مفاهیم و اصطلاحات کلیدی انسان‌شناسی پزشکی (1)

***محمد چاوشی***

***مقدمه***

در این جا بعضی از مفاهیم و اصطلاحات مهم در حوزه انسان شناسی پزشکی را معرفی می کنیم که شامل سه دسته از مفاهیم می شوند؛ دسته اول شامل مفاهیم سلامت[[1]](#footnote-1)، بهبود[[2]](#footnote-2)، بیماری[[3]](#footnote-3)، ناخوشی[[4]](#footnote-4)، مرض[[5]](#footnote-5)، درمان[[6]](#footnote-6) و شفا یا التیام[[7]](#footnote-7) است که پیش از رسمیت یافتن و دانشگاهی شدن انسان شناسی پزشکی و حتی در آثارمحققین اواخر قرن نوزدهم نیز وجود داشته اند. دسته دوم مفاهیمی را شامل می شود که خاستگاهشان سایر رشته ها نظیر جامعه شناسی و فلسفه است اما بدلیل ارتباط قابل توجه با حیات اجتماعی و فرهنگی انسان خیلی زود در رشته انسانشناسی و بویژه در حوزه انسان شناسی پزشکی مورد استقبال وتوجه قرار گرفته، بسط یافته اند نظیر پزشکی سازی[[8]](#footnote-8)، کالبدیافتگی[[9]](#footnote-9) و داروسالاری[[10]](#footnote-10) و دسته سوم شامل مفاهیم سیندمیک[[11]](#footnote-11)، پلورالئا[[12]](#footnote-12)، ناخوشی ستمی[[13]](#footnote-13)، ذهن/بدن[[14]](#footnote-14)، بدن/خود[[15]](#footnote-15)، بدن/جامعه[[16]](#footnote-16)، بدن/سیاست[[17]](#footnote-17)، پزشکی طبیعی[[18]](#footnote-18) و پزشکی شخصی[[19]](#footnote-19) می شود که همگی از سوی پژوهشگران و صاحبنظران متعلق به حوزه انسان شناسی پزشکی ارائه و بعضا بر روی آنها نظریه پردازی نیز صورت گرفته است. دسته اخیر از مفاهیم اغلب تداعی کننده نام انسان شناسی هستند که نخستین آنها را ارائه نموده است. دلیل انتخاب این مفاهیم کثرت کاربرد آنها در آثار این حوزه و اهمیتی که شبکه های معتبری چون گوگل و گوگل اسکولار برای آنها قائل اند می باشد. در اغلب موارد سعی کرده ایم مفاهیم را بصورت نمادین در قالب دوگانه هایی مطرح و معرفی نماییم که نشان دهنده تعارض بنیادین و معرفت شناسانه[[20]](#footnote-20) بین دو نگاه انسان شناختی و زیست پزشکی به مقولات مرتبط با بدن و پزشکی باشند.

