باسمه تعالی

در ابتدای جلسه خانم دکتر ایشانی ضمن عرض سلام و احترام به استادان فرهیخته و حاضرین بیان کردندکه امروز سی و دومین کرسی ترویجی با رویکرد عرضه و نقد ایده علمی و با عنوان « طبی‌سازی به مثابه تکنولوژی » توسط جناب آقای دکتر علیرضا منجمی ارائه می‏گردد. مستحضرید که برگزاری کرسی های تخصصی نظریه پردازی، نقد و مناظره مستلزم دستیابی صاحبان کرسی ها به استاندارد های علمی مصوب هیئت حمایت از کرسی های نظریه پردازی، نقد و مناظره است. دستیابی به این استاندارد ها خود نیازمند تمرین و تجربه هم از جانب صاحبان کرسی ها و هم دستگاه های برگزار کننده است. از این رو برگزاری کرسی هایی تحت عنوان کرسی های ترویجی پیش بینی شده است.کرسی ترویجی به آن دسته از کرسی‏های آزاداندیشی مبتنی بر اخلاق و منطق اطلاق میشود که در جهت بسط فرهنگ گفتگو و نقد، با هدف گفتمان سازی فضای عقلانی در مراکز علمی و با رویکرد تبادل و تضارب آرا و افکار برگزار میشود. این کرسی ها اگرچه ممکن است از استاندارد های لازم برای برگزاری کرسی های علمی برخوردار نباشند اما با تبعیت از مقررات تعیین شده توسط کمیته دستگاهی گامی است در جهت نهادینه سازی فرهنگ نظریه پردازی، نقد و مناظره علمی و تمرین تجربه صاحبان اندیشه و نظر برای حضور عالمانه و مقتدرانه در کرسی های تخصصیِ علمی. کرسی های ترویجی به دوصورت برگزار می شود: 1- مناظره 2- عرضه و نقد علمی. مناظره به هرگونه مباحثه رو­در­رو و روشمند میان دو صاحب­نظرگفته می شود که به گونه­ای نقادانه دیدگاهها و نظرات یکدیگر را درباره موضوعی خاص به چالش می کشند تا در نهایت دیدگاه برتر به نحو مسالمت­آمیز تفوق یابد. اما کرسی های ترویجی، عرضه و نقده ایده علمی مانند کرسی امروز به هرگونه تلاش نوآورانه، روشمند و منطقی که هدف از آن ارزیابی و سنجش نقاط قوت و ضعف نظریه، نظر، مکتب، بینش، ایده به جهان جهت کمک به اصلاح و بهبود آن باشد گفته می شود. ساختار کرسی ترویجی امروز چنان که اشاره شد با رویکرد عرضه و نقد ایده علمی است. ارکان این نوع کرسی عبارتست از یک نفر ارائه دهنده ایده و یا نقد و دویا سه نفر ناقد که شخص ارائه دهنده موظف است افزون برپاسخ گویی به انتقادات ناقدین به پرسش های حاضران نیز پاسخ گوید و مدیر علمی موظف به مدیریت علمی جلسه، مدیریت پرسش و پاسخ حاضران در جلسه و ارائه خلاصه بحث می باشد. ناقدین این جلسه جناب آقای دکتر مقدم حیدری و جناب آقای دکترنمازی و مدیر علمی جلسه جناب آقای دکتر مصلح هستند. طبق برنامه زمانی آقای دکتر منجمی به مدت 30 الی 40 دقیقه به ارائه ایده خود می‏پردازند و سپس هر یک از ناقدان به نقد و نظر خویش راجع به این ایده می‏پردازند و سپس دکتر منجمی به نقد ناقدان پاسخ می دهند. در اینجا با آرزوی توفیق برای ایشان، مدیریت علمی جلسه را به آقای دکتر مصلح می سپارم.

آقای دکتر مصلح ضمن سلام به همکاران و حاضران جلسه اعلام کردند بحث medicalization حدود 5 دهه است که وارد علوم انسانی شده است و پیش از این به طور تخصصی بیان نشده بود؛ در ادبیات کلاسیک هم تمثیل­هایی داریم که در این رابطه بکار می­رفت. اما با کار کسانی مثل کندارد و فوکو از دهه­ی 70 بطور جدی مطرح شد. بحث medicalization از 2 جهت مطرح است: 1) کل نگر که جامعه انسانی را همچون بدن می­بیند و معتقد است همانطور که امور پزشکی برای بدن تجویز می­شود، در مورد امور اجتماعی هم بحث می­شود.

2) جزء نگر که در موارد جزئی متفاوتی وارد می­شود و آنچه جنبه پزشکی نداشتند از جنبه پزشکی به آنها می نگرد. بحث medicalization مختص به یک رشته نیست، نه به پزشکی محدود می­شود نه جامعه شناسی و یک بحث میان رشته­ای است و مهم ترین وجه شناختی آن این است که بدانیم مربوط به نقد جامعه­­ی مدرن است.به همین دلیل هم با کارافرادی مثل فوکو برجسته شد و نشان داده شد بخش های زیادی از جامعه که در حوزه پزشکی قرار نداشت ولی الان طبی سازی می­شود. در حوزه اخلاق پزشکی هم این بحث مطرح شد. دکتر منجمی medicalization را به منزله تکنولوژی دیدند که همانطور که تکنولوژی وسعت دارد و با اهمیت است در قرن بیستم نباید آن را از سوی یک قشر خاصی از جامعه دید به عنوان مثال پزشکان می­خواهند چنین کاری انجام دهند و همانطور که هایدگر اشاره می­کرد که تکنولوژی ابعاد متکثری دارد، من از آقای دکتر منجمی خواهش می­کنم به آن بپردازند.

آقای دکتر منجمی بیان کردند وقتی مشغول غذاخوردن می‌شویم پیوسته نگرانیم غداها چرب نباشند، مبادا کلسترول ما را بالا برند و باعث گرفتگی عروق و سکتۀ قلبی شوند. ازدواج بدون انجام آزمایش‌های پیش از آن قانونی نیست. بارداری قرین سونوگرافی و آزمایش‌های متنوع است و تأیید مرگ بدون مجوز پزشک میسر نیست. همۀ اینها حکایت از آن دارد که پزشکی در لحظه‌لحظۀ زندگی ما حاضر است. اینکه چگونه از تولد تا مرگ، از خوردن تا حل مسائل دشوار زندگی همه‌وهمه به مسائلی طبی تبدیل شده‌اند، حاصل فرآیندی است که به آن «طبی‌سازی» می‌گویند. از رهگذر این فرآیند پزشکی به مسائلی -زایمان و تولد، قاعدگی و یائسگی در زنان، الکلیسم، اعتیاد، چاقی، زیبایی، شادبودن، جوان‌شدن تنهایی و انزوای اجتماعی- که پیش‌تر پزشکی نبوده‌اند وارد می‌شود و سازوکارهای پزشکی برای آنها ارائه می‌کند. با اینکه دقیقاً نمی‌توان نقطۀ شروع طبی‌سازی را مشخص کرد به نظر می‌رسد این فرآیند از ابتدای قرن نوزدهم آغاز و در قرن بیستم به اوج خود رسیده است. در نگاهی کلی طبی‌سازی را می‌توان به «تبدیل وضعیت انسانی به مشکل قابل درمان»[[1]](#footnote-2) تعبیر کرد که گسترۀ متنوعی را در بر می‌گیرد در اولین مرحله، مسئله یا مشکل (هر چه که هست از بزرگی‌بینی تا اعتیاد و چاقی) باید از منظر پزشکی به‌مثابه ناهنجاری(abnormality) فهم شود. در مرحلۀ دوم، این ناهنجاری جدید در جوامع علمی پزشکی مورد بحث و تبادل نظر قرار می‌گیرد، موضوع پژوهش می‌شود و در نهایت در واژگان تخصصی، کتب مرجع و ژورنال‌های پزشکی راه می‌یابد و سپس بخشی از جامعۀ پزشکی مدعی ارائۀ تدابیر تشخیصی و درمانی برای آن می‌شوند و دست آخر، طبی‌شدن آن مسئله نهادینه می‌شود و مردم به روال عادی و بدون تأمل برای حل آن به پزشکان مراجعه می‌کنند؛ مانند مراجعه به پزشک برای کوچک‌کردن بینی یا ترک اعتیاد . این جامعه‌شناسان بودند که پدیدۀ طبی‌سازی را صورت‌بندی کردند و مورد مطالعات جدی قرار دادند. بیشتر این پژوهش‌ها را پژوهشگران. رویکرد مارکسیستی انجام دادند. آنها بر این باور بودند که طبی‌سازی با فردی‌کردن (individualizing) بیماری و نادیده‌گرفتن عوامل اجتماعیِ دخیل در آن، نقش مهمی در باثبات‌سازی جوامع کاپیتالسیتی بازی می‌کند. پزشکی -به عنوان تنها نهاد معتبر- با تأیید یا رد وجود بیماری در مرکز کنترل نیروی کار قرار دارد. به باور این پژوهشگران، پزشکی نه تنها مجزا از کاپیتالیسم نیست، بلکه جزئی لاینفک از آن است. بیولوژیسم (biologism) -این تلقی که می‌توان روابط اجتماعی را به فرآیندهای زیست‌شناختی فروکاست- علم‌گرایی (scienticism) -این تلقی که می‌توان روابط اجتماعی را توسط قوانین و روشهای علوم طبیعی بازشناخت- و پوزیتیوسیم - این تلقی که هر بیماری فقط یک علت زیستی دارد که با دارو و تکنولوژی پزشکی قابل درمان است- از مقومات این نگاه هستند. پزشکی نه یک روایت کاپیتالیستی در کنار روایت‌های دیگر، بلکه یکی از مقومات کاپیتالیسم است که در آن روابط اجتماعی بر پایۀ طبقات اجتماعی تنظیم می‌شود و پزشکان به‌مثابه پاسدار و حافظ طبقات در نظام کاپیتالیستی عمل می‌کنند .به‌عنوان مثال زنان در نظام کاپیتالیستی، کارگران بی‌جیره و مواجبی هستند که باید نسل بعدی کارگران را تربیت کنند و در اصل طبی‌سازی تمام چرخۀ زندگیِ زنان -از بارداری گرفته تا یائسگی- روشی است برای کنترل طبقاتی. ویتکینز نشان می‌دهد که پزشکان با زدن برچسب افسردگی به زنان خانه‌داری که از وضعیت خود ناراضی هستند با تجویز داروی ضدافسردگی طبقات را پاس می‌دارند طبی‌سازی همواره توجه را از روابط اجتماعی به سمت فرد منحرف می کند و به این ترتیب نظم روابط اجتماعی و ساختار طبقاتی محفوظ بماند. به این ترتیب، حرفۀ پزشکی با طبی‌سازی، شرایطی را فراهم می‌کند، که ساختار طبقاتی کاپیتالیستی پایدار بماند. پزشکان به مدد برچسب بیماری و مداخلات تشخیصی و درمانی که در اختیار دارند، این مهم را به انجام می‌رسانند. مثلاً مشکل کارگری که در یک کارگاه ساختمانی آسیب دیده است، صرفاً به مشکلی آناتومیک فروکاسته می‌شود، و تمام مسائل اجتماعی که مترتب آنست را مستحیل و محو می‌کند . به این ترتیب به باور این پژوهشگران، خدمات بهداشتی درمانی به‌شکل یک صنعت درآمده است که چهار وظیفۀ اقتصادی را در جامعۀ کاپیتالیستی بر عهده دارد: تجمیع سرمایه، تدارک فرصت‌های سرمایه‌گذاری، جذب ارزش افزوده و نگهداری از نیروی کار. سیستم بهداشتی درمانی با توزیع ناعادلانۀ خدمات عملاً به نظام طبقاتی یاری می‌رساند و با سیستم کنترل اجتماعی، مشکلات را از شکل اجتماعی به‌شکل فردی تبدیل می‌کنند و با تعریف پوزیتیویستی از تشخیص و درمان با داروهای تولیدی عملاً همان چرخۀ تولید کاپیتالیستی را بازسازی می‌کند. مثلاً اگر به تعاریف بیماری‌های روانی در [[2]](#footnote-3)DSMV نگاه کنیم، یکی از مهم‌ترین معیارهای بیماری‌های روانی از دست‌دادن عملکرد یا function است و این در اصل، همان، نگه‌داشت نیروی کار است؛ به‌عبارت دیگر، یک فرد در جامعۀ کاپیتالیستی بیمار روانی تلقی نمی‌شود مگر آنکه قدرت کار نداشته باشد که تشخیص این امر و بازگرداندن بیمار به چرخۀ تولید با تجویز دارو کار روان‌پزشکان است که این هم به نوبۀ خود چرخ کارخانجات دارویی را به گردش درمی‌آورد.

