

## اعتماد بیماران به طب مکمل و جایگزین: روایت پژوهی

زهرا شهرزاد<sup>۱</sup>، سوسن باستانی<sup>۲</sup>، ابوعلی ودادهیر<sup>۳</sup>

(تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۱/۱۸، تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۵/۱۷)

### چکیده

اعتماد بیماران به پزشکان و نظام درمان یکی از موضوعات اساسی در پژوهش‌های جامعه‌شناسی پزشکی در دو دهه اخیر است. با گسترش پرستاب تقاضا برای دریافت خدمات طب مکمل و جایگزین در سطح جهانی، مطالعات پژوهشی فراوانی پیرامون این مسئله صورت گرفته که زمینه‌ها و علل اعتماد به این طب‌ها را مورد بررسی قرار داده است. در ایران نیز روند مشابهی در اقبال به اقسام طب‌های مکمل و جایگزین تجربه می‌شود که در خور پژوهش‌های جامعه‌شناسانه است. پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش روایت‌پژوهی و انجام بیست و نه مصاحبه روایی با بیماران که تجربه درمان با طب‌های جایگزین را داشته‌اند، به این سؤال پاسخ می‌دهد که در روایت تجربه بیماری، اعتماد به نظام درمانی جایگزین چگونه شکل می‌گیرد و چه سنخ‌هایی از آن قابل شناسایی است. بدین منظور با بهره‌گیری از آرای گیدنز، چالش اعتماد به طب مدرن به مثابه نظام کارشناسی و بازسازی اعتماد به نظام درمانی جایگزین مورد بررسی قرار گرفته، و در نهایت، با تحلیل تماتیک یافته‌های پژوهش، پنج سنخ «اعتماد تدریجی»، «اعتماد نهادی»، «اعتماد مبتنی بر درمانگر»، «اعتماد معرفت‌شناختی»، و «اعتماد مبتنی بر تجربه زیسته دیگران» از یکدیگر متمایز شده است. همچنین

zahra.shahrzad@gmail.com

sbastani@alzahra.ac.ir

vedadha@ut.ac.ir

<sup>۱</sup>دانشجوی دکترای دانشگاه الزهرا

<sup>۲</sup>استاد دانشگاه الزهرا

<sup>۳</sup>دانشیار دانشگاه تهران

برساخت طب جایگزین به مثابه «طب بی آسیب» و «طب آسان» به عنوان زمینه‌های مؤید اعتماد به طب مکمل و جایگزین مورد توجه قرار گرفته است.

**واژگان کلیدی:** اعتماد، طب مکمل و جایگزین، گیدنز، مخاطره، سلامت

### مقدمه و بیان مسئله

زیست در جوامع مخاطره‌آمیز، افراد را در موضع بازاندیشی پیوسته و گزین کردن دائمی مخاطرات قرار می‌دهد. از مخاطره‌ای به مخاطره‌ای حواله می‌شویم و از میان بی‌شمار مخاطره، مسیرهایی برای رفتارهای بازاندیشانه به ما عرضه می‌شود. تلاش برای فائق آمدن بر «شک‌های بازاندیشانه»<sup>۱</sup> در زیست‌جهان مخاطره‌آمیز، بی‌تردید بخش تفکیک‌ناپذیر حیات ماست. در حقیقت ما تا حدودی «انتخاب می‌کنیم» که متحمل کدام یک از مخاطرات پیرامونمان شویم و از کدام یک اجتناب کنیم. از میان این مخاطرات، مواجهه با ریسک‌های سلامت و بازاندیشی در قبال آن، تجربه جهانی آحاد بشر در تمام دنیاست. با این قید که انسان‌ها امروز در شرایطی به سر می‌برند که به واسطه فجایع جهانی محتمل الوقوعی که هیچ پسا ترمیم مناسبی هم برای آن وجود ندارد، بیش از هر زمانی نیازمند اعتماد به متخصصان هستند، حال آنکه به دلیل بازاندیشی در دانش و رشد روزافزون آگاهی عمومی از وضعیت غیر قطعی علم، اجابت این نیاز همواره دشوارتر می‌شود (گیب و ماناگن،<sup>۲</sup> ۲۰۱۳: ۸۷). بدین ترتیب دانش پزشکی دیگر به مثابه خروجی جریانی از پیشرفت دائمی در تاریخ یک علم ترسیم نمی‌شود، همچنان که نمی‌توان مدعی شد آنچه امروزه در زیست‌پزشکی و مجموعه دانش‌های اقماری آن حاصل شده، محصول و عصاره تمام دانسته‌های تمدن بشری در زمینه طب و پزشکی است. در این زمینه چاره‌اندیشی پیرامون اعتماد به زیست‌پزشکی و متخصصان ارائه‌دهنده خدمات طبی مدرن، به معضل جهانی برای مدیریت استراتژی‌های درمانی بیماران بدل شده است (پدرسین و هنسین و گرونبرگ،<sup>۳</sup> ۲۰۱۶: ۴۵)، به نحوی که در بسیاری کشورها بی‌اعتمادی به نظام درمانی رایج و تجویزات پزشکی روند رو به رشد داشته و پژوهش‌هایی برای سامان دادن به این وضعیت از طریق آموزش‌های حرفه‌ای پزشکان صورت گرفته است (کلارک،<sup>۴</sup> ۲۰۰۲ و آلسپ،<sup>۵</sup> ۲۰۰۶). در ایران در اولین برنامه استراتژیک اخلاق پزشکی کشور که در سال ۱۳۸۳ توسط زعمای جامعه

<sup>۱</sup> reflexive doubt

<sup>۲</sup> Gabe, Jonathan; Monaghan, Lee F.

<sup>۳</sup> Pedersen, Inge Kryger; Hansen, Vibeke Holm; Grunenber, Kristina

<sup>۴</sup> Clark, Chalmers C.

<sup>۵</sup> Allsop, Judith

سلامت کشور تدوین شده، به کاهش اعتماد عمومی مردم نسبت به جامعه پزشکی به مثابه تهدید جدی در نظام سلامت پرداخته شده است (شجاعی و ابوالحسنی نیارکی، ۱۳۹۱). مجموعه تطورات رخ داده در دانش و عملکرد زیست پزشکی، باعث شد پزشکی مدرن در وضعیت اوج خود باقی نماند. بحران‌هایی نظیر بحران اثر دارونما<sup>۱</sup>، بحران بیماری‌های مزمن، جنبش‌های ضد روانپزشکی، و ... از دهه ۶۰ و ۷۰ قرن بیستم میلادی به تدریج گریبان پزشکی رایج را گرفت و نارضایتی‌هایی سر برآورد که متأثر از شاکله نهادی و گفتمانی آن بود. این بحران‌ها، زمینه را برای خیزش سایر پارادایم‌های رقیب در حوزه سلامت فراهم آورد و اقبال اجتماعی ناشی از نارضایتی یا ناکارآمدی طب مدرن به نحو روزافزونی سهم پارادایم‌های رقیب<sup>۲</sup> شد (کولتر و ویلیس، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های انجام شده درباره این تغییرات مهم حوزه سلامت، که البته بیشتر از سوی جامعه پزشکی یا نهادهای سیاست‌گذار در قالب سنجش‌های کمی و نظرسنجی صورت گرفته است، نشان می‌دهد که اقبال ایرانیان به گونه‌های مختلف بومی و بین‌المللی طب جایگزین رو به افزایش است. به طور مثال پژوهشی در سال ۱۳۸۲ نشان داد که میزان آگاهی از طب مکمل و جایگزین در ایران بیش از ۸۰ درصد و میزان استفاده از آن به بیش از ۴۰ درصد رسیده و این روند با شیبی مثبت در حال افزایش است (مسگرپور، ۱۳۸۸). چنین چرخشی در مصرف طبی بیماران ممکن است در بردارنده عواقب مثبت و منفی‌ای برای سیستم درمانی کشور باشد که نیازمند سیاست‌گذاری‌های غیر آمرانه و التفات به تجربه زیسته بیماران و معنایی است که به کنش‌هایشان در میدان سلامت می‌بخشند. از این رو پاسخ به این سؤال ضروری است که چگونه در بستر متزلزل اعتماد به زیست پزشکی (شجاعی و یکانی‌نژاد و امینی، ۲۰۱۹: ۲۹۹) — به رغم مجموعه نهادهای نظارتی و حرفه‌ای آن —، چرخش اعتماد به سوی درمان‌های مکمل و جایگزین چگونه رخ می‌دهد و در روایت بیماران از مراجعه به این طب‌ها چه سنخ‌هایی از اعتماد به نظام درمانی جایگزین قابل شناسایی است.

<sup>۱</sup>. placebo effect

<sup>۲</sup>. این پارادایم‌ها به رغم تنوع‌اتشان در مجموع تحت عنوان طب مکمل و جایگزین (CAM: Complementary and Alternative Medicine) نامیده می‌شوند. در این پژوهش به جهت اختصار از عنوان طب جایگزین نیز استفاده شده است.

<sup>۳</sup>. Coulter, Ian D.; Willis, Evam M.

<sup>۴</sup>. Shojaei, Amir Ahmad; Yekaninejad, Mirsaeed; Amini, Sima

### مطالعات پیشین

به رغم اثربخشی مثبت کتاب‌ها و مقالات جامعه‌شناسی در مشروعیت‌بخشی به طب‌های مکمل و جایگزین در دنیا (کولتر و ویلیس،<sup>۱</sup> ۲۰۰۷) و توجه پژوهشی به روند رو به رشد مصرف این طب‌ها در مقالات و کتاب‌های جامعه‌شناسی پزشکی بین‌المللی، پژوهش‌های داخلی در این حیطه، بیش از جامعه‌شناسان، از آن متخصصان زیست‌پزشکی است که از منظری کمی و آماری، اثربخشی درمان یا میزان مراجعه به انواع این طب‌های مکمل و جایگزین را مورد بررسی قرار داده‌اند. در حوزه مطالعات اجتماعی مرتبط با این موضوع پژوهش‌هایی با رویکرد مردم‌شناسانه (جرجانی توتونچیان، ۱۳۸۳، مجیدی خامنه، ۱۳۷۴، عباسی نظری، ۱۳۸۳) و محوریت طب‌های فولکور صورت گرفته، که در آن مراجعه به طب‌های غیر مدرن به مثابه رسم فرهنگی از زیست‌بوم غیر توسعه‌یافته بازنمایی شده است. یکی از پژوهش‌های جامعه‌شناختی داخلی این موضوع، از آن جواهری (۱۳۸۱) است که با بهره‌گیری از آرای متفکران اجتماعی نظیر فوکو<sup>۲</sup>، ایلچ<sup>۳</sup>، هابرماس<sup>۴</sup>، و ... نشان می‌دهد چگونه گسترش طب‌های مکمل و جایگزین متأثر از نارضایتی از پیامدهای درمان، ارتباط پزشکی - بیمار، و نارضایتی از مناسبات اقتصادی - اجتماعی حاکم بر زیست‌پزشکی است. این جامعه‌شناس همچنین در پژوهشی علل گرایش به دعانویسی را به عنوان یکی از درمان‌های معنوی ذیل طب مکمل و جایگزین مورد پیمایش قرار داده است که نتایج آن نشان می‌دهد ارزیابی منفی از خدمات پزشکی، امید به تأثیر دعانویسی به واسطه «نظام ارجاع عامیانه»ی بیمار، و سوابق اعتقادی او، مشوق مراجعه است و ثمربخشی درمان بر تکرار آن اثر می‌گذارد (جواهری، ۱۳۸۱). پژوهش دیگری در این زمینه با انجام پیمایشی بر مراجعه‌کنندگان به دو طب رایج و طب جایگزین، نشان داده است که میان «نارضایتی از پزشکی رایج» و «دینداری» و «میل به برخورداری از سبک زندگی سلامت» با مراجعه به طب جایگزین، ارتباط معناداری وجود دارد (فرخی، ۱۳۹۱). در مطالعه دیگر مؤلفه‌های اجتماعی گرایش به طب مکمل و جایگزین مورد بررسی قرار گرفته است که مطابق یافته‌های آن «عوارض یا تروژنی پزشکی مدرن» و «موقعیت برتر پزشک»، موجب رانش بیماران از طب رایج و «وجود رویکرد سیستمی»، «نگرش فرهنگی - اجتماعی - روانی»، و «مزیت اقتصادی» موجب کشش بیماران به سوی جایگزین بوده است (آقایی و خلیلی، ۱۳۹۶).

