

کارکرد بیمارستان به مثابه نوانخانه، در دوره‌ی پیشامدرن

غلامحسین مقدم حیدری^{۱*}

تاریخ انتشار: 98/11/6

تاریخ پذیرش: 98/10/1

تاریخ دریافت: 98/7/8

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

تصور رایج آن است که «مراقبت از سلامت»، مفهومی قدیمی است که بشر، همواره، با آن درگیر بوده و بیمارستان، به عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای مرتبط با این موضوع، در طول تمدن بشری، به کار درمان انسان‌ها می‌پرداخته است؛ اما مطالعات تاریخی نشان می‌دهند که در دوره‌ی پیشامدرن، بیمارستان محلی برای درمان بیماران نبوده؛ بلکه کارکردی همچون نوانخانه برای فقرا و بیماران داشته است. در این مقاله می‌کوشیم تا دلایل این موضوع را از دو وجه بررسی کنیم؛ ابتدا، به بررسی وضعیت اجتماعی و اقتصادی می‌پردازیم که سبب چنین کارکردی برای بیمارستان در قرون وسطای میانه شد؛ سپس نشان می‌دهیم که از وجه پزشکی نیز، شیوه‌ی درمان بیماران در آن زمان، مبتنی بر پزشکی اخلاقی و رده‌بندی بود که نه تنها بیمارستان را محلی برای درمان نمی‌دانست، بلکه حتی آن را مانع درمان بیماری تلقی می‌کرد؛ از این رو، بیمارستان، به عنوان نوانخانه‌ای برای سالمندان، از کارافتادگان و معلولان جنگی بود.

واژگان کلیدی: بیمارستان، پزشکی اخلاقی، پزشکی رده‌بندی، شهری‌سازی، قرون وسطی

۱. دانشیار، گروه فلسفه‌ی علم، مدیر گروه تاریخ علم و تمدن، پژوهشکده‌ی غرب‌شناسی و علم‌پژوهی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، اتوبان کردستان، نبش خیابان ۶۴، پژوهشگاه علوم انسانی، تلفن: ۰۲۱۸۸۳۱۷۲۰۰.

Email: gmheidari@gmail.com

مقدمه

بیمارستان در دوره‌ی پیشامدرن، نقشی در درمان بیماران نداشته است؛ در انتها نیز، انتقادهای وارد بر بیمارستان در دوره‌ی پیشامدرن را بررسی می‌کنیم.

کارکرد بیمارستان در پیشامدرن

در آموزه‌های مسیحیت، مراقبت از فقرا و بیماران، لازمه‌ی ایمان است. آموزه‌هایی مانند «فقرا مقدس‌اند». یا این نقل قول از مسیح (ع) در انجیل که «من بیمارم و شما از من مراقبت می‌کنید» (۱)، همواره، نشانگر تقدیس فقر و بیماری بوده‌اند. کسانی که از بیماران مراقبت می‌کنند یا شرایط و لوازم مراقبت از آنان را فراهم می‌کنند، به رستگاری ابدی دست خواهند یافت؛ از این رو، پیدایش خیریه‌ها، همواره، نتیجه‌ی ضروری آموزه‌های مسیحی به شمار می‌آمده است. بدین دلیل، در قرون وسطی، همواره، میان نهادهای دینی مسیحیت و نهادهای مراقبت^۱، مشارکتی منحصربه‌فرد وجود داشته است. در قرون وسطای اولیه، صومعه‌ها و راهبان مسئولیت مراقبت از بیماران و آسیب‌دیدگان را بر عهده داشتند و نیاز به مراقبت از این قشر، یکی از دلایل مهم شکل‌گیری بیمارستان‌ها بود؛ به بیان دیگر، بیمارستان‌ها میان نیروهایی به حیات خود ادامه دادند که عبارت بودند از: نیاز به مراقبت از فقرا، مساعدت در قبال این نیاز و احساس مسئولیت برای تسکین آن. از این رو بررسی تاریخ بیمارستان‌ها در قرون وسطی بدون توجه به اثر متقابل میان این نیروها امکان‌پذیر نمی‌باشد (۲).

با رونق کسب‌وکار در قرون وسطای میانه، جمعیت شهرها افزایش یافت و در نتیجه، فقر و بیماری، به‌طوری چشمگیر، رؤیت‌کردنی^۳ شد. برای اولین بار از زمان سقوط امپراطوری روم بود که فقرا و بیماران بی‌جا و مکان، در

دوره‌های قرون وسطی، رنسانس و کلاسیک نمی‌گذارد، ما دوره‌ی پیش از مدرن را دوره‌ی پیشامدرن می‌نامیم.

