



An Ethical Framework for Medicalization

Masoud Sadeghi ¹

Article info	Abstract
<p>DOI: 10.30470/ER.2025.2003301.1219</p> <p>Review Article</p> <p>Submission History: Received: 10/05/2025 Revised: 22/06/2025 Accepted: 26/07/2025 Published: 06/09/2025</p> <p>Funding/Support: This research has not received any financial support from funding organizations.</p> <p>Extraction: The article is not extracted from thesis.</p>	<p>The term medicalization often originates from the critique of modern medicine in the 1960s and 1970s by Ivan Ilyich, Michel Foucault, Thomas Szézs, and others. According to the literature on this topic, some of the most important examples of medicalized phenomena include shyness, grief, love, addiction, death, poverty, aging, pregnancy, menopause, childbirth, infant feeding, sexual function, temperament, child behavior, race, criminality, beauty, and baldness. The main question in the following article is how to analyze medicalization in the context of ethical issues and, more precisely, to speak of ethical and unethical medicalization or the ethical imperatives of medicalization and to propose criteria or measures for it? If so, what are these criteria and how do they look? In this article, by explaining that medicalization has degrees and also the possibility of distinguishing positive from negative medicalization, based on the factors and contexts of this phenomenon, an attempt is made to propose an ethical framework for medicalization by proposing four criteria.</p> <p>Keywords: Medicalization, Positive Medicalization, Negative Medicalization, Ethical Framework.</p>

1. **Corresponding author**, Associate professor, Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran, masoud.sadeghi@kums.ac.ir.

Introduction

The concept of medicalization was introduced by Irving Zola in 1972 to demonstrate the expansion of medical competence, authority, and practice in broader areas of life, with a more sociological dimension, and as a new topic in the field of sociology of health and medicine. According to Zola, medicalization means the expansion of medicine as an institution and the use of a medical perspective to observe human processes and behaviors (Lantz & Lichtenstein, 2007:1254). Research has long focused on the role of physicians as professional figures who are active and main agents of medicalization. However, recently, this research has also criticized pharmaceutical companies for what they call “hospitalization” and “disease-making” to promote medicalization. In contrast, medical sociologists in the United States have long emphasized the definitional and institutional aspects of medicalization. What is most important to them is how a phenomenon is socially defined and explained within the scope of medicine. A review of the literature on the subject shows that most studies to date have focused on how personal problems such as menopause, eating disorders, suicide, stress, fatigue, infertility, melancholia, pedophilia and hyperactivity have increasingly become a matter of medical control and organization. An example of this process can be seen in the description of male impotence under the label “erectile dysfunction” (Holmqvist, 2009: 407). The focus of these discussions has been largely on how various “disorders” and “deviant” behaviors have been medicalized in order to eventually become more controllable behaviors, and the usual objection is that less attention has been paid to the social aspects of medicalization. For example, New York politicians and the press for a long time consistently linked homelessness to mental illness. That is, they medicalized a socio-economic problem. Although some homeless people were truly mentally ill, most people became homeless because of wage cuts, unemployment, etc. (Holmqvist, 2009, p.406).

Medicalization

From the second half of the 20th century, and against the mainstream of modern medicine, criticisms emerged that indicated the deviation of the art of medicine from the previous scientific and ethical path to the point that, according to some historians of science, doctors were no longer considered saviors and healers, but were more known as greedy monopolists. Of course, we should not ignore the important point that this was not the only factor that paved the way for harsh criticism and the basis of modern medicine. The transformation of medicine into a tool for governance and even repression in Nazi Germany or the former Soviet Union gradually distorted the mythological or sacred image of doctors more than ever (Nye, 2003, p. 117). Similar to what was discussed in the press or public rumors about the role of the Ahmadi doctor after the exile of Reza Shah, and perhaps for the first time, the name of a doctor and medicine was mentioned as a deadly and harmful factor. Some Marxist critics, influenced by Foucault, described the relationship between medical knowledge and physicians with the power structure and recent

governments as an imperialism of coercion. With the explanation that the establishment of some medical rules by force was, rather than the achievement of a specific group of physicians or an iron-hearted and callous medical staff, the product of suggestions that physicians made involuntarily and continuously to manage the situation (Nye, 2003, p.121). Of course, criticism of physicians and medical errors has always been a precedent in the historical and literary past. Hafez's complaint about the arrogance and arrogance of physicians or Obaid Zakani's protesting criticism and bitter humor in referring to the fatal negligence or fault of physicians are illustrative examples of this claim. However, medicalization and its critical literature have targeted something beyond medical error. Although, according to official and reliable reports, one of the main causes of patient death is medical errors, medicalization seeks the main error elsewhere; in the medicalization of non-medical phenomena.

Four Criteria for Ethical Medicalization

Based on the above questions, four ethical criteria can be reached to distinguish an ethical medicalization from an unethical one. These criteria are:

- 1) Correct diagnosis of the problem from a medical perspective
- 2) Lack of influence of exaggerated social insinuations and expectations
- 3) Priority of medical understanding and analysis over other approaches
- 4) Preference of medical solutions over non-medical solutions

Conclusion

To clarify the concept and avoid confusion of definitions and terms, the difference between the two terms medical imperialism and overdiagnosis was clarified with the phenomenon of medicalization. It also became clear that medicalization has degrees and is a gradual process because medicalization can occur in different ways and at least at three distinct levels: conceptual, institutional, and the level of doctor-patient interaction. On this basis, it can be said that a complete and full-fledged medicalization does not always have to occur and only degrees of it may occur. For example, some aspects of a condition may not yet be medicalized or competing definitions may still exist. Some conditions, such as death, childbirth, and severe mental illness, have been almost completely medicalized, but others, such as opioid addiction or menopause, have been only partially medicalized.

It also became clear based on the discussions that over time, some sociologists and bioethicists have tried to address the positive aspects of medicalization. The question of people like Kaczmarek is whether medicalization is always harmful? When does medicine exceed its proper boundaries? His work aims to outline pragmatic criteria for distinguishing between medicalization and overmedicalization.

References

- Carter, Stacy M., et al. (2015). The Challenge of Overdiagnosis Begins With Its Definition. *Bmj*, 350.
- Clarke, Adele E., et al., eds. (2010) *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the US*. Durham: Duke University Press.
- Conrad, Peter., Mackie, T., & Mehrotra, A. (2010). "Estimating the costs of medicalization". *Social Science & Medicine*, 70(12), 1943-1947.
- Conrad, Peter, and Joseph W. Schneider. (1980). "Looking at levels of medicalization: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism". *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(1), 75-79.
- Conrad, Peter. (2007). *The Medicalization of society: On the Transformation of Human Conditions into treatable disorders* (Vol. 14, p. 204). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Eldaly, Abdullah Sami, and Sarah Magdy Mashaly. (2021). "The New Dilemma of Plastic Surgery and Social Media: A Systematic Review". *European Journal of Plastic Surgery*, 1-12.
- Halfmann, David. (2012). "Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices, and Identities". *Health*, 16(2): 186-207.
- Henry, Michael, Jennifer R. Fishman, and Stuart J. Youngner. (2007). "Propranolol and the prevention of post-traumatic stress disorder: Is it wrong to erase the "sting" of bad memories?" *The American Journal of Bioethics*. 7.9: 12-20.
- Hofmann, Bjørn. (2016). *Medicalization and Overdiagnosis: Different but Alike*. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(2), 253-264.
- Holmqvist, Mekaël. (2009). "Medicalization of Unemployment: Individualizing Social Issues as Personal Problems in the Swedish Welfare State". *Work, Employment and Society*, 23(3): 405-421.
- Kaczmarek, Emilia. (2019). "How to Distinguish Medicalization from Over-Medicalization?". *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 119-128.
- Lantz, Paula M., Richard L. Lichtenstein, and Harold A. Pollack. (2007). *Health policy approaches to Population Health: the Limits of Medicalization*. *Health Affairs*, 26(5), 1253-1257.
- Miah, Andy & Rich, Emma. (2008). *The Medicalization of Cyberspace*. Routledge.
- Montemurro, Paolo, et al. (2015). "The Influence of Social Media and Easily Accessible Online Information on the Aesthetic Plastic Surgery Practice: Literature Review and Our Own Experience". *Aesthetic Plastic Surgery*, 39(2): 270-277.
- Nye, Robert A. (2003). "The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century". *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 39.2: 115-129.
- Parens, Erik. (2013). "On good and bad forms of medicalization." *Bioethics*. 27(1): 28-35.
- Sadler, J. Z., Jotterand, F., Lee, S. C., & Inrig, S. (2009). "Can medicalization be Good? Situating Medicalization Within Bioethics". *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30(6): 411-425.
- Strong, Phil M. (1979). "Sociological imperialism and the Profession of Medicine A Critical Examination of the Thesis of Medical Imperialism." *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 13: 199-215.
- Sunstein, Cass. R. (2005). *Laws of Fear: Beyond the Precautionary Principle*. Cambridge University Press.

Tredinnick-Rowe, John. (2020). Maturo, A. and Moretti, V. Digital Health and the Gamification of Life, Bingley: Emerald Publishing 2017. 176 pp (pbk)£ 60.00 (ebk)£ 43.19 ISBN 978-1-78754-366-9. *Sociology of Health & Illness*, 42(4): 959.

Welch, H. Gilbert, Lisa Schwartz, and Steve Woloshin. (2012). *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Beacon Press.



