

A Critical Hermeneutic Analysis of Medical Rationality: The Tension between the Clinical and the Health

Alireza Monajemi¹ 

1. Associate Professor, Department of Philosophy of Science and Technology, Institute for Humanities and Cultural Studies, Tehran, Iran.

monajemi@ihcs.ac.ir

Received: 2026/01/26; Accepted 2026/02/21

Extended Abstract

Introduction and Objectives: Contemporary medicine is generally understood as an objective form of knowledge akin to the natural sciences, a discipline that relies on observation, measurement, and technological intervention to diagnose and treat disease. Yet, unlike the silent objects studied in the natural sciences, medicine engages the lived body, meaningful suffering, and human experiences that can only be grasped within a horizon of interpretation. For this reason, medical rationality should not be seen as neutral knowledge but as a historically situated mode of understanding the body, disease, and health, deeply entangled with values, institutions, and relations of power. From this perspective, the medical humanities are not a marginal supplement but a necessary condition for understanding medicine itself. Only through a hermeneutic-critical approach can medical rationality be analyzed as a historical way of interpreting human life.

Within this framework, a central site where this rationality becomes visible is the tension between “the clinical” and “the health.” The clinical is organized around diagnosing and treating disease at the individual level, while the health concerns prevention, health promotion, and the governance of populations. Historical analysis of pandemics shows that



Authors retain the copyright. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

clinical logic has typically taken precedence over public health policies, with preventive interventions emerging belatedly under crisis conditions. This recurring pattern is conceptualized here as the “health lag,” referring to the structural and epistemic subordination of public health within treatment-oriented medicine. This study argues that such lag is not simply a managerial failure but a consequence of a dominant medical rationality that renders disease visible and health invisible.

Method: This study adopts an interdisciplinary and theoretical approach, employing conceptual and historical analysis within the framework of critical hermeneutics. The research method is structured around three principal axes.

First, a conceptual analysis of the distinction between the clinical and the health is developed. Drawing on the difference between health and disease, as well as between health as a condition and public health as practice, the study shows how modern medical knowledge has been organized around disease and the individual body, thereby marginalizing preventive and population-based perspectives.

Second, the theoretical insights of Gadamer and Foucault are mobilized. From Gadamer’s standpoint, health possesses an enigmatic and largely invisible character, becoming noticeable primarily in its loss. This invisibility hinders its transformation into a stable object of scientific knowledge. Foucault, in contrast, demonstrates how the clinical gaze and the institutionalization of hospital medicine relocated knowledge and power within the individual body. Together, these perspectives provide an epistemic and institutional account of the structural lag of public health.

Third, a comparative examination of major pandemics is undertaken. By analyzing the Spanish influenza, AIDS, Ebola, SARS, MERS, and COVID-19, the study identifies a recurring pattern in which treatment-centered strategies consistently precede preventive measures. These cases function as historical evidence of the structural character of public health lag.

To extend this framework, the contributions of Byung-Chul Han and Hans-Herbert Kögler inform the paper’s notion of care politics. The approach remains interpretive and critical, aiming to clarify conceptual and historical foundations rather than propose direct policy solutions.

Results: The conceptual and historical analysis demonstrates that the lag of public health is not an accidental or episodic phenomenon but a structural feature of modern health

systems. In all the cases examined, initial responses focused on treating patients and mobilizing clinical resources, while preventive measures, public communication, and social interventions emerged belatedly. Moreover, the World Health Organization's definition of health has not provided a sufficient solution to this structural problem.

During the Spanish influenza, cities that implemented non-pharmaceutical interventions earlier experienced lower mortality rates; nevertheless, in many instances such measures were adopted only after hospitals became overwhelmed. In the AIDS crisis, the initial focus was placed on pharmaceutical treatment, while public education and the fight against social stigma received attention later. In the Ebola outbreak, neglect of cultural contexts and social distrust made disease control more difficult. COVID-19 likewise demonstrated that even with unprecedented advances in vaccine development, lack of public trust, inequality of access, and weak health communication prolonged the crisis.

The findings indicate that health systems tend to value “crisis management” more than the “absence of crisis.” Public health, as a preventive endeavor, is less visible and less media-attractive, whereas clinical successes are rapidly highlighted. This imbalance leads to disproportionate allocation of resources, intensification of health inequalities, and increased pressure on medical professionals.

Furthermore, the medicalization of the health has consequences such as health anxiety, professional burnout, and the depoliticization of public health. In such conditions, the relationship between the state and society is reduced to that between physician and patient, where compliance replaces participation.

Discussion and Conclusions: The findings of this study indicate that the health lag is rooted in the conceptual construction of health within modern medical rationality. As long as health is defined merely as the absence of disease and the individual body remains the privileged object of knowledge, prevention and public health will continue to occupy a secondary position. Overcoming this structural imbalance therefore requires a fundamental rethinking of the concept of health itself.

Health should be understood as a positive, relational, and socially embedded condition, closely connected to the capacity to live meaningfully, to participate in social life, and to pursue health justice. Within this perspective, the concept of care politics is proposed as an alternative normative horizon. Care politics does not reduce health governance to technocratic population management; instead, it frames health as a shared ethical and political

responsibility involving governments, institutions, and citizens alike.

Such an orientation demands sustained investment in public health infrastructure, education, transparency, and the cultivation of social trust. It also requires resisting the reduction of health to statistical indicators or to an individualized project of constant self-optimization. Health is fragile and sustained through networks of social relations; without attention to justice and equality, it cannot endure.

Pandemics act as mirrors, exposing the limits of treatment-centered logic. Moving beyond the lag of public health necessitates a paradigm shift that restores health to the center of ethical, social, and political concern in everyday governance and collective life.

The study also critically engages with the WHO definition of health, arguing that its conceptual vagueness, deontic character, and non-operational nature have inadvertently contributed to the very medicalization it sought to overcome. By defining health as “complete physical, mental, and social well-being,” the definition renders health an unattainable ideal, blurs the distinction between individual and public health, and expands the scope of medical intervention without providing a clear theoretical framework or institutional accountability. This critique reinforces the argument that overcoming the health lag requires not only institutional reform but also conceptual clarity and philosophical reflection on the nature of health itself.

Keywords: Medical Rationality, Critical Hermeneutics, Medical Humanities, Health Lag, Biopolitics, Care Politics.

Cite this article: Monajemi, Alireza (2026). A Critical Hermeneutic Analysis of Medical Rationality: The Tension between the Clinical and the Health. *Journal of Humanities Methodology*, 32(127): 143-176.

تحلیل عقلانیت پزشکی از منظر هرمنوتیک انتقادی: تنش «امر بالینی» و «امر بهداشتی»

علیرضا منجمی^۱

۱. دانشیار گروه فلسفه علم و تکنولوژی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران.

Monajemi@ihcs.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۰۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۲

چکیده گسترده

مقدمه و اهداف: پزشکی امروز عموماً به‌مثابه دانشی عینی و هم‌سنخ با علوم طبیعی فهم می‌شود؛ دانشی که با تکیه بر مشاهده، اندازه‌گیری و مداخله فناورانه، بیماری را تشخیص داده و درمان می‌کند. با این حال، برخلاف ابژه‌های خاموش علوم طبیعی، پزشکی با بدن زیسته، رنج معنادار و تجربه‌های انسانی سروکار دارد؛ تجربه‌هایی که تنها در افق تفسیر قابل فهم‌اند. از این رو، عقلانیت پزشکی را باید نه دانشی خنثی، بلکه شیوه‌ای تاریخی از فهم بدن، بیماری و سلامت دانست که درهم‌تنیدگی آن با ارزش‌ها، نهادها و مناسبات قدرت همواره تعیین‌کننده بوده است. از این منظر، علوم انسانی پزشکی نه افزوده‌ای حاشیه‌ای، بلکه شرط امکان فهم خودِ پزشکی است؛ چراکه تنها از خلال خوانشی هرمنوتیکی-انتقادی می‌توان عقلانیت پزشکی را به‌مثابه شیوه‌ای تاریخی از فهم زندگی انسانی تحلیل کرد.

در این چارچوب، یکی از نقاط ظهور این عقلانیت، تنش میان «امر بالینی» و «امر بهداشتی» است.





امر بالینی پیرامون تشخیص و درمان بیماری در سطح فردی سازمان یافته، در حالی که امر بهداشتی ناظر به پیشگیری، ارتقای سلامت و مدیریت جمعیت است. بررسی تاریخ همه‌گیری‌ها نشان می‌دهد که در اغلب موارد، منطق بالینی بر سیاست‌های بهداشت عمومی تقدم یافته و مداخلات پیشگیرانه با تأخیر و تحت فشار بحران شکل گرفته‌اند. این وضعیت با مفهوم «دیرماندگی امر بهداشتی» صورت‌بندی می‌شود؛ مفهومی که به تأخیر ساختاری و معرفتی بهداشت عمومی در نسبت با پزشکی درمان‌محور اشاره دارد.

این پژوهش می‌کوشد نشان دهد این دیرماندگی صرفاً خطای مدیریتی یا کمبود منابع نیست، بلکه پیامد عقلانیت مسلط پزشکی مدرن است؛ عقلانیتی که بیماری را رویت‌پذیر و سلامت را نامرئی می‌سازد.

روش: این پژوهش رویکردی میان‌رشته‌ای و نظری دارد و از روش تحلیل مفهومی و تاریخی در چارچوب هرمنوتیک انتقادی بهره می‌گیرد. روش تحقیق بر سه محور اصلی استوار است. نخست، تحلیل مفهومی تمایز میان امر بالینی و امر بهداشتی. در این بخش، با تکیه بر تمایز سلامت و بیماری و نیز تفاوت میان «سلامت» به‌عنوان وضعیت و «بهداشت» به‌عنوان عمل، نشان داده می‌شود که چگونه ساختار دانش پزشکی مدرن حول بیماری و بدن فردی سازمان یافته و سلامت عمومی را در حاشیه قرار داده است.

دوم، بهره‌گیری از چارچوب نظری گادامر و فوکو. از منظر گادامر، سلامت ماهیتی رازوار و نامرئی دارد و تنها در لحظه فقدان خود آشکار می‌شود. این نامرئی بودن سبب می‌شود که سلامت به‌سختی به ابژه دانش بدل گردد. از سوی دیگر، فوکو با تحلیل پزشکی نشان می‌دهد که چگونه نگاه بالینی و نهاد بیمارستان، بدن فرد را به کانون دانش و قدرت بدل کرده‌اند. این دو افق نظری امکان تبیین معرفتی و نهادی دیرماندگی امر بهداشتی را فراهم می‌کنند.

سوم، تحلیل تطبیقی نمونه‌های تاریخی. مقاله با مرور نمونه‌هایی چون آنفلوآنزای اسپانیایی، ایدز، ابولا، سارس، مرس و کووید-۱۹، الگوی تکرارشونده‌ای را شناسایی می‌کند که در آن واکنش‌های درمان‌محور بر سیاست‌های پیشگیرانه تقدم یافته‌اند. این موارد به‌عنوان شواهد تاریخی ساختاری بودن دیرماندگی امر بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

در تکمیل این افق نظری چول‌هان و کروگلر می‌توانند افقی جدید بگشایند که در مفهوم سیاست

مراقبتی در این مقاله تجلی یافته است. روش پژوهش، تفسیری و انتقادی است و هدف آن ارائه نسخه سیاستی مستقیم نیست، بلکه آشکار ساختن بنیان‌های مفهومی و تاریخی مسئله است.

