

Review Article

Effect of Economic Barriers on the Development of Modern Medicine in the Qajar Era with an Emphasis on Drug

Valiullah Qahremaniasl¹, Mir Assadullah Salehi Panahi^{2*}, Naser Sedghi³, Shahrzad Sasanpour⁴

1. Ph.D Student of Iranian History after Islam, Islamic Azad University Shabestar, Shabestar, Iran.

2. Assistant Professor, Islamic Azad University Shabestar, Shabestar, Iran. (Corresponding Author)

Email: assadsalehi@yahoo.com

3. Associate Professor, History Department of Tabriz University, Tabriz, Iran.

4. Assistant Professor, Islamic Azad University Shabestar, Shabestar, Iran.

Received: 7 Jan 2018 Accepted: 24 Feb 2018

Abstract

Background and Aim: The Qajar era is considered a turning point in the history of medical evolution of Iran. However, this evolution confronted challenges throughout the Qajar era, one of which was the economic situation of the society. In that era, inadequate livelihood led people to oppose any transformation that would disrupt their relative tranquility. Accordingly, the modern medical knowledge was also affected by these oppositions. With this mental background, the question arises is whether economic barriers can be considered as one of the moderators of the application of modern medicine achievements (chemical drugs) in the Qajar era. It was hypothesized that the inappropriate economic status of the society could be considered as one of the main obstacles in the use of modern drugs in Iran during the Qajar era.

Materials and Methods: This study was conducted by the investigation of the historical books of the Qajar era, travelogue of foreign nationals, and articles related to the subject under discussion using a descriptive-analytical method.

Findings: In line with the research question and hypothesis, factors, such as the price of drugs, treatment costs of physicians (Hakiman), and budget for the establishment of health care institutions, were studied. According to the obtained data, in addition to the political, cultural, religious, and technological factors, economic factors were also effective in this regard.

Conclusion: As the finding indicated, the inadequate economic situation of society, which appeared in various forms in the community, was identified as one of the barriers in the expansion of the use of modern medicine achievements (chemical drugs).

Keywords: Economic Barriers; Inclusive Poverty; Modern Medicine; Traditional Medicine; Chemical Drugs

Please cite this article as: Qahremaniasl V, Salehi Panahi MA, Naser Sedghi N, Sasanpour SH. The study of the role of economic barriers in the development of modern medicine in the Qajar era with emphasis on drug. *Med Hist J* 2017; 9(31): 73-83.

بررسی تأثیر موانع اقتصادی بر گسترش طب نوین در جامعه عصر قاجار با تأکید بر دارو

ولی‌اله قهرمانی اصل^۱، میراسداله صالحی پناهی^{۲*}، ناصر صدقی^۳، شهرزاد ساسان‌پور^۴

۱. دانشجوی دکترای تاریخ ایران بعد از اسلام، دانشگاه آزاد اسلامی شبستر، شبستر، ایران.

۲. استادیار گروه تاریخ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر، شبستر، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: assadsalehi@yahoo.com

۳. دانشیار گروه تاریخ، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴. استادیار گروه تاریخ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر، شبستر، ایران.

دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۵

چکیده

زمینه و هدف: عصر قاجار از دید تاریخ پزشکی نقطه عطفی در تاریخ تحول پزشکی ایران محسوب می‌شود، اما این تحول در سراسر این عصر با چالش‌هایی رو به رو بود که یکی از آن‌ها وضعیت اقتصادی جامعه بود. وضع معیشتی نامناسب مردم در عصر یادشده، مردم را به مخالفت با هر گونه تحولی سوق می‌داد که آرامش نسبی آن‌ها را برهم زند. دانش نوین پزشکی هم از مخالفت‌ها بری نبود. با این زمینه ذهنی این پرسش تداعی شد که آیا موانع اقتصادی می‌تواند به عنوان یکی از عوامل کندکننده استفاده از دستاوردهای طب نوین (داروهای شیمیایی) در عصر قاجار مطرح گردد؟ در پاسخ، فرض بر این شد که وضعیت نامناسب اقتصادی جامعه می‌تواند به عنوان یکی از موانع اصلی در به کارگیری داروهای مدرن در ایران عصر قاجار مورد کنکاش قرار گیرد.

مواد و روش‌ها: این مقاله با بررسی کتب تاریخی عصر قاجار و سفرنامه‌های اتباع خارجی و نیز مقالات مرتبط با موضوع با روش توصیفی - تحلیلی به نگارش درآمده است.

یافته‌ها: به موازات پرسش و فرضیه، عواملی نظیر: قیمت داروها، حق‌العلاج حکیمان، بودجه تأسیس مؤسسات بهداشتی و درمانی و موارد دیگر مورد بررسی قرار گرفتند. نکته قابل تأمل این‌که در کنار عوامل سیاسی، فرهنگی، دینی و فناوری عوامل اقتصادی نیز تأثیرگذار بوده‌اند که هدف مقاله حاضر بررسی مورد اخیر بوده است.

نتیجه‌گیری: حاصل سخن تأیید نمود که وضعیت نامناسب اقتصادی جامعه که به صورت‌های گوناگون ظاهر می‌شد، یکی از موانع تأثیرگذار در گسترش استفاده از دستاوردهای طب نوین (داروهای شیمیایی) بوده است.