تأملات اخلاقی

دوره ششم، شماره دوم (پیاپی ۲۲)، تابستان ۱۴۰۴، صفحات ۱۸۳-۲۰۷

شاپا الکترونیکی: ۱۱۵۹-۲۷۱۷ / شاپا چاپی: ۴۸۱۰-۲۶۷۶

<https://jer.znu.ac.ir>

تأملات اخلاقی

تشریح فلسفی دانشگاه زنجان

چارچوبی اخلاقی برای پدیده پزشکی سازی

مسعود صادقی^۱

چکیده

ریشه اصطلاح پزشکی سازی اغلب به نقد پزشکی مدرن در دهه شصت و هفتاد میلادی و توسط کسانی چون ایوان ایلچ، میشل فوکو، توماس سزاز و دیگران باز می‌گردد. بر اساس ادبیات این بحث برخی از مهم‌ترین نمونه‌های پدیده‌های پزشکی شده عبارتند از: کم‌رویی، اندوه، عشق، اعتیاد، مرگ، فقر، پیری، بارداری، یائسگی، زایمان، تغذیه نوزاد، عملکرد جنسی، خلق و خو، رفتار کودک، نژاد، جنایتکاری، زیبایی و طاسی. پرسش اصلی در نوشتار پیش‌رو این است که چگونه می‌توان پزشکی سازی را در چارچوب مسائل اخلاقی تحلیل کرد و به تعبیر دقیق‌تر از پزشکی سازی اخلاقی و غیراخلاقی یا بایسته‌های اخلاقی پزشکی سازی سخن گفت و برای آن معیار یا سنجه‌هایی مطرح نمود؟ اگر چنین است، این معیارها از چه قرار و به چه صورت هستند؟ در این مقاله با تبیین درجات پزشکی سازی و نیز امکان تفکیک پزشکی سازی مثبت از منفی، بر اساس عوامل و زمینه‌های این پدیده، تلاش شد با طرح چهار معیار، چارچوبی اخلاقی برای پزشکی سازی پیشنهاد شود.

واژه‌های کلیدی: پزشکی سازی، پزشکی سازی مثبت، پزشکی سازی منفی، چارچوب اخلاقی.

اطلاعات مقاله

DOI:

10.30470/ER.2025.2003301.1219

مقاله مروری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۰

تاریخ اصلاح: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۱۵

استخراج

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه نیست.

حمایت مالی و تعارض منافع

این مقاله هیچگونه حمایت مالی دریافت نکرده است و تعارض منافی ندارد.

۱. نویسنده مسئول، دانشیار گروه اخلاق و آداب پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه، ایران، masoud.sadeghi@kums.ac.ir

مفهوم پزشکی سازی توسط ایروینگ زولا در ۱۹۷۲ میلادی برای نشان دادن گسترش صلاحیت، اختیارات و عملکرد پزشکی در حوزه های گسترده تری از زندگی، بیشتر رویکردی جامعه شناختی، به عنوان موضوعی تازه در حیطه جامعه شناسی سلامت و پزشکی مطرح شد. به اعتقاد زولا پزشکی سازی یعنی گسترش پزشکی به عنوان یک نهاد و استفاده از نظریه پزشکی برای مشاهده فرآیندها و رفتارهای انسانی (Lantz & Lichtenstein, 2007, p.1254). مدت هاست که تحقیق ها بر روی نقش پزشکان به عنوان چهره های حرفه ای که عوامل فعال و اصلی پزشکی سازی هستند متمرکز است. البته در زمان متأخر، در این تحقیق ها از شرکت های داروسازی نیز به واسطه آنچه «بیمار فروشی»^۱ و «بیماری سازی» برای ترویج پزشکی سازی می نامند، انتقاد می شود. در مقابل، جامعه شناسان پزشکی در آمریکا مدت هاست که بر جنبه های تعریفی و نهادی پزشکی سازی تأکید کرده اند. آنچه که بیش از همه برای آنها مهم است، این است که چگونه یک پدیده از نظر اجتماعی در صلاحیت و حیطه پزشکی تعریف می شود و چگونه تبیین می گردد. مروری بر ادبیات بحث نشان می دهد که بیشتر مطالعات تاکنون توجه خود را بر این موضوع متمرکز کرده اند که چگونه مشکلاتی شخصی مانند یائسگی، اختلال در تغذیه، خودکشی، استرس، خستگی، ناباروری، مالیخولیا، پدوفیلی و بیش فعالی به شکلی فزاینده به موضوعی برای کنترل و سازمان دهی پزشکی تبدیل شده اند. نمونه ای از این فرایند را می توان در توصیف ناتوانی جنسی مردان با برچسب «اختلال نعوظ» مشاهده نمود (Holmqvist, 2009, p.407). به طور عمده، کانون توجه در این مباحث این بوده است که چگونه «اختلالات» و رفتارهای «انحرافی» گوناگون، پزشکی سازی شده اند تا در نهایت به رفتارهایی قابل کنترل تر مبدل گردد و به طور معمول، اعتراض بر سر این است که توجه کمتری به وجوه اجتماعی پدیده پزشکی سازی شده است؛ به عنوان مثال، سیاستمداران و مطبوعات نیویورک برای مدتی طولانی پیوسته بی خانمانی را با بیماری روانی مرتبط می دانستند؛ یعنی یک مشکل اجتماعی - اقتصادی را پزشکی جلوه می دادند. اگرچه برخی از افراد بی خانمان در واقع بیمار روانی بودند، اما بیشتر افراد به دلیل کاهش دستمزد، بیکاری و... بی خانمان شده بودند (Holmqvist, 2009, p.406).

دغدغه اصلی نوشتار پیش رو این است که آیا پزشکی سازی به قدر لازم (اگر نگوئیم کافی) از منظر اخلاقی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است؟ آیا این پدیده فاقد سویه ها و تبعات اخلاقی است؟ بی شک چنین نیست. اگر یک ناظر یا تحلیل گر منصف به درستی مفهوم و ابعاد پزشکی سازی را برای خود ترسیم و تصور کند، تصدیق خواهد کرد که این موضوع مستلزم واکاوی اخلاقی است. بر همین مبنا پرسش اصلی در نوشتار پیش رو این است که چگونه می توان پزشکی سازی را در چارچوب مسائل اخلاقی تحلیل کرد و به تعبیر دقیق تر چگونه می توان از پزشکی سازی اخلاقی و غیر اخلاقی یا بایسته های اخلاقی پزشکی سازی سخن گفت و برای آن معیار یا سنجه هایی مطرح نمود؟ این معیارها از چه قرارند و به چه صورت هستند؟ گرچه در موضوع پزشکی سازی به

زبان انگلیسی و در نوشته‌های خارجی آثار بسیار پر بار و گسترده می‌توان یافت، اما شوربختانه در زبان فارسی و نوشته‌های داخلی چنین نیست. به ویژه آنکه تحلیل اخلاقی پدیده پزشکی‌سازی نه فقط در ایران بلکه در جهان نیز به طور نسبی مغفول واقع شده و بتازگی مورد کنکاش نسبی قرار گرفته است.

پزشکی‌سازی

از نیمه دوم قرن بیستم، در مقابل جریان اصلی پزشکی مدرن، انتقاداتی سر برآورد که حاکی از انحراف فن طبابت از مسیر علمی و اخلاقی پیشین بود تا جایی که به تعبیر برخی از مورخان علم، پزشکان دیگر دانشمندانی نجات‌بخش و شفادهنده قلمداد نگشته و بیشتر به عنوان انحصارطلبانی طمع‌ورز شناخته می‌شدند. البته نباید از این نکته مهم غافل بود که این تنها عامل زمینه‌ساز برای انتقادات تند و مبنایی از پزشکی مدرن نبوده است. تبدیل شدن پزشکی به ابزاری برای حکمرانی و حتی سرکوب در آلمان نازی یا اتحاد جماهیر شوروی سابق، رفته‌رفته تصویر اساطیری یا مقدس از پزشکان را بیش از پیش مخدوش ساخته بود (Nye, 2003, p.117). شبیه آنچه که پس از تبعید رضاشاه در مورد نقش پزشک احمدی در مطبوعات یا افواه عامه مطرح شد و شاید برای نخستین بار، نام یک پزشک و پزشکی را به عنوان عاملی مرگ‌آور و مضر بر سر زبان‌ها انداخت. برخی از منتقدان مارکسیست و متأثر از فوکو، رابطه دانش پزشکی و پزشکان با ساختار قدرت و دولت‌های اخیر را تحت عنوان امپریالیسم ناشی از اکراه^۱ توصیف می‌کردند. با این توضیح که حاکم ساختن برخی از قواعد پزشکی با کمک زور، بیش از آنکه دستاورد گروه معینی از پزشکان و یا یک کادر درمان آهنین و سنگدل باشد، محصول پیشنهادهای بود که پزشکان ناخواسته و به صورت پیاپی برای مدیریت اوضاع ارائه می‌نمودند (Nye, 2003, p.121). البته انتقاد از طبیبان و خطای پزشکان همواره در گذشته تاریخی و ادبی مسبوق به سابقه بوده است. گلایه حافظ از ناز و تبختر طبیبان یا نقد اعتراضی و طنز تلخ عبید زاکانی در اشاره به قصور یا تقصیر مرگ‌آور پزشکان نمونه گویای این مدعا است؛ اما پزشکی‌سازی و ادبیات انتقادی آن چیزی فراتر از خطای پزشکی را نشانه گرفته است. اگرچه طبق گزارش‌های رسمی و قابل وثوق یکی از چند عامل اصلی مرگ بیماران خطاهای پزشکی است، ولی پزشکی‌سازی خطای اصلی را در جای دیگری جستجو می‌کند، در پزشکی‌سازی پدیده‌های غیر پزشکی.

ریشه اصطلاح پزشکی‌سازی اغلب به نقد پزشکی مدرن در دهه شصت و هفتاد میلادی و توسط کسانی چون ایوان ایلچ^۲، میشل فوکو^۳، توماس سزاس^۴ و دیگران باز می‌گردد. بر اساس ادبیات این بحث برخی از مهم‌ترین نمونه‌های پدیده‌های پزشکی شده عبارتند از: کمرویی، اندوه، عشق، اعتیاد، مرگ، فقر، پیری، بارداری، یائسگی، زایمان، تغذیه نوزاد، عملکرد جنسی، خلق و خو،

1. reluctant imperialism

2. Ivan Illich

3. Michel Foucault

4. Thomas Szasz

رفتار کودک، نژاد، جنایتکاری، زیبایی، طاسی و... (Hofmann, 2016, p. 255). میشل فوکو (از تحلیلگران اجتماعی بزرگ قرن بیستم) اگرچه معمولاً از اصطلاح پزشکی سازی استفاده نمی‌کرد، اما به «ارائه یک دیدگاه همخوان که تأثیر گفتمان‌های پزشکی^۱ بر زندگی مردم را نشان می‌دهد» تمایل داشت (Conrad, 2007, p.8). بسیاری از مطالعات اولیه فرض می‌کردند که پزشکان کلید درک پزشکی سازی هستند، اما وقتی ایلچ در سال ۱۹۷۶ میلادی از عبارت جذاب اما گمراه کننده «امپریالیسم پزشکی» استفاده کرد، به سرعت مشخص شد که پزشکی سازی پیچیده‌تر از ایجاد مشکلات جدید توسط پزشکان و حرفه پزشکی است. به عنوان مثال، در مواردی مانند اعتیاد به الکل، پزشکی سازی در درجه اول توسط یک جنبش اجتماعی (الکلی‌های گمنام) انجام شد و پزشکان در واقع دیر هنگام دیدگاه الکیسم به مثابه یک بیماری را پذیرفتند (conrad, 2007, p.6).

