

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

علی رضا منجمی*

حمیدرضا نمازی**

چکیده

«علوم انسانی پزشکی» (medical humanities) در وهله اول عبارتی نامأنوس به نظر می‌رسد. این که چگونه دو حوزه مجزا و متمایز معرفتی هم‌نشین شده‌اند به وضعیت پرسشگری پزشکی اشاره دارد. در بخش ابتدایی مقاله به تحلیل علوم انسانی پزشکی براساس مناقشه‌های این حوزه خواهیم پرداخت و در بخش دوم حوزه انتقادی مطالعات فرابپزشکی به‌عنوان 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 زیرین دو عنصر را می‌توان از هم بازشناخت: یکی دوگانه‌ها و

* 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

دیگری رانه‌ها یا فرایندها. دوگانه‌ها را می‌توان ذیل چند گروه کلی‌تر دسته‌بندی کرد: روش‌شناختی، علم‌شناختی، هستی‌شناختی، و پراکسیولوژیک. درمورد رانه‌ها یا فرایندها می‌توان به طبی‌سازی، بوروکراتیزاسیون، تکنیکی‌سازی، اخلاقی‌سازی، علمی‌سازی تخصصی‌سازی، و فردی‌سازی اشاره کرد. اما همان‌طور که در تحلیل نهایی اشاره می‌کنیم رویکرد انتقادی توفیق‌چندانی نیافت. پزشکی و علوم انسانی - اجتماعی مدرن از یک سنخ‌اند و از این‌روست که جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، و غیره، به‌مثابه علوم انسانی پزشکی، نمی‌توانند چنان‌که علوم انسانی پزشکی در پی آن‌اند پزشکی را انسانی کنند. از این‌رو، باید به نظریه انتقادی‌ای توجه شود که هم‌زمان علوم اجتماعی و پزشکی را نقد کند، مانند نظریه‌های فوکو، گادامر، و هابرماس. مطالعات انتقادی فراپزشکی باید هم‌چون چتری فرارشته‌ای متکفل توجه به پرسش‌های بنیادین پزشکی شود و البته رشته‌هایی را به سمت‌وسویی 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 به‌نظر می‌رسد. این‌که چگونه دو حوزه مجزا و متمایز معرفتی هم‌نشین شده‌اند به وضعیت پرسش‌پزشکی اشاره دارد. در طبقه‌بندی متداول علوم، یعنی علوم طبیعی، علوم انسانی، و علوم اجتماعی، پزشکی جایگاه مشخصی ندارد. این وضعیت را پلگرینو، فیلسوف پزشکی، چنین تصویر می‌کند: «پزشکی انسانی‌ترین علوم، تجربی‌ترین هنرها، و علمی‌ترین علوم انسانی است» (Pellegrino 1979: 17). به‌تعبیر دیگر، 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 اضطرار است که حتی در وضعیت عدم قطعیت مداخله‌ای بکند (Van Leeuwen and 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 پاسخ‌دادن به این پرسش‌ها از روش مدل‌سازی یا مطالعات مناقشه‌ها (mapping controversies or controversy studies) بهره گرفته‌ایم. در این روش، به‌جای تمرکز بر آموزه‌ها و دستاوردهای حوزه پژوهشی، بر مناقشه‌های آن حوزه متمرکز می‌شوند تا از ره‌گذر آن، فرایند شکل‌گیری و تولید دانش در آن حوزه را مطالعه کنند (Hess 1997). مناقشه در مسائل و مباحثی رخ می‌دهد که رویکردهای مختلفی درباب آن‌ها وجود دارد و جامعه پژوهشی در درون خود یا با گروه‌هایی خارج از خود بر سر آن‌ها اختلاف نظر دارند. در این روش آنچه مدنظر است برجسته‌کردن فرایند شکل‌گیری یک حوزه و تأثیرپذیری آن از عوامل مختلف است. از این‌رو، در این مقاله برای تحلیل و نقد علوم انسانی پزشکی به موضوعاتی می‌پردازیم که محل مناقشه و بحث در این اجتماع علمی است.

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 درباب پزشکی نضج گرفت که به بازنگری نقش علوم انسانی در پزشکی انجامید. از یک‌سو، 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 پایه‌پای پیشرفت‌های علوم زیست‌پزشکی پیش گرفته است. از جمله این نقدها می‌توان به انسان‌زدایی (dehumanizing)، تخصصی‌شدن مفرط، تکنیک‌زدگی، طبی‌سازی (medicalization)، بیش‌حرف‌ای‌شدن (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، و 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 از سرشت پزشکی، غایت و هدف آن، و تجارب وجودی پزشک و بیمار به‌دست 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 (Boniolo and Di Fiore 2010; Brody 1985).

علوم انسانی پزشکی با بازننگری 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 (Cassell 1991). از این رو، علوم انسانی پزشکی همواره این دغدغه را دارد که پزشکی چه باید باشد و چرا به نظر می‌رسد که این‌گونه 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 این مناقشات چه در جریان است و چگونه حوزه علوم انسانی پزشکی را قوام داده است. در نهایت، می‌کشیم الگویی انتقادی از علوم انسانی پزشکی به دست دهیم که آن را «مطالعات انتقادی فراپزشکی» می‌نامیم.

۲. خاستگاه علوم انسانی پزشکی

یکی از زمینه‌های مؤثر در برآمدن حوزه علوم انسانی پزشکی به مباحث تلفیق رشته‌ای 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 فناوری (ibid.).

از سوی دیگر، انتقادهایی که به پیشرفت‌های علوم زیست‌پزشکی (biomedicine) از منظر فلسفه، اخلاق، و سایر حوزه‌ها آغاز شده بود در برآمدن علوم انسانی پزشکی نقش مؤثری ایفا کردند. نقد اصلی این بود که علوم زیست‌پزشکی با تکیه بر سازوکارهای سلولی مولکولی به موقعیت برتری دست یابند. در نتیجه، پزشکی مدرن به‌طور روزافزون انسان‌زدا شد، به این معنا که به جای آن‌که انسان بیمار و تجارب و وضعیت او محوریت یابد، سازوکارهای 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 نزدیک شوند و با پیشرفت فناوری امکان یافتند تا 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: 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، ریاضیات، علوم رایانه، و الکترونیک جذب پزشکی شده‌اند. این تلاش‌ها با این هدف است که پزشکی را به مرتبه علم ارتقا دهد. اما نباید از این واقعیت غفلت کنیم که آناتومی، فیزیولوژی، آسیب‌شناسی، میکروبی‌شناسی، بیوشیمی، فارماکولوژی، و سایر رشته‌های علوم زیست‌پزشکی دانش مرتبط و متناسب برای مواجهه با بیمار به‌منزله 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 آن‌روست 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 به‌نوعی نمایاننده شکاف نظر و عمل و ذاتی موقعیت مدرن است در این‌جا جایی ندارد (گادامر ۱۳۹۴: ۲۳-۶۳). روند علمی‌کردن پزشکی که از قرن نوزدهم آغاز شد موجب برآمدن این باور شد که با علمی‌کردن پزشکی مشکلات طبابت 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 جای دارد و این مهم از مجموعه علوم زیست‌پزشکی بر نمی‌آید. بنابراین، اگر طبابت را در مرکز پزشکی تصور کنیم، با تأسف مشاهده می‌کنیم که باوجود تمامی دستاوردهای زیست‌پزشکی صدوپنجاه سال گذشته، در روش‌شناسی طبابت پیشرفتی نکرده‌ایم. مایه حیرت است که فوریت تأسیس چنین رشته‌ای به‌ندرت درک شده است (Sadeghzadeh 1980).