***سلامت[[21]](#footnote-21) و بهبود[[22]](#footnote-22)***

مفهوم سلامت یا تندرستی در زیست شناسی بمعنی سطحی از کارایی سوخت و سازی[[23]](#footnote-23) و عملکردی[[24]](#footnote-24) در یک موجود زنده است که سازگاری محیطی[[25]](#footnote-25) و ادامه بقای آن را تضمین کند و در زیست پزشکی در سنتی ترین تعریف بمعنای توانایی بدن انسان در انجام عملکرد نرمال و طبیعی می باشد که در هر زمان می تواند از سوی انواع بیماری ها مورد تهدبد و خدشه قرار بگیرد. بیماری ها می توانند با ایجاد اختلال در یکپارچگی و انسجام کالبدی[[26]](#footnote-26)، عملکردی و روانی، توانایی وامکان فعالیت های زیستی و اجتماعی و ایفای نقش های مورد انتظار در خانواده، محل کار و بطور کلی در جامعه را از فرد سلب کنند( استوکز و نورن و شیندل، 1982). امکانات و توانایی هایی که وجود آنها در بدن شرط لازم برای استقرار وضعیتی می باشد که سلامت نامیده می شود. از منظر زیست پزشکی بیماری و سلامت هردو موقعیت هایی تک بعدی، صرفا عینیت گرا[[27]](#footnote-27)و مکانیکی هستند که تنها با ارجاع به کالبد یا بدن انسان شناخته و هر یک منحصرا با فقدان دیگری تعریف می شوند(سازمان بهداشت جهانی، 1958). در تعاریفی که از دهه 1940 به بعد برای سلامت ارائه شد نگاه خردنگر و ابژکتیو به موقعیت سلامت جای خود را بتدریج به نگاه چندبعدی، کل نگر و ذهنیت گرا[[28]](#footnote-28) در قالب مفهوم جدید بهبود بمعنای احساس کامل سرزندگی، خوشی و نشاط در زندگی داد و مفاهیم ناظر به ابعاد و تعیین کننده های غیرجسمانی نیز یکی پس از دیگری وارد تعریف سابق از سلامت شدند؛ بعنوان مثال در بیانیه سازمان بهداشت جهانی[[29]](#footnote-29) در سال 1948 سلامت بمثابه موقعیت احساس کامل سرزندگی و بهبودگی از سوی فرد در همه ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفا بمثابه موقعیت عاری از بیماری جسمانی و قابل تشخیص از سوی پزشک تعریف شد( گراد، 2002). بتدریج وجه موقعیتی نیز جای خود را به وجه فرایندی دارد و سلامت بمثابه کیفیتی قابل درک و احساس در فرایند زندگی هر روزه افراد جامعه بازتعریف شد که تاکید عمده اش بر تعیین کننده های چندگانه جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی(معنایی) بمنزله منابع قابل دسترس برای همه افراد جامعه در جهت فرایند توانمند سازی آنان برای مقابله با تنش ها، کسب مهارت ها، حل مشکلات، ایجاد روابط اجتماعی، ایجاد تغییر در محیط یا سازگاری با آن، تعیین سرنوشت و معنا بخشی به زندگی قرار گرفت(1). این تعریف جدید از سلامت از یکسو بر تاب آوری[[30]](#footnote-30) انسان در زندگی فردی و اجتماعی بطور پویا و تعیین کننده هایی که آن را تضمین می کنند تاکید می کند و از سوی دیگر سلامت را بعنوان منبع دائمی، چند بعدی و قابل دسترس برای تداوم یک زندگی بانشاط و بامعنا در زمینه ای از پیوندهای اجتماعی و فرهنگی موثر تعریف می کند. لذا در تعریف جدیدی که سازمان بهداشت جهانی در سال 1984 از سلامت ارائه داد سلامت را حدی از توانایی جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی فرد یا گروه در راستای عملی نمودن آرزوها، براورده کردن نیازها و ایجاد تغییر یا انطباق با محیط پیرامون خود تعریف نمود(سازمان بهداشت جهانی، 1984).