نتایج: تحلیل مفهومی و تاریخی نشان می‌دهد که دیرماندگی امر بهداشتی پدیده‌ای تصادفی یا مقطعی نیست، بلکه ویژگی ساختاری نظام‌های سلامت مدرن است. در همه نمونه‌های بررسی‌شده، واکنش نخستین نظام‌های سلامت بر درمان بیماران و بسیج منابع بالینی متمرکز بوده و اقدامات پیشگیرانه، اطلاع‌رسانی عمومی و مداخلات اجتماعی با تأخیر شکل گرفته‌اند و تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت هم رهگشا نیست.

در آنفلوآنزای اسپانیایی، شهرهایی که مداخلات غیر دارویی را زودتر اجرا کردند، نرخ مرگ‌ومیر کمتری داشتند؛ با این حال، در بسیاری از موارد این سیاست‌ها پس از اشباع بیمارستان‌ها اتخاذ شدند. در بحران ایدز نیز تمرکز اولیه بر درمان دارویی بود و آموزش عمومی و مقابله با انگ اجتماعی دیرتر مورد توجه قرار گرفت. در ابولا، نادیده گرفتن زمینه‌های فرهنگی و بی‌اعتمادی اجتماعی کنترل بیماری را دشوار ساخت. کووید-۱۹ نیز نشان داد که حتی با پیشرفت بی‌سابقه در تولید واکسن، فقدان اعتماد عمومی، نابرابری دسترسی و ضعف ارتباطات بهداشتی بحران را طولانی‌تر کرد. نتایج نشان می‌دهد که نظام‌های سلامت بیش از آنکه به «رخ ندادن بحران» ارزش دهند، بر «مدیریت بحران» تمرکز دارند. سلامت عمومی به‌عنوان امری پیشگیرانه کمتر قابل رؤیت و رسانه‌ای است، در حالی که موفقیت‌های بالینی به‌سرعت برجسته می‌شوند. این امر موجب تخصیص نامتوازن منابع، تشدید نابرابری‌های سلامت و افزایش فشار بر کادر درمان می‌شود.

افزون بر این، طبی‌سازی امر بهداشتی پیامدهایی چون اضطراب سلامت، فرسودگی حرفه‌مندان و سیاست‌زدایی از سلامت عمومی را در پی دارد. رابطه دولت و جامعه در چنین شرایطی به رابطه پزشک و بیمار تقلیل می‌یابد و اطاعت‌پذیری جایگزین مشارکت می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که دیرماندگی امر بهداشتی ریشه در صورت‌بندی مفهومی سلامت در عقلانیت پزشکی دارد. تا زمانی که سلامت صرفاً به‌عنوان فقدان بیماری فهم شود و بدن فردی کانون دانش باقی بماند، پیشگیری و بهداشت عمومی در مرتبه‌ای ثانوی قرار خواهند گرفت. از این رو، غلبه بر این وضعیت مستلزم بازاندیشی در مفهوم سلامت است.

سلامت باید به‌عنوان وضعیتی ایجابی و رابطه‌ای فهم شود؛ وضعیتی که با توانایی زیستن، مشارکت

اجتماعی و عدالت سلامت پیوند دارد. در این چارچوب، مفهوم «سیاست مراقبتی» به عنوان افقی بدیل پیشنهاد می‌شود. سیاست مراقبتی نه صرفاً مدیریت تکنوکراتیک جمعیت، بلکه کنشی جمعی و تفسیری است که دولت، نهادها و شهروندان را در مسئولیت مشترک سلامت سهیم می‌داند. چنین رویکردی نیازمند تقویت زیرساخت‌های بهداشت عمومی، آموزش، شفافیت و اعتماد اجتماعی است. همچنین باید از تقلیل سلامت به شاخص‌های صرفاً آماری یا پروژه‌ای فردی برای بهینه‌سازی خویش پرهیز شود. سلامت، امری شکننده و وابسته به شبکه‌ای از روابط اجتماعی است و بدون عدالت اجتماعی پایدار نخواهد ماند.

همه‌گیری‌ها آینه‌ای هستند که نابسندگی منطق درمان‌محور را آشکار می‌کنند. عبور از دیرماندگی امر بهداشتی مستلزم تغییر پارادایم در سیاست‌گذاری سلامت است؛ تغییری که سلامت را از سایه امر بالینی بیرون آورده و آن را به مرکز توجه اخلاقی، اجتماعی و سیاسی بازگرداند. تنها در این صورت می‌توان به نظامی دست یافت که نه صرفاً در مواجهه با بحران، بلکه در زندگی روزمره نیز از سلامت جمعی پاسداری کند. این محدودیت‌ها نه به‌منزله کاستی، بلکه به‌عنوان دعوتی به گفت‌وگوی میان‌رشته‌ای و گسترش پژوهش‌های آینده در پیوند میان علوم انسانی، پزشکی و سیاست سلامت قابل فهم‌اند.

واژگان کلیدی: عقلانیت پزشکی، هرمنوتیک انتقادی، علوم انسانی پزشکی، دیرماندگی امر بهداشتی، زیست‌سیاست، سیاست مراقبتی.

استناد: منجمی، علیرضا (۱۴۰۵). تحلیل عقلانیت پزشکی از منظر هرمنوتیک انتقادی: تنش «امر بالینی» و «امر بهداشتی». مجله روش‌شناسی علوم انسانی ۳۲(۱۲۷): ۱۴۳-۱۷۶.

مقدمه

پزشکی، برخلاف علوم طبیعی، نه با ابژه‌هایی خاموش و بی‌نیاز از تفسیر، بلکه با بدن زیسته، رنج‌م‌ن‌دار و تجربه‌هایی سروکار دارد که تنها در افق فهم و تفسیر قابل ادراک‌اند. از همین رو، پزشکی را نمی‌توان دانشی خودبسنده و هم‌سنخ با علوم طبیعی دانست، بلکه باید آن را شکلی از عقلانیت دانست که درهم‌تیدگی آن با پیش‌فرض‌ها، ارزش‌ها و افق‌های تاریخی فهم همواره تعیین‌کننده است. هرمنوتیک انتقادی دقیقاً در همین نقطه وارد می‌شود؛ جایی که فهم پزشکی نه صرفاً به‌مثابه بازنمایی واقعیت زیستی، بلکه به‌عنوان تفسیری تاریخی و نهادمند از بدن، بیماری و سلامت مورد پرسش قرار می‌گیرد. با اتکا به هرمنوتیک، می‌توان نشان داد که تشخیص و درمان همواره در افقی پیشینی از معنا شکل می‌گیرند و با افزودن سویه انتقادی، آشکار می‌شود که این افق‌ها چگونه تحت تأثیر مناسبات قدرت، نهادهای پزشکی و عقلانیت‌های مسلط تثبیت شده‌اند. از این منظر، علوم انسانی پزشکی (Medical humanities) نه افزوده‌ای حاشیه‌ای، بلکه شرط امکان فهم خود پزشکی است؛ چراکه تنها از خلال خوانشی هرمنوتیکی-انتقادی می‌توان عقلانیت پزشکی را به‌مثابه شیوه‌ای تاریخی از فهم زندگی انسانی تحلیل کرد

اگر عقلانیت پزشکی را، چنان‌که گفته شد، نه مجموعه‌ای خنثی از دانش‌های زیستی، بلکه شیوه‌ای تاریخی از فهم بدن، بیماری و سلامت بدانیم، آنگاه باید پرسید این عقلانیت در کجا و چگونه خود را به‌نحوی عینی و نهادمند آشکار می‌کند. یکی از بنیادی‌ترین نقاط ظهور آن، نسبت میان امر بالینی و امر بهداشتی است؛ نسبتی که در آن، مرز میان تمرکز بر بدن بیمار و توجه به سلامت جمعی ترسیم می‌شود. تنش میان این دو ساحت، صرفاً اختلافی کارکردی یا تقسیم‌کاری نهادی نیست، بلکه بازتابی از اولویت‌های معرفت‌شناختی و هنجاری عقلانیت پزشکی است؛ اولویت‌هایی که تعیین می‌کنند چه چیزی به مسئله بدل می‌شود، چه دانشی معتبر تلقی می‌گردد و چه مداخله‌ای فوریت می‌یابد. از این منظر، پرداختن به تنش امر بالینی و امر بهداشتی راهی است برای فهم این‌که عقلانیت پزشکی چگونه در عمل، بیماری را مرئی و سلامت را نامرئی می‌کند و چگونه این نامرئی‌سازی، پیامدهایی فراتر از حوزه درمان، در سیاست‌های سلامت، پیشگیری و عدالت اجتماعی بر جای می‌گذارد.

همه‌گیری‌های جهانی در تاریخ بشر همواره نقاط عطفی برای بازاندیشی در جایگاه نظام‌های سلامت بوده‌اند. تاریخ سلامت عمومی نشان می‌دهد که در مواجهه با بحران‌ها، همواره واکنش‌ها به

شکل معناداری متکی بر امر بالینی و درمان‌محور بوده و امر بهداشتی و پیشگیرانه در حاشیه قرار گرفته است. از اپیدمی آنفلوآنزای اسپانیایی (۱۹۱۸-۱۹۲۰) تا همه‌گیری HIV/AIDS در دهه ۱۹۸۰ و نهایتاً کووید-۱۹، همه به‌نوعی بیانگر الگوی تکرارشونده‌ای بوده‌اند: نظام‌های سلامت ابتدا با بسیج منابع بالینی به سراغ تشخیص، درمان و فناوری‌های پزشکی رفته‌اند و تنها با تأخیر به امر پیشگیری و بهداشت عمومی آن هم به شکل ناقص پرداخته‌اند (Farmer, 2006; WHO, 2003, 2016, 2020).

به‌رغم آنکه امر بهداشتی و امر بالینی در ظاهر به یک قلمرو واحد، یعنی سلامت، تعلق دارند، در پزشکی مدرن^۱ به‌گونه‌ای نامتقارن از یکدیگر تفکیک شده‌اند. امر بالینی، که حول تشخیص و درمان بیماری سازمان یافته است، جایگاهی مرکزی در دانش و نهاد پزشکی یافته، حال آنکه امر بهداشتی، که ناظر به پیشگیری، سلامت جمعی و شرایط امکان سلامت است، غالباً به حاشیه رانده شده و تنها در شرایط بحرانی به کانون توجه بازمی‌گردد. برای توصیف این وضعیت در این مقاله، مفهوم «دیرماندگی امر بهداشتی»^۲ پیشنهاد شده است؛ مفهومی که به تأخیر ساختاری و مزمن بهداشت عمومی در نسبت با پزشکی بالینی اشاره دارد و آن را نه یک خطای مدیریتی، بلکه پیامد عقلانیت مسلط پزشکی مدرن می‌داند (Monajemi & Namazi, 2020).

این پدیده صرفاً مسئله‌ای نظری نیست، بلکه آثار عینی و گسترده‌ای در بحران‌های سلامت به‌جا می‌گذارد. تأخیر در مداخلات پیشگیرانه، غلبه واکنش‌های اضطراری، تشدید نابرابری‌های سلامت، و فرسایش اعتماد عمومی از جمله پیامدهایی هستند که در تجربه‌های مکرر همه‌گیری‌ها آشکار شده‌اند. دیرماندگی امر بهداشتی در این معنا به بازتولید چرخه‌ای منجر می‌شود که در آن نظام سلامت همواره پس از وقوع بحران وارد عمل می‌شود و امکان کنش پیش‌دستانه را از دست می‌دهد. غلبه بر دیرماندگی امر بهداشتی مستلزم آن است که سلامت، به‌نحوی از انحاء، به ابژه عمل پزشکی و بهداشتی بدل شود؛ اما نه در معنای بالینی و تقلیل‌گرایانه ابژه‌سازی، بلکه در افقی که سلامت را به‌مثابه پدیده‌ای رابطه‌ای، زمینه‌مند و جمعی قابل توجه و مداخله می‌سازد. بدون چنین

۱. منظور از پزشکی مدرن در این مقاله، پزشکی رایج و جریان غالبی است که در چارچوب نهادهای رسمی سلامت، آموزش پزشکی و سیاست‌گذاری درمانی عمل می‌کند و نباید آن را با کل تاریخ پزشکی یا همه اشکال درمان یکی دانست.

2. The Health Lag

ابژه‌شدنی، امر بهداشتی همچنان در حاشیه باقی می‌ماند، و با ابژه‌شدنی از نوع بالینی، بار دیگر در منطق بیماری محور حل می‌شود.

این تأخیر ساختاری را می‌توان «دیرماندگی امر بهداشتی نامید؛ پدیده‌ای که نه صرفاً ناشی از ضعف مدیریتی یا کمبود منابع، بلکه ریشه در شکل‌گیری دانش و نهادهای پزشکی امروز دارد. فهم اینکه چرا امر بالینی بر امر بهداشتی سلطه یافته، نیازمند بازگشت به بنیان‌های فلسفی است. این تحول معرفتی سبب شد که پزشکی بیش از پیش به امر بالینی^۱ و فردی^۲ متکی گردد و امر بهداشتی که به سطح جمعیت و زندگی اجتماعی مربوط می‌شود، در سایه قرار گیرد. از همین‌رو دیرماندگی امر بهداشتی نه رویدادی گذرا بلکه نتیجه ساختاری است که سلامت را در گفتمان پزشکی به حاشیه می‌راند و در بحران‌های سلامت، تمرکز اصلی بر درمان و فناوری‌های نوین دارویی و پزشکی است، در حالی که آموزش عمومی، اعتماد اجتماعی و سیاست‌های پیشگیرانه دیرنگام و ضعیف‌تر به میدان می‌آیند (Broadbent, 2013, pp.81-94).

این مقاله می‌کوشد تنش میان «امر بالینی» و «امر بهداشتی» را نه به‌عنوان تعارضی صرفاً اجرایی یا نهادی، بلکه به‌مثابه مسئله‌ای مفهومی در دل عقلانیت پزشکی مدرن صورت‌بندی کند. از این منظر، هرمنوتیک انتقادی گادامر و فوکو، دو افق مکمل برای فهم این تنش فراهم می‌آورند. با اتکا به گادامر، رازوارگی و نامرئی‌بودن سلامت برجسته می‌شود؛ بدین معنا که سلامت، برخلاف بیماری، به‌سختی به ابژه دانش بدل می‌شود و اغلب تنها در لحظه اختلال و فقدان خود را نشان می‌دهد، امری که توضیح می‌دهد چرا دانشی منسجم و ایجابی درباره سلامت شکل نگرفته است. در مقابل، با بهره‌گیری از فوکو، فرایند تاریخی شکل‌گیری نهادهای پزشکی، نگاه بالینی و دانش اپیدمیولوژیک مورد توجه قرار می‌گیرد تا نشان داده شود چگونه پزشکی مدرن حول بیماری، جمعیت و مدیریت حیات سامان یافته و امر بهداشتی را در نسبت با منطق بالینی تعریف کرده است. در هم‌نشینی این دو افق هرمنوتیکی، تنش میان امر بالینی و امر بهداشتی نه به‌عنوان نقضی تصادفی، بلکه به‌عنوان پیامد ساختاری صورت‌بندی خاصی از دانش، نهاد و قدرت در پزشکی مدرن فهم‌پذیر می‌شود.

این مقاله در ادامه با سه گام به بررسی این مسئله می‌پردازد: نخست، در بخش مبانی نظری با بهره‌گیری

از اندیشه‌های گادامر و فوکو بنیان‌های فلسفی و معرفتی دیرماندگی امر بهداشتی تحلیل می‌شود. دوم، در بخش بحث اصلی، نمونه‌های تاریخی و معاصر از آنفلوآنزای اسپانیایی تا کووید-۱۹ مرور می‌شوند تا بر اساس شواهد تاریخی نشان داده شود که الگوی دیرماندگی سلامت چگونه تکرار شده است. سوم، پیامدهای اجتماعی، فرهنگی و معرفتی این روند بررسی خواهد شد و در نهایت، نتیجه‌گیری مقاله بر امکان گذار به سیاست مراقبت و بازتعریف سلامت به‌عنوان بخشی از زندگی خوب تأکید می‌کند.

نامهبابودگی نظام‌های بهداشتی و دیرماندگی امر بهداشتی

برای فهم «نامهبابودگی»، مفهومی را پیشنهاد می‌کنم که آن را «دیرماندگی امر بهداشتی» (the health lag) می‌نامم. مرادم از دیرماندگی امر بهداشتی این است که «امر بهداشتی» (The health) در بیشتر اوقات پس‌پشت «امر بالینی» (The clinical) قرار دارد و تأخیر فازی نسبت به آن دارد. این دیرماندگی که در سطوح تئوریک، پراکتیک، نهادی و تکنولوژی به چشم می‌خورد، نوعی نامهبابودگی را رقم‌زده است که با نشانه‌های بی‌شمار آن در همه‌گیری کووید ۱۹ مواجهیم؛ افزون بر این، با نامهبیا بودن سایر حوزه‌ها همچون علم، سیاست، فرهنگ و اجتماع در تعامل با نظام بهداشتی هم مواجه هستیم. (Monajemi & Namazi, 2020) در ابتدا باید تمایز میان امر بهداشتی (the health) و امر بالینی (the clinical) را توضیح دهم. امر بالینی مرتبط با طبابت (clinical practice) و ناظر به تشخیص و درمان بیماری‌هاست و از منظر نهادی، در بیمارستان یا به تعبیر دیگر، کلینیک، رخ می‌دهد. پراکتیس امر بهداشتی، بیشتر در سطح جامعه رخ می‌دهد و ناظر به پیشگیری است (prevention) تا تشخیص و درمان. امر بهداشتی در حفظ یا پایدار نگه داشتن وضعیت سلامت و ارتقاء آن می‌کوشد، اما امر بالینی در تلاش است بیمار را به وضعیت سلامت بازگرداند یا به‌بیان دیگر در کار «اعاده» امر بهداشتی بیشتر ناظر به جامعه (society) است و جنبه‌های خارج از حوزه علوم زیست‌پزشکی (biomedical sciences) همچون فرهنگ، سیاست و اقتصاد هم در آن دخیل است؛ در صورتی که در امر بالینی، فرد (individual) در کانون توجه است.

برای فهم ژرف‌تر تمایز میان امر بالینی و امر بهداشتی و چرایی بهره گرفتن از مفهوم «امر بهداشتی» در چارچوب نظری حاضر، باید در معادل‌های «health» در زبان فارسی مذاقه کنیم. برای واژه انگلیسی health، دو معادل داریم که تأمل در این دو و تفاوت‌های میان آنها نقطه شروع مناسبی است. بهداشت

عمومی، دانشکده بهداشت، علوم بهداشتی، وزارت بهداشت و سازمان جهانی بهداشت نشان از جایگاه واژه «بهداشت» در زبان فارسی دارد که به گواه مثال‌هایی که آمد نسبت به معادل سلامت متقدم است. واژه «سلامت» را می‌توان در سلامت عمومی، سلامت جسمی، سلامت روان و نظایر آن جستجو کرد. با تأمل بیشتر درمی‌یابیم که سلامت، بیشتر ارجاع به یک وضعیت (condition) دارد، در صورتی که بهداشت، اشاره به اقدامات و فعالیت‌هایی (practices) دارد که برای حفظ تندرستی و سلامت لازم است. این طنین دوگانه در واژه health نیست، به همین دلیل تفاوت دو معادل این واژه در زبان فارسی، امکاناتی مفهومی در اختیارمان قرار می‌دهد تا ایده دیرماندگی امر بهداشتی را درافکنیم. در واژه «بهداشت»، فاعلیتی هست؛ درحالی‌که «سلامت» وضعیتی انفعالی است که در آن قرار داریم. بهداشت، ناظر به عمل‌ورزی (پراکتیس) است و سلامت، ناظر به وضعیت (condition)؛ اما آنچه در این تمایز برجسته می‌شود این است که برای ماندن در وضعیت سلامت باید فعالانه عمل کرد؛ به بیان دیگر منفعلانه نمی‌توان سلامت را نگاه داشت. گادامر حفظ سلامت را به راندن دو چرخه تعبیر می‌کند که حفظ تعادل آن دائمی است و هر لحظه که از آن غافل شویم و خود را در وضعیت پایدار سلامت بپنداریم، سلامت از دست می‌شود. (Gadamer, 1394, pp 101-103) پس وقتی می‌گوییم دیرماندگی امر بهداشتی، به کارورزی یا پراکتیس نظر داریم، نه صرفاً به آموزه‌های علمی.

دیرماندگی امر بهداشتی بیشتر در همه‌گیری‌هاست که به چشم می‌آید. دلیل این مطلب را باید از تأمل در تمایز سلامت فردی و سلامت عمومی (public health) دریابیم. همان‌طور که پیش‌ازاین گفتیم «امر بالینی» بیشتر با بیماری سروکار دارد و «امر بهداشتی» با سلامت عمومی. برخلاف «سلامت» که به دوشاخه فردی و عمومی تقسیم می‌شود، بیماری چنین نیست. به بیان دیگر، بیماری جمعی (pub-lic disease) بی‌معناست و صرفاً می‌تواند کارکردی استعاره‌ای داشته باشد! بیماری همواره فردی است؛ اما آنچه فردی بودن صرف بیماری را به چالش می‌کشد همه‌گیری است؛ همه‌گیری یعنی در زمان و مکان مشخص تعداد قابل توجهی (بخوانیم بیش‌ازحد انتظار) از یک بیماری مشخص تشخیص داده شود. فهم مفهوم «همه‌گیری» نیازمند مفهوم جمعیت (population) و آمار است. (Bhopal, 2016) همه‌گیری

۱. مثل آنکه بگوییم جامعه ما از بیماری‌های فراوانی رنج می‌برد. چنین گفتمانی به‌ویژه در دوره پایانی عهد قاجار میان روشنفکران ایرانی متداول بوده است.

از آنجاکه محدود به زمان و مکان است، تکرار شدنی نیست و به قولی تاریخ‌مند است.^۱ Foucault, 1399, pp 63-80) همه‌گیری رخدادی است که ما را متوجه شکاف بین سلامت فردی و عمومی می‌کند و نشان می‌دهد که تدبیر و مهار همه‌گیری صرفاً با فروکاستن امر بهداشتی به امر بالینی میسر نیست. از سوی دیگر، همه‌گیری منحصر به انسان‌ها نیست و موجوداتی که به شکل جمعی (community) زندگی می‌کنند تجربهٔ چنین رخدادی را دارند و برای مقابله و مهار آن تدابیری همچون منزوی کردن موجود بیمار یا زیستن در گروه‌های کوچک‌تر هم دارند. (Hawley & Buck, 2020) چراکه ما با شیوع بیماری در جمعیت مواجهیم که نیازمند فهم و تدبیر ابعاد اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی سلامت است. این امری است که از آن غفلت شده و در اینجا تلاش می‌کنم آن را در قالب مفهوم دیرماندگی امر بهداشتی، برجسته کنم. همه‌گیری، تمایز میان سلامت فردی و جمعی را به چالش می‌کشد و نابسندگی امر بالینی برای مهار همه‌گیری را نشان می‌دهد. به سخن دیگر همه‌گیری‌ها به ما نشان می‌دهند که پزشکی بالینی تنها متولی سلامت نیست.

تمایز میان سلامت فردی و عمومی حاصل امر بالینی است. امر بالینی است که سلامت فردی و عمومی را متمایز می‌کند و به سلامت فردی اهمیت نشان می‌دهد. در بستر امر بهداشتی انفکاک میان این دو نیست و درهم‌تنیده‌اند. امر بالینی سلامت فردی را از آن خود می‌کند و آنچه بیرون از این دایره می‌ماند را سلامت عمومی تعریف می‌کند. امر بهداشتی درهم‌تنیدگی این دو گونه سلامت را نشان می‌دهد؛ یعنی فرد بیمار جامعه‌ای را بیمار می‌کند و جامعه بیمار هم فرد را. از این‌رو در مواجهه با همه‌گیری است که درهم‌تنیدگی سلامت فردی و جمعی رخ می‌نماید و به سخن دیگر، همه‌گیری، اهمیت امر بهداشتی و نابسندگی امر بالینی را برجسته می‌کند.

تحلیل مفهومی دیرماندگی امر بهداشتی

مفهوم دیرماندگی امر بهداشتی زمانی به‌درستی فهم می‌شود که آن را در افقی نظری قرار دهیم که نشان دهد چرا در تاریخ اندیشه و نهادهای سلامت، امر بالینی بر امر بهداشتی تقدم یافته است. نخست باید یادآور

۱. در فرهنگ شفاهی ما «سال وبایی» یا «سال تیفوسی» به تاریخ دقیقی اشاره دارد. سال‌ها بعد در مورد سال‌های کرونایی هم می‌توانیم سخن بگوییم!

شد که «سلامت» و «بیماری» تنها دو وضعیت زیستی هم‌سنگ نیستند؛ آنها دو شیوه متفاوت «موضوع‌مند شدن» برای علم و سیاست‌اند. وقتی موضوع چیزی می‌شود که مشاهده‌پذیر، سنجش‌پذیر و قابل مداخله باشد، سازوکارهای دانش و قدرت دور آن سازمان می‌یابند و منابع، معیارها و نهادها به آن سمت سرازیر می‌شوند. دیرماندگی امر بهداشتی، در بنیادی‌ترین سطح، پیامد همین فرایند موضوع‌مند شدن است: بیماری به سبب رؤیت‌پذیری و قابلیت ثبت و اندازه‌گیری، در مرکز توجه می‌نشیند و سلامت، به سبب نامرئی بودن و رخ‌نمودن خود تنها در فقدانش، به حاشیه می‌رود (Gadamer, 1394, pp 93-103).

در چشم‌انداز پدیدارشناسانه‌ای که گادامر پیشنهاد می‌کند، سلامت «زیستن پویا و سازنده» است، نه صرفاً «فقدان بیماری». ما در حالت سلامت، خود سلامت را بدل به موضوع آگاهی نمی‌کنیم؛ زیرا زیستن روان، مشارکت‌پذیر و بی‌مزا حمت است. سلامت، همچون هوایی که تنفس می‌کنیم، تا وقتی طبیعی و جاری است به دیده نمی‌آید و درست به همین سبب است که به محض پیدایش اختلال، یعنی با ابتلای به بیماری، «سلامت» به صورت فقدانش موضوع آگاهی می‌شود. این «نامرئی بودن امر سالم» پیامد معرفتی مهمی دارد: دستگاه علم مدرن که بر سنجش‌پذیری، مشاهده‌پذیری و بازنمایی تکیه دارد، ناگزیر به سوی امر «آشکار» یعنی بیماری کشیده می‌شود و بدین‌سان فهم و تعریف سلامت نیز به صورت منفی و به تبع بیماری تثبیت می‌گردد. هنگامی که سلامت به «نرم» آماری یا به «بازه‌های مرجع» آزمایشگاهی فروکاسته می‌شود، مسیر از طبیعی «normal» به بهنجار «normative» تغییر می‌کند و آنچه توصیف شده است، به نسخه‌های تجویزی عمل بدل می‌شود؛ این پیوند میان توصیف و تجویز، از قضا یکی از ریشه‌های نظری طبی سازی است (Rosen, 2015, pp.49-57).

در این میان، خوانش فوکو از تولد پزشکی بالینی توضیح می‌دهد که چگونه این گرایش معرفتی به سطح نهادی منتقل شد. به روایت فوکو، دگرگونی اواخر قرن هجدهم با محوریت «نگاه بالینی» و «کالبدگشایی آسیب‌شناختی» بیمار را به میدان مشاهده مستقیم آورد و بیماری را به ضایعه‌ای مکانی در بافت‌ها و اندام‌ها ترجمه کرد؛ بدین‌سان، بدن فردی کانون دانش شد و «کلینیک» به منزله صورت‌بندی تازه‌ای از قدرت-دانش پدید آمد (Foucault, 1390, pp 63-80). بیمارستان، آموزش پزشکی، آرشیوهای پرونده‌های بالینی و معیارهای ارزیابی عملکرد، همگی حول تشخیص و درمان فردی سازمان یافتند. در چنین نظامی، امر بهداشتی-که موضوعش جمعیت، زیست‌جهان اجتماعی، پیشگیری و ارتقا است-

به‌طور ساختاری در سایه می‌ماند، زیرا نه «مکان» مشخصی در بدن دارد و نه به‌سادگی در آزمایش و تصویربرداری می‌گنجد. از این‌رو، دیرماندگی امر بهداشتی صرفاً پیامد «بی‌توجهی» یا «کمبود بودجه» نیست؛ بلکه برساخته‌ای است معرفتی-نهادی که با منطق دیدن، ثبت، طبقه‌بندی و مداخله در پزشکی مدرن همداستان است.

اگر این بنیان را بپذیریم، پیامدهای نظری دیگری نیز رخ می‌نماید. نخست آن‌که «سلامت» در مقام امر مثبت زیستن، نه فقط متغیری زیستی بلکه تجربه‌ای معنادار، زمینه‌مند و وابسته به کنش متقابل انسانی است. تقلیل آن به شاخص‌های زیستی، آن را از پیوندهای فرهنگی، اقتصادی و سیاسی‌اش جدا می‌کند و همین «زمینه‌زدایی» است که دیرماندگی امر بهداشتی را تداوم می‌بخشد. دوم آن‌که هرچه سازوکارهای ارزیابی و پاسخ‌گویی در نظام سلامت، به شاخص‌های بالینی نزدیک‌تر شوند، انگیزه‌ها و منابع نیز به‌طور نظام‌مندی (سیستماتیک) به سمت درمان حرکت می‌کند و پیشگیری در صیف دوم قرار می‌گیرد. سوم آن‌که «موفقیت» در نگاه عمومی نیز با «درمان قابل رؤیت» تعریف می‌شود؛ چیزی که به‌سرعت روایت می‌شود و در رسانه‌ها بازتاب می‌یابد، درحالی‌که موفقیت‌های بهداشتی از جنس «رخ دادن هیچ چیز بد» است و به همین دلیل به‌سختی دیده و ستایش می‌شود.

در اینجا، یک لایه زبانی-مفهومی نیز اهمیت دارد: در فارسی، تمایز مفهومی «سلامت» و «بهداشت» -یکی به‌منزله وضعیت و دیگری به‌منزله کنش و عمل- می‌تواند ابزار تحلیلی ارزشمندی باشد. «سلامت» بیشتر بر وضع آدمی دلالت می‌کند و «بهداشت» بر مجموعه‌ای از کنش‌های مراقبتی، پیشگیرانه و ارتقایی. همین تمایز نشان می‌دهد که چرا «بهداشت» به‌مثابه عمل، نیازمند فاعلیت فردی و جمعی است و به‌محض فروکاهش سلامت به «وضعیت منفی فقدان بیماری»، کنش فعال بهداشتی به حاشیه می‌رود. بدین‌سان، دیرماندگی امر بهداشتی را می‌توان تا حدی پیامد سوءفهم مفهومی دانست که «سلامت» را وضعی منفعل می‌بیند نه عرصه‌ای برای عمل جمعی.

در سطح روش‌شناختی علوم سلامت نیز الگوی غالب «عامل خطر» و تمرکز بر جمعیت‌های آماری، اگرچه دستاوردهای بزرگی داشته، اما گاه به «جمعیت بی‌زمینه» می‌انجامد: «جمعیت» جای «جامعه» را می‌گیرد و تفاوت‌های فرهنگی، شبکه‌های اعتماد، ساخت قدرت و منابع رانده می‌شوند (Broadbent, 2013, pp 88-89). اپیدمیولوژی، به‌عنوان علم علیت‌های آماری، هر جا که پیوند خود

را با تبیین‌های اجتماعی و تاریخی سست کند، ناخواسته دیرماندگی امر بهداشتی را بازتولید می‌کند؛ زیرا توضیح «چرا»های ژرف رفتاری و ساختاری را به نفع «چه چیزی با چه چیزی هم‌بروز است» کنار می‌گذارد (Broadbent, 2013, pp.95-104). نتیجه، توصیه‌های فردمحور برای «تغییر رفتار» است در وضعیتی که رفتارها به زیرساخت‌های شهری، نابرابری درآمدی، دسترسی غذایی سالم، هنجارهای جنسیتی و سرمایه اجتماعی گره خورده‌اند.

پژوهش‌های میان‌رشته‌ای نشان می‌دهند که هر جا امر بهداشتی به معنای دقیق کلمه فهم شود - یعنی به‌مثابه پیوند سیاست، فرهنگ، اقتصاد و دانش - سنت‌های نیرومندی از «عدالت سلامت» نیز پدید می‌آید. نظریه توانمندی‌های نوسبائوم نمونه شاخصی است: سلامت یکی از توانمندی‌های بنیادین زندگی خوب است؛ توانمندی‌ای که تنها با دسترسی عادلانه به آموزش، تغذیه، مسکن، امنیت و مراقبت متحقق می‌شود (Nussbaum, 2018, pp 65-91). از این منظر، سلامت امری «ایجابی» است و صرفاً به نبودِ نشانگان زیستی تقلیل نمی‌یابد؛ در نتیجه، دیرماندگی امر بهداشتی نه فقط ناکارآمدی فنی، بلکه بی‌عدالتی اجتماعی است. هر سیاست سلامت که به بازتوزیع فرصت‌ها، توانمندسازی گروه‌های به‌حاشیه‌رانده و تقویت پیوندهای اجتماعی بی‌اعتنا باشد، دیر یا زود با هزینه‌های بالینی سنگین به همان نقطه اول باز می‌گردد (Nussbaum, 2018, pp.147-160).

از سوی دیگر، مطالعات میدانی در حوزه انسان‌شناسی پزشکی نشان داده‌اند که انگ و تبعیض، مخفی‌کاری و بی‌اعتمادی، و نیز شیوه‌های سوگواری و آیین‌های بدنی چگونه بر مسیر اپیدمی‌ها اثر می‌گذارند. واکاوی‌های میدانی درباره HIV/AIDS نشان می‌دهد که بی‌توجهی به انگ اجتماعی و شبکه‌های حمایت، هرگونه راهبرد صرفاً دارو محور را کم‌اثر می‌کند (Farmer, 2006). در مورد ابولا نیز بارها ثبت شده است که بی‌اعتمادی به نهادهای رسمی، سوءظن نسبت به تیم‌های بهداشتی و بی‌توجهی به آیین‌های محلی تدفین، کنترل اپیدمی را دشوار کرده است (WHO, 2016). این شواهد، آموزه‌ای ساده اما مهم دارند: امر بهداشتی بدون سرمایه اجتماعی و سازوکارهای اعتماد، به ابزارهای تکنیکی بی‌ریشه تبدیل می‌شود و دیرماندگی‌اش پابرجا می‌ماند.

ابعاد روان‌شناختی و رسانه‌ای سلامت نیز لایه‌ای دیگر بر این تحلیل می‌افزایند. اختلال اطلاعاتی، شایعات، و قطبی‌شدن فضای عمومی می‌توانند راهبردهای پیشگیرانه را خنثی کنند؛ چنان‌که در کووید-۱۹،

هم‌زمان با تولید سریع واکسن، بی‌اعتمادی و اطلاعات نادرست بخشی از ظرفیت بهداشتی را از کار انداخت (WHO, 2020). اگر امر بهداشتی را صرفاً «ابلاغ دستورالعمل» بدانیم و آن را در منطق یک‌سویه متخصص-مخاطب بگنجانیم، آنگاه فهم نمی‌کنیم که پذیرش توصیه‌ها تابع هویت، منزلت، تجربه‌های زیسته و افق‌های ارزشی مردم است. به بیان دیگر، پیشگیری نه فقط «اطلاع» که «اقتناع» و «مشارکت» می‌خواهد؛ و این‌ها دقیقاً همان چیزهایی‌اند که در ساختار بالینی درمان‌محور کمتر تمرین می‌شوند.

در سطح کلان‌نظری، مفهوم «زیست‌سیاست» کمک می‌کند بفهمیم چرا سلامت، دیرزمانی است با حکومت‌مندی مدرن گره خورده است. فوکو نشان داد که دولت‌های مدرن با ابزارهای سنجش، ثبت، مراقبت و مداخله، «زندگی» را موضوع سیاست قرار داده‌اند (Foucault, 1390, pp 63-80). اما زیست‌سیاست دو چهره دارد: چهره‌ای کنترل‌گر و انضباطی، و چهره‌ای مراقبتی و توانمندساز. وقتی چهره نخست غالب شود، امر بهداشتی در قالب نظارت، دستور و کیفر فهم می‌شود؛ و هر جا چهره دوم مجال یابد، «مراقبت» به معنای ایجاد قابلیت‌ها، تقویت نهادهای محلی، و هم‌سازی سیاست با فرهنگ جلوه می‌کند. دیرماندگی امر بهداشتی دقیقاً در جایی رخ می‌دهد که زیست‌سیاست به شکل یک‌سویه و از بالا به پایین اعمال می‌شود و مشارکت و فاعلیت شهروندان را کم‌رنگ می‌بیند.

از اینجا به بعد، روشن است که عبور از دیرماندگی امر بهداشتی صرفاً با افزودن چند «برنامه آموزشی» یا «کمپین اطلاع‌رسانی» میسر نیست و نیازمند بازتعریف در نظام سلامت هستیم؛ بازتعریفی که بهداشت موفق را از طریق «رخ ندادن بحران»، «کاهش نابرابری»، «افزایش اعتماد» و «تقویت مشارکت» بسنجد، نه فقط با شمار تخت‌های آ‌سی‌یو و تعداد اعمال درمانی. همچنین لازم است سازوکارهای سیاست‌گذاری و تخصیص بودجه به‌گونه‌ای بازآرایی شوند که پیشگیری به کنشی حاشیه‌ای و فاقد متولی بدل نشود؛ به این معنا که بهداشت عمومی، همانند درمان، از نهادهای مشخص، شاخص‌های ارزیابی معین و نظام‌های تشویقی متناسب برخوردار گردد.

پیامدهای دیرماندگی امر بهداشتی

برای جبران نامهیابودگی نظام بهداشتی، لاجرم امر بهداشتی در قالب امر بالینی بازآرایی و بازفهم می‌شود و به بیان دقیق‌تر، طبی‌سازی امر بهداشتی رخ می‌دهد. از این رهگذر امر بالینی که در قالب نظریه،

کارورزی و نهاد، سامان‌مند و مهیاست، متولی امور بهداشتی می‌شود. این رخداد در سپهر عمومی پذیرفته و رواست. به بیان دیگر، هم مردم آمادگی دارند برای مشکلات خود به بیمارستان مراجعه کنند و هم بیمارستان آماده پذیرش و مداخله است. همه‌گیری هم از این قاعده مستثنا نیست و همان‌طور که شاهدیم متخصصان بالینی همچون ریه و عفونی، پرستاران و سایر کادر درمانی و آی‌سی‌یوها در خط مقدم هستند. تدابیر بالینی برای مقابله با بیماری کووید ۱۹ به سبب کشنده بودن آن رواست، اما بسنده نیست؛ چراکه همه‌گیری امری فریه‌تر از صرف شیوع بیماری در سطح وسیعی از جمعیت است و از این رو صرفاً به امری بالینی، قابل فروکاست نیست و لاجرم تدبیر آن هم صرفاً با فراهم آوردن نیازهای تشخیصی-درمانی میسر نمی‌گردد؛ مگر آنکه در چارچوب امر بهداشتی فهم شود. این فهم هم در بعد سیاسی و هم در بعد فرهنگی-اجتماعی و هم در بعد معرفتی لازم است. به باور نگارنده، بسیاری از ناکامی‌ها در تدبیر و مهار همه‌گیری، از همین امر ناشی می‌شود.

افزون بر نابسندگی بودن مداخلات کنترل همه‌گیری، «طبی‌سازی امر بهداشتی» پیامد ناگوار دیگری هم دارد: بیم سلامت (health anxiety)؛ اضطراب سلامت، نگرانی وسواسی و غیرمعقول از داشتن بیماری است. فرد به دنبال بیماری در تن یا روان خویش است و چنان از سالم نبودن خود بیمناک است که دیگر سالم نیست. این بدان معناست که ابرایطمینان از سلامت خویش باید در جستجوی بیماری باشیم و اگر بیماری‌ای نیافتیم موقتاً سالم هستیم. موارد متعددی از چنین پدیده‌ای را فراوان در همه‌گیری کرونا تجربه کرده‌ایم. این اضطراب سبب می‌شود که نظام خدمات درمانی با باری بیش از حد توان خود مواجهه شود که فرسودگی حرفه‌مندان را در پی خواهد داشت و این خود در چرخه‌ای معیوب همان مشکلات را دوجندان می‌کند. بدین‌سان آنچه از آن به‌عنوان دیرماندگی امر بهداشتی سخن گفتیم در بستری تاریخی خود را بازتولید می‌کند. از سوی دیگر، بیم یا آن‌گونه که نوسباتوم می‌گوید ترس، امری بدوی و غیراجتماعی است. این گوش‌به‌زنگی و نگرانی از سلامت، سبب می‌شود خود، فریه‌تر و فکر و ذکر جهان بیرون، به کناری نهاده شود. (Nussbaum, 1398, pp.51-101) از همین‌روست که امر بهداشتی به امر بالینی تحویل می‌شود. امر بهداشتی نیازمند توجه به دیگران و تیمار و مراقبت از ایشان است.

پیامد دیگر دیرماندگی امر بهداشتی و تحویل آن به امر بالینی، فهم رابطه نهاد بهداشتی و جامعه به مثابه رابطه پزشک و بیمار است که اطاعت‌پذیری (compliance) جامعه را طلب می‌کند و جنبه‌های فرهنگی،

اجتماعی و سیاسی همه‌گیری را فرو می‌نهد. فروکاستن امر بهداشتی به امر بالینی، منجر به سیاست‌زدایی از امر بهداشتی می‌شود. متخصصان اپیدمیولوژی و سایر علوم بهداشتی در کنار متخصصان بالینی تلاش می‌کنند تا در سیاست‌گذاری کلان مهار همه‌گیری، راهکارهایی ارائه دهند که در فقدان درک درست از جنبه‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی امر بهداشتی، ابرتر می‌مانند. این فهم تخصص‌گرایی و تکنوکراتیک در مواجهه با همه‌گیری، سبب شده است نهاد بهداشتی فرهنگ، جامعه و اقتصاد موانعی بینند که برای کنترل همه‌گیری باید از آنها عبور کرد و برای رسیدن به این هدف از دولت بهره گرفت. از سوی دیگر، سیاست‌مداران، امر بهداشتی را به مثابه امر بالینی فهم می‌کنند؛ اما تا آنجا به مشاوره‌های متخصصان گوش می‌کنند که با دغدغه‌های (concern) سیاسی-اجتماعی تداخلی نداشته باشد.

نمونه‌های تاریخی دیرماندگی امر بهداشتی

همه‌گیری‌ها در طول تاریخ همواره عرصه‌هایی بوده‌اند که رابطه نامتوازن میان امر بالینی و امر بهداشتی را آشکار می‌کنند. تاریخ سلامت عمومی نشان داده است که واکنش نخستین جوامع به بحران‌های بهداشتی بیشتر بر محور درمان فردی بوده است، در حالی که سیاست‌های پیشگیرانه دیرتر و با شدت کمتری اجرا شده‌اند (Rosen, 2015; Porter, 1997). این وضعیت بارها در قرن بیستم و بیست‌ویکم نیز تکرار شده و نشان می‌دهد که «دیرماندگی امر بهداشتی» یک ویژگی ساختاری در تاریخ سلامت است، نه صرفاً نتیجه خطاهای مقطعی سیاست‌گذاری (Monajemi & Namazi, 2002).

نمونه بارز این وضعیت همه‌گیری آنفلوآنزای اسپانیایی در سال‌های ۱۹۱۸ تا ۱۹۲۰ بود. این بیماری، که در پایان جنگ جهانی اول در سراسر جهان گسترش یافت، به مرگ بیش از پنجاه میلیون نفر انجامید و به‌عنوان یکی از مرگبارترین بحران‌های بهداشتی قرن بیستم شناخته می‌شود (Barry, 2004). واکنش‌های نخستین در بسیاری از کشورها بر محور درمان بیماران در بیمارستان‌ها متمرکز بود و اقدامات پیشگیرانه مانند بستن مدارس، لغو اجتماعات و استفاده از ماسک اغلب با تأخیر یا ناهماهنگی اجرا شد (Rosen, 2015). پژوهش‌های اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که شهرهایی مانند سنت لوئیس با مداخلات بهداشتی زودهنگام نرخ مرگ‌ومیر بسیار کمتری نسبت به شهرهایی مانند فیلادلفیا داشتند که واکنش دیرتری نشان دادند (Markel et al., 2007).

چند دهه بعد، بحران HIV/AIDS بار دیگر همین الگو را آشکار کرد. در دهه ۱۹۸۰، هنگامی که نخستین موارد این بیماری در آمریکا و دیگر نقاط جهان شناسایی شد، واکنش رسمی دولت‌ها با تأخیر و تردید همراه بود. تمرکز بیشتر بر درمان بیماران و یافتن داروهای ضد ویروسی بود و ابعاد پیشگیریانه و آموزشی به حاشیه رانده شدند. افزون بر این، انگ اجتماعی و تبعیض علیه گروه‌های همجنس‌گرا و مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی سبب شد که بسیاری از مبتلایان به بیماری دسترسی کافی به خدمات بهداشتی نداشته باشند (Farmer, 2006). کلیشه‌ها و پیش‌داوری‌های فرهنگی باعث شدند که سیاست‌های بهداشتی فراگیر دیرتر به میدان بیایند و همین امر گسترش بیماری را سرعت بخشید. در مقابل، کشورهایی که رویکرد جامع‌تری داشتند - مانند برخی کشورهای آفریقایی که بر آموزش و تغییر رفتار اجتماعی سرمایه‌گذاری کردند - توانستند سرعت گسترش بیماری را کندتر کنند. این بحران نشان داد که بدون توجه به اعتماد اجتماعی، آموزش عمومی و مشارکت جامعه، واکنش بالینی به‌تنهایی کافی نیست.

