

## مفاهیم سلامت، کسالت و بیماری

آرتور ل. کاپلان  
ترجمه: حسن میاننداری

واژه متافیزیک پزشکی واژه چندان مانوسی نیست. اما پزشکی جدید سوالات هستی‌شناختی مهمی را پیش آورده است که ضرورت تأمل فلسفی را در پی دارد. پرسش‌هایی مانند آیا هویت‌هایی مانند بیماریها واقعاً وجود دارند؟ ماهیت واقعی سلامت چیست؟ آیا انسان صرفاً یک موجود بیولوژیک است یا آن که چیزی بیش از آن است؟

آرتور کاپلان نویسنده این مقاله دارای مدرک دکترای اخلاق پزشکی است. وی که تحصیلات عمده خود را در تاریخ و فلسفه علم به پایان برده بعد از طی مراحل آکادمیک پزشکی در حوزه اخلاق پزشکی دکترای گرفته و در زمینه‌های اخلاق پژوهش، اخلاق ژنتیک، تولید مثل و پیوند عضو فعالیت می‌کند. کاپلان در سالهای ۱۹۸۴-۱۹۸۷ ریاست مرکز اخلاق پزشکی هاستینگز را عهده‌دار بود و اخیراً به ریاست مرکز اخلاق پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا منصوب شده است. از او تاکنون حدود ۲۵۰ کتاب و بیش از ۵۰ مقاله در مجلات فلسفی و پزشکی منتشر شده است. مقاله حاضر که یکی از مهمترین مقالات در حوزه متافیزیک پزشکی است به مفاهیم سلامت، بیماری و ناخوشی می‌پردازد و دیدگاههای مختلف را در این باب بررسی می‌کند.

### مفاهیم سلامت، کسالت و بیماری

مفاهیم سلامت<sup>۱</sup>، کسالت<sup>۲</sup> و بیماری<sup>۳</sup> در مشخص ساختن حدود فعالیت پزشکی، کنترل متخصصان، و وظیفه اجتماعی، نقش محوری دارند. تعریف بیماری از یک سو، مسئولیت کسانی که مسئول رفع آن هستند، و از سوی دیگر حدود وظایف اجتماعی افرادی که

مبتلا به مسائل پزشکی اند را مشخص می‌کند. بنابراین برای تعیین حدود و قلمرو پزشکی دستیابی به شناختی دقیق و روشن از این مفاهیم ضروری است. نکته اول، این که باید ماهیت ارتباط میان سلامت و بیماری روشن شود. وقتی غیر نقادانه به این موضوع نگاه می‌کنی، به نظر می‌آید که سلامت چیزی نیست مگر فقدان بیماری، و بیماری اختلالی است در احساس بهبودی یا تندرستی شخص. اما برخی فلاسفه و متخصصان بهداشت و درمان معتقدند قضایا به این سادگی هم نیست.

دو واقعیت برای درک سلامت و بیماری، مهم است. یکی این که بیماری همیشه سلامت را مختل نمی‌کند یا آن را به مخاطره نمی‌افکند. افرادی را در نظر بگیرید که حامل ژن بیماری سلول داسی شکل<sup>۴</sup> هستند. آنها که واجد بیماری سلول داسی هستند در معرض اختلالات خونی خاصی قرار می‌گیرند. حاملان سلول داسی نسبت به مالاریا مقاوم‌ترند تا کسانی که این موهبت ژنتیکی را ندارند.

دوم، برخی متخصصان بهداشت و درمان، حرفه پزشکی را بیش از صرف رفع درد یا از میان برداشتن بیماری می‌دانند. آنها نقش خویش را در بهتر کردن کارکرد اعضای بدن می‌دانند. ممکن است این نظر که مفاهیم سلامت و بیماری ضد هم‌اند، درست باشد، اما اثبات آن نیازمند دلیل است.

در این مقاله به سه دیدگاه عمده راجع به تحلیل سلامت و بیماری می‌پردازیم. نظر نخست پیشنهاد می‌کند که چون هر ارگانیسمی محصول سیر طولانی تکامل زیست‌شناختی است، سلامت عملکرد هر ارگانیسم مطابق با طراحی طبیعی اش است. نظر دیگر بر آن است که بیماری، هر چیزی است که از نظر آماری، غیر طبیعی باشد. و سلامت آن چیزی است که در بیشتر اندازه‌گیریهای آماری (فشار خون، مقدار کلسترول، بهره‌های هوشی و غیره) طبیعی می‌نماید.

از دیدگاه دیگر، سلامت و بیماری، مفاهیمی هستند که نمی‌توان بدون ارجاع به ارزشها، تعریفشان کرد. گاهی به قائلان این نظر، هنجارگرایان<sup>۵</sup> لقب داده‌اند. در این نظر، سلامت، کسالت و بیماری، ذاتاً ارزش‌بارند<sup>۶</sup>، و برای آن که بتوان درک کاملی از این مفاهیم پیدا کرد، باید دانست که تصمیم راجع به وضعیت روان و جسم، ملاحظه این معناست که چه چیزی خوب، بد، مطلوب یا نامطلوب است.

### چرا مفاهیم سلامت و بیماری، این اندازه برای جامعه معاصر مهم‌اند

سلامت و بیماری در زندگی روزمره ما نقش مهم و حیاتی دارند. اگر اتفاقاً در یکی از کشورهای صنعتی زندگی کنیم، فهم این معنا آسان‌تر است. پول‌های زیادی برای بهداشت و درمان صرف می‌شود. ایالات متحده که پرچم دار صرف هزینه برای بهداشت و درمان است، تقریباً ۱۴ درصد از درآمد ناخالص ملی اش یعنی بیش از یک تریلیون دلار

در ۱۹۹۴ را صرف هزینه بهداشت، درمان و خدمات مرتبط با آن کرد. کشورهای اروپای غربی، اسکانداویناوی، کانادا، استرالیا، نیوزلند، کره، سنگاپور و ژاپن سالانه هزاران دلار صرف هزینه‌های بهداشتی و درمانی هر فرد می‌کنند.

بسیاری افراد زمان زیادی را صرف کارهایی می‌کنند که معتقدند تندرست‌تر و سلامت‌ترشان می‌کند و مانع بیماریشان می‌شود. محور بسیاری از صنایع و مشاغل ارایه خدمت به بیماران، یا حفظ سلامت و تندرستی افراد است. برنامه‌های حقوقی و رفاهی بسیاری از جوامع، برای پاسخ‌گویی به تقاضا و خواسته‌های متنوع مردم، به تعریف سلامت و بیماری متکی هستند.

تصمیم راجع به معنی سلامت و بیماری پیامدهای مستقیم و مهمی برای زندگی روزمره و تخصیص مقدار زیادی از امکانات اجتماعی دارد. بنابراین تحلیل مفاهیم سلامت، کسالت و بیماری، صرفاً تمرینی در تحقیقات عقلی یا تأمل فلسفی نیست، بلکه چگونگی تعریف این مفاهیم، پیامدهای حقوقی، اجتماعی و اقتصادی بسیاری به همراه دارد.

همیشه مؤسسات و افرادی که در ارتباط مستقیم با مفاهیم سلامت و بیماری قرار می‌گیرند این چنین نقش محوری در فعالیت‌های انسانی نداشتند. تقریباً در همه جوامع، حتی تا اواسط قرن نوزدهم، پزشکان و بیمارستان‌ها نقش کم‌رنگی در این رابطه داشتند و تعداد معدودی از افراد در پی رژیم‌های غذایی، تغییر نحوه زندگی و یا هرگونه فعالیت دیگری که منجر به کسب یا حفظ سلامتی شود، بودند. اندیشه شایع راجع به سلامت و بهبودی در جوامع غربی، این بود که سلامت، و عدم وجود بیماری نتیجه عنایت الهی و به واسطه طبقه اجتماعی است که خیلی با اختیار و خواست انسانها مربوط نمی‌شد.

