

پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران
دوره ۸، شماره ۲
پاییز و زمستان ۱۳۹۷، صص ۱۶۵-۱۴۵

بدن و مادیت بیماری*: باستان‌شناسی یک تجربه نامکشوف

سیدحسین موسوی^۱

علی آریافر^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۳

چکیده

از زمان تولد بشر، بیماری به عنوان بخشی مهم از زیست بدن‌ها حضوری فعال در زندگی داشته است. بدن بستر بیماری و بیماری حیاتی است که بدن در برهه‌هایی متفاوت از زندگی آن را شکل داده و تجربه می‌کند. تجربه‌ای که لزوماً تجربه فرد و زندگی نیست. اما به راستی بیماری چیست و از چه ماهیتی برخوردار است؟ برای دست‌یابی به درکی کیفی از بیماری و تلاش برای فهم و شناخت چیستی آن، در مقاله پیش رو یک بیمار سرطانی با استفاده از روش‌های متفاوت اما منسجم پژوهش‌های کیفی شامل مشاهده، گفتگو و بررسی اسناد و مدارک مادی، مورد بررسی قرار گرفت. در این بررسی ما کوشیدیم تا از تعاریف رایج سلامتی در مقابل بیماری و تجربه درد و رنج به عنوان مصادیق بیماری گذشته و از منظر حضور عینی (ابژکتیو) بیماری و نشانه‌های مادی آن و معانی که در بیرون بدن و بستر فرهنگی از خویش برمی‌سازد به شناختی از بیماری دست یابیم. در این زمینه بررسی ابعاد مادی پدیده بیماری به روش علم پزشکی محوریت داشته است. بررسی‌های موجود نشان داد علی‌رغم تصور موجود در باب درک ماهیت بیماری از ورای تجربه زیسته در انسان‌شناسی، بیماری فراتر از تجربه و درک بیمار، خود ماهیتی مستقل دارد که الزاماً در چهارچوب سلامتی و زندگی سلامت‌گونه قابل شناخت نیست، بلکه از منظر مرگ و در بستر آن است که بیماری ماهیت می‌یابد و حیات آن از قید وابستگی به حیات بدن جدا می‌شود.

کلید واژگان: مادیت بیماری، بدن دگرگون‌شده، پزشکی، انسان‌شناسی پزشکی، باستان‌شناسی بدن

* در این نوشته بیماری با مفهوم تعریف شده Illness مد نظر بوده و مفاهیمی چون Disease و Sickness مد نظر نیستند. (نک یو و مُجد نور، ۲۰۱۴).

^۱ کارشناس ارشد، گروه باستان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. hassanmusavi31@yahoo.com (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار، گروه ارولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. ariafara@sums.ac.ir

«چند جسد را بشکافید: به یک‌باره خواهید دید آن ظلمتی که مشاهده صرف، توانایی از بین بردنش را نداشته است ناپدید خواهد شد.» بیشا (فوکو،^۱ ۲۰۰۳: ۱۸۰).

مقدمه

بدن به مثابهٔ ابژه-سوژه فراتر از اندیشهٔ فلسفی پدیدارشناختی، در نگاه انسان‌شناسی و به‌خصوص باستان‌شناسی انسان‌شناختی ماده‌ای فرهنگی قلمداد می‌شود که اگرچه بر ابژگی آن تأکید می‌شود اما، دارای بار معنایی بسیار مهم و در تعامل با سوژه‌ها در اجتماع است. در اصل، بدن انسان از آنجا که در تعامل با محیط فرهنگی اجتماعی وجوه معنایی متفاوت و متعددی به خود می‌گیرد، فراتر از قد، وزن و جنس، به منزلهٔ سیستمی که در بستر فرهنگی تحت‌تأثیر عملکردهای فردی و اجتماعی قرار گرفته و خود نیز دست به عمل می‌زند، قابلیت بحث و بررسی به عنوان ماده‌ای فرهنگی دارای کنش دارد و به مثابهٔ بستری برای رفتارهای فرهنگی و نمودی از تاریخ انسانی و فردی در نظر گرفته می‌شود (همیلاکیس^۲ و همکاران، ۲۰۰۲: ۱-۳، مارتین و هارود^۳، ۲۰۱۵: ۱۱۷). در این دیدگاه، بدن نه تنها در قالب عاملیت‌های انسانی بر جهان تأثیر می‌گذارد که در همان قالب تأثیر نیز می‌گیرد. چنانکه می‌توان بر اساس بررسی بدن‌ها، به رفتارهای فرهنگی صورت گرفته اعم از رفتارهای خشونت‌بار و ناهنجار اجتماعی دست یافت. بدن در اینجا یک مکان برای بیان سرگذشتی است که برای فرد رخ داده، عملی است که از او سر زده و به‌طور کل تجربه‌ای است که فرد در زندگی داشته است (جویس^۴، ۲۰۰۵: ۱۳۹). از این منظر، بدن می‌تواند به مثابهٔ تجسمی از تجارب فرد در زندگی باشد، تجاربی که علاوه بر ساختارها و مواد فرهنگی بر بدن نیز تأثیر گذاشته و قابل بررسی و ثبت به روش‌های انسان‌شناسانه از جمله باستان‌شناسی انسان‌شناختی است.

در میان تجارب متعدد انسانی که در طول زندگی بر بدن تأثیر گذاشته و در قالب آن به مثابهٔ سندی مادی نمود می‌یابد، بیماری، عام‌ترین تجربه‌ای است که در زندگی فردی و اجتماعی بارها و بارها رخ نموده و تأثیراتی گاه عمیق و ژرف بر فرد و بدنش باقی می‌گذارد. در این تجربه، وقتی بدن در اثر بیماری تغییر کند، ناتوان شود یا عملکرد برخی اندام‌های خویش را از دست بدهد، فرد نیز متأثر از این تغییر، احساسات، عواطف، معناها و پدیدارهای متفاوتی را تجربه می‌کند و دست به کنش‌های متفاوتی نسبت به گذشتهٔ پیش از بیماری می‌زند (کرل^۵، ۲۰۱۳: ۳۴۷). در سطحی‌ترین معنا و از منظر سلامتی تعریف شده در اجتماع، بیماری منجر به ناتوانی

1. Foucault

2. Hamilakis

3. Martin and Harrod

4. Joyce

5. Carel

بدن و ناتوانی منجر به رفتارهایی متفاوت از سوی فرد می‌شود. رفتارهایی که منشأ آن، الگوهای آن، مواد و ابزارهای استفاده شده در بستر فرهنگی آن، همگی از بدن بیمار شده و به قولی ناتوان شده برخاسته و دنیای فردی و اجتماعی شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بدین ترتیب، بدن بستری فرهنگی است که بیماری بر آن تأثیر گذاشته و منجر به تغییر رفتار، دیدگاه‌ها و احساسات فرد می‌شود. اما سؤال اینجاست که بیماری چطور منجر به این مسئله می‌شود؟ بیماری چطور می‌تواند بر زندگی فرد تأثیر گذاشته و آن را دگرگون کند؟ اینکه بیماری چطور عمل می‌کند و چه اثری از خویش برجای می‌گذارد خود تحت تأثیر این سؤال قرار دارد که بیماری چیست و چگونه تعریف می‌شود؟ آیا بیماری عاملیت داشته و می‌تواند به تغییر در جهان بیرون از بدن دست بزند؟ هدف پژوهش پیش روی این است تا با بررسی تجارب یک بیمار سرطانی، از تشخیص تا مراحل پس از رفتارهای مداخله‌گرانه پزشکی، با استفاده از روش‌های بررسی انسان‌شناختی به این سؤالات به صورتی کیفی پاسخ دهد. اینکه بیماری چیست، با بدن چه می‌کند و مداخله پزشکی چه تأثیری بر مفهوم بیماری و بدن بیمار دارد، همه مفاهیم و سؤالاتی هستند که در این پژوهش به آن‌ها پرداخته خواهد شد. اما تفاوت این پژوهش با پژوهش‌های پیشین که در بحث انسان‌شناسی پزشکی می‌گنجد، استفاده از روش‌های ماده-محورانه باستان‌شناختی برای مستندسازی بیماری، رفتار بیماری و رفتار پزشکی است که تاکنون از این منظر به بیماری و مفاهیم حول محور آن پرداخته نشده است. در واقع در اینجا مسئله اصلی پرداخت کم و بسیار اندک به ابعاد عینی یا ابژکتیو بیماری در راستای درک و فهم آن در انسان‌شناسی پزشکی است. چیزی که امر پزشکی برخلاف دیدگاه‌های انسان‌شناسی پزشکی به شدت بر آن استوار بوده و ابعاد عینی (ابژکتیو) بیماری را محور اصلی مطالعات و اقدامات درمانی خویش قرار می‌دهد. از سوی دیگر اما، این ویژگی بسیار مهم علم پزشکی ضعف آن نیز به شمار می‌رود: تمرکز بر بعد عینی (ابژکتیو) و پرداخت کم و اندک به ابعاد ذهنی (سوبژکتیو) بیماری. این تحقیق اما می‌کوشد بین این دو بُعد پیوند برقرار کند و با به کارگیری وجوه مادی و ابژه‌های بیماری در بستر معنایی و ذهنی (سوبژکتیو) خود به تعریفی دیگر و فهمی عمیق‌تر از بیماری دست یابد و از این رهگذر از یک سو بر اهمیت پرداختن به ابعاد عینی بیماری در انسان‌شناسی پزشکی تأکید کند و از سوی دیگر به در نظر گرفتن ابعاد و تجارب ذهنی بیماری در علم پزشکی و تأثیری که امر پزشکی بر بدن بیمار می‌گذارد، بپردازد. به این ترتیب در این بررسی، روایت‌های شفاهی از تجارب شخصی فرد بیمار در کنار مدارک مادی از بیماری سنجیده می‌شود و محوریت به اسناد نوشتاری و مادی داده خواهد شد.

