



Rethinking Health and Healing in Sasanian Iran: Medical Pluralism and the Fluid Boundaries between Science, Religion, and Magic

Sorour Khorashadi^{1✉}, Pegah Talebi Jouneghani²

1. Assistant Professor, Department of Archaeology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. (Corresponding Author). Email: s.khorashadi@modares.ac.ir
2. PhD Candidate in Archaeology, Department of Archaeology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: ptalebi@modares.ac.ir

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:
Received 2026-04-25
Received in revised form 2026-06-12
Accepted 5 March 2026
Available online 2026-07-19

Keywords:
*Medical Anthropology
Sasanian Health System
Medical Pluralism
Exogenizing Medical System
Zoroastrian Medicine*

ABSTRACT

Objective: The Sassanian period was an era of flourishing medical knowledge in ancient Iran, which, under the patronage of its kings, achieved a systematic and advanced structure. Medicine in this period, with the establishment of unique educational and therapeutic centers such as Gondishapur, realized significant accomplishments. This research seeks to re-examine the therapeutic and healthcare system of the Sassanian era from the perspective of medical anthropology, aiming to understand the cultural, social, and religious mechanisms of this system. Using a comparative-analytical method based on library research, it seeks to answer the following question: What was the structure of the Sassanian healthcare and therapeutic system with respect to the concepts of medical anthropology, and how did various cultural factors shape the experience of illness and the response to it?

Findings: The research findings indicate that the Sassanian medical system can be considered a salient example of a complex and multi-layered cultural system grounded in the specific Zoroastrian worldview of that culture. In this paradigm, illness was not merely a biological phenomenon but was generally perceived as the result of demonic forces and malevolent agencies. This cosmological conceptualization provided a conceptual map for the organization, legitimization, and hierarchization of the entire medical field, to the extent that this system can be described as being based on an externalizing and person-centered etiological model. However, in conjunction with internalizing empirical-anatomical mechanisms, it created a dynamic fusion of religious and scientific knowledge. The Sassanians were well aware of the role of natural factors in causing diseases, yet this empirical understanding did not negate belief in supernatural causes. Evidence such as talismanic vessels, amuletic seals, and magical texts demonstrates the active efforts of individuals to regain a sense of control and attribute meaning to suffering within the very framework of that worldview, albeit often on the margins of official institutions. The contradiction between the state's criminalization of magic and its widespread use by the populace testifies to the dynamism and polyvocality of this cultural system. This phenomenon is precisely what is referred to as the "fluidity of boundaries" between medicine, religion, and magic.

Conclusions: All these characteristics laid the groundwork for the formation of a model of medical "pluralism" in this period, giving rise to various medical schools with different functions and approaches for treating diverse illnesses. The specialized division of labor into branches such as mantra-medicine, knife-medicine (surgery), and herb-medicine (pharmacy) reflected the value priorities of this society, in which spiritual healing occupied the apex of the hierarchy. By possessing diverse specializations, professional-social hierarchies, and a bio-cultural approach to health, this system presented a complex model of interaction between "normative" medicine and "folk" medicine, although the boundaries between normative and folk medicine were flexible and, in practice, constituted two inseparable poles. By moving beyond descriptive historiography, this research, through the lens of medical anthropology, demonstrates that a deep understanding of the history of medicine necessitates moving past a mere description of achievements and institutions and delving into the layers of meaning, power relations, and lived experiences that give life and significance to a medical system.

Cite this article Khorashadi, Sorour. and Talebi Jouneghani, Pegah (2026). Rethinking Health and Healing in Sasanian Iran: Medical Pluralism and the Fluid Boundaries between Science, Religion, and Magic. *Iranian Journal of Anthropological Research*, 16(1), 130-161. <https://doi.org/10.22059/ijar.2026.413273.459967>



Introduction

The Sasanian period can be regarded as one of the key eras in the history of science in Iran. On the one hand, this period was the context for the emergence of an independent school of Persian medicine which, while interacting with Greek medicine, preserved its own identity; and on the other hand, as a connecting bridge, it transmitted the medical heritage of antiquity to the Islamic era, such that the roots of many of the brilliant achievements of Islamic civilization can be found in it (Zargaran, 1395: 12). Although the general principles of medicine and treatment in the Sasanian era were primarily based on the Avestan tradition, the influence of Greek medicine is clearly observable in it. According to the accounts of Iranian and non-Iranian writers and historians, the Sasanian kings had a great interest in the expansion of culture and various sciences, especially medicine and philosophy, and provided the means for Iranians to benefit from these sciences (Zarshenas, 1388: 22). The advancement of Sasanian medicine reached such a point that patients from other lands came to Iran for treatment. While many nations lacked medical facilities, Iranians were well aware of the principles of hygiene and prevention. Since Zoroastrians regarded the origin of disease as the assault of Ahriman, medicine can be considered the most prominent science of that time (Sharifian, 1392: 18). The founding of Jundishapur brought about a remarkable advancement in medicine. This complexity of organization and facilities gave it a more scientific color and character, and with the increasing flourishing of the sciences, various scholars from the east and west of Iran turned to this land, especially to the scientific-therapeutic center of Jundishapur (Kaviani Pouya and Jalilian, 1395: 100). In this school, diagnosis, therapeutics, and pharmacology were taught to physicians (Sharafi, 1400: 49). The University of Jundishapur is a suitable example confirming the claim that the attainment of higher education in the form of a university requires the gathering of human knowledge, and this gathering in turn requires a national will to establish a civilization founded upon knowledge and wisdom, as well as an international desire for cooperation and solidarity among cultures and specialists of various disciplines from around the world (Mahouzi and Ebrahimabadi, 1395: 8). Given the importance and complexity of the medical system of the Sasanian period, the approach of "medical anthropology" as an analytical framework for understanding it appears necessary and effective.

Medical anthropology is a bio-cultural approach to human health behaviors that includes both biological and socio-cultural aspects (Matin, 1389: 36). Considering the position of medicine in the Sasanian period and the necessity of analyzing it, the present study seeks to answer the question of what structure the treatment and health system of the Sasanian period possessed, given the concepts of medical anthropology, and how various cultural factors shaped the experience of illness and the response to it. The aim of this research is to reread illness and the treatment and health system in the Sasanian period from the perspective of medical anthropology, and also to understand the cultural mechanisms that shaped this system.

Methodology

This study, with a fundamental aim and a qualitative method, has undertaken a rereading of the treatment and health system of the Sasanian period. The method of data collection is library- and document-based, and the research data were gathered through in-depth study and analysis of primary and secondary sources. The method of data analysis is "qualitative content analysis with a deductive-inductive approach." In this process, the research has moved along two simultaneous paths:

- The deductive path: utilizing the theoretical framework of "medical anthropology" as an analytical gauge to guide the search for and analysis of data. Key theoretical concepts such as "externalization-internalization," "medical pluralism," and "fluidity of therapeutic boundaries" have been used as initial indicators for categorizing historical evidence.

- The inductive path: extracting hidden concepts and patterns from within the historical data. Through immersion in the texts, findings beyond the key theoretical concepts have been identified, which demonstrate the complexity and multi-layered nature of the Sasanian treatment and health system.

The combination of these two approaches has allowed the research to present, within the entry-based structure of the article, the link between theoretical concept and historical evidence in a contextualized manner. This structure, in addition to preventing mental discontinuity for the reader, allows the fluidity of the boundaries among science, religion, and magic in the target society to be clearly analyzed, just as it flowed in the historical text.

Discussion

The aim of this study was to re-examine the Sasanian healthcare and therapeutic system from the perspective of medical anthropology, in order to understand the cultural, social, and religious mechanisms that shaped this system and to answer how its structure reflected key anthropological concepts and how cultural factors shaped the experience of illness and the response to it. The findings demonstrate that the Sasanian medical system can be considered a salient example of a complex and multi-layered cultural system grounded in the specific Zoroastrian worldview of that culture, and that this system was based on an externalizing and person-centered etiological model which, in conjunction with internalizing empirical-anatomical mechanisms, created a dynamic fusion of religious and scientific knowledge and gave rise to a model of medical pluralism.

These findings are largely consistent with the theoretical frameworks proposed by Bauer, Singer, and Susser (2004) and Sobel (2004), who argue that medical systems are cultural constructs embedded in broader social and cosmological structures, and that person-centered etiologies attribute illness to intentional agents—whether human, supernatural, or non-human. The Sasanian case confirms Young's (1976) proposition that externalizing systems emphasize ultimate causes and are intertwined with other cultural domains such as religion, while internalizing systems emerge as societies become more complex. The coexistence of both models in Sasanian Iran supports the view that these are not mutually exclusive categories but rather poles along a continuum. Similarly, the division of medical labor into mantra-medicine,

knife-medicine, and herb-medicine, with spiritual healing at the apex of the hierarchy, reflects the pattern described by Bauer, Singer, and Susser (2004) whereby medical pluralism mirrors broader social hierarchies and class relations. The finding that physician fees varied according to the patient's social standing, as documented in Vendidad, further corroborates this correspondence between medical practice and social stratification.

The study's findings are also consistent with Rivers's (1924) concept of the "fluidity of boundaries" between medicine, magic, and religion. The evidence of talismanic vessels, amuletic seals, and magical texts demonstrates that despite the state's criminalization of magic, the populace actively sought magical means of healing and protection, often on the margins of official institutions. This confirms Rivers's argument that the relationship between medicine, magic, and religion is not inherent but rather a product of processes of cultural interaction and exchange.

However, some findings diverge from certain studies. Zargaran (2019) presents a largely descriptive account of Sasanian medicine that emphasizes scientific achievements and institutional developments without engaging with the cultural and cosmological dimensions that this study identifies as central. Similarly, Sharifian (2013) provides valuable documentation of medical branches and disease causation from Pahlavi texts but adopts a purely historical approach that does not theorize the relationship between religious worldview and medical practice. The present study suggests that such descriptive accounts, while empirically valuable, miss the deeper layers of meaning and power that give life to a medical system.

In conclusion, the Sasanian medical system offers a compelling historical case for medical anthropology, demonstrating that illness is never merely biological but always cultural, and that the boundaries between science, religion, and magic are fluid and historically contingent.

Conclusions

This study set out to re-examine the Sasanian healthcare and therapeutic system through the lens of medical anthropology, and its most significant finding is that this system constituted a complex, multi-layered cultural formation grounded in the Zoroastrian cosmological worldview, operating simultaneously on two apparently contradictory logics: an externalizing, person-centered etiology that attributed illness to demonic agency, and an emerging internalizing, empirical-anatomical mechanism. The coexistence of these two logics was not a contradiction to be resolved but a dynamic fusion that made medical pluralism possible, giving rise to specialized branches mantra-medicine, knife-medicine, and herb-medicine—hierarchically ordered with spiritual healing at the apex. The evidence of talismanic vessels, amuletic seals, and magical texts demonstrates that ordinary people actively sought to regain a sense of control and to attribute meaning to suffering within that same worldview, often on the margins of official institutions, while the state simultaneously criminalized magic. This tension between official prohibition and popular practice is precisely what reveals the fluidity of boundaries between medicine, religion, and magic. The theoretical significance of these findings lies in demonstrating that medical systems cannot be understood through descriptive

historiography alone; they must be analyzed as cultural systems in which meaning, power, and lived experience intersect. The practical significance is that the structural continuities identified here the coexistence of multiple therapeutic models, the moral labeling of illness, and stratified access to care remain operative in contemporary Iranian healthcare, suggesting that medical pluralism in Iran is not a modern import but a deeply rooted historical pattern.

Finally, this study opens several avenues for future research. First, comparative studies are needed that examine medical pluralism in other ancient Iranian periods to determine whether the Sasanian pattern represents a distinctive development or a continuous feature of Iranian medical history. Second, archaeological and archaeometric analyses of talismanic vessels, amuletic seals, and pharmaceutical residues are required to move beyond textual evidence and reconstruct the actual practices of healing and self-protection at the household and community levels. Third, critical medical anthropological studies should examine the role of religious institutions and clerical authority in shaping health-seeking behavior in contemporary Iran, thereby testing the hypothesis that the Sasanian fusion of religious and medical authority has persisted in altered forms. Addressing these questions would not only deepen our understanding of the history of medicine but also provide evidence-based guidance for health policy in societies where medical pluralism is a lived reality rather than a historical curiosity.



بازخوانی انسان‌شناختی نظام درمان و سلامت دوره ساسانی؛ تحلیل کثرت‌گرایی پزشکی و

سیالیت مرزهای علم، دین و جادو

سرور خراشادی^۱، پگاه طالبی جونقانی^۲

۱. استادیار، گروه باستان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، رایانامه: s.khorashadi@modares.ac.ir
۲. دانشجوی دکتری، گروه باستان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، رایانامه: ptalebi@modares.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	هدف-دوره ساسانی، عصر شکوفایی دانش پزشکی در ایران باستان بود که تحت حمایت پادشاهان، به ساختاری نظام‌مند و پیشرفته دست‌یافت. پزشکی در این دوره با تأسیس مراکز آموزشی و درمانی بی‌نظیری چون جندی‌شاپور دستاوردهای چشمگیری را رقم زد. این پژوهش در پی بازخوانی نظام درمان و سلامت دوره ساسانی از منظر انسان‌شناسی پزشکی، با هدف درک سازوکارهای فرهنگی، اجتماعی و دینی این نظام سامان یافته‌است و با روش تطبیقی-تحلیلی، بر پایه اطلاعات کتابخانه‌ای در پی پاسخگویی به این پرسش است که نظام درمان و سلامت دوره ساسانی، با توجه به مفاهیم انسان‌شناسی پزشکی، از چه ساختاری برخوردار بوده و چگونه عوامل مختلف فرهنگی، تجربه بیماری و پاسخ به آن را شکل می‌دادند؟
تاریخچه مقاله: تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۰۵	یافته‌ها-یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که نظام پزشکی ساسانی را می‌توان نمونه‌ای بارز از یک نظام فرهنگی پیچیده و چندلایه دانست که مبتنی بر جهان‌بینی زردشتی خاص این فرهنگ بود؛ در این پارادایم، بیماری فقط یک پدیده زیست‌شناختی نبود، بلکه عموماً نتیجه تهاجم نیروهای اهریمنی و عاملیت‌های شرور تلقی می‌شد. این باور کیهان‌شناختی، چارچوبی مفهومی برای سامان‌دهی، مشروعیت‌بخشی و سلسله‌مراتبی کل عرصه پزشکی بود تا آنجا که می‌توان گفت این نظام، بر پایه الگوی سبب‌شناسی برون‌ساز و شخصیت‌محور شکل گرفت؛ هرچند در همراهی با سازوکارهای درونی‌ساز تجربی-آناتومیک، تلفیقی پویا از دانش دینی و علمی ایجاد کرده بود؛ چراکه ساسانیان به‌خوبی از نقش عوامل طبیعی در بروز بیماری‌ها آگاه بودند ولی این شناخت تجربی، باور به علل فراطبیعی را نفی نمی‌کرد. شواهدی چون ظروف طلسم، مهرهای تعویذ و متون جادویی نشان‌دهنده تلاش فعالانه افراد برای بازیابی احساس کنترل و معنابخشی به رنج در دل چارچوب همان جهان‌بینی، اما اغلب در حاشیه نهادهای رسمی است. تناقض میان جرم‌انگاری جادو توسط حکومت و کاربرد گسترده آن توسط مردم، گواهی بر پویایی و چندصدایی این سامانه فرهنگی است. این پدیده دقیقاً همان چیزی است که از آن به‌عنوان «سیالیت مرزها» میان پزشکی، دین و جادو یاد می‌شود.
کلیدواژه‌ها: <i>انسان‌شناسی پزشکی</i> <i>نظام سلامت ساسانی</i> <i>کثرت‌گرایی پزشکی</i> <i>نظام برون‌ساز پزشکی</i> <i>طب زردشتی</i>	نتیجه‌گیری-تمامی این ویژگی‌ها زمینه‌ساز شکل‌گیری الگوی «کثرت‌گرایی» پزشکی در این دوره شد و مکاتب مختلف پزشکی با کارکردها و رویکردهای گوناگون برای درمان انواع بیماری‌ها شکل گرفت. تقسیم کار تخصصی به شاخه‌هایی چون منتره‌پزشکی، کرتوپزشکی و داروپزشکی، بازتابی از اولویت‌های ارزشی این جامعه بود که در آن، درمان معنوی در رأس هرم قرار داشت. این نظام با دارا بودن تخصص‌های متنوع، سلسله‌مراتب حرفه‌ای-اجتماعی و رویکرد زیست-فرهنگی به سلامت، الگوی پیچیده‌ای از تعامل میان پزشکی «مرسوم» و پزشکی «عامیانه» را عرضه می‌کرد؛ هرچند مرزهای میان پزشکی مرسوم و عامیانه منعطف و در عمل، دو قطب جدایی‌ناپذیر بودند. این پژوهش با عبور از تاریخ‌نگاری توصیفی، از رهگذر انسان‌شناسی پزشکی نشان می‌دهد که فهم ژرف تاریخ پزشکی مستلزم عبور از توصیف صرف دستاوردها و نهادها و فرورفتن در لایه‌های معنایی، روابط قدرت و تجربه‌های زیسته‌ای است که به یک نظام پزشکی، حیات و معنا می‌بخشد.

