

پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران
دوره ۶، شماره ۲
پاییز و زمستان ۱۳۹۵، صص ۴۷-۴۹

بخش ۳، اتاق ۵:

اجتماع حسی درد در بیمارستانی در تبریز: مردم‌نگاری بدون حرکت

اصغر ایزدی جیران*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۵

چکیده

انسان‌شناسی پزشکی حس‌ها تجربه درد را با محوریت بخشیدن به ادراکات حسی در بین افراد و گروه‌های مختلف بررسی می‌کند تا نشان دهد که درد و به ویژه شیوه تجربه آن چیزی است بین جسم و جامعه. این مقاله شرح درد مردم‌نگار و چهار بیمار دیگر در بیمارستانی در شهر تبریز است. شکسته شدن پای مردم‌نگار باعث شد تا وی بتواند به آرمانی‌ترین شکل ممکن تبدیل به یک بومی در میان بومیان بیمارستان مخصوص شکستگی استخوان شود: مردم‌نگار / بیمار. پنج روز بستری و تجربه عمل جراحی در بین پنج بیمار نشان داد که درد بر اساس بسترهای اجتماعی، فرهنگی و شخصی به شیوه‌های متنوعی توسط بیماران، همراهان و اطرافیان آن‌ها مفهوم‌بندی و حس‌بندی می‌شود: از تقدیر تا عاملیت و از سرگشتگی تا خودیابی. با گرد هم آمدن چند بیمار در اتاق شماره ۵ بخش ۳، اجتماع حسی درد تشکیل شده بود. کوشیده‌ام تجارب زیسته بنیاد ساخته شدن مفاهیم تحلیلی جدیدی همچون فرهنگ درد، دردمندی، حس‌بندی، فلسفه‌های حسی، جهان افقی، بدن افقی، اجتماع حسی درد و دردنگاری باشند. همان‌طور که درد، جهان شخص را دگرگون می‌کند، این تجربه مردم‌نگاری هم دو دگرگونی اساسی در جهان حرفه‌ای من به وجود آورد: اول، گرایش به شیوه نوشتار مردم‌نگارانه به سوی داستان‌گویی از تجارب زیسته؛ دوم، رویش علاقه‌ام به دردها و رنج‌های اجتماعی. با درد و درباره درد نوشتن وظیفه علمی و انسانی رشته انسان‌شناسی است.

کلید واژگان: انسان‌شناسی پزشکی، انسان‌شناسی پزشکی، اجتماع حسی درد، بیمارستان، حس‌ها، درد، دردنگاری، مردم‌نگاری بدون حرکت.

مقدمه: بی‌حرکتی حمید

۵ فروردین ۱۳۹۳، منطقه قره‌داغ، روستای ماولان. خودم را آماده کرده بودم فردا برای بار ششم به جامعه مورد مطالعه‌ام یعنی طایفه ترکمه بروم و پژوهش‌های جدیدی را آغاز کنم که زمین خوردم و پایم به شدت پیچ خورد. قوزک پایم در رفت و استخوان پا شکست. نمی‌دانستم که همین رخداد ناخواسته من را وارد میدان جدیدی کرده است: میدان درد. این نوشتار به دنبال طرح دو پرسش اصلی است: اول، درد دیگری چگونه برای یک انسان‌شناس قابل تجربه و قابل فهم می‌شود؟ دوم، تجربه کردن درد چگونه به جامعه و خود ارتباط می‌یابد؟

گفتمان و تقسیم‌بندی حس‌ها به پنج حس که اساساً متأثر از فرهنگ علمی غرب است، مانع توجه به حس‌های دیگری همچون سخن گفتن، حرکت کردن، گریه کردن و غیره می‌شود. برای ما پنج بیمار بخش سوم بیمارستان شهدای تبریز، شکستن پا که مانع حرکت بود باعث می‌شد تا متوجه خاموش شدن حس حرکت شویم؛ حسی که احتمالاً در حالت عادی بدان به عنوان یک حس مستقل حساس نیستیم. حرکت کردن و انجام بسیاری از فعالیت‌ها با حس حرکتی تجربه‌ای پدید می‌آورد که در وضعیت ما پنج پاشکسته با مشکل روبه‌رو بود. لذت‌های حرکت چه در قالب هنری یعنی رقص و چه در قالب‌های ورزشی و چه در زندگی روزمره، همچون راه رفتن در نسیم روح‌بخش تبریز، چیزی است که از جهان پاشکسته‌ها غایب است؛ بنابراین رنج پاشکستگی از یک طرف بعد فیزیکی دارد، ولی از طرف دیگر بعد روانی هم دارد و آن محرومیت از لذت‌های حرکت است.

حرکت در قالب پژوهشی و علمی نیز اهمیت دارد و آن انجام پژوهش مردم‌نگاری از طریق حرکت کردن در مکان‌ها، مسیرها، بین اشیاء و بین افراد مورد مطالعه است؛ به همین سبب بود که عنوان اصلی یکی از مقالاتم را *اتنوگرافی با حرکت: تجارب حسی در ماشین‌های مناسکی تهران* (زیر چاپ) گذاشتم. لازم است مردم‌نگار برای موضوعات متحرک از حرکت به مثابه یک فن روش‌شناختی و شناخت‌شناختی استفاده کند (لاند، ۲۰۰۸؛ لی و رگانست، ۲۰۰۸؛ اینگولد، ۲۰۱۱؛ ایزدی جیران، زیر چاپ)، در سوژه‌های بدون حرکت نیز باید از بی‌حرکتی برای همین اهداف بهره ببرد.

تجربه ما پنج بیمار از بی‌حرکتی، ممانعت از جاری شدن بدن در محیط بود. بی‌حرکتی باعث می‌شد تا همراهی منحصربه‌فردی با محیط و نوعی ادغام شدن با آن داشته باشیم، اما مانع سیالیت و روانی بدن‌های ما در بین فضاها، اشیاء و افراد می‌شد. مهم‌ترین تغییر پیش‌آمده، تغییر در ادراک محیط (اینگولد، ۲۰۰۰) بود. وقتی یک‌بار با ویلچر به توالی رفتم، هنگام برگشتن به اتاق، حمید گفت: «نعمت‌دی‌ها» [توانایی حرکت کردن] عجب نعمتی است. در میان ما پنج نفر، حمید از همه بی‌حرکت‌تر بود، چون پای راستش با وزنه‌ای شش کیلویی به تخت بسته شده بود. او ده روز تمام (پنج روز قبل از عمل و پنج روز بعد از عمل) یکجا بست بود.

بی‌حرکتی و محصور ماندن در فضای بسته بیمارستانی دل‌تنگی وحشتناکی برای همه ما داشت، به ویژه برای حمید که می‌گفت: «داریخما بیزی اولدوره‌جک» (بالاخره دل‌تنگی ما رو می‌گشود). برادر مهدی هم می‌گفت: «مریضین گوزی همشه قاپیدا اولار» (چشم بیمار همیشه به در دوخته می‌شود). حمید بیش از همه و با نفرت زیادی آرزوی رهایی از بند بیمارستان را داشت: «طویلهدن چیخسیدیخ راحت اولاردیخ» (اگر از این طویل‌ه بیرون می‌رفتیم، راحت می‌شدیم). بی‌حرکتی نسبتاً کامل حمید باعث شده بود تا بیش از همه شکایت کند: «هر کیم بئش گون بیردا قالسا دلی اولار» (هر کس پنج روز اینجا بماند دیوانه می‌شود). این‌ها همگی نشان می‌دادند که تا چه حدی ما نیاز به روان شدن در محیط داریم و تا چه حدی حرکت در تصور ما از زنده بودن و لذت بردن نقشی کلیدی دارد.

