المحاضرة التاسعة عشرة

الارث الأكاديمي

على الرغم من الفوائد المعترف بها للتعاون متعدد التخصصات، فقد انتقد عدد من علماء الأنثروبولوجيا علم الأوبئة. اي المخاوف بشأن أنواع البيانات التي يتم تقييمها وتقليل قيمتها (على سبيل المثال، عدم الانتباه للمعتقدات التي تحفز الأشخاص سلوكياً وفهم المرض) وقد أعرب عدد من علماء الأنثروبولوجيا عن علم الأوبئة عن تبني لا جدال فيه للطريقة العلمية دون حساسية للتشكيل الثقافي للتفاهمات العلمية. علاوة على ذلك، تساءلت Di Giacomo عما إذا كان هناك تعاون حقيقي، مشيرًا إلى ميل علم الأوبئة إلى مداهمة مخزن المعرفة الثقافية الأنثروبولوجية بحثًا عن "أجزاء من المعلومات حول" الثقافة "والتي يمكن بعد ذلك دمجها في نموذج إحصائي يولد ارتباطات قابلة للتمثيل على أنها سببية... ومن المنظور النقدي الذي تم تطويره في هذا الموضوع، ينشأ الاهتمام الأساسي من الطبيعة السياسية المكثفة للصحة العامة كممارسة اجتماعية[1].

وهناك وجهة مغايرة نوعا ما كما يعلم معظم الممارسين، فإن الحقيقة البديهية المريحة حول علم الأوبئة التي تعلمها مدارس الصحة العامة لطلاب الدراسات العليا – أن علم الأوبئة هو العلم الأساسي للصحة العامة – ليست صحيحة في الواقع. قد يكون أقرب إلى الواقع أن نقول إن السياسة هي العلم الأساسي للصحة العامة، تميل السياسة، وليس النتائج الوبائية، إلى الهيمنة على التفكير الاجتماعي والسياسة حول المرض، وخاصة الأمراض المعدية، وتميل السياسة وليس السلوكيات الثقافية المضللة إلى أن تكون القوة المحددة في تشكيل ظروف انتشار المرض[2].

على سبيل المثال، بالعودة إلى تفشي فيروس إيبولا عام ١٩٧٦، كما يلاحظ (فارمر) لم تقع النخب الاجتماعية والأوروبيون ضحية "لاحتمال الاتصال بهم...كانت الحقن غير المعقمة متناسبة عكسياً مع الوضع الاجتماعي للفرد...كانت الرعاية الطبية عالية الجودة متاحة للأثرياء، وكانت الرعاية الأقل جودة متاحة من الطبقات الاجتماعية التابعة. وبالمثل، على نطاق عالمي، حظي مرض الإيبولا، وهو مرض أفريقي، باهتمام إعلامي مكثف في الغرب (دفع الكلمة ذاتها إلى الإيبولا إلى رمز للظلام الذي يلوح في الأفق والخطر الوشيك) على الرغم من العدد القليل نسبيًا من الأفراد المصابين. وجهة نظر (فارمر) هي أن النماذج الوبائية للمرض تحتاج

---

[1] Di Giacomo, Susan. 1999. “Can There be a ‘Cultural Epidemiology?’” *Medical Anthropology Quarterly* 13: P451.

[2] Moses, A. R. 2000. Epidemiology and the Politics of Needle Exchange. *American Journal of Public Health* 90(9): 1385–96.

إلى تجنب الادعاءات السهلة عن السببية، لا سيما تلك التي تقل الأدوار المسببة للأمراض للتفاوتات الاجتماعية. ويجب أن تُطرح وجهات نظر انتقادية بشأن الإصابات الناشئة [على سبيل المثال] كيف يمكن للقوى الاجتماعية الواسعة النطاق أن تُتَرْكِ آثارها على الأفراد الذين لا يتمتعون بوضع متساوٍ في مجموعات سكانية مترابطة بشكل متزايد؛ تحتاج نظرية المعرفة النقدية أن تسأل ما هي سمات ظهور المرض التي تحجبها الأطر التحليلية السائدة[٣].

أدى التغافل عن الطرق التي يتم بها تنظيم السلوكيات المحلية (تلك التي يتبين أنها تنشر الأمراض) من خلال التفاوت الاجتماعي المحلي والعالمي إلى الحد من تطوير مفاهيم أوسع نطاقاً للأمراض في علم الأوبئة[٤]. لكن هذا لا يقل من حالة الأنثروبولوجيا الطبية في معظم تاريخها. يشير هذا القيد الموازي إلى الفوائد المحتملة للتطوير الإضافي لعلم الأوبئة النقدي والأنثروبولوجيا الطبية النقدية وتعاونهما في تقييم المرض والاستجابة له. في هذا التعاون، سيتم تطبيق التركيز القوي باستخدام المنهجيات التي تجمع البيانات النوعية والكمية، ودمجها لأغراض التحليل، لمعالجة الأسئلة الكبيرة، مثل ما هي "الآليات الدقيقة التي من خلالها يمكن لقوى مثل العنصرية وعدم المساواة بين الجنسين والفقر والحرب والهجرة والارث الاستعماري وحتى برنامج التكيف البنائي (مثل تلك التي تفرضها كيانات مثل البنك الدولي وصندوق النقد الدولي قبل إقراض الأموال للبلدان النامية) تصبح متجسدة على أنها (ذات طابع ثقافي) مخاطر متزايدة".[٥]

---

[3] Farmer, Paul. 1999. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues.* Berkeley: University of California Press. P46.

[4] Doyal, Lesley (with Imogen Pennell). 1979. *The Political Economy of Health.* Boston: South End Press.

[5] Farmer, Paul. 1997. "AIDS and Anthropologists: Ten Years Later." *Medical Anthropology Quarterly* 11: 516–25.