

Knowledge and Institutions in the Structure of the Epidemic:

a Biopolitical analytics of the Corona pandemic

Alireza Monajemi*

Abstract

The unpreparedness to deal with the Corona pandemic and the inadequacy of interventions and measures to control that world has created a critical situation. In this article based on biopolitical analytics, I want to show why we stand at this point and that unpreparedness and inadequacy have rooted in the structure of the epidemic (objects, sciences, and institutions). In this analysis, I will focus on the objects, sciences and institutions related to the structure of the epidemic and scrutinize how the structure of the epidemic has caused invisibility of objects such as the city, citizenship and society, which has led to the hiddenness of the related sciences and institutions. Medicalization of the health and the priority of epidemiology have been the result of this historical process. It seems that the revival of urban medicine and serious attention to health humanities as a potential link between biomedical sciences, politics and society can open up new horizons.

Keywords: Epidemic, Corona virus, Biopolitical analytics, Health humanities, Biomedical sciences, Urban medicine

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* MD-PhD, Philosophy of Science and Technology Department, Institute for Humanities and Cultural Studies, monajemi.alireza@gmail.com

Date received: 05/05/2021, Date of acceptance: 04/08/2021

Copyright © 2010, IHCS (Institute for Humanities and Cultural Studies). This is an Open Access article. This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

دانش‌ها و نهادها در ساختار همه‌گیری:

تحلیل زیست‌سیاسی پاندمی کرونا

علی‌رضا منجمی*

چکیده

ناآمادگی در مواجهه با همه‌گیری کرونا و نابسندگی مداخله‌ها و اقدامات در مهار آن، جهان را با شرایطی بحرانی مواجه کرده است. در این مقاله برآنم تا بر مبنای تحلیل و نقد زیست‌سیاسی نشان دهم که چرا در این نقطه ایستاده‌ایم و اینکه این ناآمادگی و نابسندگی ریشه در ساختار همه‌گیری (ابژه‌ها، دانش‌ها و نهادها) دارد. در این تحلیل به ابژه‌ها، دانش‌ها و نهادهای مرتبط با ساختار همه‌گیری خواهیم پرداخت و نشان خواهیم داد ساختار همه‌گیری سبب رویت‌ناپذیری ابژه‌هایی همچون شهر، شهروندی و جامعه و به محاق رفتن دانش‌ها و نهادهای مرتبط با آن شده است. طبی‌سازی امور بهداشتی و مرجعیت دانش اپیدمیولوژی حاصل چنین فرآیند تاریخی‌ای است. به نظر می‌رسد احیای پزشکی شهری و توجه جدی به علوم انسانی سلامت به عنوان پیونددهنده علوم زیست‌پزشکی، سیاست و جامعه می‌تواند افق‌های نوی بگشاید.

کلیدواژه‌ها: همه‌گیری، ویروس کرونا، تحلیل زیست‌سیاسی، علوم انسانی سلامت، علوم زیست‌پزشکی، پزشکی شهری

۱. مقدمه

تجربه پاندمی کرونا نشان داد که در مواجهه با پاندمی مهیا و آماده نبودیم و بسیاری از مداخلات انجام شده چندان موثر نبودند. تکنولوژی‌های پیشگیری بسیار ابتدایی هستند،

* استادیار گروه فلسفه علم و فناوری، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، monajemi.alireza@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۵، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۳

نهادهای مرتبط با بهداشت عمومی غالباً دولتی‌اند و از این رو نیازمند بودجه‌های عمومی و گرفتار در چنبره دیوان‌سالاری. مداخلات بهداشت عمومی بیشتر به سمت و سوی فردی‌سازی گرایش دارند که در پزشکی بالینی و واکسیناسیون نمود پیدا می‌کند. چرا چنین شده است؟ چرا اینجا ایستاده‌ایم؟ چرا بسیاری از مولفه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی در مواجهه و مهار همه‌گیری به حساب نمی‌آیند؟ چرا علوم انسانی و اجتماعی همانند علوم زیست‌پزشکی در ستادهای کرونا نقشی ایفا نمی‌کنند؟ چرا انگاره رایج میان دولتمردان و نیز سپهر عمومی این است که همه‌گیری کرونا امری مربوط به علم پزشکی است و اگر همه کار به نهاد پزشکی واگذار شود کار سامان می‌یابد؟

برخلاف انگاره رایج تفاوت همه‌گیری طاعون در قرون وسطی با همه‌گیری کووید ۱۹ در مداخلات مهار آنها همچون قرنطینه یا فاصله‌گذاری اجتماعی نیست، بلکه در نهادها و دانش‌های سامان یافته بر بنیان همه‌گیری است که در قرون وسطی موجود نبود. من در این مقاله می‌کوشم نشان دهم دانش‌ها و نهادهای همه‌گیری چیستند و چه محدودیت‌هایی دارند و این محدودیت‌ها چگونه سبب نامهربان‌بودگی و ناآمادگی ما در مواجهه با همه‌گیری‌ها شده است. ساختارهایی که همه‌گیری در قالب آن رویت‌پذیر شد، سبب شد نگاه با دانش پیوند بخورد و به بیان دیگر همه‌گیری به ابژه دانش بدل شود. دانش‌هایی همچون اپیدمیولوژی گشاینده میدانی بود که به واسطه وارد کردن ساختارهای علم جمعیت‌شناسی و آمار و احتمال همه‌گیری را رویت‌پذیر کرد. این ساختارها تاریخ‌مند هستند و امور رویت‌پذیر و رویت‌ناپذیر را تمیز می‌دهند. مدعای اصلی این مقاله این است که ساختارهایی که همه‌گیری را رویت‌پذیر می‌کنند خود سبب می‌شوند تدابیر و مداخلات موثر در مهار و کنترل همه‌گیری ناکام و نابسندیده باشند. به سخن دیگر، ساختارهای آشکارکننده همه‌گیری، امور و عناصری را از دید پنهان می‌کنند که نابسندگی اقدامات و مداخلات را رقم می‌زند.

از همین رو در این مقاله از تحلیل زیست‌سیاسی بهره خواهیم برد که در ادامه مبسوط به آن خواهیم پرداخت. پس از آن به تحلیل زیست‌سیاسی ساختار همه‌گیری اشاره خواهد شد. این تحلیل بر اساس سه محور ابژه‌ها/مفهوم‌ها، دانش‌ها و نهادها/کنش‌ها صورت می‌گیرد. در گام بعدی، نقد زیست‌سیاسی همه‌گیری ارائه خواهد شد و عناصر رویت‌ناپذیر را هویدا خواهیم کرد. در نهایت بر اساس تحلیل و نقد ارائه شد تلاش خواهد شد افق‌های نو و راهکارهایی ارائه شود.

۲. روش - تحلیل زیست‌سیاسی (Analytics of biopolitics)

تحلیل زیست‌سیاسی کارکردی انتقادی دارد و از همین رو وظیفه تحلیل زیست‌سیاسی هویدا (برملا) و قابل فهم کردن موانع (restrictions)، رخدادهای (contingencies)، مطالبات (demands) و الزام‌ها (constraints) است که بر آن تأثیر می‌گذارند. پدیده‌های زیست‌سیاسی همچون همه‌گیری در متن کنش‌های (پرکتیس‌های) اجتماعی و تصمیم‌گیری‌های سیاسی قرار دارند. اولویت‌هایی که این کنش‌ها و تصمیم‌گیری‌ها را رقم می‌زند نهادی یا هنجاری هستند. باید توجه داشت که بعد انتقادی تحلیل زیست‌سیاسی در صدد انکار وضعیت موجود نیست، بلکه در تلاش است آشکالی از تعهد و تحلیل (engagement and analysis) را ایجاد کند که ما را در درک نگاه‌های جدید یا بررسی دیدگاه‌های موجود از منظرهای جایگزین توانمند می‌کند. نقد نه امری مخرب، بلکه سازنده و تغییردهنده است. تحلیلی زیست‌سیاست پسا فوکویی^۱ در سه محور انجام می‌شود؛ توجه داشته باشید که این محورها بر یکدیگر اولویت زمانی یا نظری ندارد و در یک تعامل دوطرفه و پویا قرار دارند. محور اول؛ ابژه‌ها و مفاهیم، محور دوم، دانش‌ها و محور سوم نهادها و کنش‌ها.