مفهوم علوم انسانی پزشکی از پس پرسشی فلسفی برمی‌آید: پزشکی یا طبابت چیست؟ در پاسخ به این پرسش یکی از مهم‌ترین دستاوردهای علوم انسانی پزشکی این بوده است که انگاره علم‌بودن صرف (pure science) پزشکی را به‌چالش بکشد. مهم‌ترین مشخصه پزشکی در قرن بیستم وجهه علمی آن بوده است؛ اما جریان علوم انسانی پزشکی دراصل در پی آن بود تا نشان دهد این فهم مستوفی و کاملی نیست. به‌بیان‌دیگر، بخش علمی

پزشکی به تنهایی قادر به پاسخ گفتن به تمامی مشکلات طبابت نیست. افزون‌براین، ورود فناوری به پزشکی، با وجود توفیق‌های فراوانی که به‌هم‌راه 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 مرتبط با وضعیت‌ها و موجودات انسانی است انسان‌زدا می‌کند (Adachi 2015).

از این‌جا بود که پزشکی را واجد دو بعد علمی و انسانی (و به‌تعبیر دیگر علم و هنر) دانستند. حذف جنبه‌های انسانی از پزشکی از منظر عملی و فلسفی قابل دفاع نیست. اما در بادی امر به‌نظر می‌رسد که جنبه‌های انسانی در پزشکی نسبت به جنبه‌های علمی آن ثانویه و پیرامونی باشد، چراکه بدنه اصلی پزشکی علمی است. علوم انسانی توانایی پزشکی علمی در درمان بیماران را از ره‌گذر فهم جنبه‌های انسانی بیمار و تسهیل رابطه پزشکی و بیمار تقویت می‌کند و کارآمدی پزشکی علمی را بهبود می‌بخشد. اما پرسشی که به‌میان می‌آید این است «پزشکی علمی محض چیست؟». فرض کنیم پاسخ تشخیص، درمان، پیش‌گیری، آموزش، پژوهش، و فناوری پزشکی باشد. با اندکی تأمل می‌توان دریافت که تشخیص، درخواست آزمایش‌های آزمایشگاهی، و انتخاب درمان مناسب بدون تعامل پزشکی 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 آزمایش یا تصویربرداری از بیمار ممکن است به این نتیجه برسد که این یافته‌ها با آنچه بیمار از آن شکایت دارد منطبق نیست. از این‌رو، 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 آن که هم کوچک‌ترند و هم متعدد، اما چنان منتشرند که امکان جداسازی این دو از یک‌دیگر وجود ندارد (Clouser 1997).

۳. دوگانه‌ها یا مناقشه‌ها در علوم انسانی پزشکی

با مرور و تحلیل دقیق پژوهش‌ها و ادبیات علوم انسانی پزشکی پنج مناقشه اصلی شناسایی شدند. شایان ذکر است که این مناقشه‌ها یا به‌شکل دوگانه‌اند (dichotomy) یا بیش از دو رویکرد درباره آن موضوع وجود دارد که لزوماً متناقض یا متباین نیستند؛ ممکن است برخی

از آن‌ها مکمل یک‌دیگر به‌نظر برسد یا یک‌سره در چهارچوب‌های نظری متفاوتی صورت‌بندی شده باشند.

۱.۳ مناقشه اول: گستردگی و تنوع تعابیر و تعاریف

تعابیر (conceptions) 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 به‌مثابه مداخله‌ای برای ارتقای سلامت؛ درنهایت، هنر درمانی به‌خصوص در بیمارستان‌های روانی به‌عنوان بخشی از روان‌درمانی (Bleakley 2015). یکی دیگر از صاحب‌نظران علوم انسانی پزشکی سه تعبیر از علوم انسانی پزشکی را چنین توصیف می‌کند: اول به‌مثابه مجموعه‌ای از رشته‌هاست؛ دوم برنامه‌ای برای پرورش اخلاقی که به‌نوعی پروردن حکمت و خرد در عصر فن‌علم است؛ و سوم دوستی حمایت‌گر است (Brody 2011).

از سوی 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 به‌مثابه روشی برای جلوگیری از فرسودگی پزشکان و تجدید قوای آنان قلمداد شده است و دست‌آخر 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 حوزه‌ای پژوهشی به‌کار ادامه دهد. طرف‌داران رشته‌ای شدن بر این باورند که علوم انسانی پزشکی هم مانند رشته‌هایی چون اخلاق پزشکی یا آموزش پزشکی برای آن‌که بتواند اثرگذار باشد، به اجتماع علمی منسجمی شکل دهد، و برنامه پژوهشی هدف‌مند و پیش‌رونده‌ای را سامان دهد باید در قالب رشته تحصیلات تکمیلی تعریف شود. مخالفان معتقدند که علوم انسانی پزشکی مجموعه‌ای از رشته‌های مختلف مرتبط هم‌چون فلسفه پزشکی، تاریخ پزشکی، جامعه‌شناسی پزشکی، و

از این دست‌اند که به منظور هدفی خاص گرد هم آمده‌اند. از همین رو، امکان آن‌که همه این رشته‌ها با دانش‌ها و روش‌های مختلف بتوانند در قالب رشته‌ای گرد هم بیایند نه معقول است و نه شدنی. به‌باور این گروه، علوم انسانی پزشکی باید به شکل حوزه‌ای پژوهشی باقی بماند تا هم باروری و زایایی خود را حفظ کند و هم با پرهیز از تخصصی شدن (یعنی آنچه علوم انسانی پزشکی خود متقد آن بود) هدف علوم انسانی پزشکی را محقق کند، چراکه با بهره‌گیری از رشته‌های مختلف قادر خواهد بود توسعه علوم زیست‌پزشکی، طبابت، و مراقبت سلامت را بررسی و نقد کند (ibid.).

