

جنسیت، فهم از درد و رفتار بیماری

مطالعه‌ای در شهر سمنان

سهیلا علیرضا نژاد* ، آذر درویش**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۲

چکیده

پرسش اصلی این مقاله آن است که رابطه جنسیت با درک از درد و مواجهه با آن چگونه است؟ برای پاسخ به این پرسش از رهیافت داده بنیان و تکنیک مصاحبه نیمه ساخت یافته استفاده شد. حجم نمونه ۳۴ نفر بود که با نمونه‌گیری هدفمند و نظری در دو محله تعاون و سعدی در شهر سمنان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که مقوله درد در چهار پارادایم سنتی (رفتار بهداشتی سنتی)، بدن زیبا و متناسب (رفتار بهداشتی مدرن)، بدن به‌مثابه ابزار و بازگشت به طبیعت (رفتار سلامتی پسامدرن) شناسایی شد. از نظر زنان به‌ویژه در پارادایم سنتی و بدن به‌مثابه ابزار، بسیاری از دردها طبیعی بوده و کاملاً زنانه است. آنان این دردها را تحمل می‌کنند. مردان به درد طبیعی باور ندارند. درد تحمیلی بین هر دو جنس دیده می‌شود. در زنان فهم تحمیلی از درد وجود دارد و آن را به ماهیت زنانه خود مربوط می‌دانند؛ اما مردان درد تحمیلی را با نقش نان‌آوری خود مرتبط می‌دانند. زنان در پارادایم بدن زیبا و متناسب دردهای زنانه را تحمیلی می‌دانند و سعی می‌کنند در مقابل آن مقاومت کنند. زنان در پارادایم سنتی درد زنانه را طبیعی دانسته، آن را پذیرفته و تحمل می‌کنند. در پارادایم بازگشت به طبیعت نیز درد انکار شده و به‌مثابه نوعی آگاهی تلقی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: جنسیت، رفتار سلامتی، درد طبیعی، درد تحمیلی، شهر سمنان

* دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، گرمسار، ایران (نویسنده مسئول).

** دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

بیان مسئله

درد بخشی از زندگی است و با سلامت ارتباط نزدیکی دارد. سلامت یکی از مؤلفه‌های اصلی توسعه انسانی است. این مؤلفه به‌ویژه در زمانی که دو مؤلفه دیگر توسعه انسانی یعنی درآمد و آموزش، وضعیت مناسبی را به نمایش می‌گذارند؛ نقش مهمی در توسعه انسانی ایفا می‌کنند (مدنی، ۱۳۹۶: ۵۶). فهم انسان از درد همواره یکسان نیست. امروز هم به لحاظ نظری و هم با استناد به منابع پژوهشی می‌توان گفت درد، صرف‌نظر از نوع، مدت و شدت آن، پدیده‌ای زیستی، روانی و اجتماعی بشمار می‌آید. این که آدم‌ها چگونه درد را می‌فهمند و به آن واکنش نشان می‌دهند؛ ممکن است توسط روان‌شناسان در سطح فردی و توسط جامعه‌شناسان در سطح اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد. درد معمولاً با بیماری فهمیده می‌شود. از نظر تالکوت پارسونز کسی که دچار بیماری می‌شود، از بر عهده گرفتن مسئولیت شرایط خود به دلیل خارج از کنترل بودن آن - معاف می‌شود و از انجام تعهدات و الزامات اجتماعی نیز معذور است (سگال، ۱۳۷۰: ۱۶۲).

فرآیند اجتماعی شدن و درک فرد از درد، در رفتار درمان بسیار مهم است. تغییرات ایجاد شده در مفهوم درد تغییرات شگرفی را در عرصه درمان به وجود آورده است. چگونگی فهم از درد و واکنش در برابر آن را می‌توان به‌مثابه یک برساخت اجتماعی فهمید که احتمالاً جایگاه اجتماعی فرد در آن تأثیر دارد. با توجه به آن که درد با بیماری و سلامت مرتبط است؛ لازم است که مددکاران و جامعه‌شناسان به آن توجه کنند. واکنش فرد در برابر درد می‌تواند بر رفتار درمانی نیز تأثیر جدی بگذارد. مثلاً تحمل درد و به تأخیر انداختن درمان ممکن است موجب تعمیق بیماری شود. زنان و مردان در زندگی روزمره به نحو متفاوتی اجتماعی می‌شوند و با بدن خود به نحو متفاوتی رابطه گرفته و رفتار می‌کنند. از این رو احتمالاً جنسیت بر فهم و مقابله با درد تأثیرگذار است. بنابراین پرسش آغازین در این مقاله عبارت از این است که رابطه جنسیت با درک از درد و مواجهه با آن چگونه است؟

پیشینه پژوهش

سفیری و همکاران در پژوهش خود (۱۳۹۴) با عنوان «کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی؛ مطالعه زنان و مردان شهر تهران» رابطه کلیشه‌های جنسیتی مورد پذیرش زنان و مردان و سلامت اجتماعی آن‌ها را مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش به روش پیمایش اجرا شد. جامعه آماری آن زنان و مردان ۱۸ - ۲۹ ساله شهر تهران بودند. حجم نمونه ۳۸۴ نفر بود و با شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای پرسشنامه بین آن‌ها توزیع شد.

شارع پور و آرمان (۱۳۹۳) نیز در پژوهشی با عنوان «تفاوت‌های جنسیتی در سطوح مختلف سرمایه اجتماعی» به رابطه جنسیت و سلامت توجه کردند. این پژوهش به تحلیل ثانویه داده‌های جمع‌آوری شده در شهر تهران پرداخته است. حجم نمونه در این پژوهش بالغ بر ۲۰۶۷۰ نفر از شهروندان بالای ۱۸ سال ساکن شهر تهران است.

بنی فاطمه و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان «جنسیت و سلامت: بررسی نقش جنسیت در تفاوت‌های سطوح سلامت» را انجام دادند. پژوهش به روش پیمایش انجام شده و حجم نمونه ۶۱۰ نفر بود. بنی فاطمه و همکاران در پژوهش دیگری (۱۳۹۳) با عنوان «سنجش سطح سلامت شهروندان تبریزی و بررسی تأثیر تحصیلات و جنسیت بر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی سلامت‌محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» به موضوع سلامت از وجهی اجتماعی پرداختند. این پژوهش نیز پیمایشی با جامعه آماری بزرگ مقیاس بوده و حجم نمونه معادل ۶۱۱ بود.

محمدعلی اصغری مقدم (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «تغییر مفهوم درد طی زمان» تلاش دارد تا سیر تاریخی تغییر معنا و مفهوم درد نزد انسان را در طی زمان نشان دهد و در سایه این یافته‌ها، دیگر جایی برای نگرش قدیمی که درد را یا دارای منشأ جسمی یا روان‌شناختی می‌دانست، باقی نمی‌گذارد. این مقاله در پی آن است که سیر تاریخی تغییر معنا و مفهوم درد نزد انسان را نشان دهد.

قادرزاده و درویش‌منش (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان «مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی» با اتخاذ رویکرد تفسیرگرایی اجتماعی، به کشف و بررسی دلالت‌های ذهنی و معنایی تجربه و درک همراهان بیمار روانی پرداخت. بر مبنای نتایج پژوهش، مصاحبه‌شوندگان بیماری روانی را حاصل زمینه‌هایی چون سابقه بیماری روانی، گسیختگی خانواده، تجارب دردناک، نابسامانی اقتصادی، رفتارهای نامتعارف و زوال شبکه‌های حمایتی می‌دانند. داده‌های این مطالعه کیفی از طریق مصاحبه نیمه ساخت‌یافته گردآوری و از روش نظریه زمینه‌ای برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. به کمک روش نمونه‌گیری نظری و هدفمند با ۱۹ نفر از اعضای خانواده بیماران روانی مصاحبه شد و در نهایت داده‌های گردآوری شده در قالب ۱۸ مقوله محوری و یک مقوله هسته، کدگذاری و تحلیل شد.

ویکسل^۱ و همکاران (۲۰۰۹) پس از یک مطالعه آزمایشی نشان دادند که پذیرش درد می‌تواند وضعیت کارکردی و ناتوانی را پیش‌بینی کند.

همان‌گونه که در پیشینه پژوهش داخلی مشاهده می‌شود، بیشتر مطالعات باوجود توجه به جنسیت، به درک از درد و مواجهه با آن بی‌توجه بودند. روانشناسان به پدیده درد توجه بیشتری نسبت به جامعه‌شناسان نشان دادند. ایلگار^۲ (۲۰۱۱) به بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی با میزان سلامت فردی در نمونه متنوعی از کشورهای ثروتمند و درحال توسعه پرداخت. تحلیل‌ها ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامتی را در کشورها نشان داده و حکایت از آن داشت که مزایای سرمایه اجتماعی در بین زنان، از مردان بیشتر است. در پیشینه، پژوهشی که به جنسیت و درد پرداخته باشد، دیده نشد.

1. wicksell
2. Elgar

حساسیت نظری

الف. جنس و جنسیت

جنسیت عبارت است از تفاوت‌های بین مردان و زنان در دو بُعد بیولوژیکی و اجتماعی. در دائره‌المعارف بریتانیا هویت جنسیتی عبارت است از: استنباط فرد از خود به‌عنوان مذکر یا مؤنث، جدا از جنس بیولوژیکی او. اگرچه به‌طور معمول جنسیت^۱ و جنس^۲، به‌جای یکدیگر به‌کاربرده می‌شوند اما در علوم اجتماعی کلمه جنسیت به تفاوت‌های اجتماعی خاص بین مردان و زنان اشاره دارد و در علوم بیولوژیکی به‌عنوان نقش‌های جنسیتی معروف است. در سیر تاریخ، فمینیست‌ها ادعا کرده‌اند که بسیاری از نقش‌های جنسیتی، ساخت و زیربنای اجتماعی دارند تا دلیل روشن و قانع‌کننده بیولوژیکی کافی (اعزازی، ۱۳۸۰: ۱۱۳). جنس به این موضوع اشاره دارد که یک فرد مرد است یا زن؟ و این تفاوت بر اساس ویژگی‌های جسمی او به وجود می‌آید. درحالی‌که جنسیت معرف باورها و رفتاری است که مرد بودن یا زن بودن را نشان می‌دهد. جامعه‌شناسان معتقدند جنسیت عامل مهمی است که به‌وسیله آن قدرت بین افراد تقسیم می‌شود (هولمز، ۱۳۸۶: ۵۸-۲۵).

برخلاف تصور رایج زنان و مردان گونه‌های متفاوتی نیستند؛ اما به شیوه‌های متفاوتی زندگی می‌کنند. زیرا زندگی روزمره، روش‌ها، فرصت‌ها و محدودیت‌های متفاوتی را در برابر زنان و مردان قرار می‌دهد که از طریق آن‌ها زن و مرد متفاوت از یکدیگر عمل می‌کنند. این‌یک باور عمومی است که مرد و زن به‌صورت طبیعی با هم متفاوت‌اند؛ چون بدن‌های متفاوتی دارند، از نظر زیستی با هم فرق می‌کنند، از نظر روحی و روانی یکسان نیستند و بسیار طبیعی است که رفتار متفاوتی نیز داشته باشند. در این استدلال یک اشکال بزرگ وجود دارد. این اشکال عبارت از این تصور است که زن و مرد قادر نیستند شیوه زندگی خود را عوض کنند (هولمز، ۱۳۸۶: ۲۵). تقسیم

1. Gender
2. Sex

انسان‌ها به زن و مرد به‌نوعی نابرابری بین آنان صحنه می‌گذارد. در واقع آنچه مهم است نوع و میزان توانایی‌هایی است که زنان و مردان از آن برخوردارند و آن را در زندگی روزمره خود به کار می‌برند.

اگر مردان سعی می‌کنند رفتارهایی مردانه داشته و زنان نیز تلاش می‌کنند رفتاری زنانه از خود نشان دهند؛ این موضوع تحت تأثیر باورها و عقایدی است که معرف جنسیت بوده و جامعه نیز آن را تقویت می‌کند (همان، ۵۸). در جامعه معاصر مردان و زنان رفتارهای جنسیتی خود را به گونه‌هایی متفاوت می‌آموزند. تفاوت رفتارهای جنسیتی افراد به شرایط و محیطی بستگی دارد که در آن زندگی می‌کنند. اما در عین حال موقعیت اجتماعی هر فرد نیز بر این رفتار تأثیر می‌گذارد. افرادی که پیشینه مشابهی دارند و به یک گروه سنی خاص تعلق دارند؛ معمولاً رفتارهایی مشابه دارند. طبقه‌ای که فرد در آن قرار دارد در تفسیر او از جنسیت مؤثر است (سفیری، ایمانیان، ۱۳۸۸: ۱۸). تعیین جایگاه طبقاتی زنان موضوع پیچیده‌ای است که مسئله محوری این مقاله نیست.