4. Institutional Care
5. Visible

طبق پزشکی مدرن، بیماری‌شناسی و روش‌های درمانی، بدون وجود بیمارستان، امکان‌پذیر نخواهد بود؛ به عبارت دیگر، در تصور رایج از بیمار و پزشک، بیمارستان نقشی انکارناپذیر دارد. وقتی پزشک، بیماری را در بیمارستان بستری می‌کند، اولاً، برای تشخیص و درمان بیماری‌اش، بخش‌های گوناگون بیمارستان، همچون: آزمایشگاه و رادیولوژی، درگیرند؛ ثانیاً، عیادت پزشک از بیمار و معاینه‌ی او، همراه دانشجویانی است که باید در کنار پزشک، تعلیم ببینند و او می‌کوشد بخشی از تجربه‌ی بالینی‌اش را در بیمارستان به آن‌ها انتقال دهد؛ از این رو، بیمارستان نقش محوری در تشخیص، درمان و آموزش پزشکی دارد.

میشل فوکو^۱، مورخ و جامعه‌شناس فرانسوی، معتقد است که تا پیش از دوره‌ی مدرن، بیمارستان مکانی برای اسکان بینوایان بوده است؛ به عبارت دیگر، بیمارستان کارکرد نوانخانه را داشته است. از قرن هجدهم به بعد است که «درمان» کارکردی نوین برای بیمارستان می‌شود. در این مقاله می‌کوشیم تا در چارچوب نظری میشل فوکو، کارکرد بیمارستان، به‌مثابه نوانخانه را تا پیش از دوره‌ی مدرن، قرن هجدهم، بررسی کنیم؛ ابتدا، کارکرد بیمارستان در قرون وسطی^۲، به‌ویژه دوره‌ی میانه‌ی آن را بیان می‌کنیم؛ سپس، با بیان مقومات پزشکی پیشامدرن^۳، نشان می‌دهیم که چرا

1. Michel Foucault

2. قرون وسطی به دوره‌ای از تاریخ اروپا، از قرن پنجم تا قرن پانزدهم میلادی، اطلاق می‌شود. این دوران با سقوط امپراتوری روم غربی آغاز شد و با آغاز دوران رنسانس^۳ پایان یافت. قرون وسطی به سه عصر قرون وسطای اولیه، قرون وسطای میانی و قرون وسطای متأخر تقسیم‌بندی می‌شود.

3. با توجه به اینکه فوکو در کتاب‌های خود، به چگونگی پیدایش نهادها در دوره‌ی مدرن می‌پردازد، اما تمایز صریح گاه‌شماری میان این دوره و

ترغیب کرد تا به توسعه‌ی خیریه‌ها و مراکزی برای مراقبت از بیماران و فقرا، به غیر از صومعه‌ها، توجه کنند. بدین‌گونه، بیمارستان‌های شهرداری^۷ به وجود آمدند که صرفاً، در اختیار صومعه‌ها نبودند و وظیفه‌ی آنان مراقبت از فقرا و بیمارانی بود که به دلیل توسعه‌ی شهرنشینی در خیابان‌ها و کوچه‌های شهرها، به‌وفور، دیده می‌شدند؛ بنابراین، هم‌زمان با توسعه‌ی شهری، می‌توان به سه عامل، اشاره کرد که سبب پیدایش بیمارستان‌های شهرداری شدند:

- آموزه‌های مسیحی تقدیس مراقبت از بیماران و فقرا؛

- افزایش فقرا و بیماران در شهرها؛

- پیدایش طبقه‌ی جدید بازرگان‌شهرنشین و اقتصاد مبتنی

بر پول.

البته، باید توجه کرد که وظیفه‌ی این بیمارستان‌ها، دادن غذا و پوشاک، فراهم کردن سرپناه و برآوردن نیازهای فقرا و بیماران بود (۱)؛ بنابراین، «بیمارستان قرون وسطی، محل ایده‌آلی برای هدایای طبقات مورد نظر بود» (۱)؛ از این‌رو، فوکو معتقد است که در این دوره و کلاً، تا پیش از قرن هجدهم، بیمارستان نهادی برای کمک به فقرا بوده است؛ زیرا از یک سو، فقیر خودش نیازمند کمک بود و از سوی دیگر، از آنجاکه مستعد بروز بیماری بود، خطر شیوع بیماری را افزایش می‌داد و بنابراین، خطرناک هم بود؛ به این دلیل، یکی از دلایل ضرورت وجود بیمارستان، جدانگه‌داشتن فقیر از بقیه‌ی افراد جامعه بود تا بتواند آن‌ها را از خطری که فقیربیمار با خود حمل می‌کرد، مصون دارد؛ به‌عبارت دیگر، بیمارستان، «نهاد جداسازی و طرد بود» (۴).

تا قرن هجدهم، فرد ایده‌آل بیمارستان، مرضی که باید درمان^۸ شود، نبود؛ بلکه فرد فقیر رو به مرگ بود؛ «کسی که نیازمند کمک بود، چه مادی و چه روحانی؛ کسی که باید