واژگان کلیدی: موانع اقتصادی؛ فقر فراگیر؛ طب نوین؛ طب سنتی؛ داروهای شیمیایی

مقدمه

جامعه عصر قاجار از یک اقتصاد بسته خودکفا برخوردار بود، اما این نوع اقتصاد به معنای عدم مبادله کالا با خارج نبود. آن جامعه در دوره فتحعلی‌شاه و پس از کشتارهای آقامحمدخان به دلیل جنگ‌های متعدد و معاهدات ننگین در پی آن‌ها، بسیار نحیف شده بود. با آنکه در دوره ناصری اقتصاد کشور تا حدی جان گرفت، ولی با قتل وی و سپس بحران‌های ناشی از نهضت مشروطه بار دیگر در سرایشی ضعف افتاد (۱). به خاطر همین اقتصاد کم‌رونق و خودپسند، مردم به کم‌ترین‌ها قانع می‌شدند و تغییر در هر زمینه‌ای را مصادف با نابسامانی در زندگی عادی تلقی می‌کردند. مقاومت در برابر تغییر به حوزه سلامتی و طبابت نیز کشیده شده بود. مقاومت‌ها باعث می‌شد فقر بیماری زاید و بیماری، فقر. با این توصیف سؤالاتی مطرح گردید: نحوه دخالت مشکلات اقتصادی جامعه عصر قاجار در کندی گسترش طب مدرن بالأخص به کارگیری داروهای شیمیایی چگونه بوده است؟ این مشکلات چگونه توانست حوزه دارویی طب نوین را تحت تأثیر قرار دهد و به عنوان موج منفی در این زمینه مطرح گردد؟ در پاسخ فرضیه‌ای مطرح گردید:

وضعیت اقتصادی نامناسب جامعه می‌تواند به عنوان عامل کندکننده در گسترش به موقع طب نوین (استفاده از داروهای تولیدی طب نوین) در جامعه عصر قاجار مطرح گردد.

به نظر می‌رسد با بررسی عوامل گوناگون از قبیل در دسترس بودن و هزینه‌های داروها، حق‌العلاج و نوع نگاه حکومت وقت به امور صحتی فرضیه مطرح‌شده مورد تأیید قرار گیرد. نکته دیگر این‌که هرچند در مقاله «مروری بر موانع موجود در راه گسترش داروسازی نوین در عهد قاجار» به مخالفت حکیمان و عطاران، مردم و دربار اشاره شده است (۲)، اما تاکنون پژوهشی در زمینه نقش موانع اقتصادی در کندی گسترش و استفاده به موقع از داروهای نوین در ایران عصر قاجار به صورت تخصصی مورد بحث و بررسی قرار نگرفته است.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق در این مقاله استفاده از مستندات تاریخی (کتب تاریخی و سفرنامه‌های اتباع خارجی عصر قاجار) در کتابخانه‌ها و منابع دیجیتالی بوده که پس از جمع‌آوری اسناد و مطالب مرتبط با موضوع، اطلاعات گردآوری‌شده، طبقه‌بندی و به روش توصیفی - تحلیلی مورد نقد و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

۱- جنبه دارویی

در عصر قاجار هر درمانگری برای درمان دردمند خویش توصیه‌هایی می‌نمود و نسخه‌هایی می‌نوشت. برخی از اقلام نسخه‌ها در طبیعت قابل دسترس و برخی دیگر از عطاری‌ها قابل ابتیاع بودند. مردم با مقایسه تهیه نسخه‌های حکیمان محلی با نسخه‌های برخی اطبا تحصیل‌کرده در خارج که در نسخه‌هایشان از داروهای خارجی نیز نام می‌بردند، بیشتر به حکیمان محلی مراجعه می‌کردند. آسانی تهیه نسخه طبیب یکی از عوامل قضاوت در مورد حکیم بود. در اینجا موضوع دارویی با سه رویکرد قیمت، آسانی تهیه و گرانی داروهای خارجی مورد بررسی قرار می‌گیرد:

۱-۱- قیمت مناسب داروهای گیاهی، معدنی و حیوانی محلی و سود حاصل از صادرات آن‌ها: طبیبان

ایرانی قبل از آشنایی با طب نوین از نسخه‌های طبای سنتی ایران استفاده می‌کردند. بیشتر مردم اقلام اغلب نسخه‌ها را در طبیعت می‌یافتند و به همین دلیل داروهای تجویزی، هم ارزان‌تر بودند و هم تازه (۳). گاهی همین داروها از طرف اطبا و عطاری‌ها به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار می‌گرفت. پولاک یکی از دلایل مخالفت جامعه عصر قاجار با ایجاد و تأسیس داروخانه‌هایی به سبک اروپا را ارزان بودن داروها و درمان‌های سنتی می‌داند (۴). او همچنین به فروش زالو در خیابان‌های تهران اشاره کرده و از ارزان بودن آن‌ها خبر می‌دهد (۴). مهدی قلی هدایت هم در مورد ارزان بودن داروهای سنتی که برخی از آن‌ها کاملاً نتیجه‌بخش بوده‌اند، می‌نویسد: «ابوالقاسم خان پسر مخبرالدوله اخوی کچل شد...

میرزامهدی کاتب که تحفه‌الافاق را می‌نوشت، حاضر بود، گفت: اگر سر به دهشاهی علاج شود، عیبی دارد؟ گفتم نه. در شیشه‌ای [گلابی بدون اتیکت و لفافه رنگین منقش، روغن سیاهی آورد، به سر بچه مالیدند و خوب شد] (۵).

برخی از داروهای سنتی از ایران صادر می‌شد؛ به عنوان نمونه «فلور» در مورد گرد چشم ایرانی می‌نویسد: «جراحان چشم (کحال)... از شهرت چشمگیری - حتی فراتر از مرزها - برخوردار بودند. گرد چشم ایرانی، شامل ترکیبی از سولفات مس و Myrabolan بسیار مورد تقاضا بود و نیز جهت صادرات بسیار مورد استقبال قرار می‌گرفت» (۶).