۳.۳ مناقشه سوم: میان رشته‌ای یا چندرشته‌ای

دوگانه چندرشته‌ای - میان رشته‌ای یکی دیگر از مناقشه‌های حوزه علوم انسانی پزشکی است (Evans and Macnaughton 2004). به نظر می‌رسد این دوگانگی روش شناختی آموزش و پژوهش علوم انسانی پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آن‌جاکه علوم انسانی پزشکی متشکل از مجموعه‌ای از رشته‌هاست، چگونگی ربط و نسبت این رشته‌ها پرسشی رواست. چندرشته‌ای هم‌نشینی رشته‌های مختلف است که هرکدام تخصص خود را حفظ می‌کنند، در صورتی که در میان‌رشته‌ای 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 دانشگاهی پایدار می‌ماند. حامیان دیدگاه چندرشته‌ای معتقدند که جست‌وجوی فصل مشترک میان رشته‌ها که میان‌رشته‌ای به دنبال آن است به فرایندی پایان‌ناپذیر و سرشار از تعارض می‌انجامد که ممکن است قابلیت‌های رشته‌های مستقل و شناخته‌شده در علوم انسانی را تلف کند (Puustinen et al. 2013). در مقابل، باورمندان به دیدگاه میان‌رشته‌ای جست‌وجو برای تعاملات ممکن میان تخصص‌های مختلف برای یافتن موضوعات مشترک را بهترین راه برای تقویت رویکرد انسان‌گرایانه در پزشکی می‌دانند. این تعامل میان‌رشته‌ای سبب می‌شود رشته‌ها به مسائلی بپردازند که نه در پی آن بوده‌اند و نه به‌تنهایی آن را به رسمیت می‌شناسد (Evans and Macnaughton 2004; Chiapperino and Boniolo 2014). به‌باور کول و همکارانش علوم انسانی پزشکی حوزه‌ای است که به تعبیری چندرشته‌ای و به تعبیر دیگر میان‌رشته‌ای است که 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 هرکس به‌فراخور علایق خود می‌تواند بخشی از این کارها را برعهده بگیرد (Cole et al. 2015). استمپسی میان‌رشته‌ای را نوعی نوپدید (emergence) می‌داند که رشته‌های مختلف مسائل و راه‌حل‌ها را در تعامل و از ره‌گذر به‌اشتراک گذاشتن متافورهایشان به‌دست 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 به‌سمت «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 به‌حاشیه 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 غیرپزشکی است. ازسوی‌دیگر، علوم انسانی سلامت آموزش علوم انسانی را منحصر به دانشجویان پزشکی و پزشکی نمی‌داند و بر این باور است که سایر مراقبان سلامت هم باید از آن برخوردار باشند. علوم انسانی سلامت حوزه عمومی مخصوصاً مراقبان غیرحرفه‌ای و خودمراقبتی را هم در بر می‌گیرد و به‌کارستن هنر و علوم انسانی به‌مثابه مداخلاتی در ارتقای سلامت و به‌زیستی اجتماعی هم در حوزه کاری آن می‌گنجد. درمجموع، به‌نظر می‌رسد علوم انسانی سلامت حوزه‌ای فراتر از بیماری و بیماران را مدنظر دارد. غنی‌کردن محیط (environment) مراقبت با بهره‌گیری از علوم انسانی و هنر ممکن است. ایده اصلی علوم انسانی سلامت این است که از ره‌گذر هنر و علوم انسانی می‌توان معنای رخدادها و تجربه‌های مراقبت را دریافت که هم درمورد دریافت‌کننده و هم درمورد ارائه‌کنندگان خدمات است. علوم انسانی سلامت در پی دموکراتیزه کردن آن است و مدلی که پیش‌نهاد می‌کند، به‌جای متخصص – عوام مبتنی بر مشارکت در طراحی، خلاقیت و یادگیری است (Crawford et al. 2015).

در مقابل، مخالفان رویکرد علوم انسانی سلامت برآنند که این رویکرد اهدافش بیش تر 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 می کنند نیز هم اکنون در دل علوم انسانی پزشکی هست. نه تنها برخی از بهترین کارها در علوم انسانی پزشکی سعی در بررسی عملکرد مراقبت های بهداشتی در دامنه متنوعی از زمینه های نهادی و اجتماعی دارند (Colls and Evans 2008)، بلکه این ادعا که علوم انسانی سلامت فراگیرتر، بیرونی تر، و کاربردی تر و با مشارکت کسانی است که در علوم انسانی پزشکی به حاشیه رانده شده اند گمراه کننده و نارواست (Atkinson et al. 2015).

۵.۳ مناقشه پنجم: رویکرد کلاسیک - رویکرد انتقادی

رفته رفته در داخل حوزه علوم انسانی پزشکی انتقاداتی به جریان غالب 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 بیش تر می کوشد با راه کارهایی هم چون هم دلی بالینی یا پزشکی روایی در آموزش پزشکی آن را اصلاح کند، در صورتی که حوزه های 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 هم چون سلامت و بیماری است.

از اوایل سال های ۲۰۰۰ جریان انتقادی شکل گرفت و به تدریج گسترش یافت، تا حدی که مجله علوم انسانی پزشکی (*Medical Humanities*) در سال ۲۰۱۵ ویژه نامه ای به آن اختصاص داد و در سال ۲۰۱۶ اولین کتاب با عنوان *علوم انسانی انتقادی* (*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 می دهد: شواهد، بدن، ذهن، و زیست سیاست. رویکرد انتقادی بار نظری بیشتری دارد و به مسائلی می پردازد که در رویکرد کلاسیک مغفول مانده است. همین توجه بیشتر به مسائل نظری زمینه ای فراهم کرد برای کمک به تعامل فلسفه پزشکی و علوم انسانی پزشکی.

یکی از مشکلات آموزش علوم انسانی پزشکی این است که اگر سبب پرورش تأمل انتقادی نشود و در چنبره عمل زدگی پزشکی گرفتار آید، نه تنها ره به جایی نخواهد برد، بلکه مشکلات را پیچیده تر هم خواهد کرد (Bleakley 2015). به باور منتقدان، رویکرد

کلاسیک می‌کوشید تا از آموزش هنر و علوم انسانی به‌مثابه ابزاری برای 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 راجع به رابطه علوم انسانی پزشکی با فلسفه پزشکی است. با آن‌که به‌نظر می‌رسد فلسفه پزشکی بخشی از حیطه علوم انسانی پزشکی است و این دو باید از مدت‌ها پیش در تعامل بوده باشند، چنین اتفاقی چهار دهه پس از برآمدن این دو حوزه رخ داده است. در سال ۲۰۰۷ مجله پزشکی مراقبت، سلامت، و فلسفه (*Medicine, Healthcare, and Philosophy*) ویژه‌نامه‌ای را به ارتباط میان 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 زمینه پرداختند. باید توجه داشت که علوم انسانی پزشکی موضوعی نبود که فلسفه پزشکی به آن علاقه‌مند باشد، ولی مسیر به‌سمتی رفت که این موضوع لازم می‌نمود. با مطالعه هر سه مقاله مورد اشاره می‌توان ریشه‌های مشترک میان آن‌ها را دید. هر سه با طرح دوگانه‌ای بحث خود را صورت‌بندی کرده‌اند؛ اوانز با دوگانه بیگانه – دوست، آلزن با دوگانه فهم زیباشناختی – تحلیلی، و استمپسی با بهره‌گرفتن از دوگانه میان‌رشتگی – چندرشتگی در نسبت علوم انسانی پزشکی و فلسفه پزشکی تأملاتی کرده‌اند.