خیابان‌های شهرهای اروپایی دیده می‌شدند و این مسأله، اسباب آزار و اذیت مردم را فراهم می‌کرد؛ در واقع، «اینان قربانیان توسعه‌ی شهری‌سازی شده بودند» (۱)؛ به‌طوری‌که در قرون دوازدهم و سیزدهم، شهری‌سازی وضعیتی نامناسب را در شهرهای اروپا به وجود آورده بود. شهرهای کوچک رونق گرفتند و در برخی جاها، روستاها به شهرهایی بزرگ تبدیل شدند. شهری‌سازی سبب رژیم غذایی بهتر، افزایش دادوستد و بازرگانی، آموزش و یادگیری مناسب‌تر شد؛ اما از سوی دیگر، «فقیر بیمار»^۱، با افزایش متناوب بچه‌های سر راهی، مسافران، سالمندان و مردم ناتوان، به‌عنوان گروهی خاص، برای امداد اجتماعی» (۳) شناخته شد. در قرون سیزدهم و چهاردهم، ارتباطی تنگاتنگ میان تنگ‌دستی^۲ و مرضی^۳ درک می‌شد؛ ناخوشی^۴ یا مرگ مزدگیری، می‌توانست سبب شود تا خانواده‌ی او، به‌مراتبی از فقر دچار شود. «تنگ‌دستی، بیماری را به بار می‌آورد و بالعکس» (۳).

جامعه‌ی سنتی قرون وسطای اولیه، جامعه‌ای سه‌بخشی بود: کسانی که عبادت می‌کردند، کسانی که می‌جنگیدند و افرادی که کار می‌کردند. با گسترش شهرها و در نتیجه، افزایش تجارت، طبقه‌های اجتماعی جدیدی ظهور کردند: بازرگانان^۵ و شهرنشینان^۶. این طبقه‌ی جدید بازرگان‌شهرنشین، نه‌تنها مرزهای جامعه‌ی سه‌گانه‌ی پیشین را به چالش کشیدند و تغییر فاحش اجتماعی را به وجود آوردند، بلکه مجموعه‌ای جدید از هنجارهای اجتماعی را نیز، سبب شدند. اقتصاد جامعه از اقتصاد مبتنی بر زمین و مبادله‌ی پایاپای، به اقتصاد مبتنی بر پول انتقال یافت و تنها، تعدادی محدود از نجبای سطح بالا، مالکیت زمین‌ها و مال‌الاجاره‌ها را در اختیار داشتند. آموزه‌های مسیحی مراقبت از بیماران و فقرا، این طبقه را

1. Sick Poor
2. Poverty
3. Disease
4. Illness
5. Merchant
6. Burgher

7. Municipal

2. منظور، بیمارستان‌هایی است که متعلق به کلیسا و صومعه نبودند و مدیریت شهر و خیران آن‌ها را تأسیس و اداره کرده‌اند.

تا آغاز قرن هجدهم، «بیمارستان عمومی، مکان نگهداری بیماران، دیوانگان، فواحش و غیره است که در هم آمیخته‌اند و این آشفتگی، هنوز، مکانی متعلق به قرن هفدهم است؛ نوع متفاوتی از ابزار طرد، کمک و دگرگونی روحی که کارکرد پزشکی از آن غایب است» (۴)؛ در واقع، این بیمارستان‌ها، نوانخانه‌هایی برای مراقبت از فقرا و بیچارگانی بودند که اغلب، به انواع امراض نیز، مبتلا بودند.

پزشکی پیشامدرن

حال، این پرسش مهم مطرح می‌شود که پزشکی پیشامدرن بر چه مبنایی قرار داشت که برای درمان بیماران، ضرورتی به وجود بیمارستان نبود و بیمارستان، به جای آنکه امکاناتی برای درمان بیماران فراهم آورد، بیشتر کارکرد نوانخانه را داشت.

دانش پزشکی، تا پیش از قرن هجدهم، مبتنی بر پزشکی اخلاطی بود؛ اما در این قرن، به واسطه‌ی کارهای افرادی همچون: لینه^۸، بیماری‌شناسی^۹ اخلاطی، به صورت الگوی رده‌بندی^{۱۰}، درآمد که مبتنی بر شناسایی بیماری‌ها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان بود. این جدول، دارای انواع گوناگون بیماری‌ها بود و هر بیماری، به واسطه‌ی جایگاه آن در مراتب این انواع، تعیین می‌شد. بیماری‌ها در جدولی ایده‌آل طبقه‌بندی شده بودند. وقتی گفته می‌شد فردی بیمار شده،

7. اگر به ریشه‌یابی واژه‌ی «Hospital» بپردازیم، می‌بینیم که ریشه‌ی آن از واژه‌ی لاتینی «Hospes»، به معنای مهمان «Guest» و بیگانه «Stranger» است. این معنا با کارکرد بیمارستان، به معنای نوانخانه، هماهنگی دارد که میزبان مهمان‌هایی غریبه، همچون فقرا بیماران بودند. به نظر می‌رسد که واژه‌ی فارسی بیمارستان، جایگزینی مناسب برای Hospital نیست. حداقل باید هنگام به‌کارگیری معادل فارسی «بیمارستان»، به این نکته توجه کرد که بیمارستان، در فرهنگ غربی پیشامدرن، صرفاً، محلی برای درمان بیماران نبوده؛ بلکه کارکرد «نوانخانه» داشته است.

