری ارائه می‌دهیم. در این تحلیل روند نظری می‌توان سه موج یا فراز را در نظریه‌پردازی اجتماعی پزشکی شدن تشخیص داد که هر کدام موضع یا رویکرد خاصی را درباره موضوع منعکس می‌کنند. در حالی که موج اول یعنی «شیوه/مد قدیمی پزشکی شدن» نقش حرفه پزشکی را در پزشکی کردن مسایل انسانی پر رنگ می‌کند، موج دوم یا «شیوه/مد جدید پزشکی شدن» منشأ اصلی و نیروی محرکه اصلی این فرایند را در علم فناوری‌های نوین از جمله ژنتیک نوین و بیوتکنولوژی جستجو می‌کند. در نهایت، موج سوم یا «پزشکی شدن به مثابه بازی» مبتنی بر برداشت یا روایت ما از پدیده پزشکی شدن است.

شیوه قدیمی/آغازین پزشکی شدن (The Old/Early Mode of Medicalization)

شیوه آغازین/قدیمی پزشکی شدن با پیدایش، تثبیت و تعلیم و تربیت پزشکی مدرن/علمی و حرفه‌گری پزشکی در اواخر قرن نوزدهم و در طول قرن بیستم مرتبط است. تا پایان نیمه اول قرن بیستم، پزشکی علمی با بهره‌گیری و تغذیه از دستاوردهای نظریه میکروبی بیماری‌ها و برخی نوآوری‌ها در زمینه داروها مانند آنتی‌بیوتیک‌ها به طور موفقیت‌آمیزی توانست به دوران شیوع بسیاری از بیماری‌های واگیر پایان دهد. همراهی این توفیقات با افزایش تقاضای عمومی برای خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در اقصا نقاط جهان، در را بر روی توسعه طلبی و حرفه‌ای‌گری پزشکی (Medical Expansionism & Professionalism) گشود و پزشکی علمی را قادر ساخت تا به حرفه مسلط و بلندآوازه‌ای بدل شود. این وضعیت همچنین به آن کمک کرد تا خود آیینی بالا و درآمد چشمگیری را در مقام مقایسه با سایر حرفه‌ها و گروه‌های کاری مختلف جامعه به دست آورد. همه این اتفاقات و فرایندها به ویژه گسترش فزاینده سلطه، استقلال و هژمونی پزشکی به متولیان و دست‌اندرکاران پزشکی این مجال را فراهم کرد تا نقش‌های کلیدی‌تر و جدی‌تری را در جامعه بزرگتر و زندگی روزمره بر عهده گیرند. بنابراین پزشکی علمی توانست با استفاده از این فرصت طلایی پیش آمده، خود را به منزله قابل اعتمادترین، کاراترین، مثبت‌ترین،

سالم‌ترین و کارکردی‌ترین «عاملیت یا نهاد کنترل اجتماعی» (Social Control Agency/Institution) مطرح و این امکان را فراهم کند تا نشان دهد که پزشکی قادر است به نحو احسن طیف وسیعی از مسایل و مشکلات انسانی را از مسایل پزشکی گرفته تا غیرپزشکی حل یا درمان کند. در نتیجه، تا پایان دهه 60 قرن بیستم، شمار زیادی از مسایل اجتماعی و روانی (از جمله رفتارهای کجروانه) و تجربیات و وقایع طبیعی انسانی تعاریف پزشکی به خود گرفته و به منزله موضوعاتی پزشکی تحت درمان و مداخله‌های پزشکی قرار گرفتند. همچنین نشان داده شد که پزشکی علمی از نظر نهادی و سازمانی بهترین و ذی‌صلاح‌ترین واحد یا عاملیت برای رسیدگی و پرداختن به چنین مسایل و تجربیات است. در واقع، در دهه‌های بعد از جنگ دوم جهانی این دست‌اندرکاران، حرفه‌ها و سازمان‌های پزشکی و نظام پزشکی (برای مثال، انجمن پزشکی آمریکا، انجمن پزشکی بریتانیا، جامعه پزشکی کانادا، سازمان نظام پزشکی ایران) بودند که در اقصا نقاط جهان با نامیدن، تعریف کردن و جا دادن مسایل اجتماعی، رفتارهای کجروانه و تجربیات طبیعی انسانی به‌مثابه موضوعاتی پزشکی (برای مثال تعریف آن‌ها به عنوان سندروم‌ها و اختلالاتی قابل درمان از طریق معالجه‌ها یا مداخله‌های پزشکی) به مهمترین تنظیم‌کنندگان بازی مسایل اجتماعی یا مشارکت‌کنندگان فعالیت‌های اقامه دعوی درباره مسایل انسانی و اجتماعی بدل شدند.

در یک برداشت کلی، تامس سسز (Thomas Szasz)، روان‌پزشک و ناقد امریکایی، جس پیتز (Jess R Pitts)، الیوت فردسون (Eliot Freidson)، اروین کنت زولا (Ervin K. Zola)، پیتز کانراد (Peter Conrad)، جوزف اشنايدر (Joseph Schneider)، رنه فاکس (Renee Fox) و هاوارد ویتکینز (Howard Waitkins)، جامعه‌شناسان و ناقدان امریکایی، ایوان ایلیچ (Ivan Illich)، منتقد رادیکال اجتماعی، و میشل فوکو (Michel Foucault)، دیرینه‌شناس دانش و متفکر پست مدرنیست فرانسوی را می‌توان در زمره اولین ناقدان و تحلیل‌گران فرایند پزشکی شدن در نظر گرفت. در واقع، تأملات و تحلیل‌ها و آثار این صاحب‌نظران بود که ستون‌های اصلی و آغازین نظریه پزشکی شدن را در جامعه‌شناسی بنا نهاد. به این ترتیب، دهه‌های 70 و 80 قرن بیستم شاهد انجام مطالعات موردی ارزشمندی، عمدتاً با اتخاذ رویکرد برساخت‌گرایانه، درباره پزشکی شدن و اشکال پزشکی کنترل اجتماعی بود که از مهمترین آن‌ها می‌توان به پژوهش‌های «بیش‌فعالی در کودکان» (کانراد 1975)، مریضی روانی (اسکیول 1975)، سوءاستفاده از کودکان (بفوهل 1977) و الکلیسم به‌مثابه بیماری (اشنايدر 1985) اشاره کرد.