استناد: خراشادی، سرور؛ و طالبی جونقانی، پگاه (۱۴۰۵). بازخوانی انسان‌شناختی نظام درمان و سلامت دوره ساسانی؛ تحلیل کثرت‌گرایی پزشکی و سیالیت مرزهای علم، دین و جادو. *پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران*، ۱۶ (۱)، ۱۶۱-۱۳۰. <https://doi.org/10.22059/ijar.2026.413273.459967>



مقدمه

دوره ساسانی را می‌توان یکی از ادوار کلیدی در تاریخ علمی ایران دانست. این دوره از یک‌سو، بستر ظهور مکتب مستقل طب ایرانی است که ضمن تعامل با طب یونانی، هویت خود را حفظ کرد و از سوی دیگر، به‌مثابه پلی ارتباطی، میراث پزشکی دوران باستان را به عصر اسلامی انتقال داد؛ به گونه‌ای که ریشه‌های بسیاری از دستاوردهای درخشان تمدن اسلامی را می‌توان در آن یافت (زرگران، ۱۳۹۵: ۱۲). هرچند اصول کلی پزشکی و درمان عصر ساسانی، عمدتاً بر پایه سنت اوستایی استوار بود، ولی تأثیرپذیری از طب یونانی در آن به‌وضوح قابل مشاهده است. براساس روایت‌های نویسندگان و مورخان ایرانی و غیرایرانی، پادشاهان ساسانی علاقه زیادی به گسترش فرهنگ و دانش‌های گوناگون، به‌ویژه پزشکی و فلسفه داشتند و امکانات بهره‌گیری ایرانیان از این علوم را فراهم می‌کردند (زرشناس، ۱۳۸۸: ۲۲). پیشرفت پزشکی ساسانی تا بدانجا بود که بیمارانی از دیگر سرزمین‌ها برای درمان به ایران می‌آمدند. درحالی‌که بسیاری از ملل، فاقد امکانات پزشکی بودند، ایرانیان به‌خوبی بر اصول بهداشتی و پیشگیری آگاهی داشتند. از آنجاکه زردشتیان ریشه بیماری را در هجوم اهریمن می‌دانستند، پزشکی را می‌توان برجسته‌ترین دانش آن زمان دانست (شریفیان، ۱۳۹۲: ۱۸). تأسیس جندی‌شاپور سبب پیشرفت چشمگیر پزشکی شد. این پیچیدگی تشکیلات و تأسیسات، رنگ‌وبوی علمی‌تری به آن بخشید و با رونق روزافزون علوم، دانشمندان گوناگونی از شرق و غرب ایران به این سرزمین، به‌ویژه مرکز علمی-درمانی جندی‌شاپور روی آوردند (کاویانی‌پویا و جلیلیان، ۱۳۹۵: ۱۰۰). در این مکتب، دردشناسی، درمان‌شناسی و داروسازی به پزشکان آموزش داده می‌شد (شرفی، ۱۴۰۰: ۴۹). دانشگاه جندی‌شاپور نمونه مناسبی برای تأیید این مدعاست که دستیابی به آموزش عالی در قالب یک دانشگاه، نیازمند گردآوری دانش بشری است و این گردآوری نیز مستلزم اراده ملی برای پایه‌گذاری تمدنی برپایه دانش و خرد و همچنین خواست بین‌المللی برای همکاری و همراهی میان فرهنگ‌ها و متخصصان رشته‌های گوناگون از سراسر جهان است (ماحوزی و ابراهیم‌آبادی، ۱۳۹۵: ۸). با توجه به اهمیت و پیچیدگی نظام پزشکی دوره ساسانی، رویکرد «انسان‌شناسی پزشکی» به‌مثابه چارچوبی تحلیلی برای فهم آن، ضروری و کارآمد می‌نماید.

انسان‌شناسی پزشکی، رویکردی زیستی- فرهنگی درباره رفتارهای بهداشتی انسان‌هاست که هر دو جنبه زیست‌شناختی و اجتماعی- فرهنگی را شامل می‌شود (متین، ۱۳۸۹: ۳۶). با لحاظ جایگاه پزشکی در دوره ساسانی و ضرورت تحلیل آن، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این پرسش است که نظام درمان و سلامت دوره ساسانی، با توجه به مفاهیم انسان‌شناسی پزشکی، از چه ساختاری برخوردار بوده و چگونه عوامل مختلف فرهنگی تجربه بیماری و پاسخ به آن را شکل می‌دادند؟ هدف این پژوهش، بازخوانی بیماری و نظام درمان و سلامت در دوره ساسانی از منظر انسان‌شناسی پزشکی و همچنین درک سازوکارهای فرهنگی شکل‌دهنده به این نظام است.

پیشینه پژوهش

در ارتباط با وضعیت پزشکی در ایران باستان در برخی کتب مطالبی ارائه شده است؛ از جمله می‌توان به کتاب‌های تاریخ علم نوشته سارتن (۱۳۶۵)، تاریخ پزشکی اثر یونت (۱۳۸۵)، تاریخ طب از نجم‌آبادی (۱۳۶۶) و سرزمین خلافت شرقی الگود (۱۳۵۲) اشاره کرد. با بررسی آثار این پژوهشگران، می‌توان دریافت که هر یک در خلال تحلیل‌های خویش، به بررسی وضعیت پزشکی در ایران باستان پرداخته و در بخشی از اثر خود به پزشکی دوره ساسانی توجه نشان داده‌اند؛ اما این توجه صرفاً در حاشیه مباحث اصلی بوده و به‌صورت نظام‌مند و متمرکز بر دوره ساسانی نیست؛ مهم‌تر آنکه از چارچوب نظری انسان‌شناسی پزشکی بی‌بهره‌اند. قابل ذکر است که در ارتباط با پزشکی دوره ساسانی نیز پژوهش‌هایی در قالب کتاب و مقاله صورت گرفته است که به معرفی برخی از آن‌ها خواهیم پرداخت؛ از جمله بهترین منابع، کتاب مقدمه‌ای بر پزشکی در دوران ساسانیان نوشته زرگران (۱۳۹۸) است که با مطالعه آن می‌توان به اطلاعات جامعی درمورد دانش پزشکی، پزشکان و نوآوری‌ها و اکتشافات پزشکی در دوره ساسانی دست یافت. شایان ذکر است که رویکرد زرگران در استفاده از منابع تاریخی، از منظر تاریخ‌پژوهی، نیازمند دقت و بازنگری بیشتری است. در

پژوهش‌های تاریخی، رعایت ترتیب زمانی منابع و توجه به تقدم و تأخر آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ از این‌رو، اتکای نویسنده به گزارش‌های مربوط به پزشکی و پزشکان عصر ساسانی در منابع قرون هفتم و هشتم قمری، در کنار کم‌توجهی به منابع نزدیک‌تر به دوره مورد بحث و متعلق به سده‌های نخستین اسلامی، پرسش‌هایی روش‌شناختی را برمی‌انگیزد. این مسئله در بخش‌های مختلف کتاب نیز قابل مشاهده است. افزون بر این، برخی نارسایی‌ها در انتخاب عناوین، خطاهای تایپی و مفهومی و نیز غلبه رویکرد توصیفی و روایت‌محور بر تحلیل و استدلال انتقادی، از جمله نکاتی است که می‌تواند در ارزیابی این اثر مورد توجه قرارگیرد. کتاب *ایران در زمان ساسانیان*، نوشته کریستن سن (۱۳۸۲) که شاخص‌ترین پژوهش در حوزه مطالعات ساسانی است، در باب دانش در زمان ساسانی به موضوع طبابت، انواع طبیبان، ویژگی‌های طبیب شایسته و اقداماتی را که می‌بایست انجام می‌داده، اشاره کرده‌است؛ با این حال، مباحث پزشکی در این اثر شاهکار، به صورت مختصر و گذرا مطرح شده و تصویری روشن و نظام‌مند از نظام سلامت دوره ساسانی ارائه نمی‌دهد؛ همچنین اطلاعات مربوط به بیماری‌ها عمدتاً کلی و توصیفی است؛ از این‌رو، موضوعاتی چون جایگاه پزشکان در نظام سلسله‌مراتبی ساسانی و تعامل پزشکی رسمی با درمان‌های عامیانه کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. سامی (۱۳۹۷) در کتاب *تمدن ساسانی*، روایات و دساتیر اوستا که متشکل از اصول پزشکی هستند و همچنین ویژگی‌های پزشک خوب را شرح می‌دهد؛ سپس به توصیف جندی‌شاپور و روایت‌هایی در مورد اهمیت این دانشگاه می‌پردازد. گرچه توضیحات نویسنده درباره دانشگاه جندی‌شاپور مفید است، اما توصیفات کلی وی برای درک پیچیدگی‌ها و چندلایگی پزشکی عصر ساسانی کافی نمی‌نماید. کهنسال و اجارگاه (۱۴۰۱) در مقاله‌ای تحت عنوان «ساسانیان و نگرش آن‌ها به دانش پزشکی»، جایگاه علم پزشکی در دوره ساسانی را بررسی کرده‌است و آموزه‌های دینی و نقش دین و دولت را در پزشکی مؤثر دانسته و به بررسی صدور دستاوردهای آن به خارج پرداخته‌است. پژوهش مذکور از لحاظ محتوایی حائز اهمیت است؛ زیرا اطلاعات خوبی در ارتباط با تأسیس دانشکده پزشکی در جندی‌شاپور، انتقال دستاوردهای پزشکی به جهان خارج، علم پزشکی و اهمیت آن در آموزه‌های دینی ارائه می‌دهد ولی با رویکرد انسان‌شناختی پژوهش حاضر فاصله دارد. شریفیان (۱۳۹۲) در اثر خود با عنوان «پزشکی در زمان ساسانیان»، به بررسی پیشرفت‌های پزشکی ساسانیان در روایت‌های پهلوی پرداخته و از پزشکی و شاخه‌های آن، عوامل بیماری در طب ساسانی، درمان در طب ساسانی، حق‌العلاج پزشک، برزویه و پزشکان غیرایرانی در این دوره سخن گفته‌است. اشارات وی به عوامل بیماری‌زا و تعداد بیماری‌های ذکر شده با استناد به متون مذهبی قابل تقدیر است؛ همین‌طور توضیحاتی که در مورد شاخه‌های پزشکی و وظایف هر یک تشریح شده‌است، در نوع خود ارزشمند است؛ با این حال، رویکرد آن تاریخی صرف است. کاویانی‌پویا و جلیلیان (۱۳۹۵) در مقاله خود تحت عنوان «ترکیب جمعیتی پزشکان و تشکیلات داخلی بیمارستان جندی‌شاپور»، اطلاعات ارزنده‌ای در ارتباط با تشکیلات داخلی جندی‌شاپور و همچنین ترکیب جمعیتی پزشکان و دانش‌آموختگان آن به ما ارائه می‌دهند که از این طریق می‌توان به پیچیدگی سیستم درمانگری بیمارستان‌های ایرانی به‌ویژه جندی‌شاپور پی برد.

قابل ذکر است که در حوزه انسان‌شناسی پزشکی، پژوهش‌های متعددی توسط محققان داخلی و خارجی انجام شده‌است؛ از جمله آثار شاخص در زبان فارسی کتاب *مبانی/انسان‌شناسی پزشکی* اثر متین (۱۳۹۲) است که به بررسی انسان‌شناسی فرهنگی و نظام پزشکی، تندرستی و بیماری پرداخته‌است. این اثر با اینکه از جمله معدود منابع فارسی در حوزه انسان‌شناسی پزشکی است، اما به دلیل کلی‌گویی و فقدان عمق تحلیلی نتوانسته‌است تصویر جامعی از این رشته ارائه دهد. ساختار کتاب بر محور مباحث مقدماتی‌ای چون کثرت‌گرایی پزشکی، قوم‌پزشکی، پزشکی عامه و طب مکمل سازمان یافته، درحالی‌که قلمرو نظری انسان‌شناسی پزشکی بسیار فراتر از این مفاهیم است و موضوعات کلیدی همچون انسان‌شناسی بدن، مطالعات انتقادی نظام‌های پزشکی، روایت بیماری و پیوند پزشکی با ساختارهای قدرت و اقتصاد سیاسی سلامت در آن جای نگرفته‌است.

در خصوص آثار خارجی، با توجه به کثرت منابع و پرهیز از اطاله، تنها به ذکر چند نمونه بسنده می‌شود؛ ازجمله می‌توان به کتاب *انسان‌شناسی پزشکی و نظام‌های جهانی: رویکردی انتقادی* به قلم بائر^۱، سینگر^۲ و سوسر^۳ (۲۰۰۴) اشاره کرد که در چهار بخش و یازده فصل تنظیم شده‌است. مؤلفان در پیشگفتار، اثر خویش را با تعریف انسان‌شناسی پزشکی آغاز کرده و در ادامه، به تبیین مفاهیم محوری، بازخوانی تاریخچه و واکاوی نظریه‌های مهم این رشته پرداخته‌اند. این کتاب به لحاظ جایگاه علمی، یکی از منابع اصلی و کتب بنیادین در حوزه انسان‌شناسی پزشکی به‌شمار می‌رود. فصل‌های کتاب به‌صورت نظام‌مند و ساختاریافته تدوین شده و هر کدام از مفاهیم کلیدی این رشته را با تفصیل و دقت کافی تبیین کرده‌است؛ به‌گونه‌ای که خواننده به‌صورت گام‌به‌گام با مبانی نظری، رویکردهای انتقادی و کاربری‌های عملی این حوزه آشنا می‌شود. کتاب درک و به‌کارگیری *انسان‌شناسی پزشکی*، نوشته براون^۴ و کلاسره^۵ (۲۰۱۶)، در دو بخش کلی و در قالب ۴۵ فصل سامان یافته‌است که به بررسی مسائل و موضوعات محوری در حوزه انسان‌شناسی پزشکی می‌پردازد. این کتاب در دو بخش نظری و کاربردی سامان یافته و بدین‌ترتیب، هم مبانی مفهومی و هم کاربری‌های عملی رشته را پوشش می‌دهد. از دیگر نقاط قوت آن، تلفیق رویکردهای زیستی-اجتماعی و فرهنگی در کنار یکدیگر است که امکان تحلیل چندلایه از پدیده‌های سلامت و بیماری را میسر می‌سازد؛ همچنین به مفاهیم کلیدی و نوینی چون خشونت ساختاری، قوم‌پزشکی، تجربه بیماری، زیست‌پزشکی و فناوری‌های بدن و نیز سلامت روان توجه نشان داده‌است. بهره‌مندی از رویکرد انتقادی در تحلیل نظام‌های پزشکی و نیز کاربری نظریه‌ها در مسائل عینی و جهان‌شمول سلامت از دیگر مزیت‌های مهم این اثر به‌شمار می‌رود. کتاب جامع دیگر اثر ویلی^۶ و آلن^۷ (۲۰۲۰) تحت عنوان *انسان‌شناسی پزشکی: رهیافتی زیست‌فرهنگی* است که هر فصل از این کتاب، حول موضوعی محوری در انسان‌شناسی پزشکی سامان یافته‌است. ابتدا زیست‌شناسی پایه ارائه می‌شود و سپس با عوامل مرتبط تکاملی، تاریخی و جامعه‌فرهنگی که آن را شکل می‌دهند، بافت‌مند می‌شود. افزون بر این، پیوندهای بین رویکرد زیست‌فرهنگی و دیگر رهیافت‌ها در انسان‌شناسی پزشکی به‌ویژه اقتصاد سیاسی سلامت و انسان‌شناسی پزشکی کاربردی برجسته شده‌است. کتاب *انسان‌شناسی پزشکی*، نوشته پول^۸ و گایسلر^۹ (۲۰۱۰) نیز در ۱۲ فصل به موضوعاتی پیرامون فرهنگ، روش‌ها و دیدگاه‌های انسان‌شناختی، روایت‌های بیماری و ناخوشی، بعد تاریخی انسان‌شناسی پزشکی، مصرف دارو، رابطه انسان‌شناسی و زیست‌پزشکی و.. اختصاص دارد. با این حال، تاکنون هیچ پژوهش مستقلی که ماهیت نظام پزشکی ساسانی را از منظر انسان‌شناسی پزشکی مورد تحلیل و واکاوی قرار دهد، صورت نگرفته‌است.

روش پژوهش

این پژوهش با هدف بنیادی و روش کیفی، به بازخوانی نظام درمان و سلامت دوره ساسانی پرداخته‌است. روش گردآوری اطلاعات، کتابخانه‌ای و اسنادی است و داده‌های پژوهش از طریق مطالعه عمیق و واکاوی منابع اولیه و ثانویه جمع‌آوری شده‌است. روش تحلیل داده‌ها، «تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قیاسی-استقرایی» است. در این فرآیند، پژوهش از دو مسیر همزمان حرکت کرده‌است:

- مسیر قیاسی: بهره‌گیری از چارچوب نظری «انسان‌شناسی پزشکی» به‌عنوان یک سنجۀ تحلیلی برای هدایت جست‌وجو و تحلیل داده‌ها. مفاهیم کلیدی نظری چون «برونی‌سازی-درونی‌سازی»، «چندگانگی پزشکی» و «سیالیت مرزهای درمان» به‌عنوان شاخص‌های اولیه برای دسته‌بندی شواهد تاریخی مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

¹ Baer

² Singer

³ Susser

⁴ Brown

⁵ Closser

⁶ Wiley

⁷ Allen

⁸ Pool

⁹ Geissler

- مسیر استقرایی: استخراج مفاهیم و الگوهای پنهان از دل داده‌های تاریخی. با غوطه‌وری در متون، یافته‌هایی فراتر از مفاهیم کلیدی نظری شناسایی شده‌اند که نشان‌دهنده پیچیدگی و چندلایگی نظام درمان و سلامت ساسانیان است.

ترکیب این دو رویکرد، به پژوهش امکان داده‌است تا در ساختار مدخل‌محور مقاله، پیوند میان مفهوم نظری و شاهد تاریخی را به‌صورت بافت‌گرایانه ارائه‌دهد. این ساختار، افزون بر اینکه مانع از گسستگی ذهنی خواننده می‌شود، اجازه می‌دهد تا سیالیت مرزهای میان علم، دین و جادو در جامعه هدف، همان‌طور که در متن تاریخی جریان داشته، به‌وضوح تحلیل شود.

چار چوب نظری پژوهش

چشم‌اندازهای انسان‌شناسی پزشکی

پیش از پرداختن به بحث، بررسی و تبیین مفهوم انسان‌شناسی پزشکی به‌عنوان حوزه‌ای تخصصی، ضرورتی بنیادین است تا روشن شود که این رویکرد چه ماهیتی دارد و چه اهدافی را دنبال می‌کند. انسان‌شناسی پزشکی، مطالعه انسان‌شناختی سلامت، بیماری و درمان در گستره جوامع انسانی و در طول تجربه زیسته بشری است. این شاخه از دانش که نقطه تلاقی انسان‌شناسی فرهنگی و جسمانی است، به بررسی عوامل اجتماعی- فرهنگی مؤثر در نظام سلامت جوامع و واکنش مردم به بیماری می‌پردازد (اسکوپین، ۱۴۰۱: ۳۹۰؛ متین، ۱۳۸۹: ۵۵). از ابتدا، انسان‌شناسی پزشکی به‌عنوان «مطالعه میان فرهنگی نظام‌های پزشکی و عوامل زیستی و جامعه فرهنگی که بر رخداد سلامت و بیماری در زمان حال و در طول تاریخ بشر تأثیر می‌گذارند» تعریف شده‌است (سینگر و اریکسون، ۲۰۱۱: ۳). تمرکز آن بر این مسئله است که فرهنگ‌های مختلف چگونه علل بیماری را تفسیر می‌کنند، چه انواعی از درمان را می‌پذیرند و برای درمان به چه کسانی مراجعه می‌کنند (کامات و فیشر، ۲۰۲۵: ۷۱)؛ بنابراین حوزه انسان‌شناسی پزشکی، مطالعه بیماری‌ها، درمان‌ها و روش‌های معالجه از دیدگاه میان فرهنگی و همچنین درک فرهنگی از بیماری و شیوه برخورد با آن را در بر می‌گیرد (اسکوپین، ۱۴۰۱: ۳۹۰) و یک دیدگاه زیستی- فرهنگی جامع‌نگر است (مکی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۱: ۶۳). در این رشته، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت، از عوامل و نهادهای اجتماعی، سیاست، قدرت، اقتصاد تا عوامل فرهنگی چون دین، باورها، آداب و رسوم، دامنه گسترده‌ای از متغیرها را شامل می‌شود (متین، ۱۳۸۹: ۵۵). این رشته به‌طور خاص به روابط اجتماعی، تجربیات اخلاقی و نظام‌های درگیر در مدیریت بیماری در رابطه با هنجارهای فرهنگی و نهادهای اجتماعی علاقه‌مند است (لوید و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع، بدن را به‌عنوان هسته سلامت و بیماری، در بستر شبکه‌های گسترده‌تر قدرت سیاسی، اقتصادی و اجتماعی قرار می‌دهد (کامات و فیشر، ۲۰۲۵: ۷۱). این حوزه از دهه ۱۹۷۰ در حال توسعه بوده (ویتسکا-موینارچیک، ۲۰۱۵: ۳۸۵) و در نهایت، به‌طور گسترده از مفهوم جامع‌نگر سلامت استفاده می‌کند که سه برداشت متفاوت را در بر می‌گیرد: برداشت زیست‌پزشکی (نبود بیماری)، برداشت بوم‌شناختی (تعادل میان بوم‌شناسی و انسان) و برداشت زیست- اجتماعی و زیست- فرهنگی (ترکیب عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و فیزیولوژیکی) (شارما و پاتاک، ۲۰۱۶: ۱۱۰۲).

