

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه کردستان  
دانشکده علوم انسانی و اجتماعی  
گروه جامعه‌شناسی

عنوان:

تحلیل جامعه‌شناختی تجربه‌ی زیسته‌ی زنان متقاضی زایمان  
در تعامل با نهاد بیمارستان

پژوهشگر:

همیلا رستمی

استاد راهنما:

دکتر جمال محمدی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی گرایش جامعه‌شناسی

مهر ماه ۱۳۹۳

کلیه حقوق مادی و معنوی مترتب بر نتایج مطالعات،  
ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع  
این پایان‌نامه (رساله) متعلق به دانشگاه کردستان است.

## بسمه تعالی

### \* تعهدنامه دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه کردستان در انجام پایان‌نامه \*

(لازم است به عنوان صفحه اول پروپوزال و به عنوان چهارمین برگ پایان‌نامه و پس از صفحه مشخصات پایان‌نامه بوده و به دقت مطالعه و امضا شود)

اینجانب همیلا رستمی دانشجوی کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی گرایش جامعه‌شناسی متعهد می‌شوم:

- ۱- صداقت، امانتداری و بی‌طرفی را در انجام پژوهش و انتشار نتایج حاصل از آن رعایت نمایم.
- ۲- در نگارش نتیجه پژوهش‌های حاصل از موضوع پایان‌نامه، از بازنویسی نوشته‌های دیگران بدون ذکر منبع، بازی با الفاظ، زیاده‌نویسی، کلی‌گویی و جزم‌اندیشی و تصرف‌گرایی پرهیز نمایم و نتایج پژوهشی خود را در موعد مقرر و با اطلاع استاد راهنما منتشر نمایم.
- ۳- تمامی یافته‌های مستخرج از پایان‌نامه متعلق به دانشگاه کردستان بوده و لازم است در کلیه مقالات مستخرج از آنها نام دانشگاه کردستان را تحت عنوان ((دانشجوی دانشگاه کردستان)) یا ((دانش‌آموخته دانشگاه کردستان)) ذکر نمایم.
- ۴- در انتشار مقالات نام استاد (استادان) راهنما و استاد (استادان) مشاور را در لیست مولفین مقاله ذکر نمایم و از آوردن اسامی افرادی که نقش موثری در انجام پژوهش نداشته‌اند، جداً خودداری نمایم.
- ۵- در بخش سپاسگزاری مقاله، از تمامی افراد و سازمانهایی که در اجرای پژوهش مساعدتی مبذول داشته‌اند با ذکر نوع مشارکت تشکر و قدردانی نمایم.
- ۶- از انتشار همپوشان با ارسال همزمان یک مقاله به چند مجله و یا ارسال مجدد مقاله چاپ شده به مجلات دیگر خودداری نمایم.
- ۷- در صورت عدم رعایت موارد مذکور، دانشگاه کردستان مجاز خواهد بود تا برابر مقررات اقدام نماید.

امضا و اثرانگشت دانشجو

#### دستورالعمل نحوه برخورد با موارد تخطی دانشجویان تحصیلات تکمیلی در هنگام انتشار نتایج پژوهش

- ۱- در موارد زیر دانشگاه کردستان با مجله مربوطه مکاتبه و درخواست خارج نمودن مقاله را نموده و موضوع را به محل کار یا تحصیل بعدی دانشجو اطلاع خواهد داد.  
الف- چاپ مقاله بدون اطلاع و تایید استادان راهنما،  
ب- چاپ نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه کردستان بدون ذکر نام دانشگاه
- ۲- در صورت احراز تخلف از سایر موارد درج شده در تعهدنامه دانشجویی، دانشگاه ضمن مکاتبه با مجله مربوطه، حسب مورد تصمیم‌گیری خواهد نمود.



دانشگاه کردستان

دانشکده علوم انسانی و اجتماعی

گروه جامعه‌شناسی

پایان‌نامه ارائه شده به عنوان بخشی از فعالیت‌های تحصیلی لازم  
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد (MA) در رشته علوم اجتماعی

عنوان:

## تحلیل جامعه‌شناختی تجربه‌ی زیسته‌ی زنان متقاضی زایمان در تعامل با نهاد بیمارستان

پژوهشگر

همیلا رستمی

در تاریخ ۹۳/۷/۱۹ توسط کمیته تخصصی و هیأت داوران زیر مورد بررسی قرار گرفت و  
با نمره ۱۹/۱۰ و درجه عالی به تصویب رسید.