تأملی بر موج اول/ سنتی نظریه‌پردازی اجتماعی دربارهٔ پزشکی شدن نشان می‌دهد که علی‌رغم انسجام ظاهری که در تحلیل‌ها و تأملات مربوط به این پدیده مشاهده می‌شود، از جهات متفاوتی از جمله به لحاظ زمینه‌ها، ریشه‌ها و رشته‌های فکری، رویکردهای روش‌شناختی و نظری و انگیزه‌ها و اهداف نظریه‌پردازان نامتجانس و متشتت است. در واقع، موج اول نظریه‌پردازی اجتماعی دربارهٔ پزشکی شدن طیف وسیع و متشتتی از نظریه‌ها، آرا و تحلیل‌ها را در برمی‌گیرد. برای مثال در حالی که فوکو با استفاده از رویکرد روش‌شناختی و نظری خاصی از پزشکی شدن بدن و بسط نگاه پزشکی صحبت می‌کند، کانراد و اشنایدر تلاش می‌کنند با طرح «سؤالاتی از جنس چگونگی» ماهیت برساخت‌گرایانهٔ اجتماعی و فرایندمحور پدیدهٔ پزشکی را مورد مذاقه قرار دهند. به‌رغم این تشتت آرا در میان نظریه‌پردازان و ناقدان آغازین پدیدهٔ پزشکی شدن، می‌توان مهمترین ویژگی‌های این موج از نظریه‌پردازی اجتماعی دربارهٔ پزشکی شدن را به قرار زیر خلاصه کرد:

- با فرض این‌که فرایند پزشکی شدن قویاً با عامل حرفه‌ای‌گری پزشکی و یا بسط هژمونی حرفه پزشکی مرتبط است، این عامل را می‌توان کانون توجه و مباحث بسیاری از صاحب‌نظران و منتقدان اجتماعی پدیده پزشکی شدن در نظر گرفت. با این حال به نظر می‌رسد که اجماعی بر سر شدت و گستره رابطه حرفه‌ای‌گری پزشکی و فرایند پزشکی شدن به چشم نمی‌خورد. در حالی که متفکران رادیکالی مانند ایوان ایلویچ پزشکی شدن را معادل و مترادف تسلط پزشکی یا آنچه وی آن را «امپریالیسم پزشکی» می‌نامد می‌داند، صاحب‌نظران دیگر نظیر کانراد و اشنایدر بر این باورند که حرفه‌ای‌گری پزشکی به هیچ‌وجه مؤلفهٔ اجتناب‌ناپذیری از پزشکی شدن نیست.
- نقد پدیدهٔ پزشکی شدن و ارائهٔ تأملات انتقادی جامعه‌شناختی بر آن، لزوماً به منزلهٔ «ضدیت با پزشکی» (Anti-Medicine) نیست. نظریه‌های آغازین پزشکی شدن مواضع متنوع و نامتجانسی را در قبال پزشکی اتخاذ کرده‌اند و موج آغازین نظریه‌پردازی اجتماعی دربارهٔ پزشکی شدن، طیف وسیعی از رویکردها را از ضدپزشکی (مانند: ایلویچ، 1976) گرفته تا برساخت‌گرایی اجتماعی (مانند کانراد و اشنایدر 1980، 1992) در برمی‌گیرد.
- به‌رغم نظر برخی از نظریه‌پردازان آغازین پزشکی شدن، نظیر ایلویچ (1976) و ویتکینز (1986) که از موضعی رادیکال و با اتخاذ رویکرد اقتصاد سیاسی در مورد وابستگی فزایندهٔ جوامع به نهاد پزشکی هشدار داده و در مدل‌بندی خود از پدیده، جایی برای عوام

مردم و دیگر گروه‌های اجتماعی در نظر نمی‌گیرند، اکثر صاحب‌نظران پدیده پزشکی شدن از جمله کانراد و اشنایدر (1980، 1992) و تعدادی از نظریه‌پردازان فمینیست مانند کاترین ریزمن (1983)، نظر دیگری دارند. از نظر این متفکران، در رخداد‌های مربوط به فرایند پزشکی، نمی‌توان عوام مردم و گروه‌های وسیعی مانند زنان را به‌مثابه افراد و عوامل منفعل و قربانیان این فرایند در نظر گرفت.

شیوه نو/متأخر پزشکی شدن (The New/Late Mode of Medicalization)

سال 1992 را می‌توان نقطه عطفی در مطالعات اجتماعی پزشکی شدن دانست. در این سال کانراد مقاله‌ای را با عنوان «پزشکی شدن و کنترل اجتماعی» در مجله پرآوازه «مرور سالانه جامعه‌شناسی» (ARS) به چاپ رساند. کانراد در خلال مباحث خود و ضمن ارائه تصویری نسبتاً کامل از ماهیت و ویژگی‌های پدیده پزشکی شدن و دلالت‌های خاص آن، به این نکته مهم اشاره می‌کند که اکثر تحلیل‌های مربوط به پزشکی شدن از طرح سؤال مربوط به علیت (سؤال از جنس چرایی) درباره رفتارها و حالات پزشکی شده صرف‌نظر کرده‌اند و در عوض به این امر پرداخته‌اند که چگونه مسایل و حالات، تعاریف و عناوین پزشکی به خود گرفته و در نهایت به مسایل و موضوعاتی پزشکی بدل می‌شوند (سؤال از جنس چگونگی). او در این زمینه چنین می‌نویسد:

پژوهش‌گران پزشکی شدن بیشتر به سبب‌شناسی (اتیولوژی) تعاریف علاقه نشان می‌دهند تا سبب‌شناسی رفتارها یا حالت‌های مورد نظر. در حقیقت این به نوبه خود ممکن است مبین نقطه ضعفی برای پژوهش‌های مربوط به پزشکی شدن باشد (Conrad 1992: 212).

کانراد در بخش پایانی این مقاله با خاطر نشان کردن این نکته که فصل مطالعات موردی مسایل و تجربیات پزشکی شده و پزشکی‌زدایی شده به‌سر آمده است، پژوهندگان علاقه‌مند به این حوزه را به توجه بیشتر به علل پدیده پزشکی شدن و رفتن به ورای مطالعات موردی درباره آن و تلاش بیشتر برای نیل به نظریه‌ای کارا تر و تلفیقی تر درباره پزشکی شدن دعوت می‌کند. در پی دعوت کانراد از پژوهشگران و همچنین تحولات و پیشرفت‌های شگرف در علم فناوری‌های نوین پزشکی از جمله در حوزه ژنتیک نوین و بیوتکنولوژی، دهه آخر قرن بیستم شاهد بروز چرخشی اساسی در نظریه‌پردازی اجتماعی درباره پدیده پزشکی شدن بود که بنا به باور بسیاری از متفکران این چرخش نظری بازتابی از تحولات اساسی در خود فرایند

پزشکی شدن است که می‌توان آن را «شیوه نوین / متأخر پزشکی شدن» نامید. پژوهش‌ها و آثار متعدّد در دهه 90 قرن بیستم و اوایل قرن بیست و یکم نشان داد که در جهان به ویژه در جوامع توسعه یافته و مدرن غربی، اقتدار حرفه پزشکی یا آنچه که پزشکی علمی در طول تقریباً یک سده گذشته به سختی برای خود دست و پا کرده بود (Starr 1982) در حال نزول و رقیق‌تر شدن است. این در حالی است که چنین وضعیتی نه تنها در مورد پزشکی شدن صادق نیست، بلکه حتی این فرایند با قدرت، شدت و گستره بیشتری در حال وقوع است. چنین حالتی از امور یا صورت‌بندی که کم و بیش انطباقی با آراء منتقدان و تحلیل‌گران نسل اول پزشکی شدن مانند زولا (1972، 1975، 1977)، ایلچ (1976) و ویتکینز (1986) نشان نمی‌دهد، این تلقی را در پژوهشگران ایجاد کرد که شکل / شیوه جدیدی از پزشکی شدن در حال وقوع است که از بسیاری جهات از جمله نیروی محرکه، ابعاد و نتایج و دلالت‌های احتمالی با شکلی قبلی آن متفاوت است.

