

## انسان‌شناسی پزشکی: پیشگیری و درمان سنتی در بین مهاجران افغانستانی

حسین میرزائی\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۲۰

### چکیده

انسان‌شناسی از ابتدای پیدایش دانشگاهی خود به امر سلامت، بهداشت، بیماری، مداوا و به‌طور کلی امور پزشکی توجه ویژه داشته و به‌مرور حوزه دقیقی از انسان‌شناسی را به این امور اختصاص داده است. هدف اصلی این رشته یافتن درک مناسب از عواملی است که بر بهداشت، تجربه و شیوع بیماری، پیشگیری و درمان بیماری، روال‌های شفادهی، پیوندهای اجتماعی در مدیریت درمان اثر گذارند. این مقاله در پی آن است که مکانیسم‌های پیش‌گیری و درمان سنتی را در بین مهاجران شناخته و اثرات آن را در مواجهه با نظام پزشکی مدرن ایران مورد بررسی قرار دهد. پژوهشگر با استفاده از روش مردم‌نگارانه برای گردآوری داده، یعنی بهره‌گیری از مطالعات اسنادی، مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته و مشاهده‌های حین مشارکت و همچنین یادداشت‌های شخصی در «شهرک قائم‌قم»، توانسته داده‌های دست‌اولی را گردآوری و تحلیل کند. داده‌های این پژوهش عمدتاً در تابستان ۱۳۹۷ گردآوری شده و نمونه‌گیری‌ها بر مبنای الزام‌های نظری کار و به صورت هدف‌مند صورت‌بندی شده‌اند. در ابتدا به بیماری‌های شایع بین مهاجران پرداخته و سپس به مواجهه مهاجران با این امور پزشکی بر مبنای باورهای سنتی و فرهنگی آنان اشاره خواهد شد. پیش‌گیری و درمان‌های سنتی در بین مهاجران افغانستانی در ایران بیش از درمان‌های مدرن بر صحنه زندگی روزمره آنان حاضر است.

**واژه‌های کلیدی:** انسان‌شناسی پزشکی، بهداشت، درمان سنتی، مهاجران افغانستانی.

## مقدمه و بیان مسئله

انسان‌شناسی از ابتدای پیدایش رشته به امر سلامت، بهداشت، بیماری، مداوا و امور پزشکی توجه ویژه داشته و به‌مرور میدان دقیقی از انسان‌شناسی را به این امور اختصاص داده است. مسئله درمان و بهداشت در انسان‌شناسی در همان ابتدای شکل‌گیری، حوزه‌ای بسته با چارچوبی معین نبود. مردم‌شناسان تطوری‌گرای قرن نوزدهم، درحالی‌که انسان را در حال عبور از مراحل جادو و دین ملاحظه می‌کردند تا در نهایت به علم‌گرایی غربی برسند، حین پژوهش بر حوزه‌های عمومی، یعنی دین، جادو، خویشاوندی، خودبه‌خود با موضوعاتی از قبیل بیماری و درمان نیز مواجه می‌شدند (Young & Rees, 2011: 592).

انسان‌شناسان زیستی از ابتدا درباره مباحثی مانند رشد و تکامل انسانی بر پایه نظریه‌های انطباق مطالعاتی گسترده‌ای را انجام می‌دادند. انسان‌شناسان فرهنگی نیز به رفتارهای درمانی بومی و سنتی، اموری که غالباً با هم‌کنشی‌های دینی و جادویی در ارتباط بودند توجه نشان می‌دادند (Sobo, 2004: 4). به‌این ترتیب، حوزه جامعه‌شناسی پزشکی آرام‌آرام در کنار و به کمک سایر گرایش‌های انسان‌شناختی داده‌های دست‌اولی را گردآوری می‌کرد. هدف اصلی این رشته یافتن درک مناسب از عواملی است که بر بهداشت، تجربه و شیوع بیماری، پیشگیری و درمان بیماری، روال‌های شفادهی و پیوندهای اجتماعی در مدیریت درمان اثرگذارند (Anderson, 2008: 18). انسان‌شناسان پزشکی به مطالعه چگونگی اثرپذیری سلامت اشخاص، نهادهای اجتماعی بزرگ و زیست‌بوم، رابطه‌ها و مناسبات بین انسان و گونه‌های دیگر موجودات، هنجارها و قواعد فرهنگی و تشکلهای اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های خرد و کلان در حوزه سلامت و بهداشت می‌پردازد (Davison, 2017: 517).

تبعات پزشکی «سازگاری یا عدم سازگاری» با زیست‌بوم، فرهنگ بهداشت عامه و کارکرد مراقبت‌های خانگی بهداشتی، تبیین‌های بومی و محلی از تحول کالبدی، درک

خطر، قابلیت آسیب‌پذیری، احساس مسئولیت در قبال بیماری و امور پزشکی، هنجارهای فرهنگی اجتماعی در بهداشت و پیشگیری، روش‌های بومی کاهش درد، تجربه بیماری و رفتار اجتماعی بیماری، پزشکی مردمی، فرایندهای شفابخشی کثرت‌گرا، سازمان اجتماعی هم‌کنشی‌های بالینی، وضعیت تاریخی و فرهنگی امر بهداشت و پزشکی، شیوه کار بهداشت و پزشکی در زمینه نهادهای اجتماعی مدرن، استعماری و پسااستعماری، تجاری‌سازی پزشکی، اقتصاد سیاسی بهداشت اجتماعی، نابرابری‌های بهداشتی، وضعیت سوء تغذیه و خشونت در جوامع، محیط‌شناسی سیاسی بیماری‌های عفونی و فراگیر، بیماری‌های مزمن و... از جمله موضوعات مورد مطالعه در انسان‌شناسی پزشکی هستند.

در ایران پژوهش‌های پزشکی اجتماعی و بهداشت عمومی بیشتر در دانشکده‌های پزشکی، آن هم با رویکردی کمی‌گرا از نوع علوم تجربی آن مورد توجه قرار می‌گیرند و سهم حوزه‌های علوم اجتماعی در این میدان بسیار کم‌تراست. در پژوهش‌های علمی، گردآوری و تحلیل دانش‌های بومی بهداشت و پزشکی با تأکید بر جمع‌آوری داده‌های دست اول و توصیف شیوه‌های به‌ویژه سنتی درمان، کمتر مورد توجه جامعه‌شناسان و انسان‌شناسان قرار دارد. شاید تنها در گیاه مردم‌شناسی<sup>۱</sup> باشد که به نسبت زمینه غنی آن آن در ایران، می‌توان ادعا کرد که اندک پژوهش‌هایی صورت گرفته است.<sup>۲</sup> این حوزه به به ارتباط پیچیده انسان و گیاهان و چگونگی استفاده افراد یک فرهنگ، یک قوم یا منطقه‌ای خاص از گیاهان بومی توجه دارد. بخشی از این توجه به کارکردهای درمانی گیاهان باز می‌گردد. که البته کافی نیست.<sup>۳</sup>

## 1. Ethnobotanic

۲- برای نمونه نگاه کنید به: شماره مخصوص فصلنامه علوم اجتماعی، ویژه نامه گیاه مردم‌شناسی، تابستان و پائیز ۱۳۸۵ و همچنین شماره ۶۷ زمستان ۱۳۹۳.

۳- مثلاً نگاه کنید به: مکاری، ۱۳۹۰؛ حاجی‌علی‌محمدی و دیگران، ۱۳۸۵؛ میردیلمی و دیگران، ۱۳۹۳.

همچنین یکی از حوزه‌های مهم انسان‌شناسی پزشکی، مطالعه شیوه‌های بهداشت، پیش‌گیری و درمان در بین اقلیت‌های قومی- مذهبی در بستر یک فرهنگ است. یکی از این جماعت‌های اقلیتی در ایران مهاجران افغانستانی هستند که بیش از چهار دهه از حضور پررنگ آنها در این سرزمین می‌گذرد و اکنون ایران پس از پاکستان، دومین کشور پذیرنده مهاجران افغانستانی در جهان است. ایران از سال‌های بسیار دور همواره شاهد حضور این مهاجران در پهنه سرزمینی خود بوده است، چه به صورت موقت، مثلاً برای مشاغل فصلی مانند برداشت محصول و چه به صورت دائم، به خصوص بعد از حمله شوروی سابق در سال ۱۳۵۸ و حمله آمریکا و ناتو در سال ۱۳۸۰ (میرزائی، ۱۳۹۶: ۱۳۸). آمارهای غیررسمی و گمانه‌زنی‌های جمعیتی از حضور بیش از سه میلیون مهاجر افغانستانی در ایران حکایت دارد. این مهاجران عمدتاً از اقوامی چون هزاره‌ها، تاجیک‌ها، پشتون‌ها، قزلباش‌ها و اقلیت محدودی از سایر اقوام افغانستانی متشکل شده‌اند (Abbasi-Shavazi et al, 2008: 14). اما مطابق با نظر کمیساریای عالی سازمان ملل برای پناهندگان<sup>۱</sup>، بیشتر این مهاجران از قومیت هزاره و دارای مذهب شیعه هستند. هزاره‌ها در افغانستان از نظر جمعیتی سومین گروه قومی عمده و حداقل ۳۰ درصد نفوس آن کشور را شامل می‌شوند (دولت‌آبادی، ۱۳۸۷: ۲۸).

طبق گزارش‌های بهداشتی- پزشکی، افغانستان، به عنوان کشور مبدأ مهاجران، یکی از آخرین کشورها از لحاظ رتبه‌بندی وضعیت بهداشتی و درمانی در جهان می‌باشد. (خوبدل و همکاران، ۱۳۸۲: ۲۹۱). با توجه به پیشرفت‌های فراوانی که در سال‌های اخیر در این حوزه صورت گرفته اما همچنان وضعیت مطلوبی در این کشور وجود ندارد. در سال ۲۰۰۵ میزان امید به زندگی حدود ۵۷،۲۷ درصد بوده و این میزان در سال ۲۰۱۵ به ۶۰،۷۱۷ درصد افزایش یافته است. در افغانستان نرخ مرگ و میر مردان برای ۱۰۰۰ نفر ۲۴۴ نفر و مردان ۲۰۲ نفر برای زنان است. (گزارش بانک جهانی، افغانستان: ۲۰۱۶)

---

1. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)

بیماری‌های حاد تنفسی اسهال و سوتغذیه، میزان بالای مرگ و میر مادران، نوزادان و اطفال زیر پنج سال، شیوع فراوان امراض مسری و غیرمسری، بی توجهی به بهبود کیفیت خدماتی بیمارستانی و پوشش سراسری و برابر ارائه خدمات بهداشتی در مناطق دور دست و روستاها، حکایت از یک آمار تکان‌دهنده و نگران‌کننده دارد.

بر پایه پیمایش‌های ملی آسیب‌پذیری در افغانستان در سال ۱۳۹۵ تاکنون تنها ۵۷ درصد مردم افغانستان به خدمات بهداشتی اساسی و اولیه دسترسی دارند و ۴۳ درصد هنوز از این خدمات محروم‌اند. در افغانستان به طور میانگین یک پزشک در ازای ۵۰۰ نفر وجود دارد در حالی که در برخی از نقاط افغانستان حتی یک پزشک زن وجود ندارد تا به ابتدایی‌ترین مسائل بهداشتی زنان رسیدگی کند (اداره مرکزی احصائیه افغانستان، ۱۳۹۷: ۱-۲۰). نبود مراکز درمانی، امکانات و تجهیزات طبی در افغانستان از مشکلات دیگری است که بخش بهداشت با آن مواجه است. همچنان نبود مقررات و سیاست‌های نظارتی باعث شده تا کنشگران بهداشتی با کیفیت پایین در جامعه افغانستان حضور داشته باشند. نبود یک سازوکار نظارتی شفاف، ظرفیت پایین علمی در مراکز آموزشی - بهداشتی و امکانات و تجهیزات ناکافی، سطح عرضه کیفیت خدمات بهداشتی را به شدت پایین آورده‌اند. از طرف دیگر فساد و ضعف در مدیریت، کارکنان و سیاست‌های عملیاتی و فعالیتی، سبب نابرابری در پرداخت حقوق، تمرکز متصدیان بهداشتی در شهرها، قوم‌گرایی و خودمحوری و منجر به از دست رفتن کنشگران ماهر گردیده است.

با توجه به این که ریشه اکثریت مهاجران افغانستانی در ایران به روستاهای افغانستان باز می‌گردد، می‌توان حدس زد که نسل اول آنان با تجربه‌ای مبهم از روند امور پزشکی و بهداشتی دولتی در افغانستان مواجه بوده‌اند. این جماعت پیش از آن که منتظر کمک‌های بهداشتی دولت‌های افغانستانی بوده باشند، از سازوکارهای سنتی که معمولاً از نسل‌های قبل از خود به صورت سینه‌به‌سینه و گاهی نیز به شکل مکتوب به آن‌ها رسیده، برای پیش‌گیری و درمان ناخوشی‌ها و بیماری‌های خویش استفاده

می‌کردند. بخش قابل ملاحظه‌ای از این مکانیسم‌های سنتی، با وجود امکان استفاده از پزشکی مدرن در ایران، همچنان در بین مهاجران افغانستانی رواج دارد. در این مقاله مکانیسم‌های پیش‌گیری و درمان سنتی در بین مهاجران و اثرات آن در مواجهه با نظام پزشکی مدرن بررسی خواهد شد.

### پیشینه پژوهش

از دهه ۸۰، تحقیقات اجتماعی بر محور مهاجران افغانستانی در ایران، نسبت به گذشته، رشد چشمگیری داشته است. این پژوهش‌ها به ابعاد فرهنگی، اجتماعی و به خصوص جمعیت‌شناختی مهاجران توجه خاص نشان داده‌اند. برای نمونه می‌توان به موضوعات زیر به صورت اجمالی اشاره کرد: تغییرات فرهنگی مهاجران (محمودیان، ۱۳۸۴)، بازگشت مهاجران به افغانستان (جمشیدی‌ها و علی‌بابایی، ۱۳۸۱؛ جمشیدی‌ها و عنبری، ۱۳۸۳؛ عباسی و دیگران، ۲۰۰۵؛ صادقی و عباسی‌شوازی، ۱۳۹۵، سجادی‌پور و جمالی، ۱۳۹۵؛ پژمان، ۱۳۹۴)، انطباق مهاجران (Abbasi-Shavazi & Sadeghi, 2016; Sadeghi & Abbasi-Shavazi, 2014; Moghaddas & Amiri, 2006)، تحرک مهاجران و مسئله توسعه (Hugo et al. 2012)، ازدواج و شکل خانواده در نسل دوم مهاجران (Abbasi-Shavazi et al., 2012). همچنین پژوهش‌هایی در حوزه سلامت و بهداشت روانی مهاجران انجام پذیرفته که به مسائل گوناگون و در عین حال اساسی توجه کرده‌اند. مثلاً مسئله «اسکیزوفرنی در مهاجرت» و تأثیر عوامل روانی-اجتماعی آن بر زندگی روزمره آن‌ها پیامدهای فشار ناشی از مهاجرت را به شکل مطلوبی نشان داده شده است (جلالی، ۲۰۱۴).

«سبک زندگی» جدید و فشارهای روانی ناشی از آن بر مهاجران، آن‌ها را به راهبردهایی برای کاهش اضطراب و افزایش سازگاری خود با دنیای تازه فرهنگی می‌کشاند (میرزائی، ۲۰۱۳). «بسترهای فرهنگی-اجتماعی بهداشت روانی مهاجران» از

مشکلات و فشارهای روانی زنان در گذار از جامعه جمع‌گرا به فردگرا حکایت دارند (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۲). وضعیت جمعیتی و بهداشت باروری مهاجران (پرویش ۱۳۸۳؛ معموری و ارقامی، ۱۳۷۸؛ مقدس و واعظزاده، ۱۳۸۳؛ Abbasi-Shavazi et al., 2015) و نیازهای بهداشتی و سلامت مهاجران و لزوم افزایش اطلاع‌رسانی‌های بهداشتی (ریاحی و دیگران، ۱۳۹۵) همچنین بررسی اختلالات روانی ناشی از مهاجرت در بین افغانستانی‌های مقیم تهران (محمدیان و دیگران، ۱۳۸۳) از جمله موضوعات پژوهشی در زمینه مهاجران افغانستانی بوده‌اند. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، به شناخت ما، در هیچ‌کدام از پژوهش‌ها، با رویکردی انسان‌شناختی به مسئله سازوکارهای پیشگیری و درمان بومی و محلی مهاجران افغانستانی پرداخته نشده و مقاله حاضر می‌تواند پایه‌ای برای پژوهش‌های بعدی در این زمینه باشد.

## روش پژوهش

با استفاده از روش مردم‌نگارانه برای گردآوری داده، یعنی بهره‌گیری از مطالعات اسنادی، مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته<sup>۱</sup> و مشاهده‌های حین‌مشارکت و همچنین یادداشت‌های شخصی در زمین پژوهشی «شهرک قائم قم»، پژوهشگر توانسته داده‌های دست‌اولی را گردآوری و تحلیل کند. در این میدان تحقیق، که از سال ۱۳۸۳ محلی برای تحقیقات مردم‌شناختی پژوهشگر بوده، مهاجران افغانستانی تقریباً نیمی از جمعیت شهرک را تشکیل می‌دهند که اکثریت بالاتفاق آن‌ها از قوم هزاره و قومیت‌های دیگر افغانستانی مانند تاجیک‌ها در اقلیت هستند. نیم دیگر ساکنان این منطقه حاشیه‌ای شهر قم، عمدتاً اقوام مهاجر دیگر ایرانی همچون ترک‌ها، لرها، عرب‌هایی از خوزستان و... هستند. داده‌های این پژوهش عمدتاً در تابستان ۱۳۹۷ گردآوری شده و نمونه‌گیری‌ها بر مبنای التزام‌های نظری کار و به صورت هدف‌مند صورت گرفته است.

### چارچوب مفهومی

در انسان‌شناسی پزشکی میان سه مفهوم «بیماری»<sup>۱</sup>، «مریضی»<sup>۲</sup> و «ناخوشی»<sup>۳</sup> تمایز وجود دارد. «بیماری» وضعیت زیستی عدم سلامت و به‌طور کلی، عدم کارکرد زیستی است. «مریضی» را می‌توان شرایط روانی و ذهنی فرد دانست که حس می‌کند از وضعیت «خوب» فاصله دارد. ناخوشی را می‌توان شرایط ناکارآمدی اجتماعی فرد در ارتباط با بیماری در نظر گرفت، یعنی نقش فرد در هنگام بیماری. همچنین «ناخوشی» را می‌توان حالتی در نظر گرفت که دیگران و یا صورت‌بندی اجتماعی، فردی را سالم فرض نمی‌کنند ( Winkelman, 2008: 65). البته افرادی مانند کلینمن سو شفرهیوز معتقدند که باید مفهوم چهارمی با عنوان «رنجش اجتماعی»<sup>۴</sup> را نیز به این سه مفهوم افزود. این مفهوم به عدم تصور آینده‌ای روشن، گرسنگی و خشونت، حس درد، بیماری، بدبختی و ناتوانی اشاره دارد. این تجربه از رنج که حضور در وضعیتی کالبدی، روان‌شناختی را همزمان می‌طلبد، چون به همان میزان که امری فردی تلقی می‌گردد، امری جمعی یعنی ناشی از سیاست‌های عمومی و رسانه‌ای نیز در نظر گرفته می‌شود ( Rees & Young, 2011: 593).

### رهیافت‌های نظری در انسان‌شناسی پزشکی

انسان‌شناسی پزشکی و سلامت را باید در سه رهیافت اساسی مشاهده کرد: اول، رهیافت محیط‌شناختی و همه‌گیرشناسی که بر اهمیت زیست‌بوم در ایجاد و شکل‌دهی امور پزشکی و سلامت تأکید دارد؛ دوم، رهیافت تفسیرگرا که بر معناها و نمادها در بیان افراد از رنج و کنش‌های پزشکی تمرکز دارد و سوم، رهیافت انتقادی است که

- 
1. Disease
  2. Illness
  3. Sickness
  4. Social Suffering



نقش عوامل ساختاری مانند: سیاست، اقتصاد و رسانه‌ها به‌عنوان دلایل بنیادین امر سلامت و پزشکی برجسته می‌سازد. در این‌جا به‌اجمال به این سه دیدگاه اشاره مختصری خواهیم داشت.

### الف) رهیافت محیط‌شناختی:

انسان‌شناسی پزشکی تحت تأثیر دیدگاه‌های محیط‌شناختی و تکاملی، که هدف سنتی‌اش تأکید بر ابعاد فرهنگی بهداشت، درمان و مطالعات مقایسه‌ای نظام‌های شفابخشی و درمانی بود، در امتداد پژوهش‌های خود به سوی چالش‌های نظری و پژوهشی وسیع‌تری تمایل پیدا کرد. این مدل در ابتدا از همه‌گیرشناسی<sup>۱</sup> مشتق شده بود و به‌عنوان هم‌کنشی پذیرنده، مهاجم و محیط ملاحظه می‌گردید (Weiss, 2018a: 246). مطالعه هم‌کنشی‌های انسان و محیط در زیست‌بوم‌ها بیشتر بر بیماری‌ها، شرایط جغرافیایی، رابطه بیماری با خوراک و حتی مسائل روانی-اجتماعی متمرکز بود. در این الگو رهیافتی نظری جهت مطالعه تحول و فرآیند بیماری در جماعت‌های معاصر انسانی با عنوان گذرهای همه‌گیرشناختی<sup>۲</sup> رشد پیدا کرد (Bennet, 2017: 11). یکی از اولین برخوردهای انسان‌شناسان در این رویکرد با مسائل بهداشتی و سلامت، مسئله پیوند بومیان و استعمارگران بود که اثرات مخربی برجا می‌گذاشت (Tilley & Gordon, 2007: 12). علاوه بر تخریب‌های مستقیم کالبدی استعمارگران که به جراحی یا مرگ بومیان منجر می‌شد، علاوه بر تخریب‌های زیست‌بومی ناشی از حضور نیروهای استعمار در سرزمین‌های غیرغربی، شاهد انتقال بیماری‌های غربی به کالدهای بی‌دفاع بومیان بودیم (Poleykett, 2018: 472).