اما در واقع مقصود از پزشکی سازی چیست؟ می‌توان گفت وقتی با یک مسئله بدون دلیل و توجیه کافی برخورد پزشکی صورت گیرد یا مسئله‌ای بدون توجیه، پزشکی قلمداد شود، یعنی پزشکی سازی رخ داده است (Holmqvist, 2009, p.405). بر اساس تعریف جامعه‌شناسانه پتر کُنراد از مفهوم «پزشکی سازی» پدیده الف پزشکی شده است «اگر با اصطلاحات پزشکی تعریف شود، با بکارگیری زبان پزشکی توصیف گردد، از طریق پذیرش یک چارچوب پزشکی فهم شود یا با یک مداخله پزشکی مواجه شود». بر همین مبنا پزشکی سازی مستلزم تفسیر تازه به تازه از رویدادها به‌طور خاص رفتار انسانی با اصطلاحات و ادبیات پزشکی است (Kaczmarek, 2019, p.119). سادلر و همکارانش پزشکی سازی را فرایندی می‌دانند که طی آن مسائل انسانی تحت عنوان مسائل پزشکی تعریف می‌شوند. یک تفاوت مهم و ظریف میان تعریف آنها و کُنراد وجود دارد: اینکه کُنراد به شکلی صریح از مسائل پزشکی و غیرپزشکی^۲ سخن می‌گوید با این پیش فرض است که برخی مشکلات وجود دارند که ذاتاً و به شکلی غیرقابل بحث پزشکی قلمداد می‌شوند و برخی دیگر غیرپزشکی. گویی مرزی روشن میان این دو برقرار است؛ اما سادلر و همکاران معتقدند این بحث به ساحت فلسفه، متافیزیک و حقیقت نفس‌الامری پدیده‌ها مرتبط است و اگرچه پرسش از آن لازم و مفید است، اما خارج از حوصله و حیطه کار آنها است (Sadler, 2009, p.411). به باور آنها برخی از پدیده‌ها آشکارا مصداقی از مسائل پزشکی هستند نظیر یک سرماخوردگی، حمله قلبی یا شکستگی. اما برخی از مسائل وجود دارند که در مورد ماهیت آنها ابهام جدی وجود دارد و یا ممکن است اگر در حال حاضر در زمره مقولات پزشکی قلمداد نمی‌شوند، اما در آینده و به علل یا دلایل گوناگون سر از ساحت پزشکی در آورند و یک نظریه کارآمد در باب پدیده پزشکی شدن باید بتواند همه این موارد و مباحث را به خوبی در برگیرد (Sadler, 2009, p.413).

به طور کلی می‌توان گفت پزشکی سازی حداقل دو فرآیند را توصیف می‌کند:

(۱) کشاندن آنچه قبلاً به‌عنوان جنبه‌ای «عادی» از وضعیت انسانی تصور می‌شد به حیطه پزشکی، شامل پدیده‌هایی مانند

1. medical discourses

2. nonmedical

زایمان، یانگی و مرگ.

۲) قرار دادن چیزی که جامعه آن را انحرافی تلقی می‌کرده تحت صلاحیت و قلمروی پزشکی، از قبیل اعتیاد به الکل، قمار، بیش‌فعالی در کودکان و حتی مخالفت‌های سیاسی که در ابتدا تحت صلاحیت نهاد اجتماعی دیگری (مثل دین، قانون یا آموزش) بود و سپس در حوزه پزشکی قرار گرفت (Michael & others, 2007, p.17).

امپریالیسم پزشکی و بیش‌تشخیصی: مفاهیم نزدیک به مفهوم پزشکی‌سازی

برای ایضاح مفهومی و جلوگیری از خلط تعاریف و اصطلاحات لازم است تفاوت دو اصطلاح امپریالیسم پزشکی و بیش‌تشخیصی^۱ با پدیده پزشکی‌سازی روشن گردد. شکی نیست که اصطلاح امپریالیسم پزشکی تا مدت‌ها معادلی بود برای پزشکی‌سازی. پیتر کنراد تحت تأثیر فضای مارکسیسم زده جامعه‌شناسان در دهه‌های هفتاد و هشتاد میلادی، خواسته یا ناخواسته پزشکی‌سازی را با ابزار و ادوات مفهومی مارکسیسم توضیح داد و این پدیده را نیز یکی از مظاهر امپریالیسم معرفی می‌کرد؛ اما با گذشت زمان و تغییر فضای ناشی از سقوط هیمنه مارکسیسم، نخستین کسی که اصطلاح پزشکی‌سازی را جایگزین امپریالیسم پزشکی کرد، کسی نبود جز پیتر کنراد؛ اما چرا؟ زیرا پاره‌ای از منتقدان این مفهوم معتقد بودند تر امپریالیسم پزشکی بخشی از تحلیلی جامعه‌شناختی و عمومی‌تر از جاه‌طلبی حرفه‌ای^۲ است؛ تحلیلی که به نوبه خود می‌تواند در جامعه‌شناسی و در مقام نقد آن نیز به کار رود. به باور آنها نقدهای مبتنی بر گسترش پزشکی و پزشکی‌زدگی، اگرچه حاوی نکاتی ارزشمند است، اما در برخی مواضع گمراه‌کننده یا اغراق‌آمیز است و بسیار مورد سوء استفاده قرار گرفته است. به عنوان مثال، پی. ام استرانگ در همان زمان معتقد بود جامعه‌شناسانی نظیر پیتر کنراد با مبالغه در خطرات گسترش حوزه نفوذ پزشکی در حقیقت گرفتار نوعی جاه‌طلبی حرفه‌ای هستند و خواسته یا ناخواسته به دلیل سوگیری‌های شغلی، با تحریف پدیده پزشکی‌سازی و تهدیدات ناشی از آن، به نوبه خود به نوعی امپریالیسم جامعه‌شناسانه دامن می‌زنند (Strong, 1979, p.200). البته استرانگ تأکید داشت اشاره وی به پدیده امپریالیسم جامعه‌شناسانه نباید به این صورت معنا شود که همتای پزشکی آن وجود ندارد یا قابل چشم‌پوشی است. تر امپریالیسم حرفه‌ای در مورد همه حرفه‌ها و خطرناک‌تر از همه در مورد همه کسانی که قدرت بالایی دارند (که پزشکان در حال حاضر دارند و جامعه‌شناسان ندارند) صدق می‌کند. در مجموع هدف استرانگ صرفاً این بود که نشان دهد جامعه‌شناسی نیز می‌تواند گرفتار برخی جاه‌طلبی‌ها و توسعه‌طلبی‌ها شده باشد (Strong, 1979, p.211).

اما مفهوم «تشخیص بیش از حد» به چه معناست؟ این مفهوم اغلب به عنوان فرایند تشخیص بیماری در یک فرد (بدون علامت) تعریف می‌شود که منفعت خالصی برای آن فرد ایجاد نمی‌کند. به عبارت دیگر، تشخیص بیش از حد عبارت است از

1. Overdiagnosis

2. professional ambition

«تشخیص ناهنجاری‌هایی که هرگز ما را آزار نمی‌دهند» یا «هرگز باعث بروز علائم یا فوت نمی‌شوند» (Welch & others, 2012, p. 1). برخی معتقدند که «بیش تشخیصی» نوع خاصی از پزشکی سازی است؛ حال آنکه گذشته و ادبیات این دو مفهوم تا حد زیادی متفاوت است. ریشه بیش تشخیصی در انتقاداتی است که به‌طور عمده از سوی پزشکان و دیگر متخصصان حیطه سلامت مطرح شده است؛ اما مفهوم پزشکی سازی اغلب از سوی فیلسوفان و جامعه‌شناسان و در مقام نقد طب مدرن شرح و بسط یافته است (Hofmann, 2016, p.255). در همین راستا می‌توان میان پزشکی سازی و تشخیص بیش از حد قائل به تمایز شد. پزشکی سازی زمانی اتفاق می‌افتد که چیزی غیرپزشکی به یک اختلال پزشکی تبدیل می‌شود (مانند خجالت‌زدگی که تبدیل به فویای اجتماعی می‌شود). اما تشخیص بیش از حد یک وضعیت زیست پزشکی است که در صورت عدم انجام آزمایش باعث ایجاد علائم یا مرگ در طول زندگی فرد نمی‌شود (مانند فشار خون نسبتاً بالا) (Tredinnick-Rowe, 2020, p.4). تشخیص بیش از حد به نوعی متضمن گسترش مفهومی و دامنه بیماری است، اما نوع و چگونگی گسترش آن تا حدودی متفاوت از پزشکی سازی است. به‌طور سنتی، در پزشکی سازی، پدیده‌های غیرپزشکی قبلی، مانند تمایلات جنسی، بارداری، زایمان، یائسگی، عادات غذایی، جنایت، پیری و موارد دیگر، مشمول توصیف‌های پزشکی و زیست‌پزشکی می‌شوند، اما در تشخیص بیش از حد پدیده‌هایی مد نظر هستند که از قبل با اصطلاحات زیست‌پزشکی مشخص و شناسایی می‌شدند (Hofmann, 2016, p.258). اما در خلال تشخیص بیش از حد به یک نگرانی مصنوعی و با ابعاد تجاری مبدل می‌گردند؛ چرا که این پدیده شامل تشخیص ناهنجاری‌هایی است که قابلیت آزار ما را ندارند یا هرگز سبب بروز علائم یا مرگ نمی‌شوند (Hofmann, 2016, p.258). بنابراین بیش تشخیصی مستلزم توسعه نامتوازن قلمروی پزشکی نیست و طی آن هیچ چیز غیرپزشکی به یک پدیده پزشکی تبدیل نمی‌شود و تنها اشکال آن در این است که با اهدافی تجاری، دغدغه و نگرانی‌هایی برای فرد/ بیمار ایجاد می‌کند که غفلت از آن خطر یا مرگ را لازم ندارد.