در این دوران، بیماری مخفی و بدنام بود، اما ندرتاً پزشک یا درمانگاهی بود تا به ارایه خدمات پردازد. غالباً بیماران به افراد عامی یا خانواده و نیز به روحانیون روی می‌آوردند. اما امروزه این وضعیت، اساساً تغییر کرده است. چرا چنین است و چرا امروزه این مفاهیم این چنین نقش محوری در زندگی روزمره بازی می‌کنند.

عوامل بسیاری در پدید آمدن دل مشغولی نسبت به سلامت و بیماری در این قرن مؤثرند. مبارزه با درد که همراه درمان‌های مختلف پزشکی بود، با به کارگیری موادی بی‌حس‌کننده در جراحی‌ها، در اواخر قرن نوزدهم، شرایط را برای مداخله تهاجمی‌تر پزشکان مهیا کرد. موفقیت پزشکی و خدمات بهداشتی عمومی در قرن بیستم، در جلوگیری یا رفع بسیاری از انواع عفونت، اختلال کارکرد، و بیماری‌های ناشی از فقر غذایی، دلیلی محکم برای پدید آمدن دل مشغولی همگان نسبت به سلامت و بیماری بود. سودمندی نحوه تصورات گوناگون در مورد بیماری، مانند نظریه میکربی، از دیدگاه پیشگیری و درمان، تغییراتی را در معنی بیماری و سلامت ایجاد کرد. اما صرفاً موفقیت پزشکی و مدل‌های مفهومی متعاقب آن نبود که مفاهیم سلامت و بیماری را در صد سال گذشته مورد توجه همگان قرار داد.

ارتباط تاریخی در بسیاری نوشته‌های الهیات، به ویژه نوشته‌های پروتستانی، میان سلامت و منش اخلاقی، نقش کلیدی در تثبیت اهمیت فرهنگی سلامت و بیماری در جوامع غربی ایفا کرده است. سنن دینی بسیاری بیمای و ناتوانی را بازتاب ناراحتی خداوند از گناه و عدم خلوص در روان و افعال می‌دانستند. علاقه فعلی به جلوگیری و پرهیز از بیماری، به ویژه در میان ثروتمندان و برتران اجتماعی، بازتاب این میراث است که بیماری و کسالت را ابزار ناراحتی الهی می‌داند.

در جامعه غربی امروزی که در این قرن بسیار سکولار شده است، مفاهیم بیماری، ناتوانی و سلامت تغییر کرده‌اند. بیماری دیگر به عنوان علامت ناراحتی الهی یا نشانه گناه نیست. بیماری دارای ارزش ابزاری شمرده نمی‌شود، بلکه وقتی اهمیت ذاتی پیدا کرده است. سلامت فی‌نفسه نشان منش خوب اخلاقی تفسیر می‌شود، در حالی که بیماری غالباً معادل قصور اخلاقی به شمار می‌آید.

وقتی به کسانی که سرطان دارند، گفته می‌شود که از قوه تخیل خویش استفاده کنند و سلولهای در حال مرگ سرطانی را تصور کنند، تا رشد سلولها را بکاهند؛ یا وقتی به کارگران زن گفته می‌شود که نمی‌توانند به کار در کارخانه‌های خاصی بپردازند، چون مواد شیمیایی موجود در آنها برای تولید مثل آنها مخاطره‌آمیز است؛ وقتی به بیماران گفته می‌شود که می‌توانند از خنده برای معکوس کردن سیر بیماری استفاده کنند؛ وقتی متخصصان اصرار می‌ورزند که کنترل رژیم غذایی، ورزش، استرس، یا روابط جنسی، کلیدی برای سلامت است، آن‌گاه بیماری و سلامت بسیار فردی می‌شود. ما احساس می‌کنیم که قدرت آن را داریم که مسئولیت بیماری خویش را به عهده بگیریم. اما سلامت و بیماری را تحت اختیار افراد بردن، به این معنی هم هست که سلامت یا بهبودی در نیافتن افراد را می‌توان به عنوان وسیله‌ای برای ارزیابی قدر و منزلت اخلاقی آنها به کار برد.

تکنولوژی هم در پدید آمدن دل‌مشغولی فرهنگی در غرب، نسبت به سلامت و بیماری نقشی داشته است. همچنان که علم قرن نوزدهم، به ویژه تحت تأثیر داروینسم، فردیت یا متمایز بودن انسانها را زیر سؤال برد، پزشکی بیشتر شایق گشت تا با انسانها به عنوان موضوع محتمل تحقیق علمی و مداخلات تکنولوژیک برخورد کند.

در سراسر این قرن، به ویژه در عصر پس از پایان جنگ جهانی دوم، تکنولوژی نقش فزاینده‌ای در بهداشت و درمان ایفا کرده است. زیاد شدن واحدهای نوزادان، اسکنرهای VGT، سونوگرافی، لاپاراسکوپی، و پیوند اعضا بازتابی از ایمان جمعی ما به قدرت تکنولوژی و این عقیده است که می‌توان از آن برای پیداکردن و کنترل بیماری و ناتوانی استفاده کرد. تکنولوژی، سلامت و بیماری را شیئیت بخشید. باعث شد تا چنان به نظر برسد که گویی بیماری‌ها، موجودات واقعی‌ای در جهان هستند که می‌توان مشاهده، پیداء،

دستکاری و رفعشان کرد.

پیش از جنگ جهانی دوم، پزشکان در مقابل بیماری‌های حاد و ناتوانی‌های شدید، تقریباً دست بسته بودند. ظهور آنتی‌بیوتیکها، واکسن‌ها، و تزریق خون تشخیص و مراقبت است به حرفه‌ای مبدل ساخت که به طور جدی به درمان فکر کرد، و در نتیجه اکنون اندیشه بازگشت سلامت پس از شروع بیماری به نظر می‌رسد که بیشتر به یافتن متخصصان کاردان مربوط است تا امید، آرزو و دعا.

ارزش‌های سیاسی و اجتماعی خاصی، اولویت ویژه‌ای به سلامت و اجتناب از بیماری می‌دهند. سلامت، تسکین، بیماری و ناتوانی، نقش کلیدی خاصی در جوامع سرمایه‌داری بازی می‌کنند. جوامعی که متعهد به اقتصاد بازار آزادند می‌توانند تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را میان استطاعت مالی و منزلت شهروندان، تحمل کنند. اما این تفاوت‌ها تنها زمانی می‌توانند پذیرفته شوند که پذیرش مومی در مورد راه‌های کسب درآمد و جذب سرمایه افراد وجود داشته باشد. توجه به برابری فرصت‌ها در حیات اقتصادی، در بسیاری از کشورها، لاجرم به اهمیت حفظ سلامت و جلوگیری از بیماری و ناتوانی می‌انجامد. ارزیابی اخلاقی نابرابری قدرت‌ها، دارایی‌ها و اموال، به شرایط قبل از پدید آمدن این نابرابری‌ها و نابرابری در توزیع امکانات بازمی‌گردد. اگر برخی ثروتمندند چون زیاد کار می‌کنند و برخی فقیرند چون تن‌پرورند، بگذار چنین باشد. مادامی که برابری نسبی فرصت‌ها وجود دارد، مادامی که شرایط اولیه رقابت اقتصادی منصفانه به نظر می‌آید، هر تفاوتی که نتیجه بشود، از دیدگاه اخلاقی آسان‌تر پذیرفته می‌شود.

