

Review Article

Health Status in Rural Iran during Qajar and Pahlavi Era

Mohammad Rafei¹, Sohrab Yazdani^{2*}, Hasan Afrakhteh³

1. PhD Student, Iranology Foundation, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of History, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: sohrab_yazdani_78@yahoo.com

3. Professor, Department of Rural Geography, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Received: 11 Apr 2018 Accepted: 3 Jul 2018

Abstract

Background and Aim: Hygiene is one of the most important issues in new social history. The level of health influenced by subjects like food, clothing and housing and per capita income and in other side, affects standards of living. So, realizing the health condition of a society, led us to understand standard of living.

Materials and Methods: This article focuses on rural people as a major part of society until 1970, which had the main role in national production. I will go to investigate that what was the health situation of rural society in Qajar and Pahlavi Iran, and which factors had effected this condition?

Findings: written and oral sources and field research-show that rural society wasn't in an acceptable situation (at least in compare with today's criteria), a reality that can approve by high birth rate and mortality, especially among children.

Conclusion: The social system, village structure, poverty, ignorance and superstition were most effective factors that influenced the hygiene. By the time, the extension of modern medical science, especially after the spread of diseases such as cholera, led the state to develop healthcare during the last century. This article will help to progress rural studies in Iran.

Keywords: Health; Disease; Treatment; Rural Society; Standards of Living

Please cite this article as: Rafei M, Yazdani S, Afrakhteh H. Health Status in Rural Iran during Qajar and Pahlavi Era. *Med Hist J* 2017; 9(31): 23-39.

سطح بهداشت جامعه روستایی در ایران دوره قاجار و پهلوی

محمد رافعی^۱، سهراب یزدانی^{۲*}، حسن افراخته^۳

۱. دانشجوی دوره دکتری ایران‌شناسی، بنیاد ایران‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه تاریخ، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: sohrab_yazdani_78@yahoo.com

۳. استاد، گروه جغرافیای روستایی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۷/۱/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۷/۴/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: بهداشت و درمان از جمله مسائل مهم در مطالعات تاریخ اجتماعی جدید محسوب می‌شود. سطح بهداشت متأثر از موضوعاتی چون خوراک، پوشاک، مسکن و درآمد سرانه بوده و خود بر استانداردهای زندگی تأثیر می‌گذارد. بنابراین با درک اوضاع بهداشت و درمان در یک جامعه، به شناختی مناسب از سطح زندگی آن پی می‌بریم.

مواد و روش‌ها: در مقاله حاضر با مراجعه به منابع تاریخی، سفرنامه‌ها و پایگاه‌های علمی به مانند Elsevier و Science Direct و جستجو در Google Scholar تلاش شد تا تصویری روشن از اوضاع بهداشتی جامعه روستایی در ایران دوره قاجار و پهلوی ارائه گردد.

یافته‌ها: با بررسی معیارهایی چون میزان بالای زاد و ولد و مرگ و میر به ویژه در میان کودکان می‌توان نتیجه گرفت که شرایط بهداشتی جامعه روستایی در دوره مورد بحث کم‌تر به حد استاندارد (با معیارهای امروزی) می‌رسیده است.

نتیجه‌گیری: عواملی چون نظام اجتماعی، ساختار کالبدی روستا، فقر، ناآگاهی و خرافه‌باوری که خود نتیجه ناکارآمدی و ناتوانی حکومت سیاسی و توسعه‌طلبی استعمار بودند، بر پایین ماندن سطح بهداشت اثر گذاشتند. ورود دانش پزشکی نوین به ویژه پس از فراگیر شدن بیماری‌هایی چون وبا باعث شد تا تحولات گسترده‌ای در عرصه بهداشت در سده اخیر صورت بگیرد.

واژگان کلیدی: بهداشت؛ بیماری؛ درمان؛ جامعه روستایی؛ استانداردهای زندگی

مقدمه

در بحث استاندارد زندگی، موضوع بهداشت از جمله مؤلفه‌های مهمی است که متخصصین حوزه‌های علوم انسانی، از جمله مورخان و جامعه‌شناسان به آن توجه نشان می‌دهند. واقعیت تاریخی نیز نشان می‌دهد که سلامت و بهداشت، اثر ژرفی بر کیفیت و سطح زندگی جامعه ایرانی داشته است. با وجود این معیار مشخص و جامعی برای سنجش سطح استاندارد بهداشت در دوره‌های تاریخی ارائه نشده است. بر همین اساس اثبات این نکته که بهداشت در جامعه روستایی ایران - در دوره‌های مختلف - چه قدر با حد استاندارد فاصله داشته است، ممکن نیست. در بهترین حالت با تکیه بر معیارهای کلیدی چون میزان مرگ و میر کودکان و امید به زندگی می‌توان به ترسیم حدی فرضی برای استاندارد بهداشتی رضایت داد.

از جمله مسائل تأثیرگذار در این جریان، سکوت بعضاً آگاهانه منابع، پراکندگی داده‌ها و گاهاً اغراق برخی نویسندگان است. برای مثال فوربث - لیث (Forbes-Leith) که مدت‌ها در ارتباط نزدیک با جامعه روستایی بود با اغراق می‌نویسد: «این مردم کاملاً در مورد اصول ابتدایی بهداشت نادان بوده و تقریباً همه آن‌ها تمام زندگی خود را در محاصره کثافت‌های غیر قابل توصیفی سپری می‌کنند. عقاید نادرست و نهفته در دیرینه آن‌ها، در مورد مسائل سلامت و بیماری، بسیار سخت و دشوار است که زدوده شود و ثابت شده که هر تلاشی برای بهبود شرایطشان امری دشوار است» (۱).

مسئله دیگر داده‌های ضد و نقیض است که مانع دستیابی به فهم درست می‌شود. برای مثال پژوهشگر نام‌آشنا ویلم فلور (Willem Floor) از سوئی معتقد است که میزان بیماری‌های آمیزشی در روستاها بسیار اندک بوده، در سوی دیگر آماري ارائه می‌کند که خلاف آن را نشان می‌دهد. او در گزارشی مربوط به سال ۱۳۴۲ قمری شیوع بیماری‌های آمیزشی در مناطق روستایی را تا حدود ۸۰٪ ذکر کرده است (۲)، حال آنکه در اثر دیگر می‌نویسد: «بیماری‌های مقاربتی در مناطق روستایی وجود داشت، اما به مانند نقاط شهری شایع نبود» (۳). بنابراین رقم ۸۰٪ برای جامعه روستایی و رقم بالاتر از آن

برای نقاط شهری هر دو غیر معقول می‌نماید، البته رواج بیماری‌های مقاربتی چندان جای تردید ندارد. فوربث - لیث هم ضمن اشاره به بی‌خبری روستاییان از اصول ابتدایی بهداشت، اوضاع زندگی آن‌ها را غیر قابل باور توصیف می‌کند (۱).

در نمونه دیگر دکتر ویلز (Charles James Wills) می‌آورد: «ایرانیان اصلاً توجهی به اجرای سفارش‌ها و مصرف داروهای خود نمی‌کردند و در واقع از من انتظار معجزه داشتند» (۴)، در حالی که به اعتقاد فوربث - لیث دارو به هر شکلش، به سرعت مورد پذیرش روستاییان ایرانی قرار می‌گرفته است (۳). مورد دیگر درباره آگاهی و پیشگیری از سرایت بیماری است که هاکس (Merritt Hawkes) می‌نویسد: «تصور می‌شد هر کس به بیمار سیفلیسی نگاه کند، به آن مبتلا می‌شود و در بعضی نواحی این بیماران را به روستاهای دوردست می‌فرستادند تا پرستار یکدیگر باشند» (۵)، در حالی که فلور معتقد است هیچ گونه تلاشی از سوی والدین برای جداسازی کودکانی که بیماری عفونی چون آبله و یا سیاه‌سرفه داشتند، صورت نمی‌گرفت (۳). ویشارد (John G Wishard) نیز به حضور «آزادانه» جذامیان در خیابان‌ها اشاره کرده است (۶). جای این سؤال وجود دارد که آیا ممکن است بیمار سیفلیسی را از روستا برانند، در حالی که مبتلایان به آبله در خانه و جذامیان در شهر آزادانه زندگی می‌کردند؟ باید دانست واکنش نسبت به بیماری‌های مقاربتی وجود داشت و از این دست بیماران دوری می‌شد، اما باور به انتقال بیماری از طریق نگاه حتی در صورت صحت، امری معمول یا شایع نبوده است. پراکندگی و تضاد در گزارش‌ها در مورد کیفیت حمام و دیگر مسائل بهداشتی هم چشم‌گیر است.

مواد و روش‌ها

برای پژوهش در تاریخ اجتماعی ایران ناگزیر هستیم از سفرنامه‌ها به عنوان یکی از منابع اصلی بهره ببریم. بر این اساس باید توجه داشت که مستشرقان هر کدام با توجه به دیدگاه و پیش‌فرض‌های ذهنی خود دست به نگارش زده‌اند. چنانکه از یکسو برخی مسائل را درک نکرده و برداشت

بحث

۱- بهداشت و سطح آن، توجه به مقوله حمام

بهداشت به معنای علم پیشگیری از بیماری‌ها و افزایش کیفیت و طول زندگی در ایران مفهوم جدیدی نیست، اگرچه واژه بهداشت پیش‌تر وجود نداشت و در سده اخیر جایگزین اصطلاح حفظ‌الصحه شد. قدما حفظ‌الصحه را مجموعه اقداماتی در جهت حفظ سلامت و ارائه درمان - در صورت بیماری - می‌دانستند. ژول کورمن (Corman Jule) که مقالاتش در ابتدای سده ۱۴ به فارسی ترجمه و منتشر می‌شد، حفظ‌الصحه را فنی می‌داند که زندگی را با تندرستی واقعی مقرون می‌کند و دو هدف دارد: - احتراز از بیماری؛ ۲- تهیه غایت نمو طبیعی جهت تن و جان (۲۰). بحث را با این گفته پولاک (Jakob Eduard Polak) آغاز می‌کنیم که ایرانیان تحصیلکرده و تربیت‌شده به سلامت خود توجه دائمی دارند و «سته ضروریه»، یعنی راحت و حرکت، خواب و بیداری، خوردن و نوشیدن و پوشاک در ذهن آنان رسوخ کرده است (۷)، اما این متن در مورد گروهی خاص سخن می‌گوید. عامه جامعه به ویژه روستاییان به مسائلی چون خوراک، پوشاک و مسکن بیشتر توجه می‌کردند و موضوع بهداشت، چون به مانند گرسنگی یا سرما علامت آنی نداشت، کم‌تر جدی گرفته می‌شد.