مراتب پزشکی سازی

کنراد و همکارانش معتقدند پزشکی سازی درجاتی دارد و فرایندی مدرج است. به عنوان مثال، آنها اعتیاد به سکس یا اختلال حساسیت شیمیایی چندگانه^۱ را نمونه‌ای از پزشکی سازی حداقلی و افسردگی شدید را مصداقی از پزشکی سازی کامل و حداکثری می‌دانند (Conrad & others, 2010, p.1944). از منظر پیتر کنراد و جوزف اشنایدر پزشکی شدن می‌تواند به روش‌هایی مختلف و حداقل در سه سطح متمایز رخ دهد: مفهومی، نهادی و سطح تعامل پزشک و بیمار.

همیشه لازم نیست یک پزشکی سازی کامل و تمام عیار رخ دهد و ممکن است تنها درجاتی از آن روی داده باشد؛ مثلاً ممکن است برخی از ابعاد یک وضعیت هنوز پزشکی نشده باشد یا تعاریف رقیب هنوز به حیات خود ادامه داده باشند. برخی از شرایط

1. multiple chemical sensitivity disorder

مانند: مرگ، زایمان و بیماری های روانی شدید تقریباً به طور کامل پزشکی شده‌اند، اما برخی دیگر مانند اعتیاد به مواد افیونی یا یائسگی صرفاً تا حدی پزشکی سازی شده‌اند (Holmqvist, 2009, p.6). سطح بندی کنراد و اشنايدر یک شروع عالی است؛ پیش رانی خوب برای کمک به محققان برای شناسایی زمینه‌ها و مکانیسم‌های متعدد پزشکی سازی است. این سطح بندی به نیکی نشان می‌دهد که پزشکی سازی ممکن است در سطوحی مختلف و به شکلی نامتوازن رخ دهد؛ اما در وهفمن^۱ این سطح بندی را از چند جهت بازبینی می‌کند و شرح و بسط می‌دهد. به باور او گونه شناسی کنراد و اشنايدر متضمن یک تقسیم ضمنی بین سطوح کلان، میانی و خرد تحلیل است. سطح مفهومی عمدتاً به بازیگران سطح کلان نظیر محققان، مجلات پزشکی، دولت‌ها، دادگاه‌ها و سازمان‌های ملی، سطح «نهادی» عمدتاً به بازیگران سطح متوسط نظیر سازمان‌هایی مانند برنامه‌های الکل در آمریکا و سطح تعامل پزشک و بیمار بیشتر به سطح خرد اشاره دارد (Halfmann, 2012, p.187).

الف) سطح مفهومی

در سطح مفهومی از واژگان یا الگویی پزشکی برای ساماندهی یا تعریف و توصیف مسئله استفاده می‌شود. فرایند پزشکی سازی مفهومی ممکن است در سطوح کم و بیش نخبگانی پزشکی و در قالب کشفیات یا تازه‌های منتشر شده در مجلات پزشکی رخ دهد یا حتی گاهی اوقات ممکن است به طور کلی در جایی خارج از حرفه و حیطه پزشکی روی دهد، مانند زمانی که برخی از گروه‌های غیر پزشکی مجموعه خاصی از تعاریف و توضیحات پزشکی را در توصیف خود یا کارشان برمی‌گزینند. مثل انجمن الکلی‌های ناشناس یا گروه‌های رژیم غذایی گیاهی ... همچنین این پدیده می‌تواند زمانی سر برآورد که یک مشکل از سوی حاکمیت یا قوه قضائیه با مفاهیم پزشکی توضیح داده می‌شود. نکته مهم این است که امکان دارد تنها عده قلیلی از صاحبان حرف پزشکی در فرایند پزشکی سازی مشارکت کنند چراکه در سطح پزشکی زدگی مفهومی، وجه غالب، پذیرش یک درک و تلقی پزشکی است و نه دخالت عینی و مستقیم پزشکان.

ب) سطح نهادی

در سطح نهادی، پزشکی سازی در قالب یک نهاد یا سازمان پیش می‌رود. در این سطح نیز پزشکان کمترین نقش یا دخالت را دارند و شاید تنها در راس یک نهاد قرار بگیرند تا به فرایند پزشکی سازی مشروعیت دهند. در حقیقت، بدنه اصلی چنین نهادهایی را افرادی غیر از پزشکان تشکیل می‌دهند و فعالیت‌های روزمره را همان‌ها سامان می‌بخشند. به نظر کنراد و اشنايدر بیشتر برنامه‌های مقابله با الکلیسم مصداق چنین فرایندی هستند؛ یعنی پزشکان در آن کمترین نقش را دارند، چه در مقام تشخیص و چه در مقام تجویز.

ج) سطح تعامل پزشک و بیمار

در این سطح، پزشک، مسئله بیمار را به عنوان یک مشکل پزشکی تشخیص می‌دهد و تعریف می‌نماید و یا می‌کوشد مسئله اجتماعی بیمار را با روش‌های پزشکی درمان کند؛ مثل وقتی که برای یک خانواده ناموفق و ناراضی داروهای آرام‌بخش تجویز می‌شود (Conrad & Schneider, 1989, p.75-76).

د) پزشکی‌زدایی

پزشکی‌سازی پدیده‌ای دوسویه است؛ به این معنا که هم می‌توان شاهد پزشکی‌سازی بود و هم پزشکی‌زدایی^۱. اگرچه این روند در قرن گذشته به سمت گسترش صلاحیت پزشکی بوده است؛ اما در دوران معاصر، موارد کمی از پزشکی‌زدایی برای بررسی وجود دارد. برای اینکه پزشکی‌زدایی اتفاق بیفتد، دیگر نباید مشکل را با اصطلاحات پزشکی تعریف کرد و درمان‌های پزشکی هم دیگر نمی‌توانند مداخلات مناسب و کارساز قلمداد شوند؛ یعنی دیگر یک مشکل با اصطلاحات پزشکی تعریف نشود و دخالت پرسنل پزشکی در آن نامناسب تلقی گردد. تنها دو نمونه مستند از پزشکی‌زدایی تقریباً کامل وجود دارد: خودارضایی و همجنس‌گرایی. خودارضایی ابتدا به عنوان گناه و سپس به عنوان یک ضعف اخلاقی تعریف شد. در دوران ویکتوریایی این موضوع به عنوان یک بیماری نگریسته می‌شد. از همین روی، ادبیات پر و پیمانی در مورد جنون خودارضایی و بیماری «خودآزاری» وجود دارد؛ ولی تحت تأثیر فروید، تنها خودارضایی اجباری یک مشکل بالینی تلقی شد و وقتی اعلام شد که بیش از نود درصد مردان خودارضایی می‌کنند، این عمل حداقل از نظر آماری، طبیعی معرفی و رفته‌رفته خودارضایی رفتاری سالم تلقی شد تا جایی که کسانی که خودارضایی نمی‌کردند، سرکوب شده جنسی تلقی شدند. خودارضایی هرچه که باشد، تغییر نکرده و همان است که بود، اما تعریف و واکنش اجتماعی به آن تغییر کرده است (Conrad, 2007, p.120). اما بارزترین نمونه‌ی پزشکی‌زدایی همجنس‌گرایی است که در دهه هفتاد میلادی رسماً پزشکی‌زدایی شد. در مقابل، زایمان در سال‌های اخیر با ترویج زایمان طبیعی، اتاق‌های زایمان، ماما-پرستاران^۲ و مجموعه‌ای از تغییرات اساسی متحول شده اما پزشکی‌زدایی نشده است (conrad, 2007, p.7). آشکار است که من اکنون در مقام داوری ارزشی و بررسی اخلاقی پزشکی‌زدایی از همجنس‌گرایی یا خودارضایی نیستم و تنها می‌خواهم به نمونه‌هایی از این پدیده اشاره کنم.

عوامل و زمینه‌های پزشکی‌سازی

تحلیل‌گران مدت‌هاست که به عواملی اجتماعی که مشوق یا شریک پزشکی‌سازی هستند، پرداخته‌اند: کاهش نقش دین، ایمان پایدار

1. demedicalization

2. nurse midwife

به علم، عقلانیت و پیشرفت، افزایش اعتبار و قدرت حرفه پزشکی، تمایل به راه حل های فردی و فناورانه برای حل مشکلات به عنوان یک روند کلی در جوامع غربی. البته این عوامل بیش از آنکه تبیین گر باشند، زمینه اجتماعی و فرهنگی پزشکی سازی را ترسیم می نمایند (conrad, 2007, p.8). برخی نیز با اتخاذ رویکردی دیگر، پیش ران اصلی پزشکی سازی را نه پزشکان بلکه مصرف گرای فزاینده ای می دانند که صنعت دارو و شرکت های تجاری بزرگ در این عرصه رقم زده اند (Miah & Rich, 2008, p.23).

اینترنت نیز در این میان نقش منحصر به فردی بازی کرده است. ظهور و بازار داروخانه های آنلاین در فضای مجازی چنان جدی است که پیامدهای گسترده آن واکنش هایی را از سوی دولت، متخصصان اخلاق و موسسات مراقبت های بهداشتی بالاخص در مورد کیفیت و مشروعیت ارائه محصولات به صورت آنلاین برانگیخته است (Miah & Rich, 2008, p.23). برای مثال برخی اپلیکیشن ها وجود دارند که تشخیص های کمی سازی شده توسط آخرین نسخه های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را به طور کامل نشان داده و بررسی می کنند؛ اما این مهم چگونه انجام می پذیرد؟ تنها بر اساس علائم و بدون هیچ اشاره ای به رویدادهای خارجی و شرایط بیرونی که ممکن است بر خلق و خو و اوضاع و احوال اثر بگذارد. سهولت استفاده از این برنامه ها باعث تحریک مداوم خودسنجی می شوند و مفهومی فردگرایانه از سلامت ایجاد می کنند که کاملاً از عوامل اجتماعی جدا است (Tredinnick-Rowe, 2020, p.4).