الگود در خصوص داروی سنتی دیگر که صادر می‌شد، آورده است: «ایمان و علاقه داروسازان انگلیسی به چوب‌چینی کمتر از اشتیاق همکاران ایرانی آنان در این مورد نبود. در سال ۱۸۷۰ م. مقدار ۳۴۵۰۰۰ پوند عشب به قیمت ۷۶۰۰۰ لیره به انگلستان وارد شد» (۷).

همچنین برتولد لوفر (Berthold Laufer) در اثر ارزشمند سینو ایرانیکا (Sino-Iranica) به اسامی و کاربرد گیاهان دارویی پرداخته که از ایران به چین وارد شده‌اند (۸). بنابراین هزینه پایین و اغلب رایگان بودن داروهای سنتی خصوصاً برای روستاییان و عشایر - که در عصر قاجار بیشترین تعداد جمعیت و طبیعت را به خود اختصاص داده بودند - و نیز صادرات آن‌ها به خارج، از دلایل عمده مخالفت با ایجاد داروخانه‌ها به سبک جدید، به عنوان یکی از نمادهای طب نوین و در نتیجه انتشار و گسترش به کارگیری داروهای شیمیایی در آن عصر بوده است. با ایجاد داروخانه و فروش داروهای فرنگی، بازار کسب و کار تهیه‌کنندگان و فروشندگان (عطاران) داروهای سنتی از رونق می‌افتاد و شاید هزاران نفر بیکار می‌شدند.

۱-۲- در دسترس بودن اقلام طب سنتی: یکی از دلایل طرفداری جامعه عصر قاجار از طب جالینوسی - سینایی این بود که تمامی اقلامی که اطبا و یا شبه‌طیبیان در نسخه‌هایشان می‌نوشتند و یا شفاهی اعلام می‌کردند، تقریباً در دسترس بود، اما گاهی دسترسی به برخی از داروهایی که از کشورهای همسایه (۹) و یا هند (مثلاً جوز هندی) و چین (مثلاً صندل

چینی، کبابه چینی) آورده می‌شد، سخت بود. راحتی دسترسی به همه اقلام نسخه‌ها را می‌توان از نسخه زیر که برای بیماری‌های جلدی نوشته شده، دریافت: «... در اگزما - ها (امراض جلدی) مفید افتاد. نسخه را یاد می‌کنم: کره گاو ۱۶ گرم، زفت شیشه ۱۶ گرم، بادام تلخ ۱۶ گرم، زرشک بی‌دانه ۱۶ گرم، حنای برک ۱۶ گرم، قهوه بوداده ۱۶ گرم، گوگرد احمر قدری. قیدی به ۱۶ گرم نیست، قصد مقادیر مساوی است» (۵).

شهری‌باف هم از نسخه‌ای یاد می‌کند که سوزاک را درمان می‌کرده و همه اقلام آن در دسترس بوده است: «نسخه‌ای [سوزاک او تقریباً همه به یکسان: مغز خیار و مغز تخم بادرنگ و مغز تخم خربزه و گل ارمنی و کتیرا و نشاسته و صمغ عربی و آلو و تخم خرفه و تباشیر و ریوند چینی بود که روزی دو تا پنج مثقال در شربت ریواس ریخته بنوشند، یعنی همه اجزا و ادویه سردطبیعت که این مرض را بعد از سرایت از دیگری از فشار حرارت و غلبه گرمی می‌دانست که ضد آن را تجویز می‌نمود، همراه شوره قلمی «گردی سفیدرنگ» که در دوغ بی‌نمک ریخته جهت زیادشدن ادرار که مجرا را شستشو دهد، صرف کند و (کبابه چینی) که نرم کوفته و سائیده روزی سه قاشق چایخوری در آب ریخته میل نماید، اما داروی اخیر، یعنی کبابه جزء اسرارش به شمار می‌آمد که در نسخه ننوشته خود می‌داد و ظرف یک هفته سخت‌ترین سوزاک‌ها را درمان می‌نمود» (۳). مومیایی تولیدشده در بهبهان نیز برای رفع ترس و شکستگی کاربرد داشته است (۱۰).

وقتی اقلام درمان‌کننده دردها به این راحتی در دسترس بوده و به همین سادگی بیماری‌ها را علاج می‌کرده است، سؤال اساسی این است که با توجه به دیدگاه غالب آن دوره که سازندگان داروها را نامسلمنان (متعلق به دارالکفر (۱۱)) می‌دانستند و از این جهت آن اقلام را تقبیح می‌کردند، چرا باید خواهان داروهای خارجی می‌شدند؟

۱-۳- گران بودن داروهای خارجی و در دسترس نبودن

آن‌ها: از دلایل دیگری که مردم نمی‌توانستند از داروهای خارجی استفاده کنند، در دسترس نبودن آن‌ها بوده است. موارد استثنا، مثل عبور کاروان‌های خارجی و اطبا از کنار

به آموزش‌دیدگان طب نوین که بیشتر در نسخه‌هایشان از داروهای نوین استفاده می‌کردند، سخت‌تر می‌نمود. پایین بودن حق‌العلاج حکیمان بومی و گران بودن حق‌العلاج اطبای خارجی و تحصیل‌کردگان ایرانی طب نوین (۲۷) از موضوعاتی هستند که در ادامه به تفصیل بیان شده‌اند:

۱-۲- پایین بودن حق‌العلاج حکیمان بومی: بر اساس

کتاب وندیداد در ایران باستان حق‌العلاج طبیب، بر حسب درآمد بیمار مشخص می‌شد. بنا بر نوشته این کتاب، افراد با درآمد بیشتر - که البته ناشی از شغل بوده - حق‌العلاج بیشتر و افراد طبقات پایین جامعه میزان کم‌تری پرداخت می‌کرده‌اند. در آن زمان این میزان بیشتر بر اساس قیمت اسب، گاو و الاغ پرداخت می‌شده است، مثلاً حق‌العلاج شهریار قیمت یک گردونه چهار اسب و حق‌العلاج همسر کدخدا قیمت یک ماده گاو و حق‌العلاج مرد روحانی دعای خیر درباره طبیب بوده است (۱۳). بنابراین از همان زمان اطبای ایرانی رعایت حال بیمار را می‌کرده‌اند و این به عنوان یک فرهنگ همواره با مردم ایران همراه بوده است. طبق نوشته پولاک «ایرانی تربیت‌شده، دادن پول به طبیب را در ازای کاری که انجام داده است، بی‌نزاکتی می‌داند؛ چنین رسم است که اسبی، شالی یا قالیچه‌ای به عنوان «تعارف» می‌دهند» (۴).