۳. تحلیل زیست‌سیاسی ساختار همه‌گیری

۱.۳ محور اول: ابژه‌ها/مفهوم‌ها

در این محور به چند پرسش کلیدی پاسخ داده می‌شود: تعریف همه‌گیری چیست؟ همه‌گیری چگونه توصیف، اندازه‌گیری، ارزیابی می‌شود؟ همه‌گیری بر پایه چه مفاهیمی بنا شده است؟

شیوع یک بیماری در یک منطقه بیش از حد انتظار بهنجار (normal expectancy) را همه‌گیری (epidemic) می‌گویند. (Porta, 2014) پرواضح است که در ساخت همه‌گیری سه مفهوم کلیدی نقش برجسته‌ای دارند. بیماری، شیوع بیش از حد انتظار و منطقه جغرافیایی. به بیان دیگر بیماری، جمعیت و جغرافیا این سه مفهوم کلیدی هستند.

ابتدا باید به مفهوم بیماری (disease) توجه کنیم. برای آنکه بتوان از همه‌گیری سخن گفت ابتدا باید بیماری مورد نظر در دانش طبقه‌بندی بیماری‌ها (nosology) موجود باشد. به بیان دیگر، تا نتوان به یک بیماری مشخص با معیارهای تشخیصی دقیق اشاره کرد، از همه‌گیری نمی‌توان سخن گفت. در ماه‌های آغازین همه‌گیری کرونا، به دلیل آنکه بیماری

«کوید ۱۹» هنوز شناخته شده نبود و معیارهای تشخیصی آن هم نامشخص بود با بسیاری بیماری‌های مشابه همچون انفلوآنزا اشتباه می‌شد و همین سبب شد که اعلام همه‌گیری جدید به تعویق بیفتد.

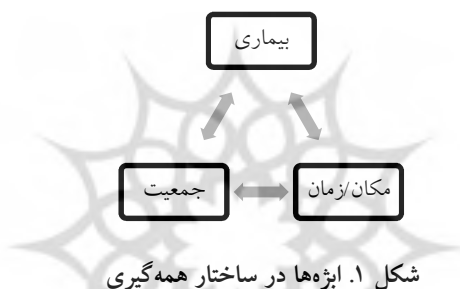
مفهوم کلیدی دوم، «شیوع بیش از حد انتظار» است. اینکه چه تعداد مورد (case) بیماری می‌تواند نشان‌دهنده همه‌گیری باشد، بسته به عامل، اندازه و نوع جمعیت تحت تأثیر متفاوت است. تجربیات پیشین یا فقدان مواجهه قبلی با عامل مورد نظر، و زمان و مکان رخ دادن هم از عوامل مهم هستند. مشاهده یک مورد بیماری واگیر که مدت‌هاست ریشه‌کن شده است مانند فلج اطفال یا اولین نمونه بیماری‌ای که تا پیش از این مشاهده نشده بود باید به فوریت اطلاع داده شود. حتی مشاهده دو مورد از چنین وضعیتی می‌تواند ما را به این نتیجه برساند که با یک همه‌گیری مواجه هستیم. این امر نیازمند سیستم نظارت و پایش (surveillance systems) است که وظیفه‌اش شناسایی همه‌گیری‌ها در اسرع وقت به شکلی است که بتوان با اقداماتی آن را مهار کرد. (Porta, 2014) به همین دلیل بر خلاف جانداران دیگر اعلام اپیدمی در انسان نیازمند سیستم جمع‌آوری و تحلیل داده‌های آماری است و پیوند نظام خدمات بالینی و بهداشتی.

همواره تشخیص همه‌گیری نیازمند جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر سیستماتیک و مداوم داده‌ها و انتشار آنها برای کسانی که حق دانستن آنها را دارند برای انجام اقدامات لازم. این بخشی ضروری از کارورزی اپیدمیولوژی و بهداشت عمومی است. اندازه‌گیری، ارزیابی همه‌گیری مبتنی است بر آمار. بخش‌هایی نظارت و پایش کاربست اطلاعات به دست آمده است در ارتقاء سلامت و کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها. باید توجه داشت همه‌گیری حاصل نظارت و پایش (surveillance) است نه رصد (monitoring). رصد بیشتر مقطعی یا اپیزودیک است در صورتی که نظارت و پایش مداوم و بی‌وقفه. کار واحدهای نظارت و پایش، گرفتن بازخوردها و تحلیل و تفسیر آنهاست. این داده‌ها میزان ابتلا به بیماری‌ها، نرخ مرگ و میر، گزارش‌های بیمارستانی، میزان تزریق واکسن، گزارش‌های آزمایشگاهی و مانند اینهاست. (Porta, 2014)

جغرافیا مفهوم کلیدی سوم است. تجارب تاریخی نشان می‌دهد که همه‌گیری‌ها در یک نقطه جغرافیایی آغاز می‌شوند و سپس بر اساس عوامل مختلف به نقاط دیگر انتشار می‌یابند. در پاندمی کرونا شهر ووهان به عنوان نقطه شروع پذیرفته شد. اینکه در ووهان چه عواملی دست به دست هم داد تا همه‌گیری رخ دهد؟ نحوه زیست مردم، میزان تماس

آنها با جانوران دیگر، عادات غذایی، و عواملی از این دست را می‌تواند دخیل دانست. اما جغرافیا در اینجا نه اشاره صرف به یک مکان بلکه به درهم‌تنیدگی زیست انسانی و مکان اشاره دارد. همه‌گیری ساختاری متفاوت با بیماری تک‌گیر دارد. همه بیماریهایی که در یک اقلیم شایع هستند، همه‌گیر نیستند، اما بیماری‌های همه‌گیر همگی امراضی اقلیمی هستند. از این رو، همه‌گیری حاصل درهم‌تنیدگی آگاهی تاریخی جغرافیایی نسبت به بیماری است. (فوکو، تولد کلینیک، ص ۶۳-۸۱)

همان که در تصویر می‌بینید مفهوم همه‌گیری از درهم‌تنیدگی این سه مفهوم ساخته شده است. اما اینکه هر کدام از این مفاهیم به چه میزان در شکل‌گیری دانش‌ها، نهادها و کنش‌ها نقش ایفا کرده‌اند پرسشی است که در ادامه به آن خواهیم پرداخت.



۲.۳ محور دوم: دانش‌ها

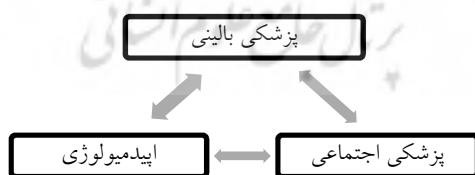
چه نوع دانش‌هایی در همه‌گیری درگیر هستند؟ کدام دسته از کارشناسان مرجعیت دارند؟ چه نوع دانش در خصوص همه‌گیری مناسب و کدام حاشیه‌ای و بی‌ارزش است؟ در اینجا به سه نوع دانش مهم اشاره می‌شود. متناظر با ساختار همه‌گیری که در بالا توصیف شد سه دانش بالینی (clinical knowledge)، اپیدمیولوژی (epidemiology)، و پزشکی اجتماعی با همه‌گیری مرتبط هستند.

دانش محوری اول، دانش بالینی است. تشخیص یک بیماری مشخص از رهگذر طبابت (clinical practice) حاصل می‌شود. برای رسیدن به تشخیص، پزشک از بیمار شرح‌حال می‌گیرد و او را معاینه می‌کند تا علائم و نشانه‌های بیماری را بیابد و سپس بر اساس فرضیه‌های تشخیصی که در ذهنش شکل گرفته است درخواست آزمایش و تصویربرداری بدهد. بر این اساس تشخیص یک بیماری مستلزم پزشکان بالینی، آزمایشگاه‌های تشخیصی و مراکز تصویربرداری پزشکی است.

