

فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۶

مؤلفه‌های اجتماعی مرتبط با گرایش بیماران به طب مکمل و جایگزین

عاطفه آقایی^{۱*}، محسن خلیلی^۲

۱. دانشجوی دکتری علوم ارتباطات اجتماعی، گروه ارتباطات اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲. دکتری طب عمومی، دادیار انتظامی سازمان نظام پزشکی تهران، معاونت انتظامی نظام پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۰۱

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر مردم جهت درمان به انواع طب مکمل و جایگزین روی آورده‌اند. از آنجاکه مؤلفه‌های اجتماعی در ایجاد این گرایش مؤثر هستند، هدف این مقاله، بررسی مؤلفه‌های اجتماعی مرتبط با گرایش بیماران به طب مکمل و جایگزین است.

مواد و روش‌ها: این مقاله با روش تحلیل محتوای کیفی با شیوه تکوین استقرایی مقوله‌ها و با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام شد. از چهل و یک نفر مشارکت‌کننده که در شش ماه بهار و پاییز سال ۱۳۹۶ به کلینیک‌های هومئوپاتی، ماساژدرمانی و گیاه‌درمانی در شهر تهران مراجعه کرده و از هدف تحقیق آگاه بودند، برای مصاحبه دعوت شد. از همه افراد رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود، تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با نمونه‌گیری انجام شد و مصاحبه‌ها تا اشباع نظری ادامه یافت.

یافته‌ها: مؤلفه‌های اجتماعی گرایش به طب مکمل در دو دسته عوامل رانشی و کششی قرار می‌گیرند. عوامل رانشی عبارت‌اند از: «عوارض یاتروژنی پزشکی مدرن» و «موقعیت برتر پزشک». و عوامل کششی عبارت‌اند از «رویکرد سیستمی در طب مکمل»، «نگرش فرهنگی - اجتماعی - روانی» و «مزیت اقتصادی طب مکمل».

نتیجه‌گیری: علاوه بر مراقبت‌های زیستی از بیمار، باید به ابعاد اجتماعی زندگی او نیز توجه کرد. مؤلفه‌های اجتماعی گرایش به طب مکمل برای بیماران اهمیت دارد و می‌تواند فرایند درمان را بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها: طب مکمل و جایگزین؛ پزشکی مدرن؛ مطالعه کیفی؛ مؤلفه‌های اجتماعی.

*نویسنده مسئول: E.mail: atefeaghaee@ut.ac.ir

مقدمه

انقلاب صنعتی موجب توسعه کمی و کیفی در درمان و صنایع دارویی شد، اما در پزشکی مدرن با نتایج زیان‌باری همراه بود. ایلچ در نقد پزشکی مدرن از مفهوم «یاتروژنی (پزشک‌زایی)» استفاده می‌کند. این اصطلاح به‌طور کلی به حالات نابهنجار جسمانی یا روانی اطلاق می‌شود که ناشی از اقدامات درمانی است (۱). علاوه بر این، یکی دیگر از مشکلات پزشکی مدرن در دسترس نبودن آن در مناطق محروم و هزینه بالای آن برای اقشار کم‌درآمد است (۲). این مشکلات در پزشکی مدرن با ظهور سیستم ارزی جدیدی که باورهای نوینی را درباره طبیعت، علم، سلامتی و ... ارائه می‌داد همراه شد که از آن تحت عنوان «ارزش‌های پست‌مدرن» یاد می‌شود (۳).

پزشکی نیز از ارزش‌های پست‌مدرن تأثیر گرفت که مهم‌ترین آن قائل بودن به «مدل زیست‌فرهنگی»^۱ است؛ یعنی مدلهایی که به انسان و بیماری به‌عنوان یک تجربه جدید از زندگی که در ارتباط با ساختار فرهنگی - اجتماعی است، می‌نگرند (۴). یکی از روش‌های درمانی که با ارزش‌های پست‌مدرن تناسب دارد طب مکمل و جایگزین^۲ است (۵). سازمان جهانی بهداشت^۳ (۶)، طب مکمل و جایگزین را این‌گونه تعریف می‌کند: «عبارت‌های مکمل و جایگزین (که گاهی غیررسمی و موازی نیز نامیده می‌شوند) در هر کشور به طیف گسترده‌ای از روش‌های درمانی اشاره می‌کنند که در نظام درمانی اصلی آن کشور به‌طور رسمی گنجانده نشده باشد». از جمله روش‌های درمانی طب مکمل و جایگزین می‌توان به طب سوزنی^۴، کایروپراکتیک^۵، طب گیاهی^۶، هومئوپاتی^۷، هیپنوتیزم‌درمانی^۸، رفلکسولوژی^۹، تمدد اعصاب^{۱۰}، شفای معنوی^{۱۱}، تای‌چی^{۱۲}، یوگا^{۱۳} و موسیقی‌درمانی^{۱۴} اشاره کرد (۷).

بسیاری از پژوهش‌ها نشان‌دهنده روند روبه‌رشد استفاده از طب مکمل در ایران و جهان است. در پژوهشی نشان داده شد کارایی طب مکمل در میان نمونه‌ای از زنان چینی که به‌تازگی زایمان کرده بودند، ۴۲/۸٪ است (۸). همچنین طبق نتایج یک پیمایش ملی در آمریکا، تقریباً نیمی از بزرگسالان (۴۸٪) از طریق آنلاین، اطلاعاتی را درباره درمان‌های جایگزین جست‌وجو کرده بودند (۹). نتایج یک پژوهش در مورد گسترش استفاده از درمان‌های مکمل و جایگزین در جامعه پاکستان نیز نشان داد ۵۱/۷٪ طب مکمل و جایگزین را انتخاب کرده بودند درحالی‌که ۴۸/۳٪ پزشکی رایج را انتخاب کرده بودند (۱۰).