نظام‌های پزشکی در بستر میان فرهنگی

از آنجا که همه انسان‌ها در طول حیات خود دوره‌هایی از بیماری را تجربه می‌کنند (براون و کلاسر، ۲۰۱۶: ۲۰۵)، تمامی جوامع انسانی در واکنش به بیماری و ناخوشی، به‌گونه‌ای نظام‌های پزشکی را شکل می‌دهند. این نظام‌ها همگی شامل باورها و روش‌هایی هستند که آگاهانه برای بهبود سلامت و کاهش بیماری به‌کار می‌روند (بائر، سینگر و سوسر، ۲۰۰۴: ۸).

در این راستا باید توجه داشت که مفهوم پزشکی به‌مثابه یک نظام مرزبندی شده و مستقل، خود یک برساخت فرهنگی است؛ زیرا در عالم واقع، پزشکی با دیگر سامانه‌های فرهنگی چون ساختار خویشاوندی، نظام سیاسی، اقتصاد و دین، در هم تنیده‌است (همان ۹)؛ در نتیجه، نظام پزشکی یک جامعه، شامل مجموعه کامل زیرنظام‌های پزشکی‌ای است که در رابطه‌ای مبتنی بر همکاری یا رقابت با یکدیگر هم‌زیستی دارند. این پدیده عموماً توسط انسان‌شناسان پزشکی، جامعه‌شناسان پزشکی و جغرافی‌دانان پزشکی،

تحت عنوان «چندگانگی پزشکی» یا «کثرت‌گرایی پزشکی»^{۱۰} شناخته می‌شود (بائر، ۲۰۰۴: ۱۰۹). به عبارتی، اگرچه نقش‌های درمانی ممکن است توسط فرهنگ تعیین شده باشند، اما در عین حال در درون یک فرهنگ ممکن است چندین نظام درمانی مختلف وجود داشته باشد؛ پدیده‌ای که به آن «چندگانگی پزشکی» گویند (ویلی و آلن، ۲۰۲۰: ۱۱۴). الگوهای چندگانگی پزشکی معمولاً منعکس‌کننده روابط سلسله‌مراتبی در جوامع گسترده‌تر و پیچیده‌تر هستند. این سلسله‌مراتب می‌تواند بر پایه تمایزات طبقاتی، کاستی، نژادی، قومی، منطقه‌ای، مذهبی و جنسیتی شکل گیرد؛ زیرا چندگانگی پزشکی در همه جوامع پیچیده و طبقاتی شکوفایی‌شده و تمایل دارد تا حوزه وسیع‌تر روابط طبقاتی و اجتماعی را بازتاب دهد (بائر، سینگر و سوسر، ۲۰۰۴: ۱۱)؛ بنابراین چندگانگی پزشکی، نمودی از روابط اجتماعی سلسله‌مراتبی و دسترسی متفاوت به مجموعه‌ای از مراقبت‌های بهداشتی موجود است (نیچتر و لاک، ۲۰۰۳: ۵۰). این وضعیت از آنجا ناشی می‌شود که پزشکی یک نهاد اجتماعی است. این نهاد شامل مجموعه‌ای از باورها و روش‌هاست و تنها زمانی نمود می‌یابد که توسط اعضای یک جامعه سازمان‌یافته پایه‌گذاری و اجرا شود؛ جامعه‌ای که در آن درجه بالایی از تقسیم کار و تخصصی‌شدن عملکردهای اجتماعی به وجود آمده است (گود و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۷). در این چارچوب، نظام‌های پزشکی براساس خطوط فرهنگی عمل می‌کنند، واقعیت‌های فردی و اجتماعی را مرتبط ساخته و درمان می‌کنند. در واقع، بیمار برای اکثر نظام‌های پزشکی به‌طور سنتی هم فرد و هم شبکه روابط اجتماعی است. فرآیندهای نظم‌دهی، نامگذاری، تبادل و ارائه درمان برای بیماری، ابعادی از واقعیت نمادین هستند که بین فرد و جامعه مشترک‌اند؛ زیرا نظام‌های پزشکی از مدل‌های تبیینی و اصطلاحات مختلفی برای معنا بخشیدن به بیماری و دادن معنا به تجربه فردی و اجتماعی بیماری استفاده می‌کنند (گود و همکاران، ۲۰۱۰: ۸۶).

برای توصیف این نظام‌های پیچیده، گونه‌شناسی‌هایی ارائه شده است. یک گونه‌شناسی رایج، طرح سه‌بخشی پزشکی کلینمن^{۱۱} است که شامل «عامه‌پسند»^{۱۲}، «مردمی»^{۱۳} و «حرفه‌ای»^{۱۴} است. متغیرهای کلیدی از این قرار است: چه کسی مراقبت را ارائه می‌دهد و در چه بستری. در بخش «عامه‌پسند»، غیرمتخصصان مانند خود فرد، مادر، دوستان یا سایر خویشاوندان و بستگان، درمان را ارائه می‌دهند. این درمان براساس درک فرهنگی مشترک است و عموماً در بستر خانواده یا خانوار رخ می‌دهد. درمانگران بخش «مردمی»، متخصص هستند؛ عمل آنان براساس سنت‌ها و فلسفه‌های فرهنگی است. نظام‌های رسمی دارای مجوز قانونی، بخش «حرفه‌ای» را تشکیل می‌دهند. مدل دیگر، مدل بونی اوکانر^{۱۵} است. این مدل تنها دو بخش دارد: پزشکی «مرسوم»^{۱۶} و پزشکی «عامیانه»^{۱۷}. پزشکی «عامیانه»، بخش‌های عامه‌پسند و مردمی کلینمن را در بر می‌گیرد. پزشکی «مرسوم» تنها شامل نظام مراقبت سلامت رسمی، مجاز، اقتدارگرا و مسلط است؛ هرچه که در یک بافت فرهنگی معین ممکن است، وجود داشته باشد. این تقابل، ساده اما مهم است؛ زیرا به‌صراحت جایگاه مسلط «پزشکی مرسوم» را برجسته می‌سازد. انسان‌شناسان می‌توانند این الگو را در بافت‌های بین فرهنگی به کار گیرند؛ زیرا پویایی قدرت و سلسله‌مراتب وضعیت پزشکی که مدل اوکانر بازتاب می‌دهد، دست کم تا حدی جهان‌شمول است (همه نظام‌ها نوعی از پزشکی متعارف را دارا هستند) (سوبو، ۲۰۰۴: ۸).

انکارهای انسان‌شناختی سلامت و بیماری

انسان‌شناسی پزشکی، با اتخاذ رویکردی کل‌گرا و یکپارچه‌نگر به پدیده تجربه انسانی، فهم ما از مقولات بیماری و سلامت را عمق و غنا می‌بخشد (سینگر و اریکسون، ۲۰۱۱: ۶۹). از همان ادوار نخستین شکل‌گیری، انسان‌شناسی به‌مثابه یک دانش، پژوهش در

¹⁰ Medical Pluralism

¹¹ Kleinman

¹² Popular medicine

¹³ Folk medicine

¹⁴ Professional medicine

¹⁵ Bonnie O'Connor's

¹⁶ conventional medicine

¹⁷ vernacular medicine

حوزه سلامت و امور مرتبط با آن را در دامنه تحقیقات خود گنجانده‌است (سوبو، ۲۰۰۴: ۳). بر این اساس، سلامت، فراتر از صرفاً یک وضعیت فیزیولوژیک یا عاطفی، مفهومی است که انسان‌ها در بسیاری از جوامع برای توصیف حس رفاه و تندرستی خود شکل داده‌اند؛ به گونه‌ای که بسیاری از انسان‌شناسان پزشکی، سلامت را یک برساخت فرهنگی می‌دانند که معنای آن به‌طور قابل توجهی از جامعه‌ای به جامعه دیگر یا از یک دوره تاریخی به دوره‌ای دیگر متفاوت است (بائر، سینگر و سوسر، ۲۰۰۴: ۴). برای تحلیل این برساخت، تمایز میان مفاهیم مرتبط ضروری است. انسان‌شناسان عموماً «سلامت» را به‌عنوان سازه‌ای گسترده در نظری‌گیرند که شامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی، از جمله عملکرد نقش اجتماعی است. این تعریف در بسترهای بینافرهنگی، کارآمدتر از تعریفی است که سلامت را صرفاً به «بیماری» پیوند می‌زند؛ چراکه «بیماری» به‌طور فنی به معنای یک آسیب زیست‌پزشکی قابل اندازه‌گیری یا یک بی‌نظمی کالبدشناختی یا فیزیولوژیکی صرف است؛ باین‌حال، آنچه افراد را به جستجوی درمان سوق می‌دهد، لزوماً بیماری نیست، بلکه «ناخوشی» است. ناخوشی، تجربه شخصی و فرهنگی‌سازی شده از بودن در حالت عدم تندرستی است و مستلزم تجربه رنج است؛ بنابراین بیماری است که نیروی محرکه کل نظام پزشکی محسوب می‌شود (سوبو، ۲۰۰۴: ۳).

این تجربه ذهنی رنج در بستر فرهنگی فرد معنا می‌یابد؛ به بیانی دیگر، الگوهای خاص و پذیرفته‌شده فرهنگی برای بیمار بودن و بیان آن تجربه وجود دارد (ویلی و آلن، ۲۰۲۰: ۵۷). ناخوشی می‌تواند در بسترهای مختلف فرهنگی به شرایط گوناگونی اشاره داشته‌باشد. در برخی فرهنگ‌ها، این مفهوم به تجربیات جسمانی محدود می‌شود؛ در برخی دیگر، شامل نابسامانی روانی نیز می‌گردد و در فرهنگ‌های دیگر، حتی رنج ناشی از بدبختی را نیز در بر می‌گیرد. در واقع، برخی نظام‌های پزشکی با کشمکش‌های انسانی سروکار دارند. اغلب، مشکلات اجتماعی، جسمانی، هیجانی و شناختی به‌هیچ‌وجه از هم جدا نیستند، بلکه کاملاً درهم‌تنیده و حتی با هم ادغام شده‌اند (سوبو، ۲۰۰۴: ۳). سلامت و بیماری شرایطی هستند که افراد یک جامعه بسته به دسترسی‌شان به منابع اولیه و نیز منابع مبتنی بر منزلت اجتماعی با آن مواجه می‌شوند. بیماری از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است؛ بخشی به دلیل شرایط آب‌وهوایی یا جغرافیایی، اما عمدتاً به دلیل شیوه‌ای است که طی آن فعالیت‌های تولیدی، منابع و فرآیندهای بازتولید سازماندهی می‌شوند؛ بنابراین بیماری باید به همان اندازه که زیستی است، اجتماعی نیز فهمیده شود (بائر، سینگر و سوسر، ۲۰۰۴: ۶). در این میان، یک نظام پزشکی مشخص در زمینه اجتماعی - فرهنگی خود، نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌دهی به این تجربه دارد. این نظام، بیماری را درک می‌کند، به آن نام می‌دهد و به آن پاسخ می‌گوید. به معنایی واقعی، این نظام تجربه بیماری را آشکار می‌سازد و تاحدی آن را از دل بیماری خلق می‌کند. اگرچه بیماری به‌عنوان یک فرآیند طبیعی رخ می‌دهد، اما تجربه بیماری یک واقعیت فرهنگی یا نمادین است که شامل احساسات، ایده‌ها، ارزش‌ها، زبان و ارتباط غیرکلامی و رفتارهای نمادین می‌شود (گود و همکاران، ۲۰۱۰: ۸۶).

آنچه مردم برای سلامت انجام می‌دهند نیز تاحد زیادی به درک آنان از علل یک بیماری بستگی دارد. این دغدغه‌های علت‌شناختی، قانونی ممتاز برای تقابل‌ها و مقایسه‌های بینافرهنگی فراهم می‌آورند و بخش عمده‌ای از کار انسان‌شناسی پزشکی بر طبقه‌بندی «نظام‌های پزشکی» بر این اساس متمرکز است (سوبو، ۲۰۰۴: ۶). یک روش ساده برای این طبقه‌بندی، تفکیک نظام‌ها به «درونی‌ساز»^{۱۸} یا «برونی‌ساز»^{۱۹} است. نظام‌های درونی‌ساز بر مکانیسم‌های فیزیولوژیکی درونی تمرکز دارند. آن‌ها اولویت را به نشانه‌های زیستی یا فیزیکی می‌دهند که می‌توانند پیشرفت بیماری را نشان دهند. در این نظام، بیماری یک مشکل فردی است، نه یک مشکل اجتماعی. در مقابل، نظام‌های برون‌ساز اهمیت را به رویدادهای خارج از بدن فرد بیمار می‌دهند. چنین نظام‌هایی عوامل بیماری‌زا را عامدانه می‌بینند که اغلب انسانی یا انسان‌وار هستند. فعالیت تشخیصی بر کشف این مهم متمرکز

¹⁸ internalizing¹⁹ externalizing

است که چه چیزی فرد را مورد توجه عامل بیماری‌زا قرار داده و حمله را تحریک کرده‌است. نظام‌های برونی‌ساز بر علل غایی تمرکز دارند، نه علل فوری.

یانگ^{۲۰} پیشنهادت جالبی در مورد تکامل نظام‌های سلامت ارائه می‌دهد. او معتقد است که نظام‌های درونی‌ساز از نظام‌های برونی‌ساز تکامل می‌یابند؛ زمانی که جوامع پیچیده می‌شوند. نظام‌های برونی‌ساز بر روابط اجتماعی و کیهان‌شناختی تمرکز دارند. آن‌ها با حوزه‌های فرهنگی دیگر مانند دین، درهم‌تنیده‌اند و استقلال مفهومی کمی دارند. بسیاری خاطرنشان کرده‌اند که در جوامع کوچک‌مقیاس، باورها درباره سبب‌شناسی بیماری اغلب با باورهای مربوط به انواع بدیاری‌ها، از جمله تعارضات بین فردی و بلایای طبیعی درهم می‌آمیزد؛ اما نظام‌های درونی‌ساز بسیار خودمختار هستند؛ برای مثال، سلامت به‌عنوان حوزه‌ای جدا از مسائل حقوقی یا مذهبی در نظر گرفته می‌شود. یانگ این مسئله را با اشاره به تقسیم کار در جوامع پیچیده توضیح می‌دهد (یانگ، ۱۹۷۶: ۱۴۸).

نظام‌های پزشکی «شخصیت‌محور»^{۲۱} و «طبیعت‌محور»^{۲۲}

هر نظام پزشکی متشکل از یک نظام «نظریه بیماری» و یک نظام «مراقبت بهداشتی» است. نظام نظریه بیماری، مفاهیم سلامت و نیز علل بیماری یا ناخوشی را در بر می‌گیرد. فاستر^{۲۳} و اندرسون^{۲۴} دو گونه اصلی را متمایز می‌کنند: نظام‌های پزشکی «شخصیت‌محور» و نظام‌های پزشکی «طبیعت‌محور». در دیدگاه شخصیت‌محور، بیماری نتیجه اقدام عاملی دارای آگاهی و اراده در نظر گرفته می‌شود که ممکن است منشأ فراطبیعی، غیرانسانی یا انسانی داشته باشد. در مقابل، نظام‌های طبیعت‌محور، بیماری را حاصل اختلال در تعادل عناصر بنیادی غیرزنده در بدن، مانند اصول بین و یانگ در پزشکی چینی می‌دانند. این دو نوع تبیین لزوماً یکدیگر را حذف نمی‌کنند و می‌توانند هم‌زمان در یک فرهنگ وجود داشته باشند (بائر، ۲۰۰۴: ۹). تفاوت میان پزشکی «طبیعت‌گرا» و «شخصیت‌گرا» مستقیماً بر روابط اجتماعی متمرکز است. مدل‌های طبیعت‌گرا بیماری را ناشی از نیروها یا شرایط غیرشخصی از جمله سرما، گرما و سایر نیروهایی می‌دانند که تعادل بدن را برهم می‌زنند. در مقابل، رویکردهای شخصیت‌گرا، بیماری را به کنشگران خارجی فعال نسبت می‌دهند. کنشگر درگیر در یک مورد خاص ممکن است انسانی (مانند یک جادوگر) یا غیرانسانی (مانند یک نیروی شیطانی یا روح نیاکان) باشد. در اینجا برخلاف تبیین‌های طبیعت‌گرا، تصادف یا شانس هیچ نقشی در بیماری ندارند، بیماری نتیجه مستقیم عمل عامدانه یک کنشگر است؛ بنابراین افراد باید مطمئن باشند که روابط اجتماعی آنان با زندگان و مردگان و با خدایان و سایر نیروها دچار مشکل نشده‌است؛ در غیر این صورت، دیگران ممکن است تحریک‌شوند تا اقداماتی انجام دهند که منجر به بیماری فرد شود (سوبو، ۲۰۰۴: ۷). در چنین بستری از باور به کنشگری عامدانه، هیچ دلیلی برای تردید در اثربخشی برخی اعمال جادویی وجود ندارد؛ اما در عین حال می‌بینیم که اثربخشی جادو مستلزم باور به جادوست. این باور خود سه جنبه مکمل دارد: نخست، باور جادوگر به تأثیرگذاری فنون خود؛ دوم، باور بیمار یا قربانی به قدرت جادوگر و درنهایت، ایمان و انتظارات گروه که مانند نوعی میدان گرانشی عمل می‌کند که در آن رابطه بین جادوگر و طلسم‌شده شکل گرفته و به آن معنای دهد (براون و کلاسر، ۲۰۱۶: ۱۹۸). این مفهوم باور نقشی محوری می‌یابد چنانکه رابطه نزدیکی بین علم، از جمله پزشکی و بنیادگرایی مذهبی وجود دارد که بخشی از آن به مفهوم باور ما بازمی‌گردد (گود و همکاران، ۲۰۱۰: ۶۴).