دانش محوری دوم، اپیدمیولوژی است. اپیدمیولوژی علم بررسی فراوانی، الگوها، چگونگی علل، انتشار و کنترل بیماریها در جمعیت های انسانی است که نیازمند جمع آوری، تجزیه و تحلیل منظم داده های مربوط به بیماریهاست. این دانش بر جمعیت تأکید بر گروه دارد نه فرد. علمی است مبتنی بر اندازه گیری کمیتهای و بررسی ارتباطها، اختلافها، و تغییرات روند و الگوی سلامت و بیماری در جمعیت های انسانی. این دانش به دنبال تفاوت های وضعیت های سلامت و بیماری از رهگذر تطبیق و مقایسه (Contrast & Compare) است (رفرانس؟؟؟)

دانش سوم در این میان پزشکی اجتماعی است که در اغلب دانشکده های پزشکی به عنوان رشته ای از پزشکی شناخته می شود. ادعا می شود پزشکی اجتماعی تنها رشته ای است که شخص بیمار را علاوه بر آنکه زیست شناختی می بیند اجتماعی هم می بیند و با این دیدگاه مسلم است که برای حل مشکلات فراوان بهداشتی جامعه مدرن باید از پژوهش های پزشکی اجتماعی بهره بگیریم. (ولف، آندرپدرسون و روزنبرگ، ۱۳۸۰) پزشکی اجتماعی جدید از اپیدمیولوژی کلاسیک منشأ گرفته است. این برآمدن حاصل مدلی از بیماری بود که بر عناصر محیطی و اجتماعی هم نظر داشت. اپیدمیولوژیست ها مدل اپیدمیولوژیک بیماری مبتنی بر نظریه میکروبی بنا نهادند. بر اساس این مدل، بیماری حاصل از تعامل و برهمکنش میان عامل بیماری، عوامل محیطی و موجود زنده است. پیامد چنین مدلی این خواهد بود که بیماری صرفاً وابسته به وجود میکروب نیست، بلکه شرایط زندگی افراد در جامعه و وضعیت بهداشتی جامعه در یک شبکه علی پیچیده دخیل هستند. (ولف، آندرپدرسون و روزنبرگ، ۱۳۸۰)

هر کدام از این دانش ها، کنش ها را رقم می زنند و با نهادهایی پیوند دارند که در بخش بعدی به آنها خواهیم پرداخت.



شکل ۲. دانش ها در ساختار همه گیری

۳.۳ محور سوم: نهادها / کنش‌ها

چه نهادهایی متولی رسیدگی به همه‌گیری هستند؟ چه مداخلاتی در مهار همه‌گیری روا و مناسب دانسته می‌شود؟ ارتباط نهادها با ابژه‌ها و دانش‌ها چگونه برقرار می‌شود؟ در این محور به این پرسش‌ها می‌پردازیم. کدام مسائل سیاسی، پزشکی، علمی، و اجتماعی توجه به خود جلب می‌کنند و الویت پژوهشی می‌شود؟ این همان است که چه مسائلی نادیده گرفته می‌شوند. بیماری برجسته می‌شود. مسائل شهری، فرهنگی، اجتماعی نادیده گرفته می‌شوند.

ساختار همه‌گیری کنش‌ها و نهادهایی را رقم زد که می‌توان آن را ذیل نهضت بهداشت عمومی^۲ گنجانند. صنعتی شدن و شهری شدن که از اواخر قرن هجدهم در اروپا آغاز شده بود در شکل‌گیری کنش‌ها/نهادها نقش برجسته‌ای ایفا کردند.

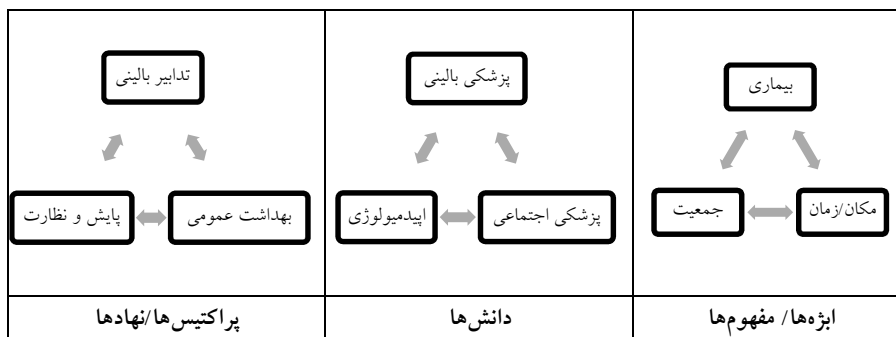
دانش بالینی وقتی با همه‌گیری پیوند خود پیامدهای مهمی در سطح نهادی/کنشی به همراه داشت. بیماری، تجربه پزشکی و نظارت پزشکی وقتی قرار است بر ساختارهای اجتماعی در سطح جامعه توزیع شوند، آسیب‌شناسی همه‌گیری و بیماری‌های منفرد در برابر توقعات و خواسته‌های یکسان قرار می‌گیرند: اول، تعریف جایگاه سیاسی برای پزشکی و دوم شکل‌گیری نوعی آگاهی پزشکی در مقیاس کشور. نهاد متولی موظف به انجام مداوم اطلاع‌رسانی، نظارت و اعمال اجبار و الزام است که لازمه تعامل و همکاری علم پزشکی و نیروی انتظامی است. (فوکو، تولد کلینیک، ص ۶۳-۸۱)

از این رو می‌توان گفت سه عنصر ارزیابی، نظارت و آمار از مقومات چنین نهاد/کنش‌های هستند. (باینوم/فصل ۴) ساختار همه‌گیری مبتنی بر نوعی فردیت تاریخی است. رویت‌پذیری همه‌گیری مبتنی بر مشاهده آن با روشی پیچیده است. همه‌گیری پدیده‌ای جمعی است و نگاهی چندگانه می‌طلبد. این مستلزم آن است که رویداد را با همه جزئیاتش ثبت کرد که اطلاعات مکرر باید جمع‌آوری، راستی‌آزمایی و ثبت شوند. (فوکو، تولد کلینیک، ص ۶۳-۸۱) بررسی و ارزیابی وظیفه افسرانی بود که قصد داشتند موضوع جدیدی را کشف کنند و نظارت وظیفه همه پزشکانی بود که با یک بیماری، از گروهی که درباره آنها هشدار داده شد بود، سروکار داشتند. متخصصان اپیدمیولوژی برای درک ارتباط‌ها و علت‌ها به آمار روی آوردند از این رو، می‌توان گفت نهضت بهداشت عمومی همزمان با برآمدن علم آمار مدرن شکل گرفته است. (باینوم/فصل ۴)

ارزیابی وضعیت سلامت عمومی که با همه‌گیری آغاز شده از پرداختن به صرف همه‌گیری‌ها فراتر رفت. پرسشنامه‌هایی برای ارزیابی وضعیت بهداشتی شهرها و محله‌ها تهیه شده بود که کمیسرهای بهداشتی ملزم به پر کردن آنها و ارائه گزارش بودند. مسائلی همچون فقر، کار کودکان، کارخانه‌ها، آب، مواد غذایی تقلبی، فاحشه‌خانه‌ها در این پرسشنامه‌ها مورد توجه بودند.^۳ اگر ارزیابی سبب شد انواع مسائل اجتماعی و پزشکی نمایان شود؛ نظارت، راهبرد تکمیلی‌ای بود با هدف ایجاد نظم و تداوم رویه‌های بهداشتی سامان یافت. این نظارت‌ها پیش از آن هم در بندرها و مرزهای زمینی به کار گرفته می‌شد اما تا پیش از شکل‌گیری نهادهای مدرن بهداشت عمومی بیشتر به امنیت مرتبط می‌شد تا سلامت. (باینوم / فصل ۴)