بر اساس پیمایشی که موسسه Pew در سال ۲۰۰۸ انجام داد، مشخص شد بیش از یک‌سوم بزرگسالان در کشور آمریکا از اینترنت برای جست‌وجوی مطالبی درباره درمان‌های مکمل و جایگزین استفاده می‌کنند. در تحقیقی که در مورد میزان استفاده از طب مکمل و جایگزین در میان بزرگسالان و کودکان آمریکا با مقایسه داده‌های سال ۲۰۰۲ و ۲۰۰۷ انجام شد، نتایج نشان داد تقریباً ۴ نفر از هر ۱۰ نفر بزرگسال و یک‌نهم کودکان (۱۱/۸٪) از درمان‌های جایگزین در ۱۲ ماه گذشته استفاده کرده بودند (۱۱). همچنین نتایج مطالعه‌الگوها و دلایل استفاده از طب مکمل و جایگزین در زنان مبتلا به افسردگی نشان داد ۴۴٪ از زنان در یک سال گذشته از درمان‌های مکمل و جایگزین استفاده کرده بودند (۱۲). بیشترین دلیل استفاده از این نوع درمان‌ها، نیاز افراد به درمانی مطابق با ارزش‌های آنان و تجارب ناخوشایند درمان پزشکی رایج در گذشته بوده است. در پژوهشی دیگر مشخص شد که ۷۶٪ از پاسخ‌دهندگان از طب مکمل و جایگزین در طی یک دوره ۱۲ ماهه استفاده کرده بودند (۱۳).

همچنین بیماران از منابع ارائه‌کننده اطلاعات طب مکمل و جایگزین در درمان اضطراب بهره می‌برند (۱۴). در پژوهشی در مورد تغییرات ستون مربوط به طب مکمل و

¹ Biocultural Model

² Complementary and Alternative Medicine

³ World Health Organization

⁴ Acupuncture

⁵ Chiropractic

⁶ Herbalism

⁷ Homeopathy

⁸ Hypnotherapy

⁹ Reflexology

¹⁰ Relaxation

¹¹ Spiritual Healing

¹² Tai chi

¹³ Yoga

¹⁴ Music Therapy

مدل میرینگ^۱ برای تحلیل محتوای کیفی متن‌ها، از شیوهٔ تکوین استقرایی مقوله‌ها استفاده شد. ایدهٔ اصلی در تکوین استقرایی مقوله‌ها، عبارت است از فرمول‌بندی ملاک تعریف، یعنی معیار انتخاب برگرفته از چارچوب نظری و مسئلهٔ پژوهش؛ این ملاک تعیین‌کنندهٔ جنبه‌هایی از متن است که باید در تحلیل محتوا مدنظر قرار گیرد (۲۰). متن با در نظر گرفتن این ملاک، مطالعه شد و مقوله‌های استقرایی به صورت آزمایشی و گام‌به‌گام استنتاج شد. این مقوله‌ها از طریق یک حلقهٔ بازخورد، بازنگری شد و در نهایت، به صورت مقوله‌های اصلی به دست آمد. این فرایند به این صورت انجام شد که در ابتدا محتوای مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه، کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی و تایپ شد. برای تشخیص گزاره‌های معنادار، هر مصاحبه چندین بار مرور شد. سپس گزاره‌های معنادار بر اساس تشابه معنایی، در طبقهٔ مفاهیم دسته‌بندی شد. بعد از مقایسه و مرور مفاهیم مشابه، دسته‌بندی آن‌ها انجام شد و بعد از دسته‌بندی مفاهیم، مقوله‌های انتزاعی‌تر استخراج شد.

روش جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته، باز و عمیق بود. در مطالعهٔ حاضر به منظور دسترسی به بیماران استفاده‌کننده از طب مکمل و جایگزین و رعایت تنوع متغیرهای جمعیت‌شناختی و اجتماعی، به دو کلینیک هومئوپاتی و یک کلینیک ماساژدرمانی و سه مرکز درمان با گیاهان دارویی در شهر تهران مراجعه شد. این پژوهش در شش ماه فصل بهار و پاییز سال ۱۳۹۶ انجام شد.

نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود. معیار ورود به پژوهش این بود که مشارکت‌کنندگان در زمان انجام تحقیق، حداقل در شش ماه گذشته از یکی از روش‌های طب مکمل و جایگزین استفاده کرده باشند؛ این معیار با پرسش از مشارکت‌کنندگان به دست آمد. پس از انتخاب نمونه‌ها برای مصاحبه، محقق خود را معرفی کرد و هدف تحقیق و روش مصاحبه را برای آنان شرح داد. هر یک از افراد، رضایت خود برای شرکت در مطالعه را اعلام کرد. از تمام افراد رضایت‌نامهٔ آگاهانه دریافت شد. تعداد نمونه‌ها در فرایند

جایگزین در مجلهٔ بهداشت و سلامت مصرف‌کننده در اینترنت، مشخص شد با گسترش استفاده از خدمات طب مکمل و جایگزین در جامعه، تحقیقات طب مکمل و جایگزین به لحاظ تاریخی پیشرفت کرده است (۱۵).

با مرور مطالعات دربارهٔ طب مکمل در ایران درمی‌یابیم که در بیشتر این تحقیقات به آثار انواع طب مکمل و جایگزین پرداخته شده و مؤلفه‌های اجتماعی گرایش بیماران به طب مکمل و جایگزین مغفول مانده است. ضرورت انجام این تحقیق، اتخاذ رویکردی اجتماعی - فرهنگی در شناخت کنش‌های اجتماعی بیماران برای استفاده از انواع طب مکمل و جایگزین در فرایند درمان است. با توجه به اینکه مؤلفه‌های اجتماعی، فرهنگی و معنوی نقش مهمی در فرایند درمان بیماران دارند و فهم این مؤلفه‌ها با روش‌های معمول و کمی قابل‌شناسایی نیست، هدف مطالعهٔ حاضر، شناخت این مؤلفه‌ها به روش کیفی است. به‌عنوان مثال، زنانی که با روش‌های طب مکمل و سنتی آشنا بودند به‌طور معنی‌داری از این روش‌ها در طول دوران بارداری استفاده می‌کردند (۱۶). همچنین طب سنتی ایرانی در پیشگیری از افسردگی و ایجاد سبک زندگی سالم مؤثر است و روش‌های توصیه‌شده در آن مقرون‌به‌صرفه است و کاملاً با فرهنگ، جغرافیا و حتی شرایط تغذیهٔ ایرانیان تناسب دارد (۱۷). این روش قادر است با نگاهی اکتشافی عمیق یک مسئله را مورد تحلیل قرار دهد؛ بنابراین نتایج حاصل از این مقاله می‌تواند به شناخت بهتر مؤلفه‌های اجتماعی - فرهنگی طب مکمل کمک کند تا با در نظر گرفتن و تقویت این مؤلفه‌ها در فرایند درمان بتوان از طب مکمل و جایگزین به‌عنوان بازوی کمکی پزشکی مدرن استفاده کرد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش، از راهبرد تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. هدف اساسی پژوهش کیفی عبارت است از توسعهٔ فهم و درک این مطلب که جهان چگونه ساخته می‌شود (۱۸). پژوهش کیفی فرایندی از یک مطالعهٔ عمیق و جدی دربارهٔ جنبه‌های مختلف دنیای اجتماعی است (۱۹). با پیروی از