برای مثال، مکینلی و مارسبو (2002) در مقاله‌ای با عنوان «زوال عصر طلایی طبابت» ضمن ترسیم سیمایی کلی از گستره تحولات تاریخی در تأمین منابع مالی و سازماندهی نظام مراقبت‌های پزشکی امریکا و دلالت‌های آن‌ها برای حرفه‌ای‌گری پزشکی و عمل طبابت، هشت عامل یا دلیل مرتبط با هم را برای کاهش اقتدار حرفه پزشکی نام برده‌اند که از این تعداد شش مورد اول برون‌زا (Extrinsic) و دو مورد آخر درون‌زا (Intrinsic) هستند. این هشت عامل یا دلیل به قرار زیرند:

- 1 - ماهیت متحوّل مناسبات دولت و پزشکی و فقدان حمایت جانبدارانه و پرحرارت آن از امر طبابت
- 2 - بوروکراتیزه شدن (پیدایش شخصیتی حقوقی) عمل طبابت
- 3 - ظهور شیوه‌های درمانی رقیب و مکمل در نظام مراقبت‌های سلامتی و پزشکی
- 4 - دلالت‌ها و تبعات ناشی از جهانی شدن و انقلاب اطلاعاتی
- 5 - تحوّل اپیدمیولوژیک و تغییراتی در ادراک عمومی از بدن
- 6 - تغییراتی در مناسبات دکتر - مریض و فرسایش اعتماد افراد بیمار
- 7 - تضعیف موقعیت بازار کار پزشکان به علت تربیت و عرضه مضاعف و بیش از حد نیاز نیروی انسانی در حوزه پزشکی

8 - تداوم تکه پاره کردن اتحادیه پزشکان (انجمن پزشکی امریکا /AMA)، که زمانی در جامعه امریکا خیلی قدرتمند و با نفوذ بود، به واسطه تمایزات روزافزون مربوط به تخصص‌ها و فوق تخصص‌ها

با استناد به هشت عامل فوق، مکینلی و مارسیو نشان می‌دهند که تقریباً در نیم قرن گذشته چگونه پزشکی و دست‌اندرکاران امر عمل طبابت با از دست دادن بسیاری از منابع حمایتی خود اقتدار بلامنازع و سنتی خود را در جامعه امریکا از دست داده‌اند (McKinlay & Marceau 2002).

در تلاش برای درک و تبیین تحولات اخیر در فرایند پزشکی شدن، کلارک و همکارانش (A. Clarke et al.) در مقاله‌ای با عنوان «زیست پزشکی شدن (Biomedicalization): دگرگونی‌های علم فناوریانه سلامت، ناخوشی، و زیست پزشکی امریکا» (2003) از نوعی دگرگونی اجتماعی تدریجی در پزشکی شدن صحبت می‌کنند که تغییرات علم فناوریانه در زیست پزشکی جزء اجتناب‌ناپذیری از آن محسوب می‌شود. به باور آن‌ها، پزشکی شدن یکی از قوی‌ترین دگرگونی‌های اجتماعی در نیم قرن گذشته است که دنیای غرب شاهد آن بوده است و پیشرفت‌های اخیر در حوزه علم فناوری‌های نوین زیست پزشکی از جمله در بیولوژی مولکولی، بیوتکنولوژی، ژنومیکی کردن، پزشکی انتقال و پیوند بافت‌ها در حال ادغام یا همگرایی با / و ارائه صورت‌بندی تازه‌ای از آن است. برخلاف شکل سنتی این فرایند که بر دعای و اقتدار حرفه پزشکی و حرفه‌ای‌گری در پزشکی استوار بود، شکل / شیوه جدید آن یا همان «زیست پزشکی شدن» بر علم فناوری‌های نوین زیست پزشکی مبتنی است. از حیث نهادی، نظام و پارادایم زیست پزشکی در حال سازماندهی مجدد یا پوست‌اندازی است نه فقط از «بالا به پایین»،¹ یا «پایین به بالا»،² بلکه از «درون به بیرون» (Inside out). نویدی که زیست پزشکی شدن می‌دهد این است که به‌طور روز افزونی علم فناوری‌های مهم و صورت‌های اجتماعی جدیدی در دل زیست پزشکی و حوزه‌های مرتبط با آن خلق می‌شود که در هیچ زمانی از تاریخ زیست پزشکی به این شدت، سرعت و گستره رخ نداده است. در دنیای غرب و همچنین در سطح جهانی نوآوری‌های علم فناوریانه در زیست پزشکی محورهای

1 - رویکرد بالا به پایین (Top-Down) در واقع اشاره‌ای است به نظریه صاحب‌نظران و جامعه‌شناسان اولیه پزشکی شدن مانند زولا که آن را فرایندی بالا به پایین یا تحت هدایت حرفه پزشکی قلمداد می‌کردند.

2 - رویکرد پایین به بالا (Bottom-Up) نقش فعال مردم و درک عمومی را در فرایند پزشکی شدن مورد تأکید قرار می‌دهد. فرانک فریودی (Frank Ferudi) از طرفداران مهم این رویکرد است.

اساسی فرایندهای زیست پزشکی شدن هستند و تمایز آن‌ها را از اشکال پیشین نشان می‌دهند. به اعتقاد کلارک و همکارانش تاریخ پزشکی شدن را می‌توان به دو پایگاه زمانی تقسیم کرد: پایان جنگ دوم جهانی تا اواسط دهه 80 و دوره بعد از 1985. از نظر آن‌ها دوره دوم یا متأخر پزشکی شدن یا همان چیزی که آن‌ها آن را زیست پزشکی شدن می‌نامند، فرایند یا فرایندهایی پیچیده، چند مکانی، چند لایه و چند جهته‌ای است که مشخصه بارز آن بازتکوین و تأثیرپذیری آن از علم فناوری‌های نوین زیست پزشکی است. به همین دلیل کلارک و همکارانش به جای فرایند از فرایندهای زیست پزشکی شدن سخن می‌گویند. زیست پزشکی شدن در واقع نوع غلظت یافته، متراکم و گسترده‌تری از فرایند پزشکی شدن است که بیش از هر چیزی توسط علم فناوری‌های نوین زیست پزشکی هدایت و ناوبری می‌شوند. از نظر کلارک و همکارانش، شیوه نوین پزشکی شدن یا زیست پزشکی شدن از طریق/ و در تعامل با پنج فرایند کلان زیر شکل می‌گیرد و منعکس می‌شود:

- 1 - شاکله سیاسی - اقتصادی مجموعه/ شبکه‌ای از خدمات و علم فناوری‌های زیست پزشکی
 - 2 - تمرکز ویژه و جدید بر مقوله سلامتی و مفصل‌تر و پیچیده‌تر کردن زیست پزشکی‌های مربوط به ریسک و نظارت/ مراقبت
 - 3 - ماهیت علم فناورانه فزاینده اعمال و نوآوری‌های پزشکی (علم فناورانه شدن زیست پزشکی)
 - 4 - دگرگونی‌های اساسی در رژیم‌های تولید دانش زیست پزشکی، مدیریت، توزیع و مصرف اطلاعات و معارف کسب شده
 - 5 - دگرگونی‌های اساسی در بدن‌ها به نحوی که پذیرای ویژگی‌ها و کارکردهای جدیدی باشند و خلق هویت‌های فردی و علم فناورانه جمعی نوین.
- به سخنی کوتاه، به باور کلارک و همکارانش، زیست پزشکی شدن گویای فرایندهای مهمی هستند که به‌طور خاص در حوزه‌های سلامت، ناخوشی، پزشکی و بدن در سطح جهانی به ویژه در دنیای مدن غرب رخ می‌دهند (Clarke et al 2003).
- با فرض تحولات اساسی‌ای که در حرفه و حرفه‌گری پزشکی روی داده است، از جمله کاهش اقتدار حرفه پزشکی (Harrison & McKinlay 2002; Starr 1982; Ahmad 2002)، کانراد معتقد است که فرایند پزشکی‌شدن در حال یک تحول انقلابی

(Shift) است. برخلاف کلارک و همکارانش که از نوعی دگرگونی/ دگرگونی‌های اجتماعی - علم فناوریانه (Socio-technoscientific Transformation) تدریجی، همه جانبه و چند لایه در پدیده پزشکی شدن صحبت می‌کنند، کانراد تحولات آن را ریشه‌ای‌تر و انقلابی‌تر تشخیص داده و تحوّل را در موتورها / نیروهای محرکه (Engines) آن می‌داند، نه در صورت‌بندی و شکل و فرایندهای مربوط به آن. به‌زعم کانراد، جوهره یا ماهیت پدیده پزشکی شدن (ماهیت تعریفی و برساخت‌گرایانه) چندان تغییر نکرده است؛ بلکه آنچه متحوّل یا عوض شده است موتورها و یا نیروی‌های محرکه و ناوبری این پدیده است. او استدلال می‌کند که با کاهش اقتدار پزشکان و حرفه پزشکی در نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی، دیگر این اراده، خواست و اقتدار حرفه پزشکی نیست که جامه پزشکی بر تن جامعه و مسایل اجتماعی می‌پوشاند یا فرایند پزشکی شدن را هدایت و ناوبری می‌کند بلکه این «سازمان‌های مربوط به مراقبت مدیریت شونده» (Managed Care Organizations/MCOs) نظیر سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه، مصرف‌کنندگان نامتجانس و آگاه و محتاط خدمات بهداشتی - درمانی و مهم‌تر از همه علم فناوری‌های نوین پزشکی به ویژه ژنتیک نو و کمپانی‌های بیوتکنولوژی و داروسازی هستند که نیروهای اصلی حرکت ماشین پزشکی شدن محسوب می‌شوند. به عبارت دیگر، به باور کانراد نیروهایی که پزشکی شدن را می‌گرداند متحوّل شده است و در خلال آن حرفه پزشکی، جنبش‌های اجتماعی و فعالیت‌های میان سازمانی جای خود را به مصرف‌کنندگان یا در واقع مشتریان آگاه و مشکل‌پسند، سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شونده (از جمله شرکت‌های بیمه) و مهم‌تر از همه ژنتیک نو و کمپانی‌های بیوتکنولوژی داده است. خلاصه این‌که از نظر کانراد ما در حال گذر از یک پزشکی شدن اساساً حرفه‌ای و حرفه‌ای‌گرایانه به پزشکی شدن مبتنی بر بازار و ارزش‌های بازار هستیم (Conrad 1997, 2000, 2005, 2006, 2007).

پزشکی شدن به مثابه یک بازی

در اواخر سال 2006 تعدادی از متفکران و افراد شاخص جامعه‌شناسی پزشکی و نظریه پزشکی شدن نظیر پیتر کانراد، مایک بوری (Mike Bury)، رابرت دینگوال (Robert Dingwall)، جوزف دیویس (Joseph E. Davis)، فردریک هفرتی (Frederic W. Hafferty)، برنایس پسکوسولیدو (Bernice A. Pescosolido)، الی لی (Ellie Lee) و فرانک فریودی

(Frank Furidi) در سمپوزیومی به نام «شیوه آمریکایی پزشکی شدن» مقالات و مباحثی درباره اهمیت و تحولات اخیر فرایند پزشکی شدن در جوامع معاصر و همچنین مفهوم و نظریه پزشکی شدن در جامعه‌شناسی ارائه کردند (Society 2006:6). با وجود آن که در این سمپوزیوم سیمایی کلی از پزشکی شدن ارائه و تقریباً چهار دهه نظریه‌پردازی درباره آن اجمالاً مورد بازنگری قرار گرفت، این سمپوزیوم همچنین تشتت آراء، ابهامات و بلا تکلیفی‌های مهمی را درباره پدیده و به همان نسبت مفهوم و نظریه پزشکی شدن برملا ساخت. با استناد به مباحث طرح شده در سمپوزیوم ابهامات و تشتت آرای زیر را می‌توان در بدنه دانش و ادبیات مربوط به پزشکی شدن، نشان داد:

- در تعریف و مفهوم‌پردازی پزشکی شدن
- در مناسبات و پیوستگی‌های بین حرفه پزشکی و پدیده پزشکی شدن
- در مسیر و نوع هدایت و ناوبری فرایند پزشکی شدن (از بالا به پایین؛ از پایین به بالا؛ از درون به بیرون؛ از بیرون به درون؛ یک سویه؛ و جز آن‌ها)
- در پذیرش اصل کاهش و چگونگی کاهش اقتدار حرفه پزشکی
- در نوع و سطح مشارکت (فعال و کنشگر/ منفعل و قربانی) عموم مردم و افراد غیرعلمی در امر پزشکی شدن
- در نیروها یا عواملی که پزشکی شدن را هدایت می‌کنند و نحوه تغییرات آن‌ها در چند دهه گذشته.

برای غلبه بر وضعیت نه چندان روشن نظریه‌پردازی اجتماعی درباره پزشکی شدن و ابهامات مذکور در بالا، هرکدام از صاحب‌نظران نامبرده ضمن ابراز نگرانی خود از چنین وضعیتی مسیرها و راه‌حلهایی را برای خلاصی از این وضعیت ابراز کرده‌اند. برای مثال کانراد (2006، 2007) با ابراز نگرانی از شیوه‌ها و نیروهای نوین گرداننده فرایند پزشکی شدن، از جمله نیروهایی که در پی پاتولوژیکی و ژنتیکی کردن هر چیزی در زندگی هستند، تحلیلگران و پژوهشگران را به بررسی و تعمق در تحولات و مسیرهای حرکت و نیروهای محرکه نو آن از جمله پارادایم ژنتیک نو و کمپانی‌های بیوتکنولوژیکی و داروسازی فرا می‌خواند. کلارک و همکارانش (2003) توجه به لایه‌های چندگانه و ماهیت پیچیده، فراگیر و جهانی فرایند یا به عبارت درست‌تر فرایندهای نو (زیست) پزشکی شدن توصیه می‌کنند. همچنین دیویس (2006) با اتخاذ رویکرد و احساس متفاوت‌تری، بر این باور است که این

پدیده پزشکی شدن نیست که به این سو و آن سو کشانده می‌شود، بلکه در واقع این «نظریه پزشکی شدن است که از حیث مفهومی راه خود را گم کرده است» (P. 56).