این «نبرد زیستی» به مراتب بیش از نبردهای مستقیم با ادوات جنگی، از بومیان کشته می‌گرفت. بردگی بومیان، کار طاقت فرسا، نابودی شبکه‌های ارتباطی، تنش روانی

---

1. Epidemiology  
2. Epidemiological transition

و تحقیر اجتماعی را نیز می‌توان به تخریب‌ها افزود (Miller, 2009: 176). این رویکرد انسان‌شناختی با به‌کارگیری مفاهیمی چون ترومای تاریخی<sup>۱</sup> از انتقال میان‌نسلی تبعات کالبدی، احساسی-روانی پدیده استعمار از پدران و مادران به فرزندان، مانند: افسردگی و خودکشی، ضعف اعتماد به نفس، اعتیاد، الکلیسم، چاقی و فشار خون (Hunt, 2016: 11 & Miller, 2009: 177) و همچنین ملاحظه تقسیم فضایی و فرهنگی بیماری در زمان‌معاصر با عنایت به عناصر تاریخی، مطالعات انسان‌شناسی پزشکی و سلامت را توسعه داده است.

در الگوی محیط‌شناختی، همان‌طور که از نام آن پیداست، تأکید مفهومی بر «اکوسیستم»<sup>۲</sup> ملاحظه می‌شود؛ یعنی گستره‌ای از پیوندها بین عناصر درونی یک زیست‌بوم معین که در عین حال فرصت‌ها و تهدیدهایی را فراهم می‌آورد و سلامت و بهداشت یک جماعت انسانی به عملکرد سازوکار انطباقی آن برای بقای خود در درون اکوسیستم بستگی پیدا می‌کند. مفهوم «انطباق»<sup>۳</sup> که از مفاهیم اساسی رویکردهای تطوری به‌شمار می‌رود، مبنای اساسی این رهیافت نظری است که به‌مثابه تطور زیستی یا رفتاری فرد یا گروه جهت هماهنگی با زیست‌بوم، جهت حفظ بقا مشخص می‌شود. در این الگو، پذیرنده می‌تواند فرد یا گروهی در زیست‌بومی مشخص باشد که در آن وضعیت زیستی، جغرافیایی، فرهنگی و اجتماعی با هم ترکیب شده‌اند. عوامل بیماری‌زا به‌عنوان مهاجمان به اکوسیستم، می‌توانند از مجموعه‌ای از میکروب‌ها و انگل‌ها تا مهاجمان گسترده‌تری چون خشونت‌های فیزیکی، مشکلات روانی-اجتماعی، (Weiss, 2018b: 145) و همچنین آلودگی‌هایی که ناشی از کنش‌های انسانی<sup>۴</sup> است، را شامل می‌شوند. نیروی چنین الگوی منسجمی در مطالعات انسان‌شناسی، پژوهشگران را متقاعد کرد که

- 
1. Historical trauma
  2. Ecosystem
  3. Adaptation
  4. Anthropogenic

رهیافت نظری برجسته‌ای که پیوستگی زمینه‌های اجتماعی-فرهنگی، محیط‌شناختی و زیست‌شناسی را در بر گرفته، ایجاد شده است (Ahlin et al., 2016: 103).

با وجود پذیرش قابل ملاحظه گستره‌های محیط‌شناختی پزشکی، تنگناهای حاضر در این رویکرد نیز آرام‌آرام ظاهر شد. اهمیت اسلوب درک زیستی و رفتاری انسان به‌مثابه مجموعه‌ای از هم‌کنشی‌های سازگارانه با مشکلات فرهنگی-اجتماعی و محیط‌شناختی، در انسان‌شناسی بیش‌ازپیش ظاهر می‌گردد. اما به باور انسان‌شناسان تفسیری، در پژوهش‌های انسان‌شناسی پزشکی محیط‌شناختی، بیماری غالباً ابژه‌ای طبیعی ملاحظه می‌گردد که گاه‌گاه به شکلی در اندیشه آکادمیک و بومی هویدا می‌شود. بنابراین بیماری ابژه‌ای می‌شود خارج و متمایز از آگاهی و همچنین کنش‌های سیستم‌های بهداشتی به‌مثابه واکنش‌های فرهنگی-اجتماعی کاراً به بیماری، اهمیت می‌یابند. در چنین دیدگاهی با ذوب فرهنگ در طبیعت مواجه هستیم و تفسیر اجتماعی-فرهنگی نیز اثبات اثربخشی همان انطباق‌هایی را در برمی‌گیرد که در رهیافت محیط‌شناختی، پیش فرضی پایه محسوب می‌شود (Bennet, 2017: 23).

انتقادی که در این جا اساسی به‌نظر می‌رسد چشم‌پوشی از برساخت‌های فرهنگی انسان از دنیای پیرامون خویش است. اندیشه جماعت‌های انسانی به «بیماری»، هیچ‌وقت به‌شکل واقعی فیزیکی در خارج و مستقل از دلالت‌ها و هنجارها و باورهای اجتماعی-فرهنگی نبوده است. با رویکردی انتقادی به مفاهیم «سلامتی» و «بیماری» در رهیافت محیط‌شناختی، باید گفت که از خلال باورهای فرهنگی است که می‌توان چنین مفاهیمی را فهم کرد. در این دیدگاه، فرهنگ جایگاهی انطباقی در ارتباط با بیماری دارد. در رهیافت محیط‌شناختی، سیستم‌های بهداشتی و سلامت به‌مثابه مجموعه‌ای از سازوکارهای انطباق فرهنگی-اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند درحالی‌که فرهنگ [ها] نیز به‌مثابه واکنش‌هایی انطباقی به بیماری معرفی می‌شوند (Kerin, 2007: 428). با توجه به این نگاه، تفاوت میان «بیماری» و «ناخوشی» حوزه‌های مجزایی هستند که بر پایه ریشه‌های نظری گوناگون تجلی می‌کنند.

الگوهای محیط‌شناختی به دلیل برخورداری از سیستم‌های بسته و سوگیری‌های کارکردگرایانه افراطی و همچنین به دلیل پیوند آشکار با الگوهای زیستی بیماری و سلامت، مورد چالش قرار گرفته‌اند. بارزترین چالشی که در رهیافت محیط‌شناختی به چشم می‌خورد، جداسازی و نامتجانس‌سازی بدن انسان از زیست‌بوم خویش است (Joralemon, 2015: 23). غفلت از عملگرایی فرد در ایجاد و دست‌کاری زیست‌بوم و انفعالی در نظر گرفتن واکنش‌های او به زیست‌بوم خود، چالش اساسی در این رهیافت می‌تواند باشد. از آنجایی که پیوند بین تنوع زیستی با برخی گوناگونی‌های اجتماعی-فرهنگی امری عادی به نظر می‌رسد، اما کم‌تر به این زمینه‌ها و حوزه‌ها به‌مثابه عناصر مؤثر ارجاع داده می‌شود. در این رویکرد چندان به اهمیت نقش پیوندهای اجتماعی-فرهنگی در ریشه‌سلامتی و بیماری توجه نمی‌شود.

#### ب) رهیافت تفسیرگرا:

این رهیافت که از رهیافت محیط‌شناسی اساساً متمایز است؛ مفهوم الگوهای تحلیلی از بیماری، تفاوتی پایه‌ای در درک پیوند بین زمینه‌های فرهنگی و بیماری به حساب می‌آید. در این دیدگاه، بیماری موجودیتی طبیعی نیست بلکه الگویی تبیینی به شمار می‌رود؛ یعنی بیماری نه به‌مثابه بخشی از طبیعت و در نتیجه برون از فرهنگ، بلکه واقعیتی انسانی در نظر گرفته می‌شود که از راه تفسیر درمانگران و بیماران درک می‌گردد. به عبارت دیگر، همان‌طور که واقعیت‌های اجتماعی در محیط‌های اجتماعی ایجاد می‌شوند، واقعیت‌های پزشکی نیز در بیمارستان و فضاها پزشکی برساخته می‌شوند (Baer et al., 2004: 36). بنابراین در رهیافت تفسیری، مقوله‌سازی‌های انسانی درباره بیماری که تلاش دارند آن را به سیستم طبیعت ارجاع دهند، نادرست تلقی می‌شود. از میان هم‌کنشی‌های زیستی، رفتارهای اجتماعی و مقوله‌بندی‌های معنایی فرهنگی است که برساخت‌هایی از واقعیت‌های بالینی ایجاد می‌شود.

انسان‌شناسی تفسیری پزشکی بر چگونگی پیدایش نتایج گوناگون در تخصص‌های پزشکی زیستی از یک موقعیت بالینی مشخص، تمرکز می‌کند.

برساخت تفسیرها در زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی گوناگون در سنت تفسیری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و در این سنت درباره چگونگی همکنشی میان معنی‌ها و رفتارهای تفسیری با روندهای روانی-اجتماعی و ایجاد صورت‌های متفاوت ناخوشی و بیماری، پرسش‌هایی مطرح می‌گردد. بدین ترتیب، در انسان‌شناسی تفسیرگرا نظام سلامت به عنوان نظامی از معناها در نظر گرفته می‌شود که با روش‌های برساخت‌گرایانه و پدیداری، «واقعیت‌های بیماری» را در «شبکه‌های معنایی» و بازنمایی بیماری‌ها در چارچوب روایت‌ها جست‌وجو می‌کنند (Pool & Geissler, 2005: 35). مسئله اصلی در این رهیافت، یافتن چگونگی توصیف و تجربه بیماری در فرهنگ‌های گوناگون است و در عین حال مطالعه چگونگی واکنش معنادار نظام‌های پزشکی به اضطراب و نگرانی افراد در برابر بیماری را نیز در دستور کار خود قرار می‌دهد (Miller, 2009: 177).

اما با همه این مسائل، سنت تفسیرگرا از بازتاب مناسب بیماری و تجربه درد در توصیف مردم‌نگارانه رنج می‌برد. مشکل دیگر، پیوند بین تجربه و صورت‌های فرهنگی-اجتماعی مانند روایت‌ها و زمینه‌های چنین تجربه‌هایی در دنیاهای اخلاق بومی است. این سنت از یک نگاه انتقادی در مواجهه با پدیده بیماری و سلامت محروم است که در آن به جایگاه روابط قدرت نامتوازن در برساخت واقعیت‌های بالینی متشابه بپردازد. به عبارت دیگر، برساخت واقعیت‌ها از طریق روندهای تفسیری و بازتابنده، به‌مثابه وفاقی و اجماعی در نظر گرفته می‌شود که در عمل این اجماع وجود خارجی ندارد (Ferrara, 2018: 54). در مجموع باید این‌گونه برآورد کرد که در سنت انسان‌شناختی تفسیری در امر پزشکی درک مناسبی از بیماری به‌مثابه تجربه‌ای میان ذهنی ایجاد می‌شود اما توجه بیش‌ازحد به تجربه‌های شخصی بیماری و عدم ملاحظه نیروهای اجتماعی نقدهای جدی به این دیدگاه هستند. همچنین در این دیدگاه

ساختارهای اجتماعی-اقتصادی که در شکل‌گیری کنش‌هایی که بیماری با آن بر ساخته می‌شود، نادیده انگاشته می‌شود.

#### پ) رهیافت اقتصاد سیاسی:

رهیافت اقتصاد سیاسی یاهمان رهیافت انتقادی در بین انسان‌شناسان پزشکی و سلامت طرفداران بسیاری دارد زیرا آن‌ها در مجموع در پی این هستند تا پیش‌فرض‌های دنیای پزشکی و بهداشت جدید را به مخاطره بکشند. این رهیافت، با انتقاد از رهیافت‌های دیگر که اغلب به سطوح خرد پرداخته‌اند، بر ساختارهای اقتصادی و سیاسی کلان تأکید دارد، ساختارهایی که بر ایجاد بر ساختارهای اجتماعی از بیماری و یا اشاعه آن در بین جماعت‌های انسانی، اثر مستقیم دارند. این نگرش معتقد است که پیش از پرداختن به بنیان‌های پزشکی و سلامت جماعت‌های غیراروپایی، باید توجه را به این نکته معطوف کرد که امور پزشکی و سلامت در عصر حاضر در بطن نظام جهانی سرمایه‌داری رخ می‌دهد (Singer & Baer, 2018: 15).

بعد انتقادی و تحلیل تاریخی از شیوع بیماری‌ها، تفسیر و تبیین در سطح پهن‌دامنه، بررسی تأثیرات روابط اقتصادی، سیاسی و اجتماعی در درون سیستم اقتصاد جهانی از ویژگی‌های این رهیافت به‌شمار می‌رود. بررسی منطق همسان نظام سرمایه‌داری و زیست پزشکی که در هر دو کسب سود بیشتر ملاک موفقیت محسوب می‌شود، از اصلی‌ترین رویکردهای این رهیافت است. تمرکز بر روند توسعه و رشد روزافزون سیستم سرمایه‌داری و عملکرد نظام پزشکی و سلامت در منطق این زمینه، باعث شده در بهره‌گیری از فناوری‌های پیشرفته پزشکی، به‌کارگیری زائدالوصف دارو در نظام سلامت جهانی، نگاه انتقادی انسان‌شناسان برانگیخته شود (Jones & Anderson, 2015: 2).

رشد سرمایه‌داری با سوگیری‌های اقتصادی و سیاسی در حوزه سلامت جوامع و در نتیجه محرومیت گروه‌های اجتماعی از منابع و خدمات عمومی بهداشتی، مطالعه تولید دانش پزشکی، کاربرد امور پزشکی و بهداشت در کنترل اجتماعی، جایگاه آگاهی

در باورها و کنش‌های درمانی و بهداشتی، پیوند بهداشت با قدرت، تعریف پزشکی، جوهره رقابتی بیماری و پزشکی و همچنین معنای تجربه بیماری در این رویکرد مورد توجه قرار می‌گیرد (Lupton, 2012: 12). این رهیافت بیشتر با تأثیرپذیری از نظریات مارکس، انگلس، سی‌رایت میلز و دانشمندان مکتب فرانکفورت شکل گرفته است (Baer et al. 2003: 37). البته عده‌ای بر این باور هستند که این نگاه کلان به مسئله بهداشت باعث می‌شود از افراد جامعه شخصیت‌زدایی و تجارب ذهنی ناخوشی، رنج و درمان به‌مثابه رویداد و تجارب زیسته، حذف شود. این رویکرد نظری در پی آن است تا در پژوهش‌های خود ارزش‌های فرهنگی و باورهای در حال تغییر و جبرگرایی سیاسی-اقتصادی را همزمان مورد تحلیل قرار دهد. در این رهیافت است که انسان‌شناسان، نظام زیست-پزشکی غرب را عامل اصلی فروپاشی کمک به افراد فرودست و فاقد قدرت در جامعه می‌دانند. پزشکی‌زدگی در دوران معاصر یکی از جدی‌ترین مباحث در این رهیافت است.

انسان‌شناسان معتقدند بسیاری از مسائل که به‌مثابه امور پزشکی به جامعه نشان داده می‌شوند که باید به درمان آن‌ها پرداخت، در واقع، دلایل ساختاری دارند و نه ریشه‌های پزشکی. مثلاً به‌جای غذا به فرودستان قرص داده می‌شود که بیشتر ضامن سود شرکت‌های دارویی است تا منافع افراد فرودست (Singer & Baer, 2018: 12). در نتیجه فقر و نابرابری از جمله مباحث اصلی در رویکرد انتقادی بشمار می‌رود. تکیه بر سنت‌های پزشکی غیرغربی و باور به تکثر امر پزشکی، محدودسازی تأکید بر فناوری، درک وضعیت ساختاری امور بهداشتی و پزشکی و نه وضعیت زیستی تنها، از جمله انتقادات و پیشنهادها به رهیافت انتقادی انسان‌شناختی به نظام پزشکی غربی بشمار می‌رود (Miller, 2009: 178). در این پژوهش سعی شده، با بهره‌گیری از هر سه رویکرد، به طور اجمالی، مواجه مهاجران افغانستانی با مسئله پیش‌گیری و درمان سنتی مورد مطالعه قرار گیرد.

## مهاجرت افغانستانی‌ها به ایران

مهاجرت افغانستانی‌ها به ایران بعد از جداییکشورشان از ایران در حدود صدوپنجاه سال قبل با ریشه در عوامل اقتصادی و مذهبی همواره در جریان بوده است. برخی از منابع اولین حضور مهاجران افغانستانی در ایران را به دهه ۱۸۵۰ میلادی باز می‌گردانند که طی آن حدود پانصد خانوار از قومیت هزاره به ایران مهاجرت کردند و در مناطق جم و بنخراز سکنی گزیدند و چیزی قریب به صدوشصت و هشت هزار نفر نیز در طی سال‌های ۱۸۸۰ تا ۱۹۰۳ میلادی در شهر تربت جام در استان خراسان حضور پیدا می‌کنند (Mousavi, 1997: 148).

این جابه‌جایی افغانستانی‌ها به ایران که بیشتر به شکل کارگران فصلی خود را نشان می‌داده، ادامه داشته اما اولین موج گسترده مهاجرت با اشغال این کشور توسط اتحاد جماهیر شوروی سابق در سال ۱۳۵۸ آغاز می‌گردد و حجم قابل ملاحظه‌ای از آنان به خصوص هزاره‌های شیعه مذهب راهی ایران می‌شوند و حتی بسیاری از آنان داوطلبانه در کنار ایرانی‌ها در جبهه جنگ ایران علیه عراق حضور بهم می‌رسانند. موج دوم زمانی آغاز می‌شود که شوروی سابق از این کشور خارج می‌شود و جنگ‌های داخلی از سال ۱۳۶۸ در این کشور در می‌گیرد و موج سوم با قدرت‌گیری طالبان در سال‌های ابتدایی دهه هفتاد آغاز می‌شود. در دو موج آخر که شرایط داخلی به ویژه از نظر کشتار هزاره‌های شیعه از سوی طالبان و منع آموزش همگانی به خصوص برای زنان و دختران مطلوب به نظر نمی‌رسید، بسیاری از افغانستانی‌ها را وادار به مهاجرت کرد.

حمله نظامی امریکا در سال ۱۳۸۰ ناامنی را از بین نبرد و شرایط زیستی، اجتماعی و فرهنگی را برای آنان مساعد نساخت. در این دوره توافقی میان ایران، افغانستان و



کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل امضا شد و بر اساس داده‌های طرح آمایش تا اوایل سال ۱۳۸۵ در حدود یک میلیون و پانصد هزار نفر به افغانستان بازگشتند. (محمودیان، ۱۳۸۶: ۴۸ به نقل از عباسی و دیگران، ۲۰۰۵). بعد از سال ۱۳۸۵ روند ورود و خروج مهاجران همواره با فراز و نشیب همراه بوده به نحوی که در دوره‌های بحران ارزی و اقتصادی مثلاً در سال ۹۱ و سال ۹۶ همواره سخن از خروج افغانستانی‌ها از ایران مطرح می‌شده اما مثل سایر داده‌های آماری درباره مهاجران، این گمانه‌زنی‌ها هیچ مبنای دقیق و قابل استنادی نداشته است.

### شایع‌ترین مشکلات سلامتی مهاجران

در بین مشکلات سلامتی که در بین مهاجران شایع است، برخی از آن‌ها مشکلات جسمانی ساده مانند فشار پایین، گرم‌زدگی و سرماخوردگی است، اما بعضی دیگر مانند شکستگی استخوان‌ها در حین کار یا ورزش و همچنین اعتیاد مسائل جدی است که سلامتی مهاجران را تهدید می‌کنند.

الف: فشار پایین: به گفته تعدادی از مهاجران، بیشتر افغانستانی‌ها از داشتن فشار پایین رنج می‌برند. علت این علامت برای هیچ یک از آنها روشن نیست، زیرا هیچ‌گونه تحقیقی در این زمینه صورت نگرفته است. عده‌ای عدم استراحت کافی، تغذیه مناسب و عدم استفاده کافی از مواد قندی را از دلایل این عارضه بشمار می‌آورند. خانم ۲۴ ساله افغانستانی اظهار می‌داشت:

«وقتی کارم زیاده به تغذیه‌ام نمی‌رسم، خواب و استراحتم کم میشه، دچار مشکل میشم، فشارم می‌افته». و یا «من بعضی وقت‌ها اصلاً نمی‌دونم چرا بیهو سرم گیج می‌ره و مجبورم به گوشه‌ای بشینم سرکار هم برام پیش میاد. نمی‌دونم چرا این جوری می‌شم؟» (مرد ۲۴ ساله)

ب: سرماخوردگی: یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در میان مهاجران سرماخوردگی به ویژه در فصل سرماست. یخچال‌خانه‌ها پر از قرص‌های سردرد و سرماخوردگی است:

«ما بیشتر سرما می‌خوریم. البته عادت کرده‌ایم، میریم داروخانه، خودمون نسخه می‌پیچیم». یا «آگه خیلی اذیت کرد می‌ریم دکتر...» (مرد ۳۲ ساله، شهرک قائم)

«... درسته که سرما خوردگی چیزیه که همه می‌گیرن ولی من فکر می‌کنم بین ما افغانستانی‌ها بیشتر شیوع داره تقریباً همه ما تو پاییز و زمستون چند بار سرما می‌خوریم. بعد یکی از بچه‌ها هم که سرما بخورن بقیه بچه‌ها هم می‌گیرند.»

پ: **گرم‌زدگی:** این بیماری در تابستان گریبان مهاجران را می‌گیرد. گرمای طاقت فرسای کویر در قم توان مقاومت را از بسیاری از مهاجرین و به ویژه کودکان سلب می‌کند. این بیماری نتایج ناراحت کننده و حتی برای بعضی کودکان نتایج مرگ‌آوری را دنبال می‌آورد، مضافاً این که این گونه بیماری‌های طبیعی کمتر به عنوان بیماری مورد توجه اهالی قرار می‌گیرد:

«تابستونا، بچه‌ها گرم‌زده میشن. کم پیش میاد برای گرم‌زدگی دکتر بریم بیشتر با نسخه‌های خونگی‌درستش می‌کنیم. مثل حوله خیس روی پوست گذاشتن، آب خوردن زیاد، سکنجبین رو با تخم کاسنی قاطی می‌کنیم یه کمی هم گلاب بهش می‌زنیم و یا خاکشیر یخ زده و شربت آبلیمو. از تخم شربتیه و به‌لیمو هم استفاده می‌کنیم.»