بالین‌حال، مرزهای این حوزه‌ها سیال است؛ زیرا بررسی رابطه پزشکی، جادو و دین نشان می‌دهد که این پیوند ماهیتی ذاتی ندارد، بلکه پیامدی از فرآیندهای تعامل و تبادل فرهنگی است. یک عمل درمانی که در زادگاه خود فاقد بار جادویی یا دینی است، ممکن است در بافت فرهنگی جدید که جادو یا دین در آن برجسته است، این ویژگی را کسب کند؛ برعکس، یک آیین جادویی یا دینی ممکن است حاوی عناصری باشد که برای مردمی دارای هنر راستین پزشکی، کاربرد درمانی یا بهداشتی تداعی کند و در

²⁰ Young

²¹ personalistic

²² naturalistic

²³ Foster

²⁴ Anderson

نتیجه به حوزه پزشکی فرهنگ جدید راه‌یابد و ویژگی آیینی خود را به کلی از دست دهد (ریورز، ۱۹۲۴: ۴۳). در ادامه، مسیر پژوهش به این شکل است که پزشکی دوره ساسانی در سنجۀ چهار مفهوم بنیادین انسان‌شناسی پزشکی شامل «چندگانگی پزشکی»، «سلامت و بیماری»، «دارو» و «باورهای عامیانه و جادو» تحلیل‌شود.

نظام پزشکی عصر ساسانی

در متون پهلوی، به‌ویژه در وندیداد و دینکرد سوم، به موضوع انواع پزشکان (زرگران، ۱۳۹۸: ۷۵) اشاره شده‌است. در بحث مربوط به پزشکان، از پنج رشته تخصصی پزشکی نام برده شده که پزشکان هر یک در حوزه معینی موظف به فعالیت بوده‌اند. این تخصص‌ها عبارت‌اند از: کرتوپزشک (کاردپزشک، جراح)، منترپزشک^{۲۵} (روان‌پزشک)، دارپزشک (پزشک قانونی)، گیاه‌پزشک (پزشک گیاه‌شناس) و تن‌پزشک (پزشک داخلی و عمومی) (پهلوان و مصباحیان، ۱۳۹۹: ۴۵). نگارندگان خاطرنشان می‌سازند که این نکته، گواهی مستند دال بر تقسیم کار تخصصی حتی در بطن نظام درمان دوره ساسانی و وجود پزشکی نسبتاً پیشرفته با حداقل پنج لایۀ تخصصی است. کاردپزشک،^{۲۶} عنوانی که در اوستا به‌صورت «کرتوبئشز» و به‌معنای کارددرمانی آمده‌است، بیانگر شاخه‌ای از پزشکی است که پس از گیاه‌درمانی، از اهمیت درجه دوم برخوردار بوده‌است. به نقل از کتاب چهارم دینکرد، در صورت بی‌اثر بودن درمان گیاهی، برای درمان زخم‌ها، غده‌ها، قطع اندام و مفاصل از کارد و ابزار جراحی استفاده می‌کردند (یزدی، ۱۳۸۸: ۸۳). براساس متون اوستایی و پهلوی، کاردپزشکان با پاکسازی محل عمل از چرک و مواد مضر، بدون استفاده از داروی بیهوشی و تنها با ضدعفونی‌کننده‌های زمان خود، اقدام به جراحی می‌کردند. به‌دلیل محدودیت دانش پزشکی و خطرات ناشی از خونریزی، جراحی‌های آن دوره عمدتاً سطحی و محدود به بیرون بدن بود و جراحی‌های عمیق و داخلی امروزی رواج نداشت. در میان پزشکان آن دوره، جراحان نسبت به سایر تخصص‌ها ملزم به گذراندن آزمون‌های سخت‌گیرانه‌تری برای ورود به حرفه بودند (خدادادیان، ۱۳۵۶: ۱۷۵-۱۷۴). جراحان جوان پیش از اجازه جراحی پیروان دین زردشت، ملزم به اثبات مهارت خود از طریق سه عمل موفقیت‌آمیز بر روی افراد غیرزردشتی بودند (الگود، ۱۳۵۲: ۳۵). در آیین زردشت، وجدان و اخلاق نیکو، معیار اصلی شایستگی پزشک و برتر از مهارت جراحی یا درمان بود (زرشناس، ۱۳۸۸: ۲۷). منترپزشکان با زمزمۀ کلمات آسمانی و بخش‌هایی از اوستا، بر نیروهای درونی، سلسله‌اعصاب و عوامل روانی انسان تأثیر درمانی عمیقی می‌نهادند و برای درمان بیماری‌های روانی، روش‌ها و شیوه‌های متنوعی به‌کار می‌بردند (خدادادیان، ۱۳۵۶: ۱۷۹). پیروان آیین پاک در هنگام بیماری، خود یا اطرافیان‌شان کلام مقدس (منتره) را زمزمه می‌کردند که نیکوترین و درمان‌بخش‌ترین کلام اهورایی بود و منتره‌پزشکان را در میان سایر پزشکان، به‌عنوان برترین درمانگران معرفی می‌کرد (رضی، ۱۳۶۲: ۲۵۴). اینکه در برخی روایات، منتره‌پزشک برترین درمانگر به‌شمار می‌آمده با روایتی که پیش‌تر، گیاه‌درمانی و کارددرمانی را در الویت‌های نخست و دوم قرار می‌داد، ناهمخوان است؛ نکته‌ای که اصولاً در مطالعات تاریخی به‌عنوان تناقض روایات رخ می‌نماید. افزون بر این، نگارندگان خاطرنشان می‌سازند که نقش منتره‌پزشک و تأکید بر زمزمۀ کلام اهورایی، مصداقی از درهم‌تنیدگی مذهب و پزشکی است که در انسان‌شناسی به‌عنوان باورهای عامیانه و نقش جادو طبقه‌بندی می‌شود و مصداقی از نظام‌های پزشکی به‌مثابه نظام‌های نمادین است.

منتره‌پزشکان با تمرکز بر مغز و دستگاه عصبی، با مشاهده حالات روانی و واکنش‌های عصبی به تشخیص و درمان اختلالات روانی-عصبی بیماران می‌پرداختند (همان: ۱۸۰). براساس دینکرد، روان‌پزشکی به دو بخش عام و خاص تقسیم می‌شد. در بخش عام، حفظ سلامت روان جامعه مورد توجه بود که این مسئولیت بر عهده فرمانروا و زرتوشتروتوم^{۲۷} (عالی‌ترین مقام دینی) قرار داشت. در بخش خاص، روان‌تک‌تک افراد بررسی می‌شد و حفظ آن در برابر گناه و پلایش آن در سه حیطة اندیشه، گفتار و کردار مطرح می‌گردید که توسط دانایان و مبلغان دینی انجام می‌شد. بر پایه دینکرد، روان‌پزشک از طبقۀ روحانیان بوده و زرتوشتروتوم

²⁵ Manoro-baesaza

²⁶ Karato-baesaza

²⁷ Zartuštrōtom

برترین روان‌پزشک محسوب می‌شده‌است. فردی که قصد فعالیت در زمینه روان‌پزشکی را داشت، می‌بایست مراحل گزینشی را تحت نظارت زرتشتروتوم و طبق دستور دین طی می‌کرد تا صلاحیت لازم برای این مقام را به‌دست می‌آورد. از نظر جایگاه اجتماعی، روان‌پزشک به نخستین طبقه جامعه تعلق داشته، درحالی‌که پزشک جسمانی متعلق به طبقه سوم بوده‌است (فکری‌پور و حیدرپور، ۱۴۰۱: ۱۲۶). به باور نگارندگان، این مسئله با نظریه بائر و همکاران مبنی بر بازتاب چندگانگی پزشکی در روابط طبقاتی همسویی کامل دارد و طبقه‌بندی اجتماعی بر جایگاه پزشکان عصر ساسانی تأثیر مستقیم داشته‌است؛ بنابراین می‌توان تناقض پیش گفته را از این منظر، به نفع روایتی که منتره‌پزشک را در رأس هرم درمانگران می‌نشانند، تحلیل کرد. افزون بر این، شاید تناقض روایات ناشی از تغییر در اولویت‌های تاریخی بوده‌باشد؛ چنانکه در دوره‌های مختلف، جایگاه متفاوتی برای منتره‌پزشک قائل بوده‌اند. از دیگر دلایل ناظر بر این تناقض، می‌توان به تفاوت در سطح فنی گیاه‌درمانی و جراحی و سطح معنوی منتره‌پزشکی اشاره کرد که یکی در سطح مؤثرترین و دیگری در سطح والاترین فهمیده شده‌است و یا شاید منازعه میان طبقات اجتماعی و گروه‌های رقیب روحانیان و پزشکان حرفه‌ای بوده که هر کدام روایتی را برجسته می‌کردند.

در مراکز درمانی ایران باستان، برای درمان بیماران از جمله مبتلایان به بیماری‌های روانی، افزون بر روش‌های متعارف، از اتاق موسیقی نیز استفاده می‌شد. گویی این رویکرد، الگویی برای بیمارستان‌های سده‌های بعد گردید. براساس کتیبه‌های مکشوفه از جندی‌شاپور، موسیقی و موسیقی‌درمانی از دروس اجباری دانشجویان پزشکی و پرستاری آن دوران بوده‌است. پرستاران می‌بایست در نواختن چند ساز اصلی مهارت می‌داشتند و حتی در زایمان زنان دربار ساسانی نیز از موسیقی بهره می‌بردند (حاتمی، ۱۳۹۴: ۱۱۷). به باور نگارندگان، این نگرش جامع‌نگر به سلامت در دوره ساسانی، با برداشت زیست-فرهنگی سلامت همسویی دارد؛ چنانکه بعد زیستی در قالب درمان‌های گیاهی و جراحی، بعد روانی به صورت منتره‌خوانی و موسیقی‌درمانی و بعد معنوی-فرهنگی، در قالب ارتباط بیماری با گناه و پالایش نمودمی‌یافته و تقسیم روان‌پزشکی به «عام» و «خاص»، نشان‌دهنده درک پیشگامانه از سلامت جمعی است.

داتوپزشکان براساس احکام دینی زردشتی، وظیفه آگاهی‌بخشی بهداشتی، قرنطینه بیماران واگیردار، تشخیص علت مرگ و صدور مجوز دفن را برعهده داشتند که شباهت‌هایی به پزشکی عمومی و قانونی امروز دارد (آهنگری، ۱۳۸۹: ۱۲). در میان داروپزشکان^{۲۸} که درمان را با گیاهان و داروهای گیاهی و حیوانی انجام می‌دادند، عده‌ای صرفاً جن‌گیر و عزایم‌خوان بودند؛ درحالی‌که گروهی دیگر به دو دسته «درست‌پات‌ها»^{۲۹} و «تن‌بشازک‌ها»^{۳۰} تقسیم می‌شدند (الگود، ۱۳۵۲: ۳۲). این پزشکان با نظارت مستمر بر واکنش بدن بیمار به دارو، به‌ویژه در بیماری‌های حساسیت‌زا، دانش خود را ارتقای دادند و سایر متخصصان نیز برای درمان بیماری با آن‌ها مشورت می‌کردند؛ این همکاری، بخش جدایی‌ناپذیری از نظام پزشکی ایران باستان در میان گروه‌های مختلف پزشکی بود (خدادادیان، ۱۳۵۶: ۱۷۸). اگرچه داروخانه‌های آن دوره در حد عطاری‌های امروزی بود و متون اوستایی روش‌های دقیق تهیه دارو را ثبت نکرده‌اند، اما مورخان یونانی، عرب و کتب پزشکی آن‌ها گواه مهارت ایرانیان در ساخت داروهای مؤثر هستند (همان: ۱۷۹). در هوسپارم نسک، از چشم‌پزشکان نیز به‌عنوان یکی از تخصص‌های پزشکی نام رفته‌است (زرگران، ۱۳۹۸: ۱۰۲).

ستورپزشکان با استفاده از گیاهان دارویی، اسبان سپاه و سایر حیوانات را درمان می‌کردند و در متون اوستایی نیز به درمان حیوانات اهلی و سگ‌های هار اشاره شده‌است (همانجا؛ خراشادی، ۱۳۸۹: ۸۷؛ راوندی، ۱۳۸۳: ۴۴۸). برخی پزشکان نیز در اردوگاه‌های نظامی و پشت جبهه‌های نبرد، به طبابت و مداوای مجروحان جنگی می‌پرداختند (معطوفی، ۱۳۸۲: ۲۰۸) و فارغ‌التحصیلان جندی‌شاپور، بخش عمده‌ای از پزشکان ارتش و اردوگاه‌های نظامی را تشکیل می‌دادند؛ به‌طوری‌که بیمارستان‌های مجهز در مناطق جنگی مستقر بودند و ستورپزشکان نیز همراه سواره‌نظام به جبهه اعزام می‌شدند (معطوفی، ۱۳۸۲: ۲۰۹؛ خراشادی،

²⁸ Urvaro-baesaza

^{۲۹}. گروهی که علل ایجاد بیماری را برطرف می‌کردند.

^{۳۰}. گروهی که بیماران را پس از ابتلا به بیماری مداوا می‌کردند.

۱۳۸۹: ۸۷). این تکثر و تخصص‌گرایی، مستلزم وجود یک سازوکار نظارتی و هماهنگ‌کننده متمرکز بود تا از انسجام و کیفیت خدمات ارائه‌شده اطمینان حاصل شود. نکته حائز اهمیت در جامعه پزشکی ایران باستان آن است که پزشکان از هر رشته و تخصصی، تحت نظارت یک نهاد دارای صلاحیت متشکل از روحانیان دانشمند و صاحب‌نظر قرار داشته‌اند. این نظارت نه تنها بر دانش و مهارت حرفه‌ای پزشکان، بلکه بر نتایج کار آنان نیز اعمال می‌شده است. آمار دقیقی از بیماران مراجعه‌کننده به هر تخصص و هر پزشک، همچنین جزئیات موارد درمان موفق، نزد این نهاد ثبت و در اختیار بازرسان دولتی قرار می‌گرفته و این نهاد مسئول پاسخگویی به مقامات دولتی بوده است. پزشکان در گردهمایی‌های تخصصی که در قالب اجتماعات علمی ساده آن دوران تشکیل می‌شد، درباره چالش‌ها، گونه‌های مختلف بیماری‌ها و روش‌های درمان به تبادل نظر می‌پرداختند و آخرین یافته‌های پزشکی را با یکدیگر به اشتراک می‌گذاشتند (خدادادیان، ۱۳۵۶: ۱۸۲). از آنچه گذشت، می‌توان پزشکی ساسانی را نظامی پیچیده و کثرت‌گرا دانست که در آن، مکاتب گوناگون با عقاید، روش‌ها و پایگاه‌های اجتماعی مختلف، در شبکه‌ای از همکاری، رقابت و نظارت، پاسخگوی نیازهای سلامت یک جامعه طبقاتی بودند. این نظام با دارا بودن تخصص‌های متنوع، سلسله‌مراتب حرفه‌ای- اجتماعی و رویکرد زیست- فرهنگی به سلامت، الگوی پیچیده‌ای از تعامل میان پزشکی «مرسوم» و پزشکی «عامیانه» را عرضه می‌کند.

نظام سلامت و بیماری ساسانی در سنجه انگاره‌های انسان‌شناختی

با توجه به چارچوب نظری در باب مفاهیم سلامت و بیماری که ذکرش گذشت، بررسی انگاره‌های سلامت و بیماری در دوره ساسانی مستلزم واکاوی آن‌ها در بستر فرهنگی، اجتماعی و دینی خاص آن عصر است؛ بنابراین پرسش محوری این است که نظام فکری ساسانیان چگونه سبب‌شناسی بیماری را تبیین می‌کرد و این تبیین، چه تأثیری بر تجربه ذهنی رنج (ناخوشی) و الگوهای جستجوی درمان می‌نهاد و درنهایت، سازوکارهای حفظ سلامت در چنین جهان‌بینی چگونه طراحی و اجرا می‌شد؟ درک جوامع باستان از مفاهیمی چون درمان، درد، بیماری و مرگ، تفاوتی اساسی با درک جوامع معاصر دارد (لک‌زایی، ۱۳۸۹: ۱۴۶). این تفاوت در دوره ساسانی، در قالب یک نظام پزشکی متجلی می‌شود که به شدت برساخته و درهم‌تنیده با کیهان‌شناسی دینی بود. در نگرش آنان به مقوله درمان، اعتقاد بر این بود که بیماری توسط ارواح ایجاد می‌شود؛ همچنین نام بسیاری از بیماری‌ها از اسامی خدایان و شیاطین گرفته شده بود؛ بنابراین برای درمان بیماری، درد و رنج، ابتدا می‌بایست این ارواح را رام کرده و خشم آنان را فرونشاند. در فرهنگ‌های کهن، بیماری، درد و رنج اساساً نتیجه ظهور ناپاکی‌های آیینی تلقی می‌شد و دامنه گسترده‌ای از طلسم‌ها و آیین‌ها برای درمان و شفای بیماران به کار می‌رفت؛ در نتیجه، درک جوامع باستانی از مفاهیمی چون درمان، درد، بیماری و مرگ، با درک جوامع مدرن تفاوت بنیادین دارد. ذهنیت درمانگران باستان اغلب برای تبیین بیماری، درد و مرگ به سوی طلسم، جادو، اوراد و امور ماوراءالطبیعه جهت می‌یافت. پزشکی در دوران باستان در درجه اول برای بیماری، اصلاتی فراطبیعی قائل بود و بخش عمده‌ای از فرآیند درمان، ماهیتی اعتقادی داشت و تصور مردم درباره علل و عوامل بیماری‌ها ارتباط تنگاتنگی با عقاید، فرهنگ و بستر تاریخی زندگی هر جامعه داشت (همان: ۱۵۳). هرچند این گرایش به سمت امور ماوراءالطبیعه، تا دوران حاضر نیز ادامه یافته و بازار دعا و دعانویسی در میان عموم مردم، گواهی بر تداوم این نوع نگرش نسبت به بیماری است.