¹ Mayring

مصاحبه‌ها، متن آن‌ها جهت تأیید نهایی به مشارکت‌کنندگان برگردانده شد و سپس مورد تحلیل قرار گرفت. مضامین ارائه‌شده از چند سؤال باز آغاز شد که از آن جمله می‌توان به «چه عواملی موجب شد به این تصمیم برسید که سراغ درمان‌های طب مکمل بروید؟» و «تجربه شما در مواجهه و استفاده از طب مکمل چه بوده است؟» اشاره کرد. با مطرح شدن این سؤالات، مشارکت‌کنندگان تشویق شدند تجربه‌ها و دیدگاه‌های خود را مطرح کنند.

یافته‌ها

نمونه‌های این تحقیق شامل مصاحبه با ۴۱ بیمار دریافت‌کننده خدمات طب مکمل بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان نشان داد که بیشتر آنان زن، متأهل و با سن بالاتر از ۴۰ سال بودند و اکثر آنان تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. بعد از مصاحبه متن مصاحبه‌ها با روش تحلیل محتوای کیفی مطالعه شد و یافته‌های به‌دست‌آمده در قالب پنج مقوله کلی یا طبقه اصلی دسته‌بندی شد. دو مقوله اصلی «عوارض یاتروژنی پزشکی مدرن» و «موقعیت برتر پزشک» جزء عوامل رانشی بودند که بیماران را از پزشکی مدرن به سمت انواع طب مکمل سوق داده بود و مقوله‌های اصلی «رویکرد سیستمی در طب مکمل»، «نگرش فرهنگی - اجتماعی - روانی» و «مزیت اقتصادی طب مکمل» از عوامل کششی بودند که بیماران را به سمت طب مکمل کشانده بود. این مقوله‌های اصلی از کدها و مفاهیم خردتر موجود در جدول‌های شماره ۳ استخراج شده است.

۱- عوارض یاتروژنی پزشکی مدرن

یکی از عواملی که به‌عنوان عامل رانشی در این تحقیق دسته‌بندی شد ناراضایتی بیماران از عوارض پزشکی مدرن یا همان بیماری‌های پزشک‌زاد است. دور شدن از درمان‌های طبیعی و گیاهی و در مقابل محوریت درمان‌های شیمیایی موجب بروز آسیب‌ها و عوارضی از جمله بیماری‌های «پزشک‌زاد» شده است؛ یعنی آن دسته از بیمارهایی که محصول جنبه‌های مختلف پزشکی مدرن است (۲۱). به باور برخی از جامعه‌شناسان همچون ایلچ،

انجام تحقیق مشخص شد؛ چراکه مصاحبه‌ها تا اشباع نظری و تا زمانی که دیگر کدها و طبقات جدیدی به‌دست نیامد، ادامه یافت. در مجموع، با ۴۱ نفر مصاحبه شد که حدود ۳۰ تا ۴۵ دقیقه طول کشید. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان که با آنان مصاحبه شد و نوع درمان‌های جایگزین مورد استفاده در جدول‌های زیر آمده است.

داده‌ها از طریق مصاحبه باز و نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد. برای اطمینان به یافته‌های تحقیق در روش کیفی از چهار محور «مقبولیت، همسانی، تعیین و انتقال‌پذیری» استفاده شد. برای محور مقبولیت به شرکت‌کنندگان مراجعه شد و آنان بیانیه‌های حاصل از تحقیق را تأیید کردند. کاربردی بودن یا قابلیت اجرا به این نکته اشاره می‌کند که آیا نتایج در مکان‌های دیگر یا گروه‌های دیگر قابل استفاده است؟ پژوهشگران در این مورد سعی کردند با انتخاب محل‌های مناسب برای مصاحبه به انتخاب نمونه‌ها و نیز انتخاب مشارکت‌کنندگان از رده‌های سنی گوناگون و شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متفاوت به این هدف دست‌یابند. با پاسخ‌های همسان و گاهی کاملاً یکسان شرکت‌کنندگان و عدم تناقض در پاسخ‌ها، ثبات و همسانی تحقیق تأیید شد. برای تأیید شاخص مبتنی بودن پژوهش بر واقعیت نیز سعی شد در فرایند انجام پژوهش از هرگونه تعصب و دخالت ارزشی پرهیز شود و نگاه بی‌طرفانه در قبل و بعد از مصاحبه‌ها حفظ شود. به این منظور، متن مصاحبه‌ها و تحلیل‌ها به دو نفر از متخصصان پزشک در حوزه طب مکمل ارائه شد تا آن‌ها یافته‌ها را بر اساس متن مصاحبه‌ها داوری کنند و محققان اطمینان یابند که در تحلیل متن مصاحبه‌ها دخالت ارزشی نداشته‌اند.