در پایان باید بر این نکته تأکید کرد که در این بحث بیماری‌های صرفاً با منشأ یا تأثیر فیزیکی و جسمی مد نظر قرار دارند و بیماری‌های صرفاً روحی روانی در این بحث نمی‌گنجد.

چارچوب نظری

نسبت بدن و بیماری، فراتر از نسبت زیستی در قالب صدمه، آسیب، ناهنجاری جسمی یا تعاریفی که به تغییر شکل یا ماهیت در بدن از جانب بیماری اشاره دارد، نسبتی پدیدارشناختی، فلسفی و به شدت انسان‌شناسانه است. بدن از سویی ابژه است. ابژه‌های قابل لمس، مشاهده و تغییر که در فضای حقیقی جای گرفته و به اشغال آن دست می‌زند. از این منظر، بدن مجموعه‌ای از احجام است که پیکربندی قابل مشاهده‌ای داشته و در بستری فرهنگی-طبیعی قابل ثبت، اندازه‌گیری و شرح و توصیف است (کرل^۱، ۲۰۰۸). از سویی دیگر اما، بدن سوژه است. در اصل، این حجم زنده و مادی جدای از لمس شدن و مورد مشاهده قرار گرفتن به لمس و مشاهده نیز دست می‌زند. او در جهان مادیات می‌زید و با اجزای آن به تعاملی تمام نشدنی و لحظه به لحظه دست می‌زند (مرلوپونتی^۲، ۲۰۰۵: ۲۰۲-۲۰۵). انسان از طریق این بدن است که جهان را تجربه کرده و به برسازی معانی فرهنگی می‌پردازد. در اصل بدن، فراتر از گوشت، پوست، خون و استخوان، نهایی ترین سمبل برخوردهای اجتماعی، ایدئولوژی، فرهنگی و سرشار از معناست (مارتین و هارود، ۲۰۱۵: ۱۱۷).

بدین ترتیب، این بدن سوژه-ابژه که انسان را در عین تجربه کردن، به تجربه شدن نیز وامی‌دارد، به مثابه ماده‌ای فرهنگی در بستر تحقیقات انسان‌شناختی قابل بحث و بررسی است (همان: ۱۱۸). ماده‌ای که در درک فرآیندهای فرهنگی و تجارب فردی نقشی موثر و کلیدی دارد (هنری^۳، ۲۰۰۶: ۳۸۵). در اصل، با بررسی بدن می‌توان به شناختی از انسان به مثابه عاملیتی فرهنگی در بستر اجتماع و فردیتی انسانی در حوزه فردی و شخصی زندگی دست یافت.

در مقابل، بیماری، پدیده‌ای است که در دیدگاه‌های مختلف به صور گوناگون تعریف شده است. طبیعت‌باوران، بیماری را پدیده‌ای ناهنجار در بدن تلقی می‌کنند. در واقع هر عضو بدن زیستی زمانی دچار نقص یا اختلال در کار شود بیماری رخ می‌نماید. این دیدگاه که در نزد متخصصان تجربی یا آن دسته از علوم که مبنای تجربی دارند پذیرفته شده است، به بیماری معنایی صرفاً عینی (ابژکتیو) می‌بخشد. از این منظر نسبت بدن و بیماری، نسبتی تحلیل‌برنده و ناتوان‌کننده است. درواقع، بیماری اجزای بدن را درهم شکسته و منجر به ناتوانی در عمل می‌شود (ایوا^۴، ۲۰۰۰: ۲۸۹). هنجارگرایان اما، به بیماری بعدی اجتماعی می‌بخشند، در اصل اینکه

1. Carel

2. Merleau-Ponty

3. Henry

4. Eavy

بیماری صرفاً یک مسئله زیستی است، در این دیدگاه مردود شمرده می‌شود. در مقابل به بیماری باری ارزشی و اجتماعی بخشیده می‌شود. بر این اساس بیماری یک مسئله اجتماعی است که بدن را نیز درگیر می‌کند (کرل، ۲۰۰۸).

فراتر از این دو، پدیدارشناسان با دیدگاه خاص خود به بدن، بیماری را بر مبنای تجربه فرد تعریف می‌کنند. اینکه فرد در طول بیماری به چه تجاربی از محیط زندگی دست می‌یابد و با بدن بیمار خویش چگونه به تعامل با جهان می‌پردازد در تعریف بیماری و شناخت آن با دیدگاه پدیدارشناختی مهم و موثر است (همان: ۳۸). در اینجا نسبت بدن و بیماری، نسبتی ذهنی (سوبژکتیو) است که در آن بدن نه تنها بیماری را تجربه می‌کند که از خلال آن به تجربه جامعه‌ای که در آن می‌زید دست می‌زند.

در تمامی این رویکردها، بدن برای بیماری یک محمل در نظر گرفته می‌شود. بیماری هرچه باشد، چه ناهنجاری زیستی، مسئله‌ای اجتماعی یا تجربه‌ای فردی، در بدن جسمیت می‌یابد.

در ادامه باید در نظر داشت که این نوع ارتباط میان بدن و بیماری و تأثیرات بیماری بر بدن نباید معنای بیماری را تحت الشعاع قرار دهد و مفهوم آن در ارتباط با بدن، زندگی و سلامتی مستحیل شود یا آنطور که فولفورد اشاره می‌کند، صرفاً تجربه ناتوانی یا شکست در عمل باشد (مک‌نایت^۲، ۱۹۹۸: ۱۹۵). بیماری ماهیتی فراتر از این دارد که در ناتوانی بدنی معنا شود، حتی می‌توان گفت بیماری از تجربه فردی نیز مفهومی فراتر داد (ایوا، ۲۰۰۰: ۲۹۰).

این دیدگاه به بیماری، که آن را صرفاً تغییر بدن یا بدن تغییر یافته نمی‌داند، تا بخشیدن یک ماهیت ناب و ذاتی به بیماری پیش می‌رود. آیا بیماری ماهیتی مستقل از بدن دارد؟ این سؤال مدت‌هاست که ذهن پژوهشگران علوم اجتماعی و انسان‌شناسی را به خود مشغول کرده است. اینکه نسبت بیماری، بیمار و پزشک چگونه تعریف می‌شود و در چه ابعاد فرهنگی قابل تحلیل است. انسان‌شناسی پزشکی رویکرد پژوهشی بسیار جوانی است که به این مباحث به صورتی عمیق می‌پردازد. رفتار پزشک در بستر اجتماعی، رفتار بیماری، تأثیر بیماری بر بدن، تأثیر بدن بر بیماری، چارچوب مفهومی بیماری در جامعه، دیدگاه اجتماعی نسبت به مناسبات درمان و درمانگری، از عمده سوژه‌هایی هستند که در انسان‌شناسی پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرند (هلمن^۳، ۲۰۰۶، گینس^۴، ۲۰۱۱).