مهم‌ترین اسناد پزشکی ایران باستان درباره بیماری‌ها و درمان‌ها، متون مذهبی‌اند. در آبان‌یشت از مبتلایان به بیماری‌هایی مانند پیسی، فساد دندان و نیز معلولیت‌های مادرزادی چون ناشنوایی، نابینایی، کوتاه‌قامتی، گوژپشتی و انحنای ستون فقرات به زشتی یاد شده و آنان از حق آشامیدن نوشیدنی مقدس «هوم» محروم بوده‌اند؛ چرا که پیروان آیین مزدیسنا معتقد بودند بیماری‌ها و مرگ تحت تأثیر دیوان پدید می‌آیند. براساس دینکرد و فرگرد ۲۲ و نندیداد، علت بیماری‌ها حمله اهریمن و نیروهایش به جسم و روان انسان است (آهنگری، ۱۳۸۹: ۱۳). نگارندگان خاطرنشان می‌سازند که این تأکید بر علل فراطبیعی بیماری، خود مصداقی از نظام برونی‌ساز است. پذیرش این حمله در تباهی‌های جان و روان، ناشی از جهان‌بینی حاکم بر آن دوران است. تباهی روان و تن از دو راه روی می‌دهد: افراط و تفریط که این دو، هم در بیماری‌های روانی و هم در بیماری‌های جسمی، علل اصلی به‌شمار می‌روند.

هدف اهریمن از آفرینش بیماری، تباهی روان و نیروهای حیاتی است. دینکرد بیماری‌های جسمی را به دو گونه واگیردار (مسری) و غیرواگیر (غیرمسری) تقسیم می‌کند. بیماری‌های روحی نیز به دو دسته طبقه‌بندی می‌شوند: برانگیزندهٔ جان مانند خشم و بازدارندهٔ جان مانند سستی. بیماری‌های جسمی از بیرون بر تن عارض می‌شوند و از این‌روست که دارو و درمان پزشک حاذق نیز از بیرون می‌تواند تن را بهبود بخشد؛ همچنین برخی بیماری‌های روانی در پی بیماری‌های جسمی پدیدمی‌آیند و برخی دیگر از درون سرچشمه می‌گیرند. برای بهبود هر دو نوع بیماری روانی، باید از روان‌آهورایی یاری‌جست (همانجا). بنابر وندیداد، تعداد امراضی که اهریمن بدکار آفریده ۹۹۹۹۹ عدد شمرده شده و در کتاب بندهشن ۱۰۰۰۰۰ عدد و در ترجمهٔ گجرانی وندیداد ۹۰۰۰۰ عدد ذکر شده‌است. در کتاب طبی پهلوی (دینکرد)، بیماری‌ها ناشی از مفاسد اخلاقی مانند جهل، خشم، نفرت و طمع و همچنین عوامل جسمانی چون سرما، خشکی، عفونت، پیری و درد دانسته شده‌اند که همگی پدیده‌هایی اهریمنی تلقی می‌شوند. این متن قائل به وجود ۴۳۳۳ نوع بیماری است (بهنام‌فر و ابویی‌مهریزی، ۱۳۹۱: ۳۳).

در مقابل بیماری که حاصل افراط، تفریط و ناپاکی است، سلامت در یک مفهوم کلیدی خلاصه می‌شود: میانه‌روی (فضیلت، ۱۳۸۴: ۱۶۷). نگارندگان یادآور می‌شوند که این مفهوم میانه‌روی و پاکی، خود مصداق سلامت همچون برساختی فرهنگی است. راه دستیابی به سلامت دوگانه است: یکی مبتنی بر سلامت روان که از طریق تعادل اخلاقی و هماهنگی قوای درونی تحقق می‌یابد و دیگری، مبتنی بر سلامت جسم که از طریق نظم و عملکرد درست اعضای بدن به دست می‌آید (همان: ۱۷۰). این سلامت و پاکی، هدفی فردی و اجتماعی بود و برای حفظ آن، پیشگیری و رعایت بهداشت به عنوان بخشی از واجبات دینی درآمده بود. در متون دینی ضمن اشاره به نیروی درمانگر ایزدان و قدرت جادو و افسون، بر لزوم رعایت بهداشت (فردی و عمومی) و از بین بردن جانوران مودی ناقل بیماری تأکید بسیاری شده‌است. مبارزه با شیوع بیماری‌ها و حفظ پاکی و سلامت در پزشکی زردشتی به اوج خود رسید و در واقع این موارد، جزئی از تکالیف دینی به شمار می‌رفتند (کریمیان و افشار، ۱۳۸۷: ۶۴)؛ بدین منظور، انتقال جسد به دخمه یا برج سکوت در شب ممنوع بود؛ زیرا این عمل در غیاب نور خورشید، حاملان جنازه و همراهان را در معرض آلودگی قرار می‌داد؛ همچنین دربارهٔ قبرها و دخمه‌ها تأکید شده‌است: «این مکان‌ها محل شادی و خوشنودی دیوهاست، عفونت و بوی تعفن از آن برمی‌خیزد و آکنده از بیماری‌هایی مانند جرب، پسی، تب تند و تب سرد هستند. پس از غروب آفتاب، بدترین قاتلان در این دخمه‌ها گرد هم می‌آیند» (همان: ۶۷). افزون بر این، دستورات اکید مذهبی دین زردشت برای حفظ پاکی آب، خاک و هوا، ریشه در پیشگیری از بیماری‌ها دارد؛ چراکه پاکی این عناصر، ضامن بقای انسان‌ها و حیوانات و برقراری زندگی نیک و مدیریت درست امور است (آهنگری، ۱۳۸۹: ۱۵). راه مقابله با اهریمن و مخلوقاتش، تأسیس بیمارستان و تجهیز آن به پزشکان و دارو تعریف شده که این نیز از وظایف پادشاه به شمار می‌رفته‌است. در کردهٔ چهل‌وششم دینکرد آمده‌است: «وظیفهٔ شهريار در قبال درمان بیماری و آسیب‌های جسمانی: باید در هر شهر و روستا بیمارستانی برپا کند و با به‌کارگیری پزشکان دلسوز و متخصص، دسترسی همگان را به دارو و درمان فراهم سازد» (همان: ۱۴). از مصادیق تاریخی این رسالت شاهانه، می‌توان از مرکز علمی جندی‌شاپور یادکرد که توسط شاپور اول بنا، در دورهٔ شاپور دوم مرمت و در زمان انوشیروان تکمیل شد (علی‌نیا و علی‌نیا، ۱۳۹۵: ۸۶). این مرکز پزشکی، متشکل از پنج بخش از جمله بیمارستان، آزمایشگاه داروشناسی، بخش ترجمه، کتابخانه و یک رصدخانه بود. در بیمارستان جندی‌شاپور مراقبت‌های پزشکی، ساماندهی پرونده‌های پزشکی، مجوزهای پزشکان و داروسازان و آموزش‌های پزشکی انجام می‌گرفت. رئیس کل پزشکان، «درستبد» یا «ایران درستبد» (خراشادی، ۱۳۹۵: ۱۶۳)، پزشک مخصوص پادشاه، رئیس دانشگاه و رئیس بیمارستان جندی‌شاپور بود و بیمارستان به صورت شبانه‌روزی و کارکنان آن شیفتی به ارائهٔ خدمات پزشکی مشغول بودند (علی‌نیا و علی‌نیا، ۱۳۹۵: ۸۷).

درنهایت، تجربهٔ بیماری و رویارویی با آن در بستر اجتماعی شکل می‌گرفت. فرد بیمار نه یک شخصیت منحصر به فرد با ویژگی‌های شخصی، بلکه یک انسان نوعی تلقی می‌شد که جایگاه او در سلسله‌مراتب اجتماعی، بی‌اعتنا به خصوصیات فردی و واقعی‌اش تعیین‌کنندهٔ نحوهٔ سرایت بیماری، آیین‌های پاکسازی و حتی دستمزد پزشک معالج بود. به بیان دیگر، تعیین قلمرو بیماری و شیوهٔ مواجهه با آن، با ساختار سلسله‌مراتبی جامعه هماهنگ بود. در بندهای ۳۶ تا ۴۴ فرگرد هفتم وندیداد، این هماهنگی بین

فضایابی بیماری و رویکردهای درمانی با سلسله‌مراتب اجتماعی دیده‌می‌شود؛ برای نمونه، پاداشی که برای درمان یک دیوپرست، یک مزدپرست، یک روحانی یا یک برزنجو پرداخت می‌شد، متفاوت بود (دارمستتر، ۱۳۸۴: ۱۵۰-۱۵۱). با گذشت زمان و افزایش دقت در تقسیم‌بندی آناتومیک و تشریحی بدن در مقایسه با نگاه کل‌نگر ایرانیان باستان و همچنین توسعه طبقه‌بندی بیماری‌ها از نظر نوع، علت و نشانه‌ها، درک از بدن بیمار و نگاه به بیمار به‌عنوان یک ایزه فردی و قابل مداخله، پررنگ‌تر شده‌است. این روند از گفتمان مسلط پزشکی در متون اوستایی عهد باستان، به‌ویژه دوره ساسانی تا ادوار پس از آن قابل ردیابی و تحلیل است (چاووشی، ۱۴۰۰: ۶۷). نگارندگان خاطر نشان می‌سازند براساس انگاره‌های انسان‌شناختی، نظام سلامت و بیماری دوره ساسانی را باید از منطری کاوید که در هزارلای متون تاریخی مستور است. نخست آنکه این نظام، الگویی از تناقض سازمانی را به نمایش می‌گذارد؛ اینکه چگونه یک نظام که بیماری را ذاتاً فراطبیعی و اهریمنی می‌دانست، همزمان می‌توانست ساختاری به پیچیدگی جندی‌شاپور با بخش‌های تخصصی، پرونده‌های پزشکی و آموزش دانشگاهی داشته‌باشد؟ پاسخ در این است که نظام ساسانی در مرز میان دو الگوی فکری قرار داشت؛ از یک‌سو، سبب‌شناسی برون‌ساز اهریمنی حاکم بود و از سوی دیگر، سازوکارهای درونی‌ساز تجربی-آناتومیک در حال ظهور. این همزیستی دوگانه، نظام را به فضایی پویا تبدیل کرد که در آن، منطق دینی و منطق علمی همزمان عمل می‌کردند؛ دوم آنکه معادل‌سازی پاکی با سلامت در این نظام، پیامدهای اجتماعی گسترده‌ای داشت که فراتر از بهداشت فردی است. این معادل‌سازی، بیماری را به یک مسئله اخلاقی تبدیل کرد؛ بیمار فقط یک فرد رنج‌دیده نبود، بلکه کسی بود که مرتکب ناپاکی شده یا مورد حمله اهریمن قرار گرفته‌بود. این تلقی، درمان را از یک فرآیند پزشکی به یک فرآیند دینی-اجتماعی بدل ساخت و به نظام قدرت، ابزاری برای کنترل بدن‌ها و رفتارها بخشید؛ همچنین تفاوت در دستمزد پزشک براساس جایگاه اجتماعی بیمار، نشان می‌دهد که ارزش درمان با ارزش بیمار سنجیده می‌شد؛ پدیده‌ای که ریشه‌های تاریخی نابرابری در نظام‌های پزشکی امروزی را تبیین می‌کند؛ سوم آنکه تأکید بر پیشگیری به‌مثابه تکلیف دینی-سیاسی، الگویی پیشگامانه در تاریخ پزشکی جهانی است. درحالی‌که در بسیاری از تمدن‌های هم‌عصر، درمان واکنشی بود، نظام ساسانی با تبدیل بهداشت به عبادت، نوعی پزشکی پیشگیرانه نهادی ایجاد کرده‌بود. این رویکرد، با وجود ریشه‌های دینی‌اش، عملکردی کاملاً کارآمد و ساختاری داشت و آن، حفظ سلامت جمعی به‌عنوان وظیفه حکومت بود. اینکه این الگو در ایران معاصر همچنان زنده است، نشان‌دهنده عمق ریشه‌های تاریخی چندگانگی پزشکی در ایران است. تداوم این الگوهای ساسانی در نظام سلامت معاصر ایران را می‌توان در سه گزاره تبیین کرد: نخست، گذار ناهمگون از علت‌شناسی ماورایی به پزشکی نهادینه‌شده. همان‌گونه که در دوره ساسانی، منطق دینی و تجربی همزمان عمل می‌کرد، امروز نیز ایران با پدیده همزیستی نظامی روبه‌روست؛ جایی که پزشکی مبتنی بر شواهد علمی در کنار طب سنتی و مکمل که بخشی از آن ریشه در باورهای دینی-فرهنگی دارد، فعالیت می‌کند. این همزیستی، افزون بر اینکه یک تنوع درمانی است، بازتاب‌دهنده یک جهان‌بینی پیچیده در نظام سلامت است که در آن، بیمار همزمان به‌دنبال درمان زیست‌شناختی و معنویت‌درمانی می‌رود؛ دوم، تداوم بیماری‌سازی اخلاقی و انگ اجتماعی. در نظام ساسانی، بیماری ناشی از ناپاکی بود؛ در نظام معاصر نیز، اگرچه برچسب ناپاکی دینی کم‌رنگ شده، اما بسیاری از بیماری‌ها چون بیماری‌های روانی، ایدز یا اعتیاد همچنان بار گناه یا انگ اجتماعی به خود می‌گیرند. این بار اخلاقی، به پنهان‌کاری بیمار، تأخیر در مراجعه به پزشک و طرد اجتماعی می‌انجامد؛ دقیقاً همان پیامدی که در گذشته باعث می‌شد بیمار به‌جای درمان پزشکی، به‌سمت مراسم تطهیر و دعا روی آورد؛ سوم، ساختاری شدن نابرابری در دسترسی به‌عنوان بازمانده سلسله‌مراتب اجتماعی. تفاوت دستمزد پزشک براساس جایگاه اجتماعی در گذشته، امروزه در قالب تفاوت در کیفیت خدمات درمانی براساس توان مالی و طبقه اجتماعی نمود می‌یابد. درحالی‌که در گذشته این تفاوت، ریشه در ارزش انسان‌شناختی فرد داشت، امروز ریشه در اقتصاد سیاسی سلامت دارد؛ اما نتیجه نهایی برای بیمار، یکسان است؛ دسترسی به سلامت به‌مثابه یک کالای ممتاز برای قشر مرفه و یک خدمت اولیه و محدود برای قشر متوسط و ضعیف. این سه رکن، یعنی «همزیستی الگوهای درمانی»، «انگ‌زنی اخلاقی» و «نابرابری ساختاری» مبین آن است که تداوم الگوی ساسانی در ایران معاصر، چیزی فراتر از یک حافظه تاریخی، به‌صورت ساختاری و نهادینه در لایه‌های پنهان رفتار درمانگران، سیاست‌گذاران

و حتی بیماران جاری‌ست؛ بنابراین چندگانگی پزشکی در ایران امروز، ریشه در تداوم همان دوگانگی ساختاری دارد که در دوره ساسانی، منطق دینی و منطق علمی را در یک چارچوب واحد به هم آمیخت.

رویکرد انسان‌شناختی به دارو در اندیشه ساسانی

داروها کالاهایی هستند که از یک بافت فرهنگی به بافت دیگر گذرمی‌کنند. آن‌ها درک بیماری را به‌عنوان پدیده‌ای ملموس، تقویت و گفت‌وگو درباره تجربیاتی را که بیان آن‌ها دشوار است، تسهیل می‌کنند. داروها در جریان مبادله خود، پیوندهایی را با متخصصان صاحب‌صلاحیت و نیز با توانمندی‌ها و ظرفیت‌های بافت‌های فرهنگی پیشین خود، حمل می‌کنند (ون‌درگست و وایت، ۱۹۸۹: ۳۴۵). ایرانیان باستان نقش اساسی در کشف خواص درمانی گیاهان داشتند و متونی چون وندیداد، یسنا و یشت‌ها گواهی می‌دهند که پزشکان آن دوران، بیماری‌های متعددی را تشخیص داده و راه‌های درمان آن‌ها را یافته‌اند (سرمدی‌جو و همکاران، ۱۴۰۳: ۱۵۷). تهیه و تجویز مواد دارویی تنها در اختیار افراد مشخصی بود؛ بنابراین اگرچه میان دانش پزشکی و امور دینی تمایز وجود داشت، اما پزشکان و داروشناسان اصولاً از میان موبدان و مغان که بالاترین طبقه در سلسله‌مراتب چهارگانه اجتماعی بودند، انتخاب می‌شدند (معطر و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۷۶). برزویه، پزشک دوره ساسانی، در پژوهش و به‌کارگیری گیاهان دارویی سرآمد عصر خود بود. او برای آزمودن گیاهان مفید، مشقت سفر به هند را به‌جان خرید و به همراه دستیاران و شاگردان خود، سال‌ها در آن سرزمین به مطالعه این موضوع پرداخت (یزدی، ۱۳۸۸: ۸۰). در فرگرد بیستم، بند ۶ وندیداد آمده‌است که زردشت از اهورامزدا درباره نخستین پزشک خردمند می‌پرسد: اهورامزدا پاسخ می‌دهد که «ثريت» نخستین پزشک بود که امشاسپند شهرپور، روش‌های درمان را به او آموخت و من، اهورامزدا، گیاهان دارویی پیرامون درخت گوکرن را برای مقابله با بیماری‌های آفریده‌شده توسط اهریمن به او ارزانی داشتم تا با نیروی آن‌ها، «دروج» را فروکوبند (دوستخواه، ۱۳۸۵: ۸۷۸-۸۷۵؛ بنابراین میانی داروشناسی و پزشکی مندرج در اوستا، بر تضاد بنیادین نیکی و بدی استوار است که همواره در نبرد و کشمشی پیوسته با یکدیگرند (معطر و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۷۵).