به این ترتیب پزشکی اجتماعی به مثابه دانش / نهاد / کنش در ساختار همه‌گیری نقشی کلیدی ایفا می‌کند. تأمل فوکو در سیر تطور پزشکی اجتماعی در این میان حائز اهمیت بسیار است. او نشان می‌دهد که پزشکی اجتماعی در سه سنت آلمانی، فرانسوی و انگلیسی شکل گرفته است. پزشکی دولتی (state medicine) در آلمان نضج گرفت و از آن علمی برآمد که Staatwissenschaft خوانده می‌شد. این علم درباره منابع طبیعی جامعه یا شرایط زیست جمعیت نبود، بلکه به کارکرد کلی ماشین سیاسی نظر داشت. در ضمن، روش‌هایی که دانش جمع‌آوری و تولید می‌کند تا عملکرد ماشین سیاسی را تضمین کند بخش دیگری از این دانش است. این دانش با سرعت بیشتری در آلمان به نسبت انگلستان و فرانسه قوام یافت. پلیس پزشکی از دل چنین ساختاری برآمد. این پلیس چند وظیفه داشت: جمع‌آوری اطلاعات بیماری‌ها از بیمارستان‌ها و ثبت و ضبط اپیدمی و اندمی‌های مختلف، استانداردسازی دانش پزشکی و طبابت، ساختار اداری برای نظارت بر فعالیت‌های پزشکان، مشخص کردن افسران پزشکی برای هر منطقه. همه اینها سبب شکل‌گیری نهادی شد که پزشکی دولتی (state medicine) نامیده می‌شد. از اواخر قرن هفدهم طرح «پلیس پزشکی» در دولت‌های آلمانی‌زبان ایجاد شد. یوهان پیتر فرانک (Johan Peter Frank) پزشک، کیهان‌شناس و کنشگر سلامت عمومی، سیستم کاملی از سیاست پزشکی (System der vollstandigen medicinischen Polizey) را پیشنهاد داد. اصطلاح آلمانی Polizey یا پلیس، نیروهای سازمان‌یافته دولتی بودند که تمام شئون زندگی ادمی از تولد، بارداری، نوزادی، تا دفن مردگان را پوشش می‌دهد. (باینوم / فصل ۴) در فرانسه پزشکی اجتماعی شکل متفاوتی داشت. فوکو نشان می‌دهد که در فرانسه، کشور به بلوک‌هایی تقسیم شده بود که رییس آن

فرماندار بود و تعدادی پزشک و جراح عضو آن بودند. وقتی چهار یا پنج نفر مبتلا به بیماری واحدی شده باشند باید به اطلاع هیات برسانند. در اینجا برخلاف پزشکی اجتماعی آلمانی که بیشتر به سیاست سوق داشت، نقش پزشکی برجسته بود. به این ترتیب، ساختار همه‌گیری سب شد پزشک و پلیس (نیروی انتظامی) باید در کنار هم قرار گیرند. (فوکو، تولد کلینیک، ص ۶۳-۸۱) پزشکی اجتماعی انگلیسی وامدار کارهای چادویک - منشی جرمی بنتهام - بود. او به سلامت عمومی از رهگذر دغدغه‌ی درباره فقر و خصوصاً اجرای قانون کمک به بینوایان توجه داشت. بریتانیایی‌ها اولین ملتی بودند که صنعتی شدند و طبعاً روش‌های پیشین مواجهه با فقرا در موقعیت اقتصادی صنعتی و استخدام‌های فصلی، فقر، مدنیت و آگاهی رو به افزایش، نامناسب بود. چادویک در این مواجهه میان فقر و بیماری پیوندی برقرار کرد: بیماری عامل مهم ایجاد فقر بود و جلوگیری از آنچه بیماری‌های کثیف می‌نامیدند، در حل مشکلات فقرا مفید بود. راه حل آسان بود: بهداشت. آلودگی و پلشتی عامل ایجاد بیماری بود و نظافت مانع آن. از آن رو بود که چادویک در فرآیند اصلاح قانون کمک به بینوایان به پیشگیری از بیماری‌ها علاقه‌مند شد. پس از آن بود که بریتانیا «هیأت سلامت» تأسیس شد که سه عضو آن از پارلمان بودند و عضو چهارم بود و این هیأت بر سلامت عمومی بسیار تأثیرگذار بودند. لایحه پارلمانی به گروه‌ها اجازه می‌داد اگر ده درصد از مالیات‌دهندگان درخواست کنند افسر سلامت پزشکی (MHN) داشته باشند. اگر میزان مرگ و میر در یک منطقه بیشتر از ۲۳ هزار تن بود وجود افسر پزشکی الزامی بود. (باینوم/فصل ۴) از همین رو، پزشکی اجتماعی‌ای که باقی ماند در قالب نظام‌های خدمات بهداشتی و رفاهی به حیات خود ادامه داد پزشکی اجتماعی انگلیسی بود. این پزشکی بر پایه شکاف بین فقیر و غنی، رسیدگی به نیازمندان و کاهش آسیب آنها برای اغنیا طراحی شده بود. واکسیناسیون و خدمات رفاهی از دستاوردهای این نوع از پزشکی اجتماعی است. در پزشکی اجتماعی آلمانی نیروی کار مد نظر نبود، بلکه بدن افراد به عنوان یکی از مقومات دولتی است. در مقابل، این پزشکی اجتماعی انگلیسی بود که به نیروی کار توجه نشان داد.



شکل ۲. تحلیل زیست‌سیاسی از همه‌گیری

۴. نقد زیست‌سیاسی همه‌گیری

در تحلیل زیست‌سیاسی از ساختار همه‌گیری نشان دادیم که مفهوم همه‌گیری چگونه برآمد، چه دانش‌هایی در آن دخیل هستند و چه نهاد/کنش‌هایی از دل این ساختار برآمدند. در این بخش به نقد زیست‌سیاسی همه‌گیری خواهیم پرداخت.

از میان ابژه‌ها آنچه کمتر مورد توجه قرار گرفت جغرافیا بود که قرار بود در قالب شهر فهمیده شود و چنین نشد. از سوی دیگر، مفهوم جامعه هم به جمعیت فروکاسته شد و این سبب شد پیوند عناصر اجتماعی، فرهنگی، انسان‌شناختی با ساختار همه‌گیری گسسته شود. از همین رو از یک اپیدمیولوژی، مادر علوم بهداشتی، نقش عوامل اجتماعی-اقتصادی در ابتلا به بیماری‌ها را نادیده می‌انگارد و در عوض، تمرکزش بیشتر بر علت‌های بلاواسطه یا به قول دیگر عوامل خطر (risk factor) است. به‌عنوان مثال، به‌جای آنکه نشان دهد چرا سیگار کشیدن در طول قرن گذشته رشدی این چنین داشته است، به ارتباط سیگار و سرطان ریه منحصر شده است. این از آن‌روست که اپیدمیولوژی، افراد را در قالب جمعیت (population) در نظر می‌گیرد و نه جامعه (society). (بوپال، ۲۰۱۶؛ اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸)؛ به تعبیر دیگر، جامعه و جمعیت در علوم بهداشتی خلط شده‌اند و در بسیاری از موارد، آنچه به‌عنوان «عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت» (social determinants of health) در این علوم متداول است، بیشتر عوامل خطری است که بر شیوع بیماری در جمعیت‌ها مؤثر است. اپیدمیولوژی متأثر از علوم زیست‌پزشکی عوامل خطرزا را برای بیماری هر فرد اعلام می‌کند تا علت‌های بیماری را در جامعه. به بیان دیگر، اپیدمیولوژی بیشتر متأثر از امر بالینی است تا امر بهداشتی. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸)