سیر تحول در تعریف از سلامت و تندرستی در نیم قرن اخیر نشان می دهد که این تعریف گام به گام به برداشت فرهنگی و انسان شناسانه از سلامت یعنی به مفهوم بهبود یا بهبودگی‌‌‌‌‌‌ 22 نزدیکتر شده است؛ برداشتی که تندرستی و ناخوشی4 را در زمینه اجتماعی فرهنگی افراد بررسی می کند و ناخوشی را صرفا مشکل فرد بیمار یا تنها ناشی از میکروارگانیزم های بیماریزا نمی داند بلکه در یک سطح کلی، عوامل و سیستم های اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی را نیز در شکل گیری معضلات مرتبط با تندرستی دخیل می داند(کتاک، 1386: 851) و به همین نسبت مسئولیت رفع این مسائل، حفظ و یا بازگرداندن تندرستی افراد جامعه را بطور عمده بر عهده همین سیستم ها می داند. این نشان می دهد که انتقادی بودن پیش از آنکه نوعی رویکرد در کنار سایر رویکردها در انسان شناسی پزشکی باشد ریشه در ماهیت رشته انسان شناسی بطور کلی دارد. مفهوم سلامت در برداشت انسان شناسانه یک مفهوم خاص و غیرقابل تعمیم است و از بعد سوبژکتیو قابل توجهی برخوردار است یعنی درهر زمینه فرهنگی اجتماعی درکی که نسبت به سلامت و بیماری و مفاهیم مرتبط با پزشکی دارد مختص همان زمینه است. از این منظر، این مفاهیم نوعی برساخته اجتماعی[[31]](#footnote-31) هستند که معنای خود را در بستر فرهنگی خاص خود باز می یابند(کتاک، 1386: 852). به همین دلیل است که انسان شناسان پزشکی مفهوم سلامت را همواره بعنوان جزئی از یک کلیت فرهنگی و در تمام ابعاد آن مورد مطالعه قرار می دهند؛ بعنوان مثال بیماری عفونی که از دیدگاه زیست پزشکی صرفا نوعی موقعیت ابژکتیو خارج از وضعیت سلامت است و بعلت نوعی میکروارگانیزم بوجود می آید از دید کل گرای انسان شناسان پزشکی می تواند بعنوان نوعی ناخوشی خارج از موقعیت سرزندگی و نشاط4 در روند زندگی فلاکت بار اقشار آسیب پذیری که منابع قابل دسترسی برای رفع نیازها و براوردن آرزوهای خود را ندارند و لذا مستعد همه گونه آسیب از جمله بیماری های عفونی هستند ارزیابی شود.

***منابع***

Grad, F.P., 2002, " The Preamble of the Constitution of the World Health Organization", Bulletin of the World Health Organization, 80(12)

Stokes,J., Noren,J., Shindell, S., 1982, " Definition of Terms and Consepts Applicable to Clinical Preventive Medicine", Journal of Community Health, 8(1)

World Health Organization, 1958, **The First Ten Years of the World Health Organization**, Geneva: WHO

World Health Organization, Regional Office for Europe, 1984, **Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principle: Summery Report of the Working Group on Concept and Principle of Health Promotion**, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

1-http://phprimer.afmc.ca/Part1-heory/ThinkingAboutHealth/ConceptsofHealthAndIllness/Definition

کتاک، اف.، کنراد، 1386، **انسان شناسی کشف تفاوتهای انسانی**، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: علمی

