

تفسیر معناگرایی شیوه‌های درمان‌گری عامیانه (بررسی دریافت مردم ساکن در مناطق جنوب آذربایجان غربی از درمان‌گری عامیانه)

احمد غلامی گوزلبلاغ،* فاضل الیاسی**

(تاریخ دریافت: ۹۴/۰۲/۱۴، تأیید ۹۴/۰۷/۲۹)

چکیده

درمان‌گری عامیانه آن بخش از دانش و اعتقادات پیشامدرن در رابطه با سلامتی و بهداشت فردی و اجتماعی است، که شفای بیماری‌ها را به امور فراطبیعی و فرابشری برگردانده و برای درمان به گیاهان، اشیاء، اجسام و اوراد پناه می‌برد؛ امروزه علیرغم پیشرفت‌های سریع و به‌روز در این حوزه، نه تنها اهمیت درمان‌گری عامیانه در میان مردم کاهش نیافته، بلکه گرایش عمومی نسبت به آن در میان طبقات مختلف جامعه افزایش یافته است. در این پژوهش که در شهرهای جنوب آذربایجان غربی (بوکان، مهاباد و پیرانشهر) انجام شده است، با استناد به روش کیفی و از طریق مصاحبه‌ی عمیق با افراد، باورهای افراد و دلایل گرایش مردم به درمان‌گری عامیانه و استنباط آنان از این شیوه‌ها، زیر لوای چندین مقوله بررسی شده است. نتایج حاکی از آن است که درمان‌گری عامیانه هنوز جایگاه قابل اعتمادی در میان بخش‌هایی از مردم دارد. در تحقیق حاضر، نام بیماری‌های مورد نظر مخاطبان این نوع درمان‌گری، با همان نام‌های محلی اعم از باژله، له-مه‌بی، فچک، فریشک، آلو و ... آمده است.

واژه‌های کلیدی: درمان‌گری عامیانه، طبیب، پزشکی مدرن، روایت بیماری، مس‌خدایی، پزشکی کردن، نگاه خیره پزشکی

مقدمه

درمان‌گری عامیانه به شکلی متفاوت از طب سنتی و طب گیاهی و در حاشیه‌ی آن دو وجود داشته و از طرف بسیاری از مردم به عنوان رویکردی درمانی مورد پذیرش بوده است. امروزه علیرغم تحولات قابل تأملی که در حوزه‌ی ارتباطات انجام شده است، این نوع درمان‌گری هنوز جایگاه قابل توجهی میان برخی از مردم داشته و همین امر خود موجب احیای تکنیک‌های کهن برای درمان بیماری‌های جسمی و روانی شده است. در حال حاضر ۳۷۰ روش دارویی علاج بیماری در دوران تمدن بین‌النهرین، به ۶۰۰ روش در هندوستان و چین افزایش یافته است. در چین ۲۰۰۰ گیاه، فلز و مواد معدنی در ۱۶۰۰۰ روش مختلف برای علاج بیماری بکار گرفته می‌شود (O'Mathna & Larimore, 2001: 31). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۸۰ درصد از جمعیت آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین برای سلامتی خود از روش‌های سنتی استفاده می‌کنند (Sambo, 2010: 4). در سال ۱۹۷۸ قسمتی از معالجات سنتی غیر از آنچه درمان‌گری عامیانه دانسته می‌شود، توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان بخشی از سیستم‌های بهداشت ملی هر کشوری به رسمیت شناخته شده است (WHO, 2004: 6) و در ۱۹۹۸ در اجلاس وزیران بهداشت آسیا، مفهوم طب و درمان‌گری سنتی مورد تأکید قرار گرفته و بحث از راهبردهای محلی در توسعه‌ی درمان‌گری سنتی مورد توجه و تأیید قرار گرفت (Ibid: 7). هرچند این آمارها بیشتر بر طب سنتی تأکید داشته و در بسیاری از مواقع درمان‌گری عامیانه به مثابه‌ی نوعی انحراف از الگوهای طب سنتی و یا به عنوان خرافات در نظر گرفته شده است.

درمان‌گری عامیانه در واقع تمام شیوه‌ها، رویکردها، دانش و اعتقادات در رابطه با سلامتی و درمان‌گری از طریق گیاهان، حیوانات، مواد معدنی و روابط بین‌فردی را در بر گرفته که طی آن درمان‌گران به واسطه و بوسیله‌ی تکنیک‌ها و مراقبت‌های یدی

* agholami17548@yahoo.com

* کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه کردستان

** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، Dyako.1980@gmail.com

به شکلی منفرد یا ترکیبی، به درمان جسمی و معالجه‌ی روحی بیماران می‌پردازند. امروزه در بسیاری از کشورها و فرهنگ‌ها درمان‌گری عامیانه و تشخیص و معالجه‌ی بیماری از طرق غیر علمی در کنار نهادهای پزشکی مدرن رشد قابل توجهی داشته است. در آمریکا ۱۵ درصد از خدمات پزشکی به اشکال مختلف پزشکی ارائه می‌شود. در آفریقا بیش از ۸۰ درصد مردم از روش‌های غیر از پزشکی مدرن برای معالجات خود استفاده می‌کنند (WHO, 2004).

درمان‌گری عامیانه در سراسر جهان در حقیقت تداخلی بنیادی با ادیان بدوی و مذاهب شمنی داشته است. این نوع درمان‌گری با تکنیک‌ها و رهیافت‌های غیر علمی و شبه شمنی ارتباط قابل توجهی داشته و همین امر این درمان‌گری را از طب سنتی متمایز کرده است. حضور مفاهیم و مقولات مذهبی حول و حوش این درمان‌گری و بکارگیری روش‌های درمانی، ساختی شبه-شمنی/مذهبی به امر درمان‌گری عامیانه بخشیده است. بسیاری از روش‌های درمان‌گری عامیانه نوعی سلامتی مقدس را از جهان بینی وحدت وجودی منتج می‌کنند. ایده‌ی مونیسم بخشی اساسی از این جهان‌بینی وجودی است که بر اساس آن هر چیزی در جهان، واقعیتی غائی دارد و جهان در پیکربندی واحدی انسان و طبیعت را در برمی‌گیرد و همین امر موجب پیوستگی لایتجزی انسان و طبیعت اطراف خود شده است. بر این اساس درمان‌گران معتقدند مهارت‌های درمان‌گران عامیانه و استفاده‌ی آنان از طبیعت و رهیافت‌های تقدس‌گرایانه در علاج و درمان‌گری، تباری آئینی و فرانسائی دارد.

در این تحقیق، سوال بنیادین آن است که چرا علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه در علم پزشکی هنوز گرایش به درمان‌گری عامیانه بیش از پیش مورد استقبال و اعتماد مردم قرار دارد؟ و اینکه درک و معنای تفسیری مشتریان از روش‌ها و شیوه‌های درمان‌گری آنها چگونه در زندگی آنان بازتاب یافته است؟ و روایت‌های آنها نسبت به بیماری خود و توانایی درمان‌گران، چگونه درک و معنای تفسیری و هستی‌شناختی آنها را توجیه می‌کند؟

هدف از این تحقیق نیز اشاره به این امر است که ارتباط بین بیماران و درمان‌گران و تداوم آن در دنیای مدرن می‌تواند ره‌گشای معضلاتی در رشته‌ی پزشکی باشد که به نگاه خیره‌ی پزشکی، رهیافت ابژه‌سازی بیمار، پزشکی کردن جامعه و مفاهیمی از این دست برمی‌گردد. چنین برداشتی می‌تواند موجبات تغییرات بنیادین در روابط اجتماعی میان بیمار و پزشکان را فراهم آورد. مسائلی که می‌توان آن را نوعی درمان‌گری معناگرایانه و روایت‌بنیاد به حساب آورد که در این تحقیق با استناد به باورهای مردم در سه شهرستان پیرانشهر، مهاباد و بوکان در جنوب آذربایجان غربی نسبت به درمان‌گری عامیانه مورد بررسی قرار گرفته است.

- ادبیات نظری

- جامعه‌شناسی پزشکی

پیشرفت‌های سریع تکنولوژی و علوم طبیعی طی چند قرن اخیر و همچنین تحولات دانش پزشکی در یک قرن اخیر و امیدهای اصحاب روشنگری مبنی بر سلطه‌ی بشر بر طبیعت و عقب‌راندن خرافات و ناآگاهی‌ها، دانشمندان را نسبت به شناخت جامع و کافی بر انسان، آناتومی بدن وی و شناخت مسائل مربوط به او و در نهایت کنترل و آگاهی بر زندگی و حیات وی، مصمم‌تر و امیدوارتر کرد. تکنولوژی مدرن این فرصت را برای اندیشمندان ایجاد کرده بود تا به اشکال گوناگون اعم از مدیریت، درمان‌گری، مطالعه و طبقه‌بندی، انسان‌ها و بیماری‌های انسانی را بیشتر از گذشته بشناسند. این مساله موجب شکل‌گیری رویکردهای نظری-تری نسبت به علم پزشکی و در این میان، جامعه‌شناسی پزشکی شد. جامعه‌شناسی پزشکی در نیمه‌ی دوم قرن بیستم در آمریکا تحت تأثیر فرایند شهرنشینی و صنعتی‌شدن و بدنبال آن تحولات سریع در دیگر زمینه‌های اجتماعی پا به عرصه‌ی وجود نهاد.

مفهوم جامعه‌شناسی پزشکی^۱ برای اولین بار در نوشته‌ای تحت عنوان «اهمیت مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی» اثر چ. مک اینتایر در سال ۱۸۹۴ مطرح شد. در سال ۱۹۵۷ اشتراوس با تحلیل معنای جامعه‌شناسی پزشکی، توجه به مفهوم جامعه‌شناسی در پزشکی و جامعه‌شناسی پزشکی را مجدداً وارد مباحث جامعه‌شناسی کرد. جی سایگریست در رابطه با دو اصل جامعه‌شناسی در پزشکی و جامعه‌شناسی پزشکی به وجود پنج رابطه‌ی اساسی میان این دانش و مسائل بهداشتی و مراقبتی اشاره کرد: نخست، جامعه‌شناسی سبک زندگی سلامت (جلوگیری)، دوم، جامعه‌شناسی درمان بیماری (توانبخشی)، سوم، جامعه‌شناسی رابطه‌ی حرفه‌ای با ارباب رجوع (تشخیص-درمان) چهارم، مطالعات جامعه‌شناختی (آسیب‌شناسی اجتماعی) عوامل موثر در سلامتی و بیماری و پنجم، جامعه‌شناسی سیستم‌های محافظ سلامتی. بر اساس این دیدگاه، نوعی تعامل در میان جامعه‌شناسی پزشکی و پزشکی اجتماعی است که به‌طور مستقیم به مفهوم سلامتی و بهداشت در سطح اجتماعی و نهادی مرتبط می‌شود و همین امر ضرورت جامعه‌شناسی پزشکی را در کنار علم پزشکی دوچندان کرده است (Kaminskas & Darulis, 2007: 111).

واین‌رایت و کالنان با دوره‌بندی پارادایم‌های نظری جامعه‌شناسی پزشکی معتقدند در دوره‌های مختلف، پارادایم‌های نظری مشخصی در جامعه‌شناسی پزشکی حاکم بوده است؛ برای مثال کارکردگرایی پارسونزی در دهه‌ی ۱۹۵۰، کنش متقابل در دهه‌ی ۱۹۶۰، مارکسیسم و فیمنیسم در دهه‌ی ۱۹۷۰ و پست‌مدرنیسم در دهه‌ی ۱۹۸۰ (Wainwright & Calnan, 2002: 117). کوکرهایم، معتقد است به سختی می‌توان رابطه‌ی بین جامعه‌شناسی پزشکی و تئوری جامعه‌شناختی را به عنوان یک رشته‌ی فرعی لحاظ کرد. به نظر او تئوری، جامعه‌شناسی پزشکی را به رشته‌های کلان‌تری مرتبط می‌سازد که فراتر از دیگر جنبه‌های تلاش جامعه‌شناسانه است. در نتیجه تحقیقات جامعه‌شناسی پزشکی مطالعه‌ی سلامت عمومی و خدمات مربوط به سلامتی را به شکلی جامعه‌بنیاد بررسی می‌کند (Cockerham, 2001: 3). تخصصی شدن رشته‌ها در واقع فرایندی است که امید به اشراف کلی و جامع بر بدن انسان و درهم تنیدگی بدن و هستی را بر باد داده است. امری که پیشتر طب سنتی و درمانگری عامیانه بر بنیان آن شکل گرفته بود. این امر بر نگرانی‌ها و بی‌اعتمادی مشتریان نسبت به پیشرفت‌های پزشکی مؤثر بوده است (Langellier, 2001: 5).

در پایان قرن بیستم، تحت تأثیر دیدگاه‌های انتقادی فوکو، انتقاداتی نسبت به خود جامعه‌شناسی پزشکی انجام شد (Cockerham, 2001: 3) که طی آن انتظار می‌رود جامعه‌شناسی پزشکی با گذر از وابستگی به نظام جامع پزشکی برای توصیف و راهنمایی تحقیقات خود، به موقعیتی نسبی در عدم وابستگی نایل آید. گره‌هاست معتقد است هرچند رابطه‌ی جامعه‌شناسی پزشکی و نظام پزشکی امری قابل تایید است، اما این رابطه همیشه نمی‌تواند هماهنگ باشد (Ibid: 25). این مساله توجه به الگوها و شیوه‌های دیگر پزشکی و درمان‌گری را قابل توجه ساخته است. امری که می‌تواند جامعه‌شناسی پزشکی را به قول کوکرهایم بیش از پیش از موضع حاشیه‌ای نسبت به پزشکی برهاند. توجه به پزشکی جایگزین و درمان‌گری‌های سنتی و عامیانه و ... ضرورت مباحث جامعه‌شناسان را در خصوص جامعه‌شناسی پزشکی توسعه داده است.

- ظهور نظام پزشکی

در میان جامعه‌شناسان، میشل فوکو با کتاب *تولد درمانگاه* (1973) به بحث از ادراک پزشکی و ظهور و تشکیل بدن به منزله‌ی موضوع معاینه و تحلیل علم پزشکی روی آورده و بیش از همه به رابطه‌ی انتقادی نظام پزشکی و رویکرد هستی‌شناختی آن نسبت به بدن و هستی انسان پرداخته است. فوکو در این کتاب معتقد است، طی جهش تکنولوژیکی و فرهنگی در پایان سده‌ی هجدهم

و پس از شکل‌گیری پزشکی مدرن که حول کران‌مندی و محدودیت جسمانی انسان بازسازی شده، نگاه خیره‌ی پزشکی^۲ شکل گرفت و به زعم آن نظام پزشکی، بدن بیمار را از خود بیمار و هویت وی منفک ساخت. فوکو مفهوم تبارشناسی را برای خلق دانش مربوط به بدن طرح کرد. نگاه خیره‌ی پزشکی به معنی تحت سیطره قرار دادن فرد، زیر نگاه و فهم پزشکی، بخشی است از رشد گرایش مدرنیته به «اعمال گفتمانی» متخصصان در ایجاد کنترل اجتماعی بر فرد. این اعمال افراد را بر حسب رمزهای انضباطی^۳ شان طبقه‌بندی می‌کند. در حقیقت فوکو در خصوص مفهوم رشته‌ی پزشکی معتقد است که از طرفی فرد در این زمان در طرح علمی پزشکی مستقر می‌شود و از طرف دیگر پزشکی گرایش به خلق بدن‌های مطیع^۴ بر اساس تنظیم آنها به طرق تخصصی را در فرد ایجاد می‌کند. رشد رشته‌ی پزشکی و به شکلی مشابه روان‌شناسی و علوم انسانی تجلی‌نهادی «قدرت انضباطی»^۵ ای است که زندگی مدرن را تغییر و مجدداً تغییر می‌دهد (Gabe, Burry & Elston, 2004: 128).

فوکو در تولد درمانگاه معتقد است بدن تحت تأثیر اعمال دانش علمی و متخصصان این حوزه، از قرن هجدهم به بعد خلق شد؛ شکل جدیدی از نظارت که فوکو آن را «نگاه خیره‌ی کلینیکی» می‌نامد، پا به عرصه‌ی وجود نهاد. به نظر فوکو، بیماری و بدن نمی‌تواند به یک واقعیت فیزیکی تقلیل داده شود، بلکه باید به مثابه‌ی پیامد نگاه خیره‌ی کلینیک توسط دانشمندان پذیرفته شود تا بتوان بدن و مکانیسم‌های آن را در دسترسی قرار داده و بدن به سوژه‌ای برای تحقیق پزشکی مبدل شود (Ibid: 131). بدین ترتیب از نظر فوکو گفتمان پزشکی، یکی از گفتمان‌های قدرتمندی است که انسان‌ها را از گهواره تا گور کنترل و در برمی‌گیرد، نزد فوکو گفتمان پزشکی و حرفه‌ی پزشکی جایگزین مذهب و گفتمان‌های روحانی-بنیاد شده که در اعصار گذشته بر انسان حاکم بودند. از نظر او پزشکی سکولار و علمی وسیله‌ی قدرتمندی در طبقه‌بندی و کنترل اجتماعی به حساب می‌آید (فوکو، ۱۳۸۵: ۳۶۵). پزشکی کردن^۵ جامعه از نظر فوکو را باید به مثابه‌ی فرایند کنترل اجتماعی حاکم بر بدن‌ها در سطح فردی و اجتماعی به حساب آورد.

نگاه خیره و رشد قدرت انضباطی و مفهوم پزشکی بیماری، از نظر فوکو امری غیر قابل اجتناب و لغوناپذیر نیست. رویکرد انتقادی، مدل پزشکی جایگزین و نوعی بازگشت به درمانگری‌های سنتی و عامیانه بخشی از مسائلی است که «سلطه‌ی پزشکی» و «نظام انضباطی» آن را به چالش می‌کشد. این رویکرد جایگاه پزشکی مدرن را به مثابه‌ی گفتمان مسلط به مخاطره می‌اندازد. پزشکی جایگزین و یا عامیانه در واقع به ماهیت آن دسته از رفتارهایی برمی‌گردد که پزشکی مدرن در رفع و علاج آن ناتوان بوده است. بیماران و مشتریان این نوع پزشکی کمتر تحت تأثیر جایگاه کنترل‌کننده و آزمایش‌گرانه‌ی سیستم کلینیکی و جنبه‌های کلینیکی و بالینی نظام پزشکی قرار می‌گیرند. رویکردهای نوین جامعه‌شناسی با بیان رابطه‌ی فرد و بدن و روایت‌های او از سلامتی و همچنین ناکامی‌های نظام پزشکی مدرن و تبعات بالینی آن بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. توجه به بدن و روایت‌های بیماران و یا مشتریان از بیماری، الگوهای نوین پزشکی غیرکلینیکی را بیش از پیش مهم ساخته است. هم روایت و هم بدن می‌تواند به مثابه‌ی بازماندگی‌ها یا بازماندگی‌های بیماری و به عنوان برساختن پنداشت انسان‌گرایانه از معانی‌ای باشد که افراد نسبت به بدن، خود و بیماری‌هایشان دارند. بحث و برساختن روایت‌های شخصی و قومی از بیماری و بازاندیشی در نظام‌های علمی و پزشکی و کلینیکی بخشی از چرخش هستی‌شناختی بیماران از نظام پزشکی کلینیکی و مدرن مبتنی بر تجربیات و شواهد به

-
2. Medical gaze
 3. Disciplinary codes
 4. Docile bodies
 5. Medicalisation

الگوهای جایگزین و سستی‌تر مبتنی بر روایت و درمان‌گری غیرکلینیکی است. دیدگاه‌های انتقادی فوکو طیف وسیعی از دیدگاه‌های مبتنی بر الگوهای روایت-بنیاد را خلق کرد که در برابر رویکرد تجربه-بنیاد نظام پزشکی قرار می‌گرفت. کامروف و ماگویر (۱۹۸۱) با مطالعه و بررسی پزشکی تجربه-بنیاد^۴، به بررسی کودکان سرطان خونی^۵ پرداخته و معتقدند والدین کودکان در تحقیقاتشان نه تنها عامل ابتلا به بیماری را می‌پرسیدند، بلکه سوال می‌کردند که کودکان تا چه اندازه در این بیماری پیش رفته‌اند. به نظر آنان این مسئله تنش بین دیدگاه شواهد-بنیاد^۶ و روایت-بنیاد^۷ نسبت به دانش سلامتی است. هرچند مردم به شواهد نیازمندند اما این به حد کافی تفسیر واقعیت و معنای بیماری نزد کودکان و والدین‌شان را فراهم نمی‌کند (Gabe, Burry & Elston, 2004: 136-7). لانتوم هم معتقد است فهم روایت‌های بیمار از مریضی در ایجاد رابطه‌ی نزدیک‌تر میان بیماران و درمان‌گران نقش مهمی دارد. استفاده از دانش بومی در تشخیص رفتار بهتر، بیمار را بیشتر به درمان‌گر نزدیک می‌کند. او معتقد است اگر بیمار به درمان‌گر و شفا‌دهنده بگوید که همه‌ی شب را در تختخواب بی‌حال بوده، درمان‌گر بومی به درستی او را می‌فهمد و در بیرون راندن ارواح خبیثه از بدن به وی کمک می‌کند (لانتوم، به نقل از هیلنبراند، ۲۰۰۶: ۴). آنچه این روایت را سازماندهی می‌کند، ارتباط دوسویه‌ی اجتماعی/روحی است که توازنی اجتماعی/عاطفی را برپا می‌دارد. این مسائل موجب شده تا مقاومت در برابر درمان‌گری عامیانه رو به کاهش نهاده و سویه‌های تاریک آن بیشتر روشن شود و راه برای توسعه‌ی شیوه‌های درمان‌گری عامیانه در میان بخش‌هایی از مردم هر چه بیشتر هموار شود.

ویکتور امیل فرانکل با تأکید بر مفهوم معنا درمانی، به نقد از تکنولوژی‌ها و تجهیزات مدرن در حوزه‌ی پزشکی پرداخته و تکنولوژی و پیشرفت‌های حاصل از آن را یکی از عوامل بی‌معنایی زندگی امروزی دانسته و معتقد است ما را از نیاز به استفاده از مهارت‌های بقا محروم ساخته و سیستمی را توسعه داده که زنده ماندن انسان را بدون نیاز به کوششی از جانب او تضمین می‌کند. (فرانکل، ۱۹۳۳: ۱۹) وی با تأکید بر ابعاد روانی و روحی انسان و ارتباط آن با سلامت سعی دارد از زاویه دید وجودی و اگزیستانسیالیستی به مفهوم بهداشت و سلامتی تن نگاهی داشته باشد. امری که به نظر وی به علت سلطه‌ی نظام تکنولوژیکی و صنعتی مدرن از ساحت نظام سلامت رخت بر بسته است. این دیدگاه تحت عنوان لوگوتراپی از سوی کسانی چون لوکاس و اروانگ هیرش مورد توجه قرار گرفت. آنها این نوع درمان‌گری را یک نظام فلسفی-روان‌شناختی می‌دانند که طی آن فرانکل درمان از رهگذر معنا یا شفا‌بخشی را رهگذر معنا یا روان درمانی مبتنی بر معنا را جایگزین ساختار تکنولوژیکی/پزشکی مدرن کرده است. آلفریت لانگل با اشاعه‌ی اندیشه‌ی فرانکل معتقد است تحلیل وجودی در حال حاضر یک روش درمان‌بخش کاملاً پخته است که معاد درمانی فرانکل تنها یکی از شاخه‌های فرعی آن محسوب می‌شود. او تحلیل وجودی را در اختلال‌های روانی-اجتماعی، روان تنی و روان‌زاد بکار برد. رولو می در کتاب انسان در جستجوی خویشتن (۱۹۵۳) به تأسی از رویکرد درمانی اصالت وجودی به بررسی اضطراب و تنهایی بشر در جامعه مدرن پرداخته و معتقد است درمان‌گران وجودی عمدتاً به شناختن دنیای ذهنی درمانجویان اهمیت می‌دهند تا به آنها کمک کنند به آگاهی و گزینه‌های تازه‌ای برسند. هدف وی از بیان این دیدگاه تمرکز روی شرایط فعلی درمان‌جویان است نه روی کمک کردن به آنها در بازیابی گذشته خویش (پروچاسکا، نورکراس، ۱۳۸۱).

-
6. Empirical-Based
 7. Leukaemia
 8. Evidence-Based
 9. Narration-Based

۱۲-۲۲). مدارد باس^{۱۰} و لودویگ بنیس ونگر^{۱۱}، الیزابت لوکاس، جیمز سی. کرومباخ، رابرت.ار.هاتزل، کرانونه، ویلیام بلرگولد از جمله کسانی‌اند که اندیشه‌ی معناگرایی را در حوزه‌ی درمانی اشاعه داده‌اند.

- مروری بر ادبیات تجربی

بحث از انواع درمانگری اعم از سنتی، عامیانه و ... و رشد گرایش بیماران به بکارگیری آنها در حال حاضر یکی از مباحث جامعه-شناسی پزشکی به شمار می‌رود (هوی ۲۰۰۱، هیل ۲۰۰۳، لاستر، اونگ و هالی‌ول ۲۰۰۴، پاتوارازان ۲۰۰۵، هیلنبراند ۲۰۰۶). جمال بلاخدار (۱۹۸۹) در مقاله‌ای تحت عنوان «رویکرد نوین به درمانگری سنتی در مراکش»، به بررسی این امر پرداخته که درمانگری سنتی در مراکش علیرغم جنبه‌های منفی و خطرناک آن با گرایش قابل توجهی در میان مردم همراه بوده است. بلاخدار با بررسی درمانگری سنتی، شاخصه‌های درمانگری سنتی عربی و نتایج آن در توسعه‌ی پزشکی در مراکش را مورد بررسی قرار داده است. گیاجیو آدیس، داویت آیب، تیموتیوس گینبو و گییسا اولگا (۲۰۰۲) به رویکردها و کارکردهای درمانگری سنتی و رویکرد درمان‌گران نسبت به درمانگری سنتی در دو ناحیه‌ی شیرکا و آرسی در اتیوپی پرداخته‌اند. به نظر آنان هرچند دانش حول معالجات سنتی تا حدود زیادی خطرناک و گاهی تهدید کننده به نظر می‌رسد، اما امید به نتایج مثبت این درمان‌گری نزد شفایافتگان، توضیحی امیدبخش نسبت به این تهدیدها است. مارتین هیل (۲۰۰۳) در نوشته‌ای تحت عنوان درمانگری در بافت-های معاصر به بررسی وضعیت حمایتی و تکریمی دانش در تعامل با درمانگری‌های عامیانه و سنتی پرداخته و به بررسی این موضوع می‌پردازد که چگونه درمانگری عوامانه علی‌رغم اینکه به شکلی تاریخی و علمی خارج از محدوده‌های علم قرار گرفته، توانسته است به شکلی ایستمولوژیک و فلسفی و حتی با اعتباری منطقی توسط خود مردم به کار گرفته شود. اخیراً ترویلز مونستید، مازو ریدی و یورگن بانسلر در کاری تحت عنوان «استفاده از روایت در کارهای پزشکی: مطالعه‌ی زمینه‌ای مشاوره‌های پزشک-بیمار» (۲۰۱۱) به بررسی روایت بیماران از دردها، نگرش خود نسبت به بیماری و شیوه‌های درمانی خود پرداخته‌اند. به نظر آنان روایت بیماران از بیماری هرچند غالباً طولانی، پیچیده و سرشار از اطلاعات غیرقابل اعتماد است اما خود این روایت‌ها نیازمند تفسیر است؛ فهم این پیچیدگی، پزشکان را در بازگرداندن سلامتی به بیماران و درک آنان از توانمندی‌ها و ناتوانایی‌های نظام پزشکی افزایش می‌دهد و به همین دلیل می‌بایست پزشکان در مشاوره‌های پزشکی بدرستی آن را مدنظر بگیرند.

در ایران بیشتر مطالعات حول طب سنتی بوده و کمتر اشاره‌ای به جایگاه پزشکی عامیانه به چشم می‌خورد. محسن ناصری (۱۳۸۳) طب سنتی و توسعه‌ی آن را در ایران با استفاده از رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی با تأکید بر چهار محور شناخت، آموزش و تحقیقات، همکاری میان درمانگری سنتی و جدید، کاشت و تولید گیاهان دارویی مورد مطالعه قرار داده است. سیدمهدی میرغضنفری (۱۳۸۸) در طب سنتی و مکمل، چگونگی شکل‌گیری آن، جایگاه آن در سطح جهانی، علل گرایش مردم به این رشته و انواع آن را بررسی کرده است. فرزانه غفاری، محسن ناصری و محمود خدادوست (۱۳۹۰) در طب سنتی ایران و دلایل لزوم و احیا و توسعه‌ی آن به دلایل احیای این رشته، نقش اقتصادی، دسترسی‌پذیری، جنبه‌های اخلاقی و ... پرداخته‌اند. سمیه فتحعلی، سیدمهدی میرغضنفری و عباس حاجی‌آخوندی (۱۳۹۰) هم در مطالعه‌ای تحت عنوان وضعیت علمی و پژوهشی طب سنتی به دلایل گرایش مردم به این رشته یعنی، رایگان بودن، ارزان بودن شیوه‌های سنتی درمان، در دسترس بودن، دوری بیماران از شهر و بی‌ضرر یا کم‌ضرر بودن درمان‌گری سنتی پرداخته‌اند.

10. Medard Boss

11. Ludwig Binswanger

درمانگری در ایران

انواع شیوه‌های درمان‌گری اعم از عامیانه و سنتی سابقه‌ی طولانی‌ای در جامعه‌ی ایران دارد. درمان‌گری عامیانه جریانی است متمایز از طب سنتی، و بر اساس آن بیمار جهان را به عنوان نظام احسن و آفریده‌ی خالق علیم و حکیم می‌نگرد که در آن حیات به نیروهای فرابشری گره خورده است. درمان‌گری در ایران با استناد به جایگاه درمان‌گر و توانایی وی در دارا بودن این نیروها، رفع بیماری‌ها را در گرو بکارگیری درست این نیروها می‌داند. این مکتب، که ریشه‌های آن به پیش از ۸۰۰۰ سال قبل از میلاد می‌رسد، پس از ورود اسلام به سرعت با عقاید اسلامی عجین شده است. در ایران دعادرمانی و نذر از روش‌هایی است که بخشی از درمان‌گری عامیانه را تشکیل می‌دهد. عوامل زیادی چون مسائل اقتصادی، رویکردهای آئینی، ناتوانی پزشکی جدید در تشخیص و درک روایت بیماران از مریضی خود، عدم استقبال مردم از بستری‌های طولانی و طول دوره‌ی درمان‌گری، هراس از درمان‌گری شیمیایی و... مواردی‌اند که گرایش به درمان‌گری عامیانه را همچنان ماندگار ساخته است.

درمان‌گری در کردستان

سابقه‌ی درمان‌گری عامیانه در مناطق کردنشین به قبل از ورود اسلام به این منطقه برمی‌گردد (شریفی فر، ۱۳۸۳: ۲۰). امروزه نیز با وجود گسترش شبکه‌ی درمانی و فعالیت پزشکان تحصیل کرده، باز در نقاطی از کردستان هنوز درمان‌گران زیادی به کار خویش ادامه می‌دهند. در استان کردستان ایران نیز حکیمان خاندان سبدلو از معروفیت خاصی برخوردارند و هنوز به پیشه‌ی نیاکان خویش اشتغال دارند. در میان بسیاری از شهرستان‌های کردنشین، زنان و مردانی هستند که به دلایلی به عنوان درمان‌گر شناخته شده و مورد اعتماد بخش‌هایی از مردم هستند. در شهرهای کردنشین جنوب آذربایجان غربی کسانی هستند که با روش‌های عامیانه و غیر علمی که ریشه در اصول بومی و دینی منطقه دارد به درمان بیماری‌ها و عوارض جسمی و روحی می‌پردازند. استفاده از گیاهان خاص، مرهم‌ها و شیوه‌های درمانی مبتنی بر وردخوانی و دعانویسی از جمله رایج‌ترین شیوه‌های درمان‌گری در این منطقه هستند. در میان درمان‌گرانی که در این تحقیق در جنوب استان آذربایجان غربی مورد استقبال مردم قرار گرفته‌اند، عوامل مذهبی‌ای وجود دارد که گرایش مردم را به آنان دو چندان ساخته است؛ بر اساس این عوامل درمان‌گران در ۵ دسته طبقه‌بندی شده‌اند:

۱- بنی‌عباسی‌ها، با تبار و ریشه‌ی اسلامی که خود را به حضرت عباس منتسب می‌دانند. بیشتر مریض‌های آنها مار گزیده‌ها و عقرب‌گزیده‌ها هستند. ۲- داغ‌دیده‌ها، کسانی که چند فرزند یا چند برادر خود را به خاطر یک نوع بیماری خاص از دست داده‌اند و دست آنان برای درمان‌گری آن نوع بیماری شفا است. ۳- تعلیم‌دیده‌ها، کسانی که به صورت نسل به نسل در یک فن خاص تبحر یافته و بیشتر به شکسته‌بندی مشغول‌اند. ۴- مشایخ و بزرگان، که مردم از خاک یا گیاهان اطراف آن برای بعضی بیماری‌ها همچون نازایی یا بیماری‌های پوستی استفاده می‌کنند. ۵- رویابینان، کسانی که یکی از بزرگان به خواب وی آمده و توانایی درمان‌گری به وی بخشیده است. ۶- مسّ خدایی، در میان مردم این مناطق مفهوم دستان شفابخش تحت عنوان اصطلاح محلی «وودم»^{۱۲}، (یا اودم^{۱۳}) موهبتی است که خداوند به بعضی افراد بخشیده است.

شیوه‌های قابل توجهی در این نوع درمان‌گری به چشم می‌خورد که از طرفی آن را از پزشکی مدرن مجزا و از طرف دیگر از طب سنتی متمایز ساخته است. در این نوع درمان‌گری، استفاده از اوراد و دعا، کشیدن خطوط سیاه بر سر و صورت برای رهایی کودک از سر دردهای شدید و بی‌خوابی، ریختن نمک در آتش و گره زدن نوعی گیاه برای محو کردن زگیل، بریدن پشت گوش و

12. Vodum

13. Odum

بستن مهره‌های زرد رنگ برای یرقان، داغ کردن فرق سر و بریدن موهای پیشانی برای سردرد، خوردن خاک برای سلامتی، ترکیب خاک آرامگاه مشایخ و خون مرغ برای رفع آرتروز، ریختن آب دهان شیخ روی میخچه‌ها، فوت کردن در دماغ و بسیاری دیگر از روش‌های درمانی به چشم می‌خورد که آن را از طب سنتی متمایز کرده است. این روش‌ها بطور مستقیم ریشه در سنت‌های کهن درمانی دارد که به شکلی مناسکی/شبه شمنی انجام می‌شده است.

روش‌شناسی

در این پژوهش از روش‌شناسی کیفی و مردم‌نگاری میدانی استفاده شده است؛ مردم‌نگاری عبارت است از مطالعه‌ی افراد و پدیده‌ها و فعالیت‌های انسانی در بسترهای طبیعی، آن‌طور که رخ می‌دهند. در واقع، محقق مردم‌نگار به دنبال آن است که با اتخاذ جهت‌گیری امیک و درون‌نگرانه، به مطالعه‌ی رفتارها و پدیده‌ها از منظر افراد درگیر بپردازد و جهان اجتماعی را از نگاه تجربه‌مند سوزدها استخراج و بازنمایی کند. بر همین اساس، در این مطالعه سعی بر آن شد تا فهم و دریافت سوزدهای مطالعه از شیوه‌های درمان‌گری عامیانه، مورد بررسی و مطالعه قرار بگیرد. داده‌ها با استفاده از دو فن متعارف و البته کلیدی در مردم‌نگارانه، یعنی مشاهده و مصاحبه‌ی عمیق گردآوری شدند؛ از آنجا که محققان خود ساکن مناطق مورد مطالعه بوده و از نزدیک با تجربه‌های درمان‌گری عامیانه آشنایی داشتند، لذا داده‌های لازم با دقت و ظرافت بیشتری گردآوری شده‌اند.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه از نوع روش نمونه‌گیری کیفی متمرکز بر ترکیب راهبردهای شدت و شبکه‌ای است؛ نمونه‌گیری شدت برای یافتن مواردی که با شیوه‌های درمان‌گری آشنا بوده و آن را به کار می‌بستند و نمونه‌گیری شبکه‌ای برای یافتن موارد بعدی بر اساس موارد قبلی. از آنجا که تعداد مصاحبه‌ها یا افراد مورد مصاحبه در روش‌شناسی کیفی با ارجاع به معیار اشباع نظری صورت می‌گیرد، در این مطالعه با ۲۱ نفر (۱۳ زن و ۸ مرد) مصاحبه انجام شده است. مخاطبین درمان‌گری عامیانه بیشتر از میان طبقات پایین جامعه و نواحی حاشیه‌ای شهرها و روستایی و عموماً افراد کم‌سواد و فاقد سواد هستند. در هر کدام از این سه شهرستان افرادی هستند که با توجه به ۵ دسته از درمانگران فوق، مشغول به فعالیت هستند. این افراد در درمان یک یا چند نوع بیماری، شناخته شده‌اند. مشخصات مخاطبین این درمانگران که در این تحقیق مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند را می‌توان در جدول ذیل نشان داد.

بعد از گردآوری داده‌ها، برای تحلیل و ارائه‌ی آنها از روش تحلیل موضوعی یا تماتیک استفاده شد؛ تحلیل تماتیک عبارت است از استخراج داده‌های کیفی بر اساس محورهای عمده‌ی معنایی و دریافتی. در این شیوه، محقق با بررسی داده‌های مشاهده‌ای و متنی، به بساخت مقوله‌ها یا محورهای معنایی می‌پردازد که توسط سوزدهای درگیر برجسته شده و حساسیت نظری نسبت به آن جهت می‌یابد.

قشر متوسط و بالا	قشر پایین	
۵	۱۶	تعداد مصاحبه‌شونده‌ها
۳ زن و ۲ مرد	۱۰ زن و ۶ مرد	جنسیت
زنان: خانه‌دار-کارمند مردان: مشاغل آزاد	زنان: خانه‌دار-فرش‌باف-صنایع دستی مردان: مشاغل یدی و خدماتی	شغل
زنان: سواد دیپلم-لیسانس مردان: دیپلم-لیسانس	زنان: بی‌سواد-سواد قدیمه مردان: بی‌سواد-سواد قدیمه	سطح سواد

قشر متوسط و بالا	قشر پایین	
خیلی زیاد	خیلی کم و دوردست	دسترسی به نهادهای نوین پزشکی
نواحی درون شهری	نواحی روستایی-حواشی شهرها	محل زندگی
شناخت در حد اطلاعات عمومی	بی‌میل و کمترین شناخت	شناخت و آگاهی نسبت به مسائل پزشکی
کم	خیلی کم	پیگیری برنامه‌های سلامت در رسانه‌ها
بیماری‌های پوستی- استخوانی بیماریهای زنان	امراض عفونی-بیماری کودکان	علت مراجعه
زیاد	بسیار کم	مراجعه‌های قبلی به پزشکان متخصص

یافته‌های تحقیق

با توجه به بررسی دیدگاه‌های مخاطبان و طرفداران درمانگری عامیانه در جنوب آذربایجان غربی و در شهرهای پیرانشهر، مهاباد و بوکان، چندین مقوله به عنوان عامل اصلی این گرایش به این نوع درمانگری مطرح شد؛ خواست متافیزیکی، تأثیرگذاری، به صرفه بودن، همدلی، درک روایت، گریز از بوروکراسی و ساخت روایی از جمله مقوله‌های بنیادی در این تحقیق به حساب می‌آیند. بر این اساس یافته‌های تحقیق بر اساس این هفت مقوله مورد بررسی قرار می‌گیرد.

خواست متافیزیکی

بخش اساسی از رویکرد مخاطبین و طرفداران درمانگری عامیانه گرایشات دینی و مذهبی نسبت به این نوع سنت درمان‌گری است. جای پای حضور ادیان بدوی، رهیافت‌های آئینی و حتی شبه‌شمنی را می‌توان در این رویکردها مشاهده کرد.

عظیمه ۴۷ ساله با اشاره به یک نوع خاص بیماری تحت عنوان «باژله»^{۱۴} بیان می‌کند:

شفا از طرف خداست، خدا از طریق اولیاء خودش بیماری‌ها را شفا می‌دهد، من برای این بیماری پیش پزشک نمی‌رم، باژله را فقط حلیمه [یک درمان‌گر زن در پیرانشهر] می‌تواند درمان کند، او پیشتر چند فرزند خود را از دست داده... خدا او را آزمایش کرده، او الان بیماری باژله را درمان می‌کند.

ردیف	جوابها	مقوله‌ها	مقوله‌ی هسته
۱	بیماری من را ملا محمود شفا داد، این قدر تو خدا بهش داده، کار پزشک نبود، اون «وودم» ^{۱۵} داره.	مسّ	خواست متافیزیکی
۲	تمام بدنم رو زگیل گرفته بود، روحانی روش دعا خواند و تف ریخت، خشک شد.	خدایی	

ردیف	جوابها	مقوله‌ها	مقوله‌ی هسته
۳	بنی‌عباسی‌ها را مار و عقرب نیش نمیزنه، اونا وجودشان درمانه برای این دردها.		
۴	ما میریم روستای «کل‌جو» اونجا دختری هست که خواب پیامبر و اولیا رو دیده، هر درمانی که می‌نویسه درمان دردهاست.		
۵	خون مرغ رو که با خاک سر آرامگاه پیرمحمد به هم می‌زنی، درمانه هر چی درده پوسته، هر خاکی که این خاصیت رو نداره.		
۶	سراسر منطقه رو گشتم از درد پاهام خواب نداشتم، هرچی دادن خوردم و مالیدم، ولی خوب نشدم، یک ساله به زیارت چهل شهیدان و پیرمحمد میرم، حس می‌کنم دارم خوب می‌شم	درمانگری شبه شمنی	
۷	خدا به ما بچه نمی‌داد، با پای پیاده، بدون کفش و با سر و روی لخت و پتی، تو گرمای تابستان مسیر کوه سلطان رو بالا رفتم، تمام بدنم عرق و خون بود، خودمو نذرکردم تا مرادم حاصل بشه		

بیشتر مخاطبان و مشتریان درمان‌گری عامیانه، ریشه‌های آئینی و مذهبی این نوع درمان‌گری را ملاک قرار داده‌اند. به نظر آنان، درمان بیماری‌ها، را نمی‌توان تنها در آزمایشگاه‌ها و متون پزشکی یافت، بلکه توجهی آنان به رابطه‌ی آئینی درمان‌گران و ریشه‌های متافیزیکی آنها، به ایجاد گفتمانی آئینی-شمنی حول درمان و شفاء بیماری‌ها بوده است. استفاده از ابزارهای آئینی همچون اوراد، دعانویسی و ... و اعمال شمنی همچون بستن مهره‌های رنگی به گردن بیمار، گره‌زدن گیاهان، ریختن نمک در آتش و ... بخش قابل توجهی از ساخت متافیزیکی درمان‌گری سنتی را تشکیل می‌دهد و نزد مشتریان به عنوان شیوه‌ی درمانی درست، کارآمد و امیدبخش لحاظ شده است.

کارکردی بودن

بیماران معتقدند قدرت تأثیرگذاری و شفابخشی درمان‌گران عامیانه بسیار بیش از پزشکان است. یک درمان‌گر سنتی با استطاعت بیشتری، تن به برطرف کردن بیماری می‌دهد، در حالی که پزشکان با دوا و نسخه‌نویسی در پی دور زدن بیماران خود هستند. این مقوله به درستی مغایر با دستاوردهایی است پزشکی مدرن آن را عاملی برای کارآمدی و کارکردی بودن خود لحاظ می‌کند. صدیق یک مرد ۴۵ ساله است. او معتقد است:

من دو تا پایم سوخت، چندبار پزشک رفتم هربار تنم را می‌شستن و باز مثل اول می‌شدم، یه حکیم محلی برام نعنای سوخته را با زرده‌ی تخم مرغ به هم زد، و روش دعا خوندا، به دو تا پام زدم الان پاهام مثل اول شده، حتی جاشم معلوم نیست.

ردیف	جوابها	مقوله‌ها	مقوله‌ی هسته
۱	پزشکا دواهای خود را از گیاهان می‌گیرند، کلی مواد شیمیایی بهش اضافه می‌کنن، چرا پیش حکیمانم که داروهاشون طبیعی‌تره		
۲	همسایه‌مان سوخت، پدرش نداشت بره بیمارستان خودش با داروهای محلی و عامیانه تیمارش کرد، کسی باور نمی‌کنه زنده‌س	طبیعی بودن	کارکردی بودن
۳	بچه‌ام ترسیده بود، شبها زیر چشاش سیاه می‌شد و روزا از خود بیخود می‌شد، براش مس ذوب کردن، مشخص شد از چی ترسیده، براش دعا نوشتیم الان کاملاً خوب شده		

		صورت و دستام پر از زگیل بود، ازم میخواستن عمل کنم، پیش ملاسعید که رفتم برام دعا نوشت و مقداری نمک را ازش گرفتم و در تنور ریختم، زگیل هام محو شدن.	۴
	شفای سریع	این همه دکتر عوض کردم، هیچ تأثیری نداشت، ازشان خسته شدم، هر نسخه‌ای که برام نوشتن پر از استامینوفن بود، اما حکیمان اینجوری نیستن	۵
		هرکی رفته پیش حکیم یا مشایخ خوب شده، شفا که فقط نسخه پیچی و داروخانه رفتن نیست	۶

بالا بودن سرعت بهبود بیمارانی که تحت درمان‌های عامیانه هستند، بالاخص در بیماری‌هایی که بشر به درازای تاریخ با آن دست به گریبان بوده است، و در عین حال کاربرد شیوه‌های طبیعی درمان‌گری با استفاده از گیاهان، اوراد و ... که عوارض کمتری برای بدن دارند، موجب شده تا بیماران حتی در طبقات متوسط نیز برای درمان بیماری‌ها و سوانحی چون شکستگی، سوختگی و ... به شیوه‌های درمان‌گری عامیانه روی آورند.

به صرفه بودن

گفته می‌شود اقتصادی و به صرفه بودن، یکی از اصلی‌ترین دلایل گرایش طبقات پایین جامعه به درمان‌گری عامیانه است (ناصری ۱۳۸۳؛ میرغضنفری ۱۳۸۸). ارزان بودن درمان و درمان‌گری سنتی و عامیانه یکی از دلایل عمده‌ی گرایش بیماران به این شیوه‌ی درمان‌گری است. از نظر مخاطبان درمان‌گری عامیانه، حکیمان پول کمتری مطالبه کرده و با هزینه‌های کمتری به درمان بیماران همت می‌گمارند. آنان کمتر با هزینه‌های اضافی بیماران را عاجز می‌کنند.

آمنه یک زن ۳۶ ساله است، او معتقد است:

من بیش از ۱۰ بار برای بیماری «کمه‌بی»^{۱۶} [نوعی بیماری] فرزندم رفتم، اما تنها یک بار ازم پول گرفت، اون گفت تا بچه‌تو خوب نکنم ازت پول نمی‌گیرم، قرار نیست هر بار بیایی و ازت پول بخوام.

ردیف	جوابها	مقوله‌ها	مقوله‌ی هسته
۱	بچه‌ام با موتور تصادف کرد، کلی هزینه‌ی پلاتین و عمل و بستری ازم گرفتن، باور کن الانم دستش مشکل داره از ۲ یا ۳ کیلو بیشتر نمی‌تونه برداره	سطح هزینه‌ها	به صرفه بودن
۲	هزینه‌های پزشکی خیلی زیاده آگه بخوای یه مرضی مثل سرماخوردگی را حل کنی کلی باید آزمایش بدی، پول ویزیت و دارو و هزینه‌ی بیمارستان و همراه و خیلی‌های دیگه.		
۳	برای یه عمل ساده باید کلی خرج کنی، از دهان زن و بچه‌ات بگیری، خونه‌ات رو بفروشی، اسباب اثاثیه هم همینطور، بری جلو در بیمارستان بریزی تو حساب دکتر.		
۴	برای رفع بیماری الو ^{۱۷} چند تا گیاه را با هم کوبیدن و با شیر بز قاطی کردن، خوردم، الان کاملاً سالمم، کل هزینه‌ی اینا با هم ۲۰۰۰ تومان نشد.	بازگشت هزینه‌ها	
۵	برای درمان میگرن، ۱۰ سال این دکتر و اون دکتر کردم، بعد کلی خرج و مخارج سنگین، حکیم بهم گیاه گزک داده، بخار پز می‌کنم، یه دعایی بهم گفته، میخونم و سرم رو روش می‌گیرم، الان خیلی بهترم.		

به صرفه بودن و اقتصادی بودن شیوهی درمان‌گری عامیانه، عدم وجود هزینه‌های بستری و تجهیزات لازم و از طرف دیگر در دسترس بودن و نزدیک بودن طبیب از لحاظ جغرافیایی به بیمار، موجب شده هزینه‌های درمانی زیادی از مردم حواشی شهرها و روستاها که بیشتر از طبقات پایین جامعه هستند، با آنها باز گردد. این امر بالاخص در بیماری‌ها و سوانحی چون سوختگی، شکستگی، دردهای مزمن و ... قابل توجه است.

همدلی

بسیاری از بیماران یکی از اساسی‌ترین مشکلات خود را عدم توانایی در ایجاد رابطه‌ی دوسویه با پزشک دانسته‌اند. از نظر آنان پزشکان نوع دردهای آنان را درک نمی‌کنند، به جای ایجاد رابطه‌ی همدلی، از موضع قدرت به بیمار می‌نگرند و این خود موجب تشدید فاصله‌ی میان بیمار و پزشک و ظهور پدیده‌ی نگاه خیره‌ی پزشکی شده است. مفهوم همدلی با توجه به رویکردهای نوین جامعه‌شناسی پزشکی در رابطه‌ی سلامتی و درمان به شکلی برساخت‌گرایانه ریشه‌های فرهنگی و اجتماعی بیماری را بیش از پیش مطرح می‌کند. لوربر معتقد است بیماری به شکلی اجتماعی خلق می‌شود و بیان علائم بیماری نیز به تبع ارزش‌های اخلاقی و فرهنگی تغییر می‌یابد؛ بیان این علائم در تعامل با دیگران و ارزش‌های خاص جامعه، تجربه شده و به تناظر آن درک ما از سلامتی و بیماری برساخت می‌گردد (لوربر، ۱۹۹۷: ۱۱۶). این روابط در تعیین جایگاه بیمار و رابطه‌ی همدلانه‌ی او با پزشک، ارزش‌های سلامتی و پذیرش درمان و ... تأثیر قابل توجهی دارد.

سعدا یک زن ۳۵ ساله معتقد است:

من برای سوختگی پای بچم پیش پزشک رفتم، به جای تیمار کردن سر من داد می‌زد که چطور مادری هستی که بچه‌ات روی پاش آب داغ ریخته، تو اونوقت کجا بودی، بچه‌ات رو چرا دیر آوردی، آخه آدم عاقل بچه‌اش رو تو خوننه تنها می‌ذاره و از این حرفا ...

ردیف	جواب‌ها	مقوله‌ها	مقوله‌ی هسته
۱	وقتی می‌رم خونه‌ی حلیمه‌خانم برای درمان با ژله، له‌مه‌یی یا هر مریضی‌ای که بچه‌ام داشته باشه، راحت‌ترم، انگار خونه‌ی خودمه، احساس عاجزی نمی‌کنم.	احساس راحتی	همدلی
۲	وقتی میرم پیش پزشک احساس یه جوری غریبی می‌کنم، باید یه جوری از بیماریم بگم که ضایع نشم، خیلی راحت نیستم.		
۳	حلیمه خانوم خودش چند تا از بچه‌هاش با باژله مُردن، درد مریضی باژله را می‌فهمه و درمانش می‌کنه		
۴	اون مریضی‌ای که من دارم، برای طبیب محلی خیلی آشنا است، البته طبیب حرفامو می‌فهمه، وقتی می‌گم باد زیر پوستم جمع شده بهم نمی‌خنده یا میگم سرم افتاده، هم همینطور.	هم‌فهمی	
۵	هنوز به طبیب نگفتم چیه، خودش از روی قیافه و رنگ صورت بچه‌ام دردشو می‌دونه		
۶	دکتر به من می‌گه به خاطر میگرن حق نداری عروسی و تعذیه بری، مراسم جشن یا هرجایی که مردم شادی کنن یا شیون، نباید بری، پس هیچی بگه بمیرم، مگه میشه این مراسما رو نرم.		

احساس راحتی بیمار در بیان بیماری خود و هم‌فهمی بین بیمار و درمان‌گران عامیانه هرچند در این مناطق ریشه در وضعیت دوزبانه بودن آنها دارد، اما بخشی از آن هم به ناتوانی ایجاد رابطه‌ی همدلانه میان پزشک و بیمار برمی‌گردد؛ امری که بیماران دلیل آن را عدم توانایی پزشک در فهم آن بیماری می‌دانند. آنان معتقدند درمان‌گران عامیانه خود با این بیماری‌ها زیسته‌اند و به معنای کلمه آن بیماری را درک کرده‌اند.

درک روایت

ویستر، داگلاس و لوئیس در تحقیقی که اخیراً (۲۰۱۰) انجام داده‌اند، مفهوم روایت را در درمان‌شناسی و سلامتی بیماران مورد بررسی قرار داده و معتقدند که رویکردهای بیماران نسبت به درمان‌گری به روایت‌های شخصی آنان از سلامتی و شرایطی بستگی دارد که در آن تن به درمان داده‌اند (ویستر، داگلاس و لوئیس، ۲۰۱۰:۲۳۷). روایتی که بیماران از بیماری و دلایل و در نهایت شفای آن دارند، بخشی است از این واقعیت که بیماری تنها به بدن مرتبط نیست. این مساله جهت رویکرد پزشکی را از بدن و نگاه شواهد-بنیاد به مفهوم زندگی زیسته، تجربیات بیمار و روایت‌های اجتماعی و فردی او از بیماری برمی‌گرداند. این روایت‌ها، ساخت ازهم‌گسیخته، نامنسجم و غیرروایی بیماری را به ساختی روایی و منسجم مبدل کرده و بیماری را در بافت زندگی بیمار قرار می‌دهد. عدم درک روایتی که پزشکان از بیمار دارد، مانعی اساسی است که نمی‌گذارد پزشک به کنه بیماری وی دست یابد. درک بیمار از دردهایش بخشی از روایت او را نسبت به بیماری شکل می‌دهد، درکی که پزشکی مدرن کمتر توجهی به آن کرده و این در حالی است که برای درمان‌گر عامیانه این روایت‌ها بسیار بنیادی است.

محمد که بیماری آسم دارد می‌گوید:

داشتم خرما می‌خوردم دستام به گریس آغشته بود، به خرما را که جویدم حس کردم گریسی شده بود، خیلی توجه نکردم، قورتش دادم، فکر کنم از آن زمان دچار این تنگ نفس شدم، الان بعد از ده سال نفس که می‌کشم هوای گریسی وارد سینه‌ام می‌شه. به پزشک که گفتم، در جواب بهم گفت اصلن ربطی نداره.

ردیف	جوابها	مقوله‌ها	مقوله‌ی هسته
۱	وقتی علت بیماری‌مو خواستم به دکترم بگم، بهم گفت کاری به علتش ندارم کجات درد میکنه مگه میشه دکتر علت شو ازم نخواد.	روایت بیماری	درک روایت
۲	حکیمای سنتی بهت میگن داستان این بیماریت چیه، چطوری اینجوری شدی و کلی چیزای دیگه، خیلی لازم نیست فکرتو مشغول کنی		
۳	من خودم می‌دونم چه جور درد پاهای مادرم شروع شده، زیر درخت زیارت، آب و کف ریخته بود، درخت خشک شد، عمدی نبود، ولی از اون زمان درد پاهاش شروع شده،		
۴	مریضی کفاره‌ی گناهانه، من خیلی دنبال درمان کردنش نیستم، میام سر زیارت تنها برای اینکه از آزمایش خدایی سربلند بشم.	فهم روایت	
۵	هرسال پاییز که شروع می‌شه، جریان خونم سفت می‌شه و پاهام کم‌تحرک میشن، کل پاییز و زمستان رو خانه‌نشین میشم، بهار که می‌شه خون من هم به جریان می‌افته و سرحال می‌شم		
	زگیل رو بدخواهای آدم تو تن مون درست می‌کنن، برای از بین رفتنش باس بری کوه گیاه «ترینه» ^{۱۸} رو که نشونه‌ی زبان بدخواهاس، به هم گره بزنی، خودت هم تونستی بری یکی دیگه نیت کنه می‌تونه.		

توجه به روایت بیماری توسط بیمار، دلایل و شیوه‌های درمان‌گری آن، از جمله مواردی است که گرایش بیماران به درمان‌گران عامیانه را افزایش داده است؛ این امر نشان می‌دهد رویکرد شواهد-بنیاد پزشکی مدرن که علائم بیماری را اساس تشخیص و نسخه‌پیچی می‌داند، نمی‌تواند بدون لحاظ کردن زندگی زیسته‌ی بیمار و روایت‌های او از سلامتی و بیماری خود، امری مثمرتر باشد. توجه‌ی درمان‌گران عامیانه به روایت‌های بیماران نوعی تعامل آزاد و مبتنی بر گفتگو را میان درمان‌گر و بیمار ایجاد کرده است، امری که از نظر این بیماران در رابطه‌ی میان بیمار-پزشک یافت نمی‌شود.

گریز از بوروکراسی

یکی از مسائلی که مخاطبان درمان‌گری عامیانه را به این شیوه‌ی درمان مصمم‌تر می‌کند، عدم وجود سلسله‌مراتب اداری‌ای است که در بیمارستان‌ها و مطب‌ها وجود دارد. نزد آنان امورات اداری و سازمانی‌ای که حول و حوش درمان‌گری وجود دارد، بیمار را در مضیقه قرار داده و خود به معضلی بدتر از بیماری مبدل شده است؛ همین مسائل موجب شده تا گرایش به درمان‌گری عامیانه که فاقد نظام اداری و سازمانی است، مقبولیت بیشتری داشته باشد.

عبدالرحمن که دخترش «فچک»^{۱۹} [نوعی بیماری] گرفته، می‌گوید:

بچه‌ام فچک گرفته بود، پیش دکتر بردم براش آزمایش نوشت، بعدش هم بستریش کردن، بیا برو بیمه‌ی روستایی بیار و ببر اداره‌ی بیمه تأیید کن، یه روزم برای ترخیص باید وقت بزاری، از زندگی و کارم افتادم، با این مسئول گردی حرف بزنی با اون یکی فارسی و ... آخرشم بعد دو روز بچه‌ام مثل اولش شد.