اگر برابری فرصت، عنصر اخلاقی حیاتی‌ای در هنجارهای حقوقی، سیاسی و اجتماعی جوامع بازار آزاد است، سلامت و بیماری منزلت خاصی خواهند یافت. نمی‌توان گفت آنها که به صورت مادرزادی ناقص‌الخلقه به دنیا می‌آیند، و آنها که از بیماری‌های ناتوان‌کننده یا مزمن رنج می‌برند، به ویژه اگر نوزاد یا کودک باشند، در رقابت برای امکانات و منافع‌ای که جامعه‌ای رقابتی در دسترس می‌گذارد، با دیگران فرصت برابر دارند. تسکین بیماری و ناتوانی و ارتقای سلامت، به همان دلایلی که به تأمین آموزش، سرپناه و غذا، اولویت خاصی داده می‌شود، اهداف سیاسی و فرهنگی مهمی تلقی می‌شوند. تمام این عوامل به آن اندازه‌ای که می‌توان گفت که فرصت‌های برابر وجود دارند، تأثیر می‌گذارند و بنابراین به آن اندازه‌ای که می‌توان نابرابری‌های ناشی از رویکرد بازار آزاد به توزیع امکانات اجتماعی را اخلاقاً پسندیده دانست، هم مؤثرند.

بیماری و ناتوانی به این دلیل در جامعه غربی مورد توجه است که تهدیدی برای فرصت برابر و در نتیجه برای بنیان اخلاقی حیات اقتصادی به حساب می‌آیند. کاهش توانایی‌ها و ظرفیت‌ها، که معمولاً همراه بیماری‌ها هستند، نه تنها به این دلیل که به مبتلایانشان آسیب فردی می‌رسانند، بلکه به این دلیل که تعهد اجتماعی به برابری رقابت و انصاف

بازار، به عنوان ابزارهای مؤثری برای توزیع امکانات اجتماعی را نامی‌سر می‌سازد، مخاطره‌آمیزند. به رغم این وضعیت که رفع اثرات بیماری یا جلوگیری از رخ دادنش، ممکن است پرهزینه باشد، اگر به خاطر اختلافات جدی امارف‌شدنی میان سلامت و بهبودی، نابرابری‌های بنیادین میان افراد وجود داشته باشد، با جهت‌گیری اجتماعی - اقتصادی‌ای که به دنبال پاداش دادن به تلاش و کار و توفیق فردی است، ناسازگار است. اقتصاد در محوری کردن مفاهیم سلامت و بیماری در کشورهای پیشرفته‌ای که حول بازارهای رقابتی سازمان یافته‌اند، نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند.

### سلامت، بیماری و قلمرو پزشکی

اگر درست باشد که سلامت و بیماری در پرکردن خلأهای مهمی که در اثر سکولاریزاسیون در فرهنگ عمومی پیش آمده، و در مشروعیت بخشیدن به پیش‌فرضهای کلیدی نظامهای اجتماعی - اقتصادی حاکم در جوامع غربی، نقش توانمندی ایفا می‌کنند، واضح است که چرا در دهه‌های اخیر، این اندازه به معنی و تعریف آنها توجه شده است. تعاریفی که به این مفاهیم اسناد می‌شود نه نقش محوری در تعیین حدود دسترسی به نظام بهداشت و درمان، محدودیت‌های قلمرو پزشکی و کنترل متخصصان، و نیز وظیفه اجتماعی برای مشارکت در مسئولیت تسکین بیماری، ناتوانی و معلولیت دارند.

حکومت در نگاه نخست وظایفی دارد تا نابرابری‌های ناشی از بیماری و کسالت را برطرف کند. در نتیجه تعریف این اصطلاحات، بیش از یک تمرین فلسفی است. پاسخ این سؤال که چه چیزی مولد بیماری هست و چه چیزی نیست، نه تنها مشخص می‌کند که مسئولین تسکین پیامدهای بیماری (پزشکان، و دیگر متخصصان بهداشت و درمان) چقدر اختیار و قدرت دارند، بلکه تعیین می‌کند که دولت برای منصفانه ساختن حیات اقتصادی و اجتماعی، چقدر از امکانات اجتماعی را باید به کسانی که در اثر کسالت نایزمنده شده‌اند، اختصاص دهد.

صاحب‌نظران اجتماعی و فلاسفه اخلاق از هر دو طرف طیف سیاسی، راجع به رشد فزاینده قدرت و تأثیر پزشکی و دیگر حرفه‌های بهداشتی و درمانی در جامعه ما، بسیار دل‌مشغول بوده‌اند. محافظه‌کاران نگرانند که مثلاً پزشکان، پرستاران و روانشناسان، دانش‌آموزان نوجوان را به بهانه ارتقای آموزش «سلامت»، به سوی مجاز دانستن روابط جنسی سوق خواهند داد. لیبرالها می‌ترسند که هم‌جنس‌گرایی را نوعی بیماری تلقی کردن، و نه ترجیح رفتاری شخص یا ضروری زیست‌شناختی، باعث تبعیض نسبت به هم‌جنس‌گرایان و تقویت نگرش منفی معمول به آنها خواهد شد. بسیاری تعریف سلامت، بیماری و کسالت را مسئله‌ای سیاسی می‌دانند که لازمه‌اش دخالت متخصصان و افراد عامی است.

پزشکان می‌توانند دست‌یابی به امکانات بسیار متنوع اجتماعی و اقتصادی را کنترل کنند، چون می‌توانند از اختیار خویش به عنوان مشخص‌کننده‌ای واجد شرایط برای طیف گسترده‌ای از برنامه‌های عمومی و خصوصی، استفاده کنند. اشتغال، بیمه عمر، اجازه مهاجرت، تحصیل، ورود به خدمت نظام وظیفه و خروج از آن، معافیت از مجازات، امکان ازدواج، بچه‌دار شدن و خانواده‌دار شدن، همگی تا حدی تحت کنترل پزشکان و دیگر متخصصان بهداشتی و درمانی‌اند. همچنین تصمیم در مورد این که چه کسی رامی‌توان در بیمارستان نگه داشت و به استفاده از خدمات درمانی مجبور کرد، چه کسی حق انتخاب دارو را دارد و چه کسی ندارد چه چیزی، نوعی درمان پزشکی محسوب می‌شود و چه چیزی درمان نیست و... تحت سیطره پزشکان و دیگر افراد دست‌اندرکار بهداشت و درمان است.

پزشکان و دیگر ارایه‌کنندگان بهداشت و درمان، نه تنها اختیار بهره‌مند کردن برخی افراد جامعه از منافع یا برتری‌های اجتماعی را دارند، بلکه اختیار معذور دانستن عملی را دارند که در غیر حرفه پزشکی، می‌تواند موضوعی پلیسی، قضایی یا کیفری گردد.

گروه‌های بسیاری به سختی و به مدت زیادی برای این که تمایل به کارهای خاصی، بیماری نام‌گیرد، مبارزه کرده‌اند. مشروب‌خواران، قماربازان و اشخاصی که اختلال حواس یا خستگی مزمن دارند، تنها معدودی از آنهایی هستند که مصرانه از نمایندگان مجلس خواسته‌اند تا شرایط آنها را بیماری بدانند. بیماری نام گرفتن، برخی اعمال را معذور می‌کند، که در غیر این صورت ممکن است عمل آنها جرم، گناه، یا تبلی دانسته شود و به این ترتیب مشمول انواع گوناگون جریمه قرار گیرند.

برعکس، بسیاری گروه‌ها نظیر همجنس‌گرایان، چاق‌ها و کرها مبارزه کرده‌اند تا خود را از قید و بند مفهوم بیمار برهانند. مفهوم بیماری در حالی که غالباً از نظر تعهدآوری و مسئولیت‌پذیری، تبرئه‌کننده است، مشکلات دیگری از جمله بدنامی به همراه دارد. با این توصیف که افراد بیمار نیازمند درمان و علاج از سوی متخصصان واجد شرایط هستند.