مبانی نظری: انسان‌شناسی پزشکی حس‌ها

انسان‌شناسی پزشکی^۱ متمرکز بر آن است که چگونه سلامت و به‌زیستی به لحاظ اجتماعی و فرهنگی پدید می‌آیند و شیوه‌هایی را بررسی می‌کند که در آن‌ها جامعه و فرهنگ بر تجربه بیماری، عملکرد پزشکی و فرایند درمان فرد و اجتماع تأثیر می‌گذارد. انسان‌شناسی پزشکی به دنبال آن است تا بداند چگونه تجارب و ادراکات از بدن، خود یا تصور شخص بر تجربه بیماری اثرگذار می‌شوند (یو سی ال، ۲۰۱۴؛ ویلی و جان، ۲۰۱۲؛ سینگر و بائر، ۲۰۱۱؛ گود و دیگران، ۲۰۱۰). بنا بر بخشی از علائقم به انسان‌شناسی حسی^۲، به رویکردی از انسان‌شناسی پزشکی گرایش دارم که ادراک حسی را در مسائل سلامتی، بیماری و درد مورد توجه قرار دهد. همواره پزشکی جزء علائق اصلی انسان‌شناسان حس‌ها بوده است، به ویژه در خصوص درمان‌های بومی. انسان‌شناسی حس‌ها^۳ با توجه دقیق به تجربه و معنای حسی در حوزه انسان‌شناسی پزشکی به شدت متمرکز شده است (هاوز، ۱۹۹۵؛ کلسن و هاوز، ۱۹۹۸). چرخش حسی^۴ در انسان‌شناسی اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ باعث غنای بیشتری در شاخه انسان‌شناسی پزشکی شد و آثار مهمی (ساکس ۱۹۸۷؛ باینوم و پورتر، ۱۹۹۳؛ ویلسون، ۱۹۹۹) را پدید آورد.

اهمیت قرار دادن بدن و حس‌ها در مرکز مطالعه اجتماعی پزشکی توسط انسان‌شناسانی چون روبرت دجارلایس (۱۹۹۲)، مارینا رزمن (۱۹۹۱)، لیدرمن و رزمن (۱۹۹۶)، آدلین ماسکولر (۲۰۰۱)، جودیت فارکوار (۲۰۰۲) و نیچر (۲۰۰۸) مورد تأکید قرار گرفت. با افزایش پژوهش‌های مردم‌نگاری در حوزه پزشکی از خلال تمرکز بر ادراکات حسی، هینتون، هاوز و کرمایر (۲۰۰۸) برای نخستین بار برنامه کاری انسان‌شناسی پزشکی حس‌ها^۵ را طراحی کردند.

¹ medical anthropology

² sensory anthropology

³ anthropology of the senses

⁴ sensory turn

⁵ medical anthropology of sensations

انسان‌شناسی حسی با تمرکز بر تجارب حسی افراد در موقعیت‌های متفاوت می‌تواند به ما بگوید که چگونه اعضای جامعه در زندگی روزمره و زمان‌ها و رخداد‌های ویژه تجربه‌های زندگی شخصی و اجتماعی‌شان را درک کرده و بر اساس آن فهم خود از جهان را شکل می‌دهند (پینک، ۲۰۰۹؛ هاوز، ۲۰۰۳). انسان‌شناسی حسی درد^۱ و بیماری متمرکز است بر مکان‌ها و لحظاتی که افراد دچار درد و بیماری شده و به‌ناچار بایستی دردهایی را متحمل شوند. تمرکز انسان‌شناختی بر مکان‌ها و لحظات درد بخش مهمی از تجربیات افراد بیمار در بیمارستان‌ها و منازل را آشکار می‌سازد که نقشی اساسی در زندگی آن‌ها دارد. از این رو از اصطلاح فرهنگ درد یاد می‌کنم تا از خلال آن نشان دهم که چگونه افراد به واسطه دردهای پیش‌آمده، خود، جامعه و جهان‌شان را به شیوه خاصی می‌فهمند و گاهی اوقات به شیوه جدیدی از نو ساماندهی می‌کنند.

انسان‌شناسی درد^۲ بررسی زمینه‌مند درد در افراد و گروه‌های مختلف از خلال تجربه مردم‌نگاری است (گود و دیگران، ۱۹۹۴). درد یکی از تجاربی است که تنوع بسیار زیادی دارد؛ در واقع درد می‌تواند در تمامی اعضای بدن تجربه شود: در استخوان‌ها، کلیه‌ها، دندان‌ها، سر، چشم‌ها، گوش‌ها، نواحی پوستی، عصبی و غیره که دربرگیرنده دردهای فیزیکی هستند. برخی از افراد کل عمر خود را در انواع دردها سپری می‌کنند، از جمله کسانی که در فجایع طبیعی مثل زلزله و فجایع اجتماعی-سیاسی مثل جنگ صدمه می‌بینند. مسئله انسان‌شناختی در این موارد آن است که چگونه افراد زندگی خود را با واسطه درد تجربه می‌کنند و این تجارب دردمند چه تفاوتی با تجارب غیردردمند دارند و نهایتاً اینکه چگونه می‌توان فهمی از زندگی دردمند از طریق پژوهش مردم‌نگاری ارائه داد.^۳

درد جهان افراد را تغییر می‌دهد و آن‌ها را مجبور به تجربه چیزهایی می‌کند که برای افراد سالم غیرقابل‌تصور و تخیل است. افراد با درد به عنوان نوعی همزاد خود زندگی می‌کنند، چیزی که در درونی‌ترین لایه‌های وجودی آن‌ها به طور عمیقی می‌زید. این حالت وقتی قابل باور است که بیماری را ببینیم که در درد به خود می‌پیچید، یا همچون مورد رمضان، یکی از بیماران اتاق ۵، از شدت درد دندان‌هایش را به شدت به هم می‌فشرد و دادو فریاد می‌کرد و یا وقتی که درد چنان وجود فرد را تسخیر می‌کند که همچون یکی از بیماران بخش ۳ که در اتاقی دیگر بود و ما فقط صدایش را می‌شنیدیم، می‌گوید «الله منی اولدورسون» (خدا مرا بکشد). این جهان تغییر یافته باعث می‌شود تا اندیشه‌ها، حس‌ها و رفتارهای بیماران نیز تغییر یابد و آن‌ها به شیوه‌ای بیمارگونه با جهان برخورد کنند. از این نظر باید از شخصیت بیمارگونه یاد کنم که تلاش می‌کند در وضعیت جدید پیش‌آمده مؤلفه‌ها و ویژگی‌های جدیدی برای خود دست و پا کند.^۴

^۱ sensory anthropology of pain

^۲ anthropology of pain

^۳ دو پاراگراف فوق را مورخ ۱۳۹۳/۱/۸ یک روز قبل از عمل جراحی و در حالت بستری نوشته‌ام.

^۴ این پاراگراف را ساعاتی پس از عمل جراحی مورخ ۱۳۹۳/۱/۹ حدود ساعت هشت عصر نوشته‌ام.

دردمندی به مثابه روش انسان‌شناختی

بنا بر منطق روش‌شناختی و شناخت‌شناختی انسان‌شناسی که بر نزدیک شدن و در آرمانی‌ترین شکل یکی شدن، مردم‌نگار با موضوع مورد مطالعه تأکید دارد، یک انسان‌شناس زمانی به بهترین وجه می‌تواند فهمی درست از درد در افراد مورد مطالعه ارائه دهد که خود نیز بتواند همان دردها را شخصاً و به صوت طبیعی تجربه کند. به همین سبب است که انسان‌شناسی حسی به جای مشاهده مشارکتی^۱ از حس کردن مشارکتی^۲ دفاع می‌کند (هاوز، ۱۹۹۰). در این روش، انسان‌شناس فقط درد کشیدن افراد را مشاهده نمی‌کند، بلکه خود نیز همان دردها را با بدن خود تجربه کند. این چیزی است که پینک (۲۰۰۹) از آن به عنوان «تجربه بدنمند»^۳ مردم‌نگار از مکان یاد می‌کند. به همین دلیل بود که وقتی به عنوان یک انسان‌شناس دچار شکستگی پا شدم، بهترین فرصت را یافته‌ام تا از طریق روش حس کردن مشارکتی در پی فهم افراد دردمند باشم. وقتی خود انسان‌شناس دردی را تجربه می‌کند، به سهولت بیشتری می‌تواند دیگران دردمند را درک کند و نیز در مورد موقعیت‌های آن‌ها به تأمل بپردازد.^۴

وقتی انسان‌شناس وارد حوزه‌های سختی مثل درد می‌شود، شدت هم‌حسی او از افراد مورد مطالعه‌اش بیشتر می‌شود، چراکه درد هم ماندگاری بیشتری دارد و هم با شدت بالایی دریافت‌کننده‌های حسی را تحریک می‌کند. در مقایسه با موضوع شادی به ویژه شادی جشنواره‌ای که چند روز پیش از این واقعه به مناسبت چهارشنبه‌سوری در پارک نیاوران تهران تجربه کردم^۵، بیش از دو سه ساعت طول نکشید، درحالی‌که درد را بیش از چند روز تجربه کردم. از این نظر شاید درد عمیق‌ترین تجربه برای فهم دیگری انسان‌شناختی باشد. این امر به ویژه در مورد انسان‌شناس حسی جای بررسی بیشتری دارد: آنجا که انسان‌شناس می‌خواهد خود را در نظام حسی جامعه مورد مطالعه قرار دهد، چاره‌ای ندارد جز اینکه خود را به دردهای مد نظر مبتلا کرده و آغشته سازد.