از منظر مارکسیست‌ها، طبی‌سازی در بهترین شرایط آنگاه برای جامعه مفید است که در جهت خدمت به منافع طبقۀ سرمایه‌دار عمل کند . از این دیدگاه هر پدیده‌ای که بتواند فاصلۀ طبقاتی را زیادتر کند منطبق بر منافع جامعه عمل کرده است، زیرا باعث عمیق‌ترشدن تضاد شده که این بالتبع تغییر اجتماعی را امکان‌پذیر می‌سازد. در این راستا ترویج کالاهای مشتری‌پسند با عناوین پزشکی، که بیشتر توسط طبقۀ سرمایه‌دار و کمپانی‌های وابسته تبلیغ و عرضه می‌شود، سبب تضاد بیشتر در منافع جامعه گردیده و آن را دامن می‌زند. البته این بدان معنا نیست که سرمایه‌داران برای حفظ تضاد و نابرابری به طبی‌سازی علاقه‌مند هستند، بلکه آنها از این فرصت استفاده می‌کنند تا سود بیشتری کسب کنند. بنابراین از این نگاه سلامت هم به کالایی تبدیل می‌شود که هم ارزش‌افزوده دارد و هم خواه‌ناخواه قابلیت خریدوفروش. جوانی، شادی، باروری، لاغری کالاهایی هستند که شما می‌توانید از پزشکان خریداری کنید. بنابراین مانند هر کالای دیگری حجم زیادی از سرمایه به‌سمت تبلیغ این کالاها جریان دارد؛ مثلاً نگاه کنید به حجم بالایی از برنامه‌های تلویزیونی که در آن پزشکان در باب سلامت و بیماری سخن می‌گویند. از این منظر کارکرد این برنامه‌ها تبلیغ کالاهایی است که پزشکان می‌فروشند، گرچه به ظاهر این تبلیغات در شکل یک برنامۀ آموزشی و با شعار ارتقای سلامت ارائه می‌شود؛ به همین سیاق برنامه‌های نمایشی مثل فیلم و سریال که در آن لاغری، شادی، عدم انزوا، اندازه‌های بدن مانند بینی و شکم و نظایر آن به‌عنوان ارزش‌های برتر به جامعه تزریق می‌شود. در این شبکه تعاملی گسترده‌ وجود دارد که در یک سوی آن رابطۀ پزشک و بیمار و تقاضای بیمار برای مداوا از سوی پزشک است و در سوی دیگر، صنعت داروسازی، صنعت بیمه و صنعت تجهیزات پزشکی است و پزشکان هم کارگر کارخانه‌ای هستند که محصول آن سلامت است. آگاهی‌بخشی به جامعه از سوی پزشکان که معمولاً به‌عنوان یک فضیلت و در قالب ارتقای سلامت جامعه توجیه می‌شود از همین دست هستند. تلاش پزشکان برای آگاهی‌دادن و بالابردن اطلاعات عمومی از وجود و ماهیت خطرهایی که سلامت آنها را تهدید می‌کند یا بیماری‌هایی که وجود دارند پدیده‌ای را شکل می‌دهد که به آن وسواس سلامت یا دلواپس سلامت می‌گویند؛ مثلاً آلودگی هوا، آلودگی مواد غذایی و هزاران مثال دیگر سبب می‌شود که مردم به شکلی غیرضروری و بیمارگونه نگران سلامت خود هستند و برای فرونشاندن این اضطراب به پزشکان مراجعه می‌کنند. به‌عنوان مثال نگاه کنید به فرآیندی که پزشکان در مورد بیماری‌های قلبی یا خطر ابتلا به سرطان به جامعه آگاهی می‌دهند و این فرآیند سبب هجمه به‌سوی انجام آزمایشات چک آپ می‌شود و چرخۀ این اقتصاد را می‌چرخاند. لذا پزشکی با ایجاد اضطراب در سطح جامعه مشتریان را ترغیب به استفاده از کالاهای خود می‌کنند. از سوی دیگر طبی‌سازی با تعریف به‌هنجاری (نرمالیتی) کنترل اجتماعی را به دست می‌گیرد. در حال حاضر بسیاری از ارزش‌های جامعه را طبی‌سازی تعریف می‌کند، اگر در قدیم، سلامت فرد را در چاقی می‌دانستند[[3]](#footnote-4)، اکنون با طبی‌سازی چاقی آن را نوعی بیماری تلقی می‌کند که باید ریشه‌کن شود. طبی‌سازی در سیاست هم تاثیری جدی دارد، مثلاً نگاه کنید به تاثیر مسئلۀ بیمه‌های درمانی در انتخابات ریاست‌جمهوری آمریکا که رویکرد دو حزب به بیمه‌های درمانی و لاجرم طبی‌سازی، شکل‌دهندۀ یک موضع سیاسی آنها بود. یا در شوروی سابق که در آن به مخالفان سیاسی انگ بیمار روانی می‌زدند و آنها را به جای زندان روانۀ تیمارستان می‌کردند. دو نقد جدی بر طبی‌سازی جامعه‌شناختی وارد شده است. یکی منفعل‌انگاشتن نقش بیماران و جامعه است و دوم باور به آنکه طبی‌سازی یکسره کار نهاد پزشکی که تصور امپریالیستی از نهاد پزشکی است. به این رویکرد در طبی‌سازی « نظریۀ استیلای حرفۀ پزشکی»[[4]](#footnote-5) هم گفته شده است. پیامد این رویکرد شکل‌گیری نگاهی بسیار بدبینانه و منفی به نهاد پزشکی بود و جنبش ضدپزشکی (anti-medicine) متأثر از این نظریه به وجود آمد که می‌توان ایوان ایلیچ و میشل فوکو را از آن زمره دانست. طبی‌سازی چنان انگشت اتهام را به‌سمت نهاد پزشکی نشانه رفته است که راهی به جز مبارزه با این نهاد در قالب کنشگری اجتماعی نمی‌ماند. جنبش ضدروان‌پزشکی یکی دیگر از شاخص‌ترین نماینده‌های جنبش ضدپزشکی است.[[5]](#footnote-6) اگر تمامی فرآیند طبی‌سازی را حاصل کار نهاد پزشکی بدانیم آن وقت طبی‌سازی در اصل توطئه‌ای است که پزشکان دست‌اندرکار آنند تا هر روز سیطرۀ خود را بیشتر بگسترند، تعداد بیماران را افزون کنند و در نهایت قدرت و ثروت بیشتری بیندوزند. اینکه چرا نظریۀ طبی‌سازی از یک‌سو بیماران را منفعل و از سوی دیگر نهاد پزشکی را فعال مایشاء می‌داند نقد اصلی بر این مفهوم است. طبی‌سازی جامعه‌شناختی در متهم‌کردن نهاد پزشکی راهی پیش می‌گیرد بدون آنکه رهیافتی برای مواجهه با آن پیشنهاد کند. به سخن دیگر در این دیدگاه پزشکان نمایندۀ قدرت یا سرمایه‌داری هستند و نقد آنها راهی است که پیش پای ما گذاشته می‌شود. انتقاد به طبی‌سازی انتقاد به سیطره و توسعه‌طلبی پزشکی از یک سو، و کنترل اجتماعی از سوی دیگر است. سیاست یکسان‌سازی عمومی با انگ ناهنجاری هم سبب از میان‌بردن تنوع‌ها و تکثرها در جامعه و هم عامل از بین‌رفتن مفهوم سلامت شده است.