ساخت نهادی و سازمانی پزشکی مدرن، اعم از بیمارستان و مطب‌های خصوصی، و عقلانیت حاکم بر آنها، مبتنی بر طبقه-بندی‌ها و مقوله‌بندی کردن بیماران و بیماری‌های‌شان با توجه به انواع عارضه‌ها و تخصص بیمارستان‌ها و پزشکان است. این امر به هرچه بوروکراتیک‌تر شدن نظام پزشکی مدرن و به تناظر آن ایجاد روابط سلسله‌مراتبی میان پزشک و بیمار و انقیاد بیمار در

18. Tarabine

19. Fichik

درون این ساختار منجر شده است. امری که درمانگری عامیانه به علت دارا بودن ریشه‌های پیشامدرن و غیربوروکراتیک فارغ از آن است و همین امر آن را بیش از پزشکی مدرن مورد توجهی بیماران قرار داده است.

ردیف	جوابها	مقوله‌ها	مقوله هسته
۱	الان هم مطبا مثل اداره شدن، فلانی منشیه، اون یکی وقت برات می‌ذاره، امروزه نوبت بگیر، یه ماه دیگه بیا، نوبت عملت رو باید یه هفته قبل بگیری و کلی دردسر دیگه	کاغذ بازی	گریز از بوروکراسی
۲	کافیہ بیمار بشی، اونی که همراهته از تو مریض‌تر می‌شه، باید بره حسابداری، بیمه، مددکاری، آزمایشگاه، داروخانه و یه عالمه کار دیگه که خدا می‌دونه کی تموم می‌شه		
۳	برای عمل چشم رفتم تهران، فکر می‌کردم همون روز عمل می‌شم، یه هفته‌ی تموم تو مسافرخونه موندم، پسرم روز اول وقت می‌رفت دنبال کارا، غروب برمی‌گشت		
۴	حکیم محلی خیلی قرار و مدار نمی‌خواد، در خونه‌شو بزن خونه باشه درمانت می‌کنه، خونه نباشه می‌ری سرکارش اونجا درمانت می‌کنه به همین راحتی	سهولت کار	
۵	بچه‌م یرقان گرفته بود رفتیم پیش درمان‌گر محلی، همونجا کنار گوش‌شو با تیغ برید، یه مهره‌ی زرد رنگ به گردنش انداخت، دیگه برو بیمه‌تو تازه کن، ترخیص کن، تخت نداریم و از این حرفا رو نداشت		

تداوم بیماری

از نظر بیماران، پزشکان با به تأخیر انداختن درمان مریضان خود، سعی می‌کنند تا درآمدهای خود را بالا برده و به انحای مختلف سعی در چاق کردن کار خود دارند. این امر به افزایش دوره‌ی درمان و به تناظر آن تداوم بیماری کمک کرده است. افزایش دوره‌ی بیماری علاوه بر صرف هزینه‌های مالی، موجب افزایش دوره‌ی درمان می‌شود که این خود برای طبقات پایین جامعه نمی‌تواند به صرفه باشد؛ این درحالی است که درمان‌گران عامیانه با درمان سریع و عدم به درازا کشاندن آن کمتر موجب اتلاف وقت و هزینه‌های بیماران می‌شوند.

ثریا معتقد است:

چند سال آژگار با یه بیماری درگیر بودم، هر ماه پیش پزشکم می‌رفتم، کل یخچالم پر داروست، یه مدت گفت می‌گرنه، الانم می‌گه ام اسه، زندگیم به باد رفت، یه بار اومدم پیش رحمان صدیقی [یک حکیم سنتی]، بهم گفت سرت افتاده، سرم رو آورد سرچاش، بعد از ۹ سال الان دو ماهه جلو چشم روشن شده.

ردیف	جوابها	مقوله‌ها	مقوله هسته
۱	الان بیشتر پزشکا کارای پر هزینه مثل اکو و اینا رو تو مطب خودشون انجام می‌دن تا اینجوری پول بیشتری دربیارن و شما هم یه چند وقتی سرگرم می‌شی	طمع پزشکان	
۲	به راحتی می‌تونی یه بیماری رو تشخیص بدی، آدم که از ماشین سخت‌تر نیست، چرا هی این روز و فردا می‌کنن، طبییای محلی با یه نگاه می‌فهمن، حالا اونا درسم نخوندن		
۳	دکترا دوست دارن بیماری زیاد بشه، اونا درآمدهشون به اینه، وگرنه	مشتری	

سازی	چرا هنوز نتوانستن درمان این همه بیماری رو پیدا کنن	
	من چند سال تموم برای آرتروزم پیش دکتر رفتم، هر بار بدتر شدم، اونا دوست ندارن کاملاً خوب بشی، خوب، آگه تو خوب بشی من خوب بشم، اونا باید برن خونه بیکار بشینن	۴
	بچه‌ام هشت ماه داروی معده بهش دادن، دردش خوب نشد، بعد از هشت ماه تازه تشخیص دادن سرطانه، کجا برم وقتی در این هشت ماه تمام بدنشو سرطان گرفته	۵
مادرم هربار که پیش پزشک می‌ره، به تست ازش می‌گیرن و میگن تپش قلب داره، این حرفو صدبار گفتن، اما وقتی بهش دارو میدن بدتر میشه و از اولش نارحت‌تر میشه	۶	

بیماری از نظر بیماران عارضه‌ای است که نقش پزشک برطرف کردن آن و بازگرداندن هرچه سریع‌تر بیمار به زندگی روزمره و سلامتی پیشین است؛ از نظر بسیاری از بیماران، پزشکی بیش از آنکه نهادی سلامتی‌بخش باشد، نهادی است اقتصادی که پزشکان با به درازا کشاندن دوره‌ی بیماری و تداوم آن، ایجاد قراردادهایی با داروخانه‌های هم‌جوار، آزمایشگاه‌ها و... به تداوم بیماری و ایجاد بیماری کاذب کمک می‌کنند. در حالیکه از نظر آنان درمان‌گری عامیانه بسیار کارآمدتر از پزشکی مدرن برای رفع و ریشه‌کن کردن بیماری همت گمارده و در بازگرداندن بیمار به زندگی و سلامتی پیشین جایگاه قابل اعتمادتری دارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به این پژوهش، درمان‌گری عامیانه علیرغم تحولات سریع در پزشکی مدرن، هنوز به عنوان بخشی قابل اعتماد در میان اقشاری از مردم لحاظ می‌شود. دلایل قابل توجهی موجب شده تا این نوع درمان‌گری جایگزینی مطمئن در برابر پزشکی مدرن دانسته شود. دلایل آئینی و فرامادی، به‌صرفه بودن، تأثیرگذاری، همدلی بین بیمار و پزشک، درک روایت‌هایی که بیمار به بیماری خود منتسب می‌کند، فرار از بوروکراسی و کاغذبازی و پرهیز از تداوم بیماری اساسی‌ترین دلایل گرایش عمومی مردم جنوب آذربایجان غربی به درمان‌گری عامیانه است. مراجعه به طبیبان سنتی با پایگاه‌های آئینی و با انتساب فرامادی آنها به توانمندی‌های درمان‌گری نوعی شرعیت اجتماعی/آئینی به این نوع درمان‌گری بخشیده است. مراجعه به طبیبانی با خاستگاه‌های عموماً آئینی همچون، بنی‌عباسی‌ها، داغ‌دیده‌ها، رویادیدگان، مشایخ و بزرگان و با خاستگاه‌های اجتماعی، همچون تعلیم‌دیده‌ها نشان می‌دهد درمان‌گری عامیانه می‌تواند به عنوان بخشی از درمان‌گری عمومی لحاظ شود.

درمان‌گری عامیانه از این حیث که به وساطت آن، هم روایت و هم بدن می‌تواند به مثابه‌ی نوعی بازگشت انسان‌گرایانه به مطالعه‌ی بیماری باشد، در واقع بنیادی انسانی به دست می‌دهد که افراد به بدن، خود و بیماری‌های‌شان نسبت می‌دهند. بر ساختن روایت‌های شخصی و قومی از بیماری و بازاندیشی در خود نظام‌های پزشکی و کلینیکی در اساس بخشی از دگردیسی هستی-شناختی از نظام پزشکی کلینیکی و مدرن مبتنی بر تجربیات و شواهد به الگوهای جایگزین و سنتی‌تر مبتنی بر روایت و درمان‌گری غیرکلینیکی است. این دگردیسی ضرورت استطاعت از رویکردهای سنتی و انسان‌گرایانه‌تر در درمان‌گری را هرچه بیشتر مطرح ساخته است. بازاندیشی و توجه به روایت‌های بیماران نسبت به بیماری خود و ایجاد همدلی و رابطه‌ی فارغ از سلطه میان بیمار و پزشک و رفع نگاه خیره‌ی پزشکی و کلینیکی، مبین شکل‌گیری رویکرد انسان‌گرایانه و چرخش هستی‌شناختی در نظام درمان‌گری است. توجه به روایت بیمار از بیماری خود، شکل‌گیری آن و در نهایت روایتی که او از درمان و درمان‌گری خویش

دارد به ضرورت بحث از این چرخش هستی‌شناسی بیشتر دامن می‌زند. لانگیلر معتقد است «علائم متنوعی از بیماری با داستان‌هایی از تجربه درهم تنیده‌اند و با استناد به مفهوم روایت و جلوه‌های هویت به عنوان مفهومی کاملاً شخصی درآمده‌اند. این روایت‌ها که با زندگی عادی، حاشیه‌ای شده و سرکوب شده‌ی مردمان، عجین شده است، پاسخی است بر ازهم‌پاشیدگی و ازهم‌گسیختگی‌هایی که طی آن مردم تجربه‌ها و داستان‌های خود را برای آن بنیاد نهاده‌اند و به تناظر آنها از طریق بازگویی زندگی یک فرد، داستان‌های‌شان را بازنویسی یا بازگویی می‌کنند (لانگیلر، ۲۰۰۱، ۷۰۰-۶۹۹) این رویکرد نشانگر این ادعاست که روایت‌های بیماران از بیماری خود، امری تنها مبتنی بر علائم و نشانه‌های جسمی نیست، بلکه جایگاه روایت افراد به شکلی اجتماعی و فرهنگی سویه‌های روایت-بنیاد درمان‌گری را بیش از پیش روشن ساخته است. هر چند روایت‌های آنان مبتنی بر ازهم‌پاشیدگی‌ها و ازهم‌گسیختگی‌های تجربی بیماران است، اما روابط دوجانبه‌ی بیمار و درمان‌گر سنتی، به داستان‌ها و روایت‌هایی که محصول هر دو طرف است، ساختی جامع و قابل اعتماد بخشیده است. این همان امری است که بین بیمار و پزشک مدرن کمتر لحاظ شده است.