بحران ابولا در غرب آفریقا بین سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶ مثالی دیگر از دیرماندگی امر بهداشتی است. این بیماری با نرخ مرگ‌ومیر بسیار بالا ترس گسترده‌ای ایجاد کرد و واکنش‌های جهانی عمدتاً معطوف به اعزام پزشکان، تجهیزات و داروهای آزمایشی بود. اما آنچه در عمل کنترل بیماری را دشوارتر کرد، نه فقط کمبود دارو بلکه بی‌اعتمادی مردم به نهادهای بهداشتی، شایعات و غفلت از سنت‌های محلی در تدفین و مراقبت از بیماران بود. پژوهش‌های سازمان جهانی بهداشت نشان داد که در بسیاری از روستاها، مردم تیم‌های بهداشتی را با سوءظن می‌نگریستند و به دلیل نبود ارتباط مؤثر فرهنگی، توصیه‌ها را نادیده می‌گرفتند (WHO, 2016). در این شرایط، مداخلات درمانی به‌تنهایی کارایی نداشتند و تنها زمانی که اقدامات آموزشی و فرهنگی به‌طور جدی پیگیری شدند، سرعت گسترش بیماری کاهش یافت. این بحران به‌خوبی نشان داد که امر بهداشتی چیزی فراتر از توصیه‌های پزشکی است؛ مسئله‌ای است که باید با ساختارهای اجتماعی و فرهنگی پیوند داشته باشد.

همه‌گیری سارس در سال ۲۰۰۳ و مرس در سال ۲۰۱۲ در خاورمیانه نیز نمونه‌های روشنی از الگوی دیرماندگی امر بهداشتی بودند. در بحران سارس، پنهان‌کاری اولیه و تأخیر در اطلاع‌رسانی عمومی موجب شد که بیماری در مدت کوتاهی از مرزهای چین عبور کند و به کشورهای دیگر برسد. در ابتدا تمرکز بر درمان بیماران در بیمارستان‌ها بود، در حالی که سیاست‌های شفاف اطلاع‌رسانی و بهداشت

عمومی دیرتر شکل گرفتند (WHO, 2003). در بحران مرس نیز بیشتر منابع بر شناسایی بیماران و درمان‌های بالینی متمرکز شد، در حالی که بهداشت عمومی و آموزش عمومی در حاشیه باقی ماند. این موارد نشان می‌دهد که حتی در قرن بیست و یکم، با وجود پیشرفت‌های فناوریانه، امر بهداشتی همچنان دیرتر از امر بالینی به میدان می‌آید.

بزرگ‌ترین آزمون معاصر نظام‌های سلامت اما همه‌گیری کووید-۱۹ بود. این بیماری که از سال ۲۰۱۹ به سرعت به سراسر جهان گسترش یافت، بار دیگر ضعف دیرینه در اولویت‌دادن به بهداشت عمومی را آشکار کرد. واکنش اولیه بسیاری از کشورها بر محور درمان بیماران و افزایش ظرفیت بیمارستان‌ها بود. هم‌زمان، سرمایه‌گذاری عظیمی برای تولید واکسن صورت گرفت که در کمتر از یک سال به نتیجه رسید -دست‌آوردی بی‌سابقه در تاریخ پزشکی (WHO, 2020). با این حال، همان‌گونه که تجربه نشان داد، واکسن به‌تنهایی کافی نبود. اطلاعات نادرست، بی‌اعتمادی به نهادهای رسمی، نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی و مقاومت در برابر واکسیناسیون سبب شد که بحران طولانی‌تر و شدیدتر شود. در بسیاری از کشورها، استفاده از ماسک، رعایت فاصله اجتماعی و سیاست‌های قرنطینه با تأخیر یا مقاومت اجتماعی همراه بود. این امر به‌وضوح نشان می‌دهد که امر بالینی و فناوریانه بار دیگر بر امر بهداشتی و اجتماعی تقدم یافت.

مقایسه تطبیقی این موارد نشان می‌دهد که دیرماندگی امر بهداشتی الگویی ساختاری است. در هر یک از این بحران‌ها، واکنش نخستین بر درمان بیماران و فناوری‌های پزشکی متمرکز بوده و اقدامات بهداشتی دیرتر به میدان آمده‌اند. این امر پیامدهای جدی داشته است: مرگ‌ومیر بالاتر، تشدید نابرابری‌ها، کاهش اعتماد اجتماعی و فشار مضاعف بر نظام‌های درمانی. به بیان دیگر، دیرماندگی امر بهداشتی نه یک خطای مقطعی بلکه نتیجه ساختارهای معرفتی و نهادی‌ای است که سلامت را نامرئی و بیماری را قابل مشاهده می‌سازند.

از منظر اجتماعی، دیرماندگی امر بهداشتی موجب می‌شود که سلامت عمومی همواره در حاشیه سیاست‌ها قرار گیرد. بهداشت عمومی به‌عنوان «پیشگیری» کمتر جذابیت رسانه‌ای دارد، چرا که موفقیت آن در رخ‌ندادن بحران تعریف می‌شود، نه در پیروزی آشکار بر بیماری. این امر سبب می‌شود که منابع مالی و توجه سیاسی بیشتر به حوزه‌های بالینی اختصاص یابد، زیرا نتایج آن سریع‌تر و قابل مشاهده‌تر

هستند. از منظر فرهنگی، دیرماندگی امر بهداشتی ناشی از بی‌توجهی به تنوع ارزش‌ها و هویت‌های اجتماعی است. در بسیاری از بحران‌ها، نادیده‌گرفتن فرهنگ‌های محلی، زبان‌ها و سنت‌ها سبب شده که توصیه‌های بهداشتی نادیده گرفته شوند. از منظر سیاسی، دیرماندگی امر بهداشتی بیانگر غلبه نگرش مدیریت بحران بر نگرش مراقبتی است؛ سلامت عمومی تنها زمانی در اولویت قرار می‌گیرد که بحران فوران کرده باشد، نه به‌عنوان بخشی از سیاست پایدار عدالت اجتماعی.

نقد تعریف سلامت سازمان جهانی بهداشت به مثابه راه‌حل ناکام

پیامدهای یادشده نشان می‌دهند که دیرماندگی امر بهداشتی صرفاً نتیجه خطاهای اجرایی یا فقدان منابع نیست، بلکه ریشه در نحوه صورت‌بندی مفهومی سلامت در پزشکی و سیاست‌گذاری مدرن دارد. اگر چنین باشد، انتظار می‌رود تعاریف رسمی سلامت که مبنای سیاست‌گذاری‌های ملی و جهانی قرار گرفته‌اند بتوانند این تأخیر ساختاری را جبران کنند و پیوندی مؤثر میان دانش پزشکی، عمل نهادی و سلامت جمعی برقرار سازند. از این منظر، تعریف سلامت در سازمان جهانی بهداشت، به‌عنوان پرنفوذترین و هنجارسازترین صورت‌بندی نهادی سلامت، آزمونی تعیین‌کننده برای سنجش این امکان است. بررسی این تعریف نشان می‌دهد که با وجود گسترش دامنه مفهومی سلامت فراتر از بیماری، این صورت‌بندی نه تنها موفق به رفع دیرماندگی امر بهداشتی نمی‌شود، بلکه در برخی وجوه، به تداوم ابژه‌ناپذیری سلامت در عقلانیت پزشکی و بهداشتی دامن می‌زند.

وقتی می‌گوییم معادل دانستن سلامت با فقدان بیماری سبب دیرماندگی امر بهداشتی و برتری امر بالینی شده است، ممکن است که گفته شود که تعریف سلامت از منظر سازمان جهانی بهداشت این مشکل را حل کرده است. از منظر سازمان جهانی بهداشت، «سلامت (health) به‌زیستن/ رفاه (well-being) کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و نقص عضو یا معلولیت است». در ادامه می‌گوئیم نشان دهم که این تعریف نه تنها مشکل را برطرف نکرده است بلکه خود به‌عنوان یکی از رانه‌های اصلی طبی‌سازی امر بهداشتی عمل کرده است. محور اول نقدها از جنس معناشناختی (سمانتیک)/ منطقی است. در تعریف ارائه شده، سلامت به بهروزی یا بهزیستی (well-being) حواله داده شده است که خود مفهومی مبهم است، پس مشکل نه تنها حل نشده باقی می‌ماند، بلکه صرفاً

از واژه‌ای به واژه دیگری منتقل شده است. از سوی دیگر اگر به معنای well-being در فرهنگ‌های واژگان نظری بيفکنیم سالم بودن یکی از محورهای اصلی است، پس آشکارا با تعریفی دوری مواجهیم. «بهریزی یا رفاه کامل» کاستی مهم دیگر این تعریف است. پرواضح است که هیچ‌یک از ابنای بشر در تمامی ابعاد، رفاه کامل ندارد، پس در واقع همگی بیمار هستیم و با آنکه در ابتدا به نظر می‌رسد قرار است سلامت تعریف شود، در نهایت تعریف ارائه شده، مفهوم را کاملاً کاملاً مضمحل می‌کند و نشانی از آن باقی نمی‌ماند. از این‌روست که این تعریف چنان تصویری مطلق و ایده‌آلی از سلامت ارائه می‌کند که عملاً دست‌نیافتنی است.

همان‌طور که فیلسوفان پزشکی همچون ولفگانگ ویلاند و کاظم صادق‌زاده نشان داده‌اند، مفاهیم پزشکی همچون سلامت و بیماری، نه مفاهیمی توصیفی، بلکه دئونتیک (Deontic) دارند یعنی ناظر به انجام اقدامی عملی هستند. یکی از نقدهای مهم به تعریف WHO از سلامت غیرعملیاتی بودن آن است. اگر نتوان مرزی میان سلامت و بیماری کشید، بیماران هیچگاه از بیمارستان مرخص نمی‌شوند یا نمی‌توان به آنها گفت که بهبود یافته‌اند و می‌توانند به زندگی روزمره خود بازگردند. این تعریف غیرعملیاتی به کار طبابت نمی‌آید بلکه صرفاً می‌توان آن را نوعی غایت‌نهایی یا چشم‌انداز در نظر گرفت. هدفی دست‌نیافتنی که نمی‌تواند راهنمای مداخلات عملی قرار گیرد.

یکی از کاستی‌های دیگر این تعریف، خلط میان سلامت فردی (individual health) و سلامت عمومی (public health) و نامشخص بودن مرز میان آنها در تعریف است. سلامت فردی بیشتر در حوزه کاری علوم بالینی و بیمارستان‌هاست و سلامت اجتماعی به علوم بهداشتی و پزشکی اجتماعی و نهادهای بهداشت مرتبط است. در تعریف WHO مشخص نیست سلامت فردی مد نظر است یا عمومی یا آمیزه‌ای از هر دو. تبعاً با توجه به مأموریت‌های سازمان جهانی بهداشت به نظر می‌رسد وزن بیشتر با بهداشت عمومی باشد، اما اینکه چرا پزشکی بالینی این تعریف را سرلوحه کار خود داده است محل نقد جدی است.

تعریف سلامت از منظر WHO پیامد ناگوار و ناروای بسیار خطیری دارد. قلمرو وسیع‌تری برای مداخلات پزشکی تعیین میکند، زیرا بسیاری از مسائل و مشکلات روانی و اجتماعی مانند فقر یا بیکاری می‌توانند به مسائل پزشکی بدل شوند. دوم، این دیدگاه غایت پزشکی را امری فراتر از شفابخشی می‌داند،

چراکه در این تلقی، بهزیستی و رفاه کامل به عنوان غایت در نظر گرفته شده است. از این رو به پیش‌ران مهم طبی‌سازی تبدیل می‌شود.