با آن‌که درون‌مایه مشترک همه این دیدگاه‌ها تلفیق، درهم‌تنیدگی، و جامع‌نگری است، اما در باب 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 را 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. به‌نظر می‌رسد چند پرسش مطرح می‌کند که فلسفه پزشکی باید به آن‌ها بپردازد تا گفت‌وگو میان این دو صورت بگیرد. چگونه پزشکی فناورانه

مدرن فهم ما از وضعیت و سرشت انسانی مان را دست‌خوش تغییر کرده است؟ تعامل پزشکی مدرن با رشته‌های علوم انسانی موجب شکل‌گیری چه برنامه‌های پژوهشی‌ای خواهد شد؟ با میان‌رشتگی و سرشت متفاوت دانش و شواهد در علوم پزشکی و علوم انسانی چگونه باید مواجه شد؟ سرشت بدن‌مند انسان و پی‌آمدهای آن در بیماری و سلامت چیست؟ البته اوانز به آن‌چه در فلسفه پزشکی در جریان است کاری ندارد و مشخص نمی‌کند که آیا فیلسوفان پزشکی به این پرسش‌ها پرداخته‌اند یا باید پردازند (Evans 2007).

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

جدول ۱. مناقشه‌های حوزه علوم انسانی در روبنا

تعابیر و تعاریف گسترده و مختلف
رشته - حوزه
چندرشتگی - میان‌رشتگی
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 دو‌گانه‌ها یا مناقشه‌های عمیق‌تری را شناسایی کرد تا تصویر کامل‌تری از شکل‌گیری و توسعه حوزه علوم انسانی پزشکی به‌دست داد.

در مناقشه اول نزاع بر سر ارائه تعریفی واحد از علوم انسانی پزشکی است، اما باید به‌خاطر داشت که هیچ تعریف نهایی‌ای نه وجود دارد و نه مطلوب است (Cole et al. 2015). تلاش برای یک‌کاسه‌کردن همه این تعاریف، شبیه آن‌چه در فیزیک با عنوان «نظریه همه‌چیز» (theory of everything) مطرح است، نشان از عدم فهم علوم انسانی و تفاوت‌های بنیادین آن با علوم طبیعی دارد. 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 تعبیر علوم انسانی پزشکی را در قالب دوگانه مفهومی - وجودی فهم کرد. در رویکرد مفهومی همه رشته‌ها در مذاقه مفهومی پزشکی مشارکت می‌کنند، درحالی‌که رویکرد وجودی به دنبال عمق‌بخشیدن به فهم انسان و فهم انسان‌گرایانه از روابط پزشک و بیمار است (Chiapperino and Boniolo 2014). با وجود این، برخی صاحب‌نظران علوم انسانی پزشکی بر این باورند که به‌جای 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 چهارچوبی روش‌مند با تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری در پزشکی پیوند می‌زند (ibid.).

مناقشه دوم درباره سرشت علوم انسانی پزشکی به‌مثابه رشته یا حوزه است. جریان تخصص‌گرایی را در بن رویکرد رشته‌ای می‌توان بازشناخت، بدین معنا که علوم انسانی پزشکی چنان اهمیتی دارد که می‌تواند به‌منزله تخصص در کنار سایر تخصص‌ها در حوزه سلامت به‌کار آید. این‌جاست که می‌توان دوگانه انضمامی - ادغامی (Supplementive-integrative) را شناسایی کرد. در اولی علوم انسانی پزشکی می‌تواند به علوم زیست‌پزشکی منضم شود یا آن را تکمیل کند، درحالی‌که در دومی در علوم پزشکی ادغام یافته است و به‌تعبیر دیگر از آن جدایی‌پذیر نیست. در کنار این دو، می‌توان به جریان دیوان‌سالاری (بوروکراتیزه‌کردن) علوم انسانی پزشکی هم اشاره کرد 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 به دوگانه ابزاری - انتقادی. به‌نظر می‌رسد رودررو قرار دادن چندرشته‌گی و میان‌رشته‌گی در علوم انسانی پزشکی حاصل عدم فهم مسئله‌محوری به‌مثابه یکی از مقومات علوم انسانی پزشکی و بیش‌تر حاصل نوعی محافظه‌کاری رشته‌ای و دیوان‌سالاری دانشگاهی باشد که می‌کوشد مرزهای رشته‌ها را تا حد امکان حفظ کند تا به

تخصص‌گزندی نرسد. باید توجه داشت که چندوجهی‌شدن و پیچیده‌شدن مسائل رشته‌ها را از نزاع به گفت‌وگو کشاند و چندرشته‌ای‌ها ثمره این گفت‌وگویند. چندرشته‌ای‌ها (multidisciplinary) البته بیش از آن‌که به تأسیس رشته‌های جدید منجر شوند رویکرد (approach) به‌شمار می‌روند، رویکردی که نتیجه هم‌سخنی و مشارکت رشته‌های مختلف معطوف به مسئله‌ای مشترک است. این‌که چه کسی باید گفت‌وگوی چندرشته‌ای را جمع‌بندی کند و درباب نتیجه نهایی قضاوت کند از مهم‌ترین چالش‌های چندرشته‌ای‌ها است. آنچه معمولاً با چندرشته‌ای‌ها خلط می‌شود میان‌رشته‌ای (interdisciplinary) است. میان‌رشته‌ای‌ها حوزه‌ها (fields) یا رشته‌هایی‌اند که در مواجهه با مسائل چندوجهی از تلفیق چند رشته حاصل می‌شوند. رشته‌هایی که بخشی از حوزه معرفتی و روشی خود را وامی‌گذارند تا مجال تلفیق با هم‌دیگر را پیدا کنند. یکی دانستن بین‌رشته‌ای‌ها با چندرشته‌ای‌ها به بدفهمی روش‌شناختی خواهد انجامید و فضایی نارشته‌ای (non-disciplinary) پدید خواهد آورد. در فضای نارشته‌ای روش‌مندی از دست می‌رود و مفاهیم سرگردان می‌شوند. البته هم‌سخنی و هم‌نشینی رشته‌ها گاهی به تلفیق نمی‌انجامد و آن‌ها صرفاً واژه‌ها و مفاهیمی را از هم به‌عاریت 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 مسائل مشترک دارند با یک‌دیگر بیگانه می‌شوند و گفت‌وگو و تعاملی میانشان در نمی‌گیرد. به تعبیر دیگر، رویکرد فرارشته‌ای نوعی آموزش و پژوهش مسئله‌محور 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) به‌میان آید و حوزه عمومی نیز لحاظ شود. از همین رو، به‌نظر می‌رسد دوگانه چندرشته‌ای - میان‌رشته‌ای بیش از آن‌که در بهترین روش برای تلفیق رشته‌ها باشد نمایان‌گر محافظه‌کاری رشته‌ای، دیوان‌سالاری دانشگاهی، 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 بازتولید کرده است. با آن‌که علوم انسانی سلامت می‌کوشد با نقد طبی‌سازی گسترش ناروای نهاد پزشکی را به‌چالش بکشد، اما

به سبب فقدان چهارچوب‌های نظری لازم توفیق نمی‌باید و دست‌آخر، اقتدار نهاد پزشکی حفظ می‌شود (Atkinson et al. 2015).