در این پژوهش نیز، بستر مفهومی تحقیق بر پایه این رویکرد شکل گرفته و به دلیل نگاه ویژه آن که از نوعی باستان‌شناسی به نام باستان‌شناسی بدن برمی‌آید، با مبانی نظری و روشی

1. Fulford
2. Mcknight
3. Helman
4. Gaines

باستان‌شناسی (باستان‌شناسی گذشته نزدیک^۱) پیوند یافته است. باستان‌شناسی بدن رویکرد پژوهشی است که در کنار نگاه پدیدارشناسانه به ما در دست‌یابی به اهداف این پژوهش یاری خواهد رساند. برمبنای این رویکرد تغییرات بدن عنصری کلیدی در نوع رفتارهاست (گورمن^۲، ۲۰۰۰). در اینجا بدن به مثابه یک ابژه از این منظر قابلیت تحقیق میابد که کیفیت حضورش خود تعیین‌کننده رفتارها و تجربه‌هاست. در واقع بدن در مرکز چیزهاست، و رای همه چیز، اما خود بدن چه؟ در اینجا خود بدن هم به مثابه یک ابژه-سوژه در بطن تحقیق قرار دارد. بدنی که می‌سازد، بدنی که به برسازی جنسیتش دست می‌زند، بدنی که به بستری برای به نمایش گذاشتن عناصر نمادین در جامعه تبدیل می‌شود، بدنی که مورد خشونت واقع می‌شود (بوریک و راب^۳، ۲۰۰۸) بدنی که می‌جنگد و در اینجا بدنی که بیمار می‌شود. در باستان‌شناسی بدن عموماً به بقایای برجای مانده و نشانه‌های موجود از بدن عاملین غایب پرداخته می‌شود، اما در اینجا به دلیل گذشته نزدیک مورد بحث، فاعل حاضر و بدن مورد تحقیق بدنی زنده است. چه اینکه باستان‌شناسی گذشته نزدیک از غیبت طولانی سوژه تحقیقش بهره نمی‌برد، بلکه از تاریخ‌ها گذر کرده و سعی در خوانش ماده فرهنگی بر ساخته شده در بستر فرهنگی انسانی، گاه زنده و پویا و درک مفاهیم پیچیده در پس آن‌ها دارد (پاپلی و مسعودی، ۱۳۹۵).

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی است. چنانکه می‌دانیم، یک پژوهش کیفی با اعداد و ارقام، آن‌گونه که در پژوهش‌های کمی معمول است، سروکار ندارد؛ جامعه آماری از قبل تعیین شده یا تخمین‌زده شده‌ای ندارد و الزامی در به حدنصاب رسیدن مشاهده و یا ثبت نمونه‌ها به صورت کمی برای به دست دادن نتیجه نمی‌بیند؛ بلکه می‌خواهد به کشف دوباره پدیده‌ها و معانی آن‌ها دست یابد. پدیده‌هایی که شاید بارها در مورد آن‌ها شنیده باشیم اما می‌خواهیم فهم تازه‌ای از آن به دست بیاوریم (استرن^۴، ۱۹۸۰: ۲۰). در این راستا ما برای مستندنگاری و درک کیفی پدیده مورد مطالعه روشی چند وجهی شامل مشاهده، مصاحبه و گفتگو با بیمار و بررسی مدارک مکتوب و نمودهای مادی بیماری یعنی بدن بیمار براساس اسناد تصویری که در جریان بررسی‌های پزشکی تولید شده است، دست زده‌ایم.

در راستای جامعه پژوهشی و مورد مطالعاتی در پژوهش پیش رو که تنها شامل یک نفر است، توضیح این مسئله اهمیت دارد که رسالت پژوهش کیفی انتقال نتایج به بسترهای مشابه و تعمیم به کلیت یک جامعه نیست؛ بلکه درک پدیده‌ای ویژه از خلال تجارب متفاوت افرادی است

1. Archaeology of Recent past

2. Gorman

3. Boric and Robb

4. Stern

که آن را زیسته‌اند؛ تا از این رهگذر صدای خاموش کسانی باشد که در جامعه‌های آماری و دیدگاه‌های اثبات‌گرایانه مد نظر قرار نگرفته‌اند. برای این منظور و برای اینکه نتایج حاصله از این پژوهش‌ها، بتواند به عنوان یک تحقیق علمی کاربرد داشته باشد، در این روش تحقیقی پژوهشگران می‌کوشند منابع مختلف و چندگانه‌ای را در باب تعداد اندک نمونه‌ها (گاه حتی یک نمونه (نگاه کنید به سیلنت^۱، ۱۹۹۰) مورد بررسی قرار دهند و نتایج را با داده‌های گوناگون تقویت کنند. داده‌هایی که در چارچوب‌های نظریه‌ای مورد تفسیر قرار می‌گیرند و ساختارهای مفهومی از یک پدیده یا مسئله در افرادی خاص، به جای تأسیس درک عمومی و قابل انتقال در یک جمعیت بزرگ می‌سازند (سوزا^۲، ۲۰۱۴: ۲۱۷) و از این بابت قابل تعمیم (به‌صورت تحلیلی و نه آماری) هستند که می‌توان در درجه اول در بستر نظری نشان داد که چطور پدیده ویژه مورد بررسی را می‌توان با استفاده از داده‌هایی خاص معنابخشی کرد و دوم، این معناها را در موقعیت‌های مشابه به عنوان بسترهای نظری فعالیتی مشابه مورد استفاده قرار داد، به صورتی که نتایجی نه لزوماً مشابه، اما در راستای یک مبحث فکری و نظری به دست آید. به این ترتیب باید گفت در یک پژوهش کیفی هدف، تعمیم یافته‌ها از نمونه به جامعه بزرگتر و سنجش و اندازه‌گیری نیست بلکه دستیابی به درک و فهم عمیق از یک پدیده معین است (شنگ^۳، ۲۰۰۶: ۳۴۷).

در این راستا، پس از برآیند اولیه بیماران سرطانی، سرطان‌های دستگاه ادراک که در زمان شروع فرآیند تحقیق در برنامه مداوا قرار گرفته‌اند، یک مورد با آمادگی بیشتر از نظر سطح آگاهی و دانش عمومی جهت همکاری، با توجه به راهبرد نمونه‌گیری هدفمند یا معیارمحور، انتخاب شده است که با روش‌های معمول در پژوهش‌های کیفی مورد بررسی قرار گرفت. روش‌های به‌کار گرفته شده عبارتند از مصاحبه باز و ساختارنیافته عمیق، قبل و پس از اقدامات درمانی پزشکی، شامل انجام عمل جراحی و مراقبت‌های پس از آن برای دستیابی به تجربه بیماری از سوی بیمار، بازخوانی مدارک پزشکی تولید شده در فرآیند تشخیص تا زمان درمان و پس از آن به مثابه مدارک نوشتاری و اسناد مکتوب، همچنین بررسی شرایط جسمانی بدن به عنوان نمود مادی بیماری و مواد فرهنگی موجود، از بدن تا ابزار و اشیاء تولید شده یا مورد استفاده قرار گرفته تحت تأثیر بیماری و در جریان درمان. نوآوری در این پژوهش به عنوان یک نمونه مطالعاتی در حیطه انسان‌شناسی پزشکی، تمرکز بر مواد و مادیت بیماری به جای دیدگاه‌های روایت‌محورانه و ترکیب مواد با دانسته‌های شفاهی از بیماری به واسطه روایات بیمار از تجربه خویش بوده است.

1. Saillant

2. Sousa

3. Shank

در اصل، رویکرد به کار گرفته شده در اینجا و آنچه به ما یاری می‌رساند تا به کنکاش در باب بیماری و بدن دست یابیم، روشی پدیدارشناختی در ترکیب با روش‌های موجود در نوعی از باستان‌شناسی است که ما آن را باستان‌شناسی بدنی زنده می‌نامیم. در اصل، اینجا سوژه از تجارب خویش برای ما سخن می‌گوید، چرا که اوست که با بدنش دنیا را تجربه می‌کند و بیماری جزئی از بدن تجربه‌کننده است؛ اما در جایی این تجربه پاسخ‌گو نیست، آنجا که سوژه از وجود بیماری هنوز آگاه نشده است. در دوره اختفای بیماری، زمانی که بیماری در مخفیگاه خود در حال شکل‌گیری، رشد و ماهیت یافتن است، جایی در تجربه انسان بیمار ندارد. در اینجا ما نیازمند روش و نگاهی هستیم که بتواند در غیاب تجربه به بدن دست یابد و بیماری را نمایان کند. در نگاهی کارکردی شاید گفته شود پزشکی با روش‌های خود به این مهم دست می‌یابد؛ اما پزشکی در بسیاری از موارد از دست‌یابی به این شناخت عاجز است، چون علی‌رغم تصور به شدت بر تجربه فرد متکی است. وقتی فرد احساس بیماری می‌کند پزشک به واریسی بدن و در نهایت یافتن بیماری دست می‌زند. از سوی دیگر پزشکی علم و یا دانشی شناختی نیست بلکه خدمتی تجربی است. پیش از آن ما نیازمند نگاهی هستیم که بی‌واسطه به شناخت بدن و در پی آن انسان دست بزند.