فقدان چارچوب نظری قابل دفاع یکی از دیگر از محدودیت‌های این تعریف است. اینکه گفته شود سلامت ابعاد مختلفی دارد و سلامت صرفاً فقدان بیماری نیست در ابتدا معقول به نظر برسد اما اینکه چگونه به ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی رسیده‌ایم محل تردید جدی است. می‌توان وجوه دیگری همچون فرهنگی، اقتصادی، سیاسی برای سلامت برشمرد که شواهد بسیاری برای آن موجود است. نامشخص بودن چارچوب نظری درست سبب می‌شود که مشکل تولید پیش بیاید. با فرض آنکه بپذیریم سلامت همین وجوه گفته شده در تعریف سازمان جهانی بهداشت را دارد مشخص نیست که متولی هر کدام از این وجوه کدام نهاد است؟ آیا پزشکی متولی همه ابعاد سلامت است؟ آیا فردی بیکار که سلامت اجتماعی‌اش در معرض آسیب است، باید به پزشک مراجعه کند؟ از سوی دیگر، اگر نهاد پزشکی تنها متولی سلامت نباشد، آنگاه مشخص نیست که متولی سلامت اجتماعی، روانی یا معنوی کدام نهاد است و ارتباط میان این نهادها با چگونه است؟ افزون بر این وزن هر کدام از این ابعاد هم در تصویر کلی مشخص نشده است. مفاهیمی همچون سلامت اگر مورد مذاقه فلسفی قرار نگیرند صرفاً کلی‌گویی‌هایی هستند که نه تنها سبب ارتقاء سلامت جامعه نخواهد شد بلکه آسیب‌رسان نیز هستند.^۲

زیست‌سیاست

زیست‌سیاست می‌تواند امر بالینی و امر بهداشتی را در سطح مدیریت کلان سلامت به هم پیوند دهد، اما از آنجا که افق آن کنترل و تنظیم جمعیت است، قادر به ایجاد پیوندی مراقبتی، تفسیری و تجربه‌محور میان این دو نیست. به بیان دیگر، در اینجا زیست‌سیاست، نه هدفش آن کنترل اجتماعی است و نه به‌نژادی یا اصلاح نژاد (eugenesis)؛ بلکه مفهومی است که بیشتر به سیاست مراقبت (care-politics) نزدیک است. از آنجاکه امر بهداشتی به عنوان تکلیفی بر عهده دولت و حقی برای شهروندان توصیف شده است، سیاست مراقبت به معنای تولی‌گری (stewardship) بیشتر دولت نیست؛ بلکه نیازمند فهم این موضوع است که هر شهروند هم باید از سلامت خویش مراقبت کند و هم از سلامت دیگران. هدف زیست‌سیاست

به این تعبیر یودایمونیاست^۱ (Eudaimonia). به قول گادامر چشم‌انداز اصیل عمل، همواره مستلزم توانایی‌های از انجام آن کار در قالب تخصص و خبرگی (expertise) است و این، همان است که افلاطون خیر می‌خواند و تصمیمات عملی-سیاسی ما را رقم می‌زند؛ در صورت‌بندی گادامری، مراقبت از سلامت (به تعبیر این مقاله) و سیاست، هر دو گونه‌ای فرونیسیس محسوب می‌شوند و اینکه سلامت، باید دغدغه فردا فرد انسان‌ها باشد که فعالانه در حفظ آن بکوشند، سیاست‌ورزی در سپهر زیست‌سیاست را تغییر خواهد داد. پیوند امر بهداشتی و سیاست که سیاست مراقبت می‌خوانم، این چنین میسر می‌شود. در جهان فعلی، فاصله میان دانش عمومی علم و تصمیمات آنی درست، کاهش‌یافته است و این به معنای آن است که فضای قضاوت و تجربه، فارغ از تصمیمات عملی درست، تنگ‌تر می‌شود (Gadamer, 1394, p50). از همین رو شیوه فن‌سالارانه (تکنوکراتیک) تدبیر مسائلی همچون همه‌گیری کرونا توفیق نمی‌یابند و زیست‌سیاست مبتنی بر شیوه‌های فن‌سالارانه (تکنوکراتیک) به دلیل عمیق‌تر کردن شکاف میان زیست‌جهان اجتماعی و جهان علمی-تکنیکی راه به‌جایی نمی‌برند.

سیاست مراقبتی: پیشنهادی بر ای افقی بدیل

چنان که نشان داده شد که دیرماندگی امر بهداشتی نه یک خطای مقطعی بلکه یک پدیده ساختاری و ریشه‌دار است. در همه‌گیری‌های مختلف از آنفلوانزا تا کووید-۱۹، واکنش‌ها دیر هنگام و ناکافی در حوزه بهداشت عمومی بوده‌اند. تنها با بازاندیشی در مفهوم سلامت به‌عنوان بخشی مثبت از زندگی خوب و با تأکید بر سیاست مراقبتی می‌توان بر این الگو غلبه کرد.

در این چارچوب، مفهوم «سیاست مراقبتی» جایگاه ویژه‌ای پیدا می‌کند. فوکو زیست‌سیاست را به‌عنوان شیوه‌ای از قدرت صورت‌بندی کرد که موضوع جمعیت است. اما اگر این مفهوم را از منظر دیگری بازاندیشی کنیم، می‌توانیم آن را نه صرفاً ابزار کنترل جمعیت بلکه عرصه‌ای برای مراقبت مشترک بدانیم. «سیاست مراقبتی» به معنای آن است که دولت‌ها، نهادهای عمومی و شهروندان همگی در قبال سلامت مسئول‌اند. دولت‌ها باید زیرساخت‌های بهداشتی، آموزش عمومی، سیاست‌های پیشگیرانه و دسترسی

1. εὐδαιμονία

عادلانه به خدمات را تضمین کنند. شهروندان نیز باید مراقبت از خود و دیگران را جدی بگیرند و سلامت را نه امری خصوصی بلکه تعهدی اجتماعی بدانند.

نمونه‌هایی از چنین رویکردی را می‌توان در سیاست‌های موفق برخی کشورها مشاهده کرد. کشورهایی که توانستند در همه‌گیری کووید-۱۹ با اتکا به اعتماد عمومی، شفافیت سیاسی و مشارکت شهروندان بیماری را بهتر مدیریت کنند، عملاً نوعی سیاست مراقبتی را به اجرا گذاشتند. در این کشورها، سلامت عمومی نه صرفاً نتیجه مداخلات بالینی بلکه حاصل همکاری میان نهادها و مردم بود. این تجربه نشان می‌دهد که سیاست مراقبتی صرفاً یک ایده انتزاعی نیست، بلکه می‌تواند در عمل کارآمد باشد.

افزون بر این، فناوری‌های نوین نیز می‌توانند در خدمت چنین الگویی قرار گیرند. داده‌های بزرگ، هوش مصنوعی، اپلیکیشن‌های سلامت و شبکه‌های اجتماعی همگی ابزارهایی اند که اگر در خدمت آموزش، پیشگیری و مراقبت مشترک به کار گرفته شوند، می‌توانند جایگاه امر بهداشتی را تقویت کنند. البته این امر نیازمند سیاست‌گذاری هوشمندانه و اخلاقی است تا از خطراتی چون نقض حریم خصوصی یا تبدیل سلامت به کالایی تجاری جلوگیری شود.

سیاست مراقبتی همچنین بُعدی اخلاقی دارد که نمی‌توان از آن غفلت کرد. سلامت تنها مسئولیت دولت‌ها یا پزشکان نیست، بلکه هر فرد نسبت به خود و دیگران مسئول است. این مسئولیت اخلاقی ریشه در سنت‌های فلسفی کهن دارد. ارسطو در مفهوم «یودایمونیا» یا زندگی خوب، بر پیوند میان فرد و جامعه تأکید می‌کرد. گادامر نیز با طرح رازواری سلامت نشان داد که سلامت بیش از آنکه موضوعی صرفاً علمی باشد، تجربه‌ای انسانی و اجتماعی است. بنابراین، سیاست مراقبتی در واقع تلاشی برای بازگرداندن سلامت به بطن زندگی انسانی و اجتماعی است.

چول هان و کروگler: امکان‌های انتقادی برای سیاست مراقبتی^۱

برای آنکه مفهوم «سیاست مراقبتی» به یک ایده هنجاری صرف یا نسخه‌ای تکنوکراتیک از مدیریت سلامت فروکاسته نشود، نیازمند پشتوانه‌ای انتقادی است که هم سازوکارهای قدرت معاصر را افشا کند و هم امکان بازاندیشی در تجربه زیسته سلامت را فراهم آورد. در این میان، اندیشه‌های ییونگ-

چول هان و هرمنوتیک انتقادی هانس-هربرت کروگلر می‌توانند دو افق مکمل برای بسط نظری این مفهوم فراهم کنند.

بیونگ-چول هان: فرسودگی، شفافیت و فروپاشی مراقبت

هان با تحلیل گذار از جامعه انضباطی به جامعه عملکرد و خودبهره‌کشی، نشان می‌دهد که قدرت در جهان معاصر کمتر از مسیر اجبار بیرونی و بیشتر از طریق درونی‌سازی هنجارهای بهره‌وری، سلامت و موفقیت عمل می‌کند. در این چارچوب، سلامت دیگر صرفاً یک وضعیت زیستی نیست، بلکه به پروژه‌ای اخلاقی و فردی بدل می‌شود که سوژه موظف است آن را بهینه‌سازی کند. این منطق، آنچه می‌توان «سلامت‌گرایی فرساینده» نامید را تولید می‌کند؛ وضعیتی که در آن مراقبت از خود به شکل ظریفی به خشونت علیه خود تبدیل می‌شود (Han, 2015, pp. 1-8).

از این منظر، سیاست مراقبتی اگر نسبت خود را با نقد هان روشن نکند، در معرض آن است که به ابزاری برای تشدید خودمستول‌انگاری سلامت بدل شود؛ جایی که بار سلامت عمومی از دوش نهادها برداشته و بر شانه فرد نهاده می‌شود. نقد هان یادآور می‌شود که مراقبت، اگر به امری فردی، شفاف و قابل‌سنجش تقلیل یابد، دیگر مراقبت نیست، بلکه شکلی از کنترل درونی‌شده است. بنابراین، سیاست مراقبتی باید آگاهانه در برابر منطق شفافیت افراطی، بهینه‌سازی مداوم و اخلاق عملکرد مقاومت کند و از سلامت به‌عنوان امری رابطه‌ای، شکننده و یکسره غیرقابل محاسبه دفاع کند.

کروگلر و هرمنوتیک انتقادی: سلامت به‌مثابه تجربه‌ای تفسیرپذیر

در کنار این نقد ساختاری، هرمنوتیک انتقادی هانس-هربرت کروگلر امکان مهمی برای پیوند سیاست مراقبتی با تجربه زیسته سلامت فراهم می‌آورد. کروگلر با فاصله‌گیری هم‌زمان از هرمنوتیک کلاسیک غیرانتقادی و نقدهای ساختارگرایانه صرف، بر این نکته تأکید می‌کند که سوژه‌ها همواره در بستر روابط قدرت شکل می‌گیرند، اما در عین حال ظرفیت تفسیر، مقاومت و بازمعنایابی تجربه خود را حفظ می‌کنند (Kögler, 1996, pp. 1-15, 25-38).

از منظر هرمنوتیک انتقادی، سلامت و بیماری نه صرفاً واقعیت‌هایی زیستی، بلکه تجربه‌هایی

معنادار هستند که در افق‌های فرهنگی، اجتماعی و تاریخی فهم می‌شوند. این رویکرد به سیاست مراقبتی اجازه می‌دهد تا از تقلیل سلامت به شاخص‌های آماری یا دستورالعمل‌های فنی فاصله بگیرد و به صدای سوژه‌های سالم و بیمار گوش فرا دهد. مراقبت، در این معنا، نه فقط مداخله‌ای نهادی بلکه فرایندی تفسیری است که مستلزم گفت‌وگو، بازشناسی و حساسیت به زمینه‌های زیسته است.