هیئت داوران	نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی	امضاء
۱- استاد راهنما	دکتر جمال محمدی	استادیار	
۲- استاد داور داخل گروه	دکتر کمال خالق‌پناه	استادیار	
۳- استاد داور خارج گروه	دکتر جمال ادهمی	استادیار	

مهر و امضاء معاون آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده

مهر و امضاء مدیر گروه

دکتر جمال محمدی

---

مشکرو قدردانی:

از دوستان عزیزم خانم سهیلا رحیمی، ژیلار رحیمی و  
باجر قادری که در انجام این پژوهش مرایاری نمودند بی نهایت  
پاسکزارم.

---

## چکیده

تحقیق حاضر با هدف بررسی و تحلیل جامعه‌شناختی تجربه‌ی زیسته‌ی زنان متقاضی زایمان در تعامل با نهاد بیمارستان در بخش زنان و زایمان و مبتنی بر روش شناسی کیفی و با راهبرد نظریه‌ی زمینه‌ای انجام گرفته است. جامعه و نمونه آماری تحقیق ۲۵ نفر از زنان متقاضی زایمان در شهرستان مریوان بوده‌اند که به صورت تکنیک نمونه‌گیری هدفمند و عمدی انتخاب شده و با رسیدن به اشباع نظری<sup>۱</sup> کار گردآوری داده‌ها که با کمک تکنیک‌های مشاهده‌ی مستقیم و مصاحبه‌ی عمیق به درک و تفسیر تجربه‌ی زیسته‌ی آن زنان می‌پرداخته به پایان رسیده است. نهایتاً متن مصاحبه‌ها به روش کدگذاری سه گانه تحلیل گشت. یافته‌های تحقیق در نهایت در یک جدول مفاهیم عمده (۲۷ مفهوم) و مقولات اصلی (کمبود امکانات نهادی و بهداشتی، ضعف نیروی انسانی متخصص و کارآمد، بی‌اعتنایی به وضعیت جسمی/ روانی بیمار، آسیب‌های جسمانی، اعمال قدرت بر بیمار، نارضایتی کلی، بوروکراسی ناکارآمد، بدبینی به تغییر و هراس از زایمان) که همگی حول یک مقوله هسته و مرکزی ("نارضایتی و ناامیدی فرد بیمار از نهاد بیمارستان") قابل ذکراند مرتب گشته‌اند و سپس در یک مدل تئوریکی تلخیص گشته‌اند. مدل نهایی تحقیق بیانگر این است که مشاهدات و تجربه‌ی زیسته‌ی زنان در تعامل با بخش زنان و زایمان در بیمارستان بوعلی شهرستان مریوان، نهاد بیمارستان و به ویژه بخش زنان و زایمان را به مثابه "نهادی که موجب نارضایتی و ناامیدی فرد بیمار می‌شود" تلقی می‌نمایند. این تفسیر زنان مورد مطالعه در تعامل با دیگران و تجربه‌ی زیسته‌ی خودشان بوجود آمده است.

زمینه‌های نهادی بازدارنده که همان کمبود امکانات بهداشتی درمانی و بوروکراسی ناکارآمد و به عبارتی بعد سخت‌افزاری در آن بخش از بیمارستان را شامل می‌شود یکی از مقولات و ابعاد اساسی در بر ساخت این تجربه و خوانش در نزد زنان از بیمارستان هستند. زمینه‌ی فرهنگی بازدارنده که مفاهیمی چون بی‌اعتنایی به وضعیت جسمی/ روانی بیمار، ضعف نیروی انسانی متخصص و کارآمد و اعمال قدرت را شامل می‌شود، از دیگر ابعادی است که نزد بیماران به نارضایتی کلی از نهاد بیمارستان و بدبینی نسبت به تغییر انجامیده است. بستر و شرایط بازدارنده‌ی بیمارستان که مانع از برآورده شدن نیازها و خواسته‌های فرد بیمار می‌شود، علاوه بر پیامدهای جسمی/ روانی، پیامد فرهنگی نیز در فرد بیمار به وجود می‌آورد و یک نوع نارضایتی کلی و بدبینی نسبت به تغییر در او ایجاد می‌کنند که سبب ناامیدی فرد بیمار از نهاد بیمارستان می‌شود.