باستان‌شناسی در اینجا در واقع کنکاش در مادیت برجای مانده و حاضر از انسان در گذشته دور یا نزدیک به هدف دست یافتن به شناخت تجربه‌های او و رفتارهایی است که او انجام داده و در ارتباط با گذشته نزدیک در حال انجام است. این علم تفاوتی اساسی با دیگر وجوه انسان‌شناسی دارد که همانا پیگیری در جسم‌ها و شیء‌ها در غیاب روایت تجربه‌هاست. در باستان‌شناسی ما می‌خواهیم به درکی از مفهوم آن چیزی بپردازیم که تصورات آشنا آن را دربرگرفته و به دلیل نزدیکی و هم‌زیستی با آن چیز، امکان شناخت از آن سلب شده، چرا که روزمرگی ماهیتش را پنهان کرده است. باستان‌شناسی در اینجا به معنای تمام و کمال یک نگاه علمی به ابعاد عینی (ابژکتیو) و جسمانی انسان از بدن تا اشیائی است که او تولید کرده، مصرف می‌کند و دورریز خواهد کرد. در اینجا برای شناخت و بازتعریف بیماری گریزی از کاوش و کنکاش در بدن نیست، اما چه کسی می‌گوید در حضور فاعل زنده نمی‌توان از تجربه او پرسید، پس روایت نیز در کنار ماده و متن به یاری ما خواهد آمد.

علت انتخاب تنها یک مورد به عنوان سوژه این پژوهش، گذشته از مطالعه چند منبعی و چند روشی مورد مطالعاتی و درک عمیق مسئله بر اساس یک سوژه به جای بالا بردن تعداد موارد و به عوض کاهش عمق و محدود ساختن نگاه جست‌وجوگر به مسئله، محدودیت‌های موجود در دسترسی به تعداد موارد قابل بررسی نیز بود. چنانکه پس از گذشت یک سال تنها دو مورد به عنوان افرادی با آمادگی مورد نظر برای شرکت در مصاحبه و بررسی یافت شدند که از این دو مورد نیز یک نفر در میانه راه تمایلی به ادامه کار نداشته و به دلیل نقص مدارک و داده

های مستندنگاری شده این نمونه از پژوهش کنار گذاشته شد. علت این مسئله گذشته از شرایط موضوع مورد بحث یعنی بیماری سرطان با کلیشه‌های ذهنی موجود از آن در جامعه، وضعیت بدنی موارد قابل بررسی - یعنی افراد بیمار با شرایط بدنی ویژه در بافت بیمارستان - و عدم دسترسی آسان به پرونده پزشکی افراد در بایگانی بیمارستان‌ها و البته عدم تمایل به گفتگو از سوی بیماران بود. همینطور اغلب این بیماران به دلیل بافت اجتماعی روستایی، سطح تحصیلات کم و ناآشنایی با پژوهش‌های شناختی علوم انسانی درکی از ماهیت تحقیقاتی از این دست نداشته و حاضر به قرار گرفتن در یک گروه مورد مطالعه نبودند.

یافته‌های تحقیق

یافته‌های این پژوهش به وسیله بررسی میدانی در قالب مشاهده بدن در بستر بیماری، گفتگو با بیمار و بررسی مدارک مکتوب گردآوری شده است؛ روایت سه روز در بیمارستان برای تعریف داستان زندگی و تجربه بیماری و مشاهده بر ساخته شدن تجربه درمان یک بیمار مبتلا به سرطان در بستر بالینی از طریق رفتارها و اقدامات صورت گرفته در این بستر به همراه اظهارات و گفتارهای بیمار و همراهان از طریق گفتگو و مشاهده ساختار نیافته و باز و مستندنگاری مدارک پزشکی.

روز اول، بدن و داستان زندگی

"من مردی ۵۲ ساله‌ام، کشاورز و اهل روستایی کوچک در ۵۰ کیلومتری شهر شیراز. در دوره دبیرستان تحصیل را رها کرده و به کار مشغول شدم. من صاحب دو دختر و یک پسر هستم و زندگی عادی دارم؛ مانند تمامی اهالی روستا و هم محلی‌ها. از لحاظ اقتصادی در سطح راضی کننده‌ای هستم با درآمد کافی که از راه کشاورزی به دست می‌آورم. عادات ویژه‌ای ندارم که بخواهم ذکر کنم یا کار ویژه‌ای که انجام داده باشم جز کشیدن سیگار و گه‌گاه قلیان که در محل زندگی ما امری عادی و روتین است. پنجاه و دو سال زندگی کرده‌ام و تقریباً همیشه سالم و سلامت بوده‌ام. جز سرماخوردگی و مواردی از این دست، بیماری خاصی نداشته و ندارم. قبل از این هیچ وقت به بیمارستان نیامده بودم. تجربه تصادف، شکستگی، اتفاقاتی که باعث شود تجربه درد و رنج داشته باشم یا مجبور شوم داروی خاصی مصرف کنم یا کار خاصی (اقدام درمانی) انجام دهم نداشتم. گاهی آزمایش چکاپ انجام می‌دادم اما مشکلی نداشتم. به واقع تا الان که در بیمارستان هستم هیچ تجربه بیماری و درد نداشته‌ام، جز همان بیماری‌های ساده سرماخوردگی که اشاره کردم. بزرگ‌ترین کاری که برای بیماری در طول زندگی کرده‌ام (اقدامات درمانی) تزریق پنی‌سیلین بوده است. در خانواده سابقه بیماری زیادی نداریم. جز خواهر بزرگترم که سرطان معده داشت و به خاطر این مریضی فوت نمود. می‌توانم بگویم همان زمان که خواهرم در

بیمارستان بستری بود تنها زمانی بود که من به بیمارستان آمدم تا همراه بیمار باشم و از نزدیک شرایط بیمارستان و بیمار را ببینم.

یک روز به‌طور بسیار اتفاقی متوجه برآمدگی جوش ماندنی روی پهلوی چپم شدم. مسئله خاصی نداشتم، درد یا حال بد یا احساس مریض بودن؛ اما برای اطمینان موقع بیکاری سری به درمانگاه زدم. پزشک درمانگاه بعد از معاینه گفت که تنها یک جوش پوستی ساده است اما برای اطمینان بیشتر توصیه کرد تا سونوگرافی از این ناحیه بدنم انجام دهم. در جریان سونوگرافی بود که متوجه شدم مشکلی در کلیه چپم وجود دارد. پزشک بعد از دیدن سونوگرافی دستور داد تا هرچه سریع‌تر به متخصص اورولوژی مراجعه کنم. بعد از معاینه متخصص و مشاهده جواب سونوگرافی، همین‌طور انجام سی‌تی‌اسکن و انجام آزمایشات متعدد، پزشک متخصص وجود توده در کلیه چپ را تأیید کرده و دستور داد که هرچه سریع‌تر جراحی کنم.

پیش از تشخیص پزشک و حتی زمانی که جوش پوستی و توده چربی را روی بدنم مشاهده کردم و بعد از آن نیز تا این لحظه که در بیمارستان برای عمل جراحی بستری شده‌ام، هیچ دردی نداشتم. هیچ احساس بی‌حالی یا وضعیتی که بتوانم بگویم بیمار شده‌ام و مریض هستم ندارم. در مورد علت بیماری اطلاعی ندارم اما آنقدر بدون درد هستم که فکر می‌کنم شاید این یک توده یا تومور نیست بلکه یک چیزی شبیه جوش یا برآمدگی مادرزادی است نه آنچه دکتر تشخیص داده است."

روز دوم، بدن و بیماری: سرطان

زمانی که سلول‌های هرناحیه از بدن به‌طور غیر طبیعی رشد کرده و سلول‌های موجود و طبیعی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند تا جایی که فعالیت پیشین آن ناحیه یا اندام از بدن مختل شود، سرطان شکل می‌گیرد (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۵). در اصل بیماری سرطان آن هنگام شخصیت می‌یابد که بخشی از بدن را به شکلی دیگر از آنچه که هست درآورد، در این صورت از همان آغاز و پایه‌های اولیه معماری غریب بدن، سرطان معنا می‌یابد. نکته اصلی در سرطان گسترش رشد سلول‌ها و خودمختاری آن‌ها در تکثیر با سرعت بالا و عدم پاسخ‌گویی به مکانیزم مهار کننده رشد است، تومورها با اولین سلول خودمختار متولد می‌شوند (پُنوگوتی^۲ و همکاران، ۲۰۱۴: ۷۹۵). در اینجا، سرطان به مثابه بیماری مسئله‌ای است که در تغییرات اجزا و ارگان‌های بدن می‌توان مشاهده کرد. در واقع اینکه سرطان از آغازین سلول تکثیر شده بدون برنامه از قبل تعیین شده توسط بدن در یک جزء از آن بیماری محسوب می‌شود یا اینکه در جریان یک فرآیند به بیماری تبدیل می‌شود، به عملکردهای کلیت بدن و فراتر از آن درک فرد از بدن و زیست

1. American Cancer Society

2. Ponugoti

مبتنی بر آن بازمی‌گردد. متاستاز، نکته‌ای کلیدی در مسئله سرطان به مثابه یک بیماری است. متاستاز، فرآیند پله‌پله‌ای است که در جریان آن تومورهای سرطانی با هم در یک مجموعه قرار می‌گیرند، مجموعه بدن سرطانی شده. در اصل متاستاز سرطان را تکمیل می‌کند و به آن شکل حقیقی و نهایی می‌بخشد (فیدلر^۱، ۱۹۹۰: ۶۱۳۰).