<sup>۱</sup>. Coulter, Ian; Willis, Evan

<sup>۲</sup>. Paul-Michel Foucault (1926—1984)

<sup>۳</sup>. Ivan Dominic Illich (1926—2002)

<sup>۴</sup>. Jürgen Habermas (1929— )

در پژوهش‌های جامعه‌شناسی سلامت در دو دهه گذشته، این گرایش از منظرهای متنوعی مورد تحلیل قرار گرفته است. مقاله پراجاع سیاهپوش<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) این پدیده را علاوه بر نارضایتی از عملکرد پزشکان و روابط پزشک و بیمار، محصول ظهور فلسفه‌های جدید درباره طبیعت و کل‌گرایی‌هایی می‌داند که مرتبط با ارزش‌های پست‌مدرن هستند. او همچنین معتقد است عدم تجانس شبکه‌های اجتماعی فرد، او را در معرض آگاهی از اطلاعات و ارزش‌های جدید قرار می‌دهد. گیل<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) بیان می‌کند که چطور زبان می‌تواند در خدمت بازتولید سلطه زیست‌پزشکی بر سایر سیستم‌های درمانی باشد. فرایند حرفه‌ای شدن درمانگران و مسیری که برای کسب هویت و مشروعیت حرفه‌ای و غلبه بر انسداد اجتماعی طی می‌کنند نیز موضوع برخی دیگر از پژوهش‌ها بوده است (بون و همکاران،<sup>۳</sup> ۲۰۰۳، و پالیخ و همکاران،<sup>۴</sup> ۲۰۱۰). برخی دیگر از پژوهش‌ها نیز مبتنی بر ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی مصرف‌کنندگان، به طب مکمل و جایگزین توجه کرده است. فریس<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که افراد مسن چگونه مراجعه به طب جایگزین را به مثابه عکس‌العملی علیه طبی‌سازی<sup>۶</sup> فرایند پیری به کار می‌برند و سعی کرده‌اند با استفاده از شیوه‌های درمانی دیگر تصویر همونیک طب مدرن از پیری را به چالش بکشند.

موضوع اعتماد به طب مکمل و جایگزین، و معنا و زمینه‌هایی که موجب می‌شود کنش‌گران حتی با وجود خدمات درمانی و بیمه‌ای قابل قبول برای درمان، به این طب‌ها مراجعه کنند، در میان پژوهش‌های این حوزه نمودی برجسته دارد. بلک<sup>۷</sup> (۲۰۱۲) بیان می‌کند که فاصله‌گیری پزشکان از بیماران، در کنار بی‌اعتمادی عمومی به طب مدرن و نتایج ناخواسته دارویی و روش‌های تهاجمی آن نظیر جراحی، تولیدگر نوعی «اضطراب عمومی» در بیماران بوده است، و منافع فرعی حاصل از مراجعه به طب مکمل و جایگزین نظیر تأثیر آن بر سرزندگی و افزایش انرژی و احساس آرامش، موجب شده به رغم بی‌نتیجه بودن درمان، مراجعه ادامه یابد. با این

<sup>۱</sup>. Siahpush, Mohammad

دکتر محمد سیاهپوش، دانشگاه نبراسکا:

<https://www.unmc.edu/publichealth/departments/healthservices/facultyandstaff/mohammad-siahpush.html>

<sup>۲</sup>. Gale, Nicola

<sup>۳</sup>. Boon, Heather; Welsh, Sandy; Kelner, Merrijoy; Wellman, Beverley

<sup>۴</sup>. Polich, Ginger; Dole, Christopher; Kaptchuk, Ted J

<sup>۵</sup>. Fries, Christopher J.

<sup>۶</sup>. medicalization

<sup>۷</sup>. Black, Michelle

حال پژوهش او نشان می‌دهد افراد در شرایط کثرت‌گرایانه سلامت<sup>۱</sup> سعی می‌کنند مرزهای فعالیت‌های مورد پذیرش و مقبول را تعیین کنند و هرچند محتمل است اعتقادشان به طب مکمل و جایگزین را بدون دریافت خروجی درمانی از آن حفظ کنند، در جایی که با درمان‌های دردناک مواجه شوند یا درمانگر به نظرشان نامأنوس بیاید، درمان را رها می‌کنند. این مسئله نشان می‌دهد در حالی که به طور متعارف مراجعه به طب مکمل و جایگزین نوعی رفتار مرتبط با درمان دانسته می‌شود، این رفتار، ارتباطاتی مفهومی و تجربی نه تنها با درمان که همچنین با معنویت‌گرایی و فراغت و حس کلی «تندرستی» دارد. پدیرسن و هنسین و گرونبرگ (۲۰۱۶) نیز از طریق تحلیل مواجهه جایگزین<sup>۲</sup>، به عناصر ارتباطی و جسمی<sup>۳</sup> و مادی اعتماد موقعیتی<sup>۴</sup> به طب مکمل و جایگزین پرداخته‌اند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد شاخص‌های ارتباطی جسمی و مادی در مواجهه درمانی طب‌های جایگزین، ضریب اهمیت عدم قطعیت‌های موجود در آن طب‌ها را تقلیل می‌دهد یا کاملاً می‌پوشاند، از این رو به رغم نبود نظارت ساختاری بر درمانگران، اعتماد و مراجعه به آنها تداوم می‌یابد.

### چارچوب مفهومی: اعتماد به نظام‌های طب مکمل و جایگزین

مقالات و کتاب‌ها و آثار جامعه‌شناسی سلامت بیشتر در پی آن بوده اعتماد را به مثابه متغیر در نظر بگیرد تا سازه اجتماعی، اما بدنه‌ای در این حوزه در حال ظهور است که به نحوی نظری با اعتماد مواجه شده و تلاش دارد بیان کند که اعتماد چگونه در سیستم درمان با زمینه‌های اجتماعی و محیطی بازتولید می‌شود. این بدنه به طور برجسته‌ای به آرای گیدنز<sup>۵</sup> اشاره دارد (مایر و همکاران،<sup>۶</sup> ۲۰۰۸) و از همین رو التفات به آرای این متفکر می‌تواند در فهم بهتر یافته‌های این پژوهش راهگشا باشد.

در آرای گیدنز مدرنیته ثانویه با تردید درباره اعتبار دانش‌ها و اعتراف به این متمایز می‌شود که تمام دانش‌ها در معرض اصلاح و تجدید نظر قرار دارند. تجدید اصل «شک بنیادین» را نهادینه می‌سازد و بر این نکته تأکید می‌ورزد که هر گونه دانشی در حقیقت «فرضیه» است. دانش بیش از یقین، به عدم قطعیت منجر می‌شود، و «این واقعیت که متخصصان غالباً با یکدیگر اختلاف نظر دارند تقریباً برای همگان به مسئله‌ای آشنا بدل شده است» (بک و گیدنز و

<sup>۱</sup> pluralistic health context

<sup>۲</sup> alternative encounter

<sup>۳</sup> bodily

<sup>۴</sup> situational trust

<sup>۵</sup> Anthony Giddens (1938— )

<sup>۶</sup> Meyer, Samantha; Ward, Paul; Coveney, John; Rogers, Wendy

لش،<sup>۱</sup> ۱۹۹۴: ۱۸۶). سازمان بازانديشانۀ محيط‌های دانش مستلزم پيش‌بینی مداوم ماهیت پیامدها در آینده یا تخمین مخاطرات است. تخمینی بالذات غیر دقیق، که بر محاسبات متکی بر نظام‌های دانش انتزاعی استوار شده که خود در معرض رقابت و تغییر مداوم قرار دارد. در نتیجه مردم به طور فزاینده‌ای درباره ادعاهای پیشرفت که توسط مدرنیته اولیه ارائه می‌شد بدگمان شده‌اند. این بدگمانی با رخداد تجربه بیماری و مرادۀ مستقیم با ضعف نظام‌های کارشناسی متولی درمان در ارائه راه‌حل‌های یقینی و بی‌عارضه تشدید می‌شود و «احساس ناامنی» را با رنج بیماری در هم می‌آمیزد. چنین شرایطی تصمیم‌گیری در باب آتیۀ روند درمان را برای انسان گشوده به آینده‌های متکثر به «لحظه‌ای سرنوشت‌ساز» مبدل می‌کند، ولو اینکه برآورد دقیقی از مخاطرات احتمالی نظامات کارشناسی رقیب در دست نباشد.

مفاهیمی چون اعتماد، تقدیرگرایی، خطر کردن، و شانس، در چنین شرایطی کاربردی خاص می‌یابند. از نگاه گیدنز اعتماد نوعی پدیده عام و حیاتی در توسعه «شخصیت» است که با دنیایی مرکب از تکه‌برداری‌های گوناگون و نظام‌های مجرد، پیوستگی‌هایی خاص و متمایز دارد. اعتماد در جلوه‌های عمومی خود به طور مستقیم مرتبط با دستیابی به نوعی احساس «امنیت وجودی» است و در حقیقت ضرورتی اساسی برای «پیلۀ محافظ»ی است که «خود» در روبرویی با واقعیت‌های روزانه بدان احتیاج دارد. رخداد بیماری و ناتوانی یا عدم کفایت سیستم درمانی رایج در حل کم‌عارضه آن، آسیبی به پیلۀ محافظ و امنیت وجودی بیمار وارد می‌آورد که او را وامی‌دارد برای فائق آمدن بر آن دست به کنش بزند. همان طور که گیدنز می‌گوید، مهم‌ترین نتیجه این شک و تردیدهای بنیادین لزوم جهت‌یابی مستمر بین داعیه‌های متناقض بعضی از نهادهای مجرد جامعه است که با یکدیگر به رقابت می‌پردازند (گیدنز، ۱۳۹۱: ۲۵۵). بیمار نیز با خدشه‌دار شدن اعتمادش به نظام درمان، از میان امکانات عملی رقابت‌آمیزی که نظام‌های مجرد مرتبط با سلامت عرضه می‌کنند، انتخاب‌هایی به عمل می‌آورد. او در برابر نهادهای مدرن نوعی «کوشش توأم با چانه زدن» از خود نشان می‌دهد تا ذیل استعاره و ساختار کارشناسی‌ای که نظام مجرد جایگزین از سلامت ارائه می‌دهد، امنیت وجودی‌اش و البته سلامتی‌اش را بازیابد، چرا که نظام درمانی جدید ممکن است مولد ظرفیت‌های تازه‌ای در درمان باشد که می‌توان برای رسیدن به آن «خطر» کرد، و همواره عناصری از بخت و اقبال یا تقدیرگرایی به شخص اجازه می‌دهند که خود را به دست تصمیم معینی بسپارد که ممکن است فقط تا حدی درست و قابل اعتماد باشد (گیدنز، ۱۳۹۱: ۲۰۲). حدی که معادل مجموعه‌ای از اطلاعات محلی و تخصصی است که به هنگام تصمیم‌گیری در دسترس بوده است. این

<sup>۱</sup>. Beck, Ulrich; Giddens, Anthony; Lash, Scott

بخت‌آزمایی ذیل نظام کارشناسی طب جایگزین، بیمار را بر آن می‌دارد که از طریق پایش دائمی ریسک‌های محیطی به برآوردی از خطرهای احتمالی درمان برسد. از این رو در مراجعات اولیه، اثربخشی درمان، وضعیت محیط درمانی، رنج‌آوری درمان، رفتار درمانگر، و هزینه‌های درمان به‌دقت پایش می‌شود. یکی از استراتژی‌های مؤثر اتخاذشده، برون‌سپاری پایش مخاطرات به نهادهای مجرد مقبول است. از این رو در بسیاری از بیماران جایابی درمان‌های جایگزین ذیل نهادهای امنیت‌بخش که پیش از این از طریق کنترل مخاطرات مرتبط یا نامرتب با درمان موفق بوده‌اند، به بازیابی اعتماد آنان به تجربه درمانی کمک می‌کند.