بومی شدن بدون درد ممکن نیست. این قاعده روش‌شناختی هم معنای واقعی دارد و هم معنای استعاره‌ای. معنای واقعی آن بازمی‌گردد به داشتن و کسب تجربه بدنی از دردهای مورد بررسی؛ اما معنای استعاره‌ای آن طیف وسیعی را در برمی‌گیرد، ولی نکته اساسی آن فهمیدن مسئله دیگری است. در اینجا پرسشی نظری برمی‌آید که فرد یا گروه مورد مطالعه انسان‌شناس چه چیزی را مهم می‌داند و یا چه چیز یا چیزهایی نقشی حیاتی در زندگی روزمره آن‌ها بازی می‌کنند. درد به مثابه روش پژوهش و دردمندی به عنوان تجربه بدنمند از جامعه مورد مطالعه می‌تواند راهکارهای روش‌شناختی مناسبی برای گردآوری، تجربه و

^۱ participant observation

^۲ participant sensation

^۳ embodied experience

^۴ این پاراگراف را مورخ ۱۳۹۳/۱/۸ یک روز قبل از عمل جراحی و در حالت بستری نوشته‌ام.

^۵ این پژوهش میدانی را مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۲۷ در پارک نیاوران تهران و در میان انواع مواد محترقه و آتش‌بازی انجام داده‌ام. ترس و هیجان در طی این کار میدانی بر حضور بدنمند مردم‌نگار سایه افکنده بود.

تحلیل داده‌ها باشند^۱. این روش‌شناسی شخصیت پژوهشگر را تغییر می‌دهد که بایستی از آن با عنوان مردم‌نگار / بیمار یاد کرد. تنها مورد نمونه کار مردم‌نگار / بیمار در ایران کار فاضلی (۱۳۸۵) است که در آن توصیفی غنی و تحلیلی از دردهای استخوانی و عصبی و فرایند بستری شدن و عمل جراحی خود مردم‌نگار در چند بیمارستان در لندن ارائه می‌دهد. دفترچه یادداشت، دفتر خاطرات. تقریباً در اغلب زمان‌ها دفترچه یادداشت قهوه‌ای رنگ و خودکار سیاه دستم بود و به طور مستمر از رخدادهای نبرداری می‌کردم. وقتی حمید، یکی از بیماران، چنین وضعیتی را می‌دید می‌گفت: «خاطیره‌لر قوتولدی؟» (نوشتن خاطرات تمام شد؟). دو روز اول هویت انسان‌شناختی‌ام را برای بیماران و همراهان فاش نکرده بودم و آن‌ها فکر می‌کردند که من صرفاً خاطراتم را می‌نویسم؛ اما با بیشتر شدن حساسیت‌ها مجبور شدم بگویم که در حال نوشتن مقاله‌ای در خصوص درد و بیمارستان هستم. پس از آن همه به من استاد می‌گفتند و در فرایند پژوهش به من کمک می‌کردند: از گرفتن عکس توسط رضا و بلوتوس کردن آن تا تأکید بر افزودن نکاتی توسط مهدی در خصوص تجربه‌های خودش. آنچه برای بومیان دفتر خاطرات بود، برای دانشگاهی انسان‌شناس، دفترچه یادداشت حرفه‌ای بود؛ اما در واقع، کار انسان‌شناس ثبت دقیق خاطرات در یک یا چند مکان معین به زنده‌ترین و عمیق‌ترین شکل ممکن است. دفتر خاطراتم را رضا خواست و کمی خواند و داد به حمید که او هم بخواند.

انتخاب میدان درد و بیمارستان شهدا به هیچ رو از پیش و با برنامه‌ریزی صورت نگرفت؛ در واقع مردم‌نگار به میدان پرت شد. اطلاع‌رسان‌ها هم همان پنج نفری بودند که در اتاق ۵ با آن‌ها روبه‌رو شدم که در جای‌جای نوشتار معرفی می‌شوند. فنون گردآوری داده‌ها در اساس حس کردن مشارکتی بود، همراه با مشاهدات و گفتگوهای صمیمی و دوستانه.

شرح‌ها و تحلیل‌های درد

توپوخ

شکستن پا، بستری شدن در بیمارستان، تجربه عمل جراحی و سپری کردن دوره نقاهت جدی‌ترین مناسک گذار برای تبدیل شدن به یک انسان‌شناس بود؛ بزرگ‌ترین شانس برای نشان دادن مهارت‌های مردم‌نگاری (یادداشت میدانی، ۷ فروردین ۱۳۹۳، در بیمارستان). دوران کودکی و نوجوانی من از ۱۳۶۲ تا ۱۳۷۴ در محله آخونی در تبریز گذشت که بعد از آن به کوی شادگان حد فاصل چهارراه آخونی و چهارراه دامپزشکی نقل مکان کردیم. به یاد دارم که در دوره نوجوانی تا چه حد و در چند نقطه سرم به طور دائم شکستگی‌هایی رخ می‌داد، به نحوی که خواهرانم می‌توانستند جای شکستگی‌ها را بشمارند. برای پایم نیز حادثه‌ای رخ داد: وقتی که یک تخته‌بند بنایی را من و دوستم بلند کرده بودیم، تخته روی

^۱ این پاراگراف را مورخ ۱۳۹۳/۱/۱۰ ساعت دو و نیم شب و پس از هشیاری کامل بعد از عمل جراحی نوشته‌ام. حین نوشتن این نکات روش‌شناختی، شدیدترین سطح درد را تجربه می‌کردم، به نحوی که شب تا صبح را نتوانستم بخوابم.

انگشت شصت پای راستم افتاد و باعث شد تا محل ناخن کبود شده و بعد از مدتی ناخن بیفتد. حادثه بعدی در زمستان ۱۳۹۰ در تهران رخ داد که در آن دست چپم از محل آرنج مو برداشت و برای مدتی در گچ ماند و پس از آن یک دوره فیزیوتراپی طی کردم و حادثه نهایی نیز در فروردین ۱۳۹۳ روی داد که شدیدترین نوع جراحی و شکستگی برای من در طی عمر سی ساله‌ام بود.

پنجم فروردین ۱۳۹۳ وقتی پایم پیچ خورد، قسمت رویین پا با مالیده شدن محکم به زمین خورد و باعث شد تا استخوان بالای قوزک کشیده شود. من در آن هنگام صدایی نشنیدم، اما بعداً یکی از اطرافیان گفت که صدای شکسته شدن چیزی را شنیده است. درد وحشتناکی به سراغم آمد، کفش را از پایم درآوردم. فشارم به سرعت پایین آمد، دراز کشیدم. لنگ لنگان به خانه آمدم، خوشبختانه یکی از مهمانان روستایی شکسته‌بند (سینخ‌چی) بود. پیرزن به محض مشاهده ورم پای راست، تشخیص داد که توپوخ (قوزک پا) در رفته است؛ سه بار تلاش کرد تا این که توانست قوزک پا را جا بیندازد. در هر بار تلاش نتوانستم درد را تحمل کنم و با صدای بلند داد کشیدم، کودکان که دوره‌ام کرده بودند، همگی وحشت کردند، ترسیدند و گریه کردند. فریادهای ناشی از جا انداختن‌های دوم و سوم کل خانه را تکان می‌داد و همه ناراحت و متأثر می‌شدند. سینخ‌چی معتقد بود که صرفاً قوزک پایم در رفته بوده که جا انداخته است و هیچ جایی نشکسته است. او گفت باید گوشت تازه کوبیده‌شده و به قسمت قوزک پا چسبانده شود، اما شب بود و گوشت تازه پیدا نشد. ترکیبی از زردی تخم‌مرغ و زنجبیل را با دستمال به قسمت قوزک پا بستیم و من تا صبح راحت خوابیدم؛ اما دیگر یک لنگه پا شده بودم و لنگ لنگان راه می‌رفتم. پس از دو روز، ۷ فروردین، به بیمارستان شهدای تبریز رفتم و عکس گرفتم. عکس رادیولوژی نشان می‌داد قسمتی از استخوان بالای قوزک شکسته است. تشخیص پزشک آن شد که باید عمل جراحی صورت گیرد. این خبر را وقتی روی تخت بخش اورژانس بودم به من دادند و من که تا کنون هیچ عمل جراحی‌ای نداشتم به شدت ترسیدم و دلهره مستمری پیدا کردم. پس از امضای رضایت‌نامه، لباس آبی عمل را پوشیدم و با بسته شدن آتل به بخش ۳، اتاق ۵، تخت ۱۸ منتقل شدم تا فردا عمل شوم.