با ورود رویکردهای اخلاق زیستی[[6]](#footnote-7) به مبحث طبی‌سازی سمت‌وسوی جدیدی شکل گرفت. این گروه بر این باورند که طبی‌سازی در بسیاری از موارد دستاوردهای مثبتی داشته است که نگاه بدبینانۀ جامعه‌شناختی مانع از توجه بدانها شده است. طبی‌سازی سبب توجه بیشتر به رفع مشکلات روانی شده است. افزون بر این هم ابتکارات حوزۀ سلامت را سرعت بخشیده است و هم نشانه‌ای از گسترش علوم زیست‌پزشکی است. بسیاری از مسائل پیش از این در متون پزشکی نبوده و اخیراً بدانها افزوده شده این نیست که این مسائل اساساً پزشکی نبوده‌اند بلکه به دلیل فقدان دانش کافی و نبود پژوهش‌های پایه مرتبط رخ داده است. بدیهی است با پیشرفت علم و ارتقای سطح دانشمان حالا دریافته‌ایم که اعتیاد، چاقی و افسردگی هم بیماری هستند. به بیان فلسفی اینها کشف شده‌اند نه جعل. طبی‌سازی به معنای گسترش روزافزون پزشکی در اصل به دلیل پیشرفت دانش علمی ما و کشف بیماری‌هایی است که تاکنون به دلیل کاستی دانشمان از آنها بی‌اطلاع بودیم. به همین دلیل طبی‌سازی به معنای دست‌اندازی و سلطه به حوزه‌های دیگر نیست بلکه در اصل همۀ این مسائل از پیش در حوزۀ پزشکی قرار داشته‌اند. از سوی دیگر مطالعاتی همچون پژوهش کوهلر رایسمن (1989) نشان داد که چگونه در قرن نوزدهم زنان به‌تدریج برای زایمان به پزشکان مراجعه کردند زیرا احساس می‌کردند پزشکی می‌تواند درد زایمانشان را تسکین دهد و باور داشتند که در سیستم پزشکی، خود و فرزندانشان از سلامت بیشتری برخوردار خواهند بود. پس از آن بود که به‌تدریج تمام مراحل مربوط به سیستم موالید از بارداری تا تولد، از جلوگیری از بارداری تا سقط و از قاعدگی تا یائسگی طبی شدند. بر پایۀ چنین مطالعاتی پیش‌فرض منفعل‌بودن جامعه در فرآیند طبی‌سازی مورد تردید جدی قرار گرفت. رویکرد اخلاق زیستی بر این باور است که طبی‌سازی خوب و بد وجود دارد و نباید طبی‌سازی را یکسره طرد کرد بلکه با اتخاذ رویکردی اخلاق‌زیستی باید آنها را غربال کرد و سره را از ناسره تمیز داد. بر این اساس طبی‌سازی‌هایی که مبتنی بر شواهد زیست‌پزشکی کافی (مولکولی-ژنتیکی) هستند قابل دفاع یا خوب محسوب می‌شوند و طبی‌سازی‌هایی که شواهد علمی کافی در مورد آنها وجود ندارد باید کنار گذاشته شوند.

طبی‌سازی به‌مثابه تکنولوژی

در پس انتقادات به‌جا و تندی که به طبی‌سازی شده است تا کنون چارچوب نظری منسجمی برای فهم و دریافت نحوۀ تعامل با این پدیده به دست داده نشده است. هم رویکرد جامعه‌شناختی و هم رویکرد اخلاق‌زیستی نسبت به دو امر بنیادین غفلت کرده‌اند. یکی غفلت از مبانی علم‌شناختی پزشکی و تعامل علم و تکنولوژی با پراکتیس یا کارورزی پزشکی (طبابت) و توجه به مبانی هستی‌شناختی و معرفت‌شناختی سلامت و بیماری است. پزشکی شامل سه حوزۀ اصلی طبابت، پژوهش‌های بالینی و پژوهش‌های پایه است که در آن طبابت نسبت به دو حوزۀ دیگر تقدم دارد و دو بخش دیگر، یعنی پژوهش بالینی و علوم پایه، بر مدار آن می‌گردند. پزشکی فعالیت ناظر به غایت و هدف حفظ سلامت و اعادۀ آن به وقت بیماری است. اگر این فعالیت هدفمند از پزشکی گرفته شود معنای خود را از دست خواهد داد. این درست است که پزشکی رایج از یافته‌های علمی و ابزار تکنولوژیک بهره می‌گیرد اما در عمل پژوهش‌های علمی و ابزارهای تکنولوژیک باید در راستای هدف اعلای طب باشد وگرنه اصلاً در حوزۀ علوم زیست‌پزشکی جای نمی‌گیرد. در هر دو رویکرد جامعه‌شناختی و اخلاق‌زیستی به طبی‌سازی به جنبۀ عملی پزشکی و الویت آن بر جنبه‌های علمی و تکنیکی غفلت صورت گرفته بود و به همین دلیل هیچ‌کدام چارچوب مناسبی برای فهم این پدیده عرضه نمی‌کردند.محور دیگری که در هر دو رویکرد به طبی‌سازی مغفول است مفهوم سلامت و بیماری در پزشکی است. یکی از انتقادات جدی که به تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) شده است فراهم‌کردن بستری مناسب برای طبی‌سازی است. از آنجا که این سازمان سلامت را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند و هیچ کسی از رفاه کامل در هر سه جنبه برخوردار نیست، لاجرم همه بیمار هستند و نیاز به اقدام یا مداخلۀ پزشکی دارند. به همین دلیل می‌توان این تعریف از سلامت را رانۀ اصلی طبی‌سازی دانست. گسترش روزافزون پدیدۀ طبی‌سازی این نگرانی فزاینده را دامن زده است که عنان امور از دست خارج شده است و پزشکی بر سرتاسر زندگی انسان مستولی گشته. نقد بر طبی‌سازی تلویحاً آن را همچون فرانکنشتاین فهم می‌کند که خالقش نیز نمی‌تواند آن را کنترل کند و خود مقهور آن می‌شود.در این نوشتار «طبی‌سازی به‌مثابه تکنولوژی» به‌عنوان چارچوبی برای فهم این پدیده پیشنهاد و تشریح خواهد شود.[[7]](#footnote-8) به بیان دیگر مدعای نگارنده در این چارچوب دو محور اصلی تبدیل سلامت به محصول (همچون بینی زیبا، زندگی شاد، حافظۀ بهتر، شکم کوچک‌) و تبدیل پزشکی از هنری شفابخش به گونه‌ای علوم مهندسی مورد بحث قرار خواهد گرفت. به سخن دیگر سلامت مصنوع تکنیکی یا محصول نهایی فرآیند تکنولوژیک طبی‌سازی است. در این صورت‌بندی نشان داده خواهد شد که کارورزی پزشکی (طبابت) خود نوعی پراکتیس است. طبی‌سازی نوعی تکنولوژی است که با بهره‌گرفتن از سازوکار و ادبیات پزشکی غایتی جز غایت طبابت را دنبال می‌کند.