**کلید واژه : زنان، زایمان، بیمارستان، نظریه‌ی زمینه‌ای، نارضایتی، شهرستان مریوان**

---

<sup>1</sup> Theoretical saturation

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	مقدمه.....
۱	<b>فصل اول: کلیات تحقیق.....</b>
۱	۱- ۱ بیان مسأله.....
۴	۱- ۲ اهمیت و ضرورت تحقیق.....
۸	۱- ۳ اهداف تحقیق.....
۸	۱- ۴ سوالات تحقیق.....
۱۰	<b>فصل دوم: رویکردی نظری.....</b>
۱۱	۲- ۱ مقدمه.....
۱۲	۲- ۲ پیشینه تحقیق.....
۱۷	۲- ۳ رویکرد نظری.....
۱۸	۲- ۳- ۱ بدن محکومان.....
۱۹	۲- ۳- ۲ بدن های رام.....
۲۱	۲- ۳- ۳ هنر توزیع ها.....
۲۴	۲- ۳- ۴ اجرای انضباط.....
۳۱	<b>فصل سوم: روش شناسی.....</b>
۳۲	۳- ۱ مقدمه.....
۳۳	۳- ۲ روش تحقیق.....
۳۴	۳- ۳ استراتژی گردآوری داده ها.....
۳۴	۳- ۳- ۱ مصاحبه.....
۳۵	۳- ۳- ۲ ثبت داده ها.....
۳۶	۳- ۳- ۴ استراتژی تحلیل داده ها.....
۳۶	۳- ۴- ۱ کدگذاری باز.....
۳۶	۳- ۴- ۲ کدگذاری محوری.....
۳۷	۳- ۴- ۳ کدگذاری گزینشی.....
۳۷	۳- ۵ میدان پژوهش.....
۳۷	۳- ۶ نمونه گیری.....
۳۹	<b>فصل چهارم: یافته های تحقیق.....</b>
۴۰	۴- ۱ مقدمه.....



۴-۲	مشخصات کلی مصاحبه شوندگان.....	۴۱
۴-۳	کد گذاری باز و محوری.....	۴۲
۴-۳-۱	۱: کمبود امکانات نهادی و بهداشتی.....	۴۳
۴-۳-۱-۲	۲: ضعف نیروی انسانی متخصص و کارآمد.....	۶۸
۴-۳-۱-۳	۳: بی‌اعتنایی به وضعیت جسمی/ روانی بیمار.....	۷۹
۴-۳-۱-۴	۴: آسیب‌های جسمانی.....	۸۷
۴-۳-۱-۵	۵: نارضایتی کلی.....	۹۰
۴-۳-۱-۶	۶: اعمال قدرت بر بیمار.....	۹۴
۴-۳-۱-۷	۷: بوروکراسی ناکارآمد.....	۹۶
۴-۳-۱-۸	۸: بدبینی به تغییر.....	۹۹
۴-۳-۱-۹	۹: هراس از زایمان.....	۱۰۱
۴-۴	کدگذاری محوری.....	۱۰۷
۱۰۹	<b>فصل پنجم: نتیجه‌گیری.....</b>	
۵-۱	۱- استخراج مدل نظری.....	۱۱۰
۵-۲	۲- دشواری‌های پژوهش.....	۱۱۵
۵-۳	۳- حسن ختام.....	۱۱۶
۱۱۷	منابع.....	

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
۴۱	جدول شماره ۴- ۱- مشخصات کلی مصاحبه شوندگان.....
۴۲	جدول شماره ۴- ۲- کد گذاری باز و محوری.....
۱۰۷	جدول شماره ۴- ۳- کد گذاری محوری.....

## فصل اول

### کلیات تحقیق

## مقدمه

زندگی چند بعدی انسان‌ها همیشه در گرو چند فاکتور مهم و تعیین کننده می‌باشد که یکی از بارزترین و تأثیرگذارترین آنها سلامت است. سلامت جسم و سلامت روح این دو به سختی با علم پزشکی در هم گره خورده‌اند. هر چقدر که زندگی مادی انسان‌ها مکانیزه‌تر و ماشینی‌تر می‌شود به همان اندازه هم مشکلات جسمی و روحی انسان نمود پیدا می‌کند. شاید رسیدگی به سلامت جسم و روح را بتوان اولین و مهم‌ترین فاکتور و پیش‌نیاز زندگی بشری دانست چرا که تا این شرایط مساعد فراهم نگردد هیچ عملکردی به اوج خود نخواهد رسید. بنابراین سیستم بهداشتی درمانی به واقع یکی از کلیدی‌ترین نقش‌ها را در زندگی بشر ایفا می‌کند.

گرچه در سال‌های اخیر پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در راستای ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی صورت گرفته است اما هنوز کاستی‌های متعددی وجود دارد و میزان آسیب‌های تحمیل شده به بیماران، به طور غیر قابل قبولی بالا است.

پزشکی و بیماری، پزشکان و نهادهای پزشکی آیین‌های جامعه‌ای هستند که در آن هستند. بنابراین هر جامعه‌ای در هر دوره تاریخی را می‌توان از طریق رهیافت آن جامعه به سلامت و بیماری مورد مطالعه و بررسی قرار داد. پزشکی بازتابی از کل جامعه از نظر بیماری-هایی است که باید با آن مقابله کند و نیز اشکال نابرابرایی است که باید با آن دست و پنجه نرم کند. پزشکی اجتماعی حوزه‌ای است که تأکید می‌کند شخص بیمار علاوه بر آن که موجودی بیولوژیک است فردی اجتماعی نیز است و نمی‌توان برای حل مشکلات بهداشتی جامعه مدرن از پژوهش‌های اجتماعی-پزشکی چشم پوشید.