داروئی سازی،^۱ زیست پزشکی سازی^۲ و ژنتیکی سازی^۳ جامعه را از اصلی ترین رانه های پزشکی سازی می دانند. نه فقط پزشکان و صنایع دارویی بلکه بیماران و گروه های حافظ منافع بیمار و به طور کلی جامعه بازیگران اصلی فرایند پزشکی سازی هستند (Hofmann, 2016, p.256). در حالی که محرک اخلاقی اصلی بحث پزشکی سازی در دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ سلطه و قدرت بود اکنون جنبه های اجتناب ناپذیر و مثبت پزشکی سازی برجسته شده و مورد بحث قرار می گیرد (Hofmann, 2016, p.257). دیگر مفهوم پزشکی سازی به عنوان یک توصیف، توضیح یا به عنوان یک نقد مفید نیست. پزشکی شدن بسیار متنوع و پیچیده شده است و به واسطه انبوهی از انگیزه ها و علایق دستخوش تغییر می شود (Hofmann, 2016, p.258).

نکته مهم آن است که اکنون به خوبی می دانیم پزشکی سازی فقط توسط پزشکان ترویج نمی شود. اتفاقاً شرکت های داروسازی از طریق بازاریابی، تبلیغات، سوداگری و دلالتی بیماری از عوامل اصلی هستند. فرهنگ مصرف گرای و راحت طلبی را نیز نباید نادیده گرفت. تحت تأثیر این فرهنگ مصرف کنندگان فعالی به وجود می آیند که به دنبال یک راه حل دارویی (می شود گفت جادویی) برای حل مشکلات خود هستند. فناوری را هم باید اضافه کرد؛ زیرا ابزارهای تشخیصی بسیار حساس اکنون می توانند ناهنجاری های بالقوه را حتی در مقادیر بسیار کم تشخیص دهند. فرهنگ خطر که با تکامل ابزارهای تشخیصی مرتبط است، در

1. pharmaceuticalization

2. biomedicalization

3. genitization

این میان تأثیری بسیار دارد؛ زیرا به طور دائم به ما می‌گوید مراقب باش چراکه همیشه ممکن است در معرض خطری بزرگ و حتی کشنده باشی (Tredinnick-Rowe, 2020, p.47).

فرایند پزشکی سازی مدت‌ها توجه جامعه‌شناسان پزشکی را به خود جلب کرد، اینکه چگونه برخی از ویژگی‌های زندگی روزمره به عنوان بیماری یا با ملاحظات پزشکی توصیف می‌شوند. این مسئله که پزشکی در حال تبدیل شدن به یک نهاد اصلی کنترل اجتماعی است و به نحوی نهادهای سنتی تر دین و قانون را کنار می‌گذارد. در حقیقت این پزشکی است که در حال تبدیل شدن به منبع جدید حقیقت است، جایی که قضاوت‌های مطلق و اغلب نهایی توسط کارشناسان و متخصصانی ظاهراً خنثی و فاقد سوگیری و با دلایلی به اصطلاح عینی انجام می‌شود. این قضاوت‌ها نه به نام فضیلت و مشروعیت بلکه به نام سلامت صورت می‌گیرد. علاوه بر این، این فرایند از طریق قدرتی سیاسی که پزشکان دارند یا می‌توانند بر آن تأثیر بگذارند رخ نمی‌دهد، بلکه عمدتاً یک پدیده مرموز و اغلب غیر نمایشی است که با پزشکی سازی بیشتر زندگی روزمره و به کمک برچسب‌هایی نظیر «سالم»، «بیمار» و... انجام می‌شود (Miah & Rich, 2008, p.20).

اگرچه تحلیل‌های جامعه‌شناختی در ابتدا عوامل دیگری را برای پزشکی سازی بر می‌شمردند اما با این حال و اکنون یک عامل جدید یعنی «ریسک» را بسیار تعیین کننده می‌دانند. در معرض خطر قرار گرفتن یک زمین بازی جدید برای پزشکی سازی است. پزشکی سازی پیشگیری بر همین مبنا در حال رونق گرفتن است. پدیده‌ای که تا حدی توسط آزمایش‌های ژنتیک تثبیت و تقویت می‌شود. با این حال، احتمالاً مناسب‌ترین مثال، کاهش سطحی است که بالاتر از آن را می‌توان کلسترول و فشار خون خطرناک در نظر گرفت. هنگامی که یک کمیته پزشکی این کار را با سطح کلسترول انجام داد، در طول یک شب میلیون‌ها نفر به بیمار و در نتیجه به مصرف‌کنندگان قرص تبدیل شدند. به این مکانیسم، بیماری سازی یا دلالی بیماری^۱ نیز می‌گویند (Tredinnick-Rowe, 2020, p.4).

اما پرسش اینجا است که بیماری سازی و فرهنگ خطر آکندی که زمینه ساز آن است از کجا نشات می‌گیرد؟ این ترس و هراس مزمن اما مؤثر از اساس چگونه چیزی است؟ توماس آکویناس معتقد است هر ترسی ناشی از عشق و علاقه ما به چیزی است. در حقیقت ما وقتی از چیزی نامطلوب می‌ترسیم به معنای آن است که گمان می‌کنیم آن چیز، یک چیز محبوب برای ما را تهدید می‌کند (اسوندسن، ۱۴۰۱، ص ۷۱). ترس رابطه نزدیکی با عدم یقین و قطعیت دارد. این عدم یقین و قطعیت را می‌توان ویژگی بنیادین هستی و زندگی انسان خواند (اسوندسن، ۱۴۰۱، ص ۷۵). به نظر می‌رسد ما در زندگی عادتاً بر جنبه‌های بالقوه خطرناک هر چیزی که با آن سروکار داریم تمرکز می‌کنیم (اسوندسن، ۱۴۰۱، ص ۸۰). در پژوهش‌ها درباره ترس اغلب تأکید بیشتر بر ترس‌های بسیار شدید است. این نوع ترسی که اکنون در فرهنگ ما رایج و مسلط است، بیشتر ترسی کم شدت یا خفیف است، اما ما را احاطه کرده

است (اسوندسن، ۱۴۰۱، ص ۸۱).

آنتونی گیدنز جامعه شناس بریتانیایی پست مدرنیسم را فرهنگ خطر آکند توصیف می‌کند. منظور او از این توصیف این نیست که امروزه انسان‌ها بیش از گذشته در معرض خطر هستند، بلکه منظور این است که انسان‌ها امروزه آگاهی متفاوت و بیشتری از این خطرها دارند (اسوندسن، ۱۴۰۱، ص ۸۷). در جامعه کنونی خطر-آگاهی شهروندان فقط مبتنی بر تجربه‌های شخصی یا حتی اطلاعات دست دوم و تجارب دیگران نیست، بلکه مبتنی بر ناتجربه‌های دست دوم هم هست. دوگانه خطر-آگاهی نه تنها مبتنی بر چیزی است که برای کسی پیش آمده است، بلکه مبتنی بر درک و برداشت از هر چیزی است که ممکن است پیش بیاید (اسوندسن، ۱۴۰۱، ص ۸۷).

یک خصیصه اصلی جامعه خطر آکند این است که هیچ کس از خطر در امان نیست. همه در معرض خطرند. این نکته وقتی بیشتر حائز اهمیت می‌شود که بدانیم بر اساس برخی از تحقیق‌ها ما انسان‌ها وقتی با چند سناریو از خطرات پیش رو و احتمالی مواجه می‌شویم، سناریوی خطرناک‌تر را بیشتر جدی می‌گیریم. این نکته تا حدی مهم است که توصیه می‌شود وقتی اطلاعاتی وسیع و مشتمل بر احتمالات مثبت و اطمینان‌بخش و منفی و نگران‌کننده در اختیار مردم قرار می‌دهیم، باید بدانیم که در نهایت به ترس مردم دامن خواهیم زد (Sunstein, 2005, p.82). این همان قاعده‌ای است که بیماری‌سازان و دلان‌امراض گوناگون بر اساس آن کسب و کار خود را رونق می‌بخشند؛ یعنی با آمیختن اخبار خوب و بد و بیم‌ها و امیدها زمینه توجه و در نهایت خرید مصرف‌کنندگان را فراهم می‌آورند.

معیارهایی اخلاقی برای پزشکی‌سازی

معلوم نیست تحلیل یک پدیده با اصطلاحات و تبیین پزشکی به‌طور لازم بدتر از سایر اصطلاحات و دیگر انواع تبیین باشد. حتی می‌توان ادعا کرد که کارکرد پزشکی‌سازی از «پزشکی کردن» در دهه‌های شصت و هفتاد میلادی به «واقعی ساختن چیزی» یا واقعی‌سازی تبدیل شده است. در آن دوران پزشکی‌سازی برای به دست آوردن قدرت بود. وقتی چیزی به قلمروی پزشکی الحاق می‌شد یعنی امکان کنترل و اعمال قدرت بر آن افزایش می‌یافت؛ اما امروزه می‌توان استدلال کرد که پزشکی‌سازی کارکردی متفاوت و حتی متضاد پیدا کرده است. با پزشکی‌سازی یک چیز، پذیرش و منزلت آن افزایش خواهد یافت (Hofmann, 2016, p.258). در گذشته حمله‌های عصبی و غش‌های ناشی از صرع یک مقوله الهی و یا در ارتباط با اجنه شناخته می‌شد، اما امروزه به درستی به عنوان یک اختلال روانی تلقی می‌گردد. همچنین آنچه امروزه در پزشکی آلزایمر نامیده می‌شود، در گذشته تحت عنوان خرافت یا خرفت شدن به مثابه یک مسئله اخلاقی یا ردیلت دیده می‌شد (Parens, 2013, p.32). ممکن است برخی از فناوری‌ها یا روش‌های جلوگیری از بارداری یا انتقال بیماری‌های مقاربتی را نیز بتوان نمونه‌ای از پزشکی‌سازی مثبت قلمداد کرد (Parens, 2013, p.33). پزشکی‌سازی به عنوان یک ابزار مفهومی از دست فیلسوفان و دانشمندان علوم اجتماعی خارج شده و به دست زیست‌شناسان افتاده است و از مفهومی برای نقد رابطه قدرت با پزشکی

به قدرت دگرگون‌کننده پزشکی مدرن تبدیل شده است (Hofmann, 2016, p.258).

در مجموع، اولاً مفهوم پزشکی سازی تغییر کرده و انواع و مقوله‌های آن افزایش یافته است و ثانیاً پزشکی سازی دیگر به تبدیل پدیده‌های غیرپزشکی به مسائل پزشکی محدود نمی‌شود، بلکه شامل روند واقعی سازی پدیده‌های قابل شناسایی پزشکی می‌شود (Hofmann, 2016, p.258).

با وجود تصریح و تأکید کنراد، اریک پارانز^۱ معتقد است وقتی جامعه‌شناسان از اصطلاح پزشکی سازی استفاده می‌کنند، به طور سنتی فرض می‌کنند که این پدیده یک پدیده بد است؛ اما دست کم از منظر اخلاقی نباید این فرض ساده‌ساز را به آسانی پذیرفت؛ بلکه باید با قبول پیچیدگی موضوع، میان صورت‌های خوب و بد پزشکی سازی تمایز قائل شد (Parens, 2013, p.28). این ادعا اگرچه در نگاه نخست تند و رادیکال به نظر می‌رسد، اما در واقع مسبق به سابقه است. به باور پارانز، تفکیک میان دو مفهوم بیش پزشکی سازی (بیش از حد) و پزشکی سازی در ادبیات این بحث نشانگر آن است که دست کم به شکل ضمنی، پزشکی سازی مفهومی خوب یا خشی فرض شده و بیش‌پزشکی سازی، مقوله‌ای بد (Parens, 2013, p.29).

لحاظ کردن مشکلات غیرپزشکی (مسائل انسانی) به عنوان مشکلات پزشکی، مستلزم در نظر گرفتن تغییرات طبیعی و انسانی به عنوان مقوله‌ای آسیب‌شناختی است و یک اشتباه در دسته‌بندی (یا به اصطلاح منطقی یک خطای طبقه بندی^۲) قلمداد می‌شود. به عنوان مثال می‌توان به غم و خجالت‌زدگی اشاره کرد. اگرچه غم یا کم‌رویی مشکلاتی هستند که انسان با آن مواجه می‌شود، اما منتقدان پزشکی سازی معتقدند این حالات یک بخش عادی و شاید حتی ضروری از زیست انسانی هستند. زندگی با این احساسات ممکن است دشوار باشند، اما آنها به خودی خود علائم و نشانه‌های بیماری نیستند، مگر اینکه دلالتان بیماری یا بیماری‌سازان برای سود بیشتر نظری دیگر داشته باشند (Parens, 2013, p.29).

بر اساس نظر منتقدان، تلقی مشکلات انسانی به عنوان مشکلات پزشکی، اشتباهی است در شناخت طبیعت انسان و مقتضیات این جهان. خوب زندگی کردن مستلزم آن است که بیاموزیم و بگذاریم برخی از مشکلات وجود داشته باشند. این مستلزم آن است که یاد بگیریم به جای امحای برخی مشکلات و حالات ناخوشایند با آنها کنار بیاییم (Parens, 2013, p.29).

پزشکی سازی می‌تواند عواقب بدی نیز داشته باشد. شاید مشهودترین پیامد این باشد تا جایی که پزشکی سازی مواردی تحت شمول درمان پزشکی را گسترش می‌دهد، هزینه درمان پزشکی نیز به طور تصاعدی افزایش می‌یابد. ممکن است این امر به نفع تولیدکنندگان محصولات و خدمات پزشکی باشد، اما کار را هم برای مردم و هم برای دولت سخت‌تر می‌کند. جدا از هزینه‌های نجومی و مستقیم چنین مداخلاتی، باید به هزینه‌های غیرمستقیم و عوارض جانبی پزشکی سازی نیز توجه داشت. دومین پیامد بد

1. eric parens

2. category mistake

پزشکی‌سازی این است که اگر نهاد پزشکی بر انسان یعنی بدن انسان به عنوان یک موضوع تمرکز دارد، اما فرآیند پزشکی شدن به طور بالقوه نگرش ما به خودمان به مثابه یک فاعل و کنش‌گر را تضعیف می‌کند؛ به تعبیر دیگر «فاعلیت» ما تخریب می‌شود؛ مثلاً وقتی رفتارهای مجرمانه به عنوان یک علامت یا مسئله روانپزشکی نگریسته می‌شود، به معنای آن است که ما خود را مغلوب نیروهایی فراتر از خود می‌دانیم و توانایی انتخاب و فاعلیت خویش را به چالش کشیده‌ایم (Parens, 2013, p.30).

سومین پیامد بد این است که هر قدر پزشکی بر تغییر و تحول بدن افراد برای کاهش رنج تمرکز می‌کند، تأثیر فزاینده پزشکی‌سازی توجهات و منابع را از تغییر ساختارهای اجتماعی و انتظاراتی که می‌توانند عامل اصلی تولید چنین رنج‌هایی باشند، منحرف می‌سازد. برای مثال، به جای تمرکز بر چگونگی عمل‌های زیبایی باید به این اندیشید که چرا افراد فاقد اعتماد به نفس لازم هستند و چهره و اندام واقعی خود را تحمل نمی‌کنند. کدام ساختار اجتماعی و کدام یک از انتظارات فرهنگی است که زمینه گسترده این اعمال را فراهم آورده است؟

برخی معتقدند پزشکی‌سازی لزوماً منفی نیست و می‌تواند محصول یک ارزش یا نتیجه توجه به اهدافی مثبت باشد؛ مثلاً سادلر و همکارانش معتقدند پزشکی شدن فرآیندی است که عمدتاً توسط دانشمندان علوم اجتماعی، مورخان و منتقدان فرهنگی بررسی شده و در مورد نقش اخلاق زیستی در ارزیابی پزشکی شدن به عنوان یک فرآیند اجتماعی، تأملات کمتری انجام پذیرفته است. به باور آنها اخلاق زیستی می‌تواند به تحلیل و ارزیابی بهتر سیاست عمومی پزشکی‌سازی کمک کند (Sadler, 2009, p.411). به بیان دیگر می‌توان ادعا کرد اصطلاح پزشکی‌سازی همانند تعابیری چون جهانی‌سازی، اصطلاحی خنثی و غیر ارزشگذارانه است و تنها در مقام توصیف یک پدیده با سویه‌هایی اجتماعی است (Conrad & others, 2010, p.1943).

معیارهایی پراگماتیک برای تمایز میان پزشکی‌سازی و پزشکی‌سازی بیش از حد است. پیامدهای در نظر گرفتن یک پدیده به عنوان یک مشکل پزشکی ممکن است بسته به اینکه مشکل مورد نظر به درستی یا نادرست به عنوان یک موضوع پزشکی درک شده باشد، اشکال کاملاً متفاوتی به خود بگیرد. کاجمارک چهار سؤال راهنما را برای کمک به تشخیص پزشکی‌سازی از پزشکی بیش از حد پیشنهاد می‌کند:

هر زمان که الف (می‌تواند یک پدیده، یک حالت بدن، یک رفتار یا یک احساس باشد) یک مشکل پزشکی در نظر گرفته شود پرسش‌های چهارگانه زیر باید پرسیده شود:

(۱) آیا الف به درستی به عنوان یک مشکل شناخته شده است؟

- آیا الف علت یا عامل افزایش قابل توجه خطر ابتلا به یک ناراحتی جسمی یا روحی قابل توجه، یک رنج، نقص یا حتی مرگ است؟

(۲) آیا تشخیص الف به عنوان یک مشکل ناشی از انتظارات اجتماعی بی اساس و اغراق آمیز نیست؟

- آیا تشخیص الف به عنوان یک مشکل، مصداق محدودسازی بی مورد تنوع افراد در راستای عادی‌سازی آن نیست؟

۳) آیا پزشکی بهترین روش‌ها را برای درک الف و علل آن ارائه می‌دهد؟

- علل اصلی الف در کدام سطح (مثلاً مولکولی، ذهنی، اجتماعی یا ترکیبی) رخ می‌دهد؟

- آیا جایگزین غیر پزشکی بهتری برای درک الف یا علل آن وجود دارد؟

۴) آیا پزشکی سازی الف ضامن یافتن موثرترین و ایمن‌ترین راه‌ها برای حل آن است؟

- آیا جایگزین غیر پزشکی مناسبی برای حل الف یا علل آن وجود دارد؟

- پزشکی سازی الف بیشتر مضر است یا سودمند؟ (Kaczmarek, 2019, p.119)

معیارهای چهارگانه پزشکی سازی اخلاقی

بر اساس پرسش‌های بالا می‌توان به چهار معیار اخلاقی برای تفکیک یک پزشکی سازی اخلاقی از غیر اخلاقی دست یافت. این معیارها عبارتند از: ۱) تشخیص درست مشکل از منظر پزشکی، ۲) عدم تاثیر القانات و انتظارات اجتماعی اغراق آمیز، ۳) اولویت فهم و تحلیل پزشکی بر دیگر رویکردها، ۴) رجحان راهکارهای پزشکی بر راهکارهای غیر پزشکی.

تشخیص درست مشکل از منظر پزشکی

پدیده‌های فراوانی وجود دارند که زمینه ساز رنج، ناراحتی حالات ناخوشایند و حتی مرگ می‌گردند. تصادفات رانندگی و بدی آب و هوا در برخی از کشورها عامل اصلی مرگ و میر هستند، اما آیا می‌توان آنها را به این دلیل مقوله پزشکی قلمداد نمود؟ آیا هر چیزی که سبب ساز مرگ است، ماهیتی طبی و پزشکی دارد؟ بی‌گمان چنین نیست. اگر یک صحنه تصادف منجر به مرگ یا جرح را در نظر بگیریم و تنها بر آخرین حلقه از سلسله علل و حوادث تمرکز کنیم طبیعتاً با یک ضربه مواجه می‌شویم که جراحات‌های ناشی از آن عامل مرگ یا نقص عضو می‌گردد. تأثیرات و تبعات این ضربه بر تن یا روان فرد تصادفی کاملاً در حیطه پزشکی قرار می‌گیرد. اما آیا این نکته دلیلی کافی برای پزشکی سازی تصادفات به دست می‌دهد؟ غالب تصادفات و سوانح رانندگی معلول عواملی نظیر وضعیت جاده‌ها، خودروها، کیفیت رانندگی، سیستم حمل و نقل و غیره است و این عوامل عمدتاً تابعی از اقتصاد و مناسبات اجتماعی است. بنابراین ماهیت حادثه منجر به مرگ اگرچه در نهایت یک رویداد پزشکی و مستلزم درمان یا تشخیص طبی است اما در این زنجیره منجر به مرگ تنها آخرین حلقه یک حلقه پزشکی است و اصل زنجیره سرشتی کاملاً غیر پزشکی دارد در مورد مرگ و میر یا رنج‌های ناشی از بدی آب و هوا نیز همین قاعده صادق است.