از آنجا که پرداختن به تمامی موضوعات مرتبط با بهداشت مانند حمام، دستشویی، شبکه فاضلاب، سلامت غذایی و دیگر موارد، بار این پژوهش را سنگین می‌کند، به مبحث حمام - که مسأله‌ای دوسویه در گسترش بهداشت و بیماری بوده است - پرداخته می‌شود. برای جامعه اغلب مسلمان ایرانی، پاکی بدن اهمیت بسیار داشت، اگرچه نباید پاکی و تمیزی را به یک معنا دانست. در آن میان پاکی اولویت داشت، یعنی حمام‌کردن در ایران دوره اسلامی برای به جا آوردن فریضه بود، نه جهت مقاصد بهداشتی (۲). بر همین اساس در منابع اسلامی، وجود حمام از معیارهای آبادانی شهر و روستا به شمار می‌آمد و نویسندگان مسلمان به تعداد و کیفیت حمام‌ها بسیار توجه نموده‌اند. برای مثال در سفرنامه کسانی چون «حاج علی‌خان اعتمادالسلطنه» و «میرزا داود وزیر وظایف» اشارات بسیاری به

سطحی خود را نوشته‌اند و از سوی دیگر به خاطر منافع دولت‌های متبوع خود حقیقت را پنهان نموده‌اند. در این باره گزارش‌های قحطی و بیماری ذکر می‌شود، اما راجع به نقش نیروهای خارجی و دولتمردان حاکم سخنی به میان نمی‌آید. با این تفاسیر از آنجا که صحبت پیرامون شخصیت و دلیل حضور هر کدام خارج از توان این مقاله است، تنها به مواردی از سخن ایشان استناد شد که سازگار با موازین علمی و عقلی بوده، توسط منابع دیگر هم تأیید شده باشد، در غیر این صورت یا از مطالب استفاده نشده و یا تناقض و ناسازگاری‌ها گفته شده است.

یافته‌ها

جامعه ایرانی تا دوره قاجار وضعیت بهداشتی مناسبی نداشت و واکسیناسیون ناتمام و تأسیس مجلس حفظ‌الصحه هم اوضاع را تغییر نداد. این دوره با آگاهی به اهمیت بهداشت، ورود پزشکان اروپایی، تأسیس دارالفنون و به تبع آن گسترش پزشکی نوین همراه بود، اما دامنه این اتفاقات به روستاها نرسید. در دوره مشروطه به اهمیت بهداشت بیشتر توجه شد، مقاله‌هایی که در روزنامه‌های این دوره - چون دانش و شکوفه - منتشر شده شاهدهی بر این ماجرا است. در ادامه و در آستانه سده چهاردهم نیز چاپ مقالاتی با موضوع بهداشت ادامه یافت، نقطه آغاز این جریان را احتمالاً باید مقاله حسن قلیخان با عنوان «حفظ‌الصحه عملی» دانست که در فروردین ۱۲۹۹ منتشر شد و می‌آورد: «در این عالم هیچ چیز شایسته‌تر و باارزش‌تر از مواظبت و محافظت سلامتی نیست... سلامتی بی‌نیازی است و هیچ مبحثی در دوره زندگانی مفیدتر از باب سلامتی قابل نوشتن نیست» (۸). به طور خلاصه می‌توان گفت اوضاع بهداشتی از دوره مشروطه به بعد روند رو به بهبودی یافت، هرچند زمان نیاز بود تا به سطح استاندارد برسد. اقدامات زیربنایی صورت‌گرفته در دوره پهلوی کمک کرد تا در اواخر این دوره شاهد سطحی قابل قبول از بهداشت روستایی باشیم.

مربوط به زندگی روستایی است و جامعه شهری و کوچ روان الگوهای متفاوتی داشتند.

ارائه نظری جامع در مورد نقش بهداشتی حمام کار آسانی نیست، به ویژه که داده‌های مستخرج از منابع هم اغلب ضد و نقیض‌اند. به اعتقاد پولاک حمام ایرانی بدن را به بهترین وجه تمیز می‌کرد و در رفع خستگی ناشی از زحمت زیاد و همچنین مداوای دردهای مفصلی و روماتیسمی مؤثر بود. هم‌اکنون در جای دیگر به کثیفی آب خزینه اشاره می‌کند (۷). در موردی دیگر برخی منابع معتقدند که ایرانیان دیربه دیر حمام می‌رفتند. حال آنکه دروویل (Gaspard Drouville) در بیانی پراغراق می‌آورد که ایرانی‌ها به علت موضوعات شرعی هر روز به حمام می‌رفتند (۱۲). از سویی وضعیت حمام در شهر و روستا متفاوت بود، جامعه کوچ رو هم اغلب از رودخانه و آب‌های جاری برای غسل و استحمام بهره می‌برد. در جمع‌بندی کلی می‌توان چنین گفت که حمام، به ویژه در نقاط روستایی، حداقل معیارهای بهداشتی را نداشت. جامعه روستایی به پاکی بیش از تمیزی و بهداشت اهمیت می‌داد. تعویض آب خزینه عموماً دیر هنگام صورت می‌گرفت و گاهی ضرورت پاکی شخص، سبب بیماری او می‌شد، البته باید توجه داشت که ضمن پذیرش آنچه گذشت، اغراق در وضعیت بهداشتی جامعه روستایی نادرست است و مطالبی که در مورد سطح پایین بهداشت ذکر می‌شود، بیشتر در قیاس با استانداردهای امروزی است.

۲- مسائل جامعه روستایی

هنگام پرداختن به موضوع بهداشت در تاریخ ایران باید به ماهیت متفاوت شهر و روستا توجه شود، زیرا وجود برخی مسائل باعث می‌شد تا شرایط بهداشت و درمان در این دو نقطه متفاوت باشد. از یک سو روستاها معمولاً محیط سالم‌تری داشتند و مردم روستایی نیز در برابر بیماری‌ها مقاوم‌تر بودند، همچنانکه مریت هاکس بر مقاومت بدن زنان روستایی در برابر بیماری تأکید می‌کند (۵). از سوی دیگر شهرها از امکاناتی چون حمام‌های باکیفیت، طبیب و دارو برخوردار بودند. به عبارتی «قدرت خارق‌العاده چشم‌گیر مقاومت روستاییان» (۳) در برابر سطح بسیار پایین و «تأثرانگیز» بهداشت مناطق

حمام در نقاط مختلف وجود دارد (۹-۱۰). برخی از حمام‌ها به حدی زیبا و باشکوه ساخته شده‌اند که شاهکاری در معماری و هنر محسوب می‌شوند، حمام کریم‌خان در شیراز از این نمونه‌ها است (۳۶).

غیر ایرانی‌هایی هم که درباره ایران مطلب نوشته‌اند، به اهمیت حمام نزد ایرانیان و به ویژه مسلمانان اشاره کرده‌اند. پولاک می‌نویسد: «حمام با زندگی دینی ایرانیان در ارتباط نزدیک است»، چراکه بر اساس تعالیم اسلام، فرد پس از مقاربت، عادت ماهانه و تماس با میت، می‌بایست غسل کند و البته صرف نظر از تمام این مقررات دینی، حمام برای انسان شرقی نیازی است غیر قابل اجتناب» (۷). دکتر ویلز هم در این باره می‌نویسد: «مردم ایران با پیروی از آیین مسلمانی اصولاً تمیزند و نسبت به نظافت بدن و لباس خود سعی زیادی به خرج می‌دهند. برخلاف اقلیت ارامنه ایران که توجه چندانی به نظافت خود ندارند و هرگز زودتر از ماهی یکبار به حمام نمی‌روند... مردم ایران به طور کلی توجه زیادی درباره سر و وضع و ظاهر خود به خرج می‌دهند و لباس تمیز و مرتبی می‌پوشند» (۴).

در جامعه ایران الگوی مشخصی برای استحمام وجود نداشت و معمولاً تحت تأثیر مکان سکونت، سن، جنسیت و البته شغل و جایگاه افراد تغییر می‌کرد. رعایت اصول بهداشتی در بین طبقات بالا بیشتر بود و طبق گزارش د-آلمانی (Henry Rene d'Allemagne) این گروه هر هفته به حمام رفته و پیراهن عوض می‌کردند. زنان خدمتکار نیز پیراهن آن‌ها را بدون استعمال صابون در آب جاری شستشو داده در آفتاب خشک می‌نمودند (۱۷). در جامعه روستایی میانگین دو مرتبه استحمام در ماه معقول می‌نماید. مظاهری نویسنده کتاب زندگی مسلمانان در قرون وسطی معتقد است که «بانوان معمولاً هر ۱۵ روز یک بار به حمام می‌رفتند» (۱۱). برای زنان میانگین دو مرتبه استحمام در ماه با توجه به عادت ماهانه و رابطه جنسی معمول، ناگزیر می‌نماید. کودکان با توجه به فعالیت کاری کم و بی‌نیازی از غسل، کم‌تر از بزرگسالان به حمام می‌رفتند. ناگفته نماند که این شرایط

می‌نویسد: «اگرچه این قضیه یک تهدید و سیاست آسمانی بود لیکن، ما باز می‌توانیم بگوییم از نداشتن حفظ‌الصحه و کثافت آب‌ها است. هر دولتی اول وظیفه‌اش تنظیف کوچه‌ها، آب‌ها و آسایش مردم است... در تمام سال در ایران خصوصاً تهران امراض مسری تلف‌کننده بسیار است و به واسطه عدم نظافت است. کوچه‌ها تمام کثیف، در زمستان گل و کثافت، در تابستان گرد و خاک. آب‌ها تمام روی باز و هر چه کثافت در خانه‌ها هست، در آن‌ها شسته شده و این آب در شهر گردش کرده، مردم می‌خورند و به انواع اقسام امراض همیشه مبتلا می‌شوند» (۱۵).

البته سخن‌گفتن از ناآگاهی جامعه کار آسانی نیست، اگر تعریف مشخصی از آن نداشته باشیم و دلایلش را ندانیم. با این حال، تا آنجا که به جامعه روستایی مربوط می‌شود، استفاده از این مفهوم به راحتی صورت گرفته و بسیاری از منابع درباره ناآگاهی و نادانی روستاییان نسبت به مسائل بهداشتی سخن گفته‌اند. این دیدگاه تا حدی درست است، چراکه مشکلات معیشتی و شرایط سخت زندگی باعث می‌شد تا جامعه درگیر فقر باشد و عرصه برای آموزش و آگاهی تنگ گردد. در سفرنامه‌ها نیز به موضوع ناآگاهی اشاره شده است که در ادامه شواهدی ذکر می‌گردد. کلنل بیت (Charles Edward Yate) ضمن گزارش رفتار روستاییان در غسل جنازه‌های و بازده در رودخانه، چنین می‌نویسد: «ایران نیز از نظر بهداشت همانند هندوستان است. هیچ جایی در شرق نیست که در آن به این مسأله توجه شود و یا احتیاط‌های لازم به عمل آید» (۱۶). در کتاب «سفرنامه از خراسان تا بختیاری» هم می‌خوانیم: «ایرانیان اعتنایی به دستورهای بهداشتی ندارند، در دهکده می‌دیدیم که برای اجتناب از گرما تخته چوبی روی نهری که از منزلشان عبور می‌کرد، انداخته و روی آن نشسته یا خوابیده بودند و مگس‌ها و پشه‌های زیادی که حامل تب و امراض مسریه هستند، به آن‌ها هجوم آورده و متصل به آن‌ها نیش می‌زدند.» د-آلمانی (Henry Rene d Allemande) درباره عشایر کوچ رو هم می‌نویسد: «به طور کلی افراد قبایل با دستورهای بهداشتی آشنایی ندارند و با این‌که در پاره‌ای از شهرهای ایران کارخانه‌های صابون‌سازی زیادی دایر است، در

روستایی (۱۳) قرار می‌گرفت. همچنین مسائل دیگری مانند ساختار کالبدی و نقشه روستا، سطح بهداشت جامعه روستایی را تحت تأثیر قرار می‌داد. در بسیاری از مناطق روستایی دسترسی به آب آشامیدنی سالم میسر نبود، شبکه دفع فضلاب مناسب وجود نداشت و فضولات در مسیر عبور خود از آبریزهای روباز، با آب آشامیدنی و شستشو مخلوط می‌شد یا از طریق حشرات و حیوانات سبب شیوع بیماری‌های عفونی می‌شد. دام‌ها معمولاً در نزدیکی محل سکونت خانواده نگهداری می‌شدند و شرایط نگهداری‌شان عمدتاً بهداشتی نبود. لاشه حیوانات مرده را در نزدیکی روستا می‌انداختند. وجود حشراتی چون مگس، شپش، پشه، کک و خزندگان ریز هم باعث انتقال آلودگی از فضولات و دام به انسان می‌شد. موضوع دیگر غسل و دفن اموات بود که در داخل روستا یا نزدیکی آن صورت می‌گرفت و باعث شیوع یا گسترش بیماری‌ها می‌گردید (۱۴).

تا جایی که به جامعه ایرانی، به ویژه روستاییان مربوط می‌شد، علاوه بر موارد مذکور، سه مسأله سطح پایین بهداشت را تشدید می‌کرد. مسائلی که از یکسو سطح پایین بهداشت را سبب شده‌اند، اما از سوی دیگر مستقیماً و تا حد بسیاری تحت تأثیر دو عامل دیگر هستند؛ یکی بی‌ثباتی و بی‌کفایتی در مرکز و دیگری گسترش دامنه جنگ‌های جهانی به ایران، البته از آنجا که پرداختن به این مسائل باعث دور شدن از مسأله اصلی می‌گردد، به آن پرداخته نمی‌شود، مراجعه به کتاب قحطی بزرگ (۳۱) برای درک اهمیت موضوع پیشنهاد می‌شود، اما در مورد سه مورد بیان شده: نخست نبود آگاهی در پیشگیری، سپس فقر گسترده و در آخر کاربست خرافه و سنت‌های نادرست در درمان. آنچه در آن میان شرایط را بدتر می‌کرد، درک‌نشدن رابطه بین بهداشت فردی و سلامت بود. بر این اساس شرایط سخت زندگی و مشکلات معیشتی باعث بی‌توجهی جامعه به رعایت اصول بهداشتی می‌شد و فقر و بی‌سوادی درمان را به سوی باورهای خرافی سوق می‌داد. در ادامه به سه موضوع مطرح‌شده می‌پردازیم.

۱-۲- ناآگاهی: تاج‌السلطنه دختر ناصرالدین‌شاه که زنی

تحصیل‌کرده بود، درباره شیوع بیماری در کشور چنین

را می‌فروخت و خود را به قرض می‌انداخت تا بیمار - مخصوصاً اگر نان‌آور خانواده بود - نجات یابد.

روستاییان به دلیل فقر، تغذیه مناسبی نداشتند و در نتیجه «در معرض تهدید انواع امراض و خصوصاً سل» قرار می‌گرفتند (۲۱). فلور در اظهار نظری عجیب می‌نویسد: «بسیاری از روستاییان تنها یک دست لباس داشتند و آن را تنها یک‌بار در سال می‌شستند، آن‌هم با آب سرد و صابون بسیار چسبناکی با منشأ گیاهی» (۳). صابون در مناطق روستایی بسیار کمیاب بود و جامعه روستایی به شستشوی لباس اهمیت نمی‌داد، اما شستن لباس تنها یک بار در سال هم چندان معقول به نظر نمی‌رسد. در اواخر سده ۱۹ و اوایل سده ۲۰ میلادی [ربع آخر سده ۱۳ ش.]. فقر بخشی از جامعه روستایی را ناچار به مهاجرت می‌کرد، چنانکه مردمان شمال غرب به قفقاز و اهالی شمال شرق به ترکمنستان مهاجرت می‌کردند، جنوبی‌ها هم به کار در بندرها مشغول شدند. سطح بهداشت در بین این مهاجران بسیار پایین بود، آن‌گونه که کارگران نفتی در باکو از فقر و کثافت و کارگران بندرهای جنوبی از گرمای بسیار جان می‌سپردند (۳، ۲۲).

۲-۲- خرافه باوری: در نگاه غربی، شرق سرزمین اسرارآمیز هزار و یک شب است که افسانه‌پردازی و خرافه‌باوری از شاخصه‌های اصلی آن به حساب می‌آید. اغلب سفرنامه نویسان و مستشرقان - و از آن جمله شاردن، گوینو، دلاواله، رافائل دومان، تانکوانی، دروویل، سرنا، فریزر و د-آلمانی - از خرافه‌پرستی ایرانیان سخن گفته‌اند (۱۸، ۲۳-۲۴). جهل و خرافه در ایران ریشه‌های متعددی داشته و خاص روستا یا شهر نبوده است. در آن میان برداشت نادرست از آموزه‌های دینی همواره در گسترش خرافات مؤثر بوده‌اند، چنانکه آیین‌های زروانی، زردشتی و اسلام هر کدام محملی برای گسترش خرافات فراهم آورده‌اند. علاوه بر خرافه، تقدیرگرایی ناشی از دین دیگر مسأله‌ای بود که جامعه را به جای چاره‌اندیشی، وادار به تسلیم می‌کرد، آن‌گونه که در گزارش د-آلمانی هم می‌خوانیم: «در میان این جمعیت، کودکان نوزاد نیمه‌عریانی نیز دیده می‌شوند که وسایل بهداشت ابتدایی هم برای آنان فراهم نشده است. این موجودات کوچک از کودکی

دهکده‌های بختیاری صابون وارد نمی‌شود و مصرفی ندارد» (۱۷). فوربت - لیث هم ضمن اشاره به بی‌خبری روستاییان از اصول ابتدایی بهداشت، اوضاع زندگی آن‌ها را غیر قابل باور توصیف می‌کند (۱).

بی‌توجهی به اصول اولیه بهداشتی میزان مرگ و میر، به ویژه در بین کودکان، را بالا می‌برد. از سویی برای بخشی از مشکلات چاره‌ای نبود، چنانکه وجود دام و به تبع آن حشرات در خانه می‌توانست عامل بیماری باشد، ولی با توجه به شرایط زندگی دامداری از آن گریزی نبود، اما در سوی دیگر برخی مسائل ریشه در بی‌توجهی داشت. چنانکه از سفرنامه‌ها برمی‌آید مرگ کودکان به دلیل پوشیدن لباسی که آنان را از سرما در امان نگاه نمی‌داشت (۱۸) و یا شستشوی آنان در جوی آب یخ اموری معمول بودند^۱ (۶). نتیجه آنکه مرگ و میر کودکان روستایی در ایران دوره قاجاریه و پهلوی را بیش از ۵۰٪ و حتی تا ۸۰٪ گزارش کرده‌اند و بخش بزرگی از این تلفات به خاطر عدم رعایت نکاتی - از نگاه امروزی - ساده و پیش‌پافتاده بوده است (۳، ۵). با افزایش آگاهی اجتماعی و پزشکی جهان در قرن نوزدهم میلادی، مرگ و میر کودکان واقعیت جغرافیایی به مسأله اجتماعی تغییر یافت (۱۹). در ایران این اتفاق در دوره رضاشاهی رخ داد، زمانی که بهداشت کودکان با تعریف «صیانت آن‌ها از بیماری‌های مسریه و ملاست و بدقیافگی استخوان‌ها و تحصیل رشد طبیعی و متعادل جهت» مطرح شد. جالب این‌که این تعریف علاوه بر سلامت به «تنومندی» کودکان نیز توجه داشت^۲ (۲۰).

۲-۲- فقر: مسأله مهم دیگر فقر جامعه روستایی بود، یعنی فقر مالی و نبود امکانات اولیه. در اغلب روستاها پزشک، دارو، حمام و مدرسه وجود نداشت، یا اگر وجود داشت محدود و ابتدایی بود (۲۱). فوربت لیث که در ابتدای سده چهاردهم در ایران بود ذکر می‌کند که در کل منطقه همدان فقط یک پزشک وجود داشته است (۱). از سویی، با توجه به بالابودن دستمزد طبیبان، فقر مانع مهمی در مراجعه به طبیب محسوب می‌شد. در دوره قاجار پزشکان روستایی ۳ تا ۴ قران برای هر مشاوره دریافت می‌کردند (۳). با این شرایط در صورت بیماری فرد فقیر، خانواده او می‌بایست تمام دارایی‌اش

به رمل، فال و تعبیر خواب بود. گاهی هم اتفاق می افتاد که بخواهند فرد چشم شور را مداوا کنند، چنانکه روستاییانی در کردستان از میسیونرهای بریتانیایی چنین درخواستی کردند. آن‌ها معتقد بودند که فرد مذکور اگر «به کوزه شیر نگاه کند، واژگون می شود، اگر به یک گوسفند بنگرد، گرگ آن را می درد، کافی است که به کودکی نگاه کند تا کودک در آتش بغلند»، البته روستاییان این امر را از بخت بد آن مرد می دانستند، نه از گناه او (۳).

ماجرای خرافه باوری معمولاً به همین جا پایان نمی گرفت و هنگام ابتلای فرد به بیماری، خانه او پر می شد از دوستان و همسایگان کنجکاو که انواع داروهای گیاهی و طلسم‌ها را برای دفع بیماری تجویز می کردند و از آنجا که مواردی چون طلسم و چشم زخم را عامل بیماری می دانستند، برای درمان نیز به نذر، دخیل و فالگیر و طالع بین متوسل می شدند (۴، ۶)، د- آلمانی به موارد بالا، اظهار تأسف، گریه و ناله را هم اضافه می کند (۱۷)، چنانچه اوضاع بیمار وخیم می شد، خانواده فرد روی بام خانه آتش روشن می کردند تا به همسایگان اطلاع دهند که برای او به درگاه خداوند دعا کنند (۲۵).

۴-۲- طبیب و طبابت

علم پزشکی در ایران ریشه‌های کهن دارد و وجود پزشکانی چون برزویه در دوره باستان و ابن سینا در نخستین سده‌های دوره اسلامی می تواند شاهدی مناسب بر این ادعا باشد. دانش پزشکی در ادامه چندان پیشرفتی نکرد و زوال کلی جامعه به همراه پیشروی خرافات شرایط را تا حدی بدتر هم کرد. این جریان تا دوره قاجار ادامه یافت. در این دوره با ورود دانش پزشکی نوین، تغییراتی در مسیر بهداشت و درمان رخ داد. عباس میرزا ولیعهد در جریان اصلاحات خود به بهداشت و از جمله مسأله واکسیناسیون^۳ توجه کرد، اگرچه زمان به او اجازه نداد که برنامه‌هایش را پیگیری کند. در سال ۱۲۹۶ قمری ناصرالدین شاه فرمان تشکیل مجلس حفظ‌الصحه را صادر کرد تا به مقابله با بیماری‌های واگیر و عفونی، ساخت قرنطینه، آبله‌کوبی، بررسی میزان تولد و مرگ و نیز بررسی وضع سلامت در کشور پردازد (۲۸). در این زمان اندک تحولات موجود متوجه شهرها بود و در اکثر مناطق روستایی

رنج می کشند و به چشم درد و امراض دیگر مبتلا می گردند و چون والدین آن‌ها معتقد به قضا و قدر و نصیب و قسمت هستند، درصدد معالجه آن‌ها بر نمی آیند و می گویند هرچه مقدر شده همان خواهد شد و سرنوشت کسی را نمی توان تغییر داد» (۱۷).

پولاک نیز در این باره می نویسد: «انسان ایرانی که سخت به سرنوشت محتوم و تقدیر خود ایمان دارد، به هیچ تدبیری برای مقابله با این بلاها دست نمی زند... توده عظیم بینوایان... بی هیچ دفاعی طعمه بیماری‌ها می شوند» (۷). د-آلمانی آورده که ایرانیان حتی استفاده از دارو را منوط به استخاره می کردند و اگر ملا نبود دارو نمی خوردند (۱۷). اعتقادات خرافی گاهی بیش از حد تصور جاهلانه بود، آن گونه که تاورنیه (Tavernier) (Jean-Baptiste) گزارش می دهد: «اغلب زنانی که عقیم اند، آنچه را هنگام ختنه از آلت کودکان بریده شده می بلعند و گمان می کنند که این می تواند زهدان آن‌ها را باز کند» (۲۵). برخی نیز گذشتن از زیر جسد مرده یا پریدن از آبریز فاضلاب حمام مردانه را در درمان ناباروری مؤثر می دانستند (۲۶)، مردم روستایی در اطراف اصفهان هم نشستن بر سنگ مقبره‌ای را در درمان نازائی مؤثر می دانستند (۵).

روستاییان ایرانی به جن و پری هم اعتقاد داشتند و آن‌ها را دخیل در زندگی خود می دانستند (۵). در مواردی ناهنجاری‌ها و اختلالات فیزیکی نیز به عنوان نشانه جن‌زدگی و یا پلیدشدن فرد - در نتیجه تماس با شیطان - پنداشته می شد. برای مثال هیوم گریفیث (Hume Griffith) داستان پسریچه دوازده ساله لبشکری را نقل می کند که از یک روستای دورافتاده جهت درمان نزد او آورده بودند. با توجه به اعتقاد ایرانیان که لبشکری اثری از پای شیطان است، پسریچه در روستای خود با عنوان «شیطان کوچک» معروف شده بود. کودک پس از درمان موفق، شادمانه بانگ می زد «من دیگر شیطان کوچک نیستم» (۲۷).

مورد دیگر اعتقاد به چشم نحس یا شور بود و روستاییان جهت پیشگیری، جمجمه انواع حیوانات اهلی را بر سر چوبی قرار می دادند و بر روی دیوار خانه‌شان نصب می کردند تا مانع چشم زخم شود (۶). راه کارهای دیگر در برابر چشم زخم توسل

تلاش برای بهبود منابع آب روستا، آگاهی بخشی زنان در مورد کنترل موالید، دفع مناسب زباله‌های انسانی و جداسازی حیوانات از محل زندگی از جمله وظایف این سپاهیان بود.

ایجاد سپاه بهداشت، اگرچه شرایط را تا حد زیادی بهبود بخشید، اما با این وجود حدود یک دهه بعد، یعنی در سال ۱۹۷۴ م. / ۱۳۵۳ ش. به ازای هر ۳/۶۷۰ نفر یک پزشک وجود داشت و بیش از ۴۵٪ این پزشکان در تهران به سر می‌بردند (۲۹). در بسیاری از مناطق روستایی کشور مراقبت پزشکی وجود نداشت و دلاک روستایی به مانند ملا و کدخدا صاحب قدرت بسیار بود. فاصله تا نزدیک‌ترین مرکز پزشکی معمولاً زیاد بود، در حالی که زیرساختی برای حمل و نقل وجود نداشت. دورافتادگی و پراکندگی روستاها از یکسو موجب می‌شد تا اطلاعات جدید به آن مناطق نرسد و از سوی دیگر روستاییان را ناچار می‌ساخت تا برای درمان به شهرها بروند و حرکت طولانی‌مدت در مسیر با امکانات آن زمان، اغلب بیماری را تشدید می‌کرد. هدف از طرح سپاه بهداشت پایان دادن به مشکلات و استیلای طبیب آموزش‌ندیده محلی، قابل و شکسته‌بند بر نهاد سلامت روستا بود (۲۹).

۳- بیماری

۳-۱- شیوع بیماری: بیماری می‌توانست تحت تأثیر عوامل مختلف طبیعی و انسانی پدید آید، ولی در هر صورت هم آغاز بیماری و هم شیوع آن در دسرساز بود. آب از جمله عوامل تأثیرگذار در هر دو بخش محسوب می‌شد، به ویژه که تا پیش از دوره پهلوی دوم دانش در مورد بهداشت آن بسیار اندک بود (۱۴). این موضوع را در دو بخش آب آشامیدنی و بهداشتی می‌توان مشاهده کرد. در مورد بخش نخست چنانچه از منابع برمی‌آید، منابع آب آشامیدنی - از چاه، چشمه، قنات و رود - در بسیاری از موارد آلوده بودند، چراکه با زباله و دیگر پسماندها آلوده شده و مملو از حشرات بود. مسأله بهداشت آب خاص دوره قاجار نبود، شاردن آب آشامیدنی و از جمله آلودگی و کمبود آن را دلیل نبود بهداشت عمومی در دوره صفویه می‌دانست (۳۰). ویلز هم در این باره می‌نویسد: «بیشتر ایرانی‌ها اهمیت چندانی به آب آشامیدنی خود نمی‌دهند... از طرفی چاه‌های توالی اکثر قریب به اتفاق خانه‌ها درست در خارج از

طیب وجود نداشت، دلاک مشاور ارشد روستا و درویشان دوره‌گرد، دکانویس‌ها دیگر همکاران او بودند. پرستار و یا پزشکیار هم نه در مناطق روستایی، که به طور کلی در ایران کم دیده می‌شد (۱۷).

فلور که به صورت جدی در مورد سلامت ایرانیان در دوره قاجاریه تحقیق کرده است، طبابت این دوره را «آمیزه‌ای از طب عامیانه ایران پیش از اسلام، مفاهیم جالینوسی در مورد اخلاط و مزاج‌ها، و نیز طاق‌واره‌ای از اصل علیت ملکوت و ماوراءالطبیعه که با طب النبوی نمود می‌یافت»، می‌داند (۳). در میانه این دوره با گسترش دانش پزشکی جدید در جهان، سطح بهداشت و به تبع آن امید به زندگی در ایران افزایش یافت و علل مشخص مرگ و میر تا حد زیادی از بین رفت. در آستانه سده چهاردهم خورشیدی نگاه حکومت به جریان بهداشت تغییر کرد، نخستین فعالیت دولتی در این زمینه از دهه نخست سده ۱۳ شمسی و با بنیانگذاری انستیتو پاستور شکل گرفت. در ادامه نیز چندین مرکز خدمات درمانی برای مستمندان راه‌اندازی شد (۲). این موج آگاهی که از حدود سال ۱۳۰۰ به صورت پراکنده آغاز شده بود، با رسیدن به دهه ۲۰ جنبه تخصصی‌تر به خود گرفت و برخی روزنامه‌ها تلاش کردند تا با درج مقالاتی آگاهی جامعه را نسبت به بهداشت و بیماری‌های افزایش دهند، البته در این دوره فعالیت‌ها هنوز محدود به شهرها بود و روستاییان و ایلات بی‌بهره از دانش جدید، با مشکلات دست‌وپنجه نرم می‌کردند.

در نخستین سال‌های پس از جنگ جهانی اول حکومت در جریان استقرار مرکزیت کوشید تا نظام تازه سازمانی خود را در مناطق دور دست گسترش دهد. در این جریان مأموران بهداشتی برای ریشه‌کنی مالاریا، آبله‌کوبی و واکسیناسیون دام‌ها روانه روستاها شدند (۲۱). در حدود سال ۱۳۰۵ دولت با توجه به کمبود پزشک «صلاحیت‌دار» برنامه‌ای را اجرا کرد که طی آن افرادی که ده سال در امور درمانی فعالیت کرده بودند، به شرط گذراندن آزمونی، عنوان «طیب مجاز» و اجازه طبابت را دریافت می‌کردند (۵)، اما نقطه‌ی عطف تصویب اصل هفتم انقلاب سفید بود که طی آن سپاه بهداشت در سال ۱۳۴۲ با هدف تعمیم خدمات بهداشتی و درمانی تأسیس شد.

همراه بود. گاهی هم زنان کمبضاعت طبقه پایین لباس چرک خودشان را در این خزینه‌ها می‌شستند (۴، ۷، ۱۳). با توجه به سنت اصلاح موهای زائد، ورود دارو و مو در خزینه هم امری معمول بود (۱۷). مشترک بودن حمام برای زنان و مردان اوضاع را بدتر می‌کرد و حتی امکان داشت علاوه بر بیماری مشکلات دیگری را هم موجب شود، گویا بعضی از زنان بی‌آنکه هرگز تن به بی‌عفتی داده باشند، در این حمام‌ها باردار می‌شدند (۵، ۲۶).

در تعویض دیر هنگام آب خزینه^۴ جای تردید نیست، چراکه اغلب منابع به آن اشاره نموده‌اند. برای مثال موسوی اصفهانی نویسنده سفرنامه مشهد، مکه و عتبات در کتابش از پیش‌فرضش در مورد کثیفی آب حمام و شگفتی از پاکی آن می‌نویسد (۳۲). فوربث - لیث از اقدام و اصرار خود برای تعویض هفتگی آب یک حمام روستایی سخن می‌گوید که روستاییان این رفتار را هدر دادن آب می‌دانستند، او ادعا می‌کند که طی بررسی‌هایش متوجه شده آب خزینه فقط سه بار در سال تعویض می‌گردد (۱)، اگرچه آکیو کازاما هم این نکته را تأیید می‌کند که در ایران معمول است که به علت کم‌آبی در مصرف آب صرفه‌جویی بسیار کنند (۴۵)، اما نباید در این مورد هم اغراق کرد، به ویژه که نظرات متفاوت نیز وجود دارد. د - آلمانی علی‌رغم اشاره به کثیفی آب خزینه، نوشته که آب را «فقط در فاصله هشت تا ده روز» تعویض می‌کردند و در طول این مدت کف صابون و مواد کثیف آن را می‌گرفتند (۱۷)، این کار با گرداندن یک شاخه گون در سطح آب انجام می‌گرفت. انتقال آب و گرم کردن آن تعویض آب را کاری پردردسر می‌ساخت، در مناطق سردی چون بوبین میان‌دشت که آب‌های سطحی در زمستان یخ می‌زد، داخل حمام چاهی برای دسترسی به آب حفر می‌شد. مشکل دسترسی به آب در مناطق خشک و کویری بیشتر بود.

برخی از سنت‌ها عامل مؤثر دیگر در شیوع بیماری‌ها بودند، چنانکه بازگشت حجاج و زوار، عید قربان و کشتار بی‌برنامه و غیر بهداشتی مرسوم، و حمل جنازه به اماکن مقدسه باعث پیدایش و شیوع بیماری می‌شد. گاهی جنازه‌ها هزاران کیلومتر حمل می‌شدند تا در نقطه‌ای خاص دفن شوند، البته

چهاردیواری خانه مقابل در ورودی منزل قرار دارد که فاضلاب مستراح هر منزل به وسیله راه باریک یا کانالی سرپوشیده به داخل این چاه‌ها می‌ریزد. چاه‌هایی که اغلب عمق چندانی ندارند و هر چند ماه یک بار پر می‌شوند... فاصله چاه مستراح با چاه آب هم چندان نیست و احتمال نفوذ از چاه توالت به چاه آب به طور یقین و صددرصد است» (۴). نیاز به یادآوری است منابع در این بخش نیز اغراق کرده‌اند، چنانکه معتقدند آب آشامیدنی در اغلب روستاها ناسالم بوده است. با توجه به وجود چشمه و قنات در بخش‌های غربی و شمالی کشور، این موضوع حداقل در مورد روستاهای این مناطق نمی‌تواند درست باشد.

در بخش دوم، از آب به عنوان عاملی برای بهداشت استفاده می‌شد، حال آن که خود در مواردی موجب گسترش آلودگی و بیماری می‌گردید. شستشوی روزانه منحصر به وضوگرفتن در موقع ادای نماز بود و با «چند قطره آب» صورت می‌گرفت (۱۷). تأکید بر برداشت اشتباه از شرع اسلام که آب روان یا آب کر را پاک می‌دانست نیز باعث می‌شد تا بیشتر ایرانیان پاکی را برابر تمیزی در نظر گیرند و به سلامت آب توجه نکنند (۳، ۲۵). نهرها عامل دیگر انتقال بیماری‌ها بودند، چنانکه در یک نهر به فاصله چند زرع مرده غسل می‌دادند، رخت می‌شستند، اسب پاکیزه می‌کردند، وضو می‌گرفتند و آب می‌خوردند (۱۴، ۱۶). بسیاری از روستاها در ایران غسل‌خانه نداشتند و برای غسل اموات چاره جز استفاده از آب نهرها نبود، این آب در ادامه به مصارف مختلف می‌رسید (۳۱).

مهم‌ترین مسأله در ارتباط با بهداشت آب، به حمام یا همان خزینه اختصاص داشت. به طور کلی حمام‌های عمومی علی‌رغم نقشی که در پاکیزگی داشتند، مکان سرایت انواع بیماری‌ها هم بودند (۳، ۱۴). نخست این که کیفیت آب ورودی در بسیاری از مناطق بد و همراه با گل و لای و آلودگی بود و زمان نیاز داشت تا این مواد ته‌نشین شوند. در ادامه صدها نفر برای مدت‌ها در این آب شستشو می‌کردند - آن هم پس از قاعدگی، رابطه جنسی یا فعالیت بدنی سخت چون کار خرمن و شخم زمین که همیشه با میزان بالایی از گرد و غبار و عرق

بیماری، تنها ناخوشی و خطر آن را درک می‌کرد. شاهد سخن داستان زنانی است که گمان کرده بودند ماری در شکم دارند (۱،۴). جامعه ایرانی حتی برای مرگ، دلایل و واژگانی محدود و تکراری چون دق کردن، زهره‌ترکیدن و جن‌زده شدن داشت با توجه به ضعف بهداشت، بیماری امری معمول بود و گونه‌های متعدد آن ممکن بود رخ دهد. در این میان دو نکته شایسته بیان است، نخست این‌که برخی بیماری‌ها رواج بیشتری داشتند و دیگر این‌که به دلیل عوامل محیطی برخی موارد ممکن بود در منطقه‌ای بیشتر شایع باشد، چنانکه مناطق شمالی کشور به دلیل شرجی‌بودن هوا و وجود حشرات، مستعد بیماری‌هایی متفاوت با مناطق کویری یا کوهستانی بود، و یا سرماخوردگی - که برای نوزادان و کودکان مرگبار بود - بیشتر در مناطق سرد کوهستانی رخ می‌داد. بیماری‌های اصلی در ایران را می‌توان چنین فهرست کرد: مالاریا، وبا، طاعون، تیفوس، سیاه‌زخم، سل، آنفولانزا، تب راجعه، لیشمانیوز، جذام، سیاه‌سرفه، آبله، روماتیسم، دل‌درد، سرخک، مخملک، دیفتری، حصبه و نیز بیماری‌های چشمی، روده‌ای، مقاربتی، پوستی، گال و بیماری‌های قارچی، بیماری‌های زنان و بیماری‌های روانی (۳، ۳۵).

فهرست کاملی از بیماری‌های شایع در ایران را در شعر «فی‌الحکمه والامثال و مثالب شعراء المدعیین و مئمة الاطباء والمنجمین» حکیم سنایی به زیباترین شکل و با اندک توضیحاتی می‌توان یافت. به فهرست بیماری‌ها مسأله نیش‌خوردن از خزندگان و حشرات را هم می‌توان افزود. نکته قابل ذکر این‌که برخی بیماری‌ها شیوع کم‌تری داشت، چنانکه تاورنیه می‌آورد: «ایرانیان از نفرس، سنگ کلیه و مئانه خبر ندارند، جز ارمنیان که مبتلا به این بیماری می‌شوند» (۲۵).