اگر قلمرو دامنه پزشکی و فنون صامت‌بخش دیگر باید تعیین شود، داشتن فهم روشن از مفاهیم سلامت و بیماری ضروری است. تعاریفی که برای این مفاهیم ارایه می‌شوند، برای درک امکانات و محدودیت‌های بهداشت و درمان و برای درک وظایف، حقوق و مسئولیت‌های اخلاقی فی‌مابین بیماران و تأمین‌کنندگان بهداشت و درمان، ضروری است.

### رابطه مفاهیم سلامت، کسالت و بیماری

رابطه منطقی میان سلامت، کسالت و بیماری چیست؟ به نظر می‌رسد که بسیاری متخصصان بهداشت و درمان و مردم، سلامت و بیماری را منطقاً متضاد، و کسالت و

بیماری را مترادف می‌دانند. اگر از آنها پرسیده شود که آیا سلامت‌اند یا احساس خوبی می‌کنند، غالباً اگر در زمانی که مورد سؤال قرار می‌گیرند از احساس خوبی می‌کنند، غالباً اگر در زمانی که مورد سؤال قرار می‌گیرند از بیماری یا اختلال خاصی رنج نبرند، پاسخ مثبت می‌دهند. اگر غیر نقادانه نگریسته شود، سلامت چیزی بیش از فقدان بیماری یا کسالت به نظر نمی‌رسد. بیماری و کسالت به نظر دال بر هرگونه اختلالی در احساس بهبودی یا تندرستی شخص است. اما دلایل محکمی برای زیر سؤال بردن درستی این دیدگاه، که سلامت و بیماری مفاهیمی متضاد و بیماری و کسالت مترادفند، وجود دارد. حتی اگر هیچ بیماری خاصی وجود نداشته باشد، هنوز می‌توان گفت که شخص از سلامت بیشتری، نسبت به دیگران برخوردار است. دوندگان متوسط ماراتن یا ورزشکاران حرفه‌ای، احتمالاً از سلامت جسمانی بهتری نسبت به استادان متوسط فلسفه برخوردارند، ولو هیچ یک در زمان مقایسه بیماری خاصی نداشته باشد. به نظر می‌رسد که فقدان بیماری یا کسالت شرط لازم سلامتند. اما معلوم نیست که این فقدان، فی‌نفسه کافی برای تعریف سلامت باشد.

این امکان که سلامت صرفاً فقدان بیماری یا کسالت نیست، بلکه بر چیزی بیش از آن دلالت دارد، با نحوه عمل برخی دست‌اندرکاران معاصر بهداشت و درمان تقویت می‌شود. برخی کار خود را بیش از تسکین بیماری می‌دانند. روانکاوان، جراحان پلاستیک، متخصصان تغذیه و فیزیولوژیست‌های ورزشی، نه تنها به جلوگیری یا تسکین بیماری علاقه‌مندند، بلکه به ارتقای سلامت هم علاقه‌مندند. شاید گاهی تنها به ارتقای سلامت علاقه داشته باشند. اگر سلامت و بیماری، مفاهیم منطقی‌متناقض بودند، تعبیراتی همچون «به حداکثر رساندن سلامت»، یا «بهداشت روانی مثبت» بی‌معنا می‌شدند. این اندیشه که درجات نسبی سلامت می‌توانند حتی در فقدان بیماری یا کسالت وجود داشته باشند، معنی‌دار و منسجم<sup>۱</sup> به نظر می‌رسد.

نه تنها فقدان بیماری برای اثبات وجود سلامت کافی نیست، بلکه باید بگوییم بیماری‌ها همیشه سلامت را مختل نمی‌کنند یا آن را به خطر نمی‌اندازند. برخی بیماری‌ها نامطلوب و ناتوان‌کننده‌اند، اما سلامت کسانی را که به آن بیماری مبتلایند را به خطر نمی‌اندازند. مثلاً تحمل دوره کوتاه سرخک یا اوریون در کودکی، چه از طریق عفونت یا تلقیح حتی ممکن است موجب سلامت شود. شخص ممکن است گرفتار سرطان، تومور یا فشار خون بالا باشد ولی کاملاً نسبت به علایم یا کارکرد مختل، ناآگاه باشد. کسی که حامل ژن بیماری سلول داسی است، از کسی که این اختلال ژنتیکی را ندارد، نسبت به مالاریا مقاومتر است، هرچند در شرایط نادری، مستعد مسائل خاصی است.

این واقعیت که فرد می‌تواند فعال باشد و احساس سلامت کند، در حالی که مبتلا به بیماری‌ای است، در واقع به این نکته اشاره دارد که مفاهیم کسالت و بیماری به حالات



یا شرایط مختلفی بستگی دارند. احساس ناخوشی عین بیماری نیست؛ ممکن است کسی کسالت داشته باشد ولی بیمار نباشد، و ممکن است بیمار باشد ولی احساس کسالت نکند.

برخی افعال و اعمال که بیماری دانسته می‌شوند مثل قماربازی، همجنس‌گرایی، نآرامی یا اعتیاد ارتباطات منطقی ظریفی با مفهوم سلامت دارند. یقیناً حصول توافق در مورد حالاتی از روان و بدن که بیماری محسوب می‌شوند بین طبقات اجتماعی و فرهنگ‌های مختلف، با اشکال کمتری مواجه است تا به دست آوردن توافق جمعی در مورد این که چه چیزهایی سلامت محسوب می‌شوند. استفاده از داروهای مخدر و اعتیادآور و رابطه آنها با سلامت، در جامائیکا، هلند، بولیوی و پرو به صورتی کاملاً متفاوت از آنچه که در ایالات متحده، سنگاپور و عربستان سعودی است، دیده می‌شود.

هرچند این نظر که سلامت و بیماری، مفاهیمی متضادند، ممکن است به صورت گسترده‌ای پذیرفته باشد، دلایلی وجود دارند که این فرض را زیر سؤال ببریم. دلیل محکمی می‌توان آورد که رابطه منطقی میان سلامت و بیماری، رابطه تناقض نیست. احتمالاً معقول‌تر آن است که مفهوم متقابل سلامت را، بی‌سلامتی<sup>۱</sup>؛ و نقیض منطقی بیماری را، نایبماری<sup>۲</sup> بدانیم. سلامتی و بیماری می‌توانند به عنوان مفاهیمی موازی وجود داشته باشند، نه این که مفاهیمی باشند که بر اساس دیگری تعریف شوند. ممکن است بیماری، از ملاک‌هایی که برای تعریف سلامت استفاده می‌شوند، ممکن است بیماری، از ملاک‌هایی که برای تعریف سلامت استفاده می‌شوند، باشد. اما برای اسناد سلامت به فرد خاصی، مقادیر یا حالات دیگری هم ممکن است لازم باشند.

### هنجارگرایی در مقابل هنجارناگرایی، در تعریف بیماری

شاید عمده‌ترین محل اختلاف فیلسوفان، پزشکان و دیگر متخصصان بهداشت و درمان، که به بررسی معنی سلامت و بیماری پرداخته‌اند این باشد که چقدر قضاوت‌های ارزشی برای تعریف این مفاهیم لازمند، یا در آن تعاریف مستقرند. بسیاری از پزشکان و فلاسفه معتقدند که برای تعیین هویت، درک یا تحلیل مفاهیم سلامت، کسالت و بیماری، نیازی به متوسل شدن به ملاحظات ارزشی در کل یا خصوص سلامت و بیماری، اموری تجربی‌اند و نه بیشتر.