8. Carl Linnaeus
9. Nosologie
10. Classificatory Medicine

آخرین مراقبت‌ها^۱ و مناسک^۲ را دریافت کند. این کارکرد اساسی بیمارستان بود» (۴)؛ به بیان دیگر، «بیمارستان جایی بود که فرد، برای مردن، به آنجا می‌رفت» (۴). اگر کار درمانی نیز، برای فقیربیمار انجام می‌گرفت، به منظور بازیافتن سلامتی مجدد و ترک بیمارستان نبود؛ بلکه برای تحمل راحت‌تر بیماری و مرگ آسان بود؛ زیرا تنها زمانی فرد به بیمارستان می‌آمد که از سلامتی‌اش قطع امید شده و رو به مرگ بود.

بر اساس چنین کارکردی از بیمارستان، وظیفه‌ی کارکنان بیمارستان، نه درمان بیماران، بلکه کوشش برای رستگاری^۳ آنان بود؛ کادر بیمارستان، ترکیبی از افراد مذهبی و عادی بود که می‌کوشیدند تا این افراد فقیربیمار به رستگاری ابدی نایل شوند؛ در واقع، کارکرد بیمارستان در انتقال از زندگی به مرگ بود؛ بنابراین، بیمارستان، از سوی، روح فقرا را در لحظه‌ی مرگ به رستگاری می‌رساند و از سوی دیگر، سبب کمال روح مراقبان برای مراقبت از آنان می‌شد؛ بنابراین، بیمارستان دارای دو کارکرد بود:

- کارکرد روحانی: انتقال فقرا از زندگی به مرگ، به‌طوری‌که آنان به رستگاری نایل شوند؛

- کارکرد مادی: کمک به راحت‌مردن فقرا و جداسازی فرد پرخاطر، برای حفظ سلامت جمعیت^۴.

از این رو، فوکو معتقد است که «بیمارستان، به‌عنوان نهادی پزشکی نیست؛ که از قرون وسطا به بعد، به‌عنوان نهادی مهم و حتی اساسی برای زندگی شهری در غرب درآمد است» (۴)؛ در واقع، پزشکی حرفه‌ای، بیمارستانی نیست. پزشکی بیمارستان^۵ یا بیمارستان درمانی پزشکی^۶، در قرن هجدهم، ظاهر می‌شود.

1. Care
2. Rite
3. Salvation
4. Population
5. Hospital-Medicine
6. Medical-Therapeutic Hospital

ضروری. بیماری و بدن فضای مشترک از پیش معینی ندارند» (۵).

پزشک، تنها، در بحران‌هایی که برای بیمار رخ می‌داد، مداخله می‌کرد؛ یعنی او باید از اولین علائم بیماری، به مشاهده‌ی بیمار و بیماری می‌پرداخت تا زمانی را که بحران در بیمار رخ می‌دهد، تعیین کند. بدین‌گونه، او باید تطور بیماری را پیش‌بینی می‌کرد و از بیمار، تا زمانی که بتواند بر بیماری غلبه کند، حمایت می‌کرد. در دوره‌ی حمله‌ی بیماری، پزشک باید بی‌حرکت بماند؛ زیرا مرحله‌ی شروع مرض، مرحله‌ی علم به رده، جنس و نوع آن است. علائم که کثرت و شدت یافتند، کافی است از شدتشان بکاهیم و آلام مریض را تخفیف دهیم. در دوره‌ی بروز علائم بیماری، لازم است مسیرهایی را که طبیعت در پیش می‌گیرد، قدم‌به‌قدم، دنبال کرد. اگر دچار ضعف است، تقویتش کرد؛ اما اگر با شدت و حدت بسیار، هرچه را بر سر راهش است، ویران می‌کند، از قدرت آن کاست (۵).

مطابق چنین نگرشی، یافته‌هایی جدید در انواع بیماری‌ها وجود نداشت؛ آنچه که می‌توانست جدید شمرده شود، فقط شیوه‌های درمانی بود که به‌وسیله‌ی آن پزشک می‌توانست از ورای نشانه‌های گوناگون بیماری، به خود بیماری دست یابد. تشخیص بیماری، یعنی، قراردادن بیماری در یکی از انواع بیماری‌ها در نظام رده‌بندی. بدین‌گونه، شیوه‌های درمان که از پیش مشخص بود، می‌توانست فراخور هر بیمار، به کار برده شود و آموزش پزشکی، چیزی جز تعلیم نظام رده‌بندی بیماری‌ها و شیوه‌های درمان آن‌ها نبود. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، بیمارستان نه در تشخیص و درمان بیماری و نه در آموزش آن، هیچ نقشی نداشت.

فوکو معتقد است که بر اساس این نوع پزشکی، برای درمان بیماری باید بیمار را به حال خود گذاشت و از مداخلات و تمهیدات پزشکی، اجتناب کرد تا بیماری، سرشت حقیقی خود را آشکار سازد و مسیری را که باید طی کند،

یعنی او به یکی از انواع بیماری‌هایی که در این جدول وجود دارند، مبتلا شده است. اگر ویژگی‌های متفاوت جسمی، سنی و... افراد نبود، بیماری خاصی در همه‌ی افراد، نشانه‌های یکسان داشت؛ اما تفاوت ویژگی‌های فرد با دیگری، سبب می‌شد تا نشانه‌های بیماری در افراد متفاوت باشد؛ بنابراین، تبحر پزشک در آن بود که «برای شناخت حقیقت بیماری باید بیمار را نادیده بگیرد» (۵)؛ یعنی بتواند به ورای نشانه‌های بیماری که در فردی خاص آشکار است، برود و بیماری را تشخیص دهد. بنا بر چنین آموزه‌ای، «مداخله‌ی پزشک اگر سخت تابع نظم ایده‌آل رده‌بندی بیماری‌ها نباشد، مداخله‌ای قهرآمیز خواهد بود» (۵).