ب. بدن و پزشکی

بررسی و مطالعه بدن و تجربه بیماری یکی از علایق اصلی جامعه‌شناسان است. در تفکر جامعه‌شناختی چند شیوه مهم برای فهم تجربه بیماری وجود دارد:

کارکردگرایی: تالکوت پارسونز^۱

شیوه نخست که به مکتب کارکردگرایی مربوط می‌شود هنجارهای رفتاری را که افراد به هنگام بیماری باید رعایت کنند، مدنظر قرار می‌دهد. پارسونز مفهوم "نقش بیمار" را به‌منظور توصیف الگوهای رفتاری بیمار به کار می‌گیرد تا تأثیر مخرب بیماری را به حداقل برساند. مردم از نظر پارسونز نقش بیمار را در جریان اجتماعی شدن می‌آموزند و به هنگام بیمار شدن آن را به اجرا می‌گذارند. نقش بیمار دارای سه رکن

1. Talcott Parsons

جنسیت، فهم از درد و رفتار بیماری ... ۷

است: ۱) بیمار مشخصاً مسئول بیمار شدن خویش نیست؛ ۲) بیمار استحقاق حقوق و امتیازات خاصی مثل مرخصی را دارد؛ ۳) بیمار برای بازیابی سلامتی خود باید با پزشک مشورت کرده و بیمار بودنش را بپذیرد (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۳۳). از نظر پارسونز بیماری شکلی از رفتار انحرافی است که مانند جرم نیاز به یک پاسخ اجتماعی دارد. به عبارت دیگر بیماران برای آنکه بیمار جلوه نکنند شکل ویژه‌ای از رفتار انحرافی از آنان سر می‌زند که از طریق نهادی کردن نقش بیمار در جامعه انجام می‌شود.

نقش بیمار باعث می‌شود افراد از شرکت فعال در امور روزمره دور شده و امتیازات ویژه‌ای داشته باشند. همچنین صحنه برای بازگشت آنان به نقش‌های اجتماعی عادی‌شان فراهم می‌شود (کوئن، ۱۳۷۲: ۲۷۲). جامعه‌شناسان دیگر در نقد مفهوم پارسونز از نقش بیمار معتقدند که همه بیماری‌ها یکسان نیستند و واکنش‌ها در برابر بیمار، تحت تأثیر شدت و وخامت بیماری و تلقی و برداشت آن‌ها از بیماری است. حقوق و امتیازات بیماران یکسان نیست. هرچند که مدل نقش بیمار نشان می‌دهد که بیمار بخش تفکیک‌ناپذیری از متن و زمینه اجتماعی است؛ اما انتقادات بسیاری هم بر آن وارد است. این نظریه را نمی‌توان به‌طور عام به کار بست؛ ممکن است پزشک و بیمار در مورد بیماری اتفاق نظر نداشته باشند، یا ممکن است پذیرش بیمار همیشه فرایند ساده‌ای نباشد. در ضمن تأثیر برخی از عوامل اجتماعی مثل نژاد، طبقه و جنسیت می‌تواند بر میزان سهولت یا دشواری نقش بیمار اثر بگذارد (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۳۷).

کنش متقابل نمادین

مکتب کنش متقابل نمادین تلاش وسیع‌تری را برای آشکار ساختن تفسیرهایی در پیش می‌گیرد که به بیماری مربوطاند و همچنین به چگونگی اثرگذاری این معناها بر کنش‌ها و رفتار مردم می‌پردازد. تعامل‌گرایان نمادین که به شیوه تفسیر و معنای مردم از دنیای اجتماعی و نیز زمینه بیماری علاقه‌مندند؛ به دنبال این هستند که مردم بیمار بودن را چگونه تجربه می‌کنند و چه درک و برداشتی از آن دارند؟ بیماری چگونه به هویت و

نیز زندگی روزمره افراد شکل می‌دهد؟ از دیدگاه کنش متقابل نمادین شمار زیادی از افراد با دورنمای زیستن همراه بیماری برای مدت طولانی مواجه‌اند. افراد مبتلا به بیماری با دلالت‌ها و نتایج عملی و عاطفی بیماری خود، سعی می‌کنند کنار بیایند. درعین حال تجربه بیماری می‌تواند چالش‌هایی برای تلقی مردم از خویشتن ایجاد کند و موجب دگرگونی آن شود. چالش‌هایی که یا از طریق واکنش عملی دیگران یا تصور واکنش آنان در مقابل بیماری ایجاد می‌شود. فهم مشترک در کنش متقابل در زمینه بیماری همیشه وجود ندارد و تفسیرها ممکن است متفاوت باشند (همان: ۲۳۷-۲۳۲).

میشل فوکو

میشل فوکو از جدیدترین نظریه‌پردازان حوزه جامعه‌شناسی پزشکی است که نقش مؤثر و پرنفوذی در فهم ما از پیدایش پزشکی مدرن دارد؛ چون ما را متوجه قاعده‌مندی و منضبط ساختن بدن‌ها به دست دولت‌ها کرده است. استدلال وی این است که گرایش و رفتار جنسی اهمیت مرکزی در این فرایند دارند. رابطه جنسی هم راهی برای بازتولید و رشد جمعیت و هم تهدیدی برای سلامت آن بود. نظارت دولت بر گرایش‌های جنسی به [سمت] تقویت هنجارهای عمومی درباره اخلاق جنسی پیش می‌رود. مفهوم سلامت عمومی در تلاش برای دور کردن امراض از جمعیت را عهده‌دار شد و شرایط لازم برای این بهبودی توسعه یافت. مجموعه نهادهای مختلف به‌منظور نظارت، کنترل و اصلاح پدیده آمد (همان: ۲۲۶). فوکو با نگاهی تبارشناسانه و دیرینه‌شناسانه به تعاملات نهادها و گفتمان‌ها به موضوعات مختلف از جمله پزشکی نظر کرده و البته قصدش جا انداختن این رشته یا پیگیری مسیر ترقی علمی نبوده، بلکه می‌خواست بداند تأثیرات اجتماعی پژوهش‌هایش چیست.

او می‌گفت گفتمان‌های مترصد کشف حقایق مربوط به مساعدت‌های بهداشتی، خواهان کنترل بر موضوعاتی هستند که خود، آن‌ها را آفریده‌اند. از منظر فوکو معرفت

علمی به‌عنوان قدرت اجتماعی عمده در قالب بیمارستان، تیمارستان و دیگر نهادهای اجتماعی نمودار می‌شود و افکار غالبی درباره کیستی و چیستی ما را رقم می‌زند و بر آن اساس می‌توانیم به کسانی معین و در زمانی مشخص و از زاویه‌ای ویژه چیزهایی بگوییم (محمدی اصل، ۱۳۸۸: ۲۷۳). فوکو در کتاب پیدایش پزشکی بالینی روش ساختارگرایانه‌ای را به کار می‌برد و بر مباحثه پزشکی و ساختار مسلط آن تأکید می‌ورزد. او در کتاب "دیوانگی و تمدن" پزشکی پیشاهنگ مهم علوم انسانی به شمار می‌رود. به نظر او پزشکی پیش از سده نوزدهم بیشتر یک علم طبقه‌بندی بود و بر نظام مرتبی از بیماری‌ها تأکید داشت، اما در سده نوزدهم پزشکی بر بیماری‌ها در وجود افراد و نیز جامعه بزرگ‌تر تأکید نمود و در مورد افراد سالم نیز گسترش یافت (ریتزر، ۱۳۷۴: ۵۶۰).

مدیریت بدن

همه کنش‌های اجتماعی انسان از مجرای بدن او ساخته می‌شود و بروز می‌کند. عاملیت کنشگر فقط از توانمندی‌های روحی او مانند هوشمندی، آگاهی و نیات درونی سرچشمه نمی‌گیرد، بلکه از قابلیت‌های جسمانی او هم تأثیر می‌پذیرد (جواهری، ۱۳۸۷: ۳۸). از سوی دیگر بدن یک هستی زیست‌شناختی و روان‌شناختی صرف نیست بلکه پدیده‌ای است که به‌صورت اجتماعی ساخته و پرداخته می‌شود (ادیبی سده، ۱۳۹۰: ۶۰). به‌طوری‌که برخی از عوامل زیستی مانند نژاد و جنس، اگر با معانی فرهنگی خاصی در هم آمیزند، می‌توانند در نحوه توزیع منابع و فرصت‌ها تأثیر بگذارند و زمینه‌ساز نابرابری، محرومیت و تبعیض اجتماعی شوند (جواهری، ۱۳۸۷: ۳۸).

تمام ویژگی‌ها و رفتارهایی که سبب تمایز ظاهر افراد در دنیای امروز می‌شوند را می‌توان مؤلفه‌های مدیریت بدن قلمداد کرد. از جمله حوزه‌هایی که افراد در مدرنیته متأخر به اختیار خود در آن دخل و تصرف می‌کنند، حوزه مدیریت ظاهر و بدن آنان است که برای تمایزبخشی بین خود و دیگران از آن بهره می‌گیرند. زیرا در مدرنیته

متأخر نوع مدیریت ظاهر به‌عنوان نماد تمایزبخش افراد درک می‌شود و معنای هویتی آنان از این منظر مورد قضاوت قرار می‌گیرد. به‌طورکلی مدیریت بدن به معنای نظارت و دست‌کاری مستمر ویژگی‌های ظاهری و مرئی بدن است و از طریق اعمال و کردارهایی مثل انتخاب نوع لباس، پوشش ظاهری، آرایش بدن، نوع سلیق ورزشی، رژیم‌های غذایی و غیره بیان می‌شود (ابراهیمی و بهنوئی گدنه، ۱۳۸۹: ۱۵۵).

از دیدگاه گیدنز بدن و وجود جسمانی بدن انسان، کانون آفرینش، بازآفرینی و دگرگونی ساخت اجتماعی است. او معتقد است بدن به‌طور مستقیم در این اصل اساسی که هویت هر فردی چگونه باید ساخته و پرداخته شود، مشارکت دارد. از نظر وی بدن هم محل پیاده‌سازی طرح‌های ذهنی برآمده از جامعه و عوامل اجتماعی فرهنگی فعال در آن و هم نمایشگاهی برای عرضه نتیجه نهایی این تصویرسازی‌ها است (حیدری چروده، ۱۳۸۹: ۳۳). از نگاه گیدنز مقوله بدن یکی از مؤلفه‌های سبک زندگی افراد است که در اصطلاح وی به پروژه بازتابی تبدیل شده است. به‌عبارت‌دیگر بدن به‌عنوان مستقیم‌ترین و در دسترس‌ترین قرارگاهی است که می‌تواند حامل و نمایشگر سبک‌های زندگی و اشکال هویتی باشد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۲۹).

گیدنز بدن را در ارتباط با دو مفهوم هویت و خود قرار می‌دهد. به باور وی نیاز امنیت وجودی و حس امنیت هستی‌شناختی چیزی است که در نهایت به شکل‌گیری یک هویت شخصی در ارتباط با محیط پیرامون منجر می‌شود. در این راستا از بدن به‌عنوان ابزار استفاده می‌شود. بدن در نگاه وی تنها یک جسم مادی صرف نیست، بلکه وسیله‌ای عملی برای کنار آمدن با اوضاع و احوال و رویدادهای بیرونی است. برای آنکه بتوانیم به‌طور برابر با دیگران در تولید روابط اجتماعی شریک شویم، باید بتوانیم نظارت مداومی بر بدن خویش اعمال کنیم؛ که در نتیجه آن بدن به ابزاری هویت‌ساز در جریان تعاملات اجتماعی تبدیل می‌شود. تصور از بدن حاصل به‌کارگیری هر چه بیشتر آن در کنش‌های اجتماعی است.