به‌منظور اعتباربخشی و صحت و استحکام داده‌ها، سؤالات به‌صورت هدفمند طرح شد. در این مطالعه سؤالات باز مطرح شد و مشارکت‌کنندگان در ارائه نظرات خود آزاد بودند و در صورت وجود ابهام در فرایند مصاحبه، بازخورد مفهوم به‌دست‌آمده به‌وسیله محقق، به مشارکت‌کننده داده می‌شد تا صحت آن را تأیید کند. پس از پیاده‌سازی

می گوید: «همیشه عجله داره و روش های درمانی دیگر را توضیح نمی ده». مشارکت کننده شماره ۱۸ می گوید: «وقتی مری مطب دکتر اون همه چیز را می دونه و تو هیچی نمی دونی».

۳- رویکرد سیستمی در طب مکمل

یکی از عوامل کششی طب مکمل که از دل گزاره های معنادار با مشارکت کنندگان استخراج شد رویکرد سیستمی است. در انواع طب مکمل، بدن به عنوان یک کل نگریسته می شود. این کل نگری به انسان شامل تمامی ویژگی های جسمانی، فرهنگی، روحی و معنوی اوست و این باعث می شود وجوه مختلف سلامت با هم در نظر گرفته شود. مشارکت کننده شماره ۳ می گوید: «سعی می شه بدن خودش بتونه خوددرمانی کنه». مشارکت کننده شماره ۷ می گوید: «به آرامش روحی و معنوی خیلی تأکید می شه». مشارکت کننده شماره ۱۹ می گوید: «مثلاً روش های تسکین دردش طوری نیست که آدم خوابش ببره و از زندگی اش بمونه».

۴- نگرش فرهنگی - اجتماعی - روانی در طب مکمل

از دیگر عوامل کششی گرایش بیماران به طب مکمل توجه به فرهنگ، اعتقادات معنوی و نحوه زندگی آنان است. مشارکت کننده شماره ۱ می گوید: «مسائل معنوی خیلی اهمیت داره و واقعاً اینجا به کمک می آید و اثرش را می بینیم».

انواع بومی طب مکمل با توجه به شرایط جغرافیایی، سنت های تاریخی، اعتقادات مذهبی، گیاهان دارویی در دسترس، اسطوره های مردمان و نوع تغذیه آنان شکل گرفته است. این ویژگی های طب مکمل باعث می شود در روش های درمانی این نوع طب، به تمام این مؤلفه ها توجه شود و این موضوع در فرایند درمان برای بیماران بسیار ارزشمند است. مشارکت کننده شماره ۵ می گوید: «بیشتر از داروهای شیمیایی یا آزمایش های مختلف که هزینه های گران داره، روی تغذیه و ورزش و سلامت روحی تأکید می شه».

تأثیر بیماری زایی خدمات سلامت مدرن مدام روبه افزایش است؛ به طوری که در استفاده از خدمات پزشکی، این خطر بیمار را تهدید می کند که در معرض معاینه ها و درمان هایی قرار گیرد که مسئله ای وخیم تر نسبت به مسئله اولیه را پدید می آورند (۲۲). مشارکت کننده شماره ۶ می گوید: «مثلاً از یک داور صدماتی استفاده کردم، باعث شد بیماری دیگه پیدا کنم». مشارکت کننده شماره ۷ می گوید: «از وقتی آنتی بیوتیک مصرف می کنم ناراحتی معده هم گرفته ام».

بدین جهت بسیاری از بیماران تصمیم می گیرند از روش های درمانی مکمل که عوارض کمتری دارند استفاده کنند. مشارکت کننده شماره ۱۴ می گوید: «برای سرطان هیچ راهی در پزشکی (مدرن) وجود نداره اما استفاده از طب مکمل حداقل به من آرامش داده و دردهام را تسکین داده، راحت تر زندگی می کنم». پزشکی مدرن برای بیماری های مزمن چاره ای ندارد. مشارکت کننده شماره ۲۱ می گوید: «مسکن های شیمیایی اثری روی کمردردهام نداره، حالم را بدتر کرده».

۲- موقعیت برتر پزشک

رابطه پزشک و بیمار یکی از مسائل مهم در فرایند درمان است که در این تحقیق به عنوان عامل رانش از طب مدرن و هدایت بیماران به سمت طب مکمل دسته بندی شده است. بیماران به طور کلی از نحوه برخورد پزشکان ناراضی اند (۲۳). رویکرد بالا به پایین در پزشکی مدرن بیمار را در پایین ترین سطح مشارکت قرار می دهد. مشارکت کننده شماره ۸ می گوید: «خواستاهم اینکه که در روند درمانی من هم به حساب بیام». مشارکت کننده شماره ۱۱ می گوید: «حساس می کنم به ماشین هستم در دست پزشکم».

از طرفی با ظهور فضای مجازی و دسترسی سریع و آسان به انواع اطلاعات از جمله اطلاعات پزشکی و سلامت، سطح آگاهی بیماران در حوزه سلامت افزایش یافته و آنان توقع دارند پزشک به سؤالاتشان پاسخ کامل بدهد و حتی روش های درمانی دیگر را توضیح دهد. مشارکت کننده شماره ۱۶ می گوید: «چند بیمار را با هم ویزیت می کنند، نمی تونم سؤالاتم را بپرسم» و مشارکت کننده شماره ۲۱

بیمار از آن شده است و طب مکمل در مقابل، توانسته به این نیازها پاسخ دهد. در واقع، مؤلفه‌های اجتماعی در گرایش بیماران به طب مکمل نقش مهمی دارد. یافته‌های تحقیقات در کشورهای دیگر هم نتایج این پژوهش را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که علت گرایش بیماران به طب مکمل و جایگزین، ناامیدی آنان از نوپدهای پزشکی مدرن است (۲۴). طب رایج قادر نیست بیماری‌های دژنراتیو^۱ و بیماری‌های مزمن مثل سرطان و بیماری‌های قلبی را درمان کند. همچنین قادر نیست دردهای ناشی از کمردرد، گردن درد، آرتروز و رماتیسم را کاهش دهد (۲۴ و ۲۵).