بر اساس پزشکی مبتنی بر رده‌بندی، بیماری می‌توانست در سراسر بدن حرکت کند و با تغییرهایی نشانه‌ای همراه باشد؛ اما باید توجه کرد که هر چند بیماری بر اندام‌ها، به‌منزله‌ی پایه‌های بیماری، استوار است، «ابتلای یک عضو برای تعریف بیماری، به‌هیچ‌رو، ضروری نیست» (۵). بیماری می‌تواند از اندامی به اندام دیگر برود و نقاط مختلف بدن را درگیر کند؛ اما باید توجه کرد که ذات بیماری، درهرحال، یکسان است. گرفتگی عضلانی واحدی، ممکن است در ناحیه‌ی زیر شکم، سبب سوء‌هاضمه، امتلای احشا یا بندآمدن خون‌ریزی بواسیر شود و از آن ناحیه، به سینه رود و احساس خفگی، تپش قلب، گرفتگی گلو و سرفه را باعث شود و سپس، سر را مبتلا کند و تشنجات صرع، سنکوپ یا حالت به‌خواب‌رفتگی و اغما را در پی آورد. این جابه‌جایی‌ها که تغییر علائم بیماری را به همراه دارند، در طول زمان، ممکن است بر فردی واحد عارض شوند. این جابه‌جایی‌ها را ضمن معاینه‌ی مجموعه‌ای از افراد که عضو مبتلا در آن‌ها، متفاوت است نیز، می‌توان یافت؛ اما درهرحال، پیکربندی ذاتی بیماری، تغییر نمی‌کند. «اندام‌های بدن، محمل جامد بیماری هستند، نه شرط لازم و ضروری آن. نظام نقاطی که بیماری، به‌واسطه‌ی آن‌ها، با بدن مرتبط می‌شود، نه دائمی است و نه

ضرورتاً، رعایت احترام است: مشاهده و مراقبت بیماران؛ کمک به طبیعت، بدون اعمال خشونت به آن و منتظر ماندن. «پس، پزشکی انواع مستلزم فضابخشی آزاد بیماری است، بدون حیطه‌ی انحصاری، بدون قیدوبند بیمارستان، نوعی پراکندن خودبه‌خودی آن در جایگاهی که در آن تولد یافته و رشد کرده؛ یعنی همان جایی که ذات بیماری در آن سیر تحول خود را طی می‌کند و به انتها می‌رسد؛ همان جایی که بیماری در آن به سرانجام طبیعی خود می‌رسد: مرگ؛ که اگر قانون بیماری چنان حکمی دهد، اجتناب‌ناپذیر خواهد بود شفا؛ که در غالب موارد، اگر چیزی در سرشت بیماری اخلاص ایجاد نکند، ممکن و شدنی است» (۵).

بنابراین، انتظار می‌رفت تا بیماری در همان جایی که پیدا می‌شود، یعنی زندگی روزمره و خانواده، از میان نیز، برود؛ پس نباید بیماری را در قلمرویی قرار داد که بر طبق اصول و ضوابط پزشکی، آماده شده است؛ بلکه باید گذاشت در «خاکی که خاستگاه آن است، به معنای مثبت کلمه، بروید؛ یعنی در کانون خانوادگی، طبیعی‌ترین، بدوی‌ترین و از لحاظ اخلاقی، مستحکم‌ترین شکل فضای اجتماعی، فضایی که در آن واحد، درخود فرورفته و باز و شفاف است، آنجا که بیماری، به حال خود، آزاد گذاشته می‌شود» (۵).

انتقاد از بیمارستان، صرفاً، به دلیل امور پزشکی و درمانی نبود؛ بلکه دلایل اقتصادی نیز، نقشی مهم در این زمینه داشتند. از آنجا که بیمارستان، کارکرد نوانخانه را داشت، هم محلی برای کمک به فقرا بود و هم محل بستری بیمارانی که در حال مرگ بودند. اختصاص اموال و بودجه‌ی بیمارستان‌ها به فقرا، سبب می‌شد تا امداد به سرمایه (ثروت مولد) یا بازده (ثروت تولیدشده) متکی شود و این خطایی بزرگ بود و سبب فقیر شدن ملت می‌شد؛ از این‌رو، در آن روزگار، معتقد بودند که باید امداد را بر پایه‌ی همان اصلی قرار داد که مولد ثروت است؛ یعنی کار. «با به‌کار واداشتن فقر است که به آنان امداد می‌رسانیم، بی‌آنکه ملت را فقیر کنیم» (۵).