اگر الگوی حاکم بر تکنولوژی وسیله-هدف باشد در مورد طبی‌سازی غایت یا هدف ساختن سلامت به‌مثابه محصول است و برای رسیدن به این هدف باید از وسایلی بهره برد که مداخلات تشخیصی-درمانی پزشکی هستند. مثلا ما می‌خواهیم بینی زیبایی داشته باشیم پس محصول نهایی مداخلات پزشکی یک بینی زیباست و برای رسیدن به این بینی باید اقدامات و مداخلاتی صورت پذیرد. اما یک ویژگی منحصر بفرد پزشکی این است که کاربر، طراح و تکنیسین در اینجا در یک زمان درگیر کار هستند. به روال معمول طراحان مصنوعی را طراحی می‌کنند، مهندسان آن را می‌سازند، و کاربران از آن استفاده می‌کنند. در پزشکی اما الگوی متفاوتی حاکم است و درهم‌تنیدگی میان همۀ این کنشگران در بستر سیستمی اجتماعی‌تکنیکی در درک طبی‌سازی کلیدی است. در چارچوب ایدۀ طبی‌سازی به‌مثابه تکنولوژی هم سلامت و هم بیماری مصنوع یا محصول طبی‌سازی هستند. به بیان دیگر یکی از مقومات طبی‌سازی برساختن بیماری و سلامت به‌عنوان محصولات است. واردشدن بیماری‌های نوظهور به طبقه‌بندی بیماری‌ها که به نوعی ارزش‌هایی تکنولوژیک هستند نشان می‌دهد که فرآیند طبی‌شدن، فرآیندی تکنولوژیک است و به همان صفت بی‌قرار و لجام‌گسیخته. از سوی دیگر، ورود این مفاهیم به حوزۀ طب نشان می‌دهد که جامعۀ مدرن چنان بی‌تاب و بی‌قرار است که هیچ مسئله و مشکلی را برنمی‌تابد و به قول برگمان صبوری و شکیبایی خود را از دست داده است و از همین رو باز هم دست به دامان تکنولوژی دیگری می‌شود تا مشکلی را که خود تکنولوژی ایجاد کرده بود به نوعی مرتفع کند. به این ترتیب به باور برگمان در عصر تکنولوژیک تنها راه رهایی جایگزین یک تکنولوژی با تکنولوژی دیگر است. برگمان در کتاب *Crossing the Postmodern Divide*(1993) مثال جالبی می‌آورد که بسیار بصیرت‌زاست. او به ابداع مفهوم بیش‌فعالی در قرن بیستم و ورود آن به گفتمان پزشکی اشاره دارد. اولین ظهور این مفهوم در تحقیقاتی است که دهۀ شصت میلادی، فریدمن و روسمان انجام دادند. آنها پیوندی قوی میان سکتۀ قلبی و یک تیپ شخصیتی که آن را A نام‌گذاری کردند، یافتند. این تیپ شخصیتی افرادی هستند رقابت‌جو، بی‌قرار، منظم، تهاجمی و بسیار متعهد و مسئول در قبال کار. به بیان برگمان این تیپ شخصیتی شیوۀ زندگی در فشار به معنای واقعی را نشان می‌دهد. برگمان در اینجا با برشمردن ویژگی‌های تکنولوژی مدرن که همانا بی‌قراری و نامحدودبودن آن است نشان می‌دهد که چگونه چیزی که محققان تیپ شخصیتی A می‌خوانند بازتابی از ویژگی‌های تکنولوژی مدرن در زیست انسانی است. برگمان در اینجا اشاره می‌کند که چگونه در این مفهوم ناسازگاری وجود دارد زیرا در حالی که این ویژگی‌ها برای تکنولوژی بسیار ممدوح و مطلوب است، عاملی خطرناک و کشنده برای انسان است. او در ادامه به مفهوم بیش‌فعالی(hyperactivity) در کودکان اشاره می‌کند. بیش‌فعالی در کودکان را -به صورت مخففADHD-یک اختلال رفتاری رشدی است. معمولاً کودک توانایی دقت و تمرکز بر روی یک موضوع را نداشته، یادگیری در او کند است و کودک از فعالیت بدنی غیرمعمول و بسیار بالا برخوردار است. این اختلال با فقدان توجه، فعالیت بیش‌ازحد، رفتارهای تکانشی، یا ترکیبی از این موارد همراه است. برگمان نشان می‌دهد که اینهم همان ویژگی‌های تکنولوژی مدرن است که دوباره و این بار در سنین کودکی ردیابی شده است. جالب این است که بیش‌فعالی را ابتدا در کودکان تعریف کردند، اما کم‌کم دامنۀ آن گسترده و گسترده‌تر شد و در نهایت هم اکنون در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی DSMIV بیش‌فعالی بزرگسالان هم وارد شده است. بر اساس ایده‌ای که در این نوشتار عرضه شد طبی‌سازی نوعی تکنولوژی است که محصول نهایی آن سلامت است. سلامت به‌مثابه محصول سیری تاریخی در طبی‌سازی از ناهنجاری (deviance) به‌سمت تقویت و اصلاح (enhancement) داشته است. در ابتدا طبی‌سازی در کار آن بود که اعوجاجات و ناهنجاری‌های اجتماعی مثل جنون، الکلیسم، اعتیاد را که به‌عنوان جرم، بزهکاری و بزه تلقی می‌شدند به‌صورت بیماری صورت‌بندی کند و سپس برای آنها درمانی ارائه دهد. شواهدی که میشل فوکو در تاریخ جنون می‌آورد به روشنی نشان می‌دهد که چگونه دیوانگان و مجانین که تا قرن 18 در زندان‌ها و در کنار دزدان و قاتلان نگهداری می‌شدند، رفته‌رفته به بیمارستان‌های روانی منتقل شدند و به جای زندانبانان، پزشکان وظیفۀ نگهداری از آنان را بر عهده گرفتند (فوکو، 1390). پس از آن بود که ناهنجاری‌هایی اجتماعی مانند الکلیسم و اعتیاد این امکان را یافتند تا به‌عنوان مسائل طبی تعریف ‌شوند که برای مرتفع‌کردنشان راه‌حل‌های طبی پیشنهاد گردد. سیاهۀ ناهنجاری‌های اجتماعی که قابلیت تبدیل‌شدن به شکایت طبی را دارند، باز است و می‌توان انواع و اقسام موارد را به آن افزود. این اولین موج طبی‌سازی است. پس از آن در پایان قرن نوزدهم و اویل قرن بیستم و در پی موفقیت‌های بزرگ و عظیم علم پزشکی مثل کشف واکسنها و داروهای دیگر، و پیشرفتهای بزرگ در جراحی، وقایع زندگی (life cycle) - مثل تولد، مرگ، زایمان، نوجوانی، پیری، جوانی، و یائسگی- طبی شدند. اکنون دیگر کمتر تولدی خارج از بیمارستان اتفاق می‌افتد و کمتر مرگی. هیچ زن بارداری نیست که سونوگرافی نکند و هیچ نوزادی نیست که برای مراقبت نزد پزشک کودکان برده نشود. در مرحلۀ بعدی مخصوصاً در پی پیشرفت‌های روان‌پزشکی، مشکلات زندگی روزمره مثل خشم، اضطراب، ترس، افسردگی، چاقی و لاغری و مثال‌های متعدد دیگر وارد گفتمان پزشکی شدند و برای آنها دارو تجویز شد. به تعبیر دیگر این مسائل و مشکلات زندگی روزمره که به‌عنوان موضوعاتی معمولی و طبیعی تلقی می‌شدند، کم‌کم به سلک بیماری درآمدند و اکنون بسیاری از مردم در تمام جهان برای غلبه بر این مشکلات دارو مصرف می‌کنند و به روان‌پزشک و روان‌شناس مراجعه می‌کنند. طبی‌شدن فعالیت‌های روزمره: ازدواج، کار، رانندگی، آموزش، غذاخوردن، و اکثر فعالیت‌های انسانی یکی دیگر از گستره‌های طبی‌سازی است. طبی‌شدن مناسک دینی مانند روزه، و سایر مناسک دینی هم در جامعۀ ما در حال اتفاق‌افتادن است. حتی طبی‌سازی اعتقادات هم در حال رخ‌دادن است مثل اینکه اعتقادات دینی در درمان بیماری‌ها موثر هستند یا اعتقادات دینی با کاهش استرس دینداران در زندگی سالم‌تر آنها نقش دارند. اما در این سیر آخرین مرحلۀ طبی‌سازی که به‌عنوان اصلاح یا تقویت بدن و روان انسان نامیده می‌شود، یکسره داستان متفاوتی دارد. این صورت از طبی‌سازی دیگر با بیماری سروکار ندارد و هدف آن هرچه بهترکردن توان انسان سالم در زمینه‌های مختلف است. دیگر لازم نیست از بیماری و ناهنجاری سخن بگوییم. اینجا هدف این است که نارسایی‌ها و نقصان‌های ذاتی بدن انسان اصلاح شوند، اما در شرایط عدم حضور بیماری. به تعبیر دیگر، در این نگاه طبی‌سازی دیگر فقط به دنبال بیماران نیست، بلکه تمام ابناء بشر در پروژۀ طبی‌سازی مورد توجه هستند. به‌عنوان مثال، می‌توان به دو نمونۀ جراحی‌های زیبایی و ویاگرا اشاره کرد. ابتدا به جراحی‌های زیبایی می‌پردازم که روزبه‌روز در حال گسترش است. جراحی‌های زیبایی ابتدا برای اصلاح آسیب‌های شدید مثل سوختگی‌های ناشی از جنگ ابداع شد و هدف آن بازسازی چهره و سایر اندام‌های از دست‌رفتۀ قربانیان بود. کم‌کم توجه جامعه هم به این نوع جراحی جلب شد و بینی، نامزد اولیه برای این نوع جراحی بود. پس از آن سایر اعضا هم کم‌کم به این پروژه پیوستند طوری که امروزه کمتر عضوی از بدن هست که از اینگونه جراحی‌ها در امان مانده باشد. چیزی که از این مثال تاریخی به‌خوبی می‌توان دریافت این است که چگونه اعمال و دستکاری‌های پزشکی که بدواً برای درمان بیماران اختصاص یافته بود، تسری یافت و همۀ جامعه را دربرگرفت. جدیدترین نمونه‌ها از طبی‌سازی به واسطۀ چند دگرگونی بنیادین اتفاق افتاد که یکسره با سایر انواع طبی‌سازی متفاوت است. یکی آنکه طبی‌سازی از توجه به بیماری معطوف به تقویت بدن سالم شد. به بیان دیگر، این پرسش به میان آمد که آیا می‌توان پیر نشد؟ آیا می‌توان زیباتر شد؟ آیا می‌توان اندام‌های بدن را به میل خود طراحی کرد؟ و هزاران پرسش دیگر از این دست. به این شکل سیر حرکت طبی‌سازی از اضافه‌کردن سیاهۀ بیماری‌ها به سمتی دیگر رفت که غایت آن طراحی انسانی جدید یا ابرانسان بود. به این ترتیب، وظیفۀ پزشکان هم تغییر کرد و این به واسطۀ امکاناتی بود که تکنولوژی‌های جدید پزشکی در اختیار پزشکان قرار داده است. انواع و اقسام جراحی‌های زیبایی از قبیل جراحی‌های بینی، گونه، پلک، شکم و... از این دست هستند. اما در این میان مهندسی ژنتیک و سلول‌های بنیادی است که امکان دستکاری‌های بسیار اساسی را فراهم می‌کند و افق‌هایی را از دستکاری تکنولوژیک در حیات بشری ترسیم می‌کند که مهیب و رعب‌آور است. به‌عنوان مثال این امکان هم اکنون فراهم است که یک سلول از یک فرد گرفته شود و از آن سلول تمامی کالبد همان را دوباره بسازند مثل آنکه کپی برابر اصل تهیه شده باشد. به این فرآیند همانند‌سازی یا کلونینگ می‌گویند. به این ترتیب می‌توان تصور کرد هر فرد برای خود یک مزرعۀ انسانی بسازد و هر زمان نیاز به عضوی داشت از کپی‌های خود استفاده کند. مثال دیگر، داروی ویاگرا است. این دارو برای بیماران دیابتی و دیگر بیماران که مشکل نعوظ داشتند تولید شد، اما اکنون به‌عنوان دارویی برای تقویت قوای جنسی در افرادی که بیمار نیستند هم مورد مصرف قرار می‌گیرد. این سیر تاریخی به روشنی سیری‌ناپذیری و میل به گسترش را در فرآیند طبی‌سازی نشان می‌دهد. به این ترتیب سلامت به‌عنوان محصول طبی‌سازی هر روز بر تنوع خود می‌افزاید و همان گونه که در ابتدا سلامت‌سازی حاصل زدودن اعتیاد و جنون بود هم اکنون تقویت و توان‌افزایی محصولات سلامت است.طبی‌سازی خود نشان از این دارد که تصویر پزشکی به‌مثابه هنر شفابخش به سرعت در حال تغییر و تبدیل شدن به علوم مهندسی است. اما پیش از آنکه در این ادعا تأمل بیشتری بکنیم باید میان کارورزی در مهندسی و پژوهش علمی در آن تمایزی افکنیم. کارورزی در مهندسی یعنی طراحی ماده یا ابزاری برای رسیدن به هدفی خاص. علوم مهندسی در مقابل حوزه‌ای است که در آن شیوه‌های طراحی مواد و وسایل برای نیل به اهداف خاص پژوهش می‌شوند. در این پژوهش‌ها امر مهم، نشان‌دادن تأثیر بیشتر روش مورد نظر در مقایسۀ با سایر روش‌هاست. علوم مهندسی مبتنی بر روابط وسیله-هدف (means-ends) است که در آن وسایل همان ابزارها و مواد هستند. به بیان دیگر پژوهش در علوم مهندسی، پژوهش در کارآمدی وسایل است و دانشی که از این رهگذر به دست می‌آید دانشی عملی است از این رو دانش مهندسی دانش عملی محسوب می‌شود. راهی که این علوم برای رسیدن به هدفی خاص پیشنهاد می‌کنند، کاربست مواد و وسایل است. ما پزشکی را دانشی عملی می‌دانیم چرا که از طریق پژوهش‌های زیست‌پزشکی و بالینی و بر مبنای روابط وسیله-هدف دانش عملی موثر بالینی حاصل می‌شود. بنابراین اعمال تشخیصی یا بالینی که بخش مهم دانش عملی پزشکی هستند تنها در مورد اثربخشی اعمال مختلف پزشکی (modes of praxis) پژوهش می‌کنند. با آنکه گفته شد این علوم بیشتر در کار وسایل هستند و نه غایات، اما در مواردی هم غایات را جعل می‌کنند مثل درمان با سلول‌های بنیادین و پژوهش در این امر که برای رسیدن به این هدف چه اقداماتی را باید انجام دهیم.پزشکی به‌مثابه علوم مهندسی نوعی به تعبیر ارسطویی علم پوئتیک است. علوم پوئتیک در پزشکی شامل ابداع و طراحی روش‌های تشخیصی درمانی و پیشگیری می‌شود. بسیاری از این روش‌ها ابزار و الگوریتم‌های پیچیده‌ای شامل ماشین‌های خودکار را به کار می‌گیرند که بدون دخالت انسان کار نمی‌کند. مثلا دقت کنید به کمپلکس انسان ماشین در ICU یا آزمایشگاه‌های قلب یا اعمال جراحی مغز و اعصاب. روش‌ها و اندازه‌گیری‌ها خلق می‌شوند، طراحی می‌شوند و مهندسی می‌شوند. مثلاً انسولین توسط باکتری‌ای که با مهندسی ژنتیک دستکاری شده است تولید می‌شود و با یک تنظیمگر فازی کار می‌کند. مهندسی پزشکی نمایندۀ پوئسیس پزشکی است که شاخۀ اصلی آن بیوتکنولوژی است و بدون آن هیچ مراقبت سلامت نه قابل عرضه است و نه ممکن. پس اغراق نیست اگر بگوییم با ارزش و فضیلت مهندسی زیست‌پزشکی است که مراقبت از سلامت ممکن شده است که می‌توان آن را علوم مهندسی سلامت و کارروزی مهندسی سلامت خواند. تبدیل‌شدن پزشکی به علوم مهندسی را در صورتبندی هایدگری بهتر می‌توان فهم کرد. وی نشان می‌دهد که تکنولوژی از حیث وجودی مقدم بر علم و از نظر تاریخی متأخر است. ابتدا باید نوعی نگاه که انسان را منبع قابل ذخیره‌ای می‌داند به وجود آید و پس از آن است که علم وارد صحنه می‌شود و آن را تحقق می‌بخشد. این نگاه تکنولوژیک حاصل برقراری نوع خاصی ارتباط با طبیعت است که دستکاری و تعرض، وجه مشخصه آن است و برخاسته از رویکردی است که جهان را منبعی لایزال از انرژی می‌داند که باید استخراج، ذخیره و به کار گرفته شود (هایدگر، 1377). یکی از کاستی‌های جدی در رویکرد جامعه‌شناختی به طبی‌سازی این تلقی است که پزشکی مدرن را زمینه‌ساز و عامل اصلی و بنیادین فرآیند طبی‌سازی می‌داند. همین نگاه تکنولوژیک به انسان است که امروزه بدن انسان را جولانگاه تکنولوژی‌های رنگارنگ کرده و در تلاش است تا جزءجزء جسم و روان آدمی را به منبعی برای ذخیره و کاربست آن تبدیل کند. امروزه بیوتکنولوژی این قدرت را به انسان بخشیده است که بتواند در ژن‌ها به دستکاری و خلق موجودات دست زند. در حال حاضر در مهندسی ژنتیک، دستکاری ژنوم تا آنجا پیش رفته است که مثلاً ژن انسولین انسانی را وارد یک ارگانیسم تک‌سلولی می‌کنند و این تک‌سلولی به کارخانۀ انسولین‌سازی تبدیل شده است. به این ترتیب تعرض گشتل تا آنجا پیش رفته است که بقیۀ موجودات را به منبعی لایزال تبدیل کرده است. بیوتکنولوژی این امکان را فراهم کرده است که از یک سلول انسان موجودی شبیه او را بازسازی کنند. باید توجه داشت که زیستن آمیخته با تکنولوژی در عصر حاضر شیوۀ غالب زندگی است؛ سه دلیل برای فراگیری تکنولوژی: اول اینکه تکنولوژی از اواخر قرن 19 تا اواسط قرن بیستم تاثیرات بسیار مثبتی داشت، دوم آنکه تکنولوژی با اقتصاد پیوند خورد و امر اقتصادی همیشه با بهره‌وری، ارزش افزوده و پیشرفت پیوند خورده است. سوم آنکه اشیای تکنولوژیک با زندگی ما عجین شده‌اند و تصور اینکه بدون آنها بتوانیم زندگی کنیم، متصور نیست. رویکرد «طبی‌سازی به‌مثابه تکنولوژی» بر خلاف دو رویکرد دیگر، رهیافت‌هایی برای مواجهه با طبی‌سازی عرضه می‌کند که در ادامه خواهد آمد. مردم در جوامع مدرن به دنبال تقاضاهای پزشکی هستند تا بتوانند نیازهای زندگی روزانه خود را برطرف سازند. فرآیند صنعتی‌شدن باعث کاهش نفوذ نهادهای اجتماعی مانند خانواده، اجتماع و مذهب شده است؛ این نهادها سبب همگرایی مردم و ایجاد حس عمومی و هویت واحد می‌شدند و منبع باارزشی برای حمایت از فرد در بحرانها و شرایط دشوار زندگی بودند. تضعیف این نهادها به واسطۀ تکنولوژیک‌شدن، آزادی عمل انسان‌ها را محدود کرده و از این رو افراد بشر در بحران‌ها دچار نوعی احساس درماندگی و بی‌پناهی می‌شوند و به طب پناه می‌برند. به‌عنوان مثال پزشکی به مراقبت از سالمندان یا ناتوانان می‌پردازد که پیش از این خانواده‌ها مراقبت از آنها را بر عهده داشتند، یا پزشکی به آرامش روانی آدم‌هایی یاری می‌رساند که پیش از این مذهب یا خانواده این وظیفه را بر دوش می‌کشید.تکنولوژی سبب شده است که فعالیت‌هایی که ما را گرد هم جمع می‌کرد رفته‌رفته از زندگی اجتماعی ما رخت بربندند. برگمان این فعالیت‌ها را فعالیت‌های کانونی و اشیایی که این فعالیت‌ها گرد آنها رخ می‌دهد را اشیای کانونی می‌نامد برگمان می‌گوید (Borgmann, 2003: 293-315; Borgmann, 1984) فعالیت‌هایی مثل تهیۀ غذا و دور میز جمع‌شدن و غذاخوردن، نامه‌نوشتن برای دیگران فعالیت‌هایی جمعی هستند که بار مسئولیتشان به عهدۀ ماست، اما تکنولوژی مثل تلویزیون سبب کمرنگ‌شدن و محوشدن آنها شده است. اگر تلویزیون را در خانه جایی قرار دهیم که تماشای آن به‌راحتی میسر نباشد (نتوانیم لم بدهیم و آن را تماشا کنیم)، در دسترس بودنش مخدوش شده و حالا این امکان به وجود می‌آید که خانه مکانی شود برای پاگرفتن فعالیت‌های کانونی دیگر. به این ترتیب، به باور برگمان امری تکنولوژیک محسوب می‌شود که این فعالیت‌ها را تحت‌الشعاع قرار دهد و کمرنگ کند. برگمان چند مثال از اشیای کانونی می‌آورد مثل شومینه در خانه، غذا ، جام مقدس، دویدن. او دو مثال غذا و دویدن را به‌طور مبسوط شرح می‌دهد. او دویدن در پهنۀ یک دشت و دویدن روی تردمیل را با هم مقایسه می‌کند. به باور برگمان دویدن در پهنۀ دشت فعالیتی کانونی است چرا که ذهن و بدن هر دو گرد هم می‌آیند و معطوف به یک کار هستند، در حالی که در دویدن روی تردمیل انفکاکی میان ذهن و بدن هست، یعنی ذهن می‌تواند کاملاً از بدن منفک شود بدون آنکه در دویدن خللی وارد شود، به همین دلیل موقع دویدن روی آن یا چیزی می‌خوانند یا تلویزیون تماشا می‌کنند و گرنه دویدن روی تردمیل بسیار ملال‌آور و خسته‌کننده می‌شود. به‌عنوان مثال آماده‌کردن غذا و سپس خوردن آنچنان قدرتی دارد که همۀ اعضای خانواده را گرد هم آورد. نقد برگمان به هایدگر از همین موضع او در باب اشیاء و فعالیت‌های کانونی است. برگمان این انتقاد را به هایدگر وارد می‌داند که مثال‌های هایدگر از اشیای کانونی، روستایی و پیش‌تکنولوژیک است و به نوعی نوستالژی، نفرت از تکنولوژی مدرن و بی‌عملی می‌انجامد. از سوی دیگر، رویکرد هایدگر به آن تکنولوژی، فردی است و به عوامل اجتماعی بی‌توجهی می‌کند، به این ترتیب برگمان در مفهوم اشیای کانونی و فعالیت‌های کانونی تلاش می‌کند این دو عنصر را وارد کند.‌ اشیای کانونی حضوری به‌مثابه حاکم و فرمانده دارند و هم ذهن و بدن ما را به هم پیوند می‌دهند و هم ما را با دیگران گرد هم می‌آورند. اشیای کانونی این قدرت را دارند که زندگی ما را حول‌وحوش آنها سامان می‌یابند چرا که به ما می‌گویند چه چیزی مهم است و چه نیست.برای رونق‌دادن فعالیت‌های کانونی، برگمان دو مفهوم را از هم متمایز می‌کند: فعالیت‌هایی با آستانۀ پائین(low threshold) در مقابل آستانۀ بالا(high threshold). دیدن تلویزیون یا بازی کامپیوتری آستانۀ پائینی دارند به این معنی که به‌راحتی در دسترس هستند و به همین دلیل تاثیر آنها هم کمتر و زودگذر است. مطالعات روان‌شناختی نشان داده‌اند اکثر تماشاکنندگان تلویزیون بعد از دو ساعت تماشای تلویزیون احساس دلزدگی و کسالت دارند. در عوض فعالیت‌های کانونی، آستانۀ بالایی دارند و به همین دلیل پس از انجام آنها احساس ابتهاج و نشاط به شرکت‌کنندگان دست می‌دهد. او بر این باور است که سختی فعالیت‌های کانونی نوعی مسئولیت اخلاقی است که قرین درد و رنج و دلزدگی است و همین است که انجام فعالیت‌های کانونی را دشوار می‌کند. از نگاه برگمان تکنولوژی چیزی است که فعالیت‌های کانونی ما را از میان برده است. از این منظر، طبی‌سازی هم باید فرآیندی باشد که فعالیت‌های کانونی ما را از هم می‌گسلد. این دو مثال می‌تواند به‌خوبی تبیین‌کنندۀ نگاه برگمان باشد. یکی از مهم‌ترین رخدادها در تاریخ طب که بسیاری از فعالیت‌های کانونی را از میان برده است، تولد بیمارستان بود. زایمان تا اواخر قرن نوزدهم رخدادی بود که در خانه‌ها اتفاق می‌افتاد و ربطی به طب‌وطبابت نداشت. در آن دوره مسئول زایمان زنان باردار، ماماها بودند یا به قول دیگر قابله‌ها. زایمان و بارداری نه موضوعی طبی، بلکه بخشی از زندگی روزمره بود. زایمان مانند کانونی بود که همۀ اعضای خانواده را گرد هم می‌آورد. این فعالیت اکنون به بیمارستان منتقل شده و از همین رو کانونی‌بودن خود را از دست داده است. به این شکل زن باردار باید در بیمارستان بستری شده و تحت مراقبت‌های پزشکی قرار گیرد. طبیعی است حلقه‌ای که در خانه گرد زن باردار شکل می‌گرفت اینجا در بیمارستان قوام نمی‌گیرد. یکی از درگیری‌های همیشگی در ورودی‌های بیمارستان‌ها تلاش همراهان زنان باردار برای ورود به بیمارستان است، گو اینکه این تنش دائمی نشانگر از میان‌رفتن این کانون به دلیل طبی‌سازی زایمان است. به باور برگمان برای مقابله با این سیطرۀ تکنولوژیک تنها راه، ایجاد فعالیت‌های کانونی جدید است. روند طبی‌زدایی زایمان مثلاً در کشوری مثل هلند مثالی از چنین فعالیتی است. هلند کشوری است که بیشترین تعداد زایمان‌های خانگی را داراست و دولت هم مردم را تشویق می‌کند که در خانه زایمان کنند و برای اینکار تمام امکانات را هم به‌صورت رایگان در اختیار آنها قرار می‌دهد و دلیلش را هم فضای امن خانه و آلودگی کمتر آن نسبت به بیمارستان عنوان می‌کنند. زایمان در خانه توسط ماما انجام می‌شود که همیشه چند دستیار هم او را همراهی می‌کنند. در حین زایمان اگر ماما احساس کند که زایمان در خانه مشکل آفرین خواهد بود بلافاصله زائو را به بیمارستان می‌فرستد.