از گزارش‌های مندرج در وندیداد، یسنا و یشت‌های اوستا می‌توان دریافت که شمار زیادی از بیماری‌ها و ناخوشی‌ها در پزشکی ایران باستان شناخته‌شده و داروهایی برای مقابله با آن‌ها به‌کار می‌رفته‌است؛ برای نمونه، می‌توان به بیماری‌هایی چون «اژان» (حالت تهوع)، «اژوه» (اختلالات روانی و حواسی)، «مرض پلید» (احتمالاً جذام یا پیسی) و «ایشیره» (اختلال حواس) اشاره کرد. از عوامل فیزیکی مانند آفتاب، آتش (گرما) و سرما و نیز عوامل شیمیایی چون سداب، اسفند، اورواسا، صندل و... برای ضدعفونی، خوشبو کردن و پاکسازی آلودگی‌ها استفاده می‌شده‌است. گیاه‌درمانی به سه روش بخور، خوراکی و مالیدنی تجویزی می‌گردید (رضایی، ۱۳۹۶: ۷۵). از دیگر گیاهان دارویی رایج که از طریق پزشکان جندی‌شاپور و نوشته‌های آنان به ما رسیده‌است، می‌توان به «ارقطون»، «اسطوخودوس» و «افیون» اشاره کرد (ملک‌ثابت و همکاران، ۱۳۹۴: ۴۰). در کرده ۱۵۷ آمده‌است که گونه‌های دارویی از دسته گیاهان به اندازه بیماری‌ها تنوع دارند و همگی از زمین به‌دست می‌آیند؛ این را کتاب دین می‌گوید. گروهی از داروها که در گذشته ویژگی‌های درمانی داشته‌اند، اکنون نیز همان خاصیت را حفظ کرده‌اند و در آینده نیز

به‌عنوان دارو باقی خواهند ماند. دسته دیگری از داروها وجود دارند که در گذشته سمی شگفت‌انگیز بوده‌اند، اما اکنون به‌سبب ترکیب با برخی گیاهان دیگر در درمان به‌کار می‌روند یا در آینده با ترکیب‌های دیگر، سمیت آن‌ها دوباره فعال شده و برای تغذیه دام یا مردم مورد استفاده قرار خواهند گرفت (فضیلت، ۱۳۸۴: ۱۶۹).

گیاهان دارویی معطر در ایران باستان به سه دسته تفکیک می‌شدند: دسته نخست، گیاهان دارویی با خاصیت ضدعفونی‌کنندگی و پاکسازی بودند، دسته دوم، گیاهانی که در رایحه‌درمانی و گندزدایی به‌کار می‌رفتند و دسته سوم، گیاهانی که جنبه هوشبری و خلسه‌آوری داشتند (همان: ۴۰). در هوم‌یشت، هنگام ستایش و نیایش هوم، از آن به‌عنوان درمانگری نیک یاد شده‌است؛ همچنین در مهریشت به این کارکرد مهم هوم در قالب ترکیب «هوم بی‌آلایش و نیرودهنده و درمان‌بخش» اشاره شده‌است (عسگری، ۱۴۰۲: ۲۳۵). مردمان باستان برای ایجاد بیهوشی از عوامل گوناگونی بهره‌می‌بردند که در دانش پزشکی ایران باستان، استفاده از

الکل (شراب) به‌تنهایی یا همراه با بنگ مورد توجه بوده‌است و دامنه شهرت این داروها و شناخت آن تا عرصه گفتار و نوشتار ادیبان و شعرای این دیار نیز گسترش یافته‌است (کاظمی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۰۷).

سم‌شناسی یکی از شاخه‌های مهم داروسازی‌ست که امروزه به طیف گسترده‌ای از دانش در حوزه سموم، مسمومیت‌ها و ... اشاره دارد؛ اما در گذشته، با توجه به اهمیت سوءقصد‌های سیاسی با استفاده از سم، موضوعات مرتبط با مسمومیت‌ها و در پی آن، تهیه پادزهرها و ضدسم‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده‌است. وجود جایگاهی در دربار ساسانی با عنوان «زرکرتار» یا زهرساز، نشان‌دهنده اهمیت این موضوع در دربار است (زرگران، ۱۳۹۸: ۸۵). از سوی دیگر، در کنار وجود سموم و زهرها، موضوع پادزهرها و ضدسم‌ها از اهمیت بالایی برخوردار بوده‌است. یکی از داروهای ضدسم و مسمومیت در عصر باستان، شراب بوده‌است (همان: ۸۷). جستجو برای یافتن انواع داروها، به‌ویژه گیاهان شفابخش، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بود تا جایی که انوشیروان، برزویه پزشک را برای یافتن گیاهی به هندوستان فرستاد که گمان می‌شد مرده را زنده می‌کند (بهنام‌فر و ابوبی مهریزی، ۱۳۹۱: ۴۶). در رابطه با جنبه‌های کاربردی و پروتکل‌های مصرف داروها، شکاف اطلاعاتی محسوسی وجود دارد. محدودیت اساسی این مطالعه، کمبود داده‌های معتبر در مورد شیوه‌های رایج تجویز و استفاده عملی از این داروهاست. پرسشی که در اینجا مطرح می‌شود این است که چگونه و تحت چه شرایطی این داروها و سموم استفاده می‌شدند؟ مردم چگونه گیاهان دارویی مؤثر را شناسایی کرده‌اند؟ متون مذهبی چون اوستا و متون پهلوی فهرست‌های ارزشمندی از گیاهان دارویی، سموم و پادزهرها در اختیارمان می‌گذارند؛ هرچند داشتن فهرستی از گیاهان دارویی به‌همراه نام‌های علمی و محلی آن‌ها و شرح مختصری از کاربردها، نقطه شروع خوبی است، اما این اطلاعات به ما نمی‌گوید که گیاهان چگونه انتخاب و آماده می‌شدند (مک‌الروی و تاوونزد، ۲۰۱۵: ۲۵). انسان‌شناسان در حوزه سلامت عمومی اغلب باید توضیح دهند که مردم در مواجهه با یک بیماری چگونه عمل می‌کنند و چرا آنچه را که از منظر سلامت عمومی سودمندتر است، انجام نمی‌دهند و چگونه می‌توان آنان را به انجام آن ترغیب کرد (پول و گایسلر، ۲۰۱۰: ۹۰). براساس سنت پزشکی دوره ساسانی، رویکرد درمانی پرهیز از مصرف دارو، اولویت داشته و توصیه اصلی این بوده که تا جای ممکن از مصرف دارو اجتناب شود و صرفاً در مواجهه با بیماری‌های جدی و پیش از مزمن شدن آن‌ها، دارو به‌عنوان آخرین راه‌حل به کار رود. این نگرش، مبتنی بر این باور بود که دارو ممکن است با درمان یک بیماری، عوارض یا بیماری جدیدی ایجاد کند (زرگران، ۱۳۹۸: ۹۴)؛ اما این سطح از اطلاعات ناکافی‌ست و کسب شناخت نظام‌مند از شیوه‌های مصرف دارو، پیش‌نیاز تحلیل‌های انسان‌شناختی عمیق است. داروها به‌عنوان مواد قدرتمند، مشمول فرآیند معناسازی می‌شوند؛ آن‌ها می‌توانند از بافت تولیدکننده خود جدا شده و در بسترهای جدید، معانی دیگری بیابند و ابزارهایی برای کاوش درباره دگرگونی‌های پزشکی، سلامت و جامعه باشند (پول و گایسلر، ۲۰۱۰: ۹۰)؛ در نتیجه با اتخاذ داروها به‌مثابه ابزار تحلیلی، ظرفیت آن‌ها برای ارائه اطلاعاتی فراتر از کارکرد اولیه آشکار می‌شود. نگارندگان خاطرنشان می‌سازند که از رهگذر انسان‌شناسی پزشکی، دارو در نظام ساسانی، تنها یک ماده با خاصیت زیستی نبود، بلکه یک ابژه فرهنگی- معنوی بود که در جریان مبادله خود، پیوندهایی با متخصصان دارای صلاحیت و بافت‌های فرهنگی پیشین داشت. این ویژگی، دارو را به شیء مرزی تبدیل می‌کند که همزمان متعلق به چند حوزه معنایی است: دین (بخشش اهورامزدا به ثریت)، پزشکی (درمان بیماری) و جادو (مبارزه با اهریمن). این چندگانگی معنایی، توضیح می‌دهد که چرا یک گیاه می‌توانست همزمان پاک‌کننده ناپاکی و درمان‌بخش باشد. افزون بر این، ساختار اجتماعی دانش دارویی، الگویی از انحصارگرایی دانش را به نمایش می‌گذارد. انتخاب پزشکان و داروشناسان از میان موبدان و مغان، دانش دارویی را به یک سرمایه نمادین طبقاتی تبدیل کرد که در انحصار عالی‌ترین طبقه جامعه قرار داشت. این انحصار، با وجود گسترش جغرافیایی دانش دارویی که سفر برزویه به هند گواه آن است، نشان‌دهنده تناقضی اساسی است؛ دانشی که قرار بود در خدمت سلامت همگان باشد، عملاً ابزاری برای تمایز طبقاتی شد. وجود منصب «زرکرتار» در دربار ساسانی، بعد دیگری از این تناقض را آشکار می‌کند؛ یعنی همان دارویی که می‌توانست درمان‌بخش باشد، در دست قدرت سیاسی به ابزار حذف بدل می‌شد. نگرش تناقض‌آمیز ساسانیان به دارو، یعنی تأکید بر پرهیز از مصرف آن در کنار وجود یک دارونامه گسترده را می‌توان از منظر قدرت دارو تحلیل کرد. باور به اینکه دارو ممکن است با درمان

یک بیماری، عوارض یا بیماری جدیدی ایجاد کند، نشان‌دهنده درکی پیچیده از قدرت داروست؛ دارو افزون بر ابزار خنثی، نیرویی است که تعادل را برهم می‌زند. این نگرش، با آنچه انسان‌شناسی معاصر از دارو به مثابه ماده قدرتمند دارد که مشمول فرآیند معناسازی می‌شود، همسو است. در نهایت، شکاف اطلاعاتی، یعنی فقدان داده‌ها درباره شیوه‌های عملی تجویز و مصرف، فرصتی فراهم می‌آورد تا تأکید شود که داروها در حین حرکت بین بسترهای اجتماعی و فرهنگی، معانی قدیمی را ترک می‌کنند و معانی جدیدی به خود می‌گیرند؛ از این‌روست که داروها ظرفیت آن را دارند تا چون ابزار تحلیلی برای کاویدن دگرگونی‌های پزشکی، سلامت، بدن و جامعه به کار روند.

تحلیل کارکرد مناسک جادویی در طبابت ساسانی

براساس آنچه در مدخل نظام‌های پزشکی شخصیت‌محور و طبیعت‌محور گذشت و با تأکید بر نقش محوری باور در نظام‌های شخصیت‌محور، بررسی جایگاه جادو و باور به آن در نظام پزشکی دوره ساسانی ضرورت می‌یابد. این بررسی می‌تواند با واکاوی متون تاریخی و مذهبی برجای‌مانده از آن عصر همچون اوستا، متون پهلوی و گزارش‌های مورخان، میزان نفوذ و کارکردهای اجتماعی-درمانی باور به جادو و عمل جادویی را در چارچوب یک نظام پزشکی عمیقاً شخصیت‌محور و دین‌بنیاد آشکار ساخته و نشان دهد که چگونه این باور جمعی، در تعامل با نهاد دین رسمی و سایر تخصص‌های پزشکی، به شکل‌دهی تجربه ناخوشی و الگوهای درمان‌جویی در آن جامعه انجامیده است.

به نظر می‌رسد جداسازی علم پزشکی از باورهای مذهبی، سحر و جادو و یا اعتقاد به شیاطین، تنها در یک مرحله انتقالی صورت گرفته باشد و شیوه‌های درمانی در اختیار پزشکان روحانی قرار داشته است؛ در نتیجه، آداب و مناسک مذهبی و سحر و جادو نیز در فرایند درمان پزشکی نفوذ داشته است (پهلوان، ۱۳۹۳: ۳۹). این پیوند عمیق در متون مقدس نیز قابل رصد است؛ برای نمونه، در بندهای ۱۴ و ۱۵ از فرگرد اول وندیداد، جادوگری به عنوان آفریده اهریمن در سرزمین هتومن^{۳۱} یا هلمند معرفی شده است (دارمستتر، ۱۳۸۴: ۶۸). در چنین مواردی، بیمار موبدی را برای عیادت فرامی‌خواند. موبد برای نجات و شفای بیمار، اورادی منسوب به آشاوهِشتا یا آریامایاهاثوم را قرائت می‌کرد و همزمان پارچه‌ای سفید را از سوی سر بیمار به طرف پای او تکان می‌داد و گاه به گاه نام دیوان و اجنه را برای بیرون‌راندن آن‌ها از بدن بیمار بر زبان می‌آورد. در این نگرش، آشاوهِشتا منبع سلامتی و موبد واسطه دستیابی به آن بود (الگو، ۱۳۵۲: ۲۴).

کاربردهای جادو در ایران باستان نیز همچون تمدن‌های پیشین، متنوع و گوناگون بوده است. هر دو گونه جادوی سفید و سیاه رواج داشته و در میان ایرانیان باستان، جادوپزشکی و جادودرمانی از جایگاهی برجسته برخوردار بود. مغان از دیرباز با این دانش‌های پنهان زیسته و به کارگیری آن را در دست داشته‌اند (دماوندی، ۱۳۸۵: ۹۲). در اوستا واژه «یاتو» که اغلب همراه با واژه «پری» به کار رفته، به معنای جادوست. این کلمه در زبان پهلوی به صورت «یاتوکه» به معنای جادویی و «یاتوک» به معنای جادوشده درآمده است. یاتو در اوستا دقیقاً همان مفهومی را دارد که امروزه از واژه جادو اراده می‌کنیم. در اوستا به شدت علیه آن سخن گفته شده و آن را از گناهان بزرگ شمرده است. از بررسی اوستا و متون زردشتی چنین برمی‌آید که جادوی سیاه یا جادوی آزاررسان، گناه دانسته می‌شده، درحالی که در خود این متون، تعویذها، افسون‌ها، طلسم‌های محافظتی و سحرشکن‌ها، مانند پنهان کردن ناخن و موی چیده شده و موارد مشابه که از مصادیق جادوی سفید محسوب می‌شوند، وجود دارد. یکی از نکات مهم، جادودرمانی است که به شکل منتره و دعا برای درمان بیماران به کار می‌رفته است (همان: ۱۰۲)؛ باین حال حتی در آن دوران نیز چنین فرضیه‌ای برای تبیین علل بیماری‌ها و اثربخشی درمان‌ها مورد پذیرش همگان نبود. برای مردم روشن بود که عوامل فیزیکی و طبیعی مانند سرما، گرما، آلودگی، گرسنگی، تشنگی، اضطراب و پیری نیز می‌توانند موجب بیماری شوند؛ همچنین آگاهی از نقش افراط، تفریط و عادات ناسالم در بروز بیماری وجود داشت. تماس با جسد به عنوان عاملی طبیعی در شیوع بیماری شناخته می‌شد و پزشکان هشدار می‌دادند که انتقال بی‌دقت اجساد می‌تواند به گسترش بیماری در میان سالمندان بیانجامد (الگو، ۱۳۵۲: ۲۴). تنها بخش‌هایی

³¹ Haetument

از افسون‌ها و تعویذها در متون پهلوی باقی مانده‌است؛ از جمله قطعه‌ای درباره خواص جادویی مهرها که فصل ۶۴ کتاب روایات پهلوی را تشکیل می‌دهد. در این بخش، هر مهره با رنگی توصیف شده و گفته شده که داشتن آن چه برکات یا دفع چه آسیب‌هایی را به همراه دارد؛ همچنین افسون یا دعای ضدتب و بندآوردن خون، فصل ۶۳ این کتاب را شامل می‌شود. این افسون با جمله‌ای نامفهوم به زبان اوستایی آغاز شده و سپس دستورالعمل ریسیدن و سه‌لاکردن ریسمن، زدن گره و بستن آن بر بازو را ارائه می‌دهد. برای بند آوردن خون نیز باید دعایی متشکل از سه واژه را به تعداد مشخصی تکرار کرد (تفضلی، ۱۳۷۸: ۱۷۸)؛ همچنین مجموعه‌ای از مهره‌های تعویذ، طلسم‌ها و برگه‌های افسون‌نویسی شده وجود دارند که از نظر پژوهش در باورهای عامیانه و جادوگری حائز اهمیت‌اند. باید اشاره کرد که این آثار، نخستین بار در بین‌النهرین و مناطق پیرامون آن پدیدار شدند و قدمت برخی از آن‌ها به دوره‌های نوآشوری و بابلی بازمی‌گردد؛ با این حال اهمیت آن‌ها در دوره ساسانی از سده پنجم میلادی آغاز و تا سده هشتم ادامه می‌یابد. از مطالعه نوشته‌های مهرها و کتیبه‌ها مشخص می‌شود که هنگام ورود جادو و باورهای عامیانه، مرز میان وابستگی‌های دینی و فرهنگی مبهم و نامشخص می‌گردد؛ به عنوان مثال، یک فرد زردشتی ممکن بود از یک روحانی (که احتمالاً نقش جادوگر نیز داشت) درخواست کند تا دعایی جادویی برای دفع دیوها و ارواح شریر برایش بنویسد؛ بنابراین منشأ کاربرد جادو می‌تواند هم از سنت‌های بین‌النهرینی، مدیترانه‌ای یا خاورمیانه‌ای و هم از سنت‌های بومی ایران سرچشمه گرفته باشد. دین زردشتی از نظر موجودات پلید و شیطانی که در متون پهلوی اغلب به ملل دیگر نسبت داده می‌شوند و بازتاب‌های اجتماعی و اقتصادی متنوعی دارند، هیچ‌گونه کاستی ندارد (دریایی، ۱۳۸۳: ۹۶). در دوره ساسانی، کاسه‌ها و ظروفی با نقش‌ها و نوشته‌های خاصی کشف شده که به «ظروف جادویی» معروف‌اند. پژوهشگران بر این باورند که این اشیاء برای محافظت از صاحبان‌شان در برابر نیروهای شر ساخته می‌شدند. نوشته‌های درون آن‌ها توسط جادوگران یا کاتبان، به درخواست افرادی که خواهان رهایی از مشکلات بودند، نگاشته می‌شد (فکری‌پور، ۱۳۹۶: ۸۰)؛ همچنین گونه‌ای از مهرها در این دوره یافت شده که مانند ظروف پیش از تاریخ با هدف مشخص محافظت در برابر بیماری، چشم‌زخم و دفع ارواح شریر طراحی شده بودند. طرح‌های روی آن‌ها نشان‌دهنده موجودات شر یا شخصیت‌های اسطوره‌ای محافظ است و برخی نیز دارای نوشته‌های سحرآمیزی هستند که کاربرد طلسمی و نه مهرکنندگی آن‌ها را تأیید می‌کند (همان: ۸۷)؛ هرچند باید توجه داشت که این باور عمومی و کاربرد گسترده جادو در درمان و محافظت، در تقابل با موضع رسمی دین و قانون قرار داشت؛ چنانکه از دینکرد سوم برمی‌آید، تأمین سلامت و درمان در جامعه بخشی از وظایف دینی پادشاه محسوب می‌شده‌است (زرگران، ۱۳۹۸: ۷۰) و او موظف به تأسیس مراکز درمانی در شهرها و روستاها برای سهولت دسترسی همگان به دارو و درمان بوده‌است (آهنگری، ۱۳۸۹: ۱۴). قوانین قضایی دوره ساسانی، جادوگری را جرم می‌دانستند و مقرر می‌کردند: «دارایی جادوگرانی که با اعمال جادویی به کسی آسیب رسانده‌اند، به شخص آسیب‌دیده تعلق خواهد گرفت» یا «به گردن متهم به جادوگری باید طوقی آویخت تا همگان او را شناسایی کنند» (شهزادی، ۱۳۸۷: ۱۱۷ و ۱۲۷). به‌طور کلی، جهان سحر و جادو بر پایه روابط و نه اجسام مستقل استوار بود؛ جهانی که در آن پیوندی میان انسان و عالم غیب وجود داشت، هر نیرویی شخصیتی متمایز داشت و هر موجودی دارای نفوذی خاص بود. دانش در آن دوره را می‌توان ترکیبی از علوم طبیعی و علوم روحانی دانست که روحانیان و جادوگران مجریان آن بودند (فکری‌پور و حیدرپور، ۱۴۰۱: ۱۲۳). در میان این علل، جادوگری تنها عاملی است که برای رفتار اجتماعی اهمیت دارد. نسبت دادن رنج و بدبختی به جادوگری، آنچه ما علل واقعی می‌نامیم را حذف نمی‌کند، بلکه بر روی آن‌ها سوار می‌شود و به رویدادهای اجتماعی، ارزش اخلاقی می‌بخشد (گود و همکاران، ۲۰۱۰: ۲۲).