مستوفی این رسم را در دوره قاجار این‌گونه بیان می‌کند: «دادن حق‌القدم به طبیب هیچ مرسوم نبود. طبیب می‌آمد، اگر مریضش می‌مرد خود خجالت می‌کشید چیزی مطالبه کند. اگر معالجه می‌شد، بر حسب زیادی و کمی زحمتی که در رفت و آمد بالاسر مریض متحمل شده بود، حق‌العلاجی برای او می‌فرستادند، البته توانایی مریض هم در کمیت این حق‌العلاج مداخله داشت... طبیب هم در مطب خود حق‌المعاینه معینی نداشت و گاهی مریض‌ها پنج شاهی ده شاهی لای نسخه روز قبل می‌پیچیدند و تقدیم می‌کردند، ولی حکیم‌باشی‌ها نظری به آن نداشتند و از فقرا هیچ چیزی مطالبه نمی‌کردند، مطب نشستن برای حق‌معاینه گرفتن نبود، بلکه برای حلال کردن درآمدهای دیگر و به منزله زکوة [زکات] وجوهی بود که از اعیان می‌گرفتند...».

آبادی‌ها و شهرها بودند، ولی در کل دستیابی به داروهای خارجی فقط در شهرهای بزرگ امکان‌پذیر بوده است. اگر فرض کنیم که اهالی یک آبادی حتی به کمک هم هزینه داروی خارجی را فراهم می‌کردند، دسترسی به آن داروها به سختی فراهم می‌شد و شاید وقتی دارو را به دست می‌آوردند، کار از کار گذشته بود. عین‌السلطنه در این خصوص می‌نویسد: «دوا به قدری گران است که هر نسخه سابق که دو قران بود دو تومان باید داد، آن هم فاسد، آن هم مانده و بلاثر. دواى خوب ایران مال آلمان بود، مدت‌هاست مثنقال آن نیامده. بعد مال روس بود که نسبتاً پست‌تر است، هیچ نمی‌آید» (۱۲).

او در قسمت دیگر کتابش با اشاره به گرانی دارو به صادرات داروهای وارداتی به کشورهای همسایه خبر می‌دهد: «... این‌ها در این ایام خون مردم را به شیشه کردند. هر قدر توانستند حق‌القدم زیاد گرفتند و دوا را گران دادند... همه را به قیمت‌های گران به خارج و خارجه (بغداد و عربستان) فروختند» (۱۲).

با توجه به دیدگاه جامعه عصر قاجار نسبت به بیگانگان و عدم آگاهی بیشتر مردم از دستاوردهای علوم جدید و نیز به دلیل آنکه استقرار داروخانه‌ها (دواخانه‌ها) در شهرهای کوچک صرفه اقتصادی نداشته است، دسترسی اغلب مردم به دواخانه‌ها را محدود و به عبارتی صحیح‌تر غیر قابل دسترسی کرده بود. بنابراین بیشتر مردم از دسترسی به یکی از بزرگ‌ترین موهبت‌های تمدن جدید در زمینه طبابت محروم بودند و دواهای عطاری‌های محلی را برای درمان خویش کافی می‌دانستند.

۲- جنبه حق‌العلاجی

یکی دیگر از عوامل اقتصادی در کندی رواج و استفاده از داروهای شیمیایی در عصر قاجار حق‌العلاج بوده است، هرچند پرداخت حق‌العلاج در ایران بیشتر به میزان توانایی مالی افراد بستگی داشت، ولی حضور اطبای خارجی در ایران و انتشار قراردادهای آن‌ها با دربار، دارالفنون و شاهزادگان قاجار و نیز بازگشت تحصیل‌کردگان ایرانی از خارج، این روند را تغییر داد. حق‌العلاج افراد یادشده بسیار بیشتر از حق‌العلاج حکیمان و درمانگران محلی بود و این تغییر رویه دسترسی مردم عادی را

مستوفی در ادامه به پرداخت حق‌العلاج پاهای خود اشاره می‌کند و می‌نویسد: «حق‌العلاج پرداختی برای چند جلسه سه قران بوده است» (۱۴).

می‌توان نگرفتن حق‌المعاينه از فقرا توسط بیشتر حکیمان محلی یا شبه طبیبان را یکی از علل مخالفت مردم با طب نوین در نظر گرفت. بدین ترتیب، بیمار در پرداخت حق‌العلاج به پزشک یا درمانگر محلی با مشکل مواجه نمی‌گردید و طرفدار تداوم این‌گونه معالجات می‌شد. در واقع این قشر از حکیمان برای معالجه بیماران در نسخه‌هایشان از داروهایی طب نوین (داروهای شیمیایی) استفاده نمی‌کردند.