یکی از شیوه‌هایی که قائلان به دیدگاه هنجارگرایی، برای اسناد دادن نقش کلیدی به ارزش‌ها، در تعریف سلامت و بیماری رفته‌اند، این است که می‌گویند مقولات بیماری، از فرهنگی به فرهنگ دیگر و از دوره‌ای تاریخی به دوره‌ای دیگر تغییر می‌کند. به علاوه بیماری یا حالتی از سلامتی می‌تواند تجارب بسیار متفاوتی در افراد مختلف ایجاد کند. این که همگان تجربه مشابهی از یک بیماری ندارند، قابل پذیرش است. یک راه معمول

پاسخ این است که از اصطلاح کسالت برای اشاره به حس ساجکتیو<sup>۱۱</sup>، یا تجربه پدیدارشناختی<sup>۱۲</sup> بیماری استفاده شود. اگر اضطراب در کسی به تنفس سریع، و در دیگری به احساس فشردگی در قفسه سینه، و باز در دیگری به سردرد می‌انجامد؛ می‌توان با اصطلاح کسالت، این سلسله وسیع علایم، پاسخ‌ها و تجارب را ضبط کرد.

کسالت، بنا به تعریف ساجکتیو است. بنابراین به زمان، مکان و فرهنگ خاصی مربوط است. تنوع در کسالت متوقع است. به نظر می‌رسد که نمی‌توان تردید کرد که کسالت، که تنها به تجربه سلامت یا بیماری تعریف شده، بسیار متأثر از ارزشها و هنجارهای حاکم در یک جامعه خاص است. در حقیقت کسانی که می‌خواهند از این نظریه که سلامت و بیماری را می‌توان بدون ارجاع به ارزش‌ها و صرفاً بر اساس مفاهیم عینی<sup>۱۳</sup> تعریف کرد، دفاع کنند؛ بسیار مایلند یافته‌های تاریخی و جامعه‌شناختی کسانی چون فوکو<sup>۱۴</sup>، ساز<sup>۱۵</sup>، سچکویک<sup>۱۶</sup> و کنگیلیم<sup>۱۷</sup> را بپذیرند که بیماری به صورت چاره‌ناپذیری محصول فرهنگ، اقتصاد و ایدئولوژی است. اما با تفکیک احساس بیماری و واکنش نسبت به آن در فرد خاصی که در جامعه خاصی زندگی می‌کند، و اطلاق «کسالت» به آن، طالبان تعریف هنجارناگرا امیدوارند که بتوانند معانی یکدست برای بیماری (و گاهی برای سلامت) بیانند که ماورای خصوصیات زمانی، مکانی و شخصی باشند.

آنچه که در مناقشه بر سر نقش ارزش‌ها، محل نزاع است، عینیت مفاهیم بیماری و سلامت است. اگر ارزش‌ها، نقش تعیین‌کننده‌ای در معانی کسالت، سلامت و بیماری ایفا کنند، چنان است که گویی احتمال عینیت در پزشکی و بهداشت، که مبتنی بر این مفاهیم‌اند، به خطر می‌افتد. اگر ارزشها در تحلیل بیماری مؤثر باشند، به نظر می‌رسد که بیماری‌ها فرآورده اعتبار<sup>۱۸</sup> انسان هستند. چنان به نظر می‌رسد که بیماری‌ها مقولاتی هستند که توسط انسان‌ها اختیار شده‌اند، و نه حالاتی که انسان‌ها داشته باشند و هر کس که ملاک‌ها و قرائن لازم برای تشخیص آن‌ها را فرا گرفته، بتواند آن‌ها را کشف کند. هر چقدر ارزش‌ها نقش بیشتری در تعریف سلامت و بیماری ایفا کنند، پیش‌آگهی عینیت و واقعیت برای آن‌ها بدتر به نظر می‌رسد.

در طبقه‌بندی رفتارها و حالات انسان به عنوان علامتی برای سلامت یا بیماری، به آن اندازه که ارزش‌ها در آن‌ها جلوه‌گر باشند، به ویژه ایدئولوژی و سیاست، مهم جلوه می‌کنند، زیرا ارزش‌ها، برخلاف واقعیات تجربی، بیشتر ماحصل نیروهای اجتماعی نگریسته می‌شوند. اگر بیماری‌ها اموری باشند که به ایدئولوژی و سیاست مربوطند، آن‌گاه احتمال علم پزشکی عینی و اثبات‌پذیر<sup>۱۹</sup> اگر نگوئیم که از بین می‌رود، کاهش می‌یابد. کریستوفر بورس<sup>۲۰</sup> فیلسوف آمریکایی معتقد است که سلامت و بیماری را می‌توان بدون ارجاع به ارزش‌های اخلاقی یا هنجارهای فلسفه اخلاق، تعریف کرد. به اعتقاد او اگر چه

درست است که گروه‌های مختلف اجتماعی، نژادی و اقتصادی در مورد مجموعه‌های مرجع مفاهیم سلامت و بیماری هم‌داستان نیستند، و این هم درست است که غالباً متخصصان در این باره که شرایط یا رفتار خاصی بیماری محسوب می‌شود یا خیر، اختلاف نظر دارند، اما این درست نیست که از این واقعیت‌ها نتیجه گرفته شود که نمی‌توان به تعریف عینی سلامت و بیماری که متکی به ارزش‌ها نباشند، رسید.

بورس مدعی است که هر چند افراد یا گروه‌های مختلف راجع به کاربرد خاص تعریف بیماری برای موارد ویژه، اختلاف نظر داشته باشند، امکان یافتن تعریف عینی و فارغ از ارزشها<sup>۲۱</sup> برای بیماری متفی نمی‌گردد. کسالت غالباً ساجکتیو و متغیر است، اما بیماری لزوماً چنین نیست.

همه موجودات زنده، از جمله انسان‌ها، محصول سیر طولانی تکامل زیست‌شناختی‌اند. تکامل انسان ناشی از لوازم متنوع محیطی بوده که به موجوداتی که خصوصیات فنوتیپی<sup>۲۲</sup> و ژنوتیپی<sup>۲۳</sup> خاصی داشته‌اند، مزیت بخشیده است. چون روان و بدن ما در پاسخ به گذشته تکاملی ما، برآمده‌اند<sup>۲۴</sup> سلامت عبارت است از تطابق با طرح طبیعی خویش، آن چنان که انتخاب طبیعی<sup>۲۵</sup> اقتضاء می‌کند.

اگر کلیه‌ها در اثر پاسخ به نیروهای اتفاقی<sup>۲۶</sup> انتخاب طبیعی، برآمده‌اند، چنان که کارشان عبارت باشد از برداشتن مواد زاید از بدن، اگر قلب برای تلمبه خون به اعضا و بافت‌ها برآمده، اگر گوش خارجی برای تعیین محل صدا برآمده، آن گاه در هر انسان (یا موجود زنده دیگر) که کلیه، قلب و گوش دارد، سلامت تا حدی عبارت است از داشتن کلیه‌هایی که مواد زاید را خارج کند، قلبی که خون را به اعضا و بافت‌ها تلمبه کند، و گوش‌هایی که محل صداها را بیابد. طرح تکاملی این اعضا چنین بوده که این کارکردها را داشته باشند و وقتی که چنین می‌کنند، می‌توان گفت که ارگانیسمی که واجد آن‌هاست، سالم است. اگر این اعضا به خوبی عمل می‌کنند، صرف نظر از این که چرا چنین می‌کنند، می‌توان گفت کسی که آن اعضا را دارد، قلبی بسیار سالم، یا کلیه‌های بسیار خوبی دارد.