اتاق ۵ شش تخت داشت، از شماره ۱۷ تا ۲۲. اتاقی با سقف سفید مانند سقف‌های زیرشیروانی که از سمت در ورودی به طرف پنجره‌های مقابل شیب داشت: سه پنجره، دیوارهای سبز روشن، دو تابلو بر دیوارها با تصویری از یک قو و تصویری از دریا و رنگین کمان، تخت‌های فلزی با رنگ سفید و ملحفه‌های نارنجی، میز غذاخوری برای هر تخت، میز وسایل شخصی، تلفن، مهتابی، صندلی سبز برای همراه بیمار، میله سرم، کلید و پرز، یک یخچال و یک روشویی برای کل اتاق. در حدود یک ساعت پنج تخت پر شد. مهدی در تخت ۱۷، اصغر (من) در تخت ۱۸، رمضان در تخت ۱۹، حمید در تخت ۲۰ و رضا در تخت ۲۱. تخت شماره ۲۲ تا پنج روز بعدی که من در بیمارستان بودم چندین بیمار به خود دید. هر

چهار بیمار دیگر همگی در اثر تصادف و در قسمت پا دچار انواع آسیب‌دیدگی از جمله شکستگی و خردشدگی بودند.

مهدی ۲۶ ساله، اهل تبریز، متأهل و مشغول به تعویض روغنی بود که همان روز حین کار در اثر بی‌توجهی مشتری بین ماشین و دیوار مانده بود و از ناحیه زانوی پای چپ دچار آسیب شده بود. اصغر ۳۰ ساله، اهل تبریز، متأهل که در اثر پیچ خوردن پا در ناهمواری زمین دچار شکستگی شده بود. رمضان ۳۶ ساله، اهل مرند، متأهل و کارگر ساختمانی بود که یک سال پیش با موتور با یک ماشین برخورد کرده بود و پای چپش به نحوی شکسته بود که تا کنون پس از چهار بار عمل، استخوان‌ها به هم نمی‌چسبیدند. حمید ۲۵ ساله، اهل میانه، مجرد و کارگر ساختمانی در تهران که سوار بر موتور با ماشین تصادف کرده بود. جراحات او به نحوی زیاد بود که وزنه سنگینی به پای راستش نصب کرده بودند. حمید برای چندمین بار بود که سوار بر موتور تصادف می‌کرد. رضا ۱۶ ساله، اهل میانه، مجرد و دانش‌آموز بود که در نخستین تجربه موتورسواری در اثر سرعت بالا با ماشین تصادف کرده بود؛ جراحات و آسیب‌دیدگی‌های او هم مثل حمید زیاد بودند.

مفهوم‌بندی و حس‌بندی درد

بیماری و درد می‌تواند بنا بر زمینه وقوع، افراد مربوطه و شدت آن به گونه‌های متنوعی مفهوم‌بندی شده و از طریق این مفهوم‌بندی پذیرفته شود. زمینه بسیار مؤثر در حادثه پیش‌آمده برای اغلب بیماران اتاق ۵، به جز رمضان، عید نوروز بود؛ زمانی از سال که تحول خوب و روزهای خوش در آن جای‌گیری می‌شود؛ اما همگی ما به جای آنکه از خوشی نوروز لذت ببریم، از درد پا رنج می‌بردیم. روز هفتم فروردین علاوه بر ما پنج نفر، بخش اورژانس بیمارستان شهدا مملو از افرادی بود که شکستگی‌های مختلفی در قسمت‌های مختلف بدنشان داشتند و اغلب دچار حادثه تصادف شده بودند. ولی این فقط بیماران نبودند که در روزهای خوش سال، ناراحت بودند؛ بلکه این ناراحتی کل افراد مرتبط به آن‌ها به ویژه خویشان و دوستانشان را نیز در برمی‌گرفت. در این میان مادران بیش از همه در تشویش و اضطراب و دعا بودند؛ چیزی که در رفتارهای مادران مهدی، حمید و رضا قابل مشاهده بود. مادر حمید با دل‌شکستگی و ناله برای همه بیماران و ویژه پسرش دعا می‌کند، اما جملاتش نشان می‌دهد که این حادثه را ناشی از بخت بد خودشان می‌داند: «شانسیم دی‌دا منیم ... نتیجه بدبخت‌لیخ بیزی توتوب» (این از شانس بد من است ... بین چگونه بدبختی ما را گریبان گیر خودش کرده). یکی از نزدیکان حمید که به ملاقات آمده بود این بلا را دفع بلائی دیگر می‌دانست: «شاید قیسمتی‌دی، بلکه باشون دیتی‌دی» (شاید تقدیر این بوده، تو فکر کن شاید سرت به جایی می‌خورد).

این مفهوم‌بندی خود را در مورد من نیز به نحوی دیگر نشان می‌داد، وقتی که اغلب خویشان می‌گفتند که احتمالاً شکسته شدن پایت تو را از رفتن به جایی که حادثه بدتر و وخیم‌تری در انتظارت بود بازداشته است. قصد من برای فردای روز حادثه رفتن به میدان

مورد مطالعه‌ام یعنی طایفه ترکمه بود. من هم متأثر از این داوری‌ها، قدری متمایل می‌شدم تا چنین تفسیری از بیماری‌ام و حادثه داشته باشم؛ اما بیشتر گرایش دارم تا این رخداد را جبرانی برای گناهانم بدانم، وقتی که رنج‌های این دنیا برای زدودن بخشی از گناهان فرد به سوی او می‌آیند و او را گرفتار می‌سازند. عده‌ای دیگر از مراجعین و ملاقات‌کنندگان در قالب راه تخفیف درد و پذیرش آن در بیماران تلاش می‌کردند تا این حوادث را بسیار عادی و همه‌شمول تفسیر کنند، بدین منظور به حوادث رخ داده برای خودشان و نیز عمل‌های جراحی که تا کنون تجربه کرده بودند اشاره می‌کردند.

تفسیر دایی رضا به عنوان همراه او در کل پنج روز بنا بر زمینه تصادف متفاوت بود. رضا گواهینامه رانندگی موتور نداشت و در اولین تجربه موتورسواری وارد جاده شده و با سرعت بالا حرکت کرده بود. دایی این رخداد را ناشی از عاملیت فردی می‌دانست و به طور مستمر رضا را ملامت می‌کرد که چرا سوار موتور شده و چرا بدون تجربه لازم وارد جاده شده است. او این تفسیر را به ویژه وقتی رضا نمی‌توانست برخی از کارهای بسیار عادی را انجام دهد بیان می‌کرد: «هه دا موتورا مین‌مه‌سن» (آره، دیگه سوار موتور نمی‌شوی). ما بیماران نیز در مورد حمید مفهوم‌بندی عاملیتی را به کار می‌بردیم، چراکه حمید تا کنون حدود چهار بار سوار بر موتور تصادف کرده بود و از هیچ‌کدام از رخدادهای پیشین عبرت نگرفته بود. به او می‌گفتیم: «عشق موتور»؛ اما وضعیت رمضان به نحو دیگری بود: بنا بر گفته‌های خودش او خود را برای رهایی از درد یا دردهای دیگر به این درد انداخته بود. او خود را تماماً به ماشین زده بود تا به قول خودش برای مدتی سرگردان شود. استفاده از درد برای تغییر دادن سیر زندگی کاربرد منحصر به فردی است که اساساً در موارد استثنایی رخ می‌دهد: خروج از روال طبیعی زندگی و ورود چندین ساله به فضاهای بیمارستانی و عمل‌های جراحی.