رحمن که در یک کوره آجرپزی کار می‌کند می‌گوید:

«... کار کردن زیر آفتاب کار آسونی نیست، من تو تابستون چند باری گرم‌زده می‌شم چاره‌ای ندارم خیلی از افغانی‌هایی که این‌جا کار می‌کنن این طوری می‌شن. فکر می‌کنم بنیه بدنمون خیلی قوی نیست چون زمستون‌ها هم زود سرما می‌خوریم...»

ت: **شکستگی:** بی‌شک فراگیرترین مسئله سلامتی در بین مهاجران، شکستگی در قسمت‌های مختلف استخوانی بدن است. تعداد بسیار زیادی از مردان افغانستانی این مشکل را حداقل یک‌بار تجربه کرده‌اند. چندین جوان مهاجر را دیدیم که بیش از چند بار دچار شکستگی‌هایی در جاهای مختلف بدن خود شده بودند؛ از مو برداشتن استخوان گرفته تا شدیدترین شکستگی‌ها به کرات در بین آن‌ها رخ می‌دهد. سوانح

مربوط به کار در وهله اول، موتورسواری، ورزش و... موجبات اصلی این شکستگی‌ها بشمار می‌آیند:

«من از وقتی بابام از داربست افتاد، مجبور شدم برم سرکار، همه جاش داغون شد. هم دستش شکسته بود و هم دو تا پاهاش. نمی‌تونست کار کنه، ... شش ماه تو خونه خوابیده بود.» (پسر ۱۸ ساله) و یا: «یه بار آجر از بالای ساختمونی که کار می‌کردم افتاد روی کتفم که شکست. خدا رحم کرد رو سرم نیفتاد.» (مرد ۴۲ ساله).

یک مهاجر ۳۸ ساله هم می‌گفت:

«شما کمتر افغانستانی‌ای رو پیدا می‌کنید که تو ایران مشغول کار باشه، ولی تا به حال دچار شکستگی نشده باشه. آخه وقتی ما همش به کارای سخت مشغولیم خب معلومه که خطر شکستگی برامون بیشتره. من خودم تا الان سه بار شکستگی داشتم. یه بار تیر آهن افتاد رو پام وقتی سر ساختمون کار می‌کردم. یک بار هم فرغون آجرها از یک طبقه به خاطر بی‌دقتی دوستم رها شد افتاد رو لگنم شکست، سه ماه هم بیکار شدم. آخرین بار هم همین دو سال پیش پشت موتور دوستم بودم که تصادف کردیم البته پام نشکست ولی یک ماهی نمی‌تونستم کار کنم.»

این بلایا و آفات دیگری را که در بین مهاجران فراوان دیده می‌شوند می‌توان به‌طور کلی ناشی از کار طولانی، خستگی آور و بدون وسایل ایمنی، تصادفات جاده‌ای و خیابانی، منازعات محلی، ورزش‌های سنگین جسورانه و بی‌محابا، نبود پوشش‌های مناسب با آب و هوا و عدم رعایت اصول و قواعد اولیه بهداشت و تغذیه و تفریح دانست.

ث: **اعتیاد:** از جمله مسائل جدی که جامعه مهاجران، همچون جامعه ایرانی با آن روبه‌روست، مسئله اعتیاد به‌خصوص در بین جوانان است. بسیاری از ایرانیان به دو دلیل، حضور افغانستانی‌ها در ایران را باعث شیوع بیش از حد اعتیاد در ایران می‌دانند. در ذهن بسیاری از ایرانیان، افغانستانی‌ها، مولد و شیوع‌دهنده اعتیاد هستند. این تصویر

ذهنی به دلیل کاشت بیش از ۹۰ درصد تریاک دنیا در افغانستان است. یکی از ایرانیان ساکن شهرک قائم می‌گفت:

«این جا تو شهرک افغانی از ایرانی بیشتره. خب همه جا خوب و بد هست ولی اینا خیلی هاشون تو کار مواد مخدر هستند. خب وقتی به ما می‌گن افغانستان چی به ذهنمون می‌رسه؟ جنگ، غارت، بدبختی و اعتیاد به مواد مخدر. نمی‌خوام بگم که همشون این طوریند ولی خب اینا از کشوری میان که خشخاش مثل گندم اون جا کشت می‌شه... خب اصلاً مواد مخدر تو فرهنگ اینا وجود داره یعنی خیلی از اینا وقتی افغانستان بودند تو کار کشت خشخاش بودند. یعنی نوشون رو از این راه در می‌آوردند. خب وقتی که بیان این جا فرهنگ خودشون رو هم می‌آرن دیگه. بچه‌های ما رو معتاد می‌کنند تا درآمد داشته باشن...» و یا یک ایرانی دیگر: «... اینا خودشون کمتر معتاد می‌شن ولی بقیه رو معتاد می‌کنن که بتونن بهشون جنس بفروشند. هر چند که الان معتاد افغانی هم کم نیست. ولی خیلی از این افغانی‌ها مخصوصاً جووناشون دوست ندارند که مثل پدراشون کارای سنگین بکنند. می‌افتن تو کار فروش مواد مخدر. هم خودشون رو بدبخت می‌کنن هم جوونای مارو...»

عده‌ای دیگر معتقدند که به دلیل حضور مهاجران و فرصت‌های اشتغالی که در اختیار خود گرفته‌اند، فرصت کار از جوانان ایرانی گرفته شده و بسیاری از آن‌ها به اعتیاد روی آورده‌اند! یک مرد ۴۰ ساله ایرانی می‌گفت:

«... خب شما فکر می‌کنید آگه جوونای ایرانی کار داشتن می‌رفتن که معتاد بشن؟ وقتی آدم کار داره سرش به کارش گرمه، نمی‌ره دنبال این کثافت‌کاریا اصلاً وقت نمی‌کنه، تا عصر که سرکاره بعدشم که این قدر خسته است به این چیزا نمی‌رسه، ولی وقتی کار نداشته باشه می‌افته دنبال خلاف. خب این افغانی‌ها که اومدن باعث شده که کار به جوون ایرانی نرسه. کارگرای ایرانی بیکارن ولی کارگر افغانی کار داره...»

اما از سوی دیگر، مهاجران بر این باورند که حضور در ایران باعث شده که به این میزان به مواد مخدر آلوده شوند. آن‌ها معتقد هستند که اعتیاد مهاجران در ایران متأثر از شیوع اعتیاد در خود ایران بوده و به دلایلی بسیار سریع‌تر و گسترده‌تر هم در بین مهاجران شیوع پیدا کرده است. مهاجر ۲۵ ساله‌ای می‌گوید:

«یه بزرگی از اهالی افغانستان می‌گفت وقتی ما افغانستان بودیم تریاک کشت می‌کردیم ولی کسی کشیدنشو بلد نبود و بیشتر مصارف دارویی داشت اما حالا که اومدیم ایران همه یادگرفتن که از تریاک استفاده دیگه هم میشه کرد!!!».

حدود سال ۱۳۸۳، زمانی که برای انجام کارهای پژوهشی اولیه در مورد مهاجران به محل کار آن‌ها در تهران و قم سرک می‌کشیدم، موضوع اعتیاد هنوز چندان موضوع فراگیر و رایجی در میان آن‌ها محسوب نمی‌شد. در اوایل کار، در مجموع ۴۰ کارخانه‌ای که من با کارگران مهاجر آن آشنایی نسبی داشتم، دو نفر بیشتر معتاد به مواد مخدر نبودند. یعنی به طور تقریبی از مجموع چیزی حدود ۴۰۰ نفر ۲ نفر معتاد، اما در حدود سال‌های ۱۳۹۰، زمانی که می‌خواستم مصاحبه‌های میدانی خود را در مقطع دکتری آغاز کنم کمتر کارخانه یا کارگاهی بود که چند معتاد مهاجر در آن یافت نشود. آن زمان تنها در سه کارگاهی که من مطالعاتم را در مورد آن‌ها انجام می‌دادم ۱۷ معتاد شناخته شده وجود داشت. هم اکنون که تقریباً ۷ سال از زمان آن تحقیق می‌گذرد، مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی پدیده‌ای کاملاً شایع، طبیعی و قابل انتظار محسوب می‌شود. هیچ آماری نسبت به شیوع اعتیاد در بین مهاجران در ایران وجود ندارد، اما یک موضوع مسلم است و آن این‌که همین فراگیری بسیار سریع‌تر از آنچه انتظارش می‌رفت در بین مهاجران رشد کرده، از محدوده شهرک‌های صنعتی و کارگاه‌ها گذشته و تا درون خانه‌های مهاجران ریشه دوانده است.

در برخی موارد، تعدادی از صاحبان ایرانی مشاغل که غالباً خودشان نیز معتاد هستند، برای ایجاد انرژی و توان کار بیشتر در کارگران مهاجر به آن‌ها مواد مخدر می‌رسانند و به این صورت آن‌ها را آلوده کرده، از آن‌ها بهره‌کشی می‌کنند. بهانه اصلی

کارگر و ارباب برای مصرف مواد مخدر، کاهش دردهای مفصلی و خستگی‌های بسیار شدید ناشی از شرایط سخت دست‌وپنجه نرم‌کردن با سنگ‌هاست. پس از اعتیاد و وابستگی کامل کارگر به مواد، ارباب در ازای دادن کار و حداقل دست‌مزد از او کار می‌کشد و بهای موادش را نیز از دست‌مزدش کسر می‌کند. این نوع بهره‌کشی از کارگران افغانستانی در محیط‌های کاری که دشواری کار وجود دارد، مانند سنگ‌بری‌ها رایج است. البته این پدیده دیگر به مشاغل خاص مربوط نمی‌شود. برخی کارگران مهاجر افغانستانی علت اعتیاد خود را ریشه در رنج غربت و فشار کاری می‌دانند و بر این باورند که شرایط مهاجرت در ایران در شیوع اعتیاد مهاجران تأثیر بسزایی داشته است:

*«من تا اول راهنمایی درس خوندم. بعدش یه مدتی شد که برای ادامه تحصیل تو ایران مشکلاتی پیش آمد من دیگه نتونستم درس رو ادامه بدم. رفتم تو یه کفاشی مشغول به کار شدم اون موقع ۱۰۰۰ تومان هفته‌ای می‌گرفتم در حالی که خرج من ۱۵۰ تومان بیشتر نبود... تو کارم رشد کردم و همین طوری هم فشار کاری هم زیاد شد، زیاد کار می‌کردم بعد سرخوردگی و ناامیدی و یکنواختی باعث شد من به اعتیاد رو آوردم ... ده سال درگیرش بودم اما الان شش ماهه که دیگه مصرف ندارم.» (مرد ۲۸ ساله)*

محدودیت‌های فرهنگی-آموزشی، محرومیت‌های بهداشتی، حاشیه‌نشینی‌های چندجانبه، شیوع فسادهای اخلاقی منتج از عوامل ذکر شده و نهایتاً عوامل روانی ناشی از ناکامی‌های شغلی، تحصیلی و تحقیرهای اجتماعی، عوامل زمینه‌ساز مضاعفی هستند که مهاجران را به سوی اعتیاد سوق داده‌اند. از این هم فراتر، بسیاری از مسئولان و مردم افغانستان، اعتیاد شایع در کشور افغانستان را سوغات مهاجرت آن‌ها به ایران می‌دانند. آن‌ها ایران را مرکز معتادسازی جوانان افغانستانی می‌دانند که برای کار به ایران مهاجرت می‌کنند.

### مهاجران، بیمه و دسترسی به امکانات پزشکی

بر اساس موافقت‌نامه‌ای که بین سازمان امور پناهندگان در وهله اول، اداره امور اتباع و مهاجران خارجی در وهله دوم و همچنین بیمه سلامت در ایران انجام شده، این بیمه‌گر موظف شده است مهاجران قانونی افغانستانی را زیر پوشش خود درآورد. در آمار سال ۱۳۹۶ بیش از ۱۲۴ هزار مهاجر افغانستانی در ایران در این طرح ثبت‌نام کردند که از این بین ۱۱۲ هزار نفر جزء گروه‌های آسیب‌پذیر و بیش از ۱۰۰۰ مهاجر دیگر به بیماری‌های خاص مبتلا بوده‌اند. تمام هزینه‌های این مهاجران از سوی کمیساریای عالی پناهندگان پرداخت می‌شود. این بیمه خدمات بستری، خدمات پاراکلینیکی و خدمات سرپایی را فقط در بیمارستان‌های دولتی که تحت پوشش وزارت بهداشت هستند شامل می‌شود (گزارش آژانس پناهندگان سازمان ملل در ایران، ۱۳۹۶). هزینه سالانه این بیمه برای مهاجران آسیب‌پذیر و بیماران خاص چهار هزار و پانصد و سایر مهاجران چهارصد و شصت هزار تومان است (گزارش اداره کل اشتغال اتباع خارجی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۱۳۹۶). در اینجا باید افزود که اطلاع از بیمه، اعتقاد به آن و پیگیری‌های لازم برای کسب کارت بیمه در بین مهاجران بسیار متفاوت است.

در شهرک قائم، پلی‌کلینیکی وجود دارد که در آن از مطب‌های خصوصی اعصاب، اطفال، داخلی، پوست، بیماری‌های زنان، با قبول هرگونه بیمه گرفته، تا درمانگاه عمومی، به‌ویژه درمانگاه تخصصی قائم، با تخصص‌های متنوع: جراحی، داخلی، اعصاب و روان، زنان و زایمان، مامایی و بهداشت خانواده، واکسیناسیون، آزمایشگاه، دندانپزشکی، گفتار درمانی، تزییقات، پانسمان، جراحی‌های کوچک، و همین‌طور پزشک و داروساز، دندان‌پزشک و دندان‌ساز و شکسته‌بند در آنجا وجود دارد. همچنین نزدیکی به مرکز شهر قم هرگونه محرومیت از دسترسی به مراکز درمانی را می‌زداید. با وجود همه امکانات موجود در مورد بهداری و پیشگیری و درمان، دانش و به‌طور کلی‌تر عادت و توان بهره‌گیری از این امکانات و تسهیلات در مهاجران افغانستانی شهرک

وجود ندارد و این عدم‌آگاهی و آمادگی برای مقابله با آسیب‌های ناشی از عدم رعایت‌های بهداشتی می‌تواند به قیمت از دست‌دادن عزیزترین کسان آن‌ها تمام شود:

«من یه پسر داشتم چهار پنج ساله که مریض شد. اصلاً نفهمیدم مریضیش چیه. من خودم رفتم سرکار، وقتی برگشتم دیدم مرده. اصلاً مادرش خبر نشد چطور مرد. بعداً دکتر گفت به خاطر گرما بوده. آخه اون سال هوا این‌جا خیلی گرم بود.» (مرد ۵۰ ساله)

ما برای آنکه این عدم‌آگاهی و آمادگی را به تحلیل بکشیم بی‌شک باید به عللی روی بیاوریم که اسباب آنرا فراهم می‌آورند. مهم‌ترین این علت‌ها ناتوانی مالی، میزان پایین سواد، اعتقادات سنتی دیرینه و بعضاً خرافی مهاجران و نیز نبود نظام اطلاع‌رسانی عمومی و موردی به آنان است. بارها مشاهده شده که سرچشمه بسیاری از مسائل مادی مهاجران از قبیل مسکن و خوراک و پوشاک و گذران اوقات فراغت آن‌ها مانند بهداشت و درمان، مسئله مالی است. عدم توان مالی منبع بسیاری از ناملايمات جماعت مهاجر است که به دو صورت مختلف خود را نشان می‌دهد:

صورت اول: درآمد شخص یا خانواده مهاجر چنانچه کفاف هزینه‌های فوری و فوتی آنها مانند مسکن و خوراک را ندهد، هرگز به مصرف بهداشت و درمان و فراغت آن‌ها نمی‌رسد، از اینرو طبق اصل الهم فی الهم تنها اشخاص یا خانواده‌هایی به درجات مختلف رفاه بهداشتی و پزشکی دست می‌یابند که قادر بوده باشند، کم یا زیاد، هزینه‌ای برای این امر حیاتی ذخیره کرده یا در نظر گرفته باشند. از این رو، پژوهشگر با سه گروه مهاجر روبرو می‌شود: گروه نخست آن‌ها که درآمدشان فقط کفاف تأمین حداقل مایحتاج زندگی‌شان را می‌دهد که معمولاً تعداد زیادی از مهاجران در این دسته قرار می‌گیرند. این دسته چنانچه با مشکلات پزشکی روبرو شوند یا آنها را تحمل می‌کنند یا در صورت اضطرار، از امکانات دولتی و خیریه مانند درمانگاه‌ها بهره می‌جویند. مهاجر ۵۶ ساله‌ای که ۲۵ سال است در ایران زندگی می‌کند به ما می‌گفت:



«از وقتی اوادم ایران فقط دو ساله که کمرم درد میکنه، امسال دردش زیاد شد رفتم درمونگاه، دکتر آمپول زد ولی افاقه نکرد». او در پاسخ به سؤال ما که پرسیدیم: حتماً خیلی درد می‌کرد که به پزشک مراجعه کردید! گفت: «والله درد می‌کرد که رفتم وگرنه تا پارسال اصلاً دکتر ندیده بودم».

و یا مرد ۳۷ ساله دیگری می‌گفت:

«من حق ندارم مریض بشم یا جاییم بشکنه، اونوقت کی می‌خواد خرج خونه منو بده؟».

گروه دوم آن‌ها که در شرایط اضطراریه هر ترتیب و تقدیر به طرف امکانات ارزان‌قیمت که به تبع کم‌تأثیر یا بی‌تأثیرترند، روی می‌آورند. استعمال داروهای گیاهی، به عنوان مثال، یکی از این روش‌هاست. زمان مراجعه به پزشک برای این گروه زمانی است که دیگر کاری از قرص و داروهای درون یخچال و گیاه درمانی بر نیاید. یک مثل افغانستانی چندین بار به گوش ما خورد که:

«افغانی تا لب مرگ نرسه، دکتر نمی‌ره».

در واقع تفاوت هزینه در دو شیوه سنتی و جدید درمانی بسیار است:

«من که برای پام رفتم دکتر چهارصد هزار تومن می‌خواست ولی آقا جواد شکسته‌بند بایست هزار تومن تمومش کرد». بدیهی است که در اینجا کوتاهی طول درمان، کیفیت کار و هزینه مناسب‌تر آن برای مهاجران باورهای را ایجاد می‌کند: «گیاهی‌ها با انصاف‌ترن، ارزون می‌گیرن، ولی این دکترا انگار سرگردنس، هرچی دلشون می‌خواد می‌گیرن» (مرد ۴۲ ساله)

طرح موضوع انصاف و ارزانی گیاه درمانی علاوه بر طرح یک امر اعتقادی، نوعی فرار از گرانی پزشکی جدید هم هست، گو این‌که در بالا دیدیم چگونه بیست هزار تومان شکسته‌بند در برابر چهارصد هزار تومان پزشک قرار داده و به زبان آورده شد. بعضی از مهاجرین به دانش و قابلیت پزشکان شک روا می‌دارند. این جمله یکی از افراد همین گروه دسته دوم است که می‌گفت:

«دکترای ایرانی خوب نیستن. آخه هرکدومشون به چیز میگن من پیش سه تاشون رفته‌ام برای دردپام. هرکدوم به چیز میگن.»

انسان‌شناسان دیگری چون بایرون گود<sup>۱</sup> و ماری-جو دلوچیو گود<sup>۲</sup> نشان داده‌اند چگونه روابط بین فرهنگ و واکنش‌های جسمانی را باید دریافت و به‌ویژه چگونه وقتی اعضای جامعه‌های غیرغربی، با پزشکی علمی برخورد می‌کنند دشواری‌ها رخ می‌نمایند (Good & Good, 1980: 165-196).

گروه سوم با جمعیت بسیار محدودتر، از امکانات دارویی و درمانی شهرک استفاده می‌جویند و حتی اگر لازم باشد به پزشکان متخصص در خارج از شهر قم مراجعه می‌کنند:

«توی شهرک همه چیز هست، خود مردم باید بدونن چطور از اونا استفاده کنن». (مرد ۴۵ ساله، طلبه)

قابل ذکر است که هرچه ما از نظر سنی به نسل دومی‌ها و به‌طور کلی جوان‌ترها نزدیک‌تر می‌شویم بیشتر با تغییر نگرش‌ها و رفتارها در جهت بهبود وضعیت بهداشتی-پزشکی مواجه می‌گردیم. جالب است بدانیم دختر یکی از روحانیان افغانستانیکه برای دو کودک خردسال خود جز از نسخه پزشک استفاده نمی‌کند با ما از «چکاپ» افراد خانواده بدون داشتن بیماری سخن می‌گفت. ما جمله‌ای از این خانم را که می‌گفت: «من می‌دونم که زنها باید بیشتر از مردها به پزشک مراجعه کنند. من خود سعی می‌کنم مرتب خودم رو به پزشک نشان بدهم» در کنار جمله مرد ۶۰ ساله‌ای در همین شهرک می‌آوریم که می‌گفت: «من از لحاظ دکتر فقط بخدا اعتقاد دارم. خدایا درست می‌کنی درست کن، من که دکتر نمی‌برم».

---

1. Bayron Good  
2. Marie- Jo Delvecchio Good

این مقایسه آن‌گاه جالب‌تر می‌نماید که ما بدانیم که این دو افغانستانی ساکن شهرک نه فقط به دوطبقه اقتصادی-اجتماعی متفاوت، حتی در افغانستان، تعلق داشته و دارند، بلکه دارای دو بینش طبقاتی متفاوت نسبت به امر سلامتی نیز هستند و به دو طریق متفاوت از امکانات محیط زیست خود استفاده می‌کنند.