الهام‌پذیری پزشکی اجتماعی از اپیدمیولوژی سبب شد پژوهشگران پزشکی اجتماعی از روش‌های آماری بهره می‌گیرند تا بتوانند روابط علی میان عوامل موثر در سلامت برقرار کنند و آن را در پیشگیری از بیماری‌ها بکار گیرند. اما در پزشکی اجتماعی رویکرد تجربه‌گرا هم وجود دارد که شیوه‌های مشابه مکتب بالینی انتقادی بکار می‌گیرند. پزشکان اجتماعی این رویکرد نمی‌توانند از کارآزمایی بالینی کنترل شده را در صحنه اجتماع به کار گیرند اما از روش‌های شبه‌تجربی (quasi-experimental) استفاده می‌کنند. اما چنین رویکردی به علوم اجتماعی به نوعی الهام‌گرفته از علوم طبیعی است و این پژوهش‌ها نمی‌توانند مواجهه‌روایی با عوامل اجتماعی روانی داشته باشد چرا که انتظام‌های مشاهده شده دستاورد احساس‌ها، تصمیم‌ها و کنش‌های افراد است. این همان نقدی است که فیلسوفان علوم اجتماعی بر رویکردهایی در علوم اجتماعی وارد می‌کنند به دنبال تقلید از علوم طبیعی هستند. آنها با مقابل هم قرار دادن تبیین و فهم، کار علوم طبیعی را تبیین و کار علوم اجتماعی را فهم می‌دانند. (ولف، آندرپدرسون و روزنبرگ، ۱۳۸۰)

بخشی از علوم اجتماعی هم که با پزشکی اجتماعی در پیوند بود، جامعه‌شناسی پزشکی است. نقدی که بر جامعه‌شناسی پزشکی وارد است که همچون آفتاب‌پرست عمل می‌کند و بسته به اقتضائات مدام هویت خود را تغییر می‌دهد. جامعه‌شناسی پزشکی در محل تلاقی جامعه‌شناسی و سلامت عمومی به بررسی علل و عوامل اجتماعی دخیل در سلامت پرداختند و اما نکوشیدند آن را با ساختارهای اجتماعی پیوند بزنند. به بیان دیگر به جای آنکه سلامت عمومی در نسبت آن با ساختارهای اجتماعی فهم شود دوباره به رفتارهای فردی تقلیل داده شد. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) به بیان دیگر در اینجا مجدداً امر بالینی بر امر بهداشتی توفیق یافت.

برای جبران این ناهم‌بودگی، ناگزیر امر بهداشتی را در قالب امر بالینی بازآرایی و بازفهم می‌کند و به بیان دقیق‌تر، «طبی‌سازی امر بهداشتی» رخ می‌دهد. از این رهگذر، امر بالینی که در قالب نظریه، کارورزی و نهاد، سامان‌مند و مهیاست، کار را بر عهده می‌گیرد. این رخداد در سپهر عمومی هم پذیرفته و رواست؛ به بیان دیگر، هم جامعه آمادگی دارد برای مشکلات خود به بیمارستان مراجعه کند و هم بیمارستان آماده پذیرش و مداخله است. «طبی‌سازی امر بهداشتی» سبب می‌شود مسائل حوزه بهداشت عمومی به گونه‌ای صورت‌بندی شوند که در نهایت به مسائل فردی فروکاسته شوند و نابرابری، فقر، بی‌عدالتی و بیکاری، فقدان آموزش و پرورش مناسب را برجسته نکنند. پیامد چنین رخدادی این

خواهد بود که بهداشت عمومی تمرکز خود را بر رفتارهای فردی و تأثیر آنها بر سلامت حفظ کرده است و عوامل اجتماعی مورد غفلت جدی قرار گرفته‌اند. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) به عنوان شاهد مثال، در ایالات متحده که حرفه پزشکی عمدتاً خصوصی است انجمن‌های پزشکان تلاش‌های سازمان‌های سلامت عمومی برای ارائه خدمات بهداشتی رایگان به افراد تنگدست جامعه را به سوسیالیسم شهری (Municipal Socialism) متهم کردند. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) جامعه‌شناسان پزشکی از رهگذر طراحی و ارزیابی برنامه‌های ارتقا سلامت جامعه عمدتاً رفتارهای پرخطر (high risk) را هدف قرار می‌دهند و بدین ترتیب از وضعیت سلامت عمومی بسترزدایی (decontextualization) می‌کنند. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) از همین رو، مفهوم شهر هم در ساختار همه‌گیری غایب است و آنچه به عنوان تدابیر و مداخلات مهار همه‌گیری طراحی و اجرا می‌شوند جهانشمول و زمینه‌زدا هستند. (فرانس؟؟) پزشکی اجتماعی که در ساختار همه‌گیری جاافتاد به جای آنکه به سمت و سوی پزشکی شهری (urban medicine) سوق پیدا کند، به برآمدن نهادهایی یاری رساند که فردی‌سازی و طبی‌سازی امر بهداشتی را رقم می‌زند. فقدان عنصر شهر در ساختار همه‌گیری از سوی دیگر شهروندی و کنش فعالانه شهروندان را زائل کرده است و در مداخلات مهار همه‌گیری گویی صرفاً با توده‌ای بی‌شکل از جمعیت مواجهیم که بی‌چون و چرا باید این تدابیر را اجرا کنند.

کارورزان حوزه سلامت عمومی بر این باورند که رفتارهای فردی به صورت مجزا و مستقل قابل اصلاح هستند و هر کس خودش می‌توند تصمیم بگیرد که تغییر کند و هرکس مسئول زندگی خوب و سالم خویش است. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸)

در اصل در اینجا قربانی به مثابه مقصر فهم می‌شود. یعنی انگشت اتهام را به سمت فرد گرفتن و تلاش برای اصلاح سبک زندگی فردی همچون بهبود رژیم غذایی، کاهش فشارهای روانی، کاهش مصرف الکل و مواد مخدر و افزایش فعالیت بدنی، بدون توجه به ساختار سیاسی، اقتصادی و اجتماعی. پر واضح است که چنین مداخلاتی تأثیر چندانی ندارد. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸)

در فرآیند فردی کردن مسائل بهداشت عمومی طبی‌سازی یکی از اصلی‌ترین هاست. در این فرآیند عوامل و علت‌های فرهنگی یا ساختاری به مثابه نابهنجاری و بیماری فردی تلقی می‌شوند و برای حل آنها مداخلاتی انجام می‌شود. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) طبی‌سازی امر بهداشتی همواره با هراس افکنی درباره بیماری‌ها و ترغیب انجام آزمون‌های

غربالگری همراه است. این وضعیت را «اضطراب سلامت» یا بیم سلامت می‌نامند. اما پرسش اصلی این است که آیا مزایای هشدارهایی که رفتارهای فردی را هدف قرار داده‌اند برای حفظ و ارتقاء سلامت، از همه‌گیری اضطراب سلامت بیشتر است یا نه. فقط در سایه چنین مطالعاتی است که می‌توان از چنین هراس‌افکنی‌ای دفاع کرد. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) موسسات سلامت عمومی با تمرکز بر غربالگری وضعیت سلامت جامعه و ارجاع افرادی که در تست‌های غربالگری بهنجار نبودند به پزشکان خود را با بخش خصوصی سازگار کردند. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) در نگاهی کلی، سلامت عمومی در جوامع سرمایه‌داری یا بازار خصوصی ندارد یا اگر دارد بسیار محدود است. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) این یکی از دلایل بسیار جدی دیرماندگی امر بهداشتی است.