از نظرگیدنز برخی از وجوه بدن در عرصه کنش متقابل با دیگران موجب تمایز فرد از دیگران می‌شود. وی این وجوه را نمای ظاهری، کردار و غیره می‌نامد. نمای ظاهری بدن مشتمل بر همه ویژگی‌های ظاهری قابل‌رؤیت از جمله طرز پوشش و آرایش است که به‌طور معمول به‌عنوان نشانه‌هایی برای تفسیر کنش‌ها به کار گرفته می‌شوند. امروزه جنبه‌های ظاهری بدن برای ابراز هویت فردی بیش از وجهه اجتماعی آن تقویت شده است (خواجه‌نوری و دیگران، ۱۳۸۹: ۸۷-۸۶).

پیر بوردیو از زاویه‌ای دیگر رابطه میان بدن، مصرف و هویت را بررسی کرده است. از نظر وی مصرف انسان هویت طبقاتی او را پدیدار می‌کند. نوع مصرف نه تنها اندازه، شکل و وزن بدن، بلکه حالات اشارات، نحوه راه رفتن، خوردن و آشامیدن و حتی میزان فضای اجتماعی که بدن به خود اختصاص می‌دهد، را معین می‌کند (جواهری، ۱۳۸۷: ۶۳-۶۲). از نظر بوردیو بدن به‌منزله حامل و ناقل نمادین هنجارهای اجتماعی عمل می‌کند. او معتقد است که مدیریت بدن، مرکزی برای اکتساب پایگاه و حفظ طبقه و دیگر تمایزات افراد است (حیدری چروده و دیگران، ۱۳۸۹: ۲۳). بوردیو هدف مدیریت بدن را اکتساب منزلت، تمایز و پایگاه می‌داند. وی در تحلیل خود از بدن به کالایی شدن بدن در جوامع مدرن اشاره می‌کند که به‌صورت سرمایه فیزیکی ظاهر می‌گردد. بوردیو تولید این سرمایه فیزیکی را درگرو رشد و گسترش بدن می‌داند؛ به‌گونه‌ای که بدن حامل ارزش در زمینه‌های اجتماعی گردد. بوردیو با در نظر گرفتن بدن به‌عنوان یک سرمایه فیزیکی، هویت افراد را با ارزش‌های اجتماعی منطبق با اندازه، شکل و ظاهر بدنی مرتبط می‌سازد (فاتحی و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۹-۱۸).

نوربرت الیاس نیز بدن را به‌عنوان موضوعی تاریخی و در ارتباط با مقوله مدرن شدن مورد توجه قرار داده است. الیاس تلاش برای نمود زیباتر داشتن (یا زیبایی بیشتر) را نمونه‌ای از به نمایش گذاشتن رمزگونه بدن، مبتنی بر حرکاتی گویا و به‌منظور بیان احساساتی فردی از طریقی اجتماعی و به‌تبع آن کسب قدرت اجتماعی و دسترسی به ارزش‌های فرهنگی می‌داند (حیدری چروده، ۱۳۸۹: ۳۲). احتمالاً درد

می‌تواند نشان از ضعف قدرت اجتماعی فرد داشته باشد و ارزش‌های فرهنگی را در تجربه بیمار به چالش بکشد.

بیماری

بیماری به نظر جامعه‌شناس پدیده‌ای اجتماعی و طبقاتی و در نظر انسان‌شناس موضوعی فرهنگی بوده و به مثابه فضایی اجتماعی- فرهنگی جلوه می‌کند. بیماری‌ها نه فقط به حاد و مزمن، درمان‌پذیر و درمان‌ناپذیر، مسری و غیرمسری، پرهزینه و کم‌هزینه، بستری و سرپایی، عام و خاص، منطقه‌ای و غیرمنطقه‌ای، بلکه به پدیده‌های فقر و غنا، جنوبی و شمالی، جسمانی و روانی و از این دست؛ تقسیم شدند که به سیاست حاکم مربوط است که اداره هریک را سیاست حاکم تعیین می‌کند (آدام و هر تسلیک، ۱۳۸۵: ۱۱).

در هر تعریفی از سلامتی، مفهوم بیماری نقش مهمی بازی می‌کند. در حقیقت بیماری نقطه مقابل سلامتی است و با توجه به تعریف سلامتی، بیماری هرگونه انحراف از سلامت کامل جسمی یا روانی است که می‌تواند به صورت آشکار یا پنهان باشد. بیماری که غالباً تندرستی را مقابل آن قرار می‌دهند، بر اساس شناخت اجتماعی از حالات عادی یا غیرعادی تعریف می‌شود. مسئله این است که این‌ها نسبی هستند و فراهم آوردن الگوهای استاندارد در این زمینه با مشکل مواجه می‌شود (محسنی، ۱۳۸۵: ۵۶). در تعریف این که «بیماری» واقعاً و عملاً به چه معنایی است، مشکلاتی وجود دارد. یکی از شیوه‌های موجود عبارت است از تجزیه «بیماری» به اجزای متشکله آن. مفهوم ناخوشی^۱ تعریف بیماری را به شدت به بیمار وابسته می‌کند و با مفهوم عامیانه بیماری مترادف است. این تعریف از سه عامل چشم می‌پوشد:

۱. ادعای حرفه پزشکی به بهره‌وری از مهارت‌های انحصاری در تشخیص بیماری؛ کاملاً مستقل از این که بیمار احساس ناخوشی می‌کند یا نه.

1. ناخوشی (dis-ease)

جنسیت، فهم از درد و رفتار بیماری ... ۱۳

۲. وضعیت «عینی» که غالباً در برابر تجربه ذهنی تر بیماری توسط بیمار، به بیماری بخشیده می شود.

۳. وجود بیماری های پیش علامتی که فوراً باعث ناخوشی نمی شوند (توکل و آرمسترانگ، ۱۳۹۱: ۲۸۲).

شیوه دیگری که این عوامل را در بردارد، عبارت است از نگرستن به «بیماری» به عنوان یک پدیده زیست شناختی «واقعی». این همان نظرگاه پزشکی سنتی است. این رویکرد سه وجه دارد:

۱. نخست، هرچند خصوصیات بیماری های خاص معلوم شده است؛ درباره تعریف دقیق بیماری، به عنوان یک اسم عام، توافق نظری وجود ندارد.

۲. دوم، بسیاری از "شرایط"، مانند بیشتر بیماری های روانی که مبنای زیست شناختی روشنی ندارند، در این تعریف نمی گنجند.

۳. سوم، وضعیت غیر بیماری (عدم ابتلا به بیماری).

این ملاک ها زیست شناسانه است. هرچند بدون تردید بیشتر بیماری ها دارای مبنایی زیست شناسانه هستند اما این ویژگی برای تعیین ماهیت بیماری فی نفسه کافی نیست. در رویکردی متفاوت نسبت به این مسئله، آغاز کار از تصویری است که اصطلاح «عادی و بهنجار» به ذهن می آورد. زیرا بهنجار بودن نقش تعیین کننده ای در تشخیص تندرستی و بیماری بازی می کند (توکل و آرمسترانگ، ۱۳۹۱: ۲۸۳-۲۸۲).

درد

درد، به عنوان مهم ترین کیفیت حسی در انسان به شمار می رود و انسان را از تحریکات تخریبی در ارگانیزم مطلع ساخته، موجب مراجعه به پزشک می شود. برای پزشک هم وجود درد، برای تشخیص محل تحریک های تخریبی، اهمیت دارد. بسیاری از بیماری ها باعث بدن درد می شوند. به علاوه تشخیص انواع مختلف بیماری ها تا حد

زیادی به دانش پزشکی درباره کیفیت‌های مختلف درد وابسته است. بنابراین می‌توان گفت که درد، یکی از مکانیسم‌های محافظتی در مقابل بیماری است (گایتون، ۱۳۸۷: ۵۹۵). هرگاه یکی از بافت‌ها تخریب شوند، درد ایجاد می‌شود و همین باعث می‌شود که فرد برای برطرف کردن محرک درد، واکنش مناسب را انجام دهد. حتی فعالیت‌های ساده‌ای نظیر نشستن طولانی‌مدت بر روی برجستگی‌های نشیمن‌گاه می‌تواند باعث تخریب بافتی شود. زیرا باعث کمبود جریان خون پوستی در نقاط تحت‌فشار ناشی از وزن بدن می‌شود. هنگامی که پوست در نتیجه کاهش خون‌رسانی دردناک می‌شود، شخص به‌طور طبیعی و ناخودآگاه تغییر وضعیت می‌دهد.

ولی شخصی که فاقد حس درد است (مثلاً پس از آسیب نخاعی) درد را حس نکرده و بنابراین تغییر حالت نمی‌دهد. این شرایط باعث می‌شود که خیلی زود پوست در نقاط تحت‌فشار، دچار تخریب و پوسته‌ریزی شود (همان: ۵۹۵). گاهی محل احساس درد در بخشی غیر از محل تحریک گیرنده‌های درد است که به چنین حالتی “درد انتشاری” می‌گویند؛ مثلاً دردهای انتشاری ممکن است در قسمت‌هایی از پوست احساس شود. علت درد انتشاری، انتقال پیام‌های درد یک ناحیه به مرکز عصبی ناحیه دیگر است که به‌وسیله نورون‌های رابط نخاعی صورت می‌گیرد. در مواردی که یک اندام قطع می‌شود نیز تا مدتی درد و سایر حس‌های پیکری مربوط به آن اندام باقی می‌مانند. علت ادامه این حس‌ها، تحریک مراکز عصبی مربوط به آن اندام‌ها است (حائری‌روحانی، ۱۳۸۲: ۷۱-۷۲).

انواع درد و کیفیت آن‌ها

درد به دو نوع اصلی تقسیم می‌شود: درد تند و درد کند. درد تند، در عرض حدود ۰/۱ ثانیه پس از اعمال محرک دردزا، احساس می‌شود. درحالی‌که درد کند، یک ثانیه یا بیشتر پس از اعمال محرک دردزا احساس می‌شود و به‌کندی طی چند ثانیه یا حتی چند

دقیقه افزایش می‌یابد. درد تند نام‌های دیگری نیز دارد که عبارت‌اند از: درد تیز، درد گزشی، درد حاد و درد الکتریکی. این نوع درد وقتی احساس می‌شود که مثلاً یک سوزن در سطح پوست فرو برود. همچنین وقتی که پوست در معرض یک شوک الکتریکی قرار بگیرد، درد تند احساس می‌شود. درد تیز و تند، در بافت‌های عمقی‌تر بدن حس نمی‌شود. درد کند نیز اسامی مختلفی دارد که عبارت‌اند از: درد سوزشی آهسته، درد مبهم، درد ضربان‌دار، درد تهوع‌آور و درد مزمن. این نوع درد معمولاً با تخریب بافتی همراه است و می‌تواند رنج طولانی‌مدت و غیرقابل‌تحملی را به وجود آورد. این درد، هم در پوست و هم در سایر بافت‌ها یا ارگان‌های عمقی بدن ایجاد می‌شود (گایتون، ۱۳۸۷: ۵۹۵).

در مبحث درد، مفهوم سازش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تصور عمومی این است که شخص پس از مدتی با درد سازش پیدا می‌کند؛ در صورتی که آزمایش هاردی^۱ خلاف این مطلب را نشان می‌دهد. در آزمایش هاردی از تحریکات حرارتی برای ایجاد درد استفاده شده است. بدین ترتیب که بر روی پوست پیشانی اشعه مادون‌قرمز می‌تاباند، به طوری که شدت آن قابل‌تغییر باشد و با یک‌گیرنده، درجه حرارت پوست پیشانی را اندازه‌گیری و ثبت می‌کند. فرد آزمایش‌شونده در این آزمایش می‌تواند شدت اشعه را خود تنظیم کند. از او خواسته می‌شود که شدت را طوری تنظیم کند که آستانه درد را احساس کند. نتیجه آزمایش نشان می‌دهد که درجه حرارت در دقایق اول کمی بیش از درجه حرارت آستانه ۴۵ درجه سانتی‌گراد است ولی در دقایق بعد کاهش درجه حرارت ملاحظه می‌شود. یعنی با ادامه تحریک در فرد آزمایش‌شونده، به وسیله شدت اشعه کمتر می‌توان ایجاد درد کرد. این مطلب کاملاً خلاف رویه سازش است؛ برای رسیدن به آستانه درد، باید شدت تحریک (درجه حرارت) افزایش یابد نه کاهش (ایروانی و خداپناهی، ۱۳۸۴: ۹۹-۹۸).