پایگاه دیگر اعتماد به نظام درمانی جایگزین، رواج و اعتبار نسبی تجربه باواسطه در دوره مدرنیته متأخر است. با اولویی که فردگرایی در دوره جدید پیدا کرده، بازگویی تجربه بیماری و سهم‌خواهی بیماران از عرضه روایت بیماری در موقعیت ارتباطات با واسطه کاملاً شایع شده‌است. از این رو بیماران با محوریت قرار دادن ادراکشان از روایت‌های بیماری سعی می‌کنند در قبال مراجعه به طب جایگزین به تصمیم برسند و مخاطره مراجعه را تخمین بزنند. هرچند این اطلاعات همواره بر محور وحدت شناختی در افراد و بر اساس «عادت‌های دیرپا و جاافتاده» گردآوری می‌شود که مطابق آن، آرا و اندیشه‌های همگون جلب و آرا مغایر تا حدی طرد یا تفسیر به رأی می‌شوند. این امر حین دریافت درمان‌های جایگزین که نوعاً در شرایط غیر رسمی و با داروها و درمانگران غیر استاندارد مشخص می‌شوند، خود را بیشتر نشان می‌دهد و همواره عذرهایی نظیر اصل نبودن دارو، طریقه مصرف نامناسب، یا ناوارد بودن درمانگر، برای توجیه عدم اثربخشی درمان ذکر می‌شود. هرچند در مجموع اعتماد بیش از همه در تعامل با نمایندگان یا همان نقاط دسترسی سیستم تخصصی، ظهور و بروز می‌یابد. در نتیجه زمانی که در تعامل با سیستم تخصصی نظیر طب مکمل و جایگزین، اعتماد به درمانگران ظهور می‌یابد، که درواقع نمایندگان سیستم هستند، این به معنای تمرین «جهش ایمان»<sup>۱</sup> به دانش نهادی آنهاست (پدرسین و هنسین و گرونبرگ، ۲۰۱۶). گویی مصرف‌کنندگان در ارزیابی‌های پیچیده‌ای از ادعاهای دانشی چندگانه — از جمله دعاوی مرتبط با سیستم‌های حرفه‌ای درمان — دخیل می‌شوند و آنها را با توجه به زمینه‌های فردی‌شان به کار می‌بندند. بدین ترتیب در مواجهه با درمانگران طب جایگزین، افراد تلقی‌های متفاوتی از «شواهد» درمانی دارند و آن را در اعتماد به سیستم‌های پزشکی متنوع دخیل می‌کنند. به‌ویژه که بسیاری از درمانگران ممکن است به‌صراحت نتایج تشخیصی یا درمانی طب رایج را انکار کنند یا سنجش اثربخشی درمان‌هایشان را در سیستم طب رایج نامیسر بدانند، اما این مغایرت خصوصاً اگر با احساس

<sup>۱</sup>. leap of faith



تندرستی عمومی در بیمار همراه باشد، مانع اعتماد به نظام درمانی جایگزین نمی‌شود. در مواردی ممکن است حتی بازگشت به آشکالی از بنیادگرایی مذهبی طبی یا سنت‌گرایی افراطی جای این ادراک عینی بیمار از وضعیت جسمی بنشیند و ضدیت با طب مدرن ورای دریافت خدمات سلامت به هدف و گرانیگاهی برای اعتماد مبدل شود.

### روش پژوهش

در این پژوهش با اتخاذ رویکرد کیفی از میان روش‌های استحصال و تحلیل داده، به واسطه تمرکز بر تجربه بیماران از فرایند درمان و اعتماد به سیستم درمانی جایگزین، روش روایت‌پژوهی مورد استفاده قرار گرفته است. محوریت این روش، تمرکز بر ابعاد داستان‌وار و تجربه‌ای و قصه‌ها و حکایت‌های شخصی است، آن طور که توسط راوی در زنجیره‌ای منظم نقل می‌شوند.

از میان همه گروه‌های ذی‌نقشی که در میدان طب مکمل و جایگزین در استان تهران فعال هستند، اعم از سرمایه‌گذاران، درمانگران، داروسازان، و ...، به سراغ مصرف‌کنندگان این طب‌ها رفته‌ایم و داده‌ها از طریق انجام مصاحبه‌هایی بر اساس پروتکل انجام مصاحبه روایی گردآوری شده است.<sup>۱</sup> سؤال محوری مصاحبه این بود که اعتماد به طب مکمل و جایگزین چگونه در روایت بیماری بازنمایی می‌شود؟

به منظور جذب حداکثری مشارکت‌کنندگان در این تحقیق، با هدف پوشش هرچه بهتر تجربیات بیماران، دعوت افراد به مصاحبه بر اساس علت مراجعه، نوع طب جایگزین (که می‌توانست یک یا چند دوره درمانی با طب‌های مختلف باشد)، سازمان ارائه‌دهنده خدمات طبی (اعم از دانشگاهی، عامیانه، مبتنی بر باورهای مذهبی)، سن (جوان یا میانسال)، و جنس افراد، از طریق مراجعه به مکان‌های عرضه خدمات طبی مکمل و جایگزین یا فراخوان در گروه‌های اجتماعی مختلف، صورت پذیرفت و پیش از انجام مصاحبه هدف از پژوهش و سؤال محوری آن برای مصاحبه‌شوندگان توضیح داده شد و گردآوری داده‌ها، تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت (هالووی و فرش‌واتر،<sup>۲</sup> ۲۰۰۷). بدین ترتیب ۲۹ مصاحبه روایی با میانگین یک ساعت و گاه طی چند مرحله ترتیب داده شد و البته با کنکاش در بازنمایی‌های مجازی درمانگرانی که در روایت‌ها مورد اشاره قرار گرفته بود، ابعاد تجربه فرد از فرایند اعتماد به درمان جایگزین مورد بررسی بیشتر قرار گرفت.

<sup>۱</sup> مصاحبه‌ها در بهار و تابستان سال ۱۳۹۹ صورت گرفته و برخی از آنها به دلیل شرایط خاص بیماران و شیوع ویروس کرونا به صورت تلفنی یا تصویری انجام شده است.

<sup>۲</sup> Holloway, Immy; Freshwater, Dawn

جدول ۱ معرفی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

شماره مصاحبه	مشارکت‌کنندگان تحصیلات و شغل	جنسیت		بازه سنی		علت مراجعه				نوع طب			سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات طبی			نتیجه درمان		
		مرد	زن	مرد	زن	بیماری مزمن	بیماری غیر حاد	پیشگیری / اصلاحی	سنتی	سوزنی و چینی	هومیوپاتی	اسلامی	دانشگاهی	انجمن‌های تخصصی	غیر دانشگاهی	مداوا شده	درمان رها شده	عدم مداوا
۱	لیسانس خانه‌دار																	
۲	فوق لیسانس طراح هنری و معلم																	
۳	فوق لیسانس پژوهش گر اجتماعی																	
۴	فوق لیسانس کارمند																	
۵	دکتری معلم																	
۶	فوق لیسانس خانه‌دار																	
۷	فوق لیسانس مشاور خانواده																	

۱. سالمندان به دلیل شرایط جسمی متأثر از کهولت در نمونه شرکت داده نشدند.

اعتماد بیماران به طب مکمل و جایگزین: روایت پژوهی

شماره مصاحبه	مشارکت کنندگان	تحصیلات و شغل	جنسیت		بازه سنی		علت مراجعه				نوع طب				ارائه دهنده خدمات			نتیجه درمان		
			مرد	زن	مرد	جوان	میانسال <sup>۱</sup>	بیماری صعب‌العلاج	بیماری مزمن	بیماری غیر حاد	پیشگیری / اصلاحی	سنتی	سوزنی و چینی	هومیوپاتی	اسلامی	دانشگاهی	انجمن‌های تخصصی	غیر دانشگاهی	مداوا شده	درمان رها شده
۸	فوق لیسانس خانه‌دار																			
۹	لیسانس خانه‌دار																			
۱۰	فوق لیسانس معلم																			
۱۱	فوق لیسانس کارمند																			
۱۲	دانشجو دکتری																			
۱۳	لیسانس کارمند و دانشجو																			
۱۴	حوزوی خانه‌دار																			
۱۵	لیسانس خانه‌دار																			
۱۶	لیسانس معلم زبان																			
۱۷	لیسانس خانه‌دار																			

<sup>۱</sup> سالمندان به دلیل شرایط جسمی متأثر از کهولت در نمونه شرکت داده نشدند.

شماره مصاحبه	مشارکت کنندگان	تحصیلات و شغل	جنسیت		بازه سنی		علت مراجعه				نوع طب				ارائه دهنده خدمات				نتیجه درمان	
			زن	مرد	جوان	میانسال <sup>۱</sup>	بیماری صعب‌العلاج	بیماری مزمن	بیماری غیر حاد	پیشگیری / اصلاحی	سننی	سوزنی و چینی	هومیوپاتی	اسلامی	دانشگاهی	انجمن‌های تخصصی	غیر دانشگاهی	مداوا شده	درمان رها شده	عدم مداوا
۱۸	کارگر	دیپلم																		
۱۹	وزارت نفت	لیسانس عالی رتبه																		
۲۰	دانشگاه	دکتری استاد																		
۲۱	مترجم	دکتری																		
۲۲	خانه‌دار	دیپلم																		
۲۳	خانه‌دار	دیپلم																		
۲۴	پتروشیمی	حوزوی تاجر محصولات																		
۲۵	کاسب	دیپلم																		
۲۶	فوق	فوق																		

<sup>۱</sup> . سالمندان به دلیل شرایط جسمی متأثر از کهولت در نمونه شرکت داده نشدند.

اعتماد بیماران به طب مکمل و جایگزین: روایت پژوهی

شماره مصاحبه	مشارکت کنندگان	تحصیلات و شغل	جنسیت	بازه سنی	علت مراجعه				نوع طب				ارائه دهنده خدمات سازمان طبی				نتیجه درمان	
					بیماری مزمن	بیماری غیر حاد	پیشگیری / اصلاحی	سننی	سوزنی و چینی	هومیوپاتی	اسلامی	دانشگاهی	انجمن های تخصصی	غیر دانشگاهی	مداوا شده	درمان رها شده	عدم مداوا	
		لیسانس کارمند عالی رتبه																
۲۷		لیسانس کارمند مخابرات سپاه																
۲۸		دپلم آزاد																
۲۹		لیسانس کارمند ارتش																

تحلیل روایت بر اساس تقسیم‌بندی ریسمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۸)، به چهار نوع تحلیل روایت مضمونی، تحلیل ساختاری، تحلیل تعاملی - نمایشی، و تحلیل بصری قابل تفکیک است. از میان این شیوه‌های تحلیل، استراتژی تحلیلی مد نظر این پژوهش، تحلیلی روایت‌پژوهانه‌ای است که در آن «پژوهشگران توصیفات رویدادها یا اتفاقات را گردآوری کرده و آن‌ها را با استفاده از یک پیرنگ به صورت داستان ارائه می‌دهند» (کرسول، ۱۳۹۸: ۷۵). لذا بر اساس اهداف پژوهش و به واسطه اتکا بر داده‌های متنی، از تحلیل مضمونی یا تماتیک<sup>۲</sup> استفاده شد که بر محتوای آنچه گفته می‌شود متمرکز است و نه نحوه بیان یا هدف از گفتن آن (ریسمن، ۲۰۰۸). در این روش محقق داستان‌هایی را جمع‌آوری و به نحو استقرایی گروه‌بندی‌هایی مفهومی از داده‌ها ایجاد می‌کند و گونه‌شناسی از روایت‌ها می‌سازد که از روی مضمون سازمان‌دهی شده باشد.

<sup>۱</sup>. Riessman, Catherine Kohler

<sup>۲</sup>. Thematic analysis

جدول ۲ نمونه‌ای از تحلیل مضمونی روایت

مضامین فرعی	مقولات اصلی	روایت‌ها	سنخ اعتماد
رنج کشیدن برای رسیدن به علم افاضه قدسی علم طب نجات با طب جایگزین	روایت‌های اسطوره‌وار از فرایند تبحریابی درمانگر	۱۸، ۱۴، ۶	اعتماد به درمانگر
سرایت نخبگی از سایر میدان‌ها پاک‌بازی و نداشتن منفعت اقتصادی آرامش بخشی و معنویت	شخصیت کاریزماتیک درمانگر		

بدین ترتیب در این پژوهش از طریق انجام مصاحبه‌های روایی و تحلیل تماتیک یافته‌ها، پس از بازروایی مصاحبه‌ها به شکل روایت خطی زمانمند، این پرسش محوری مورد بررسی قرار گرفت که در روایت‌های تجربه بیماری چه سنخ‌هایی از اعتماد به طب مکمل و جایگزین قابل شناسایی است. همچنین به منظور اعتباریابی داده‌ها، علاوه بر حضور مستمر در محیط‌های درمانی و ملاقات با برخی درمانگران ذکرشده در مصاحبه‌ها و گفت‌وگوهای اکتشافی با سایر بیماران، گفت‌وگوهایی پسینی با مشارکت‌کنندگان صورت گرفت تا صحت دریافت پژوهشگران از روایت آنان مسجل شود.

### یافته‌ها: سنخ‌شناسی اعتماد به نظام درمانی جایگزین

#### ۱- اعتماد تدریجی و تجمعی

در این سنخ، اعتماد به درمانگر دستاورد تدریجی است و دست کم مراجعه اولیه به واسطه باور به طب مکمل و جایگزین صورت نگرفته است. حضور مشوق‌های مراجعه در اطراف بیمار یا از آن برجسته‌تر بی‌اعتمادی فزاینده بیمار به طب مدرن، به واسطه تجربه منفی از درمان بیماری‌های پیشین یا ارزیابی ناکارآمدی در درمان بیماری بخصوص، زمینه مساعدی برای مراجعه ناپایدار بیمار به طب جایگزین فراهم کرده است. گاه این امر ممکن است حتی با اعلام ناتوانی طب مدرن در درمان بیمار پیوند بخورد و بیمار ناگزیر از اعتماد به هر راهی باشد که بتواند از طریق آن رنج بیماری را تخفیف دهد. خانم جوانی که چند سال درگیر درمان بیماری روان‌تنی<sup>۱</sup> با داروهای اعصاب و روان بود، در داستان بیماری خود اولین تجربه مراجعه‌اش به فضای نامأنوسی که درمانگر هومیوپاتی در آن بیماران را ویزیت می‌کرد، چنین توصیف کرد:

بی‌قراری‌ام از وضعیت لاعلاجی که در آن گیر افتاده بودم مرا وامی‌داشت که به هر راهی متوسل شوم. در واقع حس می‌کردم برای خلاصی از آن

<sup>۱</sup>. psychosomatic

وضع، فضای مخوف و نآمانوس آنجا که هیچ، حتی جادو و جنبل را هم حاضرم امتحان کنم (شماره ۱۲، زن - جوان).

مراجعات اولیه وضعیتی به‌غایت شکننده دارد. دریافت هر نشانه منفی از درمانگر و محیط، نظیر حس کاسب‌کاری و شیادی اقتصادی، سوء استفاده مالی، بیماری‌فروشی یا برندسازی و نیازسازی طبی یا عدم تبحر و ترویج شبه علم، ممکن است مراجعه را تعلیق یا متوقف کند. بیمار گاه به واسطه وضعیت ناگزیر بیماری، دوره‌هایی از اعتماد - بی اعتمادی، و آزمون و خطا با طب جایگزین را تجربه می‌کند و برآورد او از کارآمدی درمان همواره در حال به‌روزرسانی است. خانمی که برای مشکل ناباروری تجربه مراجعه به انواع طب‌های مکمل و جایگزین را در کنار درمان مدرن داشت، مراجعه‌اش به درمانگر طب جایگزین (طب سنتی) را چنین روایت می‌کرد:

قدری از مراجعه بی‌ثمرمان به آقای ع. برای مشکل پوست همسرم گذشته بود که از مشکلمان در باروری خبردار شدیم. اوایل به دکتر زنان مراجعه کردم و داروهایی برای تنبلی تخمدان گرفتم. اما به جای پیگیری درمان دکتر زنان پیگیر دستور درمانی ع. شدم. به من دارو داد و اتفاقاً این بار برخلاف تجویز قبلی‌اش بعد از دو سه ماه داروها به‌خوبی جواب دادند. در سونوگرافی بعدی همه چیز عادی بود. همین موفقیت جان تازه‌ای به اعتماد ما به او داد. درمان‌های ناباروری را برای شوهرم هم پی‌گرفتیم (شماره ۳، زن - جوان).

در مواردی که پس از حاصل شدن توفیقات درمانی، بیمار به برآیند مثبت و پایداری از درمان می‌رسد، نوعاً جایگاه طب جایگزین برای او از طب حاشیه‌ای به طب اصلی تغییر می‌کند و حتی به تدریج شکلی از سرسپردگی بالینی با استقامت بر رنج درمان، پذیرش داروهای ترکیبی نآمانوس، و خوانش‌های نامتعارف از مخاطرات سلامت روایت می‌شود. خانمی که در آستانه میان‌سالی دچار بیماری اسپوندیلیت آنکیلوزان (ای‌اس)<sup>۱</sup> شده بود و توانسته بود از طریق طب جایگزین (طب سنتی و زنبوردرمانی) بیماری را کنترل کند، اعتمادش را بعد از چند سال به درمانگرش چنین توصیف می‌کرد:

غیر از مشکل خودم در مواردی به افراد مستأصل دیگر هم خانم م. را معرفی کرده‌ام که نتیجه گرفته‌اند. چنان تشخیص‌های بی‌خطا و پرفایده‌ای دارد که اگر بگویند با چشم بسته مسیری که می‌گویند را بروم خواهم رفت (شماره ۶، زن - جوان).

<sup>۱</sup>. *ankylosing spondylitis (AS)*

## ۲- پیوند زدن اعتماد به مقبولیت و تجربه زیسته دیگران

در این سنخ بنیاد اعتماد به طب جایگزین، بر تأییدی است که بیمار با واسطه یا بی‌واسطه از تحلیل مراجعان به یک نوع طب یا یک درمانگر بخصوص به دست می‌آورد. ادراک کلی بیمار از مصرف‌کنندگان طب جایگزین، مراجعه را به مثابه کنش عقلانی مقبول درمی‌آورد و اشتراک در تجربه زیسته سایر مراجعان مشروعیت‌بخش تصمیم درمانی بیمار است که در خلال روایت مراجعه آن را به مثابه پشتوانه عقلانی رفتار ذکر می‌کند. شیوع بین‌المللی یک سبک درمانی، نظیر طب سوزنی، یا گرایش افراد یا گروه‌های سرشناس به طب جایگزین، نظیر مراجعه خانواده سلطنتی انگلستان به هومیوپاتی، از مصادیق ذکرشده در این سنخ اعتمادهاست (مصاحبه ۶). به شکلی انضمامی‌تر بیمار ممکن است از تحلیل کلی مراجعان به یک درمانگر نیز کسب اعتماد کند. شلوغی محل ارائه خدمات درمانی، یا حضور بیماران از شهرهای دیگر، یا از آن مهم‌تر مراجعان خارجی، نشانه‌ای بر شهرت و چیره‌دستی درمانگر است. آقای جوانی که برای بیماری پسوریازیس<sup>۱</sup> درمان‌های متعددی از طب‌های جایگزین دریافت کرده بود تجربه مراجعه به طب اسلامی را این‌چنین بازگو می‌کرد:

برای وقت گرفتن رباتی در تلگرام داشتند که در تایم خاصی باید عضو کانال می‌شدی و وقت می‌گرفتی. تشریفات داشت تا یک زمان ویزیت بدهند. وقتی نهایتاً توانستم یک وقت ویزیت بگیرم، به حسینیه موسی بن جعفر رفتم. صحنه واقعاً خاطره‌انگیزی بود. یک زیرزمین با سیل جمعیتی که برای ویزیت آمده بودند. باید می‌رفتی و کد مخصوص ویزیت را اعلام می‌کردی و وارد صف بیماران می‌شدی. خود آیت الله نشسته بود و تند و تند نسخه می‌نوشت. بخشی هم برای خانم‌ها بود که جدای از آقایان ویزیت می‌شدند (شماره ۲۹، مرد - جوان).

تجربه مراجعه به همین درمانگر (طب اسلامی) در روایت یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در پژوهش که خانم جوانی با مشکل ناباروری بود، این‌گونه نقل شد:

خیلی امیدوار بودم به درمانش. رفتیم به همان محل ویزیتشان. از صبح همه می‌آمدند مثلاً چهل نفر اسم می‌نوشتند، توی نوبت می‌ماندند تا نوبتشان شود. از شهرهای مختلف ایران در صف ویزیت بودند، حتی یک خانواده عرب در میان مریض‌ها بود که از دبی یا کویت آمده بود. یعنی انقدر نتیجه می‌داد درمان‌هایش (شماره ۱۴، زن - جوان).

<sup>۱</sup>. psoriasis



حضور افرادی با ظاهر متمول و سرمایه اجتماعی و اقتصادی بالا در میان مراجعان نیز بیمار را به این مسئله رهنمون می‌کند که درمانگر در قیاس با بالاترین رده خدمات درمانی طب مدرن، کارآمدی بیشتری داشته که به او مراجعه شده است. وجود سلبریتی‌ها و افراد رده بالای سیاسی و مذهبی نیز در میان مراجعان، یکی از زمینه‌های برجسته این نوع اعتماد است. درمانگری که با یک شخصیت سیاسی برجسته به سفرهای خارجی می‌رفت تا عارضه کمرش را درمان کند (مصاحبه ۳)، یا دیگری که گفته می‌شود برای یک شخصیت مذهبی صاحب‌نام نسخه درمانی می‌پیچد (مصاحبه ۱۳)، یا سومی که وضع جسمی خواننده معروفی را بهبود داده (مصاحبه ۱۲) نمونه‌هایی از این اشاراتند.

رویت اثربخشی درمان در ظاهر سایر بیماران (مثل بازیابی توان حرکتی مراجع مبتلا به ام‌اس)، یا گفت‌وگو در مورد تجربه بهبود با سایر مراجعان نیز در این سنخ، برانگیزاننده اعتماد به درمانگر است. از این رو، بیمار با تفحص در تجربه سایر مراجعان سعی در سنجش برآیند مراجعات دارد. در روایت‌ها، گاه این تفحص منجر به شکل‌گیری داستان‌هایی پیرامون اثر درمان می‌شود که خوانشی اغراق آمیز، رمانتیک، خطی، و تقلیل‌یافته از اثر درمان دارند و بر تجربیات مستقیم یا بیش از آن شنیده‌های باواسطه سایر مراجعان از سایر مراجعان مبتنی هستند.

آنچه در این بین جالب توجه است، ته‌نشست ایده تخصص‌گرایی طب بالینی در مواجهه با طب جایگزین و حضور استعاره‌های زبانی طب مدرن در ناخودآگاه طبی بیماران است که خود را در جست‌وجوی شبکه «بیماران مشابه» نشان می‌دهد. در بسیاری از روایت‌ها، علاوه بر آنچه از رویت عمومی و تحلیل صوری مراجعان عاید بیمار می‌شود، شناسایی بیماران مشابه در میان مراجعان و سنجش اثربخشی درمان بر آن موارد خاص، سهمی اساسی در اعتماد به درمانگر دارد. در حالی که طب جایگزین نوعاً دعوی رویکرد جامع‌نگر به بدن و نگاه اختصاصی به هر بیمار را دارد، فرایند اعتماد به درمانگر در روایت‌ها کماکان از انتزاع حدی از تخصص در درمان بیماری خاص فرد متأثر است و به همین منظور در بسیاری مواقع مواجهه با افرادی در شبکه روابط فرد - در انجمن‌های مرتبط با بیماری‌های خاص، مطب‌های تخصصی طب مدرن، یا فروم‌ها و شبکه‌های اجتماعی آنلاین - که با بیماری مشابه توسط یک درمانگر درمان شده‌اند، گرانیگاه اصلی اعتماد به آن درمانگر می‌شود. گویی بازنمایی‌های اختصاصی بیماران از درمان بیماری مشابه، زمینه بازاندیشی در کنش سلامت را مبتنی بر ریسک‌های درمان آن بیماری فراهم می‌کند و فرد با شریک شدن در تجربه زیسته دیگران، در قبال ریسک‌های متنوع درمان‌های مختلف، دست به انتخاب آگاهانه و غلبه بر شک بازاندیشانه می‌زند. خانم میانسالی

که قریب یک دهه از درگیری او با بیماری ام اس می‌گذشت و تجربه ناموفقی با درمان طب جایگزین (طب سنتی) داشت، آغاز مراجعه به طب جایگزین را به این مسئله نسبت می‌داد:

یکی از بستگان با من تماس گرفت و گفت خانمی که آرایشگر دخترش بوده، با شرایط مشابه من ویلچری شده و با درمان طب سنتی دوباره توانسته راه برود و اصرار فراوان کرد که من هم به درمانگر او مراجعه کنم. من با آن خانم تماس گرفتم و مفصل صحبت کردم. ام اس بیماری نادر و هزار چهره‌ای است. بعد از این همه سال درگیری با این بیماری و حرف زدن با مریض‌های مختلف در مطب‌ها و فیزیوتراپی‌ها، می‌دانستم به‌سختی می‌شود در این بیماری حتی بین دو بیمار روند یکسانی پیدا کرد. صحبت‌های آن خانم مرا دلگرم کرد که او شرایط بسیار مشابهی با من داشته و انگیزه‌ای برای مراجعه‌ام ایجاد کرد (شماره ۲۳، زن - میانسال).

در مواردی البته اعتماد به درمان‌های مکمل و جایگزین بر وجود عادت‌واره‌های سلامت پیشین مبتنی است و برای فرد به واسطه حضور در میدان مصرف‌کنندگان طب جایگزین (در جمع‌های خانوادگی یا دوستانه و کاری)، مراجعه بدهاتی دارد که او را از جلب مشروعیت مازاد معاف می‌کند. هرچند در مجموع به نظر می‌رسد هرچه تنوع در روابط اجتماعی فرد بالاتر باشد، شانس آشنایی با شیوه‌های درمانی جدید و قرار گرفتن در جریان بازنمایی‌های موجد اعتماد بیشتر می‌شود.

### ۳ - اعتماد نهادی

اعتماد و مشروعیت‌بخشی به درمان مکمل و جایگزین در این سنخ، منشعب از اعتمادی است که بیمار به نهادهای متولی یا حمایت‌کننده از درمان جایگزین دارد. شکل‌گیری دانشکده‌های طب ایرانی و به تبع آن برپایی درمانکده‌ها و مراکز درمانی دانشگاهی موجب شده بخشی از طب جایگزین در بستر نهادهای کلان مشروع در حوزه سلامت مستقر شود و مراجعه به طب مکمل و جایگزین را از وجوهی همسنگ مراجعه به طب مدرن کرده است. سازوکار مدرک‌گیری درمانگر<sup>۱</sup> ذیل استانداردهای سازمانی وزارت بهداشت، ثبت مقالات علمی و شرکت در کنفرانس‌های بین‌المللی، و حتی ارائه تخصصی خدمات درمانی بر اساس الگوی تفکیکی بدن و بیماری‌ها در زیست‌پزشکی، باعث شد نهاد زیست‌پزشکی با تعدیل هژمونیک

<sup>۱</sup> جهت متمایز کردن این نوع درمانگران از سایر درمانگران طب مکمل و جایگزین در این مقاله از اصطلاح «پزشک - درمانگر» استفاده شده است.

طب مکمل و جایگزین، آن را عملاً به یکی از امکان‌های خدماتی ذیل خود تقلیل دهد و بدین ترتیب البته تا حدی اعتبار عمومی نهادهای سلامت را با برخی از طب‌های مکمل و جایگزین سهیم شود. آقای میانسالی که برای کاستن از عوارض عمل جراحی با اصرار همسرش به طب مکمل و جایگزین (طب سنتی) مراجعه کرده بود علت اصلی مراجعه را همین می‌دانست که:

خانواده به‌ویژه استدلال می‌کردند که این دکترها، دکتر علفی‌های قدیم نیستند و در دانشگاه‌های مدرن درس خوانده‌اند و اساساً دانشکده طب سنتی در ایران دایر شده‌است (شماره ۲۰، مرد - میانسال).

این امر به‌ویژه در زمینه داروهای استاندارد و ثبت‌شده و شناسه‌دار که در داروخانه‌ها با بسته‌بندی‌های مشخص به فروش می‌رسد برجسته است و در روایت بیماران دریافت داروی استاندارد از سوی پزشک - درمانگران، در قیاس با خودارجاعی دارویی برخی درمانگران غیر پزشک یا غیر وابسته به نهاد رسمی سلامت، موجد اعتماد و ادامه مراجعه بود. اهمیت این مسئله به‌ویژه در قیاس میان داروهای کارخانه‌ای و داروهای طب‌های مکمل و جایگزینی که نظیر هومیوپاتی سامان نهادی بین‌المللی‌ای دارند، اما ترکیبات دارویی واضحی ندارند و داروهایشان را به طور عمومی عرضه نمی‌کنند، بیشتر دیده می‌شود. خانم جوانی که برای مشکلات خواب و سرگیجه به طب جایگزین (هومیوپاتی) مراجعه کرده بود این تجربه را چنین روایت کرد:

دو سه تا کیسه قرص هم به من داد که همه مثل هم بود. قرص‌های ریز نقلی‌شکل. هر کدام را باید به یک ریتم خاص می‌خوردی، یک روز در میان، دو روز در میان، سه روز در میان. بی هیچ توضیح بیشتری ... از آنجا که بیرون آمدم گیج گیج بودم. به لحاظ فلسفی منطق دارویی و رقیق‌سازی داروها در هومیوپاتی با عقل جور در نمی‌آمد، خانواده‌ام هم ظاهر قرص‌ها را که دیدند بیشتر مرعوبم کردند. رها کردم. برای همیشه رها کردم و دیگر هیچ وقت سراغش نرفتم (شماره ۱۲، زن - جوان).

در روایت بیماران، مراجعه به «پزشک - درمانگران» بیشتر اوقات از سوی بیمار مختومه شده و مشکلاتی نظیر اشتباه در تشخیص، زیاده‌روی در تجویز دارو، ناکارآمدی درمان، یا بی‌اعتنایی درمانگر به روایت بیمار از بیماری در ویزیت‌ها بازنمایی می‌شود. گویی به رغم اعتبار اولیه‌ای که از برابر نهادن طب جایگزین و طب مدرن عاید این مجموعه‌ها شده، اغتشاش پارادایمی و وضعیت میانه آنها در مرز میان طب مدرن و طب جایگزین موجب مسئله‌دار<sup>۱</sup> شدن

<sup>۱</sup>. problematic

تجربه درمانی بیمار می‌شود. چراکه در فرایند درمان با این سنخ پزشک - درمانگران، هم چالش غیاب بدن و نبود نگاه کل‌گرا تجربه می‌شود و هم تبحر تجربی‌ای که درمانگر از استاد دیدن طی سالیان متمادی کسب می‌کند در اغلب آنها وجود ندارد. بدین ترتیب در روایت بیماران اعتماد اولیه به نهاد پزشکی، گاه به واسطه مواجهه مستقیم با تجربه درمانی از میان می‌رود. گویی برخی پزشک - درمانگران جوان بیش از آنکه روح و معنای درمان مکمل و جایگزین را درک و درونی کرده باشند در پی نمایش تقلید خام‌دستانه از طبابت جایگزین هستند و بازسازی تقلیل‌یافته طبیب - حکیم در ساختار دانشگاه موجب شده، پزشک - درمانگران جوان ذیل پارادایم طب بالینی و با همان نگاه و همان منطق، تنها داروی گیاهی تجویز کنند. خانم جوانی که به دلیل عارضه روحی به طب جایگزین (طب سنتی دانشگاهی) مراجعه کرده بود، چنین روایت کرد:

مقادیر خیلی خیلی زیادی از دارو برایم تجویز شد. داروهایی که به صورت آماده می‌خریدیم. روز دوم مصرف داروها من به حال مرگ رسیده بودم. آن همه هزینه دارو، آنهمه معطلی در مطب، و نتیجه هم این وضع گشوده. با منشی تماس گرفتم، گفتند فوری داروها را قطع کنید و بیایید مطب. با آن حال نزار رفتم و دیدم غلغله است. دوباره باید مدت طولانی معطل می‌ماندم تا نوبتم شود. توانش را نداشتم. از آن مهم‌تر دیگر اعتمادی هم به تجویز بعدی‌اش نداشتم. از مطب بیرون زدم ... با خودم می‌گفتم تبخّر طبی به کنار، این همه توضیحات و این همه فرم پر کردن و شرح حال مکتوب گرفتن پس به چه دردی خورد؟ انتظارم این بود که دکاوتی در دکتر باشد که درک کند بدن من توان تحمل این حجم زیاد و یکباره از داروها و جوشانده‌هایش را ندارد. این توقع زیاد و عجیبی نبود (شماره ۵، زن - جوان).

گره دراماتیک روایت‌های این سنخ جایی است که بیمار بر اثر سوء تشخیص پزشک - درمانگر متحمل عارضه‌هایی می‌شود و از قضا طب مدرن بر این عارضه‌زایی صحه می‌گذارد. در این مواقع بیمار به رغم آنکه به نهاد رسمی درمانی مراجعه کرده، مسیری برای پیگیری قضایی آسیب بالینی تجربه‌شده ندارد. نهادی بر سوء عملکردهای تشخیصی پزشک - درمانگران نظارت نمی‌کند، که این امر می‌تواند متأثر از تلقی عمومی از بی‌آسیبی طب جایگزین یا اثبات‌ناپذیری اثر داروهای گیاهی بر عارضه بیمار باشد. خانم جوانی که به عارضه خونی نادر مرتبط با کبد مبتلا شده بود این تجربه را چنین روایت می‌کرد:

تیم پزشکی همه حیرت کردند که چطور من از سال ۸۷ دچار غلظت خون

شدیدم و هیچ کدام از این پزشکان مختلفی که آزمایش‌های مرا دیده‌اند این مسئله را جدی پیگیری نکرده‌اند. دکتر ن. حین بررسی پرونده پزشکی‌ام، داروهای سلامت‌کننده ... را هم دید. با عصبانیت به من گفت چطور جرئت کرده‌ای اینها را مصرف کنی؟ بخشی از داروهای گیاهی‌ای که برای تجویز کرده‌اند و همه این مدت مصرفشان می‌کردی دقیقاً غلظت خون را افزایش می‌دهند. ممکن بود خودت را با همین جوشانده‌ها و قرص‌های گیاهی به کشتن بدهی ... اینها را که شنیدم از طب سنتی دل‌زده شدم. ترسیدم. حس کردم که در مواجهه با طب سنتی هم دستم به هیچ جا بند نیست. جایی برای پیگیری و اعتراض وجود ندارد (شماره ۳، زن - جوان).

مشروعیت متزلزل‌شده نهادهای درمانی مدرن نزد برخی بیماران موجب می‌شود این تسری اعتماد به نهادهای استانداردشده طب جایگزین رخ ندهد و در عوض بار مشروعیت‌بخشی به نهاد دین حواله شود. در این موارد به واسطه تأیید برخی افراد حوزوی، «روحانی - درمانگرها» متولی درمان بیماران با طب مقدس می‌شوند. در این مراجعات مشروعیت نسخه درمانگر از قداست و خدشه‌ناپذیری متن مقدس - یا درواقع برساخت قدسی درمانگر از متن - حاصل می‌شود و اعتماد به درمانگر قرین ایمان به امر قدسی است که نمایندگی‌اش به درمانگر سپرده شده است. مثلاً آقای جوانی که خودش توأمان منتقد و مصرف‌کننده طب جایگزین (طب اسلامی) بود، تجربه مراجعه پدر مبتلا به سرطان را چنین روایت کرد:

پدرم را بردم پیش یکی از علمایی که در مشهد بسیار قبولش داشت و ایشان به پدرم توصیه کرد که داروهای آقای ت. را مصرف کند. صدایش هنوز توی گوشم هست: «حسین آقا اینها رو مصرف کن، بخور، آقای ت. آدم با نفسی است، نفسش حق است، داروهای ایشان را بخور ...». به اعتبار حرف آن عالم، پدرم هم‌زمان با شیمی‌درمانی این داروها را هم خورد اما هیچ کدام افاقه نکرد و سر سال نشده از دنیا رفت (شماره ۱۹، مرد - جوان).

در مراجعه به این قسم از طب‌های مکمل و جایگزین، شرط اثربخشی درمان صراحتاً ایمان و موافقت روانی و ذهنی با درمانگر اعلام می‌شود. به نحوی که حتی برای نام‌گذاری داروها از اسامی مقدس استفاده می‌شود و درمانگری به مثابه شکلی از تبلیغ دین برساخت می‌شود. خانم جوانی که همسرش بر اثر تصادف رانندگی حاد دچار شکستگی‌ها و عوارض بدنی شدیدی شده بود، داستان مصرف داروهای طب جایگزین (طب اسلامی) برای همسرش را چنین روایت کرد:

داروی جامع، ضماد زرد رنگی بود که هر کاری می‌کردم از ملحفه‌ها پس

می‌داد و همه جا را به قول مادرم به گند می‌کشید. اما من کوتاه نمی‌آمدم. می‌گفتم این دارو به اسم امام رضا است و حتماً خود امام رضا عنایت می‌کند و اثر می‌کند (شماره ۱۶، زن - جوان).

البته مطابق یافته‌های این پژوهش قرین شدن این طب با نهادهای دینی از وجهی دیگر موجب سلب اعتماد و سلب مشروعیت و حتی شکل‌گیری موج‌های رسانه‌ای علیه آن می‌شود. این امر به‌ویژه زمانی که رفتارهای افراطی از سوی درمانگران صاحب‌نام این طب دیده می‌شود تشدید می‌شود و زمینه دفع مراجعه را فراهم می‌آورد (مصاحبه ۱۹).

نهاد دیگری که می‌تواند بر اعتماد عمومی به طب جایگزین اثرگذار باشد رسانه، به‌ویژه «رسانه ملی» است. در بسیاری از روایت‌ها اشاره به حضور رسانه‌ای درمانگر به مثابه کارشناس سلامت، زمینه آشنایی اولیه با او را فراهم آورده و حتی با مورد تأیید بودن او در نظام درمان مقارن فرض شده است. بازنمایی رسانه‌ای درمانگر در جایگاه مألوف پزشکان، به عنوان متولیان درمان، در ناخودآگاه بیماران تلقی عمومی از جایگاه طب‌های جایگزین را ارتقا می‌دهد و می‌تواند زمینه مساعدی برای اعتماد به درمان‌های جایگزین فراهم آورد. به تصویر کشیدن آثار درمانی این طب‌ها و از آن مهم‌تر رواج فانتزی «طب بی‌آسیب»، برجسته‌سازی خوشایندی‌های درمان طبیعی، و دامن زدن به «اضطراب سلامت»، از آثاری است که در روایت‌های مصرف‌کنندگان به رسانه‌های رسمی نسبت داده شده است. خانم میانسالی که بابت کیست‌های رحمی به طب جایگزین (طب سنتی) مراجعه کرده بود، آشنایی خود با درمانگرش را مرهون رسانه می‌دانست، و می‌گفت:

برنامه پزشکی‌ای در تلویزیون دیدم که در آن آقای دکتر جوانی به نام دکتر ر. صحبت می‌کرد. حرف‌هایش را دقیق به خاطر ندارم اما همان شب حس کردم که حرف‌هایش بسیار به احوالات من می‌خورد و کاملاً توجه من را جلب کرد. فردای آن روز در اینترنت اسم دکتر را جست‌وجو کردم. جسته و گریخته درباره‌اش خواندم و شماره‌اش را برای گرفتن وقت ویزیت برداشتم (شماره ۱۱، زن - جوان).

#### ۴ - اعتماد مبتنی بر درمانگر

تحصیل اعتماد به طب جایگزین ممکن است بر محور فرد ارائه‌دهنده خدمات طبی شکل بگیرد. به نظر می‌رسد ورای سایر اشکال اعتماد، مواجهه بیمار با درمانگر، اصلی‌ترین سهم را در قطع یا تحکیم فرایند درمان دارد. شاید به همین دلیل است که در بسیاری موارد اطلاعات شبه

واقع پیرامون درمانگران، حاشیه‌های مهم‌تر از متنی هستند که در اعتماد بیماران به درمانگر اثر می‌گذارند. داستان‌های عامه‌پسند و درامی به‌ویژه پیرامون علت و زمینه‌آشنایی درمانگر به درمان جایگزین با خطوط داستانی ثابت و پردازش‌های متنوع در روایت‌های مختلف دیده می‌شود که قابل توجه است. در این روایت‌ها همواره خود درمانگر یا یکی از نزدیکانش به بیماری لاعلاجی مبتلا شده که طب مدرن از درمان آن عاجز بوده یا درمانی بسیار تهاجمی پیش‌روی بیمار نهاده است و این حادثه، نقطه عطف چرخش درمانگر به سوی طب جایگزین - طبّی که توانسته عمری دوباره به درمانگر یا فرد نزدیک به او ببخشد - بوده است. روایت‌های پیرامون درمانگران همچنین ممکن است بر محور خواب یا مکاشفه‌ای بیان شوند که در آن درمانگر توان درمانی خود را از یک وجود مقدس عاریت گرفته یا در خواب دیده است که صدایی ملکوتی او را به تبحریابی نزد فلان درمانگر معروف فرامی‌خواند. گاهی نیز این روایت‌ها بر محور زندگی شخصی سراسر رنج و تکاپوی خستگی‌ناپذیر درمانگر برای فرا گرفتن درمان جایگزین است. جایی که درمانگر به مثابه وارث دانش سینه به سینه یک خاندان طبّی با پایگاهی انتسابی یا شاگرد میرز یک استاد شبه اسطوره‌ای تصویر می‌شود که سالیان طولانی کارورزی و تجربه‌اندوزی نزد او امتیاز اختصاصی درمانگر است. خانم جوانی که چندین سال بابت کمردرد به طب جایگزین (طب سنتی) مراجعه می‌کرد در روایت بیماری‌اش، داستان زندگی درمانگرش را چنین نقل می‌کرد:

خانم م. بر سر مزار مادر بزرگش که طبیب سنتی حاذقی بوده گله می‌کند که چرا مهارتش را به او یاد نداده و شب در خواب می‌بیند که مادر بزرگ النگویی از دستش درمی‌آورد و به دست او می‌کند. بعد به امام رضا متوسل می‌شود و خواب امام رضا را می‌بیند که استاد خ. دارد در برابر ایشان سخنرانی می‌کند. با دیدن این دو خواب از اردبیل به تهران می‌آید و استاد خ. را پیدا می‌کند. ماجرا را تعریف می‌کند و از شاگردان او می‌شود (شماره ۶، زن - جوان).

علاوه بر این حواشی که نوعاً بیش از درمانگر از زبان اطرافیان او به بیماران منتقل می‌شود، خود درمانگران هم عموماً از نقل پر آب و تاب اثربخشی تجویزهایشان برای مراجعان غافل نیستند.

در برخی موارد شخصیت کاریزماتیک درمانگر ممکن است مرهون نخبگی و شهرت او در سایر میدان‌ها باشد. آیت‌اللهی که نسخه می‌پیچد یا دانشمند ناسایی که جسته گریخته بیمار هم ویزیت می‌کند، به واسطه تسری مشروعیت از میدان دیگری در قلمرو درمان وجاهت

می‌یابند. پاک‌بازی و نداشتن منفعت اقتصادی در درمان بیماران که عمدتاً خود را در عدم دریافت ویزیت، یا وقف خانه شخصی برای ارائه خدمات درمانی نشان می‌دهد نیز از زمینه‌های برجسته اعتمادساز به درمانگر است.<sup>۱</sup> همچنین جذابیت‌های رفتاری، آرامش‌بخشی، و برانگیختن حس معنوی در بیمار می‌تواند او را فارغ از نتیجه درمان نسبت به درمانگر خوشبین کند، تا جایی که بیمار ملاقات با او را تقدیر الهی و خواست خداوند برای نجات از بیماری یا اندوه بیماری تلقی کند. خانم جوانی که به همراه همسرش برای درمان ناباروری به طب جایگزین (طب سنتی) مراجعه کرده بود داستان مراجعه‌اش را چنین بیان کرد:

انتهای همان کوچه مؤسسه را به ما نشان دادند و گفتند منزلشان آنجاست. یک خانه قدیمی که یک آقای پیر سرشار از انرژی مثبت و حال خوب کن در آن بود. ما را ویزیت کرد و صحبت‌هایی هم برایمان کرد که خیلی خیلی به دلمان نشست. اینکه امیدمان را از دست ندهیم و به خواست خدا و امتحان خدا صبر کنیم (شماره ۱۴، زن - جوان).

#### ۵- اعتماد معرفت‌شناختی

گاه مراجعه به درمانگر، ورای تجربیات عینی بیمار، ریشه در پذیرش ذهنی و نظری پارادایم طب جایگزین و رویکرد انتقادی به طب مدرن دارد. این امر به‌ویژه در شرایطی که با رشد شبکه‌های اجتماعی و سایت‌های اینترنتی، درمانگران توانسته‌اند بی‌واسطه با مراجعان مرتبط شوند و منطق درمانی و تجربیات موفق و زندگی‌نامه تخصصی‌شان در طب را به اشتراک بگذارند یا علیه زیست‌پزشکی و سامان طب رایج سخن بگویند، نضج پیدا کرده است. خانم جوانی که به دلیل ابتلا به روماتیسم طب‌های جایگزین متعددی را تجربه کرده بود در روایت داستان بیماری‌اش چنین می‌گفت:

دکتر ا. (درمانگر طب سنتی) استدلال‌های طبی جالبی مطرح می‌کرد. می‌گفت در بدن انسان قدرت دفاعی علیه بیماری تعبیه شده است اما تجویزهای بی‌جای طب مدرن به جای بالا بردن توان دفاعی بدن، آن را ضعیف و لخت می‌کند. آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای پیچیده و مرکب، توان مقابله بدن را در برابر ویروس‌ها و باکتری‌ها کاهش می‌دهند ... مثال جالبی داشت که در چین با یک میلیارد جمعیت روزانه به اندازه کل جمعیت ایران سرما می‌خورند، اگر آنها هم بخواهند مثل ما آنتی‌بیوتیک تجویز

<sup>۱</sup>. طبعاً این مسئله عمومیت ندارد و تعرفه برخی سلامت‌کده‌ها ممکن است از تعرفه‌های طب مدرن گران‌تر باشد.



کنند که کشورشان از پا درمی‌آید ... (شماره ۸، زن - جوان).  
اعتماد بیمار به متافیزیک درمانی طب جایگزین و هم‌خوان یافتن آن با تجربه زیسته، نظیر تصدیق اثربخشی خصلت‌های مزاجی بر ویژگی‌های بدنی یا روانی یا انطباق درمان و دعوی طب جایگزین با دانش علمی پیشین بیمار مثل انطباق آب‌درمانی با قواعد فیزیکی، از دیگر نمونه‌های این سنخ اعتماد است.

اعتماد معرفت‌شناختی ممکن است در مرحله تشخیص بیماری رخ دهد و نوعی تواضع معرفتی را نسبت به سطح توانمندی درمانگر و پارادایم متبوع او در بیمار پدید آورد. بیمار با مشاهده خرق عادت‌های تشخیصی درمانگر به چشم می‌بیند که او بدون بهره‌گیری از تکنولوژی‌های تشخیصی مدرن با تکیه بر نشانگان بسیطی که از نبض، زبان، پوست، و عنبیه ادراک می‌کند، بیماری را معادل دستگاه‌های دقیق و مدرن زیست‌پزشکی تشخیص می‌دهد و از آن جالب‌تر، روند درمان را با اشراف بی‌مانندی شرح می‌دهد. گاه حتی پیرامون نحوه بروز علائم بیماری پس از آغاز درمان، درمانگر گزارش‌های پیش‌دستانه‌ای می‌دهد که بیمار را به قابل اعتماد بودن مَشی تشخیصی و درمانی او مطمئن می‌کند.

این اعتماد توأم با شگفتی به خرق عادت تشخیصی درمانگر موجب می‌شود حتی آنچه بعضاً «عکس‌العمل‌های شفاف‌بخش» خوانده می‌شود، و در حقیقت تشدید و حادث‌تر شدن علائم بیماری در مسیر درمان است، بیمار را دچار هراس نکند. به عبارتی هرچند بیمار به دلیل تجربه درمانی طب مدرن، درمان را با تسکین سریع نشانگان بیماری برابر می‌داند، به واسطه اعتماد به منطق علی طب جایگزین، می‌تواند این گسست در معنای درمان را تاب آورد و بر حداکثری شدن علائم پیش از درمان کامل برچسب سوء تشخیص نهد. خانمی جوانی که چندین سال بود از طب جایگزین (هومیوپاتی) برای درمان بسیاری از مشکلات جسمی عمومی‌اش استفاده می‌کرد این مسئله را چنین تجربه کرده بود:

خوبی دکتر (هومیوپات) این است که برای توضیح می‌دهد. مثلاً ممکن است با قرصی که می‌دهد حس کنی مشکلات جدیدی هم به مشکلی که داشته‌ای اضافه شده، برای درمان درد معده رفته‌ای حالا سردرد هم عارض شده مثلاً. خودش به ما گفت که قرص‌ها ممکن است بیماری‌های نهفته بدن را هم بیرون بریزند، چون باید بیماری‌ها را به ترتیب و بر اساس همین اثری که روی هم می‌گذارند درمان کرد و این برجسته شدن دیگر مشکلات بدن بخشی از فرآیند تشخیص و درمان و تعمدی است (شماره ۱۵، زن - جوان).

در مواردی که طب جایگزین نه بر اساس دانش تجربی که بر پایه نوعی گرایش اخباری به متون دینی بنا شده، این تغییر پایگاه از علم تجربی به دین، برای برخی مراجعه‌کنندگان راه برون‌رفت از وضعیت بغرنج و غیر قابل اعتماد علم، و عطف مرجعیت طبی به مرجعیت دینی است، چراکه خلأ دانش یقینی و درمان‌بی‌عارضه برای بیماران، تنها با الصاق تجویز درمانگر به یقین قدسی فرازمان و فرامکان و خدشه‌ناپذیر جبران می‌شود. این الحاق درمان به امر قدسی، از سوی برخی بیماران به مثابه راهی برای خلاصی از وضعیت بغرنج معرفت تجربی و رنج بیماری پذیرفته می‌شود هرچند درون نهادهای دینی با مخالفت‌ها و انتقادات جدی‌ای مواجه شده و چه به واسطه خدشه‌دار بودن نحوه استحصال اطلاعات طبی از منابع دینی، و چه به واسطه سازوکارهای ارائه خدمات درمانی، بسیاری از مراجع دینی رسماً علیه آن موضع گرفته‌اند.

دقیقاً به همین دلیل است که در برخی از مصاحبه‌ها، مقابله وزارت بهداشت با طب جایگزین (به‌ویژه طب اسلامی) به مثابه نوعی سکولاریزاسیون طبی یا حتی خیانت بازنمایی می‌شود و اعتماد به اثربخشی درمان لزوماً اتکالی بر خوشایندی فرایند درمان یا رابطه مثبت با درمانگر ندارد. آقای جوانی که برای مشکل پوستی‌اش به طب جایگزین (طب اسلامی) مراجعه کرده بود می‌گفت:

چه تعجبی دارد یک فرد آسمانی مثل امام معصوم بخواهد برای دوستی که به او مراجعه کرده و بیمار است دواپی تجویز کند؟ حالا آن زمان اسم بیماری چیز دیگری بوده و الان معادل آن بیماری شده است پسوریازیس ... وقتی آقای ح. (معاون وزیر بهداشت) می‌گوید طب سنتی<sup>۱</sup> اصلاً معتبر نیست، این حرف واقعاً خیانت است. وقتی این همه آدم مختلف می‌آیند و می‌گویند ما داروی فلان — مثل داروی امام کاظم — را استفاده کرده‌ایم و جواب گرفته‌ایم حداقلش این است که یک جامعه آماری بگیرید از همین افرادی که کرونا گرفته‌اند و حاضرند برای بهبود خودشان برای نجات خودشان این دارو را امتحان کنند، آماری بگیرید و اثر دارو را به طور علمی بسنجند. چرا حاضر نیستند این کار را انجام دهند؟ (شماره ۲۹، مرد - جوان).

<sup>۱</sup> چنانچه در این نمونه نیز دیده می‌شود در بسیاری از مصاحبه‌ها، طب سنتی و طب اسلامی به جای هم به کار برده می‌شود که نشان می‌دهد به رغم تفاوت‌های این دو مَشی طبی بیماران آنها را به صورت تفکیک‌شده و مجزا ادراک نمی‌کنند.

## بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش پنج سنخ اعتماد تدریجی، نهادی، مبتنی بر درمانگر، معرفت‌شناختی، و مبتنی بر تجربه زیسته دیگران به طب‌های مکمل و جایگزین، بر اساس روایتی که بیماران از تجربه بیماری و درمان با طب‌های مکمل و جایگزین ارائه کرده بودند، از یکدیگر بازشناسی شد. در روایت‌های بررسی‌شده در این پژوهش نیز مانند آنچه در پژوهش‌های بلک (۲۰۱۲) یا پدیرسین و هتسین و گروننبرگ (۲۰۱۶) دیده می‌شد، بی‌اعتمادی به طب مدرن بر اثر عوارض دارویی یا درمان‌های تهاجمی، تأثیر زیادی بر انتخاب درمان‌های جایگزین می‌گذاشت و الگوهای مفهومی مشابهی میان درمان و احساس تندرستی یا سبک‌های فراغتی دیده می‌شد، علاوه بر این، دو خصلت محوری برای طب‌های جایگزین برساخت و به طور ضمنی در اغلب مصاحبه‌ها مفروض گرفته می‌شد که در بسترسازی اعتماد بسیار مؤثر بود.

خصلت اول بازنمایی طب جایگزین به مثابه «درمان بی‌آسیب» در کنار بزرگ‌نمایی مخاطرات سلامت در درمان‌های مدرن است. در شرایطی که اعتماد به نظام طبی متعارف در بردارنده پذیرش مخاطرات متنوع اقتصادی و جسمی و روانی است، با این برساخت، خطر کردن بیمار برای دریافت درمان انکار می‌شود. در اینجا چنانچه گیدنز می‌گوید بیش از تجربه عینی اصل جهش ایمان است که اعتماد را تثبیت می‌کند. کما اینکه در بسیاری از موارد مراجعه بیمار به طب جایگزین ممکن است در بردارنده هزینه‌های زیاد اقتصادی — به‌ویژه به دلیل نبود بیمه — و هدر دادن زمان طلایی درمان و عوارض دارویی مقطعی یا دائمی باشد که در روایت بیمار از درمان، این عوارض بازگو یا برجسته نمی‌شود.

خصلت دیگر، برساخت طب جایگزین به مثابه «طب آسان» است. در بستری که نظام سلامت، به سنت همه نظام‌های مجرد از بیماران مهارت‌زدایی کرده است (گیدنز، ۱۳۹۱)، چنین خصیصه‌ای به مثابه راهکاری برای بازیابی کنترل بر تجربه بیماری و فرایند درمان تأثیر زیادی در شایع شدن مراجعات به این دسته طب‌ها دارد. بیمار در عکس العمل به نظام کارشناسی‌ای که او را از فرایند درمان بیرون انداخته و ابعاد متنوعی از تجربه بیماری را اپوخه<sup>۱</sup> کرده است، به طبی مراجعه می‌کند که مدعی است مهارت پایش بدن و درمان را در خود بیمار فعال می‌کند و در روایت و فرایند درمانی و کنترل مخاطرات طبی به او سهم می‌دهد. بدین ترتیب بر خلاف طب مدرن که به بیمار هویتی منفعل و تقطیع‌شده و بی‌قدرت می‌دهد، دعوی طب جایگزین این است که از منظری کل‌نگر، بیمار را تا رسیدن به نوعی خودآگاهی جسمی، به تدریج آموزش می‌دهد و به او سهمی فعال در تحقق درمان می‌بخشد (سیاهپوش، ۲۰۰۰).

<sup>۱</sup> فرانسوی époque انگلیسی epoché

این فهم از رد و بدل شدن اعتماد میان نظام‌های عرضه و تقاضای طب مکمل و جایگزین، زمینه‌ای فراهم می‌آورد که بتوان روند اعتماد به این طب‌ها و چالش‌های موجود در مسیر آنها را وضوح بخشیم و در قبال مسائلی نظیر چالش اعتماد به جریان دانشگاهی طب جایگزین (طب ایرانی) — که به واسطه حذف عناصر تمایزبخش این دانش و شتاب در جاگذاری اغراق‌آمیز آن ذیل اپیستمه<sup>۱</sup>ی طب مدرن به‌زودی با آن مواجه خواهیم شد — حساسیت بیشتری به خرج دهیم. چرا که «اعتماد نهادی» پدیدآمده ممکن است به‌سرعت تبدیل به بی‌اعتمادی فراگیر به نهادهای طبی مدرن شود. همچنین سیاست‌گذاران سلامت لازم است نسبت به «بازمهارت‌یابی» و ارتقای آگاهی عمومی در حوزه درمان نگرشی متفاوت اتخاذ کنند تا سنجش گونه‌های مخرب و کاسب‌مآب طب جایگزین در بازار سلامت برای بیماران میسر شود.

توجه به آثار هویت‌بخشی که بازاندیشی در تجربه درمان برای بیمار به ارمغان می‌آورد نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. روایت‌ها از آن حیث که معنایی را علاوه بر تجربه‌ها بر «خود» تحمیل می‌کنند رابطه‌ای ذاتی با هویت دارند. بر اساس یافته‌های این پژوهش نیز «هویت‌های سلامت»<sup>۲</sup> جدیدی به‌ویژه پس از رواج طب‌های مکمل و جایگزین در حال ظهورند. بیماران در بازار مصرفی سلامت دست به انتخاب‌هایی می‌زنند که هم‌زمان هم برملاکننده عادت‌واره‌های هویت‌مدار آنهاست و هم هویت‌های جدیدی را برایشان جعل می‌کند (فاکس و وارد،<sup>۳</sup> ۲۰۰۶: ۴). مراجع متکثر فعال در این میدان، مجموعه‌ای از منابع، اطلاعات، شبکه‌های معنایی، و جهان‌بینی‌های مرتبط با سلامت را در کنار ریسک‌های درمانی پیش روی افراد قرار می‌دهند و انتخاب یک یا چند گزینه طبی درون سیستم‌های درمانی محصول چانه‌زنی میان عوامل مختلفی نظیر دسترسی‌های مالی و فیزیکی، در دسترس بودن درمانگر، شدت بیماری، آگاهی از درمان‌های خانگی، باورهای فرهنگی پیرامون سلامت، اثرگذاری ادراک‌شده از درمان، و «باور» به یک درمان خاص است. اما ورای این عوامل، بی‌تردید یک ریشه جدی در این انتخاب‌ها برای بیمار، «ظهار هویت» است که بازاندیشی در تجربه درمان برای او به ارمغان می‌آورد (سنوتریک و وندبروک،<sup>۴</sup> ۲۰۱۷: ۴۷). چنانچه گیدنز می‌گوید، هویت شخصی به صورت رفتارهایی جلوه‌گر می‌شود که به صورت بازتابی به وجود می‌آیند. این تصویر بازتابی از خویشتن که بر روایت‌های زندگینامه‌وار منسجم و همواره قابل تجدید نظر استوار است در تار و پود انتخاب‌های متعدد و برآمده از نظام‌های مجرد جای می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۹۱: ۲۰). از این رو در روایت‌های

<sup>۱</sup> فرانسوی épistémè انگلیسی episteme

<sup>۲</sup> health identities

<sup>۳</sup> Fox, Nick; Ward, Katie

<sup>۴</sup> Ceuterick, Melissa; Vandebroek, Ina

بررسی شده نیز پیوندهای فلسفی - حکمی‌ای که میان جسم و نفس انسانی و جهان هستی برقرار می‌شود و پیوندی که این ادراک با شیوه‌های درمان و رابطه طبیب و بیمار و خصلت‌های طبیب برقرار می‌کند، هویت متفاوتی به بیمار می‌دهد که از سوی برخی از مراجعه‌کنندگان دستاوردی برجسته‌تر از درمان بیماری است و به نظر می‌رسد واکاوی ابعاد آن شایسته پژوهش‌های بیشتر باشد.

### منابع

- آقایی، عاطفه؛ خلیلی، محسن (۱۳۹۶). «مؤلفه‌های اجتماعی مرتبط با گرایش بیماران به طب مکمل و جایگزین»، *فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل*، شماره زمستان، سال ۷، شماره ۴: ۲۰۷۶-۲۰۸۹.
- جرجانی توتونچیان، کاملیا (۱۳۸۳). «طب سنتی و فرهنگ مصرف گیاهان دارویی در روستای تنگه بولان شهرستان دماوند»، پایان‌نامه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- جواهری، فاطمه (۱۳۸۱). «بررسی علل گرایش بیماران به دعانویسی و پیامدهای آن». *نامه پژوهش فرهنگی (پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی)*، شماره ۱۲: ۳-۳۰.
- جواهری، فاطمه (۱۳۸۱). «طب جایگزین، واکنشی اجتماعی در برابر پزشکی علمی». *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی (دانشگاه تربیت معلم تهران)*، دوره ۱۰، شماره ۳۹-۳۵: ۲۹-۵۰.
- شجاعی، امیراحمد؛ ابوالحسنی نیارکی، فرشته (۱۳۹۱). «مؤلفه‌های اعتماد در رابطه‌ی پزشک و بیمار». *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، شماره بهمن ماه، دوره ۵، شماره ۷: ۷۹-۹۰.
- عباسی نظری، راحله (۱۳۸۳). «پژوهش مردم‌شناختی در طب سنتی (مطالعه موردی روستای یارند)». پایان‌نامه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- فرخی، فرشته (۱۳۹۱) «بررسی علل گرایش به طب سنتی در شهر تهران». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- کرسول، جان (۱۳۹۸). *پویش کیفی و طرح پژوهش: انتخاب از میان پنج رویکرد (روایت‌پژوهی، پدیدارشناسی، نظریه داده‌بنیاد، قوم‌نگاری، مطالعه موردی)*، مترجم حسن دانایی‌فرد و حسین کاظمی. تهران: نشر اشراقی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۹۱). *تجدد و تشخیص: جامعه و هویت شخصی در عصر جدید*، مترجم ناصر موفقیان. تهران: نشر نی.
- مجیدی خامنه، فریده (۱۳۷۴). «بررسی طب سنتی در شهرستان ارومیه». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

- مسگرپور، بیتا (مؤلف)؛ صدرایی شاملو، دلارام (همکار)؛ جمشیدی، امیرحسین (همکار)؛ اخوان بهبهانی، علی (همکار)؛ جعفری، سمیه (همکار) (۱۳۸۸). وضعیت طب سنتی/طب مکمل و جایگزین در ایران. تهران: دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- Allsop, Judith (2006). "Regaining trust in medicine: Professional and state strategies". *Current Sociology*, 54(4): 621-636.
- Beck, Ulrich; Giddens, Anthony; Lash, Scott (1994). *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. California: Stanford University Press.
- Black, Michelle (2012). "Mediating Trust in Complementary and Alternative Medicine Treatment Decision Making", in: 2012 TASA Conference Proceedings, Emerging and Enduring Inequalities. *Australia*: University of Newcastle.
- Boon, Heather; Welsh, Sandy; Kelner, Merrijoy; Wellman, Beverley (2003). "CAM practitioners and the professionalisation process: A Canadian comparative case study", in: *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*. London: Routledge.
- Ceuterick, Melissa; Vandebroek, Ina (2017). "Identity in a medicine cabinet: Discursive positions of Andean migrants towards their use of herbal remedies in the United Kingdom", *Social Science & Medicine*, 177: 43-51.
- Clark, Chalmers C. (2002). "Trust in medicine", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 27(1): 11-29.
- Coulter, Ian D.; Willis, Evan M. (2004). "The Rise and Rise of Complementary and Alternative Medicine: A Sociological Perspective", *The Medical Journal of Australia*, 180(11): 587-589.
- Coulter, Ian; Willis, Evan (2007). "Explaining the growth of complementary and alternative medicine", *Health Sociology Review*, 16(3-4): 214-225.
- Fox, Nick; Ward, Katie (2006), "Health identities: from expert patient to resisting consumer", *Health*, 10 (4): 461-479.
- Fries, Christopher J. (2014). "Older adults' use of complementary and alternative medical therapies to resist biomedicalization of aging", *Journal of Aging Studies*, 28: 1-10.
- Gabe, Jonathan; Monaghan, Lee F. (2013). *Key Concepts in Medical Sociology*. London: SAGE Publications.
- Gale, Nicola (2014). "The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine", *Sociology Compass*, 8(6): 805-822.
- Holloway, Immy; Freshwater, Dawn (2007). *Narrative Research in Nursing: The Art of Sampling and Collecting Data*. New York: Blackwell.
- Meyer, Samantha; Ward, Paul; Coveney, John; Rogers, Wendy (2008). "Trust in the health system: An analysis and extension of the social

- theories of Giddens and Luhmann”, *Health Sociology Review*, 17(2), 177–186.
- Pedersen, Inge Kryger; Hansen, Vibeke Holm; Grünenberg, Kristina (2016). “The emergence of trust in clinics of alternative medicine”, *Sociology of Health and Illness*, 38(1), 43–57.
- Polich, Ginger; Dole, Christopher; Kaptchuk, Ted J. (2010). “The need to act a little more ‘scientific’: biomedical researchers investigating complementary and alternative medicine”, *Sociology of Health and Illness*, 32(1): 106-122.
- Riessman, Catherine Kohler (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. London: SAGE Publications.
- Shojaee, Amir Ahmad; Yekaninejad, Mirsaeed; Amini, Sima (2019). “Investigating the Factors Affecting Public Trust in Doctors in Iran”, *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 12(1), 297-313.
- Siahpush, Mohammad (2000). “A Critical Review of the Sociology of Alternative Medicine: Research on Users, Practitioners and the Orthodoxy”, *Health*, 4(2): 159–178.