اگر اختلالی در عضوی باشد، اگر آن عضو ظرفیت انجام آن کاری را که بنا بر طرح تکامل بر عهده‌اش بوده، از دست بدهد، این وضعیت نشان‌گر بیماری است، صرف نظر از این که آیا کسالت به حساب آید یا خیر. با طرح طبیعی می‌توان سلامت و بیماری را مستقل از تجربه اشخاص تحلیل کرد. کسالت، اما نه بیماری، در روان دارنده است. لازم نیست که ارزش‌ها در تعریف مفاهیم سلامت و بیماری وارد شوند، زیرا اهداف پیش‌برنده تکامل، ربطی به اخلاق، خلق و خو، ایدئولوژی، جامعه‌شناسی یا ارزش‌ها ندارند.

امور مهم در تکامل بقا و تولید مثل هستند. بقا و تولید مثل تنها اهدافی هستند که برای تکامل مطرح‌اند. برای رسیدن به این اهداف، تمام موجودات زنده، از جمله انسان‌ها، خصوصیات یا یافته‌اند که احتمال بقا و انتقال ژنشان به نسل بعد را بیشتر کنند. موجوداتی

که فاقد ژنوتیپ و فتوتیپ لازم برای بقا و تولید مثل هستند، از بین می‌روند؛ امروزه تنها موجوداتی حیات دارند، که واجد خصوصیات لازم و کافی برای بقا و تولید مثل‌اند. می‌توان بیماری را چنین تعریف کرد: هر اختلالی در کارکردهای معمول نوع زیست‌شناختی خاص، کارکردهایی که برای رسیدن به اهداف طبیعی، یعنی بقا و تولید مثل لازمند، نه اهداف سیاسی یا فرهنگی. آیا خود مفاهیم بقا و تولید مثل، ارزشمندند؟ هیچ یک از این اصطلاحات به مفهوم اخلاقی یا ارزشی به کار نرفته است. بقا و تولید مثل تنها فرآورده فرعی نظام دارویی‌اند، که در پاسخ به مجموعه شرایط تاریخی خاصی حاصل آمده‌اند. آن‌ها هیچ خوب و بد ذاتی ندارند، صرفاً وجود دارند. اگر فرد بپذیرد که اهداف بقا و تولید مثل، تکامل هر موجود زنده‌ای را بر روی این سیاره، هدایت کرده‌اند، می‌تواند سلامت و بیماری را تنها بر اساس نقش موضعی حالات، شرایط و رفتارهای متنوع، برای رسیدن به این اهداف، بفهمد. هیچ توسلی به اخلاق یا هر گونه قضاوت ارزشی دیگری لازم نیست. آنچه مهم است تعیین این نکته است که نقش موضعی یک ویژگی یا رفتار خاص، بر اساس استعداد موجودی خاص، برای رسیدن به غایات مشخص شده زیست‌شناختی‌اش، مثبت است یا منفی. به اندازه‌ای که موفق به انجام این مهم شویم، می‌توان گفت، که آن ویژگی یا رفتار در دسته سلامت است یا بیماری.

این استدلال که تحلیل هنجارناگرا همان گونه که برای ارزیابی بیماری و سلامت انسان‌ها به کار می‌رود، برای گیاهان و حیوانات هم به کار می‌آید، اقناع‌کنندگی خاصی دارد، که لازم نیست برای تعریف سلامت و بیماری از ارزشها استفاده شود. دامپزشکان می‌دانند که مریضی یک گربه یا خوک یعنی چه. کسی نمی‌خواهد استدلال کند که پیش از آن که آنان بتوانند بگویند که حیواناتی مریض یا در حال مرگ است، باید اخلاقیات حیوان را بررسی کند یا ارزش‌های حیوان را درک کند!

### سلامت به منزله طبیعی بودن، بیماری به منزله طبیعی نبودن

هنجارناگرایی (آن دیدگاهی که معتقد است بیماری را می‌توان بدون ارجاع به چیزی غیر از ارزیابی تجربی کارکردها، تنها بر اساس درک اهدافی که آن کارکردها برای رسیدن به آن‌ها طراحی شده‌اند، تعریف کرد) ارتباط نزدیکی با تعاریف بیماری و سلامت که در متون پزشکی معاصر به کار می‌روند، دارد. اگر از بسیاری پزشکان خواسته شود که بیماری و سلامت را تعریف کنند، پاسخ می‌دهند که بیماری هر چیزی است که غیر طبیعی باشد و سلامتی امری طبیعی است.

طبیعی و غیر طبیعی به طبیعی آماری اشاره دارند و نه هرگونه قضاوت ارزشی راجع به حالت یا رفتاری خاص. نامعمول، ناشایع و افراطی، مفاهیمی هستند که در رده بیماری

قرار می‌گیرند. حالات و رفتارهایی که پیرامون میانگین هستند، یا آن‌ها که تغییرات اندکی دارند، مجموعه مرجع سلامت می‌شوند. بیش از چندین دهه است که تصور آماری از سلامت و بیماری در پزشکی غربی چیره است. این تصور، میراث نظریه باستانی «اخلاط»<sup>۲۷</sup>، و تصورات جدیدتر توازن یا ثبات داخلی<sup>۲۸</sup> است که قرن‌ها مبنای تفکر سلامت و بیماری بوده‌اند. سلامت در نزد متفکرانی چون جالینوس پرگامویی<sup>۲۹</sup>، ویلیام کالن<sup>۳۰</sup> و والتر بی‌کنن<sup>۳۱</sup>، عبارت است از حصول توازن یا هماهنگی در عملکردهای بدن. انحراف یا غیر طبیعی شدن ترکیب مایعات بدن، یا در زمان‌های بعدی ترکیب دستگاه‌های بدن، دال بر بیماری است.

پزشکان غالباً مقادیر غیر طبیعی فشار خون، یا وزن بدن را معادل بیماری می‌دانند، صرف نظر از این که کارکرد نادرست یا دردی وجود داشته باشد یا خیر. اما اشکال اصلی تلاش برای تعریف فارغ از ارزش سلامت و بیماری، این است که هر چیز نامعمولی، بیماری دانسته می‌شود، حتی زمانی که اصلاً آشکار نیست که چرا غیر طبیعی بودن، با سلامت منافات دارد. به نظر می‌رسد که مفهوم غربی باشد که گفته شود کسانی که به طور غیر معمول قهقرو، هوشمند، قوی، سریع، یا چالاک هستند، صرفاً به این دلیل که غیر طبیعی‌اند، یا انحراف از هنجار دارند، بیمارند. بنابراین کسانی که در دو طرف توزیع هر حالت، خصوصیت یا رفتاری هستند، بنا به تعریف بیمارند، تحلیلی که به نظر می‌رسد مانع<sup>۳۲</sup> نیست، و در عین حال نسبت به تلاش‌های تاریخی برای مرتبط ساختن تفاوت و اختلال، بی‌تفاوت است.

این واقعیت که برخی انحراف‌های آماری، امتیازاتی به فرد می‌بخشند، اشکال جدی‌ای برای رویکرد آماری به تعریف سلامت و بیماری است. غیر طبیعی بودن نشانه‌ای است برای آن که ممکن است چیزی به خطا رفته باشد، اما به نظر نمی‌رسد که فی‌نفسه، بیماری باشد. اگر به دنبال یافتن نگرش فارغ از ارزش، به این مفاهیم باشیم، به نظر می‌رسد که تلاش برای ریشه‌یابی بیماری و سلامت، در تحلیل کارکردی، شاید بر اساس این تشخیص که انسان‌ها، ارگانیسم‌های زیست‌شناختی‌ای هستند که برای برآوردن چالش‌های تغییر مجموعه لوازم محیطی، برآمده‌اند، بهترین بخت توفیق را داشته باشد.