صورت دوم: بسیاری از بیماران نه تنها به دلیل ناتوانی مالی به پزشک مراجعه نمی‌کنند، بلکه به علت غیبت از محیط کار و از دست دادن بخشی از درآمد خود به این کار مبادرت نمی‌ورزند. برای دادن تعریفی از انسان بیمار یا سالم ملاک‌های اجتماعی نیز به کار گرفته می‌شوند مانند فعالیت یا بیکاری، شرکت اجتماعی یا طرد از جامعه. بیمار بودن، برایم هاجران، عبارت از متوقف شدن، یعنی کار خود را تعطیل کردن نیز هست. در میدان پژوهش بارها ملاحظه می‌شد که چگونه پدر از رفتن فرزند کارگر خود به روی زمین فوتبال جلوگیری می‌کند تا مبادا بدن او آسیب ببیند و از کار روزانه خود وا بماند و به مزد روزانه او لطمه بخورد یا وقتی برای یک در رفتگی دست یا پا، پزشک از «آتل» استفاده می‌کند و حداقل برای مدت دو هفته بیمار را از کار معاف می‌دارد؛ او ترجیحاً به شکسته‌بند روی می‌آورد، زیرا درمان او سه یا چهار روز بیشتر طول نمی‌کشد و مصدوم می‌تواند زودتر به سرکار خود برگردد. ترس از بازماندن از کار یا از دست دادن آن موجب می‌شود که بعضی از افراد شاغل هیچ‌گاه به پزشک مراجعه نکنند و یا در بیمارستانی بستری نشوند. همین موضوع سبب می‌شود که بیماری خود را کوچک و ناچیز و درد را حقیر بشمارند و تا آن‌جا که ممکن است با بی‌تفاوتی از کنار آن رد شوند:

«آدم دکتر خودشه»، «آدم از همه دردش باخبره و دواي اونا رو هم خوب میدونه»، «این‌که من سرما خورده‌ام چیزی رو عوض نمی‌کنه، خب! من باید برم سرکار، نرم چیکار کنم».

الگوسازی فرهنگی، غیر از ادراک و بیان نشانه‌های بیماری، آنچه را هم که در یک جامعه معین، بیماری می‌نامند، در بر می‌گیرد. می‌دانیم که در بعضی از جوامع،

پدیده‌هایی را که پزشکی مدرن بیمارگون می‌داند، به عنوان نشانه‌های بیماری به‌شمار نمی‌آورند: کرم‌های معدی که بعضی گروه‌های قومی وجود آن را برای عمل هضم ضروری می‌شمارند مثالی از این دست است. اما جالب‌ترین نکته بر عکس موردی است که انسان‌شناسان آن را «علائم مربوط به فرهنگ» می‌نامند (آدام و هرتسلیک ۱۳۸۵: ۹۷). در ذهن مهاجران افغانستانی واژه دکتر با مفهوم «زمان‌بری» گره خورده است و مثلاً بیمار خود گچ پایش را بدون اجازه پزشک باز می‌کند.

درست است که همین حقیرشماری درد و بی‌تفاوتی در قبال بیماری‌ها می‌توانند به کمک نیروی جوانی و روانی شخص بیمار گاهی به بهبود یا حتی رفع بلا از وی بینجامد ولی مانع از آن نمی‌شوند که بعضی از اوقات به پیچیدگی بیماری و علاج ناپذیری آن منجر گردد و اثرات غیرقابل جبرانی بر روح و جسم بیمار باقی بگذارد:

«من یه چند بار سرما خوردم که بعضی وقتا تا دو ماه مریض بودم ولی خوب می‌تونستم کارموا انجام بدم ولی سرم خیلی درد می‌کرد». (مرد ۲۴ ساله)

در واقع هر نوع بیماری‌ایی که بتوان آن را تحمل کرد، به‌نظر افغانستانی جدی نمی‌آید. حتی اگر بعداً مجبور شود تاوان سنگینی را برای مداوای آن پردازد. جوانی که هنوز آثار ضعف و بیماری بر پیشانی او هویدا بود می‌گفت:

«تازگی‌ها سرم درد می‌کرد ولش کردم. بعداً خیلی شدید شد وقتی رفتم دکتر، گفت سرماخوردگی پیشرفت کرده، مجبور شدم یه هفته بی‌فتم. اصلاً نمی‌تونستم از جام بلندشم».

باید گفت بنابر آنچه دیده و شنیده شد، مهاجرین افغانستانی اصولاً نسبت به درد واکنش هیجانی نشان نمی‌دهند. گویی تحمل درد نوعی مقاومت را در آن‌ها به وجود می‌آورد. نتیجه این که تجربه درد در مدتی طولانی به عادت تبدیل می‌شود و فوری و فوتی بودن آنرا از بین می‌برد و «زمان‌مند»ش می‌سازد و در نهایت جزئی از شرایط زیستی می‌کند. مهاجر بیمار گاهی برای دردهاییکه در بدن خود دارد دلیل مشخص که هیچ، بلکه توصیف دقیقی ارائه نمی‌دهد، مثلاً گاهی محل دقیق درد را نمی‌تواند نشان

دهد. وقتی از یک مهاجر ۴۵ ساله در مورد درد کمرش سؤال کردیم و مسئله را بیشتر کاویدیم به ما پاسخ داد:

«دکتر رفتم فایده نکرد، دارو داد و آمپول زد افاقه نکرد. به خاطر این که بعضی

وقتا تو زانومه، بعضی وقتا تو کمرمه، همین جوری تو بدنم می چرخه، ...»

جوان ۲۳ ساله دیگری اظهار می‌کرد:

«من سر درد دائمی دارم، چشمم میسوزه، بیشتر موقع‌ها قرمز، فکر می‌کنم

درد گلویم از همینه!»

رابطه نامعلوم با درد، رابطه نامشخص با پزشک را رقم می‌زند و دایره معیوبی را به وجود می‌آورد که رهایی از آن به آسانی صورت نمی‌گیرد. راهنمایی گنگ و مبهم پزشک به هنگام مراجعه به او، وی را در تشخیص بیماری یاری نمی‌دهد و همین امر می‌تواند به اشتباه وی در کار خود بینجامد و مداوای او را از اثر بیندازد. این موضوع به نوبه خود اطمینان بیمار را نسبت به پزشک سست می‌کند و دلیلی افزون بر دلایل دیگر، از قبیل تنگدستی و تنبلی و ناآگاهی او نسبت به نظام درمانی می‌شود.

### پزشکی مدرن و مهاجرناخوش

رابطه هم‌کنشی بین پزشک و مهاجر ناخوش پدیده‌ای چند بعدی است که نتیجه رضایت‌بخش در آن، نیازمند تعادلی دقیق در روابط مستقیم این دو و توازن در ابعاد عناصر بیرونی درمان است. ایجاد یک تعادل مؤثر در این رابطه، رعایت قواعد خاصی را طلب می‌کند، مثلاً آگاهی مهاجر از ویژگی‌های ناخوشی و مشارکت فعال او در فرایند درمان و همچنین به طور متقابل اطلاع‌رسانی و آموزش پزشک که مشارکت فعال مهاجر را در پی داشته باشد.

مهاجر ناخوش زمانی به پزشک در درمانگاه یا بیمارستان مراجعه می‌کند که در شرایط دردناک و گاهی وخیم قرار دارد. او آرام آرام خود را در محیطی سرشار از عوامل آزاردهنده فیزیکی همراه با تألمات روانی می‌بیند که در آینده با آنها انتظار

برخورد خواهد داشت: اضطراب‌هایی با دلمشغولی‌های عمیق خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی در هم می‌آمیزند و در اغلب اوقات ناآگاهی از بیماری و فرایند درمان در کنار فعالیت‌های پزشکی پیچیده و حتی گاهی متضاد، بر ابعاد سردرگمی بیمار می‌افزاید. اگر پزشک با آگاهی بتواند در این مراحل عمل کند انتظار می‌رود شدت اضطراب بیمار کمتر شود. باید پذیرفت که پزشک و مهاجر ناخوش، دارای تفاوت‌های رفتاری و فرهنگی هستند که این امر ارتباط بین این دو را با مخاطره مواجه می‌کند.

در پژوهش‌های انجام شده به این نتیجه رسیده‌ایم که عموماً مهاجر ناخوش با پزشک و پزشک با او نمی‌تواند ارتباط مؤثر برقرار کند. ناگفته پیداست که در شرایط عدم برقراری ارتباط و یا برقراری ارتباط ناقص، نارضایتی در بیمار شکل می‌گیرد و این احساس در وی پدید می‌آید که پزشک معالج او توجه کافی به وی ندارد و «حس» او را درک نمی‌کند. اینجاست که شواهد زیادی از این بی‌اعتمادی و این نارضایتی، حتی با اغراق و تمایزگذاری پزشک بین بیمار ایرانی و افغانستانی نشان داده می‌شود:

«با ما توی بیمارستان خیلی بد رفتار می‌کنند. می‌خواستن پلاتین دستمو در بیارن حداقل بیهوش می‌کنن در میارن. به پسر ایرانی بود که اونم توپاش پلاتین بود، بهش گفت حس داری گفت نه بعد در آورد. نوبت من که شد گفت بشین. بعد با به دونه آچار بدون بیهوشی، عین در و پنجره و چیزاشو در آورد. از درد داشتم می‌مردم».

عدم اشتراک فرهنگ مهاجران با فرهنگ علمی، عدم اعتماد به نظام‌های جدید درمانی و اعتقاد به تفاوت میان ایرانی و افغانستانی در نظر هیأت پزشکی و احیاناً برخی رفتارهای بی‌ملاحظه و دور از انتظار بعضی اعضای این هیأت، سوء تفاهماتی را شکل می‌دهد که نتیجه آن برای پزشک و بیمار هر دو ناخوشایند است:

«من که دستم چاقو خورده بود رفتم بیمارستان، دختره [پرستار] وقتی کار می‌کرد، داشت می‌خندید».

بدیهی است در شرایطی که مهاجر «افغانستانی» در اتاق جراحی بیمارستان «ایرانی» قرار گرفته، هرگز نمی‌تواند بفهمد و بپذیرد که وظیفه پزشک و یا دستیار او در شرایط اضطراری اورژانس، فریاد کشیدن همراه او نیست. از سوی دیگر باید پذیرفت که هیأت پزشکی ایرانی نیز برای سازش با وضعیت روانی بیماران بیگانه آموزش ندیده‌اند. اثر منفی دیگری که ممکن است عدم رابطه صحیح بین پزشک و بیمار بر روح فرد مهاجر بگذارد، بی‌اعتمادی به تشخیص، دارو، درمان پزشک و در نتیجه رها کردن مداوا در نیمه راه است:

«من بیشتر وقتا قرصارو تا آخر نمی‌خورم، بیشتر وقتا ساعتش بهم می‌خوره که دیگه ولش می‌کنم.»

همین بی‌توجهی به مداوا و بی‌اعتمادی به نحوه درمان چه بسا موجب شود که مداوا حتی اگر نتیجه‌بخش باشد سرانجام نیابد و رها شود:

«من قرص سرماخوردگی رو که می‌خورم تا بهتر میشم دیگه نمی‌خورم» و یا «همیشه داروها می‌مونه. تا آخرش نمی‌خورم، وقتی فکر می‌کنم خوب شدم دیگه برای چی بخورم.»

ما ملاحظه کردیم که در یخچال بعضی از منازل، بسته‌هایی از قرص و داروهای مختلف وجود دارند که نمی‌توانند به یک بیمار تعلق داشته باشند و یا اصولاً از نظر تاریخ مصرف به کار بیایند.

در واقع، اشخاصی که به محیط‌های مرفه تعلق دارند بهتر مفاهیم دانش پزشکی مدرن را درونی می‌کنند. دلایل این امر روشن است: بیشتر نزد پزشک می‌روند، به دلیل همگنی طبقاتی به او نزدیک‌ترند و جهان‌بینی مشترکی دارند و با او بهتر رابطه برقرار می‌کنند و بالاخره سطح بالای معلومات آنها انتقال اطلاعات پزشک را تسهیل می‌کند. رابطه این اشخاص با بدن خود به دلیل آشنایی گروه اجتماعی آنها با بیان علمی رایج در جامعه‌های صنعتی قالب‌گیری شده است. درست عکس این وضعیت در میان مهاجران مشاهده می‌شود. آنها با پزشک بیگانه‌اند و گفتمان پزشکی برای آنها غریب

می‌نماید و اصولاً اعتقاد چندانی به پزشکی مدرن در آن‌ها دیده نمی‌شود. پزشکی در شهرک قائم برای ما می‌گفت:

«وقتی یک مهاجر به بیمارستان می‌آید اگر مشکل او شکستگی باشد که هیچ، ولی اگر مشکل دیگری داشته باشد از حرفهایش کمتر می‌توان اطلاع دقیقی به دست آورد. هر چه قدر مهاجر مسن‌تر باشد کار با او مشکل‌تر است. با جوانان مشکل کمتر است».

او درباره نحوه برخورد همکاران پزشک خود با مهاجران معتقد است که برخی از همکاران او، چه پزشک، چه پرستار و چه پرسنل بیمارستان، رفتار مناسبی با مهاجران ندارند. بعضی از آن‌ها رفتارهای تبعیض‌آمیز دارند و حتی گاهی از مهاجران سواستفاده‌های مالی می‌کنند. برای مثال مهاجری برای یک عمل به درمانگاه بیمارستان مراجعه می‌کند که هزینه آن عمل خیلی زیاد نیست. پزشک از موقعیت خود در بیمارستان استفاده می‌کند و بیمار مهاجر را به سمت مطب خصوصی خود سوق می‌دهد و نهایتاً با پول بیشتر او را عمل می‌کند.

### سه شیوه پیش‌گیری سنتی در نزد مهاجران

در چنین شرایطی استقبال جمعیت مهاجر افغانستانی به‌سوی شیوه‌های پیش‌گیری و درمان‌های سنتی توجیه‌پذیر است. برخی از این شیوه‌ها کارکردی دوگانه (پیش‌گیرانه-درمانی) دارند مانند دعانویسی و حجامت. در ابتدا، در مورد شیوه‌های سنتی پیش‌گیری، مانند صدقه، سفره انداختن و نذر و دعا، که در بین مهاجران رواج دارد، اندکی بحث خواهد شد:



### الف: صدقه

صدق به معنی راستی و راستگویی و صدقه آن چیزی است که به منظور یافتن ثواب آخرت می‌بخشند<sup>۱</sup>. صدقه دادن به معنای بخشیدن مال و مانند آن در راه خیر، به قصد نزدیکی به خداوند است. در کتاب‌های دینی اسلامی، جایگاه ویژه‌ای به صدقه داده شده است، چنان که در قرآن آمده است که صدقه باید تنها برای رضای خدا وبدون هیچ منتی به مستحق عطا شود والا برای آن ثوابی مترتب نخواهد بود<sup>۲</sup>. به باور مسلمانان صدقه دارای آثار دنیوی فراوانی نیز هست که عمده آن در دو دسته خلاصه می‌شود: دفع شر<sup>۳</sup> و درمان مرض<sup>۴</sup>. با توجه به پیوند محکم مهاجران افغانستانی با آموزه‌های دینی، یکی از مهم‌ترین شیوه‌های پیش‌گیری و درمان در بین آن‌ها، دادن صدقه است؛ اولین کارکرد آن، به طور قطع، به دفع بلا و پیش‌گیری بر می‌گردد. افراد قبل از این که به بیماری یا گرفتاری دچار شوند صدقه پرداخت می‌کنند. مثلاً قبل از سفر همیشه مقداری پول برای صدقه کنار می‌گذارند:

«صبح زود بود که می‌خواستیم از روستای خودمون تو افغانستان به سمت مرز ایران حرکت کنیم. مادرم که نماز صبح رو خواند، دیدم کمی پول لای روسری خودش پیچید. نفهمیدم که چرا این کار رو کرد. تا این که توی راه دیدم این پول‌ها رو به چند

۱- دهخدا، علی‌اکبر، لغت نامه دهخدا، واژه صدقه.

۲- (بقره ۲۴۶) «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَبْطُلُوا صَدَقَاتِكُمْ بِالْمَنُونِ أَلَّذِينَ يَتَّبِعُونَ مَالَهُمْ رِئَاءَ النَّاسِ وَلَا يُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ  
الْآخِرِ فَمَثَلُهُمْ كَمَثَلِ صَفْوَانَ عَلَيْهِ تُرَابٌ فَأَصَابَهُ وَابِلٌ فَتَرَكَ صُلْدًا لَا يَقْدِرُونَ عَلَيْهِ مِمَّا كَسَبُوا وَاللَّهُ لَا يَهْدِي الْقَوْمَ  
الْكَافِرِينَ»

۳- در این زمینه احادیث و روایات فراوان هستند ما به یکی از آن‌ها اکتفا می‌کنیم. امام ششم شیعیان می‌فرماید:  
«من تصدق بصدقته اذا أصبح دفع الله عزوجل عنه نحس ذلك اليوم» «هر کس در صبح صدقه‌ای دهد خدای  
عزوجل شر و نحوس آن روز را از وی دفع نماید» (شیخ صدوق، من لایحضره الفقیه، ج ۲، ص ۲۶۹).

۴- پیامبر اسلام (ص) برای درمان بیماری‌ها فرموده‌اند: «داووا مرضاکم بالصدق» «بیماران خود را با صدقه درمان کنید: (زنجانی، ۱۳۶۵: ص ۴۹۹).

خانواده فقیر داد. از مادرم دلیل این کار رو پرسیدم مادرم گفت که این پول رو به فقیرا می دیم، برای صدقه، برای این که ان‌شالله به سلامت به ایران برسیم. اولین بار یعنی وقتی هفت ساله بودم، با صدقه آشنا شدم. هنوزم بهش اعتقاد دارم...» (نعیم، ۳۴ ساله)

همچنین وقتی در معرض بلایی قرار می‌گیرند و از آن به سلامت بیرون می‌آیند معمولاً بلافاصله به صدقه می‌اندیشند:

«این‌جا مردم اصلاً حواسشون جمع نیست، مواظب ماشین‌ها و موتورها نیستند...، یه بار داشتم با موتور تو پیاده رو (!) می‌رفتم که یه هو یه بچه ۳-۴ ساله از تو خونه پرید بیرون درست جلوی موتور من، سرعتم زیاد نبود ولی آگه می‌خوردم بهش نمی‌دونم چی می‌شد. خلاصه نمی‌دونم چی شد نخوردم بهش. اولین صندوق صدقه ۱۰۰۰۰ تومان انداختم توش، اون موقع من روزی ۴۰۰۰ تومان حقوق می‌گرفتم،... خدا واقعاً رحم کرد.» (مرد ۳۲ ساله)

سیدعلی که بعد از اقامت ۱۵ ساله در ایران، علی‌رغم میل خانواده‌اش، ایران را به قصد مهاجرت به سمت اروپا ترک می‌کند. ولی او می‌تواند به روستایی در ترکیه، در چند کیلومتری مرز ایران برسد و در نهایت به ایران باز می‌گردد:

«... وقتی داشتیم قاچاقی از مرز ترکیه رد می‌شدیم نمی‌دونم چطور شد که یه دل‌درد عجیبی گرفتم. با خودم گفتم دیدی مادرت راضی نبود بری اروپا... به هر زحمتی بود با کمک دوستانم رد شدیم و رسیدیم به یک روستا. توی یه خونه جا گرفتیم. من از شدت دل‌درد به‌خودم می‌پیچیدم... نه می‌شد بریم دکتر نه من می‌تونستم تحمل کنم. با خودم گفتم آگه از این درد جون سالم به در ببرم ۵۰۰۰۰ تومان صدقه می‌دم. یعنی حاضر بودم نصف پول سفر رو بدم دردم قطع بشه...»

«صدقه» برای مهاجران به‌نوعی حکم «بیمه» را دارد. در خیابان و کوچه‌های شهرک قائم صدها صندوق صدقه ملاحظه شود و در بسیاری از منازل و مغازه‌ها صندوق‌های خیریه و کمک به ایتمام به وفور به چشم می‌خورد. این حجم از صندوق‌ها و نوشته‌هایی که بر روی آنها نقش بسته بدون هیچ شکی نشانه بارزی از یک باور عمومی است.

جمله‌ای که در زیر می‌آید از زبان یک کارگر میان‌سال افغانستانی بیرون آمده است و می‌تواند به راحتی نظر عمومی ساکنان شهرک را بازتاب دهد:

«من هر روز که میرم سرکار، صدقه میدم، از خدا میخوام بلا رو از خانواده‌ام دور کنه... برای ما صدقه خیلی مهمه، حتی از دکترم مهم‌تره،...» «... یه بار داشتیم با ماشین یکی از دوستانم از تهران می‌اومدیم قم که توی راه با یه ماشین که راننده‌اش خوابش برده بود، تصادف وحشتناکی کردیم. من هم دست راستم شکست و هم استخوان دنده‌ام. چهار ماه نتونستم کار کنم... بقیه هم داغون شده بودند. تو بیمارستان داشتیم به این فکر می‌کردم که ما که اول اتوبان تهران- قم صدقه دادیم این شد... آگه نمی‌دادیم چی می‌شد؟؟؟...» (کریم ۲۵ ساله)

اعتقاد راسخ به صدقه همواره از نظر روانی آرامشی برای بسیاری از آلام مهاجران است.