آنچه در واقع کلیت این تفسیر معنایی-هستی‌شناختی را در پذیرش و گرایش مردم به درمان‌گری عامیانه تشکیل می‌دهد، قرائتی است که بیمار به رغم تمام پیشرفت‌ها و دستاوردهای پزشکی نسبت به امر سلامتی دارد. بیمارانی که به درمان‌گری عامیانه گرایش یافته‌اند، به درستی معتقدند در این نوع درمان‌گری، جایگاه انسانی و امنیت هستی‌شناختی آنان و آنچه می‌تواند تحت عنوان رهایی از نگاه خیره‌ی کلینیکی دانسته شود، بیش از پزشکی مدرن لحاظ شده است. اشاره به درک روایت و ارتباط همدلانه میان بیمار و درمان‌گر، از طرفی موجب رهایی بدن‌های آنان از سیطره‌ی قدرت‌ها و تکنولوژی‌های انضباطی و تأدیب‌کننده شده و از طرف دیگر، هژمونی و سلطه‌ی روایت پزشک و نهاد پزشکی، جای خود را به روایتی مبتنی بر گفتگو و درک متقابل هر دو از بیماری داده است؛ امری که به درستی امکان بازانسان‌گرایانه شدن مطالعه‌ی بیماری و شیوه‌های درمان‌گری را فراهم کرده است. همین مساله ضرورت گذر از شیوه‌های شواهد-بنیاد را که مبتنی بر اسلوب‌های علائم‌شناسی و آزمایشگاهی است، به الگوهای روایت-بنیاد دو چندان ساخته است. الگوهایی که درک متقابل از روایت بیماری را معیاری برای گفتگوی آزاد و فارغ از سلطه میان بیمار و پزشک می‌داند؛ که البته جایگاه آن در میان درمان‌گران سنتی و عوام به شکلی بومی و سنتی قابل توجه است.

ساخت غیرنهادی و فارغ از روابط مبتنی بر انقیاد و استیلا، موجب شده تا درمان‌گری عامیانه همچنان در میان طبقات پایین و حواشی شهرها با استقبال زیادی همراه شود. سلطه‌ی نهادی و فرآیند بوروکراتیک حاکم بر نظام پزشکی مدرن، هرچند در مطب‌های خصوصی سویه‌های نامرئی‌تری به خود گرفته است، اما با وجود آن در ایجاد رابطه‌ی مبتنی بر انقیاد میان پزشک و بیمار مؤثر بوده است. این امر موجب رجحان روایت پزشک که مستند به شواهد و علائم بیماری بوده، بر روایت بیمار که نوعی روایت زیسته است می‌شود. با توجه به تحقیق حاضر در میان کسانی که در سه شهر پیرانشهر، مهاباد و بوکان مخاطبان درمان‌گری عامیانه بوده و به درمان‌گران محلی مراجعه کرده‌اند، افرادی از هر دو قشر بالا، با تحصیلات دیپلم به بالا و مشاغلی چون معلمی و کارمندی و محل سکونت درون‌شهری و قشر پایین، با تحصیلات کم و حتی بیسواد، و مشاغل خانه‌داری و یدی و محل سکونت حواشی شهری و روستایی دیده می‌شود که البته بیشتر مراجعه‌کنندگان از قشر پایین بودند. این افراد اولویت‌های درمان‌گری معنایی و درمان‌گری روایت‌بنیاد را در اولویت کار خود قرار داده و بیشتر بر مسائلی تأکید داشته‌اند که علیرغم مراجعات‌شان به نظام پزشکی و پزشکان متخصص لاینحل مانده است. بیشتر مخاطبین از میان زنان بوده و عموماً سواد آنها در سطوح پایین قرار داشته و پایگاه طبقاتی و میزان آگاهی و اشراف کمتری بر شناخت مسائل مربوط به سلامت دارند. گرایش این افراد به این نوع از پزشکی ناشی از گرایش آنها به نوعی درمان‌گری معنایی و روایت‌بنیاد است که فقدان آن در حوزه‌ی نظام پزشکی و در مطب‌ها و

نهادهای پزشکی محسوس است. همین امر موجب تدوam این نوع از درمان‌گری در دوران نوین و موجب نوعی توانمندی بین آنها شده است، به شکلی که فرانکل معتقد است: معنادرمانی متمرکز است بر تواناساختن بیماران برای غلبه بر مثلث غم‌انگیز زندگی یعنی درد، گناه و رنج (پروچاسکا و نورکراس ۱۳۸۱: ۶۸).

منابع

- پروچاسکا جمیزاو و نورکراس، جان. سی (۱۳۸۱). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه‌ی یحیی سیدمحمدی. تهران: رشد.
- شریفی‌فر، احمد (۱۳۸۳). پژوهشی درباره‌ی گیاهان دارویی و طب سنتی در کردستان در ماهنامه پژوهش‌های ایران‌شناسی آنهاید، شماره ۲.
- غفاری، فرزانه و ناصری، محسن و خدادوست، محمود (۱۳۹۰). طب سنتی ایران و دلایل لزوم احیا و توسعه‌ی آن در نشریه طب و تزکیه، دوره‌ی ۱۹، شماره ۳، صفحه: ۶۳-۷۱
- فتحعلی، سمیه و میرغضنفری، سیدمهدی و حاجی آخوندی، عباس (۱۳۹۰). طب بومی ایران در نشریه‌ی پژوه، سال ششم، شماره ۱۸، صفحه: ۹۹-۱۰۲
- فرانکل، ویکتور امیل (۱۳۸۳). فریاد ناشنیده برای معنا. ترجمه مصطفی تبریزی و علی علوی نیا. تهران: فراروان
- فوکو، میشل (۱۳۸۵). پیدایش کلینیک: دیرینه‌شناسی ادراک پزشکی، ترجمه یحیی امامی، تهران: نقش و نگار
- ناصری، محسن (۱۳۸۳). طب سنتی ایران و توسعه آن با استفاده از رهنمودهای سازمان جهانی بهداشت، دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشور پزشکی، دانشگاه شاهد، سال یازدهم، شماره ۵۲، صفحه: ۶۸-۵۳
- Addis ,G, A, Dawit, G, Timotewos, Urga ,K(2004). Perceptions and practices of modern and Traditional health practitioners about traditional
- Bellakhdar, J(1959). A New Look at Traditional Medicine in Morocco, World Health Forum, Vol:10, PP:193-199
- Cockerham ,W. C(2001). Medical Sociology and Sociological Theory, The Blackwell Companion to Medical Sociology, Oxford, Blackwell Publishers
- .Lorber,J Dearborn (1997). *Gender and the Social Construction of Illness*. London: Sage .
- Gabe, J, Burry, M and Elston, M,A (2004). Key Concepts in Medical Sociology,London: Sage Publications
- Hill, D, Martin(2003). TRADITIONAL MEDICINE IN CONTEMPORARY CONTEXTS, Protecting and Respecting Indigenous Knowledge and Medicine, National Aboriginal Health Organization(NAHO), March 19
- Kaminskas, R, Darulis, Z(2007). Peculiarities of medical sociology: application of social theories in analyzing health and medicine Department of Philosophy and Social Sciences, Kaunas University of Medicine, Lithuania, Medicina (Kaunas); 43(2).P:110-17
- Langellier, K.M. (2001). "Personal narrative." In M. Jolly (ed.), *Encyclopedia of Life Writing: Autobiographical and Biographical Forms*, Vol. 2. London: Fitzroy
- Lester Packer,L and Ong,C.O and Halliwell,B(2004). Herbal and Traditional Medicine Molecular Aspects of Health, edited by, Marcel Dekker ,New York
- medicine in Shirka District, Arsi Zone, Ethiopia, Ethiopian Health and Nutrition Research InstituteAddis Ababa, Ethiopia
- Monsted ,T, M,C.Reddy and Bansler ,J.P (2011). The Use of Narratives in Medical Work: A Field Study of Physician-Patient Consultations, University of Copenhagen, Aarhus, Denmark and The Pennsylvania State University, USA
- O'Mathna, D and Larimore,W. (2001). Alternative Medicine: The Christian Handbook, Grand Rapids, Mich: Zondervan Publishing

- Patwardhan, B (2005) Traditional Medicine: Modern Approach for Affordable Global Health, Interdisciplinary school of Health Sciences, University of Pune India.
- Sambo, L.G. (2010). The Decade of African Traditional Medicine Progress so far World Health Organization, The African Health Monitor, P:4-6
- Wainwright, D and Calnan, M. (2002). Work Stress: The Making of a Modern Epidemic. Buckingham: Open University Press.
- Webster A, Douglas ,C , Lewis, G. (2010). Making Sense of Medicines: 'Lay Pharmacology' and Narratives of Safety and Efficacy, Science and Technology Studies Unit, University of York, UK
- WHO (2004). Review of Traditional Medicine in the South-East Asia Region, Report of the Regional Working Group Meeting, New Delhi *Writing: Autobiographical and Biographical Forms*, Vol. 2. London: Fitzroy Dearborn.