۲-۲- گران بودن حق‌العلاج اطبا خارجی و تحصیل‌کردگان

ایرانی طب نوین: طبای خارجی طبق قاعده خود حق‌العلاج دریافت می‌کردند و اگر موارد خاص (مثل هنگام عبور کاروان از کنار آبادی‌ها که معالجه سرپایی صورت می‌گرفت و گاه معالجه رایگان برخی طبای خارجی مثل دکتر دادسون (Dawdson) از پزشکان مشهور بیمارستان مرسلین کرمان (۱۵)) را استثنا شوند، آن‌ها در بیشتر موارد حق‌العلاج دریافت می‌کردند. بنا بر نوشته دو تن از مورخان، هدایت و سپهر، میزان حق‌العلاج طبای خارجی در ایران گزاف بوده است: «ظل‌السلطان دکتر گالزفسکی طبیب چشم معروف را از پاریس به مصارف گزاف خواسته بود، آمد... پدرم حال مردم را که شنید، از شاگردان گالزفسکی، راتولد (Ratold) نامی را بسالی دو هزار تومان اجیر کرد...» (۵).

«روز سیزدهم رمضان، وزیرمختار اطریش که تازه وارد شده، به خدمت شاه آمد. بعد در اطاق ابیض از صدراعظم دیدن کرد. شاه حالتش بهتر است. یک نفر طبیب از فرنگستان برای معالجه شاه خواسته‌اند. قریب بیست و دو هزار تومان حق‌العمل او خواهد بود» (۱۶).

درباریان، اعیان و اشراف چنین هزینه‌های گزافی را به طبای خارجی پرداخت می‌کردند. شاهد دیگر این گونه هزینه‌های گزاف، شاهان قاجار بودند که با قراردادهای گران طبابت خویش را به طبای خارجی واگذار می‌کردند. همچنین قرارداد اساتید خارجی دارالفنون و طبای ایرانی تحصیل‌کرده در این مدرسه و در خارج نیز قابل مقایسه با حق‌العلاج‌های

رایج در جامعه آن روز ایران نبوده است. بنابراین می‌توان دریافت حق‌العلاج تمام اطبا طب نوین گران و تأمین آن خارج از توان فقرا و تنگ‌دستان بوده است. به این دلیل بیشتر مردمان عصر قاجار از پشت‌بام‌ها و کنار جاده‌ها به این آورندگان طب نوین دست تکان می‌دادند و از نزدیک نمی‌توانستند به تغییرات دنیا در این زمینه پی برده و جسم خویش را برای معالجه به آن‌ها بسپارند.

۳- جنبه حکومتی

هرچند حاکمان عصر قاجار به طرق مختلف تا حدی از پیشرفت‌های تمدن بشری آگاهی داشتند و این آگاهی با گذشت زمان بیشتر می‌شد، ولی به بهانه‌هایی از جمله ثبات در حکومت، از آماده‌سازی بستر جامعه برای پذیرش دستاوردهای تمدن بشری خودداری می‌کردند. پادشاه اروپا رفته ایران، ناصرالدین‌شاه، در خصوص میزان آگاهی رعیت گفته بود: «توکرهای من و مردم این مملکت باید جز از ایران و عوالم خودشان از جایی خبر نداشته باشند و اگر اسم پاریس و بروکسل نزد آن‌ها برده شود، ندانند این خوردنی است یا پوشیدنی» (۱۷).

به لحاظ همین سیاست، رسوخ و گسترش دستاوردهای مختلف طب نوین در ایران عصر قاجار حدود یک قرن و نیم به طول انجامید (۶). اسناد و مدارک تاریخی گویای این واقعیت است که حکومت قاجار خود را ملزم به بسترسازی جامعه برای رواج دستاوردهای طب نوین نمی‌دانسته است. توضیح دو موضوع تحصیلی و بودجه امور صحی، ضمن تأیید مورد اخیر بیان می‌دارد که آماده‌کردن بستر جامعه برای به کارگیری دستاوردهای تمدن نوین در زمینه بهداشت و درمان که یکی از آن‌ها استفاده از داروهای شیمیایی بوده، جزء اولویت‌های حکومتی آن‌ها نبوده است:

۳-۱- نبود امکان تحصیل برای همه افراد جامعه:

میراث سوادآموزی ایرانیان از نوع مکتب‌خانه‌ای، به دوره قاجار هم رسیده بود. در این مکتب‌خانه‌ها عالمان دینی غالباً دروس مذهبی را تدریس می‌کردند. «در دهکده‌ها و نواحی دور از مراکز بزرگ، ملائی به تعلیم و تربیت کودکان می‌پردازد و خواندن و نوشتن را به آن‌ها می‌آموزد» (۱۸). با توجه به

وضعیت نامناسب اقتصادی در دوره قاجار و برخی سخت‌گیری‌ها در مکتب‌خانه‌ها و نیز مردسالار بودن جامعه ایران در آن دوره، آموزش پسران و دختران در این مکتب‌خانه‌ها بسیار محدود بود. گفته می‌شود فقط ۶٪ مردان در دوره قاجار قادر به خواندن و نوشتن بودند (۱۹). محل مکتب‌خانه‌ها هم در واقع منازل شخصی افراد بودند که بیشتر به خاطر کسب ثواب آخرت در اختیار عالمان و مدرسان قرار داده می‌شد. برخی از مکتب‌خانه‌ها هم وقفی بودند که فقط برای آموزش طلاب علوم دینی به کار می‌رفتند. به علاوه معلمان بیشتر مکتب‌خانه‌ها جهت آموزش کودکان طلب هزینه هم می‌کرده‌اند که بسیاری از خانواده‌ها قادر به پرداخت آن نبوده‌اند. در دوره قاجار تعداد مدارس که دولت ساخته به عدد انگشتان دست هم نمی‌رسد. برآیند اطلاعات نشان می‌دهد گویی شاهان قاجار ساخت مدرسه یا مکتب‌خانه‌ها را جزء وظایف خود نمی‌دانسته‌اند (۱). کمبود مدارس، عدم تأمین هزینه تحصیل و نیز کمبود افراد باسواد، بر بی‌سوادی افراد جامعه عصر قاجار می‌افزود.

کمبود امکانات تحصیل باعث شده بود تا علوم و فنون در زمینه طب نوین به آهستگی رشد کند و بیشتر مردم متکی به همان علوم و فنون موروثی باشند که می‌توانست نیازهای روزمره آن‌ها را رفع نماید. بنابراین در جامعه‌ای که هنوز مشکلات تعلیمات مقدماتی رفع نشده بود، انتظار نمی‌رفت تا مردم تمایل به تکمیل تحصیلات به روش نوین تمایل داشته باشند. آنان طب تجربی و آبا و اجدادی (استفاده از مواد گیاهی، معدنی و حیوانی طبیعی) را بر طب نوین (استفاده از داروهای شیمیایی) ترجیح می‌دادند. این ترجیح بیشتر جنبه اقتصادی داشت تا جنبه عدم آگاهی از مزایای تعلیم و تربیت، چراکه افراد متمول و برخی از درباریان حتی فرزندان دختر خود را به مدارس می‌فرستادند و فرزندان تعلیم‌دیده را به خارج اعزام می‌کردند.

۳-۲- عدم تأمین بودجه لازم برای امور صحی: به

نظر می‌رسد شاهان قاجار صرف هزینه برای بهداشت، سلامت و درمان مردم را جزء وظایف خود نمی‌دانستند و همین که خود سالم و سلامت بودند، برای مردم (رعیت) که همیشه

دعاگوی قبله عالم بودند، کافی بوده است. خزانه قاجار هیچ وقت نتوانست هزینه راه‌اندازی مؤسسات بهداشتی و درمانی را به طور کامل پرداخت کند و یا حتی یک مورد بهداشتی و درمانی را به اتمام برساند، به عنوان نمونه فاجعه طولانی‌مدت و گسترده وبا در اواخر دهه ۱۸۶۰ م. که اثرات آن به واسطه یک قحطی بسیار شدید تشدید شده بود، منجر به تأسیس یک شورای بهداشتی در تهران شد. این هیأت ابراز داشت که ارائه خدمات قرنطینه‌ای، مطلوب است و در این قرنطینه‌ها به افراد در معرض خطر رسیدگی شود، اما نه هیچ گونه بودجه دولتی برای این کار فراهم شد و نه افراد آموزش‌دیده کافی جهت استقرار در جایگاه‌های لازم وجود داشت (۲۰).

وابستگی امور بهداشتی و درمانی به اشخاص و دربار، با تضعیف افراد یا مرگ آن‌ها یا نیمه‌کاره می‌ماند و یا از بین می‌رفت. نمونه مستند آن را فلور بیان کرده است: «پس از سقوط امیرکبیر در سال ۱۸۵۱ م، برنامه جامع سلامت عمومی متوقف یا غیر مؤثر گردید (۶).

نمونه دیگری را الگود آورده است: «یکی از کارهای اولیه هیأت صحیه جدید، تنظیم و اجرای مقرراتی برای تأسیس یک قرنطینه مرزی بود. به علت نبود بودجه کافی هیأت حذف گردید» (۷).

قبل از تشکیل مجلس شورای ملی در ایران عصر قاجار، منظور از بودجه برای امور درمانی و سلامتی مردم همان تنخواه‌هایی بود که به دستور شاه و یا صدراعظم در اختیار مجریان قرار داده می‌شد. این بودجه‌ها بیشتر بر اثر وقوع حادثه‌ای خاص برقرار و بعد اتمام حادثه ملغی می‌گردید. به عبارت روشن‌تر تخصیص بودجه برای امور بهداشتی و درمانی بیشتر جنبه اتفاقی داشت تا روالی. در نامه‌ای که مصلحت‌خانه در خصوص آبله‌کوبی به ناصرالدین‌شاه نوشته مشخص است که هر دو طرف کلی‌گویی کرده‌اند و از اختصاص بودجه و محل پرداخت آن خبری نیست (۲۱). به خاطر همین کلی‌گویی و مشخص‌نبودن محل تخصیص بودجه، بیشتر واکسن‌های وارداتی فاسد می‌شدند (۶) که عین‌السلطنه نیز در وقایع سال‌های ۱۳۳۲ تا ۱۳۳۴ ق. به آن اشاره کرده است (۲۲). از عوارض دیگر مشکلات بودجه، فروش واکسن‌ها

(شیشه‌های ماده آبله) توسط واکسیناتورها و اطبای درگیر در موضوع آبله‌کوبی بود (۲۲-۲۳). یکی دیگر از مشکلات بودجه را می‌توان در نامه مجلس حفظ‌الصحه یافت که در آن یادآور شده هنوز پس از گذشت سه ماه، اعتبار لازم برای انجام امور صحتی و قرنطین داده نشده است... و در آن آمده: «فعلاً ضبط شود» (۲۴).

انتظار می‌رفت در اواخر دوره قاجار با آگاهی مردم و دربار از پیشرفت‌های علوم جدید به ویژه در زمینه طبابت و سلامتی، بودجه خاص برای این امور در نظر گرفته شود، ولی هنوز اختصاص بودجه برای بهداشت و سلامتی مردم با شک و تردید همراه بود (۲۵). فلور در این خصوص می‌نویسد: «نسل جدید می‌خواست تا پیشرفت‌های بهداشت عمومی را که اکنون آغاز شده بودند و موجب ایجاد تفاوت در زمینه نابودی بیماری‌های اندمیک شده بود، شاهد باشند، هرچند که دولت می‌خواست در شرایط سلامت کشور، بهبودی ایجاد کند، اما نه تنها بودجه، بلکه زیرساخت‌های این حرکت را نیز نداشت. بودجه تخصیصی جهت‌بخش کامل سلامت برای سال ۲۴-۱۹۲۳ م، فقط ۲۷ هزار پوند از بودجه کل دولتی ۵/۷ میلیون پوندی بود که کم‌تر از نیم درصد محسوب می‌شد» (۶).