اما به‌هرروی، توجه رویکرد علوم انسانی سلامت به سایر مراقبان سلامت و سپهر عمومی بسیار مهم است (Craford et al. 2015). مناقشه میان علوم انسانی سلامت با پزشکی دوگانه مراقبت - معالجه (care-cure) و تخصصی - عوام است. در دوگانه مراقبت - معالجه مراقبت وظیفه پرستار و معالجه وظیفه پزشک است و علوم انسانی پزشکی بیش‌تر بر معالجه متمرکز است، در صورتی‌که ساختن این دوگانه نشان می‌دهد میان بخش علمی (معالجه) و بخش انسانی (مراقبت) دیوار قطوری کشیده شده است. ازسوی دیگر، این تلقی که علوم انسانی پزشکی تخصصی است و با نهاد پزشکی پیوند دارد ممکن است این باور نادرست را رقم بزند که علوم انسانی پزشکی را با سپهر عمومی کاری نیست (Baumann et al. 1998).

علوم انسانی سلامت فقط در صورت‌بندی‌ای جای دفاع دارد 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 چهارچوب فهم کرد. ازاین‌رو، موضع ما این است که علوم انسانی پزشکی - سلامت ترکیب مقبول‌تری است.

مناقشه پنجم درباب 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 صورت‌بندی‌ای که در نهاد بیمارستان رخ می‌دهد و 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 بر بیماری و ارتباط فردی پزشک و بیمار متمرکز باشد به سویه‌های اجتماعی فرهنگی سلامت، سیاست، و عواملی از این دست نظر دارد (Monajemi and 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 به‌مثابه سلامت فردی فهم می‌کند. اتکینسون و همکاران بر این باورند که علوم انسانی پزشکی، باوجود تلاش‌های بسیار برای به‌چالش کشیدن دیدگاه‌های غالب علوم زیست‌پزشکی، به‌ندرت از تلقی فردگرایانه نئولیبرال از سلامت و بیماری گذر کرده است (Atkinson et al. 2015).

ازسوی دیگر، علوم انسانی پزشکی که بر امر بالینی متمرکز شده است این زمینه را فراهم می‌کند تا طبی‌سازی امر بهداشتی به‌سهولت میسر شود. این ممکن است متناقض‌نما به‌نظر

برسد، اما رویکرد کلاسیک که خود را در قالب امر بالینی تعریف کرده است خود سبب‌ساز طبی‌سازی‌ای می‌شود که منتقد آن است. شفابخشی، رفاه، خوش‌بختی، زیبایی، و هم‌دلی که مفاهیم بنیادین علوم انسانی پزشکی‌اند از ره‌گذر طبی‌سازی تبدیل به نوعی مثبت‌انگاری (positivity) می‌شوند که صرفاً در پی القای احساس مثبت و انکار و فرونشاندن تمامی احساسات منفی است (ibid.). اگر قرار باشد که علوم انسانی پزشکی 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، یک‌سان‌پنداشتن علوم انسانی سلامت با مثبت‌گرایی مفرط نادرست و نارواست.

یکی از چالش‌های رویکرد انتقادی یافتن چهارچوبی است که در آن بتوان امر بهداشتی و امر بالینی را پیوند زد. یکی از این چهارچوب‌ها «بدن‌مندی» است. براساس این مفهوم، سلامت امری است که از طریق روابط بین بدن‌ها ایجاد می‌شود، و صرفاً وضعیت بدن منفرد نیست (ibid.). از این منظر، شاید مبحث بدن‌مندی بتواند پیوندی میان سلامت فردی و سلامت جمعی برقرار کند. اما یکی از مفاهیم کلیدی‌ای که در رویکرد انتقادی کم‌تر بدان توجه شده است زیست‌سیاست (biopolitics) است که پیونددهنده کلیدی امر بهداشتی و امر بالینی است (Monajmei and Namazi 2020). از آن‌جا که رویکرد انتقادی فعلی علوم انسانی پزشکی را به‌شکل نوعی کنش‌گری اجتماعی فهم می‌کند، اگر زیست‌سیاست به‌درستی فهم نشود، واکنش اعتراضی توده‌وار به نهاد پزشکی پی‌آمد جدی آن خواهد بود. اما به‌نظر می‌رسد رویکرد انتقادی خود را در چنین قالبی تعریف نکرده است و می‌توان انتظار داشت که برخی اهداف علوم انسانی پزشکی محقق نشود.

مناقشه ششم به فلسفه پزشکی و تعامل آن با علوم انسانی پزشکی می‌پردازد. تردیدی نیست که نضج‌گرفتن جریان انتقادی در علوم انسانی پزشکی سبب نزدیک‌شدن این دو حوزه به یکدیگر شده است. در گفت‌وگوی این دو حوزه می‌توان به دوگانه دیگری پی برد و آن خلط و جوه انسانی با علوم انسانی (Humanity-humanities) است. این‌که پزشکی مدرن انسان‌زدا شده است و باید جوه انسانی را در آن احیا و تقویت کرد به‌عنوان هدف علوم انسانی پزشکی بارها و بارها تکرار شده است؛ اما آیا ورود علوم انسانی به پزشکی به انسانی‌شدن پزشکی می‌انجامد؟ پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ورود علوم انسانی به پزشکی بدون لحاظ رویکرد انتقادی ممکن است آن‌چه را که خود علوم انسانی پزشکی منتقد آن است تشدید کند، هم‌چون طبی‌سازی.

آلزن تلاش می‌کند تعریفی از علوم انسانی ارائه دهد که وجه انسانی را به علوم انسانی پیوند می‌زند. از نظر او علوم انسانی دغدغه قلمرو انسانی را دارد و می‌کوشد انسان را به‌مثابه موجودی فهم کند که آگاهانه به‌دنبال معناست و این مهم هم از ره‌گذر زیست‌جهان‌اشتراکی و هم زیست‌جهان منفرد حاصل می‌شود. این زیست‌جهان‌ها را امر تاریخی و امر زیستی به‌شکلی متناقض‌نما در آزادی‌های فردی تحدید می‌کنند. پزشکی برای رسیدن به هدف غایی خود باید سه راه را بپیماید: اول، تبیین علمی بیماری و مداخلات تشخیصی - درمانی برای معالجه آن؛ دوم، فهم تجربه ناخوشی بیمار و تلاش برای فهم هم‌دلانه؛ سوم، مذاقه مفهومی، تاریخی اخلاقی در بستر اجتماعی‌فرهنگی. از منظر آلزن، ناخوشی و بیماری دو روی یک سکه‌اند که فهم هریک نیازمند فهم دیگری است؛ علوم انسانی پزشکی می‌تواند پیوند میان ناخوشی و بیماری را برقرار کند. این درهم‌تنیدگی رخ نمی‌دهد، مگر علوم انسانی پزشکی عنصر کلیدی در طبابت پذیرفته شود و پزشکی هم به‌مثابه فرایندی تاریخی - فرهنگی فهم شود (Ahlzen 2007).