## هواداران هنجارگرایی

هنجارگرایان عقیده دارند که سلامت و بیماری مفاهیمی هستند که ذاتاً ارزشمندند. آن‌ها معتقدند که برای درک دقیق این که معنی این مفاهیم چیست، یا به چه چیزی اشاره دارند، لازم است در نظر داشته باشیم که باید در مورد حالات بدن، یا روان تصمیماتی اخذ شود. و این تصمیم‌ها مستلزم ملاحظه آنچه مطلوب یا نامطلوب، مفید یا بی‌فایده، خوب یا بد است، می‌باشند. هنجارگرایان استدلال می‌کنند که هر چقدر هم که واقعیات توصیفی را در

مورد بدن، یا کارکردهای یک سلول یا دستگاه خاصی بدانیم؛ ممکن نیست تصمیم بگیریم که آیا حالات خاصی نمایانگر سلامت یا بیماری اند، مگر آن که ارزش هایی مبنای قرار گیرند. از نظر تاریخی، آنچه در درجه اول مورد توجه فلسفی پزشکان و دانشمندان پزشکی بوده، مفهوم بیماری است. عقیده بر آن بود که اگر بتوان تعریف و تفسیر رضایت بخشی از بیماری به دست داد، تمام سؤال های دیگر راجع به اهداف، غایات و مقاصد بهداشت و درمان حل می شوند.

گاهی هنجارگرایی با پزشکی الترنیتیو<sup>۳۳</sup> اشتباه می شود. هرچند برخی از حامیان هنجارگرایی، در رده کسانی هستند که از سلامت کل گرایانه<sup>۳۴</sup> یا دیگر مداخلات پزشکی نظیر سلامت بخشی معنوی یا روحانی پشتیبانی می کنند، غالب هنجارگرایان تنها می خواهند از این موضع دفاع کنند که ارزش ها مؤلفه تحویل ناپذیری<sup>۳۵</sup> در تعریف بیماری هستند.

شاید واضح ترین نمونه از طریق اثرگذاری ارزش ها بر تعریف سلامت و بیماری، از حوزه سلامت و کسالت روانی باشد. نگاهی اجمالی به متون پزشکی قرن نوزدهم در ایالات متحده، آشکار می سازد که پزشکانی با تمام مرجعیتی که داشته اند، اظهار نموده اند که زنانی که در نزدیکی جنسی لذت می برند یا به استمنا اقدام می کنند، یقیناً مبتلا به انواعی از کسالت روانی و غالباً مبتلا به انواعی از امراض جسمانی مرتبط هستند. متون درسی آن عصر پر است از بیماری های روانی که ظاهراً تنها مردان و زنان سیاهپوست را به تعداد بهت آوری مبتلا می کنند. یکی از اختلالات آن روزگار که بیشتر از همه در متون آمده، drapetomania نام داشت، طاعونی وحشتناک که دال بر تمایل وسواسی برده برای فرار از صاحبش بود.

هنجارگرایان بسیار تحت تأثیر اثرگذاری پنهان یا آشکار پیش داوری های ارزشی و فرهنگی بر تعیین سلامت و بیماری در پزشکی، هستند. آن ها به مجادلات معاصر راجع به بیماری بودن یا نبودن وضعیت هایی چون همجنس گرایی، سندرم پیش از قاعدگی و نازایی اشاره می کنند و می پرسند چگونه کسی می تواند نتیجه بگیرد که نام گذاری حالتی جسمانی یا روانی به عنوان سلامت یا بیماری، مستلزم چیزی بیش از ارزیابی تجربی کارکرد زیست شناختی نیست.

بر اساس شواهد تاریخی، ارزش ها نقش پیچیده ولی کاملاً به جا، در تعریف سلامت و بیماری دارند. به علاوه، آن چنان که هنجارگرایان خاطر نشان می سازند، یک مؤلفه کلیدی در تعریف بیماری این است که آن حالاتی از بدن و روان، که در فرهنگ های مختلف، بیماری دانسته می شوند، تنها در نتیجه این واقعیت بوده که آدمیان ارزش منفی به آن ها داده اند. به عنوان مثال، در جامعه ای که کثرت جمعیت باری بردوشش است، ممکن است نازایی را حالتی از سالم ببینند. در جامعه ای که به قدر کافی ثروتمند است تا از نوزادان حمایت مالی کند، و برای خانواده های بزرگ مزایایی قابل است، ممکن است نازایی را حالتی

از بیماری ببیند که شایسته است با مداخله جراحی یا مصرف دارو برای درمانش بکوشند. یکی از جسورانه‌ترین تلاش‌ها برای صورت‌بندی<sup>۳۶</sup> تعریفی هنجاری از بیماری، که بعد از ارضی این مفهوم را برجسته می‌سازد، کار چارلز کالور<sup>۳۷</sup> روانپزشک، و برنارد گرت<sup>۳۸</sup> فیلسوف است. کالور و گرت بیان می‌کنند که گوهر مفهوم بیماری، متضمن تشخیص این امر است که در شخص، چیزی به خطا رفته است. آن‌ها ادعا می‌کنند که بیماری‌ها، گروه فرعی مفهوم کلی تری هستند که آن‌ها «ناخوشی»<sup>۳۹</sup> می‌خوانند. اعضا مجموعه ناخوشی عبارت‌اند از بیماری‌ها، جراحات، ناتوانایی‌ها و مرگ. کالور و گرت معتقدند که آنچه در تمام این وضعیت‌ها مشترک است، این است که انسان‌ها عموماً این شرایط را بد می‌دانند، آن‌ها به این حالات ارزش منفی می‌دهند و می‌کوشند تا بتوانند خود را از آن‌ها دور نگه دارند. موضع کالور و گرت، برخلاف غالب تحلیل‌های هنجارناگرایی سلامت و بیماری، که بیماری و سلامت را بر اساس انحراف از طبیعی آماری یا از هنجارهای متنوع کارکرد مختص نوع تعریف می‌کنند، این است که نه اختلال عملکرد بلکه بدی‌هایی که همراه با آن اختلال، درک می‌شود؛ قلب معنی بیماری است. به عنوان نمونه در مورد سکتة قلبی، انحراف از کارکرد معمول نیست که ما را وادار می‌سازد آن را در دسته بیماری قرار دهیم. بلکه از دست دادن ظرفیت‌ها، شروع درد، خطر برای حیات هستند که به ارزش منفی گذاردن بر این انحراف از طبیعی بودن کارکردی می‌انجامند.

اگرچه ممکن است اعضای گروه‌های مختلف فرهنگی، یا جوامع مختلف، همیشه بر سر آن چه که امور بد را تشکیل می‌دهند، توافق نداشته باشند، همه جوامع برخی حالات روان یا بدن را بدیهایی می‌دانند که باید از آن‌ها پرهیز کرد. ممکن است افراد همیشه در مورد هویت<sup>۴۰</sup> آن حالات روانی یا جسمانی که بد می‌دانند، توافق نداشته باشند، ولی همه آن‌ها تشخیص می‌دهند که از دست دادن توانایی‌ها، از دست دادن آزادی، از دست دادن لذت، یا درد و مرگ بدند. بنابراین ناخوشی علی‌الظاهر این مزیت را دارد که اموری را که در نظر اول ممکن است متفرق به نظر برسند، مانند درد، جراحی و مرگ، وحدت می‌بخشد، چون آن‌ها را تحت این ملاک مشترک قرار می‌دهد که حالاتی روای یا جسمانی‌اند که آدمیان ارزش منفی به آن‌ها می‌دهند.