### ب: سفره انداختن

سفره‌های صلوات و توسل از جمله اموری است که زنان مهاجر افغانستانی معمولاً برای رفع مشکلات، از جمله بهبود بیمار خود و برآورده شدن حاجات خود می‌اندازند و همسایگان و دوستان و آشنایان را بر سر آن فرا می‌خوانند تا به صورت دسته جمعی مراد صاحب سفره را از خدا بخواهند. در آن جا زن‌ها به تلاوت قرآن و یا ادعیه می‌پردازند. این شیوه در بین مهاجران همانقدر که رواج دارد، تأثیر گذار نیز هست. زنان مهاجر که حاجتی دارند، حتی حاجاتی که ممکن است به نظر ناممکن یا معمولی بیایند، سنتاً برای برآورده شدن حاجت خود به یک یا چند نوع سفره روی می‌آوردند. میزبان سفره برای دستیابی به چیزی که منظور نظرش است یا وقوع اتفاقی خاص دعا می‌کند و نذر می‌گذارد. اگر دعایش مستجاب شد به شکرانه سفره‌ای دیگر به پا، یا در تأمین مواد اولیه غذاهای سفره زنی دیگر مشارکت می‌کند. همچنین مهمانان

سفره هم می‌توانند برای استجابات چیزی دعا کنند و همچنین آن‌ها هم نذر می‌کنند اگر حاجت گرفتند برای برآوردن نذرشان سفره‌ای بیندازند و یا در سفره زن دیگری مشارکت جویند. بنابراین ممکن است یک سفره نذر سفره‌ای دیگر باشد. بسیاری از زنان مهاجر سفره‌های مورد علاقه دارند. آن‌ها ممکن است مکرراً یا سالانه سفره‌ای در گرمی داشت معصومی بر پا کنند که مشخصاً شیفته او هستند. مهمانان سفره نیز اغلب نذر می‌کنند اگر حاجتشان به‌دست آمد سفره‌ای در بزرگداشت همان معصوم برپا دارند. رباب خانم، مهاجر ۴۵ ساله، حدود سی سال است که در قم ساکن شده است. او با این گونه سفره‌های نذری در ایران آشنا می‌شود. او در ابتدا به عنوان یک نوع تفریح به این گونه جلسات پا می‌گذاشته اما وقتی که برای نوزادش بیماری به وجود آمد، با انداختن سفره‌ای شفای نوزاد خود را می‌گیرد. بعد از این ماجرا اعتقاد او به این سفره‌های نذری بالا می‌رود:

«... تو افغانستان که ما سفره نذری نداشتیم، یعنی تو بین خانواده ما همچین چیزی نبود تا این که ما آمدیم ایران. وقتی آمدم ایران یک سال بعد ازدواج کردم و رفتم خانه مادر شوهرم. آن‌ها هم تازه آمده بودند ایران. برای اولین بار وقتی ۱۶ سالم بود با مادر شوهرم رفتم جلسه روضه و سفره نذری. برام خیلی جالب بود. یواش یواش به این سفره‌ها عادت کردم و برام خیلی خوشایند بود. چون وقتی می‌رفتم اون جا با آدم‌های مختلف آشنا می‌شدم و یواش یواش کلی دوست پیدا کرده بودم. همه خانم‌ها هم مهربون بودند. تا این که برای بچه تازه به دنیا اومدم مشکلی ایجاد شد. یه مشکل تنفسی. دست پاچه شده بودم ... نمی‌دونستم باید چی کار کنم دکترها می‌گفتند که باید آزمایش انجام بدند تا ببینند مشکل چیه. وقتی خانم‌های جلسه فهمیدند به من گفتند که نذر کن یه سفره حضرت رقیه بندازی آگه بچه‌ات خوب بشه. منم تو همون جلسه نذر کردم و کمی از هزینه اون سفره رو هم من با مادر شوهرم دادیم. تا این که خدا خواست و بچه‌ام خوب شد. الان از وقتی که این اتفاق افتاده هر سال یک بار خونمون سفره نذری می‌اندازم. خیلی از حاجت‌امون تو همین سفره‌ها برآورده شدند ...»

به لحاظ روانی احتمالاً سفره به فرد معتقد امید و آرامش می‌دهد، چون بعضی اوقات زنها در رویارویی با یک بحران، متفاوت از مردان واکنش نشان می‌دهند. هزینه و تدارک غذاهای سفره‌های نذری کما بیش، بسته به وضعیت خانوادگی با خود زنان است.

«... من تو سفره‌هایی که می‌اندازم خیلی خرج نمی‌کنم. همون چیزای معمولی نون و پنیر و خرما به همراهش یا عدس پلو. خب اصل سفره به دعاییه که اون جا خونده می‌شه نه به غذاها ولی خب بعضی‌ها غذاهای بیشتر می‌گذارند...»  
رباب خانم ادامه می‌دهد: «... خب خیلی از خانواده‌ها غذاهای رنگارنگ می‌زارن و فکر می‌کنند هر چی رنگارنگ‌تر باشه حاجتشون بیشتر برآورده می‌شه ولی این طوری نیست آدم باید دلش رو صاف کنه ...»

در سفره‌های نذری ورود مردان ممنوع است. در حقیقت مردان اجازه ورود به فضاهای زنانه را ندارند و در نتیجه وقتی زنی سفره‌ای بر پا می‌کند، مردان باید از خانه بیرون بروند. زمان سفره‌ها، زمان معمول صرف غذا نیست. در روزهای تعطیل مردها اغلب به دیدار دوستان یا خویشاوندان مذکرشان می‌روند و احتمالاً زنان و دیگر بستگان این مردان هم دعوت همان سفره‌اند، بنابراین مردان تا پایان زمان سفره را جایی دیگر سر می‌کنند:

«... معمولاً زمان سفره صبح‌هاست، وقتی که مردها خونه نیستند ولی اگر تو خونه ای مرد کهن سالی هم باشه باید از خونه بره بیرون. مثلاً وقتی ما خونه مون سفره داریم، پدر شوهرم می‌ره خونه دخترش که همین نزدیکیه. البته دو ساعت بیشتر نیست ولی خب مردها نباید باشن دیگه ...»

در یک سفره، مواد اولیه، فضا، زمان روز یا ماهش، طرز تدارک و درست کردن، کشیدن، یا خوردن غذا، نوع ظروفی که در پختن و صرفش استفاده می‌شوند و حتی جایی که غذا درست می‌شود، معمولاً اهمیت و دلالت‌های نمادینی دارند. توجه دقیق به

جزئیات بسیار مهم است چون بی‌دقتی در تدارکات و اجرای تشریفات ممکن است از آثار سفره کم کند. رباب خانم می‌گوید:

«... من از همون اولین کارهایی که می‌خوام برای سفره بکنم مواظبم که همه چیز درست باشه. همیشه با وضو کارم رو شروع می‌کنم. حتی برای خرید مواد اولیه سفره، از پولی استفاده می‌کنم که تو طول سال برای این کار کنار گذاشتم. این پول رو لای یه قرآن می‌زارم که متبرک بشه... من هر سال روز سوم ماه صفر سفره خودم رو می‌اندازم. این روز، روز شهادت حضرت رقیه است... وقتی می‌خوام کار سفره‌ام رو انجام بدم دو روز قبلش روزه می‌گیرم و از خدا می‌خوام که تو این کار کمک کنه و حاجت همه اونایی که میان رو آگه به صلاحشون هست، بده... بعضی وقت‌ها بعضی از خانم‌ها می‌گن که ما بیام بهت کمک کنیم ولی خب من نمی‌خوام هر کسی بهم کمک کنه. وقتی می‌دونم که فلان خانم شوهرش نماز نمی‌خونه چرا باید تو این کار بیارمش. چون معتقدم که این می‌تونه اثر سفره رو کم کنه. برای همین آگه کسی هم می‌خواد بهم کمک کنه از آدم‌های با ایمان باید باشه. برای بقیه کارها هم همین طور مثل کشیدن غذا... من خودم دوست دارم که آدم‌های با ایمان بهم کمک کنند که خدا به خاطر اونا اثر سفره رو بالاتر ببره. من ظرف‌های غذا رو از حسینیه محله قرض می‌گیرم. ظرف‌ها هم باید پاک باشند. ظرف حسینیه بهتر از ظرف خونه است اثرش هم بیشتره. وقتی ظرف‌ها رو می‌گیرم چند تاش رو نگه می‌دارم و به جاش ظرف نو می‌دم به حسینیه. خب این جوریه هم ظرفای حسینیه نو می‌شن و هم ظرف‌های تبرکیه حسینیه میاد تو خونه ما. خیلی از زن‌ها همین کار رو می‌کنند...»

یکی از کارکردهای مهم سفره‌ها، همبستگی و وفاق در بین زنان مهاجر است. زیرا کارها در این مراسم به صورت گروهی انجام می‌پذیرد. اگر زنی مشکل داشته باشد همه در حل آن مشکل خود را مسئول می‌دانند. صاحب نذر نه تنها از ادای نذر خود اظهار رضایت می‌کند بلکه از این که توانسته گروهی از زنان را انسجام دهد و باعث

گره‌گشایی احتمالی مشکل آنان در آینده شود، احساس شادمانی می‌کند. یک زن مهاجر ۴۰ ساله می‌گوید:

«... اکثر سفره‌هایی که ما برای نذری می‌اندازیم دسته جمعیه ... خیلی‌ها میان و کمک می‌کنند از کمک مالی تا آوردن مواد اولیه و وسایل برای سفره و ... ما تو فامیلمون هر کی سفره داشته باشه بقیه همه کمک می‌کنند. هر کی دلش صاف‌تر باشه نذرش زودتر برآورده می‌شه و یا آگه بر آورده نشه حتماً خدا یه صلاحی توش دونسته. وقتی دسته جمعیه یه سفره انداخته می‌شه و وسایلش فراهم می‌شه باعث می‌شه که خدا بیشتر به اون سفره نظرکنه. من از این که تو یه سفره‌ای شریک باشم خیلی حس خوبی دارم و وقتی هم کسی می‌خواد تو سفره من شریک بشه استقبال می‌کنم...»

رباب خانم برای ما می‌گفت:

«... یک بار یکی از همسایه‌ها برای شوهرش گرفتاری پیش اومده بود. از بالای داربست افتاده بود پایین و حالش خیلی بد بود. این خانواده پنج تا بچه قد و نیم قد داشتند. وقتی شب رفته بودم خونشون دیدم حالش خیلی بده می‌گفت دیدی بچه‌هام دارن یتیم می‌شن ... کلی با هم گریه کردیم... من بهش گفتم الان که شوهرت تو بیمارستانه بیا یه سفره نذری بنواز و از خود خدا شفای شوهرت رو بگیر. منم کمکت می‌کنم. اون قبول کرد. من فردای همون روز دست به‌کار شدم. تقریباً همون کارایی رو که برای سفره خودم انجام می‌دادم برای همسایه‌مون انجام دادم. خیلی‌های دیگه هم وقتی فهمیدند اومدند کمک ... سفره عجیبی هم شد معلوم بود که همه با اخلاص اومده بودند و حال زن همسایه هم خیلی تأثیر داشت. وقتی که قرآن می‌خوندند همش داشت گریه می‌کرد و خیلی از خانم‌ها هم گریه می‌کردند برای همین حال و هوای جلسه خیلی عرفانی بود... خلاصه بعد از اون سفره شوهرش خوب شد. خیلی عجیب بود. مردی که می‌گفتند امیدی به زننده موندنش نیست یک هفته بعدش دوباره برگشت سرکار ... خب دعا‌های زیادی شد...»

برخی از سفره‌های نذری که در بین‌زنان مهاجر متداول است عبارتند از:

**الف: سفره امام زمان:** خوراکی‌های سفره امام زمان شامل شیربرنج، نان، پنیر، سبزی، گردو و حلواست.

**ب: سفره حضرت فاطمه:** غذای اصلی این سفره کچی است (نوعی آش که از ترکیب آرد، شیر، کره، گلاب، زعفران، دارچینو خلال بادام و پسته به عمل می‌آید). یکی از باورهای این سفره این است که مردان و پسران و زنان حامله نباید در این سفره شرکت کنند. این سفره در روز سه‌شنبه و سه‌شنبه برگزار می‌شود.

**پ: سفره حضرت زینب:** این سفره در روزهای چهارشنبه صبح انداخته می‌شود و غذای این سفره آش رشته می‌باشد (آش رشته یک آش بسیار متداول در ایران است. این آش از ترکیب لوبیا قرمز عدس، نخود، لوبیا چیتی، پیاز، سیر، سبزی آش شامل اسفناج، جعفری، تره و گشنیز، کشک، ادویه، نمک، روغن، نعنا، رشته آش و آرد تهیه می‌شود.

**ت: سفره پنج تن:** در این سفره نیز آش رشته می‌پزند.

**ث: سفره حضرت رقیه:** به صورت محقرانه انداخته می‌شود، محتویات سفره معمولاً نان، خرما و شمع است.

**ج: سفره حضرت ابوالفضل:** پرتجمل‌تر است و انواع خوراکی‌ها را در آن قرار می‌دهند که شامل عدس پلو و آش رشته، میوه، شیرینی و آجیل مشگل‌گشا که با تور و روبان‌های رنگی بسته‌بندی شده است، حلوا، خرما، نان، پنیر و سبزی می‌باشد. مهمانان مقداری از غذاها و مواد خوراکی را در کیسه ریخته و برای بقیه خانواده به منزل می‌برند زیرا معتقدند که این غذاها متبرک هستند.

**چ: سفره امام حسن:** از خصوصیات مهم این سفره سبز بودن آن است. مواد خوراکی که در سفره قرار می‌دهند سبز رنگ است و از ظروف سبز رنگ و شمع‌های سبز برای تزئین سفره استفاده می‌کنند. مواد غذایی این سفره شامل نان و پنیر و سبزی، کشمش سبز و هندوانه سربسته است.



خانم ۴۴ ساله افغانستانی می‌گفت:

«قبیله ما هر ماه سفره دارن. خانوما جمع می‌شن، هر ماه خونه یکی. همه خانومای فامیل میرن و دعا می‌کنیم. بعضی وقتام آگه چیز فوری پیش بیاد فوق‌العاده جلسه می‌گذاریم. ما که خیلی اعتقاد داریم.»

«خانم من تا به الان خیلی از حاجتاشو با دعا و توسل گرفته... وقتی من از داریست افتاده بودم پایین و معلوم نبود که برای همیشه فلج میشم یا نه، به سفره حضرت ابالفضل برای من انداخت و همسایه‌ها رو دعوت کرد و قرآن خواندند. خودش می‌گه اون روز خیلی گریه کرده و از حضرت ابالفضل خواسته منشفا بگیرم... بعد از این که سفره تمام شد اومد بیمارستان. دکترا گفتند که فقط یک شکستگی به که بعد سه چهار ماه خوب می‌شه. خدا این جورى شفا می‌ده ...» (مرد ۵۰ ساله، شهرک قائم)

از این سفره‌ها و گردآمدن زن‌ها نکات جالبی می‌توان استخراج کرد: سفره‌هایی که زنان برای زنان ترتیب می‌دهند، در خدمت همبستگی زنان در جامعه‌اند. سفره راهی است برای زنان که به آینده خود امیدوار بمانند و غمخوار و یاور همدیگر باشند. سفره مجالی مهیا می‌کند که زنانی با باورها و اعتقادات، جایگاه اجتماعی و خلق‌وخوی مشترک با هم معاشرت کنند. به لحاظ روانی زن‌ها می‌توانند سرسفره آرامش بیابند، از ملال زندگی روزمره بگریزند، باورهای مذهبی‌شان را تقویت کنند و به روزهای بهتر پیش‌رو امید ببندند. سفره بخش مهمی از باورهای مذهبی زنان مهاجر است که هم به آن‌ها آرامش می‌دهد و هم اجتماعی برایشان مهیا می‌کند و همچنین برایشان مجالی را فراهم می‌آورد تا با یکی از راه‌هایی که به رویشان گشوده است، در گستره دینشان نقشی ایفا کنند، زیرا دستیابی به غالب نقش‌های مهم‌تر و جایگاه‌های بالاتر برایشان ناممکن است.

### پ: نذر و دعا

نذر در تعاریف دینی آن است که انسان در قالب این عبارت بگوید «نذر کردم که اگر مثلاً مریض من خوب شد برای خدا بر من است که فلان کار خیر را انجام دهم». مثلاً فلان مقدار پول به فقیر بدهم. یک معامله پایاپای با خدا! نذرها بسیار متنوع، برخی مادی و برخی غیرمادی‌اند. به‌جز انداختن سفره - که مختص به زنان است - می‌توان از ختم قرآن و خواندن ادعیه، رفتن به زیارت اماکن مقدس (گاهی با پای پیاده)، قربانی گوسفند، کمک به تهیه جهیزیه، خرید لباس و لوازم‌التحریر برای ایتام و... نام برد. موارد نام برده شده همه و همه جز نذرهایی است که مهاجران برای گرفتن حاجت خود بالأخص شفای بیماران خود انجام می‌دهند. خیلی از این اعمال به‌طور دسته‌جمعی انجام می‌شود که به انسجام اجتماعی مهاجرین در غربت بیش از همیشه کمک و همبستگی و همدردی و همدلی را در میان آنان تقویت می‌کند و روحیه جمعی را بالا می‌برد. شک نیست که همین روحیه می‌تواند در سلامت روحی و در نتیجه جسمی یک قوم و حتی یک ملت مؤثر بیفتد.

«ما حدود بیست خانواده هستیم که هر شب سه‌شنبه و جمعه مراسم دعا داریم به‌صورت گردشی یعنی هر هفته منزل یکی از اعضاست. تقریباً سالی دو سه بار خونه هر کس برنامه داریم بعضی‌ها نذر دارند که مثلاً ماه رمضان یا دهه محرم مراسم ویژه بگیرند. بعضی‌ها هم برای مشکلاتشون خارج از برنامه مراسم می‌گیرند.» (مرد، ۳۵ ساله)

تدارک و شرکت در برنامه‌های این‌چنینی در بین مهاجران بسیار مرسوم است. حضور در این برنامه‌ها برای آن‌ها آرامش روانی خاصی را به همراه می‌آورد. در همین مجالس است که آن‌ها دست به نذر و دعا برای مشکلات خود برمی‌دارند:

«پدرم یک مرض گرفته بود که درد امونش نمی‌داد.. نمی‌دونستیم چیه هر جا بردیم جواب نگرفتیم از دکتر علفی تا دکترای متخصص تو تهران. اونا می‌گفتند باید ۲۰ میلیون خرج کنی تازه معلوم نیست درست بشه. بابام تو هیئت

ماه محرم نذر کرد که آگه خوب بشه هر شب سه شنبه پیاده بره جمکران. بعد مدتی نذر و نیاز بابای ما خوب شد ... خیلی عجیب بود. الان حدود چند هفته است که ما هم باهاش می‌ریم پیاده... آدم باید اعتقاد داشته باشه وگرنه نمی‌شه بابای من اعتقاد داشت.» (مرد ۲۵ ساله)

«مادرم هر وقت یه مشکلی برای ما پیش میاد، کمی پول نذر کمک به جهیزیه دخترای بی‌سرپرست می‌کنه. تو هیئت محلمون خانم‌ها یه انجمن دارن که برای همین درست شده. واقعاً که خیلی جواب می‌ده. مثلاً مادر بزرگم خیلی مریض بود و از درد شب‌ها خوابش نمی‌برد. مادرم نذر کرد و اون خوب شد. هر چند که دو ماه بعد فوت کرد ...» (پسر ۱۸ ساله)

و یا مرد دیگری در پاسخ به این پرسش ما که چنانچه همسر یا فرزندت بیمار شوند چه می‌کنی؟ گفت:

«میرم حرم، دعا می‌کنم. من با کس دیگه‌ای کار ندارم. من شخصاً خودم، از نظر دکتر فقط عقیده به خدا دارم. خدایا درست می‌کنی درست کن، من که دکتر نمی‌برم ... من یکی از دو مادامون، خدا شاهده، حالش بد بود. اعصابش قاطی کرده بود، اینقدر دکتر بردن، ده میلیون خرجش کردن، نشد که نشد. همین شاه سیدعلی، یه امامزاده اس، نذر کردیم یه فرش و یه گوسفند گرفتیم و رفتیم. گفتیم یا امشب اینو «درستش می‌کنی یا از بین ببرش. تقریباً صد نفر بودیم. خدا شاهده که شب خوابیده بود همون‌جا. هنوز اخون نزده بود که از حرم صدا کرد: درو واکنین، ما دُرُست شدیم. اینا واقعیته. درو وا کردیم آوردیمش بیرون. همه لباساشو تیکه‌تیکه کردن و بردن برای تبرک چون خدا شفا داده بود. خدیثش، ما هر رقم با خداییم، کس دیگه رو کار نداریم. باید عقیده به‌خدا داشته باشی، آگه عقیده نداشته باشی نمیشه.»

سید جواد، مهاجر ۳۵ ساله که حدود ده سال است که در ایران حضور دارد. او در افغانستان ازدواج می‌کند و دو ماه بعد به ایران می‌آید. به دلایل پزشکی او نمی‌توانست صاحب فرزند شود. پزشکان ایرانی مشکل را از سمت او می‌دانستند. او مدت هشت

سال، هر اقدام پزشکی که از دستش بر می‌آمد انجام داد ولی به نتیجه‌ای نرسید. به ناگاه دوسال قبل، خانم سیدجواد باردار می‌شود که به باور او هیچ توجیه پزشکی نداشت. او دلیل این بارداری را نذر و نیازهای فراوانی می‌داند که مادر و پدرش در افغانستان برای آن‌ها انجام داده بودند:

«از دو سال بعد از ازدواج حس کردم که اشکالی در بارداری خانمم وجود دارد. دکتر که رفتیم گفت که اشکال از سمت منه، من اول به خانومم این موضوع رو نگفتم. چند تا دکتر دیگه هم که رفتیم او نا هم همین نظر رو داشتند. خانومم خیلی نگران و مضطرب بود. یک بار به من گفت که تو نمی‌خواهی بری به زن دیگه بگیری که برات بیچه بیاره؟ چون خودش فکر می‌کرد که حتماً اشکال از اونه، منم که بهش نگفته بودم. من که دیدم خیلی ناراحته، گفتم خدا رو خوش نیما، طاقت نیاوردم و بهش گفتم که مشکل از سمت اون نیست ... وقتی خانمم فهمید که اشکال از منه اخلاقمش با من خیلی بد شد ... خیلی بد ... اصلاً با من بیرون نمی‌اومد، یه پارکی جایی ... خودش رو تو خونه حبس می‌کرد. همش می‌گفت مردم چند تا چند تا بیچه دارن ما یکی هم نداریم. چشم و همچشمی هم که حسابی تو ذاتش داشت این بیشتر آزارش می‌داد. وقتی با مادرم صحبت می‌کردم و اونم می‌دید که چه فشاری روی منه، کلی نذر و نیاز کرد. همش داشت برای ما دعا می‌کرد که خدا به ما یه بیچه بده ... تا این‌که دو سال پیش خانمم باردار شد! خیلی عجیب بود. چون مادر خانمم در قم بود، خانمم اصرار کرد که برگردیم قم پیش مادرش و می‌گفت که اون نمی‌تونه از پس این زایمان بر بیاد باید پیش مادرش باشه. من می‌گفتم که مادرت بیاد تهران چون من کارم تهران بود و نمی‌تونستم برم قم. ولی این قدر خانمم به من فشار آورد که مجبور شدم برم قم. اون‌جا یه خونه گرفتم که نوساز بود و هنوز بوی گچ و رنگ توش می‌اومد. وقتی بیچه به دنیا اومد تو زمستون هوا سرد بود ما بخاری رو زیاد می‌کردیم و با پلاستیک درها و پنجره‌ها رو پوشونده بودیم. همین بوی رنگ و ... روی تنفس بیچه اثر گذاشت

و مریض شد بردیمش دکتر، دو روز تو بیمارستان موند و بعدش هم مرد. من این مرگ بچه‌ام رو از چشم مادرم می‌بینم. چون او نذر زیادی کرده بود ولی انگار قصد نداشت اونو رو انجام بده. فکر می‌کنم خدا نخواست که ما بچه داشته باشیم».