به طور کلی اوضاع بهداشتی در ایران دوره قاجار چندان مناسب نبود و بیماری به گستردگی رایج بود. برخی بیماری‌ها چون سیاه‌زخم عموماً در روستاها روی می‌داد (۳). آبله و تیفوس دیگر بیماری‌هایی بودند که جامعه روستایی از آن‌ها رنج می‌برد، البته اما به گزارش تاورنیه کودکان کم‌تر به آبله دچار می‌شدند (۲۵). مالاریا و تراخم در مناطق شمالی، مرکزی و جنوبی ایران بسیار بود (۳۶). آنفولانزا در سال ۱۹۱۸

انتقال جنازه بلافاصله پس از مرگ صورت نمی‌گرفت، به ویژه اگر قرار بود به بیرون از ایران منتقل گردد. حکومت عثمانی تنها به اجساد اجازة انتقال می‌داد که سه سال از وفاتشان گذشته و جسد کاملاً خشک شده باشد. انتقال نعش کار آسانی نبود و همیشه محترمانه صورت نمی‌گرفت، گاهی وراثت جنازه را به قاطرچی می‌سپردند و او آن را مانند کالای تجاری روی قاطر حمل می‌کرد. در ضمن دولت عثمانی برای اجازة ورود به ازای هر جنازه نیم لیره ترک و دولت ایران ۵ قران جهت مخارج مریضخانه‌ای که در کرمانشاه برای معالجه زوار مریض بنا کرده بود، می‌گرفت (۱۷).

۲-۳- انواع و اشکال بیماری‌ها: مسأله بیماری به ویژه

از نوع واگیر، برای سده‌ها کابوس شوم جهانی بود و جریان حیات آدمی را از بین می‌برد، اگرچه به طور کلی اوضاع بهداشت در روستاها وخیم‌تر از شهرها و به طور کلی میزان باروری و مرگ و میر هر دو در مناطق روستایی بالاتر از نقاط شهری بود (۴۹)، اما در مقابل بیماری هر دو به یک اندازه آسیب‌پذیر بودند و حتی گاهی مرگ و میر در شهرها بیشتر قربانی می‌گرفت (۳۳). گذشته از ماجرای شهر و روستا، جایگاه طبقاتی نیز در سلامت افراد تأثیر داشت و طبقات مرفه بسیار کم‌تر بیمار می‌شدند (۲۵). در مقابل کودکان آسیب‌پذیرترین قشر در برابر بیماری‌ها بودند، ولی مرگ مختص کودکان نبود و نرخ بالای مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر - که اغلب از شرایط محیطی ناشی می‌شد - افراد در تمامی سنین را در برمی‌گرفت. به طور کلی جامعه روستایی به سبب ناآگاهی و سطح پایین بهداشت اوضاع مناسبی نداشت و گاهی ورود موجی از بیماری‌های واگیر، چون وبا، فاجعه به بار می‌آورد. این نکته که در سال‌های ۱۸۷۰ و ۱۸۷۱ م. / ۱۲۸۶ و ۱۲۸۷ ق. بیش از یک و نیم میلیون نفر در روستاها و شهرهای ایران بر اثر وبا جان باختند، عمق فاجعه را نشان می‌دهد (۳۴).

با گذر زمان آگاهی نسبت به بیماری بیشتر شد و امروزه بیماری - نه چون گذشته به شکل موضوعی کلی - بلکه با اسامی خاص و علائم جزئی شناخته می‌شود. بر این اساس فرد بیمار می‌داند منشأ بیماری چیست و چه اتفاقی در بدن او می‌افتد، در حالی که برای سده‌ها جامعه روستایی از جریان

بیماری‌های چشمی، به ویژه در بین کودکان روستایی، امری معمول بود. فوریت - لیث از کودکانی با وضعیت چشمی بسیار اسفناک سخن می‌گوید که چشمان‌شان با چرک و جرب پوشیده شده بود و از تمامی انواع بیماری‌های ارثی در رنج بودند (۳). طب عامیانه در این بخش نیز بار اصلی درمان را بر دوش داشت، برای مثال جهت درمان چشم‌درد کودکان، خیره‌شدن به زغال مو (درخت انگور)، یا گذاشتن پوست گرم حیوانات توصیه می‌شد. در صورتی هم که سنگ‌ریزه با شی‌ایی کوچک در چشم می‌رفت، با «زبان‌گرداندن» در چشم آن را خارج می‌کردند. شستن چشم‌های قی‌گرفته نوزادان و کودکان با چای در دوره پهلوی دوم مرسوم شد. در بخش بیماری‌های دهان، خرابی دندان‌ها پیش از میان‌سالی و از بین‌رفتن آن‌ها پس از آن باعث هضم نامناسب و مشکل سوء هاضمه می‌شد (۵).

۴- درمان

در جامعه روستایی ایران تا پیش از ورود سپاه بهداشت سه شیوه کلی درمان وجود داشت، نخست طب ایرانی؛ دوم درمان با راه‌کارهای طبیعی؛ سوم روی‌نهادن به باورها و خرافات. بخش نخست را پزشکانی چون ابن‌سینا قوت بخشیده بودند و ساختار علمی مشخصی داشت، چنانکه مصطفوی معتقد است: «طب سنتی ایران طب حکیم علفی‌های بی‌سواد و عقاید پیرزن‌های عوام و همچنین طبابت عطرها و دهاتی‌ها نیست» (۴۰). در بخش دوم بر اساس این عقیده که درد عامل طبیعی دارد، درمان را نیز در عوامل طبیعی می‌جستند. اعتقاد به این بخش باعث می‌شد تا داروهای گیاهی و طبیعی بسیار پرطرفدار باشند و عطاری‌ها نقش داروخانه‌های امروزی را ایفا کنند. گاهی نیز با ساده‌سازی، عامل تشابه را به کار می‌بردند، به طوری که گردو برای مغز و بادام برای چشم مفید تلقی می‌شد. در هر خانواده، افرادی بودند که گیاهان دارویی مناسب برای مداوای بیماری‌های معمولی و جزئی را می‌شناختند. برای داروهای گیاهی معمولاً کارکرد پیشگیرانه هم در نظر گرفته می‌شد، به مانند این عقیده که مصرف روزانه دارچین سلامت فرد را تضمین می‌کند. در این دیدگاه، پرهیز را مؤثرترین دارو می‌دانستند و به هنگام بیماری خوردن

م. / ۱۳۳۶ ق. در ایران خودنمایی کرد و گویا پیش از آن وجود نداشت (۳). کچلی - با توجه به مشکلات پوستی و تراشیدن بسیار موی سر - بسیار شایع بود (۲۵).

وبا را می‌توان از مرگبارترین بیماری‌ها در تاریخ معاصر ایران دانست. بیماری وبا مختص به ایران نبود، اما در کشورهای توسعه‌نیافته بیشتر قربانی می‌گرفت و زمانی که در کشورهای اروپایی شناخته شد و با آن به مقابله برخاستند، هنوز در ایران قاتلی فعال بود. در دوره قاجار چندین وبای سراسری رخ داد که باعث شد جمعیت ایران تا حدود نصف کاهش یابد. برای دوره‌هایی بخش بزرگی از نیروی فعال جامعه در نتیجه این بیماری از بین رفت و کشاورزی و تولید آسیب بسیار دیدند. اهمیت وبا تا حدی است که برخی چون محمد توکلی طرقي مدرنیته ایرانی را نتیجه و پیامد شیوع این بیماری و قحطی می‌دانند. به شکلی که مفاهیم دولت فصول و مرز در این دوره و تحت تأثیر این فضا پدید آمد (۳۷-۳۸). وبا منشأ ایرانی نداشت و منصوره اتحادیه معتقد است بیشتر توسط زوار و حجاج از عراق و عربستان امروزی وارد ایران می‌شد (۱۴)، اما سبک زندگی، فقر معیشتی و آگاهی و ساختار معماری شهر و روستا گسترش بیماری را تشدید می‌کرد. با شیوع وبا توانمندان از شهر و روستا می‌گریختند و دیگری که می‌ماندند با خواندن دعا و قرآن به استقبال مرگ می‌رفتند (۳).

طاعون مانند وبا منشأ بیرونی داشت، پولاک در این رابطه می‌نویسد: «طاعون هیچ‌گاه در مملکت ایران پا نمی‌گیرد، در سال‌های ۱۸۳۰-۱۸۲۹ م. / ۱۲۴۶-۱۲۴۴ ق. طاعون از عثمانی به ایران وارد شد و در بعضی از مناطق ساحلی دریای خزر چنان بیداد کرد که آن نقاط از سکنه خالی گردید» (۷). چنانکه از منابع برمی‌آید امکان شیوع هم‌زمان وبا و طاعون وجود داشت (۵۳) و در صورت وقوع، موجی سنگین از مرگ و میر را موجب می‌شد. شیوع بیماری‌هایی همانند نیز گزارش شده است، آن گونه که در سال ۱۳۱۸ قمری در کردستان مرضی مانند طاعون در برخی روستاهای سرحد عثمانی رخ داد و بیماران را قرنطینه کردند (۳۹).

موادی چون نان را منع می‌کردند (۲۵). اعتقاد به این شیوه در بین طبقات پایین نفوذ فراوان داشت، اما خاص این گروه نبود. شاهزادگان نیز با وجود داشتن پزشک، گرایش بسیاری به طب سنتی داشتند (۴). جالب آنکه در منابع گزارش‌های بسیاری از مفیدبودن این راه‌کارها در درمان بیماری وجود دارد. برای مثال در خاطرات دیوان‌بیگی آمده که پیرزنی برای درد و ورم چشم او دستور داد شکم بزغاله‌ای را پاره کردند، جگر سفید گرم را روی صورت بیمار ضamad نمود، پس از چند ساعت خواب، گرد سیاهی به چشم او ریخت و صبح روز بعد اثری از بیماری و درد وجود نداشت (۵۱). در نمونه‌ای دیگر به اثر شلغم اشاره شده است، چنانکه فردی «سرتاپای بدنش ورم می‌کرد، معالجه بسیار مفید واقع نشد»، تا آنکه به او آش شلغم دادند، «قدری خورد، فی‌الجمله بهبودی حاصل شد، تعقیب کردند، به طوری که خوراک او منحصر شد، به شلغم و ورم به کلی رفع شد» (۵۲).