یک نقطه ضعف رویکرد هنجاری به تحلیل بیماری این است که مفهوم بیماری را متکی می‌کند به تمایل اعضای جامعه که امور خاصی را بد بشمارند. کسانی که فشار بالا دارند، ممکن است هیچ از دست دادن ظرفیتی را احساس نکنند، اما پزشکانی که با معنی هنجارناگرایی عملکرد فیزیولوژیک درست، کار می‌کنند، می‌توانند بگویند که بیماری وجود دارد، حتی اگر خود بیمار نگوید. به همین صورت، در فرهنگی که هیچ سنت نوشتن ندارد، ممکن است نسبت به حضور لرزش دست در برخی از اعضایش ناآگاه و بی تفاوت باشد. اما روانشناسی که آن گروه را تحت مطالعه قرار می‌دهد، ممکن است

متوجه شود که وضعیت غیر طبیعی‌ای وجود دارد که ارزش منفی به آن نداده‌اند، و بخواهد که مداخله کند تا آن مسئله را تعدیل کند، چنان که اگر آن اشخاص به جامعه دیگری بروند، بتوانند خواندن و نوشتن را یاد بگیرند.

## هنجارگرایی در برابر هنجارناگرایی

مجادله بر سر نقشی که ارزش‌ها در تعریف سلامت و بیماری ایفا می‌کنند، ممکن است چیزی بیش از مناقشه‌ای فلسفی و انتزاعی، که نتیجه ناچیزی برای کار بالینی بهداشت و درمان، یا صورت‌بندی سیاست بهداشت و درمان دارد، نگریسته نشود. اما وقتی که نگرانی‌های زیربنایی که انگیزه این مجادله بوده‌اند، آشکار شود، می‌توان به سادگی دید که مسائل اصلی، درک اهداف پزشکی و منزلت علمی کارهایش است.

هنجارگرایان و هنجارناگرایان به یک‌سان در پی دادن تعریفی برای سلامت و بیماری هستند که تقریباً بتواند شهودات ما را راجع به این که چه چیزی بیماری محسوب می‌شود و سلامتی چیست دربرگیرد. اما کسانی که تعاریفی ارائه می‌دهند، در پی این هم هستند که تعریفی عرضه کنند که بتواند به تعیین تکلیف حالات مبهم بدن یا روان کمک کند یا وقتی که راجع به گنجاندن درست حالتی در دسته بیماری یا سلامت، اختلاف نظر و عدم قطعیت وجود دارد، راهگشا باشد.

سواى جذابیت زیبایی‌شناختی<sup>۴۱</sup> زندگی در جهانی که امور مفهومی آن حل‌های پاکیزه و مرتب به خود می‌پذیرد، دلایل مهمی برای احترام به این تلاش‌ها برای تعریف وجود دارد. اگر پزشکی و دیگر حرف‌بهداشتی و درمانی از تعاریف سلامت و بیماری‌ای استفاده نکنند، که واضح و بی‌ابهام باشند، این خطر جدی وجود دارد که هم‌ارایه‌دهندگان بهداشت و درمان و هم‌بیماران، راجع به اهداف، غایات، انتظارات و امیدواری‌هایی که ایشان در پزشکی می‌بینند، مردد باشند. اگر سلامتی و بیماری چیزی بیش از آنچه جامعه مشخص می‌سازد، فرهنگ میانجی‌گری می‌کند، نیستند، این واهمه وجود دارد که امکان منزلت علمی قاطع‌قایل شدن برای پزشکی، یا یافتن اجماع در میان متخصصان و بیماران راجع به حدود شایسته قلمرو پزشکی، وجود نداشته باشد.

اگر کسی تردید داشته باشد که قضاوت‌های ارزشی به نحوی عینی باشند، حضور ارزش‌ها در تعریف سلامت و بیماری، ناممکن می‌گرداند که بهداشت و پزشکی بر مبنایی عینی و کلی تکیه زند. از سوی دیگر اگر کسی قضاوت‌های ارزشی را قابل استدلال عینی و عقلانی بداند، حضورشان در تعاریف سلامت و بیماری، کاری به تحلیل بردن عینیت یا علمی بودن پزشکی و بهداشت ندارد.

چرا باید ارزش‌ها و عینیت یا حتی اجماع، ناساگار تلقی شوند؟ اگر ممکن باشد که بین انسان‌های عاقل توافقی حاصل آید که برخی حالات بدن یا روان ارزشمند و مطلوبند، اما



حالات دیگر نه، باید ممکن باشد که نقش آشکاری به ارزش‌ها در تعریف بیماری و سلامت داده شود، بی آن که عینیت، دقت، یا کلیت قربانی شوند.

چون به نظر می‌رسد که بین بیماران و ارایه‌دهندگان بهداشت و درمان اختلافی وجود ندارد که در شرایط عادی، زندگی بر مرگ، توانایی بر ناتوانی، لذت بر درد مرجح و مطلوبتر است. ظاهراً قائلان به هنجارگرایی، دلایلی برای خوش‌بینی نسبت به این که بتوان مبنایی عینی برای تعاریف ارزشمند سلامت، بیماری یافت، دارند. ممکن است یافتن مبنا برای برخی حالات یا وضعیت‌ها، نسبت به دیگر حالات یا وضعیت‌ها مشکل‌تر باشد (بهتر است کودک استعداد پیدا کردن سینه‌های بزرگ داشته باشد یا کوچک؟) اما خوبی‌ها و بدی‌هایی که مردم را به دستگاه بهداشتی و درمانی می‌کشاند و به دیگران انگیزه می‌دهند که هنر و علم بهداشت و درمان را به کار برند، به نظر می‌رسد که قلمرو تقریبی‌ای است که می‌توان درون آن راجع به این که چه چیزی خوب و چه چیزی بد است و بنابراین چه چیزی سلامت و چه چیزی بیماری است، به توافق رسید.

مناقشه بر سر هنجارگرایی و هنجارناگرایی که در تفکر اخیر راجع به سلامت، کسالت و بیماری، در مرکز صحنه واقع بوده، ممکن است بیش از آن که واقعی باشد، خیالی باشد. اگر انگیزه این مناقشه، واهمه از سرشت سابیجکتیو ارزش‌ها باشد، می‌شود با توجه دادن به این که می‌توان همچون واقعیات، در مورد ارزش‌ها هم به توافق و اجماع رسید، آن مجادله را فرونشاند. اگر این موضع پذیرفتنی باشد، شاید ممکن باشد که بیماری را اختلالی که ارزش منفی به آن داده شده، دانست که هم غایات انسان‌ها و هم طرح بدن انسان (و روان انسان، تا آن جا که بشود به آن علم پیدا کرد) در تعریف باشند. سلامت کارکردی ارزشمند خواهد بود که در دستگاه‌ها یا بافت‌های خاصی، آن کارکرد بهترین یا حداکثر باشد. آن اندازه که ارزش‌ها برای عینیت تعریف سلامت و بیماری منشاء اشکال دانسته شوند به همان اندازه اردوگاه هنجارگرایی یا هنجارناگرایی غلبه پیدا می‌کند.

این مقاله ترجمه‌ای از مقاله

concepts of the health, illness and disease

است که در کتاب زیر منتشر شده است:

Medical Ethics R.M. Veatch (ed.) 1997. 57 72 Jons Bartlett. pub.

1. health
2. illness
3. disease
4. sickle cell
5. normativists

6. value - laden
7. computed tomography
8. coherent
9. unhealthy
10. nondiseased
11. subjective
12. phenomenological
13. objective
14. Foucault
15. Szasz
16. sedgwick
17. caguilhem
18. invention
19. verifiable
20. Boorse
21. value - free
22. phenotypic
23. genotypic
24. evolved
25. natural selection
26. contingent
27. humors
28. homeostasis
29. Galen of Pergamum
30. cullen
31. cannon
32. too inclusive
33. alternative
34. holistic
35. irreducible
36. formulation
37. Charles Culver
38. Bernard Gert
39. malady
40. identity
41. asthetic



شروء بشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی