

علوم انسانی پزشکی / سلامت: تحلیل انتقادی مبانی نظری و عملی پزشکی

علیرضا منجمی*

حمیدرضا نمازی**

چکیده

«علوم انسانی پزشکی» Medical Humanities در وهله اول عبارتی نامأنوس به نظر می‌رسد. اینکه چگونه دو حوزه مجزا و متمایز معرفتی همنشین شده‌اند، به وضعیت پروبلماتیک پزشکی اشاره دارد. در بخش ابتدایی مقاله به تحلیل علوم انسانی پزشکی بر اساس مناقشه‌های این حوزه خواهیم پرداخت و در بخش دوم حوزه انتقادی مطالعات فراپزشکی به عنوان بدیل علوم انسانی پزشکی پیشنهاد خواهد شد.

جریان معاصر علوم انسانی پزشکی با نقد پزشکی مدرن از اواخر دهه شصت و اوایل دهه هفتاد میلادی آغاز شد که دغدغه گسترش روزافزون علوم زیست‌پزشکی و انسان‌زدایی پزشکی را داشت. با مرور و تحلیل دقیق پژوهش‌ها و ادبیات علوم انسانی پزشکی پنج مناقشه اصلی شناسایی شدند: تعابیر و تعاریف گسترده و مختلف، رشته - حوزه، چندرشته‌گی - میان‌رشته‌گی، علوم انسانی پزشکی - علوم انسانی سلامت، علوم انسانی کلاسیک - علوم انسانی انتقادی و علوم انسانی پزشکی - فلسفه پزشکی. در تحلیل نهایی در لایه زیربنا دو عنصر را می‌توان از هم بازشناخت: یکی دوگانه‌هایی و دیگری رانه‌ها یا فرآیندها. دوگانه‌ها را می‌توان ذیل چند گروه کلی‌تر دسته‌بندی کرد:

* استادیار گروه فلسفه علم و فناوری، پژوهشکده مطالعات فلسفی و تاریخ علم، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران، monajemi.alireza@gmail.com

** استادیار گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)، hrnamazi@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۰

روش شناختی، علم شناختی، هستی شناختی و پراکسیولوژیک. در مورد رانه‌ها یا فرآیندها می‌توان به طبی‌سازی، بوروکراتیزاسیون، تکنیکی‌سازی، اخلاقی‌سازی، علمی‌سازی تخصصی‌سازی، فردی‌سازی اشاره کرد. اما همان‌طور که در تحلیل نهایی اشاره کردیم رویکرد انتقادی توفیق چندانی نیافت. پزشکی و علوم انسانی - اجتماعی مدرن از یک سنخ هستند و از این روست جامعه‌شناسی، روانشناسی و .. به مثابه علوم انسانی پزشکی نمی‌تواند چنانکه علوم انسانی پزشکی در پی آن هستند پزشکی را انسانی کنند. از این رو نظریه انتقادی‌ای باید مورد توجه قرار بگیرد که هم‌زمان علوم اجتماعی و پزشکی را نقد کند؛ مانند فوکو، گادامر و هابرماس. مطالعات انتقادی فرایزشکی همچون چتری فرارشته‌ای، متکفل توجه به پرسش‌های بنیادین پزشکی شود و البته رشته‌های را به سمت و سویی انتقادی چه میان خود و چه معطوف به هدف طبابت و پزشکی هدایت کند.

کلیدواژه‌ها: علوم انسانی پزشکی، مطالعات مناقشه‌ها، فلسفه پزشکی، نظریه تلفیق رشتگی، میان‌رشتگی

۱. مقدمه

«علوم انسانی پزشکی» Medical Humanities در وهله اول عبارتی نامأنوس به نظر می‌رسد. اینکه چگونه دو حوزه مجزا و متمایز معرفتی همنشین شده‌اند، به وضعیت پروبلماتیک پزشکی اشاره دارد؛ در طبقه‌بندی متداول علوم یعنی علوم طبیعی، علوم انسانی و علوم اجتماعی، پزشکی جایگاه مشخصی ندارد. این وضعیت را پلگرنو - فیلسوف پزشکی - چنین تصویر می‌کند: «پزشکی، انسانی‌ترین علوم، تجربی‌ترین هنرها و علمی‌ترین علوم انسانی است.» (Pellegrino 1979, p17) به تعبیر دیگری، پزشکی هم بیشتر از علم است و هم کمتر از علم. بیشتر از علم است چون خود را صرفاً محدود به نظریه‌های علمی نمی‌کند و برای طبابت به چیزی بیشتر از علم نیاز دارد و کمتر از علم است چون در اضطراب است که حتی در شرایط عدم قطعیت مداخله‌ای بکند. (Van Leeuwen, Kimsma, 1997)

چگونه علوم انسانی و پزشکی به هم پیوند خورده‌اند و حوزه‌ای پژوهشی را قوام داده‌اند؟ نقش چنین حوزه‌ای چیست؟ این حوزه پژوهشی چگونه برآمده است و چه زمینه‌هایی در بنیان و گسترش آن دخیل بوده است؟ چه نوع معرفتی تولید می‌کند و این معرفت به چه کاری می‌آید و مرتبط با چه نهادهایی است؟

برای پاسخ دادن به این پرسش‌ها از روش مدل‌سازی یا مطالعات مناقشه‌ها Mapping controversies or controversy studies بهره گرفته‌ایم. در این روش به جای تمرکز بر آموزه‌ها و دستاوردهای یک حوزه پژوهشی، بر مناقشه‌های آن حوزه متمرکز می‌شوند تا از رهگذر آن فرآیند شکل‌گیری و تولید دانش در آن حوزه را مطالعه کنند. (Hess, 1997) مناقشه، در مسائل و مباحثی رخ می‌دهد که رویکردهای مختلفی در باب آنها وجود دارد و جامعه پژوهشی در درون خود یا با گروه‌هایی خارج از خود بر سر اختلاف نظر دارند. در این روش آنچه مدنظر است برجسته کردن فرآیند شکل‌گیری یک حوزه و تأثیرپذیری آن از عوامل مختلف است. از این رو، در این مقاله برای تحلیل و نقد علوم انسانی پزشکی به موضوعاتی که محل مناقشه و بحث در این اجتماع علمی است می‌پردازیم.

جریان معاصر علوم انسانی پزشکی با نقد پزشکی مدرن از اواخر دهه شصت و اوایل دهه هفتاد میلادی آغاز شد. با گسترش روزافزون علوم زیست‌پزشکی Biomedical sciences، دغدغه‌ها و نگرانی‌هایی در باب پزشکی نضج گرفت که به بازنگری نقش علوم انسانی در پزشکی انجامید. از یک سو تبیین مولکولی از بیماری‌ها، سبب شده است تشخیص و درمان دستخوش تغییر شود و بیماری Disease بر بیمار الویت یابد. از سوی دیگر، تأملات نظری در پزشکی، پا به پای پیشرفت‌های علوم زیست‌پزشکی پیش نرفته است. از جمله این نقدها می‌توان به انسان‌زدایی Dehumanizing، تخصصی‌شدن مفرط، تکنیک‌زدگی، طبی‌سازی Medicalization، بیش‌حرفه‌ای شدن Over-professionalism، کم‌توجهی به ارزش‌های فردی، اجتماعی و فرهنگی، تلقی محدود از نقش پزشک، تأکید افراطی بر آموزش علم و نادیده‌انگاشتن اهمیت آموزش جنبه‌های انسانی، نابسندگی ارتباط پزشک و بیمار نگاه تزئینی به آن، اشاره کرد. پیشگامان این حوزه راه‌حل را در این یافتند که پیوند علوم انسانی به حوزه پزشکی می‌تواند گره‌گشایی کند.

علوم انسانی پزشکی Medical humanities به حوزه‌ای آموزشی-پژوهشی اشاره دارد که در آن علوم انسانی (ادبیات، تاریخ، فلسفه)، علوم اجتماعی (جامعه‌شناسی، انسانی‌شناسی) و هنر می‌کوشند در تعامل با علوم پزشکی درک عمیق‌تری را از سرشت پزشکی، غایت و هدف آن و تجارب وجودی پزشک و بیمار به دست دهند و سپس از این رهگذر، روابط انسانی میان پزشکان و بیماران را بهبود بخشند و ارزش‌های انسانی در حوزه طبابت و مراقبت سلامت را تقویت و احیا کنند.^۱ مطالبه احیا و ارتقای مراقبت از بیمار، با هدف کشف و معنادار کردن تجربه انسانی نه فقط در دانشکده‌های پزشکی و

پزشکان بالینی، بلکه در سپهر عمومی نیز وجود داشت. (Bonniolo & Di Fiore PP, 2010; Brody, 1985)

علوم انسانی پزشکی، با بازنگری در برنامه‌های آموزشی بسیاری از دانشکده‌های پزشکی آمریکای شمالی و اروپا پا گرفت و به تدریج به پژوهش‌های بالینی و طبابت نیز تسری یافت. اریک کاسل Eric Cassell در سال ۱۹۸۴ گزارشی از وضعیت آموزش علوم انسانی در دانشکده‌های پزشکی تهیه کرد و اهمیت آموزش علوم انسانی به دانشجویان پزشکی را نشان داد. او بر این باور بود که اگر مرتفع کردن درد و رنج، هدف غایی پزشکی باشد، طبابت باید اخلاق‌مدار و انسان‌گرا باشد؛ (کاسل، ۱۹۹۱) از این رو علوم انسانی پزشکی همواره این دغدغه را دارد که پزشکی چه باید باشد و چرا به نظر می‌رسد که این گونه نیست.^۲ (Cole et al, 2015) در این مقاله نخست، خاستگاه علوم انسانی پزشکی را بررسی می‌کنیم و سپس به مذاقه در مناقشه‌ها می‌پردازیم. به تعبیر دقیق‌تر، پس از نشان دادن مناقشه‌های روبنایی، با تحلیل آنها مناقشات زیربنایی را آشکار می‌کنیم. این همه برای آن است تا نشان دهیم در پس پشت این مناقشات چه در جریان است و چگونه حوزه علوم انسانی پزشکی را قوام داده است. در نهایت می‌کوشیم الگویی انتقادی از علوم انسانی پزشکی به دست دهیم که آن را «مطالعات انتقادی فراپزشکی» می‌نامیم.

۲. خاستگاه علوم انسانی پزشکی

یکی زمینه‌های موثر در برآمدن حوزه علوم انسانی پزشکی به مباحث تلفیق رشتگی گره خورده است.^۳ برآمدن مطالعات تلفیق رشته‌ای نتیجه توجه به نیازها و مسائلی بود که در مرزهای رشته‌ها و روش‌های سنتی به حد کافی به آنها پرداخته نمی‌شد. به نظر می‌رسد بخشی از این جریان حاصل جنبش‌ها و پروژه‌هایی در علوم انسانی از دهه شصت میلادی بود. کتی دیویدسون (Cathy Davidson) و دیوید گلدبرگ (David Goldberg) آنها را مجموعه‌ای از مطالعات علوم انسانی میان‌رشته‌ای (interdisciplinary humanities) نامیدند، مانند مطالعات جنسیت، مطالعات فرهنگی و مطالعات علم و تکنولوژی. (Cole et al, 2015) از سوی دیگر انتقادهای که به پیشرفت‌های علوم زیست‌پزشکی biomedicine از منظر فلسفه، اخلاق و سایر حوزه‌ها آغاز شده بود در برآمدن علوم انسانی پزشکی نقش موثری ایفا کردند. نقد اصلی این بود که علوم زیست‌پزشکی با تکیه بر مکانیسم‌های سلولی-مولکولی به موقعیت برتری دست یابند. در نتیجه پزشکی مدرن به طور روز افزون انسان‌زدا

شد، به این معنا که به جای آنکه انسان بیمار و تجارب و وضعیت او محوریت یابد، مکانیسم‌های آسیب‌شناختی مبتنی بر علوم زیست‌پزشکی، محور پژوهش‌ها و اقدامات بالینی (تشخیص و درمان) شد. (Sadeghzadeh, 1980) یافتن بیماری در بدن بیمار مبتنی بر پاتوفیزیولوژی و آناتوموپاتولوژی سبب شد پزشکان به بدن بیمار تقرب جویند و با پیشرفت تکنولوژی این امکان را یافتند که جزئی‌ترین تغییرات ساختاری و عملکردی را در بدن ردیابی کنند. گذر از بیمار برای رسیدن به بیماری به بخش مهمی از پروژه پزشکی مدرن بدل شد. (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۱۸۳-۲۱۱) در نتیجه این جابه‌جایی اولویت‌ها، پزشکی در بسط و گسترش روش‌هایی که به فهم و تحقق خواسته‌های بیماران و جامعه توجه کند، ناکام مانده است. علوم طبیعی و ریاضیات، علوم کامپیوتر و الکترونیک را جذب پزشکی شده‌اند. این تلاش‌ها با این هدف است که پزشکی را به مرتبه یک علم ارتقا دهد. اما نباید از این واقعیت غفلت کنیم که آناتومی، فیزیولوژی، آسیب‌شناسی، میکروبی‌شناسی، بیوشیمی و فارماکولوژی و سایر رشته‌های علوم زیست‌پزشکی دانش مرتبط و متناسب برای مواجهه با بیمار به منزله یک شخص در اختیار ندارند. از سوی دیگر، علوم زیست‌پزشکی ارتباطی با طبابت Clinical practice دارند که در صورت قطع این ارتباط در دایره علوم زیستی و نه زیست‌پزشکی قرار می‌گیرند. (Sadeghzadeh, 1980) درهم‌تنیدگی علوم زیست‌پزشکی و طبابت از آن روست که در پزشکی هیچگاه میان نظر و عمل انفکاک نبوده است و تفکیکی که در قالب دوگانه علوم پایه و علوم بالینی دیده می‌شود و به نوعی نمایاننده شکاف نظر و عمل و ذاتی موقعیت مدرن است. (گادامر، ۱۳۹۴، ص ۲۳-۶۳) روند علمی کردن پزشکی که از قرن نوزدهم آغاز شده است موجب برآمدن این باور شد که با علمی کردن پزشکی مشکلات طبابت را برطرف خواهد شد. در سیر این تطور توجه از بالین بیمار به سالن تشریح و آزمایشگاه معطوف شد، غافل از آنکه مواجهه بالینی Clinical encounter در مرکز پزشکی است و این مهم از مجموعه علوم زیست‌پزشکی بر نمی‌آید. بنابراین اگر «طبابت» را در مرکز پزشکی تصور کنیم، با تأسف مشاهده می‌کنیم که به‌رغم تمامی دستاوردهای زیست‌پزشکی صد و پنجاه سال گذشته، در روش‌شناسی طبابت پیشرفتی نداشته‌ایم. این امر مایه حیرت است که فوریت تأسیس چنین رشته‌ای بندرت درک شده است. (Sadeghzadeh, 1980)

مفهوم علوم انسانی پزشکی از پس یک پرسش فلسفی برآمد و آن اینکه پزشکی یا طبابت چیست؟ در پاسخ به این پرسش یکی از مهم‌ترین دستاوردهای علوم انسانی پزشکی

این بوده است که انگاره علم بودن صرف Pure science^۴ پزشکی را به چالش بکشد. مهمترین مشخصه پزشکی در قرن بیستم وجهه علمی آن بوده است. اما جریان علوم انسانی پزشکی در اصل در پی آن بود که نشان دهد این فهم مستوفی و کاملی نیست. به بیان دیگر بخش علمی پزشکی به تنهایی قادر به پاسخ گفتن به تمامی مشکلات طبابت نیست. افزون بر این، ورود تکنولوژی به پزشکی به رغم توفیق‌های فراوانی که به همراه داشت دغدغه‌های انسانی در پزشکی را از رهگذر عمیق‌تر کردن شکاف میان پزشکی و ارزش‌های انسانی کم‌رنگ کرده است. این وضعیت، پزشکی را که پیوسته در ارتباط با وضعیت‌ها و موجودات انسانی است انسان‌زدا می‌کند. (Adachi, 2015)

از اینجا بود که پزشکی را واجد دو بعد علمی و انسانی (و به تعبیر دیگر علم و هنر) دانستند. حذف جنبه‌های انسانی از پزشکی از منظر عملی و فلسفی قابل دفاع نیست. اما در بادی امر به نظر می‌رسد که جنبه‌های انسانی نسبت به جنبه‌های علمی پزشکی، ثانویه و پیرامونی است چرا که بدنه اصلی پزشکی علمی است. علوم انسانی، توانایی پزشکی علمی در درمان بیماران را از رهگذر فهم جنبه‌های انسانی بیمار و تسهیل رابطه پزشک و بیمار تقویت می‌کند و کارآمدی پزشکی علمی را بهبود می‌بخشد. اما پرسشی که به میان می‌آید است که «پزشکی علمی محض» چیست؟ فرض کنیم تشخیص، درمان، پیشگیری، آموزش، پژوهش و تکنولوژی پزشکی پاسخ باشد. با اندکی تأمل می‌توان دریافت که تشخیص، درخواست تست‌های آزمایشگاهی و انتخاب درمان مناسب بدون تعامل پزشک و بیمار و فهم اهداف، ارزش‌ها، باورها و شیوه زیست او ممکن نیست. حتی در شکل فعلی پزشکی که متهم به علمی‌بودن مفرط است تفسیر آزمایش بیمار بدون دانستن شرح حال او ممکن نیست یا اینکه پزشک پس از مشاهده نتایج آزمایش‌ها یا تصویربرداری از بیمار ممکن به این نتیجه برسد که این یافته‌های با آنچه بیمار از آن شکایت دارد منطبق نیست. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که «پزشکی علمی محض» وجود ندارد. اما اگر هسته علمی محض در پزشکی قابل دفاع نباشد چگونه می‌توان از ارتباط وجوه انسانی و علمی پزشکی سخن گفت؟ کلوسر مدل پنیر سوئیسی را پیشنهاد می‌کند که پنیر بخش علمی پزشکی است و سوراخ‌ها وجوه انسانی هستند که هم کوچکتر هستند هم متعدد اما چنان منتشر هستند که امکان جداسازی این دو از یکدیگر وجود ندارد. (Clouser, 1997)

۳. دوگانه‌ها یا مناقشات در علوم انسانی پزشکی

با مرور و تحلیل دقیق پژوهش‌ها و ادبیات علوم انسانی پزشکی پنج مناقشه اصلی شناسایی شدند. لازم به ذکر است که این مناقشه‌ها یا به شکل دوگانه dichotomy هستند یا اینکه بیش از دو رویکرد درباره آن موضوع وجود دارد که لزوماً هم متناقض یا متباین نیستند. ممکن است برخی از آنها مکمل یکدیگر به نظر برسند یا یکسره در چارچوب‌های نظری متفاوتی صورت‌بندی شده باشند.

۱.۳ مناقشه اول: گستردگی و تنوع تعابیر conception و تعاریف

تعابیر و تعاریف مختلف از علوم انسانی پزشکی و اهداف آن یکی از محل‌های مناقشه است. از منظر آموزش، پژوهش و مراقبت می‌توان پنج حوزه را بازشناخت: اول، علوم انسانی در پزشکی پژوهش می‌کند مانند تاریخ پزشکی. دوم، ورود هنر و علوم انسانی به برنامه آموزش دانشجویان پزشکی. سوم، عرضه مضامین پزشکی به سپهر عمومی در قالب آثار هنری. چهارم، هنر به مثابه مداخله‌ای برای ارتقاء سلامت. و در نهایت، هنردرمانی مخصوصاً در بیمارستان‌های روانی به عنوان بخشی از روان‌درمانی (Bleakley, 2015) یکی دیگر از صاحب‌نظران علوم انسانی پزشکی سه تعبیر از علوم انسانی پزشکی را چنین توصیف می‌کند. اول به مثابه مجموعه‌ای از رشته‌هاست، دوم برنامه‌ای برای پرورش اخلاقی که به نوعی پروردن حکمت و خرد در عصر تکنوعلم است و سوم دوستی حمایت‌گر است. (Brody, 2011)

از سویی دیگر، گروهی علوم انسانی پزشکی را پلی میان علم و تجربه‌های انسانی قلمداد می‌کنند و گروهی آن را ابزاری برای تربیت پزشکانی با رویکرد انسان‌گرا می‌دانند. در این میان علوم انسانی پزشکی به مثابه روشی برای جلوگیری از فرسودگی پزشکان و تجدید قوای آنان قلمداد شده است و دست آخر رویکردی برای نقد سیاسی نهاد پزشکی و کنش‌گری اجتماعی. (Cole et al, 2015)

۲.۳ مناقشه دوم: رشته — حوزه

یکی دیگر از مناقشه‌های این حوزه آن است که آیا علوم انسانی پزشکی قابلیت تبدیل به یک رشته را دارد یا باید در قالب یک حوزه پژوهشی به کار ادامه دهد. طرفداران رشته‌ای

شدن بر این باور هستند که علوم انسانی پزشکی هم مانند رشته‌هایی چون اخلاق پزشکی یا آموزش پزشکی برای آنکه بتوانند تأثیرگذار باشد، یک اجتماع علمی منسجم شکل دهد و برنامه پژوهشی هدفمند و پیشرونده‌ای را سامان دهد باید در قالب رشته تحصیلات تکمیلی تعریف شوند. مخالفان معتقدند که علوم انسانی پزشکی مجموعه‌ای از رشته‌های مختلف مرتبط همچون فلسفه پزشکی، تاریخ پزشکی، جامعه‌شناسی پزشکی و از این دست هستند که به منظور هدفی خاص کنار هم گرد آمده‌اند، از همین رو امکان آنکه همه این رشته‌ها با دانش‌ها و روش‌ها مختلف بتوانند در قالب یک رشته گرد هم بیایند نه معقول است و نه شدنی. به باور این گروه علوم انسانی پزشکی باید به شکل یک حوزه پژوهشی باقی بماند تا هم باروری و زیایی خود را حفظ کند و هم با پرهیز از تخصصی شدن - یعنی آنچه که علوم انسانی پزشکی خود متقد آن بود - هدف علوم انسانی پزشکی را محقق کند چرا که با بهره‌گیری از رشته‌های مختلف قادر خواهد بود توسعه علوم زیست پزشکی، طبابت و مراقبت سلامت را بررسی و نقد کند. (Cole et al, 2015)

۳.۳ مناقشه سوم: میان رشته‌ای یا چندرشته‌ای

دوگانه dichotomy چندرشته‌ای - میان رشته‌ای یکی دیگر از مناقشه‌های حوزه علوم انسانی پزشکی است. (Evans & Macnaughton, 2004) دوگانگی بین چندرشته‌ای و میان رشته‌ای بیشتر روش شناختی به نظر می‌رسد که آموزش و پژوهش علوم انسانی پزشکی تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجا که علوم انسانی پزشکی متشکل از مجموعه‌ای از رشته‌هاست، اینکه ربط و نسبت این رشته‌ها چگونه است، پرسشی رواست. چندرشته‌ای نشست مشترک رشته‌های مختلف است که هر کدام تخصص خود را حفظ می‌کنند، در صورتی که در میان رشته‌ای هر فرد چند تخصص دارد. (Stempsy, 2007) از این رو در چندرشته‌ای، رشته‌های مختلف می‌توانند مسائل مشترکی را تعریف کنند در عین اینکه مرزهای تخصص‌های آکادمیک پایدار بماند. حامیان دیدگاه چندرشته‌ای معتقدند که جست‌وجوی فصل مشترک میان رشته‌ها که میان رشته‌ای به دنبال آن است به فرایندی پایان‌ناپذیر و سرشار از تعارض می‌انجامد که ممکن است قابلیت‌های رشته‌های مستقل و شناخته شده در علوم انسانی را اتلاف کند (Puustinen et al, 2003) در مقابل، باورمندان به دیدگاه میان رشته‌ای جست‌وجو برای تعاملات ممکن میان تخصص‌های مختلف برای یافتن موضوعات مشترک را بهترین راه را برای تقویت رویکرد

انسان‌گرایانه در پزشکی می‌دانند. این تعامل میان‌رشته‌ای سبب می‌شود رشته‌ها به مسائلی بپردازند که نه در پی آن بوده‌اند و نه به تنهایی آن را به رسمیت می‌شناسد (Evans & Macnaughton, 2004؛ Chiapperino, & Boniolo, 2014) به باور کول و همکاران علوم انسانی پزشکی یک حوزه چند/میان‌رشته‌ای است یعنی به تعبیری چندرشته‌ای و به تعبیر دیگر میان‌رشته‌ای است که زمینه‌ها و بسترها، تجربه‌ها، و مسائل مفهومی-انتقادی حوزه پزشکی و مراقبت از سلامت را می‌کاود در عین اینکه دغدغه آن قوام‌بخشی و شکل‌دهی به هویت حرفه‌ای است. البته این چهار محور یعنی بسترها، تجربه‌ها، تحلیل مفهومی-انتقادی و آموزش لزوماً نباید همگی با هم جمع شوند و هر کس به فراخور علایق خود می‌تواند بخشی از این کارها را بر عهده بگیرد. (Cole et al, 2015) استمپسی میان‌رشته‌ای را نوعی نوپدید Emergence می‌داند که رشته‌های مختلف مسائل و راه‌حل‌ها را در یک تعامل و از رهگذر به اشتراک گذاشتن متافورهایشان به دست می‌دهند. از منظر استمپسی علوم انسانی پزشکی رفته‌رفته ویژگی‌های چندرشته‌ای خود را از دست داده است و به سمت میان‌رشته‌ای می‌رود. (Stempsy, 2007)

۴.۳ مناقشه چهارم: علوم انسانی پزشکی-علوم انسانی سلامت

پاول کراوفورد و همکارانش پیشنهاد کرده‌اند «علوم انسانی پزشکی» باید به سمت «علوم انسانی سلامت» حرکت کند. ادعای اصلی آن است که علوم انسانی پزشکی تمرکزی بیش از حد بر پزشکان دارد و سایر مراقبان سلامت همچون پرستاران را به حاشیه رانده است. (Atkinson et al, 2015) یکی از مهم‌ترین پیش‌فرض‌های علوم انسانی سلامت آن است که بخشی از حوزه سلامت و بهزیستی well-being خارج از حوزه پزشکی و لاجرم خارج از حوزه علوم انسانی پزشکی قرار می‌گیرد؛ همچون مددکاری اجتماعی یا پیراپزشکی. بخش اعظمی از آنچه مراقبت سلامت Health care نامیده می‌شود غیر پزشکی است. از سوی دیگر، علوم انسانی سلامت آموزش علوم انسانی را منحصر به دانشجویان پزشکی و پزشکی نمی‌داند و بر این باور است که سایر مراقبان سلامت هم از آن برخوردار باشند. علوم انسانی سلامت حوزه عمومی مخصوصاً مراقبان غیر حرفه‌ای و خودمراقبتی را هم در بر می‌گیرد و به کار بستن هنر و علوم انسانی به مثابه مداخلاتی در ارتقاء سلامت و بهزیستی اجتماعی هم در حوزه کاری آن می‌گنجد. در مجموع به نظر می‌رسد علوم انسانی سلامت حوزه‌ای فراتر از بیماری و بیماران را مد نظر دارد. غنی کردن محیط environment

مراقبت با بهره‌گیری از علوم انسانی و هنر ممکن می‌دانند. ایده اصلی علوم انسانی سلامت این است که از رهگذر هنر و علوم انسانی می‌توان معنای رخدادهای تجربه‌های مراقبت دریافت که هم در مورد دریافت‌کننده و هم در مورد ارائه‌کنندگان خدمات است. علوم انسانی سلامت در پی دموکراتیزه آن هستند و مدلی که پیشنهاد می‌کند به جای متخصص-عوام مبتنی بر مشارکت در طراحی، خلاقیت و یادگیری است. (Craford et al, 2015)

در مقابل، مخالفان رویکرد علوم انسانی سلامت برآنند که این رویکرد اهدافش بیشتر جنبه شعاری و آرمانی دارد، و ادعای حذف هر صدایی جز پزشکان و دانشجویان پزشکی در علوم انسانی پزشکی آشکارا نادرست است.^۵ بسیاری از مطالبی که عنوان می‌کنند هم اکنون هم در دل علوم انسانی پزشکی هست. برخی از بهترین کارها در علوم انسانی پزشکی، نه تنها سعی در بررسی عملکرد مراقبت‌های بهداشتی در دامنه متنوعی از زمینه‌های نهادی و اجتماعی دارند (Colls & Evans 2008) این ادعا که علوم انسانی سلامت فراگیرتر، بیرونی‌تر و کاربردی‌تر و با مشارکت کسانی است که در علوم انسانی پزشکی به حاشیه رانده شده‌اند، گمراه‌کننده و نارواست. (Atkinson et al, 2015)

۵.۳ مناقشه پنجم: رویکرد کلاسیک - رویکرد انتقادی

رفته‌رفته در داخل حوزه علوم انسانی پزشکی انتقاداتی به جریان قالب وارد شد. با شکل گرفتن این جریان انتقادی، حوزه علوم انسانی پزشکی به دو رویکرد کلاسیک (متمرکز بر رابطه پزشک و بیمار-آموزش پزشکی) و رویکرد انتقادی^۶ تقسیم شد. موضوع اصلی این انتقادات این بود که علوم انسانی پزشکی صرفاً بر رابطه پزشک و بیمار متمرکز شده است و بیشتر می‌کوشد با راهکارهایی در آموزش پزشکی آن را اصلاح کند همچون همدلی بالینی یا پزشکی روایی. در صورتی که حوزه‌های طبابت و پژوهش مغفول مانده است. برخی دیگر تلاش کردند نشان دهند که مشکل اصلی علوم انسانی پزشکی کلاسیک، فقدان تأملات نظری جدی در سرشت پزشکی و مفاهیم بنیادین آن همچون سلامت و بیماری است.

از اوایل سالهای ۲۰۰۰ جریان انتقادی شکل گرفت و به تدریج گسترش یافت تا حدی که ژورنال علوم انسانی پزشکی *Journal of Medical Humanities* در سال ۲۰۱۵ ویژه‌نامه‌ای به آن اختصاص داد و در سال ۲۰۱۶ اولین کتاب با عنوان *The Edinburgh Companion to the critical medical humanities* منتشر شد. این کتاب شامل

چهار بخش اصلی بود که نشان از تغییر جهت مسائل در حوزه علوم انسانی پزشکی می‌دهد: شواهد، بدن، ذهن و زیست‌سیاست. رویکرد انتقادی بار نظری بیشتری دارد و به مسائلی می‌پردازد که در رویکرد کلاسیک مغفول مانده است. همین توجه بیشتر به مسائل نظری زمینه‌ای را فراهم کرد که به تعامل فلسفه پزشکی و علوم انسانی پزشکی یاری رساند. یکی از مشکلات آموزش علوم انسانی پزشکی این است که اگر سبب پرورش تأمل انتقادی نشود و در چنبره عمل‌زدگی پزشکی گرفتار آید نه تنها ره به جایی نخواهد برد بلکه مشکلات را پیچیده‌تر هم خواهد کرد. (Bleakley, 2015) به باور منتقدان رویکرد کلاسیک می‌کوشید از آموزش هنر و علوم انسانی به مثابه ابزاری در راستای تربیت پزشکان انسان‌گرا بهره‌گیرد. اما این آموزش بیشتر از آنکه بار انتقادی داشته باشد، نوستالژیک است. (Cole et al, 2015)

۶.۳ مناقشه ششم: علوم انسانی پزشکی - فلسفه پزشکی

یکی از مهم‌ترین محورهای مناقشه نسبت علوم انسانی پزشکی با فلسفه پزشکی است. با آنکه به نظر می‌رسد فلسفه پزشکی بخشی از حیطه علوم انسانی پزشکی است و این دو باید از مدتها پیش در تعامل باشند چنین اتفاقی چهار دهه پس از برآمدن این دو حوزه رخ داد. در سال ۲۰۰۷ مجله پزشکی، مراقبت سلامت و فلسفه Medicine, Healthcare and Philosophy ویژه‌نامه‌ای را به ارتباط علوم انسانی پزشکی و فلسفه پزشکی اختصاص داد که در آن اوانز از صاحب‌نظران به‌نام علوم انسانی پزشکی و آلزن و استمپسی از فیلسوفان پزشکی به تأمل در این رابطه پرداختند. در سال ۲۰۰۷ مجله پزشکی، مراقب از سلامت و فلسفه نیمه‌ویژه‌نامه‌ای به این بحث اختصاص داد. باید توجه داشت که علوم انسانی پزشکی موضوعی نبود که فلسفه پزشکی به آن علاقه‌مند باشد ولی سیر را به سمتی برد که این موضوع لازم می‌نمود. با مطالعه هر سه مقاله مورد اشاره می‌توان ریشه‌های مشترکی میان آنها سراغ گرفت. هر سه با طرح دوگانه‌ای بحث خود را صورت‌بندی کرده‌اند. اوانز با دوگانه بیگانه - دوست، آلزن با دوگانه فهم زیباشناختی-تحلیلی و استمپسی را بهره‌گرفتن دوگانه میان‌رشتگی-چند رشتگی در نسبت علوم انسانی پزشکی و فلسفه پزشکی تأملاتی کرده‌اند.

با آنکه تم مشترک همه این دیدگاه‌ها تلفیق، درهم‌تنیدگی و جامع‌نگری است، اما در مورد نقش فلسفه پزشکی توافق نظر وجود ندارد. اوانز بخشی از پرسش‌های حوزه علوم

انسانی پزشکی را مرتبط با حوزه فلسفه پزشکی می‌داند، آلزن علوم انسانی پزشکی را بازتعریف می‌کند و گویی آن را همسنگ فلسفه پزشکی قرار می‌دهد. استمپسی فلسفه پزشکی در مرکز رشته‌های علوم انسانی پزشکی قرار می‌دهد و برای فلسفه پزشکی نقش انسجام‌دهنده و سازمان‌دهنده قائل است.

اوانز یکی از صاحب‌نظران علوم انسانی پزشکی است و از آن دریچه به فلسفه پزشکی می‌نگرد. او وقتی به بازتعریف نقش‌های علوم انسانی پزشکی می‌رسد یکی را تأملات نظری می‌داند و آن را به فلسفه پزشکی احاله می‌دهد و تأملات فلسفی را در فهم تجربه‌های انسانی و وضعیت انسانی ذی‌مدخل می‌داند. به نظر می‌رسد چند پرسش مطرح می‌کند که فلسفه پزشکی باید به اینها پردازد تا گفتگو میان این دو صورت بگیرد. چگونه پزشکی تکنولوژیک مدرن خودفهمی ما از وضعیت انسانی و سرشت انسانی را دستخوش تغییر کرده است؟ تعامل پزشکی مدرن با رشته‌های علوم انسانی چه برنامه‌های پژوهشی را رقم خواهد زد؟ با میان‌رشتگی و سرشت متفاوت دانش و شواهد در علوم پزشکی و علوم انسانی چگونه باید مواجه شد؟ سرشت بدن‌مند انسانی و پیامدهای آن در بیماری و سلامت چیست؟ البته اوانز به آنچه در فلسفه پزشکی در جریان کاری ندارد و مشخص نمی‌کند آیا فیلسوفان پزشکی به این پرسش‌ها پرداخته‌اند یا باید پردازند. (Evans, 2007)

آلزن برای پاسخ به پرسش چیستی پزشکی دو گونه فهم (فهم زیباشناختی و فهم تأملی-تحلیلی) را لازم می‌داند چرا که از نظر او این دو گونه فهم هم درهم‌تنیده‌اند و هم یکدیگر را تقویت می‌کنند. وی به مدل ادغام‌یافته از علوم انسانی پزشکی باور دارد و از این رهگذر است که پزشکی همسنگ توجه به جنبه‌های علمی زیست‌پزشکی بیماری به تجربه‌های زیسته بیمار، جنبه‌های اخلاقی مداخلات پزشکی و موضوعاتی از این دست که پزشکی را به مثابه پروژه‌ای فرهنگی-تاریخی فهم می‌کنند هم توجه خواهد کرد. (Ahizén, 2007) استمپسی بر این باور است که فلسفه پزشکی در حوزه علوم انسانی پزشکی نقش نیروی ادغام‌گر و هماهنگ‌کننده را باید ایفا کند، اما به باور وی فلسفه پزشکی باید تعریفی فراخ و گسترده باشد، نه تعریفی محدود شبیه آنچه کاپلان می‌گوید، تا بتواند چنین نقشی را ایفا کند. (Stempsey, 2007)

جدول ۱- مناقشه‌های حوزه علوم انسانی در روبنا

تعابیر و تعاریف گسترده و مختلف
رشته - حوزه
چندرشته‌گی - میان‌رشته‌گی
علوم انسانی پزشکی - علوم انسانی سلامت
علوم انسانی کلاسیک - علوم انسانی انتقادی
علوم انسانی پزشکی - فلسفه پزشکی

۴. تحلیل مناقشه‌های علوم انسانی پزشکی

در تحلیل مناقشه‌های علوم انسانی پزشکی که پیشتر در قالب شش مناقشه اصلی ذکرشان رفت می‌توان دوگانه‌های یا مناقشه‌های عمیق‌تری را بازشناخت، که تصویر کامل‌تری که شکل‌گیری و توسعه حوزه علوم انسانی پزشکی به دست می‌دهد.

در مناقشه اول نزاع بر سر ارائه یک تعریف واحد از علوم انسانی پزشکی است. اما باید به خاطر داشت که هیچ تعریف نهایی‌ای نه وجود دارد و نه مطلوب است. (Cole et al, 2015) تلاش برای یک کاسه کردن همه این تعاریف شبیه آنچه در فیزیک با عنوان نظریه همه‌چیز Theory of thing شان از عدم فهم علوم انسانی و تفاوت‌های بنیادین آن با علوم طبیعی دارد و از این رو می‌توان نتیجه گرفت که در بن این مناقشه دوگانه علوم طبیعی - علوم انسانی وجود دارد. از سوی دیگر، می‌توان عدم توافق اساسی بر سر اهداف و تعابیر علوم انسانی پزشکی را در قالب دوگانه مفهومی - وجودی فهم کرد. در رویکرد مفهومی همه رشته‌ها در مذاقه مفهومی پزشکی مشارکت کنند در حالی که رویکرد وجودی به دنبال عمق بخشیدن به فهم انسان و انسان‌گرایانه روابط پزشک و بیمار است. (Chiapperino, & Boniolo, 2014) با این وجود برخی صاحب‌نظران علوم انسانی پزشکی، بر این باورند که به جای تلاش برای تعریف دقیق علوم انسانی پزشکی و تعیین مرزهایش با سایر حوزه‌ها، شایسته‌تر آن است که رویکرد مسئله‌محور در علوم انسانی پزشکی تقویت شود زیرا هم با اهداف علوم انسانی پزشکی سازگارتر است و هم علوم انسانی پزشکی را در چارچوبی روشمند با تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در پزشکی پیوند می‌زند. (Chiapperino, & Boniolo, 2014)

مناقشه دوم درباره سرشت علوم انسانی پزشکی به مثابه یک رشته یا حوزه است. جریان تخصص گرایی را در بن رویکرد رشته‌ای می‌توان بازشناخت، بدین معنا که علوم انسانی پزشکی چنان اهمیتی دارد که می‌تواند به عنوان یک تخصص در کنار سایر تخصص‌ها در حوزه سلامت به کار آید. اینجاست که دوگانه انضمامی - ادغامی Supplementive-integrative را می‌توان شناسایی کرد. در اولی علوم انسانی پزشکی می‌تواند به علوم زیست پزشکی منضم شود یا آن را تکمیل کند، در حالی که در دومی در علوم پزشکی ادغام یافته است و به تعبیر دیگر از آن قابل انفکاک نیست است. در کنار این دو، می‌توان به جریان دیوانسالاری (بوروکراتیزه کردن) علوم انسانی پزشکی هم اشاره کرده که با رشته‌ای شدن آن محقق می‌شود.

مناقشه سوم در باب چندرشته‌گی یا میان‌رشته‌گی علوم انسانی هم به دوگانه انضمامی - ادغامی مرتبط است و هم دوگانه ابزاری - انتقادی را برجسته می‌کند. به نظر می‌رسد رو در رو قرار دادن چندرشته‌گی و میان‌رشته‌گی در علوم انسانی پزشکی حاصل عدم فهم مسئله محوری به عنوان یکی از مقومات علوم انسانی پزشکی و بیشتر حاصل نوعی محافظه کاری رشته‌ای و دیوانسالاری آکادمیک است که می‌کوشد مرزهای رشته‌ها را تا حد امکان حفظ کند تا به تخصص گزندی نرسد. باید توجه داشت که چند وجهی شدن و پیچیده شدن مسائل، رشته‌ها را از نزاع، به گفتگو کشاند و چندرشته‌ای‌ها، ثمره این گفتگو بودند. چندرشته‌ای‌ها multidisciplinary البته بیش از آنکه به تأسیس رشته‌های جدید منجر شوند، رویکرد approach به شمار می‌روند. رویکردی که نتیجه هم‌سخنی و مشارکت رشته‌های مختلف، معطوف به مساله‌ای مشترک است. اینکه چه کسی باید گفتگو و چندرشته‌ای را جمع‌بندی و نتیجه نهایی را قضاوت کند، شاید از مهم‌ترین چالش‌های چندرشته‌ای‌ها باشد. آنچه معمولاً با چندرشته‌ای‌ها خلط می‌شود، میان‌رشته‌ای interdisciplinary است. میان‌رشته‌ای‌ها، حوزه‌ها fields یا رشته‌هایی‌اند که در مواجهه با مسائل چند وجهی، از تلفیق چند رشته حاصل می‌شوند. رشته‌هایی که بخشی از حوزه معرفتی و روشی خود را وا می‌گذارند تا مجال تلفیق با هم دیگر را پیدا کنند. یکی فرض کردن بین‌رشته‌ای‌ها با چند رشته‌ای‌ها، به بدفهمی روش شناختی خواهد انجامید و فضایی نارشته‌ای non-disciplinary پدید خواهد آورد. در فضای نارشته‌ای روش مندی از دست می‌رود و مفاهیم سرگردان می‌شوند.

همسخنی و همنشینی رشته‌ها، البته گاهی به تلفیق نمی‌انجامد و صرفاً واژه‌ها و مفاهیمی را از هم به عاریت می‌گیرند. ثمره چنین داد و ستدی را تقاطع رشته‌ای *cross-disciplinary* می‌نامند. در واژگان تلفیق رشته‌ای ما با دو مفهوم دیگر نیز مواجهیم: فرارشته‌ای *trans-disciplinary* و همگرایی *convergence*. فرارشته‌ای، زمانی اتفاق می‌افتد که آن دسته از رشته‌های دانشگاهی که هدف و مسایل مشترک دارند، با یکدیگر بیگانه می‌شوند و گفتگو و تعاملی میانشان در نمی‌گیرد. به تعبیر دیگر رویکرد فرارشته‌ای نوعی آموزش و پژوهش مساله‌محور است که با در نظر گرفتن طیف وسیع دانش، می‌تواند از آموزش تک‌بعدی و بیگانگی رشته‌ها با یکدیگر جلوگیری کند. همگرایی نیز زمانی رخ می‌دهد که پای ذینفعان *stakeholders* به میان آید و حوزه عمومی نیز لحاظ شود. از همین رو به نظر می‌رسد دوگانه چندرشته‌ای-میان‌رشته‌ای بیش از آنکه در بهترین روش برای تلفیق رشته‌ها باشد، نمایانگر محافظه‌کاری رشته‌ای، دیوانسالاری آکادمیک و سلسله‌مراتب نهاد پزشکی است.

مناقشه چهارم علوم انسانی پزشکی در مقابل علوم انسانی سلامت است. علوم انسانی سلامت بیشتر در اعتراض به سلسله‌مراتب موجود در نهاد پزشکی طرح شده است (پزشکان در برابر پرستاران) و نوعی خلط واژه پزشکی و پزشکان است. به بیان دیگر مناقشه حرفه‌ای خود را در گفتمان علوم انسانی پزشکی یاز تولید کرده است. با آنکه علوم انسانی سلامت می‌کوشد با نقد طبی‌سازی گسترش ناروای نهاد پزشکی را به چالش بکشد، اما به سبب فقدان چارچوب‌های نظری لازم در این کار توفیق نمی‌یابد، اقتدار نهاد پزشکی را بدون هیچ چالشی باقی می‌گذارد. (Atkinson et al, 2015)

اما به هر رو، توجهی که رویکرد علوم انسانی سلامت به سایر مراقبان سلامت و سپهر عمومی که علوم انسانی سلامت در پی برجسته کردن آن هستند بسیار مهم است. (Craford et al, 2015) مناقشه علوم انسانی سلامت-پزشکی دوگانه مراقبت-معالجه *Care-cure* و تخصصی عوام است. در دوگانه مراقبت-معالجه، مراقبت مربوط به پرستار و معالجه مرتبط با پزشک است و علوم انسانی پزشکی بیشتر بر معالجه متمرکز است. در صورتی که ساختن این دوگانه خود نشان از آن دارد که میان بخش علمی (معالجه) و بخش انسانی (مراقبت) دیوار قطوری کشیده شده است. از سوی دیگر این تلقی که علوم انسانی پزشکی تخصصی است و با نهاد پزشکی پیوند دارد ممکن است این باور نادرست را رقم زند که علوم انسانی پزشکی را با سپهر عمومی کاری نیست. (Baumann et al, 1998)

علوم انسانی سلامت، فقط در صورت بندی‌ای قابل دفاع است که نوید برنامه پژوهشی و عملیاتی گسترده‌تری بدهد. به بیان دیگر، جریان انتقادی در علوم انسانی پزشکی سبب توجه به موضوعاتی شد که در علوم انسانی پزشکی کلاسیک مغفول مانده بود و مطالبه علوم انسانی سلامت را هم می‌توان در همین چارچوب فهم کرد. از این رو موضع ما این است که علوم انسانی پزشکی/سلامت ترکیب قابل قبول‌تری است.

مناقشه پنجم در باب رویکرد کلاسیک در برابر رویکرد انتقادی است. این تقابل دوگانه ابزاری-انتقادی را بار دیگر برجسته می‌کند، اما در بن آن دوگانه بسیار مهم دیگری هم خود را می‌نمایاند: امر بهداشتی - امر بالینی. امر بالینی اشاره دارد به صورت بندی‌ای که در نهاد بیمارستان رخ می‌دهد که در آن مواجهه بالینی در قالب ارتباط پزشک و بیمار و مداخلات پزشکی در جریان است. امر بهداشتی مرتبط است با سلامت جمعی و بیشتر از آنکه با بیماری و ارتباط فردی پزشک و بیمار متمرکز باشد به سویه‌های اجتماعی فرهنگی سلامت، سیاست و عواملی از این دست نظر دارد. (Monajemi & Namazi, 2020) رویکرد انتقادی بر آن است که علوم انسانی پزشکی کلاسیک متمرکز بر امر بالینی است و به تعبیر دیگر متأثر از فردگرایی افراطی آن است که سلامت را صرفاً به مثابه سلامت فردی فهم می‌کند. اتکینسون و همکاران بر این باورند که به‌رغم تلاش‌های بسیار علوم انسانی پزشکی برای به چالش کشیدن دیدگاه‌های غالب علوم زیست پزشکی انجام داده است، ندرتاً از تلقی فردگرایانه نتولیرال از سلامت و بیماری گذر کرده است. (Atkinson et al, 2015)

از سوی دیگر علوم انسانی پزشکی که بر امر بالینی متمرکز شده است این زمینه را فراهم می‌کند تا طبی سازی امر بهداشتی به سهولت میسر شود. این ممکن است پارادوکسیکال به نظر برسد اما رویکرد کلاسیک که خود را در قالب امر بالینی تعریف کرده است خود سبب ساز طبی سازی‌ای می‌شود که منتقد آن است. شفابخشی، رفاه، خوشبختی، زیبایی و همدلی که مفاهیم بنیادین علوم انسانی پزشکی هستند، از رهگذر طبی سازی تبدیل به نوعی مثبت‌انگاری positivity می‌شوند که صرفاً در پی القای احساس مثبت و انکار و فرونشاندن تمامی احساسات منفی است. (Atkinson et al, 2015) علوم انسانی پزشکی اگر قرار باشد سلامت و بیماری را در بستر تاریخی، فرهنگی و اجتماعی فهم کند ناگزیر از پرداختن به مسائلی است که طنین مثبتی ندارند از این رو یکسان پنداشتن علوم انسانی سلامت با مثبت‌گرایی مفرط نادرست و نارواست.

یکی از چالش‌های رویکرد انتقادی یافتن چارچوبی است که در آن بتوان امر بهداشتی و امر بالینی را پیوند زد. یکی از این چارچوب‌ها «بدن‌مندی» است. بر اساس این مفهوم، سلامت امری است که از طریق روابط بین بدن‌ها ایجاد می‌شود، سلامت دیگر صرفاً وضعیت بدن منفرد در نظر گرفته نمی‌شود (Atkinson et al, 2015) از این منظر شاید مبحث بدن‌مندی بتواند پیوندی میان سلامت فردی و سلامت جمعی برقرار کند. اما یکی از مفاهیم کلیدی که در رویکرد انتقادی کمتر مورد توجه قرار گرفته است، زیست‌سیاست Biopolitics است که یکی از پیونددهنده‌های کلیدی امر بهداشتی و امر بالینی (Monajmei & Namazi, 2020) از آنجا که رویکرد انتقادی فعلی، علوم‌انسانی پزشکی به شکل نوعی کنش‌گری اجتماعی فهم می‌کند، اگر زیست‌سیاست فهم درستی نشود واکنش اعتراضی توده‌وار به نهاد پزشکی پیامد جدی آن خواهد بود. اما به نظر می‌رسد رویکرد انتقادی خود را در چنین قالبی تعریف نکرده است و می‌توان انتظار داشت که برخی از اهداف علوم‌انسانی پزشکی محقق نشود.

مناقشه ششم به فلسفه پزشکی و تعامل آن با علوم‌انسانی پزشکی می‌پردازد. تردیدی نیست که نضج گرفتن جریان انتقادی در علوم‌انسانی پزشکی سبب نزدیک شدن این دو حوزه به یکدیگر شده است. در گفتگوی این دو حوزه می‌توان به دوگانه دیگر پی برد و آن خلط و جوه انسانی-علوم انسانی Humanity-humanities است. اینکه پزشکی مدرن انسان‌زدا شده است و باید وجوه انسانی را در آن احیا و تقویت کرد به عنوان هدف علوم‌انسانی پزشکی بارها و بارها تکرار شده است، اما آیا ورود علوم‌انسانی به پزشکی به انسانی شدن پزشکی می‌انجامد؟ پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ورود علوم‌انسانی به پزشکی بدون لحاظ رویکرد انتقادی ممکن است آنچه علوم‌انسانی پزشکی خود منتقد آن بود را تشدید کند، همچون طبی‌سازی.

آلزن تلاش می‌کند تعریفی از علوم‌انسانی ارائه دهد که وجه انسانی را به علوم‌انسانی پیوند می‌زند. از نظر او علوم‌انسانی دغدغه قلمرو انسانی را دارد و می‌کوشد انسانی را به مثابه موجودی فهم کند که آگاهانه به دنبال معناست و این مهم هم از رهگذر زیست‌جهان اشتراکی و هم زیست‌جهان منفرد حاصل می‌شود. این زیست‌جهان‌ها را امر تاریخی و امر زیستی به شکلی پارادوکسیکال آزادی‌های فردی تحدید می‌کنند. پزشکی برای رسیدن به هدف غایی خود باید سه راه را بییماید: اول تبیین علمی بیماری و مداخلات تشخیصی-درمانی برای معالجه آن، دوم فهم تجربه ناخوشی بیمار و تلاش برای فهم همدلانه، سوم

مداقه مفهومی، تاریخی اخلاقی در بستر اجتماعی-فرهنگی. از منظر آزن ناخوشی و بیماری دو روی یک سکه هستند که فهم هر یک نیازمند فهم دیگری است. از منظر آزن علوم انسانی پزشکی می توان پیوند میان ناخوشی و بیماری را برقرار کند. این درهم تنیدگی رخ نمی دهد مگر آنکه علوم انسانی پزشکی به عنوان عنصر کلیدی در طبابت پذیرفته شود و پزشکی هم به عنوان فرآیندی تاریخی-فرهنگی فهم شود. (Ahlzen, 2007)

در تحلیل نهایی در لایه زیرین دو عنصر را می توان از هم بازشناخت: یکی دوگانه هایی و دیگری رانه ها یا فرآیندها. دوگانه ها را می توان ذیل چند گروه کلی تر دسته بندی کرد: روش شناختی (ابزاری-انتقادی و انضمامی-ادغامی)، علم شناختی (علوم طبیعی-علوم انسانی، متخصص-عوام)، هستی شناختی (وجوه انسانی-علوم انسانی، هنر-علم) و پراکسیولوژیک (امر بهداشتی-امر بالینی، مراقبت-معالجه). در مورد رانه ها یا فرآیندها می توان به طبی سازی، بوروکراتیزاسیون، تکنیکی سازی، اخلاقی سازی، علمی سازی تخصصی سازی، فردی سازی اشاره کرد. این فرآیندها را می توان متأثر از ایدئولوژی هایی همچون پروفشنالیسم، لیبرالیسم و از این دست دانست که برای بسط آن مجال دیگری می طلبد.

جدول ۲- مناقشه های حوزه علوم انسانی پزشکی در زیرینا

دوگانه ها	فرآیندها
ابزاری-انتقادی	محافظه کارانه
انضمامی-ادغامی	بوروکراتیزه کردن
مفهومی - وجودی	سلسله مراتب
امر بهداشتی-امر بالینی	طبی سازی
جنبه های انسانی - علوم انسانی	مثبت انگاری
متخصص-غیرمتخصص	علمی سازی
سلامت فردی-جمعی	تکنیکی سازی
مراقبت-معالجه	فردی سازی
علوم انسانی - علوم طبیعی	

در نقد علوم انسانی پزشکی چند پرسش اساسی می توان مطرح کرد. اول، چه کسی از چه کسی می خواهد که انسانی رفتار کند؟ دوم، در آموزش علوم انسانی پزشکی چه نوع نگرشی در ذهن دانشجویان نقش می بندد و آیا این آموزش در ساخت هویت آنان نقشی جدی ایفا می کند؟ سوم، چه نوع تفکر و دانشی در علوم انسانی پزشکی بر ساخته می شود و شروط تحقق آنها در عمل محقق چیست؟ آیا می توان از پزشکان و پرستاران خواست

انسانی تر رفتار کنند، وقتی که نظام ارائه خدمات چنین رفتاری ندارد؟ چهارم، پیامدهای منفی و ناخواسته علوم انسانی پزشکی چیستند؟ چگونه می‌توان آنها را دریافت و چگونه می‌توان ارزیابی‌شان کرد؟ پنجم، با آنکه هنر و علوم انسانی در ذهن طینی مثبت دارند نباید علوم انسانی پزشکی به عنوان فضیلتی محسوب شوند که فراگرفتنش لزوماً راه به جایی می‌برد، (Bleakley, 2015) بلکه علوم انسانی پزشکی همواره باید نسبت به خود و نهاد پزشکی رویکردی انتقادی داشته باشد.

۵. مطالعات فرا- پزشکی (MMS) *Metamedicine studies* به مثابه بدیلی برای علوم انسانی پزشکی / سلامت

در بخش پایانی مقاله دو پرسش اصلی می‌پردازیم. اول آنکه رویکرد انتقادی قابل دفاع در علوم انسانی پزشکی / سلامت چه مقوماتی دارد؟ دوم آنکه مطالعات فراپزشکی که به عنوان بدیلی برای علوم انسانی پزشکی / سلامت پیشنهاد می‌شود چیست؟

علوم انسانی پزشکی کلاسیک منتقد وضعیت پزشکی مدرن بود اما از آنجا که به بنیان‌های نظری مشترک پزشکی و علوم انسانی مدرن (بخوانیم اجتماعی) بی‌توجه بود، توفیق چندانی نیافت، چرا که علوم اجتماعی دچار بحران‌هایی مشابه پزشکی مدرن است که در ادامه بدان اشاره خواهیم کرد. رویکرد انتقادی هم با آنکه تلاش می‌کرد از رویکرد کلاسیک گذر کند مبنای روایی برای تحلیل و نقد پزشکی به دست نمی‌داد و مانند علوم انسانی سلامت (خوانش کرافوردی) به طبی‌سازی پزشکی یاری می‌رساند.

مناقشه‌هایی که در زیربنا تحلیل کردیم نشان داد که بسیاری از این مناقشه‌ها متوجه مسائلی متفاوت یا حتی مغایر با اهداف و غایت علوم انسانی پزشکی هستند. نظر کردن به مناقشات لایه زیرین نشان می‌دهد که مواجهه محافظه‌کارانه، دیوان‌سالارانه، تمایل به رشته کردن، استفاده ابزاری، رویکرد انضمامی، نزاع سلسله‌مراتبی، طبی‌سازی و مثبت‌انگاری سبب خواهند شد که علوم انسانی سلامت از اهداف خود بازماند.

نقدی که به جریان علوم انسانی پزشکی چه در رویکرد کلاسیک و چه انتقادی وارد است ضعف بنیان‌های نظری آن است. تکنیک‌زدگی و عمل‌زدگی بافتار پزشکی همواره تأملات نظری را به سمت و سوی فروکاسته شدن به سیاهه‌ای از تکنیک‌ها سوق می‌دهد. تن‌هاوه با مرور سیر تطور فلسفه پزشکی می‌گوید که انتظار این بود که فلسفه پزشکی با الهام از نظرات متفکران و صاحب‌نظرانی همچون فوکو و ایلچ که متقدان جدی حوزه

پزشکی و سلامت بودند، کار خود را آغاز کند، اما مسیر کاملاً متفاوتی را پیش گرفت. و سه جریان اصلی مقوم آن بودند. اول اخلاقی سازی ethicalization به این معنا که فلسفه پزشکی صرفاً به مسائل اخلاقی پردازد و بقیه را فروگذارد. دوم تکنیکی سازی technicalization است که باید صرفاً به مسائل و راه حل های عملی آنها پرداخت و مسائل نظری را فراموش کرد. سوم ضد واقع گرایی anti-realism که در اینجا به معنای خصوصی سازی، نسبی گرایی relativism و رویه گرایی proceduralism (ten Have, 1997). شبیه چنین انتقادی را می توان به حوزه علوم انسانی پزشکی هم وارد دانست. با آنکه رویکرد انتقادی (همچون اتکینسون و همکاران) بازگشتی به سمت نظریه های انتقادی در علوم انسانی داشته است، اما جریان غالب نوعی کنش گری اجتماعی Social activism است. اگرچه می توان این رویکرد را به عنوان بخشی از جریان علوم انسانی پزشکی پذیرفت، اما منحصر شدن تمامی حوزه علوم انسانی پزشکی به کنش گری اجتماعی، این حوزه را از بسیاری از اهداف خود باز خواهد داشت چرا که جنبه های نهادی، علم شناختی، عمل شناختی (پراکسیولوژیک) پزشکی واگذار شده اند.

همان طور که پیشتر هم اشاره شد پزشکی و علوم انسانی - اجتماعی مدرن از یک سنخ هستند و از این روست جامعه شناسی، روانشناسی و .. به مثابه علوم انسانی پزشکی نمی توانند چنانکه علوم انسانی پزشکی در پی آن هستند پزشکی را انسانی کنند. بدان دلیل است هر دو مبتنی بر علم فرد یا نوعی فرد گرایی هستند. این علوم انسانی از همان سنخی هستند که علوم پزشکی. فوکو می گوید پزشکی بالینی ساختاری فراهم کرد که علم انسان را ممکن ساخت و انسانی به موضوع علم پوزیتیو تبدیل کرد. به بیان دیگر پزشکی بالینی و علوم انسان (علوم اجتماعی مدرن) از منظر فوکو واجد ساختاری یکسان هستند و اگر یکی انسان زداست، دیگری هم چنین است. به بیان دیگر ساختار مشترک این دو علم، نه فقط از حیث روش شناسی بلکه از آن حیث که انسان را به ابژه علم پوزیتیو بدل کرد، سبب خواهد شد علوم اجتماعی به کار انسانی کردن پزشکی و رفع بحران های آن نیاید. چنین علوم اجتماعی ای نه تنها نمی تواند موضعی انتقادی در قبال پزشکی بگیرد، بلکه با افزوده شدن به بدنه آن به شکل انضمامی، زمینه طی سازی بیشتر پزشکی را فراهم می آورد. (منجمی، ۱۳۹۸)

در اینجا از همان محل انقطاع از جریان های انتقادی بازنگری در علوم انسانی پزشکی را می آغازیم. باور ما بر این است که برای احیای رویکرد انتقادی در علوم انسانی

پزشکی/سلامت، باید به سراغ متفکرانی برویم که هم منتقد علوم اجتماعی مدرن هستند هم منتقد پزشکی؛ یعنی فوکو، گادامر و هابرماس^۷. فوکو هم در تولد کلینیک و تاریخ جنون و پس از آن در زیست‌سیاست مبسوط به پزشکی پرداخته است. گادامر در رازوارگی سلامت در قالب سیزده سخنرانی برای پزشکان و روانپزشکان به ابعاد مختلف مسائل پزشکی از منظر هرمنوتیک فلسفی پرداخته است. هابرماس هم منتقد جدی مهندسی ژنتیک است.

گادامر در کتاب رازوارگی سلامت در فصل «اقتدار و آزادی انتقادی» به شیوه‌ای متفاوت اقتدار را در پزشکی تبیین می‌کند - و بر خلاف فوکو که به قول فریزر خیلی چیزها را قدرت می‌نامد- با افکندن تمایز میان اقتدار و مقتدر راهی متفاوت برای رویکرد می‌گشاید. از منظر گادامر اقتدار طنینی مثبت دارد و مقتدر منفی. در بادی امر و در انگاره عمومی آزادی انتقادی به مثابه آنتی‌تز اقتدار به کار رفته است، اما گادامر هیچ تضادی میان این دو نمی‌بیند چرا که میان این دو پیوند درونی عمیقی هست. نقش و جایگاه پزشک در میانه اقتداری که دارند و آزادی انتقادی که باید داشته باشند، مشخص می‌شود. پزشکان باید توانایی خود-رهایی‌بخشی self-liberation بیمار را داشته باشند و در مقابل وسوسه اقتداری که علم به آنها اعطا کرده است غلبه کنند. بهترین روش برای بهره‌گیری روا از اقتدار، آزادی انتقادی است. (گادامر، ۱۳۹۶، ص ۱۸۵-۱۹۵)

هابرماس هم در ربط و نسبت دانش تخصصی و دانش عوامانه، هم در اخلاق مفاهیم‌ای و هم در مفهوم استثمار زیست‌جهان اجتماعی چارچوب‌های مفهومی مناسبی برای علوم انسانی پزشکی با رویکرد انتقادی در اختیار می‌گذارد. فوکو هم در پروبلماتیزه کردن و هم تحلیل انتقادی گفتمان ابزارهای مفهومی مناسبی برای علوم انسانی پزشکی با رویکرد انتقادی عرضه می‌کند. تامس مک‌کارتی بر این باور است که به‌رغم تفاوت‌های و تنش‌های ظاهری میان فوکو و هابرماس، این دو ارتباط و پیوندی نزدیک دارند، طوری که از نقاط قوت آثار فوکو می‌توان به منزله مکملی برای نظریه انتقادی بهره گرفت. (اسکمبلر، ۱۳۹۶، ص ۲۵۹) هابرماس با بازسازی اخلاق برپایه الگوهای عرفی گفتمان مفاهیم بین‌الذهانی راه‌های برای گریز از محافظه‌کاری و نیهیلیسم را عرضه می‌کند. (اسکمبلر، ۱۳۹۶، ص ۲۸۲-۲۸۳)

به نظر می‌رسد علوم انسانی پزشکی مبتنی بر بازسازی و خوانش گادامر-فوکو-هابرماس می‌تواند چارچوبی انتقادی تحلیلی ارائه کند که مجال دیگری می‌طلبد و در نوشتار دیگری بدان خواهیم پرداخت.

حال پس از ایضاح آنکه علوم انسانی پزشکی با خوانش انتقادی در چه خوانشی قابل دفاع است، به پرسش دوم خواهیم پرداخت. به زعم صادق زاده با آنکه فناوری و علوم زیست پزشکی پیشرفت قابل توجهی داشته اند؛ نه تنها چنین فهمی از پزشکی پیشرفتی نداشته است و بلکه حتی پرورنده هم نشده است. بسیاری از مسائل اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، اخلاقی، روش شناختی و معرفت شناختی و پیامدهای مداخلات پزشکی همچنان پرابهام و نامشخص هستند. (Sadeghzadeh, 1980) ما در اینجا با نظر صادق زاده همداستانیم و آنچه به عنوان «مطالعات انتقادی فرایزشکی» پیشنهاد می کنیم در راستای به دست دادن چنین فهمی است. به بیان دیگر، آنچه در اینجا به عنوان مطالعات انتقادی فرایزشکی مد نظر است، تلاشی است برای بازسازی آنچه علوم انسانی پزشکی نامیده شده است. عبارت «فرا پزشکی» را از صادق زاده وام گرفته ایم.

ممکن است گفته شود که این پیشنهاد صرفاً نوعی تغییر نام است و مناقشه ها و چالش ها باقی خواهد ماند. با آنکه با قطعیت نمی توان این اعتراض را مردود دانست، اما هدف ما از این پیشنهاد در انداختن چارجوب مفهومی است که حاصل تحلیلیمان از مناقشه ها و رانه های حوزه علوم انسانی پزشکی است. افزون بر آن، بسیاری از نقصان ها و ایراداتی که به علوم انسانی پزشکی / سلامت بود در آن راه نداشته باشد.