به باور نگارندگان، نظام پزشکی ساسانی را می‌توان مصداقی بارز از یک نظام شخصیت‌محور دانست که در آن، بیماری فقط نتیجه اختلال فیزیکی یا طبیعی نبود، بلکه معلول کنشگری عامدانه با منشأ فراطبیعی، انسانی یا غیرانسانی تلقی می‌شد. این رویکرد با تمایز بنیادین میان پزشکی طبیعت‌گرا و شخصیت‌گرا کاملاً همسوست؛ چنانکه در فرهنگ ساسانی، بیماری اغلب به کنش ارواح، دیوها، اجنه یا حتی جادوگران انسانی نسبت داده می‌شد و این باور، الگوی درمان‌جویی مردم را به‌طور کامل شکل می‌داد. در این نظام، سه رکن باور جادویی، یعنی باور جادوگر به تأثیرگذاری فنون خود، باور بیمار به قدرت جادوگر و ایمان جمعی گروه به روشنی

قابل رصد است. موبدان زردشتی که نقش جادو-درمانگر را ایفا می‌کردند، با قرائت اُوراد و... فقط یک عمل پزشکی را انجام نمی‌دادند، بلکه یک مناسک جادویی-دینی را اِجرامی‌کردند که هدف آن، ایجاد ارتباط با عالم غیب و جلب یاری ایزدان برای شفا بود. این مناسک، کارکردی دوگانه داشت؛ از یک‌سو، جنبه درمانی مستقیم داشت و از سوی دیگر، همچون ابزاری برای بازسازی روابط اجتماعی-معنوی فرد بیمار با جهان فراطبیعی عمل می‌کرد. آنچه نظام پزشکی ساسانی را از سایر نظام‌های شخصیت‌محور متمایز می‌سازد، تلفیق پیچیده میان دانش تجربی و باور جادویی است. ساسانیان به‌خوبی از نقش عوامل طبیعی در بروز بیماری آگاه بودند؛ با این حال، این شناخت تجربی، باور به علل فراطبیعی را نفی نمی‌کرد، بلکه در کنار آن و گاه در تلفیقی آمیخته با پزشکی رسمی قرار داشت. این پدیده دقیقاً همان چیزی است که ریورز از آن به‌عنوان «سیالیت مرزها» میان پزشکی، جادو و دین یاد کرده است. کارکرد اجتماعی این باورها فراتر از بعد درمانی فردی بود. نسبت دادن بیماری به کنش جادویی یا ارواح شریر، به رویدادهای اجتماعی جنبه‌ای اخلاقی می‌بخشید و به جامعه امکان می‌داد تا از طریق تفسیر معنوی از رنج، احساس کنترل و معنا را در جهانی آکنده از نیروهای ناپیدا حفظ کند. ظروف جادویی، مهرهای تعویذی و طلسم‌های محافظتی که در این دوره رواج داشتند، همگی بازتاب این نیاز جمعی برای ایجاد امنیت معنوی در برابر نیروهای نامرئی بودند. با این حال تنش میان باور عمومی به جادو و موضع رسمی دین و قانون قابل توجه است. از یک‌سو، قوانین ساسانی جادوگری را جرم می‌دانستند و مجازات‌هایی برای جادوگران تعیین کرده بودند؛ از سوی دیگر، خود دین زردشتی از نظر موجودات پلید و شیطانی غنی بود و موبدان عملاً نقش جادو-درمانگر را ایفا می‌کردند. این تناقض را می‌توان با مفهوم «سیالیت مرزها»ی ریورز تبیین کرد؛ مرز میان وابستگی‌های دینی و فرهنگی در عمل مبهم بود و یک فرد زردشتی می‌توانست همزمان از یک روحانی درخواست دعای جادویی برای دفع دیوها کند. درنهایت، می‌توان گفت که نظام پزشکی ساسانی آمیزه‌ای از دانش طبیعی و معرفت روحانی بود که در آن جادو به‌رغم تنش با قانون رسمی، به‌عنوان جزء جدایی‌ناپذیر نظام تفسیر و مدیریت بیماری تداوم یافت. این نظام نشان می‌دهد که در یک فرهنگ شخصیت‌محور، باور به جادو یک خرافه نیست که باید ریشه‌کن شود، بلکه یک نهاد اجتماعی-فرهنگی کارآمد است که کارکردهای روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی مهمی در فرآیند درمان ایفا می‌کند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بازخوانی و تحلیل نظام سلامت، بیماری و درمان در دوره ساسانی از منظر انسان‌شناسی پزشکی، در پی واکاوی سازوکارهای فرهنگی، اجتماعی و دینی شکل‌دهنده به این سامانه پیچیده است. این پژوهش از رهگذر رویکردی میان‌رشته‌ای، نشان می‌دهد که پزشکی ساسانی را نمی‌توان تنها به‌مثابه مجموعه‌ای از دانش‌ها و نهادهای پیشرفته درک کرد، بلکه باید آن را یک سامانه فرهنگی-پزشکی تمام‌عیار دانست که در آن ابعاد فرهنگی درهم‌تنیده بودند. در پاسخ به پرسش اصلی پژوهش، یافته‌ها حاکی از آن است که ساختار این نظام بر پایه یک الگوی سبب‌شناسی مسلط برون‌ساز و شخصیت‌محور استوار بود که ریشه اغلب بیماری‌ها و ناخوشی‌ها را در تهاجم عاملیت اهریمنی و نیروهای شر جست‌وجوی کرد. این انگاره کیهان‌شناختی ریشه‌دار در جهان‌بینی زردشتی، به یک باور توصیفی تقلیل نمی‌یافت، بلکه چارچوب مفهومی قدرتمندی برای سامان‌دهی، مشروعیت‌بخشی و سلسله‌مراتبی کل عرصه پزشکی بود. هرچند ذکر این نکته ضروری است که در کنار الگوی فکری برون‌ساز، سازوکارهای درونی‌ساز تجربی-آنانومیک نیز در حال ظهور بود و این دوگانگی، نظام را به فضایی پویا تبدیل می‌کرد که در آن، الگوی دینی و الگوی علمی همزمان ولی با شدت و ضعف عمل می‌کردند. تحلیل ما نشان می‌دهد که چگونه این گفت‌وگو، کثرت‌گرایی را در نظام پزشکی ممکن می‌ساخت و مدیریت می‌کرد. تقسیم کار تخصصی به شاخه‌هایی چون منتره‌پزشکی، کرتوپزشکی و داروپزشکی، تنها بازتابی از پیشرفت علمی نبود، بلکه تجلی عینی اولویت‌های ارزشی این نظام بود؛ اولیتی که درمان از طریق کلام مقدس و تطهیر روان (منتره‌پزشکی) را در رأس هرم قرار می‌داد و سایر اشکال مداخله (جراحی، گیاه‌درمانی) را در پرتو آن تعریف و محدود می‌کرد. در این میان، تجربه زیسته ناخوشی برای اکثریت جامعه، احتمالاً آمیزه‌ای از التزام به آیین‌های پاکی‌ساز و توسل به شبکه‌ای از راهکارهای عامه‌پسند و مردمی بود. شواهد برجای‌مانده، به‌ویژه کاسه‌های طلسم و متون جادویی، گویای

تلاش فعالانه افراد برای بازیابی احساس کنترل و معنابخشی به رنج خود در دل چارچوب همان جهان‌بینی، اما اغلب در حاشیه نهادهای رسمی است. این امر، تقابل جالب‌توجهی را آشکار می‌سازد: از یک‌سو، جادو و طلسم به‌عنوان سازوکاری فرهنگی که بیماری را شخصی‌سازی و اخلاقی می‌کرد، نقشی حیاتی در نظام سلامت داشت و از سوی دیگر، قوانین رسمی همان حکومت، جادوگری را جرم می‌انگاشت؛ این تناقض، خود گواه پویایی و چندصدایی این سامانه فرهنگی است.

در دوره ساسانی، پزشکی ورای یک حوزه علمی - حرفه‌ای، نهادی اجتماعی - فرهنگی بود که با ساختار قدرت، باورهای دینی و سازمان اجتماعی عجین شده بود؛ چنانکه امروزه نیز می‌توان تداوم ساختاری این چندگانگی و نظام‌های متکثر را در قالب پزشکی رسمی، طب سنتی ایرانی، طب اسلامی، طبیعت‌درمانی و مراقبت‌های دینی چون توسل و نذر برای شفا دید. نکته قابل‌درنگ در نظام پزشکی ساسانی، کارکرد سیاسی آن است که پزشکی را به ابزار قدرت و کنترل اجتماعی از طریق نظارت متمرکز بر پزشکان، دسته‌بندی آنان براساس جایگاه طبقاتی و انحصار در اعطای مشروعیت درمان اعمال می‌کرده است. این سازوکارها نشان می‌دهد که حکومت ساسانی از پزشکی، افزون بر درمان، برای اعمال قدرت و نظارت بر شهروندان هم بهره‌می‌جست. یکی دیگر از پیچیدگی‌های نظام پزشکی ساسانی، مرزهای منعطف میان پزشکی مرسوم و عامیانه بود که در عمل، دو قطب جدایی‌ناپذیر بودند و پزشکیانی چون منتره‌پزشکان میان آن‌ها تردد داشتند. این چندگانگی پزشکی در عمل، بازار رقابت و بعد اقتصادی را نیز ایجاد می‌کرد؛ چراکه بیماران حق انتخاب بین نظام‌های مختلف را داشتند و موفقیت یا شکست پزشک در درمان، بر اعتبار و درآمد او تأثیری مستقیم داشت؛ همچنین وجود آزمون‌های سخت‌گیرانه برای جراحان، نوعی کنترل کیفیت بازار بود و ثبت نتایج درمانی، ابزاری برای رقابت حرفه‌ای میان پزشکان. در واقع، این نظام را می‌توان نخستین نمونه از بازار سلامت در تاریخ ایران دانست. نکته مستور اما قابل‌تأمل در روایات تاریخی، نقش بیمار به‌عنوان فاعل انتخابگر است. هرچند تمرکز روایات عمدتاً بر ارائه خدمات است، اما یک سر قضیه، انتخاب آگاهانه یا از روی جبر بیمار بوده است؛ اینکه بیمار از حق انتخاب میان گیاه‌پزشک، منتره‌پزشک، جراح و ... برخوردار بوده، به عواملی چون نوع بیماری، توانایی مالی، باورهای دینی و جایگاه اجتماعی او بستگی داشته است و شاید به همین دلیل، نظام نظارتی برای جذب بیمار ایجاد شده بود. تفاوت در دسترسی به پزشکان یا امکانات پزشکی براساس طبقه و جایگاه اجتماعی بوده است؛ به‌عنوان مثال، دسترسی بیماران به منتره‌پزشک به‌خاطر تعلق طبقاتی‌اش به والاترین جایگاه، محدود بوده و یا بهره‌مندی از بیمارستان مجهز، از آن افراد طبقات فرادست و درمان خانگی از آن طبقات فرودست بوده است. این تمایزات نشان می‌دهد که چندگانگی پزشکی در عصر ساسانی همزمان نوعی اختلاف طبقاتی نیز بوده است؛ یافته‌ای که با نظریه بائر و همکاران مبنی بر بازتاب چندگانگی پزشکی در روابط سلسله‌مراتبی همسویی دارد.

از منظر کاربردی، این پژوهش از چند جهت حائز اهمیت است: نخست، با عبور از تاریخ‌نگاری توصیفی، الگویی تحلیلی ارائه می‌دهد که به درک عمیق‌تر از ساختار نظام پزشکی و شناسایی لایه‌های فرهنگی مؤثر در آن می‌انجامد؛ دوم، با تأکید بر مفهوم چندگانگی در نظام پزشکی ساسانی، درکی ظریف‌تر از تعامل بین دانش رسمی و روش‌های درمانی جایگزین یا مردمی در تاریخ پزشکی فراهم می‌آورد؛ در نهایت، این پژوهش نشان می‌دهد که فهم عمیق تاریخ پزشکی، مستلزم فرورفتن در لایه‌های ژرف فرهنگ، باور و تجربه انسانی است؛ تنها در این صورت است که می‌توان دریافت چگونه مردمان هر عصر، پدیده‌های جهان‌شمولی چون بیماری و مرگ را در قالب نظام‌های معنایی خاص خود درک و مدیریت می‌کرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان

هر دو نویسنده با سهم برابر در انجام پژوهش و تهیه مقاله مشارکت داشته‌اند. نویسنده دوم در ارائه ایده، گردآوری مطالب و منابع، تهیه پیش‌نویس اولیه و تنظیم مقاله مطابق فرمت مجله نقش داشته‌است. نویسنده اول نیز مسئولیت تحلیل و تفسیر داده‌ها و مطالب، تدوین و انسجام‌بخشی ساختار علمی مقاله، بررسی و کنترل یافته‌ها، ویرایش علمی، محتوایی، ادبی و نگارشی، اعمال اصلاحات داوران، بازبینی و نهایی‌سازی مقاله را بر عهده داشته‌است.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

نویسندگان اصول اخلاقی را در انجام و انتشار این پژوهش علمی رعایت نموده‌اند و این موضوع مورد تأیید همه آنهاست.

بیانیه دسترسی به داده‌ها

داده‌های پژوهش حاضر از طریق درخواست از نویسندگان قابل دسترسی است.

سپاسگزاری

از داوران محترم به‌خاطر ارائه نظرات ساختاری و علمی سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- آهنگری، فرشته. (۱۳۸۹). پزشکی و تخصص‌های پزشکان در ایران باستان (با تکیه بر دینکرد و اوستا). *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۴(۱)، ۱۷-۱۰.
- اسکوپین، ریموند. (۱۴۰۱). *انسان‌شناسی فرهنگی* نگاهی جهانی. ترجمه سرور خراشادی، حامد وحدتی‌نسب، تهران: ندای تاریخ.
- الگود، سیریل. (۱۳۵۲). *تاریخ پزشکی ایران از دوره باستان تا ۱۹۳۴*. ترجمه محسن جاویدان، تهران: اقبال.
- بهنام‌فر، محمدحسن؛ ابوبی مهریزی، نادیه. (۱۳۹۱). پزشکی و روش‌های بهداشتی درمانی در متون کهن ایرانی. *پژوهش در تاریخ*، ۳(۴)، ۵۴-۳۴.
- پهلوان، اسماعیل. (۱۳۹۳). *نقش پزشکان بیگانه در پزشکی ایران باستان (با تکیه بر متون برج مانده)*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، شاهرود: دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- پهلوان، اسماعیل؛ مصباحیان، نساء. (۱۳۹۹). نقش و جایگاه دین در علم پزشکی ایران باستان. *نشریه تاریخ اندیش*، ۳(۸)، ۴۱-۵۰.
- تفضلی، احمد. (۱۳۷۸). *تاریخ ادبیات ایران پیش از اسلام*. تهران: انتشارات سخن.
- چاووشی، سیدمحمد. (۱۴۰۰). کلیت، کیفیت و تعادل؛ سه مفهوم کلیدی در نگرش پزشکی ایرانیان باستان، *نامه انسان‌شناسی*، ۱۸(۳۳)، ۶۳-۸۵.
- حاتمی، سارا؛ پاکباز، سمیه؛ غفاری، فرزانه. (۱۳۹۴). موسیقی درمانی در ایران باستان تا عصر تیموریان. *مجله تاریخ پزشکی*، ۲۲(۲)، ۱۳۱-۱۰۷.
- خدادادیان، اردشیر. (۱۳۵۶). روش‌های درمان پزشکان زردشتیان در ایران باستان. *بررسی‌های تاریخی*، ۱۲(۷۲)، ۱۹۲-۱۶۴.
- خراشادی، سرور. (۱۳۸۹). *پژوهشی بر آثار منسوب به صاحب‌منصبان دوره ساسانی براساس مطالعه تطبیقی منابع تاریخی با شواهد باستان‌شناختی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، زاهدان: دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- خراشادی، سرور. (۱۳۹۵). *پژوهشی در سیر تحول عملکردی مناصب و بازسازی سلسله‌مراتب مقامات عصر ساسانی براساس مطالعه تطبیقی منابع تاریخی با شواهد باستان‌شناختی*. رساله دکتری، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- دارمستر، جیمس. (۱۳۸۴). *مجموعه قوانین زردشت (وندیداد اوستا)*. ترجمه موسی جوان، تهران: دنیای کتاب.
- دریایی، تورج. (۱۳۸۳). *شاهنشاهی ساسانی*. ترجمه مرتضی ثاقب‌فر، تهران: ققنوس.
- دماوندی، مجتبی. (۱۳۸۵). جادو در ایران باستان و کیش زردشت. *مجله مطالعات ایرانی مرکز تحقیقات فرهنگ و زبان‌های ایرانی*، ۱۰(۱)، ۹۲-۱۰۷.
- دوستخواه، جلیل. (۱۳۸۵). *اوستا*. چاپ دهم. تهران: مروارید.
- راوندی، مرتضی. (۱۳۸۳). *تاریخ اجتماعی ایران*. جلد یک. تهران: نشر نگاه.
- رضایی، آرزو. (۱۳۹۶). بررسی جایگاه پزشکی سنتی ایران و تاریخچه آن در پژوهش‌های ایرانی گیاهان دارویی. *مجله تاریخ پزشکی*، ۹(۳۲)، ۷۱-۸۴.
- رضی، هاشم. (۱۳۶۲). *اوستا (یسنا-گاتا-یشت-ها-ویسپرد-خرده اوستا)*. تهران: شرکت کتاب.
- زرنشاس، زهره. (۱۳۸۸). پزشکی در ایران باستان. *فصلنامه پزشکی*، ۱(۱)، ۳۵-۱۱.
- زرگران، آرمان. (۱۳۹۵). *جندی‌شاپور افسانه یا واقعیت*. مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور، ۱۵(۲)، ۱۸-۱۲.
- زرگران، آرمان. (۱۳۹۸). *مقدمه‌ای بر پزشکی در دوران ساسانیان*. تهران: انتشارات چوگان.
- سارتن، جرج. (۱۳۶۵). *مقدمه‌ای بر تاریخ علم*. ترجمه صدری افشار، جلد یک، تهران: هدهد.