سرطان سلول کلیه آشایع‌ترین نوع در میان انواع سرطان‌های کلیه است. در مراحل اولیه و حتی گاه در مراحل بالاتر این سرطان نشانه‌های اختصاصی ویژه نداشته و بدون علامت است (سچدوا، ۲۰۱۸). علی‌رغم این مسئله، یعنی پیش آگاهی ضعیف آن، این نوع از سرطان کلیه توانایی قابل توجهی در گسترش و متاستاز به اندام‌های جانبی داشته و در صورت عدم تشخیص در مراحل اولیه، درمانی مشکل دارد (هوگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۸: ۵۱۷). در اینجا نمونه مورد مطالعه مردی است که بدون هیچ درد یا نشانه‌ای از بیماری و به‌طور اتفاقی به واسطه بررسی‌های پزشکی بدن و نه تجربه ادراکی از طریق حضور بیمارگونه در زندگی، متوجه وجود توده‌ای سرطانی در جسم خویش شده است. توده سرطانی در کلیه چپ قرار داشته و در مراحل اولیه شناسایی شده است (شکل ۱).

شکل ۱. تصاویر سی‌تی‌اسکن بیمار (موقعیت و وضعیت تومور در کلیه سمت چپ قابل مشاهده است)، منبع: پرونده پزشکی بیمار در بیمارستان تحت معالجه.



مدارک پزشکی بیمار نشان دهنده وجود تومور با احتمال RCC به ابعاد ۴۶ در ۴۴ میلی-متری در کلیه چپ است (شکل ۲). فرآیند شناسایی تومور تا تشخیص نهایی و قطعی سه ماه به طول انجامیده است. اگرچه در تجربه روزمره بیمار درد، ناتوانی و تحلیل بدن وجود ندارد، اما تشخیص بیماری به لطف واکاوی فیزیکی بدن بسیار سریع و به موقع صورت گرفته است. چنانکه بیان شد، بیمار بسیار اتفاقی و بدون هیچ عارضه قابل مشاهده یا تجربه قابل اعتنایی از بیماری خویش برای بررسی وضعیتی ساده در پهلوی خود (برآمدگی چربی یا جوش پوستی) به پزشک

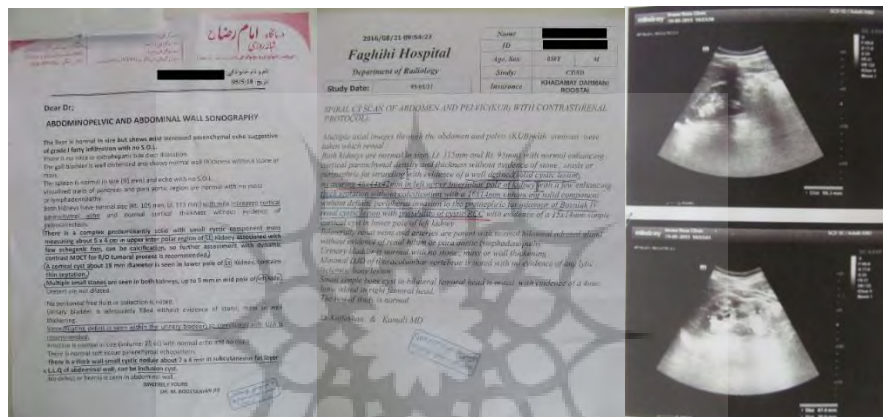
1. Fidler

2. Renal Cell Carcinoma/RCC

3. Höög

عمومی مراجعه و در جریان سونوگرافی به وجود تومور کلیه پی برده است. از نظر پزشکی جوش پوستی به بیماری وی ارتباطی نداشته و پدیده‌های عادی و ساده بوده است. سرطان در مراحل اولیه رشد بوده و با وجود شکل‌گیری تومور و بافت غیرطبیعی در بخشی از جسم بیمار، وضعیت کنونی بدن بر اساس روایت بیمار از خویش، کاملاً مطلوب، بدون هیچ گونه مشکل قابل توجه، درد، ناتوانی و غیره است.

شکل ۲. اسناد و مدارک پزشکی (گزارش سی‌تی‌اسکن و سونوگرافی) بیمار: مدارک بررسی پیشرفته بدن با استفاده از روش‌های پزشکی، منبع: پرونده پزشکی بیمار در بیمارستان تحت معالجه.



روز سوم، بدن، درد و تجربه بیماری

روز پس از عمل جراحی است. بیمار به شدت درد دارد و با پهلوی شکافته و بخیه شده و درد ناشی از باز شدن بدن و قطع و برداشت بخشی از آن، در حال کسب تجربه اولین روز بیماری، این بیماری خاص یعنی سرطان است؛ اولین روز بیماری در زندگی. درد تجربه غیرقابل بیان است، امر قابل بیان در باب عینیت ناپیدا. در اینجا مسئله‌های قابل بیان وجود دارد، درد پیش از بیماری سربرنمی‌آورد، آن‌هنگام که درد رخ می‌نماید، بیماری حضور عینی خویش را شکل داده است. بیمار جراحی شده و رهایی یافته از اندام سرطانی شده، در باب احوالات خود در روز پس از جراحی بیان می‌کند:

"احساس می‌کنم درد در همه وجودم پیچیده است. من تاکنون چنین دردی را تجربه نکرده‌ام. قبل از اینکه جراحی کنم حتی آن وقت که آزمایش‌ها نشان می‌دادند که من بیمار هستم، هیچ دردی نداشتم. به من می‌گویند باید تحمل کنم چون این درد جراحی است. اما من

که هیچ درد و ناراحتی نداشتم، کاش جراحی نکرده بودم، کاش برای برداشتن کلیه رضایت نمی‌دادم."

درد نمایندهٔ منحصر به فرد بیماری است، در بعد دیگر اما، درد نتیجهٔ رفتاری است که در جریان بیماری بدن را مورد حمله قرار می‌دهد، رفتار پزشکی. چنانکه سانتاگ هم در باب درمان بیماری سرطان بیان می‌کند، "درمان، رنگ و بویی نظامی دارد" هجومی عمیق به بیماری تاجایی که بخش‌های بی‌طرف بدن نیز از آسیب در امان نمی‌ماند، آسیبی که در حفظ جان بیمار موثر است (سونتگ^۱، ۱۹۷۸: ۶۶). رفتارهای درمانی بیماری، در اصل جدال بین بیماری و پزشک در میدان بدن است. بیماری مهلکی در ذهنیت اجتماع به نام سرطان که بدن را به یک نابدن یا "ناخود" تبدیل و در صورت گسترش، از بدن جسمیتی ناشناخته و بیگانه می‌سازد (همان: ۶۷). از این روست که باید با تمام قوا به جدال با سلول‌های نافرمان و به اصطلاح "بدوی" رفت که دائم در حال تکثیرند و بدن را به هرج و مرج کشانده‌اند. در این میان از درد، درد پزشکی، گریزی نیست. قربانی جدال پزشکی و بیماری در اصل بدنی است که میزبان سرطان شده و حیاتش در حال تغییر است.

"درد، دردهای موقت هرچند عمیق که بیمار در بستر بیماری تجربه می‌کند، بهتر از انتشار سلول‌های سرطانی، متاستاز و در نهایت مرگ بدن است" (گفتگو با پزشک معالج). تعیین بهتر بودن و بخشیدن حق تشخیص متعالی تماماً به دیگری و تبدیل بدن به میدان جنگ میان بیماری و کسانی که خواهان ریشه کن کردن عناصر بیگانه، نامنظم و سرکش هستند، مسئله‌ای است که در پزشکی بالینی مطرح است.