در همین راستا، ما معتقدیم که تلقی «پزشکی شدن به مثابه نوعی بازی» می‌تواند به شکل کاملاً مؤثری بر ابهامات و بلا تکلیفی‌های موجود در پرداختن به موضوع پزشکی شدن غلبه کند. ضمن پرهیز از قطب‌بندی‌ها و طبقه‌بندی‌هایی که بدنه دانش و منابع پزشکی شدن از جمله طبقه‌بندی آن به شیوه قدیمی / آغازین و نو / متأخر پزشکی شدن تداعی می‌کند و با الهام از منابع مربوط به برساخت‌گرایی اجتماعی در تحلیل مسایل اجتماعی از جمله نظریه «بازی مسایل اجتماعی» دانیلین لاسکی (2003) ما به کارگیری «استعاره بازی پزشکی شدن» را برای رفع ابهامات موجود در مفهوم‌پردازی و نظریه‌پردازی اجتماعی درباره پزشکی شدن و ترسیم سیمایی واقعی از ماهیت، تحولات و بازیگران آن توصیه می‌کنیم.

لاسکی از نظریه یا استعاره «بازی مسایل اجتماعی» (Social Problems Game) برای درک و ترسیم ماهیت برساخت‌گرایانه مسایل اجتماعی استفاده می‌کند. به باور او، هدف از بازی مسایل اجتماعی متقاعد کردن افراد به داشتن دل‌نگرانی از شرایطی و انجام کاری برای حل آن است. این بازی، در واقع تلاشی است برای ترغیب یا متقاعد کردن افراد برای استفاده از مقوله‌بندی‌های خاصی در جمیع لحظاتی که آن‌ها در عمل کنشگرانی در زندگی روزمره‌اند که مدام به تجربیات خود و تجربیات دیگران معنی می‌بخشند. در واقع، از نظر لاسکی:

بازی مسایل اجتماعی، مجموعه‌ای از فعالیت‌ها (کار مسایل اجتماعی) و بازیگرانی است که برای برنده شدن وجود دارد. استعاره بازی مسایل اجتماعی از آن جهت مناسب است که توجه ما را به قدرت و سیاست جلب می‌کند. بازی مسایل اجتماعی پیامدهای بسیار خطیری دربردارد، جایزه یا پاداش برد در بازی مسایل اجتماعی قدرت اداره تغییر اجتماعی است، تغییر جهانی عینی که در آن زندگی می‌کنیم، تغییر شیوه‌هایی که به واسطه آن‌ها به خود و اطرافیانمان معنی می‌بخشیم. بازی مسایل اجتماعی بازی‌ای نیست که صرفاً برای تفریح و تفنن انجام شود. یک بازی کاملاً جدی برای خلق و حفظ محدودیت‌ها و امکانات اجتماعی است، بازی‌ای که در واقع در تمامی ساحت‌های زندگی اجتماعی در جریان است (Loseke 2003: 20).

لاسکی کتاب خود را با این بحث درباره بازی مسایل اجتماعی به پایان می‌رساند:

به صراحت و بدون هیچ شکی باید اذعان کرد که بازی مسایل اجتماعی یک بازی سیاسی است. این‌که کی می‌برد و کی می‌بازد خود موضوعی است که با نابرابری، قدرت و سیاست

مرتبط است. ما می‌توانیم در مراحل متعدّد یک بازی مسایل اجتماعی در زمرهٔ اقامه‌کنندگان دعوی درآییم. از آن‌جایی که بازی مسایل اجتماعی یک بخش متعارفی از زندگی روزانه ماست، شاید مهمتر از آن، ما بتوانیم به اعضای مؤثری از حضار یا مخاطبان مسایل اجتماعی بدل شویم. با شناخت خود از این که بازی مسایل اجتماعی به چه نحوی بازی می‌شود، ما می‌توانیم به اعضای فعالی از گروه مخاطبان و حضار مسایل اجتماعی تبدیل شویم. ما می‌توانیم شکل دعاوی و فرایند اقامهٔ دعوی را بررسی کنیم. ما می‌توانیم دربارهٔ معنی واژگان یا عبارتی که به زبان می‌آوریم بیشتر فکر کنیم. ما می‌توانیم در کاربرد تصاویر یا انگاره‌های مسایل اجتماعی به منظور مقوله‌بندی خودمان و دیگران بیشتر تأمل کنیم. این پیمان رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی با مسایل اجتماعی است، رویکردی که ما را به تفکر و تأمل بیشتر دربارهٔ جهان پیرامون خود تشویق می‌کند، جهانی که انسان‌ها معانی آن را خلق می‌کنند (Loseke 2003: 180 - 181).

هم داستان با شخصیت‌های کلیدی برساخت‌گرایی اجتماعی در حوزهٔ مسایل اجتماعی، نظیر اسپکتور و کیتسوز ([1977] 1987) و اشنايدر (1985) و به‌طور مشخص با وام‌گیری از لاسکی (2003) ما از استعاره «بازی پزشکی شدن» برای درک ماهیت و ویژگی‌ها و تحولات و بازیگران این پدیده استفاده می‌کنیم. استعارهٔ بازی پزشکی شدن قبل از هرچیزی توجه ما را به این نکته جلب می‌کند که پزشکی شدن در سطوح و ابعاد متفاوت خود از ماهیتی برساخت‌گرایانه برخوردار بوده و در واقع یک فرایند است؛ فرایندی که به کارها و فعالیت‌های اقامهٔ دعوی دربارهٔ ماهیت پزشکی یا مرتبط با سلامتی ابعادی از «واقعیت» مربوط می‌شود. به سخن دیگر، هدف از بازی پزشکی شدن متقاعد کردن مخاطب یا مخاطبان دربارهٔ ماهیت و موضوعیت پزشکی یا بهداشتی یک رفتار، مسأله، تجربه، شرایط اجتماعی مشکل‌آفرین، بعدی از واقعیت و حتی موجودیت انسان و جامعه است. با توجه به دو پهلو بودن فرایند پزشکی شدن، این بازی ممکن است به منظور تکذیب این دعاوی، مقاومت در برابر آن‌ها و حتی به چالش کشیدن آن‌ها باشد (پزشکی‌زدایی). همچنین، همان‌طور که اشاره شد، تلاش‌های مربوط به فرایند پزشکی شدن و پزشکی‌زدایی می‌تواند مجدداً صورت پذیرد. برای مثال، پزشکی شدن مجدداً به زمانی بر می‌گردد که دعاوی مربوط به پزشکی کردن که زمانی به‌طور موفقیت‌آمیزی اقامه شده بود و سپس دعاوی و فعالیت‌های مخالف به چالش یا به زیر کشیده شده بودند، مجدداً به شکل پیشین یا به شکلی جدید احیاء و اقامه می‌شوند. ویژگی اصلی این بازی این است که اقامه‌کنندگان دعوی برای برساختن و مشروعیت بخشیدن به

تعاریف و دعاوی خود در زمینه اجتماعی خاص تلاش می‌کنند؛ جایی که آن‌ها ممکن است رقیبی داشته و یا نداشته باشند و جایی که آن‌ها ممکن است در پزشکی کردن، پزشکی‌زدایی و حتی پزشکی کردن مجدد رفتارها، مسایل و تجربیات انسانی موفق باشند یا نباشند. بازی پزشکی شدن می‌تواند به‌طور مجزا یا همزمان بازی شود، همچنین حُضار آن می‌توانند یکسان یا متفاوت باشند. دعاوی، حرکات و سنخ‌بندی‌های رد و بدل شده در این بازی می‌توانند با همدیگر منطبق و یا در مقابل هم باشند. در این بازی آن‌چه که مهم است فرایند اقامه دعوی است نه موارد مراجعه یا ارجاعاتی (Referents) که برای دعاوی وجود دارند. دعاوی ممکن است شنیده و پذیرفته شود یا از آن‌ها چشم‌پوشی شده (نشنیده شوند) و رد شوند.