افزون بر این، هرمنوتیک انتقادی کروگر امکان نقد درون‌ماندگار سیاست‌های سلامت را فراهم می‌کند. به جای ایستادن بیرون از گفتمان پزشکی و بهداشتی، این رویکرد از دل تجربه‌های زیسته، شکاف‌ها، تنش‌ها و سوءتفاهم‌های نظام سلامت را آشکار می‌سازد. سیاست مراقبتی، با اتکا به این رویکرد، می‌تواند همزمان انتقادی و ایجابی باشد: انتقادی نسبت به ساختارهای سلطه، و ایجابی در جهت بازسازی معانی سلامت، مراقبت و مسئولیت جمعی.

ترکیب نقد رادیکال بیونگ-چول هان از سوژه سلامت‌گرا با هرمنوتیک انتقادی کروگر، سیاست مراقبتی را از دو خطر مهم مصون می‌دارد: نخست، فروغلتیدن به اخلاق خودمسنول‌انگاران و نولیبرالی سلامت؛ و دوم، تقلیل مراقبت به مجموعه‌ای از سیاست‌های فنی و غیرتفسیری. در این ترکیب، مراقبت نه پروژه‌ای فردی برای بهینه‌سازی خود، بلکه کنشی جمعی، تفسیری و سیاسی است که با آسیب‌پذیری، نابرابری و معنا پیوند خورده است. چنین افقی می‌تواند سیاست مراقبتی را به بدیلی نظری جدی در برابر منطق واکنشی و دیرماندگی امر بهداشتی بدل سازد.

نتیجه‌گیری

بحث درباره دیرماندگی امر بهداشتی در نهایت ما را به پرسشی اساسی می‌رساند: چه باید کرد تا این وضعیت تاریخی و ساختاری اصلاح شود؟ مرور نمونه‌های تاریخی و معاصر نشان داد که نظام‌های سلامت در سراسر جهان، صرف‌نظر از سطح توسعه‌یافتگی، همواره بیش از آنکه به پیشگیری و ارتقای سلامت عمومی توجه کنند، بر درمان فردی و فناوری‌های بالینی تکیه داشته‌اند. پیامدهای این وضعیت را در قالب اضطراب سلامت، فرسودگی کادر درمان، سیاست‌زدایی از سلامت عمومی و گسترش پوچ‌گرایی پزشکی بررسی کردیم.

این مقاله بر آن است تا نشان دهد دیرماندگی امر بهداشتی صرفاً یک مسئله مدیریتی یا ناشی از کمبود منابع نیست، بلکه ریشه‌ای معرفتی و نهادی دارد. تا زمانی که سلامت صرفاً به عنوان فقدان بیماری تعریف شود و تا هنگامی که دانش پزشکی حول بدن فرد بیمار و امر بالینی سامان یابد، پیشگیری همواره در مرتبه‌ای دوم خواهد بود. بنابراین، نخستین گام برای اصلاح این وضعیت تغییر درک ما از سلامت است. سلامت باید نه وضعیتی منفی، بلکه مفهومی ایجابی و مثبت تلقی شود؛ امری که با توانایی زیستن، شکوفایی فردی و زندگی خوب پیوند خورده است. این تغییر معنایی می‌تواند زمینه‌ساز تحول در سیاست‌گذاری و نهادهای سلامت باشد.

دیرماندگی امر بهداشتی پدیده‌ای تاریخی و ساختاری است که در بحران‌های سلامت عمومی بارها خود را نشان داده و همچنان ادامه دارد. راه برون‌رفت از این وضعیت، بازاندیشی در مفهوم سلامت، تقویت نهادهای بهداشتی و پذیرش مسئولیت مشترک دولت و شهروندان است. تنها در این صورت است که می‌توان سلامت را از سایه امر بالینی بیرون آورد و به جایگاهی مرکزی در سیاست‌گذاری، فرهنگ عمومی و تجربه زیسته انسان‌ها رساند.

این مقاله نشان داد که دیرماندگی امر بهداشتی صرفاً یک ناکارآمدی اجرایی یا ضعف سیاست‌گذاری نیست، بلکه ریشه در صورت‌بندی‌های مفهومی، معرفت‌شناختی و تاریخی عقلانیت پزشکی دارد. با این حال، پرسش‌های مهمی همچنان گشوده باقی می‌مانند. نخست آنکه چگونه می‌توان سلامت را، بی‌آنکه آن را به ابژه‌ای صرفاً فنی یا آماری فروکاست، به گونه‌ای در عمل پزشکی و بهداشتی صورت‌بندی کرد که از دیرماندگی بیرون آید؟ دوم، سیاست مراقبتی پیشنهادی در این مقاله چگونه می‌تواند در سطوح نهادی، آموزشی و بودجه‌ای ترجمه و عملیاتی شود، بی‌آنکه خود به شکل تازه‌ای از عقلانیت تکنوکراتیک بدل گردد؟ سوم، چه نسبتی می‌توان میان هرمنوتیک مراقبت و ابزارهای نوین، از جمله هوش مصنوعی و تحلیل داده‌های سلامت، برقرار کرد تا تجربه‌های زیسته سلامت به دانشی قابل اتکا اما غیرتقلیل‌گرایانه تبدیل شوند؟ و در نهایت، این پرسش همچنان باقی است که چگونه می‌توان میان الزامات فوریت‌های بالینی و منطق بلندمدت پیشگیری و بهداشت عمومی توازنی پایدار برقرار کرد، بی‌آنکه یکی به قیمت حذف دیگری تقویت شود.

مقاله حاضر، آگاهانه بر تحلیل مفهومی و تاریخی تکیه دارد و از ورود به بررسی‌های تجربی،

سیاست‌گذاری‌های موردی یا ارزیابی‌های آماری پرهیز کرده است. از این رو، نتایج آن را نباید به‌منزله دستورالعمل‌های اجرایی یا نسخه‌های سیاستی مستقیم تلقی کرد. افزون بر این، نمونه‌های تاریخی بررسی‌شده، هرچند متنوع، عمدتاً به اپیدمی‌ها و همه‌گیری‌های بزرگ محدود شده‌اند و تجربه‌های سلامت در زمینه‌های غیربحرانی یا روزمره کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. همچنین، چارچوب هرمنوتیک انتقادی، با وجود ظرفیت تحلیلی بالا، ممکن است از منظر برخی رویکردهای اثبات‌گرایانه یا اقتصاد سلامت به‌عنوان رویکردی بیش از حد تفسیری تلقی شود. این محدودیت‌ها نه به‌منزله کاستی، بلکه به‌عنوان دعوتی به گفت‌وگوی میان‌رشته‌ای و گسترش پژوهش‌های آینده در پیوند میان علوم انسانی، پزشکی و سیاست سلامت قابل فهم‌اند.

منابع

- Barry, J. M. (2004). *The Great Influenza: The Epic Story of the Deadliest Plague in History*. New York: Viking.
- Bhopal, R. (2016). *Concepts of Epidemiology: Integrating the Ideas, Theories, Principles, and Methods of Epidemiology* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Broadbent, A. (2013). *Philosophy of Epidemiology*. Palgrave Macmillan.
- Callahan, D. (1973). "The WHO Definition of 'Health'." *The Hastings Center Studies*, 1(3), 77-87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4607284/>
- Farmer, P. (2006). *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame* (Updated ed.). University of California Press.
- Foucault, M. (1390/2011). *Tavallod-e Pezeshki-ye Balini [The Birth of the Clinic]* (F. Valiani, Trans.). Tehran: Nashr-e Mahi. [In Persian]
- Gadamer, H.-G. (1394/2015). *Rāzvārgi-ye Salāmat: Honar-e Darmān dar 'Asr-e 'Elm [The Enigma of Health: The Art of Healing in the Age of Science]* (N. Tajik, Trans.). Tehran: Roozegar-e No. [In Persian]
- Han, B.-C. (2015). *The Burnout Society*. Stanford University Press.
- Hawley, D. M., & Buck, J. C. (2020). "Animals Apart." *Scientific American*, 323(2), 36-41. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0820-36>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., et al. (2011). "How Should We Define Health?" *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Jadad, A. R., & O'Grady, L. (2008). "How Should Health Be Defined?" *BMJ*, 337, a2900. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2900>
- Kögler, H.-H. (1996). *The Power of Dialogue: Critical Hermeneutics after Gadamer and Foucault*. MIT Press.
- Markel, H., Lipman, H. B., Navarro, J. A., Sloan, A., Michalsen, J. R., Stern, A. M., & Cetron, M. S. (2007). "Nonpharmaceutical Interventions Implemented by US Cities during the 1918–1919 Influenza Pandemic." *Journal of the American Medical Association*, 298(6), 644-654. <https://doi.org/10.1001/jama.298.6.644>
- Monajemi, A., & Namazi, H. (2020a). "Health Lag: Medical Philosophy Reflects on COVID-19 Pandemic." *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 13. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v13i28.5045>

- Monajemi, A., & Namazi, H. (2020b). "Medical Humanities Meets Coronavirus Pandemic: A Report of the Webinar on the Dialogue between Medicine and Humanities." *International Journal of Body, Mind and Culture*, 7(1), 44-47. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v7i1.212>
- Nussbaum, M. C. (1398/2019). *Pādshāhī-ye Tars: Yek Fīlāsūf be Bohrān-e Sīyāsī Mīnegard* [The Monarchy of Fear: A Philosopher Looks at the Political Crisis] (H. Ghaderi, Trans.). Tehran: Tarjoman. [In Persian]
- Nussbaum, M. C. (2018). *The Cosmopolitan Tradition: A Noble but Flawed Ideal*. Harvard University Press.
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. HarperCollins.
- Rosen, G. (2015). *A History of Public Health*. Johns Hopkins University Press.
- Saracci, R. (1997). "The World Health Organisation Needs to Reconsider Its Definition of Health." *BMJ*, 314, 1409-1410. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7091.1409>
- Shilts, R. (1987). *And the Band Played On: Politics, People, and the AIDS Epidemic*. St. Martin's Press.
- Thompson, P., & Upshur, R. (2018). *Philosophy of Medicine: An Introduction*. Routledge.
- World Health Organization. (2003). *Consensus Document on the Epidemiology of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*. Geneva: WHO. [https://www.who.int/publications/i/item/consensus-document-on-the-epidemiology-of-severe-acute-respiratory-syndrome-\(-sars\)](https://www.who.int/publications/i/item/consensus-document-on-the-epidemiology-of-severe-acute-respiratory-syndrome-(-sars))
- World Health Organization. (2016). *Ebola Situation Reports*. Geneva: WHO. <https://iris.who.int/items/f72a4d2d-a829-4201-b0ef-5c6d4f4bce8c>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Wylie, C. M. (1970). "The Definition and Measurement of Health and Disease." *Public Health Reports*, 85(2), 100-104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4983898/>

Endnotes

۱. ایده اولیه این مفهوم برای اولین بار در سخنرانی که به مناسب روز جهانی فلسفه در انجمن پژوهشی حکمت و فلسفه در آذر ۱۳۹۹ ارائه شده است.

۲. برای مطالعه بیشتر

Thompson, P & Upshur, R. (2018). *Philosophy of Medicine: An Introduction*, Oxon: Routledge.

Bickenbach, J. (2017). WHO's Definition of Health: Philosophical Analysis. In: Schramme, T., Edwards, S. (eds) *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Springer, Dordrecht.

Callahan, D. (1973). The WHO Definition of 'Health'. *The Hastings Center Studies*.; 1: 77-87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4607284/>

Wylie CM. (1970). The Definition and Measurement of Health and Disease. *Public Health Reports*. 85: 100-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4983898/>

Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. (2011). How should we define health? *BMJ: British Medical Journal* (Clinical research ed).; 343: d4163. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Saracci R. (1997) The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ: British Medical Journal*.; 314: 1409-10. DOI: 10.1136/bmj.314.7091.1409

Jadad AR, O'Grady L. (2008). How should health be defined? *BMJ: British Medical Journal* (Clinical research ed). 337. DOI: 10.1136/bmj.a2900