در تحلیل نهایی در لایه زیربنا دو عنصر را می‌توان از هم بازشناخت: یکی دوگانه‌ها و دیگری رانه‌ها یا فرایندها. دوگانه‌ها را می‌توان ذیل چند گروه کلی‌تر دسته‌بندی کرد: روش‌شناختی (ابزاری - انتقادی و انضمامی - ادغامی)، علم‌شناختی (علوم طبیعی - علوم انسانی، متخصص - عوام)، هستی‌شناختی (وجود انسانی - علوم انسانی، هنر - علم)، و پراکسیولوژیک (امر بهداشتی - امر بالینی، مراقبت - معالجه). درمورد رانه‌ها یا فرایندها می‌توان به طبی‌سازی، بوروکراتیزاسیون، تکنیکی‌سازی، اخلاقی‌سازی، علمی‌سازی، تخصصی‌سازی، فردی‌سازی اشاره کرد. این فرایندها را می‌توان متأثر از ایدئولوژی‌هایی هم‌چون کمال‌گرایی، لیبرالیسم، و از این دست دانست که بسط آن مجال دیگری می‌طلبد.

جدول ۲. مناقشه‌های حوزه علوم انسانی پزشکی در زیربنا

دوگانه‌ها	فرایندها
ابزاری - انتقادی	محافظه‌کارانه
انضمامی - ادغامی	بوروکراتیزه کردن
مفهومی - وجودی	سلسله‌مراتب
امر بهداشتی - امر بالینی	طبی‌سازی
جنبه‌های انسانی - علوم انسانی	مثبت‌انگاری
متخصص - غیرمتخصص	علمی‌سازی
سلامت فردی - جمعی	تکنیکی‌سازی
مراقبت - معالجه	فردی‌سازی
علوم انسانی - علوم طبیعی	

در نقد علوم انسانی پزشکی چند پرسش اساسی می‌توان مطرح کرد: اول، چه کسی از چه کسی می‌خواهد که انسانی رفتار کند؟ دوم، در آموزش علوم انسانی پزشکی چه نوع نگرشی در ذهن دانشجویان نقش می‌بندد؟ آیا این آموزش در ساخت هویت آنان نقشی جدی ایفا می‌کند؟ سوم، چه نوع تفکر و دانشی در علوم انسانی پزشکی بر ساخته می‌شود و شروط تحقق آن‌ها در عمل محقق چیست؟ آیا می‌توان از پزشکان و پرستاران خواست انسانی‌تر رفتار کنند، وقتی نظام ارائه خدمات چنین رفتاری ندارد؟ چهارم، پی‌آمدهای منفی و ناخواسته علوم انسانی پزشکی چیست؟ چگونه می‌توان آن‌ها را دریافت و چگونه می‌توان ارزیابی‌شان کرد؟ پنجم، با آن‌که هنر و علوم انسانی در ذهن‌طینی مثبت دارند، نباید علوم انسانی پزشکی را فضیلتی دانست که فراگرفتنش لزوماً راه به جایی می‌برد (Bleakle 2015)، بلکه علوم انسانی پزشکی همواره باید در قبال خود و نهاد پزشکی رویکردی انتقادی داشته باشد.

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

در بخش پایانی مقاله به سراغ دو پرسش اصلی می‌رویم: اول آن‌که رویکرد انتقادی قابل دفاع در علوم انسانی پزشکی / سلامت چه مقوماتی دارد؟ دوم آن‌که مطالعات فراپزشکی که به منزله بدیل علوم انسانی پزشکی / سلامت پیش‌نهاد می‌شود چیست؟

علوم انسانی پزشکی کلاسیک منتقد وضعیت پزشکی مدرن بود، اما از آن‌جاکه به بنیان‌های نظری مشترک پزشکی و علوم انسانی مدرن (بخوانیم اجتماعی) بی‌توجه بود، توفیق چندانی نیافت؛ چراکه علوم اجتماعی دچار بحران‌هایی مشابه پزشکی مدرن است که در ادامه بدان اشاره خواهیم کرد. رویکرد انتقادی نیز، با آن‌که تلاش می‌کند از رویکرد کلاسیک گذر کند، مبنای روایی برای تحلیل و نقد پزشکی به‌دست نمی‌دهد 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 اند. نظر کردن به مناقشه‌های لایه زیرین نشان می‌دهد که مواجهه محافظه‌کارانه، دیوان‌سالارانه، تمایل به رشته‌کردن، استفاده ابزاری، رویکرد انضمامی، نزاع سلسله‌مراتبی، طبی‌سازی، و مثبت‌انگاری سبب خواهند شد تا علوم انسانی سلامت از اهداف خود بازمانند.

نقدی که به جریان علوم انسانی پزشکی، چه در رویکرد کلاسیک و چه انتقادی، وارد است ضعف بنیان‌های نظری آن است. فن‌زدگی و عمل‌زدگی بافتار پزشکی همواره تأملات نظری را به سمت وسوی فروکاسته‌شدن به سیاهه‌ای از فنون سوق می‌دهد. تن‌هاوه با مرور سیر تطور فلسفه پزشکی می‌گوید: انتظار این بود که فلسفه پزشکی با الهام از نظرهای متفکران و صاحب‌نظرانی هم‌چون فوکو و ایلچ که منتقدان جدی حوزه پزشکی و سلامت بودند کار خود را آغاز کند، اما مسیر کاملاً متفاوتی را پیش گرفت. سه جریان اصلی مقوم آن بودند. اول، اخلاقی‌سازی (ethicalization)، به این معنا که فلسفه پزشکی صرفاً به مسائل اخلاقی بپردازد و بقیه را فروگذارد؛ دوم، فنی‌سازی (technicalization)، که باید صرفاً به مسائل و راه‌حل‌های عملی آن‌ها پرداخت و مسائل نظری را فراموش کرد؛ سوم ضدواقع‌گرایی (antirealism)، که در این‌جا به معنای خصوصی‌سازی، نسبی‌گرایی (relativism)، و رویه‌گرایی (proceduralism) است (Ten Have 1997). شبیه چنین انتقادی را می‌توان به حوزه علوم انسانی پزشکی هم وارد دانست. با آن‌که رویکرد انتقادی (هم‌چون اتکینسون و همکارانش) بازگشتی به سمت نظریه‌های انتقادی در علوم انسانی داشته است، اما جریان غالب نوعی کنش‌گری اجتماعی (social activism) است. اگرچه می‌توان این رویکرد را در جایگاه بخشی از جریان علوم انسانی پزشکی پذیرفت، اما منحصرشدن تمامی حوزه علوم انسانی پزشکی به کنش‌گری اجتماعی این حوزه را از بسیاری از اهداف خود بازخواهد داشت؛ چراکه جنبه‌های نهادی، علم‌شناختی، عمل‌شناختی (پراکسیولوژیک) پزشکی واگذار شده‌اند.