بر این اساس و به لحاظ اخلاقی ابتدا باید اطمینان حاصل کرد که یک مشکل منجر به مرگ یا رنج، در مجموع صیغه‌ای پزشکی دارد؟ آیا تاسی یا بزرگ بودن بینی یا شکل غیر عروسی آن مطابق با این معیار است؟ این دو مورد را (به عنوان نمونه) چگونه می‌توان بیماری به حساب آورد یا دست کم رها کردن و بی‌توجهی به این دو را چگونه می‌توان زمینه‌ساز بیماری یا رنجی بزرگ قلمداد نمود

به زحمت می‌توان با ملاک قرار دادن بیماری رنج جسمی یا کشنده بودن تاسی یا غیر عروسکی بودن بینی را یک مشکل پزشکی دانست، مگر اینکه تعریف رنج را چنان وسیع و فراگیر در نظر بگیریم که احساسات ناخوشایند نارضایتی‌های روانی و حالات وجودی آدمی را نیز در بر می‌گیرد؛ اما حتی با لحاظ این نکته نیز نمی‌توان از تاثیر یک نقطه غافل بود و آن اثر القانات و انتظارات اجتماعی بر روحيات آدمی است. این همان چیزی است که ما را به سمت بحث در باب معیار دوم رهنمون می‌سازد.

عدم تأثیر القانات و انتظارات اجتماعی اغراق آمیز

بر اساس کدام سنجه می‌توان تشخیص داد یک پدیده مشکلی ناشی از انتظارات اجتماعی بی اساس و اغراق آمیز است یا خیر؟ علی‌رغم اینکه هیچ معیار دقیقی در این مورد وجود ندارد، اما باید به دو نکته توجه نمود: نکته اول در پرتو توجه به تاریخ پزشکی و سوگیری‌ها و پیش داوری‌های مورد اشاره در آن فراچنگ خواهد آمد. مثلاً ما از گذشته این درس را گرفته ایم که هنجارهای برساخته جوامع (از نژادپرستی گرفته تا تعصب جنسیتی و ...) چگونه می‌توانند توجیهی برای کنترل بدن و خصوصی‌ترین رفتارهای انسان باشند. به عنوان نمونه یکی از جلوه‌های مقوله تعصب جنسیتی و مردسالاری را می‌توان در ارزش انگاری پسرزایی در زنان مشاهده کرد. رژیم‌های غذایی و توصیه‌های جنسی و رفتاری مناسب جهت پسرزایی نمونه‌ای است گویا از پزشکی‌سازی زایمان، رابطه جنسی و عادات غذایی که هم در طب سنتی و هم در پزشکی مدرن با روش‌های گوناگون دنبال شده و می‌شود. نکته دوم ناظر بر منافع تجاری موجود در پزشکی‌سازی است. وقتی تبلیغات دارویی و پزشکی، طاسی و ریزش موی مردان را به عنوان یک نقص یا حتی بیماری قابل درمان معرفی می‌کنند، فی‌نفسه مرتکب یک خطای اخلاقی نشده‌اند، اما رفته رفته با اغراق در اهمیت موضوع و بزرگ‌نمایی جوانب آن با اهداف اقتصادی، یک ویژگی معمول در بسیاری از مردان طول تاریخ را به یک عیب و حتی ننگ تبدیل می‌کنند. در بسیاری از روش‌ها و جراحی‌های زیبایی زنان نیز این نکته صدق می‌کند تا جایی که میزان موی بدن زنان یا شکل بینی آنان تحت تأثیر تبلیغات گسترده، عملاً توجیه ظاهراً طبی خود را از دست داده و کاملاً جنبه مد و فشن به خود گرفته است؛ مثلاً در خصوص جراحی‌های زیبایی بر اساس پژوهشی که در سال ۲۰۱۳ منتشر شد بیش از ۶۰ درصد جراحان معتقد بودند که شبکه‌ها و رسانه‌های اجتماعی تأثیر خاصی بر رونق کار آنها نداشته است. با این حال تحقیقات گویای آن است که نقش این رسانه‌ها در اقبال به جراحی‌های زیبایی فزاینده است و نمی‌توان به آسانی گفت تصمیمات مردم برای این اعمال جراحی صرفاً محصول نیاز و یا ناشی از یک نقص یا رنج طبیعی است نکته مهم در این تحقیقات تأکید بر مقوله انتظارات اجتماعی و تأثیر رسانه‌ها در دامن زدن به آنهاست (Montemurro & others, 2015, p.277). این رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی هستند که فرد را عملاً تحت فشار قرار می‌دهند تا نسبت به ظاهر و فیزیک خویش احساس ناخوشایندی پیدا کرده و حتی احساس کند باید خود را تسلیم تیغ جراحان نماید. شاید بهتر باشد بحث در این باره را با همان عبارتی به پایان بریم که در فرجام یک مقاله مرور نظام‌مند در این باره آمده است: جراحان زیبایی باید از تأثیر شبکه‌ها و رسانه‌های اجتماعی بر بیمارانشان آگاه باشند با بیمارانی با انتظارات غیر واقعی یا اختلالات

روانی محتاطانه برخورد کنید (Eldaly & Mashaly, 2021, p.12).

اولویت فهم و تحلیل پزشکی بر دیگر رویکردها

معیار سوم را می‌توان با توجه به دو مسئله بی‌اشتهایی و اعتیاد به الکل به خوبی تبیین کرد. هر دو مورد به طور قابل توجهی خطر رنج یا مرگ را افزایش می‌دهند. بنابراین نمی‌توان خطرناک دانستن آنها را ناشی از انتظارات اجتماعی بی‌اساس و اغراق آمیز تلقی نمود. با این حال، پزشکی بهترین روش‌ها برای درک آنها را ارائه نمی‌دهد. این دو مسئله را نه تنها می‌توان به عنوان اختلالات روانپزشکی، بلکه به عنوان چالش‌هایی شخصی، روانی یا اجتماعی نیز درک کرد. عوامل نهادی و فرهنگی مهمی در شیوع اعتیاد به الکل و بی‌اشتهایی مؤثر هستند. در مورد اعتیاد، نگرش نسبت به مصرف مواد در جامعه، دسترسی به مواد مخدر و همچنین بیکاری یا فرصت‌های زندگی نقش تعیین‌کننده دارد. در باب بی‌اشتهایی نیز کلیشه‌های جنسیتی و قوانین زیبایی واجد اهمیت هستند. از این نظر، اعتیاد به الکل و بی‌اشتهایی به طور قابل توجهی متفاوت از بیماری‌های اسهالی است که همچنان دومین عامل اصلی مرگ و میر در کشورهای کم‌درآمد به شمار می‌آید.^۱ چیزی که این بیماری را تا این حد مرگبار می‌کند، وضعیت سیاسی و اقتصادی، زندگی غم‌انگیز و شرایط بهداشتی وخیم، فقدان آب تمیز و داروهای اولیه است. به عبارت دیگر، این فقر اقتصادی است که سبب می‌شود بیماری اسهال در بسیاری از کشورها کشته‌نده باقی بماند، اگرچه واکسن‌ها و داروهای فراوانی مورد نیاز است، اما می‌توان این بیماری را به طور مؤثر با ابزارهای سیاسی و نه پزشکی شکست داد، یعنی با بهبود شرایط بهداشتی و به حداقل رساندن فقر شدید یا ارائه آموزش بهتر.

شاید بیماری تیفوئید مثال بسیار خوبی برای بحث باشد. این بیماری یک مرض باکتریال سیستمیک است که در تمام دنیا از جمله ایران انتشار دارد. راه سرایت این بیماری چیست؟ غذا یا آب آلوده، میوه‌جات خام، سبزیجات آلوده، کود انسانی، شیر و فرآورده‌های لبنی آلوده و غیره. اما راه مقابله با آن چیست؟ آموزش همگانی، آب سالم، دفع صحیح فضولات انسانی (سیستم فاضلاب استاندارد)، پاستوریزه کردن محصولات لبنی، کنترل کیفی محصولات، واکسیناسیون و...

همه راه‌های مقابله با این بیماری نسبتاً مهلک به شدت محتاج وجود زیرساخت‌های اقتصادی و اجتماعی مناسب و راه‌حل‌های غیر پزشکی و پیشگیرانه است. ممکن است بگویید واکسیناسیون یک راه حل پزشکی است؛ ولی اولاً چنین نیست؛ چرا که مصون‌سازی یک روش بهداشتی یا پیشگیرانه است نه یک راهکار درمانی؛ ثانیاً حتی اگر چنین باشد یک واکسیناسیون فراگیر مستلزم یک شبکه فراگیر بهداشتی است که بتواند میلیون‌ها انسان در گستره یک جغرافیای وسیع را پوشش دهد.

اینکه ما باید یک مشکل را بیشتر با عینک پزشکی و نگرش‌های طبی تحلیل کنیم و یا از منظری دیگر مثلاً اقتصادی پرسشی مهم و تعیین‌کننده است. به لحاظ اخلاقی برای جواز پزشکی‌سازی یک مسئله باید از روجهان درک و تحلیل پزشکی نسبت به

1. World Health Organization, 2017, The Top 10 Causes of Death.

دیگر روش‌های فهم و تحلیل اطمینان حاصل نمود.