مهاجر دیگری که دچار همین مشکل جنسی بود روایت دیگری داشت: «من سال ۸۰ ازدواج کردم نه سال بچه‌دار نشدیم مشکلی که من داشتم اول دکتر نرفتم. گفتم امیدی به خدا هست ... سه چهار سال نرفتم بعد خانم و مادر خانوم گفتن که یه دکتري بریم، آزمایش دادیم و فهمیدیم که مشکل دارم. بعد دکتر گفتند که بیضه‌ها یکی‌اش بارور نمیشه و ضعیفه باید عمل بشه من هزینه‌اش رو نداشتم ... دیگه به خودم گفته بودم که چاره‌ای نیست قید بچه رو باید بزنیم. بعد دیگه خدا نصیب کرد قاچاقی رفتم عراق برای زیارت، با خانواده رفتیمتوسل شدم به این اهل بیت پیامبر... خیلی اون‌جا دعا کردم و خالصانه از خدا خواستم که این مشکل رو حل کنه. این که من پول ندارم عمل کنم که درست نیست بچه دار نشم ... خیلی امید نداشتم ولی ناامید هم نبودم ... تا این که پارسال خانمم گفت که باردار شده رفته بود سونوگرافی، گفت داری بابا می‌شی... وقتی خبر رو شنیدم گریه‌ام گرفت آخه مطمئن بودم که دعاهایی که تو کربلا کرده بودم مستجاب شده ... خلاصه الان یه بچه یک ساله دارم اسمش رو هم گذاشتم ابوالفضل. خدا اگر بخواد مشکل رو آسون می‌کنه. واسطه قوی‌تر از خانواده پیامبر پیش خدا که نداریم ... دکتر هم نرفتم و خدا بهم بچه داد یعنی واقعاً معجزه شد!».

### پنج شیوه درمان سنتی در نزد مهاجران

در ادامه، به پنج مورد از شیوه‌های درمان سنتی رایج در بین مهاجران افغانستانی در شهرک قائم قم یعنی دعانویسی، گیاهان دارویی، شکسته‌بندی، رگ‌گیری و حجامت اشاره خواهد شد:

### الف: دعانویسی

برخی از مهاجران، بخصوص زن‌ها، برای بعضی از گرفتاری‌های خود، گاهی برای پیش‌گیری و گاهی درمان بیماری به سراغ دعانویس‌ها هم می‌روند. دعانویس در واقع با استفاده از آیات قران، ادعیه و علوم غریبه برای فرد گرفتار نسخه‌ای می‌پیچد. تعداد این دعانویس‌ها کم نیست و اغلب آنها از سادات هستند که به‌نظر مردم برای اینکار شایسته‌تر می‌آیند. بیشتر مشتریان دعانویس‌ها بانوان مهاجرند، ولی باید گفت که دعانویسی مانند صدقه فقط به مهاجرین و زنان منحصر نمی‌شود بلکه در میان بسیاری از ایرانیان هم رواج دارد و به نوعی سبک زندگی مردم را تشکیل می‌دهد. یکی از خانم‌های مهاجر می‌گفت:

«یه حاج آقای ساداتی همت هست که من معمولاً پیش اون میرم. به‌من دعا میده و یا می‌گه صدبار این ذکر رو بگم. خدا می‌دونه که نتیجه می‌ده. البته باید اعتقاد داشته باشی».

در ذهن مهاجرین افغانستانی، مانند بسیاری از ایران‌ها، مرجع و ملجأ، پیامبر، امامان و یا خود خداست. تکیه به این‌ها نه تنها سلامتی آنها را تأمین می‌کند بلکه خیال آنها را در قبال مخاطراتی که ممکن است ایشان را تهدید کند راحت می‌گذارد. راحتی خیال و اتکال به خدا تا آنجا پیش می‌رود که فرد میانسال افغانستانی به‌ما می‌گوید:

«من اصلاً بیمار نمی‌شم... آخه صدقه می‌دم و دعا می‌کنم. این سید علی برام یه دعایی نوشته که همیشه همراهم هست. این دعا نمی‌گذاره که من مریض بشم».

خیلی از مردان مهاجران که اعتقادی به این گونه اعمال ندارند، گاهی به اصرار انان خانواده، مجبور می‌شوند به این دعانویس‌ها مراجعه کنند:

«من مدت‌ها بچه‌دار نمی‌شدم. پول هم نداشتم که دکتر خوب برم. دیگه گفته بودیم قسمت ما همینه دیگه. خانمم و مادر خانومم اصرار داشتند که بریم پیش یه دعانویس، من اعتقاد نداشتم و می‌گفتم اینا خرافاته ولی بالاخره باهاشون

رفتم ... آخوند محله بود ... اون می‌گفت که روز چهل عروسی شما کسی اومده و شما رو چشم‌زده و قوه باروری شما رو کور کرده. حالا باید این دعا رو داشته باشید... به مدتی اون دعا رو نگه داشتیم بعدم انداختمش بیرون».

برخی مهاجران با این که اعتقاد دارند که این دعانویس‌ها قادرند کارهای خارق‌العاده انجام بدهند اما به دلیل سوءاستفاده‌هایی که دیده شده، از مراجعه به آن‌ها حذر می‌کنند. علی‌گوه‌ر مهاجر افغانستانی می‌گفت:

«من به دعانویس‌ها خیلی اعتقاد ندارم. یعنی داشتیم الان ندارم ... برای این که درآمدی داشته باشند کارایی می‌کنند. البته آدم‌هایی پیدا می‌شن که کارایی می‌کنند کتاب‌هایی هم دارند. تو افغانستان یکی شون به من می‌گفت که آگه من دعا بدم به این آب که داره می‌ره می‌تونم آب رو برگردونم ... یه بار خودم مریض شدم مریضی سختی هم بود، تو افغانستان جبهه بودم منتقل شدم خونه، رنگم کاملاً عوض شده بود نذری گرفتیم و ... رفتیم پیش دعانویس اتفاقاً [کسی در کودکی] طالع من رو دیده بود و گفته بود که تو سن ۱۸ سالگی خطر [تهدیدت خواهد کرد] البته اون موقع یه قدری به این حرفا اعتقاد داشتیم آگه اون خطر رو رد کنه دیگه خطری برایش نداره که تو ۱۸ سالگی پام رفت روی مین. حرفش درست بود ولی دیگه اعتقادی بهشون ندارم آخه خیلی‌هاشون شیادن ... زن‌ها رو فریب می‌دادند... به جای این که دعا بدن برای حل مشکل، برایش مشکل درست می‌کردند، خود دعانویس خلاف می‌کرده. به زنه گفته بوده باید با من باشی تا مشکل حل بشه زنه هم ساده رفته بوده... یا می‌گه باید روی شکمت دعا بنویسم و دستمالی می‌کنه بعضی‌ها دیده بودند و کار بالا گرفته بود و کتاب‌هاشو گرفته بودند و بازداشتش کرده بودند».

از طرف دیگر باید دانست که فراوانی دعانویسی قبل و بعد از بیماری، چه به‌عنوان پیشگیری و چه به‌مثابه درمان، حرفه‌ای در میان مهاجران سید ایجاد کرده و برخی از آنها را به شهرت رسانده است. تعدادی از آنان به‌طور تخصصی در این شغل جا افتاده‌اند. در ملاقاتی که با یکی از آن‌ها صورت گرفت اظهار می‌داشت:

«من دعا نویسم و از خدا می‌خواهم که مریض شفا پیدا کند. مردم هم هرچقدر بخوان، پول میدن، من مجبور شون نمی‌کنم.»

ما چند دعانویس را که بیشتر سعی می‌کنند از طرق ماورایی دست به شفای بیماران بزنند، در طول پژوهش خود شناختیم. در این‌جا به برخی ویژگی‌های کاری آن‌ها اشاره می‌کنیم:

### ۱- فضای کار یک دعانویس

برخی از دعانویس‌ها در کنار خیابان بساط می‌کنند. تعداد این افراد زیاد نیست ولی به هر صورت می‌توان آن‌ها را در محیط‌های فقیر شهری مشاهده کرد، اما عمده آنان، در منزل خود کار می‌کنند و اتاقی را به این کار اختصاص داده‌اند. در شهرک قائم، ما توانستیم به محل کار یک دعانویس راه بیابیم. او در طبقه اول خانه‌ای سکونت داشت که دارای دو اتاق ۱۲ متری بود. یکی از اتاق‌ها دفترکار او بود. بر در و دیوار اتاق، عکس‌های مذهبی متعددی وجود داشت که شامل تمثال‌ها و عکس‌هایی از مزار ائمه در کربلا نجف و ...، آیات قرآن، احادیث و ... می‌شدند. وجود حجم زیادی از کتاب، از مشخصات بارز این مکان بود. وقتی به کتاب‌ها نگاهی انداختیم در بین آن‌ها، انواع کتاب، خصوصاً کتاب‌های عربی فراوانی وجود داشت. کتاب‌های کهنه زیادی در قفسه‌ها وجود داشت که نشان می‌داد قدیمی هستند. در بین کتاب‌ها یک فرهنگ لغت اسپانیولی نیز بود. وقتی از دعانویس درباره کتاب پرسیدیم ابتدا کتاب را از دست ما گرفت و ما را از کتابخانه دور کرد. و گفت:

«بله شما بهتر می‌دانید که همه کتاب‌ها بالاخره روزی به‌کار میان، مثلاً همین کتاب که به زبان اسپانیایی، از کجا معلوم شاید به روز به مشتری اسپانیایی داشتیم که این کتاب تونست کمکم کند. هیچ کار خدا بی حکمت نیست. آگه این کتاب اینجاست یعنی خدا صلاح دونسته که این‌جا باشه و خودشم می‌دونه برای چی. من و شما که نمی‌دونیم؟ این رو یکی از دوستان داده بود به من ...»



استفاده از کتاب‌هایی با ظاهر قدیمی هم می‌تواند این فضا را جلوه‌ای دیگر ببخشد. اصرار بر نشان دادن این که نسخه‌ها از کتب قدیمی و خطی استخراج می‌شوند، بر حیثیت دعانویس می‌افزاید:

«... من نسخه‌هایی که می‌دم همش از کتاب‌های معتبره، سند داره. بعضی از این کتاب‌ها اصلاً منحصر به فردند جای دیگه پیدا نمی‌شه مثلاً همین (کتاب کهنه‌ای را به‌ما نشان می‌دهد ولی اجازه این را که به آن دست بزنیم، نمی‌دهد) از این کتاب همین به دونه وجود داره، نسخه خطیه، این رو تو افغانستان از یه پیرمردی که تو کوه زندگی می‌کرد گرفتم. خودش به‌من داد. می‌گفت که یه عمر از اون مراقبت کرده تا اون رو به اهلس بسپاره... همین طوری که نیست. این به این راحتی که به دست نیومه...»

## ۲- وجه دریافتی

به‌طور معمول دعانویس از بیمار پول مشخصی نمی‌گیرند (هر چند که مراجعین قیمت‌ها را نزد خود می‌دانند)، بیمار هر مقدار که مایل باشد، پولی را در صندوق می‌ریزد:

«... خانواده‌هایی میان پیش ما که خب معلومه وضع مالی خوبی ندارن و بیچاره‌ها گرفتارن. خب من که از اونا پول نمی‌گیرم و حتی بهشون کمک هم می‌کنم. برای همین اون صندوق رو دم در اتاق گذاشتم که هر کی خواست از اتاق بره بیرون هر چقدر که دوست داشت اون جا بریزه. گذاشتم اون جا که هر کس هر چقدر دوست داشت بریزه و مطمئن باشه که من هم حتی نمی‌بینم. برای این که حتی خودمم هم ندونم که کی چقدر می‌ریزه، معمولاً آگه ناچار نباشم، هفته‌ای یک‌بار بازش می‌کنم و پولا رو در میارم.»

علاوه بر آن، دعانویس معتقد است که:

«کار ما عشق است ما پول نمی‌گیریم... ما تاجر نیستیم و به خاطر پول کار نمی‌کنیم... ما در راه رضای خدا کار می‌کنیم... ما هیچ کاره‌ایم...، ما تنها

واسطه‌ای میان بیمار و خدا هستیم...». با استعمال چنین کلماتی روند درمان حالتی قدسی به خود می‌گیرد. دعانویس می‌گفت: «... من اعتقاد دارم که روزی آدم رو خدا می‌ده. پس باید به خودش توکل کرد. خدا این علم رو به من داده تا مردم رو با دعا شفا بدم خب خدا خودش روزی من رو می‌رسونه هیچ وقت تو زندگی لنگ پول نشدم. یادم میاد که یه چند وقتی کسی نمی‌اومد یا خیلی کم می‌اومد. تا این که یک روز یه آدمی اومد این جا یه کیسه به من داد و گفت این پول برای شماست. تو هر راهی که صلاح می‌دونید خرجش کنید. یعنی می‌خوام بگم که پول این کار خدایه...»

### ۳- نسخه پیچی

اساس کار دعا نویس ارجاع مسئله شفا به خداوند است: «ما در اینجا واسطه‌ای بیش نیستیم، برو و دعا کن که شفا یابی». بیمار به امید شفا نزد دعانویس می‌آید و نه درمان. البته باید اذعان کرد که کار این درمانگران تنها امور شفابخشی نیست، بلکه مسائلی از قبیل بخت‌بستن، طلب روزی، جن‌گیری، ازدواج، دفع شر، ایمن بودن از مکر شیطان... نیز هست.

نحوه تجویز این دعانویسان معمولاً به این صورت است:

الف. نوشتن دعا روی ورقه کاغذ و دادن دستورالعمل‌هایی مانند: ریختن آب روی این دست‌نوشته‌های دعا و آشامیدن آن در وعده‌هایی متناسب با اوقات اقامه نماز و نیز در اوقات غیرمعمول، مانند نیمه‌های شب، قبل از دمیدن سپیده.

برای مثال برای انجام مطلوب کارها و ایمنی از بلاها و شیطان دو مربع چهار در چهار به همراه دعا به فرد داده می‌شود. به باور آنها، هر کس این مربع را همراه خود داشته باشد و هر روز هفتصد و هشتاد و شش نوبت بخواند، هر طلسمی را که بخواهد می‌تواند باز کند و همه مشکلات بر وی آسان می‌گردد و بعد از فراغ، باید یکصد و سی و دو نوبت صلوات بفرستد، در این حال، روزی او گسترده و صفای باطن پیدا خواهد

کرد و هیچ کاری برای او مشکل نخواهد بود. فرد باید همیشه معطر و وضو داشته باشد و دعا را نیز معطر ساخته و با خود نگه دارد. دعانویسان بر این باورند که بهترین زمان نوشتن این طلسم روز جمعه بعد اذان صبح و تا قبل از طلوع آفتاب و یا در ساعات سعد است، هنگام نوشتن باید وضو داشت و معطر بود، از جوش شیرین یا بخور کندر استفاده شود و دهان با کشمش یا عسل شیرین باشد. اگر این دعا روی کاغذ نوشته می‌شود از کاغذ زرد رنگ و از آب زعفران به عنوان مرکب استفاده شود. در ضمن اگر روی کاغذ نوشته می‌شود هر چهل روز آن را در آب روان انداخته و دوباره بنویسد. بهترین لوح برای نوشتن ختم بسم الله روی فلز نقره است که بعد از نوشتن به گردن آویزان و یا در بازوی راست قرار می‌گیرد و لوحی دائمی است. قبل از نوشتن باید ۳ بار آیت الکرسی خواند و در چهار طرف و سر آخر بر لوح فوت شود. ذکر (یا حفیظ، یا حافظ، یا وکیل، یا متین) خوانده می‌شود و بر چهار طرف و بر لوح فوت می‌شود و سپس دعانویسی آغاز می‌شود.

در نهایت باید توجه داشت که دعانویسی نباید در روزهای نحس انجام شود. اگر دعا روی کاغذ نوشته شده باشد باید تا ۳ شب در بین صفحات قرآن قرار داده شود، سپس ۲ هزار تومان صدقه دهد و آن راهمیشه همراه خود داشته باشد، اما اگر لوح فلز نقره یا سنگ عقیق سرخ باشد، در داخل لیوان قرار داده و در لیوان گلاب و برگ گل سرخ ریخته و در شب هنگام روی بام ساختمان (شبی که ستارگان در آسمان باشند) قرار داده تا سپیده بدمد. سپس صبح هنگام گلاب و برگ گل را در داخل گلدان یا باغچه خانه‌تان ریخته و مبلغ ۲ هزار تومان صدقه دهد و لوح را همراه خود داشته باشد. هر گاه فرد حس کند که طلسم شدید دارد یا جادو شده است، ضمن این‌که این لوح را هر روز باید همراه داشته باشد باید در روز ۷۸۶ بار ذکر (بسم الله الرحمن الرحیم) را تکرار کند و بعد از آن ۱۳۲ بار صلوات فرستد و سپس بگوید (هر که مرا کرد عاقل من کردم باطل) و بعد به خود و تمام اطراف خود فوت کند. دعانویسان معتقدند که به برکت این ذکر هر طلسمی را که وجود داشته باشد، باطل خواهد شد.

دعانویسان فوایدی را برای انجام این کار در هر روز برمی‌شمارند: ابطال هر طلسم و جادو، رفع مشکلات، برآوردن حاجات، گشادگی روزی، رسیدن به صفای باطن، سهولت کارها، گشایش کارها، ایمنی از بلاها.

ب. تلفیق اعدادی با بار معنا (اعداد ابجد) و نشانه‌های خاصبر این دست‌نوشته‌ها، مانند: اعداد هفت، سه. مثلاً هفت بار این دعا را بخوانید، هفت بار صلوات ختم کنید، هفت بار دور آن بچرخید، سه بار استخاره کنید، سه بار بر حسین (ع) سلام بفرستید و غیره.

مثلاً برای ازدواج دو نفر که آیا ستاره بخت این دو نفر با هم جفت هست یا نه؟ و در آینده تا آخر با هم زندگی می‌کنند یا نه؟ دعانویس، ابتدا نام و نام مادر هر دو را به ابجد کبیر در آورده و بعد جدا جدا حساب کرده و با هم جمع می‌کند. سپس عدد حاصل را بر ۵ تقسیم و با توجه به باقی‌مانده نتیجه را مشاهده می‌کند:

- اگر باقی‌مانده اعداد ۱ یا ۳ یا ۵ شود: وصال حاصل می‌شود (ستاره جفت) و تا آخر با یکدیگر زندگی خواهند کرد.

- اگر باقی‌مانده اعداد ۲ یا ۴ شود: نتیجه عدم وصال است (ستاره طاق) و زندگی آن‌ها سرانجامی ندارد.

- اگر باقی‌مانده عدد صفر شود: نه جفت و نه طاق است، در این صورت وصال میسر می‌شود اما همیشه در کشمکش و جدل خواهند بود.

جدول حروف ابجد کبیر بدین صورت است:

۷ = ز	۶ = و	۵ = ه	۴ = د	۳ = ج	۲ = ب	۱ = آ
۵۰ = ن	۴۰ = م	۳۰ = ل	۲۰ = ک	۱۰ = ی	۹ = ط	۸ = ح
۳۰۰ = ش	۲۰۰ = ر	۱۰۰ = ق	۹۰ = ص	۸۰ = ف	۷۰ = ع	۶۰ = س
۱۰۰۰ = غ	۹۰۰ = ظ	۸۰۰ = ض	۷۰۰ = ذ	۶۰۰ = خ	۵۰۰ = ث	۴۰۰ = ت

برای مثال، فرض کنید علی و مریم قصد دارند با هم ازدواج کنند:

آقای [حسین]:  $(ح = ۸) + (س = ۶۰) + (ی = ۱۰) + (ن = ۵۰) = ۱۲۸$

فرزند [فاطمه]:  $(ف = ۸۰) + (ا = ۱) + (ط = ۹) + (م = ۴۰) + (ه = ۵) = ۱۳۵$

خانم [یاسمن]:  $(ی = ۱۰) + (الف = ۱) + (س = ۶۰) + (م = ۴۰) + (ن = ۵۰) =$

۱۶۱

فرزند [نسترن]:  $(ب = ۲) + (ت = ۴۰۰) + (و = ۶) + (ل = ۳۰) = ۷۶۰$

مجموع ۴ اسم بالا برابر است با: ۱۱۸۴

باقیمانده تقسیم ۱۱۸۴ بر ۵ برابر می‌شود با ۴، بنابراین، نتیجه عدم وصال است و زندگی آن‌ها سرانجامی نخواهد داشت. دعانویس معتقد است که سرنوشت هر کاری دست خداست و هر چه خدا بخواهد همان خواهد شد و هر کاری برای خدا انجام گیرد ضرر و زیانی در آن نیست.