همان‌طور که پیش‌تر هم اشاره شد، پزشکی و علوم انسانی - اجتماعی مدرن از یک سنخ‌اند و به همین دلیل جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، و غیره به‌مثابه علوم انسانی پزشکی نمی‌توانند چنان‌که علوم انسانی پزشکی در پی آن‌اند پزشکی را انسانی کنند، بدان دلیل که هردو مبتنی بر نوعی فردگرایی‌اند. این علوم انسانی از همان سنخ‌اند که علوم پزشکی‌اند. فوکو می‌گوید: پزشکی بالینی ساختاری فراهم کرد که علم انسان را ممکن ساخت و انسانی به موضوع علم پوزیتیو تبدیل شد. به بیان دیگر، پزشکی بالینی و علوم انسانی (علوم اجتماعی مدرن) از منظر وی واجد ساختاری یکسان‌اند و اگر یکی انسان‌زداست، دیگری هم چنین است. به بیان دیگر، ساختار مشترک این دو علم نه‌فقط از حیث روش‌شناسی بلکه از آن حیث که انسان را به ابژه علم پوزیتیو بدل کرده‌اند سبب خواهد شد علوم اجتماعی به‌کار انسانی‌کردن پزشکی و رفع بحران‌های آن نیاید. این علوم اجتماعی نه‌تنها نمی‌توانند موضعی انتقادی در قبال پزشکی بگیرد، بلکه با افزودن به بدنه آن به‌شکل انضمامی زمینه‌طبی‌سازی بیش‌تر پزشکی را فراهم می‌آورد (منجمی ۱۳۹۸).

در این جا بازنگری در علوم انسانی پزشکی را از همان محل انقطاع از جریان‌های انتقادی آغاز می‌کنیم. 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 مدرن‌اند و هم منتقد پزشکی، یعنی فوکو، گادامر، و هابرماس.^۷ فوکو هم در *تولد کلینیک و تاریخ جنون* و پس از آن در *تولد 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 در پزشکی را تبیین می‌کند و برخلاف فوکو، که به قول فریزر خیلی چیزها را قدرت می‌نامد، با تمایز قائل شدن میان اقتدار و مقتدر راهی متفاوت برای این رویکرد می‌گشاید. از منظر گادامر، اقتدار طنینی مثبت دارد و مقتدر منفی. در بادی امر و در انگاره عمومی آزادی انتقادی به مثابه آتی‌تر اقتدار به کار رفته است؛ اما گادامر هیچ تضادی میان این دو نمی‌بیند، چراکه میان این دو پیوند درونی عمیقی هست. نقش و جایگاه پزشک در میانه اقتداری که دارد و آزادی انتقادی‌ای که باید داشته باشند مشخص می‌شود. پزشکان باید توانایی خودرهایی‌بخشی (self-liberation) بیمار را داشته باشند و در مقابل بر وسوسه اقتداری که علم به آن‌ها اعطا کرده است غلبه کنند. بهترین روش برای بهره‌گیری روا از اقتدار آزادی انتقادی است (گادامر ۱۳۹۶: ۱۸۵-۱۹۵).

هابرماس هم در ربط و نسبت دانش تخصصی و دانش عوامانه، هم در اخلاق مفاهمه‌ای، و هم در مفهوم استثمار زیست‌جهان اجتماعی چهارچوب‌های مفهومی مناسبی برای علوم انسانی پزشکی با رویکرد انتقادی در اختیار می‌گذارد. فوکو هم در مسئله‌دار کردن و هم در تحلیل انتقادی گفتمان ابزارهای مفهومی مناسبی برای علوم انسانی پزشکی با رویکرد انتقادی عرضه می‌کند. توماس مک‌کارتی بر این باور است که با وجود تفاوت‌ها و تنش‌های ظاهری میان فوکو و هابرماس، این دو پیوندی نزدیک دارند، به طوری که از نقاط قوت آثار فوکو می‌توان به‌منزله مکملی برای نظریه انتقادی بهره‌گرفت (اسکمبر ۱۳۹۶: ۲۵۹). هابرماس با بازسازی اخلاق بر پایه الگوهای عرفی گفتمان مفاهمه بین‌الذهانی راه‌هایی برای گریز از محافظه‌کاری و نیپیلیسم عرضه می‌کند (همان: ۲۸۲-۲۸۳).

به نظر می‌رسد علوم انسانی پزشکی مبتنی بر بازسازی و خوانش گادامر، فوکو، و هابرماس می‌تواند چهارچوبی 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. به‌زعم صادق‌زاده، فناوری و علوم زیست‌پزشکی پیشرفت قابل توجهی داشته‌اند؛ اما نه‌تنها چنین فهمی از پزشکی پیشرفتی نداشته است، بلکه حتی پرورنده هم نشده است. بسیاری از مسائل اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، اخلاقی، روش‌شناختی، و معرفت‌شناختی و پی‌آمدهای مداخلات پزشکی هم‌چنان پرابهام و نامشخص‌اند (Sadeghzadeh 1980). ما در این‌جا با نظر صادق‌زاده موافقیم و آن‌چه به‌عنوان «مطالعات انتقادی فراپزشکی» پیش‌نهاد می‌کنیم در جهت به‌دست‌دادن چنین فهمی است. به‌بیان‌دیگر، آن‌چه در این‌جا به‌عنوان مطالعات انتقادی فراپزشکی مدنظر است تلاشی است برای بازسازی آن‌چه علوم انسانی پزشکی نامیده شده است. عبارت «فراپزشکی» را از صادق‌زاده وام گرفته‌ایم.

ممکن است گفته شود که این پیش‌نهاد صرفاً نوعی تغییر نام است و مناقشه‌ها و چالش‌ها باقی خواهند ماند. با آن‌که با قطعیت نمی‌توان این اعتراض را مردود دانست، اما هدف ما از این پیش‌نهاد درانداختن چهارچوبی مفهومی است که حاصل تحلیل‌مان از مناقشه‌ها و رانه‌های حوزه علوم انسانی پزشکی است. افزون‌بر آن، تلاشمان بر این است تا بسیاری از نقصان‌ها و ایرادهایی که به علوم انسانی پزشکی / سلامت وارد است در آن راه نداشته باشد.

باید تأکید کنیم که هدف این حوزه مطالعاتی نه صرفاً عملی است و نه نظری محض. هر نوع تعریف اهداف علوم انسانی پزشکی بدون توجه به سرشت پزشکی ابتر می‌ماند. پزشکی هم‌حوزه‌ای است که درهم‌تنیدگی نظر و عمل در آن بارز است و هم‌پراکتیسی است ناظر به مراقبت و مرتفع‌کردن درد و رنج دیگران. از این‌رو، ما درنهایت امید داریم که این حوزه مطالعاتی بتواند به بهبود کیفیت مراقبت و طبابت و ارتقای سلامت یاری رساند. مطالعات انتقادی فراپزشکی درصدد نیست تا نظریه‌های غامض یا بیانیه‌هایی درباره سرشت پزشکی ارائه دهد یا نقدهای تند و گزنده‌ای به علوم زیست‌پزشکی وارد کند. به‌باور ما، تأثیرگذاری در حوزه سلامت بدون تأمل انتقادی در بنیان‌های پزشکی و سلامت میسر نیست؛ اما باید توجه داشت این تأملات فی‌نفسه هدف نیستند. همان‌طور که صادق‌زاده هم اشاره کرده است، مطالعات انتقادی فراپزشکی می‌تواند گونه‌ای بازسازی باشد؛ یعنی این‌که مسئله‌ای را آشکار کند و آن را توصیف و تحلیل کند؛ یا این‌که از بنیان ایده و مفهومی را برسازد؛ و یا آمیزه‌ای از هر دو باشد (ibid.).