درد مفهوم مهمی است که فرد در هنگام عدم سلامت به آن اشاره می‌کند. برای بسیاری از مردم، آگاهی نسبت به ظهور بیماری با درد آغاز می‌شود. در تئوری‌ها نیز درد عمدتاً از دیدگاه فیزیولوژیک مورد بررسی قرار می‌گیرد. نکته مهم آن است که فرد بیمار به‌مثابه یک کنشگر، پس از درک درد چه عکس‌عملی نسبت به آن نشان می‌دهد. آیا آن را انکار می‌کند، نادیده می‌گیرد؟ آن را تحمل می‌کند؟ یا رفتارهای دیگری به نمایش می‌گذارد؟ اگر بیمار تصمیم به مقابله با درد بگیرد، چه اقدامی انجام می‌دهد؟ آیا به پزشک مراجعه می‌کند؟ به خوددرمانی اقدام می‌کند؟ یا رفتارهای دیگری بروز می‌دهد؟ به نظر می‌رسد که فهم بیمار از درد به عکس‌العمل او در برابر درد و در نتیجه روند و فرآیند درمان کاملاً تأثیرگذار است. او اولین کسی است که از ظهور نوعی از بیماری به‌واسطه دردی که در بدن خود دارد، آگاه می‌شود و بی‌شک روند درمان از بیمار آغاز می‌شود.

روش

در این پژوهش از رهیافت کیفی نظریه بنیانی استفاده شد. از کیا (۱۳۹۰) تصریح می‌کند که این رهیافت، روش‌های متعددی را برای جمع‌آوری اطلاعات فراهم می‌کند. برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه‌های نیمه ساخت‌یافته و مشاهده بهره‌برداری شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد. حجم نمونه در این پژوهش ۳۴ نفر بود که با توجه به جنس، گروه‌های سنی، درآمد، شغل و تحصیلات در دو محله شهرک تعاون و محله سعیدی^۱ شهر سمنان انجام شد. افراد به‌طور داوطلبانه و با آگاهی کامل به پژوهش پیوستند. پس از انجام هر مصاحبه، کدگذاری باز اجرا شد و نتایج حاصل از هر مصاحبه با دیگر مصاحبه‌ها و نیز با مبانی نظری مقایسه شد. پس از استخراج مقولات، کدگذاری محوری و گزینشی برای نیل به انواع پارادایم‌ها و پارادایم مسلط انجام شد. نهایتاً گزاره‌های تئوریک استخراج شد.

۱. لازم به ذکر است که محله تعاون به نسبت فرادست‌تر از محله سعیدی است.

جدول ۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش

وضعیت تأهل				فراوانی به تفکیک جنس		فراوانی	سن
				مرد	زن		
همسر فوت شده	مطلقه	مجرد	متأهل	۱۳	۲۱	۱۱	۲۵-۳۵
						۱۱	۳۶-۴۵
						۵	۴۶-۵۵
						۶	۵۶-۶۵
						۱	۶۶-۷۵
۳۴						جمع	

در این پژوهش اصول اخلاقی به‌مثابه یک ضرورت مدنظر قرار گرفته و موارد زیر رعایت شد: (۱) ورود داوطلبانه افراد به پژوهش (۲) حفظ گمنامی مشارکت‌کنندگان (۳) آگاهی مشارکت‌کنندگان از اهداف پژوهش. همچنین پژوهشگر همواره مدنظر قرار داد که در فرآیند پژوهش کیفی به‌مثابه یک یادگیرنده است و نمی‌تواند مدعی دانستن پاسخ باشد. او متوجه بود که پاسخ در نزد مشارکت‌کنندگان در پژوهش است و باید حداکثر تلاش برای جلب همکاری صمیمانه و رضایتمندانه آنان انجام شود (علیرضا نژاد، ۱۳۹۶: ۱۴۳-۱۴۲). از این رو پژوهشگر به مشارکت‌کنندگان اطمینان داد که از آزادی کامل در پاسخ به پرسش‌ها برخوردار بوده و به هیچ نحوی مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند. همچنین اگر مشارکت‌کننده‌ای مایل به پاسخگویی به یکی از پرسش‌ها نبود، پژوهشگر حتی دلیل امتناع او را نمی‌پرسید. به مصاحبه‌شوندگان اطلاع داده شد که چنانچه پس از مصاحبه به هر دلیل از شرکت در مصاحبه پشیمان شدند، تنها کافی است این موضوع را به پژوهشگر اطلاع دهند تا بخش‌ها یا حتی تمام داده‌های گردآوری شده از آن مصاحبه، از مجموعه داده‌ها حذف شود (ازکیا، ۱۳۹۶: ۷۵۹-۷۵۸). مصاحبه‌ها با اجازه مشارکت‌کنندگان ضبط شد. همچنین مطالبی که مشارکت‌کنندگان تمایلی به ضبط

کردن آن نداشتند، یادداشت شد. همواره انجام مصاحبه بعدی منوط به تصمیم مصاحبه‌شونده بود.

جدول ۲- نمونه کدگذاری باز و محوری

مفهوم	زیرمقوله	مقوله	نوع مقوله
پریود سخت مقصر بودن پزشک از دست دادن زمان توسط پزشک	جنسیت و بیماری عدم اعتماد به نظام درمانی	دردهای زنانه بی توجهی در مراحل درمان	شرایط علی
آگاهی مانع درد نیست آگاهی از بدن درمان غیرپزشکی درد جسمی، درد روحی	تجربه درد زنانه از زایمان تحمیل درد درد جنسیتی	آگاهی از درد	زمینه‌ها و بسترها
مرگ به معنای از دست دادن	مرگ به معنای از دست دادن مرگ به‌مثابه رنج دیگری	مرگ به معنای از دست دادن	شرایط مداخله‌گر
چکاپ به‌عنوان یک ضرورت و توجه به سلامت اولویت اجتماع/جامعه اولویت فرد و خانواده بر اجتماع/جامعه	ارتباط مداوم با پزشک فرد در خدمت خود و خانواده اولویت فرزندان بر جامعه/اجتماع	مراقبت از سلامتی اولویت فرد بر جمع اولویت فرد و گروه خانواده	
ضرورت چکاپ	ارتباط مداوم با پزشک اعتماد-چکاپ	پیشگیری اهمیت مدیریت بر بدن	استراتژی‌ها
اولویت سلامت روحی، سلامت جسمی لزوماً منجر به سلامت روحی نیست.	اولویت سلامت روحی به جسمی	سلامت	پیامدها

یافته‌های پژوهش

در این مقاله به مقوله درد که یکی از مقولات استخراج شده در رفتار سلامتی است، می‌پردازیم. در این مقاله تفاوت بین درک و مواجهه با درد بین زنان و مردان مدنظر است. در شناخت بیماری، نکته مهم و اولیه، ظهور درد است. در این بخش به درک از درد و مواجهه با آن پرداخته می‌شود. درد می‌تواند نشان‌دهنده احتمال خطر و یا یک بیماری مخاطره‌آمیز باشد. افراد با توجه به درد و چگونگی عکس‌العمل به آن، قادر خواهند بود از خطرهای جدی‌تر جلوگیری کنند. در این باره مشارکت‌کنندگان انواع متفاوتی از درک از درد را مطرح کردند که عبارت‌اند از: درد به‌مثابه نشانه، درد طبیعی، درد تحمیلی، درد به‌مثابه حس بد و رنج، انکار درد، درد به‌مثابه امری مشابه مرگ، درد به‌مثابه امر مقدس.

مقوله درد

مقدمه

انسان‌ها به‌طور روزمره در معرض درد قرار دارند. در این مقاله بین درک و مواجهه با درد در بین زنان و مردان مدنظر است. برای انجام این مهم، اول به فهم افراد از درد توجه شده و سپس رفتاری که متناسب با این فهم است توسط افراد انجام‌شده، مدنظر قرار گرفت. در درک از سلامتی و بیماری، درد مقوله بسیار مهمی است که باید بدان توجه کرد. برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان، درد به‌مثابه علامت عدم سلامت و درگیر شدن با بیماری است. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، سطوح مختلفی از درد را در خلال زندگی تحمل کرده و تجربه‌های متفاوتی را در این زمینه گزارش کرده‌اند. یکی از مشکلاتی که ممکن است بسیاری از بیماران در زندگی روزمره با آن روبه‌رو باشند، تجربه درد است. نقش بیمار در مدیریت و تسکین درد بسیار مهم است. وجود درد در بسیاری از موارد مفید و آگاهی‌بخش است. درد می‌تواند نشان‌دهنده احتمال

خطر، یا یک بیماری مخاطره‌آمیز باشد. در واقع درد سیستم هشداردهنده‌ای است که افراد با توجه به آن قادر خواهند بود از خطرهای جدی‌تر جلوگیری کنند. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش درک از درد را در شرایط مختلف، به نحو متفاوتی به نمایش می‌گذارند که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود:

زیرمقوله‌ها

با توجه به یافته‌ها و روش پژوهش، لازم است مقوله اساسی درد و زیرمقوله‌های مربوط به آن، پیش از شناخت نوع درد که در هر پارادایم ظاهر می‌شود؛ روشن شود. بدین ترتیب جایگاه مقوله درد و زیرمقوله‌ها در هر پارادایم قابل‌بحث خواهد بود. اگرچه به لحاظ ذهنی انواع درد قابل جدا کردن از یکدیگر هستند، اما به لحاظ عینی در یک طیف قرار دارند. درد می‌تواند به‌عنوان درد خفیف یا درد شدید تجربه شود. اما موقعیت فرد در برابر درد همواره ثابت نیست. فرد می‌تواند از تجربه درد شدید به درد خفیف و بالعکس تغییر موقعیت دهد. یافته‌ها نشان داد که درد یکی از مقولات اصلی مورد توجه مشارکت‌کنندگان بود. زیرمقوله‌های درد به شرح زیر است.

درد به‌مثابه نشانه

درک اولیه فرد بیمار از بیماری با نشانه‌های^۱ اولیه بیماری مربوط است. یکی از مهم‌ترین این نشانه‌ها احساس درد است. از همین رو پزشک نوعی "کارآگاه" است که از شواهد بیرونی پی به وجود بیماری می‌برد. به‌طورمعمول از بیمار خواسته می‌شود تا نقشی بسیار خاص ایفا کند، یعنی نشانه را پیش پزشک ببرد و آن را به او گزارش کند تا کارآگاه بتواند کارش را پیش ببرد (توکل و آرمسترانگ، ۱۳۹۱: ۴۵). مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، به موارد ذیل اشاره می‌کنند:

۱- لازم به توضیح است که نشانه‌ها (Symptoms) حالت‌های احساسی‌اند که بیمار به آن‌ها دچار می‌شود. این حالت‌ها به بیمار هشدار می‌دهند که وضع بسامان و بهنجار نیست (توکل و آرمسترانگ، ۱۳۹۱: ۴۵).

پری ۴۰ ساله می‌گوید: "من عادت دارم که نشانه‌ها را ارزیابی کنم. وقتی نشانه‌ای از بیماری دارم که عادی است - مثل سردرد - کم پیش میاد برم پیش پزشک. ولی اگر بینم آن نشانه غیرعادی است، می‌روم دکتر." رضا ۴۷ ساله می‌گوید: "سرطان مثانه نه درد داره و نه هیچ حالتی، فرقی هم بین زن و مرد نیست. اولین نشانه اینه که ادرار برمی‌گرده و تیره می‌شه، که فکر می‌کنی سرما خوردی و یا به خاطر غذایی که خوردی. قطع می‌شه... و هی این تکرار می‌شه. مثلاً اگر طی دو ماه این اتفاق برات افتاده، خودت می‌فهمی بوی دردسرداره میاد و تو سونوی اول هم چیزی نشون داده نمی‌شه. اگر توده ریز باشه سونو نشان نمی‌ده و حتماً باید بری اسکن و وقتی اسکن می‌شی تازه متوجه می‌شی..."

رضا و پری به نشانه‌ها توجه می‌کنند. به عبارت دیگر آن‌ها بر این باورند که باید با اولین نشانه‌های جدی به پزشک مراجعه کرد. به عبارت دیگر آن‌ها بر این باورند که درد لزوم مراجعه به پزشک را مطرح می‌کند. البته آن‌ها همه دردها را به یک اندازه جدی تلقی نمی‌کنند. کامران ۵۴ ساله نیز به نشانه‌ها توجه کرد.

او می‌گوید: "دوتا خال بدخیم رو چهره‌ام داشتم و نشانه‌هاش، نشانه‌های خوبی نبود و یک سری از دوستای پزشکم به من می‌گفتن که این خال‌ها رنگش عوض شده و باید بری از ریشه دربیاری."