برخلاف مباحث و تأملات اخیر صاحب‌نظران و جامعه‌شناسان بر پدیده پزشکی شدن، چارچوب بازی پزشکی شدن به مشخص کردن این‌که چه کسی حق دارد شرعاً اقامه دعوی کند، تمایل چندانی ندارد. این رویکرد همچنین هیچ پیش فرض آشکار یا پنهانی درباره این‌که شکل فرایند پزشکی شدن (برای نمونه: از بالا به پایین، پایین به بالا، درون به بیرون، بیرون به درون، یک سویه و جز آن‌ها) ندارد. برای این‌که با در نظر گرفتن پزشکی شدن به منزله یک بازی هرکسی، نیرویی یا کنشگری اعم از فردی، گروهی یا سازمانی می‌تواند به‌طور موفقیت‌آمیزی دعاوی‌ای را بر له یا علیه یک تعریف یا نامگذاری پزشکی اقامه کند. از این‌نظر، اگر پزشکی شدن اساساً بازی‌ای درباره برساخت واقعیت است هرکسی که دعوی یا دعاوی‌ای را درباره ماهیت راستین واقعیت اقامه کند بازیگر این بازی به حساب می‌آید. بنابراین، پزشکان، حرفه‌ها و انجمن‌های حرفه‌ای پزشکی و پیراپزشکی، کمپانی‌های بیوتکنولوژی و داروسازی، سازمان‌های غیردولتی (NGOs)، شرکت‌های خدمات بیمه‌ای و دیگر سازمان‌های مراقبتی مدیریت شونده، حکومت، سیاستمداران، عوام مردم، مصرف‌کنندگان کالاها و خدمات پزشکی، دانشمندان و تولیدکنندگان دانش از جمله در حوزه ژنتیک نو و بیوتکنولوژی، جملگی بازیگران بازی پزشکی شدن هستند و به شکل انفرادی یا گروهی می‌توانند در این بازی وارد شوند. حتی جامعه‌شناسان و آن دسته از صاحب‌نظران خارج از این رشته را که سهمی در توسعه بدنه دانش و منابع پزشکی شدن داشته‌اند، یا تحلیلی انتقادی یا جانبدارانه درباره آن انجام داده‌اند، می‌توان از بازیگران این بازی در نظر گرفت. بازی پزشکی شدن در یک خلأ اجتماعی، فرهنگی و سیاسی رخ نمی‌دهد. این بازی و چگونگی انجام آن به گونه چشمگیری از زمینه‌های متنوعی که در آن‌ها رخ می‌دهد، متأثر می‌شود. به‌رغم آن‌که

خاستگاه پدیده پزشکی شدن جوامع مدرن غربی به ویژه ایالات متحده امریکاست و قسمت عظیم بدنه دانش و منابع مربوط به این پدیده بر اساس شواهد و مستندات مربوط به این کشورها توسعه یافته است، امروزه بازی پزشکی شدن به این کشورها محدود نمی‌شود و به مانند خود فرایند پزشکی شدن بازی آن نیز جهانی است. به صراحت و قاطعیت می‌توان گفت که این بازی دیگر بازی‌ای امریکایی یا انگلومریکن نیست؛ بلکه جمیع جوامع؛ از غرب به شرق و از شمال به جنوب از جمله ایران را در برمی‌گیرد. به باور ما، در قرن بیست و یکم بازی پزشکی شدن بازی‌ای جهانی است که جا دارد این سطح از بازی به سطوح مشخص آن که قبلاً توسط کانراد و اشنایدر مطرح شده است (سطوح مفهومی، تعاملی و نهادی) علاوه شود. ما این سطح از پدیده یا بازی پزشکی شدن را «پزشکی شدن جهانی» یا «گلوبدمیکالیزه شدن» می‌نامیم. به‌طور ساده، پزشکی شدن جهانی بر این امر دلالت دارد که چطور یا به چه نحوی دعاوی، نامگذاری‌ها و تعاریف و سنخ‌بندی‌های مربوط به پزشکی کردن، پزشکی‌زدایی و حتی پزشکی کردن مجدد رفتارها، مسایل و تجربیات انسانی در سطح جهانی اقامه، اشاعه و از طریق جلب نظر و متقاعد کردن حضار در این سطح مشروعیت‌سازی و نهادینه می‌شوند.

به‌طور خلاصه، در بازی انعطاف‌پذیر، چند طرفه (بازیگر) و شناور پزشکی شدن، مهره‌ها یا کارتها (همان دعاوی، تعاریف و سنخ‌بندی‌ها) مدام دست به دست می‌شوند و هر بازیگری در جای خود مهره یا کارت خود را رو می‌کند یا دعاوی خود را اقامه می‌کند. نگاهی دقیق‌تر به پیشینه این بازی شناور، نشان می‌دهد که در حالی که دیروز بازی قاعده بازی و فرصت حرکت در دست حرفه پزشکی بود، امروز ظاهراً در دست علم فناوری ژنتیک نو و تولیدکنندگان، منتقل‌کنندگان و مترجمان دانش و مدل‌های آن است. بسیار محتمل است این فرصت و تمامی انتظارات، امیدها و آمال واقعی یا واهی منتسب به آن فردا در اختیار حوزه‌ها، شبکه‌ها یا علم فناوری‌های دیگری چون نانو تکنولوژی، نانو بیوتکنولوژی، هوش مصنوعی و جز آن باشد. در هر حال، آینده چندان روشن نیست و کارگزاران ناشناخته و ناممکن امروز ممکن است گردانندگان و بازیگران فعال بازی پزشکی شدن فردا باشند. با الهام از لاسکی، ما معتقدیم که بازی پزشکی شدن نیز یک بازی جذاب و شناور سیاسی و ایدئولوژیک است و برد و باخت در آن دلالت‌های مهمی برای موضوعات نابرابری اجتماعی، قدرت و سیاست در جوامع انسانی فعلی و آتی دارد، یا خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