مفهوم‌بندی عمیق‌تر و گسترده‌تر اصغر از درد فراتر از درد به مثابه جبرانی برای گناهان می‌رفت. شکسته شدن پا باعث شده بود وضعیت معمول حیات شخصی و اجتماعی تغییر کند، تغییری که به سوی تغییر معنای جهان شخصی و جهان اجتماعی حرکت می‌کرد. اکنون که سه روز است در بیمارستان هستم احساس می‌کنم دیدگاهم به زندگی در حال دگرگونی است. این دگرگونی حاصل دگرگون شدن ارزش‌ها و باورهاست. در واقع باید بگویم احساسم نسبت به زندگی در حال تغییر است، چون اکنون زندگی و جهان را با درد احساس می‌کنم، نه بدون درد. اکنون جهان برای من از خلال یک بیمار بستری در کنار چهار بیمار دیگر در شرایط بیمارستانی احساس و بیان می‌شود، شاید تقریباً همانند وضعیت یک زندانی یا یک گم‌شده.

هر یک از این وضعیت‌ها باعث باز تأملی و باز سازمان‌دهی جهان در سطوح مختلف می‌شود که محور آن‌ها تصمیم‌گیری‌های جدید است. از جمله تصمیم‌های من آن بود که باید بتوان به سراغ زندگی با دردهای شدیدتر آن رفت و نترسید. علت این تصمیم، تجربه صدمات جسمانی در بدنم بود. این تصمیم در لحظات تجربه بیشتر درد یا لحظاتی که دکتر

یا پرستار اعمال پزشکی دردآوری بر قسمت‌های مختلف بدن و به ویژه پا انجام می‌دادند، ساخته می‌شد و چیزی نبود که قبلاً بر روی آن کار فکری شده باشد. در واقع، این تصمیم یک تصمیم حسی بود که در فرایند تغییر ادراک رخ می‌داد. این تصمیمات حسی را فلسفه‌های حسی می‌نامیم، فلسفه‌هایی که در اثر تغییرات ادراکی پدید آمده و جهان را از خلال و به وسیله ادراکات تفسیر می‌کنند. شاید بدین طریق بهتر باشد فلسفه را از تأملی و اندیشه‌ای بودن محض برهانیم و آن را اندکی به ادراک نزدیک کنیم. آنگاه مفهوم‌بندی جهان از خلال حس‌بندی جهان صورت خواهد گرفت، همچنان که ادراک حسی شکستگی و پیچ‌خوردگی در استخوان و سوزش محل بخیه در پوست باعث می‌شود تا مفهوم-حس زندگی دردمند شکل گیرد؛ زندگی‌ای که همواره با دردهای مختلفی تجربه می‌شود، اما به واسطه این تجربه جدید می‌توان شیوه تجربه زندگی را تغییر داد و به گونه دیگری به زندگی دردمند نگریست. فلسفه‌های حسی که با مفهوم-حس‌ها ساخته می‌شوند اساساً توسط تجربه زندگی واقعی شکل می‌گیرند و به همین سبب نیز می‌توانند فلسفه‌های شخصی باشند. یادگیری یا ایجاد فلسفه‌های حسی از طریق استاد یا منابع اسنادی صورت نمی‌گیرد، بلکه این فلسفه‌ها از طریق بدن و ادراکات حسی آن پدید می‌آیند و می‌توان آن‌ها را فلسفه‌های بدنی نیز نامید، فلسفه‌هایی که با بدن و انواع بوها، مزه‌ها، بافت‌ها، صداها و تصویرها سروکار دارند و تلاش می‌کنند جهان را از خلال این‌ها مفهوم‌بندی کنند.

بخشی از فلسفه حسی هر پنج بیمار اتاق ۵ چیزی بود که آن را جهان افقی نامیدیم. البته اغلب بیماران در بستر یا تخت استراحت می‌کنند، اما چون همه ما دچار شکستگی پا شده بودیم اساساً نمی‌توانستیم با پاهای عمودی جهان را به گونه عمودی تجربه کنیم. جهان افقی همان وضعیت خاص بدنی بود که ما در طی بستری شدن و پس از مرخصی از بیمارستان بایستی تا چندین ماه تجربه می‌کردیم. بدن افقی، خود و جهان را به گونه متفاوتی از جهان عمودی درک می‌کند. بدن افقی رو به بالاست و این باعث می‌شود تا بیشتر به سقف متمرکز شده و فکر کند. همچنین وقتی بدن دراز کشیده و روی تخت است، ملاقات‌کنندگان در وضعیت مسلطی قرار دارند و صورت‌ها و چشم‌ها از بالا به پایین خیره می‌شوند و این نیز باعث می‌شود تا خیرگی به سقف یا خیرگی بیرونی به خیرگی درونی تبدیل شده و به طور مستمر بین این دو گفتگویی برقرار شود.

بدن افقی گویی فرد را با عناصر محیط و با کلیت محیط ادغام می‌کند و در موقعیت برابری قرار می‌دهد، چیزی که در بدن عمودی کمتر رخ می‌دهد. به ویژه این امر در مورد بدن‌های افقی که پویایی بسیار کمتری دارند صادق است در مقابل بدن‌های عمودی فعال و پویا. وقتی افقی بودن و بی‌حرکت بودن به طور هم‌زمان در وضعیت بدنی پدید می‌آیند، نوعی باهم‌بودگی با پیرامون حاصل می‌شود مثلاً وقتی چند نفر تخت بیمار افقی را حرکت می‌دهند. شاید بهتر باشد بگوییم وقتی بدن افقی و ثابت است، می‌تواند با دقت بیشتری محیط را درک کند؛ چون این ادراک حاصل ساعت‌های مداومی از تمرکز حسی به تصویر، صدا، بو، بافت و غیره است. نمونه این تمرکز حسی زمانی بود که در روز سوم برف بارید و ما

همگی از روی تخت‌هایمان به طور افقی بر برف پشت پنجره خیره می‌ماندیم و گاه پنجره که باز می‌شد آن را بهتر هم درک می‌کردیم. در شیوه بدنی فهم جهان، بیمار افقی افراد را نیز به گونه متفاوتی درک می‌کند، وقتی که از زاویه پایین به بالا و بر حدود نیمی از بدن آن‌ها احاطه دیداری و بساویی دارد. بدین ترتیب تجربه چهره به چهره تبدیل به تجربه چهره (بیمار) به نیمی از بدن (ملاقات‌کنندگان) می‌شود.

تغییر جهان شخصی و اجتماعی در اثر شکستن پا و درد جنبه دیگری نیز برای من داشت و آن بیشترین مدت اقامتم در تبریز و در بین خانواده‌ام در طی هفت و نیم سال گذشته (از مهر ۱۳۸۵) بود. شهری که آن عمیقاً دوست داشتم و خانواده‌ای که همواره دل‌تنگ آن‌ها بوده‌ام، اما تحصیل و کار در تهران همه این چیزهای مهم و ارزشمند را از من گرفته بود و این جدایی از ارزش‌ها را تبدیل به عادت کرده بود. بدین ترتیب من درد را نوعی هشپارسازی تکان‌دهنده تلقی می‌کردم که به واسطه آن مجبور شده بودم تا در مورد رخدادهای هفت و نیم سال گذشته بیشتر بیندیشم. روزهای پس از مرخصی از بیمارستان و ماندن در تبریز باعث شده بود تا من چیزهایی را به یاد بیاورم که هفت و نیم سال از یاد برده بودم. این یادآوری از خلال ادراکات حسی می‌گذشت: دیدن فضاهای شهری، خوردن غذاهای مادرم، شنیدن موسیقی‌های دوره کارشناسی در تبریز، احساس کردن نسیم شهر تبریز، بوییدن هوای نمناک بارانی، حرف زدن با واژگان خاص تبریزی، قدم زدن در فضاها و لمس کردن اشیاء متعلق به تبریز. همه این‌ها تشکیل‌دهنده جهان من پیش از هفت و نیم سال بودند و چون همگی در طی دوره سکونت و کار در تهران به طور طبیعی قابلیت ادراک حسی نداشتند، جهان من نیز تغییر یافته بود. این وضعیت حسی فقط به ادراکات ساده و گذرا ختم نمی‌شد بلکه در کنار و همزمان با ادراکات، خاطره‌ها، باورها، رفتارها و هیجان‌های ویژه‌ای زنده می‌شد که جهان شخصی و اجتماعی من پیش از هفت و نیم سال گذشته را بازسازی می‌کرد.