نظریه میکروبی (germ theory) به عنوان نظریه پیشرو در پزشکی و علوم بهداشتی هم بیماری را با میکروب‌ها تبیین می‌کرد و هم با بهره‌گیری از گلوله‌های جادویی (magic bullet) همچون آنتی‌بیوتیک آنها را درمان می‌گرد. بدین ترتیب واکسن و آنتی‌بیوتیک دو ستونی بودند که امر بهداشتی را طبی کردند و مسائل اجتماعی-اقتصادی دخیل در سلامت عمومی را به محاق بردند. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸)

سلامت عمومی که موضع آن با مسائل بهداشتی محیط همسو بود به پیشگیری بیماری در افراد تغییر جهت داد. هرچند بسیاری از پژوهش‌ها نشان داد که مسائلی همچون سل، بیماری‌های آمیزشی با سوءتغذیه، وضعیت نامطلوب مکان زیست، محل‌های پرمخاطره کاری مرتبط هستند، علوم بهداشتی از هدف خود مبنی بر حمایت از اصلاحات اجتماعی دور شد و تمرکز خود را بر بهداشت فردی، پیشگیری از بیماری‌های و تست‌های غربالگری حفظ کرد تا از نظر سیاسی مقبول و پذیرفته باشد. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) در مورد کرونا هم این جهت‌گیری کاملاً عیان و مشخص است. به بیان دیگر به جای آنکه دولت‌ها تلاش کنند با انجام اقداماتی در بهداشت محیط در کنترل همه‌گیری مداخله کنند بر روش‌های پیشگیری فردی تأکید بسیار دارند و تلاش دارند با واکسیناسیون مشکل را حل کنند.

با آنکه همواره همه‌گیری‌ها سبب ارتقاء آگاهی درباره وضع سلامت عمومی شده‌اند و بهداشت عمومی را ارتقاء بخشیده‌اند. (باینوم/ فصل ۴) همه‌گیری کووید ۱۹ نشان داد که مشکلات بهداشت عمومی پابرجا بوده است و ساختارهای آن باید مورد بازنگری قرار گیرند.

شواهد تاریخی نشان می‌دهد که همه‌گیری‌ها سبب شد که دولت‌های مطلق‌گرای اروپایی بعضی اقدامات بهداشت عمومی را به عنوان بخشی از امور دیوان‌سالارانه ایجاد کنند. وضع مقررات قانونی مرتبط با بهداشت عمومی بر اساس سیاست‌های اقتصاد آزاد در جوامع لیبرال از آن زمان به الگویی تبدیل شده است که کماکان پابرجاست. اما تصور مسائل بهداشت عمومی نشان می‌دهد که در جوامع صنعتی پیشگیری و بهداشت عمومی چندان جدی گرفته نشد. مدل سازمان ملی بهداشت (NHS) در انگلستان که قدیمی‌ترین نظام ملی خدمات ملی بهداشتی در جهان است نشان می‌دهد که نهادها و کنش‌ها متأثر از همه‌گیری چه سمت و سویی داشته‌اند. قبل از برآمدن نظریه میکروبی هم در جوامع برای کنترل همه‌گیری از قرنطینه و جداسازی بهره می‌گرفتند. باید پرسید اقدامات مهار همه‌گیری در پاندمی کرونا با اقدامات پیشین چه تفاوت‌هایی دارد؟ و چگونه باید اثربخشی آنها را نشان داد؟ آیا اساساً میان این اقدامات حکمرانی و آنچه به عنوان دانش‌ها و نهادهای برآمده از همه‌گیری عنوان شد پیوندی وجود دارد؟ فقدان مطالعات تاریخی دقیق یکی از کاستی‌هایی است که بسیاری از پژوهشگران بر آن صحنه گذاشته‌اند. (اپیدمی ۵۹ و ۶۹ آنفلوآنزا) همان‌طور که نشان داده شد کارشناسان بالینی و اپیدمیولوژی هستند که در همه‌گیری مرجع هستند و دست بالا را دارند و سایر حوزه‌های مرتبط همچون پزشکی اجتماعی و اصحاب علوم انسانی علوم انسانی به حاشیه رانده شده‌اند.

تحلیل زیست‌سیاسی از ساختار همه‌گیری نشان می‌دهد که از یک سو میان حکومت و نهادها، کنش‌ها و دانش‌های مرتبط با همه‌گیری پیوند مناسبی برقرار نشده است و رابطه میان حکومت و همه‌گیری یا به سمت اقدامات دیوان‌سالارانه (بوروکراتیک) رفته است که جنبه علمی آن چندان قابل دفاع نیست یا به سمت غلبه فن‌سالارانه (تکنوکراتیک) غلتیده است که متخصصان همه‌گیری به دلایلی که نشان داده شد از با ساختارهای اجتماعی - فرهنگی بیگانه هستند و آنچه به عنوان تدابیری برای مهار همه‌گیری پیشنهاد می‌کنند با اقبال عمومی مواجه نمی‌شود. علت این ناکامی در مداخلات بهداشتی را باید در این امر جستجو کرد که این گونه اقدامات زمینه‌مند هستند و همان‌طور که تحلیل زیست‌سیاسی در این مقاله نشان داد در کشاکش گروه‌های صاحب‌قدرت سمت و سویی می‌یابند و تعاریف مسائل بهداشت عمومی و خط‌مشی‌ها و برنامه‌ها که از این جمله‌اند. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) نادیده انگاشتن پیامدهای اجتماعی، سیاسی، اقتصادی در حوزه بهداشت عمومی در پی حفظ نهادهای اجتماعی موجود است و در بهترین شرایط نوعی نظارت

اجتماعی است. به این شکل این مداخلات به منظور ارتقاء سلامت قردی در قالب برنامه‌های رفاه اجتماعی در پی به حداقل رساندن اعتراضات اجتماعی است. تحلیل زیست‌سیاسی چارچوبی را فراهم می‌کند که سلامت عمومی را از منظر فراتر و متفاوت با علوم زیست‌پزشکی درک کنیم. از این منظر سلامت و بیماری محصول ساختار طبقاتی جامعه، تولید اسباب امرار معاش و مازاد آن و نحوه توزیع آن در جامعه است. از این رو طبقه اجتماعی، توزیع نسبی سرمایه، و نقش‌های جنسی از عوامل اصلی محسوب می‌شوند. مطالعات هانت ۱۹۸۹ درباره نحوه توزیع ایدز در آفریقا نشان می‌دهد که چگونه شرایط اجتماعی-اقتصادی درون جوامع و در سطح بین‌المللی همراه با نابرابری‌های اقتصادی می‌تواند در وضعیت سلامت و انتقال بیماری‌ها موثر باشد. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) از آنجا که الگوهای بیماری را به میزان قابل توجهی ساختار اجتماعی و فرهنگ رقم می‌زنند کارورزان حوزه بهداشت عمومی باید به منظور تأثیر بر سلامت عمومی این عوامل را مدنظر قرار دهند. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸)

این موسسه‌ها قدرت تحت تأثیر قرار دادن قدرت سیاسی و اقتصادی تثبیت‌شده را ندارند و به عنوان عنصری سیاسی در انقیاد این قدرت‌ها هستند. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) از این رو سلامت عمومی می‌تواند علت نامهربابودگی و دیرماندگی امر بهداشتی را کمبود منابع بدانند اما ناتوانی آنها در به چالش کشیدن نهادهای اجتماعی و سیاسی و اقتصادی جالفتاده باید به عنوان وظیفه اصلی آنها مورد توجه قرار گیرد. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸) اگر سلامت عمومی بخشی از جستجو برای عدالت اجتماعی باشد ساختارش دستیابی به اهدافش را محدود می‌کند. (اسکمبلر و هیگز، ۱۳۹۸)

۵. نتیجه‌گیری و جمع‌بندی: افق‌ها و رهیافت‌ها

همان‌طور که پیش از این هم گفته شد تحلیل زیست‌سیاسی در صدد انکار وضعیت موجود نیست، بلکه در تلاش است آشکالی از تعهد و تحلیل (engagement and analysis) را ایجاد کند که ما را در درک نگاه‌های جدید یا بررسی دیدگاه‌های موجود از منظرهای جایگزین توانمند می‌کند. نقد نه امری مخرب، بلکه سازنده و تغیردهنده است. تحلیل زیست‌سیاسی در پی آن است که نشان دهد اولویت‌هایی که در تدابیر مهار همه‌گیری کنش‌ها و تصمیم‌گیری‌ها را رقم می‌زنند نهادی یا هنجاری هستند. این مقاله در پی آن نیست که راه‌حلی برای مهار همه‌گیری ارائه کند بلکه در صدد است با تحلیل و نقد زیست‌سیاسی

نشان دهد که در ساختار همه‌گیری چه مغفول مانده است و چه افق‌ها و رهیافت‌هایی می‌توان گشود.