بگذراند. بر اساس آموزه‌های پزشکی آن دوره، «مکان طبیعی بیماری، همان مکان طبیعی زندگی است: خانواده» (۵). مراقبت با عشق و علاقه‌ی نزدیکان بیمار از او، سبب می‌شود تا طبیعت را در مبارزه با بیماری یاری دهند و بگذارند بیماری، ذات و حقیقت خود را بنمایاند. در خانواده، بیماری در حالت طبیعی است؛ یعنی منطبق با طبیعت خود و آزادانه، در معرض نیروهای زندگی‌بخش طبیعت قرار دارد. «بیماری، اگر به آن آزادانه نگریسته شود، چیزی در وجود خود دارد که سبب تخفیف و تسکین آن می‌شود» (۵).

انتقاد از بیمارستان

همان‌طور که دیدیم، رابطه‌ی میان بیمار و پزشک، تا قرن هجدهم، رابطه‌ای فردی بود و بیمارستان، نه فقط نقشی در این میان نداشت، بلکه عاملی منفی در درمان بیماری قلمداد می‌شد؛ از این‌رو، از بیمارستان، همواره، انتقاد می‌شد. از نظر پزشکی پیشامدرن، «بیمارستان... مکانی مصنوعی است که بیماری را که از بستر خود برکنده شده و به آنجا انتقال یافته، در معرض خطر از دست‌دادن چهره‌ی ذاتی خود قرار می‌گیرد» (۵). بیماری در بیمارستان، بلافاصله عوارضی جدید بروز می‌دهد که پزشکان، آن را تب زندان یا بیمارستان می‌نامند. «در این گلخانه‌ی بی‌نظم که در آن انواع، تداخل می‌یابند، تماس با دیگر بیماران، سرشت خاص بیماری را تغییر می‌دهد و تشخیص آن را دشوارتر می‌کند» (۵). فردی فقیر که در بیمارستان، بستری شده است، از همه‌ی مواهبی که فرد بیمار در خانه، مراقبت و همدردی اطرافیان، از آن بهره‌مند است، محروم می‌شود؛ از این‌رو، به‌علاوه، مشاهده‌ی مریض‌خانه که به چشم بسیاری، «معبد مرگ» می‌نماید، بر بیماری که از آغوش خانواده محروم شده، آثاری مضر به جا می‌گذارد.

بیمارستان، تنها، سبب می‌شود تا امراض تار و تیره و تغییر شکل‌یافته، دیده شوند. پزشکی که در خانه به درمان می‌پردازد، تجربه‌ای حقیقی به کف می‌آورد که بر تظاهرات طبیعی همه‌ی انواع بیماری‌ها مبتنی است. رسالت این پزشک،

از سویی دیگر، بیمار قادر به کارکردن نیست؛ ازاین‌رو، وقتی در بیمارستان بستری می‌شود، هزینه‌ی مضاعفی خواهد داشت. امدادی که بیمار از آن بهره‌مند می‌شود، فقط شامل حال اوست؛ خانواده‌اش، بی‌یاور و بی‌سرپرست و خود در معرض فلاکت و بیماری است. بدین‌گونه، بیماری که در قلمرو بسته‌ی خود، زاینده‌ی بیماری است، در فضای اجتماعی نیز، بیماری‌زاست. «این فضای مرزبندی میان سالم و بیمار که به قصد محافظت و حمایت، ایجاد شده، ناقل بیماری است و آن را به طرزی بی‌پایان، تکثیر می‌کند» (۵)؛ اما اگر بیماری در میدان آزادی که در آن تولد یافته و رشد کرده است، نگه داشته شود، از حد خود، تجاوز نخواهد کرد؛ بلکه همان‌طور که پدید آمده، از میان خواهد رفت و امدادسانی در خانه، فقری را که زاینده‌ی آن است، جبران خواهد کرد. مراقبت‌های خودانگیخته‌ی اطرافیان، برای کسی هزینه‌ای ندارد و کمک‌هزینه‌ای که به بیمار تعلق می‌گیرد، به درد خانواده‌اش خواهد خورد. گوشتی را که مریض آب آن را می‌خورد، نباید هدر داد و جوشانده‌ی او را که گرم می‌کنند، فرزندانش هم، بی‌هزینه‌ی اضافی، گرم می‌شوند؛ ازاین‌رو، در آن دوره، معتقد بودند که «وقتی از ایجاد فضایی متمایز و مجزا برای بیمار چشم‌پوشیم، فضایی که به قصد آن ایجاد شده که به‌نحوی مبهم و ناشیانه، بیمار را در کف حمایت خود گیرد و انسان‌ها را نیز، از خطر آن حفظ کند، زنجیره‌ی «مرض امراض» و فقیر شدن دائمی پاره خواهد شد» (۵).