در طی هفت و نیم سال به طور متوسط هر سال دو یا سه بار به تبریز سفر می‌کردم، اما هیچ‌گاه به این اندازه درگیری حسی با تبریز پیدا نکردم. شاید دلیل این درگیری شدید وضعیت بیمارگونه بود که من را وادار به ادراک عمیق مکان می‌کرد. ارتباط بین درد و ادراک مکانی متقابل بود، بدین معنا که لذت‌های حسی تبریز در مقابل رنج‌های حسی پا قرار می‌گرفت و آن را تعدیل و قابل پذیرش می‌ساخت. من درد را در شهری آشنا تجربه می‌کردم که با لایه‌های مختلف هویتی‌ام و با گذشته‌ام پیوندهای متنوعی داشت و درد در زمینه و بستری فرهنگی و اجتماعی قرار می‌گرفت. احتمالاً اگر دوره درد و نقاها را در شهری غریبه همچون تهران تجربه می‌کردم، وضعیت به گونه دیگری می‌شد و شاید رنج‌های بدنی تعدیل نمی‌یافت. بدین ترتیب باید گفت که گرچه شاید درد صرفاً یک امر فیزیکی-عصبی باشد، اما تجربه درد با مداخله‌گری مسائل فرهنگی و اجتماعی (بیتس، ۱۹۹۵؛ کاکلی و شلمای، ۲۰۰۸) و نیز شخصی صورت‌بندی می‌شود. درد در مورد من باعث شده بود تا ادراک حساس‌تری از مکان داشته باشم و در مقابل، همین ادراک حساس باعث تغییر تجربه

درد شد؛ بنابراین مکان درد نیز جزئی از درد است. رویکرد مکان‌مندی^۱ (پینک، ۲۰۰۹) نیز مؤید همین نتیجه‌گیری است. در واقع، همه تجارب ما تجربه‌ای مکان‌مند هستند و آغشته به مکان شده‌اند.

اجتماع حسی درد

پنج نفر با موضوع و مسئله مشترک شکستن پا به اتاق ۵ از بخش ۳ بیمارستان شهدای تبریز منتقل شده بودند. به تدریج آشنایی و پس از آن پیوندهای دوستی بین ما برقرار شد. اجتماع درد متشکل از این پنج بیمار و همراهان ثابت آن‌ها می‌شد؛ همراهان عبارت بودند از: پدر رمضان، برادران حمید، دایی رضا، برادران مهدی و پدر و برادر من. عناصر اصلی این اجتماع را بدن‌های بیمار، گفتگوها، کمک‌ها، غذاها، قرص‌ها، آمپول‌ها، تخت‌ها، ناله‌ها، صدای آهنگ موبایل‌ها، روایت‌های درد، اتاق شش تخته، کارکنان بخش، همراهان، پزشکان و غیره تشکیل می‌دادند. فاصله رابطه بین فردی در این اجتماع به لحاظ فضایی خیلی کم بود. بدن‌ها از نزدیک کنار هم قرار گرفته بودند. همین نزدیکی فضایی باعث می‌شد خصوصی‌ترین رفتارها مثل ادرار و مدفوع تبدیل به کنشی در معرض دید و در مواردی در معرض استشمام، در مورد یکی از بیماران که برای او ظرف مخصوص این عمل آورده بودند، قرار گیرد. رضا نیز بایستی از ظرف استفاده می‌کرد، اما خجالتی بودن و نیز نزدیکی بیش از حد فضایی بدن‌ها، مانع از استفاده‌اش از این رویه می‌شد. رفتن به سرویس بهداشتی تبدیل به تجربه‌ای پرنج و زجرآور برای او و نیز برای مابقی بیماران می‌شد چون همراه با ناله‌های شدید او بیماران دیگر هم با تخیل حسی شدت دردش رنج می‌کشیدند و در اغلب موارد نیز با او همدلی و همدردی می‌کردند. همین همراهی‌های دردمندانه باعث می‌شد تا پیوندهای شبکه ارتباطی در اجتماع درد هر بار قدرتمندتر شود. این دردهای ماست که ما را یکی می‌کند، اجتماع می‌سازد. تقریباً هر پنج بیمار به طور مستمر از بیمار دیگر می‌پرسید که میزان دردش چقدر است، آیا درد متوقف شده یا نه آیا پرستار را صدا کنیم تا قرص یا آمپول مسکن بیاورد یا نه و هر نوع کمک دیگر. این اجتماع با درد شکل گرفته بود، هدف آن تحمل و تقلیل درد بود، اما با درد نیز تداوم می‌یافت.

اجتماع درد متشکل از تجربه‌ای چندحسی^۲ از بیمارستان بود. بوی اجتماع درد، بویی است آغشته به بوی خون، کمپوت، سرم و در مورد اتاق ۵، بوی سیگار. وقتی همراهان و نیز چند تن از بیماران به همراه هم سیگار می‌کشیدند، مه غلیظی از دود سیگار بر فراز تخت و بر بالای سرمان شکل می‌گرفت. در این میان، وقتی بوی باران می‌توانست از پنجره به درون نفوذ کند، قدری از نامطلوبیت بویایی را تقلیل می‌داد. بافت اجتماع درد بیش از همه در بافت بدن آسیب‌دیده خود را نشان می‌داد و بعداً در تخت، عصاها، ویلچر، توالت فرنگی، لباس عمل، لباس بخش و پتو.

^۱ emplacement

^۲ multisensory experience

صداها داخل اتاق و نیز صداهایی از اتاق‌های دیگر بخش، بعد شنیداری اجتماع درد را تشکیل می‌دادند. صداها اغلب ناله‌های خفیف و در مواردی فریادهایی بلند بودند که همگی وضعیت احساسی بیماران دیگر و همراهان را تحت تأثیر قرار می‌دادند. در واقع شکل تجسم‌یافته دردها همان ناله‌ها و فریادهایی بودند که می‌توانستند احساس درد را از طریق تخیل حسی در دیگری شکل دهند. در کنار این ناله‌ها و دادها، سکوت هم بخش مهمی از بعد شنیداری اجتماع بود که بدان گاه آرمیدگی شنیداری و گاه فضایی ابهام‌آلود را تلقین می‌کرد. سکوت همراه با چراغ‌های خاموش و فضایی نیمه‌تاریک در میانه روز و در شب‌ها وضعیتی پدید می‌آورد که میل به تمام شدن این وضعیت را خواستار بود: تمام شدن دوره بیمارستانی و خارج شدن از این سکوت ناروشن (تصویر ۲). متأسفانه واژگانی نمی‌یابم که بتوانم این وضعیت ویژه را بیان کنم، وضعیتی که به طور کلی احساس خوبی به فرد دست نمی‌دهد و فقط می‌خواهد این وضعیت تمام شود. در واقع کنش‌های التیام‌بخش روحی از سوی اعضای این اجتماع برای تحمل و از سر گذراندن چنین وضعیت‌های نامساعد احساسی و حسی بود: وقتی که من با عصاها می‌رقصیدم، وقتی که حمید ترانه‌هایی از موبایل پخش می‌کرد، وقتی که مهدی اشعاری می‌خواند، وقتی که رضا از آینده تحصیلی از من سؤال می‌کرد، وقتی که رمضان دائماً غذا می‌خواست و وقتی که من خودم را سرگرم نوشتن این مقاله می‌کردم.

تصویر ۱: فضای خاموشی نور و صدا؛ ساعت یک شب، تخت حمید



منبع: نگارنده، ۹ فروردین ۱۳۹۳

تصاویر اجتماع درد اغلب دردناک بودند: صحنه‌هایی که در آن‌ها افراد درد می‌کشیدند، ناله می‌کردند، شکایت می‌کردند، به سختی غذا می‌خوردند، بی‌هوش بودند، به تخت بسته شده بودند، می‌خواستند حرکت کنند اما نمی‌توانستند، از سر و صدا ناراحت