این مقاله با وام‌گیری و بهره‌مندی از بدنه دانش و منابع موجود در رشته جامعه‌شناسی و دیگر حوزه‌های مرتبط، مباحث و تحلیل‌های تخصصی و نسبتاً مبسوطی درباره فرایند چند بعدی و چند سطحی پزشکی شدن و ماهیت و ویژگی‌های آن و اهمیت و پیشینه پرداختن به آن در جامعه‌شناسی را منعکس کرد. در دو بخش اول مقاله مباحث کلی از رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی در بررسی مسایل اجتماعی و ماهیت برساخت‌گرایانه، مبتنی بر فعالیت‌های اقامه دعوی و معطوف به کنترل اجتماعی پدیده پزشکی شدن ارائه شد. سپس با استفاده از نوعی تحلیل روند نظری (TTA) تلاش شد تحولات و فرازهای مربوط به پزشکی شدن و نحوه تأمل و واکنش جامعه‌شناسان و ناقدان به این تحولات مورد توجه و بررسی قرار گیرد. ذیل این بحث دو شیوه قدیمی و نوین پزشکی شدن و نحوه واکنش جامعه‌شناسان به این تحولات یا در واقع انعکاس آن در نظریه‌پردازی اجتماعی مربوط به این پدیده مورد توجه قرار گرفت. در نهایت، به منظور درک ماهیت و ویژگی‌های پزشکی شدن و نیروهایی که آن را هدایت و ناوبری می‌کنند و نیز به منظور رفع ابهامات و تشتت آرای موجود در نظریه‌پردازی اجتماعی پدیده پزشکی شدن، ما رویکرد و تلقی تازه‌ای از آن با عنوان «پزشکی شدن به مثابه بازی» ارائه کردیم. با اتخاذ رویکردی برساخت‌گرایانه، ما نشان دادیم که در این بازی هر کارگزار، کنشگر یا بازیگر اجتماعی اعم از فردی، گروهی، سازمانی یا شبکه‌ای، می‌تواند به‌طور موفقیت‌آمیزی دعاوی‌ای را موافق یا برضد یک تعریف یا نامگذاری پزشکی اقامه کند.

این مقاله با تمرکز بر فرایند و نظریه پزشکی شدن، نشان داد که تا چه حد طرح سؤالاتی از جنس چگونگی (برای مثال نحوه انتقال مسایل و رفتارهای اجتماعی از قلمرو غیرپزشکی به پزشکی یا برعکس) می‌تواند برای دانش، مدل‌ها و تحلیل‌های جامعه‌شناختی مهم و مؤثر باشد. در همین راستا، این مقاله تحلیلگران، متفکران اجتماعی و جامعه‌شناسان پزشکی ایران را دعوت می‌کند تا با درپیش گرفتن رویکرد مشابهی، سؤالات کلان و مهمی را درباره نحوه برساخت، سنخ‌بندی و تعریف مسایل و رفتارهای اجتماعی در جامعه معاصر ایران مطرح کنند. تصور بر این است که طرح سؤالاتی برساخت‌گرایانه از قبیل این‌که بازی مسایل اجتماعی در ایران (برای مثال، اعتیاد) کجا و چه زمانی (When/Where) توسط چه کسانی یا بازیگرانی

(Who) چگونه یا به چه طریقی و قواعدی (How) با چه چیزی یا چه دعوی‌ای (What) بازی می‌شود و این بازی چه نتایج یا بازدهی را برای بازیگران متعدد آن به ارمغان آورده است (Outcomes)؟ یا تا چه حدی گروه‌ها و بازیگران متنوع آن در اهداف مرتبط با اقامه دعوی خودشان موفق بوده‌اند؟ و جز آن‌ها برای جامعه و جامعه‌شناسی معاصر ایران از اهمیت بالایی برخوردار است.

در کل، مباحث این مقاله نشان می‌دهد که شکل‌گیری امواج فراگیر و سهمگین علمی، شناختی و معرفتی و اجتماعی و فرهنگی و حرفه‌ای از جمله موج فراگیر پزشکی شدن جزء غیرقابل انکاری از امر اجتماعی (The Social) در عصر حاضر است. نگاهی به تاریخ تحولات و تفکرات اجتماعی مؤید آن است که این امواج به اشکال گوناگونی در دوره‌های تاریخی بشر شکل گرفته‌اند برای این‌که فعالیت‌ها یا بازی‌های برساخت‌گرایانه یا تلاش‌های معطوف به برساخت واقعیت و تغییر جهان زیست اجتماعی و مؤلفه‌های عینی و ذهنی آن همیشه بخش مهمی از منش و کنش آدمی بوده است. امروزه این مساعی و بازی‌های برساخت‌گرایانه اجتماعی بیش از هر چیزی بر معرفت و دعوی علم فناوریانه به ویژه علم فناوری‌های نوین پزشکی استوار گردیده است که صورت‌بندی جدیدی از مناسبات علم فناوری، پزشکی و جامعه ارائه می‌دهند. این رابطه مثلثی پیش از هر چیزی به چیدمان یک بازی برساخت‌گرایانه پیچیده شبیه است؛ بازی‌ای که نتیجه آن برای تداوم حیات جامعه‌شناس و دانش جامعه‌شناسی اثرگذار است و هزار و یک قاعده و حرکت آن هدفی جز تعریف، مصادره و تصاحب مسایل، تجربیات و رفتارهای اجتماعی ندارد. تصور بر این است که امروزه پزشکان سفیدپوش، داروسازان، متخصصان ژنتیک و پزشکی مولکولی، سازمان‌های بیمه و سایر کارگزاران و ذی‌نفعان و حتی جامعه‌شناسان نیز از بازیگران بالقوه این بازی‌اند و مثل هر بازی دیگر درک نقش، جایگاه، طرحواره‌ها، ترفندها و حرکت‌های سایر بازیگران اولین گام برای ارائه و به عبارت بهتر انجام یک بازی برساخت‌گرایانه موفقیت‌آمیز یا معطوف به برد است. جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسان نیز خواسته یا ناخواسته در این بازی معطوف به قدرت پیچیده، چند سطحی و مداوم وارد شده‌اند؛ بازی‌ای که در این مقاله با عنوان «بازی پزشکی شدن» معرفی شد. جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسان، نه فقط باید در پی پیدا کردن راه‌هایی برای شناخت این تعاریف، امواج، فعالیت‌ها و بازی‌های برساخت‌گرایانه اجتماعی باشند، بلکه باید برای آن‌ها ایده و برنامه‌ای داشته باشند، با آن‌ها

زندگی کنند و از آن‌ها بیاموزند و حتی از بازی آن‌ها لذت ببرند. انجام چنین کاری و در پیش گرفتن چنین موضع و استراتژی‌ای در جامعه‌شناسی به ویژه جامعه‌شناسی ایران اساسی است؛ زیرا شکی نیست که سال‌ها و دهه‌های آتی آستان دگرگونی‌های پیش‌بینی‌ناپذیرتر، بازی‌های پیچیده‌تر و بازیگران نو پدید و امواج سهمگین‌تری در حوزه فعالیت‌های اقامه دعوی و فرایندهای برساخت‌گرایانه اجتماعی خواهد بود. در هر حال، آینده مشخص خواهد کرد که تا چه حد دانش جامعه‌شناسی و جامعه‌شناسان، این نوع بازی‌ها را جدی گرفته‌اند، به چه میزان نقش، جایگاه، طحاره‌ها و حرکات سایر بازیگران را شناخته‌اند و در نهایت برای نیل به برد در این بازی چقدر تلاش کرده‌اند و خواهند کرد و این بازی، تا چه حد برای آن‌ها لذت بخش است!