از منظر پزشکی، بیماری صرفاً با درد، ناتوانی و ناخوشی مترادف نیست و به عکس نیز ناخوشی و درد الزاماً بیماری قلمداد نمی‌شود؛ بلکه هر نوع ناهنجاری و ترکیب غیرطبیعی هرچند کوچک و مقطعی در گسترهٔ فیزیولوژیکی بدن (یو و محد نور^۲، ۲۰۱۴: ۱۱۵-۱۱۶) خواه همراه با درد و ناخوشی باشد یا بدون درد، بیماری قلمداد می‌شود و بنا به تشخیص و تعیین نوع بیماری با اختلال در نظم و هویت و در نهایت مرگ یا محدود ساختن آن بدن مورد درمان قرار گرفته یا با رهاسازی‌اش بیماری اجازهٔ حیات می‌یابد. در پزشکی بالینی، با شکافته شدن بدن، بیماری رؤیت‌پذیر و درد در کالبد حیات جسمیت می‌یابد. امر پزشکی از ذهنیت بیمار فراتر رفته و به درون بدن رسوخ می‌کند. برای دست‌یابی به تعیین نوع و ماهیت بیماری باید از سطح به درون بدن رسوخ کرد، از دیدنی‌ها به نادیدنی‌ها، از این روست که پزشکی تمام و کمال حق تعیین ماهیت، اصلاح بدن بیمار و زدودن درد پنهان را در حیطة اختیار و آگاهی خویش محدود می‌کند. برخلاف پزشکی، از منظر انسان‌شناسی اما، بیماری ناتوانی به همراه درد و تجربهٔ ناخوشی

1. Sontag

2. Yew and Mohd Noor

در زندگی است. در این دیدگاه، بیماری در اصل پیش از هر چیز و در قدم اولیه، حتی پیش از شناخت تخصصی پزشکی، در تجربه بدن زندگی شده، بروز یافته و احساس می‌شود (تمبز^۱، ۱۹۸۸: ۲۰۱).

"می‌گویند من به نوعی از سرطان مبتلا شده‌ام. توموری در کلیه‌ام. اما من شنیده‌ام کسانی که مبتلا به سرطان هستند، درد شدیدی دارند. آنقدر شدید که توانایی تحملش گاه غیرممکن است. اما من هیچ دردی ندارم. هیچ احساس بدی. بخاطر همین فکر می‌کند شاید واقعا چیزی که در کلیه من است غده یا تومور نیست، فقط یک مسئله مادرزادی ساده است نه سرطان." تصور درد، ضعف و ناخوشی به عنوان مقدمات یا همراه همیشگی بیماری، تصویری ذهنی از بیماری است که در بافت فرهنگی و تجربه تنانۀ زندگی ساخته و پرداخته شده است. انتظار درد شدید برای سرطان، در اصل همان شدت و شور استعاری است که جامعه به بیماری ویژه شده‌ای چون سرطان می‌بخشد. در حالی که سرطان هم نوعی از بیماری است، صرفاً یک بیماری (سونتاگ، ۱۹۷۸: ۷۲).

فراتر از استعاره‌ها، تصورات ذهنی (سویژکتیو) و ادراک بدن زندگی شده، برای درک بیماری باید به ابژه‌ها و نشانه‌های مادی آن دست یافت؛ بدون ابعاد عینی (ابژکتیو)، بیماری معنا نخواهد داشت. از این روست که پزشکی مدرن با عبور از سطوح ظاهری به عمق بدن و مکان بیماری راه پیدا کرده و از بیماری معنایی واقعی می‌سازد. در اینجا ناخوشی و احساسات "بد" در فرد، بدون وجود مادیت قابل ارجاع، بیماری نیست. از سوی دیگر، اگر فرد فاقد علائم بالینی بیماری نباشد درحالی که در کندوکاو پزشکی وجود فکت‌ها و ابژه‌های بیماری مسلم شود، بیماری در بافت فرهنگی و اجتماع غیر متخصص معنی نداشته و ماهیت نمی‌یابد.

چنانکه گفته شد، در یک سو پزشکی بیماری را نوعی بی‌نظمی و اختلال در بدن زیستی می‌داند و در سویی جامعه و نگاه انسان‌شناختی فرهنگی بیماری را نوعی تجربه ناخوشایند در زندگی زیسته قلمداد می‌کند. برای اولی بیماری به واقعیت‌های عینی (ابژکتیو) نیازمند است تا ماهیت یابد و برای دومی بیماری به تجارب ذهنی و اجتماعی شخص بیمار وابسته است. گویی بدن نظمی دارد که با بیماری به بی‌نظمی کشیده شده و هرج و مرج دنیای درونی منجر به ناخوشایند شدن زندگی می‌شود. این‌ها مفاهیمی هستند که بیماری را از دو منظر عمده شکل داده‌اند. اما اگر در این میان نمونه‌ای موجود باشد که فاقد ابعاد ذهنی (سویژکتیو) و تجربه زیسته ناخوشایند باشد و از سویی چنان پنهان باشد که جز به کشف اتفاقی حین کندوکاوهای درونی و لایه‌های پنهان بدن شناخته نشود چه؟ آن هنگام بیماری چگونه ماهیت می‌یابد؟

^۱. Toombs

بدن، ذهن و بیماری

در برخی بیماری‌ها چون دسته‌ای از سرطان‌ها و در اینجا نوعی از سرطان‌های دستگاه ادراری (مورد مطالعاتی ما) به دلیل درگیر شدن لایه‌های پنهان در بیماری، ابعاد ناپیدایی که تجارب زندگی و تعامل با جهان ملموسات حضور مستقیم ندارد، ارتباط ابعاد عینی (ابژکتیو) و ذهنی (سوپرژکتیو) بیماری در مراحل اولیه قطع می‌شود و رابطه‌ای میان بدن بیمار (عضو بیمار) و تعامل با جهان صورت نمی‌گیرد. آن‌گونه که بیماری در انسان‌شناسی پزشکی گاه محدودیت و ناتوانی در عمل، احساس درد و رنج و کسب تجارب متفاوت در تعامل با جهان از طریق بدن بیمار خوانده شده است.

اینجا بیماری اگرچه حضور تمام و کمال دارد، اما در تجربه فرد حضور ذهنی (سوپرژکتیو) ندارد. بیماری ماهیت دارد، در عضو بیمار حیات عینی دارد و شخصیت می‌یابد؛ اما در ذهنیت فرد، در بعد تجربه زندگی، ناپیدا و نامشخص است. این مسئله البته به تصورات و استعاره‌های اجتماعی از بیماری بازمی‌گردد. در یک جامعه بیماری مساوی با ناتوانی و درد و رنج یا برهم خوردن هنجارهای زندگی روزمره است. در واقع زمانی بیماری موجودیت می‌یابد که منجر به برهم زدن نظم چه در بدن فرد و چه زندگی روزمره و چه جامعه به صورتی ملموس و قابل اندازه‌گیری شود. آنجاست که بیماری عنوان می‌یابد و اسم و شناسنامه‌ای پزشکی کسب می‌کند. اما برخی بیماری‌ها دوره‌ای فاقد علائم بالینی و مشخص کننده ناخوشی، مرض و در نهایت بیماری دارند، دوره‌ای که در آن بیماری به صورتی مخفی و ناپیدا در اجزاء بدن نه تنها موجودیت می‌یابد که بر گستره حضور خویش می‌افزاید. بیماری در این برهه که در ذهنیت فرد، تعاملش با جهان و توانایی‌هایش خللی وارد نمی‌کند و حضوری قابل لمس ندارد، بیماری‌ست در حالی که فرد و بافتی که در آن می‌زید، به واسطه غیرقابل لمس بودنش وجود آن را انکار کرده و در نظر نمی‌گیرد. اینجاست که ابعاد عینی (ابژکتیو) بیماری و مادیت آن با حضور فعال پزشکی نمایان می‌شود. شما ممکن است به سرطان کلیه مبتلا باشید حتی اگر دردی در اندام خود احساس نکنید یا در دفع ادرار مشکلی نداشته و به تجربه‌ای متفاوت دست نیافته باشید. این مصداق بارز فردی‌ست که با وجود تومور در کلیه و تا یک روز قبل از جراحی هنوز باور نداشت که بیمار است.

"از نظر شما بیماری چیست؟ چرا ما بیمار می‌شویم؟ از کجا بیماری به سراغ ما می‌آید؟ -نمیدانم، فکر می‌کنم بیماری در واقع همان درد و رنج جسم ماست. می‌گویند بیماری را خدا می‌دهد، شاید در ازای کارهای بد ما یا آزمایش الهی."

پذیرش مسئولیت در باب چرایی بیماری و چیستی آن برای تعریف علل و عواملی که منجر به وضعیت متفاوت بدن در برهه‌ای از زندگی شده است، در زمانی که بیماری، بزرگ، ناشناخته و بدون علل مشخص باشد، متوجه فرد و اعمال اوست. بخشیدن وجه کیفی و گناه

آلود به بیماری، در مقابل نعمت سلامتی، کوشش برای توضیح فرهنگی و اجتماعی علت بیماری و "قربانی" شدن توسط سرطان به مثابه شاق‌ترین نوع درد و محکوم‌کننده‌ترین وضعیت بدنی و تنبیه شگرف الهی است. استعاره اجتماعی بر آن است تا در اینجا از بیمار یک موجودیت جدید بسازد، چیزی همانند اندام سرطانی شده که با قبل تفاوت دارد، بدن بیمار دیگر بدن انسان استاندارد نیست. یک بیمار سرطانی یا قربانی است یا گناه‌کار مستحق مجازات (سونتاگ، ۱۹۷۸: ۵۷-۵۸). در این دو وضعیت، بدن که استانداردهای خویش را از دست داده است، یا به عنوان گناهکار به گذراندن دوران محکومیت درد رنج خویش مشغول شده و مرگ پایان راه اوست یا با سرکوب و رنج مبارزه می‌کند و به قهرمانی که از جنگ با بیماری بازگشته است مبدل می‌شود، در هر دو صورت بدن دست‌خوش تغییر قرار گرفته و بازتعریف می‌شود.