با این توصیف می‌توان دریافت حکومت قاجار نه تنها در تأمین تجهیزات طبی، بلکه در تهیه داروهای نوین (همانند واکسن) که برای پیشگیری از برخی بیماری‌ها و یا جلوگیری از عوارض آن‌ها لازم و ضروری بود، عاجز بوده است. حکومت وقت به دلایلی از جمله هزینه‌های دربار، مستمری شاهزادگان، جنگ و ناآرامی‌های داخلی از عهده تأمین بودجه برای تأسیس مؤسسات صحتی که خود می‌توانست محلی برای به کارگیری داروهای جدید باشد، برنمی‌آمد.

بحث

زیستن در گذشته، نگاه انسان به آینده را کوتاه می‌کند و او را به داشته‌هایش خوش‌بین می‌سازد. در این نوع زندگی «داشته‌ها» بهترین‌ها هستند و پیشنهاد و یا حرکت به سوی تغییر و تحول کم‌اهمیت جلوه‌دادن این بهترین‌ها. جامعه عصر قاجار نیز از این قاعده مستثنی نبود. آحاد آن جامعه طب

سنتی را بر طب نوین ترجیح می‌دادند و این مهم نه به خاطر بی‌توجهی به طب نوین که بیشتر نشأت گرفته از فقر فراگیری (۲۶-۲۹) داشت که جامعه با آن مواجه بود. این اجتماع با توجه به عقبه نامطمئن اقتصادی، بر داشته‌های خود راضی بوده و به سختی به تحولات، نگاه مثبت و پذیرا داشته است. تحولات طبی نیز از این قاعده مستثنا نبود و مردم از داشته‌های موروثی‌شان (طب جالینوسی - سینایی) راضی بودند. علاوه بر مردم، برخی حکیمان محلی نیز با مصرف داروهای نوین مخالف بودند که از معروف‌ترین آن‌ها می‌توان به حکیم حاجی‌بابا اشاره کرد. باید به این عوامل دربار را نیز افزود که علی‌رغم برخورداری از زندگی مرفه، به سختی می‌توانستند از تحولات طبی جامعه پشتیبانی کنند و بودجه‌ای برای امور صحتی در نظر بگیرند، اگرچه موضوع اخیر در اواخر عصر قاجار قانونی شد، ولی از نظم و اختصاص به موقع برخوردار نبود و به همین خاطر اغلب اقدامات صحتی ابر می‌ماند.

در عدم گسترش به موقع طب نوین (و در اینجا دارو) در ایران عصر قاجار، عوامل مختلفی (سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، دینی و فناوری) دخالت داشته‌اند، اما در این پژوهش گستره بررسی موانع اقتصادی بود و این نه به معنای بی‌توجهی به سایر عوامل تأثیرگذار، بلکه جهت کاستن از محدوده کاری و ارائه پژوهشی تخصصی‌تر بوده است.

نتیجه‌گیری

تا نیازهای اولیه انسان برآورده نشود، توجه به جنبه‌های دیگر زندگی غیر قابل تصور خواهد بود. وضع معیشتی مردم در دوره قاجار برای ایجاد تغییر و تحول مناسب نبود. آنان هر گونه تغییر در روند زندگی را مصادف با تزلزل پایه‌های منابع اقتصادی خانوارها می‌دانستند و سعی می‌کردند از چنین تغییراتی دوری کنند و یا حداقل به آن‌ها روی خوش نشان ندهند. یکی از علل بسیار مهم همراهی مردم با حکومت قاجار وضعیت نامناسب اقتصادی جامعه بوده است، زیرا از دید بیشتر مردم هر گونه تغییر، حتی در زمینه سلامتی، منجر به عدم ثبات و ازهم‌پاشیدگی جامعه می‌شد. آنان به این باور

رسیده بودند که هر گونه تغییر، چه اعتراض به روال فعلی جامعه در زمینه علت به کارنگرفتن دستاوردهای طب نوین در زمینه دارو و چه قبول تحولات علوم نوین، برابر است با از بین رفتن حداقل‌های زندگی. به همین علت، تغییرات در زمینه طب نوین و به کارگیری دستاوردهای آن، از جمله داروهای نوین، در آن دوره به کندی پیش می‌رفت. اکتفا به حداقل‌های زندگی در جامعه عصر قاجار، آنان را از دستیابی به بسیاری از دستاوردها و مواهب علوم نوین محروم ساخت. این جامعه به جای تأیید طب نوین و دستاوردهای آن (در اینجا داروهای شیمیایی) بر طب موروثی و سنتی خویش تأکید و به حداقل سود آن، یعنی ارزان و قابل دسترس بودن اقلام نسخه‌های پزشکی اکتفا کرد. بنابراین محرومیت‌ها زاویه دید مردم را محدودتر کرد تا جایی که آنان در زمینه طبابت و سلامت نیز به داشته‌های خود قانع شدند. فقر فراگیر باعث شده بود تا معترض شدن به «داشته‌های طب موروثی» و «گرایش به طب نوین و استقبال از آن» از روند کند و محتاطانه‌ای برخوردار باشد. این روند، یعنی تأیید طب مدرن و استفاده از دستاوردهای آن از جمله داروهای شیمیایی، حدود یک قرن و نیم به طول انجامید.