منابع

- Ballard, Karen & Marry A. Elston. 2005. "Medicalisation: A Multi-dimensional Concept". *Social Theory & Health*. 3, Pp. 228 - 241.
- Becker, Howard S. 1963. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: MacMillan.
- Berger Peter & Thomas Luckmann. 1976. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Penguin Books.
- Best, Joel. 1995. "Constructionism in Context". In: Best, Joel. (ed.) *Images of Issues: Typifying Contemporary Social Problems*. New York: Aldine, Pp. 337 - 354.
- _____. 2004. "Theoretical Issues in the Study of Social Problems and Deviance". In: Ritzer, George. (Ed.) *Handbook of Social Problems: A Comparative International Perspective*. Thousand Oaks. CA: Sage, Pp. 14-29.
- Bond, J. 1992. "The Medicalization of Dementia". *Journal of Aging Studies* 6 (4), Pp. 397 - 403.
- Clarke, Adele E., et al. 2003. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 68, Pp. 161-194.
- Conrad, Peter. 1975. "The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior". *Social Problems*. 23, Pp. 12-21.

- _____. 1992. "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*. 18, Pp. 209-32.
- _____. 1997. Public Eyes, Private Genes: Historical Frames, News Constructions and Social Problems. *Social Problems*. 44(2): 139-54.
- _____. 2000. Medicalization, Genetics and Human Problems. In: Bird, C. E., Conrad, P. & A. Fremont (Eds.) *Handbook of Medical Sociology*. Pp. 322-33.
- _____. 2005. "The Shifting Engines of Medicalization". *Journal of Health and Social Behaviors*. 46, Pp. 3-14.
- _____. 2007. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- _____. & Joseph Schneider. 1980. "Looking at Levels of Medicalization: A comment of Strong's critique of the thesis of medical imperialism". *Social Science and Medicine*. 14A, Pp.75-79.
- _____. & Joseph Schneider. 1992 [1980]. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Crawford, R. 1980. "Healthism and the Medicalization of Everyday Life". *International Journal of Health Services*. 10, Pp. 365-88.
- Davis, Joseph. E. 2006. How Medicalization Lost Its Way. *Society* 43(6), Pp. 51-56.
- Dingwall, Robert. 2006. Imperialism or Encirclement? *Society*. 43(6), Pp. 30-36.
- Filc, D. 2004. "The medical text: between biomedicine and hegemony". *Social Science & Medicine*. 59, Pp. 1275 -1285.
- Foucault, Michel. 1989 [1973]. *The Birth of Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London and New York: Routledge.
- Fox, Renée. C. 1977. The Medicalization and Demedicalization of American Society. *Daedalus*. 106, Pp.9-22.
- Freidson, Elliot. 1970. *Profession of Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Furedi, Frank. 2006. The End of Professional Dominance. *Society*. 43(6), Pp. 14-18.
- Furr, L. A. 2004. Medicalization in Nepal: A Study of the Influence of Westernization on Defining Deviant and Illness Behavior in a Developing Country. *International Journal of Comparative Sociology* 45(1-2): Pp.131-142.
- Harrison S. & W. I. U. Ahmad. 2002. Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025, In: Nettleton, S. & U. Gustafsson (eds.) *The Sociology of Health and Illness Reader*. Cambridge: Polity Press, pp. 310-321.
- Hodgetts, D. & K. Chamberlain. 1999. Medicalization and the depiction of lay people in television health documentary. *Health* 13(3), Pp. 317-333.
- Illich, Ivan. 1976. *Limits to Medicine (Medical Nemesis): The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars Publishers LTD.
- Lakoff, Andrew. 2005. *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
- Lee Ellie. 2006. Medicalizing Motherhood, *Society*. 43(6), Pp. 47-50.
- Lock, Margaret. 1993. Ideology, Female Midlife, and the Graying of Japan. *Journal of Japanese Studies*. 19(1): Pp. 43-78.
- Loseke, Donileen. R. 2003. *Thinking about Social Problems: An Introduction to Social Constructionist Perspectives*. New York: Aldine de Gruyter.
- Malacrida Claudia. 2001. Motherhood, resistance and Attention Deficit Disorder: Strategies and Limits. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*. 38(2), Pp.141 - 65.
- _____. 2004. Medicalization, ambivalence and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health* 8(1), Pp. 61-80.
- McKinlay, J. B. & L. D. Marceau. 2002. "The End of Golden Age of Doctoring", *International Journal of Health Services*. 32(2), Pp.379-416.
- Obrist, B. 2004. Medicalization and Morality in a Weak State: Health, Hygiene, and Water in Dar es Salaam, Tanzania. *Anthropology & Medicine*. 11(1), Pp. 43-57.
- Palley, M. L. 2004. Medicalization vs. Demedicalization of Women's Health Care, PS January 2004, Available at: <http://www.apsanet.org>.

- Pfohl, Stephen. 1977. The "Discovery" of Child Abuse. *Social Problems*. 24, Pp. 310-23.
- Pitts, Jess. R. 1968. Social Control: The Concept. In: Sills, D. (ed.) *International Encyclopedia of Social Sciences*. Vol. 13-14, New York: McMillan, Pp. 381-96.
- Riesman, Catherine K. 1983. Women and Medicalization: A New Perspective, *Social Policy*. 14(Summer), Pp.3-18.
- Ryan, K. M. & V. M. Grace. 2001. Medicalization and Women's Knowledge: The Construction of Understandings of Infant Feeding Experiences in Post-WW II New Zealand. *International Journal of Health Care for Women*. 22, Pp. 483-500.
- Schneider, Joseph. W. 1978. Deviant drinking as a disease: deviant drinking as a social accomplishment. *Social Problems*. 25, Pp.361-72.
- _____. 1985. Social Problems Theory: The Constructionist view. *Annual Review of Sociology*. 11, Pp. 209-29.
- Scull, A. T. 1975. From madness to mental illness: medical men as moral entrepreneurs, *European Journal of Sociology*. 16, Pp. 218-61.
- Spector, Malcolm. & John. Kitsuse. 1987 [1977]. *Constructing Social Problems*. New York: Aldine de Gruyter.
- Starr, Paul. 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books, Inc. Publishers.
- Szasz, Thomas. 1957. The Classification of "Mental Illness": A Situational Analysis of Psychiatric Operations. *The American Journal of Psychiatry* 114: Pp. 77-101.
- _____. 2003. *Pharmacracy: Medicine and Politics in America*. Syracuse: Syracuse University Press.
- Waitzkin, Howard. 1986. Micropolitics of Medicine: Theoretical Issues, *Medical Anthropology Quarterly* 17(5), Pp. 134-36.
- Yamasaki, A. 1994. The Medicalization and Demedicalization of School Refusal: Constructing an Educational Problem in Japan. In: Best, Joel. (ed.) *Trebling Children: Studies of Children and Social Problems*. Hawthorne, NY: Aldine.

Zola, Irvin. K. 1972. Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*. 20, Pp. 487-504.

_____. 1977. Healthism and Disabling Medicalization. In: Ivan Illich et al. (eds.) *Disabling Professions*. London: Marion Boyars. Pp. 49-69.

Zola, Irvin. K. 1983. *Socio-medical Inquiries: Recollections, Reselections and Reconsiderations*. Philadelphia: Temple University Press. Pp. 241-296.