کالین جونز^۱ معتقد است که این انتقادات را که «بیشتر، اجتماعی و اقتصادی بودند تا انسان‌مدارانه» (۶)، می‌توان در دو گروه جای داد: ۱. انتقادهای مبتنی بر تصور پزشکی رده‌بندی از بیماری و شیوه‌های درمان آن؛ ۲. انتقادهای مبتنی بر اقتصاد بیمارستان؛ بنابراین، دلایل در معرض اتهام‌بودن بیمارستان را می‌توان به‌صورت زیر برشمرد:

- بیمارستان سبب تغییر شکل بیماری می‌شد؛

- بیمارستان سبب محروم‌شدن بیمار از همدردی خانواده می‌شد؛

- بیمارستان مانع درمان بیماری در محیط طبیعی خود، یعنی خانواده، می‌شد؛

- بیمارستان سبب تحمیل هزینه‌های گزاف و گسترش فقر می‌شد.

فقط به دو دلیل وجود بیمارستان توجیه داشت:

- درمان فقرایی که خانواده‌ای نداشتند تا بیماری‌شان در محیط طبیعی آن علاج شود. در این حالت بیمارستان می‌توانست تاحدودی، محیطی مناسب برای چنین افرادی باشد؛

- بیمارستان، با جداسازی بیماران مبتلا به بیماری همه‌گیر، مانع از گسترش این نوع بیماری‌ها می‌شد.

«بنابراین، در رویه‌ی پزشکی این دوره، نه چیزی وجود داشت که جایی برای سازمان دانش بیمارستان اختصاص دهد و نه سازمان بیمارستان، اجازه‌ی مداخله‌ی پزشکی را می‌داد» (۴)؛ ازاین‌رو، تا میانه‌ی قرن هجدهم، بیمارستان و پزشکی، همچون دو بخش جدا از هم، به حیات خود ادامه می‌دادند.

نتیجه‌گیری

هانری لوفور^۲، جامعه‌شناس و فیلسوف معاصر، در کتاب معروف تولید فضا (۱۹۷۴)، معتقد است که هر شیوه‌ای از سازمان‌دهی اجتماعی، محیطی را تولید می‌کند که پیامد روابط اجتماعی است که این شیوه‌ی سازمان‌دهی اجتماعی، در اختیار دارد. افزون بر این، جامعه با تولید فضایی مطابق با ماهیت خاص خودش، نه‌تنها، شکل مادی شکل‌های ساخته‌شده‌ی متمایز را به خود می‌گیرد، بلکه خودش را نیز با تولید چنین فضایی بازتولید می‌کند؛ در واقع، فضا، هم، واسطه‌ی روابط اجتماعی است و هم، فراورده‌ای مادی است که می‌تواند روابط اجتماعی را تحت تأثیر خود قرار دهد (۷). اگر مطابق با این نگرش، مباحث مطرح‌شده در این مقاله را

2. Henri Lefebvre

1. Collin Jones

بنگریم، ملاحظه خواهیم کرد که در قرون وسطای میانه، با رونق تجارت و ظهور طبقه‌ی جدید بازرگان‌شهرنشین، شهری‌سازی جوامع، گسترش یافت و شیوه‌ای جدید از روابط و سازمان‌دهی اجتماعی تولید شد. مناسبات اجتماعی و قدرت جدید شهری، سبب رژیم غذایی بهتر، افزایش دادوستد و بازرگانی، آموزش و یادگیری مناسب‌تر شد؛ اما در عین حال، سبب افزایش فقر در شهرها شد؛ به طوری که فقرا، به نحوی چشمگیر، قابل رؤیت شدند. برای سامان‌دهی این پدیده‌ی اجتماعی، خیریه‌ها، به همراه دولت، مراکزی را برای مراقبت از بیماران و فقرا، به غیر از صومعه‌ها، در شهرها تأسیس کردند. بدین گونه، فضاهایی جدید در شهر به وجود آمد که بیمارستان‌های شهرداری نامیده شدند.

بیمارستان‌هایی از این دست، به منزله‌ی نوانخانه‌هایی بودند که دارای دو کارکرد مهم، روحانی و مادی، بودند؛ از سویی می‌کوشیدند تا مرگ فقرا به گونه‌ای باشد که آنان را به رستگاری نایل کند و از سویی دیگر، با جداسازی فقرا از افراد دیگر، مانع انتقال بیماری آنان می‌شدند و بدین گونه، ضامن حفظ سلامت جامعه بودند. بیمارستان‌های شهرداری، به مثابه فضایی جدید در شهرهای توسعه‌یافته‌ی قرون وسطای میانه، حاصل تغییر سامان مناسبات قدرت، یعنی سیاست، از اقتصاد جامعه‌ی مبتنی بر زمین و مبادله‌ی پایاپای نجبا، به جامعه‌ی جدید مبتنی بر پول و سرمایه‌گذاری طبقه‌ی بازرگانان و شهرنشینان بود؛

بنابراین، می‌توان گفت که بیمارستان شهرداری، به مثابه فضای جدید در شهرهای اروپا، «ساخته‌شده از مؤلفه‌های تاریخی و طبیعی است؛ اما چنین روندی، خود فرایندی سیاسی بود؛ زیرا فضا، سیاسی و ایدئولوژیک است. فضا تولیدی است که به معنی واقعی کلمه، آکنده از ایدئولوژی‌های متفاوت است» (۸)؛ به عبارت دیگر، بیمارستان، تولیدی اجتماعی است که می‌توان تولید آن را به «تولید هر نوع خاص

معینی از کالا، تشبیه کرد» (۸)^۱.