دومین مثال در این مورد، خودِ بیماری است و مفاهیمی مثال عیادت، و گرد هم آمدن خانواده اطراف بیمار. تا پیش از تولد بیمارستان، بیماری بهانه‌ای بود برای تجدید دیدار با فرد بیمار. کانونی حول‌وحوش بیماری شکل می‌گرفت که در حلقۀ اول خانوادۀ بیمار و حلقه‌های پیرامونی آن سایر افراد مرتبط با بیمار قرار می‌گرفتند. در سنت ما بسیار در مورد آداب عیادت از بیمار سخن گفته شده است. همۀ این فعالیت‌ها که حول‌وحوش بیماری به‌مثابه یک شیء کانونی شکل می‌گرفت با تولد بیمارستان دستخوش تحولات جدی می‌شود: اول از همه بیمار از محیط آشنا و مالوف خود بریده شده، وارد محیط ناآشنای بیمارستان می‌شود. لباس‌های بیمار از او گرفته شده و لباس متحدالشکل به تن می‌کند، همۀ اینها این احساس را در بیمار تقویت می‌کند که فردیت او از دست رفته است. از سوی دیگر با محدودکردن تعداد همراه و محدودکردن ساعات ملاقات عملاً فعالیت‌های کانونی از دست می‌رود. بنابراین به‌طور خلاصه دو موضوع به‌عنوان اشیای کانونی و فعالیت‌های کانونی مطرح شد که اکنون عملکرد خود را از دست داده است: یکی بیماری و دیگری زایمان. همانطور که گفته شد برگمان راه‌حل را در احیای فعالیت‌های کانونی می‌داند که یکی از مصادیق آن انجمن‌هایی است که حول‌وحوش بیماری‌ها شکل گرفته‌اند. یکی از معروف‌ترین آنها، انجمن معتادان گمنام یا NA است. کانون‌هایی مثل معتادان گمنام یا انجمن‌های بیماران سبب می‌شوند بیماری به جای آنکه عامل دورشدن انسان‌ها از هم باشد به شیئی کانونی برای گرد هم جمع‌شدن آنها بدل شود. روش اصلی بهبودی در انجمن، کمک یک معتاد به معتاد دیگر است. اعضا با حرف‌زدن دربارۀ تجربیات و رهایی‌شان از مصرف مواد مخدر، در جلسات شرکت می‌کنند. همچنین اعضای باتجربه‌تر (که به راهنما معروف‌اند)، به‌طور فردی با اعضای جدیدتر تعامل دارند. ساختار جلساتNAغیررسمی است و در مکانی که توسط گروه اجاره می‌شود، برگزار می‌گردد و اعضا که به نوبت ادارۀ جلسات را بر عهده می‌گیرند. هزینۀ جلسات و سایر خدمات به‌طور کامل از محل کمک‌های داوطلبانه اعضای معتاد و فروش نشریات بهبودی، تأمین می‌گردد. جلسات اشکال گوناگونی دارند: مشارکت، سخنران، پرسش‌وپاسخ، موضوعی و برخی نیز ترکیبی از موارد بالا می‌باشند. به این ترتیب به نظر می‌رسد که کانون‌هایی از این دست، روند طبی‌زدایی را در دستور کار قرار داده‌اند چرا که اولاً نهاد پزشکی را از گفتمان خود کنار گذاشته‌اند و ثانیاً تلاش می‌کنند تا با تعامل اجتماعی بر اعتیاد غلبه کنند؛ البته نباید فراموش کرد که طبی‌سازی اعتیاد، مجال تشکیل چنین انجمن‌هایی را فراهم کرد وگرنه تا قبل از آن جمع‌شدن معتادانی در کنار هم به‌عنوان بزهکار و مجرم ، مانند تشکیل یک گنگ یا دارودستۀ تبهکار بود. پس به نظر می‌رسد می‌توان با دیدگاه برگمان فرآیند طبی‌سازی و طبی‌زدایی را تبیین کرد و در برهم‌کنش آنها نشان داد که طبی‌سازی چگونه به‌عنوان یک تکنولوژی عمل می‌کند.مبتنی بر آرای فینبرگ می‌توان به رهیافت دیگری در برخورد با طبی‌سازی دست یازید. فینبرگ بر این باور است به‌طور موضعی می‌توان محدودیت‌های اخلاقی یا سیاسی بر تکنولوژی اعمال کرد، اما بر مبنای تجربۀ تاریخی غیرممکن است بتوان با کاربست تکنولوژی به‌طور بنیادین تمدن دیگری بنا کرد. فینبرگ بر خلاف هایدگر نوعی کنش‌گری انتقادی-اجتماعی در مواجهه با تکنولوژی را سرلوحۀ خود قرار می‌داد و روش خود را "نظریۀ انتقادی تکنولوژی" یا "ابزارگرایی ثانویه" می‌خواند. فینبرگ نظریۀ خود را جایی میان تصویر ناکجاآبادی(اتوپیایی) از تکنولوژی و طرد یکسرۀ آن می‌داند. او معتقد است در تعریف امروزی از تکنولوژی میان مردم و متخصصان تکنولوژی دیواری بلند کشیده شده که فهم از تکنولوژی را دچار نارسایی کرده است و باید با برداشتن این دیوار بکوشیم به این پرسش پاسخ دهیم که چگونه می‌توان تکنولوژی را برای انطباق با نیازهای جامعه‌ای آزادتر بازسازی کرد. فینبرگ آنجا که معتقد است تکنولوژی بیش از صرف ابزار است، جهان ما را بی‌توجه به آنکه ما چه می‌خواهیم شکل می‌دهد، انتخاب آزاد در تکنولوژی معنایی ندارد و تکنولوژی خواست خود را بر ما تحمیل می‌کند، بسیار به آراء هایدگر نزدیک است چرا که بر دترمینیسم و خودمداری تکنولوژی صحه می‌گذارد. اما او میان دو مقام تمایز می‌گذارد و همین جاست که از هایدگر پیوند می‌گسلد. او بر این باور است که در انتخاب تکنولوژی نوعی آزادی و اختیار وجود دارد، اما به محض آنکه تکنولوژی را انتخاب کردیم جبریت و خودمداری آن بر ما تحمیل می‌شود. به این ترتیب فینبرگ پدیدۀ تکنولوژیک را به‌تمامی واجد ذات مستقل نمی‌داند و به آراء ابزارگرایان نزدیک می‌شود؛ چرا که یکسره جبریت و قطعیت تکنولوژی را نمی‌پذیرد، اما بر خلاف ابزارگرایان به‌سختی با خنثی‌بودن تکنولوژی مخالف است و معتقد است این عقلانیت تکنولوژیک است که عقلانیت سیاسی تولید می‌کند . به باور فینبرگ، ارزش‌های یک سیستم اجتماعی و طبقات اجتماعی‌اش ابتدا در فرآیندهای تکنولوژیک آن مندرج است و سپس به ارزش‌های سیاسی-اجتماعی آن تسری می‌یابد. لذا فینبرگ عقلانیت تکنولوژیک را بر انواع دیگر عقلانیت مثلاً سیاسی یا اجتماعی مقدم می‌داند. به این شکل عقلانیت تکنولوژیک نه می‌تواند ایدئولوژی باشد و نه بازتابی از قوانین حاکم بر طبیعت است. عقلانیت تکنولوژیک جایی میان ایدئولوژی و تکنیک است؛ جایی که این دو با هم آمیخته می‌شوند تا انسان و منابع را توسط چیزی که فینبرگ کدهای تکنولوژیک می‌خواند کنترل می‌کنند. او نشان می‌دهد که عقلانیت تکنولوژیک از طریق کدهای تکنولوژیک در ارزش‌های ما، قوانین ما و اشیای اطراف ما رسوب یافته است.

تکنولوژی چیزی به معنای مصطلح کلمه نیست، بلکه امری دو-وجهی (ambivalent) است که میان امکانات متفاوت در سیلان است. این دو-وجهی‌بودن تکنولوژی آن را از خنثی‌بودن می‌اندازد چرا که تکنولوژی نهایتاً در ارزش‌های اجتماعی موثر است. در اینجاست که فینبرگ به یکی از اصلی‌ترین آموزه‌های خود می‌پردازد: تکنولوژی غایت نیست، بلکه تبلور نوعی کشمکش است. تکنولوژی، پارلمان چیزها یا اشیاء است. به نظر می‌رسد فینبرگ در تلاش است تا نشان دهد همیشه می‌توان میان تکنولوژی‌های مختلف آزادانه انتخاب کرد، اما این آزادی فقط در مرحلۀ انتخاب است. در این مرحله است که پارلمان اشیاء معنا می‌یابد. فینبرگ برای توضیح بیشتر دووجهی‌بودن تکنولوژی نشان می‌دهد که همیشه در تمدن مدرن دو الگو یا دو مسیر متفاوت پیش رو بوده است مثلاً می‌توان یک شهر را بر اساس حرکت اتومبیل‌ها طراحی کرد یا بر اساس حرکت وسائل نقلیۀ عمومی. اما این دو-وجهی‌بودن تکنولوژی یک جنبۀ دیگر هم دارد. تکنولوژی هم نقش عامل یا عملگر (operator) بازی می‌کند و هم نقش اشیاء را. اگر این عملگر و اشیاء هر دو موجودات انسانی باشد عمل تکنولوژیک در گفتمان قدرت تبلور می‌یابد. فینبرگ در مورد بیماری ایدز نشان می‌دهد که تبیین دترمینیسیک و خودمختارانه از تکنولوژیک همیشه اقناع‌کننده نیست. از آنجا که بیماری ایدز بیماری کشنده‌ای است بیمارانی که تحت مطالعات کارآزمایی بالینی برای آزمودن داروهای جدید قرار می‌گرفتند شروع به اعتراض کردند. در کارآزمایی‌های بالینی رسم بر این است که بیماران به دو گروه مورد و شاهد تقسیم می‌شوند. در گروه مورد، داروی مورد نظر و در گروه شاهد، دارونما -که در اصل هیچ تاثیری ندارد- تجویز می‌شود و با مقایسۀ پاسخ به درمان در دو گروه، اثربخشی دارو اثبات می‌شود. اعتراض بیماران ایدزی این بود که این روش پژوهش ممکن است شانس زنده‌ماندن را از گروهی دریغ کند. بنابراین آنها با تشکیل تشکل‌هایی به اعتراض برخاستند. در ابتدا این حرکت از سوی پزشکان و پژوهشگران به بهانۀ عوام‌زدگی نادیده‌گرفته‌ شد، اما با تداوم این اعتراضات، کم‌کم و رفته‌رفته روش‌های کارآزمایی بالینی تغییر کرد. فینبرگ از این مثال استفاده می‌کند تا نشان دهد که همیشه این جامعه نیست که باید خود را با روند تکنولوژی سازگار کند، بلکه در بعضی شرایط، این تکنولوژی است که خود را با خواسته‌های گروه‌های اجتماعی هماهنگ می‌کند. در تاریخ تکنولوژی، اختراع دوچرخه مثال دیگری از همین امر است. در آن عصر، دو نوع دوچرخه وجود داشت: دوچرخه‌هایی که یک چرخ بسیار بزرگ داشتند و ارتفاع آنها به حدود 2 متر می‌رسید و دوچرخه‌هایی که شبیه دوچرخه‌های امروزی بودند. دوچرخه‌های چرخ‌بزرگ سرعت بسیار بالایی داشتند ولی در عوض ایمنی آنها پائین بود، در حالی که دوچرخه‌هایی که شبیه دوچرخه‌های امروزی بودند، سرعت پائین‌تری داشتند، اما در عوض ایمنی آنها بسیار بالاتر بود. فینبرگ نشان می‌دهد که در سیری تاریخی، کشمکشی میان طرفداران دو گروه درگرفت، و با وجود اینکه از لحاظ تکنولوژیک دوچرخه‌های چرخ‌بزرگ توجیه بیشتری داشت، در نهایت دوچرخه‌های چرخ‌بزرگ حذف شدند. به این شکل فینبرگ با این مثال تاریخی مفهوم پارلمان اشیاء را به‌خوبی نشان می‌دهد.یکی از مثال‌های دیگری که فینبرگ از آن بهره می‌گیرد، مورد عینک است. به باور فینبرگ، عینک مصداقی از تکنولوژی‌ای است که هیچیک از تبعات منفی را که برای تکنولوژی برمی‌شمرند، ندارد. در کنار عینک، یکی از درمان‌های ضعف چشم که چندی است مورد توجه قرار گرفته است، عمل لیزیک است که نوعی عمل جراحی است که با استفاده از لیزر و شکاف‌دادن قرنیه، ضعف چشم را از بین می‌برند و بیمار از عینک بی‌نیاز می‌شود. به این ترتیب همانطور که فینبرگ نشان می‌دهد دو امکان را تکنولوژی در درمان ضعف چشم پیش روی ما می‌گذارد: عینک و عمل لیزیک. به این ترتیب، می‌توان برای طبی‌سازی درجاتی قائل شد: عینک نوعی طبی‌سازی است با درجۀ بسیار کمتری نسبت به لیزیک. در کارزار رقابت میان عینک و لیزیک، علیرغم آنکه هم میزان تبلیغات برای لیزیک بیشتر بود و هم درآمد بسیار بیشتری را نصیب چشم‌پزشکان می‌کرد، عینک جایگاه خود را از دست نداد. بسیاری از چشم‌پزشکان به واسطۀ عوارض احتمالی که بر لیزیک وارد است، خود از عینک استفاده می‌کنند و به بیماران هم استفاده از آن را توصیه می‌کنند.

دکتر نمازی ضمن تشکر از دکتر منجمی و اساتید حاضر در جلسه بیان کردند در این چند سالی که medicalizationمطرح شده است یک جریان جدی نه فقط در سطح دانشکده های علوم پزشکی بلکه در سطح وزارت خانه به راه افتاده است بطوریکه بیش از 1200 دانشجو در رشته پزشکی موضوع مقاله و پایان نامه خود را طبی سازی انتخاب کرده اند. در فرهنگستان هم به صورت ویژه و خاص بر روی طبی سازی کار می شود. امروزه اگر کسی بخواهد برای بیمه برنامه ریزی کند طبی سازی آن را هم در نظر می گیرد. در درس آداب پزشکی این بحث به شدت پررنگ است.گسترش پزشکی فارغ از اینکه بخواهد خشونت نمادین را القا کند یا بیماری فروشی را مطرح کند در دوسطح مطرح است: سطح داخل یعنی در دل خود پزشکی. دستگاه های سونوگرافی جدید با رزولوشن بالا می آید که اگر در گذشته از هر 10 مریض 3 تا کبد چرب داشت الان با این سطح رزولوشن از هر مریض 9 تا کبد چرب شناسایی می شود. انگار overdiagnosis، یک جور medicalization است که در خود پزشکی اتفاق می افتد. یکی هم در سطح خارج از پزشکی است که زیبایی، عشق، هوش، اخلاق و ...را medicaliz می کند و به تصاحب در می آورد. این قصه سونوگرافی در حوزه زنان چنان گسترش یافته و overdiagnosis شده است که ناگهان جرقه ای می شود برای کسانی که می خواهند آن را درسطح بازار ببرند و تبدیل به سونوی چهار بعدی می شود و دیگر اندیکاسیون داخلی هم ندارد. در واقع سونوی چهار بعدی دیگر overdiagnosis هم نیست و هیچی را پوشش نمی دهد جز اینکه آلبوم بچه کامل می شود و از قبل از تولد آلبوم دارد. لذا من فکر می کنم اگر در طبی سازی به مثابه تکنولوژی هم بشود overdiagnosis را وارد کرد و آن تکنیکی که مدنظر شما بود بین medical practice و تکنولوژی این جا هم خودش را نشان می دهد. اصلا با این ایده شما می توان overdiagnosis را مدیریت کرد. از طرفی باید بگویم به نظر می رسد تلقی عمومی از واژه سلامت به شدت با جهت دهی medicalization و overdiagnosis عجین است یعنی اگر شما آمدید و به آن بار معنایی عرفانی و ادبی دادید آنوقت medicalization به همه آن ابعادی که سلامت انبار شده متوجه خواهد شد یعنی فکر نمی کنم در دنیا medicalization معنویت داشته باشیم ولی در ایران این را هم داریم. فرض کنید شما از چایی ای که به تایید ائمه حرف بزنید که خود علمای قم به این قصه معترضند! یا از ماست قرآنی حرف بزنید!

در مورد اخلاق زیستی هم باید بگویم یک زمانی معیار اخلاق زیستی این بود که می گفتند اخلاق جایی وارد می شود که تکلیف علم مشخص نباشد و scientific gap داشته باشیم و هرجا علم مشخص کرده اخلاق مهر تایید به آن می زند. بعدها متوجه شدند علم نمی تواند معیار اخلاق باشد چرا که خیلی اوقات اخلاقیون باید جلوی علم بایستند. چیز دیگری که برای good form medicalization معطوف بودن به درمان است یعنی ممکن است مثلا گوش الاغی درست کردن باشد! اگرچه معطوف بودن به درمان معیار بسنده ای نیست چرا که ممکن است یه نفر بیاید و به شما بگوید اگر من رینوپلاستی نکنم تمام سلامت اجتماعی من از دست می رود و سلامت روانی ما مختل می شود در حالی که شما رینوپلاستی را معطوف به درمان فرض نکردید.

Overdiagnosis گسترش پزشکی است در داخل خودش؛ medicalization گسترش پزشکی است در داخل اجتماع و

Marketization از دست رفتن تولیت پزشکی است یعنی الان بوتاکس را آرایشگاه زنانه تزریق می کند.

آقای دکتر منجمی بیان کردند تمایز مهمی را دکتر نمازی اشاره کردند بین Overdiagnosis و medicalization. این مسئله ابتدا در جامعه شناسی صورت بندی شده است و جامعه شناسان متوجه شدند اموری که جزو حوزه پزشکی نبود مثل زایمان، بوتاکس، یائسگی، شادی، غم، پیری و ...وارد متون پزشکی شد و پزشکان در مورد این ها تدابیر درمانی دارند و مردم به آنها مراجعه می کنند. بعد از طرح مبحث اخلاق پزشکی مسئله Overdiagnosis طرح شد. فرض کنید تا پیش از این قند خون بالای 140 بیماری قند خون محسوب می شد حال اگر معیار برسد به 126 تعداد زیادی از آدم ها که تا پیش ازاین سالم بودند، بیمار می شوند. این حتی از پدیده nonmedical problem به medical problemکه موج اول medicalization بود مهم تر بود و من توجه شما را به جدولی که در مقاله وجود دارد جلب می کنم. در سیر تاریخی آن می بینیم ابتدا بزهکاری به بیماری تبدیل شد بعد اعتیاد یعنی موضوعی که criminalize شده، legalize شده و سپس medicalization می شود. ما روندهای طبیعی زندگی را به مشکلات پزشکی تبدیل کرده ایم مثل بلوغ، بارداری، زایمان و ...بطوری که می بینیم دیگر هیچ زایمانی بیرون از بیمارستان رخ نمی دهد مثل تمام تولدها که در بیماستان است و به هر حال تمام فرایند های معمولی زندگی تحت نظارت پزشکی در آمده است. امروزه در بین دانشجویان استفاده از ریتالین برای تقویت حافظه باب شده است و این یعنی طبی سازی یادگیری. آخرین موج طبی سازی تقویت بدن های سالم است دیگر ما با problem طرف نیستیم بلکه می خواهیم بهتر باشیم حتی گاها دستکاری های ژنتیک مطرح است. جامعه امروز باید به Overdiagnosis حساسیت نشان بدهد چون بودجه های سلامت به آن سو کشیده می شود. همچنین باید به تعریف who از سلامت اشاره کنم که می گوید:« سلامت فقدان بیماری نیست بلکه رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است. این تعریف یک نتیجه بیشتر ندارد. هیچ کدام از ما رفاه کامل جسمی، اجتماعی و روانی نداریم در واقع همه مابیماریم و اتفاقا همین تعریف از سلامت موتور طبی سازی است چون یک طیف است حتی بیکار می شود بیمار! نکته آخر اینکه باید به تمایز treatment و enhancement توجه کرد. Medical practice در کار درمان است ولی طبی سازی در کار enhancement . در مورد اصطلاح demedicalization یا طبی زدایی باید بگویم اگر به تاریخ طبی سازی نگاه کنیم تنها یک مورد طبی زدایی به چشم می خورد و آن راجع به همجنس گرایی است که ابتدا در دهه 60 در DSM دو یا سه بیماری تلقی می شدولی طی فرایندی بیماری زدایی شد. به جز این مورد ما هر روز تعدا بیماریهایمان بیشتر و بیشتر می شود و این موید آن است که این یک تکنولوژی است. اینکه ما یک مسئله را پزشکان بگیریم به معنی demedicalization نیست. اینکه بگوییم تزریق بوتاکس کار پزشکان نیست و آرایشگرها مشغول این کار می شود و عملا مشکل را حل نکرده ایم فقط آن را از تولیت پزشکان در آورده ایم.