#### ۴- نحوه مصرف پول ویزیت

به‌طور کلی، بسیاری از دعانویسان ادعا می‌کنند همه پولی را که مراجعین به‌طور غیرمستقیم به آن‌ها می‌دهند برای خودشان هزینه نمی‌کنند بلکه بخش زیادی از آن را صرف مراسم مذهبی و امور خیر می‌شود:

«... همه مردم می‌دونن که من این پولی رو که از این راه بدست میارم تو همین

راه مصرف می‌کنم. من هر هفته تو خونه‌ام مراسم زیارت عاشورا دارم. من با

همین پولی که مردم می‌دن این مراسم رو برگزار می‌کنم. خرجی زن و بچه رو

هم خدا می‌رسونه...»

#### ب: گیاه درمانی: دکتر یونانی (علفی)

در بین مهاجران رفتن پیش افرادی که با استفاده از داروهای گیاهی به شفای بیماران می‌پردازند، بسیار رایج است. این درمانگران معمولاً دو دسته هستند. عده‌ای

صرفاً به دادن یک یا چند نوع گیاهو ترکیباتی از آنها برای درمان افراد بسنده می‌کنند، اما عده دیگر علاوه بر داروهای گیاهی به دادن نسخه‌های ماورایی مانند ذکرهای مقدس و انواع مختلف دعاها و.. نیز می‌پردازند. تفاوت این افراد با دعانویس‌ها در این است که دعانویس فقط به دادن نسخه دعا بسنده می‌کند ولی این افراد از داروهای گیاهی نیز استفاده می‌کنند. یکی از این طبیبان حمیدالله است که بیشتر به «حکیم نوروز» شهرت دارد. این «حکیم» از هفت‌سال به این سو در مغازه‌ای در قم به مداوای بیماران مشغول است. او می‌گوید این طبابت را ظرف ۲۰ سال آموزش نزد استادان مختلف در افغانستان و پاکستان فراگرفته است. حکیم نوروز می‌گوید:

«کودک بودم که نزد طبیب «رام‌سنگ گل‌ریزی»، که از جمله همسایه‌های ما در شهر چاریکار، مرکز ولایت پروان بود به شاگردی نشستیم. تقریباً ۱۲ سال با او در پروان، کابل و جلال‌آباد کار کردم. همراه با استادم به پاکستان و هندوستان هم سفر کردم. تا بالاخره استادم در پاکستان فوت کرد. پس از آن تقریباً هفت سال دیگر با یک طبیب دیگر در جلال‌آباد کار کردم».

حکیم نوروز در اتاق کوچک خود در قم داروهای گوناگون گیاهی گذاشته و آنها را در بطری‌های شیشه‌ای، دورتادور اتاق خود چیده است. او با این داروها به درمان بیماری‌های گوناگونی می‌پردازد. این شیوه سابقه طولانی در افغانستان دارد. مردم، به ویژه روستاییان در افغانستان از گذشته‌های دور با این روش درمانی آشنایی دارند. وقتی یک مهاجر منتظر بود که حکیم نوروز او را معاینه کند، می‌گفت:

«وقتی سرما بخوری و سرفه داشته باشی، فقط کافیه چند تا قرص از حکیم نوروز بخوری و بخوری. اگر بری دکتر، بیماریت رو خیلی بزرگ نشون می‌دهد و اون وقت باید پول زیادی بدی».

بیماری به نام شفیع، که از داروهای گیاهی استفاده می‌کند گفت:

«پاهام جلوی حرارت تقریباً از حرکت باز می‌ماند. چندین بار به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های جدید مراجعه کردم و پول زیادی هم مصرف کردم، اما نتیجه

نداد. بالاخره نزد یک طبیب گیاهی رفتم، طبیب نوعی مرهم را که ساخت هند بود در مقابل ۵۰ هزار تومان به من داد که با استفاده از آن خوب شدم.» مهاجران بیمار برای درمان بیماری‌های گوناگونی به طبیبان سنتی مراجعه می‌کنند. او گفت:

«بیشتر افرادی که دچار به بیماری‌های زردی (یرقان)، کلیه و بواسیر و همچنین مشکلات جنسی باشند، به ما مراجعه می‌کنند.»

دکتر یونانی‌ها معمولاً برای ارتباط و احضار ارواح مردگان از گیاه قاصدک، بومادران و رزماری، برای تقویت رابطه عشقی ضعیف، از غنچه گل سرخ، گل اسطوخودوس، برای طرد فیزیکی و طبیعی هر چیز مزاحم، اشخاص فضول، عاشق، سمج و نامطلوب و از همه مهم‌تر دشمن قوی، از نمک، فلفل قرمز، فلفل سیاه، برای جذب عشق، رؤیا و شهوت از گیاه اسطوخودوس، بومادران و رزماری استفاده می‌شود. همچنین، برای جذب پول سه گیاه فلفل فرنگی شیرین، دارچین و آویشن را بصورت خشک شده و پودر نشده در کنار هم در کیف پول قرار می‌دهند.

#### پ: شکسته‌بندی

با این که امروزه روش‌های جدید اورتوپدی به‌طور معجزه‌آسایی بیماران نیازمند را مستغنی و با پروتزهای بسیار متنوع و پیچیده و ظریف نقص اعضاء را مرتفع می‌سازند، اما هنوز اعتقاد به روش‌های آباء و اجدادی حتی در میان اقوام و ملل جهان وجود دارد. در این صورت واضح است که مهاجران اعتقاد و اعتماد خود را نسبت به این شیوه‌ها حفظ کرده باشند. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، در بین مهاجران شکستگی استخوان، به دلیل انجام کارهای یدی بسیار شایع است و بدین گونه بازار کار شکسته‌بندها در بین مهاجران گرم است. شکسته‌بندی برای درمان انواع شکستگی‌های غیر باز، مانند اختلالات دیسک، دررفتگی‌ها، گرفتگی ماهیچه‌ها، پارگی یا آسیب دیدگی تاندون‌ها و رباط‌ها و هرگونه ناراحتی و اختلال در عملکرد ستون فقرات کاربرد دارد. شکسته‌بند با

استفاده از فنون مانند رگ‌گیری، ماساژ، بادکش، ضمادگذاری (با شیره نباتات، عصاره گیاهان، روغن حیوانات)، قولنج‌گیری، جانداختن مفاصل و آتل بندی به درمان بیماران می‌پردازد. بسیاری از بیماری‌ها نظیر دیسک کمر، دردهای مفصلی و استخوانی، رماتیسم و آرتروز با کمک این شیوه قابل درمان است.

شکسته بند با تشخیص شکستگی یا خردشدگی استخوان از طریق حس لامسه، با حرکات دست آن را سرجایش بر می‌گرداند و محل شکستگی با یک ضماد (که هر شکسته بند فرمول خاص خود را برای تهیه آن دارد) مانند مخلوط خمیری شده از نبات کوبیده شده، بار درخت زردآلو، تخم‌مرغ و آرد محکم بسته می‌شود. این ضماد کارکرد گچ را دارد. وقتی روی موضع زخم بسته می‌شود زود خشک و سفت می‌شود و مانند گچ دور موضع را فرا می‌گیرد تا از حرکت آن جلوگیری کند. در عین حال این ضماد باعث کاهش درد نیز می‌شود. سپس تخته چوبی به حالت آتل دو طرف محل شکستگی قرار می‌گیرد و تا دو هفته ضماد باید روی موضع شکستگی بماند. بیمار باید بعد از این دو هفته مجدد به شکسته بند مراجعه کند تا محل شکستگی بررسی شود. اگر شکسته بند تشخیص دهد که شکستگی هنوز بهبود نیافته است و یا به اصطلاح استخوان نگرفته باشد، دوباره همین دارو و ضماد را تهیه می‌کند و مانند دفعه نخست، اقدامات آتل بندی را انجام می‌دهد تا آن هنگام که بهبودی حاصل شود.

با نادیده انگاشتن شکسته‌بندهای قلابی و نابلد، بعضی از مهاجرین تشخیص درمان از سوی شکسته‌بند ماهر رانسبت به ارتوپدهای مدرن بهتر می‌دانند و حتی مراجعه به پزشک را «مضر» قلمداد می‌کنند:

«دکتره می‌گفت شش ماه طول می‌کشد پات خوب شه، ولی آقا جواد شکسته‌بند با دمبه و... نمی‌دونم دیگه چیکار کرد دو روزه پام خوب شد.» «برای شکستگی میریم پیش شکسته‌بند. اول اون می‌فهمه چیه: در رفته یا شکسته. شکسته‌بند بهتره. پیش دکتر که میریم کج جوش می‌ده یا کتفمون در میاره.» «من با موتور خوردم زمین، دستم شکست. دو ماهیتو گچ بود. بعد خودمون اومدیم بازش



کردیم. خیلی درد داشت، تکون نمی‌خورد. رفتیم پیش همین شکسته‌بنده. نمی‌دونم با دمپایی و آرد نخودچی و تخم‌مرغ چیکار کرد، دستم خوب شد». شیوه‌های یادشده نشان می‌دهد که وقتی تکیه‌گاه مادی در زندگی یک قوم ضعیف باشد، احساس ناامنی بالا می‌گیرد. مردم خود به دست‌وپا می‌افتند و به مأمّن و مرجعی معنوی روی می‌آورند و با اتکال به آن آرام می‌گیرند. در این حال هرگونه موفقیتی را همچون ناکامی‌ها به آن نسبت می‌دهند و در واقع سرنوشت خود را به دست آن می‌سپارند. این جاست که می‌بینیم چنانچه بیمارشان شفا یابد و یا از دست برود، هر دو سرنوشت را در کف تقدیر می‌گذارند. به این ترتیب پزشک و دارو وسیله می‌شوند، وسیله‌ای که اگر خدا خواست مؤثر می‌افتد و چنانچه نخواست بی‌اثر می‌ماند. یکی از پیرمردان افغانستانی این جنبه از سبک زندگی مردمان خود را به‌خوبی با این کلمات توصیف کرد:

«دکتر و دوا وسیله‌ان. شفای اصلی خداس. آگه خدا بنخواد شفا بده اصلاً دکتر نمی‌خواد، آگه نخواد، صلتا دکترم بری نمیشه».

در اینجا دکتر و دارو به ابزارهایی می‌مانند که خدا در اختیار بشر قرار داده تا اگر خودش بخواهد، انسان‌ها را شفا دهد. در بین مهاجران هنوز شمار زیادی بنا بر مشکلات اقتصادی و گرانیدارو، برای درمان آسیب‌دیدگی‌های استخوانی نزد شکسته‌بندان می‌روند.

در محله‌های اقامت مهاجران، مانند افغانستان، تعداد زیادی شکسته‌بند (ماهر و غیرماهر) فعالیت دارند و روزانه افراد زیادی برای درمان شکستگی و بیماریهای استخوانی به آنان مراجعه می‌کنند. یکی از این شکسته‌بندان آقا جواد است که در شهرک قائم فعالیت می‌کند و در میان مهاجران شهرت دارد. او این حرفه را از پدرش فراگرفته و از نزدیک به سی سال پیش تاکنون بیماران را درمان می‌کند. او معتقد است که تجربه بهتر از دیگر وسایل، مانند عکس رادیولوژی یا اشعاع است. او بر این باور است که از تجربه خود برای درمان شکستگی استخوان کار می‌گیرد و کار او بهتر از پزشکان

مدرن نتیجه می‌دهد. آقا جواد معتقد است که بیشتر مهاجران به دلیل مشکلات اقتصادی به او مراجعه می‌کنند. در واقع، افراد فقیر به دلیل ناتوانی در پرداختن بهای درمان پرخرج بیمارستان‌ها به شکسته بندها مراجعه می‌کنند و با مصرف پول کم‌تری تندرستی خود را باز می‌یابند. در میان شکسته‌بندها افرادی هم هستند که در کار خود مهارت کافی ندارند ولی در کل، مردم از کار آن‌ها راضی هستند.

در جوامع سنتی، اعتقادات نقش عمده‌ای را در جریان حیات جامعه بازی می‌کنند. در جامعه مهاجران این نقش پررنگ است و در واقع راهنمایی مردم را در همه امور و به ویژه امر بهداشت و درمان برعهده دارد. بدیهی است که اعتقادات در نسل‌های بالاتر شدید و محکم‌تر و در نسل جوان اندکی ضعیف‌تر شده است، گو این‌که جوان افغانستانی را از نظر اعتقادی به هیچ وجه نمی‌توان با همسالان و همگنان غیرافغانستانی او مقایسه کرد. همین دینداری، نه فقط آن‌ها را به سوی ارزش‌های سنتی درمانی و شیوه‌های قدیمی سوق می‌دهد، بلکه رعایت بعضی نکات بهداشتی را الزام‌آور می‌سازد. در کل می‌توان گفت که فرامین شرعی در رعایت بهداشت به سلامتی هم جسمی و هم روحی آن‌ها کمک می‌رساند. در شرایط کمبود امکانات مادی، باورهای دینی بخشی از کمبودها را جبران می‌کنند.

### ت: رگ‌گیری

رگ‌گیری در طب سنتی رایج بین مهاجران افغانستانی، یکی از شیوه‌های درمان بسیاری از بیماری‌هاست. آن‌ها معتقدند در بدن رگ‌هایی وجود دارد که احتمال تجمع رسوبات در آن‌ها بالاست. تجمع رسوبات و سموم بدن در این رگ‌ها باعث بروز بعضی از بیماری‌ها و اختلال‌ها در کار این نظام‌های کالبدی می‌شود. در طب سنتی رایج در بین مهاجران افغانستانی به دو روش گوناگون این پدیده مواجهه صورت می‌گیرد: رگ‌گیری و حجامت. در تعریفی کاربردی، رگ‌گیری را باید نوعی ماساژ سنتی دانست که با ورز دستان روی ماهیچه‌ها، بافت‌های نرم بدن و مفاصل همراه با حرکات هدف‌مند

صورت می‌گیرد. این شیوه درمان بیشتر بر تحریک نقاط حساس عضلانی، بهبود گردش خون، رفع فشردگی عصب و اصلاح وضعیت قرارگیری بدن متمرکز است که در اثر آسیب‌دیدگی‌های حرکتی برای فرد به وجود آمده باشد.

در شیوه رگ‌گیری، درمانگر با هدایت خلط‌های ناسالم و سموم موجود در رگ‌ها به تخلیه آنها از کالبد فرد می‌پردازد. گاهی درمانگر با پراکنده‌سازی خلط‌ها و سم‌های رسوب‌یافته در یک عضو به درمان آن منطقه دست می‌زند. به‌عنوان نمونه، در برخی از نارسایی‌های کلیوی با کمک رگ‌گیری و پراکنده‌سازی سموم و اخلاط ناسالم از رگ‌ها می‌توان به درمان فکر کرد. در کنار رگ‌گیری، ارائه ماساژهای گوناگون به بیماران جهت هدایت سموم بدن و دفع آنها بسیار مؤثر است. درمانگران با راه‌های درمانی مخصوص به خود برای دفع سم‌ها از بدن بهره می‌گیرند. بنابراین با روش رگ‌گیری، می‌توان علاوه بر دفع سم‌های کالبدی و درمان بیماری‌ها، به پیشگیری از ابتلا به بیماری نیز دست یازید.

در بین مهاجران، رگ‌گیری به‌عنوان شیوه‌ای مفید در درمان گونه‌های مختلف کمردرد، دردهای سیاتیکی ناشی از دیسک مهره‌های کمر، التیام درد و ناکارآمدی حرکت مفاصل، انواع دردهای ماهیچه‌ای، استخوانی، میگرن، رگ‌به‌رگ شدن‌ها، دردهای ستون مهره‌ها و گردن، درد شانه، خشکی انگشتان، گزگز و بی‌حسی اعضای بدن، لرزش و سردی اندام‌ها، سینوزیت، اسپاسم عضله، قولنج‌ها، افزایش وزن و ... مورد استفاده قرار می‌گیرد. عبدالرحمن ۷۰ ساله، حدود سی و چهار سال است که به ایران مهاجرت کرده و تجربه فراوانی در رگ‌گیری دارد. او معتقد است بسیاری از بیماری‌ها و ناخوشی‌ها را می‌توان با رگ‌گیری درمان کرد:

«اگر از کسانی که من تا به الان رگ‌گیری کردم بپرسید می‌بینید که چقدر مفید بوده ... من حال آدم‌ها رو باهمین رگ‌گیری درست می‌کنم. این یکی از کارهای سنتی که مردم این‌جا بهش خیلی اعتقاد دارن.»

به باور مهاجران، این شیوه نسبت به شیوه‌های مدرن بسیار کارآمدتر است و نسبت به سایر روش‌های درمانی کمترین عوارض را در پی دارد. این شیوه بدون در نظر گرفتن سن و جنس، برای همه انسان‌ها، در همه جا قابل انجام است. شایان ذکر است که مدت رگ‌گیری، محل رگ‌گیری روش و تعداد جلسات با تشخیص رگ‌گیر مشخص می‌شود و قاعده کلی ندارد.

### ث: حجامت

حجامت نیز یکی دیگر از روشهای درمانی طب سنتی در بین مهاجران قلمداد می‌شود. حجامت یک روش خون‌گیری است که برای پیشگیری و درمان بعضی بیماری‌ها رواج دارد. اصولاً در بین مهاجران دو نوع حجامت وجود دارد: حجامت خشک (بادکشی) بدون تیغ و خون‌گیری و حجامت تر که با خون‌گیری همراه است. «حجامت خشک» در نقاط مختلفی از بدن صورت می‌گیرد و در بهبود بسیاری از دردها و رفع بیماری‌ها اثر موثری دارد. این شیوه از حجامت موجب گشادگی رگ‌ها و رفع گرفتگی آن‌ها و تحریک مویرگ‌ها می‌شود و در افزایش نیروی وضعیت ایمنی بدن نقش مهمی دارد.

در «حجامت تر» به شیوه تیغ‌زنی مقداری از خون فرد از بدنش خارج می‌شود. در بین مهاجران، «حجامت منافع» نوعی حجامت تر تلقی می‌شود که بین دو کتف بین مهره‌های سوم و چهارم صورت می‌پذیرد. همچنین حجامت سر (نجات‌بخش)، حجامت کمر (رهاننده)، حجامت ساق‌ها، حجامت نقره (برای اطفال)، حجامت‌های موضعی (روی کفل‌ها، ران‌ها، مقعد، کلیه، ریه و کبد) حجامت خورشیدی (حجامت تر همراه با بادکش) نیز در بین مهاجران رواج دارد. حجامت در پیشگیری و درمان بیماری‌هایی چون آسم، اعتیاد به مواد مخدر، نارسایی هضم غذا، سردردهای میگرنی و اعصاب، چربی و غلظت خون و بیماری‌های پوستی کاربرد دارد.

مهاجرانی که به کار حجامت اشتغال دارند معتقدند که برای بهبودی کامل، مراحل درمان باید کامل شود و به یک بار حجامت نباید بسنده شود. استفاده از وسایل استریل شده در این کار اهمیت فراوانی دارد که معمولاً در محله‌های مهاجرنشین کمتر به آن توجه می‌شود. به باور حجامت‌گران حجامت یک شیوه درمان نسبی است و نمی‌تواند درمان قطعی باشد. آن‌ها معتقدند که برای اصلاح کمیت خون بهترین زمان دوازدهم تا پانزدهم ماه قمری است، زیرا گردش خونی انسان به نیروی جاذبه ماه حساس است. در این ایام خون رقیق‌تر از زمان‌های دیگر می‌شود و می‌توان از طریق حجامت آن را دفع کرد. اما اگر هدف حجامت اصلاح کیفیت خون و دفع مواد زائد آن باشد، بهترین زمان پانزدهم تا نوزدهم ماه قمری است چرا که در این ایام خون غلیظ‌تر به سطح بدن می‌آید و می‌توان آن را استخراج کرد.

در روش حجامت، پوست بدن با ابزار مخصوصی خراشیده می‌شود تا خون بیرون بیاید، اما این خراشیدگی به لایه‌های عمیق پوست نمی‌رسد و به بخیه نیاز پیدا نمی‌کند. شفیع، یکی از حجامت‌گران افغانستانی، معتقد است که با شکم گرسنه نباید حجامت کرد و یک ساعت قبل از انجام آن مایعات فراوان باید نوشیده شود. یک روز قبل از حجامت باید از رابطه زناشویی خودداری کرد و دعا‌های وارده در این مورد را بر لب کرد. زنان در ایام عادت ماهیانه از این کار منع می‌شوند.

او خود را مقید می‌داند که حجامت را با وضو و رو به قبله انجام دهد، قبل از آن آیه‌الکرسی را بخواند و هنگام کار مدام صلوات بفرستد. او به مراجعان خود گوشزد می‌کند که تا ۱۲ ساعت پس از حجامت استحمام نکنند. شفیع می‌گوید:

«برای بعضیا نباید حجامت کرد مثلاً بلغمی مزاج‌ها، باید قبلش اون‌ها را آماده کرد و یا برای زنان باردار، یا در دوران عادت ماهیانه زنان، یا کسانی که کم خونی دارند... حجامت نه فقط برای درمان بلکه برای پیشگیری هم هست. پیرمردهایی که مرتب حجامت می‌کنند سالم‌ترند... حجامت می‌تونه دو بار در

سال برای هر کس صورت بگیرد... در احادیث ائمه هم هست که برای پیشگیری حجامت بسیار مفیده».

به دلیل توصیه‌های فراوانی که در دین اسلام به این امر شده، مهاجرین افغانستانی به این کار تمایل زیادی نشان می‌دهند. حمید یکی از مهاجرانی است که هر سال به این کار مبادرت می‌ورزد:

«من هر سال فروردین حجامت می‌کنم، اولین بار که من حجامت کردم غذا تو شکمم هضم نمی‌شد با حجامت درست شد. بهم گفتن آگه می‌خوای همیشه سلامت باشی هر سال این کار رو بکن، منم الان تقریباً ۲۰ ساله که حجامت می‌کنم حدیثم داریم که پیامبر گفته ...».