باید بر این نکته تأکید کنیم که هدف این حوزه مطالعاتی نه صرفاً عملی است نه نظری محض. هر نوع تعریف اهداف علوم انسانی پزشکی بدون توجه به سرشت پزشکی ابتر می ماند. پزشکی هم حوزه ای درهم تنیدگی نظر و عمل در آن بارز است و هم پراکتیسی است ناظر به مراقبت و مرتفع کردن درد و رنج دیگران. از این روف ما در نهایت امید داریم که این حوزه مطالعاتی بتواند به بهبود کیفیت مراقبت و طبابت و ارتقاء سلامت یاری رساند. مطالعات انتقادی فرایزشکی در صدد نیست که نظریه های غامض یا بیانیه هایی درباره سرشت پزشکی ارائه دهد یا نقدهای تند و گزنده علوم زیست پزشکی عنوان کند. به باور ما تأثیرگذاری بر حوزه سلامت بدون تأمل انتقادی در بنیان های پزشکی و سلامت میسر نیست اما باید توجه داشت این تأملات فی نفسه هدف نیستند. همان طور که صادق زاده هم اشاره کرده است یک مطالعات انتقادی فرایزشکی می تواند گونه ای بازسازی باشد، یعنی اینکه مسأله ای را آشکار کرده، آن را توصیف و تحلیل کند؛ یا اینکه از بنیان ایده و مفهومی را برسازد، و یا آمیزه ای از هر دو باشد. (صادق زاده ۱۹۸۰)

نکته در اینجا است که فروکاستن مطالعات انتقادی فرایزشکی به مجموعه‌ای از رشته‌ها/ میان‌رشته‌ای‌ها یا حوزه‌های مطالعاتی مرسوم در دانشکده‌های پزشکی، خطر غلبه دیوانسالاری bureaucratization و غفلت از مسائل اساسی و هدف علوم انسانی سلامت را به دنبال خواهد داشت. از این رو پیشنهاد می‌شود که مطالعات انتقادی فرایزشکی همچون چتری فرارشته‌ای، متکفل توجه به پرسش‌های بنیادین پزشکی شود و البته رشته‌های موجود هم چون اخلاق پزشکی، آموزش پزشکی، تاریخ پزشکی و ... را به سمت و سویی انتقادی چه میان خود و چه معطوف به هدف طبابت و پزشکی هدایت کند.

پی‌نوشت‌ها

۱. با آنکه واژه humanities معادل علوم انسانی است اما علوم انسانی پزشکی مسامحتاً علوم اجتماعی و هنر را هم در بر می‌گیرد.
۲. وقتی که دانشوران و اصحاب علوم انسانی از واژه «انسان‌گرایی (humanism)» و برنامه‌درسی «کتاب‌های بزرگ» فاصله گرفته بودند. یکی از چهره‌های شاخص medical humanism در آن بازه ادموند پلگرینو است که موسسه ارزش‌های انسانی در پزشکی را بنیان نهاد و رئیس دانشگاه کاتولیک شد و سالها رئیس انجمن اخلاق زیستی بود. به نظر می‌رسد از این حیث این پروژه گاه به جنبه‌های الهیاتی نیز می‌پردازد.
۳. ماجرای جدال رشته‌ها یا به تعبیری دقیق‌تر، تکرار رشته‌ای‌ها، را در آثار کانت نیز می‌توان، پی گرفت. او در نوشتار نزاع بین دانشکده‌ها، سه دانشکده فرادست یعنی حقوق، الهیات و پزشکی را بر می‌شمرد که دغدغه کارآمدی دارند و از همین رو شان عالی یافته‌اند. با این حال این رشته‌ها و این دانشکده‌ها به مفاهیم و مباحثی می‌پردازند که در تدقیق آن تأمل کافی نکرده‌اند، از این دست مفاهیم می‌توان به حق، تکلیف، بیماری اشاره کرد. دانشکده فلسفه، اما با اینکه دغدغه حقیقت دارد، فرودست است. کانت تلاش می‌کند تا دانشکده فلسفه را بر صدر بنشانند و از حقوق و امتیازات والاتری نسبت به سایر دانشکده‌ها برخوردار کند چرا که به باور او این فلسفه است که پرسش‌های کلان را پاسخ می‌گوید و قضاوت و اتونومی را مجال می‌دهد. (کانت، ۱۳۹۹) به نظر می‌رسد تکاپوی کانت آن است که رخنه‌های دانشکده طب را با نظارت علوم انسانی (در اینجا بخوانید فلسفه) پر کند.
۴. به تعبیر دیگر پزشکی معادل علم است یا رشته‌ای علم بنیاد است.

۵. این برخورد در مورد مفهوم طبی‌سازی هم وجود دارد که سایر مراقبان سلامت آن را همچون امر صرفاً مرتبط با پزشکان فهم کرده‌اند و بر این باور نادرست هستند که با انتقاد از طبی‌سازی، اقتدار پزشکان را به چالش کشیده‌اند در حالی که بر سر شاخ نشسته‌اند و بُن می‌بُرند.

۶. رویکرد انتقادی را موج دوم نیز می‌خوانند. (Bleakley, 2015)

۷. الگوی فوکو در مواجهه با تاریخ پزشکی، تاملات انتقادی گادامر در هرمنوتیک فلسفی رابطه پزشک و بیمار و رویکرد هابرماس در نسبت علم با حوزه عمومی و البته مصبوغ و مسبوق بودن علم به ارزش، نمونه‌هایی از تلاش‌های علوم انسانی سلامت در قالبی غیر کلاسیک است. تلاشی که از سمت فیلسوفان بزرگ معاصر صورت گرفته است بی‌آنکه عنوان علوم انسانی سلامت را به طور خاص بر خود داشته باشند.

کتاب‌نامه

- اسکمبلر، گ. (۱۳۹۶). هابرماس، نظریه انتقادی و سلامت، مترجم: حسینعلی نودری، تهران: انتشارات علمی فرهنگی.
- فوکو، م. (۱۳۹۰). تولد پزشکی بالینی، مترجم: فاطمه ولیانی، تهران: نشر ماهی.
- گادامر، ه. (۱۳۹۴). رازوارگی سلامت: هنر شفابخشی در عصر علم، مترجم: نرگس تاجیک، تهران: پگاه روزگار نو.
- منجمی، علیرضا. (۱۳۹۸). ابتدای علوم انسانی بر پزشکی بالینی: خوانشی نو از تولد کلینیک. فلسفه علم، ۹(۱۷)، ۱۳۹-۱۶۲.

- Adachi T. (2015) Medical Humanities, in ten Have H, ed. Encyclopedia of global bioethics. Cham, Switzerland: Springer, pp 1829-1837.
- Ahlzén R. (2007). Medical humanities - arts and humanistic science. Medicine, health care, and philosophy, 10(4), 385-393. (مقاله پنجم)
- Atkinson. S., Evans. B., Woods. A., & Kearns. R. (2015). 'The medical' and 'health' in a critical medical humanities. The Journal of medical humanities, 36(1), 71-81. (مقاله سوم)
- Baumann, A. O., Deber, R. B., Silverman, B. E., & Mallette, C. M. (1998). Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. Journal of advanced nursing, 28(5), 1040-1045.
- Bleakley A. (2015). Medical humanities and medical education: How the medical humanities can shape better doctors, New York: Routledge, pp 40-59.
- Boniolo, G, Di Fiore PP.(2010). Deliberative ethics in a biomedical institution: an example of integration between science and ethics. Journal of Medical Ethics, 36: 407-408.
- Brody, H. (1985). Philosophy of medicine and other humanities: toward a wholistic view, Theoretical Medicine, 6: 243-255.

- Brody H. (2011). Defining the medical humanities: three conceptions and three narratives. *The Journal of medical humanities*, 32(1), 1-7.
- Cassell, E J. (1991). Recognizing suffering. *Hastings Cent Rep*.
- Chiapperino, L., & Boniolo, G. (2014). Rethinking medical humanities. *The Journal of medical humanities*, 35(4), 377-387. (مقاله اول)
- Colls, R., and B. Evans. 2008. "Embodying Responsibility: Children's Health and Supermarket Interventions." *Environment and Planning A* 40:615-63.
- Cole TR, Carlin NS, Carson RA. (2015). Medical humanities: An introduction, pp 15-37.
- Craford P, Brown Ch, Tischer V, Abrams B. (2015). *Health humanities*, New York: Pelgrave Macmialln, pp 1-19.
- Evans H M (2007) Medical humanities: stranger at the gate, or long-lost friend?. *Medicine, health care, and philosophy*, 10(4), 363-372. (مقاله چهارم)
- Evans, M H., Macnaughton, J. (2004). Should Medical Humanities be a Multidisciplinary or an Interdisciplinary Study? *Medical Humanities* 30: 1-4.
- Hess, D. (1997). *Science studies: An advanced introduction*. New York: New York University Press, pp 87-100.
- Jones T, Wear D, Friedman LD. (2014). *Health Humanities Reader*, London: Rutgers University press, pp Introduction.
- Monajemi, A., & Namazi, H. (2020). Health lag: medical philosophy reflects on COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 13. Retrieved from <https://jmehm.tums.ac.ir/index.php/jmehm/article/view/918>
- Puustinen R, Leiman M, Viljanen AM. (2003). Medicine and the Humanities: Theoretical and Methodological Issues. *Medical Humanities* 29: 77-80.
- Sadegh-Zadeh, K. (1980) Toward metamedicine. *Metamedicine* 1, 3-10.
- Stempsev W. E. (2007). Medical humanities and philosophy: is the universe expanding or contracting?. *Medicine, health care, and philosophy*, 10(4), 373-383. (مقاله ششم)
- ten Have H. (1997). From synthesis and system to morals and procedure: the development of philosophy of medicine, in R. A. Carson and C. R. Burns (eds.), *Philosophy of Medicine and Bioethics*, Netherlands: Kluwer Academic Publishers, pp 105-123.
- Van Leeuwen, E. and G.K. Kimsma: 1997, *Philosophy of Medical Practice: A Discursive Approach*, *Theoretical Medicine* 18, 99-11