در مورد درمان‌های خرافی و باورهای عامیانه پیش‌تر سخن گفته شد. این روش‌ها همیشه نادرست نبودند، اما اغلب راه به جایی نمی‌بردند و گاهی وضع بیمار را بدتر هم می‌کردند. التجا به طلسم و جادو و قراردادن بدن بیمار در پهن تازه و داغ گاو یا پوست تازه کنده شده گاو و گوسفند از جمله مهم‌ترین درمان‌های عامیانه بود (۴). شاردن در سفرنامه‌اش فهرستی از دستورهای درمانی پیرزنی را که به صورتی اسرارآمیز طبابت می‌کرده، یادداشت نموده است. به بخشی از متن اشاره می‌شود: «برای درمان کردن بیماری استسقا باید نیم درم جوشانده ریشه نخود را به بیمار خوراند و این کار را تا هنگامی که بهبود یابد، دو روز به دو روز ادامه داد. ۲- برای علاج اسهال باید مدت سه روز روزی پنج بار کباب پوسته درونی سنگدان خروس اخته را به مریض داد...» (۳۰).

جراحی هم به عملیات سهل و ساده‌ای مبادرت می‌کردند و در مقابل بعضی از امراض، زود خلع سلاح می‌شدند. فرستادن مریض به کنار دریا - چنانکه در غرب مرسوم بود - معمول نبود و اغلب فاصله از دریا و خرابی جاده‌ها هم مانع می‌شد، اما ظاهراً انتقال بیمار به نواحی کوهستانی برای هواخوری و استفاده از چشمه‌های آبگرم معمول بوده است (۱۷). موضوع مهم در مبحث درمان، وجود درک و شناخت صحیح نسبت به بیماری‌ها بود، ماجرای که در ایران به درستی شکل نمی‌گرفت. بر همین اساس طبیبان معمولاً دوپهلوی سخن می‌گفتند تا در برابر هر اتفاقی که افتاد، پاسخگو نباشند (۲۵).

ورود علم پزشکی جدید به بهبود شرایط کمک کرد، اگرچه زمان نیاز بود تا جامعه با روش‌های جدید کنار بیاید. در دوره قاجار و حتی پهلوی اول بیشتر مردم اروپاییان را پزشک می‌پنداشتند (۱، ۵، ۴۱). تأکید بر این دیدگاه بازار طبیبان سنتی را کساد می‌نمود و این گروه گاهی مردم را علیه پزشکان جدید اروپایی تحریک می‌کردند (۴). در مقابل، بسیاری از زنان به هر نوع درمانی جز طب سنتی بی‌اعتماد بودند (۲۹). در آخر، نکته قابل توجه «آرامش و تسلط بر نفس اعجاب‌آور» ایرانیان در هنگام تسلیم‌شدن در برابر بیماری و انتظار مرگ بود. موضوعی که پولاک در دوره ناصری آن را نتیجه اعتقاد اینان به تقدیر محتوم و غیر قابل تغییر می‌داند (۷). هاکس نیز در مورد جامعه دوره پهلوی اول می‌نویسد: «مردم شرق با خونسردی بیشتری از غربی‌ها پذیرای مرگ هستند» (۵).

نتیجه‌گیری

پرداختن به مسأله بهداشت و استانداردهای آن در تاریخ ایران محقق را ناگزیر از مراجعه به سفرنامه‌ها می‌کند، چراکه در دیگر منابع اطلاعات چندانی در این باره یافت نمی‌شود. از سویی داده‌های موجود در سفرنامه‌ها خالی از اشکال نیستند و غرض‌ورزی، نگاه سطحی، پراکندگی داده‌ها و اغراق را در مواردی بسیار می‌توان دید. راه‌کار درست توجه به تمام نقل قول‌ها و برگزیدن روایت‌های معقول و متواتر است تا آنجا که به جامعه روستایی ایران در دوره‌های قاجاریه و پهلوی مربوط

در مورد درمان‌های خرافی و باورهای عامیانه پیش‌تر سخن گفته شد. این روش‌ها همیشه نادرست نبودند، اما اغلب راه به جایی نمی‌بردند و گاهی وضع بیمار را بدتر هم می‌کردند. التجا به طلسم و جادو و قراردادن بدن بیمار در پهن تازه و داغ گاو یا پوست تازه کنده شده گاو و گوسفند از جمله مهم‌ترین درمان‌های عامیانه بود (۴). شاردن در سفرنامه‌اش فهرستی از دستورهای درمانی پیرزنی را که به صورتی اسرارآمیز طبابت می‌کرده، یادداشت نموده است. به بخشی از متن اشاره می‌شود: «برای درمان کردن بیماری استسقا باید نیم درم جوشانده ریشه نخود را به بیمار خوراند و این کار را تا هنگامی که بهبود یابد، دو روز به دو روز ادامه داد. ۲- برای علاج اسهال باید مدت سه روز روزی پنج بار کباب پوسته درونی سنگدان خروس اخته را به مریض داد...» (۳۰).

به طور کلی ساختار درمان سنتی از شیوه‌های علمی امروز فاصله بسیار داشت. طبیبان داروی زیادی به کار نمی‌بردند و برخی تجویزها عمومیت داشت، از جمله: شیرخشت، مرمکی، خشخاش، فلوس و سنا، ریوند، کچوله، آویشن، شیرین‌بیان و شنبلیله، نشادر، زرنیخ، قلیای گیاهی، شیره یا تخم گیاهان و موم برای درمان شکستگی‌ها و ضرب‌خوردگی‌ها (۳۰). در

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری رشته ایران‌شناسی (بنیاد ایران‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی) با عنوان «زندگی روزمره روستایی در ایران ۱۳۵۷-۱۳۸۵» می‌باشد. سپاسگزاری می‌شود از مجله تاریخ پزشکی که فرصتی فراهم نموده تا مسائل تاریخ اجتماعی بررسی و منتشر گردد.

پی‌نوشت

۱. کازاما می‌نویسد: «در تابستان بی‌درنگ و پس از وضع حمل نوزاد را حمام می‌کنند و در فصل زمستان اولین حمام در روز هفتم تولد است» (۴۵)، یعنی بخشی از مشکلات ذکرشده را باید ناشی از بدی شرایط دانست نه بی‌توجهی جامعه.

۲. در اواخر حکومت قاجار و اوایل دوره پهلوی مجلات جریانی جدید در توجه به بهداشت را به راه انداختند. موضوعی که از نظر آگاهی بخشی بسیار مهم بود. نخستین مطالب را ظاهراً دکتر حسن قلی خان در مجله ارمغان نوشت. نقطه مشخص بعدی ترجمه مقالاتی از ژول کورمن بود که علی مستشفی به سال ۱۳۱۶ ش. انجام داد و اطلاعات مفیدی در اختیار خوانندگان قرار می‌داد. به طور کلی ماهنامه ارمغان نقش پررنگی در آگاهی بخشی مسائل بهداشتی داشت (ماهنامه ارمغان، شماره‌های ۱، ۲، ۳-۴، ۵-۱۰ در فروردین، اردیبهشت، تیر، مرداد، آبان و آذر ۱۳۱۶ ش.).

۳. واکسیناسیون به عنوان راه حلی برای پیشگیری از بیماری در دوره عباس‌میرزا مطرح شد. در این زمان برخی اطفال در چند روستا واکسینه شدند، ولی این اقدام به دلیل مخالفت عمومی متوقف شد. چندی بعد در ۲۰ آوریل ۱۸۷۰ م. / ۲۰ محرم ۱۲۸۷ ق. آصف‌الدوله آغاز واکسیناسیون در گیلان را فرمان داد. او برای مؤثر بودن این اقدامات، حکم تنبیه کدخدای روستا در صورت فوت کودکی در قلمروش در نتیجه آبله را صادر کرد، اگرچه این اقدام ظاهراً تداوم نداشت. عین‌السلطنه نیز در سال ۱۸۹۴ م. در یادداشت‌های روزانه‌اش از آمدن دلاک برای آبله‌کوبی و کشف عجیب آنان خبر می‌دهد. او می‌نویسد: «در گذشته ۹۰٪ از کودکان می‌مردند و ۱۰٪

می‌شود، وضعیت بهداشت به طور کلی مناسب نبود. سطح پایین بهداشت را هم از خلال منابع و هم از داده‌های آماری درباره میزان بالای مرگ و میر به ویژه در کودکان می‌توان استنباط کرد. مسأله‌ای که وجود دارد ضرورت نگاه علمی و دوری از اغراق است.

نباید چنین پنداشت که جامعه روستایی ایران در کثافت و بیماری روزگار می‌گذراند یا به اصول بهداشتی به تمامی بی‌توجه بود، به ویژه که سطح پایین بهداشت اغلب با معیارهای امروزی و در قیاس با شرایط فعلی سنجیده شده است. جامعه روستایی به تمیزی و پاکی اهمیت می‌داد، اما شرایط سخت زندگی گاهی مسائلی را ناگزیر می‌کرد که به سلامت جامعه صدمه می‌زد. نبود آب سالم و شبکه فاضلاب، ضرورت نگهداری دام در داخل منطقه مسکونی و امکانات محدود برای مقابله با سرما و گرما از جمله این مسائل بودند. اشاره به این نکته می‌تواند مفید باشد که راه‌کار درمانی طب روستایی برای دررفتگی مفاصل لگن چنین بوده که به چارپایی برای دو روز آب نمی‌دادند، سپس بیمار را بر آن سوار می‌کردند، پای او را در زیر شکم حیوان محکم می‌بستند. آنگاه ظرف آب را مقابل چارپا قرار می‌دادند، با آشامیدن آب فراوان، شکم حیوان بزرگ می‌شد و استخوان دررفته فرد جا می‌افتاد. نکته این‌که این روش نه سنتی و نه ناشی از جهل، که خلاقانه‌ترین و مفیدترین راه‌کار با توجه به امکانات زمانه بود. از بخشی خرافات عامیانه بی‌پشتوانه که بگذریم، بخش بزرگی از شیوه‌های درمان روستایی به مانند این روش حاصل تجربه زیست سده‌ها و تطبیق با امکانات موجود بوده است.

در پایان می‌توان چنین گفت که ناستواری قدرت مرکزی، بی‌کفایتی و ستم حاکمان، گسترش دامنه جنگ‌های جهانی به ایران، شیوه سنتی زراعت و نبود پیشرفت در طب ایرانی سبب شد تا جامعه روستایی نتواند به توسعه لازم دست یابد. در نتیجه سه مسأله فقر، ناآگاهی و خرافه‌باوری در جامعه رشد یافت و باعث شد روستاییان نتوانند از حد استاندارد از بهداشت برخوردار گردند، موضوعی که در میزان مرگ و میر کودکان و امید به زندگی نمود یافته است.