References

1. Foran J. Fragile Resistance (History of Iranian Social Change from Safavid to the Years After the Islamic Revolution). Translated by Tadaun A. Tehran: Rasa Cultural Services Institute; 1377. p.174-220. [Persian]
2. Manzurolajdad SMH, Aqajari SH, Saqafi M. A review of the barriers to the development of modern pharmacology in the Qajar era. *Iranian Journal of Ethics and Medical History* 1391; 5(6): 42-53. [Persian]
3. Shahribaf J. Tehran e Qadim. 4th ed. Tehran: Moeen; 1383. Vol.7 p.67-68, 218. [Persian]
4. Polack JE. Pollack Travel (Iran, People and Land). Translator: Jahandari K. Tehran: Kharazmi; 1361. pp. 411, 427, 412. [Persian]
5. Mehdi Qoli H. Mokhber al-Saltanah: Memories and Dangers. 6th Ed. Tehran: Zawar, 1385. p. 36, 36-37, 69. [Persian]
6. Flor W. The health of people in Qajar Iran. Translated by Nabipour I. Bushehr: Bushehr University of Medical Sciences; 1378. p.49, 176-177, 291, 307. [Persian]
7. Algod C. The history of medicine in Iran and the lands of the eastern caliphate. 3th Ed. Translated by Forqani B. Tehran: Amir Kabir; 1386. p.411, 571. [Persian]
8. Zairi Q, Wang Q. A Sociological Study of the Influences of Iranian Islamic Medicine on the Chinese Medicine System (Case Study: Hui Hui Yao Fang Writing in China). *Sociological Studies* 1394; 22(1): 165-205. [Persian]
9. Motavali Haqiqi Y, Azeri Khakestar GH. A Survey on the Practice of Russian Nationals in the Field of Modern Medicine in Mashhad. *Medical History Quarterly* 1393; 18(6): 123-149. [Persian]
10. Afzal al-Mulk GH-H. Afzal al-Tawarikh. Effort by Ettahadiye M, Sadvandiyan S. Tehran: Nashr e Tarikh e Iran; 1361. p.336. [Persian]
11. Rahmanian D. A look at the garments of modernity in Iran (from Abbas Mirza to Amir Kabir). *Geography and Planning Magazine* 1383; 16: 55-74. [Persian]
12. Ayn Al Saltanah QMS. Ayn Al-Saltanah Diary. Research and Moderator by Salour M, Afshar I. Tehran: Asatir; 1374. Vol.7 p.5541. [Persian]
13. Darmsteter J. The Collection of Laws of Zoroastrianism or Vendidad Avesta. Translated by Javan M. Edited by Asghar Abdollahi AA. Tehran: Donyay e Ketab; 1382. p.150-151. [Persian]
14. Mostofi A. A description of my life. 5th ed. Tehran: Zawar; 1384. Vol.2 p.452, 528. [Persian]
15. Qahremani Asl V. Physicians of the Qajar era. Tabriz: Publication of University Studies; 1395. p.314-315. [Persian]
16. Sepehr AH-KH. Merat Al-Waqaye Mozaffari. Research and Moderator by Nawai A. Tehran: Miras Maktub; 1386. Vol.2 p.1059. [Persian]
17. Amin al-Dawlah MA-KH. Amin al-Dawlah's political memories. 3rd ed. Effort by Farmanfarmaeian H. Tehran: Amir Kabir; 1380. p.223. [Persian]
18. Dallmani HR. Traveling from Khorasan to Bakhtiari. Translated by Farahwashi M. Tehran: Amir Kabir; 1335. p.153. [Persian]
19. Wischard J. Twenty Years in Iran. Translated by Pirnia A. Tehran: Novin; 1363. p.250. [Persian]
20. Borel RA. Pandemic Infestations in Iran (1904) Some Dimensions of the Qajar Society. Translated by Farzizi F, Nazzadeh Z. *Khordamaneh* 1392; 11(4): 1-22. [Persian]
21. Adamyyat F, Nateq H. Social, Political and Economic Thoughts in the Unpublished Works of the Qajar Period. Tehran: Aghahi; 1391. p.202-203, 2536. [Persian]
22. Ayn Al Saltanah QMS. Ayn Al-Saltanah Diary. Research and Moderator by Salour M, Afshar I. Tehran: Asatir; 1374. Vol.6 p.4261, 4505. [Persian]
23. Ruznameh Nasiri. Newspaper, 25th grade, 6th year, on Monday, May 23, 1317, November 6; 1317. p.10-12. [Persian]
24. Roustai M. The history of medicine and medicine in Iran (from Qajar until the end of the Reza Shah era) is narrated by documents. Tehran: National Library and Archives of Iran; 1382. Vol.1 p.357. [Persian]
25. Salary H. Amiralam's role in improving the health of modern medical education in Iran. *History of Science* 1393; 12(2): 241-171.
26. Naebian J, Dehghani R, Alipour Silab J. Folklore medicine in Iran in the Naseri Age. *Two Quarterly Journal of the History of Iran after Islam* 1394; 5(10): 171-201. [Persian]
27. Ayn Al Saltanah QMS. Ayn Al-Saltanah Diary. Research and Moderator by Salour M, Afshar I. Tehran: Asatir; 1374. Vol.10 p.7901, 8065. [Persian]
28. Ayn Al Saltanah QMS. Ayn Al-Saltanah Diary. Research and Moderator by Salour M, Afshar I. Tehran: Asatir; 1374. Vol.5 p.4067. [Persian]

29. Nabipour I. Sina Medicine in the Transition to Modernity in Iran Qajar. Bushehr: Medical Science University of Bushehr; 1391. p.4. [Persian]