مینا ۶۳ ساله می‌گوید: "وقتی دردم شدید هست، می‌رم پیش پزشک. در غیر این صورت آدم وسواسی نیستم." سحر ۲۷ ساله نیز به درد خفیف و شدید توجه می‌کند. او مسئله را با پیچیدگی بیشتری بررسی می‌کند. سحر می‌گوید: "من برای ناراحتی‌های پیش‌پاافتاده و جزئی به این مسئله آگاهم که خودم باعثش شدم. مثلاً اگر من نشانه‌هایی از درد معده داشته باشم، متوجهم که خودم کاری کردم که معده‌ام درد گرفته. او می‌گوید مشکلات جدی‌تر خدا رو شکر هنوز آن‌قدر باهوش مواجه نشدم که بینم چه عکس‌العملی باهاشون دارم."

برای سحر منشأ درد مهم است. او اگر گمان کند که به منشأ درد آگاه است و می‌داند که چرا دچار این درد شده است، موردی برای نگرانی نمی‌بیند. با همین رویکرد

آتوسا نیز درد را به خاص و غیرخاص تقسیم می‌کند. او اگرچه درد را علامت بیماری می‌داند؛ اما به دردهای خاص توجه می‌کند.

آتوسا ۳۵ ساله می‌گوید: "به نظرم لازم نیست برای هر بیماری‌ای بریم دکتر. مگر درد خاصی باشه. من برای سردرد و پادرد نمی‌رم پیش دکتر. مگر اینکه یک نشانه‌هایی باشه که سابقه داره و بارها بروز کرده و طبیعی نیست و غیرعادی و تهدیدکننده‌تر از نشانه‌های بیماری‌هایی هست که داشتیم. در این صورت می‌رم دکتر." از نظر آتوسا درد را می‌توان به درد طبیعی و غیرطبیعی تقسیم کرد. درد طبیعی برای او نگران‌کننده نیست.

ارمغان ۳۰ ساله نیز به درد عادی و غیرعادی اشاره دارد.

او می‌گوید: "درد برای من یک نشانه هست که برم خودمو درمان کنم. یا برای من عبرت بشه و اینکه یک انگیزه است که کمکم کنه که دیگه یک مسیری را نرم. یک اشتباهی را دیگه تکرار نکنم. چون درد کشیدم و برام عبرت شده و برم خودمو درمان کنم."

ارمغان درد غیرعادی را به‌مثابه یک نشانه مهم تلقی می‌کند.

کامران ۵۴ ساله می‌گوید: "درد یک نشانه است. اگر درد نبود، آدم متوجه نمی‌شد که چه اتفاقی برایش می‌افته... درد یک نشانه هست که نشان می‌دهد شما یک مشکلی پیدا کردی."

نکته مهم آن است که آنچه را که فرد بیمار نشانه می‌داند، پزشک به‌مثابه علامت می‌شناسد (توکل، و آرمسترانگ، ۱۳۹۱: ۴۵). بنابراین نشانه می‌تواند حتی حسی باشد. مثلاً فرد گمان می‌کند که دردی را تجربه می‌کند اما دلیل روشنی برایش ندارد. در مراجعه به پزشک، بحث نشانه‌ها تبدیل به علائم می‌شود. نشانه طیف وسیعی را در برمی‌گیرد که از مشخصات جسمی شروع شده و می‌تواند به نشانه‌های روحی-روانی یا حتی عاطفی تبدیل شود. گاه تجربه بیماری نزدیکان موجب می‌شود تا فرد به گمان آن‌که نشانه‌هایی از آن بیماری را در خود دارد، برای چکاپ به پزشک مراجعه کند. در این‌باره نکته بسیار مهم وسعت مفهوم نشانه در برابر محدودیت مفهوم علامت است.

درد طبیعی

مفهوم درد طبیعی کاملاً وابسته به جنسیت بوده و به عبارت دیگر می‌توان گفت که یک مفهوم جنسیتی است. نحوه مواجهه مشارکت‌کنندگان زن و مرد با درد، از جهاتی با یکدیگر متفاوت است. زنان سطحی از درد را طبیعی تلقی می‌کنند زیرا به‌طور معمول درد بخشی از زندگی روزمره آنها است و آنان آن را طبیعی دانسته و تحمل می‌کنند. بسیاری از زنان، سطحی از درد را در زندگی طبیعی می‌دانند. دردهایی مثل دردهای زایمان و درد ماهانه پرئود برای زنان به‌مثابه درد طبیعی تلقی می‌شود. بسیاری از آنان گمان می‌کنند که باید این درد را تحمل کنند. بسیاری از زنان اظهار کرده‌اند که سطحی از درد، طبیعی است اما هیچ مردی در خلال مصاحبه‌ها از اصطلاح درد طبیعی استفاده نکرده است. زنان بسیاری دردهای زنانه، درد کمر، درد استخوان و امثال آن را به‌مثابه دردهای طبیعی تلقی کرده و در مواجهه با آن استراتژی تحمل را برمی‌گزینند.

در فهم جنسیتی از درد، زنان می‌آموزند که باید با برخی از دردها زندگی کنند. این امر موجب می‌شود تا عکس‌العمل آنان نسبت به درد کندتر شود. یعنی پیش از مراجعه به پزشک، برای مدتی سطحی از درد را تحمل می‌کنند. آنان به دلیل خو کردن به درد طبیعی، معمولاً با سطحی از درد کنار آمده و فعالیت‌های روزمره خود را تعطیل نمی‌کنند. آنان همچنین در کمک خواستن از اطرافیان یا اعضای خانواده، تعلل کرده و تحمل درد را به‌مثابه یک وظیفه و رفتار زنانه تلقی می‌کنند. به‌عنوان مثال، دردهایی مثل درد در ناحیه کمر توسط اغلب زنان گزارش شده است. آنان این درد را طبیعی قلمداد کرده و آن را تحمل می‌کنند. از نظر آنها این مجموعه از دردها جدی نیست و نباید عکس‌العمل ویژه‌ای به آن داشت. شایان توجه است که تحمل درد و طبیعی انگاشتن آن، در بین زنان جوان‌تر کاهش یافته است. زنان جوان‌تر از زایمان‌های مداوم اجتناب کرده و یا برای رهایی از درد پرئود به استفاده از انواع داروها، اقدام می‌کنند. نکته مهم آن است که برای برخی از زنان - به‌ویژه مسن‌ترها - درد طبیعی و تحمل آن به‌مثابه عامل پیشگیری از بیماری‌های جدی‌تر تلقی می‌شود.

مینا ۶۳ ساله می‌گوید: "ازدواجم اولین درد بود چون در خانواده از همه کوچک‌تر بودم و اصلاً عقلم نمی‌رسید و بعد ازدواجم تازه یک‌مرتبه پریدم می‌شدم..."

او در ادامه می‌گوید: "من درد زایمان نداشتم ولی دوره حاملگی بدی داشتم و از طرفی مشکلاتی که شوهرم برای من به وجود می‌آورد، خیلی اذیت می‌شدم." آزیتا ۴۴ ساله زایمان را درد طبیعی و خوب می‌داند. او کورتاژ را به مثابه درد بد معرفی می‌کند که ناخواسته به او تحمیل شده است^۱.

او می‌گوید: "خیلی درد زایمان نداشتم. خیلی خوش گذشت. نه حاملگی سختی داشتم و نه درد زایمان. من دوست داشتم بچه زیاد داشته باشم... همسر دوست نداشتم به همین خاطر سه تا کورتاژ کردم."

برای آزیتا درد طبیعی زایمان، حتی لذت‌بخش تلقی می‌شود. این در حالی است که اغلب این زنان به‌ویژه در ماه‌های آخر بارداری اظهار می‌کنند که تا بدان حد دچار مشکل بودند که بند کفش خود را نیز نمی‌توانستند، ببندند. در نقطه مقابل درد طبیعی، زنان در مقابل درد تحمیلی عکس‌العمل نشان می‌دهند. ارمغان ۳۰ ساله هم به درد طبیعی باور دارد. او از رفتار خود درباره درد پریدم انتقاد می‌کند و می‌گوید:

"همین سر پریدی خودم حس می‌کنم آستانه تحمل دردم پایینه... کارم به بیمارستان رفتن، سرم زدن، کشیده نمیشه. احساس می‌کنم دردی که می‌کشم طبیعیه..."

او درد را طبیعی تلقی کرده و معتقد است که رفتار خود او در برابر این درد باید تغییر کند.

۱- درد تحمیلی از جمله انواع درد است که در این پژوهش مطرح شد. این درد نیز عمدتاً ماهیتی جنسیتی دارد و زنان معمولاً از این نوع درد سخن گفته‌اند.

شیدا ۲۹ ساله می‌گوید: "۱۳ سالگی پی‌یود شدم... از همان ابتدا پی‌یودهای وحشتناکی داشتم که با درد همراه بود تا به الآن، که بسیار زجر می‌کشیدم و الآن هم با مسکن خودمو آروم می‌کنم و دردشو نمی‌تونم تحمل کنم."

ندا نیز مانند شیدا در تحمل درد پی‌یود، تحمل زنان مسن‌تر را به نمایش نمی‌گذارد. ندا ۳۱ ساله می‌گوید: "وقتی پی‌یود می‌شم، مسکن می‌خورم. اصلاً طاقت درد ندارم. به محض دیدن پی‌یود فوراً ژلوفن می‌خورم. مادرم دعوا می‌کنه. بهش می‌گم ماهی یک دونه است. یک دونه که ضرری نداره. بعد هم چای نبات درست می‌کنم و می‌خورم؛ خوب می‌شم."

مادر از او انتظار دارد که درد را تحمل کند. از نظر مادر استفاده از داروهای شیمیایی تأیید شده نیست؛ اما درمان‌هایی از قبیل استفاده از چای نبات مشکلی ندارد.

در رویکردی متفاوت، زهرا ۵۲ ساله می‌گوید:

"درد که آدم نداشته باشه به نظر من آدم نیست. مگه می‌شه کسی درد نداشته باشه؟ هیچ‌کس تو این دنیا نیست که بگه من دردی ندارم. میشه؟ اصلاً به نظر من همیشه. یکی درد زایمان داره، یکی درد کلیه داره، یکی درد پا داره، یکی درد دست داره. یکی درد چشم داره و یکی هم هست که غم و غصه داره هرکسی به یک طریقی."

او در ادامه می‌گوید: "۱۲ سالگی پی‌یود شدم. ... ترسیده بودم. می‌گفتم خدایا این چیه؟ این چه فاجعه‌ایه؟ دخترعموم گفت اصلاً نترس. وقتی صحبت کردم باهاش، دلم بزرگ شد. پیش خودم می‌گفتم این هم میشه. اون هم میشه. من فقط نیستم که بترسم... اصلاً آن موقع به مادرها نمی‌گفتند. خجالت می‌کشیدن. آن موقع دوره ما بد می‌دونستند. و حتماً ما می‌بایست نماز بخونیم و سر نماز وایستیم تا نفهمند ما این جور می‌هستیم و نماز نمی‌خونیم..."

درباره زهرا علاوه بر طبیعی انگاشتن درد و تحمل آن، پنهان کردن درد هم مطرح است. درد طبیعی پی‌یود اصلاً نباید بیان می‌شد.

پریسا ۴۸ ساله می گوید: "اولین بار خونه عموم بودم با پسر عموم و دختر عموم داشتیم والیبال بازی می کردم. حس کردم چیزی از من خارج شد بعد رفتم دستشویی و بعد خیلی ترسیدم. آمدم خونه. نزدیک بود خونه مون. وقتی مامانمو دیدم زدم زیرگریه. گفت پر بود شدی... می دونستم ولی وقتی در خودم دیدم آدم حالش خیلی بد میشه."

بیشتر زنان در این پژوهش از تجربه ترس از پیوند و نیز درد آن سخن گفتند. نکته مهم آن است که تحمل این درد، طبیعی تلقی شده و درعین حال به ویژه درباره زنان مسن تر باید پنهان می شد. پنهان کردن بدان معنا است که فرد به نحوی رفتار کند که گویی درد ندارد. در غیر این صورت دیگران خواهند دانست که او در چه شرایطی قرار دارد. آنان همچنین از درد زایمان به عنوان شدیدترین دردها سخن گفتند. میترا ۵۸ ساله، درد طبیعی، مثل درد زایمان را امری مؤثر و درمان کننده می شناسد. بر این اساس او تحمل این درد را مفید تلقی می کند.