- سامی، علی. (۱۳۹۷). *تمدن ساسانی*. تهران: سمت.
- سرمدی‌جو، آذر؛ روشنی‌نژاد، محمدعلی؛ نداف، ویدا. (۱۴۰۳). بررسی جایگاه مکاتب طب در ایران باستان (مبتنی بر مکتب پزشکی سینایی ایران: مکتب هگمتانه / اکباتان). *فصلنامه علمی مطالعات باستان‌شناسی پارسه*، ۸ (۲۷)، ۱۷۰-۱۴۷.
- شرفی، شراره. (۱۴۰۰). روش‌های درمان در ایران باستان (دانشگاه-بیمارستان جندی شاپور). *فصلنامه علمی-ترویجی انجمن‌های علمی دانشجویی دانشگاه تهران*، ۲ (۳)، ۵۱-۴۸.
- شریفیان، فریبا. (۱۳۹۲). پزشکی در زمان ساسانیان. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۶ (۱)، ۲۰-۱۱.
- شهزادی، رستم. (۱۳۸۷). *قانون مدنی زردشتیان در زمان ساسانیان، گفتاری درباره کتاب ماتیکان هزار دستان*. به کوشش مهرانگیز شهزادی، تهران: فروهر.
- عسگری، زهرا. (۱۴۰۲). بازخوانی سیر دگرگینی درخت سرو و گیاه هوم در گذر از اسطوره به عرفان، دو فصلنامه علمی پژوهش‌نامه فرهنگ و زبان‌های باستانی، ۴ (۱)، ۲۴۱-۲۱۹.
- علی‌نیا، امیر؛ علی‌نیا، سجاد. (۱۳۹۵). پیشینه دانش پزشکی و داروسازی در ایران باستان و دوره اسلامی. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۵ (۲)، ۸۲-۹۶.
- فضیلت، فریدون. (۱۳۸۴). *کتاب سوم دینکرد*. تهران: انتشارات مهر آیین.
- فکری‌پور، کتابون؛ شریفیان، فریبا؛ حیدریور، آزاده. (۱۳۹۶). بازتاب اعتقاد و باور به سحر و جادو در کاسه‌های دعا و مهرهای سحرآمیز (مطالعه‌ی موردی کاسه‌های منطقه میان‌رودان و خوزستان). *نشریه پژوهش‌های باستان‌شناسی ایران*، ۷ (۱۴)، ۷۹-۹۰.
- فکری‌پور، کتابون؛ حیدریور، آزاده. (۱۴۰۱). روان‌درمانگری در ایران باستان و میان‌رودان (با تکیه بر متون کهن ایران و الواح میان‌رودان). *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۱۵ (۱)، ۱۲۳-۱۳۴.
- کاظمی، عبدالحسن؛ کاظمی، مصطفی؛ صمدی راد، بهرام؛ خلیلی، مجید. (۱۳۸۹). بررسی موضوع بیهوشی در پزشکی ایران باستان. *فصلنامه تاریخ پزشکی*، ۲ (۳)، ۱۹۰-۱۷۰.
- کاویانی‌پویا، حمید؛ جلیلیان، شهرام. (۱۳۹۵). ترکیب جمعیتی پزشکان و تشکیلات داخلی بیمارستان جندی‌شاپور. *مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور*، ۱۵ (۲)، ۱۰۹-۱۰۰.
- کریستن‌سن، آرتور. (۱۳۸۲). ایران در زمان ساسانیان. ترجمه رشید یاسمی، تهران: صدای معاصر.
- کریمیان، حسن؛ افشار، زهرا. (۱۳۸۷). تأثیر اندیشه‌های دینی و باورهای عامه بر پزشکی ایران باستان و استمرار آن در پزشکی اسلامی. *فصلنامه اخلاق پزشکی*، ۲ (۶)، ۸۳-۵۴.
- کهنسال و اجارگاه، حسن. (۱۴۰۱). ساسانیان و نگرش آن‌ها به دانش پزشکی. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۱۵ (۱)، ۱۷۳-۱۸۳.
- لک‌زایی، مهدی. (۱۳۸۹). شفای مقدس در یونان و ایران باستان. *مجله پژوهش‌های ادیبانی*، (۱۳)، ۱۶۴-۱۴۵.
- ماحوزی، رضا، ابراهیم‌آبادی، حسین. (۱۳۹۵). چرا مرکز علمی جندی‌شاپور را می‌توان نخستین دانشگاه جهان نامید؟. *مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور*، ۱۵ (۲)، ۱۰-۱.
- متین، پیمان. (۱۳۸۹). تاریخ پزشکی ایران از نگاه انسان‌شناسی پزشکی. *ماهنامه دارو و درمان*، (۸۲)، ۵۸-۵۵.
- متین، پیمان. (۱۳۹۲). *مبانی انسان‌شناسی پزشکی*. تهران: انتشارات فرهامه.
- معطر، فریبرز؛ معطر، هادی؛ معطر، هاله. (۱۳۸۹). هنر پزشکی و داروشناسی در ایران باستان. *نشریه طب سنتی اسلام و ایران*، ۱ (۴)، ۳۷۳-۳۷۸.
- معطوفی، اسدالله. (۱۳۸۲). تاریخ چهارهزار ساله ارتش ایران: جنگ و جنگاوری بر فلات ایران از تمدن ایلام تا ۱۳۲۰ خورشیدی. تهران: انتشارات ایمان.

مکی‌زاده، فاطمه؛ اسدنبیا، ابوالفضل؛ علی‌مندگاری، ملیحه؛ ابراهیمی، فضا. (۱۴۰۱). تحلیل ساختار موضوعی پژوهش‌های حوزه انسان‌شناسی پزشکی. *مجله مدیریت اطلاعات سلامت*، ۱۹ (۴)، ۱۶۳-۱۷۲.

ملک‌ثابت، سمانه‌السادات؛ کاویانی‌پویا، حمید؛ نجفی، محمدحسن؛ سیامک دستجردی، اعظم. (۱۳۹۴). مروری بر رایحه درمانی در ایران باستان، *مجله ایرانی/اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۸ (۵)، ۳۴-۴۳.

نجم‌آبادی، محمود. (۱۳۶۶). *تاریخ طب ایران*. تهران: دانشگاه تهران.

یزدی، اسماعیل. (۱۳۸۸). *سیری در تاریخ دندان‌پزشکی ایران از گذشته تا معاصر*. تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی.

یونت، لیزا. (۱۳۸۵). *تاریخ پزشکی*. ترجمه رضا یاسائی، تهران: ققنوس.

References

- Ahangari, F. (2010). Medicine and physicians in ancient Iran (based on Denkard and Avesta). *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 4(1):10-17. (In Persian)
- Ali Nia, A. & Ali Nia, S. (2016). Background of medical and pharmaceutical knowledge in ancient Iran and the Islamic period. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 15(2): 82-96. (In Persian)
- Asgari, Z. (2024). Reinvestigating the Metamorphosis of Cypress and Hom from Myth to Mysticism. *Journal of Ancient Culture and Languages*, 4 (1): 219-241. (In Persian)
- Baer, H. A. & Singer, M. & Susser, I. (2004). *Medical anthropology and the world system*. Praeger.
- Baer, H. A. (2004). *Medical Pluralism*. In C. R. Ember & M. Ember, *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Springer Science & Business Media.
- Behnam Far, M. H. & Aboee Mahrizi, N. (2013). Medicine and Sanitary-Remedial Methods in Old Iranian Texts. *Research in History*, 3(4): 24-54. (In Persian)
- Brown, P. J. & Closser, S. (2016). *Understanding and applying medical anthropology: Biosocial and cultural approaches* (3rd ed). Routledge.
- Chavoshi, S. M. (2021). Totality, quality and balance; three key concepts in the medical perspective of ancient Iranians. *Anthropology Letter*, 18(33): 63-85. (In Persian)
- Christensen, A. (2003). *Iran during the Sassanid era* (R. Yasemi, Trans). Tehran: Sedaye Moaser. (In Persian)
- Damavandi, M. (2006). Magic in ancient Iran and Zoroastrianism. *Iranian Studies*, (10): 92-107. (In Persian)
- Darmesteter, J. (2005). *The Zoroastrian law code (Vendidad of Avesta)* (M. Javan, Trans). Tehran: Donyaye Ketab. (In Persian)
- Daryaei, T. (2005). *The Sasanian Empire* (M. Saghebfar, Trans). Tehran: Qoqnoos Publishing. (In Persian)
- Dustkhah, J. (2006). *Avesta: ancient Iranian hymns & texts* (10th ed). Tehran: Morvarid. (In Persian)
- Elgood, C. (1973). *A medical history of Persia from ancient times to 1934* (M. Javidan, Trans.). Tehran: Aqbal. (In Persian)
- Fazilat, F. (2005). *The third book of Denkard*. Tehran: Mehre Ayin Publications. (In Persian)
- Fekripour, K. & Heidarpour, A. (2022). Psychotherapy in Ancient Iran and Mesopotamia (Based on Ancient Iranian Texts and Mesopotamian Tablets). *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 15 (1): 122-136. (In Persian)
- Fekripour, K. & Sharifian, F. & Heidarpour, A. (2018). The Reflection of Sasanian's Belief on Magic and Sorcery in Some Incantation Bowls and Magic Seals (Case Study: Khuzestan and Mesopotamia Area). *Archaeological Research of Iran*, 7 (14): 79-90. (In Persian)

- Good, B. J. & Fischer, M. M. J. & Willen, S. S. & DelVecchio Good, M. J. (2010). *A reader in medical anthropology: Theoretical trajectories, emergent realities*. Wiley-Blackwell.
- Hatami, S. & Pakbaz, S. & Ghaffari, F. (2017). Music therapy from ancient Iran till Teymooriyan age. *Journal of Medical History*, (22): 107-131. (In Persian)
- Kamat, D. M. & Fischer, P. R. (2025). *Textbook of global child health*. American Academy of Pediatrics.
- Karimian, H. & Afshar, Z. (2008). The influence of religious thought and popular beliefs on ancient Iranian medicine and its continuity in Islamic medicine. *Medical Ethics Quarterly*, 2(6): 54-83. (In Persian)
- Kaviani Pouya, H. & Jalilian, S. (2016). Demographic composition of physicians and internal structure of Jundishapur Hospital. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 15(2): 100-109. (In Persian)
- Kazemi, A. & Kazemi, M. & Samadirad, B. & Khalili, M. (2010). Study of anesthesia in ancient Iranian medicine. *Quarterly Journal of Medical History*, 2(3): 170-190. (In Persian)
- Khoda Dadian, A. (1977). Treatment methods of Zoroastrian physicians in ancient Iran. *Historical Studies*, 12 (72): 164-192. (In Persian)
- Khorashadi, S. (2010). *Research on remains attributed to Sasaneed's nobles according to Historical sources and archaeological evidence*, Master's thesis, Zahedan: The University of Sistan & Baluchestan, Faculty of Humanities. (In Persian)
- Khorashadi, S. (2016). *An Inquiry Concerning the Evolution of the Offices Functional Roles and Reconstructing of the Positions Hierarchy in Sassanid Era According to A Comparative Comparison of the Historical Sources with the Archaeological Evidences*, The Degree of Doctor of Philosophy, Tehran: Tarbiat Modares University, Faculty of Humanities. (In Persian)
- Kohansal Vajargah, H. (2022). Sassanids and Their Attitude to Medical Knowledge. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 15 (1): 172-184. (In Persian)
- Lakzaei, M. (2010). Sacred healing in Greece and ancient Iran. *Journal of Religious Studies*, (13): 145-164. (In Persian)
- Lloyd, S. & Leclerc, V. & Tremblay, A. & Bonventre, C. (2020). *Anthropologie médicale*. Anthrophen.
- Mahouzi, R. & Ebrahimabadi, H. (2016). Why can Jundishapur Scientific Center be called the first university in the world? *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 15(2): 1-10. (In Persian)
- Maki Zadeh, F. & Asadnia, A. & Ali Mandegari, M. & Ebrahimi, F. (2022). Analysis of the thematic structure of research in the field of medical anthropology. *Health Information Management Journal*, 19(4): 163-172. (In Persian)
- Malek Sabet, S. & Kaviani Pouya, H. & Najafi, M. & Dastjerdi, A. (2015). A review of aromatherapy in ancient Iran. *Iranian Journal of Ethics and History of Medicine*, 8(5): 34-43. (In Persian)

- Matin, P. (2010). History of Iranian medicine from the perspective of medical anthropology. *Monthly Journal of Drug and Therapy*, (82): 55-58. (In Persian)
- Matin, P. (2013). *Fundamentals of medical anthropology*. Tehran: Farhameh Publications. (In Persian)
- Matoufi, A. (2003). *Four thousand years history of Iranian army: War and warfare on the Iranian plateau from Elam civilization to 1941 AD*. Tehran: Iman Publications. (In Persian)
- McElroy, A. & Townsend, P. K. (2015). *Medical anthropology in ecological perspective* (6th ed). Westview Press.
- Moattar, H. (2010). The art of medicine and pharmacology in ancient Iran, *Islamic and Iranian Traditional Medicine*. 1(4): 373-378. (In Persian)
- Najmabadi, M. (1987). *History of Iranian medicine*. Tehran: University of Tehran. (In Persian)
- Nichter, M. & Lock, M. (2003). *New horizons in medical anthropology: Essays in honour of Charles Leslie*. Routledge.
- Pahlavan, E. (2014). *The role of foreign doctors in ancient Iran medicine (relying on residual texts)*. Master's thesis, Shahrud: Islamic Azad University, Faculty of Literature and Humanities. (In Persian)
- Pahlavan, I. & Mosbahian, N. (2020). The role and position of religion in the science of medicine in ancient Iran. *Journal of History of Thought*, 3(8): 41-50. (In Persian)
- Pool, R. & Geissler, W. (2010). *Medical anthropology*. Open University Press
- Ravandi, M. (2004). *Social history of Iran*. Tehran: Negah Publishing. (In Persian)
- Razi, H. (1983). *Avesta (Yasna-Gatha-Yashts-Visparad-Khorda Avesta)*. Tehran: Sherkat-e Ketab. (In Persian)
- Rezaei, A. (2017). A survey on the situation of traditional Iranian medicine and its history. *Iranian Herbal Research Medical History Journal*, 9(32): 71-84. (In Persian)
- Rivers, W. H. R. (1924). *Medicine, magic and religion: The Fitzpatrick Lectures delivered before the Royal College of Physicians of London in 1915 and 1916*. Routledge.
- Sami, A. (2018). *Sasanid Civilization*. Tehran; Samt. (In Persian)
- Sarmadijou, A. & Roshaninezhad, M. A. & Naddaf, V. (2024). The Study of the Status of Medicine Schools in Ancient Iran (Based on Sina Medical School of Iran: Hegmatane / Ekbatan School). *Parseh Journal of Archaeological Studies*, 8(27): 147-170. (In Persian)
- Sarton, G. (1986). *Introduction to the history of science* (G. Sadri Afshar, Trans). Tehran: Hoda. (In Persian)
- Scupin, R. (2022). *Cultural anthropology: A global perspective* (S. Khorashadi & H. Vahdati Nasab, Trans). Tehran: Nedaye Tarikh. (In Persian)
- Shahzadi, R. (2008). *The civil law of Zoroastrians during the Sassanid era, a discourse on the book Matikan-e Hezar Dastan* (M. Shahzadi, Ed). Tehran: Forouhar. (In Persian)

- Sharafi, S. (2021). Treatment methods in ancient Iran (Jundishapur University-Hospital). *Scientific-Promotional Quarterly of Student Scientific Associations of University of Tehran*, 2(3): 48-51. (In Persian)
- Sharifian, F. (2013). Medicine during the Sassanid era. *Iranian Journal of Ethics and History of Medicine*, 6(1): 11-20. (In Persian)
- Sharma, A. & Pathak, R. K. (2016). Traditional system of medicine and medical anthropology: A review. *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*, 6(12): 1101-1107.
- Singer, M. & Erickson, P. I. (2011). *A companion to medical anthropology*. John Wiley & Sons.
- Sobo, E. J. (2004). *Theoretical and applied issues in cross-cultural health research: Key concepts and controversies*. In C. R. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of medical anthropology: Health and illness in the world's cultures*. Springer Science & Business Media.
- Tafazzoli, A. (1999). *A History of Pre-Islamic Iranian Literature*. Tehran: Sokhan Publications. (In Persian)
- Van der Geest, S., & Whyte, S. R. (1989). The charm of medicines: Metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, 3(4): 345-367.
- Wiley, A. S. & Allen, J. S. (2020). *Medical anthropology: A biocultural approach* (3rd ed). Oxford University Press.
- Witeska-Młynarczyk, A. (2015). Critical medical anthropology – A voice for just and equitable healthcare. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(2): 385-389.
- Yazdi, I. (2009). *A survey on the history of Iranian dentistry from past to contemporary*. Tehran: Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran. (In Persian)
- Young, A. (1976). Internalising and externalising medical belief systems: An Ethiopian example. *Social Science & Medicine*, 10: 147-156.
- Yount, L. (2002). *The history of medicine* (R. Yasaee, Trans). Tehran: qoqnoos. (In Persian)
- Zar Shenaz, Z. (2009). Medicine in ancient Iran. *Medical History Journal*, 1(1): 11-35. (In Persian)
- Zargaran, A. (2016). Jundishapur: Myth or reality. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 15(2): 12-18. (In Persian)
- Zargharan, A. (2020). *An Introduction to Medicine in the Sassanid Era*. Tehran: Chogan Publishing. (In Persian)