بیماری عواقب گناه و جرم نیست، چه بسیار افرادی که به زعم خویش و اجتماعی که در آن می‌زیند گناهی مرتکب نشده اما بیماری زندگیشان را درگیر کرده است. از سویی بیماری الزاماً نتیجه رفتار نامناسب، زیست نادرست و رفتار ناهنجار نیست، چه بسیار زیست سلامت‌واری که در میانه راه با بیماری متوقف شده یا رنگ دیگری به خود گرفته است.

"تاکنون از پزشک‌تان در مورد علت بیماری و اینکه چرا به سرطان کلیه مبتلا شده‌اید، سؤال کرده‌اید؟ بله، گفتند دقیقاً مشخص نیست. (با لبخند) گفتند شانس است، یکی مبتلا می‌شود، یکی نه."

نه اینکه به واقع حضور بیماری (سرطان در اینجا) حضوری شانس و اتفاقی باشد، چراکه بدن با هر روز زندگی میان دو بُعد سلامتی و بیماری به یک اندازه تقسیم می‌شود و به دلیل روبه‌رو بودن با حضور همیشگی مرگ به‌طور طبیعی بیمار می‌شود؛ اما "شانس" در اینجا به ماهیت بیماری اشاره دارد. آمادگی ژنتیکی به همراه محیط و تجارب انسان‌ها و رفتارهای تشدید کننده و بالا برنده شانس حضور بیماری، تعریفی است که باس و پلامین برای تحقق ویژگی مرضی (روحی و غیر آن) یا غیر مرضی در انسان مطرح کرده‌اند (شولدز و شولدز^۱، ۲۰۰۵: ۲۹۸). اما در اینجا باید به این تعریف وجه دیگری نیز اضافه کرد: بدن رو به مرگ. مرگ در اینجا به مثابه نیستی و پایان بدن نیست، بلکه به منزله امتداد حضور یک بدن در دنیای زندگی است. مرگ طبیعی‌ترین و قطعی‌ترین سرنوشت بدن‌هایی است که می‌زیند، از این رو بیماری وضعیت طبیعی بدنی است که رو به سوی مرگ است. اینجاست که بیماری توانایی می‌یابد، در بدن فرد، جسمیت یافته و قابلیت خوانش پیدا کند (فوکو، ۲۰۰۳: ۲۴۳-۲۴۴).

«از منظر مرگ، بیماری سرزمینی دارد، قلمرویی قابل نشان، مکانی زیرزمینی، اما امن و محکم که خویشاوندی‌ها و پیامدهای بیماری در آن شکل می‌گیرند. برخلاف انتظار در شکلی

^۱. Schultz and Schultz

متناقض با نگاه به جسد، شاهد زندگی بیماری خواهیم بود. این زندگی دیگر آن همدردی‌های کهن یا قوانین ترکیب عوارض و پیچیده شدن بیماری نیست، بلکه نقش‌ها و قوانین خاص خود را دارد» (فوکو، ۲۰۰۳: ۱۸۳).

بیماری با مرگ در جسمیت انسان برای همیشه باقی می‌ماند، جسدی بدون زندگی که نمی‌کوشد برای سلامتی، اندام‌های خویش را از بدن بیرون بکشد و بیماری را ریشه کن کند. بدن مرده سرزمین بیماری‌ست. بدنی که امکان حضور مرگ به عنوان یک قطعیت را فراهم می‌کند. اما، وقتی انسان و بدنش بمیرد، از بیماری چه می‌ماند؟ پاسخ این سؤال امروز در دستان باستان‌شناسی است که بر گذشته بدن احاطه دارد. او گوری از سالیان دور را شکافته، خاک گور را واری کرده و در حوالی دنده انتهایی اسکلت مدفون، سنگی کلسیمی می‌یابد که در بدن مرده و پوسیده صاحب گور جاخوش کرده و به روزگاران بیماری خاموش و دردهای مقطعی هنگام تکان‌های سنگ در کلیه او بازمی‌گردد (موریس و رودرز^۱، ۱۹۸۹). اینجا بیماری حضور تاریخی و همیشگی خویش را در بدن بی‌جان نشان می‌دهد. در اینجا به نمونه دیگری از مادیت تاریخی بیماری می‌پردازیم. نمونه‌ای که نشانگر حضور بیماری پس از مرگ در بستر بدن است. در جریان حفاری گور شماره ۱۸۸ در گورستان الخیدای^۲ در سودان، سه سنگ تخم‌مرغی شکل در ناحیه لگن اسکلت که مردی میان سال مربوط به اواخر پلی‌ایستون و اوایل هولوسن، دوره پری مزولیتیک بود یافت شد (تصویر شماره ۶ و ۷). پس از بررسی‌های فیزیکی و آزمایشگاهی، مشخص شد این سنگ‌ها با ترکیبات هیدروکسی آپاتیت همراه با آثار باکتریایی که نشان دهنده وضعیت عفونی بود، در اصل سنگ‌های پروستات بوده که موجب پروسه‌های متعدد عفونت در فرد همراه با بزرگ شدن پروستات و مشکلات ناشی از آن می‌شده است (یوسای^۳ و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1. Morris and Rodgers

2. Al Khiday

3. Usai

شکل ۳. تصاویری از موقعیت سنگ در ناحیه پروستات. گور شماره ۱۸۸ در گورستان الخیدای، منبع: یوسای و همکاران، ۲۰۱۷: ۲.



اگرچه ۹۹ درصد پروستات‌های برداشته شده در جریان سرطان پروستات حاوی سنگ نیز هستند (دسُمُز^۱ و همکاران، ۲۰۱۲: ۱) اما به طور قطع نمی‌توان گفت فرد ۱۸۸ در گورستان الخیدای نیز مبتلا به سرطان پروستات بوده است. سنگ پروستات اگرچه ارتباط مستقیمی با سرطان ندارد اما، نوعی بیماری در مردان بالغ است که در بیشتر موارد فاقد درد بوده و از چند میلی‌متر تجاوز نمی‌کند، اما در اینجا با وجود اندازه این سنگ به احتمال صاحب گور شماره ۱۸۸ علاوه بر حضور بیماری با موجودیت عینی (ابژکتیو) خود در بدنش، احساسات و ابعاد ذهنی (سوپژکتیو) از بیماری را تجربه کرده، چه اینکه پوشش‌های باکتریایی سنگ نشان دهنده دوره‌های طولانی عفونت و التهاب پروستات است (یوسای و همکاران، ۲۰۱۷: ۹). در اینجا بیماری نه تنها حضور دارد که در تجربه فرد نمایان شده و در نهایت با تحت‌تأثیر قرار دادن بدن، منجر به زندگی همراه با رنج و مرگ احتمالی وی شده است (همان). آنچه در این گور پیش روی ماست، بقایای بدنی است که با مرگ دگرگون شده، اما بیماری با نشانه‌های مادی خود همچنان پابرجا به چشم می‌خورد، اینجا بیماری از مرگ حیات می‌گیرد.