## ۱-۱ بیان مسأله

موضوع این تحقیق شکل‌گیری تجربه‌ی زیسته‌ی بیماران در کشاکش روابطی است که بین فرد بیمار و نهاد بیمارستان برقرار می‌شود. در یک سوی این رابطه، فرد بیمار در مقام کنشگری اجتماعی دارای نیازها و خواسته‌های معینی است و در سوی دیگر نهاد بیمارستان واجد سلسله مراتب، منزلت‌ها، بوروکراسی، قوانین، رویه‌ها، دستورالعمل‌ها، سازوکارهای نظارت و کنترل، و توان اعمال اقتدار و انضباط است. تجربه‌ی زیسته‌ی بیماران به طور ناگزیر در مناسبات حاصل از «پیگیری خواسته‌های خود» و «سازوکارهای نظارتی اعمال شده از سوی نهاد بیمارستان» شکل می‌گیرد. این پژوهش می‌خواهد با رجوع به درک و تفسیر خود بیماران از نحوه‌ی تعامل‌شان با نهاد بیمارستان و کیفیت این تجربه و دلایل و بسترها و پیامدهای بر ساخت آن را مورد کندوکاو قرار دهد.

در جهان مدرن، زندگی روزمره و تجربه‌ی زیسته‌ی فرد در تعامل با نهادها شکل می‌گیرد. نهاد، نظام سازمان یافته‌ای از روابط اجتماعی است که در برگیرنده‌ی برخی از ارزش‌ها و فرایندهای مشترک می‌باشد و برای پاسخگویی به برخی از نیازهای اساسی جامعه به وجود آمده است. نهادها معمولاً فعالیت‌های خود را از طریق سازمان‌های اجتماعی به انجام می‌رسانند. بر این اساس نقش نهادها استقرار رفتارهای مناسبی برای ایفای کارکردهای اساسی در یک جامعه است (محسنی، ۱۳۷۵: ۱۴۷). نهادها افراد را در بر گرفته‌اند و فعالیت‌ها و اهداف آنها را سمت‌وسو می‌بخشند. شمول و سیطره‌ی نهادها به قدری است که به ندرت فضایی بیرون از آنها برای زندگی و کنش باقی می‌ماند. تجربه‌ی انسانی در فضاهای نهادی سرشار از تضاد، انضباط و محدودیت‌های اعمال شده است. نهادهای مدرن، دارای قدرت کنترل و نظارت بر افرادند و در جهت منضبط ساختن و بهنجارسازی آنها عمل می‌کنند. از این منظر، قدرت لاجرم به شیوه‌ای نهادی اعمال می‌شود. بیمارستان هم نهاد انضباط بر بدن افراد از طریق علم پزشکی است. فضای نهاد بیمارستانی، فضایی اداری است که ما را به عنوان بدن‌های بیمار احضار می‌کند، تعریف و طبقه‌بندی می‌کند، این فضا همچنین فضایی درمانی است که قدرت خود را از طریق عوامل و کارگزاران مختلف بر بدن ما اعمال می‌کند. موضوع مهم در اینجا نحوه‌ی تعامل یا تطابق فرد بیمار با نهاد بیمارستان است، چرا که بیمار انسانی است که در نفس خود تأمل می‌کند نه آن که صرفاً ماشینی بیولوژیک باشد (ولف و دیگران، ۱۳۸۰: ۱۶). بیماران فقط ارگانسیم‌های بیولوژیکی نیستند که دچار اختلال شده‌اند، بلکه موجوداتی انسانی‌اند که می‌اندیشند، امید می‌بندند، عمل می‌کنند و رنج می‌برند (همان، ۲۶۵). از آنجا که بیماری بر تمامی وجود و زندگی بیمار تأثیر می‌گذارد، اگر پزشک میدان دید خود را محدود کند، بیمار احتمالاً ناراضی می‌شود و در جایی دیگر به دنبال کمک می‌گردد (آرسترانگ، ۱۳۹۱: ۱۹۲). در هر جامعه‌ای قواعد فرهنگی تعیین می‌کند که بیمار کیست و چه رفتاری را باید از او و اطرافیانش

انتظار داشت (قانعی راد و دیگران، ۱۳۸۵: ۵۶). در هر جامعه‌ای انسان‌ها با توجه به تجارب فرهنگی و اجتماعی، موقعیت اقتصادی، سن، شرایط ابتلا، مورد حمایت گرفتن یا نگرفتن و... به شکل‌های متفاوتی بیماری و درد حاصل از آن را عملاً تجربه می‌کنند. تعلیمات و برداشت‌های اجتماعی و فرهنگی، شیوه‌ی بیان درد و نوع واکنش فرد را در مقابل آن تحت تأثیر قرار می‌دهد. اصولاً هیچ پزشکی با نفس درد سروکار ندارد. در واقع آن‌چه که او به عنوان درد می‌شناسد، تنها میزان توانایی بیمار در بیان احساسی است که دارد (سیریل، ۱۳۶۵: ۱۱). احساس درد بیشتر از آنکه یک مقوله‌ی بیولوژیک یا فیزیولوژیک باشد، به روان‌شناسی اجتماعی افراد مرتبط می‌شود (هیلگارد، ۱۳۷۵: ۷۷). فردی که به عنوان بیمار به یک نهاد بهداشتی - درمانی مراجعه می‌کند انتظار دارد که تا حد امکان به مشکلات او رسیدگی شود و توقع رسیدگی و توجه به مشکلات خود و پاسخگویی مناسب را از نهاد مربوطه دارد که به نوعی به حقوق او (بیمار) مربوط می‌شود. پس حقوق بیمار همان انتظاراتی است که او از نهادهای خدمات بهداشتی - درمانی دارد. یعنی هر بیمار بدون در نظر گرفتن سن، جنس، نژاد و دیگر تفاوت‌ها حق آگاهی، احترام، رازداری، حفظ حریم شخصی، دریافت مراقبت و درمان صحیح، محافظت و اعتراض را دارد (نصیریانی و دیگران، ۱۳۸۵). به جز روابط و پیوستگی‌های بین اعضای یک خانواده، روابط کمی وجود دارد که اهمیتی به اندازه‌ی رابطه‌ی بین پزشک و بیمار داشته باشد. این رابطه در میان انواع دیگر ارتباطات، رابطه‌ای منحصر به فرد و خاص است. مردم سلامت و بهبودی و گاه حتی زندگی خود را به پزشکان به امانت می‌سپارند. لذا رابطه‌ی موثر پزشک - بیمار یک اصل مهم بالینی بوده و برآیند این ارتباط در واقع قلب و هنر پزشکی است و همچنین ابزار اصلی برای انتقال و گسترش سلامتی به شمار می‌آید (روتز، ۱۹۸۳).

بنابراین این پژوهش درصدد واکاوی پرسش‌هایی است که در متن تعامل زنان متقاضی زایمان با نهاد بیمارستان برجسته می‌شوند. زنان این تعامل را چگونه تفسیر می‌کنند؟ تجربه‌های خود از بودن در بیمارستان و تعامل با قوانین و پرسنل آن را چگونه روایت می‌کنند؟ تعامل زنان با نهاد بیمارستان، بنا به روایت خود آنها، در چه بسترها و زمینه‌هایی اتفاق می‌افتد؟ و این تعامل چه پیامدها و آثاری از حیث نحوه‌ی نگرش و برخورد زنان با سلامت و تندرستی دارد؟

## ۱ - ۲ اهمیت و ضرورت تحقیق

انسان موجودی با ابعاد جسمی، روحی، اجتماعی و معنوی و در دوران سلامت و بیماری دارای حقوقی است (جولایی و یکتا، ۱۳۸۵). که بدون کمک دیگران قادر به دفاع، حمایت و کسب آن نیست (تامپسون و دیگران، ۲۰۰۶: ۷۶). سال‌ها قبل کارکنان حرفه بهداشتی به خصوص پزشکان فکر می‌کردند که فقط آنها نسبت به سلامت و تندرستی انسان آگاه بوده،