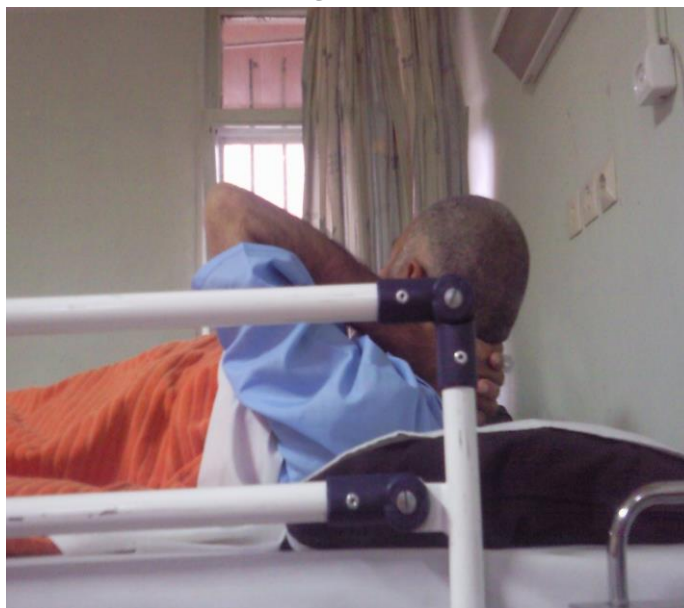
بودند، از بوی سیگار اذیت می‌شدند، از تزریق آمپول می‌ترسیدند، در تلاطم زمان عمل بودند، به دنبال خلاصی زودهنگام از بیمارستان بودند، با ناراحتی با دوستانشان تلفنی صحبت می‌کردند، ازدحام ملاقات‌کنندگان که همگی حالت غم و اندوه داشتند و تلاش می‌کردند به شیوه‌های گوناگون رخداد درد را کمرنگ کنند و تصاویر دیگر. این تصاویر قدرتمند بودند و حتی هنگام خواب نیز در رؤیاهای خود را نشان می‌دادند. همگی این تجارب دیداری صحنه‌های دردآلودی بودند که سیمای این اجتماع را تشکیل می‌دادند.

مزه‌ها چندان مطبوع نبودند؛ غذاها هم خوشمزه نبودند و هم به موقع نبودند. روز اول که شام را عصر پخش کردند، بیش از چند قاشق نتوانستم از سوپ و برنج بخورم و پس از آن از خانواده‌ام می‌خواستم که غذای خانگی بیاورند. در مقابل همراهان و نیز ملاقات‌کنندگان با دست‌هایی پر از انواع میوه‌ها، شیرینی‌ها، آب‌میوه‌ها و تنقلات می‌آمدند و بدین ترتیب کام ناخشنود بیماران اندکی خشنود می‌شد. خوراکی‌ها و نوشیدنی‌های هر یک بیماران به بیماران دیگر نیز می‌رسید؛ اما طعم این خوردنی‌ها نسبت به وضعیت‌های غیربیمارستانی تفاوت داشت. در واقع، مکان بیمارستانی و وضعیت درد، طعم خوردنی‌ها و تجربه لذت‌بخش خوردن را برای بیماران تغییر می‌داد، به نحوی که از خوردن آن‌ها لذت کامل برآورده نمی‌شد. علاوه بر مکان، این اجتماع درد بود که بر مفهوم خوردنی‌ها و تجربه خوردن تأثیر می‌گذاشت. اجتماع ما به مثابه یک کل در حال خوشی نبود و خوردن بهترین خوراکی‌ها نیز نمی‌چسبید؛ گویی که معده کوسبیدی (معده قهر کرده است). بارها مادر مهدی با اصرار می‌خواست به فرزندش غذا دهد، اما مهدی نمی‌خورد؛ همین‌طور دایی رضا، مادر حمید و پدر من. در این میان اما رمضان خوش‌اشتها بود و من هم همواره به او آذوقه می‌رساندم.

دردنگاری

بعد از عمل جراحی سوزش‌ها و دردهای وحشتناکی دارم؛ حدود ساعت دوازده شب است که رمضان چیزهایی از گذشته و حالش می‌گوید، حاکی از رنج‌هایی که کشیده است. در این لحظات دردآلود، لحظه‌به‌لحظه پایم را با دستم چند ثانیه بالاتر نگه می‌دارم تا برای چند ثانیه درد نکشم و می‌نویسم: «چیز مسخره‌ای بنام فرهنگ وجود ندارد، چیزی که هست تجارب متنوع و جهان‌های متفاوت افراد است و لذا تلاش انسان‌شناس باید برای یافتن مسیرها و ابزارها و زمینه‌های رهایی‌بخشی همین انسان‌ها از درد، محرومیت و ... باشد» (از دفترچه یادداشت، صفحه ۲۴). رمضان خوابیده و من هم از شدت درد خواب را کنار گذاشته‌ام و به مشاهده دقیق رمضان می‌پردازم، به او زل می‌زنم و گریه می‌کنم: «همچنان که درد می‌کشم، برای رمضان در دل و چشم گریه می‌کنم و باید برای همه فرزندان دردمند وطنم گریه کنم» (از دفترچه یادداشت، صفحه ۲۴).

تصویر ۲: رمضان، یکی از بیماران



منبع: نگارنده، ۷ فروردین ۱۳۹۳

رمضان خوابید، ولی رضا بیدار شد؛ دستش را روی سرش گذاشته و مدام پای چپش را برای تخفیف درد تکان می‌دهد. من هم دست‌هایم را به میله‌های کناری و بالای تخت می‌گیرم و می‌کشم تا بتوانم دردم را کمتر کنم.

حدود ساعت شش صبح «آغری آمانیمی کسیب، نفسدن سالیب، اعصابیمی قاتیب» (درد امانم را بریده، از نفس انداخته، اعصابم را خرد کرده). یاد این شعر بایاتی ترکی می‌افتم: «من اولدوم آغلاماخذان، باغا سو باغلاماخذان / باغدا خزل قالمادی، یاراما باغلاماخذان» (از بس گریه کردم مُردم، از بس که به باغ آب بستم / در باغ برگ خزانی نماند، از بس که به زخم‌هایم بستم). ساعت یک ظهر حمید از عمل برگشت، فریادش «وای ننه» بود. تا عصر، حمید، رضا و من درد می‌کشیم. به طور مستمر باید نفس عمیق بکشم تا درد برود و برگردد. چنان از درد به خودم می‌پیچم که دل رمضان هم می‌لرزد و می‌پرسد: «آغری؟» (درد می‌کنه؟). می‌گویم: «هه» (آره). آن قدر مسکن زده‌ایم که معده‌هایمان داغان شده؛ گاهی هم از شیاف استفاده می‌کنم؛ اما اثر مسکن‌ها، آمپول‌ها و شیاف‌ها خیلی زود از بین می‌رود و چیزی که می‌ماند درد است؛ اما درد کشیدن رمضان بعد از عمل بیش از همه بود: ساعت ده و نیم بود که هوارهای رمضان را از سالن شنیدیم. رمضان حدود یک ساعت یک ریز داد و فغان می‌کرد و می‌گفت: «نیه بو جور عمل الیب» (چرا این طوری عمل کرده). این بار رمضان گریه می‌کرد. دکتر را به باد فحش‌های رکیک گرفته بود.

نتیجه‌گیری

در شیوه نوشتار مقاله مرز دقیقی میان توصیف‌ها و تحلیل‌ها کشیده نشده بود. سراسر بافت بدنی مقاله هم شرح بود و هم تحلیل. تقلا کرده بودم تجارب زیسته بنیاد ساخته شدن مفاهیم تحلیلی جدیدی همچون فرهنگ درد، دردمندی، حس‌بندی، فلسفه‌های حسی، جهان افقی، بدن افقی، اجتماع حسی درد و دردنگاری باشند. نوشتن متن مردم‌نگاری اساساً استوار بر فراخوانی تجارب میدانی مردم‌نگار و بیان آن‌ها در قالب واژه است که می‌توان آن را تخیل حسی نامید. تخیل حسی مبتنی بر فشار ذهنی برای تجسم رخدادها، رفتارها، مکان‌ها و اشیائی است که مردم‌نگار در میدان مورد مطالعه آن‌ها را تجربه کرده است. تخیل حسی واسط فرایند تبدیل تجربه میدان به نوشتن میدان است؛ اما مورد درد و بیمارستان در این مقاله اساساً مبتنی بر تجربه حسی بود؛ بدین ترتیب که همه تجارب و تحلیل آن‌ها در خود میدان نوشته می‌شد و صرفاً به هنگام تایپ مقاله بود که تا حد بسیار نازلی از تخیل حسی استفاده شد. تقریباً کل مقاله در میدان نوشته شد و شاید این توصیه خوبی برای مردم‌نگاران باشد که تلاش کنند به همراه توصیفات، به تدریج تحلیل‌ها و نیز نگارش متن را نیز در خود میدان انجام دهند. بدین ترتیب فاصله بسیار کمی بین میدان و نوشته خواهد بود.