دکتر مقدم حیدری به عنوان ناقد دوم ضمن تشکر از اعضا چند سوال مطرح کردند اینکه اهمیت طبی سازی چیست؟ اینکه طب مثل هر رشته ای می خواهد خود را گسترش بدهد با دید جامعه شناختی باید دید و به قول فوکو این یکی از نتایج جامعه انضباطی است یعنی ما قبلا خیلی طبی سازی نداشتیم چون جامعه ما و مناسبات قدرت در جامعه مدرن در دوره مدرن تغییر کرد و جامعه انضباطی شکل گرفت و طب به دلیل برخی ویژگی های خاصی که دارد بیشترین قابلیت را در این جا داشته است و طبی سازی به این ترتیب برجسته شد. سوال دوم اینکه شما با این ایده چه پرتوی بر روی تمایز مسائل طبی و غیر طبی می اندازید؟ شما بی قراری تکنولوژی مدرن را گفتید و آن را به طبی سازی تعمیم دادید. حال اگر بخواهیم این تز شما را ببریم در اِلمان طبی سازی در مورد تکنولوژی بودن طب چه نکاتی را اشاره می کند که دیگران در طبی سازی نتوانستند به آن بپردازند؟

دکتر منجمی در پاسخ گفتند من به بحث موتورهای طبی سازی نپرداخته ام، بخشی که در طبی سازی زیاد به آن پرداخته شده است اما راجع به اینکه چه عواملی سبب می شود که طبی سازی رخ بدهد باید بگویم این تلقی که مثلا طب سنتی، طبی بود که فارغ از طبی سازی بود یک تلقی نادرست است. اگرچه باید دقت کنیم اگر طبی سازی را با تعبیر علم 40-50 سال جدید به آن نگاه کنیم می توانیم مناقشه کنیم اما اگر به متون سنتی نگاه کنید حتی عشق که حتی در طب مدرن بیناری تلقی نشده، بیماری محسوب می شود! این در حالی است که حتی شادی، غم، رانندگی بدف اعتیاد، بداخلاقی، پرخاشگری در طب مدرن بیماری است. نکته بعدی اینکه اگر ما بصورت کلان به موضوع نگاه کنیم متوجه می شویم طبی سازی یکی از عوارض است که جامعه مدرن به آن مبتلاست. در پزشکی تا اتفاق مهم افتاده است یکی اینکه پزشکی بیش از حد علمی و تکنیکی شده است. یعنی هم علمی کردن مفرط و تکنیکی کردن مفرط کار را به اینجا کشانده است. یکی از دلایلی که گفته می شود که چرا همه حوزه های زندگی ما تحت نظارت پزشکی در آمده این است که می گویند این علمی است یعنی ما قبلا نسبت به آن جاهل بودیم. در واقع مردم در جوامع مدرن به دنبال تقاضاهای پزشکی هستند تا بتوانند نیازهای روزمره زندگی خود را برطرف سازند. فرایند صنعتی شدن باعث کاهش نفوذ نهادهای اجتماعی مثل خانوادهف مذهب و اجتماع شده است. این نهاد ها سبب همگرایی مردم و ایجاد حس هویت واحد است. تضعیف این نهاد ها به واسطه تکنولوژی، آزادی عمل انسان ها را محدود کرده لذا افراد بشر در بحران های مختلف احساس درماندگی و بی پناهی می کنند و اتفاقا جایی که خیلی برای این بی پناهی مناسب است«طب» است. به چند دلیل: 1)ابتدا از شما مسئولیت زدایی می کند. وقتی شما می روید پیش یک طبیب و می گویید مشکل دارم اگر سکته باشد، شما متهم نیستید بلکه قربانی یک فرایندی بوده اید. 2)پزشکی بدون اینکه تلاشی برای تغییر نحوه زیستن داشته باشد با تجویز داروهایی می تواند مشکل شما را حل کند. مثل این پرسش های ساده: چی بخورم تا لاغر شوم؟ در صورتیکه می توان به او گفت: «هیچی نخور. راه برو و لاغر شو». ما می خواهیم نحوه زیستن را حفظ کنیم و طبی سازی برای این به کمک می آید. ما برای همه مشکلات دارو می خواهیم گویی پزشکی حد واسط بین علوم طبیعی و علوم انسانی است. به یک مسئله مهم می خواهم اشاره کنم اینکه مسئله این است که آیا « تمایل برده به فرار» که در گذشته یک بیماری بوده واقعا یک بیماری است؟ وقتی من می گویم طبی سازی به مثابه تکنولوژی 2 چیز را متذکر می شوم یکی اینکه ما خودمان آن را می سازیم پس مسئولیت ساختن آن را باید بپذیریم و دوم اینکه به جای پرداختن به صدق و کذب باید به کارآمدی ها توجه کنیم مثل هر تکنولوژی دیگر. ما هنوز بر روی ناوهای بزرگ از اسطرلاب استفاده می کنیم برای جهت یابی این در حالی است که استفاده از اسطرلاب سالها پیش رد شده ولی هنوز دارد کار می کند. اینکه تا کجای مسایل طبی است و تا کجای آن طبی نیست را من ورود نمی کنم بلکه بحث من این است که چیزی که طبی می کنیم اگر به مثابه تکنولوژی با آن برخورد شود چند راه برایش باز می کند اگر ما شبیه مارکسیست ها بگوییم این ها توطئه است و همه این ها برای کسب درآمد بیشتر است 2 پیامد برای ما خواهد داشت: اینکه بگوییم کلا پزشکی به درد ما نمی خورد و دوم اینکه به جای آنکه راهی باز کند برای پوشش های بعدی، نتیجه نهایی کار است. من مانند هایدگر معتقد نیستم تکنولوژی ما را به هر سمتی می برد ولی ما وقتی باب کردیم که اعتیاد بیماری است و بعد آن را بخواهیم درمان کنیم انتخاب این تکنولوژی الزاماتی دارد که باید آن را بپذیریم.

آقای دکتر منصوری به عنوان یکی از حضار بیان کردند ما باید توجه کنیم که رشد تکنولوژی ها از علم متفاوت است و من با شما موافقم که اخلاق زیستی خیلی از امور را نمی بیند و تصور می کند از نقطه نظر علمی می تواند برخی مسایل را حل کند. سیستم های تکنولوژیکی هرچه پیچیده تر می شوند، پدیده های جدیدی را از خودش emerge می کند و وقتی این پدیده ها emerge می شوند جامعه انسانی متوجه آن می شود. جامعه انسانی به دنبال ساختن قانون است و قانون ساختن نوعی تکنولوژی است. ما باید بین دو چیز تفکیک قایل شویم امر قانونی و امر اخلاقی یعنی اینکه خیلی اوقات در طبی سازی یا تکنولوژی ما به بحث اخلاقی می پردازیم و خیلی اوقات هم به بحث قانونی. اینکه یک مبحثی کجا به پزشکی مربوط می شود و کجا از حرفع پزشکی خارج می شود یک بحث قانونی است. باید نشان داد که در حیطه خاصی یا صنف خاصی نباید باشد. حتی طبی سازی ممکن است در یک منطقه ای مجاز باشد و در منطقه ای مجاز نباشد و باید آن را با استفاده از تکنولوژی سر و سامان بدهیم.

یکی از حضار پس از معرفی خود و تقدیر از دکتر منجمی بیان کردند بحث مارکسیست فقط در مورد پزشکان نیست، مارکسیست ها خود پزشکان را مورد اتهام قرار نمی دهند بلکه ساختار را مورد اتهام قرار می دهند. همچنین به مسئله ای عمیق تر از medicalization باید توجه کرد و آن مولفه ای به نام میانگین سازی است. در علوم طبیعی میانگین سازی خیلی مفید است ولی در مورد انسان نمی توان این را مطرح کرد و اعتراض جامعه شناسان به همین نکته است.

دکتر منجمی در پاسخ گفتند به تعبیر گادامر حرفه پزشکی مرز دارد، یک جایی شما بیمار هستید و وارد تعامل با این حرفه می شوید و یک جایی پزشک شما را مرخص می کند اگر شما بیماری ای دارید که تا آخر عمر هر روز باید به پزشک مراجعه کنید یک جایی باید این تمام شود.

آقای دکتر مصلح در جمع بندی نهایی اشاره کردند که بحث دکتر نمازی نوعی وسواس که در جامعه ایجاد شده را نشان می دهد. درباره جنبه مثبت تعریف WHO باید گفت با این تعریف دوگانه انگاری میان بیماری و سلامت از بین رفته و تعریف به صورت طیف می شود و سپس ضمن تشکر از همه اساتید و حضار،پایان جلسه را اعلام کردند.

1. Transform of human condition into treatable problem [↑](#footnote-ref-2)
2. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم (DSM-V) برای تشخیص بیماری‌های روانی مورداستفاده روان‌شناسان و روان‌پزشکان قرار می‌گیرد. [↑](#footnote-ref-3)
3. این باور در اصطلاح عامیانه «چاق و حال» یا «چاق و چله» رسوب یافته است. (فرهنگ فارسی عامیانه، ابولحسن نجفی، ص 407) [↑](#footnote-ref-4)
4. Medical Proffesional Dominance Thesis [↑](#footnote-ref-5)
5. میشل فوکو خود در مصاحبه‌ای اشاره کرده است که نقد او به رویکرد روان‌پزشکی به جنون به معنای نفی بیماری روانی و رهاسازی بیماران در سطح جامعه نبوده است. [↑](#footnote-ref-6)
6. Bioethics [↑](#footnote-ref-7)
7. این ایده ابتدا در مقالۀ طبی‌سازی به‌مثابه تکنولوژی تبیین و نقد با توجه به آرای هایدگر، برگمان، و فینبرگ در باب فلسفۀ تکنولوژی، مجله علمی پژوهشی فلسفه علم، سال سوم، شماره دوم، پائیز و زمستان 1392، صفحه 99-118. مطرح گردید و سپس در دو نوشتار زیر بسط داده شد.

   [How to Prescribe Information: Health Education Without Health Anxiety and Nocebo Effects](http://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=55qLJzQAAAAJ&sortby=pubdate&citation_for_view=55qLJzQAAAAJ:e5wmG9Sq2KIC)(2016). Biosemiotic Medicine, 151-193, 2016, Switzerland: Springer.

   Clinical Practice in the Techno-Science Age: Living in Crisis. Int J Body Mind Culture 2018; 5(2): 84-8. [↑](#footnote-ref-8)