نکته در این جاست 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 هم‌چون اخلاق پزشکی، آموزش پزشکی، تاریخ پزشکی، و از این دست را به سمت‌وسویی انتقادی هدایت کند، چه میان خود و چه معطوف به هدف طبابت و پزشکی.

پی‌نوشت‌ها

۱. با آن‌که واژه humanities معادل علوم انسانی است، اما علوم انسانی پزشکی با مسامحه 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 مؤسسه «ارزش‌های انسانی در پزشکی» را بنیان نهاد و رئیس دانشگاه کاتولیک شد و سال‌ها رئیس انجمن اخلاق زیستی بود. به‌نظر می‌رسد از این حیث این پروژه گاه به جنبه‌های الهیاتی نیز می‌پردازد.
۳. ماجرای جدال رشته‌ها یا به‌تعبیر دقیق‌تر تک‌رشته‌ای‌ها را در آثار کانت نیز می‌توان پی گرفت. او در نوشتار نزاع بین دانشکده‌ها سه دانشکده فرادست یعنی حقوق، الهیات، و پزشکی را برمی‌شمرد که دغدغه کارآمدی دارند و از همین رو شأن 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 اما دانشکده فلسفه 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، چراکه به‌باور او این فلسفه است که پرسش‌های کلان را پاسخ می‌گوید و قضاوت و اتونومی را مجال می‌دهد (کانت ۱۳۹۹). به‌نظر می‌رسد تکاپوی کانت آن است تا رخنه‌های دانشکده طب را با نظارت علوم انسانی (در این‌جا بخوانید فلسفه) پر کند.
۴. به‌تعبیر دیگر، پزشکی معادل علم است یا رشته‌ای علم‌بنیاد است.
۵. این برخورد درمورد مفهوم طبی‌سازی هم وجود دارد که سایر مراقبان سلامت آن را هم‌چون امر صرفاً مرتبط با پزشکان فهم کرده‌اند و بر این باور نادرست‌اند که با انتقاد از طبی‌سازی، اقتدار پزشکان را به‌چالش کشیده‌اند، درحالی‌که 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، تأملات انتقادی گادامر در هرمنوتیک فلسفی رابطه پزشکی و بیمار، و رویکرد هابرماس در نسبت علم با حوزه عمومی و البته مصبوغ و مسبوق بودن علم به ارزش نمونه‌هایی از تلاش علوم انسانی سلامت در قالبی غیرکلاسیک است، تلاشی که از سمت فیلسوفان بزرگ معاصر صورت گرفته است، بی‌آن‌که عنوان علوم انسانی سلامت را به‌طور خاص بر خود داشته باشد.

کتاب‌نامه

- اسکمبلر، گراهام (۱۳۹۶)، *هابرماس، نظریه انتقادی، و سلامت*، ترجمه حسین‌علی نودزی، تهران: علمی و فرهنگی.
- فوکو، میشل (۱۳۹۰)، *تولد پزشکی بالینی*، ترجمه فاطمه ولیانی، تهران: ماهی.
- گادامر، هانس گئورگ (۱۳۹۴)، *رازوارگی سلامت: هنر شفابخشی در عصر علم*، ترجمه نرگس تاجیک، تهران: پگاه روزگار نو.
- منجمی، علی‌رضا (۱۳۹۸)، «ابتنای علوم انسانی بر پزشکی بالینی: خوانشی نو از تولد کلینیک»، *فلسفه علم*، س ۹، ش ۱.

- Adachi, T. (2015), "Medical Humanities", in: *Encyclopedia of Global Bioethics*, Ten Have H. (ed.), Switzerland: Springer.
- Ahlzén, R. (2007), "Medical Humanities- Arts and Humanistic Science", *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol. 10, no.4.
- Atkinson, S. et al. (2015), "The 'Medical' and 'Health' in a Critical Medical Humanities", *The Journal of Medical Humanities*, vol. 36, no.1.
- Baumann, A. O. et al. (1998), "Who Cares? Who Cures? the Ongoing Debate in The Provision of Health Care", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 28, no.5.
- Bleakley, A. (2015), *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*, New York: Routledge.
- Boniolo, G. and P. P. Di Fiore (2010), "Deliberative Ethics in a Biomedical Institution: an Example of Integration between Science and Ethics", *Journal of Medical Ethics*, vol. 36, no. 7.
- Brody, H. (1985), "Philosophy of Medicine and other Humanities: Toward a holistic View", *Theoretical Medicine*, vol. 6, no. 3.
- Brody, H. (2011), "Defining the Medical Humanities: Three Conceptions and Three Narratives", *The Journal of Medical Humanities*, vol. 32, no. 1.
- Cassell, E. J. (1991), "Recognizing Suffering", *Hastings Cent Rep*, vol. 21, no. 3.
- Chiapperino, L. and, G. Boniolo (2014), "Rethinking Medical Humanities", *The Journal of Medical Humanities*, vol. 35, no. 4.

- Cole, T. R., N. S. Carlin, and R. A. Carson (2015), *Medical Humanities: An Introduction*, Cambridge: Cambridge University Press
- Colls, R. and B. Evans (2008), "Embodying Responsibility: Children's Health and Supermarket Interventions", *Environment and Planning*, vol. 40, no. 3.
- Crawford, P. et al. (2015), *Health Humanities*, New York: Palgrave Macmillan.
- Evans, H. M. (2007), "Medical Humanities: Stranger at the Gate, or Long-Lost Friend?", *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol. 10, no. 4.
- Evans, M. H. and J. Macnaughton (2004), "Should Medical Humanities Be a Multidisciplinary or an Interdisciplinary Study?", *Medical Humanities*, vol. 30.
- Hess, D. (1997), *Science Studies: An Advanced Introduction*, New York: New York University Press.
- Jones T, D. Wear, and L. D. Friedman (2014), "Introduction", *Health Humanities Reader*, London: Rutgers University Press.
- Monajemi, A. and H. Namazi (2020), "Health Lag: Medical Pphilosophy Reflects on COVID-19 Pandemi", *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, vol. 13, Retrieved from <<https://jmehm.tums.ac.ir/index.php/jmehm/article/view/918>>.
- Puustinen, R., M. Leiman, and A. M. Viljanen (2003), "Medicine and the Humanities: Theoretical and Methodological Issues", *Medical Humanities*, vol. 29.
- Sadegh-Zadeh, K. (1980), "Toward Metamedicine", *Metamedicine*, vol. 1.
- Stempsey, W. E. (2007), "Medical Humanities and Philosophy: Is the Universe Expanding or Contracting?", *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol. 10, no. 4.
- 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.
- Van Leeuwen, E. and G. K. Kimsma (1997), "Philosophy of Medical Practice: A Discursive Approach", *Theoretical Medicine*, vol. 18, Issue 1-2.