ساختار همه‌گیری به سمت و سویی رفت که اولاً اپیدمیولوژی ارتباطش را با جامعه از دست داد و نتوانست پرکتیس مستقل برای خود رقم بزند و تبدیل شد به متودولوژیست علوم زیست‌پزشکی و از سوی دیگر پزشکی اجتماعی هم که متأثر از اپیدمیولوژی بود ارتباط موثری با جامعه برقرار نکرد، شهر را نادیده گرفت و پرکتیس و نهاد مستقلی را تأسیس نکرد.

این دو سبب شد در نهایت نهاد و پرکتیس مستقلی از دل این ساختار بیرون نیاید و در بحران‌های همه‌گیری دو اتفاق رقم بخورد. اول آنکه فردی‌سازی امر بهداشتی رقم بخورد و نهادهای بهداشت عمومی به مدل انگلیسی نزدیک شوند و واکسیناسیون مهم شود و مداخله در امور اجتماعی رویت‌ناپذیر شود. از سوی دیگر طبی‌سازی امر بهداشتی هم رخ داد چرا که پزشکی بالینی هم دانش، هم نهاد و هم پرکتیس مستقل و جاافتاده داشت. از همین رو مدل میکروبی در علوم زیست‌پزشکی به مدل قالب مواجهه با مسائل بهداشتی بدل شد. از سوی دیگر اقدامات دیگری نظیر قرنطینه و جداسازی که بیشتر امر سیاسی است بدون توجه به ساختار همه‌گیری انجام شود که نه بنیان علمی قابل دفاعی دارد و نه اثربخشی آن مشخص و معلوم است. شهر و شهروندی هم فراموش شد. شهروندان کنشی نداشتند و جمعیتی بودند که منبع آمار بودند و توده‌ای برای مداخله.

آنچه که مغفول مانده است علوم انسانی سلامت است. از یک باید اخلاق زیستی را نقد کرد که خود را به عنوان بدیلی برای علوم انسانی سلامت عرضه می‌کند ولی در اصل همان فردی‌سازی/طبی‌سازی امر بهداشتی را دنبال می‌کند. نشان دادن محدودیت‌های گفتمان اخلاق زیستی (bioethics) است که به ویژه در دوران پاندمی کرونا هم مجدداً رخ نمود یکی دیگر از محورهایی که افقی نو می‌گشاید. گفتمان اخلاق زیستی، روابط میان زندگی و سیاست را به اصول اخلاقی فرومی‌کاهد، و از این رهگذر تطور تاریخی و زمینه اجتماعی مندرج در علوم زیست‌پزشکی را در حاله‌ای از ابهام فرومی‌برد و تصمیم‌گیری در باب مسائل همه‌گیری را صرفاً به مسائل علمی-اخلاقی بدل می‌کند. در این صورت‌بندی آنچه بیرون از دایره علم و شواهد علمی است منحصر به مسائل اخلاقی است و هرگونه دخالت دادن عناصر سیاسی، اقتصادی و از این دست نوعی مخدوش کردن است. (لمکه، ۲۰۱۱)

از سوی دیگر، علوم اجتماعی بدون فهم بنیان‌های سلامت وارد می‌شوند و در نهایت به سمت مطالعات تجربی مشابه اپیدمیولوژی سوق داده می‌شوند که از سوی نگاه قالب علوم زیست‌پزشکی هم مورد تأیید قرار می‌گیرند. (مانند مطالعات social determinant of health) علوم اجتماعی آن همگام که به حوزه سلامت خوانده شدند عمدتاً نیازهای ناشی از مسائل فنی (تکنیکال) را پاسخ داده است چرا که به طور معمول به مطالعه روابط آماری میان متغیرهای اجتماعی واضح می‌پردازند، اما به مکانیسم‌های پس پشت این انتظام‌ها نمی‌پردازند و از این رو اگر این پژوهش‌ها اساس اقدامات عملی یا اجرایی هم قرار بگیرند، اما مشروعیت و مطلوبیت این اقدامات تضمین نمی‌شوند. (ولف، آندرپدرسون و روزنبرگ، ۱۳۸۰) اگر جامعه‌شناسان پزشکی، پزشکی اجتماعی را چیزی بیش از یک تکنولوژی اجتماعی می‌دانند، باید بکوشند مسائل سلامت و بهداشت را به روش‌های هرمنوتیکی دریابند. از آنجا که مسائل پزشکی اجتماعی متأثر از شبکه توزیع قدرت هستند، پژوهش‌های پزشکی اجتماعی باید به نقد قدرت هم توجه داشته باشند و اینجاست که هابرماس از یک حیث و فوکو از جنبه‌ای دیگر می‌توانند راهگشا باشند. از میان دانش‌هایی که در ساختار همه‌گیری درگیر هستند، پزشکی بالینی به دنبال یافتن بیماری در بدن بیمار است، و اپیدمیولوژی به دنبال یافتن علل بیماری بیرون از بدن. پزشکی اجتماعی آن گونه که نشان داده شد، متأثر از اپیدمیولوژی بوده است اما راه خود را از اپیدمیولوژی تا حدی از آن جدا کرده است؛ اپیدمیولوژی به مدل‌های زیست‌پزشکی از بیماری وفادار ماند، در صورتی که پزشکی اجتماعی خود را به رعایت این چارچوب ملزم نمی‌بیند. دوم، عواملی مانند طبقه اجتماعی، خرده‌فرهنگ، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، و از این دست در تبیین‌های پزشکی اجتماعی دخالت داده می‌شوند. سوم، پزشکی اجتماعی باید از رویکردهای علمی اپیدمیولوژی کلاسیک که همچون علوم زیست‌پزشکی، فروکاست‌گرایانه‌اند فاصله بگیرد (ولف، آندرپدرسون و روزنبرگ، ۱۳۸۰)

اپیدمیولوژی مردمی یکی از گزینه‌هاست تا بتوان کنش شهروندی را وارد کرد و همه‌گیری را از انحصار خارج کرد. از سوی دیگر روان‌نگاری جمعیت و big data هم می‌تواند از منظر روش‌شناسی افق‌هایی نو عرضه کند.

۱. پزشکی اجتماعی باید به سمت پزشکی شهری حرکت کند.

۲. علوم انسانی سلامت باید به شکل جدی وارد شود. علوم انسانی سلامت می‌تواند حلقه واسط میان ساختار همه‌گیری و سیاست باشد.

شاید ابتدایی‌ترین و مهم‌ترین آنها که در ابتدا باید به آن اشاره کنم علوم انسانی سلامت است. علوم انسانی سلامت می‌تواند پیونددهنده ساختار همه‌گیری و سیاست باشد. همه‌گیری‌ها زمینه اجتماعی شدن پزشکی را فراهم می‌کند. از آنجا که همه‌گیری فقط مفهومی بالینی-زیست‌شناختی نیست، فهم ما از همه‌گیری باید تاریخمند باشد و تطور تاریخی آن را مطمح نظر قرار دهد. به بیان دیگر، همه‌گیری طاعون قرون وسطی با همه‌گیری کووید ۱۹ تفاوت بنیادین دارد. همه‌گیری فقط میکروب، بیماری، بدن و مرگ نیست. این خود تأییدکننده است که نیاز به مطالعات از سنخی به جز علوم زیست‌پزشکی تا چه میزان اهمیت دارد.