***بیماری3 و ناخوشی4***

علیرغم کاربرد و معنای یکسان این دو مفهوم در زبان روزمره مردم، در ادبیات انسان شناسی اغلب بعنوان دو مفهوم متفاوت محسوب می شوند و انسان شناسان پزشکی اغلب همان نسبتی را که بین دو مفهوم سلامت1 و بهبود2 قائل اند بین بیماری و ناخوشی نیز برقرار می کنند. از این منظر، مفهوم بیماری که در زیست پزشکی[[32]](#footnote-32) کاربرد رایجی دارد بیان کننده یک وضعیت خارج از موقعیت سلامت برای بدن – و اغلب برای جزئی از بدن- است که در معاینه کلینیکی از سوی پزشک و گاه بکمک ابزارها و فنون تشخیصی نظیر رادیوگرافی و آزمایش مورد شناسایی قرار می گیرد و اغلب به یک یا چند عامل مشخص بیماریزا نظیر ویروس، باکتری، قارچ، اشعه، ژن معیوب و .... نسبت داده می شود و معمولا پزشک برای درمان بیمار قبل از هر چیز به ریشه کن نمودن علت بیماری آنگاه به رفع عوارض آن اقدام می نماید. بنابراین بعضی از ویژگی های اصلی در گفتمان و نگاه اثباتی[[33]](#footnote-33) پزشکی مدرن نسبت به مفهوم بیماری را می توان فروکاستن ابعاد بیماری به بعد جسمانی و گاه روانی، تکیه بر شواهد دقیق و ابژکتیو حاصل از معاینات بالینی و مدارک فنی یا آزمایشگاهی و به بیان دیگر جزء نگر، خرد نگر و مبتنی بر شواهد بودن[[34]](#footnote-34) در تشخیص یک وضعیت انسانی، تقلیل گرایی در علت یابی[[35]](#footnote-35) بیماری و کم توجهی به فرایندهای فرهنگی و اجتماعی آن و بطور کلی غیرانسانی، آزمایشگاهی و مکانیکی کردن موقعیتهای انسانی، استاندارد بودن روشها و ملاحظات در تمام مراحل از معاینه و تشخیص تا پایان درمان و مراقبت های پس از آن با کمترین توجه به تفاوتهای روانی، فرهنگی و اجتماعی بیماران و قائل بودن به تمایز مکانیکی بین مراحل علت یابی، بررسی چگونگی استقرار یا سیر بیماری[[36]](#footnote-36) و سرانجام، درمان بیماری در قالب الگوی کلیشه ای، خطی و مرحله ای دانست(1). برای درک بهتر این گفتمان، فردی را در نظر بگیرید که برای مرتب کردن دندانها به مطب متخصص ارتودنسی[[37]](#footnote-37) مراجعه نموده است. این فرد از همان آغاز در نگاه متخصص بعنوان یک حفره دهان که دارای سی و دو دندان با انساج پیرامون آنهاست و آماده معاینه شدن است نگریسته می شود و بعد از چند سوال کوتاه در باره انتظارات فرد از درمان - با نیت هماهنگی و پیشگیری از پیامدهای حقوقی- و حداکثر چند سوال در باره سابقه بیماریها و وضعیت فعلی قلب و کلیه و کبد و غیره ، ماحصل معاینات کلینیکی و مدارک پارا کلینیکی به صدور حکم تکسویه ازجانب پزشک درباره نوع ناهنجاری، علت آن و لزوم درمان ارتودنسی می انجامد و حالا فرد با اطمینان از ناهنجار و بیمار بودن خود باید تصمیم بگیرد که آیا تن به روند مرموز، مبهم و دراز مدت درمان پیچیده ارتودنسی در فضایی که هیچ تعلقی به آن ندارد بدهد یا ندهد. در گفتمان زیست پزشکی و در سیستم های آموزش پزشکی هنر ایجاد ارتباط انسانی با بیمار و درک افراد در کلیت فرهنگی، اجتماعی، عاطفی و معنایی آنان شرط لازم و ضروری برای پزشک خوب بودن نیست و اگر برخی پزشکان به چنین مرحله ای رسیده اند خود آموخته اند.

برعکس مفهوم بیماری مفهوم ناخوشی ماهیتی سوبژکتیو و درونی دارد و به احساس یکپارچه فرهنگی، اجتماعی، جسمی و روانی خود فرد از قرار داشتن در موقعیت ناخوش مربوط می شود. درک سوبژکتیو از ناخوشی برخلاف درک ابژکتیو از بیماری بشدت متاثر از زمینه است و این نگاه به کسانی که مشغول ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بویژه به افرادی از سایر فرهنگها هستند همواره توصیه می کند که به درک و تلقی افراد نسبت به ناخوشی، علت ناخوشی و شیوه های مقابله با آن و همچنین به زمینه های اجتماعی اقتصادی روانی آنان و ملاحظات فرهنگی مرتبط با سن، جنس، ارزشها و باورها توجه کنند(1). در مثال بیمار ارتودنسی که قبلا اشاره کردیم بسیار اتفاق می افتد که تلقی فرد (بویژه دختران جوان) از نامرتبی دندانها و به تبع، انتظاری که از درمان دارد هیچ سنخیتی با تلقی و برداشت پزشک از این موقعیت ندارد و او ردیف شدن دندانهای خود را صرفا بمثابه کلید حل ناکامی های اجتماعی خود جستجو می کند، کلیدی که ربط وثیقی با التیام و رهایی او از این ناکامی ندارد. یک درک سوبژکتیو و انسانی از سوی پزشک در این موارد به تمامیت و کلیت فرد نظر می کند نه صرفا به نامرتبی دندانهایش و در این مثال شاید اگر فرصت بیشتری برای سخن گفتن به فرد داده شود و آنگاه پزشک با درک این نکته که مسئله فقط نامرتبی دندانها نیست بجای مرتب کردن دندانها رهنمودهای اجتماعی موثر به او بدهد برای سلامت هردو مفیدتر باشد. بنابراین، چون ادراک نشاط2 و ناخوشی، علل ناخوشی، شیوه مواجهه با ناخوشی تا حد قابل ملاحظه ای متاثر از شیوه های فرهنگی، موقعیتها و روابط اجتماعی و وضعیتهای عاطفی و روحی روانی هستند لذا شیوه های انعطاف پذیر و همه جانبه نگر در ارائه خدمات درمانی ویا پیشگیرانه را طلب می کنند(کتاک، 1386: 852). این شیوه های انعطاف پذیر برجسته ترین نمود خود را در سیستمهای پزشکی سنتی در جوامع مختلف دارند سیستم هایی که بنظر فاستر و اندرسون(1978) باورها، مهارت ها، رسوم و درمانگران خاص خود را دارند که علیرغم حضور پزشکی مدرن تا حد زیاد پاسخگوی نیازهای درمانی و بهداشتی مردم خود هستند و از سیستم های نظری بیماری و نظام های مراقبت از تندرستی خاص خود برخوردارند که ازآنها برای تشخیص، رده بندی و علت یابی ناخوشی ها استفاده می کنند(فاستر و ادرسون، 1978: 39).

***منابع***

Foster, G.M., Anderson, G.B., 1978, **Medical Anthropology**, New York: Wiley&Sons

کتاک، اف.، کنراد، 1386، **انسان شناسی کشف تفاوتهای انسانی**، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: علمی

1-http://anthro.palomar.edu/medical/med\_2.htm

محمد چاوشی دانشجوی دکترای انسان شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

1. 1-health [↑](#footnote-ref-1)
2. 2-well being [↑](#footnote-ref-2)
3. 3-disease [↑](#footnote-ref-3)
4. 4-illness [↑](#footnote-ref-4)
5. 5-sickness [↑](#footnote-ref-5)
6. 6-treatment/curing [↑](#footnote-ref-6)
7. 7-healing [↑](#footnote-ref-7)
8. 8-medicalization [↑](#footnote-ref-8)
9. 9-embodiment [↑](#footnote-ref-9)
10. 10-pharmacracy [↑](#footnote-ref-10)
11. 11-syndemic [↑](#footnote-ref-11)
12. 12-pluralea [↑](#footnote-ref-12)
13. 13-oppression illness [↑](#footnote-ref-13)
14. 14-mindful body [↑](#footnote-ref-14)
15. 15-body self [↑](#footnote-ref-15)
16. 16-body social [↑](#footnote-ref-16)
17. 17-body politics [↑](#footnote-ref-17)
18. 18-naturalistic medicine [↑](#footnote-ref-18)
19. 19-personalistic medicine [↑](#footnote-ref-19)
20. 20-epistemologic [↑](#footnote-ref-20)
21. 21-health [↑](#footnote-ref-21)
22. 22-well being [↑](#footnote-ref-22)
23. 23-metabolic [↑](#footnote-ref-23)
24. 24-physiologic [↑](#footnote-ref-24)
25. 25-environmental adaptation [↑](#footnote-ref-25)
26. 26-anatomic [↑](#footnote-ref-26)
27. 27-objective [↑](#footnote-ref-27)
28. 28-subjective [↑](#footnote-ref-28)
29. 29-world health organization(WHO) [↑](#footnote-ref-29)
30. 30-resiliency [↑](#footnote-ref-30)
31. 31-social constructed [↑](#footnote-ref-31)
32. 32-biomedicine [↑](#footnote-ref-32)
33. 33-positivist [↑](#footnote-ref-33)
34. 34-evidence based [↑](#footnote-ref-34)
35. 35-etiology [↑](#footnote-ref-35)
36. 36-pathogenesis [↑](#footnote-ref-36)
37. 37-orthodontist [↑](#footnote-ref-37)