رجحان راه حل‌های پزشکی بر راه‌کارهای غیرپزشکی

این معیار می‌تواند عمل‌گرایانه‌ترین معیار در چارچوب بحث تلقی شود، زیرا ناظر بر ماهیت موضوع نیست؛ بلکه در این باره است که کدام راه برای چاره‌مشکل بهتر عمل می‌کند. در این مرحله، محاسبه خطر - فایده نقش اصلی را ایفا می‌نماید. در نتیجه هر زمان که راه‌های غیرپزشکی مؤثرتر یا مطمئن‌تری برای حل مسئله وجود دارد، باید به طور جدی مورد توجه قرار گیرند. حتی اگر یک مشکل، مطابق با سه معیار پیشین واجد شرایط پزشکی‌سازی باشد، اما از حیث اخلاقی لازم است ملزومات معیار چهارم را نیز برآورده سازد. البته رعایت این معیار تابعی است از امکانات، پیشرفت‌ها و تجهیزات پزشکی. به همین دلیل می‌توان گفت پزشکی‌سازی یک پدیده امری مطلق و کلی نیست؛ یعنی نمی‌شود گفت ریزش مو (به عنوان مثال) به طور کامل و در همه جای جهان پزشکی‌سازی یا پزشکی‌زدایی شده است. در بیمارستانی پیشرفته و مجهز در ملبورن استرالیا با دسترسی به با کیفیت‌ترین داروهای موجود شاید بتوان از پزشکی‌سازی ریزش مو به لحاظ اخلاقی دفاع کرد، اما در یک بیمارستان کوچک در بورکینافاسو با امکانات محدود، مراجعین زیاد و کمبودهای فراوان (به‌علاوه داروهای کم‌کیفیت جهت ترمیم مو) شاید نتوان از نظر اخلاقی از پزشکی‌سازی ریزش مو دفاع کرد؛ به تعبیر دیگر نمی‌توان همواره برای پزشکی‌سازی/پزشکی‌زدایی یک پدیده، دست کم بر اساس معیار چهارم، حکمی کلی و جهانشمول صادر کرد. حصول اطمینان از صرفه‌مندی و چربش فایده بر هزینه مداخله پزشکی بسیار مهم است. به عنوان نمونه باید دید درمان چاقی از طریق اعمال جراحی مجموعاً سودمندی بیشتری دارد یا اصلاح سبک زندگی. روش‌ها و جراحی‌هایی نظیر حلقه‌گذاری قابل تنظیم معده (Adjustable gastric band)، بالون معده (Gastric balloon)، جراحی کنار گذاری معده (ROUX-EN-Y gastric bypas)، تا کردن معده (Gastric Plication)، جراحی انحراف بیلو پانکراتیک (duodenal switch)، بازسازی معده با حلقه‌گذاری عمودی (Vertical banded gastroplasty surger) و... با فوایدی نظیر کمک به حل سریع‌تر مسئله ناباروری، بیماری‌های قلبی، فشار خون بالا، دیابت و عوارضی چون خونریزی بیش از حد، عفونت، واکنش‌های بدن به داروهای بیهوشی، ایجاد لخته خون، مشکلات ریوی و تنفسی، ترشح و خروج مایع از سیستم گوارشی و یا مرگ (موارد بسیار نادر) در مجموع باید وارد چرخه بررسی هزینه - فایده شوند و اگر علاوه بر معیارهای قبلی با معیار آخر نیز راهکاری بهتر شناخته شدند، یعنی از لحاظ اخلاقی قابلیت و صلاحیت عنوان یک پزشکی‌سازی اخلاقی و صحیح (در این مورد: پزشکی‌سازی چاقی) را دارند.

نتیجه‌گیری

برای ایضاح مفهومی و جلوگیری از خلط تعاریف و اصطلاحات، تفاوت دو اصطلاح امپریالیسم پزشکی و بیش تشخیصی با پدیده پزشکی‌سازی روشن شد. همچنین معلوم شد پزشکی‌سازی درجاتی دارد و فرایندی است مدرج چراکه پزشکی شدن می‌تواند به

روش‌هایی مختلف و حداقل در سه سطح متمایز رخ دهد: مفهومی، نهادی و سطح تعامل پزشکی و بیمار. بر همین مبنا می‌توان گفت همیشه لازم نیست یک پزشکی‌سازی کامل و تمام‌عیار رخ دهد و ممکن است تنها درجاتی از آن روی دهد. مثلاً ممکن است برخی از ابعاد یک وضعیت هنوز پزشکی نشده باشد یا تعاریف رقیب هنوز به حیات خود ادامه داده باشند. برخی از شرایط مانند مرگ، زایمان و بیماری‌های روانی شدید تقریباً به طور کامل پزشکی شده‌اند، اما برخی دیگر مانند اعتیاد به مواد افیونی یا یائسگی صرفاً تا حدی پزشکی‌سازی شده‌اند.

همچنین بر اساس مباحث طرح شده روشن شد که با گذر زمان برخی از جامعه‌شناسان و متخصصان اخلاق زیستی، سعی در پرداختن به ابعاد مثبت پزشکی‌زدگی دارند. پرسش افرادی نظیر کاجمارک این است که آیا پزشکی‌سازی همیشه مضر است؟ چه زمانی پزشکی از مرزهای صحیح خود فراتر می‌رود؟ هدف کار او ترسیم معیارهایی پراگماتیک برای تمایز میان پزشکی‌سازی و پزشکی‌سازی بیش از حد است.

پزشکی‌سازی به عنوان یک پدیده، قابل ارزیابی اخلاقی است، اما به عنوان یک روند یا فرایند جهانی مستلزم تحلیلی گسترده و چندوجهی نیز خواهد بود. در این مقاله، تمرکز ما بر پدیده پزشکی‌سازی و تعیین و تبیین چارچوبی اخلاقی برای آن است. اینکه در خصوص روند کلی، فزاینده و جهانی پزشکی‌سازی مسائل و مشکلات چه قضاوتی می‌توان داشت از تخصص نویسنده و مجال این نوشته فراتر است؛ اما همه سخن این است که در نهایت به عنوان کنشگران اخلاقی تکلیف خود در قبال این موضوع را دریابیم و کورکورانه و خام دست‌انداخته یا علیه آن موضع نگیریم. اکنون ما پس از وصول به تعریفی نسبتاً دقیق از پزشکی‌سازی و سطوح آن و بر اساس معیارهای چهارگانه ذیل می‌توانیم ادعا کنیم به چارچوبی اخلاقی برای پزشکی‌سازی و ضوابط آن دست یافته‌ایم: (۱) تشخیص درست مشکل از منظر پزشکی، (۲) عدم تأثیر القانات و انتظارات اجتماعی اغراق‌آمیز، (۳) اولویت فهم و تحلیل پزشکی بر دیگر رویکردها، (۴) رجحان راه‌کارهای پزشکی بر راه‌کارهای غیرپزشکی.

- اسوندسن، لارنس. (۱۴۰۱). فلسفه ترس. ترجمه خشایار دیهیمی. تهران: گمان، چاپ اول.
- Carter, Stacy M., et al. (2015). The Challenge of Overdiagnosis Begins With Its Definition. *Bmj*, 350.
- Clarke, Adele E., et al., eds. (2010) *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the US*. Durham: Duke University Press.
- Conrad, Peter., Mackie, T., & Mehrotra, A. (2010). "Estimating the costs of medicalization". *Social Science & Medicine*, 70(12), 1943-1947.
- Conrad, Peter, and Joseph W. Schneider. (1980). "Looking at levels of medicalization: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism". *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(1), 75-79.
- Conrad, Peter. (2007). *The Medicalization of society: On the Transformation of Human Conditions into treatable disorders* (Vol. 14, p. 204). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Eldaly, Abdullah Sami, and Sarah Magdy Mashaly. (2021). "The New Dilemma of Plastic Surgery and Social Media: A Systematic Review". *European Journal of Plastic Surgery*, 1-12.
- Halfmann, David. (2012). "Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices, and Identities". *Health*, 16(2): 186-207.
- Henry, Michael, Jennifer R. Fishman, and Stuart J. Youngner. (2007). "Propranolol and the prevention of post-traumatic stress disorder: Is it wrong to erase the "sting" of bad memories?" *The American Journal of Bioethics*. 7.9: 12-20.
- Hofmann, Bjørn. (2016). *Medicalization and Overdiagnosis: Different but Alike*. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(2), 253-264.
- Holmqvist, Mekael. (2009). "Medicalization of Unemployment: Individualizing Social Issues as Personal Problems in the Swedish Welfare State". *Work, Employment and Society*, 23(3): 405-421.
- Kaczmarek, Emilia. (2019). "How to Distinguish Medicalization from Over-Medicalization?". *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 119-128.
- Lantz, Paula M., Richard L. Lichtenstein, and Harold A. Pollack. (2007). *Health policy approaches to Population Health: the Limits of Medicalization*. *Health Affairs*, 26(5), 1253-1257.
- Miah, Andy & Rich, Emma. (2008). *The Medicalization of Cyberspace*. Routledge.
- Montemurro, Paolo, et al. (2015). "The Influence of Social Media and Easily Accessible Online Information on the Aesthetic Plastic Surgery Practice: Literature Review and Our Own Experience". *Aesthetic Plastic Surgery*, 39(2): 270-277.
- Nye, Robert A. (2003). "The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century". *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 39.2: 115-129.
- Parens, Erik. (2013). "On good and bad forms of medicalization." *Bioethics*. 27(1): 28-35.
- Sadler, J. Z., Jotterand, F., Lee, S. C., & Inrig, S. (2009). "Can medicalization be Good? Situating Medicalization Within Bioethics". *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30(6): 411-425.

Strong, Phil M. (1979). "Sociological imperialism and the Profession of Medicine A Critical Examination of the Thesis of Medical Imperialism." *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 13: 199-215.

Sunstein, Cass. R. (2005). *Laws of Fear: Beyond the Precautionary Principle*. Cambridge University Press.

Tredinnick-Rowe, John. (2020). Maturo, A. and Moretti, V. *Digital Health and the Gamification of Life*, Bingley: Emerald Publishing 2017. 176 pp (pbk) £ 60.00 (ebk) £ 43.19 ISBN 978-1-78754-366-9. *Sociology of Health & Illness*, 42(4): 959.

Welch, H. Gilbert, Lisa Schwartz, and Steve Woloshin. (2012). *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Beacon Press.