ساختار همه‌گیری «جمعیت» را به عنوان توده‌ای مولد و زاینده کشف کرد که باید به دقت آن را اداره کرد و به همین دلیل مداخلات به چرخه‌های بازتولید، نرخ مرگ و تولد، سطح سلامت عمومی و امید به زندگی می‌پردازد و بر آنها کنترل اعمال می‌کند. (چول‌هان، ۱۳۹۸) اما این سیاست‌ها به تنهایی نابسند است چرا که به قلمرو روان دسترسی ندارد. (چول‌هان، ۱۳۹۸) در همین همه‌گیری اخیر این مسأله خود را نمایان کرد. دولتها می‌کوشند جمعیت‌ها را با اتخاذ سیاست‌های lock down همچون قرنطینه، فاصله‌گذاری اجتماعی و از این دست کنترل کنند اما در عمل موفق نیستند چون در بعد روانی مداخلات اثربخشی ندارند.

اپیدمیولوژی از آنجا که فاقد توانایی روان‌نگاری (psychography) جمعیت است، توانایی تحلیل رفتار جوامع را ندارد. (چول‌هان، ۱۳۹۸) آمار جمعیت‌شناختی با کلان‌داده‌ها بسیار فاصله دارند. به بیان فوکویی، جمعیت‌شناسی نمی‌توان آنچه در روان انسان‌ها می‌گذرد را رویت‌پذیر کند و لاجرم ابزارهایی هم در پی چنین متغیرهایی نیستند. کلان‌داده‌ها - آنچه گوگل، نتفلیکس، آمازون - در اختیار دارند نه فقط ابزاری برای روان‌نگاری فردی فراهم می‌کند بلکه نوعی روان‌نگاری جمعی هم هست. (چول‌هان، ۱۳۹۸) روان‌نگاری جمعی نقیبی به ناخودآگاه انسان‌ها می‌زند که برای خودشان هم در دسترس نیست و امکان استعمار ناخودآگاه را فراهم می‌آورد. (چول‌هان، ۱۳۹۸)

از سوی دیگر باید علم اپیدمیولوژی هم به دنبال فرصت‌هایی برای رویت‌پذیر کردن عناصر مغفول‌مانده باشد. اپیدمیولوژی عوام یا مردمی (popular or lay) یکی از این فرصت‌هاست. فرآیندی که در آن شهروندان اطلاعات علمی و دانش برای فهم تغییرات اپیدمیولوژیک را جمع‌آوری می‌کنند. بر اساس نیازها، اهداف، و روش‌های مختلف مردم

دانش‌ها و نهادها در ساختار همه‌گیری: تحلیل زیست‌سیاسی پاندمی کرونا (علی‌رضا منجمی) ۲۳۱

عادی و حرفه‌ای‌ها ممکن است تعارض‌های مختلفی بر سر پژوهش و تحلیل شواهد مرتبط با سلامت جمعیت داشته باشند. این در سیاست‌گذاری‌ها و وزن شواهد بسیار مهم است. در این جا شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های جمعی نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند. (رفرانس؟؟؟)

بازتعریف مفهوم زیست‌سیاست در تجزیه و تحلیل حکومت چند مزیت نظری مهم دارد: یکی کشف ارتباطات میان موجود فیزیکی و وجود اخلاقی-سیاسی. می‌توان در این چارچوب این پرسش را پیش کشید که چگونه مسائل علمی به مسائل اخلاقی، سیاسی یا حقوقی بدل می‌شوند؟ (لمکه، ۱۳۹۶، ص ۵۵-۷۶) به سخن دیگر همه‌گیری که در بادی نظر، امری زیست‌شناختی است چگونه به امری اخلاقی، سیاسی یا حقوقی تبدیل می‌شود؟ به عنوان مثال در همه‌گیری کرونا خروج از منزل در زمان قرنطینه جرم محسوب شده و جریمه دارد. یا عدم رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی مستوجب نكوهش است و تلقی عرفی این است که کاری غیراخلاقی رخ داده است.

پی‌نوشت‌ها

۱. مخالف رویکرد فولکر گرهارد از یک سو و آگامین از سوی دیگر است. این دو رویکرد به زیست‌سیاست به جای ارائه تحلیل‌های تجربی، بر الویت‌های هنجاری یکسان تأکید دارند.
۲. در زبان فارسی برای واژه Health دو معادل آمده است یکی بهداشت و دیگری سلامت. این تمایز به گمانم چارچوب مفهومی مناسبی در زبان فارسی ایجاد می‌کند. به این ترتیب، اگر مراد از health وضعیتی باشد که مطلوب است و بهنجار از واژه سلامت عمومی بهره می‌گیریم، اما اگر مراد اقداماتی است که برای نگهداشت یا ارتقاء سلامت عمومی است، بهداشت عمومی مناسب‌تر است.
۳. داستانهای چارلز دیکنز و ویکتو هوگو گزارش‌های دقیقی از وضعیت بهداشت عمومی در آن عصر ارائه می‌کنند.

کتاب‌نامه

- اسکمبلر، گراهام و هیگز، پل. (۱۳۹۸). مدرنیته، پزشکی و سلامت. مترجم: علاء، مهسا، تهران: فرهامه صص ۱۱۹-۱۴۱.
- چول‌هان، بیونگ. (۱۳۹۸). روان‌سیاست: نتولیرالیسم و تکنولوژی‌های جدید قدرت، مترجم: آراز بارسقیان، تهران، نشر اسم.

منجمی، علیرضا، نمازی، حمیدرضا. (۱۳۹۹). علوم انسانی پزشکی/سلامت: تحلیل انتقادی مبانی نظری و عملی پزشکی. فلسفه علم، ۱۰(۲۰)، ۲۲۵-۲۴۹. doi: 10.30465/ps.2021.34161.1488

- Foucault M. (1974). "The Birth of Social Medicine" transl. Robert Hurley, in James Faubion et al. (eds), *Power: The Essential Works of Michel Foucault. 1954-1984 vol. 2* (London: Allen Lane, 2000), pp. 134-56.
- Foucault, M. (???). *Naicanse de la clinic*
- Lemke, T., Trump, E., Casper, M., & Moore, L. (2011). *Prospect: An Analytics of Biopolitics. In Biopolitics: An Advanced Introduction*. New York; London: NYU Press.
- Porta, M. S. (2014). *Dictionary of epidemiology*. International Epidemiological Association. Oxford: Oxford University Press.
- Bhopal R. *Concepts of Epidemiology: Integrating the Ideas, Theories, Principles, and Methods of Epidemiology*, 3rd ed. UK: Oxford University Press; 2016, p. 389-425.
- Krones T, Meyer G, Monteverde S. Medicine is a social science: COVID-19 and the tragedy of residential care facilities in high-income countries. *BMJ Global Health* 2020;5:e003172. doi:10.1136/bmjgh-2020-003172. رفرانس در مورد آنکه پزشکی امری اجتماعی است.
- Trostle J. (). *Early Work in Anthropology and Epidemiology: From Social Medicine to the Germ Theory, 1840 To 1920*, in Craig R. Janes et al. (eds.), *Anthropology and Epidemiology*, 35-57.
- Trout LJ and Kleinman A (2020) Covid-19 Requires a Social Medicine Response. *Front. Sociol.* 5:579991. doi: 10.3389/fsoc.2020.579991
- Galea, S., Freudenberg, N., & Vlahov, D. (2005). Cities and population health. *Social science & medicine* (1982), 60(5), 1017-1033. اهمیت شهر
- Arminjon, M., Marion-Veyron, R. (2021). Coronavirus biopolitics: the paradox of France's Foucauldian heritage. *HPLS* 43, 5. نقد بیوپولیتیک فوکویی
- Boniolo, G., Onaga, L. (2021). Seeing clearly through COVID-19: current and future questions for the history and philosophy of the life sciences. *HPLS* 43, 83. لزوم ادغام مطالعات تاریخی و فلسفی.
- ten Have, H., Gordijn, B. Vulnerability in light of the COVID-19 crisis. *Med Health Care and Philos* 24, 153-154 (2021). e آسیب پذیری نوع بشر- در مقدمه از آن میتوانم استفاده کنم.
- Monajemi, A., & Namazi, H. (2020). Health lag: medical philosophy reflects on COVID-19 pandemic. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 13, 28. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v13i28.5045>