زنده می ماندند؛ اکنون ۹۰٪ زنده می ماندند و ۱۰٪ می میرند...، اما در ایران این شیوه هنوز کاربرد گسترده نیافته است» (۳). نکته مهمی که مانع از گسترش واکسیناسیون می شد، هراس خانواده‌ها بود.

۴. پولاک می نویسد: «هرچند ماه یک بار» که این را نیز نمی توان پذیرفت. به طور کلی تعویض آب به عوامل متعدد بستگی داشت و در مناطق مختلف کشور و حتی محله‌های مختلف با هم فرق داشت. برخی منابع ایرانی هم بر کثیف بودن خزینه‌ها گواهی داده‌اند، حتی نوشته‌اند که وجود گرمابه را با بوی عفونتی که از آن برمی خاست، می شد فهمید، البته در سال‌های بعد، به خصوص دوره محمدرضا شاه این موضوع برطرف شد. این وضع تا حدود نیمه دهه چهل شمسی برقرار بود، سپس همه اغلب خزینه‌ها برچیده شدند.

۵. برای اطلاعات بیشتر ن.ک.: ناطق، هما. مصیبت وبا و بلای حکومت. تهران: گستره، ۱۳۵۸ ش.

References

1. Forbes-Leith AC. Checkmate and Fighting. London: Harrap; 1927. p.1-247.
2. Floor Willem 2008. A Social History of Sexual Relations in Iran. Translated by M. Minoukherad, Stockholm: Ferdosi; 2010. p.335-345.
3. Floor Willem 2003. Public Health in Qajar Iran. Translated by Nabipour I. Bushehr: Bushehr University of Medical Sciences; 2007. p.6-179.
4. Wills CH-J. The Land of the lion and the sun, Translated by Gharagozloo GH. Tehran: Eghbal; 2007. p.68-372.
5. Hawkes O, Merritt A. Persia: Romance & Reality. Translated by Nazarinejad MH. Mashhad: Astan Ghods; 1992. p.69-217.
6. Wishard John G. Twenty years in Persia; a narrative of life under the last three shahs. Translated by Pirnia A. Tehran: Novin; 1984. p.253-264.
7. Polak Jakob E. Persien, das Land und seine Bewohner; Ethnographische Schilderungen. Translated by Jahandari K. Tehran: Kharazmi; 1989. p.245-503.
8. Gholikhan H. Hefzoseha-E Amali. *Armaghan*, 1920; 1(1): 35-36 and 1921; 20(1): 334-339 [Persian]
9. E'temadosaltaneh A. Travelogue of Haj Alikhan E'temadosaltaneh, Tehran: Moshaar; 1998. [Persian]
10. Vazirvazaiief D. Travelogue of Vazirvazaiief. Tehran: Moshaar; 2000. [Persian]
11. Mazaheri A. La Vie quotidienne des Musulmans au Moyen Age. Translated by Ravandi M. Tehran: Sepehr; 1969. p.81. [Persian]
12. Drouville Gaspard 1828 Voyage en Perse. Translated by E'temadmoghadam M. Tehran: Shabaviz; 1986. p.62. [Persian]
13. Ajami E. Sheshdangi. Tehran: Toos; 1973. p.26. [Persian]
14. Etehadiieh M, Shams E, Ghafouri A. Vaba-ye A'lamgir. Tehran: Tarikh-e Iran; 2013. p.18-24. [Persian]
15. Tajosaltaneh Z. 1982. The memories of Tajosaltaneh. Tehran: Tarikh-e Iran; p.97. [Persian]
16. Yate Charles E. Khurasan and Sistan. Translated by Roshani Gh. and Rahbari M.. Tehran: Yazdan; 1986. p.324. [Persian]
17. Allemagne D, Rene H. Du Khorassan au Pays des Backhtiaris. Translated by Farahvashi A.M., Tehran: Amirkabir; 1956. Vol.1 p.225-325; Vol.2 p.634-1030. [Persian]
18. Grant Watson R. A history of Persia from the beginning of the nineteenth century to the year 1858. Translated by Azari A. Tehran: No publisher; 1961. p.11-12. [Persian]
19. Behravan H. Rural sociology. Tehran: Jame'eshenasan; 2011. p.99 [Persian]
20. Corman Jule. Hefzosehah, Social significance. *Armaghan* 1937; 1(18): 62-68. [Persian]
21. Mo'emeni B. Land issue and class war in Iran. Tehran: Peivand; 1980. p.283-395 [Persian]
22. Gholiev AN. История Азербайджана (Azerbaijani History). Translated by Afshar A. Tehran: Nashre Moa'ser; 1980. p.225 [Persian]
23. Mousavi Dalini, M. amd Mousavi and Etc 2016. Anthropological analysis of the Iranian community in the era of Safari as narrated by the traveler. Case study: Peetro Dela Vali. *Motale'at Tarikh Mo'aser* 2016; 28(): 123-152. [Persian]
24. Talaii Hatam 2014. Superstitions in Qajar era narrate European travelers. *Tarikhnameh Kharazmi* 2014; 2(6): 87-103. [Persian]
25. Tavernier JB. Travelogue of Tavernier. Translated by Shirvani A. Tehran: Niloufar; 2010. p.284-317. [Persian]
26. Careri Gemelli 1719. Voyage du tour du monde (Travelogue of Careri). Translated by Nakhjavani A. Karang A. A., Tabriz: Department of Culture and Art; 1969; p.36. [Persian]
27. Hume-Griffith ME. Behind the Veil in Persia and Turkish Arabia. Edinburgh: Ballantyne Press; 1909. p.141.
28. Roustaii M. History of medicine and medicine in Iran (from the Qajar until the end of the Reza Shah era) according to the documents, National Library of Iran. Tehran: National Library of Iran; 2003. Vol.2 p.296. [Persian]
29. Zeighami B, Zeighami E, Ronaghy H, Stanton A, Sharon R. Acceptance of Auxiliary Health Workers in Rural Iran. *Public Health Reports* 1974; 92(3): 280-284.
30. Chardin J. Travelogue of Chardin. Translated by Yaghmaii. Tehran: Toos; 1993. Vol.1 p.382-384; Vol.2 p.507. [Persian]
31. Majd MG. The Great Famine and Genocide in Persia, 1917-1919. Translated by Karimi M. Tehran: Political Studies and Research Institute; 2007. p.55. [Persian]

32. Mousavi Isfahani H. Travelogue of Mashhad, Mecca and Atabat. Tehran: Moshaar; 2013. p.107. [Persian]
33. Popkin JD. Regions, Nations and Peoples: France in Encyclopedia of European Social History. Edited by in Chief P, Stearns N. New York: An imprint of the Gale Group; 2001. Vol.1 p.283-296.
34. Abdolayev Z. Z. 1963. Workers in the late Qajar. Translated by Kazemzade M. Tehran: Agah; 1992. p.248. [Persian]
35. Hayden LJ. 1949. Living Standards in Rural Iran: A Case Study. *Middle East Journal* 1949; 2(3): 140-150.
36. Ravandi M. Social history of Iran. Tehran: Negah-E Mo'aser; 2003. Vol.3 p.192; Vol.5 p.508.
37. Tavakoli Targhi M. Modernity and the Rethinking of History. Tehran: Pardis-E Danesh; 2016. [Persian]
38. Tavakoli Targhi M. Iranian Modernization: Historiography of the Modernist Movement in Iran. *Kheradnameh Hamshahri* 2007; 21(1): 19-23. [Persian]
39. Malekolmotakalemin S. Mer'atol Mozafari. Tehran: Miras-E Maktoob; 2007. Vol.1 p.509. [Persian]
40. Mostafavi Kashani J., Study in traditional medicine of Iran and its comparison with current medicine in the world. Tehran: University of Tehran; 1981. p.1. [Persian]
41. Outer J. Travelogue of John Outer. Translated by Eghbali A. Tehran: Javidan; 1984. p.53-56. [Persian]
42. Cyril E. Medical History of Persia and the Eastern Caliphate. Translated by Forghani B. Tehran: Amirkabir; 1977. p.532. [Persian]
43. Golshani A. Iranian Educational Establishment in the Safavid Era: Schools, Textbooks and its disciplinary provisions. *Kherad va Koushesh* 1972; 9(1): 85-100, [Persian]
44. Afzalolmolk GH. Afd'aloTavarikh'. Tehran: Nashr-E Tarikh-E Iran; 1982. p.304. [Persian]
45. Kasama Akio 2015. Introduction to Persia and Iran. Translated by Rajabzadeh H. Tehran: Anjoman-E Asar va Mafakher-E Melli; 2001. p.145-152. [Persian]
46. Zolfaghari H. Homemade treatment for Iranian people. *Journal of Traditional Medicine of Islam and Iran* 2013; V 4, No. 2: 138-160. [Persian]
47. Guillaume Antoine O. Coléoptères Paris Baudouin 1789-1808 (Travelogue of Olivier). Translated by Varahram GH. Tehran: Etela'at; 1992. p.83. [Persian]
48. Mahboubi Ardakani H., Forty years' history of Iran. Tehran: Asatir; 1995. Vol.1 p.156. [Persian]
49. Azkia M, Hooglund E. Rural Development in Contemporary Iran 1950-2010. *International Journal of Social Sciences* 2011; 1(3): 223-239. [Persian]
50. Ghazvini M. A'tharolbelad va Akhbarol'ebad. Tehran: Andishe-ye Javan Science Institute; 1987. p.9. [Persian]
51. Divan Beigi M. H., The memories of Divan Beigi, Tehran: Asatir; 2003. p.118. [Persian]
52. Hedayat M. Khaterat va Khatarat. Tehran: Zovar; 2006. p.36. [Persian]
53. Ja'fari A, Foroughi N. Analysis of the Distribution of Cholera and Plague in Iran and its Impact on the Social Crisis during 1795-1847. *Tarikhnameh Iran after Islam* 2015; 11(1): 71-100. [Persian]