باین حال، باید توجه کرد که این کالای جدید، بیمارستان، آن گونه که ما تصور می‌کنیم، محلی برای درمان بیماران نبود؛ زیرا شیوه‌ی درمان بیماران، در آن زمان، مبتنی بر پزشکی اخلاطی و رده‌بندی بود که نه تنها، بیمارستان را محلی برای درمان نمی‌دانست، بلکه حتی آن را مانع درمان بیماری تلقی می‌کرد؛ از این رو، بیمارستان شهرداری، فضایی برای درمان بیماران نبود؛ بلکه کارکردی به مثابه نوانخانه‌ای برای سالمندان، از کارافتادگان و معلولان جنگی داشت.

بنا بر کارهای میشل فوکو، می‌توان گفت که آنچه سبب تغییر کارکرد بیمارستان از نوانخانه به فضایی برای درمان بیماران شد، دارای دو وجه است: از طرفی، می‌توان به عوامل اقتصادی، مثل قاچاق کالا (۴) و اختراع تکنولوژی جدیدی، به نام تفنگ چخماقی، اشاره کرد (۹) و از سویی دیگر، باید از تغییر فضای بخش‌های سه‌گانه^۲ (۵) در حوزه‌ی پزشکی نام برد که پرداختن بدان‌ها، مقاله‌ای جداگانه را می‌طلبد.

1. لوفور معتقد است که تولید فضا را می‌توان به سه بعد یا فرایندی از لحاظ دیالکتیکی درهم تنیده تقسیم کرد. این فرایندها به دو شیوه، تعیین و نام‌گذاری می‌شوند: از سویی به سه تایی «پرکتیس فضایی»¹، «بازنمایی‌های فضا»¹ و «فضاهای بازنمایی»¹ اشاره دارند (Lefebvre, 1991, p 33) و از سوی دیگر، به فضای «درک‌شده»، «تصورشده» و «زیست‌شده» اشاره می‌کنند. رویکرد اول، رویکردی نشانه‌شناسانه و رویکرد دوم، رویکردی پدیدارشناسانه به فضا است.

2. Spatialisation

منابع

- 1- Ziegler TA. Medieval Healthcare and the Rise of Charitable Institutions: The History of the Municipal Hospital. Switzerland: Palgrave Pivot; 2018. p. 3-5,83.
- 2- Rubin M. Imaging Medical Hospital: Considerations on the Cultural Meaning of Institutional Change. In *Medicine and Charity before the Welfare State*, edited by Jonathan Barry and Colin Jones. London & New York: Routledge; 1991. p.24.
- 3- Park K. Healing the Poor: Hospitals and Medical Assistance in Renaissance Florence. In *Medicine and Charity before the Welfare State*, edited by Jonathan Barry and Colin Jones. London & New York: Routledge; 1991. p.27.
- 4- Foucault M. The Incorporation of the Hospital into Modern Technology. Translated by Edgar Knowlton Jr, William Jk, Stuart E. London: Ashgate Publishing limited; 2007. p.143-46.
- 5- Foucault M. The Birth of Clinic. Translated by Valiani F. Tehran: Nashre Mahi; 2011. p.48-61, 83. [in Persian]
- 6- Jone C. Charity and Bienfaisance: The Treatment of the Poor in the Montpellier Region 1740-1815. Cambridge: Cambridge University Press; 1982. p.132.
- 7- Lefebvre H. The Production of Space. Translated by Nicholson-Smith D. New Yourk: Blackwell; 1991.
- 8- Lefebvre H. Reflections on the politics of space. Translated by Enders MJ. *Antipode*. 1976; 8(2): 30-7.
- 9- Foucault M. The Mesh of Power. In *Philosophy Theater*. Tehran: Nashre Ney; 2012. p.184.

The Function of the Hospital as an Hospice in the Pre-modern Era

Gholamhossein Moghaddam Heidari^{*1}

¹Associate Professor, Department of Philosophy of Science, Chair of Department of History of Science, Faculty of Science Studies and West Philosophical Research, The Institute for Humanities and Cultural Studies Science (IHCS), Tehran, Iran.

Abstract

It is a widely held belief that "health care" is an old concept. As one of the most important institutions dealing with this issue, the hospital has been treating human beings throughout human civilization. But historical studies show that, in the pre-modern era, the hospital was not for the treatment of patients. Its function was as a nursing home for the poor and patients. In this article, we attempt to examine the reasons for this in two ways. We first examine the socioeconomic conditions that led to this function for hospitals in the middle ages. We then show that the treatment of patients at that time was based on humorism and classification medicine, which was not only considered the hospital as a place of treatment but also considered it as a barrier to treatment. Therefore, the hospital served as a hospice for the elderly and disabled, and veterans.

Keywords: Hospital, Humorism medicine, Classification medicine, Urbanization, Middle ages

* Corresponding Author: gmheidari@gmail.com