او می گوید: "احساس می کنم اگر نسبت به هم سن و سال هایم بهتر موندم و هنوز پوکی استخوان نگرفتم، به خاطر زایمان بود. چهارتا بچه زایمان کردم و اعتقادم بر این است که هر زنی که زایمان می کنه، کتافتی ها و عفونت ها و خیلی درد و مرض هاش ریخته می شه."

آتوسا ۳۵ ساله از تحمل درد به مثابه یک رفتار سخن می گوید. بدین معنا که او تنها دردهای مربوط به زنانگی را تحمل نمی کند، بلکه تقریباً هر نوع درد را تحمل می کند. آتوسا می گوید: "بیشتر دردمو تحمل می کنم. خیلی به درد اعتنا نمی کنم و بیشتر مدارا می کنم."

به نظر می رسد در مقایسه با مردان، زنان بیشتر به تحمل درد، حتی درد غیرطبیعی، اقدام می کنند. ولی در زنان جوان تر تحمل درد طبیعی کمتر شده و انکار می شود. در زنان جوان، پذیرش کمتری نسبت به درد وجود دارد. دخترهای جوان تر در هنگام پیوند دارو می خورند و درد را تحمل نمی کنند. آنان اظهار می کنند که به دنبال زایمان بی درد

هستند. بنابراین مفهوم درد طبیعی، با وجود این که پدیده‌ای جنسیتی است اما درباره زنان جوان‌تر از شیوع کمتری برخوردار است. نمی‌توان گفت که این رویکرد طبیعی نسبت به دردهای زنانه، کاملاً از بین رفته است اما از عمومیت آن در حدی کاسته شده است. زهرا ۵۲ ساله از درد سطحی و درد عمیق می‌گوید. او تحمل درد را امری طبیعی و لازم می‌داند.

زهرا می‌گوید: "درد پا یا درد دست، یک درد سطحی هست. خودم خوب میشم. اگر دردی مثل درد کلیه باشه یا فشارخون باشه (فشارم بالا است. یکی دو تا قرص باید صبح و غروب بخورم). آدم باید بره دکتر. ولی وقتی یک چیزی ضروری نباشه، اصلاً به بچه‌ها نمی‌گم. خودم خوب میشم... بچه‌ها غصه بخورند برای چی؟..."

زهرا معتقد است که درد سطحی را می‌توان و باید تحمل کرد، اما او تحمل درد عمیق را جایز ندانسته و بر این باور است که برای حفظ سلامتی و مقابله با بیماری لازم است که اقدام کرد. درد سطحی از نظر او عمومی و در حد زیادی طبیعی است و همه افراد به نوعی آن را تجربه می‌کنند. در این مسیر او به‌مثابه مادر فنا شده^۱ تحمل درد و عدم ایجاد نگرانی برای فرزندان را از وظایف اصلی خود می‌داند.

در رویکردی متفاوت برای علی ۲۸ ساله رهایی از درد امر مهمی است. او می‌گوید: "درد چیزی هست که وقتی تحملش را نداری به خدا پناه می‌بری که خوب بشه و دنبال مخدری می‌گردی (نه مواد مخدر) مثل استامینوفن که زودتر این دردو تمام کنه."

کامران ۵۴ ساله می‌گوید: "وقتی درد دارم سعی می‌کنم باهانش کنار بیام ولی وقتی طاقتم طاق می‌شه، نمی‌تونم تحملش کنم، می‌روم پیش پزشک. اما به درد هم بستگی داره اگر یک سردرد باشه خودم حل می‌کنم."

۱- اصطلاح مادر فنا شده یا زن فنا شده از کتاب رازوری زنانه اثر بتی فریدان وام گرفته شده است.

برای کامران رهایی از درد مطرح است. او برای رهایی از درد ممکن است به خوددرمانی اقدام کند و یا به پزشک مراجعه کند. کامران یا علی هیچ‌کدام از درد طبیعی سخن نگفتند.

سعید ۴۱ ساله درد طبیعی را به نحوی متفاوت از زنان درک می‌کند. او درد را بخشی از فلسفه خلقت می‌داند. برای او درد به مفهوم سختی است.

سعید می‌گوید: " ... کل این زندگی یک درده و تمام این زندگی. یک آیه‌ای تو قرآن هست که تو ذهن من می‌گه خلق الانسان فی کبد (انسان را در سختی و مشکلات آفریدیم). مدیوم زندگی یک مدیوم سختی هست و همه انسان‌ها تو یک سختی زندگی می‌کنند. حالا یک لحظاتی هست، یک شرایطی هست که یک مقدر شما را از آن شرایط خارج می‌کنه. مثلاً عده‌ای از مردم به موزیک تمایل دارند... یا یک عده ممکن هست با خوردن الکل از این فضا خارج بشن. یک عده ممکن هست با تصوف و عرفان از این فضا خارج شوند..."

برای سعید درد طبیعی بیشتر از جنس درد و سختی روحی است؛ درحالی‌که زنان درد طبیعی را امری جسمی تلقی می‌کردند. درک و مواجهه با درد امری ساده نیست و از تجربه زیسته افراد در جامعه ناشی می‌شود. معنای عمیق درد از خلال پیچیدگی‌ها و ابهام‌هایی می‌گذرد که خود رابطه فرد با جهان را تعیین می‌کنند. بخشی از وجود فرد به شدت در تمنای درمان است درحالی‌که بخشی دیگر از وجود او، به درد وابسته است. فکوهی حتی به مقاومت بیمار در برابر درمان و رهایی از درد اشاره می‌کند (لوبروتون، ۱۳۹۲: ۱۰).

درد تحمیلی

از نظر جان استوارت میل، امر غیرطبیعی معمولاً به معنای غیرمرسوم است. او معتقد است هر چه که مرسوم باشد، طبیعی می‌نماید. انقیاد زنان به دست مردان، سنتی جهانی است و طبیعتاً انحراف از آن غیرطبیعی می‌نماید (پاک‌نیت و مردیها، ۱۳۸۸: ۴۵).

بر این اساس عجیب نیست که زنان سطحی از درد را طبیعی و تحمل آن را یک وظیفه تلقی کنند. در اینجا روی دیگر این نگاه جنسیتی نسبت به درد، به ظهور مفهوم «درد تحمیلی» منجر می‌شود. «درد طبیعی» و «درد تحمیلی» دو روی یک سکه هستند. درد تحمیلی نیز در حد زیادی زنانه است ولی نه به اندازه مفهوم درد طبیعی. منشأ درد تحمیلی می‌تواند از خانواده یا جامعه باشد. جنسیت در فهم درد تحمیلی عنصر مهمی است. برای مردان تحمل درد می‌تواند به دلیل فشار کار ایجاد شود. برای مردان وظیفه نان‌آوری به‌مثابه یک نقش جنسیتی، می‌تواند منجر به درک تحمیلی از درد شود. مرد احساس می‌کند که اگر مجبور نبود که کار کند، خرج خانواده را بدهد و فشار جامعه را تحمل کند؛ سالم‌تر می‌بود.

در این باره مهدی ۴۰ ساله می‌گوید: "رابطه من و همسر خوب هست، ولی من راضی نیستم. چون من دنبال رابطه عاشقانه هستم ... وقتی هفت صبح می‌روید و هشت شب می‌آیید؛ دیگه تایمی نمی‌مونه. و من آنقدر خسته‌ام که فقط در مورد کار خودم و این‌که توخونه چه خبره ازش بپرسم و در مورد روزمرگی. این عاشقانه‌ها تو خونه مجانبه؛ ولی نمی‌تونم اونوسینما، سفر، تئاتر و کنسرت ببرم... شرایطی که جامعه داره و تو زندگی من به وجود آورده، اجازه نمی‌ده. اینکه حقوقی بگیرم و آن حقوق در سطحی باشه که نمیری و فقط و فقط زنده بمونی."

مهدی معتقد است که نمی‌تواند هزینه مصرف کالاهای فرهنگی را تأمین کند. به‌عبارت‌دیگر ضعف در سرمایه اقتصادی منجر به ضعف شدن سرمایه فرهنگی شده و امکان لذت بردن از زندگی خانوادگی را کاهش می‌دهد. او اشتغال به کار و عدم توان برای مصرف کالاهای فرهنگی را یک درد تحمیلی از سوی جامعه بر خود می‌بیند.

مجتبی ۴۱ ساله می‌گوید: "من شغلم طوری هست که همش با عدد سروکار دارم و دائماً کارم با لب‌تاپ هست. این باعث شده شبکیه چشمم جدا بشه و یک آبی پشت شبکیه جمع بشه. در حقیقت عروق آسیب می‌بینن و ترشح می‌کنن. حس می‌کنم این روزا مریضیم برگشته. از کارم بدم میاد. اما سنم بالا رفته و تغییر شغل در سن بالا کار راحتی نیست."

دردهای ناشی از شغل برای مردان تحمیلی است. مجتبی به دلیل پیچیده و سخت بودن شغلش به پیری زودرس و بیماری اشاره می‌کند که به او تحمیل شده است. رویکرد زنان درباره درد تحمیلی نیز با رویکرد مردان متفاوت است و به نظر می‌رسد ابعاد جسمی بیشتری دارد.

زهرا ۵۲ ساله به زایمان می‌اندیشد و می‌گوید: "پشیمون نیستم ولی از نظر سلامتی خیلی تأثیر داره. یه دونه بچه تا شش تا بچه خیلی تأثیر داره. الآن فکر می‌کنم اگر بچه نمی‌آوردم اصلاً مریض نمی‌شدم. سلامتیم را از دست نمی‌دادم..." برای زهرا هر زایمان به مثابه یک فاجعه جسمی تلقی می‌شود به این دلیل که "... زنان میزان زیادی کلسیم و خون از دست می‌دهند و دچار پوکی استخوان می‌شوند."

مریم ۷۴ ساله نیز می‌گوید: "۷ فرزند دارم و دو تا سقط کردم. زایمان‌هایی که داشتم همه طبیعی بود. درد داشت ولی به محض زاییدن انگار تمام دردها تمام می‌شد. شوهرم می‌گفت بزا مگه چی میشه؟"

به نظر می‌رسد که طبیعی تلقی شدن درد زایمان از سوی مردان، موجب می‌شود تا همدلی لازم از سوی آنان به‌ویژه در شرایط سخت جسمی، با زنان انجام نشود. عملاً فرزندآوری به زن تحمیل می‌شود تا مرد به خواسته خود مثلاً داشتن فرزند پسر نائل شود. بنا به اظهار این زنان، مردان گمان می‌برند که درد طبیعی زایمان پایان می‌یابد و "وظیفه زن زاییدن است." بنابراین به‌زعم این زنان، درد در این شرایط به زن تحمیل می‌شود و مرد خودش را موظف به توجه زن و راضی کردن زن یا حتی تلطیف شرایط برای زن نمی‌بیند. از نگاه زنان، در این شرایط همدلی از جانب همسر صورت نمی‌گیرد. شوهر درد را طبیعی تلقی می‌کند.

وقتی مرد با زن گفتگو نمی‌کند و موافقت زن را جلب نمی‌کند؛ زن به این باور می‌رسد که درد به او تحمیل شده است. ارتباطی که بین درد طبیعی و تحمیلی وجود دارد به این نکته مربوط است که مرد درد زایمان را طبیعی و بنابراین بی‌اهمیت و غیر

جنسیت، فهم از درد و رفتار بیماری ... ۳۱

آسیب‌زا تلقی می‌کند. بسیاری از زنان نیز این درد را طبیعی می‌دانند و به‌طور معمول در برابر این خواست مقاومت نمی‌کنند. به تدریج زنان با این حس در خود مواجه می‌شوند که درد به آن‌ها تحمیل شده است. نکته مهم این است که همراه با تغییر رویکرد زنان جوان‌تر درباره طبیعی تلقی کردن درد، مقاومت آنان در برابر تحمل این درد بیشتر شده و میزان درد تحمیلی ظاهراً کاهش می‌یابد.

فاطمه ۳۰ ساله می‌گوید: "من اصلاً بچه دوست ندارم ولی همسرم خیلی دوست داشت. خودم نه تحمل درد زایمان دارم و نه حوصله بچه بزرگ کردن..."
تغییر رویکرد زنان درباره فرزند آوری درک طبیعی از درد زنانه را به چالش می‌کشد. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد برای نسل جوان‌تر این درد، تحمیلی تلقی می‌شود در حالی که درد زایمان برای زنان مسن‌تر به مثابه درد طبیعی تلقی می‌شد.