بسیاری از مهاجرین بر این باورند که حجامت نباید توسط کسی که شناخته شده نیست صورت بگیرد، زیرا ممکن است به علت عدم رعایت بهداشت به نتایج نامطلوبی از جمله ابتلا به هیپاتیت و ایدز منجر شود. همچنین در طی فرایند حجامت ممکن است فرد دچار خون‌ریزی شدید شود و اگر فرد متخصص نباشد می‌تواند مشکل‌زا شود. رامین، مهاجر ۴۶ ساله افغانستانی که در شهرک قائم حجامت انجام می‌دهد می‌گوید:

«من کار اصلی‌ام حجامت نیست، کشاورزم ولی تو فصل بهار معمولاً خیلی از مهاجرها برای حجامت پیش من میان، من این کار رو از پدر بزرگم یاد گرفتم، من همیشه بهشون می‌گم درسته کسایه دیگه‌ای هم هستن که ارزون‌تر میگیرن ولی این کار هزارتا پیچ‌وخم دازه که آگه رعایت نشه داستان میشه ... مثلاً بعد حجامت نباید دراز کشید و باید تحرک بدنی داشت خب آگه کسی این رو ندونه ممکنه سخته مغزی بکنه...»

باور به انجام حجامت در بین مهاجران، مانند سایر شیوه‌های پیش‌گیری و درمان موافقان و مخالفان خودش را دارد ولی اغلب آن‌ها انجام این امر را برای بدن مفید می‌دانند.

## نتیجه

از جمله مباحث مورد مطالعه در انسان‌شناسی پزشکی بررسی شیوه‌های مواجهه جماعت‌های گوناگون با مسئله سلامت، بهداشت و امور پزشکی است. آنچه در این میان می‌تواند از اهمیت بسزایی برخوردار باشد مطالعه امر پیشگیری و درمان سنتی در بین اقلیت‌های قومی در یک پهنه جغرافیایی باشد. مهاجران افغانستانی با جمعیتی حدود سه میلیون نفر با پراکندگی نسبتاً وسیع، یکی از اقلیت‌های مهم در ایران به‌شمار می‌روند. این مهاجران که ریشه اکثر آن‌ها به روستاهای افغانستان باز می‌گردد دارای سنت‌ها، باورها و رفتارهای عمیق فرهنگی در مواجهه با مسئله پیشگیری و درمان هستند. سازوکارهای سنتی بهداشتی در بین مهاجران معمولاً از نسل‌های گذشته به صورت سینه‌به‌سینه و گاهی به صورت مکتوب به آن‌ها رسیده است. با وجود طب مدرن در ایران شاهد هستیم که این سازوکارهای سنتی همچنان به عنوان یکی از عناصر قوی در سلامت و بهداشت مهاجران نقش ایفا می‌کنند.

با تأکید بر مفهوم «اکوسیستم» می‌توان ملاحظه کرد که چگونه مجموعه‌ای از پیوندها بین عناصر درونی فضای اجتماعی ایرانی که در عین حال فرصت‌ها و تهدیدهایی را دامن می‌زند، به انطباق مسئله سلامت و بهداشت آنان در ایران منجر شده است. شاید برساخت فرهنگی مهاجران افغانستانی از دنیای پزشکی ایرانی مسئله‌ای قابل تأمل باشد زیرا هیچ‌گاه مفاهیمی چون بیماری و سلامت به شکل واقعی فیزیکی و مستقل از دلالت‌ها، هنجارها و باورهای اجتماعی-فرهنگی فهم نمی‌شوند. در واقع این مفاهیم تنها از خلال باورهای فرهنگی فهم‌پذیر می‌شوند. از آن جایی که این باورها با باورهای جامعه میزبان تفاوت‌های بارز ندارند، این انطباق پزشکی و بهداشتی با سهولت بیشتری صورت می‌گیرد.

همچنین باید ملاحظه کرد که مفهوم الگوهای تبیینی و تفسیری از بیماری و ناخوشی در بین مهاجران افغانستانی تفاوتی اساسی در فهم رابطه بین بسترهای فرهنگی و بیماری به شمار می‌آید. در این جا بیماری را نباید بخشی از طبیعت زیستی مهاجرین

در نظر گرفت بلکه باید آن را در درون فرهنگ و به مثابه واقعیتی انسانی فهم کرد که تنها از طریق تفسیر درمانگران و خود بیماران قابل کشف خواهد بود. به عبارتی، واقعیت‌های پزشکی مهاجران در محیط‌های پزشکی سنتی-مدرن برساخته می‌شوند. بنابراین باید با استفاده از تعاملات زیست‌شناسانه، کنش‌های اجتماعی و مقوله‌های معنایی فرهنگی به کشف برساخت‌های ملهم از واقعیت پرداخت. بدین ترتیب است که سوء تفاهماتی که در فرهنگ جامعه میزبان درباره مسائل پزشکی و سلامت مهاجران وجود دارد روندی رو به کاهش خواهد داشت. «تاپای جان کار کردن»، «عدم مراجعه به پزشک تا سرحد مرگ» مفاهیمی مشترک در بین مهاجران هستند که برای فهم رابطه آنان با مسئله بیماری و بهداشت می‌تواند بسیار مهم باشد. البته باید در نظر داشت که توجه بیش از اندازه به تجربه‌های فردی بیماری و چشم‌پوشی از نیروهای اجتماعی می‌تواند به تحلیل ما آسیب‌هایی را وارد سازد.

باید توجه داشت که زیست پزشکی در جامعه ایرانی در بطن نظام جهانی سرمایه‌داری رخ می‌دهد و در این نظام کسب سود بیشتر هدف نهایی محسوب می‌شود. مهاجر افغانستانی که در این چرخه، سهمی ناچیز و حتی بیرون از آن قرار نمی‌تواند خود را با این نظام هماهنگ سازد خود به خود و به ناچار، با سیستم‌های جایگزین زیست پزشکی خود را می‌گذرانند. رشد سرمایه‌دارانه امور پزشکی در ایران خود به خود قشرهای آسیب‌پذیر مهاجر را از این سیستم محروم می‌سازد. پزشکی زدگی و سرمایه‌سالاری در ایران یکی از جدی‌ترین مباحث در حوزه بهداشت مهاجران است. بسیاری از امور که به عنوان امر تسهیل‌گر در زیست پزشکی به جامعه مهاجر ارائه داده می‌شوند، در واقع، ریشه‌های سیاسی و سودجویانه دارند و نه انسانی. به عنوان نمونه، بیمه برای مهاجران در نظر گرفته می‌شود و هزینه آن نیز اخذ می‌گردد ولی به دلایل مختلف، با استفاده از ناآگاهی‌های موجود در بین مهاجران، ارائه خدمات به آن‌ها حذف و یا بسیار محدود صورت می‌گیرد. به همین دلیل است که مهاجرین با تکیه بر سنت‌های پزشکی بومی و سنتی، باور به تکرر امر پزشکی، محدودسازی تأکید بر فناوری، زیست پزشکی و بهداشتی خود را در ایران بهبود می‌بخشند.



## منابع

- اداره مرکزی احصائیه. (۱۳۹۷)، *یافته‌های کلیدی سروی وضعیت زندگی در افغانستان*، کابل: اداره مرکزی احصائیه.
- استوار، افشار. (۱۳۷۸)، «بررسی وضعیت سلامت روانی گروهی از مهاجران افغان مقیم شیراز»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، شماره ۱۷ و ۱۸: ۴-۱۰.
- امیری، علی‌رضا. (۹) نگاهی به رویکردهای نظری در انسان‌شناسی پزشکی، سایت انسان‌شناسی و فرهنگ: تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۰۹/۱۱.
- <http://anthropology.ir/article/31659.html>
- ایمان، محمدتقی و مرادی، گلمراد. (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه بین راهبردهای فرهنگ‌پذیری و سلامت روانی در میان مهاجران: نمونه موردی مطالعه شهر کرمانشاه»، *مجله جامعه‌شناسی کاربردی*، دوره ۲۰، شماره ۱ (پیاپی ۳۳): ۱۴۷-۱۷۰.
- آدام، فیلیپ و هرتسلیک، کلودین. (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه: لورانس دنیا کتبی، تهران: نشر نی.
- باورصاد، بلقیس و دیگران. (۱۳۹۳)، «بررسی رابطه میان دینداری و سلامت روان منابع انسانی سازمان: مورد مطالعه دانشگاه شهید چمران اهواز»، *فصلنامه توسعه اجتماعی*، دوره ۹، شماره ۳: ۲۱۷-۲۳۸.
- برومندزاده، محمدرضا و نوبخت، رضا. (۱۳۹۳)، «مروری بر نظریات جدید مطرح شده در حوزه مهاجرت»، *فصلنامه جمعیت*، جلد ۲۱، شماره ۹۰ و ۸۹: ۷۳-۹۰.
- پیروش، تکتم. (۱۳۸۳)، «مقایسه رفتارهای باروری مهاجران افغانی با بومیان ساکن در منطقه گل شهر مشهد»، *پایان نامه کارشناسی ارشد* گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران.
- پژمان، اسدالله. (۱۳۹۴)، *روایت بازگشت: نگاهی به وضعیت بازگشت‌کنندگان در افغانستان*، کابل: کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان.
- جمشیدی‌ها، غلامرضا و علی بابایی، یحیی. (۱۳۸۱)، «بررسی عوامل مؤثر بر بازگشت مهاجران افغانی با تاکید بر ساکنان شهرک گل شهر مشهد»، در: *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۷۱: ۲۰-۹۰.
- جمشیدی‌ها، غلامرضا و عنبری، موسی. (۱۳۸۳)، «تعلقات اجتماعی و اثرات آن بر بازگشت مهاجران افغانی»، *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۲۳: ۴۳-۶۸.

۹۸ دو فصلنامه دانش‌های بومی ایران، سال پنجم، شماره ۱۰، پاییز و زمستان ۱۳۹۷

- حاجی علی محمدی، هما؛ تقوی شیرازی، مریم و قربانی، عبدالباسط. (۱۳۸۵)، اطلس مردم‌گیاه درمانی ایران، *فصلنامه علمی-پژوهشی*، شماره ۳۴-۳۵.
- خوبدل، مهدی؛ مهرابی توانا، علی؛ میرنژاد، رضا و اسدزاده، رؤیا. (۱۳۸۲)، «پاتولوژی جغرافیای افغانستان»، *مجله طب نظامی*، شماره ۵ (۴): ۲۹۹-۲۹۱.
- رخشانی، فاطمه؛ انصاری‌مقدم، علیرضا و حر، عبدالفهمیم. (۱۳۸۱)، «آگاهی، نگرش و رفتار زنان مهاجر افغانی ساکن شهر زاهدان در مورد تنظیم خانواده»، *فصلنامه پزشکی و ناباروری*، شماره ۱۲: ۴۷-۵۴.
- ریاحی، عارف؛ حریری، نجلا و نوشین‌فرد، فاطمه. (۱۳۹۵)، «مهاجران و نیازهای اطلاعاتی: نگاهی به نیازهای اطلاعاتی بهداشتی و سلامت مهاجران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی». *مجله سلامت و بهداشت اردبیل*: دوره ۷، شماره ۴: ۴۳۵-۴۴۵.
- زنجانی، موسی. (۱۳۶۵)، *مدینه‌البلاغه*، تهران: انتشارات کعبه.
- سجادی‌پور، فرزانه و جمالی، ابراهیم. (۱۳۹۵)، «زنان افغان مهاجر و چالش‌های بازگشت به وطن (مطالعه موردی: زنان مهاجر افغانستان شهر مشهد)»، *پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران*، دوره ۶، شماره ۲: ۱۳۱-۱۵۱.
- صادقی، رسول و عباسی‌شوازی، محمدجلال. (۱۳۹۵)، «بازگشت به وطن یا ماندن جوانان افغانستانی در ایران» و *دو فصلنامه مطالعات جمعیتی* ۱: ۱۱۹-۱۵۰.
- عباسی‌شوازی، محمدجلال و صادقی، رسول. (۱۳۹۰)، «تفاوت‌های بومی مهاجر ازدواج در ایران: مطالعه مقایسه‌ای رفتارهای ازدواج مهاجران افغان با ایرانی‌ها»، در: *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، سال چهارم، شماره ۸: ۷۳-۷.
- کریمی، مرتضی. (۱۳۹۶) انسان‌شناسی پزشکی، سایت انسان‌شناسی و فرهنگ: تاریخ بازبینی: <https://anthropologyandculture.com>. ۱۳۹۷/۰۹/۱۸
- گزارش اداره کل اتباع خارجی وزارت تعاون و رفاه اجتماعی، با عنوان: «بیش از ۲۰ هزار تبعه خارجی تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتند»، تاریخ انتشار گزارش ۱۳۹۶/۰۳/۲۳، تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۰۹/۱۱ در وب‌سایت: <https://eakh.mcls.gov.ir/fa/news/80256/>
- گزارش آژانس پناهندگان سازمان ملل در ایران، با عنوان «خدمات با کیفیت دفاتر پیشخوان دولت به پناهندگان برای بیمه سلامت». تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۰۵/۱۰، تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۰۹/۱۰ به <http://unhcr.org.ir/fa/news/11574/> آدرس:

- گزارش بانک جهانی، (۲۰۱۶)، افغانستان. دسترسی آنلاین:  
<https://donnees.banquemondiale.org>
- لهسایی زاده، عبدالعلی و مرادی، گل‌مراد. (۱۳۸۶)، «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران»، در: *فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۲۶: ۱۶۱-۱۸۰.
- محمدیان، مهرداد؛ دادفر، محبوبه؛ بوالهری، جعفر و کریمی کیسمی، عیسی. (۱۳۸۴)، «غریبالگری اختلال‌های روانی در مهاجران افغان مقیم تهران»، در: *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، شماره ۱۱ (۳): ۲۷۰-۲۷۷.
- محمدیان، مهرداد و همکاران. (۱۳۸۳)، «بررسی وضعیت سلامت روانی مهاجران افغانی مقیم تهران»، در: *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ۵، شماره ۱ و ۲: ۲۰-۲۹.
- محمودیان، حسین. (۱۳۸۶)، «مهاجرت افغان‌ها به ایران: تغییر در ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و جمعیتی و انطباق با جامعه مقصد»، در: *نامه انجمن جمعیت‌شناسی*، دوره ۲، شماره ۴: ۴۲-۶۹.
- معموری، غلام‌علی، ارقامی، ناصر. (۱۳۷۸)، «مطالعه شاخص‌ها بهداشت باروری در زنان ۱۵-۲۹ ساله افغانی و ایرانی ساکن در منطقه گل‌شهر مشهد»، مرکز بهداشت استان خراسان.
- میردیلمی، سیده زهره؛ حشمتی، غلام‌علی؛ بارانی، حسین. (۱۳۹۳)، مطالعه اتنوبوتانی و اتنواکولوژی گونه‌های دارویی کچیک، دو فصلنامه *دانش‌های بومی ایران*، سال اول، شماره ۲، چاپ دوم.
- میرزائی، حسین. (۱۳۸۶)، بررسی سبک زندگی مهاجران افغانستانی ساکن در شهرک قائم‌قم، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد انسان‌شناسی*، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- میرزائی، حسین. (۱۳۹۲)، «انسان‌شناسی قومی-زبانی مهاجران هزاره در ایران»، *مجله علمی-پژوهشی پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران*، مقاله ۷، دوره ۳، شماره ۲: ۱۴۴-۱۲۳.
- میرزائی، حسین. (۱۳۹۳)، «هویت زبانی مهاجران افغانستانی در ایران»، در: *مجله علمی-پژوهشی مطالعات اجتماعی ایران*، انجمن جامعه‌شناسی ایران، مقاله ۶، دوره ۸، شماره ۳: ۱۰۹-۱۲۸.
- میرزائی، حسین. (۱۳۹۶)، «بررسی انسان‌شناختی روزمرگی راهبردهای اقتصادی مهاجران افغانستانی»، *مجله علمی-پژوهشی هنر و فرهنگ آسیا*، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال اول، شماره دوم: ۱۳۷-۱۷۳.
- نصرافهانی، آرش. (۱۳۹۷)، *در خانه برادر*، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.

- مکاری، محمد. (۱۳۹۰). بررسی شیوه‌های درمان سنتی با داروهای غیرگیاهی (مطالعه موردی گناباد، تربت جام، تایباد و خواف). *فصلنامه علمی-پژوهشی تاریخ پزشکی*، دوره ۳، شماره ۶.
- Abbasi, M. J., D. Glazebrook, G Jamshidiha, H. Mahmoudian, and R. Sadeghi. (2005). *Return to Afghanistan? A study of Afghans Living in Tehran, Kabul*: Afghanistan Research and Evaluation Unit.
- Abbasi-Shavazi, M. J, and R. Sadeghi. (2012). The Adaptation of Second-generation Afghans in Iran: Empirical Findings and Policy Implications, in Calabrese, J., & J. *Transatlantic Cooperation on Protected Displacement: Urgent Need and Unique Opportunity*, Washington, DC: Middle East Institute
- Abbasi-shavazi, M. J., and R. Sadeghi. (2015). "Socio-cultural Adaptation of Second-generation Afghans in Iran", *International Migration*. 53(6): 89-110.
- Abbasi-Shavazi, M. J., G. Hugo, R. Sadeghi., and H. Mahmoudian. (2015). "Immigrant-Native Fertility Differentials: The Afghans in Iran", *Asian and Pacific Migration Journal*, 24 (3): 273-297.
- Abbasi-Shavazi, M. J., R. Sadeghi. (2016). "Integration of Afghans in Iran: pattern, Levels and policy implications", *Migration Policy Practice* 6, no. 3 pp. 22-29.
- Abbasi-Shavazi, M. J., R. Sadeghi, H. Mahmoudian, and G. Jamshidiha. (2012). "Marriage and Family Formation of the Second-generation Afghans in Iran: Insights from a Qualitative Study", *International Migration Review*, 46(4): 828–860.
- Ahlin T., & Nichter M., & Gopukrishnan P. (2016). "Health insurance in India: what do we know and why is ethnographic research needed". *Anthropology & Medicine*. 2016; 23 (1):102–24.
- Anderson, W. (2008). *The Collectors of Lost Souls: Turning Kuru Scientists into Whitemen*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Baer, H., Singer, M., Susser, I. (2004). *Medical Anthropology and the world system*. Westport: Prager.
- Bennet, J. W. (2017). *The Ecological Transition: Cultural Anthropology and Human Adaptation*, New York: Routledge
- Davison, G. (2017). "Ken Inglis: Threads of Influence". *History Australia* 14: 516–29.
- Ferrara, N. (2018). *In Pursuit of Impact: Trauma- and Resilience-Informed Policy Development*, Maryland: Rowman, Littlefield.

- Good, B. J., & M.-J. DelVecchio Good. (1980). **The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice**. In *The Relevance of Social Science for Medicine*. Leon Eisenberg and Arthur Kleinman, eds., pp. 165–196. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Company.
- Hugo, G., M. J. Abbasi-Shavazi, and R. Sadeghi. (2012). **Refugee Movement and Development; Afghan Refugee in Iran**, *Migration and Development*, 1(2): 261-279.
- Hunt, N. R. (2016). *A Nervous State: Violence, Remedies, and Reverie in Colonial Congo*. Durham, NC: Duke University Press
- Jellali IA, Zarrouk L, Jellali MA, Nasr M. (2014). Schizophrénie *et immigration: influence des facteurs psychosociaux. L'Évolution Psychiatrique*, Volume 79, Issue 3, July–September 2014, Pages 421-427.
- Jones, R. L., & Anderson W. (2015). 'Wandering Anatomists and Itinerant Anthropologists: The Antipodean Sciences of Race in Britain between the Wars'. *British Journal for the History of Science* 48: 1–16.
- Joralemon, D. (2017). *Exploring Medical Anthropology*, New York: Routledge.
- Kerin, R. (2007). "Mixed up in a Bit of Do-Goodery": Judy Inglis, Activist Anthropology and Aboriginal History'. *History and Anthropology*, 18: 427–42.
- Lindenbaum, Sh. (2015). "An Annotated History of Kuru". *Medicine Anthropology Theory* 2 (1): 95–126.
- Lupton, D. (2012). *Medicine as culture: Illness, disease and the body*, New York: Sage.
- Miller, B. (2009). *Cultural Anthropology in a Globalizing World*, Washington: Pearson, George Washington University.
- Mousavi, S. A. (1997). *The hazara of Afghanistan: An Historical, Cultural, Economic and Political Study*, New York: St Martin Press.
- Piran, P. (2004). *Effects of social interaction between afghan refugees and Iranian on reproductive health attitude*, *Disasters*, 28 (3): 283-93.
- Poleykett, B. (2018). "Ethnohistory and the Dead: Cultures of Colonial Epidemiology", *Journal Medical Anthropology Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, Volume 37, 2018 - Issue 6: Technologies and Materialities of Epidemic Control Pages 472-485
- Pool, R & Geissler, W. (2005). *Medical anthropology*, McGraw-Hill Education (UK).
- Porta, M. (2014). *A dictionary of epidemiology*, Oxford university press.

- Singer, M. & Baer, H. (2018). *Critical Medical Anthropology*, 2nd Edition, New York: Routledge.
- Sobo, E. J. (2004). *Theoretical and applied issues in cross-cultural health research. Encyclopedia of Medical Anthropology*. New York: Springer.
- Tilley, H. & Gordon, R. J. (2007). *Ordering Africa: Anthropology, European Imperialism and the Politics of Knowledge*, Manchester: Manchester University Press.
- Weiss, M. G. (2018a). "Cultural Epidemiology: Conceptual Framework and Current Directions of an Interdisciplinary Field." *Bulletin of the Institute of Ethnography SASA* 66, no. 2 (October 8, 2018): 245-53.
- Weiss, M. G. (2018b). "Chapter 13. Explanatory Models in Psychiatry". In *Textbook of Cultural Psychiatry*, edited by Dinesh Bhugra and Kamaldeep Bhui, 2nd ed., 143-157. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winkelmann, M. (2008). *Culture and health: Applying medical anthropology*, New York: John Wiley & Sons.
- Young, A & Rees, T. (2011). "Medical anthropology enters the 21st century", *The Journal of nervous and mental disease* 199 592-596