مجاز به تعیین سرنوشت بیماران هستند (الیس و دیگران، ۲۰۰۱: ۲۵۱). در نتیجه بیماران به علت آسیب‌پذیر بودن، در معرض تخلفات و نقاط ضعف و قوت سیستم بهداشتی و درمانی قرار می‌گرفتند (لنین و دیگران، ۱۳۷۸: ۵۸). اما امروزه افزایش آگاهی جامعه نسبت به موضوعات بهداشتی و درمانی و هزینه‌های فزاینده، استفاده از این خدمات باعث بروز یک جنبش فعال در میان متقاضیان شده است (تامپسون و دیگران، ۲۰۰۶: ۸۰). و آنها از بیمارستان‌ها و کادر درمانی انتظار دارند مسئولیت کامل خدمات و مراقبت‌های پزشکی ارایه شده از طرف خود را به عهده گیرند (الیس و دیگران، ۲۰۰۱: ۲۶۳). و در صورت برآورده نشدن انتظاراتشان عکس‌العمل نشان می‌دهند (دوگاس و بی لی تیر، ۱۳۸۲: ۲۱). بنابراین نیاز به حمایت بیمار و تنظیم قوانین و مقرراتی در جهت حفظ منافع بیمار است (جولایی و دیگران، ۲۰۰۶). چرا که آگاه نمودن بیماران و سهیم کردن آنها در تصمیم‌گیری و محترم شمردن حقوق‌شان بهبودی آنها را سرعت بخشیده، دوران بستری بودن در بیمارستان را می‌کاهد (الیس و دیگران، ۲۰۰۱: ۳۰۵). و در مجموع نیز رضایت بیمار، کادر درمانی و بیمارستان را به دنبال خواهد داشت (تامپسون و دیگران، ۲۰۰۶: ۸۷). در صورتی که عدم رعایت آن، موجب پیامدهای نامطلوب و بی‌اعتمادی بیمار به کادر درمانی خواهد شد. به علاوه حتی ممکن است در این راستا اتفاق ناگواری بیفتد که اصلاح آن ناممکن باشد و پیگرد قانونی به دنبال داشته باشد (تایلور، ۲۰۰۱).

زندگی اجتماعی جز در سایه‌ی نظم میسر نیست. بی‌گمان پیشرفت‌های روزافزون علوم-مادی، توسعه ارتباطات و گسترش مرزهای دانش بشری زندگی انسان را دگرگون ساخته است، آن‌گونه که دیگر بسیاری از قواعد اخلاقی و حقوقی در حل روابط و رویدادهای اجتماعی ناتوان است، از این رو ضرورت حفظ نظم، جلوگیری از هرجومرج و استقرار عدالت ایجاب می‌کند که این تحولات و رویدادها مورد ملاحظه صاحب‌نظران قرار گیرد تا هنجارها و قواعد عادلانه و ملایم با آن شناسایی شده و حقوق و تکالیف افراد و در پرتو آن روابط اجتماعی آنان به طور شایسته سامان پذیرد. دانش و تکنولوژی پزشکی و مسایل بهداشتی و مراقبتی یکی از مهمترین محورهایی است که در دهه‌های اخیر گسترش زیاد و پیشرفتی شگرف یافته است و مباحث بدیعی را دامن زده است که بی‌شک نیازمند توجه مضاعف اندیشمندان و محققان نسبت به معالجه و بررسی آنها و تلاش در تطبیق قواعد و اصول حقوقی بر آنها و ارتقای سطح آگاهی افراد جامعه به ویژه بیماران و دست‌اندرکاران امر مراقبت و درمان در این خصوص است. ملاحظات اخلاقی و اجتماعی و توجه خاص به حقوق اساسی انسان و تأکید بر اجرای عدالت و تلاش دولت‌ها بر تعمیم و توسعه بهداشت همگانی از جمله عواملی است که در سالیان اخیر ضرورت اهتمام به حقوق بیماران و تکالیف متقابل پزشکان را دو چندان نموده است. با این همه در کشور ما به رغم تلاش‌هایی که صورت گرفته، آن‌گونه که سزاوار است به این امر توجه نشده است و تلاش‌های انجام شده محدودتر از آن است که حتی جوابگوی پرسش‌های پایه‌ای باشد.

آنچه در اینجا مد نظر است بررسی تجربه‌ی زیسته‌ی زنان از زایمان در بیمارستان است. از آنجا که زایمان یک تجربه‌ی مهم در زندگی زنان محسوب می‌شود و در این میان درد زایمان از شدیدترین دردهایی است که زنان آن را تجربه می‌کنند. در واقع، درک درد زایمان نتیجه عملکرد متقابل پیچیده و ذهنی عوامل فیزیکی، روانی، محیطی و حمایتی است که در زنان مختلف متفاوت است (اتقایی و دیگران، ۱۳۸۹). درد یکی از شایع‌ترین مشکلات پزشکی و به عنوان عامل تهدیدکننده توانایی‌های فرد بوده و بیش از هر مسأله‌ای موجب ترس و اضطراب شده و فرد را وادار به تقاضای کمک می‌کند (دوگاس و بی‌لی‌تیر، ۱۳۸۲: ۲۳). ترس از موارد ناشناخته سبب شدت درد می‌شود و زنانی که ترس کمتری دارند به افرادی که مراقبت آنها را به عهده دارند، اعتماد بیشتری دارند (الیس و دیگران، ۲۰۰۱: ۳۷۸). ترس، اضطراب و درد سه عاملی هستند که در هنگام زایمان نقش مهمی در نحوه‌ی طی شدن فرایند زایمان ایفا می‌کنند و اگر ترس و اضطراب برطرف شود، آرامش روحی و جسمی جایگزین آن می‌شود. شدت درد در طی زایمان بستگی زیادی به تنش‌های روحی مادر دارد لذا شناسایی این موارد و مقابله با آنها یکی از مؤثرترین راههای استفاده از روش‌های غیردارویی برای کاهش درد و مقابله با استرس قبل و بعد از زایمان می‌باشد (تامپسون و دیگران، ۲۰۰۶: ۹۱). هدف از این پژوهش نشان دادن تفاوت‌ها و بیان این ادعاست که زایمان و تعریف آن صرفاً پزشکی نیست، بلکه ذهنی نیز هست. در عین حال که این تعریف ذهنی بین همه‌ی زنان ثابت نیست، بلکه با توجه به مؤلفه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی زنان متغیر است.