ششمین علت مرگ در غرب عوارض درمان‌های رایج است. در سال‌های اخیر، شاهد رشد فزاینده بیماری‌های ایاتروژنیک «Iatrogenic» به علت عوارض دارویی و تجهیزات درمانی مانند آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای ضدآفسردگی هستیم (۲۶). از طرفی این تفکر در بین بیماران وجود دارد که درمان‌های رایج خصوصاً در بیماری‌های مزمن، دارای عوارض است، درحالی‌که روش‌های طب سنتی و مکمل به علت استفاده و توجه بیشتر به طبیعت عوارض کمتری دارد (۲۷). مبتلایان به سندرم‌ها و بیماری‌های مزمن (مشکلات گوارشی، مفصلی، اعصاب و روان، پوستی و ...) و بیماران مبتلا به سرطان و ایدز از جمله کسانی هستند که بیشتر به سراغ طب سنتی و مکمل می‌روند؛ به این امید که کیفیت زندگی‌شان بهتر شود یا حتی بیماری‌شان درمان شود (۲۸). محققان نشان دادند بیماران، اساساً به خاطر آن که برای درمان بیماری‌شان راهی بیابند، به روش‌های درمانی طب مکمل گرایش پیدا می‌کنند (۲۹). این موضوع نتایج تحقیق حاضر را درباره مقوله کلی نارضایتی از نتایج درمانی پزشکی مدرن و عوارض یاتروژنی تأیید می‌کند.

از طرفی بیماران نیاز دارند در فرایند درمان خود نقش داشته باشند. از این منظر نیز طب سنتی و مکمل همان چیزی است که بیماران می‌خواهند و در پزشکی رایج به آن نمی‌رسند (۳۰). نتایج پژوهش‌های دیگر نیز با یافته‌های

مشارکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید: «درمان با این روش‌ها برام با نوعی عبادت و ترکیه نفس همراهه و درواقع کمکم کرده هم وضعیت جسمی‌ام بهتر بشه و هم وضعیت روحی‌ام». مشارکت‌کننده شماره ۱۵ می‌گوید: «ریشه در سنت‌ها و فرهنگ ما داره و برام اصلاً ناشناخته نیست. راحت‌تر می‌تونم بپذیرمش و انجامش نگرانم نمی‌کنه».

۵- مزیت اقتصادی طب مکمل

یکی دیگر از عوامل کششی بیماران به سمت طب مکمل ارزان بودن و در دسترس بودن آن است. پزشکی مدرن برای برای مبتلایان به بیماری‌های مزمن، سرطان، بیماری‌های اعصاب و روان، و نیازمندان به خدمات توان بخشی یا فیزیوتراپی که مجبورند در درازمدت از خدمات پزشکی مدرن استفاده کنند هزینه‌های سنگینی دارد. مشارکت‌کننده شماره ۲۲ می‌گوید: «یه جایی دیگه می‌گی درمان را ادامه ندم آخه چقدر مگه آدم می‌تونه هزینه کنه». این باعث می‌شود بیماران به سمت انواع طب مکمل که ارزان‌تر است و در درازمدت به کار می‌آید سوق داده شوند. مشارکت‌کننده شماره ۲۳ می‌گوید: «الآن مدت‌هاست دارم از این روش استفاده می‌کنم ... هم بهتر جواب گرفتم هم ارزون‌تر شده برام ...».

از طرفی خدمات پزشکی مدرن علاوه بر هزینه‌بر بودن زمان‌بر هم هست و گاهی دسترسی به آن برای بیماران مشکل می‌شود. مشارکت‌کننده شماره ۲۰ می‌گوید: «کلی زمان می‌بره بتونی از یک دکتر متخصص خوب وقت بگیری».

بحث

هدف این مقاله شناخت مؤلفه‌های اجتماعی گرایش به طب مکمل و جایگزین از دیدگاه بیماران بود و نتایج آن در پنج مقوله کلی «عوارض یاتروژنی پزشکی مدرن»، «موقعیت برتر پزشک»، «رویکرد سیستمی در طب مکمل»، «نگرش فرهنگی - اجتماعی - روانی» و «مزیت اقتصادی طب مکمل» دسته‌بندی شد. یافته‌ها نشان داد پزشکی مدرن وجوه مختلفی از بیمار را نادیده گرفته که موجب رانش

¹ Degenerative Disease

آنان نشان دادند بیمارانی که برای کسب اطلاعات سلامت از طبّ مکمل استفاده می‌کنند بیشتر باور دارند که بدن توانایی درمان خود را دارد (۳۵).

اکثر روش‌های طبّ مکمل، حاوی پنج اصل مشترک در رابطه با نحوه زندگی است؛ الف- مدیریت و برخورد مناسب به هنگام مواجهه با استرس و بحران، ب- رویکردهای روحانی و معنوی، ج- ورزش و تناسب اندام، د- کنترل و کاهش اعتیاد (خصوصاً سیگار و الکل) و ه- توصیه‌های غذایی و رژیم. از طرفی توجه به مسئولیت‌های فردی و نحوه زندگی، یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های طبّ مکمل است (۳۶). مردم می‌پذیرند که درنهایت افراد خودشان مسئول سلامتشان هستند و برای دستیابی به سلامت نیازمند کار سخت، تعهد و تغییر شیوه زندگی‌اند (۳۷). یک تحقیق تجربی بر وجود رابطه بین باور به مسئولیت‌های فردی و استفاده از طبّ مکمل تأکید می‌کند (۳۱)؛ نتایج آن نشان داد دریافت‌کنندگان خدمات طبّ مکمل باور دارند که درازمدت افرادی که از خودشان مراقبت می‌کنند، سالم باقی می‌مانند یا سریع‌تر خوب می‌شوند. نتایج این تحقیقات با مقوله کلی رویکرد سیستمی در طبّ مکمل همخوانی دارد.

هرچند طی صد سال گذشته پزشکی رایج خود را از قیود مذهبی جدا کرد، اما همیشه موجی از علاقه به نقش مذهب و معنویت در آموزش، تحقیقات و طبابت وجود دارد (۳۸). مطالعات انجام‌شده در آمریکا با نتایج این تحقیق در اهمیت مؤلفه‌های فرهنگی، اجتماعی و معنوی در سلامت هم‌پوشانی دارد. یافته‌های تحقیق در آمریکا نشان می‌دهد که ۹۵٪ از مردم رویکرد کلی زندگی خود از جمله سلامت را بر پایه مذهب بنا کرده‌اند (۳۹). طبق یافته‌های تحقیق، یکی از عوامل بسیار مهم در استقبال مردم یک منطقه از یک روش طبّی برای کسب اطلاعات بهداشتی و سلامت، تناسب آن با فرهنگ و تمدن آنان است. کشورهای دارای پیشینه تاریخی غنی عموماً دارای مکاتب طبّی ارزشمندی (طبّ سنتی) هستند که امروزه هم از سوی مردم آن کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرند (۴۰). برخی مستندات

این تحقیق تطابق داشت، به‌طور مثال مصاحبه‌ها با مراجعه‌کنندگان به طبّ مکمل نشان داد که آنان معتقدند که پزشکان طبّ رایج، زمان بسیار کمی را به بیماران اختصاص می‌دهند (۲۹). همچنین استفاده‌کنندگان از درمان‌های طبّ مکمل، اعتقاد دارند که پزشکان طبّ رایج به اظهارات بیمارانشان توجه نمی‌کنند. درنهایت بیماران نتیجه می‌گیرند که پزشکان «احساسات انسانی» خود را از دست داده‌اند (۳۱). پزشکان در رابطه با بیمار، به‌جای استفاده از یک الگوی مشارکتی، از الگوی پزشک‌محور پیروی می‌کنند. پزشکی امروز، یک پزشکی فوردیسمی^۱ است که به کمیت بیش از کیفیت توجه دارد و این امر، بیگانگی و نارضایتی بیمار را در پی دارد (۳۲). در تحقیقی دیگر که با نتایج این تحقیق هماهنگی داشت نتایج نشان داد افرادی که سابقه قبلی شیمی‌درمانی داشتند و آن‌هایی که تحصیلات بالاتری دارند، بیشتر از طبّ مکمل و جایگزین استفاده کردند (۲۸). همچنین، عدم رضایت از پزشک اولیه بر افزایش تعداد استفاده از طبّ مکمل اثر مستقیم داشته است. تحقیقات نشان داد چگونگی رابطه بین پزشک و بیمار منجر به این شده که ۷۶٪ بیماران از طبّ مکمل استفاده کنند (۳۳). نتایج این تحقیقات مقوله کلی موقعیت برتر پزشک در رابطه پزشک و بیمار در پزشکی مدرن را تأیید می‌کند.

بیشتر روش‌های درمانی طبّ مکمل به برقراری توازن و تناسب و قدرت خوددرمانی بدن تأکید می‌کنند. فلسفه این مباحث درمانی عبارت است از کل‌نگری و رویکرد سیستمی به بیمار. برای بیماران رویکرد سیستمی به معنای توجه بیشتر به جنبه‌های روانی و اجتماعی بیماری است (۳۴). نتایج پژوهش‌ها با یافته‌های این تحقیق همخوانی دارد که امروزه مردم به سلامتی به‌عنوان یک عنصر چندوجهی شامل بدن، ذهن و روان نگاه می‌کنند (۲۵). درواقع، هماهنگی بین آن‌ها پیش‌نیاز برخورداری از سلامت کامل است. محققان مستندات را آورده‌اند که رابطه بین باور درباره سلامتی و استفاده از طبّ مکمل را تأیید می‌کند.

¹ Fordism

درواقع، امروزه باید علاوه بر مراقبت‌های زیستی از بیمار، به ابعاد اجتماعی، فرهنگی، معنوی و اقتصادی زندگی او نیز توجه کرد؛ چراکه فرایند درمان بدون در نظر گرفتن این ابعاد کامل نمی‌شود. در صورتی که مؤلفه‌های اجتماعی گرایش بیماران به طب مکمل و جایگزین به‌خوبی از طرف ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درک شود، می‌توان آن مؤلفه‌ها را تقویت کرد و از انواع طب مکمل و جایگزین در شرایطی که پزشکی مدرن جواب‌گوی نیازهای بیماران نیست، بهره برد. همچنین می‌توان برخی از مؤلفه‌ها مانند مزیت ارتباطی طب مکمل را در مورد پزشکی مدرن نیز به‌کار گرفت تا رضایت بیماران افزایش یابد و بیمار نقش مشارکتی در فرایند درمان داشته باشد که نتیجه آن ارتقای سلامت جامعه و کاهش هزینه‌های درمان است.

تشکر و قدردانی

در این مطالعه تلاش شد با ارجاع‌دهی دقیق به منابع مورد استفاده و اعلام ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، اخلاق نشر رعایت شود. البته به‌منظور حفظ حقوق مشارکت‌کنندگان از اعلام نام آنان خودداری شد. بدون همکاری صمیمانه مشارکت‌کنندگان و مسئولان کلینیک‌هایی که مصاحبه‌ها در آنجا انجام شد انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود؛ بدین‌وسیله از همه آنان قدردانی می‌کنیم.

تجربی رابطه بین استفاده از طب مکمل و استفاده از محصولات طبیعی را نشان می‌دهد. نتایج تحقیقات نشان داد افرادی که درمان‌های طب مکمل را انتخاب می‌کنند از عوارض جانبی داروهای شیمیایی آگاهی دارند و فکر می‌کنند که درمان‌های طب رایج بسیار تهاجمی و خشن هستند (۲۹). همچنین پژوهشی دیگر مطابق با این تحقیق نشان داد بیمارانی که از طب مکمل استفاده می‌کنند به احتمال زیاد از افزودنی‌ها و نگه‌دارنده‌ها در رژیم غذایی‌شان استفاده نمی‌کنند، از مغازه‌هایی که غذایی سالم می‌فروشند خرید می‌کنند و از مصرف داروهای شیمیایی تجویز شده خودداری می‌کنند (۳۱). نتایج این تحقیقات مقوله کلی اتخاذ نگرش فرهنگی - اجتماعی - روانی در طب مکمل (از یافته‌های این تحقیق) را تأیید می‌کند.

هزینه‌های سنگین خدمات بهداشت و درمان در ده سال آینده دوبرابر می‌شود (۴۱). این در حالی است که در کشورهای جهان سوم مردم به حداقل امکانات پزشکی دسترسی ندارند. بنابراین تعیین و تضمین ایمنی و کارایی درمان‌های سنتی، مکمل و جایگزین یک ابزار مهم برای تسهیل و توسعه دسترسی به امکانات بهداشتی و مراقبتی است. تحقیقات نشان می‌دهد درمان‌های مکمل و جایگزین به‌نظر کارا می‌رسند و انتخاب خوبی برای کاهش هزینه به‌شمار می‌روند؛ زیرا در این درمان‌ها از تکنولوژی‌های بالا اجتناب می‌شود، راه‌حل‌های ارزان‌قیمت ارائه می‌شود و از قدرت طبیعی بدن برای درمان استفاده می‌شود (۴۲). این تحقیقات مقوله مزیت اقتصادی طب مکمل و قابل‌دسترس بودن آن در این تحقیق را تأیید می‌کند.

نتیجه‌گیری

پزشکی مدرن علاوه بر دستاوردهایش، عوارضی برای سلامت بیماران داشته است و هزینه‌های سنگین آن و موقعیت فرادست پزشک در رابطه با بیمار از محبوبیت آن کاسته است. در مقابل، طب مکمل و جایگزین با اتخاذ رویکرد سیستمی و توجه به وجوه فرهنگی، اجتماعی و روانی بیمار، امکان مناسبی برای بهبود فرایند درمان بیماران است.

جدول شماره (۱) ویژگی های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

جنسیت	تعداد(درصد)	وضعیت تأهل	تعداد(درصد)	سن	تعداد(درصد)	تحصیلات	تعداد(درصد)
مرد	۱۷ (۴۱)	مجرد	۱۴ (۳۴)	پایین تر از ۴۰ سال	۱۱ (۲۷)	زیر دیپلم	۱۳ (۳۲)
زن	۲۴(۵۹)	متأهل	۲۷ (۶۶)	بیشتر از ۴۰ سال	۳۰ (۷۳)	بالتر از دیپلم	۲۸ (۶۸)

جدول شماره (۲) نوع درمان های جایگزین مورد استفاده

نوع درمان جایگزین	تعداد(درصد)
هومئوپاتی	۱۳ (۳۲)
گیاه درمانی	۱۹(۴۶)
ماساژ درمانی	۹(۲۲)

جدول شماره (۳) استخراج مقوله های کلی از تحلیل مصاحبه با بیماران دریافت کننده خدمات طب مکمل و جایگزین

مفهوم (زیرطبقات)	مقوله کلی (طبقات)
هزینه مناسب درمان های طب مکمل	مزیت اقتصادی طب مکمل
زمان مناسب دسترسی به درمان های طب مکمل	
مدیریت استرس	نگرش
نقش پررنگ اعتقادات	فرهنگی - اجتماعی - روانی
تغذیه و ورزش	
توجه به آداب و رسوم	
توجه به جنبه های روحی و روانی بیمار	رویکرد سیستمی در طب مکمل
توجه به جنبه های اجتماعی بیمار	
نقش منفعلانه بیمار در رابطه با پزشک	موقعیت برتر پزشک
عدم اختصاص وقت کافی به بیماران	
عدم توانایی طب رایج در درمان بیماری های مزمن	عوارض یا تروژنی پزشکی مدرن
عدم توانایی طب رایج در کاهش درد بیماران	
عوارض داروهای شیمیایی	

جدول شماره (۴) نمونه‌ای از نحوه تجزیه و تحلیل داده‌ها و شکل‌گیری مقوله کلی عوارض یاتروژنی

مقوله کلی	مفهوم	گزاره معنادار
	عدم توانایی طب رایج در درمان بیماری‌های مزمن	طب رایج هیچ‌وقت نتوانسته سرطان را درمان کند برای بیماری‌های اعصاب و روان هیچ راهی ندارد
عوارض یاتروژنی پزشکی مدرن	عدم توانایی طب رایج در کاهش درد بیماران	داروهای شیمیایی دردهای معده را به‌زور ساکت می‌کنند مسکن‌های شیمیایی اثری روی کمردرد هام ندارد
	عوارض داروهای شیمیایی	آنتی‌بیوتیک را که مصرف می‌کنم ناراحتی معده می‌گیرم مثلاً از یک دآوری ضد اسهال استفاده کردم، باعث شد بیماری دیگه پیدا کنم

References:

1. Illich I. Limits to Medicine. London: Calder Boyars; 1978.
2. Farmer P. The major infectious diseases in the world—to treat or not to treat? *New England Journal of Medicine*. 2001; 345(3): 208-210.
3. Easthope G. The response of orthodox medicine to the challenge of alternative medicine in Australia. *The Australian and New Zealand journal of sociology*. 1993; (29)3: 289-301.
4. Morris B. How to speak postmodern: medicine, illness, and cultural change. *The Hasting center report*. 2000; 30: 6-16.
5. Aakster CW. Assumptions governing approaches to diagnosis and treatment. *Social Science & Medicine*. 1989; 29(3): 293-300.
6. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. 2008 .
7. Ernst E, Resch K, Mills S, Hill R, Mitchell A, Willoughby M, & White A. Complementary medicine a definition. *The British Journal of General Practice*. 1995; 45(398): 506.
8. Zeng Y, Zhou Y, Chen P, Luo T, & Huang M. Use of complementary and alternative medicine across the childbirth spectrum in China. *Complementary therapies in medicine*. 2014; 22(6): 1047-52.
9. ones S, Fox S. The social life of health information. Pew research center, Washington, DC Pew Internet & American Life Project. 2009.
10. Shaikh SH, Malik F, James H, Abdul H. Trends in the use of complementary and alternative medicine in Pakistan: a population-based survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2009; 15(5): 545-50.
11. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States. 2008.
12. Wu P, Fuller C, Liu X, Lee H. C, Fan B, Hoven C , Kronenberg F. Use of complementary and alternative medicine among women with depression: results of a national survey. *Psychiatric Services*. 2007; 58(3): 349-56.
13. Lim MK, Sadarangani P, Chan HL, Heng JY. Complementary and alternative medicine use in multiracial Singapore. *Complementary therapies in medicine*. 2005; 13(1): 16-24.
14. Schwartz, B, Ritchel A, Palazzolo E. Complementary and Alternative Information Resources for Anxiety. *Journal of Consumer Health*

- On the Internet. 2014;18(1):89-93.
15. Shultz SM, Dell EY. Highlights in Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Consumer Health On the Internet*. 2011; 15(4):396-405.
 16. Abdolahi F, Khani S, Yazdani J. The rate of recognition and application of complementary and traditional medicine in pregnant women in Iran. *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine*. 2016; 7(2):127-137.
 17. Kodai M, Ghafari F, Emadi F, Emaratkar E, Alizaniha F, Noorbala A, Naseri M. Healthy lifestyle in preventing and treating depression: From the Perspective of Traditional Iranian Medicine. *History of Medical Journal*. 2017; 9(30): 169-191.[persian].
 18. Hooman HA. *Handbook of Qualitative Research*. Tehran, samt publication .2014;(6):9. [persian].
 19. Straus A, Corbin J. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
 20. Hariri N, *Principles and methods of qualitative research*. Tehran, azad university publication. 2006:264. [persian].
 21. Charles MB. Risks of modern medicine. *Siyahate gharb*. 2003; 1(6): 82-89. [persian].
 22. Tavakol M. *Armstrong Medical sociology*. Tehran: farhang sina publication. 2008. [persian].
 23. Parker G, Tupling H. Consumer evaluation of natural therapists and general practitioners. *The Medical Journal of Australia*. 1977; 1(17):619-22.
 24. Holden C. *Cancer and the Mind: How are They Connected?* JSTOR. 1978; 200(4348): 1363-9.
 25. Anyinam C. *Alternative medicine in western industrialized countries: An agenda for medical geography*. *The Canadian Geographer/Le Géographe canadien*. 1990;34(1):69-76.
 26. Inglis B, West R. *The alternative health guide*. New York: Knopf. 1983.
 27. Mesgarpour B, et al. *The condition of traditional /complementary / alternative medicine in iran*. Islamic parliament reasearch center, Tehran. 2009. [persian]
 28. Lengacher CA, Bennett M, Kip KE, Keller R, LaVance MS, Smith LS, et al. Frequency of use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer. *In Oncology nursing forum*. 2002; 29(10): 1445-52.
 29. Sharma U. *Complementary medicine today: practitioners and patients*. Psychology Press. 1992.

30. Riessman CK. Making sense of marital violence: One woman's narrative. *Qualitative studies in social work research*. 1994;113-32.
31. Furnham A, Forey J. The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine. *Journal of clinical psychology*. 1994;50(3):458-69.
32. Siahpoush M. Values of post modernism, dissatisfaction from physicians, orientation to complementary medicine. *journal of traditional and complementary medicine*. 2011; 8(32). [persian].
33. Winslow LC, Shapiro H. Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients. *Archives of Internal Medicine*. 2002; 162(10):1176-81.
34. Cauffield JS. The psychosocial aspects of complementary and alternative medicine. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 2000; 20(11): 1289-94.
35. Furnham A, Smith C. Choosing alternative medicine: a comparison of the beliefs of patients visiting a general practitioner and a homoeopath. *Social science & medicine*. 1988;26(7):685-9.
36. Cassileth BR. The social implications of questionable cancer therapies. *CA: a cancer journal for clinicians*. 1989; 39(5):311-6.
37. Coward R. *The Whole Truth: The myth of Alternative Health*. Taylor & Francis; 1993.
38. Baratalipour M. Analytic investigation of the historical role of religion on democratization of sociology and politics in Iran. *Din pajouhan journal*. 2002; 9. [persian].
39. Wald KD, Calhoun-Brown A. *Religion and politics in the United States*: Rowman & Littlefield; 2014.
40. Naseri M. Elementary training of complementary medicine in Iran. *Tehran university of medical sciences*. 2005. [persian].
41. Smith R. The future of healthcare systems. *BMJ: British Medical Journal*. 1997; 314(7093): 1495
42. Herman PM, Craig BM, Caspi O. Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review. *BMC complementary and alternative medicine*. 2005; 5(1): 11.

Social components relating to complementary and alternative medicine

Aghaie A^{*1}, Khalili M²

1. Ph.D. student of Social Communication Sciences, Faculty of Social Communication, Social Sciences Department, University of Tehran. Tehran. Iran.

2. Ph.D. General Medicine, Tehran disciplinary Special Prosecutor, Tehran Medical Council, Tehran Medical Officer, Tehran, Iran.

Received: 25 August, 2017 ;Accepted: 22 November, 2017

Abstract

Introduction: People have turned to complementary and alternative medicine in recent years. Since the social factors are effective in this trend, the purpose of this article is to review these factors associated with the tendency of patients to complementary and alternative medicine.

Methods: This article was done by qualitative content analysis method with the inductive developmental style of the categories and using a semi-structured interview. Interviewed with 41 participants who referred to homeopathic clinics, massage therapists and herbal therapists in Tehran during the spring and autumn of 1396. Sampling was purposeful and data analysis and analysis were conducted simultaneously with sampling and interviews continued to theoretical saturation.

Results: The social components of the tendency to complementary medicine were classified into two groups of attractive and repulsive factors. Repulsive factors include "modern medical iatrogenic complications", "Hegemonic position of the doctor" and attractive factors include a "system approach to complementary medicine", Cultural-Social-Psychological Attitude" and "The Economic Advantage of Complementary Medicine"

Conclusion: In addition to biological care, the patient should also be aware of the social dimension of his life. The social component of the emphasis on complementary medicine is important for patients and can improve the treatment process

Keywords: complementary and alternative medicine, modern medicine,,qualitative study, Social component.

*Corresponding author: E.mail: atefeaghaee@ut.ac.ir