نتیجه‌گیری

بیماری در اصل اقلیتی ناهمگون در اکثریت همگون بدن تلقی می‌شود که تا مرحله حضور عینی، وجودش قابل درک و شناخت نیست. این بخش نامنظم که تلقی حضور غیرمعارفش نه تنها در پزشکی که در انسان‌شناسی و از منظر اجتماعی مبنای تعاریف مختلف از بیماری و به وجود

^۱. Dessomz

آمدن رفتارهایی برای درمان و از بین بردن بیماری و تبدیل بدن بیمار به بدن سالم شده است، شناخت و درک بیماری را مختل ساخته است. علت عمده این مسئله تقابل بیماری و سلامتی و مترادف دانستن بیماری با ناخوشی، اختلال در زندگی و حال دگرگون شده است. در اینجا با بررسی بدن یک بیمار سرطانی و مدارک پزشکی او، نوعی از مواجهه با بیماری نمایان شد که به تعریف ماهیت بیماری کمک می‌کند. در این بدن بیماری ناخوشی، اختلال و برهم خوردن حال و زندگی سلامت وار نیست، بلکه بیماری تلاش متفاوت اندامی از بدن برای نوعی دیگر از حیات است، حیاتی که حیات بدن نیست، بلکه حیات بیماری است. در اینجا خود مختل شده و بدن رنجور از معادله بدن و بیماری مساوی با فقدان سلامتی حذف شده و با رویکرد شخصی بیمار و بافت اجتماعی که در آن زیسته، رنج نه از بیماری که از تسلط پزشکی بر بدن شکل گرفته است. اینجا معنای بیماری به خوبی مشخص می‌شود، بیماری رنج، درد و فقدان اندام یا تروما نیست، بیماری حضور حیاتی متفاوت است که بدن خود به آن زندگی می‌بخشد، حتی اگر عاملی بیرونی مولد بیماری باشد، بازهم این خود بدن است که آن را شکل می‌دهد. بررسی‌ها نشان داد بیماری الزاما در تجربه فرد حضور ندارد، پس مبنای شناخت بیماری تنها تجربه و درک بیمار از بیماری نیست. از این رو انسان‌شناسی پزشکی نمی‌تواند برای ارائه تصویری از بیماری تنها بر تجربه فرد متکی باشد. در این زمینه علم پزشکی به دلیل ماهیت تجربی خود با بررسی ابعاد عینی (ابژکتیو) بیماری کمک شایانی به شناخت و درک بیماری نموده است. گذر از سطوح دیدنی‌ها و دستیابی به اعماق نادیدنی‌ها با روش‌های متعدد از جمله سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن در اینجا منجر شده است تا بیماری در بستر بدن عیان شود. با عیان شدن بیماری مداخلات پزشکی آغاز می‌شود. رفتار پزشکی براساس تجربه فرد مورد بررسی گاه منجر به ایجاد ناخوشی و حال بد می‌شود. رفتار پزشکی در برخورد با بیماری، رفتاری سرکوب کننده، منزوی کننده و از بین برنده است. حیات بیماری در بدن بستری شده در بیمارستان در تقابل با امر پزشکی مختل شده و این اختلال به معنای سلامتی حقیقی نیست، چه اینکه بدن با بیماری به سمتی سوق می‌یابد که شکلی از حیات دگرگون شده را تجربه کند که در اینجا پزشکی این امر را مختل می‌نماید. در پایان اینکه از بین بردن اندام حیات یافته در امر پزشکی به مثابه از بین رفتن تام و کمال بیماری نیست، بلکه بیماری حضور همیشگی و عینی (ابژکتیو) خود را حتی در بدنی که سرطان موجب برداشتن یک اندام (در اینجا کلیه بیمار) شده است، با فقدان این اندام نشان داده و تثبیت می‌کند.

سپاسگزاری

نویسندگان از کارکنان بیمارستان نمازی شیراز به‌ویژه سرپرستاران و مسئولان بخش یوروانکولوژی به دلیل همکاری در گردآوری اطلاعات اعم از مصاحبه و گفتگوی باز چندین

ساعته، مشاهده وضعیت بیمار در بستر بیمارستان و مستندنگاری مدارک پزشکی بیمار مورد مطالعه، تشکر فراوان دارند.

منابع

پاپلی یزدی، لیا؛ مسعودی، آرمان (۱۳۹۵)، *مادیت‌های معاصر: باستان‌شناسی‌های گذشته نزدیک/معاصر*، تهران: حکمت کلمه.

American Cancer Society (2015), "What Is Cancer" (Retrieved 8 December 2015 from <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/what-is-cancer.html>.)

Boric, Dusan; Robb, John (2008), *Past Bodies: Body-Centered Research in Archaeology*, Cowley: Oxbow Books.

Carel, Havi (2008), *Illness, The Art of Living*, London: Acumen publishing.

Carel, Havi Hannah (2013), "Illness, phenomenology, and philosophical method", In *Journal of Theoretical Medicine and Bioethics* 34(4): 345–357.

Charmaz, Kathy (1995), "The Body, Identity, and Self: Adapting to Impairment", In *Journal of The Sociological Quarterly* 36(4): 657-680.

Dessombz, Arnaud; Me'ria, Paul; Bazin, Dominique; Daudon, Michel (2012), "Prostatic Stones: Evidence of a Specific Chemistry Related to Infection and Presence of Bacterial Imprints", In *PLOS ONE*, 7(12).

Eavy, Geoff (2000), "Defining Illness as Action-Failure: A Response to McKnight", In *Journal of Applied Philosophy* 17(3): 289-297.

FidlerI, Saiah (1990), "Critical Factors in the Biology of Human Cancer Metastasis: Twenty-eighth G. H. A. Clowes Memorial Award Lecture", In *Cancer Research* 50 :6130-6138.

Foucault, Michel (2003), *The Birth of the Clinic*, Translated by A. M. Sheridan, London: Routledge.

Gaines, Atwood D. (2011), "Millennial Medical Anthropology: From There to Here and Beyond, or the Problem of Global Health", In *Journal of Culture, Medicine, and Psychiatry (Cult Med Psychiatry)* 35: 83-89.

Gorman, A. Claire (2000), *The Archaeology of Body Modification: The Identification of Symbolic Behaviour Through Usewear and Residues on Flaked Stone Tools*, thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy, University of New England.

Hamilakis, Yannis; Pluciennik, Mark; Tarlow, Sarah (2002), *Introduction: Thinking Through the Body*, New York: Kluwer Academic.

Helman, Cecil (2006), "Why Medical Anthropology Matters", In *Journal of Anthropology Today* 22(1): 3-4.

Henry, Doug (2006), "Violence And The Body: Samatic Expressions Of Trauma And Vulnerability During War", In *Medical Anthropology Quarterly* 20(3): 379-398.

Höög, Anders; Kjellman, Magnus; Mattsson, Per; Juhlin, C.Christofer; Shabo, Ivan (2018), "Somatostatin Receptor Expression in Renal Cell Carcinoma—A New Front in the Diagnostics and Treatment of Renal Cell Carcinoma", In *Clinical Genitourinary Cancer* 16(3): 517-520.

Joyce, Rosemary A. (2005), "Archaeology of the Body", In *Annual Review of Anthropology* 34: 139-158.

Martin, Debra; Harrod, Ryan P. (2015) "Bioarchaeological Contribution To The Study Of Violence", In *Yearbook of Physical Anthropology*, 156:116–145

Merleau-Ponty, Maurice (2005), *Phenomenology of Perception*, Translated by Colin Smith, London and New York: Routledge.

McKnight, Christopher (1998), "On Defining Illness", In *Journal of Applied Philosophy* 15(2): 195-198.

Morris, Alan G.; Rodgers, Allen L. (1989), "A probable case of prehistoric kidney stone disease from the northern cape province, South Africa", In *American Journal of Physical Anthropology* 79(4): 521-527.

- Toombs, s. Kay (1988), "Illness and the paradigm of lived body", *Journal of Theoretical Medicine and Bioethics* 9(2): 201-226.
- Saillant, Francine (1990), "Discourse, Knowledge and Experience of Cancer: A Life Story", *Culture, Medicine, and Psychiatry* 14: 81-104.
- Sachdeva, Kush (2018), "Renal Cell Carcinoma", (Retrieved 16 April 2018 from <https://emedicine.medscape.com/article/281340-overview>)
- Schultz, P.Duane; Schultz, Sydney Ellen (2005), *Theories of Personality*, 8th Edition, Ed by Michele Sordi, New York and London: Tomson.
- Shank, Gary (2006), "Six alternatives to mixed methods in qualitative research", In *Journal of Qualitative Research in Psychology* 3: 346-356.
- Sontag, Susan (1978), *Illness as Metaphor*, New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Sousa, Daniel (2014), "Validation in Qualitative Research: General Aspects and Specificities of the Descriptive Phenomenological Method", In *Journal of Qualitative Research in Psychology* 11: 211-227.
- Stern, Phyllis Noerager (1980), "Grounded Theory Methodology: Its Uses and Processes", In *Journal of Nursing Scholarship* 12(1): 20-24.
- Ponugoti, Kranthi; Kesireddy, Rohitha; Kartheek.S and K.Satish (2014), "Antitumor Activity of Triticum Aestivum against MCF-7 Cell Line Induced Breast Cancer and CaCo2 Cell Line Induced Colon Cancers", In *International Journal of Medicine and Pharmaceutical Research* 2(5): 794-803.
- Usai, Donatella; Maritan, Lara; Dal Sasso, Gregorio; Artioli, Gilberto; Salvatori, Sandro; Jakob, Tina; Salviato, Tiziana (2017), "Late Pleistocene/Early Holocene Evidence of Prostatic Stones at Al Khiday Cemetery, Central Sudan". In *PLOS ONE* 12 (1).
- Yew, W.C. Vivien; Mohd Noor, Noor Azlan (2014), "Anthropological Inquiry of Disease, Illness and Sickness", In *Journal of social sciences and Humanities* 9(2): 116-124.