برساخت‌گرایی اجتماعی در یک عبارت ساده به این اشاره دارد که در جامعه با توجه به بافت اجتماعی آن جامعه «ذهنیت‌ها» ساخته می‌شوند. این عمل یعنی ساخته شدن «ذهنیت-ها»، در قلمرو پزشکی توسط پزشکان انجام می‌شود. با محوریت پزشکی در این فرایند در مقام خالق تراژدی درد و بیماری و در نتیجه زندگی و چگونگی دردکشیدن بیمار، لاجرم درد و بیماری «پزشکی» شده است. به همین دلیل است که جسم بیمار و صرفاً عضو آسیب‌دیده بیمار در معرض بیشترین توجه‌ها قرار می‌گیرد و از خود بیمار، ذهنیت بیمار، تجربه‌های زیسته‌ی بیمار و زندگی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بیمار غفلت می‌شود، بدون اینکه درباره‌ی تأثیر این عوامل بر احساس درد و بیماری و شاید معالجه آن پژوهشی انجام شود (فاضلی و فیضی، ۱۳۸۹). بالینت<sup>۱</sup> چنین استدلال می‌کند که قوی‌ترین ابزار سلامت که در دسترس پزشک هست شخص اوست. بیماران نزد پزشک می‌آیند تا «یک دوز<sup>۲</sup> پزشک مصرف کنند». به بیان ساده‌تر، این امر را می‌توان نوعی دلخوش‌کنک دانست، اما پزشک باید دریابد که این تجویز دارو و مصرف آن نیست که بیشترین تأثیر را بر حال بیماران می‌گذارد بلکه روابط انسانی است.

<sup>۱</sup>. Balint

<sup>۲</sup>. dose



بالینت همچنین خاطرنشان می‌کند که این "دارو"، یعنی پزشک، به حد کافی مورد پژوهش قرار نگرفته است: هیچ‌کس درباره‌ی "دوزی" از پزشک که باید به بیمار داده شود چیزی نمی‌داند، و همچنین آثار اعتیادآور و دیگر تأثیرات جانبی آن ناشناخته است (بالینت، ۱۹۶۴). توجه به این واقعیت که دنیای بیمار در درک و کنترل بیماری او اهمیت دارد موجب پیدایش پزشکی بیمار-محور شده است. براساس این رهیافت، این بیمار است و نه بیماری که باید در کانون توجه پزشکی قرار گیرد. وظیفه در اینجا بیرون کشیدن علایم و نشانه‌ها و رسیدن به تشخیصی هوشمندانه نیست بلکه گوش دادن به بیمار برای شناسایی مشکل «واقعی» اوست. پس این کار نیازمند برخی تصمیم‌گیری‌های مشترک میان پزشک و بیمار برای تعیین بهترین اقدامات است. یقیناً پزشک مهارت لازم برای این بحث را دارد اما بیمار نیز به همان نسبت از این توانایی برخوردار است و اگر هر دو طرف توافق داشته باشند احتمال این که درمان مناسب به بیمار داده شود و بیمار به اجرای دستورات سلامت کاملاً پایبند باشد بیشتر خواهد بود. از این گذشته چنین استدلال شده است که این شیوه طبابت منجر به رضایت بالاتر، هم در بیمار و هم در پزشک، خواهد شد (مید و باور، ۲۰۰۰).