درد به مثابه امری مشابه مرگ

مرگ یک تجربه خاص است که به‌طور جداگانه باید به آن پرداخته شود و مسئله اصلی این پژوهش نیست اما چون مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به آن اشاره کردند در این مقاله اشاره کوتاهی به این مقوله می‌شود.

شیدا ۲۹ ساله در تعریف درد می‌گوید: "درد به نظرم یک جور مرگه. اگر به دادش نرسی، می‌میری." در تجربه شیدا، حس مردن در پیوند کامل با درد و نشانه‌های دیگر بیماری قرار داشت.

رضا ۴۷ ساله می‌گوید: "درد از شادابی و سرزندگی قاعدتاً سرچشمه نمی‌گیره. از نابودی هست که سرچشمه می‌گیره. حالتو بد می‌کنه. تهش اون‌ه (مرگ) و ضعیف‌ترش می‌کنی، میشه این (درد)..." این افراد بین درد و مرگ رابطه‌ای ناگسستنی حس می‌کنند.

درد به مثابه نعمت

این نوع فهم از درد بیشتر زنانه است. در این رویکرد درد به فرد آگاهی می‌بخشد. درد فرد را مطلع می‌کند که جایی از بدن به درستی کار نمی‌کند.

میترا می‌گوید: "هر دردی را هم همیشه گفت بلا است. خیلی دردها نعمته..."
زهرای نیز رویکردی مشابه دارد. او می‌گوید:

"درد یک نعمت هست...."

مینا ۶۳ ساله می‌گوید: "پشتوانه درد آگاهی است. چون آگاهی داری و یک عمق فکری و یک باوری داری که به درد رسیدی." در اینجا فهم از درد از ابعاد جسمی فراتر بوده و به معنای حس بد هم نیست. بلکه نوعی آگاهی است.

مریم ۷۴ ساله می‌گوید: "درد و بیماری گناهایی که به دوش آدم سنگینی می‌کنه رو تخفیف می‌ده..."

ظاهره ۴۰ ساله می‌گوید: "درد و بیماری باعث میشه بار سنگین گناه که کمر انسانو خمیده می‌کنه، سبک کنه."

آزیتا ۴۴ ساله می‌گوید: "بیماری از نعمت‌های خداونده و گناهان منو پاک می‌کنه."

سمانه ۳۵ ساله می‌گوید: "بیماری مثل حمومیه که در اون انسان می‌تونه روحشو پاک کنه...."

زینب السادات ۳۷ ساله می‌گوید: دنیا سرای نیستی و رنجه...."

درد به مثابه امر مقدس بیشتر در بین زنان بزرگسال در هر دو محله تعاون و سعدی دیده می‌شود، مردان هیچ اشاره‌ای به این مورد نداشتند.

انکار درد

برخی از مشارکت‌کنندگان مایل نیستند که از درد یا منشأ آن آگاه شوند. به عبارت دیگر درد را انکار می‌کنند.

مینا ۶۳ ساله می‌گوید: "درد احساسی است که هر کس ممکنه تجربه کنه. درد جسمی و درد روحی از هم جداشدنی نیستند. ممکن است در یک شرایطی مثلاً شما دردی داشته باشی؛ ولی تو یک محیطی میری ممکنه دردو فراموش کنی. یا تو یک موقعیتی قرار می‌گیری، ممکنه درد را فراموش کنی."

او در ادامه می‌گوید: "من فکر نمی‌کنم هیچ‌کس بی‌درد باشه؛ ولی مسئله اینه که چطور باهاش کنار بیای. من خودم آدمی هستم تا درد و مشکلاتم تسکین پیدا می‌کنه، فراموشش می‌کنم...."

برای مینا تمایل به فراموشی درد به‌مثابه نوعی مقاومت در برابر درد، درک می‌شود. میترا ۵۸ ساله می‌گوید: "خیلی از دردهایی که دارم و نمی‌خواهم بدونم. اصلاً به مریضی‌هایی که دارم نمی‌خوام فکر کنم.... خیلی چیزها منو اذیت می‌کنه ولی به روی خودم نمی‌ارم. چون بچه‌هام درگیری‌های خودشونو دارند. دوست ندارم متوجه بشن."

زهرا ۵۲ ساله می‌گوید: "خیلی مریضی‌ها را تو خودم می‌ریزم و به بچه‌هام بروز نمی‌دهم."

پریسا ۴۸ ساله می‌گوید: "وقتی درد دارم این‌طور نیست که خیلی ناز نازو باشم، یا خیلی بخوابم. این کارو نمی‌کنم ... تا جایی که رمق دارم سعیمو می‌کنم." شهربانو ۵۸ ساله می‌گوید: "وقتی بیمار هستم یا جایی از بدنم درد می‌کنه مثلاً قلبم تیر می‌کشه خودمو به نفهمی می‌زنم. خیلی حوصله ندارم برم بیمارستان از محیط بیمارستان بدم میاد. انتظار باید بکشید ترجیح می‌دهم تو خونه بخوابمو استراحت کنم."

آزیتا ۴۴ ساله می‌گوید: "وقتی درد داشته باشم اصلاً محلش نمی‌دهم. خودش خوب میشه. خیلی پوست‌کلفتتم."

زنان مشارکت‌کننده در این پژوهش اعم از ساکنین محله سعدی یا تعاون باوجود احساس درد، در حد زیادی درد را تحمل کرده و آن را انکار می‌کنند. به نظر می‌رسد که تحمل درد از یکسو و انکار آن از سوی دیگر، پدیده‌ای جنسیتی است. فشار آوردن

به خود و استراحت نکردن و از خودگذشتگی و بیان نکردن درد که در مادران بسیار دیده می‌شود، که می‌توان از آن با عنوان مادر (زن) فنا شده نام برد در اغلب زنان به‌ویژه در محله فرودست‌تر دیده می‌شود.

پارادایم‌های سبک زندگی (رفتار سلامتی) و فهم و مواجهه با درد

در این پژوهش سبک زندگی یا همان رفتار سلامتی، به‌عنوان مقوله هسته‌ای مطرح است. در این پژوهش چهار پارادایم رفتار سلامتی حاصل شد که عبارت‌اند از: ۱. پارادایم سنتی: رفتار بهداشتی سنتی؛ ۲. پارادایم بدن زیبا و متناسب (رفتار سلامتی مدرن)؛ ۳. پارادایم بدن به‌مثابه ابزار؛ ۴. پارادایم بازگشت به طبیعت. در فهم رفتار سلامتی، بیماری و درمان در چهار پارادایم یادشده؛ درد مقوله مهمی است. برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، درد به‌مثابه علامت عدم سلامت و درگیر شدن با بیماری است. بررسی زیرمقوله‌ها حکایت از آن دارد که افراد در خلال زندگی درد را به اشکال مختلفی می‌فهمند و با آن مواجه می‌شوند. نقش بیمار در مدیریت و تسکین درد بسیار مهم است. درد جسمی بخشی از زندگی است. وجود درد همواره بد نیست و در بسیاری از موارد می‌تواند مفید و آگاهی‌بخش باشد. بیماری و درد در پیوند با هم هستند. درک و مواجهه با درد در دو جنس با هم متفاوت است؛ زیرا تفاوت بنیانی در درک از درد دیده می‌شود.

الف. درد در پارادایم سنتی (رفتار بهداشتی سنتی)

در پارادایم سنتی، طب سنتی (اسلامی، ایرانی و غیره) مدنظر است. باورهای مذهبی درباره زندگی و مرگ، درک تقدیرگرایانه درباره سلامت و بیماری و نیز درک زندگی به‌مثابه رنج در این الگو دیده می‌شود. هر دو جنس به این پارادایم گرایش نشان دادند. مفهوم «درد طبیعی» در این الگوی پارادایمی مطرح بوده و کاملاً وابسته به جنسیت است. زنان در این پارادایم، سطحی از درد را طبیعی تلقی می‌کنند؛ زیرا

به‌طور معمول درد بخشی از زندگی روزمره آنها است. زنان دردهای جسمی و روحی را طبیعی می‌دانند و تحمل می‌کنند زیرا راه‌گریزی برای آن نمی‌شناسند. آنان دردهایی مثل درد زایمان و درد ماهانه‌پرئود را به‌مثابه درد طبیعی تلقی می‌کنند. بسیاری از زنان اظهار کرده‌اند که سطحی از هر نوع درد، طبیعی است، اما هیچ مردی -حتی در این پارادایم- درد را طبیعی نمی‌داند.

چنان‌که قبلاً ذکر شد، سبک زندگی و استانداردهای جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند در درک از درد، به‌ویژه درد طبیعی بسیار مؤثر است. بیشترین درک از درد به‌مثابه امر طبیعی، در سبک زندگی سنتی دیده شد. در این الگو، مواجهه زنان با درد و تحمل درد که با بیان نکردن درد- و به‌اصطلاح خوردن درد- همراه است؛ مشاهده می‌شود. زنان این رفتار را درست و مناسب تلقی می‌کنند. مرد در این الگو نان‌آور خانواده محسوب می‌شود. مردان درد را طبیعی تلقی نمی‌کنند و در پی تحمل آن نیستند. مردان بر این باورند که نقش نان‌آوری، دردهای جسمی و روحی ناشی از کار را به آنان تحمیل می‌کند. نقطه مقابل درد طبیعی زنانه در این پارادایم برای مردان، درد تحمیلی است. زنان در این پارادایم درد به‌مثابه امر مقدس را نیز نشان می‌دهند.

ب. درد در پارادایم بدن زیبا و متناسب (رفتار بهداشتی مدرن)

بسیاری از جوانان مشارکت‌کننده، به‌ویژه زنان جوان، در این تیپ قرار می‌گیرند. بدن زیبا و متناسب‌اندام در این الگوی پارادایمی بسیار مهم است. در این پارادایم باور به پزشکی مدرن به‌طور جدی مشاهده می‌شود. در پارادایم بدن زیبا و متناسب، باور به وجود درد طبیعی و ضرورت تحمل آن، کمتر دیده می‌شود. در زنان جوان پذیرش کمتری نسبت به درد وجود دارد. دخترهای جوان‌تر در هنگام پرئود داروهای مسکن می‌خورند و درد را تحمل نمی‌کنند. آنان این اشکال زنانه درد را تحمیلی می‌دانند. آنان بر این باورند که مجبورند تحمل کنند. به‌عبارت‌دیگر آنچه که زنان در پارادایم رفتار

سلامتی سنتی به مثابه درد طبیعی می‌فهمند برای زنان در پارادایم بدن زیبا و متناسب معادل درد تحمیلی است. زنان در این الگوی پارادایمی به دنبال زایمان بی‌درد هستند. از سوی دیگر، این افراد معمولاً برای رسیدن به بدن زیبا و متناسب درد را پذیرفته و تحمل می‌کنند. بنابراین مفهوم درد طبیعی با وجود این که پدیده‌ای جنسیتی است اما درباره زنان جوان‌تر در این پارادایم، از شیوع کمتری برخوردار است. در این شرایط فرد به محض مواجهه با درد، با آن مقابله کرده و به پزشک مراجعه می‌کند. این زنان به جز برای نیل به زیبایی، درد را تحمل نمی‌کنند. از این رو عجیب نیست که ویژگی بیمار ثانویه^۱ در این پارادایم مشاهده می‌شود. عکس‌العمل سریع به درد و به رسمیت شناختن آن از جمله دیگر مواردی است که این گروه از زنان، نسبت به درد زایمان و پرئود داشتند. فهم تحمیلی از درد در بین زنان و مردان در این پارادایم دیده می‌شود؛ اما برای زنان درد تحمیلی بیشتر ناشی از ماهیت زنانه آن و برای مردان ناشی از نقش نان‌آوری است.

پ. درد در پارادایم بدن به مثابه ابزار

رفتار سلامتی در این الگوی پارادایمی به معنای بهره‌برداری هم‌زمان از نهاده‌های پزشکی مدرن و سنتی است. در این پارادایم فرد در رویکردی عمل‌گرایانه از هر امکان در دسترس، ولو متناقض برای نیل به سلامتی یا حفظ آن بهره می‌برد. در این پارادایم زنان معمولاً درد را پنهان کرده و در برابر درد از خود مقاومت نشان می‌دهند. زنان مسن‌تر در این پارادایم، رویکرد طبیعی به درد را به نمایش گذاشته و همچنین به پنهان کردن درد می‌پردازند. در این پارادایم تحمل درد تا سطح شدید، در زنان، وجود دارد. البته گروهی از زنان در این پارادایم به مقابله با درد از طریق علم پزشکی یا خوددرمانی

۱- زن جوان با وجود سلامت به جراحی زیبایی اقدام کرده و با اعتماد به پزشک و مراجعه به نظام درمان، تبدیل به بیمار می‌شود.