درد فیزیکی در کلافی از مسائل غیرفیزیکی پیچیده که می‌توانند تجربه آن را متفاوت و منحصره‌فرد سازند. انسان‌شناسی پزشکی حس‌ها یا انسان‌شناسی حسی درد هم متمرکز بر بسترهای بیمارستانی است و هم بسترهای غیربیمارستانی یعنی بسترهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و شخصی. مهدی، اصغر، رمضان، حمید و رضا هر کدام زندگی‌نامه و جهان‌بینی متفاوتی داشتند که بر اساس آن درد را می‌فهمیدند و با آن کنار می‌آمدند. درد نیز همچون دیگر تجارب زندگی روزمره آغشته به انواع ادراکات حسی است، گرچه که خود از جمله شدیدترین نوع تجارب حسی به حساب می‌آید؛ اما درد تفاوتی اساسی با تجارب حسی دیگر دارد: درد جهان را برای فرد دگرگون می‌کند؛ بدین ترتیب درد قدرتمند است و آن توانایی را دارد که فرد و گروه اجتماعی را وارد صحنه‌های حسی و فکری جدیدی از بودن در جهان، از تجربه جهان و از عمل کردن در جهان کند. درد یک مجموعه حسی است که باعث می‌شود فرد رنج بدنی را جزئی از عملکرد خود، جامعه و جهان بداند؛ عملکردی که بناکننده یکی از فلسفه‌های حسی در زندگی است.

انسان‌شناسان وظیفه و تعهد دارند تا فقط در سلامت و شادکامی به مطالعه جوامع و افراد نپردازند، بلکه شاید حضور ما انسان‌شناسان وقتی اهمیت بیشتری می‌یابد و وقتی ضرورت گسترده‌تری به خود می‌گیرد که بر دردها، رنج‌ها و مشکلات متمرکز شویم، چراکه این‌ها بخشی مهم از حیات انسان‌ها را تشکیل می‌دهند. مشاهده و گفتگو با افراد به هنگام درد کشیدن و رنج بردن منجر به ثبت و تجربه چیزهایی از زندگی می‌شوند که اغلب در پژوهش‌ها چندان بدان‌ها پرداخته نمی‌شود و این نقصی برای جهان‌دانشگاهی است؛ اما همراه بودن با دردمندان و رنج‌کشیده‌ها همراهی با وضعیت‌ها و حالت‌های دردآلودی است که یک انسان به مثابه هم‌نوع انسان‌شناس تجربه می‌کند. متعاقباً وظیفه انسان‌شناس تبدیل

به بیان جهان آلوده به درد به عموم مردم و به ویژه سیاستمداران می‌شود تا بدین طریق بتواند حساسیت‌ها را نسبت به وضعیت موجود دردها و کاهش آن‌ها برانگیزد. بیان هر دردی می‌تواند در حوزه وظایف رشته انسان‌شناسی به عنوان رشته‌ای انسانی و لذا اخلاقی قرار گیرد: از دردهای فیزیکی-حسی و روانی تا دردهای اجتماعی، سیاسی و اقتصادی. گرچه موضوع این مقاله اساساً متمرکز بر دردهای فیزیکی-حسی بیماران شکستگی پا شده، اما این دردهای بدنی با دردهای اجتماعی و فرهنگی نیز پیوند می‌یابند؛ وقتی دردهای اولی دردهای دومی را تشدید می‌کنند و وضع زندگی کلی فرد را وخیم‌تر می‌سازند. انسان‌شناس ایرانی با جوامع مختلفی در ایران روبروست که هر کدام از آن‌ها از بیماری‌های مختلفی رنج می‌برند، به ویژه بیماری‌هایی که در جنگ ایران-عراق مجروح، معلول و شیمیایی شدند^۱. انسان‌شناسان به دلیل بعد انسانی رشته خود وظیفه دارند تا همراه دردمندان افراد و گروه‌ها باشند. این وظیفه را بسیاری از کنشگران و بسیاری از مردم عادی بدون هیچ ادعایی انجام می‌دهند، همچون دایی رضا که همراه دردهای ما پنج نفر در پنج روز در اتاق پنج بود.

^۱ این پاراگراف مورخ ۱۳۹۳/۱/۱۱ سه روز پس از مرخصی از بیمارستان و در منزل پدرم در تبریز نوشته شده است.

منابع

- ایزدی جیران، اصغر (۱۳۹۲). «چشیدن مناسک: مردم‌نگاری حسی غذای نذری در تهران»، پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران، ۳ (۶): ۲۵-۴۵.
- ایزدی جیران، اصغر (زیر چاپ). «اتنوگرافی با حرکت: تجارب حسی در ماشین‌های مناسکی تهران».
- فاضلی، نعمت‌اله (۱۳۸۵). «مردم‌نگاری یک بیماری»، فصلنامه انسان‌شناسی، جهاد دانشگاهی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، ۵: ۱۱۳-۱۷۰.
- Bates, Maryann S (1995). *Biocultural Dimensions of Chronic Pain: Implications for Treatment of Multi-Ethnic Populations*, New York: State University of New York Press.
- Bynum, W. F & Roy Porter, (eds) (1993). *Medicine and the Five Senses*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Classen, Constance & David Howes (1998). Vital Signs: The Dynamics of Traditional Medicine in Northwestern Argentina, *The Third Wave of Modernization in Latin America*, edited by Lynne Phillips, Wilmington, DE: Jaguar Books, pp. 141-154.
- Coakley, S., & Shelemay, K. K. (2007). *Pain and its transformations: The interface of biology and culture* (Vol. 4). Harvard University Press.
- Desjarlais, R. (1992). *Body and emotion: The aesthetics of illness and healing in the Nepal Himalayas*. University of Pennsylvania Press.
- Farquhar, J. (2002). *Appetites: Food and sex in post-socialist China*. Duke University Press.
- Good, Byron et al (eds) (2010) *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical* Good, B. J., Fischer, M. M., Willen, S. S., & Good, M. J. D. (Eds.). (2010). *A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent realities* (Vol. 15). John Wiley & Sons.
- Good, M. J. D., & Brodwin, P. E. (1994). *Pain as human experience: An anthropological perspective* (No. 31). Univ of California Press.
- Hinton, D. E., Howes, D., & Kirmayer, L. J. (2008). Toward a medical anthropology of sensations: Definitions and research agenda. *Transcultural Psychiatry*, 45(2), 142-162.
- Howes, D. (1990). Controlling textuality: a call for a return to the senses. *Anthropologica*, 55-73.
- Howes, David (1995). The Senses in Medicine, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19:125-133.
- Howes, D. (2010). *Sensual relations: Engaging the senses in culture and social theory*. University of Michigan Press.
- Ingold, Tim (2000). *Perception of Environment: Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*, London: Routledge.
- Ingold, Tim (2011). *Being Alive: Essays on Movemnts, Knowledge and Description*, New York: Routledge.
- Laderman, Carol (1991). *Taming the Wind of Desire: Psychology, Medicine, and Aesthetics in Malay Shamanistic Performance*, Berkeley: University of California Press.
- Laderman, Carol, and Marina Roseman, eds (1996). *The Performance of Healing*, New York and London: Routledge.
- Vergunst, J. (2008). Taking a trip and taking care in everyday life. *Ways of walking. Ethnography and practice on foot*, 105-121.
- Lund, K. (2008). *Listen to the sound of time: walking with saints in an Andalusian village*.
- Masquelier, A. (2001). *Prayer has spoiled everything: possession, power, and identity in an Islamic town of Niger*. Duke University Press.
- Nichter, M. (2008). Coming to our senses: Appreciating the sensorial in medical anthropology. *Transcultural psychiatry*, 45(2), 163-197.
- Pink, Sarah (2009). *Doing Sensory Ethnography*, London: Sage.
- Roseman, M. (1991). *Healing sounds from the Malaysian rainforest: Temiar music and medicine* (Vol. 28). Univ of California Press.
- Milstein, V. (1987). The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 4(1), 85.
- Singer, M., & Baer, H. (2011). *Introducing medical anthropology: a discipline in action*. Rowman Altamira.
- University College London (2014). Medical Anthropology, at www.ucl.ac.uk/anthropology/about/medical-anthropology.

Wiley, Andrea & Allen, John (2012). *Medical Anthropology: A Biocultural Approach*, Oxford: Oxford University Press.

Wilson, Frank (1999). *The Hand: How Its Use Shapes the Brain, Language, and Human Culture*. New York: Vintage Books.