گرچه در سال‌های اخیر پیشرفت قابل‌ملاحظه‌ای در راستای ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی صورت گرفته است اما هنوز کاستی‌های متعددی وجود دارد و میزان آسیب‌های تحمیل شده به بیماران، خصوصاً زنان از ناحیه‌ی عوارض ناخواسته به طور غیرقابل قبولی بالا است. چون در کشورهای توسعه‌نیافته یا در حال توسعه زنان به عنوان قشر حاشیه‌ای محسوب می‌شوند که به حاشیه رانده شده و فراموش شده‌اند. با توجه به اینکه تحقیقات و کارهای چندانی در ایران و در رابطه با این موضوع انجام نشده است و با وجود اینکه، این موضوع به عنوان یکی از مهمترین موضوعات در تحقیقات اجتماعی مطرح می‌باشد، در ایران کمتر مورد توجه بوده است. به طور تقریبی در همه‌ی مطالعات و حتی تحقیقات اندکی که در ایران انجام شده است بیشتر به روش‌های کمی و تنها به بررسی میزان رعایت حقوق بیماران توسط پزشکان و پرسنل بیمارستان‌ها و یا به بررسی میزان رضایت بیماران در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و آموزشی پرداخته شده است. با توجه به اینکه گاهی حقوق بیماران در این زمینه رعایت نمی‌شود و مراقبت‌ها و رسیدگی‌های لازم نسبت به آنها انجام نمی‌گیرد امیدوارم این پژوهش پرتوی باشد هم بر ضرورت بررسی، مطالعه و اجرای پژوهش‌هایی در این زمینه و هم شکافتن و شناختن بخشی از مسائلی که با تمام زندگی بیماران عجین است. بدیهی است مسأله‌ای با این درجه از اهمیت، لزوماً باید از زوایای مختلف و ابعاد گوناگون پزشکی، روان-شناختی و جامعه‌شناختی مطالعه شود. ابعاد جامعه‌شناختی این مسأله، در این پژوهش با اهمیت‌ترین بعد است و نهایت ارزش و ضرورت را دارد.

با توجه به آنچه گفته شد توجه به ابعاد اجتماعی و فرهنگی زایمان، مهمترین مسأله‌ای است که این پژوهش در جستجوی آن است. از دلایل اصلی انجام این پژوهش، این است که در جامعه‌ی ایران علاوه بر ابعاد پزشکی، ابعاد غیرپزشکی زایمان مورد غفلت واقع شده و زنان متقاضی زایمان تنها و تنها به لحاظ جسمی دیده شده، مداوا می‌شوند و با آنها برخورد می‌شود و به وضعیت روحی روانی آنان توجه چندانی نمی‌شود. چون زنان متقاضی زایمان به عنوان بیمار محسوب نمی‌شوند و به عنوان کسی که به طور موقت در بیمارستان بستری می‌شود و بعد از زایمان از بیمارستان ترخیص می‌شود نگریده می‌شود. در نتیجه، این نوع نگرش باعث می‌شود که ارایه‌ی خدمات بهداشتی درمانی برای آنها در سطح بسیار پایین انجام شود و این باعث نارضایتی اکثر این زنان از نهاد بیمارستان شده است. چون نهاد بیمارستان هم مانند سایر نهادها برای پاسخگویی به برخی از نیازهای اساسی جامعه به وجود آمده است که متأسفانه گاهی در این زمینه سهل‌انگاری صورت می‌گیرد و نیازهای افراد از طریق این نهاد برآورده نمی‌شود که باعث نارضایتی می‌شود و پیامدهای منفی به همراه می‌آورد.

### ۱- ۳ اهداف تحقیق

#### هدف کلی

مطالعه‌ی کیفی تجربه‌ی زیسته‌ی زنان متقاضی زایمان در تعامل با نهاد بیمارستان در بخش زنان و زایمان.

#### اهداف جزئی

- مطالعه‌ی روایت‌ها و تفسیرهای زنان از آنچه که طی ارتباطشان با بیمارستان تجربه کرده‌اند.
- مطالعه‌ی درک و تفسیر زنان از بسترها و زمینه‌های شکل‌گیری تجاربشان در ارتباط با بیمارستان.
- مطالعه‌ی آثار و پیامدهای تجارب زنان از حیث نحوه‌ی نگرش و برخورد آنها با بهداشت و تندرستی.
- مطالعه‌ی راهکارها و استراتژی‌هایی که زنان برای مقابله با بیمارستان به کار می‌گیرند.

### ۱- ۴ سوالات تحقیق

- زنان چه روایت یا تفسیری از تجارب زیسته‌ی خود از تعامل با نهاد بیمارستان دارند؟
- زنان زمینه‌ها و بسترهای تجربه‌ی خود در بیمارستان را چگونه درک، معنا و تفسیر می‌کنند؟

- زنان پیامدهای تجربشان از نهاد بیمارستان را در زندگی فردی و اجتماعی چگونه تفسیر می‌کنند؟
- زنان چه تفسیری از وضعیت بهداشت و تندرستی در نهاد بیمارستان دارند؟
- زنان چه راهکارها یا استراتژی‌هایی برای مقابله با نهاد بیمارستان به کار می‌گیرند؟

## فصل دوم

### رویکردی نظری