اقدام می‌کنند. در مواردی درد به‌مثابه امر مقدس در زنان دیده می‌شود. در بین مردان در این پارادایم درد به‌مثابه امر تحمیلی دیده می‌شود.

ت. درد در پارادایم بازگشت به طبیعت (رفتار سلامتی پسا مدرن)

این پارادایم نوعی رویکرد پسامدرن به رفتار سلامتی را به نمایش می‌گذارد. معنادرمانی در این پارادایم مطرح است و بیماری انکار شده و به درون خود فرد مربوط است. در این پارادایم تفاوت‌های جنسیتی در رفتار سلامتی، بیماری و درمان به حداقل خود می‌رسد. در مواجهه با درد، این گروه درد را انکار می‌کنند. آنان درد را تحمیل نمی‌دانند زیرا بر این باورند که اصلاً دردی وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

این‌طور به نظر می‌رسد که پدیده درد امری مربوط به پزشکان است. این پدیده تا حدودی توسط روانشناسان بررسی شده و جامعه‌شناسان به آن نپرداخته‌اند. اما توجه به این امر مهم است که بیمار در عکس‌العمل به درد، فرآیند درمان را آغاز می‌کند. برخلاف تصور رایج که درد را امری صرفاً زیست‌شناختی می‌دانند، بررسی رفتار سلامتی و مقولات شکل‌دهنده آن، نشان داد که فهم از درد و نحوه مواجهه با آن، یک برساخت اجتماعی-جنسیتی نیز هست. درک اجتماعی از درد و نحوه مواجهه با آن، به‌طور مستقیم بر فرآیند درمان تأثیر گذاشته و مغفول ماندن وجه اجتماعی درد، موجب ناکامل ماندن فرآیند درمان یا به تأخیر افتادن آن می‌شود.

بر همین اساس افراد با تعلق به الگوهای پارادایمی مختلف، درد را به گونه متفاوتی فهمیده و استراتژی‌های گوناگونی را برای مواجهه با آن برمی‌گزینند. نکته مهم آن است که نشانه‌های بیماری گاه با درد همراه نیست، اما اگر نشانه همراه درد نباشد، احتمال این‌که بیمار آن را جدی نگیرد، افزایش می‌یابد. بدین ترتیب درد نکته مهمی

است که عکس‌العمل سریع‌تر و جدی‌تر بیمار را به همراه دارد. در مواردی افراد تنها به دردهای شدید به‌مثابه نشانه می‌نگرند. به‌عبارت‌دیگر دردهای خفیف را مهم تلقی نمی‌کنند.

افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش با همه اشکال درد به یک نحو برخورد نمی‌کنند. آنان درد را به طبیعی/غیرطبیعی، عادی/غیرعادی، شدید/خفیف و تحمیلی تقسیم کردند. افراد در مواردی که احساس کنند درد غیرطبیعی، غیرعادی و شدید است، به مراجعه به پزشک می‌اندیشند. مردان به‌طورمعمول درباره تجربه خود از درد، رویکرد طبیعی نسبت به درد را به نمایش گذاشتند؛ اما بسیاری از آنان درد زایمان را درد طبیعی تلقی می‌کردند. اگرچه مردان نیز سطحی از درد را نادیده می‌گیرند، اما آن را طبیعی تلقی نمی‌کنند.

گرایش به فهم سطح و انواعی از درد به‌مثابه درد تحمیلی، به‌ویژه از سوی خانواده و جامعه، در مردان دیده می‌شود. طبیعی‌انگاشتن درد به‌مثابه گسترده‌ترین رویکرد در پذیرش و همچنین تحمل درد، امری زنانه است. اما عمق جسمانی یا روانی بودن درد و نحوه مواجهه با آن در زنان و مردان بسیار متفاوت است. مردان حتی در مواجهه با دردهای به‌اصطلاح روحی، از استفاده از مواردی مثل عرفان یا الکل یاد می‌کنند. این رویکرد در زنان کمتر-به‌ویژه در مواجهه با دردهایی که طبیعی (اعم از جسمی و روحی) می‌انگارند- دیده می‌شود.

پیشنهادها

۱. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بیشتری درباره فهم جنسیتی از درد و تحول آن انجام شود.
۲. پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی درباره تأثیر سرمایه فرهنگی بر فهم و نحوه عکس‌العمل به درد انجام شود.

۳. مهم‌ترین نکته آن است که مطالعاتی برای بهبود رابطه پزشک و بیمار انجام شود. تا زمانی که سرمایه اقتصادی مهم‌ترین عامل ارتباطی بین پزشک و بیمار باشد، مراجعه به درمانگران سنتی کاهش نخواهد یافت. نکته مهم آن است که در برخی موارد رفتار غیرحرفه‌ای پزشک، مانند عکس‌العمل پزشک متخصص زنان؛ در بیگانگی و فاصله گرفتن بیمار از پزشک تأثیر دوچندان داشته است.

۴. پیشنهاد می‌شود که مطالعات جدیدتری با تمرکز بر گروه‌های مختلف سنی به‌ویژه جوانان و کهنسالان انجام شود.

منابع

- آدام، فلیپ و هرتسلیک، کلودین. (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه: لورانس - دنیا کتبی، تهران، نشر نی.
- آرمسترانگ، دیوید. (۱۳۹۱)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، ترجمه: محمد توکل، تهران: انتشارات حقوقی با همکاری مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، چاپ سوم.
- ازکیا، مصطفی و ایمانی جاجرمی، حسین. (۱۳۹۰)، *روش کاربردی تحقیق*، جلد دوم، تهران: کیهان، چاپ اول
- ازکیا، مصطفی؛ احمدرش، رشید و پارتازیان، کامبیز. (۱۳۹۶)، *کتاب روش‌های حقیق کیفی از نظریه تا عمل*، جلد اول، تهران: نشر کیهان، چاپ اول
- اصغری‌مقدم، محمدعلی. (۱۳۹۴)، «تغییر مفهوم درد در طی زمان»، *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، دوره ۱۳، شماره ۲.
- اعزازی، شهلا. (۱۳۸۰) *نگرشی بر تحلیل جنسیتی در ایران*، تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی، چاپ اول
- ابراهیمی، قربانعلی و بهنویی‌گدنه، عباس. (۱۳۸۹)، «سرمایه فرهنگی، مدیریت ظاهر و جوانان (مطالعه دختران و پسران شهر بابلسر)»، *فصلنامه زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، دوره ۸، شماره ۳: ۱۵۳.
- ادیبی سده، مهدی؛ علیزاده، مهستی و کوهی، کمال. (۱۳۹۰)، «تبیین جامعه‌شناختی مدیریت بدن در میان زنان»، *فصلنامه مطالعات زنان*، دوره ۹، شماره ۳: ۸۳-۵۹.
- ایروانی، محمود و خداپناهی، محمدکریم. (۱۳۸۴)، *روان‌شناسی احساس و ادراک*، تهران: انتشارات سمت، چاپ نهم
- بنی فاطمه، حسین؛ علیزاده اقدم، محمد؛ شهام‌فر، جعفر و بهمن، عبدی. (۱۳۹۳)، «جنسیت و سلامتی: بررسی نقش جنسیت در تفاوت‌های سطوح سلامت»، *فصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر*، دوره ۳، شماره ۴: ۲۹-۱.
- بنی فاطمه، حسین؛ شهام‌فر، جعفر؛ علیزاده اقدم، محمدباقر و عبدی، بهمن. (۱۳۹۳)، «سنجش سطح سلامت شهروندان تبریزی و بررسی تأثیر تحصیلات و جنسیت بر آگاهی‌های بهداشتی، سبک زندگی سلامت‌محور و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت»، *نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی*، دوره ۱۴، شماره ۱: ۸۲-۹۵.

جنسیت، فهم از درد و رفتار بیماری ... ۴۱

- جواهری، فاطمه. (۱۳۷۸)، «بدن و دلالت‌های فرهنگی-اجتماعی آن» نامه پژوهش فرهنگی، دوره ۱۰، شماره ۱: ۳۸.
- خواجه‌نوری، بیژن؛ روحانی، علی و هاشمی، سمیه. (۱۳۸۹)، «رابطه سبک زندگی و تصویر بدن (مطالعه موردی: زنان شهر شیراز)»، فصلنامه تحقیقات فرهنگی، دوره ۴، شماره ۱: ۷۹-۱۰۳.
- حیدری چروده، مجید و کرمانی، مهدی. (۱۳۸۹)، «رابطه باورهای زیباشناختی با تصویر ذهنی از بدن و نحوه مدیریت ظاهر در جوانان، مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا ۳۱ ساله ساکن شهر مشهد»، فصلنامه مطالعات اجتماعی ایران، دوره ۴، شماره ۴: ۳۳.
- پاک‌نیت، محبوبه و مرتضی، مردی‌ها. (۱۳۸۸)، سیطره جنس، تهران: نشر نی، چاپ اول.
- حائری روحانی، سیدعلی. (۱۳۸۲)، فیزیولوژی اعصاب و غدد درون‌ریز، تهران: انتشارات سمت، چاپ پنجم.
- ریترز، جورج. (۱۳۷۴)، نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی، چاپ دوم.
- سفیری، خدیجه و ایمانیان، سارا. (۱۳۸۸)، جامعه‌شناسی جنسیت، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان، چاپ اول.
- سفیری، خدیجه و منصوریان راوندی، فاطمه. (۱۳۹۴)، «کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی»، مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، دوره ۱۳، شماره ۲: ۳۷-۶۶.
- سگالن، مارتین. (۱۳۷۰)، جامعه‌شناسی تاریخی خانواده، ترجمه: حمید الیاسی، تهران: نشر مرکز، چاپ اول.
- شارع‌پور، محمود و آرمان، فاطمه. (۱۳۹۳)، «تفاوت‌های جنسیتی در سطوح مختلف سرمایه اجتماعی: مطالعه موردی شهر تهران»، مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی، دوره ۳، شماره ۱: ۲۷-۹.
- علیرضانژاد، سهیلا. (۱۳۹۶)، اصول اخلاقی در پژوهش‌های اجتماعی، گرمسار: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، چاپ اول.
- فاتحی، ابوالقاسم و خالصی، ابراهیم. (۱۳۸۷)، «مدیریت بدن و رابطه آن با پذیرش اجتماعی بدن (مطالعه موردی: زنان شهر شیراز)»، فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان (مطالعات راهبردی زنان)، دوره ۱۱، شماره ۴۱: ۴۲-۹.

- قادرزاده، امید و درویش‌منش، میدیا. (۱۳۹۶)، «مطالعه کیفی دلایل و پیامدهای بیماری روانی»، فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، دوره ۸، شماره ۱: ۴۹-۷۲.
- کوئن، بروس. (۱۳۷۲)، مبانی جامعه‌شناسی، ترجمه: غلام عباس توسلی و رضا فاضل، تهران: انتشارات سمت، چاپ اول
- گایتون، آرتور. (۱۳۸۷)، فیزیولوژی پزشکی، ترجمه: حوری سپهری، جلد اول، تهران: اندیشه رفیع، چاپ سوم
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۹۳)، جامعه‌شناسی، ترجمه: حسن جاوشیان، تهران: انتشارات نی، چاپ نهم
- لوبروتون، داوید. (۱۳۹۲)، جامعه‌شناسی بدن، تهران: انتشارات ثالث، چاپ دوم
- محسنی، منوچهر. (۱۳۸۵)، جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: انتشارات طهوری، چاپ هشتم
- محمدی اصل، عباس. (۱۳۸۸)، نظریه‌های جامعه‌شناسی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- مدنی قهفرخی، سعید. (۱۳۹۶)، وضعیت توسعه انسانی در ایران، تهران: انتشارات کتاب پارسه، چاپ اول
- هولمز، ماری. (۱۳۸۹)، جنسیت و زندگی روزمره، ترجمه: محمدمهدی لیبی، تهران: نشر نقد افکار، چاپ اول.
- Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M., & Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain—a randomized controlled trial. *Pain*, 141(3), 248-257.
- Elgar, F. J; Davis, C. G; Wohl, M. J; Trites, S. J; Zelenski, J. M & Martin, M. S. (2011). *Social capital, health and life satisfaction in 50 countries*, Health and place, 17(5): 1044-1053.